

組織目標への関与も低下することが Arnetz (2003) 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) 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) やその他暴力の予測指標、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との報告もある。

各国看護協会 (NNAs) 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。

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。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) 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。

【文献】

- 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) 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
- 8) 横山和仁、荒記俊一：日本語版 POMS 手引き. 金子書房、東京、1994年
- 9) Maslach C, Jackson S. MBI: Maslach Burnout Inventory, manual research edition. Palo Alto, CA:University of California, 1986
- 10) 山本真理子編集、堀洋道；測定尺度集〈1〉一人間の内面を探る”自己・個人内過程”サイエンス社、2001、72-76
- 11) 田尾雅夫『バーンアウトの理論と実際』誠信書房 1996年、p29-38
- 12) 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
- 13) 横山和仁、荒記俊一：日本語版 POMS 手引き. 金子書房、東京、1994年
- 14) 田尾雅夫『バーンアウトの理論と実際』誠信書房 1996年
- 15) Nolan, P: Violence in mental health care. the experiences of mental health nurses and psychiatrist. *Journal of Advanced Nursing*. 30 (4), 934-941, 1999
- 16) Atawneh FA: Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. *British Journal Nursing*, 12 (2) 102-107. 2003
- 17) 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
- 18) 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
- 19) Cooper C: Patient Suicide and Assault-their Impact on Psychiatric Hospital Staff. Journal of Psychosocial Nursing, 33 (6). 1995
- 20) Poster, Elizabeth C: Nursing staff responses to patient physical assaults. Presentation at Conference Violence: Nursing debates the issues. American Academy of Nursing. Wathington. 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)
- 21) 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.
- 22) 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 巻 1 号 14, 78-86, 2005
- 23) Ohta Y, Araki K, Kawasaki N, et al: Psychological trauma and longitudinal course of psychiatric problems among evacuees of volcanic eruption. Psychiatry Clin Neurosci.
- 24) 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
- 25) 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
- 26) Catherince J: Burnout on psychiatric nursing. Blackwell Science ltd, Journal of Advanced Nursing, 34 (3), 383-396. 2001
- 27) 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
- 28) 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
- 29) 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
- 30) Esther M: Role stress in nurses: Review of related factors and strategies for moving forward. Nursing and Health Sciences, 7, 57-65. 2005
- 31) Wickett D, McCutcheon H, Long L. Commentary: An Australian perspective. J. Adv. Nurs, 343-345. 2003
- 32) Cox 1987. Verbal abuse in nursing: a report of a study. Nursing Management, 18 (11) , 47-50. 1987
- 33) 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

- 34) 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
- 35) Raymond B, Flannery, jr. :A program to help staff cope with psychological sequelae of assaults by patients. Hospital and Community Psychiatry, 42 (9). 1991
- 36) Phil W, R. Almvik: The Brset violence checklist. Acta Puchiatri Scand. 106, 103-105. 2002
- 37) Drummond, DJ: Hospital violence reduction among high-risk patients. JAMA. 261 (17). 1989
- 38) Antai-Otong D. : Critical incident stress debriefing: a health promotion model for workplace violence. Perspect Psychiatr Care. 37 (4) :125-32, 139. 2001
- 39) 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.
- 40) Rose et al. A randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violence crime. Psychological Medicine 29, 793-799. 1999
- 41) Nihwatiwa 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.
- 42) 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
- 43) Zimmer KK, Cabelus NB. : Psychological effects of violence on forensic nurses. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2003 Nov;41 (11) :28-35.
- 44) 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
- 45) 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
- 46) 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
- 47) 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
- 48) 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』ゆるみ出版 2000年, p96

2-2 保健師

分担研究者：小西聖子（武蔵野大学）、
飛鳥井望（東京都精神医学総合研究
所）

【目的】

保健師^(注1)の多くは、都道府県保健所や
市区町村役場などに所属する公務員であり、
疾病予防の立場から地域住民の健康をサポ
ートする地区活動を行っている。援助の対
象は母子・成人・高齢者・障害者など多岐
にわたり、その業務内容は、地域住民の健
康保持や増進のための保健活動や指導、乳
幼児健診、住民に対する面接相談や電話相
談、訪問相談など、幅広いのが特徴である。

平成6年の地域保健法改正によって、都
道府県保健所（以下、保健所）と市町村と
の役割が分化し、住民により身近で利用頻
度の高い保健福祉サービスは、市町村で一
元的に提供されるようになった。更に、平
成12年の地方分権一括法や介護保険法制
定によって、業務の市町村一元化の流れは
促進されている（高階ら, 2001; 野村, 2003）。
また、平成2年の老人福祉法・老人保健法
改正や平成9年の介護保険法制定と行政組
織改革により、平成9年度には多くの自治
体で保健と福祉の統合化が進められ、保健
師の保健分野から福祉分野へ異動も増加し
ている（山岸ら, 2003）。このような流れに
よる、市町村の業務や担当ケースの変化に
伴い、市町村に勤務する保健師は様々な新
しいストレスに曝され、そのメンタルヘル
スにも影響が出ていることが予測される。
Lazarusらは心理的ストレスを「ある人の
もつ資源に負荷をかけ、あるいはその限度
を超えて、安寧を脅かすとその人によって
評価される、人と環境との個別的な関係の

こと」だと定義しているが（Lazarus &
Folkman, 1984, p.19）、本研究では、こ
うした現状の保健師の業務や職場における
ストレスを職業性ストレスとする。

保健師のメンタルヘルスに関して、永田
らのGHQ-30を用いた保健婦と看護婦の
メンタルヘルス調査では、GHQ高得点者の
割合は両群ともに4割強であった。「惰性や
マンネリを感じる」という業務への不満は
両群に多いが、特に「仕事が負担」との回
答は全勤務年数を通じて保健婦に多く、保
健師のストレス要因は業務上の日常苛立事
だと示唆している（永田ら, 1993）。

