

った。

2. 調査方法

1 週間の留め置き法による無記名の自己記入式質問紙調査とした。

3. 調査内容

1) 基本的属性

性別、年齢、職務、職位、および勤務している部署を調査した。

2) PTSD 診断基準 A に関する 4 つの質問項目

- (1) 「その出来事はあなた（もしくは他者）の生命を脅かすものでしたか？」
- (2) 「その出来事によってあなた（もしくは他者）は大けがを負いましたか？」
- (3) 「その出来事はあなた（もしくは他者）の身体保全の脅威となるものでしたか？」
- (4) 「その出来事の最中や直後に、強い恐怖感、無力感、恐れの一つれかを感じましたか？」

回答は、上記の各々の質問に対してはいといいえの 2 件法で求めた。なお、本研究では長江ら¹¹⁾の研究に従い、PTSD の診断基準 A の外傷性を問う (1) から (3) と、情動喚起を問う (4) の質問項目のうち、最低 1 項目が「はい」と選択された場合に限り外傷体験者とみなした。

3) 外傷体験の内容と反応

外傷体験については、以下の (1) から (3) のように説明し、該当する出来事 1 つだけを IES-R の自由記述欄に記述するよう求めた。さらにその記述が、以下のいずれの体験に該当するかを評価した。

(1) 直接外傷

自分自身の直接的被害体験で、体験時と同じ恐怖や不快感をもたらしている出来事についての自由記述。

(2) 目撃外傷

患者の悲惨な出来事を目撃した中で、目撃した時と同じ恐怖や不快感をもたらしている

出来事についての自由記述。

(3) 聞く外傷

患者から聞いた話の中で、患者が体験した外傷的出来事を聞いた時と同じ恐怖や不快感をもたらしている出来事についての自由記述。

4) 心的外傷となった患者の受け持ちの有無、患者の年代、患者の状況に関する 3 つの質問項目。

- (1) 「その出来事は、あなたの受け持ち患者ですか？」
- (2) 「その患者はあなた、あなたの身内、またはあなたの大切な人と同年代ですか？」
- (3) 「その患者はあなた、あなたの身内、またはあなたの大切な人と同様な疾患に罹患している、あるいは同様な目に遭っている等、状況が似ていますか？」

回答は、上記の各々の質問に対して (1) は、はいといいえの 2 件法で求めた。(2) は「あなたと同年代」「あなたの身内と同年代」「身内ではないが、あなたの大切な人と同年代」「その他」の 4 件法で回答を求めた。

(3) については、「あなたと同じような状況」「あなたの身内と同じような状況」「身内ではないが、あなたの大切な人と同様な状況」「同じ状況ではない」の 4 件法で回答を求めた。

5) 外傷反応を測定する尺度 (Impact of Event Scale ; 以下、IES-R と略記)

心的外傷後の「直後」と「現在」の外傷反応の測定は、IES-R の日本語版¹²⁾を使用した。これは、PTSD の想起症状と回避症状、及び過覚醒症状の 3 因子を測定するための 22 項目で、症状の程度を測定する尺度である。項目に示される内容について、外傷体験の「直後」と「現在」でどの程度強く悩まされたかについて「全くない」から「非常に」までの 5 件法で評定を求めた。なお、

得点化は、0点の「全くない」から4点の「非常に」までをそれぞれ1点ずつ割り振った。

6) 共感経験尺度改訂版 (empathic experience scale revised; 以下, EESR と略記)⁷⁾

共感性については、角田のEESR⁷⁾を用いた。これは、共有経験と共有不全経験の2因子を測定するための20項目で、個人の共感性タイプを評価するための尺度である。本尺度は、情緒的・認知的アプローチを統合し、かつ能動的な他者理解につながる共感性を測定するものであり、共感不全経験という共感できなかったことへの自覚を測定することで、同情との他者理解への共感とを識別できるといった社会的望ましさのバイアスを防ぐといった特徴をもつ。角田のいう共感不全経験とは、他者の感情を感じ取れなかった経験であり、自己と他者の間に個別性の認識を生むと考えられるものである。

尺度の各項目に示される内容について、どの程度当てはまるかを「まったくあてはまらない」から「とてもあてはまる」までの7件法で評定を求めた。なお、得点化は、0点の「まったくあてはまらない」から6点の「とてもあてはまる」までをそれぞれ1点ずつ割り振った。また本尺度は、共感性を共感経験、共感不全経験の2軸から以下の4つに類型化している。

(1) 両向型

共有経験、共有不全経験共に高く、他理解を可能にする最も高い共感性。

(2) 共有型

共有体験は高いが個別性の認識は低く、共有体験を自己にひきつけてとらえてしまう未熟な共感、つまり同情。

(3) 不全型

共有不全経験が高く、共有経験が低く、自己と他者の間に越えがたい障壁があり、

その意味での孤独感をもちやすい。

(4) 両貧型

両方の経験が少ない。対人関係そのものが弱く、共感性が最も低い。

方法は、まず、IES-R 日本語版で外傷体験の有無と内容を質問し、職場における心的外傷を体験している看護師に対して、20項目それぞれについて、「以下に書かれている各文が、どの程度あなたにあてはまるかを教えてください」との教示のもと、「まったくあてはまらない(0点)」から「とてもあてはまる(6点)」の7件法で評定させ、各項目の回答値を合計して尺度得点を算出した。また共感性は、IES-Rの各外傷体験に分けて採点した。共感性の類型化は、各尺度の中央値を基準に高得点群と低得点群とに分け、2尺度の組み合わせから共感性の類型化を行なうことになっており、以下のとおりに類型化を行った⁷⁾。

(1) 両向型

共有経験高得点・共有不全経験高得点。

(2) 共有型

共有経験高得点・共有不全得点低得点。

(3) 不全型

共有得点低得点・共有不全経験高得点。

(4) 両貧型

共有得点低得点・共有不全得点低得点。

4. 分析方法

心的外傷に関する自由記述の分析は、看護師2名、看護学専攻の研究者1名、スーパーバイザー1名により行なった。内容の分類について、全メンバーの解釈に相違がないかを確認し、その信頼性の確保に努めた。

外傷反応は、IES-R 日本語版¹²⁾に従い、記述された体験について体験後1週間の時点での得点を「直後」、出来事後5年の時点での得点を「現在」とし、総合得点をそれぞれ測定した。IES-R 総合得点の cut-off point は、24/25 と指摘されているため¹³⁾、「直後」の

IES-R 総合得点が 25 点以上の者を抽出した。ただし、このうち IES-R の欠損値が 1 つ、あるいは、共感尺度の欠損値が 2 つ以下の場合には、各項目の尺度得点の平均値を推定値として補完し、それ以上の欠損が見られた場合は分析から除外した。

また、共感性と外傷反応には性差があることが指摘されていること^{13, 14)}、病院の看護師のほとんどが女性であることを考慮し、PTSD 診断基準 A の 4 つの質問項目にて外傷体験者である女性看護師を抽出して分析対象者とした。さらに直接外傷は、共感性との関連がなくても起こる可能性が高い心的外傷であるため、目撃外傷体験者と聞く外傷体験者のみを分析対象者とした。

さらに、外傷体験「直後」の IES-R 総合得点が 25 点以上である者のうち、「現在」の IES-R 得点が 25 点未満である者を回復群、25 点以上である者を持続群とした。

職場における目撃外傷については、持続群と回復群の共感性の得点の相違を検討するために、患者の受け持ちの有無、年代や状況、外傷からの経過年数について χ^2 検定を行った。また以下の分析以降は、聞く外傷については対象者が 4 名と少なかったため、分析から除外した。目撃外傷からの期間については、正規性の検定を行なった後に対応のある t 検定を行なった。母分散の等質性の検定については、Levene の検定を用いた。

次に持続群・回復群における共感性の比較については、持続群と回復群の共感経験と共感不全経験の得点の相違を検討するために、各下位尺度について正規性の検定を行なった後に対応のある t 検定を行なった。母分散の等質性の検定については、Levene の検定を用いた。

職場における目撃外傷については、目撃外傷反応の持続群と回復群において共感性の類型別に得点を比較した。共感性の類型

別に「両向型」「共有型」「不全型」「両貧形」の 4 因子の得点変化について、対応のある t 検定を行なった。まず、ヒストグラムの作成と視認によって分布の正規性を確認し、その後、母分散の等質性の検定については、Levene の検定を用いた。

