

病院看護師の緩和ケア実践態度を促進する要因

住田俊彦*・安藤詳子**

Factors Promoting Nursing Attitudes toward Palliative Care in a Hospital

Toshihiko SUMIDA* and Shoko ANDO**

The aim of this study was to clarify factors promoting nursing attitudes toward palliative care practice in a hospital. A self-administered questionnaire survey was conducted for 203 nurses. The questionnaire included characteristics, familiarity with the concept of palliative care, knowledge about the practice of palliative care, attitudes toward care of the dying, attitudes toward palliative care practice, awareness of the implementation of palliative care, and use of a Palliative Care Team (PCT).

Responses were received from 171 nurses and 155 were analyzed. The mean (*SD*) of nursing career was 9.6 (± 8.0) years. 40.6% answered correctly concerning the concept. 41.3% responded “not enough” implementation of palliative care; 43.2% experienced consultation to PCT; and a multiple regression analyses were made to examine the relation with practice attitude. As a result, nursing career, conference with other occupations, attitudes toward care of the dying, and PCT consultation were found to have a relation.

This study suggested that “Nursing career,” “increasing the frequency of conference with other occupations,” “improving attitudes toward care of the dying” and “consulting the PCT” promoted practice in palliative care.

key words: palliative care, palliative care team, nurse

はじめに

わが国では1981年以来、悪性新生物が死因の第一位を占め、2010年現在、年間35万人ががんで亡くなっている（厚生労働省、2010、人口動態調査）。近年、がん治療が著しく発展する一方で、がん患者のQOLが重要視され、緩和ケアへの関心が高まってきた。Temel, Greer, Muzikansky, Gallagher, Admane, Jackson, Dahlin, Blinderman, Jacobsen, Pirl, Billings, & Lynch (2010)によれば、早期からの緩和ケア介入がQOLやうつ改善に有効であり、生命予後が延長したことを報告している。2006年がん対策基本法

が制定され、国政レベルで緩和ケアの普及が動き出した。緩和ケア病棟数は年々増加し、2011年7月現在216施設4,200床余りとなり、10年前の2倍になった（日本ホスピス緩和ケア協会、2011、緩和ケア病棟入院関連）。終末期医療に関する調査によると、一般の人々の約半数は、終末期の状態になったとき、緩和ケア病棟に入院したいと希望している（厚生労働省、2007、終末期医療に関する調査）。しかし、緩和ケア病棟で最期を迎えることができる患者は1割にも満たず、一般病棟で死亡する患者が多くを占めている（小島・季羽・菊池・菅原、2008）。一般病棟における緩和ケアの実践は緩和ケアチーム

* 公立学校共済組合東海中央病院
Tokai Central Hospital, 4-6-2 Sohara Higashijima-Cho, Kagamigahara-shi, Gifu 504-8601, Japan
toshihiko1984jp@tokaihp.jp

** 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻
Department of Nursing, Graduate School of Medicine, Nagoya University, 1-1-20 Daikominami Higashi-ku, Nagoya-shi, Aichi 461-8673, Japan
ando@met.nagoya-u.ac.jp

(Palliative Care Team; 以下 PCT) に期待がかかり、がん診療連携拠点病院をはじめ全国の病院で PCT が活動をしている。2002 年から要件を満たしている PCT の活動に診療加算がついた。しかし、全国で診療加算を取っている病院は 150 施設ほどで (日本ホスピス緩和ケア協会, 2011, 緩和ケア診療加算関連), PCT 構成メンバーの職種や配属・活動内容は病院によって違いがある。多くのがん患者が入院している一般病棟での緩和ケアは、患者の QOL に必須であり PCT の活動は重要である。

緩和ケアは、2002 年に WHO が定義したように、診断された時期から終末期まで提供される、がん医療の基盤をなすものとして、医師・看護師だけでなく、すべての医療スタッフから提供されるケアと言える。しかし、「医療者の緩和ケアへの興味・知識・技術の不足が緩和ケア提供の障害となっている」との報告がある (Miyashita, Sanjo, Morita, Hirai, Kizawa, Shima, Shimoyama, Tsuneto, Hiraga, Sato, & Uchitomi, 2007)。いくつかの施策が動きつつも一般病棟や外来での緩和ケアが十分に浸透していないといわれる昨今、本研究が PCT の活用という視点から緩和ケアを促進する要因を明らかにすることは重要である。これまでに緩和ケアの実態調査やがん性疼痛マネジメントとの関連 (小島, 2009; 中橋, 2009)、ターミナルケア態度との関連 (Lange, Thom, & Kline, 2008; 大町・横尾・水浦, 2009) を報告した研究はあるが、病院に勤務する看護師の緩和ケア実践との関連を多角的にとらえた研究は見当たらない。

