

博士学位論文

病棟勤務女性看護師への調査データに基づく
ストレス状況に関する研究

2021 年 3 月

兵庫県立大学大学院 応用情報科学研究科
応用情報科学専攻

古屋 肇子

要約

看護師の仕事は、病気を持つ人々を24時間ケアする対人援助職であり、身体的にも精神的にもストレスが多い職種である。ストレスによる離職は、人手不足を常態化させ、看護師の疲弊が続くと、利用者の安全や必要なケアの確保が困難となる悪循環が生まれる。女性看護師がメンタルヘルスを保ち、長く働ける労働環境を維持することは、患者へのケアの質の維持・向上につながるものと考えられる。

本研究は、病棟勤務女性看護師は夜勤による長時間勤務や超過勤務が多く、仕事もプライベートもどちらも充実させる働き方・生き方であるワークライフ・バランスを保つことが難しいことが推測されるため、職業性ストレス評価について、個人のストレス評価だけでなく今後の職場改善やストレス予防に向けての取り組みとして、職業性ストレス簡易調査票（Brief Job Stress Questionnaire：BJSQ）とともに配偶者と子どもの有無に着目した家族構成、およびストレスに関連があると考えられる回避型対処行動について調査内容を拡張し、病棟勤務女性看護師のストレスの総合的評価について検討を行った。

第1章では、女性看護師の職場環境とストレスの現状、BJSQの概要、本研究の目的および本研究の構成を述べた。第2章では、ストレスモデル、職業性ストレス、本研究で使用した職業性ストレス尺度であるBJSQ、女性看護師を取り巻く状況および職業性ストレスに関する先行研究について述べた。

第3章において、病棟勤務女性看護師への調査データと基本集計結果について述べた。全国の400床以上の総合病院の13病院（47病棟）の看護師990名を対象に質問紙調査を実施し、対象は、仕事とともに家事や育児など負荷の多い就労女性のメンタルヘルスを検討する目的のため女性のみとした。BJSQ57項目と回避型対処行動5項目、年齢、学歴、看護歴、所属の病棟科、勤務体制（2交替、3交替、日勤のみ）、配偶者の有無、子どもの有無について実施した。

第4章では、ストレッサー、ストレス反応、サポートおよび満足度の各高低群に基づく2群比較を行った。その結果、ストレッサーが高い人はストレス反応が高く、サポートが低かった。逆に、ストレッサーが低い人はストレス反応が低く、サポートが高いことが矛盾なく確認された。因子レベルでは、心理的に感じる仕事の負担（量・質）や自覚的な身体的負担度など、仕事の負荷に関する項目では、他の因子より平均値が高く、同僚や上司のサポートがあったとしても、容易に実際の仕事量を軽減できるものではないという特徴が見られた。満足度高低群比較では、ストレッサー、ストレス反応、サポートの各因子と満足度との関連は大きいことが推測される。一方、年齢高低群比較では、低値群は仕事の知識や技能が低く、「仕事のコントロール」ができていたため、サポートが必要であることが示唆された。

次に第5章では、家族構成別に、[配偶者なし・子どもなし]、[配偶者なし・子どもあり]、[配偶者あり・子どもなし]、[配偶者あり・子どもあり]の4群間で、ストレッサー、

ストレス反応、サポートの各項目得点の平均値について比較を行った。その結果、ここでも経験の浅い若年の看護師は仕事のコントロールに問題があり、自分のペースで業務を行えていない可能性が高く、シングルマザーの看護師には、身体愁訴を低減させるサポート体制を充実する必要性があることが推測された。

第6章では、回避型対処行動5項目の信頼性・妥当性の検討と回避型対処行動の高低群に基づくBJSQの各尺度の2群比較を行った。その結果、ストレス対処行動の信頼性・妥当性を確認することができた。高低群比較では、回避型対処行動が高いと、ストレス反応を高めサポートを受けにくくなると推測されるため、回避型対処行動はストレスの指標の一つとなりうる可能性があると考えられた。回避型対処行動を多用している女性看護師には、「抑うつ感」などの高いストレス反応状態である可能性があるため、そのことを自ら認識しサポートを求めたり、周囲がサポートをする必要があると考えられる。

さらに第7章では、病棟勤務女性看護師のストレス評価の因果関係を統合的に見るために、共分散構造分析による分析を行った。その結果、BJSQに回避型対処行動の変数を設定したモデルが従来のMIMICモデルより高い適合度を示した。「職場のサポート」から「ストレス反応」の間に「職場のストレッサー」が介在し、「回避型対処行動」が、心理的ストレス反応である「イライラ感」「疲労感」「不安感」「抑うつ感」と身体的ストレス反応である「身体愁訴」とともに、ストレッサーからの一つの行動的ストレス反応という位置付けとなった。

最後に第8章では、まとめおよび今後の課題について述べた。本研究では、BJSQ、家族構成とともに回避型対処行動を用いて病棟勤務女性看護師のストレスを俯瞰し、統合的に分析した。この研究のアプローチは、BJSQ調査データへの有用な分析法の1つとして発展させていくことが可能であることが示唆された。今後、構築された病棟勤務女性看護師のストレスモデルを現場にフィードバックし更なる改良を行うことで、職場環境の改善やストレス予防につながっていくことが期待される。

A Study on Stress Situation of Female Nurses Working in Wards Based on the Survey Data

Hatsuko Furuya

This study aimed to reveal what kinds of stress situation exist in female nurses working in wards through statistical analysis of survey data. Using the Brief Job Stress Questionnaire (BJSQ) as an estimative index of mental health and questionnaires on avoidant coping behavior and family configuration, 990 female nurses working on wards were surveyed. The data were examined through two-group comparisons of high and low stressors, stress response, support, and satisfaction level, through four-group comparisons of different family structures focusing on the marital and child status, and through two-group comparisons of high and low total scores for avoidant coping behavior. Moreover, using the covariance structure analysis (structural equation modeling: SEM), the relationship between the BJSQ and avoidant coping behavior was analyzed.

The results suggested that among four family groups, “depression” was significantly higher in the unmarried group than the married with children group “physical complaints” were higher in the couple only group than other groups. Next, it was found that the group with high scores for avoidant coping behaviors had higher stressors and stronger stress responses than the low scoring group, and support from superiors at work and colleagues was particularly low. In addition, from the SEM, the model with avoidant stress coping behaviors included were found to have much improved fitness compared to the conventional MIMIC model. From the above, we have confirmed that the family composition and support of others have various influences on the mental health of female nurses and the analysis from these aspects is useful for the future evaluation of BJSQ data. Further, it appears that avoidant stress coping behavior may be a defined indicator of stressors, depression and physical complaints in the workplace.

目次

第1章 序論	1
第2章 職業性ストレスおよび女性看護師を取り巻く状況	4
2.1 ストレスモデル	4
2.1.1 ストレス	4
2.1.2 心理的ストレスモデル	4
2.1.3 ストレスコーピング	6
2.2 職業性ストレス	7
2.2.1 NIOSH 職業性ストレスモデル	8
2.2.2 仕事の要求度 - コントロールモデル	9
2.2.3 職業性ストレス簡易調査票 (BJSQ)	9
2.3 女性看護師を取り巻く状況	11
2.4 職業性ストレスに関する先行研究	13
第3章 病棟勤務女性看護師への調査データと基本集計結果	16
3.1 調査目的	16
3.2 調査方法	16
3.3 調査内容	16
3.3.1 基本的属性	16
3.3.2 BJSQ	16
3.3.3 回避型対処行動	17
3.4 倫理的配慮	18
3.5 データの基本集計結果	18
3.5.1 年齢	18
3.5.2 学歴	19
3.5.3 看護歴, 現職場の経験年数	19
3.5.4 勤務体制	20
3.5.5 所属の病棟 (診療) 科	21
3.5.6 配偶者の有無, 子どもの有無	21
第4章 ストレッサー, ストレス反応, サポート, 満足度, 年齢による分析	23
4.1 分析目的	23
4.2 分析方法	23
4.3 分析結果	23
4.3.1 ストレッサー高低群による分析	23
4.3.2 ストレス反応高低群による分析	26
4.3.3 サポート高低群による分析	29

4.3.4 満足度高低群による分析	32
4.3.5 年齢高低群による分析	36
4.4 考察	40
第5章 家族構成群間による比較分析	42
5.1 分析目的	42
5.2 分析方法	42
5.3 分析結果	42
5.3.1 ストレッサーの平均得点比較	42
5.3.2 ストレス反応の平均得点比較	43
5.3.3 サポートの平均得点比較	43
5.4 考察	44
第6章 回避型対処行動の分析	45
6.1 分析目的	45
6.2 分析方法	45
6.3 分析結果	45
6.3.1 回避型対処行動の信頼性・妥当性の検討	45
6.3.2 回避型対処行動高低群によるストレッサーの分析	46
6.3.3 回避型対処行動高低群によるストレス反応の分析	47
6.3.4 回避型対処行動高低群によるサポートの分析	49
6.4 考察	50
第7章 共分散構造分析の適用	52
7.1 分析目的	52
7.2 共分散構造分析とは	52
7.3 BJSQデータのMIMICモデルによる分析	52
7.3.1 モデリングの方法	53
7.3.2 MIMICモデルの分析結果	53
7.4 回避型対処行動を含むモデルへの拡張	55
7.4.1 モデリングの方法	55
7.4.2 回避型対処行動を含むモデルの分析結果	55
7.5 考察	58
第8章 まとめと今後の課題	60
謝辞	63
参考文献	64
付録 (BJSQ)	

第1章 序論

2016年4月、「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律」が施行され、女性の職業生活と家庭生活との円滑かつ継続的な両立を可能にすることで、豊かで活力ある社会の実現を目指すための指針が明示された[1]。就労女性についての2009年厚生労働省委託調査によると、「第一子の妊娠」を理由に退職の道を選んだ女性は34.0%、妊娠出産後に退職した女性正社員の約8割が、「働く意欲はあったが断念した」人であるという。日本の女性の働き方は男女雇用機会均等法の施行後変化し、長時間労働や深夜業などで出産・育児期の就労継続が難しい状況が増えている[2]。

女性が多い看護師の仕事は、病気を持つ人々を24時間ケアする対人援助職であり、身体的にも精神的にもストレスが多い職種である。また、医療の高度化は目覚ましく、仕事は多様化してきている。長時間勤務や超過勤務の多さなど、結婚や子育て等のライフサイクルに柔軟に対応できないことに葛藤を感じ、就労女性看護師は離・転職を繰り返しがちである。ストレスによる離職は、人手不足を常態化させる。患者の高齢化、重症化等による過重労働を背景とした人手不足により、「1年前に比べて仕事量が増えた」は59.6%、「慢性疲労である」73.6%、「強いストレスがある」67.2%、「健康に不安がある」60.0%、「仕事を辞めたい」が実に75.2%と報告されている[3]。このような職場環境では、就労女性看護師自身の健康のみならず、看護の対象者である患者の安全を守ることができないという懸念からも、離職につながり、その結果人手不足となりさらに労働環境が悪化し離職するという悪循環が続いていることが考えられる。就労女性看護師の疲弊が続くと、利用者の安全や必要なケアの確保が困難となる悪循環が生まれる。就労女性看護師がメンタルヘルスを保ち、長く働ける労働環境を維持することは、患者へのケアの質の維持・向上につながるものと考えられる。

就労女性看護師の職場における個人のストレスの現状を把握するための指標となるものに、職業性ストレス簡易調査票（Brief Job Stress Questionnaire : BJSQ）による心身のストレスチェックがある。事業所において、より積極的に心の健康の保持増進を図るため、労働者のメンタルヘルス不調を未然に防止することを目的に「労働安全法」が改正され、2015年12月労働者のストレスチェック制度が義務付けられた。BJSQは、1995～1999年に旧労働省「作業関連疾患の予防に関する研究班」ストレス測定研究グループが旧労働省からの委託を受け、既存の多くのストレスに関する質問票を検討し開発した57項目からなる自記式質問紙である[4]。BJSQは簡易に利用でき、換算表によって尺度毎に量的なストレスを評価することができる[5]。チェックリスト評価に使用されている換算表は、2003年～2005年の厚生労働科学研究費補助金・労働安全衛生統合研究「職場環境等の改善によるメンタルヘルス対策に関する研究」により行われた調査を基に作成されたものである[6]。

現在、BJSQでのスクリーニングによりストレスが高いハイリスク者には、医師などによる個人レベルでの対症的な対応が行われているが、職業性ストレスの軽減のために

は個人への働きかけとともに集団ごとに集計・分析し、職場におけるストレス要因を特定することが必要である[7]。しかし、現時点では集団的分析が広く普及している状況ではなく、手法が十分に確立されていない [8]。BJSQ開発時に作成された集団分析に使用できるものに「仕事のストレス判定図」があるが、これは、全調査対象者の平均値による基準値を基に各職場のストレスの高さを判定するものであり、開発時の調査対象者（多種多様な職種の女性 2185名）[9]以降、規模の拡大は実施されていない。現状では、病棟勤務女性看護師の交代勤務、長時間労働、超過勤務の多さ、病気を持つ人のケアという感情労働を伴う仕事内容などの特殊な労働環境のストレス判定の基準としてこの「仕事のストレス判定図」を適用できる状況ではないと考えられる。また、BJSQデータは職場のストレス、ストレス反応とサポートのみをチェックしているため、これらの結果だけで職場の実態をすべて反映できているとは言い難い。職場のストレスを予防するためには、職場のストレス状態がどのような出来事や介入で変化していくのか、モニタリングの指標として例えば夜勤回数やストレス対処行動など幅広い視点で捉えることが必要であるため、BJSQのみでは限界があると考えられる[10]。更に、病棟勤務女性看護師は夜勤による長時間勤務や超過勤務が多く、仕事もプライベートもどちらも充実させる働き方・生き方であるワークライフ・バランス（Work-Life Balance : WLB）を保つことが難しいことが推測される[11]。家族構成の違いについての先行研究で、子育て中か否か、結婚の有無がストレスに関連しているという報告があることから[12]、家族構成などの個人要因も調査内容に含める必要があると考えられる。しかし、これまでの集団分析に関する先行研究は「仕事のストレス判定図」に着目したものが多く[13-15]、病棟勤務女性看護師の置かれている状況に合ったストレス評価に関する研究は行われていないのが現状である。

そこで本研究では、BJSQに加え、今後の職場改善やストレス予防に向けて行う集団分析に活かすため、BJSQと新たに配偶者および子どもの有無の家族構成と、ストレスに関連があると考えられる回避型対処行動[16-18]に着目し、BJSQの内容を更に拡張した質問紙調査を病棟勤務女性看護師 990 名に行った。分析は、まず BJSQ のストレス、ストレス反応、サポート、年齢、満足度および回避型対処行動の各高低群に基づく 2 群比較と配偶者と子どもの有無に着目した家族構成別 4 群比較を行う。次に、BJSQ 開発時に行われた共分散構造分析の MIMIC モデル[19]により、ストレス、ストレス反応、サポートおよび年齢について、ストレス評価を行い、更に BJSQ に回避型対処行動を加え、探索的に共分散構造分析のモデルを作成し、ストレスの統合的検討を行う。

以下、第 2 章では、ストレスモデル、職業性ストレス、女性看護師を取り巻く状況および職業性ストレスに関する研究についての概要について述べる。第 3 章では、病棟勤務女性看護師への BJSQ、回避型対処行動の調査方法、調査内容、倫理的配慮およびそのデータ（BJSQ、家族構成および回避型対処行動）の基本集計結果について示す。第 4 章では、BJSQ のストレス、ストレス反応、サポート、満足度、年齢による高低群比較分析についての検討を行う。第 5 章では、配偶者と子どもの有無による BJSQ の家

族構成別 4 群間比較について検討する。第 6 章では、ストレスとの関連性が高いと考えられる回避型対処行動による BJSQ の高低群比較分析および考察を行う。第 7 章では、共分散構造分析のデータへの適用として、まず従来の MIMIC モデルによるストレス評価を行った後、BJSQ に回避型対処行動データを加え、前章の結果を踏まえて、ストレスの統合的評価としてのモデルを探索的に検討した。最後に第 8 章では、第 3～7 章までの結果を踏まえ、病棟勤務女性看護師のストレスの統合的評価についてのまとめと今後の課題について述べる。

第2章 職業性ストレスおよび女性看護師を取り巻く状況

本章では、ストレス、職業性ストレス、女性看護師を取り巻く状況の概観について述べる。

2.1 ストレスモデル

2.1.1 ストレス

ストレス (stress) とは、外部からの刺激などによって体の内部に生じる反応のことであり、ストレスの原因となる外的刺激をストレッサーと言い、これを含めてストレスと表現されることもある。ストレッサーには、暑さ寒さや有害物質など物理的・化学的なもの、病気や飢え・睡眠不足などの生理的なもの、職場や家庭における不安・緊張・恐怖・怒りなど心理的・社会的なものなどがある。人間では特に心理的・社会的ストレスが大きいとされている。ストレスが生じると、体内ではそれを解消しようとする防御反応が働く。対処法はそれぞれ異なるが、同じストレッサーでも受け止める人によって「よいストレス」になるか「悪いストレス」になるかが大きく異なる。ストレッサーを制御できた場合は適応といい、うまく制御が出来なかった場合には、不適応を起こして身体にさまざまな影響が現れる。身体面での不適応の表れとして、心身症としての消化性潰瘍や高血圧、気管支喘息など、精神面においては不安や抑うつ、錯乱状態などの様々な反応性精神障害を引き起こす。外傷後ストレス障害(PTSD)や急性ストレス反応などもそういった不適応反応の1つである[20]。

2.1.2 心理的ストレスモデル

ストレス研究は、Selyeの生理学的ストレスモデルは動物実験の結果から、生体は外界からの刺激（ストレッサー）に直面した時、自らの破綻を回避する目的で全身反応を起こすことを指摘した [21]。このSelyeに始まったストレスという概念は、認知的評価とコーピングという概念を導入したことにより、心理学的なストレス研究として行われるようになった。

心理学的ストレス研究で代表的なものに、Lazarus & Folkman の認知 - 現象学的モデルがある (図 2.1)。Lazarus & Folkman は、ストレスが環境と個人との相互関係によって引き起こされるとする認知－現象学的モデルを提唱した。Lazarus らは、心理学的ストレスを「ある個人の資源に重荷を負わせる、ないし資源を超えると評定された要求」とし、成立するための次の 2 つの条件を示した[22]。1 つは個人の資源と環境からの要求との相対的關係において、環境からの要求が個人の資源を上回ること、2 つ目は環境からの要求が自己の資源を上回るか否かを、個人が主体的、能動的に評定することであ

る。

心理学的ストレスの定義では、それまでのストレス研究で見過ごされていた出来事に対する個人の意味合いや、傷つきやすさなど個人が考慮され、個人と環境との能動的な相互関係からストレスを捉えている。その構成要因は次の3つである。

1) 潜在的ストレスラー

心理的ストレスとなり得る外界からの刺激（要求）を表している。刺激には、日常生活に変化を引き起こすような出来事や、環境からの慢性的な圧力、期待していた変化が起きなかった状況などさまざまな出来事や状況が含まれる。

2) 認知的評定

Lazarus らは、刺激状況に対する主観的評定として、一次的評定と二次的評定という2種類の評定過程を想定している。一次的評定が個人の特徴だけでなく、環境の特徴によっても影響を受けると述べている。例えば、目新しい環境、予測不可能な環境、意味が不明瞭な環境、切迫した環境、他の刺激要因が多い環境や、持続期間が長い状況では、「脅威」が優位であるとしている。また、状況が展開するにつれて、評定の内容は変化する。

(1) 一次的評定

① 無関係

刺激状況と個人とのかかわりが、その個人の健康や幸福にとって何の意味も持たない場合になされる評定。

② 無害－肯定的

環境とのかかわりの結果が、肯定的で良好な状態を維持し、強化すると思われる場合になされる評定。

③ ストレスフル

刺激状況によって、自分の価値・目標・信念などがおびやかされていると判断される場合になされる評定。「ストレスフル」は、さらに3種類に区別される。どの評定がなされるかは、個人の価値・目標・信念などが、刺激状況によっておびやかされているかどうかによって決まる。

i. 害－損失

自分の価値・目標・信念などが、すでに脅かされてしまった場合になされる評定である。

ii. 脅威

まだ実際には「害－損失」を被っていないが、今後被る可能性がある場合になされる評定である。

iii. 挑戦

出会った状況が、自分にとって利益や成長の可能性を与えると判断される場合になされる評定である。

(2) 二次的評定

環境とのかかわりの中で、状況が「害－損失」「脅威」「挑戦」とストレスとして評定された場合、その状況进行处理したり、切り抜けたりするために何をすべきかを検討する過程である。つまり、ある対処方略を採用した場合どんな結果が起こるのか、また、その結果を導くためにうまく行動できるかという見通しを立て、どの対処方略が可能かを評定する段階である。Lazarus は、このコーピング方略の採用に関連する知的評定を、状況の展開に応じて変化させることが、適応にとって重要であると述べている[23]。

2.1.3 ストレスコーピング (stress coping)

Lazarus & Folkman は、コーピングとは「個人の資源に負荷を与えたり、その資源を超えると評定された外的ないし内的要請进行处理するために行う認知的行動的努力であり、その努力は常に変化するものである。」と定義しており、それ以降、ほぼ一定している[24][25]。

Lazarus らは、コーピングの3つの特徴を示している。

- 1) コーピングを安定したスタイルや特性ではなく、状況によって変化する動的なプロセスとして捉えている。すなわち、ストレスを個人と環境との相互作用と捉え、コーピングをそのプロセスの一部に位置づけている。
- 2) コーピングが意識的な努力であり、無意識レベルでなされる防衛機制や適応機制とは異なると捉えている。
- 3) コーピングとコーピングの結果とは別であると捉えている[26]。

Lazarus らはコーピングの分類について、実証的に行った研究により、情動焦点型対処と問題焦点型対処に分類し、コーピング尺度を作成した。情動焦点型対処とは、具体的な問題解決ではなく、ストレス状況で喚起された不快な情動状態を鎮め、調整するための対処方略であり、問題解決型対処は、その状況において生じている問題を解決することを通してストレスを減じようとするを目的とした対処方略である[27]。

その他コーピングは、Lazarus らによらないさまざまな分類が行われてきた。方法によるものに、積極的に関わろうとする接近型と、ストレス状況から遠ざかろうとする回避型に分類したものがある。そして、それぞれをさらに行動的側面と認知的側面に分類している。接近型と回避型との相関は低く、特に回避型のコーピングは不適応なものであると指摘している[28, 29]。また、安定した特性やスタイルとして、時間や状況にかかわらず安定した対処を行うとする特性論もあり、個人によってコーピング方略の採用の傾向が異なることが示されている[30]。別の視点で捉えているコーピングには、個人の特性よりはむしろ、ストレス状況の性質や認知的評価の在り方に強く影

響され、環境とのかかわりにおける個人の認知や行動の変容を通じてストレスを低減させるプロセス論がある[31, 32].

本研究では、回避型対処はストレスを低減させず不適応であるという結果が多いことから[16,17], 方法による対処法であるとされる回避型対処行動をBJSQとともに使用し、どのように関係しているのかを見ながら、病棟勤務女性看護師のストレスの指標となりうる可能性について検討することとする.

