

点の指摘は実証的に行われているが、その対処方法や予防策の提案はなされてきているものの、これらの効果の検証を行っている研究はほとんどないのが現状である。

専門職の心理的影響に関して①研修や心理教育の普及や②精神的ストレスに対する本人の自覚や周囲の気づきの促進③サポート体制の充実の必要性が提言されてきた。

今回調査した犯罪支援団体は、ボランティア団体ではあるが、スタッフの心理的影響に対する対処法や予防法を意識的に実践してきた集団であると言える。

むしろボランティア集団の特性である、その構造の平等性、仕事の効率を過度に求めない丁寧さ、個人の尊重、内面的なモチベーションの重視などの特徴が、①から③のようなサポートを、専門職集団よりもむしろ積極的にかつ有効に行える方向に働いている、と評価できよう。

ボランティア組織の運営は、社会から経済的な支援を得ることが難しい日本では、まず組織の存続に大きな力が払われ、組織内における心理的な問題には気づかれることはあっても、具体的な対応策が取られることは少ないのが現状であろう。

行政の予算が乏しい中で、本来事業として行われてもよいさまざまな対策が、「安上がりな対応」としてボランティア組織に預けられるという問題のある構図が見えることもある。そのような見方をすればボランティア団体とは、レベルの低い、専門家団体の代替物に過ぎないということになりがちである。

しかし、この団体の心理的サポートのあり方を分析してみると、むしろ健全な対人援助—モチベーションと質とかがかわる者の健康性を保った支援のあり方と、ボランティア活動とは、本質的に親和性があると考えられるのである。

2. 外部資源の利用と自己開示

また、組織として孤立することなく、外部の資源も有効に利用している。

毎年、専門家による個人面接を導入しているこ

とは、組織内部での活動に関する問題を第三者の介入によって解決することを容易にしている。また、専門家によるスタッフへの個人面接は精神健康状態をアセスメントする良い機会となる。このことによって、スタッフの精神的健康状態を悪化に対しての介入が可能になり、また集団としての精神健康状態の維持にも繋がると考えられる。

また、もうひとつの特徴として、組織がスタッフの「自己開示」を意識した関わりを持つことが挙げられよう。「何でも話せる仲間」という言葉が調査に上げられていたが、生育暦も職場もことなる社会人同士が「何でも話せる」ようになることは、決して簡単なことではない。しかし、この活動のモチベーションを高めるものが基本的に個人の内面にあるとすれば、自分の変化に関する気づきを得ることは、組織の存続そのものにとっても大事なことである。

はじめから、自己開示ができる人ばかりではないが、組織として取り組みを続けることで、スタッフの意識も変化してくることは、スタッフは経験的に理解している。またそのような変化に対して周囲の人が暖かく接することについても経験が蓄積される。自己開示に関する取り組みの継続が不断に行われていき、継承されることが、個人の活動参加へのモチベーションを保ち、集団全体の精神健康にも、またストレス耐性を高めることにも役立っていると思われる。

今回の調査は、調査対象も少なく、1団体を対象として扱ったに過ぎないから、ボランティアスタッフの活動に対する心理的影響に対する対処法や予防法を検証できたわけではない。しかし、民間ボランティア団体がボランティアスタッフに対する心理的影響に関して継続して取り組んできた事実から学べることは多い。

