

病院前救急診療に伴う心的外傷ストレス軽減を目的とした事前教育の効果 —患者・家族・医療従事者の心と体の健康を守るために—

吉野美緒¹⁾ 増野智彦²⁾ 重村朋子²⁾ 稲本絵里³⁾ 高田治樹⁴⁾ 市村美帆⁵⁾
松井豊⁴⁾ 横田裕行²⁾

1) 日本医科大学付属病院小児科 2) 日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野 3) 日本医科大学多摩永山病院
4) 筑波大学大学院人間総合科学研究科 5) 目白大学

<要 旨>

【目的】病院前救急診療活動（prehospital emergency medical care：以下 PC）に従事する医師の、PC 業務に伴う心的外傷ストレス予防・緩和を目的として、PC 出場に特化した事前教育資料の作成、事前教育の実施と効果検証を行った。【方法】①PC を積極的に行う全国施設にて PC 出場する医師（n=283）を対象に行った質問紙調査の結果を分析し、心的外傷ストレスと関連の見られた項目を抽出した。PC 出場に伴う心的外傷ストレスのリスクファクターに関する内容に加え、心的外傷ストレスに関する知識・対処法などの情報を盛り込み、事前教育用パンフレットを作成した。②日本医科大学に勤務し PC 出場する医師（n=41）を対象として、PC 出場に特化した事前教育を実施し、教育前後での変化を検討した。【結果】事前事後質問紙の比較から、医師がストレスを受けることにより医療の質に影響を及ぼすことや、自身もストレスを受ける可能性があること、特に傷病者家族や遺族への対応からストレスを受ける場合があることについての理解が得られた。【結語】出場医師の精神的健康を守ることは、良質な医療の提供、ひいては患者およびその家族の健康を守ることにつながる。事前教育の実施は、PC 出場医師個人の心的外傷ストレス対処能力を高めるとともに、組織としての心的外傷ストレス対策への取り組みとして有用であったと考えられる。

<キーワード>病院前救急診療活動、ドクターカー、ドクターヘリ、医師、心的外傷ストレス、予防、事前教育

【はじめに】

病院前救急診療活動（prehospital emergency medical care：以下 PC）は、医師が事件・事故・災害現場に出場し、適切な医療を提供するものである。先の東日本大震災発生時にも、ドクターカーやドクターヘリにより、多くの医師が災害現場へ急行し、救援活動を行った。近年、その有効性が認識されるにつれて、PC はますます盛んになってきている。PC では、少ない事前情報をもとにいち早く出場することが求められており、事案発生直後の混沌とした現場で医療活動を行わなければならないことも多い。このような現場では、時として自らの技量を超える事態や予期せぬ事態に遭遇することもあり、出場医師は常に心的外傷ストレ

スにさらされる危険をはらんでいる。PC に従事する医師の心的外傷ストレスに関する海外の研究では、PTSD の診断基準に合致する者の割合は 16.8%との報告がされている¹⁾。本邦でも、我々の先行研究において PC 出場医師の 46.3%が精神的に衝撃を受けた事案を経験しており、4.6%が PTSD 高リスク者に該当すると報告している²⁾。PC 出場医師が受ける精神的影響を放置すれば、PTSD やバーンアウトを引き起こしかねず、そのようなことになれば、問題は医師個人の QOL に留まらず、医療業務にも支障をきたし、患者およびその家族にさえ影響を及ぼすことが懸念される。そのため、患者・家族・医療従事者の心と体の健康を守るために、PC 出場医師の心的外傷ストレスを軽減する対策を講じる必要がある。

そこで、本研究では、①PC に従事する医師の心的外傷ストレスに関する調査結果²⁾をもとに、リスクファクターを抽出し、PC 出場医師に特化した事前教育資料を作成すること、②作成した資料を用いた事前教育を実施し、その効果を検証することを目的とした。

【方法】

1) リスクファクターの抽出、事前教育資料の作成

PC を積極的に行う全国施設にてPC 出場する医師(n=283)を対象に行った心的外傷ストレスに関する質問紙調査²⁾をもとに、IES-R (Impact of Event Scale Revised) で査定された心的外傷ストレスの程度と関連する項目を抽出し、チェックリストを作成した。IES-R は、災害や犯

