

学校への緊急支援後の教師のストレス反応

命 婦 恭 子¹⁾, 向 笠 章 子²⁾, 浦 田 英 範²⁾, 津 田 彰^{2),3)}

要 約

児童・生徒を巻き込む突発的な事件・事故といった、学校にとって危機的な出来事に対処するために、福岡県臨床心理士会は、緊急支援プログラムを立ち上げ実施している。危機的な出来事による急性のストレス反応は、適切な時期に適切な介入を行えば収束することができる。緊急支援活動において、教師は、児童・生徒の支援者であると同時に、出来事の当事者であり強いストレスにさらされている。そのため、緊急支援を行った学校の教師を対象にストレス反応を測定し、その結果をフィードバックすることで、健康感をサポートすることが提案された。

本研究の目的は、GHQ-28を用いて危機的な出来事が起こった学校の教師のストレス反応の実態を明らかにすることである。さらに、フォローアップ調査を行い、反応が収束していく過程をみていく。調査対象は、緊急支援を行った学校のうち、小学校2校、中学校1校、高校2校の5校である。また、対照群として、危機的な出来事が起こっていない3つの小学校の教師のストレス反応についても測定した。その結果、緊急支援を行った学校において、出来事の2週間後には、1校を除いた4校で非常に高いストレス反応が示された。その一方で、すべての学校で、うつ傾向はあまりみられなかった。さらに、出来事の7ヵ月後までの追跡調査を行ったところ、3ヵ月後から反応が収束し、7ヵ月後には、衝撃的な出来事が起こっていない学校の教師と同程度にストレス反応が収束していた。これらのことから、緊急支援の対象となった学校の教師は、出来事の直後では、強いストレス反応を示すが、出来事の3ヵ月後を目安に、平常時と同じ程度に反応が収束していくことが示された。さらに、いずれのときにも、うつ傾向が高い教師は、少数であった。

はじめに

学校における緊急事態は、児童・生徒の自殺や事故などにとどまらず、学校内での殺人事件など、多様化し、深刻化している。学校が安全な場所であるとは言いがたくなった現状では、緊急事態にどう対処するかという「危機管理」について考えることを余儀なくされている。このような現状の中で、学校ストレスを考える場合に、学校生活におけるデイリーハッスルズ(daily hassles)による慢性的ストレスだけでなく、さまざまな緊急事態による急性のストレスについても考慮することが必要となっている。

急性に強いストレスにさらされると一過性の正常

反応として、抑うつ気分や不眠、不安といった症状がみられることがある(金, 2001)。これは、外傷後ストレス障害(Post Traumatic Stress Disorder: PTSD)とは別のものである。PTSDの診断基準としては、DSM-IV(American Psychiatric Association, 1994)によると、まず、トラウマ体験が定義にあうかが問題になる。ここで示されているトラウマ体験とは、「実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、1度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危機をその人が体験し、目撃し、または直面した」体験である。このような出来事にさらされて、「強い恐怖、無力感または戦慄に関する」反応が1ヶ月以上継続した場合にPTSDと診断

1) 久留米大学比較文化研究所
2) 久留米大学大学院心理学研究科
3) 久留米大学文学部心理学科

される。その症状としては、反復的で侵入的な出来事の再体験や、外傷と関連した思考や活動を回避するといった行動の変化や、持続的な覚醒亢進状態というようなものがみられる。同じくトラウマ体験を持ち、これらの症状の持続が1ヶ月未満の場合は、急性ストレス障害 (Acute Stress Disorder: ASD) とされる。

学校での事件や事故による急性ストレスの場合、児童・生徒の PTSD の予防や治療に注目され、教師は、生徒への救援者という役割を担っている (久留ら, 1999)。しかし、教師自身も出来事の当事者であり、事件・事故の内容によっては、被害者になったり、責任を問われる立場になったりする場合もある。また、緊急の保護者会やマスコミ対策など通常とは違う業務が増え、事態への対応がより煩雑になっていく。このようなことから、教師のストレスに対するマネジメントが必要であり、児童・生徒への救援者としての役割を円滑に担っていくためにも教師への介入を早期に行うことが重要である (向笠ら, 2001)。

福岡県臨床心理士会では、2000年の秋以来、中学校での自殺をはじめ、学校全体を揺るがすような危機的状況に対するバックアップや、その後のフォローアップを行いながら、それらの体験をもとに「学校における緊急支援の手引き」を作成し、プログラムの構造化と実施態勢を整えつつある (福岡県臨床心理士会, 2001)。プログラムは、県内各地区であわせて十数校の小学校、中学校、高等学校で生じた「学校における危機」に対する支援として実施されている。この手引きによれば、緊急支援プログラムの実施主体は、あくまで学校であり、臨床心理士は、教育委員会を通じて学校の要請を受けて学校内緊急支援チームに参加し、こころの専門家として見立てや適切な情報を提供する立場にある。

