

表1 アンケート対象者

消防署・分署・出張所	対象者
消防局	24
中央	11
東灘	12
長田	11
兵庫	1
須磨	1
西	9
北	4
有馬出張所	3
ひよどり台	2
水上	3
不明	6
合計	87

平均年齢は、35.9 歳 (SD7.8) 年齢分布では、30 歳代が最も多く、全体の約 6 割を占めていた。婚姻状況を見ると、未婚は 16.5%、既婚は 77.6%、離別が 5.9%であった。勤務年数の平均が 14 年 (SD8.8) で、消防士長が 48.8%、司令補 38.4%、司令以上 11.6%、退職者が 1.2%である。現在の勤務種別は、隔日 24 時間勤務が 75.6%で、日勤者は 24.4%であった。これらの結果は、調査対象者らが、十分な職務経験を積み、且つ、第一線で活躍するだけの体力を兼ね備えた、バランスが整った熟練隊員の集団であることを示唆している。

2) 事故時の状況

表 3 に事故時の状況および事故による影響について示した。幸いなことにケガを負った隊員は皆無であったが、対象者の約 1 割は「命の危険」を感じ、7 割近い職員が「悲惨な光景を目撃した」と答えている。また、現場での作業中に「恐怖感」あるいは「無力感」を体験した職員は、それぞれ全体の 25%と 40%であった。最後に、現場

での活動がその後の業務あるいは私生活に影響をもたらしたか否かを問うたところ、業務に大きな変化があったと答えた隊員は全体の 4 割で、私生活にもその余波があったと感じている職員は約 15%に上っている。

3) 対処方法

今回の事故現場や通常業務に伴う惨事ストレスへの対処方法を表 4 にまとめた。こちらが提示した 10 の方法に対して「役に立つ」「役に立たない」「利用しない」の評価をしてもらったところ、役に立つ対処方法は「同僚と話す (92.0%)」、「趣味に熱中する (86.2%)」、「訓練および運動する (81.6%)」、「家族や友人に話す (79.3%)」の順であった。逆に、「(惨事ストレスをもたらす) 事故について考えない (41.4%)」、「仕事に熱中する (31.4%)」、そして「隊員としての技術研磨に励む (12.6%)」と「酒を飲む (12.6%)」が、役に立たない対処方法の上位に上がった。

表2 調査票回収87名の基本属性

年齢	平均±S.D.	35.9±7.8	
	最年少	24	
	最年長	57	
婚姻状況	未婚	14	16.5%
	既婚	66	77.6%
	死別	0	0.0%
	離別	5	5.9%
同居人数	0人	10	11.8%
	1人	11	12.9%
	2人	14	16.5%
	3人	28	32.9%
	4人	15	17.6%
	5人	7	8.0%
最終学歴	高等学校	49	57.6%
	高専・短大	4	4.7%
	大学・大学院	32	37.6%
勤務年数	平均±S.D.	14.4±8.8	
	最年少	1	
	最年長	38	
現在の階級	消防士	0	0.0%
	消防副士長	0	0.0%
	消防士長	42	48.8%
	司令補	33	38.4%
	司令以上	10	11.6%
	その他	1	1.2%
現在の勤務種別	隔日24時間勤務	65	75.6%
	日勤	21	24.4%
現在の勤務年数	平均±S.D.	2.1±2.4	
	最年少	2ヶ月	
	最年長	12	
医療機関通院	通院していない	77	88.5%
	事故以外の理由で通院中	10	11.5%
	事故による負傷のため通院	0	0.0%
職務負傷での入院歴	なし	82	94.3%
	あり	5	5.7%
精神科通院歴	なし	86	98.9%
	あり	1	1.1%
心の相談機関歴	なし	86	98.9%
	あり	1	1.1%

(%:有効パーセント)

表3 事故時の状況

加療ケガ			
	ない	87	100.0%
	ある	0	0.0%
命の危険			
	感じなかった	78	89.7%
	感じた	9	10.3%
悲惨な光景			
	見なかった	27	31.0%
	見た	60	69.0%
恐怖感			
	感じなかった	64	73.6%
	感じた	23	26.4%
無力感			
	感じなかった	52	60.5%
	感じた	34	39.5%
自責感			
	感じなかった	76	87.4%
	感じた	11	12.6%
業務への影響			
	影響なし	54	62.1%
	少しあった	30	34.5%
	あった	30	3.4%
	とてもあった	0	0.0%
私生活への影響			
	影響なし	74	85.1%
	少しあった	13	14.9%
	あった	0	0.0%
	とてもあった	0	0.0%

(%:有効パーセント)

表4 対処方法

同僚と話す			
	役に立った	80	92.0%
	役に立たない	2	2.3%
	利用しない	5	5.7%
家族友人に話す			
	役に立った	69	79.3%
	役に立たない	3	3.4%
	利用しない	15	17.2%
仕事熱中			
	役に立った	43	50.0%
	役に立たない	27	31.4%
	利用しない	16	18.6%
訓練運動			
	役に立った	71	81.6%
	役に立たない	9	10.3%
	利用しない	7	8.0%
技術研磨			
	役に立った	65	74.7%
	役に立たない	11	12.6%
	利用しない	11	12.6%
飲酒			
	役に立った	50	57.5%
	役に立たない	11	12.6%
	利用しない	26	29.9%
事故不考			
	役に立った	24	27.6%
	役に立たない	36	41.4%
	利用しない	27	31.0%
趣味熱中			
	役に立った	75	86.2%
	役に立たない	6	6.9%
	利用しない	6	6.9%
専門家相談			
	役に立った	40	46.5%
	役に立たない	1	1.2%
	利用しない	86	52.3%
学習フィードバック			
	役に立った	68	78.2%
	役に立たない	7	8.0%
	利用しない	12	13.8%

(%:有効パーセント)

表5 惨事ストレス

惨事ストレス体験(震災・殉職事故を除く)	
ない	82.6%
ある	17.4%
職務以外での外傷体験	
ない	88.5%
ある	11.5%

(%:有効パーセント)

4) 惨事ストレス体験の有無

阪神大震災および先の殉職事故以外で職務中の惨事ストレス体験の有無を尋ねたところ(表5)、17.4%が「ある」と答えた。また、職務以外での外傷体験については、11.5%の職員が「ある」と答えた。

5) 心理尺度結果

(平均点とハイリスク者)

