

[報 告]

## 精神科における看護師のストレス要因 —急性期病棟と療養病棟の比較—

矢田 浩紀<sup>1,2</sup>, 安部 博史<sup>2</sup>, 大森 久光<sup>1</sup>, 石田 康<sup>3</sup>, 加藤 貴彦<sup>1</sup>

<sup>1</sup>熊本大学大学院 医学薬学研究部 環境生命科学講座 公衆衛生・医療科学分野

<sup>2</sup>九州ルーテル学院大学 人文学部 心理臨床学科

<sup>3</sup>宮崎大学 医学部 臨床神経科学講座 精神医学分野

**要 旨:** 精神科の看護師のストレス要因を明らかにし, 精神科急性期病棟と精神療養病棟の看護師のストレスの質と量の違いを比較することを目的とした. 調査には, 職業性ストレス簡易調査票と精神科看護師の特有のストレス項目およびストレスに暴露される時間量に関する質問票について精神科の看護師・准看護師36名(A病院精神科急性期病棟11名とB病院精神科療養病棟25名)から回答を得た. 各下位尺度で因子分析を行い, 因子得点と項目得点にて2要因分散分析を行った結果, 職業性ストレス簡易調査票における「仕事のストレス要因」の下位尺度「雰囲気」の因子得点と「精神科におけるストレス要因」における全因子「看護における知識と技術」「実際のケア」「暴力への恐れ」「仕事の方向性」の因子得点は, 急性期病棟より療養病棟の看護師の方が有意に高くストレスが高かった.

**キーワード:** 精神科看護師, ストレス, 職業性ストレス簡易調査票, 病床別, 質問紙調査.

(2009年5月28日 受付, 2009年6月24日 受理)

### はじめに

精神科領域における看護師のストレスとして精神科関連施設で働く看護師が, 日常的な看護ケア業務においてストレスサーとして感じていた主たる事柄に, 「治療に介入することの難しさ」や「看護師への暴力」, 「患者の自殺や自傷行為」, 「患者の生活全般への関わりの難しさ」など, 22の項目の報告がある [1]. 昨今, 精神科病床機能分化により, 精神科急性期病棟や精神科療養病棟などの様々な種類の病棟が存在し, 病棟によって対象となる患者や病態のレベルも異なる. このため同じ各精神科病棟で業務内容には大きな違い

がある.

精神科急性期医療の場合, 一般的に精神症状に着目すれば, 精神科急性期病棟と精神療養病棟の看護師のストレスとして激しい精神運動興奮やせん妄, 自殺企図ないし深刻な自殺念慮, 自傷他害の恐れがあるものが多い [2]. 治療手段および治療手技として, 急性期医療では抑制または隔離室使用, 静脈注射による麻酔・鎮静などが用いられる [2]. このような急性期患者を対象とする医療においてはスタッフ間で緊密な連携を図りながら, 刻々と変化する病態を時間経過の中での確に把握することが求められる [2]. 浅井らは, 隔離室使用の患者に対し精神状態の回復の有

無を検討するために看護者は少なくとも2 時間に1 回の観察が必要であると報告している [3]. この点から特定の精神状態が悪い一人の患者に対する仕事量も増し、看護者と患者との関係も濃密になると思われる。また、激しい興奮状態や自傷他害の危険性がある患者は、隔離室を使用することから、看護者は自殺企図などに細心の注意が必要である。さらに、患者による看護者への攻撃的言動や身体に対する攻撃を受けた場所は隔離室がもっとも多いことから [4], 患者から暴力を受ける可能性もある隔離室という特殊な環境では看護者は長い緊張状態におかれていることが推測される。

多くの大学病院の精神科病棟では、在院日数 30 日以内であるため [5], 看護者が患者像 (性格や行動パターンなど) を予測しづらく、看護介入の困難さがあり、不安や戸惑いを持ち看護師のストレスも多い可能性がある。田代らは、入院期間の短縮については、患者がそれだけ早く回復していると解釈し喜びを感じるというメリットとじっくり関われないと感じているデメリットについて述べている [6]. 一方で、入退院が多いことから、一人一人の患者と向き合う時間は短くなり、患者への感情的な巻き込まれというストレスは感じにくいことが予想される。

