原　著

急性期病院の病棟で緩和ケアを行う看護師の倫理的悩みと看護師の問題解決行動との関連

古川　智恵[1)]，森　　京子[2)]

[1)]聖泉大学看護学部

[2)]名古屋学芸大学看護学部

（2024 年 3 月 19 日受付）

要旨：目的：本研究の目的は，急性期病院の病棟で緩和ケアを実践する看護師の倫理的悩みと看護師の問題解決行動との関連要因を明らかにすることである．

対象と方法：対象者は，日本緩和医療学会の認定研修施設 517 施設のうち，入院病床をもつ 465 施設の病棟に勤務する看護師とした．調査方法は，自記記入式質問紙調査法であり，質問項目は，基本属性，日本語版 MDS-R（JMDS-R），および看護師の問題解決行動自己評価尺度（PSSN）を用いた．

結果：質問紙は 2,431 部配布し，1,265 名から回収できた（回収率 52.0％）．同意確認欄にチェックのなかったものや未記入のものを除く 1,241 名のうち病棟看護師 1,005 名（41.3％）を分析対象とした．JMDS-R 得点を中央値 46 点で『低得点群』と『高得点群』に分けて分析したところ，『高得点群』は『低得点群』より，PSSN の「総合得点」，「問題解決のための情報収集と査定を繰り返す」，「問題解決に向け患者の意向を確認する」，「問題の優先順位を見極め患者の要望に柔軟に応じる」，「円滑に問題を解決するため医療チームメンバーと協働する」で有意に得点が低かった．さらに，JMDS-R 得点を従属変数，PSSN の 9 下位尺度と総合得点，看護師経験年数と緩和ケア看護経験年数の 12 項目を独立変数として検討した．その結果，JMDS-R 得点は，「患者自身が問題を解決できるよう支援する」と「緩和ケア看護経験年数」は正の要因であり，「問題解決に向け患者の意向を確認する」と「円滑に問題を解決するため医療チームメンバーと協働する」は負の要因であった．

結論：緩和ケアを実践する看護師は，患者自身で問題を解決できるように看護を実践しており，その実践の中で看護師が抱えている悩みの核心を見極め，対策を講じる必要性が示唆された．コロナにより活動が難しかった横断チームが再開され，それぞれの専門職が患者と家族にとって最良の方法についてディスカッションできることが望まれる．

（日職災医誌，72：145―151，2024）

―キーワード―

倫理的悩み，緩和ケア，看護問題解決行動

I. 緒　　言

わが国における死因の第 1 位はがんであり，2022 年には 385,797 人ががんで死亡している[1)]．厚生労働省[2)]はがん対策として 2023 年の第 4 期がん対策推進基本計画において，「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」を掲げている．

がん終末期では，疼痛や呼吸困難などの身体症状にとどまらず，社会的・精神的・スピリチュアルな要因が互いに影響し合い，複合的な苦痛を形成する[3)]．そのため，緩和ケアを実践する看護師には，患者のトータルペインを理解しつつ，多様な症状を自覚する患者へ柔軟な対応を行う能力が求められている．これまで，がん緩和ケアの看護実践能力に関する報告は，がん診療連携拠点病院に勤務する外来看護師に焦点をあてたもの[4)]や，日常生活援助に対する熟練看護師の思考[5)]，緩和ケア病棟を併設していない病院の緩和ケアの実態調査[6)]などが散見される．しかしながら，これらの報告はいずれも看護師の認識やケアの取り組みの状況を明らかにしたものであり，がん終末期患者をケアするうえで看護師が直面する様々な倫

理的悩みに対し看護師がどのような実践をしているかを明らかにした報告はこれまでのところ見られない.

