

一般病院看護師の自殺未遂患者及び 家族への看護ケアにおける阻害要因の検討

Disincentives for General Hospital Nurses to Provide Nursing Care for Patients Recovering from Suicide Attempts and Their Families

岩切 幸子¹⁾・白石 裕子²⁾

Sachiko Iwakiri · Yuko Shiraishi

Abstract

Objectives : We surveyed disincentives for general hospital nurses to provide nursing care to suicide-attempt survivors and their families and used the data to assess nursing care effectiveness.

Methods : Data from the literature and from focus group interviews with 12 nurses from 2 general hospitals (A and B). were used to generate questionnaire items. After preliminary testing on 17 general hospital nurses, a 45-item questionnaire was created. The survey participants were 345 nurses from B general hospital. Responses from 272 nurses were analyzed.

Results : Six factors (35 items) were extracted from a factor analysis : I, “Nurses’ evasive mentality and attitude,” II, “Inadequate nursing system and lack of support for staff,” III, “Negative emotions from feeling incapable of providing effective nursing care,” IV, “Hesitation in actively providing nursing interventions,” V, “Lack of confidence through insufficient education in nursing suicidal patients,” and VI, “Lack of active communication between members.” Cronbach’s alpha for all items was 0.862, indicating reliability. Regarding correlations between factors, Factor I had strong correlations with Factor IV and V. Factor IV and V had strong correlations. Regarding score comparison between different-background groups, nurses with administrative titles showed low scores in Factor I when comparing with nurses without. Nurses without previous experience working in psychiatric hospitals had higher Factor I scores and lower Factor II scores when comparing with those with. Nurses with previous experience in caring for suicidal patients had lower scores for Factors I and III than those without. Nurses with previous training in care for suicidal patients had lower Factor I scores and higher Factor II scores.

Conclusions : Six factors were identified as disincentives for nurses to provide nursing care for suicide-attempt survivors and their families. These data can be used to develop education programs for students and clinical nurses to support effective nursing care for suicidal patients.

1) 県立宮崎病院

Miyazaki Prefectural Miyazaki Hospital

2) 宮崎大学医学部看護学科 地域・精神看護学講座

School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

要 旨

目的：独自に作成した質問紙を用い、一般病院看護師の自殺未遂患者及び家族に対するケアにおける阻害要因を明らかにし、自殺未遂患者及び家族への看護ケアについて検討する。

方法：2病院の看護師各6名を対象にフォーカス・グループ・インタビュー（FGI）を行なった。FGIと既存文献から45項目の質問紙を作成し、272名を対象に調査した。

結果：因子分析で <看護師の回避的な感情と態度>、<看護体制の不備とスタッフへのサポート不足>、<ケアの無効力感到起因した陰性感情>、<積極的看護介入へのためらい>、<自殺ケアの学習不足に関連した不安感>、<チームメンバー間での積極的検討の欠如>の6因子35項目が抽出された。全体のクロンバック係数は0.862で、一定の信頼性を確認できた。因子 と 、因子 と 、因子 と で高い相関が認められた。管理職、自殺ケア経験のある人、研修経験のある人は因子 の得点が有意に低かった。

結論：6因子が自殺未遂患者及び家族の看護ケアの阻害要因として確認された。これらの阻害要因に注目し、多職種との連携や具体的な自殺ケア教育プログラムの基礎資料として活用できるものとする。

キーワード：一般病院看護師、自殺未遂患者及び家族、質問紙調査、自殺ケア阻害要因
general hospital nurses, suicide-attempt survivors and their families,
questionnaire survey, disincentive on suicidal care

I. 緒言

WHOの推計によると(2008)、2008年には世界中で100万人が自殺により死亡しており、これは40秒に一人の割合になる。さらに、一人の自殺既遂者に対し20人の未遂者が存在していることも報告されている。このような世界的なレベルでの自殺率の上昇(過去50年間で60%以上)傾向を受け、国連は自殺予防を精神保健の重要課題ととらえて、1996年に自殺予防のガイドラインを発表した。わが国では、厚生労働省の統計によると(2002)、平成10年(1998)には3万人を超え、その後も横ばいの状態を示しており、平成18年(2006)に「自殺対策基本法」が公布された。

自殺は環境因、精神障害、問題を抱えやすい性格傾向、家族負因などが複雑に関係しあって自殺につながることや(高橋, 2004, 2006)、死にゆく人だけの問題にとどまらず最低でも周囲の5人が深刻な影響を受ける(高橋ら, 2006)。このような現状の中、一般病棟でも自殺未遂患者及び家族をケアする機会が増加している。しかし、行俊ら(2004)は、「死にたいと言う患者に対して看護師自らの中で怖くて逃げたいという思いがあり、希死念慮のある患者と向き合えない現状がある。」

と述べており、また、福田ら(2006)は「知識不足や技術不足を感じていること、自殺企図の経緯や希死念慮の有無について患者と話し合うなどのコミュニケーションに困難を感じ、自分の対応が患者を傷つけるのではないかという不安や葛藤を抱えながら患者と関わっている看護師が多い。」など自殺未遂患者及び家族に対する看護ケアの困難性を報告している。

