

研究報告

精神科看護師のワークストレスと精神健康度の検討

——一般科看護師との比較から——

谷口清弥

Workplace Stress on Psychiatric Nurses and an Examination of the Degree of Mental Health

——In Comparison with General Nurses——

TANIGUCHI Kiyomi

Abstract : The purpose of this study is to examine and understand the current condition of workplace stress on psychiatric nurses.

We surveyed 31 psychiatric nurses working at a psychiatric hospital. For comparison purposes, we also surveyed 30 nurses working at a general hospital.

The results identified several stress factors. These included “a patient’s condition becoming serious,” “relationships with patients,” “responsibilities and work roles,” “control during work” and “acceptance and support from co-workers”. Furthermore, we discovered that both psychiatric nurses and other nurses show similar tendencies along with the transition of psychiatric medicine. On the other hand, there are peculiar workplace stress factors for psychiatric nurses. Due to these responsibilities and tensions, approximately half of the nurses are mentally unhealthy.

This suggests the need for an educational system to learn more specialized practical abilities in handling present conditions as well as the necessity to take measures to alleviate the stresses peculiar to psychiatric nurses.

Key Words : psychiatric nurses, workplace stress, qualitative load, mental health

抄録：本研究の目的は、精神科看護師のワークストレスと精神健康度について一般科看護師との比較において現状を把握する。その上で、精神科看護の現状とワークストレスの関連性を考察することである。

精神病院に勤務する看護師31名と比較群として一般病院に勤務する看護師30名へ調査を行った。その結果、精神科看護師のワークストレスと一般科看護師のそれとは、同様の傾向を示していることがわかった。しかし、一方で精神疾患患者特有の症状や障害による精神科看護師特有のワークストレスが存在した。ワークストレス因子として『患者の重篤化』『患者との関係』『仕事上の責任と役割』『仕事に対するコントロール』『周囲の承認・支援』の5因子が抽出された。

仕事の責任や緊張がもたらす質的負荷が背景要因となり、約半数の看護師が精神不健康状態の中で仕事をしている。これらの現状に対応できる、より専門的な実践能力を身につけるための教育システムの整備とともに、一般科看護師と共通のストレスマネジメントの他に精神科看護師に固有のストレス対策が必要なのかという検討の必要性が示唆された。

キーワード：精神科看護師, ワークストレス, 質的負担, メンタルヘルス

I. はじめに

近年、医療情勢はめまぐるしく変化しており、精神医療においてもその例外ではない。

高騰する医療費削減の動きとも関連して、平成20年度診療報酬改定により、閉鎖処遇から解放処遇への動きが加速化され、長期在院患者の退院促進、機能分化等の病院改革が急速に進んでいる。このような病院環境の変化に伴い、急性期治療病棟では3カ月での退院を目標とし、病院側はこれまで以上に病床回転率を上げる方向での運営をめざすことが求められる。また、慢性期病棟では退院困難な難治性の患者が主となり、高齢化が進んでいる。このような背景とあいまって精神科看護師には、働く場や患者の状態に応じた、より質の高い看護実践能力が求められることとなり、精神科看護師のワークストレスの様相にも影響を与えている可能性がある。

我が国における看護師のストレス研究を概観すると、看護師のストレス要因は、日々の患者への処置や記録などの「業務に関すること」、「医療チーム内の人間関係」、「仕事以外の委員会や研修」、「重い責任や能力への負担感」などであった¹⁾。また、3年目までの看護師の離職につながるストレスとして、「知識・技術の未熟さ」が最も多く、次いで「責任の重さ」であり²⁾、いずれも命を預かる責任と能力への負担感がストレスとなっていた。

一方、精神科看護師に特化してみると、精神科看護師の仕事上の負担として最も多いのが「患者との関係」であり、その内容は「待ってもらえない」「規則が守られない」「聞き入れられない」などコミュニケーションの問題や「不穏になる」、「暴言や暴力をふるわれる」、「状態が良くなっていかない」など患者の病状に関するものも看護師の心理的負担となっていた³⁾。また、本吉は⁴⁾精神科看護師がやりがいを失うのは、「患者への対応がうまくいかなかったとき」「看護技術や能力に限界を感じたとき」「仕事やストレスで疲労が蓄積しているとき」「人間関係がうまくいかないとき」という4つのカテゴリーを示している。中でも「患者への対応がうまくいかなかったとき」というカテゴリーは、一般科看護師のストレスとしては挙がっていない内容である。武樋らの調査によれば⁵⁾、患者の妄想や陰性症状の対象となったことがある看護師が6割を超えており、患者の否定的行動化は看護師に消耗感を与え、バーンアウトの要因になると述べてお