罪ならびに事件事故の被害など、多岐にわたる外傷的出来事について使用可能な、心的外傷性ストレス症状尺度であり、侵入症状・回避症状・過覚醒症状の3症状を測るもので、22項目から成る。IES-R の総得点は0点~88点で、得点が高いほどPTSD症状が強い、または、PTSD症状の種類が多いことを示す³⁾。IES-R の22項目の各回答を、飛鳥井³⁾に倣い0~4点として得点化し、合計点を算出した。飛鳥井³⁾においてPTSD高リスクとされている25点以上の者の割合を算出し、対象者を25点以上の高リスク群と25点未満の低リスク群の2群に分けた。精神的に影響を受けた事案(以下衝撃事案とする)の活動中の体験、活動中の周囲の状況、活動後の体験、活動後の対処に関して2群間の差をみるために χ^2 検定を行った。また、各項

表1 IES-RによるPTSD高リスク群と低リスク群の比較

	低リスク		高リスク		χ^2	
	n	%	n	%		
衝撃事案の活動中の体験						
悲惨な光景や状況に遭遇した	57	(43.8)	5	(3.8)	3.20 †	高リスク↑
判断に悩んだ	31	(23.8)	4	(3.1)	5.05 *	高リスク↑
意思決定しなければならない立場だった	27	(20.8)	5	(3.9)	11.69 **	高リスク↑
衝撃事案の活動中の周囲の状況						
活動中に患者が死亡した	32	(25.4)	4	(3.2)	4.48 †	高リスク↑
群衆から見られていた	37	(29.4)	4	(3.2)	3.34 †	
救急隊員との連携がとれずに困った	7	(5.6)	2	(1.6)	6.52 †	高リスク↑
患者の家族への説明に困った	9	(7.1)	3	(2.4)	11.98 **	高リスク↑
患者の家族が悲しみや怒りなどの強い情動を示した	22	(17.5)	5	(4.0)	14.34 **	高リスク↑
衝撃事案の活動後の体験						
上司に活動内容を話した、報告した	44	(34.1)	4	(3.1)	4.08 †	高リスク↑
マスメディアから取材をうけた	3	(2.3)	2	(1.6)	18.22 **	高リスク↑
衝撃事案の活動後の対処						
カウンセリングを受けた	1	(0.8)	1	(0.8)	9.50 †	高リスク↑

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$

表2 質問項目への回答(項目を選択した群としなかった群)のIES-R得点の比較

	項目を選択しなかった群			項目を選択した群			t
	n	M	SD	n	M	SD	
衝撃事案の状況							
幼い子供や未成年者が被害に遭った	97	5.11	6.80	30	8.53	10.00	1.75 †
衝撃事案の活動中の体験							
悲惨な光景や状況に遭遇した	66	4.29	5.29	62	7.74	9.44	2.53 **
予め聞いていた情報と患者の状況が異なっていた	101	5.21	6.98	27	8.78	9.78	1.78 *
衝撃事案の活動中の周囲の状況							
予め聞いていた情報と現場の状況が異なっていた	97	5.13	6.99	27	8.93	9.38	1.95 †
患者の家族への説明に困った	113	5.33	6.87	11	12.45	12.22	1.91 †
患者の家族が悲しみや怒りなどの強い情動を示した	97	4.97	5.85	27	9.52	11.70	1.95 †
衝撃事案の活動後の対処							
飲酒	101	5.17	7.28	27	8.93	8.85	2.27 *
医師以外の同僚や仲間との会話	114	5.55	7.52	14	9.29	9.04	1.71 †
何もしなかった	99	6.70	8.09	29	3.45	5.93	2.01 *

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$

目への選択により回答者を群分けし、IES-R 得点を比較するために t 検定を行った。

PC に従事する医師への事前教育用資料として、PC 出場に際して心的外傷ストレスを被りやすい場面等をチェックリストにまとめ、さらに心的外傷ストレスとその対処法に関する情報を盛り込みパンフレットを作成した。

2) 事前教育の実施と効果検証

日本医科大学付属病院、千葉北総病院、多摩永山病院において、PC 出場医師を対象とした事前教育を実施した。研修時間は 50 分であり、前半は、パンフレットの内容に基づき、臨床心理士による心的外傷ストレスとその対処法に関する講義を行った。後半は救急医により、実際のドクターカー・ドクターヘリ現場出場を安全に行うための注意点に関する説明を行った。

