

# 緩和ケアに関わる一般病棟看護師の 心身の負担度とその要因

中村 悦子・中村 圭子・清水 理恵

新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

## Physical and Mental Burden on Nursing Staff Engaging Palliative Care in the General Ward : Its Degree and Related Factors

Etsuko Nakamura, Keiko Nakamura, Rie Shimizu

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

### 要旨

8施設的一般病棟の看護師を対象に、緩和ケアを受ける患者・家族、医師との関わりを中心に心身の負担度とその影響要因について質問紙調査を行った。心身の負担度は、「悩み」「辛さ」「逃避」「無力」「不眠」「疲労」「イライラ」とし、5段階で評価した。心身の負担度は、全体では「一日の仕事を終え疲労を感じる」「患者とどのように関わっていいのか悩む」が高かった。若い年代ほど負担度が高い傾向にあった。心身の負担度に影響する因子は、ロジスティック回帰分析より3つの尺度の影響因子が抽出された。「職場環境」「患者との関わり体験」「生き方」が強く影響していた。また、患者が「後どのくらい生きられるか」と聞いてきたなど、患者のスピリチュアルな問いに対し、どのように答えるのか、死にゆく患者の運命に、意味や価値を見いだせない苦悩が看護師の心身の負担を強くしていると考えられた。看護師の心身の負担軽減には、緩和ケア教育の推進、緩和ケアを十分に提供できる職場環境、チームアプローチの効果的運用の必要性が示唆された。

### キーワード

緩和ケア、一般病棟看護師、心身の負担度

### Abstract

We carried out a questionnaire survey among women nurses in the general ward at eight hospital institutions on the topic of physical and mental burden and the factors influencing it, focusing on the nurses' relationship with patients who are taking palliative care and their families, and with the doctors. The burden was evaluated on a five-point scale regarding "distress", "painfulness", "escape", "helplessness", "sleeplessness", "fatigue", and "frustration". Overall, high ratings were given to "feeling fatigue after finishing work for the day" and "distressed at how to get along with patients". The younger generation showed a tendency of higher levels of burden. As factors influencing the physical and mental burden, three lower level scales were picked out according to logistics regression analysis. "Workplace environment", and "Experience of communication with patient " "A way to live" had a strong influence. In addition, it was believed that the physical and mental burden of the nurses was intensified by the agony that they cannot find meanings and values in the fate of dying patients, wondering how to respond to the spiritual questions they asked, such as "How long can I survive?" The necessity for the promotion of education on palliative care, the working environment in which the care can be fully provided, and the effective operation of a team approach were suggested for lightening the physical and mental burden of nurses.

### Key words

palliative care, nursing staff in the general ward, physical and mental burden

## はじめに

WHOは、緩和ケアの定義を「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期の痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関してきちんとした評価を行い、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するためのアプローチである」と述べている。生命を脅かす疾患は、多くは転移、再発を繰り返し、終末期に至る長い経過をたどる。

厚生労働省は、緩和ケア充実の促進を目的とし、1990年に「緩和ケア病棟入院料」を、2002年には「緩和ケア診療加算」を診療報酬に盛り込んだ。以来、緩和ケア病棟入院料受理施設数、緩和ケア診療加算受理施設数は年々増加の傾向にあり、緩和ケアチーム活動が注目されるようになってきた。場所や時期に限定されない対象を広げた緩和提供システムの成熟が期待される一方で、一般病院ではこれらの基準を満たす要件を整備することが難しいとされている。

わが国では、病院における死亡率は、2000年78.2%、2008年78.6%で、2000年頃より<sup>1)</sup>ほぼ横ばいの状況である。依然として、一般病棟で終末期を迎える患者は多い。一般病棟では、最新の治療を受ける急性期、または回復期にある患者と緩和ケアを受ける患者とが混在し、求められるケアの質の違いに、多くの看護師は対応に困難を感じている。そして、死に面した人生の危機にある患者・家族に遭遇し、精神的にもストレスフルな職場環境にある。Bramらは<sup>2)</sup>ホスピスで働く看護師と一般病棟で働く看護師のバーンアウトを比較し、一般病棟の看護師の方がバーンアウトが高く、ストレス反応も多かったと報告している。ベッドサイドケアの中心を担う看護師にとって、患者・家族、医師などを含め、ベッドニュースに関わる場面が多く、心身の負担

となっていることが考えられる。Vachonは<sup>3)</sup>がん看護、緩和ケア病棟での職業ストレスとして、患者・家族とのコミュニケーション、あいまいな役割やその葛藤、チーム間のコミュニケーションを含めた職場環境などを挙げている。

