

## 研究報告

# 入院中の患者の自殺に遭遇した看護師の体験と回復

古川 智恵

## Nursing Care Workers' Experience of and Recovery from Encountering a Hospital Patient's Suicide

Tomoe Furukawa, RN, BSN

### Abstract

The idea behind this research is to find out about the experience of nursing care workers' encounters with a hospital patient's suicide and how they dealt with it personally, and to clarify the process of the experience and the support that is required. By so doing it would be possible to get suggestions for helping the nursing care workers' recovery.

For this research, three nurses who had encountered a hospital patient's suicide more than two years earlier were interviewed. They speak in a way that would suggest symptoms of PTSD, saying, for example, that the fright would still sometimes revisit them. They feel marginalized and isolated or alienated from responding to the incident. Later, the horror would become generalized, or they feel a sense of loss at the sudden parting with the patient. In addition, suffering from feelings of guilt they eventually become isolated from the other medical staff. They each try hard to overcome such psychological conditions in their own way.

It is clear that relations with others around them shape the implication of the event, patient's suicide, as a whole.

In the process of talking about the experience, the person learns that others have the same kind of experience and that the emotions that they feel are not unusual. This 'knowledge' allows that person to see the experience in a new light with objectivity. Thus, by reclaiming what happened, the problem of feeling isolated from one's surroundings works itself out. When the feelings of isolation dissolve, the thing that was causing the person to feel fixated and strangled gradually dissipates, and relationships with others that fell apart are restored, along with their own feelings and confidence.

キーワード：患者，自殺，看護師，心的外傷後ストレス障害，隔離

### 1. 研究の動機と背景

筆者自身，精神科病棟で勤務するなかで受け持ち患者の自殺企図を体験したのだが，患者の

自殺後は，自分の看護に自信がなくなり，またすべての患者に対して自殺するのではと不安を感じるようになった。他のスタッフは，筆者を感じてか何事もなかったかのように振る舞い，

受理：2009年1月8日

筆者も職場では本心話すことはなかった。医療事故後、病棟で症例検討が行われたが、筆者に話す機会を求められることはなく、また何を話す気にもなれなかった。

現在、国内の年間自殺者数は1998年に3万人を超えて以降3万人台が続いている(高橋, 2006, p 2; 警視庁, 2007, 2008)。入院患者の自殺の実態調査では、過去三年間に入院患者が自殺したケースがあった病院は一般(総合)病院で29%(170施設, 347件)、精神科病院(精神科病床がある病院を含む)で66%(70施設, 154件)に上ることが具体的に明らかにされ、また、自殺後にその患者に関わった医療スタッフに何らかのメンタルケアが行われたケースは、回答のあった一般病院でも17%しかなく、精神科では34%にとどまるという調査結果が出た(南・岩下・河西, 2006, 2007)。多くの医療スタッフが入院中に患者が自殺するという体験をしているが、その後医療スタッフへのケアが行われることは少ないのが現状である。

患者の自殺に関する研究では、実態と危険因子および予防のための看護やリスクマネジメントについて言及したもの(岸, 2001; 一戸, 2007; 伊藤, 2006; 石井, 2001)、自殺遺族への介入や援助について述べられたもの(高橋, 2006, pp.126-135; 福山, 2000)が多く、患者の自殺を体験した医療者を対象とする研究は少ない。しかし、患者の自殺を体験した看護師は、患者の自殺後、看護師を襲う孤独や心の外傷について周りの人からとり扱われる必要があること、当事者になることの多い医療スタッフは日頃からコミュニケーションがとれていることが必要であると述べられている(青戸, 2001)。また医療ケアの提供者自身のメンタルヘルスへの心理的介入の重要性が示唆されている(五十嵐, 2003; 南・岩下・河西, 2006, 2007; 斉藤・中尾・竹田他, 2001)。

