

ワークプレイス・トラウマ受傷後のケア状況とその課題

— 病院における暴力等後の心のケア体制から考える —

大岡由佳¹⁾²⁾・前田正治²⁾・辻丸秀策¹⁾

Workplace trauma among Nurses: effectiveness of psychological intervention

Yuka OOKA, Masaharu MAEDA, Shusaku TSUJIMARU

【抄録】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深刻な心的外傷反応を呈している。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バーンアウト状態となり離職をしていく者が少なからず存在する。本邦においては、それら暴力程度についての報告や暴力等に対する組織としての防止策や対応策についての報告は見られるが、暴力等発生後の職員の心のケアまでを含んだ具体的報告はほとんどない。今やこの暴力等後の心のケアは、看護職員において、また病院等組織にとって重要な課題といえる。今回は、積極的に暴力対策を行っている機関の視察を行い、そこから見いだされる本邦においてあるべき心のケア体制とその課題について考察した。暴力等行為が発生した後の心のケアとしては、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、心的外傷の程度が深刻な際には専門職のケアが必要となるが、同時に、同職種のピアサポートが重要であると考えられた。

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からずあり、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、看護師業界においても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(Kirsten & Judith, 2000)。日本看護協会の調査(2006)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%が挙げられている。かつて暴力は、精神科や救急といった特異な場所で起こりやすいと考えられていたが、近年、至る所で起こるものと考えられるようになってきている。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、自殺の目撃等のワークプレイス・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)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)との報告がある。実際、精神科看護師が受けた暴力等のワークプレイス・トラウマの経験を尋ねたところ、9割もの看護師が身体的暴力・言語的暴力・自殺の目撃

¹⁾久留米大学大学院 比較文化研究科

²⁾久留米大学医学部 精神神経科学教室

等の出来事に遭遇していた。しかも、それら看護師に 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%であり、これらの心的外傷は、全般的メンタルヘルスや対処行動を悪化させていた(大岡, 2007)。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% (畑中, 2004) 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 (Woods, 2002) や暴力予測指標プログラム (Drummond, 1989) 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) 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 (下里, 2005)。

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るなど、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—看護者のために—」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できるのかといったことについて記載されていない。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、多くの看護職員がガイドラインの認知をしていない状況であった (栗田, 2006)。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、医療従事者の医療安全管理の理解と普及、並びにワークプレイス・トラウマ後の心のケアを如何に行っていくかについては、急務の課題といえよう。

II. 暴力等後の心のケアの取り組み

ここでは、実際の現場における暴力等ワークプレイス・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ようだが、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いての心の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場所、3) セーフティ/リスク・マネージャーやクリニカルナーススペシャリスト (CNS) の働きが活発な場所、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場所、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・専門看護師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システムをとっている。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）による心のケア体制

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、一週間に一度程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という。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依って臨機応変に仕事をするような場合は当事者にとって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・心理士・リエゾン精神看護師等）による心のケア体制

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病院にはCNSが、C病院にはリエゾン精神看護師が、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が、暴力等事件が発生した際は、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を伝えるという。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、必要があれば声かけなどを行っているとのことである。

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、ワークプレッス・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心のケアといった際に、心理士というよりもCNSやリエゾン精神看護師といった同職種（看護職員）のフォローが活発である印象を受けた。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 専門家への心のケア依頼

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、リエゾン精神看護師のもとに職員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ン精神看護師が対応する。しかし、ワークプレッス・トラウマ等の職場の問題だけでなく、その背景に見え隠れする個人的・内的な問題が浮かび上がってきている場合や、ワークプレッス・トラウマによる心的外傷の程度がひどい場合はしかるべく専門家をお願いする方がよいという。

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 集団への心のケア

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。事件の当事者については、精神的被害が大きい場合は、参加させずに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CISM（Critical Incident Stress Management；緊急事態ストレス・マネジメント）の1要素といわれるブリーフィングを実施している。

