

報 告

ICU 看護師の患者死別体験が及ぼす心理的影響の考察

埴 恵子

つくば国際大学医療保健学部看護学科

【要 旨】 本研究は ICU 看護師を対象に、「患者との死別後の看護師側の悲嘆尺度」を用いて、看護師経験年数別に患者との死別体験後の心理的影響を調査した。その結果、ICU での患者との死別体験後は、抑うつよりも自責感が強くなる傾向にあることが示された。また、抑うつを示す項目の中でも「一時的に眠れなくなった」等の身体症状の出現は、人数は少ないものの 10 年目以下の看護師に見られた。このため ICU での患者死別体験後、特に 10 年目以下の看護師には悲しみの分かち合いや ICU 全体で心理的サポートを行うことで、自責感の軽減と抑うつの抑止効果が期待できると考える。

キーワード： 死別悲嘆, 抑うつ, 自責感, ICU 看護師

I. 緒言

急性期医療を担う集中治療室 (Intensive Care Unit; 以下 ICU と略す) では、事件・事故・災害、病状の急変などで搬送された患者が懸命な救命処置にも拘らず命を落としてしまう場面に直面することがある。救命できずに患者の死を体験した ICU 看護師は、慢性的な長い期間を経て死を迎えるいわゆる緩和ケア病棟などで体験する患者の死別とは違った急性期医療特有のストレスを感じている。広瀬 (2011) は「何とかしてあげたい、何とかしなければならないというプレッシャーは共感ストレスとよばれ共

感ストレスに無力感や罪悪感が重なることで共感疲労とよばれる状態になる。」としている。この特異的な共感ストレスは、自責感や抑うつ、時に食欲低下や不眠などの身体症状を引き起こす誘因となる可能性がある。また予期せぬ死によって家族を失った遺族によっては、行き場のない怒りの矛先が医療者に向けられることがある。このため患者とその家族との距離に近い ICU 看護師が体験する患者死別悲嘆は、緩和ケア病棟などで感じる死別悲嘆よりもより複雑になるものと推察される。

複雑な死別悲嘆をウォーデン (2011) は、「残された人は、耐えられない水準まで悲嘆が激化し、非適応的な行動に走ったり、悲嘆の状態に長く停滞したりして、喪の過程に進展がなく解決に至らない。」としており、通常人が死別体験などによって起こる悲嘆過程においても、悲嘆の受け止め方やリスクファクター (死別の種類 突然の死、死者との関係、社会的環境的要因など) の要素によっては正常の悲嘆過程を辿

連絡責任者：埴 恵子

〒 300-0051 茨城県土浦市真鍋 6-8-33

つくば国際大学医療保健学部看護学科

TEL: 029-826-6622

FAX: 029-826-6776

E-mail: K-hanawa@tius.ac.jp

ることができずに、どこかの段階で停滞してしまふことで複雑悲嘆になる可能性が高くなると警鐘を鳴らしている。従ってICUで患者との死別悲嘆を体験した医療従事者は、通常人が経験する死別悲嘆と比較して複雑悲嘆に移行するリスクファクターが高いものと考えられる。

メイヤロフ（1987）は「自分自身をケアすることは自分自身を他者として感じ取らなくてはならない。」として、看護師自身のケアの必要性を述べている。日頃看護師は患者のケアに目を向けることだけに執着しがちであるが、日々患者のケアを行う中にも看護師自身に目を向け自分自身を丁寧にケアしていくことも重要である。

先行研究において、一般病棟での終末期にある患者の家族ケア（奥，2007）やICU看護師の終末期ケアの実践（山崎ら，2022）など、終末期患者やその家族へのケアの実践やケアを通して看護師が抱える困難感などに関連した研究は広く行われているが、患者死別悲嘆に対する看護師への心理的介入につての研究は少ない現状がある。本研究は、「患者との死別後の看護師婦の悲嘆尺度」を用いて、ICUでの患者死別体験が看護師経験年数別に、どのような心理的影響があるかを明らかにし、急性期医療における看護師の患者死別悲嘆への介入方法を模索す