本研究の目的は、中規模病院に勤務する看護師を対象に、緩和ケアの概念に関する知識、緩和ケアに関する実践知識、ターミナルケア態度を調査し、PCT の活用という視点から緩和ケア実践に対する態度を促進する要因を明らかにすることである。

方 法

調査対象

A 公立中規模病院に勤務する看護師 203 名を対象に 2010 年 12 月に調査した。

調査方法

自己記入式質問紙調査法を用いて 2 週間留め置きして実施した。

調査内容 (以下、ドメインは『』で表記する)

(a) 対象者の属性 (年齢, 性別, 経験年数など), (b) 緩和ケアの概念に関する知識 2 項目 (以下 PC 概念知識): WHO が定める緩和ケアの定義をもとに自作, (c) 緩和ケアに関する実践知識 18 項目 (以下 PC 実践知識): 中澤 (2008) の「緩和ケアに関する医療者の知識評価尺度」20 項目のうち『理念』2 項目を削除, (d) ターミナルケア態度 6 項目: 宮下 (2008) の「ターミナルケア態度尺度日本語短縮版 (Frommelt Attitude Toward Care Of Dying scale: FATCOD-Form B-J)」, (e) 緩和ケア実践に対する態度 18 項目 (以下 PC 実践態度): 中澤 (2008) の「緩和ケアに関する医療者の態度評価尺度」, (f) 緩和ケア実践状況に対する認識 6 項目: A 病院で行われている緩和ケアに対する認識とその理由 (山口・杉田・浅井・石川・立花・奥出・塚本・安間・谷・井関, 2006) を質問, (g) PCT の活用 14 項目: 先行研究 (山口他, 2006 黒岩, 2009 森田・藤本・井上・杉山・佐久間・山口・前堀・福本, 2005) をもとに自作。

倫理的配慮

各部署の責任者および対象者に研究目的および調査内容, 調査は無記名とし個人が特定されないこと, 調査票の回収をもって同意の確認とする旨を説明した。本研究は、名古屋大学大学院医学系研究科生命倫理審査委員会 (承認番号: 10-163) および A 病院研究倫理委員会の承認を得て実施した。

分析方法

PC 実践態度を促進する要因を検討するために重回帰分析 (強制投入法) を用い、従属変数に PC 実践態度を投入した。独立変数は単変量解析において有意差の有無にかかわらず、仮説および先行研究、臨床経験をもとに選択した。また、名義尺度、および順序尺度はダミー変数を用いて独立変数に投入した。統計処理は、SPSS Ver 17.0 を使用し、統計的有意差水準は 5% とした。

結 果

調査票は 203 名に配布し 171 名から回収した (回収率: 84.2%)。そのうち、従属変数である「緩和ケアに関する医療者の態度評価尺度」について、1 つ以上の欠損があるものを除き、155 名の有効回答を分析した (76.4%)。

Table 1 対象者の属性

項目	M (SD)	n (%)
n = 155		
性別:		
男性		8 (5.2)
女性		146 (94.8)
年齢 (y):	32.2 (8.8)	
経験年数 (y):	9.6 (8.0)	
1~3 年目		39 (25.2)
4~9 年目		49 (31.6)
10 年目以上		62 (40.0)
身近な人との死別体験:		
有		131 (84.5)
無		22 (14.2)
他職種との話し合い:		
ほとんどない		16 (10.3)
月に 1 回程度		15 (9.7)
週に 1 回程度		30 (19.4)
ほぼ毎日		91 (58.7)
看取り数:		
0 人		3 (1.9)
1~10 人		44 (28.4)
11~20 人		27 (17.4)
20 人以上		76 (49.0)

対象者の属性

対象者の属性 (Table 1) は、女性 146 名 (94.8%)、平均年齢 32.2 (±8.8) 歳、専門職としての通算経験年数 (以下、経験年数) は平均 9.6 (±8.0) 年であった。身近な人との死別体験 (以下、死別体験) では 131 名 (84.5%) が“有”と回答した。がん患者に関する他職種との話し合いは“ほぼ毎日”が 91 名 (58.7%) と最も多かった。今までに看取った患者数は、“20 人以上”が 76 名 (49.0%) と最も多かった。