以上の分析により、外傷反応の脆弱要因として持続群と回復群に差があるかどうかを確認した。検定における p 値は両側であり、 $p < 0.05$ を有意とした。また、全ての統計解析は、SPSS12.0J for Windows を用いて行なった。

5. 倫理的配慮

まず調査を実施するに当たり、調査者の所属する大学の倫理審査委員会で承認を得た。調査用紙の回収は、プライバシーの保護を重視して、調査用紙と共に配布された封筒に各自で回答済みの調査用紙を入れ、厳封により行なった。さらに回答は無記名、自由意志であり、回答しなくても不利益を被らないこと、調査の途中で中止してもよいこと、回答に際して気分が悪くなった場合、精神科医がフォローすること、データは、鍵のかかる棚に厳重に保管し、研究後に調査者が責任を持って破棄することなどを文書で説明した。

III. 結果

1. 対象者

同意が得られなかった者や、記入漏れがあった者を除いた 593 名のうち、DSM-IV の診断基準に当てはまらない者、心的外傷を体験していない者、直接外傷体験者である者を除いた 100 名を分析対象者とした。表 1 に分析対象者の基本的属性を示す。

表1 対象者の背景

		n=100
項目		n
年齢	20-29歳	29
	30-39歳	35
	40-49歳	22
	50-59歳	14
職務	看護師	85
	准看護師	6
	助産師	9
	スタッフナース	78
職位	主任	13
	師長	7
	その他	2
		2
勤務部署: 病棟		87
勤務部署: 外来		13
勤務年数(年)		13.77 ± 9.71 (range:0-34)

2. 職場における心的外傷の性質

収集された100の自由記述について、目撃、聞く外傷それぞれの体験率を表1に示す。最も多かったのは目撃外傷であり、99.96%であり、次いで聞く外傷で0.04%であった。

表2 直面の仕方別による職場における心的外傷の体験率

		n=100
体験内容 ^a		n(%)
1 目撃		99.96
2 聞く		0.04

a体験内容の順番は、体験率の降順

次に表3,4に各心的外傷の内訳と体験率を示す。

PTSである目撃外傷では、「患者・患児の悲惨な状態」「患者・患児(産婦・胎児)の死」「患者の急変」「患者・家族の自殺」「患者の死の発見」「医師から患者への思いやりのない態度」「病理解剖に立ち会った」「患者の家族の悲嘆」「同僚の仕事上のミス」「患者から家族への暴力」からなる10カテゴリーが見出された。記載されている内容で最も多かったのは、「患者・患児の悲惨な状態」であり、次いで「患者・患児(産婦・胎児)の死」「患者の急変」「患者・家族の自殺」「患者の死の発見」「医師から患者への思いやりのない態度」「病理解剖に立ち会った」「患者の家族の悲嘆」「同僚の仕事上のミ

ス」「患者から家族への暴力」の順であった(表3)。

表3 職場における目的外傷の体験内容と体験率

		n=96
体験内容 ^a		n(%)
1 患者・家族の悲惨な状態		28(29.2)
2 患者・患児(産婦・胎児)の死		26(26.1)
3 患者の急変		15(15.6)
4 患者・家族の自殺		13(13.5)
5 患者の死の発見		8(8.3)
6 医師から患者への思いやりのない態度		2(2.1)
7 病理解剖に立ち会った		1(1.0)
8 患者の家族の悲嘆		1(1.0)
9 同僚の仕事上のミス		1(1.0)
10 患者から家族への暴力		1(1.0)

a体験内容の順番は、体験率の降順

聞く外傷で最も多かったのは、「患者の自殺」であり、次いで「患者の悲惨な話」「患者の被虐待の話」の順であった(表4)。

表4 職場における聞く外傷の体験内容と体験率

		n=4
体験内容 ^a		n(%)
1 患者の自殺		50.0
2 患者の悲惨な話		25.0
2 患者の被虐待の話		25.0

a体験内容の順番は、体験率の降順

3. 持続群・回復群における心的外傷となった患者の状況の比較

以下に、目撃外傷について受持患者の有無、患者の年代、患者の状況との関連について示す(表5)。分析の結果、外傷反応の持続群と回復群において、受け持ち患者の有無、心的外傷となった患者の年代と状況については有意差が認められなかった。

表5 目撃外傷体験者の状況別における持続群・回復群の比較

		持続群 (n=78)	回復群 (n=18)	P ^a
受け持ち患者	はい	13	1	0.46
	いいえ	65	17	
年代	あなたと同年代	7	1	0.57
	あなたの身内と同年代	33	5	
	身内ではないが、大切な人と同年代	5	2	
	その他	33	10	
状況	あなたと同ような状況	2	0	0.46
	あなたの身内と同ような状況	6	0	
	身内ではないが、大切な人と同ような状況	2	0	
	同じ状況ではない	68	18	
外傷からの期間(年)		5.74 (6.09)	6.41 (7.64)	0.69

a: χ^2 test
b: t-test

4. 持続群・回復群における共感性の比較

職場における目撃外傷について、持続群と回復群の相違を検討した結果、持続群と回復群において共感性に有意差は認められなかった(表6)。

表6 共感性別における持続群・回復群の平均値と標準偏差

	持続群(n=78)	回復群(n=18)	p ^a
共感経験	57.92(13.70)	57.83(14.22)	0.98
共感不全経験	25.77(11.48)	27.33(7.83)	0.49

a: EESR=empathic experience scale revised

b: ()内は標準偏差

5. 持続群・回復群における共感性の類型別による比較

以下に外傷反応の持続群と回復群について、共感性の各下位尺度の平均と標準偏差を表7に示した。検定の結果、職場における心的外傷の脆弱要因として、共感性の類型には有意差が認められなかった。つまり、職場における目撃外傷には、共感性、共感性の類型は関連がないことが確認された。

表7 共感性の類型別における持続群・回復群の平均値と標準偏差

	持続群(n=78)	回復群(n=18)	p ^a
共感経験	57.92(13.70)	57.83(14.22)	0.98
共感不全経験	25.77(11.48)	27.33(7.83)	0.49

a: EESR=empathic experience scale revised

b: ()内は標準偏差

IV. 考察

本研究の目的は、看護師の職場における外傷体験者のうち、広義の外傷体験者を抽出し、上述した3つの視点から心的外傷の内容を明らかにするとともに、回復群と持続群における共感性の影響を検討することとした。

1. 心的外傷について

結果で示したように、看護師は職場において心的外傷を体験しており、特に目撃外傷が多かった。内容は、患者・患児・家族

の悲惨な状態や死、急変など、病院においては日常的に起こり得る出来事が心的外傷になっていることが示された。これらの出来事は看護という業務の特性上、当然経験する出来事であり、今まであまりストレスとして捉えられてこなかった出来事も心的外傷になり得ることが示唆された。また、患者・家族の自殺については、先行研究を概観すると精神科における自殺の報告があったが¹⁵⁾、近年は、内科等の患者の自殺の報告も少しずつされつつある¹⁶⁾。高橋¹⁷⁾は、患者の自殺に直面した医療者にPTSDになる可能性があることが指摘している。

しかし、わが国では時が経つことだけが心の傷を癒すといった考えが強く、自殺後、まるで何もなかったかのように振舞うのが思いやりだといった風潮が強いことが指摘されており、患者や家族の自殺を体験した看護職の心のケアが確立されていないのが現状である。古川¹⁶⁾は、患者の自殺を体験した看護師が語るにより、同じような体験をしていた人が他にもいることや、自分が感じていたことが自分だけではなかったと知ることができると、自分に何が起こっていたのかが見えてくること、また話す回数を重ねるごとに自分の中で意味づけがどんどん変わってくることを実感していたことを報告している。本研究の結果では、患者のみならず家族の自殺を含めて13名が体験していた。心的外傷のある看護職の心のケアについて、近年の研究ではディブリーフィングはエビデンスが不足していると指摘している研究があり¹⁸⁾、同じ体験をした看護職同士が語りあうグループ療法で良い効果が得られている研究結果が報告されているため¹⁹⁾、グループ療法を含めたケアの確立が急務であることが示唆された。