保健師のメンタルヘルスを損なわせる要
因の調査には、ストレス反応の一種であり、
対人援助の過程におこる「極度の身体疲労
と感情の枯渇を示す症候群」(Maslach,
1976)と定義されるバーンアウトに関する
ものが多い（菅原ら, 1997; 片桐ら, 1999;
河原田, 2000など）。菅原らは、バーンア
ウトの要因を、業務量の多さ・業務範囲の広
さ・事務的仕事が多く、地区活動に時間を
かけられない・他者からの保健婦業務への
理解不足などを問題として保健婦が感じて
いるためと述べた（菅原ら, 1997）。河原田
の調査では、保健婦のバーンアウトの特徴
が個人的達成感の低さであることと、労働
過多や役割ストレスなどの職務特性、組織
の方針や職場の文化や風土などの組織特性、
および同僚や上司、サービス対象者など
の人間関係に関わる職場要因がバーンア
ウト発生に関与していることが示された（河
原田, 2000）。また、菅原らや片桐らの報告
がした、バーンアウト傾向にある保健婦が
受身的な感情調節的対処行動をとりやすい
という背景には、保健婦が他の医療職と十
分相談できずに自らの判断で医療行為を行

うことや、行政職員としての行動の限界から諦めざるを得ないこともある職種（片桐ら、1999）という実情もあるだろう。技術専門職である保健師と行政事務職との間で、時に互いの無理解が生じやすいとも指摘されている（河原田、2000）。これらの指摘から、保健師の仕事内容の特徴や複雑な職場の様子が窺えよう。

一方で、保健師の職業性ストレスに関する調査は少ない。竹内らは、保健所・市町村保健師は病院看護師に比べて、仕事量的負荷や仕事上の将来の不明確さ、仕事と家庭との役割葛藤は低いという健康影響への良好な面と、現場での裁量度が低いという悪い面が示されたと報告している（竹内ら、2003）。この現場での裁量度については、上述の片桐ら（1999）や河原田（2000）らの指摘する、行政職員としての行動の限界によるあきらめや、行政事務職との関係のとりにくさにも通じるのではないだろうか。

また、山岸らによる平成12年の市町村福祉分野保健師に対する全国レベル業務実態調査では、保健と福祉の統合化による組織変更に肯定的評価がある一方で、「多忙」、「1人配置」、「相談者がいない」などの問題を指摘する回答も多かった。（山岸ら、2003）。

さらに保健師は、職務上で危機的状況に遭遇する職種でもあり、トラウマティックな体験をしているとも考えられる。東京都・特別区保健婦（士）会の調査によると、1000人中261人の保健師が年齢・職歴・援助方針に関係なく、「家庭訪問」や「所内相談」で、身体的・性的・精神的被害など340件の危機状況に遭遇していた（東京都・特別区保健婦（士）会、2002）。これらの暴力的被害の中には、DSM-IV-TRで定義されるような狭義の外傷体験も含まれてい

よう。特に家庭訪問や他機関への同行援助の場合は、保健師の職場で活動する場合よりも援助対象者からの直接的影響が大きいと思われる。危機的状況に遭遇して、また遭遇する怖れを感じて、心身への影響を少なからず受けていると推察されるが、上記の調査では、半数が遭遇後の職場体制に変化がないと回答していた。危機的状況での保健師に対するケアも検討される必要があるだろう。

他にも、保健師は乳幼児や障害者、高齢者に対する虐待ケースへの援助を行うなど、職務上のトラウマを抱える人との関わりから二次的にそのトラウマに曝され生じるストレスによっても、様々な影響を受けていると考えられる。「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」や「児童虐待防止法」施行によって、さらにDVや児童虐待の事例への関わりは増えているだろう。山田らの全国保健所保健師の子ども虐待事例支援実態に関する調査は、都道府県保健所の4割、政令市保健所の7割が虐待への支援を実施し、健診などの「母子保健事業」で虐待例が多く把握されて、さらに都道府県保健所の関わる虐待の疑い事例では住民により近い市町村保健センターの関与が多いと明らかにした（山田ら、2002）。本研究では、保健師自身が危機的状況に遭遇する体験や、Figley（2003）が定義した二次的外傷性ストレス（「配偶者など親しい間柄の者がトラウマとなる出来事を体験したことを知ることにより自然に必然的に起こる行動や感情」）もある体験を合わせて、「職務上の傷つき体験」とする。

こうした職務上のストレスを抱えつつも、保健師がよりよい対人援助サービスを提供するには、保健師の心身の安定がまずは必

要だろう。そのストレスの軽減には、仕事満足度や休養の他に、ソーシャルサポート（本研究では、「保健師が主観的に認識した、職場の上司や同僚、仕事関係者、家族、知人などからの物理的・情緒的援助」と定義）も有効な方法の一つと考えられている。

よって、本研究では、市町村に勤務する保健師を対象として、その業務内容や就業状況、まだ十分に明らかにされていない保健師の職業性ストレスや職務上の傷つき体験とそのメンタルヘルスの実態の把握、及びそのメンタルヘルスの悪化の防止あるいは回復に役立つ要因の検討を目的とした。

【対象と方法】

1. 対象

東京都多摩地区 30 市町村の「健康課」・「高齢福祉課」・「障害福祉課」で住民への保健活動を直接行っている保健師 351 名が所属する各部署の長に対し、事前に調査の趣旨を電話で伝え、調査への参加意志を確認した結果、調査実施の協力を得られた 24 市町村に所属する保健師 255 名を対象とした。

2. 方法

部署単位で郵送法にて質問紙を配布した。郵送後は、郵送法により個別回収した。各保健師に参加不参加を決定してもらい、不参加の場合は質問紙を個人で破棄もしくは返送するよう文書で依頼した。

予備調査は 2003 年 7 月に A 市の保健師 5 名を対象に行い、本調査は 2003 年 8 月～9 月に実施した。対象者 255 名のうち回収した回答は 130 名で、有効回答数は 113 名であった。回収率 44. 3%で、有効回答率は 86.9%であった。

（倫理面への配慮）

援助職の傷つき体験および職業上のストレスや日頃感じていることに関する調査であるため、各機関や調査協力者に対し、本研究の趣旨と個人情報の秘匿を説明し、最終的に回答者個人が、参加の可否を判断できるようにした。また、職場での査定に影響がないよう、個別返送の形式を取った。

