

「協働的内省セッション」による看取りケア遂行・改善意欲の向上

島田 千穂

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 終末期ケアのあり方研究グループ 研究員

【スライド1】

まずファイザーヘルスリサーチ振興財団の皆さまに、この研究のサポートをしていただきましたことを感謝いたします。また共同研究者を書きもらしてしまいましたが、日本福祉大学の樋口京子先生と名古屋市立大学の原沢優子先生とで行った研究です。

【スライド2】

本研究で看取りケアという言葉を使っていますが、これは介護実践者が医療職と共同で最後まで看取るケアのことを指しています。介護実践、介護現場で看取りケアというのは広く行われつつあるのですが、看取りケアの質向上というところに問題があり、その質向上のためにはケア実践者自らがもっとよいケアをしようという改善意欲を高めることが大事だと考えています。そのためには、自分が提供したケアの何が良くて何が悪かったのかということが自己反省できて、次のケアの改善につなげられるプログラムが有効なのではないかと考えています。

翻って看取りケアの特徴を考えてみますと、どのケアも同様なのですが、ケアを受ける方の特性に合わせてケアを選択する必要がある。特に看取りの場合は、本人との直接的なコミュニケーションをとれない状況下で、その方の好みとか価値観、個人的な要因を加味してケアを計画する必要があるという特徴を持っていると思います。例えば、胃瘻をするとかしないとか、看取り場所をどこにするとか、同じようなケアを提供したとしても、そのケアがいいかどうかは、受ける個人の価値観によって受け止め方が異なるという特徴を持っています。すなわち、状況依存的な判断が求められるのですが、そういったケアの

スライド1

協働的内省セッションによる 看取りケア遂行・改善意欲の向上

東京都健康長寿医療センター研究所
福祉と生活ケア研究チーム
島田 千穂

スライド2

看取りケアの学習手法

事例の特性に合わせたケアの選択が必要
帰納的な発想が必要
経験学習手法の導入が有効

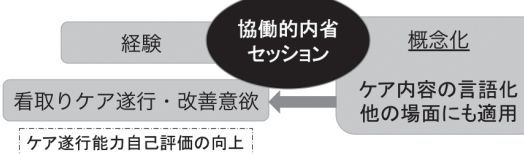


図1 協働的内省が経験学習プロセスを促進する仮説モデル

場合に実践の文脈からの学習、すなわち経験学習の考え方が有効であるということに着目して、このプログラムを開発しました。

経験学習では、知識の習得にとどまらず、新たな場面における行動化を促すことができると考えられており、その点が実践学習に適した強みと考えています。

本研究では、アウトカムを、本当は行動化ができたかどうかというところまでを測るのがふさわしいとは思いますが、その手前のところの必要なケア遂行の改善意欲というように設定して、ケア遂行能力自己評価を用いて得点化し、それがセッションの前後で変化するかどうかということを目的にしました。

【スライド3】

改めて研究の目的ですけれども、経験学習モデルを基に開発した協働的内省セッションにより看取り経験の抽象的理解が促され、実践能力自己評価が高まるかどうかということを確認することを本研究の目的としました。

経験学習モデルを説明しますと、このモデルでは学習は葛藤によって知識を構成するプロセスと定義されていて、具体的な経験について自らに何が起きたのかということの内省し、それを抽象化・概念化して次の行動に向けた準備にするというプロセスのことを指しています。協働的内省セッションというのは、この経験の言語化、他者の経験との照合による内省と概念化の促進を意図して開発をしました。

スライド3

研究の目的

「協働的内省セッション」により、看取り経験の抽象的理解が促され、実践能力自己評価が高まるかどうかを確認すること

＜理論的枠組み＞

経験学習モデル(木村、中原2013)

学習は葛藤によって知識を構成するプロセス

・具体的経験→内省的観察→抽象的概念化→能動的実験の段階をらせん状に進む

セッションによって、経験の言語化、照合、内省を連動させる

【スライド4】

このセッション参加者と実施方法ですが、関東の1都6県の特別養護老人ホームに募集をして、その中から参加希望施設を募りました。

42カ所が参加してくださり、その中から、できる限り1施設当たり複数の方に参加していただく目的で、介護職リーダー2名、看護職を1名ということで募集し、合計71名と35名という人数となっています。

平均年齢41.1歳。男女比は、やや女性のほうが多い比率になっています。

2014年5月に実施して、3日で延

スライド4

セッション参加者と実施方法

特別養護老人ホーム(1都6県)全数1,777カ所

↓

参加希望施設42カ所

介護職リーダー71名、看護職35名
(平均年齢41.1±10.8、男性46.5%)

2014年5月実施。3日間で述べ16グループ

セッションの内容(2時間30分)

- 自施設の看取りケア事例紹介
- 肯定的フィードバック

べ16グループを作り、お互いの経験の照合をしました。1グループの中に異なる施設の介護職と看護職が入るように、合計で参加者6、7人に、研究者がファシリテーターとしてグループに入りました。

