

《資料》

看護基礎教育における成人・老年期の臨死期・臨終後についての 教育内容の現状と課題 －テキスト記述の分析より－

中島 奈緒子, 杉田 豊子, 川畑 美果, 生田 美智子, 宇佐美 久枝

栢山女学園大学看護学部

要 旨

＜目的＞看護基礎教育で使用されているテキストの成人・老年期の臨死期・臨終後に関する記述内容を分析することで、現在の教育内容の現状と課題を明らかにし、今後の臨死期・臨終後の看護教育の資料とする。

＜方法＞分析対象としたテキスト8冊より、該当する記述を文脈単位ごとに抽出した。意味内容を損なわないように要約し、帰納的に類似性、相違性を比較検討しながら分析し、サブカテゴリおよびカテゴリを生成した。

＜結果＞253の文脈単位の記述（臨死期191、臨終後62）を抽出した。臨死期では【臨死期の考え方】、【臨死期の患者の症状や機能変化とケア】、【臨死期における患者や家族の意思決定支援】、【臨死期の患者の家族の反応とケア】、【臨死期の患者や家族と向き合う看護師の姿勢】、【臨死期の患者の状態に応じた医療の検討】の6カテゴリを生成し、臨終後では【臨終後の一般的なプロセス】、【死後の変化とエンゼルケア】、【家族の悲嘆とケア】、【看護師自身の悲嘆ケア】の4カテゴリを生成した。

＜結論＞臨死期・臨終後に関するテキストの記述内容を卒業後につながる看護基礎教育とするためには、使用するテキストの特徴を理解して選定し、さらに実際にイメージできるように視聴覚教材や臨床専門家の講義などを組み合わせて教授することが必要である。

キーワード：臨死期、臨終後、看護基礎教育、教育内容、テキスト

I. 緒言

がん患者の増加、高齢多死社会に直面している日本では、死亡者数は増加の一途をたどり、その死亡場所は病院が7割を占め（厚生労働省、2021a, 2021b）、病院での質の高い臨死期・臨終後のケアの提供は重要な課題である。近年、高齢者と同居する世帯が減少し、日常生活で身近な人の死に立ち会うことは少なくなり、死は非日常的なものとなりつつある。実際、看護学生の7割は看取り経験がなく（清水、2015）、臨床現場で初めて患者の死を経験することが少なくない。一般病棟の看護師は、終末期の患者や家族との関わり、看取り、医師や看護師間・他職種との関わりなど、様々な困難やストレスを抱えている（宇宿&前田、2010）。新卒看護師を対象とした研究では、患者の死に対して恐怖や不安を抱くといった、特徴的な困難感を示している（浅野、坂井、&村松他、2018）。

このことから、質の高い臨死期・臨終後のケアのためには、看護基礎教育、卒後教育による段階的な教育が必要であると考えられる。卒後教育については、日本緩和医療学会が事業の一環と

して行っている「The End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan (ELNEC-J) コアカリキュラム看護師教育プログラム」(日本緩和医療学会) や、各施設で行われている勉強会などがあるが、看護職を目指す看護学生への緩和ケア教育は系統だったものは現存せず、発展途上にある(清水, 2019)。しかし、看護基礎教育のカリキュラム(厚生労働省, 2011) や文部科学省(2017) の卒業時の到達目標などの資料には、終末期、臨死期、死亡後のケアについての掲載があり、看護基礎教育におけるこれらの重要性が示されている。

そこで本研究では、現在の看護基礎教育で使用されているテキストの臨死期・臨終後の教育内容に関する記述の傾向を把握することで、現在の教育内容の課題を明らかにし、今後の臨死期・臨終後の看護教育の資料とすることを目的とする。在宅での看取りは増加傾向ではあるが、看取りの7割が病院であることから、本研究では、成人・老年期の患者を看取る機会の多い一般病棟や緩和ケア病棟での臨死期・臨終後の教育内容に関する記述を分析する。

II. 方法

1. テキストの選定

2022年5月時点において、看護学テキストを系統的にシリーズ化し、カリキュラムの改訂に合わせて出版・改訂されているテキストを出版している5社から選定を行った。成人・老年期における臨死期・臨終後に関する記述が含まれると考えた基礎・成人・老年看護学、緩和ケアのシリーズに分類されているテキストを選定条件とした。選定条件を満たしたテキストの目次および内容を共同研究者間で確認し、本研究で定義する臨死期・臨終後に関する記述のあるテキストを分析対象とした。

2. 分析方法

テキストを精読し、臨死期・臨終後に関する記述を文脈単位ごとに抽出した。そこから、意味内容を損なわないように要約し、帰納的に類似性、相違性を比較検討しながら分析し、サブカテゴリおよびカテゴリを生成した。記述の分析は、共同研究者間で繰り返し検討し、整合性や妥当性の確保に努めた。

3. 倫理的配慮

記述を抽出したテキストは出典を明記し、記述内容に相違が生じないよう該当する箇所の記述はそのまま抜き出して分析データとして使用し、著作権に配慮した。

4. 用語の操作的定義

臨死期：本研究においては、治癒を目指した治療が限界を迎え死が避けられない状態の、生命予後1か月から数日以内の時期および死が直前に差し迫っている(おおよそ死亡前数時間～1日程度) 時期とする。

臨終後：本研究においては、患者の死亡確認後とする。

III. 結果

1. 分析対象としたテキストの概要と記述数(表1)

選定条件を満たしたテキスト17冊のうち、臨死期・臨終後に関する記述のあったテキスト8冊を分析対象とした。臨死期に関する記述数は、概論や総論のテキストよりも緩和ケアや終末期看

