

## 病棟でがん看護に携わる看護師におけるがん看護に関する困難感の実態と関連する要因

|       |  |
|-------|--|
| メタデータ | 言語: Japanese<br>出版者: 福井大学医学部<br>公開日: 2024-06-04<br>キーワード (Ja): がん看護, 看護師, 困難感<br>キーワード (En): cancer nursing, nursing, difficulty<br>作成者: 小林, 美貴, 浦井, 真友美, 児玉, 麻衣子, 廣野, 靖夫, 上原, 佳子, 看護学領域基盤看護学分野, Kobayashi, Miki, Urai, Mayumi, Kodama, Maiko, Hirono, Yasuo, Uehara, Yoshiko, Department of Fundamental Nursing, Division of Nursing, Faculty of Medical Sciences, University of Fukui<br>メールアドレス:<br>所属: |
| URL   | <a href="https://doi.org/10.34463/0002000275">https://doi.org/10.34463/0002000275</a>  |

病棟でがん看護に携わる看護師におけるがん看護に関する困難感の実態と関連する要因  
小林 美貴, 浦井 真友美\*, 児玉 麻衣子\*, 廣野 靖夫\*, 上原 佳子  
看護学領域基盤看護学分野

## Difficulties and Related Factors of Oncology Nursing in Hospital Wards

KOBAYASHI Miki, URAI Mayumi\*, KODAMA Maiko\*,

HIRONO Yasuo\*, UEHARA Yoshiko

*Department of Fundamental Nursing, Division of Nursing, Faculty of Medical Sciences, University of Fukui*

### 要旨

目的:病棟でがん看護に携わる看護師におけるがん看護に関する困難感の実態と関連する要因を明らかにする。方法:月に10人以上のがん患者の入院がある病棟の看護師210名(30人×7病棟)に、無記名自記式質問紙調査を行った。結果:【I.コミュニケーションに関すること】の困難感が最も高かった。新人看護師は、【I.コミュニケーションに関すること】の得点が有意に高かった。中堅看護師は、【III.医師の治療や対応に関すること】～【VI.看取りに関すること】の得点が有意に高かった。がん看護経験が浅い看護師は、【I.コミュニケーションに関すること】、【II.自らの知識・技術に関すること】の得点が有意に高かった。考察:新人看護師にはコミュニケーションに関する教育、中堅看護師には専門職自律性への働きかけもふまえた他職種連携や看取りに関する教育、がん看護経験が浅い看護師にはコミュニケーションや知識・技術に関する教育が必要である。

キーワード:がん看護,看護師,困難感

### Abstract

**Purpose:** The purpose of the study is to clarify difficulties and related factors of oncology nursing in hospital wards. **Method:** The subjects were 210 nurses, at wards where more than 10 oncology patients are admitted per month (30 nurses x 7 wards). They were given a self-administered anonymous questionnaire to complete. **Results:** The highest level of difficulty was 'I. Communication'. Novice nurses scored significantly higher on 'I. Communication'. While mid-career nurses scored significantly higher on 'III. Collaboration with doctor' to 'VI. Death and dying'. Nurses with limited experience in oncology nursing scored significantly higher on 'I. Communication' and 'II. Knowledge and skill'. **Discussion:** Novice nurses require education on communication, while mid-career nurses require education on cooperation with other professions and end-of-life care, which includes encouraging professional autonomy and, nurses with limited experience in oncology nursing require education on communication, and knowledge and skills.

**Keywords:** cancer nursing, nursing, difficulty

※福井大学医学部附属病院※*University of Fukui Hospital*

Corresponding Author: 小林美貴, 〒910-1193 福井県吉田郡永平寺町松岡下合月 23-3, Email:himawari@u-fukui.ac.jp

(Received 23 December, 2023 ; accepted 27 May, 2024)

## I. 緒言

日本では、がんが死因の第1位であり、2022年にがんが死亡した人は約386,000人と全死亡者数の約25%を占めている<sup>1)</sup>。がん患者の死亡場所は約85%が病院であり<sup>2)</sup>、病院においてがん看護は重要な分野の1つである。

中でも大学病院は、高度医療の提供を使命<sup>3)</sup>としており、より充実したがん看護の提供が求められている。

がん患者の70%以上が痛みを抱えており、50%以上が、疲労、痛み、エネルギー不足、脱力感、食欲不振の5つの症状を抱えている<sup>4)</sup>。また、がん患者の35%が不安などの精神的問題、11%が就労・経済的負担などの社会的問題、4%が生き方・生きがい・価値観に関するスピリチュアルペインを抱えている<sup>5)</sup>。これらより、がん看護は、がん患者が体験している複雑な苦痛である全人的苦痛に対して、ケアを提供していくことが望まれている。

しかし、死亡場所別のがん患者遺族への調査において、がん患者の痛みが少なく過ごせたと回答した遺族の割合は、病院43%、施設55%、自宅54%、緩和ケア病棟56%<sup>6)</sup>であった。がん患者が痛み以外のからだの苦痛が少なく過ごせたと回答した遺族の割合は、病院38%、施設54%、自宅48%、緩和ケア病棟51%<sup>6)</sup>であり、病院におけるがん患者の痛みやからだの苦痛緩和は十分とは言い難い状況である。また、同調査は、がん患者の死亡場所の中で、病院が最もがん患者のつらい症状に医療者が対応できていないと指摘している<sup>6)</sup>。これらより、病棟で働く看護師が、がん患者の痛み・呼吸困難感・不眠・不安などの全人的苦痛のアセスメントができ、それらの苦痛を軽減するためのケアが行えるように、がん看護の質を向上させることは優先すべき課題である。