このように、自殺後の医療スタッフへの心理的介入が必要なことは理論的には認められていても、いざ現実を起こってみるとなかなか実践できない現状がある。自殺後にその患者にかかわった医療スタッフに何らかのメンタルケアが提供されることが非常に少ないという先行研究

の結果は、それを示していると言えよう。こうした現状の中で、仕事を続けるために、看護師は個々の努力をしている。そこで本研究では、実際に入院中の患者の自殺に遭遇した看護師が、それをどのように体験し対処しているのか、その体験のプロセスと必要な支援を明らかにすることを通して、看護師の回復への示唆を得たいと考えた。

## II. 研究目的

半構成的面接法によるインタビューを通して、実際に入院中の患者の自殺に遭遇した看護師が、それをどのように体験し対処しているのか、その体験のプロセスと必要な支援を明らかにすること。さらに、看護師の回復への示唆を得ること。

## III. 研究方法

### 1. 研究参加者

2年以上前に入院中の患者の自殺あるいは自殺企図に遭遇したことがある看護師で、本学で毎月行っている事例検討会での呼びかけに応じてくれた者、事例検討会からスノーボール・サンプリングにより紹介された者3名を対象とした。対象者を2年以上前の者としたのは、過去の研究で外傷的事件の後6ヶ月ないし一年間は待機することが安全の確保のうえで望ましいとされており、さらに1年の猶予を考慮したためである。研究参加者の概要は表の通りである。

### 2. データ収集期間

2007年8月～2008年5月

### 3. データ収集方法および分析方法

データ収集方法は、半構成的面接法によるインタビューを行った。場所は研究室などで行い、回数は1回1名、2回2名、面接時間は平均56分/回であった。

主な質問内容は、入院中の患者の自殺、または自殺企図に遭遇したときの状況、またその対処、周囲のスタッフとの関係の変化や支えとな

表 研究参加者の概要

参加者	年齢	当時の勤務病棟	自殺の状況	当時の勤務年数 (インタビュー時期)
Aさん	30代前半	内科	病室で包丁で腹部を刺し死亡	5年目(3年前)
Bさん	30代前半	精神科	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外出中に飛び降り死亡</li> <li>・保護室で縊首、蘇生</li> <li>・保護室で(幻覚により)火災</li> <li>・退院後に自殺</li> <li>・飛び降り、半身不随</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・8年目(3年前)</li> <li>・7～8年目(3、4年前)</li> <li>・7～8年目(3、4年前)</li> <li>・7年目(4年前)</li> <li>・9年目(2年前)</li> </ul>
Cさん	30代前半	精神科	外出中に飛び降り死亡	4年目(3年前)

ったものである。インタビューは承諾を得た上で録音し、逐語録を作成した。逐語録を繰り返し読み、研究参加者にとって患者の自殺に遭遇することがどのような体験となっているのか、意味内容ごとにまとめ、テーマをつけて整理した。その後、3名のデータを比較分析した。分析結果にあたっては、研究指導者のスーパーバイズを受け妥当性の確保に努めた。

#### 4. 倫理的配慮

研究参加者へは研究の意図と協力依頼内容、研究協力の如何により不利益は生じないこと、途中辞退も可能であることを文書と口頭で説明し、同意を得た上で行った。得られたデータは個人が特定できないように処理し、研究目的以外には使用しないことを保証した。また、研究参加者は患者の自殺により、心的外傷を負っていることも考えられるため、面接中には参加者の表情や反応に注意し、辛い思いを感じていると思われる場合は、面接の中断について研究者から声をかけるなど参加者の安全が脅かされないよう努めることを説明し、面接中は注意深く観察と確認を適宜行いながら実施した。本研究は日本赤十字看護大学研究倫理審査会の承認を受けて行った。(承認番号：2007-30)

## IV. 結 果

インタビューでは次から次へと生々しい体験が語られ、その語りは非常に混沌としたものであった。語られたテーマを整理すると、1. 自殺されたときのショック、2. その後の心理的影響、

