

一般病棟におけるターミナルケアにあたる看護師の精神的健康 — 一般住民データとの比較 —

門 田 真小代¹⁾, 香 月 富士日²⁾

要 約

本研究の目的は、一般病棟におけるターミナル期患者をケアする看護師の精神的健康度について検討することである。653名の看護師を対象として、自記式質問紙調査を実施した。看護師の精神的健康度の測定にはK6を用いた。653名のうち563名から返答があり（回収率86.2%）、そのうち523名を分析対象とした（有効回答率80.1%）。523名の看護師のK6の平均値は 6.4 ± 4.7 であった。K6のカットオフ値は4/5である。K6が5点未満の看護師は205名（39.2%）、5点以上の看護師が316名（60.4%）であり、本研究における看護師のK6得点は、既に報告されている地域一般住民のK6得点よりも高い傾向にあった。一般病棟でターミナル期患者のケアにあたる看護師は精神的に不健康な傾向になりやすい可能性があることが示唆された。

キーワード：看護師、精神的健康、ターミナルケア

I. はじめに

日本における年間死亡者数は、2007年は約110万人であるが¹⁾、2031年には160万人を突破すると推計されており、多死時代を迎えようとしている²⁾。2007年の年間死亡患者のうち、病院での死亡の割合は79.3%であり、ほとんどの患者は病院で最期の時を過ごしている³⁾。我が国の2008年の全国のホスピス・緩和ケア病棟病床数は約3700床で、年々増加しているが⁴⁾、ターミナル期患者に対する看護師の割合は非常に少ないことが指摘されており⁴⁾、ほとんどの患者が病院の一般病棟でケアを受けているのが現状であると言える。これらのことから、ターミナル期患者は、療養場所としてホスピス・緩和ケア病棟を希望しながらも、現実には一般病棟での最期を迎えているということが考えられ、一般病棟で働く看護師がターミナル期患者に対して多くのケアを提供していることが考えられる。

ターミナル期患者を看護するということは、生死という極限にさらされた患者に密接にしかも頻回にかかわり、患者との多様な感情の接触を必要とするため、看護師は多くの困難を抱くとされる⁵⁾。森らによると、患者が生死をさまよう状況に直面したり、受け持ち患者が死亡したり、病状が改善しない患者を目の当たりするなど、看護師が患者の死と直面することそのものが、看護師の

精神的に不健康な傾向と関連していたと報告している⁶⁾。田尾らによると、看護師は、患者の内面にある不安な心理や死への恐怖感と関わることは日常のことであり、職業的にそれらに関与し、その役割を果たすべきであるとされる役割期待の度合いが非常に大きく、本質的にストレス過剰な職業の一つであると指摘している⁷⁾。

ターミナル期患者をケアする看護師のメンタルヘルスについて、以前より看護師の精神的健康度やバーンアウトをはじめとして様々な問題が指摘されている。急性期患者とターミナル期患者が混在するような病院の一般病棟に勤務する看護師のメンタルヘルスについて、佐藤らの報告では、看護師は、急性期患者とターミナル期患者が混在することによりストレスや疲労が増すと感じており、一般病棟ではターミナル期患者の家族への配慮ができにくいと感じていると指摘した⁸⁾。また、大堀らの報告では、看護師は、一般病棟では急性期患者に時間を取られてターミナル期患者に十分な医療やケアが提供できないと感じていることを指摘している。また、ストレスや疲労を強く感じている看護師はターミナル期患者を誰かに任せてしまいたいと感じていることを指摘している⁹⁾。武井は、「感情労働」に関する問題を挙げており、看護師が患者に対して行う感情労働の中で要求され、強調されるものに患者への共感を挙げて¹⁰⁾。なお、感情労働とは“面あるいは声による人々との接触が不可避