護のテキストに多く、臨終後に関する記述数も同様の傾向であったが、テキストにより差があった。緩和ケアや終末期看護のテキストは、5社すべてから出版社されていたが、臨死期・臨終後についての内容が独立した章で扱われているものとそうでないものがあり、改訂の間隔や初版年、最新版の出版年はさまざまであった。

2. 成人・老年期の臨死期・臨終後に関する記述内容の分析

分析対象のテキストから253の文脈単位の記述（臨死期191、臨終後62）を抽出し、39のサブカテゴリ（臨死期28、臨終後11）、10のカテゴリ（臨死期6、臨終後4）を生成した。以下、記述数の多かった順に、カテゴリを【】、サブカテゴリを<>で示す。なお、抽出した記述の一部は表2、3に示す。

1) 成人・老年期の臨死期に関する記述内容の分析（表2）

(1) 【臨死期の患者の症状や機能変化とケア】

このカテゴリは、<臨死期特有の症状とケア>、<時期による症状の変化とケア>、<疾患による症状の違い>、<日常生活援助>、<症状による予後予測>、<急変時のケア>、の6サブカテゴリで構成し、中でも<臨死期特有の症状とケア>、<時期による症状の変化とケア>の記述数が多く、死前喘鳴やせん妄など臨死期特有の症状や臨終が近づくにつれて変化する症状、それらに対するケアについての記述を含んだ。

(2) 【臨死期の患者の状態に応じた医療の検討】

このカテゴリは、<苦痛緩和のための鎮静>、<苦痛緩和のための輸液療法>、<患者の症状に応じた薬物療法>、<延命治療の差し控え・中止>、<不必要な検査や治療の中止>、の5サブカテゴリで構成し、鎮静に関する記述が最も多かった。

(3) 【臨死期の患者の家族の反応とケア】

このカテゴリは、<家族の予期悲嘆・心理的反応とケア>、<患者の状態から家族が抱く思いや苦痛>、<家族の受け止めに促す患者の状

表1 分析対象としたテキストの概要と記述数

No.	テキスト名	出版社	監修者・編集者	初版年	発行年	版	該当頁	該当頁著者	記述数 (臨死期)	記述数 (臨終後)
1	看護学テキストNICE 緩和ケア	南江堂	梅田 恵, 射場典子	2011	2018	2	178-193,195-199	酒井樹子	45	14
2	ナーシンググラグフイカ 成人看護学⑥ 緩和ケア	メディカ出版	宮下光令	2013	2022	3	280-296	佐藤一樹	37	6
3	系統看護学講座 別巻 緩和ケア	医学書院	恒藤 暎, 田村恵子	2007	2020	3	73-74,224-232	竹之内沙弥香, 高野純子	35	4
4	新体系看護学全書 経過別成人看護学④ 終末期看護: エンド・オブ・ライフ・ケア	メチカルフレンド社	田村恵子	2017	2021	2	286-305	小島悦子, 平山さおり, 廣岡佳代	31	18
5	成人看護学 緩和・ターミナルケア看護論	スーヴェルヒロカワ	鈴木志津枝, 内布敦子	2005	2011	2	23,25,31-32,38-41,46,50-51, 63,66-68,86-87,91-92,127, 159,173-177	齋藤信也, 北添可奈子, 唐崎愛子, 沼田靖子, 吉田亜紀子, 田黒恵子, 内布敦子, 高山良子, 鈴木志津枝, 寺野芳子, 廣川恵子	28	12
6	看護学テキストNICE 成人看護学 成人看護学概論	南江堂	林 直子, 酒井樹子, 鈴木久美, 梅田 恵	2011	2022	4	289-291,293-297	梅田 恵	14	4
7	系統看護学講座 専門分野 基礎看護学 [4] 臨床看護総論	医学書院	香春和永	1990	2022	7	114-115	三次真理	1	2
8	系統看護学講座 専門分野 成人看護学 [1] 成人看護学総論	医学書院	小松浩子	1968	2022	16	287-298	荒尾晴恵	0	2
合計									191	62

