

表1 アンケート調査対象者の所属別人数

消防署・分署・出張所		対象者
消防局		141
	警防部	68
	総務	40
	予防部	28
	防災センター	5
中央		24
東灘		60
灘		46
長田		67
兵庫		57
須磨		78
垂水		68
西		108
北		150
水上		59
不明		259
合計		1117

表2 1096名の基本属性

年齢	平均±S.D.	41.1±10.7	
	最年少	19	
	最年長	61	
性別	男性	1070	97.6%
	女性	26	2.4%
婚姻状況	未婚	187	17.1%
	既婚	876	80.0%
	死別	6	0.5%
	離別	26	2.4%
最終学歴	高等学校	699	63.9%
	高専・短大	84	7.7%
	大学	289	26.4%
	大学院	22	2.0%
勤務年数	平均±S.D.	19.6±11.6	
	最年少	1	
	最年長	42	
現在の階級	消防士	63	5.8%
	消防士長	481	43.9%
	司令補	383	34.9%
	司令以上	165	15.1%
	その他	4	0.4%
現在の勤務形態	2部1交代隔日勤務	795	72.5%
	3部1交代勤務	34	3.1%
	日勤	267	24.4%
主たる業務	警防(消火)	512	46.7%
	救命救急	267	24.4%
	救助	56	5.1%
	一般事務	90	8.2%
	その他	171	15.6%
勤務時期	震災時、職員だった	765	69.9%
	殉職時、職員だった	992	90.5%
	(そのうち震災時職員でない)	227	20.7%
	震災時も殉職時も職員でな	104	9.5%

(%:有効パーセント)

表3 対象者1096名の尺度結果

	各心理尺度の合計点			
	IES-R震災	IES-R殉職	K10	IES-R殉職出動
平均	9.4	7.5	16.0	11.9
標準偏差	12.2	9.9	6.6	11.5
最小値	0.0	0.0	10.0	0.0
最大値	77.0	78.0	50.0	52.0
ハイリスク者 (該当%)	89 11.6% ¹	63 6.4% ²	112 10.2% ³	15 14.4% ⁴

¹ 該当%の母数は震災当時職員だった765人

² 該当%の母数は殉職事故当時職員だった992人

³ 該当%の母数は全調査対象者、1096人

⁴ 該当%の母数は殉職現場に出動した104名

表4 震災現場での活動状況

震災時、職員だった			
	はい	765	70.0%
	いいえ	330	30.0%
命の危険			
	感じなかった	274	36.3%
	感じた	480	63.7%
悲惨な光景			
	見なかった	236	31.3%
	見た	518	68.7%
恐怖感			
	感じなかった	219	29.1%
	感じた	533	70.9%
無力感			
	感じなかった	176	23.4%
	感じた	577	76.6%
自責感			
	感じなかった	474	63.0%
	感じた	278	37.0%
組織からの感謝			
	感じなかった	468	62.2%
	少し感じた	210	27.9%
	感じた	71	9.4%
	とても感じた	3	0.4%

(%: 有効パーセント)

表5 震災時の私生活状況

私生活への影響		
影響なし	185	24.4%
少しあった	318	41.9%
あった	167	22.0%
とてもあった	89	11.7%
当日の家族安否		
不明	171	22.5%
分かっていた	590	77.5%
家族との連絡		
なし	331	43.5%
多少	367	48.2%
常に	63	8.3%
被災状況		
被害なし	163	21.4%
少しあった	424	55.7%
あった	109	14.3%
とてもあった	65	8.5%

(%:有効パーセント)

表6 各心理尺度結果に及ぼす震災の影響 —当時職員だった765名対象

		震災IES-R		K10	
命の危険	ある	11.1±12.8	z=-6.6	16.5±6.6	z=-2.9
	ない	6.4±10.4	p .000	15.2±6.2	p .004
悲惨な光景	ある	10.9±12.8	z=-6.6	16.3±6.9	
	ない	6.3±10.3	p .000	15.5±5.6	
恐怖感	ある	10.7±12.6	z=-6.0	16.7±6.9	z=-4.0
	ない	6.3±10.5	p .000	14.5±5.2	p .000
無力感	ある	10.6±12.6	z=-6.6	16.5±6.6	z=-4.7
	ない	5.7±10.0	p .000	14.4±5.8	p .000
自責感	ある	14.2±14.2	z=-8.9	17.7±6.8	z=-6.7
	ない	6.7±9.9	p .000	15.0±6.1	p .000
組織感謝	とても感じた	17.7±24.0		13.7±3.2	
	感じた	9.7±11.6		16.0±6.2	
	少し感じた	9.2±10.6		15.7±5.4	
	感じなかった	9.5±12.9		16.2±6.9	
私生活の影響	とてもあつた	16.6±16.0	χ ² =89.5	19.4±8.8	χ ² =38.6
	あつた	12.4±12.6	d.f 3	17.0±6.5	d.f 3
	少し	8.4±10.6	p .000	15.4±5.4	p .000
	ない	5.0±10.0		14.4±5.9	
家族安否	不明	11.3±12.7	z=-2.7	17.3±6.9	z=-2.9
	分かっていた	8.8±11.9	p .007	15.6±6.3	p .004
家族連絡	ない	9.6±12.0		15.8±6.2	
	多少	9.5±12.2		16.2±6.8	
	常に	7.8±12.8		15.6±5.6	
被災状況	とてもあつた	10.9±13.5	χ ² =11.2	17.1±7.2	
	あつた	12.5±15.1	d.f. 3	17.0±7.9	
	少し	9.0±11.4	p .011	15.8±6.1	
	被害なし	7.8±11.1		15.2±5.8	

