第16章　小児がん看護に携わる看護師のメンタルヘルス

＜ケアの指針＞

- 質の高い小児がん看護を提供するためには、看護師のストレスに対するセルフマネージメントが必要である。
- 看護師以外の専門職が対応すべき問題については、多職種と連携を取りながら対応できるようにする。
- 新人看護師に対する技術指導の際には、小児がんの子どもの苦痛に対する共感を持って行うことが重要である
- 経験豊富な看護師には、個々の問題についての対応に十分時間がとれるように、また、多くの問題について責任が集中しないようにサポートする。
- 子どもの死後は、看護師に対するグリーフケアを行うことが重要である。
- 子どもが亡くなる前から予期的悲嘆に対するケアや、悲しみが癒されるプロセスに関する知識の提供など、継続した教育も必要である。

1．小児がん看護に携わる看護師のストレスの特徴

1）看護師が抱く困難感やストレス

小児がんで治療を要する子どもは、長期間にわたる入院生活が必要となり、治療の過酷さから症状による苦痛だけでなく、処置や検査によっても身体的苦痛を伴います。また、治療に対する不安や死の恐怖などの精神的苦痛や、家族や友人など大切な人と離れた生活を余儀なくされる社会的苦痛など多くの苦痛を感じています。そのような子どもや家族に対する看護の難しさを感じ、生死をかけた入院治療による子どもと家族からの様々な要求を受け、陰性感情を抱くこともあります。小児がん看護に携わる看護師は、子どもと家族に関わる中で、看護師自身も様々なストレスを抱えており、特に終末期にある小児がん患者や家族のケアに困難さやストレスを感じる看護師が多いと言われています（鈴木ら，2014）。また渡邉（2006）は、看護師が特に困難やストレスと感じるのは、子どもの死に直面することやその喪失感のほかに、難しい症状をマネジメントすること、子どもと家族とのコミュニケーション、職場の管理的な問題に関連したことであると述べています。小児がん看護に携わる看護師のストレス調査（石川,2004・2013）では、①小児がん患児をケアする構造や設備が整っていないこと、②業務量が多いこと、③痛みを伴う処置が多いこと、④患者の苦痛が強い中で内服や処置などのケアを行なわなくてはならないこと、⑤小児がんの治療に伴う看護技術が難しく負担感があることなどが挙げられました。

2）終末期に関わる看護師のメンタルヘルス

看護師にとって「患者の死」の体験がストレスとなり、抑うつやバーンアウトにつながる要因であることが知られています。本村ら（2010）は、「患者の死の体験は、患者と長時間接し、患者と関わりの深い看護師にとって多大な精神的負荷を与えるものであり、バーンアウトに大きく影響する」と述べています。小児がんの子どもの End-of-Life に向き合い子どもの死に直面する医療者にとって「死」という出来事はつらい体験でもあり、気持ちのやり場のない状況となります。これは小児がんに関わる看護師のバーンアウトの負荷因子でもあります（渡邊，2006）。

また、死を迎える場所として、病院だけでなく在宅や緩和ケア施設を選択する子どもも徐々に増えつつあります。しかし、日本小児がん看護学会が行った全国108施設の調査結果によれば（竹之内，2017）、「小児がんの『終末期ケア』に看護師が感じる困難として、【知識・技術・経験が少ないこと】【精神的負担】など終末期に向き合う看護師の困難や、終末期に向かう子どもへの関わりの難しさ、グリーフケアの課題などがあげられ、『終末期在宅ケア』では、終末期に子どもが在宅で過ごしたいと希望した際の妨げとして、終末期医療に特徴的な状況や子ども個人として尊重する難しさ、家族の思いや背景を考慮した支援の難しさがあ

る」と報告されています。子どもや家族の希望を尊重した環境を整えられなかった場合の看護師のストレスは大きいものとなりますが、病院で勤務する看護師のみならず、緩和ケア施設や在宅での看取りに関わる看護師のメンタルヘルスも課題となっています。

2．看護師のストレスマネジメント

1）セルフマネージメント

小児がん看護に携わる看護師は、看護師自身が抱える様々なストレスに対し、ストレスマネジメントできる力が必要となります。ストレスは個人によって受け止め方や強さが異なります。ストレスを生じた際にとる対処行動がコーピングであり、ストレスに対して適切に対応する能力を養うことが必要です。コーピングは個人や状況によってその対処行動が異なり、目の前の問題を解決するために解決方法を自らで見つけ出したり、ストレスフルな状況を変えるために取り組もうとするといった積極的な対処行動もあれば、自分の感情をコントロールしたり、自分の考えや行動を自覚し向き合ったりすることもあります。また自分が解決できないことを自覚したり他者からの援助を得るために行動したりすることも含まれます。これらは自分自身がこれまで問題に対してどのように対処してきたか、その対処行動の結果をどのように評価してきたかという体験が大きく影響します。ストレスを感じた際、自分自身で解決できるかどうか、その対処方法をもっているかなど、ストレスに向き合いマネジメントする力が必要となります。また、解決できない場合には他者からの援助を求めるなど、周囲にサポートを求める力も必要です。

