がん看護の困難感尺度を用いた実態調査と今後の課題
～よりよいがん看護の提供を求めて～

若田由美[1]　澁木秀美[1]　中山亜弓[1]　原　彩[1]
太田彩美[1]　原田理恵[1]　勝浦明恵[1]　岸本有加里[2]

Key Word:がん看護,がん看護の困難感尺度

要　約

Ａ病棟は消化器内科･外科の混合病棟であり,周手術期から終末期のがん看護を行っている。そこで,「看護師のがん看護に対する困難感尺度」を用いてがん看護の困難感の現状と課題を明らかにすることを目的とした。がん看護の困難感と看護師経験年数･がん看護経験年数の相関にはSpearmanを用い有意水準は5%未満とした。がん看護に対する困難感は[コミュニケーションに関すること],〔自らの知識･技術に関すること],[告知･病状説明に関すること],[医師の治療や対応に関すること],[システム･地域連携に関すること],[看取りに関すること]の順で高かった。看護師経験年数･がん看護経験年数に比例して困難感が高い項目は,[医師の治療や対応に関すること],[告知･病状説明に関すること],[看取りに関すること]であった。看護師には,医療チームの調整役割があり,医師との円滑な連携が必要である。限られた時間の中でのカンファレンスの工夫が今後の課題である。

は じ め に

我が国において,悪性新生物は一貫して増加しており,昭和56年以降死因の第一位となっている。平成27年の全死亡者に占める割合は28.7％でありおよそ3.5人に1人は悪性新生物で死亡している。1990年に緩和ケア病棟･診療料が医療保険の中で制度化され,緩和ケア病棟数は2017年度では,394施設と増加傾向にある。しかし,がん患者の90％が病院で亡くなっており,その多くは一般病棟である。一般病棟では,精密検査から終末期まで病期の異なるがん患者が混在しており,治療法は多岐にわたる。そのため,患者に対するケアが多様化しており,一般病棟においてがん看護の需要が増加している。

Ａ病棟は消化器内科･外科の混合病棟であり,がん患者の精密検査に始まり,周手術期から終末期看護までを一貫して行っている。終末期がん患者,および家族に静かで落ち着いた環境を提供しようとしても,手術や治療など緊急性が高く処置の多い患者のケアを優先的に行わざるを得ない状況にある。そのため,急性期病棟において終末期看護に困難感を抱いている看護師が多いことが推測された。そこで,看護師ひとりひとりが,がん看護に対してどのような事で困難を感じているのかを調査し,Ａ病棟の現状と今後の課題を明確化し,今後の看護に活かしていきたいと考えた。

研　究　目　的

「看護師のがん看護に関する困難感尺度」を用いて,Ａ病棟におけるがん看護に対する困難感の調査を行い,現状を明らかにし,今後の課題を見出す。

Ⅰ　研　究　方　法

1. 期間:平成29年11月～ 12月
2. 対象:Ａ病棟看護師34名
3. 方法:調査期間中にＡ病棟に勤務している対象看護師34名に対して,「看護師のがん看護に対する困難感尺度」を用いてアンケート調査を実施した。

「看護師のがん看護に対する困難感尺度」の内容は,[コミュニケーションに関すること]13項目,[自らの知識･技術に関すること]9項目,[医師の治療や対応に関すること」8項目,[告知･病状説明に関すること]6項目,[システム･地域連携に関すること]8項目,[看取りに関すること]5項目において,１全くそう思わない～ 6非常にそう思う,の6段階評価となっている。

分析方法:「看護師のがん看護に対する困難感尺度」と看護師経験年数･がん看護経験年数区分別の相関をSPSSを用いて分析した。有意水準は5％未満とした。

4. 倫理的配慮

対象に研究の趣旨･目的を説明し,調査協力は任意である

旭川赤十字病院5階きた病棟[1]　緩和ケア推進室[2]

Cancer nursing difficulties scale using survey and future challenges ～Better cancer seeking provision of nursing～

Yumi WAKATA[1], Hidemi SHIBUKI[1], Ayumi NAKAYAMA[1], Aya HARA[1],
AyamiOOTA[1], Masae HARADA[1], Akie KATSUURA[1], Yukari KISIMOTO[2]
Asahikawa Red Cross Hospital 5th north, Palliative care promotion room

