

病棟看護師におけるがん患者の在宅緩和ケアの認識と影響要因に関する検討

四十竹美千代¹⁾, 村上真由美³⁾, 山本恵子²⁾, 泉 理美子⁴⁾, 八塚美樹¹⁾

- 1) 富山大学大学院医学薬学研究部成人成人看護学講座
- 2) 富山大学附属病院
- 3) 富山赤十字病院
- 4) 富山県看護協会

要 旨

【目的】在宅緩和ケアに対する病棟看護師の認識の実態とその影響要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】2012年9月～11月に、A県のがん診療連携拠点病院10か所において自記式質問紙調査を行った。対象は病棟に勤務している看護師440名であった。調査内容は、対象者の属性（経験年数、緩和ケアチーム活動など）、在宅緩和ケアにおける病棟看護師の認識30項目であった。分析方法は、30項目について因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行い、看護師の属性による因子得点の差をt検定および一元配置の分散分析を用いて分析した。分析はSPSSver.22.0を使用し、有意水準を5%とした。

【結果】有効回答者数は、199名（有効回答率45.2%）であった。因子分析の結果、7因子が抽出された。在宅移行時に必要となる、患者の状態把握、多職種、地域との連携や理解に関しては認識が高かった。30項目全体において、 $\alpha = 0.93$ と高い内的整合性が確認された。因子得点は、緩和ケアや在宅に関する経験の有無において有意な差が認められた。

【結論】在宅緩和ケアに関する病棟看護師の認識については、7つの因子で構成されることが明らかとなった。がん患者の在宅緩和ケアを浸透するには病棟看護師の在宅緩和ケアシステムに関する知識、情報を得る機会が重要であると示唆された。また、緩和ケアや在宅に関する経験を有する病棟看護師は、がん患者の在宅緩和ケアに関しての場面に直面する機会が多いことが在宅緩和ケアに関する認識に影響していた。

キーワード

がん看護 在宅緩和ケア 病棟看護師

はじめに

平成19年6月に策定された「がん対策推進基本計画」から5年が経過し、一定の成果を得ることができた。しかし、人口の高齢化とともに、日本のがんの罹患者の数、死亡者の数は今後とも増

加していくことが見込まれる中、がん医療や支援についての地域格差や施設格差など、改善すべき課題が見出され、平成24年に前基本計画の見直しが行われた。「がん対策推進基本計画」の中には、重点的に取り組むべき課題の一つとして、「がんと診断された時から緩和ケアの推進」が挙げら

れており、「がん患者とその家族が可能なかぎり質の高い生活を送れるよう、緩和ケアががんと診断されたときから提供されるとともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面で切れ目なく実施される必要がある」「また、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう、在宅緩和ケアを含めた在宅医療・介護を提供していくための体制の充実を図る必要がある」と述べられている。

このように、緩和医療と在宅緩和ケアの推進のために必要な施策を講じることは、国および地方公共団体の責務であるとして、全国的にその整備が推し進められているところである。富山県においても、緩和ケアの推進、地域における緩和ケアの充実などの課題に取り組み、在宅主治医のグループ化など地域医療体制の整備は進んだと報告している。

しかしながら、がん患者の多くは、積極的治療が困難になってから退院宣告され、その後在宅へ移行していくことが多い。患者、家族は医療的な知識がなくこのままでは帰れないと考え、転院することが多く、在宅への移行が実施されていない場合が多いと思われた。

そこで私たちは、県内の医療機関でがん患者の退院調整に関わる地域連携部門の看護師3人にインタビューを行い、退院調整看護師が認識するがん患者の在宅緩和ケアに関する課題について調査した。その結果、病棟看護師の在宅緩和ケアへの理解が課題の一つ¹⁾として挙げられた。また、終末期がん患者の在宅移行に関する研究において、看護師が在宅移行の推進者となるためには在宅移行支援の経験の積み重ね方が重要となる²⁾という報告や、終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻む医療従事者側の要因について、在宅ターミナルケアに対する医療従事者の態度・姿勢や在宅ターミナルケアに関する医療従事者の知識・情報・資源の少なさ³⁾が挙げられていた。このように、入院中、がん患者の最もそばにいる病棟看護師が、在宅緩和ケアに関する知識や情報をもって、積極的に患者や家族に在宅療養への意思確認をできることは、在宅緩和ケア推進に大きく関わるものと考えられること

から、私たちは、在宅緩和ケアに関する病棟看護師の認識の現状⁴⁾を明らかにしてきた。

そこで、本研究ではがん患者の在宅緩和ケアに対する病棟看護師の認識の実態とその影響要因を明らかにすることを目的とする。

用語の定義

在宅緩和ケア：がん患者が、在宅で療養する際に受ける緩和ケア。

看護師の認識：在宅緩和ケアに関連した、看護師の知識、判断、行動（経験）、意向。

がん診療連携拠点病院：全国どこでも「質の高いがん医療」が受けられるように、厚生労働大臣が指定した病院。専門的ながん医療の提供、がん診療の連携協力体制の整備、患者への相談支援や情報提供などの役割を担う。

