

平成23年 2月24日

平成22年度笹川記念保健協力財団

## 研 究 報 告 書

### 研 究 課 題

大学病院に勤務する医療者に対するスピリチュアルケア実践能力向上プログラムの

---

試みと評価

---

所属機関・職 慶應義塾大学看護医療学部 准教授

研究代表者氏名 新藤 悦子



## I 研究の目的・方法

### 1. 研究目的

多くの終末期がん患者が身体、心理、社会、スピリチュアルな痛み(全人的な痛み)を持っている。緩和ケアが発展し、身体的な痛みを緩和することに対しては、さまざまな取り組みが行われ、その効果が上がってきているが、スピリチュアルペインに関しては、医療者の認識も高いとは言えない状態であり、十分なケアが行われていない状況にある。特に大学病院においては、最先端医療を必要とする医療に焦点が当てられ、この医療を受けている患者に対するケアの優先度が高くなっているが、同時に全人的な痛みを体験しているがん患者も入院しており、緩和ケアを必要としている。医療者の中でも、特に看護師は、日々がん患者と関わる中で患者のスピリチュアルペインに気づいていなかったり、たとえ、スピリチュアルペインの訴えに接したとしても、それに対してどのようにケアをしていけばいいかについて戸惑っている状態にある。患者の苦しみを和らげることに貢献したいと考えている多くの看護師にとってこの状態は、やりがい感を低下させる原因ともなりやすい。しかし、大学病院の看護師がスピリチュアルペインを持つ患者に対するかかわりをどのようにとらえているかについての実態調査はほとんどない。

このような背景から、大学病院看護師のスピリチュアルペインのある患者へのかかわりに関する意識を把握するとともに、看護師を対象にした教育プログラムを構築し、看護師のスピリチュアルケア実践能力を高め、患者への質の高いケアを提供することが重要であると考えた。昨年度、スピリチュアルケア実践能力向上プログラム(以下プログラム)実施の効果を明らかにするために、8名の看護師を対象に、スピリチュアルペインの理解とペインを持つ患者に対するかかわりを分析するプログラムをパイロットスタディとして実施した。その結果、終末期がん患者とのコミュニケーションに対する自信がもてるようになり、終末期患者へのかかわり、死や人生に対する自分の気持ちや考え、仕事上のストレスに関して、プラスに変化する傾向があったことから、このプログラムの意義を確認することができた。しかし、参加人数が少ないため、この結果を広く一般化して活用するには参加者数を増やしてこのプログラムをさらに検証する必要があることが課題となった。

以上から、今回は①大学病院に勤務する看護師を対象とした終末期がん患者とのかかわりに関する調査を実施し、その実態を把握することと、②スピリチュアルケア実践能力向上プログラム(以下プログラム)実施の効果を評価することを目的とした。

### 2. 研究の方法

#### 1)大学病院に勤務する看護師の終末期がん患者へのかかわりの意識調査

(1)研究デザイン: 量的記述的研究

(2) 対象: 大学病院に勤務し終末期がん患者のケアを日常的に行なっている病棟の2年目以上の看護師約400名

(3)方法: 無記名自記式質問紙調査(森田らによって開発された質問紙を一部改変)

回収方法; 留め置き式。質問紙は森田ら<sup>1)</sup>によって開発された、終末期がん患者のケアへの抵抗感などを評価する質問紙(一部改変)を用いた。質問紙の内容は以下のとおりである。

- ①研究協力者の背景
- ②終末期患者とのコミュニケーションに関すること
- ③死にゆく患者へのかかわりで感じていること
- ④終末期がん患者の痛みに対するケアの知識
- ⑤研究対象者の「今の気持ちや考え」
- ⑥仕事上でのストレスについて
- ⑦自由記載(感じていること考えていること)