研修前・研修後に質問紙調査を実施し、PC に対する考えや研修を受けた感想などを尋ねた(1. あてはまらない、から、5. あてはまる、までの 5 件法で回答を求めた)。

分析として、対象者の属性に関する記述統計、

事後質問紙の回答に関する平均値の算出を行った。また、研修効果をみるために対応のある t 検定を行い、研修効果と衝撃事案の有無との交互作用をみるために二要因混合分散分析を行った。

【結果】

1) リスクファクターの抽出、事前教育資料の作成

IES-R の得点が 25 点以上となった者の割合は 4.6%であった。 χ^2 検定、t 検定の結果を表 1、表 2 に示した。

これらの結果から、医師の IES-R 得点に関連のみられた項目として、①「幼い子供や未成年者が被害に遭った」、②「出場中に悲惨な光景や状況に遭遇した」、③「出場中に判断に悩んだ」、④「予め聞いていた情報と現場の状況が異なっていた」、⑤「患者の家族への説明に困った」、⑥「患者の家族が悲しみや怒りなどの強い情動を示した」、⑦「マスメディアから批判された」、⑧「活動後一人で過ごすことが多

表3 対象者の属性

		n(%)
性別	男	32(78.0)
	女	7(17.1)
	無回答	2(4.9)
年齢	20代	6(14.6)
	30代	18(43.9)
	40代	10(24.4)
	50代以上	5(12.2)
	無回答	2(4.9)
役職	病院講師以上	8(19.5)
	助教	18(43.9)
	後期研修医	9(21.9)
	初期研修医	2(4.9)
	無回答	4(9.8)
救急医療経験	0～1年以内	14(34.1)
	2～5年以内	6(14.6)
	6～10年以内	8(19.5)
	11～15年以内	5(12.2)
	16年以上	6(14.6)
	無回答	2(4.9)
普段の出場頻度	月に11回以上	3(7.3)
	月に6～10回	4(9.8)
	月に1～5回	20(48.7)
	半年に数回	7(17.1)
	一年に1回以下	5(12.2)
	無回答	2(4.9)
普段の出場形態	ドクターカー	26(63.4)
	ドクターヘリ	1(2.5)
	両方	11(26.8)
	無回答	3(7.3)
衝撃事案の有無	あり	27(65.8)
	なし	12(29.3)
	無回答	2(4.9)

い)、⑨「活動後飲酒することが多い」の9項目を、医師がPC出場する際に注意すべき点として、チェックリストの項目に採用した。

チェックリストと、心的外傷ストレスに関する情報を盛り込み、PCに従事する医師への事前教育用資料として、パンフレット「ドクターカー・ドクターヘリ 惨事ストレスとその対処」を作成した。パンフレットの全頁を末尾に示した(資料1)。

2) 事前教育研修の実施と効果検証

①対象者の属性

日本医科大学付属病院、千葉北総病院、多摩永山病院で実施した事前教育の出席者(以下対象者)は41名であった。対象者の属性を表3に示す。性別は、男性32名(78.0%)、女性7名(17.1%)であった。年代は30代が最も多く18名(43.9%)、次いで40代10名(24.4%)、20代6名(14.6%)であった。現在の役職は、助教が最も多く18名(43.9%)、次いで後期研修医9名(21.9%)、病院講師以上8名(19.5%)であった。救急医療に携わっている年数は、0-1年以内が最も多く14名(34.1%)、次いで6-10年以内8名(19.5%)、2-5年以内と16年以上が6名(14.6%)であった。また、普段の出場頻度は月に1~5回が20名(48.7%)と最も多く、次いで半年に数回が7名(17.1%)であった。普段の出場形態はドクターカーが26名(63.4%)、ドクターヘリが1名(2.5%)、両方が11名(26.8%)であった。これまでの出場で、衝撃事案の経験があると回答した医師は27名(65.8%)であった。

②事後質問紙の分析：研修の理解度

事後質問紙の結果を表4に示した。事後質問紙の結果から、「急性ストレス障害についてよく理解できた」が4.3(SD=0.6)、「こうした研修は、良い医療をするために必要だと思う」が