緩和ケアチーム：患者及び家族の **quality of life** を最善の状態に導くことを目標に、病院内で活動する、緩和ケアに関する専門的な知識・技術を持った専門家で構成されるチーム。医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士、心理士、ソーシャルワーカーなど多職種による全人的アプローチを行う。

研究方法

1. 研究デザイン

関連検証型研究

2. 対象

県内（10施設）のがん診療連携拠点病院の病棟に勤務する看護師440名

3. 調査方法

2012年11月、対象施設の看護部長へ、調査趣旨、方法を説明した文書を添えて調査協力を依頼した。研究参加は自由意思に基づき、質問紙の返送をもって研究参加の同意とした。

4. 調査内容

1) 対象者の属性

性別、年齢、看護師の経験年数、がん看護の経験年数、緩和ケアチームでの活動経験、緩和ケア病棟での勤務経験、がん看護に関する資格（がん専門看護師、がんに関する認定看護師）、訪問看

護など在宅に関する勤務経験、在宅において家族の看取りの経験、在宅緩和ケアに関する研修参加、医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験について尋ねた。

2) 在宅緩和ケアに関する看護師の認識

予備調査は、退院調整に関わる看護師3名へのインタビュー調査を実施した。その結果、在宅緩和ケアに関する課題〈24時間対応してくれる医療体制〉〈急変時に対応してくれる地域ケアネットワーク〉〈地域住民の在宅緩和ケアへの理解〉〈在宅緩和ケアに向けた院内のチーム作り〉〈病棟看護師の在宅緩和ケアへの理解〉〈家族の不安緩和〉〈信頼できるかかりつけ医の選択〉7つを明らかにした。さらに、インタビュー調査で明らかになった7つの課題を基に19の質問項目を抽出した。回答形式は認識している、認識していないの2択を用いた。がん患者に携わる病棟看護師18名を対象としたプレテストを実施し、質問項目の表現妥当性を確認した。その結果をもとに研究者間で調査項目をさらに検討し、全30項目の質問紙調査票を作成した。

回答形式には5段階のリッカート尺度を用いた(非常に知っている5点、とても知っている4点、知っている3点、少しは知っている2点、全く知らない1点)。

5. 分析方法

対象者属性については、記述統計処理を行った。在宅緩和ケアに関する看護師の認識の項目について因子分析(最尤法、プロマックス回転)を行った。抽出された各因子の因子得点を算出(回帰法)し、看護師の属性による因子得点の差を検定するため、t検定および一元配置の分散分析を行い、必要に応じて多重比較をTukey-Kramer法にて実施した。分析はSPSSver 22.0.を使用し、有意水準を5%とした。

6. 倫理的配慮

研究協力は自由意志であり、協力しなかったことで不利益は生じないこと、個人が特定できないように無記名で良いこと、収集したデータは目的以外には使用しないことについて文書で説明し、同意を得た上で回答してもらった。

なお、本研究は富山大学倫理審査委員会の承諾

を得て実施した(臨認23-38号)。

結果

256名より回答を得た(回収率58.1%)。有効な回答を得た199名を分析対象とした(有効回答率45.2%)。

1. 対象者の属性(表1)

対象者199名は女性192名、男性7名で、年齢は23~59(平均 36.7 ± 9.0)歳、20~30代が6割を占めていた。看護師経験年数は1~39(平均 14.5 ± 9.0)年、がん看護経験年数は0~30(平均 6.0 ± 5.1)年、緩和ケアチーム活動経験あり38名、経験なし161名、緩和ケア病棟での勤務経験あり51名であった。がん看護に関する資格ありは7名で、在宅に関する勤務経験ありは9名であった。また、在宅での家族の看取り経験は、あり20名、なし179名で、在宅緩和ケアに関する研修参加については、あり84名、なし115名であった。医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験については、あり109名、なし90名であった。

2. 在宅緩和ケアに対して病棟看護師の認識に関する因子について(表2)

在宅緩和ケアに対して病棟看護師の認識に関する30項目を因子分析した結果、因子負荷量が0.4以下であった4項目(11.自分の働く病院において在宅緩和ケアについて多職種間でよく理解されている16.一緒に働く薬剤師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う22.日中、一人で過ごす患者が在宅緩和ケアを選択することは困難であると思う29.今まで、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整において、悩んだ経験がある)を除外した。26項目を再分析した結果、7つの因子が抽出された。

第1因子は、「在宅緩和ケアを行う上で、病院が果たす役割を知っている」等の7項目に対して因子負荷が高く、「在宅緩和ケアシステムの理解」に関する因子とした。第2因子は「一緒に働く医師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う」等の5項目に対して因子負荷が高く、「在宅緩和ケアの浸透」に関する因子とした。第3因

