

## 大分県立看護科学大学 第19回看護国際フォーラム

## 医療者のグリーフとレジリエンス ～私たち医療者にケアは必要ですか？～

Healthcare professional's grief and resilience ~Do we need support and care for ourselves?~

下稲葉 かおり Kaori Shimoinaba

オーストラリア モナシュ大学 医学・看護学・健康科学部 看護・助産師科 Monash University, Nursing and Midwifery

2018年2月20日投稿

## 要旨

医療者はケア提供を通して、患者・家族のさまざまな喪失体験や死と向き合うことになる。それらを通して、医療者も喪失・悲嘆を経験する可能性がある。本稿では、医療者の経験する喪失・悲嘆の特徴とそのケアについて述べる。喪失経験のあとに悲嘆を経験することは自然なことであっても、それが仕事を通して蓄積すると大きな影響がでたりバーンアウトの原因になるといわれている。同時に、ケア提供を通して医療者としてのやりがいや達成感を感じたり、専門職・人としての成長を感じることができている。この内なる強さはresilience（レジリエンス）と呼ばれる。レジリエンスを育て強めていくには、大きく2つの要素があり、サポートを受けること（外からの要素）と自己認知とセルフケア（内からの要素）が含まれる。ケアを通して経験する喪失・悲嘆について知り、医療者が十分なサポートを受け、さらにセルフケア実施していくことは、良いケアを提供していくためのひとつの鍵となるのではないだろうか。

## キーワード

グリーフ、レジリエンス、セルフケア、サポート

## Key words

grief, resilience, self-care, support

## 1. はじめに

患者・家族のケアに携わるとき、私たち医療者は患者・家族のさまざまな喪失体験を目の当たりにし、時として患者の死や、愛する人を失う家族と向き合うことになる。人の生と死に携わり、そしてそのケアの過程で強い絆が築かれたとき、医療者であってもその方の死を通して喪失・悲嘆を経験することはとても自然なことだといえる。そうであるならば、私達医療者がケアを通して経験する喪失や悲嘆の特徴について知り、自分自身の悲嘆に対して必要なケアをしていく必要がある。

本稿では、まず喪失と悲嘆の定義や特徴について説明する。そして、医療者特に看護師の経験する悲嘆（グリーフ）とその特徴について筆者の研究を元に述べる。大切な人を失うという喪失を経験したあとに悲嘆を経験することは自然なことであっても、それが仕事を通して蓄積すると大きな影響がでると言われており、バーンアウトの原因にもなることがわかっている。それと同時に、私達はこのケア提供を通して医療者としてのやりがいや達成感を感じたり、専門職・人としての成長

を感じることができている。喪失・悲嘆と同時に、私達を支えているこの内なる強さ（レジリエンス）にも目を向ける必要があり、本稿ではそのレジリエンスを高めるためのサポート、自己認知そしてセルフケアについても述べる。

## 2. 喪失と悲嘆、その定義

悲嘆（グリーフ）は、「喪失に対する全人的な反応（精神的、行動的、社会的、身体的、スピリチュアル）、その経験のプロセスである。グリーフは喪失に対する個人的な経験であり、喪失とは死のみをさすのではない。」と定義される（Rando 1993）。悲嘆の定義の理解において重要なのは、悲嘆が全人的な経験であり、私たちの存在全てに影響を及ぼすものであること、また、死のみに起因するのではなく、その他のさまざまな喪失が悲嘆の原因であること、そして、喪失や悲嘆は他者と比較ができない個人的な経験であり、時間をかけて経験するプロセスであるということであろう。悲嘆の原因となる喪失の一例としては、愛する人の死、離婚・別離、ペットの死、病気、身体の一

部の喪失、引越し、転校、失業、試験の失敗、自尊心の喪失などがある。病气(健康の喪失)や、身体の一部の喪失が悲嘆の原因となる喪失であるとすれば、私たち医療者は日々仕事を通して患者・家族の喪失・悲嘆に向かい合っていることになる。また悲嘆は精神・感情的な経験だけではなく、全人的(身体的、社会的・文化的、スピリチュアル)なものとしても経験されるということを目指し、悲嘆を経験している人の全存在に影響を及ぼすといえる。

