平成 21 年度

【長期研究 4】

職場における業務内容に関連するストレスとその予防に関する研究

―患者の死が看護師にもたらす影響と援助介入に関する調査研究―

（要旨）

長期研究（3 年間）の最終年にあたる本調査は、看護師が担当患者を初めて亡くした際の経験がもたらす影響とその後に望まれる介入について調べるために、総合病院に勤務する看護職員を対象にアンケート調査を行った。

患者を亡くした時期、突然性、その影響、そして、その際に最も必要だった援助などと同時に、離職意思とその理由について尋ねた。看護職員 613 名のデータを分析した結果、患者死亡時の IES-R の平均点は、4.9（SD=8.5 ）で、ハイリスク者は 25 名（4.1%）だった。対象者の 57.3%が患者の死は「突然ではなかった」と答えており、このこともハイリスク者が少ない理由となっているのかもしれない。

当時、得られたかどうかには関わらず、最も必要としていた援助として一番多かったのは、声かけや心のケアを含む、精神的なフォロー全般（「精神的サポート（53 名）」）、死を迎えつつある患者、そして、家族を亡くした直後の家族への関わり方（「患者家族対応(53 名)」）であり、次いで、急変時の仕事内容、死の受け止め方、死後の事務処理、などの具体的な助言（「助言指導全般（47 名）」）、そして、勉強に励み、経験を積み、看護業務に慣れる（「知識技術向上（45 名）」）だった。患者を亡くした影響が強い人ほど「精神的サポート」「具体的な助言指導」「知識技術向上」を有意に求める傾向がみられた。これらの結果を基に提言を行った。

研究体制：大澤智子・加藤寛

【背景と目的】

本研究は、3 年の長期研究の最終年に位置する。1年目は職場での被暴力体験とその影響について調査を行った。その結果、対象者の約 8 割が暴力を受けたこと（「暴力被害を受けそうになった」という主観的な経験も含む）があり、被害体験を対象にした IES-R のハイリスク者の割合は 11.8%であった。看護の現場は想像以上の暴力が蔓延しており、職員のメンタルヘルスに悪影響をもたらしていることが示唆された。そして、2 年目の調査では、より包括的な職業関連の外傷性ストレス体験とその影響を理解するために、看護師が職場において体験する惨事ストレス事案の種類と頻度、そしてその影響を見極め、今後の予防策の提言を行うための基礎データを収集することを目的とした。その結果、対象者の 93.4%が「看護師のための惨事ストレスチェックリスト」に記載されている出来事のどれかを体験しており、それらの出来事の体験者のうち 18.7%が IES-R のハイリスク者であった。IES-R のハイリスク群は、精神健康や職場要因を測定する尺度結果が全て有意に悪く、惨事ストレスがもたらす影響が広範囲に及んでいることが示唆された。

また、この 2 つの調査において援助要請についても調べた。すると、惨事ストレスを体験し、その影響が大きい人ほど、援助を求めない傾向がどちらの調査においても認められた。事実、看護業界では近年、離職率の高さが問題になっており、辛い思いをした人が助けを求めないならば、彼らの行く末が離職であったとしても、驚くに値しない。しかし、なぜ、彼らは助けを求めないのか。

新卒看護師の離職の大きな原因として「リアリティーショック」が挙げられている。業務量の多さ、看護実習と臨床現場の落差、などが具体的な事象として、取り上げられているが、その中には、命を救うことが目的だと思っていた現場では、毎日のように患者が亡くなる、という現実があり、これが最初の惨事ストレスになるのではないかと推測される。しかし、担当患者の死が看護師にもたらす影響、予防対策、そして、患者の死を体験した看護師に対する現実的な介入策について行われた調査は見当たらない。そこで、本調査では、担当患者の死にまつわる職務性ストレスの影響とその後の介入策に焦点を当て、具体的な提言をすることを目的とした。

1）対象と方法

兵庫県下 3 の病院に勤務する看護職員 823 人を対象にアンケート調査を実施した。調査票は、平成 21 年 11 月末から各病院に送付し、同年 12 月中にそれぞれの看護部が各科に

配布、回収した。823名のうち回収した637名分（回収率77.4%）から記入漏れなどのデータを除いた 613 名（有効回答率 74.5%）を分析の対象とした。また、統計解析にはSPSSJ-17.0 for Windowsを使用した。

アンケート用紙は対象者の基本属性に加え以下の尺度を用いた：

①看護師のための惨事ストレス出来事チェックリスト

2年目の調査時に作成した20項目の惨事事案のリストで、経験回数（なし、1回、2回以上のいずれか）、該当した体験で最も強いストレスとなった出来事を記してもらった。

②IES-R　(Impact of Event Scale-Revised：改訂版・出来事インパクト尺度)

PTSD の3大症状である再体験症状（intrusion）、回避症状（avoidance）、過覚醒症状（hyper-arousal）の有無を尋ねる22項目からなる尺度で、各項目について症状の「強さ」を5段階で測定する。得点が高いほどPTSD症状が強いことを示す。24/25点が最適カットオフ値とされており、本調査でも25点以上をハイリスク者とした。

「担当患者を亡くした最初の経験」と「看護師のための惨事ストレス出来事チェックリスト」から選んだ「最も強いストレスとなった出来事」に関する調査票記入日における最近1週間の状態についてそれぞれ尋ねた。なお、結果はそれぞれ「死亡 IESR」と「CISIESR」と記述している。

③HS　(Help-Seeking Checklist：援助要請チェックリスト)

被害を受けた後の対応方法、「誰かに相談すること」をどのように捉えているか（例「相談するのは精神的に弱い人だ」、「誰を信頼していのか分からない」など）を表す 12 の文章それぞれについて、自分の考えに近いものを「あてはまる」、「ややあてはまる」、「あまりあてはまらない」、そして「あてはまらない」の4件法で回答してもらう。得点が高いほど、援助を求めない傾向にあると考えるが、標準化はされておらず、カットオフスコアも存在しないため、傾向を捉えることを目的としている。

