

2023 年度学位申請論文

病棟看護師による終末期がん患者家族の  
“死別と喪失に対する準備”への支援と関連要因

名古屋大学大学院医学系研究科  
看護学専攻 基礎・臨床看護学分野  
(指導教員：佐藤一樹 教授)

宇根底 亜希子



## 目次

要旨.....	2
I. 緒言.....	6
II. 方法.....	7
III. 結果.....	11
IV. 考察.....	14
V. 結論.....	20
VI. 謝辞と開示.....	21
VII. 引用文献.....	21
表1 対象者背景.....	26
表2 終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”への支援の構造：記述統計と第1段階 の因子分析.....	27
表3 終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”への支援の構造：第2段階の因子分析 および実践度の病棟間比較.....	29
表4 終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”への支援の関連要因（単変量解析）..	30
表5 終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”への支援の関連要因（多変量解析）..	31

# 病棟看護師による終末期がん患者家族の “死別と喪失に対する準備”への支援と関連要因

## 要旨

【目的】死別は残された遺族の身体面や精神面に大きな影響を与え得るものであり、終末期がん患者遺族の抑うつや複雑性悲嘆などの心理的苦痛を軽減するために、死別前に家族が患者との死別に向けて準備できるように支援することが重要である。本研究では、1) 終末期がん患者家族の死別への準備を高めるための支援の構造、2) 一般病棟と緩和ケア病棟における準備への支援の実践度の病棟間比較および病棟ごとの関連要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】2019年2～3月に全国の国指定のがん診療連携拠点病院より緩和ケア病棟あり／なし施設各50施設を地域ごとに系統抽出し、一般病棟および緩和ケア病棟の看護師を対象に郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。主要評価項目は先行研究を基に作成した「終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”への支援（以下、準備への支援）」であり、内容・表面的妥当性を確認した上で使用した。病棟看護師の支援に影響する背景要因として、患者とのコミュニケーションスキル測定尺度、Frommeltターミナルケア態度尺度日本語版、他職種連携に関する項目（Collaborative Practice Scale 日本語版など）、対象者背景（性別、年齢など）を調査した。準備への支援の構造化は探索的因子分析、一般病棟と緩和ケア病棟での実践度の病棟間比較および病棟ごとの関連要因の探索は、t検定および $\chi^2$ 検定、単回帰分析、重回帰分析を用いた。全ての分析について、有意水準は $p<0.05$ とし、統計解析はJMP Pro15 Softwareを用いた。なお、本研究は名古屋大学大学院保健学臨床・疫学研究審査委員会にて承認を得た上で実施した（18-133）。

【結果】51病院566名中561名を分析対象（有効回答率84.1%）とし、所属病棟は一般病棟349名（62.2%）、緩和ケア病棟212名（37.8%）であった。準備への支援の構造について因子分析した結果、上位因子I《看護師主体による家族支援》は、〈i.家族が患者と時間を共有することで死別への

心構えを持つための支援)〈v.家族が安心できるような患者への十分なケア〉〈vii.家族が悲嘆を表出するための支援)〈ii.患者と家族が家族の絆を深めるための支援)の4下位因子、上位因子Ⅱ《多職種連携による家族支援》は、〈iv.家族が死別に伴う課題に対処するための支援)〈vi.患者と家族が療養場所を選択するための支援)〈iii.家族が患者の予後を理解するための支援)の3下位因子で構成されていた。Cronbach's  $\alpha$  係数は全て0.8以上であった。準備への支援の実践度の病棟間比較では緩和ケア病棟の方で有意に実践度が高く、《Ⅰ.看護師主体による家族支援》の方が臨床的な差が大きかった(Ⅰ:d=0.76, p<.001 Ⅱ:d=0.55, p<.001)。下位因子においても中等度の臨床的な差を認めたが、上位因子Ⅱの下位因子〈vi.患者と家族が療養場所を選択するための支援)のみ臨床的な差が小さかった(d=0.36, p<.001)。《Ⅰ.看護師主体による家族支援》で両病棟に共通した関連要因は、コミュニケーションスキル(GW:  $\beta$ =0.38, p<.001, PCU:  $\beta$ =0.49, p<.001)、終末期ケアの前向きさ(GW:  $\beta$ =0.18, p<.001, PCU:  $\beta$ =0.24, p<.001)であり、コミュニケーションスキルが高い、終末期ケアに前向きな看護師の方が実践度が高かった。さらに、一般病棟では、医師との協働( $\beta$ =0.19, p<.001)、認定・専門看護師が相談相手( $\beta$ =0.12, p=.009)、デスカンファレンスの必要時開催( $\beta$ =0.11, p=.016)が関連しており、医師や認定・専門看護師と協働・相談する看護師、必要時にデスカンファレンスを開催する病棟所属の看護師の方が実践度が高かった。次に、《Ⅱ.多職種連携による家族支援》で両病棟に共通した関連要因は、コミュニケーションスキル(GW:  $\beta$ =0.25, p<.001, PCU:  $\beta$ =0.40, p<.001)、医師との協働(GW:  $\beta$ =0.29, p<.001, PCU:  $\beta$ =0.22, p<.001)、がん専門相談員との連携(GW:  $\beta$ =0.15, p=.001, PCU:  $\beta$ =0.15, p=.006)であり、コミュニケーションスキルが高い、医師やがん専門相談員と協働・連携する看護師の方が実践度が高かった。さらに、一般病棟では、相談相手として認定・専門看護師( $\beta$ =0.20, p<.001)または同僚( $\beta$ =0.12, p=.009)がいる方が実践度が高かった。一方、緩和ケア病棟について、《Ⅰ.看護師主体による家族支援》では、家族ケアに関する研修に参加している( $\beta$ =0.18, p=.002)、《Ⅱ.多職種連携による家族支援》では終末期ケアに前向き( $\beta$ =0.15, p=.008)な看護師の方が実践度が高かった。

【結論】本研究は、終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”を高めるための看護ケアの構造、実践度、関連要因を明らかにした初めての研究である。その結果、“死別と喪失に対する準備”への支援は、《Ⅰ. 看護師主体による家族支援》と《Ⅱ. 多職種連携による家族支援》の 2 構造であり、多職種で協働して支援を行うことの重要性が示唆された。また、一般病棟看護師の準備への支援の実践度は、緩和ケア病棟看護師より低いことが明らかとなり、一般病棟において準備への支援の質向上が課題であることが示された。そのためには、コミュニケーションスキルの向上や看護師の死生観の醸成が不可欠であり、特に、一般病棟においては、医師、がん専門相談員、がん関連の認定・専門看護師と良好な連携を取るための体制づくりが有用であることが示唆された。

# Nursing-care for family caregivers of terminally ill cancer patients to enhance preparedness for death

病棟看護師による終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”への支援と関連要因

## **Abstract**

Family caregivers of terminally ill cancer patients prepare for a patient's death. Nursing-care for preparedness is effective for their psychological health. This study aims to structuralize nursing-care for preparedness and extract related factors while presenting the implications for improved quality of care. Data from a cross-sectional survey of general ward and palliative care unit nurses in designated cancer care hospitals (n=561) was analyzed with exploratory factor analysis and multiple regression analyses. The results of the analysis, the structure was classified into “Nurse-centered support” and “Support through inter-professional work.” Both supports were practiced significantly more frequently in palliative care units than general wards. Related factors in general wards were; communication skills, cooperation with doctors, the existence of certified nurse/certified nurse specialists as consultants, attitudes toward care of the dying, frequency of death conferences, and cooperation with specialist cancer counselors. Therefore, the results can help improve the quality of family care in palliative care, especially in general wards.

