

修士学位論文

論文題名

(注：学位論文題名が英語の場合は和訳をつけること。)

自殺再企図予防を念頭においた精神科看護師の実践に関する検討

(西暦) 2015 年 12 月 18 日 提出

首都大学東京大学院

人間健康科学研究科 博士前期課程 人間健康科学専攻

看護科学域

学修番号：14894606

氏 名：田中 郁弥

(指導教員名： 山村 礎 先生)

(西暦) 2015 年度 博士前期課程学位論文要旨

学位論文題名 (注: 学位論文題名が英語の場合は和訳をつけること)

自殺再企図予防を念頭においた精神科看護師の実践に関する検討

学位の種類: 修士 (看護学)

首都大学東京大学院

人間健康科学研究科 博士前期課程 人間健康科学専攻 看護科学域

学修番号 14894606

氏名: 田中 郁弥

(指導教員名: 山村 礎 教授)

注: 1 ページあたり 1,000 字程度 (英語の場合 300 ワード程度) で、本様式 1~2 ページ (A4 版) 程度とする。

(目的) 本研究は、自殺関連行動を契機に入院した患者の看護実践を経験した精神科看護師から聴取内容を質的記述的に分析することにより、自殺関連行動の再企図を予防する看護実践を明らかにし、実践の背景にある精神力動的過程を検討することを目的とした。

(方法) 精神科病院に勤務し、精神科経験年数が 3 年以上であり、かつ自殺関連行動をして入院した患者をプライマリー看護師として受け持ったことのある看護師 4 名を対象とした。研究対象者に半構造化面接によるインタビュー調査を行い、質的記述的に分析をした。

(結果) 退院後の自殺関連行動の再企図を予防する実践は、4 カテゴリーが抽出された。自殺関連行動に至るまでの経緯の想起を促し、心情を他者に打ち明けられるように動機付けを行い、患者と共に代替行動を見つけ出し継続できるように動機付けを強化する【視野を広げる】、看護師は患者を心配していると I メッセージを伝え、看護師が推測した患者の家族の気持ちを代弁する【患者を取り巻く周囲の心情の認識を促す】、患者の退院後を見据え、患者及び家族を社会資源に結びつけ、医療者との定期的な接触機会を作る【退院後も継続して患者を見守る環境を作る】、自殺関連行動を再企図しないように戒め、自殺関連行動にはメリットがないと気づいてもらう【自殺関連行動という選択肢を取り除く】という 4 カテゴリーが抽出された。

(考察) 【視野を広げる】という実践は CBT のモデルで説明が可能であった。自殺関連行動に至るまでの経緯の想起を行い、患者の自動思考を看護師と患者が相互に認識できるようにすることで、患者の自動思考を変容させる作用がある。【患者を取り巻く周囲の心情の認識を促す】という実践は、自殺者に共通する心理である「助けもない」という心理状態に作用している。精神科看護師の〈患者を心配していると I メッセージ〉を伝えるという実践は、患者と看護師間のラポールの形成を試みているもので、患者の孤独感に作用している。

【自殺関連行動という選択肢を取り除く】という実践のみを単独で行うことは、自殺既遂に向かう可能性がある。【退院後も継続して患者を見守る環境を作る】という実践は社会資源を調整することで、自殺を駆り立てる耐え難い感情から患者を守っていると作用があることが示唆された。

要旨

本研究は、自殺関連行動の再企図を予防する精神科看護師の看護実践を明らかにし、実践の背景にある精神力動的過程を検討することを目的とした。本研究の結果より以下の知見が得られた。

1) 精神科看護師は、自殺関連行動に至る患者の経緯の想起を促しており、CBTモデルでいう自動思考に作用していた。精神科看護師は、家族の感情を認識できるように促し、看護師が患者のことを心配しているとIメッセージを送っており、「助けもない」という患者の心理に作用していた。またラポールを形成することにつながり、患者の孤独感という心理状態に作用していた。

2) 精神科看護師の患者の自殺関連行動を選択肢から取り除くという実践は、単独で行うと、自殺既遂に至る可能性がある。精神科看護師は社会資源の調整をし、自殺を駆り立てる耐え難い感情から患者を守っているという作用があることが示唆された。

キーワード：精神科看護師 実践 認知行動療法 精神力動

Abstract

This study elucidated the nursing of psychiatric nurses to present that attempted suicide patients from committing suicide again and formulated the psychodynamic process of background of the nursing.

- 1) Psychiatric nurses let patients remember the circumstances leading to the suicide. This work was similar to automatic thought in the CBT model. The notice of family's existence and receiving some "I message" from nurses helps patients in hopelessness.
- 2) There are risks to suicide if nurses let patients only removing their thought of suicide. These results suggested that psychiatric nurse's arrangement of social resources saved patient with attempted suicide from distress leading to suicide.

Key Words: psychiatric nurse, nursing, CBT, psychodynamic

目次

I. はじめに	1
II. 研究目的	1
III. 方法	2
1. 用語の定義	2
2. 研究協力施設の概要	2
3. 研究対象	2
4. 調査期間	2
5. データ収集方法	2
6. 分析方法	3
7. 倫理的配慮	3
IV. 結果	3
1. 対象の属性	3
2. 退院後に自殺関連行動の再企図を予防するための看護師の実践	3
V. 考察	8
1. 対象者の属性の考察	7
2. 認知行動療法モデルからの検討	8
3. CBTでは説明が困難な実践の検討	9
4. 研究の限界	10
VI. 結論	11
VII. 謝辞	11
VIII. 文献	11

I. はじめに

自殺対策は日本の課題であり、政府も取り組んでいる重要な課題である。

自殺を統計的側面から見ると、日本の自殺者数は平成10年以降、14年連続して3万人を超えており、平成24年に15年ぶりに3万人を下回ったが（警察庁統計,2015）、依然として他の先進国と比較しても自殺率は高い。川上（2009）は、自殺未遂者は自殺既遂者の約10倍程度いると推測し、概算で約25万人の自殺未遂者が存在していると考えられる。これらの現状を受け、政府は2006年に自殺対策基本法を制定し、自殺対策に取り組み始めた。

