

非がん高齢患者に対する看護師による緩和ケア実践への関連要因の検討

井上かおり* 國安琉奈** 實金栄*

要旨 本研究は、非がん高齢患者に対する看護師による緩和ケアの実践状況と緩和ケア実践への関連要因を明らかにすることを目的とした。医療療養病棟に勤務する看護師を対象に自記式質問紙調査を実施し、427人を分析対象とした。調査内容は、緩和ケア実践および実践に伴う困難感、EOL ケア態度、緩和ケアに関する研修受講経験およびデス・カンファレンス開催状況等とした。結果、緩和ケア実践について、7項目中5項目において6割以上の者が実践していると回答したが、7項目全てに9割の者が困難であると回答した。関連要因の検討では、緩和ケアに関する研修受講経験の有無、デス・カンファレンス開催の有無による緩和ケア実践合計点に有意差がみられた。また、緩和ケア実践合計点とEOL ケア態度の下位因子「EOL ケアを多職種と連携して行う自信」合計点に最も強い相関がみられた。したがって、多職種連携に自信がもてるよう看護師を支援することで、緩和ケア実践を高めることができると考えられる。

キーワード：緩和ケア、非がん、高齢者

I. 緒言

緩和ケアとは、「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチ」¹⁾である。諸外国では、緩和ケアは、がんのみならず非がん疾患においても、苦痛を有する患者を対象に提供されている^{2, 3)}が、日本では、2006年に成立したがん対策基本法に基づき、がん医療の中で発展してきた経緯があり、非がん疾患への緩和ケアは遅れている。

近年、日本においても、がん以外の疾患にも拡大すべく検討が始まり、2018年度の診療報酬改定において、これまでの対象疾患である悪性新生物および後天性免疫不全症候群に、末期心不全が追加された⁴⁾。非がん疾患においても、終末期になると様々な苦痛が生じる⁵⁾ことから、緩和ケアが必要であるが、日本においては、緩和ケアに関する診療加算の算定は3疾患に限定されていることから、緩和ケアのニーズをもつ患者に広く提供できない。特に、高齢者においては、認知機能等の低下により適切に表

現されない苦痛を特定することや、複数の疾患を抱えるため予後予測に難しさがある⁶⁾ことから、緩和ケアが行き届いていないことが指摘されており⁷⁾、高齢者の特徴を考慮した緩和ケア提供体制の構築が必要となる。

緩和ケアは、緩和ケアチームや緩和ケア病棟が提供する専門的ケアのみならず、ケアとして欠くことができない部分であり、あらゆる状況で提供されるべきである⁷⁾。アメリカ看護協会(American Nurses Association)では、すべてのケア環境で質の高い緩和ケアの提供が必要であり、それは、プライマリ緩和看護(Primary Palliative Nursing)により達成できるとしており⁸⁾、緩和ケア拡充において、看護師が果たすべき役割は大きい。

先行研究を概観すると、非がん疾患を対象とした看護師による緩和ケア実践に関する研究⁹⁻¹²⁾はあるが、非がん高齢患者の苦痛を緩和するためのケア実践を示す報告はない。そこで、本研究では、非がん高齢患者に適用可能な緩和ケア指針開発のための基礎資料を得ることをねらいに、非がん高齢患者に対する看護師による緩和ケアの実践状況と緩和ケア実践への関連要因を明らかにすることを目的とした。

* 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

** 岡山大学病院

II. 研究方法

1. 調査対象

調査対象施設は、中国四国厚生局が公表する施設基準の届出受理医療機関名簿¹³⁾に記載されているA県内の医療療養病棟を有する医療機関67施設のうち、調査協力に同意の得られた37施設とした。調査対象者は、調査対象施設の医療療養病棟に勤務する、看護師経験年数3年以上の者とした。調査票は、538人に郵送し444人から回収した。そのうち、看護師経験年数3年未満と無回答を除く、427人を分析対象とした(有効回答率79.4%)。

2. 調査方法

調査は、無記名自記式質問紙により行った。対象者への調査票の配布は、調査対象施設の看護管理者を介して行い、回収は個別郵送法および病棟ごとの郵送により行った。調査期間は、令和元年8～9月の約2か月間であった。

3. 調査内容

調査内容は、基本的属性、緩和ケアに関するリソース、個人の経験、緩和ケアの認識、エンド・オブ・ライフケア態度(以降EOLケア態度とする)、緩和ケア実践および実践に伴う困難感とした。

1) 基本的属性

年齢、性別、看護師経験年数を調査した。

2) 緩和ケアに関するリソース

緩和ケアに関するリソースとして、対象者が所属する医療機関における、緩和ケア病棟の併設の有無、緩和ケアチームの有無、がん看護専門看護師または老人看護専門看護師の有無、緩和ケア認定看護師またはがん性疼痛認定看護師の有無について、2件法で回答を求めた。