## I. 緒言

わが国では、65歳以上の人口増加に伴い、死亡者数も増加傾向にある。2025年には年間死亡者数が150万人を超え、高齢多死社会を迎える<sup>1)</sup>と言われており、終末期ケアの質向上が喫緊の課題となっている。また、昭和56(1981)年よりがんは死因の第1位であり<sup>2)</sup>、多くの人のがんによる死別を経験している。死別は残された遺族の身体面や精神面に大きな影響を与え得るものであり<sup>3)</sup>、第二の患者として、遺族も含めたがん患者を看取る家族へのケアの質向上も重要な課題である。

死別による喪失感に対する反応は悲嘆反応と言われ、誰もが経験するものである。通常は喪失から6ヶ月までの悲嘆反応が強く、その後は軽減すると言われていたが、悲嘆反応が遷延して日常生活に支障をきたす複雑性悲嘆(complicated grief)が生じる場合やうつ病を認める場合もある<sup>4)</sup>。がん患者遺族は、一般人口集団に比べQOLが低く、うつ病の有病率が高いことが知られている<sup>5)</sup>。わが国のがん患者遺族における中等度以上の抑うつ症状の有病率は14%、複雑性悲嘆の有病率は10%と報告されており<sup>5)</sup>、自殺リスクも上昇すると報告されている<sup>6)</sup>。これらの心理的苦痛は、患者との死別前の強い予期悲嘆や準備不足との関連が報告されている<sup>7-8)</sup>。

Lindemann<sup>9)</sup>が提唱した予期悲嘆は、喪失前の悲嘆感情であり、喪失後の家族の悲嘆を緩和するものとして考えられていた。しかし、近年、予期悲嘆の死別に対する肯定的な効果が認められないことから、その概念に疑問が呈され<sup>7)</sup>、予期悲嘆は死の準備に関する家族の死別反応の予測因子として広く捉えられている。一方、死への準備は比較的新しい概念であり、1980年代に退院患者や終末期の患者を介護する介護者の経験に関する研究から生まれた<sup>10)</sup>。その後、研究が進むにつれて、準備という概念は、終末期患者家族の認知的、行動的、感情的な側面を包含するようになった<sup>7)</sup>。終末期がん患者家族の25.9%が強い予期悲嘆を抱え<sup>11)</sup>、遺族の16~23%が準備不足であったと報告されており<sup>12-13)</sup>、死別前に家族が患者との死別に向けて準備できるように支援することが重要である。

死別への準備に関する先行研究では、家族の準備状況は、医療者との良好なコミュニケーション、死別までの時間の認識、ケアへの参加と関連することが明らかにされており<sup>13-15)</sup>、医療者の介入が



家族の準備を高める可能性が示唆されている。この準備への支援は終末期がん患者家族への家族ケアの一環として行われるものであるが、具体的な介入方法は明らかにされていない<sup>7)</sup>。家族ケアにおいて看護師が果たす役割は大きく、看護師による準備への支援の構造を明らかにすることは、準備への支援の質向上に必要不可欠である。そこで、本研究の目的 1) として、終末期がん患者家族の死別への準備を高めるための支援の構造を明らかにするために研究を行った。

この死別への準備を高めるための支援は終末期ケアを専門とする緩和ケア病棟では広く実践されていると推測されるが、一般病棟看護師は終末期患者家族のケアに対する困難さや後悔を抱えていると報告されており<sup>16)</sup>、一般病棟での実践は十分とはいえない可能性がある。2022 年度における緩和ケア病棟の死亡割合は全がん患者の 14-15%と少なく、6 割以上が一般病棟<sup>17)</sup>である現状を考えると、一般病棟における終末期ケアの充実が求められる。そこで、本研究の目的 2) として、一般病棟と緩和ケア病棟における準備への支援の実践度の病棟間比較および病棟ごとの関連要因を明らかにするために研究を行った。

本研究の目的は、1) 終末期がん患者家族の死別への準備を高めるための支援の構造を明らかにすること、2) 一般病棟と緩和ケア病棟における準備への支援の実践度の病棟間比較および病棟ごとの関連要因を明らかにすることである。

## II. 方法

### 1. 研究手順

2019 年 2～3 月に全国のがん診療連携拠点病院の一般病棟および緩和ケア病棟の看護師を対象に郵送法による無記名自記式質問紙調査を行い、得られたデータを解析した。調査手順として、対象施設となった病院長および看護部長に研究説明文書および依頼書を送付して調査協力を依頼し、承諾が得られた施設に申告のあった調査協力可能人数分の調査票を送付し、各病棟長に調査票の配布および回収を依頼した。なお、調査票の回収は各自の封筒に入れた上で回収用封筒に入

れる形とし、調査票の回収時に回答内容や個人が特定されないように配慮した。

## 2. 研究対象

対象施設は、国指定のがん診療連携拠点病院 398 施設（2019 年 1 月時点）のうち、都道府県がん診療連携拠点病院 50 施設（緩和ケア病棟あり 17 施設）より緩和ケア病棟を有する／有さない施設で各 10 施設、地域がん診療連携拠点病院 348 施設（緩和ケア病棟あり 72 施設）より緩和ケア病棟を有する／有さない施設で各 40 施設を地域ごとに系統抽出した。なお、緩和ケア病棟は日本ホスピス緩和ケア協会の正会員として登録された施設より抽出した。また、一般病棟として死亡数が最も多いがん種である肺がんの患者が入院する呼吸器病棟を選択し、緩和ケア病棟を有する施設は一般病棟と緩和ケア病棟、有さない施設は一般病棟のみを対象とした。

## 3. 調査項目

### 1) 終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”に対する支援

終末期がん患者家族の死別に対する準備への支援を示す質問紙や尺度は存在しない。そこで、関連する研究<sup>3,13,18-20)</sup>を参考に、終末期がん患者家族の死別に対する準備への支援について検討した。終末期がん患者の家族の死別に対する準備は、家族の予後認識が必要不可欠である。その後、患者との別れを予期することで生じる悲嘆感情を抱えながら、患者との残された時間の過ごし方や過ごす場所を考えたり、葬儀などの計画を立てたりしながら、認知面、行動面、感情面の準備を進めていく。看護師は、それらの準備を促進するために「予後認識を高めるための支援」を行い、その結果生じる家族の悲嘆感情に対して「悲嘆反応への支援」「患者・家族の関係性を強化」しながら、「死別の時に向けた看取りへの支援」「悔いのない時間を過ごすための支援」「療養場所の選択に関する支援」「死別に伴う課題に対する支援」を行っている。これら抽出された 7 つの概念より 35 項目からなる質問票を作成し、緩和ケアに関する研究の専門家 2 名とがん看護専門看護師 2 名にて内容の妥当性を検討した。その後、一般看護師数名に作成した項目の表

現や意味内容の理解しやすさについて質問し、表面的妥当性を確認した。各項目は、「常に行っている：5」から「行っていない：1」までのリッカート尺度で評価した。

## 2) 病棟看護師の支援に影響する背景要因

コミュニケーションスキルは、患者とのコミュニケーションスキル測定尺度<sup>21)</sup>を用いた。これは看護師における患者とのコミュニケーションスキルを測定するために開発された5因子19項目の尺度で、「当てはまる：5」から「当てはまらない：1」までの5段階評定である。なお、信頼性・妥当性は検証されており、尺度の使用許諾も得ている。

終末期ケアの前向きさは、Frommeltターミナルケア態度尺度日本語版(以下FATCOD-B-J)の短縮版<sup>22-23)</sup>を用いた。死にゆく患者に対する医療者のケア態度を測定する尺度で、わが国による使用にあたっては、下位尺度ごとの計算が推奨されている。本研究では「死にゆく患者へのケアの前向きさ」の下位尺度を使用し、「非常にそう思う：5」から「全くそうは思わない：1」までの5段階で評価した。なお、信頼性・妥当性は検証されており、尺度の使用許諾は不要である。

医師との協働は、Collaborative Practice Scale日本語版<sup>24-25)</sup>の看護師用を用いた。この尺度は医師—看護師間の協働的実践の程度を調査するために開発され、2下位尺度9項目で、「常に実践している：6」から「全く実践していない：1」までの6段階評定である。なお、日本語版看護師用の信頼性・妥当性も検証されており、尺度の使用許諾も得た。

がん専門相談員との連携は、「常にある：5」から「全くない：1」までの5段階で評価した。がん専門相談員は、2006年にがん診療連携拠点病院に配置が義務づけられたがん相談支援センターのスタッフである。相談員の多くは医療ソーシャルワーカーや看護師で、がん患者や家族の相談に応じ、支援を行っている。

相談相手の存在として、同僚、上司、緩和ケアチーム、がん関連の認定・専門看護師を身近な相談相手として感じているかどうかを尋ねた。

デスカンファレンスの開催頻度は、「定例開催」「必要に応じて」「滅多に開催しない」「開催しない」の4段階で評価した。なお、デスカンファレンスは、死亡した患者のケアについて振り返りを行うカンファレンスである<sup>26)</sup>。

