

原著

ハンセン病療養所に勤務する看護師の職業性ストレス及び、
ストレスとアディクションを含む関連要因との関係
－ 自記式質問紙調査の結果より －

Occupational Stress and Relationship between Occupational Stress and Related Factors including Addiction among Nurses Working in Hansen's Disease Sanatoriums: A Questionnaire Survey

松下年子^[1] 河口朝子^[2] 原田美智^[3]
Toshiko Matsushita Asako Kawaguchi Michi Harada

Key words:

ハンセン病療養所, 看護師, 職業性ストレス, アディクション, NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health)

Hansen's Disease Sanatoriums, Nurses, Occupational Stress, Addiction, NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health)

【抄録】

ハンセン病療養所に勤務する看護師911名を対象に、職業性ストレスの掌握及びストレスとアディクションややりがい等の関連要因との関係を明らかにすることを目的に、職業性ストレス（NIOSH尺度使用）とアディクション（FTND、CAGE使用）等の設問を含む自記式質問紙調査を実施した。結果、看護で「困難なことがあっても、特にハンセン病療養所だからということではない」と「ハンセン病療養所での看護ゆえの困難がある」がともに4割、「やりがいや魅力があっても、特にハンセン病療養所だからということではない」が4割強、やりがいは「特にない」が3割弱、ハンセン病への差別・偏見を体験している者は2割強であった。「ストレスが多い」と自覚している者は5割強、「他の職場と変わらない」が3分の1、ハラスメントの経験者は身体的暴力が1割、言葉の暴力は4割であった。NIOSH得点等の変数間の相関では、抑うつが高いほど自尊心が低く健康状態は悪く、職位が高いほど、また専従職員であるほど仕事のコントロールと人々への責任は高かった。ニコチン依存症が疑われる者は5.2%、アルコール依存症が疑われる者は6.1%であり、ギャンブル習慣は女性よりも男性が高かった。やりがいが「特にない」者では差別・偏見体験なしが多く、「ハンセン病療養所での看護ゆえの魅力ややりがいがある」者では差別・偏見体験ありが多く、ハンセン病体験記の読書経験者も多かった。ニコチン依存症が疑われる者の労働負荷は疑われない者よりも低く、アルコール依存症が疑われる者の自尊心は疑われない者よりも低く、抑うつは高かった。

【Abstract】

This study's purpose was to describe the occupational stress (measured using the NIOSH) and relationship between occupational stress and related factors including addictions, such as tobacco smoking (measured via the FTND), alcohol drinking (measured via the CAGE questionnaire), psychotropic drug usage, and gambling among nurses working in Hansen's disease sanatoriums. A self-report questionnaire was completed by 911 nurses. The results were as follows. "If there is a difficulty, it is not

[1] 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
[2] 長崎県立大学看護栄養学部
Faculty of Nursing and Nutrition, University of Nagasaki
[3] 帝京大学福岡医療技術学部看護学科
Department of Nursing, Faculty of Fukuoka Medical Technology, Teikyo University

difficulty on account of nursing in a Hansen's disease sanatorium" was reported by 40% of participants, and "There is a difficulty felt due to working in a Hansen's disease sanatorium" was also reported by 40%. "Even if there is fulfillment and charm felt by us, it is not particular to Hansen's disease nursing" was reported by little more than 40%. "I do not have fulfillment in my job" was reported by fewer than 30% of participants. A little more than 20% of participants had experienced discrimination and prejudice related to Hansen's disease. Those who reported "There is a lot of stress in this job" came to little more than 50% of participants. "Stress in my job is not different from that of other workplaces" was reported by 1/3 of participants. As for experiencing harassment, those who had been physically assaulted in the workplace came to 10%, whereas the occurrence of verbal harassment affected 40% of participants. The correlations between variables, such as participants' NIOSH scores, showed the possibility that the higher a person's depression score is, the worse their self-esteem and somatic complaints will be. In addition, the higher a person's occupational position is, the higher their scores of job control and responsibility for others are. Those suspected of a nicotine dependency came to 5.2%, whereas those demonstrating a likely alcohol dependence were 6.1%. The gambling frequencies in a single month of male nurses were higher than that found among female nurses. In the group reporting "I do not have fulfillment in my job," there were more participants who had not experienced either discrimination or prejudice. On the other hand, in the group reporting "I experience charm and fulfillment through nursing in a Hansen's disease sanatorium," there were more participants who had experienced discrimination and prejudice, and who had read the illness records of people fighting Hansen's disease. The labor load of those suspected of a nicotine dependency was lower than that for those not suspected. The self-esteem of those suspected of an alcohol dependency was found to be lower than the group not suspected; with their depression scores being higher than the group not suspected.

I. 研究背景

わが国のハンセン病政策は、1907(明治40)年の「癩予防ニ関スル件」制定にはじまり、1909(明治42)年には全国5か所の公立療養所が開設、1929(昭和4)年には療養所設置を想定した「癩予防ニ関スル件」の改正がなされた。また同年より1960年頃にかけて、全国各地で展開された「無らい県運動」により、強制収容の徹底・強化が加速、完全隔離へと向かうこととなった。その後の数回にわたる法律改正を通じて、国をあげての隔離政策に変化はなく、らい予防法に退所基準が謳われることはなかった。結局隔離政策は、1996(平成8)年の「らい予防法の廃止に関する法律」施行まで、約90年間続くことになる。現在国立ハンセン病療養所(以降、療養所とする)は、北は青森県から南は沖縄県、宮古島まで、全国13か所に設置されている。

以上を背景に、療養所の入所者の特徴としては、強制隔離政策のもとで人生の大半を療養所で過ごしてきたこと、昭和29年までは、軽症の患者がそうで

ない患者を援助する相互扶助の作業があり、病者でありながら治療やケアを受ける機会に乏しい状況であったこと、さらに、このような国レベルの差別や偏見に翻弄されつつたどり着いた現在にあっても、依然療養所に入所し続けていること、生涯を療養所で暮らす者が多数であることがあげられる。吉川¹⁾は、ハンセン病患者に対する隔離政策によって患者は、スピリチュアルペインを人生の終焉までもち続けることになったと、それは患者自らの「人間性の否定」であったと述べている。

なお療養所の研究、特に療養所に勤務する看護師を対象とした研究は少ない。その中で小野田ら²⁾は、療養所に長期勤務した看護師が経験した困難をインタビュー調査し、結果、看護師の<追い詰められた心境>を捉え、「患者の攻撃」「患者と微妙な距離を保つ」ことを見出している。療養所の入所者と一般病院の入院患者を比較すると、一般病院においては患者が一定期間で入れ替わっていくのに対し、療養所の入所者は、入退院が極めて限定的であり、死亡

退所か高齢になっての再入所以外に入所者の移動は稀である。つまり療養所内の人間関係は緊密性が高く、看護師は入所者との関係で多様な困難に直面し、克服していくという構図がある²⁾。また、入所者にとって療養所は生活の場、人生を送る場、終の棲家である。そのために療養所では、入所者の暮らしぶり如何が最優先される。入所者はハンセン病の後遺症に対して長年、独自の考えでセルフケアや処置を行ってきており、その自負もあり、看護師が健康問題について生活指導をしようとしても難しいことがある。さらに入所者は、自ら自治会を作り権利を獲得してきた集団でもある。看護師のケアや援助に支障があれば、看護師が入所者自治会から指摘を受ける仕組みになっており、看護師のストレスにつながる可能性を否定できない。

こうした中で本研究では、療養所に勤務する看護師の職業性ストレスの把握及び、ストレスとアディクションややりがい等の関連要因の関係を明らかにすることを目的とした。これまで研究(筆)者は、総合病院や精神科病院の看護職、また看護系大学の看護教員を対象に、職業性ストレスを評価する職業性ストレス調査票³⁾(NIOSH尺度: National Institute for Occupational Safety and Health: 米国労働安全保健研究所)(以降、NIOSHとする)等を用いて、職業性ストレスとアディクション等に関する質問紙調査を実施してきた。今回、同じNIOSH等を用いて、わが国の看護職の職業性ストレスとアディクションについて、勤務先(総合病院、精神科病院、看護系大学、療養所)別に比較参照できるよう研究計画を立案した。

なお、総合病院と精神科病院を対象とした調査結果からは、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は高いこと、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からは、両者を説明する共通要因として社会的支援、自尊心、技能の低活用、人々への責任の4つが見だせたが、FTNDやCAGE得点は含まれず、喫煙や飲酒への依存は、抑うつと職務満足感のストレスサーとしては働いていないこと、総合病院と精神科病院共に、一般日本人の喫煙率飲酒率と比較して高い傾向にあり、ニコ

チン及びアルコール依存症が疑われた者も高率であったこと、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こと、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、飲酒の有無、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等が示唆された⁴⁾。今回、看護職のストレス研究の第3弾として、療養所に勤務する看護職を対象とした職業性ストレス調査を実施した。

II. 方法

全国13か所の療養所の看護師を対象とした。調査期間は2008年10月から12月であった。調査協力について全療養所の看護部長より内諾を取り、調査協力依頼書と、本調査主旨と方法、倫理的要件について記載した説明文を含む質問紙、回収袋を各療養所に郵送した。対象看護師には、協力に同意できる者のみが質問紙に記入し、回収袋に投入してもらうことを遵守してもらった。対象看護師に管理者によるパワーが影響しないよう配慮してもらった。また質問紙への記入は匿名とし、回収にあたっては個人が特定されないよう、記入済みの質問紙はそれぞれ個別の封筒に入れて回収袋に投入してもらった。回収袋に投入された質問紙は、そのまま(個別の封筒を開封することなく)看護部から研究者宛に郵送してもらった。質問紙の返却をもって、調査への同意が得られたものとすることを保証した。

質問紙の設問では、属性等と療養所に特化した設問として現在の療養所以外の療養所の勤務年数、配属の希望有無、看護の困難、やりがい、療養所での看護における特徴、研修の頻度、ハンセン病への差別・偏見の体験有無、ハンセン病患者の体験談を聞いたことがあるか否か、ハンセン病患者の体験記の読書の有無及び、ストレスの自覚とストレス解消法、ハラスメント(オリジナルな設問)について、また自由記載の形で、職場のストレス要因、職場の環境やストレスに関する意見、ハンセン病への差別・偏見の内容と、ハンセン病看護に対する意見を尋ねた。さらに、NIOSHのサブスケール11尺度全116項目、加えてアディクションに関する設問として喫煙、飲

酒、向精神薬使用の有無と頻度、ギャンブル習慣の有無（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）（以降、FTND とする）⁵⁾と、アルコール依存症のスクリーニングスケールである CAGE⁶⁾の各項目を設けた。なお、ストレスとモラルの関連や、療養所という一般病院や高齢者施設とは異なる社会的、歴史的な特性が看護師の職業性ストレスに影響する可能性を想定して、仕事のやりがいや療養所に関する設問を用意した。設問総数は171件であった。

FTND は 6 項目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 項目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。分析方法としては、全変数の記述統計を求めるとともに、自由記載については、共通項を抽出してカテゴリ化等を行った。その過程においては、分析内容の信頼性、妥当性を確保するために質的研究に精通した研究者に随時、コンサルテーションを受けた。また量的変数間の関連を明らかにするために Pearson の積率相関係数を求め、 χ^2 検定、一元配置分散分析（主効果が認められた場合は事後検定として Bonferroni 法）、Kruskal-Wallis の検定、二元配置分散分析（交互作用が認められた場合はその後の単純主効果検定として Bonferroni 法）を行った。さらに NIOSH の抑うつ及び職務満足感得点を目的変数とし、他の NIOSH 各尺度得点等を説明変数とした重回帰分析（ステップワイズ法⇒強制法）を行った。

Ⅲ．結果

1. 研究協力者の属性等及び、看護の困難とやりがい

全国の療養所に勤務する看護師すなわち対象候補者数1014名に対して、研究協力者数は911名であった（回収率89.8%）。性別、年代、最終学歴、婚姻状況、同居者（複数回答可）、職位、看護師としての経験年数、現在の療養所での勤務年数、これまでキャリアを積んだ主な分野（複数回答可）、週当たりの勤務時間、夜勤の有無、月当たりの夜勤回数、勤務

形態を表1-1に示した。9割近くが女性で30歳代が2割、40歳代、50歳代がそれぞれ3分の1を占めた。最終学歴は専門学校が大半を占め、7割が既婚者で単身者は1割に満たなかった。また看護師としての経験年数は20年以上が5割強、現在の療養所での勤務年数は10年以上が5割、週当たりの勤務時間は40時間未満が5割を占めた。

療養所に特化した設問（現在の療養所以外の療養所の勤務年数、配属の希望有無、看護の困難、やりがい、療養所での看護における特徴（1つ）、研修の頻度、ハンセン病患者の体験記の読書の有無、ハンセン病患者の体験談を聞いたことがあるか否か、ハンセン病への差別・偏見の体験有無）の記述統計は、表1-2に示した。8割弱の者は他の療養所の勤務経験はなく、6割強が現療養所への配属を希望していた。看護の困難については、「困難なことがあっても、特にハンセン病療養所だからということではない」と「ハンセン病療養所での看護ゆえの困難がある」が共に4割、やりがいについては「やりがいや魅力があっても、特にハンセン病療養所だからということではない」が最も多く4割強、次いでやりがいは「特にない」が3割弱であった。研修の頻度は最も多いのが年に2-3回で4割強を占め、ハンセン病への差別・偏見の体験者は2割強、ない者は6割、未記入が2割弱であった。

2. ストレスの自覚とストレス解消法、ストレス要因、ハラスメント、差別・偏見、ハンセン病看護

研究協力者のストレスの自覚と、ストレス解消法、ハラスメントとして身体的暴力、言葉の暴力、セクシャルハラスメントの経験有無、さらに各暴力、ハラスメントの行為者の内訳を表2に示した。「ストレスが多い」と自覚している者は5割強、「他の職場と変わらない」は3分の1であった。ストレス解消法として最も多いのは「趣味」で3分の1、次いで「人と話す」が3割弱であった。次にハラスメントは、身体的暴力が1割、言葉の暴力が4割、セクシャルハラスメントは1.5割が経験していた。それらの行為者は入所者が最も多く、次いで上司であった。次に、職場のストレス要因に関する自由記載をカテゴリ化した結果及び、職場の環境やストレスに関する意見

表1-1. 研究協力者の属性等

N=911

| | | 人数 | % |
|-----------------------------|--------------|------|-------|
| 性別 | 男性 | 73 | 8.0 |
| | 女性 | 811 | 89.0 |
| | 未記入 | 27 | 3.0 |
| 年代 | 20歳代 | 44 | 4.8 |
| | 30歳代 | 194 | 21.3 |
| | 40歳代 | 313 | 34.4 |
| | 50歳代 | 316 | 34.7 |
| | 60歳代以上 | 15 | 1.6 |
| | 未記入 | 29 | 3.2 |
| 最終学歴 | 専門学校 | 770 | 84.5 |
| | 短大 | 44 | 4.8 |
| | 大学 | 23 | 2.5 |
| | 大学院 | 1 | 0.1 |
| | その他 | 27 | 3.0 |
| | 未記入 | 46 | 5.0 |
| 婚姻状況 | 既婚 | 630 | 69.2 |
| | 未婚 | 135 | 14.8 |
| | 離婚 | 107 | 11.7 |
| | 死別 | 11 | 1.2 |
| | 未記入 | 28 | 3.1 |
| 同居者 (複数回答可) | 単身生活 | 134 | 9.1 |
| | 配偶者との同居 | 563 | 38.2 |
| | 子どもとの同居 | 522 | 35.5 |
| | 親との同居 | 171 | 11.6 |
| | その他の家族との同居 | 64 | 4.3 |
| | その他の人との同居 | 18 | 1.2 |
| | 合計 | 1472 | 100.0 |
| 職位 | 師長以上 | 53 | 5.8 |
| | 副師長 | 40 | 4.4 |
| | 主任・副主任 | 3 | 0.3 |
| | 病棟・外来看護師 | 705 | 77.4 |
| | 非常勤 | 12 | 1.3 |
| | その他 | 51 | 5.6 |
| | 未記入 | 47 | 5.2 |
| 看護師としての経験年数 | 1年未満 | 2 | 0.2 |
| | 1年以上3年未満 | 12 | 1.3 |
| | 3年以上5年未満 | 23 | 2.5 |
| | 5年以上10年未満 | 90 | 9.9 |
| | 10年以上20年未満 | 259 | 28.4 |
| | 20年以上 | 488 | 53.6 |
| | 未記入 | 37 | 4.1 |
| 現在の療養所での勤務年数 | 1年未満 | 69 | 7.6 |
| | 1年以上3年未満 | 111 | 12.2 |
| | 3年以上5年未満 | 105 | 11.5 |
| | 5年以上10年未満 | 151 | 16.6 |
| | 10年以上20年未満 | 221 | 24.3 |
| | 20年以上 | 222 | 24.4 |
| | 未記入 | 32 | 3.5 |
| これまでキャリアを積んだ主な分野 (複数回答可) | 内科系 | 424 | 46.5 |
| | 外科系 | 296 | 32.5 |
| | 産婦人科・小児科 | 70 | 7.7 |
| | 眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科 | 100 | 11.0 |
| | 歯科 | 15 | 1.6 |
| | 地域医療 | 29 | 3.2 |
| | 精神科 | 98 | 10.8 |
| | その他 | 113 | 12.4 |

| | | | |
|-----------|--------------|-----|------|
| 週当たりの勤務時間 | 35時間未満 | 35 | 3.8 |
| | 35時間以上40時間未満 | 430 | 47.2 |
| | 41時間以上50時間未満 | 302 | 33.2 |
| | 51時間以上60時間未満 | 52 | 5.7 |
| | 61時間以上70時間未満 | 12 | 1.3 |
| | 71時間以上 | 7 | 0.8 |
| | 未記入 | 73 | 8.0 |
| 夜勤の有無 | 夜勤あり | 722 | 79.3 |
| | 夜勤なし | 65 | 7.1 |
| | 未記入 | 124 | 13.6 |
| 月当たりの夜勤回数 | 1回以上3回未満 | 40 | 4.4 |
| | 3回以上5回未満 | 160 | 17.6 |
| | 5回以上8回未満 | 195 | 21.4 |
| | 8回以上 | 303 | 33.3 |
| | 未記入 | 213 | 23.4 |
| | 勤務形態 | 2交替 | 55 |
| | 3交替 | 463 | 50.8 |
| | その他 | 27 | 3.0 |
| | 未記入 | 366 | 40.2 |

についてのそれを表3と表4に示した。以下、本文中ではカテゴリを【】で、サブカテゴリを<>で、コードを[]で示す。

職場のストレス要因は大きく【対人関係】と【業務・役割内容】と【仕事以外のストレス要因】の3カテゴリに分かれ、【対人関係】は、<人間関係全般><スタッフ同士の関わり><上司との関わり><他職種との関わり><入所者との関わり>の順に多かった。また【業務・役割内容】は、<仕事量への不満><自分の能力不足><仕事の質によるプレッシャー><仕事内容の不满><職場体制と環境><疲労の蓄積><勤務意欲をもてない><ミスへの不安><管理的仕事のストレス>の順に多かった。職場の環境やストレスに関する意見では、【管理者への思い】が<管理者の指導力><上司からの圧力><管理者の現場理解><スタッフの意見を反映して欲しい><意見をいづらい><命令指揮の一貫性と妥当性>から、【同僚のこと】は<同僚間の関係性><スタッフ同士の人間関係・コミュニケーション><スタッフの看護師としての適性>から構成された。また【入所者のこと】は<入所者からのクレームとプレッシャー><療養所側の受け入れ体制・システムの不備>から、【業務内容について】は<仕事の内容と量の負担><業務以外の仕事量><医師からの圧力><当たり前がなされていない><シフト・夜勤の負担><残業が当たり前になって

いる><看護師と介護員の立ち位置>から、【職場環境について】は<異動・入れ替わりが少ない><休暇を獲得できない><職員不足><職員に向心と達成感と連携がない><役職者の負担と人事評価>から構成された。さらに、【自身の能力不足】は<業務をうまく遂行できない><ミスへの不安>から、【職場内でのストレスケア】は<職場内でのメンタルケア><ストレスを吐き出す場所がない>から、【現職場への満足とストレス改善への提案など】は<現職場への満足><職場の雰囲気コントロールする><ストレスの少ない職場づくりと工夫><ストレスに対するセルフコントロール>から構成された。

