

明日の看護に生かす デスカンファレンス

あけち たつ お
執筆：明智龍男

名古屋市立大学大学院医学
研究科精神・認知・行動医学・
准教授
名古屋市立大学病院緩和ケ
ア部・部長

第11回 自殺事例に対するデスカンファレンスの実践

本稿では、自殺事例に対するデスカンファレンスの実際について述べるとともに、自殺に関して知っておきたい必須知識をいくつか紹介する。なお、最も自殺が生じやすいのは精神科病院だと思われるが、対応法がずいぶん異なると思われることや、本稿の読者の中心が一般病棟に勤務する看護師であることを念頭に置き、主として身体疾患で一般病棟に入院中の患者が自殺した場合を想定したことに留意いただきたい

■ 自殺の原因と予防

まず自殺の原因であるが、これまでの先行研究から80～90%の自殺者に何らかの精神疾患が認められ、頻度の高いものとしてうつ病、アルコール依存症、統合失調症が示されている¹⁾。身体疾患患者に併存する精神疾患で最も頻度が高いものはうつ状態であることや、がん専門病院や総合病院での筆者の経験から考えると、一般病棟に入院中の患者に生じる自殺の場合は、背景にうつ病やうつ状態が存在することが多いことが推測される^{2,3)}。また、わが国の一般病院を対象として行われた自殺に関するサーベイランスの結果から、自殺した入院患者が罹患していた身体疾患は、がんが35%を占め、最多であったことが報告されている⁴⁾。一方、うつ病やうつ状態であっても、入院中に自殺する患者はごく一部であり、個々の患者の自殺の危険性を事前に的確に予測することはきわめて難しい。また国際的にも確立された自殺の予防法はいまだに存在しないことはぜひ知っておきたい知見である。

■ 自殺の与える衝撃

愛する家族の予期せぬ死に直面することは、家族にきわめて大きな衝撃をもたらすことはいうまでもない。先行研究によると、これらの家族はその後に、うつ病や外傷後ストレス障害などに罹患する危険性が高くなることが知られている⁵⁾。したがって、自殺が起きた際には、まず積極的に患者家族にケアを提供することが必要であるという視点は忘れてはならない。

また、入院中に自殺が生じた際には、自殺した患者と親しい関係にあった患者や同室の患者など他の患者への影響を考慮する必要がある⁶⁾。実際、ごくまれではあるものの一人の患者の自殺を契機として短期間に同じ病院や病棟で複数の自殺が生じる事例（群発自殺とよばれる）が知られており、このような事態を防ぐためにも、親しい関係にあった患者や後述する自殺の危険因子を有する患者を把握し、注意深くモニタリングする必要がある。

担当していた医師や看護師の心理的な衝撃もきわめて大きい。患者の自殺が医療者に与える衝撃を検討した研究報告はきわめて限られているが、精神科医を対象に患者の自殺がもたらす心理的な衝撃を検討した研究からは、患者の自殺を経験した後の心理的反応として、驚愕、否認、孤立感、離人感、自責感、自信の喪失、不安感、怒りなど様々な強い心理的苦痛を経験されることが示されている⁷⁾。

以上のように自殺が周囲の者に与える影響は広く、そして深い。それゆえ、自殺が起きた後には“ポストベンション”とよばれる適切な介入が必

須であり、そのなかには医療スタッフも含まれるべき存在であることを理解することが重要である。そして、その医療者に対する最も重要なポストベンションの一つがデスカンファレンスである。