り、精神科看護の困難さを示している。

このように先行研究から精神科看護師は日常のケアの中で効果的なコミュニケーション技法を多く用いることに精神的負担があり、患者との対人関係にストレスを感じる事が多く、強いストレスが看護師の健康状態に悪影響を及ぼす可能性があると言える。しかし、一般科看護師と精神科看護師を同じ尺度を使って比較研究したものは見当たらず、一般科看護師と精神科看護師とのストレス要因の違いやその特徴は把握しがたい。

そこで、本研究では、変化しつつある精神医療の中で、精神科看護師のワークストレスと精神健康度について一般科看護師との比較において現状を把握する。その上で、精神科看護師のワークストレスと精神科看護の現状との関連性を考察することを目的とする。

なお、本稿では、仕事に伴うストレスをワークストレスとした。賃金をもらうための職務内容にとどまらず、より広い概念として仕事・労働・学習などを含む。

II. 研究方法

1. 調査対象

兵庫県内の単科の精神病院と総合病院において病棟勤務している看護師61名。内訳として、精神病院に勤務する看護師31名、一般病院に勤務する看護師30名。

2. 調査期間・方法

2009年6月1日から7月30日。調査は、無記名自記式質問紙法とし、各施設の代表者に研究の主旨を説明し、代表者を介して看護職員に調査票の配布・回収を依頼した

3. 調査内容

1) 基本的属性：性別、年齢、看護師経験年数、勤務場所

2) 看護ワークストレス

調査票の項目は、精神科・一般科の看護師の職業ストレスを扱う先行研究から内容を精選して抽出し、作成した。精神科看護経験、一般科看護経験のある看護師3名に内容についてアドバイスを得た。

調査票は30項目からなり、4件法（かなり強い、やや強い、やや弱い、かなり弱い）をとる。質問は、「以下の項目について日頃どの程度ストレスと感じて

いますか」と項目毎のストレスについて自己認知を問うものである。

3) GHQ-12 精神健康度調査票 (新納, 森 2001)

調査時点から2~3週間前までの精神健康状態を測定する尺度である。Goldber によって開発されたオリジナル版 60 項目の短縮版 12 項目で、その信頼性と妥当性が検証されている⁶⁾。質問項目は 12 項目あり、「不安・抑うつ」「活動障害」の 2 因子からなる。回答は 4 段階 (Likert 法 0123 配点) で求めた。得点が低いほど精神健康は良いとされる。GHQ-12 は開発者の許可を得て使用した。

4. 倫理的配慮

文書にて調査の主旨, 秘密厳守, プライバシー保護, 調査以外の目的で使用しないこと, 中途辞退の自由について説明した。質問紙の返却をもって研究協力への同意とみなした。本研究は, 甲南女子大学研究倫理委員会の承認を得て行った。

5. 統計処理

統計処理には, 統計プログラムパッケージ SPSS for Windows ver 17.0 を用いた。

Ⅲ. 結 果

調査票配布数 68, 回収数 61 (回収率 89.7%), 有効回答数は 61 であった。

内訳は, 精神科配布数 33, 回収数 31 (回収率 93.9%)。一般科配布数 35, 回収数 30 (回収率 85.7%) であった。

1. 対象者の属性 (表 1)

1) 性別: 精神科: 女性 19 名 (61.2%), 男性 12 名 (38.7%)。一般科: 女性 30 名 (100%)

2) 年代: 精神科: 20 歳代 6 名 (19.1%), 30 歳代 11 名 (25.5%), 40 歳代 8 名 (25.8%), 50 歳代 4 名 (13.0%), 60 歳代 2 名 (6.5%)。一般科: 20 歳代 5 名 (16.7%), 30 歳代 12 名 (40%), 40 歳代 8 名 (26.7%), 50 歳代 5 名 (16.7%), 60 歳代 0 名 (0%)。平均年齢は, 精神科 39.3 歳 (SD = 10.9), 一般科 37.9 歳 (SD = 9.7) であった。

3) 経験年数: 精神科: 1 年未満 1 名 (3.2%), 1 年 2 名 (6.5%), 2~5 年 4 名 (13.0%), 6~9 年 9 名 (29.0%), 10~19 年 9 名 (29.0%), 20 年以上 6 名 (19.4%)。一般科: 1 年未満 0 名, 1 年 5 名 (16.7%)

