

がん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーの因子構造モデル

A Factor Structure Model for the Advocacy Provided by Nurses in Setting in Which Cancer Patients Determine their Own Treatment Method

佐藤 千夏 布施 淳子
Chika Satoh Junko Fuse

キーワード：アドボカシー，看護師，がん患者，自己決定，治療方法
Key Words：advocacy, nurse, cancer patient, self-determination, treatment method

緒 言

近年，インフォームド・コンセントの普及とともに，すべて人は十分な情報提供とわかりやすい説明を受け，自らの納得と自由な意思に基づき自分の受ける医療行為に同意し，選択し，あるいは拒否する権利を有するとする患者の自己決定権（患者の権利法をつくる会，2004）が重視されてきている。とくにがん医療の領域においては，2007年に『がん対策基本法』が施行され，その基本理念の一つに「がん患者の置かれている状況に応じ，本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること」（厚生労働省，2007a）と明示されたことなどから，がんの治療方法の選択における患者の自己決定権の重要性は高まってきている。しかし，現実には，いまだ医療者のパターナリズムが存在しており，患者の権利は常に脅かされやすい状態にある。このような現状のなかで，看護は，患者の権利を擁護し代弁すること，つまりアドボカシー（advocacy）の働きをもつものであるとされ，看護職者は患者の権利擁護者，代弁者すなわちアドボケート（advocate）であることが求められている（茂野ら，2012）。

日本におけるがん対策は，1984年から開始された『対がん10カ年総合戦略』に始まり，現在までにさまざまな取り組みがなされ，各種がんの早期発見技術や標準的治療法の確立など，がんの診断・治療技術において一定の進歩を遂げてきた（厚生労働省，2007b）。それにより，現在では，がんを抱えながら長期に生存する人が増え，以前のように医師の説明に従うだけでなく，自分の生き方やライフスタイルに応じた治療法を選択し，がんと向き合い自立した生活を過ごす人も増えてきている（瀬山・吉田・田邊・神田，2006；西尾・藤井，2011；三浦ら，2003）。し

かしながら，日本においてがんは，1981年以降死因第1位の座に君臨しており，2010年には年間約35万人が亡くなるなど（国立がん研究センター，2011），この事実は依然としてがん患者に「死」を連想させる厳しい現実を示している。人が自律した存在として生きていくには，その人の自己決定とそれに従って生きていくことが尊重されなければならない，とされる（Fry & Johnstone，2006/2010；八尋・秋元，2010）。しかし，患者は，このような現実のなかで，自分の疾患に関することは知りたいという希望はあるものの，治療に関する決定の場においては，その治療をどのように決定すればよいのかわからず，医療者に決定を求める人が多い，という結果が示されている（太田，2007；常盤，2005）。さらに，患者が自己決定権を行使するためには，医療者による十分な情報提供とわかりやすい説明を受けることが必要不可欠である。しかし現実の診療においては，患者が満足する説明がなされているとは言いがたく，医師はインフォームド・コンセントを行ったつもりでも患者にうまく伝わっていないことや，医療用語の難しさや緊張や動揺などにより患者が医師の説明を十分に理解できない場合がある，といわれている（飯塚・清水・山西，1996；岩崎・池田・石川・鈴木・田村，2002；西尾・藤井，2011）。がん患者が自分の病気にかかわる状況を正しく理解し，納得いくまで情報を得，どのような治療方法を選択するかを自己決定するためには，医療職者のなかで最も患者の身近な存在にいる看護師が，患者のアドボケートとして患者を支えていくことが重要であると考えられる。

看護におけるアドボカシーの概念については，これまで，アドボカシーの基礎理論を提示したCurtin（1979），Gadow（1980），Kohnke（1982）に加え，Mallik（1997），Chafey, Rhea, Shannon, & Spencer（1998），Corcoran（1988）などにより，さまざまな議論が繰り広げられてきた。しか

しSnowball (1996) が、アドボカシーの用語は看護活動において多義に解釈され幅広く活用されているという意味で「便利な流行語」になっている、と述べているように、その概念は広く複雑であり、統一的な見解には至っていない(足立, 2010; 服部, 2006)。このような経緯のなか、米国の看護倫理学者であるFry & Johnston (2006) は、看護実践上の倫理的概念としてアドボカシーを第一にあげ、看護師によるアドボカシーの役割を「権利擁護モデル」「価値による決定モデル」「人として尊重するモデル」の3つのモデルで提示した。Fry & Johnstonのアドボカシーモデルは、国際看護師協会の「ICN看護師の倫理綱領」(ICN, 2012)などで示されている道徳的使命と一致するとされており、この道徳的使命に即した行動は、患者の安全と質、そして保健医療制度や地域内での看護師の幅広いアドボカシーの役割にとって長期的に重要な意義をもつ、といわれている(Grace, 2001; Des Jardin, 2001)。

一方、日本では、アドボカシーという用語が注目を集め、看護のなかで大きく取り上げられるようになったのは1996年以降とされており(石本, 2000)、看護におけるアドボカシーの歴史は浅い。そのため、日本ではアドボカシーの必要性は論じられてはいるものの、アドボカシーについての本質的な議論、体系的な研究はほとんどなく(足立, 2010; 石本, 2000)、現状では看護師が実践しているアドボカシーの実態は明確にされていない。また、日本と欧米では医療制度が大きく異なっており、欧米の医療制度のなかで構築されたアドボカシーモデルを、安易に日本にそのまま取り入れることは、実際的にそぐわないとも考えられる。前述したように、現在、日本の看護師には、がん患者が治療方法を自己決定する場面において、患者のアドボカイトとしての役割遂行が求められている。しかしながら、日本では看護におけるアドボカシーの役割について明確な指針はなく、実際に看護師がアドボカシーをどのように実践しているのかは曖昧である。患者が真に望む医療の提供を目指し、看護師が実践しているアドボカシーの実態を明らかにするためには、看護師が現状で実践しているアドボカシーの構造を検討し、看護師が患者のアドボカイトとしての役割を遂行していくための実践上の示唆を得る必要性があると考えられる。

そこで本研究では、看護師によるアドボカシーの実践が強く求められているがん患者が治療方法を自己決定する場面に焦点をあて、看護師が実践しているアドボカシーの因子構造を探索し、因子構造モデルを検証することを目的とした。

