

表13 各尺度の平均点

	各心理尺度の合計点			IES-R 震災			IES-R殉職		
	IES-R震災	IES-R殉職	BDI-II	侵入	回避	過覚醒	侵入	回避	過覚醒
平均	7.6	9	7.1	3	2.8	1.8	3.1	4.1	2.1
標準偏差	10.9	10.7	7.4	4.3	4.5	3.1	3.9	5.1	3.2
最小値	0	0	0	0	0	0	0	0	0
最大値	67	57	41	23	30	21	24	29	24
ハイリスク者 (該当%)	27 7.7%	36 10.3%	63 18.2%						

## V 参考文献

- 1) McFarlane, A.C.: Life events and psychiatric disorder: the role of a natural disaster. *Br. J. Psychiatry*, 151; 326-367, 1987.
- 2) McFarlane, A.C.: The aetiology of post-traumatic stress disorders following a natural disaster. *Br. J. Psychiatry*, 152; 116-121, 1988.
- 3) McFarlane, A.C.: The aetiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *Br J Psychiatry*, 154; 221-228, 1989.
- 4) Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T. et al.: Characteristics of emergency personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure; *Am. J. Psychiatry*, 153; 94-102, 1996
- 5) McCarroll, J.E., Ursano, R.J., Fullerton, C.S. et al.: Gruesomeness, emotional attachment, and personal threat: dimensions of the anticipated stress of body recovery. *J. Trauma. Stress*, 8; 343-349, 1995.
- 6) 神戸市消防局「雪」編集部, 川井龍介編: 阪神大震災—消防隊員死闘の記. 労働旬報社, 東京, 1995.
- 7) 岩井圭司, 加藤寛, 飛鳥井望ほか. 災害救援者の 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, 971-979, 1998.
- 8) Kato, H., Nakai, H., Aukai, N. et al.: Psychological outcomes among the firefighters after the 1995 Kobe Earthquake. 13th annual meeting for International Society for Traumatic Stress, San Antonio, 2000.
- 9) 加藤 寛 : 「こころのケア」の四年間—残されている課題. 「こころのケアセンター」編: 災害とトラウマ. みすず書房, 東京, p.151-172, 1999.
- 10) 加藤 寛, 飛鳥井望 : 災害救援者の心理的影響—阪神・淡路大震災で活動した消防隊員の大規模調査から—.*トラウマティック・ストレス* 2(1), 51-59, 2004
- 11) Asukai N., Kato H., Kawamura H., et al.: Reliability and validity of the Japanese language version of the Impact of Event Scale—Revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events. *J. Nerv. Ment. Dis.* 190; 175-182, 2002.
- 12) Aaron T. Beck, Robert A. Steer, Gregory K. Brown: 日本版 BDI-II—ベック抑うつ質問票—手引 (小嶋雅代, 古川壽亮 訳著). 日本文化科学社, 東京, 2003.
- 13) 中川泰彬訳著編: 国立精神衛生研究所モノグラフ 質問紙法による精神・神経症状の把握の理論と臨床応用.
- 14) 太田保之, 荒木憲一, 川崎ナヲミら: 災害ストレスと心のケア—雲仙・普賢岳噴火災害を起点に—. 医歯薬出版株式会社, 東京, 1996.
- 15) Kitamura T., Sugawara M., Aoki M. et al.: Validity of the Japanese version of the GHQ among antenatal clinic attendants. *Psychol Med*, 19: 507-511, 1989.

- 16) G.S.エヴァリー, J.T.ミッチェル: 惨事ストレスケアー緊急事態ストレス管理の技法ー(飛鳥井望監訳, 藤井厚子訳). 誠信書房, 東京, 2004.
- 17) 畑中美穂, 松井豊, 丸山晋ほか: 日本の消防職員における外傷性ストレス. *トラウマティック・ストレス* 第2巻第1号, 67-75, 2004.
- 18) 進藤啓子, 前田正治, 丸岡隆之ほか: 日常消防業務と PTSDー消防職員に対するメンタルヘルス調査の結果からー. 第2回日本トラウマティック・ストレス学会プログラム・抄録集, p28, 2003.
- 19) 兵庫県精神保健協会こころのケアセンター: 非常事態ストレスと災害救援者の健康状態に関する調査研究報告書ー阪神・淡路大震災が兵庫県下の消防職員に及ぼした影響. 1999.
- 20) 兵庫県精神保健協会こころのケアセンター: 災害救援者の心理的影響に関する調査研究報告書ー阪神・淡路大震災が消防職員に及ぼした長期的影響. 2000.
- 21) Richard A. Bryant, Allison G. Harvey: Posttraumatic Stress Reactions in Volunteer Firefighters. *Journal of Traumatic Stress*, vol. 9, No. 1, 51-62, 1996.
- 22) Dieter Wagner, Markus Heinrichs, Ulrike Ehler: Prevalence of Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in German Professional Firefighters. *Am J Psychiatry* 155: 12, 1727-1732, 1998.
- 23) 加藤寛, 岩井圭司: PTSD 経過論- 縦断研究の知見を通して -. *精神科治療学* 13(8); 955-961, 1998.
- 24) McFarlane, A.C., and Yahuda, R.: Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. *Traumatic stress: van der Kolk, McFarlane, A.C., and Weiseth, L. (edi.) pp155-181, The Guilford press, NY, 1996.*
- 25) Michael Maes, Laure Delmeire, Chris Schotte et al.: The two-factorial symptom structure of post traumatic stress disorder: depression-avoidance and arousal anxiety. *Psychiatry Research* 81, 195-210, 1998.
- 26) 白井明美, 小西聖子: PTSD と複雑性悲嘆との関連ー外傷的死別を中心にー. *トラウマティック・ストレス*第2巻第1号, 21-27, 2004.
- 27) (財)地方公務員安全衛生推進協会: 消防職員のための惨事ストレス対策. 2003.
- 28) 消防庁総務課: 消防職員の惨事ストレスの実態と対策の在り方ー消防職員の現場活動に係るストレス対策研究会報告書ー. *消防の動き*. 平成15年4月号 No.385, 2003.
- 29) 加藤 寛、藤井千太、中井久夫ほか. 阪神・淡路大震災が高齢被災者におよぼした長期的影響-精神症状スクリーニング法の検討. *大阪ガスグループ福祉財団研究調査報告書* 14 : 47-53, 2001
- 30) Hall R.C., Gardner E.R., Perl M. et al.: The professional burnout syndrome. *Psychiatr Opinion* 16(4), 12-17, 1979.