セッションの内容は、2時間半という短い時間だったのですが、自施設で自分が関わった看取りケア事例の紹介を行い、その事例について肯定的なフィードバックを参加者同士で交わし合うという内容にしました。そのことを通じて経験を照合させていくことを意図しています。

【スライド5】

データの収集の方法ですが、セッションの1か月前に参加者に向けてケア遂行能力自己評価を回答してもらい、セッション終了時点でそのセッション自体を参加者に評価してもらう調査表を配付して回答してもらい、1か月後に1か月前に回答していただいた調査表と同様の評価表に回答していただくという手続きをとりました。

【スライド6】

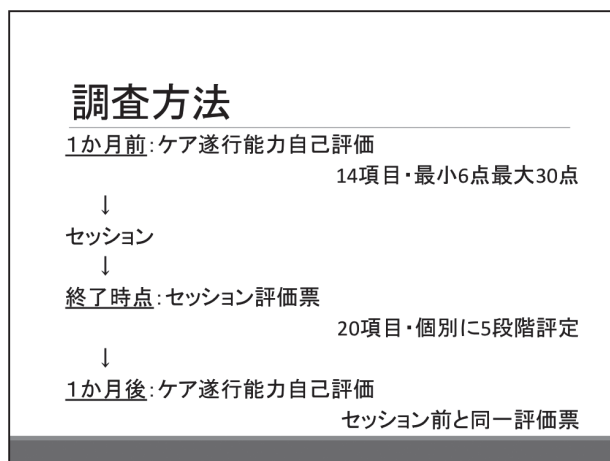
セッション参加者の年齢・性別以外の属性ですが、勤務場所は従来型の施設とユニット型の施設がほぼ半々という状況でした。高齢者ケア経験年数は平均10年、経験事例数は7例。標準偏差7で、0の方も実はちょっと入ってしまっているのですが、このような構成になっています。

【スライド7】

その結果です。

ケア遂行能力自己評価得点の前後比較ですが、グループ間で比較をしますと、対応のあるt検定で、若干ですけれども上昇したという結果が得られました。この変化は職種、年齢、

スライド5



スライド6

セッション参加者属性

	人数	%
勤務場所		
従来型	46	42.6
ユニット型	49	45.4
両方	13	12.0
	平均値	標準偏差
高齢者ケア経験年数	10.0	5.5
看取りケア経験事例数	7.0	7.0

スライド7

結果: ケア遂行能力自己評価の前後比較

表1 ケア遂行能力自己評価得点の前後比較

	n	事前		事後		Paired t-test
		Mean	SD	Mean	SD	
ケア遂行能力自己評価得点	101	21.6	2.8	22.3	3.6	P<.01

職種(看護・介護)、年齢、性別、経験年数、勤務場所は
この変化に関連しない(二元配置分散分析)

性別、経験年数、勤務場所といった交絡要因を入れた二元配置分散分析においても同じ結果が得られていまして、これらの要因はこの変化に関連していない可能性を示唆しています。

【スライド8】

ただ、薬に万能薬が無いのと同じように、研修もやはり全ての人に等しく作用するようなものではないだろうと考えており、その個人差を分析しました。ケア能力自己評価が上がった群、下がった群、変わらなかった群というように、1点をベースにして3群に分け、その人たちにとってセッションがどのようなものだったかというセッションの評価をした得点を比較したところ、上昇群ではセッションの中で言語化ができていましたし、また課題の認識、役割の認識といったものができたという回答をしていました。このような個人差があったことが言えると思います。

【スライド9】

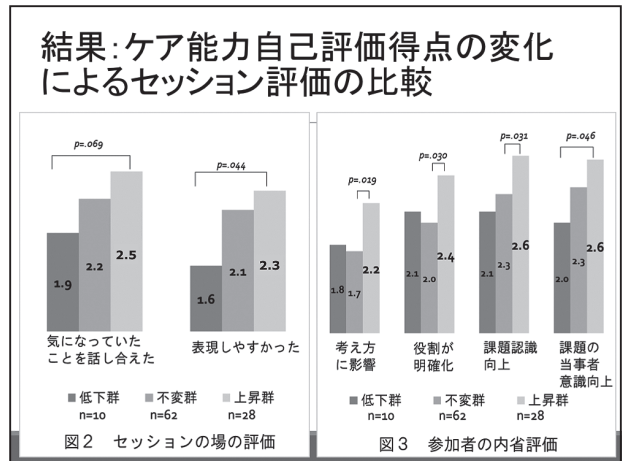
考察です。

全体的にみると、セッションへの参加はケア遂行能力自己評価の上昇という方向に作用ができたと考えますが、個別にみますと、セッションの場を有効に活用できた人、内省が深められた人に限定してケア遂行能力が高められたという結果が得られたと思います。これは経験学習モデルを支持したということも言えるかと思うのですが、個人差があったという結果が得られました。