表7 殉職事故時の状況

事故当時、職員だった			
	はい	992	90.5%
	いいえ	104	9.5%
事故現場での活動			
	はい	104	10.5%
	いいえ	888	89.5%
以下現場出勤者のみを対象 (n=104)			
命の危険			
	感じなかった	68	74.7%
	感じた	23	25.3%
悲惨な光景			
	見なかった	18	19.8%
	見た	73	80.2%
恐怖感			
	感じなかった	61	67.0%
	感じた	30	33.0%
無力感			
	感じなかった	30	33.0%
	感じた	61	67.0%
自責感			
	感じなかった	54	59.3%
	感じた	37	40.7%
組織対応の満足感			
	感じなかった	62	69.7%
	感じた	27	30.3%

(%:有効パーセント)

表8 殉職事故の影響 当時職員だった992名対象

		殉職IES-R		K10
現場活動	ある	11.9±11.5	z=-5.0 p .000	16.0±5.8
	ない	7.0±9.6		15.9±6.6

表9 事故現場で活動した104名対象

		殉職IES-R		K-10	
命の危険	ある	18.9±15.6	z=-2.3 p .002	15.8±6.6	
	ない	9.6±9.6		15.9±5.9	
悲惨な光景	ある	12.2±12.1		16.1±6.2	
	ない	10.8±12.0		14.7±5.2	
恐怖感	ある	16.4±15.0		17.8±6.8	
	ない	9.8±9.7		15.0±5.5	
無力感	ある	14.2±11.9	z=-3.3 p .001	16.9±6.2	z=-2.4 p .017
	ない	7.4±11.2		13.9±5.1	
自責感	ある	16.8±12.7	z=-3.7 p .000	17.1±6.0	
	ない	8.6±10.4		15.0±6.0	
組織対応	満足しなかった	13.9±13.2	Z=-2.3 P .025	16.4±5.6	
	満足した	7.4±7.9		15.0±6.9	

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金(こころの研究科学研究事業)
「援助者の被るトラウマティックストレスのケア」
分担研究報告書

ワークプレイス・トラウマ受傷後のケア状況と課題
－看護職員の実地調査研究報告より－

分担研究者:前田正治(久留米大学精神神経科学教室)

研究協力者:大岡由佳(久留米大学大学院比較文化研究科)

現在、看護職員は、患者からの身体的暴力、暴言、セクシュアル・ハラスメント等の行為によって、消防隊員と同程度の深刻な心的外傷反応を呈している。しかしながら近年まで、それら被害状況について明らかにされることはなく、またそれら暴力等後のケアの必要性についても検討されてこなかった。看護職員の中には、暴力等出来事を契機として精神的不健康に陥り適切なケアや周りの理解も得られないまま離職していく者が少なくない。

本研究分担班では、看護職員の暴力等発生後のケアの取り組みを積極的に行っている機関の視察を行い、本邦のトラウマケアの実態から今後医療機関に求められるケア体制の考察を行った。

暴力等行為が発生した後のトラウマケアとしては、適切な報告システムの充実、また暴力等を受けた当事者が気軽に相談できる窓口、また暴力等が起こった後の周囲の影響に対して組織としてどのように集団介入するか、といった点の検討が重要であることが明らかになった。

また、医療現場において暴力等の影響やその対処についての理解がなされていない状況があることから、当研究分担班では暴力等についての心理教育冊子を作成した。

他研究協力者:(五十音順)

佐藤亜紀(聖マリア学院大学看護学部助手)

高田智佳(久留米大学病院精神科看護師)

田中みとみ(久留米大学病院循環器科看護師長)

中島純子(久留米大学病院精神科看護師)

能勢麻美子(久留米大学病院外科看護師)

開浩一(長崎ウエスレヤン大学福祉学科講師)

矢島潤平(別府大学人間関係学科講師)

I はじめに

近年、消防隊員や警察官をはじめとするヒューマンサービス業において、自らの職務遂行中に遭遇する出来事によって引き起こされる外傷後ストレス障害(Post Traumatic Stress Disorder:PTSD)が注目されている。職種によっては、惨事ストレス(Critical Incident Stress: CIS)と呼ばれる深刻な心的外傷を受傷することも少なくなく、こうした反応のケアや予防も大きな焦点となっている。

このような背景のもと、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はきているが、依然看護師は他の医療従事者に比べ医療現場で暴力を受けるリスクが最も高いと報告されている¹。日本看護協会の調査によると、たとえば身体的暴力が発生しやすい場所として内科系病棟 50.7%、精神科病棟 50.0%、外科系病棟 27.9%が挙げられており、精神科等の特異な場所で起こりやすいというわけではなく、近年至る所で起こるものであると考えられるようになってきた。実際、医療機関における患者等からの暴力、暴言、セクシュアル・ハラスメント等のワークプレース・トラウマになる出来事は、インシデント(患者に傷害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場等でヒヤリとしたりハッとしたりした事象)やアクシデント(医療従事者が予想しなかった悪い結果が患者に起こった事象)の一部として捕らえられていることが多く、日常茶飯事の出来事である。しかも、看護師は医師よりも患者からの被暴力率が高いとする報告(Nolan、1999)²⁶⁾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)⁵⁾との報告がある。実際、看護師が受けた暴力等のワークプレース・トラウマ(身体的暴力、言

