



研究論文 (Articles)

一般病棟の看護師に対するスピリチュアルケアの実践に向けた 看護教育プログラムの検討¹⁾

狩谷 恭子・森山 哲美

(神奈川工科大学・常磐大学)

Nursing Educational Program for Spiritual Care for Patients at the End of Life by Nurses in a General Ward

KARIYA Kyoko and MORIYAMA Tetsumi

(Kanagawa Institute of Technology, Tokiwa University)

The present study aimed to develop a nursing educational program for nurses in a general ward who could not communicate with their patients at the end of life and investigate the program's effect on the nurses' relational behavior. The program was from the WHO's view of spirituality and pragmatic view. It consisted of three interventions: a lecture about spiritual care, simulated training for being aware of the nurses' mortality, and role-play social skills training (SST) with modeling and feedback. The research design was a multiple-baseline-across-participants design. The nurses' performance was their test scores in the lecture, awareness of their mortality, their own evaluations of relational behavior after each intervention, and their responses during the SST. Their performance improved after each intervention. Thus, the current program was an effective treatment for nurses with difficulties in spiritual care.

本研究の目的は、終末期にある患者との関わりに困難を抱えている一般病棟の看護師のための看護教育プログラムを策定し、そのプログラムが看護師たちの患者への関わり行動にもたらす効果を検討することであった。プログラムは、WHOが提言するスピリチュアリティの視点と実用的な視点から、スピリチュアルケアに関する講義、死の疑似体験訓練、そしてモデリングならびにフィードバックからなるロールプレイ社会的スキル訓練の3つの介入で構成した。研究デザインは、参加者間多層ベースラインデザインであった。分析対象の看護師たちの行動は、講義でのテスト得点、死の疑似体験訓練における看護師自身の死への意識、各介入後の患者への関わり行動に対する看護師自身による評価、およびSST中の看護師たちの反応であった。それぞれの介入によって看護師たちの患者への関わり行動は改善した。以上のことから、本プログラムは、スピリチュアルケアが困難な看護師にとって有効であることが認められた。

Key Words : nursing educational program, spiritual care, general ward, nurses' relational behavior, social skills training

キーワード：看護教育プログラム、スピリチュアルケア、一般病棟、看護師の関わり行動、社会的スキル訓練

1) 本研究は、2020年に第1筆者が常磐大学大学院博士課程(後期)に提出した博士論文の一部を加筆修正したものである。

I. 緒言

スピリチュアルケアは、WHO による 1990 年の緩和ケアの提言から重視されるようになった (WHO, 1990)。スピリチュアルケアの対象であるスピリチュアリティは、Chuengsatiansup (2003) によれば、従来の客観的あるいは還元主義的な科学的視点によって捉えられるようなものではなく、複合的生命体というシステムで発生する特徴で、全体的な方法によって把握されるものである、と説明されている。

しかしスピリチュアルケアの解釈は多様である。例えば、患者が神のような超越者や患者自身の究極的自己に気づけるようなケアであるとか (窪寺, 2008)、患者が自分の人生を否定的に捉えず内的な自己を探求して自律することを促すケアである (川上・諏訪, 2011; 村田, 2011) といった説明がなされている。このようにスピリチュアルケアを統一的に説明することが困難である現状を鑑みて、小西 (2017) は目的別かつ個別的なスピリチュアルケアの説明が現実的であると述べている。

医療におけるスピリチュアルケアの実践という点からすれば、筆者らは小西 (2017) の視点が最も実用的であり現実的であると考える。スピリチュアルケアの視点が宗教的観点あるいは哲学的根拠に基づく必然性はその歴史的経緯から理解できるが、医療行為が具体的な実際の活動である以上、医療におけるスピリチュアルケアは実用主義的な視点で捉えたほうが良いと考える。さらに看護におけるスピリチュアルケアへの教育も重要であると考え。緩和ケアの実践には多職種の専門家の協力が必要であるが (Puchalski, et al., 2009)、患者にとって主となるケアの実践者が看護師であること、そして患者のスピリチュアリティの理解には、自然科学はもとより、宗教、哲学、倫理学、哲学、心理学、社会学などの学際的な視点の涵養が必要だからである (Puchalski et al., 2009)²⁾。

スピリチュアルケアの看護教育プログラムとして

ELNEC-J³⁾ や村田他の現象学的視点に基づく教育 (原・村田, 2004; 村田, 2003a, 2003b, 2003c, 2004, 2011) があり、関連する教材も出版されている (例えば、濱口・小迫・千崎・高橋・大谷, 2015 など)。しかし、看護におけるスピリチュアルケアの実際は、本邦の場合、一人一人の看護師の経験に委ねられており、その教育は十分とは言えないようである。また上記の教育形態では講義形式や討論形式さらに知識習得が主となっているため学習に時間がかかり、教育の機会も一部の地域の医療機関に限られている。特に深刻な問題は、多様な疾患を抱える患者を看護する一方で終末期がん患者のケアも実践している一般病棟の看護師にある。狩谷 (2018) は、一般病棟の看護師は業務多忙等の理由でスピリチュアルケアをきちんと学習する機会がほとんどなく、そのため終末期の患者へのケアに多大な困難を感じている者が多いことを報告した。同様の報告は他にも多くある (例えば、井上・後藤・佐藤, 2015; 川崎・金子・福岡・佐々木, 2005; 松田, 2008; 中村・中村・清水, 2010; 岡田・山元, 2012; 奥出, 1999; 坂下, 2008, それらの報告の総説として、浅野・坂井, 2017)。

そのため、一般病棟で終末期がん患者の緩和ケアの実践に困難を感じている看護師向けの簡易的な看護教育プログラムの開発が望まれると考えた。そのようなプログラムには、スピリチュアルケアについての知識習得のみならず、死生観の育成と患者の自律性や関係性を促すための患者への適切な関わり行動の育成が必要と考える。死生観の育成には、看護師自身に自分の死 (すなわち一人称の死) を意識させる死の疑似体験訓練が考えられる (下島・蒲生, 2009; 内山・坂井・田中・奥山・早川, 2015)。また、患者との適切な関係性の構築にはコミュニケーションスキルの習得訓練が考えられる (Takenouchi & Tamura, 2015)。コミュニケーションスキル訓練法として、教示と適切な行動のモデリング、そして行動リハーサルとフィードバックからなる社会的スキル訓練 (social skills training, 以下, SST) があり、