こと，不利益は生じない事，個人情報の保護について文書で説明し，調査票の投函をもって研究協力に同意したものとみなした。

Ⅱ　結　　果

アンケートの回収率，有効回答率は100%であった。看護師経験年数は，1～5年目14人（41%），6～10年目8人（24%），11～15年目5人（14%），16年目以上7人（21%）であった（図1）。がん看護経験年数は，1～5年目21人（62%），6～10年目5人（14%），11～15年目4人（12%），16年目以降が4人（12%）であった（図2）。

看護師のがん看護に対する困難感尺度の平均値は，［コミュニケーションに関すること］4.4，［自らの知識・技術に関すること］4.1，［告知・病状説明に関すること］4.1，［医師の治療や対応に関すること］3.9，［システム・地域連携に関すること］3.7，［看取りに関すること］3.1の順であった（図3）。

［コミュニケーションに関すること］では，看護師経験年数・がん看護経験年数との相関はなかった。［自らの知識・技術に関すること］では，看護師経験年数はp=0.006,r=-0.465，がん看護経験年数はp=0.008，r=-0.456と負の相関がみられた。［告知・病状説明に関すること］では，看護師経験年数はｐ=0.045，r=0.351，がん看護経験年数はp=0.012，r=0.434で正の相関がみられた。［医師の治療や対応に関すること］では，看護師経験年数はp=0.017，r=0.411，がん看護経験年数はp=0.010，r=0.440で正の相関がみられた。［看取りに関すること］の項目においては，看護師経験年数はp＝0.010，r=0.443，がん看護経験年数はp=0.029，r=0.380で正の相関がみられた（表1）。

次に，下位尺度毎の平均を示したのが表2である。［コミュニケーションに関すること］では，がん看護経験年数10年目以下が「『死にたい』と訴える患者に対する対応に困難を感じる」の困難感が高かった。一方，看護師経験年数・がん看護経験年数11年目以上では，「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難を感じる」，「患者と十分に話をする時間がとれない」が高かった。さらに，がん看護経験年数11年目以上では「家族と十分に話をする時間がとれない」に関しての困難感が高かった。

また，［自らの知識・技術に関すること］では，看護師経験年数・がん看護経験年数5年目以下が最も困難感が高かった。なかでも，「私は放射線治療や副作用に関する知識や技術が不十分に感じる」が，看護師経験年数・がん看護経験年数10年目以下で困難感が高かった。「私は手術後の患者のケアに関する知識が不十分に感じる」の困難感が最も低かった。

［医師の治療や対応に関すること］では，がん看護経験年数11年目以上で「医師や看護師が患者に対する治療のゴールを共有できていない」の困難感が高かった。

［告知・病状説明に関すること］では，「医師からの終末期患者・家族への治療や病状に関する説明が不十分」の困難感が，看護師経験年数・がん看護経験年数に関わらず高かった。

［看取りに関すること］では，看護師経験年数・がん看護経験年数10年目以下で「急変や連絡が不十分で臨終期に家族が立ち会えないことがある」の困難感が高かった。また，がん看護経験年数11年目以上では「臨終前後の患者・家族に誠意のない対応をする医師がいる」の困難感が高かった。（表２）

Ⅲ　考　　察

［コミュニケーションに関すること］の困難感が，看護師経験年数・がん看護経験年数と有意差がなく高かったことから，がん患者・家族とのコミュニケーションは看護経験に関わらず，困難であることが明らかになった。

大重[1]は「看護師としての臨床経験を踏んでいく中で臨床経験10年ということが，看護の専門性習得に大きく関与していることから30歳未満で終末期がん患者を受け持つ際には，死生観が確立できていないこともある」と述べている。このことから，A病棟においてがん看護経験年数10年目以下では死生観の確立には至っておらず，「『死にたい』と訴える患者に対する対応」の困難感が高く，問題に直面した際の対応に困難を感じていると考える。

一方,看護師経験年数・がん看護経験年数11年目以上では，「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難を感じる」，「患者と十分に話をする時間がとれない」の困難感が高かった。さらに，がん看護経験年数11年目以上では「家族と十分に話をする時間がとれない」ことに関しての困難感が高かった。

これは，経験年数の増加に伴い病棟での役割が増え，患者とコミュニケーションを図る時間が十分にとれていないことが考えられる。また，がん看護経験年数11年目以上では率先して患者の背景を踏まえた家族看護を実践するようになり，困難感が高まったと考えられる。