今後は援助者の心理的影響に関する対処法や予防法について実践している他の集団の効果に対する検証も必要であろう。

引用文献

- 1) 小西聖子. ト라우マのケア—治療者, 支援者の二次的外傷性ストレスの視点から. ト라우マティック・ストレス. 2003; 1, 7-12.
- 2) 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, 1998;13, 971-979.
- 3) 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라우マティック・ストレス. 2004; 2 (1) :67-75.
- 4) 進藤啓子, 消防隊員に見られる外傷後ストレス障害. 日本社会精神医学会雑誌. 2005; 14: 78-86.
- 5) Fullerton CS, McCarroll JE, Ursano RJ, et. al., Psychological responses of rescue workers: fire fighters and trauma. American Journal of Orthopsychiatry. 1992; 62 (3) :371-8.
- 6) Fullerton CS, Ursano RJ, Wang L. Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. American Journal of Psychiatry. 2004; 161 (8) :1370-6.
- 7) Gersons, B. P. R. and I. V. E. Carlier, 「災害救助業務に関連した心的外傷への治療的介入 (警察官および消防士など)」, 臨床精神医学講座 S6 巻 外傷後ストレス障害 (PTSD). 2000; 中山書店. Pp. 296-308.
- 8) 上田鼓. 警察官の二次受傷 (代理被害) に関する研究 犯罪心理学研究 42 特別号 2005;30-31.
- 9) Jonsson A, Segesten K, Mattsson B. Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. Emergency Medical Journal 2003; 20 (1) :79-84.
- 10) Burns C, Harm NJ. Emergency nurses' perceptions of critical incidents and stress debriefing. Journal of Emergency Nursing 1993; 19 (5) :431-6.
- 11) Helps S. Experiences of stress in accident and emergency nurses. Accident and Emergency Nursing 1997; 5 (1) :48-53.
- 12) 笹川真紀子, 広常秀人, 真木佐知子ほか. 救急医療に従事する看護師の二次的外傷性ストレスについて. 厚生労働省精神・神経疾患研究外傷後ストレス関連障害 (PTSD) に関する研究報告書 2003
- 13) 山下由紀子, 伊藤美花, 嶋崎淳子ほか. 市町村保健師の二次的外傷性ストレスからみたメンタルヘルス. ト라우マティック・ストレス, 2004;2 (2) :75-87
- 14) 小西聖子. 精神的・身体的被害の回復・防止への取組—精神科医から見た犯罪被害者等基本計画, 法律の広場;2006 (印刷中)
- 15) Goldberg DP. The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire: A Technique for the Identification and Assessment of Non-psychotic Psychiatric Illness. London: Oxford University Press; 1972.
- 16) 島悟. 全般的精神状態・精神健康度の評価. 臨床精神医学 増刊号 2004;29-36.
- 17) 新納美美. 企業労働者への調査に基づいた日本版 GHQ 精神健康調査票 12 項目版 (GHQ-12) の信頼性と妥当性の検討. 精神医学 2001;43 (4) :431-436.
- 18) 福西勇夫. 日本版 General Health Questionnaire (GHQ) の cut-off point. 心理臨床 1990;3 (3) :228-234.
- 19) 本田純久, 柴田義貞, 中根允文. GHQ12 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 2001;48 (10) :5-10.

