

原 著

認知症対応型グループホームの職員を対象とした
看取り研修プログラムの効果の実証～混合研究法を用いて～永田千鶴¹⁾, 澤崎美香²⁾, 太田友子¹⁾, 清永麻子³⁾, 田中愛子⁴⁾山口大学大学院医学系研究科保健学専攻 地域・老年看護学講座¹⁾ 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)熊本保健科学大学 保健科学部 看護学科²⁾ 熊本市北区和泉町325 (〒861-5598)九州看護福祉大学 看護福祉学部 看護学科³⁾ 玉名市富尾888番地 (〒865-0062)山口大学大学院医学系研究科保健学専攻 基礎看護学講座⁴⁾ 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)

Key words : 認知症対応型グループホーム, 看取り, 研修プログラム, 混合研究

和 文 抄 録

本研究の目的は、認知症対応型グループホームの職員対象の看取り研修プログラムの効果を、混合研究法を用いて実証することである。参加者20名を対象に、レクチャーとフォーカスグループディスカッション (Focus Group Discussion ; FGD) で構成する研修を対面とオンライン併用で初回と6ヵ月後の2回実施した。参加者のうち有効回答18名の研修前・直後・3ヵ月後および6ヵ月後の反復測定分散分析の結果、「知識」は直後に最も高い得点を獲得し、3～6ヵ月後も保持していた ($p<.001^{**}$)。「自信・意欲」は3ヵ月後一旦低下し、6ヵ月後に回復した ($p=.017^{*}$)。6ヵ月後、「困難感」は最も軽減し、「職務満足度」は有意に高まった ($p=.028^{*}$)。初回のFGDで語られた、認知症対応型グループホームにおける看取りの実践では、[グループホームで看取る意義]の理解を促進し、[看取りに必要な知識と技術]の向上を目指した[看取りへの教育的支援]や[看取りの実践への支援体制]および[看取りに重要な職場風土]への取り組みが、[本人・家族にとって最善の看取りの実現]、さらには[看取りの実践への連鎖]につながっていくプロセスが確認された。また、フォローアップ研修までの6ヵ

月間に[看取りへの意識の向上]や[看取りの質の向上]に取り組んでいることが明らかになった。本研修プログラムにおけるFGDで実体験を語り合うことにより、具体的な看取り実践行動への示唆を得、看取りの実現につながっていた。また、FGDで実践を振り返ることは、自己の実践を客観視し、自己認識を高める機会となり、知識や自信・意欲の向上、困難感の軽減に加え、職務満足度を高めたと考えられる。研修の効果を6ヵ月以上保ち、より看取りの実現可能性を高めるためには、継続的かつ段階的な研修プログラムの開発が求められる。

緒 言

日本の総人口に占める65歳以上高齢者の割合は29.3%と過去最高となり¹⁾、75歳以上高齢者の死亡数は、平成17 (2005) 年には全死亡数の約6割となり、平成24 (2012) 年には7割を超えている²⁾。2012年当時の死亡場所別割合は、医療機関78.6%、施設6.3%、自宅12.8%だったが、令和5 (2023) 年には、医療機関65.9%、施設14.9%、自宅17.4%となった³⁾。この10年間で、医療機関以外の場所での死亡、特に、施設で死亡する高齢者の割合は増加しており、今後もその傾向は続くと考えられる。

令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書⁴⁾によれば、状態が「病気で

治る見込みがなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る」場合、最期を迎えたい場所、すなわち死亡場所の希望は、「自宅」と回答した者が52.6%と最も高く、理由には「住み慣れた場所で最期を迎えたいから」、「最期まで自分らしく好きなように過ごしたいから」、「家族等との時間を多くしたいから」が挙げられていた。医療・ケアを受けたい場所、すなわち療養場所は、医療機関の希望が44.0%と最も高かった。一方、状態が「認知症と診断され、状態は悪化し、自分の居場所や家族の顔が分からず、食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要」な場合、希望する死亡場所および療養場所ともに「介護施設」と回答した者が6割を超え、最も高かった。平成29年度の同様の調査⁵⁾では、「認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合」希望する療養場所は「介護施設」が過半数を占めていたが、死亡場所の希望を「介護施設」と回答した者は0.5%に過ぎなかった。この5年間で人生の最終段階における医療・ケアへの人々の意識は変遷し、特に、手厚い介護が必要な認知症を患った場合、「介護施設」は、療養場所としてだけでなく、療養の場から継続して看取りの場としても支持されている。そして、「自宅」での看取りに期待される「住み慣れた場所」「自分らしく」「家族等との時間」について、当然「介護施設」にも求められると考えられる。特に、医療も介護も必要な認知症高齢者が利用する認知症対応型共同生活介護（グループホーム）における看取りの質を高める取り組みは、需要もあり、必然である。しかし、看取りに関する介入研究は少なく、効果の実証はわずかである⁶⁾。

これまで、研究チームは、医療機関での死亡割合が約8割、施設での死亡割合が約5%だった2005年から2012年までの間に、グループホーム、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設の3つの地域密着型サービス（地域密着型）での高齢者の看取りの実践状況を含むケアの実態調査をしてきた⁷⁻¹¹⁾。調査の結果、地域密着型での看取りの状況は様々であり、医療職の配置が無くても、少人数・小規模・ユニット型という地域密着型特有の環境下で、看取りを実践する事業所の存在が明らかになった。よって、グループホームを含む地域密着型での看取りは、その他の介護保険施設や医療機関による

高齢者の看取りと遜色なく実現できると考えた。そのためには、人材育成が必須であり、看取りに関する教育体制の整備が求められていることがわかった。2014年から人材育成による地域密着型での看取りの促進を目的としたフォーカスグループディスカッション：Focus Group Discussion (FGD)を主体とする研修に取り組み、看取りの現状と課題およびその解決策を検討してきた^{12, 13)}。FGDを用いたのは、介護事業所での看取りの実現や看取りの質の向上に有用であると考えたからである。看取りの状況が様々な研修参加者にとって、FGDは、看取りに取り組んでいない参加者が情報を得る機会となること、看取りを経験している参加者も自らの実践を振り返り、また、他の事業所の実践から示唆を得る機会となることが挙げられた。FGDにより得られたデータの分析からわかったことの一つは、地域密着型での看取りは「日常の延長線上にある」ということであった。これは、たとえ認知症を患っていたとしても、看取りは決して特別なことではなく、特別なケアをする必要はなく、日々の生活を尊重し、ぎりぎりまで通常の生活を送れるようケアを実践するという意味である¹²⁾。2017年からKirkpatrick model¹⁴⁾を使用した研修プログラムの評価を試みたが、研修の成果としての知識や自信・意欲の向上、困難感の軽減、職務満足度の向上に関し、介入3ヵ月では看取りの実践に至らないケースが多く、研修効果の示唆は得られても実証は困難であった^{15, 16)}。3ヵ月では評価期間が短いことや1回完結型の研修では効果の実証は困難であることが考えられた。また、医療機関の医師・看護師を対象としたグループホームでの看取りの是非に関する調査において^{17, 18)}、「グループホームで看取るべきである」とする理由に「病院は看取りの場として適切ではない」「グループホームでも緩和の技術は必要であり、疼痛管理も可能である」が挙げられ、2021年度から研修プログラムの内容に、がん看護専門看護師による「疼痛緩和や症状緩和」に関する内容を取り入れた¹⁶⁾。