筆者も困難性を感じる看護場面を体験している。また、近藤(2006)は、「何とか患者の希望をかなえてあげたいという看護師の思いと、患者の反応によって行動化への不安を膨らませ、患者にとっての将来の目的が見出せなくなる感覚が、さまざまな場面で拮抗し、身動きが取れなくなってしまっている葛藤状態に置かれていること。」と述べている。

自殺のケアの内容に関する研究では、「有効なコミュニケーションは自殺未遂患者に対してもっとも効果的な治療的介入であるが、94.8%の看護師が自殺未遂者のケアについての教育を受けていない。」(Sun et al., 2005)と報告されているように、実際自殺未遂患者や家族へのケアに関する研修や教育の機会も少ない。これらのことが自殺

のケアを困難にしている一要因と考えられ検討する必要がある。また、一般病院においても看護師の自殺未遂患者や家族へのケアを阻害してしまう要因になっているのではないかと推測される。さらに看護師の自殺に関わる看護研究の文献は、自殺率が高まってきた2000年以降、精神科領域(寺岡ら, 2004; 折山ら, 2008)や救命救急場面(福田ら, 2006; 山田, 2006)が主であり、一般病棟でも増加してきているがまだ少ない現状である(福山, 2004)。

そこで今回、独自に作成した質問紙を用い、一般病院看護師の自殺未遂患者及び家族に対するケアにおける阻害要因を明らかにし、自殺未遂患者及び家族への看護ケアについて検討することを目的として研究を行った。

II. 方法

1. 調査対象

フォーカス・グループ・インタビューの調査対象者は、A病院(病床数426床)では、総看護部長に本研究の趣旨について文書と口頭で説明し同意が得られた後、自殺未遂患者及び家族の看護経験のある看護師を選定していただき、その対象者に対しても本研究の趣旨について文書と口頭で説明し同意が得られた6名とした。B病院(病床数630床)でも、総看護部長に同意を得た後、研究者自らが自殺未遂患者及び家族の看護経験のある看護師を選定し、同意の得られた6名とした(計12名)。

質問紙調査は、自殺未遂患者及び家族への看護ケアの経験の有無に関わらず、フォーカス・グループ・インタビューを行ったB病院の看護師345名とし、経験の有無に限らず質問項目に対し回答を得た。

2. 調査期間

フォーカス・グループ・インタビューは平成20年5～6月に、質問紙調査は平成20年10月に実施した。

3. データ収集と分析方法

1) 質問紙の作成

(1) 質問紙の項目作成のためのフォーカス・グループ・インタビュー

先行研究からフォーカス・グループ・インタビューガイドを作成し、「自殺未遂患者に対してどのような感情を抱いていますか。」「自殺未遂患者及び家族のケアで困難と感じていることは何ですか。」等を含む6題の質問項目にそって、フォーカス・グループ・インタビューを行った。フォーカス・グループ・インタビュー対象者の看護師経験年数は、A病院では2～22年(平均13.3±7.15年)、B病院では10～25年(平均18.2±6.37年)であった。インタビューの時間は、A病院60分、B病院75分であった。

(2) 質問項目の精選

フォーカス・グループ・インタビューの内容を逐語録に起こしA病院69、B病院198の切片化したデータが得られた。看護師が自殺未遂患者及び家族に対するケアの阻害要因と考えていることに焦点を当てオープンコーディングを行った。次に、質問項目に書き換え125文を選択した後、類似コードをまとめ61項目抽出した(表1)。また、自殺の看護ケアの困難性に関する先行研究を概観し、自殺の看護ケアの阻害要因と考えられる項目を選定し、看護師個人の要因、施設要因、自殺ケア独自の要因などの枠組みとして作成後、各枠組みと照らし合わせ偏りのないように35項目の質問紙を作成した(図1)。さらに、既存文献からの「自殺未遂患者に接した時無力感を抱いてしまう」、「自殺未遂患者及び家族に接した時負担感を感じてしまう」等の15項目を加え50項目の質問紙を作成した。50項目の質問紙で一般病棟看護師17名にプレテストを実施し、質問項目の意味が捉えにくいと指摘された5項目を削除し、45項目に絞り込んだ。

2) 質問紙調査

質問紙調査項目として、属性は「年齢」、「性別」、「職位」、「教育背景」、「看護師経験年数」、「勤務場所」、「精神科病院で勤務した経験」、「一般病院で自殺未遂患者及び家族の看護ケアをした経験」、「自殺に関する研修を受けた経験・回数」で構成