がん看護の質を向上させるためには、がん患者や家族からの声を確認することが重要であるが、がん患者や家族は非医療者であり、がん看護の質について詳細に言及することは十分できない。そのため、実際がん看護に携わっている看護師が困難に感じることを明確にし、その困難を解決するための対策を講じることで、がん看護の質の向上につなげる必

要がある。先行研究では、がん看護に携わる看護師が感じる困難として、患者・家族とのコミュニケーションに関することや看護師の知識・技術に関することが挙げられている<sup>7) 8)</sup>。また、看護師の困難感には、看護師の相談相手の有無、臨床経験年数、終末期がん患者をケアした経験人数が関連すること<sup>8) 9)</sup>が明らかとなっているが、がん看護に関する困難感に関連する要因の明確化は十分ではない。

他方では、がん看護の質向上のために、第2期がん対策基本計画にて、がん医療に携わる医療従事者の育成に関わる効率的な研修体制の整備が必要とされ<sup>10)</sup>、全国で看護継続教育としてのがん看護教育プログラムの展開が盛んになった。プログラムの具体例としては、日本緩和医療学会によるがん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成を目的として行っている The End-of-Life Nursing Education Consortium JAPAN(ELNEC-J)<sup>11)</sup>や、日本看護協会によるがんと診断された時からの緩和ケアの充実を図ることを目的として行ったがん医療に携わる看護研修事業<sup>12)</sup>がある。どちらも各団体が研修会用教材を作成し、作成した教材を用いて指導者研修会を行い、指導者研修会を受講した指導者が各々の地域や施設で伝達研修を行っていく形をとっている。しかし、受講費、受講定員、開催期間の限定などの理由から、これらのプログラムを受けることができる看護師は限られ、現在も各施設独自の研修にて、がん看護継続研修が行われていることが多い<sup>13)</sup>。各施設独自の研修は、研修受講者のレディネスへの配慮が十分でなく、研修目標を一辺倒にがん性疼痛などの症状マネジメントに関する基本知識の理解などとするものも多く、がん看護の質を高めるために必要な専門職業人としての態度や価値観の醸成、総合的能力開発に向けた目標の高度化、知識を臨床で柔軟に適応する能力の開発、研修の評価が今後の課題とされている<sup>13)</sup>。そのため、がん看護に関連した研修が、がんに関わる看護師の困難感とどのような関連があるかを明らかにすることで、がん看護の質向上のための効果的な研修を検討する資料となると考える。

このように、病院で療養・死亡するがん患者の増加により、病棟で働く看護師にとってがん看護の重

要性はますます増しているが、病棟でのがん看護の質は十分とは言えず、がん看護の質向上は優先すべき課題である。しかし、がん看護の質向上のためのがん患者に携わる看護師の困難感の明確化や、がん看護に関連する研修とがん患者に携わる看護師の困難感との関連の検討は不十分である。

これより、病棟でがん看護に携わる看護師におけるがん看護に関する困難感の実態と、がん看護に関する困難感に関連する要因を明確にし、がん看護の質向上のための改善点を検討する必要があると考える。

## II.研究目的

本研究は、病棟でがん患者に携わる看護師におけるがん看護に関する困難感の実態、およびがん看護に関する困難感に関連する要因を明らかにすることを目的とした。

## III.研究方法

### 1.研究デザイン

本研究は、関連探索型研究とした。

### 2.調査対象

大学病院である A 病院において、月に 10 人以上のがん患者の入院がある病棟(7 病棟)の看護師 210 名(30 人×7 病棟)を対象とした。看護師長以上の管理職者は、がん患者への直接ケアの頻度が少ないため、対象除外要件とした。A 病院のがん看護に携わる看護師の数 280 から、許容誤差を 5%、信頼度を 90%、回収率を 40%と仮定し、必要サンプル数を 135 以上とした。

### 3.調査期間

調査期間は、2021 年 2 月-3 月であった。

### 4.調査方法

調査方法は、無記名自記式質問紙調査法を採用した。

#### 1)同意取得方法

最初に、対象施設の看護部長に、研究の趣旨や方

法を口頭で説明し、同意を得た。次に、月に 10 人以上のがん患者の入院がある病棟の看護師に、研究の趣旨・方法を文書で説明し、調査票の提出をもって同意を得た。

#### 2)データ収集方法

各病棟のがん看護担当者に 30 人分の調査票を配布した。対象者の選定は、各病棟のがん看護担当者(各病棟 1 名が立候補もしくは看護師長より指名され、年に 3 回のがん看護連絡会への参加や、病棟のがん看護向上対策を中心になって行う者)に一任した。調査票の回答期間は 1 ヶ月とした。調査票は個人で封緘の上、留め置き法にて回収した。

## 5.調査内容

### 1)対象者の属性

対象者の属性は、年齢および性別とした。

### 2)対象者の背景

対象者の背景として、所属病棟、看護師経験年数、がん看護経験年数、過去に受講した 1 日以上のがん看護に関する研修会への参加回数、がん看護力向上研修(A 病院で 7 年間継続して行われている、講義・ロールプレイ・事例検討を含んだ全 6 回の系統だったがん看護に関連する研修)の修了の有無を調査した。

### 3)がん看護に関する困難感

小野寺ら<sup>14)</sup>が開発した「看護師のがん看護に関する困難感尺度」を使用した。この尺度は、病院内でがん看護に携わる看護師を対象としている。【I.コミュニケーションに関すること】【II.自らの知識・技術に関すること】【III.医師の治療や対応に関すること】【IV.告知・病状説明に関すること】【V.システム・地域連携に関すること】【VI.看取りに関すること】の 6 つの下位尺度、計 49 項目からなり、6 件法で回答するものである。合計点が高いほどがん看護に関する困難感が高いことを意味する。この尺度の信頼性・妥当性は確認されている。尺度の使用に関しては、尺度開発者の許可を得た。