表 1 対象者の属性

項 目	人数 (%)		
	精神科 N=31	一般科 N=30	
性 別	男性	12 (38.7)	0
	女性	19 (61.2)	30 (100)
年 齢	20-29 歳	6 (19.4)	5 (16.7)
	30-39 歳	11 (25.5)	12 (40)
	40-49 歳	8 (25.8)	8 (26.7)
	50-59 歳	4 (13)	5 (16.7)
	60-69 歳	2 (6.5)	0
平均年齢	39.3 歳 (10.9)	37.9 歳 (9.7)	
経験年数	1 年未満	1 (3.2)	0
	1 年	2 (6.5)	5 (16.7)
	2-5 年	4 (13)	6 (20)
	6-9 年	9 (29)	1 (3.3)
	10-19 年	9 (29)	9 (30)
	20 年以上	6 (19.4)	9 (30)
平均経験年数	12.6 年 (10.2)	13.1 年 (10.2)	
勤務場所	急性期	9 (29)	10 (33.3)
	慢性期	6 (19.4)	9 (30)
	社会復帰	6 (19.4)	0
	認知症	10 (32.2)	0
	透析	0	3 (10)
	化学療法	0	4 (13.3)
急性・慢性混合	0	4 (13.3)	

%), 2~5 年 6 名 (20%), 6~9 年 1 名 (3.3%), 10~19 年 9 名 (30%), 20 年以上 9 名 (30%)。平均経験年数は, 精神科 12.6 年 (SD = 10.2), 一般科 13.1 年 (SD = 10.2) であった。

4) 勤務場所: 精神科: 急性期 9 名 (29%), 慢性期 6 名 (19.4%), 社会復帰 6 名 (19.4%), 認知症 10 名 (32.2%)。一般科: 急性期 10 名 (33.3%), 慢性期 9 名 (30%), 透析 3 名 (10%), 化学療法 4 名 (13.3%), 急性・慢性混合 4 名 (13.3%)。

2. 精神科看護師と一般科看護師の比較

1) 精神健康度

精神科, 一般科合わせた GHQ-12 の得点範囲は, 7 点から 33 点までで平均 16.74 (SD = 5.58) であった。最頻値は 17 であり最頻値を頂点に正規曲線を描いた。精神科看護師の GHQ-12 の平均得点は 16.61 (SD = 5.68) に対して, 一般科看護師は 16.87 (SD = 5.58) で, 有意差はみられなかった。

GHQ-12 は得点が低いほど精神健康度は良いと評価される。新納らが行った首都圏の企業労働者 2200 人を対象に調査した GHQ-12 の平均得点は 14.39 (SD = 5.06) であった⁷⁾。今回調査した看護師の GHQ-12 得点と比較すると, 精神科, 一般科いずれも企業労働者よりも高い得点を示し, 精神健康が悪い傾向にあるこ

とが示された。

本尺度は内容の構成から12点以下は「いつもと変わらない」か「いつもより良い状態」を示している。ここに該当したのは、精神科では6人(19.4%)、一般科では7人(23.3%)で、ほぼ5人に1人という結果であった。つまり、その他の約80%の看護師はいつもより何らか悪い精神状態であることを示している。さらに、GHQ-12は、神経症、抑うつスクリーニング基準を示していないが、17以上が精神不健康の一応の目安とされている。その基準に沿えば、精神科看護師の15人(48%)、一般科看護師の17人(57%)と、ほぼ半数の看護師が精神不健康状態であることを示している。しかし、これは信頼性のある基準ではないため参考値である。

GHQの構成因子である「不安・抑うつ」「活動障害」の因子別平均得点では、「不安・抑うつ」は精神科9.1・一般科9.57であり、「行動障害」は精神科6.94・一般科7.2であった。どちらも、行動障害よりも不安抑うつ因子が高い傾向にあった。さらに、精神科よりも一般科で高い傾向にあった。

性別と精神健康度の相関は、Mann-WhitneyのU検定、経験および年齢と精神健康度の相関はカイ2乗検定により、いずれも相関は認められなかった。

2) ワークストレス(表2)

ワークストレスの各尺度の信頼性は、全回答においてCronbach's α 0.86以上と内的整合性が高いことが確認された。

ワークストレス調査票30項目の項目平均点を精神科、一般科で比較したところ(表2)、両者において高いストレスと認知されているのは「業務中何が起こるか分からない責任と緊張」(2.84)(2.87)、「ケアに対してミスしないかという不安」(2.71)(2.72)といった患者の命を預かる責任感という日々のプレッシャーがもたらす質的負担が大きいことが示された。

上記以下平均点の高い順に項目内容を見たとき、上位8項目中7項目が精神科、一般科に共通する項目であった。内容としては、「時間外の会議や研修」(2.71)(2.82)、「自分のやりたいと思っている患者へのケアができていない」(2.58)(2.77)、「役割の負担(プリセプター・リーダー・委員など)」(2.55)