④K-10（The Kessler Psychological Distress Scale：K10質問票日本語版）

不安とうつ症状のレベルに関する 10 項目からなり、症状の「頻度」を 5 段階で測定す

る。10 点から 15 点は低度あるいはリスクなし、16 点から 29 点が中度のリスク、30 点から 50 点が高いリスクだと解釈される。また、有病率が 10%程度の集団において、精神疾患である確立が 50%以上の確率を得る場合、24/25 点のカットオフを用いるのが望ましいとされている。調査記入日におけるこの 30 日間の状態について尋ねた。

2）結果

（基本属性）

表 1 に対象者の基本属性を示した。21 歳から 68 歳で、平均年齢は 36.0 歳（SD＝9.3）だった。97.5%は女性で、男性は 2.5%だった。未婚者は 51.5%、既婚者は 44.2%で、未婚者が少し上回っていた。7 割強が専修学校を卒業しており、看護大学、短大、衛生看護科、そして看護大学院が続いた。

表 1　613 名の基本属性

年齢	平均±S. D.	36. 0±9. 3	
	最年少	21	
	最年長	68	
性別	女性	592	97. 5%
	男性	15	2. 5%
婚姻状況	未婚	313	51. 5%
	既婚	268	44. 2%
	死別	4	0. 7%
	離別	22	3. 6%
最終学歴	専修専門学校	461	76. 2%
	衛生看護科	13	2. 1%
	看護短大	64	10. 6%
	看護大学	64	10. 6%
	看護学部の大学院	3	0. 5%

（%：有効パーセント）

（勤務属性）

表２から３に勤務属性を示した。正看護師は対象者の95.1%、86.6%がスタッフナースであり、9 割強が常勤で、84.4%が夜勤ありの勤務であった。勤務年数は、1 年未満から43年と幅があり、平均勤務年数は13.1年（SD=9.4）だった。

現在の勤務科を問うたところ、老人および成人の急性期が最も多かった。

表２　勤務属性

職種	准看護師	11	1.8%
	看護師	580	95.1%
	助産師	15	2.5%
	複数回答	4	0.7%
職位	スタッフナース	528	86.6%
	主任	53	8.7%
	師長	22	3.6%
	その他	7	1.1%
勤務形態	夜勤あり（準夜含む）	513	84.4%
	日勤のみ	95	15.6%
勤務体系	常勤	575	94.4%
	非常勤	22	3.6%
	その他	12	2.0%
勤務場所	病棟勤務	491	80.6%
	外来勤務	64	10.5%
	その他	54	8.9%
勤務年数	平均±S.D.	13.1±9.4	
	最年少	1年未満	
	最年長	43	

（%：有効パーセント）

表３　アンケート調査対象者の勤務科別人数

勤務科	対象者	
老人/成人急性期	175	29.1%
老人/成人慢性期	27	4.5%
老人/成人混合	64	10.6%
救命救急	10	1.7%
透析	8	1.3%
小児(NICU含む)	38	6.3%
産/婦人科/不妊	35	5.8%
手術室/麻酔科	40	6.7%
その他	113	18.8%
複数回答(緩和ケア含む)	91	15.1%
不明	12	
合計	613	

(%：有効パーセント)

(担当患者の死亡体験)

表４に担当患者を初めて亡くした時の経験についてまとめた。経験時期は、看護師となって１年未満から 25 年目と幅が広かった。その死亡が突然であったかどうかを問うたところ、57.3%が「突然ではなかった」と答えており、「どちらかと言えば突然だった(25.1%)」、「突然だった（15.0%)」を上回った。また、少数ではあったが「覚えていない」と答えた人もいた。

(離職意思)

同時に、離職意思についても問うた(表５－１と５－２)。「辞めたい」と答えた人は 40.4%で、「辞めたいと思ったことはない」の 15.2%を大きく上回った。「以前は思ったが今はない」と回答した 44.4%を含めると、看護職を一度でも辞めたい、と思った人は全体の８割を超えていた。

表4　患者の死亡時期と突然性

死亡時期	平均±SD	1.8±2.4	
	最小値	1年未満	
	最大値	25	
突然性	突然ではなかった	325	(57.3%)
	どちらかというと突然だった	142	(25.1%)
	突然だった	85	(15.0%)
	覚えていない	14	(2.5%)

(%:有効パーセント)

表5－1　離職意思

離職意思	辞めたいと思ったことはない	90(15.2%)
	以前は思ったが今はない	263(44.4%)
	辞めたい	239(40.4%)

(%:有効パーセント)

表5－2　年代別離職意思

	年代			
	20代	30代	40代	50代以上
辞めたいと思ったことはない	25	33	20	11
以前は思ったが今はない	59	107	62	34
辞めたい	82	85	54	15
(合計)	166	225	136	60

（惨事ストレス体験）

「看護師のための惨事ストレス体験チェックリスト」に記載されている体験の有無を問うたところ、591名（97.4%）が「ある」と答えた。表6と図1に惨事ストレス体験の内

表6　惨事ストレス体験の内訳と回数

	ある		回数内訳			
			1回		2回以上	
看護中の患者の急変	511	(84.3%)	32	(5.3%)	479	(79.0%)
処置ミスによる患者の急変あるいは死亡	88	(14.5%)	51	(8.4%)	37	(6.1%)
受け持ち患者の死亡	485	(80.0%)	54	(8.9%)	431	(71.1%)
死亡患者の第一発見者となる	236	(39.0%)	75	(12.4%)	161	(26.6%)
患者の自殺あるいはその目撃	93	(15.4%)	66	(10.9%)	27	(4.5%)
医療事故/訴訟	65	(10.7%)	48	(7.9%)	17	(2.8%)
子どもの遺体を扱う	151	(24.9%)	45	(7.4%)	106	(17.5%)
酷い状態の遺体を扱う	77	(12.7%)	29	(4.8%)	48	(7.9%)
職場が被災（地震、洪水、台風、噴火、竜巻、土砂崩れなど）する	115	(19.0%)	108	(17.8%)	7	(1.2%)
有毒物質暴露（感染症患者の血液、危険な化学物質など）	67	(11.1%)	23	(3.8%)	44	(7.3%)
多数の傷病者が搬送される	79	(13.0%)	57	(9.4%)	22	(3.6%)
殴る蹴るなどのひどい暴行	72	(11.8%)	33	(5.4%)	39	(6.4%)
刃物などの凶器を用いた暴行	26	(4.3%)	20	(3.3%)	6	(1.0%)
性的暴行（力ずくや脅しによる）	17	(2.8%)	12	(2.0%)	5	(0.8%)
その他、意に反した、きわめて不快な性的体験	44	(7.3%)	20	(3.3%)	24	(4.0%)
同じ人からの執拗な口撃や罵倒	193	(31.8%)	51	(8.4%)	142	(23.4%)
理不尽な指示に従わざるを得ない	221	(36.5%)	26	(4.3%)	195	(32.2%)
患者が苦しむのをただ見守るしかできない	339	(56.0%)	24	(4.0%)	315	(52.0%)
バックアップなしで患者の生死を左右する仕事を割り当てられる	72	(11.9%)	11	(1.8%)	61	(10.1%)
同僚が勤務中に、死亡または大怪我をする	19	(3.2%)	15	(2.5%)	4	(0.7%)