［自らの知識・技術に関すること］では，A病棟の特殊性は手術前後の患者が多く，放射線治療を受けている患者は少ないこと，62%の看護師ががん看護経験年数5年目以下であり，知識・経験不足が困難感を高めたと考える。

［告知・病状説明に関すること］では，「医師からの終末期患者・家族への治療や病状に関する説明が不十分」の困難感が，看護師経験年数・がん看護経験年数に関わらず高かった。A病棟では処置・検査が多く多忙な医師と患者・家族との時間確保が困難であることが背景にあるものと考えられる。

［医師の治療や対応に関すること］では，医師や看護師が患者に関する治療のゴールを共有できていない」の困難感が高く，日々の業務の中で医師・看護師間のカンファレンスの時間が非常に限られている事が，困難感が高まった要因と考える。丸口[2]は「チームメンバーが情報を共有したり，互いに話し合う関係がないとストレスを生じ協働できなくなる」と述べている。看護師は患者・家族にとって身近な存在であり，医療チームを調整する役割を担う。医師との円滑な連携を行うことが治療のゴールを共有す

るために必要である。そのため，限られた時間でのカンファレンスの工夫が課題である。

また，6項目中［告知・病状説明に関すること］，［医師の治療や対応に関すること］，［看取りに関すること］の3項目において，看護師経験年数・がん看護経験年数に比例して困難感が高くなっていた。森[3]らは「経験年数が高くなると，能力や経験の個別性が高くなり，所属部署で様々な役割期待があるため，困難感が複雑・多様になっていることが考えられる」と述べており，経験年数を重ねると，それまで培ってきた知識・経験に伴い視野が広がるとともに，病態の理解が深まり告知・病状説明の方法や，倫理的視点，緩和ケアに対する知識が増し，急性期病棟で終末期看護を行うジレンマが影響し困難感の上昇に繋がったと考える。

Ⅳ　結　　論

1.「看護師のがん看護に対する困難感尺度」を用いてがん看護の困難感を調査・分析した。
2.「看護師のがん看護に対する困難感尺度」のうち，［医師の治療や対応に関すること］，［告知・病状説明に関すること］，［看取りに関すること］では看護師経験年数・がん看護経験年数において正の相関がみられた。
3. 看護師は,医療チームを調整する役割を担っており，医師との円滑な連携が必要とされる。より良い患者ケアに繋げるため，限られた時間の中で医師とのカンファレンスの工夫が今後の課題である。

なお，本研究は第49回日本看護学会慢性期看護（静岡県）にて発表した。

申告すべきCOI状態はない。

文　　献

1）大重育美：一般病棟における終末期がん患者の家族ケア評価－30歳未満と30歳以上の看護師の年代別比較－，日がん看会誌25巻3号，2011.
2）丸口ミサエ：チームのストレスとその対処法，緩和ケア，2005.
3）森歩，伊藤智恵，柴崎幾代，梅田靖子，斎藤佳代，山岡美晴，番匠千佳子,がん看護に携わる看護師の困難感に関する調査,2018.
4）西脇可織：小松万喜子，竹内久子,終末期がん患者の看護に携わる看護師の学習ニーズと経験年数およびケアの困難感の関連,死の臨床，2011.
5）中村悦子，中村圭子，清水理恵：緩和ケアに関わる一般病棟看護師の心身の負担度とその要因,新潟青陵学会誌第3刊第一号，2010.
6）独立行政法人　統計センター，厚生労働省平成22年度人口動態統計―死亡の場所別にみた主な死因の性・年次別死亡数および百分率. 2018年11月25日閲覧，http：//www.e-stat.go.
7）小野寺麻衣,熊田真紀子,大桐規子,他：看護師のがん看護に関する困難感尺度の作成：Palliative Care Research,8(2)240-7,2013.