ることを目的とする。

Ⅱ．用語の定義

急性期医療：ICUを含む急性期病棟での治療を目的とした医療とした。

医療従事者：医師、看護師、臨床工学士など急性期医療チームの中で勤務する医療者とした。

Ⅲ．研究方法

1. 対象

A病院ICUに勤務する看護師21名（緩和ケア病棟経験者0名）である。

なお、患者との死別経験のない新人看護師は対象外とした。

2. 心理測定尺度

「患者との死別後の看護師婦の悲嘆尺度」を使用した（山田と野島、2002）。

質問項目を表1に示す。

表1 「患者との死別悲嘆後の看護師の悲嘆尺度」 質問項目

【抑うつ】	
質問1.	わけもなくいらいらした
質問2.	いつも仕事が手につかなかった
質問3.	気持ちが不安定になった
質問4.	何もやる気がおこらなかった
質問5.	冷静に物事を考えることができなかった
質問6.	気持ちがひどく落ち込んだ
質問7.	ボーとして何も感じられなかった
質問8.	患者さんの死を信じることができなかった
質問9.	仕事をしばらく休みたいと思った
質問10.	一時的に眠れなくなった
【自責の念】	
質問11.	何もしてあげられなかったという悔いを感じた
質問12.	もっと患者さんを楽にしてあげられたのではないかと思った
質問13.	自分のケアに悪いところがあったように感じた

3. 分析方法

対象看護師の経験年数を5年目以下、5～10年目、10年目以上、の3つのグループに分けて集計した。尺度の結果を、抑うつを示す質問1～10と自責の念を示す質問11～13の2つのカテゴリで分類した。採点方法は本尺度採点方法に準じ、「全く当てはまらない」1点、「あまり当てはまらない」2点、「どちらともいえない」3点、「よくあてはまる」4点、「非常にあてはまる」5点とした。質問1～13それぞれの平均点を算出し、平均点が3.0以上の質問を抽出した。抽出した質問の点数が4.0以上を高得点とし、高得点者の看護師全体に占める割合と看護師経験年数別割合を算出した。抑うつを示す質問の中でも、身体症状を表す質問10「一時的に眠れなくなった」が4.0以上の高得点者の看護師経験年数別で看護師全体に占める割合を算出した。アンケート回収率は100%であった。

IV. 倫理的配慮

本研究はA病院ICUに勤務する看護師を対象としたアンケートのみの調査であり、対象者には本研究の趣旨、目的、本研究にける利益相反はないことを口頭で説明し回答をもって同意とした。尚、本アンケート調査についてはA病院看護局倫理審査委員会での承認を得て実施した。アンケート用紙は無記名記述とし個人が特定できないように配慮した。研究実施に関わる情報を取り扱う際は、研究対象者のプライバシーに関わる情報保護に十分配慮した。本研究で得られたデータは1) 全て匿名化し、2) データの保管は10年とし、鍵をかけて厳重に保管

し、調査用紙は研究終了後シュレッダーにかけて廃棄する。また研究結果を公表する際は、個人が特定できる情報を含まないように考慮した。

V. 結果

1. A病院ICU看護師の平均年齢と経験年数別人数の割合

表2に示すように、対象看護師21人の平均年齢は33歳で、経験年数5年以下が11名(52%)、2～10年目が5名(24%)、10年目以上が5名(24%)であった。

2. 【抑うつ】

抑うつを示す質問1～10の中で平均点が3.0以上は、質問3「気持ちが不安定になった」が3.0で、質問6「気持ちがひどく落ち込んだ」が3.2の2つの質問のみであった。

1) 質問3、質問6の看護師経験年数別得点の割合

質問3「気持ちが不安定になった」の看護師経験別得点の割合は、5年目以下では、3点と4点が最も多く36%、5～10年目も4点が最も多く60%、10年目以上では3点が最も多く40%であった。質問6「気持ちがひどく落ち込んだ」では、5年目以下は4点が最も多く45%、5～10年目も4点が最も多く60%、10年目以上では点数の推移に大きな変化はなかった(図1)。