2）チームによるサポート

小児がんに携わる看護師がこのようなストレスとうまく付き合い、常に良いケアを提供できるように安定した心を維持するためには、メンタルヘルスに対して支援される必要があります。そのためには、今後の継続教育を含めた具体的なメンタルサポートの方法について検討していく必要があります。

⑴ 環境的サポート

目の前にいる患者の痛みや不快な症状がうまく取り除くことが出来ない場合には、看護師は罪責感にとらわれやすくなります。さらに、自信のないまま患者の前に立つことで、看護師は不安や恐怖を感じて緊張状態になります。小児がん看護においては看護実践能力に加えて倫理的問題に取り組む能力も必要です。そのため、これらの能力を高める努力を続けることで緊張を低減できると考えます。そのためには組織における継続教育の実施、エキスパートによる最新の情報提供や専門技術の支援、講習会の参加、医療スタッフ間の事例カンファレンス等が有効です。また、そのための時間確保のための管理職によるサポートも重要になります。

⑵ 人的サポート

小児がん看護においては他職種（医師・薬剤師・臨床心理士・保育士・教師など）と医療チームを組みながら協働して患者や家族に関わることが大切です。スタッフ同士のコミュニケーション不足は、看護師の独りよがりのケアにつながり、またストレスの要因となります。医療チームの中で看護師の役割を明確化し、看護チームの中で自分の役割を明確化出来るようにする必要があります。また、担当スタッフが不在の時でも安心していられたり、お互いを認め合う肯定的なフィードバックによって自尊心が高まり疲れが癒されたりします。

さらに仲間のサポートも重要です。悲哀、罪責感、緊張、恐怖などの感情を自分自身で認め、仲間の前でも認められることで必要なサポートも受けやすくなります。同僚が同じ空間で感じている出来事を肯定的に認め合える職場環境の構築は重要です。また、組織によってはリエゾンナースや臨床心理士などのケアには直接参加しない職員のサポートシステムをもつところもあります。スタッフ間でいつでも話し合えるコミュニケーションを円滑にしながら、お互いがサポートできる環境を醸成していくことが必要です。

3．小児がん看護に携わる看護師のグリーフケア

1）小児がん看護に携わる看護師のグリーフケアの特徴

親にとって愛情を向けていた子どもを失うことほどグリーフは深く苦痛なものはありません。看護を実践している者は、患者やその家族の喪失・グリーフに向き合うことを余儀なくされており、看護者自身もグリーフを経験しています。2011年に206施設104名の看護師を対象に行われた調査において、小児がん看護に携わる看護師の子どもが亡くなった後に感じる思いと、グリーフケアについての認識を明らかにした結果では（高橋，2014）、「子どもが亡くなった時にチームで協力してケアを行うことができたと感じている一方で、子ども、親、きょうだいのケアに対する無力感や、子どもの死に対する悲嘆が強く、終末期ケアにおいて看護師が抱えるストレスは大きい」ことが報告されています。また、子どもが亡くなった時に、親の意思を尊重できたと思う人よりも子どもの意思を尊重できた

と思う人は少なく、終末期に子どもの意向を確認しにくい現状（子どもの年齢や発達、病状、親の意向など）が影響していると考えられました。さらに、終末期の子どもや家族のケアを行う看護師は、グリーフケアを目的としたカンファレンスの他に、悲しみが癒されるプロセスに関する知識の提供や、子どもが亡くなる前からの継続したサポートなど、さまざまなニーズがありました。

2）看護師のグリーフケア

子どもの死を目の前にしたとき、看護師もまた大きな喪失感を体験し気持ちが大きく揺さぶられます。また小児がん看護においては、家族への看護も重要であり、子どもが亡くなった後の残された遺族への今までの関わりや今後の関わりにも不安や緊張が高まります。看護のケアを保証するためには看護師へのグリーフケアは不可欠となります。

表 1. 看護師・医療者が行うデスカンファレンスの方法

デスカンファレンスの目的	①ケアの振り返り ②家族ケアの振り返りと家族ケアの重要性の認識の機会 ③スタッフ自身のグリーフケアとセルフケアの促進 ④遺族の思いに触れることで、死生観やケアリングを考える機会 ⑤チーム医療の促進
ファシリテーター	小児看護専門看護師、精神看護専門看護師、管理者、ファシリテーターができるプライマリーナースなど
スーパーバイズ	小児看護専門看護師、精神看護専門看護師、管理者、臨床心理士、精神科医など
時期	亡くなって１週間から１０日以内までに行う
参加者	出来ればその子に関わった医療スタッフとスーパーバイズ
方法	①できるだけ静かな場所と話しやすい人数で行うのが望ましい ②入院中の子ども・家族の状況やケアの概要を話す ③子どものケア、家族のケアがどうであったかを振り返る ④それぞれの抱く感情を表出する （亡くなった子どもの話をする機会, 今の気持ちを話す, 自分自身に起きている悲嘆の反応を認める、評価的な態度のないサポートを受けること、受容されることなど） ⑤自分の悲嘆や喪失を知り, 自分の限界を知りながら自分を見つめ直していけるようそれぞれの思いを表現する
フォローアップ	必要であれば、小児看護専門看護師、精神看護専門看護師、管理者、臨床心理士, 精神科医がスタッフの悲嘆作業につきあえる機会を継続的にもつ

