

日本における救急医療に従事する看護師のメンタルヘルスに関する文献 検討

Literature Review regarding Mental Health of Nurses Engaged in Emergency Medical Care in Japan

瓜崎 貴雄¹⁾, 荒木 孝治¹⁾

Takao Urizaki¹⁾, Takaharu Araki¹⁾

キーワード：メンタルヘルス, 看護師, 救急医療

Key words : mental health, nurse, emergency medical care

I. はじめに

日本では、看護師のメンタルヘルスの維持や向上に課題があることが度々報告されている。GHQ (general health questionnaire) を用いた調査では、5～6割の看護師のメンタルヘルスに改善の余地があることが示されている(足立他, 1999; 影山他, 2003; 足立他, 2005)。特に、救急医療の場は重症で命が脅かされている患者とそれを取り巻く高度医療機器、濃厚治療と患者のバイタルサインの変動などストレスに満ちている(高橋他, 2003)ため、救急医療に従事する看護師は強い緊張状態にあり、精神的に疲弊しやすいと推察される。また、懸命の治療や看護にもかかわらず、患者の状態が回復せず、亡くなってしまうケースも多く、看護師が無力感、欲求不満を抱きやすい現場でもある。このような経験の蓄積は、バーンアウトに陥りやすい予備的な心理状態を形成する(田尾他, 1996)。救急医療の場には、看護師のメンタルヘルスを維持しがたい様々な要因があると考えられる。

看護師など、労働者のメンタルヘルスを包括的に捉えることのできるモデルとして、米国国立

職業安全保健研究所(NIOSH: National Institute for Occupational Safety and Health)の職業性ストレスモデルがある(図1参照)。このモデルでは、仕事に関連するストレスが労働者のストレス反応に影響し、ストレス反応は長期的に疾病へと進展する可能性があること、ストレスとストレス反応との関連に関与する要因として、個人要因、仕事外の要因、緩衝要因があることが示されている(Hurrell et al, 1988; 原谷, 1998)。

そこで本稿では、日本における救急医療に従事する看護師のメンタルヘルスに関する研究を概観し、NIOSHの職業性ストレスモデルを参照して、これまでに得られた知見を整理するとともに、救急医療に従事する看護師のメンタルヘルスに関する研究の課題について検討することを目的とする。看護師が精神的に健康でなければ、看護サービスの質が低下することが指摘されている(久保他, 1994; Kawano, 2008)ため、本稿で得られた結果は看護の質の向上に寄与すると考えられる。

1) 大阪医科大学看護学部

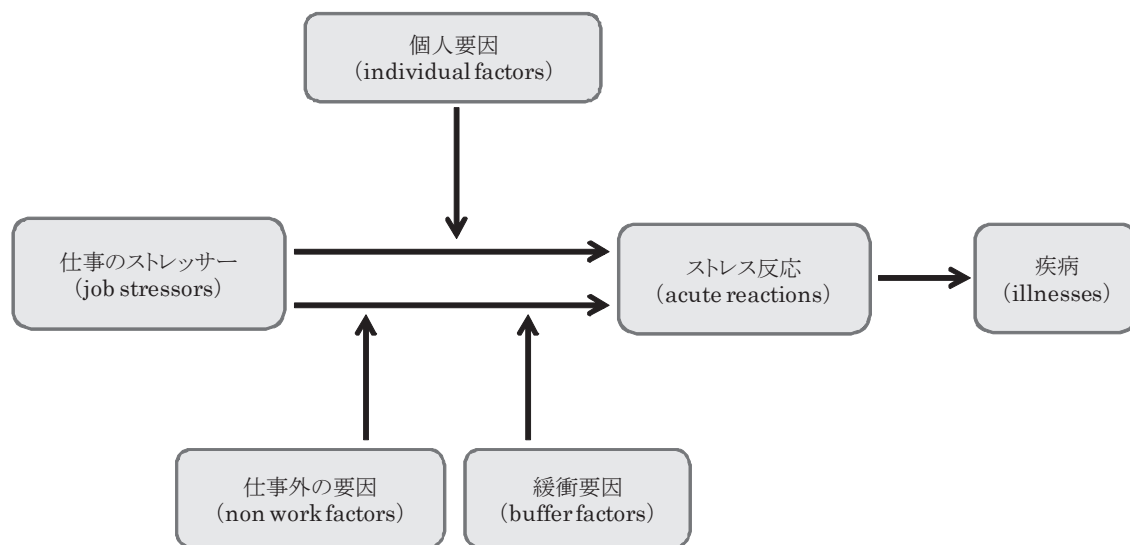


図1 職業性ストレスモデル (Model of job stress and health)

II. 研究方法

医学中央雑誌Web版を用い、原著論文に限定して、データベース検索を行った。キーワードを「救急」とすると52,043件、「救急」「看護師」とすると1,527件、「救急」「看護師」「メンタルヘルス」とすると11件の文献が抽出された(2014年8月現在)。また、キーワードを「救急」「看護師」「バーンアウト」とすると17件の文献が抽出された(2014年8月現在)。抽出した文献の中から、救急医療に従事する看護師のメンタルヘルスを調査した14件を選定した。さらに、hand researchから1件の文献を追加した。以上、合計15件の文献が本研究の分析対象となった。

III. 結果

検討した文献の詳細を表1-1, 1-2, 1-3に示した。研究方法については、量的方法を用いた研究が14件(No.1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15), 質的方法を用いた研究が1件(No.6)であった。