Ⅲ 資料

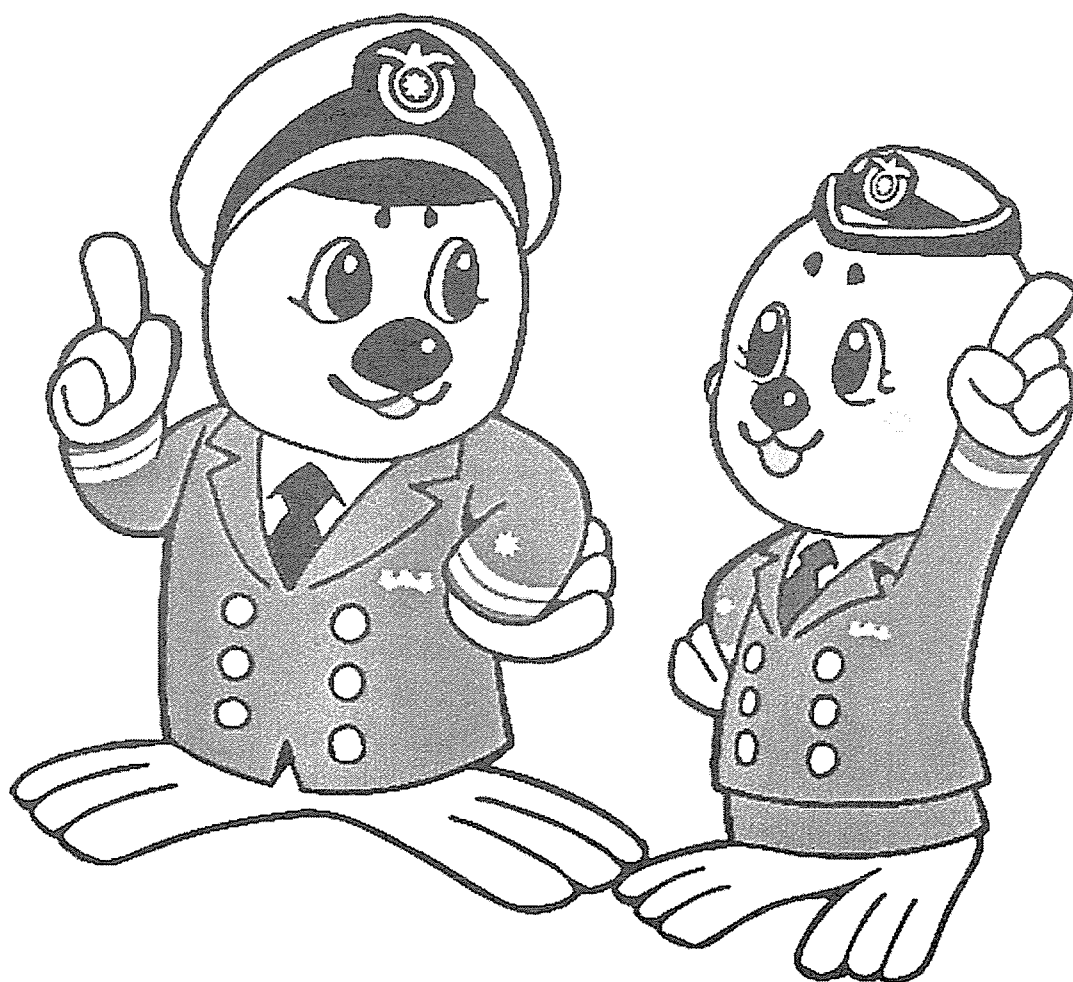
1. 地域別のリーフレット
海上保安官
看護師
消防士
2. データベース

【参考資料】全職員に配布したリーフレット

海上保安官と惨事ストレス

Critical Incident Stress

誰もが体験する可能性があるストレス反応





海上保安庁総務部秘書課

惨事ストレスとは



- ・ 災害、事件、事故に際して、救援などの業務に従事する人が被るストレス

惨事ストレスが生じやすい状況



- ・ 海上災害、海難救助時における危機状況
- ・ 所属の船艇や航空機の事故による危機状況
- ・ 訓練中の事故
- ・ 損傷の激しい遺体の処置
- ・ 子どもや親子が死亡した状況
- ・ 自分や同僚が活動中に負傷、あるいは殉職したとき
- ・ 自分のせいで同僚が負傷した可能性があるとき

- ・ 十分な成果が得られなかった(救助できなかった等)
場合
- ・ これまでに経験した事がなく予測のつきにくい状況、
治安維持活動中の戦闘(戦闘ストレス)

こんな変化が
現れることがあります



身体の変化

- ・ めまい、疲労感、関節の痛み、吐き気、
- ・ 不眠、悪夢、頭痛、肩こり、息苦しさ、
- ・ 食欲の激減・増、酒・たばこなどの激増・減

行動の変化

- ・ 引きこもりがち、周囲といさかいがち、
- ・ 疲れているのに適切に休めない、過剰にがんばる、
- ・ 趣味から遠ざかる、酒癖がわるくなる、悪酔いする、
ギャンブルにはまる

- ・ 混乱、過敏、疑心、不安、フラッシュバック、ぼんやりしていることが多い、周囲が気になる、
- ・ 出来事がいつまでも信じられない、自分を責める（自責・罪責感）、他人のせいにする（他責・攻撃）、
- ・ 起伏が激しい、感情がコントロールできない、
- ・ 集中力・記憶力が低下、考えがまとまらない、決断できない、仕事の能率が落ちる

人は衝撃的な事態に直面すると、このような変化が現れることがあります。

通常は長続きせず、数週間で消えていく性質のもので、これらは、人が「異常な状態」に直面したときの「正常な反応」なのです。

しかし、今の状態に耐えられないときや、まれですが1ヶ月以上経っても、これらの変化が消えない場合は、お近くの医療機関や惨事ストレス対策アドバイザー（巻末）にご相談ください。



対処の6カ条

一、「異常な事態に対する正常な反応」としてストレス反応を理解し、余裕をもって受け止める。

○ストレス自体よりも「精神的におかしい、弱い」と思い悩み、自信の喪失、周囲の目を気にする弊害の方が大きい。

二、職場や家庭での日常のペースを取り戻す。

三、気分のリフレッシュ。趣味やスポーツで気分転換。

○過度の飲酒、ギャンブルでは回復しない。

四、見守ってくれる家族や同僚・友人の絆を大事にする。

○精神的に引きこもらない。

五、わかってくれそうな相手に体験を話す。

○話すことで心身の緊張がほぐれる。

六、ストレス症状が強く、長引く場合は専門家に相談する。

○薬物療法やカウンセリングが有効。

リーダーが対処すべきこと



一、事前・・・これから行う業務への十分な情報提供

- 想定される危険な状況と対処法など

二、現場・・・長時間ストレスにさらされることを減らす。

- 交代制やメンバー同士のサポートの促進。

三、事後・・・把握と配慮

1)現場から戻った直後

- 十分な休息・水分・食料と安全で清潔な場所の確保
- 活動状況の報告を受け、ストレスの影響の大きいメンバーの把握と配慮
- ストレス反応とその対処法について説明する

