

## 第 I 章 序論

### 1. 研究の背景

我が国ではがん医療の発展に伴い、治療の選択肢が増加し、進行がん患者に対する治療が増加している。さらに、在院日数の短縮や治療の外来移行に伴い、進行がん患者であっても外来通院治療を行っている。そのため、進行がん患者には外来の場において治療の選択・中止や療養に関する意思決定を行うことが求められている。このような背景に伴い、国はがん患者指導管理料 2 の算定回数を引き上げ、十分な情報提供に基づき患者の心理的不安を軽減させながら意思決定支援を行うための整備を進めている(厚生労働省,2016)。しかし、がん患者指導管理料 2 は専任の専門看護師や認定看護師が実施することが算定要件として定められているが、実際には特定の看護師だけでは十分な対応を行うことが難しい状況が存在する。特に、外来では治療で来院する際にタイミングを合わせて介入する必要があり、一般の看護師を巻き込んだチームとして患者・家族に継続的に関わることが求められている。

先行研究では、緩和ケアが必要になる前の段階から、End-of-life discussions(以下 EOLd)(がん進行した状態にあり、積極的な治療から緩和ケアを中心とした時期に入りつつある患者に対して、患者の価値観や個別性を尊重しながら、患者と家族と医療者のチームアプローチと個々の信頼関係に基づいて、終末期の治療・緩和ケア・療養の場について話し合うこと)を通して Advance care planning(将来の医療的ケアについて計画するプロセス、特に患者が自身で意思決定できないときに使用される)(Emanuel et al.,2000)を行うことで、患者主体の意思決定が増加し、早期に緩和ケアが開始となり、終末期での積極的な治療が減少することにより患者の終末期の QOL 低下を回避し、入院日数の減少にも関連していることが明らかとなっている(Mack , J . W , et al,2012)。

そのため、外来看護師が外来通院中から患者と関わりを持ち、支援の必要な患者に対して適切な時期に EOLd を行えるよう支援することが重要である。その結果、通院治療を行っているがん患者が安全・安楽に在宅生活を送ることができ、不必要な入院の回避や緊急受診の低下、在院日数の短縮による医療費削減、医師の外来診療効率の向上、在宅での看取りの増加につなげることができ、地域完結型のがん医療を促進することが予測される。

EOLd では看護師の専門性を用いて細やかで繊細な対応が必要である。看護師は患者の最も身近にいる存在であり、療養生活の中で揺れ動く患者の気持ちにいち早く気づき、細

やかに対応することができる。また、患者の本音や言葉にはできない思いなどを、直接の対話から見出し、受け止め、共感することが、看護の専門性であり、大きな役割を担っていると考ええる。

しかし、我が国では、このような看護は個々の看護師の能力や経験に基づいた実践知として存在しており、一般化や他者への教育は難しい状況にある。そのため、看護師は EOLd の必要性を認めながら、タイミングを逃したり、実施方法がわからず困難感を感じている。さらに、外来看護の必要性が増しているにもかかわらず外来看護師の配置人数は変わっておらず、システム的な問題も存在している(佐藤ら, 2003)(鳴井ら, 2004)。先行研究から看護師が教育や経験から道徳的感受性を磨き、終末期ケアや緩和ケアについて正しい知識を持ち、コミュニケーション技術を向上をさせることで EOLd に対するネガティブな感情が減少し、看護師が心身ともに健康な状態で仕事に対して意欲的な姿勢を持つことが質の高い看護を行う上で必要だと示唆されている(予備研究 I, 予備研究 II 参照)。

そのため、支援の必要な患者・家族に十分な支援を行っていくためには、医療者の緩和ケアや在宅療養に関する知識の向上だけでなく、システムとして患者・家族との話し合いの機会を持てるような環境や、看護師の実践内容を可視化したツールを用いて看護実践の一般化を図ることが重要である。

本研究において、実践の可視化だけでなく質の高い実践に関連する要因を明確化することで外来看護での EOLd の促進における介入の方向性を明らかにし、臨床現場において看護師の実践を促進するための示唆を得ることできると考える。

## 2. 研究目的

本研究の目的は、外来通院中のがん患者との EOLd における看護と看護師の「個人的要因」・「組織/環境的要因」との関連を明らかにすることである。

## 3. 研究意義

本研究により外来通院治療中のがん患者に対する EOLd における看護が明確化することで、増加が予測されている外来通院治療のがん患者に対して、がん看護専門看護師や認定看護師だけでなく一般の看護師も実践が可能となり、看護の質の向上を図れると期待する。また、先行研究からそれらの実践には個人的要因と組織/環境的要因が影響を与えていることが示唆されており、看護との関連が明らかになることで、臨床現場において看護師の実践を

促進するための示唆を得ることできると考える。

#### 4. 用語の操作的定義

本研究において使用する用語の定義を以下のように行う。

##### 1).がん患者との End-of-life discussions

がんが進行した状態にあり、積極的な治療から緩和ケアを中心とした時期に入りつつある患者に対して、患者の価値観や個別性を尊重しながら、患者と家族と医療者のチームアプローチと個々の信頼関係に基づいて、終末期の治療・緩和ケア・療養の場について話し合うこと。

##### 2).がん患者との End-of-life discussions における看護

がんが進行した状態にあり、積極的な治療から緩和ケアを中心とした時期に入りつつある患者に対して、医学的ニーズのアセスメントと社会的ニーズのアセスメントを行い、支援の必要な患者に対して、医師や多職種と協働し、治療や療養の場の選択に伴う意思決定や End-of-life を見据えた在宅療養における継続的な支援を行うこと。

##### 3).外来通院中のがん患者

がんに対する化学療法や放射線療法を行うために病院へ通院を行っているがん患者。もしくは、治療の休止期や治療を中止しており診療科への通院を行っているがん患者。

## 第Ⅱ章 文献検討

### 1. がん医療の現状

我が国では医療政策や医学の進歩を背景とした在院日数の短縮、治療の外来移行に伴い、社会生活を行いながら化学療法や放射線治療などで通院治療をするがん患者が増加しており、2011年と比較して2014年のがんの入院患者数は約5千人減少しているのに対して外来がん患者数は1万1千人増加している。また、生産年齢人口(15歳～64歳)におけるがん罹患患者数や高齢者のがん罹患患者も増加しており、在宅療養をしながら治療継続を行う患者が多く存在している(厚生労働省, 2011, 厚生労働省, 2014)。また、外来化学療法を受ける患者の緊急入院率は32%との報告もあり、状態悪化や有害事象により、在宅療養の継続が困難になることが予測される。このような状況において、患者・家族は多くの意思決定場面に直面する。特に、進行がんで治療の継続が難しくなりつつある患者に対する、治療の継続・中止や緩和ケアを主体とした体制への移行、療養の場の選択においては、十分な話し合いが必要である。

国は最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した医療を目指すことが重要であるとの考え方にに基づき、2015年3月に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」及び解説編として発行され(厚生労働省, 2018)、適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者又は利用者等と医療職が話し合いを行い、患者又は利用者等の意思決定を基本とすること、多職種から構成されるチームにおける判断の重要性、症状を緩和し全人的なケアをすることの必要性が整理された。さらに、平成28年度の診療報酬改定において、がん患者指導管理料2の算定回数の1回から6回への増加や外来化学療法加算の点数が増点され十分な情報提供に基づき患者の心理的不安を軽減させながら治療や療養の場に関する意思決定支援を行うことの重要性が増してきている。がん患者指導管理料2は専任の専門看護師や認定看護師が実施することが算定要件として定められているが意思決定支援が必要な患者は増加しており、特定の看護師だけでは十分な対応を行うことが難しい状況が存在する。そのため、外来と地域が協働し地域包括ケアの中でがん患者を支援するために、サポート体制の構築や支援の質を高めることが重要である。

## 2. がん患者とのEnd-of-life discussions

がん治療の発展と共に治療の選択肢が多様となり、予後が短い時期にあっても病状や症状を抑えるために治療を行う場合があり、がん治療中であっても終末期にある患者が多く存在する。また、終末期に ICU 入室や新たな化学療法を開始するといった積極的治療を受ける場合もあり(Sharma et al., 2015)、終末期の QOL 低下(Mori et al., 2013)や医療費の増加(Zakhour et al., 2015)、入院日数の延長や病院死の増加(Nilsson et al.,2009)という社会的な問題となっている。そのため、がん患者には積極的治療の継続や中止、終末期ケアとそれに伴う暮らし方について話し合う EOLd が求められている。

EOLd は終末期での積極的な治療の減少や入院日数の減少やホスピス使用の増加に関連している (Wright et al., 2008;Mack et al., 2012)。また、多くの患者は EOLd は重要であると考え (Diaz-Montes et al., 2013)、自分で意思決定をしたいと希望しており EOLd への関心は高い(Clayton et al., 2015)。一方で EOLd が行われていない・EOLd の開始時期が遅いとの報告もある (Zakhour et al., 2015)。阻害要因として、医療者が患者の価値観や希望について十分な理解のないまま治療方針を決定し、患者と医療者の認識のずれがある (Tang et al., 2014)、医療者の終末期ケアは敗北だという考え(Jackson et al.,2008)や EOLd を避ける態度(Wright et al.,2008)が報告されていた。また、医療者が積極的治療の効果を過大評価し、すでに終末期の段階にある患者に対して積極的治療を継続する状況も報告されていた (Tang et al., 2014)。このような状況は、医療者の緩和ケアに対する知識や感受性、コミュニケーション技術の程度と関係していた(Clayton, et al., 2005)。また、医師の EOLd に対する不安や困難感 (Granek et al., 2013)、Bad news を含んだ繊細な内容について話すことに過重負担感(Koh,S.j.2013)、EOLd が行う時間的な制約(Mori,M.,2015)、がん腫により予後予測の違いがあり、患者個々の状況に応じて EOLd のタイミングを見計らうことの困難さが報告されており (Mori,M.,2015)、医師は限られた時間の中で積極的治療の中止や終末期の療養について話し合うことに困難感や負担感を抱いていた。

さらに、垂水ら(2016)は、がん治療医が終末期の話し合いを行う際の問題として (1) 患者家族の課題 (【患者家族の個別性に対応することの難しさ】【病状理解の難しさ】) (2) 医療者に起因する課題 (【患者家族・医療者双方への精神的サポートの不足】【医療者間の考え方の相違】 など) (3) システムと体制に関する問題 (【時間・人的リソースの不足】【教育・研究の不足】 など) が抽出されたと報告している。

加えて、日本などのアジア諸国では、パターンリズムを好む(Marc et al.,2013)、家族中心の意思決定や受動的な意思決定を好むことが指摘されており(Koh, et al., 2015)、代理意思決定やリビングウィルに対する法整備も異なるため、それぞれの国の文化的・法的背景の影響を考慮する必要性が示唆されている (Gu, et al., 2015)。

初めて EOLd が行われた場所に関しては、国内においては約 7 割が病棟で行われている(山口,2015)のに対して、国外では病棟と外来が約半分(Mack et al., 2012)であり、実施場所が異なっている。山口(2015)は医療制度の違いによると述べているが、国内においても治療の外来移行や地域完結型のがん医療体制の構築が進んでおり外来にて EOLd を開始する必要性は今後増加すると考えられる。そのため、外来において EOLd を実施できるよう医療者の意識や体制を変革していく必要がある。

がん患者との EOLd については、国外において研究が多く報告されており、ガイドラインにおいて EOLd を推奨している。しかし、研究の多くは医師や患者からの視点で行われており、看護に関する研究は少ない。また、国内における EOLd に関する報告は少なく、看護に関する報告は見当たらない。

がん患者との EOLd では医師や看護師と患者・家族とのチームで行うことが必要という報告(Hilden et al.,2004)や人生の最終段階における医療・ケアの在り方について、多専門職からなる医療ケアチームで十分な話し合いをすることが原則と示されている(厚労省,2018)。そのため、医師だけでなく看護師がどのような役割を担い、実践を行っているのかについて明らかにしていくことが必要である。

### 3. がん患者に対する外来看護の現状

がん患者は、医療政策や医学の進歩を背景とした在院日数の短縮や治療の外来移行に伴い、社会生活を行いながら化学療法や放射線治療などで通院治療をする患者が増加している。平成 28 年度診療報酬改定においても外来化学療法加算の点数が増加しており、今後ますます外来化学療法数が増加していくことが推測される。通院治療を行っている患者は、「治療の副作用」「病状の進行に伴う症状や ADL の低下」「治療の継続・中止に関する意思決定」「治療終了後の療養方法についての意思決定」など、様々な問題や意思決定を抱えている。患者はこのような課題に対して、在宅で生活を送りながらセルフケアを行い、症状をコントロールし対応する必要がある。そのため、外来看護師は外来通院しながら療養生活を行うがん患者が安心・安楽に生活できるよう支援を行い、今後の療養生活に

についても予測的に調整を行っていくことが求められている。

菅原ら(2014)による調査では、外来に通院するがん患者の療養生活上のニーズを明らかにしており、その結果から「ニーズの適切なアセスメント」「適切な情報提供と自己学習充実への支援」「心理的苦悩への援助」の3つの外来看護援助の要点を述べている。

佐藤ら(2010)は外来通院するがん患者の主体性を生かす外来看護の実践について「問題を抱えている可能性のある患者を見だし、意図的にかかわり、援助関係を築いて患者の考えや取組状況についての形を促す。そして、患者が自己の意思やありたい姿を明確にし、それらの実現に向けて問題解決に取り組み解決することを支援すること」と述べている。また、外来看護に関する文献の多くが、対処能力の向上や主体性に着目している中、進行がん患者は有限の生と向き合いながら、治療の継続やがんの進行に伴う日常生活動作の制限など進行がん患者特有の問題を抱えており(鳴井ら,2004)、安心・安楽に治療を受けられる環境整備や療養支援が必要であると考ええる。さらに、小澤ら(2000)は外来で行われる化学療養への心理的適応を悪化させた要因として「家族への心配」や「サポート資源の不足」と述べており、ADLが低下している中で在宅療養を継続するためには家族の支援や社会的支援は重要となる。

また、鳴井ら(2004)は外来で患者と関わる時間は短時間のため、患者と十分に関わり情報収集・アセスメントをすることが難しいと述べており、患者の状態を予測的に捉え、短時間の中で支援の必要な患者を特定し情報収集・アセスメントする能力や患者とのコミュニケーション能力が求められていると考える。また、先行研究から外来看護の問題点として、看護師の意欲や能力のばらつきがある、業務に追われ看護職者の意欲や能力を発揮するのが難しい、人員が確保できないなどが挙げられている(佐藤ら、2003)。

このような問題を解決するためには、効率的で質の高い看護実践の明確化や、看護実践に関連する要因を明らかにすることが必要である。

#### 4. 意思決定支援について

がんに関連した意思決定は治療選択や療養の場の選択など様々な場面で必要である。意思決定における医師－患者関係では、paternalism model・informed decision model・shared decision modelの3つのモデルが存在する。

国外では、積極的治療や療養の場を誰が決めるのかという決定様式や決定における情報ニーズを明らかにした量的記述研究がされており、シェアードディシジョンモデルを好む

傾向が示されている(Pardon et al. , 2009, Hitzet al., 2013)。一方、国内における進行がん患者および終末期がん患者とその家族の意思決定に関する研究は質的記述的研究が多くを占めており、日本人の視点における意思決定様式の好みに関する量的研究はなかった。しかし、近年では医療者と患者のパートナーシップに基づく医療が重視されており、治療の意思決定においては、意思決定プロセスの共有(Shared Decision Making, 以下 SDM とする)の概念が注目されている。SDM の概念分析をした辻(2007)は、SDM を「当事者を巻き込みながら当事者を含む関係者が相互に影響しあう動的な決定プロセス」と定義している。SDM ではチーム医療が重視されており、医師と患者だけでなく看護師やソーシャルワーカーなど、様々な関係者が共に意思決定プロセスを共有することが重要とされている。日本においても SDM の概念に基づいて、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」が作成され、SDM の重要性が増してきている。

意思決定支援のための専門的なツールとしてディジジョンエイド(以下 DA)がある。DA とは意思決定ガイドであり、パンフレット、ビデオ、ウェブなどで治療の選択肢についての情報を提供し、患者が自分の価値観と一致した選択肢を選ぶように支援するものである。また、 選択肢をよく比較し、自分に合ったものを選びたいが、診療場面だけでは時間が足りない場合も多く、多職種からの視点、家族の意見確認、経験者の体験談(ナラティブ)を基に作成されている(中山,2011)。DA を用いた先行研究では、これまで前立腺がんの PSA 検査や治療、出生前診断、大腸がん検診、遺伝子検査、乳がんの治療(予防的手術、ホルモン療法、化学療法)、HBV 抗体検査、心虚血性疾患などの場面で提供が報告されている。支援方法としては、選択肢やそのうち 1 つを選択した場合の可能性に関する情報提供、意思決定プロセスにおいて価値を明確化するためのガイダンスやコーチングなどの効果検証が行われている(Stacey, et al.2014)。

特に、検査や治療に関する選択肢が複数提示され、検査結果の解釈や治療効果の予測に不確かさが伴う場合に、DA が行われている。DA のメリットは、選択肢のバランスが図れること、より計画的に意思決定できること、ツールが使いやすくなること、エビデンスに基づいて意思決定が行えること、意思決定プロセスが改善されること、多様なメディアを用いたコミュニケーションが可能となることなどである(Graham, et al.2003)。

O'Connor(2015)は、患者が自身にとって必要で十分な情報を獲得し、最終的に納得のいく決断をするための Ottawa Personal Decision Guide(意思決定ガイド)を作成し、多くの実証研究を行っている。このガイドは、①意思決定を明確にする、②意思決定を探る、

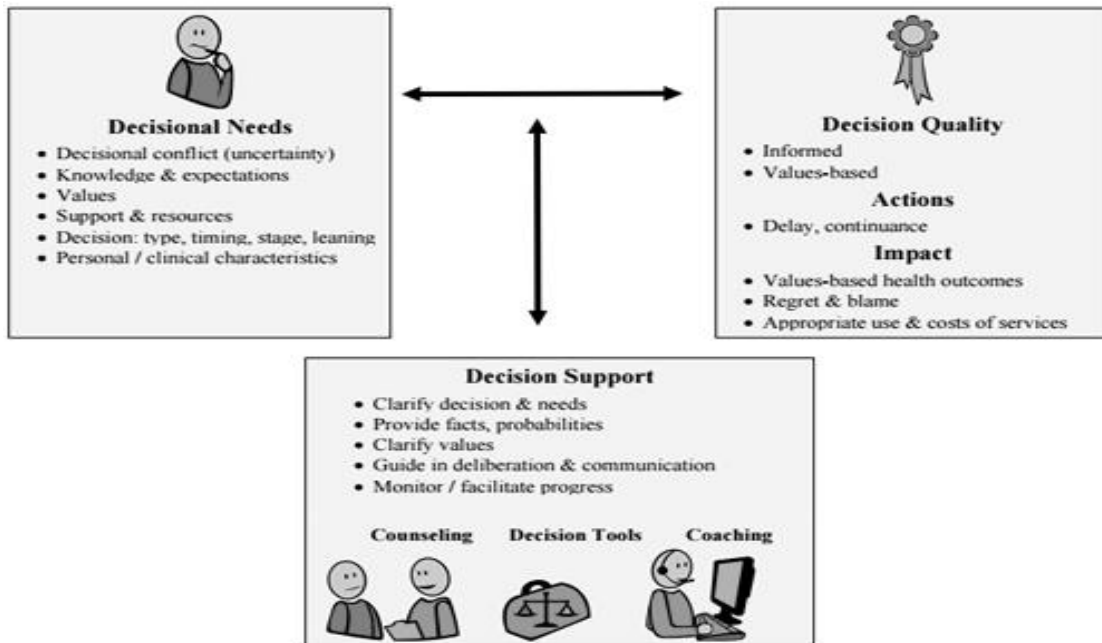


③自分の意思決定のニーズ(準備状態)を見極める、④ニーズを基に次のステップを計画する、の4段階で構成されている。

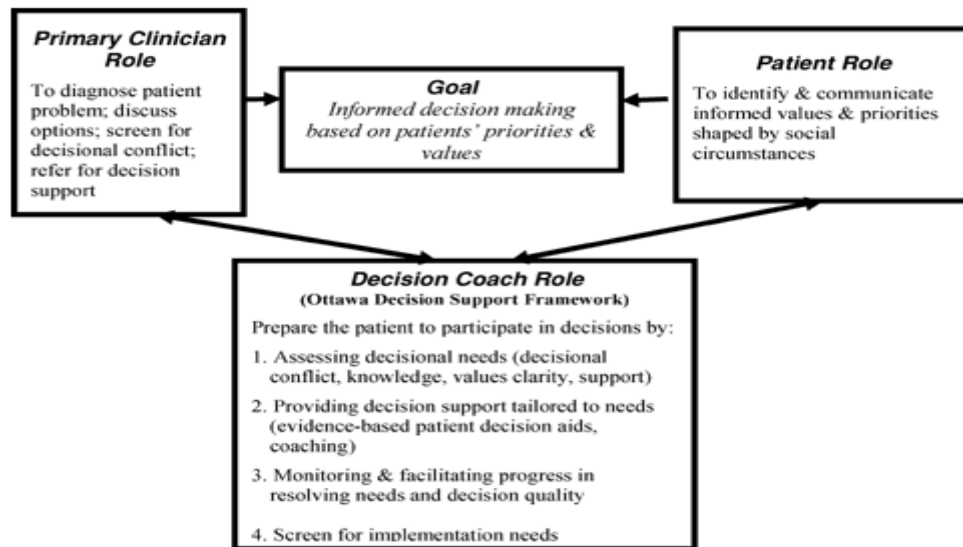
また、Légaré, Fら(2006)は健康の領域の活用も実証されている決定サポート枠組み(Decision Support Framework 以後 ODSF)(図1)を作成している。ODSFは個人の価値観や特性を尊重する「(1)決定に関するニーズのアセスメント」、決定と意思決定の過程の質を改善することをめざした「(2)決定の支援の実施」、意思決定のプロセスと決定の成果としての「(3)評価」から構成される。

さらに、Stacey, D.et al(2008)は Framework for Decision Coach-Mediated Shared Decision Making(図2)を作成し、意思決定コーチングは、患者の意思決定の葛藤に影響を及ぼす要因を評価し、意思決定のニーズに対応し、意思決定の進捗をモニタリングし、実施に影響を及ぼす要因をスクリーニングすることを含んでいると述べている。

がん患者とのEOLdでは治療法や療養の場に関する意思決定支援が重要となる。そのため、看護師はDecision Coach Roleを担いながら、患者の意向が反映された質の高い意思決定ができるよう支援することが求められている。



☒ 1 Ottawa Decision Support Framework (ODSF)



**Worldviews on Evidence-Based Nursing**

Volume 5, Issue 1, pages 25-35, 6 FEB 2008 DOI: 10.1111/j.1741-6787.2007.00108.x  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-6787.2007.00108.x/full#f1>

☒ 2 Framework for Decision Coach-Mediated Shared Decision Making

### 第Ⅲ章 予備研究Ⅰ

#### 「がん患者との EOLd の概念分析」

##### 1. 目的

本研究の目的はがん患者との EOLd の概念を明確にし、構造を明らかにすることでがん看護における臨床的な介入の基盤となる示唆を得ることである。

##### 2. 方法

###### 1). 分析方法

データの分析は、概念の使用に注目する Rodgers(2000)の概念分析アプローチを使用した。具体的には、文献の内容から概念を構成する特性である属性、その概念に先行して生じる先行要件、その概念の結果として生じる帰結について Rodgers(2000)が提唱する様式を参考に作成したコーディングシートに該当する内容を抽出し、カテゴリー化した。その結果から、本概念の定義を構築した。尚、分析の信頼性・妥当性の確保として、博士課程の学生間で意見交換を行うとともに、がん看護学、理論看護学の専門家のスーパーバイズを受けた。

###### 2). 対象となる文献の選定

対象となる英文献の選択は CINAHL Plus with full text と PubMed、日本語では医中誌を使用した。検索キーワードは“Neoplasms” [Mesh] AND (“Advance Care Planning” [Mesh] OR (end-of-life[All Fields] AND discussions[All Fields]))を使用し抽出した。また、和文献では、(腫瘍/TH or 腫瘍/AL) and (アドバンスケア計画/TH or アドバンス・ケア・プランニング/AL) or (end-of-life/AL and discussion/AL) or((ターミナルケア/TH or 終末期/AL) and 話し合い/AL)を使用し抽出した。出版年は 2000 年から 2015 年 9 月までの文献とした。

検索された英文献 457 件、和文献 47 件についてタイトルや要約を確認し、その適性を判断した。そのうち、重複している文献、がん患者・家族を対象としていない文献、内容が EOLd と無関係なもの、会議録、症例・事例報告、入手不可能な文献は対象外とした。その結果、適切な内容であったのは、英文献 32 件、和文献 1 件であった。さらに、ハンドサーチングにて重要な文献を追加し、45 文献を対象に概念分析を行った。

### 3. 結果

がん患者との EOLd の構成概念として属性、先行要件、帰結が抽出された(図 3)。

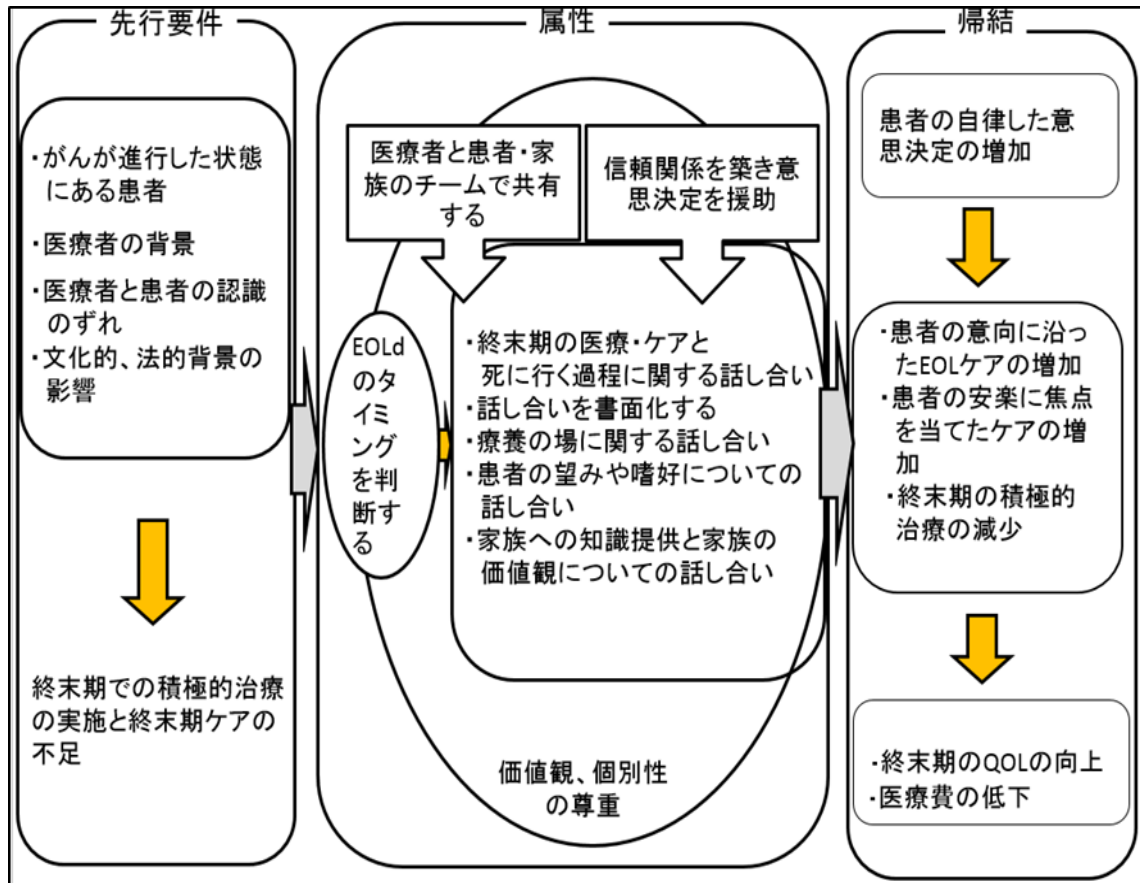


図 3 がん患者との EOLd の概念図

以下、本文中の【 】はカテゴリー、[ ]はサブカテゴリーを示す。

#### 1)属性(表 1)

がん患者との EOLd の属性として 9 つのカテゴリーが抽出された。

##### (1)【EOLd のタイミングを判断する】

医療者は医学的な状況(Laryionava,2015；他)と患者・家族の EOLd に対するレディネスや理解度を評価し(Koh,2015;他)EOLd を開始するタイミングを判断していた。

##### (2)EOLd の内容について

EOLd の内容については【終末期の医療・ケアと死に行く過程に関する話し合い】【患者の望みや好みに関する話し合い】【療養の場に関する話し合い】【家族への知識提供と家族の価値観についての話し合い】の 4 つのカテゴリーで構成されていた。EOLd では、終末期ケアに関する Advace care planning について話し合いが行われていた(Mack,J.W. 2012；他)。内容として、臨死期での生命維持装置・蘇生等の医療的ケアについて話すこととして使用されている(Balaban .,2000)場合や、積極的治療の中止(Wright et al., 2008)や緩和ケアの導入(Mack et al.,2012;他)、病状や治療法の変化に伴う療養の場や方法についての話し合い(Hilden et al.,2004;他)として使用されていた。また、医療者は患者の価値観や好みについて話し合いを行い今後のケアへ反映させていた(Peppercorn et al.,2011;他)。さらに、家族へ病状や治療法の選択肢についての情報提供(Cherlin, et al.2005)や、家族の価値観や好みについて話し合う(Mori, et al.2013)ことで家族内での情報共有や話し合いの促しを行い family dynamics を促進していた(Diaz-Montes,2013;他)。

##### (3)【話し合いを书面化する】

Advace care planning について話し合う過程において、Advace derective や living will や DNR の様式などを用いて、話し合いの内容の书面化を行っていた(Zakhor et al.,2015)。

##### (4)【価値観、個別性の尊重】

医療者は患者の権利を守ることを前提とし(Hilden et al., 2004)、患者・家族が自身の価値観や思いを明確化し表出できるよう援助を行っていた(Emanuel et al., 2000)。

##### (5)【医療者と患者・家族のチームで共有する】

医療者と患者・家族と情報を密に共有する(Hilden et all., 2004)ことで、医療者と患者・家族が対等に話し合いを行え shared decision making を実施していた。

##### (6)【信頼関係を築き意思決定を援助】

日ごろの会話に冗談を交えて患者・家族の感情面への配慮を行い (Clayton et al., 2005)

患者・家族と信頼関係を築くことで EOLd を円滑に行っていた。

表 1 がん患者との EOLd の属性

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	著者
終末期の医療・ケアと死に行く過程に関する話し合い	治療について話し合う	身体状況に応じた受けたい治療について話し合う	Mori et al 2013 ;Koh,S.J. 2015
		医学的治療の限界と予後について話す	Wright et al 2008
		治療計画を立てる	Richard B et al 2000
		治療に関する意思決定	Clayton,J.M. 2005
		終末期ケアに関する一般的な医学情報と具体的な情報について考える	Koh, 2015
	予測される症状や対応について話し合う	予測される症状について	Clayton, 2005
	予後について話し合う	患者が終末期の身体的な状態やケアについて学ぶ	Emanuel et al 2000, Gillick et al 2004
		予後を明確化する	Richard B et al 2000
	臨死期のプロセスとケアについて話し合う	DNRについて話し合う	Mack et al 2012;Hilden et al 2004
		生命維持について話し合う	Balaban et al 2000
		蘇生の程度について話し合う	Mae Zakhor et al 2015
		死にゆくときの治療について話すこと	Maciejewski 2013
		臨死期に受けたい医療的ケアのゴールについて話し合う	Wright et al 2008
		死にゆく過程における病気が進行した場合のケアの内容を話し合う	Tang et al 2014
		死に行くプロセスについて話し合う	Clayton,J.M. 2005
	緩和ケアについて話し合う	ホスピスについて話し合う	Mack et al 2012
		パリアティブケアについて話し合う	Mack et al 2012
		緩和ケアについて話し合う	Mae Zakhor et al 2015
	ACPIについて話し合う	ACPIについて話し合うこと	Brown,2014,El-Jawahri,A. 2010,Mori,M. 2013,Mack,2012
話し合いを书面化する	話し合いを书面化する	ACPIに関する話し合いを书面化すること	Mae Zakhor et al 2015
		患者や家族との治療に関する話し合いを文書化すること	Zaros,M.C. 2013
	DNRの様式やアドバンスディレクティブを作成する	DNRの様式やアドバンスディレクティブを使用して行う	Hong,J.H. 2015
		アドバンスディレクティブの作成はEOLdを導く有効な手段になる	Koh,S.J. 2015
患者の望みや嗜好に関する話し合い	実存的な問題について話し合う	実存的な問題について話す	Clayton,J.M. 2005
	患者・家族の望みや嗜好について話し合う	終末期ケアに対する患者のニード・ゴール・望み・嗜好について話し合う	Peppercorn et al 2011;Koh,S.J. 2015; Gu,X. 2015; Diaz-Montes,T.P. 2013;Mack et al 2012;Mae Zakhor et al 2015;Areej El-Jawahri et al 2010; Tang et al 2014; Zaros, et al 2012; Laryionava,K. 2015; Mori 2013
		終末期の目標を決める	Balaban et al 2000
療養の場に関する話し合い	退院調整について話し合う	将来の退院計画	Hilden et al 2004
	亡くなる場所について話し合う	亡くなる場所について話し合う	Mack et al 2012; Clayton, 2005



家族への知識提供と家族の価値観についての話し合い	家族へ病状と選択肢を伝える	患者の病状や選択肢について家族が理解できるようコミュニケーションをとる	Cherlin 2005
	家族の望みや嗜好について話し合う	終末期ケアに対する家族のニーズ・ゴール・望み・嗜好について	Mori 2013
	家族力学	家族ダイナミクスが意思決定に影響する family dynamics	Diaz-Montes,T.P. 2013 Koh,S.J. 2015
価値観、個別性の尊重	価値観、個別性の尊重	個別的にダイレクトケアとサポートティブケアについて話す	Peppercorn JM et al 2011
		患者・家族の医療の理解を含む態度と価値を反映する	Hanna-Mari Hilden et al 2004
		患者・家族の見解を尊重	Hanna-Mari Hilden et al 2004
		患者が価値観・信念を明確化する援助をする	Emanuel et al 2000
		患者の権利を守る	Hanna-Mari Hilden et al 2004
医療者と患者・家族のチームで共有する	医療者と患者・家族とのチームワークで行う	医師・看護師と患者・家族とのチームワークで決定を行う	Hanna-Mari Hilden et al 2004
		患者・家族と心配事を共有する	Balaban et al 2000
信頼関係を築き意思決定を援助	信頼関係を築く	信頼関係を築く	Clayton et al 2005
		ユーモアを交え感情面での援助を行う	Josephine M Clayton et al 2005
		ユーモアを持つ	Clayton et al 2005
EOLdのタイミングを判断	患者・家族の理解・準備状況を評価する	患者と家族が話題を上げるまで待つ	Clayton et al 2005
		患者が治療の限界について話し始めるまで待つ	Laryionava,K. 2015
		患者の能力	Koh,S.J. 2015
		患者の自身の状態の認識を観察する	
		患者の医学的状態に関する情報の欲求の程度	
		EOLdに対する患者・家族のレディネス	
		療養過程を通して徐々に患者が準備をする	Laryionava,K. 2015
		病気の進行時のEOLdの望ましいタイミングを見計らう	Diaz-Montes,T.P. 2013
		治療の選択肢がなくなるまで待つ	Laryionava,K. 2015
		根治不能な転移がんに対する系統的な治療が開始した時	
	医学的状況を評価する	緩和ケアが開始した時	
		治療効果が無くなった時	
		根治不能な転移がんの診断の時	Laryionava,K. 2015
		再発がんに対する最初の治療の時	
		治療の害が益を上回った時	
		治療の選択肢が無くなった時	
		患者の状態が悪くなった時	
		病気の進行時のEOLdの望ましいタイミングを見計らう	Laryionava,K. 2015
		予後が数か月と判断される時	Saran Yoshida et al 2014
		予後が1年以内と判断される時	Mack、2012
		根治不能な進行がんの早い段階	Hong,J.H. 2015
		亡くなる1か月前までに実施する	Brown,A.J. 2014
		化学療法の終了	
		一般的な治療が終了した時	
		終末期の状態と診断された時	Koh,S.J. 2015
		終末期に近いと考えられる時	

## 2) 先行要因

がん患者との EOLd の先行要件として 5 個のカテゴリーが抽出された(表 2)。

### (1) 【がんが進行した状態にある患者】

EOLd の対象となる患者は、がんが進行した状態にある患者、もしくは終末期にある患者、もしくはステージ 4 の患者とされていた(Mori et al., 2015 ; 他)。すなわち、EOLd を実施する患者像は病状が進行しており、積極的治療が難しくなりつつある患者や積極的治療が困難であり緩和ケア主体のケアに移行した患者であった。

### (2) 【医療者と患者の認識のずれ】

がん治療の進歩とともに、治療の選択肢が増加している状況において、治療や療養の場の選択は患者・家族の価値観によって多様となる。そのため、患者は自分で意思決定をしたいと希望しており EOLd への関心は高かった(Clayton et al., 2005 ; 他)。しかし、多くの患者が EOLd の機会を失っているという報告もあり (Zakhour et al., 2015; 他)、医療者が患者の価値観や希望について十分に理解のないまま治療方針が決定され、患者と医療者の認識にずれが生じていた (Tang et al., 2014)。