4.5(SD=0.6)、「今日の話は活動の参考になった」が4.4(SD=0.6)であった。また、「研修は興味深かった」が4.3(SD=0.8)、「研修はたいくつだった」が2.1(SD=0.9)であった。「研修時間は適切でしたか」という質問項目に対しては、回答の選択肢を1. 長かった、2. やや長かった、3. 適切であった、4. やや短かった、5. 短かった、として回答を求めたが、2.9(SD=0.4)であった。

③事前事後質問紙結果の比較：研修の効果測定

研修の効果を見るために、研修前・研修後の質問紙について対応のあるt検定を行った。結果を表5に示した。研修後に得点が上昇していた項目は、「PCで医師がストレスを受けると医療の質が低下すると思う」「自分もPCでストレスを受け得ると思う」「現場で傷病者家族や遺族の強い感情を見聞きすると、医師でもストレスを受け得る」「PCによる医師のストレスにも、ケアシステムが必要だと思う」の4項目であった。研修後に得点が減少していた項目は、「病院前救急の現場では、医師はいつも冷静である」、「病院前救急にかかわる医師は、現場で感じたストレスを人に話すべきではない」、「病院前救急で感じたストレスは、ほおっておけば自然に消える」の3項目であった。

④事前事後質問紙結果の比較：研修の効果と衝撃事案の有無との関連

研修効果と衝撃事案の有無、すなわち、衝撃事案を経験した人としていない人とで研修効果に差があるかをみるために、二要因混合分散分析を行った。結果を表6に示した。

分散分析の結果、衝撃事案の経験の有無による各質問項目への回答に差は見られなかったが、「病院前救急に関わる医師は、現場で感じたストレスを人に話すべきではない」の項目のみ、交互作用が見られた(有意傾向)。交互作

表4 事後質問紙 研修の感想

	Mean(SD)
急性ストレス障害についてよく理解できた。	4.3(0.6)
こうした研修は、良い医療をするために必要だと思う。	4.5(0.6)
今日の話は活動の参考になった。	4.4(0.6)
研修は興味深かった。	4.3(0.8)
研修はたいくつだった。	2.1(0.9)
研修時間は適切でしたか。	2.9(0.4)

上記の質問項目に対し、「1. あてはまらない」から「5. あてはまる」までの5件法で回答を求めた。

「研修時間は適切でしたか。」という質問項目に対しては、回答の選択肢を「1. 長かった、2. やや長かった、3. 適切であった、4. やや短かった、5. 短かった」として回答を求めた。

用を図1に示した。衝撃事案を経験した医師も、衝撃事案を経験していない医師も、「病院前救急に関わる医師は、現場で感じたストレスを人に話すべきではない」という項目への回答の得点が、研修後に有意に減少していた。ただし、衝撃事案を経験していない医師において、研修前後の差が大きかった。

【考察】

1) 研修の理解度

事後質問紙の分析から、「急性ストレス障害についてよく理解できた」の項目の評価点が4.3と高く、本研修の実施は、参加医師の急性ストレス障害の理解に役立ったといえる。「こうした研修は、良い医療をするために必要だと思う」「今日の話は活動の参考になった」などの項目で4点以上の評価点となり、本研修が今後のPC出場のために役立つとの回答が多く得られた。また、「研修は興味深かった」の評価点が4.3であり、「研修はたいくつだった」が2.1であったことから、参加医師は研修内容に興味を持ちながら受講していたといえる。

2) 研修の効果

事前事後質問紙結果の比較から、研修後には、「病院前救急で医師がストレスを受けると医療の質が低下すると思う」「自分も病院前救急でストレスを受け得ると思う」「現場で傷病者家族や遺族の強い感情を見聞きすると、医師でもストレスを受け得る」「病院前救急による医師のストレスにも、ケアシステムが必要だと思う」の項目の得点が上昇しており、医師がストレスを受けることにより医療の質に影響を及ぼすことや、自身もストレスを被る可能性があること、特に傷病者家族や遺族への対応からストレスを受ける場合があることについての理解が得られたといえる。「病院前救急の現場では、医師はいつも冷静である」、「病院前救急にかかわる医師は、現場で感じたストレスを人に話すべきではない」、「病院前救急で感じたストレスは、ほおっておけば自然に消える」の3項目は、研修後に得点が減少しており、PC出場医師の心理状態やストレス対処法に関する誤った思い込みが変化したといえる。