表 1. 対象者の属性

		n=199	
項目		人数	%
性別	女性	192	96
	男性	7	3
年齢	20 歳代	47	24
	30 歳代	72	36
	40 歳代	60	30
看護師経験	50 歳代	18	9
	5 年未満	26	13
	5 年以上 10 年未満	40	20
がん看護経験	10 年以上 15 年未満	42	21
	15 年以上	91	46
	3 年未満	45	23
	3 年以上 5 年未満	51	26
	5 年以上 10 年未満	62	31
緩和ケアチーム活動	10 年以上	41	21
	あり	38	19
	なし	161	81
緩和ケア病棟勤務	あり	51	26
	なし	148	74
がん看護に関する資格	あり	7	4
	なし	192	96
在宅に関する勤務経験	あり	9	5
	なし	190	95
在宅での家族の看取りの経験	あり	20	10
	なし	179	90
在宅緩和ケアに関する研修参加	あり	84	42
	なし	115	58
医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験	あり	109	55
	なし	90	45

子は、「在宅緩和ケアを選択した患者の家族に情報提供を行っている」等の 4 項目に対して因子負荷が高く、「家族への意図的関わり」に関する因子とした。第 4 因子は「退院調整に関わった患者の生活支援状況について知りたいと思うか」等の 2 項目に対して因子負荷が高く、「退院後の生活への関心」に関する因子とした。第 5 因子は「自分の働く職場において、在宅緩和ケアを希望した患者の意向に沿った話し合いが多職種間で行われている」等の 3 項目に対して因子負荷が高く、「職場における多職種間の理解」に関する因子とした。第 6 因子は「一緒に働く看護師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う」等の 2 項目に対して因子負荷が高く、「看護師の役割理解」

に関する因子とした。第 7 因子は「地域において多職種の連携が必要である」等の 3 項目に対して因子負荷が高く、「地域における理解と連携」に関する因子とした。各因子に対する Cronbach の α 係数は第 1 因子が $\alpha = 0.87$ 、第 2 因子が $\alpha = 0.87$ 、第 3 因子が $\alpha = 0.88$ 、第 4 因子が $\alpha = 0.94$ 、第 5 因子が $\alpha = 0.78$ 、第 6 因子が $\alpha = 0.94$ 、第 7 因子が $\alpha = 0.58$ であった。26 項目全体では、 $\alpha = 0.93$ と高い内的整合性が確認された。