2) 4点以上の高得点者の看護師経験年数別割合と看護師全体の割合

質問3「気持ちが不安定になった」では、5

表2 対象看護師の平均年齢と経験年数別人数の割合

経験年数	5年以下	5年目～10年目	10年目以上	合計
人数(割合)	11人(52%)	5人(24%)	5人(24%)	21(100%)

年目以下は4点（36%）、5年目～10年目は4点（60%）、10年目以上は4点（20%）で、看護師全体では38%であった。質問6「気持ちがひどく落ち込んだ」は、5年目以下は4点（45%）、5～10年目は4点（60%）、5点（20%）、10年目以上は4点（20%）、5点（20%）で、看護師全体では52%であった（図2、図3）。

3）質問10 看護師経験年数別で看護師全体に占める割合

身体症状を表す質問10「一時的に眠れなくなった」の平均点は2.0であったが、4点以上の高得点者は5年目以下では3人（27%）で、5～10年目は1人（20%）であった（図4）。

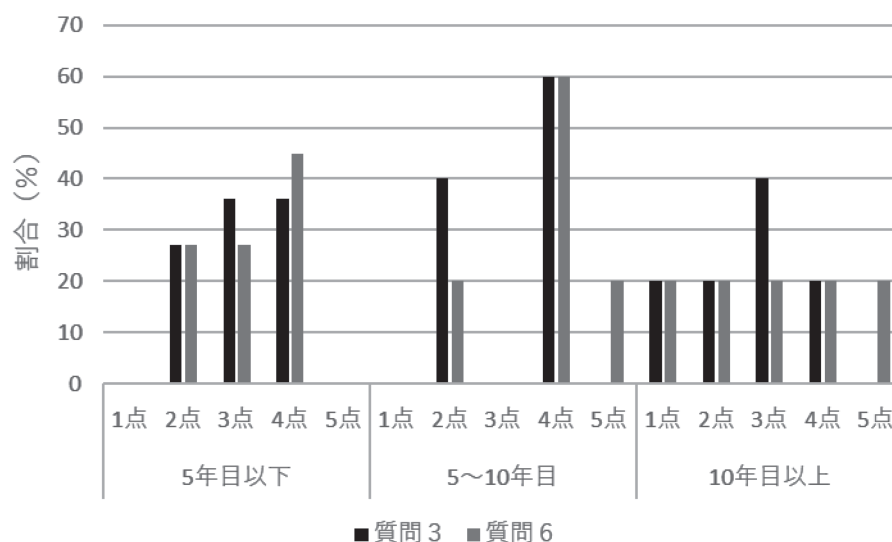


図1 【抑うつ】 質問3, 質問6 看護師経験年数別得点の割合

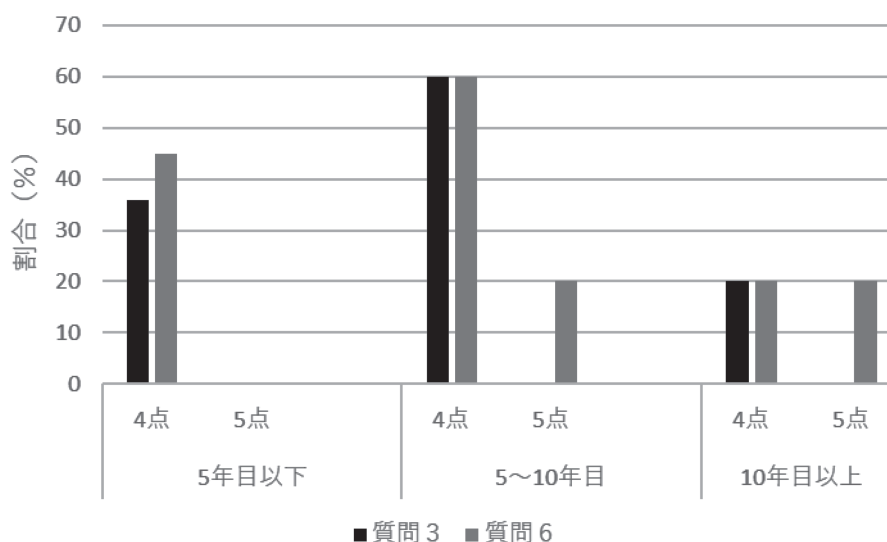


図2 【抑うつ】 質問3, 質問6 4点以上高得点者の看護師経験年数別人数の割合

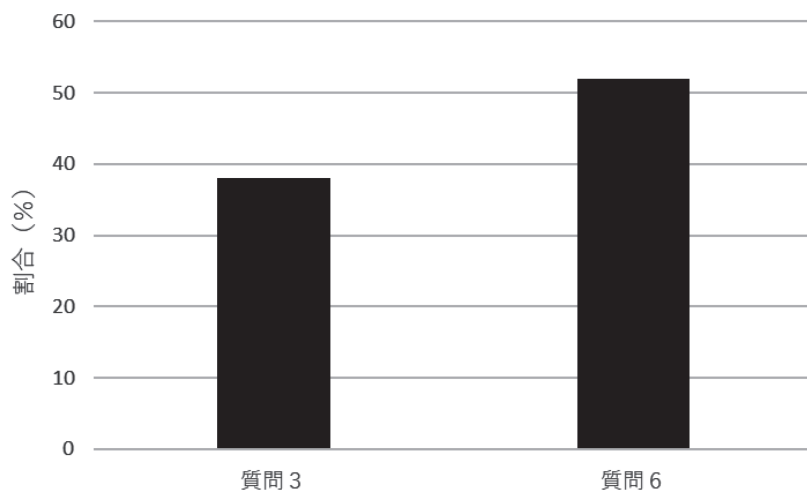