1) 名古屋市立大学医学部 精神医学教室

2) 名古屋市立大学看護学部

で、他人の中に何らかの感情変化を起し、雇用者側が研修や管理体制を通じて労働者の感情活動のある程度支配する労働”を指す¹¹⁾。下平らによると、ターミナル期の看護行動に影響を与える看護師の感情について、患者や家族の心情を思っ身につまされたりするような共感的な感情よりも、患者や家族に対して否定的な気持ちを感じたり、避けたいと感じたりする感情の方が、ターミナル期患者や家族に関わる看護師の行動に強く影響していたとしている¹²⁾。

看護師の心の健康が保たれているということは、看護の質に直結する¹³⁾。看護師の精神的健康の維持は、看護師自身の健康保持のためだけでなく、患者への良質なケアの提供のためにも重要であり¹⁴⁾、ターミナル期患者のケアをする看護師の精神的健康について検討することは意義のあることだと考えられた。

II. 本研究の目的

本研究の目的は、ターミナル期患者をケアする看護師の精神的健康度について、既に報告された一般住民の精神的健康度と比較しながら検討することである。

III. 研究方法

1. 対象

対象は、東海地区にある5つの総合病院の一般病棟に勤めている看護師である。このうち、①小児科病棟、産科病棟、精神科病棟、集中治療室、手術室、緩和ケア病棟、外来に勤務する看護師、②管理職（看護部長、副看護部長、看護師長、看護副師長）、③施設の看護部の責任者と事前に打合せをして、明らかにターミナル期の患者がいない病棟（例えば人間ドック病棟や眼科病棟）に勤めている看護師を分析から除外した。最終的には、653名の看護師に対して質問紙を配布した。

2. 調査期間

2009年4月から6月に実施した。

3. 調査方法

無記名自記式の質問紙調査を実施した。今回用いた調査内容は、看護師の基本属性に関する項目（年齢、臨床経験年数、性別、ターミナル期患者のケア経験数）と、以下の3つの尺度である。

- (1) K6：気分障害や不安障害をスクリーニングする尺度である。本研究では、看護師の精神的健康度を測定するために用いた。Kesslerらが開発し、古川らによって日本語版が作成された^{15,16)}。精神疾患を

スクリーニングする尺度は多く提案されてきたが、K6は6項目からなり簡便であること、また、従来の標準であったGeneral Health Questionnaireよりも鋭敏なスクリーナーであるとのことから¹⁵⁾、本研究で用いることとした。質問項目は「神経過敏に感じましたか」「絶望的だと感じましたか」「そわそわしたり、落ち着きなく感じましたか」「気分が沈みこんで、何が起ころうとも気が晴れないように感じましたか」「何をすることも骨折れだと感じましたか」「自分は価値のない人間だと感じましたか」である。採点方法は「0＝全くない」「1＝少しだけ」「2＝ときどき」「3＝たいてい」「4＝いつも」の5件法である。得点範囲は0～24点であり、得点が高いほど精神的に不健康であることを示す。また、K6にはカットオフ値が設けられており、得点が5点以上であれば、気分障害や不安障害のリスクが高いとされる¹⁷⁾。K6の妥当性について、20歳以上の一般地域住人に対して行われた研究では、ROC曲線（Receiver operator characteristic curve）によるスクリーニング効率率はCES-D（抑うつ状態自己評価尺度）とほぼ同等であった¹⁸⁾。K6の信頼性について、Cronbach's α は0.85であった¹⁸⁾。