語暴力、間接的暴力、セクシュアル・ハラスメント、自殺の目撃などのエピソードでもっとも衝撃的であった出来事)に対して看護師にIES-Rを実施したところ、IES-Rが25点以上のPTSD ハイリスク群は14.5%であった²⁾。この値は、消防隊員の惨事ストレス調査のPTSD ハイリスク事例率が12.2%~15.6%³⁾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。

このような現状に対して、暴力等行為の軽減を図るべく、事前暴力チェックリスト⁴⁾や暴力予測指標プログラム⁵⁾の開発が海外を中心に積極的に行われている。本邦においては、近年、包括的暴力防止プログラム(CVPPP)⁶⁾と呼ばれる暴力の予防から防止までを包括的に行う技術体系について特に精神科領域で実践され始めており、暴力等行為の防止策が検討されている。

一方、暴力等の行為が起こった後のアフターケアについての研究は、ほとんど手がつけられていない状況である。平成17年度に厚生労働省より「医療機関における安全管理体制について(主任研究者:井部俊子)」により、職員への暴力被害への取り組みに関しても検討が行われ、医療機関における安全管理体制の整備は進んでいる。また、社団法人日本看護協会からも平成16年に「看護の職場における労働安全衛生ガイドライン」、平成18年に「保健医療福祉施設における暴力対策指針—看護師のために—」が発行され、暴力等発生時の具体的な対応については明確になった。そのような状況の中、独自の医療安全管理マニュアル(暴力等対応含む)を作成している医療機関も増えてきている。しかし、それらマニュアルのほとんどが、スタッフの精神的不調に対して、具体的に誰にどのように相談して、どのような

ケアを受けることが出来るのかといったことについては記載されていない。また、例えば上記「看護の職場における労働安全衛生ガイドライン」について、平成 18 年の時点で大学病院の看護職員で知っていると回答した者は 7.5%、聞いたことがある 21.3%、知らない 71.2%と、ほとんど認知がなされていない状況であった⁷。これら指針やマニュアル等が看護職員の末端まで行き届いていない状態ともいえる。今後、医療従事者のワークプレース・トラウマケアを如何に行っていくかについては、急務の課題である。

II 暴力等後のアフターケアの取り組み

ここでは、実際の現場における暴力等ワークプレース・トラウマ後のアフターケアの取り組みについて論じる。勿論、各々の機関の状況によって、スタッフのアフターケアを行える事情は異なっているが、ここでは、先進的な取り組み等を行っていると考えられる機関の視察を行い、そこから、本邦の医療機関におけるアフターケアの在り方を探る。

1. 調査方法

本邦における臨床現場の中で発生する看護職員に対する暴力等エピソードに対して、積極的に対応していると考えられる病院を特定し調査依頼を行った。その基準としては、1) 文献等から暴力等後のケアについて取り組んでいると判断できる場所、2) 院内暴力防止に向けてガイドライン作成などを試みているところ、3) セーフティーマネージャーやリエゾンナース、CNS(クリニカル・ナース・スペシャリスト)の働きが活発なところ、4) 精神科救急や司法病棟など暴力等が比較的頻繁で

あると考えられるところ、等とした。調査に応じて頂いた医療機関では、暴力等が起こった際の責任者、並びに、現場対応をされている師長・CNS等を対象にインタビュー調査を実施した。

2. 対象機関

上記基準に該当した機関のうち、A 病院(小児思春期から司法精神医療まで国の精神政策医療ネットワークの基幹医療施設としての役割を担う病院)、B 病院(精神科救急から老人性認知症疾患治療病棟などを多岐にわたる精神科医療・リハビリテーションを提供する大規模な精神科病院)、C 病院(救命救急センターから予防医療センター等総合的な医療を提供する総合病院)よりインタビューの機会を得た。

3. インタビュー調査結果

① アフターケア体制に絡む報告システム

実際に暴力等が起こった際の客観的評価の扱い方として、レポートを提出するという方法がある。例えば、暴力等が発生した時は、他の転倒や誤薬といったインシデントやアクシデントと同様に、同日中に当事者がレポートを仕上げ、師長の確認を経由してセーフティーマネージャーに報告させることになっている(A病院)。一方で、暴力等が起こった際の心身の状況確認等については、それらレポートをもとに検討されることになる。B病院においては、暴力等インシデント・アクシデントのレポートは、[対応スタッフ、暴力等の引金、暴力等の規模、使用したシステム(携帯など)、精神的ダメージの程度、希望する支援内容等]を別紙に記載するなど、他のインシデント・アクシデントとは異なる報告系統をとって

いる。そのレポートについては看護部長に直接届けられ、部長は提出されたレポートを念入りに調べ、必要があれば病棟に足を運んで状況確認を行ったり、師長と打ち合わせを行っている。

インシデント・アクシデントに対して、スタッフに近日中にレポート提出することを周知すること、また、レポート提出がなされた際に、即時に対応できる者（セーフティマネージャー等）の存在が、この報告システムを活発にさせていることが確認できた。また、病院によっては、それらのレポートの報告を分析して、日々の研修に役立てたり、本人にフィードバックして改善点を評価させたりしている。これらが、インシデント・アクシデント自体を軽減することにも寄与するとのことである。

② 病棟内スタッフ（師長・副師長等）によるアフターケア体制

暴力等行為が起こった時点で、同僚のインフォーマルなケアがあればあるほどよいものであろう。しかし、実質的な安全確保などのためのフォーマルな配慮は、師長の裁量が求められることがしばしばである。A 病院では、暴力等が発生した場合の精神的ケアについては、1. どうもないレベル、2. 自分で対処できるレベル、3. 他人の介入が必要なレベル、4. 専門家の治療が必要なレベル、を判断の上ケースバイケースで対応を考えるようにしているとのことである。そして、受診させた方がよいか、休憩をさせた方がよいか、担当や配置を変えた方がよいか、もしくは、休職させた方がよいか等を決定するという。B病院で、そのような判断をする際に気をつけていることは、例えば受診する場合に同機関で診察を受けるのか、それとも外

