

がん看護に関わる看護師における困難感の関連要因

¹⁾ 鳥取大学医学部附属病院

²⁾ 鳥取大学医学部保健学科看護学専攻 成人・老人看護学講座

³⁾ 鳥根県立大学看護栄養学部看護学科

中村友香¹⁾, 大庭桂子²⁾, 松本祐香³⁾, 中條雅美²⁾, 谷村千華²⁾

Related Factors in Perceived Difficulties among Nurses Involved in Cancer Nursing

Yuka NAKAMURA¹⁾, Keiko OBA²⁾, Yuka MATSUMOTO³⁾,
Masami CHUJO²⁾, Chika TANIMURA²⁾

¹⁾ Tottori University Hospital, Yonago 683-8504, Japan

²⁾ Department of Adult and Geriatric Nursing, School of Health Science, Faculty of Medicine, Tottori University, Yonago 683-8503, Japan

³⁾ Nursing dietetics department, The University of Shimane, Izumo 693-8550, Japan

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to identify factors related to nurses' perception of difficulty in cancer nursing.

Methods: We conducted an anonymous self-administered questionnaire survey of nursing staff who provide cancer nursing care on a regular basis in the western part of Prefecture A. Multiple regression analysis was performed to examine factors associated with a sense of difficulty related to cancer nursing.

Results: A total of 447 participants were included in the analysis (valid response rate: 77.2%). The total score for a sense of difficulty was significantly related to worries concerning mental aspects, the ability to practice professional autonomy. When analyzed by sub-factor, the "sense of difficulty regarding one's own knowledge and skills" was related to abstract judgment ability and independent judgment ability of professional autonomy, and diligence. The "sense of difficulty regarding end-of-life care" was related to worries concerning mental aspects, trust-building skills in communication skills.

Conclusion: It is considered necessary for nurses to control their own mental states, and to create a team or consulting room where nurses can resolve their mental problems. In addition, an association was found between the sense of difficulty and professional autonomy and communication skills in cancer nursing, suggesting that increasing professional autonomy and communication skills may help to reduce the sense of difficulty. (Accepted on January 5, 2024)

Key words : cancer nursing, sense of difficulty, Professional autonomy, self-efficacy

はじめに

我が国において、がんは1981年より死因の第1位であり、2021年には、年間約38万人と約3人に1人ががんで亡くなっているほか、生涯のうちに約2人に1人が罹患すると推計されているなど、国民の生命および健康にとって重大な問題である¹⁾。日本人の死亡場所は、病院での死亡が1977年頃より増加し、2009年には78.4%となっている²⁾。また、日本の緩和ケア病床は増加しているものの、一般病棟の約1%にとどまっていることなどから、多くのがん患者は一般病棟で治療期から終末期まで過ごしていると考えられる³⁾。

がん看護では、病期の異なる患者の看護や多岐にわたる治療を受ける患者を対象として看護するため、がん患者に対するケアは多様化しており、がん看護を困難に感じやすく、過度の困難感を抱えることにより、バーンアウトにつながる可能性がある^{4,5)}。さらに、がん看護の多様化の要因の一つに、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及が考えられる。ACPは、今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスである⁶⁾。しかし、ACPは患者本人の意思と家族の意思の境界が曖昧であることや、その人にとっての具体的な延命治療の意味が異なることなどから難しさがあるといわれている⁷⁾。さらに、単独世帯や夫婦のみの世帯が増えている⁸⁾ことから、意思決定支援はより多様化し、がん看護におけるコミュニケーションに関する困難感もより一層複雑化していることが推察される。したがって、臨床現場におけるがん看護の困難感を軽減することは重要な課題であり、看護師のバーンアウトを防ぐ手がかりとなるといえよう。

がん看護における困難感に関する先行研究では、困難感を測定するいくつかの尺度が開発されており^{4,9,10)}、コミュニケーションに関すること、知識・技術に関することなど様々な困難感が測定されている⁴⁾。その中でも、患者・家族とのコミュニケーションに関する困難感が非常に高く、システム・地域連携、自らの知識・技術に関する困難感も高いことが報告されている^{11,12)}。また、がん看護における困難感に関連する要因には、年齢やがん看護経験年数、ケアをしてきたがん患者の人数や専門資格の有無、がんに関する研修会参加の有無

などが関連すると報告されている^{11,12)}。また、神経症傾向、共依存的傾向が高いなどの性格は、バーンアウトにつながりやすいとされており¹³⁾、性格特性はがん看護における困難感とも関連していることが推察される。以上のことから、がん看護に従事してきた経験や、学習機会の有無、自己研鑽を積むこと、性格特性が困難感に関与している可能性がある。

他方、がんの軌跡では多種多様な意思決定が繰り返し行われる。がん患者の意思決定支援においては、医療者と患者が相互に対話を重ねる方法が推奨¹⁴⁾されているため、コミュニケーションスキルを高めることが肝要である。終末期がん看護の困難感とコミュニケーションスキル等を含む社会的スキルとの関連を明らかにした研究では、経験の浅い看護師では社会的スキルが終末期がん看護の困難感と関連していると報告している¹⁵⁾。さらに、コミュニケーションスキルの自己効力感は、バーンアウトの下位因子である情緒的消耗感の発生を抑制し、個人的達成感を高めるといわれている¹⁶⁾。がん罹患した人々の健康段階と治療の幅が拡大している昨今、がん看護全般における困難感についてもコミュニケーションスキルと関連している可能性があり、コミュニケーション能力の不足は、がん看護の困難感の要因として、中核となるものと推察される。