2) 看護におけるスピリチュアルケアの重要性と、その実践に向けた看護教育の重要性を指摘している海外の論文として Carpenter, Girvin, Kitner, & Ruth-Shad, 2008, Puchalski, et al. (2009), Ross (2006) などがあ

3) 米国の救命救急診療を受ける患者への看護師による緩和ケアを改善する目的で開発された教育プログラムである ELNEC の日本版。

この訓練が鬱や統合失調症の患者の対人技能を改善させる効果が報告されている（Hersen & Bellack, 1976; 石川, 2000, 2019; Lewinsohn, 1975）。しかし、緩和ケアに携わる看護師の患者への関わりを促す目的で SST が用いられた例は筆者らの知る限りない。

そこで本研究は、狩谷（2018）の調査で終末期がん患者のスピリチュアルケアの実践に困難を報告した一般病棟の看護師に対するスピリチュアルケア実践に向けた簡易的な看護教育プログラムを策定し、その効果を検討した。このプログラムは、スピリチュアルケアの知識習得のための講義、そして死生観育成のための死の疑似体験訓練、さらに患者への適切なコミュニケーションスキルを育成するためのロールプレイ SST の3つの介入で構成した。

II. 方法

1. 研究参加者

本研究の参加者は、A 県急性期一般病院（以下、 α 病院）に勤務していた看護師 4 名（以下、Ns1, Ns2, Ns3, Ns4 と記す）であった。4 名はいずれも、狩谷（2018）が行った終末期がん患者の看護に対する困難度とスピリチュアルケアについての実態調査に参加しており、そこで終末期がん患者へのスピリチュアルケアならびに患者や家族とのコミュニケーションに困難を感じると報告した者であった。参加者たちは、 α 病院の緩和ケア認定看護師（以下、認定看護師）による本研究参加依頼に応じて、自ら参加を希望した看護師であった。4 人のうち Ns1 と Ns2 は ELNEC-J の研修を本研究参加前に受けており、残りの Ns3 と Ns4 は緩和ケアの研修を受けたことはなかった。看護経験年数と終末期がん患者との関わり経験年数は各参加者で同じであり、Ns1 と Ns2 が 6 年、Ns3 が 3 年、Ns4 は 13 年であった。看護経験年数の多い者が本研究への参加を希望したことは、スピリチュアルケアの看護教育が一般病棟で十分に行われていないこと、そして看護師たちの間でその教育への希求があることの現れと見ることができる。

2. 研究協力者

研究協力者として、認定看護師は SST ロールプレイ訓練における患者役ならびに患者への適切な関わり行動を参加者に示範するモデルになった。さらに本研究の趣旨説明を受けていない 2 名の研究協力者が VTR に録画された SST 場面の参加者の行動を互いに独立に観察・記録した。この 2 名は、行動分析学を専門とする大学院生と大学院修了者であり、本研究の趣旨説明を行動の観察・記録後に受けた。

3. 研究実施時期

本研究の実験は 2018 年 2 月から 4 月にかけて実施した。

4. 倫理的配慮

α 病院の看護責任者と上記の研究参加者に対して、研究の趣旨、研究への参加および参加途中での辞退の自由、辞退に伴う不利益がないこと、研究の匿名性と参加者のプライバシーの保護、研究結果の論文公表について文書ならびに口頭にて説明を行った。また、研究参加に同意した後の同意撤回の意志表示が可能であることを記した同意撤回書も添えて研究参加者に説明し、参加者からの同意書を得て研究を実施した。研究実施時間帯は、参加者が勤務に支障がなく研究に参加できる日の勤務終了後の 1 時間程度とした。参加者たちの勤務調整は病棟の看護責任者（看護師長）が行った。なお本研究は T 大学院研究倫理委員会での承認を得たうえで実施した。

5. 手続き

1) 看護教育プログラムの実施手続き

本研究で策定した看護教育プログラムの各介入は、すべての参加者に対して同日に実施した。

最初の講義は、スピリチュアルケアの知識習得を目的として参加者全員を α 病院の一室に集めて 1 セッション行った。講義内容は、「全人的苦痛の概念と全人的な理解」、「スピリチュアルペインのアセスメント」、「患者のスピリチュアルペインの具体的な表現」、「予期悲嘆への具体的なケアの方法」、「基本的なコミュニケーションの方法」であった（小松他, 2014 を参照）。参加者たちが講義によってスピリチュ

アルケアの知識をどの程度習得したのかを調べる目的で、講義の直前（以下、テスト1）と直後（以下、テスト2）で、講義内容についての再生記述式テストをそれぞれ15分間実施した。

2番目の死の疑似体験訓練では、参加者は自分の生と死について考え、自分にとって何が本当に大切なのかを再認識することが求められた。この訓練を講義が終了してから10日目に参加者全員をa病院の一室に集めて1セッション実施した。方法は、下島・蒲生（2009）の「5色カード法」に準じた。参加者は、5色のカード（各色4枚、計20枚）の各色に、大切な「物、人、場所、活動、目標」のそれぞれを対応させ、それらをカードに記入した。記入後、参加者は「死にゆく物語⁴⁾」の語りに耳を傾け、物語の進行とともに自分の大切な事柄が記されたカードを破り捨てた。