部の機関を受診するかなどは当事者の思いを最優先にすることである。また休職させた場合には、そのまま放っておくのではなく、一週間に一度は当事者の面接を師長等が行うことを奨励している。それは、当事者が病棟から離れる期間が長くなると、事件の現場から回避できるメリットはあるが、当事者は病棟スタッフ等から見放された思いがしたり、再度復帰することに躊躇したりするものであることを体験上知っているからである。また、C病院では、休職後に復職するにあたって、仕事内容の枠組みを決めることも重要である。つまり、復職すぐは職場への安心感・安全感の再構築の段階であり、いつも以上に神経が過敏になっている。よって各自の柔軟性に応じて臨機応変に仕事をするような場合は当事者にとってはストレスとなる場合がある。当事者とよく話し合い、できそうな仕事の枠組みを事前に決めて、それらの仕事をこなしてもらうことを当面の目標にするなどの配慮が必要であると考えられていた。

③ 病棟外スタッフ（CNS・リエゾンナース・心理士）によるアフターケア体制

今回のインタビューを行った機関はすべて臨床心理士等が組織内で部署を構えている機関であった。また、B病院ではCNSが、C病院では精神科リエゾンナースが、心理士の他に存在していた。A 病院では、看護師の精神的不調に対して、師長がインフォーマルな根回しをすることによって、診療カルテは作らずに院内心理士に事件後に数回話を聞いてもらう機会を提供したことがあるという。またB病院では、職員の精神的サポートを行うということで臨床心理士が一名指名されている。暴力等事件が発生した際には、心理士より院内ネットで、精神的サポートの一つとして心理士によるケアが活用できることが伝えられるという。また、同

病院では、CNSの活動も活発で、内線電話・携帯電話やメール・置き手紙といった当事者がアクセスしやすい方法で相談できる体制が取られている。また、間接的に入ってきた暴力等事件情報に対しても、CNSがなにげなく状況を確認し、必要であれば声かけなどを行っているとのことである。またC病院では、リエゾン精神看護師が精神科に常駐しているが、新人オリエンテーションなどの機会を利用して、ワークプレース・トラウマ等について相談できる場があることを広報している。ここでは、精神科ばかりでなく一般科の看護師の暴力等問題を始め全般的な相談に応じている。また、セクシャル・ハラスメントの相談も受け付けており、必要に応じてカウンセリングを行っている。

今回のインタビューでは、院内スタッフによるケアといった際に、心理士というよりもCNSやリエゾナーズといった同職種(看護職員)のフォローが印象的であった。同職種がケアを実施する利点としては、勤務体系や看護師の文化の基盤が共通しており、また、暴力等出来事後の対応として一先輩として共に考えやすい立場にある、ことが挙げられた。

④ 専門家へのケア依頼

院内でケアを担うことは重要であるが、場合によっては外部の専門家にケアを委ねることが必要な場合もある。一つ目に、本人が外部の専門家のケアを希望する場合が考えられるであろうし、二つ目に、上司・同僚だけでは抱えることが厳しそうであると判断したケースが挙げられよう。C病院では、リエゾナーズのもとに看護師が相談に見えた場合、数回の面接で終わる目処が立つ場合は、フォローアップもかねてリエゾナーズが対応する。しかし、ワークプレース・トラウマ等の職場の問題だけではなく、その背景に見え隠れする内的な問題が浮か

び上がってきている場合があり、その場合はしかるべく専門家によるこころの整理をお願いした方がよいという。実際、職場の問題について話を聞くうちに、職場の事件前から外部の精神科医療にかかっていたことが判明することもあるという。既往歴などにも注意して、ケースバイケースで対応していくことが求められる。

⑤ 周囲の者へのアフターケア(カンファレンス・デブリーフィング含む)

暴力等事件は、直接関係した当事者の心身の外傷にとどまらず、周囲のスタッフにその暴力等行為を予防できなかったショックや自責の念を強めるなどの影響を及ぼす。また、同僚の負傷を目撃することで、自分もそのような事態に陥るのではないかと恐怖を感じたり、通常以上に神経過敏となることもある。暴力等事件が起こった際に、病棟スタッフが集まって話し合いを行うことがよく取られているが、そのやり方を工夫することも、周囲のアフターケアとして重要であろう。

B病院では、暴力を受けた際は、必ずカンファレンスを実施するという。患者の基礎情報から暴力に至るまでの経過、暴力の予防策を、看護チームのスタッフあるいは病棟にいる看護者全員、主治医、CNSなどが話し合うという。事件の当事者については、精神的サポートが大きい場合は、参加させず個別のサポートを優先するようにしている。また、CNSがファシリテーターとして、看護職員の集団に対してデブリーフィングを実施している。デブリーフィングの効用については議論される場所であるが、現在デブリーフィング的な集団介入を実践していく中で看護師への効果的な介入方法を検証していく段階のようである。実際のデブリーフィングを実践している印象としては、グループメンバーの選定等がうまくいけば成功したと

