

笹川記念保健協力財団 奨学金支援
助成番号：2018B1-005

(西暦) 2019 年 3月 11日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団
会長 喜多悦子 殿

2018 年度奨学金支援
完了報告書

標記について、下記の通り完了報告書を添付し提出いたします。

記

進学先 埼玉医科大学大学院 看護学研究科 高度実践看護学分野 成人看護学領域

氏名 安藤 由美子

研究テーマ：看護師のがん看護に対する困難感とその関連要因 - コミュニケーションに焦点をあてて -

埼玉医科大学大学院看護学研究科 高度実践看護学分野 成人看護学がん看護学領域 安藤 由美子

I. 研究背景

わが国では、1981年以降、がんは死亡原因の第1位となり、2015年の死亡データでは、男性はおおよそ4人に1人、女性ではおおよそ6人に1人ががんで死亡する（がん研究振興財団, 2017）と言われている。1984年には「対がん10カ年総合戦略」（厚生労働省）が策定され、がんの研究、予防および医療を総合的に推進することにより、がんの罹患率と死亡率の激減を目指す取り組みが行われている。また、治療技術の進歩により5年生存率は上昇し、がんを抱えながら社会生活を送るがんサバイバーを支援するために、質の高い看護を提供できる看護師の存在は重要と考える。

がん患者およびその家族は、疾患の初期段階から、告知やバッドニュースによるショック、治療方針の選択など、様々な場面でストレスにさらされており、継続的な支援が必要である。しかし平均在院日数の短縮化（厚生労働省, 2015）により、医療従事者が患者・家族と関わる時間は減少している。そのことにより、患者・家族への支援に困難感を感じる看護師は多い（濱田, 2006；横田ら, 2011；古瀬, 2013）。

研究者が勤務する病院でも、がん看護を実践する看護師が、告知後の患者へのケアや治療選択に伴う意思決定支援、医師との連携など、コミュニケーションに関して悩みを抱えている。また研究者自身も、急性期から終末期まで病期の異なるがん患者の看護ケアを同時に行っていくことに困難感を感じている。

がん看護に関わる看護師の困難感を測定する尺度として、「一般病棟の看護師の終末期がん患者のケアに対する困難感尺度」（笹原, 2008）、「緩和ケアに関する医療者の知識・態度・困難感の評価尺度」（中澤, 2008）などが開発され、終末期がん患者のケアをする上での困難感について研究がされてきた。終末期に限定しないがん看護全体の困難感を測定する尺度には、「看護師のがん看護に対する困難感尺度」（小野寺ら, 2013）があり、大学病院やがん診療連携拠点病院の看護師を対象に研究が行われてきたが、一般病院を対象にした研究は見当たらなかった。

先行研究では、十分に病名告知や病状告知をされていない患者や家族とのコミュニケーションが困難である（宮下ら, 2014）など、様々な場面で看護師はコミュニケーションに困難感を感じていることが明らかにされている。看護師が、がん患者との関わりに困難感を感じることで、がん看護に対する苦手意識へと繋がる。また患者・家族に対して向き合えなくなる可能性がある。更に、医師など多職種と連携し患者のケアを実践する際の障害となり得る。看護師の困難感が軽減することで、がん看護への苦手意識の軽減に繋がり、ケアの質向上が期待できる他、医師や多職種との連携にも繋がるのではないだろうか。

本研究ではがん看護を実践する看護師の困難感について、コミュニケーションに焦点をあて、関連要因を明らかにすることで、今後の教育支援や質向上に向けての取り組みに活用していきたいと考えた。

II. 研究目的

看護師のがん看護に対する困難感とその関連要因について、コミュニケーションに焦点をあてて明らかにする。

III. 文献検討

1. 文献検討の目的

がん看護における看護師の困難感とその関連要因について、コミュニケーションに焦点をあてて、先行研究から明らかにする。

2. 文献の収集方法

がん看護における看護師の困難感に関する文献を、医学中央雑誌web版（以下、医中誌）により、1978年から2017年10月で検索した。検索キーワードは、本研究の対象である「看護師」を固定し、「がん看護」、「困難」、「コミュニケーション」とした。また、困難感に経験が関連しているとの先行研究の報告があったことから「経験」も追加検索した。看護文献、原著論文に限定し、会議録は除外した。