### (3) 【医療者の背景】

医療者の中には終末期ケアは敗北だという考え (Jackson et al., 2008) や EOLd を避ける (Wright et al., 2008; 他) ことが報告されていた。また、医療者が積極的治療の効果を過大評価し、すでに終末期の段階にある患者に対して積極的治療を継続する状況も報告されていた (Tang et al., 2014)。このような状況は、医療者の感受性やコミュニケーション技術の程度に関係しており (Clayton, et al., 2005)、コミュニケーション技術や教育が不十分なため、医師が患者との EOLd において不安や困難感を抱いており教育の必要性が述べられていた (Granek et al., 2013)。

### (4) 【終末期での積極的治療の実施と終末期ケアの不足】

終末期に積極的治療を実施することで患者の QOL が低下することが報告されていた (Sharma et al., 2015)。また、病状が不可逆的で予後が 1 か月以内と予測される患者へ ICU での集中的な治療や抗がん治療を行うことで医療費の増加 (Zakhour et al., 2015) や入院日数の延長や病院死の増加 (Nilsson et al., 2009) という社会的な問題となっていた。

### (5) 【文化的・法的背景の影響】

日本などのアジア諸国では、パターナリズムを好む (Marc et al., 2013)、家族中心の意思決定や受動的な意思決定を好むことが指摘されていた (Koh, et al., 2015)。また、代理意思決定

やりビングウィルに対する法整備が異なるため、それぞれの国の文化的・法的背景の影響を考慮する必要がある (Gu, et al., 2015)。

表 2 がん患者との EOLd の先行要件

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	著者
終末期での積極的治療の実施と終末期ケアの不足	終末期ケア不足によるQOLの低下	死の間近でホスピスケアを受ける機会の減少	Siew Tzuh Tang et al2014
		病院での終末期ケアの質の低下	Masanori Mori et al2013
		終末期の積極的治療によるQOLの低下	Masanori Mori et al2013; Rashmi K et al 2015
		eol careの支援体制の不足	Koh,S.J. 2015
		終末期の積極的な治療による高コスト	Mae Zakhor et al2015
医療者と患者の認識のずれ	終末期の積極的治療による社会的影響	病院での死亡の増加	Nilsson ME, et al 2009
		医師による患者の終末期ケアの希望の不理解	Siew Tzuh Tang et al2014
		患者が自律して自身のケアについて話合う機会の喪失	Levin Ttet al 2008;Hanna-Mari Hilden et al 2004;Earle CC, et al 2004;Earle CC, et al 2004;Zakhour, M et al2015;Hanna-Mari Hilden et al 2004; Clayton et al 2005;Alex A. Wright et al 2008;Koh,S.J. 2015;Diaz-Montes,T.P. 2013
		患者のeoldへの高い関心	Clayton et all 2005; Richard B et all 2000; Areej El-Jawahri et all 2010; Diaz-Montes,T.P. 2013
		医療者のEOLdに関する教育の程度	Clayton JM2005
医療者の背景	EOL care・EOLdに対する価値観	Eoldにおける技術・感受性	Leeat Granek et al 2013;Mori,M. 2015; Ngo-Metzger,Q. 2008
		効果的なコミュニケーションの訓練不足	Saran Yoshida et al 2014; Rory Conn and Philip A Berry2010; Koh,sj et al 2015; J M Clayton et al 2005; Jackson VA et al 2008; Leeat Granek et al2013; Mori,M. 2013
		医療者のEOLdへの不安と困難感	Jackson VA et al 2008
	医療者の積極的治療に対する過大評価	EOL careは敗北だという考えを持っている	Alex A. Wright et al 2008;jennifer W. Mack et al 2012;Lopez-Acevedo,M. 2013
		EOLDを避ける	Mori,M. 2015
		eoldに対する医師の態度	Mori,M. 2015
	時間的な制約	医師による生命維持の利益の過大評価	Siew Tzuh Tang et al2014
		終末期の積極的・集中的な治療の増加	Siew Tzuh Tang et al2014; Masanori Mori et al2013; Sharma, R. et al 2015; Mae Zakhor et al2015
		医療者の過重負担	Mori,M. 2015
		癌腫による予後予測の違い	Koh,S.J. 2015
文化的、法的背景の影響	文化的特徴の影響	癌腫による予後予測の違い	Mori,M. 2015
		パターンリズムを好む文化の影響	Marc Ho,Z.J. 2013
		家族中心の意思決定を好む文化の影響	Koh,S.J. 2015
	倫理的、心理社会的、法的背景の影響	受動的な意思決定を好む	Koh,S.J. 2015; Gu,X. 2015
		倫理的、心理社会的、法的背景の影響	Gu,X. 2015
がんが進行した状態にある患者	がんが進行した状態にある患者	進行がん患者	Masamori Mori et al., 2015; Masamori Mori et al., 2013; Marc Ho,Z.J. 2013; Hong,J.H. 2015; Gu,X. 2015; Dev,Rony 2013; Cherlin,E. 2005; Bradley,E.H. 2001; Wright A, Zhang B et al., 2008; J.W. Mack et al., 2010; Alexi A. Wright et al., 2008; Koh,S.J. 2015; Clatyon et al., 2005; Mack C. Zaros et al., 2013; Mae Zakhour et al., 2015; Richard B. Balaban.2000; Paul K. Maciejewski et al., 2013; Siew Tzuh Tang et al., 2014; Rashmi K. Sharma et al.,2015; Baohui zhang et al., 2009
		終末期の患者	
		ステージ4の患者	
		根治治療が不能	J.W. Mack et al2012
		予後が1年以内と推測される	J.W. Mack et al2012

### 3) 帰結

がん患者との EOLd の帰結として 6 つのカテゴリーが抽出された(表 3)。

#### (1) 【患者の自律した意思決定の増加】

適切な時期に EOLd を実施することで、患者・家族へ状況に応じた情報が提供され(Zakhor et al., 2015)、病状や予後に対する理解の向上(Wright et al., 2008; Maciejewski, et al., 2013)に繋がっていた。また、患者が自身の状況や今後について適切に理解することで、自律した意思決定を促進させていた(Hilden et al., 2004;他)。

#### (2) 【患者の意向に沿った EOL ケアの増加】

患者が自律した意思決定を行うことで、患者の価値観や好みに沿ったケアの増加に繋がっていた(Mack et al 2010;他)。また、そのようなケアを行うことで終末期ケアの質の向上にも寄与していた(Mori et al., 2013;他)。

#### (3) 【患者の安楽に焦点を当てたケアの増加】

EOLd を実施することにより、治癒を目指した積極的治療から患者の苦痛緩和や ADL の維持など、患者の安楽に焦点を当てたケアへ移行していた(Tang et al., 2014)。患者の安楽に焦点を当てることで、早期にホスピスの紹介が行われ(Cherlin et al., 2005 ; 他)、在宅死の増加(Mack et al., 2012)、ホスピスへの入院の増加(Maciejewski , 2013;他)に繋がっていた。

#### (4) 【終末期の積極的治療の減少】

EOLd を実施することで、終末期での ICU の入室や積極的な生命維持のための治療の減少(Wright et al., 2008;他)や入院期間の短縮(Zakhor et al., 2015)に繋がっていた。

#### (5) 【終末期の QOL の向上】

EOLd によって、患者のストレスが減少し(Maciejewski, et al., 2013;他)、終末期の QOL の向上に繋がっていた(Zakhor et al., 2015;他)。

#### (6) 【医療費の低下】

積極的治療が適切な時期で中止され、緩和ケア主体のケアへと移行することで、不要な入院が減少し資源が有効利用され医療費の低下に繋がっていた(Zakhor et al., 2015)。

表 3 がん患者との EOLd の帰結

カテゴリー	サブカテゴリー	著者
患者の安楽に焦点を当てたケアの増加	ホスピスケアの増加	Siew Tzuh Tang et al2014; Alex A. Wright et al 2008; Jennifer W. Mack et al 2012; Mae Zakhor et al2015; Paul K Maciejewski 2013
	在宅死の増加	J.W. Mack et al2012
終末期の積極的治療の減少	終末期の積極的治療の減少	Siew Tzuh Tang et al2014, Alex A. Wright et al 2008, Baohui Zang et al 2009, Jennifer W. Mack et al 2012, Mae Zakhor et al2015, Paul K Maciejewski 2013, J.W. Mack et al2012, Mark C. Zaros et al 2013, Mae Zakhor et al2015
	入院期間の短縮	Masanori Mori et al2013
患者の意向を含んだEOLケアの増加	患者の意向を含んだEOLケアの増加	J.W. Mack et al2012, Alex A. Wright et al 2008
	EOLケアの質の向上	Mae Zakhor et al2015, J.W. Mack et al 2010
患者の自律した意思決定の増加	患者の病気理解の向上	Paul K Maciejewski 2013
	患者の予後に対する意識を高める	Mae Zakhor et al2015
	患者・家族に経過に応じた情報提供の増加	Paul K Maciejewski 2013
	ACPの増加	Paul K Maciejewski 2013
終末期のQOLの向上	終末期の積極的治療の減少によりQOLが向上する	Mae Zakhor et al2015 Lopez-Acevedo, M. 2013
	早期にホスピスに登録する	Emily Cherlin et al., 2005
	ストレスや不安の低下	Paul K Maciejewski 2013; Alex A. Wright et al 2008; J.W Mack et al., 2010; Mae Zakhor et al2015
積極的治療の減少による医療費の低下	積極的治療の減少による医療費の低下	Mae Zakhor et al2015

#### 4) 関連概念

がん患者との EOLd の関連概念として、ACP とその下位概念の advance directive , living will が位置付けられている。また、EOLd と ACP は同義語として使用される場合や異なる定義で使用される場合がある。ACP は「将来の医療的ケアについて計画するプロセス、特に患者が自身で意思決定できないときに使用される」(Emanuel et al., 2000)と定義されており、病状が安定している段階から定期的に医療ケア計画を行い、患者が意思決定能力を失った際の代理人の指定を含んでいる。一方で、EOLd は「現在差し迫った病状にあり、患者が望むケアの目標や願い、価値観を明らかにする対話のプロセス」(西川ら, 2015)と定義されている。本研究では、EOLd の開始時期は「がんが再発した時」から「亡くなる 1 か月前まで」と時期に幅があるが将来的に終末期ケアが必要な患者に対して行われていた。そのため、がん患者との EOLd は将来的に終末期ケアが必要になるがん患者に対して行われ、話合う内容の 1 つとして ACP があると考えられる。

#### 4. 考察

概念分析の結果を基に、本研究では「がん患者との EOLd」を「がんが進行した状態にある患者に対して、患者の価値観や個別性を尊重しながら、患者と家族と医療者のチームアプローチと個々の信頼関係に基づいて、治療・緩和ケア・療養について話し合うこと」と定義した。

先行要因として、【医療者の背景】や【文化・法的背景の影響】が EOLd の促進・阻害因子になることが分かった。Keating et al(2010)は医師の背景が患者の予後に関する話の時期、ホスピスへの入院、亡くなる場所の好み、DNR の内容に有意に関連すると述べている。EOLd には医療者の感受性(Clayton, 2005)やコミュニケーション技術が必要(Emanuel et al.,2000)と述べられていることから、終末期ケアや緩和ケアについて正しい知識を習得し、医療者個人の倫理的感覚を磨き、コミュニケーション技術を向上させることで医療者の不安や困難感を軽減することに繋がり、EOLd に対するネガティブな感情が減少すると考えられる。また、患者の置かれている、文化・法的背景や患者の好みを理解することで、個々の意思決定様式や状況に応じた EOLd の方法を実施することができると考えられる。

属性として、医療者は【EOLd のタイミングを判断する】を行い適切な開始時期を見極めていた。しかし、この方法は変化にフレキシブルに対応する必要があり、時にタイミン

グを逃し EOLd の機会の喪失に繋がる要因となっていると考えられる。Koh et al(2015)は終末期の状態と EOLd を開始する時期の決定は個々の状態を熟考することが求められると述べており、病状や残された治療の選択肢や患者・家族の理解度・レディネスについてアセスメントを継続していくことが必要である。しかし、先行研究の多くは EOLd はがん患者と医師との間で行われることとして記述されていた。だが、医師の診察時間は短く、診察時間内で患者・家族の理解度・レディネスや生活状況について詳細に把握することは難しい。そのため看護師や薬剤師など多職種が協働し、患者・家族の情報を得ていくことが重要である。また、山口(2016)は日本において、EOLd は多くが病棟で実施されていると述べている。しかし、治療の外来移行が進み入院日数が短くなっている現状において、早期から EOLd を実施するためには、外来で積極的治療が難しくなりつつある患者に対して継続的にチームで関わることが求められていると考える。

帰結として、医療者は EOLd を行うことで患者にストレス与えると考え消極的になるが、実際には EOLd を行うことで患者のストレスが低下することが示されていた(Maciejewski, et al., 2013;他)。このことから、終末期について考えることは終末期の QOL を向上するために重要であり、患者は適切な情報提供と話し合いの機会を求めていると考える。そして、医療者は積極的に EOLd の場を提供していくことが必要だと考える。

がん患者との EOLd において、医学的な情報提供は主に医師が担う役割である。その一方で看護師は、話し合いが必要な患者の特定、治療・療養に関する話し合いや意思決定が円滑に行えるような支援、患者の意向を治療・療養計画に反映できるような支援を行い、患者・家族と医師を繋いでいくことが求められていると考える。



## 第IV章 予備研究II

### 「がん患者との End-of-life discussions における看護

#### ーがん看護専門看護師を対象としてー」

#### 1. 研究目的

病院内での EOLd に関する看護師の実践は明らかになっていない。本研究は、インタビューからがん患者との EOLd における看護師の病院内での多職種を含んだチームアプローチに関する実践を明らかにすることを目的とした。

#### 2. 用語の定義

がん患者との End-of-life discussions:

再発・転移があり根治治療が不可能な患者に対して、患者の価値観や個別性を尊重しながら、患者と家族と医療者のチームアプローチと個々の信頼関係に基づいて、終末期の過ごし方を話し合うこと。この過程を通して患者が終末期の過ごし方について自律した意思決定が可能となる。

#### 3. 研究デザイン

本研究は、インタビューによる質的記述的研究である。

#### 4. 研究対象者

EOLd に関し、病院内で多職種を含んだチームアプローチを行っている看護師の実践を明らかにするために、病院内を横断的に活動していると考えられる OCNS を対象とした。また、次の条件 1)～3)を満たし、文書により協力の同意が得られた者とした。対象者数は、1施設1名とし、7名を対象とした。

- 1)がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院に勤務している
- 2)がん看護専門看護師
- 3)再発・転移があり根治治療が不可能な状態にある患者に対して医師やその他の職種と協働して終末期の過ごし方に関する話し合いを行った経験を持つ

#### 5. リクルート方法

本研究は、以下の手順でリクルートを行った。

- 1)がん看護専門看護師を育成している教育機関の修了生の内、がん診療連携拠点病院に勤務しているがん看護専門看護師を知人を介して便宜的に1名紹介してもらった。
- 2)紹介してもらった研究対象者に《インタビュー参加・ご協力をお願い》(資料1)を用いて研究の説明を行った。インタビューへの協力が得られる場合に、研究者へ直接連絡をもらうこととし、参加の有無は紹介者には伝えないこととした。また、他のがん看護専門看護師の紹介を《研究協力者の紹介をお願い》(資料2)を使用して依頼する。協力が得られた研究対象者より、《研究への参加・協力の同意書》(資料3)を手渡しまたは郵送にて研究者が受け取り、日時・場所の取り決めを行った。一度、参加に承諾した後でも《研究協力同意撤回書》(資料4)に署名し、事前に渡しておいた封書(切手を添付し研究者の大学院の宛先を記載したもの)で返信しいつでも途中辞退ができることを説明した。
- 3)対象看護師にインタビューを行う前に、口頭にて研究の概要と依頼したい内容、及び倫理的配慮について説明した。再度、同意が得られることを確認してからインタビューを開始した。
- 4)インタビュー後に他のがん看護専門看護師を紹介してもらった。また、インタビューには協力しないが他のがん看護専門看護師の紹介の同意が得られた場合は他のがん看護専門看護師を紹介してもらった。
- 5)2)~4)を繰り返し、7名の参加が得られた時点で終了とした。

## 6. データ収集方法

- 1)看護実践内容を事例に基づいた時系列で語ってもらい、事例に沿って詳細な質問を行うため半構成的面接を選択し実施した。インタビューガイドの内容は、がん患者とのEOLdにおける看護における看護実践のプロセスを抽出するため、直近でがん患者とのEOLdにおいて実践した事例を1事例思い出し、その事例について以下について語ってもらった。EOLdが必要になった状況、EOLdを行うための看護実践、EOLdにおいて患者意思決定をするためにどのような実践を行ったか、EOLd実施後の患者の経過、EOLdにおける看護実践の評価方法、EOLdにおける看護師の役割。
- 2)インタビューは1回約60分とし、対象者1名につき原則1回、必要時は後日2回目を実施した。インタビューの内容の録音、保管方法について説明を行った。承諾が得られた場合ICレコーダーにて録音し、メモを取り進めた。録音の承諾が得られなかった場合はメモを取り進めた。

3)インタビューにより得られたデータは、インタビュー後速やかに IC レコーダーとメモの内容を統合し、逐語録を作成した。

## 7. 研究費用について

謝礼として千円程度の粗品を渡した。

## 8. データ収集期間

2016 年 4 月～2017 年 3 月 31 日

## 9. データ分析方法

データの分析手順は以下の方法で行った。

- 1) 1 事例毎に逐語録を元に繰り返し読み全体状況を理解する。
- 2) OCNS が語っているがん患者との EOLd における実践の記述されたデータに注目し、文脈に沿って繰り返し読む。
- 3) がん患者との EOLd における実践の記述されたデータを意味内容を損なわないようにコード化する。
- 4) コードを相違点、共通点について比較検討後分類しサブカテゴリー、カテゴリーを作成する。カテゴリーがインタビューの文脈にふさわしいかを確認し妥当性を検討する。
- 5) カテゴリー間の関連を検討し図式化し全体像を明らかにする。
- 6) 表示したデータを解釈し意味を引き出す。

## 10. 確実性、一貫性、確証性の確保

研究の全ての過程において、研究の全過程における決定のプロセスを記述し、指導者と定期的にディスカッションを行うことで一貫性を確保した。また、研究協力者による確認を行い確実性の確保をすると共に、がん看護の専門家のスーパービジョンを受ける確証性を確保した。

## 11. 倫理的配慮

1) 研究対象者への配慮：対象看護師に対し以下を説明した。

- (1) インタビューへの参加は紹介された看護師の自由意思で決定できることを説明した。
- (2) 研究協力の同意から結果の概要がまとまる時点まで任何时候でも辞退することができ、

それにより不利益を被ることのないことを説明した。

(3)研究への参加の諾否は紹介者に伝えないことを説明した。

(4)インタビュー場所は対象者の希望する方法、時間、場所で行った。その際、インタビュー内容が漏れることのない場所で行った。

(5)希望する対象者には、本研究結果の概要を書面にて郵送しフィードバックを行った。

(6)研究協力により参加者に直接的なメリットはないが、患者との EOLd における看護が自身にとってどのような意味があったのか振り返りにつながりうること、また研究参加により今後この研究分野の発展に貢献することに繋がることを説明する。また、デメリットとして 60 分程度の時間的拘束が挙げられることを説明した。

## 2) データの匿名性を保証する措置

(1)インタビューは承諾を得た上で逐語化を行うが、その際、対象者の個人を特定できる内容について、記述・文書・記憶媒体等への保存は一切行わない。

(2)研究に必要な情報は収集しない。

(3)記録は匿名化し、ID 番号を振って管理し、個人が特定できないよう配慮した。

(4)照合表を作成し、ID 番号と氏名を記載した。

## 3) 資料の保管・廃棄方法

(1)個人情報に記載された記録用紙、照合表、IC レコーダー内のデータは鍵のかかる場所にのみ保管し、遅くとも 2018 年 3 月を持って消去、破棄する。また、匿名化した逐語録、分析記録は研究終了後 3 年後に破棄する。

## 4) 結果公表時の匿名性

(1)研究結果を学会や学術雑誌に公表する可能性のあること、その場合も匿名性を確保することを説明した。

(2)インタビュー結果の質的なデータを論文等に記載することが望ましい場合には、状況から個人が特定されないよう一部改変するなどの配慮を行った。

# 12. 結果

## 1) 対象者の属性

がん患者との EOLd における看護実践についてがん看護専門看護師 7 名にインタビューを行った。がん看護専門看護師の平均がん看護専門看護師経験年数は 6.8 年であった(表 4)。

表 4 対象者の属性

	OCNS経験年数	フィールド
A	1	病棟
B	7	相談支援センター
C	7	外来
D	8	病棟
E	9	訪問看護ステーション
F	7	外来
G	9	相談支援センター
平均値	6.8	

## 2) 分析結果

分析の結果、がん患者との EOLd における看護について 4 個のカテゴリー、45 個のサブカテゴリーが抽出された。(表 5)また、がん患者との EOLd における看護に関連した要素として、3 個のカテゴリー、9 個のサブカテゴリーが抽出された(表 6)。以下カテゴリーを【】、サブカテゴリーを《》で示す。

(1) がん患者との End-of-life discussions における看護

①【支援が必要な患者の特定に向けた情報収集とアセスメント】

【支援が必要な患者の特定に向けた情報収集とアセスメント】とは、看護師が EOLd を行うために支援が必要な患者を特定することで、《患者の疾患、進行度、治療方法、予後に関する情報収集する》《患者の心身の状態(ADL・心理的症状・認知機能)に関する情報を収集する》《患者の病状理解・受け止めにに関する情報を収集する》《家族の病状理解・受け止めにに関する情報を収集する》《患者のこれまでの人生に関する情報を収集する》《在宅での生活状況に関する情報を収集する》《在宅の住環境について情報収集する》《経済状況について情報収集する》《家族の介護力(サポート力)について情報収集する》《患者・家族の社会資源(介護保険等)の活用状況に関する情報を収集する》《患者と家族の情報共有の程度や家族関係を把握する》《収集した情報を統合し支援の必要な患者を特定する》の 12 個のサブカテゴリーが含まれていた。看護師は初診時から継続的にスクリーニングを行い、日々変化する患者の状態に合わせて支援が必要な患者をタイムリーに同定していた。

《患者の疾患、進行度、治療方法、予後に関する情報収集する》

看護師は患者の過去・現在・今後の医学的情報についてカルテや医師から収集し、患者の置かれている状況をアセスメントしていた。

「患者さんの治療とか検査とかのスケジュールを見て早めにこっちからアプローチしたり」  
D さん

《患者の心身の状態(ADL・心理的症状・認知機能)に関する情報を収集する》

看護師は患者の心身の状態について、観察した客観的情報と患者に心身の状態について尋ねて得た主観的情報を統合し、現在の患者の状態をアセスメントしていた。

「治療歴とか今の身体状況とかを含めて考える」A さん

《患者の病状理解・受け止めにに関する情報を収集する》

看護師は患者が自身の病状についてどのように理解しているのか、病状をどのように受け止めているのかについて患者との会話の中から意図的に情報収集していた。

「お話を聞いて今はこれで頑張るっていう方針なんだねっていう確認をして」F さん

《家族の病状理解・受け止めにに関する情報を収集する》

看護師は家族に対しても患者と同様に、病状についてどのように理解しているの、病状をどのように受け止めているのかについて家族との会話の中から意図的に情報収集していた。

「付き添っている人(家族)のニーズってなんだろうなっていうのをお話しの中で聞いていく。」 E さん

《患者のこれまでの人生に関する情報を収集する》

看護師は患者が病気になる前や病気になってからどのような生活を送ってきたのかに関する情報を収集していた。

「患者さんの生活歴を間接的にも直接的にも把握するようにして、そうすることが意思決定には重要だし、亡くなるときの話し合いには重要かなって思っている」 B さん

《在宅での生活状況に関する情報を収集する》

看護師は現在や入院前の自宅での生活の様子について患者から情報収集を行っていた。

「ここ数日なんか調子が悪いとか家で様子を見ていてよいのか病院に来たほうが良いのか迷った時とか日常生活に迷った時とかは私宛に連絡くださいって言ってある。」 C さん

《在宅の住環境について情報収集する》

看護師は現在や入院前の自宅の住環境に関する情報収集を行っていた。

「患者さんの住環境や生活様式を知る」 C さん

《経済状況について情報収集する》

看護師は患者の経済的な状況について情報収集を行っていた。

「患者さんの経済状況がどのようなになっているのかについて知る」 C さん

《家族の介護力(サポート力)について情報収集する》

看護師は家族の状況や介護力の程度に関する情報収集を行っていた。

「家族が患者に対してどれだけやれるかっていう力量の見極め。」 F さん



《患者・家族の社会資源(介護保険等)の活用状況に関する情報を収集する》

看護師は、患者から患者・家族が介護度認定を受けてサービスを利用しているか、その他の社会資源の活用を行っているかについて情報収集を行っていた。

「介護保険の話とか訪問看護の話とかお家に来てもらうっていう話をしていたらおひとりだしっていう話をしていた」Gさん

《患者と家族の情報共有の程度や家族関係を把握する》

看護師は患者と家族の関係性や疾患や治療や意向に関する情報共有の程度について把握していた。

「どういう風に家族の中の力関係があるのかっていうのが分からないときにはそういう風に迷うときが多いように感じます」Dさん

《収集した情報を統合し支援の必要な患者を特定する》

看護師は様々な角度と方法から得た情報から患者の全体像を推測し、EOLdにおける支援が必要かどうかのアセスメントを行っていた。その結果、支援が必要と判断される患者を特定していた。

「スタッフが気づけるスタッフとそういうことがなかなか気づけないスタッフがいるので、いちお院内の中ではそういういろいろなスクリーニングをかけてハイリスクな人はこういう風についていうシステムができていますのでそれを使って」Dさん

## ②【患者・家族の価値観を尊重した意思決定支援】

【患者・家族の価値観を尊重した意思決定支援】とは、看護師が患者・家族の価値観や個別性に配慮しながら意向が明確化するように意思決定支援を行うことである。さらに、患者・家族の意向を患者・家族と医療者間で共有し治療計画や療養計画に反映できるよう調整を行うことである。サブカテゴリーとして、《患者の意向把握のために患者に関わる時間を確保する》《患者と話し合いをしやすい環境を作る》《これまで患者がどのような意思決定方法を行ってきたのかに関する情報を収集する》《患者の価値観に関する情報を収集する》《患者の意思決定に関する葛藤に寄り添う》《患者・家族と医療者で今後の方向性を共有する》《患者・家族・医療者間で今後の方向性の意向にずれが生じた場合に調整を行う》《患者の気持ちの変化に合わせて話し合いを繰り返し行う》《家族の治療や治療終了後の

過ごし方に関する意向を把握する」≫「患者と家族が意向や情報を共有できるよう仲介する」≫「家族の話を傾聴し精神的なケアを行う」≫「家族に治療方針に関する情報を提供する」≫「家族から患者の意向に関する情報を収集する」≫「患者の理解の程度に応じて治療の見通しや予後に関する医師の説明の補足をする」の 14 個のサブカテゴリーが含まれていた。

「患者の意向把握のために患者に関わる時間を確保する」

看護師は意向確認が必要な患者に対して、意向把握をするために患者と話をする時間を確保するために、調整を行っていた。

「残りのスタッフが日々の外来で患者さんが来たときに問診をする回数を増やす感じにして」 F さん

「患者と話し合いをしやすい環境を作る」

看護師は患者との会話から必要な情報を収集するために、患者が話をしやすい場所や雰囲気を作っていた。

「待合室でも本当に待合の人はピンクの椅子で廊下のところにはブルーの椅子があるので、ちょっとまわりの人に配慮するような人と話をするときはあえてブルーの椅子でお待ちくださって言って、廊下のちょっと離れた場所に言ってお話をするとか、私の中ではちょっとしたエリア分けをされていて、でもこれは完全に個室の方が良いなっていうときは面談室を使う」 F さん

「これまで患者がどのような意思決定方法を行ってきたのかに関する情報を収集する」

看護師は患者のこれまでの人生での出来事について話す中から、どのように課題に対応してきたのか、どのような対応方法を好んでいるのかに関する情報を収集し、患者の意思決定の方法を把握していた。

「ここまでしっかりと意思決定できる、自分の人生の可能性と限界までも考えている方・・・患者さんのこれまでの意思決定の様式という視点」 B さん

「患者の価値観に関する情報を収集する」

看護師は患者との会話の中から意図的に患者の価値観に関する情報を収集していた。

「その人の思いだったり価値っていう部分にいかに触れていかにディスカッションできる

かっていうところ・・・」Aさん

《患者の意思決定に関する葛藤に寄り添う》

看護師は患者が意思決定の場面で抱く、さまざまな気持ちの変化や心の葛藤に寄り添いながら、意思決定の支援を行っていた。

「弱い部分っていうかすごく葛藤してて辛い部分を認めるっていうか、そこと向き合うっていうところに私は徹した」Aさん

《患者・家族と医療者で今後の方向性を共有する》

看護師は患者・家族と医師・看護師が今後の方向性について共有することができるよう調整を行っていた。

「患者さんの背景、今の問題点、在宅に帰る際の課題のようなものをやっぱり明文化してカンファレンスで提案した方がいいよって、問題を共有して、ちょっとよくないんだけど、責任を押し付けるわけじゃないんだけど、責任も共有する、意思決定も共有する」Bさん

《患者・家族・医療者間で今後の方向性の意向にずれが生じた場合に調整を行う》

患者・家族・医療者間で、今後の報告性の共有を行った際にずれがある場合や、一度共有した後にずれが生じた場合に看護師は方向性が統一できるよう調整を行っていた。

「チームの中でも温度差をどうやってコントロールしていくかっていうのは医師がやれば医師がやればよいんだけど、なかなか難しいので・・・」Eさん

《患者の気持ちの変化に合わせて話し合いを繰り返し行う》

疾患や治療の変化に伴い、揺れ動く患者の気持ちの変化に合わせて話し合いを繰り返し行っていた。

「症状によって変化する患者の気持ちの揺れに寄り添う」Gさん

《家族の治療や治療終了後の過ごし方に関する意向を把握する》

家族に対して治療方針や治療終了後にどのように過ごしていきたいかについて、どのような意向を持っているのかについて意図的な会話を通して把握していた。

「どこまで患者さんの意向を尊重したいと家族が願っているかっていうような思い」Fさん

《患者と家族が意向や情報を共有できるよう仲介する》

看護師は患者と家族がお互いがどのような意向を持っているか、お互いが認識している情報について共有を円滑に行えるように仲介や調整を行っていた。

「家族と繋ぐ役割ってというのが必要なんだなって思って、でご本人にもそれは率直に聞いてみた」Dさん

《家族の話を傾聴し精神的なケアを行う》

患者の通院に家族が付き添っている場合や、お見舞いに訪れた際に、挨拶や日常会話を通して家族の精神的な状態をアセスメントして、適宜精神面での支援を行っていた。

「奥様もぐっと落ちていくときもあるし、なんかそういうときに感情を吐き出させれるようにお話を聞く」Fさん

《家族に治療方針に関する情報を提供する》

家族に対して治療方針に関する認識と受け止めを確認したのちに、不足している情報を補足し、理解が進むように説明を行っていた。

「胸膜まで言っているのでピンポイントではないんだっていう話とかそういう情報提供をしながら」Gさん

《家族から患者の意向に関する情報を収集する》

患者が医療者に対して自ら意向を表明していない場合に、家族に対して患者がどのように話をしているかについて家族へ訪ね、可能な限り患者の真意について情報収集ができるように工夫していた。

「ご家族が相談にこられるともともとどうゆう方だったんですかっていうことを聞いたり結構話し合えてなかったりしてご本人がどうしたいっていうことが大事ですよって」Gさん

《患者の理解の程度に応じて治療の見通しや予後に関する医師の説明の補足をする》

医師から治療や今後の見通しについて話があった後に、患者の理解の程度や分からないことが無いかについて確認し、その内容について患者に合わせて詳細に説明を行っていた。

「診察の同行でいって先生にもう一度いまの現状を説明してもらった後に家族にもう一回説明するって言って。」 E さん

《意識的に患者との関わりを記録に残す》

関わった際の患者との会話の内容や患者の様子を記録に残し、他の看護師や医師と患者の意向や意思決定の経過を共有していた。

「意識して介入できて記録に残していったら次に違う人が同じ処置をしてもつながっていくのかなって思います。」 C さん

### ③【End-of-life を見据えた療養支援】

【End-of-life を見据えた療養支援】とは、積極的治療の継続が難しくなりつつある患者に対して End-of-life の過ごし方を見据えながら、患者・家族の意向に沿って、安心・安楽に療養できるように在宅環境の整備・調整や治療の副作用やがんによる症状への対応方法について支援を行うことである。サブカテゴリーとして《終末期の心身の状態や暮らし方について患者・家族がイメージできるよう説明をする》《終末期の療養の場の選択肢(在宅・緩和ケア病棟等)に関する情報を提供する》《患者の療養生活を支えるために活用できる地域の医療資源(かかりつけ病院や往診医や訪問看護ステーション等)を把握する》《在宅療養で活用できる介護保険やヘルパー・訪問看護に関する情報を提供する》《患者の状態に合わせて緩和ケアの導入を検討する》《患者の症状や ADL に合わせて在宅での患者のケア方法を家族と検討する》《患者の治療の副作用と QOL のバランスを検討する》の 7 個のサブカテゴリーが含まれていた。

「終末期の心身の状態や暮らし方について患者・家族がイメージできるよう説明をする」

看護師は治療終了後の心身の状態や暮らし方について患者・家族の理解の程度に合わせて具体的なイメージができるように説明を行っていた。

「患者さんとかご家族の方はほとんどの方は最後っていうイメージがついていなくて、だからイメージがつくように話をする」Gさん

「患者の療養生活を支えるために活用できる地域の医療資源(かかりつけ病院や往診医や訪問看護ステーション等)を把握する」

患者の居住地や介護保険や経済状況や家族の介護力に応じて、活用できる地域の社会資源についてソーシャルワーカーと連携し、看護師自身が把握し、必要な時に迅速に適切な対応を行っていた。

「地域でのネットワークづくりをしています。」Bさん

「終末期の療養の場の選択肢(在宅・緩和ケア病棟等)に関する情報を提供する」

患者の状態に応じて、治療終了後の過ごし方について具体的な場所やサービスに関する情報提供を行っていた。

「最後を過ごすのにどの病院が良いかって地域の中から選択しておくようにっていう話がやっぱり必要」Fさん

「在宅療養で活用できる介護保険やヘルパー・訪問看護に関する情報を提供する」

患者の状態に合わせて、治療中や治療終了後に使用できる介護保険でのサービスや訪問看護について情報を提供していた。

「ヘルパーさんに栄養指導としてどういうものを作ってもらおうとか、あとは栄養指導のときに渡すメニューをSWを通してヘルパーさんにお渡ししてもらったり、そういう地域との連携という面もやりました。」Cさん

《患者の状態に合わせて緩和ケアの導入を検討する》

患者の心身の状態をアセスメントし緩和ケアが必要と判断した場合は、緩和ケアの導入について医師に相談をしたり、患者に提案を行っていた。

「たとえばお腹が痛いとか息苦しいとかそういう症状が出たときに症状緩和も含めて緩和ケアをご案内しながら、より快適に過ごせるようにみんなで考えさせてくださいっていう風に伝えるようには努めています」Cさん

《患者の症状やADLに合わせて在宅での患者のケア方法を家族と検討する》

通院治療を行っている場合や、退院後に在宅で生活をする場合に、家族は患者のケアに重要な役割を担っている。そのため、患者・家族とともに患者の症状に対する対応方法を在宅での生活状況に合わせて個別的な検討を行っていた。

「今は放射線もしてつらい時期だから無理に食べさえなくてよいとか、ここはまあお食事の準備も手を抜きましようっていったって栄養剤を紹介したりとか、1日3回の食事を義務だと本人が感じると本人もつらいので、本人のために思って良かれと思ってやっていることも今の時期はちょっといらないのかもしれないとか、っていう話をしたりとか。」Fさん

《患者の治療の副作用とQOLのバランスを検討する》

看護師は治療によって生じる副作用の程度について観察し、どのような苦痛があり、どの程度生活に影響を与えているかについて情報収集し、医師へ情報提供を行っていた。また、治療を継続する上で、生活の中で副作用と上手く付き合っていくためにどのような対応が良いのかについて患者と相談し支援を行っていた。

「患者さんの治療とか検査とかのスケジュールを見て早めにこっちからアプローチしたり」Dさん

#### ④【院内外の多職種連携と継続看護】

【院内外の多職種連携と継続看護】とは、看護師間で情報共有を行い継続した看護を提供すること、また、医師やその他の職種と情報を密に共有し、患者・家族・医療者と連携し同じ目標に向かうことができるよう看護師が仲介・調整を行うことである。

《医師・SW・地域の関係者で患者・家族の情報を共有する》

療養支援に向けて、患者・家族の状況や問題について記録に残したり、カンファレンスを通して情報共有を行っていた。

「患者さんの背景、今の問題点、在宅に帰る際の課題のようなものをやっぱり明文化してカンファレンスで提案した方がいいよって、問題を共有して、ちょっとよくないんだけど、責任を押し付けるわけじゃないんだけど、責任も共有する、意思決定も共有する」Bさん

《患者に対して継続した看護が行えるよう患者との関わりや得た情報を記録に残す》

看護師は継続した看護が提供するために、患者に関する情報を記録に残し他の看護師と連携して看護が提供していた。

「治療の経過があればその中でいろんな思いとか患者さんが大事にしてきたことを(これまで関わった看護師が)記録に残してくれている」Dさん

《看護師間でカンファレンス等を行い患者の状況や問題を共有する》

看護師はカンファレンスを通して、日々変化する患者の情報を共有し継続した看護を提供していた。

「カンファレンスだとか朝の小さいミーティングでこういう人がいて、こういうことに困っているとか、どういう介入をしているっていうことを伝えておけば他の人が受けた時にももしかしたら同じように動いてくれるかもしれない」Cさん