今回の研究は、一般病棟看護師を対象に、緩和ケアを受ける患者・家族、医師との関わりを中心とした心身の負担度とその影響要因を明かにすることを目的とし、緩和ケア推進のための体制について検討したので報告する。

## 用語の操作上の定義

心身の負担：緩和ケアに関する「悩み」「辛さ」「逃避」「無力」「不眠」「疲労」「イライラ」など否定的な感情や身体の不健康状態をいう。

## 方 法

### 1. 対象者

2008年3月～5月に、A県内の一般病院で、緩和ケア病棟を持たない中小病院の看護管理者あてに研究協力の依頼文書を発送した。同意の得られた8施設の看護師337名を対象として自記式質問紙調査を行った。看護管理者を経由して配布し、回収は304名であった（回収率90%）。このうち、全ての調査項目に1つでも欠損のあったもの、また男性3名を除き、232名を本研究の分析対象とした（有効回答率76%）。

### 2. 質問紙の構成

個人の属性、心身の負担度とそれに影響する要因について全67項目を独自に作成した。心身の負担度とそれに影響する要因の項目については、緩和ケア認定看護師2名、他スタッフナースより意見を求め作成した。要因の各尺度内の信頼度係数（ $\alpha$ ）は0.61～0.84であった。

### 1) 属性

年齢、性別、臨床経験年数、婚姻状況、資格、身内の死を看取った体験の有無、緩和ケア研修受講の有無。

2) 心身の負担度は、患者・家族、医師との関係調整、患者や家族とのコミュニケーションを中心とした緩和ケアに関する「悩み」「辛さ」「逃避」「無力」「不眠」「疲労」「イライラ」について13項目の質問をした。5件法（1：ほとんど該当しない～5：非常によく該当する）で回答を求めた。逆転項目については、点数の高いほど負担度が高いことを示すよう処理した。

### 3) 心身の負担度に影響する要因

全54項目、5件法（1：ほとんど該当しない～5：非常によく該当する）で回答を求めた。①患者・家族、医師との関わり体験について、「患者との関係」12項目、「家族との関係」6項目、「医師との関係」4項目の計22項目、いずれも $\alpha$ 係数は0.61以上であった。②看護師の役割行動について、「患者との関係」9項目、「家族との関係」3項目、「医師との関係」3項目の計15項目、いずれも $\alpha$ 係数は0.69以上であった。「患者・家族、医師との関わり体験」、「看護師の役割行動」は点数の高いほど体験が多いことを示す。③職場環境について「看護チームと医師との連携は良好である」「患者のQOLを優先している」など10項目、 $\alpha$ 係数は0.84であった。④生き方について、「死を身近にあると感じている」「日常生活で気分を切り替えるようにしている」など7項目、 $\alpha$ 係数は0.63であった。「職場環境」、「生き方」は点数の高いほど質問に対し肯定的であることを示す。

## 3. 分析方法

1) 心身の負担度は、各項目の平均値（標準偏差）を算出し、負担度の高さを比較した。年代別比較は、一元配置分散分析Tukey法により分析した（ $p < .05$ ）。

2) 心身の負担度13項目の合計の平均値を算出し、1～3までを心身の非負担群（以下非負担群）、3.1～5までを心身の負担群（以下負担群）とし、質問項目54項目について両群の平均値を算出した。各項目の両群の比較をウィルコクソンの順位和検定を用いて行った（ $p < .05$ ）。次に、心身の負担度を従属変数とし、「患者・家族・医師との関わり体験」「看護師の役割行動」「職場環境」「生き方」について8つの下位尺度の平均値を独立変数として、年齢を補正し変数増加法によるロジスティック回帰分析を行った。統計処理は、SPSS Ver17.0 for Windowsを使用した。

## 4. 倫理的配慮

看護管理者へ書面にて研究の目的、秘密厳守、本研究の目的以外に使用しないこと、参加拒否があっても不利益を被らないことを説明し、調査協力の依頼をした。研究対象者への配布は、看護管理者に依頼したが、個人が特定されないよう無記名とし、個人用シール付き封筒を用意して回収した。対象者へは研究への参加は自由意思であること、いつでも辞退でき不利益や負担が生じないよう配慮すること、研究結果は学会等で公表し、データ入力後はシュレッターにかけ廃棄することについて文書で説明し、回答をもって同意とみなした。

## 結果

### 1. 対象の属性

年齢は21～53歳、平均年齢33.7歳（ $\pm 7.99$ ）であった。臨床経験年数は1～33年で平均11.3年（ $\pm 7.7$ ）であった。婚姻状況では独身124名（53%）で既婚者より多かった。資格では看護師が208名（90%）で一番多かった。身内の死を看取った体験のある人は149名（64%）であった。緩和ケア研修受講の有無では受けた人は111名（48%）であった（表1）。