緊急支援プログラムの内容は、教師用・生徒用・保護者用の3つから成立し、まず教師への支援が行われ、次いで、生徒、保護者の順で行われる。教師への支援は、グループセッションで、教師自身の体験のディブリーフィングや、児童・生徒への対応についての研修が行われる。児童・生徒に対しては、学級単位の集会や個別面接が教師により行われ、臨床心理士は、そのバックアップを行う。教師による個別面接で、注意が必要とされた児童・生徒については、臨床心理士によるカウンセリングが行われる。保護者に対しては、保護者会を開き、事実の確認や児童・生徒への対応についての注意点が伝えられる。さらに、教師、保護者ともに、特別な配慮が必要とされた場合は、臨床心理士

による個別カウンセリングが行われることがある。

緊急支援が行われた学校の危機的な出来事の性質は、生徒の自殺、事故、教師の不祥事などさまざまである。窪田 (2002) は、緊急支援活動の経験から、学校が危機的な状況におかれたときに、その混乱に影響するような出来事の性質として、以下の6点をあげている。①生じた事件事故の種類が、児童生徒の死亡、特に自殺であるか。②学校の管理責任が問われる出来事か。③対象となる子どもの年齢。④直接事件に巻き込まれた子どもや教職員の範囲。⑤危機の発生 (発覚) 後の時間経過。⑥日頃の教職員組織など学校の状態。これらの要因が学校の混乱に影響を与えていると考えられている。

このような突発的に起こる事件による急性ストレスは、心身の健康に少なからずダメージを与えるが、それらの反応は、正常な反応であり早期に適切な介入を行うことで収束することができる (金, 2001)。学校での活動の中で、緊急支援チームの臨床心理士は、過去に何らかの外傷的な出来事を経験した教師が、特異的な反応を示す様子などを目の当たりにすると同時に、心理的に強い衝撃を受けながらも業務をきちんと遂行していく教師の健康さを実感した (向笠ら, 2001)。そこで、アクションリサーチの視点から、緊急支援プログラム終了後の教師の健康状態を測定し、教師が受けた衝撃の強さを客観的に評価することが提案された。この調査は、プログラムの効果の測定を目的としているだけでなく、その結果を教師自身にフィードバックすることで、自分の健康状態への気づきをうながすことで、調査を行うこと自体がプログラムの修正であるという側面を持っている。さらに、危機的な出来事から、強い衝撃を受けた教師も健康感を回復しているのか、回復しているならば、どのくらいの時期に平常時と同程度に回復するのかを検証するために、追跡調査を行うことが提案された。その一方で、アクションリサーチとしては、同一地域の危機的な出来事が起こっていない学校の教師の健康状態を測定していくことが必要であると考えられる。このことにより、危機的な出来事以前のデータとして蓄積できるとともに、すでに危機的な出来事が起こってしまった学校の対照群として活用することができる。

危機的状況にある教師のストレスを測定するために、本研究では、GHQ-28を用いた。GHQ (General Health Questioner) は、Goldberg (1972) により開発された60項目からなる尺度で、非器質性・非精神病的な精神障害の恐れがあるかどうかを判別するための

スクリーニングテストである。その後、検討が加えられ30項目と28項目の短縮版が作成された (Goldberg & Hiller, 1979)。日本語版は、中川ら (1985) が標準化し、スクリーニングの観点から、28項目の有効性を高く評価している。すなわち、GHQ-28は、日本語で標準化された質問紙であり、質問項目が少なく回答が簡便で、精神的健康のスクリーニングに優れた尺度である。さらに、藤森 (1998) が、北海道南西沖地震の被災者を対象に GHQ-28を用いて健康状態を測定し、被災が精神的健康に長期的に影響を及ぼすことを明らかにしていることから、トラウマティックな出来事後の健康状態の測定にも有効であると考えられる。これらの理由から、緊急支援後の教師のストレスを測定する尺度として GHQ-28を採用した。

本研究の目的は、学校全体が巻き込まれるような出来事が起こったときの教師のストレス反応の実態を明らかにすることである。そのために、福岡県臨床心理士会による緊急支援が行われた学校を対象に、教師の健康状態を測定する。さらに、同意が得られた学校に対しては、発症遅延の PTSD の症状が始まる時期とされる半年後までのフォローアップ調査を行い、急性の反応が収束していく過程と、遅延した反応の有無を検討する。このとき、当該学年の担任や、出来事を直接目撃した教師は、その出来事から受ける衝撃が強く、強いストレス反応を示し、反応の収束も遅れるのではないかという仮説のもと分析を行う。

