

— 研究報告 —

ターミナル期のがん患者に前向きなケアの考えや感情を有する看護師の傾向

渡邊清江, 遠藤善裕

滋賀医科大学医学部看護学科 臨床看護学講座

要旨

がん看護に携わる看護師のターミナルケアへの前向きな感情や考えを持つ、看護師の属性を調査した。調査対象者は、近畿圏がん拠点病院の協力が得られた施設の看護師 895 名。調査内容は FATCOD FromB-J と基本属性・認知判断傾向・自尊感情とした。現在所属診療科が外科系より内科系の方が、身近な人との死別経験のある人の方が、ターミナルがん患者と関わった数が多い方が、研修参加経験のある人の方が、患者へのケアに前向きであり、急性期病棟の看護師のターミナルケアを行う困難感があることが示唆された。また、臨床経験や研修を積みながら、ケアへの前向きな感情や考えが生じることが明らかになった。次に、身近な人と死別経験のある人、身近に血縁関係高齢者がいる人は、患者・家族へのケアの認識があった。身近な血縁関係高齢者の有無は勤務地以外での体験であり、自身の身内ならどうするかといった自己投影をしながらケアを行っていると考えられた。ケア態度が前向きな看護師は、自尊感情が高く、認知判断は熟慮型である傾向があることが明らかになった。

キーワード: ターミナル期、がん看護、ケア態度、看護師

はじめに

日本人の悪性新生物による死亡数は増加を続け、1981 年以降死因順位第 1 位となり、2011 年の全死亡者に占める割合は 28.5%となっている¹⁾。がん対策推進基本計画では、重点的に取り組む課題の一つとして、緩和ケアの推進が挙げられ、末期がん患者に対する医療の在り方やターミナルケアについての関心が高まっている。2009 年には、緩和ケアチームに専従の看護師と医師を配置することが、がん診療拠点病院の指定要件に加わり、症状緩和や倫理的な家族支援の教育がなされてきている。また、医学の進歩や核家族化が進み、看取りの場が、家庭から病院・施設へと変化している。その結果、看取りの経験や死について考える機会が少ないまま、看護師は病院で死にゆく人へのケアを行わなければならない。

そこで、看護師のケアへの考えや感情はケア行動を起こすきっかけとなるため、これらが患者への看護実践に影響があると考えた。その看護師のケアへの考えや感情を態度として捉え、看護師が自分自身のケア態度を認識し、ケアを提供することは看護の質を高めるためには重要である。そして、どのような看護師の背景が、前向きなケア態度をもつことができるのかを検討した。

研究方法

調査対象: 近畿圏内全てのがん診療連携拠点病院、および地域がん診療拠点病院のがん患者に関わる看護師とした。がん患者のターミナル期に関わる機会の少ないことが考えられる精神科、ICU、手術室、救命救急、眼科、整形外科に現在所属する看護師、外来勤務の看護師、看護管理者、臨床経験 1 年未満の看護師は除外した。また、小児では死の捉え方やがん看護が成人とは異なると

考え、小児病棟に所属する看護師も除外した。緩和ケア病棟に現在所属している看護師も、ターミナル患者と日々関わっているため除外した。

調査方法: 看護部長、もしくは副看護部長の承諾を得た病院に自記式質問紙を配布し、他者が開封できない回収袋、もしくは返信用封筒をもって回収した。

調査項目: FATCOD-B-J (Frommelt のターミナルケア態度尺度日本語版) 30 項目²⁾。「患者ケアの前向きさ」「患者・家族へのケアの認識」「死の捉え方」の 3 つの下位尺度からなるが、「患者ケアの前向きさ」「患者・家族へのケアの認識」の 2 つの下位尺度での計算が可能で「死の捉え方」は 1 因子 1 項目であるため、この項目を用いて分析する際には下位尺度ごとではなく、30 項目の合計で判断した。

性別、年齢、学歴、臨床経験年数、現在所属の診療科、経験した診療科、緩和ケア病棟もしくはホスピスの勤務経験の有無、がん患者のターミナルケアを行った数、身近の人との死別の有無、身近な血縁高齢者の存在の有無、研修会への参加経験の有無、宗教の有無、ペットを飼っているか、以上 13 項目の基本属性。