表2 ワークストレス平均点と有意差

項目	精神科	一般科	検定
1 業務中何が起こるか分からないという責任と緊張	2.84	2.87	
2 ケアに対してミスしないかという不安	2.71	2.72	
29 時間外の会議や研修	2.71	2.82	
26 自分のやりたいと思っている患者へのケアができていない	2.58	2.77	
28 役割の負担(プリセプター・リーダー・委員など)	2.55	2.79	
23 患者の急変に遭遇する	2.52	2.69	
27 仕事にやりがいを感じられない	2.52	2.64	
4 特殊な器具の操作や機能がわからない	2.52	2.62	
6 患者に聞きわけがない	2.48	2.47	
24 患者が死亡すること	2.45	2.51	
30 看護研究など研究活動	2.39	2.64	
20 患者からの暴言	2.35	2.52	
14 患者からの拒否・拒絶	2.32	2.07	*
19 患者の自殺あるいは自傷行為	2.32	2.08	
15 患者の症状や問題に対処する方法がわからない	2.26	2.28	
9 患者の病状に好転がみられない	2.23	2.25	
16 患者の話をゆっくり聞くことができない	2.23	2.31	
21 患者からの暴力	2.23	2.12	
25 患者が退院を望んでいるが退院できない	2.23	2.28	
7 患者の行動や反応が遅い	2.20	1.95	**
17 患者の本心をつかみにくい	2.17	2.13	
11 上司および同僚のサポートが得られない	2.16	2.23	
12 医師が看護師の意見を聞かないコミュニケーション不足	2.16	2.34	
18 患者の意思に反する隔離・拘束を行う	2.13	2.26	
52 交代あるいは3交代の不規則な生活	2.10	2.13	
10 必要な勉強をする時間がない	2.10	2.26	
13 患者とのかかわりがもちにくい	2.06	1.95	
22 患者からの性的行為(言葉・行為)	1.94	1.97	
3 労働過多で超過勤務が多い	1.81	2.08	*
8 患者から喜びの言葉や、感謝の言葉が返ってこない	1.68	1.63	
平均点	2.30	2.35	

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

(2.79), 「患者の急変に遭遇する」(2.52) (2.69), 「仕事にやりがいを感じられない」(2.52) (2.64), である。患者の看護という業務以外の会議や役割, 自己の行う看護への不充足感から仕事へのやりがいを感じられないという様相がうかがえる。また, 「特殊な器具の操作や機能がわからない」(2.52) (2.62) は, 一般科同様に精神科でも特殊な器具の操作がストレスとなっており, 精神科での身体ケアの比重が増しているという背景がうかがえる。

項目全体の平均得点を比較すると精神科 (2.30) に対して一般科 (2.35) であり, ストレスと認知している項目については, 相対的に似通った傾向が示された。

また, 精神科と一般科の各項目平均点をカイ 2 乗検定したところ, 「患者の行動や反応が遅い」において $P < .01$, 「患者からの拒否・拒絶」において $P < .05$ の有意差が認められ, 精神科で高いストレス認知を示した。これらの項目は精神疾患の症状や薬物療法の影響

による患者の様態であり, 精神科看護師に特徴的なストレス因子であると言える。また, 「労働過多で超過勤務が多い」については, $P < .05$ で有意に一般科で高いストレス認知であった。

ワークストレス項目と男女の有意差を Mann-Whitney の U 検定で求めたところ「労働過多で超過勤務が多い」「特殊な器具の機能や操作がわからない」「患者の症状や問題に対処する方法がわからない」に $P < .05$ の有意差が認められ, いずれも女性の方がストレスを認知していた。さらに, 経験別の有意差をカイ 2 乗検定で求めたところ, 「患者の症状や, 問題に対応する方法が分からない」に $P < .01$ の有意差が認められ, 経験年数の少ない看護師がストレスを認知していた。

3. ワークストレスの構成因子 (表 3)

ワークストレス 30 項目に対して主因子法による因子分析を行った。固有値の変化は 6.88, 3.52, 2.55, 2.22, 2.02, 1.47・・・というものであり, 5 因子構造

表 3 ワークストレス因子分析結果 (主因子法・Varimax 回転後)