自殺の危険因子の側面からみると医療職にも自殺予防に関与する責務がある。高橋（2014）によると、自殺既遂に至る危険因子として、自殺未遂歴、精神疾患、サポートの不足、性別などを挙げている。特に自殺未遂歴は既遂に至る最も重要な危険因子と述べている。また精神疾患は自殺既遂に至る危険因子の一つであり、WHOによる心理学的剖検は、自殺既遂者の約90%に既遂直前に何らかの精神疾患があった可能性があることを明らかにしている（高橋,2011）。自殺未遂直後は救命のために救急医療機関が対応し、精神科的な問題には精神科医療機関が対応している現状がある（日本精神科救急学会,2009）。よって、自殺対策は医療職も担うべき課題である。

精神科医療は自殺予防に対して、効果を持っているのであろうか。Daugallら（2014）は、スコットランドの総合病院と精神科病院を退院した後に発生した自殺既遂についての調査を行い、退院後に自殺既遂に至った患者は精神科病院の方が少なかったことを報告している。Daugallらの研究では精神科病院の自殺既遂を減少させた要因までは明らかになっていない。医学的側面や社会資源の調整などが挙げられるが、精神科看護師の援助も要因の1つとして考慮の対象になるであろう。

看護師の自殺予防を目的とした援助に関する先行研究を概観すると、永島（2006）は、精神科看護師は患者に対して「自殺行為の振り返り」を促し、「行動化しない約束」を行うなどの6カテゴリーを実践しているということを明らかにしている。「自殺行為の振り返りとは、過去に自殺行為について、患者に自殺行為の理由を聞いたり、自殺の再発予防のための問いかけをしたりすることによって、自殺行為について振り返ることである」と述べている。また、「行動化しない約束とは、患者に対して自殺行為を起こさないことを約束してもらうことである」と述べている。また、斎藤ら（2013）は、自殺念慮を打ち明ける統合失調症者に対する看護援助の実態を明らかにした。精神科看護師は患者の死にたいという気持ちを受容・傾聴し、自殺リスクを査定したうえで、「気持ちを切り替える介入」や「約束の取り付け」を行うなど6つのカテゴリーを実践していると述べている。これらの研究は、自殺予防というものを念頭に置いた時の精神科看護師が行った実践を記述した研究である。しかし記述された実践は、患者に対して何を意図したもので、どのような効果があるかは明らかとなっていない。

よって本研究は、自殺関連行動を契機に入院した患者に対して、自殺関連行動の再企図を予防する精神科看護師の実践を明らかにし、実践の背景にある精神力動的過程を検討することを目的とする。本研究の意義は、自殺関連行動により入院した患者に対して行った看護実践の効果を検証するための第一歩となり得る。

II. 研究目的

自殺関連行動を契機に入院した患者の看護実践を経験した精神科看護師から聴取内容を質的記述的に分析することにより、自殺関連行動の再企図を予防する看護実践を明らかにし、実践の背景にある精神力動的過程を検討することを目的とする。

Ⅲ. 方法

1. 用語の定義

自殺関連行動

WHO（2014；国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 自殺予防総合対策センター,2014）の定義では、自殺関連行動とは「自殺を考えたり（あるいは念慮）、自殺を計画したり、企図したり、そして自殺そのものを示すこと」とされているが、本研究においては「明確な自殺の企図」のことを指すものとする。

2. 研究協力施設の概要

研究協力施設（以下、Z病院）は、都市部に所在する精神科病院である。病床数は約400床であり、精神科救急入院料I病棟（以下、スーパー救急病棟）、精神科療養病棟などを有している。都市部に所在する精神科病院の中では中規模にあたる病床数である。また、スーパー救急病棟を有し、措置入院の患者を受け入れているので、自傷他害のおそれがある患者が入院している病院である。自殺関連行動を契機に入院した患者がいるため、Z病院を研究協力施設として選定した。

3. 研究対象

研究対象は、精神科病院に勤務し、自殺関連行動を契機に入院した患者をプライマリナースとして過去に受け持ち看護実践を行った経験がある看護師及び准看護師、かつ精神科臨床経験が3年以上の者とした。

臨床経験が3年以上の者と設定した理由は、自らの判断で看護実践を行っている看護師の語りを得るためである。Benner（1984）の「同様の環境で2～3年働いた事のある看護師の多くは一人前レベルであり、その特徴は長期的な目標や計画を踏まえて自分の看護実践を行える」という考えを経験年数として採用した。

4. 調査期間

2015年9月から2015年11月まで実施した。

5. データ収集方法

研究対象者の募集は、ポスターの掲示により行った。掲示は病院長と看護部長に研究協力の同意が得られた後に、研究協力施設が指定する場所に行った。連絡が得られた者に、本研究の説明を行い、同意を得た。

研究対象者にインタビューを開始する前にフェイスシートへ基本属性（性別、年代、精神科での看護経験年数、看護経験年数）の記載を求めた。フェイスシートへの記載後、インタビューガイドを用いて半構造化面接を行った。インタビューガイドの内容は、自殺関連行動を契機に入院した患者をプライマリ看護師として受け持った1事例を想起しても

らい、看護師が退院に向けて目標にしたこと、具体的に実践したことを自由に語ってもらった。その都度、語られた実践が退院後の自殺関連行動の予防を目的としているのか確認を行った。研究対象者の同意を得て、インタビューの内容をICレコーダーに録音をした。

6. 分析方法

質的記述的分析方法を用いて分析を行った。まず、インタビュー内容の逐語録を作成した。逐語録を意味ある文脈ごとに切片化し、患者の退院後に自殺関連行動の再企図を予防するための実践を表している文脈を抽出した。抽出した文脈の意味が失われないようにコード名を付与した。コード名を付与したものの共通要素をまとめ、抽象度を上げ、サブカテゴリー化とカテゴリー化を行った。

