

学校管理下における救命処置後の心理的負担を考慮した 校内研修のより良い在り方の検討

沖田 基佳
養護科学コース

1. はじめに

独立行政法人日本スポーツ振興センター（Japan Sport Council：以下 JSC）は、学校管理下の事故・健康障害に対して災害共済給付を行っている。JSCによると、令和4年度の学校管理下における死亡見舞金の発生件数は41件、そのうち13件（31.7%）が突然死であった¹⁾。いざという時のために教員は、救命処置を習得するよう研修への参加が推奨されている²⁾。しかし、実際に救命処置を行うにあたり、偶然現場に居合わせた者（以下、バイスタンダー）に相当な心理的負担がかかることが明らかとなっている³⁾。バイスタンダーによる心肺蘇生法を行うことが社会的に強く求められる教員は、児童生徒が心停止となり、特に蘇生できなかった場合に、喪失感や自責の念を感じる可能性が非常に高いと考えられる⁴⁾。そのため、バイスタンダーの心理的負担を軽減することは、救命処置に携わったバイスタンダーの今後の救命意欲を保持させ、救命処置を広く普及していくための必要な対策であるといえる⁵⁾。そこで、本研究では、教員の救命処置に対する不安感や、救命処置経験のある教員の心理的負担を明らかにし、学校管理下において救命処置訓練の場である校内研修の、技術的・心理的側面を兼ね備えたより良い在り方を検討することを目的とした。

2. 方法

①調査対象

I 県内の公立校計 785 校に勤務する教員 22,397 名である。回答数は 3519 名であり（回収率 15.7%）、有効回答数は 3484（有効回答率 99.0%）であった。

②調査方法

インターネットの Google フォームを用いたオンライン調査を行った。集計・分析には、Microsoft Excel2019 を使用した。回答の割合の比較には IBM SPSS Statistics29 を使用し、 χ^2 検定を実施し群間比較を行った。なお、統計学的有意水準は 5 %未満とした。

③調査項目

学校管理下での救命処置経験、未経験者の救命処置への不安感、経験者の救命処置を実施した当時の状況や心理的負担である。救命処置は、胸骨圧迫・人工呼吸・AED の装着または使用・気道異物除去とした。また、ストレス分析には、心的外傷性ストレス症状（Post-Traumatic Stress Disorder, 以下 PTSD）を測定する自記式質問紙 IES-R⁶⁾ を使用した。尺度構成は、侵入症状（8 項目）、過覚醒症状（6 項目）、回避症状（8 項目）であり、救命処置後 1 か月以内のストレス症状を 5 件法（とてもそう思う＝5 点 ～ 思わない＝1 点）で尋ねた。なお、PTSD の各項目について明確な基準はないが、総得点率 28%以上が PTSD 疑いであること、単

独の項目であることを考慮し、本研究では各項目の比較のためにそれぞれを5点満点に換算し、2.0点以上（得点率40%以上）をPTSDの危険因子とした。

④倫理的配慮

本調査の概要、目的、方法、プライバシーの保護、調査への参加・中止は自由意志であることを記載し、Google フォームへの入力・送信をもって本調査へ同意したものとした。なお、本研究は、茨城大学教育学部研究倫理委員会の承認を得ている（許可番号23P2400）。

3. 結果

本調査対象者のうち、学校管理下で救命処置の経験がある者は95名（2.7%）であった。救命処置未経験者のうち、救命処置に不安を抱えている者は3039名（89.7%）であった。不安感の内容は、「正しくできるかどうか」「やり方を間違えて症状を悪化させないか」「失敗して責任を問われないか」が挙げられた。「その他」の回答では、「女子児童生徒への対応」が挙げられた。救命処置の不安感と救命処置講習の年間受講回数について χ^2 検定を行ったが、有意差はみられなかった。

救命処置経験者のうち、救命処置実施中に不安を抱えていた者は77名（81.1%）、救命処置実施後に不安を抱えていた者は68名（71.6%）であった。不安感の内容は、「正しくできるかどうか」「やり方を間違えて症状を悪化させないか」「失敗して責任を問われないか」が挙げられた。また、「その他」では、「異性だったため躊躇した」との回答が挙げられた。

救命処置実施者のうち、ストレス症状が出現していた者は、95名中50名（52.6%）であった。表1より、PTSDの危険因子は、傷病者が「在籍する教職員」である場合、教員間、保護者や本人との事前の情報共有が「ない」場合、発生状況が「体育（保健体育）」である場合、救命処置内容が「胸骨圧迫」「人工呼吸」の場合であることが明らかとなった。また、PTSDの危険因子は、侵入症状が最も多かった。さらに、講習受講回数が15回未満の場合、対応人数が1人で対応するよりも自分を含めた2人以上で対応した場合のストレス平均点が高い傾向がみられた。