3) 個人の経験

緩和ケア病棟勤務の経験、緩和ケアに関する研修受講経験、所属部署でのデス・カンファレンスの実施状況、身近な人との死別経験とその経験によりその方や家族、あるいは自分自身のことについて深く考えることがあったか(以降、死別経験の深慮)について調査した。回答は、緩和ケア病棟勤務の経験、緩和ケアに関する研修受講経験、死別経験については「あり」「なし」の2件法で、デス・カンファレンスの開催状況については、「開かれたことはない」「開かれたことはある」「定期的に行われている」

の3件法で求めた。死別経験の深慮については、死別経験「あり」と回答した者に対し、「ない」「どちらかというところ」「ある」「とてもある」の4件法で求めた。

4) 緩和ケアの認識

緩和ケアの認識として、緩和ケアの定義の認識および非がん高齢患者への緩和ケアの必要性の認識について調査した。緩和ケアの定義の認識について、WHOの定義¹⁴⁾を提示し、「全く知らない」「聞いたことはある」「知っている」「内容を理解している」の4件法で回答を求めた。非がん高齢患者への緩和ケアの必要性について、「全く必要であるとは思わない」「必要であるとは思わない」「必要であると思う」「非常に必要であると思う」の4件法で回答を求めた。

5) 緩和ケア実践および実践に伴う困難感

緩和ケアに関する既存の尺度は、がん患者への緩和ケアに関する尺度¹⁵⁻¹⁶⁾や看取りケアに焦点を当てた尺度¹⁷⁾であり、非がん高齢患者への緩和ケア実践の測定には活用困難である。また、実践に伴う困難感に関する既存の尺度についても、終末期がん患者へのケアに伴う困難感を測定する尺度¹⁸⁾であるため活用困難である。したがって、先行文献¹⁹⁻²³⁾より、非がん高齢患者への緩和ケア実践を測定するための尺度を作成した。作成にあたり、「非がん高齢患者への緩和ケア実践」とは、「緩和ケア病棟や緩和ケアチームをもたない医療現場において、非がん高齢患者に関わる看護師が、患者のQOL向上のために、主体的に他職種との連携を図りながら、患者の苦痛に対応する看護ケア実践である。」と操作的に定義し、「苦痛の緩和のためのケア」「看護師間の共有」「他職種との協働」の3因子7項目を仮定した。尺度の構成概念妥当性を確認的因子分析により検討したところ、RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) = 0.059、CFI (Comparative Fit Index) = 0.995であり、統計学的許容水準を満たしており、妥当性が検証された。Cronbach's α = 0.816であり、内的一貫性の側面からみた信頼性は十分な値を示していた。

回答と得点化は、実践の頻度について、「行っていない」0点、「行っている」1点、「いつも行っている」2点とし、得点が高いほど緩和ケア実践が実施できていることを示すようにした。また、「行っている」または「いつも行っている」と回答した者

に対して、実践する上での困難感として、「感じない」「感じる」「とても感じる」の3件法で回答を求めた。

6) EOL ケア態度

EOL ケア態度の測定には Okumura ら²⁴⁾ の「高齢者のエンド・オブ・ライフケアへの看護職の態度尺度」を用いた。これは、「EOL ケアへの意欲・役割意識」16項目、「EOL ケアへの自信」6項目、「EOL ケアを多職種と連携して行う自信」4項目の3因子26項目で構成される尺度である。回答と得点化は、「思わない」1点、「あまりそう思わない」2点、「そう思う」3点、「かなりそう思う」4点、「とてもそう思う」5点で求め、得点が高いほどEOL ケア態度が良いことを示すものである。

4. 分析方法

まず、基本的属性、緩和ケアに関するリソース、個人の経験、緩和ケアの認識、緩和ケア実践および実践に伴う困難感について、単純集計を行った。次に、緩和ケア実践への関連要因の検討として①②を実施した。①緩和ケア実践合計点と、看護師経験年数、EOL ケア態度合計点および下位因子合計点の関係について、それぞれ Spearman 順位相関係数を算出した。②緩和ケア病棟勤務経験の有無、緩和ケアに関する研修受講の有無、デス・カンファレンスの開催の有無、死別経験および死別経験の深慮の有無、緩和ケアの認識の有無による緩和ケア実践合計点の差について、それぞれ Man-Whitney U 検定を行った。上記分析においては、多重代入法により欠損値推定を行った。なお、検定にあたり、デス・カンファレンスの開催状況、死別経験の深慮、緩和ケアの認識について、4件法で求めた回答を、それぞれ2件法に分類した。分析には SPSS22、MPlus7.4、R3.6.1 を使用した。