表1 対象の属性

n = 232

項目	人(%)
年 代	20 ~ 29 93( 40)
	30 ~ 39 76( 33)
	40 以上 63( 27)
婚姻状況	既 婚 108( 47)
	独 身 124( 53)
資 格	保 健 師 14( 6)
	助 産 師 2( 1)
	看 護 師 208( 90)
	准看護師 8( 3)
臨床経験年数	1 ~ 5 67( 36)
	6 ~ 10 56( 24)
	11 ~ 15 44( 17)
	16 ~ 20 27( 8)
	21 ~ 33 38( 15)
死の看取り体験(身内)	有 り 149( 64)
	無 し 83( 36)
緩和ケア研修受講	受 け た 111( 48)
	受 け ない 121( 52)

2. 心身の負担度

全体では「一日の仕事を終え疲労を感じる」(3.87±1.06)が高く、次いで「患者とどのように関わっているのか悩む」(3.80±1.05)であった。年代別の比較では、「患者との関わりで看護の仕事をやめたいと思った」、「患者とどのように関わっているのか悩む」、「患者は安らかな死を迎えている」(逆転)の3項目について、若い年代ほど負担度が高く、20代と40代以上の看護師の間に有意な差が認められた(表2)。

3 心身の負担度に影響する因子-全体

関わり体験では、「患者から『痛みを何とかしてほしい』と訴えられた」(3.98±1.16)、「家族は『患者の痛みを何とかしてほしい』と訴えた」(3.81±1.32)の体験が多かった。医師との関わりでは、「『緩和医療へ移行する』と医師から家族へ話があった」(3.39±1.39)、「医師の家族への予後説明に立ち合った」(3.07±1.45)が多く、患者本人への説明に立ち合うのは少なかった。役割行動では、「患者の言動・反応を医師に伝えた」(3.93±0.96)、「医療チームで患者の治療・ケアについて話し合った」(3.77±1.10)の行動が多かった。職場環境では、「同僚からのサポートがある」(3.71±0.93)、「上司からのサポートがある」(3.59±0.96)が高かったが、「看護の仕事量は適切である」(2.05±0.91)、「この病棟は症状緩和の導入が良好である」(2.62±0.96)、「看護チームと医師との連携は良好である」(2.80±1.02)、「この病棟は患者のQOLを優先している」(2.90±0.84)については低かった。生き方では、「死は身近にある」(3.93±1.13)、「日常生活で気分を切り替えるようにしている」(3.91±0.99)が高かった(表3)。

表2 心身の負担度(全体、年代別比較)

	患者と医師との関係調整に悩む	患者と家族との関係調整に悩む	患者と話すのが辛い	家族と話すのが辛い	患者の病室訪問をできるだけ避けたい	患者の精神的ケアに無力を感じる	患者とのかかわりで看護の仕事をやめたいと思った
	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)
全体(n=232)	3.09(1.32)	2.80(1.27)	3.27(1.20)	3.07(1.20)	2.50(1.14)	3.47(1.21)	2.16(1.21)
20代(n=93)	3.11(1.24)	2.91(1.22)	3.41(1.18)	3.24(1.19)	2.58(1.17)	3.63(1.18)	2.38(1.29)]*
30代(n=76)	3.21(1.36)	2.79(1.38)	3.18(1.20)	3.00(1.24)	2.45(1.19)	3.47(1.27)	2.13(1.23)]
40代以上(n=63)	2.94(1.38)	2.65(1.22)	3.17(1.23)	2.90(1.16)	2.43(1.04)	3.22(1.17)	1.86(1.01)]

\*p<.05

	患者の終末期について考え眠れない	一日の仕事を終え疲労を感じる	患者とどのように関わっているのか悩む	患者のケアを通して自分は成長した(逆転)	イライラし、周り(同僚、自分の家族)にあたる	患者は安らかな死を迎えている(逆転)
	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)
全体(n=232)	1.99(0.97)	3.87(1.06)	3.80(1.05)	3.00(1.02)	2.29(1.16)	3.48(0.94)
20代(n=93)	2.09(1.03)	3.97(0.90)	3.96(0.91)]*	3.09(0.92)	2.25(1.18)	3.70(0.88)]*
30代(n=76)	1.87(0.87)	3.91(1.15)	3.86(1.13)]	2.87(1.12)	2.34(1.16)	3.45(0.96)]
40代以上(n=63)	2.00(1.00)	3.67(1.16)	3.51(1.09)]	3.05(1.23)	2.29(1.14)	3.19(0.91)]

