

第12章 小児がん看護に携わる看護師のメンタルヘルス

看護師のメンタルヘルスケアにおける指針

- ❖ 看護師のメンタルヘルスが悪ければ、質の高い小児がん看護を提供することはできない。
- ❖ 小児看護を希望しない看護師を配属しない。
- ❖ 小児がんの子どもの治療生活に適していないケア環境で看護を行うことは、看護師のメンタルヘルスを悪化させる。
- ❖ 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も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取れるように、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。

12-1 小児がん看護に携わる看護師のストレスの特徴

1) 小児がんに特徴的な要因

小児がん看護に携わる看護師のストレス調査(石川, 2004)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痛みの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あげられました。

看護師は自らの力で解決できることであれば努力する傾向にありますが、ストレスの要因が解決できない場合や、努力の許容範囲を超えると葛藤が生じます。また葛藤が職場で解消されず、自らに向き合うしかない場合や、自施設の医療のレベルや看護能力が劣っているのではないかと疑念が生じる場合は、自信を失っていきます。また、看護師としての役割だけでなく、家庭や個人の社会生活にも影響を及ぼしていきます。やがて抑うつやバーンアウトにつながり、看護師によっては臨床そのものに対する興味を失って離職を考える場合もあります。

2) 新人看護師の特徴

新人看護師の場合、子どもへの処置や病気の子どもののかかわりにストレスを大きく感じます。子どもへの処置は、処置そのものに対する不慣れさからくる緊張感だけでなく、侵襲の大きい処置を受ける子どもの姿にショックを受け、感情が揺らいでしまうというものです。このようなストレスは、経験を重ねることによって克服できるものの、一方では子どもや家族の気持ちに近い感情

であり、職業的な「慣れ」や抑圧によって解消するものではなく、子どもや家族に共感的理解を示しつつ、ケア提供者として役割をはたすことができるように支援していく必要があります。

処置に伴う看護を指導する際には、これらの感情面に目を向けて、新人看護師が子どもの感情に目を向けている点について認めることがまず必要です。その上で、子ども自身の対処を助けたり、苦痛を緩和する支援方法について話し合うことが重要です。

3) 経験豊富な看護師の特徴

経験豊富な看護師は、新人看護師と比較して業務量が必然的に増える傾向にあります。経験豊富な看護師ほど新人に比較して通常がんの子どもに行われるケアや処置に関するストレスは少ないものの、小児がんの子どもや家族との対応に関してストレスが高い傾向にあることがわかっています。経験豊富な看護師は、より複雑な問題を抱える小児がんの子どもや家族との対応に関して責任ある立場となっています。日常の業務量が多い中で十分な対応ができないこと、対応そのものが業務量を増やしていること、そしてこの2点が悪循環を起していると考えられます。小児がん看護の中では、予後不良などの病状のほかに、長期入院に伴う家族の問題、医療者とのトラブルなどさまざまな対応に迫られる事例があります。経験豊富な看護師に対しては、業務量が過剰にならないよう、また責任が集中しないように配慮する必要があります。

12-2 小児がん看護に携わる看護師のグリーフ

ケアの特徴

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。

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。その医療の現場では、子どもを看取することを余儀なくされる看護師自身のグリーフケアには、これまであまり関心が向けられていませんでした。家族、遺族、およびケアにかかわる死に臨む人をケアする職にある者が子どもとその家族のグリーフというテーマから逃れることはできません。しかし、あくまで個人の悲しみを他人がケアすることは可能なのかというためらいから逃れることもまた難しいです。「ケア フォー ケア ギバー(Care for Care Giver)」ケアを提供する私たち看護師も、ケアされる対象者であるとの視点に立って調査を行いました。

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することにより、看護師へのメンタルサポートに関する看護の示唆を得ることを目的として、全国小児がん治療を行っている 206 施設で勤務する小児病棟看護師に 2011 年に調査を行いました。104 名（回収率 16.8%）からの回答を得ました。その結果、小児がんの子どもをケアする看護師は、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といえます。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す。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ることが明らかになり、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。

12-3 看護師へのメンタルヘルスの支援

前述したストレスとうまく付き合い、看護師が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、メンタルヘルスの支援がされる必要があります。

1) 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。

2) 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。

3) 看護師のグリーフケア

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。特に看護師は 24 時間ベッドサイドでの日常生活のケアに当たり、End-of-Life の困難さに直面しています。これは看護師のバーンアウトの負荷因子でもあります。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。また、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。ケアはこれでよかったのか、家族にどのよう

に声をかけたらいいのか、家族はどう思っているのかなど戸惑いや不安を感じ、自責の念にかられることもあります。

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(丸,2009) 事が必要といわれています。そこで有効なのがデスカンファレンスとなります。

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。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三者のスーパーバイズの活用も有効的となります。

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出来るプライマリナースなど
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

(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,2009,p400より引用)

引用文献

丸光恵,石田也寸志(2009):ココからはじめる小児がん看護,へるす出版,東京,355

参考文献

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.

Linda Espie(2005):細谷亮太監修:私たちの先生は子どもたち!,青海社

丸光恵,石田也寸志(2009):ココからはじめる小児がん看護,へるす出版,東京

Papadatou, D., Martinson, I.M., & Chung, P. M. (2001): Caring for dying children: a comparative study of nurses'

experiences in Greece and Hong kong. Cancer Nursing, 24(5), 402-412.

高橋百合子, 竹内幸江, 吉川久美子(他8名)(2011):小児がん患者の死を経験した看護師が望むメンタルサポート, 第9回日本小児がん看護学会.

竹内幸江, 内田雅代, 三澤史他(2007):小児がんの子どもと家族のケア環境, 小児がん看護 2, 61-69.

Linda Espie(2005):ケア提供者へのサポート, 緩和ケア, 15(4), 301-305.

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