3番目のSSTはロールプレイによる訓練で、死の疑似体験訓練が終了してから22日目にa病院の一室で参加者別に2セッション実施した。各セッションで認定看護師が終末期がん患者の役割を演じ、参加者は看護師の役割を演じた。第1セッション開始前にロールプレイの事例をホワイトボードに記して参加者に提示した。各参加者は3分間それを確認した後で第1セッションを受けた。事例は、「子宮がんで化学療法を受けていた48歳の女性が、病状悪化で治療が継続できなくなり、主治医から退院を告げられ、死を意識して不安になっていた」であった。第1セッション終了後、訓練中の参加者の実践内容に対して、認定看護師と本研究の第1著者が、参加者の適切な関わり行動を称賛し不適切な行動には改善点をわかりやすく伝えるといったフィードバックを行った。このフィードバック終了後、参加者全員を一室に集めて、認定看護師が看護師役、第1著者が患者役になって、患者への適切な関わり行動を認定看護師がモデリングした。その後で第1セッションのときと同じように、各参加者が看護師役、認定看護師が患者役で第2セッションを実施した。その後、第1セッションのときと同じ方法でフィードバック

クを行った。なおSSTの各セッションでは、参加者が適切なコミュニケーションスキルを獲得したのかどうかを後で調べる目的で、参加者たちから同意を得たうえで訓練中の参加者たちの行動をVTRに録画した。

2) 看護教育プログラムの効果を検討するための実験手続き

看護教育プログラムの効果は、ベースラインと介入の2つのフェイズからなるABデザインに基づく参加者間多層ベースライン法⁵⁾ (Miltenberger, 2001 園山・野呂・渡部・大石 訳 2006) と、介入フェイズ終了後のアンケート調査に基づいて調べた。まずベースラインフェイズを行ってから介入フェイズ、そしてアンケート調査を実施した。

ベースラインフェイズでは、各参加者は通常どおりに病室で終末期にある患者に接した。このフェイズのセッション数は、参加者間多層ベースライン法に基づいて参加者の勤務状況によって異ならせ、Ns1は5セッション、Ns2とNs3は3セッション、Ns4は4セッションとした。各セッションの時間帯は、各参加者の勤務時間帯であった。

介入フェイズでは、各参加者はベースラインフェイズのときと同様に勤務時間帯に患者に接した後、別室で、講義、死の疑似体験訓練、SSTの3つの介入とプローブセッションを受けた。プローブセッションは、ベースラインから介入にかけての参加者の行動の変化と各介入の効果を調べるための検査セッションであり、その条件はベースラインセッションの条件とまったく同じで、参加者たちは勤務時間帯に病室で患者に接しただけであった。

プローブセッションは、各介入が終了してから数セッション実施した。講義のテスト2終了後のプローブセッション（以下、PA）の数は、Ns1が5セッショ

5) 参加者間多層ベースライン法は、個体内実験計画法の一つで、個体の行動への独立変数の効果を査定するための実験計画法である。基本的に統制条件であるベースラインと、独立変数が操作される介入の2つのフェイズからなるABデザインに基づく。しかし介入の効果とそれ以外の剰余変数の効果の混在が予想されるため、参加者間多層ベースライン法では、ベースラインのセッション数を参加者間で変動させて介入の開始時期をずらしたり、介入のセッション数を異ならせたりといった方法が用いられる。

4) この物語は、参加者自身ががんに罹患して入院し治療を受けたものの、がんが再発してやがて死を迎えるという物語であった。

ン、Ns2とNs4は4セッション、Ns3は6セッションであった。死の疑似体験訓練終了後のプローブセッション（以下、PB）の数は、Ns1が11セッション、Ns2は8セッション、Ns3とNs4は7セッションであった。SST終了後のプローブセッション（以下、PC）の数は、Ns1とNs4が4セッション、Ns2は1セッション、Ns3は5セッションであった。このようにプローブセッションの数を参加者間多層ベースライン法に基づいて参加者間と各介入間で異ならせた。

ベースラインの各セッション終了後と各介入終了後に実施したプローブセッションでは、各参加者はその日の患者への自分の関わり行動についてリッカート5段階尺度上で評価した（以下、自己評価）。評価の対象とした行動は、小松他（2014）による『看護師に対する緩和ケア教育テキスト [改訂版]』の基本的コミュニケーションスキルを参考にして筆者らが設定した行動で、参加者たちが自己評価することが容易な具体的で確認可能な行動8つであった。それらは次のとおりであった。①入室時に患者の顔を見て笑顔で優しい声で挨拶しながら入室する、②患者の近くに寄って体調について「いかがですか？」というように穏やかな表情で優しく尋ねる、③患者が痛いとか苦しいと言ったとき、「どのように苦しいですか」と優しく尋ね、患者の顔を見ながら患者の話に集中して耳を傾ける、④患者から問いかけられない場合でも、「いつでもお声をかけて下さいね。いつでも対応しますからね」と語りかけたり、場合によってタッチング技法を用いて軽くさすったりする、⑤バイタルサインチェック終了時に「はい。終わりました。ゆっくりお休みください」などと優しく言葉をかける、⑥退室時に患者の顔を見て、笑顔で「それでは、また来ますね」と挨拶する、⑦ナースコールがあったとき、患者に近づいて「どうなさいましたか？」と尋ねる、⑧会話時の言葉遣いは「です・ます調」とする。

最後に、教育プログラムの各介入に対する印象を調べる目的で、すべての参加者と認定看護師にアンケートを実施した。参加者へのアンケート（以下、参加者アンケート）は、プログラム終了から参加者間で同じ期間が経過してからの印象評価を行うため

に、SSTの第2セッションが終了してから1ヶ月後に実施した。SST終了直後に参加者アンケートを実施しなかったのは、直前に行われたSSTの方が、近接効果によって他の2つの介入と比較して印象が強くなることが予想されたからである。参加者アンケートは、講義、死の疑似体験訓練、そしてSSTの各介入の印象と有効性を調べる質問と、3つの介入の中でもっとも有効と思われたものについての質問で構成した。介入の有効性を調べる質問は、それぞれの介入が「かなり役に立った」から「全く役に立たなかった」までの7段階の回答項目から該当する項目を参加者に選択させる形式とした。