1. NIOSHの職業性ストレスモデルを構成する要素の検討

1) 仕事のストレス

仕事のストレスを検討した研究は8件(No. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15)であった。具体的には次の3つの内容が挙げられた。第一は、急患が重なること(No.12, 15)、重症患者の看護における困難さ(No.7, 9, 12, 15)、死との直面などの外傷的出来事(No.7, 10)、暴力的な言動の患者・泥酔者への対応(No.15)といった救急看護の状況に関する事柄であった。第二は、看護の知識や技術といった能力に関すること(No.7, 9, 12, 13)、緊張感が持続したり強かったりすること(No.9, 11)といった自分自身に関する事柄であった。第三は、患者・家族・医師との関係(No.7)、看護師との関係(No.8)、医師・上司・同僚の非援助的な態度(No.10, 11)といった他者との関係性に関する事柄であった。

2) 仕事外の要因

2) 仕事外の要因

仕事外の要因を検討した研究は1件(No. 13)であった。これは、1施設の新人看護師13名を対象とした研究であり、入職から1年の間、生活環境のストレスは低かったということが示されていた。

3) 緩衝要因

緩衝要因を検討した研究は1件(No. 7)であった。この研究では、11施設347名(救急看護師199名、内科看護師148名)から得られたデータを分析し、救急看護師の方が、内科看護師よりも上司や同僚の社会的支援が小さいということが指摘されていた。

4) ストレス反応

ストレス反応を検討した研究は4件(No.3, 7, 8,

表 1-1 日本における救急医療に従事する看護師のメンタルヘルスに関する研究

番号	研究者 (年)	研究方法 ①研究対象 ②研究デザイン ③データ収集方法 ④分析方法	職業性ストレスモデルの構成要素: ①仕事のストレス、②仕事外の要因、③個人要因、④緩衝要因、⑤ストレス反応	結果の概要
1	白井他 (2014)	①三次救急医療に特化し、病院前救急診療活動を実施し、集中治療室を併設する2施設で勤務する看護師114名のうち、有効回答が得られた86名 ②量的記述研究デザイン ③質問紙:職業性ストレス簡易調査票、首尾一貫感覚、自己効力感、特性不安など ④統計学的解析	①仕事のストレス(業務内容)と⑤ストレス反応との関連、①仕事のストレスと③個人要因(特性不安、自己効力感、首尾一貫感覚)との関連	分析対象者86名を、リーダー・急患対応・受け持ち業務を担当する群(I群:45名)、急患対応・受け持ち業務を担当する群(II群:19名)、受け持ち業務を担当する群(III群:22名)に分類。年齢、看護師経験年数、救急経験年数はI群がII・III群と比べ有意に高かった。ストレス状態は、I群がII・III群と比べ有意に低かった。特性不安は、I群がII群に比べ有意に低かった。自己効力感は、I群がII群に比べ有意に高かった。首尾一貫感覚は、3群間で差を認めなかった。
2	平田他 (2014)	①1施設の救急(二次)外来に勤務する看護職28名 ②因果関係検証型研究デザイン ③質問紙:Pinesのバーンアウトスケール、心肺停止患者対応時の技術自己評価表。自作の心肺停止患者対応のDVD、資料を用いて、医師と看護師による講習、シミュレーショントレーニングを実施。その前後で、質問紙調査を実施 ④統計学的解析(教育的介入前後の比較)	ストレス反応に対する介入の効果の検討	教育的介入の前後比較では、バーンアウトスケールの得点に変化はみられなかった(平均得点は前後ともに警戒徴候域)。介入前に、約7割の看護師が「搬入前の役割分担の指示」「心電図波形の理解」「適切な除細動の準備」に自信がないと回答したが、介入後には約1割にまで減少した。
3	吉野他 (2013)	①病院前救急診療活動に従事し、年間出勤数が50件以上の医療機関(46機関)に勤務する看護師257名のうち、有効回答が得られた173名 ②量的記述研究デザイン ③質問紙:出勤頻度、出勤前の心理状態を問う10項目、活動中の心理状態を問う14項目、GHQ(general health questionnaire)12(12項目版)など ④統計学的解析	①仕事のストレス(業務内容:病院前救急診療活動、不安、無力感など)と⑤ストレス反応との関連、⑤ストレス反応の検討	分析対象者173名のうち、年齢では30代が最も多く約6割、救急看護経験では6~10年が最も多く約5割、出勤頻度では1~5回/月が最も多く約6割を占めた。出勤前の心理状態では、「どんな現場か気になる」「患者の状態が分からない」「状況が自分の能力を超えているかもしれない」に半数以上が自分の気持ちと当てはまると回答。活動中の心理状態では、使命感が最も多く約6割、次いで焦り、達成感、興奮であった。精神的健康度不良群の者は58名(33.7%)であった。心理状態と精神的健康度の関連では、出勤前に、自身の対応能力に不安を持つ群と、活動中に、「無力感」「動揺」「罪悪感」「焦り」を感じる群で精神健康度が不良であった。
4	陣内他 (2013)	①1施設の看護師373名のうち、有効回答が得られた305名(救命7名、それ以外の部署295名) ②量的記述研究デザイン ③質問紙:看護師のレジリエンス尺度(【肯定的な看護への取り組み】、【対人スキル】、【プライベートでの支持の存在】、【新奇性対応力】)の4つの下位尺度で構成) ④統計学的解析(救命群とその他の部署群での比較検討、レジリエンス高群と低群での比較検討)	③個人要因(配偶者の有無、趣味の有無、性格傾向)と④緩衝要因(レジリエンス)との関連	救命群とその他の部署群の比較では、レジリエンスの全体得点、下位尺度得点に有意差を認めなかった。レジリエンス高群は低群と比べ、配偶者がいる者が多く、趣味がある者が多く、性格がポジティブである者が多かった。
5	竹川他 (2012)	①1施設の救急外来で勤務する看護師19名 ②因果関係検証型研究デザイン ③質問紙:バーンアウト尺度(Maslach's Burnout Inventory日本語版)、暴言・クレーム・苦情に対する現状調査と認識調査。勉強会(事例のロールプレイ、対応策の意見交換、防犯研修など)の前後に、質問紙調査を実施 ④統計学的解析(教育的介入前後の比較)	ストレス反応に対する介入の効果の検討	勉強会の前後共に、全ての看護師が暴言・クレーム・苦情を受けた経験を有していた。勉強会後には、前と比べて、院内の緊急通報システムと、患者の権利と責務について知っているとする得点に有意に上昇した。教育的介入の前後では、バーンアウトスケールの得点に変化はみられなかった。