表2 成人・老年期の臨死期に関する記述内容の分析

カテゴリー(記述数)	サブカテゴリー(記述数)	抽出した記述の一部
臨死期の患者の症状や機能変化とケア(73)	臨死期特有の症状とケア(34)	死期臨死期に対する欲の限引き、効果が一時的であるとともに、患者にとっては大きな苦痛を伴うものであるため最小限とする。【No.1, p.183】 臨死期のせん妄には最終期せん妄が多く、死に直前には70〜80%以上の患者が経験する。(中略)患者にとっては幻覚、遊戯にとっっては効果、遊戯にとっでは苦痛と見なされる必要があり、体験となつたという報告がある。看護職は患者と家族との感情のつらさを理解して、患者の自尊心を傷つけないよう配慮し、患者がなやみに困るのを考えながらケアを行う必要がある。【No.3, p.227-228】 臨終が近くくると、時間単位で刻々と状況が変化し、(中略)頻脈や血圧低下などの測定は患者に苦痛を与えることも多い。(中略)心電図モニターを装着しないことも多い。【No.4, p.295】
臨死期の患者の症状や機能変化とケア(73)	時期による症状の変化とケア(24)	(死が近づいたときの身体的変化：循環) 心臓の機能低下に伴い血圧は低下し、やがて輸送では血圧測定が困難となる。脈拍は頻脈で微弱となり、喉痛動脈では聴知が困難となる。不整脈も出現する。体温は上昇し、褥瘡は悪化し、鼻血は鼻出血となる。尿量は減少し、尿意を感じることができなくなる。【No.1, p.181-182】
臨死期の患者の症状や機能変化とケア(73)	疾患による症状の違い(6)	がんの臨死期では死亡前2〜3か月前までは良好なADLを保っており、それが急速にADLの低下がみられることが多い。(中略)このよながんは終末期での全身状態の経過を予測しておくことが、より早期のケアを考える上で役立つ。【No.2, p.286】
臨死期の患者の症状や機能変化とケア(73)	日常生活期(5)	正常な生命予後の予測は難しい①寝たきり状態、②半寝半醒/意識レベル低下、③ごく少量の水しか摂取できない、などが、生命予後が短いことの一つの目安となる。【No.2, p.285】
臨死期の患者の症状や機能変化とケア(73)	症状による予後予測(2)	看取りが近い時期には、輸液量の制限や、酸素濃度や消化液の分泌を抑制する薬剤などを用いる。口内ケアが重要となる。【No.2, p.285】
臨死期の患者の症状や機能変化とケア(73)	急変時のケア(2)	医師の重要なことは、予後予測やケアの適切性について定期的に話し直し、直進することである。【No.2, p.285】
臨死期の患者の症状や機能変化とケア(73)	苦痛緩和のための薬物(16)	鎮静は、患者の苦痛を緩和するという、患者にとっての利益を期待して行われるが、意識が低下するために、対話や入浴としての精神活動が困難になるという害が伴う。(中略)鎮静を決定する際には、患者の意識と多職種チームで十分に検討する必要がある(中略)。【No.3, p.71】
臨死期の患者の症状や機能変化とケア(73)	苦痛緩和のための輸液療法(7)	臨死期にはほとんどの患者が経口摂取できなくなり、やがて水分摂取も難しくなる。そのような場合は通常、輸液療法や高カロリー輸液が行われるが、臨死期でははかばかして症状を悪化させる可能性があるため慎重に行う。【No.2, p.287】
臨死期の患者の症状や機能変化とケア(73)	患者の症状に応じた薬物療法(6)	看取りが近い時期に生じる頻度の高い症状について、随時指示と薬剤の処方医師に依頼し、夜間でもすぐに対応できるように準備しておく。【No.2, p.284】
臨死期の患者の症状や機能変化とケア(73)	延命治療の差し控え・中止(4)	延命治療の差し控えとは、(中略)死が望まれないことが判断した場合に、患者本人の事前指示や意思表示に基づいて、(中略)延命を目的とした積極的治療を行わないことである。これらの判断は、患者の生命にかかわる重要な決定であるため、たとえ本人の事前の意思表示に基づいて、家族の同意が得られていたとしても、複数の医師および看護師等を含む多職種医療チームによる判断と診療録への記録が必要である。【No.3, p.73-74】
臨死期の患者の症状や機能変化とケア(73)	不必要な検査や治療の中止(1)	検査や治療などあたり前と考えられるケアについても、その必要と行うことによる患者への負担や痛みを一つひとつ検討し、現在の治療やケアの見直しを行う。【No.2, p.283-284】
臨死期の患者の症状や機能変化とケア(73)	家族の予後悲嘆・心理的反応とケア(8)	家族は、いよいよ死が差し迫っているという現状に向き合っていく過程を、複雑しながら情緒的に変えることが大切である。【No.4, p.297】
臨死期の患者の症状や機能変化とケア(73)	患者の立場から家族が抱く思いや苦慮(7)	看取り前後の家族にある家族は、家庭内の役割分担や精神的負担、仕事への影響など、多くの生活上や社会的な問題への現実的な対応が求められていく。(中略)十分なサポートが得られない状況では、不安と怒りの感情が高まった生活の中でゆらゆらと患者との時間過ごすことができなくなることが多い。(中略)家族が患者の別れに對しての心の準備や死後の準備ができるよう、家族の気持ちに十分に配慮して、患者の機能的変化をまなみコミュニケーションを繰り返していく必要がある。【No.5, p.68】