次に、ハンセン病への差別・偏見の内容についてカテゴリ化したものを表5に、最後に、ハンセン病看護に対する意見をカテゴリ化したものを表6に示した。ハンセン病への差別・偏見の内容は、【入所者との関わり】が<差別されているという意識とその結果としての逆差別><関係性のこじれ><入所者のわがままと暴言>から、【差別と偏見】は<地域による入所者への差別と偏見><自分・スタッフの中にある差別と偏見><入所者の家族からの拒否と偏見><自分の家族・親戚からの差別と偏見><勤務先としていることへの地域からの差別と偏見と好奇の目><同業者からの差別と偏見>から、【入所者の心の傷】は<入所者の被差別体験><園外の

表1-2. ハンセン病療養所に特化した設問

N=911

| | | 人数 | % |
|-------------------------|-------------------------------------|-----|------|
| 現在の療養所以外のハンセン病療養所の勤務年数 | なし | 708 | 77.7 |
| | 1年未満 | 12 | 1.3 |
| | 1年以上3年未満 | 39 | 4.3 |
| | 3年以上5年未満 | 20 | 2.2 |
| | 5年以上10年未満 | 23 | 2.5 |
| | 10年以上 | 76 | 8.3 |
| | 未記入 | 33 | 3.6 |
| 配属の希望有無 | 希望して配属になった | 564 | 61.9 |
| | 希望していなかった | 225 | 24.7 |
| | 未記入 | 122 | 13.4 |
| 看護の困難 | 困難なことはない | 106 | 11.6 |
| | 困難なことがあっても、特にハンセン病療養所だからということではない | 374 | 41.1 |
| | ハンセン病療養所での看護ゆへの困難がある | 363 | 39.8 |
| | 未記入 | 68 | 7.5 |
| やりがい | 特になし | 260 | 28.5 |
| | やりがいや魅力があっても、特にハンセン病療養所だからということではない | 410 | 45.0 |
| | ハンセン病療養所での看護ゆへの魅力ややりがいがある | 176 | 19.3 |
| | 未記入 | 65 | 7.1 |
| ハンセン病療養所での看護における特徴(1つ) | ハンセン病およびハンセン病後遺症に関する詳細な知識 | 177 | 19.4 |
| | ハンセン病の歴史に関する詳細な知識 | 44 | 4.8 |
| | 高齢者看護に関する詳細な知識 | 50 | 5.5 |
| | 基礎的な看護技術はすべてこなせなければならないこと | 24 | 2.6 |
| | 入所者への共感力やコミュニケーション能力 | 215 | 23.6 |
| | 看護スタッフ間のチームワーク | 36 | 4.0 |
| | 医師をはじめとする他職種との連携 | 35 | 3.8 |
| | 入所者と一緒に生活する、という姿勢 | 20 | 2.2 |
| | 常に入所者の社会心理的な側面を視野に入れた看護 | 196 | 21.5 |
| | 入所者のアドボケイター(擁護者)としての役割 | 33 | 3.6 |
| | その他 | 15 | 1.6 |
| 未記入 | 66 | 7.2 | |
| 研修の頻度 | 全くない | 14 | 1.5 |
| | 4-5年に1回 | 19 | 2.1 |
| | 2-3年に1回 | 35 | 3.8 |
| | 年に1回 | 106 | 11.6 |
| | 年に2-3回 | 385 | 42.3 |
| | それ以上 | 301 | 33.0 |
| | 未記入 | 51 | 5.6 |
| ハンセン病への差別・偏見の体験有無 | あり | 196 | 21.5 |
| | なし | 541 | 59.4 |
| | 未記入 | 174 | 19.1 |
| ハンセン病患者の体験談を聞いたことがあるか否か | あり | 849 | 93.2 |
| | なし | 24 | 2.6 |
| | 未記入 | 38 | 4.2 |
| ハンセン病患者の体験記の読書の有無 | あり | 791 | 86.8 |
| | なし | 88 | 9.7 |
| | 未記入 | 32 | 3.5 |

行動に対する慎重さ><入所者同士での差別>から構成された。ハンセン病看護に対する意見は、【入所者への思いを基軸とした看護】が<入所者の心情に寄り添う><入所者と家族の関係性への思い><入所者が受けてきた差別への思い><信頼関係の構築>から、【ハンセン病特有の看護】は<一般病院とは異なる入所者との関係><ハンセン病だからという特別視は不要><疾病特有の知識と技術と態度が必要><心のケア><ハンセン病看護は看護の

原点><研修・教育の提案>から、【ハンセン病看護の現状】は<高齢化による看護の変化><医師との連携><看護・介護の充実と過剰>から、【ハンセン病看護を通しての気持ち】は<ハンセン病看護への期待><ハンセン病看護がもたらすストレス>から、【療養所への要望】は、<改善して欲しいこと><人手・援助の確保><ゆとりの喪失>から構成された。

表2. ストレスの自覚と解消法、ハラスメント

N=911

| | | 人数 | % |
|----------------------------|-------------|-----|------|
| ストレスの自覚 | ストレスが多い | 490 | 53.8 |
| | 他の職場と変わらない | 294 | 32.3 |
| | わからない | 82 | 9.0 |
| | 未記入 | 45 | 4.9 |
| ストレス解消法 | 趣味 | 308 | 33.8 |
| | 人と話す | 252 | 27.7 |
| | 特に何もしない | 134 | 14.7 |
| | ストレスはない | 8 | 0.9 |
| | その他 | 52 | 5.7 |
| | 複数回答 | 120 | 13.2 |
| | 未記入 | 37 | 4.1 |
| 身体的暴力 | なし | 780 | 85.6 |
| | あり | 97 | 10.6 |
| | 未記入 | 34 | 3.7 |
| 言葉の暴力 | なし | 491 | 53.9 |
| | あり | 379 | 41.6 |
| | 未記入 | 41 | 4.5 |
| セクシャルハラスメント | なし | 714 | 78.4 |
| | あり | 144 | 15.8 |
| | 未記入 | 53 | 5.8 |
| 身体的暴力の行為者 (複数回答可) | 入所者 | 76 | 71.7 |
| | 上司 | 15 | 14.2 |
| | 同僚 | 7 | 6.6 |
| | 自分の職種以外の医療職 | 6 | 5.7 |
| | その他 | 2 | 1.9 |
| 言葉の暴力の行為者 (複数回答可) | 入所者 | 158 | 31.8 |
| | 上司 | 152 | 30.6 |
| | 同僚 | 105 | 21.1 |
| | 自分の職種以外の医療職 | 71 | 14.3 |
| | その他 | 11 | 2.2 |
| セクシャルハラスメントの行為者 (複数回答可) | 入所者 | 64 | 38.1 |
| | 上司 | 32 | 19.0 |
| | 同僚 | 19 | 11.3 |
| | 自分の職種以外の医療職 | 46 | 27.4 |
| | その他 | 7 | 4.2 |

3. NIOSHの各尺度得点とFTND得点, CAGE得点及び, それらと属性等の変数間の相関

研究協力者のNIOSH得点とFTND得点, CAGE得点を表7-1に, またFTND得点の6点以上と未満群及び, CAGE得点の2点以上と未満群の度数分布を表7-2に示した. ニコチン依存症が疑われる者は全体の5.2%, アルコール依存症が疑われる者は全体の6.1%であった. 次にNIOSH得点, FTND得点, CAGE得点及び, 年代, 職位, 週当たりの勤務時間などの属性等, 睡眠薬と睡眠薬以外の向精神薬の使用頻度, ギャンブル習慣間の相関係数を表8に示した. 抑うつと自尊心, 健康一般間でそれぞれ負の相関(抑うつが高いほど自尊心が低い)と正の相関(抑うつが高いほど健康状態が悪い)が認められ, 職位については仕事のコントロールと人々への責任間でそれぞれ負の相関が認められ, 職位が高いほど,

また専従職員であるほど仕事のコントロールと人々への責任は高かった.

4. 属性等別のNIOSH得点, FTND得点, CAGE得点

性別, 年代, 最終学歴, 婚姻状況, 職位など属性等別のNIOSH得点とFTND得点, CAGE得点及びギャンブル習慣の相違を, 一元配置分散分析により検討した. 結果, まず性別については健康一般, 職務満足感, ギャンブル習慣において性別の主効果が認められた. 男性の健康一般, 職務満足感, ギャンブル習慣は女性よりも低く, ギャンブル習慣は高かった(表9-1). 年代では労働負荷 a, 労働負荷 b, 労働負荷 a+b, 負荷の変動, 社会的支援で年代の主効果が認められた(表9-2). Bonferroni法による多重比較の結果, 労働負荷 a では, 50代以上と比べて40代が高く

表3. 職場のストレス要因

| カテゴリ | サブカテゴリ(コード数) | コード(抜粋) | コード数 |
|---|--|--|---|
| 対人関係 | 人間関係全般(147) | ・ 人感関係全般がストレス | 103 |
| | | ・ 人間関係における自身のあり方(協調性のなさ, 忍耐不足, 自分を変えられない不満) | 44 |
| | スタッフ同士の 関わり(89) | ・ スタッフ間で業務量・役割に偏りがある | 22 |
| | | ・ コミュニケーション・チームワークの難しさ | 14 |
| | | ・ スタッフの仕事に対する姿勢が消極的 | 11 |
| | | ・ 仕事に対する考え方の相違, 看護観の相違 | 11 |
| | | ・ ボスの存在の人の気分次第で職場の雰囲気が変わる | 9 |
| | | ・ 特定のスタッフの言葉づかい, 入所者・スタッフにののしるように話す | 8 |
| | | ・ スタッフ間の協調性の不足, 調整の難しさ | 7 |
| | | ・ 自己中心的・マイペースすぎるスタッフと仕事のチームを組まなければならないこと | 3 |
| | | ・ その他(施設の文化風土, 職務教育のあり方, 業務改善による混乱, 看護方針が定まっていない) | 4 |
| | | 上司との関わり(82) | ・ 上司が業務のこと・スタッフのことを理解していない, 思いやりのない, 仕事内容を把握していない |
| | ・ 上司の指導力・統率力が不十分 | | 10 |
| | ・ 師長からうけるストレス(言葉・態度で威圧的態度を示す) | | 9 |
| | ・ 業務内容についての上司とのコミュニケーション不足, 上司への相談ができない, 意見がいえぬ | | 8 |
| | ・ 上司の感情的な言動がある, 気をつかって考えて精一杯やった看護行為に対しても入所者や師長の意にそぐわない場合は強く批判されること | | 7 |
| | ・ 組織の上層部の態度・性格・思考 | | 6 |
| | ・ 師長間のチームワークの不和 | | 5 |
| | ・ 上司の言葉づかい・入所者への話し方・言葉がけ・態度に威圧感がある | | 4 |
| | ・ 師長の個々のスタッフへの差別 | | 4 |
| ・ 上司の言動の非一貫性 | 4 | | |
| 他職種との関わり(50) | ・ 仕事上でのトラブルやその他いろいろな事を上司が真剣に聞いてくれない | 3 | |
| | ・ その他(上司とうまがあわない, 上司の偏見, 人事評価, 師長が訴えやクレームの多い入所者の訪問を殆ど行わずスタッフにまかせている) | 5 | |
| | ・ 医師に気をつかわなくてはならない, パワーハラスメントがある | 17 | |
| | ・ 介護員と看護師間で考えの相違がある | 14 | |
| | ・ 医師の不十分な診察, 投薬について入所者の気持ちを考えると心が痛む | 13 | |
| | ・ 他部署への対応が難しい | 4 | |
| | ・ その他(医師と入所者の存在が大きく, なかなか意見がいえぬ) | 2 | |
| | 入所者との関わり(42) | ・ 入所者の異常に強い依存心とわがまま, 自分の思い通りにならないと怒りどなる | 10 |
| | | ・ 入所者への気づかい, 思うように対応できない, 入所者の言動, 命令口調, 入所者が人を選ぶ | 8 |
| | | ・ 入所者の対応, 理解を得るのに繰り返しかえし説明しなければならない, 認知症入所者の対応 | 6 |
| ・ 入所者とのトラブル | | 6 | |
| ・ ケア中に入所者が他のスタッフの苦情を訴えること, 精神科入所者の同じ訴えの頻回なナースコール | | 5 | |
| ・ 入所者への精神的ケア | | 3 | |
| 業務・役割内容 | ・ その他(古参入所者による新人入所者へのいじめ, 入所者の親族との関わり, 退院拒否) | 4 | |
| | 仕事量への不満(57) | ・ 業務量が多い | 21 |
| | | ・ 会議や委員会での役割が多い, 勉強会 | 18 |
| | | ・ 時間外での記録物が多い(看護計画, 係, 研修, 研究等の記録) | 10 |
| | 自分の能力不足(25) | ・ 研修が多い | 5 |
| | | ・ その他(人員不足, 他部署での勤務, 勤務時間内に看護計画やプライマリーのプランが立てられない) | 3 |
| | | ・ 役割に応じた能力の不足 | 13 |
| | | ・ 今の部署ではまだ新人であってできないことや知りたいことが多いこと | 4 |
| | | ・ 仕事をまだ覚えきれておらず間違えたりして周りの人に迷惑かけていないかが心配でストレスを感じる, 能力・技術の向上が難しい, 業務をうまく遂行できない | 3 |
| | | ・ パソコン等についていけない | 3 |
| ・ その他(相手の意図をくみ取ること, 情報量が増えていること, ものごとが細かく決められていること, 変化についていけないこと) | | 2 | |
| 仕事の質による プレッシャー(25) | ・ 職責 | 7 | |
| | ・ 対人サービス, 入所者の苦情 | 5 | |
| | ・ 看護研究 | 5 | |
| | ・ 夜勤は1人勤務のため全ての作業を1人で業務すること | 4 | |
| | ・ その他(精神科看護の難しさ, リーダー業務) | 4 | |

| | | |
|---------------|--|---|
| 仕事内容の不满(20) | ・業務が広範囲で煩雑 | 7 |
| | ・毎日の業務が日がわりで慣れない検査や手術につくこと, 以前の病棟との仕事内容のギャップ | 3 |
| | ・他院では新人卒後教育の一環として行うような役割がまわってくること, 看護師なのに介護員として働かねばならない日があること | 3 |
| | ・その他(喫煙介助, ナースコール対応, マニュアルが不明瞭, 学習参加が強制的で仕事は残った人でやっていること) | 7 |
| 職場体制と環境(19) | ・職場環境(無駄と感ずることが多々, 変えようと意見を出しても保守的・非改革的で自分の考えや価値観と合わない), 環境が整っていない, 診療体制の不備, 勤務交代の多さ | 6 |
| | ・隣接する職場の騒がしい声, 集中力をそこなう無駄話, 仕事以外の声 | 3 |
| | ・他では一般的に通用しないような独自の取り決めが多いこと, トップの運営方針が見えない, 会議等で現場に降りて来ない | 3 |
| | ・一緒に働く仲間との問題の共有やチーム以外との協力がなく, チームワークの欠如(批判的・否定的発言, ネガティブ思考) | 3 |
| | ・その他(価値観の多様さ, 非常勤職員との待遇の格差が大きいこと, 人事評価の施行, 配置換え, 委員会や職場の役割への適応が難しい) | 4 |
| | ・記憶力の低下と睡眠不足 | 3 |
| 疲労の蓄積(12) | ・対人関係と業務状況で休養が取れない, 患者との対応 | 3 |
| | ・疲れが取れないうちに次の勤務になる, 身体がきつい, 家に帰ってもいい忘れややり残し・記録もれがないかいつも考えている | 3 |
| | ・入所者60名余りの2人夜勤はとて疲れる | 3 |
| 勤務意欲をもてない(11) | ・仕事への達成感や喜びが得られない, 入所者の退所がない | 5 |
| | ・やりたい看護をのびのびとできない | 4 |
| | ・その他(仕事の充実感がない, 時間的ゆとりがない, 仕事が少ない) | 2 |
| ミスへの不安(8) | ・ミスが命に直結するので常に緊張していなければならない | 4 |
| | ・ミスをしてないか常に不安である | 3 |
| | ・その他(仕事の特殊性が高い, 新人なのにプリセプターがいないこと) | 1 |
| 管理的仕事のストレス(6) | ・人事管理, 人間関係の調整, 勤務調整 | 3 |
| | ・スタッフ教育 | 3 |
| 仕事以外のストレス要因 | 生活のこと (5) | 5 |
| | ・勤務時間外にせざるを得ない業務が多くて帰宅が遅い, 希望の休みが取りにくくワークライフバランスがうまくいかない, 子育ての両立 | 5 |
| | その他(10) | 3 |
| | ・将来性がない | 3 |
| | ・一人暮らし(単身)であること, 友人関係, 給料, 自分したこと, 家庭内の問題 | 7 |

($p<.05$), 労働負荷 b では20代と比べて30代 ($p<.05$) と40代 ($p<.01$) がそれぞれ高く, 社会的支援では50代と比べて20代, 30代がそれぞれ高かった (それぞれ $p<.05$). なお労働負荷 a+b, 負荷の変動ではいずれの組み合わせにおいても有意差は認められなかった. 最終学歴については自尊心においてのみ主効果が認められ, 専門学校・短大卒者よりも大学・大学院卒者の自尊心が高かった (表9-3). 次に, 婚姻状況別では負荷の変動と健康一般において主効果が認められた (表9-4). 負荷の変動では既婚者と比べて未婚者の方が高く ($p<.05$), 健康一般では既婚者と比べて離婚・死別者の方が高かった ($p<.05$). 最後に職位では, 仕事のコントロール, 労働負荷 a, 労働負荷 b, 労働負荷 a+b, 負荷の変動, 技能の低活用, 人々への責任, 社会的支援で主効果が認められた (表9-5). 仕事のコントロール, 労働負荷 a, 労働負荷 b, 労働負荷 a+b, 負荷の変動, 人々への責任は, 師長以上及び副師長が主任・副主任/病棟・外来看護師と比べて高く ($p<.01$), 仕事のコントロール ($p<.01$), 人々への責任 ($p<.05$) では

師長以上が副師長よりも高く, 労働負荷 b は副師長の方が高かった ($p<.05$). 技能の低活用は, 主任・副主任/病棟・外来看護師と比べて副師長が低かった ($p<.05$).