- (2) Frommeltのターミナルケア態度尺度日本語版（Frommelt attitudes toward care of the dying scale Form B Japanese version：FATCOD-B-J）：死にゆく患者に対するケア提供者のケア態度を測定する尺度である。Frommeltによって開発され^{19,20)}、中井らにより日本語版が開発された²¹⁾。医療者のターミナルケアに対する態度を定量的に測定し、信頼性と妥当性が検討された統一された尺度がないため、本尺度は国内外でしばしば利用されている²¹⁾。本研究では、ターミナル期患者をケアする看護師の態度を測定するために用いた。FATCOD-B-Jは30問であり、採点方法は「1＝全くそうは思わない」「2＝そう思わない」「3＝どちらともいえない」「4＝そう思う」「5＝非常にそう思う」の5件法である。日本語版は、下位尺度Ⅰ「死にゆく患者へのケアの前向きさ」16項目、下位尺度Ⅱ「患者・家族を中心とするケアの認識」13項目、下位尺度Ⅲ「死の考え方」1項目の計30項目で構成されている。今回得られたデータでCronbach's α を算出したところ、下位尺度Ⅰが0.80、下位尺度Ⅱが0.74、FATCOD-B-J全30項目が0.83であった。今回、このFATCOD-B-Jを因子分析したところ、2つの因子で構成されていた。第1因子は12項目で、Cronbach's α は0.80であった。第2因子は12項目で、Cronbach's α は0.79であった。全24項目のCronbach's α は0.83であっ

た。オリジナルの日本語版よりもCronbach's α の値が大きく、一つの因子のまとまりであると考えられたため、今後の分析ではこの因子分析後のFATC OD-B-Jを用いて分析を行うこととした。第1因子は「私は死にゆく患者と親しくなることが怖い」「私は人が実際に亡くなった時、逃げ出したい気持ちになる」「私は死にゆく患者をケアしたいとは思わない」など、ターミナル期患者や死そのものに対して逃避の態度を示すような、看護師が患者と接する時に感じる感情の傾向をあらわす項目で構成されていた。これらの項目は全て逆転項目として取り扱ったため、第1因子を「死やターミナル期患者から逃げずに向き合う態度」と命名した。第1因子の得点範囲は12～60点で、得点が高いほど死やターミナル期患者から逃げずに向き合う態度を示す。第2因子は「死にゆく患者のケアにおいては、家族もケアの対象にするべきである」「死にゆく患者の行動の変化を受け入れることができるように、家族は心理的サポートを必要としている」「ケア提供者は、死にゆく患者に融通の利く面会時間を許可するべきである」など、患者やその家族を中心とする理想のターミナルケアを目指す態度のような、実際のターミナルケアに対する看護師自身の考え方や認識を表す項目で構成されていた。そのため、第2因子を「患者・家族を中心とする理想のターミナルケアを目指す態度」とした。第2因子の得点範囲は12～60点であり、得点が高いほど患者・家族を中心とする理想のターミナルケアを目指す態度を表している。

- (3) 情動的共感性尺度 (Emotional empathy scale: EES): 共感性を測定する尺度である。MehrabianとEpsteinが開発した尺度を元に、加藤らによって日本人向けに新たに作成された²²⁾。看護における共感研究は質的、量的ともに多数行われている。EESは看護研究において広く使われている尺度であり、今回は、看護師の共感性について測定したかったため、本尺度を使用した。本尺下位尺度Ⅰ「感情的暖かさ」10項目、下位尺度Ⅱ「感情的冷淡さ」10項目、下位尺度Ⅲ「感情的被影響性」5項目の計25項目で構成されている。質問項目は、下位尺度Ⅰが「私は身寄りのない老人を見ると、かわいそうになる」「私は人が冷遇されているのを見ると、非常に腹が立つ」など、他者との関わりから生まれる自分の感情を否認したり、他者の感情に対して無関心であったりする傾向を表している。下位尺度Ⅱは「私は人がうれしくて泣くのを見ると、しらけた気持ちになる」「私はまわりの人が悩んでいても平気でいられる」などであり、他者に対する同情や思いやりの感

情の傾向を表している。下位尺度Ⅲは「私は他人の感情に左右されずに決断することができる」「私は感情的にまわりの人からの影響を受けやすい」など、他者の感情に反応し動揺する傾向を表している。採点方法は「1＝全くそうは思わない」「2＝そう思わない」「3＝どちらともいえない」「4＝そう思う」「5＝非常にそう思う」の5件法であり、全25項目のうち逆転項目2項目については逆転済み得点として計算した。得点範囲は、下位尺度Ⅰ「感情的暖かさ」10～50点、下位尺度Ⅱ「感情的冷淡さ」10～50点、下位尺度Ⅲ「感情的被影響性」10～25点である。