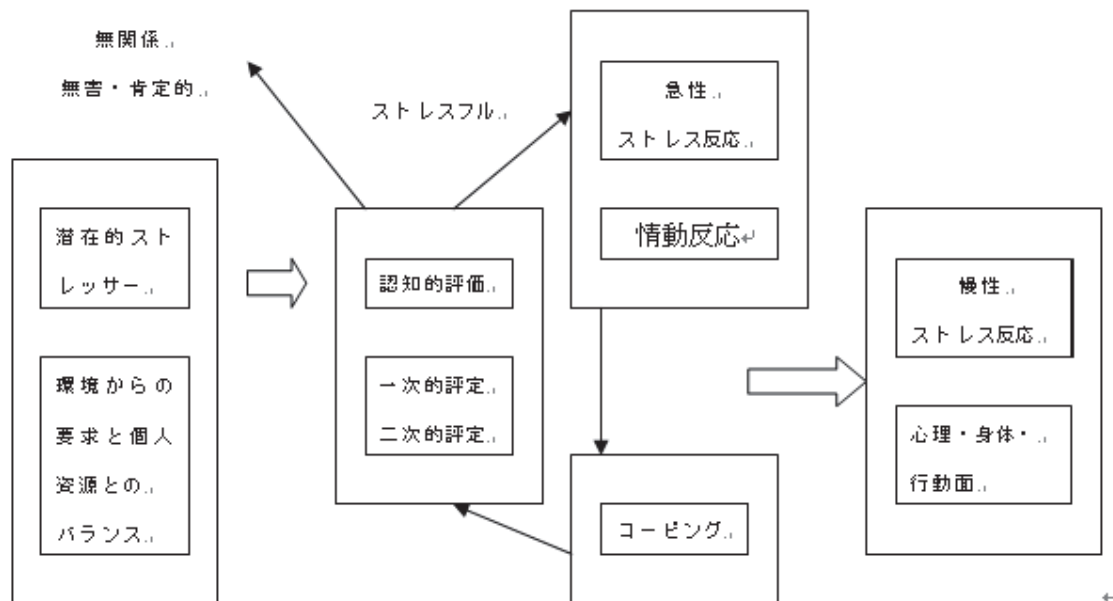


図2.1 認知一現象学的モデル (Lazarus & Folkman, 1984 : 文献[33]より転載)

2.2 職業性ストレス

次に職業性ストレスの説明およびBJSQ開発時にモデルとなった代表的な職業性ストレスモデルの概観について述べる.

職業性ストレス (work-related stress : WRS/ Stress at the workplace) とは、労働環境の要求が従業員の対応能力 (または管理能力) を超えた場合に経験されるものである[34]. ストレスは疾病ではないが、一定期間にわたり強度のストレスが続くと、心身の健康障害を招くことがある. プレッシャー下に置かれることによって、業績を改善したり、困難な目標が達成された時に満足感を得ることができる. しかし、要求やプレッシャーが大きくなりすぎると、ストレスに発展する. これは、労働者にとっても、その組織にとっても好ましくない. WRSは、うつ病、不安、神経症、疲労、心臓病といった症状に発展することがあるほか、生産性、創造性、競争力にも著しい障害をもたらす. 業種

や組織の規模にかかわらず、誰にでもWRSが生じる可能性がある。厚生労働省の調査によれば、全体の58.3%が「現在の仕事や職業生活に関する事で、強いストレスとなっていると感じる事柄がある」と回答している。労働者の約6割近くが職業性ストレスに悩まされており、主なストレス内容は、仕事の質・量62.6%、仕事の失敗、問題の発生等34.8%、対人関係30.6%、役割・地位の変化等23.1%、会社の将来性22.1%などである[35]。

2.2.1 NIOSH 職業性ストレスモデルおよび調査票

米国国立職業安全保健研究所（National Institute for Occupational Safety and Health : NIOSH）が、職業性ストレスモデル（図 2.2）を作成した。これは、職場ストレス（job stressor）が仕事外要因（nonwork factors）、個人要因（individual factors）、緩衝要因（buffer factors）によって調整・緩衝され、心理的・身体的・行動的急性ストレス反応に影響するというモデルである。この急性反応（acute reactions）が持続し慢性化した場合に、発病や離職につながっていくとされ、因果関係モデルに沿った構成となっているが、特定の職種や職域だけでなく、より一般的な職業に対応できる包括的なモデルと考えられている[36]。このモデルに基づいて開発された尺度は、仕事のストレス、ストレス反応、修飾要因（個人要因、仕事外要因、緩衝要因）からなり、22 尺度、253 項目から構成される。仕事のストレスには、量的労働負荷、仕事のコントロール、技能の低活用、役割葛藤、役割の曖昧さなど 13 尺度が含まれ、日本語版も開発されている[37]。BJSQ は主として NIOSH を参考に作成された。

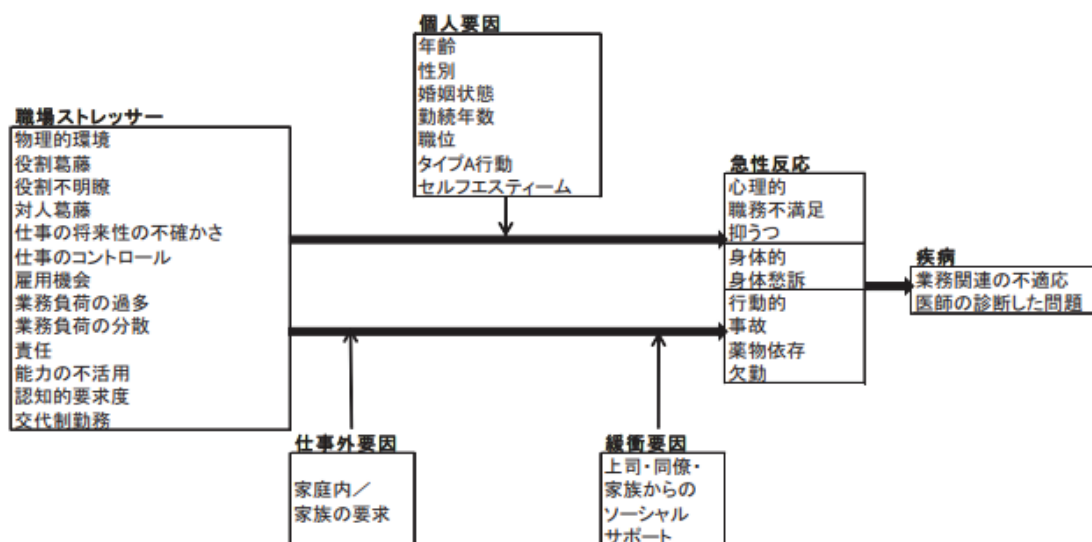


図 2.2 NIOSH 職業性ストレスモデル (Hurrell & McLaney, 1988 : 文献[36]より転載)

2.2.2 仕事の要求度 - コントロールモデルおよび質問票

このモデルは、仕事の要求度とコントロールの2要因から構成されている（Job Demands Control Model : JDC）（図2.3）[39,40]。仕事の要求度は、仕事の量的負荷、仕事上の突発的な出来事、職場の対人的な問題から構成され、とくに 仕事の量的負荷（多忙さや時間的切迫感）がその中心的な位置を占めるとされる。一方コントロールとは、仕事上の裁量権や自由度から構成される。このモデルでは、仕事の要求度の高低と仕事のコントロールの高低との組み合わせによって4 群に分類している。JDCモデルに基づき作成されたJob Content Questionnaire（JCQ）は、標準化された職業性ストレスの測定法として開発された質問票である。JCQ全体では100項目以上にわたり種々のストレス要因の尺度が含まれている。Karasek はこのうち45項目を推奨項目として基本的な職業性ストレス要因の測定に使用している。この45項目によって測定できる主要な職業性ストレス要因は、D-C-Sモデル（JDCにサポート内容を追加したもの）に対応した、仕事の要求度、コントロール、社会的支援の尺度の他、作業の身体的負荷や作業姿勢による負荷に関する「身体的負荷」、仕事あるいは雇用がどの程度不安定で変動しやすいかを測定する「仕事の不安定さ」および職場やその他の所属グループとしての裁量権や影響力の大きさを測定する「集団コントロール」の尺度が含まれている。仕事の要求度が高く、コントロールが低く、社会的サポートが少ない場合に高ストレス状態となり、ストレス反応や精神疾患・身体疾患の発症リスクが高まることが多いとされている[40]。日本語版JCQは45項目、最小版は22項目である[41]。

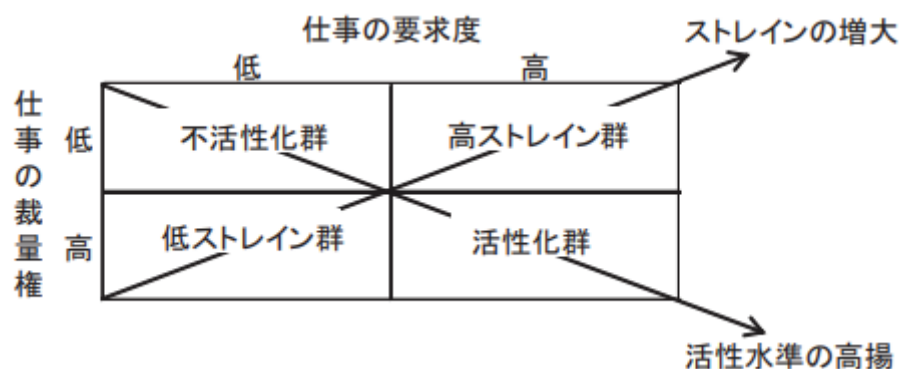


図2.3 仕事の要求度-コントロールモデル（Karasek, 1979：文献[36]より転載）

2.2.3 職業性ストレス簡易調査票（The Brief Job Stress Questionnaire : BJSQ）

心の健康の保持増進を図るため、労働者のメンタルヘルス不調を未然に防止することを目的に「労働安全法」が改正され、2015年12月労働者のストレスチェック制度が

義務付けられた。その際に1995～1999年に旧労働省「作業関連疾患の予防に関する研究班」ストレス測定研究グループは旧労働省からの委託を受け、前述のNIOSH 職業性ストレス調査票や仕事の要求度－コントロールモデル質問票などの既存のストレスに関する質問票を検討し開発された職業性ストレス調査票が、職業性ストレス簡易調査票（Brief Job Stress Questionnaire : BJSQ）である[4]。メンタルヘルス対策で重要なのは、企業・組織によるストレスマネジメントであり、組織のあり方がその組織に属する個人に対して大きなストレッサーとなり、結果的に個人の健康状態に重要な影響を及ぼす恐れがあることが指摘されている [22]。

メンタルヘルス評価の指標となるBJSQは簡易に利用でき、職種別に換算表を用いて量的にストレスを評価できるものである。チェックリスト評価に使用されている換算表は、2003年～2005年 厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生統合研究の職場環境等の改善によるメンタルヘルス対策に関する研究により行われた調査を基に作成されたものである[6]

BJSQ は、従来の標準化された調査票とは異なった以下のような特徴がある[6]。

- 1) ストレスの反応だけではなく、仕事上のストレス要因、ストレス反応、および修飾要因が同時に測定できる、多軸的な調査票である。
- 2) ストレス反応では心理的反応ばかりでなく身体的反応（身体愁訴）も測定できる。
- 3) 心理的ストレス反応では、ネガティブな反応ばかりでなく、ポジティブな反応も評価できる。
- 4) あらゆる業種の職場で使用できる。
- 5) 項目数が 57 項目と少なく、約 10 分で回答できるため、労働の現場で簡便に使用できる。

職業性ストレス簡易調査票は 57 項目からなり、仕事のストレス要因、ストレス反応、修飾要因の大きく 3 つから構成されている（表 2.1）。各項目に対する回答は 4 件法（例：1＝そうだ、2＝まあそうだ、3＝ややちがう、4＝ちがう）で、全項目の回答に要する時間は約 10 分である。仕事のストレス要因に関する尺度は 9 つで、心理的な仕事の量的負担（A 項目 No.1～3）と心理的な仕事の質的負担（A 項目 No.4～6）、身体的負担（A 項目 No.7）、コントロール（A 項目 No.8～10）、技術の活用（A 項目 No.11）、対人関係（A 項目 No.12～14）、職場環境（A 項目 No.15）、仕事の適性度（A 項目 No.16）、働きがい（A 項目 No.17）からなる。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できる。心理的ストレス反応の尺度は 5 つで、ポジティブな心理的反応の尺度として 活気（B 項目 No.1～3）（3 項目）、ネガティブな心理的反応の尺度としてイライラ感（B 項目 No.4～6）、疲労感（B 項目 No.7～9）、不安感（B 項目 No.10～12）、抑うつ感（B 項目 No.13～18）がある。身体的ストレス反応は身体愁訴について、11 項目（B 項目 No.19～29）からなっている。修飾要因としては、上司、同僚、および

配偶者・家族・友人からのサポート 9 項目（各々 C 項目 No.1,4,7（上司）、No.2,5,8（同僚）、No. 3,6,9（配偶者・家族・友人））および 仕事あるいは家庭生活に対する満足度の 2 項目（D 項目 No.1,2）がある。

表 2.1 BJSQ による分析対象項目の構成

ストレスの原因と考えられる因子	ストレスによっておこる心身の反応
A. 心理的な仕事の負担（量）（3）＊	L. 活気（3）
B. 心理的な仕事の負担（質）（3）＊	M. イライラ感（3）＊
C. 自覚的な身体的負担度（1）＊	N. 疲労感（3）＊
D. 職場の対人関係でのストレス（3）＊	O. 不安感（3）＊
E. 職場環境によるストレス（1）＊	P. 抑うつ感（6）＊
F. 仕事のコントロール度（3）	Q. 身体愁訴（11）＊
G. 技能の活用度（1）	サポート因子
H. 仕事の適性度（1）	R. 家族・友人からのサポート（3）
I. 働きがい（1）	S. 同僚からのサポート（3）
	T. 上司からのサポート（3）

＊ネガティブ項目 （ ）内は項目数

2.3 女性看護師を取り巻く状況

2016年4月、「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律」が施行され、女性の職業生活と家庭生活との円滑かつ継続的な両立を可能にすることで、豊かで活力ある社会の実現を目指すための指針が明示されている。法律は事業主に対し、「女性の職業生活における活躍を推進するために改善すべき事情について分析した上で、その結果を勘案して、これを定めなければならない」としている。2016年5月、内閣府「すべての女性が輝く社会づくり本部」から発表された「女性活躍加速のための重点方針2016」では、ワークライフ・バランス（WLB）からひとり親家庭等への支援等まで女性の職業生活を推進するための具体的な取組指針が言及されている。WLBが達成できる社会とは、「仕事と家庭（もしくは私生活）が両立し、そのどちらも犠牲にしないですむ社会」と定義されている。女性のライフスタイルに沿った職業生活を実現させるために就労女性へのサポートを充実させることは、女性が結婚・出産・育児と多重役割を持ちながら精神的なゆとりを持って働くことを可能にする。仕事と私生活が互いに刺激し合い、いい影響を与え合う「仕事と私生活の好循環」につながれば、女性の就労継続によって内閣府の目指す経済の持続的成長を実現し、社会の活力を維持していくことができるのではないだろうかと考えられる[1, 11]。

欧米では共働き夫婦の増加により、短時間勤務や柔軟な勤務など家庭生活と両立しやすい働き方を女性ができる必要性を企業が認識するようになり、こうした働き方を男性や独身者にも拡大することによって労働者全体の多様な働き方を尊重する方向へ発展してきた。その結果、女性が仕事を続けるか辞めるかの選択を自らが行えるようになってきている[42]。一方、日本では、2009年厚生労働省委託調査によると、「第一子の妊娠」を理由に退職の道を選んだ女性は34.0%、妊娠出産後に退職した女性正社員の約8割を、「働く意欲はあったが断念した」人が占めている[2]。日本の女性の働き方は男女雇用機会均等法の施行後変化し、長時間労働や深夜業などで出産・育児期の就労継続が難しい状況が増えている[43]。このように、女性において、妊娠や出産などのライフイベントと仕事の継続の両立やWLBを達成するには、いまだに困難である状況が続いていることが推測される。

就労女性看護師では、就労継続が困難な理由として、個人的理由である結婚、出産、育児、自分の健康とともに、長時間勤務、超過勤務が多い、夜勤の負担が大きいなど、労働条件の厳しさによる職場環境の理由が上がっている[44]。フランスでは、看護職の夜勤の有害性を根拠に最大夜勤時間を10時間とし、週労働時間30時間への短縮を要求している。しかし、日本の看護職では長時間勤務である2交替夜勤が2016年には全体の38.4%と年々増加し、うち16時間以上夜勤は55.1%となっている[45]。また、患者の高齢化、重症化、認知症の増加による人手不足を背景に、「1年前に比べて仕事量が増えた」は59.6%、「慢性疲労である」73.6%、「強いストレスがある」67.2%、「健康に不安がある」60.0%、「仕事を辞めたい」が実に75.2%と報告されている[46]。このような職場環境では、就労女性看護師自身の健康のみならず、看護の対象者である患者の安全を守ることができないという懸念からも、離職につながり、その結果人手不足となり、さらに労働環境が悪化し離職するという悪循環が続いていることが考えられる。従って、就労女性看護師の職業性ストレスには、仕事と家庭の両立などWLBの困難さに関連する個人要因として家族構成にも着目する必要があると考えられる。

また、看護師の職場環境は、診療報酬改正に伴い変化する看護体制や看護の具体的な内容を評価する看護必要度にも影響される。2006年には、病棟の看護師配置を従来の患者10人に看護師1人（10：1）から患者7人に看護師1人（7：1）にと大幅に増やすことで病院の診療報酬を引き上げたことから、これを採用した急性期病院の看護師の過重労働がいくらか緩和されることとなった。その後、増えすぎた7：1基準病棟を適正な数に戻すために、2012年、2016年と7：1基準病棟の看護必要度の評価基準を引き上げ、基準に満たない病棟は7：1基準病棟から10：1へ引き下げなければならない診療報酬改正を行い、看護師の数が減る病棟の職場環境は厳しくなった。また、7：1基準病棟のままだも患者全体の重症度が上がり、看護業務は重労働化している[47-49]。

以上から、病棟勤務女性看護師を取り巻く労働環境は厳しく、職業性ストレスを高めていると考えられるため、本研究では、重症度が高い患者が入院しており、比較的労働

条件が厳しいと考えられる400床以上の大規模総合病院の病棟勤務女性看護師を対象とすることとした。

2.4 職業性ストレスに関する先行研究

心理学的ストレス研究は、前述したLazarus & Folkmanの認知－現象学的モデル、コーピングをはじめ、NIOSH職業性ストレスモデルや仕事の要求度－コントロールモデルなどがあり、それぞれのモデルを基盤として作成された調査票による実証的な研究が盛んに行われてきた[50, 51]。2015年、日本では労働者のうつなどのメンタルヘルス不調防止の観点から、ストレスチェック制度が始まり[4]、その際開発された職業性ストレス調査票BJSQで測定されるようになった。

近年、BJSQに関連した研究が行われてきている。BJSQを用いた高ストレス者の判定基準の予測妥当性について、異職種の事業場における約1年間の前向き研究で検討した結果、ストレスチェック制度で推奨される高ストレス者の判定基準は妥当であることが示されている[52]。BJSQとその他の職業性ストレス調査票との関連を検討したものでは、従来使用されていた調査票とBJSQに強い相関がみられた[53]。また、教員のやりがいや働きがいと職業性ストレスとの関連を検討したものでは、教員のやりがいや働きがいだけでは、職業性ストレスを緩和することができにくいことが示唆されている[54]。製造業労働者の対人的援助とソーシャルサポート、職場ストレス、心理的ストレス反応、活気の関連について検討した研究では、対人的援助は、ソーシャルサポートが高まることを通して、心理的ストレス反応に有意な負の影響を及ぼし、一方では、仕事の量的負担が高まることを通して、心理的ストレス反応に有意な正の影響を及ぼしていた。さらに、対人的援助は、ソーシャルサポートが高まることを通して、活気に有意な正の影響を及ぼしていることが示されている[55]。救急隊員の職業性ストレスを調査した研究では、救急隊員の不良なストレス要因は、救助（消防）隊員と比較して心理的な仕事の負担（質）および仕事の裁量度、救助隊員と比較して心理的な仕事の負担（量）および仕事の適性度を認め、ストレス反応は救助隊員と比較して不良であり、救急患者の適切な搬送はきわめて困難な業務であるため、ストレス要因対策だけでなく上司、同僚、家族や友人からの社会的支援が重要であることが示唆されている。[56]。

看護師を対象とした研究では、BJSQと個人要因、離職、バーンアウト、業務形態、感情労働などの労働環境に関連した要因との関連性などさまざまな研究が行われている。個人背景の違いが職業性ストレスに与える影響についての研究において、女性看護師225名を対象にした調査では、20代、経験5年未満、独居、働く理由が消極的である人において、抑うつ度が高く、ストレスの防止策を構築する必要性が示唆されている[57]。職業性ストレスや抑うつとソーシャルサポートとの関連については、抑うつと年齢、経験年数、運動の有無、職業性ストレス、ソーシャルサポートの関連は有意である

結果が示されている[58]. 看護師と BJSQ の女性素点換算表の平均と比較した研究では、「心理的な仕事の負担（量，質）」と「疲労感」は高く活気は低かった，職場のサポートが高ければ仕事のコントロールができていたことが示唆されている[59]. 副看護師長を対象に行った研究では，子育て中の群に比べて子育て中でない群は「身体愁訴」「不安感」の得点が有意に高く，既婚群に比べて未婚群はストレス調査項目のうち「自覚的な身体負担度」「仕事の適性度」「疲労感」「抑うつ感」「仕事や生活の満足度」の得点が有意に高く，「職場環境によるストレス」の得点が有意に低い結果が示されている[60]. 病院看護師の職業性ストレスの特徴および精神健康との関連を検討した研究では，精神健康度は低い水準にあり，このことは職業性ストレス簡易質問紙で調べた一般的な職場環境要因から説明できないものであったことが示唆されている[61]. 精神健康度と関連する要因である，職場の対人関係の困難，達成感，仕事以外の悩み・心配事，抑圧的なストレス対処特性および年齢の中には，一般勤労者と共通するものと，看護職集団に特有のものが見られたことが示唆されている [62]. その他，看護師の離職者と在職者のエゴグラムと BJSQ での比較研究[63]，女性看護師のバーンアウトと職業性ストレスの関係[64]，救急医療現場の業務体系がストレスに与える影響[65]，病棟看護師の感情労働とワーク・エンゲイジメント（仕事への充実感や意欲など）およびストレス反応の関連[66]などである.