臨死期の患者の症状や機能変化とケア(73)	家族の受け止めを促す患者の状況説明(6)	(中略)手を離る、身体をさする、身体に触れるなど、家族ができるケアを伝える。(中略)家族の負担にならない程度にケアに参加してもらい、「自分でもやってみようと思えること」が大切である。【No.4, p.297-298】
臨死期の患者の症状や機能変化とケア(73)	家族が「患者にしてあげられること」の提案(3)	死が差し迫っている期間の家族は、これまでの看取りの疲労が蓄積していたり、緊張した状態が続く、十分な睡眠をとれないことも多く、体調を崩しやすいため、(中略)家族が休めたり、食事をとれるような場所での看取りの保証を大切である。【No.4, p.298】
臨死期の患者の症状や機能変化とケア(73)	家族の環境や休息への配慮(3)	看護職は、患者の意識レベルが低下していても、一人の人間として尊厳を守り対応をしなければならぬ。患者には、意識がなくなると同じように声をかけて話し、患者が聞いて好ましくない会議をしてはならない。【No.4, p.295】
臨死期の患者や家族と向き合う看護師の姿勢(25)	患者・家族の全人的なケア(7)	危篤状態にある人の精神状態は、その人の身体的苦痛の程度合い、年齢、人生観や価値観、信仰の背景、あるいは家族関係のような社会的背景などにより個人差が大きい。そのため危篤状態にある患者の心を支えていくためには、その人の今までの生き方や全人的な側面を考慮して患者にかかわっていくことが必要である。【No.1, p.182】
臨死期の患者や家族と向き合う看護師の姿勢(25)	看護師自身による死生観の選択(4)	患者と家族が望む死の迎え方を理解するためには、患者・家族が通ってきた人生や文化を理解し、その中で得られてきた死生観・価値観を尊重する態度をもつことが重要である。そして、多くの人々の死に對する看護師自身の見解も、自らの死生観を調整し、導いていくことが求められる。【No.1, p.180】
臨死期の患者や家族と向き合う看護師の姿勢(25)	看護師の望ましいケアモデル(4)	(中略)看護師は臨死期にある患者・家族の不安を理解することにも、死が避けられない状況にあっても患者・家族は希望を失っていないこと、その心附に配慮し、自分の行動に細心の注意を払うことが大切である。またこの時期は臨死期にケアを行う(dying)だけでなく、そばにいること(being)も大切でケアとなる。【No.4, p.289-290】
臨死期の患者や家族と向き合う看護師の姿勢(25)	多職種チームによる患者・家族への向き合い方(2)	臨死期においても、全人的苦痛を緩和するためには、多職種チームアプローチが不可欠である。【No.3, p.229】
臨死期の患者や家族と向き合う看護師の姿勢(25)	療養場所の希望の確認(9)	「望んだ場所で過ごすこと」は、終末期がん患者のQOLで最も重要な一つである。死が近づいた時期の療養場所の移動にはさまざまな困難を伴うが、看取りなどで追加したいかという希望を確認し、移動に際して患者の希望を尊重し、患者の意識レベルが低下していても、一人の人間として尊厳を守り対応をしなければならぬ。患者には、意識がなくなると同じように声をかけて話し、患者が聞いて好ましくない会議をしてはならない。【No.4, p.295】
臨死期における患者や家族の意思決定支援(24)	療養場所における患者・家族のニーズの選(4)	臨死期には、患者の文化的背景の配慮が重要である。信仰や宗教、地域の風習などから大切にしているさまざまな儀式など、患者と家族の意向を確認してケアに取り入れる必要がある。
臨死期における患者や家族の意思決定支援(24)	看取り時の養生や立ち会い、文化への配慮(3)	看取り時には、一人の考えや価値観だけでなく、家族の考えや価値観を尊重し、患者の意識レベルが低下していても、一人の人間として尊厳を守り対応をしなければならぬ。患者には、意識がなくなると同じように声をかけて話し、患者が聞いて好ましくない会議をしてはならない。【No.4, p.295】
臨死期における患者や家族の意思決定支援(24)	患者・家族の意思決定を反映したケア(2)	死に際する準備、一人の考えや価値観だけでなく、家族の考えや価値観を尊重し、患者の意識レベルが低下していても、一人の人間として尊厳を守り対応をしなければならぬ。患者には、意識がなくなると同じように声をかけて話し、患者が聞いて好ましくない会議をしてはならない。【No.4, p.295】
臨死期における患者や家族の意思決定支援(24)	臨死期の期間(4)	臨死期に明確な定義はないが、一般的に生命予後1か月から数日以内の時期をさすことが多い。【No.3, p.224】
臨死期における患者や家族の意思決定支援(24)	臨死期の考え方(8)	「現代の医療技術をもってしても、もはや生命を維持することができない」と判断され、まもなく死を迎える状態」を「危篤」という。【No.1, p.181】