## 6.分析方法

得られたデータの記述統計量を算出後、各下位尺度の合計点数が異なるため、がん看護に関する困難感(看護師のがん看護に関する困難感尺度)の合計点と下位尺度点を100点満点に換算し、平均点を算出した。

がん看護に関する困難感に関連する要因を確認するため、下記の分析を行った。

①過去に受講した1日以上のがん看護に関する研修会への参加の有無、がん看護力向上研修修了の有無と、がん看護に関する困難感の合計点、下位尺度点のデータより、*t*-検定を行った。

②看護実務経験年数、がん看護経験年数においてはより詳細な関連要因の検討を目的として、1年未満-4年以内を「新人」、5年以上-15年以内を「中堅」、16年以上「ベテラン」に群分けし、がん看護に関する困難感の合計点、各下位尺度点のデータより、一元配置分散分析を行った。

データの解析はIBM SPSS Statistics25を使用し、有意水準は $p<0.05$ とした。

## 7.倫理的配慮

本研究は、福井大学医学系研究倫理審査委員会で承認を得て実施した(承認番号20200148)。文書または口頭にて、研究の趣旨、方法、参加は自由意思であり業務評価とは無関係であること、プライバシーの保護について説明し調査票の提出を持って同意とした。データはUSBメモリー保存を行い、施錠された机に保管し、漏洩・窃盗・紛失等が起らないように厳重に管理する。研究終了後5年間はデータを保存し、適切な方法で破棄する。

## IV.結果

### 1.対象者の概要(表1)

本研究における調査票の配布数210のうち、回収数170(回収率81%)、有効回答数166(有効回答率79%)であった。

性別は、男性12名(7.2%)、女性154名(92.8%)であった。年齢は、平均 $31.3\pm 9.2$ 歳であった。

看護師経験年数は、平均 $9.1\pm 8.7$ 年、がん看護経験年数は、平均 $5.1\pm 5.7$ 年であった。過去に1日以

上のがん看護に関する研修会への参加があった者は、52名(31.3%)、がん看護力向上研修を修了している者は32名(19.3%)であった。

### 2.がん看護に関する困難感の実態

#### 1)がん看護に関する困難感の合計点と下位尺度点

合計得点100点満点の平均は $63.3\pm 8.0$ 点であった。下位尺度得点の平均は、【I.コミュニケーションに関すること】が $74.5\pm 11.0$ 点と最も高く、次いで【II.自らの知識・技術に関すること】 $69.3\pm 12.7$ 点、【V.システム・地域連携に関すること】 $66.9\pm 10.7$ 点、【IV.告知・病状説明に関すること】 $53.3\pm 16.1$ 点、【III.医師の治療や対応に関すること】 $51.8\pm 13.4$ 点であり、【VI.看取りに関すること】が $48.3\pm 13.3$ 点と最も低かった。

#### 2)がん看護に関する困難感の各項目分布(表2)

がん看護に関する困難感の実態を詳細に把握する目的で、下位尺度ごとに、質問項目別の分布を確認した。

【I.コミュニケーションに関すること】で困難感がある(非常にそう思う+そう思う+ややそう思うの合計)と回答した者の割合が最も高かったのは、【患者と家族のコミュニケーションが上手くいっていない場合の対応に困る】の158名(95%)であった。また、【患者から不安や心配を表出された場合の対応に困難を感じる】以外の全ての項目で、困難感があると回答した者の割合は80%以上を占めた。

【II.自らの知識・技術に関すること】で困難感があると回答した者の割合が最も高かったのは、【私は抑うつ不安などのアセスメントや治療・ケアに関する知識や技術が不十分であると感じる】の144名(87%)であった。また、困難感があると80%以上が回答した項目は、【私はせん妄のアセスメントや治療・ケアに関する知識や技術が不十分であると感じる】138名(83%)、【私は抗がん剤治療や副作用に関する知識や技術が不十分であると感じる】134名(81%)、【私は疼痛や治療・ケア、副作用に関する知識や技術が不十分であると感じる】134名(81%)であった。

【III.医師の治療や対応に関すること】で困難感があると回答した者の割合が高かったのは、【医師や

表 1.対象者の背景

n=166

|                    |    | n   | %    | M±SD      | Range    |
|--------------------|----|-----|------|-----------|----------|
| 性別                 | 男性 | 12  | 7.2  |           |          |
|                    | 女性 | 154 | 92.8 |           |          |
| 年齢                 |    |     |      | 31.3±9.2歳 | 21-65歳   |
| 看護師経験年数            |    |     |      | 9.1±8.7年  | 1年未満-44年 |
| がん看護経験年数           |    |     |      | 5.1±5.7年  | 1年未満-35年 |
| 1日以上のがん看護に関する研修会参加 | あり | 52  | 31.3 |           |          |
|                    | なし | 114 | 68.7 |           |          |
| がん看護力向上研修修了        | あり | 32  | 19.3 |           |          |
|                    | なし | 134 | 80.7 |           |          |

M±SD (mean±standard deviation)

看護師が患者に対する治療のゴールを共有できていない】81名(49%)であったが、困難感があると回答した者の割合が50%以上の項目はなかった。【IV.告知・病状説明に関すること】で困難感があると回答した者の割合が高かったのは、【患者・家族が治療や病状の説明内容や治療の目的を受けたのに理解していない】の70名(42%)であったが、困難感があると回答した者の割合が、50%以上の項目はなかった。

【V.システム・地域連携に関すること】で困難感があると回答した者の割合が高かったのは、【身寄りが無い患者の在宅療養が困難である】151名(91%)であった。また、困難感があると80%以上が回答した項目は、【経済的な問題を抱えた患者への対応に困難を感じる】148名(89%)であった。

【VI.看取りに関すること】で困難感があると回答した者の割合が高かったのは、【急変や連絡が不十分で臨終時に家族が立ち会えないことがある】71名(43%)であったが、困難感があると回答した者の割合が50%以上の項目はなかった。