3. 調査票の構成

1) 個人属性に関する質問項目

性別、年齢、婚姻状況、最終学歴など

2) 業務に関する質問項目

所属先、1 週間の平均実働時間、就業年数、業務内容、研修など

3) 職業性ストレス簡易調査票（一部改定）

労働省（現、厚生労働省）の平成 11 年度「作業関連疾患の予防に関する研究」班（加藤正明班長，2000）が日本の男女勤労者約 12,000 人のデータから作成した「職業性ストレス簡易調査票」の一部を改訂して使用した。信頼性、妥当性は確認されている（加藤ら，2000）。この簡易調査票は①仕事のストレス要因、②ストレス反応、③ストレス緩和要因（ソーシャルサポート及び満足度）から構成されているが、本調査では②のストレス反応尺度を、回答者の負担及び質問項目数軽減のために、より一般的な精神健康調査票である GHQ-12 に置き換えた。③のソーシャルサポートの項目には、「上司」、「職場の同僚」、「配偶者、家族、友人等」に、「職場の医師、弁護士」、「ソーシャルワーカー」、「司法、警察職員」を追加した。

4) CAPS の出来事チェックリスト（一部改訂）

援助職個人が直接体験した出来事の確認には、PTSD の構造化面接法に用いられる PTSD 臨床診断面接尺度（Clinical-Administered PTSD Scale for

DSM-IV : CAPS) の DSM-IV の PTSD 診断の基準 A に該当し得る内容を規定した出来事チェックリスト (15 項目) に、DV 相談員の面接 (嶋崎, 2003) で明らかとなった職務上で体験する出来事 (10 項目) を加えて改訂した合計 25 項目の出来事チェックリストを使用した。

5) 改訂出来事インパクト尺度 (IES-R)

6) 精神健康調査票 (GHQ-12)

7) 自由記述

「仕事について」、「仕事上で感じた強いストレス」、「仕事上のストレスへの対処方法」などについて、自由記述で意見を求めた。

4. 分析について

分析には、統計解析ソフト SPSS10.0 for Windows を使用した。p<0.05 を有意水準とみなしている。相関係数は絶対値によって、 $0.0 \leq |r| \leq 0.2$ は「ほとんど相関がない」、 $0.2 < |r| \leq 0.4$ は「弱い相関がある」、 $0.4 < |r| \leq 0.7$ は「中程度の相関がある」、 $0.7 < |r| \leq 1.0$ は「強い相関がある」と記述した。

C. 結果

1. 保健師の個人属性 (n=113)

1) 性別 全員が女性であった。

2) 年齢

平均年齢 : 37.1 歳 ± 8.7

22 歳から 57 歳で、30 代が 57 名 (50.4%) と約半数を占めていた。

3) 現在の婚姻状況

未婚 34 名 (30.1%)

既婚 76 名 (67.3%)

離婚 1 名 (0.9%)

死別 2 名 (1.8%)

4) 最終学歴

短大・専門学校卒 (看護学) 48 名 (42.5%)

短大・専門学校卒 (その他) 31 名 (27.4%)

大学卒 (看護学) 22 名 (19.5%)

大学卒 (その他) 7 名 (6.0%)

その他 (大学院など) 5 名 (4.4%)

2. 保健師の就業状況 (n=113)

1) 所属先

健康課 85 名 (75.2%)

福祉課 16 名 (14.2%)

その他 12 名 (10.6%)

全員が、市町村役場勤務の公務員である。その他の職場には、保育園や子育て支援課、高齢介護課などが含まれる。

2) 1 週間の平均実働時間 (残業を含む)

40 時間以下 60 名 (53.1%)

41 時間 ~ 50 時間 45 名 (39.8%)

51 時間以上 7 名 (6.2%)

無回答 1 名 (0.9%)

全体の平均実働時間は 42.5 時間 ± 6.2 で、最長は 70 時間 (一日平均 14 時間の実働) であった。1 週間の基本実働時間を 40 時間とすると、約 5 割は残業をしていない。

3) 就業年数 (保健師以前の臨床年数と

保健師としての勤務年数の合算)

5 年未満 11 名 (9.7%)

5 年 ~ 10 年未満 30 名 (26.5%)

10 年 ~ 15 年未満 33 名 (29.2%)

15 年以上 36 名 (31.9%)

無回答 3 名 (2.7%)

保健師になる以前の臨床経験があると回答した者 (n=68) の平均臨床年数は 3.9 年 ± 2.8 で、保健師としての平均勤務年数 (n=110) は 10.5 年 ± 8.3 であった。保健師以前の臨床年数と保健師としての勤務年数を合算した就業年数は 4 ヶ月から 35 年で、平均就業年数は 12.8 年 ± 7.7 であった。

4) 現在の主なサービス対象者 (複数回答)

母子	76名(67.3%)
成人壮年期	57名(50.4%)
高齢者	52名(46.0%)
子どものみ	38名(33.6%)
障害者	31名(27.4%)

保健師の約7割が、母子の保健サービスに従事していた。

5) 過去1年間に関わったトラウマケース (複数回答)

虐待	66名(58.4%)
ドメスティック・バイオレンス	51名(45.1%)
性虐待	12名(10.6%)
その他の対人暴力	13名(11.5%)
災害・事故	2名(1.8%)

保健師の約半数が、虐待やDVのケースに関わった経験があった。

6) 前年度1年間に参加した研修・トレーニング (複数回答)

職場内カンファレンス	97名(85.9%)
専門書・文献等を読む	94名(83.2%)
職場内の勉強会	73名(64.6%)
読書会や勉強会の参加	64名(56.6%)
ワークショップ・セミナーの参加	52名(46.0%)
学会の参加	35名(31.0%)
継続したスーパービジョン	19名(16.8%)
継続したグループ・スーパービジョン	19名(16.8%)
大学・大学院への進学	11名(9.7%)
その他	3名(2.6%)
全く参加していない	24名(21.2%)
無回答	6名(5.3%)