訳と体験回数の内訳を示す。「看護中の患者の急変（511名）」を筆頭に、「受け持ち患者の死亡（485名）」、「患者が苦しむのをただ見守るしかできない（339名）」が体験者の多い出来事の上位3つだった。

「看護師のための惨事ストレスチェックリスト」で選んだ自分が経験した出来事の中で「最も強いストレス事案」（表７）を選んでもらったところ、「看護中の患者の急変（87 名）」、「同じ人からの執拗な口撃や罵倒（67 名）」、「受け持ち患者の死亡（40 名）」、「患者が苦しむのをただ見守るしかない（32 名）」、「理不尽な指示に従わざるを得ない（22 名）」であった。

図1　惨事ストレス事案内訳と回数

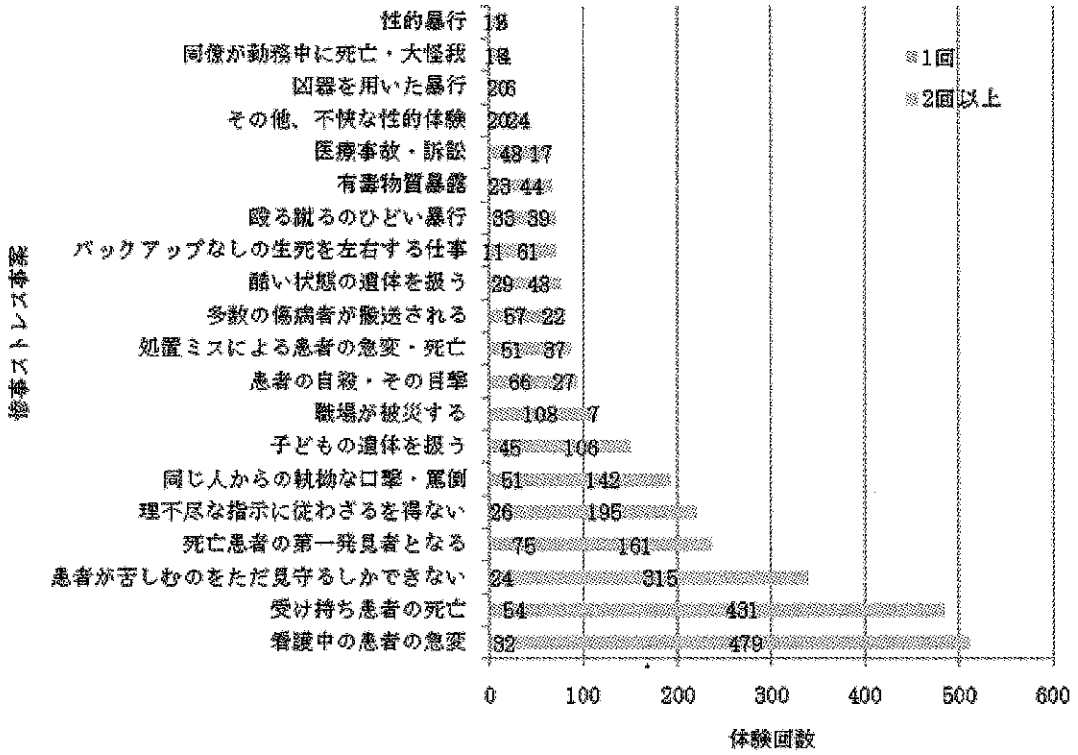

表7　最も強いストレス

なし	25	(6.5%)
看護中の患者の急変	87	(22.5%)
処置ミスによる患者の急変あるいは死亡	14	(3.6%)
受け持ち患者の死亡	40	(10.3%)
死亡患者の第一発見者となる	20	(5.2%)
患者の自殺あるいはその目撃	18	(4.7%)
医療事故/訴訟	8	(2.1%)
子どもの遺体を扱う	18	(4.7%)
酷い状態の遺体を扱う	1	(0.3%)
職場が被災（地震、洪水、台風、噴火、竜巻、土砂崩れなど）する	7	(1.8%)
多数の傷病者が搬送される	8	(2.1%)
殴る蹴るなどのひどい暴行	1	(0.3%)
刃物などの凶器を用いた暴行	1	(0.3%)
性的暴行（力ずくや脅しによる）	1	(0.3%)
その他、意に反した、きわめて不快な性的体験	4	(1.0%)
同じ人からの執拗な口撃や罵倒	67	(17.3%)
理不尽な指示に従わざるを得ない	22	(5.7%)
患者が苦しむのをただ見守るしかできない	32	(8.3%)
バックアップなしで患者の生死を左右する仕事を割り当てられる	4	(1.0%)
複数回答	9	(2.3%)
合計	387	(100.0%)

（心理尺度の結果）

患者死亡時のIES-R(死亡IESR)、惨事ストレスIES-R(CISIESR)、援助要請（HS）、そして、K10の結果を表８－１と８－２にまとめた。死亡IESRは、「担当患者を最初に亡くした経験」に対して評価をしており、この質問に答えた555名が対象となった。CISIESRは、「惨事ストレス体験がある」と答えた591名中の有効回答555名分を解析対象とした。それぞれの平均点は、4.9（SD=8.5 ）、と9.0（SD=13.1）で、ハイリスク者は25名（4.1%）と64名（10.4%）だった。援助要請の傾向を示すHSの得点は、12.0から46.0の分布であり、平均は24.4点（SD=6.6）であった。K10は全員が対象となっており、記入漏れがなかった604名の平均は20.0点（SD＝8.5）で、ハイリスク者の割合は23.5%だった。