表5 PCへの態度の研修前後の差

		Mean	SD	t(df)
問1 病院前救急の現場では、医師はいつも冷静である。	事前	3.00	1.15	3.329 **
	事後	2.56	1.17	
問2 現場でストレスを感じる医師は、一人もいない。	事前	1.45	0.71	.216
	事後	1.44	0.72	
問3 病院前救急で医師がストレスを受けると、医療の質が低下すると思う。	事前	3.65	1.10	-3.015 **
	事後	4.10	0.82	
問4 自分も病院前救急活動でストレスを受け得ると思う。	事前	3.97	0.88	-2.443 *
	事後	4.28	0.83	
問5 現場で傷病者家族や遺族の強い感情を見聞きすると、医師でも強いストレスを受ける。	事前	4.21	0.62	-3.389 **
	事後	4.44	0.50	
問6 病院前救急に関わる医師は、現場で感じたストレスを人に話すべきではない。	事前	2.33	1.25	3.913 **
	事後	1.62	0.78	
問7 病院前救急で感じたストレスは、ほおっておけば自然に消える。	事前	2.55	0.88	2.542 *
	事後	2.13	1.03	
問8 現場でストレスを感じた場合は、酒で紛らわせるのがいい。	事前	1.68	0.97	1.483
	事後	1.46	0.68	
問9 病院前救急活動による医師のストレスにも、ケアシステムが必要だと思う。	事前	3.90	0.96	-3.650 **
	事後	4.36	0.78	

* p<.05, ** p<.01

衝撃事案の有無と研修効果の関連についての分析から、「病院前救急に関わる医師は、現場で感じたストレスを人に話すべきではない」の項目のみ、衝撃事案の有無と研修効果の交互作用が見られた。衝撃事案を経験した医師も、衝撃事案を経験していない医師も、「病院前救

急に関わる医師は、現場で感じたストレスを人に話すべきではない」という項目への回答の得点が研修後に有意に減少しており、研修を通じてストレスを人に話すことの長所を理解する者が増えたといえる。特に、衝撃事案を経験していない医師において、研修前後の得点の差が

表6 研修と衝撃事案の二要因混合分散分析

	衝撃事案	n	事前		事後		衝撃事案	研修	交互作用
			Mean	SD	Mean	SD			
問1 病院前救急の現場では、医師はいつも冷静である。	なし	12	3.17	1.19	2.58	1.08	0.08	11.05**	0.47
	あり	26	2.96	1.15	2.58	1.24			
問2 現場でストレスを感じる医師は、一人もいない。	なし	12	1.67	0.89	1.50	0.90	0.83	0.25	0.62
	あり	27	1.37	0.63	1.41	0.64			
問3 病院前救急で医師がストレスを受けると、医療の質が低下すると思う。	なし	12	3.75	1.22	4.08	0.90	0.00	6.80*	0.14
	あり	27	3.67	1.04	4.11	0.80			
問4 自分も病院前救急活動でストレスを受け得ると思う。	なし	12	3.83	1.03	4.25	1.22	0.33	6.28*	0.45
	あり	25	4.08	0.81	4.32	0.63			
問5 現場で傷病者家族や遺族の強い感情を見聞きすると、医師でも強いストレスを受ける。	なし	12	3.83	1.03	4.25	1.22	0.00	12.18***	0.88
	あり	25	4.08	0.81	4.32	0.63			
問6 病院前救急に関わる医師は、現場で感じたストレスを人に話すべきではない。	なし	12	2.75	1.42	1.50	0.80	0.50	20.48**	4.04†
	あり	27	2.15	1.17	1.67	0.78			
問7 病院前救急で感じたストレスは、ほおっておけば自然に消える。	なし	12	2.67	0.98	2.17	0.94	0.13	5.82*	0.06
	あり	27	2.52	0.85	2.11	1.09			
問8 現場でストレスを感じた場合は、酒で紛らわせるのがいい。	なし	12	1.92	1.24	1.75	0.87	2.47	1.64	0.03
	あり	27	1.56	0.85	1.33	0.55			
問9 病院前救急活動による医師のストレスにも、ケアシステムが必要だと思う。	なし	12	3.67	1.15	4.42	0.79	0.21	16.21**	2.40
	あり	27	4.00	0.88	4.33	0.78			

