

# 原著

## 看護師の職業性ストレスとアディクション

### Occupational stress and addiction for nurses

松下年子<sup>1)</sup> 石野徳子<sup>2)</sup> 神坂登世子<sup>3)</sup> 小林一裕<sup>4)</sup> 辻脇邦彦<sup>5)</sup> 高木佳子<sup>1)</sup>  
Toshiko Matsushita Tokuko Ishino Toyoko Kamisaka Kazuhiro Kobayashi Kunihiro Tsujiwaki Yoshiko Takagi

#### Key Words

職業性ストレス、アディクション、看護師、NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health)  
Occupational stress, addiction, nurses, NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health)

#### 要旨

総合病院と精神科病院勤務の看護師 795 名を対象に、職業性ストレスとアディクションの実態および、それらの関連を明らかにすることを目的に自記式質問紙調査を実施した。結果、①総合病院の看護師の量的労働負荷、労働負荷の変動、抑うつが精神科病院よりも高く、対人葛藤、自尊感情、職務満足感は低く、またストレスの自覚も高い可能性、②喫煙や飲酒への依存は、抑うつ、職務満足感のストレスサーとしては働いていない可能性、③特に精神科病院群の喫煙率、「毎日ないしほぼ毎日」飲酒する者の割合、ニコチンおよびアルコール依存症が疑われる者の割合が高い可能性、④喫煙者の身体的自覚症状は非喫煙者よりも高く、FTND 得点によりニコチン依存症が疑われる者の対人葛藤と抑うつは、疑われない者よりも高い可能性、⑤アディクションのみならず仕事のストレスサーも喫煙に影響している可能性、⑥飲酒頻度の高い者ほど技能を活用し、かつ抑うつは低い可能性、しかしアルコール依存症が疑われる者の身体的自覚症状と抑うつは、疑われない者よりも高い可能性、⑦2 交代勤務者、男性、身体的自覚症状の高い者の CAGE 得点が、3 交代勤務者、女性、身体的自覚症状の低い者よりも高く、飲酒行動の有無ではなく、アルコールへの依存度が職業性ストレスと関連している可能性、⑧向精神薬の使用が「蔓延している」可能性が否定できる一方で、ギャンブル習慣が少なくない可能性、⑨向精神薬使用者の身体的自覚症状と抑うつは非使用者よりも高く、かつ睡眠薬使用者の対人葛藤は非使用者よりも高く、社会的支援は低い可能性、⑩ギャンブルを「日常的にしている」者の仕事のコントロールと人々への責任は、それ以外の者よりも低い可能性等が示唆された。以上、職業性ストレスモデルにアディクションが関与していることがうかがわれたことから、今後は追跡調査と共に、アディクションを視座に入れた、予防的観点をもった職場のメンタルヘルス方策を構築していくことが重要であろう。

#### I. はじめに

近年、ニコチンやアルコール、薬物等の物質への依存（物質使用障害）のみならず、虐待、ギャ

ンブルなど人や行動に対する依存が蔓延している<sup>1)</sup>。現代人のメンタルヘルスを吟味するにあたってアディクションの観点を導入することと、メ

<sup>1)</sup> 横浜市立大学大学院医学研究科看護学専攻・医学部看護学科 Department of Nursing, Graduate School of Medicine, Yokohama City University・Nursing Course, School of Medicine

<sup>2)</sup> 健康科学大学看護学部 Health Science University

<sup>3)</sup> 国際医療福祉大学・大学院九州地区生涯教育センター Kyusyu nursing carrier-extension center, International University of Health and Welfare

<sup>4)</sup> 相模が丘病院看護部 Sagamigaoka Hospital

<sup>5)</sup> 東都医療大学ヒューマンケア学部看護学科 Tohto College of Health Sciences

<sup>6)</sup> 横浜市立大学大学院医学研究科看護学専攻 Department of Nursing, Graduate School of Medicine, Yokohama City University

メンタルヘルス対策を講ずるために調査研究する際は、アディクションを変数として取り扱うことが重要と考える。メンタルヘルスの向上や疾病予防を考える上では、セリエのストレス理論を参照できる。本理論では、脅威を与えるストレスに対して身体はあらゆる生理的資源を完全に動員して反応すること、ストレスが長引くと危急用の資源も涸渇し、生理的症状が現れること、症状は環境のストレスに対する心理的警告反応であることが言及されている<sup>2)</sup>。ストレスの原因であるストレッサーには、外的刺激である物理的、化学的、生物学的ストレッサーと、心理社会的ストレッサーが想定されており、後者には仕事や学業上の不調、対人関係上のトラブル、喪失体験等が含まれる。なお仕事のストレスに着眼したところでは、米国のNIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) によって提唱された職業性ストレスモデル<sup>3)</sup>がある。本モデルは、仕事のストレッサーによる反応を急性のストレス反応と、その後に生じる疾病の2者とし、両者の間にあってそれらの反応を強めたり弱めたりする修飾要因として個人要因、仕事外の変因、緩衝要因を指摘している。仕事のストレッサーの具体例としては、物理化学的環境、量的労働負荷、労働負荷の変動、技術の低活用、仕事のコントロール、人々への責任等を、緩衝要因としては上司、同僚及び家族からの社会的支援をあげている。

アディクションをこのモデルの中で位置付けようとするならば、アディクションはストレス緩衝として機能する可能性と、アディクションが結果的に個人の生活の質を低下させることから、続発的なストレッサーになる可能性がある。また、仕事のストレスの結果として、すなわちストレス反応や疾病としてアディクションが生じる可能性も否定できない。いずれにせよアディクションをストレッサー、ストレス反応、修飾要因の3観点から輻輳的に捉えることは必要かもしれない。さらに、嗜癖行動モデルであるシェフの1次嗜癖、2次嗜癖モデル<sup>4)</sup>を用いて、アディクションを包含したメンタルヘルスの視座を得ることは有益と考える。1次嗜癖、2次嗜癖モデルでは、人間嗜癖(恨みと寂しさの病理、満たされない愛着欲求

と限らない承認欲求)を1次嗜癖と捉え、物質や行動への依存と、共依存を典型とする対人依存を2次嗜癖としている。あらゆるアディクションの根底には、人への依存があると捉え、たとえ2次嗜癖に介入して防止を図っても、1次嗜癖が残存する限り回復が難しいと考える。したがって職場におけるメンタルヘルスを考える上で、1次嗜癖と2次嗜癖を持つ人にどう対応するかという視点と、1次嗜癖の有無に関わらず2次嗜癖の発生をいかに予防、防止するかという2つの視点を持つことが重要といえよう。それにはまず、職業性ストレスとアディクションがどのように関連しているのか、たとえばアディクションが、上述した仕事のストレッサーとストレス反応、修飾要因の何に該当するのか、アディクションと3者との関連を示すこと、次に、得られたモデルを基に現在アディクションを抱えた人の職場におけるメンタルヘルスと、新たなアディクションの予防・防止に向けた方策を吟味することが必要である。

そこで本研究では、病院勤務の看護師における職業性ストレスとアディクションの関連を明らかにすることを目的とした。看護師を対象とした理由は、近年看護師の離職が問題視されていることと、その背景の1つとして看護師のストレス過重が指摘されていることによる。実際に、看護師と他職種のストレスを比較した中島ら<sup>5)</sup>の研究では、看護師の量的労働負荷は高く、仕事のコントロール度(裁量権)は低く、そのためにストレス反応としての身体的自覚症状や抑うつは高い傾向にあったと報告されている。一方で、女性看護師の喫煙率が一般女性よりも高いという報告<sup>6-7)</sup>がある。このように職業性ストレスと、アディクションの1つである喫煙行動が高い傾向にある集団を対象に、職業性ストレスとアディクションの関連を探索することは、方法論として適切と考えた。なお今回、病院勤務の看護師として、総合病院の看護師と精神科病院の看護師の2者を選定した。その理由は、先行研究では一般看護師と精神科看護師、それぞれの職業性ストレスについては探求されているものの、両者を比較したものは少ないことである。その中でたとえば小林<sup>8)</sup>は、病院看護師3900名を対象にNIOSH職業性ストレス調