I. 操作的用語の定義

本研究では、戸田(2009)の看護におけるアドボカシーの概念分析に基づき、アドボカシーを「患者が自身の権利や利益を守るための自己決定が遂行できるように、看護師は患者を保護し、情報を伝え、支えることでエンパワメントすること、さらに医療者との仲裁を行い、医療者間の調整をすること」と定義した。

II. 研究方法

A. 調査対象施設

調査施設は、専門的ながん医療を提供する体制が整備されており、がん患者が治療方法を決定する場面が多いと考えられる全国のがん診療連携拠点病院とした。そこで、厚生労働省(2011)が指定した全国388施設(2011年4月1日時点)のがん診療連携拠点病院のなかから、研究協力を打診する100施設を無作為抽出し、看護部代表者に、文書を用いて郵送により研究協力の依頼を行った。その結果、同意の得られた20施設を調査対象施設とした。

B. 調査対象者

調査対象者は、全国のがん診療連携拠点病院20施設に勤務する病棟看護師(以下、看護師とする)とした。ただし、患者の年齢や精神状態から、他病棟と比較し、がん患者が治療方法を自己決定する場面において看護師が実践しているアドボカシーに相違があると考えられた小児科、精神科の病棟は除外した。

C. 調査期間

調査期間は、2012年1月～3月とした。

D. 調査方法

無記名による自己記入式の質問紙法を用いて調査を実施した。研究協力の同意が得られたがん診療連携拠点病院の看護部代表者に調査対象となる看護師の人数について回答を求め、対象者数の調査依頼書および調査票を郵送した。対象者への調査票の配布は、各施設の看護部代表者に依頼した。調査票の回収は郵送とし、対象者が自由意思で個別に投函する方法とした。

E. 調査項目

1. 看護師の属性

看護師の属性は、性別、年齢、臨床経験年数、看護領域における最終学歴、勤務部署、職位、がん看護の専門資格の有無、アドボカシーの言葉を聞いた経験の有無、アドボカシーに関する学習経験の有無、勤務場所におけるアドボカシーに関する勉強会や研修会の有無について尋ねた。

2. がん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーに関する項目

現在、日本における看護師のアドボカシーに関する量的研究は、Davis, Konishi, & Tashiro (2003) のパイロット・スタディに基づき実施された、竹村 (2007) のアドボカシーに関する看護師の意識調査があるだけである。しかし竹村の研究では、総合的な看護師のアドボカシーや患者の権利に関する意識調査を実施しており、そうした調査票では、がん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーの因子構造を明らかにするのは困難であると考えた。そのため、竹村の調査票を参考に、がん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーの現状を把握するためのより詳細な調査票を独自に作成した。

調査票の作成にあたり、『医学中央雑誌 (Ver. 4)』にて文献検索を行った。キーワードは「看護師」「アドボカシー」とし、1983年から2010年までの文献を検索した。検索式は、(看護師/TH or 看護師/AL) and (患者の権利擁護/TH or アドボカシー/AL) とした。文献の種類は原著論文とし、文献のタイトルおよびアブストラクトから、がん領域に関する看護(小児看護、精神看護領域は除く)について記述されている文献を選択した。それらの文献を精読し、がん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーに関する具体的な行為の記述を抜き出した。抜き出した記述について、1つのがん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーの行為を1文脈単位とし、43の文献(内症例研究が26件(60.5%))から91項目のがん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーの行為を抽出した。その後、91項目のがん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーの行為を、意味内容の類似性に従って分類し、同一表現の内容をまとめた。看護師が実践しているアドボカシーの行為の抽出および同一表現の内容をまとめる作業は、質的研究に精通した看護研究者より指導を受けながら行った。

その結果、56項目のがん患者が治療方法を自己決定する

場面における看護師が実践しているアドボカシーの行為が抽出された。これら56項目からなるがん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーの行為を調査項目とし、調査対象となる看護師にアドボカシーの用語を文書にて説明後、アドボカシーの実践頻度を調査した。回答形式は、各行為を小児および精神疾患患者を除くがん患者(以下、がん患者とする)が、治療方法を自己決定する場面においてどの程度実践しているか、「全く実践していない(1点)」から「いつも実践している(6点)」の6段階評定とし、得点が高いほどアドボカシーの実践頻度が高くなるよう設定した。

質問項目の内容妥当性については、質的研究に精通した看護研究者よりスーパーバイズを受け、質問項目が看護師によるアドボカシーの行為を表現しているか、質問項目が重複していないか、表現の不明確さがないかを検討した。

F. 分析方法

データの分析には、統計処理ソフト『SPSS for Windows (ver.19.0)』ならびに『Amos 21.0』を使用し、以下の分析を行った。

1. 質問項目の分析

質問項目はすべて集計をし、度数と百分率、および平均値と標準偏差を算出した。

2. 因子分析

a. 質問項目の選定

がん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーに関する質問56項目について、回答の天井効果とフロア効果を検討した。

b. 探索的因子分析

がん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーの因子構造を明らかにするために、探索的因子分析(主因子法・プロマックス回転)を実施した。

c. 確認的因子分析

探索的因子分析から明らかとなった因子に対しては、確認的因子分析を実施した。モデルの全体的評価は、データ数に左右されず、一般的に使用されているGFI (Goodness of Fit Index), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index), CFI (Comparative Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) の適合度指標を使用した(豊田, 2007)。またモデルの部分的評価は、各パス係数の検定統計量を求め、有意であるかを評価した。有意水準は $p < .05$ とした。

d. 信頼性の検討

抽出された因子については、Cronbachの α 係数を算出し、内的整合性を検討した。

G. 倫理的配慮

本研究は、山形大学医学部倫理委員会の承認を得た。

倫理的配慮として、各調査対象施設の看護部代表者および看護師に、文書にて研究の方法、目的、所要時間、無記名による質問紙調査であること、得られたデータは統計的に処理し、病院名や個人名が特定されることは一切ないこと、得られたデータは研究以外には使用しないこと、調査への協力は対象者の自由意思によるものであること、調査への協力の有無によって個人や所属機関に不利益は生じないこと、調査用紙の返送をもって研究への同意が得られたものと判断することを説明した。また調査用紙は、厳封にて研究者あてに返送してもらい、取扱いに十分留意することで、個人情報保護に努めた。