方 法

1. 対象

緊急支援の対象となった学校のうち同意が得られた5校を調査対象とした。また、対照群として、危機的な出来事が起こっていない3小学校でも調査を行った。

1) 緊急支援対象校

① Y 小学校

F 県内の公立小学校。校外学習中事故により、児童1名が死亡、1名が重体、1名が重症、教諭2名が負傷した。対象となったのは、教師・事務職員などを含めた全職員29名。男性11名、女性18名。職種は、管理職2名、教諭23名、養護教諭1名、事務職等3名。平均年齢は42.38歳 (範囲: 31-53)。

② T 小学校

F 県内の公立小学校。児童同士の傷害事件が起こった。死亡者はいなかった。男性8名、女性8名、計16名。職種は、管理職2名、教諭11名、養護教諭1名、事務職等2名。平均年齢は44.63歳 (範囲: 37-57)。

③ B 中学校

F 県内の公立中学校。生徒1名が殺人事件の被害者となり死体で発見された。男性8名、女性16名、計24名。職種は、管理職2名、教諭22名。平均年齢は41.58歳 (範囲: 25-55)。

④ K 高校

F 県内の公立高校。生徒が県外で自殺。男性48名、女性25名、計73名。職種は、管理職3名、教諭39名、事務職等2名、欠損値19名。平均年齢は40.48歳 (範囲: 21-62)。

⑤ S 高校

F 県内の公立高校。教師による盗写という不祥事がおこった。男性17名、女性17名、計34名。職種は、管理職3名、教諭30名、事務職等1名。平均年齢は41.00歳 (範囲: 24-57)。

2) 比較対照校

① M 小学校

F 県内の公立小学校。大きな事件・事故は起こっていない。男性6名、女性13名、計19名。職種は、管理職2名、教諭13名、養護教諭1名、事務職等3名。平均年齢は43.21歳 (範囲: 22-55)。

② J 小学校

F 県内の公立小学校。大きな事件・事故は起こっていない。男性4名、女性15名、計19名。職種は、管理職2名、教諭13名、養護教諭1名、事務職等3名。平均年齢は40.42歳 (範囲: 26-55)。

③ N 小学校

F 県内の公立小学校。大きな事件・事故は起こっていない。男性9名、女性22名、計31名。職種は、管理職2名、教諭22名、事務職等6名、欠損値1名。平均年齢は39.00歳 (範囲: 23-58)。

2. 測定尺度

日本版 GHQ-28 (中川・大坊, 1985)

最近1週間の心身の状態を尋ねるもので、身体的症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向の4サブスケール28項目から構成されている。各項目に対して4段階評定を求めるが、評価は2段階で行う。

3. 手続き

各学校ともに質問紙の配布・回収は、郵送あるいは緊急支援チームから管理職に委託する留め置き法により行われた。また、質問紙の趣旨は教師の健康調査と説明し、調査終了後に、GHQ-28の結果を個別にフィードバックした。個別フィードバックをすることから、質問紙の記入は記名により行った。

1) 緊急支援対象校

① Y 小学校

事件発生後、福岡県臨床心理士会の緊急支援チームにより緊急支援プログラムを始動した。事故後2週間目に1回目の調査を行い、1回目の調査結果をふまえ、1カ月半後、3カ月後、7カ月後の4回にわたってGHQ-28への記入を求めた。

② T 小学校・B 中学校・K 高校・S 高校

同様に緊急支援プログラム始動し、出来事の2週間後に調査を行った。

2) 比較対照校

M・J 小学校は、Y 小学校の出来事の7カ月後と同じ時期、N 小学校はその2カ月後に調査を行った。

結 果

1. 2 週間後のストレス反応

GHQ-28の合計得点は、6点以上を何らかの問題ありとされている(中川ら, 1985)。この基準にそって、緊急支援の対象となった5校の、2週間後の得点を、「健康」と「問題あり」に群わけした(Fig. 1)。全体の59.4%にあたる95人が何らかの問題ありとされる6点以上であった。次に、学校ごとに群わけし、その比率を比較するために χ^2 検定を行ったところ、有意な学校差がみられた($\chi^2=21.49, p<.01$; Table1)。残差分析の結果、K 高校で健康な教師の比率が有意に高く、T 小学校では、健康な教師の比率が有意に低かった。