査票を用いてストレス調査を行い、精神科病棟の看護師の特徴が、その他の病棟や外来、手術室等と比較して、量的労働負荷と労働負荷の変動が低く、技能の低活用が高いことであったと報告している。両病院の看護師の職業性ストレスの相違について、またそれに連動して、アディクションの実態の相違についても確認したいと考えた。

## II. 研究方法

### 1. 対象

3 総合病院の一般病棟看護師 539 名と、3 精神科病院の精神科病棟看護師 256 名、計 795 名を対象とした。

### 2. 方法

上記対象者に自記式質問紙調査を実施した(2008 年 4-10 月)。各病院の看護部長あてに調査協力を依頼し、調査主旨と方法、倫理的要件について文書を用いて説明、調査協力の承諾を書面にて得た。さらに①対象候補者である看護師への質問紙配布を依頼、配布する際の留意事項として、部署ごとの責任者に研究の主旨と方法、倫理的要件について文書を用いて直接説明し、調査協力の承諾を得ること、②承諾が得られた部署に人数分の調査用紙を届け、部署責任者よりその部署の看護師に調査協力の説明をすること、③対象看護師には、質問紙に添付する研究協力依頼書を通じて研究の主旨と方法、倫理的要件、調査用紙の記入と返却をもって調査協力の承諾が得られたと解釈とする旨等を伝えること、④部署ごとに返却箱を配置して質問紙を回収することの 4 件を伝えた。

質問紙の設問内容は、1) 属性・労働条件(性別、年代、最終学歴、婚姻状況、同居者の有無、看護師としての経験年数、職位、1 週間の平均勤務時間、夜勤の有無、勤務形態)、ストレスの自覚(オリジナルな設問)、ストレス要因として職場でのハラスメント経験(身体的暴力、言葉の暴力、セクシャルハラスメント)の有無(オリジナルな設問)、2) 職業性ストレス評価尺度である NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health)職業性ストレス調査票(以降、NIOSH とする)<sup>3)</sup>のうちの対人葛藤、量的労働負

荷、労働負荷の変動、仕事のコントロール、技能の低活用、人々への責任、社会的支援、身体的自覚症状、抑うつ、自尊心、職務満足感の各尺度、全 116 項目、3) アディクションとして喫煙、飲酒、ギャンブル習慣の有無、向精神薬使用の有無と頻度(オリジナルな設問)、ニコチン依存度評価尺度である FTND (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)<sup>9)</sup>と、アルコール依存症のスクリーニングスケールである CAGE<sup>10)</sup>の各項目とした。

なお、NIOSH の評価法は尺度ごとに算出され(尺度得点)、得点が高いほど各尺度の意味する傾向が強いことを示す。FTND は 6 設問 10 点満点であり、6 点以上で「ニコチン依存症の疑いあり」と判定される。CAGE は 4 設問から構成されており、それぞれ「はい」「いいえ」の 2 選択肢で回答し、「はい」が 2 つ以上あれば「アルコール依存症の疑いあり」と判定される。

分析方法は、全変数の記述統計を求めるとともに、変数間の関連を Spearman の順位相関係数、Unpaired t-test、 $\chi^2$  test、Kruskal-Wallis one-way analysis of variance にて検定した。また、NIOSH の抑うつ及び職務満足感得点を目的変数とし、他の NIOSH 各尺度得点、属性と労働条件等、アディクションを説明変数とした重回帰分析(強制法)及び、FTND 得点と CAGE 得点を目的変数とし、NIOSH 各尺度得点、属性と労働条件等、ギャンブル習慣及び向精神薬使用を説明変数とした重回帰分析(ステップワイズ法)をそれぞれ行った。

### 3. 倫理的配慮

配布する質問用紙の添付文書には研究の目的及び、アンケート記入は自由意思によること、拒否することで不利益は生じないこと、匿名ゆえに個人は特定されないこと、得られたデータは研究以外の目的で使用されないこと等の倫理的要件を記載し、回収は返却箱を通じて研究者に直接回収されるよう手配した。A 大学倫理委員会の審査で承諾を得た。

Ⅲ. 結果

1. 属性・労働条件とストレスの自覚とハラスメント経験の有無

同意が得られた該当部署に質問紙計 997 部を準備し、795 部の返送を得た（回収率 79.7%）。対象看護師 795 名の属性を表 1 に、労働条件とストレスの自覚を表 2 に、過去 1 年間の身体的暴力、言葉の暴力、セクシャルハラスメント経験の有無を表 3 に示した。総合病院群の看護師の 28.6%、精神科病院群の 35.5% が言葉の暴力を経験しており、言葉の暴力を振るった者は患者が 52.7%、上司が 20.0%、同僚が 12.7%、他の医療職が 14.5% であった。一方、身体的暴力の加害者は患者が 89.8%、上司が 8.2%、他の医療職が 2.0% であった。

2. NIOSH 各尺度得点及び、それらと属性の関連

NIOSH の各尺度平均得点を表 4 に示した。病院 2 群間の比較では、総合病院の量的労働負荷、労働負荷の変動、抑うつが精神科病院よりも高く、対人葛藤、自尊心、職務満足感は低いことが示された。次に、属性別の NIOSH 各尺度得点を比較した結果、有意差が認められた尺度得点のみを表 5-1、5-2、5-3、5-4、5-5 に示した。女性、年代が低い者、大卒者、未婚者、職位の高い者の職業性ストレスが男性、年代が高い者、専門学校卒者や短大卒者、既婚者、スタッフよりも高かった。

3. 抑うつと職務満足感得点の説明因子

抑うつと職務満足感得点をそれぞれ目的変数と

表 1 対象看護師の属性（総合病院群・精神科病院群別）

		総合病院		精神科病院		計	
		n=539		n=256		n=795	
性別	男性	17	3.2%	54	21.1%	71	9.1%
	女性	515	95.5%	197	77.0%	712	90.9%
	未記入	7	1.3%	5	2.0%	12	—
年代	20 歳代	227	42.1%	86	33.6%	313	40.1%
	30 歳代	166	30.8%	87	34.0%	253	32.4%
	40 歳代	78	14.5%	34	13.3%	112	14.3%
	50 歳代	57	10.6%	31	12.1%	88	11.3%
	60 歳代以上	3	0.6%	12	4.7%	15	1.9%
	未記入	8	1.5%	6	2.3%	14	—
	未記入	8	1.5%	6	2.3%	14	—
最終学歴	専門学校	362	67.2%	222	86.7%	584	75.9%
	短大	60	11.1%	7	2.7%	67	8.7%
	大学	97	18.0%	12	4.7%	109	14.2%
	大学院	0	0.0%	1	0.4%	1	0.1%
	その他	3	0.6%	5	2.0%	8	1.0%
	未記入	17	3.2%	9	3.5%	26	—
婚姻状況	既婚	173	32.1%	122	47.7%	295	37.7%
	未婚	340	63.1%	105	41.0%	445	56.8%
	離婚	18	3.3%	21	8.2%	39	5.0%
	死別	2	0.4%	2	0.8%	4	0.5%
	未記入	6	1.1%	6	2.3%	12	—
同居者の有無	なし（単身）	261	48.4%	94	36.7%	355	45.3%
	あり	272	50.5%	157	61.3%	429	54.7%
	未記入	6	1.1%	5	2.0%	11	—
看護師としての経験年数	1 年未満	33	6.1%	16	6.3%	49	6.3%
	1-3 年未満	54	10.0%	32	12.5%	86	11.0%
	3-5 年未満	72	13.4%	27	10.5%	99	12.7%
	5-10 年未満	134	24.9%	58	22.7%	192	24.6%
	10-20 年未満	126	23.4%	66	25.8%	192	24.6%
	20 年以上	114	21.2%	48	18.8%	162	20.8%
	未記入	6	1.1%	9	3.5%	15	—
	未記入	6	1.1%	9	3.5%	15	—
職位	師長以上	22	4.1%	27	10.5%	49	6.3%
	副師長	14	2.6%	3	1.2%	17	2.2%
	主任・副主任	23	4.3%	12	4.7%	35	4.5%
	スタッフ	468	86.8%	205	80.1%	673	87.0%
	未記入	12	2.2%	9	3.5%	21	—

