

がん患者ケアに対する看護師の問題解決行動の現状把握

杉本ちえみ 大城亜紗美 大村 春香

静岡赤十字病院 緩和ケア推進委員会

要旨：以前当院緩和ケア推進委員会において行った「看護師のがん看護に関する困難感尺度」では、知識・技術・コミュニケーション不足を感じている看護師が多いという結果であり、看護師の能力不足を補うために具体的な問題解決ができる緩和ケアカンファレンスをする必要があると考えた。スタッフ1人1人がカンファレンスの現状を評価し、それを満足度とした。問題を解決するために必要な行動がどの程度とれているのかを具体的かつ客観的に評価するために「看護師の問題解決行動自己評価尺度」を用いて現状把握を行った。結果、1.経験年数にかかわらず、情報収集や情報共有は行えている。2.経験年数が多いほど患者の個別性を踏まえた援助の自己評価は高い。個別性を踏まえた援助を実施するためには豊富な知識が必要である。3.カンファレンスの満足度が高くても、より良いがん患者ケアが行えているとは言えない。カンファレンスの満足度が低くてもがん患者ケアの自己評価は高い。

Key words：緩和ケアカンファレンス、看護師の問題解決行動自己評価尺度

I. はじめに

当院では、患者により良いケアを提供するために実際患者に向き合うスタッフ1人1人の意識とスキルの向上を目指し、緩和ケアの質を高めることを目的として各病棟で緩和ケアカンファレンス（以下カンファレンス）を行っている。

カンファレンスでは患者の状況と問題を確認し、患者の医療・ケアの目標を設定し（ケアの方向性の確認）、解決策や役割分担について話し合う。また、治療・ケアの実施後には、その評価を行い、計画を修正する¹⁾と言われている。したがって、カンファレンスを見直し充実化をはかることはケアの質を上げることにつながるといえる。しかしカンファレンスにマニュアルはなく、その運営方法は各病棟によって様々である。他病棟の現状を知る機会もなく、カンファレンスを見直すことは困難な状況である。

大平らは、カンファレンスを実施することで看護師の情報共有が深まり、看護計画の追加修正により看護師全員が統一した看護ケアの実施ができた、効果的な看護ケアを話し合うためにはカン

ファレンスは必要不可欠である、と述べている。しかしがん看護における問題を明らかにし、効果的なカンファレンスについて検討している先行研究はなかった。

以前当院緩和ケア推進委員会において行った「看護師のがん看護に関する困難感尺度」では、知識・技術・コミュニケーション不足を感じている看護師が多いという結果であった。看護師の能力不足を補うためには具体的な問題解決ができるカンファレンスをする必要があると考えた。問題を解決するために必要な行動がどの程度とれているのかを把握して、問題解決につながるカンファレンスのあり方について考える必要性を感じた。スタッフ1人1人がカンファレンスの現状を評価し、それを満足度とした。カンファレンスの満足度が高いほど、より良いがん患者ケアができていると仮説を立てた。

本研究では問題解決行動がどの程度とれているのかを具体的かつ客観的に評価するために「看護師の問題解決行動自己評価尺度」を用いて現状把握を行った。

II. 研究目的

本研究は、緩和ケアカンファレンスを実施している病棟看護師を対象に、カンファレンスの満足度とがん患者と関わる際の問題解決行動の自己評価を質問紙調査にて行い、緩和ケアにおけるがん患者ケアに対する看護師の問題解決行動の現状を明らかにすることを目的に行われた。

III. 研究方法

1. 調査方法

緩和ケアカンファレンスを実施している病棟看護師を調査対象とした。計166部の無記名自記式調査用紙を各病棟の緩和ケア推進委員に配布し、配布と回収を一任した。調査用紙の回収に当たっては対象者が調査用紙を回答後に自分で回収ボックスに入れるようにした。調査は2016年10月に行った。

2. 倫理的配慮

当院の看護部倫理審査委員会の承認を得た。調査用紙の配布に関しては、研究の趣旨、統計処理に際して個人情報保護されること、調査用紙の回収をもって同意の確認とする旨を文面で説明した。

