

原著論文

救急看護師による自殺未遂患者の精神的側面への関わり —組織に焦点を当てて—

Mental intervention for suicide attempters by emergency nurses
—organizational culture of emergency department—

中村啓¹⁾

松下年子²⁾

Kei Nakamura

Toshiko Matsushita

キーワード: 救急外来, 看護師, 自殺未遂患者, 精神的関わり, 組織

Key Words: emergency department, nurse, suicide attempters, mental intervention, organizational culture

要旨

本研究は救急看護師による自殺未遂患者の精神的側面への関わり現状と、それに影響を与える救急外来という組織・集団の特性や傾向について考察し自殺未遂患者への看護の質の向上についての示唆を得ることを目的とした。三次救急医療施設3施設の救急看護師6名に対しインタビュー調査を行い、精神的側面への関わり、組織、集団という視点で質的帰納的分析をした結果、26サブカテゴリーが抽出され、【心理的に距離を取ろうという思い】【精神的側面への関わり困難さ】【精神的側面への関わりができない状況】【精神的側面への関わりは「自分たちの仕事ではない」という認識】【精神的側面への関わり成果の不明確さ】【自殺の再発防止へのリスク管理】の6カテゴリーに集約された。結論として以下の示唆を得た。①精神的側面への関わりは積極的に取り組まれているとは言えない現状が示唆され、「感情の伝染」と「集団力動による圧力」という組織・集団の性質が関連している可能性がある。②「(精神的側面への関わりは)自分たちの仕事ではない」という組織規範の存在が示唆された。③救急看護師は自殺再発防止を組織内で実践していることが示唆され、それには組織文化が影響している可能性がある。④自殺未遂患者への関わりロールモデルとなる人材を組織の内部から育成する、または病院内他部署の人材を活用することにより自殺未遂患者への看護の質を向上させる可能性がある。

Abstract

This study aimed to consider the current state of mental intervention of suicide attempters by nurses at the emergency rooms and the characteristics and tendencies of organizations and groups of emergency rooms that can affect them, and improves the quality of nursing for suicide attempters. The data collected from the interviews conducted by six nurses at three tertiary emergency care facilities were analyzed using a qualitative inductive analysis. As a result, 26 subcategories were extracted and classified into the following six categories: trying to maintain a psychological distance; difficulty in mental intervention; unstable situation where mental intervention is not possible; recognizing that mental intervention is not our job; unclear consequences for mental intervention; and risk management to prevent recurrence of suicide. In conclusion, the following suggestions were made: (1) It was shown that mental

Received: October. 31, 2020

Accepted: February. 12, 2021

1) 平塚市民病院

2) 横浜市立大学医学部看護学科・医学研究科看護学専攻

intervention was not actively carried out, and there is a possibility that the nature of the organization / group such as "emotional contagion" and "pressure by group dynamics" is related. (2) It was suggested that there is an organizational group norm that "mental intervention is not our job." (3) It was suggested that emergency nurses are practicing suicide re-attempt prevention within the organization, which may be effected by organizational culture. (4) It is possible to improve the quality of nursing for suicide attempters by developing human resources who will serve as role models for intervention from within the organization, or by utilizing human resources from other departments in the hospital.

1. 緒言

自殺未遂症例は、救急医療現場において頻繁に目にする症例の一つであり、搬送される全症例の15%に達する施設もある(岸ら,2000)。日本臨床救急医学会(2009年)により策定された「自殺未遂患者への対応:救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き」では、救急医療における自殺未遂患者ケアの目標として以下の二つを示している。すなわち「身体的および精神医学的評価および治療」と「自殺の再企図防止」である。具体的には、自殺未遂患者が搬送された際には身体的な処置や検査だけでなく、救急隊や家族から自殺の企図手段や発見状況などを情報収集し、今後予想される変化も含めた総合的な身体所見の重症度判定を行う。そして患者本人に対しては、自殺企図の有無(死を目的としたか否か)、現在も持続する死にたい気持ち(希死念慮・自殺念慮)の有無についての確認を行う。その他にも自殺の危険因子(過去の自殺企図・自傷行為歴や喪失体験の有無、精神疾患・身体疾患の罹患およびそれに関連した悩みの有無、ソーシャルサポートの状況など)に関連した情報を本人および家族から収集する。これらを可能な限り初療の段階から救急医療者の手で取り組むことが推奨されている。自殺未遂患者ケアでは、自殺未遂患者の身体的側面の治療のみならず、自殺未遂という行為に対しても即時的なケアが必要であり(日本臨床救急医学会,2009)、早期から精神的側面に関わることが望ましい。

