九州大学学術情報リポジトリ
Kyushu University Institutional Repository

神経難病看護における死の意味づけとバーンアウトの関連

石坂, 昌子
九州大学大学院人間環境学府

https://doi.org/10.15017/18425

出版情報：九州大学心理学研究. 10, pp.133-137, 2009-03-31. Faculty of Human-Environment Studies, Kyushu University
バージョン：
権利関係：

Kyushu University Psychological Research
2009, Vol.10, 133-137

神経難病看護における死の意味づけとバーンアウトの関連

石坂　昌子　九州大学大学院人間環境学府

Relationship between meaning of death and burnout among nurses caring for patients with neurological intractable illness

Masako Ishizaka（*Graduate School of Human-Environment Studies, Kyushu University*）

The purpose of this study was to examine on the relationship between meaning of death and burnout among nurses caring for patients with neurological intractable illness. Questionnaire investigation was carried out to thirty-five nurses working in the wards for these patients. The results were as follow: 1）There was a positive correlation between negative meaning of death such as avoidance of thinking about death and burnout such as emotional exhaustion and depersonalization. 2）There was a positive correlation between positive meaning of death such as meaningfulness of death for life or death acceptance by belief in the afterlife and personal accomplishment. These findings were discussed from the viewpoint of nursing patients with neurological intractable illness.

Key Words: meaning of death, burnout, neurological intractable illness, nurses

Ⅰ　問題と目的

バーンアウトとは，意欲的・献身的に働いていた人々が疲労，消耗し，様々な心身症状を示す職業性ストレスのことである（荻野，2004）。Freudenberger（1974）が提唱して以来，特に対人援助職に特徴的な現象として研究が進められてきた。なかでも，看護職に関しては，バーンアウトはケアの質の低下を招くものであると注目されている（安東ら，2006a）。看護職では，上司や同僚との葛藤や労働過多などの一般的なストレス要因に加え，患者の死（久保ら，1994），看護における不全感（Gray-Toft et al，1981）や生命に関わる仕事（三木ら，1998）などの看護職特有のストレスが挙げられる。稲岡（1988）は，看護職は患者の生死という極限状態にさらされているため，高度な緊張感のもと，患者の死に直面すると医療技術の限界を知らしめられ，個人的な喪失体験を想起し，無力感や自己評価の低下を招くと解釈している。一方，久保ら（1994）は，患者の死を体験する機会が少ないほど職務に関する達成感が低くなると報告し，このことは，患者の死を苦悩からの解放と意味づけ，看護の終わりつまり仕事の完遂として捉え，看護職自身の成功感や効力感へ至るのではないかと述べている。これらの知見をふまえると，看護職の死に対する意味づけ方がバーンアウトに関連していると考えられる。

バーンアウトに関連する要因として，この死の意味づけなど価値観や性格特性，年齢や経験年数の個人属性などの内的要因に加え，職場環境という外的要因も示唆されている（久保，2004）。特に，終末医療では，この患者の生死に常にかかわっているため，より一層ストレス要因が高い状況におかれており，バーンアウトも少なくないと思われる（石坂，2008）。この終末医療のなかでは，緩和ケア病棟の対象である HIV やがんの看護職を対象とした研究は蓄積されている。たとえば，緩和ケア施設の看護職を対象とした調査では，死について不安で避けたいと逃避的な態度をとる人がバーンアウトを経験しやすいという結果がえられている（福島，1997）。

しかし，同様に末期状態をきたす病として，原因不明，治療方法未確立，経過が慢性にわたり精神的な負担が大きいと言われている神経難病のこころのケアについて注目され始めたのは比較的最近のことである（森，2005）。神経難病医療においては，進行状態での治療は介護が主体となり，病院での担い手は看護職となる（藤井，2003）。このように難治性，進行性という特徴をもつ神経難病患者をケアする看護職の心理状態は他の診療科や一般病棟のそれとは異なると予測され，特に，その状態が神経難病の患者や家族の心身に及ぼす影響は大きいと考えられる。神経難病患者をケアする看護職を対象とした研究のなかでは，患者の死体験とバーンアウトは有意な関連がみられなかったとの報告がある（安東ら，2006a）。しかし，この患者の死体験とは，患者との死別体験の有無や死について話す頻度のみ調べられており，神経難病看護においてどのように死を意味づけているのかということとバーンアウトの関連については明らかにされていない。