聞く心的外傷は、3カテゴリーが見出され、対象者は少ないが、患者の自殺の話聞くことや虐待等の悲惨な話を聞くことに

より、医療の現場では心的外傷になり得るという今回の結果は興味深いと思われる。特に患者の自殺については目撃・聞く外傷ともに心的外傷になることが示された。

2. 職場における目的外傷反応に共感性が及ぼす影響

本研究では、わが国の看護職の職場における目撃外傷体験者において、外傷反応の持続群と回復群の共感性を比較することによって共感性が及ぼす影響を検討した。結果の項で示したように、本研究において看護職の職場における目撃外傷の外傷反応の持続、回復には共感性に有意な差は認められなかった。つまり、目撃外傷の反応の脆弱性として共感性の影響はなかった。表5に示したように、看護職の目撃外傷について、受け持ち患者のような患者の中でも特に接触の多い患者であるかどうか、また看護職の過去の心的外傷の受傷歴と関連があるかどうかを確認するために、受け持ち患者の有無、患者の年代、状況の3つの項目を尋ねた。その結果、外傷反応の持続には関連はないことが明らかになった。しかし有意差はみられなかったものの、受け持ち患者については、持続群は16.67%、回復群は5.56%と約3倍であった。また年代については、身内と同年代が持続群は42.31%、回復群は27.78%であり、状況については違う状況であるという回答を除くと、身内と同じような状況が持続群の中で多かった。従って、目撃外傷体験者の状況別における持続群・回復群の比較では、有意な差は認められないものの、目撃外傷体験者である看護職の身内と同年代、あるいは同じような状況の患者によって心的外傷になりやすい可能性が伺えた。さらに状況については、看護職自身の過去の心的外傷とは違う状況の患者からの二次的な心的外傷を体験している看護職が最も多かった。そのため二次的な心的外傷は、患者の状況

よりも心的外傷の内容の衝撃性、あるいは看護職個人の他の脆弱要因による外傷反応の持続が示唆された。Stamは、二次的外傷性ストレスは症状の回復ペースが速いことを指摘している⁵⁾。本研究では、心的外傷からの期間が5~6年と長いため、特に接触の多い患者であるかどうか、看護職の過去の心的外傷の受傷歴として患者の年代や状況には有意な差がみられなかったことが示唆される。

次に看護職の外傷反応の持続に共感性が影響するかどうかの検討を行なったが、共感経験と共感不全経験については持続群と回復群との間に有意差はみられなかった。また共感経験である両向型、共有型、共感不全経験である不全型、両貧型のいずれにも有意な差はみられなかった。しかし有意差はみられなかったものの、共感経験では、最も共感性が高いとされる両向型は回復群の得点が高く、共有体験を自己に引き付けてしまう未熟な共感である共有型は、持続群が高かった。また共感不全経験は、他者との共感は得られにくいと潜在的には他者と関わりを持とうとしながらも他方でそれを阻む面を持つ不全型は回復群が高く、対人関係そのものが弱く、共感性が最も低いとされる両貧型は持続群が高かった。したがって、外傷反応の持続群は未熟で共感性が最も低い者が多く、回復群は潜在的に関わりを持とうとし、共感性が最も高い者が多いことが明らかになった。Stamは、心的外傷を負った人に共感的でなければ二次的外傷性ストレスにはならないことを指摘している⁵⁾。したがって本研究の結果から、脆弱要因である援助者の過去の心的外傷や他の要因によって患者に共感的になれない可能性が示唆された。また看護職はバーンアウト症候群が多く、情緒的疲弊が高いことが報告されている²⁰⁾。バーンアウト症候群とは、Maslachによると、心的エネルギー

一が絶えず過度に要求された結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇を主とする症候群であり、卑下、仕事嫌悪、思いやりの喪失である²¹⁾と定義づけられている。Maslachら²¹⁾によって作成されたMaslach Burnout Inventory (以下、MBIと略記)は、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の3つの下位尺度がある。情緒的消耗感は、バーンアウトの中で最も典型的に表出されるものであり、中核を成している。自身の仕事によって疲れ果てたという感情であり、もう働くことができないというメンタルな疲労である。脱人格化は、情緒的消耗感に次いで特性次元である。世話やサービスを受ける人達に対する無情な、あるいは人間性を欠くような感情や行動である。消耗から身を護るために、クライアントとの接触をほどほどにしたり、避けようとしたり、突き放すようになる。個人的達成感は、すべきことを成し遂げたという気分であり、バーンアウトを経験すると実感できないとされている。今回は、バーンアウト症候群については調査を行っていないため推測の域を出ないが、バーンアウト症候群の脱人格化の得点が高い看護職が本研究の調査に回答していた場合、共感といった、患者

との関係の中で患者の感情や気持ちを自分のことのように感じることや、他者を理解しようとすることができないために共感性が低い可能性も否定できない。

以上、本研究により、看護職の職場における心的外傷の内容が示され、脆弱要因である共感性については看護職への二次的な心的外傷に影響がないことが明らかになった。今後は、さらに脆弱要因について追求し、介入法の確立を行なうことが課題である。また、聞く外傷体験者が4名と少なかつたため、聞く外傷の対象者を増やし、STSの脆弱要因についても更なる研究が必要であると考える。

謝辞

本調査に際し、研究趣旨をご理解いただき、ご協力くださいました各病院の皆様方、精神科医の先生方に深謝致します。

付記

本研究は、科学研究費補助金(課題番号177916662)の助成を受けて行なったものであり、日本看護科学学会第26回学術集会(2006年、神戸)において一部を報告した。

引用文献

- 1) 仁木智織(2005), 暴力防止のための危険管理体制の確立と患者対応の改善, 看護展望, 30: 1436 - 1440.
- 2) The International Association for Health Security and Safety (1989), The American Nurses, 12.
- 3) 金吉晴(編)(2001), 心的トラウマの理解とケア, じほう, 東京, 3.
- 4) APA (American Psychiatric Association (1996), 高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸他(訳), DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル, 第1版, 医学書院, 東京, 435 - 436.
- 5) スタム, B.H.(編), 小西聖子, 金田ユリ子(訳)(2002), 二次的外傷性ストレス—臨床家, 研究者, 教育者のためのセルフケアの問題, 誠信書房, 東京.
- 6) Rothbaum, B.O., Foa, E.B., Riggs, D.S., et al. (1992), A prospective examination of post-traumatic stress disorder in

- repevictims, *American Psychologist*, 41, 813-819.
- 7) Figley, C.R. (Ed.) (1995), *Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner, Mazel, New York.
 - 8) 角田豊 (1994), 共感経験尺度改訂版 (EESR) の作成と共感性の類型化の試み, *教育心理学*, 42:193 - 200.
 - 9) Joinson, C. (1992), Coping with compassion fatigue, *Nursing*, 22 (4), 116-122.
 - 10) Davidson, P., & Jackson, C. C. (1985), The nurse as a survivor : Delayed post traumatic stress reaction and cumulative trauma in nursing, *International Journal of Nursing Studies*, 22 (1) : 1 - 13.
 - 11) 長江信和, 増田智美, 山田幸恵他 (2004), 大学生を対象としたライフ・イベントの実態調査と日本語版外傷後認知尺度の開発, *行動療法研究*, 30 : 113 - 124.
 - 12) 飛鳥井望 (2001), 改訂出来事インパクト尺度, 堀洋道 (監), 松井豊 (編), *心理測定尺度集Ⅲ, 心の健康をはかる (適応・臨床)*, 初版, サイエンス社, 東京, 120 - 124.
 - 13) Rothbaum B.O., Foa,E.B., Riggs,D.S., et al. (1992), A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rapevictims, *American Psychologist*, 41 (7) : 813 - 819.
 - 14) Mehrabian,A. & Epstein,N. (1972), A measure of emotional empathy, *Journal of Personality*,40 : 525 - 543.
 - 15) 折山早苗, 渡邊久美 (2008), 患者の自殺・自殺企図に直面した精神科看護師のトラウマティック・ストレスとその関連要因, *日本看護研究学会雑誌*, 31 (5), 49 - 56.
 - 16) 古川智恵 (2009), 入院中の患者の自殺に遭遇した看護師の体験と回復, *日本赤十字看護大学紀要*, 23:18 - 26.
 - 17) 高橋祥友 (2006), 医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント, 第2版, 医学書院, 東京, 149.
 - 18) Kenardy,J.A.,Webster,P.A.,Lewin,T. et al. (1996) ,Stress Debriefing and Patterns of Recovery Following a Natural Disaster, *Journal of Traumatic Stress*, 9 (1) : 37 - 49.
 - 19) Makoto Inoue, Ken Tsukano, Mitsutaro Muraoka et al. (2006) , *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60 : 29 - 36.
 - 20) 南裕子 (1988), 燃えつき現象の精神看護学的推論, *看護研究*, 21 (2) :12 - 19.
 - 21) Maslach, C. (1976), Burned - out, *Human Behavior*, 5 : 16 - 22.