《記録やカンファレンスから得た情報を踏まえて患者へ看護を提供する》

看護師は、記録やカンファレンスから患者の状況や課題を把握し、患者に必要な看護を検討し提供していた。

「患者さんがどういう風に今後の治療を受けてきたいか、どういう風に過ごしていきたいかっていうことをまあ他の看護師がそういう風に残してくれているので、それを活用して繋いでいくっていうことはやっている」Dさん



## ⑤【医師との協働】

【医師との協働】とは、がん患者との EOLd を適切な時期と内容で実施できるよう、医師に対して働きかけ協働して EOLd を行うことである。サブカテゴリーとして、「患者の理解の程度に応じて医師が患者へ病状や治療に関する情報提供を行う機会を提供する」「医師と患者が円滑に話し合いができるよう仲介する」「医師の背景に合わせて相談・報告を行う」「医師の価値観や患者・他職種とのかかわり方に関する情報を収集する」「医師と協働関係を構築する」「医師の不安や迷いに対して精神的な支援を行う」「医師間での治療に対する方針の違いを調整する」の 7 個のサブカテゴリーが含まれていた。

「患者の理解の程度に応じて医師が患者へ病状や治療に関する情報提供を行う機会を提供する」

看護師は疾患や治療に対する患者の理解の程度を確認し、理解が不十分であったり知識が不足している場合には医師へ患者への情報提供を依頼していた。

「診察の同行でいって先生にもう一度いまの現状を説明してもらった後に家族にもう一回説明するって言って。」 E さん

「医師と患者が円滑に話し合いができるよう仲介する」

看護師は診察の場において、医師と患者のコミュニケーションを促進させ、お互いに相手の考えが理解できるように医師の説明内容を患者の理解度に合わせて再度説明を行ったり、患者の考えを医師に伝えることができるように援助を行っていた。

「私は結構、先生の診察に入っていくので先生の診察が終わった後、そこをフォローするような形で待合室でお話しをする」 F さん

「医師の背景に合わせて相談・報告を行う」

看護師は医師の価値観や背景に合わせて、相談・報告の方法を工夫していた。

「先生によってそのタイミングは違うし、看護師の入ってほしいタイミングも全然違うってわかっているから、その先生の特徴を読むっていうのは大事にしてるかもしれないです。」 A さん

《医師の価値観や患者・他職種とのかかわり方に関する情報を収集する》

看護師は医師がこれまで患者とどのように関わりを持ってきたのか、医師が治療や緩和ケアについてどのような方針や価値観を持っているのかについて情報収集を行っていた。

「先生とか医師とかグループの中の方針があると思うのでそれをまずは聞くようにする」Dさん

《医師と関係性を構築する》

看護師は医師と相談・報告をしやすい関係を作るために、意図的に医師とコミュニケーションをとるよう心掛けていた。

「いくつかの事例を乗り越えて医師との関係を作っている」Fさん

《医師の不安や迷いに対して精神的な支援を行う》

医師が患者に対して、bad news を伝える際に看護師として得た患者の病気に対する理解の程度や認識、患者の生活状況など患者に関する情報を提供し、不安や迷いを軽減し、医師が患者に話をすることを後押ししていた。

「根回しをしたって言葉がよいかわからないですけど、お互いの不安が軽減するように意図してかかわりました」Bさん

《医師間での治療に対する方針の違いを調整する》

医師によって治療方針や今後の方向性にずれがある場合に、患者の価値観や意向を反映させながら調整を行っていた。

「やっぱりその在宅をやっているチームの中でも訪問診療に熱をもってやっていたり、家にいるのがすべてだって言っている人もいるし、その温度差をどうやってコントロールしていくかっていうのは医師がやれば医師がやればよいんだけど、なかなか難しいので。」Eさん

表 5 がん患者との EOLd における看護のカテゴリ・サブカテゴリ

カテゴリー	サブカテゴリ
支援の必要な患者の特定に向けた 情報収集とアセスメント	患者の疾患、進行度、治療方法、予後に関する情報収集する
	患者の心身の状態 (ADL・心理的症状・認知機能) に関する情報を収集する
	患者の病状理解・受け止めにに関する情報を収集する
	家族の病状理解・受け止めにに関する情報を収集する
	患者のこれまでの人生に関する情報を収集する
	在宅での生活状況に関する情報を収集する
	在宅の住環境について情報収集する
	経済状況について情報収集する
	家族の介護力 (サポート力) について情報収集する
	患者・家族の社会資源 (介護保険等) の活用状況に関する情報を収集する
	患者と家族の情報共有の程度や家族関係を把握する
	収集した情報を統合し支援の必要な患者を特定する
	患者の意向把握のために患者に関わる時間を確保する
患者・家族の価値観を尊重した意 思決定支援	患者と話し合いをしやすい環境を作る
	これまで患者がどのような意思決定方法を行ってきたのかに関する情報を収集する
	患者の価値観に関する情報を収集する
	患者の意思決定に関する葛藤に寄り添う
	患者・家族と医療者で今後の方向性を共有する
	患者・家族・医療者間で今後の方向性の意向にずれが生じた場合に調整を行う
	患者の気持ちの変化に合わせて話し合いを繰り返す
	家族の治療や治療終了後の過ごし方に関する意向を把握する
	患者と家族が意向や情報を共有できるよう仲介する
	家族の話しを傾聴し精神的なケアを行う
	家族に治療方針に関する情報を提供する
	家族から患者の意向に関する情報を収集する
	患者の理解の程度に応じて治療の見直しや予後に関する医師の説明の補足をする
End-of-lifeを見据えた療養支援	終末期の療養の場の選択 (在宅・緩和ケア病棟等) に関する情報を提供する
	患者の療養生活を支えるために活用できる地域の医療資源 (かかりつけ病院や住診医や訪問看護ステーション等) を把握する
	在宅療養で活用できる介護保険やヘルパー・訪問看護に関する情報を提供する
	患者の症状や ADL に合わせて在宅での患者のケア方法を家族と検討する
	終末期の心身の状態や暮らし方について患者・家族がイメージできるよう説明をする
	患者の状態に合わせて緩和ケアチームと連携する
	患者の治療の副作用と QOL のバランスを医師と検討する
院内外の多職種連携と継続看護	医師・SW・地域の関係者と患者・家族の情報を共有する
	患者に対して継続した看護が行えるよう患者との関わりや得た情報を記録に残す
	看護師間でカンファレンス等を行い患者の状況や問題を共有する
	記録やカンファレンスから得た情報を踏まえて患者へ看護を提供する
医師との協働	患者の理解の程度に応じて医師が患者へ病状や治療に関する情報提供を行う機会を提供する
	医師と患者が円滑に話し合いができるよう仲介する
	それぞれの医師に合わせたアプローチ方法を行う
	医師のこれまでの背景や患者や他職種とのかかわり方に関する情報を収集する
	医師と関係性を構築する
	医師の不安や迷いに対して精神的な支援を行う
	医師間での治療に対する方針の違いを調整する
	医師の方針や考えに関する情報を収集する

## (2) がん患者との End-of-life discussions における看護に関連した要因

### ① 【EOLd の評価】

【EOLd の評価】とは、患者・家族が EOLd を行って、至った結果や EOLd のプロセスを評価することである。サブカテゴリーとして、《患者の意向に沿ったところへ繋げることができた》《その人らしい最期を迎えた》《関わった医療者がやりがいを感じている》《患者と家族が納得している》の4個のサブカテゴリーが含まれていた。

#### 《患者の意向に沿ったところへ繋げることができた》

看護師は EOLd を通して、患者の意向に沿った方向性へつなげることができたかどうかを評価していた。

「つなげられるかとか、つないだ時に本人の意向にそれが沿っているものだったのかっていうことですかね」Fさん

#### 《その人らしい最期を迎えた》

看護師は患者のこれまでの人生や価値観を反映した終末期の過ごし方を行い、意向に沿った最期を迎えることができたかどうかで EOLd の評価としていた。

「満足度という点では患者さんには聞けないですけど、家族としてはまあ見れて最後ケアも服とかも動物柄が好きだったとかいって動物柄を着て旅立ったみたいなんですけど、なんかそれみて「らしい」といっていたので、良かった」Eさん

#### 《関わった医療者がやりがいを感じている》

がん患者との EOLd に関わった看護師や医師などが患者との関わりの過程を通してやりがいを感じているかを EOLd の評価としていた。

「患者さんの意思決定、在宅に帰ることを支えた医療スタッフの活躍がどうだったかなっていうところも自分の中の評価視点」Bさん

#### 《患者と家族が納得している》

EOLd の過程を通して、意思決定した終末期の過ごし方について納得して過ごすことができているかを EOLd の評価としていた。

「一番いいのは患者さんも家族もみんなが納得した形で最後を迎える形が良いと思ってい

ます。」 D さん

## ②【看護師の背景】

【看護師の背景】とは、看護師自身の個人的要因であり質の高い看護実践を行う上で大切な要素である。サブカテゴリーとして《患者に関心を寄せる》《話し合いに向けた心身の準備》《専門職としての責任感を持つ》の3個のサブカテゴリーが含まれていた。

### 《患者に関心を寄せる》

EOLd における看護を行う際に、看護師の基本的な態度として患者に関心を寄せる姿勢が看護師の背景として求められていた。

「いかに患者さんに関心を寄せるかっていうかどうしたいかって聞くってだけではなくて、患者さんのこれまでの生活とか人生とかのやっぱり集大成じゃないですか、最後をどのように過ごすって、その人のひととなりや生き様っていうのは最後は出ると思うので、その人にどれだけ関心を寄せていくかっていうことがやっぱり必要なのかなって思います」 D さん

### 《話し合いに向けた心身の準備》

患者との EOLd は患者への Bad news も含んでおり、患者の価値観や人生に触れる内容を含むこともあるため非常に繊細な話となる。そのため、看護師自身が心身共に健康な状態で患者に向き合う準備ができていることが EOLd を行う上で必要な看護師の背景として求められていた。

「そういうことを話せる準備を看護師自身がしていく」 D さん

### 《専門職としての責任感を持つ》

看護師は自身の看護について専門職として責任を持つ必要があり、自身の看護の影響を一時点ではなく、長期的な視点で捉えており、介入がゴールではなくその結果、患者・家族がどうなったのか、次にどのような介入が必要なのかについて常に意識して関わっていた。

「調整をしていく看護師はそれなりの責任を負わなくてはいけない、その調整が上手くいかなかったらその調整をした看護師の責任」 F さん

### ③【経験を次に生かす】

【経験を次に生かす】とは、看護師ががん患者との EOLd における看護を通した患者・家族との関わりから得た経験や知識を自分自身に蓄え内面を豊かにすることで、次の質の高い看護実践に生かすことである。サブカテゴリーには「ケースを通した経験を次の患者に生かしていく」の1個のサブカテゴリーが含まれていた。

「ケースを通した経験を次の患者に生かしていく」

看護師はがん患者との EOLd の過程から得た学びを自身の経験知として蓄積し、次の患者に対するケアに生かしていた。

「記録に書いているときに、ああこういう部分をもうちよっとういってたら良かったなと思うので、そういう時に次はこういう風に言ってみようっていうそういう準備はします」  
Gさん

表 6 がん患者との EOLd における看護と関連した要因のカテゴリ・サブカテゴリ

カテゴリー	サブカテゴリー
End-of-life discussions の評価	患者の意向に沿ったところへ橋渡しをして繋げことができた
	その人らしい最期を迎えた
	関わった医療者がやりがいを感じている
	患者と家族が良かったと納得している
経験を次に生かす	ケースを通した経験を次の患者に生かしていく
看護師の背景	患者に関心を寄せる
	話し合いに向けて看護師自身が準備をする
	看護師として責任を負う

### 13. 考察

#### 1)がん患者との EOLd における看護について

看護師は日々患者と関わる中で常に【支援の必要な患者の特定に向けた情報収集とアセスメント】を行っていた。先行研究からがん患者との EOLd では、EOLd の実施時期の判断が重要である(Koh,S.J.et al.,2015 ; Diaz-Montes,T.P et al.,2013 ; Bouley,G.2011)と言われている。さらに、Koh et al(2015)は終末期の状態と EOLd を開始する時期の決定は個々の状態を熟考することが求められると述べており、病状や残された治療の選択肢や患者・家族の理解度・レディネスについてアセスメントを継続していくことが必要であると述べている。これらの結果からも、EOLd を適切な時期に実施するためには、日々の患者・家族の関わりや記録を通して様々な角度から患者・家族に関する情報を収集し、それらの情報を統合しながら患者・家族の全体像を把握し患者のニーズや課題を明確化することが必要である。

我が国では医療政策や医学の進歩を背景とした在院日数の短縮や治療の外来移行に伴い、社会生活を行いながら化学療法や放射線治療などで通院治療をするがん患者が増加している。また、緩和的な治療の発展に伴い、高齢者や進行がん患者などに対しての治療も増加しており、がん治療中であっても終末期に近い患者は増加している。

本研究においても外来から EOLd を実施しているケースが語られており、外来からの継続した関わりの重要性が示唆された。

【患者・家族の価値観を尊重した意思決定支援】では、看護師は患者・家族の価値観や個別性に配慮し治療や療養に関する患者・家族の意向を丁寧に情報収集し、患者・家族の意向を汲みながら患者・家族自身が意思決定できるように支援していることが明らかになった。治療の選択肢が多様になっている中で、患者・家族は多くの意思決定場面に直面する。特に、進行がんで治療の継続が難しくなりつつある患者に対して、治療の継続・中止や緩和ケアを主体とした体制への移行や療養の場の選択においては患者の価値観や個別性に配慮し、患者・家族が自ら意思決定できるよう支援することが重要である。終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインにおいても、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である(厚生労働省, 2018)と述べられている。さらに、平成 28 年度の診療報酬改定において、がん患者指導管理料 2 の算定回数 1 回から 6 回へ増加され十分な情報提供に基づき患者の心理的不安を軽減させながら意思決定支援を行うことの重要性が増してきている。しかし、医師の診察時間は短く、医学的用語を



用いた複雑な情報をその場で理解することは容易ではない。がん患者の多くが高齢であり、さらに病状が進行している状況での話し合いは患者にとって負担が大きい。そのような状況において、看護師は医師の診察後に理解の程度を確認し必要であれば補足をし患者・家族が適切に情報を受け取ることができるよう支援することで、患者の個別性に合わせた情報提供ができるよう支援を行っていた。さらに、話し合いをしやすい環境の整備や関係性の構築を行い、患者・家族の意思決定に伴う葛藤により添いながら自らの力で意思決定ができるよう支えていた。このように、医師だけでなく看護師や他の職種がチームとして協働することで、患者・家族を中心とした意思決定が可能になると考えられる。

【End-of-life を見据えた療養支援】では、看護師は患者の治療期から治療の副作用とがんの進行に伴う症状に対処し QOL が維持できるように対処方法を患者・家族と検討したり、必要に応じて社会資源の導入・調整を行っていた。特に、在宅療養と外来通院で療養生活を行っているがん患者が増加している中、できるだけ安心・安楽に在宅療養ができるよう支援することは重要になってきている。また、多くの療養期間を外来通院で過ごしその後、在宅で End-of-life を過ごす患者が増加しており、外来通院治療を行っている時期から地域とのつながりや在宅緩和ケア環境の整備を行うことが必要となってきた。平成 28 年度診療報酬改定において、「がん治療中の外来患者の在宅医療への連携の充実」が新設された。これは外来で治療を受けるがん患者が、適切な時期に在宅医療への紹介を受けることで、終末期により質の高い在宅でのケアを受けることができるよう、終末期に近いがん患者について、外来から在宅への連携を評価することを目的としている。このように、進行がん患者が外来から在宅へ切れ目ない移行を行うために治療継続が難しくなりつつある患者に対して、End-of-life を見据えた療養支援を行うことが必要だと考える。

【院内外が多職種連携と継続看護】では、患者の意思決定支援や療養支援を行うために、多職種間や看護師間で情報共有・連携を行い継続した切れ目のないケアを行っていた。患者の意思決定支援や療養支援においては多職種がチームとなりケアを行うことが重要である。また、院内のメンバーだけでなく院外のメンバーとも密に連携を図ることで、地域完結型のがん医療・介護の推進を行うことができると考える。さらに、進行がん患者を支えるために地域でのネットワークや関係性の構築を病院機能や地域の特性に合わせて実施していくことが求められている。OPTIM による報告では意思決定支援、気持ちのつらさ、複雑な背景を持った心理社会的問題など複雑な問題に対処できる具体的な方策として多職種協働によるケースマネジメントモデルが最も有望であると述べている(OPTIM,2012)。多職種協働を

促進するために、各々の職種が多職種協働の必要性を認識し積極的に連携を行う場を作っていくことが必要だと考える。

【医師との協働】では、患者と適切な時期と内容で EOLd が行うために、看護師による医師への情報提供や提案、医療者チーム内での治療の方向性の調整を行っていた。EOLd を行う上で、医師から患者への正確な治療や病状に関する説明と患者の十分な理解は重要である。しかし、時間的な制約や bad news を伝えることへの抵抗感から EOLd に消極적인になる場合があることが報告されている(Wright, A. A. et al, 2008)。そのため、看護師はチームメンバーとして医師を支援し、医師と患者の仲介役となり、十分な話し合いができるよう調整を行っていくことが求められていると考える。

## 2)がん患者との EOLd における看護に関連する要因について

【EOLd の評価】では、EOLd を通して患者がどのような転帰を迎えたか、またそのプロセスを患者・家族・医療者はどのように捉えているかの視点から評価を行っていた。がん患者との EOLd における目標は患者・家族の意向に沿い納得した End-of-life を過ごし、納得した最期を迎えることである。しかし、病院スタッフが患者と関わることは一時的であり、患者が治療を行っていた病院を離れ在宅やその他の施設でどのように過ごし、どのような最期を迎えたのかということまで知ることは難しい。そのため、看護師は患者・家族に関わった実践の評価として、EOLd のプロセスについて患者・家族が納得できているか、医療者がやりがいを感じているかといった過程を評価していた。EOLd における看護では意思決定支援や療養支援のように看護師の専門性を用いて細やかで繊細な対応が必要である。看護師は患者の最も身近にいる存在であり、療養生活の中で揺れ動く患者の気持ちにいち早く気づき、細やかに対応することができる。また、患者の本音や言葉にはできない思いなどを、直接の対話から見出し、受け止め、共感することが、看護の専門性でもある。看護師は EOLd における患者との関わりの中から看護師としての専門性を認識し、患者・家族が納得する方向へ繋げることができたということが満足感ややりがいにつながっていたと考える。そして、【経験を次に生かす】を行い、患者・家族の関わりから得た経験を次の患者に関わる際に実践知として生かしていたと考えられる。

【看護師の背景】では、看護師自身が持っている背景が EOLd における看護に影響を与えていることが明らかになった。EOLd を行う中で終末期の過ごし方について話し合うことは患者に不安やストレスを与え希望を失わせることを恐れ、医療者の多くが話し合いに

抵抗を感じている(Wright, A. A. et al, 2008)。そのため、医療者には感受性(Clayton, et al., 2005)やコミュニケーション技術が必要(Emanuel et al., 2013)と言われており、看護師が教育や経験から倫理的感受性を磨き、終末期ケアや緩和ケアについて正しい知識の習得やコミュニケーション技術を向上をさせることで EOLd に対するネガティブな感情が減少すると考えられる。さらに、看護師が心身ともに健康な状態で・仕事に対して意欲的な姿勢を持つことが質の高い看護を行う上で必要だと考えられる。

本研究の結果から、EOLd は外来・病棟・在宅と様々な場面で行われていた。治療や療養についての話し合いは終末期に入ってからその時々状況に応じて行われていた。特に、近年の外来通院治療の増加に伴い、外来通院と在宅療養で過ごす患者は増加している中で、外来での関わりは重要性を増してきている。診療報酬においても外来での患者支援を推進しており、地域完結型の医療・介護を推進していく上で重要となってくると考える。

支援の必要な患者・家族に十分な支援を行っていくためには、医療者の緩和ケアや在宅療養に関する知識の向上だけでなく、システムとして患者・家族との話し合いの機会の増加や、医療者の実践内容を可視化したツールを用いて、患者・家族と関わる全ての医療者がチームの一員として関わっていくことが必要だと考える。

したがって、今後、一般看護師を対象とした EOLd における看護を体系化し可視化したツールを作成し、看護師の実践を支援していくことが必要であると考えられる。

#### 14. 結論

がん患者との EOLd における看護として【支援が必要な患者の特定に向けた情報収集とアセスメント】【患者・家族の価値観を尊重した意思決定支援】【End-of-life を見据えた療養支援】【院内外の多職種連携と継続看護】【医師との協働】が明らかになった。また、がん患者との EOLd における看護に関連する要因として【EOLd の評価】【経験を次に生かす】【看護師の背景】が明らかとなった。EOLd では多職種が協働し、その中で看護師が意思決定支援や療養支援における看護の専門性を発揮し、患者・家族の意向に沿った転機に導くことがやりがいとなり、がん患者との EOLd における看護の促進に関連していることが明らかとなった。

## 15. 本研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は限られており、結果を広く一般化することは難しい。また、EOLdの実態を知るため様々な実践場面での看護を抽出しており、さらに各々と現場に対応した研究を進めていく必要がある。また、本研究は看護師の視点から捉えたがん患者との EOLd の実践を検討しており、今後患者の視点から EOLd のニーズや認識を明らかにし、がん患者との EOLd における看護師の実践について検討していく必要がある。

## 第Ⅴ章 予備研究Ⅲ

### 「がん患者の療養過程における医療者との話し合いの現状と課題 ー治療の選択・中止、緩和ケア、療養についてー」

#### 1. 研究目的

予備研究Ⅱにおいて、看護師の視点からがん患者との EOLd の実態が明らかになった。本研究では、がん患者の EOLd に関する体験についての語りを通して、がん患者の EOLd に対する認識やニーズを明らかにすることを目的とした。

#### 2. 用語の定義

がん患者との EOLd: がんが進行した状態にある患者に対して、患者の価値観や個別性を尊重しながら、患者と家族と医療者のチームアプローチと個々の信頼関係に基づいて、治療・緩和ケア・療養について話し合うこと。

#### 3. 研究デザイン

本研究は、インタビューによる質的記述的研究である。

#### 4. 研究対象者

以下の条件を満たし研究協力への同意が得られた者とし、対象者は6名であった。

- 1) 緩和ケア病棟に入院中の方
- 2) 初期治療として外科的治療もしくは化学療法・放射線療法等の内科的治療を実施した経験がある方
- 3) Performance Status(PS)0～3 で全身状態が落ち着いており、うつ病や不安障害や認知障害がなくコミュニケーションが可能で、主治医と看護師長が面接可能であると判断した方
- 4) 未成年者は除外した

#### 5. リクルート方法

本研究は、以下の手順でリクルートを行った。

- 1) 緩和ケア医と看護師へ研究の目的を文書を用いて説明し、対象となる候補者の紹介を

受けた。

- 2).主治医もしくは看護師長から対象候補者へ本研究の目的および方法の概要の説明を行い、研究者の研究依頼の面会に関する諾否を確認した。
- 3).面会の許可が得られた後、看護師長が研究者を対象候補者に紹介し研究者が研究の目的や方法を文書を用いて口頭で説明した。
- 4.)研究の概要について説明した後、参加は自由意思であることを明確にした。研究への協力が得られた場合、同意書に署名を依頼した。一度、参加に承諾した後でも研究協力同意撤回書に署名し、看護師長に手渡すか事前に渡しておいた封書(切手を添付し研究者の大学院の宛先を記載したもの)に同封し送れば、いつでも途中辞退ができることを説明した。

## 6. データ収集方法

- 1)インタビューガイドを基に患者にインタビューを行った。フェイスシートに概要を記載した。インタビューの内容として、以下の3項目を基にした半構成的面接を行った。

①これから先を緩和ケア病棟で過ごすことを選択する際に医療者と話し合いを行う機会がありましたか

②そのような医療者との話し合いを〇〇さんはどのように感じていますか？

③〇〇さんはそのような医療者との話し合いを行うことについてどのような思い(意向)がありますか

尚、インタビューではがん患者の EOLd におけるニーズや認識を知るため、話のしやすさや想起の容易さを考え、特定の職種を指定せず、医療者との話し合いに関して質問を行った。インタビューの内容として患者と医師との関わりが多く話されると予測されたが、医師との関わりの中から看護介入への示唆を得ることができると考えた。また、語りの中で看護師との関わりが語られた場合には、より深く語りを引き出すこととした。

- 2)インタビューは研究者と患者が1対1となる環境で実施した。インタビュー時間は1回約45分とし、対象者1名につき原則1回、患者さんの体調や用事による十分な時間の確保が難しかった場合には後日2回目を実施した。インタビューの内容は対象の許可を得てICレコーダーにて録音し、メモを取った。録音の承諾が得られなかった場合はメモのみとした。

- 3)面接中、研究協力者の体調・気分の変化について十分に観察を行いながら不安や精神的に

不安定な様子がみられる場合は、対象の許可を得て主治医や看護師長に報告し専門家(緩和ケア医・精神腫瘍科医・看護師長)によるサポートを行う。

4)研究協力者から疾患や治療、検査、日常生活に関して質問、依頼があった場合は看護師に伝えることの許可を得て、看護師に報告することとした。

5)インタビューにより得られたデータは、インタビュー後速やかに IC レコーダーとメモの内容を統合し、逐語録を作成した。

## 7. データ収集場所

患者の病室もしくは緩和ケア病棟内の個室

## 8. 謝礼について

謝礼として千円程度の粗品を渡した

## 9. データ収集期間

2016 年 4 月 4 日～2017 年 4 月 30 日

## 10. データ分析方法

データは内容分析の手法を用いた。分析手順は以下の方法で行った。

- 1) 1 事例毎に逐語録を元に繰り返し読み全体状況を理解した。
- 2) がん患者が語っている EOLd に対する認識やニーズが記述されたデータに注目し、文脈に沿って繰り返し読んだ。
- 3) EOLd に対する認識が記述されたデータを意味内容を損なわないようにコード化した。
- 4) コードを相違点、共通点について比較検討し分類しサブカテゴリー、カテゴリーを作成した。カテゴリーがインタビューの文脈にふさわしいかを確認し妥当性を検討した。
- 5) カテゴリー間の関連を検討し図式化し全体像を明らかにした。
- 6) 表示したデータを解釈し意味を引き出す。

## 11. 確実性、一貫性、確証性の確保

研究の全ての過程において、研究の全過程における決定のプロセスを記述し、指導者と定期的にディスカッションを行いことで確実性、一貫性を確保した。また、がん看護の専門家

のスーパーバイズを受け確証性を確保した。

## 12. 倫理的配慮

### 1)研究協力者に対して

人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に則り、対象患者に対し以下を説明した。説明が理解されていることを確認したうえで、口頭による承諾を得て、その後書類に署名をしてもった。

#### (1)面接を始めるまでの倫理的配慮

- ①研究の目的、方法(面接について、所要時間、回数)、面接内容の記録について(面接内容を録音させていただきたいこと、許可が得られなければメモをとらせていただくこと)を説明した。
- ②インタビューへの参加は患者の自由意思で決定できることを説明した。
- ③面接の質問事項の中で話したくない内容については話さなくても良いこと、および面接の最中において面接を中断したい場合は可能であることを説明した。
- ④研究協力の同意から結果の概要がまとまる時点まではいつでも辞退することができ、それにより今後の治療や看護において不利益を被ることのないことを説明した。
- ⑤研究への参加の諾否は主治医・看護師に伝えないことを説明した。
- ⑥インタビュー場所は対象者の希望する方法、時間、場所で行う。その際、インタビュー内容が漏れることのない場所で行った。
- ⑦面接で語られた内容は研究以外では用いないこと、今回の研究で知り得た情報に対する守秘義務を守ることを説明した。
- ⑧研究協力により参加者に直接的なメリットはないが、研究参加により今後のこの研究分野の発展に貢献することに繋がることを説明した。また、デメリットとして45分程度の時間的拘束が挙げられることを説明した。

#### 2)面接中の倫理的配慮

- ① 面接中、研究協力者の体調・気分の変化について十分に観察を行いながら身体的・精神的負担をかけないよう細心の配慮をする。研究協力者の状況に柔軟に対応した。
- ②身体的・精神的に不安定な様子が見られた場合は、速やかに面接を中止する。その後、対象者の許可得て主治医や看護師長に報告し専門家(緩和ケア医・精神腫瘍科医・看護師長)によるサポートを行う。



### 3)面接終了後の倫理的配慮

- ①希望する対象者には、本研究結果の概要を書面にて郵送しフィードバックを行う。
- ②研究協力者から疾患や治療、検査、日常生活に関して質問、依頼があった場合は看護師に報告することの許可を得て、看護師におよび担当医師に情報を提供し適切な対応ができるよう心掛けた。

### 2). データの匿名性を保証する措置

- 1)インタビューは承諾を得た上で逐語化を行うが、その際、対象者の個人を特定できる内容について、記述・文書・記憶媒体等への保存は一切行わない。
- 2)研究に必要な情報は収集しない。
- 3)記録は匿名化し、ID 番号を振って管理し、個人が特定できないよう配慮した。
- 4)照合表を作成し、ID 番号と氏名を記載した。

### 3). 資料の保管・廃棄方法

1)個人情報に記載された記録用紙、照合表、IC レコーダー内のデータは鍵のかかる場所にのみ保管し、遅くとも 2018 年 3 月を持って消去、破棄する。また、匿名化した逐語録、分析記録は研究終了後 3 年後に破棄する。

### 4). 結果公表時の匿名性

- (1)研究結果を学会や学術雑誌に公表する可能性のあること、その場合も匿名性を確保することを説明した。
- (2)インタビュー結果の質的なデータを論文等に記載することが望ましい場合には、状況から個人が特定されないよう一部改変するなどの配慮を行った。

### 13. 結果

#### 1) 対象者の属性

がん患者の療養過程における医療者との話し合いに対する思いについてがん患者 6 名にインタビューを行った。対象者の属性は以下の通りである(表 7)。

表 7 対象者の属性

	性別	年齢	部位
A	女性	8 0 代	S状結腸がん
B	男性	7 0 代	前立腺がん
C	男性	7 0 代	大腸がん
D	女性	6 0 代	乳がん
E	女性	6 0 代	乳がん
F	女性	5 0 代	乳がん

## 2) 分析結果

分析の結果、4 個のカテゴリーと 12 個のサブカテゴリーが抽出された(表 8)。

表 8 がん患者の EOLd に対するニーズ

カテゴリー	サブカテゴリー
自己の思いに沿った治療・療養の場に関する意思決定	療養の場の選択に関する情報提供
	希望する意思決定方法に応じた意思決定
	治療の副作用と QOL のバランスに関する話し合い
	治療の選択肢とメリット・デメリットに関する詳細な説明
	予後に関する情報提供
副作用や症状に対応した療養生活の構築	安心して在宅療養ができる環境の整備
	緊急時の体制づくりと保障
	副作用や生活に関する心配事に関する相談
	症状を予測し対処法を知ることでの心の準備をする
	仕事を続けながら治療できるための支援
緩和ケアの体制の充実	がん治療を行う全ての病院での緩和ケア外来・病棟の整備
医療者との継続的な関係性の構築	医療者との継続的な関係性の構築

(1) 【自己の思いに沿った治療・療養の場に関する意思決定】

【自己の思いに沿った治療・療養の場に関する意思決定】とは、自己の意思決定様式に沿った患者の思いを尊重しながら治療や療養の場に関する意思決定ができることである。サブカテゴリーとして《療養の場の選択に関する情報提供》《意向や意思決定様式に応じた意思決定支援》《治療の副作用と QOL のバランスに関する話し合い》《治療の選択肢とメリット・デメリットに関する詳細な説明》《予後に関する情報提供》の 5 つのサブカテゴリーが含まれていた。

《療養の場の選択に関する情報提供》

《療養の場の選択に関する情報提供》とは、患者が積極的治療を終了し、緩和ケアを主体としたケアへ移行する際に、どこでどのように過ごす方法があるのかに関する情報を医療者や SW や家族から提供されることである。

「姪が病院を調べてくれて「おばさんなら A 病院が良いんじゃないか」と言ってくれた。」  
A さん

《希望する意思決定方法に応じた意思決定》

《希望する意思決定方法に応じた意思決定》とは、患者によって意思決定様式の好みは様々である。また、患者の治療や療養の場に関する意向は様々であるため、個別性に応じて患者に合った意思決定を行うことである。

「私の思いをちゃんと聞いて尊重してくれたので後悔せずに納得することができた。」D さん

《治療の副作用と QOL のバランスに関する話し合い》

《治療の副作用と QOL のバランスに関する話し合い》とは、治療による副作用と生活の質のバランスを考えながら、治療の選択や中止について患者と医療者で話し合いを行うことである。

「それでやっけていてもどうも副作用が強くて大変だから、もう止めたんですよ。75 にもなってそんなに長生きする希望もないし、それで止めたならね自分の趣味の剣道とかゴルフとかずっとできるしね」C さん

#### 《治療の選択肢とメリット・デメリットに関する詳細な説明》

《治療の選択肢とメリット・デメリットに関する詳細な説明》とは、可能性のあるすべての治療法の開示とそれぞれの治療法に応じたメリット・デメリットに関する情報を詳細に説明されることである。

「使える薬とかって。最終的にあと1種類使うって選択肢もあったんですけど、それはやっぱりメリットデメリットで推し量った時に、たぶん副作用の方が大きいだろうっていう。そういう話をして、で、私のどうしたいかっていう気持ちを含めてやめようって。」Fさん

「結局ね、医師によって考え方があってしょうけど、あれはちょっとおかしいと思うんですよね。患者さんはすべがあればとりあえずやってみてね、あきらめもつくだろうしね。全部やってみれば、だったらもうしょうがないかなってね。」Eさん

#### 《予後に関する情報提供》

《予後に関する情報提供》とは、医療者から自身の予後に関する統計的な情報を得ることである。

「当然、やめたらいつか命がつきるわけですから、それに関してもまあ統計的なものではありますが、どれくらいまで生きられるとか、そういう話とかもしましたし、でもそれを聞いておくっていうのは私の中では大事なことなのでいろんなことがあるので、だからちゃんとそういったことも言ってもらえるのは良かったことですし、聞けて良かったです。」Fさん

#### (2) 【副作用や症状に対応した療養生活の構築】

【副作用や症状に対応した療養生活の構築】とは、治療による副作用やがんの進行に伴う副作用に対応しながら安心・安楽に療養生活が行えるような環境を構築することである。サブカテゴリーとして《安心して在宅療養ができる環境の整備》《緊急時の体制づくりと保障》《副作用や生活に関する心配事について相談する》《症状を予測し対処法を知ることと心の準備をする》《仕事を続けながら治療できるための支援》の5つのサブカテゴリーが含まれていた。

#### 《安心して在宅療養ができる環境の整備》

《安心して在宅療養ができる環境の整備》とは、在宅療養を行っている際に症状の変化に医療者が迅速に対応することで安心・安楽に生活できる環境を整えることである。

「家で対応してくれていれば病院に行かなくてもすんだのになって思う」Aさん

#### 《緊急時の体制づくりと保障》

《緊急時の体制づくりと保障》とは、在宅療養中に症状が悪化したりADLが低下して入院が必要になった際に希望する病院に入院できる保証があることで安心して在宅療養を継続するということである。

「H先生とかもまた何か急なことがあっても、すぐに入院できる体制を整えているから何かあったらいつでも言ってねって言われたので、本当にそのひとことが心強かったです」Fさん

#### 《副作用や生活に関する心配事に関する相談》

《副作用や生活に関する心配事に関する相談》とは、療養生活を行う中で、些細な心配ごとや悩みを医療者と共有することで、対応方法を知ることである。

「看護師さんもよく話をきいてくれて心配なことは聞いてくださいねって言ってくれて、一緒にいる時間が長いのでいろいろしゃべりますね」Eさん

#### 《症状を予測し対処法を知ることで心の準備をする》

《症状を予測し対処法を知ることで心の準備をする》とは、患者が医療者から今後の経過の中で予測される症状についてあらかじめ情報提供を受け、さらにその症状が出現した場合にどのような対応方法ができるのかについて知ること、患者が心の準備をすることで不安が軽減することである。

「少し先にどのようなことをおこるのかを想像しながら、その中で自分の不安が少しでも減ると心が落ち着きますしね」Fさん

#### 《仕事を続けながら治療できるための支援》

《仕事を続けながら治療できるための支援》とは、壮年期のがん患者の多くは仕事をしながら治療を継続している。しかし、治療や疾患に伴う症状のため仕事の継続が難しくなる



場合もある。そのため、治療と仕事とのバランスに関する相談や調整を医療者で行うことで、両立ができるような支援を受けることである。

「仕事をつづけながら治療することはとても大変、体力も必要。今の若い働き盛りの方たちにもっとサポートをしてほしいと思う」Dさん

### (3) 【緩和ケアの体制の充実】

【緩和ケアの体制の充実】とは、すべてのがん治療を行う病院において緩和ケア外来や緩和ケア病棟の設置を行って欲しいというニーズである。サブカテゴリーとして《がん治療を行う全ての病院での緩和ケア外来・病棟の整備》が含まれていた。

《がん治療を行う全ての病院での緩和ケア外来・病棟の整備》

《がん治療を行う全ての病院での緩和ケア外来・病棟の整備》とは、がん治療が終了し緩和ケア主体のケアに移行した場合、多くの患者が緩和ケア外来・病棟を有している病院への転院を余儀なくされている。しかし、患者はこれまで治療を行ってきた慣れ親しんだ病院から初めての病院へ移行することで心身への負担を感じていた。そのため、がんの集学的治療を行っている病院の緩和ケア外来・病棟の整備を希望していた。