BJSQの現在の運用としては，ストレスチェックの結果により職業性ストレスが高いハイリスク者には，医師などによる個人レベルでの対症的な対応が行われている．しかし，厚生労働省は集団分析に活用することで，職場改善やストレス予防に役立てることを努力義務としている．BJSQによる集団分析に用いるツールとしては，BJSQと同時に開発された「仕事のストレス判定図」があるが[9]，その結果の取扱いによっては，職場管理者に不利益が生じかねないなどの理由から，活用されていないことが多い[15]. また，この「仕事のストレス判定図」は，さまざまな職種の労働者を対象として作成された基準値を用いているものであり，交代勤務，長時間労働，超過勤務の多さ，病気を持つ人のケアという感情労働を伴う仕事内容，女性が多い職場などの特殊な労働環境で仕事をする病棟勤務女性看護師のストレス判定の基準として使用するのとは適当ではない部分が多いと考えられる．職場のストレスを予防するためには，職場のストレス状態がどのような出来事や介入で変化していくのか，例えばストレス対処行動など幅広い視点で活用することが必要であるため，BJSQのみでは限界があると考えられる[10]. 更に，病棟勤務女性看護師は夜勤による長時間勤務や超過勤務が多く，仕事もプライベートもどちらも充実させる働き方・生き方であるWLBを保つことが難しいことが推測されるため[11]，家族構成などの個人要因も職場のストレスと関連していることが考えられる．

上記のように，BJSQ と職業性ストレスに関連すると考えられる要因との研究は増えてきているが，その結果を含めた女性看護師の職業性ストレスを統合的に評価する研究は行われていない．集団分析により職場改善の具体的な手がかりを得るためには，職場

の客観指標を含めた多変量を扱うことが有益であるとの指摘がある[67]。しかし、女性看護師を対象としたBJSQとその他の指標を含めたデータを使った多変量による統合的なストレス評価は行われていないのが現状である。そこで、本研究では、病棟勤務女性看護師のWLBに関連すると考えられる個人的要因の家族構成とともに回避型対処行動をBJSQと同時に調査し、分析を行うとともに、因果関係をモデル化して推定する多変量解析の1つである共分散構造分析（Covariance Structure Analysis / Structural Equation Modeling : SEM）を用い、病棟勤務女性看護師の職業性ストレスの構造を統合的に評価することとする。

第3章 病棟勤務女性看護師への調査データと基本集計結果

3.1 調査目的

本研究は、BJSQ を病棟勤務女性看護師個人のストレス評価だけでなく、今後の職場改善やストレス予防に向けて行う集団評価に用いるため、BJSQ とともにストレス反応の一つである行動面として回避的対処行動に着目し、病棟勤務女性看護師のストレスの総合的評価について検討を行うために調査を行った。

3.2 調査方法

全国の400床以上の総合病院を検索し、病院の看護部責任者に研究依頼文と質問紙調査のサンプルを送付した。その後、電話で再度質問紙調査内容を説明し、承諾を得られた13病院47病棟の病棟勤務女性看護師990名を対象に、2009年に質問紙調査を行った。質問紙は病院別に看護部宛てに発送し、各部署の中間管理者である看護師長から対象者に配布を依頼した。回答を終えた質問紙は回答内容の秘匿性の保たれた状態で部署別に回収したうえで、病院ごとに返送依頼した。対象は、仕事とともに家事や育児など負荷の多い就労女性のメンタルヘルスを検討する目的のため、女性のみとした。

3.3 調査内容

3.3.1 基本的属性

年齢、学歴、看護歴、所属の病棟科、勤務体制（2 交替、3 交替、日勤のみ）、配偶者の有無、子どもの有無の各事項の記入を求めた。

3.3.2 BJSQ

BJSQ の 57 項目[68] は以下のように構成されている。ストレスの原因と考えられる因子（ストレッサー）を構成する質問 A1～A17（1：そうだ～4：ちがうの4段階評定）、ストレスによっておこる心身の反応（ストレス反応）を構成する質問 B1～B29（1：ほとんどいつもあった～4：ほとんどなかったの4段階評定）、ストレス反応に影響を与える他の因子（サポート）を構成する質問 C1～C9（1：非常に～4：全くないの4段階評定）、ストレス反応に影響を与える他の因子（満足度）を構成する質問 D1～D2（1：満足～4：不満足 of 4 段階評定）である。4 段階評定に 1 点から 4 点の得点を与え、表 2.1 に示す質問項目の構成に従い、各尺度量の値を求めた。いずれの尺度得点も、点数が高いほどその程度が強くなるように設定されている。例えば、ストレッサーの尺度「職場

の対人関係でのストレス」は3つの質問項目 A12:私の部署内で意見のくい違いがある, A13:私の部署と他の部署とはうまく合わない, A14:私の職場の雰囲気は友好的である, から構成されている。この場合, 尺度得点の計算においては, A14 は A12, A13 とストレスの向きが逆転しているため, 4 択番号から得点を求める際には, $10 - (A12+A13) + A14$ ということになる。

表 3.1 BJSQ における分析対象因子の構成

尺度名	構成項目
ストレスの原因と考えられる因子(ストレッサー)	
心理的な仕事の負担 (量)	15-(A1+A2+A3)
心理的な仕事の負担 (質)	15-(A4+A5+A6)
自覚的な身体的負担度	5-A7
職場の対人関係でのストレス	10-(A12+A13)+A14
職場環境によるストレス	5-A15
仕事のコントロール度の低さ	A8+A9+A10
技能の活用度の低さ	5-A11
仕事の適性度の低さ	A16
働きがいのなさ	A17
ストレスによっておこる心身の反応(ストレス反応)	
活気の低さ	15-(B1+B2+B3)
イライラ感	B4+B5+B6
疲労感	B7+B8+B9
不安感	B10+B11+B12
抑うつ感	B13~B18の合計
身体愁訴	B19~B29の合計
ストレス反応に影響を与える因子(サポート)	
家族・友人からのサポート	15-(C3+C6+C9)
同僚からのサポート	15-(C2+C5+C8)
上司からのサポート	15-(C1+C4+C7)
満足度	
仕事や生活の満足度	10-(D1+D2)

3.3.3 回避型対処行動

回避型対処行動は, 表3.2に示すように, 既存の信頼性・妥当性が確認されているストレス対処に関する尺度6つ[70-75]より, 病棟勤務女性看護師の仕事上のストレス場面に使用できる表現で, かつ回避的な内容のものを5項目選択し作成した。ストレス対処は, 使用する場面の違いによって選択する対処方法が異なると言われていることから, 回答する前に「忙しすぎて, 思うような看護ができない時, どのように対処しますか?」という教示を示すことで, 病棟勤務女性看護師の職場でのケア葛藤場面を固定することとし, 「そうだ」～「ちがう」の4件法で回答を求めた。

表 3.2 回避型対処行動についての質問項目

教示:「忙しすぎて、思うような看護ができない時、どのように対処しますか？」

項目内容
1. 忙しくしてその問題を考えないようにする
2. どうすることもできない状況に身を任せる
3. 先のことはあまり考えないようにする
4. 問題があっても現状で我慢する
5. この問題は自分に関係ないと思う

3.4 倫理的配慮

本研究は、2009年に兵庫県立大学の倫理委員会において研究内容の承認を受け、さらに2016年に研究の追加が了承されている。

調査時には、調査目的と参加への自由を保障する説明文を付け、同意した対象者のみ質問紙に回答してもらった。回答は無記名とし、匿名性確保のため回答者が自身で調査用紙を封入してもらうこととした。調査用紙およびデータは鍵の掛かる場所に保管し、研究終了時はシュレッダーにて廃棄および消去することとした。

3.5 データの基本集計結果

13病院47病棟の病棟勤務女性看護師990名を対象に行った調査の回答数は927名（1病院の人数（病棟数）：30(2), 41(2), 40(2), 66(3), 235(11), 49(2), 87(4), 49(2), 33(2), 99(6), 41(2), 54(3), 103(6)）で、回収率は93.6%であった。そのうち未回答項目のない869名分を分析対象とした。有効回答率は、87.8%であった。

3.5.1 年齢

回答者の年齢分布は図 3.1 の通りであった。20代が半数近くを占め、年齢が上がるにつれて緩やかに減少している。

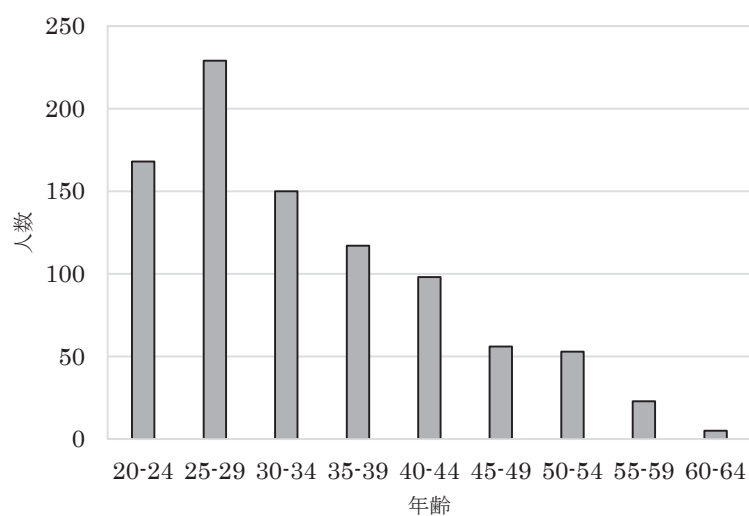


図3.1 年齢の度数分布

3.5.2 学歴

学歴については図 3.2 に示す通りである。専門学校卒が圧倒的に多い傾向がみられる。

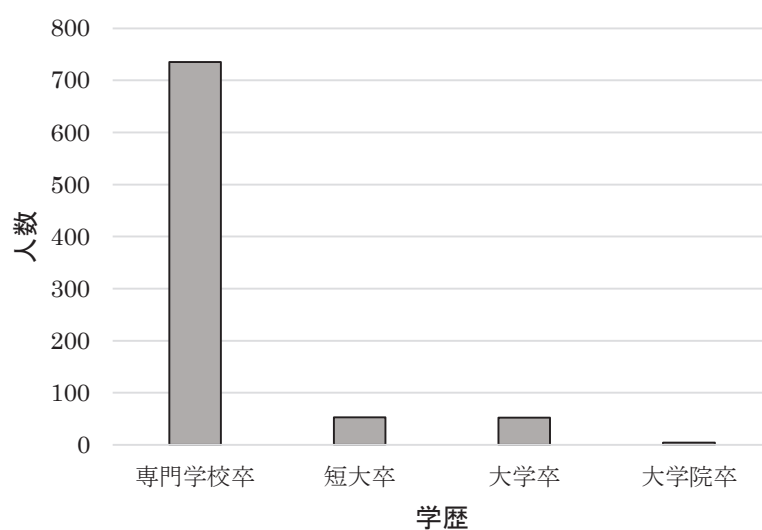


図 3.2 学歴の度数分布

3.5.3 看護歴、現職場の経験年数

看護歴および現職場の経験年数については図 3.3 と図 3.4 のような分布となっている。看護歴については 1~5 年が最も多く、年数が長くなるにつれて少なくなっている。現職場の経験年数については全体的に看護歴より短いのは当然であるが、1~5 年が圧倒的に多くなっている。

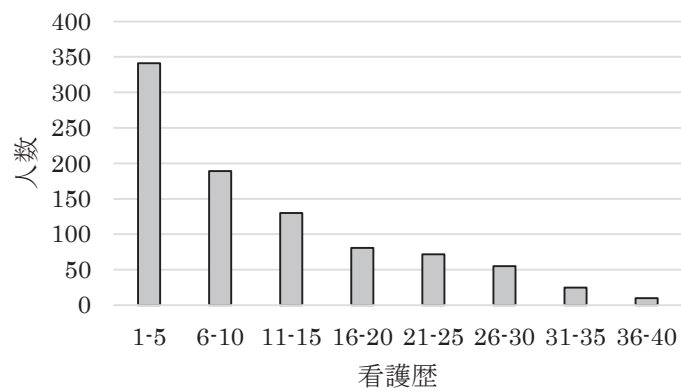


図 3.3 看護歴の度数分布

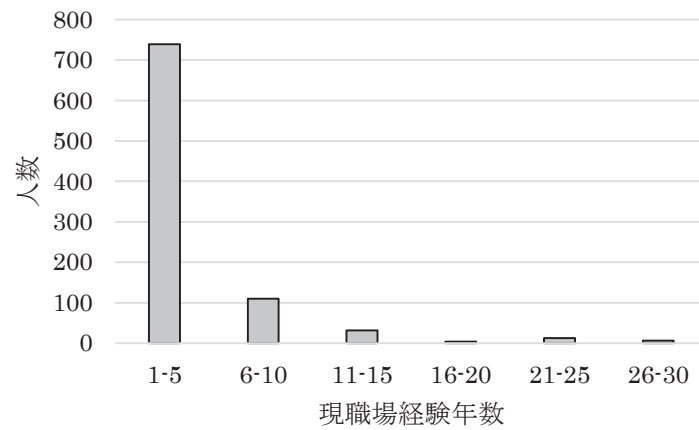


図 3.4 現職場の経験年数の度数分布

3.5.4 勤務体制

勤務体制については図 3.5 からわかるように、日勤、準夜勤、深夜勤の 3 交替勤務がほとんどである。

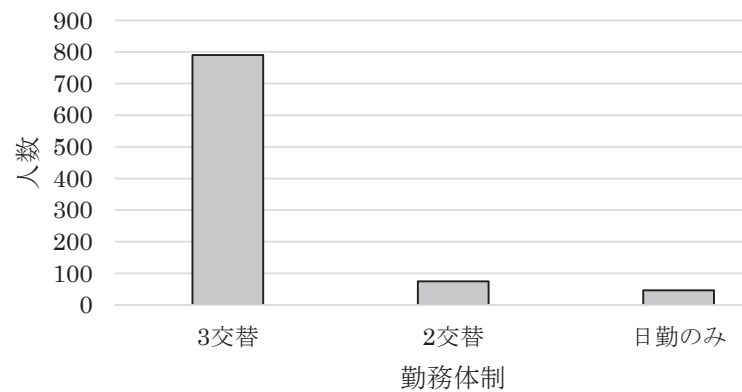


図 3.5 勤務体制の度数分布

3.5.5 所属の病棟（診療）科

回答者の所属病棟（診療）科については図3.6に示すように、内科が他の科に比べて2倍以上であり、次に外科，混合科が続く順番となっている。

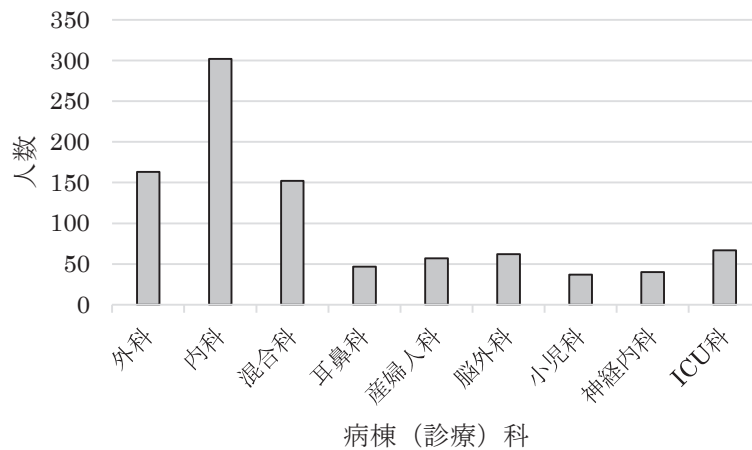


図 3.6 病棟（診療）科の度数分布

3.5.6 配偶者の有無，子どもの有無

回答者における配偶者および子どもの有無については図 3.7，図 3.8 に示すような結果であった。これを，配偶者・子どもの有無を 4 群に分けた結果は，図 3.9 のように[配偶者なし・子どもなし]群（n=458），[配偶者なし・子どもあり]群（n=60），[配偶者あり・子どもなし]群（n=69），[配偶者あり，子どもあり]群（n=282）であった。年齢において，20 代が半数近くを占めていることを考慮すると，[配偶者なし・子供なし]群が過半数を占めている状況は理解できる。

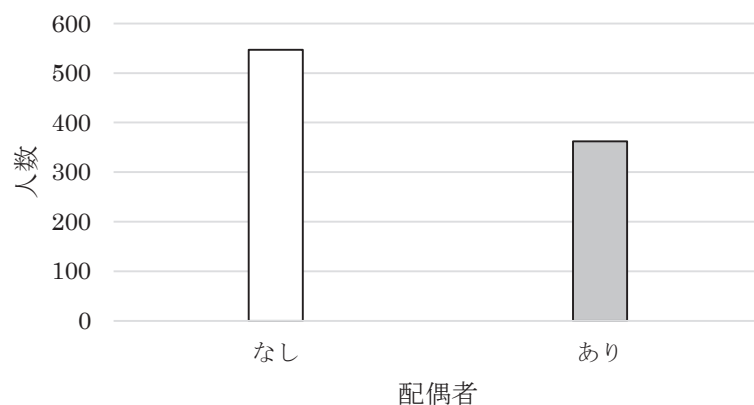


図 3.7 配偶者の有無の度数分布

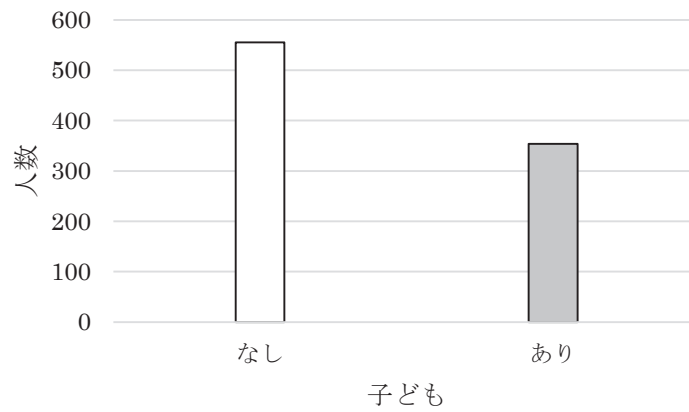


図 3.8 子どもの有無の度数分布

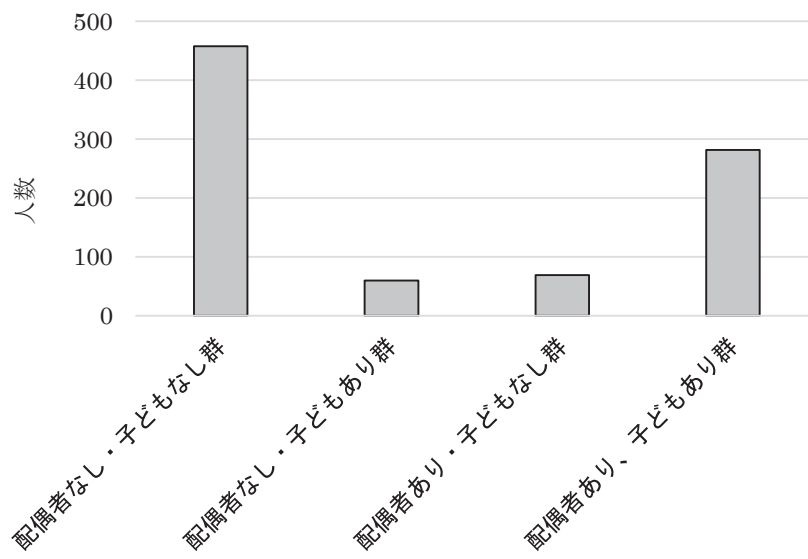


図 3.9 配偶者・子どもの有無 4 群の度数分布

第4章 ストレッサー，ストレス反応，サポート，満足度，年齢による分析

4.1 分析目的

従来のBJSQでのストレッサー，ストレス反応，サポート，満足度，年齢の高低群比較を行うことによって，それらの間の関係性や特徴の分析を行った．

4.2 分析方法

ストレッサー，ストレス反応，サポートおよび満足度の各高低群に基づく2群比較をノンパラメトリックのMann-whitneyのU検定で行った．ここでは，限定的であった先行研究[75]での検討範囲が網羅的に拡大されている．分析には，IBM SPSS Statistics 24を用いた．

4.3 分析結果

4.3.1 ストレッサー高低群による分析

ストレッサー項目の統合得点の分布は図4.1のようになり，中央値を参考にして47点以下を低値群（ $n=472$ ），48点以上を高値群（ $n=425$ ）とした．図4.2，図4.3がそれぞれストレス反応のストレッサー高低群比較，サポートのストレッサー高低群比較である．ストレス反応とサポートの統合得点について，ストレッサーの低値群と高値群との間に有意差がみられた（両者とも $***p<0.001$ ）．ストレッサー低値群は，高値群よりストレス反応が低く，サポートが高かった．

更に，ストレス反応とサポートのそれぞれの因子毎に，ストレッサーの高低群間で分析した結果，図4.4に示すようにストレス反応の「活気の低さ」，「イライラ感」，「疲労感」，「不安感」，「抑うつ感」，「身体愁訴」のすべての尺度項目において有意差がみられた（ $***p<0.001$ ）．また，サポートについては，図4.5にみられるように「上司サポート」，「同僚サポート」では高い有意差がみられたが（ $***p<0.001$ ， $**p<0.01$ ），「家族・友人サポート」についての有意差はみられなかった．