5. やりがいとストレスの自覚, 配属の希望有無とストレスの自覚間の関連, やりがいと配属の希望有無別のNIOSH得点

やりがいとストレスの自覚, また配属の希望有無とストレスの自覚のクロス表と χ^2 検定及び残差分析の結果を, 表10-1と表10-2に示した. やりがいが「特にない」という回答者では, 「ストレスが多い」と回答した者の割合が高く, 「やりがいや魅力があっても, 特にハンセン病療養所だからということではない」という回答者では, それと比べて「ストレスが多い」の回答割合が低く, ストレスは「他の職場と変わらない」という回答割合が高かった. 次に, 配属の希望有無とストレスの自覚の χ^2 検定でも有意差が認められ, 配属を希望していなかった者では「ストレスが多い」と回答した者の割合が高く, 希望し

表4. 職場の環境やストレスに関する意見

| カテゴリ | サブカテゴリ(コード数) | コード(抜粋) |
|---------------------------|---|--|
| 管理者への思い | 管理者の指導力(12) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 師長ではなくそのさらに上の上司の指導力, リーダーシップ力, 連携力がどうなのか ・ もっと現場のスタッフが自由にのびのびと仕事が発揮できるよう見守る姿勢, 環境であって欲しい ・ 園の方針もはっきりせず, 一団となって頑張る雰囲気がない |
| | 上司からの圧力(10) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 上司から指導という名のパワハラがある. 部下から上司を評価できるシステムが必要 ・ 上司がワンマンでスタッフが3歳児のように指導される ・ 「上司の命令は絶対だ!」的な仕事のすすめ方が非常にストレス |
| | 管理者の現場理解(9) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 上層部が現場を理解して欲しい ・ 上層部が部下を守ることができていない ・ 上司や自分の職種以外の医療職の方にもっと現場の状況を分かって欲しい ・ 上司は話を聞いてくれるが施設長の失言にがっかりすることがしばしばある |
| | スタッフの意見を反映して欲しい(9) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 看護部長が看護師の話聞いてくれない, 勤務体制に不満がある ・ 意見をいっても多数決で蹴られる |
| | 意見をいづらい(9) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 上司への意見がいつらくスタッフ間でもビクビクして仕事をしている ・ 経験年数の多い先輩が多く意見をいにくい ・ 50代の先輩が全く聞く耳を持たないので, いわれるとおりにしているがストレス |
| | 命令指揮の一貫性と妥当性(6) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 命令が常に余裕なくおてくる ・ 師長がいうことに一貫性がない. スタッフに当たらないで欲しい |
| | 同僚のこと | <ul style="list-style-type: none"> ・ 時間に余裕があるせいか考えたり悩んだり, 精神的な病にかかる人の確率が多い |
| 同僚間の関係性(14) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神疾患をもつ同業者との業務は難しい ・ 同僚の勤務態度が悪い | |
| スタッフ同士の人間関係・コミュニケーション(10) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 人間関係のストレス要因も一つではない. 直接は関わらなくてもスタッフ間のもめごとで空気が悪くなることもストレス ・ スタッフの退職理由のほとんどが人間関係 ・ もっと同僚間での話し合いと対話ができたら, ストレスも少しずつ改善していくのでは | |
| スタッフの看護師としての適性(5) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢化した入所者の求める看護に対応できていない職員 ・ 自分の受持入所者のコールが鳴っても対応しないスタッフ ・ 転職してくる看護師の機械的な対応などが入所者の不安に | |
| 入所者のこと | 入所者からのクレームとプレッシャー(14) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者への接遇の配慮 ・ 療養所内では, 職員の人権はない ・ 入所者から人違い勘違いで怒られると, どうにもできないと分かっているけど気持ちがいぼむ ・ クレームや訴えの多い入所者への対応がストレス ・ 入所者から苦情や言葉の暴力を受ける |
| | 療養所側の受け入れ体制・システムの不備(5) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者が高齢化しているが受け入れ態勢がそれに伴った変化ができておらず効率が悪い ・ 特定の入所者の言動に振りまわされスタッフの統率が取りにくい ・ 入所者中心の看護というけれども, そうなっていないことがある |
| | 業務内容について | <ul style="list-style-type: none"> ・ 事故の原因を現場に求められるのが辛い |
| 仕事の内容と量の負担(12) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 中堅という立場で, 間にはさまりストレスを感じる ・ 自己管理目標など徐々に追い詰められていく感じ ・ 職場での責任が重い ・ 副師長制度をなくしてもらいたい. スタッフの仕事しながら中途半端な管理業務をしたり, このあいまいな立場が最大のストレス | |
| 業務以外の仕事量(10) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 委員会や会議が多すぎる ・ 業務に追われて入所者とゆっくり話すことができない ・ 業務以外の雑用や職務が多すぎる | |
| 医師からの圧力(9) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師からのパワハラが多い. 上司に相談しても無駄 ・ 医師から入所者, 看護師へのパワハラは日常的. 医師にも接遇の勉強会があって欲しい | |
| 当たり前のことがなされていない(5) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者を診ず病気だけを診ている医師や, 診療介助のみで看護を行おうとしない新人看護師が多い ・ 一般病院で当たり前に行われることが行われていない ・ それぞれの技量, 知識がバラバラで統一したことができず, 窮屈で見えないプレッシャーがある | |
| シフト・夜勤の負担(5) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 年齢的に病棟の夜勤はこたえる ・ 三交代勤務が体力的に難しい ・ 夜勤回数を複数夜勤にして欲しい. 看護師の増員が必要 | |

| | | |
|-----------------------------|------------------------------|--|
| | <p>残業が当たり前になっている(4)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 定時に仕事が終わらず残業するのが当たり前になっている ・ 時間外にしなければ仕事がおこなえず、休日出勤もある。それが当たり前なのがストレス ・ 看護師の仕事以外の役職が重荷。時間内に仕事が終わらず、時間外手当も殆どつかない |
| | <p>看護師と介護員の立ち位置(2)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 看護主任の経験もあり知識、技術の向上に努めているが「ベテラン介護員から指導してもらいなさい」といわれ、看護師の地位の低さにストレスを感じる ・ 現場の上司に看護と介護を同様に扱われるのがストレス |
| <p>職場環境について</p> | <p>異動・入れ替わりが少ない(10)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 職場をやめて開放されて元気になった人等を見るとこの職場がストレスなんだと思う ・ 勤務異動がない ・ 年々職員の平均年齢が高くなり、新人が少なく刺激が少ない。 |
| | <p>休暇を獲得できない(10)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 委員会や研究で週休を利用しなくてはいけない ・ 時間外の仕事が多く、休日もゆっくり休めない ・ 人員不足で年休が取れない |
| | <p>職員不足(6)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員が少なく責任が加重している ・ 人員不足で勤務調整が大変 ・ 年々職場環境が厳しくなっている |
| | <p>職員に向上心と達成感と連携がない(6)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者も職員も擁護されているために向上心に欠け、成長は期待できない。誰もが同等の医療・制度を受けることができるように欲しい ・ 質の向上・安全の向上が全スタッフの目標だが成果主義だけに向いているようにも感じる ・ 他セクションとの連携が取れていないので業務が煩雑 |
| | <p>役職者の負担と人事評価(4)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 役職者が時に抑うつ状態になっている。職場でのストレス、対入所者も大きな要因では ・ 人事評価は人の命を預かる医療現場には絶対にそぐわない制度、断固反対していきたい |
| <p>自身の能力不足</p> | <p>業務をうまく遂行できない(5)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 不得意な業務を克服できない ・ 時間が上手につかえず、力量不足を感じる ・ 新しいことをなかなか覚えられない |
| | <p>ミスへの不安(3)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 当直医の医療補助が不慣れで不安 ・ ミスをしたとき怒られるのがきつい。気を付けていてもミスをしてしまう |
| <p>職場内でのストレスケア</p> | <p>職場内でのメンタルケア(7)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ カウンセラーの設置が必要 ・ うつやパニック障害になるスタッフが増えている。職場でメンタルケアができる環境にしていきたい ・ 相談しても解決につながらない ・ 愚痴のいい過ぎもいかなものか |
| | <p>ストレスを吐き出す場所がない(6)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 相談したくても個人情報保護の関係でできず内にためこんでしまう。職場の人には相談したくない ・ 仕事の愚痴を誰にもいえず飲み込んでいくのは辛い ・ 職場にもストレス解消する場が欲しい |
| <p>現職場への満足とストレス改善への提案など</p> | <p>現職場への満足(12)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 職場環境でのストレスはない ・ 職場の環境が非常によく助かっている ・ 以前の職場は残業が多く人事異動も多く、体力的にも精神的にも続けていくのは困難で今の職場へ転職した ・ 20代の頃は療養所勤務が嫌だったが今はよかったと思うようになった |
| | <p>職場の雰囲気コントロールする(11)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 経験年数の多い自分が先輩の手本にならなければならないと思っている。人間、ストレスがあっても当たり前 ・ スタッフの話はできるだけ傾聴する。威圧的にならないような話し方をする ・ 仕事のチームワークでストレスも半減する ・ 上司の理解、サポートがスタッフのやりがいを引き出すことを感じる |
| | <p>ストレスの少ない職場づくりと工夫(10)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ もっと他職種と関わりあい理解しあう機会を作るべき ・ スタッフのストレス軽減を図り、余裕のある関わりを心がければ、スタッフとも入所者さんともよい関係が築ける ・ スタッフが上司を評価するシステムがあってもよい |
| | <p>ストレスに対するセルフコントロール(10)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 休日にリフレッシュしてストレス解消している ・ 健康管理、公私の区別をつけ仕事上のことを引きずらないようにしている ・ 自分の気持ちを変えていくことでストレスが減った ・ ゆとりのない職場で自分がつぶれないよう、ストレスをためないためにはどうすればよいか考えられるようになった、すべては自分の気持ち次第 ・ 信念をもって仕事に取り組むことがストレスに負けない大事なこと |

表5. ハンセン病への差別・偏見の内容

| カテゴリ | サブカテゴリ(コード数) | コード(抜粋) |
|---------------------------------|--------------|---|
| 入所者との関わり | | <ul style="list-style-type: none"> 入所者本人達の主張も強い、権利だからと思っている 周囲は差別や偏見はあまり思っていない。入所者本人が隔たりを作っている 同じことをしても「差別だ」と受け取る入所者がいる 誠心誠意やっけていても小さなことで怒りをぶつけられる。職員に差別や偏見があるからだといわれる |
| 差別されているという意識とその結果としての逆差別(17) | | <ul style="list-style-type: none"> 多額の補償金をめぐって家族も信頼できない入所者がたくさんいる |
| 関係性のこじれ(16) | | <ul style="list-style-type: none"> 入所者と人間関係がこじれ部署を変えてもらった 発した言葉を差別と受け取られ怒られた。そんなつもりはなかったのに 全盲の方にうまく情報伝達できず「差別だ」といわれた 入所者から勧められた食べ物を拒否すると入所者自身を拒否することと受け取られる |
| 入所者のわがままと暴言(15) | | <ul style="list-style-type: none"> 過去の辛い経験からか入所者から非人間的な言葉をあびせられた 言動をあげつらわれ非難されたとき、どうすれば分かってもらえるか悩んだ 入所者から暴言に近い言葉をいわれ、線を引いて看護しなければと反省する 病気を武器に無理難題を求めてくる わがままな入所者さんの訴えを聞き入れなければならない |
| 差別と偏見 | | <ul style="list-style-type: none"> 園外での試合で「何もしないで一日練習してるから勝って当たり前」といわれショックを受けた |
| 地域による入所者への差別と偏見(23) | | <ul style="list-style-type: none"> 差別用語や外部医療機関での差別対応など 食堂で断られた 偽名であること 地域の方の誤解がまだある(ハンセン病療養所に勤務しているということ) 部落的園の中では、特に問題はないが、地域外の人が偏見や差別でみている |
| 自分・スタッフの中にある差別と偏見(16) | | <ul style="list-style-type: none"> 差別をしていたのは自分だったと気づいた。偏見は簡単には消えない 勤務先を聞かれるのがこわかった 療養所に勤務していることを家族はとにかく周囲にはいいづらい 職員の中に未だに差別的認識がある 職員でさえも未だに自分が療養所に勤務していることを知られたくないと感じている |
| 入所者の家族からの拒否と偏見(12) | | <ul style="list-style-type: none"> 入所者が家族に拒否されている 余命数日の入所者が娘に会いたいと望んだが拒否された 入所者の家族に連絡が取れない、急変時の延命についての確認時など 家族のいない入所者が高齢となり死の間際、延命治療などの尊厳を守ることを考えさせられた 家族との関わりが少ない 兄弟が近くにいるが一度も面会にこない 同級生が親戚の面会に来ていて気まずそうだった |
| 自分の家族・親戚からの差別と偏見(11) | | <ul style="list-style-type: none"> 就職時家族にあまり他言するなといわれた 就職時親戚に反対された 恋人の親に「らしいの病院を辞めなければ結婚させない」といわれた |
| 勤務先としていることへの地域からの差別と偏見と好奇の目(11) | | <ul style="list-style-type: none"> 勤務先を話すと偏見のある返答をされた 結婚などに関して職員でも差別を受けた 感染するのではないかと不安がられた 療養所の官舎に住んでいたので子どもの頃いじめられた 就職したことを話すと「どんな人たちか」と聞かれることがあった どうしてこの職場にしたのか質問されることがあった |
| 同業者からの差別と偏見(5) | | <ul style="list-style-type: none"> ハンセン病療養所には普通の病院のような看護はないと思われていた ハンセン病療養所の看護師は普通の病院は勤まらないといわれる |
| 入所者の心の傷 | | <ul style="list-style-type: none"> 入所者の心の傷はトラブルがあった時に必ず出てくる。その時に謝罪を要求される 入所者の差別体験を話されると聞いてあげるだけで言葉が出ない 入所者が親の死に目にも会えなかったと聞いてショックを受けた 予防法廃止前の入所者の気持ちを考えると切ない |
| 入所者の被差別体験(13) | | <ul style="list-style-type: none"> 入所者の差別体験を知った時「自分が役に立てるのか」と悩んだ 入所者自身が差別を感じている 差別、偏見の根深さが分かってきた。本人の気持ちを重視していきたい 入所者の自己効力感が低い |
| 園外の行動に対する慎重さ(4) | | <ul style="list-style-type: none"> 園外で患者と会ったりした時、後日、声かけたことでとても喜ばれたこともあったが、逆に会った時に知らないふりをされたこともあった 町など多くの人たちが集まる場所での声かけの制限。声をかけたことで怒られた 他病院での受診の際、なぜそこまで？というほど気にしている |
| 入所者同士での差別(2) | | <ul style="list-style-type: none"> 精神科病棟の入所者への入所者間での差別 |

表6. ハンセン病看護に対する意見

| カテゴリ | サブカテゴリ(コード数) | コード(抜粋) |
|---------------------------|--------------------------|---|
| 入所者への 思いを基軸 とした看護 | 入所者の心情に寄り添う (17) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 人生の先輩として看護を通して尊重すべき ・ 入所者を家族だと思って接する気持ちとじっくり話を聞く姿勢や時間を作ること ・ 入所者の心情に寄り添うことが大切 ・ 入所者さんたちを少しでも援助できることを誇りに思っている ・ 入所者の皆さんが安心して生活できる看護を提供するのが務め ・ ハンセン病の歴史や入所者の苦悩を受け止め、生きていてよかったと思える関わりをしていきたい |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・ 手になり目になり足になることで入所者の心が満たされると信じて向き合う ・ 後遺症と加齢で不自由が増えているので相手に寄り添う看護が必要 |
| | 入所者と家族の関係性への 思い(5) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者は愛を求めている。あたたかい、愛を感じる看護をしてあげたい ・ 家族の関係が難しい入所者が多いため配慮が必要 ・ 家族に恵まれない入所者も多い。そんな入所者を理解し、見守り、看護していくことが大切 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族にもどンドン面会に来て欲しい |
| ハンセン病 特有の看護 | 入所者が受けてきた差別への 思い(4) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者は減ってきているが、差別、偏見の歴史は消してはいけない ・ 過去の心の傷や後遺症への理解の難しさ ・ 強制入所した気持ちを考えるといたたまれない |
| | 信頼関係の構築(3) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 信頼関係を構築できたとき、看護のスタートラインに立てたと感じた ・ 常に入所者の立場になってゆっくり話を聞いて看護すること ・ 入退園がないので信頼関係をどう築いていくかが大事 |
| | 一般病院とは異なる 入所者との関係(29) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 差別、偏見に苦しんできたはずの入所者が差別、偏見をもって相手の立場を理解しない ・ 閉鎖環境で暮らす入所者からの集団の言葉の暴力は日常。我慢するしかない ・ 精一杯お世話したいが、人員配置や一部の入所者のせいでそんな気持ちも壊される ・ 難しい入所者に対応するうちにスタッフもゆがむ ・ 社会に出ていない入所者の価値観を知って初めて人間関係がうまくいく ・ 人間関係が深く関わっている ・ 入所者の言い分のみ聞き入れるのではなく、人格を認めるなら常識的に対応する方がよい ・ 自己中心的な入所者がいて一方的に怒り怒鳴る。看護しにくい ・ 長い歴史のある入所者の看護は難しい ・ 長年のやり方を変更するのが難しく、一人ひとりのやり方を覚えるのが大変 ・ 入所者への細かな対応に限界を感じる |
| ハンセン病だからという 特別視は不要(11) | | <ul style="list-style-type: none"> ・ ハンセン病の看護だからといって特別なことはない ・ 差別を受けていたのはハンセン病だけではない ・ ハンセン病だからではなく1人の人間として関わっている。特殊な目で見ないで欲しい ・ ハンセン病と意識しすぎず、今現在の知識が得られるプログラムが必要 ・ 看護にハンセン病入所者も一般入所者も差はない ・ ハンセン病を患った人々の看護だと思っている ・ 障害者看護、老年看護、認知症看護という認識 |
| | 疾病特有の知識と 技術と態度が必要(8) | <ul style="list-style-type: none"> ・ この病気特有の疾病を知識が不十分で理解できないことがある ・ 実際に経験しないと理解できないことが多い ・ 入所者一人ひとり症状が違うので大変。でも「ありがとう」といわれるとうれしい ・ 外科の処置が多いので糖尿病、創傷ケアの専門看護師も必要 ・ 重複障害を併せ持っているので常に最新の配慮が必要 ・ 皆が家族になっては業務がこなせない。仕事であることを忘れてはいけない |
| ハンセン病看護は 看護の原点(6) | 心のケア(7) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神的な看護ケア、コミュニケーション技術をもつ看護師が必要 ・ 看護の中でも心のケアが必要、ターミナルケア時の難しさ ・ 辛い過去をもつ入所者の心のケアができること ・ 社会復帰できない入所者のためにも一般的な看護とは違う心理的な看護が必要 ・ 高齢入所者の寂しさを痛感して看護にあたっている ・ スピリチュアルケア、メンタルヘルスケアの充実、専門医の確保 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者の一生に関わることができる ・ ハンセン病療養所は初めてだが、忘れかけていた看護の本質に改めて気づくことができた ・ ハンセン病看護は看護の原点。どこでも活用できる ・ ハンセン病の看護の魅力は入所者中心の看護 ・ 難しい点も多いがやりがいのある看護 |

| | |
|----------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・長く勤めた方々の経験から後輩に伝えたいものを残して行って欲しい ・ハンセン病という病気や歴史についてもっとたくさんの人に知って欲しい ・エビデンスに基づいたケアをもっと導入していきたい ・ハンセン病の研修がない。知識は不可欠だが看護師向けの本がない ・老年期看護、介護の教育にもっと力を入れて活用されるようにして欲しい |
| <p>ハンセン病 看護の現状</p> | <p>高齢化による看護の変化 (19)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢化や認知症の増加で、ケアが難しくなった ・一般の老年看護の領域が大きくなってきている ・入所者の高齢化に伴い、ハンセン病の詳細な知識はなくても可能な看護に変わりつつある ・高齢化もあり介護度が上がっている ・入所者は難しい人も多いが、高齢化して介護に感謝されることもある ・高齢化で活気がなくなり淋しい。行事などを通じて笑顔がみたい ・後遺症+超高齢化+合併症によるADLの低下が著しい。安全、安楽面での看護に不安がある |
| | <p>医師との連携(6)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師による病名や治療方針がないことで困惑する ・ハンセン病を理解している医師、診る医師が少なくなった ・医師は入所者のことをもう少し考えて欲しい。延命処置は必要か？ ・医師のモチベーションが低いと看護するのが辛い |
| | <p>看護・介護の充実 と過剰(5)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外の生活保護受給者や障害者と比べて手厚い看護、介護が提供されている ・他とは比較にならないくらい介護、看護が行き届いている ・看護が過剰すぎる ・入所者に合わせすぎて自立した看護が提供されているか疑問 |
| <p>ハンセン病 看護を通して の気持ち</p> | <p>ハンセン病看護への 期待(11)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本では経歴や容姿が通常と異なると社会との共生が難しい。隔たりのない医療を築くのは期待できない ・自分の中にあつた差別や偏見が就業により消えつつある ・本当の意味でその人らしさとは何かと考えさせられる ・看護させて頂く中でも自分が癒されていることを感じる ・ハンセン病棟で看護師として仕事ができることに感謝している ・わがままなところもあるが、癌などの手術をされたときは一緒に頑張ろうという気になる ・様々な障害がありながらも自分で身の回りのことをしようとする方を見て頭が下がる思い ・ずっとハンセン病の看護をしていきたい ・隔離されてきた不安や不満を抱えつつ過ごした人生を把握しながら対応できる看護師になりたい ・最後の老いを皆で協力してみてあげたい ・傷ついた入所者が安心して療養できるよう寄り添いながら自らの看護技術や知識も高めていきたい |
| | <p>ハンセン病看護が もたらすストレス(5)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所者への差別や偏見はよくいわれるが、療養所で働く看護師も常にストレス、ジレンマを抱えている ・入所者、職員のストレスケアが必要 ・将来が不透明で矛盾がある |
| <p>療養所への 要望</p> | <p>改善して欲しいこと(10)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・センター、外来と病棟との連携が難しく、入室や退室の手続きが複雑 ・不自由で生活の場が違うが、悪くなくても病棟ではなく生活の場で最期を迎えたい人が増えている ・入所者の高齢化で悪性腫瘍、心疾患、脳血管障害が多発しているが他施設に回されるためスタッフのレベルアップができない ・園長、看護部長が変わると全体が変わる。外と比較されてもスタッフは外を知らない状況も分かって欲しい ・入所者のわがままはともかく上司のわがまは許せない ・上司が他の病院から転職してこられるとあまり理解がなくて冷たい気がする ・役職の人が入れ替わりすぎ。ふりまわされている |
| | <p>人手・援助の確保(5)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・面会人や慰問がないので話などしてもらおう機会を持てたらよい ・入所者は障害度が高い。園と看護の保障をして欲しい ・身体不自由なため多くの配慮が必要、家族の役割も大事 ・ボランティアをうまく利用できないか ・看護師を増員して欲しい |
| | <p>ゆとりの喪失(3)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・十数年前は入所者の声を受け入れた看護をしていたが、今は入所者の本音をどれだけ受け止めているのか ・会議や学習が増え10年前後から入所者と接する時間が大幅に減り申し訳ない気持ち ・肉体的にはさほどでもないが精神的な負担が大きく、病院機能評価を受けるためにますますゆとりをもって働けなくなっている |