表 1. 生データから得られた質問項目の抽出例

生データ	オープンコーディング	質問項目
核信的なっていうかその、話ができない空気を持ってらっしゃる	自殺に対する核心に迫る話が聞けない	自殺に関して直接的に話を聞く事は難しい
看護師の声、看護師の言い方が悪かったのかもしれない	言葉かけに対する自己批判	看護師自身の言葉の内容について自分を責める
ふいにこう患者さんのなんでしょう、気持ちがころっと変わって、なんか飛び降りようとした	自殺行動の前兆が理解困難	自殺行動の前触れが解らない
救命しないといけないんだけど、あの、複雑な気持ちになります、それが何なのかちょっとわからない	救命への葛藤	自殺未遂患者の救命に対してジレンマがあると思う
精神科ならねえ、なんとか管理できるけど、一般病棟で見るとっていうのは、どこからでもできますもんね、死のうと思えば	一般病棟での対応困難	自殺未遂患者は一般病棟では対応が難しいと思う
確実に死ぬる方法、を選ぶべきじゃないかな、思ったりもします。冷たい言い方もしれないけど	頻回な自殺未遂に対するケアの無意味さ	自殺未遂を繰り返すことに対して看護ケアに虚しさを感じる
自殺っていうこうイベントっていうか、そういう行動がなっていうかな、悲惨な状況っていうか、そういうイメージがあるからかな	自殺は悲惨なイメージ	自殺に関して悲惨なイメージを持っていると思う
とっつきにくかったり、しゃべってくれなかったり、なんか殻がありますよね。	患者へのコミュニケーション困難	自殺未遂患者への声掛けは難しいと思う
言っではいけない言葉とかを言ってしまうんじゃないかな、っていう感覚がある	適切な言葉かけの自信がない	自殺未遂患者への適切な言葉かけに自信がないと思う
精神的な面に対する、知識だったり技術だったりっていうのが、自信を持ってない	精神面に関する知識・技術の自信がない	自殺未遂患者の心理的側面に関する知識・技術に自信がないと思う
なんでそんな他愛も無い事で死を選ぶの？っていう事があるじゃないですか	自殺者に関する否定的感情	自殺未遂患者に対して否定的感情があると思う

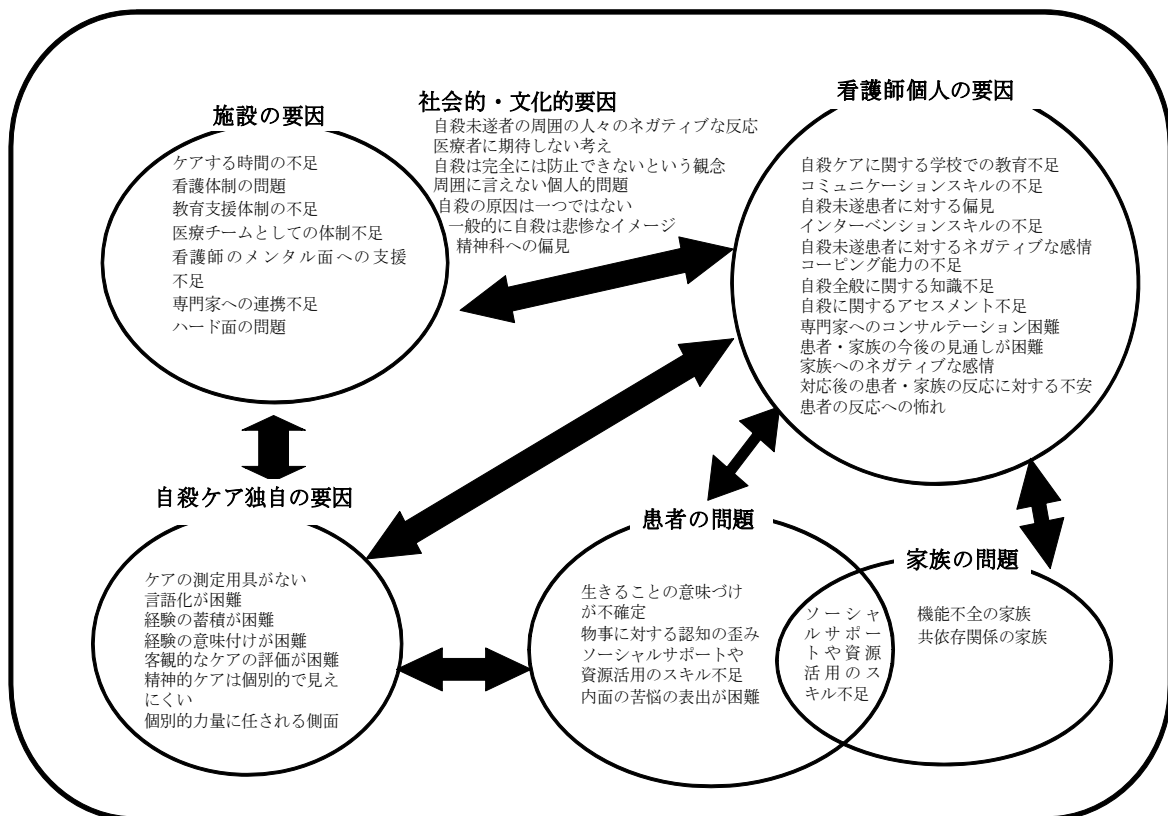


図1 阻害要因に関する質問項目の概念枠組み

した。

質問項目は、プレテスト後5項目を削除した阻害要因に関する45項目で、「全くそう」5点、「ややそう」4点、「どちらでもない」3点、「やや違う」2点、「全く違う」1点の5段階とした。さらに45項目のうち8項目を逆転項目とし、「全くそう」1点から「全く違う」5点として得点化した。