2)活動終了から1～2週間以内

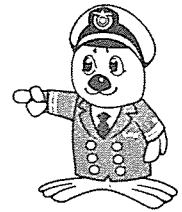
- ストレスの影響を受けたメンバーに対する介入・援助、相談窓口利用の勧め
- JCG惨事ストレスチェックリストの利用

3)リーダー自身のケア

- リーダー自身も職務上の立場・責任から強いストレスを感じることも多い。自身のストレスの状態に気づき

十分ケアすることがチームのマネジメントにも必要
である

JCG惨事ストレスチェックリスト



JCG惨事ストレスチェックリスト

番号	項目	あり	なし
1	よく眠れない	1	0
2	酒の量が増えている	1	0
3	憂うつで気が滅入る	1	0
4	涙もろくなった	1	0
5	イライラしやすく怒りっぽい	2	0
6	現場の光景がくりかえし目に浮かび、感覚がぶり返す	1	0
7	その事件や事故のことは考えないようにしている	1	0
8	悪夢を繰り返しみる	2	0
9	無力感や自責の念を強く感じる	1	0
	合計		点

- 注1 各項目について直近の状況を該当（あり、なし）するほうのどちらかに○をつけて下さい。
- 2 ○をつけたら合計点数をだして下さい。
- 3 合計点数によるあなたの現在のストレス状態は次のとおりです。

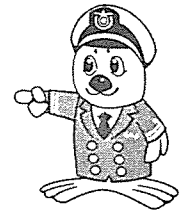
合計点数	評価
0～2点	当面問題なし（症状が変化した場合は、再度チェック）
3・4点	要注意（経過観察が必要、セルフケアと職場での配慮・サポートが必要）
5点以上	要ケア（専門機関の受診が必要）

IES-R (改訂 出来事インパクト尺度)



外傷的出来事が原因による心的外傷性ストレス
 状態の尺度を測るテストです。
 惨事ストレス対策アドバイザーは、JCGチェックリス
 トと併用することをお勧めしています。
 惨事ストレス対策要綱、又は巻末のアドレスに掲
 載しております。

相談窓口



惨事ストレス相談窓口

(惨事ストレス対策アドバイザー)

本庁総務部秘書課内 (東京都千代田区霞が関2-1-3)

03-3591-6361 (内線2353)

mental-118@kaiho.mlit.go.jp *専用アドレス

問い合わせ



本庁秘書課健康安全係

03-3591-6361 (内線2350、2351)

管区厚生課厚生係

(内線2153、2154)

その他に管区によっては、独自に相談窓口を設置しておりますので、厚生課に確認してください。

イントラはこちらから。



<http://jcgprl201/soudan/sanjit-top.htm>



看護職員等の トラウマケア



はじめに

保健医療福祉領域の対人援助職の現場では、患者や利用者の症状の変化に伴いスタッフ側に暴力や暴言といった危害が及ぶ場合があります。また、セクシャル・ハラスメントや自殺に遭遇することもあります。

通常は、自分にあっという間の方法で、これらのストレスを解消して、日々の仕事に従事していくものです。しかし、一時的に、こみ上げてくる様々な感情を自分でコントロールすることが難しくなることもあります。

看護職員にとっては、職場で起こる衝撃的な出来事によって引き起こされる心身の反応は、程度の差こそあれ、誰にでも起こる、当然の反応です。それらの暴力等行為によっておこる心身の不調を「Workplace Trauma:ワークプレイス・トラウマ」と呼んでいます。

実際、暴力暴言等を受けた場合、それに伴う感情、心身の不調の程度は異なりますが、決してその人だけの特別なものではありません。それらの行為があったからといって、職務を断念する必要もありません。私たちの調査の結果をみても、多くの看護職員が、ワークプレイス・トラウマになるような精神的ショックを受けています。

この冊子では、ワークプレイス・トラウマの現状やトラウマによる具体的症状、その予防策、周囲の配慮すべき点などについて解説しています。正しい理解が、いざというときの心の準備になります。看護職員の心身の健康と、更なるケアへの従事につながれば幸いです。