一方、実際の救急医療現場では身体的処置が終わればそのまま帰宅させるという例が多いという報告や(杉本ら,2013)、7割以上の看護師は知識不足である可能性が高いとの報告もあり(青木ら,2017)、精神的側面への関わりを含む自殺未遂患者ケアに関する認識は未だ浸透していると言いき難い。救急部門に勤務する看護師(以下、救急看護師とする)は、自殺未遂患者への対応時に不安や困難感、否定的感情を抱き(福田ら,2006:広常,1994)、自殺未遂患者に対して回避的態度を取る(瓜崎ら,2010)ことが指摘され、患者も救急看護師のケアには満足していないという(杉本,2014)。自殺未遂患者への関わり障害となる要因としては、看護師の感情や認識(否定的感情や葛藤、知識不足に起因する対応の不安など)(瓜崎ら,2010:福田ら,2006)、自殺未遂患者側の要因(治療の拒否や看護師への攻撃的、非協力的な態度など)(杉本,2014)、環境的要因(人員や時間の不足)(福田ら,2006)などがこれまでに明らかになっており、看護師の負担軽減や患者への良質なケアの提供のため、教育や研修機会の充実、ガイドラインやアセスメント

ツールの整備・拡充などに期待が寄せられている(青木ら, 2016:青木ら 2017:杉本ら,2016)。

これらに加え、救急医療現場での自殺未遂患者への関わりにおいて「それは自分たちの仕事ではない」という“暗黙のルール”(組織規範)が存在するという示唆(杉本,2014:Artis et al.,2013)がある。「自殺未遂患者への心理社会的ケアは必要であり価値があるが、自分たちの仕事ではない」という認識(Artis et al.,2013)が、救急外来という組織において、スタッフらの無意識下で根づいているとしている(杉本,2014)。組織規範とは、組織心理学において規定される概念であり、その集団全体で共有される行動・判断の基準や価値観で、これに基づく行動や判断はその集団の構成員にとって当然のこととなり意識されなくなるほど心に深く根づく特徴を持つ(産業・組織心理学会,2009)。杉本(2014)は、こうした組織規範が、救急医療における自殺未遂患者への関わりを阻害している可能性がある指摘する。そこで本研究は、杉本ら(杉本,2014:Artis et al.,2013)が指摘する“暗黙のルール”(組織規範)を踏まえ、救急外来という組織に焦点を当て、明確な根拠づけがなされ有用であると認められた自殺未遂患者の精神的側面への関わりがなかなか普及し難い背景には、先行研究で明らかになっている要因以外に、救急外来という組織・集団の何らかの特性(規範、文化、感情伝達のプロセスなど)が影響しているのではないかと推察した。これまで救急看護師の自殺未遂患者への認識・感情・態度など個人的要因を明らかにした報告(瓜崎ら,2010:福田ら,2006:広常,1994)はあるが、それらに影響を与えうる組織・集団の特性に焦点を当てた報告はない。また看護師を取り巻く環境調整の必要性に言及する示唆(青木ら,2017)もあるが組織的要因に焦点を絞ってはいない。杉本ら(杉本,2014:Artis et al.,2013)の指摘は文献から得られた知見であり、これを除いて自殺未遂患者ケアにおいて組織心理学の見地からの報告はない。組織心理学は、組織のあり方や組織と人との関係性、組織内での人々が示す行動や態度について体系的に捉えた学問である(産業・組織心理学会,2009)。自殺未遂患者への関わりを阻害する、あるいは促進する組織的要因に着目するという意味において新規性は高いと考える。

本研究は、救急看護師による自殺未遂患者の精神的側面への関わり現状と、それに影響を与えうる救急外来という組織・集団の特性や傾向について考察し、自殺未遂患者への看護の質の向上への示唆を得ることを目的とした。本研究をもって救急医療における自殺未遂患者ケア(日本臨床救急医学会,2009)を促進させる一助としたい。

II. 方法

1. 研究デザイン

半構造化面接による質的帰納的研究

2. 対象者の選定

対象者は三次救急医療施設の救急外来に勤務する救急看護師のうち、自殺未遂患者への看護経験を有する者とした。対象施設は、A 県内の三次救急医療施設のうち、精神科を有し、精神科疾患を有する患者の受け入れが可能であることを条件とした。この条件に合致する施設の中から便宜的抽出法によって 3 施設を選定した。なお精神科の入院病床の有無は条件としなかった。各施設へ研究趣旨を説明し、所属長より対象候補者の紹介を受け、その中で同意が得られた救急看護師各施設 2 名ずつ、計 6 名を対象者とした。

3. データ収集

データ収集期間は、平成 28 年 4 月 4 日から 9 月 30 日であった。研究協力への同意を得た対象者に対して、対象者の所属する施設内のプライバシーを保てる個室にてインタビューガイドを用いながら半構造化面接を行った。面接は研究者と対象者 1 対 1 で行い、インタビュー時間は 1 人につき 45 分を目標として実施し、平均 47 分(±1.56)であった。面接内容は対象者の同意を得た上で IC レコーダーに録音した。インタビューの冒頭で基本属性(年齢、性別、看護経験、救急での看護経験等)や施設特性(病床、勤務体制、看護単位、精神科医在籍の有無等)に関する質問を行い、その後「自殺未遂患者の精神的側面への関わりをしているか」「他の看護師は、自殺未遂患者をどのように捉えていると思うか」「自殺未遂患者に関われない、あるいは関わらない方が良いと思う時はあるか」「自殺未遂患者への関わりについて、あなたの職場にはどのような風潮・文化・“暗黙の了解”等があると思うか」などについて尋ねた。また上記のインタビュー項目以外にも、自殺未遂患者への看護や所属する組織・集団について感じていることを自由に語ってもらった。面接内容は対象者の同意を得た上で IC レコーダーに録音した。