表7-1. NIOSH得点とFTND得点、CAGE得点

N=911

| | | 有効回答数 | 平均(SD)得点 | | 未回答 |
|---------|-----------|-------|----------|--------|-----|
| NIOSH得点 | 職場の葛藤 | 895 | 41.0 | (9.8) | 16 |
| | 仕事のコントロール | 868 | 41.9 | (12.2) | 43 |
| | 労働負荷a | 890 | 12.6 | (4.2) | 21 |
| | 労働負荷b | 880 | 23.5 | (4.0) | 31 |
| | 労働負荷a+b | 911 | 35.0 | (9.3) | 0 |
| | 負荷の変動 | 890 | 8.8 | (3.2) | 21 |
| | 技能の低活用 | 888 | 9.5 | (2.7) | 23 |
| | 人々への責任 | 855 | 10.4 | (4.3) | 56 |
| | 社会的支援 | 892 | 46.0 | (8.0) | 19 |
| | 自尊心 | 888 | 30.0 | (6.5) | 23 |
| | 健康一般 | 887 | 31.7 | (11.3) | 24 |
| | 抑うつ | 882 | 16.9 | (9.5) | 29 |
| | 職務満足感 | 893 | 8.6 | (1.8) | 18 |
| 喫煙・飲酒 | FTND得点 | 209 | 3.8 | (2.1) | 702 |
| | CAGE得点 | 529 | 0.5 | (0.8) | 382 |

表7-2. FTND得点の6点以上・未満群、CAGE得点の2点以上・未満群の度数分布

N=911

| | | 人数 | % |
|--------|------------|-----|------|
| FTND得点 | 6点以上 | 47 | 5.2 |
| | 6点未満 | 184 | 20.2 |
| | 現在喫煙をしていない | 680 | 74.6 |
| CAGE得点 | 2点以上 | 56 | 6.1 |
| | 2点未満 | 504 | 55.3 |
| | 現在飲酒をしていない | 351 | 38.5 |

て配属になった者ではそれと比べて「他の職場と変わらない」という回答割合が高かった。

次に、やりがいと配属の希望有無別の NIOSH 得点を表11-1に、やりがいと配属の希望有無を独立変数とした2元配置分散分析の結果を表11-2に示した。やりがい別では、労働負荷 b を除いて主効果が認められ、「やりがいや魅力があっても、特にハンセン病療養所だからということではない」と「ハンセン病療養所での看護ゆえの魅力ややりがいがある」の回答者は、「特にない」と比較して職場の葛藤と技能の低活用は低く、仕事のコントロール、人々への責任、社会的支援、自尊心、職務満足感が高かった。一方で配属の希望有無別では、仕事のコントロール、労働負荷 b、労働負荷 a+b、負荷の変動、人々への責任、社会的支援、抑うつにて主効果が認められ、希望して配属になった者の仕事のコントロール、労働負荷 b、労働負荷 a+b、負荷の変動、人々への責任、抑うつは、配属を希望していなかった者よりも低く、社会的支援は高かった。なお分散分析の結果、交互作用が認められたのは自尊心のみで、単純主効果の検定の結果、希望して配属になった者にお

いてやりがいは「特にない」と「ハンセン病療養所での看護ゆえの魅力ややりがいがある」間のみに有意差が認められたのに対し、希望していなかった者においては、やりがいは「特にない」と「ハンセン病療養所での看護ゆえの魅力ややりがいがある」間、やりがいは「特にない」と「やりがいや魅力があっても、特にハンセン病療養所だからということではない」間の両者間で有意差が認められた。いずれもやりがいは「特にない」者の自尊心が低かった(図1)。

6. NIOSHの抑うつ得点と職務満足感得点をそれぞれ目的変数とし、他のNIOSH得点等を説明変数とした重回帰分析の結果

NIOSHの抑うつ得点を目的変数とし、その他のNIOSH得点等を説明変数とした重回帰分析の結果、職務満足感得点を目的変数とし、その他のNIOSH得点等を説明変数とした重回帰分析の結果を表12-1と表12-2に示した。抑うつ得点の説明変数として有意であった変数は、NIOSHの健康一般と自尊心、負荷の変動、技能の低活用得点であり、健康一般得

表8. NIOSH得点等及び属性等間の相関(Pearsonの積率相関係数)

| | 仕事のコントロール | 職場の高リスク | 労働負荷a | 労働負荷b | 労働負荷a+b | 負荷a | 負荷b | 負荷a+b | 労働負荷の低活用 | 人々への責任の支援 | 社会的自尊 | 健康一般 | 抑うつ | 職務満足感 | FTND | CAGE | 年代 | 看護師としての経験年数 | 現在の療養所での就業年数 | 職位 | 週当たりの勤務時間 | 睡眠薬以外の向精神薬の使用頻度 | |
|-----------------|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|-----------|---------|---------|---------|--------|-------|---------|---------|-------------|--------------|-------|-----------|-----------------|--|
| 仕事のコントロール | -0.49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 労働負荷a | .155** | .137** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 労働負荷b | .145** | .170** | .587** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 労働負荷a+b | .156** | .180** | .859** | .887** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負荷の認知 | .167** | .178** | .815** | .597** | .773** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 技能の個活用 | .136** | -.278** | -.317** | -.218** | -.294** | -.357** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 人々への責任 | .007 | .493** | .247** | .228** | .268** | .284** | -.284** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 社会的支援 | -.390** | .080* | -.122** | -.139** | -.063 | -.146** | -.197** | .040 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自尊心 | -.069* | .152** | -.066* | -.020 | .004 | -.038 | -.168** | .047 | .109** | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康日般 | .189** | -.026 | .244** | .183** | .209** | .246** | .024 | .019 | -.246** | -.229** | | | | | | | | | | | | | |
| 抑うつ | .231** | -.068* | .225** | .188** | .200** | .237** | .155** | .018 | -.303** | -.482** | .594** | | | | | | | | | | | | |
| 職務満足感 | -.213** | .173** | -.152** | -.091** | -.086** | -.149** | -.196** | .106** | .282** | .290** | -.268** | -.371** | | | | | | | | | | | |
| FTND | -.007 | .057 | -.012 | -.132 | .007 | -.076 | .052 | -.033 | .126 | -.026 | .047 | .011 | .054 | | | | | | | | | | |
| CAGE | .027 | -.012 | .049 | .028 | .067 | .025 | -.013 | .053 | -.041 | -.073 | .058 | .127** | -.009 | .162 | | | | | | | | | |
| 年代 | -.014 | .065 | -.070* | .005 | -.051 | -.053 | .043 | .008 | -.125** | .065 | .019 | -.003 | .073* | .036 | .010 | | | | | | | | |
| 看護師としての経験年数 | -.002 | .135** | -.025 | .015 | -.020 | -.025 | -.004 | .071* | -.068* | .069* | .043 | -.013 | .050 | -.023 | .002 | .653** | | | | | | | |
| 現在の療養所での就業年数 | -.061 | .021 | -.007 | .044 | .000 | -.024 | -.056 | -.080* | .018 | .039 | .011 | -.064 | .000 | .002 | -.062 | .391** | .493** | | | | | | |
| 職位 | -.048 | -.446** | -.188** | -.255** | -.237** | -.215** | .083* | -.486** | .046 | .045 | -.004 | -.082* | -.023 | .071 | -.056 | -.205** | -.219** | .137** | | | | | |
| 週当たりの勤務時間 | .156** | .123** | .265** | .310** | .300** | .289** | -.091** | .157** | -.163** | -.053 | .133** | .156** | -.075* | -.098 | -.059 | -.020 | -.009 | -.088* | -.236** | | | | |
| 睡眠薬の使用頻度 | .050 | -.054 | .017 | .014 | -.034 | .013 | .081* | -.009 | -.128** | -.062 | .276** | .234** | -.090** | -.057 | .043 | .212** | .170** | .152** | .070 | -.006 | | | |
| 睡眠薬以外の向精神薬の使用頻度 | .038 | .009 | .060 | .063 | .073* | .103** | -.010 | .044 | -.018 | -.080* | .190** | .209** | -.093** | .040 | .012 | .068 | .046 | -.006 | -.061 | .027 | .262** | | |
| ギャンブル習慣 | .023 | .025 | .052 | -.040 | -.012 | .040 | -.042 | .005 | .025 | -.009 | .074* | .060 | -.017 | .195** | -.021 | -.068* | -.030 | .000 | .074* | -.052 | .137** | .067 | |

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

表9-1. 性別のNIOSH得点とFTND・CAGE得点及びギャンブル習慣

N=911

| | | 男性 | | 女性 | | 一元配置分散分析 | |
|---------------|-----------|-------|-------------|-------|-------------|----------|---------|
| | | 有効回答数 | 平均得点 (SD) | 有効回答数 | 平均得点 (SD) | F値 | p値 |
| NIOSH得点 | 職場の葛藤 | 73 | 42.2 (10.7) | 805 | 40.7 (9.7) | 1.048 | .306 |
| | 仕事のコントロール | 73 | 43.1 (13.0) | 780 | 41.8 (12.1) | 0.372 | .542 |
| | 労働負荷a | 73 | 13.0 (3.7) | 801 | 12.5 (4.2) | 0.643 | .423 |
| | 労働負荷b | 73 | 23.0 (4.0) | 792 | 23.5 (4.0) | 2.004 | .157 |
| | 労働負荷a+b | 73 | 36.0 (6.9) | 811 | 35.4 (8.6) | 0.096 | .757 |
| | 負荷の変動 | 73 | 9.3 (2.9) | 801 | 8.8 (3.2) | 1.559 | .212 |
| | 技能の低活用 | 73 | 9.3 (2.8) | 799 | 9.5 (2.7) | 0.132 | .716 |
| | 人々への責任 | 73 | 10.7 (4.0) | 768 | 10.3 (4.3) | 0.797 | .372 |
| | 社会的支援 | 73 | 45.1 (9.2) | 803 | 46.1 (7.9) | 1.360 | .244 |
| | 自尊心 | 72 | 30.7 (5.4) | 801 | 30.0 (6.6) | 0.258 | .612 |
| | 健康一般 | 72 | 28.0 (10.4) | 800 | 32.1 (11.3) | 8.908 | .003 ** |
| | 抑うつ | 71 | 16.5 (9.9) | 795 | 17.0 (9.5) | 0.167 | .683 |
| | 職務満足感 | 72 | 8.2 (1.7) | 805 | 8.6 (1.8) | 5.078 | .025 * |
| 喫煙・飲酒・ギャンブル習慣 | FTND得点 | 30 | 3.7 (2.3) | 177 | 3.8 (2.1) | 0.000 | .990 |
| | CAGE得点 | 56 | 0.9 (1.1) | 466 | 0.4 (0.7) | 2.496 | .116 |
| | ギャンブル習慣 | 71 | 1.9 (1.0) | 783 | 1.2 (0.6) | 26.851 | .000 ** |

表9-2. 年代別のNIOSH得点とFTND・CAGE得点及びギャンブル習慣

N=91

| | | 20歳代 | | 30歳代 | | 40歳代 | | 50歳代以上 | | 一元配置分散分析 | |
|---------------|-----------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|--------|-------------|----------|---------|
| | | 有効回答数 | 平均得点 (SD) | 有効回答数 | 平均得点 (SD) | 有効回答数 | 平均得点 (SD) | 有効回答数 | 平均得点 (SD) | F値 | p値 |
| NIOSH得点 | 職場の葛藤 | 44 | 41.2 (10.6) | 194 | 40.4 (10.2) | 312 | 41.6 (9.8) | 326 | 40.3 (9.3) | 1.152 | .327 |
| | 仕事のコントロール | 44 | 38.7 (11.1) | 191 | 41.0 (11.7) | 305 | 42.7 (11.0) | 311 | 42.3 (13.7) | 2.423 | .065 |
| | 労働負荷a | 44 | 12.1 (5.3) | 191 | 13.0 (4.3) | 310 | 13.0 (4.1) | 327 | 12.0 (4.0) | 3.294 | .020 * |
| | 労働負荷b | 44 | 21.8 (3.4) | 191 | 23.8 (4.1) | 306 | 23.8 (4.0) | 322 | 23.2 (4.1) | 3.990 | .008 ** |
| | 労働負荷a+b | 44 | 33.9 (7.7) | 194 | 36.2 (8.8) | 313 | 36.2 (8.1) | 331 | 34.5 (8.6) | 3.764 | .011 * |
| | 負荷の変動 | 44 | 8.4 (2.8) | 191 | 9.1 (3.2) | 310 | 9.2 (3.2) | 327 | 8.5 (3.1) | 2.781 | .040 * |
| | 技能の低活用 | 44 | 9.8 (2.6) | 191 | 9.2 (2.9) | 310 | 9.3 (2.8) | 325 | 9.7 (2.6) | 1.872 | .133 |
| | 人々への責任 | 43 | 10.4 (4.6) | 190 | 10.4 (3.9) | 298 | 10.4 (4.1) | 307 | 10.5 (4.6) | 0.020 | .996 |
| | 社会的支援 | 44 | 48.0 (7.7) | 194 | 47.3 (7.7) | 310 | 46.0 (7.9) | 326 | 44.9 (8.2) | 4.498 | .004 ** |
| | 自尊心 | 44 | 28.0 (5.0) | 194 | 29.9 (6.6) | 310 | 30.3 (6.5) | 323 | 30.2 (6.6) | 2.281 | .078 |
| | 健康一般 | 44 | 30.9 (10.4) | 193 | 31.4 (12.3) | 308 | 31.8 (10.8) | 325 | 31.9 (11.3) | 0.255 | .858 |
| | 抑うつ | 44 | 16.3 (8.5) | 192 | 16.9 (10.8) | 305 | 17.0 (9.8) | 323 | 16.8 (8.4) | 0.104 | .958 |
| | 職務満足感 | 44 | 8.4 (1.4) | 193 | 8.5 (1.6) | 310 | 8.5 (1.8) | 328 | 8.8 (2.0) | 1.906 | .127 |
| 喫煙・飲酒・ギャンブル習慣 | FTND得点 | 14 | 4.1 (2.2) | 56 | 3.5 (2.2) | 65 | 3.9 (2.0) | 72 | 3.9 (2.0) | 0.485 | .693 |
| | CAGE得点 | 31 | 0.4 (0.8) | 123 | 0.5 (0.9) | 203 | 0.4 (0.7) | 165 | 0.5 (0.8) | 0.677 | .568 |
| | ギャンブル習慣 | 43 | 1.4 (0.9) | 187 | 1.3 (0.7) | 304 | 1.3 (0.7) | 318 | 1.2 (0.7) | 0.112 | .953 |

点が高いほど（健康状態が悪いほど）、また自尊心得点が低く、負荷の変動と技能の低活用得点が高いほど（技能が活用されていないほど）、抑うつ得点は高かった。一方、職務満足感得点を説明変数として有意だったのはNIOSHの仕事のコントロール、労働負荷 a、技能の低活用、抑うつ得点であり、仕事のコントロール得点が高いほど（仕事への裁量権を行使できるほど）、また労働負荷 a、技能の低活用、抑うつ得点が低いほど、職務満足感得点は高かった。

7. やりがいとその他療養所に特化した項目との関連

やりがいとハンセン病への差別・偏見の体験有無の関連をみるために χ^2 検定を実施した結果、有意差が認められたために残差分析を行った。やりがいが「特にない」者では、「差別・偏見体験なし」が多かったのに対し、「ハンセン病療養所での看護ゆえの魅力ややりがいがある」と回答した者では、そ

れと比べて「差別・偏見体験あり」が多かった（表13-1）。また、やりがいとハンセン病患者の体験記の読書の有無の関連についても χ^2 検定で有意差が認められたために残差分析を行ったところ、やりがいが「特にない」者では、「体験記の読書経験なし」が多かったのに対し、「ハンセン病療養所での看護ゆえの魅力ややりがいがある」と回答した者では、それと比べて「体験記の読書経験あり」が多かった（表13-2）。

最後に、やりがいと看護の困難間の χ^2 検定でも有意差が認められたため、残差分析を行ったところ、やりがいが「特にない」者と「ハンセン病療養所での看護ゆえの魅力ややりがいがある」と回答した者では、「ハンセン病療養所での看護ゆえの困難がある」は多く、「困難なことがあっても、特にハンセン病療養所だからということではない」が少なかった。「やりがいや魅力があっても、特にハンセン病療養所だからということではない」と回答した者で

表9-3. 最終学歴別のNIOSH得点とFTND・CAGE得点及びギャンブル習慣

| NIOSH得点 | 専門学校・短大 | | 大学・大学院 | | 一元配置分散分析 | |
|---------------|---------|-------------|--------|-------------|----------|--------|
| | 有効回答数 | 平均得点(SD) | 有効回答数 | 平均得点(SD) | F値 | p値 |
| 職場の葛藤 | 810 | 40.6 (9.8) | 24 | 45.0 (10.4) | 3.729 | .054 |
| 仕事のコントロール | 789 | 42.0 (12.2) | 23 | 44.0 (14.4) | 0.194 | .660 |
| 労働負荷a | 808 | 12.6 (4.2) | 23 | 13.7 (4.1) | 2.284 | .131 |
| 労働負荷b | 798 | 23.5 (4.1) | 23 | 24.9 (4.4) | 3.219 | .073 |
| 労働負荷a+b | 814 | 35.6 (8.3) | 24 | 37.0 (10.9) | 3.378 | .066 |
| 負荷の変動 | 807 | 8.9 (3.2) | 23 | 9.7 (2.9) | 1.806 | .179 |
| 技能の低活用 | 806 | 9.5 (2.7) | 23 | 8.8 (2.3) | 0.761 | .383 |
| 人々への責任 | 775 | 10.4 (4.3) | 23 | 10.8 (4.3) | 0.101 | .750 |
| 社会的支援 | 808 | 46.2 (7.9) | 23 | 43.8 (8.9) | 1.863 | .173 |
| 自尊心 | 807 | 29.9 (6.5) | 23 | 35.3 (7.2) | 11.591 | .001** |
| 健康一般 | 805 | 31.7 (11.3) | 23 | 31.0 (10.6) | 0.001 | .971 |
| 抑うつ | 800 | 16.9 (9.5) | 21 | 17.4 (9.8) | 0.067 | .795 |
| 職務満足感 | 809 | 8.6 (1.8) | 23 | 8.9 (1.6) | 0.121 | .728 |
| 喫煙・飲酒・ギャンブル習慣 | 193 | 3.8 (2.1) | 5 | 2.8 (2.8) | 0.015 | .902 |
| CAGE得点 | 487 | 0.5 (0.8) | 14 | 0.9 (1.5) | 2.411 | .123 |
| ギャンブル習慣 | 787 | 1.3 (0.7) | 23 | 1.2 (0.6) | 1.958 | .164 |