表 1-2 日本における救急医療に従事する看護師のメンタルヘルスに関する研究

番号	研究者 (年)	研究方法 ①研究対象 ②研究デザイン ③データ収集方法 ④分析方法	職業性ストレスモデルの構成要素: ①仕事のストレスラー、②仕事外の要因、③個人要因、④緩衝要因、⑤ストレス反応	結果の概要
6	山本 (2011)	①看護師1名(救急看護師歴10年以上、フライト回数300回以上の経験をもつフライトナース) ②質的記述研究デザイン ③面接(最も印象に残っている事例について自由に語って頂いた) ④質的分析(語りの文脈から「思い」の部分抽出し、サブカテゴリー、カテゴリーと抽象化した)	①仕事のストレスラー(業務内容:病院前救急診療活動、役割葛藤)と⑤ストレス反応との関連、ストレス反応に対する対処	看護師は、予想外の出来事が次から次へと迫り立てるように自分に襲いかかってきた現状への戸惑いや、奔走された事実の中で、自分の頑張りに対する評価が得られなかったことに対する複雑な思いを抱いており、その事例から1年以上経過しても消化できずにいた。しかし、面接での語りを通して、自己の看護観を再認識したり、行動の改善点を明確化できたりして、このような思いを消化するに至った。
7	宇田他 (2011)	①近畿・東海地区で救命救急センターと内科病棟を兼備している43施設の中で、協力の得られた11施設の看護師630名のうち、有効回答が得られた347名(救急看護師199名、内科看護師148名) ②量的記述研究デザイン ③質問紙:仕事に関連するストレスラー、ストレス反応、個人的要因、仕事外の要因(家族、趣味など)、緩衝要因に関する項目 ④統計学的解析(救急看護師と内科看護師の比較分析)(多変量解析)	①仕事のストレスラーの検討、④緩衝要因(上司、同僚のサポート)の検討、⑤ストレス反応の検討、①仕事のストレスラー(仕事の困難さ)、③個人要因(不良な生活習慣、離職希望)と⑤ストレス反応との関連、④緩衝要因(上司、同僚のサポート)と⑤ストレス反応との関連	仕事に関連するストレスラーでは、救急看護師の方が、仕事の困難さ、人命にかかわる仕事内容、患者・家族との関係、患者の死との直面、医師との関係、技術革新の得点が有意に高かった。社会的支援は、上司、同僚については、救急看護師の方が有意に低かった。ストレス反応では、救急看護師の方が高得点者の割合が大きかった。救急看護師では、仕事に関連するストレスラーとストレス反応には有意な正の相関を、社会的支援(上司、同僚)とストレス反応には有意な負の相関を認めた。救急看護師では、仕事の困難さ、不良な生活習慣、離職希望がストレス反応の強さと関連していた。
8	江原他 (2011)	①1施設の救急外来を担当する看護師20名 ②量的記述研究デザイン ③質問紙:バーンアウト尺度(Maslach's Burnout Inventory日本語版)、勤務体制や経験年数等を問う項目 ④統計学的解析	①仕事のストレスラーの検討、③個人要因(経験年数)と⑤ストレス反応との関連、⑤ストレス反応の検討、ストレス反応に対する対処	勤務体制では、後輩との勤務にストレスを感じている者が約6割、他部署の看護師との勤務にストレスを感じている者が約5割であった。経験年数では、リーダー業務をしている4年目以上の看護師が、経験年数が短い看護師よりもストレスを感じている割合が大きかった。バーンアウトスケールの下位尺度の【情緒的消耗感】【脱人格化】【個人的達成感の低下】では、問題ありとされた割合は、それぞれ3割、約3割、約9割であった。ストレスへの対処として、勉強会に参加すると回答した者が6割、同僚への相談と回答した者が7割であった。
9	三枝他 (2011)	①1県内の第二次、三次救急を有する4施設に勤務する看護師245名のうち、有効回答が得られた69名 ②量的記述研究デザイン ③質問紙:バーンアウト尺度(Maslach's Burnout Inventory日本語版)、バーンアウトの原因となるストレス要因とサポートに対する自由記述 ④統計学的解析	①仕事のストレスラーの検討、①仕事のストレスラー(業務内容:部署)と⑤ストレス反応との関連、③個人要因(性別、年齢、経験年数)と⑤ストレス反応との関連、ストレス反応に対する対処	看護師の平均年齢は30.1歳、救急での平均経験年数は3.4年であった。ストレス要因(ストレスラー)として、仕事の過重負担、他者との葛藤、重症患者の看護、常に緊張感を要する勤務であること、重症患者看護に必要な知識や技術の不足を感じる事が挙げられた。バーンアウト得点は、性別、年齢、看護経験年数、部署、現在の部署での経験年数のいずれも有意差を認めなかった。ストレスへの対処として、施設のサポートの体制があると回答した者は19名(28%)であった。
10	真木他 (2007)	①関東、近畿、九州地方の6つの三次救急医療に従事する看護師195名のうち、有効回答が得られた76名 ②量的記述研究デザイン ③質問紙:GHQ12、改訂出来事インパクト尺度(心的外傷後ストレス障害の症状である再体験、回避、覚醒亢進を測定するもの)、ソーシャル・サポート尺度(情緒的・評価的・情動的・手段的サポートを測定するもの) ④統計学的解析	①仕事のストレスラー(外傷的出来事)の経験)の検討、①仕事のストレスラー(外傷的出来事)の経験)と③個人要因(経験年数)との関連、①仕事のストレスラー(外傷的出来事)の経験)と④緩衝要因(評価的サポート:行った仕事を正しく評価してもらえる)との関連、①仕事のストレスラー(外傷的出来事)の経験)と⑤ストレス反応との関連	看護師の年齢の平均は30.3歳、救急領域での経験年数の平均は5.4年、希望して救急領域へ配属された者は約6割であった。看護師の9割以上が日常業務中の出来事に衝撃を受けていた。特に強い衝撃を受けた経験は、「幼い年代の患者の死」、「担当患者の突然死」、「医師や同僚等の非援助的な態度」などであった。改訂出来事インパクト尺度を用いて、PTSDハイリスク群(13名)とローリスク群(63名)に分けて分析したところ、ハイリスク群は、救急領域での経験年数が少なく、評価的サポートを受けているという認識が少なく、精神健康度が不良であった。