表８－１　各心理尺度結果

	各心理尺度の合計点			
	死亡 IESR	CISIESR	HS	K10
平均	4.9	9.0	24.4	20.0
SD	8.5	13.1	6.6	8.5
最小値	0.0	0.0	12.0	10.0
最大値	66.0	76.0	46.0	50.0

表8－2　リスク別の割合

	死亡 IESR 判別		CISIESR 判別		K10 判別	
低リスク	530	(86.5%)	490	(79.9%)	462	(76.5%)
高リスク	25	(4.1%)	64	(10.4%)	142	(23.5%)
判別不能	58	(9 5%)	59	(9 6%)	9	(1 5%)
合計	613		613		613	

（%：有効パーセント　）

（自由記載の分類と度数）

離職理由および担当患者の死亡後に必要だった、あるいは望まれる支援的介入について自由回答を求めた結果を表９に示す。自由記載の分類には臨床心理士３名と看護師１名が関わった。各分類の定義は表１０から１４に記載例と共に表記した。

離職理由のトップには、「仕事量（70名）」が挙がり、次いで「家庭との両立（50名）」、「仕事内容（47名）」「人間関係（同僚）（42名）」があった。

担当患者の死亡後に必要だと思われる支援について自由記載を求めた際には、以下の４つに分けて尋ね、それぞれ「最要援助」「有益援助」「希求援助」「組織援助」と名付けた。

① 当時のあなたが（患者死亡後に）最も必要としていたこと：「最要援助」

② その当時、得られた援助で役に立ったこと：「有益援助」

③ こんな援助があればより楽にその体験を乗り越えられたと思う援助：「希求援助」

④ 管理職・組織ができたこと：「組織援助」

当時、得られたかどうかには関わらず、最も必要としていた「最要援助」として一番多かったのは、「精神的サポート（53名）」と「患者家族対応(53名)」であり、次いで「助言指導全般（47名）」と「知識技術向上（45名）」だった。

その当時、実際に得られた援助で役に立った「有益援助」は、「精神的サポート（69名）」で、次は「助言指導全般（47名）」「受容（46名）」が僅差で挙がり、「急変時対応（37名）となった。

上記以外にあったらよかったと思う「希求援助」については、「振り返り(28名)」「知識技術向上（25名）」「精神的サポート（24名）」「受容（22名）」であった。

最後に「組織援助」として挙がったのは、「精神的サポート（33名）」「受容（23名）」「知識技術向上（21名）」だった。

表9　自由記載　　613 人を対象に分析、複数選択のため延べ人数

	度数	%
	離職理由	
仕事量	70	(11.4)
仕事内容	47	(7.7)
勤務体系	34	(5.5)
給与	24	(3.9)
超勤・休みなし	35	(5.7)
待遇その他	17	(2.8)
看護外負担	24	(3.9)
人員不足	13	(2.1)
人間関係(スタッフ)	42	(6.9)
人間関係(スタッフ外)	22	(3.6)
家庭両立	50	(8.2)
やりがい	19	(3.1)
技術・能力不足	23	(3.8)
精神的負荷	36	(5.9)

	援助策		有益援助		希求援助		組織	
振り返り	31	(5.1)	23	(3.8)	28	(4.6)	17	(2.8)
カンファ					19	(3.1)		
精神的サポート	53	(8.6)	69	(11.3)	24	(3.9)	33	(5.4)
受容	35	(5.7)	46	(7.5)	22	(3.6)	23	(3.8)
助言指導全般	47	(7.7)	47	(7.7)	19	(3.1)	11	(1.8)
助言指導具体	38	(6.2)			18	(2.9)		
急変時対応	18	(2.9)	37	(6.0)				
特殊技術	28	(4.6)	18	(2.9)				
知識技術向上	45	(7.3)	24	(3.9)	25	(4.1)	21	(3.4)
患者家族対応	53	(8.6)	27	(4.4)				
患者家族労い			11	(1.8)				
職場環境	31	(5.1)			13	(2.1)	17	(2.8)
管理体制							13	(2.1)

表10　離職意思カテゴリーの定義

カテゴリー名	定義	記載例
仕事量	業務量の多さ	勤務が忙し過ぎるため
仕事内容	業務の内容、責任の重さ、業務内容の変化	ストレスが多いから、人の命を預かるのが怖い
勤務体系	夜勤	夜勤が辛くなってきているし、仕事も精神面でも疲れが取れない
給与	給与の低さ、仕事内容との見合わなさ	給料の安さと仕事のハードさが反比例。
超勤・休みなし	給与のない休日出勤、超過勤務	時間外勤務が多いうえに、残業手当がない。時間外勤務の申請をすると看護長に強く追及されるため、申請できずサービス残業ばかり。正月手当がない。
待遇その他	意に反する人事など待遇全般	希望でない部署へ配置となり、業務についていけなくなった
看護外負担	看護研究、研修会、雑務	教育スケジュールが組み込まれていることに大切だなと感心する反面その研修に参加する前のレポートの提出などプライベートな時間がそれにとられるストレスがある。
人員不足	人員不足からくる業務の負担	人手不足。忙しくてゆっくり患者と関わることが出来ない。
人間関係（同僚）	同僚等のスタッフナースとの人間関係	Ns は続けたいが職場の雰囲気が悪い
人間関係（同僚以外）	上司、医師、患者家族との人間関係	どうしてもワンマンな先輩についていけないと思った時。人権を侵すような注意をされた時。
家庭との両立	業務と家庭との両立の困難さ	育児と家事と仕事の両立が負担となってきている（身体的・精神的に）
やりがい	やりがいが感じられない	バーンアウトのように仕事に対して達成感や充実感が得られず、仕事をこなすというように感じていた。
技術・能力不足	看護に関する技術、能力の不足、衰え	自分は看護師に向いていないのではないかと思ったため
精神的負荷	精神的な負担	しんどい、精神的に限界