3. 自殺をめぐる病棟の人間関係の3つに分類された。

### 1. 自殺されたときのショック

このテーマは〈直接自殺を目撃した場合〉と〈間接的に知った場合〉に分類できた。

#### (1) 直接目撃した人の体験

参加者3名のうち、1名が直接現場を目撃している。Aさんの場合、深夜勤務者の引き継ぎ前のラウンドに出た同僚が、ナースステーションに駆け込んできて異変を知った。だが、その患者はほぼ寝たきりの状態だったので、ベッドからの転落の可能性もあると考えながら訪室すると、そこにはナイフで腹部を切りつけ、「リネンが剥がれ腹部は真っ赤で、腸が見えるような」状態の患者が横たわっていた。

最初は何が起きたのかよく分からなかったんですけど、患者さんはまだ意識があって呼吸もしっかりしていて、とにかくすぐ当直を呼んで(中略)内科の当直と同時に麻酔科と外科の当直も全部呼んで集まってきた感じで。内科なので、縫合セットとかそういう物が一切なくて、それで外科の器具名とか色々言われるんですけどよく分かんないんですけど、取りに行ったりとか、なんか緊急時の対応って慣れてなくてみんなバタバタバタバタしちゃってひっちゃかめっちゃかになっちゃって。とりあえずぐちゃぐちゃでみんなイライラきって結構お医者さんたちに「看護師さん、同じ動きしないで！」と怒鳴られたり(中略)患者さんはまだ意識があって、「緊急手術をしたくない」って言い張っていてもうその時点ではベッドサイドに包丁があ

ったのが分かったので自分で包丁で切ったんじゃないかってことになるんですけど。縫合とかしても全然出血が止まらなかったのでもんもん青ざめていく感じ。

この体験は聞いていても光景が目には浮かび、壮絶で生々しく恐怖を感じたのだが、Aさんは事実を語るばかりで、感情についてはあまり語らなかった。この時蘇生にあたったのは外科系の医師で、看護師は患者が手術室に送られた後の後始末をした。Aさんは「はじっこで」、「その処置に携わるといよりは、記録を全部任されて」、「外回り」のようなことをしていた。Aさんは事実上、現場から隔離されていたのである。

## (2) 間接的に知った人の体験

参加者のうち2名は患者が外出先で自殺をしたり、休憩中に事が起こったために現場に居合わせず、後から間接的に情報を得ていた。Cさんの場合は、その患者が自殺をしたらしいという情報がナースルームに入り、まず主治医、副主治医が警察に飛んで行き、自分は日勤の後すぐ深夜勤務であったことと、その患者の部屋持ちではなかったため「帰りなさい」と言われて帰ったと言う。そして次に深夜に来た時にカルテにあった警察からの情報を読んで初めてどういう状況だったのかを知った。

Bさんも休憩中だったので、はっきりとした状況がなかなか伝わってこず、自分から調べてようやく分かってきたと言う。時間的にも物理的にもAさんよりは距離があったが、「やっぱりショックだった」とBさんは語った。ここでも参加者は実体験から遠ざけられたような状況に追いやられていた。しかし、カルテからもその時の様子がありありと想像され、あたかも現場に居合わせたかのような恐怖を感じていた。Cさんは次のように語った。

たしかにリアルな感じはないんですけど、カルテは結構明確に書いていて、その状況を。だから屋上をうろろろしていて挙動不審だったとか、飛び降りた事とか。簡潔ではあるけど、明

瞭に書かれていて、でもすごくさっぱりした書き方で。だけど想像するというか、その人自体を知っているから、動作なんかも知っているから目には浮かぶんですよ、とつても。

## 2. その後の心理的影響

事件後の体験として語られたのは時間の経過とともに、〈恐怖の汎化〉〈突然の別れと喪失感〉〈助けられなかった自分への罪責感〉〈チームの中での孤立感〉〈自己憐憫から「スペシャルな被害者」へ〉〈なんとかしてひとりでその場を乗りきる〉であった。