図3 【抑うつ】 質問 3, 質問 6 4点以上の高得点者の看護師全体で占める割合

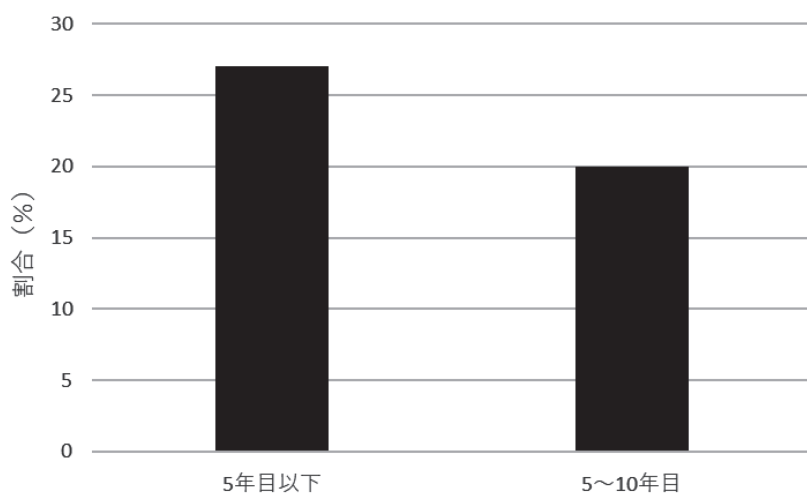


図4 【抑うつ】 質問 10 4点以上の高得点者の看護師経験年数別割合

3. 【自責感】

自責感を示す質問 11「何もしてあげられなかったという悔いを感じた」は平均点 3.5 であった。質問 12「もっと患者さんを楽にしてあげられたのではないかと悔いを感じた」は平均点 3.9 で、質問 13「自分のケアに悪いところがあったように感じた」は平均点 3.2 であった。

1) 質問 11、質問 12、質問 13 の看護師経験年数別得点の割合

5年目以下では、質問 12「もっと患者さんを楽にしてあげられたのではないかと悔いを感じた」の4点が最も多く5年目全体の73%

であり、次いで質問 11「何もしてあげられなかったという悔いを感じた」が55%であった。5～10年目では、質問 12「もっと患者さんを楽にしてあげられたのではないかと感じた」の4点が最も多く5～10年目全体の80%であった。次いで質問 11「何もしてあげられなかったという悔いを感じた」の4点が5～10年目全体の60%であった。10年目以上では、質問 11「何もしてあげられなかったという悔いを感じた」、質問 13「自分のケアに悪いところがあったように感じた」の3点が最も多くそれぞれ10年目全体の60%であった（図5）。