■ 自殺におけるデスカンファレンスの実際

それでは実際にどのようにデスカンファレンスをコーディネートし、実施するかについて筆者のこれまでの経験をもとに私見を述べてみたい。

1. 目的を明確にする

自殺はまれな現象であるため、実際的には自殺が生じた際のデスカンファレンスに参加する機会もきわめて少ないと思われる。一方、病棟で自殺事例に遭遇したことがある医療スタッフには想像が容易だと思うが、自殺がひとたび生じると、多くのスタッフが患者の態度や状態に過度に敏感になったり、複雑な感情を内向させてしまう結果、病棟全体に独特の緊張感や閉塞感が漂うことになる。また、通常のデスカンファレンスとは異なり、多くの医療者にとって、予期せずもたらされた状況、かつ“何もできなかった”という圧倒的な無力感にさいなまれている心理状態のもとでのカンファレンスとなる。したがって、「悲痛な体験から学び、今後のケアや医療に生かすためのカンファレンス」であることを明確にし、「だれも責めないという約束」のもとに多くの医療者が抱いている負の感情を発散させ、医療チームとして再び結束を固める場としてカンファレンスを機能させる必要がある。デスカンファレンスを行う際には、こういった目的を明確に伝えたくうえで、カンファレンスの実施をよびかけることが望ましい。

2. カンファレンスの実際

次に筆者が心がけているカンファレンスの進め方を紹介する。なお、本稿の読者の多くが看護師であることから、看護スタッフが中心となりカン

ファレンスを運営する状況を想定して記述した。

1) できるだけ早期に、できるだけ多くの関係医療スタッフを集めて開催する

カンファレンスは、担当医、担当看護師、当該病棟の看護師長など、できるだけ多くの関係医療スタッフの出席を促し、できるだけ早期に開催するように心がける。筆者は自殺後3日以内、遅くとも7日以内に実施するよう働きかけてきた。

2) カンファレンスの目的を確認する

司会は可能な限り直接の担当ではない医療スタッフが行う。協力が得られるようであれば精神科医や心療内科医、臨床心理士などに司会を依頼してもよい。この際、本カンファレンスの目的および位置づけをあらためて確認しておくことが重要である。たとえば、筆者が司会を行う場合は以下のように冒頭で説明を行っている。

「患者さんの自殺は医療スタッフにとっても衝撃的な出来事です。皆さんもいろいろな思いを抱えながら仕事をされている状態と思いますが、このつらい経験を少しでも意味のあるものにして、これからの患者さんとご家族のケアに生かしていくために、つらい作業ではあるかと思いますが、今回自死をされた患者さんのケースについて振り返りたいと思います。ですが、通常のカンファレンスとは異なりますので、いくつかの事項に留意していただきたいと思います。特に、患者さんの自殺を意図的に促すような医療者はいないわけですから、特定のスタッフを責めたりすることはしないという約束のもとでカンファレンスを進めさせていただきたいと思います」

カンファレンスに参加する医療スタッフの不安を軽減させ、特定の医療者がスケープゴートにされないようにするため、十分な配慮を行うことがまず何よりも重要である。

3) 患者の経過について振り返る

患者の経過を振り返るにあたって、担当医療スタッフに依頼することが多いが、率直に治療経過

を振り返ることが重要である一方で、医療スタッフの重圧や気持ちのつらさに十分配慮して進行する。この際、可能であれば、精神科医など精神保健の専門家の出席を求め、皆にとって有用な自殺に関する一般的な知識を織り込みながら進めるとよい。たとえば筆者は、

「振り返ってみると、“あのときのあの言葉が自殺の前兆だったのかも”と思われることもあるかもしれませんが、現実的には、自殺を確実に予測することはできませんし、こうすれば自殺は必ず予防できるといった方法もわかりません」

などといった説明をするようにしている。そのほか、自殺の危険因子など、デスカンファレンスに際して、有用と思われる自殺に関する一般的事項について表にまとめた。

4) 経験した感情を表出し、皆で共有する

カンファレンスの終番では、医療スタッフの抱く複雑な感情の表出を促すとよい。具体的には、

「患者さんの自殺を経験することは医療者に

ととても、とてもつらいことが知られています。またその気持ちは複雑で、悲しみや自分を責める気持ちだけではなく、怒りなどが感じられることもあったり、患者さんをケアする自信を失ったりされる方もいらっしゃいます。皆さんはどのような気持ちを経験されましたか？」