「ワークプレイス・トラウマ」を感じたときは、決して諦めずに、その思いを声に出してください。1人で悩むことが、ワークプレイス・トラウマの一番の敵です。

I .ワークプレイス・トラウマとは？

1.ワークプレイス・トラウマを引き起こす要因

病院や施設で勤務していると、看護職員－患者間で次のような出来事に遭遇することがあります。これらは、ワークプレイス・トラウマの要因になります。

No.	出来事
1	身体的暴力 殴る・蹴る・首を絞める・ひっかく・髪をひっぱる・かみつくなど
2	間接的暴力 威嚇行動(投げつける・振り上げる・物を投げる等)・器物破損(ガラスを割る等)など
3	言語的暴力 中傷・脅迫・著しいあるいは執拗な非難など
4	セクシュアル・ハラスメント 言葉によるもの・行動によるものなど
5	不気味な体験 恋愛感情・妄想の対象など
6	HIVや肝炎、結核などの感染症患者への接触で、自分が感染した、あるいは感染しそうになった体験
7	患者の突然の死・自殺・自殺未遂・自傷行為を身近に体験する
8	同僚が勤務中に、死亡または大怪我をした体験
9	その他、勤務中にふつうでは体験しないような、患者から受けたショッキングな出来事

2.ワークプレイス・トラウマを受けた例

身体的暴力

病棟で興奮しやすい患者さんがいて急に殴られました。殴られた瞬間、頭が真っ白になって、どうして殴られたのかわかりませんでした。仕事なので、殴られた後は普段どおりに振舞っていましたが、その患者さんが大声を上げるたびに震えるようになりました。2度目に殴られてしまった後は、急に涙が出てきたり、身体が震えてきたりしました。(Aさん)

言語的暴力

患者さんに、「ブス」「チンピラ看護師」「お前は死ぬ」「こっちこい」などといった罵声を浴びせられました。患者さんへ怒りやイラツキがこみ上げてきましたが、表出してしまうのはプロでないと思い我慢してケアにあたっていました。しかし、だんだんと患者さんに対応することが嫌になってきました。こんな状態で、仕事を続けられるか不安です。(Bさん)

セクハラ

患者さんに、「キスして」「××××好き？」などといった卑猥な言葉を事あるごとに言われました。あるとき、外泊から帰ってきて(酔っていたのか挨拶のつもりなのか)、後ろから抱きつかれて胸を触られ、押し倒されそうになりました。担当看護師からは外してもらったのですが、それ以来、その患者さんが視界にはいると、カーッとしてくるし、何もなくても、つい後ろを見てしまいます。(Cさん)

患者の自殺

夜勤が終わり帰宅した後に、日勤スタッフから患者さんがベットのカーテンレールで首をつって亡くなったという話を聞かされました。夜薬を取りに来たときになんらかの異変に気づいていればこうはならなかったと思うと、いたたまれない気持ちになり、気がつくとその場面を考えます。夜勤の仕事の前は、なんか気持ちも重たく、神経がピリピリします。(Dさん)

Ⅱ. 看護職員のワークプレイス・トラウマの実際

職場で受けた患者さんからの暴力や暴言などの衝撃的な出来事について、調査結果をみてみましょう。

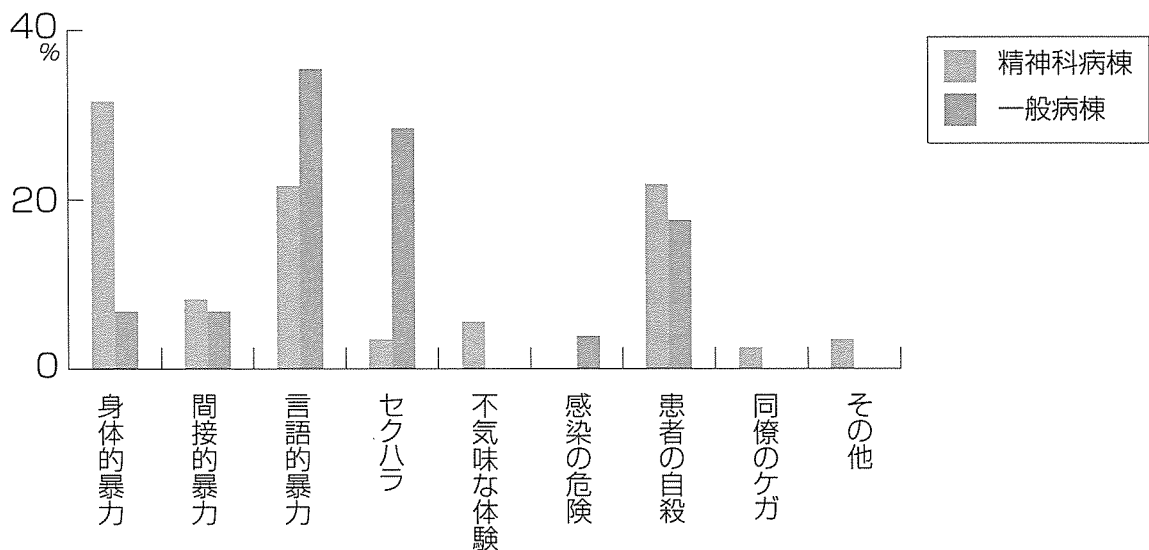
アンケート調査概要

1. 調査時期：平成18年度
2. 調査対象：(精神科病棟・一般病棟) 看護職員
3. 回答者数：158名(回収率94.6%)