精神療養病棟は、慢性精神病患者の療養や、精神科リハビリテーションが中心的な業務となり [7], 厚生労働省によると「療養病棟において 1 年以上入院している患者は 8 割以上で社会的入院の患者が一定数ある」と報告している [8]. 日塔らは精神科病棟では社会復帰に向けて、生活・技能・対人関係の訓練が行われているが、効果はすぐには見えず達成感が得られにくいと述べている [9]. 看護者は長期入院の患者との関わりが多く、長期にわたる観察から患者の全体像 (性格や行動パターンなど) を比較的容易に予測し、看護介

入や生活全般への関わりを持つことへの困難さも精神科急性期病棟よりは少ない可能性がある。一方、患者の社会参加など将来の見通しの難しさが強く感じられ、看護者はケアの結果として患者の社会復帰といった目標に思うように到達することができず、看護とその結果を明確に得ることが難しくなり、無力感を感じやすい可能性がある。

同じ精神科病棟でも精神科急性期病棟と精神科療養病棟の間には患者の精神症状の程度や病棟のあり方にも違いがあり、両病棟では看護者のストレスの質と程度が異なってくる。

現在、精神科の看護者のストレスを病床機能別に比較する先行研究はないに等しいので、精神科急性期病棟と精神療養病棟の看護者を対象に、質問紙を用いて精神科の看護者のストレスの質と量を探索し、比較検討することにした。

### 対象および方法

2008 年 9 月 10 日から 2008 年 9 月 30 日の期間に精神科急性期病棟を持つ A 病院の急性期病棟 (以下、急性期病棟) と精神科療養病棟を持つ B 病院の療養病棟 (以下、療養病棟) に勤務する看護者 (看護師・准看護師) を対象とする各病院の担当者に調査協力を要請し、調査目的と個人情報厳守される旨を説明して質問紙を調査者が各病院に持参し配布した。回答後は各担当者が回収し、調査者まで送付した。質問紙の回収は急性期病棟 11 名: 男性 0 名, 女性 11 名 (回収率 79%, 平均年齢  $32.3 \pm 11.3$  歳), 療養病棟 25 名: 男性 7 名, 女性 18 名 (回収率 78%, 平均年齢  $44.2 \pm 8.9$  歳であった。

#### 1. 個人情報の管理および倫理的配慮

被調査者の個人情報の漏洩を防止し、個人

の特定の防止のために匿名にて調査を行った。また、本調査は個人のプライバシーに関わる内容が含まれていることから、回答内容が他の人にわからないように、質問回答後、調査票と同時に配布した小封筒に質問紙を個別に密封して、大封筒に集め、個人情報の管理を徹底した。

本研究は2008年、調査を企画した大学に倫理委員会が存在せず、倫理委員会の審査を受けることができなかった。しかし、九州ルーテル学院大学人文学部心理臨床学科の複数の教員が、研究倫理について十分検討した。その結果、九州ルーテル学院大学より調査実施の承認を得ることができ、調査を実施することとなった。

## 2. ストレスの調査方法

測定用紙として、精神科領域における看護者のストレスの調査には、職業性ストレス簡易調査票 [10] と、精神科看護師が業務上、日常的に感じているストレスサーとして報告されている22項目 [1]、および業務上ストレスにさらされる時間を調べるための1項目を付け加えた質問紙を用いた。質問に対してはいずれも4件法を用いて各項目4点満点で4段階評価を行った。点数は高いほどストレス量が多い。なお、下光らの職業性ストレス簡易調査票において [10]、仕事のストレス要因に関する尺度では、量的労働負荷（項目番号1, 2, 3）、質的労働負荷（項目番号4, 5, 6）、身体的負担（項目番号7）、コントロール（項目番号8, 9, 10）、技術の活用（項目番号11）、対人問題（項目番号12, 13, 14）、職場環境（項目番号15）、仕事の適正度（項目番号16）、働きがい（項目番号17）で項目数は合計17項目からなっている。ストレス反応については、心理的ストレス反応と身体的ストレス反応について測定可能である。心理的ストレス反応の下位尺度はポジティブな