CISMとは、J.T.ミッチェルらが開発した包括的、統合的、かつ様々な危機介入システムの体系を指すが、ブリーフィングはとりわけ大グループや組織を対象に、緊急事態発生時に情報を提供し、事態についての誤った情報を出来るだけ抑え、必要に応じてその後の状況をについて情報を知らせる介入方法と考えられている（Everly & Mitchell, 1997）。これらブリーフィングを含むCISMの介入技法の効用については議論されるところであるが、看護師の危機的状況に対してどのような介入技法が効果的か検証していく段階のようである。

実際にブリーフィング等の介入技術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ずることが多いとのことである。参加対象は、出来事を目撃したスタッフのみに絞ったり、席順まで決めるなどの配慮を行っている。参加者側の反応としては、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、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、身体の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、B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。

Ⅲ. 考察

1) 暴力等後の心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であろうか。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、個々の性格や責任性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（栗田，2003/Ergün，2005）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ぬ」「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（山田，2006）。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もある（栗田，2006）。

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）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%」は時間が経っても他の項目と比べると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報告（Cox，1987）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的支持の有無が看護者の離職に影響するといった報告（Ito，2001）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（Arnetz，2003）。

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) 組織としての心のケア支援確立の重要性

近年、心のケアというと、心の専門家に任せるといった考えが普及してきている。実際に症状がひどい場合は適切な精神医療が提供されるべきであろう。しかし問題であるのは、トラウマ体験を負った者は身体面の医療を求めることはあっても、自らメンタルヘルスの専門家のもとに相談に行くことは少ないと考えられていることである (Pagliocca, 200/後藤豊実, 2006)。とりわけ看護職員は、罪責感、恥の意識、烙印への恐れ、そして守秘に関する不安から、メンタルヘルスの専門家に助けを求めない傾向があるといわれている (Collins, 2001)。

よって、職場で起こった暴力等のワークプレイス・トラウマについては、まずその現場で、サポートを実施していくことが求められているといえよう。少なくとも、トラウマを受けた看護職員の症状等を把握し、適切な処遇とケアを行う機関につなぐ必要がある。そのように考えた際に、同僚はよいソーシャルサポートとなりえるが、それをとりまとめる直属の上司の役割はことに重要といえる。実際、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) 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) の調査において、ソーシャルサポートの中でもスーパーバイザーからのサポート体制を確立していくことがバーンアウトに有効であるとしている。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、上司等立場からの支援は重要といえる。

今回のインタビューで明らかになったように、上司等は、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/リスク・マネージャーと呼ばれる役職) やその後の心のケア等に関わる CNS やリエゾン精神看護師が配置されていた。こういったインシデント・アクシデント後の対応の担当者を明確にして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、Arnetz (2000) 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、なんらかのサポート的な対応、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シュアル・ハラスメントの相談窓口を設置することになっており、各組織でその対策がなされている。しかしながら、セクシュアル・ハラスメントの相談窓口が実質的に機能していない機関も多く、職場内暴力等全般をフォローする相談窓口は至っては、職場に窓口が存在する例自体まれである。

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 やリエゾン精神看護師が活躍していた。本邦では、CNS やリエゾン精神看護師の呼称の他、日本看護協会の認定を受けた専門看護師として、また精神科以外の領域で活躍するリエゾナーズとして従事している者もいる。これら役職の研究は少ないが、例えば鈴木 (2004) の研究では、スタッフの精神衛生に関する相談をうける役割として、リエゾナーズ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。また、Murray (1991) によると、CNS は暴力を受けた看護師に対してサポートタイプに責めることがないよう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。さらに深沢 (2001) 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 Peer (同僚・仲間) として接することができる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 ; CISD) や心理的デブリーフィング (Psychological Debriefing ; PD) が知られている。これら集団ケアは、惨事が起こった後にその心的外傷の程度を軽減するために行う集団技法であり、同職種のスタッフが中心になってグループを進めることが多いようである。しかし、近年、消防隊員や救急隊員等の惨事後ストレスの研究で、これらの集団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を指摘する声がある。実際、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看護師の情緒的サポートになりえるとの報告 (Burns, 1993/ Ragaisis, 1994/ Cooper, 1995/ Levin, 1998) が