看護師の倫理的悩みでは，Hamric ら[7]が開発した改訂倫理的悩み測定尺度（the Moral Distress Scale-Revised；MDS-R）の日本語版（JMDS-R）[8]を作成したものや實金ら[9]が開発した倫理的悩み尺度，重症心身障害児（者）病棟に勤務する看護師に対する倫理的悩みを測定する尺度[10]などがある．本研究では，米国で汎用され，日本語に翻訳された JMDS-R を使用することとした.

以上のことから，本研究の目的は，緩和ケアを実践する病棟看護師の倫理的悩みと看護師の問題解決行動の関連要因を明らかにすることとした．本研究は，倫理的悩みの高い看護師はどのような問題解決行動を行っているかを明らかにすることにより，がん緩和ケアを実践する看護師の実践能力を向上させるための示唆を得ることができ意義があると考えた.

II. 方　　法

本研究の分析データは，看護師の緩和ケアにおける倫理的悩みと看護師の問題解決行動の関連要因を調査したものをデータベースとし，本研究の目的に合わせて，病棟看護師に焦点を当てて分析した.

1. 対象者

本研究では，日本緩和医療学会の認定研修施設 517 施設（2022 年 4 月）のうち，入院病床をもつ 465 施設の病棟に勤務する看護師とした.

2. 操作的用語の定義

本研究における看護師の問題解決行動とは，看護師が患者とかかわるときに直面する問題を解決する手段がすぐにはわからず，また習慣的な手段では解決できない身体，心理，社会的問題に直面したとき，あれこれ手段を探索し，緩和ケアが必要な患者に対して正しい手段を発見し，解決を目指すこととする.

3. 調査方法

1）研究の手続き

465 施設のうち研究協力の承諾が得られた 162 施設に必要部数の質問紙を送付した. 調査時期は 2022 年 7 月であった.

2）質問項目

属性として，性，年齢，看護師経験年数，緩和ケア看護経験年数，緩和ケアに関連する資格，最終学歴，職位，所属部署さらに緩和ケアの学習会の参加（院内・院外）の有無について尋ねた.

看護師の倫理的悩みの尺度は，石原ら[8]が翻訳した日本語版 MDS-R（JMDS-R）を使用した．JMDS-R は，倫理的悩みに関する 21 項目について「経験の頻度」と「悩みの程度」で回答する．経験の頻度は，「全く経験しない＝0」～「常に経験する＝4」の 5 段階で回答する．悩みの程度は，経験の有無に関わらず，質問項目についてどの程度悩むのかを「なし＝0」～「常に＝4」の 5 段階で回答する．MDS-R では，繰り返し倫理的ジレンマなどを体験することにより倫理的悩みを現象として相乗効果が生じるとしている．そのため，各項目は「経験の頻度」と「悩みの程度」の得点を掛け合わせ，21 項目の合計が MDS-R 得点となる．つまり，21 項目のそれぞれの得点範囲は 0～16 点，MDS-R 得点の範囲は 0～336 点となり，MDS-R 得点が高いほど倫理的悩みがあることを示す．なお，MDS-R の Cronbachα 信頼係数は 0.89，JMDS-R の Cronbachα 信頼係数は 0.86 であり信頼性が確認されている.