Rosenberg 自尊感情尺度の 10 項目。高得点ほど自尊感情が高いと判断した。

認知判断傾向 (認知的熟慮性—衝動性尺度) の 10 項目。得点が高ければ熟慮性があり、低ければ衝動性があると判断した。

分析方法: 基本属性については単純集計し、FATCOD-B-J は下位尺度毎と合計の記述統計を行い、自尊感情尺度、認知的—衝動性尺度についても、各尺度の記述統計を行った。結果は中央値で示した。FATCOD-B-J と基本属性の関係を検討するために、基本属性の回答項目が 2 群に分かれているものは Mann-Whitney の U 検定、複数個に分かれているものは Kruskal-Wallis

検定を行った。FATCOD-B-J と自尊感情、認知判断傾向については Spearman の相関関係を確認した。

本研究は、本大学倫理委員会の承認を受け実施した (承認番号 25-15)。

結果

近畿圏内の都道府県がん診療連携拠点病院と地域がん連携拠点病院の全 54 施設から協力を得られた 19 施設に 1578 部の調査票を配布した。そのうち 996 部の調査票を回収した (回収率 63.1%)。各設問の無効回答を除いた調査票を有効回答とし、有効回答数は 895 部であった (有効回答率 56.7%)。

有効回答が得られた 895 名を分析対象とし、その対象者の背景を表 1 に示した。

表 1. 対象の背景

		人数	%
性別	男	47	5.2
	女	848	94.8
最終学歴	看護系大学	161	18
	3年制短期大学	58	6.5
	3年制専門学校	531	59.3
	2年制専門学校	102	11.4
	4年制専門学校	6	0.7
	大学院	9	1
	その他	28	3.1
現在所属している診療科	外科系	375	41.7
	内科系	353	39.1
	混合	169	18.9
過去に経験した診療科	外科系	149	16.6
	内科系	130	14.5
	外科内科系経験	291	32.5
	なし	325	36.3
緩和ケア病棟もしくはホスピスの経験	あり	59	6.6
	なし	836	93.4
身近な人との死別	あり	643	71.8
	なし	252	28.2
血縁関係高齢者が身近にいるか	いる	645	72.1
	いない	250	27.9
ターミナルがん患者と関わった数	1~10人	182	20.3
	11~20人	190	21.2
	21人以上	523	58.4
宗教	あり	129	14.4
	なし	766	85.6
研修会の参加	あり	688	76.9
	なし	207	23.1
ペットを飼っているか	飼っている	590	65.9
	飼っていない	305	34.1
臨床経験年数	5年以下	354	39.6
	6~10年	211	23.6
	11~15年	130	14.5
	16~20年	88	9.8
	21~25年	59	6.6
	26年以上	52	5.8
年齢	mean =32.5	SD=8.5	

n=895

FATCOD-B-J の中央値 (25-75 パーセントイル値)、平均値 ± 標準偏差は 113 点 (108-121)、111.7 ± 10.9 であり、下位尺度では「患者へのケアの前向きさ」60 点 (55-64)、60.0 ± 7.3、「患者・家族へのケアの認識」50 点 (47-54)、

50.2 ± 4.9 であった。

FATCOD-B-J と対象の背景の比較を表 2 に示した。患者へのケアの前向きさの得点は、現在所属している診療科が外科系より内科系の方が、過去に経験した診療科がないよりも外科系に勤務した方が、身近な人との死別体験がある人の方が、ターミナルのがん患者と関わった数が多い方が、研修参加がある人の方が、臨床経験が 5 年以下より 6 年以上の方が有意に高かった。

患者・家族へのケアの認識の得点では、男より女の方が、身近な人との死別体験がある人の方が、血縁関係高齢者が身近にいる人の方が有意に高かった。

FATCOD-B-J の合計得点では、男より女の方が、現在所属している診療科が外科系より内科系の方が、過去に経験した診療科がないよりも外科系に勤務した方が、身近な人との死別体験がある人の方が、ターミナルのがん患者と関わった数が多い方が、研修参加がある人の方が、宗教がある方が、臨床経験が 5 年以下より 6 年以上の方が有意に高かった。

自尊感情の中央値 (25-75 パーセントイル値)、平均値 ± 標準偏差は 30 点 (27-35)、29.2 ± 5.8、認知判断傾向は 25 点 (22-29)、25.4 ± 5.3 であった。FATCOD-B-J と自尊感情、認知判断傾向の相関を表 3 に示した。