5. 倫理的配慮

調査対象施設の看護管理者に対して、研究の趣旨および倫理的配慮（調査への協力は任意であること、プライバシーの保護、データの取り扱い等）について、文書により説明を行い、書面により同意を得た。調査対象者に対しては、研究の趣旨および倫理的配慮について文書にて説明し、調査票の同意の回答欄への記入をもって同意を得たものとした。なお、本研究は、岡山県立大学倫理審査委員会の承認

を得た後に実施した（受付番号 19-12）。

III. 結果

1. 基本的属性

基本的属性の結果を表1に示した。回答者の平均年齢は47.3歳、平均看護師経験年数は22.9年であった。性別は女性419人（98.1%）、男性8人（1.9%）であった。

表1：基本属性

	平均	± SD (範囲)
1) 年齢 (n=426)	47.3	10.6 (22-75)
2) 看護師経験年数 (n=427)	22.9	10.7 (3-55)
3) 性別 (n=427)	人	(%)
	男性	8 (1.9)
	女性	419 (98.1)

2. 緩和ケアに関するリソース

緩和ケアに関するリソースの結果を表2に示した。緩和ケア病棟の併設について、「あり」11人（2.6%）、「なし」412人（97.4%）、緩和ケアチームの有無について、「あり」127人（30.2%）、「なし」294人（69.8%）であった。がん看護専門看護師または老人看護専門看護師の有無について、「あり」19人（4.5%）、「なし」404人（95.5%）、緩和ケア認定看護師またはがん性疼痛認定看護師の有無について、「あり」47人（11.1%）、「なし」376人（88.9%）であった。

表2：緩和ケアリソース

	単位：人 (%)	
	なし	あり
1) 緩和ケア病棟 (n=423)	412 (97.4)	11 (2.6)
2) 緩和ケアチーム (n=421)	294 (69.8)	127 (30.2)
3) 専門看護師 (n=423)	404 (95.5)	19 (4.5)
4) 認定看護師 (n=423)	376 (88.9)	47 (11.1)

3. 個人の経験

個人の経験の結果を表3に示した。緩和ケア病棟勤務の経験について、「あり」28人（6.6%）、「なし」399人（93.4%）であった。緩和ケアに関する研修受講経験では、ELNEC-J（End-of-Life Nursing Education Consortium Japan）コアカリキュラム看護師教育プログラム受講経験について、「あり」14人（3.3%）、「なし」412人（96.7%）、ELNEC-J 高齢者カリキュラム看護師教育プログラム受講経験について、「あり」4人（0.9%）、「なし」422人

(99.1%)、その他の緩和ケア・EOL ケアに関する研修の受講経験について、「あり」120人(28.1%)、「なし」307人(71.9%)であった。職場でのデス・カンファレンス開催状況について、「開催したことがない」132人(31.3%)、「開催したことがある」181人(42.9%)、「定期的に開催している」109人(25.8%)であった。身近な人との死別経験について、「あり」401人(93.9%)、「なし」26人(6.1%)であった。また、死別経験が「あり」と回答した者の死別経験の深慮について、「なし」18人(4.5%)、「どちらかというところある」95人(23.7%)、「ある」201人(50.1%)、「とてもある」87人(21.7%)であった。

表3：個人の経験 単位：人 (%)

1) 緩和ケア病棟勤務の経験 (n=427)			
	なし	399	(93.4)
	あり	28	(6.6)
2) ELNEC-J受講経験 (n=426)			
	なし	412	(96.7)
	あり	14	(3.3)
3) ELNEC-J高齢者受講経験 (n=426)			
	なし	422	(99.1)
	あり	4	(0.9)
4) その他の緩和ケア・EOLケア研修受講経験 (n=427)			
	なし	307	(71.9)
	あり	120	(28.1)
5) デス・カンファレンスの開催 (n=422)			
	開催したことがない	132	(31.3)
	開催したことがある	181	(42.9)
	定期的に開催している	109	(25.8)
6) 死別経験 (n=427)			
	なし	26	(6.1)
	あり	401	(93.9)
7) 死別経験深慮 (n=401)			
	なし	18	(4.5)
	どちらかというところある	95	(23.7)
	ある	201	(50.1)
	とてもある	87	(21.7)

4. 緩和ケアの認識

緩和ケアの認識の結果を表4に示した。まず、緩和ケアの定義について、「全く知らない」11人(2.6%)、「聞いたことはある」113人(26.6%)、「知っている」224人(52.7%)、「内容を理解している」77人(18.1%)であった。次に、非がん高齢患者への緩和ケアの必要性について、「全く必要であるとは思わない」1人(0.2%)、「必要であるとは思わない」7人(1.7%)、「必要であると思う」271人(64.1%)、「非常に必要であると思う」144人