4. 分析

面接で得られた内容について、以下の手順で質的記述的分析を行った。IC レコーダーに録音した面接内容から逐語録を作成した。逐語録から、精神的側面への関わりという視点で具体的な記述から場面を抽出し言葉の意味を損なわないようコード化した。コード化したものについて、類似性と相違性に基づいてサブカテゴリーを抽出した。サブカテゴリーの抽象度をあげカテゴリーとしてまとめた。それぞれのカテゴリーにはその内容や性質を表すカテゴリー名をつけ、組織・集団による影響に視点を置き分析を進めた。なお全ての分析の過程で本方法論に精通し、関連領域の臨床経験・研究経験のある指導教授によるスーパーバイズを受けた。

5. 用語の定義

・希死念慮: 死を願う気持ち、死にたい気持ち。

・自殺未遂患者: 自殺企図の結果、生存している患者。自殺未遂と自傷は自殺企図の有無により本来は区別される行為だが、本研究では杉本(2014)の定義を参照し、自殺未遂患者に自傷行為者も含むこととする。

・救急外来: 救急部門および救命救急センターにおける外来に限定する。救急病棟や ICU および HCU は含まない。

・精神的側面への関わり: 自殺企図の有無や希死念慮の有無、過去の自殺企図歴や精神疾患の有無など、「救急医療における自殺未遂患者ケアの目標」(日本臨床救急医学会, 2009)として定められている精神医学的評価のための関わりとする。必ずしも全ての項目を聴取することではなく、これらの情報を得るべく働きかけることとする。

6. 倫理的配慮

本研究は、ヘルシンキ宣言に基づいた倫理原則を遵守し、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(平成 27 年 4 月 1 日施行)」に従って実施した。また横浜市立大学医学研究倫理委員会の承認(A160324042)を得た上で、研究者が研究対象者に文書と口頭にて研究内容を説明し、研究対象者の自由意志によって同意が得られた場合に実施した。加えて、同意撤回書を準備し、研究協力の同意後にも撤回が可能であり、その場合においても個人に一切の不利益がないことを保証した。

III. 結果

1. 対象者の属性

対象施設 3 施設は、全て特定機能病院であり急性期に特化した病院であった。2 施設は精神科病床を有しており、残る 1 施設は非精神科病床である救急病棟にて自殺未遂患者の入院が可能であった。勤務体制として、救急外来・ICU・救急病棟などが一つの看護単位となっている施設は 1 施設であった。3 施設ともに精神科医が在籍しており、救急科からのコンサルテーションが可能であった。対象者 6 名の年齢は 30 代から 40 代であり、平均看護師経験年数は 12.3 年、救急部門での平均経験年数 9.5 年であった。なお有資格者については、認定看護師が 2 名(集中ケア、救急看護)であった。対象者属性を表 1 に示す。

表 1 対象者の属性

	年代	性別	看護経験	救急での看護経験
A 病院	30代	女性	14年	10年
	40代	女性	18年	18年
B 病院	30代	女性	11年	10年
	30代	男性	11年	8年

2. 分析結果

分析の結果、6 カテゴリーと 26 サブカテゴリーが抽出された(表 2)。以下、抽出されたカテゴリーは【 】、サブカテゴリーは < > にて示した。対象者の語りはゴシック体の「」にて示し、

…は省略を、()は内容が理解されやすいように研究者が補足したものを示す。以下に各カテゴリーの詳細を述べる。

1) 各カテゴリーおよびサブカテゴリーの詳細

(1)【心理的に距離を取ろうという思い】

本カテゴリーは4サブカテゴリーから構成され、自殺未遂患者への否定的な感情に関する語りが集約された。＜自殺未遂患者への否定的イメージ＞では、自殺未遂患者に対して面倒・厄介・苦手などの言葉に表現される否定的なイメージを抱いていることについて語られた。＜自殺未遂患者と関わることへの抵抗感＞では、自殺未遂患者と関わりを持つこと自体に抵抗感を抱いていることについて語られた。＜自殺未遂患者への了解不能感＞では、自殺未遂患者に対する理解不可能さ、了解を得難いという心情が語られた。＜自殺未遂患者による救急外来の雰囲気の変化＞では、「(自殺未遂患者を)受け入れるときの雰囲気が、他の患者さんが来るときと比べると、あんまり…雰囲気が良くない」や『これぐらいじゃ死ねないのに』とか、