上記の定義にもあるように、悲嘆は個人的な経験であり、指紋のように全ての人の悲嘆の経験はユニーク(唯一のもの)である。二人の異なる対象の悲嘆、自分と他者の悲嘆を比較できない、比較する必要はないということである。また、喪失は大切な人や物を失ったことに対する自然な反応であり、喪失に関連した強く痛みを伴う感情を表現することは正常で健康的なこととされている。そして十分に悲しむことは喪失や別離による傷を癒すのに大切といわれる (McKissock and McKissock 1995)。また悲嘆は取ったり治したりするものではなく、その喪失と共に生きることを学ぶことといわれている。現在、この悲嘆のプロセスは「グリーフの二次元モデル」(Stroebe and Schut 2001)で理解されている。このモデルは、悲嘆を経験した人が「回復に関連した」要素と「悲嘆に関連した」要素の2つの要素を行ったりきたりしながら時間とともに「悲嘆に関連した」状態から「回復に関連した」状態へとどまることが多くなっていくことをさす。ただ、何かのきっかけ(例:亡くなった人の誕生日など)によって、時間がかなり経っていたとしても一時的に「悲嘆に関連した」状態に戻ることもありうる。この理解があれば、時間が経って元気そうに見えた人が、急に悲しむことがあってもそのままを受け入れることができるのではないだろうか。

悲嘆を経験している人に対しては、聴くこと、それぞれの経験や悲しみ方に個性があることの認識、さまざまな感情(悲しみ、罪責感、怒り、泣くなど)が表現できること、十分に悲しむ時間・話す時間があることが必要とされている。日々のケアの中で、傾聴を含む悲嘆へのケアを提供するために、私たち医療者には私たち自身が死と向き合うこと(死生観の探求)、効果的な傾聴と対応の

スキルを得ること、自己の限界の認識、いつ助けが必要かを知ること、バーンアウトを防ぐことなどが求められる。

### 3. 医療者の悲嘆の経験について

先に述べたように、医療者は日々仕事を通して患者・家族の喪失や悲嘆、そして死に向き合っていることになる。その経験を通して、医療者もまた悲嘆を経験する可能性が高いことがわかってきている。ここでは著者が行った日本での研究を通して、看護師の経験する悲嘆について述べる。

筆者は、日本の緩和ケア病棟に勤務する看護師16名へのインタビューを行い(それぞれ60-90分)、患者が亡くなったあとの看護師の気持ちについて聞いた。インタビューは質的研究法のグラウンデッドセオリーを用いて分析した(Shimoinaba et al 2009, 2014, 2015)。下記はそのインタビューから一例として抜粋したコメントである。

"ご苦労さまっていうのと、つらいつらいつらいつらというより、何か穴が空いたというか、抜け落ちたような。すっぱり何かなくなったような感じです……今までそこに埋まっていたものがなくなるような"

"忘れていたこともあるし、また出てくることもあります。その人を思い出すと、何かやっぱり、何かスカスカする"

これらのコメントを見ても明らかなのは、看護師は自らの経験を「ストレス」とは区別して語っているということである。看護師へのインタビューを通して、緩和ケアに勤務する看護師が以下の4つのタイプの喪失・悲嘆を経験していることがわかった。

- 1) 関係が築かれた患者さんの死・その後の悲嘆
- 2) 喪失を予測しての悲嘆(予期悲嘆)
- 3) 個人の喪失との重なり

- 4) 専門職としてのセルフエスティームの喪失

4つのタイプそれぞれの喪失・悲嘆について、下記に看護師のコメントを添えて説明する。

- 1) 関係が築かれた患者さんの死・その後の悲嘆

患者が亡くなった後の看護師自身の悲嘆について、インタビューの中で重ねて語られた。

"もう1ヶ月ぐらい結構、仕事してても、その方のことをみんなと話すと、涙が出てきちゃった

りとか、なんかこう、いつもの自分じゃないって  
いうか。初めての経験ですけど、自分も喪失体験  
をしたんだなって、しばらくしてから感じたって  
いうか"

インタビューの中で「喪失体験」「心に穴が開いた」などの言葉を用いて、看護師自身の悲しみや感情が表現された。インタビューに参加した看護師が勤務するほとんどの緩和ケア病棟でプライマリーナース制が導入されており、入院時から退院時（死亡）そして死後の家族のグリーフケアにあたっていることがほとんどであった。「人対人」の関係を築いた対象が亡くなったとき、看護師はその死・喪失を悲しむことがインタビューを通して明確となった。

## 2) 予期悲嘆

予期悲嘆は、患者が死を予期し残していく家族を思い、また家族が愛する人の死を感じ亡くなった後のことを予期して悲しむことをさしている。しかし、筆者の研究においては看護師もまた予期悲嘆を経験していることがわかった。

"最初来られた時に、わりと自分のことも自分でできていて、元気っていったら何だけど、そういう方がだんだん状態が悪くなっていったってのは、結構つらいですね。何か寂しいというか"