対象者背景として、性別、年齢、最終学歴、看護師経験年数、部署経験年数、がん関連の認定・専門看護師資格の有無、研修参加（緩和ケア、家族ケア、生と死）の有無、死別経験の有無、看取り経験の有無について尋ねた。

#### 4. 分析方法

##### 1) 終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”への支援の構造化

「死別と喪失に対する準備への支援」35項目について、2段階の因子分析を行った。第1段階は、項目分析として天井効果・床効果、項目間相関、IT相関を行った。天井効果・床効果は各項目の平均値±標準偏差を確認し、天井効果を認めた1項目が削除された。また、項目間相関0.7以上、IT相関0.2以下の項目を削除基準としたが、除外基準を満たす項目は認めなかった。34項目を用いて探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行い、スクリープロット基準を参考に因子数を検討し、因子負荷量0.35未満であった1項目を削除した33項目を用いた。第2段階は、第1段階で得られた因子ごとに平均点を算出して再度探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行い、スクリープロット基準を参考に因子数を検討し、上位の因子を決定した。また、下位因子および上位因子のCronbach's  $\alpha$ 係数を算出し、因子ごとの内部整合性を確認した。

##### 2) 一般病棟と緩和ケア病棟における準備への支援の実践度の病棟間比較および病棟ごとの関連要因の探索

関連要因の分析に先立ち、対象者背景の記述統計を病棟別に算出し、t検定および $\chi^2$ 検定にて分析した。また、一般病棟と緩和ケア病棟における死別と喪失に対する準備への支援の実践

度の比較は、2 上位因子の平均値を用い、看護師経験年数を調整した回帰分析にて分析し、臨床的な差の大きさを分析するために、効果量として Cohen's d 統計量を算出した。Cohen's d 統計量は、0.8 以上を大きな差、0.5 以上を中程度の差、0.2 以上を小さな差と解釈する<sup>27)</sup>。

関連要因は、一般病棟と緩和ケア病棟のサブグループごとに分析した。単変量解析として単回帰分析を用い、多変量解析は、単変量解析で  $p < 0.10$  であった項目を独立変数とし、2 上位因子の各平均値を従属変数とした。変数の選択は、支援の実践度に影響を与える看護師経験年数で調整した重回帰分析 (stepwise 法) で行った。なお、多重共線性の有無については Variance Inflation Factor (以下 VIF) を用い、VIF10 以上を多重共線性ありとした。全ての分析について、有意水準は  $p < 0.05$  とし、統計解析は JMP Pro15 Software (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) を用いた。

## 5. 倫理的配慮

この研究は名古屋大学大学院保健学臨床・疫学研究審査委員会にて承認を得た (18-133)。研究への参加は、調査対象施設に文書にて研究目的等を説明し、承諾を得た施設のみに調査票を送付した。対象者には文書にて説明し、適切な同意を得た上で調査票を返送するよう依頼した。

## III. 結果

調査依頼した 100 施設のうち承諾を得た 51 病院 667 名中 566 名が返送し (応諾率 84.9%)、うち有効回答は 561 名 (有効回答率 84.1%) であった。なお、病棟ごとの応諾率は、一般病棟 (GW) 80.7%、緩和ケア病棟 (PCU) 92.6% であった。対象者背景を表 1 に示す。有効回答者の内訳は、一般病棟看護師 349 名 (62.2%)、緩和ケア病棟看護師 212 名 (37.8%) であった (表 1)。緩和ケア病棟看護師は、性別と学歴に有意差を認めず、年齢、看護師経験年数、部署経験年数が一般病棟看護師より有意に高かった ( $p < .001$ )。また、死別経験の有無は有意差を認めなかったが、看取り

経験は緩和ケア病棟看護師の方が一般病棟看護師より有意に多かった（41人以上 GW: 30.3%, PCU: 67.6%,  $p<.001$ ）。がん関連の認定・専門看護師資格取得の割合（GW: 0.9%, PCU: 7.1%,  $p<.001$ ）、研修参加の割合も有意に多く、コミュニケーションスキル、終末期ケアの前向きさも有意に高かった（ $p<.001$ ）。また、緩和ケア病棟看護師は、同僚（GW: 78.2%, PCU: 90.1%,  $p<.001$ ）やがん関連の認定・専門看護師（GW: 37.0%, PCU: 62.3%,  $p<.001$ ）に相談することが多かったが、一般病棟看護師は緩和ケアチームに相談することが多かった（GW: 53.9%, PCU: 36.8%,  $p<.001$ ）。がん専門相談員との連携に差はなかったが、医師との協働は緩和ケア病棟看護師の方が有意に高く（GW:  $3.0\pm 0.9$ , PCU:  $3.2\pm 1.0$ ,  $p=.009$ ）、デスカンファレンスは緩和ケア病棟で行われることが多かった（滅多に/ない GW: 26.1%, PCU: 8.5%,  $p<.001$ ）。

#### 1. 終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”への支援の構造

第1段階として、天井・床効果および因子負荷量（0.35未満）の項目の除外基準を満たした33項目を用いて因子分析を行い、33項目7因子を採用し各因子に命名した（表2）。これらの7因子について、第2段階の因子分析を行い、2つの上位因子を採用した（表3）。

上位因子Ⅰ《看護師主体による家族支援》は、〈i.家族が患者と時間を共有することで死別への心構えを持つための支援〉〈v.家族が安心できるような患者への十分なケア〉〈vii.家族が悲嘆を表出するための支援〉〈ii.患者と家族が家族の絆を深めるための支援〉の4つの下位因子から構成されていた。

上位因子Ⅱ《多職種連携による家族支援》は、〈iv.家族が死別に伴う課題に対処するための支援〉〈vi.患者と家族が療養場所を選択するための支援〉〈iii.家族が患者の予後を理解するための支援〉の3つの下位因子から構成されていた。

第1段階のCronbach's  $\alpha$ 係数は0.85-0.95、第2段階Cronbach's  $\alpha$ 係数は0.83-0.91であり、内的整合性が確認された。

## 2. 終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”への支援の実践度の病棟間比較

一般病棟看護師と緩和ケア病棟看護師の“死別と喪失に対する準備”への支援の実践度を比較すると（表 3）、上位因子 I 《看護師主体による家族支援》（ $d=0.76, p<.001$ ）、上位因子 II 《多職種連携による家族支援》（ $d=0.55, p<.001$ ）のいずれの支援も緩和ケア病棟看護師の方が一般病棟看護師より有意に実践度が高く、中等度の臨床的な差も認めしたが、《I. 看護師主体による家族支援》の方が臨床的な差が大きかった。

上位因子 I 《看護師主体による家族支援》、上位因子 II 《多職種連携による家族支援》のいずれの下位因子においても、緩和ケア病棟看護師は一般病棟看護師よりも有意に実践度が高かった。

《看護師主体による家族支援》の下位因子では、〈i. 家族が患者と時間を共有することで死別への心構えを持つための支援〉（ $d=0.79, p<.001$ ）、〈v. 家族が安心できるような患者への十分なケア〉（ $d=0.69, p<.001$ ）、〈vii. 家族が悲嘆を表出するための支援〉（ $d=0.59, p<.001$ ）〈ii. 患者と家族が家族の絆を深めるための支援〉（ $d=0.54, p<.001$ ）の順に、緩和ケア病棟と一般病棟での実践度に中等度の臨床的な差を認めた。

次に、《II. 多職種連携による家族支援》の下位因子では、〈iii. 家族が患者の予後を理解するための支援〉（ $d=0.53, p<.001$ ）、〈iv. 家族が死別に伴う課題に対処するための支援〉（ $d=0.50, p<.001$ ）の順に緩和ケア病棟と一般病棟での実践度に中等度の臨床的な差を認めしたが、〈vi. 患者と家族が療養場所を選択するための支援〉のみ臨床的な差が小さかった（ $d=0.36, p<.001$ ）。

## 3. 終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”への支援における病棟ごとの関連要因の探索

一般病棟と緩和ケア病棟の各サブグループにおける“死別と喪失に対する準備”への支援の 2 つの上位因子と看護師の背景要因との関連について分析し（表 4）、その結果を基に、多変量解析を行った分析結果を表 5 に示す。なお、VIF 値は 10.0 未満であり、多重共線性は認めなかった。