言っではいけない発言を時間帯とかによっては聞いたり…言ったりしてました」というように、自殺未遂患者の救急搬送を受ける際の組織内の雰囲気のネガティブな変化について語られた。救急看護師が抱く自殺未遂患者への否定的なイメージが、個人を超えて他の看護師らにも共有されている可能性が表された。

(2)【精神的側面への関わり方の困難さ】

本カテゴリーは5サブカテゴリーから構成され、精神的側面に働きかける困難さについての語りが集約された。＜精神的側面への関わり方のスキル不足＞では、精神的側面への関わりについて知識・技術不足だ、といった内容について語られた。＜精神的側面への関わりに抵抗を示す患者＞では拒否や不穏、精神運動興奮などといった患者側の要因について語られた。＜精神的側面への関わりに対する不安・恐怖＞では、精神的側面への関わることによって逆に情動を不安定にさせることへの危惧について語られた。＜精神看護は時間がかかること

表2 カテゴリー・サブカテゴリー 一覧

カテゴリー	サブカテゴリー
(1) 心理的に距離を取ろうという思い	自殺未遂患者への否定的イメージ
	自殺未遂患者と関わることへの抵抗感
	自殺未遂患者への了解不能感
	自殺未遂患者による救急外来の雰囲気の変化
(2) 精神的側面への関わり方の困難さ	精神的側面への関わり方のスキル不足
	精神的側面への関わりに抵抗を示す患者
	精神的側面への関わりに対する不安・恐怖
	精神看護は時間がかかるという認識
	ロールモデルとなりうる看護師不在
(3) 精神的側面への関わりができない状況	救急外来の時間的制約
	検査など身体的治療に時間を費やす
	限定的な状況での精神的側面への関わり 多忙の中精神的側面への関わりをする後ろめたさ
(4) 精神的側面への関わりは「自分たちの仕事ではない」という認識	精神科医への委任
	入院先(病棟)への委任
	身体的側面にのみ関わろうという役割意識
	精神科領域は自分たちの領域ではないという認識
	精神的側面への関わり方の優先順位
	誰かがやれば良いという認識 精神的側面への関わりは必要という認識
(5) 精神的側面への関わり方の成果の不明確さ	成果の可視化の困難さ
	自殺の再企図防止への諦め
	短期的な成果への希求 精神的側面へ関わるという認識
(6) 自殺の再企図防止へのリスク管理	希死念慮を考慮したトリアージ 自殺未遂患者への警戒感

いう認識>では、精神的側面への関わりには長い時間をかけなければならないという認識について語られた。<ロールモデルとなりうる看護師の不在>では、『今日はどうしたの？死にたかったの？』とか…どんどん話を聞いていって…っていうような人は1人もいなかったし…ああいうの見てないと…どう聞いていいかわからないし、そういうのが不安に繋がるのかなって思います』というように、自殺未遂患者の精神的側面への関わりの手本を示す看護師がいないことについて語られた。組織内にロールモデルが必要な状況が表された。

(3)【精神的側面への関わりができない状況】

本カテゴリーは4サブカテゴリーから構成され、精神的側面への関わりに行き着かない状況についての語りが集約された。<救急外来の時間的制約>では救急外来ゆえの予測困難さや、時間的制約に関する内容が語られた。<検査など身体的治療に時間を費やす>では身体的治療や検査に多くの時間を費やしており、精神的側面にまで気が回らないといった内容が語られた。<限定的な状況での精神的側面への関わり>では、多忙でない状況や精神科医不在の状況など一定の条件下であれば精神的側面に関わろうという思いについて語られた。<多忙の中精神的側面への関わりをする後ろめたさ>では、『(他の患者が)すごく危ない状況だったなら…後ろめたさというか…『今この時間これやっていいんだらうか』という気持ちを持ちながらやる(関わる)ことになる』や『今それ(企図理由)聞かないで』ってなっちゃったら、悪いなっていうか、診療の流れを止めたらあれかしら…』など繁忙下で精神的側面に関わる時は、後ろめたさを感じるという内容が語られた。その状況下では、他の看護師に対し暗黙の圧力を感じている可能性が表された。

(4)【精神的側面への関わりは「自分たちの仕事ではない」という認識】

本カテゴリーは7サブカテゴリーから構成され、あえて精神的側面には関わらない、という内容の語りが集約された。<精神科医への委任>では、『やっぱり専門家に任せ方がっていうふうに思っちゃうんですね…たぶん精神科の先生とかは、話を聞いたりだとか引き出したりするのも…上手いと思うので患者さんにとってもその方がいいんじゃないかな』など、できれば精神的側面への関わりは精神科医に委ねたいという内容について語られた。<入院先(病棟)への委任>では『やっぱり入院の場所でやるのがベストじゃないのかな』など精神的側面への関わりは入院先の病棟(もしくはICU,HCU)のスタッフに委ねたいという思いについて語られた。<身体的側面への関わりという役割意識>では、『淡々と身体的な治療がメインで行われていくので…『あ、別にこの人の身体的なところを私は関わればいいのか、救命センターだから』みたいな』など救急看護師は(自殺未遂患者に限らず)患者の身体的側面のみ介入すべき存在だ、という内容について語られた。<精神科領域は自分たちの領域ではないという認識>では、『自分たちの専門外と思ってるんだらうなって、救命の人たちは…』