PC 概念知識

「緩和ケアの必要な時期」は、125 名 (81.2%) が“がんと診断されたときから”と回答した。「とらえている緩和ケア」(複数回答) は“患者の QOL を向上させる” 144 名 (92.9%)、 “家族の QOL を向上させる” 117 名 (75.5%)、 “チームで協働して関わる” 129 名 (83.2%)、 “がんに対する治療と一緒にを行う” 91 名 (58.7%) の看護師が選択し、63 名 (40.9%) がこれら 5 つをすべて選択した (Table 2)。

PC 実践知識・ターミナルケア態度・PC 実践態度

「緩和ケアに関する医療者の知識評価尺度」の信頼性は The Kuder-Richardson formula 20 に基づき内的の一貫性の指標を算出し 0.79 であった。PC 実践知識 18 項目の平均は 11.5 (±3.70) 点で、ドメイン別

Table 2 緩和ケアの概念に関する知識

項目	n (%)
n = 155	
緩和ケアはいつの時期から必要だと考えるか	
a. がんと診断されたときから	125 (81.2)
b. 治療を積極的に行っているときから	6 (3.9)
c. 治療の効果がほとんどなくなったときから	22 (14.3)
d. 臨終期	1 (0.6)
緩和ケアと一致する事項 (複数回答)	
e. 患者の QOL を向上させる	144 (92.9)
f. 家族の QOL を向上させる	117 (75.5)
g. 患者の治療を目指す	2 (1.3)
h. 身体的苦痛にのみ注目する	1 (0.6)
i. チームで協働して関わる	129 (83.2)
j. がんに対する治療と一緒にを行う	91 (58.7)
k. 死を待つだけのあきらめの医療	0 (0.0)
a, e, f, i, j すべてに回答した	63 (40.9)
a, e, f, i, j すべてに回答しなかった	91 (59.1)

の平均を比較した結果、『疼痛』は『呼吸困難感』『せん妄』『栄養』より有意に点数が高く、『栄養』は『呼吸困難感』より有意に高かった (Table 3)。ターミナルケア態度 6 項目 (30 点満点) の平均は 22.4 (±2.9) 点であった。PC 実践態度 18 項目の平均は 71.7 (±10.0) 点で、身体症状マネジメントに関する『疼痛』『呼吸困難感』『せん妄』を比較した結果、『疼痛』は『呼吸困難感』『せん妄』より高かった (Table 3)。

緩和ケア実践状況に対する認識と属性との関連

「当院での緩和ケアは全体として十分に行われていると思うか」に対して、64 名 (41.5%) が“十分でない”と回答し、「看取り数」が“20 人以下”群に比べ“20 人以上”群で有意に高かった。また理由 (複数回答) について、“一般病棟は適切ではない”と 9 名 (14.1%) が選択し、「他職種との話し合い」“ほぼ毎日”群に比べ“週 1 回未満”群で有意に高かった (Table 4)。

PCT の活用

「PCT に依頼したことがあるか」に対して、67 名 (43.2%) の看護師が“有”と回答し“無”群に比べ、PC 実践知識およびターミナルケア態度得点が、それぞれ有意に高かった。「PCT を必要としているか」に対して 147 名 (94.8%) が“必要”と回答した。さらに「PCT にどう関わって欲しいか」の質問に 6

Table 3 緩和ケアに関する実践知識、緩和ケア実践に対する態度

n=155

項目	range	M (SD)	p 値
PC 実践知識全 18 項目	0-18	11.5 (3.70)	
『疼痛・オピオイド』	0-6	4.36 (1.52)	*** ** *
『疼痛・オピオイド点数補正』		2.90 (1.02)	
『呼吸困難感』	0-4	2.28 (0.96)	
『せん妄』	0-4	2.31 (1.15)	
『栄養』	0-4	2.55 (1.18)	
PC 実践態度全 18 項目	18-90	71.7 (9.96)	
『疼痛』	3-15	13.0 (1.86)	***
『呼吸困難感』	3-15	11.6 (2.23)	
『せん妄』	3-15	11.2 (2.65)	
『看取りのケア』	3-15	11.4 (2.47)	
『コミュニケーション』	3-15	12.1 (1.88)	
『患者・家族中心のケア』	3-15	12.5 (1.74)	

反復測定（多重比較：Bonferroni 法）* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

PC 実践知識『疼痛・オピオイド』は 4 点満点に補正して比較した

名 (4.1%) が“任せたい”と回答し，“参考意見を聞きたい”“一緒に行く”と回答した看護師に比べ、ターミナルケア態度得点が有意に低かった (Table 5)。依頼内容は症状マネジメントや精神的サポートにおいて 9 割以上であった。一方、療養の場の相談やコーディネート等においては、6 割程度であった (Table 6)。