Ⅲ. 結 果

全国のがん診療連携拠点病院388施設のうち、100施設に研究協力を依頼し、20施設(5.2%)から同意が得られた。がん診療連携拠点病院20施設の全病床数の平均は554.8±162.0床(平均±標準偏差、以下同様)であった。20施設のがん診療連携拠点病院において、看護師2,033名に調査を依頼し、512名(25.2%)から回答を得た。そのうち、本研究の対象としていない病棟または病棟以外の部署に勤務していると回答した12名のデータを除外した。また、がん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーに関する質問56項目について、回答に欠損が認められた対象51名のデータを分析から除外した。以上の処理後、最終的に449名(22.1%)のデータを分析対象とした。

A. 看護師の属性(表1)

性別は男性12名(2.7%)、女性437名(97.3%)であった。年齢は22歳から60歳であり、平均年齢は34.6±9.3歳であった。臨床経験年数は10か月から39年10か月であり、平均臨床経験年数は12.0±9.2年であった。看護領域における最終学歴では、専門学校(2年・3年課程)卒業者が288名(64.1%)と大部分を占めた。勤務部署については、混合科病棟が168名(37.4%)、外科系病棟が105名(23.4%)、内科系病棟が94名(20.9%)と全体の約8割を占め、職位についてはスタッフが318名(70.8%)と最も多かった。

がん看護の専門資格の有無については、7名(1.6%)が資格を有していた。

アドボカシーの言葉を聞いた経験の有無については、6割以上の296名(65.9%)が聞いたことがあると回答したが、アドボカシーに関する学習経験の有無については、学習したことがあると回答した者は188名(41.9%)と約4割に減少した。またアドボカシーに関する学習経験があると回答した者について、学習した場所を複数回答で求めたところ、看護専門学校、短期大学、大学の学部の授業が51.9%と半数を占め、勤務場所における勉強会や研修会で学習した経験がある者は10.8%であった。また勤務場所におけるアドボカシーに関する勉強会や研修会の有無については、勉強会や研修会があると回答した者は48名(10.7%)であり、勤務場所においてアドボカシーに関する学習経験があると回答した者と同様、約1割という結果であった。

B. がん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーの因子構造モデルの検討

1. 質問項目の選定と探索的因子分析(表2)

がん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーの因子構造を明らかにするために、探索的因子分析を行った。まず、がん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーに関する質問56項目について、看護師の回答の平均値および標準偏差を算出し、天井・フロア効果を確認した。平均値±標準偏差が6以上と1未満をそれぞれ天井効果、フロア効果の基準としたところ、4項目に天井効果、1項目にフロア効果を認めた。そのため、天井・フロア効果が認められた5項目を削除し、残った51項目について探索的因子分析(主因子法・プロマックス回転)を行った。因子数はスクリープロットにより判断し、3因子と定め、各項目で因子負荷量が.45未満の項目、複数の因子に対して因子負荷量が.45以上を示した項目、因子抽出後の共通性が.40未満の項目を削除後、再度因子分析(主因子法・プロマックス回転)を行った。最終的に、共通性が.40以上で、因子負荷量が1項目のみに.45以上である23項目を選択した。回転前の3因子で23項目の全分散を説明する割合は54.87%であり、KMO標本妥当性は.95であった。

第1因子は、「患者に無理強いしない」「医療チームで患者の情報を共有する」「患者の疑問、不安には速やかに説明を行う」「患者の質問にはできるかぎり応じる」「患者の気持ちを把握する」「医療チームメンバー間で連携をとる」「患者と話す時間を多くもつ」「医療チームメンバーに、患者の意思を正しく伝える」「患者の自己決定を待つ」「患者が話しやすい雰囲気をつくる」の10項目で構成された。こ

表1 看護師の属性

(n = 449)

項目		人数	(%)
性別	男	12	(2.7)
	女	437	(97.3)
年齢	平均 ± 標準偏差	34.6 ± 9.3	
	20歳代	174	(38.8)
	30歳代	162	(36.1)
	40歳代	68	(15.1)
	50歳代	43	(9.6)
	60歳代	2	(0.4)
臨床経験年数	平均 ± 標準偏差	12.0 ± 9.2	
	1年未満	14	(3.1)
	1年以上5年未満	109	(24.3)
	5年以上10年未満	100	(22.3)
	10年以上20年未満	129	(28.7)
	20年以上	96	(21.4)
	無回答	1	(0.2)
看護領域における最終学歴			
	専門学校 (2年・3年課程)	288	(64.1)
	短期大学	43	(9.6)
	大学	91	(20.3)
	大学院修士 (博士前期・後期課程)	14	(3.1)
	その他	12	(2.7)
	無回答	1	(0.2)
勤務部署			
	混合科病棟	168	(37.4)
	外科系病棟	105	(23.4)
	内科系病棟	94	(20.9)
	女性診療科病棟 (産科・婦人科・乳腺外科など)	34	(7.6)
	救急病棟 (ICU・CCU・HCUなど)	19	(4.2)
	緩和ケア病棟	9	(2.0)
	化学療法病棟	5	(1.1)
	その他	15	(3.3)
職位			
	看護師長	22	(4.9)
	副看護師長・主任	100	(22.3)
	スタッフ	318	(70.8)
	その他	8	(1.8)
	無回答	1	(0.2)
がん看護の専門資格			
	あり	7	(1.6)
	専門看護師		
	がん看護	1	(0.2)
	認定看護師		
	緩和ケア	3	(0.7)
	がん放射線療法看護	1	(0.2)
	乳がん看護	1	(0.2)
	がん性疼痛看護	1	(0.2)
	なし	441	(98.2)
	無回答	1	(0.2)
アドボカシーの言葉を聞いた経験			
	あり	296	(65.9)
	なし	146	(32.5)
	無回答	7	(1.6)
アドボカシーに関する学習経験			
	あり	188	(41.9)
	アドボカシーに関する学習をした場所 (複数回答) (n = 188)		
	看護専門学校, 短期大学, 大学の学部の授業	125	(51.9)
	看護系大学院の授業	15	(6.2)
	勤務場所における勉強会や研修会	26	(10.8)
	勤務場所以外での勉強会や研修会	37	(15.4)
	学会	12	(5.0)
	本や雑誌, 論文を読むなどの独学	16	(6.6)
	その他	10	(4.1)
	なし	254	(56.6)
	無回答	7	(1.6)
勤務場所におけるアドボカシーに関する勉強会や研修会			
	あり	48	(10.7)
	なし	390	(86.9)
	無回答	11	(2.4)