3. 在宅緩和ケアに対して病棟看護師の認識：

因子得点と看護師の属性との関連（表 3）「在宅緩和ケアに対して病棟看護師の認識」から抽出された 7 つの因子の因子得点を算出し、看護師属性による差を検定した。

表 2. 在宅緩和ケアに対して病棟看護師の認識に関する因子分析結果

n=199

変数 (質問項目)	平均点	標準偏差	因子 1	因子 2	因子 3	因子 4	因子 5	因子 6	因子 7	共通性
第 1 因子：在宅緩和ケアシステムの理解 ($\alpha = 0.87$)										
6. 在宅緩和ケアを行う上で、病院が果たす役割を知っている	2.7	0.80	0.91	0.00	-0.09	-0.09	0.00	0.07	-0.04	0.71
7. 在宅緩和ケアを行う上でかかりつけ医の果たす役割を知っている	2.9	0.78	0.81	0.02	-0.04	0.07	-0.07	0.04	0.03	0.67
2. 地域における在宅緩和ケアが推進していることを知っている	2.9	0.92	0.66	0.09	-0.03	-0.03	-0.10	0.00	0.16	0.51
3. 在宅緩和ケアにおいて調剤薬局がどのような業務を行っているか知っている	1.9	0.92	0.64	0.16	0.06	0.15	-0.13	-0.20	-0.04	0.42
5. 在宅緩和ケアを選択した患者に社会資源、介護サービスなどについての情報提供を行っている	2.8	1.03	0.62	-0.06	0.18	-0.07	0.12	0.00	0.02	0.60
12. 在宅緩和ケアを行うにあたってどのような職種と連携をとればよいか知っている	2.8	0.83	0.57	0.03	-0.02	0.05	0.20	0.19	-0.15	0.62
23. 在宅緩和ケアを受けている患者が急変した時をイメージすることが出来る	2.7	0.85	0.43	0.04	0.08	0.07	0.10	-0.14	0.11	0.35
第 2 因子：在宅緩和ケアの浸透 ($\alpha = 0.87$)										
18. 一緒に働く医師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う	2.6	0.95	-0.06	0.94	-0.03	0.03	0.04	0.02	0.06	0.91
17. 一緒に働く医師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う	2.6	0.94	-0.08	0.89	-0.01	0.02	0.12	-0.02	0.06	0.86
9. 自分の住む地域において在宅緩和ケアは浸透していると思う	1.7	0.71	0.30	0.55	0.03	-0.06	-0.21	-0.01	-0.11	0.38
10. 自分の働く病院において在宅緩和ケアは浸透していると思う	2.4	0.93	0.18	0.47	0.13	-0.08	0.18	-0.02	-0.06	0.55
15. 一緒に働く薬剤師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う	2.5	0.78	0.06	0.40	0.01	-0.10	0.03	0.32	0.05	0.50
第 3 因子：家族への意図的関わり ($\alpha = 0.88$)										
20. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に情報提供を行っている	2.8	0.90	0.01	-0.05	0.94	-0.03	-0.02	0.10	-0.02	0.90
19. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族と在宅緩和ケアについて話し合う機会がある	2.7	0.97	-0.07	0.05	0.82	-0.07	0.01	0.03	0.02	0.67
21. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族と意識して関わる機会を持っている	2.6	0.96	0.01	0.06	0.81	0.04	-0.03	-0.06	-0.02	0.65
24. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に対して、患者の急変を想定した情報提供を行っている	2.5	0.94	0.29	-0.10	0.43	0.08	0.11	-0.03	0.02	0.50
第 4 因子：退院後の生活への関心 ($\alpha = 0.94$)										
26. 退院調整に関わった患者の生活支援状況について知りたいと思う	3.4	0.89	0.00	0.03	-0.02	0.94	-0.01	0.01	0.04	0.90
25. 退院調整に関わり、在宅緩和ケアを選択した患者の退院後の生活状況を知りたいと思う	3.4	0.89	0.05	-0.10	0.00	0.89	0.09	0.06	0.00	0.88
第 5 因子：職場における多職種間の理解 ($\alpha = 0.79$)										
28. 自分の働く職場において、在宅緩和ケアを希望した患者の意向に添った話し合いが多職種間で行われている	2.9	0.77	0.01	-0.01	0.00	0.03	0.92	-0.03	-0.13	0.77
27. 自分の働く職場において、療養場所の選択を行う時、在宅緩和ケアを含めて多職種間で話し合いが行われている	3.0	0.82	-0.10	0.07	0.11	0.05	0.71	-0.07	-0.01	0.58
30. 自分の働く職場は、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整について悩んだ時、相談できる部門や人材が整っている	3.1	0.87	0.03	0.07	-0.09	-0.01	0.52	0.10	0.21	0.47
第 6 因子：看護師の役割理解 ($\alpha = 0.94$)										
14. 一緒に働く看護師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う	2.5	0.76	-0.08	0.02	0.05	0.01	-0.05	0.98	0.03	0.93
13. 一緒に働く看護師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う	2.6	0.81	0.00	0.10	0.01	0.07	-0.01	0.85	-0.03	0.85
第 7 因子：地域における理解と連携 ($\alpha = 0.58$)										
1. 地域において多職種の連携が必要である	3.5	0.73	-0.05	0.08	0.02	0.04	0.06	-0.01	0.56	0.35
8. 在宅緩和ケアを推進する上で地域住民の理解が必要だと思う	4.4	0.92	0.20	0.03	0.04	0.10	-0.28	0.04	0.49	0.37
4. 在宅緩和ケアにおいて 40 歳以上の終末期がん患者が介護保険を利用できることを知っている	3.1	1.24	0.39	-0.21	-0.02	-0.15	0.17	-0.03	0.41	0.43

看護師の年齢による差について、年齢を3群に分けて比較した結果、第1因子、第4因子、第5因子、第6因子、第7因子で有意な差が認められた。

経験年数による差では、経験年数を4群に分けて比較した結果、第1因子、第4因子で有意な差が認められた。多重比較では、第1因子で、10年以上15年未満と比較して、15年以上が有意に高かった。

がん看護経験年数による差においても、4群に分けて比較した結果、第1因子に有意な差が認められた。多重比較では、5年以上10年未満と比較して、3年未満、3年以上5年未満が有意に低かった。

第1因子、第7因子において、緩和ケアチーム活動経験、がん看護に関する資格、在宅での家族の看取りの経験、在宅緩和ケアに関する研修、医療依存の高い患者の退院調整経験ありの看護師は、経験なしの看護師と比較して有意に高かった。第2因子においては、緩和ケア、在宅ケアの経験の有無による差は認められなかった。第3因子においては、在宅に関する勤務経験、在宅緩和ケアに関する研修、医療依存度の高い患者の退院調整の経験ありの看護師は、経験なしの看護師と比較して有意に高かった。第4因子において、在宅に関する勤務経験、在宅緩和ケアに関する研修の経験ありの看護師は、経験なしの看護師と比較して、有意に高かった。第5因子において、緩和ケア病棟勤務経験、在宅緩和ケアに関する研修、医療依存度の高い患者の退院調整経験ありの看護師は、なしの看護師と比較して有意に高かった。第6因子において、医療依存度の高い患者の退院調整経験ありの看護師は、経験なしの看護師と比較して有意に高かった。