IES-R および BDI-II の結果を表6に示した。IES-R は、 5.0 ± 5.2 、BDI-II は 5.1 ± 5.1 だった。それぞれ 24/25 点、13/14 点をカットオフ値としてハイリスク者の判定をおこなったところ、IES-R は該当者なし、BDI-II は 6.9% (6/87) であった。

(事故時の状況)

表3に示した事故時の状況に関する項目に該当するか否かで2群に分け、心理尺度結果の平均値を比較した(Mann-Whitney U検定 両側水準)。有意な差が認められた項目と尺度結果について記載する。

①「悲惨な光景」

「見た」と答えた人は以下の尺度において有意に点数が高かった：

IES-R 合計($Z=-3.91$, $p=.0001$)、IES-R 侵入($Z=-3.87$, $p=.0001$)、IES-R 回避($Z=-2.56$, $p=.01$)、IES-R 過覚醒($Z=-2.96$, $p<.005$)、BDI 合計($Z=-3.15$, $p<.005$)、BDI 身体感情($Z=-3.67$, $p=.0001$)

表6 各尺度の平均点

	各心理尺度の合計点		IES-R 震災		
	IES-R	BDI-II	侵入	回避	過覚醒
平均	5.0	5.1	2.4	1.4	1.3
標準偏差	5.2	5.1	3.1	1.9	1.7
最小値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
最大値	21.0	22.0	16.0	8.0	7.0
ハイリスク者 (該当%)	0 0.0%	6 7.1%			

②「恐怖感」

「感じた」と答えた人は以下の尺度において有意に得点が高かった：

IES-R 合計($Z=-2.59$, $p=.01$)、IES-R 侵入($Z=-2.20$, $p<.05$)

③「無力感」

「感じた」と答えた人は以下の尺度において有意に得点が高かった：

IES-R 合計($Z=-2.00$, $p<.05$)、IES-R 侵入($Z=-2.01$, $p<.05$)

④「自責感」

「感じた」と答えた人は以下の尺度において有意に得点が高かった：

IES-R 合計($Z=-3.05$, $p<.005$)、IES-R 侵入($Z=-2.66$, $p<.01$)、IES-R 過覚醒($Z=-2.81$, $p=.005$)、BDI 合計($Z=-2.57$, $p=.01$)、BDI 認知($Z=-2.00$, $p<.05$)、BDI 身体感情($Z=-2.76$, $p<.01$)

⑤「業務での変化」

「あった(『少しあった』と『あった』を合算した)」と答えた人は以下の尺度において有意に得点が高かった：

IES-R 合計($Z=-2.19$, $p<.005$)、IES-R 過覚醒($Z=-2.45$, $p<.05$)

⑥「私生活での変化」

「(少し)あった」と答えた人は以下の尺度において有意に得点が高かった：

IES-R 合計($Z=-3.93$, $p=.0001$)、IES-R 侵入($Z=-3.17$, $p<.005$)、IES-R 回避($Z=-2.67$, $p<.01$)、IES-R 過覚醒($Z=-2.54$, $p<.05$)

(惨事ストレスおよび外傷体験の有無)
表5に記した惨事ストレスおよび外傷体験の有無で2群に分け、尺度結果の平均を比較した。有意差を認めた項目と結果のみを示す。

①惨事ストレス

「ある」と答えた人は以下の尺度において有意に得点が高かった：

IES-R 合計($Z=-2.17$, $p<.05$)、IES-R 回避($Z=-2.14$, $p<.05$)、BDI 合計($Z=-2.71$, $p<.01$)、BDI 認知($Z=-2.48$, $p<.05$)、BDI 身体感情($Z=-2.63$, $p<.01$)

【考察】

尺度結果によると、IES-Rのハイリスク者はなし、BDI-IIは7.1%であった。本調査で対象となった消防職員は今回の出動から大きな影響を受けておらず、屈強な集団であることが示唆された。阪神大震災の教訓が日頃の訓練や日常業務に活かされており、惨事ストレスへの取り組みも緩衝効果をもたらしていると思われる。

しかし、大きな影響は出ていないものの、事故の影響を左右する要因があったのは事実であり、それらについて以下に論じる。

DSM-IV(1994)は、ある出来事がPTSDの原因になるには、自分あるいは他者の命が脅かされる、あるいは大怪我を負う、またはそのような状況を目撃すると同時に、その体験には強い恐怖、無力感と戦慄が伴っていないとしない、としている。『悲惨な光景を見た』、そして『恐怖感』あるいは『無力感』を感じた」と答えた職員がPTSD症状を測定するIES-Rで有意に高い得点だったのは当然のことであろう。

再体験症状を測定する「侵入」の下位尺度得点はほとんどの項目で有意に高い得点であることが認められた。この結果は、McFarlane(1992)が消防士(N=290)を対象に行った横断研究で、IES-Rの侵入下位尺度得点が外傷体験とPTSD発症の因果

関係を示す唯一の要因であったと報告していることと共通している。

「悲惨な光景を見た」と答えた人は、ほとんどすべての尺度で有意に高い得点だった。脱線事故を起こした列車の中は、要救助者が折り重なり、人数の確認さえもままならない、経験を積んだレスキュー隊員にとっても凄惨な場面だったと言われており（尼崎市消防局、2005）、そのような現場を目の当たりにした隊員の得点が高かったのはうなずける。しかし、なぜ、BDI-IIの認知的側面を測る下位尺度には違いが見られなかったのだろうか。認知下位尺度は、「悲しさ」、「悲観」、「過去の失敗」、「被罰感」、「自己批判」、「無価値感」などの9項目で構成されている。現場は騒然としており、消防隊員であれば、中の様子は実際に見なくても容易に想像ができ、多くの命が失われたとの事実だけで、自らの役割（＝人命救助）を全うできない辛さが、悲惨な光景を見なかった隊員の認知得点を高くした原因と考えられる。

また、この事故は連日連夜マスコミにも大きく取り上げられた。直後からクレーン車を使い、テレビカメラは消防職員が活動している現場を、頭上から撮影しており、現場の情報は仲間以外からも得られていた可能性も高く、今回の結果をもたらしたのかもしれない。

「自責感を抱いた」と答えた人も同様、ほとんどの尺度で有意に高い得点だったが、回避下位尺度では有意な差は認められなかった。先述のMcFarlane(1992)によると、回避は再体験がもたらす苦痛や苦悩を緩和させる試みとして使われる。この調査においてもIES-Rの下位尺度では侵入の得点が