3. 文献の分析方法

がん看護における看護師の困難感の関連要因を明らかにするために、次の手順で文献を整理し、内容を検討した。

1) 文献数の年次推移

文献の全体像を把握するために、キーワードごとに文献数の年次推移を概観した。

2) 研究デザイン

先行研究における研究デザインについて、量的および質的研究に分類し、確認した。また、量的研究のうち、要因分析と要因分析以外の量的研究について分類し、確認した。

3) がん看護に関連する困難および困難感の定義

先行研究におけるがん看護に対する困難および困難感の定義から、著者ごとに内容を整理した。

4) がん看護に対する困難感を測定する尺度

がん看護に対する困難感を測定する尺度について、尺度名、著者・開発者、尺度の信頼性・妥当性の検証について確認した。

5) 研究対象とデータの分析方法

先行研究に示された研究対象とデータの分析方法について、2変量解析および多変量解析の実施の有無を確認した。

6) がん看護に対する困難感に関する要因

先行研究から、関連要因と予測できる変数をマトリックス方式による文献整理に基づいて抽出した。これらの文献整理の項目である、結果および考察から、関連要因を抽出した。

4. 文献検討の結果・考察

看護師のがん看護に対する困難感に関して、先行文献を検討した結果、285件の文献が抽出された。量的研究では、信頼性・妥当性の検証された尺度を用いて多変量で関連要因を調査した研究は3件であった（大石, 2016; 宮下, 2014; 杉村, 2013）。がん看護における困難感に関連する文献は1998年以降より増加していた。1984年に「対がん10カ年総合戦略」、1994年に「がん克服新10カ年戦略」、2004年に「第3次対がん10カ年総合戦略」（厚生労働省）が策定された。また1996年には日本看護協会により、がん看護専門看護師の資格認定が制度化された。これらにより、がん研究、がん看護への意識が向上し、文献数増加に繋がったのではないかと推察する。

先行研究において、がん看護を実践している看護師の困難感にはコミュニケーションに関するものが多かった。がん看護を実践している看護師は、患者、家族への説明やサポート、医師、看護師間などにおける連携や協力に関して困難感を感じている可能性がある。また、看護師のがん看護に関連する困難および困難感を定義した文献は、量的研究48件中5件であった。「困難」、「困難感」の定義は、それぞれの研究者により定義されたものが使用されており、共通した定義はみられなかった。看護師のがん看護に対する困難感を測定する尺度は、「一般病棟の看護師のがん終末期ケアに対する困難感尺度」（笹原ら, 2003）、「看護師のがん看護に対する困難感尺度」（小野寺ら, 2013）、「緩和ケアに関する医療者の知識・態度・困難感の尺度」の3つであった。

研究対象は、2変量解析は一般病棟の看護師が多く、多変量解析では研究対象に特徴や差異は認められなかった。データの分析方法では、看護師のがん看護に対する困難感を2変量解析で分析した文献は15件であり、関連要因を多変量解析で分析した文献は3件であった。分析方法では、2変量解析に留まっているものが多く、交絡因子は取り除かれていない可能性が考えられた。

IV. 用語の定義

濱田ら（2007）の定義を参考に、本研究の趣旨に基づき定義づけを行った。

困難感：看護師がケアを行う上で難しいと感じたり困っていること、とする。

コミュニケーション：意思や感情、思考を伝達し合うこと、とする。

V. 概念枠組み

目的変数は、看護師のがん看護に対する困難感のコミュニケーションに関すること 13 項目とし、説明変数は先行文献や研究者の経験、大学院ゼミ内や職場等でのブレインストーミングにより選択し、概念枠組みを構築した。