感じる人が多いとのことである。事件を目撃したスタッフのみとするなど対象を絞り、席順などまで決めるといった配慮を行っている。参加者側の反応としては、デブリーフィングを行うことが、「してもらった」「扱ってもらえた」という感覚につながるようである。実際、体験した或いは目撃した事実自体が消えるわけではないが、集団介入を行うことによって怒りや困惑といったものは軽減され、集団に落ち着きが出てくるようである。職場で起こった事件に対して、院内で隠蔽してしまわないという姿勢が、デブリーフィングを媒介に体现されているようであった。

⑥ その他(診察・検査・治療代等)

暴力等のアクシデントが発生した場合、身体を負傷をすることがある。その負傷状況に応じて、専門医の診察を受けることになる。C病院では、負傷した場合は、組織として対応することを強調し、書類さえ提出すれば労災適用が可能であることを常に伝えているという。また、A病院では負傷の事実を問わず、本人が希望すればとにかく検査を受けさせ、その費用は病院側か患者側かが負担、本人が希望すれば労災適用とするような手続きを踏んでいた。治療を要するほどの身体的な受傷者に対して、お金で解決する問題ではないことの認識を十分に示した上で、C病院では労働基準法に基づいた災害補償、病院としての見舞金(1~10万円)を支給する体制をとっていた。身体面の受診に関しては労災が適用されることが多いようであるが、精神面の受診については、今回のインタビュー機関については、多くは適用されていない実態が浮かび上がった。暴力等の因果関係が明確な場合は、リスクを伴う職場で働く者の権利として、精神科受診の際に労災適用が認められるよう管理側も積極的に検討し

ていく必要がある。

3 考察

1) 暴力等後のケアの必要性について

ここでは、患者から受ける身体的暴力、言語的暴力、間接的暴力、セクシュアル・ハラスメント、自殺の目撃等をワークプレイス・トラウマの要因とし、その暴力等受傷後のトラウマに対するケアについてみてきたが、そもそも看護職員へのワークプレイス・トラウマ後のケアはどうして必要なのだろうか。それは、ワークプレイス・トラウマが言葉のごとく職場で起こるインシデント・アクシデントの一部であり、個々の責任を問うよりも職場の責任を問うべき問題だからである。

それにもかかわらず、実際に事件事故が起こった場合に暴力等を職場に報告したのは2割に満たないという報告^{8,9}がある。しかも、暴力等(身体的暴力・言語的暴力・セクハラ等)を受けたとしても、「患者だから仕方がない」、「病気がそうさせているのだから我慢しなければならない」「自分の対応が未熟だから患者を怒らせた」等といった被害者意識が薄く、むしろ内省的に看護師としての自信を失っていく傾向にあったという¹⁰。暴力等を受けたとしても、病態的に仕方がないといった理由から暴力とすら認識しない看護職員が6割も存在していたという報告¹¹もある。

そのような中、暴力等のワークプレイス・トラウマの影響は深刻なものがある。安永(2006)¹²の看護師対象の調査では、暴力等行為が心や身体に与える影響として、一週間以内では、「怒り 44%」「ショック 43%」「ストレスと不安の増大 22%」「回避行動 20%」「無力感 13%」「仕事を辞めたいという思い 12%」(高い順)となっていたという。これらの影響は時間がたつに従って

和らぐものであり上記調査の6ヶ月が経過した頃には、「怒り 5%」「ショック 1%」「ストレスと不安の増大 5%」「回避行動 5%」「無力感 2%」と全体的に軽減していた。一方、「仕事を辞めたいという思い 6%」は他の項目と比べ依然高い値を示していた。

実際、暴力関連の問題でよく取りざたされるのが離職の問題であるが、職場内の暴力等が離職の一要因になっていることは多くの研究から明らかである。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との報告¹³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師の離職に影響するといった報告¹⁴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報告されている¹⁵。職務中のインシデント・アクシデントによって、精神的不調に追いやられ、挙げ句の果てに離職するというのであれば、それは当事者にとっては大変な事態と言わざるをえない。また、組織にとっても、突然のスタッフの離職で現場に穴が空くことは、運営上で無視できない問題であろう。だからこそ、組織を挙げて、暴力等後の防止はもとより、暴力等が起こってしまった後のケアにも配慮していく必要があると考えられる。

2) 組織としての支援確立の重要性

暴力等ワークプレイス・トラウマが発生した際に、同僚がサポートすることは非常に重要である。しかし、上記で見てきたように、組織で起こったインシデント・アクシデントに対して、報告書の提出の扱いにしても休職・配置転換などをさせるにしても、師長や看護部長の配慮が欠かせない。Nolan(1999)¹⁶も、暴力や暴言が起こった調査結果より、同僚のみならず、管理

職のケアが重要であるとし、身体的な受傷がなかった場合においてもケアが必要であると報告している。また、ワークプレイス・トラウマに関連すると考えられるバーンアウト症状に対してソーシャルサポートが緩衝要因となることは多くの研究から明らかであるが、Constable&Russell(1986)¹⁷の調査において、社会的サポートの中で上司からのサポートが有為に看護師のバーンアウトを軽減していることが確認されている。ワークプレイス・トラウマによって燃え尽きてしまわないためにも、上司の支援は重要であるといえる。今回のインタビューで明らかになったように、上司は、組織上層部と暴力等が起こった際の報告システムを確立させ、それを末端の看護職員まで周知させていくことが望まれよう。また、今回のインタビューを行った機関では、インシデント・アクシデントを扱う責任者(セーフティマネージャーと呼ばれる役職)等が配置されていたが、こういったインシデント・アクシデント担当者を配置し、積極的に関与していくことが、結果的に暴力等を軽減することにもつながるということである。実際、Judith(2000)¹⁸の介入研究では、暴力等が発生した際に、暴力等の対応をする担当者に直接インシデント・アクシデントの報告書が届くようなプログラムを一年にわたって実施した。報告書が届くと、その都度、担当者は当事者のもとに伺い、医療の必要性の判断や、インシデント・アクシデントの上司への報告方法、希望によってはディスカッションの場の設定等についてコーディネートを行ったという。その結果、なんら介入をしない比較群と比較して、有為に報告書の提出が増え、暴力の危険状況の認識をするようになったという。また、どうやったら危険な状況を避けることが出来るか考えるようになり、どのように攻撃的な患者に対処