コミュニケーションスキルには、専門職的自律性やセルフエフィカシーとの関連性も報告されている¹⁷⁾。看護専門職としての自律性とは看護職が主体的に職務を遂行することである¹⁸⁾。がん医療の現場で働く看護師が、専門職的自律性をもって援助を提供するということは、「がん看護の専門性」を自覚し看護を実践するということであり、この専門職的自律性はがん看護の質の向上に欠かせない要素であるといわれている¹⁹⁾。このように専門職的自律性のがん看護における困難感に影響している可能性があると考えられる。また、セルフエフィカシーは、その結果を生ずるのに必要な行動をうまく行うことができる、という確信のことである²⁰⁾。がん看護においても、セルフエフィカシーが高ければ実践に反映され、がん看護の困難感は軽減させることができると推察される。

以上のことから、コミュニケーションスキルや専門職的自律性、セルフエフィカシーなどが、看護師のがん看護の困難感に影響を与えていると考

えられる。しかし、コミュニケーションスキルについては因果関係やその影響度までは明らかになっていない。さらに、これまで専門職的自律性、セルフエフィカシーをがん看護における困難感の要因と捉えた定量的な分析は行われていない。コミュニケーションスキル、専門職的自律性、セルフエフィカシーを合わせて分析を行い、がん看護の困難感に影響しているか検討することは、がん看護の困難感軽減に向けた対処方法やサポートの在り方に関する示唆を得ることにつながると考えられる。

本研究の目的は、がん看護に関わる看護師の困難感に関連する要因を明らかにすることである。

対象および方法

1. 調査対象者

A県西部地区の協力の得られた4つの病院で、がん看護を日常的に行っている看護職員とし、対象者本人から同意が得られた者とした。4つの施設のうち2施設はがん診療連携拠点病院で、2施設はがん診療連携拠点病院に準ずる病院であった。がん看護を日常的に行っている看護職員とは、がん患者の入院する病棟（緩和ケア病棟を含む）、またはがん患者が通院する外来で勤務する看護師とした。訪問看護師の場合は、がん患者の自宅などに訪問看護を行っている場合も対象に含めた。母集団全体の困難感の特徴や関連性を捉えるため、師長や副師長などの役職に就いている看護師や専門資格を持つ看護師も対象に含めた。産休中、育休中、病休中等の休暇取得中の看護師は除外した。

2. 調査方法

調査に協力が得られた各病院の看護部長を通して無記名式質問紙を対象者に配布した。対象者に対して、管理者からのポジションパワーが働かないよう、対象となる看護師に個人の意思を尊重できるように配慮し依頼した。調査票は、各病棟に設置した回収袋に投函してもらった。調査期間は、2020年5月27日～6月30日までであった。

3. 用語の定義

がん看護：がんの診断時や治療期、終末期を含めたがんの全過程におけるがん患者へのケアとする。がん種は限定しないものとする。

がん看護における困難感：診断時や治療期、終

末期を含めたがんの全過程におけるがん患者へのケアを難しいと感じること。コミュニケーション、自らの知識・技術、医師の治療や対応、告知・病状説明、システム・地域連携、看取りに関することを含んでいる。

4. 調査内容

がん看護における困難感に関連する要因として、コミュニケーションスキル、セルフエフィカシー、専門職的自律性、経験年数や性格などの看護師要因、職場環境要因、患者要因が考えられる。本研究では、がん看護における困難感に影響を及ぼす要因を検討した(図1)。また、本研究ではがん看護における困難感の全体像を捉えるため、がんの全過程を含め、がん種を問わないこととした。

1) 看護師のがん看護における困難感尺度

小野寺ら⁴⁾により開発された、終末期に限らない多様ながん看護場面における困難感を測定する尺度で、【コミュニケーションに関する困難感】13項目、【自らの知識・技術に関する困難感】9項目、【医師の治療や対応に関する困難感】8項目、【告知・病状説明に関する困難感】6項目、【システム・地域連携に関する困難感】8項目、【看取りに関する困難感】5項目からなる。「まったくそう思わない(1点)」から「非常にそう思う(6点)」の6段階評定で、得点が高いほど困難感が高いとされている。Cronbach α 係数は0.68で、信頼性、妥当性が確認されている。

2) がん看護の困難感に関連する要因

看護師要因については、年齢、性別、婚姻状況、臨床経験年数、がん看護経験年数、役職の有無、専門資格の有無(専門看護師・認定看護師)、今までにケアをしたがん患者数(がん患者ケア人数)、今までにプライマリーとして担当したがん患者数(プライマリーがん患者数)、過去5年間のがん看護に関する研修・学会参加回数、ロールモデルの有無、仕事以外の悩み(家族に関する悩み、人間関係に関する悩み、身体状態に関する悩み、精神面に関する悩み)、コミュニケーションについての自信を質問した。仕事以外の悩み、コミュニケーションについての自信は、「全くない(1点)」から「とてもある(5点)」の5段階評定とし、得点が高いほど仕事以外の悩みやコミュニケーションについての自信があると判断した。性格については、日本語版Ten Item Personality Inventory(以下、