『自分たちは体は治したから、後は精神科でやってください』みたいな』や『ここ(救急外来)で精神疾患を看護するっていう感覚がやっぱりないんですね』など、自分たちは精神科の非専門家だ、という内容について語られた。<精神的側面への関わり優先順位>では、他の患者への対応を優先させているという内容について語られた。<誰かがやれば良いという認識>では、精神的側面への関わりが必要だが必ずしも救急看護師に課せられた義務ではない、という内容について語られた。<精神的側面への関わりは必要という認識>では、精神的側面への関わり必要性や重要性を認識しているという内容について語られた。本カテゴリーでは、その必要性を認識しながらも種々の理由を後ろ盾に、精神的側面への関わりは「自分たちの仕事ではない」と認識していることが表された。

(5)【精神的側面への関わり成果の不明確さ】

本カテゴリーは4サブカテゴリーから構成され、精神的側面に関わる成果についての語りが集約された。<成果の可視化の困難さ>では、『その人(患者)が帰っちゃうと、もうどうなったのかとか正直わからないので…なかなかやっぱり成果は見えにくいのかな』など、精神的側面への関わりに対する効果や成果が明確でないことについて語られた。<自殺の再企図防止への諦め>では、自殺未遂患者の多くは(どう関わっても)繰り返し搬送されてくるという内容について語られた。<短期的な成果への希求>では、『それで患者さんの気持ちが救われて…患者さん本人の気持ちが変わったりとか…そういうのに役立つというんだったら、時間を取って(関わって)もいいのかなって思う』など、即座に得られる実感や可視化される変化を救急看護師は望んでいるという内容について語られた。<精神的側面へ関わるという認識>では、精神的側面への関わりにはためらいなく取り組んでいることについて語られた。

(6)【自殺の再企図防止へのリスク管理】

本カテゴリーは2サブカテゴリーから構成され、自殺未遂患者のリスク管理に関する語りが集約された。<希死念慮を考慮したトリアージ>では『メンタルが落ち着かなくて…結局自傷の傷としては小さくても、自殺しようっていう意思が強くてってなってしまうと、(その場を)離れるのは難しいっていうトリアージにはなる』など、部分的ではあるが精神的側面に目を向け希死念慮を懸念したトリアージを行っていることが示唆された。<自殺未遂患者への警戒感>では、『自殺未遂患者に対しての風潮としては、まず何をするのが分からないから、常に、警戒した目で見ていますね』など自殺未遂患者に対して、行動の予測困難さや再企図の可能性なども考慮し、他の患者よりも警戒しているという心情が語られた。

IV. 考察

1. 精神的側面への関わり現状と組織・集団による影響

カテゴリー【心理的に距離を取ろうという思い】、【精神的側面への関わり困難さ】、【精神的側面への関わりができない状

況】が抽出され、精神的側面への関わりは積極的に取り組まれているとは言えない現状が示唆された。先行研究(福田ら,2006:広常,1994:瓜崎ら,2010:杉本,2014)でも同様の指摘がなされ、本研究もそれらを支持する結果となった。この現状に関連した組織的特性について考察すると、ここには救急外来の有する組織・集団としての以下の二つの性質が関連していると考えられる。一つは「感情の伝染」である。感情は、それが肯定的なものであっても否定的なものであっても、人から人へと伝染することが知られている(産業・組織心理学会,2009)。感情が伝染することにより、救急看護師個人の抱く自殺未遂患者への否定的イメージ<>自殺未遂患者と関わることへの抵抗感<>自殺未遂患者への了解不能感<>という否定的な感情は、救急看護師らの中で伝染している可能性がある。必ずしも最初から全員が抱いている感情ではなくとも、無意識下で感情は他者からの影響を受ける(産業・組織心理学会,2009)。それにより自殺未遂患者に対する【心理的に距離を取ろうという思い】は組織間で共有されると推察する。自殺未遂患者が搬送された際の組織のネガティブな変化として捉えられた<>自殺未遂患者による救急外来の雰囲気の変化>は、看護師らが否定的な感情を自殺未遂患者に向けた結果(陰性の逆転移)として生じ(日本臨床救急医学会,2012:日本臨床救急医学会,2009)、看護師らが雰囲気の変化として感じられるほど組織の中に如実に内在している可能性がある。このように【心理的に距離を取ろうという思い】は看護師個人を超え、救急外来という組織レベルにおいて共有されている可能性がある。