「緩和をやっていたただけでありがたいですよ。緩和ケアをやっているところって少ないじゃないですか。」Eさん

### (4) 【医療者との継続的な関係性の構築】

【医療者との継続的な関係性の構築】とは、がん患者はがん告知から再発・転移や終末期に至る過程において、複数の科を受診することになる。そのため、その場面事に関わる医師や看護師が変わり再び関係性を築く必要がある。そのような状況において、患者は告知から終末期まで継続して同じ医療者に関わりを持ちたいというニーズである。サブカテゴリーとして《医療者との継続的な関係性の構築》が含まれていた。

《医療者との継続的な関係性の構築》

《医療者との継続的な関係性の構築》とは、がん患者は疾患の進展に伴い内科・外科や担当科などの変更が必要となる。そのため、その都度異なる医療者と関係性を構築する必要がある。しかし、患者と関わる全ての医療者が患者の価値観や意向について把握していないため、治療に関する意思決定や話し合いにおいて様々な葛藤を抱いている。

そのような状況において、患者は病気の経過を通して継続的に関わることのできる医療者の存在を求めている。

「普通ね、手術したらそれで終わりじゃないですか。じゃあ放射線したら終わりですっていう感じで切れちゃうんですね。今回みたにあちこちにできちゃえば、ずっと一生かかわらなくてはいけなくなるんですけど」 Eさん

#### 14. 考察

進行がん患者の視点から治療期から終末期への移行期におけるニーズを調査した先行研究は無く、結果として明らかになったニーズは非常に重要であった。進行がん患者はがんの進行に伴い、様々な症状を抱え緩和的な治療を行っている場合が多く身体的問題だけでなく、心理社会的問題を抱えて生活をしている(鳴井ら,2004)。そのような状況において、治療の選択には患者の病状やライフスタイルや価値観が大きく影響を与える。標準的な治療に関して「治療の選択肢とメリット・デメリットに関する詳細な説明」を行った上で、さらに「希望する意思決定方法に応じた意思決定」のように患者個々のライフスタイルや価値観に合った情報提供と、患者各々の意思決定様式に沿った選択肢の提案を患者は望んでいた。

また、安心・安楽に治療や療養生活を行うために【副作用や症状に対応した療養生活の構築】は重要であった。進行がん患者は疾患の進行に伴い徐々に QOL が低下する場合が多い。その中で、QOL を維持するために緩和的な治療を継続していたり、治療終了後も様々な症状に在宅でセルフケアを行いながら生活をしていく必要がある。そのため、今後現れる副作用や症状を予測的に知るだけでなく、それらにどのように対処し生活を構築していけばよいのかという点においての相談や支援を希望していた。しかし、先行研究では外来看護師が患者との関わる時間が短時間のため、患者に踏み込めず、患者の生活上の問題を把握し指導することが難しい状況があると指摘されている(鳴井ら,2004)。また、佐藤ら(2010)の研究においても患者の心理社会的側面への支援が不十分であることが示されている。そのため、治療中の進行がん患者に対し適切な支援ができるよう外来看護の実践の向上とともに、必要な患者へ適切な支援が行えるようなシステムの構築が必要である。

進行がん患者は、現在の治療が効果を発揮し延命できることに希望を持ちながら今の生活について考えるだけでなく、近い将来訪れるであろう終末期における暮らし方について考えていかなければいけない。そのような状況において、患者の心の準備状態や意向に沿っ

た情報提供と意思決定支援が求められている。また、近年では在宅療養を希望する患者も増加しており、緊急時の体制の保証などの在宅療養環境や地域でのネットワークの整備へのニーズが高く、そのような体制を保障することで患者が安心・安楽に在宅療養を継続できると考えられる。さらに、【緩和ケアの体制の充実】とのニーズがあるように、地域での緩和ケア体制の整備・充実が求められている。現在では、すべてのがん診療拠点病院で緩和ケア外来や緩和ケア病棟の設置があるわけではなく、治療が終了した時点で緩和ケアを受けることのできる施設を探す必要がある。治療が終了し、次の段階へ進むという不安や恐怖感を抱くだけでなく、これまで慣れ親しんだ病院から未知の環境へ適応することで不安を抱くことになる。そのような負担が少しでも軽減できるよう、緩和ケア提供体制の充実を図るとともに、治療期から緩和ケアを受ける病院との併診や地域でのかかりつけの病院を設けておくことが必要だと考える。

#### 15. 本研究の限界と今後の課題

本研究は緩和ケア病棟に入院中に進行がん患者を対象とし、治療期から終末期への移行期のニーズについて語られており、非常に重要な語りである。しかし、対象数が少なく、限られた結果であり、一般化しにくいことがあげられる。今後は、得られて患者からのニーズをもとに、看護師の実践を検討し、患者のニーズを充足することのできる支援体制を構築することが課題である。

## 第VI章 予備研究IV

### 「がん患者との End-of-life discussions における看護に関する質問紙の 作成と信頼性・妥当性の検証」

#### 1. 研究目的

本研究の目的はがん患者に対する EOLd における看護の実践の程度を評価するために「がん患者との EOLd における看護に関する質問紙」を作成し、信頼性・妥当性の検証を行うことである。

#### 2. 用語の操作的適宜

本研究において使用する用語の定義を以下のように行った。

がん患者との End-of-life discussions :

がんが進行した状態にあり、積極的な治療から緩和ケアを中心とした時期に入りつつある患者に対して、患者の価値観や個性を尊重しながら、患者と家族と医療者のチームアプローチと個々の信頼関係に基づいて、終末期の治療・緩和ケア・療養の場について話し合うこと。

#### 3. 研究方法

##### 1) 研究デザイン

本研究は予備研究 I ～III にて明らかになった「がん患者との EOLd における看護」の下位概念を明らかにし各構成要素の実践の程度を測定する看護師の自記式の質問紙「がん患者との EOLd における看護に関する質問紙」を作成し妥当性・信頼性の検証を行った。

##### 2) 信頼性・妥当性の検証方法

###### (1) 信頼性の検証方法

尺度の信頼性は、①Cronbach's  $\alpha$  係数、②項目尺度得点相関によって検討した。

###### (2) 妥当性の検証方法

尺度の妥当性は、①内容的妥当性、②表面的妥当性、③確認的因子分析・探索的因子分析、④基準関連妥当性によって検討した。①内容的妥当性はがん看護専門看護師とがん

看護専門家 5 名に質問項目内容に関してがん患者との EOLd における看護における実践項目を網羅しているかについて判断を依頼した。②表面的妥当性はがん患者との EOLd を行った経験のある看護師 10 名に対して、質問紙原案を用いて回答所要時間、回答しやすさ、理解しやすさ、回答への負担感、感想や指摘事項について回答してもらった結果、全 50 項目となった。③確認的因子分析・探索的因子分析では、がん患者との EOLd における看護の項目案 50 項目を本尺度の作成時の概念を基に AMOS を用いた構造方程式モデリングによる適合度指標を算出する。確認的因子分析によりモデルの適合度が十分で無い場合は探索的因子分析を行った。探索的因子分析では、モデルの適合度と研究における質問項目の重要性とのバランスを鑑みながら検討した。

④基準関連妥当性では、がん患者との EOLd における看護実践の程度に関する Numerical Rating Scale (以下 NRS)、問題解決行動自己評価尺度を用いて、各尺度とのピアソン積率相関係数を検証した。

### 3) 対象

#### (1) 対象の条件

下記の①もしくは②の看護師を対象とした。

- ①がん診療連携拠点病院で化学療法室・放射線治療室・がん患者を対象とした一般外来に勤務する 3 年以上の外来看護師
- ② がん診療連携拠点病院で 3 年以上の病棟看護師経験のある看護師

#### (2) 対象のリクルート方法

関東近郊のがん診療連携拠点病院の看護部長に、作成した研究協力依頼に関する書類を送付し研究協力の諾否と協力可能人数に関して返信用はがきにて回答を得た。研究協力への承諾が得られた病院に対して協力可能人数分の調査用紙を送付し、調査票を配布してもらった。

#### 4)「がん患者とのEOLdにおける看護に関する質問紙」の開発過程

##### (1)質問項目

「がん患者との EOLd における看護に関する質問紙」の質問項目は、予備研究Ⅰ・Ⅱ・Ⅲを通して導きだした。その結果、5 下位尺度 50 項目が抽出された。5 下位尺度は【支援の必要な患者の特定】【患者・家族の意向把握と意思決定支援】【多職種連携による療養支援】【医師との協働】で構成される。(表 9)。

##### (2)様式

「4：いつも行っている」「3：だいたい行っている」「2：あまり行っていない」「1：全く行っていない」の 4 ポイントのリッカート・スケールで点数化する。

表 9 がん患者との EOLd における看護の質問項目

支援の必要な患者の特定に向けた情報収集とアセスメント	
1	患者の疾患、進行度、治療方法、予後に関する情報を収集する
2	患者の心身の状態(ADL・心理的症状・認知機能)に関する情報を収集する
3	患者の病状理解・受け止めにに関する情報を収集する
4	患者のこれまでの人生に関する情報を収集する
5	患者の治療・療養に関する価値観に関する情報を収集する
6	在宅での生活状況に関する情報を収集する
7	在宅の住環境について情報収集する
8	経済状況について情報を収集する
9	家族の介護力(サポート力)について情報収集する
10	家族の病状理解・受け止めにに関する情報を収集する
11	患者・家族の社会資源(介護保険等)の活用状況に関する情報を収集する
12	患者・家族がEOLdに対して気持ちの準備が整っているかについて確認する
13	患者と家族の情報共有の程度や家族関係を把握する
14	収集した情報を統合し支援の必要な患者を特定する
患者・家族の意向把握と意思決定支援	
15	患者の意向把握のために患者に関わる時間を確保する
16	患者と話し合いをしやすい環境を作る
17	患者の治療や治療終了後の過ごし方に関する意向を把握する
18	これまで患者がどのような意思決定方法を行ってきたのかに関する情報を収集する
19	患者の意思決定に関する葛藤に寄り添う
20	患者・家族と医療者で今後の方向性を共有する
21	患者・家族・医療者間で今後の方向性の意向にずれが生じた場合に調整を行う
22	患者の気持ちの変化に合わせて話し合いを繰り返し行う
23	患者の理解の程度に応じて治療の見通しや予後に関する医師の説明の補足をする
24	患者の話を傾聴し精神的なケアを行う
25	患者と家族が意向や情報を共有できていない場合には仲介する
26	家族の治療や治療終了後の過ごし方に関する意向を把握する
27	家族の話を傾聴し精神的なケアを行う
28	家族に治療方針に関する情報を提供する
29	家族から患者の意向に関する情報を収集する
End-of-lifeを見据えた療養支援	
30	終末期の心身の状態や暮らし方について患者・家族がイメージできるよう説明をする
31	患者の療養生活を支えるために活用できる地域の社会資源(かかりつけ病院や往診医や訪問看護ステーション等)を把握する
32	患者に状況に応じて終末期の療養の場の選択肢(在宅・緩和ケア病棟等)に関する情報を患者・家族に提供する
33	患者の状況に応じて在宅療養で活用できる介護保険やヘルパー・訪問看護に関する情報を患者・家族に提供する
34	患者の意向と状態に合わせて社会資源の導入や調整を行う
35	今後現れる可能性のある症状への対応方法について患者・家族に説明する
36	患者の症状やADLに合わせて在宅での患者のケア方法を家族と検討する
37	患者の治療の副作用とQOLのバランスを医師と検討する
38	患者の状況に応じて専門看護師・認定看護師にコンサルテーションを行う
院内外の多職種連携と継続看護	
39	医師・SW・地域の関係者と患者・家族の情報を共有する
40	患者の状態に合わせて緩和ケアの導入を検討する
41	患者に対して継続した看護が行えるよう患者との関わりや得た情報を記録に残す
42	看護師間でカンファレンス等を行い患者の状況や問題を共有する
43	記録やカンファレンスから得た情報を踏まえて患者へ看護を提供する
医師との協働	
44	患者の理解の程度に応じて医師が患者へ病状や治療に関する情報提供を行う機会を提供する
45	医師と患者が円滑に話し合いができるよう仲介する
46	医師の価値観や患者・他職種とのかわり方に関する情報を収集する
47	医師の背景に合わせて報告・相談方法を工夫する
48	医師と看護師間で協働関係を構築する
49	医師の不安や迷いに対して精神的な支援を行う
50	医師間での治療に対する方針の違いを調整する

## 5) 測定用具

質問紙の構成は、基本的属性と「がん患者との EOLd における看護に関する質問紙」、がん患者との EOLd における看護実践の程度に関する Numerical Rating Scale (以下 NRS)、問題解決行動自己評価尺度を用いた。

問題解決行動自己評価尺度は【問題解決のための情報収集と査定を繰り返す】【円滑に問題を解決するために医療チームメンバーと協働する】【患者が拒絶する援助を受け入れられるよう説得する】【個別状況に応じて援助を工夫する】【援助の効果を判定して支援する】【問題解決に向け患者の意向を確認する】【問題の優先順位を見極め患者の要望に柔軟に応じる】【患者自身が問題を解決できるよう支援する】【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】の 9 下位尺度 45 項目から構成され信頼性・妥当性が確保されている(服部, 2010)。回答肢は「5:非常にあてはまる」「4:かなりあてはまる」「3:わりにあてはまる」「2:あまりあてはまらない」「1:ほとんどあてはまらない」の 5 段階 リッカート・スケールで、看護師とクライアントの相互行為を通して問題解決に向けて自己の能力をさらに高めたい、あるいは、解決に難航する自己の行動の改善点を見出すための自己評価ツールとして開発されており、本質問紙との関連が高いと予測した。

また、NRS は主観的に物事の程度を定量的に測定する尺度で、「あなたは、どのくらいがん患者との EOLd における看護ができていると思いますか」の問いに対し、1 から 10 の数字に印をつけてもらった。

## 6) データ収集方法

調査用紙は、外来・病棟で化学療法・放射線療法・がん看護に関わっている看護師に無記名で自己記載してもらい下記のどちらかの方法を使用した。

- (1)同封した封筒を用いて各自で投函する
- (2)各施設に配置した研究者作成のポストに投函してもらう留め置き法

## 4. 分析方法

全ての質問項目に回答している有効回答を、統計解析プログラム SPSS に入力し記述統計量を算出する。「がん患者との EOLd における看護に関する質問紙」の信頼性を検討するために、Cronbach  $\alpha$  信頼性係数を算出する。また、構成概念妥当性を検討するために病棟看護師と外来看護師を合わせて探索的因子分析と確認的因子分析を行い適合度指数の



検証を行った。基準関連妥当性として NRS、看護師の問題解決行動自己評価尺度の合計得点との相互関連を Pearson の積率相関係数で検証した。

## 5. 実施予定期間

2017 年 10 月 18 日から 2018 年 3 月 31 日

## 6. 倫理的配慮

1). 研究対象者への配慮：対象看護師に対し以下を説明した。

(1)研究への協力は紹介された看護師の自由意思で決定できることを説明した。

(2)研究協力しない場合において、それにより不利益を被ることのないことを説明した。

(3)研究への参加の諾否は紹介者に分からないことを説明した。

(4) 希望する対象者には、本研究結果の概要を書面にて郵送しフィードバックを行う。

(5)研究協力により参加者に直接的なメリットはないが、がん患者との EOLd における看護がどの程度できるかについて振り返ることができる。また研究参加により今後のこの研究分野の発展に貢献することに繋がることを説明する。また、デメリットとして 15 分程度の時間的拘束が挙げられることを説明した。

### 2).データの匿名性を保証する措置

(1)対象者の個人を特定できる内容について、記述・文書・記憶媒体等への保存は一切行わない。

(2)研究に必要な情報収集しない。

(3)質問紙は匿名化し、ID 番号を振って管理し、個人が特定できないよう配慮する。

### 3).資料の保管・廃棄方法

(1)質問紙は鍵のかかる場所にのみ保管し、遅くとも 2019 年 3 月を持って消去、破棄する。

### 4).結果公表時の匿名性

(1)研究結果を学会や学術雑誌に公表する可能性のあること、その場合も匿名性を確保

することを説明する。

上記に関しては、質問紙の表紙として添付する依頼文に表記し、これらの文書を読み、同意を得られた場合に回答してもらうこととした。

## 7. 結果

関東近郊の地域がん診療連携拠点病院 50 施設に研究協力の依頼を行い 22 施設で協力が得られた(44.0%)。調査協力の得られた 22 施設において、466 名に調査を依頼し、159 名から回答を得た(回収率 34.1%)。そのうち、質問紙への回答に不備のあった 13 部を除外した結果、有効回答者は 147 名(有効回収率 31.5%)であった。

### 1)回答者の属性

年齢は 23-61 歳の範囲で、平均 38.61 歳( $SD = 9.4$ )であった。看護職としての就業年数は平均 15.56 年( $SD = 9.0$ )であった。がん看護経験年数は平均 9.0 年( $SD=6.7$ )であった。看護師教育背景は、専門学校校が 97 名(66.0%)、その他短期大学が 10 名(6.8%)、大学が 36 名(24.5%)、大学院が 4 名(2.7%)であった。また、現在の勤務先は病棟が 86 名(58.5%)、化学療法室が 16 名(10.9%)、放射線療法室が 8 名(5.4%)、一般外来が 24 名(16.3%)、化学療法室と一般外来の兼務が 5 名(3.4%)、その他が 7 名(4.8%)であり病棟が合計で約半数を占めていた。

### 2)項目分析とKaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性

各項目の平均値と標準偏差を計算し平均点は 150.3904( $SD=23.10$ )最小値 50、最大値 197 であった。天井効果及びフロア効果のみられる項目がないことを確認した。相関分析により、全体得点と項目得点の相関を確認した(IT 相関: $r=0.398\sim0.767$ )。さらに、Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性は 50 項目で基準値は .924 であった。

### 3)「がん患者とのEOLdにおける看護に関する質問紙」信頼性・妥当性の検証

#### (1)確認的因子分析

モデルの適合度の検証には、 $\chi^2$  検定、 $GFI$ 、 $RMSEA$ 、 $CFI$ を用いた。 $\chi^2$  検定は帰無仮説を「構成されたモデルが適合的である」とし、帰無仮説が受容されることによって、モデルが受容される。 $GFI$  は構成したモデルが標本共分散行列、あるいは標本相関

行列を説明する割合を示した指標であり、0から1.00 の範囲をとり、1.00 に近似するほどモデルの適合度が高い。一般的に、0.90 以上であればモデルは標本共分散行列をよりよく説明しているとされている(豊田, 1992)(豊田, 1998)。AGFI は自由度によってGFIを修正した指標である。RMSEA はモデルの分布と真の分布との乖離を1自由度あたりの量として表現した指標であり(豊田, 1998)RMSEA の値が0.05, あるいは0.08 以下である場合、モデルのあてはまりがよく(Arbuckle, 1997)逆に0.10 以上であれば、モデルの当てはまりが悪いとされる(豊田, 1998)。項目案50項目を本尺度の作成時の概念を基にAMOSを用いた構造方程式モデリングによる適合度指標を算出した。結果、 $\chi^2=2218.871$ ,  $df=1117$ ,  $p=.00$ ,  $RMSEA=0.082$ ,  $GFI=0.603$ ,  $CFI=0.783$ となり、まとまりが良くないため仮説を棄却し探索的因子分析を行うこととする。

## (2)探索的因子分析

項目案 50 項目の項目精選を行うために、因子分析の最尤法(プロマックス回転)を行った結果、負荷量平方和、固有値 1 以上の因子とすると 9 因子が抽出された。そこで、因子抽出方法を最尤法で、因子の固定数を 9 とし、プロマックス回転による因子分析を行った結果、10 回の回転で収束した。因子パターンにおいて、0.4 未満の因子負荷量を示した項目と 2 因子に因子負荷を示す項目を削除した。再度、固有値 1 以上の因子を最尤法、プロマックス回転にて分析を行った結果、6 因子が抽出された。6 因子 36 項目を確認的因子分析により適合度を求めた結果、因子パターンにおいて、0.4 未満の因子負荷量を示した項目と 2 因子に因子負荷を示す項目を確認し、Q11 が 0.4 未満の項目であるが、項目の内容が研究に必要な内容と判断し残した。さらに、Q49 と Q50 を削除することでモデルの適合度が上昇したため、Q49 と Q50 を削除し因子分析を行った。最終的に 34 項目 6 下位尺度を「がん患者との EOLd における看護に関する質問紙」とした(表 10)。

## (3)EOLd における看護の下位尺度の確認的因子分析

探索的因子分析にて得られた 34 項目 6 下位尺度について確認的因子分析により適合度を求めた。その結果、2 組の誤差変数間(Q1 と Q2、Q4 と Q5)に共分散を仮定したモデルの指標が、 $\chi^2= 857.565$ ,  $df=510$ ,  $p=.00$ ,  $CFI=0.898$ ,  $GFI=0.748$ ,  $AGFI=0.706$ ,  $RMSEA=0.069$  であり適合度が良いとは判断できないが、他のモデルと検討した結果、当モデルは RMSEA において基準値を超え、CFI が基準値に近似しており、最も適合度が高く、質問

項目内容とのバランスも良いと判断した。また、確認的因子分析の結果と探索的因子分析の結果を比較し、 $CFI=0.783$  から  $CFI=0.898$  と上昇し 0.9 に近似し、 $RMSEA=0.082$  から  $RMSEA=0.069$  の値が 0.08 を下回る値となったため、探索的因子分析の結果得たモデルを採択した(図 4)。得られた 6 因子を以下のように解釈し、第 1 因子「治療や療養の選択に伴う意思決定支援」、第 2 因子「医学的ニーズのアセスメント」、第 3 因子「End-of-life を見据えた在宅療養支援」、第 4 因子「医師との協働」、第 5 因子「社会的ニーズのアセスメント」、第 6 因子「継続看護」と命名した。

#### (4)基準関連妥当性

看護師の問題解決行動尺度について、本研究の対象者における Cronbach の  $\alpha$  係数は  $\alpha=0.981$  であり、平均得点 は 166.8 ( $SD=28.9$ )であった。がん患者との EOLd における看護の全 50 項目の平均と看護師の問題解決行動の平均のピアソン積率相関係数は  $r=.745(p<.001)$ であった。

がん患者との EOLd における看護実践の程度に関する Numerical Rating Scale (以下 NRS)について、本研究の対象者における平均得点 5.79( $SD=1.898$ )であった。がん患者との EOLd における看護の全 50 項目の平均とがん患者との EOLd における看護実践の程度に関する Numerical Rating Scale (以下 NRS)の平均のピアソン積率相関係数は  $r=.688(p<.001)$ であった。NRS と高い相関が得られたが、がん患者との EOLd における看護には 6 つの側面があり、各々の側面を個別的に評価することが重要である。そのため、NRS ではなくがん患者との EOLd における看護を評価する 6 下位尺度 34 項目から構成される尺度が必要である。

#### (5)信頼性の検証

「がん患者との EOLd における看護に関する質問紙」の信頼性を検証するために、信頼性係数(Cronbach's  $\alpha$  係数)の算出をおこなった。Cronbach's  $\alpha$  係数は質問紙全 34 項目で  $\alpha=0.959$  であった。さらに因子ごとの  $\alpha$  係数は、第一因子は  $\alpha=0.855$ 、第二因子は  $\alpha=0.887$ 、第三因子は  $\alpha=0.893$ 、第四因子は  $\alpha=0.877$ 、第五因子は  $\alpha=0.874$ 、第六因子は  $\alpha=0.874$  であった。また、各因子間相関は  $r=0.330\sim0.616$  であった。(表 11)

表 10 がん患者との EOLd における看護に関する質問紙

因子名	項目	因子負荷量						
		1	2	3	4	5	6	
治療や療養の選択に伴う意思決定支援	Q1-28家族に治療方針に関する情報を提供する	0.91	-0.22	-0.09	0.05	0.11	0.03	
	Q1-27家族の話を傾聴し精神的なケアを行う	0.83	-0.13	-0.21	0.05	0.16	0.11	
	Q1-29家族から患者の意向に関する情報を収集する	0.78	-0.14	-0.05	0.04	0.19	0.09	
	Q1-19患者の意思決定に関する葛藤に寄り添う	0.77	0.08	-0.07	0.07	-0.06	0.03	
	Q1-22患者の気持ちの変化に合わせて話し合いを繰り返す	0.74	0.23	0.16	-0.08	-0.18	-0.07	
	Q1-23患者の理解の程度に応じて治療の見通しや予後に関する医師の説明の補足をする	0.65	0.08	0.19	0.03	-0.04	-0.14	
	Q1-21患者・家族・医療者間で今後の方向性の意向にずれが生じた場合に調整を行う	0.64	0.06	0.20	-0.11	-0.11	0.12	
	Q1-26家族の治療や治療終了後の過ごし方に関する意向を把握する	0.64	-0.15	0.04	0.07	0.22	-0.07	
	Q1-25患者と家族が意向や情報を共有できない場合に仲介する	0.60	0.13	0.21	0.14	-0.23	-0.03	
	Q1-20患者・家族と医療者で今後の方向性を共有する	0.60	0.20	-0.05	-0.02	-0.01	0.04	
医学的ニーズの アセスメント	Q1-16患者と話し合いをしやすい環境を作る	0.56	0.38	0.04	-0.10	-0.12	-0.10	
	Q1-24患者の話を傾聴し精神的なケアを行う	0.51	0.22	0.04	0.01	0.04	-0.01	
	Q1-2患者の心身の状態（ADL・心理的症状・認知機能）に関する情報を収集する	-0.13	0.78	0.00	0.17	0.12	0.05	
	Q1-1患者の疾患、進行度、治療方法、予後に関する情報を収集する	-0.12	0.76	0.02	0.06	0.14	-0.01	
	Q1-3患者の病状理解・受け止めにに関する情報を収集する	0.12	0.73	-0.10	-0.02	0.12	0.10	
	Q1-5患者の治療・療養に関する価値観に関する情報を収集する	0.16	0.45	-0.16	0.13	0.18	-0.05	
	Q1-4患者のこれまでの人生に関する情報を収集する	0.20	0.44	-0.12	-0.01	0.21	-0.11	
	Q1-33患者の状況に応じて在宅療養で活用できる社会資源（介護保険やヘルパー・訪問看護など）に関する情報を提供する	-0.09	0.06	0.94	-0.07	0.00	-0.04	
	End-of-lifeを見据えた在宅療養	Q1-31患者の療養生活を支えるために活用できる地域の社会資源（かかりつけ病院や往診医や訪問看護ステーション等）を把握する	-0.11	-0.22	0.78	0.14	0.35	-0.03
	支援	Q1-32患者の状況に応じて終末期の療養の場の選択肢（在宅・緩和ケア病棟等）に関する情報を提供する	0.11	-0.06	0.74	0.06	0.00	0.03
医師との協働	Q1-34患者の意向と状態に合わせて社会資源の導入や調整を行う	0.13	0.02	0.70	-0.07	-0.05	0.16	
	Q1-36患者の症状やADLに合わせて在宅での患者のケア方法を家族と検討する	0.35	-0.19	0.48	0.11	0.12	-0.07	
	Q1-45医師と患者が円滑に話し合いができるよう仲介する	-0.02	0.11	0.00	0.83	-0.04	-0.05	
	Q1-46医師の価値観や患者や他職種とのかかわり方に関する情報を収集する	0.09	-0.06	-0.05	0.81	-0.08	0.05	
	Q1-48医師と看護師間で協働関係を構築する	0.04	0.09	0.00	0.72	0.03	-0.01	
	Q1-47医師の背景に合わせて報告・相談方法を工夫する	-0.06	0.05	0.18	0.62	0.06	-0.03	
	Q1-44患者の理解の程度に応じて医師が患者へ病状や治療に関する情報提供を行う機会を提供する	0.22	0.12	-0.05	0.53	-0.04	0.09	
	Q1-6在宅での生活状況に関する情報を収集する	-0.12	0.16	0.08	0.01	0.71	0.05	
	社会的ニーズの アセスメント	Q1-10家族の介護力（サポート力）について情報収集する	0.13	0.28	0.13	-0.14	0.61	-0.08
	Q1-8経済状況について情報収集する	0.00	0.23	0.05	0.06	0.50	-0.02	
継続看護	Q1-9家族の病状理解・受け止めにに関する情報を収集する	0.25	0.33	-0.06	-0.03	0.48	-0.08	
	Q1-11患者・家族の社会資源（介護保険等）の活用状況に関する情報を収集する	-0.02	0.29	0.24	-0.17	0.40	0.24	
	Q1-42看護師間でカンファレンス等を行い患者の状況や問題を共有する	0.03	-0.06	0.01	-0.05	0.02	1.02	
	Q1-43記録やカンファレンスから得た情報を踏まえて患者へ看護を提供する	-0.02	0.20	0.07	0.16	-0.07	0.61	

最尤法 プロマックス回転

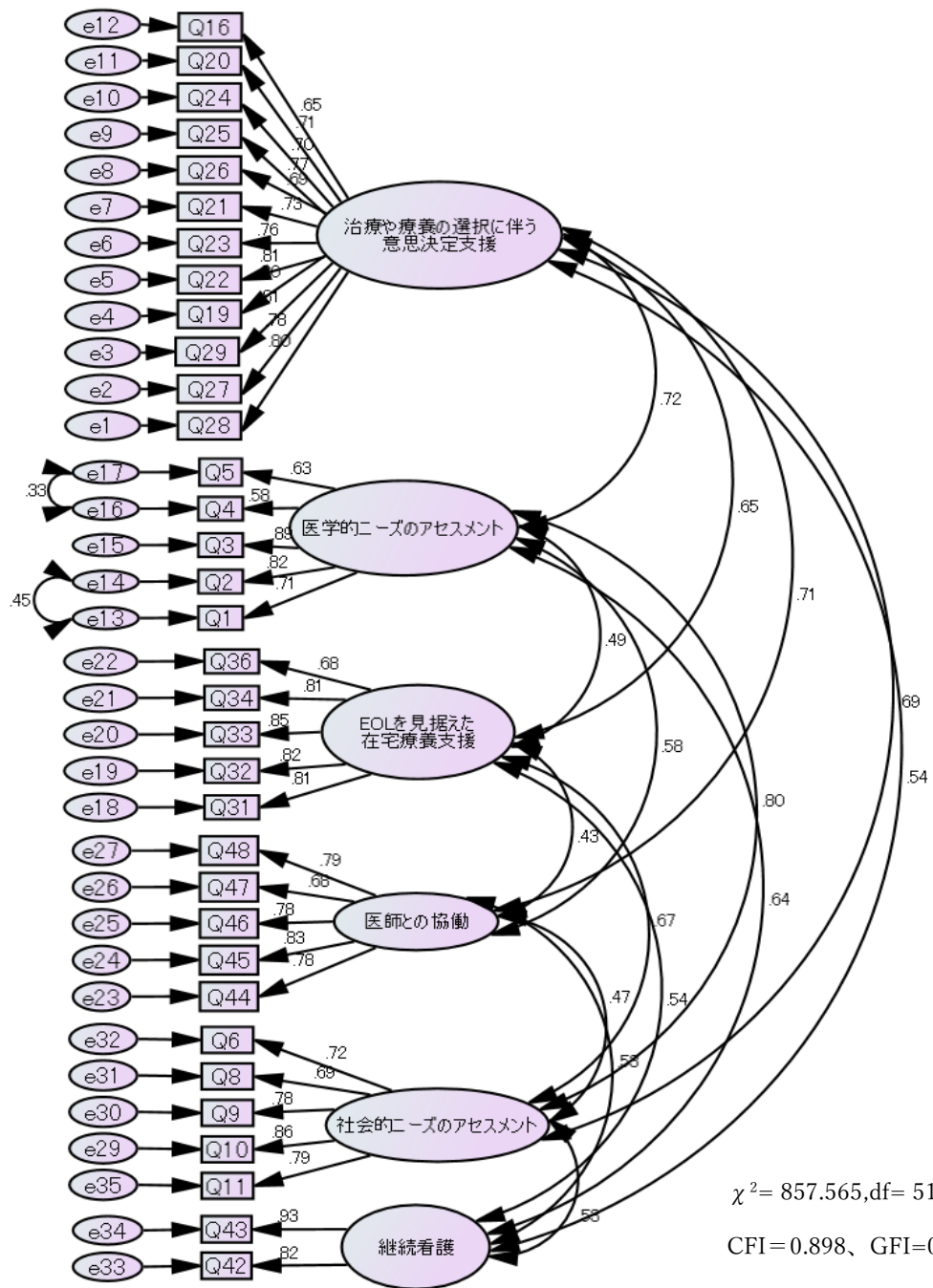


図 4 がん患者との EOLd における看護の構造

表 11 因子間相関

因子	1	2	3	4	5
2	0.616				
3	0.567	0.464			
4	0.626	0.421	0.330		
5	0.500	0.447	0.454	0.362	
6	0.420	0.515	0.488	0.369	0.341

## 8. 考察

探索的因子分析と確認的因子分析の結果、がん患者との EOLd における看護は 6 因子構造となった。仮説概念枠組みでは「支援の必要な患者の特定に向けた情報収集とアセスメント」という下位尺度に含まれていた項目が「医学的ニーズのアセスメント」「社会的ニーズのアセスメント」の 2 つの要素に分かれた。終末期への移行する過程にあるがん患者は、治療の選択と生活環境の調整が必要になる。そのため医学的側面と社会的側面の両面からアセスメントしニーズを明確にしていく必要があると考える。

また、「治療や療養の場の選択に伴う意思決定支援」という下位尺度には 12 項目が含まれた。それらは、Ottawa Decision Support Framework (ODSF) で示されている decision support のカテゴリーに相当する内容が抽出された。ODSF は個人の価値観や特性を尊重する「(1) 決定に関するニーズのアセスメント」、決定と意思決定の過程の質を改善することをめざした「(2) 決定の支援の実施」、意思決定のプロセスと決定の成果としての「(3) 評価」から構成されており、意思決定支援の枠組みとして広く使用されている (L'égare, Fet, al, 2006)。がん患者との EOLd における看護の項目では患者のみならず家族に対しても患者と同様な関わりを持ち、さらに患者と家族の関係性や情報共有の仲介も行っていた。EOLd では終末期にどのように過ごすかが意思決定に重要な影響を与えている。そのため、療養環境を考える上で患者個人だけでなく家族の理解や協力は必要不可欠な要素となる。そのため、意思決定支援においても患者と家族が同じ方向性を持てるよう支援を行っていたと考える。

「End-of-life を見据えた在宅療養支援」では、看護師はがん患者が治療中から人生の最終段階に至るまで、在宅にて QOL を保ちながら生活するために、治療や疾患の進行状況を鑑みながら社会資源の導入や調整を行うとともに、家族に対して支援方法を検討していた。これらはがん患者の EOLd における看護として重要な要素である。地域完結型のがん医療の構築を目指す上で、早期から地域において患者を支えるチームや環境を把握・整備することは非常に重要なことである。がん患者の ADL は終末期に入ると急激に低下する傾向がある。そのため、病状が進行し ADL が低下してから療養支援を開始するのは十分な支援が行えない可能性がある。特に、現在の地域包括ケアは高齢者を前提として作られており、介護保険の申請など時間を要する場合が多い。そのため、看護師は疾患の経過を予測しながら患者のニーズに合わせて療養支援を行っていたと考えられる。

また、「医師との協働」では、確認的因子分析において、Q49「医師の不安や迷いに対



して精神的な支援を行う」、Q50「医師間での治療に対する方針の違いを調整する」を削除することでモデルの適合度が上昇した。その要因として、これらの実践は EOLd を行うことを円滑にするために医師を支援することである。我が国の現状として、EOLd に対するがん治療医の意見をまとめた先行研究の結果、医療者の起因する課題として、【患者・家族・医療者の双方への精神的サポートの不足】【医療者間の考え方の相違が挙げられている】が抽出されている(垂見ら,2016)。看護師はこのような課題に対して日々、支援や調整を行っていることが明らかになったが、EOLd における看護としての役割から考えると本来の役割からは逸脱していると考えられる。看護師は専門職として医師と協働し、がん患者が EOLd を適切な時期に円滑に行うことができるよう医師と患者間の仲介を行っていたと考えられる。

また、「継続看護」では、患者の意向や状況も病状の進行や環境の変化に伴い日々変化しているため、その状況に応じた支援が求められている。看護師は交代制勤務を行いながら看護を行っているため看護師間での情報共有はとても重要である。特に外来ではプライマリ制をとっている病院は少なく、様々な看護師が関わる。そのため、支援の必要な患者に対して効率良くかかわるために、電子カルテやカンファレンスを通して課題や情報を共有することが必要だと考えられる。

## 第Ⅶ章 研究方法

### 1. 研究目的

本研究の目的は外来通院中のがん患者との EOLd における看護と看護師の「個人的要因」・「組織/環境的要因」との関連を明らかにすることである。

### 2. 研究方法

#### 1) 本研究の概念枠組み

これまで、「がん患者との EOLd における看護」の概念について、予備研究Ⅰ～Ⅳを通して以下の概念を構成する下位概念を抽出してきた(表 12)。

先行要件として、【看護師の背景】【医療者の背景】が抽出され、個人的要因と環境/組織的要因に大別された。環境/組織的要因として、医療者の業務に対する質的・量的負担やストレス、医師と看護師の協働の程度、緩和ケアチームの有無等の施設の設定が抽出された。また、個人的要因として医療者の価値観や教育の程度、看護師の専門職的自律性が抽出された。