アンケート調査結果

Q1 患者から受ける行為によって精神的ショックをうけ、最も強いストレスを受けた出来事はなんですか？

精神科病棟では、身体的暴力・患者の自殺の遭遇が最も精神的ショックを受けた出来事でした。一般病棟では、言語的暴力・セクシュアル・ハラスメントが最も精神的ショックを受けた出来事でした。



Q2 上記の暴力等の出来事によって精神的ショックを受けた割合は？

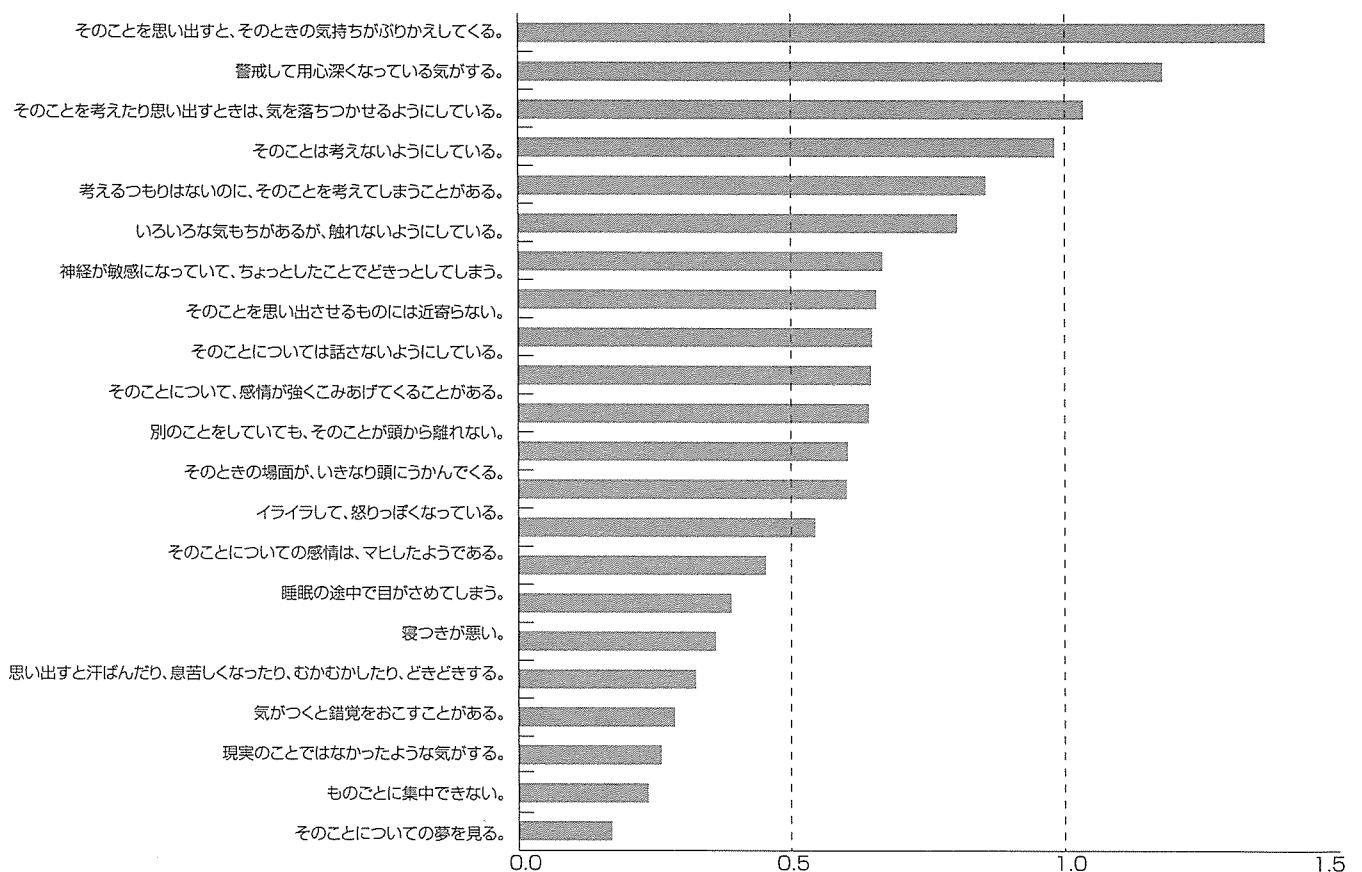
なんと、94.3%(149名)でした。その他の調査でも、同様に高い結果でした。

Q3 どこで遭遇するの？

病室（個室を含む）で起こる場合が、58.1%でした。

Q4 ワークプレイス・トラウマで起こる反応とは？（調査結果より）

IES-R・トラウマ症状査定の平均点（高い順） [0～4点]