†p<.10, * p<.05, ** p<.01

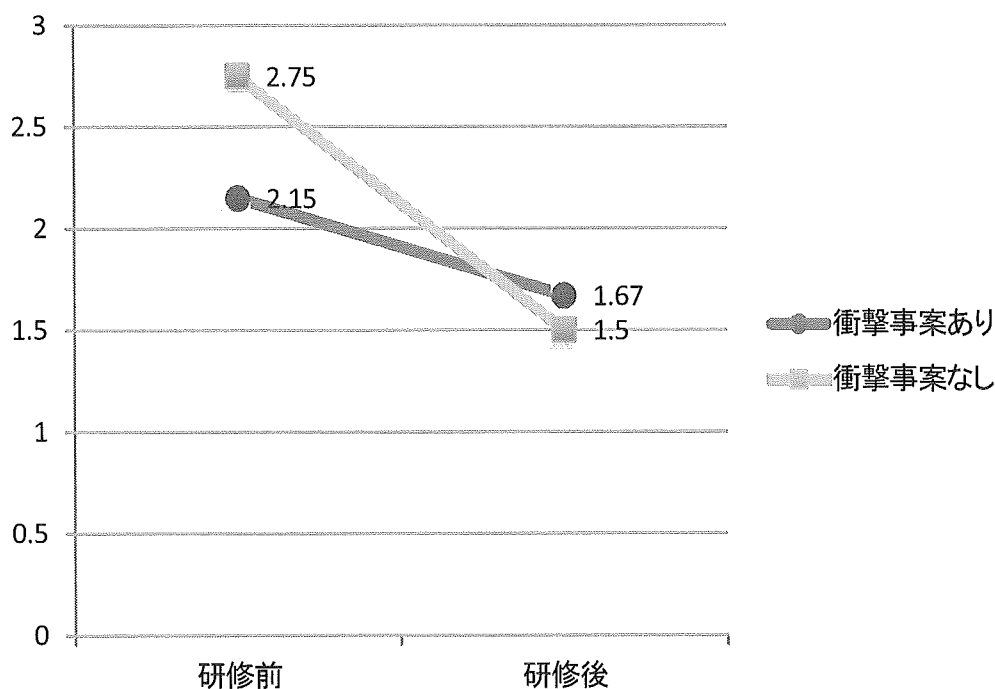


図1 「病院前救急診療に関わる医師は、現場で感じたストレスを人に話すべきではない」の項目に関する研修効果と衝撃事案の経験の有無の交互作用

大きいため、衝撃事案を経験していない医師に対する研修の効果が大きかったといえる。

【結語】

医師、看護師、消防職員など、職業として事件・事故・災害現場に出場する者（以下救援者とする）が被る心的外傷ストレスは、近年惨事ストレス（critical incident stress）と呼ばれ注目を集めている。救援者は職業的訓練を積み重ねており、一般市民に比べると困難な状況下での対処能力は高いとされている⁴⁾。しかし、影響があまりにも大きい場合、また、累積した場合などでは対処可能なレベルを超えてしまう危険性がある。

惨事ストレス対策の原則として、重村(2012)は先行研究を概観し、①惨事ストレスの原則を理解すること、②組織として惨事ストレス対策に取り組むこと、③惨事ストレスに対するセルフケアを行うこと、を挙げている⁴⁾。

今回我々は、この原則に則って、PC 出場医師を対象としたストレス対策を行った。まず、PC 出場に特有のリスクファクターを抽出し、組織全体の取り組みとして心的外傷ストレスとその対処法に関する事前教育を行い、効果を検証した。事前教育を実施することで、出場により誰しものが精神的影響を受ける可能性があること、特に PC 出場に伴い、心的外傷ストレ

スを被りやすい事案や場面などの特徴があることを出場医師に知ってもらい、併せて対処法・セルフケアに関する情報を提供した。この事前教育は、出場医師の出場への準備性を培い、心的外傷ストレスへの対処能力を高めることに役立ったといえる。今後も、PC 出場医師に対する事前教育を実施し、出場医師の精神的健康を守る取り組みを継続していく必要がある。