3. 調査内容

服部らが開発した「看護師の問題解決行動自己評価尺度」を使用した。本尺度は下位尺度として、下位尺度Ⅰ「問題解決のための情報収集と査定を繰り返す」、下位尺度Ⅱ「問題解決に向け患者の意向を確認する」、下位尺度Ⅲ「問題の優先順位を見極め患者の要望に柔軟に応じる」、下位尺度Ⅳ「円滑に問題を解決するための医療チームメンバーと協働する」、下位尺度Ⅴ「患者が拒絶する援助を受け入れられるよう説得する」、下位尺度Ⅵ「患者自身が問題解決ができるよう支援する」、下位尺度Ⅶ「個別状況に応じて援助を工夫する」、下位尺度Ⅷ「治療や援助によって生じやすい問題の発生を未然に防ぐ」、下位尺度Ⅸ「援助の効果を判定して支援する」の9つの構成要素を持つ。

日々看護実践をしている看護師が、患者に生じる問題を解決するために必要な行動がどの程度とれているかを45の質問項目によって尋ねる形式である。本研究では調査用紙に、「がん患者と関わる際の看護師の問題解決行動自己評価尺度」と文言を入れた。また緩和ケアカンファレンスの満足度を、とても満足している、満足している、どちらとも言えない、満足していない、全く満足していないの5段階で評価する質問項目を加え、カンファレンスの満足度と自己評価尺度との関係性を調査した。

4. 分析方法

緩和ケアカンファレンスの満足度と「看護師の問題解決行動自己評価尺度」の各下位尺度、対象特性を統計的に処理した。

総得点および下位尺度得点の平均値と標準偏差を用い、高得点、中得点、低得点のⅢ領域を設定した。高得点領域は〔平均値+1標準偏差〕を超えた領域、中得点領域は〔平均値-1標準偏差〕以上〔平均値+1標準偏差〕の領域、低得点領域は〔平均値-1標準偏差〕に満たない領域である。分析に χ^2 乗検定を用いた。

IV. 結果

1. 対象の特性

質問紙の回収は55.4%であった。

調査対象となった看護師の性別は、女性88名(95.6%)、男性3名(3.2%)、不明1名(1.0%)であった。年齢は平均31.2歳(SD9.11)、臨床経験年数平均8.101年(SD8.192)であった。職位は、看護師長

表1 対象特性

対称特性項目	範囲	平均値	標準偏差(SD)
性別	男性3名(3.2%) 女性88名(95.6%) 不明1名(1%)		
年齢	22~58歳	31.2歳	8.192
臨床経験年数	1~35	8.101年	8.192
職位	看護師長2名(2.1%)、スタッフ看護師80名(86.9%)、看護係長10名(10.8%)、認定看護師0名(0%)		
卒業した看護基礎教育課程	大学院(博士)0名(0%)、大学院(修士)0名(0%)、大学41名(46%)、3年課程短期大学10名(11.2%)、2年課程短期大学2名(2.2%)、3年課程専門学校34名(38.2%)、2年課程専門学校2名(2.2%)、その他0名(0%)		

2名 (2.1%), 看護係長10名 (10.8%), スタッフ看護師80名 (86.9%), 認定看護師0名 (0%)であった。

所属病棟は、一般病棟 (内科系) 50名 (54.3%), 一般病棟 (外科系) 42名 (45.6%)であった。また、卒業した看護基礎教育課程は、大学41名 (46%), 3年課程短期大学10名 (11.2%), 2年課程短期大学2名 (2.2%), 3年課程専門学校34名 (38.2%), 2年課程専門学校2名 (2.2%)であった (表1)。

2. 測定結果と得点領域

1) 満足度と尺度を用いて測定した結果

緩和ケアカンファレンスの満足度は、とても満足している=5点, 全く満足していない=1点とし, 点数化して集計した。その結果平均点3.30点 (SD0.6)であった (表2)。

