

患者の自殺が看護師に与える心理的影響と 臨床心理士による心理的支援の検討

坂田 真穂

1. 問題と目的

患者の死を看取することは、看護師の感情を大きく揺り動かす究極の感情労働だといわれている(Smith, 1992)。看護師にとって、看取りに伴う傷つきには、怒り、抑うつ、孤立感、絶望、フラストレーション(Vachon, 1987)、無力感(沢田ら, 2000)などがあり、患者の看取りに伴う看護師の感情は、重要な他者を喪失したときの心理過程と類似(平井, 2001)する点も多い。看護師にとって患者の死は、患者という対象そのものと同時に治療関係を喪失する体験だといえる。

Bowlby(1999)は、「悲哀とは対象喪失によって起こってくる一連の心理過程をいい、悲嘆とは悲哀の心理過程で経験される落胆や絶望の情緒体験のこと」であると記している。看取りに伴う悲嘆(Davies et al., 1996; Papadatou et al. 2002)や、バーンアウト(岩満ら, 2006; 黒瀬ら, 1999)に関する研究はこれまで数多く報告されているが、一方で、良い看取りは看護師に満足感をもたらすという肯定的な報告もある(鈴木ら, 1997; 野戸, 2002)。看取りの体験を肯定的な認識にするのは「理想的な看取り」の認識経験だともいわれている(大西, 2004)。

しかしながら、このような、「理想的な看取り」とはかけ離れた患者の死の体験として、患者の自殺という体験がある。わが国では、平成10年以降、14年連続して自殺者数が3万人を超えているが、そのうち「健康問題」が自殺の原因・動機で最多(警察庁, 2010)であることから、自殺者数の増加に伴って、医療機関に通院中あるいは入院中の患者の自殺も増加していることが予想できる。過去3年間に入院患者の自殺があった病院は、精神科病院で66%、総合病院でも29%に上るという報告(認定病院患者安全推進事業, 2007)もあり、精神科看護師のうち、患者の自殺を経験している者は、全体の42.8%(西田・中西, 2011)とも、65.3%(折山・渡邊, 2008)ともいわれている。このような中で、医療従事者が患者の自殺を経験することは今や珍しいことではなくなりつつある。

石川ら(2006)の調査によると、精神科経験16年以上の看護師においては、職場環境で最もストレス度の高いものとして自殺・自傷と答えている。また、患者の自殺に直面した看護師の50%以上が直後に自責感をもち、10年以上経過しても25%以上は持ち続けていることが明らかになっている(折山・渡邊, 2009)。このようなことから、自殺によって傷つきや心身への影響を受けるのは自死遺族や自殺者の知人だけではなく、自殺者とかかわりのあった医療従事者にとっても同じことだといえる。しかしながら、医療者を対象にした自殺予防研修や、自死遺

族のためのサポートは増加している一方で、自殺者に直接かかわったり、現場に遭遇した医療従事者への心理的支援はほとんどない。事故発生後、自殺に直接かかわった医療従事者に対して何らかの心理的支援が行われた施設は、一般病院ではわずか17%という調査結果もある(認定病院患者安全推進事業, 2007)。また、患者の自殺による医療従事者の傷つきや彼らへの心理的支援に関する研究は国内外ともに少ない。

本研究では、患者の自殺が医療従事者の心身にどのような影響を与え、患者の自殺に遭遇した医療従事者がどのような心理的ケアおよび心理的支援を必要としているのか、また実際にはどのようなケアや支援を得ているのかについて調査したい。しかしながら、“医療従事者”と一括りにするには、治療の指針を立て看護や他の専門家に指示を出す立場にある医師と、その指示を元に患者の最も近くでケアを担当する看護師とでは、患者との関係は異なる上、職務内容や関係の違いによって傷つきの様相も異なることが予想される。したがって、本研究では、病院内で患者と最も長い時間を過ごす看護師に焦点を絞り、患者の自殺が看護師に与える心理的影響について検討する。また、事前に用意された一定の質問項目に答える質問紙法では、死生観や看護観などと密接に結びついた看護師の心の動きを探ることは難しいと思われる。したがって、本研究では個別のインタビューによる調査を行い、患者の自殺はいかなる体験として看護師にもたらされたのか、その心理的体験の在りようを考察したい。