考察

1. 在宅緩和ケアに対して病棟看護師の認識：

各因子の認識の程度について

「在宅緩和ケアに対して病棟看護師の認識」の項目のうち、平均点が高かった「退院調整に関わった患者の生活支援状況について知りたい

と思う」「退院調整に関わり、在宅緩和ケアを選択した患者の退院後の生活状況を知りたいと思う」の2項目は、第4因子の項目であった。また、第5因子の「自分の働く職場において、療養場所の選択を行う時、在宅緩和ケアを含めて多職種間で話し合いが行われている」「自分の働く職場は、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整について悩んだ時、相談できる部門や人材が整っている」、第7因子の「在宅緩和ケアを推進する上で地域住民の理解が必要だと思う」「地域において多職種の連携が必要である」も平均点が高かった。第4因子、第5因子、第7因子は患者への関心、多職種、地域との連携、理解に関しての項目であった。病棟看護師は、在宅緩和ケアに移行する時には、患者の状態を把握すること、多職種者や地域と連携をとっていくことについて認識が高かったと推測される。この結果は、近年、在院日数の短縮や介護保険など、医療をとりまくシステムや制度は施設中心から在宅中心へと移っていることから、在宅緩和ケアに関係なく、在宅移行時に必要となってくる患者の状態把握、多職種や地域との連携に関しての知識が必要なことから、認識が高かったと考えられる。平均点が低かったのは、第1因子、第2因子、第3因子、第6因子であった。これらの項目は、在宅緩和ケア移行時に必要である看護師自身における知識や興味関心についてであった。病棟看護師は、実際のがん患者の在宅での生活状況などを知らないことで退院後のイメージがつきにくく、具体的な支援に結びつけられないことから、これらの項目についての認識が低かったと推測される。病棟看護師の退院支援に関する意識に関する研究において、病棟看護師は退院支援の必要性を意識しているものの自信がない、実際に行う機会がないなどの実態^{5,6)}が明らかとなっている。本研究においても同様に、病棟看護師は在宅緩和ケアの必要性は理解しているが、自信がなく、実際に行う機会も少ないことから、自分自身の知識・情報についての認識が低くなったと考えられる。

2. 在宅緩和ケアに対して病棟看護師の認識：

各因子の関連要因について

表3. 看護師の属性による比較（在宅緩和ケアに対する病棟看護師の認識）

属性	n	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子	
年齢	20歳代	47	-0.13±0.89	0.03±0.84	-0.02±0.85	0.16±0.96	0.19±0.90	0.26±0.92	-0.09±0.77
	30歳代	72	-0.22±0.91	0.17±0.92	-0.12±1.00	-0.26±0.95	-0.21±0.98	-0.25±0.96	-0.10±0.75
	40歳以上	78	0.33±0.95	0.12±1.06	0.18±1.01	0.20±0.92	0.12±0.86	0.11±1.01	0.18±0.80
	F値		7.68**	1.90	1.92	5.31**	3.71*	4.55**	3.10*
経験年数	5年未満	26	-0.24±0.79	0.10±0.75	-0.00±0.76	0.30±0.91	0.18±0.76	0.33±1.01	-0.03±0.72
	5年以上10年未満	40	-0.08±0.94	-0.16±0.93	-0.10±0.97	-0.16±0.98	0.04±1.01	-0.16±0.87	-0.14±0.78
	10年以上15年未満	42	-0.20±1.03	-0.16±1.00	-0.02±1.07	-0.27±0.94	-0.14±1.16	-0.18±1.05	-0.00±0.75
	15年以上	91	0.25±0.92	0.12±1.03	0.12±1.00	0.14±0.95	0.06±0.87	0.10±0.98	0.10±0.81
F値		3.60**	1.34	0.59	3.21*	0.71	2.23	1.03	
がん看護経験年数	3年未満	45	-0.26±0.96	0.06±1.05	-0.10±1.14	0.04±0.95	-0.13±0.99	-0.09±1.07	-0.20±0.86
	3年以上5年未満	51	-0.16±0.79	-0.12±0.95	-0.02±0.86	-0.11±1.00	0.06±0.91	0.00±0.99	-0.03±0.68
	5年以上10年未満	62	0.29±0.93	0.06±0.96	0.13±0.99	0.02±0.97	0.05±0.96	0.10±0.92	0.09±0.78
	10年以上	41	0.13±1.03	-0.14±0.97	0.03±0.93	0.16±0.93	-0.03±0.94	-0.04±0.98	0.17±0.79
F値		4.11**	0.70	0.54	0.62	0.12	0.36	2.05	
緩和ケアチーム活動経験	あり	38	0.39±1.07	-0.06±1.04	0.28±1.05	0.24±0.98	0.16±0.86	-0.03±0.86	0.25±0.79
	なし	161	-0.06±0.90	0.01±0.97	-0.05±0.96	-0.03±0.96	-0.00±0.96	0.02±1.02	-0.03±0.77
	t値		2.68**	-0.44	1.78	1.57	0.97	-0.35	2.02*
緩和ケア病棟勤務経験	あり	51	0.05±0.89	0.16±1.03	0.24±0.98	0.09±0.91	0.27±1.02	0.18±0.93	-0.03±0.76
	なし	148	0.01±0.97	-0.07±0.96	-0.05±1.00	-0.00±0.98	-0.05±0.90	-0.44±1.00	0.36±0.79
	t値		0.27	1.48	1.83	0.64	2.18*	1.45	-0.55
がん看護に関する資格	あり	7	0.91±1.12	0.07±1.14	0.24±0.80	0.51±0.83	0.01±0.49	-0.10±1.02	0.83±0.37
	なし	192	-0.00±0.93	-0.00±0.98	0.02±0.99	0.00±0.97	0.02±0.96	0.02±0.99	-0.00±0.78
	t値		2.55**	-0.17	0.59	1.36	-0.36	-0.33	2.83**
在宅に関する勤務経験	あり	9	0.88±1.23	0.51±0.84	0.81±0.97	0.81±1.00	0.51±0.72	0.37±1.00	0.41±0.86
	なし	190	-0.16±0.92	-0.02±0.98	-0.00±0.97	-0.01±0.95	0.00±0.95	-0.00±0.99	0.00±0.78
	t値		2.81**	1.61	2.46**	2.56**	1.56	1.11	2.83**
在宅での家族の看取り経験	あり	20	0.65±0.89	-0.15±0.85	0.32±0.99	0.13±0.86	0.28±0.88	0.22±0.85	0.54±0.65
	なし	179	-0.04±0.93	0.11±0.99	-0.00±0.98	0.00±0.98	0.00±0.95	-0.00±1.00	-0.03±0.78
	t値		3.17**	-0.74	1.43	0.54	1.26	1.00	3.19**
在宅緩和ケアに関する研修	あり	84	0.35±0.94	0.11±1.01	0.26±0.95	0.26±0.97	0.29±1.26	0.12±1.01	0.24±0.80
	なし	115	-0.21±0.89	-0.89±0.95	-0.14±0.97	-0.15±0.92	-0.11±0.93	-0.06±0.97	-0.14±0.74
	t値		4.32**	1.42	2.97**	3.05**	3.47**	1.38	3.48**
医療依存の高い患者の退院調整	あり	109	0.34±0.92	0.11±1.02	0.24±0.97	0.08±0.92	0.21±0.93	0.17±0.94	0.15±0.76
	なし	90	-0.36±0.83	-0.13±0.90	-0.22±0.93	-0.07±1.01	-0.19±0.92	-0.16±1.02	-0.15±0.97
	t値		5.66**	1.80	3.48**	1.17	3.05**	2.42**	2.76**