尺度として活気（項目番号1, 2, 3）、ネガティブ尺度として、イライラ感（項目番号4, 5, 6）、疲労感（項目番号7, 8, 9）、不安感（項目番号10, 11, 12）、抑うつ感（項目番号13~18）、身体的ストレス反応は身体愁訴について11項目（項目番号19~29）からなっている。修飾要因としては、職場と家庭での支援（「上司」「同僚」「家族・友人」）（項目番号1~9）を入れた3項目および職場と家族に対する満足度の2項目（項目番号1~2）がある。

## 3. 分析方法

1) 精神科看護者の因子構造が、一般企業の従業員を対象に標準化された職業性ストレス簡易調査票の下位尺度（仕事のストレス要因、ストレス反応、修飾要因（職場と家庭での支援））における因子構造と同様になるか確認するため、因子分析を実施した。また、今回初めて行う調査である精神科におけるストレス要因においても因子分析を行った。因子分析を行う際、Kaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性の測度を確認して、因子分析を行うことが妥当であるかを十分配慮して行った。因子抽出には最尤法を用いて、プロマックス回転を行った。因子数の決定にはスクリー基準を用いて、適合度検定の値を確認しながら検討した。因子負荷量が1つの因子について絶対値0.40未満の項目が出現しなくなるまで、項目を削除しながら因子分析を繰り返した。分析ソフトはSPSS16.0 for windowsを使用した。

2) 所属間によるストレスの差を検討するために、仕事のストレス要因、ストレス反応、修飾要因（職場と家庭での支援）および精神科におけるストレス要因のそれぞれに、因子分析により抽出された因子得点と修飾要因（満足度）の項目得点を用いて（所属）×（因子又は項目）の反復測定2要因分散分析を行い、所属と因子（又は項目）に交互作用が有意であった場合、単純主効果検定を実施した。

ストレスにさらされる時間量の項目および年齢は  $t$  検定を行い, 所属間の差を検討した. 分析ソフトは SPSS16.0 for windows を使用した.

## 結 果

### 1. 各要因における因子分析(最尤法・プロマックス回転)の結果

1) 仕事のストレス要因に関しては, Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測度は0.58 を示し, 因子分析を行うことが妥当であると判断した. モデル適合度は $\chi^2 = 53.11$ ,  $P = 0.81$ を示した. また, スクリー基準に基づき, 因子数は3 つが妥当と判断して3 因子構造を採用した. 結果, Table 1 のとおり3 因子15 項目が抽出された. 第1 因子は, 仕事量と業務への集中に関わる項目への因子負荷量が高かったことから,「負担」と命名した. 第2 因

子は, 看護者が自らの意思を仕事に反映できるという項目への因子負荷量が高かったことから「仕事のコントロール」と命名した. 第3 因子は, 周囲の環境と働きがいに関わる項目への因子負荷量が高かったことから,「雰囲気」と命名した.

2) ストレス反応に関しては, Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測度は0.63を示し, 因子分析を行うことが妥当であると判断した. モデル適合度は $\chi^2 = 166.15$ ,  $P = 0.15$ を示した. また, スクリー基準に基づいて, 因子数は5 つが妥当と判断し5 因子構造を採用した. 結果, Table 2 のとおり5 因子23 項目が抽出された. 第1 因子は, 怒りと怒りに伴うかのような身体症状に関連する項目の因子負荷量が高かったことから, イライラ感と命名した. 第2 因子は, 身体の各部位への疲労に関わる項目の因子負荷量が高かったことから,

**Table 1.** 精神科病棟に勤務する看護師における仕事のストレス因子および因子相関

項目番号	質 問 項 目	因子1	因子2	因子3
1.	非常にたくさんの仕事をしなければならない	0.72		
2.	時間内に仕事が処理しきれない	0.40		
3.	一生懸命働かなければならない	0.63		0.43
4.	かなり注意を集中する必要がある	0.75		
5.	高度の知識や技術が必要な難しい仕事だ	0.73		
6.	勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	0.58		
7.	身体を良く使う仕事だ	0.43		
8.	自分のペースで仕事ができる		0.44	
9.	自分で仕事の順番・やり方を決めることができる		0.68	
10.	職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる		0.78	
12.	私の部署内で意見のくい違いがある			0.54
13.	私の部署と他の部署とはうまが合わない			0.78
14.	私の職場の雰囲気は友好的である		0.66	
15.	私の職場の作業環境(騒音,照明,温度,換気など)はよくない			0.65
17.	働きがいのある仕事だ			0.45
因子相関				
	第1 因子	1.00		
	第2 因子	0.04	1.00	
	第3 因子	-0.11	0.23	1.00
回転後の負荷量平方和		2.91	2.57	2.30