緩和ケアを実践している看護師の問題解決行動の評価は，看護師の問題解決行動自己評価尺度（Problem Solving Scale for Nurses；PSSN）[11]を用いた．この尺度は，服部らによって，看護実践を展開している看護師が，患者に生じる問題を解決するために必要な行動をどの程度とれているのかを具体的かつ客観的に把握するために開発されたものである．看護師の看護実践能力の評価尺度は散見される[12]が，本研究では，看護師が緩和ケア患者へ看護実践を行う際に直面した問題にどのように対処しているかを明らかにすることであり，本尺度を使用することが望ましいと考えた．尺度の質問項目は，問題解決行動自己評価を表しており，看護師が患者の問題を解決へ導いた場面を質的帰納的に解明した研究の成果に基づき作成されている. 総合得点および 9 下位尺度 45 質問項目から構成されており，各下位尺度の内容は，問題解決のための情報収集と査定を繰り返す，問題解決に向け患者の意向を確認する，問題の優先順位を見極め患者の要望に柔軟に応じる，円滑に問題を解決するため医療チームメンバーと協働する，患者が拒絶する援助を受け入れられるよう説得する，患者自身が問題を解決できるよう支援する，個別状況に応じて援助を工夫する，治療や援助によって生じやすい問題の発生を未然に防ぐ及び援助の効果を判定して支援する，によって構成されている．各質問項目への回答方法は，「かなり当てはまる＝5」～「全く当てはまらない＝1」の 5 件法である．得点範囲は 45 点～225 点であり，得点が高いほどその看護師の問題解決行動の評価が高いと判断する．この看護師の問題解決行動自己評価尺度全体の Cronbachα 信頼係数は 0.97 であり信頼性が確認されている．本尺度の使用について開発者の許可を得ている（2022 年 2 月 23 日）.

4. 分析方法

JMDS-R 得点について Shapiro-Wilk の検定を行ったところ非正規分布であった（$p<0.05$）.

JMDS-R 得点と PSSN 得点の比較では，病棟で緩和ケアを実践する看護師の倫理的悩みは看護師の問題解決行動のうちどの項目に差があるのかを示すこととした．PSSN 得点についても非正規分布であった（$p<0.05$）ことから，JMDS-R 得点の代表値には中央値と四分位範囲を

求めた．JMDS-R を中央値で『低得点群』と『高得点群』の 2 群に分け，2 群間の比較には Mann-Whitney 検定を用いた．

さらに，JMDS-R 得点と関連する要因では，JMDS-R の関連要因を明らかにするために，JMDS-R 得点を従属変数とし，PSSN の 9 下位尺度と総合得点，看護師経験年数と緩和ケア看護経験年数の 12 項目を独立変数として重回帰分析を行った．解析は精度を考慮して強制投入法を用いた．JMDS-R 得点と独立変数 2 項目との関連を Spearman の相関係数で確認したが，0.7 以上の強相関は認められなかった．

統計解析には，IBM SPSS Statistics ver.28（IBM 社，Armonk，NY，USA）を使用し，有意水準は 0.05 とした．

5. 倫理的配慮

研究者は，調査協力施設の看護部長に対し，質問紙は無記名であり，研究への参加は自由意思であること，研究への参加・不参加によって不利益を生じないこと等を記載した依頼文で説明し，研究協力の承諾を得た．

また，研究者は，研究対象者に質問紙は無記名であり，研究への参加は自由意思であること，研究への参加・不参加によって不利益を生じないこと，研究データの使用目的と管理，守秘義務，同意の撤回，研究結果の公表について依頼文で説明し，同意を得た．さらに，上司に対して回答の有無や回答内容について守秘義務を遵守することを保証した．研究への参加の意思は質問紙の投函，および回収された質問紙の同意確認欄にチェックされていることを研究者が確認した．本研究は，姫路大学の研究倫理審査委員会の承認（承認番号 2020-08）後に調査を開始した．

III. 結　　果

質問紙は 2,431 部配布し，1,265 名から回収できた（回収率 52.0%）．同意確認欄にチェックのなかったものや未記入の物を除く 1,241 名のうち病棟看護師 1,005 名（41.3%）を分析対象とした．

1. 対象者について

対象者は，956 名（95.1%）が女性で，平均年齢 40.4 ± 9.9 歳，看護師経験年数 16.7 ± 9.4 歳で 10〜19 年が 33.9% と最も多く，次いで 20〜29 年が 30.4% を占めていた．緩和ケア看護経験年数 6.4 ± 6.8 年であった．緩和ケアに関する資格ありは 121 名で，そのうち緩和ケア認定看護師は 87 名と最も多く，次いでがん看護専門看護師の 19 名であった．最終学歴では，専門・専修学校に次いで 4 年制大学が多かった．緩和ケアの学習会への参加の有無では，ありと回答した者が院内で 46.5% であったが，院外では 15.3% に留まっていた（表 1）．