看護師の属性による因子得点の違いについて、年齢、経験年数、がん看護経験年数においては、第1因子で有意な差が認められた。40歳以上、15年以上において有意に認識が高かった。Bennerの看護理論において看護実践能力は、経験年数に伴って直線的ではないが、伸びていくと報告している⁷⁾。40歳以上、15年以上では、実践能力が高まり、在宅緩和ケアに関する知識・情報の認識が高くなったと考えられる。

また、年齢において第4因子、第5因子、第6因子、第7因子で有意な差が認められた。第4因子、第5因子、第6因子、第7因子では、30歳代において認識が低かった。中堅看護師は、自律した看護を提供しながら指導者やリ-

ダーとしての役割も期待される。看護提供組織の中核的存在であり、ケアの質向上の鍵であるといわれている⁸⁾。また、中堅看護師の世代は、ジェネラリストとしての能力が飽和状態にあることから、看護実践能力が一定の限界に達したために、次の段階へとあがるための伸び悩みが生じていると報告されている⁹⁾。30代は中堅看護師の世代であると考えられ、能力の飽和状態から認識できているという自信がなく、他の年代と比較して認識が低くなったのではないかと考えられる。

さらに、経験年数においては、第4因子で有意な差が認められた。5年以上10年未満、10年以上15年未満において認識が低かった。中

堅看護師の定義は様々であり、3年から19年まで定義されている⁸⁾。よって、5年以上15年未満は中堅看護師の世代と捉えられる。中堅看護師の臨床判断の特徴として、理論的知識よりも実践的知識、病態把握が正確、系統的観察のスキル、手がかかりとなる情報量が多いなどが挙げられる¹⁰⁾。第4因子は“退院後の生活の関心”についてであり、経験年数5年以上15年未満の看護師においては、退院前から系統的に患者を把握することができていたことから、第4因子に関して認識が低かったのではないかと考えられる。

看護師の経験の有無による因子得点の違いについて、第1因子の“在宅緩和ケアシステムの理解”では、緩和ケアチーム活動経験、がん看護に関する資格、在宅に関する勤務経験、在宅での家族の看取り経験の有無において有意差が認められた。経験ありにおいて、有意に認識が高かった。有意差は認められなかったが、緩和ケア病棟勤務経験ありにおいて、経験なしより認識が高かった。“在宅緩和ケアシステムの理解”においては、がん看護、在宅に関する経験など、個人としての経験が関連していたと示唆された。臨床看護師のキャリア発達の構造を研究したグレッグら¹¹⁾は、看護師のキャリア発達の基盤には「職業継続の明確な意思」が存在し、コアとなるのは「自己実現の手段としての看護師という認識」であることを報告している。専門技術や知識、様々な経験を持つ病棟看護師には、キャリア発達の基盤である職業継続の明確な意思が存在していたと考えられる。そのため、がん看護、在宅に関する経験などをしてきた看護師は、在宅緩和ケアへ移行する際に必要な知識である在宅緩和ケアシステムについての認識が高くなったと考えられる。