一般病棟において 2 つの上位因子に共通した関連を認めた項目は、「コミュニケーションスキル」

「医師との協働」「相談相手としての認定・専門看護師の存在」であった。上位因子ごとでは、《Ⅰ. 看護師主体による家族支援》において両病棟に共通して関連を認めたのは「コミュニケーションスキル」「終末期ケアの前向きさ」であり、一般病棟においては「コミュニケーションスキル」（標準偏回帰係数： $\beta=0.38, p<.001$ ）が最も関連が強く、次に「終末期ケアの前向きさ」（ $\beta=0.18, p<.001$ ）であった。一般病棟のみに関連を認めた項目は、「医師との協働」（ $\beta=0.19, p<.001$ ）、「相談相手としての認定・専門看護師の存在」（ $\beta=0.12, p=.009$ ）、「デスカンファレンスの開催頻度（必要に応じて）」（ $\beta=0.11, p=.016$ ）であった。次に、《Ⅱ. 多職種連携による家族支援》において、両病棟に共通して関連を認めたのは「コミュニケーションスキル」「がん専門相談員との連携」「医師との協働」であり、一般病棟においては「医師との協働」（ $\beta=0.29, p<.001$ ）が最も関連が強く、「コミュニケーションスキル」（ $\beta=0.25, p<.001$ ）、「がん専門相談員との連携」（ $\beta=0.15, p=.001$ ）であった。一般病棟において特徴的であったのは、「相談相手としての認定・専門看護師の存在」（ $\beta=0.20, p<.001$ ）、「相談相手としての同僚の存在」（ $\beta=0.12, p=.009$ ）であった。

一方、緩和ケア病棟において2つの上位因子に共通して関連を認めた項目は「コミュニケーションスキル」「終末期ケアの前向きさ」であり、「コミュニケーションスキル」が両因子ともに最も関連が強く（上位因子Ⅰ： $\beta=0.49, p<.001$ ，上位因子Ⅱ： $\beta=0.40, p<.001$ ）、次いで、「終末期ケアの前向きさ」（上位因子Ⅰ： $\beta=0.24, p<.001$ ，上位因子Ⅱ： $\beta=0.15, p=.008$ ）であった。緩和ケア病棟のみに関連していた項目は、《Ⅰ. 看護師主体による家族支援》では「家族ケアに関する研修への参加」（ $\beta=0.18, p=.002$ ）、《Ⅱ. 多職種連携による家族支援》では「終末期ケアの前向きさ」（ $\beta=0.15, p=.008$ ）であった。

#### IV. 考察

本研究は、看護師を対象とした終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”に関する初めての全国調査であり、終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”を高めるための支援の構造を明ら



かにしたものである。また、一般病棟と緩和ケア病棟における実践度の病棟間比較および病棟ごとの関連要因について分析し、一般病棟における準備への支援の質向上のための示唆を得た。これら3点についての考察を以下に述べる。

#### 1. 終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”への支援の構造

終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”への支援の構造は7つの因子から構成され、《Ⅰ. 看護師主体による家族支援》と《Ⅱ. 多職種連携による家族支援》の2つの上位因子に分類された。終末期がん患者家族は、患者との死別に向けて、喪失感や悲嘆などの感情面だけでなく、予後認識や葬儀の計画など多岐にわたる準備が必要となるため、看護師だけでなく、医師やMSW、がん専門相談員などの多職種で支援しているとの推測通りの結果であった。“死別と喪失に対する準備”は終末期患者家族の認知的、行動的、感情的な側面を包含する多面的なものであり<sup>7,14)</sup>、本研究結果は、終末期がん患者家族の準備を支援するためには多職種によるアプローチが必要であることを示した先行研究と合致した<sup>19,28)</sup>。

《Ⅰ. 看護師主体による家族支援》とは、終末期に看護師が緩和ケアの一環で行う支援を含む4つの支援で構成されていた。家族が葬儀などの現実的な準備を行っていても、精神的な準備は不十分であることが多い<sup>8)</sup>。そのため、看護師は家族の心身の疲労<sup>8)</sup>や既往歴などを考慮した上で、日々の看護実践の中で家族に患者の状態変化を伝えることで認知面の準備を促進し、その時間認識を基盤とした行動面、感情面の準備に対する支援を行う必要がある。日本人にとって望ましい死とは、「からだの苦痛が少なく過ごせた」「家族や友人と十分に時間を過ごせた」などであり、これらの支援は日本における望ましい死の達成に寄与する<sup>29)</sup>といえる。死の質を高めることは、死別への適応を促進する<sup>30)</sup>と言われており、本研究結果からも裏付けられた。

一方、《Ⅱ. 多職種連携による家族支援》は、予後の認識や終末期における療養の場の選択のように多職種と協働することで可能となる3つの支援で構成されていた。がん患者家族への予後告知は

医師との連携が必要となるが、予後認識の促進や死別に伴う課題への対処のためには、病棟看護師だけでなく、必要に応じて相談部門に所属するがん専門相談員やMSWとの連携、療養の場の選択についてはそれらの職種に加え、退院調整看護師や、すでに在宅支援者がいる場合、ケアマネジャー、訪問診療や訪問看護などとの連携も有用である。認知面の準備となる予後認識の促進だけでなく、多岐にわたる行動面の準備を促進するためには、がん患者家族に関わる様々な職種と連携することが重要となる。先行研究では、遺族の半数が死について語らず<sup>31)</sup>、64%が患者と最期過ごす場所についての希望について話し合っていない<sup>32)</sup>と報告されており、これらは死別への準備不足に繋がる可能性がある。病気の不確かさを抱えながらの療養生活や介護疲れによって、がん患者家族の死別への準備を困難にしており<sup>8)</sup>、核家族や血縁関係の希薄化に伴い、こうした支援の重要性は増しているといえる。

## 2. 終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”への支援の実践度の病棟間比較

“死別と喪失に対する準備”への支援の実践に関しては、一般病棟看護師は緩和ケア病棟看護師よりも実践度が低く、特に《Ⅰ. 看護師主体による家族支援》の実践度が低かった。緩和ケア病棟は緩和ケアを専門としているため、当然の結果といえるが、超高齢社会を迎え、多くの人が緩和ケア病棟以外でも終末期を迎える現在、一般病棟においても終末期ケアに重点を置き、一般病棟看護師が準備への支援を実践できるようにする必要がある。

《Ⅰ. 看護師主体による家族支援》の下位因子では、〈i. 家族が患者と時間を共有することで死別への心構えを持つための支援〉の実践度の差が最も大きいという結果であった。この支援は、緩和ケアに含まれる家族ケアの一環でもある準備への支援の中でも核となる支援であり、臨死期に近づく患者を目の当たりにする家族を支援する内容である。そのためには、患者の死から目を背けない看護師自身の死生観がより重要となるため、緩和ケア病棟看護師との実践度の差がより鮮明になったと考える。《Ⅱ. 多職種連携による家族支援》の実践度の差は、《看護師主体による家族支援》ほど臨床

的な差は認めなかった。この支援の下位因子には、〈vi.患者と家族が療養場所を選択するための支援〉、いわゆる退院支援が含まれており、一般病棟で多く行われる支援のため、緩和ケア病棟との実践度の差が他の支援より小さかったといえる。先行研究では、家族の準備状況の関連要因のひとつに死別までの時間認識が挙げられており<sup>13)</sup>、準備への支援を行う上で予後理解の促進を含む《Ⅱ.多職種連携による家族支援》は欠かせない支援といえる。一般病棟に入院している患者・家族は抗がん剤治療にできるだけ長く希望を託す傾向があるため<sup>35)</sup>、積極的ながん治療から緩和ケアに移行する時期である一般病棟においてはより重要である。