記述数(小計) (191)

表3 成人・老年期の臨終後に関する記述内容の分析

カテゴリ (記述数)	サブカテゴリ (記述数)	抽出した記述の一部
死後の変化とエンゼルケア(24)	エンゼルケアの手順(8)	ケアの開始時と終了後には死者に一礼し、死者に対する敬愛な気持ちでケアにのぞむ。(中略)ケアが終わったあらかたつげをして室内を整えたあと、家族に終了を告げる。 【No.1, p.190-192】
	エンゼルケアの目的(7)	遺族にとってエンゼルケアは、故人が生きてきたことの重みと喪失とに向き合う重要な時間である。(中略)遺族が故人の最期の姿に安らぎを見いだすことは、家族の死に直面することであると同時に、その死から立ち離れていく重要なスタートにもなる。【No.5, p.174】
死後の遺体の変化(3)	エンゼルケアへの家族の参加(4)	もしも家族が希望すれば、経刺り、爪切り、化粧などを一緒に入れるよう配慮する。家族がケアに参加する場合は、家族へのねぎらいや患者と家族との思い出を語るなど、家族への心遣い配慮した言葉かけをしながらケアを行えることよ。【No.1, p.198】
	死後の遺体の変化(3)	一般的に観察される身体的変化は、体温低下、皮膚の変化(死斑や皮膚乾燥など)、筋肉の変化(死後硬直など)がある。死後硬直は、死後2-3時間から始まる。そのため、死後のケアは死後硬直が現れる前に終了できるとよい。【No.1, p.190】
臨終後の一般的なプロセス(18)	エンゼルケア時の看護師の態度(2)	死を現裏のこととして感じることができない遺族は、死者であることを示す事例が故人に行われる様子を目の当たりにすることで衝撃を受ける。偶例に沿ったケアではなく遺族の気持ちや意向を大切にしたいケアを一つひとつ行うことが重要である。【No.5, p.177】
	死亡確認と死亡診断(14)	死亡確認は、医師が心停止、呼吸停止、瞳孔散大と対光反射消失を確認することで行い、家族に死亡時刻を伝える。医師が死亡診断書を作成したのち、看護師は家族の悲嘆の状況を考慮しながら、家族と死亡診断書の内容を確認し、原本を渡す。【No.3, p.231】
家族の悲嘆とケア(18)	臨終から退院までのプロセス(4)	医師が作成した死亡診断書を遺族に手渡し、入院費の精算などの手続きの方法を説明する。その際、事務的な印象を与えないよう遺族の反応を見ながら、説明することが重要である。(中略)身のまわりの片付けに際しては、遺族と一緒に一つひとつ意図を聞きながら行う。【No.5, p.177】
	家族の悲嘆とケア(18)	病院のような施設ケアでは、看取り後の家族との接点がないのが現状であるが、在宅ケアや緩和ケア病棟では、看取り後の訪問や「遺族会」をもつなど、家族に向けたプログラムが準備されている。不慮の事故や災害による死など、(中略)家族は生前の患者の意思について確認できないまま代理意思決定が求められる。(中略)このような出来事が悲嘆を複雑にする。看護として、難しい判断であることに共感しながら、見送る人の思い出などを聞く時間がとれることが望ましい。【No.6, p.296】
看護師自身の悲嘆ケア(2)	家族がお別れの時間を過ごせるような配慮(3)	看取りの際に大切な家族への援助は、家族が患者と十分なお別れができるよう配慮することであり、臨終の場を処置やケアのために医療スタッフが独占することのないよう注意する。(中略)患者の外観やベッド周囲を整え、お別れのための静かな環境を整える。【No.1, p.198】
	看護師自身の悲嘆ケア(2)	悲嘆の過程には、さまざまな考え方が捉えられているが、ボウルビイが次の4つの段階を行ったり来たりしながら、悲しみの感情が徐々に変化していくと述べている。(中略)しかし、誰にでも共通する悲嘆過程はなく、死別を体験した人それぞれがたどる過程を重視することが求められる。【No.7, p.114-115】
	看護師自身の悲嘆ケア(2)	看護師自身も患者を失うことで悲嘆を経験する。(中略)エンゼルケアを行うことで、自身のなかで区切りをつけて気持ちを整え、看護師自身がセルフマネジメントを行うことも重要である。【No.3, p.231-232】

【 】内には表1の文献No.および該当頁を記載

況説明>、<家族が「患者にしてあげられること」の提案>、<家族の環境や休息への配慮>の5サブカテゴリで構成し、患者を看取る家族を支えるための記述を含んだ。

(4) 【臨死期の患者や家族と向き合う看護師の姿勢】

このカテゴリは、<最期まで患者の尊厳を保つケア>、<患者・家族の全人的なとらえ方>、<看護師自身による死生観の追究>、<看護師の望ましいケアモデル>、<多職種チームによる患者・家族への向き合い方>の5サブカテゴリで構成し、臨死期の患者や家族を支える看護師自身の態度や姿勢に関する記述を含んだ。

(5) 【臨死期における患者や家族の意思決定支援】

このカテゴリは、<療養場所の希望の確認>、<患者の希望・ニーズに応じたケア>、<療養場所における患者・家族のニーズの違い>、<看取り時の蘇生や立ち合い、文化への配慮>、<患者・家族の意思決定を反映したケア>、の5サブカテゴリで構成し、患者や家族の多様な価値観や希望への配慮に関する記述を含んだ。

(6) 【臨死期の考え方】

このカテゴリは、<臨死期の期間>と<臨死期の状態>の2サブカテゴリで構成し、臨死期の考え方や捉え方に関する記述を含んだ。

2) 成人・老年期の臨終後に関する記述内容の分析 (表3)

(1) 【死後の変化とエンゼルケア】

このカテゴリは、<エンゼルケアの手順>、<エンゼルケアの目的>、<エンゼルケアへの家族の参加>、<死後の遺体の変化>、<エンゼルケア時の看護師の態度>の5サブカテゴリで構成し、患

者が亡くなった後も尊厳をもってケアすることや、エンゼルケアを家族の悲嘆ケアにつなげるための記述を含んだ。

(2) 【臨終後の一般的なプロセス】

このカテゴリは、＜死亡確認と死亡診断＞、＜臨終から退院までのプロセス＞の2サブカテゴリで構成し、死亡確認後の手続き的な事柄について、家族の気持ちに配慮しながら行うための記述を含んだ。

(3) 【家族の悲嘆とケア】

このカテゴリは、＜ビリーブメントケア・グリーフケア＞、＜家族がお別れの時間を過ごせるような配慮＞、＜遺族の悲嘆のアセスメント＞の3サブカテゴリで構成し、患者と死別した家族の悲嘆や苦難を支えるグリーフケアや、より深刻な喪失体験を支えるビリーブメントケア、家族の悲嘆をアセスメントするための記述を含んだ。

(4) 【看護師自身の悲嘆ケア】

このカテゴリは、＜看護師自身の悲嘆ケア＞の1サブカテゴリのみで構成し、看護師の共感疲労やそれに対するケアについての記述を含んだ。

IV. 考察

1. 成人・老年期の臨死期に関する記述内容について

【臨死期の患者の症状や機能変化とケア】はすべてのカテゴリの中で記述数が最も多く、臨死期特有の症状やケアの記述数が多かった。これは臨死期の症状や機能的変化が臨床的に確立されていることが要因として考えられる。患者は身体的な苦痛とともに、心理・社会・スピリチュアルな側面の苦痛も体験している。看護師は、そのような患者を適切にアセスメントして症状緩和や日常生活援助を行う必要があり、基本的緩和ケアを提供できるよう、基礎的知識がテキストに記述されていたと考える。また、症状の変化や医療者の直感により患者に残された時間を予測するための記述もあった。予後予測は患者に対する治療やケアの変更を判断する情報となるだけでなく、家族に対してこれからどのようなことが起こりうるかを説明し、会いたい人に会わせておく、家族にできるだけ付き添ってもらおうなどの家族ケアの側面からも重要（宮下，2018）であり、予後予測をケアにつなげるための記述があったと考える。