因子1:負担, 因子2:仕事のコントロール, 因子3:雰囲気

身体疲労と命名した。第3因子は活気に関わる項目の因子負荷量が高かったことから、活気と命名した。第4因子は、気のはりつめと疲労に関する項目が高かったことから、疲労感と命名した。第5因子は、感情の湧き上がり、物事に集中できない、仕事が手につかないという項目の因子負荷量が高かったことから、注意力と命名した。

3) 修飾要因(職場と家庭での支援)に関しては、Kaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性の測度は0.66を示し、因子分析を行うことが妥当であると判断した。モデル適合度は $\chi^2 = 29.59$ ,

$P = 0.06$ を示した。また、スクリー基準に基づいて、因子数は2つが妥当と判断し2因子構造を採用した。結果、Table 3のとおり2因子9項目が抽出された。第1因子は、上司および同僚というカテゴリーを含んでいる項目の因子負荷量が高かったことから「職場の人間」と命名した。第2因子は、配偶者、家族、友人などというカテゴリーを含んでいる項目の因子負荷量が高かったことから、「職場以外の人間」と命名した。

4) 精神科におけるストレス要因に関しては、Kaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性の測度は

**Table 2.** 精神科病棟に勤務する看護師における仕事のストレス反応因子および因子相関

項目番号	質問項目	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5
1.	活気がわいてくる			0.85		
2.	元気がいっぱい			0.93		
3.	生き生きする			0.92		
4.	怒りを感じる	0.81				
5.	内心腹立たしい	1.00				
6.	イライラしている	0.85				
7.	ひどく疲れた				0.67	
8.	へとへとだ				0.75	
9.	だるい				0.93	
10.	気のはりつめて				0.44	
12.	落ち着かない	0.46				
15.	物事に集中できない					0.70
17.	仕事が手につかない					0.90
18.	悲しいと感じる					0.53
19.	めまいがする		0.53			0.44
20.	体のふしぶしが痛む		0.49			
21.	頭が重かったり頭痛がする		0.91			
22.	首筋や肩がこる		0.48			
23.	腰が痛		0.53			
24.	目が疲れ		0.63			
25.	動悸や息切れがする	0.64				
26.	胃腸の具合が悪い	0.51				
29.	よく眠れない		0.73			
因子相関						
第1因子		1.00				
第2因子		0.38	1.00			
第3因子		0.14	0.17	1.00		
第4因子		0.36	0.37	0.23	1.00	
第5因子		0.55	0.24	0.08	0.22	1.00
回転後の負荷量平方和		5.84	4.50	3.17	3.95	4.06

因子1：イライラ感，因子2：身体疲労，因子3：活気，因子4：疲労感，因子5：注意力

**Table 3.** 精神科病棟に勤務する看護師の支援に関わる因子と因子相関

項目番号	質問項目	因子1	因子2
1.	次の人はどれくらい気軽に話せますか		
1)	上 司	0.66	
2)	職場の同僚	0.48	
3)	配偶者, 家族, 友人など		0.60
2.	あなたが困った時, 次の人はどのくらい頼りになりますか		
4)	上 司	0.94	
5)	職場の同僚	0.76	
6)	配偶者, 家族, 友人など		0.88
3.	あなたの個人的な問題を相談したら, 次の人はどのくらい聞いてくれますか		
7)	上 司	0.56	
8)	職場の同僚	0.57	
9)	配偶者, 家族, 友人など		0.79
因子相関			
第1 因子		1.00	
第2 因子		0.28	1.00
回転後の負荷量平方和		2.94	2.22
因子1: 職場の人間, 因子2: 職場以外の人間			