7. 倫理的配慮

平成27年度首都大学東京荒川キャンパス研究安全倫理委員会（承認番号15023）の承認を得た。また研究協力施設の研究倫理審査委員会の承認を得た。どの時点においても、研究協力を拒否することは可能であり、研究協力を拒否したことによって不利益は一切生じないことを研究協力施設及び研究対象者に文書と口頭で説明を行い、同意を書面で得た。

IV. 結果

1. 対象者の属性

対象者の属性を表1に示す。対象者は4名（男性2名、女性2名）であった。対象者の年齢は20歳代が1名、30歳代が2名、40歳代が1名であった。精神科での看護経験年数は5年目が2名、7年目が1名、9年目が1名であった。看護経験年数は5年目が2名、7年目が1名、12年目が1名であった。インタビュー時に有していた資格の種別は全員看護師であった。対象者は全員がスーパー救急病棟に所属していた。インタビュー時間は最長75分、最短43分、平均54分であった。

2. 退院後に自殺関連行動の再企図を予防するための看護師の実践

自殺関連行動を契機に入院した患者に対して、退院後の再企図を予防するための精神科看護師の看護実践を示す41のコードが抽出された。41のコードより9のサブカテゴリーと4のカテゴリーが抽出された。以下文中では、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは< >で、対象者の語りは斜体で示す。

【視野を広げる】は<自殺関連行動に至るまでの経緯の想起を促す>、<心情を他者に打ち明けられるように動機付けを行う>、<患者と共に代替行動を見つけ出し、継続できるように動機付けを強化する>の3つのサブカテゴリーから構成された（表2）。

<自殺関連行動に至るまでの経緯の想起を促す>というサブカテゴリーは、6つのコードから構成された。精神科看護師は自殺関連行動を行った患者に対して振り返りをするように促していた。振り返りの内容は、何故自殺関連行動を取ったのか理由を尋ね、自殺関連行動ではない方法が取れなかったのかを問い、自殺関連行動を行った時から現在に至るまでの経緯について患者自身に考えるように促していた。入院時の記憶がない患者には、入院に至った時の状況を患者に説明し記憶の整理を行ったうえで、今後自殺関連行動に至

らないようにするにはどうすれば良いかを患者に質問し、患者の視野を広げていた。

「まあだからこういう（自殺関連行動）ことになる前に、あとはもうちょっと別な方法が取れなかったとか、そういう話かなあと思いますけど。振り返る…そうなる前に。別な方法が取れなかったかとかそういう返し方というか…。」（Aさん）

「入院中の事も、考えてもらってというより、振り返ってもらって表現してもらった方がいいのかもしれないね。本当に入院になる、その事をしてしまったその時から、それこそ今日までの事を考えてもらう。」（Cさん）

「振り返りを行える思考能力が戻ってきたなっていうコミュニケーションの中で感じてきたら、ちょっとお話聞いて振り返りをして。後悔、反省じゃないですけど、やってしまった事を。そしたらそれがまた今後、次やる時にちょっとした阻止するじゃないですけど、起こさないための抑止力にはちょっと繋がるのかなって思って、話しちゃいますね。」（Dさん）

＜心情を他者に打ち明けられるように動機付けを行う＞というサブカテゴリーは、6つのコードから構成された。精神科看護師は患者に辛い気持ちが生じた時に誰かに相談をすることを患者に提案し、患者が病棟に入院している間に、自殺関連行動を選択する前に病棟の誰かに相談をするように指導していた。また、患者の退院に際して、何かがあったら助けを求め患者の近くの人に相談をするように伝え、退院してからも、病院に電話し相談することも可能であることを説明し、辛くなる前に早めに受診することが可能であることを患者に伝えていた。また、調子が悪くなったら病院に相談しなければならないと指導していた。患者の気持ちを患者自身のみで抱えず、他者に打ち明けられるように動機付けをしていた。

「あとは辛いんだったら、なんか結局その、自分でワーっていう自分を傷つける行動にまあ及ぶ前に、今病棟だったら看護師に話しやすい人誰でもいいんだけど、相談する。相談してもらえばそうなる前に、誰かが助け舟を出してくれるかもしれないし、っていう話を、それはでも早めに言ってたかなと思います。誰かに相談しようって話は。まあそれは入院して多分ほんの1日2日で言ったと思います。うちは。（中略）私は基本的にそうやって自傷とか、そういうので入って来た人にはなるべく早めにそれは伝えるようにしています。」（Aさん）

（退院直前に何を患者にするか？という質問に対して）「何かあればすぐ身近な方に声をかけて助けてもらって下さいねとか。無理せずに生活して下さいね、とかいうような事ですね（と声をかける）。」（Dさん）

＜患者と共に代替行動を見つけ出し、継続できるように動機付けを強化する＞というサブカテゴリーは6つのコードから構成された。精神科看護師は患者とともに代替行動を探り出せる機会を作り、自殺関連行動ではない方法に目を向けさせるようにしていた。代替行動を見つけだしたら、実行するように指示していた。患者が代替行動を取ることが、ポジティブフィードバックを行い、代替行動が継続できるように動機付けを強化していた。また、患者が自殺関連行動を行いたくなった時の対処方法として、頓服薬を飲むことも方法の1つであると患者に伝えていた。もし病状が悪化したら、病状に応じた頓服薬を服用することも代替行動の一つであることを指導していた。

「どんな状態で退院させるかっていうことで、目を向けるもの、死にたくなった時に、

なんだろう、自分を傷つけるんじゃないくて、他のことを、に取り組んでみましょうっていうことで、趣味みたいなものを持つように。で本人と話し合って、何が良いか聞いたら、何か物を書くことが好きだっていうから、じゃあ何か書いてみようかって。(中略)模写！模写っていうのか。乗っけて写すんじゃないくて、観て写す、をやり始めたの。それでとにかく、むしゃくしゃした時とかあの自分を傷つけれなくなった時には書きなさいと。そっちに持って行きなさいって言ったら書き始めたんだよね。」(Bさん)

「で、それ(他に打ち込むものを見つけ出すこと)やったら、見せてもらって、一緒に喜び合うっていうのが大事。そうするとまた次にそれ(他に打ち込むもの)をやるっていう楽しみもできるし。長く続く。」(Bさん)