### 3.がん看護に関する困難感に関連する要因

#### 1)がん看護に関する研修会参加との関連(表3)

過去に受講した1日以上のがん看護に関する研修会参加の有無の2群について、がん看護に関する困難感の合計点および、各下位尺度得点でt検定を行った。その結果、【I.コミュニケーションに関する

こと】において、過去に1日以上のがん看護に関する研修参加「あり」群はM±SD=71.7±12.5点、「なし」群はM±SD=75.8±12.5点と、「あり」群の得点が有意に低かった(p<0.05)。また、【II.自らの知識・技術に関すること】において、過去に1日以上のがん看護に関する研修参加「あり」群はM±SD=65.6±12.1点、「なし」群はM±SD=71.1±12.7点と、「あり」群の得点が有意に低かった(p<0.01)。

#### 2)がん看護力向上研修修了の有無との関連

がん看護力向上研修修了の有無の2群について、がん看護に関する困難感の合計点および各下位尺度得点でt検定を行った。その結果、がん看護力向上研修受講「あり」群はM±SD=63.5±9.4、「なし」群はM±SD=63.3±7.7でがん看護に関する困難感の合計点に有意な差は無かった。また、下位尺度ごとの結果は、【I.コミュニケーションに関すること】の「あり」群はM±SD=74.0±11.6、「なし」群はM±SD=74.6±10.9、【II.自らの知識・技術に関すること】の「あり」群はM±SD=66.7±12.6、「なし」群はM±SD=70.0±12.7、【III.医師の治療や対応に関すること】の「あり」群はM±SD=52.8±13.9、「なし」群はM±SD=51.5±13.3、【IV.告知・病状説明に関すること】の「あり」群はM±SD=55.5±15.8、「なし」群はM±SD=52.8±16.1、【V.システム・地域連携に関すること】の「あり」群はM±SD=67.6±10.7、「なし」群はM±SD=66.7±10.8、【VI.看取りに関すること】の「あ

表 2.がん看護に関する困難感の各項目分布

n = 166

|   | n   | %  |
|---|-----|----|
| <b>【I. コミュニケーションに関すること】</b>                 |     |    |
| 患者と家族のコミュニケーションがうまくいっていない場合の対応に困る           | 158 | 95 |
| 十分に病名告知や病状告知をされていない家族とのコミュニケーションが困難である      | 154 | 93 |
| 家族と十分に話をする時間がとれない                           | 153 | 92 |
| 転移や予後など「悪い知らせ」を伝えられた後の家族への対応が難しい            | 149 | 90 |
| 転移や予後など「悪い知らせ」を伝えられた後の患者への対応が難しい            | 149 | 90 |
| せん妄や意識レベルの低下などで本人の意思が不明な患者への対応に困難を感じる       | 148 | 89 |
| 患者と十分に話す時間がとれない                             | 148 | 89 |
| 「死にたい」と訴える患者に対する対応に困難を感じる                   | 144 | 87 |
| 十分に病名告知をされていない患者とのコミュニケーションが困難である           | 143 | 86 |
| 患者から「死」に関する話題を出されたり、「死にたい」と言われた場合の対応に困難を感じる | 143 | 86 |
| 家族から「死」に関する話題を出された場合の対応に困難を感じる              | 138 | 83 |
| 家族から不安や心配を表出された場合の対応に困難を感じる                 | 138 | 83 |
| 患者から不安や心配を表出された場合の対応に困難を感じる                 | 129 | 78 |
| <b>【II. 自らの知識・技術に関すること】</b>                 |     |    |
| 私は抑うつや不安などのアセスメントや治療・ケアに関する知識や技術が不十分であると感じる | 144 | 87 |
| 私はせん妄のアセスメントや治療・ケアの関する知識や技術が不十分であると感じる      | 138 | 83 |
| 私は抗がん剤治療や副作用に関する知識・技術が不十分に感じる               | 134 | 81 |
| 私は疼痛や治療・ケア、副作用に関する知識や技術が不十分であると感じる          | 134 | 81 |
| 私は呼吸困難のアセスメントや治療・ケアに関する知識や技術が不十分であると感じる     | 128 | 77 |
| 私は倦怠感のアセスメントや治療・ケアに関する知識や技術が不十分であると感じる      | 128 | 77 |
| 私は嘔気のアセスメントや治療・ケアに関する知識や技術が不十分であると感じる       | 125 | 75 |
| 私は放射線治療や副作用に関する知識が不十分に感じる                   | 123 | 74 |
| 私は手術後の患者のケアに関する知識が不十分に感じる                   | 110 | 66 |
| <b>【III. 医師の治療や対応に関すること】</b>                |     |    |
| 医師や看護師が患者に対する治療のゴールを共有できていない                | 81  | 49 |
| 医師が終末期の患者に関わることに消極的である                      | 63  | 38 |
| 治療方針の決定が医師のみでなされ、看護師の意見が組み入れられない            | 61  | 37 |
| 身体症状や精神症状の緩和に関して、医師と看護師、他の職種との連携が不十分である     | 51  | 31 |
| 医師の抑うつや不安などの精神症状の緩和に関する知識や技術が不十分である         | 48  | 29 |
| 医師の痛みや呼吸困難などの身体症状の緩和に関する知識や技術が不十分である        | 33  | 20 |
| 医師が医療用麻薬の処方に関する知識が不十分である                    | 28  | 17 |
| 医師の医療用麻薬の処方の方法が不適切である                       | 28  | 17 |
| <b>【IV. 告知・病状説明に関すること】</b>                  |     |    |
| 患者・家族が治療や病状の説明内容や治療の目的を受けたのに理解していない         | 70  | 42 |
| 医師からの終末期の患者への治療や病状に関する説明が不十分                | 68  | 41 |
| 医師からの終末期の家族への治療や病状に関する説明が不十分                | 65  | 39 |
| 医師からの患者への病名告知が不十分                           | 55  | 33 |
| 医師からの治療期の患者への治療や病状に関する説明が不十分                | 55  | 33 |
| 医師からの治療期の家族への治療や病状に関する説明が不十分                | 51  | 31 |
| <b>【V. システム・地域連携に関すること】</b>                 |     |    |
| 身寄りが無い患者の在宅療養が困難である                         | 151 | 91 |
| 経済的な問題を抱えた患者への対応に困難を感じる                     | 148 | 89 |
| 在宅へ退院したほうがいいと思う患者が、実際にはできない                 | 125 | 75 |
| 患者や家族に退院をすすめたり、準備を始めるタイミングが遅い               | 116 | 70 |
| 患者や家族に退院をすすめてから、実際に退院になるまでに準備に時間がかかりすぎる     | 110 | 66 |
| 在宅でがん患者を診療できる診療所や訪問看護ステーションが少ない             | 101 | 61 |
| 治療期と終末期の患者を同じ病棟で受け持つことに困難を感じる               | 88  | 53 |
| 患者の治療やケアに必要な薬剤や機器が病院・病棟に不足している              | 53  | 32 |
| <b>【VI. 看取りに関すること】</b>                      |     |    |
| 急変や連絡が不十分で臨終時に家族が立ち会えないことがある                | 71  | 43 |
| 家族による看取りだけでなく、医療者が中心の見取りになっている              | 65  | 39 |
| 患者が亡くなったあとに十分に家族とお別れの時間をとってあげることができない       | 51  | 31 |
| 臨終前後の患者・家族に誠意のない対応をする医師がいる                  | 23  | 14 |
| 臨終前後の患者・家族に誠意のない対応をする看護師がいる                 | 12  | 7  |