すべきかといった意識も有為に高くなったという。今後、暴力等対応を組織で考えていく際には、単にインシデント・アクシデントの報告をさせるシステムを整えるだけではなく、なんらかのサポーティブな対応、フィードバックをかけていく関わりが求められているといえよう。

3) 当事者が気軽に相談できる窓口の必要性

現在、男女雇用機会均等法で定められた事業主の義務としてセクハラ相談窓口を設置することになっており、各組織でその対策はなされている。しかしながら、職場内暴力等全般をフォローする相談窓口は労働基準監督署にも職場にも位置づけられていないことが多い。上記の報告システムにみたように、組織としての報告システムにのっとったフォーマルな支援も必要であるが、いつでも当事者が相談したい時に相談できる窓口も、看護職員のメンタルヘルスを考える上で重要である。なぜならば、暴力等を受けた当初はトラウマ症状が出現していなくても、その後、精神的不調を来とし自ら誰かに相談したいという思いが出てくることも想定されるからである。

今回インタビューを行った機関では、暴力等を含めた相談窓口としてCNS (Clinical Nurse Specialist) やリエゾンナースが活躍していた。CNSやリエゾンナースの役割についての研究は少ないが、例えば Murray(1991)¹⁹によると、CNSは暴力を受けた看護師に対してサポーティブに責めることがないように配慮して出来事に関する事実や感情を表現させるコンサルテーションを提供できるとしている。また、鈴木の研究²⁰では、スタッフの精神衛生に関する相談をうける役割として、リエゾンナースにその役割を医師よりも有為に看護師が期待して

いたという報告がある。さらに深沢(2001)²¹によると、精神専門看護師は、看護師のストレスマネジメントを行う上でも重要な役割を果たすと述べている。これらのスタッフが暴力等の心的影響に対してケアを行う体制は、どの組織でも実施できる類の体制とは限らない。しかし、今後、各組織において暴力等の心的影響にも詳しい専門的な看護師等の増加、並びに相談しやすい体制の構築が望まれる。

4) 集団への介入の意義

トラウマを被った直後の介入技法として、非常事態ストレス・デブリーフィング (Critical Incidents Stress Debriefing; CISM) や心理的デブリーフィング (Psychological Debriefing; PD) が知られている。しかし、近年、消防隊員や救急隊員等の研究で、これらの技法が必ずしもトラウマ症状の予防に有効ではないことが指摘されている。看護職員が暴力を受けた後においても、幾つかの機関ではデブリーフィングが行われてきているが、その効果は明らかになっていないとはいえない。参考までに述べると、欧米の90年代以降においては、暴力等後のデブリーフィングが情緒的サポートになりえるとの報告^{22,23,24}がみられた。しかし近年、一般的にデブリーフィングが心的外傷の回復にはつながらないとする見解²⁵が有力になってきている背景の下、看護の現場では、暴力等後の集団ケアとしてCISMの手法でデブリーフィングを行うことが看護師の感情サポートになり、また正常な感情反応の教育を与える健康促進モデルである^{26,27}とする見解が出てきた。一方で、看護現場にデブリーフィングを実施してもそれに参加した職員が2割に満たないという状況が浮上したことから、デブリーフィングというよりも適切な報告システムやその他のサポートシステムが望まれるとの見解も出てき

ている^{28,29}。なお、最近のレビュー³⁰においては、職場における暴力インシデント・アクシデントによって、恐怖やバーンアウト、抑うつ症状、急性ストレス障害、外傷後ストレス障害が引き起こされることは事実であり、長期的視点から組織を考えた際に、それら影響を避けるためにはやはりデブリーフィング手法による介入がふさわしいとしている。

実際、CISM 等の効果については更なる研究が必要であろうが、日々暴力等が発生する現場においては、その都度病棟という集団が危機に晒されるわけであり、なにかしらの対応の実施が切に望まれているといえよう。補足すると、消防士の CIS のようにある程度危険が想定された現場に自ら飛び込んでいく出来事遭遇と異なり、医療機関では、医療的処置やその他対応によって防げるはずの患者の行為で暴力等防止策が甘かったばかりに発生する暴力がある。それらの出来事に直面した当事者・周囲のスタッフにとっては、当然、組織に対する怒りや戸惑い・不満が出てくるものである。よって、デブリーフィング等介入によって個々の心的外傷反応の軽減につながることは重要であるが、それと同時に、デブリーフィングというスタッフの心に配慮する機会の提供自体が意味をもっているのかもしれない。すなわち、業務時間を割いて集団で出来事を振り返る機会を持つとする組織の姿勢が、暴力等を組織として適切に受け止め、防止策を検討しようとするメッセージを伝えることになり、それが個々の主観的満足度につながっている可能性もある。B病院のデブリーフィング実施において、「やらなかったら個々の怒りは鬱積するが、行くと怒りは軽減する」というファシリテーターの言葉がそれを物語っているように思われた。