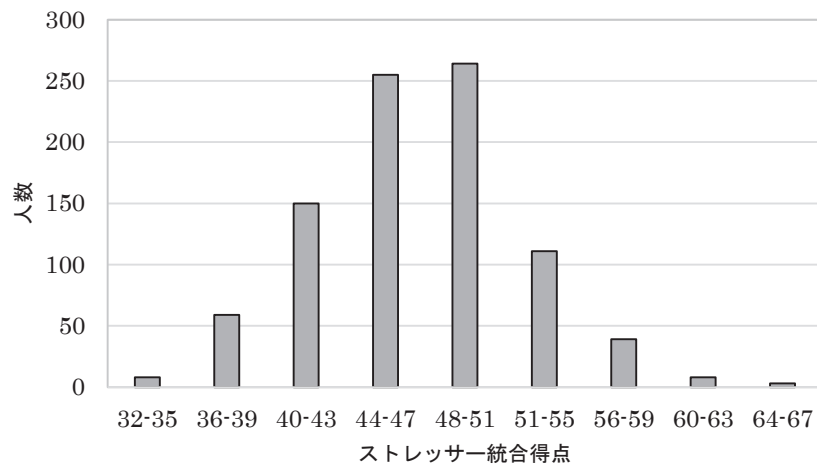


図 4.1 ストレスー統合得点の度数分布

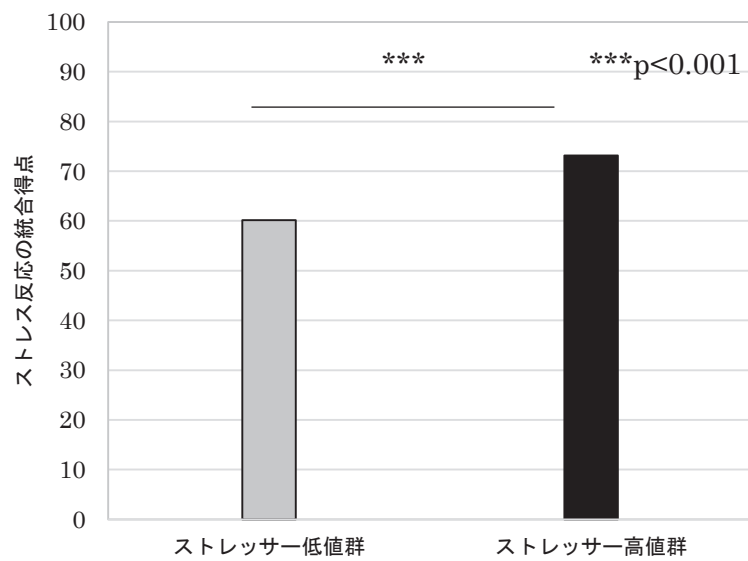


図4.2 ストレス反応のストレスー高低群比較

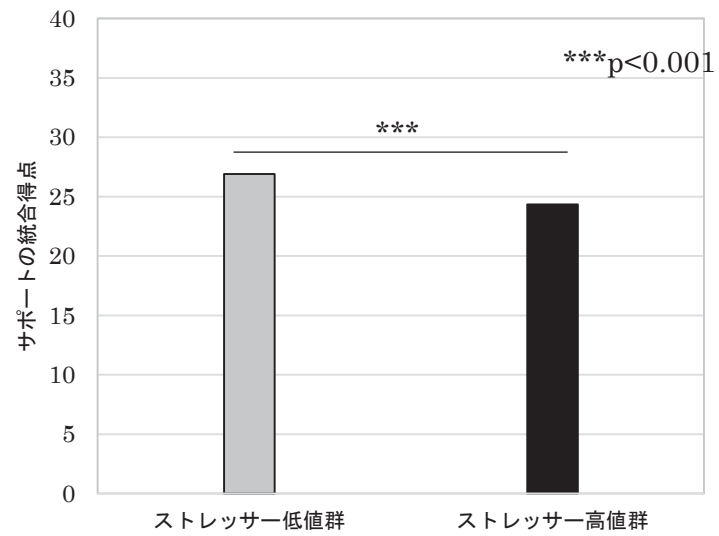


図 4.3 サポートのストレスサー高低群比較

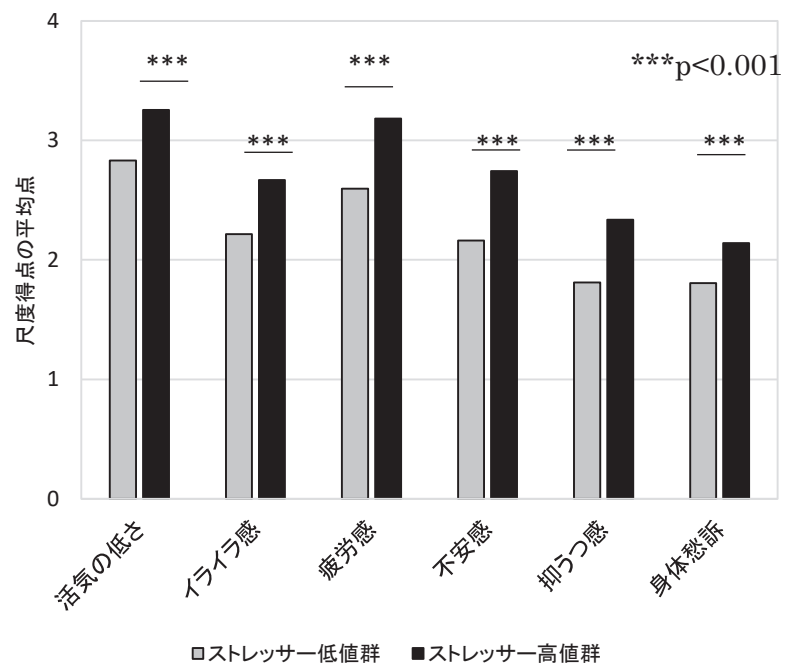


図 4.4 ストレス反応の各尺度項目のストレスサー高低群比較

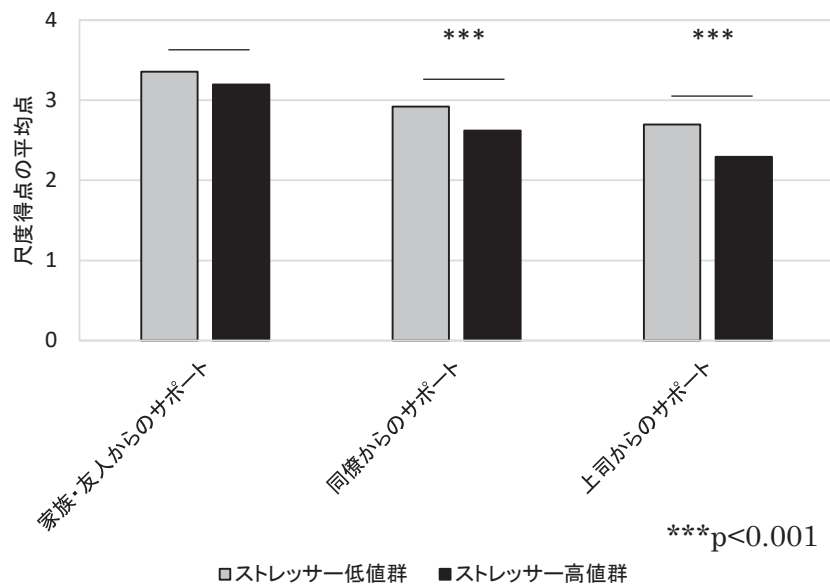


図 4.5 サポートの各尺度項目のストレス 高低群比較

4.3.2 ストレス反応高低群による分析

ストレス反応項目の統合得点の分布は図 4.6 のようになり，中央値を参考にして 65 点以下を低値群 (n=452)，66 点以上を高値群 (n=445) とした．図 4.7，図 4.8 がそれぞれストレスのストレス反応高低群比較，サポートのストレス反応高低群比較である．ストレスとサポートの統合得点について，ストレス反応の低値群と高値群との間に有意差がみられた (両者とも ***p<0.001)．ストレス反応低値群は，高値群よりストレスが低く，サポートが高かった．

更に，ストレス反応とサポートのそれぞれの因子毎に，ストレスの高低群間で分析した結果，図 4.9 に示すようにストレスの「心理的な仕事の負担 (量)」，「心理的な仕事の負担 (質)」，「自覚的な身体的負担度」，「職場の対人関係でのストレス」，「仕事のコントロール度の低さ」，「仕事の適性度の低さ」，「働きがいのなさ」に高い有意差がみられたが (***p<0.001)，「技能の活用度の低さ」においては，有意差はみられなかった．また，サポートについては，図 4.10 にみられるように「上司からのサポート」，「同僚サポート」の尺度項目について高い有意差がみられ (***p<0.001)，「家族・友人からのサポート」にも上司や同僚サポートほどではないが，有意差がみられた (**p<0.01)．

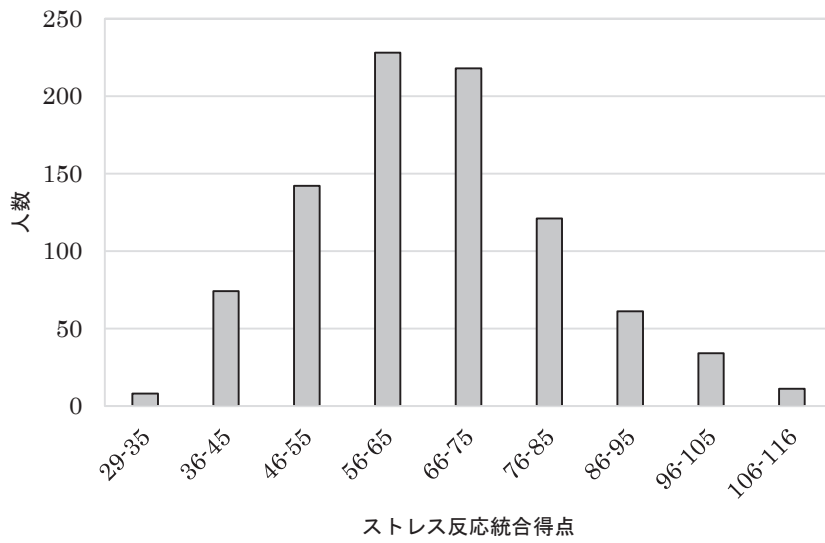


図 4.6 ストレス反応統合得点の度数分布

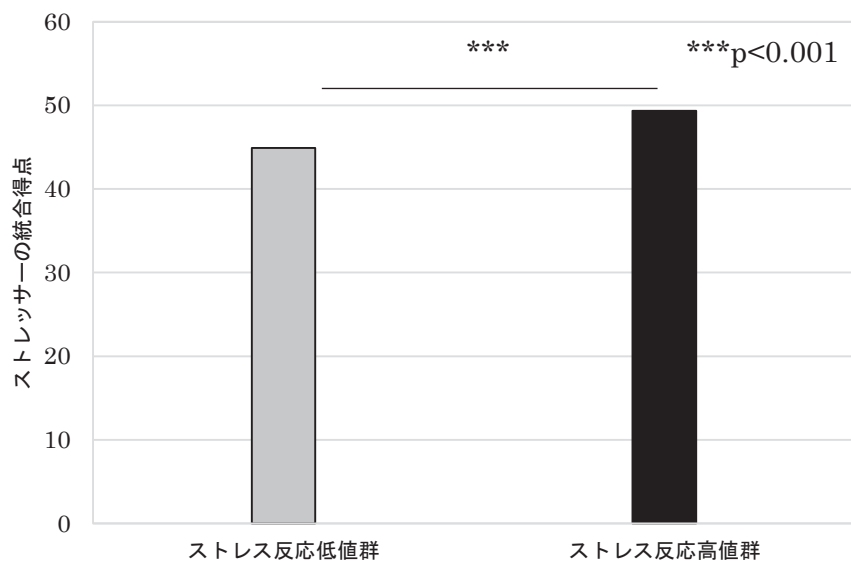


図 4.7 ストレスサ－のストレス反応高低群比較

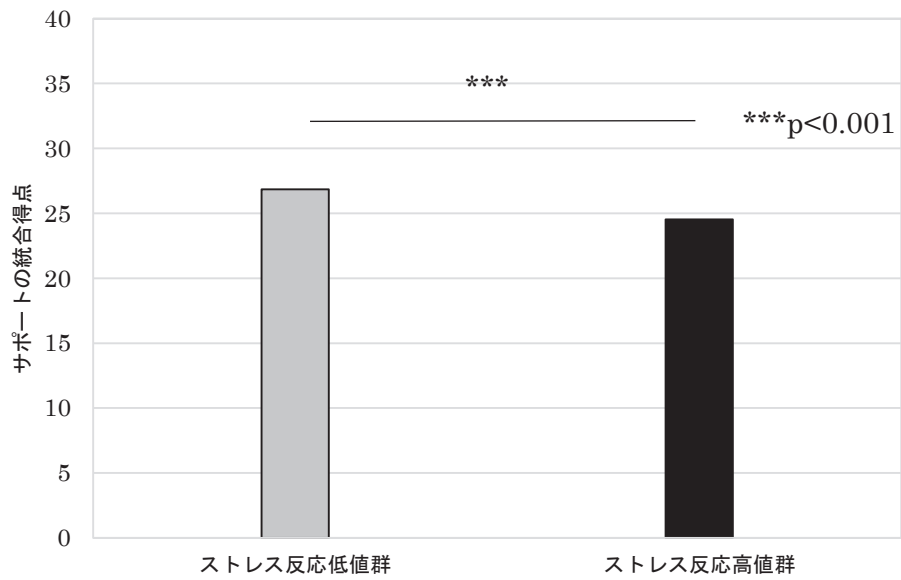


図 4.8 サポートのストレス反応高低群比較

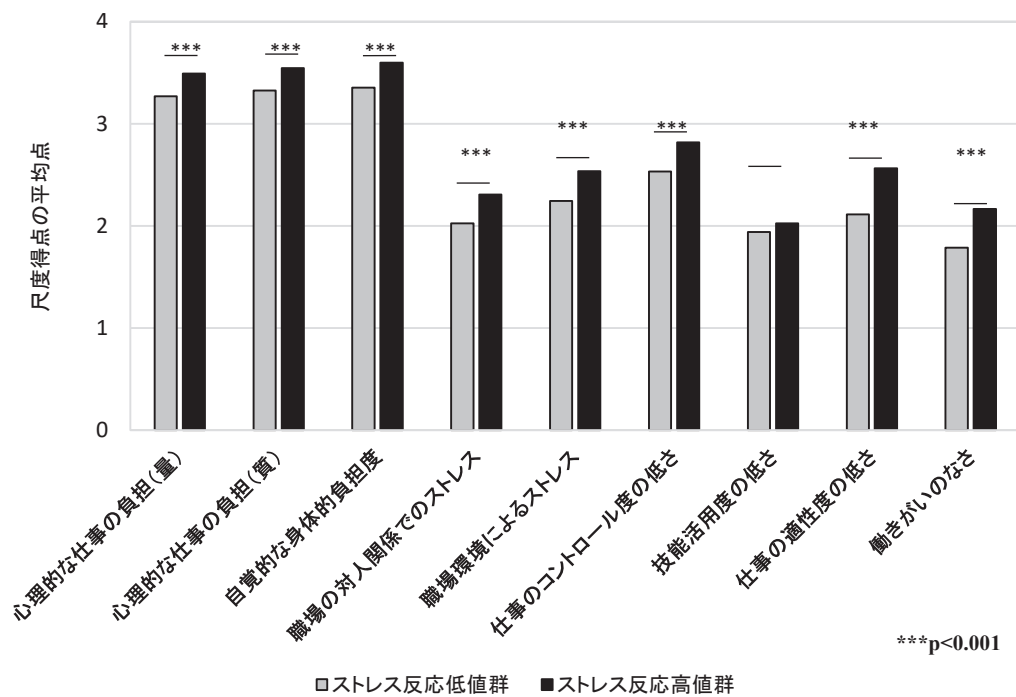


図 4.9 ストレッサーの各尺度項目のストレス反応 高低群比較

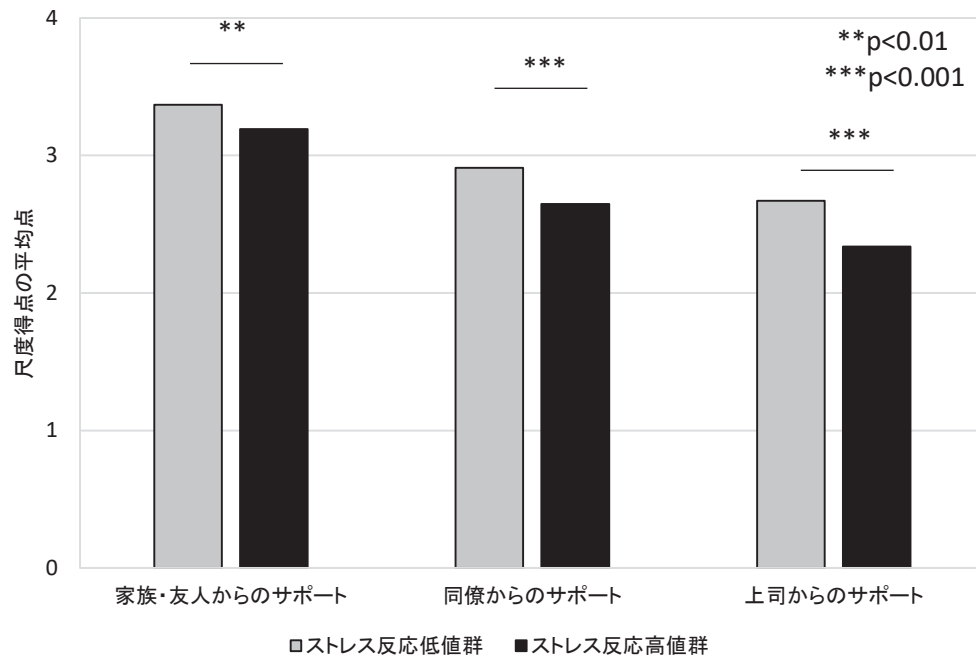


図 4.10 サポートの各尺度項目のストレス反応 高低群比較

4.3.3 サポート高低群による分析

サポート項目の統合得点の分布は図 4.11 のようになり、中央値を参考にして 25 点以下を低値群 (n=446)、26 点以上を高値群 (n=451) とした。図 4.12, 図 4.13 がそれぞれストレスのサポート高低群比較, ストレス反応のサポート高低群比較である。ストレスとストレス反応の統合得点について、サポートの低値群と高値群との間に有意差がみられた (両者とも***p<0.001)。サポート高値群は、低値群よりストレス、ストレス反応共に低くなっていた。

更に、ストレスとストレス反応のそれぞれの因子毎に、ストレスの高低群間で分析した結果、図 4.14 に示すように、ストレスの「職場の対人関係でのストレス」、「職場環境によるストレス」、「仕事のコントロール度の低さ」、「仕事の適性の低さ」、「働きがいのなさ」に高い有意差がみられ (***p<0.001)、「技能の活用度の低さ」についてもそれ程ではないが、有意差がみられた (**p<0.01)。しかしながら、「心理的な仕事の負担 (量)」、「心理的な仕事の負担 (質)」、「自覚的な身体的負担度」においては、有意差が認められなかった (p>0.05)。

また、ストレス反応については、図 4.15 にみられるように「活気の低さ」、「イライラ感」、「疲労感」、「不安感」、「抑うつ感」に高い有意差がみられ (***p<0.001)、「身体愁訴」はほかの尺度項目ほど高くはないが、有意差がみられた (**p<0.01)。

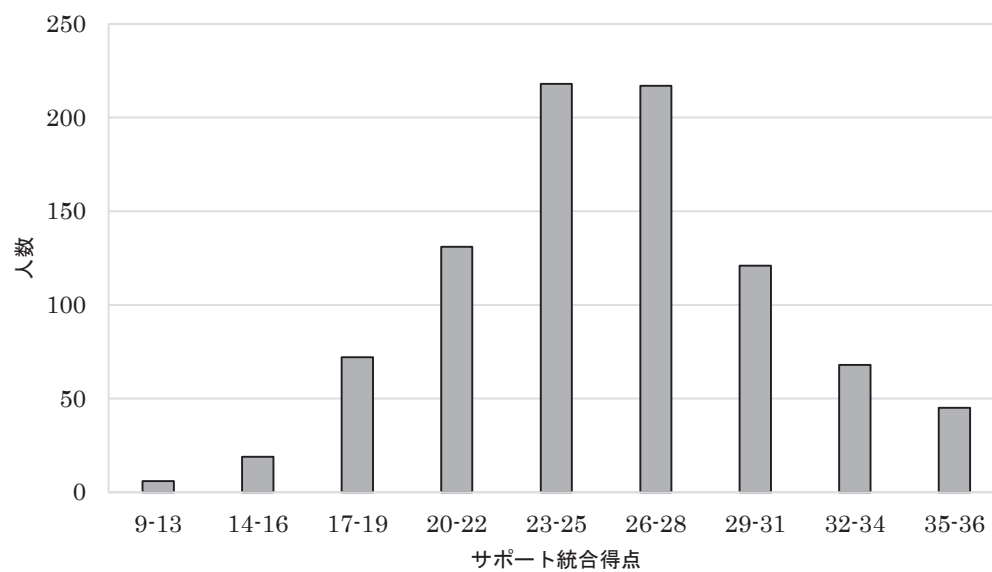


図 4.11 サポート統合得点の度数分布

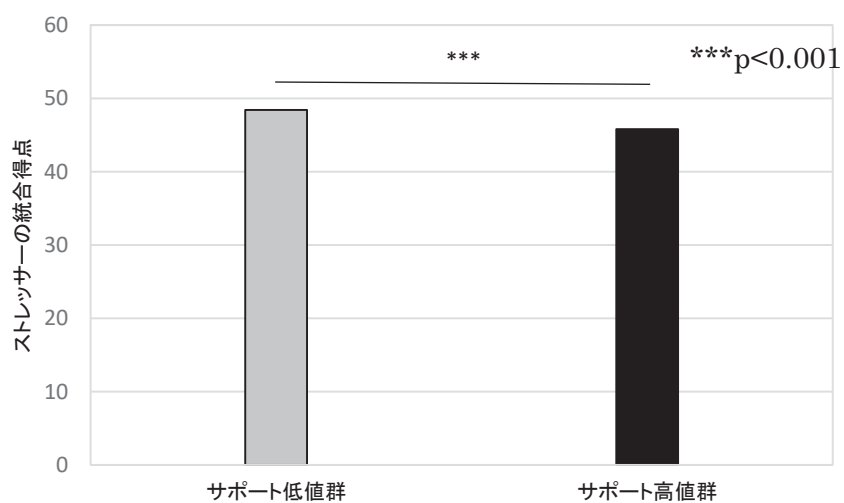


図 4.12 ストレスサ-のサポート高低群比較

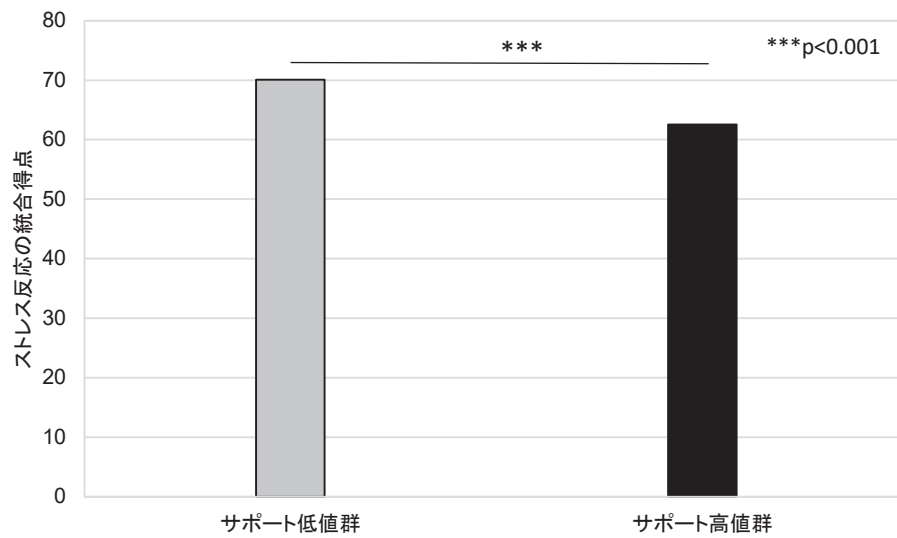


図 4.13 ストレス反応のサポート高低群比較

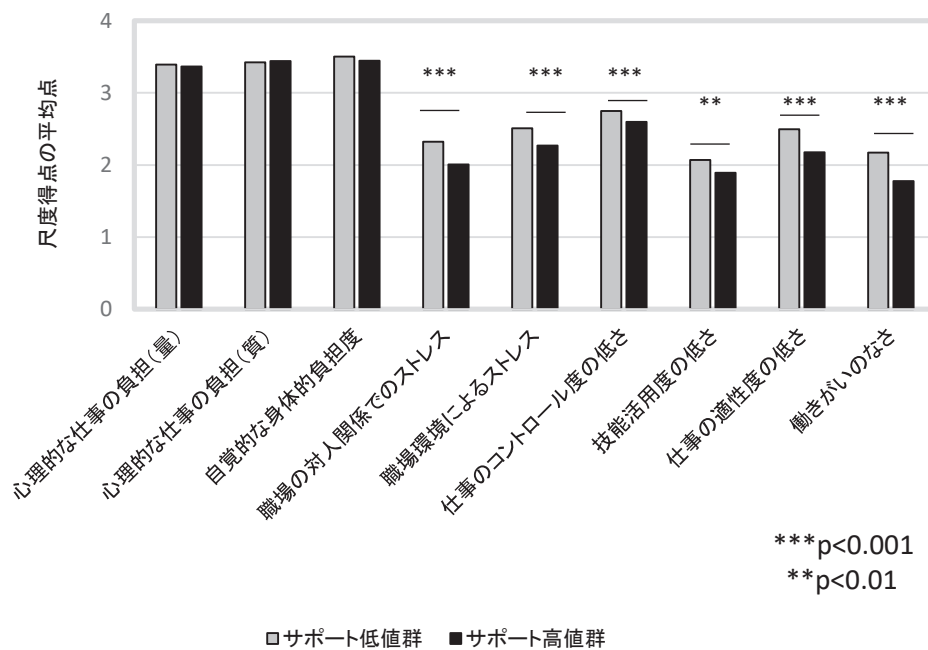


図 4.14 ストレッサーの各尺度項目のサポート 高低群比較

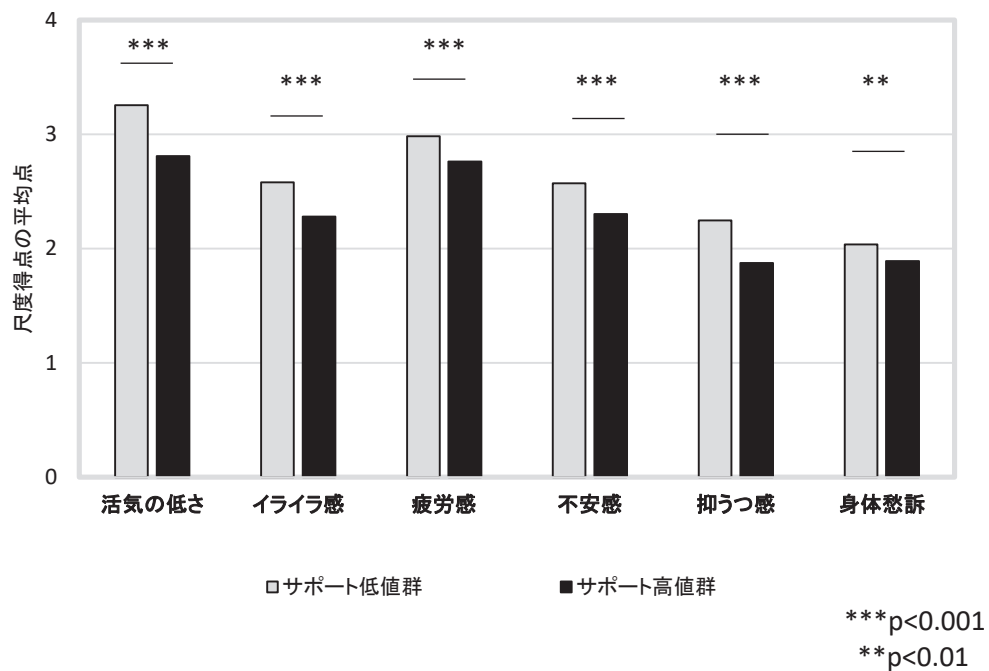


図 4.15 ストレス反応の各尺度項目のサポート 高低群比較

4.3.4 満足度高低群による分析

満足度の統合得点の分布は図4.16のようになり、「やや不満足」2点と「まあ満足」3点の中央値の2.5点の2倍（2問分）を基準とし、5点以下を低値群（n=470）、6点以上を高値群（n=427）とした。分析の結果、ストレスラー、ストレス反応およびサポートの各統合得点について、満足度の低値群と高値群で3者とも***p<0.001の有意差がみられた（図4.17, 図4.18, 図4.19）。ストレスラーでは（低値群得点：49.0, 高値群得点：45.0）、ストレス反応では（低値群得点：72.7, 高値群得点：59.2）となり、満足度低値群は高値群より平均値が高かった。サポートでは（低値群得点：24.3, 高値群得点：27.3）であり、満足度低値群が高値群より平均値が低かった。更に、ストレスラー、ストレス反応およびサポートのそれぞれの因子毎に満足度の高低群間で分析した結果、すべてにおいて有意差がみられた（図4.20, 図4.21, 図4.22）。