「うわーって本当にひどくなる前に、頓服薬を飲むのも1つですよっていうのも言いますけど。声が聞こえてきて辛くてしょうがないっていうんだったら、声を抑えるお薬もあるんだし、不安が高まってどうしようもなくっていられないっていうんだったら、落ち着かない時のお薬の処方もされている。まあそれは入院の最初にも言ったと思うけどねってとか言いますけど。」(Aさん)

「それ(自傷したくなった時にぶつけるもの)が別に頓服だって良いのよね。頓服きちんとそういう時には自分から進んで不穏時薬飲むんだよとか(と伝える)。」(Bさん)

【患者を取り巻く周囲の心情の認識を促す】は、＜看護師は患者を心配しているとIメッセージを伝える＞、＜看護師が推測した患者の家族の気持ちを代弁する＞の2つのサブカテゴリーから構成された(表3)。

＜看護師は患者を心配しているとIメッセージを伝える＞というサブカテゴリーは6つのコードから構成された。Iメッセージとは、自分を主語にして看護師自身の感情や思考を表現する方法である。精神科看護師は、自殺関連行動は危険な行為であるから次は行わないで欲しいと患者に伝えていた。自殺関連行動に対する患者の後悔と自省が抑止力となるように、身体や周囲とのつながりの大切さを患者に説いていた。また、外出や外泊中に起こりうる状況を入院中に想起させ、自殺関連行動に至らないよう注意喚起し、もし自殺関連行動をしたくなったら代替行動を取るように患者と約束をしていた。患者に自殺関連行動は危険な行為であり、身体は大切なものであるという看護師の考えを提示することで、看護師は患者のことを心配していると、Iメッセージという形で伝えていた。

「振り返りという意味じゃないけど、おこなっちゃ危ないですよみたいな話を。から、本人に今後危険行為に至らないようにしてもらいたいと思って話しかけるけど、そんなに反応は薄かったっていうのが…」(Dさん)

「何がそれがそれ以上何ができるってものが何かその、危ないこと止めてね、止めましょうねくらいな。それくらいな声かけをして、健康に過ごしてくださいねみたいな感じだったと思います。」(Dさん)

「お家に帰ればお母さんに腹を立てたり、息子が彼女を相手にして自分をかまってもらえないとか、そういうことはもうあると思って行きなさいと。そういうことって多々起こることだから、その度に揺れて自分を傷つけてたらダメだよって言って。必ず話して、結構関係ができてきているから、「わかった」って言って出かけていく感じ。」(Bさん)

＜看護師が推測した患者の家族の気持ちを代弁する＞は2つのコードから構成された。精神科看護師は患者に対して、自殺関連行動をすると家族が心配する事を伝え、入院に至

った経緯を患者に説明していた。また自殺関連行動の結果、生存していたが、場合によっては、父と母が悲しんでいるかもしれないことを論じていた。看護師が推測した患者の家族の気持ちを代弁し、その気持ちを患者に認識させることを試みていた。

「こういうこと（自殺関連行動）すると、そりゃあ家族は心配するし。そういう（措置入院という）流れで入院になったんですよっていうことをまあこっち（看護師）から伝えた感じですかね。」（Aさん）

「お父さんとお母さん（は患者が）助かって、リハビリも頑張って喜んでるけど、場合によってはこうならなかったんだよっていうところも話しながら。」（Cさん）

【退院後も継続して患者を見守る環境を作る】はく患者の退院後を見据え、患者及び家族を社会資源に結びつける>、<医療者との定期的な接触機会を作る>の2つのサブカテゴリーから構成された（表4）。

<患者の退院後を見据え、患者及び家族を社会資源に結びつける>は3つのコードから構成された。精神科看護師は、患者が退院した後に地域の目として訪問看護やデイケアなどの社会資源の調整を行うように医師に進言し、患者の家族が家族会に参加できるように調整を行っていた。

「家族会があるから希望者を募って欲しいっていう時には名前を出しましたね。ここのご家族様も絶対そういうのに参加して疾患の理解とか、あと対応、あと同じような病気を抱えている人の家族はどういったことに困ってて、どういった対応をされている。実際そこも知ってもらった方が絶対に良いんじゃないかなって。」（Cさん）

（例えば身近な人がいない場合はどうしますか？）「そしたら、さっきみたいな重複している訪問看護、あとはデイケアとか、作業所とか。ちょっと社会とのつながり持てるような、社会資源の活用をちょっと入っていただいてから退院してもらおうかなという。（中略）多分医師も大体そのような考えでやっていってると思うので、訪看は入れましょうとか。できればデイケアも通って欲しいですとか、そういうのは同時進行で伝えていってと思います。」（Dさん）

<医療者との定期的な接触機会を作る>は4つのコードから構成された。精神科看護師は患者に対して内服と通院の必要性を説いていた。通院及び内服が中断された結果、入院となった事実を患者に再認識させ、退院後は通院を継続できるよう、退院前に家族を含め指導を行っていた。また、患者の退院に際して、退院後に外来でも会えることを楽しみにしていると伝え、患者と病院をつないでいた。患者の退院後も医療者と定期的な接触が持てるように患者及び家族に働きかけていた。

「退院が近くなったらお薬と通院は必要だから今回それがおろそかになって入院したんですから、まあ退院したあとはきちんと通院はしましょうねってまあそれは退院が持ち上がったって、家族にいつにしましょうかって話会いをしますよとかってなってからしましたと思います。」（Aさん）

「うちの病院の患者さんだったら、外来で会えるのを楽しみにしてますねとかいう、それぐらいかな。（中略）基本的には私退院する患者さんで、うちの外来にかかるよっていう人には、外来でまた元気な姿を見せてくださいね、とか、外来で会えるのを楽しみにしてますよ、とか。」（Aさん）