以上のことを踏まえ、本研究では、第1回目の研修から6ヵ月後にフォローアップ研修を組み込んだ2回シリーズの研修とし、「苦痛や症状の緩和」を含む看取り研修プログラムを実践し、その効果を実証することを目的とする。

方 法

1. 研究デザイン

本研究は、教育研修を介入手法とした埋め込み型混合研究法を用いた。

2. 研究参加者

中国地方のA県宅老所・グループホーム協会との共催での研修とし、参加を希望したグループホーム職員20名を対象とした。

3. 看取り研修プログラム

看取り研修プログラムは、研究者とがん看護専門看護師によるレクチャーと、FGDの2部構成としている。将来的には地域ベースの看取り支援体制を構築する必要があると考え、A県宅老所・グループホーム協会との共催として、企画・運営から一緒に行った。また、対面とオンラインを併用して、遠隔地からも参加できるようにし、6ヵ月後にフォローアップ研修を実施した（表1）。

1回目の研修のレクチャー内容は、地域密着型ならではの看取りの意義および緩和の技術に関するものであり、特に緩和の技術に関するレクチャーでは、グループホームには、医療職の配置基準がないため、介護職にも理解できる内容とし、認知症のため言葉で言い表せない痛みに関しては、フェイススケールを使った評価方法の実際を紹介した。痛みや症状の緩和に関しては、介護職にも知っておいてほしい薬物療法や、薬の作用を共有するための観察ポイントを具体的に説明した。FGDでは、「グループホームでの看取りに重要なこと」に関し、看取りの体験とエピソードを出し合った。

フォローアップ研修のレクチャーでは、1回目の研修の振り返りとして、研修前と研修直後、3ヵ月後のデータの分析結果を紹介した。がん看護専門看護師のレクチャーの内容は、寄せられた質問の一つ「看取りの準備ができていない家族に対するかかわり方」として、家族と共につくるAdvance Care Planning（ACP）を取りあげた。FGDでは、6ヵ月間の看取りに向けた新たな取り組みおよび課題に

表1 「看取りの学習会」プログラム

「看取りの学習会」の目的		
看取りに関する知識や自信・意欲を高め、困難感を軽減し、職務満足度を高めること、フォローアップ研修では、その強化		
プログラムの構成(1回目)	フォローアップ研修のプログラム構成	
1) 介護事業所での「看取り」の意義 2) 苦痛や症状の緩和(1)2)はレクチャー) 3) 介護事業所での「看取り」のエピソード、達成感や困難感、知恵などの共有 (フォーカスグループディスカッション)	1) 第1回「看取りの学習会」の振り返りと私たちにできる「看取り」への準備(レクチャー) 2) 「看取りにおけるさまざまな死の受け止め方」(講演) 3) 介護事業所での「看取り」のエピソード (フォーカスグループディスカッション)	
内容	内容	分
1) 介護事業所における看取りの意義と心得：研究者(講義1)	1) 第1回「看取りの学習会」の振り返り：研究者参加者の質問「看取り」の準備ができていない家族に対するかかわり方への対応：がん看護専門看護師	30
2) 介護事業所における痛みや症状緩和、期待に対するポイント：がん看護専門看護師(講義2)	2) 「看取りにおけるさまざまな死の受け止め方」(講演)：住職	60
休憩	休憩	10
3) フォーカスグループディスカッション ・経験がある参加者による「看取り」のエピソード：医療者との連携のあり方、本人・家族との関わり、ケア提供者の役割、留意点や知恵など ・経験してよかったこと、失敗したこと、展望など ・未経験者がもつ気がかりなこと、夜間の対応方法などのメンバー間での質疑応答 ・各メンバーが明日から取り組もうと考えた内容	3) フォーカスグループディスカッション ・1回目の研修後に実践した看取りへの取り組みや課題 ・未経験者がもつ気がかりなことなどメンバー間での質疑応答 ・各メンバーが明日から取り組もうと考えた内容	80
4) 各グループのディスカッション内容の発表・まとめ		10

ついてディスカッションを行った。

4. 評価方法

評価は、Kirkpatrick model¹⁴⁾を参照し、看取りに関する「知識」、看取りへの「自信・意欲」、看取りへの「困難感」、「職務満足度」、「研修への満足度や研修後の意識・行動の変化」の指標5つを用い、研修前・直後・3ヵ月後に加え、6ヵ月後のフォローアップ研修直後の4時点で調査・検証した(図1)。指標は、先行研究により信頼性・妥当性が得られている「緩和ケアに関する医療者の知識・実践・困難感尺度(訪問看護バージョン:看護師以外の職種でも使用可)^{19, 20)}」,「改訂版看護師職務満足尺度²¹⁾」と研修への満足度や研修後の意識・行動の変化を評価するための共同研究者間で独自に作成したものを使用した。評価項目に職務満足度を加えたのは、職務満足度は看取りケアの質に影響を与える²²⁾からである。また、職務満足度を追跡した先行研究は見当たらないため、本研究では、研修前と研修3ヵ月後および6ヵ月後のデータを比較する。

研修への満足度評価はKirkpatrick model¹⁴⁾を参照し、1回目の研修直後に研修への興味の度合い、研修内容の理解度、研修への満足度、研修内容の活用可能性の5項目について、5段階の順序尺度で尋ね、研修3ヵ月後および6ヵ月後にも同様の設問を

設け、経過を追った。意識・行動の変化については、研修3ヵ月後および6ヵ月後に、看取りへの意識の度合い、看取りへの取り組みの度合い、研修内容の活用の度合いの3項目を5段階の順序尺度で尋ね、看取りの実践の有無を尋ねた。

フォローアップ研修は、本研修プログラムの満足度や看取りへの意識・行動の変化、知識や自信・意欲の向上、困難感の軽減、職務満足度の向上に少なからず影響し、FGDの「6ヵ月間での看取りに向けての新たな取り組み」は、変化を知るデータにもなり、評価の根拠になると考えられた。

5. データ分析方法

得られた量的データの統計解析(単純集計、介入前後の2群比較、反復測定分散分析)を行った。統計解析ソフトは、SPSS Statistics ver.29 (IBM Corp. NY)を用い、有意水準は5%とした。FGDにより得られたデータは、逐語録を作成し、グループホームでの看取りに重要な要素に焦点をあて質的・帰納的²³⁾に分析を行った。逐語録のデータは意味内容が損なわれないよう抽出しコード化した。コードを意味内容から類似性、差異性に着目してグループ化し、サブカテゴリー、カテゴリーとした。これらの分析作業は質的研究を経験した研究者複数で検討を繰り返し行い、客観性を担保した。