表1-3 日本における救急医療に従事する看護師のメンタルヘルスに関する研究

番号	研究者 (年)	研究方法 ①研究対象 ②研究デザイン ③データ収集方法 ④分析方法	職業性ストレスモデルの構成要素: ①仕事のストレス、②仕事外の要因、③個人要因、④緩衝要因、⑤ストレス反応	結果の概要
11	枝他 (2007)	①2施設(大学附属の救命救急センター1施設と独立型の救命救急センター1施設)の看護師のうち、有効回答が得られた42名 ②量的記述研究(仮説検証型)デザイン ③質問紙:SOC(Sense of Coherence)29項目スケール日本語版、臨床看護職者のストレス尺度、バーンアウト尺度(Maslach's Burnout Inventory日本語版)など ④統計学的解析(多変量解析)	①仕事のストレスの検討、①仕事のストレス(ストレス(総合))と⑤ストレス反応との関連、④緩衝要因(SOC)と⑤ストレス反応との関連	看護師の平均年齢は27.7歳、救急での平均経験年数は3.4年であった。「スタッフや主任・師長がうまくサポートしてくれない時」「仕事上の緊張感が強い時」といった項目について、看護師の25%以上が、ストレスを非常に感じると思った。ストレス(総合)は、バーンアウトの下位尺度の【情緒的消耗感】に有意な正の影響を与えていた。SOCは、バーンアウトの下位尺度の【情緒的消耗感】【脱人格化】【個人的達成感の欠如】に有意な負の影響を与えていた。
12	牧他 (2005)	①第二次救急医療を担う1施設の救急外来当直を担当する看護師19名 ②量的記述研究デザイン ③質問紙:バーンアウトスケール(Pines Burnout Measure)と、ストレス要因を問う調査票 ④統計学的解析	①仕事のストレス(勤務体制:当直)と⑤ストレス反応との関連、③個人要因(経験年数)と⑤ストレス反応との関連、①仕事のストレスの検討	看護師の平均年齢は38.1歳、救急外来勤務年数は1年未満が4名、1~3年が9名、3年以上が6名であった。バーンアウト得点は、当直前が最も高く、特に1年未満の看護師の得点が高かった。ストレス要因として、9割以上の看護師が重症患者の対応や、患者対応が重なる時と回答し、約6割の看護師が知識や経験不足と回答していた。
13	森田他 (2003)	①救命救急センター1施設の新人看護師13名(新卒者11名、既卒者2名) ②量的記述研究デザイン ③質問紙:職場ストレス認知スケール、生活ストレス認知スケール、コーピングスタイル、ソーシャルサポート、多次元の心理的ストレス反応、役割不適応スコア、Pinesのバーンアウトスケール、身体症状反応。6月、9月、12月、3月(翌年)に測定 ④統計学的解析	①仕事のストレス(職場環境ストレス)の検討、②仕事外要因(生活環境ストレス)の検討、⑤ストレス反応の検討、④緩衝要因(ソーシャルサポート、コーピング)と⑤ストレス反応との関連	看護師の平均年齢は22.6歳であった。職場環境のストレスでは、年間(入職~翌年3月)を通して看護能力に関するものが高かった。生活環境のストレスは年間を通して低い推移であった。多次元の心理的ストレス反応は9月が最も高かった。役割不適応は9月から12月にかけて上昇を認め、仕事嫌悪や退職願望を認める者が多かった。バーンアウトスケールは9月から12月が高かった。身体症状反応は6月が最も高かった。ソーシャルサポートが最も充実した3月にはストレス反応が低下していた。ストレス反応が高値を示した9月から12月にかけては回避コーピングが上昇し、問題解決コーピングが低下していた。
14	門間他 (2003)	①1施設の救急及び集中治療病棟に新規に配属された看護師(新人看護師)7名、教育的立場にある看護師(教育看護師)7名 ②量的記述研究デザイン ③質問紙:POMS(profile of mood states)、血液中の好中球とリンパ球の割合。4月、5月、7月、10月、3月(翌年)に測定(血液検査は4月を除く) ④統計学的解析	③個人要因(経験年数)と⑤ストレス反応との関連、①仕事のストレス(業務内容:新人教育)と⑤ストレス反応との関連	配属時の4月と各時期を比較すると、新人看護師では、7月に「緊張-不安」が有意に低くなり、3月に「疲労」が有意に高くなっていた。また、教育看護師では、5月に「疲労」が、10月に「緊張-不安」が有意に低くなっていた。POMS全体指数と好中球の割合では、3月に新人看護師で正の相関傾向を認め、POMS全体指数とリンパ球の割合では、3月に教育看護師で負の相関傾向を認めた(なお、緊張状態など交感神経が優位になると、好中球が増加し、リンパ球が減少するとされる)。
15	吉川他 (2002)	①第一・二・三次を担う1施設の救急外来に勤務する看護師27名 ②量的記述研究デザイン ③質問紙:ストレスを問う項目、Pinesのバーンアウトスケール ④統計学的解析	①仕事のストレスの検討、①仕事のストレス(勤務体制:日直・当直)と⑤ストレス反応との関連、③個人要因(経験年数)と⑤ストレス反応との関連	看護師の平均年齢は41.3歳。バーンアウトスケールは、日直・当直後は平日と比べ、得点が有意に高かった。ストレスとして認知された上位項目は、「急患が重なる時」「暴力的な言動の患者・泥酔者への対応」「緊急性の高い重症患者の対応・処置」であった。当直中に重症患者が来院した者、実働8時間以上の者、来院患者が14人以上の者、当直中何らかのトラブルがあった者では、当直後は平日と比べ、バーンアウト得点が有意に高かった。救急外来経験年数1年未満の者も、1年以上の者も、どちらも当直後は平日と比べ、バーンアウト得点が有意に高かった。