### (1) 恐怖の汎化

直後の体験として、参加者が共通して述べたのは「恐怖」であった。直後の勤務では、「次の日とか夜ラウンドその部屋するのとか、すっごい怖かったし鳥肌とか出て」(Aさん)いたり、ラウンドの際に「この人もこの人も死んでるかも」(Cさん)と思いながらカーテンを開けたり、「やっぱり部屋に入るとその時の雰囲気を感じ出すってというか、感じる」(Bさん)という体験をしていた。Aさんは、ラウンドの時に「一緒に組んでる人をお願いして一緒にまわるようにしてもらったり」しながら、対処していた。またAさんは、今でも当時のことが話題になると、「またあの嫌な思いを光景だけではなく、その時に感じた嫌な思いもすっごい蘇ってくる」と話した。Cさんは、実際に目撃したわけではないのだが、現在にも残るその感覚を「現実じゃないその目に浮かんだことが頭に焼きついて離れないというのはある」と話した。怖さの体験は、当時だけでなく現在にまでもあとを引く体験として、根深く参加者のなかに残っているのだ。

### (2) 突然の別れと喪失感

外出先で患者が自殺するという体験をしたCさんは、突然患者がいなくなったことで喪失感を実感していた。

病院で起こったら蘇生をして亡くなる瞬間に立ち会っけれど、その瞬間にも立ち会っていないからだけどもんか「ああ、もういないんだ」みたいなすっごい空っぽな気持ちが私はありまし

たね。確認はしていないけどいなくなっちゃったんだなってすごく思いました。

### (3) 助けられなかった自分への罪責感

参加者全員から「助けられたんじゃないかとか、あの時こうしてれば良かった」という思いが語られた。そして、「助けられたのに助けられる術を私たちが知らなかったんじゃないか」、「私たちはあんなに何をしていたんだろう」(Cさん)と自分を責める気持ちが強くなり、「ナースとしてやっていいのか」(Aさん)とナースとしての自信も低下していったのだった。

なんか自殺されちゃったら、私は止められたかもしれないとか、何かできたかもしれないとかそういう意識ってやっぱりすごく大きくなっちゃいますよね、そういうわけ全然ないんですけども、なんとか出来たかもしれないって、その心も傲慢な考えなのかなって思う時もあるんですけど、それでもやっぱり思っちゃったりとかして。(Bさん)

自殺した患者が「入院してすぐだった」と繰り返すBさんは、無理なこととは思いつつも「何かできたかもしれない」という思いを振り払うことができないでいた。

### (4) チームの中での孤立感

インタビューを通して、患者に自殺されるということが、看護師にとってはあってはならないことであり、「悪いこと」のように感じているために、誰にも言えないという気持ちが強くなっていることが明らかになった。現場からも隔離されるなかで、患者に自殺された看護師は「なんかやっぱり自分が悪かったみたいなのところに思ってるから」と自分を責めたり、他者に対しては「聞いてもらっても解消されないような」気がしたり、「共感を得られないだろうと勝手に決め付けて」いたために、チームの中でも自ら「壁を張ったり」、「蓋」をして孤立していくのだった。

(話すことについて) その後の(相手の)反応

が怖かったりするんですよね。多分、自分が傷つきたくないで(中略)そういうことを話していい場だったりとか、分かってくれる人っていう風に自分が思ってる相手じゃないと、なかなか言いたくはないですよね。怖いし、違う方向で物事を言われてしまったりすると、やっぱりそのエピソード自体には良い印象は持ってないと思うんで蓋をしたり。(Aさん)

### (5) 自己憐憫から「スペシャルな被害者」へ

参加者たちは相談できる相手を選んで助けを求めつつも、相手が「とりあえず励ましているみたいなの」気がして、大切に扱われているような気がしなかった。分かってももらえない辛さも加わって、次第に自分が不憫に思えてきて、「私たちだけが」と被害感が高まってくる。その体験をAさんは「(自分たちだけが)スペシャルな感じ」と表現した。