【自殺関連行動という選択肢を取り除く】はく自殺関連行動を再企図しないように戒め

る>、<自殺関連行動にはメリットがないと気づいてもらう>の2つのサブカテゴリーから構成された（表5）。

<自殺関連行動を再企図しないように戒める>というサブカテゴリーは2つのコードから構成された。精神科看護師は自殺関連行動をすると、入院生活を送ることになると諭すように努めていた。退院後に自殺関連行動を再企図すると、入院生活で回復した機能を再び低下させる可能性があるとして忠告し、再び辛い入院生活になってしまうかもしれないと伝えることで、自殺関連行動の再企図をしないように患者を戒めていた。

「もし万が一同様の、同じようなことがあって、例えばリハビリが長引いて2年3年かかってようやく歩けるようになった。車椅子を使わなくても歩けるようになったとして、またその衝動的になった時に、同じことをするとまた一からやり直すことになっちゃうんだよっていうことも、リハビリをしているところで、帰って来たところで、今日リハビリどうでした？、『疲れた』今何やってるんですか？『棒使って歩いてる』いつからでしたっけ？どれくらい前から返ってくるんですけど、また同じことやってら、一から全部やり直すんだよ、『やだー』っていう感じで。あくまで彼女はそういう話している時は衝動性は無いんで、そこそこの話はできるので、何とかそこにこうなんとかダメなんだよっていうのを刷り込んでいければなって。」（Cさん）

<自殺関連行動にはメリットがないと気づいてもらう>というサブカテゴリーは6つのコードから構成された。精神科看護師は、自殺関連行動を選択しないように患者とともに何度も振り返りをし、患者が抱えている感情の表出を促していた。入院中の患者の辛さを何度も質問することで、自殺関連行動が辛さの原因であることを認識させ、患者が自殺関連行動を選択しないように仕向けようとしていた。また精神科看護師は息苦しさや自殺関連行動をしたメリットや、患者が考える自殺関連行動のメリットを敢えて質問していた。また患者に対して自殺関連行動をする前に行動後のことを予測していたかどうか質問をしていた。質問をし、患者からは「メリットは何もなかった」、「こんな風になるとは思ってなかった」という反応があった。精神科看護師はこのような患者の反応を表出させ、自殺関連行動はメリットがないものであるということに気づいてもらうことを試みていた。

「今日リハビリどうでした？っていう切り口から入って、『面倒くさかった』っていう感じでやりながらも、またこの(自殺関連行動を行った時)話に持って行って、本当に自分でもくだりなってるのはわかるんですけど。やっぱりこっち(自殺関連行動を行った時)の話に絡めていきつつ。何度も何度も。彼女の『嫌だ面倒臭いこれしたくない』っていうところを、ほじくるじゃないですけど。自殺関連行動があったから、今があるんだよね。じゃあどうしたらいいんだろう？やらなきゃいいんだよねってところに持って行ってくれば良いんですけど。」（Cさん）

「今回こういうことが起こってしまって、いかがですか？っていうと、『痛かった』とか、『歩けなくなっちゃった』とか、そういった返答は帰ってくるんですね。じゃあ変なことお聞きしますが、飛び込んで良かったことありますか？って聞くと、『何もない』って言うんですよ。変な質問だと思うんですけど、電車で跳ねられて指無くしていいこと多分なかったと思うんですけど、もしかしたら何かしら彼女なりにあったんじゃないかと思って敢えて聞き、僕聞くんですよ、敢えてよくわからないことを。でも、やっぱりなかったって。」（Cさん）

「今いかがですか？って、足の傷は良くなってきた。でも、歩けなくなってしまった。リハビリも行っていたんですけど、平行棒を伝えながら確か5m10mの距離を歩いて疲れちゃうほど筋力も弱まってたんですよ。こんな風になると思っていましたか？『思っていなかった。』。多分そのやりとりから、やっぱりこう少しく、安易じゃないですけど。電車で飛び込むくらいの気持ちだったので、むしろこういう風に助かるってことも思っていなかったのかもしれないんですけど。でもやっぱりその、なんだろう。いかに失うものが大きくて、で、自分でできていたことができなくなってしまった。」（Cさん）

V. 考察

1. 対象者の属性の考察

対象者は、精神科での看護経験年数は3年以上であった。よって、ベナーの理論で言う一人前の看護師のデータを収集できたと言える。対象者は全てスーパー救急病棟の看護師であり、主に精神科急性期の患者の事例であった。スーパー救急病棟は、3ヶ月間を目標に退院を目指す病棟であるため、患者と接する期間が限定されることは否定できない。しかし、看護師の語りの中では看護師の実践を行った結果、患者が自殺関連行動の再企図は確認の範囲ではなかった。よって看護師の関わる期間は限定されているものの、看護師の行った実践を聴取できたと考える。

2. 認知行動療法モデルからの検討

【視野を広げる】という看護師の実践は、認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy、以下CBTとする）に類似している。CBTとは、人間の気分や行動は、認知のあり方（ものの考え方や受け取り方）の影響を受けることから認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって精神疾患を治療することを目的とした構造化された精神療法である（厚生労働省,2009）。またBeck（1995）によると、人はある場面や状況があり、それらを受け考えが自動的に浮かぶ自動思考を経て、行動や感情などに作用するという認知モデルにCBTは基づいていると述べている。CBTは自動思考に焦点を当てて治療が行われる。自殺関連行動をした患者に例えると、何らかの状況あり、何らかの状況は「私にとっては耐え難いものである」という自動思考を経て、自殺関連行動をするという一連の流れがあるとする。その「私にとっては耐え難いものである」という思考に焦点を当て、本当に耐え難いものであるという、治療者と患者が把握し、その思考が妥当か検討し、自動思考を変容するプロセスを辿る。自動思考が変容された結果、患者の行動や感情が変化するという理論である。CBTは当初、うつ病に対する精神療法の1つとして開発されたが、現在はパーソナリティ障害や統合失調症の治療にも適応されている。CBTは自殺関連行動の再企図予防にどんな効果があるのだろうか。高橋（2014）によると、自殺の危機が去り経過を見ながら長期治療を進めている段階では、認知療法は自殺の予防として効果が現れると述べている。