緩和ケア実践に対する態度を促進する要因

「PC 実践態度」を従属変数、「経験年数」「死別体験」「他職種との話し合い」「看取り数」「PC 実践知識」「ターミナルケア態度」「PCT の活用」以上 7 つを独立変数として重回帰分析を行った。「看取り数」は「経験年数」および「PC 実践知識」の 2 項目とやや強い相関があったため ($r=0.61, 0.50$)、独立変数から除外した。重回帰分析の結果 (Figure 1)、「経験年数」「他職種との話し合い」「ターミナルケア態度」「PCT の活用」以上 4 つの要因が PC 実践態度と有意な関連があった ($R=0.64, R^2=0.38$)。

考 察

緩和ケアの概念に関する知識

緩和ケアが“がんが診断されたときから始まる”という WHO の定義 (2002) を理解しているのは 8 割強であり、日本医師会の調査 (2008) と同様に正解率は高く、定義改訂後 10 年近く経ち概ね医療従事者に定着してきている。しかし、本調査で緩和ケ

アが“がんに対する治療と一緒に行われる”の認識は約 6 割であった。また、医療従事者 600 人に行われた調査で、6 割強が緩和ケアは「聞いたことはあるが内容が十分わからない」と回答した (高階・木野・斎藤・木下・宮崎, 2008)。WHO の定義は看護教育の教科書にほぼ掲載され、どの病期の患者にも“cure”と同時に“care”が必要であると明示している。しかし、本調査から緩和ケアが“がんが診断されたときから始まる”という言葉の意味することを看護師は正確に理解していないと考えられた。また、“患者の QOL を向上させる”と“家族の QOL を向上させる”の認識はともに高いが、その間に約 20% の開きがあり、緩和ケアが患者と同時に家族も対象としている認識が十分に浸透していない。

本調査で“チームで協働して関わる”の回答は 8 割以上で、笹原・梅内・白井・岩瀬・村上・斉藤・河・中川 (2005) らの調査と類似した。一方、他職種との話し合いは“ほぼ毎日”の回答は約 6 割であった。松波・會田・佐藤 (2008) らは「医師は患者や家族と関わる時間が最も長い看護師に対して、治療方針を決定していく上で必要な看護の視点による情報を必要としている」と述べ、看護師がチームで協働して関わるという認識をもつことは重要であるが「看護師はチーム医療の必要性と重要性は理解していても実際はチーム医療に馴染みがない」と言われており (温井・栗山・上山・蓬臺・濱路・伊達、

Table 4 緩和ケア実践状況に対する認識と属性・緩和ケアの概念に関する知識との関連

項目	緩和ケアが十分に行われていないと思う理由 (n=64)											
	緩和ケアは十分に行われているか		時間的余裕がない		知識不足		技術不足		ストレスや疲労が強い		一般病棟は適切ではない	
	n (%)	n (%)	Yes (%)	No (%)	Yes (%)	No (%)	Yes (%)	No (%)	Yes (%)	No (%)	Yes (%)	No (%)
	n=64	n=90	n=50	n=14	n=33	n=31	n=27	n=37	n=32	n=32	n=9	n=55
		十分でない	p値		p値		p値		p値		p値	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
経験年数												
1~3年目	11 (28)	28 (72)	9 (82)	2 (18)	4 (36)	7 (64)	5 (46)	6 (55)	3 (27)	8 (73)	2 (18)	9 (82)
4~9年目	21 (43)	28 (57)	17 (81)	4 (19)	10 (48)	11 (52)	6 (29)	15 (71)	14 (67)	7 (33)	2 (10)	19 (90)
10年目以上	31 (50)	31 (50)	23 (74)	8 (26)	19 (61)	12 (39)	16 (52)	15 (48)	15 (48)	16 (52)	5 (16)	26 (84)
死別体験												
有	55 (42)	76 (58)	44 (80)	11 (20)	27 (49)	28 (51)	22 (40)	33 (60)	30 (54)	25 (46)	8 (15)	47 (85)
無	8 (36)	14 (64)	6 (75)	2 (25)	5 (63)	3 (38)	5 (63)	3 (37)	2 (25)	6 (75)	1 (13)	7 (87)
他職種との話し合い												
週1回未満	20 (33)	41 (67)	15 (75)	5 (25)	10 (50)	10 (50)	8 (40)	12 (60)	9 (45)	11 (55)	6 (30)	14 (70) *
ほぼ毎日	43 (47)	48 (53)	35 (81)	8 (19)	22 (51)	21 (49)	18 (42)	25 (58)	23 (53)	20 (47)	3 (7)	40 (93)
看取り数												
20人以下	23 (31)	51 (69)	18 (78)	5 (22)	10 (44)	13 (57)	9 (39)	14 (61)	12 (52)	11 (48)	5 (22)	18 (78)
20人以上	40 (53)	36 (47)	32 (80)	8 (20)	22 (55)	18 (45)	18 (45)	22 (55)	20 (50)	20 (50)	4 (10)	36 (90)