みられた。しかし、CISD が看護師の心的外傷の程度に対して効果が見出せなかったというようなデブリーフィングに否定的な報告が出てくる (Macnab, 1999)。また、集団ケアとして CISM (Critical Incident Stress Management : 緊急事態ストレス管理) の手法の一つとして CISD やブリーフィング等様々な介入方法の場合に応じて組み合わせる効果的に実施していくことが有効であるとする見解 (Mitchell & Everly, 2001) や、デブリーフィングが単回のセッションだけでは効果がないため、介入のアプローチの一つと位置づけ他の介入と平行して行うことが望ましいとする報告 (Caine, 2003) が見られるようになってきた。また、看護現場でデブリーフィングを実施してい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意見もある (McKenna, 2003/ Laposa, 2003)。

このように、デブリーフィングをめぐる議論が紛糾しており、B 病院が実施しているブリーフィングを含めて今後、現場でどのような集団介入が有効であるかについて検証していくことが望まれる。

ただ、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もいえる。補足すると、消防士の CIS (Critical Incident Stress ; 惨事ストレス) 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・周囲のスタッフ集団にとっては、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。Antai-Otong (2001) によると、CISD は、心理療法というよりもむしろトラウマ体験を分析してそれらに対する視点をもつための機会であるとしている。すなわち、業務時間を割いて集団で出来事の振り返りとその後

の心的外傷を考えようとする組織の姿勢自体が、“(組織は)看護職員の大変さを考えています”というメッセージを伝えることになると考えられる。そして、それは、個々の主観的満足度(心の落ち着き処)につながると同時に組織の士気の維持につながる可能性がある。B病院のCISMの一技法であるブリーフィング実施について、「やらなかったら個々の怒りは鬱積するが、行うと怒りは軽減する」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考えられた。

IV. 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つて過言ではない。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(Arnetz, 2001)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(Morrison, 2001)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といえる。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。

最後に、ワークプレイス・トラウマとは、心的外傷の程度がひどい場合は、当然、精神科医や心理療法士などの心の専門職にケアを委ねることが必要であろう。しかし、職場におけるトラウマであるから

こそ、職場での対応が切に求められている事象といえる。暴力等行為が発生した後の心のケアとして、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ろう。加えて、誰もが被害に遭う可能性がある事態であるからこそ、上司・同僚を含む看護職員各々が、Peer(同僚、仲間)な存在として、上記システムの基盤となる互いを気遣う風土を形成していくことも重要な課題といえる。加えて、Jackson(2002)が述べているような、離職してしまっ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。

本稿を終えるにあたり、インタビュー等にて貴重なご意見賜りました関係諸機関の皆様へ深謝致します。なお、以上の研究は、平成18年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「援助者の被るトラウマティックストレスのケア」(主任研究者 加藤 寛)の一環として行われました。

〈引用文献〉

- Antai-Otong, D. (2001). Critical Incident Stress Debriefing: A Health Promotion Model for Workplace Violence. *Perspectives in Psychiatric Care*, 37(4), 125-132.
- Arnetz, J.E., et al. (2000). Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 668-680.
- Arnetz, J.E., et al. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Soc Sci Med*, 52(3), 417-427.
- Arnetz, J.E. (2003). 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.