表2 看護師が実践しているアドボカシーの因子構造

(n = 449)

	第1因子	第2因子	第3因子	共通性	平均 (標準偏差)
第1因子：患者の主体的な選択を促進するための支援 ($\alpha = .92$)					
患者に無理強いしない。	.83	-.11	-.01	.58	4.76 (1.17)
医療チームで患者の情報を共有する。	.80	-.11	.07	.61	4.84 (1.12)
患者の疑問、不安には速やかに説明を行う。	.76	-.05	.02	.56	4.76 (1.10)
患者の質問にはできるかぎり応じる。	.75	-.08	.06	.56	4.81 (1.14)
患者の気持ちを把握する。	.71	.14	-.05	.60	4.52 (1.09)
医療チームメンバー間で連携をとる。	.63	.02	.08	.50	4.73 (1.11)
患者と話す時間を多くもつ。	.61	.19	-.11	.45	4.29 (1.14)
医療チームメンバーに、患者の意思を正しく伝える。	.61	.15	.09	.62	4.53 (1.15)
患者の自己決定を待つ。	.60	.17	.03	.55	4.32 (1.23)
患者が話しやすい雰囲気をつくる。	.46	-.07	.32	.46	4.83 (1.04)
第2因子：患者が納得した選択をするための家族との仲介支援 ($\alpha = .89$)					
患者が1人でインフォームド・コンセントを受けた後に、患者から話を聞いたか家族に確認する。	-.15	.98	-.11	.69	3.25 (1.55)
患者が一人でインフォームド・コンセントを受けた後に、家族に伝えたか確認する。	-.18	.91	.01	.66	3.55 (1.55)
患者が家族と話せるように手助けをする。	.13	.72	-.01	.65	3.58 (1.34)
インフォームド・コンセント前に医師と情報交換をする。	.12	.61	-.06	.44	3.60 (1.36)
患者と家族の気持ちが異なるとき、家族に患者と過ごす時間をもつことを勧める。	.03	.56	.18	.50	3.58 (1.36)
患者が納得いくように、家族ともよく話し合うよう患者に伝える。	.22	.53	.09	.58	4.03 (1.26)
患者、家族、医師との話し合いの場を設定する。	.25	.49	.04	.51	3.88 (1.35)
第3因子：患者が病状を正しく理解するための支援 ($\alpha = .86$)					
説明を受けた内容について、患者が誤解していないか把握する。	.01	-.10	.86	.66	4.63 (1.07)
インフォームド・コンセント後、患者が病状を理解しているか確認する。	.04	-.03	.81	.68	4.72 (1.13)
患者よりも家族の思いが優先されたとき、家族と話す機会を設ける。	-.11	.32	.61	.58	4.07 (1.25)
医師から患者に病状を説明してもらえるように、機会をつくる。	.06	.10	.54	.43	4.57 (1.16)
治療内容を患者といっしょに確認する。	.09	.19	.50	.51	4.30 (1.24)
患者の気持ち、希望を医師に伝える。	.34	-.20	.48	.43	4.89 (1.05)
因子相関行列	第1因子	1.00	.65	.75	
	第2因子	.65	1.00	.59	
	第3因子	.75	.59	1.00	

[注] 因子抽出法：主因子法，回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法
回転前の3因子での23項目の全分散を説明する割合は54.87%
KMO 標本妥当性：.95

これらの項目は、看護師が医療チームメンバーと連携をとりながら、患者の主体的な選択を促進できるように支援するための行為として考えられたことから【患者の主体的な選択を促進するための支援】と命名した。

第2因子は、「患者が1人でインフォームド・コンセントを受けた後に、患者から話を聞いたか家族に確認する」「患者が1人でインフォームド・コンセントを受けた後に、家族に伝えたか確認する」「患者が家族と話せるように手助けをする」「インフォームド・コンセント前に医師と情報交換をする」「患者と家族の気持ちが異なるとき、家族に患者と過ごす時間をもつことを勧める」「患者が納得いくように、家族ともよく話し合うよう患者に伝える」「患者、家族、医師との話し合いの場を設定する」の7項目で構成された。これらの項目は、患者が納得したうえで治療方法を決定できるように、看護師が患者と家族の間の仲介役として支援するための行為として考えられたことから

【患者が納得した選択をするための家族との仲介支援】と命名した。

第3因子は、「説明を受けた内容について、患者が誤解していないか把握する」「インフォームド・コンセント後、患者が病状を理解しているか確認する」「患者よりも家族の思いが優先されたとき、家族と話す機会を設ける」「医師から患者に病状を説明してもらえるように、機会をつくる」「治療内容を患者といっしょに確認する」「患者の気持ち、希望を医師に伝える」の6項目で構成された。これらの項目は、看護師が患者の理解度を確認し、医師から病状の説明を受けられるよう支援するなど、患者が病状を正しく理解したうえで治療方法を決定できるように支援するための行為として考えられたことから【患者が病状を正しく理解するための支援】と命名した。

各因子のCronbachの α 係数は、【患者の主体的な選択を促進するための支援】が.92、【患者が納得した選択をする

ための家族との仲介支援】が .89, 【患者が病状を正しく理解するための支援】が .86であり, 高い内的整合性が確認された。内容妥当性については, 看護基礎教育の専門家より, 因子および項目を検討してもらい, 内容妥当性が確認された。

2. 確認的因子分析 (図1)

次に, 探索的因子分析で明らかとなった因子構造が妥当かどうか検討するために, 確認的因子分析を実施した。がん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実

践しているアドボカシーの因子構造は, 探索的因子分析で得られた因子により構成されていると仮定し, 潜在変数として各因子を想定したモデルを作成した。その結果, 適合度の指標は, GFI = .824, AGFI = .788, CFI = .864, RMSEA = .092となり, やや低い適合度を示した。そのためモデルの適合度を高める修正指数を確認したところ, 「患者の気持ちを把握する」と「患者と話す時間を多くもつ」の誤差変数間の修正指数が136.2, および「患者が1人でインフォームド・コンセントを受けた後に, 患者から話を聞いたか家族に確認する」と「患者が1人でイン