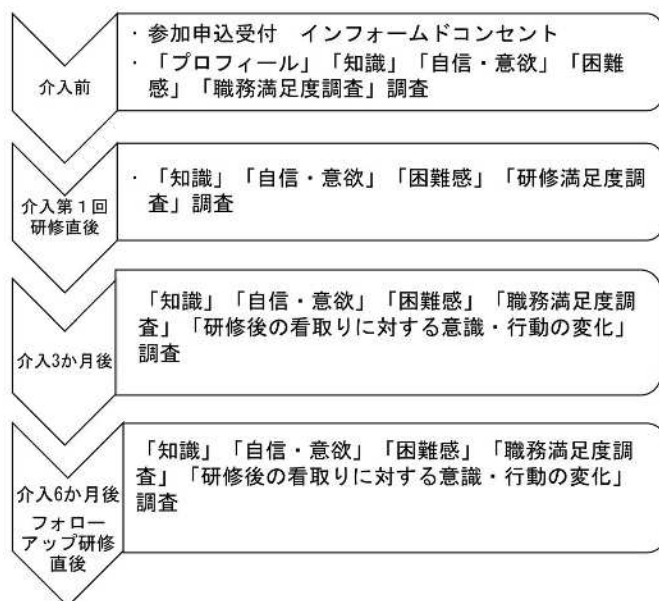


図1 調査手順の概要

6. 倫理的配慮

本研究は、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻生命科学・医学系研究倫理審査委員会の承認（管理番号688-2, 688-3）を得た。研究参加者に対し、研究の目的、方法、意義、自由意思による研究協力、プライバシーの保護、研究協力の有無や同意撤回により不利益を生じないこと、データの利用・保管・廃棄方法・結果の公表などを説明し、書面で同意を得た。

本研究における利益相反はない。

結 果

1. 研究参加者の概要

12の事業所職員20名が参加し、有効回答18名を分析対象とした（有効回答率90%）。職種は介護福祉士11名、看護師2名、社会福祉士2名、他3名、臨床経験年数は平均 14.8 ± 7.9 年、現事業所の平均経験年数 8.5 ± 8.5 年、看取りの経験有15名、無3名、現事業所での看取りの経験有10名であった。

2. 研修への満足度と研修3ヵ月後および6ヵ月後の意識・行動の変化

研修直後の参加者の満足度は、5段階評価（0～4点）で「興味が持てた」3.72, 「理解できた」3.56, 「有意義で満足した」3.78, 「実践に活用できる」3.28であった。研修3ヵ月後の「有意義で満足した」は3.50, 6ヵ月後のフォローアップ研修直後は3.67であった。同様に研修3ヵ月後および6ヵ月後の意

識・行動の変化は、「看取りを改めて考え意識した」2.83と3.44, 「看取りに向けて新たに取り組んだ」1.94と2.22, 「研修内容を実践にいかした」1.94と2.44, 「研修後看取りを実践した」者は、3ヵ月後の時点で5名, 6ヵ月後の時点で1名増え6名, 実践中1名であった。

3. 研修前と研修3ヵ月後および6ヵ月後の「知識」「自信・意欲」「困難感」

「知識」, 「自信・意欲」, 「困難感」に関する4時点の反復測定分散分析では、「知識」は研修直後に最も高い得点を獲得し、3ヵ月後および6ヵ月後も保持していた（ $p < .001^{**}$ ）（図2）。Mann-Whitney検定による2群比較の結果、「看取りに向けて新たに取り組んだ」7名は、取り組まなかった11名より知識の獲得率が高い傾向を認めた（ $p = .091^{+}$ ）。「自信・意欲」は、研修前と研修直後（ $p = .005^{**}$ ）および6ヵ月後（ $p = .017^{*}$ ）の2時点で有意に向上した（図3）。「困難感」は、研修6ヵ月後が最も低かった（図4）。

4. 「職務満足度」の分析

「職務満足度（66項目）」に関し、研修前と研修3ヵ月後および6ヵ月後の3時点の反復測定分散分析の結果、研修前（ 190.83 ± 36.01 点）と研修6ヵ月後（ 203.28 ± 34.13 点）で、有意に高まった（ $p = .028^{*}$ ）（図5）。

「職務満足度」下位尺度別反復測定の結果、16の下位尺度の中で、研修前と研修3ヵ月後に有意差を

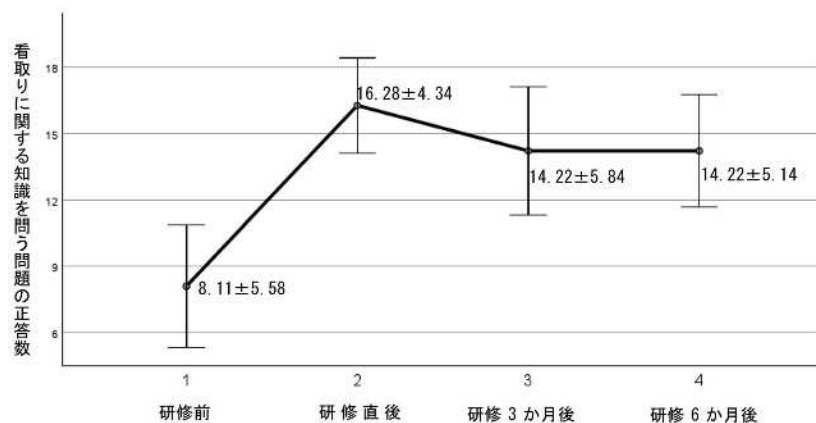


図2 看取りに関する「知識」の獲得推移

認めるものはなかった。研修前と研修6ヵ月後に有意差あるいはその傾向を認めたものがあり、「上司との関係 ($p=.011^*$)」「勤務シフト ($p=.015^*$)」「看護(介護)業務以外の職務 ($p=.071^*$)」「能力