VI. 研究方法

1. 研究デザイン：量的記述的研究・関係探索研究
2. 研究対象：関東（1 都 6 県）の、病床数 200 床以上のがん診療を行っている病院で、がん看護を実践している看護師。小児科、精神科病院、入職後 1 年目の新人看護師は除外した。
3. 調査時期：2018 年 6 月 1 日～7 月 31 日
4. 調査方法
 - 1) データの収集方法：自記式質問紙（無記名）、郵送法による横断研究
対象施設の看護管理責任者宛てに研究の説明書、協力依頼文書、研究協力承諾書を送付し、研究に協力して頂ける場合には、研究協力承諾書に協力頂ける人数を記入の上、返送とした。その後、研究協力施設に、配布に際してのお願いと研究の説明書、調査協力依頼文書、質問紙、返信用封筒を 1 組ずつセット化し、送付した。調査への参加は個人の自由意思であり、質問紙を返送したことで同意を得たものとした。
 - 2) 調査内容：「看護師のがん看護に対する困難感」尺度の中からコミュニケーションに関するドメイン 13 項目を目的変数とし、説明変数は、先行研究、研究者の経験、大学院ゼミ内、職場内でのブレインストーミングにより選択した。
 - 3) データ分析方法：得られたデータの記述統計量を算出し、群間比較、多変量解析を行った。

VII. 倫理的配慮

本研究を行うにあたり、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針および個人情報保護法などを遵守し、埼玉医科大学保健医療学部倫理審査委員会の承認を得た（M-83）。

VIII. 結果

関東地方(1 都 6 県)にある 200 床以上のがん診療を行っている 50 施設から研究協力の承諾が得られた。承諾が得られた施設の看護師 1260 人へ調査用紙を配布した。調査用紙 1260 通のうち、回収されたものは 673 通(回収率 53.6%)であった。有効回答は、本研究の目的変数となる看護師のがん看護に対する困難感尺度コミュニケーションに関すること 13 項目すべてに回答し、かつ調査用紙に記載した個人情報保護についてのチェックがされていることにより同意が得られたものとし、これらを満たした 643 通(有効回答率 95.1%)を分析対象とした。

1. 対象者の特性

対象全体のがん看護に対する困難感得点の中央値は、4.39 点、パーセンタイル 25 は 3.92 点、75 は 4.92 点であった。対象者の年齢は、40 歳未満が 68.5%と約 7 割を占めており、ヒストグラムによる分布の形状はやや左方に偏っており、Shapiro-Wilk 検定にて正規性は確認できなかった。

尚、本研究における看護師のがん看護に対する困難感についての Cronbach' s α 係数は 0.873 で内的妥当性が確認された。

2. 対象者属性の群間比較結果

看護師のがん看護に対する困難感(コミュニケーションに関すること)について、4.5 点未満を低値群、4.5 点以上を高値群として 2 群に分け、群間比較を行った。2 集団は Mann-Whitney の U 検定、3 集団以上は Kruskal-Wallis 検定を行い、有意差を確認した。

3. 看護師のがん看護に対する困難感を目的変数とした多重ロジスティック回帰分析

多重ロジスティック回帰分析を実施し、看護師のがん看護に対する困難感を高くする要因は 7 項目抽出された。「告知を拒否する家族への対応が困難である」、「医師と(カンファレンスなど)話し合う機会が少

ない」、「看護師間の情報共有が不十分である」、「がん看護について苦手意識がある」、「自らの知識・技術が不十分である」、「がん患者とのコミュニケーションについて苦手意識がある」、「急性期の患者と終末期の患者を同時に受け持つことが難しい」などであった。モデル χ^2 乗検定の結果は、 $P < 0.05$ と有意であり、判別的中率は77.1%であった。

Ⅹ. 考察

本研究は、郵送法による個人返信の回収方法を取り、回収率は53.6%であった。通常、質問紙調査の回収率は50%以下であり、郵送法による調査の回収率は年々低下し、20~30%と言われている(坂下, 2017)。このことから、本研究における回収率は高い傾向にあった。

本研究では、看護師はがん看護を実践するにあたって、患者や家族、医師などの多職種間におけるコミュニケーションについて、さまざまな困難感を抱えているということを研究仮説として調査を進めてきた。その結果、高い回収率が得られたということは、がん看護に対する困難感について関心度が高いと推察できる。