【臨死期の患者の状態に応じた医療の検討】では、鎮静に関する記述が多かった。苦痛の緩和は患者が穏やかにその人らしく過ごすために重要である。しかし臨死期になると、疼痛や呼吸困難、せん妄など、できる限りの治療を行ってもコントロールが困難な苦痛を生じることもある。鎮静を検討する際には、倫理的妥当性を明確にする必要があるが、医師や施設の緩和ケアの経験や考え方により施行率に差がある。看護師はそのような知識を理解した上で、医療者チームの一員として患者や家族にとって最善の選択ができるように関わるのが重要であり、テキストの記述が多かったと考える。人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスとして、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の重要性が示されている（厚生労働省，2018）。ACPは具体的な治療やケアだけでなく、価値観や考え方などを含める広い概念であるが、心肺停止時の心肺蘇生や延命治療の差し控えを示す Do Not Attempt Resuscitation（DNAR）やアドバンス・ディレクティブ（Advance Directive：AD，事前指示）の要素も含まれている。早期からの継続的な意思決定支援が重要であり、その

ような記述がテキストにあったと考える。

【臨死期の患者の家族の反応とケア】では、家族が抱く多様な感情や負担、それらに対するケアに関する記述が多かった。終末期がん患者の家族が抱く看取りへの思いについての研究では、看取りへの複雑な苦悩を抱く一方で、わずかな生への希望、家族として尽くせる実感や使命感といった感情も抱いていた(佐竹, 京田, & 近藤, 2021)。テキストでは、そのような家族の感情や役割変更などへの負担を理解した上での看護師としてのケアの必要性が記述されていたと考える。そして家族が患者との別れに向けて心や生活への準備ができるよう支え、患者に最期まで尽くすことができたという満足感を得られるような関わりや、少しでも休息をとれるような配慮を行うことで看取りの満足度の向上、複雑性悲嘆の予防につなげることが大切であり、テキストにも記述されていたと考える。

【臨死期の患者や家族と向き合う看護師の姿勢】では、患者や家族を全人的にとらえ、尊厳をもったかかわりを多職種チームで連携しながら行う看護師としての姿勢についての記述であった。看護師として死に立ち会うことは避けられない。人の死はそれぞれ違い、その人の人生の終末であるという意識をもって最期までケアをする姿勢が重要である。また日本人にとっての望ましい死の共通事項として、「人として大切にされる」というニーズがあり(Miyashita, et al, 2007)、家族も患者を尊厳ある人として大切に接してほしいという思いがある。テキストには、そのような視点の重要性を示すための記述があったと考える。そして、多くの患者の生と死に対峙する看護師にとって、一人一人の違う人生や多様な価値観を理解し大切にしていくためには、看護師自身も死生観を醸成し、より望ましい姿勢で患者や家族に向き合う必要があり、そのための記述もテキストにあったと考える。

【臨死期における患者や家族の意思決定支援】では、患者・家族の希望する療養場所や多様なニーズ、文化への配慮に関する記述であった。高齢化が加速するわが国では、地域包括ケアシステムが推進され、終末期の患者であっても在宅で医療や介護が受けられる体勢が整備されつつある。患者や家族が療養場所として自宅を希望した場合は、適切な時期に地域や多職種と連携できるような情報提供や調整が必要である。希望する療養場所で最期を迎えられるように調整することは、患者の希望を叶えられるだけでなく、残される家族にとってもその後の心残りを減らすことにつながる。そのため、臨死期には療養場所の変更によるリスクが伴ったとしても、療養場所の希望を確認することが重要であり、テキストに記述があったと考える。また、終末期がん患者の希望について、患者を取り巻く状況が厳しい状況へと変化しても、最期まで希望を抱き続けるために認知や行動が変遷していたという報告がある(濱田&佐藤, 2002)。死を間近に控えた臨死期においては、患者や家族の希望やニーズが変化、多様化することが考えられるが、そのようなニーズを尊重したケアを行い、患者・家族のQOLの向上につなげるための記述があったと考える。

【臨死期の考え方】では、臨死期に明確な定義はないため、テキストによって臨死期の示す期間や患者の状態に関する表現が異なっていたが、おおよその時期や患者の状態を示すことで、死に直面している人と関わる機会のない学生が、臨死期についてとらえ、イメージできるような記述内容であったと考えられる。

2. 成人・老年期の臨終後に関する記述内容について

臨終後に関する記述は、緩和ケアや終末期看護のテキストで多かったが記述数はテキストにより差があった。近年の看護基礎教育では、教える側が様々な試みを行い、ホスピスでの実習、がん患者や遺族の講演などを取り入れている一方で、死後のケアでは、ビデオ学習や講義などが中