平成23年2月15日受理

原著

看護師の離職意向に関連する要因の検討

—緩和ケア病棟における調査結果をもとに—

田邊 智美, 岡村 仁

広島大学 保健学研究科心身機能生活制御科学講座

受付日 2010年9月6日 / 改訂日 2011年1月25日 / 受理日 2011年3月25日

看護師の離職意向の要因を探索するために、組織風土、健康状態、および今までの働き方を見直す契機として取り組みの推進が提唱されているワークライフバランスに着目し、離職意向との関連を検討することを目的とした。2010年3月～4月に、A県7施設の緩和ケア病棟の看護職者105名を対象に、無記名の自記式質問紙による横断調査を実施し、回答のあった83名(79.0%)を分析対象とした。離職意向尺度を従属変数とする重回帰分析の結果、看護師の離職意向には組織風土の伝統性因子、WLB-JUKU INDEX 個人調査票の仕事と生活の評価、身体疲労度が有意に関連していた。本結果より、自律性に乏しい組織風土、身体的疲労の高まり、仕事と仕事以外の生活のバランスに対する評価の改善が、看護師の離職意向の軽減に有効であることが示唆された。

Palliat Care Res 2011; 6(1): 126-132

Key words: 緩和ケア病棟看護師, 離職意向, ワークライフバランス, 組織風土, 健康状態

緒言

高齢化の進展、医療技術の進歩、平均在院日数の短縮などにより看護職の需要は今後も高まると予想され、保健医療を維持していくには人材の確保および定着が不可欠である。わが国の死亡原因の1位であるがんは、病院での死亡が約9割を占めており、緩和ケア病棟の一層の充実が望まれる。そうした中、緩和ケア病棟で患者ケアの一端を担う看護師の需要も高まることが予想される。一方、看護師の確保を脅かす離職について日本看護協会が行った調査¹⁾によると、回答した施設の常勤看護職員離職率は11.9%であった。

看護師の離職に関して、これまでに職場ストレス²⁾やバーンアウト³⁾との関係が報告されている。さらに、離職と職場ストレスとの関係から、組織の特性の1つである組織風土を考慮する必要性が注目されている⁴⁾。組織風土をLitwinら⁵⁾は「仕事環境で人々が直接的あるいは間接的に知覚し、モチベーション及び行動に影響を及ぼすと考えられる一連の仕事環境の測定可能な特性」と定義した。組織風土はバーンアウトに結びつき、身体疲労の蓄積や精神的な疲弊により生じるといわれている⁶⁾。職務意欲衰退を介して離職意向に結びついているとの指摘⁷⁾もある。

したがって、どのような組織風土や健康状態が離職意向と関係するのかを検討することが重要と考えられる。しかし、緩和ケア病棟に勤務する看護師のストレスやバーンアウトについては、その要因⁸⁾や死別後の悲嘆⁹⁾との関係などが検討されているが、離職に関する検討はみられない。

また、退職者へ離職理由を尋ねた調査¹⁰⁾では、妊娠、出産、結婚などのライフイベントや労働時間が上位に挙げられていた。日本看護協会は「看護職確保定着推進事業」で、さまざまな活動を自ら希望するバランスで展開できる状態であるワークラ

イフバランスを提唱し、ライフイベントに配慮した勤務形態を選択できるように、多様性のある職場環境への改善を勧めている。ライフイベントや労働時間が問題となり退職しなければならぬ現状を鑑みて、看護師確保の方策を考えるためには、看護師の離職意向とワークライフバランスの関係についても検討する必要があると思われる。

こうした背景のもとに本研究は、緩和ケア病棟で勤務する看護師を対象に、看護師の離職意向の要因を探索し看護師確保の方策を考える一助とするために、組織風土、健康状態、仕事と仕事以外の生活のバランスを図るワークライフバランスに着目し、離職意向との関連を検討することを目的とした。

方法

① 対象と方法

調査対象は、A県にある緩和ケア病棟入院料届出受処理施設8カ所すべての緩和ケア病棟に勤務する看護職者とし、研究の依頼を行ったところ、7施設より協力の了承が得られた。

調査方法は、同意の得られた7施設の緩和ケア病棟の看護職者105名に対して、2010年3月から4月に看護部、病棟を通じて無記名の自記式質問紙の配布ならびに2週間後を期限として返送を依頼した。

② 調査項目

1. 社会人口統計学的情報

基本属性として性別、年齢、配偶者および子どもの有無、就業特性として看護職としての勤務経験年数、現在の病棟での勤務年数、職位、勤務形態、労働時間特性として1日の勤務時間、最近1カ月の残業時間、1カ月の夜勤回数、有給休暇付与および消化日数を尋ねた。

2. 離職意向

離職意向を測るため、Tei ら⁴⁾の離職意向尺度の6項目を用いた。この尺度は労働者の現職からの転職または離職についての意向を測る尺度として開発され、看護師の離職意向の測定にも使用されており、信頼性、妥当性が確認されている⁶⁾。

内容は、「今の組織での仕事が嫌になり真剣に新しい就職先の情報を集めたことが」「あと先を考えずにとりあえず仕事を辞めようと思うことが」「遅刻や欠勤しようかと思うほど今の組織での仕事が嫌になったことが」「もうやってられないと思うほど今の組織での仕事が嫌になったことが」「条件さえあえば今すぐにでも今の組織を替わろうと思ったことが」「離職や転職について真剣に親しい友人や家族に相談したことが」との質問に「なかった」～「たびたびあった」の4件法で回答する。各項目の4段階評価を1～4の得点で加算し、得点が高いほど離職意向が高いと評価される。

3. ワークライフバランス

ワークライフバランスを測るため、ワークライフバランス塾(次世代育成支援法に基づく一般事業主行動計画の策定に取り組むため、34の企業が連携し2004年5月から2007年3月の3年間活動した)と学習院大学経済学部経済経営研究所が共同開発したWLB-JUKU INDEX(以下、WJI)個人調査票¹¹⁾を、著作権者の了解を得て、職種内容を医療に関連したものに改変し使用した。

WJIは企業調査と個人調査で構成されているが両方を同時に実施しなければならないのではなく、社員のワークライフバランスの状況などを評価したい場合には個人調査のみを実施すればよいとされている。そのことから、今回は個人にとってのワークライフバランスの状況の評価のために個人調査のみを実施した。

個人のワークライフバランスの状況は仕事の充実度と生活の充実度に規定されるとの考えから、充実度を仕事と生活の時間ならびに仕事と生活の評価により捉えている。時間については勤務、育児・介護、自己啓発、社会活動を行ううえでの時間的な自由度を尋ねる質問が、評価については組織に対するコミットメント、キャリア・能力開発、能力発揮、仕事や生活の満足の状態を尋ねる質問がある。さらに個人のワークライフバランスの状況に影響を及ぼす外部条件として職場環境を取り上げ、経営姿勢、仕事の管理、人事管理についての質問が設定されている。

回答は「そう思わない」～「そう思う」の4件法で、各項目の4段階評価を1～4の得点で加算し、得点が高いほど個人のワークライフバランスと職場環境が良好であると評価される。

4. 組織風土

組織風土を測るため、外島ら¹²⁾の組織風土尺度20項目を使用した。この尺度は伝統性因子、組織環境因子と名づけられた2因子構成で信頼性、妥当性が確認されている¹³⁾。

伝統性因子は得点が高いほど指導中心型の封建的ともいえる権威的な組織の特徴を示し、組織環境因子は得点が高いほど構成員が主体的に活動するための条件が整備された民主的な組織の特徴を示すとされている。

回答は「はい」「いいえ」の2件法で、「はい」を2点「いいえ」を1点とし、逆転項目については配点を逆にして得点が与えられる。

5. 健康状態

精神的健康を測るため、Goldberg¹⁴⁾が開発した一般健康調査(General Health Questionnaire)の短縮版である12項目(以下、GHQ-12)を使用した。この尺度は健全な精神的機能が維持できているかどうかのスクリーニングのための調査票で、信頼性、妥当性が確認されている¹⁵⁾。

回答は4件法で、各項目の4段階評価を0～3の得点で加算し、得点が高いほど精神的健康度が低いと評価される。

身体的疲労を測るため、産業場面における疲労調査法として開発された蓄積的疲労徴候調査を参考に山崎¹⁶⁾が作成し、信頼性、妥当性が確認されている⁴⁾簡約版蓄積的疲労徴候スケール(Cumulative Fatigue Symptom Index)18項目(以下、CFSI-18)を使用した。