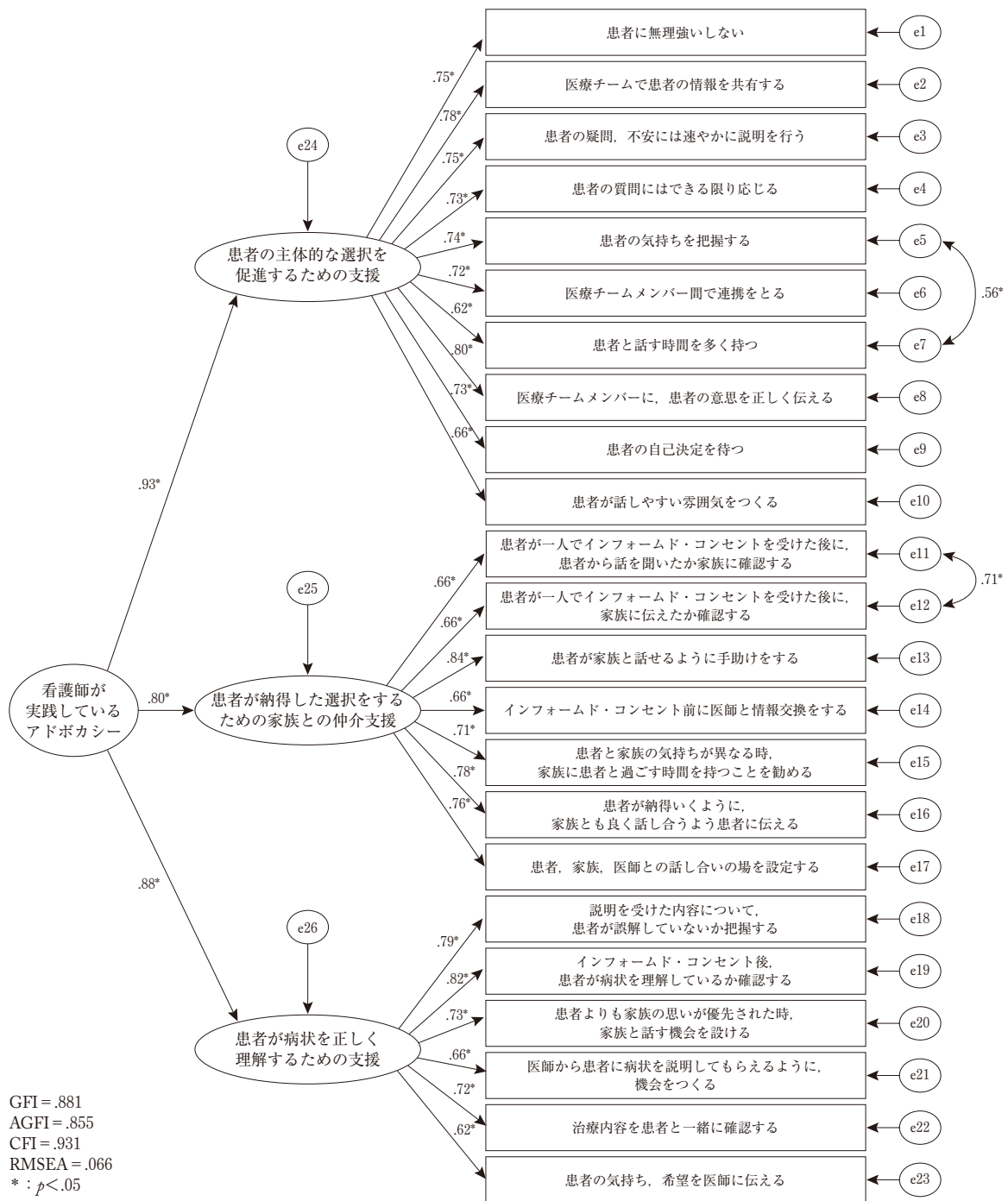


図1 看護師が実践しているアドボカシーの因子構造モデル

フォームド・コンセントを受けた後に、家族に伝えたか確認する」の誤差変数間の修正指数が227.5であり、他と比較し100以上の高い数値を示していた。「患者の気持ちを把握する」と「患者と話す時間を多くもつ」の間については、患者の気持ちの把握には、患者と話す十分な時間を必要とする相互の関連性があると考えられる。また「患者が1人でインフォームド・コンセントを受けた後に、患者から話を聞いたか家族に確認する」と「患者が1人でインフォームド・コンセントを受けた後に、家族に伝えたか確認する」の間については、インフォームド・コンセント後は患者、家族双方から話を聞くことが必要であるとする相互の関連性があると考えられる。そのため、これらの誤差変数間に共分散を想定することは妥当であると考え、それぞれ共分散を加えた。その後、修正したモデルに対して再度分析を実施した結果、適合度の指標は、GFI = .881, AGFI = .855, CFI = .931, RMSEA = .066となり、3因子構造の妥当性がおおむね示された。またすべてのパス係数の検定統計量は有意であった ($p < .05$)。

IV. 考 察

A. がん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーの因子構造モデルの検討

1. 信頼性の検討

探索的因子分析を行った結果、【患者の主体的な選択を促進するための支援】【患者が納得した選択をするための家族との仲介支援】【患者が病状を正しく理解するための支援】の3因子が抽出された。各因子の信頼性の検討としてCronbachの α 係数を用いた結果、【患者の主体的な選択を促進するための支援】は.92、【患者が納得した選択をするための家族との仲介支援】は.89、【患者が病状を正しく理解するための支援】は.86であった。一般的に因子のCronbachの α 係数は、.70もしくは.80以上であれば内的整合性が高いといわれており(小塩, 2004)、本研究における因子の信頼性は高いといえる。