約2割は全く研修に参加していなかった。職場内カンファレンスの役立ち度については、「よく役に立っている」と41名(36.3%)が、「やや役立っている」と40名(35.4%)が回答しており、約7割の保健師がその役立ち度を認めていた。

前年度トラウマに関する研修やトレーニ

ングへの参加者は32名で、全体の約3割に相当する。前年度に参加した研修やトレーニングの平均日数10.33日±11.13(n=86)のうち、トラウマに関する研修やトレーニングの平均日数は、2.97日±3.55(n=32)であった。

3. GHQ-12

GHQ平均得点(n=110) 1.95点±2.84

得点分布は0点から11点であった。カットオフポイントを3/4とすると、3点以下で現在の精神的健康がよい人は86名(76.1%)で、精神不健康のハイリスクを示す4点以上は24名(21.8%)と約2割を占めた。

4. 職業性ストレス、ソーシャルサポート及び満足度

1) 仕事のストレス要因

仕事のストレス要因に関し、1~2点をストレス要因低群、3~4点を高群とした。各項目の平均値及びストレス要因高群の割合(n=113)は表1の通りである。問1~6の項目では7割以上の人が強くとストレス要因として感じており、特に問3~5ではストレス要因であることを否定した人は皆無である。一方、問11、14、17のストレス高群は1割強しかおらず、これらの項目は比較的ストレス要因とならないことが示された。

2) ソーシャルサポート得点と満足度

6種類のソーシャルサポートごとの合計平均得点は以下の通りである。

	平均点
「配偶者・家族・友人」(n=110)	9.43点±2.34
「職場の同僚」(n=110)	8.48点±2.02
「上司」(n=109)	7.57点±1.96
「職場の医師・弁護士」(n=105)	1.86点±2.80

「ソーシャルワーカー」(n=105)1.85 点±2.88
「司法・警察職員」(n=105) 0.77 点±1.80
サポート総得点 29.86 点±7.66
サポートが多い程、高得点になる。「職場の
医師、弁護士」、「ソーシャルワーカー」、「司
法、警察職員」については、「いない」という
回答が7割から9割を占め、これらのサポ
ートは保健師の業務とあまり関わりがなく、

身近でないことが示された。

3) 満足度

「仕事満足度」(n=112) 2.8 点±0.6
「家庭満足度」(n=112) 3.1 点±0.6
家庭満足度の方が、仕事満足度よりやや高
い結果であった。

表1. 職業性ストレス要因 (n=113)	平均点	ストレス 要因高群 n(%)
A.仕事の負担度(項目 1~7)		
1.非常にたくさんの仕事をしなければならない	3.12 点±0.84	91 (80.5%)
2.時間内に仕事が処理しきれない	2.89 点±0.95	74 (65.5%)
3.一生懸命働かなければならない	3.15 点±0.65	94 (83.2%)
4.かなり注意を集中する必要がある	3.28 点±0.67	97 (85.8%)
5.高度の知識と技術が必要なむずかしい仕事だ	3.15 点±0.66	93 (82.3%)
6.勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	2.88 点±0.71	77 (68.1%)
7.からだを大変よく使う仕事だ	2.32 点±0.87	48 (42.5%)
B.「コントロール度」(問 8~10)		
8.自分のペースで仕事ができる	2.55 点±0.86	55 (48.7%)
9.自分で仕事の順番・やり方を決めることができる	2.20 点±0.72	31 (27.4%)
10.職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	2.21 点±0.65	27 (23.9%)
11.自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない	1.82 点±0.74	18 (15.9%)
C.「対人関係」(問 12~14)		
12.私の部署内で意見のくい違いがある	2.55 点±0.80	52 (46.0%)
13.私の部署と他の部署とはうまが合わない	2.24 点±0.74	34 (30.1%)
14.私の職場の雰囲気は友好的である	1.96 点±0.65	13 (11.5%)
15.私の職場の作業環境(騒音, 照明, 温度, 換気など)は よくない	2.17 点±1.04	36 (31.9%)
D.「仕事の適合性」(問 16, 17)		
16.仕事の内容は自分に合っている	2.13 点±0.67	26 (23.0%)
17.働きがいのある仕事だ	1.86 点±0.68	15 (13.3%)

4) 職業性ストレス要因「要チェック」者の GHQ 得点とサポート得点

①ストレス要因の下位因子における要チェック者をマニュアルに従い確認した。

	要チェック者数
「仕事の負担度」(n=109)	58 名 (51.3%)
「コントロール度」(n=109)	38 名 (33.6%)
「対人関係」(n=110)	28 名 (24.8%)
「仕事の適合性」(n=109)	10 名 (8.8%)

約半数の保健師が、「仕事の負担度」におけるストレス要因を多く抱えている。一方、仕事が自分に合わないというストレスを感じる保健師は約 1 割弱だった。

②加藤ら (2000) らのストレス要因による評価法に従うと、「ストレス問題が高い確率で疑われるケース」と認められる要チェック数「3」以上は 8 名 (7.5%) いた。3 因子以上に「要チェック」がついた場合、チェックがない人と比較して心理的ストレス反応の発現リスクは、男性で 4.6 倍、女性では 5.6 倍となる。また、身体的ストレス反応の発現リスクも、男性で 2.6 倍、女性では 3.8 倍であるという。2 因子に「要チェック」がつく場合は、心理的・身体的ストレス反応の発現リスクが約 2 倍とされる。

今回の回答者において、要チェック数「0」は 27 名 (25.2%)、「1」は 39 名 (36.4%)、「2」は 33 名 (30.8%) で、「3 以上」は 8 名 (7.5%) であった。要チェック数「3 以上」に「2」も合わせると、ストレス反応発現リスク者及びその予備群が 41 名と 38.3% を占めていた。

③この「要チェック」が 3 因子以上ついた 8

名のメンタルヘルスの状態を確認した。GHQ 平均得点 4.63 点±4.0 は、カットオフポイントも越え、精神健康状態はハイリスクの域であることが明白である。全回答者の GHQ 平均得点 1.95 点±2.84 と比較しても高得点であった。サポート総得点平均 22.75 点±4.53 も、全回答者平均得点 29.86 点±7.66 と比較して明らかに低かった。