4. 分析方法

統計解析はSPSS Statistics 17.0を用いて行った。対象の基本属性について度数及び記述統計を行った。K6について度数分布および平均値を出した。K6とその他の変数間の関係について、Pearsonの積率相関関係をみた。有意水準は $p < 0.05$ とした。

5. 倫理的配慮

本研究は名古屋市立大学看護学部研究倫理委員会で承認された上で実施した。施設の看護部の責任者に研究計画書に基づき詳細な説明を行い、研究協力の同意が得られた施設を対象とした。対象者に対しては、説明書を通じて参加は自由意志に基づき協力が得られなくてもなんら不利益を被ることは無いことを説明した。また、質問紙は無記名とし、個人情報保護し、個人は特定されないこと、研究目的以外には使用しないことを説明した。また、質問紙の回収をもって、本調査に同意されたのみとするものとした。

IV. 結 果

1. 分析対象

本研究の分析対象について、東海地区にある5つの総合病院に勤めている看護師653名に質問紙を配布した。そのうち、563名から返答があった(回収率86.2%)。この563名の中で、全質問項目数のうち10%以上不完全な回答がある24名を除外した。また、今回の研究はターミナル期患者をケアする看護師の精神的健康度について知りたいため、これまでのターミナル期患者ケア経験数が0人のも16名を除外した。最終的に523名を分析対象とした(有効回答率80.1%)。

2. 看護師の背景

本研究の看護師の基本属性について、表1に示した。

表1 対象の基本属性 (n=523)

項目	平均値±SD/人数 (%)
年齢	32.0±8.8
臨床経験年数	10.1±8.4
性別	
男性	23 (4.4%)
女性	485 (92.7%)
無回答	15 (2.9%)
ターミナル期患者のケア経験人数	
1人～10人	116 (22.2%)
11人～20人	99 (18.9%)
21人～50人	142 (27.2%)
51人～100人	81 (15.5%)
101人～	64 (12.2%)
無回答	21 (4.0%)
FATCOD-B-J	
第1因子「死やターミナル期患者から逃げずに向き合う態度」12項目	43.8±5.7
第2因子「患者・家族を中心とする理想のターミナルケアを目指す態度」12項目	49.8±4.7
EES	
「感情的暖かさ」 10項目	36.9±4.1
「感情的冷淡さ」 10項目	22.2±4.3
「感情的被影響性」 5項目	16.5±2.8

FATCOD - B - J : Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying scale, formB, Japanese version
EES: Emotional Empathy Scale

表2 K6の平均得点

	本研究における看護師 (n=523)		地域一般住民 (n=176)	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
K6 (0～24)	6.4	4.7	3.5	3.8

対象となった523名の看護師は、年齢の平均(±SD)が32.0±8.8歳、臨床経験年数の平均が10.1±8.4年であった。性別は、男性看護師が23名(4.4%)、女性看護師が485名(92.7%)、無回答が15名(2.9%)であった。これまでのターミナル期患者のケア経験数は、1人～10人が116名(22.2%)、11人～20人が99名(18.9%)、21人～50人が142名(27.2%)、51人～100人が81名(15.5%)、101人以上が64名(12.2%)、無回答が21名(4.0%)であった。また、FATCOD-B-J第1因子「死やターミナル期患者から逃げずに向き合う態度」の平均点は43.8±5.7点、第2因子「患者・家族を中心とする理想のターミナルケアを目指す態度」の平均点は49.8±4.7点であった。EESの「感情的暖かさ」の平均点は36.9±4.1点、「感情的冷淡さ」の平均点は22.2±4.3点、「感情的被影響性」の平均点は16.5±2.8点であった。