回答は各質問に該当すれば「○」、該当しなければ「×」の2件法で、「○」に1点を与え加算し、得点が高いほど蓄積的疲労徴候が高いと評価される。

悲嘆を測定するため、緩和ケア病棟に勤務する看護師を対象として山田ら¹⁷⁾が作成し信頼性、妥当性が確認されている悲嘆尺度の19項目を使用した。この尺度は緩和ケア病棟勤務での印象に残った患者との死別体験で、患者が亡くなった後にどのようなことを感じたり体験したりしたかを尋ねる。

回答は「全くあてはまらない」～「非常に当てはまる」の5件法で、各項目の5段階評価を1～5の得点、逆転項目については得点を反転させて加算し、得点が高いほど悲嘆を強く感じていると評価される。

③ 分析方法

離職意向について病院間の差の有無を確認するために一元配置分散分析を行い、離職意向尺度と他の尺度との関係を知るため、Pearsonの相関係数を用いた。

離職意向に関連する要因を明らかにするためには、まず離職意向を従属変数、基本属性、就業特性、労働時間特性、健康状態の各尺度、WJI個人調査票と組織風土の下位尺度を独立変数とする単回帰分析を行った。ついで、離職意向を従属変数、単回帰分析で抽出された変数を独立変数とするステップワイズ法による変数選択(変数選択の基準:投入するFの確率 ≤ 0.050 , 除去するFの確率 ≥ 0.100)を用いた重回帰分析を行った。

すべての検定におけるp値は両側であり、 $p < 0.05$ を有意とした。統計解析には、SPSS ver. 17.0 J for Windowsを使用した。

④ 倫理的配慮

本研究は、広島大学保健学研究科倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象施設責任者、病棟責任者、対象者には、研究の趣旨についての説明文および同意書を質問紙に添付し、研究に同意を得られる場合のみ研究への参加、質問紙への回答を行えばよいことを明記した。

結 果

① 分析対象者の基本的属性および特性

回答のあった83名(回収率79.0%)の属性および特性を表1に示す。

83名の性別は女性82名(98.8%)、男性1名(1.2%)で、平均年齢は37.2歳、配偶者はあり45名(54.2%)、なし38名(45.8%)、

表1 分析対象者の属性および特性

	平均値	標準偏差	範囲
年齢(歳)	37.2	8.8	24~59
看護師経験年数(年)	13.3	8.0	1~35
現病棟勤務年数(年)	3.4	2.4	0~8
残業時間(時間/月)	14.3	13.6	0~60
夜勤回数(回/月)	6.2	3.3	0~13
年休付与日数(日/年)	27.5	13.2	0~40
年休消化日数(日/年)	4.6	3.8	0~20

表2 CFSI-18, GHQ-12, 悲嘆尺度, 離職意向尺度, 組織風土およびWJI個人調査票の下位尺度の記述統計

	平均値	標準偏差	項目数	得点範囲	Cronbach α 係数
離職意向	12.5	5.0	6	6~24	0.91
CFSI-18	7.9	4.7	18	0~17	0.86
GHQ-12	16.1	4.6	12	7~27	0.86
悲嘆	41.7	9.4	19	26~69	0.90
組織風土					
伝統性因子	16.8	2.3	10	10~20	0.67
組織環境因子	15.8	2.0	10	11~19	0.56
WJI個人調査票					
経営姿勢	8.2	2.6	4	0~13	0.82
仕事の管理	34.7	8.4	13	0~50	0.94
人事管理	14.1	4.0	6	0~23	0.87
仕事と生活の時間	13.5	3.6	6	0~24	0.80
仕事と生活の評価	25.5	6.9	11	0~42	0.90

表3 離職意向に関連する要因

変数	標準化偏回帰係数	標準誤差	t値	p値
仕事と生活の評価	-0.470	0.077	-4.843	<0.001
伝統性因子	-0.230	0.214	-2.331	0.023
CFSI-18	0.255	0.101	2.719	0.008

重相関係数(R) = 0.666, 調整済みR² = 0.419

解析の結果, $p < 0.05$ だったもののみ記載した。

子どもはあり42名(50.6%), なし41名(49.4%)であった。看護師経験年数の平均は13.3年, 現病棟経験年数の平均は3.4年, 職位はスタッフ64名(77.1%), 主任および副師長12名(14.5%), 師長5名(6.0%), その他2名(2.4%)で, 勤務形態は常勤77名(92.8%), 非常勤6名(7.2%)であった。

残業時間の月平均は14.3時間, 夜勤回数の月平均は6.2回, 年休付与日数の平均は27.5日, 年休消化日数の平均は4.6日であった。

② 対象者のワークライフバランス, 組織風土, 健康状態, 離職意向の各得点

表2に各尺度の得点, α 信頼係数を示す。組織風土の下位尺度, 組織環境因子10項目のCronbach α 係数が本研究の集団では0.56であったため, 今回の分析から除外した。

病院間で離職意向, 健康状態の各尺度, WJI個人調査票の仕

事と生活の時間, 仕事と生活の評価, 組織風土の伝統性因子における有意な差はみられず, WJI個人調査票の経営姿勢($p < 0.001$), 仕事の管理($p = 0.003$), 人事管理($p = 0.001$)で有意差がみられた。また, 離職意向尺度はGHQ-12と $r = 0.39$ ($p < 0.001$), CFSI-18と $r = 0.45$ ($p < 0.001$)の中程度の正の相関が, 組織風土の伝統性因子と $r = -0.42$ ($p < 0.001$), WJI個人調査票の仕事と生活の評価と $r = -0.41$ ($p < 0.001$)の中程度の負の相関がみられた。

③ 重回帰分析による離職意向への関連要因

離職意向に影響を及ぼす要因を検討するため, 離職意向を従属変数とする単回帰分析を行った。その結果, 離職意向と有意な関連がみられたのは, CFSI-18 ($\beta = 0.390, p < 0.001$), GHQ-12 ($\beta = 0.450, p < 0.001$), 伝統性因子 ($\beta = -0.415, p < 0.001$), 仕事と生活の評価 ($\beta = -0.411, p < 0.001$)であった。

次に、その項目の因子を独立変数、離職意向を従属変数とするステップワイズ法による重回帰分析を行った(表3)。その結果、離職意向に影響を与える要因として、CFSI-18($\beta = 0.255, p = 0.008$)、仕事と生活の評価($\beta = -0.470, p < 0.001$)、伝統性因子($\beta = -0.230, p = 0.023$)の3項目が抽出された。多重共線性の確認には、VIF (Variance Inflation Factor) 値を用いたが、投入された独立変数のVIF値はすべて2以下であった。

考 察

離職意向を従属変数とする重回帰分析の結果、離職意向に関連する要因として、組織風土の伝統性因子とWJI個人調査票の仕事と生活の評価、CFSI-18で示される身体疲労度が抽出された。伝統性因子および仕事と生活の評価は低いほど、また身体疲労度が高いほど離職意向が高くなることが示唆された。

組織風土尺度の伝統性因子は、得点が低いほど指導中心型の権威的な組織の特徴を示し、組織風土として意見を尊重する自由な雰囲気とは異なるものである。また、自由裁量を阻む管理方式は、働く人のモラルとストレスに望ましくない影響を及ぼすとの指摘もある¹⁸⁾。

緩和ケア病棟で患者や患者を支える人たちが納得できる終末期を迎える援助を実施するにあたり、関わる人たちの率直な意見交換が重要で、普段から自分の意見をはっきり言う訓練やお互いに他のメンバーの意見を十分に尊重する自由な雰囲気をつくっておく必要があるとされる¹⁹⁾。職場風土は働く人のモチベーションや行動に影響を与える職場の特性であるが、互いの意見が尊重されない自律性に乏しい組織風土は、離職意向を高めるモチベーションとなりうると考えられる。

これまで看護師の離職に関連する組織要因として、労働条件や人間関係が挙げられ、組織風土を考慮する必要性もいわれながら、どのような組織風土が離職と関連しているか報告されていなかった。今回の結果により、働く人が権威的に管理され、主体的に行動できないと感じる自律性に乏しい組織風土が、離職意向に関連することが明らかとなったといえる。

離職と疲労の関係については、疲労度がバーンアウトを介して離職意向に影響しているとの指摘⁷⁾や、疲労蓄積度の強さと精神的健康度の低さは共に離職意向を説明しているとの指摘⁶⁾がある。今回の結果からも、身体的疲労の高まりが離職意向を高めることが示唆された。