そこで，本研究では，神経難病患者のケアに携わる看

護職の死の意味づけとバーンアウトの関連について検討することを目的とし，えられた基礎的知見をふまえて臨床的示唆の考察を試みる。

Ⅱ　方　　法

1．調査対象

対象者は，約 450 床の療養型病院のなかの神経難病病棟に勤務する 35 名（男 5 名，女 30 名；平均年齢 45.31，*SD*＝8.08，*range*25-56）である。

2．調査内容

以下の 2 種類の質問紙を実施した。

1）死の意味づけ尺度

死の意味づけを測定するため，27 項目 5 下位尺度からなる「死の意味づけ尺度」(石坂，印刷中）を用いた。この尺度は，青年期以降の発達段階を対象として，「死の意味づけ」を「一人称（自己の死)・二人称（死別体験)・三人称（客観的でものとしての死）の死を意識・経験することを通して，個人が生きてゆくなかで死を位置づけること」と定義し，死の肯定的や否定的などの多面的な意味づけが測定可能である。下位尺度は，死を意識することや死別体験を通して人生の意義を再認識したり，周囲への新たな気づきをえたり，自分自身の成長を促すと考えたりする内容からなる D1「死の有意義さ」(項目例　死別体験を通して，自分の人生観を考えなおすことができるものだ)，死について考えたり話したりすることを避ける D2「死の忌避」(項目例　死についてなるべく考えないようにしている)，死を苦しみや痛みから逃れる手段として捉える D3「死による苦難からの解放」(項目例　死ぬことで，すべての苦悩から解放されるように感じる)，死に積極的に意味を見出したりしない D4「死の無拘泥」(項目例　自分の死を考えても仕方のないことだ)，死んだ後も自己および他者は存在し続けると考えることで死を受けとめる D5「死後の永続性による受容」(項目例　死後も魂として存在すると考えると，死は通過点である）から構成される。内的整合性に関しては Cronbach の α 係数は .73 以上，安定性に関しては .64 以上という信頼性を満たしており，妥当性については精神的健康と関連が示されている。各項目に対して，「1－全くそう思わない，2－あまりそう思わない，3－ややそう思う，4－かなりそう思う，5－非常にそう思う」の 5 段階評定で回答を求め，評定値として順に「全くそう思わない－1 点」から「非常にそう思う－5 点」に得点化した値を用いた。

2）バーンアウト尺度

バーンアウトを測定するため，17 項目 3 下位尺度からなる「バーンアウト尺度」(久保ら，1992）を用いた。この尺度は，Maslach et al (1981) 作成の Maslach Burnout Inventory（MBI）を日本の現場に合うように改変したものである。下位尺度は，仕事を通じて情緒的に力を出し尽くし消耗してしまった状態を表す B1「情緒的消耗感」(項目例　体も気持ちも疲れはてたと思うことがある)，サービスの受け手に対する無情で非人間的な対応を表す B2「脱人格化」(項目例　同僚や患者と，何も話したくなくなることがある)，ヒューマン・サービスの職務にかかわる有能感や達成感を表す B3「個人的達成感」(項目例　今の仕事に，心から喜びを感じることがある）から構成される。各項目の最近 6 ヶ月の生起頻度について，「1－ない，2－まれにある，3－時々ある，4－しばしばある，5－いつもある」の 5 段階評定で回答を求め，評定値として順に「ない－1 点」から「いつもある－5 点」に得点化した値を用いた。尺度全体得点として，B1「情緒的消耗感」合計得点＋B2「脱人格化」合計得点－B3「個人的達成感」合計得点とし，得点が高いほどバーンアウト傾向が高いことを示した。