心であり、すべての学生に教授されていないのも現状である（小林，和田，&若林他，2010）。死後のケアは、実習時間内で学生が体験することが少なく、多くは入職後に学んでいくものとされている（小林，2005）。また、死亡時のケアに関する技術の到達目標は、新人看護師が「演習でできる」が目安とされており（厚生労働省，2014），卒業時の到達目標には含まれていない。すなわち、臨終後に関する教育は、看護師養成機関や教員によってその教授内容や方法が異なり、入職後の新人看護師は、看取りやその後のケアに対する知識・技術の差が大きいと推測される。そのような現状の中でも、エンゼルケアに関する演習やDVD視聴を取り入れた授業により、技術を行いながら患者への声かけや家族を気遣うことの大切さの学び（原&上野，2016）や学生自身の死生観の醸成（平間，城丸，&小木曾，2020）につながったとの報告もあり、その有用性が示されている。エンゼルケアは遺族にとって故人の喪失に向き合う重要な機会であり、故人の最期の姿に安らかさを見いだすことで、その死から立ち直っていく重要な契機ともなり（石川，阿部，&大曲，2020），家族の悲嘆ケアにつながる大切な第一歩である。そのためテキストには単なる死後の処置としての手順だけでなく、家族の参加を促す声かけや看護師の態度についての記述もあったと考える。

【看護師自身の悲嘆ケア】は記述数が2と少なかった。日常的に患者の臨終や看取りの場面に遭遇している看護師は、かかわった患者を失うことで看護師自身もグリーフ（悲嘆）を経験している（小林，2015）。しかし、提供したケアが十分でなかったと自分を責め、患者の死を適切に悲しむことができない、自分の気持ちを認識していても意識的に悲しみを抑え込もうとするなど、看護師自身がグリーフに適切に対処できていない（Shimoinaba, O' Connor, Lee, & Kissane, 2014）。グリーフによるストレスや共感疲労、ケアへの不安全感・無力感は一バーンアウトを引き起こすといわれており（竹下，2016；臼井，二村，&阿部他，2002），適切な対処が必要である。看護基礎教育においても、看護師自身の悲嘆ケアについて教授することが必要であると考えられる。

本研究でのテキスト記述の分析の結果、臨死期・臨終後に関する記述は、緩和ケアや終末期看護のテキストに多かった。緩和ケアや終末期看護のテキストの初版は、2005～2017年である（表1）。日本の病名告知の転換点は1990～2000年頃にあると言われている（岩崎，2019）。医療制度改革では1990年に緩和ケア病棟入院料の算定，2002年に緩和ケア診療加算の新設，2007年のがん対策推進基本計画が成立し、がんと診断された時からの緩和ケアが推進された。がん患者への病名告知やインフォームドコンセント，医療制度改革など，医療の中で緩和ケアが重要視され，すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の維持向上に向けて，緩和ケアに関する看護師の位置づけも変化したことで，緩和ケアが独立した科目として扱われるようになったことがテキストの編成に関係していると考えられる。しかしテキストによって臨死期・臨終後についての内容が独立した章で扱われているものとそうでないものがあり，改訂の間隔や初版年，最新版の出版年はさまざまであった。テキストの選定は養成機関で異なるため，看護基礎教育で臨死期・臨終後について教授する際には，使用するテキストの特徴を理解して選定し，さらに実際にイメージできるように，視聴覚教材や臨床専門家の講義などを組み合わせて教授することが必要であると考えられる。

しかし、臨死期・臨終後に関する講義や実習については、実施前と実施後の学生の変化を比較した結果、学生の不安が増加したという報告（古川&岡崎，2013；本間&中川，2001）もある。そのため、臨死期・臨終後に関するテキストの記述内容を卒業後につながる看護基礎教育とするためには、看護学生の感情や心理的变化への影響に配慮が求められる。

本研究では、5社の出版社から出版されているテキストの記述の分析から、臨死期・臨終後についての教育内容が明らかとなった。今後は、これらの教育内容を効果的に教授するための講義や演習、実習方法について検討することが課題である。

V. 結語

1. 臨死期および臨終後に関する記述数は、緩和ケアや終末期看護のテキストに多かったが、テキストにより記述数が異なった。
2. 臨死期に関する記述では、191の文脈単位の記述を抽出し、【臨死期の考え方】、【臨死期の患者の症状や機能変化とケア】、【臨死期における患者や家族の意思決定支援】、【臨死期の患者の家族の反応とケア】、【臨死期の患者や家族と向き合う看護師の姿勢】、【臨死期の患者の状態に応じた医療の検討】の6カテゴリを生成した。
3. 臨終後に関する記述では、62の文脈単位の記述を抽出し、【臨終後の一般的なプロセス】、【死後の変化とエンゼルケア】、【家族の悲嘆とケア】、【看護師自身の悲嘆ケア】の4つカテゴリを生成した。
4. 臨死期・臨終後に関するテキストの記述内容を卒業後につながる看護基礎教育とするためには、使用するテキストの特徴を理解して選定し、さらに実際にイメージできるように視聴覚教材や臨床専門家の講義などを組み合わせて教授することが必要である。