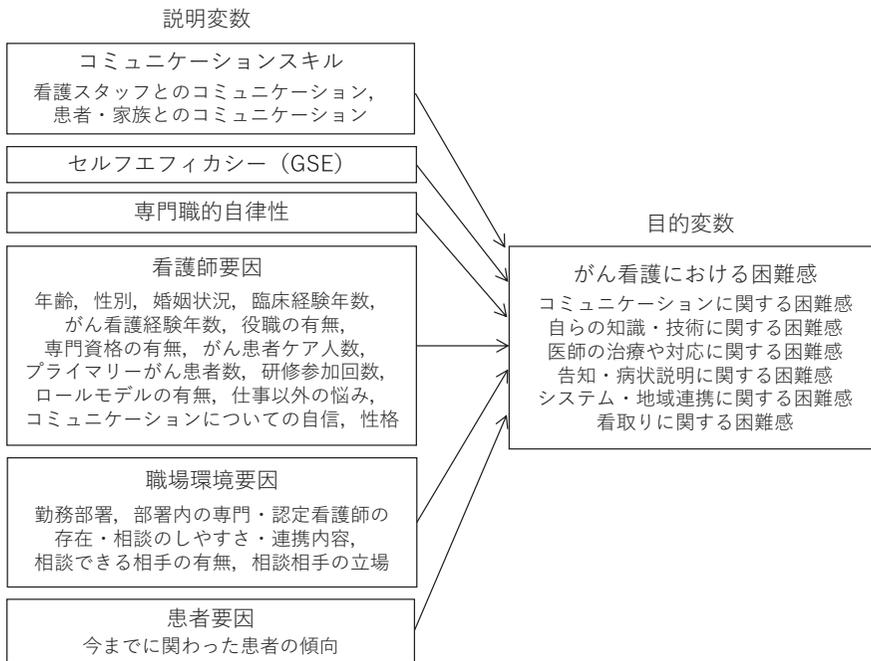


図1 本研究の枠組み

TIPI-J)²¹⁾を用いた。5因子10項目で構成されている。「全く違うと思う(1点)」から「強くそう思う(7点)」の7段階評定である。各因子得点が高得点であるほど外向性、協調性、勤勉性、神経症傾向、開放性が高いとされている。再検査信頼性と収束的妥当性、弁別的妥当性が確認されている。

職場環境要因は、勤務部署、部署内の専門看護師・認定看護師の存在、専門看護師・認定看護師への相談のしやすさ、専門看護師・認定看護師との連携内容、相談できる相手の有無、相談相手の立場とした。

患者要因は、今までに関わった患者について、疼痛のある患者、手術を受ける患者、身寄りのない患者、若年患者など、研究者が17項目を独自に設定した。これらの患者との関わりの頻度を「全くない(1点)」から「とてもある(5点)」の5段階評定で回答を求め、得点が高いほど関わった頻度が多いとした。内容は、看護師のがん看護における困難感尺度の各項目を参考にして作成した。看護学の専門家1名と質問項目と概念が合致しているかどうか検討を重ね、項目を絞り、内容妥当性について検討した。

対看護スタッフ看護コミュニケーション尺

度 (Communication skills scale for nursing for nursing-staff: 以下, CSN1), ならびに対患者・家族看護コミュニケーション尺度 (Communication skills scale for nursing for patients and families: 以下, CSN2) は, 中谷ら²²⁾により開発された, 病期や働く部署に制限されることなく一般的な看護実践の場を念頭に作成された尺度で, コミュニケーションの対象を患者に限定せず, チームでの職務遂行を含めたコミュニケーションスキルを測定するものである。CSN1は, スタッフ理解スキル, スタッフ配慮スキル, 職務遂行スキル, 状況共有スキル, 表現力スキルの5因子15項目, CSN2は信頼形成スキル, 支援形成スキルの2因子21項目からなる。「全くあてはまらない(1点)」から「非常にあてはまる(6点)」の6段階評定で, 得点が高いほどコミュニケーションスキルが高いとされる。CSN1のCronbach α 係数は0.89, CSN2のCronbach α 係数は0.96で, 信頼性, 妥当性が確認されている。

看護の専門職的自律性測定尺度は, 菊池ら¹⁸⁾により開発された尺度で, 認知能力14項目, 実践能力14項目, 具体的判断能力7項目, 抽象的判断能力7項目, 自立的判断能力5項目からなる。「全く

そう思わない (1点) から「かなりそう思う (5点)」の5段階評定で、得点が高いほど専門職的自律性が高いことを示している。因子毎のCronbach α 係数は0.93~0.79で、信頼性、妥当性が確認されている。

セルフエフィカシーには2つの水準があることが知られている^{23, 24)}。1つは臨床・教育場面における研究でよく取り上げられている、課題や場面に特異的に影響を及ぼすセルフエフィカシーであり (task-specific self-efficacy; 以下SSEとする)、もう1つは具体的な個々の課題や状況に依存せず、より長期的に、より一般化した日常場面における行動に影響するセルフエフィカシーである (generalized self-efficacy; 以下GSEとする)。後者は、ある種の人格特性的な認知傾向とみなすことができることから、特性的自己効力感と呼ばれることもある²⁵⁾。本研究では、個人の人格特性的な自己効力感を測定するため、一般性セルフエフィカシー尺度 (General Self-Efficacy Scale: 以下, GSES) を使用した。GSESは、坂野ら²⁶⁾により開発された信頼性、妥当性が確認されている尺度で、個人の一般的なセルフエフィカシーであるGSEの強さを測定する尺度である。行動の積極性、失敗に対する不安、能力の社会的位置づけの3因子計16項目 (逆転項目8項目) からなる。「はい (1点)」、 「いいえ (0点)」の2項目選択法で測定し、合計点が高いほどGSEが高い。