表11　最要援助のカテゴリー定義

カテゴリー名	定義	記載例
振り返り	個人、有志で行う作業、カンファレンス	今回の自分の振る舞いや行動が本当にこれでよかったのか確認したかった
精神的サポート	リエゾンナースなどの心のケア、声かけなど全般的サポート	精神的フォロー
受容	話を聞いてもらうこと、経験の分かち合い	その患者を思い出すこと、悲しむことを共有できること
助言指導全般	先輩、上司の助言指導全般	先輩 Ns が自分のやるべきことを明確にしてくれる事
助言指導具体	急変時、患者家族対応、死の受け止め方、事務への先輩、上司の助言指導	急変時に新人の自分だけに責任を任されて何をしていいのかわからなかった。先輩スタッフがいろいろ指示してこういうときはこうすると教えてほしかった。学校で勉強した知識だけではいざ現場で急変となると新人は何をどうしたいのかわからないと思います
特殊技術	エンゼルケア、終末期看護方法	死亡後の処置に関する知識
知識技術向上	勉強、業務に慣れること、経験を積むこと	救命についての知識
患者家族対応	患者、家族との関わり方	ご家族への言葉かけ、看取りの場面でどこまで家族の時間をもっていただくか
急変時対応	緊急時シミュレーションなどの急変時対応訓練	容態変化への早い対応と変化時の判断能力
職場環境	人員配置、時間のゆとり	気持ちを切り替えるための時間。休息。

表12　有益援助のカテゴリー定義

カテゴリー名	定義	記載例
振り返り	個人、有志で行う作業	事例を自分の中で振り返り文章にしてみた。そのことで少し気持ちが整理された。 自分のやったことが間違っていなかった、と振り返る時間。
精神的サポート	リエゾンナースなどの心のケア、同僚からの労いなど全般的サポート	周りのスタッフが気にかけて声をかけてくれたこと
受容	話を聞いてもらうこと、経験の分かち合い	同じような経験をした人の話はとても参考になりましたし、自分ひとりだけではない、同じような思いをしてみんな成長しているのだと勇気づけられました
助言指導全般	先輩、上司の助言指導全般	私のできる範囲での仕事の指示を上司が行ってくれたこと
急変時対応	急変時の具体的な対応への先輩、上司の助言指導	亡くなった直後、先輩看護師が共にケアにはいってくれて、フォローしてくださった。
特殊技術	エンゼルケア、終末期看護方法	患者さんを思いやるエンゼルケアの方法
知識技術向上	勉強、業務に慣れること、経験を積むこと、緊急時シミュレーションなどの急変時対応訓練	マッサージ、タッチング、足浴
患者家族対応方法	患者、家族との関わり方	家族の存在の大きさ。家族を巻き込んで関係を築き上げること
患者家族の労い	患者、家族からの感謝の言葉、手紙	患者様の家族が私のところに来て手を握ってありがとう、と伝えてくれて救われた

表13 希求援助のカテゴリー定義

カテゴリー名	定義	記載例
振り返り	個人、有志で行う作業	自分の行った看護がそれでよかったのか振り返る時間がもてること
カンファ	形式的なカンファレンス	デスカンファレンス
精神的サポート	リエゾンナースなどの心のケア、同僚からの労いなど全般的サポート	上司スタッフが同じ思いでこの時を過ごしているという雰囲気
受容	話を聞いてもらうこと、経験の分かち合い	自分の力ではどうにもならない。自責の念と一生懸命しても報われない結果があると学んだが、同じ思いを語り合える時間がほしかった
助言指導全般	先輩、上司の助言指導全般	プリセプター、プリセプティの教育体制がなかったのでそれがあればいろいろプリセプティに教えてもらえたと思います
助言指導具体	急変時、死の受け止め方、事務への先輩、上司の助言指導	対応の方法を知りたかった。また家族を呼ぶタイミングを知りたかった
知識技術向上	エンゼルケア、終末期看護、患者家族対応、緊急時シミュレーション、勉強	対応訓練があればよかった
職場環境	人員配置、時間のゆとり	医師の予測や当直体制。主治医が来院できないほど遠方にいたため、別の医師を呼んだ。家人にも申し訳ないように思った。

表14 組織援助のカテゴリー定義

カテゴリー名	定義	記載例
振り返り	個人、有志で行う作業、カンファレンス	振り返りの機会を設定し、「これでよかった」と保証される場を作る。
精神的サポート	リエゾンナースなどの心のケア、同僚からの労いなど全般的サポート	ソーシャルワーカーや、心のケアのできる専門職種を配置する
受容	話を聞いてもらうこと、経験の分かち合い	同じくらいの年代、職務年数の人とそういう体験を話すことができる場。堅苦しいものではなく、気軽に話せて同じ思いを共有できる場。
助言指導	急変時、患者家族対応、死の受け止め方、事務、その他先輩、上司からの助言指導全て	死とかかわる時の対応などのスタッフ教育
知識技術向上	エンゼルケア、終末期看護、患者家族対応、緊急時シミュレーション、勉強	新人教育に対する体制づくり。フォローアップ。病棟の威圧的雰囲気の排除
職場環境	人員配置、時間のゆとり	充分なマンパワーを病棟に配置しエンドステージの患者とスタッフがかかわれる時間を十分に取る
管理体制	状況把握、方向づけ、組織管理	客観的に評価できる人、方向付けをする人が必要

（離職理由と心理尺度結果）

離職理由の各分類と心理尺度のリスク程度について関連性があるかを見るためにχ^2検定を行ったところ、K10 と CISIESR のみで関連性が見られた。以下に有意差が見られた項目のみを示す。

①K10

「人間関係(同僚スタッフ)」($\chi^2=7.9$, df=1, $p<.005$)。この結果と残差を見ると K10 高リスク者の方が離職理由に「人間関係(同僚)」をあげる人が有意に多いと解釈することができる。(K10 判別不能のデータを除いた 604 人で分析)

「人間関係(スタッフ外＝医師、上司など)」(χ^2=4.5, df=1, p<.05)。この結果と残差を見るとK10高リスク者の方が離職理由に「人間関係(同僚以外＝医師、上司など)」をあげる人が有意に多いと解釈することができる。(K10判別不能のデータを除いた604人で分析)