<自殺関連行動に至る患者の経緯の想起を促す>は、自殺関連行動に至った理由を、振り返るという実践で構成されている。自殺関連行動に至った理由を聞き出すことは、場面や状況を確認し、その場面や状況をどのように患者が捉えたかを確認している作業である。CBTの理論からこれをみると、看護師が患者の自動思考を確認することにつながり、

患者が自身の自動思考を認識できるように、看護師が促していると言い換えることができる。患者の自動思考を看護師と患者がともに認識することによって、患者の自動思考を把握し、自覚する作用がある。自動思考を自覚することで、自覚前までは自動的に浮かび上がってきた、自殺関連行動に対して、判断する余地ができる。＜心情を他者に打ち明けられるように動機付けを行う＞は、患者の心情や困り事を他者に相談できるように動機付けをする実践である。つまり、患者に相談という行動が取れるようにする実践である。また、＜患者と共に代替行動を見つけ出し、継続できるように動機付けを強化する＞は、患者と看護師が共同して代替行動という行動を見つけ出す実践である。CBTにおいて、行動と感情は自動思考と相互に影響を与えるものであるとされている。よって、精神科の看護師は、患者の相談や代替行動を身につけることで、自動思考の変容を試みていると言える。

以上より、【視野を広げる】という看護実践はCBTのモデルから見て類似している。CBTはうつ病や統合失調症など様々な治療に適応されているものであり、精神療法の中でも効果が実証されている治療法である。よって、患者の自殺関連行動の再企図の予防にも効果があると考えられる。しかし、本研究の結果では効果の検証は困難である。看護師の実践が自殺の再企図の予防に効果があるかは検証が必要である。本研究においては、看護師が実践していることの一部分がCBTに類似していることが明らかとなった。

3. CBTでは説明が困難な実践の検討

【患者を取り巻く周囲の心情の認識を促す】においては、＜看護師は患者を心配しているとIメッセージを伝える＞と＜看護師が推測した患者の家族の気持ちを代弁する＞から成り立っていた。この2つの実践を、自殺関連行動をした患者の心理の側面から検討を行う。Shneidman（1996）は「自殺者に共通する感情は、希望もなく助けもない思い」を自殺の共通する特徴の1つとしてあげており、「自殺者は望みもなければ助けもないという深い無力感を抱いている」と述べている。また、「自殺に共通する認識の状態として、ゆれる心」も特徴の1つであると述べており、自殺者は死にたいと思う一方で、助けてもらうことを望んでいると相反した心を持っていると主張している。【患者を取り巻く周囲の心情の認識を促す】ことにより、自殺関連行動を行った患者に、患者のことを心配している人が存在していると患者の認識を促していることにつながる。そして、周囲の人が自分を助けてくれるかもしれないという希望を持たせ、Shneidmanのいう「助けもない」という患者の感情を変容させることにつながる可能性がある。

また一方で、信頼関係（以下、ラポールとする）を形成するための方法の1つとして＜看護師は患者を心配しているとIメッセージを伝える＞を試みているとも考えられる。Rogers（1940）は「カウンセラーの側には、その人間に対する純粋な関心あるいはある程度の同一化がなければならない。（中略）セラピスト側のこれらの態度は、クライアントに確信と信頼感を与えるのに役立ち、その確信と信頼感がこの過程におけるその後の段階を可能にしていくのである。」と述べている。その人間とは、クライアントであり、この過程とは心理療法の過程である。Rogersは心理療法の過程においてラポールの重要性を述べている。看護師がIメッセージを送るということは、患者に対する純粋な関心があるということを示すことである。患者に純粋な関心があると示すことは、患者の信頼感を得て

ラポールの形成につながると言える。ラポールを形成することで、看護師の実践をより効果的なものとする作用があると考えられる。しかし、ラポールを形成することは、自殺関連行動の再企図の予防にもう1つ効果がある。稲村（1985）は、自殺は強い孤独無縁の絶望的な心理状態においてなされると指摘し、治療者が患者に対して関心を払い、理解したり、共感したりすると、患者の心理は孤立無援でなくなり、自殺を引き延ばすと述べている。ラポールを形成しようとする看護師の実践そのものが、患者の孤独感に作用し、自殺関連行動の再企図を予防することにつながると考えられる。

また、Shneidmanは自殺者の共通の知覚状態として視野狭窄の状態であるとし、自殺既遂に至らないように患者の視野を広げることの必要性を述べている。同時に、「自殺しそうな人に自殺以外の選択肢を示そうとするときは、まず、問題を考え直し、ついで、自殺以外の可能な行動を考える必要がある」と述べている。看護師は、【視野を広げる】という実践をしており、患者とともに自殺関連行動に至った理由を考え、自殺関連行動以外の行動を患者とともに探しているため、Shneidmanのいう視野を広げるための作業を実践していると考えられる。しかし、【自殺関連行動という選択肢を取り除く】という実践は、視野狭窄に陥り、自殺関連行動のみが選択肢であるという患者の選択肢を無くしてしまっているとも言える。自殺関連行動、特に自殺未遂と自傷行為をすることが苦痛からの逃避行動であると考えた場合、それを選択できなくなってしまった時に、患者の選択肢は自殺既遂に向かう可能性がある。よって【自殺関連行動という選択肢を取り除く】という看護実践を行う場合は、同時に自殺既遂に至らないように【視野を広げる】という実践も同時に行うべきである。【視野を広げる】という実践は、患者と看護師の間にラポールが成立しており、自殺関連行動の再企図を予防するという目標が無意識の中で相互に存在していたから、成し得た実践だとも言える。Beckによると、CBTの原則として共同作業と治療への積極的関与を重視すると述べている。しかし、実際には共同作業や治療に積極的に参加する患者ばかりでない。このような、患者に対して＜自殺関連行動に至る患者の経緯の想起を促す＞を行い、自殺関連行動の再企図を予防する効果を得るのは困難である。よって、精神科看護師の実践する自殺関連行動の再企図を予防するための手段の1つとして【自殺関連行動という選択肢を取り除く】といった方法を選択していると考えられる。しかし、この実践では自殺既遂に向かう可能性を高める場合もあるため、＜心情を他者に打ち明けられるように動機付けを行う＞や、＜患者と共に代替行動を見つけ出し、継続できるように動機付けを強化する＞という具体的な行動を取れるような実践を同時に行うべきである。