考察

患者ケアへの前向きさでは、現在所属している診療科や過去に経験している診療科に有意差があった。急性期病院における終末期がん患者ケアに対する困難感では、内科系より外科系の方が患者・家族とのコミュニケーションを困難としている³⁾。また、看護師の終末期ジレンマでは、慢性期病棟より急性期病棟の方が、患者との関わりの中で困難を感じ、家族との連携不足がある⁴⁾。これらの先行文献と同様に患者へのケアの前向きさでは、内科系に所属している看護師がケアに前向きであることが本研究でも示された。ターミナルがん患者と関わった数、臨床経験では 5 年以下と 6 年以上に有意差があった。ターミナルケアは各種技能を持ち合わせているのみではなく、不測の事態への状況判断と柔軟な対応や事象を全体的に捉え導くことが求められ、臨床での様々な経験をしながら、がん患者と関わる経験を積むことが有用であることが示唆された。また、研修会の参加により有意な差があった。今回は研修内容や研修参加の動機についての調査に至っていないが、何らかの形で研修参加することが、意識を高めるなど臨床現場では有効になっていることが示された。

次に、訪問看護師を対象とした調査結果では、患者・家族のケアへの認識の平均値 ± 標準偏差が 51.1

表2. FATCOD-B-Jの中央値の比較

		患者への前向きさ		患者・家族へのケアの認識		FATCOD-B-J合計	
		中央値	p値	中央値	p値	中央値	p値
性別 ^{a)}	男	58.0 (52.0, 63.0)	.01	48.0 (43.0, 54.0)	.01	111.0(100.0, 116.0)	.01
	女	60.0 (56.0, 65.0)		50.0 (47.0, 54.0)		113.0(108.0, 121.0)	
最終学歴 ^{b)}	看護系大学	61.0 (55.0, 64.0)	.62	50.0 (48.0, 53.0)	.85	113.0(108.0, 121.0)	.62
	3年制短期大学	60.0 (56.0, 64.3)		49.0 (47.0, 53.0)		113.5(109.0, 121.0)	
	3年制専門学校	59.0 (55.0, 64.0)		50.0 (47.0, 54.0)		113.0(107.0, 121.0)	
	2年制専門学校	59.0 (55.0, 64.0)		50.0 (47.0, 54.0)		114.0(105.0, 121.3)	
	4年制専門学校	61.5 (56.0, 66.0)		48.5 (46.8, 52.8)		112.5(103.8, 121.5)	
	大学院	64.0 (61.0, 67.5)		51.0 (49.5, 54.0)		121.0(116.0, 124.0)	
	その他	60.5 (56.5, 63.8)		48.0 (47.0, 53.8)		112.5(109.25, 120.5)	
現在所属している診療科 ^{b)}	外科系	59.0 (55.0, 64.0)	.02	50.0 (47.0, 53.0)	.16	112.0(106.0, 120.0)	.02
	内科系	61.0 (56.0, 65.0)		50.0 (47.0, 54.0)		114.0(108.0, 122.0)	
	混合	60.0 (56.0, 65.0)		50.0 (48.0, 55.0)		114.0(109.0, 122.0)	
過去に経験した診療科 ^{b)}	外科系	61.0 (56.0, 65.0)	<.01	50.0 (48.0, 54.0)	.09	115.0(108.5, 121.0)	<.01
	内科系	60.0 (55.0, 64.0)		50.0 (48.0, 54.3)		113.0(107.8, 121.0)	
	外科内科経験	60.0 (57.0, 66.0)		50.0 (47.0, 54.0)		114.0(109.0, 123.0)	
	なし	59.0 (54.0, 63.0)		50.0 (47.0, 53.0)		112.0(106.0, 119.0)	
緩和ケア病棟/ホスピス経験 ^{a)}	あり	60.0 (55.0, 64.0)	.94	51.0 (48.0, 55.0)	.10	115.0(110.0, 120.0)	.31
	なし	60.0 (55.0, 64.0)		50.0 (47.0, 54.0)		113.0(107.0, 121.0)	
身近な人との死別 ^{a)}	あり	60.0 (56.0, 65.0)	<.01	50.0 (48.0, 54.0)	.01	114.0(108.0, 122.0)	<.01
	なし	59.0 (54.0, 63.0)		49.0 (47.0, 53.0)		111.0(106.0, 117.0)	
血縁関係高齢者が身近にいるか ^{a)}	いる	60.0 (56.0, 64.0)	.51	50.0 (47.5, 54.0)	.01	114.0(108.0, 121.0)	.10
	いない	59.5 (55.0, 65.0)		49.0 (47.0, 53.0)		112.0(106.0, 121.0)	
ターミナルがん患者と関わった数 ^{b)}	1~10人	58.0 (53.0, 62.0)	<.01	49.0 (46.0, 53.0)	.10	111.0(105.0, 117.0)	<.01
	11~20人	59.0 (55.0, 63.3)		50.0 (47.0, 54.0)		113.0(106.0, 120.0)	
	21人以上	61.0 (57.0, 66.0)		50.0 (48.0, 54.0)		115.0(109.0, 123.0)	
宗教 ^{a)}	あり	61.0 (57.5, 65.0)	.02	50.0 (48.0, 54.0)	.16	115.0(110.0, 122.5)	.01
	なし	60.0 (55.0, 64.0)		50.0 (47.0, 54.0)		113.0(107.0, 121.0)	
研修会の参加 ^{a)}	あり	61.0 (57.0, 65.0)	<.01	50.0 (47.0, 53.0)	.10	114.0(109.0, 122.0)	<.01
	なし	57.0 (53.0, 62.0)		49.0 (47.0, 53.0)		111.0(105.0, 117.0)	
ペットを飼っているか ^{a)}	飼っている	60.0 (55.0, 64.0)	.25	50.0 (47.0, 54.0)	.86	113.0(107.0, 121.0)	.33
	飼っていない	60.0 (56.0, 65.0)		50.0 (47.0, 53.0)		114.0(108.5, 121.0)	
臨床経験年数 ^{b)}	5年以下	59.0(54.0, 63.0)	<.01	50.0(47.0, 53.0)	.06	112.0(106.0, 119.0)	<.01
	6~10年	60.0(56.0, 65.0)		50.0(47.0, 53.5)		114.0(108.0, 122.0)	
	11~15年	61.0(57.0, 66.0)		49.0(46.0, 53.0)		114.0(108.8, 121.0)	
	16~20年	60.0(57.0, 68.0)		51.0(48.0, 55.0)		115.0(109.0, 124.0)	
	21~25年	61.0(57.0, 66.0)		50.0(48.0, 55.0)		116.0(109.0, 123.0)	