表 2 労働条件とストレスの自覚（総合病院群・精神科病院群別）(名)

		総合病院		精神科病院		計	
		n=539		n=256		n=795	
1 週間の平均勤務時間	35 時間未満	15	2. 8%	31	12. 1%	46	6. 3%
	35-40 時間未満	124	23. 0%	74	28. 9%	198	26. 9%
	41-45 時間未満	172	31. 9%	68	26. 6%	240	32. 7%
	46-50 時間未満	88	16. 3%	27	10. 5%	115	15. 6%
	51-55 時間未満	38	7. 1%	10	3. 9%	48	6. 5%
	56-60 時間未満	30	5. 6%	8	3. 1%	38	5. 2%
	61-65 時間未満	13	2. 4%	5	2. 0%	18	2. 4%
	66-70 時間未満	11	2. 0%	1	0. 4%	12	1. 6%
	71-75 時間未満	4	0. 7%	3	1. 2%	7	1. 0%
	76-80 時間未満	7	1. 3%	0	0. 0%	7	1. 0%
	81-85 時間未満	2	0. 4%	1	0. 4%	3	0. 4%
	85-90 時間未満	1	0. 2%	0	0. 0%	1	0. 1%
	90 時間以上	0	0. 0%	2	0. 8%	2	0. 3%
	未記入	34	6. 3%	26	10. 2%	60	-
夜勤の有無	夜勤あり	407	75. 5%	188	73. 4%	595	78. 7%
	夜勤なし	120	22. 3%	41	16. 0%	161	21. 3%
	未記入	12	2. 2%	27	10. 5%	39	-
勤務形態	2 交替	134	24. 9%	125	48. 8%	259	48. 3%
	3 交替	205	38. 0%	47	18. 4%	252	47. 0%
	その他	19	3. 5%	6	2. 3%	25	4. 7%
	未記入	181	33. 6%	78	30. 5%	259	-
ストレスの自覚	ストレスが多い	319	59. 2%	116	45. 3%	435	55. 7%
	他の職場と変わらない	140	26. 0%	79	30. 9%	219	28. 0%
	わからない	61	11. 3%	39	15. 2%	100	12. 8%
	その他	10	1. 9%	17	6. 6%	27	3. 5%
	未記入	9	1. 7%	5	2. 0%	14	-

表 3 ハラスメント経験の有無（総合病院群・精神科病院群別）(名)

		総合病院		精神科病院		計		$\chi^2$ test
		n=539		n=256		n=795		
身体的暴力	あり	73	13. 5%	60	23. 4%	133	17. 1%	$\chi^2 = 11. 939$ 、 $p<. 01$
	なし	454	84. 2%	192	75. 0%	646	82. 9%	
	未記入	12	2. 2%	4	1. 6%	16	－	
言葉の暴力	あり	154	28. 6%	91	35. 5%	245	31. 6%	n. s.
	なし	370	68. 6%	160	62. 5%	530	68. 4%	
	未記入	15	2. 8%	5	2. 0%	20	－	
セクシャルハラスメント	あり	66	12. 2%	26	10. 2%	92	11. 9%	n. s.
	なし	456	84. 6%	226	88. 3%	682	88. 1%	
	未記入	17	3. 2%	4	1. 6%	21	－	

表 4 NIOSH 各尺度得点（総合病院群・精神科病院群別）(点)

		総合病院		精神科病院		Unpaired t-test	
		n=539		n=256			
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t-value	p
ストレッサー	対人葛藤	37.9	9.2	39.4	9.5	-2.1590	<0.05
	仕事のコントロール	39.4	10.7	39.8	11.6		n.s.
	量的労働負荷	39.1	6.3	35.4	7.3	7.3520	<0.001
	労働負荷の変動	10.6	3.0	9.1	3.0	6.4690	<0.001
	技能の低活用	9.2	2.9	9.3	2.5		n.s.
	人々への責任	11.4	3.9	10.9	4.1		n.s.
緩衝要因	社会的支援	48.5	7.0	48.7	8.1		n.s.
個人要因	自尊心	29.2	6.4	30.2	7.0	-2.0210	<0.05
ストレス反応	身体的自覚症状	32.3	10.8	30.9	10.6		n.s.
	抑うつ	18.2	9.2	16.5	9.3	2.2780	<0.05
	職務満足感	7.7	1.7	8.2	1.7	-4.1110	<0.001

表 5-1 NIOSH 各尺度得点－性別の比較－（有意差が認められた尺度得点のみ）  
 （点）、n=783

	男性		女性		Unpaired t-test	
	n=71		n=712			
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t-value	p
量的労働負荷	35.2	7.8	38.3	6.7	-3.563	<.001
労働負荷の変動	9.3	2.9	10.2	3.1	-2.362	<.05

表 5-2 NIOSH 各尺度得点－年代別の比較－（有意差が認められた尺度得点のみ）  
 （点）、n=779

	20 歳代		30 歳代		40 歳代		50 歳代		60 歳代以上		Kruskal-Wallis one-way analysis of variance
	n=313		n=252		n=112		n=87		n=15		
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	p
仕事のコントロール	37.7	10.3	39.1	11.0	42.2	12.0	42.9	11.2	42.9	11.2	<.001
労働負荷の変動	10.2	2.9	10.3	3.2	10.2	3.1	9.5	2.9	7.8	3.3	<.05
人々への責任	11.1	3.8	11.0	4.0	12.2	3.7	11.3	4.6	12.8	3.4	<.05
社会的支援	49.4	6.5	49.1	7.8	47.4	7.4	46.3	8.3	47.6	7.9	<.01
自尊心	27.8	6.4	30.2	6.8	30.7	7.0	31.7	4.9	33.4	4.6	<.001
自覚的身体症状	32.9	11.2	31.8	10.8	31.0	10.7	29.5	8.4	27.0	7.6	<.05
抑うつ	19.0	9.5	17.3	9.6	16.5	9.2	15.5	6.9	12.9	4.3	<.01
職務満足感	7.7	1.6	8.0	1.6	7.6	1.8	8.3	1.9	10.2	1.4	<.001

表 5-3 NIOSH 各尺度得点－最終学歴別の比較－（有意差が認められた尺度得点のみ）  
 （点）、n=765

	専門学校		短大		大学		大学院		その他		Kruskal-Wallis one-way analysis of variance
	n=580		n=67		n=109		n=1		n=8		
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	p
仕事のコントロール	40.3	11.1	37.7	9.8	36.4	10.9	53.0	0.0	35.5	10.6	<.01

表 5-4 NIOSH 各尺度得点－婚姻状況別の比較－（有意差が認められた尺度得点のみ）  
 （点）、n=780

	既婚		未婚		離婚		死別		Kruskal-Wallis one-way analysis of variance
	n=293		n=445		n=39		n=3		
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	p
仕事のコントロール	41.2	11.4	38.5	10.7	40.2	10.4	42.3	13.4	<.05
自尊心	31.0	6.2	28.4	6.6	31.8	6.7	29.5	0.6	<.001
自覚的身体症状	30.6	10.0	32.8	11.2	27.7	8.2	33.8	10.4	<.01
抑うつ	15.5	8.9	19.1	9.3	14.8	6.8	21.5	5.0	<.001
職務満足感	8.1	1.8	7.7	1.6	8.4	1.7	10.0	0.8	<.001