表9-4. 婚姻状況別のNIOSH得点とFTND・CAGE得点及びギャンブル習慣

| NIOSH得点 | 既婚 | | 未婚 | | 離婚・死別 | | 一元配置分散分析 | |
|---------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|----------|-------|
| | 有効回答数 | 平均得点(SD) | 有効回答数 | 平均得点(SD) | 有効回答数 | 平均得点(SD) | F値 | p値 |
| 職場の葛藤 | 625 | 40.7 (9.8) | 134 | 41.5 (8.8) | 118 | 40.9 (10.3) | 0.201 | .818 |
| 仕事のコントロール | 606 | 42.2 (12.3) | 133 | 41.0 (12.1) | 115 | 40.9 (12.0) | 1.552 | .213 |
| 労働負荷a | 625 | 12.4 (4.1) | 133 | 13.3 (4.7) | 117 | 12.6 (3.9) | 2.186 | .113 |
| 労働負荷b | 616 | 23.4 (4.0) | 134 | 24.1 (4.4) | 116 | 23.3 (4.1) | 1.616 | .199 |
| 労働負荷a+b | 630 | 35.3 (8.2) | 135 | 37.0 (8.8) | 118 | 35.4 (8.0) | 2.258 | .105 |
| 負荷の変動 | 624 | 8.7 (3.2) | 134 | 9.5 (3.2) | 117 | 9.1 (3.0) | 3.530 | .030* |
| 技能の低活用 | 623 | 9.5 (2.7) | 134 | 9.4 (2.9) | 116 | 9.4 (2.9) | 0.127 | .881 |
| 人々への責任 | 596 | 10.3 (4.2) | 131 | 10.6 (4.4) | 114 | 10.2 (4.7) | 0.430 | .651 |
| 社会的支援 | 626 | 46.2 (8.1) | 134 | 45.0 (8.2) | 115 | 45.9 (7.3) | 1.083 | .339 |
| 自尊心 | 624 | 30.1 (6.5) | 133 | 30.1 (6.2) | 115 | 30.4 (7.2) | 0.045 | .956 |
| 健康一般 | 623 | 31.0 (10.7) | 133 | 33.0 (12.2) | 116 | 34.1 (13.1) | 4.485 | .012* |
| 抑うつ | 617 | 16.4 (8.8) | 133 | 18.0 (11.0) | 115 | 18.7 (11.0) | 2.962 | .052 |
| 職務満足感 | 625 | 8.6 (1.8) | 133 | 8.4 (1.8) | 118 | 8.4 (1.9) | 0.951 | .387 |
| 喫煙・飲酒・ギャンブル習慣 | 145 | 3.7 (2.0) | 29 | 3.7 (2.2) | 32 | 4.0 (2.1) | 0.362 | .697 |
| CAGE得点 | 370 | 0.5 (0.8) | 90 | 0.4 (0.7) | 63 | 0.5 (0.7) | 1.284 | .280 |
| ギャンブル習慣 | 613 | 1.3 (0.7) | 128 | 1.3 (0.7) | 113 | 1.3 (0.7) | 1.136 | .324 |

表9-5. 職位別のNIOSH得点とFTND・CAGE得点及びギャンブル習慣 N=911

| NIOSH得点 | 師長以上 | | 副師長 | | 主任・副主任/病棟・外来看護師 | | 非常勤(その他含む) | | 一元配置分散分析 | |
|----------------------|-------|-------------|-------|-------------|-----------------|-------------|------------|-------------|----------|---------|
| | 有効回答数 | 平均得点 (SD) | 有効回答数 | 平均得点 (SD) | 有効回答数 | 平均得点 (SD) | 有効回答数 | 平均得点 (SD) | F値 | p値 |
| 職場の葛藤 | 53 | 41.4 (10.0) | 40 | 43.3 (9.1) | 703 | 40.9 (9.7) | 62 | 39.3 (10.5) | 1.569 | .196 |
| 仕事のコントロール | 52 | 59.9 (11.8) | 40 | 52.3 (10.7) | 681 | 40.1 (10.9) | 62 | 38.7 (11.0) | 65.483 | .000 ** |
| 労働負荷 ^a | 53 | 14.5 (3.6) | 40 | 15.0 (3.9) | 700 | 12.3 (4.1) | 62 | 12.3 (4.5) | 9.613 | .000 ** |
| 労働負荷 ^b | 53 | 25.7 (4.5) | 40 | 27.8 (3.3) | 691 | 23.2 (3.8) | 62 | 22.8 (4.6) | 22.307 | .000 ** |
| 労働負荷 ^{a+b} | 53 | 40.2 (7.2) | 40 | 42.8 (6.3) | 708 | 34.8 (8.2) | 63 | 34.6 (9.2) | 18.723 | .000 ** |
| 負荷の変動 | 53 | 10.7 (3.0) | 40 | 10.9 (3.2) | 700 | 8.6 (3.1) | 62 | 8.6 (3.1) | 12.129 | .000 ** |
| 技能の低活用 | 53 | 9.2 (2.7) | 40 | 8.3 (2.6) | 698 | 9.5 (2.7) | 62 | 9.9 (2.8) | 3.624 | .013 * |
| 人々への責任 | 53 | 16.8 (3.0) | 40 | 14.6 (2.5) | 674 | 9.6 (3.9) | 58 | 9.2 (3.7) | 77.242 | .000 ** |
| 社会的支援 | 53 | 43.8 (8.4) | 40 | 47.8 (5.3) | 702 | 46.2 (7.9) | 62 | 44.3 (9.7) | 3.412 | .017 * |
| 自尊心 | 53 | 28.6 (7.5) | 40 | 30.9 (6.3) | 699 | 30.1 (6.6) | 61 | 30.6 (6.0) | 1.200 | .309 |
| 健康一般 | 53 | 32.2 (10.6) | 40 | 31.6 (11.2) | 699 | 31.7 (11.4) | 61 | 32.8 (11.8) | 0.426 | .734 |
| 抑うつ | 53 | 19.5 (11.4) | 39 | 18.2 (10.8) | 694 | 16.7 (9.4) | 60 | 17.4 (8.7) | 1.463 | .223 |
| 職務満足感 | 53 | 8.7 (2.1) | 40 | 8.7 (1.4) | 702 | 8.5 (1.8) | 62 | 8.5 (2.0) | 0.197 | .899 |
| 喫煙・飲酒・ギャンブル習慣 FTND得点 | 8 | 3.5 (2.4) | 6 | 2.8 (2.3) | 176 | 3.8 (2.0) | 11 | 3.9 (2.5) | | |
| CAGE得点 | 38 | 0.6 (0.7) | 28 | 0.5 (0.9) | 419 | 0.5 (0.8) | 33 | 0.5 (0.9) | | |
| ギャンブル習慣 | 52 | 1.1 (0.3) | 39 | 1.3 (0.6) | 685 | 1.3 (0.7) | 60 | 1.3 (0.7) | | |

※職位については喫煙・飲酒・ギャンブル習慣の有効回答数が顕著に少ないため、NIOSH得点のみ分散分析を実施した。

表10-1. やりがいとストレスの自覚のクロス表

| やりがい | ストレスが多い | | | | ストレスの自覚 | | | | p値 |
|------------------------------------|---------|---------|--------|-----|------------|----|--------|--------|------|
| | 人数 | % | 調整済み残差 | 人数 | 他の職場と変わらない | 人数 | % | 調整済み残差 | |
| 特にない | 163 | 1997.5% | 3.0 | 63 | 772.1% | 27 | 330.9% | 1.0 | 0.00 |
| やりがいや魅力があっても、特にハンセン病療養所だからというだけではな | 204 | 2500.0% | -3.2 | 159 | 1948.5% | 36 | 441.2% | -0.2 | |
| ハンセン病療養所での看護ゆえの魅力ややりがいがある | 96 | 12 | 1 | 56 | 7 | 12 | 1 | -1 | |

$\chi^2=16.341$

表10-2. 配属の希望有無とストレスの自覚のクロス表

| 配属の希望有無 | ストレスが多い | | | | ストレスの自覚 | | | | p値 |
|------------|---------|-------|--------|-----|------------|----|------|--------|------|
| | 人数 | % | 調整済み残差 | 人数 | 他の職場と変わらない | 人数 | % | 調整済み残差 | |
| 希望して配属になった | 288 | 37.8% | -2.5 | 205 | 26.9% | 53 | 7.0% | 0.2 | 0.03 |
| 希望していなかった | 135 | 17.7% | 2.5 | 60 | 7.9% | 20 | 2.6% | -0.2 | |

$\chi^2=6.941$

表11-1. 配属の希望有無とやりがい別のNIOSH得点

N=911

| | 特にない | | やりがいや魅力があっても、特にハンセン病療養所だからということではない | | ハンセン病療養所での看護ゆえの魅力ややりがいがある | |
|-----------|-------------|-------------|-------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------|
| | 平均(SD)得点 | 平均(SD)得点 | 平均(SD)得点 | 平均(SD)得点 | 平均(SD)得点 | 平均(SD)得点 |
| 職場の葛藤 | 43.1 (9.2) | 39.6 (9.4) | 38.9 (10.3) | 43.3 (10.3) | 41.0 (10.2) | 42.1 (8.3) |
| 仕事のコントロール | 38.7 (11.6) | 41.7 (11.5) | 41.9 (11.4) | 41.6 (13.4) | 47.2 (13.4) | 48.7 (12.2) |
| 労働負荷a | 11.9 (4.1) | 12.6 (4.2) | 13.3 (4.1) | 12.3 (4.5) | 13.6 (4.3) | 13.6 (3.8) |
| 労働負荷b | 22.6 (4.0) | 23.4 (3.8) | 24.1 (4.1) | 24.3 (4.5) | 24.4 (4.0) | 24.4 (4.6) |
| 労働負荷a+b | 34.2 (8.0) | 35.2 (8.4) | 37.2 (7.5) | 36.3 (8.6) | 38.0 (7.5) | 37.0 (9.2) |
| 負荷の変動 | 8.3 (3.0) | 8.7 (3.0) | 9.3 (3.3) | 8.9 (3.7) | 9.8 (3.1) | 10.3 (3.2) |
| 技能の低活用 | 10.4 (2.6) | 9.2 (2.5) | 8.8 (2.9) | 10.2 (3.0) | 9.3 (2.2) | 8.4 (2.9) |
| 人々への責任 | 9.4 (4.1) | 10.3 (3.9) | 10.7 (3.8) | 9.7 (4.4) | 12.0 (4.9) | 12.8 (4.1) |
| 社会的支援 | 45.7 (7.9) | 46.6 (8.0) | 47.7 (7.5) | 42.7 (8.6) | 45.6 (7.6) | 45.7 (5.7) |
| 自尊心 | 29.1 (6.9) | 30.6 (6.2) | 31.2 (6.3) | 26.5 (6.4) | 29.8 (5.8) | 32.2 (6.7) |
| 健康一般 | 32.1 (11.7) | 31.1 (11.2) | 31.7 (11.6) | 34.9 (12.1) | 31.4 (10.4) | 30.3 (11.9) |
| 抑うつ | 18.0 (9.2) | 16.0 (8.4) | 15.4 (9.5) | 20.8 (10.7) | 16.6 (10.0) | 18.8 (11.5) |
| 職務満足感 | 7.8 (1.7) | 8.9 (1.7) | 9.0 (1.9) | 7.8 (1.9) | 8.9 (1.9) | 9.2 (1.7) |

表11-2. 配属の希望有無とやりがい別のNIOSH得点の分散分析表

| | | タイプ III 平方和 | 自由度 | 平均平方 | F値 | p値 |
|-----------|---------------------|----------------|-----|----------|--------|---------|
| 職場の葛藤 | 配属希望の有無の主効果 | 212.888 | 1 | 212.888 | 2.237 | .135 |
| | やりがいの主効果 | 1064.275 | 2 | 532.138 | 5.590 | .004 ** |
| | 配属希望の有無 × やりがいの交互作用 | 192.564 | 2 | 96.282 | 1.011 | .364 |
| | 誤差 | 66155.383 | 695 | 95.188 | | |
| 仕事のコントロール | 配属希望の有無の主効果 | 3635.977 | 1 | 3635.977 | 25.052 | .000 ** |
| | やりがいの主効果 | 2565.496 | 2 | 1282.748 | 8.838 | .000 ** |
| | 配属希望の有無 × やりがいの交互作用 | 267.299 | 2 | 133.650 | 0.921 | .399 |
| | 誤差 | 100869.730 | 695 | 145.136 | | |
| 労働負荷a | 配属希望の有無の主効果 | 46.645 | 1 | 46.645 | 2.681 | .102 |
| | やりがいの主効果 | 126.516 | 2 | 63.258 | 3.637 | .027 * |
| | 配属希望の有無 × やりがいの交互作用 | 5.030 | 2 | 2.515 | 0.145 | .865 |
| | 誤差 | 12089.658 | 695 | 17.395 | | |
| 労働負荷b | 配属希望の有無の主効果 | 211.497 | 1 | 211.497 | 13.886 | .000 ** |
| | やりがいの主効果 | 53.699 | 2 | 26.849 | 1.763 | .172 |
| | 配属希望の有無 × やりがいの交互作用 | 40.616 | 2 | 20.308 | 1.333 | .264 |
| | 誤差 | 10585.238 | 695 | 15.231 | | |
| 労働負荷a+b | 配属希望の有無の主効果 | 456.790 | 1 | 456.790 | 8.732 | .003 ** |
| | やりがいの主効果 | 334.159 | 2 | 167.079 | 3.194 | .042 * |
| | 配属希望の有無 × やりがいの交互作用 | 40.226 | 2 | 20.113 | 0.384 | .681 |
| | 誤差 | 36356.187 | 695 | 52.311 | | |
| 負荷の変動 | 配属希望の有無の主効果 | 93.987 | 1 | 93.987 | 9.518 | .002 ** |
| | やりがいの主効果 | 85.227 | 2 | 42.613 | 4.315 | .014 * |
| | 配属希望の有無 × やりがいの交互作用 | 5.952 | 2 | 2.976 | 0.301 | .740 |
| | 誤差 | 6863.053 | 695 | 9.875 | | |
| 技能の低活用 | 配属希望の有無の主効果 | 9.722 | 1 | 9.722 | 1.392 | .238 |
| | やりがいの主効果 | 207.974 | 2 | 103.987 | 14.887 | .000 ** |
| | 配属希望の有無 × やりがいの交互作用 | 12.542 | 2 | 6.271 | 0.898 | .408 |
| | 誤差 | 4854.519 | 695 | 6.985 | | |
| 人々への責任 | 配属希望の有無の主効果 | 291.051 | 1 | 291.051 | 17.023 | .000 ** |
| | やりがいの主効果 | 436.400 | 2 | 218.200 | 12.762 | .000 ** |
| | 配属希望の有無 × やりがいの交互作用 | 71.050 | 2 | 35.525 | 2.078 | .126 |
| | 誤差 | 11882.480 | 695 | 17.097 | | |
| 社会的支援 | 配属希望の有無の主効果 | 451.937 | 1 | 451.937 | 7.979 | .005 ** |
| | やりがいの主効果 | 402.451 | 2 | 201.225 | 3.553 | .029 * |
| | 配属希望の有無 × やりがいの交互作用 | 57.665 | 2 | 28.832 | 0.509 | .601 |
| | 誤差 | 39365.986 | 695 | 56.642 | | |
| 自尊心 | 配属希望の有無の主効果 | 94.754 | 1 | 94.754 | 2.475 | .116 |
| | やりがいの主効果 | 1143.957 | 2 | 571.978 | 14.940 | .000 ** |
| | 配属希望の有無 × やりがいの交互作用 | 250.373 | 2 | 125.186 | 3.270 | .039 * |
| | 誤差 | 26608.903 | 695 | 38.286 | | |
| 健康一般 | 配属希望の有無の主効果 | 78.801 | 1 | 78.801 | 0.601 | .438 |
| | やりがいの主効果 | 807.655 | 2 | 403.828 | 3.081 | .047 * |
| | 配属希望の有無 × やりがいの交互作用 | 410.791 | 2 | 205.395 | 1.567 | .209 |
| | 誤差 | 91104.009 | 695 | 131.085 | | |
| 抑うつ | 配属希望の有無の主効果 | 726.109 | 1 | 726.109 | 8.299 | .004 ** |
| | やりがいの主効果 | 1203.286 | 2 | 601.643 | 6.876 | .001 ** |
| | 配属希望の有無 × やりがいの交互作用 | 292.045 | 2 | 146.023 | 1.669 | .189 |
| | 誤差 | 60811.108 | 695 | 87.498 | | |
| 職務満足感 | 配属希望の有無の主効果 | 0.923 | 1 | 0.923 | 0.303 | .582 |
| | やりがいの主効果 | 182.893 | 2 | 91.446 | 29.994 | .000 ** |
| | 配属希望の有無 × やりがいの交互作用 | 0.326 | 2 | 0.163 | 0.053 | .948 |
| | 誤差 | 2118.955 | 695 | 3.049 | | |

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

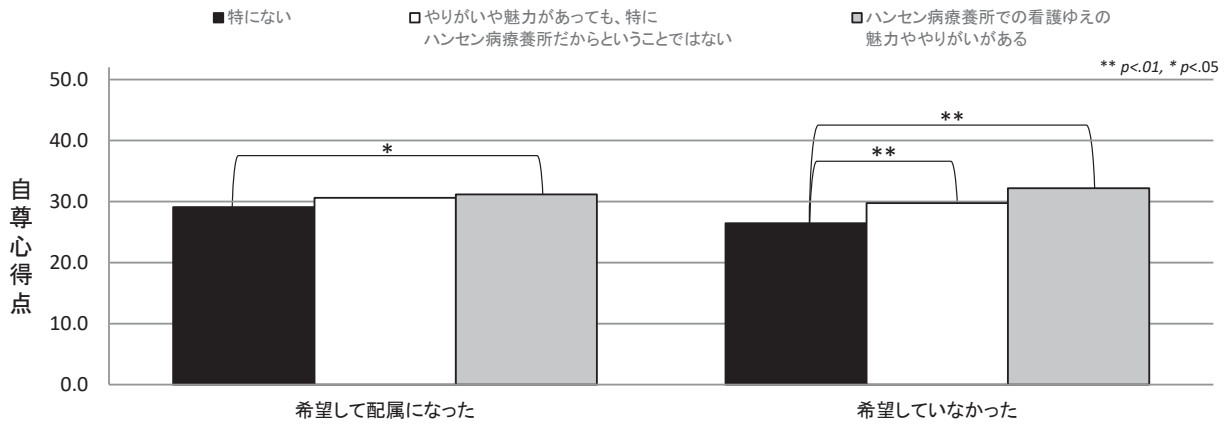


図1. 配属の希望有無とやりがい別の自尊心 (NIOSH) 得点 (単純主効果の検定)

表12-1. 抑うつ得点 (NIOSH) の目的変数とし、その他のNIOSH尺度得点等を説明変数とした重回帰分析 (ステップワイズ法⇒強制投入法) の結果

| | β | t 値 | p 値 | |
|--------|---------|--------|------|----|
| 健康一般 | .470 | 6.454 | .000 | ** |
| 自尊心 | -.345 | -4.859 | .000 | ** |
| 負荷の変動 | .284 | 3.818 | .000 | ** |
| 技能の低活用 | .193 | 2.666 | .009 | ** |

** $p < .01$, * $p < .05$
Adjusted $R^2 = .518$

表12-2. 職務満足感得点 (NIOSH) を目的変数とし、その他のNIOSH尺度得点等を説明変数とした重回帰分析 (ステップワイズ法⇒強制投入法) の結果

| | β | t 値 | p 値 | |
|-------------------|---------|--------|------|----|
| 仕事のコントロール | .123 | 3.403 | .001 | ** |
| 労働負荷 ^a | -.157 | -4.506 | .000 | ** |
| 技能の低活用 | -.160 | -4.542 | .000 | ** |
| 抑うつ | -.300 | -8.938 | .000 | ** |
| 職位 | -.013 | -.371 | .710 | |