5. 精神健康に影響を及ぼしている要因

精神健康に影響を及ぼしている要因を探るべく、GHQ 得点と個人属性やストレス要因、サポート、満足度との相関関係を分析した。分析には、Spearman の順位相関係数を用い、 $p < 0.05$ を有意水準とした (表 5)。

1) 「GHQ 得点」と関連のある変数

「GHQ 得点」と「1 週間の実働時間」($r = .218, p < 0.05$)、「職業性ストレス合計」($r = .271, p < 0.01$)、「コントロール度」($r = .255, p < 0.01$) の 3 変数にはそれぞれ弱い相関があり、「GHQ 得点」と「仕事満足度」($r = -.246, p < 0.01$)には弱い負の相関があった。つまり、GHQ 得点の高い人は、1 週間の実働時間もやや長く、職業性ストレスもやや高く、中でもコントロール度のストレス要因がやや高く、仕事の満足度はやや低いといえる。

一方、「上司サポート」や「同僚サポート」などのサポートや、「年齢」・「結婚歴」・「就業年数」は「GHQ 得点」との相関関係がみられなかった。

2) ソーシャルサポート

ソーシャルサポートと他の変数との相関関係をみた。

①「上司のサポート」と関連のある変数：

「職業性ストレス合計」、「コントロール度」、「仕事満足度」、「対人関係」

- ②「同僚のサポート」と関連のある変数：
「仕事満足度」、「対人関係」、
「家庭満足度」

- ③「家族サポート」と関連のある変数：
「家庭満足度」

直接「GHQ 得点」との相関関係はないが、GHQ 得点と相関関係にある変数と有意な関連があることが示された。

6. 出来事チェックリスト

出来事チェックリストの項目 1～15 は個人的体験、項目 16～25 は職務上の傷つき体験（本調査で追加作成）とした（表 2 -I,II）。

1) これまでに直接体験した出来事

(n=113、複数回答)

25 項目中、何らかの体験があると答えた人は 89 名 (78.8%) で、いずれの体験もない人は 24 名 (21.2%) と、約 8 割の人に何らかの体験があった。

「個人的体験」で最も多かったのは、「交通事故」34 名 (30.0%) であった。「職務上の傷つき体験」では、相談者やその関係者から「言葉でののしられたり、暴言を吐かれた」と約半数の 54 名 (47.8%) が回答した。「身体に暴力を受けた」1.8% (2 名)、「性的な暴力を受けた」1.8% (2 名) と若干名ではあるが、深刻な職務上の体験をしたと答えた保健師もいた。また、「自分の援助の成否が、相談者の安全に大きく関わるような重大な決断をしなければならなかった」と 32 名 (28.3%) が回答しており、こうした職務上のストレスも保健師は日常的に感じているようである。

2) 最も強いストレスとなった出来事

「これまでに最も強いストレスとなった出来事」を 1 つ選択してもらったところ、「個人的体験」を選択した人は、全体の

32.0% (36 名)、「職務上の傷つき体験」を選択した人は 37.2% (42 名) であった。最も多く選択された項目は、相談者やその関係者から「言葉でののしられたり、暴言を吐かれた」15.9% (18 名) であり、「職務上の傷つき体験」が上位を占めている。

7. IES-R

IES-R 平均得点 (n=78) 11.41 点±16.14

「最も強いストレスになった出来事」として選択した 1 項目に限定して、IES-R の回答を求めた。24/25 点をカットオフポイントとすると、IES-R 高得点群は 13 名で、これは全対象者の 11.5%、何らかの体験がある群においては 16.7%に相当する。

8. 体験群別の IES-R 得点 (n=78)

体験群別の IES-R 得点は表 3 に示した。

表3. 最も強いストレス体験別 IES-R 得点 (n=78)

体験群	n	IES-R 低得点群	IES-R 高得点群	IES-R 平均得点
個人的 体験	36	26 (72.2%)	10 (27.8%)	17.28± 20.57
職務上の 傷つき 体験	42	39 (92.9%)	3 (7.1%)	6.38± 8.49
合計	78	65	13	-

両群の IES-R 平均得点には有意な差があり、「個人的体験」の IES-R 得点の方が高く、IES-R 最高得点は「個人的体験」における 76 点であった。「職務上の傷つき体験」の選択者数は個人的体験より多いが、IES-R 平均得点は全体の平均値に比較して低かった。

9. 体験群別の GHQ-12 得点

「個人的体験」群と「職務上の傷つき体験」群及び「体験なし」群の GHQ-12 平均得点を

比較したところ、各群に有意な差はみられなかった（表4）。「個人的体験」群の精神健康は他群よりもやや悪い傾向にある。

表4. 体験群別の GHQ-12 得点 (n=110)

体験群	n	GHQ 平均得点
体験なし	32	1.38±1.83
個人的体験	39	2.85±3.62
職務上の傷つき体験	39	1.54±2.45
合計	110	1.95±2.84

10. IES-R 得点と GHQ-12 得点の相関

IES-R 得点と GHQ-12 得点の相関関係を Spearman の順位相関係数を用いて調べた結果、この2変数には中程度の相関 ($r=0.528, p<0.01$) があった。PTSD 症状の悪化と精神健康全般の悪化には、関連があると考えられる。

11. 虐待に関わった保健師のメンタルヘルス

過去1年間に虐待のケースに関わったと回答した保健師 66 名 (58.4%) の GHQ-12 平均得点 (n=65) は 1.80 点±2.71 で、IES-R 平均得点 (n=62) は 7.71 点±9.99 であった。両尺度ともカットオフポイントを下回り、全対象者の GHQ-12 平均得点及び IES-R 平均得点よりもやや低く、全体的には健康状態が良好であるが、GHQ で 4 点以上の保健師が 11 名 (16.8%)、IES-R 25 点以上が 6 名 (9.6%) いることも示された。