\*p<.05

表3 心身の負担度に影響する因子（全体、負担群と非負担群との比較）

	全体(n=232)		負担群(n=113)		非負担群(n=119)		Wilcoxon W	z 値
	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	順位和	平均値(標準偏差)	順位和			
<b>I. 患者・家族、医師との関わり体験</b>								
<b>&lt;患者との関係&gt; (α = .82)</b>								
患者が病気の子後について「後どのくらい生きられるか」と聞いてきた	2.25 (1.30)	2.56 (1.38)	12216.50	1.96 (1.15)	14811.50	12216.50	-3.378	**
患者が「今の治療では不安だ」と疑問を投げかけた	2.34 (1.26)	2.66 (1.36)	12137.50	2.04 (1.09)	14890.50	12137.50	-3.498	***
患者は医師から積極的治療が望めないと言明されても積極的治療を希望した	1.94 (1.14)	2.12 (1.23)	12886.50	1.78 (1.03)	14141.50	12886.50	-2.057	*
患者は「これからの療養の場をどのように決めたらよいか」と相談してきた	1.61 (0.92)	1.69 (0.99)	13383.00	1.53 (0.83)	13645.00	13383.00	-1.077	
患者は今まで自分が生きてきた過去について話をした	2.86 (1.33)	2.96 (1.33)	13350.50	2.77 (1.34)	13677.50	13350.50	-1.027	
患者は「死ぬかもしれない」と、残していく家族について話をした	2.08 (1.10)	2.16 (1.15)	13410.50	2.00 (1.04)	13617.50	13410.50	-.931	
患者から「痛みを何とかしてほしい」と訴えられた	3.98 (1.16)	4.22 (1.05)	12345.00	3.75 (1.22)	14683.00	12345.00	-3.153	**
患者から「生きていく希望がない」と訴えられた	2.18 (1.21)	2.42 (1.27)	12464.50	1.96 (1.12)	14563.50	12464.50	-2.863	**
患者から「自宅へ戻りたい」と訴えられた	3.10 (1.37)	3.48 (1.38)	11765.50	2.75 (1.26)	15262.50	11765.50	-4.197	***
患者から「ホスピスへ転院したい」と医療者側に申し入れがあった	1.60 (0.96)	1.71 (1.00)	13091.50	1.50 (0.92)	13936.50	13091.50	-1.778	
患者が苦痛のため看護師の訪問を断った	1.44 (0.80)	1.63 (0.92)	12402.50	1.26 (0.62)	14625.50	12402.50	-3.575	***
患者が苦痛のため看護師のケアを拒否した	2.81 (1.26)	3.12 (1.21)	12031.50	2.51 (1.23)	14996.50	12031.50	-3.681	***
<b>&lt;家族との関係&gt; (α = .78)</b>								
家族から「患者に積極的治療が望めないことを話さないでほしい」と申し出があった	2.70 (1.42)	2.96 (1.51)	12583.00	2.45 (1.28)	14445.00	12583.00	-2.568	*
家族は医師から積極的治療が望めないと言明されても積極的治療を希望した	2.19 (1.22)	2.31 (1.25)	13149.00	2.08 (1.19)	13879.00	13149.00	-1.461	
家族は「患者の療養の場についてどのように決めたらよいか」と相談してきた	2.20 (1.25)	2.30 (1.36)	13529.00	2.11 (1.15)	13499.00	13529.00	-.684	
家族は患者を失うかもしれない悲しみを話した	2.75 (1.29)	3.03 (1.31)	12268.00	2.48 (1.23)	14760.00	12268.00	-3.198	**
家族は「患者の痛みを何とかしてほしい」と訴えた	3.81 (1.32)	4.14 (1.20)	11918.50	3.50 (1.36)	15109.50	11918.50	-3.999	***
家族は「自宅での療養の受け入れは無理だ」と話した	3.18 (1.37)	3.51 (1.29)	12032.50	2.86 (1.37)	14995.50	12032.50	-3.666	***
<b>&lt;医師との関係&gt; (α = .61)</b>								
緩和医療へ移行すると医師から患者へ話があった	2.50 (1.20)	2.75 (1.22)	12383.50	2.27 (1.13)	14644.50	12383.50	-2.984	**
緩和医療へ移行すると医師から家族へ話があった	3.39 (1.39)	3.63 (1.36)	12504.50	3.16 (1.38)	14523.50	12504.50	-2.730	**
医師の患者への予後説明に立ち合った	2.29 (1.38)	2.57 (1.48)	12516.00	2.03 (1.23)	14512.00	12516.00	-2.759	**
医師の家族への予後説明に立ち合った	3.07 (1.45)	3.35 (1.44)	12394.50	2.81 (1.41)	14633.50	12394.50	-2.942	**
<b>II. 看護師の役割行動</b>								
<b>&lt;患者との関係&gt; (α = .71)</b>								
「死」に関わる言葉は患者の前ではしないようにした	3.69 (1.20)	3.93 (1.10)	12439.50	3.47 (1.25)	14588.50	12439.50	-2.890	**
患者に医師の説明をどのように理解したか聞いた	3.49 (1.01)	3.73 (0.91)	11981.50	3.27 (1.06)	14814.50	11981.50	-3.558	***