もう一つは「集団力動による圧力」である。集団は個々のメンバーを超えた一つの有機体であり、集団の中にはその成員個人の心理を超えた全体としての集団力動(グループダイナミクス)が働いている(田尾,2010)。集団の中では、個人の意識や行動はその集団による影響や支配を受け、成員がその方向性に沿っていれば他の成員から受容され賞賛されるが、外れていけば排斥され制裁を受ける。成員の考え方や行動は、集団による圧力を受けて斉一化されていく(産業・組織心理学会,2009)。この圧力が【精神的側面への関わりができない状況】に帰属する<>多忙の中精神的側面への関わりをする後ろめたさ>に繋がっている可能性がある。救急看護師は日常的に多重課題に追われ<>救急外来の時間的制約>に縛られる中で、時間的猶予をもって自殺未遂患者に関わる際に漠然とした後ろめたさを感じている可能性がある。

また自殺未遂患者への関わりは<>限定的な状況での精神的側面への関わり>に留まっていることが示唆されたが、それは救急看護師にとって感情労働を防ぐという前向きな意味を併せ持つ可能性がある。抱いた感情とは裏腹に、その場で適切とされる感情の表現を求められることを感情労働という(産業・組織心理学会,2009)。救急看護師は自殺未遂患者に対し不安や困難感、否定的感情を抱く傾向にあり(福田ら,2006:広常,1994)、自殺未遂患者との対峙は感情労働が生じやすい状況と言える。自殺未遂患者に対して心理的な距離を取ろうと図

り、限定的な状況でのみ精神的側面への関わりという救急看護師の選択は、自らに生じうる感情労働を調整し、過労や燃え尽き症候群の予防に寄与している可能性がある。

2. 精神的側面への関わりは「自分たちの仕事ではない」という規範

カテゴリ【精神的側面への関わりは「自分たちの仕事ではない」という認識】により、先行研究(杉本,2014:Artis et al.,2013)で指摘される、自殺未遂患者への心理社会的ケアは「必要であり価値があるが、自分たちの仕事ではない」という“暗黙のルール”、組織・集団としての規範が、救急外来に内在していることが示唆された。

規範(norm)は明文化された法律ではないため通常これを破っても公式の罰則が与えられることはないが、その代わりにいわゆる社会的制裁、例えば仲間はずれにされるといった罰が与えられることになる(田尾,2010)。そのため、個人としては精神的側面への関わりを「自分たちの仕事だ」という認識を持つ救急看護師であっても、この規範の影響により関わるための行動をとらない(あるいはとれない)可能性がある。個人の心的過程と、集団の無意識とは絶えず相互に作用し影響を与え合っており(Grinberg et al.,2000)、集団の中にあつてはこういった影響を受けざるを得ず、多くの成員は規範に同調する。それにより個人レベルでの認識如何に関わらず、救急外来という組織レベルで「自分たちの仕事ではない」という“暗黙のルール”が共有されている可能性がある。この規範を有する救急外来において、精神的側面への関わりを促し自殺未遂患者ケアを促進させるためには、救急看護師個人の態度が変わることだけに焦点を当てるのではなく、組織内でケアに対して「自分たちがすべき仕事である」という共通認識を持つことが必要である(杉本,2014)。自殺未遂患者ケア促進に言及した先行研究(広常,1994:福田ら,2006:河西,2016)の多くは看護師個人への知識・技術的な教育的支援に焦点が当てられているが、同時に規範そのものに焦点を当てた気づきを促すアプローチの必要性も示唆される。

3. 自殺未遂患者へのトリアージと組織文化

カテゴリ【自殺の再企図防止へのリスク管理】では、救急看護師は自殺未遂患者に対するトリアージ(緊急度判定)の中で<>希死念慮を考慮したトリアージ>を行っていることが示された。前述のように精神的側面への関わりは積極的に取り組まれているとは言えない現状が示唆されたが、一方で救急看護師は<>自殺未遂患者への警戒感>を抱いていた。これは自殺未遂患者を他の患者とは異なる視点で捉え、その行動や言動を注視しようとする姿勢と解釈できる。希死念慮の有無を確認することは自殺未遂患者のケアで最も重要なことの一つである(日本臨床救急医学会,2009)。救急看護師は関わりがためらわれる中でも、患者の希死念慮の可能性を懸念しその行動に注意を払うなど、部分的ではあるが精神的側面に目を向け安全の確保に努めていると推察される。ここには救急外来の持つ組織文化が影響している可能性がある。組織文化とは、何が重視さ