分析は、スピアマンの順位相関係数の算出による項目分析(I-I相関)を行った。の結果残った項目で因子分析を行った。因子抽出法に主因子法(プロマックス回転)を用いた。因子数決定は、スクリープロット基準にて固有値1.0以上、項目選定の基準は因子負荷量が0.3以上とした。統計的解析にはSPSS. Ver. 15を使用した。因子分析で得られた因子について、クロンバック係数の算出を行い、下位尺度の内的整合性を検討し、信頼性を確認した。因子間の相関はスピアマンの順位相関係数を用いた。各属性と因子得点の比較は、Mann-WhitneyのU検定を用いた。

4. 用語の定義

自殺未遂患者及び家族への看護ケアの阻害要因とは、自殺未遂患者及び家族に対し、看護師が積極的なアプローチへの関わりが困難であると感じている様々な側面の要因とする。

5. 倫理的配慮

本研究は、宮崎大学医学部の倫理委員会および、一般病院の承認を受けて実施した。フォーカス・グループ・インタビューでは、文書を用いて口頭で本研究の趣旨について説明し、調査協力依頼書への対象者の署名を以って同意を得たものとして実施した。質問紙調査では、本研究の趣旨、研究の参加は自由意思で強制ではないこと、データは個人の特定ができないように処理すること、研究の成果は学会発表や論文として公表することなどを説明した文書を質問紙に添付し、質問紙の回収を以って同意が得られたものとした。

III. 結果

1. 質問紙調査

345名に質問紙調査を行い、回収数295名(回収率85.5%)、有効回答数272名(有効回答率92.2%)であった。対象者の背景は、年齢は30~40歳未満で96名(35.3%)と最も多く、一般病院で自殺未遂患者及び家族の看護ケアをした経験は、「ある」は180名(66.2%)であり、「なし」が92名(33.8%)であった。自殺に関する研修を受けた経験は「ある」が38名(14.0%)で、「なし」234名(86.0%)であった(表2)。

表2. 質問紙調査における対象の属性 N=272

属性項目	分類	N	%
年齢	30歳未満	65	23.9
	30~40歳未満	96	35.3
	40~50歳未満	75	27.6
	50歳以上	36	13.2
性別	男性	8	2.9
	女性	264	97.1
職位	管理職	21	7.7
	非管理職	251	92.3
教育背景	准看護師課程	18	6.6
	衛生看護専攻科	38	14
	3年制専門学校	178	65.4
	4年制大学	38	14
看護師経験年数	1年未満	6	2.2
	1~3年未満	14	5.1
	3~5年未満	21	7.7
	5~10年未満	57	21
	10~20年未満	82	30.1
	20年以上	92	33.8
精神科病院勤務経験	ある	48	17.6
	なし	224	82.4
自殺ケア経験	ある	180	66.2
	なし	92	33.8
自殺ケア研修経験	ある	38	14
	なし	234	86
自殺ケア研修回数	1回	17	6.3
	2回	11	4
	3回	7	2.6
	4回	2	0.7
	5回	1	0.4
	6回	1	0.4