第2因子の“在宅緩和ケアの浸透”では、看護師の個人としての経験による差が認められなかった。在宅に関する勤務経験ありにおいては、有意な差は認められなかったが、他の経験の有無と比較して認識が高かった。病棟看護師は、実際のがん患者の在宅での生活状況などを知らないことで、在宅緩和ケアが浸透している

かどうかについてのイメージがつきにくく、経験の有無による差が認められなかったと考えられる。

第3因子の“家族への意図的関わり”では、在宅に関する勤務経験、在宅緩和ケアに関する研修、医療依存度の高い患者の退院調整の経験ありにおいて、有意に認識が高かった。在宅での経験や退院支援に関しての経験において、家族との関わりは避けることができないと経験していたことから、認識が高くなったと考えられる。

第4因子の“退院後の生活への関心”では、在宅に関する勤務経験、在宅緩和ケアに関する研修の経験ありにおいて、有意に認識が高かった。齊藤は、病院の中で提供する看護と在宅で提供する看護には違いがあり在宅では自宅での生活支援がメインであるため、病院の看護師が訪問看護師と同行し実際に見に行くことで看護の観点が変わると述べている¹²⁾。在宅における勤務経験、在宅緩和ケアに関する研修の経験は、病院の中での看護と在宅での看護の違いがあることを知っていたことから、退院後の患者の生活を知ることの重要性を理解していたため認識が高かったと推察される。

第5因子の“職場における多職種間の理解”では、緩和ケア病棟勤務、在宅緩和ケアに関する研修、医療依存度の高い患者の退院調整の経験ありにおいて、有意に認識が高かった。緩和ケアは、医師、看護師、薬剤師、栄養士など多職種がチームとなってがん患者や家族を支援していく。また、退院支援においても多職種とかわりながら、退院を支援していく。よって、緩和ケア病棟での経験、在宅緩和ケアにおける研修参加、退院調整の経験により、チームで支援していく必要があることを経験、理解していたことから、緩和ケア病棟勤務、在宅緩和ケア研修、退院調整の経験ありにおいて認識が高くなったと考えられる。

第6因子の“看護師の役割理解”では、医療依存度の高い患者の退院調整の経験ありにおいて、有意に認識が高かった。退院調整においては、在宅療養の可能性を判断するために、家族

の在宅療養への意思確認、介護者の状況、医療処置に対する力量などを情報収集することが求められ、深い患者・家族理解の能力が求められる¹³⁾。つまり看護師の役割が大きく、看護師として責任をもって関わる必要性を感じていることから、看護師の役割理解において認識が高くなったと考えられる。

第7因子の“地域における理解と連携”では、緩和ケアチーム活動経験、がん看護に関する資格、在宅に関する勤務経験、在宅での家族の看取り経験、在宅緩和ケアに関する研修、医療依存の高い患者の退院調整の経験ありに有意差が認められた。患者の個性に合わせた退院支援を行うためには、退院支援専門部署が在宅療養や転院施設入所へのコーディネーター、院内他部署や院外の病院・施設との連携、院内外におけるネットワーク作り、医療依存が高く医療を提供する必要があるケースの対応などの役割を担わなければいけない¹⁵⁾。緩和ケアチームや在宅での経験、退院調整の経験をした病棟看護師は、多施設や地域への連携が重要であることを理解していたと推察される。

結語

- 1) 在宅緩和ケアに関する病棟看護師の認識について“在宅緩和ケアシステムの理解”“在宅緩和ケアの浸透”“家族への意図的関わり”“退院後の生活への関心”“職場における多職種間の理解”“看護師の役割理解”“地域における理解と連携”の7つの因子が抽出された。
- 2) がん患者の在宅緩和ケアを浸透するには病棟看護師の在宅緩和ケアシステムに関する知識、情報を得る機会、経験が重要であると示唆された。
- 3) 病棟看護師の緩和ケアや在宅に関する経験や知識習得は、がん患者の在宅緩和ケアに関する認識に影響していると推察された。

今後の課題

本研究は、富山県において在宅緩和ケアを推進し

ていくために、富山県内の病棟看護師の認識を調査した。今後、富山県外の病棟看護師の認識を調査し、比較検討し、富山県内の病棟看護師の在宅緩和ケアの課題の認識を明らかにする必要がある。