であり、本質問紙は、Self-Reported practice score(終末期患者との普段のコミュニケーションに関連する自己評価)、Willingness to help(進んで助けたい気持ち)、Positive appraisal(何ができるか考えようとする気持ち)、Helplessness(無力感をもち逃げ出したい気持ち)Frommelt scal(死に行く患者・家族へ関わりに関する態度)、Death anxiety(死への不安)、Meannig of Life(人生の意味や価値への考え)、さらに Emotional exhaustion(情緒的疲弊感)、Depersonalization(思いやりのない態度)、Personal accomplishment(個人的達成感)の下位概念から構成される MBI (バーンアウトスコア)日本語版、燃え尽き度で構成されている。尺度は 5～7 段階のリッカート尺度を用いた。

(4) 分析方法: PASW 統計パック(Ver. 18)を用いた記述統計。項目間の平均値の差の比較についてはt検定を行った。有意水準  $p < 0.05$  を有意差があるとした。

## 2)スピリチュアルケア実践向上プログラムの実施と評価

### (1)研究デザイン:介入研究

実施前調査→プログラム:月 1～2 回 4 時間 3 回実施→終了時調査→3 ヶ月後調査→6 ヶ月後調査

(2)対象:大学病院に勤務する看護師 24 名 (1 グループ 12 名のプログラムを 2 クール実施) スピリチュアルケアに関心をもち、ケアのためのプログラム参加を希望している看護師で、研究の目的、方法、倫理的配慮について理解し、研究参加に同意した看護師

### (3)介入方法

プログラムの実施:月 1～2 回、4 時間のプログラムを 3 回実施する。

プログラムはスピリチュアルペインを構造化した村田久行の考えに基づき実施されている NPO 法人対人援助・スピリチュアルケア研究会の方法を用いる。

①第1回目:講義:スピリチュアルペインの構造およびケアの考え方を理解する。

②第2回目・3 回目:患者との対話を含めた看護実践場面の記録分析とディスカッション

(4)評価方法:プログラム前・後・3ヶ月後・6ヶ月後に自記式質問紙の回答を得る。質問紙は森田らによって開発された質問紙を用いる。

(5)分析方法: PASW 統計パック(Ver. 18)を用いて統計的にプログラム前後を比較した。

①全体的な変化:2 時期(介入前、介入 1 ヶ月後)における変化

記述統計ならびに、Mann-Whitney test により、2 時期における有意差を検定した。

## ②個人別変化:2時期(介入前、介入直後)における変化

Willcoxon signed rank test により検定した

有意水準  $p < 0.05$  を有意差があるとした。

## (5) 倫理的配慮

本研究は、慶應義塾大学看護医療学部研究倫理委員会の承認(受理番号 165)を受け承認された。

## II 研究の内容・実施経過

### 1、研究の内容

本研究は大学病院に勤務する看護師の終末期がん患者へのかかわりの実態調査と、スピリチュアルケア実践能力向上プログラムの介入研究によって構成された。介入研究の効果については、計画では、6ヶ月後まで実施予定であるが、本研究期間においては、1グループ目の介入3ヶ月後後質問紙配布までとし、報告は介入前後の評価までとした。

### 2、研究の実施経過

4月から2月まで以下のように実施した。

4月:研究計画の確認と研究倫理審査用書類作成・審査を受けた。

5月:介入研究に関する講師との打ち合わせ。

研究倫理審査を受けて、修正が必要となり、研究者間で検討した。

6月:研究計画の修正のための調整:介入研究の時期をずらす必要があることにより、介入研究の方法を変更し、講師との日程調整を行った。

日本緩和医療学会に参加し、関連研究の情報収集をおこなった。

7月:研究倫理再審査を受け、承認された。(受理番号 165)

8月:施設管理者への研究協力依頼と承諾

実態調査の準備と対象病棟へ協力依頼・配布

介入研究の対象病棟への協力依頼と募集開始

研究計画の変更届け及び昨年度パイロットスタディのまとめと本年度研究の課題の再検討と対策

9月:実態調査の回収と集計および分析開始

介入研究の応募者の決定と応募者への連絡

1グループ目の介入研究の準備

10月:1グループ目の介入研究の実施(3回/月)