図1. 看護師経験年数

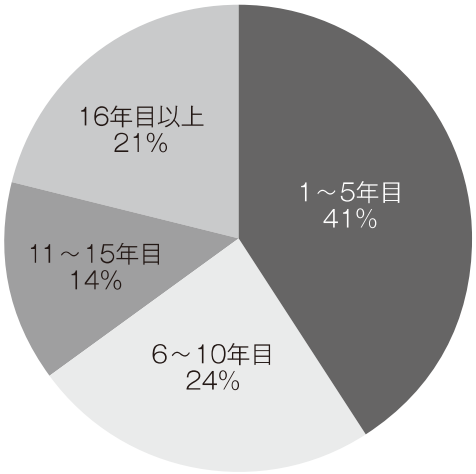

図2. がん看護経験年数

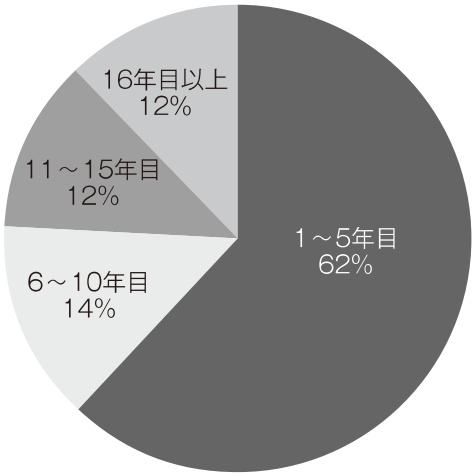

図3.「がん看護に対する困難感尺度」の平均値

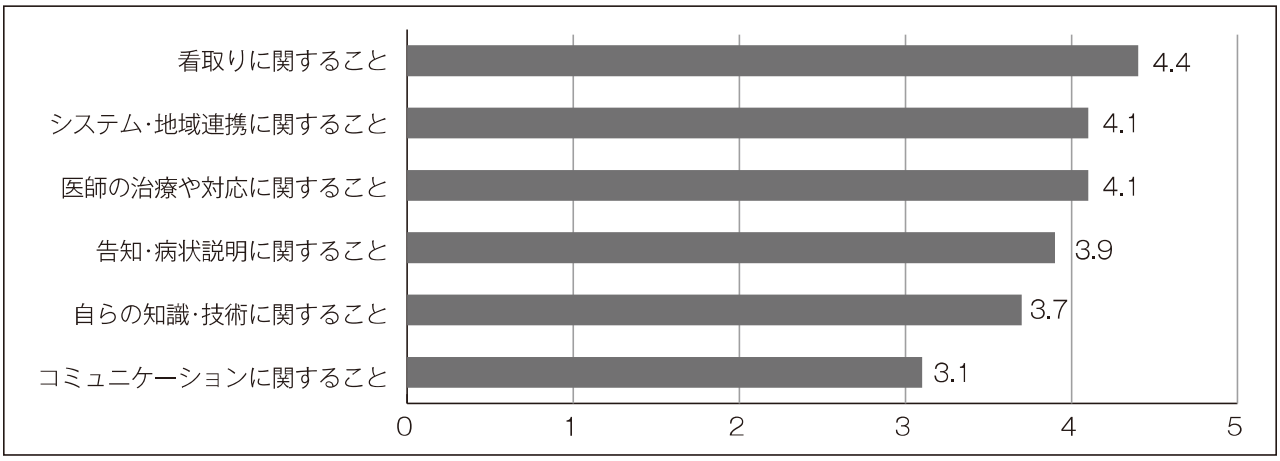

表1.「がん看護に対する困難感尺度」の項目と看護師経験年数・がん看護経験年数との相関

がん看護に関する困難感尺度の項目	看護師経験年数	がん看護経験年数
コミュニケーションに関すること	r＝0.009	r＝－0.167
	p＝0.959	p＝0.354
自らの知識・技術に関すること	r＝－0.465	r＝－0.456
	p＝0.006※	p＝0.008※
告知・病状説明に関すること	r＝0.351	r＝0.434
	p＝0.045※	p＝0.012※
医師の治療や対応に関すること	r＝0.411	r＝0.440
	p＝0.017※	p＝0.010※
システム・地域連携に関すること	r＝0.247	r＝0.246
	p＝0.166	p＝0.168
看取りに関すること	r＝0.443	r＝0.380
	p＝0.010※	p＝0.029※