属性として、予備研究Ⅰ～Ⅲから「がん患者との EOLd における看護」に関する内容について 5 つのカテゴリーを抽出した。抽出されたアイテムを用いて予備研究Ⅳにて確認的因子分析と探索的因子分析を行った結果、6 下位尺度が抽出された。それは、第 1 因子「治療や療養の選択に伴う意思決定支援」、第 2 因子「医学的ニーズのアセスメント」、第 3 因子「End-of-life を見据えた在宅療養支援」、第 4 因子「医師との協働」、第 5 因子「社会的ニーズのアセスメント」、第 6 因子「継続看護」であった。

帰結として、患者アウトカムとして「終末期の QOL の増加」、「患者の自律した意思決定の増加」、「自らの意思に沿った選択」が抽出された。医療者アウトカムとして「医療者のやりがい」、「患者の意向に沿った場所への橋渡し」が抽出された。そして、それらの経験を経験知として蓄積し、「経験を次に生かす」という次の質の高い看護実践に向けて生かしていた。

以上の予備研究Ⅰ～Ⅳの結果を統合し概念枠組みを作成した(図 5)。本研究では先行要件と属性のみを用いる。また、「経験を次に生かす」を除外し図 6 に示す仮設概念枠組みを使用した。

予備研究Ⅰ概念分析	予備研究Ⅱ	予備研究Ⅲ	予備研究Ⅳ
<p>【医療者の背景】</p> <p>先行要因</p> <p>《医療者のEOLdに関する教育の程度》</p> <p>《EOL care・EOLdに対する価値観》</p> <p>《時間的な制約》</p> <p>《医療者の過重負担》</p>	<p>【看護師の背景】</p> <p>《患者に関心を寄せる》</p> <p>《看護師の価値観》</p> <p>《専門職としての責任感を持つ》</p>		
<p>【終末期の医療・ケアと死に行き過程に関する話し合い】</p> <p>【EOLdのタイミングを判断する】</p> <p>【患者の望みや嗜好に関する話し合い】</p> <p>【療養の場に関する話し合い】</p> <p>【家族への知識提供と家族の価値観についての話し合い】</p> <p>【価値観、個別性の尊重】</p> <p>属性</p> <p>【医療者と患者・家族のチームで共有する】</p> <p>性</p> <p>【信頼関係を築き意思決定を援助】</p>	<p>【支援が必要な患者の特定に向けた情報収集とアセスメント】</p> <p>【患者・家族の意向把握と意思決定支援】</p> <p>【End-of-lifeを見据えた療養支援】</p> <p>【院内外のも職種連携と継続看護】</p> <p>【医師との協働】</p>	<p>【自己の思いに沿った治療・療養の場に関する意思決定】</p> <p>【療養の場の選択に関する情報提供】</p> <p>《希望する意思決定方法に応じた意思決定》</p> <p>《治療の副作用とQOLのバランスに関する話し合い》</p> <p>《治療の選択肢とメリット・デメリットに関する詳細な説明》</p> <p>《予後に関する情報提供》</p> <p>【副作用や症状に対応した療養生活の構築】</p> <p>《安心して在宅療養ができる環境の整備》</p> <p>《緊急時の体制づくりと保障》</p> <p>《副作用や生活に関する心配事に関する相談》</p> <p>《症状を予測し対処法を知ることでの心の準備をする》</p> <p>《仕事を続けながら治療できるための支援》</p> <p>【医療者との継続的な関係性の構築】</p>	<p>【治療や療養の選択に伴う意思決定支援】</p> <p>【医学的ニーズのアセスメント】</p> <p>【End-of-lifeを見据えた在宅療養支援】</p> <p>【医師との協働】</p> <p>【社会的ニーズのアセスメント】</p> <p>【継続看護】</p>
<p>【患者の安楽に焦点を当てたケアの増加】</p> <p>【終末期の積極的治療の減少】</p> <p>【患者の意向を含んだEOLケアの増加】</p> <p>帰</p> <p>【患者の自律した意思決定の増加】</p> <p>結</p> <p>【終末期のQOLの向上】</p> <p>【積極的治療の減少による医療費の低下】</p>	<p>【End-of-life discussionsの評価】</p> <p>《患者の意向に沿ったところへ繋げることができた》</p> <p>《その人らしい最期を迎えた》</p> <p>《関わった医療者がやりがいを感じている》</p> <p>《患者と家族が納得している》</p>		

表 12 がん患者との EOLd における看護の下位概念一覧

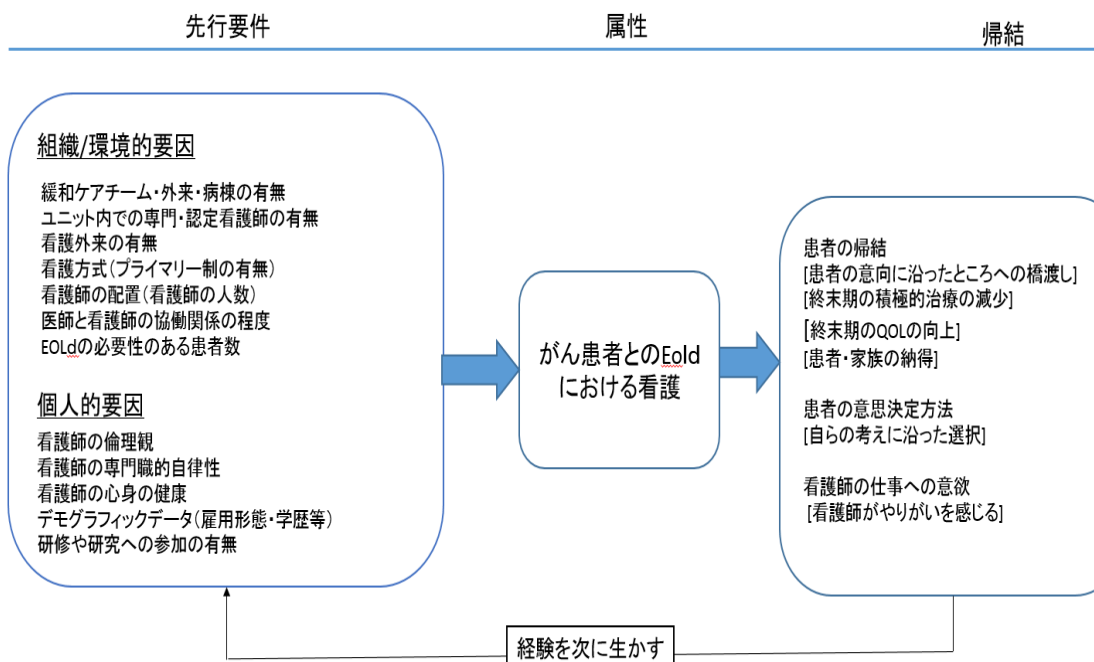
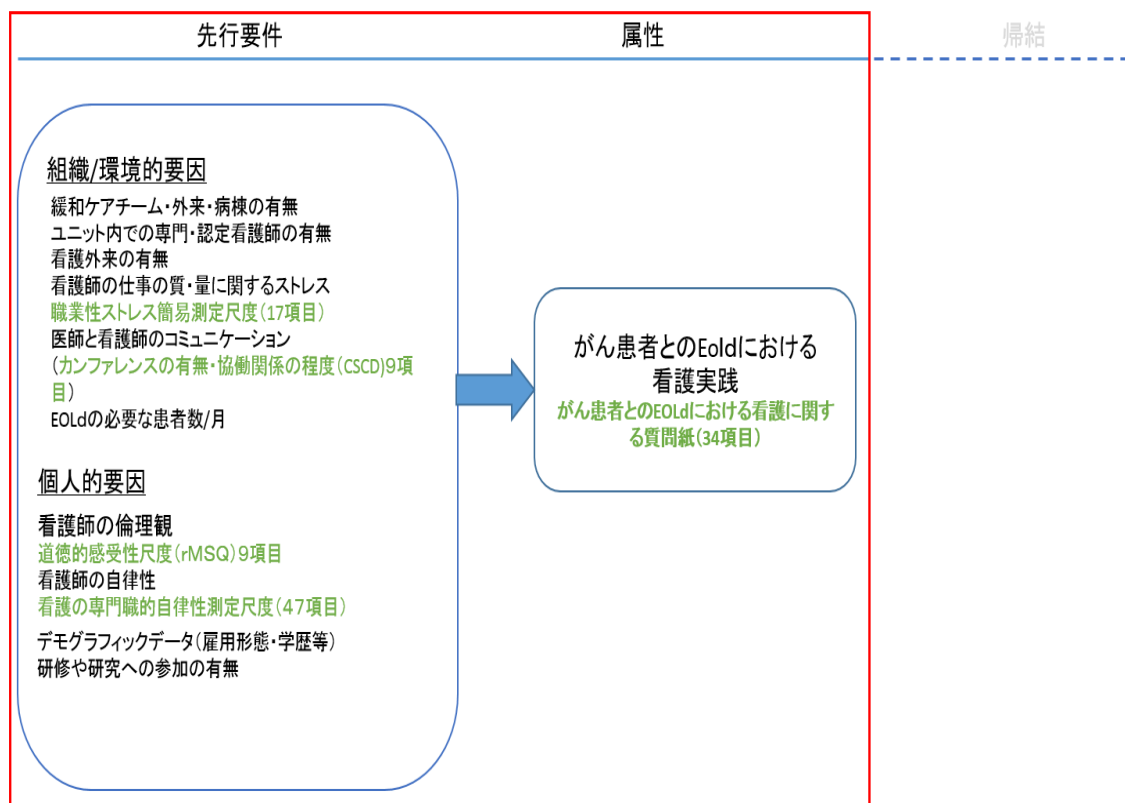


図 5 がん患者との EOLd における看護の概念枠組み



緑色の文字は各概念を測定するための尺度・質問

図 6 本研究におけるがん患者との EOLd における看護の概念枠組み

構成概念		看護師			看護介入		
概念	看護師の個人的要因						
							がん患者に対するEnd-of-life discussionsにおける看護
下位概念	看護師の環境的要因						
下位概念	看護師の専門職的自立性						
下位概念	患者に関心を寄せる						
下位概念	看護師の教育の程度						
下位概念	環境的要素						
下位概念	看護師と医師との協働の程度						
下位概念	看護師の仕事のストレス						
下位概念	看護実践の程度						
経験的指標	性別 年齢 看護師経験年数 外来看護師経験年数 がん看護経験年数 職位						
経験的指標	看護師の専門職的自立性尺度(47項目)						
経験的指標	看護師の道徳的感性尺度(9項目)						
経験的指標	最終学歴・資格・研修会の参加の程度						
経験的指標	看護師の配置 ・看護チーム・外来・病棟の有無 ・ユニット内の専門認定看護師の有無 ・がん看護外来の有無 ・合同カンファレンスの有無および参加職種 ・EOLdに必要な患者数(月)						
経験的指標	Collaboration and Satisfaction About Care Decision(CSACD)9項目						
経験的指標	職業性ストレス簡易測定尺度(17項目)						
経験的指標	がん患者とのEOLdにおける看護に関する質問紙(34項目)						
尺度	意義尺度						
尺度	間隔尺度						
尺度	意義尺度						
尺度	間隔尺度						
尺度	意義尺度						
尺度	間隔尺度						
尺度	間隔尺度						

図 7 サブストラクション

## 2) 研究デザイン

本研究は、自己記入式質問紙法を用いた量的探索的研究である。

## 3. 対象

### 1) 対象の条件

外来通院中のがん患者と接する機会の多い、化学療法室・放射線治療室・がん患者を対象とした一般外来に勤務する看護師を対象とする。また、Benner(1992)は臨床経験年数2～3年を一人前と定義しており、基本的な看護実践能力を持っていると考えられる看護師経験年数3年目以上の外来看護師を対象とした。

### 2) 対象者の抽出

石井(2005)は被験者数の目安を最も多い質問項目の5倍から10倍と述べていることから、250名を最低基準とする。先行研究にて施設協力数が4割程度であり、各施設の外来看護師参加人数が6名程度であったことから、384施設に研究協力依頼を行った。

### 3) 対象施設の抽出

厚生労働省に登録されている全国のがん診療連携拠点病院(434施設)のうち、予備研究Ⅳにて対象とした施設(50施設)を除外した。

### 4) 対象のリクルート方法

がん診療連携拠点病院の看護部長に、作成した研究協力依頼に関する書類を送付し研究協力の諾否と協力可能人数に関して回答をもらった。研究協力への承諾が得られた病院に対して協力可能人数分の調査用紙を送付し、看護師に調査票を配布してもらった。

## 4. データ収集方法

調査用紙は、外来で化学療法・放射線療法・がん看護に関わっている看護師に無記名で自己記載してもらい同封した封筒を用いて各自で投函してもらった。

## 5. データ収集期間

2018 年 4 月 25 日から 2018 年 7 月 30 日

## 6. 測定用具

測定用具は、サブストラクションに示す通りである(図7)。

### 1) 個人的要因

#### (1) 「看護師の道徳的感受性尺度(J-MSQ)」

がん医療が進歩し、延命治療が可能になり治療を選択する意思決定は困難を増している。このような意思決定場面に直面させられたとき、患者・家族はもちろん、医療者ですら、そこに明確な答えを示すことは不可能である。医療上の意思決定に関しては、厚生労働省が人生の最終段階の医療に関するガイドラインで述べているように、医療者と患者・家族が協働し話し合いを行うことが重要とされている。

そのため、医療者は、非常に重要な、他者の意思決定に深く関与しなくてはならず、高い倫理観をもち対応することが強く求められている。

厚生労働省は 2011 年に、看護基礎教育の充実に関する報告書の中で、基礎的な看護実践能力の中に「倫理的な看護実践の提供」という指針を示している。日本看護協会も 2000 年の ICN 看護師の倫理綱領に照らし、2003 年に「看護者の倫理綱領」を示し、その普及に努めている。それに応えるべくほとんどの養成機関が、倫理を基礎教育科目として教授している。

また、Fry(2002)は看護師にとって倫理を学ぶことは、看護師が道徳的であるための能力を養うためのものでもあると述べている。さらに、倫理的活動が個人の道徳によると指摘し、適切かつ効果的に対応することのできる能力は道徳的感受性、道徳的思考、道徳的動機、道徳的人間性の発達であることを述べている。中でも道徳的感受性は、個人の福祉や安寧に影響を与える状況的な側面を意識できるかどうかという感覚であり、個人の人生経験や生育環境に影響を受けるほか、受けてきた、あるいは受ける教育にも影響すると言われる。Lützen et al(1994)は Moral Sensitivity Test(以下、MST)という尺度を開発し、看護師の道徳的感受性が測定できるようにした。その後、日本において翻訳、一部修正し、看護学生、医学生、臨床看護師に使用したものや、その後、中村ら(2003)が信頼性・妥当性を検証した道徳的感受性尺度が様々な研究で使用されている。一方で、



Lützen らは MST に改訂を重ね、2006 年にスウェーデンにおける現在の一般的なヘルスケア実践領域での使用に耐えうる moral sensitivity の構成概念と質問項目の整理を行い、Revised Moral Sensitivity Questionnaire(以下 rMSQ)を発表している。前田ら(2012)は rMSQ の日本語版の作成を行い信頼性・妥当性の検証を行っており、看護師の倫理感として「看護師の道徳的感受性尺度(J-MSQ)」を用いた。

Lützen らの開発した rMSQ は、価値が対立している状況における道徳的な価値に対する配慮と自分の役割と責任の自覚を測定するための 9 つの質問項目からなる尺度である。道徳的感受性は、Moral Strength(道徳的強さ、以下 MS)、Sense of Moral Burden(=道徳的な気づき、以下 SMB)、Moral Responsibility(=道徳的責任感、以下 MR)の 3 つの潜在因子を想定している。MS とは、自分を守るためではなく、患者の立場から行為を正当化できる勇気や物事に立ち向かう能力、SMB は道徳的価値を含む問題や状況により惹起される道徳的負担に対する感覚、MR は一義的には規則や制度に従って働くための道徳的義務およびその目的を見抜く力、さらには個々の患者の視点から何が道徳的問題なのかを知ることでもある。これらの質問項目それぞれに対して、rMSQ 同様、「全くそう思わない」から「強くそう思う」までの 6 段階のリッカート尺度により回答を求め、選択した回答に応じて 1 点～ 6 点を付与し得点化する。質問 9 は逆転項目である。

J-MSQ は第 3 因子(MR)の  $\alpha$ 係数が.144 と低い結果を示している。MR は文化的背景によって変化する要素であり、本研究の対象者で再検討する。

## (2) 「看護師の専門職的自律性測定尺度」

近年、医療の高度化や慢性疾患の増加に伴い患者背景は多様化しており、看護実践における看護の判断やケアの技術などの専門的な能力が一層求められている。草刈(1995)は看護の専門性を①理論・技術が高度で、代替不能性が高いこと、②職業機能の緊急性、不可欠性から要請される理論・技術の必要性、③理論・技術の利用性、④理論・技術の応用に際しての創造性、の 4 指標に照らして分析をしている。この枠組みからは、看護職は理論・技術の利用性が低く、また、勘やコツの部分が多いために知識に創造というよりは伝達の側面が強いといえることができる。さらに、Dempster(1994)は医師と看護師の階層的な関係は、医師と病院によってコントロールされ、それは看護師に無力と依存の状態をもたらしたと述べている。我が国の現状も米国の看護師がたどってきた歴史的過程と同様に看護師が「療養上の世話」に関する看護行為も判断・決定をすることがない場面がい

まだに多い。しかし、医療の変化に伴い米国では看護専門職が自律的な役割を担っていくことがコストを削減しかつ質の高いケアを提供するための戦略とされており、日本においても医師主導型の医療体制から患者中心の医療体制へ変化してきている。

看護職が看護の質を高めていくためには、専門職として自律性を高め、自主的・主体的な看護上の判断や実践を通して看護の専門性を発揮していくことが必要である(菊池ら, 1997)。そのためには、看護職一人ひとりが専門的な知識・技術に裏付けられた意思決定を自ら可能にし、その上での確かな看護実践に取り組む能力を持つことが必要である。

看護職の自律性に関する研究は、1960年代から米国において行われるようになった。1970年代に入り、専門職の自律性を測定する幾つかの尺度が開発され(Pankratz, 1974; Schutzenhofer, 1987; Dempster, 1990), 経験年数(Sabisutonand Laschinger, 1995), 教育的背景, 所属部署(Pankratz, 1974; Schutzenhofer & Musser, 1994)との関連が報告された。日本国内においては、1990年代に看護職の自律性を測定する Pankratz Nursing Questionnaire の日本語版が翻訳され、教育的背景や自尊感情ならびに内的統制などの関連が示された(香春, 1984; 志自岐, 1992)。また、菊池ら(1997)は「認知」「判断」「実践」から成る看護師の自律性測定尺度を開発し、職場環境・職務意識, 年齢, 経験年数, 職務満足度との関連を報告した(菊池ら, 1997; 菊池, 1999)。看護職の専門職的自律性の測定には、菊池ら(1997)が開発した自律性測定尺度の許可を得て使用する。本尺度は看護における認知能力, 判断能力, 実践能力がどの程度身に付いているのかを測定する尺度である(菊池, 2000)。「認知能力」「実践能力」「具体的判断能力」「抽象的判断能力」「自立的判断能力」の5つの因子から成り、47項目で構成されている。尺度の信頼性, 妥当性は確保されている。採点は「かなりそう思う」の5点から「そう思わない」の1点による5件法で、否定的な質問項目は得点を逆転し算出させ、点数が高いほど自律性が高いことを意味している。本研究では看護師の専門職的自律性として「看護師の専門職的自律性測定尺度」を用いた。

### (3) 看護師の属性と教育の程度

デモグラフィックデータとして研修や研究への参加の有無、看護師の性別、看護師の年齢、看護師経験年数、がん看護経験年数、最終学歴、雇用形態を収集した。

## 2) 組織/環境的要因

### (1) Collaboration and Satisfaction About Care Decision 「CSACD」

医療の進歩や疾病構造の変化に伴い、患者の抱えるニーズは多様化しており、一個人に多くの職種の関わりが必要となっている。加えて、入院日数の短縮化や地域包括ケアの促進によって医療と生活の両面から患者を捉えて支援する医療提供体制が求められている。そのためには、医師や看護師やその他の職種がチームとして情報共有や役割分担を行い協働して患者と関わるのが重要である。

医師と看護師は通常、共通の空間で共通の患者のために働いており、それぞれの仕事をするために互いに交流することは不可欠である。Alpert et al(1992)らが「医師と看護師の協働性は、単に近接して互いに働くこと以上のものである。看護師と医師の協働性には、個々の活動の合計より大きな結合的活動を生み出す共同がある」と述べている。吉井(2004)は患者へのケアの質を最高のものにするという視点から整理すると、協働性の中心的な概念は「患者に問題のアセスメント・計画・実施・評価のプロセスにおいて、両職種の知識や技術や視点や判断の違いが最大に生かされる方法で、意思決定やケア提供が行われる関係性」と述べている。

欧米では1970年前後より、患者アウトカムを向上させる医療提供方法として医師と看護師の協働的な関係が注目され、両者の協働に関する概念検討や、主観的あるいは客観的な測定が試みられている。主な既存の尺度はWeiss & Davis(1985)のCollaboration Practice Scale(以下CPS)とBaggs(1994)のCollaboration and Satisfaction About Care Decisions(以下CSACD)がある。いずれも、両者の協働やそれに近い関係性が、患者の死亡や再入室の低下(Bsggs&Schmitt, 1997)や術後疼痛や在院日数の低下(Gittell et al,2000)、医療者の満足度の向上(Stichler, 1990)など、肯定的な結果を報告している。

日本においては、小味ら(2010)のCPS日本語版を用いて、成人病棟における看護師—医師間の協働的実践の程度の現状を報告や、宇城(2006)が急性期病棟における医師との協働に関する看護師の認識と関連する要因を調査している研究がある。また、小澤ら(2012)はCSACDの日本語版の開発を行い、NICU・GCUにおいて看護師と医師を対象に調査を行っている。CSACDは、急性期病棟でのケアの意思決定に関する看護師—医師間の協働とその満足度を測定する尺度で、看護師と医師が全く同じ質問項目を回答し、所属する病棟における看護師—医師の協働について評価する。この尺度はShmidtの自己主張性と協調性がともに高い態度を協働としたコンフリクトマネジメントモデルを参考にB

aggs(1994)によって開発された。CSACD は、協働に関する 7 項目と協働についての満足に関する 2 項目の全 9 項目で構成されている。協働に関する 7 項目の内、6 項目は協働における重要な態度について測定する項目であり、「強く同意しない(1 点)」から「強く同意する(7 点)」までの 7 段階で評価する。また、7 項目の内、1 項目は医師と看護師の協働の程度について包括的に測定する項目であり、「全く協働していない(1 点)」から「非常に協働している(7 点)」までの 7 段階で評価する。協働に関する得点はこの 7 項目の合計得点となり、合計得点が高いほど協働に対する満足の程度が高いことを示す。また、CSACD は 9 項目の合計点は算出せず、協働に関する 7 項目の合計得点と協働に対する満足に関する 2 項目の合計点を算出する尺度であり、協働に関する項目の範囲は 7—49 点、満足に関する項目の範囲は 2—14 点となる。CSACD は看護師・医師の両者に使用できるものとして開発されており、先行研究において看護師のみに使用した文献もあり(石引ら,2013)、本研究では研究の特性上看護師にのみ使用した。

## (2)看護師の職業性ストレスチェック尺度

仕事のストレス要因に関する尺度は 9 項目で、心理的な仕事の量的負担(A 項目 No.1～3)と心理的な仕事の質的負担(A 項目 No.4～6)、身体的負担(A 項目 No.7)、コントロール(A 項目 No.8～10)、技術の活用(A 項目 No.11)、対人関係(A 項目 No.12～14)、職場環境(A 項目 No.15)、仕事の適性度(A 項目 No.16)、働きがい(A 項目 No.17)から成っている。各項目に対する回答は 4 件法(例：1＝そうだ、2＝まあそうだ、3＝ややちがう、4＝ちがう)である。本研究では、外来看護師の職場における仕事の量的・質的ストレスの程度を測定するために、上記尺度を用いて測定した。

## (3)環境的要素

環境的要素として緩和ケアチーム・外来・病棟の有無、ユニット内での専門・認定看護師の有無、看護外来の有無、に関する情報を収集した。

## 3)「がん患者とのEOLdにおける看護に関する質問紙」

### (1)質問項目

「がん患者との EOLd における看護に関する質問紙」の質問項目は、文献検討と予備研究を通して導きだした。その結果、6 下位尺度 34 項目が抽出された。

## (2)様式

「4：いつも行っている」「3：だいたい行っている」「2：あまり行っていない」「1：全く行っていない」の4ポイントのリッカート・スケールで点数化する。4段階とした理由は「どちらでもない」という選択肢に回答が偏ること避けたかったからである。

## 7. 実施手順

### 1) 質問紙の配布とデータ収集

- (1)質問紙の配布とデータ収集調査対象施設の看護部長または施設長宛てに、研究の趣旨および調査手順を記載した研究協力依頼書[資料 1]、対象者への研究依頼文書と質問紙[資料 2]および返信葉書き[資料 3]を郵送し、本研究の目的と意義を説明するとともに研究への協力を求め、返信葉書きに参加の意思と、研究協力が得られる看護師数を記入し返送してもらった。
- (2)研究協力を得られた各施設へ、葉書きに記入された人数分の研究依頼文書と質問紙、返信用封筒を添えて各施設に送付した。
- (3)必要時、研究者が研究の目的と意義、調査方法の詳しい説明を行う。
- (4)対象者へは、看護部長または施設長より研究依頼文書と質問紙、返信用封筒を渡し、研究の協力依頼を行った。
- (5)質問紙は説明文などを含め全部で8頁、記入頁数は6頁であり、所要時間は約20分である。
- (6)対象者には質問紙回答後、質問紙を個別に封入し返信用封筒に入れ郵送してもらうように研究依頼文書に明記した。返信用封筒には両面テープで封ができるものを使用した。

## 8. 分析方法

「がん患者との EOLd における看護」と、「個人的要因」の各変数および「組織/環境的要因」の各変数を用いて Pearson の積率相関係数を用いて関連を検討した。また、個人的要因内・組織/環境的要因内での変数の関連を検討した。さらに、目的変数を「がん患者との EOLd における看護」全体、説明変数に「個人的要因」の各変数および「組織/環境的要因」の各変数を用いて強制投入法による重回帰分析を行った(図 8)。「がん患者との EOLd における看護に関する質問紙」の信頼性を検討するために、Cronbach  $\alpha$  信頼性係数を算出した。また、構成概念妥当性を検討するために確認的因子分析を行い適合度指数の検証を行った。解析は統計パッケージ SPSS24 Version,24 を用いた。

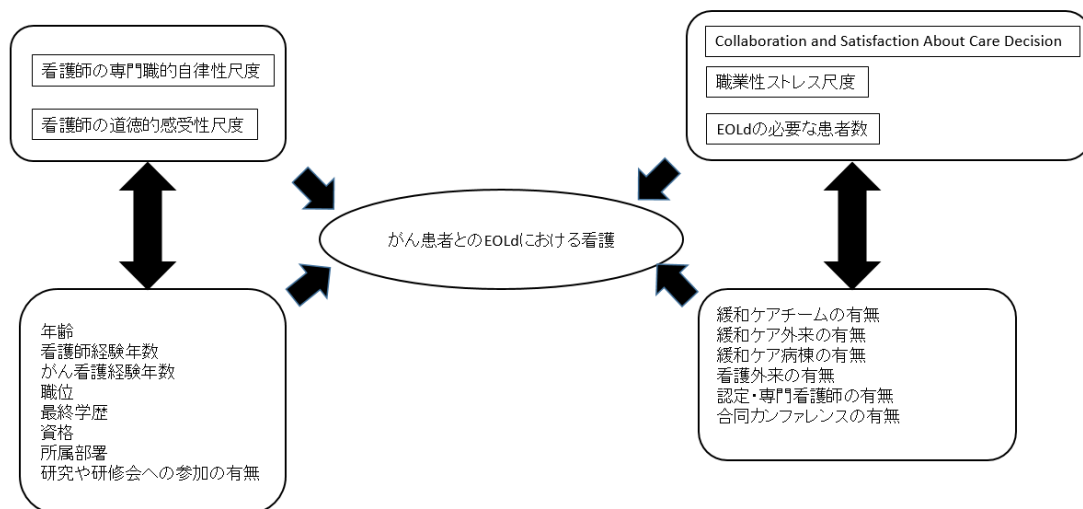


図 8 分析における仮設概念枠組み

## 9. 倫理的配慮

### 1) 対象者の個人の人権擁護

- (1)研究への協力は紹介された看護師の自由意思で決定できる
- (2)研究協力しない場合において、それにより不利益を被ることのない
- (3)研究への参加の諾否は紹介者に分らない

### 2) インフォームド・コンセントの時期、方法及びその内容

- (1) 希望する対象者には、本研究結果の概要を書面にて郵送しフィードバックを行う

### 3)対象者にもたらされる利益・危険性・不利益、それに対する配慮

研究協力により参加者に直接的なメリットはないが、患者との EOLd における看護がどの程度できるかについて振り返ることができる。また研究参加により今後のこの研究分野の発展に貢献することに繋がることを説明する。また、デメリットとして 20 分程度の時間的拘束が挙げられることを説明した

### 4) 研究協力により発生する費用とその負担者

なし

### 5) 個人情報の保護と患者識別

- (1)対象者の個人を特定できる内容について、記述・文書・記憶媒体等への保存は一切行わない
- (2)研究に必要なない情報は収集しない
- (3)質問紙は匿名化し、ID 番号を振って管理し、個人が特定できないよう配慮する

### 6) 資料の保管・廃棄方法

- (1)質問紙は鍵のかかる場所にのみ保管し、遅くとも 2019 年 3 月を持って消去、破棄する
- (2)匿名化されたデータは暗証番号の付与された USB に保管し、2023 年 3 月を持って消去する



#### 7). 結果公表時の匿名性

(1)研究結果を学会や学術雑誌に公表する可能性のあること、その場合も匿名性を確保する

上記に関しては、質問紙の表紙として添付する依頼文に表記し、これらの文書を読み、同意を得られた場合に回答してもらうこととした。また、質問紙表紙に記載している研究協力の同意に関するチェックボックスへ記載と返信を持って同意とした

#### 8). 研究全体の経費

研究全体の経費は印刷費・郵送費・データ入力費で約50万円を予定しており、研究は笹川記念保健協力財団による助成金にて実施した

## 第Ⅷ章 結果

### 1. 調査施設及び回収率

全国の地域がん診療連携拠点病院 350 施設に研究協力の依頼を行い調査協力の得られた 148 施設(42.0%)において、1954 名に調査を依頼し、787 名から回答を得た(回収率 40.2%)。そのうち、尺度への回答に不備のあった 59 部を除外し、さらに所属部署が病棟と答えた 17 名と看護経験年数が 3 年未満の 2 名を除外した結果、有効回答者は 709 名(有効回収率 36.2%)であった。

### 2. 対象者の属性

#### 1) 個人的属性

性別は女性 700 名(98.7%)、男性 9 名(1.3%)であり女性が 9 割を占めていた。年齢は 24-64 歳の範囲で、平均 42.89 歳( $SD = 7.3$ )であった。看護職としての就業年数は 3 年 - 43 年で平均 19.6 年( $SD = 7.4$ )であった。がん看護経験年数は 0-41 年で平均 12.06 年( $SD = 7.4$ )であった。職位は管理職ではないスタッフ看護師が 488 名(68.8%)であった。看護師教育背景は、専門学校が 507 名(71.5%)であった。資格は、特になしが 516 名(71.8%)、認定看護師 143 名(20.3%)、専門看護師 17 名(2.5%)、その他 33 名(5.4%)であった。現在の勤務先は化学療法室が 269 名(37.9%)、放射線療法室が 60 名(8.5%)、一般外来が 316 名(44.6%)、化学療法室と放射線療法室の併任が 1 名(0.1%)、放射線療法室と一般外来の併任が 5 名(0.7%)、その他が 57 名(8.0%)であった。その他のうち、緩和ケアチームに在籍している者が 18 名、がん相談支援センター 7 名が含まれていた。研究や研修会への参加の有無は有りが 566 名(79.8%)、無しが 143 名(20.2%)であった(表 13)。

#### 2) 組織/環境的属性

緩和ケアチームの有無は有りが 619 名(87.3%)、無しが 89 名(12.6%)であった。緩和ケア外来の有無は有りが 551 名(77.7%)、無しが 156 名(22.0%)であった。緩和ケア病棟の有無は有りが 243 名(34.4%)、無しが 442 名(62.3%)であった。ユニット内での専門看護師・認定看護師の有無は有りが 567 名(80.0%)、無しが 121 名(17.1%)であった。看護外来の有無は有りが 493 名(69.5%)、無しが 195 名(27.5%)であった。EOLd が必

要な患者数/月は0人が39名(5.5%)、1人から5人が311名(43.9%)、6人から10人が92名(13.0%)、10人以上が169名(23.8%)であった。合同カンファレンスの有無は有りが516名(72.8%)、無しが193名(27.2%)であった。有りの内、参加職種については看護師500名、医師434名、薬剤師333名、社会福祉士328名、栄養士202名、その他171名であった。その他の職種としてケアマネージャー、訪問看護師、作業療法士、理学療法士、臨床心理士、放射線技師、宗教家が参加していた(表13)。

表 13 対象者の属性

N=709

項目	人数 (人)	%	平均	標準偏差
性別	男性 9 女性 700	1.3 98.7		
年齢	全体 21-29 19 30-39 215 40-49 331 50-59 132 60-64 10 無回答 2	2.7 30.3 46.7 18.6 1.4 0.3	42.89	7.3
看護師経験年数	全体 3年-10年 77 11年-20年 338 21年-30年 238 31年以上 56	10.9 47.7 33.6 7.9	19.6	7.4
がん看護経験年数	全体 0年-5年 157 6年-10年 187 11年-20年 271 21年以上 90 無回答 4	22.1 26.4 38.2 12.7 0.6	12.06	7.4
職位	管理職 30 中間管理職 191 スタッフ 488 化学療法室 269 放射線療法室 60 一般外来 316	4.2 26.9 68.8 37.9 8.5 44.6		
配属部署	化学療法室/放射線療法室 1 化学療法室/一般外来 5 その他 57 無回答 1	0.1 0.7 8 0.1		
資格の有無	なし 516 認定看護師 143 専門看護師 17 その他 33	71.8 20.3 2.5 5.4		
最終学歴	専門学校 507 短期大学 79 大学 95 大学院 28	71.5 11.1 13.4 3.9		
研究や研修会等への参加の有無	あり 566 なし 143	79.8 20.2		
緩和ケアチームの有無	あり 619 なし 89 無回答 1	87.3 12.6 0.1		
緩和ケア外来の有無	あり 551 なし 156 無回答 2	77.7 22 0.3		
緩和ケア病棟の有無	あり 243 なし 442 無回答 24	34.3 62.3 3.4		
専門看護師・認定看護師の有無	あり 567 なし 121 無回答 21	80 17.1 3		
看護外来の有無	あり 493 なし 195 無回答 21	69.5 27.5 3		
EOL d が必要な患者数/月	0人 39 1人～5人 311 6人～10人 92 10人以上 169 無回答 98	5.5 43.9 13 23.8 13.8		
合同カンファレンスの有無	あり 516 なし 193	72.8 27.2		
職種（重複あり）	看護師 500 医師 434 薬剤師 333 SW 328 栄養士 202 その他 171			

### 3. 測定用具の概要

#### 1) がん患者とのEOLdにおける看護

本尺度は、第1因子「治療や療養の選択に伴う意思決定支援」、第2因子「医学的ニーズのアセスメント」、第3因子「End-of-life を見据えた在宅療養支援」、第4因子「医師との協働」、第5因子「社会的ニーズのアセスメント」、第6因子「継続看護」の6因子から成り34項目(34-136)で構成されている。

平均得点は99.99(SD=17.2, 39-136)であった。また、下位尺度では、医学的ニーズのアセスメント(5項目)は15.65(SD=2.59, 5-20)、社会的ニーズのアセスメント(5項目)は平均値15.25(SD=2.96, 5-20)、治療や療養の選択に伴う意思決定支援(12項目)は平均値35.35(SD=6.78, 12-48)、End-of-life を見据えた在宅療養支援(5項目)は平均値13.46(SD=3.46, 5-20)、継続看護(2項目)は平均値6.09(SD=1.35, 2-8)、医師との協働(5項目)は平均値14.16(SD=2.91, 5-20)であった。すべての項目について天井効果及びフロア効果のみられる項目がないことを確認した。また、全体及び各下位尺度の項目別得点の平均値は全体2.94(SD=0.51)、医学的ニーズのアセスメント3.13(SD=0.52)、社会的ニーズのアセスメント3.05(SD=0.59)、治療や療養の選択に伴う意思決定支援2.95(SD=0.57)、End-of-life を見据えた在宅療養支援2.69(SD=0.69)、継続看護3.05(SD=0.68)、医師との協働2.83(SD=0.58)であった。Cronbach's  $\alpha$  係数は質問紙全34項目で $\alpha=0.97$ であった。さらに因子ごとの $\alpha$ 係数は第1因子「治療や療養の選択に伴う意思決定支援」 $\alpha=0.94$ 、第2因子「医学的ニーズのアセスメント」 $\alpha=0.87$ 、第3因子「End-of-life を見据えた在宅療養支援」 $\alpha=0.92$ 、第4因子「医師との協働」 $\alpha=0.88$ 、第5因子「社会的ニーズのアセスメント」 $\alpha=0.89$ 、第6因子「継続看護」 $\alpha=0.84$ であり、すべての因子が0.8乗を示しており信頼性が確保された(表15)。

また、相関分析により、全体得点と項目得点の相関を確認した結果、「治療や療養の場の選択に関する意思決定支援」と最も相関が高く強い相関があった(IT 相関:.685~.938)(表14)。