全てが悲観的っていうか、すごい自分が可哀そうな人になっちゃうんですよ。だんだん、「師長さんとか主任さんとかがフォローしてくれない」、「どうして気持ちを聞いてくれないんだ」とか、「私たちだけがすごい大変だったんだ」というような感じ。なんかこういう考え方はおかしいのかもしれないんですけど、被害者的なイメージ、意識を持ってるんですよね(中略)その組織の中では自分たちだけになっちゃうんだけど、だからすごいスペシャルな感じがしちゃうんですよね、自分だけっていう。(Aさん)

### (6) なんとかしてひとりでその場を乗りきる

参加者が共通して語ったのは、「酷な仕事」だと思いつつも、「看護師自体を辞める気はない」ので、なんとかしてひとりでその場を乗りきろうとする姿である。

アルコール病棟で勤務していたBさんは、患者は「入院して暫くは何を起すか分からない」ため、「仕方がないと言ったらよくない言い方だけど、やっちゃうのもある意味病気の症状」と、疾患の特性として、あきらめるしかないと思おうとしていた。またCさんは次のように語った。

(事故の記憶について) 残るっていうか、多分解消されることってなくて、精神科の看護師である限り、その数は増える一方で、それを蓄積しながら働き続けるしかないんだなって最近思ってるんですけど、なんか辛かったことも糧にして働けしかないのかなって思ったりもしますね。(中略) やっぱり助けなきゃいけない患者さんはいっぱいあるし、助けられる人もいっぱいあるから自分も頑張らなきゃいけないなあってすごく思いましたね。

Aさんは、勤務中の心理的負荷を少なくするために以前とはスタンスを変化させていた。

無理はしないようにして、ヘヴィーなことは避けるようにしてました。(中略) 状態が重い人を見るとか、ターミナルの人が受け持ちになりそうだったら省いてもらうとか(中略) 末期でとかいう人を外してもらうようにしたりとか、あんまり負荷をかけるようなことは、意図的に思ってたのかどうかはちょっと分からないけど、今振り返るとそういう行動とってたなと思います。あとは、患者さんのそういうメンタルな部分とか見ない、見ないっていうか深入りしないようにして注射の手技とかに没頭するとか、委員会の仕事の処理とか、そういう終わる準備に入っていた感じですね。

終わる準備というのは、Aさんは大学院への進学を決めていたのだ。Aさんの他1名も患者の自殺の後、大学院への進学をしている。現場から離れて別の道へ行き環境を変化させたりすることは、「よい切り替え」となって自分を「なんとか引っ張ってこれる」支えとなっていた。大学院に進学したAさんは、そこで他にも自分と同じような体験をした人を知り、自分の体験を「あらためて客観的に見る」ことができるようになったと言う。

(大学院は)自由に語れる場っていうのが結構授業でも色々あったんで、弱音吐くこともできたし、こういう反応とってた自分が異常じゃないっていうこともなんとなく分かったし、す

ごく助かったし(中略) 授業やゼミで話す機会があったりとか、こうして(インタビューで)話したりとかして回数を重ねるごとに、自分の中で意味づけがどんどん変わってくるような感じが。それがマイナスではなくてプラスに進んでる感じがするんですね。(Aさん)

語ることや知ることによって、自分の体験が相対化され、「プラスに進んでる感じがする」ようになり、それまで「自分だけが」と凝り固まって停滞し締め付けられていたものが少しずつ融け出しているようにみえた。

### 3. 自殺をめぐる病棟の人間関係

患者の自殺という出来事は、個人の内的な体験だけではなくそこに渦巻いている病棟の人間関係にも大きく影響していた。ここでは、〈自殺に触れない暗黙のルール〉〈上司やCNSへの怒りと失望〉〈仲間意識〉の3つのサブテーマが見いだせた。