2. 方法

2-1. 調査

- a. 調査協力希望者の募集：患者の自殺経験(未遂・既遂)のある看護師に調査協力を求めるにあたって、筆者が嘱託職員として勤務する総合病院の各病棟師長と看護部長、看護副部長が集まる師長会に出席し、本研究の目的と意義、方法等を口頭・文面の両方で説明し理解を得た。その上で、目的と意義、倫理的配慮、調査方法、募集する調査対象者、筆者の連絡先について書かれた調査協力者募集のちらしを、師長を通じて各病棟に配布した。そのちらしを見て筆者に連絡があった調査協力希望者に対し、調査協力の可否とともに面接日等の希望を尋ね、それを参考に面接日および時間帯を決定した。
- b. 調査対象者：調査協力希望者のうち、患者の自殺体験(未遂・既遂)のある看護師(男性1名, 女性9名, 計10名)。
- c. 調査方法：調査対象者らが勤務する病院内の一室(7畳程度、防音構造)にて、2010年6月から8月にかけて調査を行った。調査は、患者の自殺を体験した看護師の心身への影響やその際に受けたサポート等について、事前に面接での語りのガイド(資料1)を作成し、それに基づいて半構造化面接で調査を行った。また、面接は個別に行い、調査対象者の語りを尊重するため、順序や教示内容にこだわらずに進めた。面接内容は対象者の了解を得て、ICレコーダーにて記録した。
- d. 倫理的配慮：調査目的や方法, 内容(面接を録音記録すること, 匿名であるがデータを研究に使用すること等)については、調査対象者に調査依頼時と調査開始直前に文章と口頭によ

る説明にて確認した。また、調査への同意は、署名で確認した。また、事前に、筆者や調査対象者らが勤務する病院の倫理審査委員会にも申請し承認を得ている。

2-2. 分析

患者の自殺を体験した看護師の心身への影響やその際に受けた支援、希望する支援を検討するため、KJ法(川喜田, 1967)に則して、(1)事件の影響、(2)ストレスコーピング方法、(3)実際に受けた職場での支援、(4)希望する職場での支援という4次元に関して、コード化単位を意味内容から区分し、コード化単位ごとに下位ラベルをつけた。また、下位ラベルを元にカテゴリー化し、データの概念化を図った。

資料1 面接での語りのガイドの例

15. 患者の自殺を知った直後はどんな感じがしましたか
18. その事件によって生活面や精神面、身体面に何か変化が起きましたか
20. その変化に対して、どのように対処しましたか
27. 事件の後、あなたに対するサポートはありましたか
28. それは誰からのサポートでしたか
29. それはどのようなサポートでしたか
35. それによってあなたに変化はありましたか
41. 「あれば良かった」と思うサポートはありますか

表1 調査対象者の背景と面接時間

ID	年齢	性別	経験年数*	事故時期	未既遂	事故との関係	面接時間(分)
01	50代	女	32年	2年前	未遂	当該病棟管理者	61
02	40代	女	3年	8年前	既遂	第一発見者	60
03	20代	男	2年	2年前	未遂	第一発見者	62
04	50代	女	28年	2年前	既遂	当日の夜勤	66
05	50代	女	25年	7年前	既遂	通報で現場対応	67
06	30代	女	0年(実習生)	10年前	既遂	現場目撃者	59
07	30代	女	5年	7年前	既遂	第一発見者	64
08	40代	女	24年	4年前	未遂	当日の夜勤	63
09	40代	女	21年	1年前	既遂	当該病棟勤務	63
10	20代	女	3年	2年前	既遂	当該病棟勤務	62

*事故当時の経験年数

3. 結果と考察

調査対象者の年齢、性別、事故当時の経験年数、事故の未既遂の別、事故との関係つい

ては表1のとおりである。また、各次元ごとに抽出されたカテゴリーはそれぞれ表2の通りである。「」は対象者の発言内容、()内は発言者(表1)のID番号、【 】はカテゴリー名とする。なお、対象者の自由な発言を重視したため、回答は複数回答となっている場合もある。患者の自殺を複数回経験した場合については、最も印象に残っている事件一件についての回答を求めた。

表2 各次元ごとのカテゴリーとコード化単位

次元	カテゴリー	下位ラベル
(1) 事故の影響	心理的影響	感情の激しい揺れ、感情の平坦化、持続する強い感情
	生活への影響	事件を想起させる状況や事物の回避
		予期せぬ想起
		睡眠や食欲の変化
	職務への影響	事件を想起させる状況や事物の回避 辞職の検討 人間関係
(2) ストレスコーピング手段	余暇活動	趣味
	一人にならない	友人との時間、家族との時間
	話す	家族と話す 気の置ける同僚と話す
(3) 実際に受けた職場での支援	職務内支援	病棟のカンファレンス、上司による個別面接 職務の軽減
	職務外支援	気の置ける同僚と話す
(4) 希望する職場での支援	病棟での支援	病棟のカンファレンス、職務の軽減
	専門家の介入	心理的支援の専門家、遺体処置の専門家
	教育	研修、自助グループ

3-1. 事故の影響

事故直後は、「腰を抜かすほどびっくりした(02)」という驚愕、「とにかく恐怖で(04)」という恐怖、「信じられない(06, 10)」という動揺など、「変に冷静(08)」であったという1名を除く9名(01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 10)が感情の激しい揺れを経験していた。「こんなことが病院で起こるんだ(03)」「まさか(09)」といった驚愕は、病院という、患者にとっては生きるための治療の場で自ら死を選ぶ不条理さを想定していなかったものによると思われる。また、「変に冷静(08)」であったことは強い心理的衝撃を受けたことによって逆に引き起こされた感情の平坦化であると思われるが、対象者(08)の遭遇ケースが未遂事故であることによる冷静さである可能性も否めない。また、「思いつめてたことに気が付き、どう関わればよかったのかと自分を責めてしまう(09)」という自責や、自殺した患者に対し「(事故に遭遇して傷ついた)スタッフへの同情から『なぜここでそんなことをしたのか』という怒りもわいてきた(09)」など、強い感情が一定期間経過後も持続する者もいた。本調査で