### 3. 終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”への支援の関連要因

一般病棟看護師の準備への支援の質向上のために、一般病棟における“死別と喪失に対する準備”への支援の関連要因を検討することは有用である。一般病棟における関連要因は、「コミュニケーションスキル」「医師との協働」「相談相手としての認定・専門看護師の存在」であった。特に《Ⅰ.看護師主体による家族支援》ではコミュニケーションスキルが最も影響を与えており、本研究の結果は、終末期に関わる全ての関係者が良好なコミュニケーションを取ることが死別に備えるための第一の方法であるという **Hebert** らの報告<sup>14)</sup> を支持するものである。また、《Ⅰ.看護師主体による家族支援》の特徴として、看護師経験年数や看取り経験は関連しておらず、「終末期ケアの前向きさ」が関連要因として抽出された。このことは、単に経験を積み重ねるだけでは準備への支援の質向上に繋がらないことを示唆しており、これらの経験を通じて死にゆく患者へのケアの前向きな姿勢を高めること、すなわち死生観を育むことの重要性を浮き彫りにしている。デスカンファレンスの頻度に関する結果は、**Harding** らの報告<sup>26)</sup> でも示されたように、デスカンファレンスへの参加がケアの質に影響を与えることを示している。また、海外では、医療者は専門的実践を行うためには患者の死に対する悲嘆の対処が必要であり、死別報告会 (debriefing for death/ bereavement debriefing sessions) の有用性が報告されている<sup>33-34)</sup>。興味深いことに、定期的な開催ではなく、必要に応じてデスカンフ

アレンスを開催することが関連要因として抽出された。これらの結果は、コミュニケーションスキルを向上させ、死生観を育むことが、一般病棟看護師の《看護師主体による家族支援》の実践能力を向上させる可能性を示唆している。

準備への支援を行う上で予後理解の促進を含む《Ⅱ．多職種連携による家族支援》には医師との協働が欠かせないものであり、「医師との協働」が一般病棟における《Ⅱ．多職種連携による家族支援》に最も強く関連していたといえる。次に影響していた関連要因は「相談相手としての認定・専門看護師の存在」、つまり、身近な相談相手として認定・専門看護師を認識している看護師の実践度が高いという結果であり、認定・専門看護師が一般病棟看護師を支援する役割を發揮していることが明らかになった。認定看護師の有効活用は病院組織全体で検討すべき課題として挙げられているが<sup>36)</sup>、本研究結果からも、終末期ケアの質向上のために、認定・専門看護師が所属する医療機関、特に一般病棟における相談体制の整備が急務といえる。さらに、《Ⅱ．多職種連携による家族支援》で特徴的であったのは「がん専門相談員との連携」であり、がん専門相談員と連携することが準備への支援の質向上に繋がるという本研究で明らかになった初めての知見である。がん専門相談員は退院支援部門と併設されていることが多く、療養先の調整も役割のひとつであるため<sup>37)</sup>、本研究結果に繋がったと考える。しかし、がん専門相談員は、患者や家族のニーズにあわせて、早期から治療や日常生活に関する情報提供や配慮を行い、治療方針の決定や選択を支援する役割も担うため<sup>37)</sup>、がん専門相談員は、患者の入院後に関係構築を始める病棟看護師に比べてよりよい信頼関係を築いていることが多い。そのため、今回の結果に繋がった可能性がある。緩和ケアにおいて患者や家族への継続的な支援が有用と言われており<sup>8)</sup>、がん専門相談員がこの役割に適していることを示唆している。意外なことに、一般病棟看護師は緩和ケア病棟看護師よりも緩和ケアチームに相談する頻度が高かったにもかかわらず、本研究では緩和ケアチームは関連要因として抽出されなかった。緩和ケアチームはがん患者に適切な緩和ケアを提供するためにがん診療連携拠点病院において設置が義務付けられている多職種で構成されたチームであるが<sup>38)</sup>、専門的な緩和ケアの質向上のために緩和ケアチームの育成

のあり方が検討されている途上である<sup>38)</sup>。本研究結果からも、臨床現場で十分に機能していないことが示された。これらの結果から、終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”を強化するためのケアには、医師、MSW、がん専門相談員など様々な専門家との連携が不可欠であることが示唆された。

## V. 臨床への示唆

終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”への支援は《Ⅰ. 看護師主体による家族支援》と《Ⅱ. 多職種連携による家族支援》の2構造であり、緩和ケア病棟でより多く実践されていたが、多くのがん患者が一般病棟で亡くなっている現状より、一般病棟における実践力の向上が求められる。

《Ⅰ. 看護師主体による家族支援》は看護師が緩和ケアの一環で行う家族ケアであり、看護師個々のスキルがより一層重要となる。一般病棟においては特にコミュニケーションスキルの向上、および、定期的なデスカンファレンスを通じた死生観の醸成が有用である可能性がある。

《Ⅱ. 多職種連携による家族支援》は看護師が他職種と連携して予後認識を高めて多岐にわたる準備を促進する支援であり、一般病棟においては、医師、がん専門相談員、MSWとの連携、がん関連の認定・専門看護師に相談しやすい体制を整えることが有用であることが示唆された。

なお、緩和ケアチームの存在は、一般病棟では身近な相談相手と認識されていたが、実践力の向上には繋がっていなかった。本来、緩和ケアチームは一般病棟における緩和ケアの質向上のためにコンサルテーション活動を行うものである。本研究結果より、緩和ケアチームは、患者の症状緩和だけでなく、家族ケアにおいても専門性を高めることが課題であることが示唆された。

## VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は重要な結果を示したが、結果には一定の限界がある。第一は、看護師の主観的な評価によ

るものであり、看護師の支援を適切に反映していない可能性がある。第二に、再テスト法の実施が望ましかったが、多忙な病棟看護師に時間的・心理的負担をかけることを考慮して実施しておらず、信頼性の検討が不十分な点である。第三に、一般病棟はがん患者の看取り経験が多いと推測される肺がん患者が入院する呼吸器病棟に限定したため、がん患者の看取り件数が少ない他の一般病棟ではさらに実践度が低い可能性があり、結果を一般化するには注意が必要である。最後に、同一病院から複数の看護師を抽出したため、施設の特徴を考慮した混合モデルが必要であるが、サンプルサイズが不十分であったため、実施できなかった。したがって、今後サンプルサイズを大きくした結果の検証を行うとともに、看護師の介入による効果についても検証を行う必要がある。また、本研究はがん患者を対象とした研究であり、結果を非がん患者の家族への支援に適応するには注意が必要である。しかし、高齢多死社会ではがん以外の疾患による死別も増加するため、非がん患者家族の準備への支援についても研究する必要がある。

## VII. 結論

本研究は、終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”を高めるための看護ケアの構造、実践度、関連要因を明らかにした初めての研究である。その結果、“死別と喪失に対する準備”への支援は、《Ⅰ. 看護師主体による家族支援》と《Ⅱ. 多職種連携による家族支援》の2構造であり、多職種で協働して支援を行うことの重要性が示唆された。また、一般病棟看護師の準備への支援の実践度は、緩和ケア病棟看護師より低いことが示され、一般病棟において準備への支援の質向上が課題であることが示唆された。そのためには、コミュニケーションスキルの向上や看護師の死生観の醸成が不可欠であり、特に、一般病棟においては、医師、がん専門相談員、がん関連の認定・専門看護師と良好な連携を取るための体制づくりが有用であることが示唆された。

## VIII. 謝辞と開示

本研究はJSPS 科研費 [助成番号 19K10849] の助成を受けたものです。調査にご協力いただいた全ての看護師に深く御礼申し上げます。

## IX. 引用文献

- 1) 内閣府. 高齢化の状況. 令和 5 年版高齢社会白書. 日経印刷. 2023 年 7 月. 2-14. Available from: [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/pdf/1s1s\\_05.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/pdf/1s1s_05.pdf). Accessed September 10, 2023.
- 2) 厚生労働省. がん対策推進基本計画(第 4 期). 厚生労働省. 2023 年 3 月. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001138884.pdf>. Accessed September 10, 2023.
- 3) Fasse L, Sultan S, Flahault C, MacKinnon CJ, Dolbeault S, Bredart A. How do researchers conceive of spousal grief after cancer? A systematic review of models used by researchers to study spousal grief in the cancer context. *Psychooncology*. 2014;23(2):131–142. doi:10.1002/pon.3412
- 4) Boelen PA, Prigerson HG. The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: a prospective study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;257(8):444-52. doi: 10.1007/s00406-007-0744-0
- 5) Aoyama M, Sakaguchi Y, Morita T, et al. Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders. *Psychooncology*. 2018; 27(3): 915-921. doi: 10.1002/pon.4610
- 6) Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*. 2009;8(2):67-74. doi: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x
- 7) Nielsen MK, Neergaard MA, Jensen AB, Bro F, Guldin MB. Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers: a systematic review of caregiver studies