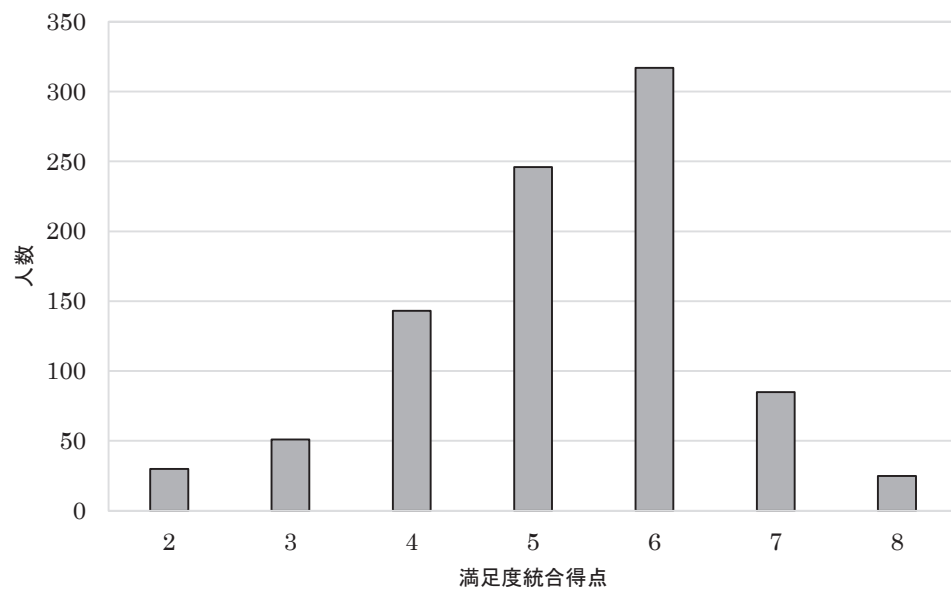


図 4.16 満足度統合得点の度数分布

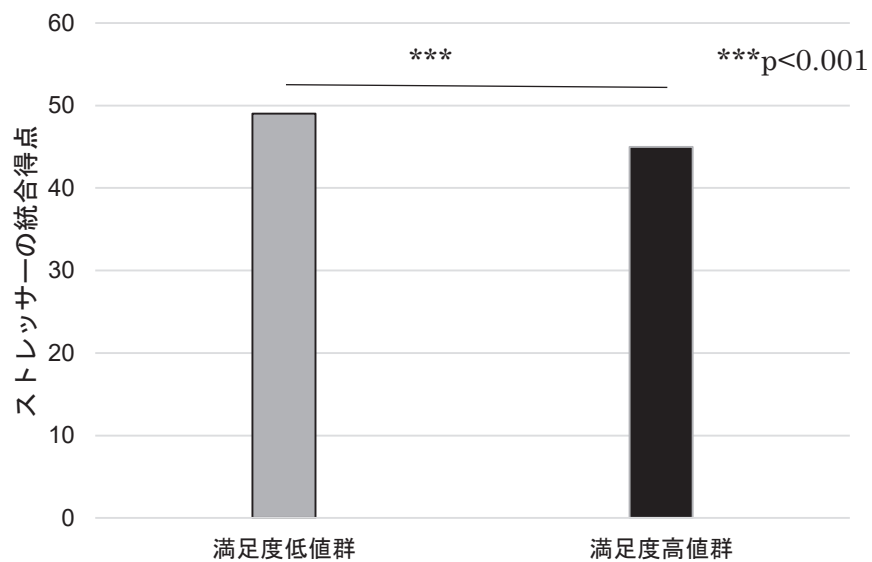


図 4.17 ストレッサーの満足度高低群比較

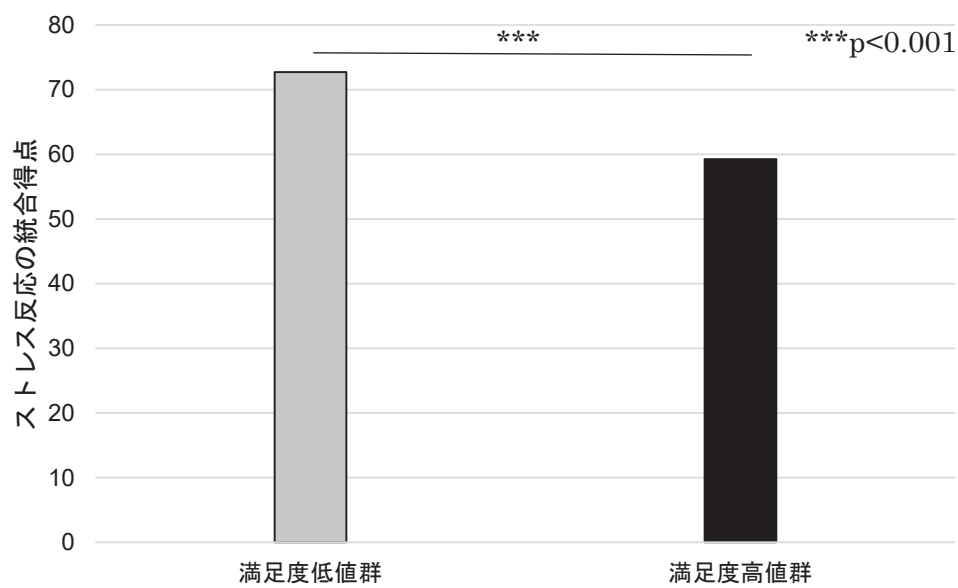


図 4.18 ストレス反応の満足度高低群比較

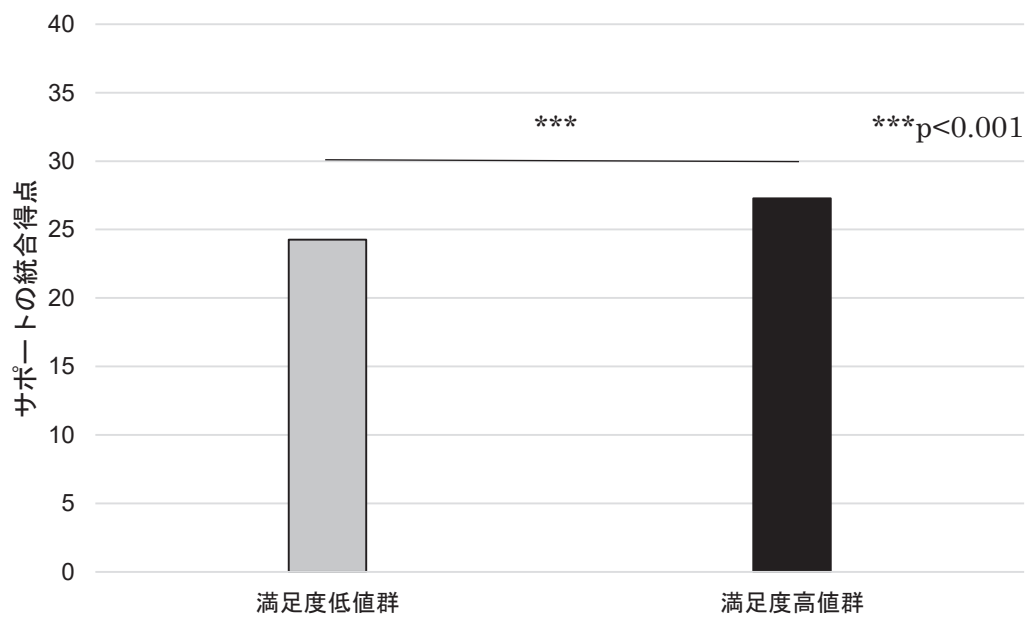


図 4.19 サポートの満足度高低群比較

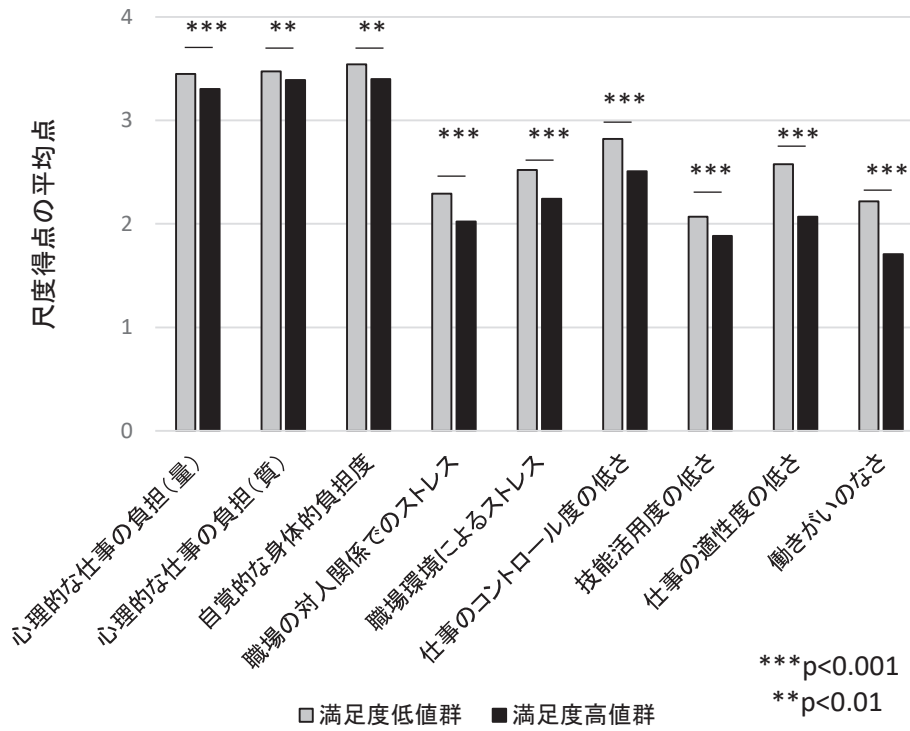


図 4.20 ストレッサーの各尺度項目の満足度高低群比較

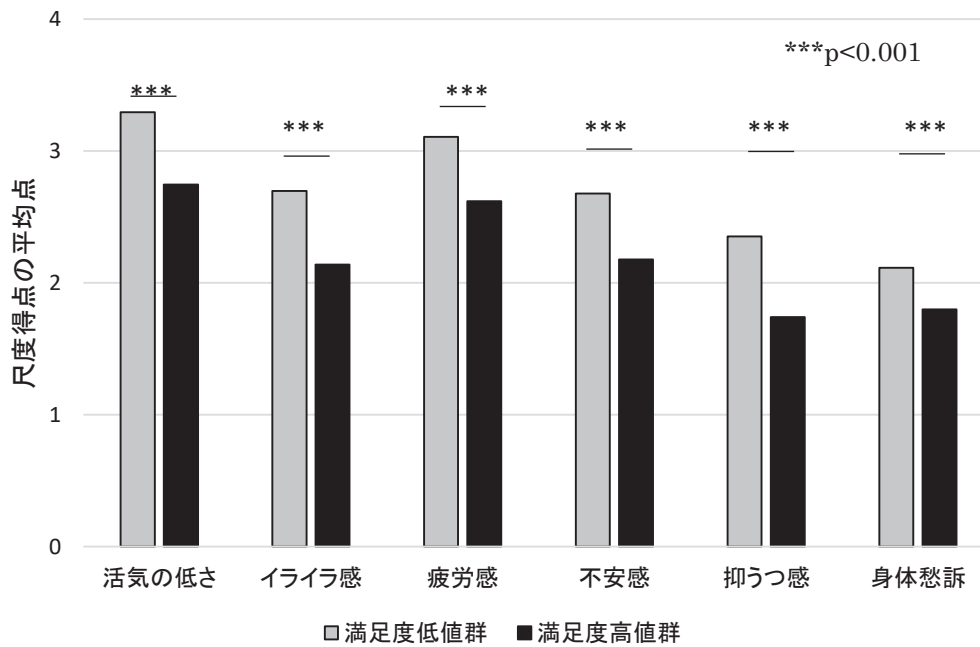


図 4.21 ストレス反応の各尺度項目の満足度高低群比較

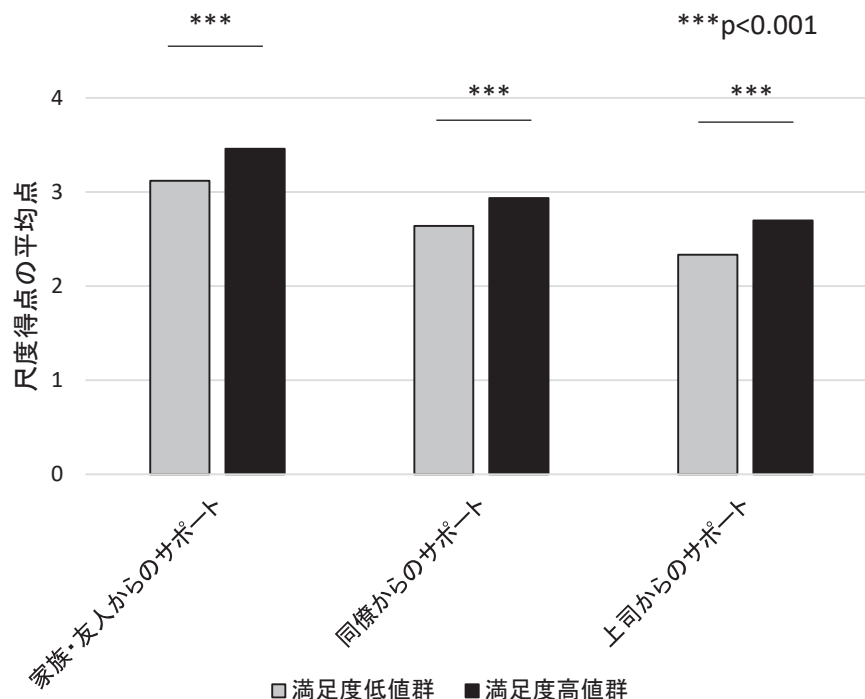


図 4.22 サポートの各尺度項目の満足度高低群比較

4.3.5 年齢高低群による分析

分析対象者は 897 名から年齢無回答の 16 名を除くと 881 名であった。図 3.1 の年齢の度数分布の中央値を参考にして年齢は、30 歳以下を低値群 (n=434)、31 歳以上を高値群 (n=437) とした。図 4.23, 図 4.24, 図 4.25, 図 4.26 がそれぞれストレスターの年齢高低群比較, ストレス反応の年齢高低群比較, サポートの年齢高低群比較, 満足度の年齢高低群比較である。

ストレスター, ストレス反応, サポートおよび満足度の統合得点について, 年齢の低値群と高値群で高い有意差がみられたのはサポートであり ($***p<0.001$), ストレスターにおいても有意差がみられたが ($*p<0.05$), ストレス反応, 満足度では有意差はみられなかった。年齢低値群は, 高値群よりサポート, 満足度が高く, ストレスター, ストレス反応が低かった。更に, ストレスター, ストレス反応, サポート, 満足度のそれぞれの因子毎に, 年齢の高低群間で分析した結果, 図 4.27 に示すように「職場環境によるストレス」, 「働きがいのなさ」の尺度項目について, 有意差がみられ ($**p<0.01$), 「心理的な仕事の負担 (量)」, 「心理的な仕事の負担 (質)」, 「仕事のコントロール度の低さ」, 「技能活用度の低さ」についても多少有意差がみられたが ($*p<0.05$), 「自覚的な身体

的負担度」,「職場の対人関係でのストレス」,「仕事の適性度の低さ」が有意差はあまりみられなかった ($p>0.05$)。また, 図 4.28 にみられるようにストレス反応の「活気の低さ」,「イライラ感」,「疲労感」,「不安感」,「抑うつ感」,「身体愁訴」のすべての項目についても有意差はみられなかったが, 図 4.29 に表すようにサポート因子の「家族・友人からのサポート」,「同僚からのサポート」は高い有意差がみられたが ($***p<0.001$), 「上司からのサポート」は有意差があまりみられなかった ($p>0.05$)