回避および過覚醒のそれを上回っていた。回避の得点が高くても不思議でない状況で、指摘されていることとは逆の結果が示しているのは、107名の死者と549名の負傷者を出した現場に関わる中で、救えなかった命や早く救出することが出来なかったことを教訓として今後の活動に生かして行きたいとの気持ちが反映されているのだと思われる。

事故後、「業務および私生活への変化があった」と答えた人は、IES-R結果のいくつかが有意に高かった。「私生活への変化があった」と答えた人は、IES-Rの合計点と下位尺度すべてで有意な差が認められているが、「業務への変化があった」と答えた職員は、IES-Rの合計と過覚醒のみで差が見られただけだった。この結果は、業務活動が私生活へも影響をもたらすことを示しており、今後の予防対策が肝要であることを示唆している。

最後に、過去に「惨事ストレスがある」と答えた職員は、BDI-IIの合計および下位尺度の両方で、そしてIES-Rの合計と回避において有意に高い得点だった。外傷体験は長期に亘り心理的な影響をもたらすことが報告されており（Yehuda, 1998）、Northら（1999）やSimon（1999）が示唆する通り、過去の体験がこの事故がもたらした症状を強めているのかもしれない。

しかし、私生活における外傷体験の有無は心理尺度結果の差に違いをもたらしておらず、業務が私生活に影響をもたらすことはあっても、トラウマ体験に関しては、私生活での影響が業務に侵入していないことを示唆しており、興味深い。「どんな悲惨な現場に行っても、制服を着ているとスイッ

チが切り替わるようで、少々のことでは驚かない」と語る隊員は多く、経験の蓄積とプロ意識がなせる技なのだろう。しかし、それだけの訓練や意識を持っている職員でも「悲惨な光景を見た」と答えた隊員は、心理尺度の結果が有意に高かった。つまり、この事故はそれだけ衝撃的なものだったということが窺える。

【文献】

- 1) 尼崎市消防局：JR 福知山線列車脱線事故消防活動概要、2005
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, Fourth edition; DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
- 3) McFarlane, A.C.: Avoidance and intrusion in posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous Mental Disorder*, 180:439-504, 1992.
- 4) North, C.S., Nixon, S.T., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, J.C., Sprints-nagel, E.L., and Smith, E.M.: Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA*, 282, 755-762, 1999.
- 5) Simon, R.I.: Chronic Posttraumatic Stress Disorder: A review and checklist of factors influencing prognosis. *Harvard Review of Psychiatry*, 6, 304-312, 1999.
- 6) Yehuda, R. : Psychological trauma. Washington: American Psychiatric Press, Washington DC, 1998.

平成 17 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

精神科病棟看護従事者におけるトラウマティック・ストレス

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

【 研究要旨 】

精神科看護師は、業務中において患者様からの暴力等に遭遇するとの報告が多くみられる。しかしながら、精神科看護師を対象とした衝撃的出来事やトラウマティックストレスの程度に関する研究報告は少ない。本研究は、看護師が遭遇する衝撃的出来事の傾向と PTSD を含む健康状態の把握を目的に、精神科病棟を持つ 2 病院を対象に、IES-R、GHQ28、POMS、MBI、BSCP など複数の質問紙調査を実施した。看護師の経験した衝撃的出来事の上位は、身体的暴力、言語的暴力、自殺の目撃であり、かつ 9 割の看護師が何らかの出来事に遭遇して精神的ショックを受けていた。IES-R のハイリスクである 25 点以上は 14.5%、GHQ-28 のハイリスクである 7 点以上は 51.6%もいた。GHQ-28 は性差がみられたが、IES-R では性差はみられなかったことより、男性看護師も女性看護師と同様に PTSD への罹患が高い職種であることが明らかとなった。暴力被害にさらされ PTSD 症状を呈している個人は、コーピングやバーンアウトなどでも何らかの問題を有していた。これらの知見から、看護師が受ける暴力を軽減していく対策と同時に、暴力を受けた個人に対するケアシステムについてソフト面とハード面から十分に検討する必要があることが明らかになった。

I. はじめに

最近、消防隊員や警察官をはじめとする様々な職種において、自らの職務遂行中に遭遇する外傷反応に関する研究が数多く行われ、PTSD有病率やGHQとの関連性など多くの知見が得られている。職種によっては、惨事ストレス (critical incident stress : CIS) と呼ばれる深刻なトラウマを受傷することも少なくなく、PTSDを含む外傷反応のケアや予防 (心理教育や啓発活動) も大きな焦点となっている。こうした背景のもと医療現場では、「国際看護師の日 (2001年制定)」以降、看護師の暴力被害の削減を目指し様々な取り組みが国際的に注目されるようになってきた。しかし、依然として看護師の労働条件は、国際看護師協会 (International Council of Nurses) によるガイドライン (1999)¹が示すように、概して、不十分な職員配置基準と管理、臨時職員と経験不足のスタッフの雇用、医療単位への孤立した責任体制を含めたスタッフ構成、夜間の通勤を含む交替制勤務、医療施設における手薄な安全対策、親密な身体的接触を要求する介入、過重な仕事量、家庭への訪問時に外部との連絡がつきにくいなどの様々な問題を抱えている。このような環境で働いている看護師は、他の医療従事者に比べ職場で暴力を受けるリスクが最も高いと報告されている²。

本邦における過去の知見からも、精神科看護師の暴力遭遇の過多を報告している。旭ら (1993)³の精神科病院の看護師 509名を対象にした報告では、これまで患者から身体的な攻撃を受けており、そのうち約3割は調査時より3ヶ月以内であった。Ito

(2001)⁴の精神科病院 1494人を対象にした報告では、過去1年に身体的暴力を受けた看護師は41.3%もみられた。一般の身体科病院では、これまで暴行を受けたまたは受けそうになった個人が11.3% (三木ら、1997)⁵であることと比較すると、精神医療に従事する看護師は患者からの暴力に暴露される可能性が非常に高いことが示唆される。精神科看護師の被暴力率については、炭鋺夫などの他の伝統的な危険な職業よりも職場環境の危険性が高いという指摘もみられる⁶。

本研究では、精神科看護師が患者から受ける暴力的体験を質問紙と面接法によって、その実態を把握するとともに、そのような暴力体験がもたらす心的影響について検討することを目的とした。

はじめに、予備的調査として、精神科看護師を対象に集団面接を実施し、その結果を参考に看護師から挙げられた暴力等を分類整理し、イベントチェックリストを作成した。その後、そのリストを用いて、看護師が受ける暴力の程度や PTSD 症状の出現の程度について検討した。同時にメンタルヘルスに関する複数の質問紙調査を実施し関連性について検討した。