の発揮 ($p=.074^*$)」「学習の機会 ($p=.079^*$)」であった(表2)。

研修後看取りに向けて新たに取り組んだ7名と取り組まなかった11名のMann-WhirneyのU検定によ

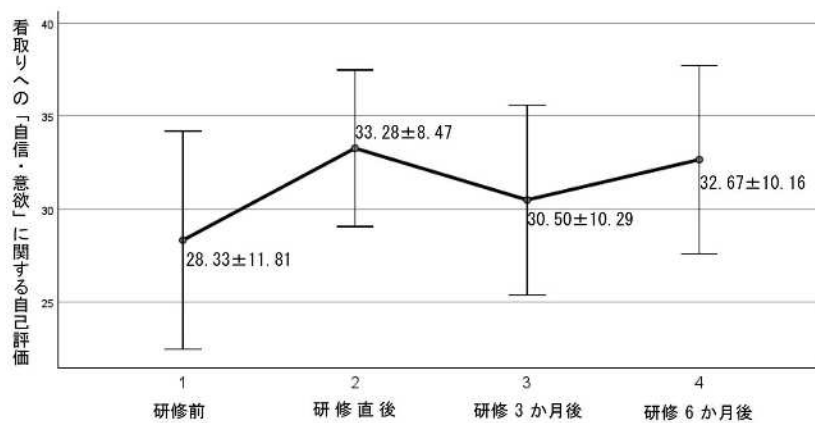


図3 看取りへの「自信・意欲」の程度の推移

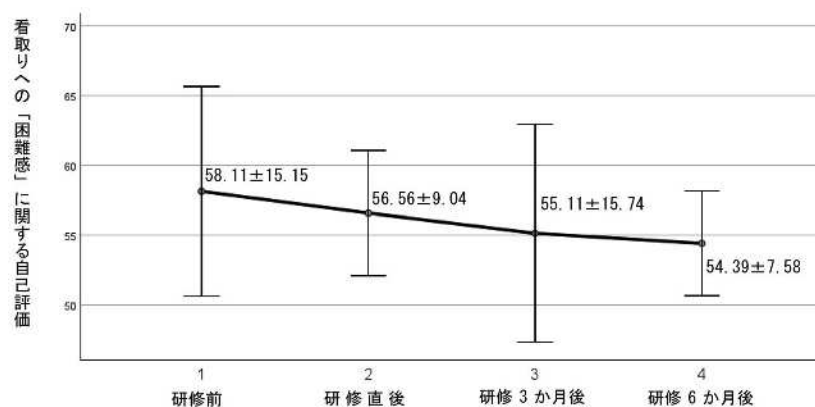


図4 看取りへの「困難感」に関する程度の推移

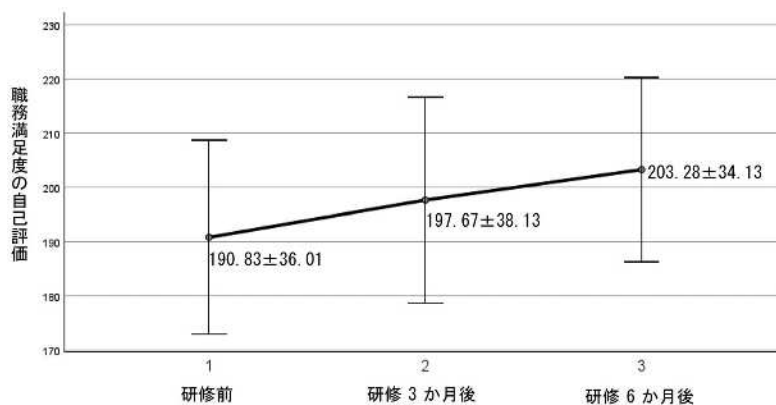


図5 職務満足度の推移

る2群比較を「職務満足度」下位尺度別に行ったところ、看取りに向けて新たに取り組んだ群の方が「医師との関係」への満足度が高く評価される傾向にあった ($p=.085^{\dagger}$)。研修内容を実践にいかした8名といかさなかつた10名の2群比較においても、研修内容を実践にいかした群の方が「医師との関係」への満足度が有意に高く ($p=.021^*$)、「医師以外の他職種との関係」も高まる傾向を認めた ($p=.068^{\dagger}$) (表3)。

5. フォーカスグループディスカッション (FGD) の質的データ分析

1回目の研修でのFGDにおける発言内容を「グループホームでの看取りの実践に重要なこと」に焦点を当て質的記述的に分析した結果、7つのカテゴリー、21のサブカテゴリー、84のコードが抽出された (表4)。

フォローアップ研修でのFGDにおける発言内容を「6ヵ月間に取り組んだ実践と課題および変化」に焦点を当て質的記述的に分析した結果、2つのカテゴリー、8つのサブカテゴリー、16のコードが抽出された (表5)。

以下、カテゴリー [], サブカテゴリー 《 》, コード 〈 〉, ローデータ 「 」で表す。

1) グループホームでの看取りの実践に重要なこと

グループホームにおける看取りの実践は、重要なこととして、[グループホームで看取る意義] の理解を促進し、[看取りに必要な知識と技術] の向上を目指した[看取りへの教育的支援]や[看取りの実践への支援体制]および[看取りに重要な職場風土]への取り組みが挙げられた。そのような実践の積み重ねが[本人・家族にとって最善の看取りの実現]、さらには[看取りの実践への連鎖]につながっていた。

表2 反復測定分散分析による「職務満足度」下位尺度別比較 (n=18)

「職務満足度」下位尺度の項目	研修前	研修3ヵ月後	研修6ヵ月後	p-value
上司との関係	12.83±0.93	12.78±0.91	14.17±0.71	0.011*
同僚との関係	9.44±0.53	9.28±0.55	10.06±0.44	0.119
看護(介護)チームの協力関係	15.33±4.30	14.78±0.83	15.72±2.89	0.607
医師との関係	11.17±3.11	12.17±0.45	11.56±2.79	0.474
医師以外の他職種との関係	9.06±2.07	9.06±0.30	9.28±1.41	0.625
患者との関係	16.17±2.46	16.89±2.40	17.00±2.54	0.176
患者家族との関係	9.78±1.67	10.06±1.35	10.06±1.43	0.311
業務量	12.00±4.13	12.89±4.31	12.28±4.08	0.645
看護(介護)業務以外の職務	10.89±3.20	11.22±3.39	12.06±3.10	0.071 [†]
給与	8.78±3.57	9.78±3.51	9.89±4.56	0.207
能力の発揮	18.28±4.03	18.94±4.62	19.83±3.71	0.074 [†]
自律性	15.06±4.08	15.39±3.27	15.89±2.89	0.127
学習の機会	14.06±3.23	14.50±3.37	15.39±3.31	0.079 [†]
労働環境	14.39±3.24	15.17±3.49	15.00±2.74	0.343
勤務シフト	8.56±3.45	9.17±3.37	9.78±2.44	0.015*
社会的評価	5.06±0.39	5.61±0.42	5.44±0.36	0.428
職務満足度合計	190.83±8.49	197.67±9.0	203.28±8.05	0.028*

* $p<0.05$ [†] $p<0.1$

表3 研修後の行動変容群と非行動変容群の「職務満足度」下位尺度別二群比較

「職務満足度」下位尺度の項目	行動変容群	非行動変容群	p-value
看取りに向けて新たに取り組んだ7名と取り組まなかつた11名の2群比較			
医師との関係	13.00±2.31	10.64±2.77	0.085 [†]
研修内容を実践にいかした8名といかさなかつた10名の2群比較			
医師との関係	13.25±2.05	10.20±2.62	0.021*
医師以外の他職種との関係	10.00±1.31	8.70±1.25	0.068 [†]