(34.0%)であった。

表4：緩和ケアの認識 単位：人 (%)

1) 緩和ケアの定義の認識 (n=425)			
	全く知らない	11	(2.6)
	聞いたことはある	113	(26.6)
	知っている	224	(52.7)
	内容を理解している	77	(18.1)
2) 非がん高齢患者への緩和ケアの必要性の認識 (n=423)			
	全く必要であるとは思わない	1	(0.2)
	必要であるとは思わない	7	(1.7)
	必要であると思う	271	(64.1)
	非常に必要であると思う	144	(34.0)

5. 緩和ケア実践および実践に伴う困難感

緩和ケア実践の回答分布を表5に示した。7項目のうち5項目において6割以上の者が実践できていると回答しており、自己評価が高い結果であった。「行っている」「いつも行っている」の回答が最も多かった上位3項目は、「1. 意思表示が困難な患者の苦痛の有無を注意深く観察し、アセスメントしている。」401人(96.1%)、「2. 痛みやその他の身体的苦痛を和らげるために、積極的にケアの工夫や薬剤投与などの対応をしている。」375人(90.1%)、「3. 看護師間のカンファレンスで、患者の苦痛や苦痛への対応に関する議題を自ら提供している。」310人(74.6%)であった。「行っていない」の回答が最も多かった上位3項目は、「7. 患者の予後を考慮し、原疾患に対する治療か緩和ケアかどちらに重点を置くかについての話し合いにおいて、方針が導き出されるよう他職種の意見を調整している。」233人(56.8%)、「6. 患者の予後を考慮し、原疾患に対する治療か緩和ケアかどちらに重点を置くかについて、主治医やその他の職種と話し合う機会を自ら作っている。」234人(56.1%)、「4. 看護師間のカンファレンスにおいて、患者の苦痛への対応策が導かれるようスタッフの意見を調整している。」140人(34.1%)であった。

次に、実践に伴う困難感の回答分布を表6に示した。全ての項目において約9割の者が困難であると回答していた。「感じる」「とても感じる」の回答が最も多かった上位3項目は、「1. 意思表示が困難な患者の苦痛の有無を注意深く観察し、アセスメントしている。」379人(95.5%)、「7. 患者の予後を考慮し、原疾患に対する治療か緩和ケアかどちらに重点を置くかについての話し合いにおいて、方針が導

き出されるよう他職種の意見を調整している。」159人(90.9%)、「2. 痛みやその他の身体的苦痛を和らげるために、積極的にケアの工夫や薬剤投与などの対応をしている。」330人(89.7%)であった。

表5：緩和ケア実践

	単位：人 (%)		
	行っていない	行っている	いつも行っている
1) 意思表示が困難な患者の苦痛の有無の観察・アセスメント (n=417)	16 (3.8)	350 (83.9)	51 (12.2)
2) 身体的苦痛緩和のためのケアの工夫・薬剤投与 (n=416)	41 (9.9)	327 (78.6)	48 (11.5)
3) 看護師間カンファレンスでの苦痛緩和のための議題提示 (n=416)	106 (25.5)	286 (68.8)	24 (5.8)
4) 3) のカンファレンスで対応策を導くための意見調整 (n=411)	140 (34.1)	253 (61.6)	18 (4.4)
5) 苦痛緩和に関する他職種への相談 (n=416)	130 (31.3)	261 (62.7)	25 (6.0)
6) 予後を考慮し他職種と治療方針について話し合う機会を作る (n=417)	234 (56.1)	170 (40.8)	13 (3.1)
7) 6) の話し合いで方針を導き出すための意見調整 (n=410)	233 (56.8)	168 (41.0)	9 (2.2)

表6：緩和ケア実践に伴う困難感

	単位：人 (%)		
	感じない	感じる	とても感じる
1) 意思表示が困難な患者の苦痛の有無の観察・アセスメント (n=397)	18 (4.5)	271 (68.3)	108 (27.2)
2) 身体的苦痛緩和のためのケアの工夫・薬剤投与 (n=368)	38 (10.3)	245 (66.6)	85 (23.1)
3) 看護師間カンファレンスでの苦痛緩和のための議題提示 (n=307)	45 (14.7)	212 (69.1)	50 (16.3)
4) 3) のカンファレンスで対応策を導くための意見調整 (n=270)	35 (13.0)	190 (70.4)	45 (16.7)
5) 苦痛緩和に関する他職種への相談 (n=284)	31 (10.9)	179 (63.0)	74 (26.1)
6) 予後を考慮し他職種と治療方針について話し合う機会を作る (n=183)	19 (10.4)	112 (61.2)	52 (28.4)
7) 6) の話し合いで方針を導き出すための意見調整 (n=175)	16 (9.1)	119 (68.0)	40 (22.9)