表1 救命処置事案別ストレス得点

回答カテゴリ	ストレス症状				回答カテゴリ	ストレス症状			
	平均	侵入	過覚醒	回避		平均	侵入	過覚醒	回避
救命処置を実施した相手					当時の職名				
在籍する児童生徒	1.7	1.8	1.6	1.7	養護教諭	1.8	2.0	1.8	1.6
在籍する教職員	2.2	2.3	2.2	2.1	保体教諭等	1.5	1.6	1.4	1.4
学校訪問者	1.7	1.8	1.4	1.7	上記以外の教諭	1.9	1.9	1.8	2.0
その他	1.4	1.5	1.2	1.4	上記以外の講師等	1.7	2.0	1.4	1.7
傷病者の基礎疾患の有無					対応人数				
あり	1.7	1.9	1.6	1.6	0人	1.2	1.3	1.1	1.2
なし	1.8	1.9	1.7	1.7	1～2人	1.9	2.1	1.8	1.9
わからない	1.8	2.0	1.8	1.8	3～4人	1.7	1.9	1.7	1.7
教員間での情報共有					5人以上	1.6	1.7	1.4	1.6
あり	1.7	1.9	1.7	1.6	講習受講回数				
なし	2.0	2.3	1.8	1.7	1～4回	1.8	1.9	1.6	1.8
保護者や本人との情報共有					5～9回	1.8	1.9	1.7	1.7
あり	1.7	1.9	1.7	1.6	10～14回	1.8	2.1	1.7	1.6
なし	2.1	2.4	2.0	1.9	15回以上	1.5	1.6	1.6	1.3
救命処置からの経過日					処置内容				
1か月未満	1.6	1.7	1.6	1.6	胸骨圧迫	2.0	2.2	1.9	1.9
1か月以上半年未満	1.1	1.2	1.2	1.1	人工呼吸	2.0	2.1	1.9	1.9
半年以上1年未満	1.8	1.9	1.8	1.6	AED装着または使用	1.9	2.1	1.8	1.8
1年以上前	1.8	2.0	1.7	1.8	119番通報	1.8	1.9	1.7	1.8
覚えていない	1.1	1.1	1.0	1.1	気道異物除去	1.6	1.6	1.5	1.6
発生状況					その他	1.3	1.6	1.2	1.2
体育(保健体育)	2.1	2.3	2.1	1.8	傷病者の予後				
体育(保健体育)以外の教科	1.8	1.9	1.7	1.9	日常生活を取り戻している	1.6	1.7	1.6	1.6
給食指導	1.5	1.9	1.3	1.3	亡くなった	1.9	2.1	1.7	1.9
学校行事	1.8	1.9	1.8	1.9	その他	1.3	1.5	1.0	1.3
部活動	1.4	1.5	1.2	1.4	救命処置実施時の不安				
休み時間	1.9	2.1	1.8	1.9	ある	1.8	1.9	1.7	1.7
登下校中	1.9	2.0	1.7	1.9	ない	1.5	1.6	1.3	1.5
その他	1.5	1.6	1.3	1.5	救命処置実施後の不安				
第一発見者であるか					ある	1.9	2.0	1.8	1.8
はい	1.6	1.7	1.5	1.6	ない	1.4	1.4	1.3	1.3
いいえ	1.7	1.9	1.7	1.7					

4. 考察

本研究において、本調査対象者の約 35 人に 1 人が救命処置を経験していたことから、学校管理下において救命処置又はそれに近い状況に遭遇することは稀ではない。そのため、緊急時に備えた対策を学校全体で行う必要がある。また、本研究では、救命処置講習の年間受講回数と救命処置を行うことへの不安感に関連がみられなかったことから、救命講習の在り方について検討が必要であると考えられる。例えば、本研究より明らかとなった不安感の内容を踏まえ、正しい知識の普及や救急処置後の身体的・心理的配慮への言及、女性への AED 使用方法等を講習内容に組み込む等の検討が必要であると考ええる。

救命処置後の心理的負担について、本研究では、PTSD の症状である侵入症状、過覚醒症状、回避症状について検討した。過覚醒症状は、侵入症状に誘発されること、回避症状は、侵入症状や過覚醒症状を避けようとして引き起こされることから⁷⁾、ストレス症状は、侵入症状、過覚醒症状、回避症状の順で出現し、なかでも侵入症状は、心理的負担がかかった際の初期症状である可能性が考えられる。本研究においても、3 項目のうち、PTSD の危険因子は侵入症状が最も多かったことから、救命処置後のストレス症状として最も注意すべきは侵入症状であると考えられる。さらに、PTSD の危険因子（表 1）に該当する項目は、心理的負担がかかる可能性が高いと考えられる。

また、講習受講回数の平均得点推移より、講習を 15 回以上受講した者のストレス得点は低下したものの、15 回未満の者のストレス得点に差がみられなかったことから、講習は、回数を重ねるだけでなく、内容の質を高めることも重要であると言える。また、対応人数の平均得点推移では、救命処置を 1 人で対応するよりも、自分を含めた 2 人以上で対応した場合のストレス平均点が高い傾向がみられた。チームとして連携する方法等に不安があることが要因の一つと考えられるが、学校管理下では緊急時に複数人で対応する機会が多いため、連携に重点を置いた訓練を行うことが必要である。また、田島らが行った研究⁵⁾により、救命処置の関与人数が 3 人以上の場合には、その後の救命意欲に積極的である割合が高いことが明らかとなっている。本研究においても、「0 人」を除き、対応人数の増加に伴いストレス得点が低下していることから、より多い人数で対応することが重要であり、それが心理的負担の軽減に繋がると言える。