Mann-Whitney U test * $p<0.05$ [†] $p<0.1$

表4 グループホームでの看取り実践に重要なこと

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
グループホームで看取る意義	日常の延長にある看取り	看取りは日常の延長線上と捉える価値観
		日常のなかでの看取りを希望する家族の価値観の尊重
	介護の利点を発揮	死ではなく生に重きを置いたケア実践
		その人としつかり関わる介護職からの情報発信
看取りに必要な知識と技術	求められる知識と判断	医療従事者ではなく介護の主体性を発揮した看取り
		食事の量を基準とした家族の意向確認と看取り期の判断
		急変が予測できない突発的な場合の医療へつなげる判断
		家族に後悔させないための延命に関する知識
	家族への説明と質問への対応	家族の面会のタイミングを図るために必要な看取り期の兆候を捉える力
		他職種と共有すべき情報内容の吟味・判断
		経験を重ねる中で図れるようになった訪問看護導人のタイミング
		ケアの充実を図るために必要な（看取りに関する）知識の習得
	重視して実践すべきケア	急な変化の対応に備えた定期的な意思確認
		医療的な内容についての家族への伝達や説明
		身体的変化を家族が理解できるように説明
		看取り期の医療のあり方を理解してもらうための説明
看取りへの教育的支援	緩和ケアに関する知識	急に訪れる最終段階も見据えた日頃の備え
		医療指示がない中で看取り期に重要な口腔ケアの実践
		本人・家族が望む食事摂取への対応
		五感を使った入念な観察による安楽を目指すケア
	職員の個別性に合わせた教育・指導	点滴や吸引の弊害への理解
		がん緩和ケアも含む安楽なケアを提供するための知識
		経験のない突発的な出来事や変化に対応するためのサポート
		職員の力量に応じた管理者による教育的指導の下での看取り
	家族にも必要な身体の変化への理解	夜間帯でも焦らず実践できる看取り時のサポートや教育
		経験により理解できる認知症の方にとっての最善の看取りの場所
		死へのプロセスを学ぶことにより得られる家族の安心感
		点滴や吸引の弊害への理解
看取りの実践への支援体制	実践で受ける職場内サポート	知識があればできる治療を受けない看取りの選択
		事業所のできる緩和ケアの家族への周知
		求められる客観的な看取りの評価
		その方の長い歴史を振り返る亡くなったあとのカンファレンス
	看取りの実践に必要な医療連携	学びにつながっている見取り後の振り返りの共有
		グループホームでの看取りの葛藤や無力感の解消
		元氣なころを知る職員に対する看取る辛さへのサポート
		先輩介護職から伝え聞きながらの看取りへの心づもり
	看取りに向かう施設の体制	初めて看取りを体験する不安の解消に必要な職員同士の連携
		一人夜勤への不安解消のための管理者を中心とした支えあい
		指示されながらの看取りの実践からの脱却
		初めての看取りで死に向かう身体の変化への衝撃的な体験の振り返り
看取りに重要な職場風土	看取りに対する認識の醸成	急変時や看取りの際に必要なと感じる人的応援
		介護の主体性を発揮したうえで不足部分のカバー
		家族も含めた医療と介護の情報共有
		取り乱す家族への冷静な対応を可能とした看護士からの承認
	ケアに対する共通理解	施設の状態への理解がある相談しやすい在宅医や看護士の存在
		医師との情報共有は看護職を通すなどの工夫
		きっかけとなる学習会の実施
		新たに看取りを始めるための人員確保や看護士の配置
	職員が一丸となった取り組み	多職種、他事業所とともに研修会を実施・継続
		医療との連携を模索する初めての看取りへの準備
		一人ひとりの最期の迎え方に向き合う心構え
		「自然な看取りの在り方」を模索
本人・家族にとって最善の看取りの実現	看取りに向かう施設の体制	「看取りは無理」と判断する無資格者も働く介護現場へのサポート
		看取りをシステムとして行う環境を整える必要性
		看護士による症例を用いた研修会の実施
		看取りに対する職員の考えを理解するカンファレンスの実施
	看取りへの意欲・動機付け	管理者による看取り期のケア方法の統一
		職員間で最善のケア方法を引き出し周知する日々のかかわり
		些細なことでも発信・相談・話し合いながらの実践
		管理者による職員間のコミュニケーションを促進する教育の分担
	本人・家族の意向を確認	治療をしない看取りを受け入れることで進むチームケア
		コロナ禍でも面会ができる施設での最期を望む家族
		面会が出来なければ本人の安楽を期待して病院を選択する家族
		実感したコロナ禍でも家族と最期を一緒に過ごす大切さ
看取りの実践への連携	看取りへの意欲・動機付け	会えない時の状態の変化を家族が理解できるように伝える必要性
		LINEを活用した施設で過ごした動画や写真
		最後の時までの日々の積み重ねや本人家族との橋渡し
		その人らしいエピソードや日常の様子を伝える手紙や電話
	看取りの実践への連携	家族に日々の様子を伝えるために必要な職員数や時間
		何重も実施される看取りに対する家族の意向確認
		点滴の弊害を説明した上で確認する家族の希望
		看取りへの意向確認は入居時に切り出しておくことの重要性
	家族から受ける看取り後の評価	家族の意思決定を支援するための家族間の意見調整
		本人を大切に思うからこそ家族も悩む病院が施設かの選択
		慣れている場所や信頼する施設で亡くなりたと思う自分（職員）自身
		ケア提供時にみられる対象の笑顔
本人・家族にとって最善の看取りの実現	看取りへの意欲・動機付け	看取りに関わりたくて働く場として選んだ施設
		怖さや不安はあっても日々のケアの継続で培われる看取りへの心づもり
		不安がある中でできることをするという気持ちだけで看取る実践
		不安を解消するための知識を補完する研修会への参加
	看取りの実践への連携	家族の意向に添った看取りで得られる満足感
		正解がない看取りを評価する難しさ
		家族からの感謝の言葉で得られる安堵感や満足感
		家族からの感謝の言葉で確認する看取りの評価

〔グループホームで看取る意義〕では、〈看取りは日常の延長線上と捉える価値観〉を持ちながら、〈日常のなかでの看取りを希望する家族の価値観の尊重〉をこころがけ、日々〈死ではなく生に重きを置いたケア実践〉を行うといった、《日常の延長にある看取り》に取り組んでいた。また、〈その人としっかり関わる介護職からの情報発信〉を行いながら〈医療優位ではなく介護の主体性を発揮した看取り〉を意識し、《介護の利点を発揮》していた。

〔看取りに必要な知識と技術〕では、まず、《求められる知識と判断》として、〈食事の量を基準とした家族の意向確認と看取り期の判断〉〈急変が予期できない突発的な場合の医療へつなげる判断〉など知識に基づく判断や、〈家族に後悔させないための延命に関する知識〉〈家族の面会のタイミングを図るために必要な看取り期の兆候を捉える力〉など、家族と一緒に看取るために必要な知識を認めた。次に、《家族への説明と質問への対応》として、〈急な変化の対応に備えた定期的な意思確認〉を行うためにも、〈医療的な内容についての家族への伝達や説明〉〈身体的変化を家族が理解できるような説明〉〈看取り期の医療のあり方を理解してもらうための説明〉を繰り返し行っていた。また、《重視して実践すべきケア》には、〈急に訪れる最終段階も見据えた日頃の備え〉〈医療指示がない中で看取り期に重要な口腔ケアの実践〉〈本人・家族が望む食事摂取への対応〉〈五感を使った入念な観察による安楽を目指すケア〉など知識に基づくケアを丁寧に実践していた。また、〈点滴や吸引の弊害への理解〉や

〈がん緩和ケアも含む安楽なケアを提供するための知識〉など《緩和ケアに関する知識》の必要性が語られた。

〔看取りへの教育的支援〕では、〈経験のない突発的な出来事や変化に対応するためのサポート〉や〈職員の力量に応じた管理者による教育的指導の下での看取り〉など《職員の個別性に合わせた教育・指導》が行われていた。また、〈死へのプロセスを学ぶことによって得られる家族の安心感〉に向けて、職員同様、家族にも〈点滴や吸引の弊害への理解〉が求められ、《家族にも必要な身体の変化への理解》について語られた。看取りの実践後、家族としての価値観で偏った評価に陥らない（〈求められる客観的な看取りの評価〉）ために《実践の振り返り》が行われていた。さらに、何もしてあげられないといった〈グループホームでの看取りの葛藤や無力感の解消〉と〈元気なころを知る職員に対する看取る辛さへのサポート〉を目的とした《職員のグリーフケア》が行われていた。