χ²検定 *p<0.05, **p<0.01

Table 5 PCTの活用・PCTの関わり方と緩和ケアに関する実践知識・ターミナルケア態度との関連

項目	n	PC 実践知識		ターミナルケア態度	
		M (SD)	p 値	M (SD)	p 値
PCT への依頼の有無^a					
有	67	13.0 (2.99)	***	23.0 (2.84)	*
無	81	10.3 (3.80)		22.1 (2.60)	
PCT にどう関わって欲しいか^b					
参考意見を聞きたい	45	11.6 (3.17)	***	22.6 (3.28)	**
一緒に行く	85	11.8 (3.61)		22.6 (2.30)	
任せたい	6	8.2 (5.67)		19.0 (2.28)	

a: 対応のない *t* 検定, b: Kruskal-Wallis の検定 (多重比較: Bonferroni 法)

p*<0.05, *p*<0.01, ****p*<0.001

Table 6 PCT への依頼内容

依頼内容	活用する	
	n	(%)
疼痛マネジメント	148	(95.4)
疼痛以外の症状マネジメント	147	(94.9)
患者への精神的サポート	147	(94.9)
家族へのケア	129	(83.2)
IC 後の患者と家族のサポート	117	(75.4)
スタッフへの緩和ケア教育	113	(72.9)
IC の助言・同席	105	(67.7)
療養の場の相談やコーディネート	99	(63.8)
スタッフへの心理的サポート	99	(63.8)
遺族のケア	97	(62.6)
DNR の相談	78	(50.3)