12. IES-R 得点と研修・トレーニング

体験群ごとに、IES-R 得点と研修・トレーニングの相関関係を分析したところ、「個人的体験」群の IES-R 得点と「昨年度参加した研修・トレーニングの日数」に、弱い負の相関 ($r=-0.356, p<0.05$) がみられた。

【考察】

1. 保健師の全般的なメンタルヘルス

本調査対象者の GHQ 平均得点は 1.95 点±2.84 で、4 点以上の精神健康上ハイリスク者は全体の 21.8% (24 名) であった。GHQ-12 と GHQ-30 での直接的な比較はできないが、永田ら (1993) の GHQ-30 を用いた保健婦と看護婦に対する調査では、カットオフポイントを 7/8 点とした場合の高得点者割合は、保健婦群で 41.7%、看護婦群で 46.2% であったと報告されている。和田ら (2003) の児童相談所職員を対象にした調査での GHQ-12 平均得点は 5.9 点±3.6 と示されている。これらの先行研究と比較すると、本調査の市町村に勤務する保健師の GHQ 得点やハイリスク群の割合は低く、概ね精神健康度は高いようである。

しかし、職業性ストレス要因による評価では、「ストレス問題が高い確率で疑われるケース」と認められる要チェック数「3」以上が 8 名 (7.5%) いた。これら保健師の GHQ が示す精神健康状態は 4 点以上のハイリスクであり、周囲からのサポートも少なく感じていることも示され、適切な心身へのケアが早急に求められるレベルである。さらに、要チェック数「2」も「3以上」に合わせると、ストレス反応発現リスク者及びその予備群が 41 名と 38.3% を占める。

つまり、本調査の保健師全体のメンタルヘルスは良好ながらも、一般勤労者と同じく職業性ストレスを抱え、ストレス反応の発現リスクも高いと言える。職場でメンタルヘルスが悪化しているスタッフがいないかどうか、日頃のラインケアが重要だろう。

2. 保健師の職業性ストレス要因

職業性ストレス要因の結果をみると、友

好的な職場の雰囲気の中で、専門職としての知識や技能を使い、仕事に自分の意見を反映できていると感じている保健師が多いと思われる。一方で、半数以上の保健師が「仕事の負担度」に関するストレスを訴えた。本調査の自由記述でも、先行のバーンアウト研究で示された保健師業務の特徴と同様に、「業務過多で心身の負担が大きい」、「専門職本来の仕事に時間がとれない」、「人手不足」などが指摘されていた。

こうした職業上のストレス要因に対しては、メンタルヘルスの状態についてのケアだけでなく、業務内容の改善や事務作業の軽減、加えて業務量や業務内容から判断して必要であれば人員補充を検討することなどが望まれよう。

一方、自由記述を分類すると、保健師が感じている職業上のストレスとして「市民・相談者との関係」、「職場の人間関係」、「他職種との関係」、「行政のシステム上の問題」、「業務内容」、「個人的な専門職としてのストレス」などが挙げられた。これらは、菅原ら（1997）や河原田（2000）らが示した、保健師の職務特性や組織特性、人間関係の特徴などと共通していると思われる。

「相談者との関係」によるストレスの訴えからは、本調査では直接扱っていないが、バーンアウトも懸念され、要注意であろう。

自由記述の詳細をみると、「深刻な相談ばかりがストレスになるのではなく、健診などのちょっとしたやりとりや、一般事務処理もストレス」、「ケースのストレスに、職場の人間関係や他職種とのやりとり、女性としての家庭的なストレス等が混在している」、「保健師は人に会って楽しい面もあるが、ストレスがたまりやすい職業」という保健師の実像が見えてくる。つまり、保健師

は医療・保健分野での対人援助の専門家であるが、業務の複雑さや行政組織での立場の難しさに家庭のストレスも加わり、ストレスフルな職種だと理解したい。

3. 保健師のメンタルヘルスへの影響要因

「GHQ 得点」は「1 週間の実働時間」、「職業性ストレス合計」、「コントロール度」、「仕事満足度」の4変数と有意な関連があった。

自分のペースで仕事ができないという「コントロール度」は、業務の煩雑さだけでなく、行政組織における保健師の裁量度の低さをも反映していると思われる。また、「1 週間の実働時間」は、「職業性ストレス合計」および「仕事負担度」とも有意な関連があり、メンタルヘルスだけでなく職業性ストレスにも影響を及ぼしているようである。本調査では、公務員であるため残業が認められにくい事情もあってか、多忙ながらも殆ど残業せずに仕事を切り上げている保健師が半数を占める一方で、自己申告では週70時間の就業をしている保健師もいると分かった。自由回答における「人員不足」という指摘からも、少人数で膨大な仕事量をこなし、そのような就業状態が時にはストレス要因となっていると考えられる。

また、「仕事満足度」は職業性ストレス要因の下位因子である「仕事適合性」とも中程度の有意な相関があったことから、「仕事が自分に合っている」、「働きがいがある」という実感と満足感は繋がりをもち、これが仕事に対する動機付けを強めて、ストレス反応を軽減するのかもしれない。菅原ら（1997）の調査でも、「業務内容への満足度」及び「身近で頻度の高い保健サービス実施への満足度」がバーンアウトスコアと有意に関連があると報告しており、今回の結果

も類似していると考えられる。

このように保健師のメンタルヘルスの維持には重要な役割を果たすと思われる上述の4変数について、保健師自身だけでなく、管理職も留意することが望まれる。

4. 個人的及び職務上の傷つき体験と IES-R 得点

出来事チェックリストで何らかの体験があると答えた人は 89 名 (78.8%) で、約 8 割にのぼる。「個人的体験」として「交通事故」などがあげられる一方で、「職務上の傷つき体験」では、相談者やその関係者から「言葉でののしられたり、暴言を吐かれた」、「性的な体験を受けた」、「子どもがひどい目にあっているようなケースに関わった」、「自分の援助の成否が、相談者の安全に大きく関わるような重大な決断をしなければならなかった」という項目を多数の保健師が選択しており、本調査対象者も東京都・特別区保健婦(士)会(2002)の調査と同様の体験をしていることが明らかとなった。