- 31) 樋口進：成人の飲酒実態と関連問題の  
予防に関する研究. 厚生労働省、2004.
- 32) Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet,  
E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995).  
Posttraumatic stress disorder in the  
national comorbidity survey. *Archive  
of General Psychiatry*. 52, 1048-1060.
- 33) 長沼洋一ら：双極性障害疫学研究の最  
近の動向. *臨床精薬理*、8、265-275、  
2005.
- 34) Rothbaum, B., Foa, E., Riggs, D.,  
Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A  
prospective examination of  
post-traumatic stress disorder in  
rape victims. *Journal of Traumatic  
Stress*, 5, 455-475.
- 35) 吉川武彦：心の健康に関する疫学調査  
の実施方法に関する研究. 厚生労働科  
学研究費補助金 こころの健康科学研  
究事業、2003.

平成16年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
分担研究報告書

消防隊員のメンタルヘルス調査  
PTSD 症状の遷延化と有効な精神保健活動のあり方について

分担研究者 前田正治（久留米大学神経精神医学教室）  
研究協力者 矢島潤平（別府大学文学部人間関係学科）  
大岡由佳（久留米大学比較文化研究科）

**【研究要旨】**

災害や事故などで救助活動に従事する消防隊員は、惨事ストレスにさらされる機会が多く、最近、消防隊員やその家族に対するケアや啓蒙活動が社会的に注目されている。本研究では、消防隊員のメンタルヘルス向上と PTSD を含む健康状態の把握を目的に、福岡県内の消防職員を対象として、IES-R, GHQ-28, Q-les-Q, CISS, POMS, Social support 及び Burn out など複数の質問紙調査を実施した。IES-R が 25 点以上である隊員は 12% であり、惨事ストレスを経験している隊員は 60% であった。消防隊員は、PTSD への危険率が高く、非日常的なイベントを経験している個人が多いことを示唆している。特徴的なこととして、GHQ-28 による健康状態が悪い隊員が多いこと、ほとんど全ての隊員が上司や同僚などからのサポートを受けていることが明らかとなった。コーピング方略では、勤務年数が長い隊員は、問題焦点コーピングを選択し、勤務年数の短い隊員は情動コーピングを選択していた。この結果は、一般従事者よりも健康状態は悪いにも関わらず、サポート資源などを有効に利用し心身の安定を調節していることを示唆している。IES-R の 25 点以上をハイリスク群、25 点未満を健常群として、その他の尺度を比較検討したところ、GHQ-28, Burn out, POMS のネガティブな気分及び情動的コーピング、回避の点数が高く、生活の満足度が低かった。つまり、IES-R 得点が高値である個人は、PTSD 症状を示すだけでなく、メンタルヘルスが悪化していることが示唆される。

## A 研究目的

日本では、最近発生した新潟中越地震をはじめとして、阪神淡路大震災、地下鉄サリン事件、ガルーダ航空機墜落事件など、これまでの生活では考えられないような事件や自然災害が発生した。それに伴い、心的外傷後ストレス障害（PTSD）が社会的に注目されてきた。現在 PTSD をとりまく状況は、多様化しており、発生機序、疾患概念、支援方法などが変化しつつある<sup>1)</sup>。

消防隊員は、米国にて「最もストレスに満ちた職についている」といわれるように、心身ともに負担の多い職業である。ニューヨーク同時多発テロで消防隊員の活躍とともにその仕事の危険性が注目されるようになった。ミッチェル<sup>2)</sup>は、「救急隊員が出場する現場は、人の生死に関わる場面が多く、日常生活のストレスをはるかに超えるような状況下で常に活動している。救急隊員をはじめとする職業的な災害救済者の職に従事しているものは、仕事についてから3ヶ月以内に、一般の人たちが人生で経験する悲惨な出来事のほとんどを目撃するといわれている」と消防隊員と惨事ストレスとの関連性を指摘している。日本でも、阪神淡路大震災で救助にあたった多くの消防隊員のメンタルヘルスが不調であるとの研究結果<sup>3)</sup>がきっかけとなり、消防隊員のメンタルヘルスが注目されるようになった。これまで我々は、ガルーダ事故の被害者を対象にした調査で、消火活動や人命救助に関わっている消防隊員に過度な負担がかかりストレスとして身体的症状を示していることが臨床的経験により明らかにしてきた<sup>4)</sup>。消防隊員の特有の

身体不調状況について、災害救助者が現場活動で遭遇する精神的ストレスが惨事ストレス（Critical Incident Stress）<sup>5)</sup>として認知されるようになり、消防隊員特有の心身状態が問題視されるようになってきた。前田ら<sup>6)</sup>は、福岡市消防隊員を対象として PTSD を含むメンタルヘルス調査を IES-R や GHQ-28 等によって行い、一般就労群に比べて約2倍の12.1%の PTSD ハイリスク群、また2倍の28.3%の精神・神経不調の消防隊員が存在していることを報告した。IES-R のハイリスク群には PTSD 診断を CAPS 面接によって実施したところ、有病率が0.9%であった。これら知見から消防隊員が一般就労者に比べて PTSD への罹患率が高いことを明らかにした。しかしながら、事故や大きな災害時の報告は増えてきているにもかかわらず、日常におけるメンタルヘルス報告は少なく教育的介入など未開な部分が多いのが現状である。

そこで本研究では、消防隊員のメンタルヘルス向上と PTSD を含む健康状態の把握を目的に、福岡県内の消防職員を対象として、IES-R、GHQ-28、Q-les-Q、CISS、POMS、Social support 及び Burn out の質問紙調査から多角的に検討した。

## B 研究方法

### B-1 対象者と手続き

北九州市消防局に勤務する消防関係者（指揮隊、消防隊、救助隊、救急隊、指令課、水難救助隊、水上隊、航空隊、事務職など）987名を対象とした。なお、有効回答数481名（回収率48.7%、男性466名、女性10名、無記載5名）を本調査の分析

対象とした。

2004年3月～6月に、職場を通じて調査用紙、研究者の挨拶文、調査用紙に関する注意点のリーフレット及び返信用封筒を対象者に配布した。回答に関する質問等は電話にて個別に受けた。調査用紙の回収方法は、対象者自身が記入後、封筒にて投函した。

倫理面として、回答したかの有無を含むすべての個人結果については、消防本部に一切報告せず、業務や昇進等に影響がないように配慮した。各個人の結果については、調査項目の簡略な説明用紙と結果を封書にて送付した。