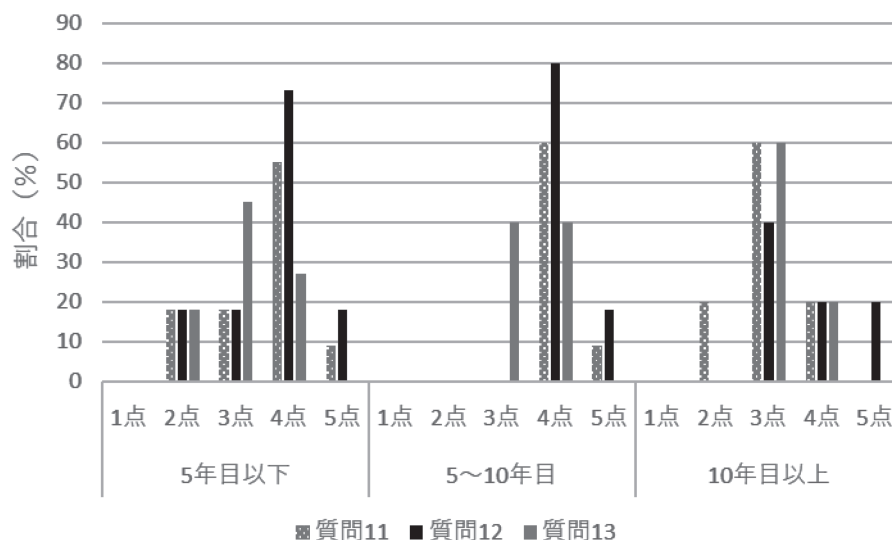


図5 【自責感】質問 11, 質問 12, 質問 13, 看護師経験年数別得点の割合

2) 4点以上の高得点者の看護師経験年数別割合と看護師全体の割合

質問 11「何もしてあげられなかったという悔いを感じた」は、5年目以下は4点（55%）、5点（9%）で、5～10年目は4点（60%）、5点（40%）で、10年目以上は4点（20%）で看護師全体の割合では62%であった。質問 12「もっと患者さんを楽しませてあげられたのではないかと感じた」では5年目以下は4点（73%）、

5点（18%）、5～10年目は4点（80%）、5点（20%）、10年目以上は4点（20%）、5点（20%）で看護師全体では81%であった。質問 13「自分のケアに悪いところがあったように感じた」では、5年目以下は4点（27%）、5点（20%）、5～10年目は4点（40%）、5点（20%）、10年目以上は4点（20%）で、看護師全体の38%であった（図6、図7）。