最も強いストレスとなった出来事を選択して IES-R に回答した人(n=78)の平均得点は 11.41 点±16.14 で、カットオフポイントを下回っているが、IES-R 高得点群(n=13)は全調査対象者の 11.5%、何らかの体験がある群の 16.7%を占めた。保健師と同様に、職務上で傷つき体験に曝される可能性がある消防職員に対する IES-R を用いた調査と比較すると、古賀ら(2003)が日常業務従事の福岡市消防職員 870 人を対象とした調査では、回答者 618 名中 77 名(12.5%)が PTSD ハイリスク群であった。地方公務員安全衛生推進協会(2003)は全国の消防職員 1516 人に対する調査で、15.6%がハイリスク群だったと報告した。これらの消防職

員に対する調査の体験に関する質問項目は本調査とは異なっており、尚且つ災害救援従事者の消防職員と通常業務を行う保健師を直接比較することは適切ではないかもしれないが、今回の IES-R 高得点群の割合が、他調査と同等である点は留意すべきだろう。

5. 体験群別のメンタルヘルス

「職務上の傷つき体験」者数(n=42)は「個人的体験」者数(n=36)より多いが、IES-R 平均得点は 6.38 点±8.49 と、全体平均と比べて低かった。一方、「個人的体験」群の IES-R 得点は、「職務上の傷つき体験」群より有意に高い。また、「個人的体験」群の GHQ 得点は他群よりもやや高い傾向にあった。虐待などのトラウマケースに半数以上の保健師が関わっていることが明らかとなったが、このことは IES-R や GHQ の得点に影響を与えていなかった。

この理由を考えると、これらの体験の中には PTSD 症状を引き起こすのに十分な外傷的出来事も含まれるが、「個人的体験」と「職務上の傷つき体験」における頻度や強度の違いや、職場でサポートを得られやすい職務上の体験と比べて、個人的体験ではサポートも期待できないなどという体験後の環境の違いがあるかもしれない。

だが、全体のメンタルヘルスは現状良好とはいえ、援助対象者との関わりで傷つくような体験をしていることや、自由記述において、「組織に危機状況や二次的外傷性ストレスに対するサポート体制はない」という意見も示された。今後、「虐待」などの深刻なトラウマのケースや直接的な危機状況が増加した場合、さらに多くの保健師が今以上のストレスに曝されるものと予測される。危機的状況や二次的外傷性ストレスな

どに関する共通の知識や認識を、援助職である保健師や組織が持つなどの予防も含めて、個人レベルでも組織上でも職場でのサポート体制やリスク・マネジメントの見直し、対応策を検討することは大切だろう。

6. 研修やトレーニングの効果

職場内ケースカンファレンスには、本調査対象者の80%以上が参加し、役立っているという評価も高かった。また、「個人的体験」群では、IES-R得点と「前年度参加した研修・トレーニング日数」に負の相関がみられたため、研修やトレーニングへの参加がPTSD症状の軽減に関連する可能性がある。

さらに、自由記述では、「援助職自身が援助を受けられるシステムが欲しい」、「立場を気にせずに、心情をよく分かってくれる専門職に話したい」という要望も示された。ケースカンファレンスの継続と共に、職務上の専門的アドバイスを受けられるスーパーヴィジョンや、保健師自身のストレスケアに関する心理教育、カウンセリングなど外部相談機関の利用システムなど、職場内外のケアシステムやネットワークを充実させる必要があるだろう。

7. メンタルサポート

保健師のメンタルヘルスの悪化防止あるいは維持にソーシャルサポートが役立つと思われる。サポートを高得点順にみると、「配偶者、家族、友人等」、「職場の同僚」、「上司」の順であったが、「上司サポート」得点はGHQ得点と直接的な相関関係にはないものの、他のサポートより多く、GHQ得点と有意な関連のある「職業性ストレス合計」や「コントロール度」、「対人関係」及び「仕事満足度」という変数と有意な相関関係にある

ことが明らかとなった。つまり、保健師の良好なメンタルヘルスに対しては、「上司サポート」がより影響を持ちやすいと考えられる。家族や同僚のサポートは受けやすく、身近な存在であるものの、行政組織の中で行動に制限のある保健師の職業性ストレス要因の軽減には、権限のある上司のサポートがより効力をもつのかもかもしれない。

しかし、上司のサポートの効果や期待が大きいならば、逆にそのサポートをうまく受けられない場合のストレスも高いだろう。自由記述でも、河原田（2000）の指摘と同様に、「事務職は異動も多く、専門職への理解も上司によって異なる」、「事務職である上司との関わりが難しい」と、上司との関係にストレスを感じるという意見が多かった。

同僚との関係でも、自由記述に「職場の同僚や先輩に相談して、一人で抱え込まないようにしている」という意見がある一方で、「対相談者のストレスより、むしろ職場の人間関係の方がストレス要因になる」という回答もあった。サポートが少ないために職業性ストレスが悪化するのか、職業性ストレスの悪化のために対人関係が円滑にいかずサポートを受けにくいのかは不明だが、保健師が信頼して気軽に相談できたり、必要に応じて上司や同僚が問題を共有し、協調して対応にあたるような、職場の人間関係作りや安定したサポート体制の構築が一層進むことが望まれる。

結語

今回の調査は東京都多摩地区のみで実施されたものであり、全国の保健師全体に今回の結果を反映させるのは適切ではないことを前提とするが、市町村役場に勤務する保健師が全般的には良好なメンタルヘルス

を維持しつつも、職業性ストレス要因を多く抱えており、ストレス反応発現リスク者及びその予備群も 38.3% (41 名) を占めていることが明らかとなった。

また、半数を超える保健師が虐待などのトラウマケースに関わっており、約 8 割が何らかの傷つき体験をしていることも示された。最も強いストレスとして「職務上の傷つき体験」を選択する保健師が「個人的体験」群よりも多かったものの、GHQ-12 得点も IES-R 得点も「個人的体験」群の方が高かった。