5. 分析方法

目的変数と説明変数間との相関分析で関連がみられたものに対し、重回帰分析 (Stepwise法) を用いて関連要因の検討を行った。なお、説明変数間の有意な相関、許容度 (0.1以上) とVariance Inflation Factor (VIF) 値 (10未満) から多重共線性の確認を行い、残差の正規性の確認のため、P-Pプロット、ヒストグラムを確認し、正規分布していることを確認した。順序尺度、名義尺度で測定した説明変数はダミー変数に置き換えた。統計学的解析にはSPSS Statistics ver.25 (IBM社、東京、日本) を使用した。統計学的有意水準は5%とした。

6. 倫理的配慮

無記名の自記式質問紙とした。質問紙とともに、調査目的、調査への参加は自由意思であり拒否し

ても不利益を受けないこと、調査に関する個人情報保護やプライバシー保護について明記したアンケート調査依頼文書を同封した。対象者は、質問紙の回答と提出により参加の同意とみなした。本研究は鳥取大学医学部倫理審査委員会の承認を受けて行った (承認番号: 20A027)。

結 果

1. 対象者の背景

調査を依頼した579名のうち、469名 (回収率: 81.0%) から回答が得られた。そのうちがん看護に関する困難感尺度、年齢、性別の項目に欠損のみられた者と調査票の15問 (全項目のうち7.9%) 以上欠損がみられた22名を除外し、447名 (有効回答率: 77.2%) のデータを分析に使用した。また、重回帰分析においては、悩み、コミュニケーションについての自信の5段階評定の中央にあたる「どちらでもない」を回答した者を分析対象から除外したため、各説明変数の分析対象数に変動がみられた (表4)。対象者の平均年齢は34.3±標準偏差10.1歳 (21~60歳) であった。女性は406名 (90.8%)、男性は41名 (9.2%) であった。各説明変数、目的変数の実態は表1, 2, 3に示した通りである。

2. がん看護における困難感の関連要因 (表4)

P-Pプロット、ヒストグラムを確認し、すべての因子で残差が正規分布していることを確認した。

がん看護における困難感尺度総合得点は、精神面に関する悩み ($\beta = 0.435, p < 0.001$)、専門職的自律性の実践能力 ($\beta = -0.302, p < 0.001$) によって、27.3%が説明された。

【コミュニケーションに関する困難感】は、コミュニケーションについての自信 ($\beta = -0.314, p < 0.001$)、人間関係に関する悩み ($\beta = 0.309, p < 0.001$) により20.5%が説明された。【自らの知識・技術に関する困難感】は、専門職的自律性の抽象的判断能力 ($\beta = -0.421, p < 0.001$)、TIPI-Jの勤勉性 ($\beta = -0.271, p = 0.001$)、専門職的自律性の自立的判断能力 ($\beta = -0.224, p = 0.004$) により38.2%が説明された。【医師の治療や対応に関する困難感】は、プライマリーがん患者数 ($\beta = 0.181, p = 0.008$)、TIPI-Jの協調性 ($\beta = -0.148, p = 0.028$) により、5.2%説明された。【告知・病状説明に関する困難感】は、告知や情報提供が十分にされていない患者との関わり ($\beta = 0.321, p <$

表1. 看護師要因の記述統計

n = 447

属性		n	%	平均 (SD)	最小-最大
年齢				34.3 (10.1)	21-60
性別	女性	406	90.8		
	男性	41	9.2		
婚姻状況	既婚	213	47.7		
	独身	233	52.1		
	無回答	1	0.2		
臨床経験年数				12.1 (9.4)	0-41
がん看護の経験年数				8.1 (7.1)	0-41
役職の有無	なし (スタッフ)	390	87.2		
	あり (師長, 副師長)	56	12.5		
	無回答	1	0.2		
専門資格の有無	なし	415	92.8		
	あり	30	6.7		
	無回答	2	0.4		
がん患者ケア人数	1~9人	55	12.3		
	10~49人	132	29.5		
	50人以上	259	57.9		
	無回答	1	0.2		
プライマリがん患者数	1~9人	109	24.4		
	10~49人	177	39.6		
	50人以上	157	35.1		
	無回答	4	0.9		
過去5年間のがん看護に関する研修・学会参加回数	0回	133	29.8		
	1~10回	272	60.9		
	11~20回	33	7.4		
	21回以上	8	1.8		
	無回答	1	0.2		
ロールモデルの有無	明確にある	60	13.4		
	なんとなくある	279	62.4		
	ない	101	22.6		
	無回答	7	1.6		
性格特性 (TIPI-J)	協調性			9.7 (2.3)	
	神経症傾向			8.4 (2.4)	
	外向性			7.8 (2.9)	
	勤勉性			7.2 (2.4)	
	開放性			6.9 (2.3)	
仕事以外の悩みの有無	精神面に関する悩み			3.0	1-5
	身体面に関する悩み			3.0	1-5
	家族に関する悩み			3.0	1-5
	人間関係に関する悩み			3.0	1-5
コミュニケーションについての自信			3.0	1-5	