は、全調査対象者が事件により【心理的影響】を受けていたといえる。

また、「夜になるのが怖い(02)」「暗闇が怖い(03, 07)」「ハンガーやカーテンなど(ぶら下がっているもの)が見られない(02)」「窓が見れない(04, 10)」「サスペンスドラマが見られない(02)」というように、生活場面において事故を想起させる事物や状況を回避していた(02, 03, 04, 05, 07, 09, 10)。事故を想起させる事物や状況の回避が一旦起きると、事件から一定期間経過後もその症状は持続する傾向がみられ、「今でも夜勤帯に個室を見回るのが嫌(10)」「今もその部屋への恐怖心は無いわけではなく、薄らいでただけ。元には戻っていない(09)」「やはりサスペンスは見られず、チャンネルを変えてしまう(02)」ということがあり、事件から8年が経過した今も事故による影響に苦しむ者(02)もいた。

さらに、事故を期に「食欲が落ちた(02)」「眠れなかった(02, 06)」といった“睡眠や食欲の変化”なども含め、未遂ケースである2名(01, 08)を除く8名が、【生活への影響】を受けていた。「布団や患者さんがベッドから落ちると“あの時”の音を思い出してしまう(06)」というフラッシュバックや、「帰り道気がついたら考えている(04)」等の意図せぬ想起に苦しむ者もいた(02, 04, 05, 06, 07, 10)。

また、【職務への影響】を受けた者は6名であった(02, 04, 05, 07, 09, 10)。「事故のあった辺りに行けなくなった(04, 05, 07, 09, 10)」「事故のあった時間帯の勤務(夜勤)が怖い(04, 07)」など、職務上においても事故を想起させる事物や状況を回避したり、「ちょっとしたことで涙が出るようになり、もう仕事を辞めたいと思った(10)」と辞職を検討した者もいた。「上司に『蘇生措置をしてたら助かったかもしれない』と言われてしんどくなった(02)」「事故のことを言うと思いが深くなるし、向こうも言ってこないし、うわさになるのも嫌だったので病棟の仲間とは話せなかった(02)」と、上司や仲間の言葉に傷ついたり、周囲から孤立するなど“人間関係”に影響を受けるケースもみられた。

【心理的影響】や【生活面での影響】【職務への影響】を重複して受ける者も少なくない中、「特に影響はなかった(01, 08)」と答えた者もいた。「特に影響はなかった」2名の対象者(01, 08)はいずれも未遂ケースであり、「生きていると聞いて少しずつ安心した(01)」「未遂に終わったことが大きい。亡くなってたら看護師を続けられなかったかもしれない(08)」というように、未遂であったことや、「一番初めに発見してたら違った(影響があった)と思う(08)」など発見者でなかったことが、事故による影響を最小限に抑える一因になっていると考えられる。未遂ケース3名のうち、(03)のみが【生活面での影響】や【職務への影響】を受けていたことについては、(03)が(01)や(08)とは異なり、第一発見者であることや、経験年数が浅いことが影響している可能性があると思われた。

3-2. ストレスコーピングの手段

「この事故を期に、仕事外の居場所や友人を作ろうと習い事を始めた(05)」など、趣味や趣味を通じた友人をもつことで気分転換を図ったり、「友達と過ごすなど一人で居ないようにした(03)」「別居中だった母親にしばらく来てもらった(02)」など、事件後は一人にならないようにし、友人や家族と一緒に過ごすことで乗り越えようとした者もいた。

また、【話す】ことで克服しようとした者も多く(02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 10)、中でも、

「同僚と休憩時間に控え室で話した(03, 09, 10)」「気の合う同僚に話を聞いてもらった(07)」「実習の仲間と話した(06)」「医療従事者の友人に話した(03)」など、同じ立場にいる看護師や医療従事者を相手に話す者が多かった(03, 04, 05, 06, 07, 09, 10)。「家族と話した(02, 08)」者も2名いたが、(02)は、一度同じ現場に出くわした同僚に分かち合いのアプローチをしたものの相手は淡々としており、「分かり合えない(02)」と職場での孤立感を抱えていたケースであった。

多くの者が話す相手に医療従事者を選ぶ背景には、「医療従事者じゃないと、こんな話は分かってくれないし、話されても怖いだけだろうと思うと、家族にも話せなかった(03, 04, 06, 07, 10)」という思いがある。また、病棟でのカンファレンスがあるにもかかわらず、個別に気のおける同僚と話す理由として、「病棟のカンファレンスだと構えてしまう(09)」という意見もあった。