表 5-5 NIOSH 各尺度得点－職位別の比較－（有意差が認められた尺度得点のみ）  
 （点）、n=759

	師長以上		副師長		主任・副主任		スタッフ		Kruskal-Wallis one-way analysis of variance
	n=49		n=17		n=35		n=658		
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	p
仕事のコントロール	55.6	10.6	39.4	11.0	46.0	8.1	38.2	10.2	<.001
量的労働負荷	40.6	7.0	38.4	6.4	40.9	6.4	37.6	6.9	<.01
人々への責任	15.4	3.5	13.2	3.4	13.0	2.7	10.9	3.8	<.001

し、他の変数を説明変数とした重回帰分析の結果を表 6-1 と 6-2 に示した。抑うつと職務満足感を説明する共通の説明変数として、自尊心、社会的支援、技能の低活用、人々への責任が認められた。社会的支援と自尊心が高く、技能の低活用が低い者ほど抑うつは低く、職務満足感が高かった。一

方で、人々への責任が高い者の抑うつと職務満足感、そうでない者よりも高かった。また身体的自覚症状、対人葛藤、同居者がいない者、労働負荷の変動が高い者の抑うつがそうでない者よりも高く、年代が低い者、3 交代勤務者の職務満足感がそうでない者よりも高かった。

表 6-1 抑うつ得点 (NIOSH) の説明因子—他の NIOSH 各尺度得点等を説明変数とした重回帰分析 (強制法) の結果—

n=795

	$\beta$	t-value	p
身体的自覚症状	.376	13.519	.000
自尊心	-.372	-13.429	.000
社会的支援	-.125	-4.376	.000
対人葛藤	.120	4.171	.000
同居家族の有無	-.089	-3.391	.001
技能の低活用	.087	3.194	.001
人々への責任	.070	2.621	.009
労働負荷の変動	.067	2.399	.017

Adjusted R<sup>2</sup>=.515

表 6-2 職務満足感得点 (NIOSH) の説明因子—他の NIOSH 各尺度得点等を説明変数とした重回帰分析 (強制法) の結果—

n=795

	$\beta$	t-value	p
社会的支援	.232	5.820	.000
自尊心	.229	5.532	.000
量的労働負荷	-.120	-2.921	.004
年代	.113	2.769	.006
技能の低活用	-.104	-2.566	.011
勤務形態	-.101	-2.560	.011
人々への責任	.081	2.027	.043

Adjusted R<sup>2</sup>=.189

表 7 喫煙・飲酒・ギャンブル習慣と向精神薬使用の有無・頻度 (総合病院群・精神科病院群別)

(名)

		総合病院		精神科病院		計		$\chi^2$ test
		n=539		n=256		n=795		
喫煙習慣	あり	55	10.2%	75	29.3%	130	16.4%	$\chi^2 = 46.754, p<.001$
	なし	480	89.1%	178	69.5%	658	82.8%	
	未記入	4	0.7%	3	1.2%	7	0.9%	
飲酒習慣	毎日ないしほぼ毎日	183	34.0%	52	20.3%	235	29.6%	$\chi^2 = 33.156, p<.001$
	2-3 回／週	103	19.1%	23	9.0%	126	15.8%	
	1 回／週	55	10.2%	26	10.2%	81	10.2%	
	1-2 回／月	94	17.4%	56	21.9%	150	18.9%	
	1-2 回／月未満	101	18.7%	98	38.3%	199	25.0%	
	未記入	3	0.6%	1	0.4%	4	0.5%	
	睡眠薬の使用	日常的に使用する	3	0.6%	5	2.0%	8	
しばしば使用する		49	9.1%	11	4.3%	60	7.5%	
ときどき使用する		43	8.0%	20	7.8%	63	7.9%	
ほとんど使用しない		434	80.5%	205	80.1%	639	80.4%	
その他		7	1.3%	12	4.7%	19	2.4%	
未記入		3	0.6%	3	1.2%	6	0.8%	
睡眠薬以外の向精神薬の使用	日常的に使用する	3	0.6%	1	0.4%	4	0.5%	$\chi^2 = 16.560, p<.01$
	しばしば使用する	21	3.9%	2	0.8%	23	2.9%	
	ときどき使用する	16	3.0%	3	1.2%	19	2.4%	
	ほとんど使用しない	488	90.5%	234	91.4%	722	90.8%	
	その他	8	1.5%	13	5.1%	21	2.6%	
	未記入	3	0.6%	3	1.2%	6	0.8%	
ギャンブル習慣	日常的にしている	7	1.3%	5	2.0%	12	1.5%	n. s.
	しばしばする	31	5.8%	19	7.4%	50	6.3%	
	時々する	27	5.0%	23	9.0%	50	6.3%	
	ほとんどしない	465	86.3%	199	77.7%	664	83.5%	
	その他	6	1.1%	7	2.7%	13	1.6%	
	未記入	3	0.6%	3	1.2%	6	0.8%	

4. 喫煙・飲酒・ギャンブル習慣と向精神薬使用の実態

喫煙・飲酒・ギャンブル習慣と向精神薬使用の有無・頻度を表7に示した。ギャンブル習慣を除くすべての項目において、総合病院と精神科病院の2群間で有意差が認められた。精神科病院の喫煙率が29.3%なのに対し、総合病院の喫煙率は10.2%（両群合わせて16.4%）、総合病院の少なくとも「毎日ないしほぼ毎日」飲酒する者の割合が34.0%なのに対し、精神科病院のそれは20.3%であった（両群合わせて29.6%）。また全対象者のうちFTND得点によりニコチン依存症が疑われた者は26名（3.3%）、CAGE得点でアルコール依存症が疑われた者は67名（8.5%）であった。

次に、対象者全体と喫煙者ないし飲酒者のみを対象としたFTND得点とCAGE得点の結果であるが、全体の平均FTND得点が0.6±1.6点、平均CAGE得点が0.3±0.7点、喫煙者130名の平均FTND得点は3.6±2.3点、飲酒者（飲酒頻度が1-2回／月以上の者）592名の平均CAGE得点は0.3±0.8点であった。病院2群間では、Unpaired t-testにて対象者全体のFTND得点とCAGE得

点間に有意差が認められた（FTND：t=-5.964、p<.001、CAGE：t=-4.664、p<.001）。総合病院のFTNDとCAGE得点が0.3±1.1点と0.2±0.6点、精神科病院は1.2±2.2点と0.5±0.8点であった。

最後に、睡眠薬の使用については、「ほとんど使用しない」者の割合が総合病院80.5%、精神科病院80.1%、睡眠薬以外の向精神薬では「ほとんど使用しない」者の割合が総合病院90.5%、精神科病院91.4%であった。ギャンブルを「ほとんどしない」者は2病院で83.5%、「日常的にしている」と「しばしばする」者が合わせて7.8%であった。

5. 喫煙・飲酒・ギャンブル習慣及び向精神薬使用とNIOSH各尺度得点の関連

喫煙・飲酒・ギャンブル習慣と向精神薬使用の有無・頻度と、NIOSH各尺度得点間の関連をみるために、習慣や使用の有無と頻度別のNIOSH各尺度得点を比較し、有意差が認められた尺度得点の結果を表8-1、8-2、8-3、8-4、8-5に示した。喫煙者の身体的自覚症状が非喫煙者よりも高く、飲酒頻度の高い者ほど技能を活用し、抑うつは低か

表 8-1 NIOSH 各尺度得点－喫煙有無による比較－（有意差が認められた尺度得点のみ）  
(点)、n=788

	喫煙群 n=130		非喫煙群 n=658		Unpaired t-test	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t value	p
自覚的身体症状	34.5	12.1	31.3	10.4	3.1	<.01