1グループ目の介入前、直後の調査を実施・集計・分析

2グループ目の介入研究の準備

11月:死の臨床研究会に参加し、関連研究の情報収集を行った。

1グループ目の介入前、直後の調査集計・分析

- 2 グループ目の介入研究の実施(1回/月)
- 2 グループ目の介入前調査を実施
- 12 月:2 グループ目の介入研究の実施(2 回/月)
- 2 グループ目の介入直後調査を実施・集計
- 1 月:調査結果の分析
  - 1 グループ目の介入 3 ヶ月後の調査を実施(調査用紙の配布)
- 2 月:調査結果の分析
  - 研究のまとめ
  - 研究報告書の提出

### III 研究の成果

#### 1. 大学病院に勤務する看護師の終末期がん患者へのかかわりについての意識調査

##### 1) 研究参加者の概要

大学病院に勤務する 2 年目以上の看護師(主任・師長を除く)345 名に調査票を配布した。回収は 222 名(回収率 64%)であった。なお終末期ケアを実施している病棟のみを対象とした。内科系病棟 81 名、外科系病棟 120、混合病棟 21 名であった。平均年齢 29.7(±6.38 歳)、経験年数平均 7.7(±6.39)年、内訳 2~3 年 64 名、4~7 年 70 名、8 年以上 75 名、未記入 13 名であった。男性 9 名、女性 204、未記入 9 名であった。

##### 2) 終末期患者とのかかわりについて

終末期患者との普段のコミュニケーションに関する自己評価(Self-reported Practice score)は、5 段階のうち全体平均 3.89(±0.52)で、患者の気持ちに焦点を当てたかかわりを「たいいていしている」と回答していた。一方、「生きている意味がない」と訴える患者とのコミュニケーションは、7 段階のうち全体平均 3.27(±1.10)とやや自信がなく、かかわり時の気持ちについて、7 段階のうち「進んで助けたい(Willingness to help)」平均 5.94(±0.82)で「そう思う」と回答し、「何ができるか考えようとする気持ち(Positive appraisal)」平均 4.69(±1.14)「どちらとも言えない~ややそう思う」、「無力感や逃げ出したい気持ち(Helplessness)」は平均 3.91(±1.2)「どちらともいえない」とな回答した。さらに「死にゆく患者家族とのかかわりに関する態度(Frommelt scale)」は 5 段階のうち平均 3.86(±0.46)であった。

##### 3) 死への不安や人生の意味や価値の考え方について

死への不安は全体平均は 7 段階のうち平均 3.91(±1.59)「やや不安」、人生の意味や価値の考え方は平均 3.95(±1.26)「やや肯定的」であった。

##### 4) バーンアウトスコアについて

バーンアウトスコアは情緒的疲弊感(Emotional exhaustion)個人的達成感(Personal

accomplishment) 思いやりのない態度 (Depersonalization) に関して経験頻度で構成され、情緒的疲弊感は平均 3.94(±1.23)で「1ヶ月に 1 回～数回」経験し、個人的達成感 は 3.91(±1.14)「1 ヶ月に 1～数回」経験、思いやりのない態度は 2.11(±0.98)「1年に数回経験する」という結果であった。

#### 5) 性別・勤務場所による各項目間比較

性別および勤務場所特性による項目間平均値比較においては、統計的な差はみられなかった。

#### 6) 経験年数による各項目間比較

経験年数による平均値比較においてグループ間に差がみられたのは、「生きていても意味がない」と訴える患者とのかかわり時の「無力感を感じる」「逃げ出したい」という気持ち (Helplessness) と、個人的達成感 (Personal accomplishment) であった。Helplessness においては経験年数 2～3 年群と 8 年以上群、および 4～7 年群と 8 年以上群それぞれに有意差が認められ、Personal accomplishment においては、経験年数 2～3 年群と 8 年以上群に有意差が認められた。