**Table 4.** 精神科において勤務する看護師がもつ特有のストレス因子および因子相関

項目番号	質問項目	因子1	因子2	因子3	因子4
1.	精神科領域の知識や技術が不足している	0.68			
2.	病棟の業務や方針に納得できないところがある				0.70
3.	患者の治療と処遇において理念と実際との間にギャップを感じる				0.77
4.	業務が忙しくて人手が不足していると感じられる		-0.53		
6.	医師と患者との間に入ることは難しい			0.53	
7.	患者から身体的・精神的暴力を受けている			0.98	
8.	患者から身体的・精神的な暴力に対する不安がある			0.65	
9.	患者の社会復帰への見通しが持てる		0.45		0.66
12.	患者と一緒に怒ったり, 泣いたりすることがある		-0.54		
14.	患者の生活全般に関わる援助は難しい		0.51		
16.	患者のケアに必要な精神科領域以外の知識や技術は持っている	0.64			
17.	看護に関わる法律や制度を理解している	1.00			
18.	看護の結果が明確である		-0.46		
21.	患者の服薬や外来通院を継続してもらうことは難しい		0.64		
22.	患者の意見を尊重した看護は難しい		0.51		
因子相関					
第1 因子		1.00			
第2 因子		0.12	1.00		
第3 因子		0.17	-0.05	1.00	
第4 因子		0.11	0.10	0.20	1.00
回転後の負荷量平方和		2.47	2.13	2.08	2.06
因子1: 看護に関わる知識と技術, 因子2: 実際のケア, 因子3: 暴力への恐れ, 因子4: 仕事の方向性					

0.57を示し、因子分析を行うことが妥当であると判断した。モデル適合度は $\chi^2=45.63$ ,  $P=0.69$ を示した。また、スクリー基準に基づき、因子数は4つが妥当と判断して4因子構造を採用した。結果、Table 4のとおり4因子15項目が採用された。第1因子は、知識と技術に関わる項目に高い因子負荷を示したことから、「看護に関わる知識と技術」と命名した。第2因子は、現場でのケアに関わる項目に高い因子負荷を示したことから、「実際のケア」と命名した。第3因子は、看護者が暴力への不安と看護介入の困難さを示す項目に高い因子負荷を示したことから、「暴力への恐れ」と命名した。第4因子は、業務方針と患者の処遇に関わる項目が高い因子負荷を示したことから、「仕事の方向性」と命名した。

2. 各要因の因子得点、項目得点および年齢における2病棟間の比較の結果

1) 仕事のストレス要因に関しては、所属急性期病棟、療養病棟と因子(負担、仕事のコントロール、雰囲気)の主効果が有意ではなかったが、交互作用が有意であり( $F(2,66)=4.69$ ,  $P<0.05$ )、単純主効果検定を実施した。その結果、「雰囲気」の因子で単純主効果が有意であり( $F(1,33)=13.20$ ,  $P<0.001$ )、雰囲気の因子におけるストレスは、療養病棟の方が急性期病棟よりも有意に高かった。

2) ストレス反応に関しては、所属と因子(イライラ感、身体疲労、活気、疲労感、注意力)の主効果および交互作用のいずれについても有意ではなかった。

3) 修飾要因(職場と家庭での支援)に関しては、所属と因子(職場の人間、職場以外の人間)の主効果および交互作用のいずれについても有意ではなかった。

4) 修飾要因(満足度)に関しては、項目(仕事に満足、家庭生活に満足)の主効果が有意( $F(1,33)=6.08$ ,  $P<0.05$ )であったが、所属の主効果および交互作用は有意ではなかった。

5) 精神科におけるストレス要因に関しては、所属の主効果が有意( $F(1,31)=9.00$ ,  $P<0.01$ )であり、療養病棟の方が急性期病棟より有意に高かった。因子(看護に関わる知識と技術、実際のケア、暴力への恐れ、仕事の方向性)の主効果および交互作用は有意ではなかった。

6) ストレスにさらされる時間量の所属差について等分散を仮定した $t$ 検定を行ったところ、所属間に有意差は認められなかった。

7) 年齢の所属差について等分散を仮定した $t$ 検定を行ったところ、所属間に有意差( $t(34)=3.41$ ,  $P<0.01$ )が認められ、療養病棟の方が急性期病棟より年齢が有意に高かった。