2. 探索的因子分析による看護師が実践しているアドボカシーの因子構造

第1因子は、【患者の主体的な選択を促進するための支援】と命名した。第1因子には、「患者に無理強いしない」「患者の気持ちを把握する」「患者の自己決定を待つ」など、看護師が患者自身の意思を尊重し、患者に決定を強要しないことを意味する項目や、「患者の疑問、不安には速やかに説明を行う」「患者の質問にはできるかぎり応じる」「患者と話す時間を多くもつ」「患者が話しやすい雰囲気をつくる」など、患者が思いを話しやすい環境をつくり、患者自身で治療方法を選択できるように支援することを意味する項目が含まれていた。これらの内容は、看護師が患者の主体的な選択を促進できるように支援するための内容としてとらえることができる。日本の医療は、現在、インフォームド・コンセントが広く浸透し、患者が主体的に医療に参加することの重要性が認識されてきている(茂野他, 2012)。とくにがん医療の領域においては、治療方法の選択について悩む患者への支援として、患者の主体性の獲得が重要視されており、たとえ結果が十分に実らなくても、納得したうえで意思決定はQOL向上や達成感につながると思われる(太田, 2011)。竹村(2010)は、自己決定権を行使するということは、それによって善き選択が保障されるからではなく、自らの意思による主体的な選択が保障されるから重要なのである、と述べている。また、Corcoran(1988)はアドボカシーを「患者が自主的でいられるように助けることである」と述べ、看護師によるアドボカシーの実践において、患者が主体的に治療方法を選択できるように支援することの重要性を示唆している。これらのことから、がん患者が治療方法を自己決定する場面において【患者の主体的な選択を促進するための支援】は、看護師が実践するアドボカシーとして重要な内容であるといえ、本因子の命名は妥当であると考えられる。

第2因子は、【患者が納得した選択をするための家族との仲介支援】と命名した。第2因子には、「患者が1人でインフォームド・コンセントを受けた後に、患者から話を聞いたか家族に確認する」「患者が1人でインフォームド・コンセントを受けた後に、家族に伝えたか確認する」「患者が家族と話せるように手助けをする」「インフォームド・コンセント前に医師と情報交換をする」「患者と家族の気持ちが異なるとき、家族に患者と過ごす時間をもつことを勧める」「患者が納得いくように、家族ともよく話し合うよう患者に伝える」「患者、家族、医師との話し合いの場を設定する」などの項目が含まれていた。これらの内容は、看護師が患者と家族の間の仲介役として、患者が家族と相談し納得したうえで治療方法を決定できるように支援する内容としてとらえることができる。森(2004)は、患者が意思決定の主体であると考え、家族はそれをサポートすることが大きな役割であり、家族が患者自身に関することを患者を置き去りにして決めてしまうということにならないような配慮が必要である、と述べている。とくに日本においては、患者の病名や治療方針、治療経過について、患者より先に家族に伝えられることも多く、その結果、家族の意思が優先されたり、ときには、家族と医師の意向で本人に疾患、治療法の詳細が告げられないまま、手術や化学療法などの治療関係に入ることも珍しいことでは

ない、とされている（渡邊・菊井・大橋，2004）。がん患者をサポートする家族の存在は重要であり、家族の支援があつてはじめて病気を克服したり管理できたりする人々はきわめて多い、とされている（浅井・福部・大西・大西・赤林，2004）。しかしながら、家族は患者につらい思いをさせてしまうことに対する自責の念やつらい思いをする患者の姿を受け止めきれないという不安から、悪い知らせを伝えながらなくなりやすく、その思いが患者の納得した選択のための意思決定の妨げになる、ということが指摘されている（森，2004）。しかしその一方で、山田（1987）は、がんの治療方法の決定など生と死にかかわる問題は、本人に最も関連のある私事ではあるが、同時に家族をはじめとするまわりの人々への影響が大きく、私事ではあるが私事ではない面を含んでいると述べ、家族の意思を考慮せず単純に患者だけの意思を優先すべき事柄ではないことも示唆している。とくに家族とのつながりが重視されている日本では、がんの治療方法の決定という重要な場面において、患者だけではなく家族も含めて納得した治療方法を決定できるよう支援することが重要であると考えられる。また、患者、家族が納得したうえで治療方法を決定するためには、患者、家族が医師から十分な説明を受け、治療方法について相談できる十分な機会が必要であると考えられる。そのため、医師と患者、家族との対話時間が減少していることが指摘されている現況下では（福岡・多羅尾，2007）、患者、家族の状況を深く把握している看護師が、医師に情報を提供し、医師を交えて患者、家族が話し合える場を設定するなどの支援も必要であると考えられる。これらのことから、がん患者が治療方法を自己決定する場面において、【患者が納得した選択をするための家族との仲介支援】は看護師が実践するアドボカシーとして重要な内容であるといえ、本因子の命名は妥当であると考えられる。

第3因子は、【患者が病状を正しく理解するための支援】と命名した。第3因子には、「説明を受けた内容について、患者が誤解していないか把握する」「インフォームド・コンセント後、患者が病状を理解しているか確認する」「医師から患者に病状を説明してもらえるように、機会をつくる」「治療内容を患者と一っしょに確認する」などの項目が含まれていた。これらの内容は、患者が病状を正しく理解したうえで治療方法を決定できるよう、看護師が患者の理解度を確認し、必要時には医師から病状の説明を受けられるよう支援する内容としてとらえることができる。日本看護協会（2003）は『看護者の倫理綱領』のなかで、人々が自己の判断に基づき決定するためには、十分な情報を得るとともに、その内容を理解したり受け入れたりすることへの支援が不可欠である、と述べている。それに伴って、看護者には、人々の知る権利および自己決定の権利の擁護

者として、対象となる人々の理解度や意向を確認しながらわかりやすく説明し、他の保健医療福祉関係者への働きかけを行うなどの行動を求めている。さらに、佐藤（2003）は、看護師の役割は、医師が患者に病名・病状を告げた後、患者が自分の病状を理解し、それと向き合いどのような治療を受けるかを自ら選択し決断する過程を援助することである、と述べている。とくに、がんを告知された患者においては、心理的危機の状態を呈し、提供された情報を理解し、自己決定しうる精神状態に至ることは非常に困難であると考えられる（飯塚ら，1996）。これらのことから、がん患者が治療方法を自己決定する場面において、【患者が病状を正しく理解するための支援】は看護師が実践するアドボカシーとして重要な内容であるといえ、本因子の命名は妥当であると考えられる。