3．調査期間

調査は 2005 年 7 月～ 2005 年 8 月に実施した。

4．調査方法

病院の看護部長を通じて看護会議にて了承をえた後，病棟ごとに個別記入による質問紙を配付した。配付の際，各病棟の師長もしくは副師長に研究の趣旨を記した依頼書をそえて，死に関する質問内容が含まれていること，参加拒否権の明示およびプライバシーの保護など実施上の留意点を説明し，フェイスシートにも記した。回答後は各個人が封筒に入れたうえで病棟ごとに回収した。

Ⅲ　結　　果

1．信頼性の検討

死の意味づけ尺度の各下位尺度の信頼性係数 α は，.70- .92 の範囲であった（Table 1)。また，バーンアウト尺度の各下位尺度および尺度全体の信頼性係数 α は，.75- .83 であった（Table 2)。したがって，2 つの尺度の各下位尺度の内的整合性は充分であると判断し，既存の下位尺度を用いて以下の分析を行った。

2．記述統計量と各下位尺度間の相関関係

死の意味づけ尺度とバーンアウト尺度の各下位尺度および尺度全体における相関関係を Table 1 と Table 2 に，平均値，標準偏差，レンジを Table 3 と Table 4 にそれぞれ示す。その結果，バーンアウトについては，田尾ら (1996）の各下位尺度項目を単純加算した自己診断表 (Table 5）を参考にすると，B1「情緒的消耗感」と B2

Table 1
死の意味づけ尺度における各下位尺度間と尺度全体との相関関係，信頼性係数（α）

	D2	D3	D4	D5	尺度全体	α
D1「死の有意義さ」	−.22	.26	−.14	.59***	.89***	.92
D2「死の忌避」		−.35*	.20	−.40*	−.00	.86
D3「死による苦難からの解放」			−.09	.56**	.45**	.72
D4「死の無拘泥」				.05	.13	.70
D5「死後の永続性による受容」					.72***	.85

(N=35　*p<.05，**p<.01，***p<.001)

Table 2
バーンアウト尺度における各下位尺度間と尺度全体との相関関係，信頼性係数（α）

	B2	B3	尺度全体	α
B1「情緒的消耗感」	.60***	.03	.85***	.78
B2「脱人格化」		−.09	.90***	.84
B3「個人的達成感」			−.41*	.75
尺度全体				.83

(N=35　*p<.05，***p<.001)

Table 3
死の意味づけ尺度の各下位尺度における平均値，標準偏差，レンジ

	平均値	標準偏差	レンジ
D1「死の有意義さ」	49.09	8.49	30−70
D2「死の忌避」	10.57	3.49	4−19
D3「死による苦難からの解放」	8.03	2.54	3−15
D4「死の無拘泥」	6.57	2.00	3−10
D5「死後の永続性による受容」	7.74	2.85	3−15

Table 4
バーンアウト尺度の各下位尺度と尺度全体における平均値，標準偏差，レンジ

	平均値	標準偏差	レンジ
B1「情緒的消耗感」	16.00	4.32	7−25
B2「脱人格化」	12.57	4.47	6−22
B3「個人的達成感」	12.94	3.48	7−20
尺度全体	15.63	9.15	1−37

Table 5
バーンアウト尺度の自己診断表　（田尾ら，1996）

診断	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感
まだ大丈夫（40%以下）	5〜15	6〜11	25〜18
平均的（40〜60%）	16〜18	12〜14	17〜16
注　意（60〜80%）	19〜20	15〜17	15〜13
要注意（80〜95%）	21〜23	18〜20	12〜10
危　険（95%以上）	24〜25	21〜30	9〜5