- during end-of-life caregiving and bereavement. *Clin Psychol Rev.* 2016;44:75–93.  
doi:10.1016/j.cpr.2016.01.002
- 8) Breen LJ, Aoun SM, O'Connor M, Howting D, Halkett GKB. Family caregivers' preparations for death: a qualitative analysis. *J Pain Symptom Manage.* 2018;55(6):1473–1479.  
doi:10.1016/j.jpainsymman.2018.02.0118
- 9) Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry.* 1944/1994;151(6):155–160. doi:10.1176/ajp.151.6.155
- 10) Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick MR, Harvath T. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Res Nurs Health.* 1990;13(6):375–384.  
doi:10.1002/nur.4770130605
- 11) Areia NP, Fonseca G, Major S, Relvas AP. Psychological morbidity in family caregivers of people living with terminal cancer: prevalence and predictors. *Palliat Support Care.* 2019;17(3):286–293. doi:10.1017/S1478951518000044
- 12) Hebert RS, Qianyu D, Schulz R. Preparedness for the death of a loved one and mental health in bereaved caregivers of patients with dementia: findings from the REACH study. *J Palliat Med.* 2006;9(3):683–693. doi:10.1089/jpm.2006.9.683
- 13) Hauksdottir A, Valdimarsdottir U, Furst CJ, Onelov E, Steineck G. Health care-related predictors of husbands' preparedness for the death of a wife to cancer: a population-based follow-up. *Ann Oncol.* 2010;21(2):354–361. doi:10.1093/annonc/mdp313
- 14) Hebert RS, Schulz R, Copeland VC, Arnold RM. Preparing family caregivers for death and bereavement: insights from caregivers of terminally ill patients. *J Pain Symptom Manage.* 2009;37(1):3–12. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.12.010
- 15) Wen FH, Chou WC, Hou MM, et al. Associations of death-preparedness states with



- bereavement outcomes for family caregivers of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2022;31(3):450–459. doi:10.1002/pon.5827
- 16) 喜多下 真里, 糸島 陽子. 終末期がん患者を抱える家族員の予期悲嘆へのケアに関する一般病棟で勤務する看護師の認識. *日本がん看護学会誌*. 2017;31:45-53.
- 17) 升川 研人, 平山 英幸, 宮下光令. データでみる日本の緩和ケアの現状. *ホスピス・緩和ケア白書 2022*. 青海社. 2022年3月. 68-109. Available from:  
[https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyo\\_2022/2-1.pdf](https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyo_2022/2-1.pdf)  
Accessed September 10, 2023.
- 18) Hudson P, Remedios C, Zordan R, et al. Guidelines for the psychosocial and bereavement support of family caregivers of palliative care patients. *J Palliat Med*. 2012;15(6):696–702. doi:10.1089/jpm.2011.0466
- 19) Shore JC, Gelber MW, Koch LM, Sower E. Anticipatory grief: an evidence-based approach. *J Hosp Palliat Nurs*. 2016;18(1):15–9. doi:10.1097/NJH.0000000000000208
- 20) 新藤 さえ, 杉村 鮎美, 光行 多佳子, 杉田 豊子, 安藤 詳子. がん患者の家族の予期悲嘆に対する緩和ケア病棟における看護支援の構造. *死の臨床*. 2018;41(1):152-60.
- 21) 上野 栄一. 看護師における患者とのコミュニケーションスキル測定尺度の開発. *日本看護学会誌*. 2005;25(2):47-55.
- 22) Frommelt KH. Attitudes toward care of the terminally ill: an educational intervention. *Am J Hosp Palliat Care*. 2003;20(1):13–22. doi:10.1177/104990910302000108
- 23) 中井 裕子, 宮下 光令, 笹原 朋代. 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,短縮版の作成まで. *がん看護*. 2006;11(6):723-9.
- 24) Weiss SJ, Davis HP. Validity and reliability of the Collaborative Practice Scales. *J Nurs Res*.

1985;34(5):299–305. doi:10.1097/00006199-198509000-00010

- 25) 小味 慶子, 大西 麻未, 菅田 勝也. Collaborative Practice Scales 日本語版の信頼性・妥当性と  
医師・看護師間の協働的実践の測定. 日本看護管理学会誌. 2010;14(2):15-21.  
doi:10.19012/janap.14.2\_15
- 26) Harding Y, Ishibashi Y, Mori M, Yano M, Ando M. Relationship between death conference  
experiences and nurses' terminal care. *Open Nurs J.* 2020;10(4):381–395.  
doi:10.4236/ojn.2020.104026
- 27) Cohen J. 1988. *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)* [Internet].  
Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates. Published April 2023. Available from:  
<http://utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>. Accessed  
September 10, 2023.
- 28) Kehl KA. How hospice staff members prepare family caregivers for the patient's final days  
of life: an exploratory study. *J Palliat Med.* 2015;29(2):128–137.  
doi:10.1177/0269216314551320
- 29) Miyashita M, Morita T, Sato K, Hirai K, Shima Y, Uchitomi Y. Good death inventory: a  
measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain  
Symptom Manage.* 2008;35(5):486–498. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.07.009
- 30) Garrido MM, Prigerson HG. The end-of-life experience: modifiable predictors of caregivers'  
bereavement adjustment. *Cancer.* 2014;120(6): 918–925. doi:10.1002/cncr.28495
- 31) Mori M, Yoshida S, Shiozaki M, et al. “What I did for my loved one is more important than  
whether we talked about death”: a nationwide survey of bereaved family members. *J Palliat  
Med.* 2018;21(3):335–341. doi:10.1089/jpm.2017.0267
- 32) Witkamp FE, Zuylen L, Borsboom G, Rijt CCD, Heide A. Dying in the hospital: what happens

- and what matters, according to bereaved relatives. *J Pain Symptom Manage.* 2015;49(2):203–213. doi:10.1016/j.jpainsymman.2014.06.013
- 33) Keene EA, Hutton N, Hall B, Rushton C. Bereavement debriefing sessions: an intervention to support health care professionals in managing their grief after the death of a patient. *Pediatr Nurs.* 2010;36(4):185-9; quiz 90.
- 34) Harder N, Lemoine J, Harwood R. Psychological outcomes of debriefing healthcare providers who experience expected and unexpected patient death in clinical or simulation experiences: A scoping review. *J Clin Nurs.* 2020;29(3-4):330-46. doi: 10.1111/jocn.15085
- 35) Hirvonen OM, Leskelä RL, Grönholm L, et al. The impact of the duration of the palliative care period on cancer patients with regard to the use of hospital services and the place of death: a retrospective cohort study. *BMC Palliat Care.* 2020;19(1):37. doi:10.1186/s12904-020-00547-8
- 36) 神坂 登世子, 松下 年子, 大浦 ゆう子. 認定看護師の活動と活用に対する意識. 日本看護研究学会雑誌. 2010;33(4):4\_73-4\_84. doi: 10.15065/jjsnr.20100121007
- 37) 高山 智子. がん相談支援センター・がん専門相談員の役割. がん専門相談員のための学習の手引き～実践に役立つエッセンス～第3版. 国立がん研究センターがん対策情報センター. 2020年2月. 2-13. Available from:  
[https://ganjoho.jp/med\\_pro/training/consultation/pdf/gakushu\\_guide03.pdf](https://ganjoho.jp/med_pro/training/consultation/pdf/gakushu_guide03.pdf).  
Accessed September 10, 2023.
- 38) 緩和ケア推進検討会. 緩和ケア推進報告書. 2016年4月. Available from:  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000120736.pdf>. Accessed September 10, 2023.