4 おわりに

精神医療現場においては、現在まで入院中の患者の治療や人権擁護に関する対策は熱心になされてきたが、一方で、看護者の被るトラウマの頻度やそのケアに関しては十分に顧みられなかった感がある。最近になってやっと、暴力等被害について目が向けられ始めたといっている過言ではない。しかし、忘れてはならないことは、暴力等出来事は、患者さんが悪いわけでも、看護職員が悪いわけでもなく、暴力や暴言、セクシュアル・ハラスメント自体が悪いことなのである。

実際、暴力の影響は、患者への医療ケアの質を下げるものであるとの見解³¹もあり、暴力等の影響はスタッフだけではなく、結果的には患者の対応においてデメリットの要素を含んでいるといえる。看護職員の権利擁護・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²⁴もみられることから、患者からの暴力等への対策を講じていくことは、看護職員ばかりでなく、患者対応に還元できる。また、今回はワークプレイス・トラウマの一つとして取り上げなかったが、患者からの暴力等防止を訴えていくことが、職員間における暴言やセクシュアル・ハラスメント問題などの自粛につながる可能性もあるだろう。

なお、今後の暴力等後精神的ケアについて課題をあげるとするならば、考察に挙げたような、報告システムや相談窓口の設置の検討、集団介入の技法の検証等を押し進めることであろう。また、

D. Jackson (2002)³²が述べているように、離職したスタッフへのインタビューを通して暴力等行為がどのように影響を及ぼしたのかを振り返っていくことも、重要な研究課題である。

最後に、当研究分担班は、上記にあるようなインタビューや文献を参考に、冊子「看護職員等のトラウマケア」を作成した。未だ多くの医療機関では、暴力等行為に遭遇していても、ワークプレイス・トラウマの認識もなく、同僚・上司の理解もなく、精神的に追いつめられている看護職員も多いと聞く。まずは、このようなワークプレイス・トラウマの存在の認識を高めるため

にも、心理教育的パンフレットの存在が重要と考えた。症状等を中心に触れた心理教育冊子ではトラウマ症状に対しては有用ではないとの報告³³もあることから、暴力後に周囲がどのようにサポートすべきかといった具体的方法等を盛り込んだ。この冊子が、ワークプレイス・トラウマの理解と周囲のケアの重要性の認識につながれば幸いである。

- ¹ Kirsten S, Judith A O: Chapter three-violence in health care setting. Nurses, Always There for You: United Against Violence Anti-violence tool kit. International Council of Nurses. Switzerland, 17-22,2000
- ² 大岡由佳, 前田正治, 田中みとみ, 高松真理他「精神科看護師が職場で被るトラウマ反応」精神医学第49巻、第2号、2007年
- ³ 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 2: 67-75, 2004年
- ⁴ Phil W, R Almvik: The Brøset violence checklist. Acta Psychiatr Scand 106:103-105, 2002
- ⁵ Drummond DJ, Sparr LF, Gordon GH: Hospital violence reduction among high-risk patients. JAMA 261:2531-4, 1989
- ⁶ 下里誠二, 西谷博則, 平石孝美他: 包括的暴力防止プログラム認定委員会編集: 医療職のための包括的防止プログラム, 医学書院 36-43, 2005年
- ⁷ 栗田かほる「看護の場における暴力」大学病院における実態調査から」看護管理 Vol.16 No.10, p805-810, 2006年
- ⁸ 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年
- ⁹ F.Senuzun Ergun, A. Karadakovan: Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city, International Council of Nurses International Nursing Review, 52, 154160, 2005
- ¹⁰ 山田佐登美「院内暴力防止への取り組みー岡山大学医学部・歯学部附属病院のガイドライン」看護管理 Vol.16, No.10, 2006年
- ¹¹ 栗田かほる「看護の場における暴力」大学病院における実態調査から」看護管理 Vol.16 No.10, p805-810, 2006年
- ¹² 安永薫梨「精神科閉鎖病棟における患者からの看護師への暴力の実態とサポート体制」日本精神保健看護学会誌 Vol.15, No.1, p96-103, 2006年
- ¹³ Cox HC: Verbal abuse in nursing: a report of a study. Nurs Manage 18:47-50, 1987
- ¹⁴ Ito H, Eisen SV, Sedere LI, et al: Factors affecting psychiatric nurses' intention to leave their current job. Psychiatr Serv 52:232-4, 2001
- ¹⁵ Arnetz JE: 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: 49, 2003
- ¹⁶ Nolan P, Dallender J, Soares J, et al: Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrist. J Adv Nurs 30:934-941, 1999
- ¹⁷ Constable, J.F. & Russell, D.W., The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. Journal of Human Stress, 12, pp22-26, 1986
- ¹⁸ Judith E. Arnetz & Bengt B. Arnetz: Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers. Journal

of *Advanced Nursing*, 31(3),668-680,2000.