表 8-2 NIOSH 各尺度得点－飲酒頻度による比較－（有意差が認められた尺度得点のみ）

(点)、n=791

	毎日ないしほぼ毎日 n=234		2-3 回／週 n=126		1 回／週程度 n=81		1-2 回／月程度 n=150		1-2 回／月程度未満 n=200		Kruskal-Wallis one-way analysis of variance
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	p
対人葛藤	37.3	9.6	39.4	9.5	38.1	9.6	37.4	9.0	39.7	8.8	<.05
仕事のコントロール	41.0	11.1	39.4	9.4	39.0	11.4	37.9	11.8	39.4	11.0	<.05
技能の低活用	8.8	2.8	9.0	2.5	9.5	2.6	9.5	2.7	9.6	3.1	<.05
抑うつ	16.1	8.8	17.8	8.7	18.3	8.9	19.2	9.9	18.0	9.6	<.05

表 8-3 NIOSH 各尺度得点－睡眠薬の使用頻度による比較－（有意差が認められた尺度得点のみ）

(点)、n=787

	ほとんど使用しない n=637		時々使用する n=54		しばしば使用する n=69		日常的に使用する n=8		その他 n=19		Kruskal-Wallis one-way analysis of variance
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	p
対人葛藤	37.7	9.2	40.4	9.6	41.8	8.7	41.9	11.1	38.7	10.8	<.01
社会的支援	49.1	6.9	46.9	8.4	46.2	8.9	41.5	11.0	47.9	7.7	<.05
身体的自覚症状	30.3	9.3	39.4	14.8	39.1	13.6	37.7	7.5	34.2	12.6	<.001
抑うつ	16.6	8.4	22.5	11.5	22.8	11.6	23.6	7.0	17.7	11.4	<.001



表 8-4 NIOSH 各尺度得点－睡眠薬以外の向精神薬の使用頻度による比較－（有意差が認められた尺度得点のみ）  
 （点）、n=787

	ほとんど 使用しない		時々使用する		しばしば 使用する		日常的に 使用する		その他		Kruskal-Wallis one-way analysis of variance
	n=720		n=18		n=24		n=4		n=21		
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
身体的自覚症状	31.2	10.0	41.4	16.0	40.7	14.6	48.0	22.0	34.4	12.0	<.001
抑うつ	17.2	8.8	23.4	10.3	25.3	12.8	26.3	13.3	18.3	11.3	<.01

表 8-5 NIOSH 各尺度得点－ギャンブル習慣の頻度による比較－（有意差が認められた尺度得点のみ）  
 （点）、n=787

	ほとんどしない		時々する		しばしばする		日常的に している		その他		Kruskal-Wallis one-way analysis of variance
	n=662		n=46		n=54		n=12		n=13		
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
仕事のコントロール	39.1	10.9	41.0	11.7	43.4	10.9	38.7	12.3	43.1	10.8	<.01
人々への責任	11.1	4.0	12.5	3.4	12.2	3.5	10.1	3.7	11.7	3.5	<.05

った。さらに、毎日ないしほぼ毎日飲酒する者の対人葛藤はそれ以外の者よりも低く、仕事のコントロールは高かった。次に、喫煙者と飲酒者を対象とした FTND 得点（表 8-1、8-2）と CAGE 得点、NIOSH 各尺度得点の関連をみるためにこれら変数間の Spearman の順位相関係数を求めたところ、FTND 得点と CAGE 得点間に弱い正の相関が認められものの（ $r=0.258$ 、 $p<.01$ ）、両変数と NIOSH 各尺度得点間ではそれ以上の相関は認められなかった。

次に、FTND 得点によりニコチン依存症が疑われる群（26 名：3.3%）とそれ以外の群（非喫煙者とニコチン依存症が疑われない喫煙者）の 2 群及び、CAGE 得点でアルコール依存症が疑われる群（67 名：8.5%）とそれ以外の群（非飲酒者と

アルコール依存症が疑われない飲酒者）の 2 群間の NIOSH 各尺度得点をそれぞれ比較したところ、ニコチン依存症が疑われる群とそれ以外の群間で対人葛藤と抑うつ得点に、アルコール依存症が疑われる群とそれ以外の群間で身体的自覚症状と抑うつ得点に有意差が認められた。ニコチン依存症が疑われる群の対人葛藤と抑うつ得点はそれ以外の群よりも高く、アルコール依存症が疑われる群の身体的自覚症状と抑うつ得点はそれ以外の群よりも高かった（表 9-1、9-2）。

最後に向精神薬の使用については、睡眠薬か否かにかかわらず身体的自覚症状と抑うつと関連し、向精神薬使用者の身体的自覚症状と抑うつが不使用者よりも高く、かつ睡眠薬使用者の対人葛藤は非使用者よりも高く、社会的支援は低かった

表 9-1 NIOSH 各尺度得点－ニコチン依存症が疑われる群とそれ以外の群（非喫煙者とニコチン依存症が疑われない喫煙者）間の比較－（有意差が認められた尺度得点のみ）  
 （点）、n=786

	ニコチン依存症が疑われる群		それ以外の群 (非喫煙者とニコチン依存症が 疑われない喫煙者)		Unpaired t-test	
	n=26		n=760			
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t value	p
対人葛藤	42.8	8.6	37.8	9.3	-2.585	<.05
抑うつ	21.0	9.1	17.1	9.0	-2.097	<.05

表 9-2 NIOSH 各尺度得点－アルコール依存症が疑われる群とそれ以外の群（非飲酒者とアルコール依存症が疑われない飲酒者）間の比較－（有意差が認められた尺度得点のみ）  
 （点）、n=786

	アルコール依存症が疑われる群		それ以外の群 (非飲酒者とアルコール依存症が 疑われない飲酒者)		Unpaired t-test	
	n=67		n=724			
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t value	p
身体的自覚症状	34.5	10.8	31.6	10.7	-2.138	<.05
抑うつ	20.5	9.5	17.4	9.2	-2.660	<.01

表 10-1 FTND 得点の説明因子  
－ FTND 得点以外の変数を説明変数とした重回帰分析（ステップワイズ法）の結果－

n=786

	$\beta$	t-value	p
量的労働負荷	-.367	-3.331	<.01
身体的自覚症状	.258	2.278	<.05
CAGE 得点	.248	2.239	<.05

Adjusted R<sup>2</sup> = .202

表 10-2 CAGE 得点の説明因子  
－ CAGE 得点以外の変数を説明変数とした重回帰分析（ステップワイズ法）の結果－

n=786

	$\beta$	t-value	p
勤務形態	-.310	-2.872	<.01
性別	-.284	-2.648	<.05
身体的自覚症状	.276	2.563	<.05

Adjusted R<sup>2</sup> = .211

(表 8-3、8-4)。ギャンブル習慣は仕事のコントロールと人々への責任と関連し、ギャンブルを「日常的にしている」者の仕事のコントロールと人々への責任はそれ以外の者よりも低かった。

6. FTND 得点と CAGE 得点の説明因子

FTND 得点と CAGE 得点をそれぞれ目的変数とし、その他の変数を説明変数とした重回帰分析を実施したところ、FTND 得点に対しては量的労働負荷、身体的自覚症状、CAGE 得点が有意な説明変数として抽出された。量的労働負荷が低い者、身体的自覚症状が高い者、CAGE 得点が高い者の FTND 得点が、量的労働負荷が高い者、身体的自覚症状が低い者、CAGE 得点が低い者よりも高かった（表 10-1）。次に、CAGE 得点の目的変数に対しては勤務形態、性別、身体的自覚症状得点が有意な説明変数として抽出され、2 交代勤務者、男性、身体的自覚症状の高い者の CAGE 得点が 3 交代勤務者、女性、身体的自覚症状の低い者よりも高かった（表 10-2）。

IV. 考察

1. 対象看護師の職業性ストレス

NIOSH を使用した看護師を対象とした先行所見<sup>8, 11-14)</sup>と比較すると、本対象看護師は総合病院群、精神科病院群ともに職務満足感が低い傾向にあり、他職種と比べてストレスが高いこと<sup>15)</sup>が示唆された。病院 2 群間の比較では、総合病院の量的労働負荷、労働負荷の変動、抑うつが精神科病