表 14 がん患者との EOLd における看護と各下位尺度間相関

	がん患者と のEOLdにお ける看護	医学的ニ ーズのアセス メント	社会的ニ ーズのアセス メント	治療や療養 の選択に伴 う意思決定 支援	EOLを見据 えた在宅療 養支援	継続看護
医学的ニーズのアセスメント(5)	.814**					
社会的ニーズのアセスメント(5)	.851**	.746**				
治療や療養の選択に伴う意思決定支援(12)	.938**	.718**	.718**			
EOLを見据えた在宅療養支援(5)	.828**	.543**	.703**	.693**		
継続看護(2)	.685**	.546**	.561**	.561**	.561**	
医師との協働(5)	.824**	.583**	.576**	.755**	.628**	.547**

Pearson の積率相関係数 \*\*p<.01

(1) Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性

Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性は 34 項目で基準値は .969 であった。

(2) 確認的因子分析

適合度の評価には、説明力の程度の指標として、Goodness of Fit Index(以下、GFI)、安定性の程度の指標として、Adjusted Good of Fit Index(以下、AGFI)、モデルのデータの近似性の評価の指標として Root Mean Square Error of Approximation(以下、RMSEA)、モデルとデータの乖離度の改善の程度の指標として Comparative Fit Index(以下、CFI)を採用した。また、 $\chi^2$  値は帰無仮説を「構成されたモデルが適合的である」とし、帰無仮説が受容されることによって、モデルが受容される。さらに、標準化係数の有意性は検定統計量で判断した。項目 34 項目を本尺度の作成時の概念を基に AMOS を用いた構造方程式モデリングによる適合度指標を算出した。結果として、 $\chi^2$  値=2118.712,  $df=512$ ,  $p=.00$ ,  $RMSEA: 0.068$ ,  $GFI: 0.823$ ,  $AGFI: 0.795$ ,  $CFI: 0.906$ (図 9)となり、構成概念妥当性が確保された。

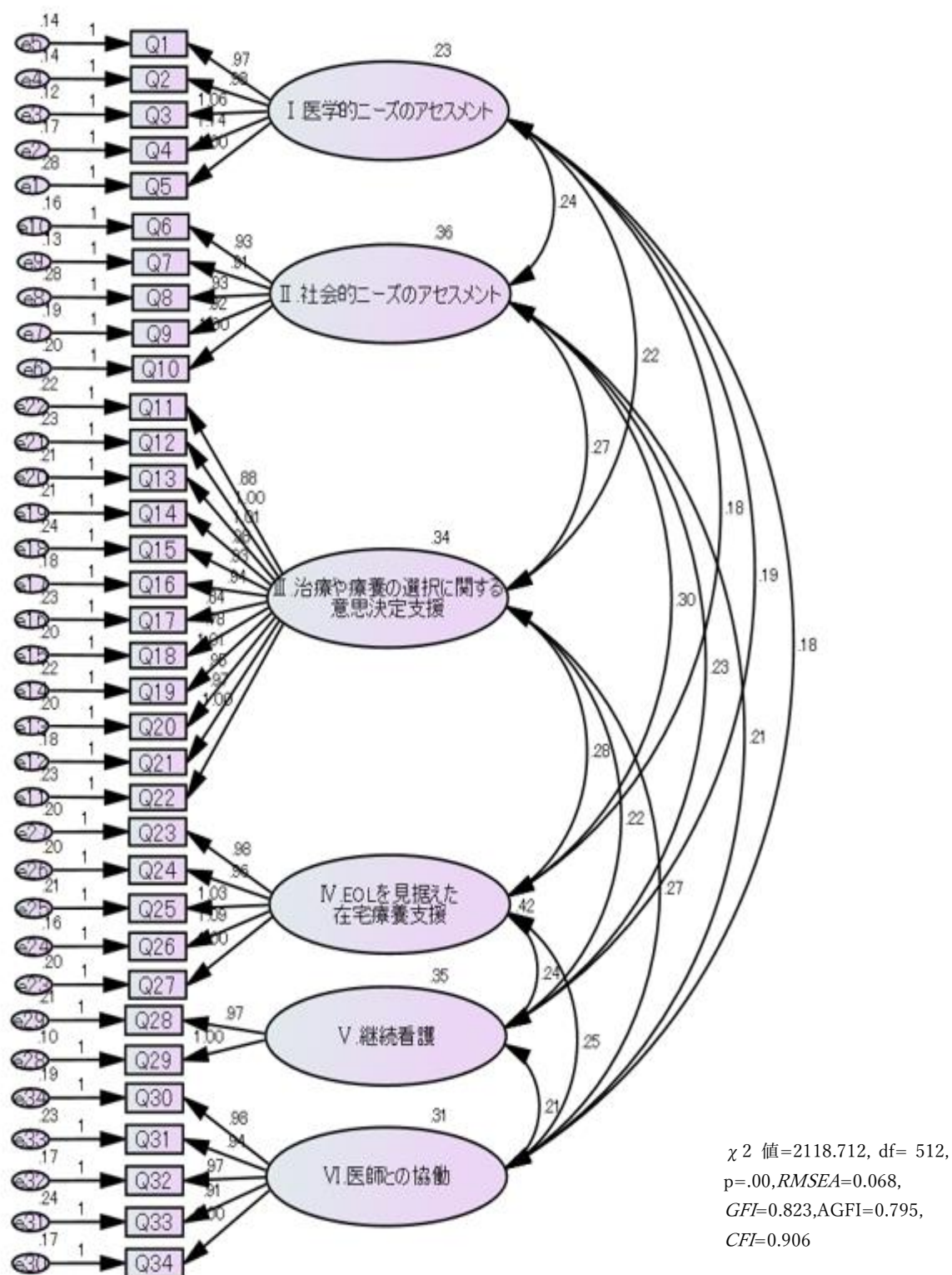


図 9 がん患者との EOLd における看護の構造



## 2) 看護師の道徳的感受性尺度(J-MSQ)

本尺度は Moral Strength(道徳的強さ、以下 MS) 3 項目、Sense of Moral Burden(=道徳的な気づき、以下 SMB) 4 項目、Moral Responsibility(=道徳的責任感、以下 MR) 2 項目の 3 つの潜在因子から成り、9 項目で構成されている(9-54)。本研究の対象者における Cronbach の  $\alpha$  係数は  $\alpha=0.806$  であり、第 1 因子(MS)が  $\alpha=0.886$ 、第 2 因子(SMB)が  $\alpha=0.658$ 、第 3 因子 MR が  $\alpha=0.261$  であった。平均得点 は 35.22 (SD = 5.77, 9-54)であった(表 15)。天井効果及びフロア効果のみられる項目がないことを確認した。開発時、本研究においても第 3 因子である道徳的責任感(MR)の信頼性係数が低かったことから、開発者と同じ手順で尺度の妥当性を検証した。最尤法、プロマックス回転を行った結果、開発時と同様に 3 因子が抽出されたが項目に違いが見られた(表 15)。また、共通性において Q7(0.063)と Q9 (0.040)が低い値を示した。Q9 は先行研究においても表現の曖昧さにより回答の方向性が異なる可能性が示唆されていた。そのため、Q7 と Q9 を削除し再度分析を行った。その結果、2 因子が抽出された。第 1 因子は既存尺度と同様の 3 項目から構成されていた。第 2 因子は既存尺度の第 2 因子 SMB の 3 項目と第 3 因子 MR の 1 項目が含まれていた。尺度全体の共通性は 0.307~0.782 であり、Q8 において共通性が 0.4 を下回った。因子負荷量は全項目において 0.4 以上を示した(表 16)。

それぞれの項目の所属も明確で解釈も可能であるため、7 項目 2 因子のがん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度にて以降の信頼性の検討を行った。抽出された項目の属性は前田(2015)の報告と異なるため第 1 因子「道徳的強さ」第 2 因子「道徳的自覚」と命名した。「道徳的自覚」とは J-MSQ の道徳的気づきと道徳的責任感の項目が含まれている。道徳的気づきとは道徳的価値観を含む問題や状況により惹き起される道徳的負担に対する感覚と定義されており、道徳的責任感は一義的には規則や制度に従って働くための道徳的義務およびその目的を見抜く力、さらには個々の患者視点から何が道徳的問題なのかを知ることであると定義されている。そのため、本研究における「道徳的自覚」は道徳的価値観を含む問題や状況に惹き起される道徳的負担に対する感覚や道徳的義務および目的を見抜く力と定義した。

道徳的尺度全体の Cronbach の  $\alpha$  係数は 0.863、第 1 因子は 0.886、第 2 因子は 0.797 と全体的に高い値を示した。

表 15 J-MSQ の因子分析表

質問項目	因子負荷量			共通性	回答者のスコア	
	MS	SMB	MR		M	SD
Q2私は患者の思いをキャッチしてよく気づけるほうなので、それがいつも自分の仕事に役立っている	<b>0.906</b>	-0.054	0.003	0.775	3.68	1.00
Q1患者がよいケアを受けていないと気づく能力が、私はとても高いと思う	<b>0.899</b>	-0.008	-0.072	0.738	3.98	0.99
Q3私はその場の様子から、難しいことや話にくいことを患者にどう言ったらいいかをとてもよく感じ取れる	<b>0.812</b>	0.017	-0.018	0.659	3.72	0.96
Q5患者の思いに気づけることは、状況の不十分さに気づくことでもあると、よく思う	-0.016	<b>1.038</b>	-0.060	0.999	4.26	1.01
Q4患者の思いに気づくことは、もっとそれ以上のことをしていく始まりだと思う	0.059	<b>0.552</b>	0.217	0.532	4.53	1.02
Q8たとえ人手や資源が不十分であっても、患者がよいケアを受けることについて、私はいつも責任を感じている	-0.017	-0.052	<b>0.907</b>	0.760	4.41	1.01
Q6患者をケアするとき、患者によいことをもたらすことと、害を与える可能性とのバランスを私はいつも考えている	0.288	0.198	<b>0.331</b>	0.464	4.13	0.99
Q7患者が苦しんでいるとき、自分の感情のコントロールがとても難しく感じる	-0.123	0.148	<b>0.198</b>	0.063	3.35	1.19
Q9患者にとって良いことや良くないことを判断する時は、病棟等の決まりや規則を重要視することが大事だと思う	-0.060	-0.064	<b>-0.114</b>	0.040	3.16	1.03

最尤法 プロマックス回転

表 16 本研究におけるがん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度の因子分析表

質問項目	因子負荷量		共通性
	1	2	
Q2私は患者の思いをキャッチしてよく気づけるほうなので、それがいつも自分の仕事に役立っている	<b>0.895</b>	-0.019	0.782
Q1患者がよいケアを受けていないと気づく能力が、私はとても高いと思う	<b>0.861</b>	-0.012	0.729
Q3私はその場の様子から、難しいことや話にくいことを患者にどう言ったらいいかをとってもよく感じ取れる	<b>0.774</b>	0.057	0.656
Q4患者の思いに気づくことは、もっとそれ以上のことをしていく始まりだと思う	-0.077	<b>0.877</b>	0.695
Q5患者の思いに気づけることは、状況の不十分さに気づくことでもあると、よく思う	-0.014	<b>0.821</b>	0.661
Q8たとえ人手や資源が不十分であっても、患者がよいケアを受けることについて、私はいつも責任を感じている	0.160	<b>0.444</b>	0.307
Q6患者をケアするとき、患者によいことをもたらすことと、害を与える可能性とのバランスを私はいつも考えている	0.303	<b>0.431</b>	0.433

因子抽出法: 最尤法

— 1. 抽出された因子の固有値は 1 より大きい。

### 3) 看護師の専門職的自律性測定尺度

「認知能力」「実践能力」「具体的判断能力」「抽象的判断能力」「自立的判断能力」の 5 つの因子から成り、47 項目で構成されている(47-235)。本研究の対象者における Cronbach の  $\alpha$  係数は  $\alpha=0.973$  であった。また、第 1 因子「認知能力」が  $\alpha=0.934$ 、第 2 因子「実践能力」が  $\alpha=0.942$ 、第 2 因子「具体的判断能力」が  $\alpha=0.909$ 、第 3 因子「抽象的判断能力」が  $\alpha=0.913$ 、第 4 因子「自立的判断能力」が  $\alpha=0.893$  であり信頼性が確保された。平均得点 は 168.87(SD = 23.72, 86-234)であった(表 17)。さらに、項目別得点の平均値は 3.41(SD=0.45)であった。天井効果及びフロア効果のみられる項目がないことを確認した。

### 4) Collaboration and Satisfaction About Care Decision

Collaboration and Satisfaction About Care Decision (以下 CSACD)について、小澤(2012)が日本語版を開発した尺度から、質問紙の文言を一部修正しているため、開発者と同じ手順で尺度の妥当性と信頼性を検証した。協働の臨床的要素を測定する質問 6 項目にて回転のない主成分分析を行った結果、先行研究と同様に 1 因子が抽出された。次に、基準関連妥当性として、尺度全体と協働の臨床的要素(項目 1 から 6)の合計得点との相関係数を算出し  $r=0.97(p<.001)$ と強い相関を示し、先行研究と同様の結果を得た。さらに、構成概念妥当性として協働の臨床的要素の合計得点と意思決定における満足度の合計得点との相関係数を算出し、 $r=0.84(p<.001)$ と強い相関を示し、既存尺度と同様の結果を得た。以上から妥当性が確保できた。

本研究の対象者における Cronbach の  $\alpha$  係数は  $\alpha=0.93$  であり、協働に関する 7 項目(7-49 点)は  $\alpha=0.922$ 、平均得点は 31 点(SD=7.15,7-49)であった。協働についての満足に関する 2 項目(2-14)は  $\alpha=0.917$ 、平均得点は 8.0 点(SD=2.33,2-14)であり信頼性が確保された。。尺度全体 9 項目(9-63)の平均得点は 39.2(SD=9.02, 9-63)であった(表 17)。天井効果及びフロア効果のみられる項目がないことを確認した。

### 5) 看護師の職業性ストレスチェック尺度

看護師の職業性ストレスチェック尺度 17 項目について、本研究の対象者における Cronbach の  $\alpha$  係数は  $\alpha=0.741$  であり、平均値は 47.7 点(SD=4.4,34-61)であった。天井効果及びフロア効果のみられる項目がないことを確認した。得点の解釈には尺度開発者が作成した尺度の得点がストレスの高低を意味するように採点する素点換算表を用いた。こ

の換算表は量的仕事の負担、質的仕事の負担、自覚的な身体的負担、対人関係でのストレスは得点の高い方がストレスが高いことを意味し、仕事のコントロール、技能の活用度、仕事の適性度、働きがいでは得点の低い方がストレスが高いことを意味し、低い/少ない、やや低い/やや少ない、普通、やや高い/やや多い、高い/多いの5段階評価である。量的負担は平均値 9.6(SD=9.64)、中央値 10.0 であり普通からやや多く、質的負担は平均値 10.15(SD=1.57)、中央値 10.0 でありやや多かった(表 17)。

また、対象者の所属部署による比較を行った結果、質的負担では一般外来と化学療法室・放射線療法室との間に有意差がみられ( $F(2,699)=9.017$ ,  $p<.001$ )、質的負担は化学療法室・放射線療法室の看護師の方が有意に高かった。身体的負担度では化学療法室・放射線療法室とその他、一般外来とその他との間に有意差がみられ( $F(2,699)=9.925$ ,  $p<.001$ )、身体的負担は化学療法室・放射線療法室や一般外来の看護師はその他よりも有意に高かった。仕事のコントロールでは化学療法室・放射線療法室とその他、一般外来とその他との間に有意差がみられ( $F(2,699)=4.801$ ,  $p=.008$ )、仕事のコントロールはその他の看護師は化学療法室・放射線療法室や一般外来の看護師より有意に高かった。仕事の適性度では一般外来と化学療法室・放射線療法室、一般外来とその他との間に有意差がみられ( $F(2,699)=5.646$ ,  $p=.004$ )、仕事の適性度は化学療法室・放射線療法室やその他の看護師は一般外来の看護師よりも有意に高かった。働きがいでは化学療法室・放射線療法室と一般外来で有意差がみられ( $F(2,699)=4.349$ ,  $p=.013$ )、働きがいでは化学療法室・放射線療法室の看護師は一般外来の看護師よりも有意に高かった。技能の活用では一般外来と化学療法室・放射線療法室、一般外来とその他との間に有意差がみられた( $F(2,699)=12.587$ ,  $p<.001$ )、技能の活用は化学療法室・放射線療法室やその他の看護師は一般外来の看護師よりも有意に高かった(表 18)。

表 17 測定用具の概要

N=709

尺度および下位尺度	項目数	最小値	最大値	平均	SD	項目別平均得点	$\alpha$
<b>がん患者とのEOLdにおける看護</b>	34	39	136	100	17.2	2.94( $\pm 0.51$ )	0.97
Ⅰ. 治療や療養の選択に伴う意思決定支援	12	12	48	35.4	6.8	2.95( $\pm 0.57$ )	0.94
Ⅱ. 医学的ニーズのアセスメント	5	5	20	15.7	2.6	3.13( $\pm 0.52$ )	0.87
Ⅲ. End-of-lifeを見据えた在宅療養支援	5	5	20	13.5	3.5	2.69( $\pm 0.69$ )	0.92
Ⅳ. 医師との協働	5	5	20	14.2	2.9	2.83( $\pm 0.58$ )	0.88
Ⅴ. 社会的ニーズのアセスメント	5	5	20	15.3	3.0	3.05( $\pm 0.59$ )	0.89
Ⅵ. 継続看護	2	2	8	6.1	1.4	3.05( $\pm 0.68$ )	0.84
<b>看護師の道徳的感性尺度(J-MSQ)</b>	9	14	50	35.9	5.3		0.82
Ⅰ. 道徳的強さ	3	3	18	11.3	2.7		0.88
Ⅱ. 道徳的気づき	4	4	24	16.3	3.0		0.66
Ⅲ. 道徳的責任感	2	2	12	7.8	1.5		0.26
<b>修正版看護師の道徳的感性尺度</b>	7	7	42	28.7	5.1		0.86
Ⅰ. 道徳的強さ	3	3	18	11.3	2.7		0.88
Ⅱ. 道徳的自覚	4	4	24	17.3	3.2		0.72
<b>看護師の専門職的自律性測定尺度</b>	47	86	234	168.9	23.7		0.97
Ⅰ. 認知能力	14	14	70	51.3	7.3		0.93
Ⅱ. 実践能力	14	21	70	49.6	8.2		0.94
Ⅲ. 具体的判断能力	7	8	35	25.7	4.2		0.91
Ⅳ. 抽象的判断能力	7	8	35	23.1	4.7		0.91
Ⅴ. 自立的判断能力	5	5	25	19.1	3.2		0.89
<b>Collaboration and Satisfaction about care decision</b>	9	9	63	39.2	8.9		0.93
Ⅰ. 協働の程度に関する項目	7	7	49	31	7.2		0.92
Ⅱ. 協働の満足度に関する項目	2	2	14	8	2.3		0.92
<b>看護師の職業性ストレスチェック尺度</b>	17	34	61	47.7	4.4		0.74
Ⅰ. 量的負担	3	4	12	9.64	1.7		
Ⅱ. 質的負担	3	5	12	10.15	1.6		
Ⅲ. 身体的負担度	1	1	4	2.98	0.8		
Ⅳ. 職場の対人関係によるストレス	3	3	12	6.07	1.8		
Ⅴ. 職場環境によるストレス	1	1	4	2.12	0.9		
Ⅵ. 仕事のコントロール	3	3	12	7.20	1.8		
Ⅶ. 技能の活用度	1	1	4	3.20	0.7		
Ⅷ. 仕事の適正度	1	1	4	3.04	0.7		
Ⅸ. 働きがい	1	1	4	3.29	0.7		

表 18 所属部署と職業性ストレスとの関連

		N	M	SD	d f	F値	p	多重比較	p
量的負担	化学療法室・放射線療法室(1)	329	9.58	1.83	2	0.470	0.625		
	一般外来(2)	316	9.71	1.64	699				
	その他(3)	57	9.72	1.68					
質的負担	化学療法室・放射線療法室(1)	329	10.42	1.49	2	9.017	0.000	(1)>(2)	0.000
	一般外来(2)	316	9.91	1.66	699				
	その他(3)	57	10.09	1.31					
身体的負担 度	化学療法室・放射線療法室(1)	329	2.98	0.76	2	9.925	0.000	(1)>(3)	0.000
	一般外来(2)	316	3.05	0.75	699			(2)>(3)	0.000
	その他(3)	57	2.56	0.80					
職場の対人 関係	化学療法室・放射線療法室(1)	329	5.95	1.74	2	1.875	0.154		
	一般外来(2)	316	6.22	1.73	699				
	その他(3)	57	5.98	1.89					
職場環境に よるストレ ス	化学療法室・放射線療法室(1)	329	2.07	0.93	2	2.438	0.088		
	一般外来(2)	316	2.20	0.85	699				
	その他(3)	57	1.96	0.96					
仕事のコン トロール	化学療法室・放射線療法室(1)	329	7.17	1.77	2	4.801	0.008	(3)>(1)	0.014
	一般外来(2)	316	7.10	1.85	699			(3)>(2)	0.006
	その他(3)	57	7.91	2.15					
仕事の適性 度	化学療法室・放射線療法室(1)	329	3.09	0.70	2	5.646	0.004	(1)>(2)	0.037
	一般外来(2)	316	2.96	0.70	699			(3)>(2)	0.011
	その他(3)	57	3.25	0.66					
働きがい	化学療法室・放射線療法室(1)	329	3.36	0.69	2	4.349	0.013	(1)>(2)	0.013
	一般外来(2)	316	3.21	0.72	699				
	その他(3)	57	3.37	0.67					
技能の活用	化学療法室・放射線療法室(1)	329	3.30	0.68	2	12.587	0.000	(1)>(2)	0.000
	一般外来(2)	316	3.07	0.68	699			(3)>(2)	0.001
	その他(3)	57	3.42	0.68					

一元配置分散分析

#### 6)測定用具間の関連

本研究に用いた尺度の関連について検討した結果、がん患者との EOLd における看護と、看護師の専門職的自律性尺度( $r=.507, p<.001$ )得点がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度得点( $r=.395, p<.001$ )、および CSACD ( $r=.394, p<.001$ )得点との有意な相関が認められ、看護師専門職的自律性が高い者ほど、がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性が高い者ほど、また、看護師—医師間で協働していると認識している者ほど、がん患者との EOLd における看護を実践している程度が高かった。

また、看護師の専門職的自律性尺度得点はがん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度得点( $r=.691, p<.001$ )、CSACD 得点 ( $r=.316, p<.001$ )との有意な相関が認められた。がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度得点と CSACD 得点にも弱い有意な相関が認められた( $r=.184, p<.001$ )(表 19)。



表 19 測定用具間の関連

	がん患者と のEOLdに おける看護	看護師の専 門職的自律 性尺度	修正版道徳 的感受性尺 度
看護師の専門職的自律性尺度	.507**		
修正版道徳的感受性尺度	.395**	.691**	
CSACD	.394**	.316**	.184**

Pearson の積率相関係数 \*\*p<.01

#### 4. がん患者とのEOLdにおける看護と対象者の個人的要因・組織/組織/環境的要因との関連

がん患者との EOLd における看護と対象者の個人的要因・組織/環境的要因との関連について検討した。以下、有意な関連を示した変数について述べる。

##### 1) がん患者とのEOLdにおける看護と個人的要因との関連

###### (1)がん看護経験年数

「がん患者とのEOLdにおける看護」得点と「がん看護経験年数」と有意な弱い相関を示し( $r = .239$ ,  $p < .001$ )、経験年数が高い者ほどがん患者とのEOLdにおける看護を実践している程度が高かった(表20)。

がん看護経験年数を5年間隔で分類し、「がん患者とのEOLdにおける看護」の得点の違いについて分散分析を行った結果、がん看護経験年数の違いにより有意差が認められた( $F(3,701)=15.898$ ,  $p < .001$ )。多重比較(Tukey)の結果、がん看護経験年数0-5年とがん看護経験年数11-20年( $p < .001$ )、がん看護経験年数0-5年とがん看護経験年数21年以上( $p < .001$ )、がん看護経験年数6-10年とがん看護経験年数11-20年( $p = .004$ )、がん看護経験年数21年以上( $p = .002$ )との間で有意差が認められ、がん看護経験年数が高い者の方ががん患者とのEOLDにおける看護を実践している程度が高かった(表22)。

###### (2)職位

職位の違いによる「がん患者との EOLd における看護」の得点の違いについて分散分析を行った結果、職位の違いに有意差が認められた ( $F(2,706)=8.783$ ,  $p < .001$ )。多重比較(Tukey)の結果、スタッフ看護師と中間管理職(副師長、主任など)( $p = .001$ )との間に有意差が認められ、スタッフ看護師よりも中間管理職の方が有意に EOLd における看護を実践している程度が高かった。また、管理職で最も看護を実践している程度が高かった(表 22)。

###### (3)資格

資格の有無による「がん患者との EOLd における看護」の得点の違いについて分散分析を行った結果、資格の有無の違いに有意差が認められた( $F(3,705)=20.193$ ,  $p < .001$ )。

多重比較(Tukey)の結果、資格なしと認定看護師( $p < .001$ )、専門看護師( $p < .001$ )、その他の資格( $p = .001$ )との間に有意差が認められ、資格なしよりも資格がある方が EOLd におけ

る看護を実践している程度が高かった(表 22)。

#### (4)最終学歴

最終学歴の違いによる「がん患者との EOLd における看護」の得点の違いについて分散分析を行った結果、最終学歴の違いに有意差が認められた ( $F(3,705)=5.600, p=.001$ )。多重比較(Tukey)の結果、専門学校と大学院( $p<.001$ )、短期大学と大学院( $p=.004$ )、大学と大学院( $p=.011$ )との間に有意差が認められ、専門学校や短期大学よりも大学院を修了した看護師は有意にがん患者との EOLd における看護を実践している程度が高かった(表 22)。

#### (5)所属部署

所属部署の違いによる「がん患者との EOLd における看護」の得点の違いについて分散分析を行った結果、所属部署の違いに有意差が認められた ( $F(2,699)=10.824, p<.001$ )。多重比較(Tukey)の結果、化学療法室・放射線療法室とその他( $p<.001$ )、一般外来とその他( $p<.001$ )との間に有意差が認められ、その他に勤務している看護師は有意にがん患者との EOLd における看護を実践している程度が高かった(表 22)。

#### (6)研究や研修への参加

研究や研修への参加の有無による「がん患者との EOLd における看護」の得点の差を検討した結果、有意差が認められた ( $t=-3.226, df=707, p=.001$ ) (表 23)。研究や研修へ参加している者が参加していない者よりも有意にがん患者との EOLd における看護を実践している程度が高かった。

#### (7)看護師の専門職的自律性尺度

「がん患者との EOLd における看護」と「看護師の専門職的自律性尺度」との相関を検討した結果、中程度の相関を示した  $r=.507(p<.001)$ 。さらに、「看護師の専門職的自律性尺度」の下位尺度と「がん患者との EOLd における看護」の相関を検討した結果、すべての下位尺度得点と有意な相関を示し、「認知能力」と最も相関が強かった( $r=.480, p<.001$ ) (表 20)。

(8) がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度

「がん患者との EOLd における看護」と「がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度」との相関を検討した結果、有意な相関を示した( $r=.395, p<.001$ )。さらに、「がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度」の下位尺度と「がん患者との EOLd における看護」の相関を検討した結果、「道徳的強さ」「道徳的自覚」の両方に有意な相関がみられた( $r=.362, r=.340, p<.001$ )(表 20)。

表 20 がん患者との EOLd における看護と個人的要因との関連

	がん患者とのEOLdにおける看護
看護師経験年数	-0.022
がん看護経験年数	.239**
年齢	-0.051
看護師の専門職的自律性尺度	.507**
Ⅰ.認知能力	.480**
Ⅱ.実践能力	.440**
Ⅲ.具体的判断能力	.447**
Ⅳ.抽象的判断能力	.440**
Ⅴ.自立的判断能力	.305**
修正版道徳的感受性尺度	.363**
Ⅰ.道徳的強さ	.362**
Ⅱ.道徳的自覚	.340**

Pearson の積率相関係数 \*\*p<.01

表 21 がん患者との EOLd における看護の下位尺度と看護師の専門職的自律性尺度との関連

	医学的ニーズの アセスメント	社会的ニーズの アセスメント	治療と療養の選 択に関する意思 決定支援	EOLを見据えた 在宅療養支援	継続看護	医師との協働
看護師の専門職的自律性尺度	.416**	.402**	.483**	.375**	.325**	.491**

Pearson の積率相関係数 \*\*p<.01

表 22 がん患者との EOLd における看護と個人的要因との分散分析

項目	N	M	SD	df	F値	p	多重比較	p
年齢								
21歳－29歳(1)	19	99.3	16.6	4	0.883	0.474		
30歳-39歳(2)	215	101.5	17.5	702				
40歳-49歳(3)	331	99.8	17.5					
50歳-59歳(4)	132	98.0	16.6					
60歳－64歳(5)	10	100.0	12.3					
看護師経験年数								
3年－10年(1)	77	100.0	16.8	3	2.019	0.110		
11年－20年(2)	338	100.6	17.8	705				
21年－30年(3)	238	100.4	16.5					
30年以上(4)	56	94.6	16.5					
がん看護経験年数								
0年－5年(1)	157	93.4	16.9	3	15.898	0.000	(3)>(1)	0.000
6年－10年(2)	187	98.1	16	701			(4)>(1)	0.000
11年－20年(3)	271	103.4	17.5				(3)>(2)	0.004
21年以上(4)	90	105.3	15				(4)>(2)	0.002
職位								
管理職(1)	30	105.6	18.1	2	8.783	0.000	(2)>(3)	0.001
中間管理職(2)	191	103.7	17.1	706				
スタッフ(3)	488	98.2	16.9					
資格								
資格なし(1)	516	97.1	16.8	3	20.193	0.000	(2)>(1)	0.000
認定看護師(2)	143	106.9	15.1	705			(3)>(1)	0.000
専門看護師(3)	17	115.7	19.7				(4)>(1)	0.001
その他(4)	33	106.3	17.2					
最終学歴								
専門学校(1)	507	99.1	17.4	3	5.6	0.001	(1)>(4)	0.000
短期大学(2)	79	99.8	16.1	705			(2)>(4)	0.004
大学(3)	95	101.1	15.4				(3)>(4)	0.011
大学院(4)	28	112.5	17.9					
所属部署								
化学療法室・ 放射線療法室(1)	329	98.4	16.8	2	10.824	0.000	(3)>(1)	0.000
一般外来(2)	316	100.0	17.2	699			(3)>(2)	0.000
その他(3)	57	109.8	17.2					

一元配置分散分析

表 23 がん患者との EOLd における看護と個人的要因との t 検定

		N	M	SD	d f	t	p
性別	女性	700	100	17.2	707	-0.509	0.611
	男性	9	102.9	21.7			
研究や研修への参加	なし	143	95.9	17.4	707	-3.226	0.001
	あり	566	101	17			

t 検定



## 2)がん患者とのEOLdにおける看護と組織/環境的要因との関連

### (1) EOLd の必要な患者数

EOLd の必要な患者数の違いによる「がん患者との EOLd における看護」の得点の違いについて分散分析を行った結果、EOLd の必要な患者数の違いに有意差が認められた( $F(3,607)=3.454, p=.016$ )。多重比較(Tukey)の結果、0 人と 10 人以上( $p=.048$ )に有意な差がみられ、EOLd の必要な患者数が多い方ががん患者との EOLd における看護を実践している程度が高かった(表 24)。

### (2)緩和ケアチーム

緩和ケアチームの有無による「がん患者との EOLd における看護」の得点の差を検討した結果、有意差が見られた( $t=-2.431, df=706, p=.015$ )(表 25)。緩和ケアチームが有る者がいない者よりも有意にがん患者との EOLd における看護を実践している程度が高かった。

### (3)緩和ケア外来

緩和ケア外来の有無による「がん患者との EOLd における看護」の得点の差を検討した結果、有意差が見られた( $t=-2.023, df=705, p=.043$ )(表 25)。緩和ケア外来が有る者がいない者よりも有意にがん患者との EOLd における看護を実践している程度が高かった。

### (4)合同カンファレンス

合同カンファレンスの有無による「がん患者との EOLd における看護」の得点の差を検討した結果、有意差が見られた ( $t=-3.171, df=707, p=.002$ )(表 25)。合同カンファレンスが有る者がいない者よりも有意にがん患者との EOLd における看護を実践している程度が高かった。

### (5) Collaboration and Satisfaction About Care Decision

「がん患者との EOLd における看護」と「CSACD」との関連を検討した結果、有意な相関を示した( $r=.394, p<.001$ )。さらに、「CSACD」の下位尺度と「がん患者との EOLd における看護」の関連を検討した結果、「協働の程度」と中程度の相関を示した( $r=.414, p<.001$ )(表 26)。また、がん患者との EOLd における看護の下位尺度に「医師との協働」が含まれているため、がん患者との EOLd における看護の下位尺度と CSACD の関連を検

討した結果、「医師との協働」が最も強い相関を示し( $r=0.446, p<.001$ )、次いで「治療や療養の選択に関する意思決定支援」であった( $r=0.367, p<.001$ ) (表 27)。

#### (6) 職業性ストレス尺度

「がん患者との EOLd における看護」と「職業性ストレス尺度」の各変数との関連を検討した結果、量的負担 ( $r=.097, p=.010$ )、質的負担 ( $r=.124, p=.001$ )、職場の対人関係 ( $r=-.139, p<.001$ )、職場環境によるストレス ( $r=-.131, p<.001$ )、仕事のコントロール ( $r=.151, p<.001$ )、仕事の適性度 ( $r=.179, p<.001$ )、働きがい ( $r=.163, p<.001$ ) と有意な相関を示した (表 26)。仕事の量的質的負担は正の相関を示し、仕事の量的質的負担によるストレスを感じていてもがん患者との EOLd における看護を実践している程度は高かった。一方、職場の対人関係、職場環境によるストレスの得点が高いほど、がん患者との EOLd における看護を実践している程度は低かった。また、仕事のコントロール、仕事の適正度、働きがいの得点が高いほど、がん患者との EOLd における看護を実践している程度も高かった。

表 24 がん患者との EOLd における看護と組織/環境的要因との分散分析

項目	N	M	SD	df	F値	p	多重比較	p
0 人(1)	39	95.8	19.5	3	3.454	0.016	(4)>(1)	0.048
EOLdの必要	1 人-5 人(2)	311	99.6	16.6	607			
な患者数	6人-10人(3)	92	102.1	16.2				
	10人以上(4)	169	103.7	17.4				

一元配置分散分析

表 25 がん患者との EOLd における看護と組織/環境的要因との t 検定

		N	M	SD	d f	t	p
緩和ケアチーム	なし	89	95.8	17.1	706	-2.431	0.015
	あり	619	100.6	17.2			
緩和ケア外来	なし	156	97.5	16.3	705	-2.023	0.043
	あり	551	100.7	17.4			
緩和ケア病棟	なし	442	100.6	17.6	683	0.709	0.478
	あり	243	99.6	16.4			
専門看護師・認定看護師	なし	121	101.5	16	686	1.064	0.288
	あり	567	99.7	17.6			
看護外来	なし	195	98.2	17.7	686	-1.758	0.079
	あり	493	100.8	17.2			
合同カンファレンス	なし	193	96.7	18	707	-3.171	0.002
	あり	516	101.2	16.7			

t 検定

表 26 がん患者との EOLd における看護と組織/環境的要因の関連

がん患者とのEOLdにおける看護	
<b>Collaboration and Satisfaction About Care</b>	
<b>Decision</b>	.394**
Ⅰ.協働程度	.414**
Ⅱ.協働満足	.257**
<b>職業性ストレス尺度</b>	
量的負担	.097**
質的負担	.124**
身体的負担度	0.01
職場の対人関係	-.139**
職場環境によるストレス	-.131**
仕事のコントロール	.151**
技能の活用	.147**
仕事の適性度	.179**
働きがい	.163**

Pearson 積率相関係数 \*\*p<.01

表 27 がん患者との EOLd における看護の下位尺度と CSACD との関連

	CSACD	協働程度	協働満足
医学的ニーズのアセスメント	.283**	.295**	.190**
社会的ニーズのアセスメント	.275**	.295**	.159**
治療と療養の選択に関する意思決定支援	.367**	.381**	.249**
EOLを見据えた在宅療養支援	.287**	.308**	.165**
継続看護	.288**	.309**	.166**
医師との協働	.466**	.483**	.322**

Pearson 積率相関係数 \*\*p<.01

6. 「看護師の専門職的自律性尺度」「がん患者を対象とした外来看護師のがん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度(以下、修正版道徳的感受性尺度)」

「Collaboration and Satisfaction About Care Decision(CSACD)」と対象者の個人的要因・組織/組織/環境的要因との関連

「看護師の専門職的自律性尺度」「修正版道徳的感受性尺度」「CSACD」と対象者の個人的要因・組織/組織/環境的要因との関連について検討した。有意な関連を示した変数について以下に述べる。

1) がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度と個人的要因との関連

(1)年齢

年齢との有意な弱い相関を示した  $r=.118(p=.002)$ (表 28)。また、5 年ごとに分類した年齢と「修正版道徳的感受性尺度」の得点の違いについて分散分析を行った結果、年齢の違いに有意差が認められた( $F(4,702)=3.361, p=.010$ )。多重比較(Tukey)の結果、「20 歳-29 歳」と「40 歳-49 歳」( $p=.010$ )、「20 歳-29 歳」と「50 歳-59 歳」( $p=.027$ )の間で有意差が認められた(表 29)。「20 歳-29 歳」よりも「40 歳-49 歳」「50 歳-59 歳」の看護師が有意に得点が高かった。