れるべきかという価値観や、それに基づく行動パターンが、成員たちに共有され当然視されているものの集合体である(産業・組織心理学会,2009)。先に述べた規範も組織文化の構成要素の一つである。組織文化にはコミュニケーションの円滑化、確信を持った判断、行動の統制などいくつかの機能がある。これらの機能は、組織および成員の双方にとって価値がある。文化は成員の行動の一貫性を高めることで組織に関与し、また成員にとっても思考や行動の曖昧さが減少するため有益である(Robbins,2009)。山勢(2012)、佐藤(2010)らは、救急看護師に求められる役割の一つとして「トリアージ(緊急度判定)」を挙げている。また「緊急度判定支援システム JTAS(Japan Triage and Acuity Scale)2012」(日本救急医学会,2012)は、より緊急度の高い患者の診療を先に行い、患者の状態が悪化する危険性を減らすことをトリアージの目標として定めている。救急外来ではこれらの概念を基盤として、「的確なトリアージの実践」という組織文化が形成されている可能性がある。この組織文化が機能することで、救急看護師は関わり自体がためらわれる自殺未遂患者を前にしても、トリアージの思考プロセスや判断、とるべき行動に確信を持つことができる。警戒することによって、生命の危機(再企図の可能性)が潜在するという緊急度の判定がなされ、救急外来内での自殺再企図を防止するため安全への配慮が行われる。その結果、患者の心身の障害を最小限にとどめ、安全で適切な医療の提供に寄与することとなる。救急外来に根づく組織文化により、救急外来(組織)と救急看護師(成員)の双方にとって利益が生じていると言える。このように救急看護師は自殺未遂患者ケア目標の一つである「自殺の再企図防止」を組織内にて実践していることが示唆された。

4. 精神的側面への関わり、自殺未遂患者ケアを促進させるために

ここまで述べてきたように、自殺未遂患者ケア(日本臨床救急医学会,2009)への取り組みには、救急外来の有する組織文化およびその構成要素の一つである規範が影響していることが示唆された。「自分たちの仕事ではない」という規範は精神的側面への関わりを阻害する要因となりうるが、規範を変化させることで関わりを促進することが可能となると推察する。精神的側面への関わりを含む自殺未遂患者ケアの促進については、これまでに学習機会や教育的支援の有用性が指摘されている(広常,1994;福田ら,2006;河西,2016)。杉本(2014)も、自殺未遂患者に関する教育では「自分たちの仕事ではない」という規範について意識を向け、自覚を促す働きかけをすることより「自分たちがすべき仕事である」という共通認識を組織にもたらすことができる可能性がある」と指摘する。加えて、ケア促進のためには精神科領域を含む他職種との連携の必要性も指摘されている(日本臨床救急医学会,2009;青木ら,2017)。福田ら(2006)も、他職種を交えた救急医療者チームのメンバー間で自殺未遂患者との関わりを振り返り、患者理解を深め、そこからケア方法を検討できるような場を持つことが有用だとしている。

上記を踏まえ本研究で得られた知見を鑑みると、上記の学習

機会や教育的支援をファシリテートし、自殺未遂患者への関わりのロールモデルを示すべき者は、精神科医療の経験を有し、且つ救急医療現場の実情にも精通する者が望ましいと考える。なぜならそこには規範があり、組織文化が存在するためである。組織文化は長い年月をかけて構築されたものであり、成員にとって礎となる確固たる価値観に根ざしており、組織文化を学ぶまでは成員はその組織に受け入れられることはない(Robbins,2009)。また一言に救急外来と言っても、病院ごとに何が重視されるべきかという価値観やそれに基づく行動パターンは微妙に異なる。精神科医や精神科病床の有無、臨床心理士や精神保健福祉士の有無、それらの連携システムなどの状況も異なり、それぞれの救急外来には固有の組織文化がある。ロールモデルとなる者にはそういった病院ごとの組織の実情を理解する者が望ましい。

これらを鑑みると教育的支援の場をファシリテートし自殺未遂患者への関わりのロールモデルとなる者は、精神科の知識・技術を有し、他職種を含む組織全体を巻き込む働きかけができる者が望ましいと考える。このような人材を組織の外部から新たに招聘するのではなく、組織内から育てる、あるいは病院内他部署の人材を活用することにより、救急外来における精神的側面への関わりを促進し、自殺未遂患者への看護の質を向上させる可能性がある。

5. 研究の限界と今後の課題

研究の限界としては以下の点が挙げられる。対象施設の選定に関しては、本研究では対象施設を3施設としており所見を一般化するには限界がある。また精神科の入院病床の有無、リエゾン精神看護専門看護師在籍の有無は条件としなかった。これらは組織の規範や文化に違いを生んでいる可能性があり、また救急看護師の認識や行動に影響を及ぼしている可能性もある。次に対象者選定に関しては、対象者は計6名であるため各組織を代表しているとは言い難く、個人的要因により結果が左右されている恐れがある。最後に、組織の在りように焦点を当てているものの、本研究の対象は救急看護師のみであり、考察の一部は看護師集団に論点を絞っている。救急外来全体を組織として捉える場合、医師や事務員など職種の域を超えて調査を行う必要がある。以上より、調査対象となる施設基準および調査対象者の条件の統一により信用性を高める事、そして調査対象の拡大により分析結果の移転性を高める事が今後の課題である。