【スライド10】

この個人差の要因の分析が必要だと思っています。仮説的なことなのですが、一つには言語化がしにくかつ

スライド 8



スライド 9

考察: 経験学習サイクルから見たセッションによる影響

全体的にみると、セッションへの参加はケア遂行能力自己評価を高める方向で作用した。

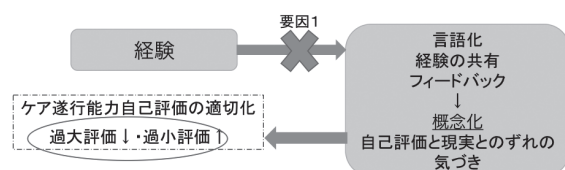
→ケア遂行能力自己評価が向上し、セッションにより、経験学習サイクル促進が生じている可能性が示唆された。

個別にみると、セッションの場を肯定的に評価し、看取り課題に関する内省が深まっている人ほど、ケア遂行能力が高められる傾向にあった。

→セッションの影響には個人差があり、概念化促進の程度との関連が考えられた。

スライド 10

考察: 個人差の要因



要因2
得点の増加と減少の要因が共存

た人に効果が少なかったということからも、経験を言語化する能力の個人差が影響していた可能性が考えられます。もう一つは、これは結果を解釈する上でちょっと難しいところではあるのですが、指標にしたのは改善意欲とあって自己評価ですので、それが他者の経験との照合によって自己評価が適正化したかというふうにも考えられるのではないかと考えており、それが結果に影響した可能性もあるのではないかと考えています。

セッションの対話の内容を理解を得て記録をさせていただいていますので、今後は、その中でどのようなメカニズムが働いて経験学習が促進できたり促進できていなかったりするのだろうかということに着目して、分析を進めていきたいと考えています。

質疑応答

座長： 私の質問は少し主題から外れますが、看取りの場合、ご存知のように日本の人口の八十何パーセントは病院で、在宅が12パーセントとかと言われていています。施設の場合は一言で表現するなら病院信仰みたいなものにより強く作用されると思うのですけれども、実際にそうなのでしょうか。

島田： このプログラムを開発した動機の一つでもあるのですが、一つは今先生がおっしゃった病院信仰のようなものは家族の側にもありますし…

座長： そうですね。

島田： それから職員の側にもあります。「この状態で病院に行かなくてもいいのか」という圧力です。ご本人の希望、また社会的ないろいろな状況で、施設の中で看ることが適切なケースがあって、その人たちを受け止めて最後まで看切る、その経験が次の看取りにつなげられる経験になり得ると考えています。病院信仰に打ち勝つと言ったらおかしいのですけれども、価値観を変えていく一つのきっかけになるのがやはり経験だと考えており、そのことに寄与できればいいなと思っています。

座長： そうしますと、照合と内省ということの生まれてくる根源は、やはりご本人とのコンタクトと、ご家族との折り合いということでしょうか。ご家族で「最初から自宅で」とおっしゃる、あるいは「施設でそのまま」とおっしゃる方は非常に例外的だと思うのです。だから、そういう照合と内省という二つのものの元は、やはりご家族との意見の調整みたいなことからですね。しかし施設の職員の方が自分の考えというのをお持ちになっていないといけない。そういう意味と解釈していいわけですね、これは。

島田： そうですね。価値観を確認していく作業だと。

座長： 自分の価値観があって、それからご本人が認知症である場合は、あとはご家族の価値観とどう折り合うか。そういうことですよ。

島田： そういうことです。価値観を作っていくためには、一つ一つの実践経験を振り返って、整理して、そしてそれに意味があるんだということを確認する作業が必要だと考えています。

座長： それを伺うと、私は病院のナースと医者こそ、その照合と内省が必要だと思いますね。

島田： してはいただきたいのですけれども。ただ、病院の機能としては、やはりどうしても治療、それから医療的な…

座長： 救命、治癒、延命ですね。これは三種の神器みたいなものですから。全ての医者はそれらが頭の中に渦巻いている中で、さっき言ったような「97歳の高齢者の肺がんの末期で苦しいのに医師が『これ、習慣性になりますからOpiumの使用量を控えましょう』と言って、その人が1週間苦しい思いをする」という世界が、これから、今までの医療の世界と全然違うプロポーションを占めてくるわけです。先生のようなお考えが、そここのところの一つのきっかけになれば、大変結構なことだと思います。

島田： ありがとうございます。現に、この間のセッションの中で出てきたのは、点滴を、医師の指示のある中でどう少なくしていくかということでした。むくみも出ている、苦しそうな呼吸になっている、点滴は明らかに健康を害する、という可能性がある中で、家族の「点滴1本ぐらいいはしてください」という思いを受けて医師が処方する。その処方されたものをどう上手に断っていくかというような技術も語られたりしています。

座長： なるほど。分かりました。