尺度の総得点は、90点から225点の範囲にあり (225点満点), 平均が155.7点 (SD27.0)であった。また、各下位尺度の平均得点は、下位尺度 I が18.6点 (SD3.1), 下位尺度 II が16.6点 (SD3.3) 下位尺度 III が17.1点 (SD3.6), 下位尺度 IV が18.7点 (SD3.4), 下位尺度 V が16.0点 (SD3.7), 下位尺度 VI が18.1点 (SD3.5), 下位尺度 VII が15.6点 (SD3.9), 下位尺度 VIII が17.6点 (SD3.2), 下位尺度 IX が17.2点 (SD3.7), であった。下位尺度 IV は平均点が最も高く, 次いで I, VI が18.0点を超えていた。ま

表2 平均点と標準偏差

	満足度	総得点
平均点 (標準偏差)	3.3 (0.6)	155.7 (27.0)

表3 各下位尺度の平均点と標準偏差

	下位尺度 I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
平均点 (標準偏差)	18.6 (3.1)	16.6 (3.3)	17.1 (3.6)	18.7 (3.4)	16.0 (3.7)	18.1 (3.5)	15.6 (3.9)	17.6 (3.2)	17.2 (3.7)

表4 経験年数別各下位尺度の平均点

経験年数	下位尺度 I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
a	16.55	15.05	15.05	17.77	13.27	16.05	11.94	15.33	15.72
b	18.04	16.04	17.09	18.45	17.36	18.45	14.57	17.07	17.18
c	19.42	17.24	17.79	19.10	16.26	18.44	17.12	18.61	17.57

経験年数 a = 1年未満 b = 2~4年未満 c = 4年目以上

た下位尺度 V, VII は平均点が低く, 標準偏差も3.9と差が大きかった (表3)。

経験年数別にみても下位尺度 IV と I が全体的に高かった。V, VII は全体的に平均点も低い, 経験年数が少ない程得点は低い結果となっている (表4)。

経験年数が少ないほどカンファレンスの満足度は高く, 自己評価尺度の総得点は低かった。逆に経験年数は多いほど満足度は低く総得点高かった (表5)。

2) 満足度と対象者の関連

満足度と対象者において χ^2 検定を実施した。「新人看護師」「中堅看護師」「ベテラン看護師」の定義はベナーの述べている「新人レベル」「一人前レベル」「中堅レベル」「達人レベル」の定義を参考とし, 「新人看護師」を看護師経験1年未満, 「中堅看護師」を看護師経験1年以上~4年未満, ベテラン看護師を看護師経験4年以上とした。満足度は「全く満足していない」「満足していない」を低得点, 「どちらでもない」を中得点, 「満足している」「とても満足している」を高得点とした。満足度との間に相関関係を示した項目は, 経験年数と教育課程であり, それぞれの検定統計量は29.2, 28.0であった (表6)。

3) 満足度と尺度の関連

満足度と看護師の問題解決行動自己評価尺度において χ^2 検定を実施し, 満足度との間に関連を示した項目は, 総得点と下位尺度 IV であり, それぞれの検定統計量は11.7と11.2であった。満足度

表5 経験年数別満足度と自己評価尺度の総得点の平均

経験年数	満足度	総得点
a	4.41	136.77
b	3.54	153.59
c	2.29	161.69

表6 満足度と対象者の関連

	経験年数	職位	教育課程
検定統計量	29.2	5.3	28.0

*棄却限界: 9.487729037

の低得点グループの総得点の平均は168.7と中得点・高得点グループより高い結果になった(表7, 8).

表7 満足度と尺度の関連

	総得点	下位尺度 I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
検定統計量	11.7	8.4	9.4	8.0	11.2	9.1	3.0	4.6	4.1	5.1

*棄却限界: 9.487729037

表8 満足度別の総得点の平均点

	満足度 低得点	中得点	高得点
総得点の平均点	168.7	153.5	156.4

V. 考 察

看護師の問題解決行動自己評価尺度において、経験年数によってそれぞれ得点に差があることがわかった。I, IVの項目については個人で情報収集を行いカンファレンスで情報交換を行っているかを問う項目であり、どの年代でも評価は高く、患者の問題解決に向け、情報を共有することはできていると考えられる。V, VIIは患者を説得したり個別状況に応じて援助方法を変更するなど、特に知識や技術を求められることから新人とベテランで得点に大きな差が生じた。これらのことから患者の問題解決のために情報を得ようと努力し、全体的に自己評価は高くなっているが、患者の個別性を踏まえた援助を実施するためには豊富な知識が求められ、経験が必要であると考えた。