表3. 因子分析の結果

因子名	因子負荷量					
	因子	因子	因子	因子	因子	因子
【看護師の回避的な感情と態度】 α係数=0.82						
6. 自殺未遂患者の家族に自殺に状況に関して聞く事は不安である	.815	.069	.257	.326	.234	-.090
5. 自殺未遂患者に対して自殺の状況に関して聞く事は怖い	.669	.058	.216	.404	.135	-.116
7. 自殺未遂患者への言葉かけに自信がない	.661	.164	.240	.347	.485	-.037
13. 自殺未遂患者に接した時怖いと感じる	.656	.158	.435	.509	.246	-.272
14. 自殺を話題にするとかえって自殺の可能性を高めてしまうと思う	.526	.111	.397	.522	.136	-.255
9. 自殺未遂患者の家族への声掛けは難しい	.518	.227	.263	.311	.449	-.021
16. 家族に精神科について説明するのは難しい	.464	.221	.366	.386	.461	-.048
17. 自殺未遂患者に接した時ネガティブな感情を持ってしまう	.444	.238	.408	.385	.273	-.063
固有値 6.921 寄与率 19.775 累積寄与率 19.775						
【看護体制の不備とスタッフへのサポート不足】 α係数=0.78						
45. 現在の看護体制では自殺ケアは難しい	.151	.818	.255	.279	.206	.045
44. 自殺未遂患者への精神的ケアをするための時間が足りない	.075	.745	.141	.218	.258	.021
42. 自殺未遂患者のケアをするスタッフへのメンタルケアは不足している	.034	.594	.158	.286	.359	-.098
43. 自殺に関するケアは言語化して伝達することが難しい	.159	.564	.206	.349	.397	-.107
3. 自殺未遂患者に生命の安全を完全に守ることは難しい	.133	.527	.191	.094	.163	-.179
4. 自殺未遂患者のケアは一般病棟では対応が難しい	.271	.427	.286	.338	.099	-.069
20. 看護師は適切なサポートがないとバーンアウトを引き起こす危険性を生じると思う	.043	.388	.009	.138	.220	-.087
27. 自殺未遂患者の精神的ケアを専門家へ繋げるシステムが十分ではない	-.025	.366	.270	.025	.260	.050
固有値 2.921 寄与率 8.345 累積寄与率 28.119						
【ケアの無効力感に起因した陰性感情】 α係数=0.72						
28. 自殺未遂患者及び家族に接した時怒りを感じる	.197	.112	.710	.198	-.009	.024
19. 自殺未遂患者に接した時イライラする	.269	.187	.675	.195	.029	.038
21. 自殺未遂患者及び家族のケアをした時敵意を持ってしまう	.244	.083	.641	.128	-.012	.006
8. 自殺未遂患者の言葉に振り回されていると感じる	.418	.348	.534	.255	.213	-.289
11. 自殺未遂患者を救命することは無駄だと感じる	.102	.281	.405	.236	-.165	.065
10. 自殺未遂患者に接した時無力感を抱いてしまう	.358	.207	.376	.217	.202	-.127
固有値 2.526 寄与率 7.216 累積寄与率 35.355						
【積極的看護介入へのためらい】 α係数=0.72						
31. 死にたい気持ちがあるかどうかについては尋ねにくい	.373	.173	.116	.628	.305	-.220
34. 希死念慮に強い患者の心理状態は感情の表出がないので分からない	.389	.197	.265	.625	.318	-.021
22. 自殺未遂患者の家族問題に深く入りこむ事は難しい	.248	.317	.197	.560	.377	.149
33. 自殺未遂患者の担当になると負担を感じる	.501	.270	.316	.503	.381	-.216
12. 自殺未遂を繰り返す患者への看護ケアに虚しさを感じる	.223	.353	.346	.461	.016	.103
35. 自殺をしないという約束をしてもらうことは難しい	.282	.221	.112	.449	.427	-.039
30. 自殺企図について自分から話したがいなければ聞かない方がよい	.185	.114	.109	.445	.066	-.053
固有値 1.925 寄与率 5.499 累積寄与率 40.835						
【自殺ケアの学習不足に関連した不安感】 α係数=0.62						
25. 自殺未遂患者及び家族に関するケアに対して勉強不足を感じる	.199	.230	.013	.197	.638	-.033
24. 自殺未遂患者のケアをどうしたら良いか分からず不安を感じる	.407	.330	.139	.428	.629	-.046
40. 自殺未遂患者の死にたいというサインを見落とさないのは難しい	.247	.325	.192	.383	.402	-.166
固有値 1.644 寄与率 4.696 累積寄与率 45.531						
【チームメンバー間での積極的検討の欠如】 α係数=0.59						
29. 自殺未遂患者及び家族のカンファレンスを積極的に持つ	-.038	-.054	-.002	.012	-.067	.649
32. チームメンバー間で自分の関わりの振り返りができる	-.055	-.072	-.051	-.007	.024	.541
2. 自殺者のケアについてはスタッフ間で一貫性を持って行う	-.002	.057	.204	-.091	.045	.490
固有値 1.273 寄与率 3.638 累積寄与率 49.169						

2. 質問紙の分析

1) 項目分析

45項目のI-I相関, スピアマンの順位相関係数 $r < .30$ 以下で有意な相関のない項目を抽出した結果9項目を除外した。

2) 因子分析 (探索的因子分析)

項目分析後の36項目で主因子法・プロマックス回転, 固有値1.0以上で6因子が抽出された。因子負荷量が0.35未満となった1項目は削除され6因子35項目となった。

因子1は項目6.「自殺未遂患者の家族に自殺の状況に関して聞くことは不安である。」、項目5.「自殺未遂患者に対して自殺の状況に関して聞くことは怖い。」など8項目で構成され<看護師の回避的な感情と態度>と命名した。因子2は, 項目45.「現在の看護体制では自殺ケアは難しい。」、項目44.「自殺未遂患者への精神的ケアをするための時間が足りない。」など8項目で構成され, <看護体制の不備とスタッフへのサポート不足>と命名した。因子3は, 項目28.「自殺未遂患者及び家族に接した時怒りを感じる。」、項目19.「自殺未遂患者に接したときイライラする。」など6項目で構成され, <ケアへの無効力感に起因した陰性感情>と命名した。因子4は, 項目31.「死にたい気持ちがあるかどうかについては尋ねにくい。」、項目34.「希死念慮の強い患者の心理状態は感情の表出がないので分からない。」など7項目で構成され, <積極的看護ケア介入へのためらい>と命名した。因子5は, 項目25.「自殺未遂患者及び家族に関するケアに対して勉強不足を感じる。」など3項目で構成され, <自殺ケアの学習不足に関連した不安感>と命名した。因子6は, 項目29.「自殺未遂患者及び家族のカンファレンスを積極的に持つ。」など3項目で構成され, <チームメンバー間の積極的検討の欠如>と命名した(表3)。