「(改めて対処するほどの)ストレスはなかった(01, 08)」という2名はいずれも先述のとおり未遂で第一発見者でもないケースであり、既遂、あるいは第一発見者であった残りの8名(02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 10)は自分自身でも何らかのストレスコーピングを行っていた。

3-3. 実際に受けた職場での支援

病棟でのカンファレンスを受けた者は3名(01, 06, 08)いた。しかし、踏み込んでその実施方法や内容を尋ねると、「毎朝の病棟のカンファレンスで何が起きたかについて話し合った(01)」というように、普段の申し送りの中で事故発生について報告したのも病棟でのカンファレンスとして含まれていることがわかった。また、カンファレンスの成果について、「いいアイデアが出てよかった(01)」と回答していることから、カンファレンスの目的がスタッフの傷つきを共有するためではなく、患者の自殺防止について話し合うためのものであった可能性も高い。

また、「上司による『大変だったわね』というねぎらいの言葉(01)」「上司が個別面談をしてくれた(10)」というように、上司による個別面談が支えになったり、事故を期に遂行できなくなった業務を上司に伝えられたことで、「事故のあった部屋の見回りを外してもらえた(10)」などの一時的な職務の軽減につながった者もいた。

これら【職務内支援】を受けた者は、職務の軽減を受けた3名(04, 07, 10)を含む6名(01, 04, 06, 07, 08, 10)であった。それに加えて、「一緒に見回ってくれた(04)」「同僚や先輩が(私的に)話をきいてくれた(04, 09, 10)」など、同僚や先輩看護師による個人的配慮からの【職務外支援】を受けた者は7名(03, 04, 05, 06, 07, 09, 10)いた。病棟の仲間と話し合ったことで、「こんな事故を起こした自分の管理について皆に責められるのかと思っていた。けれど、そういうのはなくてよかった(09)」と感じた者もいる。

先に述べたように、病棟のカンファレンスでは、自殺をいかに防ぐかという対処や反省が中心になることに対し、個人的に話を聴いたり相談にのる、気のおける同僚と話す場面では、事故に遭遇したスタッフの語りに耳を傾ける要素が強いと推測される。病棟でのカンファレンスがあってもなお、気のおける同僚と職務外で話すことが多いのは、スタッフ

の傷つきに焦点をあてた話し合いがいかに大切であることを表している。

3-4. 希望する職場での支援

【病棟での支援】として、病棟でのカンファレンスを「遅くとも一週間以内がよい(04)」という意見や「一ヶ月くらい経過してからのほうが(06)」という意見など、病棟でのカンファレンスを、時期などの考慮を前提に希望する者や、「自分はたまたま事件の翌日が休みで良かったと感じた。なので、事件後数日休みをもらってそのことから離れたほうが整理をつけやすいと思う(03)」のように一時的な職務の軽減を希望する者が3名(03, 04, 06)いた。

また、「スタッフには色んな人がいるから、(話したことを)悪く取ったりする人や、考えてくれる人ばかりではない。心理カウンセラーなら専門家という信頼感がある(02, 04)」等、心理的支援の専門家や、「死体処置専門の人。遺体の損傷が激しいとき、患者をよく知る看護師は精神的にきついし、処置の仕方を知らないでひどい傷つきになる(04, 09)」等、遺体処置の専門家など【専門家の介入】を求める者3名(04, 05, 09)や、「気を遣って自分から経験者に聞きにいけないが同じ体験をした人が乗り越えた話を聞きたいと思ったので、自助グループ的なもの(03)」の自助グループや研修など、【教育】を希望する者もいた(02, 03)。また、研修についての「患者ではなく、看護師に対するサポート。研修に行っても看護師へのサポートはない(02)」という発言を受けて、患者の自殺予防ではなく、患者の自殺などによって看護師が受ける心理的影響に関する研修について、(02)より前に調査面接を終えていた(01)を除いた9名に尋ねたところ、9名全員がそのような研修を受けた経験がないと回答し、「勤務時間外の研修は参加したくない(08)」という1名を除いた8名(02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 10)が受けてみたいと回答した。

4. 総合考察

4-1. 看護師の死生観と患者の自殺という体験

看護師は患者を“これから生きていく患者の姿”として捉え(平林・今井・大西, 2010)、回復過程の中に看護の意義を見出す傾向がある。しかし、看取りにおいては、死に逝く過程そのものへの関わりの中に、価値や喜びが見出せるような関わりが重要(近藤, 2011)であり、自分が行ったケアが間違っていなかったと思えた時、看取りの悲嘆は解消される(早坂, 2010)。しかし、一方で、理想的な看取りや死生観について、「望ましい死」のイメージをマスメディアなどから受けると、そこから外れるものは異端として排除するようになる(澤井, 2001)。看護師にとって、理想的な看取りや望ましい死とはどのようなものであろうか。