#### (1) 自殺について触れない暗黙のルール

上に述べたように、参加者たちは直接、間接に拘わらず、当事者であるのになぜか現場から遠ざけられたり情報の源から疎外されたりしていた。そして、自殺後そのことについて「なんとなくみんなが話さなくなって」しまうことや「病棟全体が一気にその話題に触れなくなった」ことを参加者は共通して述べている。

その話をあんまりしなきゃいけないみたいな感じで、流しましたね。「それはなかったことにしよう」っていうみんなの心理が働いていたのかって言われたらそうかもしれないですね。(Bさん)

自分自身にも「触れられたくない」という思いがあり、同時に周囲も「それが分かるので、触れなくなるのではないか」というのである。元々 Bさんの病棟には「自分で解決しなくちゃとか、なんとかしなくちゃいけない」ような雰囲気があり、一応話し合いの場がもたれたが、状況や予防策を話し合っただけで互いの感情には触れないままだった。Cさんの場合も、

当時「一般科から来た人がどさっと多い時期」で、「精神科を長くしている人とかも前の年まではいたが、その事件が起こった年に限って」という病院自体の変化が背景にあったということも語られた。つまり、自殺以前からお互いに語り合える雰囲気ではなかったというのである。

それでも、「話し合うべきだとは思っていた」Cさんは、「でも何を話し合っているか」、「どの点からどういう切り口で、誰がリーダーシップをとって話し合うのか」という難しさを感じた。また、もうそこにはいない患者のことを話し合うことは「すごく辛いことを振り返らないといけない」ことでもあり、「とても難しい作業だ」と語った。

## (2) 上司や専門看護師への怒りと失望

参加者の「怒りの矛先」は、「あなたたち、何を見てたの?」というようなことを言う上司や、「日頃から割り切って管理する視点」しかもたない上司に向けて行った。また、上司から専門看護師(CNS)との面接を「半ば強制的に」勧められたAさんは「楽になれるんだっいたらいいかなと思って行ってみた」のだが、「事情聴取みたいな感じでリスクの面から、どこで気付けば事故が未然に防げたのかみたいな」ことを言われ、「すごい嫌な気持ち」になった。このように参加者からは共通して、本来ならば助ける立場のはずの上司やCNSへの怒りや失望が語られた。

## (3) 仲間意識

病棟の中はお互いに触れない微妙な空気にはなっているけれども、当事者が複数いる場合、当事者同士では「仲間意識みたいな」ものも生まれ、「一緒に共感して同じスタンスで」感じることができたと語る参加者もいた。

最後終わった時に、「やることまではやったよね」みたいな、その仲間意識ではないんですけど、みたいなもがあったので、「お互いそれぞれ大変だったけど」みたいな。(Aさん)

## V. 考 察

得られたデータは壮絶で生々しく、研究参加者だけでなく語りを聞いた研究者にまでも後々まで鮮烈に記憶に残るほどのものであったのだが、そこでは感情があまり語られることがなかった。この現象こそがその体験そのものであると考え、その背景に何が起こっていたのかに注目し考察する。

### 1. 当事者が現場や情報から隔離されること

「外傷的事件の余波期においては生存者はきわめて傷つきやすい。その自己感覚は粉々に打ち砕かれている。この感覚は、元来他者とのつながりによって築かれたものであるから、他者とのつながりにおいてしか再建できない」(Herman, 1997/1999, p.91)とされている。にも拘らず、患者の自殺に遭遇した時、直接処置にあたるのは主に医師であり、発見した看護師は外回りのようなことをさせられたりする。また直接目撃したわけではない場合にも、情報からも遠ざけられ隔離されるということがあり、なかなか状況が伝わってこない。当事者であるはずの本人たちは、なぜか辺縁に追いやられてしまうという体験をしていた。そんな中で情報を知るためには、「開いちゃいけないような雰囲気になっているカルテ」を自分ひとりで開いてみるしかなく、その時の恐怖を共有する人もいなかった。このようにして、当事者であるのに当事者性が奪われ、周囲から隔離されたような状況が作られているのである。