3) 信頼性の検討

因子全体のクロンバックの α 係数は0.86であった。各因子では0.59~0.82の範囲にあった。因子1~6は0.7以上であり一定の基準が満たされた。

表4. 因子間の相関係数

	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6
因子1	1.000	.186	.365*	.535*	.506*	-.035
因子2	.186	1.000	.221	.335*	.388*	-.094
因子3	.365*	.221	1.000	.311*	.215	.089
因子4	.535*	.335*	.311*	1.000	.519*	-.034
因子5	.506*	.388*	.215	.519*	1.000	-.040
因子6	-.035	-.094	.089	-.034	-.040	1.000

Spearmanの相関係数 * $r > 0.3$

因子1 <看護師の回避的な感情と態度>
 因子2 <看護体制の不備とスタッフへのサポート不足>
 因子3 <ケアへの無効力感に起因した陰性感情>
 因子4 <積極的看護ケア介入へのためらい>
 因子5 <自殺ケアの学習不足に関連した不安感>
 因子6 <メンバー間での積極的検討の欠如>

4) 因子間の相関の検討

因子1と因子2 ($r = .535$), 因子1と因子5 ($r = .506$), 因子3と因子4 ($r = .519$)に, 高い相関があった(表4)。

3. 各因子得点と属性との比較(表5)

1) 職位

管理職は非管理職と比べて, 因子1 <看護師の回避的な感情>で有意に得点が低かった。

2) 精神科病院で勤務した経験の有無

精神科勤務経験なしの人はありの人に比べて, 因子1 <看護師の回避的な感情>で有意に得点が高く, 因子2 <看護体制の不備とスタッフへのサポート不足>で有意に低かった。

3) 自殺に関するケア経験の有無

自殺に関するケア経験ありの人はなしの人に比べて, 因子1 <看護師の回避的な感情>と因子3 <ケアへの無効力感に起因した陰性感情>の得点が有意に低かった。

4) 自殺に関する研修の有無

自殺に関する研修の経験ありの人はなしの人に比べて, 因子1 <看護師の回避的な感情>で有意に得点が低く, 因子2 <看護体制の不備とスタッフへのサポート不足>で高かった。

表5. 各因子得点と属性との比較

因子	平均ランク	順位和	有意差	
職位	管理職	89.79	1885.50	0.004*
	非管理職	140.41	35242.50	
	管理職	145.41	3061.50	0.572
	非管理職	135.72	34066.50	
	管理職	162.90	3421.00	0.108
	非管理職	134.29	33707.00	
	管理職	128.76	27.4.00	0.638
	非管理職	137.15	34424.00	
	管理職	108.29	2274.00	0.084
	非管理職	138.89	34854.00	
	管理職	139.88	2937.50	0.835
	非管理職	136.22	34190.50	
精神科病院で勤務した経験	あり	111.15	5335.00	0.014*
	なし	141.93	31793.00	
	あり	163.60	7853.00	0.008*
	なし	130.69	29275.00	
	あり	139.36	6689.50	0.78
	なし	135.85	30438.50	
	あり	138.39	6642.50	0.854
	なし	136.10	30485.50	
	あり	123.52	5929.00	0.203
	なし	139.28	31199.00	
	あり	124.68	5984.50	0.244
	なし	139.03	31143.50	
自殺ケア経験	あり	125.91	22663.00	0.002*
	なし	157.23	14465.00	
	あり	140.92	25365.50	0.194
	なし	127.85	11762.50	
	あり	129.77	23358.50	0.048*
	なし	149.67	13769.50	
	あり	138.15	24866.50	0.628
	なし	133.28	12261.50	
	あり	133.45	24020.50	0.365
	なし	142.47	13107.50	
	あり	141.74	25513.00	0.119
	なし	126.25	11615.00	
自殺に関する研修	あり	106.21	4036.00	0.010*
	なし	141.42	33092.00	
	あり	162.11	6160.00	0.030*
	なし	132.34	30968.00	
	あり	133.72	5081.50	0.814
	なし	136.95	32046.50	
	あり	138.84	5276.00	0.843
	なし	136.12	31852.00	
	あり	120.47	4578.00	0.171
	なし	139.10	32550.00	
	あり	113.82	4325.00	0.052
	なし	140.18	32803.00	