13) であった。No.13では、新人看護師を対象とし、入職から1年間を観察した結果、身体症状反応は6月が、心理的ストレス反応は9月が高く、役割不適応は9月から12月にかけて上昇し、仕事嫌悪や退職願望を認める者が多かったこと、9月から12月はバーンアウトスケールの得点も高かった(バーンアウト症状が強かった)ことが示されていた。No.7では、内科看護師よりも救急看護師の方がストレス反応の高い者が多いことが指摘されていた。No.3では精神健康度が不良な看護師は約3割であることが、No.8では情緒的消耗感のある者が3割、脱人格化のある者が3割、個人的達成感の低下がある者が9割であることが示されていた。

2. NIOSHの職業性ストレスモデルを構成する要素の関連の検討

1) 仕事のストレッサーと個人要因の関連

仕事のストレッサーと個人要因の関連を検討した研究は2件(No.1, 10)であった。No.1では、2施設の看護師86名から得られたデータを、リーダー・急患対応・受け持ち業務を担当する群(I群:45名)、急患対応・受け持ち業務を担当する群(II群:19名)、受け持ち業務を担当する群(III群:22名)で比較したところ、特性不安はI群がII群に比べ有意に低く、自己効力感(I群がII群に比べ有意に高く、首尾一貫感覚は3群間で差を認めないことが示されていた。No.10では、6施設の看護師76名から得られたデータを分析し、外傷的出来事の経験が強いPTSDハイリスク群は、救急領域での経験年数が少ないことが指摘されていた。

2) 仕事のストレッサーと緩衝要因の関連

仕事のストレッサーと緩衝要因の関連を検討した研究は1件(No.10)であった。この研究では、6施設の看護師76名から得られたデータを分析し、外傷的出来事の経験が強いPTSDハイリスク群は、評価的サポート(行った仕事を正しく評価してもらえる)の認識が少ないことが示されていた。

3) 仕事のストレッサーとストレス反応の関連

仕事のストレッサーとストレス反応の関連を検討した研究は10件(No.1, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15)であった。仕事に関するストレッサーとス

トレス反応には有意な相関があること(No.7)や、バーンアウトの下位尺度の【情緒的消耗感】に有意な正の影響を与えること(No.11)が示されていた。また、外傷的出来事の経験が強いPTSDハイリスク群は精神健康度が不良であることが報告されていた(No.10)。業務内容に関する事柄では、病院前救急診療活動の中で、不安、無力感などを抱くこと(No.3)や、戸惑いながらも懸命に看護すること(No.6)が、精神健康度を不良にすることが指摘されていた。また、リーダー・急患対応・受け持ち業務を担当する看護師は、急患対応・受け持ち業務を担当する看護師、受け持ち業務のみを担当する看護師と比較して、ストレス反応が低いことが示されていた(No.1)。しかし、バーンアウト得点は部署で差がみられなかった(No.9)。新人教育に携わる看護師では、4月と比較し、5月に「疲労」が、10月に「緊張-不安」が有意に低くなること、POMS(profile of mood states)全体指数とリンパ球の割合では、翌年3月(指導開始から約1年後)に負の相関傾向を認めることが指摘されていた(No.14)。なお、緊張状態など交感神経が優位になると、リンパ球が減少するとされる。勤務体制に関する事柄では、バーンアウト得点は当直前が高いこと(No.12)や、平日と比べて日直・当直後は高いこと(No.15)が示されていた。

4) 個人要因と緩衝要因の関連

個人要因と緩衝要因の関連を検討した研究は1件(No.4)であった。この研究では、レジリエンスが高い看護師は、低い看護師と比べ、配偶者がいる者が多く、趣味がある者が多く、性格がポジティブである者が多かったことが示されていた。

5) 個人要因とストレス反応の関連

個人要因とストレス反応の関連を検討した研究は6件(No.7, 8, 9, 12, 14, 15)であった。経験年数とストレス反応の関連では、経験年数4年目以上の看護師が、経験年数が短い看護師よりもストレスに感じている割合が大きい(No.8)ことが示されていた。これとは反対に、経験年数1年未満の看護師のバーンアウト得点が高い(No.12)、入職から1年間後には疲労が高まり、POMS全体指数と好中球の割合に正の相関を認める(No.14)といったように、