3. 確認的因子分析による看護師が実践しているアドボカシーの因子構造モデルの妥当性

本研究では、がん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーの因子構造が、探索的因子分析で得られた因子により構成されていると仮定し、潜在変数として各因子を想定したモデルを作成後、確認的因子分析を実施した。その結果、モデルの適合度の指標は、GFI = .881, AGFI = .855, CFI = .931, RMSEA = .066を示した。モデルの適合度の指標として用いたGFI, AGFI, CFIは、一般的に.9以上であれば説明力のあるパス図であるといわれており、RMSEAは.05または.08以下であれば適合度が高いと解釈するとされている（豊田，2007；山本・小野寺，2002）。本研究では、GFIとAGFIは基準よりもやや低いものの.9に近い値を示し、CFIは.9以上、RMSEAは.08以下の基準を満たしたため、モデルの適合度はおおむね妥当な値であると判断した。また、すべてのパス係数の検定統計量は有意であり、これらの結果はモデルがデータと矛盾しないことを意味していることから、本研究で作成したモデルは、がん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーの因子構造を示すモデルの一つとして示すことができると考える。

V. 今後の課題

本研究で得られたがん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーを構成する因子と項目は、新たな知見であり、日本において看護師によるアドボカシーの実践を促進していくための有用な資料になるものと考えられる。今回は、がん患者が治療方法を自己決定する場面に限定した看護師が実践しているアドボカ

シーの因子構造モデルを明らかにしたが、医療現場ではさまざまな場面で看護師によるアドボカシーの実践が必要とされている。そのため、本研究で明らかにした看護師が実践しているアドボカシーの因子構造モデルが、がん患者が治療方法を自己決定する場面以外のさまざまな場面で適用可能かどうか検証する必要性があり、今後の課題であると考えられる。

結 論

本研究では、がん診療連携拠点病院20施設に勤務する看護師を対象とし、がん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーの因子構造を探索し、因子構造モデルを検証することを目的に調査を実施した。その結果、以下の結論を得た。

1. 看護師の平均年齢は 34.6 ± 9.3 歳、平均臨床経験年数は 12.0 ± 9.2 年であった。
2. 探索的因子分析より、看護師が実践しているアドボカシーの因子構造は、【患者の主体的な選択を促進するための支援】10項目 ($\alpha = .92$)、【患者が納得した選択をするための家族との仲介支援】7項目 ($\alpha = .89$)、

【患者が病状を正しく理解するための支援】6項目 ($\alpha = .86$) の3因子であった。

3. 確認的因子分析より、【患者の主体的な選択を促進するための支援】【患者が納得した選択をするための家族との仲介支援】【患者が病状を正しく理解するための支援】の3因子を潜在変数とした看護師が実践しているアドボカシーの因子構造モデルの適合度は、 $GFI = .881$ 、 $AGFI = .855$ 、 $CFI = .931$ 、 $RMSEA = .066$ とおおむね妥当な値を有し、看護師が実践しているアドボカシーの因子構造を示すモデルの一つとして示せることが検証された。

以上のことから、看護師は、がん患者が治療方法を自己決定する場面において【患者の主体的な選択を促進するための支援】【患者が納得した選択をするための家族との仲介支援】【患者が病状を正しく理解するための支援】をアドボカシーとして実践していることが示唆された。

謝 辞

本研究を行うにあたりご協力いただきました看護師の皆さまに心からお礼を申し上げます。

要 旨

本研究は、がん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーの因子構造を探索し、因子構造モデルを検証することを目的とした。がん診療連携拠点病院20施設に勤務する病棟看護師（小児科、精神科を除く）に郵送調査を実施し、同意の得られた512名のうち449名の有効回答を分析した。結果、探索的因子分析より、「患者の主体的な選択を促進するための支援」10項目、「患者が納得した選択をするための家族との仲介支援」7項目、「患者が病状を正しく理解するための支援」6項目の3因子23項目が抽出された。確認的因子分析より、3因子23項目で構成したがん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーの因子構造モデルの適合性が統計学的に支持された。

Abstract

The objective of the present study was to investigate the factor structure of the advocacy provided by nurses in settings in which cancer patients determine their own treatment method, and to verify the factor structure model. A questionnaire survey was distributed by postal mail to 512 ward nurses (in wards other than the departments of pediatrics and psychiatry) working at one of 20 institutions designated as base hospitals for cancer care who provided consent, and a total of 449 valid responses were analyzed. Based on the results of exploratory factor analysis, a total of 23 items under the following three factors were identified: "Support for promoting independent decision-making by patients" (10 items), "Support for mediation with the family for enabling patients to make a decision they can be satisfied with" (7 items), and "Support for promoting the correct understanding of the condition of the disease among patients" (6 items). Confirmatory factor analysis statistically supported the compatibility of the factor structure model for the advocacy provided by nurses in settings in which cancer patients determine their own treatment method, which consisted of 23 items categorized under three factors.

文 献

- 足立智孝 (2010). 看護アドボカシー概念の検討. 麗澤大学紀要, 91, 1-26.
- 浅井 篤, 福部健司, 大西基喜, 大西香代子, 赤林 朗 (2002). 医療倫理. pp.13-37, 東京: 勁草書房.

- Chafey, K., Rhea, M., Shannon, A.M., and Spencer, S. (1998). Characterizations of Advocacy by Practicing Nurses. *Journal of Professional Nursing*, 14(1), 43-52.
- Corcoran, S. (1988). Toward Operationalizing an Advocacy Role. *Journal of Professional Nursing*, 4(4), 242-248.