** $p < .01$, * $p < .05$
Adjusted $R^2 = .181$

は、それと比べて「ハンセン病療養所での看護ゆえの困難がある」が少なく、「困難なことがあっても、特にハンセン病療養所だからということではない」が多かった (表13-3)。

8. 喫煙, 飲酒, 向精神薬使用の有無と頻度, ギャンブル習慣と, それらとNIOSH得点の関連
喫煙, 飲酒, 向精神薬使用の有無と頻度, ギャンブル習慣の結果を表14に示した。現在の喫煙者は4分の1弱, 飲酒習慣のある者は6割弱であった。飲酒頻度が毎日ないしほぼ毎日, 2割弱であった。睡眠

薬と睡眠薬以外の向精神薬の使用については、「ほとんど使用しない」がそれぞれ3分の2と9割弱であった。ギャンブルも「ほとんどしない」が8割であった。
次に、ニコチン依存症が疑われる (FTND6点以上) 群と疑われない (FTND6点未満 (非喫煙者を含む)) 群のNIOSH得点, またアルコール依存症が疑われる (CAGE2点以上) 群と疑われない (CAGE2点未満 (非飲酒者を含む)) 群のNIOSH得点, ギャンブル習慣別のNIOSH得点を表15-1, 表15-2, 表15-3に示した。ニコチン依存症の疑い有無の2群間で有意差が認められたのは労働負荷^bの

表13-1. やりがいとハンセン病への差別・偏見の体験有無のクロス表

| やりがい | ハンセン病への差別・偏見の体験有無 | | | | | | p値 |
|-------------------------------------|-------------------|-------|--------|-----|-------|--------|------|
| | あり | | | なし | | | |
| | 人数 | % | 調整済み残差 | 人数 | % | 調整済み残差 | |
| 特にない | 43 | 6.0% | -2.8 | 180 | 25.1% | 2.8 | |
| やりがいや魅力があっても、特にハンセン病療養所だからということではない | 83 | 11.6% | -1.0 | 255 | 35.6% | 1.0 | 0.00 |
| ハンセン病療養所での看護ゆえの魅力ややりがいがある | 62 | 8.6% | 4.3 | 94 | 13.1% | -4.3 | |

$\chi^2=20.780$

表13-2. やりがいとハンセン病患者の体験記の読書の有無のクロス表

| やりがい | 体験記の読書の有無 | | | | | | p値 |
|-------------------------------------|-----------|-------|--------|----|------|--------|------|
| | あり | | | なし | | | |
| | 人数 | % | 調整済み残差 | 人数 | % | 調整済み残差 | |
| 特にない | 218 | 26.0% | -3.2 | 39 | 4.6% | 3.2 | |
| やりがいや魅力があっても、特にハンセン病療養所だからということではない | 369 | 44.0% | 0.7 | 38 | 4.5% | -0.7 | 0.00 |
| ハンセン病療養所での看護ゆえの魅力ややりがいがある | 167 | 19.9% | 2.7 | 8 | 1.0% | -2.7 | |

$\chi^2=13.405$

表13-3. やりがいと看護の困難のクロス表

| やりがい | 看護の困難 | | | | | | | | | p値 |
|-------------------------------------|----------|------|--------|-----------------------------------|-------|--------|----------------------|-------|--------|------|
| | 困難なことはない | | | 困難なことがあっても、特にハンセン病療養所だからということではない | | | ハンセン病療養所での看護ゆえの困難がある | | | |
| | 人数 | % | 調整済み残差 | 人数 | % | 調整済み残差 | 人数 | % | 調整済み残差 | |
| 特にない | 37 | 4.5% | 1.4 | 88 | 10.8% | -3.3 | 119 | 14.5% | 2.3 | |
| やりがいや魅力があっても、特にハンセン病療養所だからということではない | 41 | 5.0% | -2.0 | 229 | 28.0% | 7.0 | 131 | 16.0% | -5.7 | 0.00 |
| ハンセン病療養所での看護ゆえの魅力ややりがいがある | 25 | 3.1% | 0.8 | 49 | 6.0% | -4.9 | 99 | 12.1% | 4.4 | |

$\chi^2=51.894$

みで、依存症の疑いなし群の労働負荷が依存症の疑いあり群よりも高かった。アルコール依存症の疑い有無の2群間では、自尊心と抑うつに有意差が認められ、依存症の疑いあり群の自尊心がなし群よりも低く、抑うつは高かった。ギャンブル習慣別のNIOSH得点については、いずれも有意差は認められなかった。

9. 配属の希望有無及びやりがいと喫煙、飲酒の関連

現在喫煙、飲酒習慣がある者のみを対象とした、配属の希望有無及びやりがい別のFTND得点、1日の喫煙本数、CAGE得点を表16に示した。Kruskal-Wallisの検定の結果からは、配属の希望有無及びやりがいによってFTND得点、喫煙本数、CAGE得点に有意差は認められなかった。

表14. 喫煙・飲酒・ギャンブル習慣と睡眠薬／向精神薬使用の有無並びに頻度

N=911

| | | 人数 | % |
|--------------|-----------|-----|------|
| 現在の喫煙 | はい | 213 | 23.4 |
| | いいえ | 680 | 74.6 |
| | 未記入 | 18 | 2.0 |
| 過去の喫煙 | はい | 175 | 19.2 |
| | いいえ | 469 | 51.5 |
| | 未記入 | 267 | 29.3 |
| 喫煙年数 | 10年未満 | 14 | 1.5 |
| | 10-20年未満 | 72 | 7.9 |
| | 20-30年未満 | 80 | 8.8 |
| | 30年以上 | 48 | 5.3 |
| | 未記入 | 697 | 76.5 |
| 一日当たりの喫煙本数 | 5本以下 | 18 | 2.0 |
| | 6-10本以下 | 77 | 8.5 |
| | 11-15本以下 | 44 | 4.8 |
| | 16-20本以下 | 59 | 6.5 |
| | 21本以上 | 15 | 1.6 |
| | 未記入 | 698 | 76.6 |
| 節・禁煙体験 | はい | 135 | 14.8 |
| | いいえ | 79 | 8.7 |
| | 未記入 | 697 | 76.5 |
| 飲酒有無 | はい | 536 | 58.8 |
| | いいえ | 351 | 38.5 |
| | 未記入 | 24 | 2.6 |
| 飲酒頻度 | 毎日ないしほぼ毎日 | 172 | 18.9 |
| | 2-3回／週 | 101 | 11.1 |
| | 1回／週程度 | 59 | 6.5 |
| | 1-2回／月程度 | 133 | 14.6 |
| | その他 | 71 | 7.8 |
| | 未記入 | 375 | 41.2 |
| 1回の飲酒量 | 日本酒で1-2合 | 337 | 37.0 |
| | 日本酒で3-4合 | 52 | 5.7 |
| | それ以上 | 32 | 3.5 |
| | その他 | 101 | 11.1 |
| | 未記入 | 389 | 42.7 |
| 睡眠薬使用 | ほとんど使用しない | 606 | 66.5 |
| | しばしば使用する | 53 | 5.8 |
| | 時々使用する | 124 | 13.6 |
| | 日常的に使用する | 57 | 6.3 |
| | 未記入 | 71 | 7.8 |
| 睡眠薬以外の向精神薬使用 | ほとんど使用しない | 798 | 87.6 |
| | しばしば使用する | 12 | 1.3 |
| | 時々使用する | 12 | 1.3 |
| | 日常的に使用する | 18 | 2.0 |
| | 未記入 | 71 | 7.8 |
| ギャンブル習慣 | ほとんどない | 727 | 79.8 |
| | しばしばする | 40 | 4.4 |
| | 時々する | 86 | 9.4 |
| | 日常的にしている | 13 | 1.4 |
| | 未記入 | 45 | 4.9 |

表15-1. ニコチン依存症が疑われる(FITND6点以上)群と疑われない(FITND6点未満群)群のNIOSH得点

| | ニコチン依存症の 疑いあり群 | | ニコチン依存症の 疑いなし(非喫煙者を含む)群 | | 一元配置分散分析 | |
|-----------|-------------------|-------------|----------------------------|-------------|----------|--------|
| | 有効 回答数 | 平均(SD)得点 | 有効 回答数 | 平均(SD)得点 | F値 | p値 |
| 職場の葛藤 | 47 | 42.2 (8.9) | 848 | 40.9 (9.8) | 0.495 | .482 |
| 仕事のコントロール | 47 | 42.9 (11.8) | 821 | 41.8 (12.3) | 1.259 | .262 |
| 労働負荷a | 47 | 13.1 (4.0) | 843 | 12.5 (4.2) | 0.243 | .622 |
| 労働負荷b | 47 | 22.2 (3.5) | 833 | 23.5 (4.1) | 4.111 | .043 * |
| 労働負荷a+b | 47 | 35.3 (6.4) | 864 | 34.9 (9.4) | 0.664 | .415 |
| 負荷の変動 | 47 | 9.0 (3.0) | 843 | 8.8 (3.2) | 0.000 | .994 |
| 技能の低活用 | 47 | 9.7 (2.5) | 841 | 9.5 (2.7) | 0.205 | .651 |
| 人々への責任 | 45 | 10.3 (4.1) | 810 | 10.4 (4.3) | 0.004 | .950 |
| 社会的支援 | 46 | 46.1 (7.7) | 846 | 46.0 (8.1) | 0.110 | .740 |
| 自尊心 | 46 | 28.3 (4.5) | 842 | 30.1 (6.6) | 2.570 | .109 |
| 健康一般 | 45 | 34.7 (12.0) | 842 | 31.6 (11.2) | 3.397 | .066 |
| 抑うつ | 46 | 18.9 (8.6) | 836 | 16.8 (9.6) | 1.878 | .171 |
| 職務満足感 | 46 | 8.4 (1.6) | 847 | 8.6 (1.8) | 0.321 | .571 |

表15-2. アルコール依存症が疑われる(CAGE2点以上)群と疑われない(CAGE2点未満)群のNIOSH得点

| | アルコール依存症の 疑いあり群 | | アルコール依存症の 疑いなし(非飲酒者を含む)群 | | 一元配置分散分析 | |
|-----------|--------------------|-------------|-----------------------------|-------------|----------|---------|
| | 有効 回答数 | 平均(SD)得点 | 有効 回答数 | 平均(SD)得点 | F値 | p値 |
| 職場の葛藤 | 56 | 41.5 (10.8) | 839 | 40.9 (9.7) | 0.077 | .781 |
| 仕事のコントロール | 56 | 40.1 (14.5) | 812 | 42.0 (12.0) | 1.171 | .279 |
| 労働負荷a | 56 | 13.2 (4.1) | 834 | 12.5 (4.2) | 1.037 | .309 |
| 労働負荷b | 56 | 23.7 (4.3) | 824 | 23.4 (4.0) | 0.005 | .943 |
| 労働負荷a+b | 56 | 37.0 (7.7) | 855 | 34.8 (9.4) | 0.384 | .536 |
| 負荷の変動 | 56 | 9.1 (3.4) | 834 | 8.8 (3.2) | 0.242 | .623 |
| 技能の低活用 | 56 | 9.5 (2.7) | 832 | 9.5 (2.7) | 0.051 | .821 |
| 人々への責任 | 55 | 10.7 (4.1) | 800 | 10.4 (4.3) | 0.532 | .466 |
| 社会的支援 | 56 | 45.1 (8.5) | 836 | 46.0 (8.0) | 1.546 | .214 |
| 自尊心 | 56 | 28.3 (6.9) | 832 | 30.2 (6.5) | 5.499 | .019 * |
| 健康一般 | 56 | 34.0 (14.1) | 831 | 31.6 (11.1) | 1.793 | .181 |
| 抑うつ | 55 | 21.5 (11.6) | 827 | 16.6 (9.3) | 10.706 | .001 ** |
| 職務満足感 | 56 | 8.3 (1.8) | 837 | 8.6 (1.8) | 1.440 | .230 |

表15-3. ギャンブル習慣別のNIOSH得点

| | ほとんどない | | しばしばする | | 時々する | | 日常的にしている | | 一元配置分散分析 | |
|-----------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|----------|------|
| | 有効 回答数 | 平均(SD)得点 | 有効 回答数 | 平均(SD)得点 | 有効 回答数 | 平均(SD)得点 | 有効 回答数 | 平均(SD)得点 | F値 | p値 |
| 職場の葛藤 | 723 | 40.8 (9.8) | 40 | 40.6 (8.8) | 85 | 42.0 (9.7) | 13 | 40.2 (10.6) | 0.727 | .536 |
| 仕事のコントロール | 703 | 41.8 (12.3) | 38 | 41.4 (12.3) | 83 | 43.3 (12.4) | 13 | 41.0 (11.3) | 0.350 | .789 |
| 労働負荷 a | 723 | 12.5 (4.3) | 40 | 12.9 (4.0) | 83 | 12.8 (3.6) | 13 | 14.4 (3.6) | 0.631 | .595 |
| 労働負荷 b | 715 | 23.5 (4.1) | 40 | 23.9 (3.8) | 83 | 23.0 (4.0) | 13 | 22.5 (4.6) | 0.865 | .459 |
| 労働負荷 a+b | 727 | 35.6 (8.3) | 40 | 36.8 (7.0) | 86 | 34.6 (9.3) | 13 | 36.8 (6.6) | 0.346 | .792 |
| 負荷の変動 | 722 | 8.8 (3.2) | 40 | 9.3 (3.3) | 83 | 9.0 (3.1) | 13 | 9.8 (2.6) | 0.879 | .452 |
| 技能の低活用 | 720 | 9.5 (2.7) | 40 | 8.8 (2.4) | 83 | 9.5 (2.8) | 13 | 8.3 (2.7) | 1.844 | .138 |
| 人々への責任 | 694 | 10.3 (4.3) | 39 | 11.9 (4.4) | 83 | 10.3 (4.0) | 11 | 9.6 (2.4) | 2.141 | .094 |
| 社会的支援 | 723 | 46.0 (8.1) | 40 | 47.3 (6.4) | 84 | 45.9 (7.1) | 12 | 48.8 (7.3) | 0.460 | .710 |
| 自尊心 | 720 | 30.2 (6.7) | 40 | 29.4 (6.0) | 85 | 29.7 (5.3) | 12 | 31.8 (6.8) | 0.124 | .946 |
| 健康一般 | 720 | 31.4 (11.2) | 40 | 33.6 (14.0) | 85 | 33.3 (11.4) | 12 | 36.3 (8.7) | 1.874 | .132 |
| 抑うつ | 712 | 16.8 (9.7) | 40 | 15.9 (9.4) | 85 | 18.3 (8.3) | 12 | 21.5 (11.6) | 1.097 | .349 |
| 職務満足感 | 721 | 8.6 (1.8) | 40 | 8.9 (2.1) | 85 | 8.6 (1.6) | 13 | 7.8 (1.7) | 1.225 | .300 |

表16. 配属希望の有無及びやりがい別のFTND得点、1日の喫煙本数、CAGE得点(現在喫煙、飲酒がある者のみ対象)

| | 特になし | | やりがいや魅力があっても、特にハンセン病 療養所だからという点ではない | | ハンセン病療養所での看護ゆえの 魅力ややりがいがある | | p値 |
|---------------|------|-------------|--|-------------|-------------------------------|-------------|------|
| | 人数 | 平均得点/本数(SD) | 人数 | 平均得点/本数(SD) | 人数 | 平均得点/本数(SD) | |
| FTND得点 | 40 | 3.7 (2.0) | 61 | 3.8 (2.2) | 24 | 3.5 (1.7) | |
| 希望して配属になった | 15 | 4.1 (2.1) | 26 | 4.3 (2.1) | 11 | 2.5 (2.2) | n.s. |
| 希望して配属にならなかった | 40 | 14.7 (6.9) | 62 | 13.7 (6.3) | 24 | 14.4 (5.6) | |
| 希望して配属にならなかった | 15 | 13.3 (4.9) | 26 | 13.0 (5.9) | 12 | 13.3 (6.1) | n.s. |
| CAGE得点 | 88 | 0.5 (0.9) | 166 | 0.5 (0.8) | 75 | 0.5 (0.7) | |
| 希望して配属にならなかった | 39 | 0.4 (0.7) | 63 | 0.6 (0.8) | 26 | 0.6 (0.7) | n.s. |

*Kruskal-Wallisの検定

IV. 考察

1. 療養所に勤務する看護師の背景、やりがいとストレスの自覚等

研究協力者の8割弱は他の療養所の勤務経験はなく、6割強が現療養所への配属を希望していた。看護の困難については、「困難なことがあっても、特にハンセン病療養所だからということではない」と「ハンセン病療養所での看護ゆえの困難がある」が4割ずつ、やりがいについては「やりがいや魅力があっても、特にハンセン病療養所だからということではない」が4割強、「特にない」が3割弱であった。また2割強がハンセン病への差別・偏見を体験していた。その内容についての自由記載の結果(表5)からは、<自分の家族、親戚からの差別と偏見><勤務先としていることへの地域からの差別と偏見と好奇の目><同業者からの差別と偏見>というように、ハンセン病患者や入所者への差別・偏見のみならず、療養所に勤める看護師への偏見もあったことが示されており、そうした中でも、勤務し続けることの意味を見出している者が少なくないことがうかがわれた。またハンセン病看護に対する意見の自由記載の結果(表6)からも、入所者に対する思いやハンセン病特有の看護が語られている一方で、<ハンセン病だからという特別視は不要><ハンセン病看護は看護の原点>というように、療養所での看護をむしろ一般化し、看護の本質に結びつけている可能性が示唆された。以上より、専門学校を卒業後ストレートに療養所での勤務を希望し、勤務し続けてきた者が一定割合を占めること、看護の困難ややりがいについても、療養所における看護を前提にせず、つまり療養所に焦点化することなく看護という広い括りで捉えている者が多いことが示唆された。

小野田ら⁷⁾は、前述の法律第11号「癩予防ニ関スル件」に基づき設立された公立病院の中で初めて、看護人看護婦講習所を設立した第一区府県立全生病院(現国立療養所多摩全生園)の、1931(昭和6)年申請時の看護人看護婦講習所規則には「本院看護人看護婦の講習は一般患者の看護法を教授し併て慈愛の精神に基づき品性の向上に努む」と、1942(昭和17)年の国立移管に伴う申請では「本所は看護学一般に関する学科技術を教授し併せて慈愛の精神を涵養するものとする」と記されていたことを紹介して

いる。そこでは、らい病患者やその看護を教授することを特に謳っておらず、療養所において特殊な看護はないことを示しており、その時の院長はむしろ療養所こそが、看護教育の最適な場であると考えていたことを述べている。確かに入所者には、全診療科の看護に精通していなければ対峙できないような看護ニーズが存在する。加えて入所者の多くは、社会や家族への葛藤や不条理へのスピリチュアルペインを経て、さらに生活障害ともいえる様々な日常の不自由さと、将来への不安を抱え続けている人々である。そのような入所者に寄り添う難しさ、厳しさは想像に難しくなく、だからこそ、看護の原点ともいえる献身や奉仕のマインドに根ざした看護の姿勢や態度が求められてくるといえよう。

次に、研究協力者のストレスの自覚については「ストレスが多い」と自覚している者が5割強で最も多く、一方で、「他の職場と変わらない」と自覚している者も3分の1を占めた。前述の総合病院と精神科病院の看護師795名を対象としたストレス調査⁴⁾では、総合病院は「ストレスが多い」が59.2%、「他の職場と変わらない」が26.0%、精神科病院は「ストレスが多い」が45.3%、「他の職場と変わらない」が30.9%であったことから、総合病院や精神科病院の看護師のストレスの自覚とほぼ同じ割合であることが掌握された。さらにハラスメントは、身体的暴力が1割、言葉の暴力が4割、セクシャルハラスメントは1.5割が経験しており、それらの行為者は入所者、上司の順であった。松下ら⁴⁾の総合病院と精神科病院の看護師を対象とした自記式質問紙調査でも同様の設問を設けており、その結果は、総合病院の看護師の13.5%、精神科病院の23.4%が身体的暴力を受けており、言葉の暴力を受けた者は28.6%と35.3%、セクシャルハラスメントは12.2%と10.2%、またそれらの行為者は患者、上司の順に多かったと報告している。以上の所見と比較すると、本研究対象者は身体的暴力よりも言葉の暴力を受けやすい環境にあること、その行為者は他の病院同様に、入所者すなわち患者が多いことが示唆された。