2. 倫理的悩み得点（JMDS-R）について

JMDS-R 得点の中央値（四分位範囲）は 46（22，80）点で，平均値 ± 標準偏差は 55.4 ± 43.1 点であった（図 1）．

3. PSSN 得点について

PSSN 総合得点と 9 つの下位尺度について，JMDS-R 得点を中央値 46 点で『低得点群』と『高得点群』に分けて分析したところ，『高得点群』は『低得点群』より，「総合得点」，「問題解決のための情報収集と査定を繰り返す」，「問題解決に向け患者の意向を確認する」，「問題の優先順位を見極め患者の要望に柔軟に応じる」，「円滑に問題を解決するため医療チームメンバーと協働する」で有意に得点が低かった（表 2）．

4. JMDS-R 得点との関連要因

JMDS-R 得点を従属変数，PSSN 総合得点および 9 下位尺度，看護師経験年数，緩和ケア看護経験年数の 12 項目を独立変数とし重回帰分析を行った．JMDS-R 得点は，「患者自身が問題を解決できるよう支援する」（$\beta = 0.213$，$p < 0.001$）と「緩和ケア看護経験年数」（$\beta = 0.070$，$p = 0.038$）は正の要因であり，「問題解決に向け患者の意向を確認する」（$\beta = -0.130$，$p = 0.012$）と「円滑に問題を解決するため医療チームメンバーと協働する」（$\beta = -0.278$，$p < 0.001$）は負の要因であった．つまり，これらの実践が看護師の問題解決行動に関連していた（表 3）．

IV. 考　　察

日本看護協会の 2021 年看護職員実態調査[13]によると，看護師経験年数の平均は，「10〜19 年」が最も多く，次いで「20〜29 年」であり，本研究の対象者の分布と一致していた．つまり，看護師の経験年数の分布に応じた対象者が抽出されていると言える．直成ら[14]は 2016 年に全国のがん診療連携拠点病院 32 施設の看護経験 5 年以上の看護師を対象に調査を行い，過去 5 年間のがん看護に関する研修の参加について院内は 92.7%，院外は 84.1% であったことを明らかにしている．しかしながら，本研究は 2022 年の 7 月に調査を実施したことから，対象者は，院内が 46.5%，院外が 15.3% にとどまっている．つまり，新型コロナウイルス感染（コロナ）拡大以前は，緩和ケアに関する研修会に看護師は積極的に参加していたが，コロナによって研修に参加する機会が減少していたことが窺われる．

本研究の対象者の JMDS-R 得点の平均は，55.4 点であった．石原らの調査[8]では，平均 34.3 点，中村ら[15]の調査では平均 50.8 点であり，本研究の対象者の方が倫理的悩みの得点が高かった．ターミナル後期および臨死期の患者は，日に日に全身状態が変化するため，治療マニュアルも決まった形のケアも存在しない[16]．看護師はコロナで患者へのケアが限られる中で，患者の苦痛に直面しどのように症状緩和を行えば良いのかに苦慮し，また，患者の希望を叶えるための援助[17]に苦慮していたのではないかと推察された．これらのことから，患者の症状緩和や患者と家族への関わりといった看護実践への困難から倫理的悩みの得点が高くなったのではないかと推察さ