1. 本研究における看護師のがん看護に対する困難感(コミュニケーションに関すること)の特徴

本研究における看護師のがん看護に対する困難感(コミュニケーションに関すること)13項目の中央値は、4.39点であった。13項目の中で特に困難感が高かったのは、「患者と十分に話をする時間がとれない」、「患者と家族のコミュニケーションが上手くいっていない場合の対応に困る」、「十分に病名告知や病状告知をされていない家族とのコミュニケーションが困難である」、「家族と十分に話をする時間がとれない」で、中央値は5.00点であった。

これらのことから、がん看護において看護師は、患者とのコミュニケーションだけでなく、家族とのコミュニケーションにおいても困難感が高い傾向にあった。先行研究(宮下ら, 2014; 直成ら, 2016)でも、患者とのコミュニケーション以外にも家族とのコミュニケーションに対する困難感が高いことが示されており、本研究と同様の傾向であった。

2. 多重ロジスティック回帰分析による看護師のがん看護に対する困難感との関連要因

多重ロジスティック回帰分析により、看護師のがん看護に対する困難感の関連要因で抽出された項目の中からオッズ比の高かった以下の3項目について考察する。

1) 告知を拒否する家族への対応が困難である

「告知を拒否する家族への対応が困難である」は、オッズ比が2.021であり、看護師のがん看護に対する困難感を高くする要因であった。これは、研究者の経験により説明変数として選択した変数であった。

「看護師間の情報共有が不十分である」は、オッズ比1.380、「医師と(カンファレンスなど)話し合う機会が少ない」はオッズ比1.336であり、これらを比較しても高い結果であった。

悪性腫瘍の罹患は、周囲の家族にとって危機的な出来事であるためさまざまなストレスがかかる(大西, 2014)。家族は、家族の一員ががんの疑いをかけられたときから不安・抑うつなどを呈することがあり、患者への支援と同様に、家族への支援も重要である。

家族が告知を拒否する背景には、パターナリズムの考え方が今なお残っている可能性が否定できない。医療においてパターナリズムの概念は古くからあり、患者や家族も、医師に全てお任せするような社会的な背景があった。しかし現在では、患者の自己決定や意思決定が尊重されるようになり、従来のパターナリズム医療から患者中心の医療へと変革が進められている。しかし、悪い知らせを伝えるにあたっては、「ショックを受けたら可哀そう」、「伝えない方が患者のため」、「ショックを受けた時にどう支えたらよいかわからない」などの理由から、告知への拒否に繋がっている可能性がある。

伝えられていない真実があることで、患者と家族の間で情報の共有が制限されることになり、コミュニケーション機能が低下する可能性がある(池田, 2004)。そのため、患者や家族が、想いを表出できるよう、コミュニケーションを促進していくことが必要である。

2) 看護師間の情報共有が不十分である

看護師間の情報共有が不十分であることは、看護師のがん看護に対する困難感を高くする要因であった。医療チームでは、医師-看護師間だけでなく、多職種-看護師間や看護師-看護師間など、様々な職種と情報共有し連携することが必要である。がん患者と家族は病状の進行や死への不安など、さまざまな苦悩や心理的ストレスを抱えている。そのため、適切なケアを継続的に行い患者の安全・安楽を守る上でも、看護師間の連携は重要である。

看護師間で情報共有が不十分である場合には、がん患者および家族への看護において、苦悩に寄り添い、心理的ストレスを緩和しチームで継続してケアしていくことが困難となる可能性がある。患者および家族の思いに寄り添い、継続した看護を提供していくためにも、看護師間でのコミュニケーションを密に取り目標や方向性を共有し、ケアを行っていくことが必要不可欠である。

3) 医師と（カンファレンスなど）話し合う機会が少ない

チーム医療を実践している看護師が感じる連携・協働の困難について、吾妻ら(2013)は、「協働関係の構築が困難・医師優位の関係を打破することが困難」と述べている。看護師が認識する看護師-医師間の協働を阻害する要因には、「看護師の医師に対する自律的態度の希薄さや医師の看護師を尊重しない態度」、「看護師と医師の実践能力格差や疾患や治療に対する看護師の知識不足」などがある(宇城ら, 2006)。自律的態度の看護師側の理由としては、「医師に自分の意見が言えるほど勉強していない」、「自分の意見を医師に論理的に説明する力が弱い」、「自分に考えられることでも医師に質問を求めすぎる」など看護師の自信のなさが指摘されている。そこで医師と看護師との協働的な関係を成立させるためには、看護師の専門的知識を向上させることが必要である。