早坂(2010)が行った調査によると、緩和施設における看取り時の感情として、「寂しい」「悲しい」が最も多く、「その他」という回答を挟んで、次に「お疲れさまでした」「楽になった」「ゆっくり休んで欲しい」という回答が多かったという。大山(2003)は、看護師の死生観について、その看取り経験の積み重ねから、看護学生に比べ、より看取りに対する“寿命感”を感じていることを明らかにしている。最期まで闘病した患者の在り方や自らの看護に満足し、患者の死を寿命として受け入れる死が看護師自身の死生観に沿った死、あるいは「理想的な看取

り」や「望ましい死」であるならば、闘病半ばで自ら命を絶つ患者の自殺は、看護師の死生観を根幹から揺るがす体験になる可能性は高い。また、本研究の調査においても、「こんなことが病院で起こるんだ(03)」と治療の場で自ら死を選ぶ不条理さへの驚愕や、「どう関わればよかったのかと自分を責めてしまう(09)」という自責が語られたが、患者の自殺は、“治療に向かう患者の看護をする”という、看護師の看護観を脅かす体験でもあるだろう。早坂(2010)は、亡くなった患者について話せた時や、周囲のサポートを得られている時に看取りの悲嘆は解消されていくと述べており、岡本・石井(2005)は、カンファレンス等で患者の死の体験について話し、その体験を意味づけることが看護師の死生観を生成していくと述べている。患者の自殺によって揺らいだ看護師の死生観や看護観を支える支援として、その体験の語りにじっくりと耳を傾け、体験の意味づけにつながるような関わりが重要だと思われた。

4-2. 患者の自殺に遭遇した看護師への心理的支援の必要性

患者の自殺は、通常の看取りとは異なる体験として看護師にもたらされることは先に述べたとおりであるが、「一番初めに発見してたら違った(影響があった)」と思う(08)」という発言にあるように、患者の自殺の中でも、現場に遭遇することはさらに異なる体験であると思われる。

高橋(2005)は、一般的に、他者の自殺に影響を受ける可能性のある人の特徴として、第一発見者や搬送者、自殺が起きたことに責任を感じている人を挙げている。本調査においては、10名のうち3名が第一発見者であり、現場目撃者1名や現場対応者1名と併せると、半数に上る5名が現場に遭遇していた。患者の治療の場であり生活の場にもなっている病棟に常駐し、患者の管理や側近でのケアを行う看護師は、院内で自殺事故が起こった際に、第一発見者や現場対応者となる確率が高い。そして、「自殺したということそのものより、その光景や姿の恐ろしさが目に焼きついている(02)」というように、現場に遭遇することは死の悲惨さや異様さに直面する体験であり、強烈な心理的衝撃に圧倒される体験であると思われた。

しかし、わが国では、危機的状況を経験した場合でも、一人でその悲劇を乗り越えることこそが真のプロフェッショナルであるといった風潮が強く(高橋, 2002)、患者の自殺・事故等に対するスタッフの対応について、『時間が解決する』『そっとしておく』といった消極的対応のみで、十分な対策がとられているとはいいがたい(今村ら, 2009)。

折山・渡邊(2008)の調査では、「サポート認識の有無」が PTSD 症状発現への影響因子であることが明らかになったが、自殺に直面した看護師のうち、9割近くが職場での支援が必要であると回答しているにもかかわらず、実際に支援があったと認識していた者はわずか 57.3%であった。また、寺岡(2010)は、精神科病院で患者の自殺に遭遇した看護師がたどるプロセスとして、精神的衝撃が緩和された様相を示すものと、精神的衝撃が持続し、直面化を回避する傾向にある様相を示すプロセスに大別できるとし、精神的衝撃の緩和には、個別的なサポートや集団からの支援の有無が影響していると述べている。看護師は患者の自殺に対して影響を受けやすいため、事件が起きた際には、外傷後ストレス障害の発症を防ぐためにも、心理的支援は重要である。看護師一人ひとりのストレスコーピングに任せるのではなく、職場組織として心理的支援を行う必要があり、支援のあり方について体制を検討することは急務だといえる。

4-3. 心理的支援の時期や方法

一般的に、「事故に遭遇した職員に対してはできるだけ早期に介入することで、精神的なダメージを最小限にすることができる」(釜, 2008)という認識があり、ディブリーフィングの時期は、遅くなればなるほど抑圧が働き、事実認識が変化する可能性があるため、介入の時期は経験的に発生後1～2週間が目安(高橋, 2004)という見解もある。

早期介入の重要性が認識されている中、五十嵐(2003)は、患者の自殺から8ヶ月後に看護師に行ったコンサルテーションを報告している。8ヶ月後という経過の長さについては五十嵐自身も言及しているが、8ヶ月を経ても当該病棟師長の希望によってコンサルテーションが実施されたことは、同時に、「8ヶ月の時間経過があっても、業務上の支障をもつ看護師がいる」ことを示唆している。