※p＜0.05

表2.「がん看護に対する困難感尺度」：下位尺度毎の困難感の平均値

コミュニケーションに関すること	看護師経験年数				がん看護経験年数			
	1～5年	6～10年	11～15年	15年以上	1～5年	6～10年	11～15年	15年以上
1.十分に病名告知や病状告知をされていない患者とのコミュニケーションが困難である	4.5	4.4	4.8	4.0	4.5	4.4	4.8	4.0
2.転移や予後など「悪い知らせ」を伝えられた後の患者への対応が難しい	4.5	4.5	4.2	4.0	4.5	4.5	4.2	4.0
3.患者と十分に話をする時間が取れない	4.2	4.3	4.6	4.7	4.2	4.3	4.6	4.7
4.患者から不安や心配を表出された場合の対応に困難を感じる	4.1	4.3	3.6	4.1	4.1	4.3	3.6	4.1
5.患者から「死」に関する話題を出されたり、「死にたい」と言われた場合の対応に困る	4.5	5.1	4.4	4.4	4.5	5.1	4.4	4.4
6.「死にたい」と訴える患者に対する対応に困難を感じる	4.6	5.1	4.4	4.7	4.6	5.1	4.4	4.7
7.せん妄や意識レベルの低下などで本人の意思が不明な患者への対応に困難を感じる	3.9	4.1	4.2	4.3	3.9	4.1	4.2	4.3
8.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	4.4	4.5	5.0	4.7	4.4	4.5	5.0	4.7
9.十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	4.4	4.5	4.8	4.6	4.4	4.5	4.8	4.6
10.転移や予後など「悪い知らせ」を伝えられた後の家族への対応が難しい	4.2	4.5	4.2	4.4	4.2	4.5	4.2	4.4
11.家族と十分に話をする時間が取れない	4.1	4.6	4.6	4.6	4.1	4.6	4.6	4.6
12.家族から不安や心配を表出された場合の対応に困難を感じる	4.0	4.6	3.6	4.0	4.0	4.6	3.6	4.0
13.家に族から「死」に関する話題を出された場合の対応に困難を感じる	4.0	4.3	3.8	4.0	4.0	4.3	3.8	4.0
平均値	4.3	4.5	4.3	4.4	4.3	4.5	4.3	4.4

自らの知識・技術に関すること	看護師経験年数				がん看護経験年数			
	1～5年	6～10年	11～15年	15年以上	1～5年	6～10年	11～15年	15年以上
14.私は抗癌剤治療や副作用に関する知識・技術が不十分に感じる	4.7	3.9	4.0	3.7	4.5	4.2	3.8	3.3
15.私は手術後の患者のケアに関する知識が不十分に感じる	4.5	3.1	3.8	3.1	4.1	3.4	3.8	2.8
16.私は放射線治療や副作用に関する知識が不十分に感じる	4.9	4.5	4.2	4.1	4.8	4.6	4.0	4.0
17.私は疼痛や治療・ケア、副作用にに関する知識や技術が不十分に感じる	4.5	4.1	3.8	3.3	4.4	3.8	3.8	3.0
18.私は呼吸困難のアセスメントや治療・ケアに関する知識や技術が不十分に感じる	4.8	3.5	3.8	3.7	4.3	3.8	3.8	3.8
19.私は倦怠感のアセスメントや治療・ケアに関する知識・技術が不十分に感じる	4.5	3.8	4.0	3.6	4.3	3.8	4.0	3.3
20.私は嘔気の治療やケアに対するケアや支援に関する知識や技術が不十分に感じる	4.4	3.8	3.8	3.7	4.1	3.8	3.8	3.8
21.私は抗うつや不安などのアセスメントや治療・ケアに関する知識や技術が不十分に感じる	4.6	3.9	4.4	3.7	4.3	4.2	4.3	3.8
22.私はせん妄のアセスメントや治療・ケアに関する知識や技術が不十分に感じる	4.4	3.6	4.0	3.6	4.1	4.0	3.8	3.5
平均値	4.6	3.8	4.0	3.6	4.3	4.0	3.9	3.4

医師の治療や対応に関すること	看護師経験年数				がん看護経験年数			
	1～5年	6～10年	11～15年	15年以上	1～5年	6～10年	11～15年	15年以上
23.医師が終末期の患者に関わることに消極的である	3.6	3.9	5.0	4.4	3.7	4.6	5.0	4.5
24.医師が医療用麻薬の処方に消極的である	3.7	3.2	5.2	4.1	3.6	4.0	5.3	4.3
25.医師の医療用麻薬の処方の方法が不適切である	3.6	3.2	4.8	4.1	3.6	3.6	5.0	4.3
26.医師の痛みや呼吸困難などの身体症状の緩和に関する知識や技術が不十分である	3.5	3.6	4.4	4.3	3.6	3.6	4.5	4.5
27.医師の抑うつや不安などの精神症状の緩和に関する知識や技術が不十分である	3.5	4.0	4.6	4.4	3.7	4.0	4.8	4.8
28.身体症状や精神症状の緩和に関して、医師と看護師、他の職種の連携が不十分である	3.7	3.9	3.8	3.6	3.7	3.8	4.0	3.8
29.医師や看護師が患者に対する治療のゴールを共有できていない	4.0	4.4	5.0	4.1	4.1	4.4	5.3	4.0
30.治療方針の決定が医師のみでなされ、看護師の意見が組み入れられない	3.4	4.0	5.0	3.7	3.6	4.0	5.3	3.8
平均値	3.6	3.8	4.7	4.1	3.7	4.0	4.9	4.2