- Atawneh FA. (2003). Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. *BrJ Nurs*, 12, 102-107.
- Burns, C., et al. (1993). Emergency nurses' perceptions of critical incidents and stress debriefing. *Journal of Emergency Nursing*, 19(5), 431-436.
- Caine, R.M., et al. (2003). Early identification and management of critical incident stress. *Crit Care Nurse*, 23(1), 59-65.
- Collins, S. (2001). What about us? The psychological implications of dealing with trauma following the Omagh bombing. *Emergency Nurses*, 8(10), 9-13.
- Constable, J. F., et al. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress*, 12, 22-26.
- Cooper, C. (1995). Psychiatric stress debriefing. Alleviating the impact of patient suicide and assault. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 33(5), 21-25.
- Cox, H.C. (1987). Verbal abuse in nursing: a report of a study. *Nurs Manage*, 18, 47-50.
- Drummond, D. J., et al. (1989). Hospital violence reduction among high-risk patients. *JAMA*, 261, 2531-2534.
- Ergün, F.S., et al. (2005). Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *International Council of Nurses*, 52, 154-160.
- Everly, G.S., & Mitchell, J.T. (1997) / 飛鳥井望監訳(2004). 惨事ストレスケア—緊急事態ストレス管理の技法. 誠信書房.
- 深沢裕子(2001). 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.
- 後藤豊実(2006). 外傷体験者自身における治療ニーズの捉え方と専門的な援助を求める傾向：欧米研究からの考察. *日社精医誌*, 15, 12-24.
- 畑中美穂ほか(2004). 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.
- Ito, H., et al. (2001). Factors affecting 'psychiatric nurses' intention to leave their current job. *Psychiatr Serv*, 52, 232-234.
- Jackson, D. (2002). Who would want to be a nurse? Violence in the workplace—a factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*, 10, 13-20.
- Kirsten, S. & Judith, A. O. (2000). Chapter three—violence in health care setting. *Nurses, Always There for You—United Against Violence Anti-violence tool kit*. Switzerland, International Council of Nurses, pp.17-22.
- 栗田かほる(2003). 患者から受ける行為についての実態調査. *看護管理*, 第34回日本看護学会抄録集, 238.
- 栗田かほる(2006). 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*, 16 (10), 805-810.
- Laposa, J.M. (2003). Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/ personnel. *J Emerg Nurs*, 29(1), 23-28.
- Levin, P.F., et al. (1998). Insights of nurses about assault in hospital-based emergency departments. *Image J Nurs Sch*, 30, 249-254.
- Macnab, A.J., et al. (1999). Critical incident stress intervention after loss of an air ambulance: two-year follow up. *Prehospital Disaster Med*, 14(1), 8-12.
- McKenna, B. G., et al. (2003). Horizontal violence: Experiences of Registered Nurses in their first of practice. *J Adv Nurs*, 42(1), 90-96.
- Mitchell, J.T., & Everly, G.S. (2001) / 高橋祥友訳(2002). 緊急事態・ストレス・PTSD 対応マニュアル. 金剛出版.
- Morrison, E.F. (2001). Lessons learned from the trenches about violence. *Arch Psychiatr Nurs*, 15, 51-52.
- Murray, M.G., et al. (1991). When staff are assaulted: A nursing consultation support

- service. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 29(7), 24-29.
- Nolan, P., et al. (1999). Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrist. *J Adv Nurs*, 30, 934-941.
- 大岡由佳ほか(2007). 精神科看護師が職場で被るトラウマ反応. *精神医学*第, 49(2), 143-153.
- Pagliocca, P. M., et al. (2001). Legislating School Crisis Response: Good Policy or just Good Politics?. *Law & Policy*, 23(3), 373-407.
- Ragaisis, K.M.(1994). Critical incident stress debriefing: a family nursing intervention. *Arch Psychiatr Nurs*, 8(1), 38-43.
- 社団法人日本看護協会(2006). 保健福祉医療施設における暴力対策指針－看護者のために－
専門職支援・中央ナースセンター事業部, pp.8.
- 下里誠二ほか, 包括的暴力防止プログラム認定委員会(2005). 医療職のための包括的防止プログラム. 医学書院, pp.36-43.
- 鈴木一幸(2004). 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」
- Woods, P., et al. (2002). The Brøset violence checklist. *Acta Psychiatr Scand* 106, 103-105.
- 山田佐登美(2006). 院内暴力防止への取り組み－岡山大学医学部・歯学部付属病院のガイドライン. *看護管理*, 16(10), 811-823.
- 安永薫梨(2006). 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*, 15(1), 96-103.
-