【引用文献】

- 1) Pajonk F-G B., Cransac, P., Müller V., et al.: Trauma and stress-related disorders in German emergency physicians: The predictive role of personality factors. *International Journal of Emergency Mental Health*, 14(4), 257-268. 2012.
- 2) 増野智彦他, 病院前救急医療における心的外傷ストレス評価とケアシステムの構築に関する研究. 平成 22 年(財)救急振興財団 救急に関する調査研究事業助成報告書
- 3) 飛鳥井望: 外傷後ストレス障害(PTSD). *臨床精神医学増刊号*; 171-177, 1999.
- 4) 重村淳: 救援者のトラウマと心理教育. 前田正治, 金吉晴(編); PTSD の伝え方 *トラウマ臨床と心理教育*, 誠信書房, 2012: 147-166.


チェックリスト

以下の項目に当てはまることが多い場合は
注意して下さい。

- ① 幼い子供や未成年者が被害にあった……………
- ② 出場中に悲惨な光景や状況に遭遇した……………
- ③ 出場中に判断に悩んだ……………
- ④ 予め聞いていた情報と現場の状況が……………
異なっていた
- ⑤ 患者の家族への説明に困った……………
- ⑥ 患者の家族が悲しみや怒りなどの……………
強い情動を示した
- ⑦ マスメディアから批判された……………
- ⑧ 活動後一人で過ごすことが多い……………
- ⑨ 活動後飲酒することが多い……………

日本医科大学救急医学

ドクターカー・ドクターヘリ 惨事ストレスとその対処

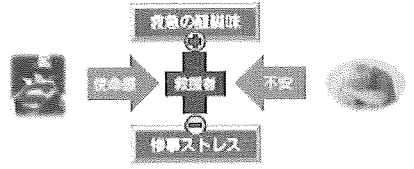


病院前診療活動における救急医の心的ストレスに関する
調査研究グループ作成

パンフレットの作成にあたって

病院前診療活動の危険性が認識されるにつれて、医師や看護師などの医療従事者が患者・患者の親へと出陣する機会が年々増加しています。病院前緊急救急医療では、少ない時間の中で現場に赴き、限られた時間・物資・設備の中で任務をこなさなければならず、通常業務とは異なる高い心理的負荷の中で惨事ストレスに曝される危険性をはらみながら、危険な現場に立つこととなります。そこで我々研究グループは、2010年に全国の救急医療現場にご協力いただき、病院前緊急救急医療での活動を行う医療従事者の心理状態と惨事ストレスの発生に関する質的調査を実施いたしました。この調査から、多くの医療従事者は高い緊張感を持って現場に出陣していることが、また同時に多くの不安を抱えながら現場活動を行っていることが明らかとなりました。そして、ある一定の比率で、病院前診療活動に伴って医療従事者が惨事ストレスを呈していることが明らかとなりました。

本パンフレットでは、調査結果をもとに、ドクターカー・ドクターヘリ活動に伴う惨事ストレスの発生頻度とその特徴、および対処法に関する情報をまとめ、皆さまに自分自身のリスク程度を認識後に知るためのチェックリストを作成いたしました。本調査結果ならびにパンフレットが、高い緊張感を持って病院前緊急救急活動を行う医療従事者の皆様にとり、ご自身のリスクを認識し、ストレス軽減ならびに適切な対処を行うきっかけとなり、少しでも安心して現場活動を行えるための一助となれば幸いです。



このパンフレットに関するお問い合わせは、日本医科大学救急医療センター情報管理課までご連絡ください。
〒113-8503 東京都文京区千駄木1-1-5 日本医科大学付属病院救急医療センター
TEL: 03-3822-2131 FAX: 03-3822-6160

例) 病院前診療活動における救急医の心的ストレスに関する調査研究グループ
 事務局 (日本医科大学救急医療センター) 研究員(救急医療学) 眞村 修子 (日本医科大学救急医療学) 山野 潤輔 (日本医科大学分科医学技術) 坂本 尚樹 (日本医科大学分科医学技術) 高田 治彦 (京浜東北線駅員) 松本 貴 (京浜東北線駅員) 橋本 祐行 (日本医科大学救急医療センター)

本調査結果およびパンフレットは、2010年9月15日までの調査結果、2010年9月20日現在、2010年2月25日現在(最新)の調査結果に基づき作成いたしました。