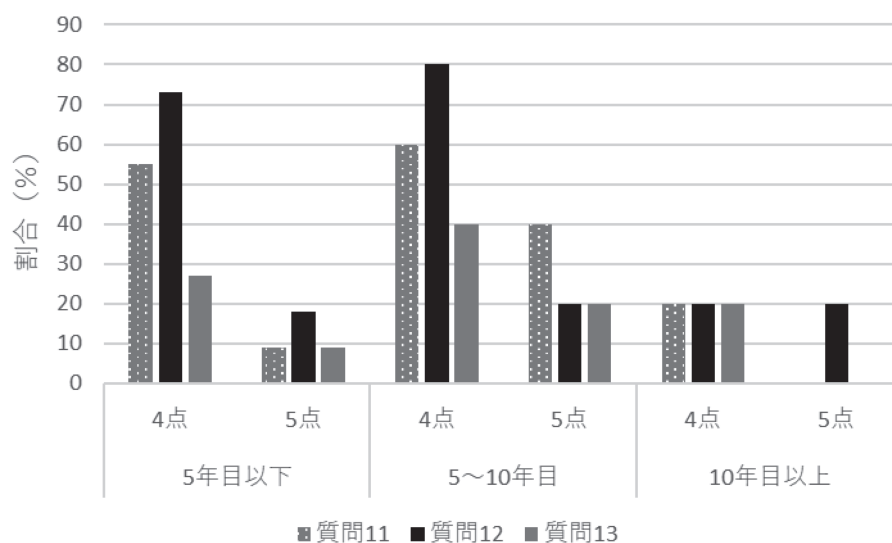


図6 【自責感】質問 11, 質問 12, 質問 13 4点以上の高得点者の看護師経験年数別人数の推移

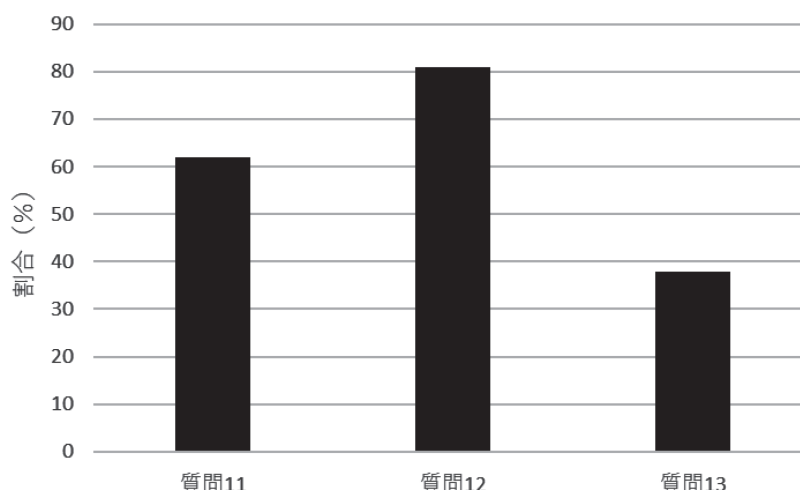


図7 【自責感】 質問 11, 質問 12, 質問 13 4 点以上の高得点者人数と看護師全体に占める割合

Ⅵ. 考察

1. 【抑うつ】

抑うつを示す質問項目の中で平均点が 3.0 以上を示すものは、質問 3「気持ちが不安定になった」、質問 6「気持ちがひどく落ち込んだ」のみであった。看護師経験年数別で見ると、図 2 で示すように 10 年目以下の看護師にこの 2 つの質問得点が高くなっていた。死後の処置体験が新人看護師に与える影響を平野（2009）は、「死を前にどのように対応してよいか分らずに、何もできない私が担当したことへの苛立ちを覚え、同時に何もできない私が、人が息を引き取る現場に遭遇していること自体に違和感を覚える。死後の処置に関わること自体やりたくない。人が亡くなったにもかかわらず普通に時間が流れていくことに違和感をおぼえる、患者の死を前に自己の気持ちが追いつかず、先輩看護師の態度や死そのものを拒絶していた。」として「否認」という心理的特徴を述べている。新人看護師でなくとも 10 年目以下の看護師は死別体験が少ないほど、知識の習得によって人の死について理解はしていても実際に体験する患者の死は強い衝撃とストレスを受けるものと推察される。この強い衝撃とストレスが、患者の死を受容するまでに心が追いつけない誘因とな

り「気持ちが不安定になった」「気持ちがひどく落ち込んだ」などの項目で高得点となったのではないかと考えられた。また図 4 から、質問 10「一時的に眠れなくなった」の 4 点以上の高得点者が、看護師全体の割合としては少ないものの 5 年目以下（27 %）で 3 つのグループの中で最も多く、次いで 5 ～ 10 年目（20 %）であったことから、看護師経験年数が少なければ少ないほど平野（2009）が言うように「否認」という特異的な心理状況となることで、患者の死を受容するまでに至れずその強いストレスが不眠などの身体症状を引き起こす可能性が高いのではないかと推察される。広瀬（2011）は「看護師は残された遺族へのグリーフケアには関心があっても、自分達へのグリーフケアは無頓着である。ケアしてきた患者が亡くなるということは、医療従事者にとって深い喪失であり心残りや無力感を感じることは至極もったもなことである。しかし患者や家族から受けた心の傷がある場合、悲しみはより複雑になる。」として看護師自身へのグリーフケアの必要性を指摘している。また Dereen（2014）は「Oncology Nurse（癌専門看護師）の多くは長期的な悲しみを受け止め共感し続けることで心理的・身体的疲労感を募らせていく。緩和ケア病棟など長期間に及ぶ闘病生活の中でその悲しみに触れることは心理的にも身体的にもすっかり疲れ果て