"例えば2ヶ月、3ヶ月位のかかわり、受け持ちで、だんだん状態が悪くなってきて、いつ亡くなってもおかしくないって時は、やっぱり仕事行ってもすごく、何て言ったらいいんだろう、すごく落ち着かないっていうか、そわそわでもないけど、落ち着かないような感じ"

看護師は入院時と比べてだんだん低下してくる身体状況を目の当たりにし、この患者との別れのときが来ると予期して、患者が亡くなる前から悲しんでいることがわかる。

## 3) 看護師個人の悲嘆との重なり

この研究のインタビューに参加したほとんどの看護師が個人的な悲嘆を経験しており、仕事を通しての経験が時として自己の悲嘆と重なることを述べている。

"(母が亡くなったんですが) 同じような患者さん、同じような年齢の患者さんとか、「ああ、お母さんに似た人だったな」と思うときがあるんですけど、それ以外にも、娘さんがおられて、話を聞く

ことがあって。「ああ、私もそんなだったわ」って思うことがあります。私、古い人間なのかもしれないけど、泣いたらいけないってやっぱり思ってしまうんですよ。泣くことも必要だと思うんだけど、患者さんや家族の話を聞きながら「泣いたらだめ」って思うときもあって。だから、うるうるしながら、我慢している自分がいるんですけど。"

看護師個人の悲嘆の経験(両親や祖父母の死)は、普段の生活・仕事の中では特に表面化していないことが多かった。しかし、ケアを提供している患者の年齢・性別・疾患・症状・家族の状況・見た目(顔・面影)などが看護師自身の愛する人と重なるとき、看護師の悲嘆が再度心の痛みとして感じられることがある。

## 4) 専門職としての喪失

インタビューに参加した多くの看護師が、下記のように「もう少し何かできたのではないか」「私でなければもっと良いケアが受けられたのではないか」というような発言をした。

"すごく何ていうか、申し訳ないとか、何かもうちょっと、こうしてあげたらよかったとか、後で考えたりすることがある。すごく自分の未熟さを痛感というか"

インタビューを実施した第三者の筆者からすれば、これ以上何ができたのだろうかというような心からのケアを提供されていても、十分でなかったという思いを抱いている看護師が多かった。緩和ケアに携わる看護師として「疼痛やその他の症状の緩和をしたい」、「最期の願い(家に帰るなど)を叶えたい」との熱い思いでいても、そのゴールが達成されなかったとき、看護師が専門職としてのセルフエスティームの喪失を経験しているといえる。一言に悲嘆といっても、このように異なる喪失を通して看護師が悲嘆を経験していることがわかった。

## 4. 医療者の喪失の特徴

医療者が経験する喪失の特徴として、さらに「悲嘆の蓄積」と「社会に認められない悲嘆」の2つが挙げられる。

悲嘆の蓄積とは、「職業を通して経験する喪失・悲嘆であり、積み重なる可能性が高い」ことをいう(Aycock and Boyle 2009)。

仕事を通して悲嘆を経験する場合、それを十分



に悲しむ時間を持つことなしに、次の患者をお迎えしなければならぬのが現状である。その結果、医療者の悲嘆は蓄積する可能性があり、時としてそれはバーンアウトの原因になるともなるといわれている。

社会に認められない（公認されない）悲嘆とは、「医療者－患者の関係が、喪失・悲嘆を経験する関係と社会的に認められにくい」ことをいう（Doka 2002）。

医療者はケアを提供する専門家である。そうであるから、患者が亡くなってもそれを医療者が悲しむということや、医療者と患者の関係が悲嘆の原因になる関係であることが社会に認められにくいのが現状である。さらに言えるのは、時として医療者自身が「私はケアを提供する専門職であるから」と自分の悲嘆を認めないこともおこりうる。この現象に対して Papadatou (2009) は、「自分が苦しんでいるということに気づいて初めて、私たちはその苦しみに対して適切な方法で対処できるのです。でも、現代社会においてそれは簡単なことではありません。病気や疾患を経験している人が苦しんでいるのであって、医療者は苦しむ対象ではなく、ケアとサポートを提供する"プロフェッショナル"と見られているからです」と述べている。

## 5. 悲嘆のケアに携わる私たちに必要なこと

先に見たように、看護師は日々のケアの中で喪失に向き合い、悲嘆へのケアを提供している。またそのケアを通して、私たち看護師が喪失・悲嘆を経験する可能性もある。ケアを継続し続けることができるために、私たちに必要なこととして下記があげられる。