## 考 察

精神科の看護者におけるストレス調査の下位尺度(仕事のストレス要因・ストレス反応・修飾要因(職場と家庭での支援))の因子構造は、職業性ストレス簡易調査表における下位尺度の因子構造と類似の因子構造を示しており、今回初めて、調査した精神科の看護者の精神科におけるストレス要因は、4因子(看護に関わる知識と技術、実際のケア、暴力への恐れ、仕事の方向性)が抽出された。

精神科の看護者の看護に関わる知識と技術の因子は、精神科ばかりでなく看護一般に必要とされる幅広い知識と技術に関連しており、看護に関わる全般的な知識と技術が、ストレスに関連していると考えられた。精神科の患

者は、精神疾患に加えて、身体合併症も多く、看護者は心身両面の知識と技術を求められる [11]。また、精神科の看護者は一般の医療法に加えて、患者の入院、拘束、隔離といった処遇に対応するために、精神保健福祉法の知識なども必要とされる。このように、精神科の看護者は幅広い知識と技術を社会から要求され、さらにその内容は、医療の進歩および医療に関連する社会環境の変化にともない、急激に多様化および複雑化している。その業務内容の複雑さから、看護師は今やもっともストレスフルな職種のひとつといわれている [12]。

実際のケアの因子に関しては、精神科の現場でのケアに関わる業務の多忙性、生活全般や社会復帰への援助といった項目が多数含まれており、実際のケアの場面での出来事が精神科看護者のストレスに関連していると考えられた。精神科での患者との関わりは、医療面ばかりには留まらない。患者は精神症状により、日常生活に食事・清潔・金銭・服薬管理ができないといった支障をきたしていることも多く、看護者はこのような生活全般への関わり、ひいては、退院後自立した生活を送る関わりも行わなければならない。また、精神科では症状の寛解と増悪を繰り返す患者も少なくないことから、看護の結果が明確に見えず、達成感が得られにくいことがあると考えられる。さらには、精神科において看護者は統合失調症やうつ病といった患者へのメンタル面に加え、服薬による身体合併症などをもつ患者への身体面への配慮も必要であり、業務は多忙を極める。特に長期入院が多い療養病棟では、社会的入院が一定数存在する [8]。患者が退院したくても退院できない現状が予測され、患者の意見を尊重した看護への困難さや、看護者が患者に同情するなど、感情的な巻き込まれが存在すると考えられる。

暴力への恐れ因子に関しては、患者から

の暴力に関わる項目で構成されている。さらに、医師と患者との間に入ることは難しいという項目を含んでいた。看護者が患者からの暴力に対する不安を抱きながら、援助において医師と患者との間に入りにくいという現状があると考えられた。院内で発生する暴力やトラブルについて石田の報告では、「精神科病棟で起こる暴力は、一般科病棟に比べ約2~4倍も多い」とされている [13]。病棟では、看護者は医師の指示の下に看護を行っているが、日常的に暴力的、威圧的な患者がいると、医師の指示に基づいた看護ができない状況が存在する可能性があり、看護者は医師と患者との間で葛藤し、ストレスへと発展すると考える。

仕事の方向性の因子に関しては、業務方針と理念のギャップ、患者への処遇や社会復帰への見通しに関わる項目が含まれた。精神保健福祉法に基づき、医師が患者の行動を制限することを決定し、看護者に実行を指示する状況において、看護者は自らの道徳的価値観と現実の看護との間にギャップを感じ、ジレンマが発生する可能性がある [14]。

分散分析および  $t$  検定の結果、急性期病棟と療養病棟の間に以下の因子と項目および年齢に有意差がみられた。

1) 仕事のストレス要因の中で、雰囲気因子得点に有意差 ( $F(1,33) = 13.20, P < 0.001$ ) がみられ、療養病棟の方が急性期病棟に比べて雰囲気に関するストレスは有意 ( $F(1,33) = 13.20, P < 0.001$ ) に高かった。本研究の雰囲気因子の中には、物理的・心理的要因が含まれている。物理的要因としては、療養病棟における温度環境が考えられる。すなわち、療養型病棟においては、社会的入院により患者が高齢化しており、高齢者に合わせた温度設定がされている。看護業務を行っている看護者にとって快適な温度設定 (17~28℃) [15] ができない状況であるほか、精神科