II. 対象者

A 総合病院精神科 (急性期治療病棟)、B 単科精神病院 (急性期治療病棟・閉鎖病棟・開放病棟他) に勤務する全看護師を対象に、質問紙による無記名の調査を行った。以下に示す各質問紙を小冊子としてまとめ、各病棟で本研究の趣旨等に関する説明を文書

並びに口頭にて行った上、職場で配布した。自宅等で記載してもらった後、各病棟単位で回収を行った（原則として全看護師より回答を得た）。質問紙は無記名であったが、質問紙は封をして回収するなど記載者のプライバシーには十分な配慮をした。

Ⅲ. 方法

1. 看護師用イベントチェックリスト (ECN)

本研究に先立って、総合病院精神科（急性期治療病棟）に勤務する複数の看護師に対して、面接による聞き取り調査を行い、入院患者やその家族から被る外傷的体験の具体的内容を把握した。その結果をベースに看護師用イベントチェックリスト (the Event Checklist for Nurses: ECN) を独自に作成した（補遺参照）。同時に、それらのイベント発生時間や発生場所などの具体的な状況ならびに暴力等の体験を被る危険性の認識や施設の暴力対策への満足度についても調査した。

2. その他の質問紙

2-1 出来事インパクト尺度 (The Impact of Event Scale-Revised: IES-R)

この自記式尺度は、PTSD の侵入症状、回避症状、覚醒亢進症状の 3 症状を査定できるように構成されており、災害や犯罪、事件、事故の被害など多くのフィールドで用いられている。本研究では、飛鳥井ら (2002) ⁷ の結果に基づき、PTSD 事例率の cut off point を 24/25 とし 25 点以上をハイリスク群と設定した。

2-2 精神健康調査票 28 項目版 (General Health Questionnaire 28 items: GHQ-28)

GHQ は、非器質性、非精神病性精神障害のスクリーニングを目的に作成された⁸。日本語版 GHQ-28 は中川・大坊により作成されており、cut off point は、5/6 とされているが⁹、一方で福西 (1990) ¹⁰ は cut off point を 6/7 としたときに全誤認率が低かったと報告しており、その背景には、日本人の middle range の傾向があると報告している。今回の調査では、福西の区分点を採用し、7 点以上をハイリスク群と設定した。

2-3 気分プロフィール検査 (Profile of Mood States: POMS)

この尺度は、対象者がおかれた条件によって変化する一時的な気分の状態を測定できることが特徴である。最近の生活環境における典型的かつ持続的な気分の状態を表すのに十分に長く、かつ治療の急性効果を見るのにちょうどよい短さとして原則 1 週間の気分について尋ねる¹¹。緊張-不安 (Tension-Anxiety: T-A)、抑うつ-落込み (Depression-Dejection: D)、怒り-敵意 (Anger-Hostility: A-H)、活気 (Vigor: V)、疲労 (Fatigue: F)、混乱 (Confusion: C) の 6 因子から構成されている。日本語版は、横山ら (1994) ¹² が開発し標準化を行った。今回の調査では、日本語版 POMS の短縮版 (30 項目) を使用した。

2-4 燃え尽き症候群尺度 (Maslach Burnout Inventory: MBI)

Maslach¹³ によって開発されたバーンアウト尺度であり、本邦においては久保ら

(1992)が改訂したMBI改訂版バーンアウト尺度が多く使用されている。この尺度は、「情緒的消耗感 (Emotional Exhaustion; E) : 肉体的疲労ではなく心理的な疲労感・虚脱感のことを指す」、「脱人格化 (De-personalization; DE) : 煩わしい人間関係を避けたり、個々の個人差や人格を無視し機械的に対応する傾向」、「個人的達成感 (Personal Accomplishment; P) : 仕事の成果に伴って感じる成功感や効力感であるが、バーンアウトの症状としては反対にこういった達成感が低下してしまう徴候が見られる」の3因子から構成されている^{14,15}。

2-5 コーピング特性簡易尺度 (the Brief Scales for Coping Profile: BSCP)

BSCPは、影山(2004)¹⁶によって開発された職域集団に適した簡便で実用的な対処行動の評価尺度であり、「積極的問題解決(原因を調べ解決しようとしたり、冷静に考えてみる)」、「問題解決のための相談(解決策を相談したり関係者と話し合ったりする)」、「気分転換(趣味娯楽で気を紛らわしたり旅行外出など活動的になる)」、「他者を巻き込んだ情緒発散(誰かに愚痴を聞いてもらったり、そのような状況に追いやった人を責めたり、関係のない人に当り散らす)」、「回避と抑圧(問題を放り出したり何もしないで我慢する)」、「視点の転換(よい面だけを考えたり、これもよい経験だと思うようにする)」の6因子から構成されている。

3. 統計処理

統計的検定にはt検定と χ^2 検定を施行した。SPSS11.5 for windowsを使用し、図

表等に関してはExcel併用もすることで解析を試みた。有意水準は、1%と5%を採用した。

IV. 結果

1. 基本データ

1-1 属性

回収した数は2病院で男性34名・女性88名・不詳2名の計124名であった。表1に有効回答者の基本属性を示した。年齢分布は、20代(39名;32.2%)・30代(30名;24.8%)・40代(32名;26.4%)・50代(20名;16.5%)で平均的にばらついていた。精神科勤務歴においては、1年~5年が3割弱と一番多く、病棟種別は、閉鎖病棟、急性期病棟合わせて8割を占めていた。健康行動では、睡眠、喫煙及び食事などは概ね良好であり、運動習慣があまりない集団であった。全体の7割が、一人暮らしであった。

1-2 主要な質問紙の結果

IES-Rは13.35点(再体験4.7点、回避麻痺5.4点、過覚醒3.2点)で内部一貫性を示すCronbachの α 係数は、0.904であった。25点以上のハイリスク群は、18名(18/124=14.5%)であった。

GHQ-28については、平均7.64点(身体的症状2.4点、不安と不眠2.8点、社会活動障害1.62点、うつ傾向0.8点)であり、Cronbachの α 係数は、0.925であった。7点以上のハイリスク群は、64名(64/124=51.6%)であった。