院よりも高く、対人葛藤、自尊感情、職務満足感は低く、またストレスの自覚も高いことが示されたが、総合病院では精神科病院以上にクリティカルな看護が求められる病棟が多いことが、これらの結果を説明し得ると考える。ただし職務満足感については、対象の属性等が影響した可能性もうかがわれる。たとえば職務満足感は年代や婚姻状況によって異なり、年代が高い者、既婚者の職務満足感がそうでない者よりも高かった。したがって年代が高く、既婚者が多い精神科病院の看護師の職務満足感が、総合病院の看護師より高かったと推察される。

次に、属性別の NIOSH 各尺度平均得点の結果からは、女性、年代が低い者、大卒者、未婚者、職位の高い者の仕事のストレスが男性、年代が高い者、専門学校卒者や短大卒者、既婚者、スタッフよりも高いことが示唆されたが、こちらも先行所見<sup>16-18)</sup>と一貫していた。最終学歴で大学群が専門学校群や短大群よりも不良であったことは、若い年代層に大学群が多いことが影響したと推察できる。着眼したいのは、職務満足感が全体的に年齢と比例して高くなるのにかかわらず、40 歳代は 20 歳代よりも低かったこと、さらに職位別の仕事のコントロールが、職位が上がるほど高くなる傾向にある中、副師長と主任・副主任間では、副師長の仕事のコントロールが主任・副主任よりも低かったことである。前者について先行所見<sup>17, 19-20)</sup>を参照すると、唯一畑中ら<sup>21)</sup>が、40 歳代以上の中間管理職の職務満足度が有意に低いと報

告している。しかし他の先行所見では一貫しないことから、本件は今後探究していくべき課題といえよう。後者の、副師長と主任・副主任の職務満足度の逆転については、中川ら<sup>17)</sup>のレビューによると、満足度の構成要素（専門職としての自律の満足度、看護管理・職業的地位の満足度）によって職位別の高低が異なるという。したがって、構成要素を加味した追跡調査をもって、本結果の再現性を確認していく必要があるだろう。副師長は師長ほどの裁量権をもたず、かつ主任のように臨床業務の詳細を統率する立場でないことが、低い職務満足感を招いている可能性がうかがわれるが、推測の域を出ない。

次に、抑うつと職務満足感を目的変数とした重回帰分析の結果、両者を説明する共通の要因として自尊心、社会的支援、技能の低活用、人々への責任の4つが認められ、自尊心、社会的支援が高く、技能の低活用が低い者の抑うつは低く、職務満足感が高いこと、人々への責任については、責任が高い者は抑うつも職務満足感も責任の低い者よりも高いことが示された。後者については、責任感を求められるというストレスが個人に相反する反応を引き起こすことを示唆しており、肯定的な反応が否定的反応に勝るような支援が必要と考える。さらに、身体的自覚症状、対人葛藤、同居者がいない者、労働負荷の変動が高い者の抑うつがそうでない者よりも高いこと、年代が低い者、3交代勤務者の職務満足感がそうでない者よりも高いことが示されたが、興味深いのは、重回帰分析の結果得られた説明変数にFTND得点やCAGE得点が含まれなかったことである。喫煙や飲酒への依存が抑うつと職務満足感のストレスアとして働いていない可能性を示唆している。

最後にハラスメントの実態であるが、言葉の暴力が最も多く総合病院群の看護師の3割弱、精神科病院群の3割強が経験、言葉の暴力を振るった者の3分の1は上司・同僚であった。看護師を対象としたハラスメント研究<sup>22)</sup>では、全国814施設で1年間に同じ職場職員からハラスメントを受けた者は24.3%、ハラスメント後に心身に変調を来した者がそのうちの48.5%であったと報告されている。患者のみならず上司、同僚、他職種

からのハラスメントを視野に入れたハラスメント防止策を講ずる必要があるだろう。ちなみに藤井ら<sup>23)</sup>は、造船業従業員の労働災害被災者のメンタル特性として、職場のハラスメント、抑うつ状態、睡眠障害をあげ、それらが労働災害の被災にも関係していたと報告している。職場のハラスメントが職業性ストレスのみならず、安全管理にも影響することを示唆しており、医療現場でも留意したい。一方、言葉の暴力の次に多かったのが身体的暴力であったが、身体的暴力を振るった者の9割が患者であり、かつ精神科病院群の経験者が総合病院群よりも多かった。精神科には不穏・興奮等の精神症状を呈する患者が多いという病棟特性が依拠したと推察される<sup>24-25)</sup>。ここでも、安全管理や暴力防止のための注視を怠らない方策が望まれる。

## 2. 喫煙及び飲酒の実態と職業性ストレスの関連

日本人の喫煙率は2008年から2013年にかけて、男性が21.8%から19.3%、女性は9.1%から8.2%へと共に漸減傾向にある<sup>26)</sup>。したがって精神科病院群の喫煙率29.3%は、低い数字と言えない。一方、飲酒習慣のある者（週3日以上飲酒し、飲酒日1日あたり1合以上を飲酒する者）は、2008年から2014年にかけて男性が35.1%から32.8%と漸減、女性は6.8%から8.7%漸増している<sup>27)</sup>。したがって両病院群の少なくとも「毎日ないしほぼ毎日」飲酒する者の割合29.6%（総合病院34.0%、精神科病院20.3%）も、決して低い数字ではない。またFTND得点とCAGE得点によりニコチン依存症及びアルコール依存症が疑われた者が3.3%と8.5%であったことについては、地方公務員（平均年齢39.3歳、男性が65.0%）を対象としたFTNDとCAGEの質問紙調査<sup>28)</sup>において、ニコチン依存症が疑われた者が4.0%（全員男性）、アルコール依存症が疑われた者が11.9%（男性15.9%、女性4.5%）であったことと比較する限り、やはり本対象看護師は高いといえる。

次に喫煙と職業性ストレスの関連であるが、島井ら<sup>29)</sup>は看護師と看護学生の喫煙行動とストレスについて2000年から2010年までの論文をレビューし、喫煙の開始にストレスが関与している証

抛はないこと、多くの看護師、看護学生は病院に勤務する前から喫煙を開始していること、看護師の交代制勤務や社会的地位の低さ等と喫煙維持が関連していること、精神的不健康等と喫煙維持は関連していないことを報告している。また、地方公務員の上記調査<sup>28)</sup>では、喫煙依存度の説明変数としてストレス反応であるバーンアウトが見いだせたが、他の職業性ストレスは見いだせなかったことを報告している。さらにFTNDとCAGEを用いた精神科看護師を対象とした調査<sup>30)</sup>では、喫煙と飲酒と睡眠薬使用の関連から、ニコチンに対する依存性がアルコールへの依存性や睡眠薬の使用頻度に比例することを報告している。両所見とも、いかなる対象への依存であろうとその基盤には個人要因があることを示唆している。しかし本対象看護師は、喫煙者の身体的自覚症状が非喫煙者よりも高く、FTND得点によりニコチン依存症が疑われる群とそれ以外の群間の比較では、疑われる群の対人葛藤と抑うつ得点がそれ以外の群よりも高かった。さらにFTND得点を目的変数とした重回帰分析の結果からは、CAGE得点以外に量的労働負荷と身体的自覚症状が見いだせたことから、アディクションという個人要因のみならず職業性ストレスも喫煙と関連している可能性が示唆された。看護師を目指す者がもともと個人要因として喫煙しやすい傾向をもち、職場の負荷がさらに喫煙行動を促し、結果として身体的不調が高まるという構図がうかがわれる。