項 目	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	共通性
〈第 1 因子患者の重篤化〉						
患者の自殺あるいは自傷行為	.782	.074	.110	-.029	.211	.395
患者からの暴言	.692	.002	.123	.286	.054	.343
患者からの暴力	.690	.209	-.142	.184	.173	.304
患者からの性的行為 (言葉・行為)	.609	.299	.060	-.066	.242	.652
患者が死亡すること	.554	-.020	.306	.194	-.028	.268
患者が退院を望んでいるが退院できない	.465	.103	.368	-.121	-.080	.388
看護研究など研究活動	.387	-.094	.138	.262	.250	.761
〈第 2 因子患者との関係〉						
患者からの拒否・拒絶	.147	.749	.067	-.080	-.030	.531
患者の本心をつかみにくい	.077	.716	.281	.117	.014	.331
患者とのかかわりがもちにくい	.084	.714	-.059	.036	.289	.561
患者の行動や反応が遅い	-.094	.681	-.530	.086	.034	.433
患者の症状や問題に対処する方法がわからない	.294	.528	.209	.240	-.368	.413
患者に聞きわけがない	-.034	.520	-.233	.247	.030	.605
患者の話をゆっくり聞くことができない	-.151	.466	.678	.166	.157	.602
2交代あるいは3交代の不規則な生活	.132	.421	.174	.197	-.066	.595
〈第 3 因子仕事のコントロール〉						
自分のやりたいと思っている患者へのケアができていない	.182	-.154	.632	.102	.017	.752
患者の意思に反する隔離・拘束を行う	.248	.203	.625	.073	.098	.611
必要な勉強をする時間がない	.026	.120	.544	-.059	.496	.509
仕事にやりがいを感じられない	.176	-.052	.458	.283	.177	.674
〈第 4 因子仕事上の役割と責任〉						
業務中何が起こるか分からないという責任と緊張	.058	.235	-.043	.576	.050	.579
ケアに対してミスしないかという不安	.045	.117	-.018	.558	-.126	.604
特殊な器具の操作や機能がわからない	.533	.252	.041	.545	-.076	.527
患者の急変に遭遇する	.472	-.051	.293	.489	.010	.551
役割の負担 (プリセプター・リーダー・委員など)	.331	-.041	.308	.479	.203	.439
時間外の会議や研修	.102	.127	.270	.464	.282	.383
労働過多で超過勤務が多い	.065	.044	.148	.402	.338	.466
〈第 5 因子周囲の承認・支援〉						
患者から喜びの言葉や, 感謝の言葉が返ってこない	.014	.157	-.107	-.332	.620	.355
上司および同僚のサポートが得られない	.187	-.100	.059	.174	.595	.476
医師が看護師の意見を聞かないコミュニケーション不足	.114	-.065	.147	.226	.568	.395
患者の病状に好転がみられない	.189	.275	.181	-.037	.431	.309
寄与率 (%)	12.093	11.667	9.665	8.448	7.501	
累積寄与率 (%)	12.093	23.760	33.425	41.873	49.374	

$\alpha = .87$

が妥当であると考えられた。そこで、再度5因子を仮定して主因子法・Promax回転による因子分析を行ったところ5つの因子の相関は0.4から0.09とほぼ直行していた。そこで、主因子法・Varimax回転による因子分析を行った。累積寄与率は49.37%と十分な値を示した。

各因子は以下のように解釈し命名した。第1因子は「患者の自殺あるいは自傷行為」「患者からの暴言」などの7項目であった。この因子は、患者の症状の重篤化により看護師にとって衝撃的な患者の反応が現れるという内容の項目が高い正の負荷量を示していた。そこで『患者の重篤性』因子と命名した。

第2因子は、「患者からの拒否・拒絶」「患者の本心をつかみにくい」などの8項目であり、患者との関係性構築の困難さに関わる内容の項目が高い正の負荷量を示していた。そこで『患者との関係』因子と命名した。

第3因子は、「自分のやりたいと思っている患者へのケアができていない」などであり、仕事の裁量や能力の発揮などに関わるものであり、『仕事のコントロール』因子と命名した。

第4因子は、「業務中何が起こるか分からないという責任と緊張」など業務や役割に伴う責任に関する内容であり、『仕事上の役割と責任』因子と命名した。

第5因子は、「患者から喜びの言葉や、感謝の言葉が返ってこない」など患者や周囲からの承認や支援を期待する内容である。そこで『周囲の承認・支援』因子と命名した。

4. ワークストレス因子と精神健康度の相関 (図1)

5つのワークストレス因子とGHQにおいて、Pearsonの相関係数を求めたところ、「患者の重篤性」と

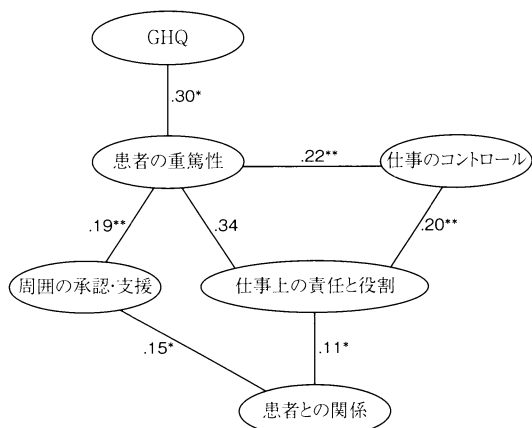


図1 ワークストレス因子とGHQの相関図 (Pearsonの相関係数)