福山(2008)は、患者の自殺体験からの精神科看護師の立ち直りの過程について、患者の自殺から1週間後のカンファレンスの後、4年経過後に自主的に語りの機会を作った事例を報告している。二段階にわたるポストベンションを行った本事例からは、体験者の語りの準備がなされたときにポストベンションを行うことの重要性が感じられる。本調査でも、事件直後に病棟カンファレンスを受けたことに対し、「早めにカンファレンスが出来てよかった。遅くても1週間以内がよい(04)」と回答する者もいれば、「自分の考えがまとまっていなかったので、一ヶ月ぐらい経過してからのほうが良かった(06)」と感じている者もいた。

このようなことから、心理的支援においては効果的な介入の時期を、たとえば早期などというように固定するのではなく、「語りの準備」という視点を持ち、支援対象者の状況を見合わせながら行うことが大切ではないかと思われる。寺岡(2010)は「一概に感情表出を早期に促せばよいというものではなく、看護師がどのようなプロセスをたどるのかということに関心を寄せ、どのように対処しているかを丁寧に把握していくことが必要である」と述べ、Sharron & Judith(2002)は、看護師が患者の死を受け入れ、時間をかけて悲嘆のプロセスをたどっていくことの重要性に言及している。介入の時期にこだわるのではなく、支援対象者の心のプロセスに寄り添える介入のあり方を検討することが大切だといえよう。

寺岡・柴田(2004)は、「自殺に直面した看護者への支援は固定されたものでは不十分である」とした上で「個々の対処行動にあわせた支援を提供することが必要である」と述べている。その上で、同じ病棟のスタッフ同士では状況や感情が共有しやすい反面、同情や巻き込まれの危険性もあり、本来の看護チームがもっているケア能力を発揮できない状態に陥る可能性があるとして、チーム全体の感情の流れを客観的に捉え、傷ついた個人を支えながら、チーム全体を支援していける中立的な立場からの支援の重要性を説いている。別の調査でも、患者の自殺を経験した看護師の57.0%が「客観的で中立的な立場の人の支援」を望んでいたという報告がある(折山・渡邊, 2008)。

筆者の調査でも、「同じ経験をした仲間には気を遣って自分から(今どんな気持ちか)聞けない(02)」とチーム全体の動揺を危惧するあまり事件に触れること自体をタブーと感じる例や、「上司は報告する場であって話す場ではない(05)」として情緒的な揺らぎを一人で抱える例もあった。一方で、外部性を保つ囑託の心理カウンセラーは「事実の報告ではなく、自分が考えていることを話せる(05)」と、組織の指示命令系統の外に在るが故に機能する役割を担っているこ

とが伺えた。病棟でのカンファレンスやデブリーフィングを、同じ傷つきを抱えるが故に強く影響しあう看護師のみで行うのではなく、集団の力動に影響されない臨床心理士などの専門家を加えることは、分かち合いの場を守る上で有効だと考えられる。患者の自殺後2週間から6週間の間に4回のスタッフミーティングによる心理的介入を行った古元(2012)は、スタッフミーティングという「場のもつ力を活かす」視点が重要であると述べ、先出の福山(2008)は、「場を共有し一緒に感じ・考えながら、気持ちを分かち合えたこと」で心理的苦痛が軽減したと報告している。看護など医療の分野では、発生した問題に対して、上から下への“指導”が行われることが中心であるのに対し、心理臨床の世界には、スーパービジョンやグループスーパービジョンなどを通じて、抱えられながら今ここで起きていることに向き合う文化がある。患者の自殺に関する看護師への個人面接だけでなく、病棟でのミーティングという場への心理的支援に対して、心理臨床がもつ抱える力、つまりカウンセリングやスーパーヴィジョンの視点を活かすことが、彼らが傷つきに向き合う場を守るのではないかと思われる。

4-4. 日頃から人間関係を作っておくことや心理教育をしておくことの重要性

患者の自殺を経験した看護師にとって、事件による心理的影響への対処行動として最も多かったのは「話を聞いてもらう」の65.2%であり(折山・渡邊, 2008)、支援においても、外傷後ストレス障害を防ぐためには注意深く話を聴くことが重要である(Akechi ら, 2004)といわれている。本調査においても、ストレスコーピングの方法として最も多かったのは、気の合う職場の先輩や同僚と、休憩室や食事などの際に事件について話を聞いてもらうことであった。しかしながら、職務時間外に気のおける先輩や同僚と話すためには、日頃から、そのような込み入った話ができる職場の人間関係の構築が不可欠である。また、傷ついた同僚に対し、各自が心理的支援の必要性に気付くには、その同僚の職場での変化を察知する必要があるし、そのためにはその同僚の日頃の様子を知っておく必要がある。職務上のプログラムとして病棟単位でカンファレンスを行う場合にも、日頃からの良い人間関係があるかどうかは、カンファレンスが分かち合いの場になるために重要な要因であろう。したがって、患者の自殺などによって、職場内で支援を求める場合にも、支援を提供する場合にも、日頃から話し合える人間関係を築いておくことが重要である。