IC: informed consent, DNR: do not resuscitate

2009), 本調査からもチーム医療の認識と実践には乖離がみられる。看護師に対する緩和ケア概念の教育は継続する必要があると言える。

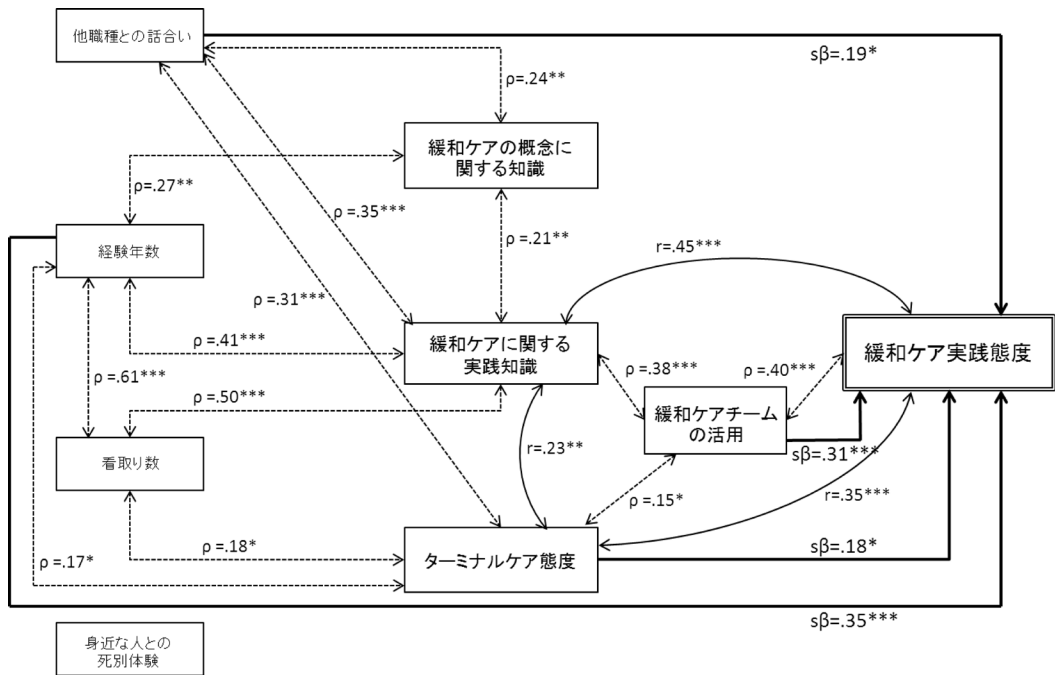
緩和ケアの現状に対する看護師の認識に関連する要因

現在の緩和ケアの現状に対し“十分でない”の回答は約4割で、看取り数が多い看護師ほどその認識が高かった。終末期は全人的苦痛が強く、それに伴いそばにいる家族の苦痛も強くなる。その場面を多く経験しているほど緩和ケアの現状を不十分ととらえていることから看取りのための緩和ケアの実践を強化する必要があると考える。本調査で、緩和ケアが十分に行われていないと思う理由として、大野・竹内・小谷(2007)と同様“一般病棟は適切ではない”の回答があり、特に他職種との話合いの頻度が

少ない看護師に多かった。これは、裏を返せば他職種との話合いが多くなれば「一般病棟でも緩和ケアを提供できる」というとらえ方に結びつくと思われる。一般病棟での緩和ケアに困難を感じている報告が多いなか、その実践を拓く鍵は他職種との話合いの頻度を高めることにあると考える。

PCT 活用の現状

PCT の必要性に対し、ほぼすべての看護師が肯定的で、その依頼内容は山口他(2006)、森田他(2005)と同様“疼痛マネジメント”等が高かった。国内外の終末期 QOL 調査研究においても(Miyashita, Sanjo, Morita, Hirai, & Uchitomi, 2007; Vig, Davenport, & Pearlman, 2002), 症状緩和の重要性が指摘されている。服部・佐野・田中・森野・金澤・有坂・横田・白澤(2010)は「医療職種間において、がん性疼痛管理に対する意識の相違があり、医師よりも看護師のほうが比較的患者寄りの考え方である」と述べている。患者の一番身近にいる看護師は、身体的・精神的苦痛を患者や家族のそばに立った視点から見ることができ、症状緩和において重要な位置にあると考える。一方、“療養の場の相談やコーディネート”は約6割で高くなかったが、森田他(2005)も、「看護師より医師のほうが“療養場所のコーディネート”について PCT に期待している」と報告している。また、福井(2007)は「末期がん患者および家族の在宅療養移行の希望と実際には隔たりがあった」と報告し、今後、在宅療養移行を円滑に推進するために、患者や家族の一番身近にいる看護師が、早期から利用できる資源や介護力、経済面などをアセスメントし積極的に対応していくことが重



sβ: 標準偏回帰係数, ρ: Spearman の順位相関係数, r: Pearson の積率相関係数, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Figure 1 緩和ケア実践態度促進モデル

要である。

PCT が介入したことによる影響と介入後の PCT へのニーズ

PCT を活用した看護師は、PC 実践知識とターミナルケア態度が高かった。小田・合田・松山・上村 (2010) らは「PCT の介入が、医療用麻薬使用に不慣れな一般医への支援の機会としても活用されている」と述べている。本調査から、PCT の介入は医師だけでなく看護師の PC 実践知識やターミナルケア態度にも関連すると考えられる。

PCT に「任せたい」と思う気持ちとターミナルケア態度との関連

本調査で、PCT の関わり方について山口他 (2006) と同様に「一緒に行く」が最も多かったが、小数に「任せたい」との回答があり、その回答者のターミナルケア態度得点は低かった。「任せたい」気持ちの背景には、終末期患者への苦手意識が潜んでいると思われる。終末期患者へのケア態度は、PC 実践知識のように学習したらすぐに前向きになるというものではない。そのため、そのスタッフの気持ちや死生観などの思いの表出を助け、焦らずにターミナ

ルケア態度を育む姿勢が必要であると考えられる。

看護師の緩和ケア実践に対する態度を促進する要因

重回帰分析の結果、PC 実践態度に最も関連したのは、経験年数であった。診断から終末期まで全人的苦痛に対して支援する緩和ケアを実践するには、高度な総合的な能力が求められることから臨床経験は必要であると言える。そして、経験年数の長短にかかわらず、PCT の活用、他職種との話し合い、前向きなターミナルケア態度によって、PC 実践態度が促進することを明らかにした。