表2. 職場環境要因, 患者要因の記述統計

項目	n	%	中央値	最小-最大
n = 447				
部署 (複数回答)				
内科病棟	170	38.0		
外科病棟	209	46.8		
緩和ケア病棟	18	4.0		
外来	56	12.5		
その他	69	15.4		
看護について気軽に相談できる相手がいるか				
いる	436	97.5		
いない	7	1.6		
無回答	4	0.9		
患者要因				
疼痛のある患者との関わり			5.0	1-5
化学療法を受ける患者との関わり			4.0	1-5
倦怠感のある患者との関わり			4.0	1-5
せん妄や意識レベル低下のある患者との関わり			4.0	1-5
嘔気のある患者との関わり			5.0	1-5
臨死期にある患者との関わり			5.0	1-5
手術を受ける患者との関わり			5.0	1-5
呼吸困難感のある患者との関わり			4.0	1-5
不安が強い患者との関わり			4.0	1-5
放射線治療を受ける患者との関わり			4.0	1-5
悪い知らせを伝えられた患者との関わり			4.0	1-5
経済的な問題を抱えた患者との関わり			4.0	1-5
身寄りがない患者との関わり			4.0	1-5
告知や情報提供が十分になされていない患者との関わり			4.0	1-5
患者・家族間のコミュニケーションがうまくいっていない患者との関わり			4.0	1-5
死にたいと訴える患者との関わり			4.0	1-5
若年患者との関わり			4.0	1-5

0.001) により, 9.8%説明された。【システム・地域連携に関する困難感】は, 身寄りのない患者との関わり ($\beta = 0.492, p < 0.001$), 不安が強い患者との関わり ($\beta = -0.220, p = 0.024$), 精神面に関する悩み ($\beta = 0.206, p = 0.014$) により, 21.3%説明された。【看取りに関する困難感】は, 精神面に関する悩み ($\beta = 0.265, p < 0.001$), CSN2の信頼形成スキル ($\beta = -0.245, p = 0.001$) により, 12.1%説明された。なお, いずれのVIF値も10を超えておらず, 多重共線性がないことを確認した (1.000-1.409)。

考 察

1. がん看護における困難感の関連要因

がん看護における困難感尺度総合得点は, 精神面に関する悩み, 専門職的自律性の実践能力と関連が認められた。特に精神面に関する悩みの影響度が高く, 次いで自律性の具体的判断能力の影響度が高くなっていった。このことから, 特に看護師が精神的な悩みを抱えていることが困難感にも影響を与えていることが推察される。しかし, 本研究の結果は, 精神的な悩みとがん看護の困難感の因果関係とそのメカニズムを明確にしたものではない。また, がん看護に関する困難感と個人の精神的な悩みとの関連を明らかにした研究はこれま

表3. 各尺度の平均得点と標準偏差

尺度	範囲	平均 (SD)	最小-最大
n=447			
看護師のがん看護における困難感尺度	49-294	191.5 (23.9)	119-278
コミュニケーションに関する困難感	13-78	58.3 (9.0)	29-78
自らの知識・技術に関する困難感	9-54	41.0 (7.2)	18-54
医師の治療や対応に関する困難感	8-48	26.3 (6.3)	8-48
告知・病状説明に関する困難感	6-36	19.0 (5.2)	7-36
システム・地域連携に関する困難感	8-48	32.1 (5.7)	10-48
看取りに関する困難感	5-30	14.8 (4.1)	5-30
対看護スタッフ看護コミュニケーション尺度 (CSN1)	15-90	63.5 (7.6)	41-90
状況共有スキル	3-18	13.7 (1.8)	9-18
表現力スキル	3-18	13.0 (2.1)	6-18
スタッフ配慮スキル	3-18	12.7 (1.8)	6-18
職務遂行スキル	3-18	12.1 (2.0)	5-18
スタッフ理解スキル	3-18	12.0 (2.0)	3-18
対患者・家族看護コミュニケーション尺度 (CSN2)	21-126	91.8 (10.6)	67-126
信頼形成スキル	12-72	55.7 (6.1)	39-72
支援形成スキル	9-54	36.1 (5.8)	21-54
看護の専門職的自律性測定尺度	47-235	156.5 (22.8)	88-226
認知能力	14-70	48.6 (6.8)	23-67
実践能力	14-70	45.5 (8.4)	19-69
具体的判断能力	7-35	23.6 (4.4)	10-35
抽象的判断能力	7-35	21.2 (4.7)	8-33
自立的判断能力	5-25	17.5 (3.3)	5-25
一般性セルフエフィカシー尺度 (GSES)	0-16	5.9 (3.8)	0-16
行動の積極性	0-7	2.7 (2.1)	0-7
失敗に対する不安	0-5	2.1 (1.6)	0-5
能力の社会的位置づけ	0-4	1.0 (1.1)	0-4