経験年数が短い看護師のストレス反応が大きいことも示されていた。さらに、経験年数でバーンアウト得点に差を認めない (No.9, 15) とする研究もあった。また、バーンアウト得点は、性別や年齢で差を認めないこと (No.9)、不良な生活習慣と離職希望がストレス反応の強さと関連していること (No.7) が指摘されていた。

6) 緩衝要因とストレス反応の関連

緩衝要因とストレス反応の関連を検討した研究は3件 (No.7, 11, 13) であった。上司や同僚などからの社会的支援がストレス反応を低減する (No.7, 13) ことが示されていた。また、SOC (Sense of Coherence) は、バーンアウトの下位尺度の【情緒的消耗感】【脱人格化】【個人的達成感の欠如】に有意な負の影響を与えていることが報告されていた (No.11)。ストレス反応が強い場合は、回避コーピングが上昇し、問題解決コーピングが低下していることが示されていた (No.13)。

3. ストレス反応に対する対処

ストレス反応に対する対処を検討した研究は3件 (No.6, 8, 9) であった。施設のサポートの体制があると回答した者は約3割であり (No.9)、勉強会に参加したり、同僚へ相談したり (No.8) と、各自が対処を行っていた。実際に、他者に思いを語ることを通して、自己の看護観を再認識したり、行動の改善点を明確化できたりして、複雑な思いを消化できる (No.6) ことが示されていた。

4. ストレス反応に対する介入の効果の検討

ストレス反応に対する介入の効果を検討した研究は2件 (No.2, 5) であった。心肺停止時の対応に関して教育的介入を行った研究では、介入前後の比較でバーンアウトスケールの得点に変化はみられなかったが、「搬入前の役割分担の指示」「心電図波形の理解」「適切な除細動の準備」に自信がないとする看護師の割合が、7割 (介入前) から、約1割 (介入後) に減少したことが示されていた (No.2)。また、暴言・クレーム・苦情への対応に関して教育的介入を行った研究では、介入前後でバーンアウトスケールの得点に変化はみられなかったが、院内の緊急通報システムと患者の権利と責務について知っている

とする得点だが、介入後に有意に上昇したことが報告されていた (No.5)。

IV. 考察

1. 救急医療に従事する看護師のメンタルヘルスに関する研究の課題

文献検討の結果、救急医療に従事する看護師のストレス反応は、他科 (内科) で勤務する看護師と比較して高い (No.7) ことや、精神健康度に改善の余地がある看護師は約3~9割 (No.3, 7) ということが明らかとなった。また、新人看護師は、入職から1年のうちで、身体症状反応は6月が、心理的ストレス反応は9月が高く、役割不適應は9月から12月にかけて上昇し、仕事嫌悪や退職願望を認める者が多かったこと、9月から12月はバーンアウトスケールの得点も高かった (バーンアウト症状が強かった) (No.13) ことが示された。

ストレス反応に影響する要因として、NIOSHの職業性ストレスモデルでは、仕事のストレッサー、仕事外の要因、個人要因、緩衝要因の4つがあるとされる。文献検討の結果、救急医療に従事する看護師のストレス反応に影響する仕事のストレッサーには、救急看護の状況に関する事柄 (急患が重なる (No.12, 15)、重症患者看護の困難 (No.7, 9, 12, 15)、死との直面などの外傷的出来事の経験 (No.7, 10)、患者の暴力的な言動や泥酔者への対応 (No.15))、自分自身に関する事柄 (看護の能力 (No.7, 9, 12, 13)、緊張感 (No.9, 11))、他者 (患者、家族、看護師、医師) との関係性に関する事柄 (No.7, 8, 10, 11) があることが示された。仕事外の要因には、生活環境に関するストレッサー (No. 13) があつた。個人要因には、特性不安 (No.1)、自己効力感 (No.1)、首尾一貫感覚 (No.1)、外傷的出来事の経験 (No.10)、配偶者 (No.4)、趣味 (No.4)、性格傾向 (No.4)、経験年数 (No.8, 9, 12, 14, 15)、性別 (No.9)、年齢 (No.9)、生活習慣 (No.7)、離職希望 (No.7) があつた。緩衝要因には、レジリエンス (No.4)、SOC (No.11)、評価的サポート (No.10)、上司や同僚等からの社会的支援 (No.7, 13)、コーピング (No.13) があることが示された。

また、NIOSHの職業性ストレスモデルでは、ストレス反応に影響する仕事のストレスを軽減することを重視している(原谷, 2004)とされるが、救急医療に従事する看護師の仕事のストレスとストレス反応の関連を検討した研究では、これらに関連があることを示すもの(No.1, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15)と、これらに関連がないことを示すもの(No.9)とがあった。

以上、文献検討の結果を概観すると、救急医療に従事する看護師のメンタルヘルスに関する研究の課題は、次の三つの点であると考えられる。第一は、質的方法を用いて研究を行うことである。本研究で検討した15の文献のうち、質的方法を用いた研究は1件(No.6)しかなかった。救急医療の現場は、他とは異なった特徴がある。例えば、看護師は、重症患者を対象とするために医療処置の介助に時間を割くことが多いこと、生命の危機的状態にある患者を対象とするために常に緊張を強いられること、短い入院期間で転院(退院)に至る場合が多く、患者や家族とのかかわる期間が短いこと、意識障がいのために意思疎通を図るのが困難な患者を対象とすることが多いこと、などである。このような特徴をもった現場で勤務する看護師のストレスなどは、他とは異なっている可能性があるが、それらを既存の尺度で測定することには限界もある。そのため、質的方法を用いて、例えば、ストレスを認識した時の看護師の思いの詳細を明らかにしたり、それらが時間経過とともにどのように変化していくのか、その過程の詳細を明らかにすることが重要となる。このように、質的方法を用いることによって、救急現場ならではの特徴的な内容を明らかにできると考えられる。第二は、対象施設数、対象者数を増やして研究を行うことである。本研究で検討した15の文献のうち、仕事のストレスとストレス反応の関連を検討した研究は10件あったが、前述したように、これらに関連があるとするものとは関連がないとするものの両方の結果が示されていた。10件のうち、対象施設数が1施設であったのは4件(No.6, 12, 14, 15)、2施設であったのは2件(No.1, 11)と、半数以上の研究が少数施設を対象として行