なお、職場のストレス要因と職場の環境やストレスに関する意見の自由記載をカテゴリ化した結果(表3,表4)からは、職場のストレス要因として【対人関係】が圧倒的に多いこと、中でも<入所者との

関わり>以上に<スタッフ同士の関わり><上司との関わり>が多いことが示された。仮に入所者の言葉の暴力がストレス要因として存在するとしても、それ以上に、日常的な職員間の対人関係の質が看護師のストレスに影響している可能性がうかがわれる。そして【業務・役割内容】では<仕事量への不満>を除くと<仕事の質によるプレッシャー><仕事内容の不満><職場体制と環境>と同レベルで、<自分の能力不足>が見出せたことから、また<勤務意欲をもてない>というサブカテゴリもあったことから、ストレス要因を外在化させるのみならず内在化する傾向もあることが示唆された。実際、職場の環境やストレスに関する意見でも、【自身の能力不足】として<業務をうまく遂行できない><ミスへの不安>がサブカテゴリ化されており、<ミスへの不安>がますます業務遂行を妨げている悪循環がうかがわれる。

他にも職場の環境やストレスに関する意見では、上記ストレス要因としての【対人関係】を裏づけるように、【管理者への思い】【同僚のこと】【入所者のこと】において、その詳細が述べられていた。【管理者への思い】では組織のヒエラルキーによる圧力、その結果としての意見のいびづらさ、その結果としての意見が反映されない現場、管理者の命令指揮を含めた指導力と現場理解の不足があげられた。【同僚のこと】では、同僚間の関係性やコミュニケーションについて、また、そもそも<スタッフの看護師としての適性>に疑問をもつという意見もあった。最後に【入所者のこと】では、<入所者からのクレームとプレッシャー>が、またそれに対する療養所の受け入れ体制の問題が指摘された。さらに、職場のストレス要因の【業務・役割内容】にも関連するが、【業務内容について】では<仕事の内容と量の負担><業務以外の仕事量>や<医師からの圧力><シフト・夜勤の負担><残業が当たり前になっている>こと、<看護師と介護員の立ち位置>について、その結果、【職場環境について】では<休暇を獲得できない><職員不足><職員に向上心と達成感と連携がない>ことが言及されていた。一方で、そうした中【職場内でのストレスケア】や【現職場への満足とストレス改善への提案など】のように、ストレス対策への期待もあり、ストレスを自覚しながら

も、その対策を志す姿勢が強いことが示唆された。

2. 入所者の背景とハンセン病看護

病院であれば看護の対象者は常に変化し、関わる期間は限定されている。もちろん再入院を繰り返す患者もいれば、精神科病院のように入院期間が数十年単位の患者もいるが、療養所の入所者は、国の伝染病対策として強制隔離されてきた人々である。そして隔離政策はもとより、所内作業、断種や人工妊娠中絶の強制といった様々な人権蹂躪を受けてきた人々である⁸⁻⁹⁾。そうであれば2001(平成13)年の原告(入所者側)の国に対する全面勝訴が象徴するように、入所者は看護の対象者であるとともに、一連の隔離政策の犠牲者ともいえる。そして、らい予防法が廃止された1996(平成8)年以降も入所し続けざるを得ない入所者の将来への不安、入所者の減少からこれまで通りに医療・介護を受けられなくなるのではないかという不安を加味し、2008(平成20)年には施設の地域開放を意味した、「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」が制定された¹⁰⁾。これは、看護対象者の大半は、療養所を終の棲家とする入所者であることをも意味している。かつ入所者は、可視的な後遺症や末梢神経障害、視覚障害¹¹⁾、聴力障害¹²⁾をもち、歯科や口腔内衛生のニーズも高い¹³⁻¹⁴⁾。また高齢化の結果として、認知症が47.5%を占めている¹⁵⁾。

一方で、入所者が必ずしも受け身の被害者で徹していたわけではない。井上¹⁶⁾は、一人のハンセン病当事者のライフストーリー分析を通じて、生きていることの有意味感を考察している。アントノフスキーの健康生成論¹⁷⁾から熊谷¹⁸⁾が構築した概念である「生きていることの有意味感」を基軸として分析した結果、事例の当事者に琉歌と大工、会計等の仕事が処理可能感と把握可能感をもたらし、これらが当事者の療養所での生活を支えてきたと報告している。さらに福岡¹⁹⁾は、2人のハンセン病療養所入所者の語りを紹介し、「感謝の語り」と「怒りの語り」に分類し、たとえば前者は療養所を「アジール(逃げ込んだ空間)」として生きてきた、後者は「アサイラム(閉じ込められた空間)」として生きてきた人たちだと述べている。

以上よりハンセン病看護では、後遺症に対する具

体的な専門性の高い看護や、認知症看護が求められるのに加えて、一般病院や精神科病院での看護とは異なる観点から、看護の本質を問われる機会に遭遇しやすく、それに伴う葛藤やジレンマは少なくないと推察する。冒頭で述べた小野田ら²⁾は、療養所に長期勤務した看護師の困難とその克服状況を明らかにすることを目的に半構成的面接を行い、その内容をKJ法で分析した結果、看護師は「行わなければならないことがたくさんあった」「患者の攻撃」などから【追いつめられた心境】となり、そうした困難を、「総婦長の教育的な関わり」により患者との関係を【客観的に見つめ直す】ことで「差別をされてきた人の気持ちを理解する」ようになり、【自分が変わって患者も変わった】という体験を通して患者に【身内のような気持ち】を感じることで克服していたと述べている。また伊波²⁰⁾は、療養所における看取りの実践と課題を明らかにすることを目的に半構造化面接を実施し、KJ法で分析しているが、その結果、看護師は家族関係が希薄な入所者の【家族を意識した看取り看護の必要性】を感じつつ、日々の入所者のライフサポートを意識しながら【生活者の視点を重視した看取り看護】を行い、【入所者の楽しみに働きかける看取り看護】が看護師の看取り看護に対する満足感ややり甲斐につながっていたこと、しかし看取り経験が少ない看護師は不安やジレンマを抱えていたこと、その中で【看護師の看取りに関する意識の相違】と【施設として入所者を看取ることの方針の不明確さ】という課題が描出されたと報告している。

一方、療養所の看護師長であった森田²¹⁾は、ハンセン病患者の看護経験を通じて「人に寄り添う看護」というタイトルで、看護の実践、例えば末梢神経障害、無痛覚や体温調節不全に対する看護、兎眼、眼瞼下垂、驚手等に配慮した看護を記している。またその中で、「ハンセン病の看護には看護の原点がある」「私の看護人生悔いなし」「あなたに会うとホッとすると、そういう看護師になりたい」といった先輩看護師の言葉を紹介している。ハンセン病への差別・偏見の内容の自由記載の結果（表5）から見出せた、カテゴリ【入所者との関わり】に集約されたサブカテゴリ<差別されているという意識とその結果としての逆差別><関係性のこじれ><入所者の

わがままと暴言>に、またカテゴリ【差別と偏見】に集約されたサブカテゴリ<地域による入所者への差別と偏見><入所者の家族からの拒否と偏見>、さらにカテゴリ【入所者の心の傷】のサブカテゴリ<入所者の被差別体験><園外の行動に対する慎重さ>、加えてハンセン病看護に対する意見の自由記載の結果（表6）から見出せた、カテゴリ【入所者への思いを基軸とした看護】に集約されたサブカテゴリ<入所者の心情に寄り添う><入所者が受けてきた差別への思い><信頼関係の構築>に、カテゴリ【ハンセン病特有の看護】のサブカテゴリ<一般病院とは異なる入所者との関係><心のケア><ハンセン病看護は看護の原点>に、入所者の被差別体験を通じた心的負荷と外傷、それを引き受けようとする看護師の姿勢、すなわち上記先行所見に通じるハンセン病看護の特徴が象徴化されていると考える。

3. NIOSH得点等からうかがえる職業性ストレス

本研究協力者のNIOSH得点を、前述の松下らの総合病院と精神科病院の看護師を対象とした先行所見⁴⁾と比較した結果、総合病院や精神科病院の看護師と比較して本研究協力者は、職場の葛藤と仕事のコントロールが高く、労働負荷と負荷の変動、社会的支援は低く、職務満足感が高い傾向にあることが示された（総合病院の看護師の職場の葛藤が 37.9 ± 9.2 点、仕事のコントロールが 39.4 ± 10.7 点、労働負荷と負荷の変動が 39.1 ± 6.3 点と 10.6 ± 3.0 点、社会的支援が 48.5 ± 7.0 点、職務満足感が 7.7 ± 1.7 点、精神科病院の看護師の職場の葛藤が 39.4 ± 9.5 点、仕事のコントロールが 39.8 ± 11.6 点、労働負荷と負荷の変動が 35.4 ± 7.3 点と 9.1 ± 3.0 点、社会的支援が 48.7 ± 8.1 点、職務満足感が 8.2 ± 1.7 点）。また、NIOSH得点、FTND得点、CAGE得点及び、年代、職位別、週当たりの勤務時間などの属性等、向精神薬の使用頻度、ギャンブル習慣間の相関からは、抑うつと自尊心、健康一般間でそれぞれ負の相関と正の相関が認められ、抑うつが高いほど自尊心が低く、健康状態は悪かった。職位については仕事のコントロールと人々への責任間でそれぞれ負の相関が認められた。職位が高いほど、また専従職員であるほど仕事のコントロールと人々への責任は高かった。これについては、いずれも看護のみならず他の職業集団、職場

でも一般化していえることと考える。

さらに、NIOSHの抑うつ得点を目的変数とし、その他のNIOSH得点等を説明変数とした重回帰分析の結果、加えて職務満足感得点を目的変数とし、その他のNIOSH得点等を説明変数とした重回帰分析の結果からは、健康状態が悪いほど、自尊心が低いほど、また負荷の変動が高いほど、技能が活用されていないほど抑うつは高いこと、一方、仕事への裁量権を行使できるほど、労働負荷が低く技能が活用されているほど、また抑うつが低いほど職務満足感が高いことが示された。松下らの総合病院と精神科病院の看護師を対象とした先行所見⁴⁾でも同分析を行っているが、抑うつと職務満足感に共通した説明変数として、社会的支援、自尊心、技能の低活用、人々への責任の4つを認めている。本結果と共通するのは自尊心と技能の低活用であり、本結果と同様に自尊心が高く技能が活用されている者ほど抑うつは低く、職務満足感が高かったことを報告している。本所見についても、療養所特有のことではなく、かつ看護集団に限定した内容でもなく、あらゆる職業集団や職場で一般化できることと考える。

城ら²²⁾は、療養所の看護師の離職率が一般病院のそれよりも低かったことから、療養所で10年以上就労し続ける気持ちをアンケート調査で探索している。その結果、入所者の平均在園年数58年が示すように、入れ替わりのない入所者を対象に行っている看護はマンネリ化に陥り易い環境下にあると捉えられがちであるが、10年、20年と経験年数を経た看護師が、当たり前に行っている看護を意識してその意義を見出すことで、環境要因が変化しなくとも意欲要因を増大させて職務満足感の向上につながる可能性を考察している。看護対象者が固定した中で長期にわたる専門的スキルを活用したハンセン病看護の経験が育む、自尊心であり職務満足感であるとも解釈できよう。

次に、冒頭の本研究協力者の職場の葛藤が高かったことについては、職場のストレス要因の自由記載の結果(表3)からも、入所者を含む対人関係の困難さが職場の葛藤の主要因である可能性、次いで業務や役割内容がストレスになっている可能性がうかがわれた。しかしその大半が、地域社会との関わりをはじめとする療養所や、ハンセン病看護に特化した葛藤で占められているわけではない。平田ら²³⁾は、

療養所に勤務する看護婦を対象に勤務の中でどのようなストレスを感じどのような対処をしたかを聞き取り調査し、看護婦のストレスが人間関係に起因するものが53.9% (患者関係21.1%, 同僚関係17.4%, 上司その他関係15.4%), 業務に関するものが23.2%, 労働条件が9.9%, その他が13.0%で、76.5%は看護婦のストレスとして既に報告されている内容であり、療養所の特徴といえるものは23.5%であったと報告している。さらにその特徴的な内容を分析した結果、患者への援助に関するもの(患者からの拒否的な言動)、患者とのコミュニケーションに関するもの(円滑にいかないコミュニケーション)、患者との密着した人間関係(崩せない人間関係)、介護員との関係(介護員とのチームワーク)にカテゴリ化されたと述べている。

介護員との関係については小林ら²⁴⁾も、看護師と介護員を対象とした質問紙調査を通じて論じている。両者の役割認識と連携の現状について尋ねたところ、「自分の役割を果たしている」という回答者は看護師、介護員ともに5割台であり、役割を果たせない理由として看護師からは、「計画的に(介護員に)指導を行っていない」が、介護員からは「自分の役割がどこまでなのかわからない」等があげられたこと、不自由者棟における看護と介護の役割イメージでは、「看護と介護が共有する」が看護師で9割弱、介護員で6割強であったこと、看護師が介護員に望むこととしては「適切な報告」「疑問に思う時はその時に欲したい」が、介護員が看護師に望むこととしては「相談に対して的確な答えが欲しい」であったことを報告している。結論として、両者の互いの役割認識がはっきりしておらず、連携できていない現状にあることを述べている。また藤本ら²⁵⁾は、不自由者棟専従看護師と、夜勤や外来で不自由者棟入所者と関わる外来看護師を対象とした質問紙調査を行い、両看護師に共通した入所者との関わりでの困難として、治療を含む日常生活のすべてにおいて入所者が、自分たちに決定権があると考えていることが見出せたと述べている。

以上より推察できるのは、他の職場同様に人間関係や業務関連がストレスの主要因であるものの、入所者や介護員との関係では療養所に特化した特徴が明らかに存在すること、それが入所者の心理的・身体

的特徴や長期にわたる関係性、歴史的背景をもつての入所者・看護師間の力関係、介護員・看護師間の力関係に起因していることであろう。職場の環境やストレスに関する意見の自由記載(表4)のカテゴリ【入所者のこと】のサブカテゴリ<入所者からのクレームとプレッシャー>に、またカテゴリ【業務内容について】のサブカテゴリ<看護師と介護員の立ち位置>に、ハンセン病への差別・偏見の内容の自由記載(表5)のカテゴリ【入所者との関わり】のサブカテゴリ<差別されているという意識とその結果としての逆差別><関係性のこじれ><入所者のわがままと暴言>に、最後ハンセン病看護に対する意見の自由記載(表6)のカテゴリ【ハンセン病特有の看護】のサブカテゴリ<一般病院とは異なる入所者との関係><疾病特有の知識と技術と態度が必要><心のケア>に、入所者の心理的身体的特徴や、長期にわたる関係性、入所者・看護師間の力関係等が見え隠れしているといえよう。

次に、仕事のコントロールと職務満足感が高く、社会的支援が低かったことについては、療養所では生活障害への支援が主になることから医師の数は一般病院と比較して圧倒的に少なく(2012(平成24)年1月1日における、国立ハンセン病療養所の医師の定員は144人、常勤医師の配置数は124人)²⁶⁾、その分看護師の裁量は大きく、職務満足感も比例するであろう。また看護師は自立的に動くことになることから、そもそも社会的支援の需要自体も少なくなる可能性が考えられる。看護師の年齢層も高く、療養所での看護経験も長いことから、支援へのニーズは少ないかもしれない。

次に労働負荷等が低いことについては、急性期医療のような著しい病状変動が少ないこと、生活障害に対する支援や寄り添う看護が主体になることなど、看護の質の相違が影響している可能性もあると考える。本多⁸⁾は社会学研究者の立場から、療養所の看護ケアを分析し、療養所の看護師は能動的な「生活者」をケアしていると結論している。療養所の開設以来、看護職による直接ケアは、医師の診療補助と包帯交換や注射を主とする外来の治療・処置に限定されており、病棟・不自由者棟の世話行為(臨床看護)は、全面的に軽症入所者が担っていた。1970年頃には入所者によるケアが廃止されて看護職員(看

護職・看護助手)によるフォーマルケアに切り替えられたが、そうした背景をもつ入所者は、看護職が専門的知識や技術を用いて患者との相互行為場面においてニーズを一方向的に判断し、患者の行動を制御する傾向性(マターナリズム)に対し、必ずしも患者=待つ主体ではなく、1日の生活スケジュールを主体的に設定する生活者としての相貌を見せると述べている。さらに、看護プロセスにおけるマターナリズムを峻拒する「生活者のまなざし」の力は、「生活者としての能動性」だけでは説明がつかず、入所者の生活の歴史性(経験)にも端を発しているという。かつて療養所において嚴重な感染予防措置がとられてきたことが生み出した、入所者と看護職の間の心理的な壁、他者から忌避される感情の反作用として増幅される生活者のまなざしを指摘している。そうとはいえ、超高齢化して今は受身的に他者のケアに委ねざるを得ない入所者に対して、いかに適切な生活障害への支援を遂行し、寄り添う看護を実現するかが問われているといえよう。

最後に、性別、年代、最終学歴、婚姻状況、職位など属性等別のNIOSH得点の相違については、男性の健康一般と職務満足感は女性よりも低いこと、年代別では労働負荷の内容によって傾向が異なるものの40代の負荷が高いこと、20代、30代の社会的支援が50代と比較して高い傾向にあることが示された。また高学歴者の自尊心が高いこと、未婚者の負荷の変動が高く、離婚・死別者の健康一般が高いことが示された。職位については、師長以上及び副師長の仕事のコントロール、労働負荷、負荷の変動、人々への責任が主任・副主任/病棟・外来看護師と比べて高く、師長以上の仕事のコントロールと人々への責任は、副師長より高く負荷は低いこと、また副師長の技能の低活用は低いことが示された。松下らの総合病院と精神科病院の看護師を対象とした先行所見⁴⁾と比較すると、20代、30代の社会的支援が50代と比較して高い傾向にあることと、職位については、師長以上の仕事のコントロール、人々への責任が高いことは共通していたが、その他の所見は一貫していなかった。

婚姻状況と職業性ストレスの関連については井奈波²⁷⁾が、女性看護師のバーンアウトとワーク・ファミリー・コンフリクト(WFC)の関係を多次元

的に明らかにすることを目的に、総合病院の女性看護師を対象に自記式アンケート調査を行って分析している。対象者を婚姻状況別（未婚でパートナーはいない群、未婚だがパートナーはいる群、既婚群）でバーンアウト得点と WFC 得点を比較したところ、後者の一部の下位尺度得点で有意差が認められ、既婚群のコンフリクトが前者2群よりも高かったことを報告している。本所見の背景にある要因に関しては、今後の研究に託したいと考える。

4. やりがいと配属の希望有無とストレスの自覚、

それらと職業性ストレスの関連、やりがいとハンセン病の差別・偏見の体験有無、ハンセン病患者の体験記の読書の有無、看護の困難とそれらの関連

やりがいとストレスの自覚、また配属の希望有無とストレスの自覚の χ^2 検定の結果からは、やりがいは「特にない」という回答者では「ストレスが多い」という回答者が多く、一方で「やりがいや魅力があっても、特にハンセン病療養所だからということではない」という回答者ではそれと比べて「ストレスが多い」は少なく、ストレスは「他の職場と変わらない」という回答が多かった。また配属の希望有無では、配属を希望していなかった者では「ストレスが多い」という回答者が多く、希望して配属になった者ではそれと比べて「他の職場と変わらない」が多かった。したがって、やりがいがあることと配属を希望していたことが、ストレスの自覚に有利に作用することが示唆された。さらにやりがい別のNIOSH 得点の結果からは「やりがいや魅力があっても、特にハンセン病療養所だからということではない」と「ハンセン病療養所での看護ゆえの魅力ややりがいがある」という回答者は、やりがいは「特にない」という者と比較して、職場の葛藤と技能の低活用は低く、仕事のコントロール、人々への責任、社会的支援、自尊心、職務満足感が高かった。一方で、希望して配属になった者の仕事のコントロール、労働負荷 b、労働負荷 a+b、負荷の変動、人々への責任、抑うつは、配属を希望していなかった者よりも低く、社会的支援は高かった。仕事のコントロールが低いことがストレス解消に寄与するのか、ストレス要因として働くのかは定かでないが、配属