3. 本研究における看護師の精神的健康

本研究におけるK6の分布について図1に示した。K6得点が0点のものは46名(8.8%)であった。K6を5点未満/5点以上のカットオフ値で区切ったところ、5点未満のものが205名(39.2%)、5点以上が316名(60.4%)、無回答が2名(0.4%)であった。

本研究における看護師のK6の平均得点について表2に示した。先行研究において20歳以上の地域一般住民

(180名、平均年齢56.9±17.5歳)のうちK6に回答があった176名のK6得点の分布の報告があったため¹⁸⁾、その平均得点についても並べて示した。本研究における看護師のK6の平均得点は6.4±4.7点であった。先行研究の地域一般住民176名のK6平均得点は3.5±3.8点であった。

本研究の看護師のK6得点と年齢、臨床経験年数、FATCOD-B-J、EESの相関関係について、表3に示した。K6はEES「感情的被影響性」(r=0.25, p<0.01)と有意な正の相関があり、FATCOD-B-J第1因子「死やターミナル期患者から逃げずに向き合う態度」(r=-.23, p<0.01)と有意な負の相関があった。

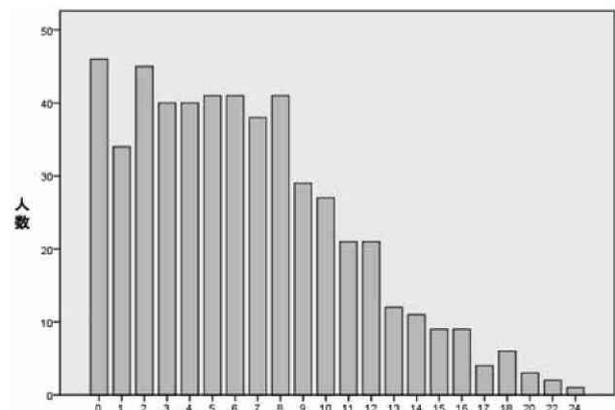


図1 K6得点の分布

表3 K6と基本属性および各尺度間の相関

(Pearsonの積率相関係数)

	K6	年齢	臨床経験年数	FATCOD-B-J		EES		
				第1因子	第2因子	感情的暖かさ	感情的冷淡さ	感情的被影響性
K6	1.00	.00	-.01	-.23**	.08	-.10*	.14**	.25**
年齢		1.00	.96**	.18**	.02	-.16**	.05	-.18**
臨床経験年数			1.00	.19**	.04	-.15**	.04	-.17**
FATCOD-B-J 第1因子				1.00	.33**	.20**	-.30**	-.16**
第2因子					1.00	.38**	-.36**	.12**
EES 感情的暖かさ						1.00	-.50**	.27**
感情的冷淡さ							1.00	-.27**
感情的被影響性								1.00

*p<.05 **p<.01

FATCOD-B-J: Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying scale, formB, Japanese version

EES: Emotional Empathy Scale

V. 考 察

1. ターミナル期の患者を看護する看護師の精神的健康について

本研究における看護師の精神的健康度について検討した。先行研究において20歳以上の地域一般住民(180名, 平均年齢56.9±17.5歳)のK6得点の分布の報告があったため, その結果と本研究の看護師(523名, 平均年齢32.0±8.8歳)の結果とを比較した¹⁸⁾。得点の分布について, 20歳以上の地域一般住民においてK6得点が0点(精神的健康がよい)の割合は約43%と報告されている。その一方で, 本研究の看護師では, K6得点が0点の割合は8.8%であった。また, K6のカットオフ値による比較では, 20歳以上の地域一般住民におけるK6得点5点以上のものは約42名(約24%)と報告されているが, 本研究の看護師ではK6得点が5点以上のものは316名(60.4%)であり, 本研究の看護師の方が5点以上のものの割合が高い。K6の平均得点を比較してみたところ, 地域一般住民のK6の平均得点は3.5±3.8点と報告されているのに対し, 本研究の看護師のK6の平均得点は6.4±4.7点であり, 20歳以上の地域一般住民と比較して, 本研究の看護師のK6の平均得点は高かった。今回の結果から, 20歳以上の地域一般住民と比べて, 本研究におけるターミナル期患者を看護する看護師は精神的に不健康な傾向にあることが考えられた。また, 本研究の看護師のほうが, K6のカットオフ値である5点以上の割合が高く, 20歳以上の地域一般住民よりも気分障害や不安障害のリスクが高いものが多いことが考えられた。