痛みのコントロールについて、薬以外の方法について患者に説明した	2.59 (1.09)	2.73 (1.07)	12916.00	2.45 (1.09)	14112.00	12916.00	-1.919	
患者にこれからの過ごし方について聞いた	2.26 (1.09)	2.39 (1.10)	12986.50	2.14 (1.08)	14041.50	12986.50	-1.782	
患者に療養の場の選択について説明した	1.53 (0.80)	1.59 (0.80)	13271.00	1.48 (0.80)	13757.00	13271.00	-1.358	
患者に自分のできることはないか聞いた	2.98 (1.23)	3.22 (1.16)	12450.50	2.76 (1.26)	14577.50	12450.50	-2.846	**
患者が「死」について語る時、話を聞くようにした	3.06 (1.12)	3.02 (1.09)	14070.00	3.09 (1.16)	12958.00	12958.00	-.421	
患者のベッドサイドで話を聞く時間を設けた	3.49 (0.96)	3.43 (0.90)	14370.00	3.54 (1.02)	12658.00	12658.00	-1.044	
患者に「頑張りましょう」と声をかけた	2.25 (1.02)	2.30 (1.03)	13450.50	2.20 (1.01)	13577.50	13450.50	-.844	
<b>&lt;家族との関係&gt; (α = .69)</b>								
家族に患者のこれからの過ごし方について聞いた	2.91 (1.25)	3.14 (1.27)	12474.50	2.69 (1.19)	14553.50	12986.50	-1.782	**
家族に療養の場の選択について説明した	1.75 (0.96)	1.80 (0.95)	13415.00	1.70 (0.97)	13613.00	13415.00	-.971	
家族の話を聞く時間を設けた	3.38 (0.98)	3.44 (0.88)	13575.50	3.33 (1.07)	13452.50	13575.50	-.593	
<b>&lt;医師との関係&gt; (α = .72)</b>								
患者の治療・ケアについて医師に自分の意見を述べた	2.65 (1.21)	2.77 (1.14)	13071.50	2.54 (1.27)	13956.50	13071.50	-1.595	
医療チームで患者の治療・ケアについて話し合った	3.77 (1.10)	3.89 (0.97)	13179.50	3.65 (1.20)	13848.50	13179.50	-1.398	
患者の言動、反応を医師へ伝えた	3.93 (0.96)	4.04 (0.81)	13261.50	3.82 (1.07)	13766.50	13261.50	-1.265	
<b>III. 職場環境 (α = .84)</b>								
この病棟は医療チームとして機能している	3.14 (0.98)	3.04 (1.00)	14477.00	3.23 (0.96)	12551.00	12551.00	-1.262	
この病棟は患者の意思決定を尊重している	3.12 (0.99)	3.05 (1.05)	14277.00	3.18 (0.94)	12751.00	12751.00	-.846	
この病棟は症状緩和の導入が良好である	2.62 (0.96)	2.47 (0.96)	15095.50	2.76 (0.94)	11932.50	11932.50	-2.533	*
同僚からのサポートがある	3.71 (0.93)	3.60 (0.97)	14753.50	3.82 (0.89)	12274.50	12274.50	-1.854	
上司からのサポートがある	3.59 (0.96)	3.51 (0.99)	14570.00	3.67 (0.92)	12458.00	12458.00	-1.478	
看護チームと医師との連携は良好である	2.80 (1.02)	2.62 (0.97)	15153.00	2.97 (1.04)	11875.00	11875.00	-2.629	**
この病棟は患者のQOLを優先している	2.90 (0.84)	2.73 (0.84)	15118.50	3.05 (0.82)	11909.50	11909.50	-2.651	**
この病棟は治療優先である	3.22 (0.86)	3.24 (0.90)	13661.00	3.20 (0.83)	13367.00	13661.00	-.432	
看護の仕事量は適切である	2.05 (0.91)	1.84 (0.82)	15488.00	2.24 (0.95)	11540.00	11540.00	-3.350	**
院外研修が受けやすい環境である	2.84 (1.11)	2.65 (1.13)	15105.00	3.02 (1.07)	11923.00	11923.00	-2.513	*
<b>IV. 生き方 (α = .63)</b>								
死は身近にあると感じている	3.93 (1.13)	4.11 (0.97)	12951.00	3.76 (1.24)	14077.00	12951.00	-1.880	
死は不安・恐怖である	3.56 (1.09)	3.81 (1.04)	12251.50	3.34 (1.09)	14776.50	12251.50	-3.272	**
自分の最期の迎え方について日頃より考えている	2.85 (1.20)	2.97 (1.21)	13175.00	2.74 (1.20)	13853.00	13175.00	-1.388	
人生に目的をもっている	3.25 (1.03)	3.29 (1.08)	13451.00	3.20 (0.97)	13577.00	13451.00	-.843	
仕事に生きがいを求めている	2.92 (1.06)	2.99 (1.09)	13258.50	2.85 (1.03)	13769.50	13258.50	-1.237	
日常生活で余暇活動など楽しみを持つようにしている	3.88 (1.03)	3.96 (0.99)	13277.50	3.79 (1.07)	13750.50	13277.50	-1.202	
日常生活で気分を切り替えるようにしている	3.91 (0.99)	4.01 (0.94)	13187.50	3.81 (1.04)	13840.50	13187.50	-1.389	