表 3.がん看護に関する研修会参加との関連

|                      |    | $M \pm SD$  | $t$    | $p$       |
|----------------------|----|-------------|--------|-----------|
|                      |    |             |        | $n = 166$ |
| がん看護に関する困難感の合計点      | なし | 63.4 ± 7.9  | 0.129  | 0.897     |
|                      | あり | 63.2 ± 8.5  |        |           |
| 【Ⅰ. コミュニケーションに関すること】 | なし | 75.8 ± 10.1 | 2.223  | 0.028     |
|                      | あり | 71.7 ± 12.5 |        |           |
| 【Ⅱ. 自らの知識・技術に関すること】  | なし | 71.1 ± 12.7 | 2.607  | 0.010     |
|                      | あり | 65.6 ± 12.1 |        |           |
| 【Ⅲ. 医師の治療や対応に関すること】  | なし | 50.4 ± 13.9 | -1.963 | 0.051     |
|                      | あり | 54.8 ± 11.7 |        |           |
| 【Ⅳ. 告知・病状説明に関すること】   | なし | 51.8 ± 15.6 | -1.775 | 0.078     |
|                      | あり | 56.6 ± 16.7 |        |           |
| 【Ⅴ. システム・地域連携に関すること】 | なし | 66.4 ± 10.6 | -0.867 | 0.387     |
|                      | あり | 67.9 ± 11.0 |        |           |
| 【Ⅵ. 看取りに関すること】       | なし | 47.2 ± 13.9 | -1.570 | 0.118     |
|                      | あり | 50.7 ± 11.7 |        |           |

り」群は  $M \pm SD = 50.8 \pm 12.4$  , 「なし」群は  $M \pm SD = 47.7 \pm 13.5$  と、各下位尺度点においても有意な差は無かった。

### 3)看護師経験年数との関連(表 4)

看護師経験年数「新人」「中堅」「ベテラン」の3群でがん看護に関する困難感合計点数と各下位尺度点に差があるかどうかを検定するために、分散分析を行った。その結果、【Ⅰ.コミュニケーションに関すること】( $F(2,163) = 5.965, p < 0.01$ )、【Ⅲ.医師の治療や対応に関すること】( $F(2,163) = 10.960, p < 0.01$ )、【Ⅳ.告知・病状説明に関すること】( $F(2,163) = 8.087, p < 0.01$ )、【Ⅴ.システム・地域連携に関すること】( $F(2,163) = 8.065, p < 0.01$ )、【Ⅵ.看取りに関すること】( $F(2,163) = 4.839, p < 0.01$ )、において、3群間に有意な差が認められた。Tukey 法による多重比較の結果から、ベテランと比べて新人の【Ⅰ.コミュニケーションに関すること】の下位尺度点は有意に高かった( $p < 0.01$ )。新人に比べて中堅の【Ⅲ.医師の治療や対応に関すること】、【Ⅳ.告知・病状説明に関すること】、

【Ⅴ.システム・地域連携に関すること】、【Ⅵ.看取りに関すること】の下位尺度点は有意に高かった( $p < 0.01$ )。また、新人に比べてベテランの【Ⅲ.医師の治療や対応に関すること】、【Ⅳ.告知・病状説明に関すること】の下位尺度点は有意に高かった( $p < 0.05$ )。

### 4)がん看護経験年数との関連(表 5)

がん看護経験年数「新人」「中堅」「ベテラン」の3群でがん看護に関する困難感合計点数と各下位尺度点に差があるかどうかを検定するために、分散分析を行った。その結果、【Ⅰ.コミュニケーションに関すること】( $F(2,163) = 8.534, p < 0.01$ )、【Ⅱ.自らの知識・技術に関すること】( $F(2,163) = 7.466, p < 0.01$ )、において、3群間に有意な差が認められた。Tukey 法による多重比較の結果から、中堅・ベテランと比べて新人の【Ⅰ.コミュニケーションに関すること】の下位尺度点は有意に高かった( $p < 0.01$ )。また、中堅・ベテランに比べて新人の【Ⅱ.自らの知識・技術に関すること】の下位尺度点は有意に高かった( $p < 0.05$ )。