〔看取りの実践への支援体制〕では、〈先輩介護職から伝え聞きながらの看取りへの心づもり〉や事業所で〈初めて看取りを体験する不安の解消に必要な職員同士の連携〉〈一人夜勤への不安解消のための管理者を中心とした支えあい〉など《実践で受ける職場内サポート》について語られていた。また、《看取りの実践に必要な医療連携》として、医療は〈介護の主体性を発揮したうえでの不足部分のカバー〉であり、密に実施されるべき〈家族も含めた医療と介護の情報共有〉、取り乱す家族への冷静な対

表5 研修後6ヵ月間に取り組んだ実践と課題

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
看取りへの意識向上	知識の伝達・向上	研修内容の報告による知識の共有
		看取りの意識付けのために研修資料の閲覧を実施
	日常のケアの充実	日々のケアを大切にする意識の向上
	看取り加算に向けた体制整備の必要性	達成できなかった研修等の加算に関する体制整備
看取りの質の向上	医療との連携強化	医師や看護師との密な情報共有を意識
		家族や医師と早めに実施した看取りケアの方向性の話し合い
	看取り時の対応の統一	看取り時の対応マニュアルを作成
	意向確認の徹底	本人・家族との看取りに関する早めの意向確認
		他職員の疑問に答えながら看取りの知識を伝達
		薬剤を使用した疼痛緩和の実施
	実践での知識の活用	取りくみ続ける職員の点滴に関する意識転換の必要性
		現在も難しさを感じる家族が希望した際の点滴への対応
		食欲低下時は点滴以外の工夫による可能な限りの経口摂取
		最期を家族と過ごせるような計らい
	本人・家族との繋がり強化	日常の様子に関する家族への情報発信
		家族からの贈り物をお願いするなど繋がり強化を意識

応が看護師との連携により可能となったこと（〈取り乱す家族への冷静な対応を可能とした看護師からの承認〉）などが語られた。

〔看取りに重要な職場風土〕では、看取りの〈きっかけとなる学習会の実施〉や〈新たに看取りを始めるための人員確保や看護師の配置〉を実施して《看取りに向かう事業所の体制》を整えていた。また、看取りに向けて〈多職種、他事業所とともに研修会を実施・継続〉し、看取る必然性の中で〈医療との連携を模索する初めての看取りへの準備〉や〈一人ひとりの最期の迎え方に向き合う心構え〉をするなど《看取りに対する認識の醸成》を築いていた。《ケアに対する共通理解》を得るために、〈看護師による症例を用いた研修会の実施〉や〈看取りに対する職員の考えを理解するカンファレンスの実施〉を行っていた。また、〈些細なことでも発信・相談・話し合いながらの実践〉など《職員が一丸となった取り組み》について言及されていた。

〔本人・家族にとって最善の看取りの実現〕では、苦慮したコロナ禍での看取りの対応が数多く語られていた。〈コロナ禍でも面会ができる事業所での最期を望む家族〉〈面会が出来なければ本人の安楽を期待して病院を選択する家族〉の存在から、《コロナ禍（感染症拡大時）でも必要な看取り時の面会》の重要性が語られていた。また、〈会えない時の状態の変化を家族が理解できるように伝える必要性〉を感じ、〈LINEを活用した事業所で過ごした動画や写真〉を送るなど《本人と家族のコミュニケーションの促進》に取り組んでいた。さらに〈何重も実施される看取りに対する家族の意向確認〉や後悔がない看取りのために〈点滴の弊害を説明した上で確認する家族の希望〉など、繰り返し《本人・家族の意向を確認》していた。

〔看取りの実践への連鎖〕では、〈慣れている場所や信頼する事業所で亡くなりたいと思う自分（職員）自身〉であることや看取りの実践中嬉しさを感じる〈ケア提供時にみられる対象の笑顔〉などが《看取りへの意欲・動機付け》となり、《家族から受ける看取り後の評価》から〈正解がない看取りを評価する難しさ〉を感じながらも〈家族からの感謝の言葉で得られる安堵感や満足感〉などが看取りを継続する要因として語られた。

2) 第1回研修後6ヵ月間に取り組んだ実践と課題

研究参加者は、フォローアップ研修時のFGDにおいて、第1回の研修後6ヵ月間に、〔看取りへの意識の向上〕や〔看取りの質の向上〕に取り組んでいた。

〔看取りへの意識の向上〕では、事業所内で「前回の資料を使ってより裏付けするようにミーティングとかで活用」して〈研修内容の報告による知識の共有〉や〈看取りの意識付けのために研修資料の閲覧を実施〉するなど《知識の伝達・向上》に取り組んでいた。また、「前回の研修後にもっと利用者一人ひとりをみようね」と〈日々のケアを大切にする意識の向上〉を図るなど《日常のケアの充実》に向けて努力していた。一方、課題として「前回の研修で『やるべきことをちゃんとやっていたら、職員が安心できる』と言われ、（体制を整えようとしたが）加算を取るにはいろんなハードルがあって…悩んでいる」と語られ、半年では〈達成できなかった研修等の加算に関する体制整備〉が挙げられ、《看取り加算に向けた体制整備の必要性》が抽出された。

〔看取りの質の向上〕では、「今、訪看（訪問看護師）さんと常日頃から情報をしっかり出して、お互いがちゃんと協力し合って、人間関係ができてから看取りにもっていきたい」と語られ、〈医師や看護師との密な情報共有を意識〉した《医療との連携強化》や「一人夜勤があるので、マニュアルとかを看護師さんと作って、これに沿ってまずやろうと始まって…。誰もができるように、亡くなったらこうするっていうマニュアル。看取り経験がない職員が多いので、その声も聴きながら作って…」と〈看取り時の対応マニュアルを作成〉して《看取り時の対応の統一》に取り組んでいた。また、「この半年間では、ご家族と話すタイミングの調整を早め早めにして、看取りの意向、方針を早めに確認するようにした」と語られ、〈本人・家族との看取りに関する早めの意向確認〉を行うなど、《意向確認の徹底》が実施されていた。さらに、「知識のない職員に『点滴はしないんですか』と問われ、こういう状態での点滴とかは、本人きついみたいよ、とその時（その場で）説明をした」と語られ、〈他職員の疑問に答えながら看取りの知識を伝達〉したり、〈薬剤を使用した疼痛緩和の実施〉においても、がんの末期での看取りの際、「ご高齢だから、痛みがそこま

で（強くない）、アセトアミノフェンとか、そういうので何とかコントロールして最期を迎えられた」と《実践での知識の活用》ができていた。また、〈最期を家族と過ごせるような計らい〉や、「自分の中でなんですけど、いろいろ日々の様子を伝えたり、家族と会話する機会を自分から今まで以上に心がけるようにした」と〈日常の様子に関する家族への情報発信〉などが語られ、《本人・家族のつながりの強化》についての実践が語られた。

以上、2回目のFGDで語られた研修後6ヵ月間に取り組んだ実践と課題は、1回目のFGDで語られた看取りの実践に重要なことを、各参加者が自主的かつ意識的に取り組んだ痛みや症状の緩和を含む実践や、達成できなかった体制整備に関する課題であった。