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

表4 心身の負担度との関連が認められた因子

	$\beta$	オッズ比(95%信頼区間)	p
患者との関わり体験 多い／少ない	1.009	2.743(1.632~4.611)	.000
職場環境 否定的評価／肯定的評価	1.070	2.915(1.639~5.181)	.000
生き方 思慮深い／思慮浅い	.862	2.368(1.350~4.153)	.003

決定係数： $R^2 = .244$

#### 4 心身の負担度に影響する因子—負担群・非負担群との比較

負担群は113名、非負担群は119名であった。ウイルコクソンの順位和検定では、26項目に有意差が認められた。「Ⅰ. 患者・家族、医師との関わり体験」では、いずれの項目においても負担群の方が高く、「患者から『痛みを何とかしてほしい』と訴えられた」「家族は『患者の痛みを何とかしてほしい』と訴えた」「患者から『自宅へ戻りたい』と訴えられた」「『緩和医療へ移行する』と医師から家族へ話があった」など16項目に有意な差が認められた。「Ⅱ. 看護師の役割行動」では、負担群の方がほとんどの項目において高く、「死に関わる言葉は患者の前ではしないようにした」「患者に医師の説明をどのように理解したか聞いた」など4項目に有意な差が認められた。「Ⅲ. 職場環境」では、負担群の方がほとんどの項目において低く、肯定的に評価されていなかった。「看護の仕事量は適切である」「看護チームと医師との連携は良好である」「この病棟は患者のQOLを優先している」など5項目に有意な差が認められた。「Ⅳ. 生き方」では、いずれの項目においても負担群のほうが高く、「死は不安・恐怖である」の1項目について有意な差が認められた(表3)。

#### 5. 心身の負担度との関連が認められた因子—ロジスティック回帰分析

8つの下位尺度のうち、「職場環境」、「患者・家族・医師との関わり体験」の「患者との関係」、「生き方」の3つの尺度が心身の負担度に有意に関連していることが認められ

た。「職場環境」では、否定的な職場評価の看護師群は肯定的な職場評価の看護師群に対してオッズ比は2.92、「患者との関係」は、患者の訴えなどの関わり体験が多い看護師群は少ない看護師群に対してオッズ比は2.74、「生き方」では、死についての感受性、人生観など思慮深い看護師群は思慮の浅い看護師群に対しオッズ比が2.37であった(表4)。 $R^2 = 0.244$ で説明率は24%であった。

#### 考 察

一般病棟の看護師がもつ心身の負担度は、「一日の仕事を終え疲労を感じる」、「患者とどのように関わっていいのか悩む」が高かった。また、心身の負担度は、若い年代ほど高い傾向にあり、「患者との関わりで看護の仕事をやめたいと思った」、「患者とどのように関わっていいか悩む」、「患者は安らかな死を迎えている」(逆転)について年齢が20代と40代以上の看護師との間に有意な差が認められた。若いナースに負担感が高い理由として、小松らは「知識、技術、経験の不足のために、患者や家族に対して適切な判断に基づく対応ができないことから、自己の能力に対する自信のなさ、とまどいがある」と述べている。また、一般病棟で緩和ケアを提供している看護師スタッフのストレスとして、松山らは「看護体制として患者と十分に接することができない」と述べ、中島らは「緩和ケアに対する知識不足、急性期と終末期の患者の異なる看護の困難さを抱えながら看護している」と報告している。