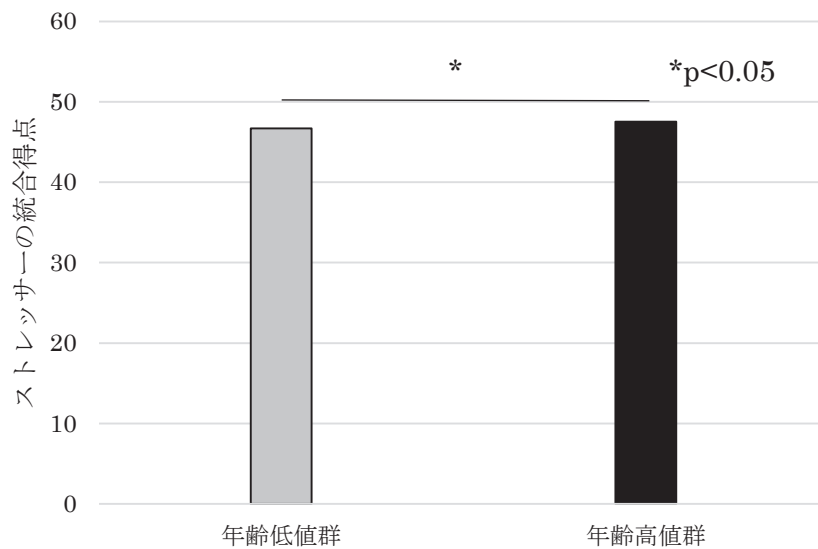


図 4.23 ストレッサーの年齢高低群比較

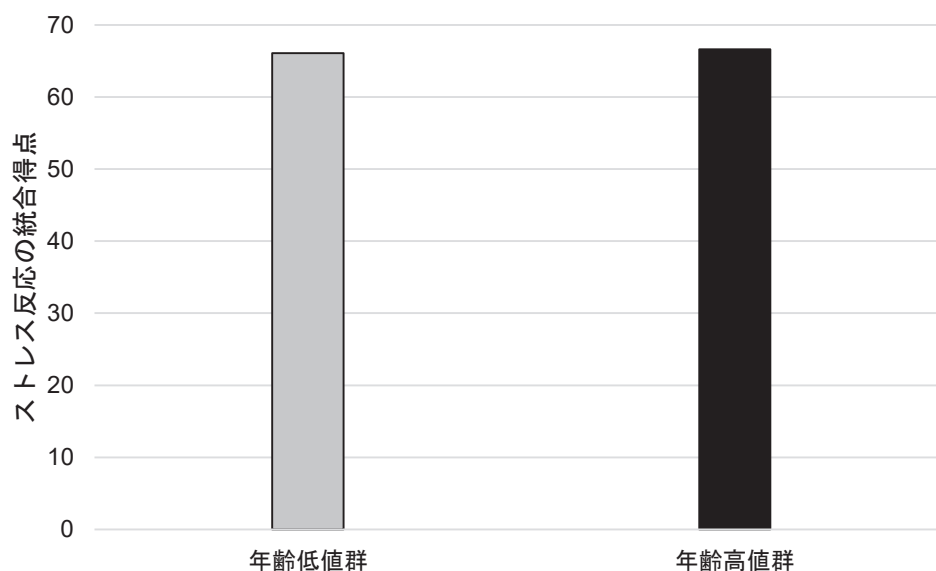


図 4.24 ストレス反応の年齢高低群比較

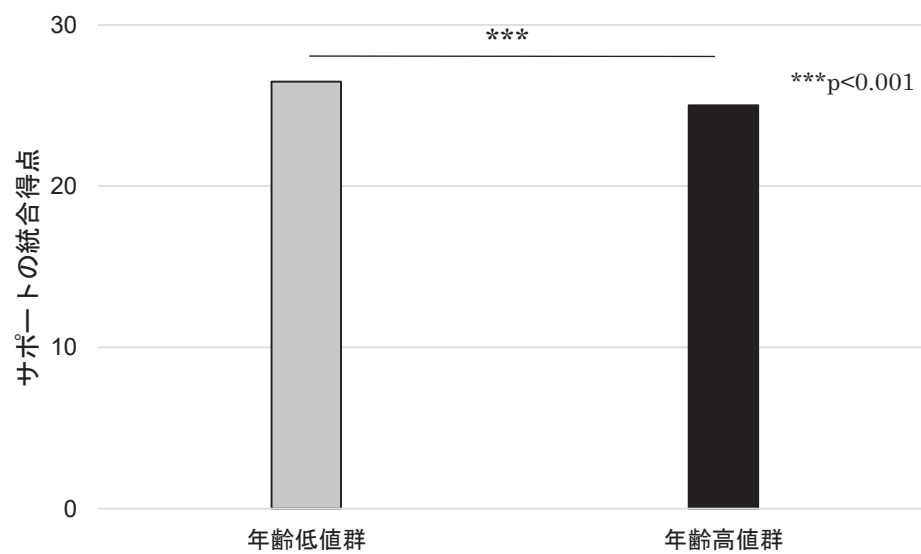


図 4. 25 サポートの年齢高低群比較

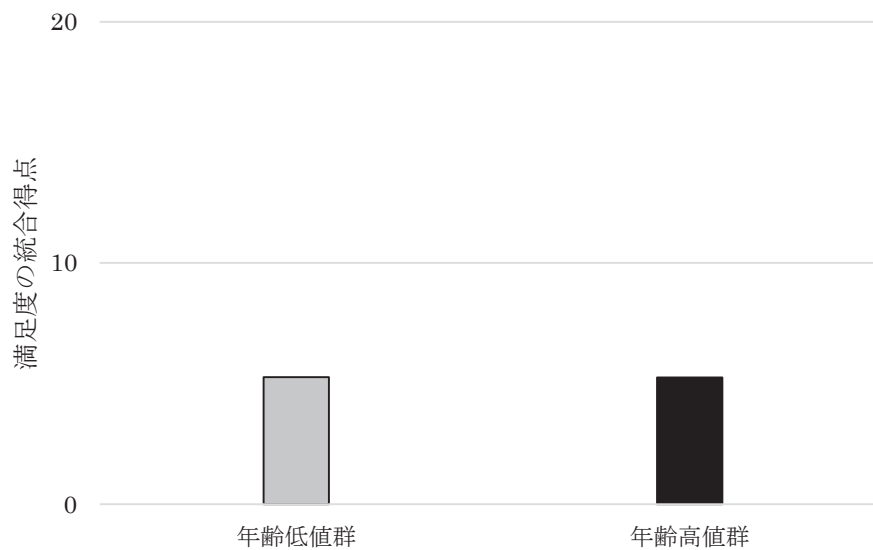


図 4. 26 満足度の年齢高低群比較

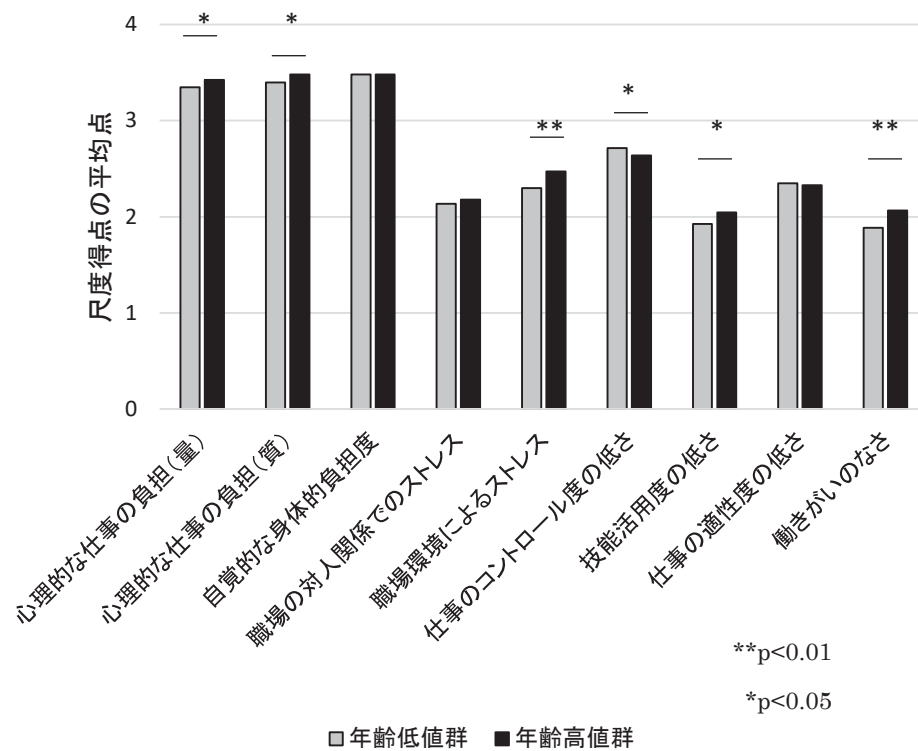


図 4.27 ストレッサーの各尺度項目の年齢高低群比較

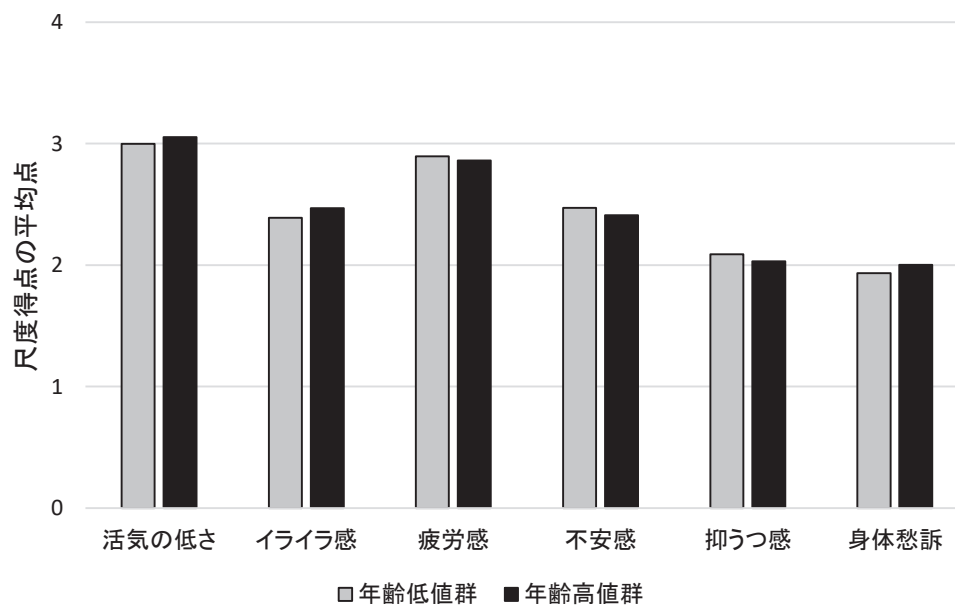


図 4.28 ストレス反応の各尺度項目の年齢高低群比較

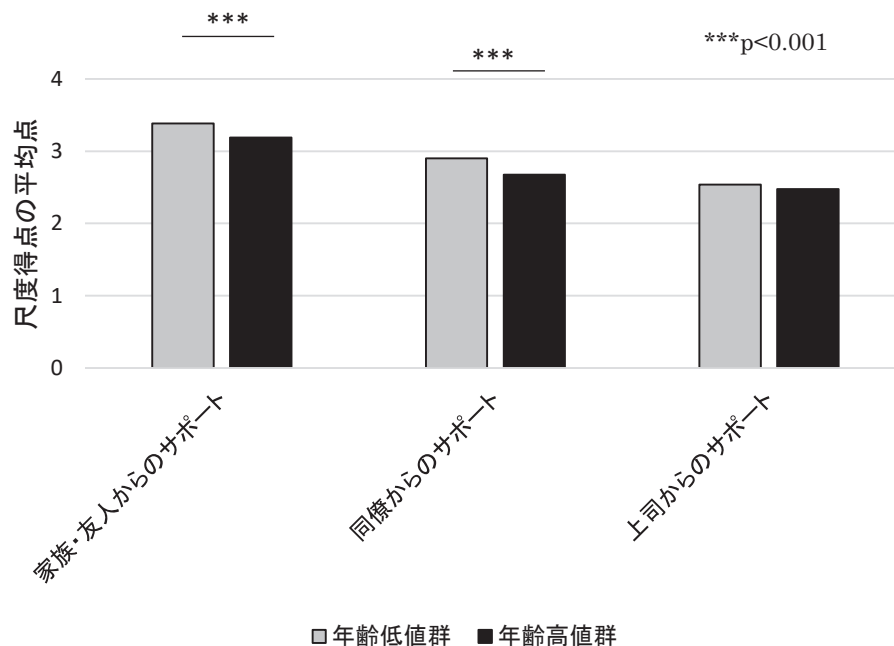


図 4.29 サポートの各尺度項目の年齢高低群比較

4.4 考察

ストレッサー、ストレス反応、サポート、満足度の各高低群に基づく 2 群比較の結果を統合すると、ストレッサーが高い人はストレス反応が高く、サポートが低かった。逆に、ストレッサーが低い人はストレス反応が低く、サポートが高いことが矛盾なく確認できた。更に、満足度が高い人は、ストレッサーとストレス反応が低く、サポートが高い。逆に満足度が低い人は、ストレッサーとストレス反応が高く、サポートが低いことが確認された。

これらのことから、ストレッサー、ストレス反応、サポートおよび満足度の間には整合性が保たれ、互いの関係性が妥当であるといえる[73]。

因子レベルでは、ストレッサーの 9 因子の中で因子の最大値が 4 のところ、平均値が 3 以上のものは、「心理的な仕事の負担（量）」「心理的な仕事の負担（質）」「自覚的な身体的負担度」の 3 項目であり、他の因子は 3 未満で高くなかった。この 3 項目のみサポート高低群に有意差が見られなかったことは、女性看護師が感じる「心理的な仕事の負担（量）」「心理的な仕事の負担（質）」「自覚的な身体的負担度」は、同僚や上司のサ

ポートがあったとしても、容易に実際の仕事量を軽減できるものではないことを示唆していると推測される。

ストレス反応の6因子は、BJSQ 開発時の報告書[75]によると、「活気の低下」「イライラ感」「疲労感」はストレスレベルが比較的低い状態でも見られ、高くなっていくに従い「不安感」「身体愁訴」「抑うつ感」が生起することがわかっている。特徴的なのは、最後に生起する「抑うつ感」が高レベルに達したところでも、「身体愁訴」のみ少し低いレベルにあることである。これは、職場のストレスが高レベルになっても「身体愁訴」だけは、反応として同様に高くはならず、他の因子よりも個人要因などのストレス以外の要因に依存しているところが大きいと考えられる。この結果を基に、図4.4のストレス反応の各尺度項目のストレス高値群比較のグラフの目盛りを見てみると、「活気の低さ」「イライラ感」「疲労感」「不安感」の心理的ストレス反応が、最大値4のところ、平均値がストレス低値群でも2を超えており、高値群では2.5以上であるのに対し、「抑うつ感」「身体愁訴」の身体的ストレス反応の平均値は、ストレス低値群では両方とも1.8、高値群が2.3と2.1と「活気の低下」「イライラ感」「疲労感」「不安感」よりも低いことから、病棟勤務女性看護師のストレスレベルは極めて高いレベルではないと言える。また「身体愁訴」は、他の因子と違い高低値群差が僅差であることから、ストレス以外の要因の関与が他の因子より大きいことが推測される。

満足度高低群比較では、ストレス、ストレス反応、サポートの各因子とも、大きな有意差があったことから、満足度との関連は大きいことが推測される。

一方、年齢では、ストレスの「仕事のコントロールの低さ」のみ低年齢群が有意に高年齢群より高かった。これは、低年齢群が仕事の知識や技能が低く、仕事のコントロールが高年齢群に比べにくい状況があると考えられる。高年齢群が低年齢群より有意に高いと感じられるストレスは、「職場環境によるストレス」と「働きがいのなさ」であるが、これは高年齢群が低年齢群より仕事の慣れによって感じられるストレスである可能性がある。ストレス反応で高年齢群と低年齢群に差が全くみられなかったのは、低年齢群の仕事への不慣れによるストレスや、高年齢群の体力の衰えによるストレスによる影響はストレス反応に表れていないことを示している。サポートの「家族・友人からのサポート」と「同僚からのサポート」には、低年齢群の方が高年齢群より有意に高い結果が見られたのは、若い看護師は未婚の者が多く、親との同居や同僚と過ごす時間が多いことが考えられる。

第5章 家族構成群間による比較分析

5.1 分析目的

BJSQのストレッサー、ストレス反応、サポートに対して、配偶者・子どもの有無の家族構成別4群比較を行うことによって、病棟勤務女性看護師の職業性ストレスと家族構成の関係性やその特徴を知るために分析を行った。

5.2 分析方法

家族構成別に、[配偶者なし・子どもなし]群 (n=458)、[配偶者なし・子どもあり]群 (n=60)、[配偶者あり・子どもなし]群 (n=69)、[配偶者あり、子どもあり]群 (n=282) の4群間で、ストレッサー、ストレス反応、サポートの各項目得点の平均値について、ノンパラメトリックの Kruskal-Wallis 検定を行った。分析には、IBM SPSS Statistics 24 を用いた。

5.3 分析結果

5.3.1 ストレッサーの平均得点比較

ストレッサー項目の各平均値について、家族構成別4群間で分析を行った結果、「職場環境によるストレス」「仕事の適性度の低さ」に有意差な傾向がみられ ($+p<0.1$)、「仕事のコントロール度の低さ」に有意差がみられた ($*p<0.05$)。更に多重比較を行った結果、図 5.1 のように「職場環境によるストレス」において、[配偶者あり・子どもなし]群が[配偶者なし・子どもなし]群より高い傾向がみられた ($+p<0.1$)。また、「仕事のコントロール度の低さ」で、[配偶者なし・子どもなし]群が[配偶者あり・子どもあり]群より有意に高く ($*p<0.05$)、「仕事の適性度の低さ」において、[配偶者なし・子どもなし]群が[配偶者あり・子どもあり]群より有意に高い傾向がみられた ($+p<0.1$)。

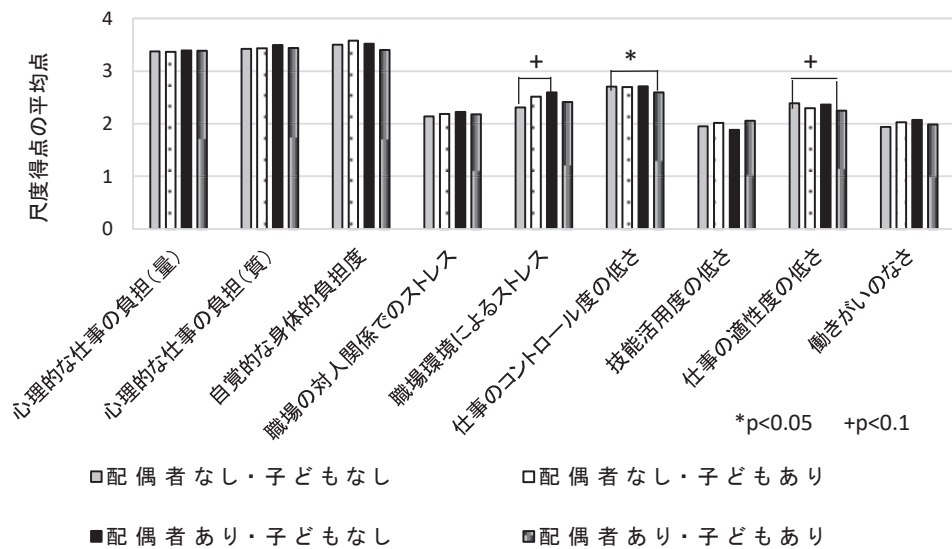


図 5.1 家族構成群間によるストレスの各尺度項目の平均得点の比較

5.3.2 ストレス反応の平均得点比較

ストレス反応項目の各平均値について、家族構成別 4 群間で比較した結果、「身体愁訴」に高い有意差がみられ (** $p<0.01$), 「抑うつ感」に有意な傾向がみられた ($+p<0.1$). 更に多重比較を行った結果, 図 5.2 のように「身体愁訴」において, [配偶者なし・子どもあり]群が[配偶者なし・子どもなし]群, [配偶者あり・子どもあり]群よりも有意に高く (** $p<0.01$), [配偶者あり・子どもなし]群よりも高い傾向がみられた ($+p<0.1$).

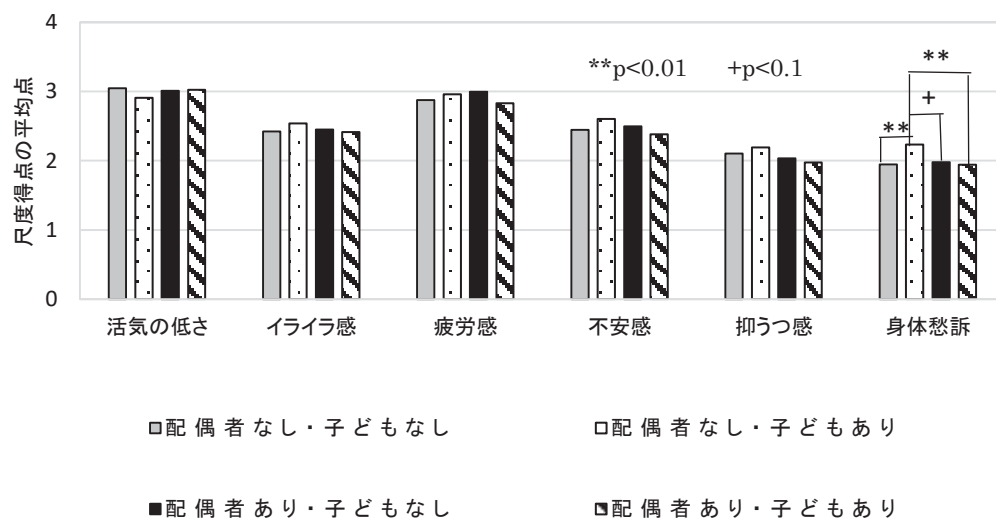


図5.2 家族構成群間によるストレス反応の各尺度項目の平均得点の比較

5.3.3 サポートの平均得点

サポート因子の各平均値について、家族構成別4群間で比較した結果、いずれのサポートにおいても有意差は認められなかった。更に多重比較を行った結果、図5.3のように「家族・友人からのサポート」において、[配偶者あり・子どもなし]群が[配偶者なし・子どもあり]群より高い傾向がみられた（ $+p<0.1$ ）。

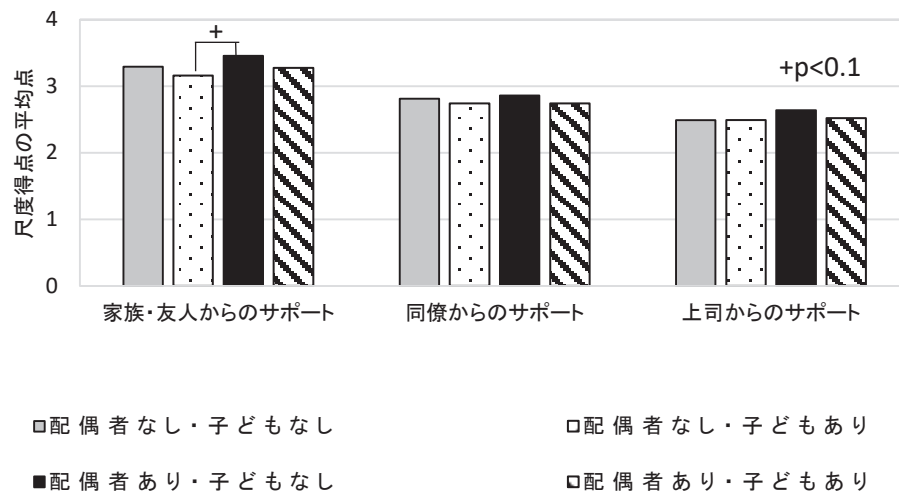


図 5.3 家族構成群間によるサポートの各尺度項目の平均得点の比較

5.4 考察

家族構成別4群間の違いでは、ストレスサーの「仕事のコントロール度の低さ」において、[配偶者なし・子どもなし]群が、[配偶者あり・子どもあり]群より有意に高かった。これは、前者の群には経験の浅い若年の看護師が多く含まれており、自分のペースで業務を行えないことが原因である可能性が高い。また、ストレス反応の「身体愁訴」で、[配偶者なし・子どもあり]群が、[配偶者なし・子どもなし]群と[配偶者あり・子どもあり]群よりも有意に値が高かった。この理由は、シングルマザーの状況にあつては、仕事と子育てが多忙なため、体力的にも負荷がかかるためであると推察される。

以上から、経験が浅い若手看護師には、上司や先輩からのサポートの下、当人にあったペースで業務に従事し、知識や技術を獲得できるような対応が必要であると考えられる。また、シングルマザーの状況にある看護師には、サポート体制を充実することで、身体愁訴の軽減を図ることが必要であると考えられる。

第6章 回避型対処行動の分析

6.1 分析目的

回避型対処行動5項目の信頼性・妥当性の検討の後、BJSQの各尺度について回避型対処行動の高低群比較を行い、その傾向や特徴の分析を行った。

6.2 分析方法

回避型対処行動5項目の信頼性係数 α および因子分析による構成概念妥当性、専門家による内容妥当性の検討を行った。その後、ノンパラメトリックのMann-whitneyのU検定により、回避型対処行動の高低群に基づくBJSQの各尺度の2群比較を行った。分析には、IBM SPSS Statistics 24を用いた。

6.3 分析結果

6.3.1 回避型対処行動の信頼性・妥当性の検討

回避型対処行動5項目の信頼性の検討を行うために信頼性係数 α を算出した結果、 $\alpha = .679$ であった。妥当性の検討では、構成概念妥当性を検討するために、因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行った結果、表6.1のように1因子構造であることが確認された。また、臨床経験豊富な大学心理学教員とともに内容妥当性の確認を行った。

表6.1 回避型対処行動項目の因子分析結果

因子項目	因子負荷量
忙しくてその問題を考えないようにする	.600
どうすることもできない状況に身を任せる	.572
先のことはあまり考えないようにする	.563
問題があっても現状で我慢する	.506
この問題は自分に関係ないと思う	.483
最尤法、プロマックス回転	

6.3.2 回避型対処行動高低群によるストレスの分析

回避型対処行動項目の統合得点の分布は図 6.1 のようになり、中央値を参考にして 11 点以下を低値群 (n=471)、12 点以上を高値群 (n=499) とした。

図 6.2 がストレスの回避型対処行動高低群比較である。ストレスの統合得点について、回避型対処行動の高低群間に有意差がみられた (* $p<0.05$)。更に、ストレスのそれぞれの因子毎に回避型対処行動の高低群間で分析した結果、図 6.3 に示すように、「対人ストレス」、「環境ストレス」、「技能活用度の低さ」、「仕事の適性度の低さ」、「働きがいのなさ」で高群が低群より有意に高く、「心理的な仕事の負担 (質)」のみ低群が高群より高かった。特に「職場の対人関係でのストレス」、「技能の活用度の低さ」(*** $p<0.0001$)「仕事の適性度の低さ」(** $p<0.001$)、「働きがいのなさ」(** $p<0.01$)に高い有意差がみられ、「心理的な仕事の負担 (質)」、「職場環境によるストレス」についてもそれ程ではないが、有意差がみられた (* $p<0.05$)。しかしながら、「心理的な仕事の負担 (量)」、「自覚的な身体的負担度」、「仕事のコントロール度の低さ」においては、有意差が認められなかった。