【退院後も継続して患者を見守る環境を作る】という看護師の実践は、＜患者の退院後を見据え、患者及び家族を社会資源に結びつける＞、＜医療者との定期的な接触機会を作る＞というサブカテゴリーから構成された。高橋（2014）は、外部から得られる援助が自殺へと駆り立てる耐え難い感情から守り、不安定ながらも精神の均衡を保つと述べている。精神科看護師は、患者を社会資源という外部の援助に結びつけ、医療者との定期的な接触機会を作っていた。この実践は、高橋のいう自殺を駆り立てる耐え難い感情から患者を守っているということが示唆された。

4. 本研究の限界

本研究の限界は2つある。研究対象者が4名であった。本研究で得たデータは先行研究を踏襲したデータを得られており、4名の中でも類似したデータの出現が見られた。よって、精神科看護師の看護師の実践の大枠の部分は収集できた。しかし、精神科看護師の実践が患者に対していつ行われているかという実践のタイミングや、疾患別での関わりの方の違いは本研究からは明らかになっていないことが本研究の限界である。また、研究対象者全員がスーパー救急病棟の看護師であり、主に急性期の患者の事例であった。本研究は、自殺関連行動を経緯に入院した患者を受け持ったことのある看護師を対象としたので、収集したデータの妥当性は担保できた。

本研究は1施設のためのデータであることは、本研究の限界である。よって、今後はサンプリング方法を変更し、他の病院施設でのデータを収集し、比較検討を行う研究を行うことが望まれる。また、看護実践を受けた患者側の視点でどのような影響があったという点は明らかとなっていない。本研究の結果を検証するには、患者に対して調査を行う必要がある。

VI. 結論

本研究は、自殺関連行動を契機に入院した患者の看護実践を経験した精神科看護師から聴取内容を質的記述的に分析することにより、自殺関連行動の再企図を予防する看護実践を明らかにし、実践の背景にある精神力動的過程を検討することを目的として行った。本研究の結果より以下の知見が得られた。

- 1) 精神科看護師は、自殺関連行動に至る患者の経緯の想起を促し、心情を他者に打ち明けられるように動機付けを行っていた。また患者と共に代替行動を見つけ出し、その代替行動を継続できるように動機付けを強化する実践を行っており、CBTモデルでいう自動思考に作用していた。
- 2) 精神科看護師は、家族の感情を認識できるように促し、看護師が患者のことを「心配している」とIメッセージを送っており、Shneidmanのいう自殺者の「助けもない」という現状の認識に作用していた。看護師が患者のことを心配しているとIメッセージを送ることは、ラポールを形成することにつながり、患者の孤独感という心理状態に作用していた。
- 3) 精神科看護師は、患者の自殺関連行動を選択肢から取り除くという実践は単独で行うと、自殺既遂に至る可能性がある。
- 4) 精神科看護師は、社会資源の調整を行い、患者の退院後も継続して患者を見守る環境を作っており、自殺を駆り立てる耐え難い感情から患者を守っているという作用があることが示唆された。

VII. 謝辞

本研究を実施するにあたり、研究にご理解とご協力をいただきましたZ病院の施設長およびスタッフの皆様は心より感謝申し上げます。また本研究を一貫して御指導下さいました首都大学東京大学院の山村礎教授に深く感謝申し上げます。

VIII. 文献

- Beck, J.S. (1995) / 伊藤絵美, 神村栄一, 藤沢大介 (2004) . 認知行動療法実践ガイド・基礎から応用まで ジュディス・ベックの認知療法テキスト. pp.17-31 東京: 星和書店.
- Benner, P. (1984) / 井部俊子 (2005) . ベナー 看護論 初心者から達人へ. pp.21-23, 東京: 医学書院.
- Dougall, N., Paul Lambert, Margaret Maxwell, Alison Dawson, Richard Sinnott, Susan McCafferty, Carole Morris, David Clark, Anthea Springbett (2014) , Deaths by suicide and their relationship with general and psychiatric hospital discharge: 30-year record linkage study, The British Journal of Psychiatry Apr 2014, 204 (4) , 267-273.
- 稲村博 (1981) . 心の絆療法. p.20-41, 東京: 誠信書房.
- 川上憲人 (2009) 自殺の実態 日本と世界の自殺. 高橋祥友&竹島正(編), 自殺予防の実際. p.3-10, 大阪: 永井書店.
- 警察庁統計 (2015) . 「平成26年中における自殺の状況」, http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/H26/H26_jisatunoujoukyou_01.pdf (閲覧日: 2015年3月1日)
- 厚生労働省 (2009) . うつ病の認知療法・認知行動療法 治療者用マニュアル. pp.2, <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/dl/01.pdf> (閲覧日: 平成27年12月5日)
- 永島佐知子 (2006) . 自殺未遂をして入院してきた統合失調者に対する看護師の思いと看護援助の実際. 日本精神保健看護学会誌, 15 (1) , 11-20.
- 日本精神科救急学会 (2009) . 精神科救急医療ガイドライン2009, 「自殺未遂者への対応」. pp.3.
- Rogers, C.R. (1940) / 伊藤博 (1966) . ロージャズ全集4 サイコセラピーの過程. pp.3-10, 東京: 坂間印刷.
- 斎藤和彦, 黒田道明, 山口達也, 田嶋長子 (2013) . 自殺念慮を打ち明ける統合失調者に対する援助の実態, 日本看護学会論文集 精神看護, 43, 34-37.
- Shneidman, E.S. (1996) / 白井徳満, 白井幸子 (2001) . 自殺者のこころ そして生き延びる道. pp.188-193, 東京: 誠信書房.
- 高橋祥友 (2011) . 精神疾患は自殺の原因となり得るか?, 日本産業保健学会(編), ここが知りたい職場のメンタルヘルスケア. pp.5-8, 東京: 南光堂.
- 高橋祥友 (2014) . 自殺の危険 臨床的評価と危機介入(第3版), pp.53-73, 203-208. 金剛出版, 東京.
- WHO (2014) / 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健保健所 自殺予防総合対策センター (2014) . 自殺を予防する 世界の優先課題. p.12, 自殺予防総合対策センターホームページ, http://ikiru.ncnp.go.jp/pdf/topics_140905_1.pdf (閲覧日: 平成27年11月20日)