1-3 POMS、MBI、BSCP

表2に示したように、POMSは、T-A:6.9点、D:4.5点、A-H:4.2点、V:5.2点、F:8.7点、C:4.7点であった。横山らの気分プロフィール換算表¹⁷によると、VとFがそれぞれ46.8%、30.6%と危険群となっており顕著であった。その他の項目は、T-A21.0%、D21.0%、A-H12.9%、C12.1%の対象者が危険群に該当した。

MBIは、DE:11.1点、P:13.8点、E:14.3点であった。田尾ら¹⁸の診断基準にもとづくと、P:37.9%、DE:11.3%、E:11.3%が危険群であると判断できた。3項目すべてで危険群であった個人は4%(5名)であった。さらに、IES-Rのハイリスク群とローリスク群の2群を比較すると、ハイリスク群ではP:16.7%、DE:27.8%、E:33.3%が危険群となる一方、ローリスク群では、P:41.5%、DE:8.5%、E:7.5%が危険群であった。

BSCPは、積極的問題解決:9.0点、問題解決のための相談:9.0点、気分転換:8.1点、他者を巻き込んだ情緒発散:4.2点、回避と抑圧:5.9点、視点の転換:7.6点であった。BSCPの点数に基準は存在しないが、積極的問題解決、問題解決のための相談といった問題焦点形対処が高得点であった。

2. 看護師の被る外傷的イベント

2-1 ECN

ECNの結果を図3に示した。患者からの暴力等によって精神的ショックを受ける出来事を1つでも経験した個人は全体の91.9%に上り、平均4.5個の暴力に関する出来事を経験していた。最も強いストレスとなった暴力等の出来事の内訳は、身体的

暴力32.5%、患者の自殺21.9%、言語的暴力21.9%、間接的暴力7.9%、不気味な体験6.1%、セクハラ3.5%、同僚の大怪我2.6%、その他の出来事3.5%であり、平均で2.1年前に体験していた。

暴力種別におけるIES-Rのハイリスク群の割合は、身体的暴力2.6%、患者の自殺4.4%、言語的暴力4.4%、間接的暴力1.8%であったが、暴力種別による有意差は認められなかった。

2-2 暴力等直面の状況

暴力等が起こった時間帯は、図4に示したように、午後12時以降に多く、深夜は少なかった。暴力等発生場所については、高いほうから隔離室26.3%、病室内25.4%、廊下・ホール10.5%、病院敷地内の屋外7.0%であり、暴力等が個室で起こる割合が半数を占めていた。暴力等が発生した時のスタッフ対応については、身体的暴力では単数対応の時に衝撃的出来事と捉えることが明らかとなった($p<0.01$)。自殺では複数対応であっても単数対応と同様に衝撃的出来事として捉えていることが明らかとなった($p<0.01$)。その他の暴力等項目については単数と複数対応との間に差は認められなかった。

2-3 暴力危険認識度

患者からの暴力・暴言について危険を感じる程度について尋ねたところ、[全く感じない]4.9%、[あまり感じない]26.2%、[時々感じる]61.5%、[いつも感じる]7.4%であった。暴力等危険の認識について[危険を感じる]、[危険を感じない]の2群に分けて比較したところ、性差にのみ有意差がみられ、

女性に比較して男性は暴力の危険を感じている傾向にあった ($p < 0.01$)。一方、暴力等危険の認識について、年齢・病棟別・精神科勤務年数などの属性や、IES-RやGHQ-28の総得点、あるいは暴力対策への満足度との関連性は認められなかった。

2-4 暴力等対策

暴力等対策について其々の機関に何らかの対策があるか否かについては、76.9%の対象者が「対策がある」と回答した。対策に対する満足度は、56.6%であった。ある施設では、暴力等対策として包括的暴力防止プログラム (Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme: CVPPP) が導入されており、暴力対策の有無については多くがその存在を認識していたものの ($p < 0.01$)、対策の満足度に関しては、他施設との差は認められなかった。

ECNの各項目との関連では、身体的暴力、言語的暴力、自殺の目撃、同僚の怪我、セクシュアル・ハラスメントを経験した者に、暴力等対策に満足していない傾向がみられた ($p < 0.05$)。

3. 結果の詳細

3-1 IES-Rのハイリスク群のメンタルヘルス

暴力等チェックリストでもっとも衝撃的だった出来事に対して IES-R ハイリスク群とローリスク群の2群を比較した結果を表5に示した。GHQ-28では「不安と不眠」、POMSでは「怒り - 敵意」、MBIでは「脱人格化」と「情緒的消耗感」、BSCPでは「他者への情動発散」について、ローリスク群に比べてハイリスク群は有意に高値を示した。

3-2 性別からみたメンタルヘルス

性別について比較した結果を表6に示した。IES-Rについて性差は認められなかったが、GHQ-28では男性に比較して女性が有意に悪い傾向にあることが認められた。特に、GHQ-28の「身体的症状」、「不安と不眠」が顕著に悪かった。POMSでは「疲労」と「混乱」で男性に比較して女性が有意に高かった。コーピングでは「相談」で男性に比較して女性が有意に高かった ($p < 0.05$)。

3-3 病棟別からみたメンタルヘルス

閉鎖病棟42名 (33.9%)、急性期病棟60名 (48.4%)、開放病棟13名 (10.5%)、その他病棟9名 (7.3%)の4群に分類し各下位尺度の比較検討を行った。IES-R・GHQ-28共に病棟種別でハイリスク群とローリスク群に有意な差は認められなかった。IES-R・GHQ-28共に、閉鎖病棟 (IES-R; 12.9点・GHQ-28; 6.9点)、急性期病棟 (13.6点・7.6点)、開放病棟 (14.7点・10.8点)の順でメンタルヘルスが悪かった。病棟別で、暴力等チェックリストの「身体的暴力」と「同僚の怪我」について閉鎖病棟が有意に高かった ($p < 0.05$)。他施設に比較して開放病棟では、BSCPの「相談」が有意に高かった ($p < 0.05$)。

3-4 職場の満足度と職場継続意思

職場に対する満足度は、〔非常に満足〕〔やや満足〕で71.7%を占め、73.8%が職場を継続したいと考えていた。職場の満足度が低いものは、職場継続の意思も低かった ($p < 0.01$)。GHQハイリスク群とローリスク群の2群で比較したとき、満足度・継続意

思どちらとも GHQ ハイリスク群が有意に低い ($p < 0.01$) のに対し、IES-R ハイリスク群とローリスク群の 2 群の比較では、職場に対する満足度、職場継続意思ともに差はなかった。