また, 日本の製造工場で働く従業員247名を対象とした研究でもK6の平均得点についての報告があった²³⁾。

本研究の看護師(523名, 平均年齢32.0±8.8歳)のK6の平均得点6.4±4.7点に対し, 従業員247名のうち男性187名(平均年齢34.8±9.1歳)のK6の平均得点は5.1±4.6点, 女性60名(平均年齢36.0±8.9歳)のK6の平均得点は5.6±4.6点であり, 本研究の看護師のK6の得点のほうが高かった。看護師は一般の女子社員(情報関連企業)と比べて精神的疲弊や仕事の負担感を強く感じていたとの報告や²⁴⁾, 看護師は一般の集団よりも精神的に不健康であり, 精神的健康度の得点分布(GHQ-60)は一般の集団よりもむしろ神経症者に近かったとの報告があり⁶⁾, 今回の結果はそれを支持するものと考えられた。

看護師の精神的健康と看護師特有のストレスには関連があり, ストレスがあるものほど精神的に不健康な傾向である^{6, 25, 26, 27)}。看護師の職業性ストレスの特徴として, ①仕事の量的負荷が高い, ②仕事の質的負荷が高い, ③対人関係のストレスが多い, ④仕事の裁量度は一般事務職と同程度, ⑤上司の支援が低い, ⑥仕事の達成感が高いが挙げられ, 中でも仕事の質的負荷と患者との対人関係の問題が精神的健康度に大きく影響していると報告されている²⁶⁾。ターミナル期患者をケアすることは, ただ単に「人」に関係して起こる感情表出にまつわる側面だけでなく, 「死」という出来事に対してどう自分が関わっていくか, 患者がその人らしい最期を迎えるためにどう援助していくかという質的な問題を内包しているとの報告がある²⁷⁾。このことは, 看護師の職業性ストレスの中で, 特に精神的健康度に大きく影響している, 患者との対人関係の問題と仕事の質的負荷にかかわる要素であると考えられる。

また, 本研究の結果から, K6は, FATCOD-B-J第1因子「死やターミナル期患者から逃げずに向き合う態度」

と負の相関を認め、EES「情動的被影響性」と正の相関を認めた。

本研究の結果から、ターミナル期の患者を看護する看護師が精神的に健康なほど、死やターミナル期患者から逃げずに向き合う態度であり、精神的に不健康であるほど感情的に他者から影響を受けやすい傾向であることが考えられた。保坂によると、ストレスが過剰になると周囲に対して無関心になり、さらにストレス過剰が進むと周囲との接触を避けたり、抑うつ的になったりすると報告している²⁸⁾。しかし、その一方で、「他人と深くかわらうとする姿勢」自体がバーンアウト発症のリスク要因として挙げられている²⁹⁾。今回の結果についてさらなる調査が必要であると考えられた。

看護師の仕事の質的負荷に対しては、同僚や上司の支援が緩衝作用を持つと報告されている^{6), 28)}。その一方で、看護師は医師に比べて上司の支援が低いとの報告がある²⁵⁾。ターミナルケアにおける人的サポートは、看護師のストレスマネジメントにおいて重要であり¹³⁾、ターミナルケアにおける同僚や上司の支援の必要性が考えられた。