日常的な看護場面でよく体験する項目で、

患者との関係では「患者から『痛みを何とかしてほしい』と訴えられる」が一番多く、家族との関係では、「家族は『患者の痛みを何とかしてほしい』と訴えた」が多かった。痛みコントロールが十分であるとはいえない状況があると考えられた。医師との関係では、「『緩和医療へ移行する』と医師から家族へ話があった」「医師の家族への予後説明に立ち合った」が、患者本人の説明に立ち合うよりも多かったが、患者本人への説明は皆無ではない。かつて、患者のショックを緩和するという配慮から、患者よりも家族への説明が優先された。今日、医学の進歩や個人情報保護法の制定により、インフォームド・コンセントは患者、家族の同席で行われるようになってきている<sup>7)</sup>。

看護師の役割行動としては「患者の言動、反応を医師に伝えた」が多かった。患者のベッドサイドに、日常的に居るのは看護師である。医師の治療が効果的に実施されるためには、患者の反応を的確にとらえ、速やかに医師に伝えることが重要である。

心身の負担度について負担群、非負担群との比較では、「Ⅰ. 患者・家族、医師との関わり体験」「Ⅱ. 看護師の役割行動」で、負担群の方が高い傾向にあり、心身の負担に関連する体験や行動が多かった。しかし、「Ⅲ. 職場環境」では、負担群の方が非負担群よりも低い傾向にあり、職場環境に対する否定的評価があることが心身の負担と関連していると考えられた。「Ⅳ. 生き方」では、「死は不安・恐怖である」の1項目について有意な差が認められ、負担群の方が高かった。死に対するイメージは、文化的、宗教的背景、その人の持つ死生観によって異なる。臨地では患者の死の場面は避けられない。看護師は患者の「死」を身近に意識し、やがて、この世からいなくなるのではという予期不安が死への恐怖となる。その死に真摯に向き合おうとすればするほど、回避できない「死」に、なすす

べもない自分の無力感が、心身の負担となっているのではないかと考える。

心身の負担度に影響する因子について、ロジスティック回帰分析では、8つの下位尺度のうち、「職場環境」「患者との関わり体験」「生き方」について関連があることが明らかになった。

「職場環境」では、「看護チームと医師との連携は良好である」「この病棟では患者のQOLを優先している」「看護の仕事量は適切である」など肯定的に評価している看護師に心身の負担度が低かった。緩和ケアにおいて患者を全人的にサポートするには他職種によるチームアプローチが欠かせない。特に症状マネジメントを行うには、医学的判断だけでなく、患者のQOLの向上を考え、患者の意思を尊重して対応を決めることが重要である。看護師は患者・家族にとって身近な存在であり、24時間患者のそばにいる存在でもある。患者の日常生活の場面から、様々なニーズを捉え、医療チームを調整する役割を担う。丸口<sup>9)</sup>はチームメンバーが情報を共有したり、互いに話し合う関係がないとストレスを生じ協働できなくなると述べている。看護師にとって医師との連携が良好であるか否かが、心身の負担度に影響すると考えられた。また、緩和ケアにとって、看護師、医師間にとどまらず、チームによるアプローチを効果的に運用していくことが重要であると考ええる。

「患者との関わり体験」では、「患者から『痛みを何とかしてほしい』と訴えた」「患者が苦痛のため看護師のケアを拒否した」など、患者の心身の苦痛を感じている。「患者が病気の予後について『後どのくらい生きることができるか』と聞いてきた」「患者から『自宅に戻りたい』と訴えられた」は、「残された命をどう生きるか」という患者のスピリチュアルな問いであり、その問いにどのように答えることができるのか、死にゆく患者の運命に、意味や価値を見いだせず苦悩する看護師

の模索や葛藤が心身の負担を強くしているといえる。「看護師の死生観は、患者がスピリチュアルなニーズを表出したとき、具体的には死後の世界への期待・肉体的生命を希求・生きる意味を問い直す時期などに必要になる<sup>8)</sup>」と述べられている。緩和ケアとしての適切な対応について、死生観（死生学）を高めたいけるような教育が必要である。