4-4 IES-R ハイリスク群を規定する要因

IES-R を規定すると予測できる属性 (性別・年齢・病院・病棟種別・同居者有無)、患者からの暴力上位 3 つ (身体的暴力・言語的暴力・自殺)、職場満足度、暴力対策の認識や満足度を説明変数としてロジスティック回帰分析 (強制投入法) を実施した結果を表 7 に示した。最終的に PTSD 症状発現への影響因子として抽出されたのは、暴力対策の満足度 (オッズ比 5.76, 95% CI [1.34~23.92]、 $p < 0.05$) であった。

V. 考察

1. 外傷的イベントと外傷反応

精神医療の現場においては、患者の暴言や暴力といった外傷的イベントが発生するリスクが高いことは目的でレビューしたように様々な研究で明らかになっている。しかも、看護師は医師よりも患者からの被暴力率が高い (Nolan, 1999)¹⁹ や、医師より看護師のほうが暴力体験後の苦痛を感じる傾向にある (Atawneh, 2003)²⁰ との報告がある。今回の調査では、回答した看護師の 9 割が暴力等を受けて、強いストレスを感じていた。とりわけストレスとなった暴力等については、身体的暴力が 3 割、言語的暴力・自殺がそれぞれ 2 割となっており、必ずしも直接的な身体暴行のみがスト

レスになるわけではないことが明らかとなった。

今回の調査では、IES-R が 25 点以上の PTSD ハイリスク群は 14.5% であった。この値は、川村らによる一般成人の事例率が 5.9% であるとの報告と比較すると約 2.5 倍になる。また、消防隊員の惨事ストレス調査の事例率が、畑中ら (2004)²¹ の調査では 15.6%、前田ら (2001)²² の調査では 12.2% であることを考慮すると、看護師が消防隊員と同程度の PTSD のリスクを伴っていることが示唆される。

Cooper (1995)²³ は、精神科看護領域で、患者の自殺や暴力といった出来事に遭遇した看護師の反応は、PTSD や悲嘆という形で現れると報告し、Poster (1999)²⁴ によると、61 人の身体的暴行を受けた看護師を対象に追跡調査を行った結果、18% が暴行後 6 週間にわたって中程度から重症の心的外傷の症状を経験し続け、1 年後においても回答した者のうち 16% がその症状に苦しんでいると報告している。今回の調査でも、多くの看護師に PTSD 症状が認められていたが、これまでの報告と異なり PTSD ハイリスク群に性差は認めず、多くの男性看護師も同様に PTSD 症状に苦しんでいた。この結果から、男性は女性の多い看護職において、男性であるために暴力等に先導をきって毅然と立ち向かわないといけない場面が多く、暴力等の影響が女性以上に甚大である可能性も示唆される。または、男性看護師は「怖い」ということを口に出せないなど、外傷体験にうまく対処できていない可能性も考えられる。

GHQ-28 の総得点でも、51.6% の看護職員が何らかのメンタルヘルス上の問題を抱え

ていることが明らかとなった。GHQ-28 では性差が認められ、男性は 2 割がハイリスク群であるのに対し、女性は 8 割もハイリスク群であった。特に身体的症状と不安や不眠が顕著であった。GHQ のハイリスク群の多さについては、本邦での一般成人の 14.6% (福西ら、1990)²⁵ に比べて極めて高く、進藤 (2005)²⁶ が明らかにした消防隊員の 28.9% よりも高かった。普賢岳噴火火災に遭遇した被災者の 56% (太田ら、1998)²⁷ やガルーダ航空機事故被災者の 44% (前田、1998)²⁸ と同程度であり、非常に負荷のかかった精神状態であることが示唆される。

GHQ のハイリスク群は、職場の満足度や職場の継続意思を下げる結果にもつながっていることが明らかとなった。PTSD はもちろんであるが、その他、看護師の全般的健康度も憂慮すべき状態であり、今後何らかのケアのシステムを構築していく必要がある。

2. 気分・対処行動・バーンアウト

今回の調査結果では、POMS の「怒り-敵意」と BSCP の「他者発散」において、IES-R ハイリスク群が有意に高かった。BSCP の「他者発散」は、解決できないとわかっていても誰かに愚痴を聞いてもらおう、自分をそのような状況に追いやった人を責める、あるいは問題のない人にやつあたりするなどの対処行動を示している。今回の結果より、患者からの暴力等によって組織・同僚などへの怒り・敵意がこみ上げ、対処行動として他者への情動発散が多く行うようになることが示唆される。影山らの研究²⁹でも、攻撃的自己表現をする人ほど「他者発散」

の対処行動を多くとり、その傾向が強い個人ほど精神健康度が悪いことが報告されており、今回の研究結果と同様の傾向が示された。このように気分・対処行動が過剰となると、周囲の人が共感的に理解できず、適切なサポートが得られない状況に陥いる。それゆえに、外傷反応が長期化するという悪循環が引き起こされる可能性も考えられる。

MBI では、P は全体の 4 割、DE と E はそれぞれ全体の 1 割が危険群であると認められ、3 項目すべて危険群であった者は 4% であった。これは、英国看護師 510 名の調査³⁰ で P が 2.5 割、また 2% が全項目バーンアウト危険群であったことと比較すると、若干悪い傾向であることが示唆される。それゆえに、暴力等を受けた後の気分や対処行動にも考慮した支援体制の構築が必要である。

IES-R のハイリスク群とローリスク群を比較した際には、ハイリスク群では P に問題は見受けられず、DE と E で問題が認められた (表 5)。看護師のバーンアウトの研究は多く報告されているが、バーンアウトと暴力との関連の調査においては統一した見解が得られていない。例えば、澤 (2001)³¹ は、精神科で働く看護師は、看護困難な精神科特有の精神症状の患者から受ける拒否的な対応や暴力や言動等、精神科特有の職場環境ストレスがバーンアウトの要因になっていると報告している。一方で、Robinson (2003)³² の精神科看護師 1015 人の報告では、精神科看護師は全体的に情緒的消耗感で問題を持っているが、バーンアウトと暴力との関連性は明らかにできなかった。今回の調査からは、精神科看護師

においては全般的に個人的達成感に問題を有しやすい一方、暴力等の影響で IES-R がハイリスク群となった際、MBI の脱人格化・情緒的消耗感という形でバーンアウトが出現する傾向が明らかとなった。