認定看護師へのアンケート（以下、認定看護師アンケート）は、参加者全員のベースラインからPC終了後にかけての患者への関わり方の変化を、認定看護師がどのように評価しているのかを調べるために、PC終了後の3か月後に実施した。

Ⅲ. 結果

本研究の教育プログラムを構成する3つの介入のそれぞれの結果を以下に検討する。

1. 講義の結果

講義の直前と直後に実施した再生記述式テストの1と2の各参加者の得点結果である得点率を図1に示す。得点率は出題総数に対する正答数の割合（％）である。

図1からすべての参加者が再生記述式テスト1から2にかけて得点率を高めた。この結果に対して対応のある t 検定を行った結果、2つのテストの得点率の差は5％で有意であった（ $t = 3.4293, df=3, p = 0.0416$ ）。

2. 死の疑似体験訓練の結果

研究の最後に実施した参加者アンケートで、各参加者が死の疑似体験訓練についての印象結果をまとめると、次のとおりであった。カードを破り捨てたときの気持ちについて4人の参加者全員が、やるせなさや失望感、不安や悲しさを感じたと報告した。そして、次第にカードを破り捨てるのが難しく感

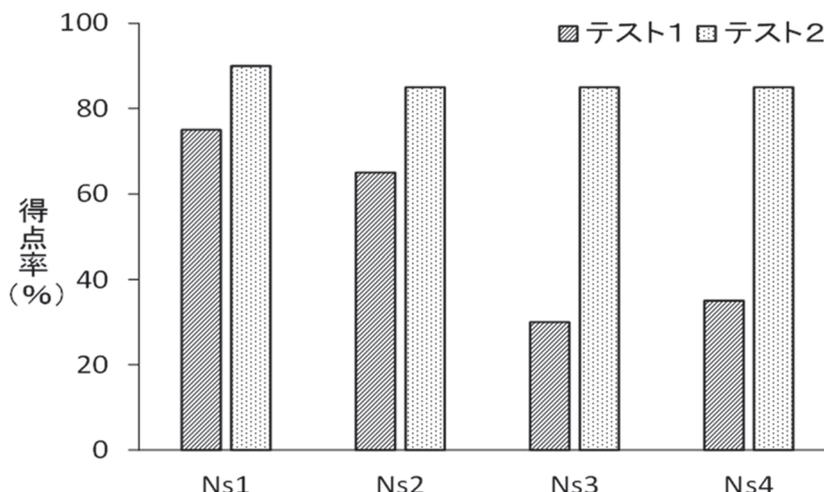


図1 講義の直前直後の再生記述式テスト1と2における各参加者の得点率

じられたと報告した。

3. SSTの結果

SSTについては、各セッションで録画した各参加者のVTR画像を2名の研究協力者が独立に観察し、適切な行動が訓練中に生じたのかどうかを評価した。評価対象の行動は、参加者がベースラインセッション終了後とプローブセッションで実施した自己評価の対象であった8つの行動と、国立がん研究センター東病院看護部(2015)による『患者の感情表出を促すNURSE⁶⁾を用いたコミュニケーションスキル』を参考にして、筆者らが考案した合計20項目の行動であった。NURSEを用いたコミュニケーションスキル(国立がん研究センター東病院看護部, 2015)の行動をSSTでの評価対象に追加した理由は、SSTでは患者の「死」に関わる感情表現に対するコミュニケーションスキルを問題にする必要があったからである。20項目の行動は、患者の部屋に入室するときの行動2項目、患者の語りにも耳を傾けることに関わる行動7項目、患者の語りへの応答スキルとしての行動5項目、患者へのサポートに関わる行動5項目、そして退室時の行動1項目の計20項目であった(付録参照)。

2人の研究協力者の両方が「出現した」と判断した行動のみ、その行動が出現したとし、両者の判断が異なった場合は分析の対象外とした。このようにして2人の観察結果が一致した割合(観察者間一致率)を各セッションで求めた。その結果、SSTの第1セッションでの観察者間一致率は88%、第2セッションでの観察者間一致率は92%であった。

次に、SST中に各参加者が評価対象となる適切な行動をどの程度示したのかを調べる目的で、2人の研究協力者がどちらも「出現した」と評価した行動の項目数を評価対象の全項目数である20で除して%表示したものをSSTの行動出現率とした。この行動出現率が100%の場合、設定された行動のすべてが出現したことになり、0%の場合、それらの適切な行動がまったく出現しなかったことになる。この出現率が高ければ、目標としている行動がSST中により多く出現したことになる。

図2は、各参加者のSSTの各セッションでの行動出現率を示す。

図2から、Ns2を除くすべての参加者の行動出現率は第1セッションから第2セッションにかけて上昇した。SSTでの行動出現率の結果についてWilcoxon sign rank検定を行ったところ、第1セッションと第2セッションの行動出現率の差は統計的に有意ではなかった($z = 1.73, p = .083$)。

6) NURSEは、患者の感情表出の看護師による Naming, Understanding, Respecting, Supporting, Exploringの頭文字に由来し、患者の感情表出を促し患者が話しやすいようにするための看護師のスキルの呼称である。

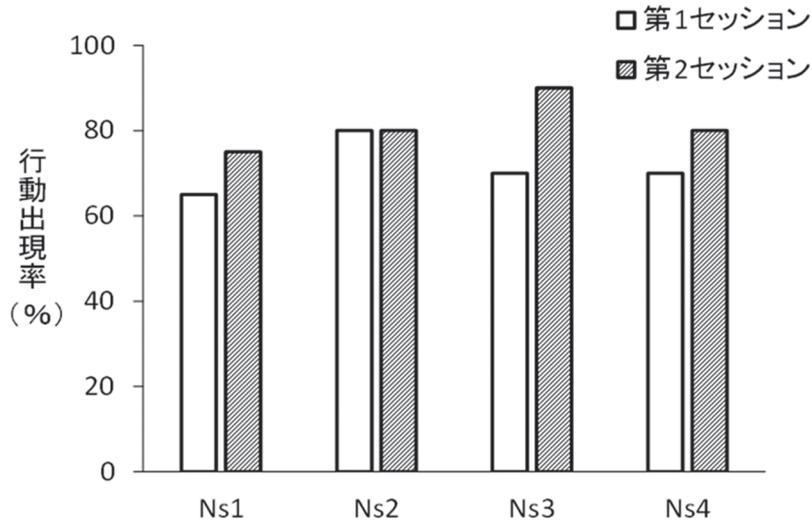


図2 SSTの各セッションにおける各参加者の行動出現率

4. ベースラインセッションと3つのプローブセッションでの自己評価の結果

ベースラインセッション終了後と3つのプローブセッションPA, PB, PCのそれぞれで各参加者が記録した自己評価の結果について報告する。評価対象である8つの関わり行動のそれぞれについて、参