6. 緩和ケア実践への関連要因

1) 看護師経験年数

緩和ケア実践合計得点と、看護師経験年数について Spearman 順位相関係数を算出したところ、弱い正の相関 (rs=0.145) がみられた。(表7)

表7：緩和ケア実践と看護師経験年数の関係

	看護師経験年数
緩和ケア実践合計点	.145**
n=427, Spearman順位相関係数, **: <0.01	

2) 個人の経験

緩和ケア病棟勤務経験の有無、ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラム受講経験の有無、ELNEC-J 高齢者カリキュラム看護師教育プログラム受講経験の有無、その他の緩和ケア・EOL ケアに関する研修の受講経験の有無、デス・カンファレンス開催の有無、死別経験および死別経験の深慮の有無による緩和ケア実践合計点の差について、それ

ぞれ Man-WhitneyU 検定を行った。有意であった項目は、ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラム受講経験、その他の緩和ケア・EOL ケアに関する研修の受講経験、デス・カンファレンスの開催であった。(表8)

表8：個人の経験の有無による緩和ケア実践合計点

個人の経験	なし		あり		
	なし	あり	なし	あり	
緩和ケア病棟勤務	5.0 (3.0-7.0)	5.5 (3.3-7.0)	ns		
ELNEC-J受講	5.0 (3.0-7.0)	8.0 (6.0-9.0)	**		
ELNEC-J高齢者受講	5.0 (3.0-7.0)	7.5 (6.0-10.5)	ns		
他の緩和・EOLケア研修受講	5.0 (3.0-7.0)	6.0 (4.0-7.0)	*		
デス・カンファレンス開催	5.0 (3.0-7.0)	6.0 (4.0-7.0)	**		
死別経験	5.0 (3.0-7.0)	5.0 (3.0-7.0)	ns		
死別経験深慮	5.0 (3.0-7.0)	5.0 (4.0-7.0)	ns		

n=427, Mann-Whitney検定

緩和ケア実践合計点：0-14点，表示は中央値（四分位範囲）

**：p<0.01, *：p<0.05, n.s.:not significant

3) 緩和ケアの認識

緩和ケアの定義の認識の有無、非がん高齢患者への緩和ケアの必要性の認識の有無による緩和ケア実践合計点の差について、Man-WhitneyU 検定を行った結果、いずれも有意であった。(表9)

表9：緩和ケアの認識の有無による緩和ケア実践合計点

緩和ケアの認識	なし	あり	
緩和ケア定義の認識	4.0 (2.0-6.0)	6.0 (4.0-7.0)	**
非がん高齢患者緩和ケアの必要性の認識	2.5 (0.3-4.5)	5.0 (4.0-7.0)	**

n=427, Mann-Whitney検定

緩和ケア実践合計点：0-14点，表示は中央値（四分位範囲）

**：p<0.01

4) EOL ケア態度

緩和ケア実践合計点と、EOL ケア態度合計点および下位因子合計点について Spearman 順位相関係数を算出したところ、緩和ケア実践合計点と EOL ケア態度合計点 (rs=0.423) および下位因子合計点 (rs=0.331 ~ 0.454) には、中程度の正の相関がみられた。EOL ケア態度合計得点と最も強い相関がみられた EOL ケア態度下位因子は「EOL ケアを多職種と連携して行う自信」(rs=0.454) であった。(表10)

表10：緩和ケア実践と EOL ケア態度の関係

	EOLケア合計点	EOLケア意欲・役割意識	EOLケア自信	EOLケア多職種連携自信
緩和ケア実践合計点	.423**	.331**	.435**	.454**

n=427, Spearman順位相関係数, **: <0.01

IV. 考察

1. 緩和ケア実践および実践に伴う困難感

まず、緩和ケア実践について、「行っている」「いつも行っている」の回答割合が最も多かった上位2項目は、「1. 意思表示が困難な患者の苦痛の有無を注意深く観察し、アセスメントしている。」、「2. 痛みやその他の身体的苦痛を和らげるために、積極的にケアの工夫や薬剤投与などの対応をしている。」であった。非がん疾患の緩和ケアは、看護職による症状・苦痛の丁寧な観察とケアの延長線上にある²⁵⁾ことから、最も基本となるケアは実践できているといえる。