「超勤・休みなし」(χ^2=21.0, df=1, p<.000)。この結果と残差を見るとK10高リスク者の方が離職理由に「超勤・休みなし」をあげる人が有意に多いと解釈することができる。(K10判別不能のデータを除いた604人で分析)

②CISIESR

次に離職理由の各分類とCISIESRのリスク程度についての関連性を見るためにχ^2検定を行ったところ、以下の項目が有意であった。

「人間関係(同僚)」(χ^2=6.2, df=1, p<.05)。この結果と残差を見るとCISIESRのハイリスク者の方が離職理由に「人間関係(同僚スタッフ)」をあげる人が有意に多いと解釈することができる。(CISIESR判別不能のデータを除いた554人で分析)

「人間関係（同僚以外＝医師、上司など）」(χ^2=6.2, df=1, p<.05)。この結果と残差を見るとCISIESRのハイリスク者の方が離職理由に「人間関係（スタッフ外）」をあげる人が有意に多いと解釈することができる。(CISIESR判別不能のデータを除いた554人で分析)

（援助行動と心理尺度結果）

各援助行動の分類と各心理尺度結果のリスク程度についての関連性を見るためにχ^2検定を行ったところ、「最要援助」行動のみ心理尺度の死亡IESRとK10で関連性が見られた。以下に、有意差があった項目のみを記す。

①死亡IESR

最要援助の「精神的サポート」と死亡IESRのリスク程度（χ^2=6.3, df=1, p<.05)。この結果と残差を見ると死亡IESRのハイリスク者が有益援助に「精神的サポート」をあげる人が有意に多いと解釈することができる。(死亡IESR判別不能のデータを除いた555人で分析)

最要援助の「助言指導具体」と死亡IESRのリスク程度（χ^2=12.1, df=1, p<.001)。

この結果と残差を見ると死亡 IESR のハイリスク者の方が有益援助に「助言指導具体」をあげる人が有意に多いと解釈することができる。(死亡 IESR 判別不能のデータを除いた 555 人で分析)

最要援助の「知識技術向上」と死亡 IESR のリスク程度（$\chi^2=5.2$, df=1, $p<.05$)。この結果と残差を見ると死亡 IESR のハイリスク者の方が有益援助に「知識技術向上」をあげる人が有意に多いと解釈することができる。(死亡 IESR 判別不能のデータを除いた 555 人で分析)

②K10

最要援助の「助言指導具体」と K10 のリスク程度（$\chi^2=6.4$, df=1, $p<.05$)。この結果と残差を見ると K10 のハイリスクの人の方が有益援助に「助言指導具体」をあげる人が有意に多いと解釈することができる。(K10 判別不能のデータを除いた 604 人で分析)

3）考察

（惨事ストレスの影響）

惨事ストレス体験の頻度と内訳、および対象者が選んだ「最も強いストレス事案」の集計結果は、2 年目の調査結果とほぼ同じ傾向である。看護職員にとって自責の念や無力感を抱かせる項目が多く、看護の現場では当然の出来事ではあるが、人の命を助けることを生きがいにしようとするならば、そのような事案は役割葛藤や職業アイデンティティーの揺らぎにつながることが簡単に想像できる。トラウマ研究においては、「大きな出来事」よりも「毎日のように起こっている事案」の方が長期的な影響は大きいのではないか、とも言われており、今後の検証が必要だ。

看護師のための惨事ストレス出来事チェックリストに記載されている事案を体験したことがある人を対象に、調査時点でその出来事に関する影響が出ているのかを IES-R で測定したところ、25 点以上のハイリスク者の割合が 10.4%であった。これは 1 年目に行った被暴力体験の影響でハイリスク者となった 11.8%と 2 年目の同チェックリストで行った調査の 18.7%と比較すると、この調査対象集団は大きな影響を受けていないことが分かる。しかし、わが国における一般成人の外傷後ストレス障害の生涯有病率は 0.9%であり、IES-R を用いて行った一般成人の PTSD 調査では、ハイリスク率は 5.9%だった。これらの数字と比較すると看護職員の PTSD リスクが高いことには変わりはなく、現状を踏まえ

た上での介入が必要である。具体的な策については後で述べる。

（一般精神健康）

一方、対象者の 23.5%が K10 において高リスク者であった。一昨年度の調査ではハイリスク者の割合は 21.1%、昨年度は 22.4%であり、本調査結果は今までで一番高く、職員の一般精神健康が悪いことが伺える。日本人の一般成人女性を対象にした精神衛生調査ではリスク者の割合が 9.9%～11.9%だと報告している。つまり、本調査対象者は、一般成人女性の 2 倍以上のハイリスク率を示しており、うつ病や不安障害の症状が非常に多いことが示唆された。

（離職意思と精神健康）

対象者の 4 割が「辞めたい」と思いながら仕事をしており、残りの 4 割強は「以前は思ったが今はない」と答えている。平成 15 年 9 月に厚生労働省職業能力開発局が行った調査によると、新規学卒卒業者のうち、高卒の約 5 割、大卒の約 3 割が就職後 3 年以内に離職していると報告している。また、同調査は、1 年以内に離職する場合の理由として「仕事が自分に合わない、つまらない（39.1%）」、「賃金や労働時間などの労働条件がよくない（32.6%）」、「人間関係がよくない（28.3%）」であると伝えている。つまり、離職率の高さは看護の職場に限ったことではなく、時代の変化も大きく影響をしていることは否めない。しかし、地域によって程度の差はあるものの、他職種よりは転職がしやすいのも事実であり、結果、離職意思が高くなるのかもしれない。

自由記載をみていると離職意思に変更があった人は、「職場や仕事に慣れたから」「異動になったから」「仕事にやりがいを見出せたから」などの理由を挙げていた。あるグループの人はこのようなプラスの変化が起こるのに対して、辞めたい気持ちを持ち続ける人がいるのか。この問いに対する答えは、ある集団を追い続け、二つのグループの変化を比較することで分かるようになるかもしれない。

では、本調査で心理尺度結果と関連が強かった離職理由にはどのようなものがあったのか。死亡 IESR はどの項目とも関連が見られなかったが、K10 と CISIESR のハイリスク者は離職理由に「人間関係」を挙げることが有意に多かった。また、K10 のハイリスク者は、「超勤・休みなし」も挙げており、超過勤務のために身体的な疲労がある上に、職場における人間関係が悪いとなれば、精神的な疲弊は驚くに当たらない。惨事ストレスを負っ