Table 6
死の意味づけ尺度とバーンアウト尺度の相関関係

	B1「情緒的消耗感」	B2「脱人格化」	B3「個人的達成感」	尺度全体
D1「死の有意義さ」	.11	.01	.38*	−.09
D2「死の忌避」	.22	.25	.01	.22
D3「死による苦難からの解放」	.06	−.04	.14	−.05
D4「死の無拘泥」	.13	.12	.06	.10
D5「死後の永続性による受容」	−.09	−.20	.29	−.25

(N=35　*p<.05)

「脱人格化」の平均値は平均的な範囲内であった。しかし，B3「個人的達成感」の平均値は注意の領域に位置していた。

3．相関関係の検討（Table 6）

死の意味づけ尺度の各下位尺度とバーンアウト尺度の各下位尺度および尺度全体との相関関係についてPearsonの積率相関係数を求めた。その結果，D1「死の有意義さ」とB3「個人的達成感」との間に有意な弱い正の相関関係がみられた。また，有意ではなかったものの，D2「死の忌避」は，B1「情緒的消耗感」とB2「脱人格化」と尺度全体との間に正の弱い相関関係が示された。D5「死後の永続性による受容」は，B3「個人的達成感」との間に正の弱い相関関係が，B2「脱人格化」と尺度全体との間に負の弱い相関関係がそれぞれみられた。

Ⅳ　考　　察

本研究では，神経難病患者のケアに携わる看護職の死の意味づけとバーンアウトの関連について検討した。その結果，まず，神経難病病棟勤務の看護職のバーンアウトは，職務にかかわる有能感や達成感が抱きにくい傾向であることが示された。安東ら（2006b）は，神経難病看護特有のストレッサーとして，患者の将来や治療方針の見通しが立たないなど患者の抱えている不確かさや，懸命にケアしてもその成果が感じられないというケアと成果の不均衡を明らかにしている。つまり，神経難病が難治性で進行性という特徴をもつがゆえに，看護の目標が立てにくく，いくら看護に力を費やしても治療効果がえられないため，看護業務での達成感が抱きにくいと考えられる。特に，本研究の対象者は，療養型病院に勤務して長期入院の神経難病患者をケアすることが多い看護職であったため，明確な治療方法もないまま進行してゆく患者と長い期間かかわり続けることは大きなストレッサーとなることが推測される。

この神経難病患者のケアに携わる看護職が抱きにくい職務にかかわる有能感や達成感と，死を意識することや死別体験を通して人生の意義を再認識したり，周囲への新たな気づきをえたり，自分自身の成長を促すと考えたりするという死の意味づけとの間に有意な正の弱い相関関係がみられた。さらに，この個人的達成感と，死んだ後も自己および他者は存在し続けると考えることで死を受けとめる姿勢と弱いながらも正の関連が示された。つまり，治療法がなく進行してゆく神経難病患者をケアの目標が立てにくいまま看護し続け最期を迎えたとしても，その患者や家族とのかかわりや死別体験を通して死の有意義さという肯定的な側面を見出したり，患者の死後の永続性を信じることでその死を受けとめたりして死を意味づけることは，看護業務の達成感を支えていると考えられる。

また，死について考えたり話したりすることを避ける態度は，仕事を通じて情緒的に力を出し尽くし消耗してしまうことや患者に対する無情で非人間的な対応をすることと弱いながらも正の関連がみられた。難治性，進行性の神経難病患者にとって，死は常に意識せざるをえないものである。その死を忌み嫌うという看護職の態度は，患者自身の存在を受けとめずに冷淡に対応したと感じられると思われる。同時に，看護職にとっても，死にかかわることが多い環境のなかで，あえて死から目をそむけることは情緒的な疲労を招くことになると考えられる。この死に対して逃避的な態度をとる人がバーンアウトを経験しやすいという傾向は，緩和ケア施設の看護職にもみられており（福島，1997），終末医療に共通する死の意味づけとバーンアウトの関連の仕方であることが推察される。一方，看護職が死後の永続性を信じることで死を受けとめることと，患者への冷淡で無情な対応とバーンアウト全体との間に負の関連がみられた。つまり，死と距離の近い職場環境で死を受けとめてゆこうという看護職の態度は，死を意識せざるをえない神経難病の患者に対してあたたかな安心したかかわりにつながると考えられる。