考 察

1. 介入前後の「知識」「自信・意欲」「困難感」「職務満足度」の反復測定

本看取り研修プログラムを用いた介入研究において、データを反復測定することにより、まず、看取りの「知識」は有意に獲得され、獲得された知識が、少なくとも3ヵ月間保持されることがわかった。FGDで語られた看取りの実践に重要なことの一つに《看取りに必要な知識と技術》が挙げられ、研修後、その重要性が再認識され、各事業所内で〈学んだ知識の伝達・共有〉が行われていた。また、FGDにより、レクチャーの内容が単なる知識や技術の伝達に留まらず、実践に活用できる知識として理解され²⁴⁾、活用に向けた方策まで具体的にイメージできたことが、他者へ伝える行動や実践での活用につながり、知識の保持に影響したと考える。6ヵ月後のフォローアップ研修のレクチャーの内容は、知識の評価指標の内容ではないこと、3ヵ月後とほぼ同じ点数であったことから、研修後6ヵ月間の所属する事業所での〈研修内容の報告による知識の共有〉や〈看取りの意識付けのために研修資料の閲覧を実施〉、痛みや症状の緩和に関する知識を得たことによる〈薬剤を使用した疼痛緩和の実施〉など、《知識の伝達・向上》に取り組んでいたことが、6ヵ月後における知識の保持の大きな要因であると考えられる。加えて、フォローアップ研修時のFGD

において、6ヵ月間の実践を振り返り、確実な知識として確認できたことの影響があると考えられた。

看取りへの「自信・意欲」は、研修前と比較すると研修直後は有意に高まっていたが、研修後3ヵ月の時点でやや後戻りし、6ヵ月後に回復した。6ヵ月後の自信・意欲の回復は、フォローアップ研修時のFGDにより、メンバーが新たに実践した看取りへの取り組みに刺激を受けるなどの影響があったと考える。

看取りへの「困難感」の軽減は、研修前よりも研修直後、3ヵ月後、6ヵ月後と、徐々に評価が良くなった。「職務満足度」も同様に、徐々に評価が高まり、6ヵ月後の時点で介入前の評価と有意差を認めた。「困難感」の軽減は、1回目のFGDの影響を受け、6ヵ月間に〈看取り時の対応マニュアルを作成〉するなどの《看取り時の対応の統一》や《医療との連携強化》など具体的な行動につながったことの影響であると考えられる。「職務満足度」についても、看取りに向けて新たに取り組んだ群や研修内容を実践にいかした群が下位尺度の「医師との関係」を高く評価した。これは、看取りへの具体的な行動と職務満足度の高評価との関連を示すものである。このことから、具体的な行動や実践は、関連した職務経験の連鎖を通して職業能力を形成していく²⁵⁾ キャリア形成の一助となり、「職務満足度」の高評価の要因となることが示唆された。

2. フォローアップ研修の意義

本研究で認められた、獲得した「知識」の保持、看取りへの「自信・意欲」の回復、看取りへの「困難感」の軽減、「職務満足度」の有意な向上の要因としては、研修後6ヵ月間の実践の積み重ねによる影響と共に、フォローアップ研修のFGDにより、これまでの実践を振り返り、確実な知識となったことや自身の実践を肯定できた可能性が高いと考えられる。

フォローアップ研修による振り返りの機会は、参加者の看取りの「知識」や「自信・意欲」を思い起こし、あるいは保持・向上させ、看取りへの「困難感」を軽減する機会になると考えられる。また、振り返りの機会は、リフレクションの効果とも重なり、自己肯定感の上昇や悩みや思いを語るというカルタシスの効果、悩みや思いに応じた他者からのフィー

ドバック、新たな学びの獲得という体験²⁶⁾がストレスの軽減となったことが示唆された。以上のことにより、研修3ヵ月後に後退した「自信・意欲」の自己評価が6ヵ月後のフォローアップ研修時に回復していることや、「職務満足度」の評価の向上も説明できる。よって、研修の効果を高めるためには、研修後の実践を振り返る機会が必要だと考えられた。

3. 研修後6ヵ月間の看取りへの取り組みに対する支援方法

本研究の結果から、「1回完結型研修」よりも、複数回の連続研修が有用だと考えられた。今回、1回目の研修からフォローアップ研修までの期間を6ヵ月とし、その間研修をいかした看取りの実践を期待していた。本研究では、その実現と効果の実証には至らなかったため、検討する必要がある。看取りの実現を促進するためには、例えば看取りの実績が豊富な事業所やグループホーム協会に、看取りに関する相談の場を設けることが考えられた。

4. 職務満足度の下位尺度による分析結果の解釈として

職務満足度の下位尺度による分析結果から、本研究における看取り研修プログラムによる介入が、看取りへの具体的な行動を促し、上司、医師、医師以外の他職種との関係性に影響する可能性が示唆された。先行研究では、職務満足度が患者や家族、同僚、医師との関係性と関連があるとされており²²⁾、本研究においても矛盾のない結果である。また、フォローアップ研修時のFGDデータの分析により、第1回の研修後6ヵ月間に《医療との連携強化》や《看取り時の対応の統一》《本人・家族とのつながりの強化》などに取り組んでいることがわかった。今後、医師や他職種との連携・協働の視点に留意した研修の継続により、職務満足度の向上が期待できると考えられる。

5. 「看取り研修プログラム」の展望

この「看取り研修プログラム」が対象とする介護事業所の職員は、看取りの経験が無い者から100件ほどの経験が有る者までが混在する。対象の属性を一樣にした研修が効果的との考え方もあるが、あえて職種、経験年数、看取り経験の有無など多様である

ことを強み²⁷⁾としている。その中で、効果を実証できたことから、今後は、参加者が主体的に臨める戦略を検討したいと考える。具体的には、地域のグループホーム協会との共催という形態をいかし、地域ベースの看取り支援体制の構築を目指すものである。

一方で、看取りの実践に関し、体制整備や意識転換などの課題を抱えていることが分かった。組織風土は環境変化に対応し、変えることができるが、組織文化は長い期間をかけて少しずつ変わっていくもの²⁸⁾であり、継続した関りと課題への取り組みが必要である。本研究において、6ヵ月後のフォローアップ研修の効果が示唆されたことから、今後、継続的かつ段階的な研修プログラムの開発が必要である。

研究の限界

本研究は限られた地域での研修プログラムの実践・評価であり、一般化には限界がある。今後は対照群を設定した介入やフォローアップ研修の効果の検証、連携・協働の視点に留意した研修を重ね、地域ベースの看取り支援体制の構築を目指す。

結 語

本研究の看取り研修プログラムは、知識や自信・意欲、職務満足度を高めた。より看取りの実現可能性を高めるためには、継続的かつ段階的な研修プログラムが求められる。

謝 辞

ご協力いただいた皆様に心より感謝申し上げます。本研究はJSPS科研費21K10996の助成を受けた。

本論文は、第47回死の臨床研究会年次大会（2024年）で示説発表したものに加筆・修正を加えた。

引用文献

- 1) 総務省. 統計トピックスNo.142統計からみた我が国の高齢者－「敬老の日」にちなんで. 総務省. <https://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics142.pdf>. (参照2025-04-05)
- 2) 厚生労働省. 平成19年版厚生労働白書医療構造