表 1　属性

項目			n（%） または 平均値 ± 標準偏差
性	男性		49（4.9）
	女性		956（95.1）
年齢（歳）			40.0 ± 9.9
看護師経験年数（年）			16.7 ± 9.4
緩和ケア看護経験年数（年）			6.4 ± 6.8
緩和ケアに関連する資格	あり		121（12.0）
	資格の内容 *複数回答あり	がん看護専門看護師	19（15.7）
		緩和ケア認定看護師	87（71.9）
		がん化学療法認定看護師	9（7.4）
		その他	6（5.0）
	なし		880（87.6）
	無回答・不明		4（0.4）
最終学歴	専門・専修学校		644（64.0）
	5 年一貫養成課程		21（2.1）
	3 年制短期大学		90（9.0）
	4 年制大学		233（23.2）
	大学院（修士課程）		6（0.6）
	大学院（博士課程）		4（0.4）
	無回答・不明		7（0.7）
職位	一般職		766（76.2）
	管理職（主任以上）		197（19.6）
	無回答・不明		42（4.2）
緩和ケアの学習会の参加（院内）	あり		467（46.5）
	なし		524（52.1）
	無回答・不明		14（1.4）
緩和ケアの学習会の参加（院外）	あり		154（15.3）
	なし		840（83.6）
	無回答・不明		11（1.1）

n = 1,005

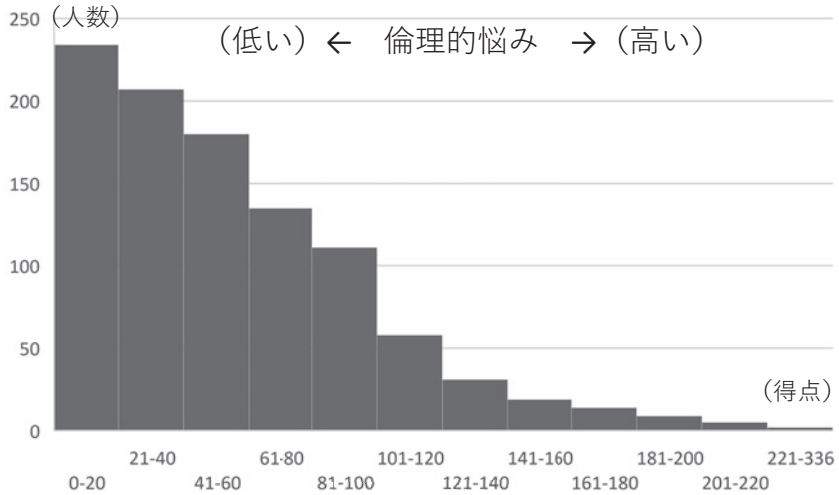

図 1　JMDS-R 得点の分布

れた.

JMDS-R の低得点群では，高得点群と比較して「総合得点」,「問題解決のための情報収集と査定を繰り返す」,「問題解決に向け患者の意向を確認する」,「問題の優先順位を見極め患者の要望に柔軟に応じる」,「円滑に問題を解決するため医療チームメンバーと協働する」実践を行っていた．倫理的悩みの低得点群では，患者の状態をアセスメントし，患者の意向を確認し，多職種と調整して柔

表 2　JMDS-R 得点と PSSN 得点の比較

項目	JMDS-R 得点				*p*
	低得点群（n＝499）		高得点群（n＝506）		
	中央値	Q1 ～ Q3	中央値	Q1 ～ Q3	
PSSN 総合得点	178	164 ～ 192.5	175	162 ～ 190	*0.044*
問題解決のための情報収集と査定を繰り返す	21	20 ～ 25	21	20 ～ 24	*0.022*
問題解決に向け患者の意向を確認する	20	18 ～ 23	20	18 ～ 21	*0.006*
問題の優先順位を見極め患者の要望に柔軟に応じる	20	18 ～ 22	20	18 ～ 20	*0.020*
円滑に問題を解決するため医療チームメンバーと協働する	21	20 ～ 24	20	19 ～ 23	*＜0.001*
患者が拒絶する援助を受け入れられるよう説得する	19	16 ～ 20	18	16 ～ 20	*0.075*
患者自身が問題を解決できるよう支援する	20	18 ～ 22	20	18 ～ 22	*0.982*
個別状況に応じて援助を工夫する	19	16 ～ 20	19	16 ～ 20	*0.745*
治療や援助によって生じやすい問題の発生を未然に防ぐ	20	18 ～ 22	20	18 ～ 22	*0.628*
援助の効果を判定して支援する	20	17 ～ 21	20	17 ～ 21	*0.202*

n＝1,005　　欠損値は除く
JMDS-R：Japanese version of the moral distress scale-revised
PSSN：Problem solving scale for nurses
Q1：第 1 四分位，Q3：第 3 四分位
Mann-Whitney 検定 $p<0.05$
PSSN：得点が高いほど問題解決行動がある
JMDS-R：得点が高いほど倫理的悩みがある