田村恵美 (2009)：死亡時の看護 . 丸光恵 , 石田也寸志監修：ココからはじめる小児がん看護 , へるす出版 ,p400 引用

看護師のグリーフケアは、①自分の感情に向き合い、自分の感情を大切にする、②看護師自身の悲嘆作業に取り組む、③ひとりで抱え込まずにチームで支え合う体制づくりを行う事が必要といわれています（Linda. E, 2005）。特に、終末期ケアにあたる看護師のストレス緩和やメンタルサポートとしてデスカンファレンスは効果があるとされています。また、子どもを看取る看護師へのサポート体制として、死後だけでなく子どもが亡くなる前から、目の前で苦しんでいる時に最善のケアを提供するためのタイムリーなカンファレンスを実施し、看護師の感情吐露やメンタルケアに焦点を当てた、予期的なメンタルサポートが重要となります（竹内, 2012）。死生観も個人個人異なり End-of-Life から関わってきた看護師と医師にとって満足のいく看取りとなったかの判断はとても難しいと思われます。そのためケアの善し悪しを評価するのではなくケアを振り返りながら子どもとのエピソードを語り、看護師自身の悲嘆の思いを表出し、看護師同士、医師同士で思いを共有する機会を持つことがグリーフケアの一環となります。

山口ら（2014）は、看護師のグリーフケアを目的としたカンファレンスに関して、①参加者が自由な意思のもとに発言できるカンファレンスの場の提供、②緩和ケア認定看護師や経験年数の多い看護師がファシリテーターの役割を担い、自由に語れる雰囲気づくりの強化、③看護師自身が自らの深い悲しみを癒すことができるように、看護師のグリーフケアは重要なものであることやチームで共有することによって適切なメンタルサポートが得られることを示していく、④ケアする看護師へのサポートは、子どもが亡くなる前から行っていく必要があり、タイムリーなグリーフカンファレンスを開催していくことが重要であると述べています。竹内ら（2012）の報告では、デスカンファレンスは、看護ケアを振り返り、今後のケアに活かす機能としてのカンファレンスの必要性や、看護師のメンタルヘルスサポートとして、スタッフ間で感情を吐露し共有することが必要としています。

看護師がグリーフケアについて望むことは、グリーフケアを目的としたカンファレンスやグリービングに関する知識提供の他に、専門家によるサポートや個別の相談、カウンセリングを受けられるシステムなど様々です。個々の看護師が選択できるようなシステム作りが求められています。

表にデスカンファレンスの方法を示します。また、このような難しいメンタルサポートケアには精神科医

やリエゾンナース、小児看護専門看護師などの第３者のスーパーバイズの活用も有効的となります。

文献

石川福江（2004）．小児がん看護に携わる看護師の職務満足に関する研究，北里看護学誌，6（1），10－22.

石川福江（2013）．小児がん看護に携わる看護師のメンタルケア，小児看護，36（8），1152－1156.

木村良美，八代利香（2011）．看護師のバーンアウトに関する要因，日本職業・災害医学学会誌，58（3），120－126.

Linda Espie（2006）．細谷良太監修，私たちの先生は子どもたち！，青海社.

鈴木優子，佐鹿孝子（2014）．小児看護を実践する看護師の抱える困難に関する文献検討－1997年から2013年の21文献の分析－．埼玉医科大学看護学科紀要，29－37.

田村恵美（2009）．グリーフ＆グリービング，丸光惠，石田也寸志監修．ココからはじめる小児がん看護，349-360，ヘルス出版，東京.

高橋百合子，竹内幸江，吉川久美子他（2014）．小児がんの子どもの死を体験した看護師の思いと　グリーフケアにおいて望むことに関する調査．小児がん看護，9（1），63－72.

竹之内直子，平田美佳，小原美江他（2017）．小児がんの子どもと家族のケアに携わる看護師の捉えたケア上の困難と課題（第2報）～終末期に焦点をあてて～．小児がん看護，12（2），431.

竹内幸江，高橋百合子，吉川久美子他（2012）．終末期の小児がん患者のケア体制および看護師のメンタルサポート体制の実態－病棟管理者への調査より－．小児がん看護，7，39－45.

山口京子，山下早苗，長澤芳他（2014）．小児病棟における看護師のグリーフケアを目的としたカンファレンス．小児がん看護，19（1），48－53.

渡邉輝子（2006）．小児病棟看護師への精神的支援．小児看護，29（12），1681－1684.