表1 対象者の基本属性

対象者	性別	年代	精神科での看護経験年数	看護経験年数
A	女性	30代	9年目	12年目
B	女性	40代	5年目	5年目
C	男性	20代	7年目	7年目
D	男性	30代	5年目	5年目

表2 【視野を広げる】の構成要素

カテゴリー名	サブカテゴリー名	コード
視野を広げる	自殺関連行動に至るまでの経緯の想起を促す	<ul style="list-style-type: none"> ・自殺関連行動ではない方法を選択できなかったのか患者に振り返らせる。 ・自殺関連行動の方法を敢えて聞く。 ・自殺関連行動を行ってから、入院し、現在に至るまでの経過について、患者自身に振り返りを促す。 ・入院時の記憶が有る人には、自殺関連行動を行った時の感情を質問し、今後同じことを行わないようにするための振り返りを行う。 入院時の記憶がない人には、入院に至った時の状況を説明し、振り返りができるように記憶の整理を行う。 ・自殺関連行動によって入院となった理由を患者自身に考えてもらうように促す。 ・次に自殺関連行動の抑止力となるように、患者の思考能力が戻ってきたら患者とともに振り返りを行う。
	心情を他者に打ち明けられるように動機付けを行う	<ul style="list-style-type: none"> ・辛くなる前に早めに受診することが可能であることを退院直前に伝える。 ・辛い気持ちを誰かに相談をすることを患者に提案し、病院も相談先の1つであることを伝える。 ・何かがあったら助けを求めるように声をかける。 ・患者の近くの人に相談をするように伝える。 ・調子が悪くなったら病院に相談しなければならないと指導する。 ・辛い気持ちになり自殺関連行動を選択する前に、病棟の誰かに相談をするように指導する。
	患者と共に代替行動を見つけ出し、継続できるように動機付けを強化する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者とともに代替行動を探り出せる機会を作る。 ・代替行動を見つけたしたら、実行するように指示する。 ・患者が代替行動を取れたら、ポジティブフィードバックする。 ・自殺関連行動を行いたくなった時の対処方法は頓服薬を飲むことも方法の1つであると患者に伝える。 ・病状が悪化したら、病状に応じた頓服薬を服用することも対処行動の一つであることを指導する。 ・趣味等の自殺関連行動ではない方法に目を向けるように代替行動を患者とともに見つけ出す。

表3 【患者を取り巻く周囲の心情の認識を促す】の構成要素

カテゴリー名	サブカテゴリー名	コード
患者を取り巻く周囲の心情の認識を促す	看護師は患者を心配しているとメッセージを伝える	<ul style="list-style-type: none"> ・患者に危険行為を行わないように伝え、健康に過ごすように伝える。 ・自殺関連行動は危険な行為であるから、次は行わないで欲しいと患者に伝える。 ・自殺関連行動に対する後悔と自省を抑止力として養うように、身体やつながりの大切さを患者に説く。 ・外出や外泊中に起こりうる状況を入院中に想起させ、自殺関連行動に至らないよう注意喚起する。 ・試験外泊や外出に行く時には、外出先で自殺関連行動をしないように患者と約束を繰り返し行う。 ・外泊中にも自殺関連行動を行いたくなったら、対処行動を行うように患者と約束を行う。
	看護師が推測した患者の家族の気持ちを代弁する	<ul style="list-style-type: none"> ・自殺関連行動をすると家族が心配する事を伝え、入院に至った経緯を患者に説明する。 ・場合によっては、父と母が悲しんでいるかもしれないことを諭す。

表4 【退院後も継続して見守る環境を作る】の構成要素

カテゴリー名	サブカテゴリー名	コード
退院後も継続して 患者を見守る 環境を作る	患者の退院後を見据え、患者及び家族を 社会資源に結びつける	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が地域に帰った時のゲートキーパーとして訪問看護やデイケアを調整する。 ・身近な人がいない場合は、社会資源の調整を行うように医師に進言する。 ・患者の家族が家族会に参加ができるように調整を行う。
	医療者との定期的な接触機会を作る	<ul style="list-style-type: none"> ・内服と通院の必要性を説く。 ・通院及び内服が中断された結果、入院となった事実を患者に再認識させ、退院後はそれらを継続できるよう、退院前に家族を含め指導する。 ・退院後に外来でも会えることを楽しみにしていると、退院前に伝える。 ・退院の時に新しい作品を見せに来るように患者と約束する。

表5 【自殺関連行動という選択肢を取り除く】の構成要素

カテゴリー名	サブカテゴリー名	コード
自殺関連行動という 選択肢を取り除く	自殺関連行動を再企図しないように戒める	<ul style="list-style-type: none"> ・自殺関連行動をすると、入院生活を送ることになるということを諭す努力をする。 ・退院後に自殺関連行動を再び行くと、入院生活で回復した機能を再び低下させる可能性を忠告する。
	自殺関連行動にはメリットがないと気づいてもらう	<ul style="list-style-type: none"> ・振り返りを繰り返し行い、患者が抱えている嫌な部分をほじくり出し感情の表出を促す。 ・入院中の患者の辛さを何度も質問することで、自殺関連行動が辛さの原因であることを認識させ、自殺関連行動を選択しないように仕向ける。 ・次に絶対に自殺関連行動を選択しないように理性に刻み込むために、振り返ってもらう。 ・患者が考える自殺関連行動のメリットを敢えて質問する。 ・自殺関連行動をする前に行動後のことを予測していたか質問をする。 ・怠業や自殺関連行動をしたメリットを質問する。