表1 対象者背景 (n=561)

		一般病棟		緩和ケア病棟		p
		n	%	n	%	
性別	男性	28	8.0%	10	4.7%	.088
	女性	321	92.0%	202	95.3%	
年齢 (Mean ± SD)		33.0±9.3		40.0±9.6		<.001
最終学歴	専門学校	106	30.4%	46	21.7%	.078
	短大/大学/大学院	241	69.1%	165	77.8%	
死別経験	有	226	64.8%	162	76.4%	.013
看護師経験年数 (Mean ± SD)		10.5±8.7		16.8±9.5		<.001
部署経験年数 (Mean ± SD)		3.5±2.7		4.5±3.8		<.001
がん関連の認定・専門看護師		3	0.9%	15	7.1%	<.001
研修参加	緩和ケア	167	47.9%	190	89.6%	<.001
	家族ケア	107	30.7%	137	64.6%	<.001
	生と死	48	13.8%	76	35.8%	<.001
看取り経験	0-5人	56	16.1%	4	1.9%	<.001
	6-40人	186	53.6%	64	30.5%	
	41人以上	105	30.3%	142	67.6%	
コミュニケーションスキル (Mean ± SD)		3.4±0.4		3.5±0.4		.004
終末期ケアの前向きさ <sup>b</sup> (Mean ± SD)		9.8±1.8		11.2±2.0		<.001
身近な相談相手	同僚	273	78.2%	191	90.1%	<.001
	上司	235	67.3%	156	73.6%	.130
	緩和ケアチーム	188	53.9%	78	36.8%	<.001
	認定・専門看護師	129	37.0%	132	62.3%	<.001
がん専門相談員との連携 (Mean ± SD)		3.2±1.3		3.4±1.4		0.128
医師との協働 <sup>c</sup> (Mean ± SD)		3.0±0.9		3.2±1.0		.009
デスカンファレンスの開催頻度	定例	95	27.2%	129	60.8%	<.001
	必要時 減多に/ない	162	46.4%	64	30.2%	
		91	26.1%	18	8.5%	

SD, standard deviation.

<sup>a</sup> 患者とのコミュニケーションスキル測定尺度

<sup>b</sup> Frommelt ターミナルケア態度尺度日本語版の下位尺度: 死にゆく患者へのケアの前向きさ

<sup>c</sup> Collaborative Practice Scale 日本語版

表2 終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”への支援の構造：記述統計と第1段階の因子分析

No	項目	Mean/SD	i	ii	iii	iv	v	vi	vii
<b>(i) 家族が患者と時間を共有することで死別への心構えを持つための支援</b>		<b>4.55±0.75</b>							
31.	家族が十分に患者との別れができるように看取りの環境を整える	4.13±0.76	<b>.96</b>	.03	.06	.00	.01	-.04	-.13
30.	臨終に向かう患者の身体的変化を家族に説明し、心の準備を整える	4.06±0.83	<b>.87</b>	.02	.02	.01	-.04	.03	.00
33.	患者と家族と一緒に過ごせる時間をつくり、気持ちを表出できるように配慮する	4.20±0.77	<b>.84</b>	-.05	-.01	-.04	.06	-.02	.03
32.	患者の死が近づき家族がパニック状態に陥った際は、家族を落ち着かせる	4.07±0.78	<b>.77</b>	.03	.01	.05	.07	-.01	.01
26.	患者の臨終に立ち会えるよう、家族が適切に休息できるよう配慮する	4.14±0.74	<b>.61</b>	.09	-.06	-.06	.11	.05	.17
35.	家族が葬儀の準備ができるよう支援する	4.12±0.88	<b>.53</b>	-.10	-.03	.16	.18	.03	.02
28.	外出や外泊などの希望を聞き、患者と家族がともに過ごせる計画を立てる	3.89±0.84	<b>.53</b>	.20	.03	-.03	-.06	.14	.08
29.	家族関係の多様性を考慮し、家族に患者との関わりを無理強いしない	3.95±0.78	<b>.52</b>	.07	.13	-.04	.04	-.02	.26
25.	患者の病気が家族の生活に与える影響を確認し、家族が自分の時間を持てるよう支援する	3.87±0.82	<b>.40</b>	.19	-.04	.00	.03	.02	.39
<b>(ii) 患者と家族が家族の絆を深めるための支援</b>		<b>3.55±0.79</b>							
17.	患者と家族が自分たちの人生で大切にしてきたことを振り返るきっかけをつくる	3.53±0.94	.02	<b>.84</b>	-.08	.01	.07	.02	.01
18.	残された時間をどのように過ごすか、患者と家族と話し合える機会を設ける	3.45±0.97	.11	<b>.80</b>	.01	.07	-.08	.03	-.05
19.	患者と家族が共通の趣味や家族のことなどを話せるような雰囲気をつくる	3.63±0.93	.00	<b>.70</b>	.04	-.01	.13	.02	.05
20.	患者の病気に伴う家族内での役割の変化を聞き、相談に応じる	3.41±0.94	.00	<b>.66</b>	.09	.12	.01	-.01	.05
15.	家族の都合を配慮したうえで、家族と一緒に患者のケアをする	3.74±0.90	-.01	<b>.45</b>	.03	-.01	.40	-.06	.06
<b>(iii) 家族が患者の予後を理解するための支援</b>		<b>3.74±0.71</b>							
2.	予後告知時に家族同士で支えあえるように、複数の家族が参加できる面談日時を設定する	3.68±0.95	-.07	.15	<b>.71</b>	-.06	.02	.04	-.05
3.	患者の予後を子どもにどのように伝えるか尋ね、相談に応じる	3.45±0.98	-.06	.09	<b>.68</b>	.09	-.04	.07	.04
1.	医師による予後告知などの面談時に、できるだけ同席する	3.92±0.91	.12	-.05	<b>.67</b>	.00	.00	-.08	-.01
4.	積極的治療の終了や患者の予後についての家族の理解を評価し、不足があれば補い、医師との面談を設定する	3.86±0.83	.20	-.14	<b>.62</b>	.06	.08	.03	.08
5.	家族が見通しを立てられるように、家族が耐えうる範囲内の情報を徐々に提供する	3.77±0.78	.11	.03	<b>.47</b>	.10	.10	.11	.07

<b>(iv) 家族が死別に伴う課題に対処するための支援</b>	<b>3.00±0.98</b>								
10.死別後の心配ごと（残される家族のこと、財産管理など）について患者と家族で話し合ったかどうか確認し、相談窓口等を紹介するなど相談に応じる	2.91±1.08	.02	.03	-.03	<b>.98</b>	.02	-.08	-.05	
9.死別までの実務的準備（金銭面、介護休暇、葬儀など）について確認し、相談窓口等を紹介するなど相談に応じる	3.17±1.06	-.06	-.14	-.04	<b>.72</b>	.07	.20	.13	
11.死別後の強い悲嘆反応が予期できる場合、遺族会など患者の死後のケアの場があることを伝え、必要時、相談に応じる	2.91±1.18	.06	.30	.09	<b>.62</b>	-.15	-.06	-.07	
<b>(v) 家族が安心できるような患者への十分なケア</b>	<b>4.11±0.64</b>								
14.家族が安心するように、患者が安楽に過ごせるようケアし、家族からの信頼を得る	4.11±0.72	.17	.06	-.08	.02	<b>.70</b>	.04	.08	
13.十分な時間が取れなくても、家族が患者のケアに参加する努力を評価する	4.15±0.73	.20	.05	.02	-.04	<b>.67</b>	.05	.00	
12.患者と家族の関係性を支えるために、家族のいない間の患者の様子を家族に伝える	4.15±0.73	.29	.01	.13	-.02	<b>.64</b>	-.04	-.18	
16.「患者のケアをしっかりとしてほしい」という家族の想いに配慮し、患者の病状変化や安楽に関する情報を提供する	4.04±0.72	.22	.14	.03	.01	<b>.51</b>	-.01	.08	
<b>(vi) 患者と家族が療養場所を選択するための支援</b>	<b>3.71±0.83</b>								
7.緩和ケア病棟や在宅療養などの療養先に関する情報を提供する	3.72±0.93	.07	.03	.05	-.03	-.03	<b>.95</b>	.06	
8.訪問診療や訪問看護などの在宅支援サービスについて情報提供する	3.62±0.94	-.02	.02	.08	.13	.05	<b>.73</b>	.06	
6.現時点または病状悪化時の療養場所の希望を確認し、相談に応じる	3.79±0.84	.08	-.01	.32	-.01	.00	<b>.48</b>	.06	
<b>(vii) 家族が悲嘆を表出するための支援</b>	<b>3.05±0.60</b>								
24.家族には自分の気持ちをうまく表現できない、したくないという時期や事情があることを認め、見守る	3.88±0.84	.20	.03	.06	.01	-.06	-.04	<b>.76</b>	
22.家族が表出する怒りや敵意は悲嘆の表れであることを考慮し関わる	3.78±0.83	.11	.20	.01	.03	.02	-.01	<b>.60</b>	
23.泣いたり、動揺したりするのは当然の反応であることを家族に伝え、感情表出を促す	3.96±0.82	.26	.08	-.02	-.01	.01	.02	<b>.59</b>	
21.家族の罪責感、愛憎の感情が生じるのは正常な現象であることを考慮して関わる	3.65±0.90	.10	.28	.08	-.02	.02	-.05	<b>.48</b>	
	固有値	16.96	2.56	1.87	1.06	1.03	0.89	0.71	