また、Akechi ら(2004)は、患者の自殺が起きた場合に、医療スタッフに外傷後ストレス障害が起こりうるという情報を医療スタッフに提供することが重要だと述べている。心理的衝撃を受けるような出来事に遭遇したとき、私たちの心身にどのような変化が起こるのかという予備知識を持ち、そのような変化が起きることは自然であるということを知っておくことで、事故の衝撃によって自分自身に起きる心身の変化に無用の不安や動揺を感じなくて済む。そのような意味で、心理教育を行うことは非常に大切なことだといえる。しかしながら、事故に遭遇した後は、心身に受けた衝撃のため、「逃避することしか考えられなかった。どうしても何とか考えることができなかった(10)」というように、心理教育に耳を傾ける余裕はなく、ともすれば傷つきを深める可能性すらある。したがって、患者の自殺が看護師の心身に与える影響についての心理教育は、事件が起きてから慌てて行うのではなく、日頃から行って備えておくことが重要だと思われる。

【文献】

- Akechi T., Sakuma K., Okamura M., Akizuki N., Oba A., Nakano T., & Uchitomi Y. (2004). Post Traumatic Symptoms Experienced by a Nurse after a Patient Suicide. *The Japanese Society of General Hospital Psychiatry*, **16**(1), 49-54.
- Balon R. (2007). Encountering Patient Suicide: The Need for Guidelines. *Academic Psychiatry*, **31**(5), 336-337
- Bowlby J. (1980). Attachment and loss: Vol.3; Loss, sadness and depression. New York: Basic Books. 黒田実郎他(訳)(1999). 母子関係の理論Ⅲ 対象喪失. 岩崎学術出版社.
- Carlen P. & Bengtsson A. (2007). Suicidal patient as experienced by psychiatric nurses in inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, **16**, 257-265
- Davies B., Cook K., Clarke D., & Connaughty S. et al. (1996). Caring for dying children: Nurses' experience. *Pediatric Nursing*, **22**(6), 500-507.
- Fang F., Kemp J., Jawandha A., Juros J., Long L., Nanayakkara S., Stepansky, L.C., Thompson B., & Anzia J. (2007). Encountering Patient Suicide: A Resident's Experience. *Academic Psychiatry*, **31** (5), 340-344.
- 福山なおみ・石川幸代 (2008). 患者の自殺を体験した看護師のポストベンションに関する一考察. 共立女子短期大学看護学科紀要, **3**, 83-86.
- 古元邦子(2012). 入院患者の自殺後の病棟スタッフへの心理的介入. 心理臨床学研究, **30**(2), 150-160.
- 早坂寿美(2010). 介護職員の死生観と看取り後の悲嘆心理～看護師との比較から～ 北海道文教大学研究紀要, **34**, 25-32.
- 平林志津保・今井奈妙・大西香代子(2010). 一般病棟に勤務する看護師の対象者の捉え方. 三重看護学誌, **12**, 7-17
- 平井元子(2001). 患者の死に対する看護師の感情体験. 死の臨床, **24**(2), 194.
- 五十嵐透子(2003). 入院中の患者の自殺を体験した看護師へのコンサルテーション. 心理臨床学研究, **21** (5), 471-483.
- 今村芳博・小野寺美紀・山辺麻紀・本田純久・宮田雄吾(2009). 精神科病棟スタッフの緊急時心理的变化と介入. 日本社会精神医学会誌, **17**, 297-305.
- 石川恵美子・島美樹・佐々木裕子・後藤奈都子(2006). 精神科に勤務する看護師のストレスについての意識調査. 福島農医学, **48**(1), 68-71
- 釜英介(2008). 自殺事故に遭遇した職員のこころのケア. 医学のあゆみ, **227** (11), 995-997.
- 岩満優美・平山賀美・宮岡等(2006). 緩和ケア病棟で勤務する看護師のストレスについて. 産業精神保健, **14**, 78.
- 川喜田二郎(1967). 発想法—創造性開発のために. 中公新書.
- 警察庁生活安全局生活安全企画課 (2010). 平成 21 年中における自殺の概要資料. http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/220513_H21jisatsunogaiyou.pdf#search='自殺%20健康問題%20警察庁' (2012 年 8 月 15 日取得)
- Kishi Y., Kurosawa H., Morimura H., Hatta K., Thurber S. (2011). Attitude of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. *General Hospital Psychiatry*, **33**, 393-397.
- 近藤真紀子(2011) 死を看取り続ける看護師の悲嘆過程. 風間書房.
- 黒瀬佳代子・宮路亜希子・檜垣由佳子・植田喜久子・鈴木正子(1999). 緩和ケア病棟に勤務する看護婦(士)が陥る“燃え尽き”の構造. 日本看護学会誌, **8**(1), 18-26.
- Mangurian C., Harre E., Reliford A., Booty A., & Cournos F. (2009). Improving Support of Residents After a Patient Suicide: A Residency Case Study. *Academic Psychiatry*, **33** (4), 278-281.
- 西田みずほ・中西恵(2010). 患者の自殺に遭遇した精神科看護師の実態調査. 日本精神科看護学会第 17 回専門学会 1 看護研究論文, 37-41.