表 3　JMDS-R 得点と関連する要因

	B	β	*p*
問題解決に向け患者の意向を確認する	－1.686	－0.130	0.012
円滑に問題を解決するため医療チームメンバーと協働する	－3.910	－0.278	＜0.001
患者自身が問題を解決できるよう支援する	3.021	0.213	＜0.001
緩和ケア看護経験年数	0.455	0.070	0.038

JMDS-R：Japanese version of the moral distress scale-revised
PSSN：Problem solving scale for nurses
n＝1.005
強制投入法で PSSN の全項目（10 項目）と看護師経験年数，緩和ケア経験年数を投入し，最終モデルに残った項目

軟な対応ができていた．緩和ケアカンファレンスを実施している病棟看護師を対象とした報告と比較[18]して，本研究の対象者の PSSN 得点が高かった．この理由として，2017 年当時と比較すると，がん看護専門看護師や緩和ケア関連の認定看護師が院内で増え，緩和ケアについて学習する機会が増えたことや第 3 期がん対策推進基本計画への取り組みなど，本研究対象者は緩和ケア教育機関に勤務していることから，個人の知識や技術も一般病院の看護師と比較すると高かったのではないかと考えられた．

JMDS-R 得点では，「患者自身が問題を解決できるよう支援する」と「緩和ケア看護経験年数」が正の相関であった．つまり，倫理的悩みは緩和ケア経験が長くなるほど高くなり，この結果は開発者の Hemiric[7]らや，杉本ら[18]の緩和ケアにかかわる看護師の問題解決行動の研究結果と同様であった．経験年数が長くなると，これまでの経験を踏まえてあれこれと手段を講じてケアに取り組むが，患者の症状緩和が思うように図れなければ，ケアに行き詰まり，倫理的悩みが増すのだろうと考えられた．「問題解決に向け患者の意向を確認する」と「円滑に問題を解決するため医療チームメンバーと協働する」が負の要因であった．つまり，倫理的悩みが高いほど，患者の意向の確認や，多職種での協働が実践できていないと考えている．終末期がん患者は，がんの進行に伴う諸症状に対する症状緩和と並行して退院に向けた準備を進めていかなければならない[19]が，患者はがんの進行による諸症状への対処のため考える余裕がなく，家族は在宅療養を受け入れることの難しさに直面し，看護師は医師，患者，家族との間で倫理的課題に直面しているのではないかと推察された．

以上のことから，緩和ケアを実践する看護師は，人生の最終段階にある患者の希望を叶える実践をしたいという思いと現実との間で倫理的悩みを抱えており，その倫理的悩みを解決するために，患者の情報を繰り返し査定し，患者の意向を確認しているのではないかと推察された．緩和ケアを実践する看護師は，患者自身で問題を解

決できるように看護を実践しており，その実践の中で看護師が抱えている悩みの核心を見極め，対策を講じる必要性が示唆された．コロナにより活動が難しかった横断チームが再開され，それぞれの専門職が患者と家族にとって最良の方法についてディスカッションできることが望まれる．

V. 研究の限界と今後の課題

本研究の対象施設は日本緩和医療学会の認定研修施設であったため看護部や対象者が緩和ケアに関心があったり，調査協力の体制が整えられていたりした施設が多かった可能性がある．一般的に看護師は慢性的な人材不足にあるため，調査に協力できなかった施設においては，緩和ケアの取り組みの状況も異なっている可能性がある．