(2)看護師経験年数

看護師経験年数とは有意な弱い相関を示した  $r=.145(p<.001)$ (表 28)。また、5 年ごとに分類した看護師経験年数の違いによる「修正版道徳的感受性尺度」の得点の違いについて分散分析を行った結果、看護師経験年数の違いに有意差が認められた ( $F(3,705)=5.119, p=.002$ )。多重比較(Tukey)の結果、「3 年-10 年」と「21 年-30 年」( $p=.001$ )、「11 年-20 年」と「21 年-30 年」( $p=.047$ )との間で有意な差が認められた(表 29)。「3 年-10 年」の看護師よりも「21 年-30 年」の看護師は有意に得点が高かった。また、「11 年-20 年」の看護師よりも「21 年-30 年」の看護師は有意に得点が高かった。

(3)がん看護経験年数

がん看護経験年数とは有意な弱い相関を示した  $r=.239(p<.001)$ (表 28)。また、5 年ごとに分類したがん看護経験年数の違いによる「修正版道徳的感受性尺度」の得点の違いにつ

いて分散分析を行った結果、がん看護経験年数の違いに有意差が認められた( $F(3,701)=11.638, p<.001$ )。多重比較(Tukey)の結果、「0-5年」と「11-20年」( $p<.001$ )、「0-5年」と「21年以上」( $p<.001$ )、「6年-10年」と「11-20年」( $p=.008$ )、「6年-10年」と「21年以上」( $p=.003$ )の間で有意差が認められた(表 29)。「0-5年」の看護師よりも「11-20年」、「21年以上」の看護師は有意に得点が高かった。また、「6年-10年」の看護師よりも「11-20年」、「21年以上」の看護師は有意に得点が高かった。

#### (4)職位

職位の違いによる「修正版道徳的感受性尺度」の得点の違いについて分散分析を行った結果、職位の違いに有意差が認められた( $F(2,706)=21.809, p<.001$ )。多重比較(Tukey)の結果、スタッフ看護師と中間管理職(副師長、主任など)( $p<.001$ )との間に有意差が認められた(表 29)。スタッフ看護師よりも中間管理職は有意に得点が高かった。

#### (5)資格

資格の違いによる「修正版道徳的感受性尺度」の得点の違いについて分散分析を行った結果、資格の違いに有意差が認められた( $F(3,705)=12.022, p<.001$ )。多重比較(Tukey)の結果、「資格なし」と「認定看護師」( $p<.001$ )、との間に有意差が見られた(表 29)。資格なしの看護師よりも認定看護師は有意に得点が高かった。

#### (6)最終学歴

最終学歴の違いによる「修正版道徳的感受性尺度」の得点の違いについて分散分析を行った結果、最終学歴の違いに有意差が認められた( $F(2,699)=2.988, p=.030$ )。多重比較(Tukey)の結果、専門学校と大学院( $p=.046$ )、短期大学と大学院( $p=.016$ )との間に有意差が見られた(表 29)。専門学校、短期大学を卒業した看護師よりも大学院を修了した看護師は有意に得点が高かった。

#### (7)所属部署

所属部署の違いによる「修正版道徳的感受性尺度」の得点の違いについて分散分析を行った結果、所属部署の違いに有意差が認められた( $F(3,705)=10.543, p<.001$ )。多重比較(Tukey)の結果、一般外来と化学療法室・放射線療法室( $p=.002$ )、一般外来とその他



( $p<.001$ )との間に有意差が見られた(表 29)。一般外来に勤務する看護師よりも化学療法室・放射線療法室、その他に勤務する看護師は有意に得点が高かった。

#### (8)研究や研修への参加

研究や研修への参加の有無による「修正版道徳的感受性尺度」の得点の差を検討した結果有意差が見られた( $t=-5.239$ ,  $df=707$ ,  $p<.001$ )(表 30)。研究や研修へ参加している看護師が参加していない看護師よりも有意に得点が高かった。

#### (9)看護師の専門職的自律性尺度

「修正版道徳的感受性尺度」と「看護師の専門職的自律性尺度」得点とに有意な強い相関がみられた( $r=.691$ ,  $p<0.01$ )(表 28)。

表 28 がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度対象者と個人的要因との  
関連

	修正版道徳的感受性尺度
年齢	.118**
看護師経験年数	.145**
がん看護経験年数	.239**
看護師の専門職的自律性尺度	.691**

Pearson の積率相関係数 \*\* $p < .01$

表 29 がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度対象者と個人的要因との一元配置分散分析

項目	N	M	SD	d f	F値	p	多重比較	p
年齢								
21歳－29歳(1)	19	31.5	8.1	4	3.791	0.005	(3)>(1)	0.010
30歳-39歳(2)	215	34.6	5.2	702			(4)>(1)	0.027
40歳-49歳(3)	331	35.8	6					
50歳-59歳(4)	132	35.6	5.3					
60歳－64歳(5)	10	33.6	5.8					
看護師経験年数								
3年－10年(1)	77	33.4	6.4	3	4.872	0.002	(3)>(1)	0.001
11年－20年(2)	338	34.9	5.4	705			(3)>(2)	0.047
21年－30年(3)	238	36.1	6					
がん看護経験年数								
30年以上(4)	56	35.5	5.5		8.383	0.000		
0年－5年(1)	157	33.9	5.6	3			(3)>(1)	0.000
6年－10年(2)	187	34.4	5.6	701			(4)>(1)	0.000
11年－20年(3)	271	36	5.6				(3)>(2)	0.008
21年以上(4)	90	36.8	6.1				(4)>(2)	0.003
職位								
管理職(1)	30	35.8	4.8	2	15.81	0.000	(2)>(3)	0.000
中間管理職(2)	191	37.1	5.4	706				
スタッフ看護師(3)	488	34.4	5.8					
資格								
資格なし(1)	516	34.6	5.9	3	7.866	0.000	(2)>(1)	0.000
認定看護師(2)	143	36.9	5.1	705				
専門看護師(3)	17	36.5	4.3					
その他(4)	33	37.1	5.9					
最終学歴								
専門学校(1)	507	28.7	5.2	3	2.988	0.030	(4)>(1)	0.046
短期大学(2)	79	27.9	5.5	705			(4)>(2)	0.016
大学(3)	95	28.6	5					
大学院(4)	28	31.3	4.4					
所属部署								
化学療法室・ 放射線療法室(1)	329	29.2	5.2	2	10.543	0.000	(1)>(2)	0.002
一般外来(2)	316	27.8	5.1	699			(3)>(2)	0.000
その他(3)	57	30.7	4.7					

一元配置分散分析

表 30 がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度対象者と個人的要因との  
t 検定

	N	M	SD	d f	t	p
性別						
女性	700	28.7	5.1	707	-0.103	0.918
男性	9	28.8	4.6			
研究や研修への参加						
なし	143	26.7	4.8	707	-5.229	0
あり	566	29.2	5.1			

t 検定

## 2) がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度と組織/環境的要因との関連

### (1)EOLd の必要な患者数

EOLd の必要な患者数の違いによる「修正版道徳的感受性尺度」の得点の違いについて分散分析を行った結果、資格の違いに有意差が認められた ( $F(3,607)=4.377, p=.005$ )。多重比較(Tukey)の結果、0 人と 10 人以上( $p=.011$ )、1 人-5 人と 10 人以上( $p=.034$ )に有意差がみられた(表 31)。EOLd の必要な患者数が 0 人、1 人-5 人よりも 10 人以上の看護師が有意に得点が高かった。

### (2)緩和ケアチーム

緩和ケアチームの有無による「修正版道徳的感受性尺度」の得点の差を検討した結果有意差が見られた( $t=-2.207, df=706, p=0.028$ )(表 32)。緩和ケアチームのある看護師は無い看護師よりも有意に得点が高かった。

### (3)緩和ケア外来

緩和ケア外来の有無による「修正版道徳的感受性尺度」の得点の差を検討した結果有意差が見られた( $t=-2.205, df=705, p=0.028$ )(表 32)。緩和ケア外来のある看護師は無い看護師よりも有意に得点が高かった。

### (4)職業性ストレス尺度

職業性ストレス尺度との関連を検討した結果、量的負担( $r=.135, p<.001$ )、質的負担( $r=.205, p<.001$ )、職場の対人関係によるストレス( $r=-.126, p=.001$ )、仕事のコントロール( $r=.192, p<.001$ )、技能の活用( $r=.282, p<.001$ )、仕事の適性度( $r=.311, p<.001$ )、働きがい( $r=.302, p<.001$ )との関連が認められた(表 32)。量的/質的負担によるストレスの得点が高いほど、修正版道徳的感受性尺度の得点が高かった。一方、対人関係のストレスの得点が高いほど、修正版道徳的感受性尺度の得点が低かった。また、仕事のコントロール、技能の活用、仕事の適性度、働きがいの得点が高いほど、修正版道徳的感受性尺度の得点が高かった。

**表 31** がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度と組織/環境的要因との一元配置分散分析

	N	M	SD	d f	F値	p	多重比較	p
EOLdの必要な患者数								
0人(1)	39	33.7	5.8	3	4.377	0.005	(4)>(1)	0.011
1人-5人(2)	311	35.2	5.2	607			(4)>(2)	0.034
6人-10人(3)	92	36.1	6.1					
10人以上(4)	169	36.5	6					

一元配置分散分析

**表 32** がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度と組織/環境的要因との  
t 検定

	N	M	SD	d f	t	p
緩和ケアチーム						
なし	89	27.4	5.4	706	-2.519	0.012
あり	619	28.9	5.1			
緩和ケア外来						
なし	156	27.8	5.1	705	-2.532	0.012
あり	551	29	5.2			
緩和ケア病棟						
なし	442	28.9	5.3	683	0.794	0.428
あり	243	28.5	5			
専門・認定看護師						
なし	121	28.6	5	686	-0.414	0.679
あり	567	28.8	5.2			
看護外来						
なし	195	28.3	4.6	686	-1.613	0.107
あり	493	28.9	5.4			
合同カンファレンス						
なし	193	28.2	5.2	707	-1.575	0.116
あり	516	28.9	5.1			

t 検定

**表 33** がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度と組織/環境的要因との  
関連

	修正版道徳的感受性尺度
Collaboration and Satisfaction About Care Decision	.184**
Ⅰ.協働程度	.205**
Ⅱ.協働満足	.083*
職業性ストレス尺度	
量的負担	.135**
質的負担	.205**
職場の対人関係	-.126**
職場環境によるストレス	-0.026
仕事のコントロール	.192**
技能の活用	.282**
仕事の適性度	.311**
働きがい	.302**

Pearson の積率相関係数 \*\*p<.01



### 3) 看護師の専門職的自律性尺度と個人的要因との関連

#### (1)年齢

年齢と「看護師の専門職的自律性尺度」との関連について検討した結果、弱い有意な相関を示した ( $r = .147, p < 0.01$ ) (表34)。また、5年ごとに分類した年齢の違いによる「看護師の専門職的自律性尺度」の得点の違いについて分散分析を行った結果、年齢の違いに有意差が認められた ( $F(4,702) = 5.711, p < .001$ )。多重比較(Tukey)の結果、「21歳-29歳」と「30歳-39歳」( $p = .033$ )「40歳-49歳」( $p = .001$ )「50歳-59歳」( $p = .001$ )の間で有意な差がみられた(表35)。「21歳-29歳」の看護師よりも「40歳-49歳」「50歳-59歳」の看護師は有意に得点が高かった。

#### (2)看護師経験年数

看護師経験年数と「看護師の専門職的自律性尺度」との関連について検討した結果、弱い有意な相関を示した ( $r = .186, p < .001$ ) (表 34)。また、5年ごとに分類した看護師経験年数の違いによる「看護師の専門職的自律性尺度」の得点の違いについて分散分析を行った結果、看護師経験年数の違いに有意差が認められた ( $F(3,705) = 9.093, p < .001$ )。多重比較(Tukey)の結果、「3年-10年」と「11年-20年」( $p = .002$ )「21年-30年」( $p < .001$ )「30年以上」( $p = .006$ )との間、「11年-20年」と「21年-30年」( $p = .044$ )との間で有意な差が見られた(表 35)。「3年-10年」の看護師よりも「11年-20年」「21年-30年」「30年以上」の看護師が有意に看護師の専門職的自律性尺度の得点が高かった。また、「11年-20年」の看護師よりも「21年-30年」の看護師は有意に得点が高かった。

#### (3)がん看護経験年数

がん看護経験年数と「看護師の専門職的自律性尺度」との関連について検討した結果、弱い有意な相関を示した ( $r = .277, p < .001$ ) (表 34)。また、5年ごとに分類したがん看護経験年数の違いによる「看護師の専門職的自律性尺度」の得点の違いについて分散分析を行った結果、がん看護経験年数の違いに有意差が認められた ( $F(3,701) = 19.129, p < .001$ )。多重比較(Tukey)の結果、「0-5年」と「11-20年」( $p < .001$ )、「20年以上」( $p < .001$ )との間、「6-10年」と「11-20年」( $p < .001$ )、「20年以上」( $p < .001$ )との間で有意な差が見られた(表 35)。がん看護経験年数が「0-5年」の看護師よりも「11-20年」「20年以上」の看護師は有意に得点が高かった。

#### (4)職位

職位の違いによる「看護師の専門職的自律性尺度」の得点の違いについて分散分析を行った結果、職位の違いに有意差が認められた ( $F(2,706)=23.540, p<.001$ )、多重比較(Tukey)の結果、スタッフ看護師と中間管理職(副師長、主任など)( $p=.028$ )、管理職( $p<.001$ )との間に有意な差が見られた(表 35)。スタッフ看護師よりも中間管理職、管理職は有意に得点が高かった。

#### (5)資格

資格の違いによる「看護師の専門職的自律性尺度」の得点の違いについて分散分析を行った結果、資格の違いに有意差が認められた ( $F(3,705)=14.673, p<.001$ )。多重比較(Tukey)の結果、「資格なし」と「認定看護師」( $p<.001$ )、「専門看護師」( $p=.002$ )の間に有意な差が見られた(表 35)。資格なしの看護師よりも認定看護師、専門看護師の看護師の方は有意に得点が高かった。

#### (6)最終学歴

最終学歴の違いによる「看護師の専門職的自律性尺度」の得点の違いについて分散分析を行った結果、最終学歴の違いに有意差が認められた ( $F(3,705)=4.702, p=.013$ )。多重比較(Tukey)の結果、「専門学校」と「大学院」( $p=.001$ )、「短期大学」と「大学院」( $p=.006$ )、「大学」と「大学院」( $p=.008$ )との間に有意な差が見られた(表 35)。専門学校、短期大学、大学を修了した看護師よりも大学院を修了した看護師は有意に得点が高かった。

#### (7)所属部署

所属部署の違いによる「看護師の専門職的自律性尺度」の得点の違いについて分散分析を行った結果、所属部署の違いに有意差が認められた ( $F(2,699)=7.756, p<.001$ )。多重比較(Tukey)の結果、一般外来と化学療法室・放射線療法室( $p=.012$ )、一般外来とその他( $p=.002$ )との間に有意な差が見られた(表 35)。一般外来に勤務している看護師よりも化学療法室・放射線療法室、その他に勤務している看護師は有意に得点が高かった。

#### (8)研究や研修への参加

研究や研修への参加の有無による「看護師の専門職的自律性尺度」の得点の違いについて検討した結果、有意差が認められた( $t=-5.205$ ,  $df=707$ ,  $p<.001$ )(表 36)。研究や研修へ参加している看護師が参加していない看護師よりも有意に得点が高かった。

#### (9)道徳的感受性尺度

「看護師の専門職的自律性尺度」と「看護師の道徳的感受性尺度」との関連を検討した結果、有意な強い相関がみられた( $r=.691$ ,  $p<.001$ )(表 34)。

表 34 看護師の専門職的自律性尺度と個人的要因との関連

	看護師の専門職的自律性尺度
年齢	.147**
看護師経験年数	.186**
がん看護経験年数	.277**
修正版道徳的感受性尺度	.691**

Pearson の積率相関係数 \*\*p<.01

表 35 看護師の専門職的自律性尺度と個人的要因との一元配置分析

	N	M	SD	d f	F値	p	多重比較	p
年齢								
21歳－29歳(1)	19	149.3	14.6	4	5.711	0.000	(2)>(1)	0.033
30歳-39歳(2)	215	165.5	21.7	702			(3)>(1)	0.001
40歳-49歳(3)	331	170.8	25.1				(4)>(1)	0.001
50歳-59歳(4)	132	172.4	22.9					
60歳－64歳(5)	10	169.9	20.2					
看護師経験年数								
3年－10年(1)	77	157.5	21.4	3	9.093	0.000	(2)>(1)	0.002
11年－20年(2)	338	168.0	23.0	705			(3)>(1)	0.000
21年－30年(3)	238	173.2	24.0				(4)>(1)	0.006
30年以上(4)	56	170.9	24.8				(3)>(2)	0.044
がん看護経験年数								
0年－5年(1)	157	159.5	21.5	3	19.129	0.000	(3)>(1)	0.000
6年－10年(2)	187	165.3	22.1	701			(4)>(1)	0.000
11年－20年(3)	271	174.3	23.4				(3)>(2)	0.000
21年以上(4)	90	176.9	25.0				(4)>(2)	0.000
職位								
管理職(1)	30	176.0	19.0	2	23.54	0.000	(1)>(3)	0.028
中間管理職(2)	191	177.9	23.8	706			(2)>(3)	0.000
スタッフ看護師(3)	488	164.9	22.9					
資格								
資格なし(1)	516	165.5	23.9	3	14.673	0.000	(2)>(1)	0.000
認定看護師(2)	143	178.0	20.4	705			(3)>(1)	0.002
専門看護師(3)	17	186.1	16.7					
その他(4)	33	173.2	23.9					
最終学歴								
専門学校	507	168.1	24.0	3	4.702	0.003	(4)>(1)	0.001
短期大学	79	168.2	22.1	705			(4)>(2)	0.006
大学	95	168.9	22.1				(4)>(3)	0.008
大学院	28	185.2	22.7					
所属部署								
化学療法室・ 放射線療法室(1)	329	170.8	22.0	2	7.756	0.000	(1)>(2)	0.012
一般外来(2)	316	165.6	24.5	699			(3)>(2)	0.002
その他(3)	57	176.9	23.0					

一元配置分散分析

表 36 看護師の専門職的自律性尺度と個人的要因との t 検定

	N	M	SD	d f	t	p
研究や研修への参加						
なし	143	159.8	23	707	-5.205	0.000
あり	566	171.1	23.3			

t 検定

#### 4) 看護師の専門職的自律性尺度と組織/環境的要因との関連

##### (1)EOLd の必要な患者数

EOLd の必要な患者数の違いによる「看護師の専門職的自律性尺度」の得点の違いについて分散分析を行った結果、EOLd の必要な患者数の違いに有意差が認められた ( $F(3,607)=4.930, p=.012$ )。多重比較(Tukey)の結果、0 人と 10 人以上( $p=.004$ )、1 人–5 人と 10 人以上( $p=.025$ )に有意な差がみられた(表 37)。EOLd の必要な患者数が 0 人、1 人–5 人よりも 10 人以上の看護師は有意に得点が高かった。

##### (2)緩和ケアチーム

緩和ケアチームの有無による「看護師の専門職的自律性尺度」の得点の違いについて検討した結果、有意差が認められた ( $t=-2.271, df=706, p=.023$ )(表 38)。緩和ケアチーム野ある看護師は無い看護師よりも有意に得点が高かった。

##### (3)緩和ケア外来

緩和ケア外来の有無による「看護師の専門職的自律性尺度」の得点の違いについて検討した結果、有意差が認められた ( $t=-2.261, df=705, p=.024$ ) (表 38)。緩和ケア外来のある看護師は無い看護師よりも有意に得点が高かった。

##### (4)看護外来

看護外来の有無による「看護師の専門職的自律性尺度」の得点の違いについて検討した結果、有意差が認められた ( $t=-2.793, df=686, p=.005$ ) (表 38)。看護外来のある看護師は無い看護師よりも有意に得点が高かった。

##### (5) Collaboration and Satisfaction About Care Decision

CSACD との関連を検討した結果、有意な相関が認められた( $r=.316, p<.001$ )。さらに下位尺度との関連を検討した結果、協働の程度 ( $r=.326, p<.001$ ) と協働の満足 ( $r=.220, p<.001$ ) とに有意な相関が認められた(表 39)。

##### (5)職業性ストレス

職業性ストレスとの関連を検討した結果、量的負担( $r=.082, p=.029$ )、質的負担

( $r=.162, p<.001$ )、職場の対人関係によるストレス( $r=-.160, p<.001$ )、仕事のコントロール( $r=.217, p<.001$ ) 仕事の適性度( $r=.295, p<.001$ )、働きがい働きがい( $r=.250, p<.001$ )技能の活用( $r=.239, p<.001$ )と弱い相関が認められた(表 39)。量的/質的負担によるストレスの得点が高いほど、専門職的自律性尺度の得点が高かった。一方、対人関係によるストレスが高いほど、専門職的自律性尺度の得点が低かった。また、仕事のコントロール、仕事の適性度、働きがいの得点が高いほど、専門職的自律性尺度の得点も高かった。



表 37 看護師の専門職的自律性尺度と組織/環境的要因との一元配置分散分析

	N	M	SD	d f	F値	p	多重比較	p
EOLdの必要な患者数								
0人(1)	39	161.3	23.8	3	4.93	0.002	(4)>(1)	0.004
1人-5人(2)	311	168.9	22.3	607			(4)>(2)	0.025
6人-10人(3)	92	169.5	24					
10人以上(4)	169	175.1	22.6					

一元配置分散分析

表 38 看護師の専門職的自律性尺度と組織/環境的要因との t 検定

	N	M	SD	d f	t	p
緩和ケアチーム						
なし	89	163.6	25.4	706	-2.271	0.023
あり	619	169.7	23.4			
緩和ケア外来						
なし	156	165.1	23.6	705	-2.261	0.024
あり	551	169.9	23.7			
緩和ケア病棟						
なし	442	169.4	24.8	683	0.628	0.53
あり	243	168.2	22.3			
専門看護師・認定看護師						
なし	121	167	23.9	686	-0.943	0.346
あり	567	169.3	23.8			
看護外来						
なし	195	165	23.1	686	-2.793	0.005
あり	493	170.6	23.9			
合同カンファレンス						
なし	193	166.4	24.4	686	-1.67	0.095
あり	516	169.8	23.4			

t 検定

表 39 看護師の専門職的自律性尺度と組織/環境的要因との関連

看護師の専門職的自律性尺度	
Collaboration and Satisfaction About Care Decision	.316**
I.協働尺度程度	.326**
II.協働尺度満足	.220**
職業性ストレス尺度	
量的負担	.082*
質的負担	.162**
身体的負担度	0.03
職場の対人関係	-.160**
職場環境によるストレス	-0.035
仕事のコントロール	.217**
技能の活用	.239**
仕事の適性度	.295**
働きがい	.250**

Pearson の積率相関係数   \*\*p<.01   \*p<.05

## 5) Collaboration and Satisfaction About Care Decision と個人的要因との関連

### (1) 看護師の専門職的自律性尺度

「CSACD」と「看護師の専門職的自律性尺度」得点は有意に相関していた( $r=.316$ ,  $p<.001$ )(表 40)。

## 6) Collaboration and Satisfaction About Care Decision(CSACD)と組織/環境的要因との関連

### (1) 緩和ケアチーム

緩和ケアチームの有無による「CSACD」の得点の違いについて検討した結果、有意差が認められた ( $t=-2.237$ ,  $df=706$ ,  $p=.026$ )(表 44)。緩和ケアチームの有る看護師が無い看護師よりも有意に得点が高かった。

### (2) 看護外来

看護外来の有無による「CSACD」の得点の違いについて検討した結果、有意差が認められた ( $t=-1.999$ ,  $df=319.895$ ,  $p=.046$ )(表 44)。看護外来のある看護師が無い看護師よりも有意に得点が高かった。

### (3) 合同カンファレンス

合同カンファレンスの有無による「CSACD」の得点の違いについて検討した結果、有意差が認められた( $t=-3.235$ ,  $df=304.453$ ,  $p<.001$ )(表 44)。合同カンファレンスのある看護師が無い看護師よりも有意に得点が高かった。

### (4) 職業性ストレス尺度

「CSACD」と「職業性ストレス尺度」の関連について検討した結果、職場の対人関係によるストレス( $r=-.289$ ,  $p<.001$ )、職場環境によるストレス( $r=-.212$ ,  $p<.001$ )、仕事のコントロール( $r=.253$ ,  $p<.001$ )と有意な関連が認められた(表 45)。対人関係によるストレス、職場環境によるストレスの得点が高いほど、「CSACD」の得点が低かった。また、仕事のコントロールの得点が高いほど、「CSACD」の得点も高かった。

表 40 CSACD と個人的要因との関連

	CSACD
看護師の専門職的自律性尺度	.316**
修正版道徳的感受性尺度	.177**
年齢	0.018
看護師経験年数	0.01
がん看護経験年数	.078*

Pearson の積率相関係数 \*\* $p < .01$  \* $p < .05$

表 41 CSACD と個人的要因との一元配置分析

	N	M	SD	d f	F値	p	多重比較
年齢							
21歳－29歳(1)	19	39.5	6.9	4	0.679	0.679	
30歳-39歳(2)	215	39.2	8.6	702			
40歳-49歳(3)	331	39.0	9.3				
50歳-59歳(4)	132	39.2	9.2				
60歳－64歳(5)	10	43.7	4.6				
看護師経験年数							
3年－10年(1)	77	39.8	7.8	3	0.154	0.973	
11年－20年(2)	338	39.1	9.0	705			
21年－30年(3)	238	39.1	9.6				
30年以上(4)	56	39.5	7.4				
がん看護経験年数							
0年－5年(1)	157	38.6	8.2	3	1.392	0.244	
6年－10年(2)	187	38.6	9.1	701			
11年－20年(3)	271	39.6	9.0				
21年以上(4)	90	40.6	9.5				
職位							
管理職(1)	30	40.0	6.7	2	0.907	0.404	
中間管理職(2)	191	39.8	10.1	706			
スタッフ看護師(3)	488	38.9	8.6				
資格							
資格なし(1)	516	39.1	8.6	3	2.032	0.108	
認定看護師(2)	143	40.4	9.8	705			
専門看護師(3)	17	39.1	8.2				
その他(4)	33	36.4	11.0				
最終学歴							
専門学校	507	39.0	9.1	3	0.687	0.560	
短期大学	79	39.6	9.6	705			
大学	95	39.2	7.8				
大学院	28	41.4	7.8				
所属部署							
化学療法室・ 放射線療法室	329	38.8	9.2	2	1.269	0.282	
一般外来	316	39.2	9.0	699			
その他	57	40.9	7.7				

一元配置分散分析

表 42 CSACD と個人的要因との t 検定

	N	M	SD	d f	t	p
性別						
女性	700	39.2	9	707	-0.418	0.676
男性	9	40.4	7.1			
研究や研修への参加						
なし	143	38.8	8.7	707	-0.583	0.56
あり	566	39.3	9			

t 検定

表 43 CSACD と組織/環境的要因との一元配置分散分析

	N	M	SD	d f	F値	p	多重比較
EOLdの必要な患者数							
0 人(1)	39	40	9.2	3	0.372	0.773	
1 人－5 人(2)	311	39.6	8.5	607			
6人-10人(3)	92	40.5	7.8				
10人以上(4)	169	39.3	9.6				

一元配置分散分析



表 44 CSACD と組織/環境的要因との t 検定

	N	M	SD	d f	t	p
緩和ケアチーム						
なし	89	37.2	9.2	706	-2.237	0.026
あり	619	39.4	8.8			
緩和ケア外来						
なし	156	37.7	8.6	705	-2.244	0.025
あり	551	39.5	9			
緩和ケア病棟						
なし	442	39.1	9	683	-0.416	0.678
あり	243	39.4	8.9			
専門看護師・認定看護師						
なし	121	39.8	8.8	686	0.778	0.437
あり	567	39.1	9			
看護外来						
なし	195	38.1	9.7	319	-1.999	0.046
あり	493	39.7	8.6			
合同カンファレンス						
なし	193	37.3	9.8	304	-3.235	0.001
あり	516	39.9	8.4			

t 検定

表 45 CSACD と組織/環境的要因との関連

	量的負担	質的負担	身体的負担 度	職場の対人 関係	職場環境に よるストレ ス	仕事のコン トロール	技能の活用	仕事の適性 度	働きがい
CSACD	0.005	0.021	0.022	-.289**	-.212**	.253**	.080*	.185**	.191**

Pearson の積率相関係数 \*\*p<.01

## 6. がん看護経験年数と対象者の個人的要因・組織/組織/環境的要因との関連

がん看護経験年数が多くの変数と有意な関連性を示したことから、がん看護経験年数と対象者の個人的要因・組織/組織/環境的要因との関連について検討した。その結果、有意な関連を示した変数について以下に述べる。

### 1) がん看護経験年数と対象者の個人的要因との関連

#### (1)年齢

がん看護経験年数と年齢と有意な相関( $r=.405, p<.001$ ) が認められた (表 46)。

#### (2)看護師経験年数

がん看護経験年数と看護師経験年数と有意な相関( $r=.472, p<.001$ )とが認められた (表 46)。

#### (3)資格

資格の違いによるがん看護経験年数の違いについて分散分析を行った結果、資格の違いに有意差が認められた( $F(3,701)=29.714, p<.001$ )。多重比較(Tukey)の結果、資格なしと認定看護師( $p<.001$ )、資格なしとその他( $p=.014$ )に有意差が認められた(表 47)。資格のない看護師よりも認定看護師やその他の資格のある看護師は有意にがん看護経験年数が長かった。

### 2) がん看護経験年数と対象者の個人的要因との関連

#### (1)研究や研修への参加

研究や研修への参加の有無によるがん看護経験年数の差を検討した結果、有意差が見られた( $t=-6.861, df=250, p<.001$ )(表 48)。研究や研修へ参加している看護師が参加していない看護師よりも有意にがん看護経験年数が長かった。

#### (2)緩和ケアチーム

緩和ケアチームの有無によるがん看護経験年数の差を検討した結果、有意差が見られた( $t=-2.820, df=702, p=.005$ )(表 48)。緩和ケアチームの有る看護師が無い看護師よりも有意にがん看護経験年数が長かった。

### (3)緩和ケア外来

緩和ケア外来の有無によるがん看護経験年数の差を検討した結果、有意差が見られた( $t=-2.291$ ,  $df=701$ ,  $p=.022$ ) (表 48)。緩和ケア外来のある看護師が無い看護師よりも有意にがん看護経験年数が長かった。

### (4)看護外来

看護外来の有無によるがん看護経験年数の差を検討した結果、有意差が見られた( $t=-2.820$ ,  $df=702$ ,  $p=.001$ ) (表 48)。看護外来のある看護師が無い看護師よりも有意にがん看護経験年数が長かった。

## 3) がん看護経験年数別がん患者とのEOLdにおける看護と対象者の特性との関連

がん看護経験年数を平均値(12.06)から短群(12 年以下)と長群 (13 年以上) に分けてがん患者とのEOLdにおける看護と個人的要因・組織/組織/環境的要因との関連を検討した。がん看護経験年数の短群は 390 名、長群は 313 名であった。

### (1)研究や研修への参加の有無

がん看護経験年数別にみた、研究や研修への参加の有無によるがん患者との EOLd における看護の得点の差を検討した結果、有意差が認められた( $t=-3.402$ ,  $df=682$ ,  $p=.001$ )(表 49)。がん看護経験年数単群で研究や研修参加ありと回答した者の方がなしと回答した者よりもがん患者との EOLd における看護の実践の程度が高かった。一方で、看護経験年数長群では、研究や研修の参加の有無でがん患者との EOLd における看護の得点に有意な差はみられなかった。

### (2)合同カンファレンスの有無

がん看護経験年数別にみた、合同カンファレンスの有無によるがん患者との EOLd における看護の得点の差を検討した結果、有意差が認められた( $t=-2.251$ ,  $df=389$ ,  $p=.026$ )(表 49)。がん看護経験年数単群で合同カンファレンスありと回答した者の方がなしと回答した者よりもがん患者との EOLd における看護の実践の程度が有意に高かった。一方、研究や研修への参加の有無と同様に、看護経験年数長群では、合同カ

ンファレンスの有無でがん患者との EOLd における看護の得点に有意な差はみられなかった。

表 46 がん看護経験年数と各変数との関連

	年齢	看護師経験 年数	看護師の専 門職的自律 性尺度	CSACD	修正版道徳 的感性尺度	EOLdにお ける看護
がん看護経 験年数	.405**	.472**	.277**	.078*	.239**	.239**

Pearson の積率相関係数 \*\*p<.01 \*p<.05

表 47 がん看護経験年数と各変数との一元配置分散分析

	N	M	SD	d f	F値	p	多重比較	p
所属部署								
化学療法室・放射線療法室	329	12.09	7.196	2	2.542	0.079		
一般外来	312	11.65	7.44	695				
その他	57	14.04	7.888					
資格								
資格なし(1)	512	10.57	7.245	3	29.714	0	(2)>(1)	0.000
認定看護師(2)	143	16.57	6.139	701			(4)>(1)	0.014
専門看護師(3)	17	14.53	6.104					
その他(4)	33	14.33	6.147					

一元配置分散分析

表 48 がん看護経験年数と各変数との t 検定

	N	M	SD	d f	t	p
研究や研修への参加						
なし	143	8.7	6.337	249.454	-6.861	0.000
あり	562	12.92	7.382			
緩和ケアチーム						
なし	87	9.99	6.956	702	-2.82	0.005
あり	617	12.36	7.395			
緩和ケア外来						
なし	154	10.84	6.786	701	-2.291	0.022
あり	549	12.38	7.472			
緩和ケア病棟						
なし	438	12.36	7.477	679	1.003	0.316
あり	243	11.77	7.178			
認定・専門看護師						
なし	121	12.82	7.781	682	682	0.246
あり	563	11.96	7.27			
看護外来						
なし	193	10.64	7.339	682	-3.402	0.001
あり	491	12.75	7.271			
合同カンファレンス						
なし	192	11.39	7.248	703	-1.489	0.137
あり	513	12.31	7.414			

t 検定



表 49 がん看護経験年数別のがん患者との EOLd における看護と各変数との t 検定

	N	M	SD	d f	t	p
合同カンファレンス						
がん看護経験年数短群						
なし	116	92.4	16.6	398	-3.01	0.003
あり	275	98	16.8			
がん看護経験年数長群						
なし	76	103.4	18.2	312	-0.682	0.497
あり	238	105	15.8			
研究や研修の有無						
がん看護経験年数短群						
なし	104	93.12	16.81	389	-2.251	0.026
あり	287	97.45	16.85			
がん看護経験年数長群						
なし	39	103.17	17.17	312	-0.564	0.576
あり	275	104.82	16.29			

t 検定

## 7. 「がん患者とのEOLdにおける看護」と個人的要因・組織/環境的要因の各変数との重回帰分析

### 1) がん患者とのEOLdにおける看護と個人的要因との重回帰分析

目的変数「がん患者との EOLd における看護」と説明変数を「個人的要因」の各変数とし、強制投入法により重回帰分析を行った。分析対象は、がん患者との EOLd における看護および各尺度と個人的要因、組織/環境的要因のすべての変数において欠損値のない 579 名とした。579 名の属性は 709 名の属性とほぼ同様であった(表 51)。

がん患者との EOLd における看護を目的変数とし、個人的要因から単変量の結果や臨床での重要性を踏まえて変数を選択し年齢、職位、最終学歴、研究や研修への参加の有無、看護師経験年数、がん看護経験年数、看護師の道徳的感受性尺度、看護師の専門職的自律性尺度、を説明変数として強制投入法を用いて分析を行った。その結果、がん看護経験年数( $\beta = 0.20, p < .001$ )、看護師の道徳的感受性尺度( $\beta = 0.106, p = .020$ )、看護師の専門職的自律性尺度( $\beta = 0.411, p < .001$ )が有意な関連を示した(調整済み  $R^2 = 0.307$ )(表 52)。

次に、関連を示さなかった変数について検討し、職位、最終学歴、年齢、看護師経験年数は EOLd における看護の得点において線形性を示さなかったため除外した。また、研究や研修への参加の有無は有意な値でなかったため除外した。がん看護経験年数、看護師の道徳的感受性尺度、看護師の専門職的自律性尺度を説明変数として投入し、結果としてがん看護経験年数( $\beta = 0.110, p = .003$ )、がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度( $\beta = 0.091, p = .061$ )、看護師の専門職的自律性尺度( $\beta = 0.409, p < .001$ )が有意な関連を示した(調整済み  $R^2 = 0.266$ )(表 53)。

表 50 対象者の個人的属性

N=579

		人数	%	平均値	標準偏差
性別	女性	570	98.4		
	男性	9	1.6		
	合計	579	100.0		
年齢	21・29	17	2.9	42.88	7.102
	30・39	171	29.5		
	40・49	282	48.7		
	50・59	101	17.4		
	60・64	8	1.4		
	合計	579	100.0		
看護師経験年数	3年・10年	55	9.5	19.64	7.146
	11年・20年	282	48.7		
	21年・30年	201	34.7		
	31年以上	41	7.1		
	合計	579	100.0		
がん看護経験年数	0年・5年	124	21.4	12.24	7.337
	6年・10年	151	26.1		
	11年・20年	227	39.2		
	21年以上	77	13.3		
	合計	579	100.0		
職位	管理職	25	4.3		
	中間管理職	164	28.3		
	スタッフ	390	67.4		
	合計	579	100.0		
配属部署	化学療法室	220	38.0		
	放射線療法室	44	7.6		
	一般外来	262	45.3		
	その他	48	8.3		
	合計	579	100.0		
資格の有無	なし	412	71.2		
	認定看護師	124	21.4		
	専門看護師	16	2.8		
	その他	27	4.7		
	合計	579	100.0		