「仕事のコントロール」「仕事上の役割と責任」「周囲の承認・支援」「GHQ」において相関が認められた。さらに、「仕事上の役割と責任」と「仕事のコントロール」「患者との関係」, 「患者との関係」と「周囲の承認・支援」に相関が認められた。さらに、全体の構造として、「仕事上の役割と責任」と「患者の重篤性」を中心として、それぞれの因子が存在し関連していた。

IV. 考 察

Frenchは、仕事の負荷を、量的な負荷と質的な負荷に分類している⁸⁾。量的な負荷とは、やらなければならない仕事があまりにも多すぎることであり、質的な負荷とは仕事内容が難しい場合を指す。今回の調査から、精神科看護師がストレスと認知している要因は、「業務中何が起こるか分からない責任と緊張」「ケアに対してミスしないかという不安」など、患者の命を預かる責任感がもたらす心理的な仕事の質的負荷が高いことが示された。また、この結果は、一般科看護師が認知しているストレス要因と同様の結果を示しており、これまで、精神科看護師のストレス要因は「患者との関係」が最も高いとされてきた先行研究の結果とは異なるものであった。

この背景として、精神科では退院促進への動きが加速化されつつある中で、入院患者層の二極化、すなわち、短期入院と長期在院の患者の二極化が挙げられる。急性期の短期入院が増加したことは、看護師など医療スタッフと馴染みの関係ができていない長期入院患者と違い、状態把握が十分できない場合もある。精神疾患は、データや病変部を客観的に観察し病状を把握できるというものではない。患者の日常に関わる中で患者の個別的な病状の現れ方を把握していくという特徴があることから、急性期患者の増加により業務の煩雑さと責任の比重が増大していると言える。

また、もう一方で社会的入院と言われる患者の高齢化が進んでおり、症状の固定化や高齢化にともない身体合併症をもつ患者が増加していることで、精神病棟において身体的ケアの比重が増えていることも、背景要因であると考えられる。さらに、解放的治療への移行に伴いさまざまな場面で事故発生機会が多様化しているとの報告もある⁹⁾。このような背景から、責任感がもたらす心理的な仕事の質的負荷が増し、看護師のストレス認知要因となっていると考えられる。

しかしながら、近年の調査において精神科看護師の

最も多いストレスは「仕事の負担度」であるとしながらも、急性期病棟の場合その内容は、時間内に仕事が処理しきれないという仕事の「量的負荷」であると報告している¹⁰⁾。本研究の病院全体を対象にした結果では「質的負荷」が高いと示されていることから、急性期病棟という病棟の特殊性によるストレス要因の違いが示唆された。今回、病棟毎の対象数が限られたため、病棟の特殊性によるストレス要因の違いまでは明らかに出来なかったが、今後、治療病棟別の特徴を更に調査していく必要がある。

精神科で次に得点が高かったストレス要因は、「時間外の会議や研修」であった。東中洲¹¹⁾は、精神科看護師のキャリアアップの支援体制を困難にしている理由として、新人看護職の入職が少なく看護師の平均年齢が高いことや、精神科医療の9割が単科精神病院であることなどを指摘している。さらに精神病院での院内の継続研修実施の有無は、新人看護師の入職者の有無により左右されていると述べている。つまり、新卒入職者が少ない施設では、精神病院の卒後教育システムが整っているとは言いがたい現状がある。その中で、今回調査対象となった病院は、キャリア教育、看護研究委員会活動の体制を積極的に整えようとしている病院であったことが背景にあり、「時間外の会議や研修」がストレス要因として挙げたと考えられる。精神病院においても第三者評価として日本医療機能評価機構の評価認定を受ける病院が増えていることから、今後こういったストレスが増していくと予想される。

今回の調査から、精神科のワークストレスの上位8項目中7項目は一般科と同じという傾向が示された。この結果から、精神科と一般科の看護師の働く環境が類似してきたことが伺える。一方で、精神科で高いストレスとなっていたのは、「患者の行動や反応が遅い」「患者からの拒否・拒絶」の2項目であった。これらの項目はいずれも、精神疾患の症状や薬物療法の影響による患者の様態である。記憶や認知の障害、無為・自閉などの陰性症状、あるいは薬物療法による鎮静効果から患者の行動や反応は遅くなるとともに、脆弱な自我状態や精神状態によって拒否や拒絶といった反応が現れることがある。これらの要因は、このような患者と日常的に関わる精神科看護師に特徴的なストレス因子であると言える。