一方、「行っていない」の回答割合が最も多かった上位2項目は、「6. 患者の予後を考慮し、原疾患に対する治療か緩和ケアかどちらに重点を置くかについて、主治医やその他の職種と話し合う機会を自ら作っている。」、「7. 上記6.の話し合いにおいて、方針が導き出されるよう他職種の意見を調整している。」といった他職種との協働を上位概念とする項目であった。前述のように、高齢者への緩和ケア提供には、適切に表現されない苦痛の特定に難しさがあることや慢性的な合併症の併発により慎重なアセスメントを要する⁶⁾ことから、看護師単独で質の高い緩和ケアを提供することに限界がある。したがって、言葉にならない高齢者のニーズに沿った緩和ケアを提供するために、実践頻度が低い他職種との協働に関する実践を高める必要があるといえる。

次に、緩和ケア実践に伴う困難感について、全ての項目において、約9割の者が困難を感じていることが明らかとなった。特に困難感が高い「1. 意思表示が困難な患者の苦痛の有無を注意深く観察し、アセスメントしている。」、「2. 痛みやその他の身体的苦痛を和らげるために、積極的にケアの工夫や薬剤投与などの対応をしている。」について、先行研究^{6,25,26)}においても同様の結果が示されている。また、「7. 患者の予後を考慮し、原疾患に対する治療か緩和ケアかどちらに重点を置くかについての話し合いにおいて、方針が導き出されるよう他職種の意見を調整している。」といった多職種連携について、間瀬ら¹⁰⁾により、がん緩和ケアと比較し非がん緩和ケアの方が困難であることが明らかとなっている。これは、本研究で明らかになったように、非がん高齢者医療の現場では、緩和ケアチームや緩和ケアに関する専門職を有していないことが多く、緩

和ケアを先導する者が不在であることが、緩和ケア提供のための多職種連携を困難にする要因であることが考えられる。

2. 緩和ケア実践への関連要因

まず、緩和ケア病棟勤務経験の有無、緩和ケアに関する研修受講の有無、デス・カンファレンス開催の有無、死別経験および死別経験の深慮の有無、緩和ケアの認識の有無による緩和ケア実践合計点の差について検定を行ったところ、有意であった項目は、研修受講の有無、デス・カンファレンス開催の有無、緩和ケアの認識の有無であった。

研修受講経験に着目すると、緩和ケアやEOLケアに関する研修を受講することで、緩和ケア実践が高まることが示唆される結果となった。下西ら¹²⁾や久宗ら¹¹⁾の調査でも、研修に参加しているの方が、ターミナルケア態度が有意に高かったことから、緩和ケアに関する研修に参加することで、緩和ケア実践が高まると考えられる。しかしながら、本研究において、研修受講経験「あり」と回答した者は、ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラム、ELNEC-J 高齢者コアカリキュラム看護師教育プログラム共に5%未満、その他の研修受講経験も28.1%と、受講率が低いことが明らかとなった。したがって、まずは、研修に関する周知を幅広く十分に行い、看護師が研修に参加できるよう支援することで、非がん患者への緩和ケア実践の質向上につながることを期待できる。

デス・カンファレンス開催状況に着目すると、デス・カンファレンスを開催することにより、緩和ケア実践が向上することが示唆される結果となった。デス・カンファレンスの目的は、ケアの過不足を検討し今後に生かすケア方法や視点を見出すことにあり²⁷⁾、デス・カンファレンスの結果を実践に活かすことで、実践の質が高まると考えられる。しかしながら、本研究結果では、「定期的に開かれている」と回答する者は3割にも満たないことから、デス・カンファレンスの開催が定着していないといえる。したがって、デス・カンファレンスのみならず、自身の看護実践の振り返りを行う場を設けることができるようにする必要があるといえる。

次に、緩和ケア実践合計点とEOLケア態度合計点および下位因子合計点の関係をみたところ、緩和ケア実践合計点とEOLケア態度合計点および下位

因子合計点に、中程度の正の相関がみられた。このことは、EOL ケアの態度が高くなれば、緩和ケアの実践が向上することを示唆するものである。さらに、EOL ケア態度の下位因子に着目すると、「EOL ケアを多職種と連携して行う自信」に最も強い相関がみられた。したがって、多職種連携に自信がもてるよう、看護師を支援することで、緩和ケア実践を高めることができると考えられる。船戸ら²⁸⁾の調査では、看護師による1回10分程度のショートカンファレンスの継続により、看護師の緩和ケアへの意識が高まり、主体性や協働が促進されたことが明らかとなっている。また、カンファレンスでの検討結果を活かし実践することで、医師をはじめとする他職種との連携が必然的に促進され、医療チームでの共通認識や患者理解が深まったことが報告されている。したがって、まずは、看護チームによるカンファレンスの機会をもつことでケア方針について認識を共有することができ、医師やその他の職種とのコミュニケーションおよび連携に自信がもてるようになることが考えられる。さらに、看護師が緩和ケアを主導することに消極的になる理由は、専門職間における看護師の役割の明確性の欠如にあると指摘されている²⁹⁾。したがって、看護師が多職種連携の調整役を担う立場にあることを再認識し、看護チームで共有したケア方針を、他職種と共有・検討できるようにすることが必要であると考えられる。