3. 危険性の認識と離職

自らの職場に関して、7 割弱が危険であると認識している一方、同じく約 7 割が看護職を継続したいと考えていた。精神科病棟勤務の継続意思がない者ほど、暴力への恐れを強く感じているとの大屋 (2002) ³³ の報告があるが、今回の調査では、暴力の危険認識と職場継続意思等についての関連性は認められなかった。しかし、暴力等が離職に一要因になっていることは多くの研究で明らかとなっている^{34, 35}。例えば、看護師の 82% が言葉による暴力を受けており、18% がこれにより転職する (Cox, 1987) ³⁶ との報告や、患者からの暴力の危険を感じることや仕事の満足度、あるいはスーパーバイズのサポートの有無が看護者の離職に影響する (Ito, 2001) ³⁷ といった報告がある。たとえ離職に至らないとしても、暴力被害を経験すると、業務への関与が少なくなり、組織目標への関与も低下することが Arnetz (2003) ³⁸ によって報告されている。つまり、暴力と離職の関連性は否定できず、更なる詳細な調査が必要であると考えられる。

4. 今後の対策とメンタルヘルスケア

看護師に対するトラウマケアについて考察する。看護職員が暴力によって PTSD となるリスクファクターについては、Raymond (1991) ³⁹ が、ソーシャルサポートの少な

さが関連していると報告した。今回の調査では、表 7 に示すように、暴力対策の満足度のみがリスクファクターとして認められた。つまり、個々の特性やソーシャルサポート等よりも、暴力等が起きた時の事後ケアの充実を切望していることを示唆している。

暴力軽減の研究も重要であり、事前暴力チェックリスト (BVC) ⁴⁰ やその他暴力の予測指標⁴¹、暴力介入の方法としては暴力防止プログラム (CVPPP) など多くの研究報告がある。しかしながら、ケアに関する効果的な研究は十分に議論されていない。例えば、暴力後のディブリーフィングが、情緒的サポートとなる報告^{42, 43}がある一方、暴力後のディブリーフィングの効果はないとの報告⁴⁴もみられる。また、患者暴力によるトラウマについての心理教育ブックレットの配布した群と、配布していないコントロール群と比較した際、GHQ-28・IES-R 共に差が認められずブックレット配布が有用とはいえなかった⁴⁵との報告もある。

各国看護協会 (NNAs) ⁴⁶ が、有用な看護師のメンタルケア・プログラムとして推奨している各種カウンセリングサービス等についても今後効果を検証していかねばならない課題である。同時に、PTSD やうつといった問題症状について早期発見するような教育的アプローチもまた重要である⁴⁷。

さらに、ケア以前に看護師を取り巻く環境整備も重要である。ハード面では防犯カメラ設置や、いつでもどこでも通報できる端末携帯の保持など、非常通報システムの構築も必要である。ソフト面では、上司への暴力等の通知は 15% に過ぎないとの報告⁴⁸からも暴力被害に対するフォーマットを明確にしていく必要が急務である。上司

まで適切に暴力被害状況が伝わる報告書を定式化することも必要であろうし、暴力被害に関連した部門を立ち上げ系統立てて対策を取ることも望まれる⁴⁹。具体的には、患者から暴力を受けたときは、必ず休息をとり、明確な外傷が無い場合でも状況に応じて受診するなどの取り組みが組織的に保障されることが必要であるとの見解⁵⁰などが参考になる。

看護師の暴力被害の傷つきを声高に叫べない背景には、看護師個人より看護師集団が優先される傾向⁵¹も強く関係しているであろう。今後、施設に対応した暴力の予防とともに、暴力後の個別対応に関しても多面的な対策を講じていく必要がある。

VI. 結論

本研究では、精神医療における看護師の患者からの暴力等による PTSD 事例率を模索することが第一課題であった。しかし、看護師の PTSD 事例率はもとより、バーンアウトや全般的健康度にも問題があることが明らかとなった。

看護師 Pam (1992)⁵²は、看護師の感情労働という概念を呈示し、著書の中で“患者をケアするために、肉体労働だけではなく、自分自身の感情を抑制するという感情的な労働もしている”と述べた。実際、精神医療では、患者の感情の側面への介入も治療の一環として必要とすることから、看護職員が自己の様々な感情を抑制する場面が多い。そのため、看護職員の PTSD 予防のためには、組織・個々レベルで暴力影響について関心を高め、対策に取り組む必要が

ある。

一方で、精神医療において、まずは患者の人権があるので、看護師の人権擁護に重きを置きすぎることは慎重にすべきだとの見解もある。しかし、暴力を受けた看護者への支援と、暴力を受けた側を非難しないような雰囲気づくりについての研究⁵³や、看護者の権利擁護・暴力減少への支援・スタッフへの教育への取り組み実施が、患者の暴力の減少につながり、患者は治療に向き合うようになったとの報告⁵⁴もみられる。これらの知見から、よりよい“患者-スタッフ”の治療的土壌を築くためにも、看護職員の人権並びにメンタルヘルスにも留意したシステム作りが必要である。

¹ ICN ガイドライン「職場における暴力対策ガイドライン」、ジュネーブ、ICN、1999年

² International Council of Nurses (訳) 日本看護協会.:ヘルスケアの場における暴力.第3章.1987

³ 旭知恵子他:都立神経科病院における看護者に対する患者の身体的攻撃の実態調査、東京都衛生局学会誌、90,100-101,1993

⁴ Ito H,Eisen SV,Sedere LI,Yamada O, Tachimori H: Factors affecting psychiatric nurses' intention to leave their current job, *Psychiatr Serv*,52(2).232-4.2001

⁵ 三木明子他:看護婦における職場の暴力と抑うつとの関連.日本公衆衛生雑誌,44(10)〈特別付録号〉,1003,1997

⁶ Love CC, Hunter ME.Violence in public sector psychiatric hospitals. Benchmarking nursing staff injury rates. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 34(5):30-4. 1996