てしまう傾向にあるため、直属の上司はこの疲労感をねぎらい、看護師間での定期的な話し合いの場を設け悲しみの共有を行うことが重要である。」とし、病棟全体での精神的なケアが必要であるとしている。なぜ語り合うことが重要なのかその理由として広瀬（2011）は、「何年もしまい込んでいた傷つきや自責感、怒り、悲しみを語り合うことで人は癒されていく。聞き手が共感し、無力で不完全な自分をそのまま受け止めてくれることで、自己否定から自己肯定へと変化していく。経験に新たな意味が付与されていく。」として、同じような体験をした人達と意見を共有することは、自分だけではないという思いが自分自身を癒していく効果を期待することができるとしている。このため急性期医療であるICUでも、患者との死別体験後は、看護師間でのディスカンファレンスなどを行うことで、悲しみの共有や喪失の語りなど心理的介入を行うことが重要である。

2. 【自責感】

自責感を示す質問項目全てにおいて平均点は3.0以上の高得点となった。

特に、質問12「もっと患者さんを楽しませてあげられたのではないかと感じた」の高得点者は図7に示したように81%を占めており、すべての質問項目の中で最も高い得点となった。この自責感を示す質問項目は図6より、看護師経験年数5～10年目の看護師に高くなる傾向がみられた。今回の結果から、自責感を示す質問の平均点が抑うつを示す質問の平均点よりも高かったことや、自責感を示す全ての項目で4点以上の高得点者が多かったことから、ICUにおいて患者死別体験が看護師に与える心理的影響は、抑うつよりも自責感が強くなる傾向にあることが示された。岩井ら（1998）が「職業救命者としての責任感やプライドが高い者は存命救助がなしえなかった場合に受けるストレスは却って大きいと言われる。」と述べているように、ICU看護師も「職業救命者」としての

責務が強く、特にその責任感とプライドの高さは5～10年目の中堅看護師に培われていくものであり、その責務が抑うつよりも自責感を強くしているものと推測された。その一方で緩和ケア病棟のように長期間の闘病生活を経て死を迎えるいわゆる看取りとしての患者死別体験は、大町ら（2009）によれば「これまでに看取った患者数が多い、これまでの看取りに満足感を持っている看護師はターミナルケア態度が積極的であることが示されている。つまりこのような傾向が強い看護師の方が、身近な人との死別体験や患者看取りを通し自らの死生観を問うこととなり、その機会が多いほどそれは自身の死生観を深めることに繋がった。」としており、長期間に及ぶ療養生活の中で患者やその家族は、医療従事者からの心理的ケアを受けながら「死」を受容する体制を整えていくことができると共に、看取りに携わる看護師にとっても、患者や家族との関りの中から死生観が育っていくものと考えられる。早坂（2010）は高齢者施設における看護師の看取りの感情の中で「お疲れ様でした。ゆっくり休んでほしい」などの感情が増えたとの述べていることから、死別悲嘆が正常に経過していくには、「これで良かった」と思える時間の経過や、看取りのケアに対する満足感が必要であると言える。しかし、ICUという特殊な環境では、亡くなっていく患者やその家族との時間の経過が余りにも短いことや看護師自身が納得するだけのケアを行っていないという心理的未消化状態が、患者死別後の自責感を強める因子となるのではないかと考えられる。このため患者死別体験後は、病棟全体で患者の死は誰の責任でもないことを共有していくことが重要である。これは患者死別悲嘆へのコーピング能力を高め、「職業救命者」としての自責感の軽減や、抑うつの抑止効果が期待できるICU看護師へのグリーフケアであると考えられる。近年の緩和ケア病棟は、急速にそのケア方法や精神的看護が見直され、患者やその家族に寄り添う看護や専門家が整備されてきている。日本看護協会が育成している緩和ケア