V. 結論

本研究は、非がん高齢患者に対する看護師による緩和ケアの実践状況と緩和ケア実践への関連要因を明らかにすることを目的に実施した。結果、多くの看護師が困難感を抱えながら非がん高齢患者への緩和ケアを行っていることが明らかになった。緩和ケア実践には、緩和ケアやEOL ケアに関する研修受講、デス・カンファレンスの実施が関連していることが示唆された。したがって、緩和ケア実践を高めるために、より多くの看護師が研修を受講できるよう支援することや日々の看護実践の振り返りの場を設けることが有効であると考えられる。また、緩和ケア実践と多職種連携への自信に相関があることから、看護師が多職種連携に自信をもてるよう、まずは看護チームでケア方針について共有および検討する機会をもつことが重要であると考えられる。

付記

本調査にご協力いただきました皆様に深謝申し上げます。

文献

- 1) 大坂巖、渡邊清高、志真泰夫、倉持雅代、谷田憲俊 (2019). わが国における WHO 緩和ケア定義の定訳 デルファイ法を用いた緩和ケア関連 18 団体による共同作成. *Palliative Care Research*, 14 (2) : 61-66.
- 2) 羅竜平 (2009). プライマリ・ケア・チームによる緩和ケアの実践 英国: ゴールド・スタンダード・フレームワークに学ぶ. *日本在宅医学会雑誌*, 10 (2) : 144-151.
- 3) National hospice and palliative care organization. PALLIATIVE CARE OR HOSPICE? https://39k5cm1a9u1968hg74aj3x51-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2019/04/PalliativeCare_VS_Hospice.pdf. 2020/7/28 アクセス
- 4) 厚生労働省、平成 30 年度診療報酬改定. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000193708.pdf>. 2020/7/27 アクセス
- 5) 水野敏子、坂井志麻、小長谷百絵、會田信子 (2009). 高齢者高度医療専門病院における死亡前 1 ヶ月間における高齢者の苦痛. *東京女子医科大学看護学会誌*, 4 (1) : 37-44.
- 6) Lee, S. M (2011). Geropalliative Care A Concept Synthesis. *Journal Hospice and Palliative Nursing*, 13 : 242-248.
- 7) World Health Organization EUROPE. better palliative care older people. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf. 2020/8/12 アクセス
- 8) American nursing association, Hospice and palliative nurses association. Call for Action: Nurses Lead and Transform Palliative Care. <https://www.nursingworld.org/~497158/globalassets/practiceandpolicy/health-policy/palliativecareprofessionalissuespanelcallforaction.pdf>. 2020/7/30 アクセス
- 9) 谷本真理子、高橋良幸、服部智子、田所良之、坂本明子、須藤麻衣、正木治恵 (2015). 一般病院における非がん疾患患者に対する熟練看護師のエンド・オブ・ライフケア実践. *Palliative Care*