さらに、サブスケールごとに標準化された基準に従い、「症状なし」「軽度の症状」「中等度以上の症状」に分類した。各学校の比率の差について、 χ^2 検定を行った結果、身体的症状($\chi^2=23.22, p<.01$)、不安と不眠($\chi^2=27.38, p<.01$)、社会的活動障害($\chi^2=30.20, p<.01$)の3つのサブスケールで χ^2 値が有意であった。残差分析の結果、K 高校では、3つのサブスケールで、症状なしの割合が高く、中等度以上の率

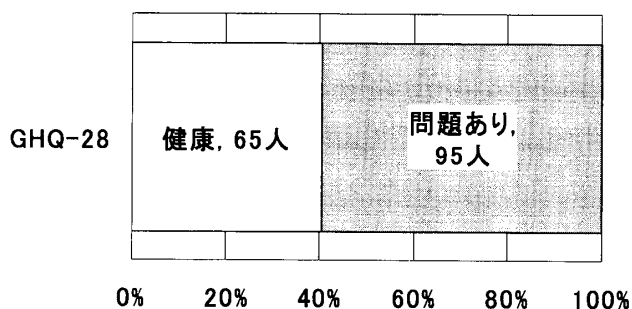


Fig.1 2 週間後のストレス反応

が低かった。また、Y 小学校では、身体的症状で中等度以上の症状の割合が高いという結果だった。T 小学校では、身体的症状、不安と不眠、社会的活動障害で、症状なしの割合が低く、その一方で、不安と不眠、社会的活動障害では、中等度以上の症状の率が有意に高かった。B 中学校では、不安と不眠で軽度の症状の割合が高く、社会的活動障害の症状なしの割合が低かった。

サブスケールごとにみると、身体的症状は、Y 小学校、T 小学校、B 中学校、K 高校、S 高校で50%以上が中等度以上の症状だった。不安と不眠では、Y 小学校、T 小学校で50%以上が中等度以上の症状だった。社会的活動障害では、Y 小学校、T 小学校、B 中学校で、50%以上が中等度以上の症状であった。T 小学校の、不安と不眠、社会的活動障害では、75%が中等度以上の症状であった。うつ傾向では、すべての学校で、50%以上が症状なしであった。

2. Y 小学校の反応収束過程

次に、Y 小学校の教師のストレス反応が収束してい

Table 1 2 週間後のストレス反応の学校間比較

	症状なし		軽度の症状		中等度以上		合計 人数
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	
身体的症状	$\chi^2=23.33^{**}$						
K高校	30	(44.8)	19	(28.4)	18	(26.9)	67
S高校	6	(17.6)	8	(23.5)	20	(58.8)	34
B中学校	1	(6.3)	5	(31.3)	10	(62.5)	16
Y小学校	6	(20.7)	4	(13.8)	19	(65.5)	29
T小学校	5	(22.7)	6	(27.3)	11	(50.0)	22
不安と不眠	$\chi^2=27.38^{**}$						
K高校	38	(57.6)	12	(18.2)	16	(24.2)	66
S高校	12	(35.3)	7	(20.6)	15	(44.1)	34
B中学校	1	(6.3)	3	(18.8)	12	(75.0)	16
Y小学校	9	(32.1)	4	(14.3)	15	(53.6)	28
T小学校	5	(21.7)	9	(39.1)	9	(39.1)	23
社会的活動障害	$\chi^2=30.20^{**}$						
K高校	38	(56.7)	15	(22.4)	14	(20.9)	67
S高校	9	(28.1)	8	(25.0)	15	(46.9)	32
B中学校	1	(6.3)	3	(18.8)	12	(75.0)	16
Y小学校	9	(33.3)	4	(14.8)	14	(51.9)	27
T小学校	3	(13.6)	6	(27.3)	13	(59.1)	22
うつ傾向	$\chi^2=12.07$ n.s.						
K高校	55	(79.7)	9	(13.0)	5	(7.2)	69
S高校	23	(67.6)	8	(23.5)	3	(8.8)	34
B中学校	8	(50.0)	7	(43.8)	1	(6.3)	16
Y小学校	17	(60.7)	7	(25.0)	4	(14.3)	28
T小学校	17	(73.9)	6	(26.1)	0	(0.0)	23
	健康		問題あり				合計
	人数	(%)	人数	(%)			人数
GHQ-28合計	$\chi^2=21.49^{**}$						
K高校	40	(61.5)	25	(38.5)			65
S高校	10	(31.3)	22	(68.8)			32
B中学校	6	(28.6)	15	(71.4)			21
Y小学校	7	(26.9)	19	(73.1)			26
T小学校	2	(12.5)	14	(87.5)			16

欠損値は分析ごとに除外。 ** p<.01 n.s. non-significant

く過程をみていく。Y小学校では、校外学習中に交通事故が起こったことから、このとき同行していた教師とそうでない教師では、出来事から受ける衝撃が違うのではないかと予想し、現場にいた教師とそうでない教師の2群に分け、群×時間の2要因の分散分析を