でも見当たらない。ただ、看護師の仕事の生産性は、心の問題やうつ状態が影響しているといった報告²⁷⁾があることから、看護師の自分が精神的な弱さを抱えているといった自己認知は、がん看護にかかわらず、看護師として仕事を遂行する上での困難感につながる可能性は否めない。以上のことから、看護師は自分の精神的状態を自己コントロールすること、そして、看護師の精神的な悩みを解消できるようなチーム作りやワークライフバランス支援センターなどの相談室の設置などが必要と考えられる。また、実践能力が高いものは困難感が低くなっていた。実践能力は的確な看護実践を導く具体的な行動を表す能力とされており²⁸⁾、的確に実践ができる看護師ほど、がん看護に自信

を持つことができ、困難感が低下した可能性がある。

【コミュニケーションに関する困難感】は、コミュニケーションに関する自信がある人や、人間関係に関する悩みをあまり感じていない人ほど、困難感は低い結果となった。がん患者の意思決定に際しては、医療者と患者は対話を重ねる必要がある。医療者は意思決定の対象となる課題や、患者の意向に応じて、柔軟な役割を担うことが必要とされている¹⁴⁾。コミュニケーションに自信がある看護師や人間関係についての悩みを抱えていない看護師は、患者・家族や他の医療者と向き合うことができ、相手の意向に沿いながら合わせて柔軟に対話を重ねスムーズにコミュニケーションを

表4. がん看護における困難感の関連要因（重回帰分析の結果）

目的変数	説明変数	β	p	R^2	調整済み R^2
困難感総合得点 (n=105)	精神面に関する悩み ^{a)}	0.435	<0.001	0.287	0.273
	専門職的自律性：実践能力	-0.302	<0.001		
コミュニケーションに関する困難感 (n=150)	コミュニケーションについての自信 ^{a)}	-0.314	<0.001	0.215	0.205
	人間関係に関する悩み ^{a)}	0.309	<0.001		
自らの知識・技術に関する困難感 (n=119)	専門職的自律性：抽象的判断能力	-0.421	<0.001	0.398	0.382
	性格 (TIPI-J)：勤勉性 ^{a)}	-0.271	0.001		
	専門職的自律性：自立的判断能力	-0.224	0.004		
医師の治療や対応に関する困難感 (n=214)	プライマリーがん患者数 ^{a)}	0.181	0.008	0.061	0.052
	性格 (TIPI-J)：協調性 ^{a)}	-0.148	0.028		
告知・病状説明に関する困難感 (n=186)	告知や情報提供が十分にされていない患者との関わり ^{b)}	0.321	<0.001	0.103	0.098
システム・地域連携に関する困難感 (n=121)	身寄りが無い患者との関わり ^{b)}	0.492	<0.001	0.233	0.213
	不安が強い患者との関わり ^{b)}	-0.220	0.024		
	精神面に関する悩み ^{a)}	0.206	0.014		
看取りに関する困難感 (n=168)	精神面に関する悩み ^{a)}	0.265	<0.001	0.131	0.121
	対患者・家族看護コミュニケーションスキル (CSN2) ：信頼形成スキル	-0.245	0.001		

重回帰分析（ステップワイズ法）

a) 看護師要因, b) 患者要因

図ることができるため、困難感が低下したことが考えられる。

【自らの知識・技術に関する困難感】は、専門職的自律性の抽象的判断能力、自立的判断能力、性格特性の勤勉性が関連していた。特に影響度が高かったのは抽象的判断能力であった。抽象的判断能力は、患者の内面の心理状態（気分、感情、不安など）を察知し、それに応じた看護方法を理論的に組み立てる能力とされており²⁸⁾、学習への意欲の影響を受けやすいと言われている¹⁹⁾。学習への意欲が低く、患者の心理状態を察知し看護方法を理論に基づき組み立てることができない者ほど、自らの知識や技術が足りないといった困難感

を感じていると考えられる。また、自立的判断能力は、他の看護師に依存することなく、自ら独自に必要な看護方法を考察する能力で²⁸⁾、社会から望まれる自分のあるべき姿を自覚することや、自身の看護活動の方向性は自らの価値観に基づき判断するという看護師の内的特性を考慮することの重要性があるとされている¹⁹⁾。自ら看護方法を考察し看護実践できる者は、がん看護の知識や技術についての自信を持ち、困難感を感じにくいと考えられる。さらに、がん看護に携わる上で、自身の役割を自覚することが知識や技術の困難感を克服することに一躍を担う可能性が示唆された。また、勤勉で真面目な性格特性をもつ者ほど、がん

看護について学習する機会も多くなり、自らの知識や技術に関する困難感を感じにくくなると考えられる。

【医師の治療や対応に関する困難感】は、プライマリーとして担当したがん患者数が多いほど、困難感が高い結果となった。先行研究¹²⁾でも、今まで経験したがん患者のケアの合計人数が多いほど【医師の対応・治療に関する困難感】が高い傾向を示していた。これらのことから、困難感を経験を積むことや、がん患者ケアを多く実践することで解消されるものではないと考えられる。森山ら(2018)は、看護師が経験を重ねることによって、がん看護に関わる態度が発展し、ひとつの体験が意味づけられ、職業的アイデンティティの発達や習熟がケアに対する前向きな態度につながる¹⁵⁾ことを報告している。看護師は、がん看護経験を積むほど困難事例を経験し、それに伴い看護観が醸成されてくると、看護方法や対応について疑問を抱く機会が多くなり、自らが理想とする看護とのギャップを強く感じ、困難感に繋がるのが推察された。また、協調性が高いほど困難感は低い結果となった。協調性が高ければ、医師とうまく情報共有でき、医師の治療方針や対応にも納得して看護にあたることができるため、困難感を感じにくいことが推察された。