カンファレンスの満足度の平均点は3.3であり、満足しているとは言えない結果となった。満足度に影響を与える要因として、「経験年数」「教育課程」「総得点」「下位尺度IV」が上げられる。

経験年数が少ないほど満足度が高く、経験年数が多いほど満足度は低い傾向にあった。これは、若い看護師はカンファレンスに参加することで、情報を得たり、アドバイスをもらい充実感が得られるためだと考えられる。しかし問題解決行動の総得点は低い。経験年数が少ないことによる未熟さはもちろんあるが、カンファレンスの内容をケアの場面に活かしていないことや、ケアにつながるカンファレンスが行えていない可能性がある。

一方でベテランの看護師は問題解決行動の得点は高いがカンファレンスの満足度は低い結果となっている。知識や経験が豊富であるため個人の看護技術は高い。しかし満足度が低い理由として、個人の知識や技術が活かされていない、カンファレンスで得られる情報に満足していない可能性がある。川島ら²⁾はカンファレンスを成立させる4つの基本要素として①参加者にとって関心のもてる明確な議題②それぞれに違った意見を持った参加者③許容的で自由な雰囲気④スタートの合図をし、カンファレンスの展開を促進する司会者と述べている。当院では病棟ごとに運営方法が異なり、上記の要素を満たすカンファレンスができず不満を抱いていると考えられる。

下位尺度IVは「円滑に問題を解決するため医療チームメンバーと協働する」項目であるため、これが高得点であればカンファレンスの満足度が高いのは妥当である。

経験年数の少ないものは大学卒業者が多く、経験年数の多い程専門教育課程卒業者の割合が高い。そのため経験年数と教育課程は関連があり、経験年数同様に教育課程でも満足度との間に関連があったのではないかと推測する。

満足度と問題解決行動の間に関連は見られたが、カンファレンスの満足度が高いほどよりよいがん患者ケアができているとは言えなかった。満足度が高ければ良いカンファレンスできておりがん患者ケアが充実していると考え、仮説を立てたが、実際はそうではなかった。経験年数によって問題解決行動の点数が左右されるのはもちろんだが、カンファレンスの満足度と問題解決行動の点数が伴わないということは、カンファレンスががん患者ケアにいかされていないのではないかと推測する。

VI. 結 語

1. 経験年数にかかわらず、情報収集や情報共有は行えている。
2. 経験年数が多いほど患者の個別性を踏まえた援助の自己評価は高い。個別性を踏まえた援助

を実施するためには豊富な知識が必要である。

3. カンファレンスの満足度が高くても、より良いがん患者ケアが行えているとは言えない。カンファレンスの満足度が低くてもがん患者ケアの自己評価は高い。

Ⅶ. 今後の課題と研究の限界

今回使用した自己評価尺度は看護師の自己評価を測定するものであり、実際の看護能力を評価するための尺度ではない。

本研究で行ったアンケートの回収率は55%と半数を超えたが、対象特性に偏りがあるため十分な標本数とは言えない。また各病棟のカンファレンスの内容についても本研究では調査していないため内容の見直しまでは行えなかった。

よって今後はケアにつながるカンファレンスの内容と、運営方法の見直しが必要である。

文 献

- 1) 恒藤暁, 内布敦子. 系統看護学講座 (別巻) 緩和ケア. 東京: 医学書院; 2007. P.99.
- 2) 川島みどり, 杉野元子. 看護ケアカンファレンス. 東京: 医学書院; 2005. P.68.

参考文献

- 1) 大平ちえみ. チームカンファレンスが患者に与える効果. 国立病院機構熊本医療セ医誌 2014; 13: 90-6.
- 2) 服部美香. 看護実践教育のための測定用具ファイル-開発過程から活用の実践まで (舟島なをみ). 東京: 医学書院; 2015. P.54-63.
- 3) パトリシア・ベナー, 井部俊子 (訳). ベナー看護論 初心者から達人へ (From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. 1984). 東京: 医学書院; 2006.