Mann-Whitney *p<0.05

IV. 考察

1. 自殺未遂患者や家族への看護ケアの阻害要因

自殺未遂患者や家族への看護ケアの阻害因子として抽出された因子 <看護師の回避的な感情と態度>, 因子 <ケアへの無効力感に起因した陰性感情>, 因子 <積極的看護ケア介入へのためらい> は, 対応後の患者と家族の反応に対する不安や, 今後の見通しが困難であること, インターベンションスキル不足などの看護師個人の阻害要因を現している。また自殺未遂者の周囲の人々のネガティブな反応, 自殺は完全には防止できないという観念など社会的・文化的要因もあいまって, 自殺について直接的に聞くことへの不安や, 自殺を話題にすることで自殺の可能性を高めてしまうのではないかという恐れを抱きやすい状況を形成していることがうかがえる。しかし, 高橋(1999)は, 「自殺について話すことは一般的に危険ではない。むしろ, 言葉にして自分の感情を明らかにできるようにすることによって, その人が混乱した状態から少しでも脱することが可能になったり, その人の苦悩を周囲の人に気づいてもらえるきっかけになったりする。」と述べている。また, Sunら(2006)は, 「介入状況において批判的ではない態度は相互作用の行為を促進させ, 逆に批判的態度においては, 強いられた不自然な行為となりケアの障害になっている。批判的態度がベースとなると, 患者に対して否定的考えや感情を抱いてしまう。」と報告している。以上のような報告から看護師は, 自殺について問うことは, 次の自殺を未然に防止することにつながるという視点を持つことが重要であると考え。しかし, 日本においては自殺の現状や予防についての記載はあるものの, 具体的なインターベンションスキルについて説明されたものはほとんど見られない状況であり(川野, 2007; 佐藤, 2008), 今後の課題であると考え。

因子 <看護体制の不備とスタッフへのサポート不足> は, 自殺未遂患者及び家族の看護ケアに要する時間不足やスタッフへのメンタルケアの不足など施設の物理的かつ人的要因の問題を現している。折山ら(2008)は, 「患者の自殺や自殺企図

に直面した看護師の9.4%がPTSDハイリスク状態であり、PTSD要因としてサポートの有無の認識に係り性が認められた。看護師の支援として、病棟スタッフをはじめとするサポートが必要で、更に客観的で中立的立場からの当該看護師や看護チームを支援（相談）可能な援助者が必要であることが示唆された。」と述べている。この指摘は、看護師の働く環境の状況によっては、その後の看護職としてのアイデンティティにも影響を及ぼし、「看護師は適切なサポートがないとバーンアウトを引き起こす危険性が生じると思う」という本研究の質問項目に匹敵し、自殺未遂患者及び家族へのケアに関する阻害要因の一つと考えられる。

因子 <自殺ケアの学習不足に関連した不安感> は、因子 <看護師の回避的な感情と態度> 因子 <積極的看護ケア介入へのためらい> との因子間の相関が高いことを踏まえると、学習不足から生じる不安感が回避的な態度や介入へのためらいに関連し、自殺未遂患者及び家族へのケアの悪循環を引き起こしていると考えられる。一戸ら(2007)は、「一般病院では自殺予防に関する研修はほとんどなされておらず、安全委員会レベルで自殺事故直後に事例検討が行われた施設は13%に留まっており、自殺事故予防のためには、自殺者や自殺行動について特化した学習の機会を持つことが必要である。」と提言している。

因子 <チームメンバー間での積極的検討の欠如> は、スタッフ間での関わりの振り返りができていないことや、ケアの一貫性の欠如が阻害要因として挙げられる。福山(2004)は、「一般病棟の看護師にとって重要なのは、自殺の危険の予測やサインに気づいたとき、その内容を精神科看護師や精神科医師につなぎ、交渉、調整する力を強化することである。そのためには、自殺予防のリスクマネジメントの検討会をもち、患者の情報を共有し、自殺未遂や自殺事例の検討をしながら、自殺予防のリスクマネジメントに必要な基本的知識、対処方法、かかわりの基本について学ぶ姿勢が大切である。」と述べている。

阻害要因に関する概念枠組みと因子分析の結果の関連性についてみると、因子分析の因子は

「看護師の要因」と「施設の要因」に収斂されており、この要因が自殺未遂患者及び家族へのケアの阻害要因として重要であることが確認された。しかし、今回の調査対象が看護師だったことから、患者や家族の問題、社会的・文化的要因については質問項目として採用されなかった可能性がある。今後、自殺未遂患者や家族からのデータを収集することで、調査内容の精度をあげていく必要があると考える。

2. 阻害要因に関連した自殺未遂患者及び家族へのケアの検討

自殺未遂患者や家族への看護ケアの阻害因子として抽出された因子、から、自殺未遂患者及び家族へのケアに関する知識不足やスキル不足を補うことのできる看護の基礎教育や、臨床での具体的な教育内容の検討をして行く必要があると言える。また、因子から、教育内容は、例えば褥創ケアのような測定用具がなく、客観的なケアの評価がしにくいなどの自殺ケア独自の阻害要因に焦点を当て検討していく必要がある。因子から、一般病棟でも自殺未遂患者や家族に接する機会が増えていることを考慮すると、精神科医師、臨床心理士、リエゾン看護師等との連携をいつでもとることのできる体制作りの検討が望まれる。因子から、チームメンバー間での話し合いができる体制作りとして、ファシリテーターの人材育成も重要な課題であると考えられる。