表 4.看護師経験年数との関連

|                       |           | Tukey HSD |       |
|-----------------------|-----------|-----------|-------|
|                       |           | 平均値の差     | p     |
| がん看護に関する困難感の合計点       | 新人 - 中堅   | -2.708    | 0.114 |
|                       | 新人 - ベテラン | -0.277    | 0.988 |
|                       | 中堅 - ベテラン | 2.430     | 0.374 |
| 【I. コミュニケーションに関すること】  | 新人 - 中堅   | 3.972     | 0.076 |
|                       | 新人 - ベテラン | 8.235     | 0.003 |
|                       | 中堅 - ベテラン | 4.262     | 0.190 |
| 【II. 自らの知識・技術に関すること】  | 新人 - 中堅   | 4.836     | 0.062 |
|                       | 新人 - ベテラン | 6.610     | 0.062 |
|                       | 中堅 - ベテラン | 1.774     | 0.808 |
| 【III. 医師の治療や対応に関すること】 | 新人 - 中堅   | -9.692    | 0.000 |
|                       | 新人 - ベテラン | -8.510    | 0.012 |
|                       | 中堅 - ベテラン | 1.183     | 0.911 |
| 【IV. 告知・病状説明に関すること】   | 新人 - 中堅   | -1.205    | 0.000 |
|                       | 新人 - ベテラン | -8.632    | 0.044 |
|                       | 中堅 - ベテラン | 1.573     | 0.895 |
| 【V. システム・地域連携に関すること】  | 新人 - 中堅   | -7.002    | 0.000 |
|                       | 新人 - ベテラン | -3.878    | 0.238 |
|                       | 中堅 - ベテラン | 3.124     | 0.378 |
| 【VI. 看取りに関すること】       | 新人 - 中堅   | -6.612    | 0.009 |
|                       | 新人 - ベテラン | -5.846    | 0.132 |
|                       | 中堅 - ベテラン | 0.766     | 0.964 |

表 5.がん看護経験年数との関連

|                       |           | Tukey HSD |       |
|-----------------------|-----------|-----------|-------|
|                       |           | 平均値の差     | p     |
| がん看護に関する困難感の合計点       | 新人 - 中堅   | 0.184     | 0.989 |
|                       | 新人 - ベテラン | 0.811     | 0.964 |
|                       | 中堅 - ベテラン | 0.626     | 0.979 |
| 【I. コミュニケーションに関すること】  | 新人 - 中堅   | 5.378     | 0.005 |
|                       | 新人 - ベテラン | 13.050    | 0.005 |
|                       | 中堅 - ベテラン | 7.672     | 0.164 |
| 【II. 自らの知識・技術に関すること】  | 新人 - 中堅   | 6.628     | 0.003 |
|                       | 新人 - ベテラン | 11.816    | 0.039 |
|                       | 中堅 - ベテラン | 5.188     | 0.538 |
| 【III. 医師の治療や対応に関すること】 | 新人 - 中堅   | -4.888    | 0.060 |
|                       | 新人 - ベテラン | -9.753    | 0.145 |
|                       | 中堅 - ベテラン | -4.864    | 0.624 |
| 【IV. 告知・病状説明に関すること】   | 新人 - 中堅   | -3.937    | 0.278 |
|                       | 新人 - ベテラン | -13.454   | 0.080 |
|                       | 中堅 - ベテラン | -9.518    | 0.291 |
| 【V. システム・地域連携に関すること】  | 新人 - 中堅   | -4.891    | 0.125 |
|                       | 新人 - ベテラン | -4.543    | 0.513 |
|                       | 中堅 - ベテラン | 0.349     | 0.996 |
| 【VI. 看取りに関すること】       | 新人 - 中堅   | -3.734    | 0.190 |
|                       | 新人 - ベテラン | -8.236    | 0.252 |
|                       | 中堅 - ベテラン | -4.501    | 0.668 |

## V. 考察

### 1. 対象者の特徴

本研究対象者の性別は、男性 12 名(7.2%)、女性 154 名(92.8%)であった。厚生労働省<sup>15)</sup>の令和 2 年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況では看護師の就業割合は男性 8.1%、女性 91.9%であり、本研究の対象者の性別割合は同等であった。本研究対象者の平均年齢は、31.3±9.2 歳であった。日本看護協会の 2021 年看護職員実態調査によると、就業看護師の平均年齢は 41.3 歳<sup>16)</sup>であり、今回の調査対象者は、就業看護師の平均年齢より約 10 歳低い。大学病院の看護職は、看護師経験 3 年未満の者が 3 割を占める<sup>3)</sup>ため、本研究対象の平均年齢も低くなったと考える。

### 2. がん看護に関する困難感の実態について

がん看護に関する困難感の下位尺度のうち、【I. コミュニケーションに関すること】の平均点が最も高かった。他研究においても看護師の患者・家族とのコミュニケーションに関する困難感が最も高いことが示されており<sup>7, 8)</sup>、コミュニケーションに関する困難感、軽減に向けて優先した取り組みが今もなお必要とされていると考える。宮崎は、がん看護における患者とのコミュニケーションに困難を感じる要因として、看護師が感じた負の感情を挙げている<sup>17)</sup>。看護師は、患者・家族の不安・死・バッドニュースに触れることで負の感情をいただき、コミュニケーションの困難感につながっていると考えられる。また、他の要因として、患者家族と看護師のコミュニケーションに支障をきたす状況も挙げており<sup>17)</sup>、患者と家族のコミュニケーション不足や不十分な告知が、患者・家族と看護師のコミュニケーションの障壁となり、コミュニケーションの困難感につながっていると考えられる。