- ・レジリエンスの発展
- ・サポート
- ・自己認知・セルフケア

### 5.1 レジリエンス

レジリエンスは以下のように定義される（Machin 2007）。

「重大な困難や人生の危機に直面している状況において、効果的な適応をすることができる能力、そのプロセスと定義される。レジリエンスは、個人・グループ・コミュニティに適用され、困難を通しての成長の可能性を含む。」

筆者はこのレジリエンスを、「しなやかな強さ」と理解している。このレジリエンスという言葉自体は比較的新しいかもしれないが、実はレジリエンスは私たち看護師それぞれがもっているものである。インタビューに参加した看護師のコメントがそれを表している。

"多くの患者さんの生き方をみさせていただいて、私自身多くを学び、成長できていると思っています。この仕事を通して何かを与えられていて、それが私を人間として豊かにしてくれていると思います。"

看護師は仕事を通して死と向き合い、時として悲嘆を経験している。しかし、その看護師の中にレジリエンスがあり、これらの経験を通して学び成長すると語っている。このレジリエンスは、多くのストレス要因の中でも健康を保ち精神的に安定して機能することができる能力の大切な要素である。普段自覚していなくても、私達全てがこのレジリエンスをもっているといわれており、大切なのはこのレジリエンスを育て強め発展させていくことである（Tugade and Fredrickson 2004）。このレジリエンスをさらに発展させるために、「外からの要因」（サポート、ガイダンスなど）と「内からの要因」（コーピング、自己認知、セルフケアなど）が必要である。

### 5.2 サポート

「外からの要因」として職場で提供されるサポート・ガイダンスには、チーム内のサポートの形成、スーパービジョン、同僚間でのサポート、グリーフへの振り返り、教育の提供などが含まれる。効果的に機能するチームの構築、その中で幅広い意味でのサポート（スーパービジョン、同僚間でのサポート、グリーフへの振り返り、教育の提供）が提供されることが求められる。そのためには、サポートを提供する組織作りがまず必要だといえる。またサポートを受ける看護師も、同僚間のサポートにおいて同僚からサポートを受けると同時に、自分も同僚にサポートを提供する役割が求められることを認識し実践する必要がある。また患者ケアについてディスカッションするカンファレンスのみならず、看護師の気持ち、特に悲嘆を語り合うことができるようなミーティングも有用である。

### 5.3 自己認知とセルフケア

「内からの要因」は、セルフケアが主であり、そのためには自己認知が必要となる。自己認知は下記のように定義されている (Bernard 1986)。

「自己認知とは、自分について探求し続けることによって、少しずつ、そして継続的に全人的存在（行動・精神・身体・スピリチュアルな側面を含む）の自分について気づいていくプロセスをさす。それは、深い部分での自己理解を目的としている。」

大切なポイントは、自己認知とはプロセスを通しての自己探求であり、いっぺんに自分をわかてしまうような性質のものではないこと、そして、全人（行動・精神・身体・スピリチュアルな側面）としての自分に気づく深い自己理解をさすということである。具体的な自己認知の例としては、1) 自分の喪失経験について、そのプロセスについて考える、2) 自分のコーピング（適応）メカニズムについて知る、3) 自分の死生観を知る、深める、4) 自分のニーズに気づくこと、などがある。

筆者の研究の参加者が下記のように述べている。

"母親が亡くなってから普通に仕事もして、ほかの患者さんとかご家族と一緒にこう、涙したりしてたけども、私、自分の悲しみに泣いていたんだって。自分が悲しい、自分の悲しみに泣くうちは本当のケアしてないわって"

このコメントは、この看護師の自分自身の悲嘆に対する自己認知と言えるのではないだろうか。私たちが自分について気づき、認めることによって、自分に必要なセルフケアを実施していけるといえる。セルフケアにはいくつも定義があるが、下記を紹介する。

セルフケアとは「自分自身の生活・健康・幸せを維持するために、個人が率先して実行する活動のこと。セルフケアは、自己認知し自信をもつこと、目的や意味を見出すこと、それによって高められる個人の身体・精神・社会・スピリチュアルの健康と幸福をさす。」 (Grafton and Coyne 2012)

私たち医療者、特に看護師は、患者・家族のニーズをアセスメントし、ケア計画を立て、その必要を満たそうと絶えず努力している。しかしそれに加えて必要なことは、私たち自身が自分のニーズに気づき、セルフケア計画を立て、実践していく

ことである。セルフケアを通して私たちが心身ともに健康であることが、質のよいケアを提供するひとつの鍵と言えるのではないだろうか。セルフケアを全人的に実践する具体的な例として、以下をあげる。