## B-2 調査項目

属性：性別、年齢、生年月日、身長、体重、消防業務の在籍年数、所属、職務、勤務形態について測定。

健康状態：Breslow の健康基準に基づく7つの尺度(タバコ、朝食、間食、運動習慣、睡眠時間、適度なアルコール、体型)について測定。

日本語版出来事インパクト尺度 (IES-R: Impact of Event Scale Revised) (Asukaiら<sup>7)</sup>)：強いストレスを伴う出来事に関して22項目から構成される質問にどの程度強く悩まされたか測定。なお、飛鳥井ら<sup>7)</sup>によるイベントチェックリストを消防隊員用に多少変更した16項目を基準のイベントとした。

精神健康調査 (GHQ-28) (中川ら<sup>8)</sup>)：最近一週間の精神健康度を身体的症状、不安と不眠、社会的活動障害及びうつ傾向の4つの下位尺度28項目について測定。

Quality of Life Enjoyment and

Satisfaction Questionnaire (Q-les-Q)

(Endicott<sup>9)</sup>)：日常生活における楽しみと満足度を16項目より測定。

Coping Inventory for Stressful Situation

(CISS) (古川<sup>10)</sup>)：日常生活におけるストレスラーについてのコーピングを課題優先対処、情緒優先対処及び回避優先対処の3つの下位尺度48項目から測定。

気分プロフィール質問紙短縮版 (POMS)：

現在の気分や感情を緊張-不安 (T-A)、抑うつ-落ちこみ (D)、怒り-敵意 (A-H)、活気 (V)、疲労 (F) 及び混乱 (C) の30項目より測定。

Social support (川上ら<sup>11)</sup>)：

NIOSH 職業性ストレス調査票 (National Institute for Occupational Safety and Health) の一部で社会的支援に関する上司、同僚及び家族・友人について、4項目の質問について測定。

Burn out (久保ら<sup>12)</sup>)：バーンアウト (心理的な疲労感や虚脱感) に関する3つの尺度 (情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感) を17項目から測定。

Big Five (和田ら<sup>13)</sup>)：パーソナリティ特性に関して5つの尺度 (外向性、情緒不安定、開放性、誠実性、調和性) 60項目から測定。

## B-3 分析方法

各尺度の妥当性を検討するために、主因子法のバリマックス回転にて因子分析をした。ハイリスク群とローリスク群との比較には t 検定を施行した。全ての解析には、SPSS10.5 for windows を使用した。

## C 研究結果

### C-1 属性

表1に示すように、消防業務の在籍年数は、各年代に等分に分布しており、消防隊と救助隊が主であり82%が24時間の交代制勤務に従事していた。Breslowの7つの健康習慣の定義による健康状態では①喫

煙無し54.7%、②飲酒を適度にするかまたは全くしない63.6%、③定期的にかなり激しい運動をする63.6%、④適性体重を保つ(BMIを参考)46.4%、⑤7~8時間睡眠をとる38.7%、⑥毎日朝食をとる81.5%、⑦不必要な間食をしない55.5%であり、健康7は4.04点であった。

表1 属性と健康状態

		N	%			N	%	平均	
在籍	10年未満	107	22.5	勤務状況	交代勤務	393	82.0		
	20年未満	108	22.7		毎日勤務	86	18.0		
	30年未満	128	26.9		たばこ	喫煙者	218	45.3	
	40年未満	133	27.9			本数	228		21.83
所属	指揮隊	39	8.2	禁煙年数		140		11.56	
	消防隊	182	38.1		睡眠時間	478		6.23	
	救助隊	38	7.9	運動習慣	ある	306	66.8		
	救急隊	94	19.7		週3日以上	117	47.0		
	指令課	18	3.8	朝食	毎日	392	81.7		
	水難救助隊	19	4.0		間食	とらない	267	56.0	
	水上隊	2	0.4	飲酒状況	飲まない	46	9.6		
	航空隊	5	1.0		毎日	175	36.7		
	その他	81	16.9	健康7		481		4.04	

### C-2 各尺度の妥当性の確認

今回の調査は、質問項目が多様であったので、各尺度が測定する内容重複が認められないかを検討するため、すべての質問項目を、主因子法、バリマックス回転にて因子分析を行った(表2)。その結果、以下に示す6つの因子を抽出しそれぞれ命名した。

因子1:ネガティブ症状(情緒不安、身体症状、社会活動障害、うつ状態、緊張不安、落ち込み、怒り-敵意、疲労、混乱)

因子2:PTSD症状(再体験症状、回避麻痺症状、覚醒亢進症状)

因子3:ポジティブ健康(Q-les-Q、外向

性、開放性、誠実性、調和性、活気、個人的達成感)

因子4:ソーシャルサポート(上司、同僚、配偶者・友人)

因子5:コーピング方略(課題優先対処、情緒優先対処、回避優先対処)

因子6:バーンアウト症状(消耗感、脱人格)

なお、信頼性分析をクロンバッハの $\alpha$ 係数で求めたところ、0.701であり、信頼性も高いことが確認できた。



表2 因子分析の結果

	1	2	3	4	5	6
情緒不安	0.41	0.25	-0.40	0.11	0.12	0.12
身体的症状	0.52	0.03	-0.07	-0.01	0.13	0.08
不安と不眠	0.70	0.27	-0.21	0.04	0.09	0.07
社会的活動障害	0.59	0.38	-0.20	0.03	0.00	0.07
うつ傾向	0.50	0.39	-0.19	0.00	0.01	0.24
緊張-不安	0.83	0.22	-0.10	0.03	0.15	0.02
落ち込み	0.80	0.24	-0.13	0.02	0.10	0.16
怒り-敵意	0.69	0.12	0.12	-0.07	0.11	0.06
疲労	0.79	0.06	-0.05	0.04	0.08	0.20
混乱	0.69	0.23	-0.15	-0.16	-0.04	0.19
再体験	0.30	0.84	0.02	-0.04	0.12	0.07
回避麻痺	0.19	0.78	-0.05	-0.02	0.10	0.12
覚醒亢進	0.34	0.80	0.02	-0.05	0.13	0.13
Q-les-Q	-0.40	-0.16	0.46	0.05	0.04	-0.02
外向性	0.01	-0.03	0.65	0.00	-0.04	0.01
開放性	0.01	0.11	0.55	-0.01	0.06	0.07
誠実性	-0.18	-0.07	0.29	-0.02	0.05	-0.17
調和性	-0.21	0.05	0.38	-0.11	0.06	-0.17
活気	-0.09	-0.09	0.77	0.08	0.11	-0.05
達成感	-0.03	0.01	0.62	-0.05	0.08	-0.13
上司	-0.03	-0.06	-0.05	0.55	-0.05	0.04
同僚	-0.03	0.02	0.04	0.94	0.03	-0.02
配偶者	0.03	0.00	-0.02	0.69	-0.01	-0.03
課題	-0.04	0.00	0.30	0.00	0.58	0.02
情緒	0.29	0.33	-0.27	0.01	0.79	0.07
回避	0.22	0.10	0.20	-0.06	0.61	0.05
消耗感	0.47	0.22	-0.12	-0.04	0.07	0.56
脱人格	0.33	0.29	-0.25	0.01	0.12	0.79