⁷ Asukai N, Kato H, Kawamura N, 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(3):175-82.2002
- 8 Goldberg DP: The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudley Monograph No21.* Oxford University Press, London, 1972
- 9 大坊郁夫、中野星：日本版GHQ短縮版の有効性. 日本心理学会第51回大会発表論文集、p737, 1987
- 10 福西勇夫：日本語版 General Health Questionnaire(GHQ)の cut-off point. *心理臨床* 3(3):228-234, 1990.
- 11 横山和仁・下光輝一・野村忍編、：診断・指導に活かす POMS 事例集、金子書房 2002
- 12 横山和仁、荒記俊一：日本語版 POMS 手引き、金子書房、東京、1994年
- 13 Maslach C, Jackson S. MBI: Maslach Burnout Inventory, manual research edition. Palo Alto, CA: University of California, 1986
- 14 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
- 15 田尾雅夫『バーンアウトの理論と実際』誠信書房 1996年、p29-38
- 16 影山隆之他：勤労者のためのコーピング特性簡易尺度 (BSCP) の開発：信頼性・妥当性の基礎的検討、*産業衛生学雑誌* 2004, 103-114
- 17 横山和仁、荒記俊一：日本語版 POMS 手引き、金子書房、東京、1994年
- 18 田尾雅夫『バーンアウトの理論と実際』誠信書房 1996年
- 19 Nolan, P: Violence in mental health care. the experiences of mental health nurses and psychiatrist. *Journal of Advanced Nursing.* 30(4), 934-941, 1999
- 20 Atawneh FA: Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. *British Journal Nursing,* 12(2)102-107. 2003
- 21 畑中美穂、松井豊、丸山晋他：日本の消防隊員における外傷後ストレス。トラウマティック・ストレス 第2巻第1号、67-75. 2004
- 22 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
- 23 Cooper C: Patient Suicide and Assault-their Impact on Psychiatric Hospital Staff. *Journal of Psychosocial Nursing,* 33(6). 1995
- 24 Poster, Elizabeth C: Nursing staff responses to patient physical assaults. Presentation at Conference Violence: Nursing debates the issues. American Academy of Nursing. Washington. 1993 (ICN ガイドライン「職場における暴力対策ガイドライン」、ジュネーブ、ICN. 55. 1999年)
- 25 福西勇夫：日本語版 General Health Questionnaire(GHQ)の cut-off point. *心理臨床* 3(3):228-234, 1990.
- 26 進藤啓子：消防隊員にみとめられる外傷後ストレス障害. *日本社会精神医学会雑誌* 第 14 卷 1 号 14, 78-86, 2005
- 27 Ohta Y, Araki K, Kawasaki N, et al: Psychological trauma and longitudinal course of psychiatric problems among evacuees of volcanic eruption. *Psychiatry Clin Neurosci.*
- 28 前田正治、中原功、富田伸ら：ガルーダ機事故が被災者に及ぼした精神的影響について. *精神科治療学* 13(8). 981-985, 1998
- 29 影山隆之：ストレス対処特性の簡易評価表の開発と産業精神看護学的応用に関する研究. 平成 14 年度～16 年度科学研究費補助金研究成果報告書 p50
- 30 Catherince J: Burnout on psychiatric nursing. Blackwell Science Ltd, *Journal of Advanced Nursing,* 34(3), 383-396. 2001
- 31 澤温：精神科病院における急性期患者の入院治療をめぐる諸問題. *臨床精神医学,* 30 (10) 1191-1197. 2001
- 32 Robinson JR, Clements K, Land C: Workplace stress among psychiatric nurses. Prevalence, distribution, correlates, & predictors. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 41(4):32-41. 2003
- 33 大屋浩美：精神科における看護職員確保対策に関する研究, *精神科看護* 2002. 10 vol. 29 No. 10 37-44
- 34 Esther M: Role stress in nurses: Review of related factors and strategies for moving forward. *Nursing and Health Sciences,* 7, 57-65. 2005
- 35 Wickett D, McCutcheon H, Long L. Commentary: An Australian perspective. *J. Adv. Nurs,* 343-345. 2003
- 36 Cox 1987. Verbal abuse in nursing: a report of a study. *Nursing Management,* 18 (11) , 47-50. 1987
- 37 Ito H, Eisen SV, Sedere LI, Yamada O, Tachimori H: Factors affecting

psychiatric nurses' intention to leave their current job, *Psychiatr Serv*,52(2),232-4,2001

³⁸ J.E. Arnetz: Patient violence towards psychiatric staff. Association to staff attitudes of work, organization and quality of life. 3rd European Congress on violence on Clinical Psychiatry abstract book,p49,2003

³⁹ Raymond B, Flannery, jr.: A program to help staff cope with psychological sequelae of assaults by patients. *Hospital and Community Psychiatry*,42(9). 1991

⁴⁰ Phil W,R,Almvik:The Brøset violence checklist. *Acta Puchiatri Scand*.106,103-105. 2002

⁴¹ Drummond,DJ: Hospital violence reduction among high-risk patients. *JAMA*.261(17). 1989

⁴² Antai-Otong D.: Critical incident stress debriefing: a health promotion model for workplace violence. *Perspect Psychiatr Care*. 37(4):125-32, 139. 2001

⁴³ Levin PF, Hewitt JB, Misner ST.: Insights of nurses about assault in hospital-based emergency departments. *Image J Nurs Sch*. 1998;30(3):249-54.

⁴⁴ Rose et al.A randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violence crime. *Psychological Medicine* 29,793-799.1999

⁴⁵ Nhiwatiwa FG: The effects of single session education in reducing symptoms of distress following patient assault in nurses working in medium secure settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 10(5):561-8.2003.

⁴⁶ 日本看護協会『看護職の社会経済福祉に関する指針』「看護の職場における労働安全衛生ガイドライン」平成16年度版労働安全衛生編 p50

⁴⁷ Zimmer KK, Cabelus NB.: Psychological effects of violence on forensic nurses. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2003 Nov;41(11):28-35.

⁴⁸ 栗田かほる：患者から受ける行為についての実態調査.第34回日本看護学会抄録集－看護管理、238,2003

⁴⁹ 栗田かほる：暴力から看護師を守る職場作りを願って.看護管理.14(6) 476－480.2004

⁵⁰ 小宮浩美、鈴木啓子他：暴力による身

体的・心理的影響と被害を乗り越える方法. *精神科看護* 31(3) 16－23.2004

⁵¹ 横井麗子、入江拓：急性期精神科看護領域における患者からの暴力に対する看護者の認識とその背景についての一考察.聖隷クリストファー看護大学紀要No.10.49－70.2002

⁵² Pam Smith” *The Emotional Labour of Nursing*” Macmillillan Press Limited,1992 部井麻子、前田泰樹監訳『感情労働としての看護』ゆりみ出版 2000年,p96

⁵³ Murray,M.G.,Snyder,J.C.:When staff are assaulted: A Nursing Consultation Support Service. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 29(7),24-29.1991

⁵⁴ Morrison EF: Lessons learned from the trenches about violence. *Arch Psychiatr Nurs*. 15(2):51-2. 2001