認定看護師の定着やチャプレン初め臨床宗教師の導入など新しい取り組みもされてきている。しかしICUを含む急性期病棟では看取りを行う個室環境の整備や患者やその家族、医療従事者への患者死別悲嘆に対する心理的サポート体制が未だ不十分な現状がある。この現状を少しでも改善することでICUはじめ急性期医療において看護師或いは医療従事者は、「救えなかった命」または「救えない命」と向き合いながら例えば短い期間であっても患者やその家族の心に寄り添うことで、初めて看護師或いは医療従事者と家族双方とも「死」の受容ができるのではないかと考える。

Ⅶ. 結論

今回の研究ではICU看護師の患者死別悲嘆は、抑うつよりも自責感が強くなる傾向にあることが示唆された。特に看護師経験10年目以下の看護師は、身体症状の出現など抑うつ傾向になる可能性があるため、患者死別体験後は病棟全体で看護師自身へのグリーフケアを行う必要がある。それは、患者の死が誰の責任でもないことを病棟全体で共有することで、患者の死を受容し自責感や抑うつを抑止する効果が期待できるものと考ええる。

謝辞

本研究をまとめるにあたり、ご協力頂いたA病院ICU看護師並びに看護局の皆様に感謝申し上げます。

文献

岩井圭司，加藤寛，飛鳥井望，三宅由子，中井

久夫（1998）災害救助者のPTSD—阪神・淡路大震災被災地における消防士の面接調査から，精神科治療学，13(8):971-979.

大町いづみ，横尾誠一，水浦千沙，山下友紀，磯部佳苗，山口知，（2009）一般病棟勤務看護師のターミナルケア態度に関連する要因分析，保健学研究，第21巻 第2号:43-50.

奥洋子（2007）一般病棟での終末期ケアが臨終に関わる家族へのケアに及ぼす影響，日本老年医学学会誌，44巻3号

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～，北海道文教大学紀要，34:25-32.

平野裕子（2009）死後の処置が新人看護師の誌への態度に及ぼす影響—初めての死後の処置時に抱いた思いに焦点を当てた一考察—，東洋英和女子学院大学紀，89-100.

山崎敦子，恩幣弘美（2022）ICU看護師の終末期ケアの実践に関連する要因
KMJ THE KITAKANTO MEDICAL JOURNAL 72:271～280

Dereen Houck (2014) Helping Nurses Cope with Grief and Compassion Fatigue An Educational Intervention Clinical. Journal of Oncology Nursing, 18(4):454-458.

J・W ウォーデン（2011）悲嘆カウンセリング—臨床実践ハンドブック，山本力監訳，誠信書房，第4版，東京，p.140.

ミルトン・メイヤロフ（1987）ケアの本質 生きることの意味，田村真・向野信之訳，ゆみる出版，初版，東京，p.104

広瀬寛子（2011）悲嘆とグリーフケア，医学書院，第1版，東京，pp.150-155.

山田淳子・野島一彦（2002）患者との死別後の看護婦の悲嘆尺度，松井豊，

宮本聡介編，心理測定尺度集Ⅳ，サイエンス社，初版，東京，pp.301-305.

Report

Consideration of the psychological influence of patient bereavement on ICU nurses

Keiko HANAWA

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Tsukuba International University

Abstract

The purpose of this study is to investigate how ICU nurses are affected by patient bereavement grief. In this study a questionnaire survey using the [Nurses' Grief Response Scale After Bereavement of Patients] for administered to ICU nurses. The overall average score in the questionnaire items from "Remorse" was higher. ICU nurses' experience of bereavement over the loss of patients was related more to a sense of responsibility than depression, probably because ICU nurses believe that it is their duty to save lives. Certain nurses scored higher on depression; among them, physical symptoms such as insomnia affected nurses with before the 10th year, experience. End of life education in acute care should be part of nurses' continuing education before 10th year, across the entire ICU ward. Educators should emphasize that the death of a patient is not anyone's fault. In addition after experiencing bereavement over patients in the ICU, nurses should be encouraged to share their feeling of sadness and understand that they were not responsible for patients' deaths. This would reduce nurses' sense of responsibility for patients' deaths and prevent depression resulting from grief.

Keywords: bereavement, depression, responsibility, ICU nurse