1

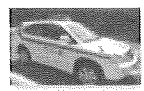
惨事ストレス

職務を通してトクワマを引き起こす出来事に接することで生じるストレスを「惨事ストレス」と言います。特にドクターカー (OC)・ドクターヘリ (OH) での病院前緊急診療活動は、情報が少ない、予期せぬ出来事に遭遇する、凄惨な現場を目撃するなど、惨事ストレスを体験する可能性が少なくないと考えられます。

このようなストレスの積み重ねは、心的疲労感や無力感につながることもあり、対策が必要です。また、惨事ストレスが蓄積すると、心的外傷後ストレス障害 (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD) になる危険性があります。

◆ドクターカー・ドクターヘリ出場での衝撃事案 46.3%
 OC・DH出場経験のある医師のうち約半数の医師が精神的に衝撃を受けた経験があると回答しています。
(病院前診療活動における救急医の心的ストレスに関する調査、平成22年)

◆心的外傷を受けPTSDのリスクが高い割合 4.6%
 衝撃を受ける事案を経験した医師のうち、約20人に一人の割合でリスクがあります。
(病院前診療活動における救急医の心的ストレスに関する調査、平成22年)



2 惨事ストレスを引き起こしやすい状況

一般的に惨事ストレスを生みやすい状況として、以下のようなものがあげられます。

- * 悲惨な遺体を含む：損傷の激しい遺体・自殺者
- * 子どもの遺体を含む
- * 活動中に発生をする・同僚が殉職する
- * 知人が被害者
- * 十分な活動が出来ない

◆DC・DH出場における惨事ストレスを引き起こしやすい状況

- ① 判断・意思決定が難しい状況
- ② 活動中の被害者の死亡
- ③ 群衆から見られていた
- ④ 救助隊員との連携がとれない
- ⑤ 現場で家族対応に時間を要する状況
- ⑥ マスメディアからの取材

判断・決定をしなくてはならない立場の医師が惨事ストレスを受けやすいことが示されています。

なお、DCのほうがDHよりも心身的外傷のリスクが高いことが示されています。

(消防団員を対象とした惨事ストレスに関する調査、平成22年)

3 惨事ストレスの反応

典型的な反応として、以下のようなものがあげられます。

- ト라우マ反応
 - 再体験……惨事現場が思い出す浮かんでくる
 - 過覚醒……不眠・過敏・緊張感・苛立ち
 - 回避……惨事現場に赴くことを避ける
- 解離……突然とする・感情が湧かない・記憶の断切れ
- 自責感・無力感
- 組織や仲間に対する怒り・不満
- 抑うつ・アルコール依存

- ◆ 孤立り・無力感・悲嘆の狂下などによって組織に影響を及ぼすことがあります。
- ◆ 様々な状況の場合は、本人や周囲から「いつもと違う」と感じられることがあります。

これらは異常な状態に対する正常な反応です。基本的にはこのような反応は一時的で、多くの人は自然に回復します。しかし中には反応が治まらず、心身に不調をきたすことがあります。



4 惨事ストレスの対応

◆基本原則

1. 惨事ストレスの存在に気づく

2. 心身の反応を理解し対策する

3. 組織としての対応

◆具体的対策

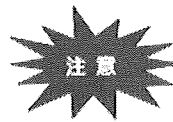
1. 惨事ストレスを受けることを理解しましょう。
→「知っている」と「知らない」ことでは大きな差があります。
2. 惨事事後には自分の状態を把握しましょう。
最終員のチェックリストも利用してみてください。
★自分の心身の状態を把握することで、こころにゆとりが生まれます。
3. 積極的に休養を取るようにしましょう。
4. 気分転換・日常の趣味も大切です。
5. 家族・仲間との会話が効果的です。
孤立は心身的外傷のリスクが高いことが示されています。



(消防団員を対象とした惨事ストレスに関する調査、平成22年)



飲酒は心身的外傷のリスクが高いこととの関係がみられています！



- 凄惨な現場
- 大規模な事故・事件事案
- マスコミが関心を持つような事案
- 困難な決断をしなくてはならない立場
- 事前の情報と実現場の格差

いつもと違う自己の反応があったら……
必要に応じて「カウンセリング」の利用も