Q5 ワークプレイス・トラウマを抱えている看護職員はどれぐらいいるの？

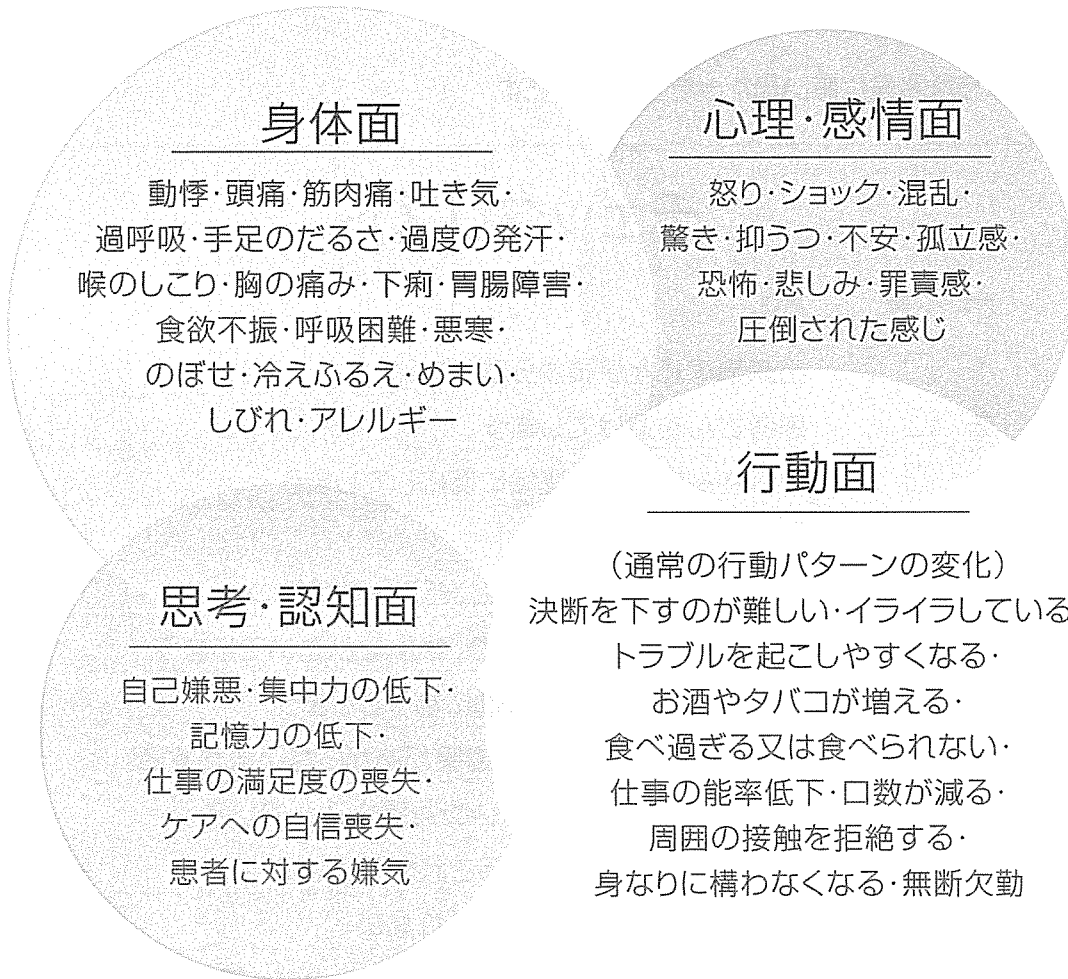
IES-R（注）によると看護職の中で全体の15.8%でした。
これは、一般の他業種に比べ、非常に高い値です。

（注）IES-Rとは、トラウマを査定するスクリーニングテストです。Q4の反応がそれらの項目を指し、それぞれの項目（0～4点）で25点以上あった場合に、トラウマ反応が強く出ていると判断します。