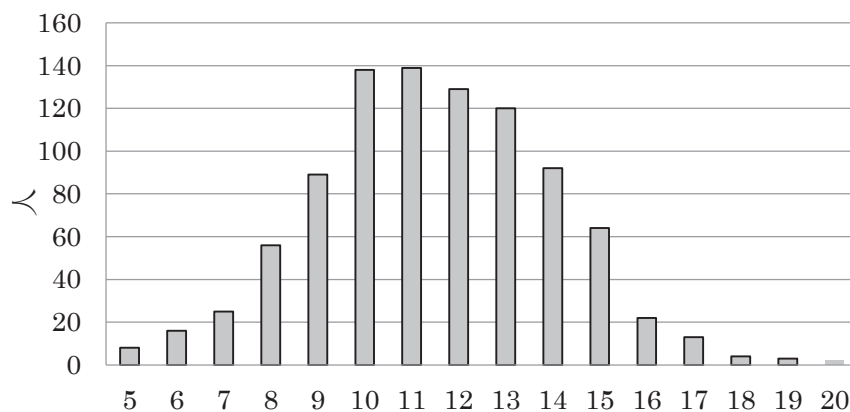


図 6.1 回避型対処行動統合得点度数分布表

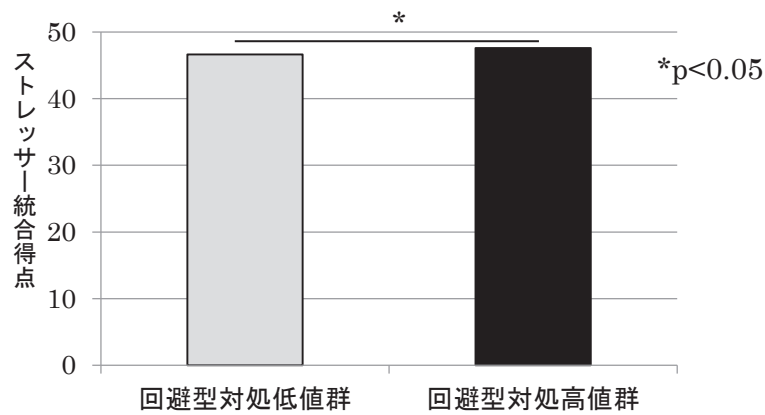
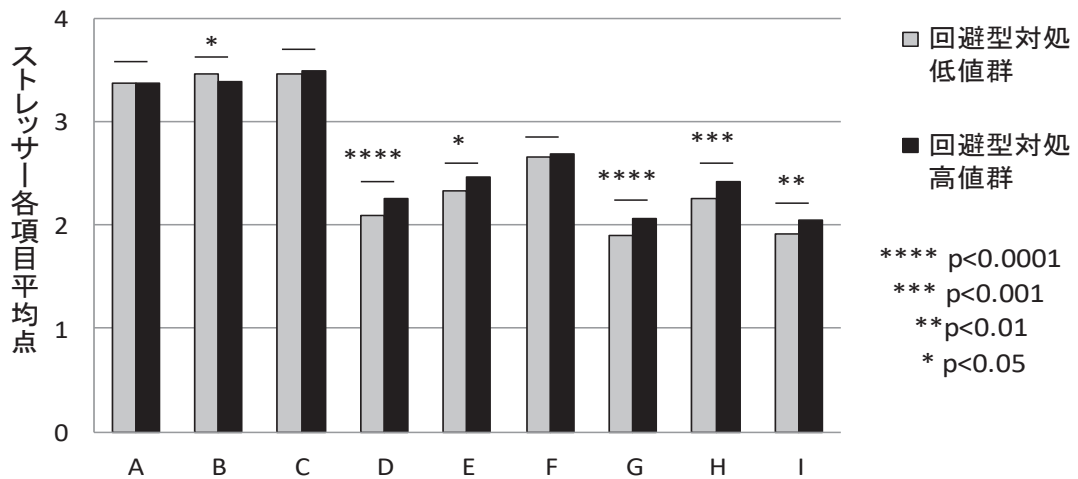


図 6.2 ストレスサ-の回避型対処行動高低群



A: 心理的な仕事の負担(量) B: 心理的な仕事の負担(質) C: 自覚的な身体的負担度
D: 職場の対人関係でのストレス E: 職場環境によるストレス F: 仕事のコントロール度の低さ
G: 技能の活用度の低さ H: 仕事の適性度の低さ I: 働きがいのなさ

図 6.3 ストレスサ-各項目の回避型対処行動高低群比較

6.3.3 回避型対処行動高低群によるストレス反応の分析

回避型対処行動の統合得点の高低群比較において、図 6.4 に示すように、ストレス反応では高群が有意に高く、低群が低かった (**** $p<0.0001$)。

また、ストレス反応については、図 6.5 にみられるように「活気の低下」、「抑うつ感」(**** $p<0.0001$)「イライラ感」、「疲労感」(*** $p<0.001$)に高い有意差がみられ、「不安感」はほかの尺度項目ほど高くはないが、有意差がみられた (* $p<0.05$)。しかし、「身体愁訴」には有意差がみられなかった。

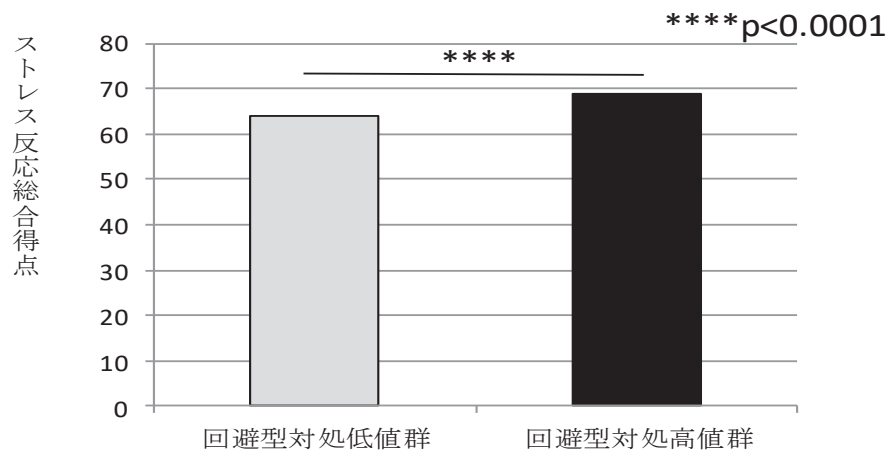


図 6.4 ストレス反応の回避型対処高低群比較

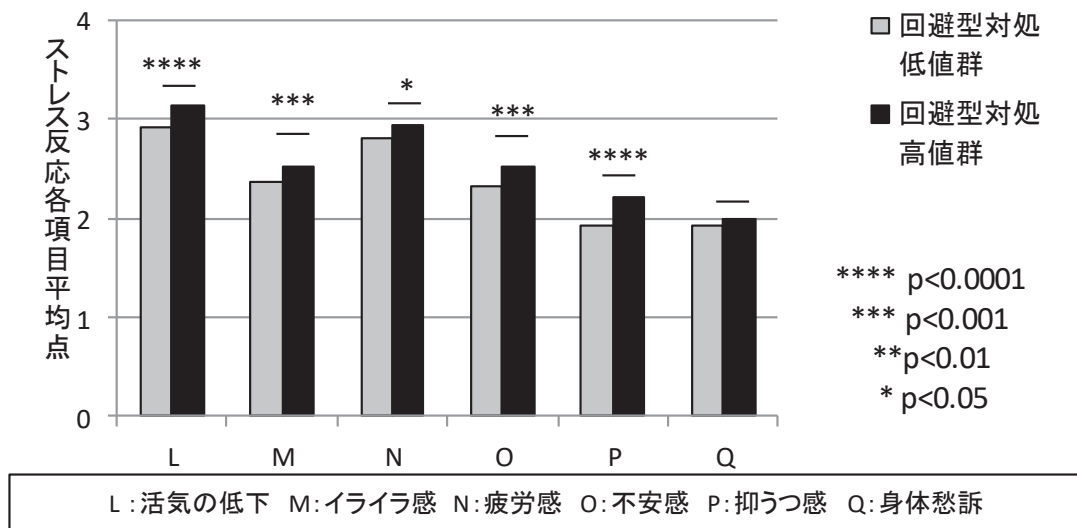


図 6.5 ストレス反応各項目の回避型対処高低群比較

6.3.4 回避型対処行動高低群によるサポートの分析

回避型対処行動の統合得点の高低群比較によるサポートの結果は、図 6.6 に示すように、低群が高群より有意に高かった (**** $p<0.0001$). 更に、サポートのそれぞれの因子毎に回避型対処行動の高低群間で分析した結果、図 6.7 に示すように、上司サポート、同僚サポート、家族・友人サポートの全ての項目で高群が低群に比べ、有意に低かった (**** $p<0.0001$, ** $p<0.01$, * $p<0.05$).

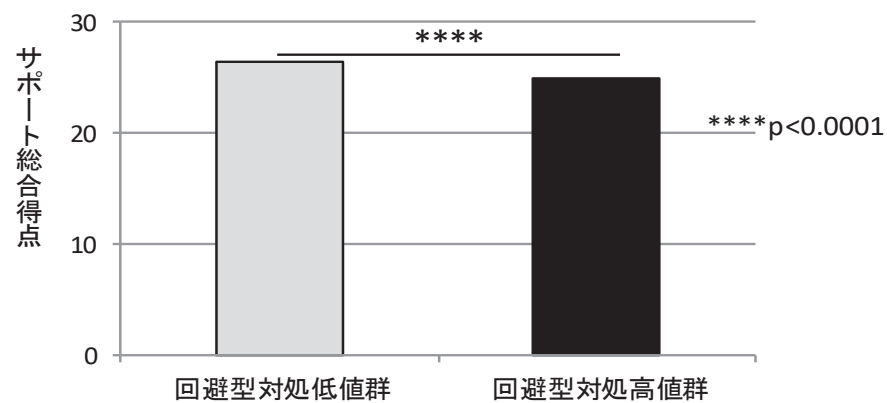


図 6.6 サポートの回避型対処高低群比較

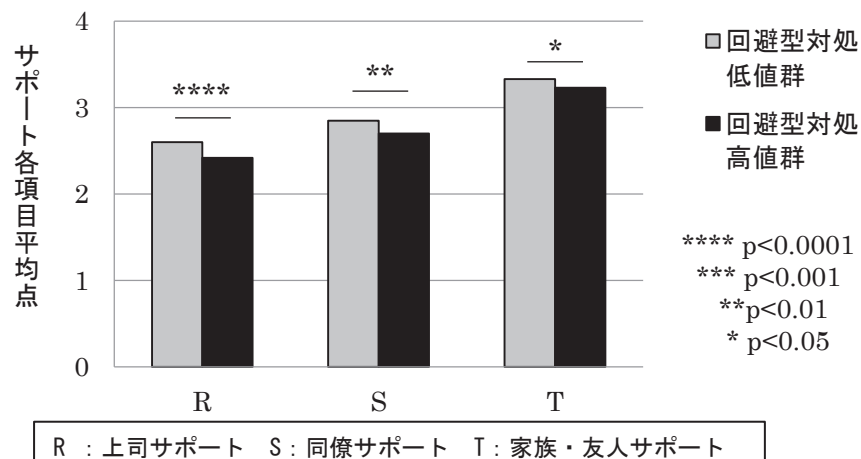


図 6.7 サポート各項目の回避型対処高低群比較

6.4 考察

5項目の回避型対処行動内容を見ると、ストレッサーを解決できないと捉える態度の強度や深刻度によって、3段階の内容に分けられると考えられる。「どうすることもできない状況に身を任せる」「問題があっても現状で我慢する」の2項目は、問題をどうすることもできない現状から目を逸らさず身を置いている1段階目の状況であり、次の段階は「忙しくしてその問題を考えないようにする」「先のことはあまり考えないようにする」などの問題の存在を意識しながらも、問題から気を逸らしている行動であり、最終段階では、「この問題は自分に関係ないと思う」と自分を問題から切り離し、自分の問題であることを否認している行動と捉えることができる。どの項目も問題に焦点を当て解決するための行動ではなく、因子分析の結果1因子構造であることから、内容的に回避型対処行動と捉えてよいと考えられる。しかし、この5項目の内容は、回避の仕方が行動レベルで異なる表現であること、また項目数が多くないこと、ストレス対処は絶えず変動する認知的行動的な努力[77]であり、状況によって使用されるコーピングが異なる場面特異性の問題などの不安定さがある[78-80]ことから、信頼性係数 α が若干小さい値となったと考えられる。

ストレッサー、ストレス反応、サポートすべての統合得点について、回避型対処行動の高低群間に有意差がみられた。特にストレス反応とサポートについては、高群が低群に比べかなり有意に高く、回避型対処行動を多用する人は、ストレス反応が高くサポートを受けにくいことが推測されるため、回避型対処行動はストレスの指標の一つとなりうる可能性があると考えられる。

更に、ストレッサーのそれぞれの因子毎に回避型対処行動の高低群間での分析では、高い有意差がみられた「職場の対人関係でのストレス」では、高値群は低値群に比べ、問題解決できないストレスと捉え、ストレスそのものを回避する以外の方法がないことが推測される。「技能の活用度の低さ」、「仕事の適性度の低さ」、「働きがいのなさ」の項目内容は、それぞれ「自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない」「仕事の内容は自分にあっている」「働きがいのある仕事だ」である。看護師は技能専門職であるが、その技能や知識を活かせないと感じながら仕事をしている高値群は低値群に比べ、働きがいが無いと感じながらその問題を回避し仕事をしていると考えられる。「かなり注意を集中する必要がある」「高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ」という項目である「心理的な仕事の負担（質）」は、高値群が低値群より低く、「心理的な仕事の負担（量）」、「自覚的な身体的負担度」、「仕事のコントロール度の低さ」には有意差がなかった。このことより回避型対処行動高値群は低値群に比べ、仕事量やそれに伴う身体的負担、仕事の自己裁量度の捉え方には差はないが、注意を要する仕事や高度な知識や技術を伴う仕事には低値群よりストレスを感じていないと考えられる。

ストレス反応のそれぞれの因子毎に回避型対処行動の高低群間での分析では、「活気

の低下」「抑うつ感」「イライラ感」「疲労感」に高い有意差がみられた。BJSQ 開発時の報告書[76]によると、「活気の低下」は非常に低いストレスレベルでも認められ、「イライラ感」と「疲労感」は、「不安感」「身体愁訴」「抑うつ感」よりも低いストレスレベルで発現するというエビデンスがある。高値群は低値群よりも、高いストレスレベルで発現する「抑うつ感」も低値群に比べ非常に有意に高かったことから、低値群よりもストレスが進行し高いストレスレベルに置かれている状況であることが推測される。しかし、全データの「抑うつ感」と「身体愁訴」の相関係数が $r=.582$ と高いのに対し、この高低群比較では「身体愁訴」には有意差がみられなかった。前述の先行研究[68]では、「身体愁訴」は「抑うつ感」や他のストレス反応よりも、ストレス状態以外の個人的な影響要因（体質や持病など）で説明される部分が多いことを示唆する結果となっている。回避型対処行動を多用しストレスを回避することは「抑うつ感」を高めるが、ストレスレベルが高い割には「身体愁訴」としてストレス反応を表出することは少ないと考えられる。

サポートのそれぞれの因子毎に回避型対処行動の高低群間での分析では、特に「上司サポート」が低く、「同僚サポート」、「家族・友人サポート」も高群が低群に比べ、有意に低かった。これは、ストレスを回避して仕事をしている高値群は、「身体愁訴」である身体的ストレス反応を表出することなく、ストレスを回避して仕事を行っている結果、職場の上司や同僚にストレスを気付かれにくいのではないかと考えられる。よって回避型対処行動を多用している女性看護師には、「抑うつ感」などの高いストレス反応状態である可能性があることを認識し、サポートを希求する必要があると考えられる。

第7章 共分散構造分析の適用

7.1 分析目的

第4～6章で行ったBJSQのストレッサー、ストレス反応、サポート、回避型対処行動の高低群比較分析結果を基に、共分散構造分析により病棟勤務女性看護師の職業性ストレスの統合的評価を行う。

7.2 共分散構造分析とは

簡易調査票（BJSQ）の特徴は多次元測定・評価にあり、ストレッサー、ストレス反応、およびサポートいずれもいくつかの測定内容で構成されていることである[81]。したがって、ストレス反応尺度毎の影響要因を明らかにすることよりも、ストレス反応すべてを従属変数として、ストレッサーやサポートとの関連性を同時に検討し、それぞれの関連の大きさを明らかにする方が簡易調査票によるストレス評価の全体像を反映していると思われる。

そこで、ここでは共分散構造分析（Covariance Structure Analysis / Structural Equation Modeling）による検討を行った[82, 83]。

共分散構造分析とは、直接観測できない潜在変数を導入し、潜在変数と観測変数との間の因果関係を同定することにより社会現象を理解するための統計的アプローチである。因子分析と多重回帰分析(パス解析)の拡張したもので、想定した因果に関する仮説をモデル化し、①モデル（仮説）の妥当性の検討 ②モデル（仮説）修正への提案③因果の大きさ・強さの推定・検定を行うためのものである。また、モデルの適合度である Normed Fit Index（NFI）, Comparative Fit Index（CFI）では、当該モデルの χ^2 値が、飽和モデルと独立モデルの χ^2 と比較して相対的にどれくらい飽和モデルの χ^2 値に近いかを評価する。1に近いほど適合が良く、0.9を超えること、Root Mean Square Error of Approximation（RMSEA）では、母集団における分散共分散行列とモデルによって復元された分散共分散行列との距離がどれくらい小さいと推定されるか評価する指標であり、0に近いほど適合が良いとされ、.05を下回ることが望ましいとされる[83]。

7.3 BJSQデータのMIMICモデルによる分析

共分散構造分析のモデルのうち、Multiple Indicator Multiple Case Model（以下MIMICモデル）は、潜在変数を1つだけ導入し、それぞれ媒介変数として観測変数間の因果関係を探るものである。また、多重指標多重原因モデルともいい、複数の観測変数によっ

て構成概念が規定され、その構成概念が別の複数の観測変数に影響を与えているモデルのことである[84]。本研究でのMIMICモデルでは、潜在変数（直接観測できない変数）を1つだけ導入し、それを媒介変数として観測変数（直接観測される変数）間の因果関係を検討した。

7.3.1 モデリングの方法

モデル内の観測変数を四角形で、潜在変数を楕円形で示した。観測変数から潜在変数への矢印（パス）に記入される標準化係数は、潜在変数への関与の度合いを示す重み付けに対応している。潜在変数に「ストレス状態」を想定し、その原因としての観測変数に「ストレスターの各尺度」、「サポートの各尺度」および「年齢」を、そしてストレスの指標（結果）としての観測変数に「ストレス反応の各尺度」を設定した。ストレス一因子では、9因子の中から、「心理的な仕事の負担（量）」、「心理的な仕事の負担（質）」「職場の対人関係でのストレス」「仕事のコントロール度の低さ」「仕事の適性度の低さ+働きがいのなさ」の5因子を観測変数として採用した。その際、BJSQでの質問項目数が1つだけから構成される5因子については、先行研究[82]と同様に、相関係数が高い「仕事の適性度の低さ」と「働きがいのなさ」の両者（ $r = .53$ ）を合併して1因子として採用し、他の3因子はデータ信頼性保持のため除外した。

MIMICモデルの基本構成としてはストレスター5因子、「家族・友人からのサポート」「同僚からのサポート」「上司からのサポート」のサポート3因子、及び「年齢」の各観測変数から潜在変数「ストレス状態」へパスを設定し、「ストレス状態」経由でストレス反応の6因子の観測変数へのパスを設定した。

7.3.2 MIMICモデルの分析結果

解析の結果、モデル（図 7.1）の適合度は $NFI = .573$, $CFI = .584$, $RMSEA = .147$ と低かった。標準化係数はストレスター因子のうち最大のものは.34の「適性度の低さ+働きがいのなさ」で、それ以外の4尺度は.09～.19と低かった。

ストレス反応では「抑うつ感」の標準化係数が.86で「ストレス状態」と一番関連が高かった。その他の尺度では「不安感」が.78、一番低いのが「活気の低下」の.45であった。「年齢」では、 $-.06$ 、サポートの3尺度は、 $-.06 \sim -.10$ と関連性が低く、「同僚からのサポート」から「ストレス状態」へのパスは有意ではなかった（表 7.1）。

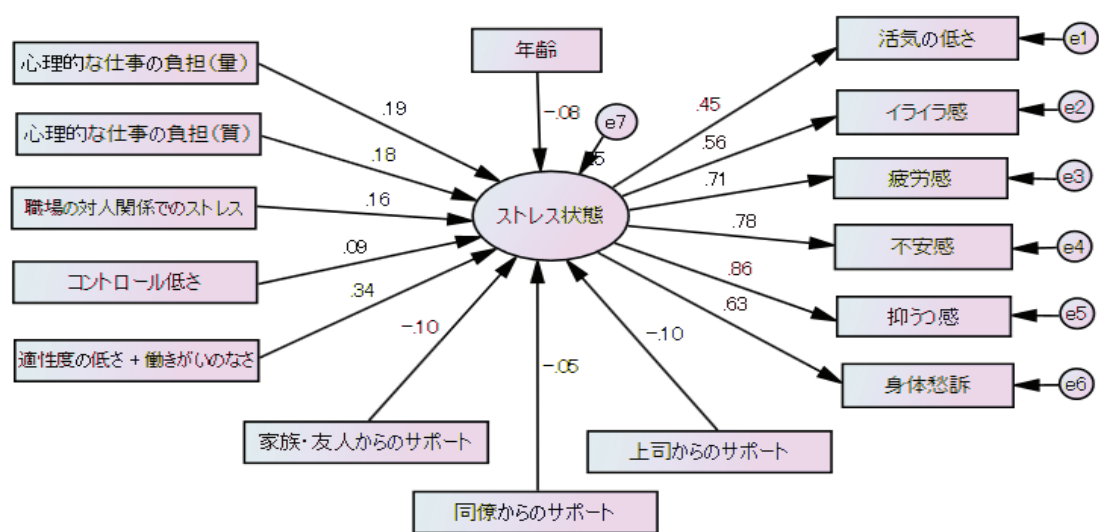


図 7.1 病棟勤務女性看護師の職業性ストレスの MIMIC モデル

表 7.1 病棟勤務女性看護師の職業性ストレスの MIMIC モデル
の標準化係数と有意確率

***p<0.0001

	標準化係数	有意確率
ストレス状態 ← 心理的な仕事の負担（量）	.19	***
ストレス状態 ← 心理的な仕事の負担（質）	.18	***
ストレス状態 ← 職場の対人関係でのストレス	.16	***
ストレス状態 ← コントロールの低さ	.09	.004
ストレス状態 ← 適性度の低さ，働きがいのなさ	.34	***
ストレス状態 ← 年齢	-.08	.013
ストレス状態 ← 家族・友人からのサポート	-.10	.003
ストレス状態 ← 同僚からのサポート	-.05	.121
ストレス状態 ← 上司からのサポート	-.10	.002
ストレス状態 → 活気の低さ	.45	***
ストレス状態 → イライラ感	.56	***
ストレス状態 → 疲労感	.71	***
ストレス状態 → 不安感	.78	***
ストレス状態 → 抑うつ感	.86	***
ストレス状態 → 身体愁訴	.63	***

7.4 回避型対処行動を含むモデルへの拡張

MIMICモデルによるストレッサーからストレス状態、ストレス状態からストレス反応という因果関係モデルでは、ストレッサーと年齢およびサポートの標準化係数が低く、有意でない項目も見られた。BJSQによる集団分析に共分散構造分析を適用するにあたって、BJSQ以外の新たなアイテムが必要であるため、ストレスと関連があるとされる回避型対処行動のデータを加え、第3章から第6章の結果を基にMIMICモデルにとらわれず、探索的に潜在変数を加えたモデルの構築を行い、分析を行った。

7.4.1 モデリングの方法

MIMICモデルでの標準化係数が低く、ストレス反応の年齢高低群比較において有意差が見られなかった「年齢」は除外した。また、ストレス反応の「活気の低下」は、ストレスレベルがごく初期から見られる[81]ことから除外した。サポートは3尺度のうち、職場のサポートである「上司からのサポート」「同僚からのサポート」のみを採用し、この2つに「職場のサポート」という潜在変数を設定した。ストレッサーのサポート高低群比較では、「心理的な仕事の負担（量）」「心理的な仕事の負担（質）」の高低群差が見られなかった。よって、ストレッサー5尺度を「心理的な仕事の負担（量）」「心理的な仕事の負担（質）」と「職場の対人関係でのストレス」「コントロールの低さ」「適性度の低さ、働きがいのなさ」の2つに分け、それぞれ「心理的な仕事の負担」「職場のストレッサー」という潜在変数を設定した。回避型対処行動5項目については、観測変数のままのモデルAと潜在変数を設定するモデルBを構築した。