行った (Fig. 2-1~4)。その結果、すべてのサブスケールで時間の主効果がみられた ($F(3, 48\sim 54)=3.08\sim 6.84, p<.05$)。多重比較の結果、身体症状では、2週間後と3ヵ月後に有意な差がみられた。不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向では、2週間後と3ヵ月後、

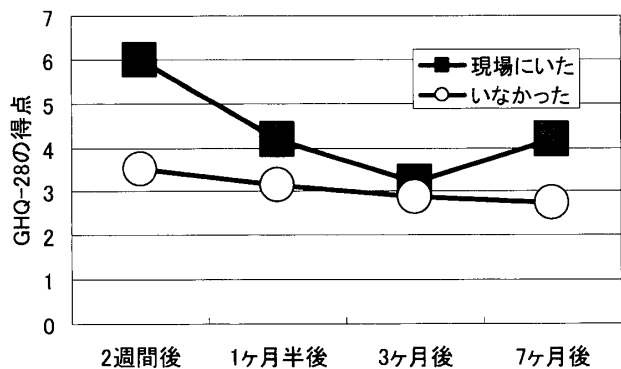


Fig.2-1 Y小学校における身体的症状の収束過程

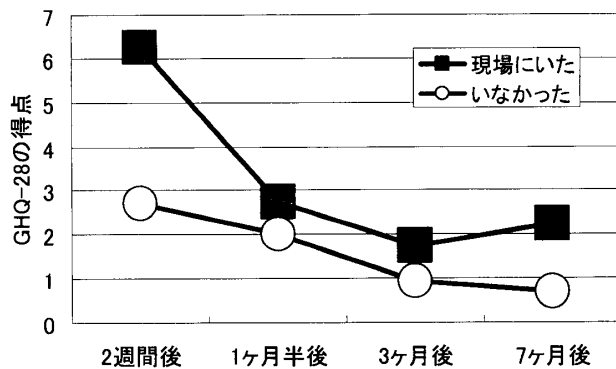


Fig.2-3 Y小学校における社会的活動障害の収束過程

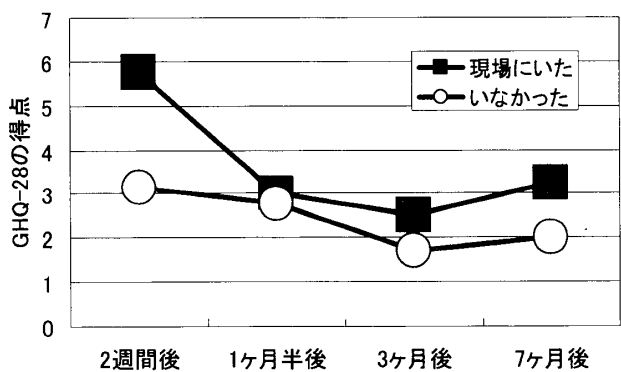


Fig.2-2 Y小学校における不安と不眠の収束過程

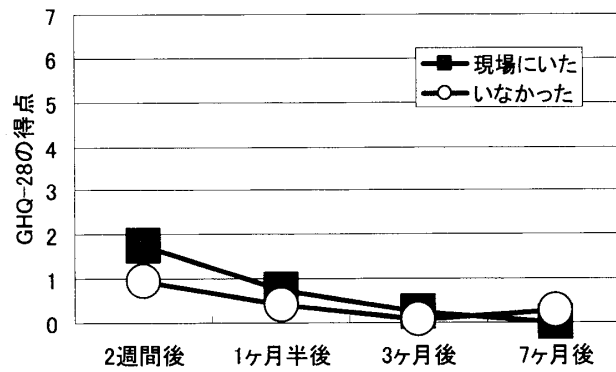


Fig.2-4 Y小学校におけるうつ傾向の収束過程

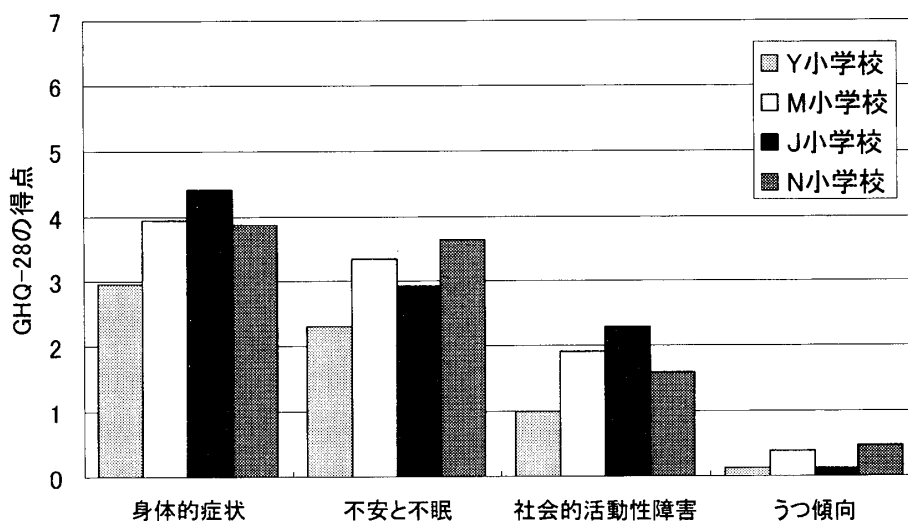


Fig.3 各小学校の GHQ-28の得点の平均

Table 2 各小学校の比率

	健康		問題あり		合計
	人数	(%)	人数	(%)	
Y小学校	12	(50.0)	12	(50.0)	24
M小学校	5	(29.4)	12	(70.6)	17
J小学校	6	(31.6)	13	(68.4)	19
K小学校	9	(30.0)	21	(70.0)	30
$\chi^2=3.00$ n.s.					

2週間後と7ヵ月後に有意な差がみられた。各サブスケールともに、2週間後と1ヵ月半後の有意差はみられなかった。

群の比較では、現場にいた教師のほうが高い傾向にあったが、統計的に有意な群間差がみられたのは、社会的活動障害のみであった ($F(1, 16)=7.20, p<.05$)。

3. Y小学校の反応収束後と一般小学校との比較

Y小学校の7ヵ月後の様子が健康的な状態といえるかを検討するために、何も危機的な出来事が起こっていない3小学校と分散分析で比較したところ、有意な差は認められなかった (Fig. 3)。また、GHQ-28の合計点を基準にそって、「健康」「何らかの問題あり」に分類し、小学校間で χ^2 検定を行ったところ、有意な差はみられなかった (Table 2)。

考 察

1. 緊急事態における教師のストレス反応