### C-3 基礎情報

表3に調査用紙の平均値と標準誤差を示した。Q-LES-Qは、 $67.9 \pm 0.7$  (平均値 $\pm$ 標準誤差)であった。IES-Rは、 $10.87 \pm 0.6$ であり、再体験症状 $4.3 \pm 0.3$ 、回避・麻痺症状 $4.3 \pm 0.3$ 、過覚醒症状 $2.3 \pm 0.2$ であった。経験したことのあるイベントについては、95% (456名)が何らかの衝撃的な出来事の体験を挙げており、その体験が到底忘れることが出来ないと考えている消防隊員は、61.7%であった。IES-Rのカットオフポイントを25点以上とすると、

10.2% (49名)がPTSDのハイリスク群であった(表4)。IES-Rハイリスク群の挙げたイベントを表5に示した。ほとんどが消防隊員特有のイベントであり惨事ストレスであった。性格特性は、外向性 $54.8 \pm 0.5$ 、情緒不安 $48.0 \pm 0.6$ 、開放性 $53.4 \pm 0.4$ 、誠実性 $50.4 \pm 0.5$ 、調和性 $54.7 \pm 0.4$ であった。GHQ-28は、総合点が $5.90 \pm 0.1$ であり、身体的症状 $2.3 \pm 0.1$ 、不安と不眠 $2.0 \pm 0.1$ 、社会的活動障害 $1.2 \pm 0.1$ 、うつ症状 $0.5 \pm 0.1$ であった。カットオフポイントを5/6とすると、41.6% (200名)の

消防隊員が健康状態で精神的・身体的問題を抱えていることが明らかになった(表4)。CISSの各下位尺度は、課題優先対処 50.6±0.6, 情緒優先対処 36.2±0.5, 回避優先対処 35.6±0.5であった。POMSはそれぞれ, T-A 43.2±0.4, D 46.9±0.4, A-H 47.6±0.4, V 44.8±0.5, F 45.5±0.4, C48.4±0.41であった。Burn outは、情緒的消耗感 11.5±0.2, 脱人格 10.8±0.2,

個人的達成 16.8±0.2であった。個人的達成が多少低い結果となっていた。なお、田尾ら<sup>14)</sup>の診断基準に基づくと、情緒的消耗感, 脱人格化, 個人的達成感の順にハイリスクの者が多くなってきていた。Social supportについては、上司 10.0±0.2, 同僚 9.7±0.2, 配偶者・友人 9.5±0.2であった。また、ほとんど多くの消防隊員がいずれかのサポートを受けていた。

表3 基礎情報

	ave	se		ave	se	
Q-les-Q	67.90	0.7	CISS	課題優先	50.60	0.6
IES-R	10.88	0.6		情緒優先	36.21	0.5
再体験症状	4.30	0.3		回避優先	35.58	0.5
回避・麻痺	4.33	0.3	POMS	緊張-不安	43.23	0.4
過覚醒	2.41	0.2		落ち込み	46.97	0.4
Big Five 外向性	54.77	0.5		怒り-敵意	47.68	0.4
情緒不安	48.09	0.6		活気	44.80	0.5
開放性	53.40	0.4		疲労	45.52	0.4
誠実性	50.39	0.5		混乱	48.43	0.4
調和性	54.68	0.4	Burn out	消耗感	11.53	0.2
GHQ-28 Total	5.91	0.3		脱人格	10.75	0.2
身体的症状	2.28	0.1		達成感	16.75	0.2
不安と不眠	1.98	0.1	Social support	上司	9.98	0.2
社会的活動障害	1.15	0.1		同僚	9.71	0.2
うつ傾向	0.49	0.1		配偶者	9.45	0.2

表4 IES-RとGHQ-28のハイリスク群とローリスク群

	N	%	ave	se
IES-R			11.10	0.7
年数			9.12	0.6
High Risk	49	12.2	36.48	2.0 **
Low Risk	353	87.8	7.54	0.4
GHQ-28			5.71	0.3
High Risk	200	41.6	11.21	0.3 **
Low Risk	281	58.4	2.14	0.1

\*\*p<0.01(vs Low Risk)

表5 IES-Rハイリスク群の挙げたイベント

イベント	%
殺人・自然災害・事故の現場目撃	34.9
その他、ほとんどの人が体験しないショッキングな出来事	20.9
消防活動・救助活動で人を助けられなかった体験	11.6
同僚の死亡・大怪我, 自然災害, 火事・爆発事故	7.0
H I Vや肝炎・結核者との接触で感染しそうな体験	4.7

#### C-4 IES-R ハイリスク群のメンタルヘルス

表6に示すように IES-R25 点以上をハイリスク群, 25 点未満をローリスク群と設定し, 各下位尺度それぞれ比較検討した. Q-LES-Q では, ローリスク群に比較してハイリスク群は有意に低値であった. GHQ-28 では, ローリスク群に比較してハイリスク群は全ての項目で有意に高値であった. CISS では, ローリスク群に比較してハイリスク群は情緒優先対処と回避優先対処を

選択していた. 性格特性では, ローリスク群に比較してハイリスク群は情緒不安が有意に高値であった. POMS では, ローリスク群に比較してハイリスク群は緊張-不安, 落ち込み, 怒り-敵意, 疲労及び混乱が有意に高値であった. バーンアウトでは, ローリスク群に比較してハイリスク群は, 情緒的消耗感と脱人格化が有意に高値であった. ソーシャルサポートではいずれの項目に有意な差は認められなかった.