V. 結論

精神的側面への関わりは積極的に取り組まれているとは言えない現状が示唆された。ここには「感情の伝染」と「集団力動による圧力」という救急外来の有する二つの組織・集団としての性質が関連している可能性がある。これらは精神的側面への関わり障害となりうるが、感情労働を調整し過労や燃え尽き症候群を予防するという前向きな意味を併せ持つことが示唆され

た。精神的側面への関わりは「自分たちの仕事ではない」という「暗黙のルール」(組織・集団の規範)が救急外来に内在していることが示唆され、規範そのものに焦点を当てたアプローチの有用である可能性がある。救急看護師は自殺未遂患者ケア目標の一つである自殺の再企図防止を組織内にて実践していることが示唆され、そこには「的確なトリアージの実践」という組織文化が影響している可能性がある。救急看護師への教育的支援の場をファシリテートし、自殺未遂患者への関わり方のロールモデルとなる人材を組織の内部から育てる、または病院内他部署の人材を活用することで、救急外来における精神的側面への関わりを促進し自殺未遂患者への看護の質を向上させる可能性がある。

倫理審査機関名

機関名:横浜市立大学医学研究倫理委員会

審査番号:A160324042 審査年月日:平成28年3月24日

利益相反の有無

本研究における利益相反は存在しない

謝辞

本研究にご理解を頂きご協力くださいました各施設の病院長様、看護部長様及び救急部門の看護師長様、インタビュー対象者の皆様に心より御礼申し上げます。また研究の全過程において一貫して丁寧かつ熱心なご指導を賜りました、松下年子教授に深謝致します。最後に院生の皆様から多くの刺激と激励を頂きましたことに感謝申し上げます。本稿は平成28年度横浜市立大学大学院医学系研究科看護学先行修士論文として提出したものを一部加筆・修正したものです。

文献

- 青木好美, 片山はるみ(2016). 自傷行為に対する反感態度尺度の日本語版の信頼性と妥当性. 日看科会誌, 36(1), 255-262.
- 青木好美, 片山はるみ(2017). 救急業務に従事する看護師の自殺未遂患者に対するケア遂行の現状. 日看科会誌, 37(1), 55-64.
- Artis L., Smith J.R.(2013): Emergency department staff attitudes toward people who self harm Exploring the influences of norms and identity. Adv Emer Nurs Jour, 35(3), 259-269.
- 福田紀子, 石川崇子, 久保まゆみ, 石森久美子(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. 日看会誌, 15(2), 15-24.

広常秀人(1994). 自殺未遂—生命の否定と救急医のジレンマを乗り越える—, 救急医, 18, 1799-1801.

Grinberg L., Sor D., Bianchedi E.T./高橋哲郎訳(1982). 第8巻, ビオン入門 現代精神分析双書第Ⅱ期, 東京: 岩崎学術出版社.

日本救急医学会, 日本救急看護学会, 日本小児救急医学会, 日本臨床救急医学会(2012). 緊急度判定支援システム JTAS 2012 ガイドブック. 東京: へるす出版.

日本臨床救急医学会 (2012). I-3 自殺未遂患者への対応, 大塚耕太郎(編), 救急医療における精神症状評価と初期診療 PEEC ガイドブック(20-42). 東京: へるす出版.

日本臨床救急医学会(2009): 自殺未遂患者への対応: 救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/dl/07.pdf>(2016.2.1.閲覧)

Robbins S.P./高木晴夫訳(2009). 第7章 集団行動の基礎, 第14章 組織文化, 組織行動のマネジメント—入門から実践へ— 新版(170-196, 373-401), 東京: ダイヤモンド社.

産業・組織心理学会(2009). I-組織行動, 渡辺直登(編), 産業・組織心理学ハンドブック(150-264), 東京: 丸善株式会社.

佐藤まゆみ, 林直子(2010). 成人看護学 急性期看護Ⅱ 救急看護, 東京: 南江堂.

杉本圭以子(2014). 自殺未遂者へ救急看護師が行う心理社会的ケアおよびその実施に影響を与える要因についての文献検討. こころの健康, 29(2), 49-58.

杉本圭以子, 影山隆之(2013). 一地域の救急医療機関および精神科医療機関を受診した自殺企図者に関する調査—医療者による「死ぬ意図」の確認に注目して—. こころの健康, 28(2), 39-50.

杉本圭以子, 影山隆之(2013). 自傷患者に対する救急看護師の関わりの実態と関連要因. 日看科会誌, 33(1), 52-60.

杉本圭以子, 後藤成人, 影山隆之(2016). 救命救急センター看護師の自殺リスク評価に影響を与える要因: 質問紙調査による分析. 日臨救急医会誌, 19, 480-488.

田尾雅夫(2010). 第3部 集団レベル, よくわかる組織論(86-89, 92-93). 京都: ミネルヴァ書房.

山勢博彰(2013). 第1章 救急看護の概念, 編者, 系統別看護講座 別館 救急看護学(2-9). 東京: 医学書院.