GHQ-28の合計点で何らかの問題ありとされた教師の割合は、全体の59.4%であり、最も少なかったK高校でも、35%であった。中川ら (1985) が行った日本人の一般成人を対象とした調査では、何らかの問題ありとされた比率が14%であったことと比較すると、出来事の2週間後では、健康状態が思わしくない教師の比率が高いことがわかる。特に、K高校以外の学校での、何らかの問題ありとされた教師の比率は、68.8~87.5%であった。藤森 (1998) は、北海道西南沖地震における被災者を対象に、被災10ヵ月後の健康状態を調査した結果、何らかの問題ありとされた被災者は、76.6%であった。この数字と比較しても、教師が出来事から受けたストレスが大きいことがうかがえる。

サブスケールごとにもみると、身体的反応、不安と不眠、社会的活動障害では、K高校を除いたほかの学校では、中等度以上の症状の割合が高かった。その一方で、うつ傾向で、中等度以上の症状を示している教師は、どの学校においても少なかった。トラウマティッ

クな出来事あとの感情の変化として、抑うつ、無力感、不安などが上げられている (金, 2001)。このことから、緊急支援チームの臨床心理士は、うつ傾向が高い値を示すだろうと予想していた。しかし、予想に反して、うつ傾向は低く抑えられていた。このことが、支援活動の効果によるものなのかは、今回の調査のみでは、明確にできない。また、このような危機的状況におけるうつ症状が、一般的なうつ傾向を測定する尺度では測定しきれていないという可能性もあり、これらのことは今後の課題となった。

2. 学校ごとの比較

2週間後のGHQ-28の得点を学校ごとに比較したところ、K高校では、症状のない教師の比率が高く、T小学校では、中等度以上の症状をしめす教師の比率が高いという結果であった。このことから、学校によって、健康な教師の割合に違いがあることがわかった。この差異が、どのような要因によるのか、現段階で、明確にすることは出来ないが、出来事の性質や、出来事以前の学校の様子などが影響しているのではないかと推察できる。窪田 (2002) が挙げている学校の混乱に影響を与える要因にそって、K高校とT小学校の出来事について考察していく。

K高校の出来事を照らし合わせると、生徒の自殺という点では、学校の混乱を強める要因ではあるが、県外で起こっており、校内の目撃者はいない。さらに、自殺の原因などについて学校の管理責任を問われることは無かったために、出来事による学校の混乱は、少なかったと考えられる。そのため、ストレスフルな状況が、教職員全体に波及することがなく、健康状態が問題ありとされる教師の比率が低く抑えられたのではないかと考えられる。