今後は，医師や患者・家族の側面からも個別のデータを積み重ねることで問題の核心を見極め，課題を検討していく必要がある．

VI. 結　　語

本研究では，急性期病院の病棟で緩和ケアを実践する看護師の倫理的悩みと看護師の問題解決行動との関連要因を検討した結果，以下の 3 点が明らかとなった．

1. JMDS-R 得点を中央値で『低得点群』と『高得点群』に分けて分析したところ，『低得点群』では，PSSN の「総合得点」,「問題解決のための情報収集と査定を繰り返す」,「問題解決に向け患者の意向を確認する」,「問題の優先順位を見極め患者の要望に柔軟に応じる」,「円滑に問題を解決するため医療チームメンバーと協働する」について『高得点群』より有意に問題解決行動を行っていた．

2. JMDS-R 得点は,「患者自身が問題を解決できるよう支援する」,「緩和ケア経験年数」は正の要因であり,「問題解決に向け患者の意向を確認する」と「円滑に問題を解決するため医療チームメンバーと協働する」は負の要因であった．

3. 病棟で緩和ケアを実践する看護師は，経験年数が長くなると，これまでの経験を踏まえてあれこれと手段を講じてケアに取り組むが，患者の症状緩和が思うように図れなければ，ケアに行き詰まり，悩みが増すことが推察された．

謝辞：本研究の実施に当たり，ご協力を頂いた調査施設の看護部長様および研究対象者の皆様に感謝申し上げます．

［COI 開示］本論文に関して開示すべき COI 状態はない

文　献

1）がん情報サービス．最新がん統計．2024-02-28．国立研究開発法人国立がん研究センター．https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html,（参照 2024-5-2）．
2）厚生労働省：がん対策推進基本計画．2023-03-28．厚生労働省．https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000183313.html,（参照 2024-5-2）．
3）宇井睦人：看取りについて考える看取りのための臨床スキル　終末期の患者にかかわる際の考え方．治療　105（12）：1454―1459, 2023.
4）能登原寛子, 岡本理恵, 表志津子：がん診療連携拠点病院に勤務する外来看護師のがん緩和ケアに対する実践の認識と関連要因．日本看護科学会誌　41：885―894, 2021.
5）木村恵美子, 城丸瑞恵, 仲田みぎわ：終末期がん患者の安全性と安楽性を考慮した日常生活援助に対する熟練看護師の思考．日本看護技術学会誌　19：104―112, 2020.
6）大石恵子, 村上真基, 綿貫成明, 飯野京子：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, 2018.
7）Hamric AB, Blackhall LJ: Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. Critical Care Medicine 35 (2): 422―429, 2007.
8）石原逸子, 赤田いづみ, 福重春菜, 玉田雅美：急性期病院看護師の日本語版改訂倫理的悩み測定尺度（JMDS-R）開発とその検証．日本看護倫理学会誌　10（1）：6066, 2018.
9）實金　栄, 萬木早苗, 井上かおり：看護師の倫理的悩みを測定する尺度の妥当性と信頼性の検討．臨床倫理　7：10―23, 2019.
10）齊藤啓貴, 三枝　享, 芳賀　了, 山田光子：重症心身障害児（者）病棟に勤務する看護師に対する「倫理的悩みを測定する尺度」の一般化可能性の検討．山梨県立大学看護学部・看護学研究科研究ジャーナル　10（1）：91―100, 2023.
11）服部美香，舟島なをみ：看護師の問題解決行動自己評価尺度の開発　クライエントの抱える問題を解決するために必要な看護師行動の質向上に向けて．千葉看護学会会誌　16（1）：9―16, 2010.
12）真下綾子, 中谷喜美子, 陣田泰子：他急性期病院における看護実践能力尺度の開発．日看管理会誌　15（1）：5―16, 2011.
13）日本看護協会：2021 年看護職員実態調査．2024-02-28．日本看護協会．https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/98.pdf,（参照 2024-5-2）．
14）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　8（1）：19―27, 2017.
15）中村智美，遠藤善裕：急性期病院に勤務する看護師の倫理的悩みの関連要因の検討．滋賀医科大学雑誌　36（2）：6―14, 2023.
16）入澤仁美，小林弘幸，櫻井順子，他：終末期患者の『身の置き所がない』状態に対する倫理的課題．臨床倫理　7：44―51, 2019.
17）石川達也：終末期がん患者の「帰りたい」という希望を叶えるための支援の検討　不安のある家族への関わりを通して．藤枝市立総合病院学術誌　23（1）：11―14, 2018.
18）杉本ちえみ, 大城亜紗美, 大村春香：がん患者ケアに対する看護師の問題解決行動の現状把握．静岡赤十字病院研究報　37（1）：30―34, 2017.
19）森　京子，古川智恵：肝細胞がん終末期患者が在宅緩和ケアへの移行過程において体験した困難．ホスピスケアと在宅ケア　27（3）：271―278, 2019.