表6 IES-Rのハイリスク群とローリスク群の比較

		High risk	Low risk			High risk	Low risk	
GHQ28	total	11.9	5.1 **	Q-les-Q		60.0	69.0 **	
	身体的症状	3.3	2.2 **		POMS	緊張-不安	52.6	41.8 **
	不安と不眠	3.8	1.7 **			落ち込み	56.2	45.8 **
	社会的活動障害	2.9	0.9 **			怒り-敵意	54.9	46.6 **
	うつ傾向	1.8	0.3 **			活気	43.9	44.5
			疲労	52.8		44.8 **		
CISS	課題優先	51.9	50.2	Burn out	混乱	56.5	47.4 **	
	情緒優先	47.7	34.2 **		消耗感	14.4	11.2 **	
	回避優先	41.8	34.5 **		脱人格	14.0	10.3 **	
Big Five	外向性	54.1	54.6	Social support	達成感	16.9	16.8	
	情緒不安	56.7	47 **		上司	10.2	9.9	
	開放性	54.4	53.1		同僚	9.8	9.7	
	誠実性	49.2	50.6		配偶者	9.0	9.5	
	調和性	54.9	54.8					

\*\*p<0.01 (vs High risk)

#### C-5 GHQ-28 ハイリスク群のメンタルヘルス

表7に示すように GHQ-28 の6点以上をハイリスク群, 6点未満をローリスク群と設定し, 各下位尺度それぞれ比較検討した. IES-R では, ローリスク群に比較してハイリスク群は有意に高値であった. Q-LES-Q では, ローリスク群に比較してハイリスク群は有意に低値であった. CISS では, ローリスク群に比較してハイリスク群は情緒優先対処と回避優先対処を選択していた. 性格特性では, ローリスク群に比較し

てハイリスク群は情緒不安が有意に高値であり, その他の項目は有意に低値であった. POMS では, ローリスク群に比較してハイリスク群は緊張-不安, 落ち込み, 怒り-敵意, 疲労及び混乱が有意に高値であり, 活気が有意に低値であった. バーンアウトでは, ローリスク群に比較してハイリスク群は, 情緒的消耗感と脱人格化が有意に高値であり, 達成感が低値であった. ソーシャルサポートではいずれの項目に有意な差は認められなかった.

表7 GHQ-28のハイリスク群とローリスク群の比較

		High risk	Low risk			High risk	Low risk
IES-R		15.5	7.6 **	POMS	緊張-不安	49.2	39.0 **
健康7		3.9	4.1 **		落ち込み	52.4	43.2 **
Q-les-Q		61.4	72.6 **		怒り-敵意	51.3	45.1 **
CISS	課題優先	50.3	50.8		活気	41.2	47.3 **
	情緒優先	40.4	33.2 **		疲労	51.6	41.2 **
Big Five	回避優先	37.2	34.5 **		混乱	53.0	45.1 **
	外向性	52.3	56.6 **	Burn out	消耗感	13.6	10.0 **
	情緒不安	54.4	43.6 **		脱人格	12.4	9.6 **
	開放性	52.4	54.1 +		達成感	16.0	17.3 **
	誠実性	48.7	51.6 **	Social support	上司	10.2	9.8
	調和性	52.6	56.2 **		同僚	10.0	9.5
					配偶者	9.8	9.2

+p<0.10, \*\*p<0.01 (vs High risk)

## D 考察

### D-1 属性と因子分析

健康状態では、食習慣や運動については望ましい行動を実施しているが、喫煙（45.3%）や飲酒（36.7）などの嗜好品や睡眠時間については望ましくない行動を選択していた。後述するが、GHQ-28のハイリスク群が非常に多い原因として睡眠が影響を及ぼしている可能性が示唆される。これらの結果から、睡眠、喫煙に関する指導の必要性が示唆される。

表2が示している因子分析の結果は、6つの因子が抽出されたことより、各尺度がそれぞれ高い妥当性を示しており、今回の調査で総合的なメンタルヘルスを把握していることが示唆される。

### D-2 IES-R

カットオフポイントを25点とすると、12.2%（49名）の消防隊員がPTSDのハイリスク群と認められた。過去の一般就労者を対象とした同様の研究では5.9%であり、約2倍であった。前田らの福岡市消防局を対象とした同様の研究<sup>6)</sup>では、12.1%であった。Wagnerら<sup>24)</sup>のドイツの調査では、18.2%、Al-Naserら<sup>25)</sup>による報告では、

18.5%、Bennettら<sup>26)</sup>の英国の調査では、22%である。これらの知見から、消防隊員が他の職業に比較してPTSDの有病率が特異的に高いことが示唆される。また、表5が示すように、ハイリスクの起因となるイベントはほぼCISであり、これらの要因が、消防隊員のハイリスクが多い要因である可能性が考えられる。

### D-3 GHQ-28

GHQ-28総得点の平均値は、5.90±5.5であり、これは通常カットオフが6点以上であることからメンタルヘルス上の問題を多く抱えていることが明らかとなった。下位尺度を詳細に検討してみると、うつ症状以外の項目が中等度の症状を超えていることが明らかになっており、メンタルヘルス上の問題を強調している。ハイリスク群の割合も41.6%と高く、健康状態については精神的、身体的問題を抱えていることが明らかになった。この値は、一般の労働者のハイリスクの割合が14.5%と比較すると約3倍であった。前田らの消防隊員を対象とした同様の研究<sup>6)</sup>では、ハイリスク群も28.4%、ガルーダ航空事故<sup>4)</sup>では40%と報告されている。これらの知見から、消防

隊員は、メンタルヘルスに問題を抱えていてその特徴的な傾向として、身体症状や不安症状が強く認められることが示唆される。

#### D-4 Q-LES-Q

Q-LES-Q は、Endicott の換算表から導き出される平均点は 50 点であるため、本研究における消防隊員の QOL (生活の質) は高いことが明らかとなった。Ozer<sup>16)</sup> は、感情障害患者の QOL とうつ状態の関連性を明らかにした。Warshaw<sup>17)</sup> は、PTSD 患者は、持続的な覚醒亢進症状やトラウマと関連する刺激の持続的回避、情動的反応の全般的麻痺を介して QOL に影響を及ぼすと報告している。今回の調査結果は、GHQ-28 上は問題を抱えているにもかかわらず、QOL による評価には反映されなかった。消防隊員は、何らかの問題を抱えながらも職業意識の高さや市民の安全を守る使命感などが強く、QOL が高い可能性が考えられる。これらの知見から、生活の満足に対する認知は高いことが示唆される。

#### D-5 CISS

欧米の調査による報告では、課題優先対処 58.6、情緒優先対処 39.2、回避優先対処 38.1 であり、本研究の結果と比較すると、すべての項目で 1 割程度低かった。神経症患者の平均値は課題優先対処 54.0、情緒優先対処 42.3、回避優先対処 40.1 となっており、先行研究による情緒優先対処が軽度神経症性障害と判断されなかった個人より高かった。これらの知見から、消防隊員は、神経症性障害レベルでないことが判明したが、課題優先対処は低いことが示