ても職場内の人間関係が良ければ、その環境に支えられ、回復することも可能であろう。しかし、そのような回復を支える環境がなければ、誰に相談することもなく、心身の状態は悪くなり、仕事を辞めたいと思うようになっても当然だろう。辛い体験をしている看護職員の方が援助を求めない傾向が高い理由のひとつには、職場の人間関係がそれを許さないからなのかもしれない。とは言え、人間関係の改善を図るには双方の努力が必要であるために、簡単には解決には至らないと思われる。しかし、超過勤務や休日出勤の軽減を具体的な数値目標を掲げ遂行することは現実的ではなかろうか。過労はうつ状態を誘発することから考えても、まずは、確実に休める環境を整えることが必須である。

また、離職理由には「看護外負担」というカテゴリーで看護研究と研修会が挙がっている。知識や技術を向上させ、有能感を持てるようになるには良い機会のように思われることがなぜ、離職につながる理由となりうるのか。「教育スケジュールが組み込まれているのは大切だと感心する反面、その研修に参加する前にレポートの提出などプライベートな時間がそれにとられるストレスがある」と自由記述が訴えるように、研修の内容ではなく、そのやり方が職員の望むものではないために、士気が下がる結果を生んでいるのかもしれない。

（患者の死がもたらす影響）

心理尺度の結果を見る限り、調査開始時の予想に反し、担当患者の死は大きな影響をもたらしていないようだ。死亡 IESR で 25 点以上を取った高リスク者の割合は 4.1%で、この 2 年に行われた一般の惨事ストレス事案を対象にした調査結果よりも大分と低い。PTSD 様の症状がまったくない合計得点が 0 点だった人は 210 名（37.8%）であり、担当患者を亡くすという体験は、それが最初のものであっても、大きなトラウマ体験となることはないようだ。この結果には、その患者の死が「突然ではなかった（57.3%）」ことも一因だと思われる。

しかし、病院という世界で仕事を続ける中、死が当たり前になり、その悲しみに浸る時間もないままに、次の患者や仕事に追われる現状では、感情が麻痺してきていても不思議ではない。人間には、自分の心が受け入れられない現実に遭遇すると、まずはその場を乗り切るために、心の周囲に壁を作り出す「解離」という防衛機制が備わっている。事故現場や突然死を告げられた患者家族が泣き叫ぶこともなく、淡々と事実を受け入れているように見えるときがある。自分の身に起こったことがあまりにも突然で、現実のこととは思

えず、夢だとしか思えないし、思いたくない。そのような事実を現実として受け入れてしまうことは、心が壊れてしまうくらいの衝撃だからだ。

もちろん、看護職はそれなりの訓練を受けており、病院では患者の死が当たり前だと分かった上で仕事をしている。実際、人の生死に関わるような他の職場でも同様のことは起こっており、看護の現場に特化したことではない。例えば、警察官や消防職員など、災害現場で働く専門家の多くは、そのような悲惨な現場で各人に求められている仕事を確実に行うために、ある程度、感情を切り離すことで、初めて、任務に就くことができる。また、健康な人も解離を体験する。楽しい映画や集中した時間は実際の時間よりも短いように感じるのがその例である。

しかし、この「解離」には不健全なものもある。目の前の現実を忘れよう、考えないようにしようとするがあまりに、そこに付随するさまざまな感情をも抑圧してしまう場合がそれにあたる。看護の現場では、感情的にならないことを求められる。確かに、自分が看護される側であったならば、担当看護師には冷静であった欲しいと思う。しかし、患者の前で落ち着いた態度を保つことと、別の場所で患者の死について悲しむことは相容れないことではない。ただ、この切り替えを可能にするには精神的な余裕と時間、看護師も傷つくという知識、そして、それに対する周囲の理解とサポートが必要だと思われる。ところが、現実はそうではない。自由記述では多くの職員が、「業務が忙しすぎる」と嘆き、「給料と仕事量やハードさが反比例だ」と訴えていた。

では、自分が体験した悲嘆を十分に消化する時間がないとどうなるのか。その出来事に関連する記憶や感情を心の奥底に押し込め、なかったことにする。そうしなければ、働き続けることができないのだろう。しかし、仮にその通りだとするならば、今回の調査結果は、正確な状況を査定しているとは言いがたい。対象者の解離性についても調べた上で、結果を分析する必要がある。そうすれば、看護職における患者の死がもたらす影響がより現実的に測定できるはずだ。

次に、担当患者の死を初めて経験した際に職員が必要とする介入はどんなことであるのかについて考えてみたい。死亡 IESR のハイリスク者は、リスクが少ない人より、患者を亡くした当時、「精神的サポート」と「助言指導具体」、そして「知識技術向上」を有意に求めていたことが示唆された。もちろん、これらの支援が提供されたからと言って、長期的な影響が緩和されると保証するものではない。しかし、「ただ、声をかけてくれたら」という自由記述例にも代表されるように、「あなたがしんどい体験をしているのは分かってい

る」、という周囲の見守りは、死が日常茶飯事の現場では不可欠だろう。

また、具体的な助言指導や知識技術を習得することにより、何もできないと無力感にさいなまれることは確実に減ると思われる。自分のせいで患者が亡くなったのではないか、何かできることがもっとあったのではないか、自分より経験のあるものが担当していたら患者は助かったのではないか、などの思いは経験を積んでも完全に払拭されることはないが、少なくとも自分は「これ」ができたと思えることで、患者の死を乗り越え、それらを自分の看護経験に取り入れることにつながるのではなかろうか。

4）対策

では、これらの結果を踏まえ、看護職の職務ストレス対策についていくつかの提案を行う。

まず、休める環境を作る。つまり、超過勤務と休日出勤の軽減に取り組むことが重要だ。簡単にできることではないかもしれないが、被暴力体験を筆頭に、職員の基本的な安全や権利が守られない環境で、職員の精神健康が保たれるわけはない。そんな中、離職率が高くなるのは当然である。ましてや、看護職は、他職種と比べ転職の機会が多い。労働に対して、金銭的な保証が伴わなければ、職員の士気が下がるのは当然である。同時に、過労はうつ状態の温床でもある。全般的な精神保健の状態を改善するためにも、休める環境を整備して欲しい。仕事と休みのバランスが正常になれば、職場内の人間関係にも肯定的な変化が起こる可能性は非常に高いと思われる。