加者はリッカート5段階尺度上で評価した。その結果を1～5の5段階で得点化した。この8つの行動の得点の平均を求め、それを平均自己評価得点とした。図3は、各参加者の各セッションにおける平均自己評価得点を示す。

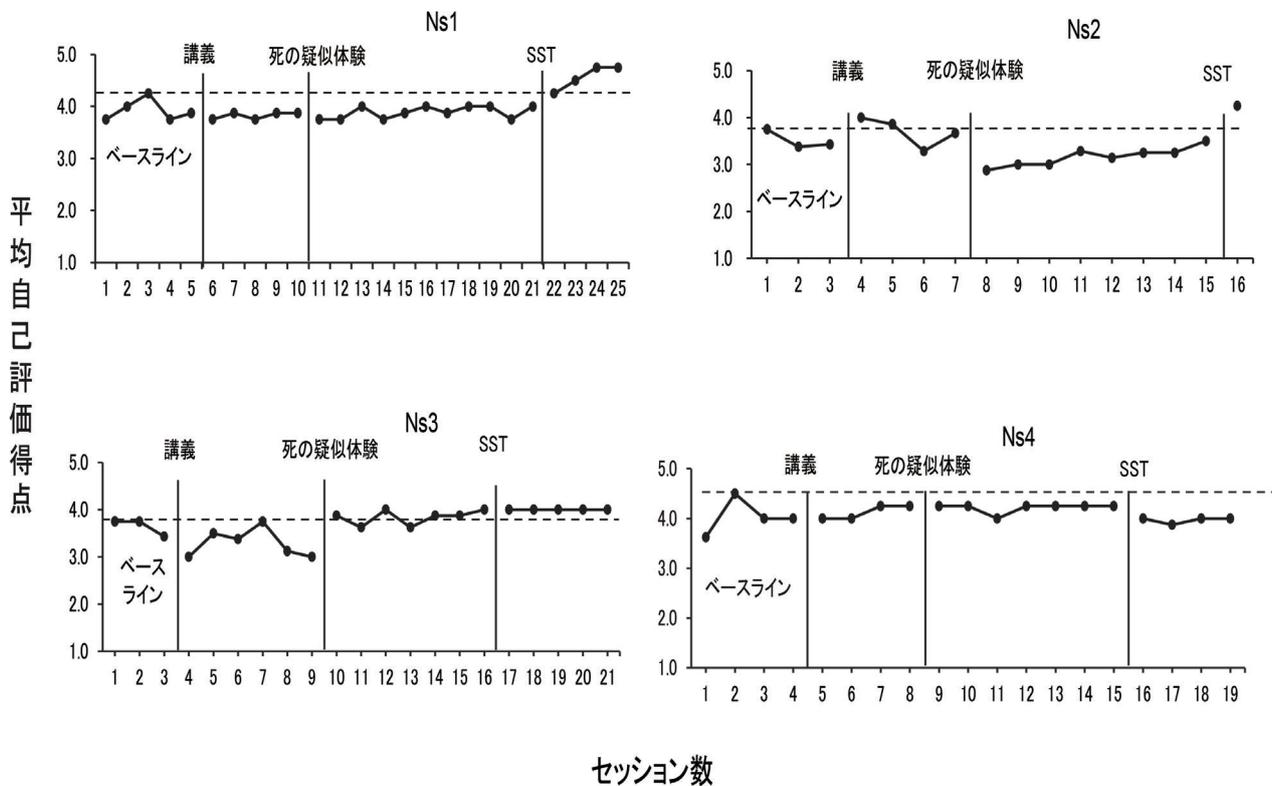


図3 ベースラインとプローブセッションにおける各参加者の平均自己評価得点

各フェイズラインの時点で、3種類の介入のいずれかが実施された。水平点線は、基準値（ベースラインフェイズでの最高自己評価得点）を示す。

図3の結果を Scruggs, Mastropeiri, & Casto (1987) の記述統計法によって分析するために、ベースラインセッションの最高得点を基準値とした。この基準値より高い評価得点のプロープセッションで、その前の介入の効果があつたと判断した。そして、PA, PB, PC のそれぞれのプロープセッション中にそのような効果を示したセッション数の割合 (%) を求め、これをその介入の効果量 PND (percentage of nonoverlapping data) とした (山田, 2015)。

Ns1 の自己評価得点は、ベースラインで 3.8 ~ 4.3 と比較的が高く、基準値は 4.3 であつた。PA, PB, PC の自己評価得点の PND は、PA と PB のそれぞれで 0%, PC で 100% であつた。Ns2 の自己評価得点は、ベースラインで 3.4 ~ 3.8 で、基準値は 3.8 であつた。PA, PB, PC の自己評価得点の PND は、PA で 50%, PB で 0%, PC で 100% であつた。Ns3 の自己評価得点は、ベースラインで 3.4 ~ 3.8 で、基準値は 3.8 であつた。PA, PB, PC の自己評価得点の PND は、PA で 0%, PB で 71%, PC で 100% であつた。Ns4 の自己評価得点は、ベースラインで 3.6 ~ 4.5 で、基準値は 4.5 であつた。PA, PB, PC の自己評価得点の PND はすべて 0% であつた。