T小学校では、同じクラスの生徒が被害者・加害者関係になる傷害事件で、死亡者はなく、事件の目撃者もいない。しかし、小学生が小学生を刺すというショッキングな出来事であった。さらに、もともと牧歌的な地域であったため、多くの教師が、何らかの事件に対応するという事に不慣れであった。このような要因が、学校の混乱を大きくしたと考えられ、強いストレス反応を示す教師が学校全体にみられたのではないかと考える。

3. 反応収束過程

このように強いストレスを受け、健康が悪化している教師のその後の様子を追跡するために、Y小学校の出来事から1ヵ月半後、3ヵ月後、7ヵ月後に調査を行った。さらに、出来事から受けた衝撃の大きさが違

うであろうということを考慮して、事故の現場にいた教師とそうでない教師の2群に分け反応収束過程を比較した。このとき、現場にいた教師は5人であり、複雑な統計解析を行うために十分な数とはいえないことを考慮し、以下の考察を行う。

分析の結果、有意な群間差がみられたのは、社会的活動障害のみであった。このことから、出来事から受けた衝撃の大きさによる影響は、業務の遂行が滞ったり、集中力が低下したりといった、社会的活動性に現れるのではないかということが示唆された。ただし、他のサブスケールにおいても、一貫して、現場にいた教師の反応が高い傾向にあった。

収束状況としては、両群とも時間経過にそって低下しているが、1ヵ月半後の低下は、統計的に有意ではなく、有意に低下するのは、3ヵ月後以降である。また、3ヵ月後と7ヵ月後のあいだには、大きな変化はみられなかった。このことから、強い衝撃を受け、健康状態が悪化したとしても、早期に専門家によるケアがなされた場合、3ヶ月程度で反応が収束するということが示された。

DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)によると、PTSDの診断基準としては、症状の持続期間が1ヶ月以上であることをあげて、症状の持続が1ヶ月未満のASDと区別している。さらに、持続期間が3ヶ月未満の場合は、急性PTSDとし、3ヶ月以上続くと慢性PTSDと区別している。また、症状の始まりがストレス因子から少なくとも6ヶ月以上たった場合を発症遅延としている。

本研究では、PTSDの症状についての診断を行ったわけではなく、一般的な健康状態についてたずねているため、PTSDの予防ができたかどうかを明確にすることはできない。しかし、あえて、この診断基準に当てはめるならば、2週間後のASDと診断される時期には、ストレス反応が高く、PTSDとASDを区別する、時期である1ヵ月半後には、依然ストレス反応が高い教師がいた。しかし、3ヵ月後には回復し、慢性的な症状に至っていない様子がうかがえた。

また、身体的症状において、7ヵ月後で高くなっていることについては、調査時期を学校の学年暦と照らし合わせると、日常の業務が大変あわただしい時期にあたり、そのことが反映されているのではないかと考えている。

4. 反応収束後の様子

次に、Y小学校の7ヵ月後の状態が、日常的な状態に戻ったといえるのか、あるいは、2週間後よりも収

束したとはいえ、依然として高い状態なのかを検証するために、衝撃的な出来事が起こっていない一般の小学校との比較を行った。その結果、統計的に有意な差はみられなかった。このことから、事故後7ヶ月で、Y小学校の職員のストレス反応は、一般小学校と同程度まで収束していることがわかった。すなわち、衝撃的な出来事の発生により急性のストレス反応はみられたものの、その後、反応が収束していき、日常的な状態にもどったと考えられる。ただし、何らかの問題ありと評価されている教師が50~70%と、中川ら(1985)が報告している日本人の一般成人よりも比率が高い。このことから、小学校教師という職業が非常にストレスフルな職業である可能性が示唆された。

5. 今後の課題

本研究は、福岡県臨床心理士会の緊急支援活動の一環として行われるもので、教師の急性のストレスに対する反応に対し、適切なサポートをすることで、反応が収束していくということを客観的に評価することと、その客観的評価をフィードバックすることで、教師自身のメンタルヘルスに対する気づきを促すことを目的としている。そのため、研究の手法としてアクションリサーチを取り入れ、日常的には、緊急事態が起こっていない学校の調査を行いつつ、ある学校で緊急事態が起これば、その学校の状況にあわせて調査を行っている。これまでの調査はすべて公立の学校を対象としてきたが、校種やその学校で起こった出来事の種類などにより、緊急支援に対する教師の受け入れ方が様々であり、調査方法については、柔軟である必要がある。毎回の調査結果をふまえ、測定尺度や測定時期が適切であるのかについて、今後もさらに検討していきたい。また、調査結果は、緊急支援活動に反映されることが重要であると考えている。