唆される。これを詳細に検討してみたところ、若い世代 (20 歳代) が課題優先対処より情緒優先や回避優先を選択しているのが明らかとなった。そして年齢と職務期間の上昇に伴い課題優先対処を選択することも分かった。サポートの部分でも後述するが、コーピング能力には上司や先輩からの伝達や経験が大きく影響することが示唆される。

#### D-6 Big Five

消防隊員の性格特性の傾向として、外向性、開放性及び調和性に優れたパーソナリティであることが見受けられる。一方で、情緒不安の傾向は、消防隊員によって個々の差異が大きいことが伺える。これについては後述するが、性格特性の情緒不安が個々の状態によって異なっており精神症状と密接に関連していることが示唆される。

#### D-7 POMS

今回の消防隊員の平均得点では POMS の危険圏内にはすべての項目が入っていないが、活気が低く、混乱と疲労は高いことが特徴として挙げられる。これら意欲や活力の低下を示す疲労や、当惑や思考力低下を示す混乱は、ストレス反応の一環として出現していることから、消防隊員が何らかのストレス状況下に置かれていることを示唆している。また、今回の結果では極めて抑うつ傾向が低く、GHQ-28 でのうつ症状ともパラレルに関連していることから、精神的ストレスによって落ち込みなどにより業務が遂行できなくなるまでの水準には至らないことが推測される。

#### D-8 Burn out

田尾ら<sup>14)</sup>が示す診断基準に基づくと、①情緒的消耗感、②脱人格化、③個人的達成の3つが存在し、それぞれ21点以上、18点以上、12点以下の個人が、極めて注意が必要と判定される。今回の研究では、個人的達成が若干低い結果であった。個人的達成感の低さは、使命感が強く自分を厳しく評価するという消防隊員の性質を反映している可能性が考えられる。Evan<sup>18)</sup>は、一般成人のバーンアウトハイリスク群が5.25%に比較して、救急隊員は8.6%と高値と報告した。これらの知見から、通常時には燃え尽きという症状を呈している消防隊員は少ないが、CISなど特定の状況下に暴露された時に介入する必要があることが明らかとなった。

#### D-9 Social support

PTSD症状の改善という面では、ソーシャルサポートは強く影響する。今回の結果から、消防隊員の社会的支援の状況はかなり良い環境にあるということが示唆される。このような体制を継続することが、CIS等の非日常場面に遭遇した時も隊員同士で互いにケアできる環境づくりに貢献できる。

#### D-10 IES-R とその他の尺度との関連性

表6が示すように、IES-Rハイリスク群の特徴として、生活への満足度が低く、GHQ-28での精神身体症状に何らかの問題を持っており、POMSでのネガティブ感情が高いことが明らかとなった。Darves-Bornoz<sup>19)</sup>ら、前田らも同様の結果を

報告している。これらの知見からIES-Rのハイリスク群の個人は、心身の健康状態が悪化していることを示唆しており、単なる心身の不調への対策のみならずPTSD症状を呈している個人に対して適切な対処を介入する必要性が考えられる。

IES-Rハイリスク群とローリスク群では、コーピング対処方法が異なっていた。ローリスク群はストレスへの対処として、課題優先対処と情緒優先対処を積極的に使用してストレスを軽減させているが、ハイリスク群は情緒優先対処に頼って行動するようになることが明らかとなった。Endler<sup>20)</sup>は、情緒優先対処と精神病理との関連を指摘し、Jehel<sup>21)</sup>もPTSDハイリスク群は情緒優先対処と正の相関、課題優先対処とは負の相関がみられたという報告をしている。これらの知見から、PTSDに罹患することで同時に精神病理的な問題を抱え、コーピングの方略も情緒に頼るネガティブな方略に向かうことを示唆している。

性格傾向としては、情緒不安にのみが差異が認められた。しかしながら、今回の結果からだけでは、IES-Rハイリスク群に、情緒不安の強い個人が成りやすいとはいえない。IES-Rハイリスク群はメンタルヘルス上に何らかの問題を抱えていることは明らかであるので、それが情緒不安に影響を及ぼした可能性が示唆される。PTSDと性格傾向の報告はいくつかみられるがPTSDの原因への指摘は若干でありデータを集めるなど今後の検討が必要である。

バーンアウトでは、消耗感と脱人格化が悪い傾向であった。Ploegら<sup>22)</sup>は、PTSDと疲労、Robinsonら<sup>23)</sup>はPTSD群の情緒的消

耗感が高いと PTSD とバーンアウトとの関係を指摘している。これらの知見から、バーンアウトに対する教育も同時に行う必要がある。

これらの結果から、IES-R がハイリスクである個人ほど、メンタルヘルスに問題があり、性格特性も影響している可能性が示唆される。

一つの特徴として、ソーシャルサポートとの関連性が認められなかった。これは消防という組織が、普段の業務からお互いに協力することが求められているので、PTSD に関係なくサポートを受けていると感じていることが示唆される。

#### D-11 GHQ-28 とその他の尺度との関連性

表7が示すように、GHQ-28 で心身健康が悪いと判断されるハイリスク群の特徴として、PTSD ハイリスク群と同様、QOL が低く、コーピングは情緒優先や回避優先によって対処し、物事を筋道立てて考えるといった課題優先対処ができない傾向が見出された。PTSD ハイリスク群と異なっていて GHQ-28 ハイリスク群は、課題優先対処とソーシャルサポートを除く全ての尺度と関連していた。GHQ-28 がハイリスクである個人ほど、メンタルヘルスに問題があり、ローリスクである個人ほどメンタルヘルスが良いたことが示唆される。この結果は、消防隊員のメンタルヘルスを把握するには GHQ-28 が最適であることを示唆している。