告知・病状説明に関すること	看護師経験年数				がん看護経験年数			
	1～5年	6～10年	11～15年	15年以上	1～5年	6～10年	11～15年	15年以上
31.医師からの患者への病名告知が不十分	3.9	4.0	4.4	4.1	3.8	4.6	4.3	4.3
32.医師からの治療期の患者への治療や病状に関する説明が不十分	3.6	4.1	4.6	4.1	3.8	4.4	4.5	4.3
33.医師からの終末期の患者への治療や病状に関する説明が不十分	4.1	4.1	5.0	4.6	4.0	4.4	5.0	5.0
34.医師からの治療期の家族への治療や病状に関する説明が不十分	3.7	4.4	4.8	4.3	3.9	4.4	4.8	4.5
35.医師からの終末期の家族への治療や病状に関する説明が不十分	4.0	4.5	4.8	4.4	4.1	4.4	4.8	4.8
36.患者・家族が治療や病状の説明内容や治療の目的(延命や緩和治療であることなど)を受けたのに理解していない	3.9	4.1	3.8	4.1	3.9	4.4	4.0	4.3
平均値	3.9	4.2	4.6	4.3	3.9	4.4	4.5	4.5

システム・地域連携に関すること	看護師経験年数				がん看護経験年数			
	1～5年	6～10年	11～15年	15年以上	1～5年	6～10年	11～15年	15年以上
37.在宅へ退院した方がいいと思う患者が、実際には退院できない	3.9	3.8	4.0	4.0	3.9	4.2	3.8	3.8
38.在宅でがん患者を診療できる診療所や訪問看護ステーションが少ない	3.4	3.1	4.0	3.9	3.3	4.0	3.8	3.8
39.身寄りがない患者の在宅療養が困難である	4.5	4.4	4.8	4.9	4.5	4.8	4.8	4.8
40.患者や家族に退院を勧めたり、準備をはじめるタイミングが遅い	3.9	4.0	4.6	4.1	4.0	4.2	4.5	4.0
41.患者や家族に退院を勧めてから、実際に退院になるまでに準備に時間がかかりすぎる	3.6	3.1	4.0	3.7	3.5	3.8	3.8	3.5
42.経済的な問題を抱えた患者への対応に困難を感じる	4.1	3.5	4.2	4.1	3.9	4.4	4.0	4.0
43.患者の治療やケアに必要な薬剤や機器(ポンプやエアマットなど)が病院・病棟に不足している	2.9	2.9	2.4	3.3	2.9	3.8	1.8	2.8
44.治療期と終末期の患者を同じ病棟で受け持つことに困難を感じる	3.1	3.4	4.0	3.4	3.3	3.6	3.8	3.3
平均値	3.7	3.5	4.0	3.9	3.7	4.1	3.8	3.7

看取りに関すること	看護師経験年数				がん看護経験年数			
	1～5年	6～10年	11～15年	15年以上	1～5年	6～10年	11～15年	15年以上
45.急変や連絡が不十分で臨終時に家族が立ち会えない事がある	3.6	3.6	4.2	3.6	3.5	3.8	4.3	3.8
46.家族による看取りではなく、医療者が中心の看取りになっている	2.9	3.3	3.4	3.7	3.1	3.4	3.5	3.5
47.患者が亡くなったあとに十分に家族とお別れの時間をとってあげることができない	2.4	2.4	3.0	3.4	2.4	3.2	3.0	3.3
48.臨終前後の患者・家族に誠意のない対応をする医師がいる	2.9	3.5	4.4	3.7	3.2	3.4	4.3	4.0
49.臨終前後の患者・家族に誠意のない対応をする看護師がいる	2.3	2.3	2.2	2.6	2.3	2.6	2.3	2.3
平均値	2.8	3.0	3.4	3.4	2.9	3.3	3.5	3.4