【告知・病状説明に関する困難感】は、告知や情報提供が十分にされていない患者との関わりがある人ほど、困難感が高い結果となった。告知や情報提供がされていない患者には、治療や検査説明、患者からの質問にどのように伝えたらよいか迷い、患者との関わりに消極的になることで困難感が生じていることが伺える。告知や情報提供を十分されていない患者との関わりを避けることは難しいが、そのような患者との対応について日頃からカンファレンスやスタッフ間での相談をすることで、対応について協議し困難感を下げることができる可能性がある。

【システム・地域連携に関する困難感】は身寄りのない患者との関わり、不安が強い患者との関わり、精神面に関する悩みと関連していた。身寄りのない患者との関わりがある看護師ほど、地域連携についての難しさを実感する場面に直面しており、困難感を強く感じていることが考えられる。身寄りがなく家族の支援が受けられない患者は、生活だけでなく治療に関連した自己管理など患者

自身が主体的に実施しなければならない。さらに、認知機能や身体機能低下、症状がある場合などは支援が複雑となり、看護師の困難感も高まることが考えられる。厚生労働省からは、「身寄りがいない人への入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」が策定されており²⁰⁾、身寄りのない患者でも、安心して医療を受けることができるように、このようなガイドラインの活用なども求められる。一方で、不安が強い患者との関わりがある者ほど、地域連携の困難感が少ない結果となった。不安が強い患者との関わりが多くあると、患者との関わりの中で傾聴や不安への対応、地域連携に関連したコーディネートなど具体的な看護実践経験を重ねていると考えられ、結果として困難感の低下が示されたと推察する。村川(2003)は、不安を抱く患者に対して、不安表出の奨励や気がかりの明確化を行うことの重要性について報告している³⁰⁾。不安の表在化は、患者の問題や看護の方向性の明確化を促進し、不安の表出がある患者ほど看護師が困難感を感じにくいといった結果に影響したものと考えられる。

【看取りに関する困難感】は、精神面に関する悩みがあることと、患者・家族とのコミュニケーションスキルの信頼形成スキルが低いと困難感が高い結果となった。信頼形成スキルは、看護師が患者やその家族との間に信頼関係を形成し、よりよい看護を行っていく上で欠かすことのできない、対人関係上の基盤となる能力²²⁾とされている。そのため、患者や家族と対人関係上の基盤を築くことができない場合に、看取りについて上手くいかないと考えたり悩んだりすることに繋がり、困難感を感じる事が示唆された。終末期ケアにおける看護師の困難感に関する先行研究³¹⁾では、終末期患者の今後の方針決定をするまでに時間を要し、病棟の特徴による忙しさも加わり、看護師がもどかしい思いや無力感を強めていることを示唆している。看取りの困難感低下のためには、組織側が積極的に学習機会を保障し、トレーニングや研修参加の機会を得ることによって、コミュニケーションスキル向上を図るといった支援の必要性が考えられた。

これまで、専門職的自律性とがん看護における困難感の関連について明らかにされておらず、がん看護における困難感と専門職的自律性との間に関連性が示されたことは、本研究の新たな知見で

ある。看護師の専門職的自律性を高める試みは、知識・技術の困難感を軽減することに繋がる可能性が示唆された。

今回、困難感とセルフエフィカシー（GSE）の間には関連が認められなかった。このことから、がん看護の困難感は、直接的にはGSEに左右されないことが推察された。GSEは、SSEとの関連について、“特定の行動遂行場面では、当該の行動に対するtask-specificなself-efficacyの高さが重要な要因になっていることは明らかであるが、それには、その個人のより一般的なself-efficacyのレベルが大きな影響をもたらしていると思われる”²⁶⁾など、GSEがSSEに影響を与えていることを示唆する指摘がある。GSEとがん看護の困難感の間には、SSEが介在している可能性があり、今回はGSEと困難感に関連がみられなかった可能性がある。がん看護の困難感に課題や場面に特定の困難感に影響するSSEを含めた関連性を探索することは今後の課題であると考えられる。

本研究は対象者を一都道府県の4病院の看護師に限定して実施しており、一般化には限界がある。さらに、がん看護における困難感尺度は病棟や診療科で共通した項目を重視して作成されており、最新の手術療法、分子標的薬などの化学療法、先進医療などについては含まれていない。この点については、最新の治療法を考慮した内容を加味することや、診療科別、治療別に検討する必要があると考えられる。今後は質問紙の改善を図り、結果を一般化するため調査を拡大したうえで、がん看護における困難感の軽減・改善に関与する影響要因に対してより具体的な支援や取り組みを検討することが課題である。

結 語

がん看護における困難感の総合得点には、精神面に関する悩み、専門職的自律性の実践能力が関連していた。看護師は自分の精神状態を自己コントロールすること、そして、看護師の精神的な悩みを解消できるようなチーム作りや相談室の設置などが必要と考えられる。また、がん看護における困難感と専門職的自律性やコミュニケーションスキルの間に関連がみられ、専門職的自律性やコミュニケーションスキルを高めることが困難感を軽減させる一助になることが示唆された。

本研究にご協力頂きました皆様に心より感謝いたします。この論文は、令和2年度鳥取大学大学院医学系研究科保健学専攻博士前期課程修士論文の一部に加筆・修正したものである。