最後に、飲酒と職業性ストレスの関連であるが、上記地方公務員を対象とした調査<sup>28)</sup>では、飲酒は仕事のストレス、ストレス反応、修飾要因のいずれとも有意な関連を示さなかったが、本対象看護師にあつては、飲酒頻度の高い者ほど技能を活用し、抑うつは低い傾向が認められた。さらに、毎日ないしほぼ毎日飲酒する者の対人葛藤はそれ以外の者よりも低く、仕事のコントロールは高い傾向が認められた。しかしアルコール依存症が疑われる者とそれ以外の者との比較では、疑われる者の身体的自覚症状と抑うつは疑われない者よりも高く、CAGE得点を目的変数とした重回帰分析の結果からは、2交代勤務者、男性、身体的自覚症状の高い者のCAGE得点が3交代勤務者、

女性、身体的自覚症状の低い者よりも高かった。以上より、飲酒行動の有無、頻度のみならずアルコールへの依存度が職業性ストレスと関連している可能性、アルコールへの依存がない飲酒であれば看護師のメンタルヘルスにより影響を及ぼす可能性が示唆された。そうであれば飲酒イコールアディクション、繰り返される不適切な行動と捉える必要はないことになる。なお勤務形態による相違については、一般的に日中よりも夕方以降に飲酒する者が多いことから、その時間帯が自由になりやすい2交代勤務者のほうが、3交代勤務者よりも必然的に飲酒機会が多くなることが関係していることもうかがわれる。いずれにせよ上述した、2交代勤務者の職務満足感が3交代勤務者よりも高かったことも考慮しながら、職場のメンタルヘルス対策を講じる必要がある。

### 3. 睡眠薬・その他の向精神薬使用及びギャンブル習慣の実態と職業性ストレスの関連

精神科看護師を対象とした上記山口らの調査<sup>30)</sup>では、対象看護師の睡眠薬使用は「毎日」と「よく使用する」者が合わせて6.7%、「ほとんど使用しない」と「使用しない」が合わせて76.2%を占めていた。一方、本対象看護師の場合、睡眠薬を「ほとんど使用しない」者の割合は総合病院、精神科病院ともに8割であり、上記所見と明らかな相違はないものの、今後他職種との比較を含めて追及していく必要がある。ただし、睡眠薬以外の向精神薬の「ほとんど使用しない」者の割合も9割であったことから、本対象看護師に向精神薬の使用が「蔓延している」可能性は否定できよう。一方、ギャンブル習慣については、佐々木<sup>31)</sup>が276名の女性看護師(20歳代37.7%、30歳代32.6%)を対象にアンケート調査を実施し、「ギャンブルをしていない」者が80.4%、「日頃宝くじのみを購入している」者が15.6%、「それ以外のギャンブルをしている」者が4.0%であったと報告している。また、柳沢ら<sup>32)</sup>は、一大学における大学生222名(男性128名、女性90名、不明4名)を対象にギャンブルの実態調査を実施し、女性の1年間のギャンブル経験は宝くじが最も多く、続いてパチンコ、スロットマシンであり、週1回以

上の頻度で習慣化している女性はゼロであったと報告している。したがって、本対象看護師のギャンブルを「ほとんどしない」者が8割強、「日常的にしている」と「しばしばする」者が合わせて7.8%であったことは、対象看護師のギャンブル習慣が少なくないことをうかがわせる。

次に睡眠薬・それ以外の向精神薬の使用頻度及びギャンブル習慣と職業性ストレスの関連であるが、睡眠薬か否かにかかわらず向精神薬使用者の自覚症状と抑うつは、非使用者よりも高く、かつ睡眠薬使用者の対人葛藤は睡眠薬の非使用者よりも高く、社会的支援は低かった。仕事のストレッサーである対人葛藤が高く、緩衝要因である社会的支援が低いためにストレス反応として自覚的身体症状や抑うつが出現し、場合によって不眠が生じ、それへの対処として睡眠薬を使用するという構図がうかがわれる。一方、ギャンブル習慣については、ギャンブルを「日常的にしている」者の仕事のコントロールと人々への責任はそれ以外の者よりも低かった。仕事のコントロールが低いことや人々への責任が低いことが仕事のストレッサーに相当すると仮定すれば、ストレッサーに対するコーピングや解消手段としてギャンブルをしていると推察できるが、仕事のコントロールが高いことや人々への責任が高いことが仕事のストレッサーに相当するとすれば、別の解釈が必要になる。また、ギャンブルが必ずしもストレスの解消に相当するとは断定できない。たとえばアディクションに陥りやすい性向がある者であれば、それゆえにギャンブル習慣をもち、かつそれゆえに、仕事の裁量権をもって人々への責任を負わざるを得ない職位等には至らないという解釈も可能である。ギャンブル習慣と職業性ストレスとの関連については、さらなる追跡調査が必要といえよう。ギャンブルはコントロールできる範囲内であれば必ずしも悪い習慣、すなわち「繰り返される不適切な行動」の範疇には入らないかもしれないが、少なくとも本結果は、ギャンブル習慣と仕事のストレスとの有意な関連を示唆しており、ギャンブル習慣を視野に入れたメンタルヘルスの方策を構築していく必要がある。

最後に、病院2群間で喫煙習慣と飲酒習慣の有

無と頻度に有意差が認められたものの、その背景には両群の対象看護師の属性と労働条件等、ストレスの自覚の相異、患者特性や看護業務の相異があると考えられる。それら影響要因の結果としての相違なのか、もともと喫煙習慣を抱えている者が精神科病院に就業しやすく、飲酒習慣を持つ者が総合病院に就業しやすいのかは不明である。今後の継続調査が望まれる。

## V. 結論

1. 総合病院の看護師の量的労働負荷、労働負荷の変動、抑うつが精神科病院よりも高く、対人葛藤、自尊感情、職務満足感は低く、またストレスの自覚も高かった。
2. 抑うつと職務満足感得点を目的変数とした重回帰分析の結果、両者の説明変数として自尊心、社会的支援、技能の低活用、人々への責任が見だせたが、FTNDやCAGE得点は含まなかった。喫煙や飲酒への依存が抑うつと職務満足感のストレッサーとして働いていないことが示唆された。
3. 精神科病院の喫煙率は29.3%、総合病院と精神科病院の「毎日ないしほぼ毎日」飲酒する者の割合はそれぞれ34.0%、20.3%であった。共に一般日本人のそれと比較して高く、またニコチン及びアルコール依存症が疑われた者も3.3%、8.5%と高率であった。
4. 喫煙者の身体的自覚症状は非喫煙者よりも高く、ニコチン依存症が疑われる者の対人葛藤と抑うつは疑われない者よりも高かった。FTND得点を目的変数とした重回帰分析の結果、CAGE得点以外に量的労働負荷と身体的自覚症状が説明変数として見いだせたことから、アディクションという個人要因のみならず、職業性ストレスも喫煙と関連していることが示唆された。
5. 飲酒頻度の高い者ほど技能を活用し、抑うつは低く、しかしアルコール依存症が疑われる者の身体的自覚症状と抑うつは疑われない者よりも高かった。またCAGE得点を目的変数とした重回帰分析の結果、勤務形態、性別、身体的自覚症状が説明変数として見いだせたこ

とから、飲酒行動の有無、頻度のみならずアルコールへの依存度も職業性ストレスと関連していることが示唆された。

6. 向精神薬使用者の身体的自覚症状と抑うつは非使用者よりも高く、かつ睡眠薬使用者の対人葛藤は非使用者よりも高く、社会的支援は低かった。また、ギャンブルを「日常的にしている」者の仕事のコントロールと人々への責任はそれ以外の者よりも低かった。

最後に、本研究の内容に関して利益相反事項はない。

## 文献

- 1) 松下年子, 日下修一編著: アディクション看護学, メヂカルフレンド社, 東京, 2015.
- 2) 外林大作, 辻正三, 島津一夫, 他編: 誠信心理学辞典, p251, 誠信書房, 東京, 1981.
- 3) 原谷隆史: 質問紙による健康測定第8回 NIOSH 職業性ストレス調査票, 産業衛生学雑誌, 40(2): 73-74, 1998.
- 4) アン・ウィルソン シェフ著, 斎藤学翻訳: 嗜癖する社会, 誠信書房, 東京, 1993.
- 5) 中島朱美, 原谷隆史: 医療・福祉従事者の職場ストレスとコーピング 対人援助を業とする職域間・職種間比較, 介護福祉学, 12(1): 63-73, 2005.
- 6) 島井哲志, 山田富美雄: 日本における看護師と看護学生の喫煙行動とストレスについての検討 2000年から2010年の論文レビューから, 禁煙科学, 5(2): 1-11, 2011.
- 7) 松下年子, 小倉邦子, 小林一裕, 他: 精神科看護師のアディクション, 日本精神科看護学会誌, 52(2): 168-172, 2009.
- 8) 小林優子: もう一つのリスクマネジメント ストレスや危険な労働環境への対策 看護の職場における労働安全衛生ガイドライン」を活用しよう! 事例 ストレス 看護職のストレスサーとは?, 看護, 57(14): 22-26, 2005.
- 9) Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C., et al. (1991). The Fargerstrom Test

for Nicotine Dependence: a revision of the Fargerstrom Tolerance Questionnaire, Br J Addict, 86, 1119-1127.