#### D-12 メンタルヘルス教育

これらの調査結果を踏まえ、サポートの重要性やよりよい職場環境への提案が考えられる。災害などが発生した時には、こ

ころの専門家は被災者へのケアが中心となって、消防隊員をはじめとして警察、自衛隊、医師、看護師などへの関与は後手になるのが現状である。メディアを中心として社会や世間の目からさらされており、かなりの負担を強いられる。そのため、日頃のメンタルヘルス教育が重要となってくる。このような現状に鑑み、某消防局において、定期的に惨事ストレス委員会を設け、精神科医、産業医、保健婦、心理士、ソーシャルワーカー等が消防局幹部と共に今後のケア対策を行った。調査を実施した消防局では、消防隊員へのケアシステムの第一段階としてグループミーティングを提唱した。症状を呈しているケースは専門家の関わりが必須ではあるが、その前段階として日常業務でのフリートキングを中心としたお互いをサポートしあうことが大事であるとの結論が導かれた。特に、小隊長を中心とする上司へのメンタルヘルス教育と部下の話をいかに聴くかというトレーニングを実施することが重要と考える。当然、消防職員を理解するなど専門機関としての受け入れ態勢を整備し、対応することも重要である。

#### E 結論

本研究では、消防隊員のメンタルヘルスの実態調査を実施し、消防隊員のメンタルヘルスが問題であるかについて検討してきた。メンタルヘルス調査を実施したことで、多面的に消防隊員像が把握でき、そしてこれが今後のケアシステム構築の際の土台となった。

IES-R は PTSD 即ちストレス性のトラウマ反応をさし、GHQ-28 は、全般的な心身の不

健康状態反応を反映している。PTSD ハイリスク群と想定される群は、GHQ-28 ハイリスク群のように性格傾向までに多大な影響を与えている可能性は少なかった。POMSの下位項目としても活気についても関連性がなく、仕事等における個人的達成感との相関も見受けられなかった。つまり、PTSDとは、単に心身の状態が悪化する精神症状ではなく、トラウマ反応としての特有の傾向を示すということである。ただPTSDハイリスク群は、トラウマ反応に応じる形で、生活のQOLや、コーピング方法、心身の健康状態、気分等にも影響を与える傾向が認められることから、ただのトラウマ反応だけではないことの認識をしなければならない。

#### 引用文献

- 1) 金 吉晴 特集 PTSD の理論と治療の実際、こころの臨床, 21, 155-157, 2002
- 2) J. T. ミッチェル, G. S. エヴァリー 高橋 祥友訳 2002, 緊急事態ストレス・PTSD マニュアル
- 3) 岩井圭司, 加藤 寛, 飛鳥井望他: 災害救援者の 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 ; 971-979
- 4) 前田正治, 前田久雄: ガルーダ機事故被災者への精神的影響について, 平成 12 年度研究報告書, 2000
- 5) Mitchell, JT & Every, GS: Critical incident stress debriefing-an operation manual for prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers. Chevron Publishing Corp, Maryland, 1995
- 6) 前田正治, 丸岡隆之, 進藤啓子他: 日常消防活動における消防隊員の PTSD について, 平成 13 年度厚生科学委託研究費報告書, 2001
- 7) Asukai N, Kato H, Kawamura N, Kim Y, Yamamoto K, Kishimoto J, Miyake Y, Nishizono-Maher A.: Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events. J Nerv Ment Dis., 190 (3) :175-82, 2002
- 8) 上里一郎監修: 「日本版 GHQ」『心理アセスメントブック』, 西村書店, 2003, 319-327
- 9) Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R : Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. Psychopharmacol Bull., 29 (2) :321-326, 1993
- 10) 古川寿亮・鈴木ありさ, 齊藤由美, 濱中淑彦: CISS 日本語版の信頼性と妥当性: 対処行動の比較文化研究への一寄与, 精神神経学雑誌, 95, 8, 602-621, 1993
- 11) 川上憲人: 職業性ストレスの健康影響に関する長期コホート研究. 労働省平成 7 年度「作業 関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書, 1996,15-20
- 12) 山本真理子編集, 堀洋道: 測定尺度集 (1) 人間の内面を探る“自己・個人内過程”



- サイエンス社, 2001, 72-76
- <sup>13)</sup> 和田さゆり: 性格特性用語を用いた BigFive 尺度の作成, 心理学研究, 67, 1, 61-67
- <sup>14)</sup> 田尾雅夫, 久保真人『バーンアウトの理論と実際』誠信書房, 1996
- <sup>15)</sup> 厚生労働省 精神・神経疾患研究委託費 外傷ストレス関連障害の病態と治療ガイドラインに関する研究班『心的トラウマの理解とケア』じほう, 2001
- <sup>16)</sup> Ozer S, Ulusahin A, Batur S, Kabakci E, Saka MC.: Outcome measures of interepisode bipolar patients in a Turkish sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Jan;37(1):31-37, 2002
- <sup>17)</sup> Warshaw, M.G., Fierman, E., Pratt, L., Hunt, M., Yonkers, K.A., Massion, A. O. & Keller M.B. (1993): Quality of life and dissociation in anxiety disorder patients with histories of trauma or PTSD, *Am. J Psychiatry*, 150, 1512-1516, 1993
- <sup>18)</sup> Evan der Ploeg and R J Kleber.: Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms., *Occup Environ Med*, 60 Suppl 1, i40-6, 2003
- <sup>19)</sup> Darves-Bornoz JM, Pierre F, Lepine JP, Degiovanni A, Gaillard P.: Screening for psychologically traumatized rape victims., *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 77, 1, 71-75, 1998
- <sup>20)</sup> Endler NS, Parker JD, Butcher JN. : A factor analytic study of coping styles and the MMPI-2 content scales., *J Clin Psychol.*, 49, 4, 523-527, 1993
- <sup>21)</sup> Jehel L, Duchet C, Paterniti S, Consoli SM, Guelfi JD.: Prospective study of post-traumatic stress in victims of terrorist attacks, *Encephale.*, 27, 5, 393-400, 2001
- <sup>22)</sup> van der Ploeg E, Dorresteyn SM, Kleber RJ.: Critical incidents and chronic stressors at work: their impact on forensic doctors., *J Occup Health Psychol.* , 8, 2, 157-166, 2003
- <sup>23)</sup> Robinson JR, Clements K, Land C.: Workplace stress among psychiatric nurses. Prevalence, distribution, correlates, & predictors., *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2003 Apr;41(4):32-41
- <sup>24)</sup> Wagner, D, Heinrichs, M, Ehlert, U: Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. *Am J Psychiatry*, 155, 1727-1732, 1998
- <sup>25)</sup> Al-Naser F, Everly GS Jr. : Prevalence of posttraumatic stress disorder among Kuwaiti firefighters. *Int J Emerg Ment Health*, Spring1(2) : 99-101, 1999
- <sup>26)</sup> Bennett P, Williams Y, Page N, et al : Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. *Emerg Med J* 21 : 235-236, 2004