そして、教員の救命処置訓練の場の一つに、校内研修がある。学校全体で共通認識を育むことのできる良い機会であることから、特に、校内研修の在り方を検討する必要がある。本研究を踏まえ、内容は、救命処置に関する正しい知識や、救命処置実施後の身体的・心理的配慮、女性への AED 使用方法等について組み込むことが有効であると考ええる。また、講習は、定期的・継続的に行い、緊急時には、連携を図り複数人で対応に当たることのできるよう、年間計画に組み込む等全教員が参加できる体制を整えることが重要であると考ええる。

5. 研究の応用

本研究を踏まえ、I 県内の小学校において、校内研修を実施した。構成は、講義 30 分、実践訓練 60 分である。本研修は、救命処置未経験者、経験者ともに共通の不安感である「正しくできるかどうか」「やり方を間違えて症状を悪化させないか」「失敗して責任を問われないか」「女子児童生徒への対応」に重点を置いた。講義では、救命処置の法的責任や、AED の役割の説明等、救命

処置についての知識を伝え、その後、傷病者を女子児童と想定し、訓練用人形の胸部に下着と見立てた布を巻き、実践訓練を行った。研修の最後に、血液媒介感染や心理的負担等の救命処置後の心身への影響等を説明し、研修終了後、本研修の印象や感想について質問紙調査を行った。

本研修の印象や感想について、すべての参加者が「大変満足」「満足」と回答し、「研修内容について、知識・理解が深まった」「自分の役割意識が高まった」「教員間での共通理解が進んだ」と感じていた。また、本調査は対象者が少なく、研修直後の調査であることから単純な比較はできないが、参加者の救命処置に対する不安感は、本研究で挙げられた不安感と比較し、「正しくできるかどうか」「やり方を間違えて症状を悪化させないか」「失敗して責任を問われないか」の項目において不安感が減少した。講義において、救命処置に関する知識を得たことや、自身の行動の意味を理解した上で実践訓練を行ったことが不安感の軽減に繋がったと考えられる。なかには、「過去の救命処置の経験を責めていたため、ストレスに言及してもらえてよかった」との感想も挙げられた。このことから、正しい知識を伝えること及び救命処置後に起こり得る可能性について言及することは、心理的負担軽減の対策として有効であったと言える。

しかし、今後の救命処置について「不安がある」と回答した者は、15名（83.3%）であり、本研修を通して救命処置に対する不安感を大きく軽減することはできなかった。その理由として、血液媒介感染や心理的負担が想定されること等、救命処置についてより深く理解したことが要因の一つと考えられる。そのため、今後は、本研修で不安に感じた要因を重点的に取り上げ、正しい知識や新しい知見を伝えることで救命処置に対する不安を軽減していくことが必要である。また、不安がある者のなかには、「今後は、年に1度だけでなくさらに講習回数を増やしたい」と考える者がいたことから、不安感は減少しなかったものの、本研修が救命意欲の向上に繋がったと言える。

6. 結論

本研究では、学校管理下での救命処置の実態とその後の心理的負担を調査し、校内研修のより良い在り方を検討することを目的とした。なかでも、学校管理下における教員の救命処置実施の現況に関する調査はこれまで行われておらず、新しい知見といえる。本研究より、学校管理下での救命処置を行った者に心理的負担がかかることが明らかとなったことから、心理的負担軽減のためには、定期的な講習参加及び、救命処置後のフォローアップが欠かせない。そして、校内研修の実践より、研修は、正しい知識を伝えること、救命処置実施後に起こり得る可能性を伝えることが、心理的負担軽減に繋がると考える。そのため、研修は、救命処置実施時・救命処置実施後の2つの視点を踏まえ、行われることが大切である。

以上を踏まえ、救命処置実施に伴う心理的負担軽減の対策は、傷病者の命を救い、傷病者を救助した者の心身を助けることにも繋がるため、広く普及していくことが不可欠である。

引用文献

- 1) 独立行政法人 日本スポーツ振興センター：令和5年（2023）学校等の管理下の災害 令和5年版。
- 2) 文部科学省：令和6年（2024）心肺蘇生等の応急手当に係る取組の実施について。
- 3) 田島典夫、高橋博之、畑中美穂ほか：バイスタンダーが一次救命処置を実施した際のストレスに関する検討。日臨救医誌 16：656-65, 2013
- 4) 漢那朝雄、小林正直：一心肺蘇生後の問題点—救助者の心的ケア。心臓 46：677-681, 2014
- 5) 田島典夫、畑中美穂、青木瑠里ほか：一次救命処置に関与した際のストレス反応とその関連要因—高齢者福祉施設職員を対象とした検討—。日臨救急医会誌 22：442-8, 2019
- 6) Asukai N, Kato H, Kawamura N, et al. : Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): Four studies on different traumatic events. The Journal of Nervous and Mental Disease 190:175-182, 2002
- 7) 文部科学省：平成15年（2003）在外教育施設安全対策資料—心のケア編—。