このモデルの説明率は24%であり、更に心身の負担度と関わり深い因子の抽出について、再検討していく必要がある。

「看護の仕事量は適切である」は全体的に低く、肯定的に評価されていなかった。また、心身の負担群は非負担群に比べ低い値となっており、否定的評価の看護師に心身の負担度が高いことが考えられた。一般病棟においては、急性期、慢性期、終末期が混在していることが多い。適切に仕事の量や時間の配分ができず、患者・家族とゆっくり話している時間がないなど、緩和ケアが十分に提供できない<sup>10) 11) 12) 13)</sup>ことへの負担感がある。緩和ケアの実践には、経過別看護単位の病棟編成も視野に入れ、職場環境の改善が、看護師の心身の負担軽減につながると考える。

最後に独自に作成した質問項目の信頼性妥当性について、項目精選の課題を残したことを付記しておく。

## 結 論

1. 看護師の心身の負担度は、全体では「一日の仕事を終え疲労を感じる」、「患者とどのように関わっていいのか悩む」が高かった。若い年代ほど負担度が高い傾向にあった。
2. 心身の負担度との関連が認められた因子は、「職場環境」「患者との関わり体験」「生き方」であった。
3. 緩和ケアに関わる看護師の心身の負担軽減には、緩和ケア教育の推進、チームアプ

ローチの効果的運用、緩和ケアを十分に提供できる職場環境の改善が必要である。

## おわりに

今日、一般病院の中でコンサルテーション機能をもつ緩和ケアチームの普及が注目されており、このことが緩和ケアの質の向上に寄与するとともに、看護師の心身の負担軽減につながるのではないかと期待している。

## 謝辞

A県内の8つの医療施設の看護師よりご協力を頂きましたことに深く感謝申し上げます。

## 文献

- 1) 厚生労働省. 統計情報「平成21年人口動態統計」. <<http://www.dbtk.whlw.go.jp/toukei/youran/indxk12.html>>. 2010. 5. 13.
- 2) Bram PJ, Katz LF. A study of burnout in nurses working in hospice and hospital oncology settings. *Oncol Nurs Forum*. 1989;16:555-560.
- 3) Vachon ML. Caring for the caregiver in oncology and palliative care. *Semin Oncol Nurs*. 1998;14:152-157.
- 4) 小松浩子・小島操子・岩井邦子. 終末期医療に携わる看護婦のストレスに関する研究. *看護管理*. 1998;21:103-105.
- 5) 松山治美・篠田由美・長澤サユリ. 一般病棟におけるターミナルケアの現状－より良いケアを目指して－. *日本看護学会誌 地域看護*. 2002;33:39-41.
- 6) 中島里子・角田直枝. 緩和ケアに携わる看護師のストレス－一般病棟の場合－. *緩和医療学*. 2000; 2:96-101.
- 7) 田巻知宏. 治療におけるインフォームド・コンセントと家族ケア. *緩和ケア*. 2007;17:82.



- 8) 水島ゆかり. 死生観を看取りに活かすために－「死生観とケア」研究会の調査から－. 臨床看護. 2007;33(13):1999-2000.
- 9) 丸口ミサエ. チームのストレスとその対処法. 緩和ケア. 2005;15(6):620.
- 10) 上村昌子・皆川邦直・依田由美ほか. ターミナルにおける看護師のストレス. 心身医. 1994;34:291-298.
- 11) 黒瀬佳代子・宮路亜希子・檜垣由佳子ほか. 緩和ケア病棟に勤務する看護婦が陥る“燃え尽き”の構造. 日本看護学会誌. 1999;8:18-26.
- 12) 大堀洋子・有賀悦子・高宮祐介ほか. 急性期と終末期患者が混在する環境で働く看護師のストレスに関する検討. 看護展望. 2004;29(8):104-110.
- 13) Sasahara T, et al. Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan. Palliat Med 2003;17:520-526.

## 参考文献

- 有森葉子. 病院における家族ケア－一般病棟看護師の立場から－. 緩和ケア. 2007;17.
- 池永昌之. ホスピス医に聞く一般病棟だからこそ始める緩和ケア. 大阪:メディカ出版:2005.
- 小笠原利枝. ホスピス・緩和ケア病棟における看取り. 緩和ケア. 2007;17(2).
- 窪寺俊之. スピリチュアルの本質とケアの方法. 緩和ケア. 2005;15(5).
- 佐藤康仁・有賀悦子・大堀洋子ほか. 急性期と終末期の患者が混在する病棟における終末期医療の問題点. 厚生の指標. 2005;52(3).
- 終末期医療に関する調査検討会編. 今後の終末期医療の在り方. 東京:中央法規出版:2005.
- 所昭宏・河原正明・中井吉英. がん医療現場でのストレスとその対応. 緩和ケア. 2005;15(6).
- 波平恵美子. 社会的・文化的中心に位置づけられる日本の家族. 緩和ケア. 2007;17.
- 和田美香. 緩和ケア病棟に勤務する看護師のスト