WJIの中で離職意向に関連していたのは、仕事と生活の評価であった。本結果は、スタッフが組織の人材管理施策のあり方をいかに評価するかは、組織への貢献意欲や定着意識を高めるうえで重要な役割を果たすとの指摘¹³⁾を支持しているといえる。一方、長時間労働は看護師の離職理由とされているが、仕事と生活の時間は離職意向と関連していなかった。看護師の離職率の高い病院と低い病院を比較した先行研究では、離職率の高い病院の看護師は勤務シフトに差がない場合も勤務スケジュールが悪いと認識し、看護師の労働時間に対する認識が離職に影響していたとされている²⁰⁾。

今回の結果から、離職意向に関連する要因は、仕事と生活に使用する物理的な時間ではなく、仕事と仕事以外の生活が自ら希望するバランスでなされているか否かに対する評価であることが示唆された。仕事と仕事以外の生活を自身で調整できないと感じる時、離職により生活のバランスを図ることが考えら

れる。

本研究の限界

本研究の限界として、横断研究であるため因果関係について明確な判断をしにくい点、調査結果は当該県の特徴を反映しており、緩和ケア病棟の看護師全体の代表になっていない点が挙げられる。今後は他県における同病棟の看護職者との比較、検討や、縦断研究が必要と思われる。

謝辞 ご多忙中、研究へのご理解と実施の承認ならびに質問紙調査にご協力をいただきました病院の看護部長、看護副部長、看護師長、看護師の皆様にご心からお礼申し上げます。

文 献

- 1) 日本看護協会広報部. 2009年看護職員実態調査 (<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/press/2009pdf/0316-1.pdf>). [cited 2010. may 20]
- 2) 大村知美, 牛之濱久代, 赤井由紀子, 他. 看護職者の離職希望につながるストレスについて—卒後3年未満の看護職者に対するアンケートより. 日本看護学会論文集:看護管理 2005; 36: 253-255.
- 3) 古屋肇子, 谷 冬彦. 看護師のバーンアウト生起から離職願望に至るプロセスモデルの検討. 日本看護科学会誌 2008; 28: 55-61.
- 4) 富永真己, 朝倉隆司. 職場環境がコンピュータ技術者の精神的健康度および離職意向に及ぼす影響. 日本公衆衛生雑誌 2006; 53: 196-207.
- 5) Litwin GH, Stringer Jr RA 著. 占部都美 監訳, 井尻昭夫 訳. 経営風土, 第2版. 白桃書房, 東京, 1985; 1.
- 6) Tei-Tominaga M, Miki A, Fujimura K. A cross sectional study of factors associated with intentions to leave among newly graduated nurses in eight advanced treatment hospitals: job stressors, job readiness, and subjective health status. 日本公衆衛生雑誌 2009; 56: 301-311.
- 7) 塚本尚子, 野村明美. 組織風土が看護師のストレスナー、バーンアウト、離職意図に与える影響の分析. 日本看護研究会雑誌 2007; 30: 55-64.
- 8) 馬場玲子, 笹原朋代, 北岡和代, 他. 緩和ケア認定看護師の職務満足度およびバーンアウトの実態と関連要因. Palliat Care Res 2010; 5: 127-136.
- 9) 藤枝政継, 松島英介, 上木雅人, 他. ホスピスに従事する看護師の悲嘆とその関連要因—バーンアウトとソーシャル・サポートに着目して. 緩和医療学 2007; 9: 387-395.
- 10) 日本看護協会 編. 看護白書, 平成19年版. 日本看護協会出版会, 東京, 2007; 8-9.
- 11) 学習院大学経済経営研究所 編: 経営戦略としてのワークライフバランス. 第一法規株式会社, 東京, 2008; 232-238.
- 12) 外島 裕, 松田浩平. 組織風土の理論と分析技法の開発. 羽石寛寿, 地代憲弘, 外島 裕, 他. 経営組織診断の理論と技法—人的側面を中心として. 同友館, 東京, 1995; 11-29.
- 13) 竹内規彦, 竹内倫和, 外島 裕. 医療・介護関連施設のHRM施策, 組織風土, 及び職員のワークコミットメントに関する研究—職員に対する態度調査データの実証分析. 愛

- 知学院大学論叢 経営学研究 2004; 14: 51-78.
- 14) Goldberg DP 著, 中川泰彬, 大坊郁夫 訳. 日本版 GHQ 精神健康調査票手引き. 日本文化科学社, 東京, 1985; 1-11.
- 15) 新納美美, 森 俊夫. 企業労働者への調査に基づいた日本版 GHQ 精神健康調査票 12 項目版 (GHQ-12) の信頼性と妥当性の検討. 精神医学 2001; 43: 431-436.
- 16) 山崎喜比古. 質問項目と文例. 東京大学医学部保健社会学教室 編. 保健・医療・看護調査ハンドブック. 東京大学出版会, 東京, 1992; 111-120.
- 17) 山田淳子, 野島一彦. ターミナルケアにおける死別後の悲嘆と対処行動に関する心理学的研究—緩和ケア病棟の看護婦を対象に. 九州大学心理学研究 2002; 3: 217-227.
- 18) O'Driscoll MP, Schubert T. Organizational climate and burnout in a New Zealand social service agency. *Work & Stress* 1988; 2: 199-204.
- 19) 伊藤美由紀, 高橋隆恵, 佐藤しのぶ, 他. ホスピス・緩和ケア病棟の看護師が鎮静に関わる現状と抱える問題やストレス. 東北大学医学部保健学科紀要 2008; 17: 59-70.
- 20) Stordeur S, D'Hoore W; NEXT Study Group. Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *J Adu Nurs* 2007; 57: 45-58.

An investigation of the factors related to the intention of nurses to leave their profession: based on a survey of nurses working in palliative care units

Tomomi Tanabe and Hitoshi Okamura

Graduate School of Health Science, Hiroshima University

The purpose of this study was to investigate the relationships among the intention of palliative care nurses to leave their profession and work-life balance, organizational climate, and health status with the objective of exploring the factors that prompt nurses to leave their profession. A cross-sectional survey of 105 palliative care unit nurses working in 7 facilities in prefecture A was conducted using an anonymous, self-completed questionnaire between March and April 2010. Data on eighty-three respondents (response rate, 79.0%) were used. The results were analyzed using a multiple regression analysis with 'intention to leave profession' as the dependent variable. The results of the analysis revealed that the organizational climate, the evaluation scores for work and life, and the degree of fatigue were significantly related to the intention of nurses to leave their profession. These results suggest that to reduce the intentions of nurses to leave their profession, improving autonomy within organizational climates and reducing fatigue and low estimates of work-life balance are important.

Palliat Care Res 2011; 6(1): 126-132

Key words: palliative care unit nurses, intentions to leave the profession, work-life balance, organizational climate, subjective health status

Table 1 Subjects' characteristics

	Mean	SD *	Range
Age	37.2	8.8	24~59
Length of nurse experience (years)	13.3	8.0	1~35
Length of work in palliative care unit (years)	3.4	2.4	0~8
Overtime work (hours / month)	14.3	13.6	0~60
Times of night shift work (times / month)	6.2	3.3	0~13
Given annual paid holiday (days / year)	27.5	13.2	0~40
Taken annual paid holiday (days / year)	4.6	3.8	0~20

* Standard deviation

Table 2 Scores on CFSI-18, GHQ-12, Grief, Intentions to leave the profession, Organizational climate, and WJI personal questionnaire

	Mean	SD	Item number	Range	Cronbach α
Intentions to leave the profession	12.5	5.0	6	6~24	0.91
CFSI * ¹ - 18	7.9	4.7	18	0~17	0.86
GHQ * ² - 12	16.1	4.6	12	7~27	0.86
Grief	41.7	9.4	19	26~69	0.90
Organizational climate					
Traditional factors	16.8	2.3	10	10~20	0.67
Organizational environment factors	15.8	2.0	10	11~19	0.56
WJI * ³ personal questionnaire					
Management's posture	8.2	2.6	4	0~13	0.82
Business management	34.7	8.4	13	0~50	0.94
Personal management	14.1	4.0	6	0~23	0.87
Work life time	13.5	3.6	6	0~24	0.80
Work life estimation	25.5	6.9	11	0~42	0.90

*¹ Cumulative Fatigue Symptom Index, *² General Health Questionnaire, *³ WLB-JUKU INDEX

Table 3 Factors related to the intention of nurses to leave the profession

Variable	Beta	Standard error	t	p value
Work life estimation	- 0.470	0.077	- 4.843	< 0.001
Traditional factors	- 0.230	0.214	- 2.331	0.023
CFSI-18	0.255	0.101	2.719	0.008

Multiple correlation coefficient (R) = 0.666, Adjusted R² = 0.419

Only those independent variables that were found to have significant results in multiple regression analysis are presented.