PCT の活用は、PC 実践知識やターミナルケア態度と正の相関があったことから、PCT の介入により知識や技術が向上し、苦しんでいる患者を目の前にして「怖い」「どうしよう」といった感情が軽減して、緩和ケアの実践が促進すると考えられる。一方で、PCT に依頼した看護師の割合は半数以下で、PCT を十分に活用しているとは言えない。しかし、PCT の活用は知識・態度・実践の中核にあると考える (Figure 1)。院内に PCT があることの意義について、そして、どのように活用していくべきか、病院全体の問題として考えていく必要がある。

中橋(2009)、岡本・石井(2005)らの研究に類似して、本調査は他職種との話し合いの効果を示唆した。他職種との話し合いにより患者や家族のケアについて多角的かつ専門的に議論し、より患者や家族の状況に合ったケアの提供が実現することにつながる。また、PC実践態度には経験年数が強く関連していることから、特に経験豊かな看護師や他職種を交えて話し合うことが効果的であると考えられる。

本研究の限界と課題

本研究は1施設の調査のため、結果を一般化するまでには至らない。調査項目は信頼性・妥当性の検証された尺度を用いたが、緩和ケア概念知識については独自に作成したため項目精選の課題を残した。そして、本研究は看護師を対象に調査したが、今後、医師や薬剤師、患者や家族に対しても調査し、多面的に検討する必要がある。

結 論

中規模病院の全看護師を対象にPCTの活用という視点から、緩和ケア実践を促進する要因について調査し、以下の点を明らかにした。

1. 緩和ケアの概念に関する知識について、WHOの定義・理念に基づき、正しい5項目を選択した看護師は約4割であり、十分に浸透しているとは言えず継続して教育が必要である。
2. 現在の緩和ケア実践状況に対して約4割の看護師が十分でないと回答した。その理由で「一般病棟は適切ではない」と回答した看護師は、「他職種との話し合い」の頻度が少ない群で有意に多かったことから、他職種との話し合いの頻度を高めることが、一般病棟での緩和ケアを高める鍵になると考えられる。
3. PCTの必要性に対して、ほぼすべての看護師が肯定的であり、依頼内容は“疼痛マネジメント”等が9割以上であった。一方、“療養の場の相談やコーディネート”等は約6割であった。今後、療養の場の調整に看護師の積極的な意識が必要である。
4. PCTに患者や家族のケアを任せたいと思っている看護師は、ターミナルケア態度が低いいため、周囲はその気持ちの表出を助けて態度を育む姿勢が必要である。
5. 緩和ケア実践に対する態度は、経験年数、PCT

の活用、他職種との話し合い、前向きなターミナルケア態度によって促進されることを明らかにした。

謝辞

本研究にご協力いただきました看護師および施設関係者の皆様、調査結果の解析について御指導を賜りました名古屋大学大学院の玉腰浩司教授に心より厚く御礼申し上げます。

なお、本研究は名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻修士学位论文の一部を修正したものである。

引用文献

- 福井小紀子 2007 入院中末期がん患者の在宅療養移行の検討に関連する要因を明らかにした全国調査 日本看護科学会誌, 27(2), 92-100.
- 服部政治・佐野博美・田中清高・森野良蔵・金澤雅・有阪理英・横田美幸・白澤 円 2010 がん性疼痛およびその緩和ケアに関する意識調査 患者と医療従事者の意識の隔りについて 新薬と臨床, 59(8), 1425-1436.
- 厚生労働省 2007 平成19年度「終末期医療に関する調査」結果報告, 終末期における療養の場所. (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf>)
- 厚生労働省 2010 人口動態調査 平成22年人口動態統計の年間推計. (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikai10/index.html>)
- 小島悦子 2009 がん疼痛マネジメントに関する知識と困難についての看護師の認識 天使大学紀要, 9, 43-55.
- 小島悦子・季羽倭文子・菊地美香・菅原邦子 2008 日本におけるホスピス・緩和ケアの現状と課題 天使大学紀要, 8, 1-12.
- 黒岩真紀 2009 大学病院における緩和ケアニーズと緩和ケアチーム活動の課題—看護師の緩和ケアに関する認識調査より— 大阪医科大学附属看護専門学校紀要, 15, 41-45.
- Lange, M., Thom, B., & Kline, N. E. 2008 Assessing Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients in a Comprehensive Cancer Center, *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 955-959.
- 松波 香・會田信子・佐藤紀子 2008 看護師と医師の終末期ケア遂行に伴う心理的葛藤と他職種への期待: 大学病院呼吸器専門病棟におけるチーム・アプローチに関する一考察 東京女子医科大学看護学会誌, 3(1), 19-25.
- 宮下光令・緩和ケア編集委員会(編) 2008 Frommelt