特有の環境（窓を十分に開くことができないなど）が加わるとその不快感は増加する。

一方、心理的要因は対人関係に関する要因が考えられ、本研究で扱った療養病棟は、看護者の他に介護職員が多数在籍する。比率は1.5対1程度の割合で看護者が若干多い。両者の間では受けてきた教育の違いもあることから、仕事への価値観の違いも生じると考えられる。この価値観の違いが、業務における摩擦をもたらし、介護職員の配置されていない急性期病棟の看護者よりも、療養病棟の看護者のストレスが有意 ( $F(1,33) = 13.20, P < 0.001$ ) に大きかった可能性がある。

2) 修飾要因（満足度）において、所属の主効果は有意でなく、急性期病棟と療養病棟の看護者の、家庭および職場に関する満足度に差はないことが示唆された。

3) 精神科のストレス要因に関しては、所属の主効果が有意 ( $F(1,31) = 9.00, P < 0.01$ ) であり、療養病棟の方が急性期病棟に比べてストレスが全体的に高かった。本研究で扱った急性期病棟は、大学病院の精神科である。大学病院は、診療と同時に、大学設置基準において医学部の臨床教育および臨床研究を行う施設でもある [5]。よって、様々な知識に看護者が触れる機会が多いことが、急性期病棟の看護者のストレスを軽減していたと考えられる。また、療養病棟は、地域性から慢性期患者ばかりではなく、急性期患者も受け入れざるを得ない状況が存在する。慢性期患者をケアすることを第一に考えて作り上げられたシステムにおいて、突発的に急性期患者を受入れるという状況は、看護者に緊張と戸惑いをもたらす可能性がある。

4) 所属の年齢の差を考察すると、有意差 ( $t(34) = 3.41, P < 0.01$ ) がみられ、療養病棟

の平均年齢 (Mean  $\pm$  SD = 44.2  $\pm$  8.9) の方が急性期病棟の平均年齢 (Mean  $\pm$  SD = 32.3  $\pm$  11.3) より有意に年齢が高かった。急性期病棟の平均年齢は成人前期、療養病棟の平均年齢は、生活習慣病が発生し始める中年期に位置している [16]。療養病棟の方が急性期病棟より、ストレス量が全体的に多い傾向にあったのは、健康への不安を端緒とし、このまま仕事を続けて身体は大丈夫だろうかなどの迷いや仕事への焦りが生じていたのではないかと考える。

## おわりに

本研究では、精神科の看護者が持つストレス要因と病床形態の差異によるストレスの違いが明らかになった。今後は、「精神科看護師のストレス」を測定するための十分な妥当性および信頼性を備え、標準化された尺度の作成が必要である。