精神健康度については、看護師の精神健康度は都内企業労働者よりも悪い傾向にあった。また、約半数の看護師が抑うつや神経症など精神不健康の状態である

可能性が見出され、これまでの多くの報告と同様に看護師のメンタルヘルスの悪さを支持する結果であった。加えて看護師は抑うつ度が高い職種であるといわれており、その要因の1つとして夜勤勤務がある。夜勤労働者のストレスは、日勤労働者と比べて高いこと、夜勤の女性労働者は睡眠障害を訴える割合が高く、健康に関する主観的な評価も低いことが報告されている¹²⁾。しかし、今回の結果では、「2交代あるいは3交代の不規則な生活」についてのストレス認知は低い傾向を示した。これは、シフト勤務の継続で、不規則な生活そのものが日常となり、ストレスとしての認知は低くなっていることが考えられるが、メンタルヘルスにおいては、自覚化されずに継続される精神・身体への負担についても考慮すべき重要な点である。また、ストレス項目全体の得点を見ると、ほとんどの平均点は2点台であり、やや強い～やや弱いストレスの認知である。にもかかわらず、約半数の看護師が精神不健康状態であることから、日々の心理的な仕事の質的負荷を中心としたワークストレスの持続により精神的消耗・疲弊を来していることが伺える。

ワークストレス因子として『患者の重篤化』『患者との関係』『仕事上の責任と役割』『仕事に対するコントロール』『周囲の承認・支援』の5因子が抽出された。

『患者の重篤化』は、患者の症状悪化に伴う行動化事象であり、患者の自殺や暴力・暴言といった看護師にとって衝撃となる出来事である。精神科における新(再)入院患者の3割以上が入院時に隔離され、約2割が入院時身体拘束の対象となっており、隔離の理由としては、「不穏・多動・爆発性」(45.4%)「暴力・迷惑行為・器物破損行為」(40.3%)、身体拘束の理由としては「多動または不穏が顕著である場合」(28.7%)「点滴等の医療処置に対して拒否がある」(22.7%)との報告がある¹³⁾。このデータのような急性症状を呈する患者のみならず、精神科看護の対象は、精神症状によって生じる社会的日常生活行動や対人関係に問題を抱えているという特徴があることから、中には看護師に対して暴言や威圧的態度をとる患者もみられる。このように、看護師が患者の暴言・暴力に会う機会は少なくない。さらに大原は¹⁴⁾、患者から暴行を受けた看護師の28%は、患者に対する怒りや恐れ、戸惑いといった感情が消え去ることがなく、加害者に対する今後の対応に不安を感じていると述べている。さらに、患者の自殺、自傷・他害、医療行為に伴う事故は、訴訟問題にまで発展することがあり、責任と緊張

という仕事の質的負荷はさらに高まると考えられる。このように、「患者の重篤化」因子は、日常的に体験する頻度は多くないものの、看護師の受ける衝撃は非常に大きく、重大なワークストレス因子と言える。

『患者との関係』因子は、「患者からの拒否・拒絶」「本心がつかみにくい」「関わりがもちにくい」など、患者と関わる日常的にあるストレス因子である。小倉は、統合失調症の看護において気遣わなければならない点が多く、微妙な対人関係が精神科看護師の心理的負担に大きく関わることを推測できると述べている¹⁵。さらに、精神科では患者の病識が十分でない場合があり、そのため、治療や処置、看護師の関わりを拒否するという場合も少なくない。精神疾患患者との関係性の進展には時間を要し、根気強い関わりが求められる。このように、日常的に繰り返される患者とのかわりにおける気遣いが、心理的負担となっている。

『仕事に対するコントロール』は、「自分のやりたい看護が実践できていない」や「患者の意思に反する隔離・拘束を行う」ことでの心理的負担感、必要と感じているにもかかわらず「学習の時間を確保できない」など、自己をコントロール出来ないことでのストレス因子とである。仕事に対するコントロールとは、仕事内容や方法を自分自身で決定することや選択することができること、あるいは自分の技能や能力を仕事に十分活用することができることを指す。仕事のデザインや、進め方に関する意思決定ができることが仕事のやりがいにつながる一方、仕事のコントロールが難しいと、情緒的消耗や脱人格化高め、個人的達成感を低めるというバーンアウト状態になりやすいとも言われている¹⁶。

『仕事上の責任と役割』については、精神疾患患者の病状の変化やそれに伴う行動化は、予測困難な場合が少なくない。何が起こるかかわからないという緊張の連続は大きな心理的負荷となる。また、人に対する責任がもたらすストレスは、ものごとに対する責任よりも、冠動脈疾患やバーンアウトの危険が大きいと言われており¹⁷、緊張の連続が身体に与える影響も危惧される。

「周囲の承認・支援」因子の対象には、患者・上司・同僚・医師などが含まれるが、最も因子得点が高かったのは、患者であり、患者からの喜びの言葉や感謝の言葉が返って来ないことであった。精神疾患患者の場合、喜びや感謝の言葉を返すことでお互いに気持ちのよい関係を維持するといった配慮がなされない患者