謝辞

本研究の実施にあたり、快く研究に協力してくださった看護師の皆様方に深く感謝いたします。

本研究は、富山大学医学薬学研究部寄附部門在宅看護学講座への寄附金を受けて実施した。

引用文献

- 1) 山本恵子, 四十竹美千代, 村上真由美, 泉理美子, 長光代, 八塚美樹: 在宅緩和ケアシステム構築に向けた退院調整に関わる看護師の認識. 日本がん看護学会誌 26 巻特別号 257, 2012.
- 2) 大川宣容, 水津朋子, 藤田佐和, 森下利子, 鈴木志津枝: 高知県における終末期がん患者の在宅移行支援に対する看護師の認識. 高知女子大学紀要看護学部編第 58 巻, 19-29, 2008.
- 3) 吉田亜紀子, 藤田佐和, 大川宣容, 森下利子, 鈴木志津枝: 終末期がん患者の在宅ケア移行に向けての取り組みを阻む医療従事者側の要因. 高知女子大学紀要看護学部編第 55 巻, 1-9, 2006.
- 4) 山本恵子, 四十竹美千代, 村上真由美, 泉理美子, 八塚美樹: がん患者の在宅緩和ケアに関する病棟看護師の認識の現状. 富山大学看護学会誌 13 巻 1 号, 15-24, 2013.
- 5) 大森淳子, 波下和子: 在宅療養へ向けての退院支援に関する病棟看護師の意識と実態. 日本看護学会論文集 34 回地域看護. 100-102, 2003.
- 6) 斉藤静代, 阿部美和子: 施設内看護師の退院指導・社会資源についての認識と今後の課題. 日本看護学会論文集 34 回地域看護. 103-105, 2003.
- 7) Benner, P(井部俊子, 井村真澄, 他訳): ベナー看護論達人ナースの卓越性とパワー, 医学書院 東京 10-27, 1992.
- 8) 小山田恭子: 我が国の中堅看護師の特性と能

- 力開発手法に関する文献検討. 日本看護管理学会誌 13(2), 73-80, 2009.
- 9) 辻ちえ, 小笠原和枝, 竹田千佐子他: 中堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトー現象とその要因, 日本看護研究学会雑誌 30(5), 31-38, 2007.
- 10) 藤内美保, 宮腰由紀子: 看護師の臨床判断に関する文献的研究-臨床判断の要素および熟練度の特徴-, 日本職業医学会誌 53(4), 213-219, 2005.
- 11) グレック美鈴, 池邊敏子, 池西悦子, 他 臨床看護師のキャリア発達の構造: 岐阜県立看護大学紀要 3 (1), 1-8, 2003.
- 12) 齋藤訓子: よりよい在宅復帰のために病院看護師に期待したいこと, 看護 66(11), 41-51, 2014
- 13) 丸岡直子 佐藤弘美 川島和代ら: 退院患者に提供された看護サービスの実態からみた退院調整における病院看護師の役割, 石川看護雑誌 1, 31-38, 2004.
- 14) 鈴木美砂, 新井容子: 退院調整に関する病棟看護師の意識と課題. 日本看護学会論文集第 34 回地域看護. 38-39, 2004.

Investigation of Recognition and Effect Factors of Ward nurses Concerning Cancer patients of Home-based palliative care

Michiyo AITAKE¹⁾, Mayumi MURAKAMI²⁾, Keiko YAMAMOTO³⁾
Rimiko IZUMI⁴⁾, Miki YATSUDUKA¹⁾

- 1) Department of Adult Nursing, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama
- 2) Division of Nursing, Toyama Red Cross Hospital
- 3) Division of Nursing, Toyama University Hospital
- 4) Toyama Nursing Association

Abstract

【Aim】 The aim of this study was to clarify the awareness of ward nurses regarding home-based palliative care and its influencing factors. **【Methods】** Between September and November 2012, a self-administered questionnaire survey was conducted with 440 ward nurses at 10 designated cancer care hospitals in prefecture A. The questionnaire contained 30 items, ranging from subject attributes, such as number of years of experience and palliative care team experience, to ward nurse awareness regarding home-based palliative care. Factor analysis (maximum likelihood method and promax rotation) was then performed on the 30 items, and differences in factor scores according to nurse attributes were analyzed using the t-test and one-way analysis of variance. SPSS ver. 22.0 was used for analysis and the level of significance was set at 5%. **【Results】** The number of valid responses was 199 (valid response rate: 45.2%). Seven factors were identified with the factor analysis. There was a high level of awareness regarding ascertaining patient status and collaborating with and gaining the understanding of other professions and the local community. A high level of overall internal consistency ($\alpha = 0.93$) was observed among the 30 items. A significant difference in factor scores was observed in terms of whether or not the individual had any experience in home-based palliative care. **【Conclusions】** The results clarified seven factors involved in ward nurse awareness of home-based palliative care. This suggests that to increase this awareness, it is important to provide opportunities to ward nurses to obtain knowledge and information regarding home-based palliative care. Furthermore, because ward nurses who have already gained experience regarding home-based palliative care have many opportunities to be directly involved in the palliative care of cancer patients, this appears to influence their level of awareness regarding home-based palliative care.

Keywords

cancer nursing, home-based palliative care, ward nurses