a)Mann-whitneyのU検定 b)Kruskal-Wallis検定, 中央値(25%タイル, 75%タイル)

表3. FATCOD-B-Jと自尊感情、認知判断傾向の相関

	患者へのケアの前向きさ	患者・家族へのケアの認識	FATCOD-B-J合計
自尊感情	0.25**	0.12**	0.24**
認知判断傾向	0.04	0.08*	0.07*

Spearmanの相関係数

*; p<0.05 **; p<0.01

±5.1で、中央値(25-75パーセント値)が50.0(47-54)であった⁷⁾。これは、本研究で得られた結果と類似している。このことは、病院勤務看護師でも、訪問看護師でも、患者・家族へのケアする場が異なっても、ケアへの認識は変わらないことを示していると考えられる。また、調査した看護師の背景により、患者への前向きさに差があっても、患者・家族へのケアの認識には差がなかった項目が多かった。特にターミナルケアでは洗練された看護技術のみでなく、意思決定支援の倫理

的な配慮を要する場面も多く、看護実践の過程の中で培われていく看護観としての経験値は重要で臨床経験年数は関係していると思われたが、患者・家族へのケアの認識には差がなかった。差があった項目は身近な人との死別体験や血縁高齢者が身近に存在しているか否かであった。これらは勤務地以外での体験である。本研究の対象は病院勤務の看護師であり、看護師の中では患者・家族を1単位としてケアする認識はあるが、病院でケアをするという環境の中で、家族との限られた時間での関わりながら、自身の身内ならどうするかといった自己投影をしながらケアを行っていることが考えられ、勤務地での経験のみではケアの認識につながるとはいえないと考える。