5. 参加者アンケートの結果

各介入の有効性について参加者アンケートの回答結果を 1 ~ 7 の評定値に換算した。参加者の選択項目が「かなり役に立った」であるなら 7 点、「役に立った」は 6 点、「少し役に立った」は 5 点、「どちらでもない」なら 4 点、「あまり役に立たなかつた」は 3 点、「役に立たなかつた」は 2 点、「全く役に立たなかつた」は 1 点とした。

各参加者のそれぞれの介入に対する評定値と、3

つの介入の中でもっとも有効と思われたものについての質問の回答結果を表 1 にまとめた。

各介入の有効性について 4 人の平均評定値を求めると、講義が 6.0, 死の疑似体験訓練は 6.3, SST は 6.5 で、SST の評定値が一番高かつた。統計的にこの 3 つの平均評定値の差は有意でなかつた。一方、すべての参加者が、最も有効な介入はロールプレイ SST であると報告した。

6. 認定看護師アンケート

最後に、認定看護師による各参加者の患者に対する関わり行動についての評価の結果を介入フェイズ開始前と終了後に分けて表 2 に示す。

表 2 の評価内容から、4 人の参加者すべてに対する認定看護師の評価は介入前後にかけて高くなつたことがわかる。介入前には患者との適切な関わりができていなかつたのが、介入後には患者のみならず患者に関わる他の医療者にも適切に関われるようになったと肯定的な評価がなされている。Ns3 については、介入後に患者が Ns3 に感謝したことも報告されている。

IV. 考察

本研究は、終末期がん患者の緩和ケアの実践に極めて困難を感じている一般病棟の 4 人の看護師のために講義と死の疑似体験訓練、そしてロールプレイ SST からなるスピリチュアルケアの簡易的な看護教育プログラムを策定し、そのプログラムによって看護師たちが患者との関わりに困難を感じるようになるのかどうかを検討した。

まず講義によってすべての参加者がスピリチュア

表 1 参加者アンケートにおける各参加者による 3 つの介入に対する評定結果

	講義	死の疑似体験訓練	SST	最も有効と判断された介入
Ns1	6	5	6	SST
Ns2	5	7	6	SST
Ns3	7	7	7	SST
Ns4	6	6	7	SST

表2 介入フェイズ開始前と終了後における患者に対する各参加者の関わり行動についての認定看護師による評価

	介入前	介入後
Ns1	若い患者が苦悩を表出したとき、患者のもとへ行く前に認定看護師に相談していた スピリチュアルペインのアセスメントができなかった カンファレンスで自ら発言することはなかった スピリチュアルペインに関連するケアについて後輩にアドバイスしたことはなかった	若い年代の患者と家族が苦悩を表出したとき、自分から患者に話しかけており、患者の傍にいたことができるようになった 医師と話す機会ももてるよう調整できている スピリチュアルペインのアセスメントを後輩に指導しており、スキルアップした カンファレンスの際、トータルペインの視点で患者を捉えることができている、自ら進んで発言している 患者のスピリチュアルペインに悩みながらケアをする後輩を認めることができている
Ns2	終末期がん患者でスピリチュアルペインを表出している患者のもとへは行けなかった	がん患者と積極的にコミュニケーションをとる姿が見られる がん患者と話せるようになったことで、スピリチュアルペインのアセスメントができるようになった がん患者から情報を得、自ら介入できると考えるようになった
Ns3	苦悩を表出しない患者に対して自分から話しかけることはなかった	自分の思いを全く表出しない老年期のがん患者に対して、患者の反応を観察しながら積極的に介入していた。後日、その患者はNs3が「自分を気にかけてくれていた」と感謝していた
Ns4	緩和ケアが必要なケースでも、緩和ケアの専門家に紹介することは一度もなかった	積極的に患者へ介入しており、緩和ケアが必要なケースは緩和ケアの専門家へ紹介するようになった 緩和ケアの研修に自ら参加し、スキル修得に努力している

ルケアの知識を習得した。この効果は、従来の講義による緩和ケア教育の効果に対応するものと言えるだろう（例えば、清水，2015a, 2015b）。

死の疑似体験訓練によって参加者たちは、一人称である自分についての死を意識し、死を迎える悲しみや苦しみといった気持ちを抱くことができた。この体験を患者が置かれているに状況に当てはめることができれば、参加者たちは患者のスピリチュアルな苦痛を忖度できるようになるのではないかと考える。

SSTでは参加者の関わり行動へのフィードバックと緩和ケア認定看護師によるモデリングによってNs2を除く3人の看護師において適切な関わり行動が増加した。Ns2のみが適切な行動の増加が見られなかったが、これはこの参加者が第1セッションでかなりの程度に適切な行動を示したことによる天井効果の現れと考える。

自己評価の得点結果から見たそれぞれの介入の効果を要約すると、講義についてはNs2のみ50%の有意な効果が認められ、死の疑似体験訓練についてはNs3のみ75%の有意な効果が認められた。SSTについてはNs4を除く3人のすべてで100%の有意な効果が認められた。Ns4がすべての介入で有意な効果を示さなかった理由は、この参加者のベースライン基準値が4.5と4人の中で最も高かったことに

よるものと考ええる。これはNs4の看護経験が13年という4人の中で最長であったことへの彼女の自負の現れと見ることもできるかもしれない。しかし総じてみると、SSTは参加者たちによる患者への関わり行動の自己評価を高める上で効果があったと言えるだろう。

各介入の有効性についての参加者4人の平均得点はSSTが一番高かった。この結果はすべての参加者が有効な介入プログラムをSSTと回答した結果に対応している。介入前後で4人の参加者すべてに対する認定看護師の評価は高くなった。介入前には患者と適切に関わることができなかった参加者が、介入後は患者のみならず他の医療者にも積極的に関わられるようになったと評価されている。Ns3が介入後に患者から感謝されたことも報告されている。このように介入前後で認定看護師の評価が肯定的に変化したのは、認定看護師が本研究の趣旨を理解していてその方向で各参加者の行動を評価した可能性がないとは言えない。しかし参加者たちの自己評価の結果と認定看護師の評価の間にはかなりの対応が見られた。したがって認定看護師の評価の変化は、参加者たちの患者への関わり行動の実際の変化を反映したものであるだろう。