- 10) 北村俊則: CAGE 質問票, 精神科診断学, 2: 359-363, 1991.
- 11) 小林優子, 原谷隆史, 加藤光實: 看護婦のストレスに関する研究(第一報) 仕事上のストレスサーと職務満足感および気分との関連, 新潟県立看護短期大学紀要, 6: 47-55, 2000.
- 12) 戸松真希, 栗原日登美, 宇賀神真紀, 他: 小児外科系混合病棟で働く看護師のストレス調査 小児慢性期病棟と比較して, 日本看護学会論文集, 小児看護, 43: 137-140, 2013.
- 13) 三木明子: 産業・経済変革期の職場のストレス対策の進め方 各論4 事業所や職種に応じたストレス対策のポイント 病院のストレス対策, 産業衛生学雑誌, 44(6): 219-223, 2002.
- 14) 落合一乃: 救急外来での業務を兼務する手術室勤務看護師を対象としたストレスの実態調査「NIOSH 職業性ストレス調査票」を用いて, 日本救急医学会関東地方会雑誌, 27: 224-225, 2006.
- 15) 三木明子: 産業・経済変革期の職場のストレス対策の進め方 各論4 事業所や職種に応じたストレス対策のポイント 病院のストレス対策, 産業衛生学雑誌, 44(6): 219-223, 2002.
- 16) 池田美樹, 仲谷誠, 西三代子, 他: 病院職員のメンタルヘルスケアと職業性ストレス簡易調査票の活用, 日社精医誌, 15: 199-207, 2007.
- 17) 中川典子, 林千冬: 日本における看護職者に関する職務満足度研究の成果と課題 過去15年間の Stamps- 尾崎翻訳修正版尺度を用いた研究の文献レビュー, 日本看護管理学会誌, 8(1): 43-57, 2004.
- 18) 中尾久子, 川口貞親, 奥田昌之, 他: 女性看護職の精神健康と労働時間の関連性 キャリア継続支援のための看護管理についての検討, 九州大学医学部保健学科紀要, 7: 51-

- 59, 2006.
- 19) 野中真由子：精神科看護師のストレス要因とその対処行動，心身健康科学，4(1)：47-53，2008.
- 20) 北岡（東口）和代，谷本千恵，林みどり，他：精神科看護者のバーンアウトと職場ストレス要因についての検討，石川看護雑誌，1：7-12，2004.
- 21) 畑中暁子，草刈淳子，永友みゆき：看護婦の職務満足と定着に関する一考察 -T 大学病院の実態調査から-，日本看護研究学会雑誌，17(4)：75-76，1994.
- 22) 日隈利香：看護職員のハラスメント問題に関する研究 -全国の保健・医療・福祉機関に勤務する看護師を対象にしたアンケート調査結果より-，日本看護学会論文集 精神看護，43：128-31，2013.
- 23) 藤井保人，谷口敏代，廣川空美，他：造船所現場従業員の労働災害被災者のメンタル特性，岡山県立大学保健福祉学部紀要，17：37-42，2011.
- 24) 大岡由佳，前田正治，田中みとみ，他：精神科看護師が職場で被るトラウマ反応，精神医学，49(2)：143-153，2007.
- 25) 瀧川薫：精神障害者関連施設における看護者と福祉関係者のストレスサー，滋賀医科大学看護学ジャーナル，3(1)：42-48，2005.
- 26) 厚生労働省：平成25年国民健康・栄養調査結果の概要，<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000106403.pdf> (2017.6. アクセス)
- 27) 厚生労働省：平成26年国民健康・栄養調査結果の概要，<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000117311.pdf> (2017.6. アクセス)
- 28) 松下年子，山崎茂樹：職業ストレスとアディクション，アディクションと家族，21，385-392，2005.
- 29) 島井哲志，山田富美雄：日本における看護師と看護学生の喫煙行動とストレスについての検討 2000年から2010年の論文レビューから，禁煙科学，5(2)：1-11，2011.
- 30) 山口恵，松下年子：精神科看護師のアディクション -精神科看護師を対象とした喫煙・飲酒習慣と依存度調査-，アディクション看護，4：11-20，2007.
- 31) 佐々木理奈：女性看護師とギャンブル パチンコを趣味とする女性看護師の現状とその思い，日本赤十字看護大学紀要，22：71-79，2008.
- 32) 柳沢直恵，朝倉真理，大家ゆず子，他：一大学におけるギャンブリングに関する実態調査，信州公衆衛生雑誌，6(1)：64-65，2011.

### Abstract

The purpose of this study was to describe the relationship between occupational stress and addictions such as smoking, drinking, using psychotropic drugs, and gambling, among nurses working in general and psychiatric hospitals. A self-report questionnaire was completed by 795 nurses. Results indicated (1) the possibility that quantitative workload, variance in workload and depression of nurses were higher in the general hospital group than in the psychiatric hospital group, and interpersonal conflict, self-esteem, job satisfaction of nurses were lower in the general hospital group than in the psychiatric hospital group; (2) the possibility that dependence on smoking and drinking does not act as a stressor with reference to depression and job satisfaction; (3) the possibility that the nurses' smoking rate, the proportion of nurses who drink "every day or nearly every day," and the proportion of nurses suspected of nicotine dependence and alcoholism were higher in the psychiatric hospital group than in the general hospital group; (4) the possibility that the somatic complaints of smokers were higher than those of nonsmokers, and the interpersonal conflict and depression level in nurses suspected of nicotine dependence were higher than those in other nurses; (5) the possibility that not only the addiction but also the job stressors may have an effect on smoking because the results of a multiple regression analysis using the FND (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) score as the objective variable indicated that quantitative workload and somatic complaints explained the FND score in addition the CAGE score; (6) the possibility that the higher the frequency of drinking alcohol is, the lower are the depression and skill underutilization levels, but the somatic complaints and depression of nurses suspected of alcoholism were higher than those of other nurses; (7) the possibility that dependence on alcohol (not drinking alcohol) is a factor of occupational stress, because the results of the multiple regression analysis using the CAGE score as the objective variable indicated that the CAGE score of 2-change duty nurses, male nurses, and nurses with more somatic complaints was higher than that of other nurses (3-change duty nurses, female nurses, nurses with less somatic complaints); (8) the possibility that gambling habits are not small, but the use of psychotropic drugs was not spreading; (9) the possibility that somatic complaints and depression in psychotropic drug users were higher than those in nurses who did not use such drugs, and that the interpersonal conflict level of sleeping pill users was higher than that of non-users and their social support level was lower than that of non-users; (10) the possibility that the job control and responsibility for people of nurses who always engaged in gambling were lower than those of other nurses. In conclusion, it will be important to include addiction in the concept of occupational mental health and to develop mental health strategies to prevent addiction.