看護師が専門性に基づく臨床判断能力を獲得し医師との協働関係を促進するために、認定看護師や専門看護師などの専門職は、実践の場において役割モデルとなり、実践能力向上のための教育的支援を行う必要があるのではないかと。

がん看護において、質の高い医療やケアを提供していく上で、医療者間のコミュニケーションは重要である。看護師は、24時間患者のベッドサイドでケアを提供しており、患者にとって最も身近な医療従事者である。患者の様子を観察、アセスメントし、患者の反応を的確にとらえ、速やかに医師に伝えることで、効果的な治療に繋げられる。治療が効果的に行えるようにするためにも、看護師は専門性に基づく視点で、医師に積極的にコミュニケーションを行っていく能力が求められる。看護師が知識・技術などの実践能力を高め、自信を持ち、アサーティブなコミュニケーションで、医師に働きかけていくことで医師の信頼感を得ることに繋がる可能性がある。

X. 本研究における看護への提言

本研究において、看護師のがん看護に対する困難感(コミュニケーションに関すること)には、「告知を拒否する家族への対応が困難である」、「看護師間の情報共有が不十分である」、「医師と(カンファレンスなど)話し合う機会が少ない」などが関連していることが明らかになった。

平均在院日数の短縮化や、多忙な臨床現場の限られた時間の中で、効果的に患者や家族のケアを進める上で、患者の気持ちに寄り添い、感情・想いを表出させるためにも、コミュニケーションの果たす役割は大きいと考える。また、医療者間においても、円滑にチーム医療を進めていく上で、コミュニケーションは重要である。がん看護における様々な場面でのコミュニケーションにおける困難感を軽減するために、SHARE、NURSEなどのスキルに加え、アサーティブなコミュニケーションを意識し、多職種間においても連携を進めていく必要がある。

XI. 本研究の限界と課題

本研究は、関東地方(1都6県)の病院を対象としたものである。全国調査は行っておらず、地域の特性による差異については確認できていないことは、研究の限界である。また近年、がん告知や意思決定、治療の場の多くが外来で行われている。しかし、本研究では、病棟でがん看護を実践している看護師を対象としているため、外来でがん看護を実践している看護師の困難感については確認することができていない。外来看護師は、一人ひとりにゆっくりと関われない時間的制約のある中で、患者や家族へのケアを行わな

くてはならず、病棟とは異なる困難感を抱えている可能性があるものと推察する。また、がん告知やがん治療の多くが外来で行われる中で、本研究では病棟看護師を対象にしていた。そのため、がん看護を実践する場よっての困難感の差異については確認できておらず、この点も研究の限界であった。

今後は、対象地域や対象者を拡大させ、地域や病院の設置主体による特性や困難感の違いについて明らかにし、どのような支援や取り組みが必要であるか、具体的に検討していくことが課題である。

XII. 結論

看護師のがん看護に対する困難感(コミュニケーションに関すること)の関連要因について、以下のことが明らかになった。

1. 告知を拒否する家族への対応が困難であることは、がん看護に対する困難感(コミュニケーションに関すること)を高くする要因であった。
2. 看護師間の情報共有が不十分であることは、がん看護に対する困難感(コミュニケーションに関すること)を高くする要因であった。
3. 医師と(カンファレンスなど)話し合う機会が少ないことは、がん看護に対する困難感(コミュニケーションに関すること)を高くする要因であった。

以上のことから、看護師のがん看護に対する困難感を軽減させるためには、患者および家族の心理的反応を理解し共感する姿勢や、バッドニュースを伝える際に必要となる基本的なコミュニケーションスキルを高める必要がある。また、看護の専門性を高めるための教育的なサポートや、上下関係や立場に関係なく、意見交換をしあえるような組織環境の調整、アサーティブなコミュニケーションを進めていくことが必要である。