希望者のストレス指標がそうでない者よりも全般的に良好であることが示された。

いずれも説明可能な、腑に落ちる結果であるが、ここでは特に、配属の希望有無の影響が大である可能性に着眼したい。本研究協力者の6割強が配属を希望しており、4分の1が希望していなかったが、後者はそうした中でも、療養所での勤務を継続できた看護師である。配属を希望した、しなかったという事実は変えられないが、ストレスを自覚し、実際にストレス指標が高いにも関わらず勤務を継続できた背景を明らかにすることで、新たなストレス対策を提案できるかもしれない。前述の城ら²²⁾が報告するように、内発的動機づけに相当する変数が特定できれば、その強化がストレス対策への方策になるであろう。

一方、やりがいとハンセン病への差別・偏見の体験有無、ハンセン病患者の体験記の読書の有無、看護の困難の χ^2 検定の結果からは、やりがいは「特にない」者では、差別・偏見体験はないという回答が多かったのに対し、「ハンセン病療養所での看護ゆえの魅力ややりがいがある」と回答している者では、差別・偏見体験がある者が多かった。また、やりがいは「特にない」者では、体験記の読書経験がない者が多かったのに対し、「ハンセン病療養所での看護ゆえの魅力ややりがいがある」と回答した者では、体験記の読書経験がある者が多かった。そしてやりがいは「特にない」者と「ハンセン病療養所での看護ゆえの魅力ややりがいがある」と回答した者では、看護の困難について「ハンセン病療養所での看護ゆえの困難がある」という回答者が多く、「困難なことがあっても、特にハンセン病療養所だからということではない」という回答者が少なかった。「やりがいや魅力があっても、特にハンセン病療養所だからということではない」と回答した者では、それと比べて「ハンセン病療養所での看護ゆえの困難がある」が少なく、「困難なことがあっても、特にハンセン病療養所だからということではない」という回答者が多かった。

以上より、もともと魅了されていたから読書したのか、読書して魅了されたのかは不明であるが、「ハンセン病療養所での看護ゆえの魅力ややりがいがある」と回答している者の方がむしろ差別・偏見を体

験しており、また読書経験もあり、かつ療養所での看護の困難も自覚していたことになる。また「やりがいや魅力があっても、特にハンセン病療養所だからということではない」と認識している者は、困難を自覚しつつもそれを療養所特有のものとは捉えていなかったことがうかがわれる。仕事のストレスと看護の困難の根拠を、療養所に帰属させるか否かの姿勢の相違ともいえよう。

5. 喫煙、飲酒、向精神薬使用、ギャンブル習慣、それらと職業性ストレスの関連

本研究協力者の喫煙者は4分の1弱、飲酒習慣のある者は6割弱、飲酒頻度が毎日ないしほぼ毎日2割弱であった。睡眠薬と睡眠薬以外の向精神薬の使用については、「ほとんど使用しない」がそれぞれ3分の2と9割弱であった。ギャンブルも「ほとんどしない」が8割であった。松下らの総合病院と精神科病院の看護師を対象とした先行所見⁴⁾でも、同質問を設けており、その結果は、総合病院の喫煙者が10.2%、精神科病院が29.3%、合わせて16.4%であったことから、本研究協力者の喫煙率は総合病院の看護師よりも高いものの精神科病院の看護師よりは低いこと、また飲酒習慣が毎日ないしほぼ毎日、総合病院が34.0%、精神科病院が20.3%、合わせて29.6%であったことから、精神科病院とほぼ同等の割合であることが示された。

なお、喫煙と飲酒を全国レベルと比較する。わが国の2017年時点の毎日吸っている20歳以上の女性割合は6.5%（男性は27.8%、男女合わせて16.6%）、毎日及び週5-6日飲酒している20歳以上の女性割合は10.9%（男性は37.4%、男女合わせて23.4%）である²⁸⁾。これらと比較すると、本研究協力者はいずれも高い割合といえよう。次に、睡眠薬と睡眠薬以外の向精神薬の使用については、「ほとんど使用しない」が総合病院の看護師が80.5%と90.5%、精神科病院の看護師が80.1%と91.4%、合わせて80.4%と90.8%であったことから、睡眠薬については本研究協力者の「ほとんど使用しない」者の割合が低いことがうかがわれる。ギャンブルは「ほとんどしない」が総合病院で86.3%、精神科病院で77.7%、合わせて83.5%であったことから、ほぼ同率であることが示された。さらに、喫煙者のFTND得点（ 3.8 ± 2.1 点）と飲

酒者のCAGE得点（ 0.5 ± 0.8 点）は、松下らの報告結果⁴⁾と比較して若干高い傾向にあることがうかがわれた（総合病院と精神科病院の喫煙者のFTND得点が 3.6 ± 2.3 点、飲酒者のCAGE得点が 0.3 ± 0.8 点）。またニコチン依存症が疑われる群と疑われない群、アルコール依存症が疑われる群と疑われない群のNIOSH得点、ギャンブル習慣別のNIOSH得点の結果からは、ニコチン依存症が疑われない群の労働負荷が疑われる群よりも高く、アルコール依存症が疑われる群の自尊心が疑われない群よりも低く、抑うつは高いことが示された。前者は、高い労働負荷がニコチン依存症を招く可能性、職業性ストレスとアディクションの関連を否定するものといえよう。一方後者は、アルコール依存症者の自尊感情が低いことや、抑うつが高いことが明らかにされていることもあり²⁹⁻³⁴⁾、抑うつがアルコール依存症を招く可能性を示唆している。職業性ストレスの結果としてそのようなパーソナリティ的側面が現れると捉えれば、職業性ストレスとアディクションの関連を完全には否定できない。

次に、性別、年代、最終学歴、婚姻状況、職位など属性等別のFTND得点、CAGE得点、ギャンブル習慣の相違については、男性のギャンブル習慣が女性よりも高いことが示され、最後に、配属の希望有無及びやりがい別のFTND得点、喫煙本数、CAGE得点では有意差は認められなかった。したがって本研究協力者において、性別と最終学歴がアディクションと関連することがあっても、配属の希望有無とやりがいはアディクションと直接的には関連しないと考える。

6. ハンセン病看護の展望

ハンセン病看護に対する意見の自由記載（表6）のカテゴリ【ハンセン病特有の看護】において、サブカテゴリとして＜研修・教育の提案＞が集約されており「長く勤めた方々の経験から後輩に伝えたいものを残して行って欲しい」「ハンセン病という病気や歴史についてもっとたくさんの人に知って欲しい」「エビデンスに基づいたケアをもっと導入していきたい」「ハンセン病の研修がない。知識は不可欠だが看護師向けの本がない」「老年期看護、介護の教育にもっと力を入れて活用されるようにして欲

しい]といった声があった。引き続きハンセン病看護の叡智の周知と、さらなる発展が目指されるべきであろう。

小森³⁵⁾は看護学校において国立ハンセン病資料館や国立療養所多摩全生園の見学(講師による講演を含む)を導入し、その結果として学生が、ハンセン病をめぐる苦難の歴史、スティグマを学び、正しい知識によって偏見や差別を払拭すると同時に精神障害をもつ人への偏見についても考える機会を得ていたことを紹介している。また稲垣ら³⁶⁾は、大学院の授業で沖縄フィールドワーク(国立療養所沖縄愛楽園訪問、交流会担当者の講義を含む)を導入し、園内での患者同士の婚姻禁止、優生手術(避妊手術)、人口流産の処置等の断種墮胎政策、「無知」が招いた偏見と差別を学ぶ貴重な機会になっていたことを報告している。精神看護においてスティグマ、特にセルフスティグマは永遠のテーマといえる。これらの本質と実際を、歴史を踏まえて経験者の生の声から聴き、現場を肌で感じて実感できることは、貴重で有意義な学習機会といえよう。

繰り返しになるが、ハンセン病患者、入所者、回復者数は減少しているものの、その看護は広範囲の看護技術、知識を網羅的に必要とし、看護することの本質を問うものである。入所者への看護として馬場³⁷⁾は、家族の関わりが希薄な認知症患者の終末期ケアにおいて「口から食べる」ことを支援し、家族の関わりにも変化をもたらした事例を紹介している。ハンセン病後遺症と加齢のための摂食嚥下障害を抱えた患者を対象に、創意工夫して食事支援を実施した経過を報告する中で、入所者と家族の関係の特殊性と、食べたいものを用意できる家族の喜びや、看取りの満足度にも言及している。療養所における看護が、ハンセン病後遺症による各疾病と障害への看護であり、高齢者看護、認知症看護、終末期看護であるとともに家族看護でもあることを示唆している。

現在、世界的には年間約21万人の新規患者が報告され³⁸⁾、WHOがハンセン病の早期発見・治療、障害予防、偏見・差別解消などの対策を指揮している。またわが国の年間の新規患者は外国人と日本人が1名ずつ(2017(平成29)年)³⁹⁾で、国立感染症研究所ハンセン病研究センターがわが国での新規患者の動向を調べており、診断のための検査は無料(行政

検査)である⁴⁰⁾。現代にあってハンセン病は、ある意味で希少疾患といえるかもしれない。しかし世界レベルでの根絶には至っていないことから、ハンセン病看護の専門性は今後も追究し続けられるべきであろう。そこから何を学び取るかが、看護学教育の課題といえるのではないだろうか。

V. 結論

療養所に勤務する看護師を対象に、職業性ストレスとアディクションに関する質問紙調査を実施した。その結果911名から協力が得られ、統計学的質的帰納的に分析したところ以下の事項が掌握された。

- 1) 看護で「困難なことがあっても、特にハンセン病療養所だからということではない」と「ハンセン病療養所での看護ゆえの困難がある」が共に4割、やりがいは「やりがいや魅力があっても、特にハンセン病療養所だからということではない」が4割強、「特にない」が3割弱であった。
- 2) 自由記載の結果からは、ストレス要因は【対人関係】【業務・役割内容】【仕事以外のストレス要因】の3つに分かれ、【対人関係】は<人間関係全般><スタッフ同士の関わり><上司との関わり><他職種との関わり><入所者との関わり>の順に多かった。また【業務・役割内容】は<仕事量への不満><自分の能力不足><仕事の質によるプレッシャー><仕事内容の不满><職場体制と環境>の順に多かった。職場の環境やストレスに関する意見では【管理者への思い】【同僚のこと】【入所者のこと】【業務内容について】等が抽出された。
- 3) NIOSH得点、FTND得点、CAGE得点及び、属性等の関連については、抑うつが高いほど自尊心が低く健康状態は悪かった。職位が高いほど、また専従職員であるほど仕事のコントロールと人々への責任は高かった。男性の健康一般と職務満足感は女性よりも低く、年代別では40代の負荷が高く、20代、30代の社会的支援は50代と比較して高かった。また、高学歴者の自尊心は高く、未婚者の負荷の変動は高く、離婚・死別者の健康一般は高く、ギャンブル習慣は女性よりも男性の方が高かった。

- 4) やりがいが「特にない」者の「ストレスが多い」という回答は多く、「やりがいや魅力があっても、特にハンセン病療養所だからということではない」者の「ストレスが多い」は少なく、ストレスは「他の職場と変わらない」が多かった。配属を希望していなかった者の「ストレスが多い」という回答は多く、希望して配属になった者では、ストレスは「他の職場と変わらない」が多かった。
- 5) NIOSHの抑うつ得点を目的変数とし、その他のNIOSH得点等を説明変数とした重回帰分析及び、職務満足感得点を目的変数とし、その他のNIOSH得点等を説明変数とした重回帰分析の結果は、健康状態が悪いほど、また自尊心が低く、負荷の変動が高く、技能が活用されていないほど抑うつが高かった。一方、仕事への裁量権を行使できるほど、また労働負荷、抑うつが低く、技能が活用されているほど職務満足感が高かった。
- 6) 現在の喫煙者は4分の1弱、飲酒習慣のある者は6割弱であった。飲酒頻度が毎日ないしほぼ毎日は2割弱であった。ニコチン依存症が疑われる者は5.2%、アルコール依存症が疑われる者は6.1%であった。ニコチン依存症の疑いあり群の労働負荷は疑いなし群よりも低く、アルコール依存症の疑いあり群の自尊心は疑いなし群よりも低く、抑うつは高かった。

本研究において利益相反はない。

【参考文献】

- 1) 吉川眞：ハンセン病政策とスピリチュアルペイン，広島国際大学医療福祉学科紀要，9:1-26,2013
- 2) 小野田由美子，和田サヨ子：ハンセン病療養所に長期勤務した看護師が経験した困難とその克服状況，聖母大学紀要，6:7-16,2009
- 3) 原谷隆史：第8回 NIOSH 職業性ストレス調査票，産業衛生学雑誌，40(2):A31-A32,1998
- 4) 松下年子，石野徳子，神坂登世子他：看護師の職業性ストレスとアディクション，アディクション看護，15(1):3-18,2018
- 5) Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C., et al.: The Fargerstrom Test for Nicotine Depen-

- dence: a revision of the Fargerstrom Tolerance Questionnaire, Br J Addict, 86(9): 1119-1127,1991
- 6) Ewing J.A.:Detecting Alcoholism-The CAGE Questionnaire, Journal of the American Medical Association, 25:1905-1907, 1984
- 7) 小野田由美子，岸本多恵子：第一区府県立全生病院における看護師看護婦講習所の教育，日本看護歴史学会誌，27:62-75,2014
- 8) 本多康生：【看護における社会学的アプローチと実践】（第1章）看護と社会学 双方からのアプローチ 社会学研究者の「ケア」へのアプローチ 能動的な「生活者」をケアする ハンセン病療養所の看護ケアを事例として，インターナショナルナーシングレビュー，35(3):74-81,2012
- 9) 江藤文夫：戦後の「らい予防法」，Journal of Clinical Rehabilitation, 25(11):1119-1124,2016
- 10) 原田正孝：ハンセン病療養所創立100周年，日本ハンセン病学会雑誌，79(1):11-16,2010
- 11) 鈴木美佐子，佐藤敦子，當正美智代他：私たちのとりくみ ハンセン病により重複障害を持つロービジョン患者の心理，眼科ケア，15(6):630-639,2013
- 12) 小杉山麗里，笠井紀夫，江谷勉他：ハンセン病療養所入所者の聴力と補聴の現状，日本ハンセン病学会雑誌，84(3):125-131,2016
- 13) 中川政嗣，清水明美：ハンセン病後遺症障害を持つ人々の口腔内状態と歯科治療の特徴，日本ハンセン病学会雑誌，83(2):95-100,2014
- 14) 中川政嗣，清水明美：ハンセン病後遺症障害を持つ人々の歯科領域における創意工夫，日本ハンセン病学会雑誌，84(3):119-124,2016
- 15) 河口朝子，渡部京子，吉村タチ子他：全国ハンセン病療養所における入所者の認知症の実態，日本ハンセン病学会雑誌，83(3):117-124,2014
- 16) 井上信次，熊谷忠和，下田茜：生きていることの有意義感 ハンセン病当事者のライフストーリー分析から，川崎医療福祉学会誌，25(2):301-306,2016
- 17) アーロン・アントノフスキー，山崎喜比古，吉井清子監訳，健康の謎を解く-ストレス対処と健康保持のメカニズム，初版，有信堂，東京，2001
- 18) 熊谷忠和：生きていることの有意義感を見据えたソーシャルワーク援助枠組みについての研究，博士学位論文（九州保健福祉大学，社会福祉学），2012
- 19) 福岡安則：精神医療はハンセン病者の闘いから何を学ぶか「怒りの語り」と「感謝の語り」ハンセン病回復者の聞き取りから，病院・地域精神医学，59(1):24-27,2016
- 20) 伊波弘幸：国立ハンセン病療養所 A 園における入所者の看取り看護の実践と課題の構造，日本ハンセ

- ン病学会雑誌,85(3):123-132,2016
- 21) 森田宏子：人に寄り添う看護 ハンセン病患者の看護経験より, 日本看護歴史学会誌 ,(31):88-99,2018
 - 22) 城真由美, 大住智美, 今田美香他：A 園で働き続ける看護師の気持ち アンケート調査の要因分析からわかったこと, 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌 ,9:71-74,2014
 - 23) 平田さえ子, 磯谷留美子, 鈴木愛子他：ハンセン病療養所で働く看護婦のストレス要因, 日本看護学会集録 28 回看護管理 ,92-94,1997
 - 24) 小林孝子, 井上美樹, 藤原実代他：ハンセン療養所における看護と介護の役割認識と連携の現状 不自由者棟看護師・介護員へのアンケート調査結果の報告, 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌 ,8:80-83,2013
 - 25) 藤本利貢, 三好明美, 塚田ひとみ他：ハンセン病療養所不自由者棟でケアする看護師の入所者との関わり方の困難さ, 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌 ,9:63-66,2014
 - 26) 国会答弁書 (平成 24 年 2 月 17 日受領：答弁第五一号)
http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_shitsumon.nsf/html/shitsumon/b180051.htm
2019.11.19アクセス
 - 27) 井奈波良一, 井上真人, 日置敦巳：女性病院看護師のバーンアウトとワーク・ファミリー・コンフリクトの関係, 日本職業・災害医学会会誌 ,64(6):319-325,2016
 - 28) H29 国民健康・栄養調査報告 第3部生活習慣調査の結果
<https://www.mhlw.go.jp/content/000451761.pdf>
2019.5.23 アクセス
 - 29) 松下年子：アルコール依存症者の回復過程における自己意識と自尊感情, 臨床精神医学 ,31(6):691-698,2002
 - 30) 松下年子, 田口真喜子, 山崎茂樹：アルコール依存症者における心理特性と親の養育態度 アルコールクリニックにおける患者調査から, 精神医学, 44(6):659-666,2002
 - 31) 小林桜児：【初診, 初期治療 - 何を見逃してはならないか -】それは単なる「抑うつ」なのか 「抑うつ」の陰に隠れた物質使用, 精神科治療学 ,29(6):741-745,2014
 - 32) 田山真矢, 齋藤利和：【アルコール依存症と重複性障害】アルコール依存症とうつ病, Frontiers in Alcoholism,4(1):20-24,2016
 - 33) 橋本恵理, 齋藤利和：【精神障害が併存するアルコール依存症の病態と治療】アルコール依存症と気分障害, 精神神経学雑誌 ,112(8):780-786,2010
 - 34) 松本俊彦, 小林桜児, 今村扶美他：うつ病性障害患者における問題飲酒の併存率 文献的対照群を用いた検討, 精神医学 ,54(1):29-37,2012
 - 35) 小森ウメノ：国立ハンセン病資料館・国立療養所多磨全生園の見学が看護教育にもたらすもの, 精神科看護 ,41(7):62-28,2014
 - 36) 稲垣絹代, 原田小夜, 間文彦他：大学院における地域・精神保健看護学特論IIの沖縄フィールドワークについて, 聖泉看護学研究 ,5:45-51,2016
 - 37) 馬場まゆみ：「口から食べる」を支えたことが家族の関わりにも変化をもたらした混合型認知症のある元ハンセン病患者の1例, 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌 ,22(3):267-272,2018
 - 38) WHO：Leprosy <https://www.who.int/en/newsroom/fact-sheets/detail/leprosy>
2019.11.19 アクセス
 - 39) 国立感染症研究所
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/leprosy-m/1841-lrc/1707-expert.html>
2019.6.28 アクセス
 - 40) 石井則久：ハンセン病の感染症法上の位置づけは？届出疾患ではないが、新規患者の診断・治療体制は整備されている (Q&A), 日本医事新報 ,4845:66, 2017