## 謝 辞

本研究を進めるにあたり調査にご協力いただいた精神科病院の皆様方に心より御礼申し上げます。

## 引用文献

1. 瀧川薫 (2005): 精神障害者関連施設における看護師と福祉関係者のストレス。滋賀医科大学看護学ジャーナル 3(1): 42-48
2. 浅野弘毅 (2002): 精神医学. 精神保健福祉士養成講座1. 初版. 中央法規出版, 東京 p 217
3. 浅井邦彦, 五十嵐良雄, 久保田巖, 昆 啓之, 澤 温, 関 健, 野木渡, 八田耕太郎, 益子茂, 松岡浩 (2000): 精神科医療における行動制限の最小化に関する研究—精神障害者の行動制限と人権確保のあり方—. 平成11年度厚生科学研究(障害保健福祉総合研究事業)報告書. <http://www.seirokyo.com/archive/folder1/nursing/koudouseigen.html>
4. 青木実枝, 久米和興 (2003): 精神科入院患者の攻撃行為に関する研究(第2報). 山形保健医療研究 6: 25-32
5. 佐藤順子, 出口禎子, 池田明 (2007): 大学病院精神科病棟における看護師の葛藤状況—看護師の面接調査から—. 日本精神保健看護学会誌 16(1): 60-66
6. 田代誠, 小林信 (2005): 急性期治療病棟の施設基準に対する看護師の認識—S 精神病院における実態調査から—. 日本精神保健看護学会誌 14(1): 63-70
7. 浅井邦彦 (2002): —精神病院ってどんなところ?—. 精神科医療シリーズ5. 初版. NOVA出版, 東京 p 74
8. 厚生労働省 (2005): 精神医療について. 診療報酬基本問題小委員会(第72回)議事次第. 中央社会保険医療協議会. 資料(診-4-1). 厚生労働省, 東京 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/dl/s1116-11i.pdf> pp 1-6
9. 日塔恵理子, 石政直子, 前田憲, 高松聡, 海原真澄, 柳原裕姫子, 荒井宏文, 上野栄一 (2007): 精神科看護師と一般科看護師とのストレス要因を探る—看護師ストレス尺度を用いて比較する—. 日本看護学会論文集 精神看護 38: 170-172
10. 下光輝一, 小田切優子 (2004): 特集職場で活用できるストレス調査票—職業性ストレス簡易調査票. 産業精神保健 12(1): 25-36
11. 藤野ヤヨイ, 張替有美, 村松公美子, 藤野邦夫 (2004): 新潟県の精神科病棟における身体合併症治療状況に関する一考察. 新潟青陵大学紀要 4: 195-207
12. 山口律子 (2005): 看護師はなぜ燃えつきるのか—北米の看護師燃え尽き防止プログラムから学ぶメンタルヘルス対策—. 看護学雑誌 69(3): 228-232
13. 石田昌宏 (2003): 精神保健看護データブック10—精神科病棟で起こる暴力・トラブルは一般病棟の2~4倍—. 精神科看護 30(10): 87
14. 河野あゆみ, 神郡博 (2006): 精神障害者の隔離・拘束に対する看護師のジレンマ. 日本精神保健看護学会誌 15(1): 32-40
15. 藤井雅雄 (2002): 人間と人工物の共生化での快適な作業環境温度制御について. 近畿大学生物理工学部紀要 10: 1-7
16. 山田和夫 (2008): ライフサイクルにおける精神保健 精神保健学. 精神保健福祉セミナー. 増補第2巻. 改訂第三版. へるす出版, 東京 p 62

Stressor among Nurses in a Psychiatric Department  
— Comparison Between Acute and Recuperation Wards —

Hironori YADA<sup>1,2</sup>, Hiroshi ABE<sup>2</sup>, Hisamitsu OMORI<sup>1</sup>, Yasushi ISHIDA<sup>3</sup> and Takahiko KATO<sup>H</sup>

<sup>1</sup>*Department of Public Health, Graduate School of Medical Sciences, Kumamoto University, Kumamoto 860-8556, Japan*

<sup>2</sup>*Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Kyushu Lutheran College, Kumamoto 860-8520, Japan*

<sup>3</sup>*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Miyazaki, Miyazaki 889-1692, Japan*

**Abstract:** The aim of the present study is to identify stressors (causes of stress) for psychiatric department nurses, and to compare the differing stress variables and levels of stress encountered in the acute ward and the recuperation ward. The study uses a brief work stress questionnaire and then asks 24 questions relating to the particular stresses that nurses in a psychiatric department may encounter and the length of time they are exposed to them. Answers were obtained from 36 nurses and associate nurses in two psychiatric departments (breakdown: Hospital A psychiatric department acute ward, 11 nurses; Hospital B psychiatric department recuperation ward, 25 nurses). Each subscale was analyzed using factor analysis, and the factor scores and item score were analyzed using Two-way ANOVA. The results of this analysis show that the factor scores for recuperation ward nurses were significantly higher than those for nurses from acute ward in the "atmosphere" factor from the brief work stress questionnaire, and in all factors ( "knowledge and technology in nursing", "actual caring", "fear of violence" and "directionality of work" ) in the subscale "Stressors among Nurses in Psychiatric Department", indicating that nurses in recuperation ward had high levels of stress.

**Key words:** nurse of psychiatric department, stress, the brief job stress questionnaire, different ward, questionnaire investigation.

J UOEH 31 (3): 293–303 (2009)