- Research, 10 (2) : 108-115.
- 10) 間瀬由記、水戸優子、田中博子、中川ひろみ、堀越美保 (2015). 看護師による終末期の非がん性呼吸器疾患患者の呼吸困難へのケア実践と緩和ケアに対する困難感の実態. 神奈川県立保健福祉大学誌, 12 (1) : 41-49.
 - 11) 久宗真理、下西みずえ、松井美帆 (2018). 慢性閉塞性肺疾患患者の終末期における看護師の緩和ケア実践に関する調査. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, 27 (2) : 174-179.
 - 12) 下西みずえ、久宗真理、松井美帆 (2017). 心不全終末期患者に対する看護師の症状マネジメントの実態とターミナルケア態度に関連する要因. Palliative Care Research, 12 (4) : 723-730.
 - 13) 中国四国厚生局管内の届出受理医療機関名簿. <https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/chugokushikoku/chousaka/33kou3011-1.pdf>. 2019/3/25 アクセス
 - 14) 日本緩和医療学会. WHOによる緩和ケアの定義. <http://www.jspm.ne.jp/proposal/proposal.html>. 2019/11/1 アクセス
 - 15) Nakazawa,Y, Miyashita,M, Morita,T, Umeda,M, Oyagi,Y, Ogasawara,T (2009). The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. Palliative Medicine, 23 (8) : 754-66.
 - 16) 宮下光令、三澤知代 (2008). 医療者のケア態度、困難感、満足度 緩和ケア実践に関する医療者の自己評価尺度. 緩和ケア, 18 (10月増刊) : 111-113.
 - 17) 吉岡さおり、池内香織、山田苗代、小笠原知枝 (2006). 看護師の末期がん患者に対する「看取りケア」とそれに関与する要因. 大阪大学看護学雑誌, 12 (1) : 1-10.
 - 18) 笹原朋代 (2008). 医療者のケア態度、困難感、満足度 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, 18 (10月増刊) : 114-117.
 - 19) Hansen,L, Goodell, T.T, Dehaven,J, Smith,M (2009). Nurses' perceptions of end-of-life care after multiple interventions for improvement. American Journal Critical Care, 18 (3) : 263-271.
 - 20) Sánchez-García,M.R, Gutiérrez-Romero,J.A, Fernández-Alcántara,M, Hueso-Montoro,C, Goodman,C, Montoya-Juárez,R (2017). End of life care in nursing homes in Spain: Exploratory analysis and evidences of validity of a new scale. Applied Nursing Research, 37 : 6-12.
 - 21) Miyashita,M, Aoyama,M, Nakahata,M., Yamada,Y, Abe,M, Yanagihara,K, Shirado,A, Shutoh,M, Okamoto,Y, Hamano,J, Miyamoto,A, Yoshida,S, Sato,K, Hirai,K, Morita,T (2017). Development the Care Evaluation Scale Version 2.0: a modified version of a measure for bereaved family members to evaluate the structure and process of palliative care for cancer patient. BMC Palliative Care, 16 (1) : 8.
 - 22) 大村光代、山下香枝子 (2016). 特別養護老人ホームでの看取りの看護実践能力尺度の開発 信頼性および妥当性の検証. 日本看護研究学会雑誌, 39 (1) : 1-7.
 - 23) 横矢ゆかり、百瀬由美子 (2014). 看護職の自己評価に焦点を当てた介護老人保健施設における終末期ケアの質評価指標の開発. 日本看護研究学会雑誌, 37 (4) : 31-43.
 - 24) Okumura-Hiroshige,A, Fukahori,H, Yoshioka,S, Kuwata,M, Nishiyama,M., Takamichi,K (2018). Development of the End-of-Life Care Nursing Attitude Scale for Japanese Geriatrics. Journal of Hospice and Palliative Nursing, 20 (3) : 272-278.
 - 25) 平原佐斗司 (2017). 非がん疾患の緩和ケアとは、コミュニティケア 19 (6) : 10-14.
 - 26) 大石恵子、村上真基、綿貫成明、飯野京子 (2018). 緩和ケア病棟を併設していない病院の療養病棟における緩和ケアの実態調査 療養病棟管理者への調査. Palliative Care Research, 13 (3) : 245-250.
 - 27) 杉田智子、田村恵子. 明日の看護に生かすデスカンファレンス. <http://www.pn.med.tohoku.ac.jp/pdf/d201002.pdf>. 2020/8/1 アクセス
 - 28) 船戸光恵、奥村美奈子 (2019). 一般病棟における肺がん患者の緩和ケアの充実. 岐阜県立看護大学紀要, 19 (1) : 27-39.
 - 29) Hagan,T.L, Xu,J, Lopez,R. P, Bressle,T (2018). Nursing's role in leading palliative care: A call to action. Nurse Education. Today, 61 : 216-219.

Factors related to nurses' palliative care practice for non-cancer elderly patients

KAORI INOUE*, KUNIYASU RUNA, SAKAE MIKANE***

**Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University*

***Okayama University Hospital*

Abstract : This study aimed to clarify the status of nurses' palliative care practice for non-cancer elderly patients and related factors. We conducted a self-administered questionnaire survey of nurses working in medical and recuperation wards, and responses from 427 nurses were analyzed. The survey items included palliative care practice and feeling of difficulty associated with it, attitude toward end-of-life (EOL) care, the experience of receiving palliative care training, and the presence of death conferences. As for palliative care practice, more than 60% of nurses replied that they practiced palliative care in five of seven items; however, 90% expressed difficulty in all the seven items. Regarding factors related to palliative care practice, significant differences in the total score of palliative care practice scores were observed between the presence and absence of experience of receiving palliative care training and between the presence and absence of death conferences. Additionally, the strongest correlation was observed between the total score of palliative care practice and "confidence of executing the EOL care in collaboration with multidisciplinary professionals," a subfactor of EOL care attitude. Therefore, to enhance palliative care practice, nurses should be supported to enhance their confidence in collaborating with multidisciplinary professionals.

Keywords : palliative care, non-cancer, the elderly