2. 本研究の限界

今回は、ターミナル期の患者をケアする看護師の精神的健康について報告した。今回得られたデータから、ターミナル期患者をケアする看護師は精神的に不健康な傾向になりやすい可能性が示唆された。しかし、既存の研究との比較をしたため、年齢の平均値、サンプル数の違いや、年齢が若い看護師ほど精神的に不健康な傾向にあるとの報告もあることから^{25), 27), 30)}、単純に比較するには限界があると考えられる。また、対象機関が比較的規模の大きい総合病院に限定されていることから、施設の特徴が反映された可能性がある。従って、結果の偏りが存在する可能性が考えられる。

3. 今後の展望

本研究ではターミナル期患者の多くがケアを受ける総合病院の一般病棟における看護師の精神的健康度について、比較的多いサンプル数を集めて、結果を示したという点で意義があると考えられる。一般病棟という場でのターミナル期看護に従事する看護師の精神的健康に関するデータが得られたことから、看護師の今後のメンタルヘルス改善のための一資料となることを期待する。

VI. 謝 辞

本研究にご協力くださいました看護師の皆様、そして、研究内容をご理解いただき、快諾してくださいました病

院の関係者の皆様に心より感謝の意を表します。なお、平成21年度名古屋市立大学看護学研究科博士前期課程修士論文の一部に加筆修正を加えたものである。

VII. 引用文献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部編：平成19年人口動態統計上巻，146-147，財団法人厚生統計協会，東京，2009。
- 2) 厚生労働省 平成21年版厚生労働白書 制度の概要及び基礎統計
〈<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/index.html>〉
- 3) 日本ホスピス緩和ケア協会 緩和ケア病棟入院量届出受理施設・病床数の年度推移
〈http://www.hpci.org/what/doc_h03.html〉
- 4) 内布敦子：医療施設におけるend-of-lifeケアの実施状況と医療従事者の死に対する態度—H県における医療従事者の意識調査から—，ターミナルケア，13(2)，154-162，2003。
- 5) 稲岡文昭：ストレスの仕組みと積極的対応（佐藤昭夫，朝長正徳編），281-285，藤田企画出版株式会社，東京，1991。
- 6) 森俊夫，影山隆之：看護者の精神衛生と職場環境要因に関する横断的調査，産業衛生学雑誌，37，135-142，1995。
- 7) 田尾雅夫，久保真人：バーンアウトの理論と実際，5-112，誠信書房，東京，1996。
- 8) 佐藤康仁，有賀悦子，大堀洋子，他：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，52(3)，13-18，2005。
- 9) 大堀洋子，有賀悦子，高宮祐介，他：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—「大学病院の緩和ケア病棟のあり方を探る」全国アンケートの調査結果から—，看護展望，29(8)，952-958，2004。
- 10) 武井麻子：感情と看護 人とのかわりを職業とすることの意味，40-42，86-97，医学書院，東京，2001。
- 11) Hochschild A.R. : The managed heart : Commercialization of human feeling, University of California Press, 1983, 石川准，室伏亜希訳，管理される心—感情が商品になるとき，170-177，世界思想社，京都，2000。
- 12) 下平和代，上別府圭子，杉下知子：ターミナル期の看護行動に影響を与える看護師の感情，日本看護科学会誌，27(3)，57-65，2007。
- 13) 片平好重：職場におけるストレスマネジメントの