- 1) 身体的セルフケア: バランスのとれた食事、睡眠、エクササイズと休息、リラクゼーション
- 2) 精神・感情的セルフケア: 自分を振り返るための時間、家族・友達との時間、強い感情を表現する機会、ユーモア
- 3) スピリチュアル面のセルフケア: 音楽、メディテーション、自然に触れる時間、祈り、振り返り、思い出、自分にとっての意味を深める
- 4) 職業上のセルフケア: バランスのとれた仕事量、ふっと息を抜く時間、同僚間のサポート、振り返り、スーパービジョン、カンファレンスに参加するなど専門性の向上、死生観に関する教育

これらはほんの一例であり、私たち看護師一人ひとりが自分にあうセルフケアを見つけ、実践し続けることが大切である。また、年齢や経験を重ねるごとに、個人に適したセルフケアが変わってくる可能性もある。これらに加えて、自分のコーピングに気づくこと、どこに助けを得るか知っておくこと、患者の死後など悲しいときに悲しむ許可を自分に与えることなどもセルフケアに含まれる。セルフケア実践のポイントとして、毎日手軽にできるケアの方法を持っておくこと、特別なときに行うセルフケアの方法を持っておくこと、セルフケアの実践を理解しサポートしてくれる友人・同僚をもつこと、そしてセルフケアを継続して行っていくこと、自分自身に対して優しいまなざしを持つことがあげられる。渡辺和子先生（ノートルダム清心学園）は書著「目に見えないけれど大切なもの」のなかで、「大切なのは、傷つかないことではなくて、傷ついた自分をいかに癒し、その傷から何を学ぶかではないでしょうか」と記しておられる（渡辺 2012）。私たち看護師も喪失や悲嘆を経験したとき、その自分の経験に気づき、その悲しみの癒しのために必要な行動をとり、そこから学んでいくことを渡辺先生は教えてくださっているのではないだろうか。

## 6. おわりに

本稿では、筆者の研究をもとに医療者、特に看護師の経験する悲嘆の特徴と、それに関連して看護師のもつレジリエンス、そしてレジリエンスを高めていくための実践について述べた。私たちの悲嘆やレジリエンスについて自己認知を深め、そして私たち自身に必要なサポートを受け、セルフケアを実践していくことは、私たちが日々質の良いケアを提供していくために必要なことといえよう。

### 引用文献

Aycock N and Boyle D (2009). Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 13, 183-191.

Bernard W (1986). Cognition, Emotion and Action. In Higgins T and Richard M (Eds), *Handbook of Motivation and Cognition: Foundations of Social Behaviour*, pp281-312. Guilford, New York.

Doka KJ (2002). *Disenfranchised Grief: New Directions, Challenges, and Strategies for Practice*. Research Press, Illinois.

Grafton E and Coyne E (2012). Practical self-care and stress management for oncology nurses. *The Australian Journal of Cancer Nursing* 13, 17-20.

Machin L (2007). Resilience and bereavement: Part 1. In Monroe B and Oliviere D (Eds), *Resilience in Palliative Care - Achievement in Adversity*, pp 157-165. Oxford University Press, Oxford.

McKissock M and McKissock D (1995). *Coping with Grief* (3rd ed). ABC Books, Sydney.

Papadatou D (2009). *In the face of death: professional who care for the dying and the bereaved*. Springer Publishing Company, New York.

Rando TA (1993). *Treatment of Complicated Mourning*. Research Press, Illinois.

Tugade MM and Fredrickson BL (2004). *Resilient*

*Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences*. *Journal of Personality and Social Psychology* 86, 320-333.

Shimoinaba K, O'Connor M and Lee S et al (2009). Staff grief and support systems for Japanese health care professionals working in palliative care. *Palliative and Supportive Care* 7(2), 245-252.

Shimoinaba K, O'Connor M and Lee S et al (2013). Developing relationships: A strategy for compassionate nursing care of the dying in Japan. *Palliative and Supportive Care* 12(6), 455-464.

Shimoinaba K, O'Connor M and Lee S et al (2015). Nurses' resilience and nurturance of the self. *International Journal of Palliative Nursing* 21(10), 504-510.

Stroebe MS and Schut H (2001). Models of Coping with Bereavement: A Review. In Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W et al (Eds), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care*, pp375-403. American Psychological Association, Washington DC.

渡辺和子(2012). 目に見えないけれど大切なもの—あなたの心に安らぎと強さを—. PHP 研究所, 東京.



### 著者連絡先

下稲葉かおり  
Nursing & Midwifery  
Monash University  
McMahons Rd. Frankston VIC 3199,  
Australia  
kaori.shimoinaba@monash.edu