□研究論文

末期がん患者に対する作業療法士の関わり

～作業療法士の語りの質的内容分析～

三木 恵美* 清水 一* 岡村 仁*

要旨：末期がん患者に対する OTR の関わりを体系的に分類するために、半構成的面接を行い内容を質的に分析した。その結果、「患者とその生活を知るための関わり」、「自己イメージ向上の支援」、「安全で安心な生活の支援」、「余暇・役割・社会的活動の遂行支援」、「人生の肯定的振り返りの支援」、「医療職との協働を促す」、「家族の絆再確認の支援」、「安定した家族介護の支援」、「グリーンケア」という3次カテゴリが得られた。OTR がこれらの併用により患者の状態変動に迅速に対応し、様々な問題に多面的に関わっていることが明らかになった。作業を通じた関わりの特徴を意図的に用いて患者の生活を支援することが、OT の専門性であるとの示唆が得られた。

作業療法 30:284~294, 2011

Key Words: 末期, (がん), 作業療法, リハビリテーション, 質的研究

はじめに

がんの5年生存率は50%を超え¹⁾、もはや不治の病ではなく慢性疾患の様相を呈している。長期化するがん治療の中で、患者の生活の質(quality of life; 以下, QOL)を可能な限り高く保つためには身体・心理・社会・スピリチュアルな苦痛の軽減に努めることが必要とされ、末期がん患者に対する全人的なリハビリテーションへの期待が高まっている²⁾。平成22年には、がん患者リハビリテーション料が算定さ

れることとなり、今後作業療法士(以下, OTR)が末期がん患者に関わる機会は増加するものと予想される。

これまでに報告された末期がん患者に対する作業療法(以下, OT)介入³⁻⁵⁾を要約すると、①外出, 余暇的活動の支援, ②日常生活活動(以下, ADL)／手段の日常生活活動(IADL)の支援, ③家屋評価と住宅改修, 福祉機器の提供, ④身体機能訓練, ⑤疼痛, 倦怠感の緩和, ⑥浮腫への対処, ⑦ライフスタイルの見直しと調整, ⑧心理的支援, ⑨認知機能障害, 感覚障害に対する訓練, ⑩グループ療法, ⑪家族に対する支援と指導, に分類される。しかし, 多様な問題を抱え刻々と変化する末期がん患者の生活は, 個々の問題に対する問題解決アプローチでは十分に支援することはできないといわれている³⁾。そこで筆者は, OTR が末期がん患者の生活をどのように捉え, それに対しどのよう

2010年6月10日受付, 2010年10月20日受理
Occupational therapy intervention for clients with terminal cancer: The qualitative analysis of occupational therapists' narratives

* 広島大学大学院保健学研究科
Emi Miki, MS, OTR, Hajime Shimizu, MS, OTR,
Hitoshi Okamura, MD: Graduate School of Health
Sciences, Hiroshima University

な意図でいかなる関わりを行っているのか、そのプロセスを含めた全体像を調べ、それらを体系的に立てたいと考えた。そのためにはOTRの関わりを、事例経過を通して調査し、それを質的に分析することが適切と考えた。

研究目的

本研究の目的は、OTRの語りの内容を質的に分析することで、末期がん患者に対するOTRの関わりの全体像を明らかにし、それらを体系的に分類することである。

研究方法

1. 研究対象者

末期がん患者に対するOTの全体像を把握するために、臨床経験5年以上のOTRを研究対象とした。1996年から2006年に「作業療法」、「作業療法ジャーナル」、「死の臨床」、「総合リハビリテーション」、「自立支援とリハビリテーション」に掲載された末期がん患者の事例報告の筆頭著者と、筆頭著者が推薦したOTRに電話にて研究参加への依頼を行い、同意が得られた20名を対象とした。

2. データ収集方法

対象者の希望に沿って日時と場所を決定し、各々1回ずつの半構成的面接を実施した(平成18年7月28日~9月28日)。面接では、対象者にカルテなどの記録を基に末期がん患者に対する介入経過を想起してもらい、面接ガイドに沿って関わりの詳細を尋ねた。なお本研究では「末期がん患者」を、生命予後が6ヵ月以内であると主治医が診断したがん患者、と定義した。

3. 分析方法

分析は内容分析の手法を用いた。内容分析は、コミュニケーション内容、つまり言語や行動などを含むメッセージをデータとして、これを基に論点の抽出とカテゴリ化を行うことでテキストにおける、ある特定の特徴を体系的かつ客観的に同定することにより推論を行う調査技法の1つである⁶⁾。この手法を用いて語りの内容を

分析することは、OTRの関わりの全体像を把握し、体系立てるという本研究の目的に適すると考えた。

まず、面接内容を研究対象者の許可を得て録音し逐語録にした。逐語録されたデータの中で、OTRの関わりに関する内容についてその意味を読み取り、1つの概念について1つのコードを作成した。作成したコードを意味内容の類似性により分類し1次カテゴリを作成、各々にその概念を表す名前を付けた。同様の手順で順に、2次カテゴリ、3次カテゴリを作成した。データの信頼性を高めるため事前に別のOTRを相手に面接方法の練習を行い、その内容を見直すことで面接ガイドが論題全体をカバーできるかを点検した。また、データ解釈の妥当性を高めるため、対象者全員に各々の逐語録と作成したコードおよび分析内容を提示し、分析が妥当であるかの確認を行った。対象者からの指摘に従い、同意が得られるまで修正を繰り返した。更にデータ解釈の信頼性を高めるため、身体障害領域での臨床および研究経験豊富なOTR2名によるスーパーバイズを受けながら分析を行った。

4. 倫理的配慮

研究趣旨、データの取り扱い、対象者の人権擁護、プライバシーの保護に関する項目を、面接開始前に文書と口頭で説明し文書で同意を得た。なお、本研究は広島大学大学院保健学研究科心身機能生活制御科学講座倫理委員会の審査、承認を得て実施した。

結 果

1. 対象者の概要

研究対象者である20名のOTRの概要を、表1に示した。1人当たりの面接時間は17~76分(平均58分)であった。

2. 末期がん患者に対するOTRの関わり(表2)

データより得られたOTRの関わりのコード総数は1,162、分析により65の1次カテゴリ、28の2次カテゴリ、9の3次カテゴリに分類

表1 対象となった作業療法士の概要 (n=20)

性別	男性	6 (30%)		
	女性	14 (70%)		
作業療法経験年数	5~10年	8 (40%)		
	10~15年	5 (25%)		
	15~20年	4 (20%)		
	20~25年	1 (5%)		
	25~30年	1 (5%)		
	30~35年	0 (0%)		
	35~40年	1 (5%)		
勤務場所	訪問リハ	訪問看護ステーション	1	8(40%)
		診療所	6	
		総合病院	1	
	一般病棟	大学病院	2	6(30%)
		総合病院	3	
		一般病院	1	
	P C U	総合病院	5	6(30%)
		がん専門病院	1	

され、そのうち3次カテゴリは、『患者とその生活を知るための関わり』、『自己イメージ向上の支援』、『安全で安心な生活の支援』、『余暇・役割・社会的活動の遂行支援』、『人生の肯定的振り返りの支援』、『医療職との協働を促す』、『家族の絆再確認の支援』、『安定した家族介護の支援』、『グリーンケア』と命名した。3次カテゴリを構成する下位カテゴリを表2に示す。また表2のコード数は各々の関わりの出現頻度を表す。以下に3次カテゴリの概要を説明する。〈〉は2次カテゴリ、『』は3次カテゴリ、「」は対象者の語りを示す。特に象徴的な対象者の語りの内容を、表3に示す。

1) 患者とその生活を知るための関わり

OTRは、経過の中で常に患者・家族・他職種・記録物からの情報収集や観察、Barthel IndexやFIMの使用により、〈患者の状態やADL能力〉や〈個人因子や環境因子〉を知ろうと努め、得られた情報を基にプログラムの立案・変更を行うことで、状態変動に迅速かつ的確に対処していた。プログラムを決定する上で特に重要とされたのは患者の希望であったが、希望を具体的に答えられる患者は少ないと語ら