以上の結果から、本研究の看護教育プログラムによって、スピリチュアルケアに不安を抱え患者との

関わりにかかなりの難しさを感じていた4人の看護師のすべてが、患者との関わりを苦痛と思わなくなったと言えるだろう。参加者たちの自己評価の結果とアンケートでの報告からロールプレイ SST がかなり有効である可能性が認められた。しかし SST のそのような効果は、SST 独自の効果というよりは講義と死の疑似体験訓練を事前に受けていたことの相乗効果とも考えられる。そうであれば、講義による知識習得と死の意識化体験を踏まえた SST は、スピリチュアルケアの実践を促進し、終末期がん患者との関わりに困難を感じている看護師の苦痛を軽減できると言えるだろう。

最後に本研究の課題を二つ述べる。一つは、本研究の参加者たちによる患者へのケアが患者のスピリチュアルな問題を改善したのかどうかという課題である (Carpenter, Girvin, Kitner, & Ruth-Shad, 2008; McSherry, Cash, & Ross, 2004)。この課題は、本論文の冒頭で議論した患者のスピリチュアリティの把握という問題に関連するだけでなく、本研究の方法の問題にも関連する。本研究で測定されたのは、緩和ケアを受けている患者との関わりに困難を抱えていた参加者たちの行動であり、しかも測定された反応指標のほとんどが、これまでの看護教育の効果を調べた研究 (例えば、清水, 2015a, 2015b) と同じように参加者や認定看護師による尺度上での主観的な評価であった。スピリチュアルケアは具体的な実践である以上、それは看護師の患者への実際的な行動とその効果 (患者の行動の変化) によって評価されるべきであると考え (Sodestrom, & Martinson, 1987)。本研究は、患者に対する倫理的な配慮や参加者たちの勤務内容の理由で、参加者と患者の具体的な相互の関わり行動を直接調べることはできなかった。この問題は、患者のスピリチュアリティの把握という問題と併せて今後検討する必要がある (橋本他, 2015) ⁷⁾。

もう一つの課題は、参加者が特定地域の一般病棟に勤務する4人の看護師だけであったということ

ある。本プログラムの一般的有効性を保証するにはスピリチュアルケアに困難を抱えている多くの看護師に対しても本研究の看護教育プログラムが有効であるのかどうかを調べる必要がある。

引用文献

- 浅野暁俊・坂井さゆり (2017). 文献の統合より見出されたがん患者の看取りケアに対して新卒看護師が抱く困難感 新潟大学保健学雑誌, 14, 79-85.
- Carpenter, K., Girvin, L., Kitner, W., & Ruth-Sahd L. A. (2008). Spirituality: A dimension of holistic critical care nursing. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 27, 16-20.
- Chuengsatiansup, K. (2003). Spirituality and health: An initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review*, 2, 3-15.
- 濱口恵子・小迫富美恵・千崎美登子・高橋美賀子・大谷木靖子 (2015). がん患者の看取りのケア改訂版 日本看護協会出版会
- 原敬・村田久行 (2004). 一般病棟スタッフへのスピリチュアルケア教育 死の臨床, 27, 233.
- 橋本孝太郎・佐藤一樹・内海純子・出水明・藤本肇・森井正智...鈴木雅夫 (2015). 在宅緩和ケアを受けた終末期がん患者の実態調査 緩和ケア, 10, 153-161.
- Hersen, M., & Bellack, A. S. (1976). A multi-baseline analysis of social-skills training in chronic schizophrenics. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 9, 239-245.
- 井上恵子・後藤順子・佐藤寿晃 (2015). 一般病棟におけるがん終末期看護に対する看護師の意識調査 山形保健医療研究, 18, 43-49.
- 石川健介 (2000). 長期入院の慢性精神分裂病患者に対する Social Skills Training の適用一般化・維持を促進する手続きの検討— 行動療法研究, 26, 1-13.
- 石川健介 (2019). 心理臨床: 病院 日本行動分析学会 (編) 行動分析学事典. (pp. 670-673) 丸善出版
- 狩谷恭子 (2018). 一般病棟における終末期がん患者の看護に対する困難度とスピリチュアルケアの実態調査 日本医学看護学教育学会誌, 26, 13-19.
- 川上明・諏訪直子 (2011). 緩和ケアにおけるスピリチュアルケア 洛和会病院医学雑誌, 22, 37-42.
- 川崎雅子・金子久美子・福岡幸子・佐々木美奈子 (2005). 終末期患者から学んだスピリチュアルペインとケア— 患者との会話場面を通して— 新潟がんセンター病医誌, 44, 27-31.
- 国立がん研究センター東病院看護部 (2015). 患者の感情表出を促す NURSE を用いたコミュニケーションスキル

7) 緩和ケアが患者にもたらす効果を調べることは極めて難しい問題がある。しかし、そのような状況でありながら、在宅緩和ケアを受けた終末期がん患者の現状を調べた橋本他 (2015) の研究は、緩和ケアによる患者への効果を検討する上で有用な知見を提供している。