われていた。したがって、標本抽出方法の工夫を行い、対象施設数や対象者数を増やして研究を行うことで、より正確な実態の把握ができると考えられる。第三は、ストレス反応に影響すると考えられる仕事のストレス、仕事外の要因、個人要因、緩衝要因に含まれる様々な要因のうち、どの要因がどの程度、ストレス反応に影響を与えるのかについて検討することである。検討した文献では、No.7とNo.11を除いてほとんどが、ひとつの要因とストレス反応との関連を検討していた。NIOSHの職業性ストレスモデルでは、これらの4つの要因がストレス反応に関連するとされているので、仮説検証型の研究デザインで、これら4つの要因がストレス反応に影響を与えると仮定し、多変量解析、具体的には共分散構造分析を用いて研究を行うとよいと考えられる。共分散構造分析は、変数の複雑な関係をパス図で表現できるので、NIOSHの職業性ストレスモデルを正確に描くことができ、各変数の影響の強さを明らかにできる。また、共分散構造分析ではモデル自体の当てはまりのよさ(モデルの適合度)を検証することもできるので、NIOSHの職業性ストレスモデルが救急医療に従事する看護師のメンタルヘルスを十分に説明し得るかどうかについても確認することができる。このように、共分散構造分析を用いることによって、救急医療に従事する看護師のメンタルヘルスの全体像を明らかにできると考えられる。

2. 救急医療に従事する看護師のメンタルヘルスの維持・増進を目指した支援の検討

前項で示した種々のストレスが契機となってストレス反応が生じた場合の対処について、施設のサポート体制があると回答した者は約3割(No.9)であった。具体的に組織的な介入を行った研究は2件(No.2, 5)みられた。一つは、心肺停止時の対応に関して教育的介入を行った研究(No.2)であり、もう一つは、暴言・クレーム・苦情への対応に関して教育的介入を行った研究(No.5)であったが、いずれも介入前後の比較でバーンアウトスケールの得点に変化がみられないことが報告されていた。これらの結果は、看護に関する知識や技術を高めるだけでは、メンタルヘルスの増進には至らないというこ

とを示している。また、ストレス反応に対して、看護師個人が行っていた対処は、勉強会に参加することや同僚へ相談することであった(No.8)。このうち、同僚に思いを語ることが、複雑な思いの消化に至る(No.6)ことが示されていた。

以上から、看護師のメンタルヘルスの維持・増進のためには、組織的な取り組みが必要であると示唆された。第一は、職場のなかで、看護場面で生じた様々な思いを表出できる場を設定することである。検討した文献のうち、No.6では、同僚に思いを語ることによって複雑な思いが解消されることが示されていた。また、安田(2006)は、精神看護専門看護師が看護師に対して、辛かった思いを表出できるようにかかわっていたことを報告していた。これらから、看護場面で抱いた様々な思いを表出できる場の必要性が示唆される。第二は、メンタルヘルスに関する研修を行うことである。例えば、福嶋(2013)は、精神看護専門看護師が看護師に対して、アサーション研修や精神看護研修(抑うつ・不安・せん妄などの患者に対する看護を学習する研修)を行って、メンタルヘルスを支援したことを示していた。また、萩原(2013)は、管理職に対してメンタルヘルス対策における職場環境の重要性の理解を目的とした研修を実施し、その成果を報告していた。これらから、メンタルヘルスに関する研修の有効性が示唆される。第三は、他の専門職とも連携し、支援の場を設定することである。例えば、若佐(2011)は、臨床心理士と連携して看護師の職場適応を支援した成果を報告していた。このように、看護部内の支援にとどまらず、他の専門職と連携・協働することによって、多面的な視点から、より細やかな支援を行うことが期待できる。

V. おわりに

救急医療に従事する看護師のメンタルヘルスに関する15件の文献から得られた知見を整理して検討した結果、次のことが明らかとなった。救急医療に従事する看護師のメンタルヘルスに関する研究の課題は、第一に、質的方法を用いて研究を行うこと、第二に、特に量的方法を用いた研究を行う場合は標

本抽出方法を工夫して対象施設数と対象者数を増やすこと、第三に、仕事のストレス、仕事外の要因、個人要因、緩衝要因に含まれる様々な要因のうち、どの要因がどの程度、ストレス反応に影響を与えるのかについて、多変量解析を用いて検討することであった。救急医療に従事する看護師のメンタルヘルスの維持・増進のためには組織的な取り組みが肝要であり、具体的には、第一に、職場のなかで、看護場面で生じた様々な思いを表出できる場を設定すること、第二に、メンタルヘルスに関する研修を行うこと、第三に、他の専門職とも連携して支援の場を設定することの必要性が示された。