平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

分担研究報告書

DV 相談員の二次的外傷性ストレスと職務ストレス

分担研究者：小西聖子（武蔵野大学人間関係学部 教授）

本研究は、全国の配偶者暴力相談支援センターに勤務する相談員の二次的外傷性ストレスについて外傷的出来事と職務ストレスの視点から検討する。対象は 210 名の相談員で、人口統計学的変数、職業的関連の変数、そして外傷的出来事を個人的な外傷体験群と仕事上の外傷体験群に分類して調査した。IES-R と職業性ストレス簡易調査票を実施した。その結果、PTSD のハイリスク者の割合は 22.1%であった。また個人的外傷体験者も、仕事上の外傷体験者も PTSD のハイリスク者となりうることが示された。群別で IES-R 得点に影響を与える要因は、個人的外傷体験群では見出されなかったが、仕事上の外傷体験群では経験月数と、仕事ストレス要因のうち量的労働負荷・身体的労働負荷・コントロール・職場環境と関連があることが示唆された。

**Key Words** DV 相談員, 外傷的出来事, 二次的外傷性ストレス, 職務ストレス

## はじめに

近年、虐待、性暴力、ドメスティック・バイオレンス、犯罪、災害、事故などのトラウマティックな体験をした被害者に関わる対人援助職のメンタルヘルスに関心もたれるようになってきている。これまで対人援助職のメンタルヘルスへの影響は、心身の疲労や情緒的消耗感を中心としたバーンアウト<sup>19)</sup>や、逆転移の文脈で研究されることが多かった。しかし、特にトラウマを抱えた人々を援助する際に、従来の概念ではとらえきれない影響やストレスを支援者も体験することが明らかとなってきた。

Figley<sup>2)</sup>は、災害現場の救急隊員、医師、看護師、心理療法家、ソーシャルワーカー、ボランティアなどの領域でトラウマの問題を抱えた被害者を援助する支援者がトラウマティックな出来事を聞き、共感的に関わった結果、被害者と同様に PTSD の症状や抑うつ、様々な身体症状などの影響を受けると述べた。その影響を「二次的外傷性ストレス」(Secondary traumatic Stress) またはその同義語として「共感疲労」(Compassion fatigue) という概念で紹介した(以下、「二次的外傷性ストレス」: STS とする)。同様に McCann と Pearlman<sup>10)</sup> は、支援者が受ける特有のストレスや影響を「代理トラウマ」(Vicarious traumatization, 以下 VT とする) という概念で提唱し、Pearlman & Saakvitne<sup>14)</sup>

が詳述している。その影響は、支援者自身のアイデンティティや世界観の変容、安全感や信頼感などの心理的ニーズ、信念、そして感覚上の変化が起こるとしている。

その後、実証的な研究がアメリカを中心に行われている。Pearlman & MacIain<sup>13)</sup> と、Schauben & Fraizer<sup>16)</sup> の研究が、この領域における研究の基礎となっている。

Pearlman & MacIain<sup>13)</sup> は、自称トラウマセラピスト 188 人を対象にトラウマに関わることへの影響を調査している。最も重い心理的症状を経験していたのは経験年数の短い援助者であり、また個人的なトラウマ歴の有無により状態に差があったと示唆している。Schauben & Fraizer<sup>16)</sup> は、性暴力の被害者の援助に関わる 148 人のサイコロジストとカウンセラーを対象に心理的な影響を調査した。その結果、性被害者のケースを高率で担当する援助者は信念の崩壊、PTSD 症状や VT を経験すると報告している。また援助者の個人的なトラウマ歴と症状には関係がなかったとしている。

Illife & Steed<sup>5)</sup> は、DV 相談員 18 人を対象に半構造化面接によって VT 症状と認知的シエマの変化について調査した。相談員はトラウマティックな出来事を聞くことに衝撃をうけており、安全感、世界観、信頼感、ジェンダーに関する認知的シエマに変化があったと報告している。以後 STS および VT に寄与する要因については多数の要

因が報告されている。Rosenbloom ら<sup>15)</sup>は援助者の個人的トラウマや所属する組織状況の要因をあげている。

わが国においては、池埜<sup>4)</sup>、大澤<sup>12)</sup>と小西<sup>8)</sup>が STS と VT の概念を「バーンアウト」と「逆転移」の概念と対比させながら紹介している。そして相談業務の領域において STS や VT の視点を入れた実証的研究は開始されたばかりで、数少ないのが現状である。その中で西<sup>11)</sup>は、シェルターのスタッフを対象に、STS は過剰な同一化と回避の要因が関与し、ソーシャルサポートのネットワーク量と満足度が STS の緩和になっていると報告している。嶋崎<sup>17)</sup>は、DV 相談員と医療心理職の就業状態とメンタルヘルスを比較した調査を報告している。その結果、医療心理職に比べて DV 相談員は職務上、暴言などの暴力を受けている人が多い傾向があることを示した。現在、職場における暴力は精神科看護の中でも問題となっている。小宮ら<sup>7)</sup>は、患者からの身体的・言語的・性的な暴力がもたらす看護師の心理的・身体的影響について面接調査を実施した。その結果、PTSD の症状を呈する可能性のある看護師がいることを報告している。

暴力に対する社会的認知とともに、被害者への支援活動がより一層行われるようになってきているが、被害相談の急増にともない相談員のメンタルヘルスの問題も浮上

している。そこで本研究は公的機関の支援体制の整備と対策の一助となることを目的に、全国の配偶者暴力相談支援センターに勤務する相談員を対象に STS の視点から PTSD のハイリスク者の割合と、個人的および職務上の外傷的出来事の体験率、そして PTSD の症状に影響を与える要因を検討する。

## 方 法

### 1. 対象者と調査手続き

対象者は所在が公開されていた全国都道府県の配偶者暴力相談支援センターに勤務する相談員で(以下「DV 相談員」とする)、各機関に調査依頼状を送付した後、本調査の目的と実施に同意が得られた機関へ調査票を送付した。その際、各回答者が個別・無記名で記入し、各個人で返信ができるように返信用の封筒を同封して調査票を配布し、郵送で返却を求めた。倫理的な配慮から、各回答者へは文書であらためて本調査の目的と参加協力の依頼状を同封した。そして回答者の個人情報の秘匿と研究目的以外には使用しないことを約束し、最終的に各回答者が本調査の参加の可否を判断できるようにした。配布した質問紙は 312 名。回収した質問紙は 210 名で、回収率は 67.3%であった(有効回答率 100.0%)。

### 2. 調査期間

2003 年 8-9 月に調査票を発送し、9 月