- 取り組みと今後の課題 リエゾン精神専門看護師の立場から、インターナショナルナーシングレビュー, 26(2), 38-43, 2003.
- 14) 田中幸子, 山崎喜比古: 看護職のストレスマネジメント ストレッサーリダクションを中心に, インターナショナルナーシングレビュー, 26(2), 32-37, 2003.
- 15) 古川壽亮, 大野裕, 宇田英典, 他: 一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究, 平成14年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業) 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 研究協力報告書.
- 16) Furukawa T., Kawakami N., Saito M., et al.: The Performance of the Japanese Version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan, *International Journal of Method in Psychiatric Research*, 17(3), 152-158, 2008.
- 17) 川上憲人, 土屋政雄, 井上彰臣, 他: うつ病スクリーニング調査票カットオフ点の再検討 産業医等を対象とする新しい構造化面接法の開発, 平成20年度厚生労働科学研究補助金(こころの健康科学研究事業) リワークプログラムを中心とするうつ病の早期発見から職場復帰に至る包括的治療に関する研究 分担研究報告書.
- 18) 川上憲人, 近藤恭子, 柳田公佑, 他: 成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究, 平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業) 自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究 分担研究報告書.
- 19) Frommelt KH.: The Effect of Death Education on Nurses' Attitudes toward Caring for Terminally Ill Persons and their Families, *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 8(5), 37-43, 1991.
- 20) Frommelt KH. : Attitudes toward Care of the Terminally Ill: An Educational Intervention, *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 20(1), 13-22, 2003.
- 21) 中井裕子, 宮下光令, 笹原明代, 他: Frommeltのターミナルケア態度尺度日本語版(FATCOD-B-J)の因子構造と信頼性の検討—尺度翻訳から一般病院での看護師調査, 短縮版の作成まで—, *がん看護*, 11(6), 723-729, 2006.
- 22) 加藤隆勝, 高木秀明: 青年期における情動的共感性の特質, *筑波大学心理学研究*, 2, 33-42, 1980.
- 23) Tsuno K., Kawakami N., Inoue A., et al.: Intragroup and Intergroup Conflict at Work, Psychological Distress, and Work Engagement in a Sample of Employees in Japan, *Industrial Health*, 47, 640-648, 2009.
- 24) 影山隆之, 森俊夫: 病院勤務看護職者の精神衛生, *産業医学*, 33(1), 31-44, 1991.
- 25) 池田美樹, 仲谷誠, 西美代子, 他: 総合病院における医療スタッフの精神的健康度と職場ストレス因子の検討, *日本社会精神医学会雑誌*, 17(2), 149-158, 2008.
- 26) 影山隆之, 錦戸典子, 小林敏生, 他: 病棟看護職における職業性ストレスの特徴および精神的不調感との関連, *こころの健康*, 16(1), 69-81, 2001.
- 27) 池田美樹, 仲谷誠, 西美代子, 他: 病院職員のメンタルヘルスケアと職業性ストレス簡易調査票の活用, *日本社会精神医学会雑誌*, 15(3), 199-207, 2007.
- 28) 小堀彩子: 対人援助職のバーンアウトと情緒的負担感, *東京大学大学院教育学研究科紀要*, 45, 133-142, 2005.
- 29) 保坂隆: ナースのストレス, 40-56, 南山堂, 東京, 1994.
- 30) 久保真人: バーンアウト(燃え尽き症候群)—ヒューマンサービス職のストレス, *日本労働研究雑誌*, 558, 54-64, 2007.
- 31) 坂口幸弘, 野上聡子, 村尾佳津江, 他: 一般病棟での看取りの看護における看護師のストレスと感情体験, *看護実践の科学*, 32(2), 74-80, 2007.
- (受稿 平成22年10月12日)
(受理 平成22年12月21日)

The Mental Health Problems among Nurses in the Care of Terminally Ill Patients in General Hospitals — A Comparison of Mental Health Status among general population in Japan

Masayo Kadota¹⁾, Fujika Katsuki²⁾

1) Department of Psychiatry, Nagoya City University Medical School

2) Nagoya City University School of Nursing

Abstract

The aim of this study was to investigate the mental health problems among nurses who have cared for terminally ill patients in general hospitals. The tool for the investigation was a self-administered questionnaire survey on 653 nurses. Their mental health status was assessed by the K6. Of the 653 questionnaires delivered, 563 were returned (response rate 86.2%). 523 responses (80.1%) were used for further analysis. The mean score of K6 was 6.5 (SD=4.7). The cutoff point of K6 was 4/5. There were 212 nurses (39.3%) under 5 points and 325 nurses (60.3%) over 5 points. Their K6 score was higher than that among the general population. The results indicated that nurses in the care of terminally ill patients in general hospitals have a higher degree of mental health problems.

Key Words: nurse, mental health, terminal care