#### 7) 終末期患者とのコミュニケーションの自信の程度と各項目の関係

コミュニケーションの自信の程度グループ間の差が認められた項目は 8 項目「Self-reported Practice score: 普段のコミュニケーション自己評価」、「進んで助けたい (Willingness to help)」、「Personal accomplishment: 個人的達成感」、「無力感や逃げ出したい気持ち (Helplessness)」、「死への不安 (Death anxiety)」、「情緒的疲弊感 (Emotional exhaustion)」、「思いやりのない態度 (Depersonalization)」、「死にゆく患者家族との関わりの態度 (Frommelt scale)」であった。

「自信あり群」は、「普段のコミュニケーション自己評価 (Self-reported Practice score)」、「個人的達成感 (Personal accomplishment)」スコアが「自信なし群」に比して有意に高く、自信なし群は「無力感や逃げ出したい気持ち (Helplessness)」、「死への不安 (Death anxiety)」、「思いやりのない態度 (Depersonalization)」スコアが「自信あり群」に比して有意に高かった。

#### 8) 「普段のコミュニケーション自己評価 (Self-reported Practice score)」の高さと各項目の平均値の比較

Self-reported Practice score スコアが高い人ほど「進んで助けたい (Willingness to help)」と思い、「何ができるか考えようとする気持ち (Positive appraisal)」、「死にゆく患者家族へのかかわりの態度 (Frommelt scale)」、「個人的達成感 (Personal accomplishment)」において平均値が高く、有意な差がみられた。

#### 9) 自由記載の内容分析

終末期がん患者とのコミュニケーションで課題や困難感について自由に記載するよう依頼した結果、85 名から回答が寄せられた。その内容を分析した結果、「話す時間が取れない」「対応困難」

「サポート方法不明」「対応に関するフィードバックのなさ」「死の話題に抵抗感」「感情表示」「バーンアウト」7つに分類できた。

#### 10) 考察

これらの結果から、大学病院に勤務する看護師は終末期がん患者とのかかわりの中で、患者の苦しみを和らげることに貢献したいと考え、実際に患者の苦しみに焦点を当てたコミュニケーションを心がけていた。しかし「生きていても意味がない」といったスピリチュアルペインな訴えに接した時、積極的に患者の訴えを受け止め、進んで援助しようとする気持ちがある一方、コミュニケーションにやや自信がなく逃げ出したい気持ちを持つというアンビバレントな思いを抱いていた。コミュニケーションの自信の程度は、進んで助けたい気持ちや無力感や逃げ出したい気持ち、バーンアウトスコア、すなわち個人的達成感、情緒的疲弊感、思いやりのない態度と関連していた。特に、自信がない場合、死を怖いものとして感じ無力感や患者への感情移入をさけるなどの意識がみられ、ストレスフルな状況にあるといえる。さらに自由記載においても多くの看護師によって多岐にわたる苦悩が記され、多くの問題を抱えながら実践をしていることがわかった。以上より、終末期患者をケアする看護師に対する質の高いケアのための教育プログラム、特にコミュニケーションスキルの向上に関するプログラムの必要性が明らかになった。

### 2. 介入前後の終末期がん患者へのかかわりに対する意識について

#### 1) 研究参加者の概要

研究参加者は16名、女性15名、男性1名、20代～40代の看護師であった。臨床経験年数は3年～22年、平均11.13年(±7.19)であった。緩和ケア経験は0年～20年、平均8.5年(±6.22)であった。介入後の回収は13名であった。

#### 2) プログラム参加への反応

スピリチュアルケアの概念的枠組みを理解することに、全員が「役に立った」と回答した。自分自身の人生観、価値観、看護観を見つめなおすことに「あまり役に立たない」と回答した1名の他は「役に立った」と回答した。実際に患者さんにスピリチュアルケアに行う方法を知ることにより「とても役に立った」10名、「役に立った」3名と回答した。研修の課題としては、「スケジュールの過密さ」「研修課題の多さ」「フォロー継続研修の希望」などがあった。