- の医療者のターミナルケア態度尺度日本語版 (FATCOD-Form B-J) 緩和ケア 10 月増刊号 臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール 青海社。
- Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., Hirai, K., Kizawa, Y., Shima, Y., Shimoyama, N., Tsuneto, S., Hiraga, K., Sato, K., & Uchitomi, Y. 2007 Barriers to Providing Palliative Care and Priorities for Future Actions to Advance Palliative Care in Japan: A Nationwide Expert Opinion Survey, *Journal of Palliative Medicine*, **10**(2), 390-400.
- Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., Hirai, K., & Uchitomi, Y. 2007 Good death in cancer care: a nationwide quantitative study, *Annals of Oncology*, **18**(6), 1090-1097
- 森田達也・藤本亘史・井上 聡・杉山仁子・佐久間由美・山口すみ江・前堀直美・福本直子 2005 緩和ケアチームの評価とより良い緩和ケアを提供するための改善策—ホスピス, 在宅診療, 緩和ケアチームのある総合病院における看護師・医師の意識調査— 緩和ケア, **15**(1), 78-84.
- 中橋淳子 2009 がん性疼痛コントロールに関する知識・態度・看護実践についての実態調査 (第1報) —一般病院・大学病院・がん専門病院・緩和ケア病棟 (ホスピス) の比較検討から— 日本がん看護学会誌, **23**(3), 33-41.
- 中澤葉字子・緩和ケア編集委員会 (編) 2008 緩和ケアに関する医療者 (医師, 看護師, コメディカル) の知識・態度・困難感の評価尺度 緩和ケア 10 月増刊号 臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール 青海社。
- 日本ホスピス緩和ケア協会 2011 緩和ケア病棟入院関連 都道府県別にみる届出受理施設, 病床数. (http://www.hpcj.org/what/pcu_tdfk.html)
- 日本ホスピス緩和ケア協会 2011 緩和ケア診療加算関連 都道府県別にみる届出受理施設数. (http://www.hpcj.org/what/pct_tdfk.html)
- 日本医師会 2008 がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査—報告書—. (<http://www.med.or.jp/etc/cancer.html>)
- 温井由美・栗山俊之・上山栄子・蓬臺容子・濱路祐子・伊達卓也 2009 和歌山県立医科大学附属病院における緩和ケアチームの現状と課題 和歌山県立医科大学保健看護学部紀要, **5**, 69-73.
- 小田浩之・合田由紀子・松山茂子・上村恵一 2010 市立札幌病院における緩和ケアチームの介入実績に関する検討 市立札幌病院医誌, **69**(2), 227-234.
- 岡本双美子・石井京子 2005 看護師の死生観尺度作成と尺度に影響を及ぼす要因分析 日本看護研究学会誌, **28**(4), 53-60.
- 大町いづみ・横尾誠一・水浦千沙 2009 一般病院勤務看護師のターミナルケア態度に関連する要因の分析 保健学研究, **21**(2), 43-50
- 大野さやか・竹内清香・小谷加奈子 2007 ターミナルケアの困難さに関する看護師の意識調査 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌, **3**, 282-285.
- 笹原朋代・梅内美保子・白井由紀・岩瀬 哲・村上忠・斎藤勇一郎・河 正子・中川恵一 2005 東大病院における緩和ケアチーム始動前のニーズ調査 医師と看護師の死および緩和ケアに関する態度 緩和ケア, **15**(6), 669-674.
- 高階経和・木野昌也・斎藤隆晴・木下佳代子・宮崎悦子 2008 「緩和ケア」に対する医療従事者と一般市民の認識について 医学教育, **39**(6), 437-441.
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., Dahlin, C. M., Blinderman, C. D., Jacobsen, J., Pirl, W. F., Billings, J. A., & Lynch T. 2010 Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer, *The New England journal of medicine*, **363**(8), 733-742.
- Vig, E. K., Davenport, N. A., & Pearlman, R. A. 2002 Good deaths, bad deaths, and preferences for the end of life: a qualitative study of geriatric outpatients, *Journal of the American Geriatrics Society*, **50**(9), 1541-1548.
- 山口聖子・杉田 塩・浅井清剛・石川早苗・立花美由紀・奥出有香子・塚本友紀子・安間亜希・谷 裕一郎・井関雅子 2006 大学病院における医師と看護師の緩和医療に対する意識調査 医療看護研究, **2**(1), 82-88.

(受稿: 2013.1.31; 受理: 2013.2.28)