文献

- 浅野暁俊, 坂井さゆり, 村松芳幸, 他. (2018). 一般病棟に勤務する新卒看護師の終末期がん患者の看取りケアに対する困難感尺度の開発に向けた因子探索的研究. 新潟大学保健学雑誌, 16 (1), 11-21.
- 古川久美子, 岡崎美智子. (2013). 看護学生の死生観を変容させる臨地実習でのテーマカンファレンスの一考察. 日本看護福祉学会誌, 19 (1), 31-47.
- 濱田由香, 佐藤禮子. (2002). 終末期がん患者の希望に関する研究. 日本がん看護学会誌, 16(2), 15-25.
- 原 元子, 上野栄一. (2016). 成人看護学演習でエンゼルケア・エンゼルメイクを取り入れた学習の構造と特徴—テキストマイニングの解析から—. Hospice and Home Care, 24 (2), 84-91.
- 林 直子他(編). (2022). 看護学テキストNiCE成人看護学 成人看護学概論. 改訂第4版. 南江堂.
- 平間留美, 城丸瑞恵, 小木曾寛樹. (2020). 看護師の看取りケアの実践を教材にしたDVD視聴を取り入れた講義に対する学生の気づき. 第50回日本看護学会論文集 看護教育, 3-6.
- 本間千代子, 中川禮子. (2001). 終末期看護ケアの授業と看護学生の死の不安認知. 日本赤十字武蔵野短期大学紀要, 14, 37-42.
- 石川美智, 阿部千賀子, 大曲純子. (2020). エンゼルケアシミュレーション演習前後の看護学生のターミナルケア態度・共感性の比較. Hospice and Home Care, 28 (2), 148-155.
- 岩崎雅子. (2019.3.4). 「医師の裁量の範囲」から「義務」へ【平成の医療史30年 がん告知編】. <https://www.m3.com/news/open/iryoshin/660598?category=news> (2022.10.8閲覧).
- 香春知永(著者代表). (2022). 系統看護学講座 専門分野 基礎看護学[4] 臨床看護総論. 第7版.

- 医学書院.
- 小林珠実. (2015). 看護師のグリーフ (悲嘆) アセスメントとケア. *がん看護*, 20 (2), 299-302.
- 小林祐子. (2005). 死後のケアの再考. *新潟青陵大学紀要*, 5, 291-303.
- 小林祐子, 和田由紀子, 若林理恵子, 他. (2010). ターミナルケア授業にエンゼルメイク演習を取り入れた試み. *Hospice and Home Care*, 18 (1), 23-30.
- 小松浩子(著者代表)(2022). 系統看護学講座 専門分野 成人看護学[1] 成人看護学総論. 第16版. 医学書院.
- 厚生労働省. (2011.2.28). 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf> (2022.9.26閲覧).
- 厚生労働省. (2014.2). 新人看護職員研修ガイドライン改訂版. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf (2022.10.7閲覧).
- 厚生労働省. (2018.3). 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (2022.10.6閲覧).
- 厚生労働省. (2021.3.31a). 年次別にみた性別死亡数及び死亡率 (人口千対) 並びに死亡性比. e-Stat政府統計の総合窓口. <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411649> (2022.9.26閲覧).
- 厚生労働省. (2021.3.31b). 死亡の場所別にみた年次別死亡数・百分率. e-Stat政府統計の総合窓口. <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411652> (2022.9.26閲覧).
- 宮下光令(編). (2022). ナーシンググラフィカ 成人看護学⑥ 緩和ケア. 第3版. メディカ出版.
- 宮下光令. (2018). 看取りのケア～基礎の基礎～ 1. 看取りケアの基礎知識. 宮下光令, 林 ぬり子 (編), 看取りケア プラクティス×エビデンス (pp.3-13). 南江堂.
- Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., Hirai, K., Uchitomi, Y. (2007). Good death cancer Care: a nationwide quantitative study. *Annals of oncology*, 18 (6), 1090-1097.
- 文部科学省. (2017.10.31). 看護学教育モデル・コア・カリキュラム～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標～. https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/_icsFiles/afeldfile/2017/10/31/1397885_1.pdf (2022.9.26閲覧).
- 日本緩和医療学会. 教育関連セミナー ELNEC-J. <https://www.jspm.ne.jp/seminar/elnecc/index.html> (2022.9.26閲覧).
- 佐竹わか菜, 京田亜由美, 近藤由香. (2021). 終末期がん患者の家族が抱く看取りへの思い. *群馬保健学研究*, 42, 65-76.
- 清水佐智子. (2015). 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 From B-Jを用いた講義前後の比較—. *Palliative Care Research*, 10 (1), 306-311.
- 清水佐智子. (2019). 2. 緩和ケアに関する看護師教育 A. 看護基礎教育における緩和ケア教育. 志真泰夫, 恒藤 暁, 細川富史, 他 (編), *ホスピス緩和ケア白書2019* (pp.12-20). 青海社.
- Shimoinaba, K., O' Connor, Lee, S., Kissane, D. (2014). Losses Experienced by Japanese Nurses and the Way They Grieve. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 16 (4),

224-230.

- 鈴木志津枝, 内布敦子 (編). (2011). 成人看護学 緩和・ターミナルケア看護論. 第2版. ノーヴェルヒロカワ.
- 竹下恵美子. (2016). 看護職のグリーフ・ストレスとストレス関連成長の研究. 教育医学, 61(4), 290-300.
- 田村恵子 (編). (2021). 新体系看護学全書 経過別成人看護学④ 終末期看護: エンド・オブ・ライフ・ケア. 第2版. メヂカルフレンド社.
- 恒藤 暁, 田村恵子 (編) (2020). 系統看護学講座 別巻 緩和ケア. 第3版. 医学書院.
- 梅田 恵, 射場典子 (編). (2018). 看護学テキストNiCE 緩和ケア. 改訂第2版. 南江堂.
- 白井徳子, 二村良子, 阿部敬子, 他. (2002). 看護師のバーンアウトの実態とストレス要因についての検討—県立2病院の結果から—. 三重県立看護大学紀要, 6, 103-109.
- 宇宿文子, 前田ひとみ. (2010). 終末期がん看護ケアに対する一般病棟看護師の困難・ストレスに関する文献検討. 熊本大学医学部保健学科紀要, 6, 99-108.