また、患者の自殺は個人にも、病棟全体にも衝撃を与えるものであるのにも拘わらず、その後は何事もなかったかのように、皆がそのことに触れなくなる。高橋(2006)は、わが国では時が経つことだけが心の傷を癒すといった考えが根強いことや、自殺後、周囲の人はまるで何事も起きなかったかのように振る舞うのが思いやりだといった風潮の強いことを指摘している。その「暗黙のルール」により、病棟には「その話をあんまりしちゃいけない」雰囲気が漂い、そのこと自体が流されていく。一方で当事者にある強い自責感が、そこには「触れられたくない」

という思いを一層強くさせている。そして、互いが触れなくなり、微妙な空気が流れながらも表面的にはそれまでとは変わらない日常、まるでそのこと自体がなかったかようになっていくのである。

高橋(2006)は、患者の自殺はそれに直面した医療者自身にも深刻な心理的影響を及ぼし、心的外傷後ストレス障害(PTSD)にもなる可能性を述べている(p.149)。またHerman(1997/1999)が、外傷を受けた人は外見上は、それ以前の生活様式を再開したかにみえる(p.71)が、心的外傷には恐怖と孤立無援感を起こさせる力がある(p. 47)と言うように、当事者は恐怖におびえたり孤立無援の状態に陥っているのである。その中で、自分の体験を振り返ることも、意味づけることもできず、一人で傷ついた感情のまま元の日常に戻ったかのようなふりをするしかないのである。

## 2. 現場の人間関係からみた〈患者の自殺〉というインシデントの意味

### (1) 周囲との関係と自殺という出来事

結果から、自殺を機に上司や同僚への不満が一気に高まっていることが明らかになった。Herman(1997/1999)は、PTSDの多数の症状が「過覚醒」、「侵入」、「狭窄」の三つのカテゴリーに分けられ(pp.44-74)、狭窄は生活のあらゆる面に及ぶため、対人関係も活動も思考も記憶も情緒も狭くなる(p.132)と述べている。恐怖感、罪責感、自己憐憫感、被害感でいっぱいになった当事者は、一気に高まる不満にこの「狭窄」も加わり、周囲とは互いに何を感じているのかを分かり合えないまま孤立していくのだが、それはやがて、チームとしての崩壊をもたらす。一方、「お互い大変だったけど」と労をねぎらい合うことができた職場では、自殺を機に仲間意識を高めることができていく。自殺という経験が必ずしも常にネガティブな影響をもたらすものではないのである。このように周囲との関係は、当事者の傷口を大きくする場合も、逆にチーム力を高める場合もあり、周囲との関係が患者の自殺という出来事を全体として形作っていくのである。

### (2) 何が起こったかを再び取り戻すことの重要性—隔離を解く

患者の自殺に遭遇した看護師は、多くの場合当事者であるのに当事者性が奪われて、周囲から隔離されたような状況が作られていた。周囲とのつながりが分断され孤立した参加者たちは、「自殺が疾患の特性だ」としてあきらめたり、仕事へのスタンスを以前とは変えることにより仕事の負荷を軽減したり、あるいは進学など意味のある変化によって回避したりして、個々になんとかしてその場を乗りきろうと必死に対処していた。

野口(2002)は「自分をどのように語るか、どのような言葉を使って語るか、そのこと自体が、自己をかたちづくる」(p.50)と言い、「自己を語ることは自己物語を改定し更新していくことだ」(p.38)と述べている。大学院に進学したAさんのように、「語ること」により、同じような体験をした人が他にもいることや、自分が感じていたことが自分だけではなかったと「知ることができると、自分に何が起こっていたのかが見えてくる。そして、「話す回数を重ねるごとに自分の中の意味づけがどんどん変わってくる」ということを実感していた。