別刷請求先　〒521−1123　滋賀県彦根市肥田町 720
聖泉大学看護学部
古川　智恵

Reprint request:
Chie Furukawa
Faculty of Nursing, Seisen University, 720, Hida, Hikone-city, Shiga Pref., 521-1123, Japan

Association between Ethical Concerns and Problem-Solving Behavior of Nurses Practicing Palliative Care in Acute-Care Hospital Wards

Chie Furukawa[1)] and Kyoko Mori[2)]
[1)]Faculty of Nursing, Seisen University
[2)]Faculty of Nursing, Nagoya University of Arts and Sciences

Purpose: This study investigated the relationship between ethical concerns and problem-solving behaviors of nurses practicing palliative care in acute-care hospital wards.

Subjects & Methods: The participants were nurses working in wards of 465 facilities with inpatient beds out of 517 training facilities accredited by the Japanese Society of Palliative Medicine. A self-administered questionnaire was handed out to the nurses, in which basic attributes as per the Japanese version of the Moral Distress Scale-Revised (JMDS-R) and the self-rating scale for problem-solving behavior (PSSN) were applied.

Results: 2,431 copies of the questionnaire were distributed to ward nurses, of which 1,265 responded (52.0% response rate). Of the 1,241 respondents, 1,005 (41.3%) nurses were included; those who did not check or did not fill in the "Confirmation of consent" box were excluded. When analyzing the JMDS-R scores, divided into 'Low Score Group' and 'High Score Group' based on a median score of 46, it was found that the 'High Score Group' scored significantly lower than the 'Low Score Group' in "Overall Score," "Repeatedly Gathering and Evaluating Information for Problem-Solving," "Confirming Patient Preferences for Problem-Solving," "Assessing Problem Priorities and Flexibly Responding to Patient Requests," and "Collaborating with Healthcare Team Members to Smoothly Solve Problems". These findings provide valuable insights into the relationship between ethical concerns and problem-solving behaviors in palliative care nursing, contributing to advancing the field. Furthermore, based on the scores of the JMDS-R, positive factors were "helping patients solve their problems" and "years of experience in palliative care," while negative factors were "confirming patients' intentions to solve problems" and "collaborating with medical team members to solve problems smoothly."

Conclusion: Nurses who practice palliative care do so in a way that allows patients to solve their problems. This study suggests the need to identify nurses' core concerns and take countermeasures during their practice. It is hoped that cross-disciplinary teams, whose activities have been challenging due to the coronavirus, will resume and that each profession will be able to discuss the best methods for patients and families.

(JJOMT, 72: 145—151, 2024)

—Key words—
ethical concerns, palliative care, nursing problem solving behaviors

Ⓒ Japanese society of occupational medicine and traumatology　http://www.jsomt.jp