その一方で、【VI. 看取りに関すること】の平均点は最も低かった。先行研究では、看取り期において、看護師が患者と家族の納得のいく看取りの実現のために、患者と家族の対話の流れを作る支援を行っていること<sup>18)</sup>、患者らしさを家族と共有することによって患者のその人らしさを支え続けていること<sup>19)</sup>が明らかにされている。このように、看取り期における患者・家族を尊重した看護実践が、看取りに

関する困難感を低くしているのではないかと考えられる。しかし、他の先行研究ではがん患者のつらい症状に医療者が対応できていないと回答した遺族が約 20%存在する<sup>5)</sup>ことから、医療者が看取りに関するケアを比較的良好に実施していると認識し、困難感を抱いていないとしても、患者・家族のニーズに沿ったものではないことや患者・家族を十分に満足させるものではない可能性も考えられる。これより、看護師の患者・家族とのコミュニケーションにおける負の感情のマネジメント方法や、患者・家族とのコミュニケーションの障壁をアセスメントし、障壁を軽減する方法をがん看護継続研修に盛り込む必要があると考える。また、困難感の低かった項目についても、患者や家族からの評価などを含めた多角的な評価を行う必要があると考える。

### 3. がん看護に関する困難感に関連する要因

がん看護に関する困難感の下位尺度ごとに関連する要因を検討する。

看護師経験年数が浅いことや、がん看護師経験年数が 4 年以内であることが、【I. コミュニケーションに関すること】の困難感を高める可能性が示唆された。看護師経験年数が浅い看護師は、社会人基礎力としてのコミュニケーション能力が低いことが指摘されている<sup>20)</sup>。そのため、コミュニケーションに困難感を抱えやすいと考える。一方、がん看護経験が少ない看護師は、がん患者に対して負の感情を抱きやすく、自己のコミュニケーションに自信が持てず患者等とのコミュニケーションに支障をきたしやすいこと<sup>17)</sup>が影響していると考えられる。これらをふまえ、看護師経験年数だけではなく、がん看護経験が浅い看護師も対象とした、コミュニケーション能力向上を目標とするがん看護継続教育が必要であると考える。

がん看護経験 4 年以内であることが、【II. 自らの知識・技術に関すること】の困難感を高める可能性が示唆された。がん看護においては、知識・技術の難しさから、ケアが適切にできているか自信が持てない看護師が多いこと<sup>21)</sup>が影響していると考えられる。これより、がん看護経験年数が浅い看護師を対象とした、がん看護の知識・技術の修得を目標とするが

ん看護継続教育が必要であると考え。

中堅看護師以上であることが、【Ⅲ.医師の治療や対応に関すること】、【Ⅳ.告知・病状説明に関すること】の困難感を高める可能性が示唆された。【Ⅲ.医師の治療や対応に関すること】、【Ⅳ.告知・病状説明に関すること】には、医師との協働に関する内容が含まれる。看護師経験年数が増すごとに、他職種との仕事内容や役割の分担や調整に取り組む機会が増える<sup>22)</sup>ことが影響していると考え。また、中堅看護師であることが、【Ⅴ.システム・地域連携に関すること】、【Ⅵ.看取りに関すること】の困難感を高める可能性が示唆された。【Ⅴ.システム・地域連携に関すること】には、医師のみならず院内外との協働に関する項目が含まれており、中堅看護師が組織の要<sup>23)</sup>として大きな役割を担っていることが影響していると考え。

【Ⅵ.看取りに関すること】については、新人看護師の看取り教育においては、新人看護師のリアリティショックを軽減する等の目的で重要視されており<sup>24)</sup>、患者の看取りの場面においても新人看護師に大きな負担とならないように中堅看護師が十二分な配慮をしていることが影響していると考え。これらの下位尺度における困難感が、新人と比較した中堅看護師において有意に高かった理由として、中堅看護師は、看護実践能力の発達が停滞する時期である<sup>25)</sup>ことも影響していると考え。中堅看護師の看護実践能力の発達には、看護職としての価値観や判断に基づいて選択決定し、責任を持って行動するという専門職自律性が有用<sup>25)</sup>と指摘されているため、中堅看護師においては、がん看護に関する学びだけではなく、合わせて専門職自律性向上のための働きかけも重要になってくると考える。

がん看護に関する困難感に関連する研修としては、【Ⅰ.コミュニケーションに関すること】、【Ⅱ.自らの知識・技術に関すること】に、1日以上のがん看護に関する研修が効果的である可能性が示唆された。しかし、他下位尺度においては有意差がみられなかったことより、がん看護の質を高めるための総合的能力開発に向けた研修の検討<sup>13)</sup>は残存した課題であると考え。

## VI.本研究の限界と今後の課題

本研究は、1病院で行われたものであり、単純な一般化はできないという限界がある。また、一部の研修体制、経験年数ががん看護に関する困難感に関連することしか明らかにできていないため、他の関連要因の探求が必要である。

## VII.結語

病棟でがん看護に携わる看護師におけるがん看護に関する困難感の中でも、【Ⅰ.コミュニケーションに関すること】の困難感が最も高く、【Ⅵ.看取りに関すること】の困難感が最も低かった。

看護師経験年数における新人はベテランより、【Ⅰ.コミュニケーションに関すること】の得点は有意に高かった( $p<0.01$ )。中堅は新人より、【Ⅲ.医師の治療や対応に関すること】、【Ⅳ.告知・病状説明に関すること】、【Ⅴ.システム・地域連携に関すること】、【Ⅵ.看取りに関すること】の得点は有意に高かった( $p<0.01$ )。また、ベテランは新人より、【Ⅲ.医師の治療や対応に関すること】、【Ⅳ.告知・病状説明に関すること】の得点は有意に高かった( $p<0.05$ )。