Herman(1997/1999)は、心的外傷体験の回復の基礎について「回復は人間関係の網の目を背景にしてはじめて起こり、孤立状態においては起こらない。生存者は心的外傷体験によって損なわれ歪められた心的能力を他の人々との関係が新しく蘇る中で創り直すものである」(p.205)と述べている。何が起こったかを再び取り戻すこと、それは周囲からの隔離を解くということでもある。隔離が解けると、それまで凝り固まって自分を締め付けていたものが少しずつ融け出し、ばらばらになっていた周囲とのつながりを再び取り戻すことができる。そして、自分の感覚や自信を取り戻すことができるようになるのだ。

## VI. ま と め

本研究から、患者の自殺に遭遇した看護師は当事者性を奪われ周囲からも隔離されるという

体験をしており、「自殺」という出来事を形作るのには個人の内的体験だけではなく、周囲との関係が大きく関係しているということが分かった。孤立した当事者たちは回復しようと必死で個々に努力し、手探りの努力により回復への方向を導き出さねばならなかった。このように現状では先輩から患者の自殺についての体験が語り継がれていることは多いが、その内容は事実関係が中心で、その時どのようにその人がそれを体験していたのか、その出来事の全容をとらえるには到っていないのではないだろうか。今後は、こうした職務上受ける傷つきの問題について、体系立った研究がなされる必要があるだろう。また、本研究では対象者が3名のみインタビューであり、体験の語りを十分に描き出せたとは言えず、今後対象者を増やしてさらに分析を深めていく必要がある。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、快く研究に協力してくださいました皆様に心より感謝申し上げます。本研究は平成19年度日本赤十字看護大学課題研究費の助成を得て実施いたしました。

## 文 献

- 青戸由理子(2001). 看護者の孤独や心の外傷は周りの人から“とり扱われる”必要がある. *精神看護*, 4(6), 28-30.
- 福山なおみ(2000). 実際に自殺が生じたときに看護師ができること. *精神科看護*, 27(11), 21-25.
- Herman, J.L. (1997)／中井久夫訳(1999). 心的外傷と回復(増補版). みすず書房.
- 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.
- 一戸真子(2007). 医療・介護事故～失敗から

学ぶ職場づくり 病院内における自殺を予防するために. *こころのマネジメント*, 10(5), 45-51.

石井一彦(2001). 精神科病院における医療事故. *日精協誌*, 20(3), 244-256.

伊藤收(2006). 臨床精神看護師が遭遇した自殺事故—精神科救急・急性期認定看護師研修会参加者を対象とした調査研究—. *自殺予防と危機介入*, 26(1), 32-39.

警察庁生活安全局地域課：平成18年中における自殺の概要資料.

<http://www.npa.go.jp/toukei/chiiki8/20070607.pdf>

警察庁生活安全局地域課：平成19年中における自殺の概要資料.

[http://www.npa.go.jp/toukei/chiiki10/h19\\_zisatsu.pdf](http://www.npa.go.jp/toukei/chiiki10/h19_zisatsu.pdf)

岸泰宏(2001). 自殺企図後、希死念慮をもった患者への看護のポイント. *臨牀看護*, (27)8, 1206-1209.

南良武・岩下寛・河西千秋(2006). 精神科領域における医療安全管理の検討：その1. 病院内における自殺に関するアンケート. *患者安全推進ジャーナル*, 13, 64-69.

南良武・岩下寛・河西千秋(2007). 提言 病院内における自殺予防. *患者安全推進ジャーナル*, 17, 6-10.

野口裕二(2002). 物語としてのケア—ナラティブ・アプローチの世界へ—. 医学書院.

斉藤陽子・中尾智博・竹田康彦・藤岡耕太郎・木村光男・脇元安・森山成彬・斉藤雅(2001). 患者の自殺が主治医に与える影響. *精神医学*, 43(4), 377-384.

高橋祥友(2006). 医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント(第2版). 医学書院.