今後の保健師業務の動向を考え、保健師のストレス軽減やメンタルヘルスの維持向上に役立つ要因や対処方法、研修やサポートシステムなどに関して、更なる検討が望まれる。

【参考文献】

- 1) 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, The Journal of Nervous and Mental Disease, 190 (3), pp. 175-182, 2002.
- 2) Figley, C. R., & Stamm, B. H. (ed.) Stamm, B. H. :Secondary traumatic stress; Self-care issues for clinicians, researchers, and educators. Sidran Press, Lutherville Maryland, 1995 (2nd edition, 1999). (小西聖子、金田ユリ子訳)
- 3) 共感疲労—ケアの代償についての新しい理解に向けて. 二次的外傷性ストレス. 誠信書房, 東京, pp. 3-28, 2003)
- 4) Goldberg, D.P.: The detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford University Press, Oxford, 1972. Goldberg, D. P., Gater, R., et al: The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care, Psychological Medicine, 27, pp. 191-197, 1997.
- 5) 本田純久, 柴田義貞, 中根允文: GHQ-12 項目 質問紙を用いた精神医学的障害のスクリーニング, 厚生 の 指 標, 48 (10), pp. 5-10, 2001.
- 6) 片桐敦子, 斎藤功, 真島一郎ほか: 医療従事者のストレスとその関連事項の比較, ス ト レ ス 科 学 , 14 (1), pp. 39-43, 1999.
- 7) 加藤正明 班長: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 III「ストレス測定」研究グループ報告, 労働省平成 11 年度「作業関連疾患の予防に関する研究」, pp. 216-229, 2000.
- 8) 河原田まり子: ヒューマンサービスにおけるバーンアウト研究—メンタルヘルス ケアシステムの予防医学的考察—, 北海学園大学大学院経済学研究科研究年報, 1, pp. 127-142, 2000.
- 9) 古賀章子, 前田正治, 進藤啓子ほか: 消防業務とトラウマティック・ストレス—福岡市消防隊員に対する疫学調査の結果から, 九州神経精神医学, 49(1), pp.44-49, 2003.
- 10) Lazarus, R. S. & Folkman, S. :Stress, appraisal, and coping, New York, Springer Publishing Company, Inc., 1984.
- 11) Maslach, C. : Burned-out, Human Behavior, 5 (9) , pp. 16-22, 1976.
- 12) 永田耕司, 門司和彦, 竹本泰一郎ほか: 一般健康質問票 (General Health

- Questionnaire) 調査からみた保健婦と看護婦のメンタルヘルス, 民族衛生, 59 (4), pp. 186-195, 1993.
- 13) 野村陽子: 地方分権時代の保健師活動, 保健婦雑誌, 59 (1), pp. 56-65, 2003.
- 14) 嶋崎淳子: 配偶者暴力相談支援センターに勤務する相談員のメンタルヘルス調査-医療機関に勤務する心理職との比較及び二次的外傷性ストレスと代理トラウマの観点から-, 武蔵野女子大学大学院人間社会・文化研究科人間社会専攻臨床心理学コース修士論文, 2003.
- 15) 菅原京子, 西山悦子, 村松芳幸ほか: 保健婦のストレス, ストレス科学, 12 (3), pp. 98-102, 1997.
- 16) 高階恵美子, 野村陽子, 中川真美: 自治体の保健婦による保健活動の実績, 保健婦雑誌, 57 (13), pp. 1062-1068, 2001.
- 17) 竹内一夫・鈴木庄亮・Roberts, C. R.: 保健所・市町村保健師における仕事関連健康指標の年齢別差異について-病院看護師との比較から-, 高崎健康福祉大学紀要, 2, pp. 53-69, 2003.
- 18) 東京都・特別区保健婦(士)会 保健婦(士)問題検討委員会: 地区活動で保健師が遭遇する危機的状況と職場体制についての調査, 保健婦雑誌, 58 (3), pp. 224-229, 2002.
- 19) 和田一郎, 森田展彰, 佐藤親次: 児童相談所職員の抱える課題とニーズに関する調査, 子どもの虐待とネグレクト, 5 (1), pp. 215-228, 2003.
- 20) 山田和子, 野田順子: 保健所保健師が支援した子ども虐待事例に関する研究-全国保健所を対象とした調査より-, 小児保健研究, 61 (4), pp. 568-576, 2002.
- 21) 山岸春江, 山崎洋子, 太田真里子: 市町村の福祉分野に所属する保健師の業務実態からみた保健師の役割, 保健婦雑誌, 59 (2), pp. 138-143, 2003.
- 22) (財) 地方公務員安全衛生推進協会: 消防職員の現場活動に係るストレス対策研究会報告書, 2003.

2-3 長期的影響（看護師）

分担研究者：加藤寛、大澤智子（兵庫県こころのケアセンター）

【対象と方法】

震災から10年が経過した2005年3月8日、震災後の影響を調査するために、神戸市立西市民病院、神戸市立中央市民病院、西神戸医療センターに在籍する看護師、および震災時、神戸市立西市民病院に在籍し、現在は転退職をした人、合計1000名を対象にアンケート用紙を配布し、3月28日までに記入、回収を依頼した。

アンケートは、無記名式で、依頼文、基本属性6項目、震災当時の被災および勤務状況19項目、既存ストレス、3種類の心理尺度の日本語版、自由記載欄で構成されている。使用したのは次の3つの尺度である。

1) IES-R (Impact of Event Scale-revised :

改訂版・出来事インパクト尺度)

2) BDI-II (Beck Depression Inventory Second Edition : ベック抑うつ質問票・第2版)

3) GHQ30

【結果】

1) 基本属性

1000名中832人から回答を得た(回収率83.2%)。そのうち記入漏れなどの理由で使用できない調査票を除いた825名を有効回答とした(有効回収率82.5%)。図1に年代分布を示した。26歳から30歳が247名と最も多く、全体の4割を占めている。図2に勤務年数の分布を示した。看護師としての勤務年数が10年未満の人が347名である。勤務年数が増えるに従い人数の減少が見られる。

図1 年代分布