表 51 がん患者との EOLd における看護と個人的要因との重回帰分析 1

変数	B	$\beta$	t 値	p
年齢	-0.297	-0.124	-1.618	0.106
職位	1.199	0.04	0.999	0.318
最終学歴	0.111	0.006	0.16	0.873
研究や研究への参加の有無	0.16	0.004	0.103	0.918
看護師経験年数	-0.297	-0.124	-1.518	0.130
がん看護経験年数	0.466	0.2	4.749	0.000
修正版道徳的感受性尺度	0.336	0.106	2.341	0.020
看護師の専門職的自律性尺度	0.305	0.411	8.945	0.000
R <sup>2</sup>	0.317			
調整済みR <sup>2</sup>	0.307			
F	33.068			

N=579

表 52 がん患者との EOLd における看護と個人的要因との重回帰分析 2

変数	B	$\beta$	t	p
がん看護経験年数	0.257	0.11	2.947	0.003
看護師の専門職的自律性尺度	0.303	0.409	8.309	0.000
修正版道徳的感受性尺度	0.308	0.091	1.877	0.061
R <sup>2</sup>	0.27			
調整済みR <sup>2</sup>	0.266			
F値	70.866			

N=579

## 2) がん患者とのEOLdにおける看護と組織/環境的要因

目的変数「がん患者との EOLd における看護」と説明変数を「組織/環境的要因」の各変数とし、強制投入法により重回帰分析を行った。分析対象は、がん患者との EOLd における看護および各尺度と個人的要因、組織/環境的要因のすべての変数において欠損値のない 579 名とした。579 名の属性は 709 名の属性とほぼ同様であった(表 54)。

がん患者との EOLd における看護を目的変数、単変量の結果や臨床での重要性を踏まえて変数を選択し、緩和ケアチームの有無、緩和ケア外来の有無、合同カンファレンスの有無、EOLd の必要な患者数、Collaboration and Satisfaction About Care Decision、職業性ストレス尺度の下位尺度である仕事の適正度、働きがいの説明変数とし強制投入法で分析した。その結果、EOLd の必要な患者数( $\beta = 0.113, p = .004$ )、Collaboration and Satisfaction About Care Decision ( $\beta = 0.364, p < .001$ )、仕事の適性度( $\beta = 0.127, p = 0.012$ )が有意に関連していた(調整済み  $R^2 = 0.180$ )(表 55)。

表 53 対象者の環境的属性

		N=579	
		人数	%
最終学歴	専門学校	407	70.3
	短期大学	68	11.7
	大学	78	13.5
	大学院	26	4.5
	合計	579	100.0
学習の機会の有無	あり	462	79.8
	なし	117	20.2
	合計	579	100.0
緩和ケアチームの有無	あり	511	88.3
	なし	68	11.7
	合計	579	100.0
緩和ケア外来の有無	あり	455	78.6
	なし	124	21.4
	合計	579	100.0
緩和ケア病棟の有無	あり	212	36.6
	なし	367	63.4
	合計	579	100.0
専門看護師・認定看護師の有無	あり	478	82.6
	なし	101	17.4
	合計	579	100.0
看護外来の有無	あり	420	72.5
	なし	159	27.5
	合計	579	100.0
EOL d が必要な患者数/月	0人	37	6.4
	1人ー5人	295	50.9
	6人ー10人	85	14.7
	10人以上	162	28.0
	合計	579	100.0
合同カンファレンスの有無	あり	434	75.0
	なし	145	25.0
	合計	579	100.0

表 54 がん患者との EOLd における看護と組織/環境的要因との重回帰分析

変数	B	$\beta$	t	p
EOLdの必要な患者数	2.013	0.113	2.925	0.004
合同カンファレンスの有無	1.811	0.046	1.184	0.237
緩和ケアチームの有無	2.546	0.048	1.252	0.211
Collaboration and Satisfaction About Care Decision	0.704	0.364	9.426	0.000
仕事の適性度	3.064	0.127	2.519	0.012
働きがい	0.040	0.002	0.032	0.975
R <sup>2</sup>	0.190			
調整済みR <sup>2</sup>	0.180			
F値	22.429			

N=579



### 3)がん患者とのEOLdにおける看護と個人的要因と環境/組織的要因との重回帰分析

がん患者との EOLd における看護と個人的要因と環境/組織的要因の重回帰分析において有意な値を示した、がん看護経験年数、看護師の専門職的自律性尺度、がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度、EOLd の必要な患者数、仕事の適性度、Collaboration and Satisfaction About Care Decision(CSACD)を説明変数として強制投入法にて分析を行った。その結果、がん看護経験年数( $\beta = .104, p = .004$ )、看護師の専門職的自律性尺度( $\beta = .310, p < .001$ )、がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度( $\beta = .108, p = .024$ )、CSACD ( $\beta = .274, p < .001$ )が関連を示した(調整済み  $R^2 = 0.332$ ) (表 56)。EOLd の必要な患者数と仕事の適性度は有意な値を示さなかったため、二つの変数を除外し分析を行った結果、がん看護経験年数( $\beta = .110, p = .002$ )、看護師の専門職的自律性尺度( $\beta = .313, p < .001$ )、がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度( $\beta = .113, p = .015$ )、CSACD ( $\beta = .270, p < .001$ )が関連を示し(調整済み  $R^2 = 0.332$ ) (表 57)、このモデルを最終モデルとして採択した。

表 55 がん患者との EOLd における看護と個人的要因・環境/組織的要因との重回帰分析 1

変数	B	$\beta$	t	p
がん看護経験年数	0.243	0.104	2.894	0.004
看護師の専門職的自律性尺度	0.23	0.310	6.363	0.000
修正版道看護師の徳的感性尺度	0.364	0.108	2.266	0.024
EOLdの必要な患者数	0.895	0.050	1.441	0.150
Collaboration and Satisfaction About Care Decision	0.529	0.274	7.616	0.000
仕事の適性度	0.025	0.001	0.029	0.977
R <sup>2</sup>	0.339			
調整済みR <sup>2</sup>	0.332			
F	48.826			

N=579

表 56 がん患者との EOLd における看護と個人的要因・環境/組織的要因との重回帰分析 2

変数	B	$\beta$	t	p
がん看護経験年数	0.257	0.110	3.086	0.002
看護師の専門職的自律性尺度	0.232	0.313	6.443	0.000
修正版道徳的感受性尺度	0.382	0.113	2.433	0.015
Collaboration and Satisfaction About Care Decision	0.522	0.270	7.576	0.000
R <sup>2</sup>	0.336			
調整済みR <sup>2</sup>	0.332			
F	72.71			

N=579

## 第IX章 考察

本研究はがん診療拠点病院の外来看護に携わる看護師に対し調査を行い、「がん患者との EOLd における看護」の実践の構造を明らかにした。さらに、「がん患者との EOLd における看護」と「個人的要因」・「組織/環境的要因」との関連を明らかにした。

本章では、「がん患者との EOLd における看護」の構造と「がん患者との EOLd における看護」と個人的要因・組織/環境的要因との関連について考察する。

### 1. がん患者とのEOLdにおける看護について

本項目では、「がん患者との EOLd における看護」の構造と現状、および外来看護師の職場環境とストレスについて考察する。

#### 1)がん患者とのEOLdにおける看護の構造

文献検討、がん看護専門看護師およびがん患者へのインタビューから作成した「がん患者との EOLd における看護」は、EOLd における看護実践を初めて明らかにし体系化したものである。それは、「医学的ニーズのアセスメント」「社会的ニーズのアセスメント」「治療や療養の選択に伴う意思決定支援」「End-of-life を見据えた在宅療養支援」「継続看護」「医師との協働」で構成された。

まず、看護師は看護の立場から患者の状況を医学的・社会的ニーズの両面から総合的にアセスメントしていた。これは、看護師を対象とした質的研究から明らかになった支援の必要な患者を特定するための項目である。看護師が継続的に患者の状況をアセスメントすることで支援の必要な患者を特定し、多職種と情報共有を行うことで適切な EOLd のタイミングの判断に繋がっていたと考える。EOLd のタイミングを見計らうことの難しさや(Mori,M.,2015)医療者の EOLd に対する不安や困難感(Granek et al., 2013)によって病状が進行してから EOLd を行うなど、十分な話し合いができず患者主体の意思決定が行われないことがある。一方で、早期からの話し合いには利益より害が多いことが報告されている(Johnson.S, 2016)。そのため、患者個々の状態を継続的にアセスメントし EOLd の必要な患者をスクリーニングし EOLd を開始するタイミングを判断することが重要である。患者をスクリーニングする指標として、患者の病状を客観的に評価する指標の開発や施設内でルールを設ける等の対応が行われている。しかし、EOLd の必要性を判断するためには医学的側面だけでなく社会的側面や患者の意向・価値観も含んだ総合的な評価が必要である。外来看護師ががんを診断

された時から継続的に患者と関わりを持ち、総合的なアセスメントを行うことで適切なタイミングに EOLd を開始することを促進することができる。

次に、情報提供や話し合いだけでなく患者が病状を理解し納得した意思決定をするための意思決定支援や病気と共に生活していくための在宅療養支援を行うと共に、患者の心身の苦痛に寄り添い精神的なケアを行っていた。先行研究では、EOLd において診断や予後等がんの経過に関する内容や治療選択や療養の場に関する情報提供と話し合いを行うと報告されている(門脇,2016)。しかし、看護師は情報提供や話し合いだけでなく、患者の QOL の維持・向上を目指したケアを行っていた。さらに、家族に対する支援や、患者と家族間の調整も行っており、看護師が包括的なケアを行うことで、患者自身が納得した終末期の在り方を構築することができ、EOLd の質を向上することができる考える。また、垂水ら(2016)は EOLd の阻害要因として患者家族・医療者双方への精神的サポートが不足していることを報告している。看護師が患者家族への精神的サポートを行うと共に、医療者内での情報共有や医師と患者の仲介などのサポートを行うことでチーム内の精神的負担を軽減し EOLd の促進に寄与できると考える。

さらに、EOLd を開始するタイミングの判断や患者の意思決定支援・在宅療養支援において医師と協働し患者の意向や価値観に沿った EOLd が実施できるよう支援を行っていた。医師と協働関係を構築するためには、看護師が専門職として自律し治療や療養に関する知識を備え実践力を高めることが求められており、専門性の高い看護師の育成や外来配置が必要である。また、医師との協働は合同カンファレンスによって促進することが示唆された。合同カンファレンスには医師と看護師だけでなく、薬剤師・社会福祉士・栄養士等が参加していた。外来では多職種が直接顔を合わせて話し合う機会が限られており、合同カンファレンスを活用することで多職種間でのコミュニケーションが促進され、チーム医療を推進することができる。また、合同カンファレンス等のフォーマルな場だけでなく、インフォーマルな場において多職種で話し合いができる環境を設けることができるよう看護師が他職種へ働きかけていくことが必要だと考える。

加えて、看護師間でカンファレンスやカルテを用いて患者の情報を共有することで継続的な看護が行われていた。看護師は交代制勤務であり、1 人の看護師が継続して患者と関わるのが難しい。また、患者は病気の経過に応じて、外来・病棟・地域と様々な場で治療・療養を行っており、様々な場で働く看護師が連携し継続看護を提供することで、適切な EOLd のタイミングの判断や患者の QOL の維持・向上を促進す

ることができる。また、継続的に EOL d における看護を行うことで、がん患者ができるだけ長い期間、より良い状態で地域において暮らすことを支援できると考える。

このように、「がん患者との EOL d における看護」では「看護師の立場から患者を総合的にアセスメントし支援の必要な患者を特定していた。また、情報提供や話し合いだけでなく、患者が病状を理解し納得した意思決定をするための意思決定支援や病気と共に生活していくための在宅療養支援を行うと共に、患者の心身の苦痛に寄り添い精神的なケアを行い、患者の QOL の維持・向上を目指した包括的なケアを行っていた。さらに、医師や多職種と協働し患者のニーズに合わせた調整・支援を行うことで、患者が納得した終末期の在り方を構築できるよう働きかけていた。看護師は患者と医師や家族間、医療者間の仲介・調整役となり、患者を中心としたチームを形成しチーム内で同じ目標に向かうことができるよう支援を行っていた。これらが、「がん患者との EOL d における看護」の特徴であり構造として示された。

## 2)がん患者とのEOL d における看護の現状

本研究では、「がん患者との EOL d における看護」を 6 因子の下位尺度から成る 34 項目の質問紙(34-136)として作成し、がん患者との EOL d における看護の実践の程度を 1「全く行っていない」から 4「いつも行っている」の 4 段階で評価した。その結果、対象者の項目別得点の平均値は 2.94(SD=0.50)、平均得点は 99.987(SD=17.2,39-136)であり 2「あまり行っていない」もしくは 3「だいたい行っている」と回答した者が多かった。EOL d における看護の実践の程度が比較的高かった理由として、本対象者は木場ら(2017)のがん診療連携拠点病院の病棟看護師を対象にした調査よりも年齢、経験年数共に長く、松田ら(2010)のがん専門病院を対象にした研究よりもがん看護経験年数が長い集団であった。さらに、西尾ら(2011)が病棟看護師を対象とした研究よりも認定看護師・専門看護師等の資格を持つ者が多かった。そのため、本研究の対象者は経験が豊富にあり、資格を有するなど実践能力の高い集団であったと考えられる。

特に医学的ニーズのアセスメント(3.1,SD=0.51)、社会的ニーズのアセスメント(3.05, SD=0.59)、継続看護(3.04, SD=0.67)で項目別平均得点が 3 以上を示し「だいたい行っている」もしくはそれ以上を回答した者が多かった。一方、End-of-life を見据えた在宅療養支援は最も項目別平均点(2.6, SD=0.69)が低く、他の因子と比較して、「あまり行っていない」と回答した者が多く、End-of-life を見据えた在宅療養支援があまり行われていなかったと考えられる。先行研究においても外来看護師の在宅療養支援の実施率の低さが報告されており、理由として患者と関わる時間がない(尾ノ井ら,2015)(村

上ら,2013)、外来看護師により在宅療養支援には診療報酬上の評価がされていない(錦織ら,2017)ことが阻害要因と報告されている。また、「経済・社会状況」に関する情報収集や保険福祉制度の理解不足が報告されている(坂井ら,2011)。渡邊(2015)はがん患者が住み慣れた自宅から外来通院をいかに継続できるかという「療養支援」ががんと診断されたときから必要であり、看護師が療養支援に関わることで、がん患者の病状の経過を予測し、必要な症状コントロールや心理・社会的支援、限られた社会資源の調整を行うことが期待されていると述べている。今後、外来看護師による在宅療養支援を促進するためには、組織的な変革や看護師の知識の向上に向けた取り組みを行って必要が考えられる。

### 3)外来看護師の職場環境とストレス

本調査を実施したがん診療連携拠点病院では緩和ケアチームや緩和ケア外来の設置が指定要件とされ、対象者の約8割に緩和ケアチーム・緩和ケア外来が有り、ユニット内に認定看護師・専門看護師がいた。また、対象者の約7割に看護外来が有り、施設の整備が整った環境であった。さらに、対象者の7割が合同カンファレンスを実施しており、佐藤(2015)ががん診療連携拠点病院の外来を対象に行った研究よりも多く、合同カンファレンスを通し多職種連携が実施されている環境であった。

対象者の職業性ストレスは先行研究(下光,2008)で報告されている女性標準集団では量的負担( $M=7.9$ ,  $SD=2.2$ )、質的負担( $M=8.0$ ,  $SD=2.0$ )であり、本研究の対象者の方が量的負担・質的負担の平均値が高く外来看護師は仕事の質的・量的負担を感じていた。また、井奈波ら(2015)が総合病院に勤務する看護師を対象に行った調査では、バーンアウト群の平均値は量的負担  $9.5$ ( $SD=1.8$ )、質的負担  $9.8$ ( $SD=1.5$ )であり、本研究の対象者の方がバーンアウト群よりも高かった。特に、化学療法室・放射線療法室に勤務する看護師は他の部署と比べて仕事の質的負担を感じていた。化学療法室・放射線療法室では化学療法や放射線療法を行う患者に対して正確に安全・安楽に治療を提供する必要があるため、質的負担を感じていたと考えられる。また、外来で治療を行う患者が増加しており、多くの患者に対応する必要があることが量的負担に影響を与えていると推測される。

一方で、技能の活用( $M=2.7$ ,  $SD=0.9$ )、仕事の適性( $M=2.7$ ,  $SD=0.8$ )、働きがい( $M=2.6$ ,  $SD=0.9$ )は女性標準集団よりも本研究の対象者の平均値が高かった。本研究はがん診療連携拠点病院の外来看護師を対象としており、がん診療連携拠点病院で働くことで看護師はがん看護に適性ややりがいを感じることに繋がっていたと考え

られる。また、化学療法や放射線療法は専門的な知識や技術が求められるため、自身の技能が活用できていると感じていたと考えられる。

本調査で対象となった外来看護師は仕事に対して質的・量的負担を感じる一方で、仕事の適性や働きがいを感じ、がん看護の専門性を見出し働いている状況が示唆された。

## 2. 「がん患者とのEOLdにおける看護」を関連する要因について

「がん患者とのEOLdにおける看護」と個人的要因・組織/環境的要因との関連について検討した結果、「看護師の専門職的自律性尺度」、「Collaboration and Satisfaction About Care Decision」「がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度」、「がん看護経験年数」が関連していた。一方、阻害要因として「職業性ストレス」を仮定していたが関連していなかった。本項目では関連した変数および「職業性ストレス」について考察する。

### 1) 看護師の専門職的自律性尺度

本対象者において看護師の専門職的自律性尺度の項目別得点の平均値は 3.41(SD=0.45)であった。中村ら(2017)が大学病院に勤務する看護師を対象に行った調査では、平均値は 3.41(SD=0.56)であり、本調査も同様の結果であった。

看護師の専門職的自律性尺度はがん患者との EOLd における看護と最も関連していた。この尺度は看護の専門職的自律性を“認知”, “判断”および“実践”という段階を進む一連の流れを持ったプロセスと捉えており、アセスメント・計画・実施といった看護過程と同様である。がん患者との EOLd における看護では、医学的・社会的側面から患者をアセスメントし EOLd の必要な患者を認知・判断し、意思決定支援や在宅療養支援という実践を行うという一連のプロセスからなる看護であり、そのプロセスにおいて継続看護や医師と協働することでEOLdが円滑に実施できるよう調整を行っている。専門職的自律性尺度とがん患者との EOLd における看護は両者とも看護過程が基盤となっており尺度構成が類似している。そのため、本研究においても中程度の相関を示したと考えられる。

また、がん患者との EOLd における看護の全ての下位尺度と看護師の専門職的自律性は中程度の関連を示した。看護師ががん医療・看護の知識に基づき総合的に患者の状況をアセスメントし、患者の個別性に合わせた意思決定支援・在宅療養支援を行い、医師や多職種と協働し、チーム医療を提供する上で専門職的自律性が必要であることが



示唆された。また、専門職的自律性は「看護職が専門職業人としての価値観に基づいて意思決定選択を行い、その行為に責任が持てるという特性」と定義されており(菊池, 1997)、がん患者との EOLd における看護を促進するためには、自身の価値観に基づき EOLd の必要な患者に責任をもって支援を行うことのできる看護師を育成することが必要である。

## 2) Collaboration and Satisfaction About Care Decision (CSACD)

本対象者の平均点は協働得点 31.0(SD=7.15)満足得点 8.0(SD=2.33)であり、小澤(2013)の調査では施設別の総合周産期の平均点において協働得点が 33.2(SD=7.7)、満足得点 8.6(SD=2.3)と報告されており、総合周産期センターと同様の結果であった。

CSACD ががん患者との EOLd における看護と関連を示した。がん患者との EOLd における看護では、意思決定支援や在宅療養支援において医師と患者の仲介等のサポートを行い、患者の価値観や意向を治療・療養に反映するために医師と協働することが重要である。特に、外来では医師の診察の前後や診察に同席し支援することもあり、医師と患者の情報を密に共有しタイミング良く関わる必要がある。医師と看護師の協働により患者アウトカム(Gittell, J. H. et al, 2000)や医療者アウトカムが向上するとの報告もあり(草刈ら, 2004)、医師と協働することでがん患者との EOLd における看護が促進することが示唆された。

また、CSACD はがん患者との EOLd における看護の下位尺度である「医師との協働」と最も相関を示し、要素が類似していたことから両者に関連がみられたと考えられる。また、がん患者との EOLd における看護の他の下位尺度との関連では、「医師との協働」に次いで「治療や療養の選択に関する意思決定支援」と CSACD が有意な相関を示していた。これは、CSACD が急性期病院でのケアの意思決定に関する医師と看護師の協働とその満足の程度を測定する尺度であることが関連していると考えられる。特に、治療や療養の選択に関する意思決定支援の項目の内、Q14「患者・家族・医療者間で今後の方向性の意向にずれが生じた場合に調整を行う」、Q16「患者・家族と医療者で今後の方向性を共有する」との相関が高く、これらの 2 項目には医師との協働による意思決定支援の要素が含まれていたと考えられる。

### 3) がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度

がん患者を対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度ががん患者との EOLd における看護と関連していた。がん患者との EOLd における看護では、がんが進行した状態にある患者に対して、治療や療養に関する意思決定支援や療養支援を行う中で、様々な倫理的問題に直面する。さらに、医療者間での意見や価値観の相違などの倫理的問題にも遭遇する。先行研究では EOLd には医療者の感受性が必要 (Clayton, et al., 2005) と報告されている。Fry (2002) は倫理的活動が個人の道徳により行われ、その能力として道徳的感受性、道徳的思考、道徳的人間性が必要であると述べている。なかでも道徳的感受性は個人の福祉や安寧に影響を与える状況的な側面を意識できるかどうかという感覚であると述べている。がん患者との EOLd における看護ではがん患者の価値観や意向に寄り添い心身の苦痛に対するケアを行い患者の QOL の維持・向上に向けて支援を行っており、道徳的感受性が高い看護師は EOLd の必要性を認識し EOL における看護を行うことができたと考えられる。そのため、外来看護師が EOLd の必要性を認識し意識的に患者と関わるためには道徳的感受性が必要であることが示唆された。

### 4) がん看護経験年数

がん看護経験年数ががん患者との EOLd に関連していた。がん患者との EOLd における看護では、単に看護師経験があるだけでなくがん看護領域における経験を重ねることが必要であることが示唆された。がん患者との EOLd を行うためには予測的で長期的な視点が必要であり、がん腫による病気の展開や治療法、個々の病気の経過についてアセスメントする力、地域との連携や介護保険制度活用など療養環境に関する知識も求められる。外来看護師はがん看護経験を積み重ねる中で、様々な患者の経過や対応を実践知として蓄積しがん患者との EOLd における看護に活かしていたと考えられる。また、継続教育やカンファレンス等の多職種とのディスカッションを通して実践力や知識が向上することでがん患者との EOLd における看護に繋がっていたと考えられる。

また、がん看護経験年数は緩和ケアチーム、緩和ケア外来、看護外来との関連を示しており、施設の資源が豊富にあるという外的な要因が影響を与えていることが示唆された。しかし、本研究では対象者のがん看護経験の具体的な内容については調査していないため、今後、がん看護経験年数の具体的な内容について調査し、看護師ががん看護経験年数を積み重ねていくために必要な支援について考えていく必要がある。

一方でがん看護経験年数の短い看護師は、研修や研究への参加や合同カンファレン

スに参加している方ががん患者との EOLd における看護の得点が高くなることが示され、がん看護経験年数が短い看護師に対してがん看護に関する知識の学習や合同カンファレンスにおいて多職種と協働する機会を提供することで、がん患者との EOLd における看護に必要な能力を身に着けることができると考えられる。

## 5) 職業性ストレス

職業性ストレス尺度はがん患者との EOLd における看護の阻害要因として仮定していたが重回帰分析において関連を示さなかった。しかしながら、外来看護の環境が変化している中、がん患者との EOLd における看護を促進する上で職業性ストレスは重要な要素であると考えられる。がん患者との EOLd における看護との単変量解析では有意な相関を示しており、職業性ストレスの下位項目とがん患者との EOLd における看護との関係について以下に述べる。

職業性ストレス尺度の下位項目とがん患者との EOLd における看護との単変量解析の結果、がん患者との EOLd における看護と仕事の量的・質的負担が有意な弱い正の相関を示し、仕事の量的・質的負担によるストレスを感じていても、がん患者との EOLd における看護を実践している程度は高かった。仕事のコントロール、仕事の適正度、働きがい、技能の活用は有意な弱い正の相関を示し、仕事のコントロール、仕事の適正度、働きがい、技能の活用を感じることでがん患者との EOLd における看護の実践の程度を高めていた。

これは、Schaufeli(2004)が報告した、仕事の要求度—資源モデル(仕事のストレスがあっても個人の資源や仕事の資源があることで、バーンアウトではなくワーク・エンゲイジメントにつながることを示したモデル)と同様の結果である。外来看護師は仕事の質的・量的負担によるストレスを感じていたが、仕事のコントロール、技能の活用度、仕事の適性度、働きがいという仕事の資源があることで仕事への意欲が高まり、がん患者との EOLd における看護を促進していたと考えられる。働きがいを構成する要素として「患者・家族への親近感」「患者・家族に対する自己存在感」「達成感」「コントロール感」「自己成長感」「自己効力感」が報告されており(船越ら,2006)、看護管理者は外来看護師が働きがいや適性を感じることができるよう看護師配置や働き方に対する支援を行っていく必要がある。一方で、量的負担・質的負担等のストレスは看護師のバーンアウトにもつながることが報告されており(井奈波ら,2015)、適切な業務量・内容となるよう検討が必要である。

加えて、がん患者との EOLd における看護との単変量解析では職場の対人関係によ

るストレス、職場環境によるストレスが有意な弱い負の相関を示した。職場環境とは作業環境（騒音、照明、温度、換気など）であり、特に一般外来に勤務する看護師の平均点が最も高くストレスを感じていた。一般外来は、開放的な空間において多くの患者が出入りし個々の患者と関わる場を設けることが難しい環境であり、外来看護師が職場環境によるストレスを感じることでがん患者との EOL d における看護の実践が阻害されていたと推測される。外来において看護師が支援の必要な患者に個別に関わることでできる環境の整備や外来看護師の役割の明確化が必要だと考えられる。また、職場の対人関係が良好でない環境ではがん患者との EOL d における看護が阻害される可能性が示唆された。職場の対人関係によるストレスは CSACD 尺度とも有意な負の相関を示し、職場の対人関係によるストレスがあることで医師との協働が阻害されることが示唆されている。職場の対人関係によるストレスを軽減することで医師と協働し、がん患者との EOL d における看護が促進される可能性が示唆された。

### 3. 看護への示唆

本研究では、「がん患者との EOL d における看護」の構造を明らかにし、それは医学的ニーズのアセスメント、社会的ニーズのアセスメント、治療や療養の選択に伴う意思決定支援、End-of-life を見据えた在宅療養支援、継続看護、医師との協働の 6 因子から構成されていた。さらに、「がん患者との EOL d における看護」と関連した要因として、専門職的自律性、道徳的感受性、医師との協働、がん看護経験年数が明らかとなった。本項目では、がん患者との EOL d における看護で重要な要素であるチーム医療と協働について考察する。また、外来看護の場ではがん患者との EOL d における看護を行うための外来看護師の役割と組織/環境の構築について考察する。

#### 1). チーム医療と協働

がん医療の発展や医療体制の変化に伴い、EOL d の必要ながん患者は増加している。さらに、がん患者のニーズの多様化、高齢化により個別的な対応が求められている。そのため、多職種が協働しチームでがん患者と EOL d を行うことが必要である。

特に、EOL d を開始するタイミングを判断するためには、病気の経過等の医学的状況だけでなく、社会的状況や価値観・意向等の総合的な情報から患者の状況をアセスメントし判断することが必要であり、医師だけでなく看護師や薬剤師等の多職種が連携しチームで患者の情報を共有することが重要である。

「がん患者との EOL d における看護」では看護師の立場から患者を総合的にアセス

メントし支援の必要な患者を特定していた。医療者が外来患者と関わる機会は治療や診察の時のみであり限られた時間である。そのため、多職種が各々の専門性から患者を捉え、それらを共有することで効率的に患者の状況をアセスメントすることができると思う。

また、EOL d では治療の選択・中止や療養に関する意思決定が患者に求められており、精神的支援を行うことが重要である。これまで、EOL d は診察の場において医師と患者間で行われることが多く、EOL d を行うための十分な支援が行われていなかった。「がん患者との EOL d における看護」では情報提供や話し合いだけでなく、患者が病状を理解し納得した意思決定をするための意思決定支援や病気と共に生活していくための在宅療養支援を行うと共に、患者の心身の苦痛に寄り添い精神的なケアを行い、患者の QOL の維持・向上を目指した包括的なケアを行っていた。さらに、医師や多職種と協働し患者のニーズに合わせた調整・支援を行うことで、患者が納得した終末期の在り方を構築できるよう働きかけていた。看護師は患者の最も身近にいる存在であり、患者の変化や療養生活の中で揺れ動く患者の気持ちにいち早く気づくことができる。そのため、看護師は患者と医師や家族間、医療者間の仲介・調整役となり、患者を中心としたチームを形成しチーム内で同じ目標に向かうことができるよう支援を行っていた。患者の意向や状況は経過と共に変化し、患者の変化をチーム内で共有することで患者の意向に沿った EOL d を行うことができる。外来では多職種が顔を合わせる機会が限られており、多職種間で情報共有を行うためには、合同カンファレンス等の実施やインフォーマルな場において多職種連携を行えるよう働きかけていくことが必要である。

多職種連携とは「各々の高い専門性を前提に目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と定義されており(厚労省,2012)、「各専門職がそれぞれに持つ特有の知識、技能を対象者の利益のために自律的に発揮する責務がある」(勝山,2014)。本研究においても、医師との協働と専門職的自律性は関連を示しており、両者はがん患者との EOL d における看護とも関連していることから、看護師が専門職として自律し医師や多職種との協働することでがん患者との EOL d における看護が促進すると思う。

しかし、看護は保助看法により療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者と示され医師との上下関係が生じている場合があり、すべての場面において看護師が自律的に判断し行動することが難しい状況にある。質的研究においても、看護師は「EOL d の必要性を感じているが医師へ提案できない」や「看護師から病状や予後については話せない」と感じており、EOL d における看護の阻害要因となっていた。

がん患者との EOLd において医師や多職種と協働するためには、看護師自身の専門職的自律性を高めるだけでなく、他職種が看護の専門性について認識することが重要である。しかし、看護の専門性は経験知として培われ可視化することが難しく他職種が看護の役割を認識しづらい状況がある。本研究において、EOLd における看護を体系化し可視化したことでがん患者との EOLd における看護師に役割を明示することができたと考える。

## 2). がん患者との EOLd における看護における外来看護師の役割

外来看護師は背景や働き方の多様性から専門性を高める難しさ、看護師の意欲や能力のばらつき、業務に追われ看護職者の意欲や能力を発揮するのが難しい、人員が確保できないなどの課題が挙げられている(佐藤ら, 2003)。しかし、本研究において対象となった外来看護師は、仕事に対して質的・量的負担を感じる一方で、仕事の適性や働きがいを感じ、がん看護の専門性を見出し働いている状況が示唆された。また、「がん患者との EOLd における看護」は専門職的自律性や道徳的感受性が高く、がん看護経験年数が長いことで促進されることが示唆された。

そのため、がん患者との EOLd における看護を行うためには、外来看護師ががん看護経験年数を積み重ねることが出来る環境や、がん医療・看護の知識や実践力のある専門性の高い看護師を配置していくことが必要である。また、がん看護経験年数が短い看護師に対して、継続教育やカンファレンスを行うことで EOLd における看護が促進されることが示唆されており、看護管理者が中心となり学習機会や病棟と外来との看護師のローテーション等の環境を提供することで、がん看護に携わる外来看護師ががん患者との EOLd の必要性や看護の役割を認識し、患者に意識的に関わるができるようが支援することが必要である。

これまで、がん治療や緩和ケアは入院患者を中心に行われ、看護師は入院中の患者と密に関わる中で、信頼関係を構築し意思決定支援や療養・セルフケア支援を行っていた。しかし、がん医療や緩和ケアが入院から外来へ移行すると共に EOLd の場も外来へと移行している。外来看護師は診療の前後で問診や面談を行い、継続的な関わりを持つことで患者と信頼関係を築き、個々の状況に応じて様々な支援を行っていた。しかし、外来では病棟に比べ患者と関わる時間が短く、多くの患者に対応しなければならない状況にあり、十分な支援を行うためには患者と関わる機会の増加や人員が必要である。また、看護師は交代制勤務であり、1 人の看護師が継続して患者と関わるのが難しい。患者は病気の経過に応じて、外来・病棟・地域と様々な場で治療・療養を行って

おり、様々な場で働く看護師が連携し継続看護を提供することで、適切な EOLd のタイミングの判断や治療や療養の選択に関する意思決定支援、End-of-life を見据えた在宅療養支援を行い、患者の QOL の維持・向上を促進することができる。

がん患者は多くの期間を地域で暮らしながら外来通院で過ごすため、外来看護師は医療と生活を繋ぐ上で重要な役割を担っている。外来看護師が、EOLd における看護を行うことで、がん患者ができるだけ長い期間、より良い状態で暮らすことを支援できると考える。

### 3). 組織/環境の構築

がん患者との EOLd では多職種連携・協働によるチーム医療が重要であり、多職種が連携・協働できる環境を構築することが必要である。国はがん診療連携拠点病院の在り方について検討を重ね、2019 年 4 月から新指定要件によるがん体制の構築を目指している。新規項目として、「緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順には、医師だけではなく、看護師や薬剤師など他の診療従事者からも依頼できる体制の確保」や「患者や家族に対し、必要に応じて、アドバンス・ケア・プランニングを含めた意思決定支援を提供できる体制の整備」や「緩和ケアチームと外来看護師の連携」が盛り込まれ(厚生労働省,2018)、多職種連携や意思決定支援の必要性が強調されている。また、治療の外来移行に伴い、外来通院患者が増加し外来において EOLd の必要ながん患者も増加することが予測される。

外来看護師は適切なタイミングで EOLd を開始し、質の高い EOLd を行うために重要な役割を担っており、外来看護師の質の向上と増員が必要である。しかし、外来看護師の配置基準「30 対 1」は 1948 年から変わっていない。一方、日本看護協会が行った調査では看護職員 1 人 1 日当たりの一般外来の患者数平均値は 21.4 人であり(日本看護協会,2018)、病院の自助努力により外来看護師の配置人数を配置基準より増員していた。しかし、外来看護師配置には診療報酬での基準がなく、手厚い看護を提供していても評価されていない状況にある。今後、外来看護師の配置基準の改定や診療報酬による評価を行い、外来看護師の増員を行うことで外来看護の質を向上していくことが必要である。

### 4. 研究の限界と今後への課題

本研究は全国のがん診療連携拠点病院から協力同意の得られた 148 施設を対象にした調査であり、がん医療の水準が高い集団での調査であった。そのため、指定されてい

ない一般病院との差異が生じている可能性があげられる。さらに、がん診療連携拠点病院の施設の特性に関する調査を行っていないため、がん専門病院と総合病院との違いについて検討することができなかった。

また、Collaboration and Satisfaction About Care Decision については看護師からの側面評価であり、医師からの評価も必要であると考ええる。さらに、国内外において Collaboration and Satisfaction About Care Decision を用いて外来看護師と医師との協働を測定した先行研究がないため、他の研究と比較することができなかった。

さらに、看護師の道徳的感受性尺度の信頼性が得られなかったため、本研究の結果から「がん患者と対象とした外来看護師の修正版道徳的感受性尺度」を作成し分析に用いており、尺度の妥当性に課題が残る。

加えて、がん患者との EOLd における看護と患者アウトカムとの関連について今後検討していくことが必要である。



## 第X章 結論

本研究では、我が国における「がん患者との EOLd における看護」の構造を初めて明らかにし、「がん患者との EOLd における看護」と個人的要因・組織/環境的要因との関連を検討した。対象者はがん診療連携拠点病院の外来看護師 787 名であった。測定用具には研究者が開発した「がん患者との EOLd における看護」、個人的要因として「看護師の専門職的自律性尺度」「看護師の道徳的感受性尺度」、看護師の属性と教育の程度、組織/環境的要因として「Collaboration and Satisfaction About Care Decision(CSACD)」 「職業性ストレス尺度」、環境的要素で構成された質問紙を用いた。データの分析は記述統計量の算出、Pearson の積率相関係数、重回帰分析を行い「がん患者との EOLd における看護」と、「個人的要因」「組織/環境的要因」との関連を検討し以下のことが明らかとなり、今後の外来におけるがん看護の質の向上に寄与することができる。

1. 「がん患者との EOLd における看護」の構造として、外来看護師は患者の状況を総合的にアセスメントし支援の必要な患者を特定することで EOLd のタイミングを判断し、意思決定支援や在宅療養支援や心身の苦痛に対する包括的なケアを行い、医師と協働し円滑で質の高い EOLd の支援、看護師間の連携による継続看護を行っていた。
2. 「がん患者との EOLd における看護」に関連する要因として、専門職的自律性( $\beta = .313, p < .001$ )、医師との協働 ( $\beta = .270, p < .001$ )、道徳的感受性( $\beta = .113, p = .015$ )、がん看護経験年数( $\beta = .110, p = .002$ )が明らかとなった (調整済み  $R^2 = 0.332$ )。外来看護師ががんに関する専門的な知識や実践力を向上し、専門職としての自律性や道徳的感受性を高め、医師と協働することでがん患者との EOLd における看護が促進する可能性が示唆された。