文献

- 足立はるゑ, 井上真人, 井奈波良一, 他(1999): 某公立病院看護婦の精神健康度及びストレス対処行動についての検討; Stress & Stress-Coping Questionnaire を用いて, 産業衛生学雑誌, 41(4), 79-87.
- 足立はるゑ, 井上真人, 井奈波良一(2005): 看護職のストレスマネジメントに関する研究; ストレス・ストレスコーピング尺度(SSCQ)の看護職への適用, 産業衛生学雑誌, 47(1), 1-10.
- 枝さゆり, 辰巳有紀子, 野村美紀(2007): 救急看護師の Sense of Coherence とストレスのバーンアウトとの関連, 日本救急看護学会雑誌, 8(2), 32-42.
- 江原美穂, 川村麻記, 野上敏英, 他(2011): 救急外来勤務における看護師のストレス要因の検討, 群馬県救急医療懇談会誌, 7, 62-64.
- 福嶋好重(2013): 「専門看護師」実践報告と看護管理者の視点 精神看護; 病院全体を視野に入れ、患者・家族、看護師のメンタルヘルスを支援, 看護, 65(14), 45-48.
- 萩原由美(2013): 看護師のメンタルヘルスサポートへの取り組み, 医療, 67(1), 25-35.
- 原谷隆史(1998): 第8回 NIOSH 職業性ストレス調査票, 産業衛生学雑誌, 40(2), A31-A32.
- 原谷隆史(2004): NIOSH 職業性ストレス調査票の活用, 産業精神保健, 12(1), 12-19.

- 平田とし子, 大和田理重子, 根本祐子, 他 (2014): 緊急性の高い患者の受け入れに対する看護師のストレス変化について; シミュレーショントレーニングを通して, 北海道農村医学会雑誌, 46, 73-77.
- Hurrell, J. J. Jr. & McLaney, M. A. (1988): Exposure to job stress; a new psychometric instrument, *Scand J Work Environ Health*, 14(Suppl 1), 27-28.
- 陣内真帆, 菱岡純子, 山本晶子 (2013): 救命救急センター看護師と他部署看護師の心理的回復力の比較; A病院看護師における看護師レジリエンス尺度を用いた検証, 九州救急医学雑誌, 12(1), 29-34.
- 影山隆之, 錦戸典子, 小林敏生, 他 (2003): 公立病院における女性看護職の職業性ストレスと精神健康度の関連, 大分看護科学研究, 4(1), 1-10.
- Kawano, Y. (2008): Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses; effect of departmental environment in acute care hospitals, *Journal of Occupational Health*, 50(1), 79-85.
- 久保真人, 田尾雅夫 (1994): 看護婦におけるバーンアウト; ストレスとバーンアウトとの関係, 実験社会心理学研究, 34(1), 33-43.
- 牧あゆみ, 中野かおり, 古庄文目, 他 (2005): 救急外来における看護師のストレスの現状; 平日・当直前・当直後のバーンアウトスコアを比較して, 地域医療, 第44回特集号, 384-386.
- 真木佐知子, 笹川真紀子, 廣常秀人, 他 (2007): 三次救急医療に従事する看護師の外傷性ストレス及び精神健康の実態と関連要因, 日本救急看護学会雑誌, 8(2), 43-52.
- 門間正子, 井瀧千恵子 (2003): 救急・集中治療病棟に勤務する看護師の1年間の精神的ストレスの変化, 日本臨床救急医学会雑誌, 6(4), 371-377.
- 森田晃美, 竹原典子, 山勢博彰, 他 (2003): 多角のかつ縦断的調査による高度救命救急センターの新人看護師のストレスに関する研究, 日本救急看護学会雑誌, 4(2), 65-72.
- 三枝香代子, 白鳥孝子, 浅井美千代, 他 (2011): 救急・クリティカルケア看護に携わる看護師のバーンアウト予防のためのサポート方法に関する研究; 看護師のバーンアウトの原因とそのサポートに対する認識より, 千葉県立保健医療大学紀要, 2(1), 11-18.
- 高橋章子, 舘山光子, 長谷川陽子, 他 (2003): 救急看護師の役割と必要な能力に関する研究, 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 10, 111-120.
- 竹川亮子, 藤田かおり, 吉良直美, 他 (2012): 救急外来看護師のストレス低減を目指した取り組み; 暴言・クレーム・苦情対応に関する勉強会の効果, 日本看護学会論文集; 看護総合, 42, 104-107.
- 田尾雅夫, 久保真人 (1996): バーンアウトの理論と実際; 心理学的アプローチ, 誠信書房, 東京.
- 宇田賀津, 森岡郁晴 (2011): 救命救急センターに勤務する看護師の心理的ストレス反応に関連する要因, 産業衛生学雑誌, 53(1), 1-9.
- 臼井美登里, 庄子和夫, 鈴木はる江 (2014): 救急医療現場における多様な業務体系が看護師の心身に与える影響, 心身健康科学, 10(1), 18-24.
- 山本環 (2011): フライトナースのメンタルヘルスクエアにナラティブの語りが影響を与えた一経験, 日本航空医療学会雑誌, 12(1), 46-52.
- 安田妙子 (2006): 精神看護専門看護師のコンサルテーションにおける援助内容; ナースへのインタビュー調査から, 精神科看護, 33(1), 49-56.
- 吉川照美, 渡辺清子, 細谷ゆかり, 他 (2002): 救急外来における看護師のストレスの実態; 平日と日直・当直後のバーンアウトスコアを比較して, 日本看護学会論文集; 看護総合, 33, 71-73.
- 吉野美緒, 重村朋子, 市村美帆, 他 (2013): 病院前救急診療活動に従事する看護師の精神的健康に関する研究, 日本臨床救急医学会雑誌, 16(5), 649-655.
- 若佐美奈子 (2011): 臨床心理士による新卒看護師支援の試み, 千里金蘭大学紀要, 8, 144-155.