医学書院

- 小松浩子・市川智里・梅田恵・遠藤久美・金井久子・川崎優子…渡邊眞理 (2014). 看護師に対する緩和ケア教育テキスト [改訂版] 日本看護協会
- 小西達也 (2017). スピリチュアルケア定義の要件とその方法論の検討 武蔵野大学教養教育リサーチセンター紀要, 7, 149-162.
- 窪寺俊之 (2008). スピリチュアルケア学概説 三輪書店
- Lewinsohn, P. M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller. (Eds.), *Progress in behavioral modification* (Vol. 1, pp. 19-64). New York: Academic Press.
- McSherry, W., Cash, K., & Ross, L. (2004). Meaning of spirituality: Implications for nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 934-941.
- 松田芳美 (2008). 自己否定的感情を表出するがん患者への新人看護師の感情と対応 日本がん看護学会誌, 22, 34-40.
- Miltenberger, R. G. (2001). *Behavior modification: Principles and procedures*. 2nd ed. Wadsworth. (ミルテンバーガー, R. G. 園山繁樹・野呂文行・渡部匡隆・大石幸二 (訳) (2006). 行動変容法入門 二瓶社)
- 村田久行 (2003a). 臨床に活かすスピリチュアルケアの実際 4 スピリチュアルケアの実際 [1] ターミナルケア, 13, 66-70.
- 村田久行 (2003b). 臨床に活かすスピリチュアルケアの実際 5 スピリチュアルケアの実際 [2] スピリチュアルケアセサメントとアプローチ ターミナルケア, 13, 149-153.
- 村田久行 (2003c). 臨床に活かすスピリチュアルケアの実際 6 スピリチュアルケアの実際 [3] スピリチュアルケアのプランニング(指針)と方法 ターミナルケア, 13, 209-213.
- 村田久行 (2004). スピリチュアルケアを学ばれる方へ (特集スピリチュアルケア——生きる意味への援助) 臨床看護, 30, 1025-1029.
- 村田久行 (2011). 終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア 日本ペインクリニック学会誌, 18, 1-8.
- 中村悦子・中村圭子・清水理恵 (2010). 緩和ケアにかかわる一般病棟看護師の心身の負担度とその要因 新潟青陵学会誌, 3, 1-9.
- 岡田奈津子・山元由美子 (2012). ターミナルケアを実践している一般病棟看護師のとまどいの乗り越え方 日本看護研究学会雑誌, 35, 35-46.
- 奥出有香子 (1999). ターミナルケアにおける看護婦のとまどいに関する検討 順天堂医療短期大学紀要, 10, 31-40.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., ... Sulmasy, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12, 885-904.
- Ross, L. (2006). Spiritual care in nursing: An overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 852-862.
- 坂下恵美子 (2008). 終末期がん患者の看取り経験の中に存在する看護師のこころの壁の検討 愛媛県立医療技術大学紀要, 2, 25-31.
- Scruggs, Mastropeiri, M. A., & Casto, G. (1987). The quantitative synthesis of single subject research: Methodology and validation. *Remedial and Special Education*, 8, 24-33.
- 清水佐智子 (2015a). 看護学生への緩和ケア教育の長期的な効果—終末期患者に対する講義直後と3ヶ月後の比較— 緩和医療, 10, 169-176.
- 清水佐智子 (2015b). 看護学生向け緩和ケアの講義による終末期患者に対する態度育成の効果—FATCOD FormB-Jを用いた講義前後の比較— 緩和医療, 10, 306-311.
- Sodestrom, K. E., & Martinson, I. M. (1987). Patients' spiritual coping strategies: A study of nurse and patient perspectives. *Oncology Nursing Forum*, 14, 41-46.
- 下島裕美・蒲生忍 (2009). 医療倫理と教育 (2) 五色カード法による死にゆく過程の疑似体験 杏林医学会雑誌, 40, 2-7.
- Takenouchi, S., & Tamura, K. (2015). Palliative care in Japan. In B. R. Ferrell, N. Coyle, & J. A. Paice (Eds.). *Oxford Textbook of Palliative Nursing* (pp. 1130-1135). New York: Oxford University Press.
- 内山美枝子・坂井さゆり・田中美央・奥山晶子・早川岳英 (2015). 当事者視点を重視した「がん患者体験演習」における学生の学習成果と課題 新潟大学保健学雑誌, 12, 11-20.
- World Health Organization. (1990). *Cancer pain relief and palliative care*. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 804.
- 山田剛史 (2015). シングルケースデザインの統計分析 行動分析学研究, 29, 219-232.

(2021. 5. 19 受稿) (2021. 12. 8 受理)
(ホームページ掲載 2022年1月)

【付録】

〈入室時の行動〉

- ① 挨拶をしたか
- ② 身だしなみは整えられているか

〈患者の語りを聴いているときの行動〉

- ③ 話をしてもよいかと尋ねたか
- ④ 患者の体調を尋ねたか
- ⑤ 話すときは椅子に座り、患者のそばに近づき話を聞きやすい距離にしたか
- ⑥ 視線を合わせながら患者の顔を見て話を聞いていたか
- ⑦ 患者の話を理解しようと真剣なまなざしで聞いていたか
- ⑧ 患者の気持ちや気分を尋ねたか
- ⑨ 患者の否定的な発言があってもまず傾聴したか

〈患者の語りへの応答スキルとしての行動〉

- ⑩ 患者の否定的な発言に対して反射（相槌や短い返事といった特別な意味を持たない短いフレーズの発言の対応をしたか
- ⑪ 患者の否定的な発言の後、2～3秒の沈黙をとって

から発言した

- ⑫ 患者の発言に対して、「そうですね」のような支持する対応をしたか
- ⑬ 患者の否定的な発言に対して評価する発言はせず、患者の気持ちを確認する対応をしたか
- ⑭ 患者の気持ち「辛かった」や「落ち込んでいた」などに対して評価する発言はせず、患者の気持ちを理解する対応をしたか

〈患者へのサポートに関わる行動〉

- ⑮ 患者が泣いていたり悲しんでいる時に、そっと肩に触れたり、背中をさすったりとタッチングを行ったか
- ⑯ 今まで治療を頑張ってきたことを労う（認める）声かけができたか
- ⑰ いつでもサポートするという姿勢を見せたか
- ⑱ 何かあればいつでも言ってください、と遠慮せずに言ってもらえるように告げたか
- ⑲ 患者から「話を聞いてもらってよかったです」などと言われた時、看護師は安堵した表情を見せたか

〈退室時の行動〉

- ⑳ 「失礼しました」というような挨拶をしたか