- 野戸結花(2002). 終末期ケアにおける臨床看護師の看護感とケア行動に関する研究. 日本がん看護学会誌, **16**(1), 28-38.
- 岡本双美子・石井京子(2005). 看護師の死生観尺度作成と尺度に影響を及ぼす要因分析. 日本看護研究学会雑誌, **28**(4), 53-60.
- 大西奈保子(2004). ターミナルケアに携わる看護師の『理想の看取り』. 臨床死生学, **9**, 25-32.
- 大山由紀子・沖野良枝(2003). 看護職と看護学生の死生観の傾向に関する比較研究. 日本看護学会論文集, **34**, 75-77.
- 折山早苗・渡邊久美(2008). 患者の自殺・自殺企図に直面した精神科看護師のトラウマティック・ストレスとその関連要因. 日本看護研究学会雑誌, **5**, 49-56.
- 折山早苗・渡邊久美(2009). 患者の自殺・自殺企図に直面した精神科看護師の心的ストレス反応とその経過に関する研究. 日本看護科学会誌, **29**(3), 60-67.
- Papadatou D., Bellali T., Papazoglou I., & Petraki D. (2002). Greek nurse and physician grief as a result of caring for children dying of cancer. *Pediatric Nursing*, **28**(4), 345-353.
- 財団法人日本医療機能評価機構認定病院患者安定推進協議会(2007). 提言 病院内における自殺予防. http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/giji/070730giji/5_3.pdf#search='病院内における自殺予防' (2012年8月7日取得)
- 沢田祐子・高宮有介・黒子幸一他(2000). 大学病院に働く看護師の「緩和ケアに向ける医療者の心」に関する研究. 死の臨床, **23**(2), 227.
- 澤井敦(2001). 現代日本の死生観と社会構造(下). 大妻女子大学人間関係学部人間関係学研究, **2**, 235-251.
- Smith P. (1992). *The Emotional Labor of Nursing*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- 鈴木正子・植田喜久子・岩波由美子(1997). 緩和ケア病棟に勤務する看護婦(士)が患者との関係で遭遇する喜びと困難感の構造. 死の臨床, **20**(2), 196.
- 高橋祥友(2002). 医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント. 医学書院.
- 高橋祥友・福岡詳(2004). 自殺のポストベンション—残された人々への心のケア—. 医学書院.
- 高橋祥友(2005). 新訂増補「自殺の危険」 金剛出版.
- Talseth A.G. & Gilje F.L. (2011). Nurses' responses to suicide and suicidal patients: a critical interpretive synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, **20**, 1651-1667.
- 寺岡征太郎・柴田真紀(2004). 患者の自殺に直面した看護師の対処行動の分析—精神科看護師がインタビューで語った内容から—. 日本精神保健看護学会誌, **13**(1), 53-62.
- 寺岡貴子(2010). 精神科病院で患者の自殺に遭遇した看護師に生じる反応とそのプロセス. 日本精神保健看護学会誌, **19**(1), 1-11.
- Vachon M. S. L.(1987). *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying, and the bereaved*. Washington DC: Hemisphere publishing.
- Valente S. M. & Saunders J.M.(2002). Nurse's Grief reaction to a patient's suicide. *Perspectives in Psychiatric Care*, **38**(1), 5-14.
- Wallin U. & Runeson B. (2003). Attitudes towards suicide and suicidal patients among medical students. *European Psychiatry*, **18**, 329-333.

(臨床実践指導学講座 博士後期課程 1 回生)

(受稿 2012 年 9 月 3 日、改稿 2012 年 10 月 31 日、受理 2012 年 12 月 27 日)

Considering the Psychological Effects of the Patients' Suicide on Nurses and the Ideal Methods of Mental Care by a Clinical Psychologist

SAKATA Maho

This study was aimed to clarify the psychological effects of the patients' suicide on nurses and the mental care they received actually and wished. The patients' suicide affected their mental, life, and job performance. Then, they attempted to cope with their own stress to concentrate on their hobby, to stay with someone, or to talk to the close co-workers. Some of them had on-the-job supports such as conferences in their ward, an individual interview by their head nurse, or a temporal reduction of their job duty. Others had off-the-job supports by listening to their experience or feeling. On-the-job supports they wished were a ward conference with the improvement or a temporal reduction of their job duty. Also, the interventions by the professionals of mental care or embalming were requested. Some of them hoped to have the study and training, especially about the impacts to their own. These results suggest that nurses don't have enough support by their organization, though they tend to be influenced by the patients' suicide. It is important to utilize the knowledge for the supervision of clinical psychology to hold their conference. To prepare the good relationship is necessary to share the experience effectively in the ward.