#### 3) 介入前の終末期患者とのかかわり・バーンアウトスコアについて

終末期患者との普段のコミュニケーションに関する自己評価(Self-reported Practice score)は、5段階のうち全体平均 3.69(±0.45)で、患者の気持ちに焦点を当てたかかわりを「たいいていしている」と回答していた。一方、「生きている意味がない」と訴える患者とのコミュニケーションは、7段階のうち平均 2.81(±0.83)と自信の程度が低く、自信があると回答した者はいなかった。かかわり時の気持ちについて、「進んで助けたい(Willingness to help)」平均 5.91(±0.75)「そう思う」と回答し、

「何ができるか考えようとする気持ち (Positive appraisal)」平均 4.4/±0.72「どちらでもない」～「ややそう思う」であった。また「無力感や逃げ出したい気持ち (Helplessness)」は1～7と幅広いばらつきがあり、平均 4.14 (±1.14)「どちらともいえない」であった。さらに「死にゆく患者家族とのかかわりに関する態度 (Frommelt scale)」は5段階のうち平均 3.45 (±0.50)「どちらともいえない」であった。本人の死への不安は5段階のうち平均 3.95 (±1.82)で「やや当てはまる～どちらでもない」、人生の意味や価値の考え方は5段階のうち平均 4.61 (±1.59)と「やや否定的」であった。

バーンアウトスコアでは情緒的疲弊感は7段階のうち 3.55 (±0.90)「1ヶ月に1～数回経験」、個人的達成感 は平均 3.78 (±1.08)「1ヶ月に1～数回経験」、思いやりのない態度は平均 1.9 (±0.78)「1年に数回経験」という結果であった。個人的達成感において年齢差がみられたが、経験年数、緩和ケア経験年数における差はみられなかった。

#### 4) 介入前後における変化について

介入前と介入1ヶ月後において統計的に有意差があった項目は、全項目のうち4項目であった。生きている意味がないと精神的つらさを訴える終末期患者とのコミュニケーションに関する項目で、「自信をもってコミュニケーションをすることができる」、「終末期患者との普段のコミュニケーションに関する自己評価 (Self-reported Practice score)」、終末期のがん患者から「生きていく意味がない」といわれたときの「無力感や逃げ出したい気持ち (Helplessness)」、「何ができるか考えようとする気持ち (Positive appraisal)」であった。仕事上のストレスやバーンアウトスコアに関しては、統計的有意差はみられなかった。

介入後のコミュニケーションの自信の有無と関連があった項目は、「終末期患者との普段のコミュニケーションに関する自己評価 (Self-reported Practice score)」であった。特に、「患者が生きている意味を感じることは何か、患者の生きる意味を強めるもの弱めるものは何か、患者にとっての病気の意味は何かを知ろうとする態度」さらに、「(患者が)信頼してくれていると思う」「逃げだしたい」「無力感を感じる」に有意な差がみられた。

#### 5) 介入前後における個人別変化

介入前と介入直後において統計的に有意差があった項目は、全項目のうち6項目であった。その6項目とは、終末期がん患者とのかかわりの自己評価、生きている意味がないと精神的つらさを訴える終末期患者とのコミュニケーションに関する項目の「自信をもってコミュニケーションをすることができる」、終末期のがん患者から「生きていく意味がない」といわれたときの気持ちに関する項目の、「無力感や逃げ出したい気持ち (Helplessness)」、「何ができるか考えようとする気持ち (Positive appraisal)」「死にゆく患者家族との関わりに関する態度 (Frommelt scale)、人生の意味や価値の考え方であった。仕事上のストレスやバーンアウトスコアに関しては、統計的有意差はみられなかった。