というように、医療スタッフが様々な気持ちを経験することはごく当たり前であることを説明したうえで、個別にスタッフに発言してもらうとよい。その際、発言をしていない医療スタッフにも気を配り、できるだけカンファレンスに出席した全員のメンバーに感じたことなどを話してもらうようにする。他の医療スタッフが自分と同じような心理を経験していることを知ることは、自身の心理的負担を軽減するうえでとても有用である。

5) まとめる

以上のようにカンファレンスを進めていくと、多くの場合、自殺に関しての一般的な知識を学びながら自殺の背景にある医学的な問題が整理される。そして皆の経験している複雑な気持ちが共有され、医療スタッフに一体感が生まれてくる。そのような雰囲気が醸成されたら、話し合われたことや皆が経験してきた気持ちをまとめ、今回の経験を今後の患者ケアに生かすことを皆で確認して、カンファレンスを終了する。

また一部の医療スタッフは、気持ちの負担からうつ状態や外傷後ストレス症状などを経験することもあるので⁸⁾、こういった症状のために職務に支障を来すような状態であれば、専門家へ相談を行い、個別的で継続的なケアを提供してもらう必要がある。

引用文献

- 1) Hirschfeld RM, et al : Assessment and treatment of suicidal patients. N Engl J Med. 337 (13) : 910-915. 1997.
- 2) Akechi, T, et al : Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. Cancer, 100 (1) : 183-191, 2004.
- 3) Derogatis LR, et al : The prevalence of psychiatric

表 自殺に関する有用な知見

自殺の一般的危険因子
男性、高齢、離婚、独居、無職・経済的問題の存在、つらい出来事（失業、死別）
精神医学的問題
80～90%以上は何らかの精神疾患がある（なかでもうつ病が多い）
身体疾患
AIDS/HIV、SLE、腎不全、脊髄損傷、ハンチントン舞踏病、多発性硬化症、胃潰瘍、がんなどが一般人口に比し有意に自殺率が高い
日本における現状
1998年以降、自殺者が3万人を超え続けている
その他
うつ病が自殺の背景にあることが多い一方で、こういったうつ病患者が自殺をするのかはよくわかっていない。同様に自殺を予測する確立された方法もない。自殺予防として確実な方法はない

disorders among cancer patients, JAMA, 249 : 751-757, 1983.

4) Kawanishi C, et al : Proposals for suicide prevention in general hospitals in Japan, Psychiatry Clin Neurosci, 61 : 704, 2007.

5) Yehuda, R : Post-traumatic stress disorder, N Engl J Med, 346 : 108-114, 2002.

6) Ballard ED, et al : Aftermath of suicide in the hos-

pital : institutional response, Psychosomatics, 49 : 461-469, 2008.

7) Chemtob CM, et al : Patients' suicides ; frequency and impact on psychiatrists, American Journal of Psychiatry, 145 : 224-228, 1988.

8) Akechi T, et al : Trauma in a nurse after patient suicide, Psychosomatics, 44 : 522-523, 2003.

第25回日本がん看護学会学術集会

日 程／2011年2月11日(土), 12日(日)

会 場／神戸国際会議場, 神戸国際展示場(兵庫県神戸市)

大会長／近藤優子(兵庫県立がんセンター・看護部長)

テーマ／がん看護が創る 未来への架け橋

参加費

事前参加登録(申込期限11月30日)

学会員／9,000円 非学会員／10,000円 学生／3,000円

当日登録

学会員／10,000円 非学会員／11,000円 学生／3,000円

申込方法

詳細はHPをご参照ください(<http://jscn25.umin.jp/ent/index.html>)

主なプログラム

・会長講演

「がん看護が創る未来への架け橋」／近藤優子(兵庫県立がんセンター)

・特別講演

立花 隆(ノンフィクション作家)

・シンポジウム

「がん看護外来の現状と未来への可能性」 座長／佐藤禮子(兵庫医療大学)

問い合わせ先

〒532-0003 大阪市淀川区宮原4-4-63 新大阪千代田ビル別館9階

株式会社 エー・イー企画 大阪オフィス内

TEL : 06-6350-7163 FAX : 06-6350-7164

E-mail : jscn25@aeplan.co.jp