したがって，死とかかわり合う機会の多い環境では，死の有意義さを見出したり死後も生き続けると信じることで死を受容したりするという，接近的で肯定的な死の

意味づけ方は，バーンアウト予防になることが示唆された。一方，死と距離の近い環境にもかかわらず，死について考え話すことに対して逃避的で否定的な死の意味づけ方はバーンアウトに陥りやすいと推測される。

以上のように，神経難病看護における死の意味づけとバーンアウトの間に弱い相関関係は示されたが，中程度もしくは強い相関関係はみられなかった。このことについては，まず，対象者数が少なく一つの病院に勤務する看護職であり，データが偏っていた可能性が考えられる。次に，神経難病の看護経験年数の影響が考えられる。今回の対象者は，経験年数が1年足らずの看護職も含まれていた。死の意味づけは年月を重ねて形作られてゆくものであるため，短い神経難病の看護経験とそれほど高い関連が見出されなかったと思われる。また，神経難病看護においては，常に患者の生死にかかわる環境のなか，バーンアウトに影響しないような対応方法があると推察される。

今後は，対象者数を増やし，神経難病看護の経験年数による比較を通して，死の意味づけ方やバーンアウトの様相の変容プロセス，およびそのために必要な支援方法についての検討や，他看護領域との比較などが課題として挙げられる。

引 用 文 献

安東由佳子・片岡健・小林敏生（2006a）．神経難病患者のケアに携わる看護師のバーンアウトに影響を及ぼす職場環境ストレッサーの探索　日本看護研究学会雑誌，**29**（1），45-55．

安東由佳子・片岡健・小林敏生・岡村仁（2006b）．神経難病患者をケアする看護師の仕事ストレッサーの明確化　臨牀看護，**32**（3），412-419．

藤井直樹（2003）．ALS 看護スタッフのメンタルヘルス　厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）特定疾患の生活の質（QOL）の向上に資するケアの在り方に関する研究班平成 14 年度総括・分担研究報告書，45-46．

Freudenberger HJ.（1974）. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, **30**, 159-165.

福島裕人（1997）．ターミナルケアに従事する看護者のバーンアウトとその関連要因　こころの健康，**12**（2），33-43．

Gray-Toft P, Anderson JG（1981）. The nursing stress scale. Development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, **3**, 11-23.

稲岡文昭（1988）. Burnout に導く職場の心理的・対人的要因の根源―事例・面接・観察法をとおして―看護研究，**21**（2），173-179．

石坂昌子（2008）．終末医療　連載　医療心理臨床のヒント Vol.11　臨床心理学，**8**（1），136-137．

石坂昌子（印刷中）．死の意味づけ尺度作成の試み　心理臨床学研究，**26**（6）．

久保真人（2004）．バーンアウトの心理学―燃え尽き症候群とは―　サイエンス社

久保真人・田尾雅夫（1992）．バーンアウトの測定　心理学評論，**35**（3），361-376．

久保真人・田尾雅夫（1994）．看護婦におけるバーンアウト―ストレスとバーンアウトの関係―　実験社会心理学研究，**34**（1），33-43．

Maslach C, Jackson SE.（1981）. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, **2**, 99-113.

三木明子・原谷隆史・杉下知子（1998）．看護婦のストレッサーと業務上の事故および病気欠勤の検討　第 29 回日本看護学会集録（看護総合），156-158．

森朋子（2005）．筋萎縮性側策硬化症（ALS）患者に迫られる生死の決断―インフォームド・コンセントの重さと夢　臨床心理学，**5**（2），209-214．

荻野佳代子（2004）．看護職におけるバーンアウトプロセスモデルの検討　産業・組織心理学研究，**17**（2），79-90．

田尾雅夫・久保真人（1996）．バーンアウトの理論と実際―心理学的アプローチ　誠信書房