れた。これに対しOTRは、できるだけ頻回に訪室し、ゆっくりと患者の言葉を傾聴したり、COPMや作業に関する自己評価(OSA-II)などの評価バッテリーを用いる他に、OTについて説明しOT室見学を勧めたり、患者であっても生活の中に楽しみが持てることを伝え、希望を実現するために援助の用意があるのを説明することで、〈患者の希望を引き出す〉よう努めていた。このような関わりを『患者とその生活を知るための関わり』と名付けた。

2) 自己イメージ向上の支援

OTRは、OTでは参加の有無の自由が保障され患者や家族の意思が尊重されることを伝え、プログラムの目的や効果を説明した上で、話し合いながら目標設定や問題解決に取り組み、選択肢を提供して患者の自己決定を促すなど、患者の〈コントロール感の向上を支援〉していた。また、段階付けや福祉機器の提供など、患者の能力が発揮しやすい実現可能な方法を提案し、患者が能動性や主体性を発揮しやすい状況設定を行い、体験を通して現在の能力を再確認できるよう援助し、成功体験を得られる機会を提供することで、患者の〈自己効力感向上の支援〉を行っていた。加えて、でき上がった作品を展示あるいはプレゼントするよう勧め、積極的に作業へ参加する様子を家族や多職種に見てもらうことで患者が他者から賞賛される機会を設け、患者の行動の意味を言語的にフィードバックするなど、患者の〈自己価値感の向上を支援〉していた。この際、プログラム実施と併行して常に評価を行い、患者の能力が活かされるようプログラムを調整し、患者の状況に応じて適宜柔軟に対応することで、患者が〈失敗体験や喪失感を回避〉できるよう配慮していた。これらの関わりを『自己イメージ向上の支援』と名付けた。この関わりの根底には、「受け身じゃなくて自分でやっている、自分で操作している、自分で表現している、最期までそういう何かを持っておくというのが重要」で、何かができるということを経験することで「そこから自転が始まったりする…自分が何かをすることで満足な結果が出せた瞬間から、人間はこれもやって

表2 末期がん患者に対する作業療法士の関わり

3次カテゴリ	2次カテゴリ	1次カテゴリ	コード数		
患者とその生活を知るための関わり	患者の状態やADL能力を知る	心身機能・医学的状态に関する情報収集 ADL評価	24 10	34	100
	患者の個人因子・環境因子を知る	他サービスなど生活環境に関する情報収集 生活歴, 家族関係など生活背景に関する情報収集	11 21	32	
	患者の希望を引き出す	会話や評価バッテリーを用いて希望, 要望を探る OTについて説明したり, OT室見学を勧める 患者であっても個人的楽しみを持てることを伝える 希望実現のための援助の用意があることを説明	9 2 3 20	34	
自己イメージ向上の支援	コントロール感向上の支援	参加・不参加の自由が保障されていることを伝える プログラムの目的や期待される効果を説明 患者や家族の意思が尊重されることを保障 選択肢を提供し自己決定や自己管理を促す 話し合いながら目標設定, 問題解決に取り組む	6 14 16 36 26	98	300
	自己効力感向上の支援	患者が自己能力を確認する機会を提供 能動性・主体性を発揮できる場の提供 希望実現の具体的方法を提案 成功体験の提供	22 16 31 38	107	
	自己価値感向上の支援	他者から賞賛される機会を提供 患者の行動の意味付けを与える	4 31	35	
	失敗体験・喪失感を回避する対応	評価に基づいてプログラムを選択 状態に合わせたプログラム調整 実施場所やプログラムの柔軟性を持つ	16 34 10	60	
安全で安心な生活の支援	身体的苦痛軽減の直接的援助	身体的苦痛軽減・快刺激 ポジショニング・姿勢調整	32 11	43	331
	安全で苦痛のない生活方法を提案	福祉用具検討・提案・導入・環境調整 代替方法検討・提案 リスク管理の方法指導・提案	27 20 48	95	
	状態変化への対応	迅速で直接的な対応 疾患の進行を予測した対応	7 30	37	
	ADL訓練・機能訓練	ADL方法指導, 訓練 身体機能訓練	28 41	69	
	心理的苦痛軽減のための対応	心理的苦痛の表出を促す 患者が気持ちを表出しやすい場の提供 身体的介入や作業を介しながら話を聞く	10 29 18	57	
	患者, 家族への関わり の継続	担当者による個別的で定時的な介入を継続 意識レベルや能動性が低下しても身体的介入を継続 能動性低下しても, 患者や家族に声かけを継続	13 9 8	30	
余暇・役割・社会的活動の遂行支援	余暇的活動の提供と支援	病人役割から離れて心地よく楽しく過ごせる場を提供 余暇的活動の提供・援助	15 33	48	131
	役割や生活習慣を取り戻す援助	離床を促し生活リズムを取り戻す援助 OT以外の時間に行える活動を提供 病前の生活の一部を取り戻すことを促す	6 7 8	21	
	生活範囲拡大と社会的交流の促進	生活範囲・興味関心拡大の機会提供 他者との交流の場やきっかけを提供	34 28	62	

表2 つづき

3次カテゴリ	2次カテゴリ	1次カテゴリ	コード数		
人生の肯定的振り返りの支援	自己表現・自分らしさの表出を助ける	自己表現・自分らしさの表出を助ける	9	9	30
	ライフレビューの支援	ライフレビューの機会を提供	21	21	
医療職との協働を促す	他職種との協力態勢を築く	他職種への介助方法指導 他職種に支援を要請する	14 17	31	90
	患者、家族と医療職との調整役	他職種との情報交換により共通認識を持つ 患者、家族、医療職が共通認識を持てるよう働きかける	38 21	59	
家族の絆再確認の支援	家族としての役割の再確認を促す	患者と家族が共に過ごし協力するきっかけや時間の提供 家族が頑張る患者の姿を見る	28 10	38	57
	患者の思いを家族に伝える援助	患者の思いを家族に代弁、伝達する 家族への思いや気持ちの具現化を助ける	11 8	19	
安定した家族介護の支援	家族に患者の状態に関する情報提供	患者の症状や変化について患者、家族に情報提供する 家族が患者の姿を見て能力を認識するよう働きかける	10 7	17	113
	家族への介護方法の指導と保障	家族への介助方法指導と提案 家族の介護に対して保障を与える	34 6	40	
	家族の介護負担軽減を図る	介護や利用できるサービスについて情報提供 家族が直面した問題への具体的解決策を提案 家族が心情を表出できる場を提供する 家族が介護から離れる時間を提供する	20 13 11 5	49	
	家族に自己役割への理解を促す	家族に患者への関わりの意味付けを与える	7	7	
グリーンケア	患者との思い出を振り返る支援	家族と共に生前の患者を振り返る	6	6	10
	家族が介護者としての自己を認める援助	家族が行った介護に肯定的なフィードバックを与える	4	4	

みようという風に変われる」という OTR の考えがあった。

3) 安全で安心な生活の支援

OTR は、患者の身体的苦痛を軽減することが関わりの中で最も重要であり、苦痛の軽減が患者と家族の安心感や作業参加につながると考え、マッサージやリンパドレナージ、ポジショニングなどの〈身体的苦痛軽減の直接的援助〉を行っていた。危険や苦痛を回避する目的で、福祉用具導入や環境調整、代替方法の提案、リスク管理の指導、といった〈安全で苦痛のない生活方法を提案〉していた。突然の症状悪化や骨折などの危険性を予測し、それらに対する方策を検討し指導することで〈状態変化に対応〉していた。そのような状況において、可能な限り安全に自立した生活を送ることができるよう

〈ADL 訓練や機能訓練〉を行っていた。

患者の体に直接触れる身体機能訓練やマッサージは、「触れながら話をすることで関係がうまく取れ」患者が心情を吐露しやすくなるとの考えから、患者の感情表出を促す目的でも用いられていた。加えて、個室で患者の話をゆっくり傾聴する、感情を発散しやすい活動を意図的に導入するなど〈心理的苦痛軽減のための対応〉に努めていた。

OTR は、喪失体験を繰り返す末期がん患者にとって「毎日同じ時間に同じ人が必ず来てくれるというのは患者にとって1つの安心」材料になると考え、担当者による個別介入を中心に関わっていた。患者の全身状態や意識レベルが低下した後にも、他動運動やマッサージ、患者への声かけと共に、家族に対しても声かけや傾