Ⅲ.ワークプレイス・トラウマの症状とは？

1.よく見られる症状とは？

なんらかの衝撃的な出来事に遭遇すると、次のような反応が表れることがあります。



これらの反応(症状)は、ワークプレイス・トラウマに遭遇すると、誰にでも起こり得る当然の反応です。

そのほか、トラウマ反応が、下記のような疾患へ移行することもあります。

PTSD

再体験症状(フラッシュバック、悪夢等)や、回避麻痺症状(現場に近づけない、感情がわからない)、覚醒亢進症状(神経がピリピリ)が出現する状態となります。

うつ病

気分がひどく落ち込んだり、何事にも興味を持たなくなり苦痛を感じます。疲れやすくなり、食欲低下・不眠が現れ、日常の生活に支障が現れます。

パニック障害

突然動悸が激しくなり、息苦しくなります。めまいや冷や汗、手足に震えがきて心臓発作を起こしたかのように思い、恐怖に襲われます。

2.チェックしてみよう

ワークプレイス・トラウマに遭遇すると、左記にあるような心身・行動面の症状が起こることがあります。しかし、そのトラウマの程度が深刻であればあるほど、自分の心身の症状を正確に認識出来ないこともあります。

↓ 以下のような兆候に思い当たったら要注意です

チェックリスト

チェック欄	項目
1 <input type="checkbox"/>	出来事のことから頭から離れない
2 <input type="checkbox"/>	患者さんを避けてしまう
3 <input type="checkbox"/>	患者さんに対して過敏に反応してしまう
4 <input type="checkbox"/>	眠れない
5 <input type="checkbox"/>	「大丈夫か」と聞かれると、どうも腹が立つ
6 <input type="checkbox"/>	興奮してしゃべり続けたり、せかせか動いてしまう
7 <input type="checkbox"/>	ついイライラして、攻撃的になってしまう
8 <input type="checkbox"/>	必死でやっているのに、成果があがらない気がする
9 <input type="checkbox"/>	これでよかったのかと、いつも落ち込んでいる
10 <input type="checkbox"/>	何が最優先かを判断することができない
11 <input type="checkbox"/>	周囲の手助けを受け入れられない
12 <input type="checkbox"/>	無口になってふさぎこんだり、ボーっとになってしまう
13 <input type="checkbox"/>	仕事への意欲がわからない
14 <input type="checkbox"/>	目の前のことに集中できない
15 <input type="checkbox"/>	物忘れがひどい
16 <input type="checkbox"/>	体調が悪く、疲れがとれない
17 <input type="checkbox"/>	飲酒量が増加している

チェックが、3以下
心配

チェックが、4～7
要注意

チェックが、8以上
危険!

※これらは、いずれもワークプレイス・トラウマを受けた者によくみられる症状です。

1—再体験症状

4—不眠

9・10—抑うつ症状

2—回避症状

5・7—怒りと敵意

12—麻痺症状

3・6・14—過覚醒症状

8・13—バーンアウト症状

11・15・16・17—その他関連症状

IV. その時どうする？

誰しも暴力等が起こることを正確に予測することはできません。病院によっては、緊急ブザーや院内携帯電話の導入など、リスクマネジメントを行っているところもあります。暴力等を防ぐために患者さんに対して事前暴力チェックリスト(注1)や、暴力防止プログラム(注2)などの対策を講じているところもあります。

では、あなたの職場で暴力等が起こった時、どうしたらいいか考えてみましょう。

1. ワークプレイス・トラウマが起こったら？

暴力等の発生



当事者にできること

① 患者さんから一定の距離をとる

※120cm以上離れる(興奮時は、身長分程度)。

「観察可能な距離」「交渉可能な距離」「蹴る・殴るなどの攻撃を受けない距離」のために必要。

※相手の正面に立たない(45度程度が患者さんからの攻撃を避けやすい角度と言われている)

※移動する際はゆっくり自然に、すり足で移動する。

② 応援をよぶ

※機関によって応援を呼ぶ体制は異なります。事前に確認しておきましょう。

③ (応援が来るまで) 交渉する

※低い声ではっきりと静かに話す。

※複雑な質問をしない。

※視線は、完全にそらさない。凝視することも避ける。

※相手が意見を表現できるように助ける。

※批判ではなく感情を話すことを促す。

(例)「どのように感じているのですか」

周りにできること

◎ 無関心にならない

※当事者は、あまりの衝撃に、フリーズしてしまうことがあります。身動きとれない同僚の状態に気づいた場合は、患者さんに対して「上の者を呼びます」と丁寧に説明した上で、まずは当事者をその場から遠ざけましょう。

[ディスカレーション(注3)の基本より]

(注1) Broset violence checklistなど、種々のチェックリストが開発されています。

(注2) CVPPP(包括的暴力防止プログラム)は、英国の身体介入技術を参考に本邦で開発されたものです。

(注3) ディスカレーションは、患者がエスカレートした状態から脱するための言語的・非言語的な技術です。