今回の分析により、緊急支援の対象となった教師の多くは、急性期に強い反応を示しているものの、徐々に収束している様子がうかがえた。しかし、このことが、教師が本来持っている健康さによるものなのか、緊急支援の効果によるものなのかを検証するためには、衝撃的な出来事が起こったあと、緊急支援を行っていない学校の教師の健康状態についてのデータが必要であり、今後の課題となった。また、6ヵ月後以降に健康状態が悪化するような教師がいるのかについても、さらにデータを収集する必要がある。公立の学校は、年度の変わり日に人事異動やクラスや学年の編制の変更があり、すべての教職員に対して長期にフォローアップ調査を行うことは難しい。そのため、私立や国立な

ど教師の移動の少ない学校に対して緊急支援が行われた場合には、1年以上のフォローアップ調査を行い、発祥遅延の有無や記念日反応といわれるような反応の有無についても検証したい。

文 献

- American Psychiatric Association 1994 *Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV*. American Psychiatric Association. 高橋三郎・大野裕・染谷俊幸(訳) 1995 DSM-IV精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院.
- 藤森立男 1998 長期化する精神保健の問題と自然災害 —北海道南西沖地震の被災者. 性格心理学研究, 7 (1) 11-21
- 福西勇夫 日本版 General Health Questionnaire (GHQ) の cut-off point 心理臨床, 3 (3), 228-234
- 福岡県臨床心理士会「緊急支援の手引き」作成委員会 2001 緊急支援の手引き. 福岡県臨床心理士会.
- Goldberg, D.P. 1972 The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monographs*, 21, Oxford University Press.
- Goldberg, D.P., & Hiller, V.F. 1979 A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- 久留一郎・餅原尚子・児玉さら・大平落明美・石原千草・久留章子 1999 鹿児島県北西部地震に関する心理学的研究(VI)～被害児童生徒の3ヵ月後, 6ヵ月後, 1年後のPTSDに関する調査～. 鹿児島大学教育学部研究紀要人文・社会科学編, 50, 137-154.
- 金 吉晴 2001 ト라우マ反応総論. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費外傷ストレス関連障害の病態と治療ガイドラインに関する研究班 心的トラウマの理解とケア. じほう.
- 木島伸彦 1996 教員ストレスの研究動向について. ストレス科学, 10 (4), 292-295.
- 窪田由紀 2002 「学校ストレス」への心理的支援～その2～危機の見立てとそれに応じたプログラムの実施. 日本健康心理学会第15回大会発表論文集, 71.
- 向笠章子・命婦恭子・津田 彰 2001 アクションリサーチ—学校への緊急支援—. 日本健康心理学会第14回大会発表論文集, 49.
- 大澤智子 2002 2次受傷—支援者の精神保健と予防プログラムの考察—. 日本心理臨床学会第21回大会発表論文集, 126.

Stress response of teachers after emergency support for school

YASUKO MEIFU¹⁾, AKIKO MUKASA²⁾, HIDENORI URATA²⁾, AKIRA TSUDA^{2),3)}

Children sometimes fall the victim to severe incidents and accidents. In order to cope with such crises for school, Fukuoka Society of Certified Clinical Psychologist made and has carried out the emergency support program. The pertinent crisis intervention at the proper time should decrease acute stress response that caused critical incidents. According to the program, teachers in target school were concerned not only as the supporter of children but also as the victimizer exposed to very high stress in the emergency. So as to support teachers to maintain good state of mental health, assessment of the school-teachers' stress and giving back the results to them were proposed.

The purpose of the present study was to examine stress of teachers involved in critical incidents by using GHQ-28, and moreover, a process to calm down the stress was checked with follow-up survey. Participants were teachers in 5 schools (2 elementary schools, 1 junior high school and 2 high schools), which had suffered from critical incidents and agreed to assess their stress. Teachers in 3 elementary schools, which hadn't suffered from critical incidents, also participated as a control group. As results, significantly high rate of stress response was shown at 2 weeks after incidents in the 4 suffered schools; on the other hand, depression was not increased in any schools. The follow-up surveys showed that the high rate of stress response began to decrease from 3 months after incidents, and at 7 months after incidents, the rate of stress response in suffered school was as same as the rate in the schools that did not experience critical incidents. In conclusion, teachers in schools used emergency support program showed high rate of stress response soon after critical incidents; however, the stress response was as same as normal rate after 3 months. At any period of the present study, the number of depressive teachers was low in every participated schools.

1) Institute of comparative culture, Kurume University

2) Graduate School of Psychology, Kurume University

3) Faculty of Psychology, Kurume University