- 改革の目指すもの。厚生労働省。 <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/>（参照2025-04-05）
- 3) 厚生労働省。令和5年（2023）人口動態統計死亡の場所別にみた年次別死亡数・百分率。厚生労働省。 <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411652>（参照2025-04-05）
- 4) 厚生労働省。令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書。厚生労働省。 https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_r04.pdf。（参照2024-03-30）
- 5) 厚生労働省。平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書。厚生労働省。 https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf。（参照2024-03-30）
- 6) 大河原啓文，深堀浩樹，廣岡佳代，宮下光令。日本の高齢者ケア施設における看取りの質の評価・改善に関する研究の動向。 *Palliat Care Res* 2016；11（1）：401-412.
- 7) 永田千鶴，忍 博次。認知症高齢者グループホームケアの質－ケアプロセスガイドラインの開発－。最新社会福祉学研究 2007；2：50-67.
- 8) 永田千鶴。認知症高齢者グループホームケアの実態－代表者と利用者家族へのアンケート調査から－。熊大医保健紀要 2008；4：71-84.
- 9) 永田千鶴，松本佳代。エイジング・イン・プレイスを果たす小規模多機能型居宅介護の現状と課題。熊大医保健紀要 2010；6：43-62.
- 10) 永田千鶴，北村育子，本郷秀和，東 清巳，松本佳代，松本千晴。エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの開発－地域密着型介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）におけるケアサービスの探究－。熊大医保健紀要 2013；9：39-51.
- 11) 永田千鶴，北村育子，松本佳代，東 清巳，松本千晴，本郷秀和。エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの開発－小規模多機能併設グループホームにおけるケアサービスの探究－。熊大医保健紀要 2014；10：15-26.
- 12) 永田千鶴，清永麻子，堤 雅恵，松本佳代，北村育子。地域密着型サービスでの看取りの実現－フォーカスグループディスカッションによる研修を通して－。日地看誌 2016；19（2）：22-29.
- 13) 永田千鶴，清永麻子，堤 雅恵。地域密着型サービスにおける看取りの実現に向けての行動と認識－フォーカスグループディスカッションにより得られたデータの質的記述的研究－。日地看誌 2018；21（1）：14-22.
- 14) Kirkpatrick, D. L., & Kirkpatrick, J. D. (2007). Implementing the four levels: A practical guide for effective evaluation of training programs. Berrett-Koehler Publishers.
- 15) Nagata, C., Tsutsumi, M., Kiyonaga, A., Nogaki, H. (2021). Evaluation of a training program for community-based end-of-life care of older people toward aging in place: a mixed methods study. *Nurse Educ. Pract.*, 54, 103091.
- 16) 永田千鶴，松本佳代，大野陽子。A介護老人保健施設における看取り教育研修プログラムの実践の評価。死の臨 2023；45（1）：152-159.
- 17) 永田千鶴，堤 雅恵，野垣 宏，清永麻子。認知症グループホームでの看取りに対する総合病院の医師および看護師の捉え方－医療職の立場と家族の立場での検討－。山口医 2019；68（4）：127-137.
- 18) 堤 雅恵，永田千鶴，清永麻子，野垣 宏。グループホームでの看取りに対する看護師の認識－紙上事例を用いた検討－。JAMNE 2020；29（1）：6-15.
- 19) 宮下光令。緩和ケアに関する尺度のダウンロード 緩和ケアに関する医療者の知識・実践・困難感尺度（訪問看護バージョン）。 <http://www.pctool.umin.jp/>。（参照2021-04-01）
- 20) Shimizu M., Nishimura M., Ishii Y., Kuramochi M., Kakuta N., Miyashita M. Development and Validation of Scales for Attitudes, Self-Reported Practices, Difficulties and Knowledge among Home Care Nurses Providing Palliative Care. *Eur J Oncol Nurs* 2016；22：8-12.
- 21) 江口圭一，佐藤敦子。県立広島病院版看護師職務満足尺度の改訂と信頼性，妥当性の検討。立教 DBA ジャーナル 2015；6：1-12.
- 22) Head, B., Middleton, A., Zeigler, C. Work satisfaction among hospice and palliative

- nurses. *J Hosp Palliat Nurs* 2019 ; 21 (5) : E1-E11.
- 23) ブラウニー・リィアムブットーン, 質的研究法: その理論と方法, 木原雅子, 木原正博監訳, 第1版. メディカル・サイエンス・インターナショナル. 東京. 2022 : 7, 308.
- 24) 内海香子, 牛久保美津子, 磯見智恵, 他. 糖尿病を持つ利用者・家族のセルフケアを支援する訪問看護師を対象とした継続教育プログラムの評価. 北関東医学 2016 ; 66 : 139-148.
- 25) 厚生労働省. 「キャリア形成を支援する労働市場政策研究会」報告書. 平成14年7月31日. 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/07/h0731-3a.html> (参照2025-03-26)
- 26) 飯岡由紀子, 渡邊直美, 田代真理, 他. 看護職の経験学習を促進するリフレクションマッププログラムの開発と効果の検証. 日看科会誌 2023 ; 43 : 676-688.
- 27) Femdal, I., Solbjør, M. Equality and differences : Group interaction in mixed focus groups of users and professionals discussing power. *Soc. Health Vulnerability* 2018 ; 9 (1) : 1447193.
- 28) 福岡隆康. 組織風土研究の発展の歴史: 組織風土と組織文化の比較. 広島大マネジメント研究 2006 ; 6 : 1-19.

Demonstrating the Effectiveness of Palliative-End-of-Life Care Training Program in Care Facilities for Old People with Dementia ; A Mixed Methods Study

Chizuru NAGATA¹⁾, Mika SAWASAKI²⁾, Tomoko OTA¹⁾, Asako KIYONAGA³⁾ and Aiko TANAKA⁴⁾

1) Division of Community/Gerontological Nursing, Faculty of Health Sciences, Yamaguchi University Graduate School of Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan
2) Department of Nursing, Faculty of Health Science, Kumamoto Health Science University, 325 Izumi-machi, Kitaku, Kumamoto, Kumamoto 861-5589, Japan
3) Department of Nursing, Faculty of Nursing and Welfare, Kyushu University of Nursing and Social Welfare, 888 Tomio, Tamana, Kumamoto 865-0062, Japan
4) Division of Fundamental Nursing, Faculty of Health Sciences, Yamaguchi University Graduate School of Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan

SUMMARY

This study evaluated the effectiveness of a Palliative End-of-Life Care (PEoLC) training program for care staff in group homes for older individuals with dementia. Twenty participants attended two sessions combining face-to-face and online formats : an initial and a follow-up training session six months later. The training included lectures and focus group discussions (FGD). Lectures covered PEoLC significance in group homes and palliative knowledge and skills, while FGD addressed its status in group homes and participant's experiences. The results of a repeated measures analysis of variance on 18 valid responses before, immediately after, three months, and six months post-training demonstrated that "knowledge" scored highest immediately after the

training and was retained three to six months later ($p<.001^{**}$). “Confidence and motivation” declined after three months and recovered at six months ($p=.017^{*}$). PEOLC “difficulty” was most reduced after six months, while “job satisfaction” significantly increased ($p=.028^{*}$). These positive results after six months likely resulted from FGD, where participants discussed their actual

experiences, identified specific PEOLC practice actions, and gained a deeper understanding of PEOLC. Mutual approval of daily practices among group members likely increased job satisfaction, along with knowledge, confidence, and motivation. Accordingly, continuous and stepwise training programs are required.