がん看護師経験年数における新人は中堅・ベテランより【Ⅰ.コミュニケーションに関すること】、【Ⅱ.自らの知識・技術に関すること】の得点は有意に高かった( $p<0.05$ )。

また、【Ⅰ.コミュニケーションに関すること】、【Ⅱ.自らの知識・技術に関すること】において、過去に1日以上のがん看護に関する研修参加「あり」群は「なし」群より、得点が有意に低かった( $p<0.05$ )。

これより、困難感が最も高かったコミュニケーションに関するがん看護継続教育は重要である。看護師経験年数が浅い看護師にはコミュニケーションに関する教育を、がん看護経験年数が浅い看護師にはコミュニケーションや知識・技術に関する研修を検討することが必要である。また、中堅看護師への教育には他職種連携や看取りに関する教育を検討することとあわせて、専門職自律性向上のための働きかけも必要である。

## 謝辞

本研究にご理解・ご協力を賜りました関係者の皆様に、心より感謝申し上げます。

本研究に関して、開示すべき利益相反状態はない。

## 引用文献

- 1)厚生労働省.令和 4 年(2022)年人口動態統計(各定数)の概況.  
[https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei22/dl/11\\_h7.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei22/dl/11_h7.pdf)(閲覧 2024 年 5 月 8 日).
- 2)厚生労働省.第 75 回がん対策推進協議会資料  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000751180.pdf>(閲覧 2024 年 5 月 8 日).
- 3)国立大学看護部長会議.Evidence 集.  
[http://kangob.umin.ne.jp/pdf/report\\_kangobu\\_section06.pdf](http://kangob.umin.ne.jp/pdf/report_kangobu_section06.pdf)(閲覧 2024 年 5 月 8 日).
- 4)Teunissen,S.C.,Wesker,W.,Kruitwagen,C.et al.  
Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review.Journal of Pain and Symptom Management.34(1) : 94-104,2007.
- 5)がんの社会学に関する研究グループ.がんと向き合った 4054 人の声.2013 がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書.17,2013.
- 6)がん患者の療養生活の最終段階における実態把握事業国立がん研究センターがん対策研究所.患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査報告書 2018-2019 年度調査.21-22,2022.
- 7)宮下光令,小野寺麻衣,熊田真紀子,ほか.東北大学病院の看護師のがん看護に関する困難感とその関連要因.Palliative Care Research. 9(3):158-166,2014.
- 8)Hirooka K,Miyashita M,Morita T,et al.Regional Medical Professionals' Confidence in Providing Palliative Care,Associated Difficulties and Availability of Specialized Palliative Care Services in Japan.Japanese Journal of Clinical Oncology. 44:249-256,2014.
- 9)Sasahara T,Miyashita M,kawa M,et al.Factor Associated with Difficulties Encountered by Nurses in the Care of Terminally Ill Cancer Patients in Hospitals in Japan.Palliative and Supportive Care. 3:15-22,2005.
- 10)厚生労働省.第 2 期がん対策推進基本計画.  
[https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/gan\\_keikaku02.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/gan_keikaku02.pdf)( 閱 覧 2024 年 5 月 8 日).
- 11)日本緩和医療学会.ELNEC-J について.  
<https://www.jsppm.ne.jp/seminar/elnecc/about.html>( 閱 覧 2024 年 5 月 8 日).
- 12)がん医療に携わる看護研修事業特別委員会.看護師に対する緩和ケア教育テキスト.日本看護協会.2-5,2014.
- 13)牧内美和,林光利,京田亜由美,ほか.看護継続教育におけるがん看護教育プログラムの特徴と課題.群馬保健学研究.38:67-78,2017.
- 14)小野寺麻衣,熊田真紀子,大桐規子,ほか.看護師のがん看護に関する困難感尺度の作成. Palliative Care Research.8(2):240-247,2013.
- 15)厚生労働省.令和 2 年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況 結果の概要 就業保健師・助産師・看護師・准看護師.  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/20/dl/kekka1.pdf>(閲覧 2024 年 5 月 8 日)
- 16)日本看護協会.2021 年看護職事態調査.  
<https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/98.pdf>(閲覧 2024 年 5 月 8 日)
- 17)宮崎優子,松本志浦,加藤妙子,ほか.急性期病院の一般病棟でのがん終末期看護における患者とのコミュニケーションに困難を感じる要因.日本看護学会論文集:慢性期看護.48:207-210,2018.
- 18)内田恵美子,加藤真紀,原祥子.終末期高齢がん患者のその人らしさを支える看護実践.老年看護学.27(1):80-87,2022.
- 19)浅野志保,古瀬みどり,熟練看護師による終末期がん患者と家族間の対話支援に関する内容分析.北日本看護学会誌.24(2):13-23,2022.
- 20)上野和美,竹本詩織,藤井佐織,ほか.集中治療室に勤務する看護師が縫う食事の新人看護師に求める看護実践能力.保健学研究.34:11-20,2021.
- 21)狩谷恭子.一般病棟における終末期がん看座の看護に対する困難度とスピリチュアルケアの実態調査.日本医学看護学教育学会誌.26(3):13-19,2018.
- 22)穂高幸枝,高橋百合子.地域の総合病院に勤務する看護師の他職種協働における困難さと対処—看護師経験年数に着目して.長野県看護大学紀要.24:45-52,2022.

- 23)新井麻紀子,野崎由里子,田中千鶴子,ほか.中堅看護師が認識する自己の置かれている状況に関する国内文献の検討.日本看護学会論文集看護教育.46:218-21.2016.
- 24)坂下恵美子,大川百合子,西田佳世.新人看護職員研修における終末期がん患者の看取り教育の検討.南九州看護研究誌.16(1):1-9.2018.
- 25)辻ちえ,小笠原知枝,竹田千佐子,ほか.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.