#### 5) 考察

スピリチュアルケアの基本は、患者とのコミュニケーション、特に患者の思いを聴くことである。その場にとどまり、思いを聴くスキルを身につけ、ブラッシュアップしていくことが求められる。この研究結果では、介入前後に終末期がん患者とのコミュニケーションへの自信及び終末期患者へのかかわりに関する自己評価に有意差がみられ、コミュニケーションへの自信が高まり、かかわりへの自己評価も上昇した。さらに「生きていても意味がない」と訴える患者に接したとき、無力感を感じ逃げだしたい気持ちが低下し、何ができるか考えようとする気持ちが上昇した。

またコミュニケーションへの自信がもてることによって、終末期患者への関わりに関する自己評価があがり、特に患者が生きる意味を感じることは何か、患者の生きる意味を強めるもの弱めるものは何か、患者にとっての病気の意味は何かを知ろうとする態度に差があることがわかった。これらのことは、スピリチュアルな訴えをする患者のそばにとどまり思いを聴くことにつながると考えられる。以上より、大学病院の看護師にとって本介入プログラムの効果が期待できることがわかった。

本教育プログラムは、講義でスキルの理論的根拠を学び、実践しその結果に対してフィードバックをもらうという参加型のプログラムであること、さらに演習、実践を通して自己を振り返り、現象の見方の変化が起こり、態度や行動に変化がおこって確固としたものになっていくことが考えられた。

介入前後において、バーンアウトスコアに有意差がみられなかったのは、参加者は介入前のスコアがもともと高くなかったことが影響しているのではないかと考えた。

## VI. 今後の課題

本研究はさらに、介入後3ヶ月後、6ヶ月後の質問紙調査を継続し、本介入の効果を見ていく予定である。今回の研修の継続効果の検証と、研究参加者から本研修へのフォロー研修の希望も出されていることも併せて、今後の研修の在り方を考察していく必要がある。研修の在り方としては、今回の研究参加者たちによる自己学習会・ピアサポート方法を取り入れた自主的な研修が行われていくことを提案し、試みていきたい。

## 【文献】

1. 村田久行:終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア;アセスメントとケアのための概念的枠組みの構築. 緩和医療学, 5(2):157-165, 2003
2. 菊井和子、山口三重子、田村恵子:わが国の緩和ケア病棟における スピリチュアルケア提供者の現状と課題—宗教家の関与に視点をあてて— 死の臨床, 29(1):83-88, 2006.
3. 原敬、村田久行:一般病棟スタッフへのスピリチュアルケア教育.死の臨床.27(2).233. 2004
4. 新藤悦子、茶園美香、近藤咲子、中尾真由美、原敬、本多昌子:スピリチュアルケア実践能力向上プログラムの試み — 大学病院に勤務する看護師に対する試みとその評価 Pilot Study —, 平成21年度慶應義塾大学 SFC 研究所プロジェクト補助研究報告書, 慶應義塾大学 SFC 研究所, 2010
5. 茶園美香、新藤悦子、本多昌子: 大学病院に勤務する看護師に対するスピリチュアルケア実践能力向上プログラムの試みとその評価, 死の臨床 56, 33(2) 334, 2010

6. Morita,T., Murata,H., Hirai,K., et al.: Meaninglessness in Terminally Ill Cancer Patients: A Validation Study and Nurse Education Intervention Trial. Journal of Pain and Symptom Management, 1-11, 2007
7. 村田久行:改訂増補「ケアの思想と対人援助」, 川島書店, 1998
8. 村田久行:援助者の援助-支持的スーパービジョンの理論と実際, 川島書店, 2010
9. 新田義弘:現象学とは何か, 講談社, 1998

V 研究の成果等の公表予定(学会・雑誌)

第 16 回日本緩和医療学会学術大会

第 35 回日本死の臨床研究会年次大会

日本緩和医療学会誌など緩和ケア関連雑誌への投稿予定