¹⁹ 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

²⁰ 鈴木一幸「総合病院におけるリエゾンナースの役割に関する研究」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)報告書「自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究」2004 年

²¹ 深沢裕子「看護の役割を明確化し看護職全員を個別にサポート」*看護*, 50(10), 30-32,2001 年

²² Levin PF,Hewitt JB,Misner ST:Insights of nurses about assault in hospital-based emergency departments. *Image J Nurs Sch* 30:249-54,1998

²³ Cooper C: Psychiatric stress debriefing. Alleviating the impact of patient suicide and assault. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 33(5):21-5. 1995

²⁴ Ragaisis KM.:Critical incident stress debriefing: a family nursing intervention. *Arch Psychiatr Nurs.* 8(1):38-43. 1994

²⁵ Brett T, Matt J, Richard A, et al: Early Intervention for Trauma: Current Status and Future Directions. *Clin Psychol Sci Prac* 9:112-134,2002

²⁶Antai-Otong D.:Critical incident stress debriefing: a health promotion model for workplace violence. *Perspect Psychiatr Care.* 37(4):125-32, 139. 2001

²⁷ Sacks SB, Clements PT, Fay-Hillier T. : Care after chaos: use of critical incident stress debriefing after traumatic workplace events. *Perspect Psychiatr Care.* 37(4):133-6. 2001

²⁸ McKenna BG, Smith NA, Poole SJ, Coverdale JH.:Horizontal violence:Experiences of Registered Nurses in their first of practice. *J Adv Nurs.* 2003 Apr;42(1):90-6

²⁹ Laposa JM, Alden LE, Fullerton LM. :Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel. *J Emerg Nurs.* Feb;29(1):23-8,2003

³⁰ Alexy EM, Hutchins JA. :Workplace violence: a primer for critical care nurses. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2006 Sep;18(3):305-12

³¹ Arnetz JE,Arnetz BB:Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care.*Soc Sci Med.* 52(3):417-27,2001

³² D.Jackson,J.Clare, J.Mannix: Who would want to be a nurse? Violence in the workplace-a factor in recruitment and retention., *Journal of Nursing Management* 10,13-20,2002.

³³ 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.*10:561-568,2003.

分担研究報告書

海外被災地での救助活動による消防隊員への心理的影響
～惨事ストレスを中心として～

主任研究者：兵庫県こころのケアセンター	加藤 寛
分担研究者：武蔵野大学	小西聖子
研究協力者：東京消防庁	高橋綾子

平成 16 年 12 月に起きたスマトラ沖地震津波災害で救助活動に従事した消防隊員 8 名を対象に、海外での救助活動における惨事体験及び体験による心理的影響について明らかにするために個別面接調査を行った。

調査現在の IES-R の平均得点は、7.25 点で、PTSD ハイリスク者に該当する隊員はいなかった。しかし帰国後 2～3 ヶ月後の症状として、8 名中 5 名が何らかのストレス症状があったと訴えており、調査時点でも何らかの侵入症状を感じていた。自律神経反応の訴えはなく、活動業務や日常生活に支障が出ることはないものの、派遣活動が隊員にとって強烈な体験だったことがうかがえた。

惨事ストレス対策については、全員が前向きな意見を挙げ、安心して話せる場の必要性が求められていた。一方、対策の必要性を認めながらも、調査対象となった消防隊員は、自分自身には本活動における惨事ストレスによる影響はないと捉えていた。救助活動に対する自負や職業意識の高さが、惨事ストレスの捉え方に影響していることがうかがえた。

はじめに

平成16年12月26日にタイ王国で発生したスマトラ沖大地震・インド洋津波災害(以下、スマトラ沖地震津波災害と略記)は、死者・行方不明者合わせて25万人を超える大災害となった。日本政府はタイ政府の援助要請を受け、12月28日より3次に分けて、国際緊急援助隊88名を現地へ派遣した。このうち、国際消防救助隊(IRT-JF; International rescue team of Japanese Fire Service,以下IRTと略記)として46名の消防隊員が現地に派遣され、救助活動等を行った。国際消防救助隊としての救助活動は、通常の活動と異なり、次のような特殊性を持つ。

IRTは、国際緊急援助隊の一翼を担う部隊である。国際緊急援助隊は、海外で大規模な自然災害が発生したときに、被災国からの要請により派遣される。したがって、甚大な被害を被った地域が対象となり、慣れない国外での活動となる。また、国際緊急援助隊は、救助・医療・災害復旧の援助活動を任務としており、「救助チーム」「医療チーム」「専門家チーム」「自衛隊部隊」の4種類の援助隊で構成され、災害の規模や状況に応じて単独または組み合わせて派遣される。「救助チーム」は、警察庁・消防庁・海上保安庁他の救助隊から編成される混成チームである。そのため、他チーム間はもちろん、チーム内でも連携調整を図りながらの活動となる。さらに、IRT自体も都道府県を越えて編成されており、慣れないメンバーでの活動となる。緊急性が求められるため、派遣決定から24時間以内に集結し、被災地へ出発する。このように、IRT隊員は、海外派遣活動で、大災害を取り扱

うという惨事ストレスだけではない、多様なストレスを受ける可能性が考えられる。今回、スマトラ沖地震津波災害の第一次派遣隊として被災者の救援活動に従事した消防隊員を対象としたインタビュー調査を行ったので、その結果について報告する。

目的

- ①海外での救助活動におけるストレス要因を明らかにする。
- ②海外での救助活動における惨事体験及び体験による心理的影響の傾向と特性を明らかにする。
- ③派遣時及びその後のメンタルサポートの必要性と、求められるサポート内容を明らかにする。

方法

(1) 調査期間

2006年7月28日～10月26日

(2) 調査対象

スマトラ沖地震津波災害に派遣され救助活動に従事した消防隊員8名(V・W・X・Yの4自治体の消防本部にそれぞれ所属)。事前に調査の目的や内容について説明し、承諾を得られた者に協力を依頼した。

(3) 調査方法

V消防本部庁舎内面接室にて、個別に面接調査を行った。面接は、主に派遣決定時から現在までの時系列に沿って、派遣活動及び活動に伴う心理的影響、活動中のその他のストレス要因、帰国後のストレス反応等について予めシナリオを設定し、半構造化面接法によって調査した。面接を円滑に