もいる。患者からのポジティブフィードバックは、自己の関わりに対する評価であり、このようなプラス評価の認知により、安心感、自信感、親密感などが得られ、ストレス対処能力は高まる。また、職場においては、上司と同僚からのサポートの程度が高いほど、バーンアウト傾向が低く、逆にこのようなソーシャルサポートが得られない場合は、ストレス反応が増大する¹⁸。さらに患者から暴力を受けた看護師が、同僚や上司の理解を得られないと、孤立感、諦めから看護へ向かう気持ちを消失させ、病棟全体の士気を下げる傾向がある¹⁹。最も身近なスタッフ内で承認・支援といったソーシャルサポートを認知できるような関係やシステム作りが求められる。

V. 結 論

精神医療の変化に伴い、精神科看護師のワークストレスと一般科看護師のそれとは、同様の傾向を示していることがわかった。しかし、一方で精神疾患患者特有の症状や障害による精神科看護師特有のワークストレスが存在した。病棟機能分化やそれに伴う患者の2極化（急性期の短期入院・難治性の長期入院）という患者層の変化に伴う仕事の責任や緊張がもたらす質的負荷が背景要因となり、約半数の看護師が精神不健康状態の中で仕事をしている。これらの現状に対応できる、より専門的な実践能力を身につけるための教育システムの整備とともに、一般科看護師と共通のストレスマネジメントの他に精神科看護師に固有のストレス対策が必要なのかという検討も必要である。

今回の研究は1病院に限られた看護師が対象であったため、結果は一般化するには至らない。今後は対象者数を増やし、本研究結果との比較をして信頼性を高めたい。また、精神科の病棟の違いによる看護の特殊性とそれに伴うストレス要因についても明らかにして、精神科看護師に固有のストレス対策について検討していきたい。

参考文献

- 1) 加藤麻衣, 鈴木敦子, 坪田恵子: 看護師のストレス要因とコーピングとの関連 - 日本語版 GHQ 30 とコーピングストレス尺度を用いて -, 富山大学看護学会誌, 2007; 26(2).
- 2) 大村知美, 牛之濱久代, 赤井由紀子: 看護職の離職希望につながるストレスについて - 卒後3年未満の看護職者に対するアンケートより -, 第36回日本看護学会収録集 (看護管理) 2005; 253-255.

- 3) 小倉克行, 上野栄一: 精神科病棟に勤務する看護師の性格特性と精神健康度との関係, 富山医科薬科大学看護学会誌, 2004; 5(2), 19-27.
- 4) 吉本恵子, 新野由子: 精神医療の現状に即した, 精神科看護師の臨床看護実践能力の向上を目指して-精神医療に携わる看護師の実態調査から分析-, 第36回日本看護学会論文集(看護管理) 2005; 166-168.
- 5) 武樋美智子, 中川慶子, 木村恵 他: 患者の妄想や陰性症状の対象となった看護師の感情とメンタルヘルス, 精神看護 2007; 10(1), 70-74.
- 6) 新納美々, 森俊夫: 企業労働者への調査に基づいた日本語版 GHQ 精神健康度調査票 12 項目 (GHQ-12) の信頼性と妥当性の検討, 精神医学 2001; 43(4), 431-436.
- 7) 前掲書 6)
- 8) 横山博司, 岩永誠編著: ワークストレスの行動科学, 北大路書房, 京都, 2003, 108.
- 9) 監修(社) 日本精神科看護技術協会: 精神科看護白書 2006→2009, 精神看護出版, 東京, 2009, 14.
- 10) 松岡春香: 精神科勤務における看護師の職業性ストレスとその影響, 日本精神保健看護学会誌 2009; 18(1), 1-9.
- 11) 東中洲恵子: 精神科看護の質向上を求めて-臨床への実態調査から院内教育の現状を探る-, 広前学院大学看護紀要, 2007; (2), 31-39.
- 12) Oginska, H, Pokorski, & Oginsk, A. 1993, Gender, aging, and shiftwork Intorlorance. Ergonomics, 36, 161-168.
- 13) 前掲書 9) p 127 p 129
- 14) 大原竜二: 患者からの暴行が看護師に与える精神的影響について, 第 11 回精神科救急・急性期看護 看護研究論文 2005; 218-222.
- 15) 前掲書 4) p 26
- 16) 前掲書 3) p 115
- 17) 前掲書 3) p 80
- 18) 浦光博: 教師のサポートシステムの検討, 日本教育心理学会 36 回総会, 1991.
- 19) 草野知美, 影山セツ子, 吉野淳一 他: 精神科入院患者から暴力行為を受けた看護師の体験-感情と感情に影響を与える要因-, 日本看護科学学会誌 2007; 7(3), 12-20.