*SD, standard deviation*

探索的因子分析（最尤法，プロマックス回転）を行った。

「常に行っている：5」から「行っていない：1」の5段階評定。

表3 終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”への支援の構造：第2段階の因子分析および実践度の病棟間比較

項目	第1因子	第2因子	一般病棟	緩和ケア病棟	ES	Adj P
			Mean/SD	Mean/SD		
<b>I: 看護師主体による家族支援 (<math>\alpha=.91</math>)</b>			<b>3.74±0.63</b>	<b>4.18±0.54</b>	<b>0.76</b>	<.001
(i) 家族が患者と時間を共有することで死別への心構えを持つための支援 ( $\alpha=.95$ )	<b>.88</b>	.05	4.35±0.75	4.89±0.62	0.79	<.001
(v) 家族が安心できるような患者への十分なケア ( $\alpha=.90$ )	<b>.84</b>	.01	3.95±0.64	4.37±0.55	0.69	<.001
(vii) 家族が悲嘆を表出するための支援 ( $\alpha=.91$ )	<b>.80</b>	.09	2.93±0.61	3.26±0.52	0.59	<.001
(ii) 患者と家族が家族の絆を深めるための支援 ( $\alpha=.90$ )	<b>.59</b>	.24	3.39±0.79	3.81±0.73	0.54	<.001
<b>II: 多職種連携による家族支援 (<math>\alpha=.82</math>)</b>			<b>3.39±0.73</b>	<b>3.76±0.62</b>	<b>0.55</b>	<.001
(iv) 家族が死別に伴う課題に対処するための支援 ( $\alpha=.85$ )	-.03	<b>.75</b>	2.82±0.98	3.29±0.90	0.50	<.001
(vi) 患者と家族が療養場所を選択するための支援 ( $\alpha=.90$ )	.15	<b>.72</b>	3.60±0.85	3.89±0.75	0.36	.001
(iii) 家族が患者の予後を理解するための支援 ( $\alpha=.86$ )	.23	<b>.68</b>	3.60±0.73	3.96±0.63	0.53	<.001
全7下位因子の Cronbach's $\alpha = .91$						
	固有値	4.68	0.81			

$\alpha$ , Cronbach's alpha; *SD*, standard deviation; *ES*, effect size (0.2-0.5:小さい差, 0.5-0.8:中等度の差, 0.8-:大きな差)

Adj P は看護師経験年数で調整した p 値 (一般病棟 vs. 緩和ケア病棟)

探索的因子分析 (最尤法, プロマックス回転) を行った.

小文字のローマ数字は第1段階の因子、大文字のローマ数字は第2段階の因子を示す.

表4 終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”への支援の関連要因（単変量解析）

項目 (reference)	I. 看護師主体による家族支援				II. 多職種連携による家族支援				
	一般病棟		緩和ケア病棟		一般病棟		緩和ケア病棟		
	Std. beta	p	Std. beta	p	Std. beta	p	Std. beta	p	
性別	女性（男性）	0.02	.752	0.04	.579	-0.03	.529	0.06	.384
年齢		0.10	.517	-0.09	.541	0.10	.505	-0.12	.397
最終学歴	短大/大学/大学院 (専門学校)	-0.01	.829	0.00	.991	-0.14	.013	-0.02	.771
死別経験	有（無）	0.12	.026	-0.06	.421	-0.02	.696	0.03	.682
部署経験年数		-0.03	.643	0.38	<.001	-0.06	.269	0.25	.001
認定・専門看護師資格	有（無）	0.09	.101	0.18	.012	0.12	.031	0.08	.228
研修参加									
緩和ケア	有（無）	0.18	.001	0.12	.102	0.17	.002	0.02	.775
家族ケア	有（無）	0.16	.004	0.35	<.001	0.16	.003	0.33	<.001
生と死	有（無）	0.19	<.001	0.25	<.001	0.20	<.001	0.22	.002
看取り経験（人）	6-40（0-5）	0.21	.006	-0.06	.749	0.18	.017	-0.29	.126
	≥40（0-5）	0.26	.002	0.23	.238	0.15	.073	0.01	.970
コミュニケーションスキル <sup>a</sup>		0.52	<.001	0.59	<.001	0.43	<.001	0.54	<.001
終末期ケアの前向きさ <sup>b</sup>		0.31	<.001	0.40	<.001	0.21	<.001	0.30	<.001
身近な相談相手									
同僚	有（無）	0.09	.085	0.00	.976	0.10	.054	0.01	.915
上司	有（無）	0.04	.420	0.09	.198	0.02	.688	0.12	.075
緩和ケアチーム	有（無）	0.07	.179	0.11	.121	0.10	.072	0.13	.064
認定・専門看護師	有（無）	0.22	<.001	0.04	.600	0.27	<.001	0.00	.977
がん専門相談員との連携		0.20	<.001	0.14	.042	0.22	<.001	0.22	.002
医師との協働 <sup>c</sup>		0.41	<.001	0.41	<.001	0.46	<.001	0.44	<.001
デスカンファレンス	必要時（なし）	0.18	.005	0.22	.066	0.20	.002	0.21	.077
開催頻度	定例（なし）	0.11	.091	0.41	.001	0.16	.015	0.38	.001

Std. beta, standardized partial regression coefficient.

看護師経験年数で調整して単変量解析を行った。

<sup>a</sup> 患者とのコミュニケーションスキル測定尺度

<sup>b</sup> Frommelt ターミナルケア態度尺度日本語版の下位尺度: 死にゆく患者へのケアの前向きさ

<sup>c</sup> Collaborative Practice Scale 日本語版



表5 終末期がん患者家族の“死別と喪失に対する準備”への支援の関連要因（多変量解析）

項目 (reference)	I. 看護師主体による家族支援				II. 多職種連携による家族支援			
	一般病棟		緩和ケア病棟		一般病棟		緩和ケア病棟	
	Std. beta	p	Std. beta	p	Std. beta	p	Std. beta	p
最終学歴 短大/大学/大学院(専門学校)	—		—		-0.12	.008	—	
研修参加								
緩和ケア 有(無)	—		—		—		—	
家族ケア 有(無)	—		0.18	.002	—		—	
生と死 有(無)	—		—		—		—	
コミュニケーションスキル <sup>a</sup>	0.38	<.001	0.49	<.001	0.25	<.001	0.40	<.001
終末期ケアの前向きさ <sup>b</sup>	0.18	<.001	0.24	<.001	—		0.15	.008
身近な相談相手								
同僚 有(無)	—		—		0.12	.009	—	
上司 有(無)	—		—		—		—	
緩和ケアチーム 有(無)	—		—		—		—	
認定・専門看護師 有(無)	0.12	.009	—		0.20	<.001	—	
がん専門相談員との連携	—		—		0.15	.001	0.15	.006
医師との協働 <sup>c</sup>	0.19	<.001	—		0.29	<.001	0.22	.001
デスカンファレンス 必要時(なし)	0.11	.016	—		—		—	
開催頻度 定例(なし)	—		—		—		—	
	R <sup>2</sup>	0.36	0.44		0.35		0.40	
	Adjusted R <sup>2</sup>	0.35	0.43		0.33		0.38	

Std. beta, standardized partial regression coefficient.

単変量解析で p<0.10 だった項目を用いて看護師経験年数調整して重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。

<sup>a</sup> 患者とのコミュニケーションスキル測定尺度

<sup>b</sup> Frommelt ターミナルケア態度尺度日本語版の下位尺度: 死にゆく患者へのケアの前向きさ

<sup>c</sup> Collaborative Practice Scale 日本語版