- Curtin, L.L. (1979). The nurse as advocate: A Philosophical foundation for nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(3), 1-10.
- Davis, A.J., Konishi, E., and Tashiro, M. (2003). A pilot study of selected Japanese nurses' ideas on patient advocacy. *Nursing Ethics*, 10(4), 404-413.
- Des Jardin, K.E. (2001). Political involvement in nursing-- Politics, ethics, and strategic action. *AORN J*, 74(5), 613-615, 617-618, 621-622.
- Fry, S.T. and Johnston, M.-J. (2006) / 片田範子, 山本あい子 訳 (2010). 看護実践の倫理 — 倫理的意思決定のためのガイド (第3版). pp.28-34, 東京: 日本看護協会出版会.
- 福崎 恒, 多羅尾美智代 (2007). 医師と看護師の連携強化への提唱 — 患者中心の医療を築く. 東京: 経営書院.
- Gadow, S. (1980). Existential advocacy: philosophical foundation of nursing. In Spicker, S. and Gadow, S. (eds): *Nursing Images and Ideas*. pp.79-101, NY: Springer Publishing.
- Grace, P.J. (2001). Professional advocacy: widening the scope of accountability. *Nurs Philos*, 2(2), 151-162.
- 服部高宏 (2006). 看護アドボカシーの基礎: 看護専門職とアドボカシー — アドボカシーの諸相と看護の可能性 —. *臨牀看護*, 32(14), 2050-2055.
- ICN (2012). ICN看護師の倫理綱領 (2012年版). 日本看護協会ホームページ. Retrieved from <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/icncodejapanese.pdf>
- 飯塚京子, 清水貴美子, 山西文子 (1996). インフォームド・コンセントにおける看護の役割. *臨牀看護*, 22(13), 2056-2061.
- 石本傳江 (2000). 看護におけるアドボカシー研究ノート — わが国の議論の動向とJohnstoneの見解 —. *日本赤十字広島看護大学紀要*, 1, 19-28.
- 岩崎朗子, 池田紀子, 石川利江, 鈴木真理子, 田村正枝 (2002). がん患者の心理的ケアに関する研究 — がん告知に対する医療者・患者の認識及び看護婦の役割について —. *長野県看護大学紀要*, 4, 85-93.
- 患者の権利法をつくる会 (2004). 患者の諸権利を定める法律案要綱 (2004年改定版). Retrieved from <http://kenriho.org/legislative/guidelines.html>
- Kohnke, M.F. (1982). *Advocacy: Risk and Reality*. pp.13-38, St Louis: Mosby.
- 国立がん研究センター (2011). がんの統計'2011. Retrieved from http://ganjoho.jp/data/professional/statistics/backnumber/2011/cancer_statistics_2011.pdf
- 小塩真司 (2004). SPSSとAmosによる心理・調査データ解析 — 因子分析・共分散構造分析まで. 東京: 東京図書.
- 厚生労働省 (2007a). がん対策基本法. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0405-3a.pdf>
- 厚生労働省 (2007b). がん対策推進基本計画. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>
- 厚生労働省 (2011). がん診療連携拠点病院指定一覧表. Retrieved from http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin03.pdf
- Mallik, M. (1997). Advocacy in nursing - Perceptions of practising nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 6(4), 303-313.
- 三浦美奈子, 西崎未和, 森末真里, 富岡晶子, 佐藤正美, 今泉郷子 (2003). 医師からすすめられた治療方針以外の治療方法を自ら選択したがん患者の意思決定に影響する要因: 闘病記の分析から. *川崎市立看護短期大学紀要*, 8(1), 37-42.
- 森 文子 (2004). がん患者と家族の意思決定を支える. *がん看護*, 9(4), 306-309.
- 日本看護協会 (2003). 看護師の倫理綱領. 日本看護協会ホームページ. Retrieved from <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/rinri.pdf>
- 西尾亜理砂, 藤井徹也 (2011). 病棟看護師におけるがん患者の治療法の意思決定支援と影響要因に関する検討. *日本看護科学会誌*, 31(1), 14-24.
- 太田桂子 (2011). がん医療における患者支援の新しい取り組みとその効果: MSWの立場から. *がん医療マネジメント研究会第9回シンポジウム*. Retrieved from http://www.medi-net.or.jp/cdm/pdf/sympo_repo/sympo_repo09.pdf
- 太田浩子 (2007). 告知を受けたがん患者の治療選択における看護師の役割に関する研究 (第2報): 看護師へのアンケート調査より. *看護・保健科学研究誌*, 7(2), 155-164.
- 佐藤禮子 (2003). がん化学療法における看護のあり方. [シリーズ] がんの化学療法と看護NO. 3, 協和企画. Retrieved from <http://www.bms.co.jp/medical/sizai/OncolNurse-03.pdf>
- 瀬山留加, 吉田久美子, 田邊美佐子, 神田清子 (2006). 化学療法を継続する進行消化器がん患者の治療に対する意思決定要因の検討 — 化学療法を継続しながらも転移や増悪をきたした患者 —. *群馬保健学紀要*, 27, 43-53.
- 茂野香おる, 長谷川万希子, 林 千冬, 平河勝美, 中根 薫, 岩本里織, 柳澤理子, 大野かおり (2012). 基礎看護学 [1] 看護学概論. pp.183-184, 系統看護学講座 専門分野 I, 東京: 医学書院.
- Snowball, J. (1996). Asking nurses about advocating for patients: 'reactive' and 'proactive' accounts. *Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 67-75.
- 竹村節子 (2007). 「成人患者の利益・権利を守るアドボカシー」に関する看護師の意識: 臨床経験5年以上の看護師へのアンケート調査. *日本看護学教育学会誌*, 16(3), 13-28.
- 竹村節子 (2010). 医療における患者アドボカシー — 看護師の役割に影響を与える要因の検討 —. 2009年度博士論文 (大阪大学大学院人間科学研究科). Retrieved from http://ir.library.osaka-u.ac.jp/metadb/up/LIBCLK003/f_2009-23500h-1.pdf
- 戸田由美子 (2009). 看護における「アドボカシー」の概念分析. *高知大学看護学会誌*, 3(1), 23-36.
- 常盤文枝 (2005). 慢性病者の医療ケア上における自己決定に関する認識と行動および影響因子の検討. *日本看護科学学会誌*, 25(3), 22-30.
- 豊田秀樹 (2007). 共分散構造分析 [Amos編] — 構造方程式モデリング. pp.18-19, 東京: 東京図書.
- 渡邊美千代, 菊井和子, 大橋奈美 (2004). 意思決定を支える看護師の役割葛藤に関する看護倫理的考察 — ナラティブからの現象学的方法による分析 —. *医療・生命と倫理・社会*, 3(2). Retrieved from <http://ir.library.osaka-u.ac.jp/dspace/bitstream/11094/5242/1/3204watanabe.pdf>
- 八尋陽子, 秋元典子 (2010). ターミナル期にあるがん患者の自己決定を支える看護研究の概観と今後の研究課題 — 対象文献を和文献に限定して —. *日本がん看護学会誌*, 24(1), 69-74.
- 山田卓生 (1987). 私事と自己決定. 東京: 日本評論社.
- 山本嘉一期, 小野寺孝義 編著 (2002). Amosによる共分散構造分析と解析事例 (第2版). 京都: ナカニシヤ出版.

平成25年3月18日受 付
平成25年6月20日採用決定