文 献

- 1) 厚生労働省. がん対策推進基本計画(第4期). <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001077564.pdf> (閲覧日2023年9月9日)
- 2) 厚生労働省. 第5表 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii09/deth5.html> (閲覧日2023年9月9日)
- 3) 日本ホスピス緩和ケア協会. 緩和ケア病棟入院料届出受理施設数・病床数の年度推移. https://www.hpcj.org/what/pcu_sii.html (閲覧日2023年9月9日)
- 4) 小野寺麻衣, 熊田真紀子, 大桐規子, 他. 看護師のがん看護に関する困難感尺度の作成. *Palliative Care Research* 2013; **8**(2): 240-247.
- 5) Alacacioglu A, Yavuzsen T, Dirioz M, Oztop I, Yilmaz U. Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology* 2009; **18**(5): 543-548.
- 6) 木澤義之. アドバンス・ケア・プランニングのちの終わりにについて話し合いを始める. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000173561.pdf> (閲覧日2023年9月9日)
- 7) 島田千穂. 高齢者の治療選択とアドバンス・ケア・プランニングを支える看護師の役割. *老年看護学* 2020; **25**(1): 5-11.
- 8) 厚生労働省. 令和2年版厚生労働白書—令和時代の社会保障と働き方を考える—. <https://www.mhlw.go.jp/content/000735866.pdf> (閲覧日2023年9月9日)
- 9) 中澤葉宇子. 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* 2008; **18**: 102-106.
- 10) 笹原朋代. 一般病棟の看護師の終末期がん患者のケアに対する困難感尺度. *緩和ケア* 2008; **18**(sup): 114-117.
- 11) 直成洋子, 小幡明香, 原島利恵, 他. がん看

- 護に関わる看護師の困難感に関する研究—困難感の特徴と関連要因—. 茨城キリスト教大学看護学部紀要 2016; **8**(1) : 19-27.
- 12) 宮下光令, 小野寺麻衣, 熊田真紀子, 他. 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* 2014; **9**(3) : 158-166.
 - 13) 本村良美, 八代利香. 看護師のバーンアウトに関連する要因. *日本職業・災害医学会誌* 2010; **58**(3) : 120-127.
 - 14) 吉田沙蘭. 患者の意思決定支援とコミュニケーション. *行動医学研究* 2020; **25**(2) : 161-163.
 - 15) 森山紗也香, 磯田麻里菜, 小林尚貴, 他. 急性期病院で終末期がん看護に携わる看護師の困難感と社会的スキルの関連. 第48回日本看護学会論文集 慢性期看護 2018; 191-194.
 - 16) Emold C, Schneider N, Meller I, et al. Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing* 2011; **15**(4) : 358-363.
 - 17) 中谷章子, 森千鶴. 看護師のコミュニケーションスキルとセルフエフィカシー, 専門職的自律性との関連. *日本看護研究学会雑誌* 2018; **41**(2) : 171-183.
 - 18) 菊池昭江, 原田唯司. 看護の専門職的自律性の測定に関する一研究. *静岡大学教育学部研究報告(人文・社会科学篇)* 1997; **47**: 241-254.
 - 19) 佐野恵利, 水野道代. がん専門病院に勤務する看護師の自律性に対する自己評価と関連要因の影響. *日本がん看護学会誌* 2011; **25**(3) : 3-11.
 - 20) Bandura A (原野広太郎監訳). 社会的学習理論—人間理解と教育の基礎—. 東京, 金子書房, 1979, 89-95.
 - 21) 小塩真司, 阿部晋吾, Cutrene P. 日本語版 Ten Item Personality Inventory (TIPI-J) 作成の試み. *パーソナリティ研究* 2012; **21**(1) : 40-52.
 - 22) 中谷章子, 井田政則. 看護コミュニケーション尺度作成の試み—看護スタッフおよび患者・家族に対する看護師のコミュニケーション—. *立正大学心理学研究年報* 2015; **6**: 53-66.
 - 23) Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977; **84**: 191-215.
 - 24) 坂野雄二, 東條光彦 (上里一郎監). *心理アセスメントハンドブック*. 新潟, 西村書店, 1993, 478-489.
 - 25) 成田健一, 下仲純子, 中里克治, 他. 特性的自己効力感尺度の検討—生涯発達利用の可能性を探る—. *教育心理学研究* 1995; **43**: 306-314.
 - 26) 坂野雄二, 東條光彦. 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み. *行動療法研究* 1986; **12**(1) : 73-82.
 - 27) 井奈波良一. 女性看護師のバーンアウトの仕事の生産性への影響. *日本職業・災害医学会誌* 2014; **62**(3) : 173-178.
 - 28) 菊池昭江. 看護専門職における自律性と学生指導役割との関連. *日本看護科学会誌* 1999; **19**(3) : 47-54.
 - 29) 厚生労働省. 身寄りがない人への入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf> (閲覧日2023年12月17日)
 - 30) 村川由加里. 術前患者の不安に対する看護援助の受け止め. *大阪市立大学看護学雑誌* 2013; **9**: 1-8.
 - 31) 橋本周子, 坂本真優, 河村奈美. 終末期の看護における看護師の困難感に関する文献検討. *看護科学研究* 2021; **19**: 57-64.