また、イスラエルやアメリカの看護師を対象とした先行文献^{5) 6)}では、FATCODの合計点が、本研究より高い。一見、日本人の方が前向きなケア態度を持っていないように思われるが、自己自身を評価しているものであり、人種や文化的背景による影響も考えられるた

め、一概に平均得点のみを国際比較は出来ないと考える。

自尊感情はターミナルのケア態度の合計や下位尺度と正の相関がみられ、自尊感情が高い看護師は、患者へのケア態度が前向きであり、患者・家族へのケアを認識していることが明らかになった。これは、看護師の自尊感情がケアへの自信となっている可能性があると思われる。積極的なケアへの感情や考えを持つには、自尊感情が高まるような研修やがん患者との関わりの振り返りが必要と考える。また、認知判断傾向は得点が低ければ衝動型であり、高いほど熟慮型であるため、患者・家族へのケアの認識では正の相関を示しており、熟慮型の看護師の方が患者・家族のケアを考えていることが示された。しかし、患者へのケアの前向きさには相関がなかった。患者・家族を1単位としてケアを行うことは当然とされているが、病院では家族との関わりが限られた時間であるため、家族にも意識を向けるためには、常に事象をじっくり考え判断する努力が必要と考える。

結論

がん看護に携わる看護師のターミナルケアへの前向きな感情や考えを持つ看護師の属性を調査し、以下の結論を得た。

ターミナルがん患者と関わった数が多い方や、研修参加経験のある人の方が、患者へのケアに前向きであり、臨床経験や研修を積みながら、ケアへの前向きな感情や考えが生じていた。

身近な人と死別経験のある人、身近に血縁関係高齢者がいる人は、患者・家族へのケアの認識があった。

前向きな患者へのケアや患者・家族へのケアの認識を高めるには、ターミナル期のがん患者のケアの経験や研修を積みながら、身近な人との死生を考える機会を有し、物事を熟考する姿勢が必要であることが示唆された。

謝辞

調査協力を引き受けて下さり、多くの調査票の配布に協力して下さいました看護部長をはじめ、教育担当副部長ならびに師長の方々にお礼申し上げます。また、日々の多忙な業務の中、調査に協力して下さった臨床現場の看護師の方々にも重ねて御礼申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働省ホームページ. 2013-01-12 (入手日), <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/index.html>
- 2) 中井裕子, 宮下光令, 笹原朋子: Frommelt のターミ

ナルケア態度尺度 日本語版 (FATCOD-B-J) の因子構造と信頼性の検討-尺度翻訳から一般病院での看護師調査、短縮版作成まで-. がん看護, 11 (6), 723-729, 2006.

- 3) 西澤真千子, 小河原宏美, 中村佑佳, 三井真紀: 急性期病院における看護師の終末期がん患者ケアに対する困難感-コミュニケーションに焦点をあてて-. 長野赤十字病院医誌, 24, 50-54, 2011.
- 4) 宮下典子, 藤本由香里, 堀美佳, 草間美穂, 細田かず子, 松澤有夏: 終末期看護に対する意識調査-急性期病棟と慢性期病棟の看護師の意見の違いから-. 日本看護学会論文集看護総合, 40, 252-254, 2009.
- 5) Michal Braun, Dalya Gordon, Beatrice Uziely: Associations Between Oncology Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients. Oncology Nursing Forum, 37 (1), 43-49, 2010
- 6) Michelle Lange, Bridgette Thom, Nancy E. Kline.: Assessing Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients in a Comprehensive Cancer Center. Oncology Nursing Forum, 35 (6), 955-959, 2008.
- 7) 横尾誠一, 吉原麻由美, 松島由美, 大町いづみ: 訪問看護師のターミナルケア態度に関する要因の分析-一般病院看護師との比較-. 保健学研究, 22 (2), 37-43, 2010
- 8) 二渡玉江, 入澤友紀, 碓井真弓, 大澤純子, 加藤直子, 野口亜希子: 終末期患者に対する看護師の意識および行動に関連する要因の検討. がん看護, 8 (3), 241-247, 2003.
- 9) Frommelt KH.: The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. Am J Hosp Palliat Care. 8(5), 37-43, 1991.
- 10) Frommelt KH.: Attitudes toward care of the terminally ill: an educational intervention. American Journal of Hospice & Palliative Care, 20(1), 13-22, 2003.