次に、各属性と因子得点の比較から、精神科病院での勤務、自殺に関するケアの経験や研修経験があるほど、<看護師の回避的な感情や態度>の得点は低く、<看護体制の不備とスタッフへのサポート>の得点は高かった。折山ら(2008)は、患者の自殺に対する看護師の受けとめ方について、「自殺に直面した看護師は直面していない看護師に比べ、自殺防止は可能であるという過去の経験が今の自分の力となり、救える命を救えることにつながる。」と述べており、経験の重要性を裏付けている。しかし、経験年数の長短に関わらず、自殺ケア独自の阻害要因であるケアの意味付けや言語化が困難であることなどを理解した上で、スタッ

フへの適切なスーパーヴァイズを行う必要があると考える。自殺予防の観点からも、自殺の危険の高い人を最初に発見する機会の多い人（ゲートキーパー）である一般の医療関係者に向けての知識を普及させて行くことは重要である。

V. 結語

今回の研究では、看護師の自殺未遂患者及び家族への看護ケアの阻害要因を明らかにするために、独自の質問紙を用いて調査検討を行なった。

1. 自殺未遂患者や家族への看護ケアの阻害要因として、因子 <看護師の回避的な感情と態度>、因子 <看護体制の不備とスタッフへのサポート不足>、因子 <ケアの無効力感に起因した陰性感情>、因子 <積極的看護介入へのためらい>、因子 <自殺ケアの学習不足に関連した不安感>、因子 <チームメンバー間での積極的検討の欠如>の6因子が抽出された。
2. 因子 は因子 ・因子 と高い相関があった。
3. 各属性と因子得点の比較では、精神科病院での勤務経験、自殺に関する研修経験のある方が、因子 の得点が低く、因子 の得点は高かった。また、自殺に関するケア経験のあるほうが、因子 と因子 の得点が低かった。

これらの阻害要因に注目し、一般病院看護師を対象に具体的な教育プログラムの基礎資料として活用して行くことは重要である。また、多職種との連携をも視野に入れることも示唆された。

今回の研究は、1病院272名の看護師から導き出された質問紙調査の結果であり、病院の特性がデータに反映された可能性があるため、さまざまな特性や地域性を持った病院を対象に調査し、自殺未遂患者及び家族への看護ケアの阻害要因を検証して行く必要がある。

謝辞

本研究にご協力頂きました病院、看護部、看護師の皆様へ深く感謝申し上げます。

なお、本研究は、宮崎大学大学院医学系研究科へ提出した修士論文の一部を加筆修正したものである。

文献

- 福田紀子, 石川崇子, 久保まゆみ他(2006):救命救急センターに入院している自殺企図患者に対する看護師の認識や態度, 日本看護学会誌, 15(2), 15-24
- 福山なおみ(2004):自殺予防における看護師の役割, こころの科学118, 51-55, 日本評論社, 東京
- 一戸真子, 岩下覚, 釜英介他(2007):病院内における自殺予防, 患者安全推進ジャーナル, 17巻
- 行俊可愛, 岩崎壮登, 土井静香他(2004):自殺のアセスメントツールの作成と評価, 日本精神科看護学会誌, 47(2), 273-277
- 自殺予防に向けての提言(2002):<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/12/h1218-3a.html>, [2008-7-2現在]
- 川野雅資(2007):精神看護学 精神臨床看護学, ヌーヴェルヒロカワ, 262-266
- 近藤千佳子(2006):退院困難事例に積極的にアプローチできない看護師の思い, 第2回精神科リハビリテーション看護, 274-278
- 折山早苗, 渡辺久美(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, 31(5), 49-62
- 佐藤壹三(2008):精神障害をもつ人の看護, 59-60, メジカルフレンド社, 東京
- Sun, F-K., Long, A. Boore, J. et al(2005): Suicide : a literature review and its implications for nursing practice in Taiwan, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12, 447-455
- Sun, F-K., Long, A. Boore, J. et al(2006): Patients and nurses' perceptions of ward environmental factor and support systems in the care of suicidal patients, Journal of Clinical Nursing 15, 83-92
- 高橋祥友(1999):自殺の危険, 32, 金剛出版, 東京
- 高橋祥友(2004):自殺予防, こころの科学, 11-18, 日本評論社, 東京
- 高橋祥友(2006):自殺のリスクマネジメント, 5-6, 医学書院, 東京
- 高橋祥友, 福間祥(2006):自殺のポストベンション遺された人々への心のケア, 11, 医学書院, 東京
- 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

World Health Organization: Mental health, WHO
Suicide prevention (SUPRE). htm, [2008-7-19現在]

山田朋樹(2006): 救命救急センターでの自殺企図者への
アプローチ, 看護技術, 2, 52-56