次に、看護職に特化した職務ストレスがあることを周知させ、その理解を促進する。病院という職場では、死は当たり前のことかもしれないし、患者や家族の前では冷静に振舞うことを求められるかもしれない。しかし、その体験を振り返り、語ることが許される場がなければ、看護という仕事を続けることはできないのではなかろうか。対人援助職は、共感を媒体にサービスの多くを提供している。自分の気持ちが悲しみや辛さで一杯だったり、麻痺していたりする中、患者に寄り添う看護ができるとは思えない。

第3に、惨事事案への対処方法の伝授を積極的に行う。言い換えるならば、急変や死に対して備え、免疫を作ることである。プレセプターや先輩からの経験談や具体的な指示がこれにあたる。彼らは看護の経験の中からさまざまな知見を得ている。急変が起こる条件や兆し、患者が亡くなった時の対応、家族への声かけ、など技術的なことに加え、患者の死をどう受け止めているのか、惨事ストレスへの気分転換に何が役に立つのかなどの精神

的な部分の両輪が必要だ。

最後に、看護職員自身の意識変革である。この3年間、アンケートや面接を媒体に大勢の看護職員と接する機会を得た。その過程で気になったのは、「今の職場は嫌だ。でも、その状況を変えるために努力をしても仕方ないので、転職先を探す」という風調である。医療という階層社会の中で看護職の位置は決して高くなく、自分の意見は組織に反映されず、何をやっても無駄、と思い知らされた経験が山のようにあるのかもしれない。しかし、彼らなしで病院の仕事が成り立たないのも事実である。それがどんなに小さなことであっても、自分たちにできることが何なのかを考えてもらえたらと思う。「自分の子どもが看護師になりたいと言ったら反対するでしょう」と語る看護師が一人でも少なくなるような職場を作ってもらいたい。

【謝辞】

このアンケート調査にご協力いただいた看護職員のみなさん、および関係機関の方に対し感謝を申し上げる。また、3年間を通して、調査のデザイン段階から有益なご示唆をいただいた甲南女子大学の郷良淳子先生と谷口清弥先生に対しても紙面を借りてお礼を申し上げる。

【追記】

本調査は当初、面接調査も並行して行う計画だった。看護職が必要とする介入を具体的に現実レベルで検討するにはアンケート調査のみでは不十分であるのは明白だったからだ。同時に、外部に何かをしてもらうだけではなく、どのようなことならば自らもできると看護職のみなさんが考えているのかについても掘り下げなければ、真の意味での提言にはならないとも考えたからである。そして、計5つの病院から調査協力を得られたが、残念ながら、いざ、面接協力者を個人レベルでリクルートする段階になった時、協力を申し出てくれた人は合計7名で、実際に面接までこぎつけたのは5名でしかなかった。この5名の方からは大変貴重な体験を伺う機会を得たものの、対象者が少なく分析に耐えられない上、匿名性を保証することが難しくなったため、本調査には含めていない。再度、この5名の対象者および面接調査に対して協力を申し出てくださった病院関係者の方にお礼を申し上げる。

【参考文献】

1）ブレッシュ、B. &ゴードン、S.：沈黙から発言へ早野真佐子訳. 日本看護協会出版会、2003

2）ホックシールド、A.R.：　管理される心（石川准・室伏亜希訳）.　世界思想社、2006

3）岩本幸子ら：看護師が患者の死から受けるストレスに対する調査　看護師のストレスマネジメント.　日本看護学会論文集：看護管理　36号　193-195（2006.03）

4）看護師の離職率　ＭＳＮ産経ニュース　2008.3.12 22:23
http://sankei.jp.msn.com/life/body/080312/bdy0803122223002-n1.htm

5）春日真希ら：患者の死を体験した看護師の感情.　日本看護学会論文集：看護総合（１３４７－８１５X）39号　386-388（2008.12）

6）川上憲人、大野裕、宇多英典、中根允文、竹島正：地域住民における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究：３地区の総合解析結果、平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金　心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究、2003

7）川上憲人、大野裕、竹島正、立森久照、深尾彰、中村好一、堀口逸子：こころの健康についての疫学調査に関する研究、平成 16～18 年度厚生労働科学研究費補助金　こころの健康についての易学調査に関する研究　総合研究報告書、2007

8）Kawamura N, Kim Y, Asukai N：Suppression of cellular immunity found in the subjects with a past history of PTSD. Am J Psychiatry 158:484-486.2001

9）小宮敬子：特集 1　看護と死　孤立無援感をどう越えるか「看護と死」をめぐる看護師達の語りをきいて.　精神看護　7：40－41, 2004.

１０）Marmar CR, et.al.: Characteristic of Emergency Services Personnel Related to Peritraumatic Dissociation during Critical Incident Exposure. AM J Psychiatry. 1996 Jul;153(7 Suppl):94-102.

１１）櫨柑富貴子:看護師における患者の死の捉え方尺度の因子構造及び信頼性の検討　日本看護学会論文集：成人看護 II（1347－8206）39号　191-193（2009.02）

１２）大澤智子、加藤寛:看護師の職場における被暴力体験とその影響に関する調査研究.心的トラウマ研究　第4号、69－81、2008.

１３）大澤智子、加藤寛：看護職員の業務に係わるストレスに関する研究－看護師の職場における惨事ストレス体験とその影響に関する調査研究－、平成 20 年度版　兵庫県こころのケアセンター研究報告書　（財）ひょうご震災記念 21 世紀研究機構、2009

１４）厚生労働省職業能力開発局：若者の未来のキャリアを育むために～若年者キャリア支援製作の展開～」（若年キャリア支援研究会報告書）、平成15年9月
http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/09/h0919-5e.html#top
１５）吉田みつ子：新卒看護婦の患者の死に対する認識の変化.日本赤十字看護大学紀要14：21－30、2000.