7.4.2 回避型対処行動を含むモデルの分析結果

解析の結果、モデルA(図7.2)とモデルB(図7.3)の適合度は、それぞれAがNFI=.890, CFI=.906, RMSEA=.078, BがNFI=.852, CFI=.866, RMSEA=.093であった(表7.2)。モデルAのストレッサー因子「心理的な仕事の負担」「職場のサポート」から「ストレス反応」へのパスは、.32と.82であり、「職場のサポート」との関連性が高かった。「職場のサポート」は「職場のストレッサー」「ストレス反応」へのパスが有意であり、「職場のストレッサー」へのパスが、-.67と関連性が高かった。「回避型対処行動」へのパスは「職場のストレッサー」のみが有意で、「職場のサポート」「ストレス反応」から「回避型対処行動」へのパスは有意ではなかったのを削除した(表7.3)。モデルBでは、モデルAとは逆に「回避型対処行動」へのパスは「職場のストレッサー」からのパスが有意でなく、「ストレス反応」からのパスが、.19であった。また、「職場のサポート」から「回避型対処行動」へのパスが有意となり、-.13であった。「ストレス反応」から「抑うつ感」「不安感」「疲労感」へのパスは、A・Bとも.70台～.80台と高く、「イライラ感」「身体愁訴」は、.50台～.60台であった(表7.3, 7.4)。上記の結果から、モデル

Bの方がAよりも適合度が低いものの、「ストレス反応」から「回避型対処行動」へのパスが有意であり、「回避型対処行動」が「ストレス反応」としての行動という位置づけ[15, 51]となるモデルとなった。

表 7.2 病棟勤務女性看護師の職業性ストレスモデルの適合度

	NFI	CFI	RMSEA
モデル A	.890	.906	.078
モデル B	.852	.866	.093

NFI, CFI \geq .90, RMSEA \leq .05 が望ましい

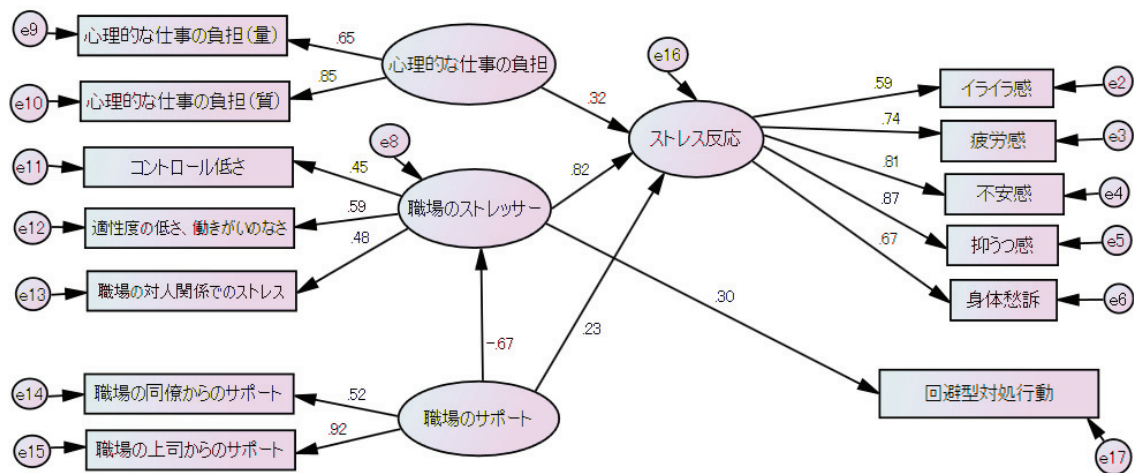


図 7.2 病棟勤務女性看護師の職業性ストレスモデル A

表 7.3 病棟勤務女性看護師の職業性ストレスモデル A
の標準化係数と有意確率

***p<0.0001

		標準化係数	有意確率
ストレス反応	← 心理的な仕事の負担	.32	***
ストレス反応	← 職場のストレッサー	.82	***
ストレス反応	← 職場のサポート	.23	***
職場のストレッサー	← 職場のサポート	-.67	***
問題回避	← 職場のストレッサー	.30	***
ストレス反応	→ イライラ感	.59	***
ストレス反応	→ 疲労感	.75	***
ストレス反応	→ 不安感	.81	***
ストレス反応	→ 抑うつ感	.87	***
ストレス反応	→ 身体愁訴	.67	***

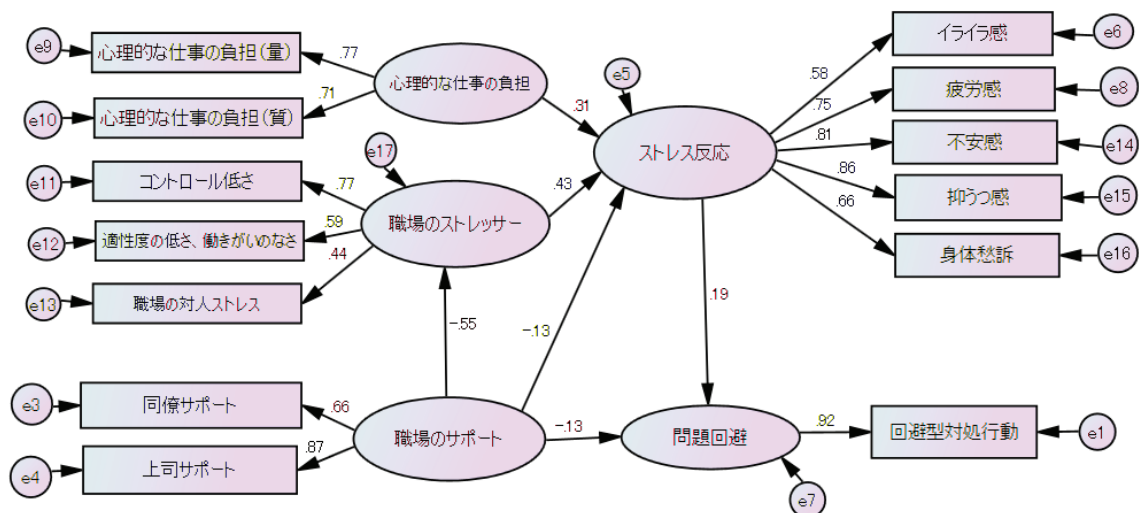


図 7.3 病棟勤務女性看護師の職業性ストレスモデル B

表 7.4 病棟勤務女性看護師の職業性ストレスモデル B
の標準化係数と有意確率

***p<0.0001

		標準化係数	有意確率
ストレス反応	← 心理的な仕事の負担	.31	***
ストレス反応	← 職場のストレッサー	.43	***
ストレス反応	← 職場のサポート	-.13	***
職場のストレッサー	← 職場のサポート	-.55	***
問題回避	← 職場のサポート	-.08	***
問題回避	← ストレス反応	.15	***
ストレス反応	→ イライラ感	.59	***
ストレス反応	→ 疲労感	.75	***
ストレス反応	→ 不安感	.81	***
ストレス反応	→ 抑うつ感	.86	***
ストレス反応	→ 身体愁訴	.66	***

7.5 考察

MIMIC モデルにおいては、ストレッサーの各観測変数から「ストレス状態」、「ストレス状態」からストレス反応の各観測変数への標準化係数から、「ストレス状態」との因果関係は、主にストレッサー因子とストレス反応因子によって担われていることがわかる。この MIMIC モデルは、サポート 3 因子と「ストレス状態」の因果関係が低く、適合度も低かったことから、BJSQ と回避型対処行動のデータによる潜在変数を介したモデルの検討を行った。その結果、「職場のサポート」が「職場のストレッサー」と回避型対処行動による「問題回避」を低減させ、この「職場のストレッサー」と「心理的な仕事の負担」が「ストレス反応」である心理的ストレス反応の「イライラ感」「疲労感」「不安感」「抑うつ感」と身体的ストレス反応の「身体愁訴」および行動的ストレス反応の「問題回避」を生起させることが示唆され、回避型対処行動が、心理的ストレス反応である「イライラ感」「疲労感」「不安感」「抑うつ感」と身体的ストレス反応である「身体愁訴」とともに、ストレッサーからの一つの行動的ストレス反応という位置付けとなるモデルとなり、従来のモデルより適合度が高くなった。「職場のサポート」はストレス反応が生起する前に「職場のストレッサー」に働きかけることが「ストレス反応」を予防する可能性が高いことから、「職場のストレッサー」を未然に防ぐサポートとしての取り組みを行っていくことが必要であることが示唆された。また、ストレッサー因子「心理的な仕事の負担」「職場のサポート」から「ストレス反応」へのパスでは「職場のサポート」との関連性が高かったことから、ストレス反応を引き起こす主な

ストレッサーは、「心理的な仕事の負担」よりも「コントロールの低さ」「適性度の低さ、働きがいのなさ」「職場の対人ストレス」と考えられ、「心理的な仕事の負担（量・質）」のみでは、ストレス反応が高まる可能性は少ないと考えられる。「同僚からのサポート」のパスが.66であるため、同僚同士のピアサポートとなる仕組み作りも職場のサポート力を上げ、「ストレス反応」を進行させるのを抑制すると推察された。「ストレス反応」から「回避型対処行動」へのパスは、.13と他のストレス反応尺度項目へのパスよりも低かったことから、生起する割合は少ないと考えられるが、回避型対処行動高低群比較では、高値群は低値群より高い「ストレス反応」である「抑うつ感」が有意に高く「職場のサポート」が低いことから、「回避型対処行動」高値群は、意識的に「職場のサポート」を行う必要があることが示唆された。

以上より、BJSQに回避型対処行動を加え、SEMにより因果関係も含めた病棟勤務女性看護師の職業性ストレスを統合的に評価した。これにより、病棟勤務女性看護師の職場ストレスの集団分析に用いるモデルの具体的な方向性を示すことができた。

第8章 まとめと今後の課題

本研究は、BJSQによるストレスチェックにおいて、現在行われている個人のストレス評価だけでなく、今後の職場改善やストレス予防に向けて行う集団評価に用いるため、BJSQとともに配偶者と子どもの有無による家族構成と、ストレスに関連があると考えられる回避型対処行動を加えた調査内容に拡張し、病棟勤務女性看護師に行った調査データについてストレスの総合的評価を行った。

第3章では、病棟勤務女性看護師への調査データと基本集計結果について述べた。全国の400床以上の総合病院の13病院（47病棟）の看護師990名を対象に質問紙調査を実施し、対象は、仕事とともに家事や育児など負荷の多い就労女性のメンタルヘルスを検討する目的のため女性のみとした。BJSQ57項目と回避的対処行動5項目、年齢、学歴、看護歴、所属の病棟科、勤務体制（2交替、3交替、日勤のみ）、配偶者の有無、子どもの有無について実施し、各項目の基本的な傾向について示した。

第4章では、ストレスサー、ストレス反応、サポートおよび満足度の各高低群に基づく2群比較を行った。その結果、ストレスサーが高い人はストレス反応が高く、サポートが低かった。逆に、ストレスサーが低い人はストレス反応が低く、サポートが高いことが矛盾なく確認できた。ストレスサー因子では、同僚や上司のサポートがあったとしても、容易に実際の仕事を軽減できるものではないことが示唆された。一方、年齢高低群比較では、低値群は仕事の知識や技能が低く、「仕事のコントロール」ができにくいため、サポートが必要であることが示唆された。ストレス反応では高低群に年齢では差がみられなかった。サポートでは、「家族・友人からのサポート」と「同僚からのサポート」の低年齢群が高く、若い看護師は未婚の者が多く、親との同居や同僚と過ごす時間が多いためサポートを受けてられていると考えられた。

第5章では、ストレスサー、ストレス反応、サポートの配偶者の有無と子どもの有無による家族構成別4群間比較を行った。その結果、「仕事のコントロール度の低さ」において、[配偶者なし・子どもなし]群が高く、経験の浅い若年看護師が自分のペースで業務を行えないことが原因であると考えられたため、上司や先輩からのサポートの下、当人にあったペースで業務に従事し、知識や技術を獲得できるような対応が必要であることが考えられた。また、ストレス反応の「身体愁訴」では、[配偶者なし・子どもあり]群が高いため、シングルマザーの状況にある看護師には、サポート体制を充実することで、身体愁訴の軽減を図ることが必要であると示唆された。

第6章では、回避型対処行動5項目の信頼性・妥当性の検討と回避型対処行動の高低群に基づくBJSQの各尺度の2群比較を行った。その結果、ストレス対処行動の信頼性・妥当性を確認することができた。高低群比較では、回避型対処行動が高いと、ストレス反応を高めサポートを受けにくくなるとの結果が得られたため、回避型対処行動はストレスの指標の一つとなりうる可能性があると考えられた。ストレス反応では、高いストレ

スレベルで発現する「抑うつ感」が高値群で非常に有意に高かったことから、ストレスが進行し高いストレスレベルに置かれている状況であることが推測される。回避型対処行動を多用しストレスを回避することは「抑うつ感」を高めるが、ストレスレベルが高い割には「身体愁訴」としてストレス反応を表出することは少ないと示唆された。サポートでは高値群は、「身体愁訴」を表出することなく、ストレスを回避して仕事を行っている結果、職場の上司や同僚にストレスを気付かれにくく、サポートを受けづらいと推察された。よって回避型対処行動を多用している女性看護師には、「抑うつ感」などの高いストレス反応状態にある可能性を認識し、自らサポートを求めたり周囲がサポートをする必要があると示唆された。

第7章では、BJSQと回避型対処行動のデータを基に職業性ストレス評価を行うために、共分散構造分析を適用した。その際、回避型対処行動に潜在変数を設定しないモデルと設定するモデルの比較を行った。結果は、回避型対処行動に潜在変数を設定したモデルにおいて、「職場のサポート」から「ストレス反応」の間に「職場のストレス」が介在し、「回避型対処行動」が、心理的ストレス反応である「イライラ感」「疲労感」「不安感」「抑うつ感」と身体的ストレス反応である「身体愁訴」とともに、ストレスからの一つの行動的ストレス反応という位置付けとなるモデルとなり、従来のMIMICモデル（NFI=.573, CFI=.584, RMSEA=.147）よりNFI=.852, CFI=.866, RMSEA=.093と適合度が高かった。この結果から、「職場のサポート」が「職場のストレス」と回避型対処行動による「問題回避」を低減させ、この「職場のストレス」と「心理的な仕事の負担」が「ストレス反応」である心理的ストレス反応の「イライラ感」「疲労感」「不安感」「抑うつ感」と身体的ストレス反応の「身体愁訴」および行動的ストレス反応の「問題回避」を生起させることが示唆された。また、「職場のサポート」はストレス反応が生起する前に「職場のストレス」に働きかけることが「ストレス反応」を予防する可能性が高いことから、「職場のストレス」を未然に防ぐサポートとしての取り組みを行っていくことが必要であることが示唆された。

以上より、従来のBJSQに家族構成と回避型対処行動の視点を加え、更にSEMにより因果関係も含めた病棟勤務女性看護師の職業性ストレスを統合的に評価することができた。これにより、今後の病棟勤務女性看護師の職業性ストレスの集団分析への具体的方向性を示すことができたと考える。また、SEMによる多変量解析を使ったモデル化により、モデル内のパスの標準化係数の大きさによって各職場の特徴を捉え、職場のストレス環境の改善に役立てる可能性が示唆された。このような集団分析の結果は、当然、各個人にも影響を及ぼしており、ハイリスク者の個別指導の局面でも配慮が必要であると考えられる。

最後に本研究の今後の課題について述べる。家族構成の違いに着目した4群比較では4群間の人数にばらつきがあったため、再調査の際にはその点に留意して対象者の数を増やすことが望まれる。本研究で、回避型対処行動を付加したモデルを作成し、結果を

得られたことで、BJSQ 調査データへの有用な分析法の 1 つとして発展させていくことが可能であると考えられた。構築した病棟勤務女性看護師のストレスモデルを使用しデータ分析を行った結果を各職場にフィードバックし、それを基に職場で具体的なストレスサーについてさらに検討し、それらをモデルに加え更なる改良を行っていくことで、職場環境の改善やストレス予防につながっていくことが期待される。その際は、対象人数を増やし、結果の信頼性を高めていく必要がある。また、ストレスチェック制度の導入により BJSQ 単独のストレスチェックデータについては、2016 年以降毎年全国的に蓄積されている。病棟勤務女性看護師に対して蓄積された全国のデータを基に、性別や業務形態に合った「ストレス判定図」の基準値の構築も可能となると期待される。

謝辞

本研究において、ご指導いただきました石垣恭子先生、西村治彦先生、水野由子先生に深く感謝申し上げます。先生方には、励まして頂きながら忍耐強く寄り添い伴走していただき、多くのご教示を頂きました。何より諦めずに論文を進めていく研究者としての姿勢を教えていただきました。

また、調査にご協力いただきました全国の病院看護部の皆様には、お忙しい中、研究の説明に耳を傾けていただき、ご承諾いただきました。現場の看護師の皆様には、貴重なお時間を頂き、調査に丁寧にご回答いただきましたことで、そのデータを基に研究を行うことができました。この経験を今後の研究に活かせるよう努めていきたいと思います。

最後に、ご指導頂いた先生方、日々支えてくれた家族をはじめ、職場の上司や同僚の皆様にも深く感謝申し上げます。

令和2年11月30日

古屋肇子

参考文献

- [1] 内閣府HP: http://www.kantei.go.jp/jp/headline/brilliant_women/(2020/11/25閲覧).
- [2] 三菱UFJリサーチ&コンサルティング：両立支援に係る諸問題に関する統合的調査研究アンケート調査報告概要.厚生労働省委託調査, pp.20-21, 2009.
- [3] 2013年度看護職員の労働実態調査結果（概要）日本医療労働組合連合会,2014.
- [4] 厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課産業保健支援室：労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル, 2015.
- [5] 日本看護協会HP：看護職の労働環境の整備の推進
<https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/safety/mental/soshiki/index.html>
(2020/6/15閲覧)
- [6] 東京医科大学 衛生学公衆衛生学 労働省作業関連疾患の予防に関する研究ストレス測定班事務局HP:<http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/BJSQ/index.htm>
(2020/11/16閲覧)
- [7] 高屋正敏, 長谷川泰隆：ストレスコーピング特性と職業性ストレス - 共分散構造分析による解析 -, 産業衛生学雑誌, 52, pp.209-215, 2010.
- [8] 厚生労働省労働基準局安全衛生部：労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度に関する検討会報告書, 2014.
- [9] 加藤正明（班長）：労働省平成 11 年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書,2000.
- [10] 吉川 悦子, 吉川 徹：ストレスチェック制度における集団分析，職場環境改善について，ストレス科学研究, 31, pp.16-22, 2016.
- [11] 山ロー男：ワークライフ・バランス - 実証と政策提言. 日本経済新聞出版社, 2009.
- [12] 田中郁代, 内野かおり, 井上和代, 中重敬子:九州管内の副看護師長のストレスと対処行動の現状－子育て中か否か, 未婚・既婚と比較して－, 第42回日本看護学会論文集 看護管理, pp.391-393, 2012.
- [13] 島津明人：ストレスチェックの集団分析と 職場環境の改善： ストレスチェックの戦略的活用に向けて，行動医学研究, 23, 2, pp. 98-102, 2018.
- [14] 山下貴裕：ストレスチェック制度における集団分析の統計学的留意点，産業衛生学雑誌, 59, 2, pp. 63-66, 2017.
- [15] 長見まき子：ストレスチェック実施後の課題・問題点への対策，関西福祉科学大学 EAP 研究所紀要, 1 2, pp.15-18, 2018.
- [16] 尾関 友佳子, 原口 雅浩, 津田 彰：大学生の生活ストレッサー，コーピング，パーソナリティとストレス反応，健康心理学研究, 4, 2, pp. 1-9, 1991.
- [17] 原口雅浩, 尾関友佳子, 津田 彰：大学生の心理的ストレス過程－ストレスフル・イベントに対するコーピングの分析－，九州大学教養部心理学研究報告,10,pp.1-16, 1992.

- [18]尾関 友佳子, 原口 雅浩, 津田 彰: 大学生の心理的ストレス過程の共分散構造分析, 健康心理学研究, 7, 2, pp. 20-36, 1994.
- [19]下光輝一, 原谷隆史, 中村 賢, 川上憲人, 林 剛 司, 廣 尚典, 荒井 稔, 宮崎彰吾, 古木勝也, 大 谷由美子, 小田切優子: 主に個人評価を目的とした職業性ストレス簡易調査票の完成, 労働省平成11年度「作業関連疾患の予防に関する研究」報告書, pp.126-164, 2000.
- [20]厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイト eーヘルスネット <https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/> (2020/11/30 閲覧)
- [21]Selye, H. : A syndrome by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32, 1936.
- [22]Lazarus, R. S., & Folkman, S.: Reply to Cohen. *American Psychologist*, 41, pp.718-719, 1986.
- [23]Lazarus, R. S., & Folkman, S.: Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company, 1984.
- [24]本 明 寛・春木 豊・織 田正 美(監 訳): ス ト レ ス の 心 理 学—認 知 的 評 価 と 対 処 の 研 究— 実務教育出版, 1991.
- [25]松井豊: 友人関係の機能, 斎藤耕二・菊池章夫 (編著) 社会化の心理学ハンドブック川島書店, pp.283-296, 1990.
- [26]小杉正太郎編: ストレス心理学 川島書店, 2002.
- [27]Folkman, S. & Lazarus, R. S.: An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 3, pp.219-239, 1980.
- [28]Holahan, C. J., & Moos, R. H.: Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 5, pp.946-955, 1987.
- [29]David L. T. Russ V. R. & J. K. Wigan: The Hierarchical Factor Structure of the Coping Strategies Inventory, *Cognitive Therapy and Research*, 13, 4, pp. 343-361, 1989.
- [30]古屋健・音山若穂: ストレス—ストレス反応, ストレッサー, 緩和要因(仕事特性, ソーシャル・サポート) —日本労働研究機構 組織の診断と活性化のための基礎尺度の研究開発—HRM チェックリストの開発と利用・活用—JIL 調査研究報告書 No.161. pp. 92-168, 2003.
- [31]Miller, S. M., & Mangan, C. E.: Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecologic stress: Should the doctor tell all *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1, pp.223-236, 1983.
- [32]岡安孝弘: 大学生のストレスに影響を及ぼす性格特性とストレス状況との相互作用, 健康心理学研究, 5, pp.12-23, 1992.
- [33]古屋肇子: 看護師の役割葛藤場面における職務満足とストレスの関連について, 兵庫教育大学大学院修士論文, 2004.

- [34] 国際安全センター <https://www.jniosh.johas.go.jp/icpro/jicosh-old/index.html>
 欧州労働安全衛生機構：職業性ストレスに関する調査, 2000. (2020/11/30 閲覧)
- [35] 厚生労働省：平成29年度「労働安全衛生調査（実態調査）結果の概況」労働者調査, 2018.
- [36] 労働政策研究・研修機構：中小企業における人材の採用と定着 - 人が集まる求人, 生きいきとした職場 アイトラッキング, HRMチェックリスト他から -, 労働政策研究報告書, No.147, 2012.
- [37] 原谷隆史, 川上憲入, 荒記俊一：日本語版NIOSH職業性ストレス調査票の信頼性および妥当性, 産業医学, 35, S214, 1993.
- [38] Karasek, R. A.: Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, pp. 285-308, 1979.
- [39] Karasek, R. A., & Theorell, T.: *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990.
- [40] Karasek, R.: *Job Content Questionnaire and User's Guide*. University of Massachusetts at Lowell, 1985.
- [41] Kawakami, N., Kobayashi, F., Araki, S., Haratani, T., Furui, H.: Assessment of job stress dimensions based on the Job Demands-Control model of employees of telecommunication and electric power companies in Japan: reliability and validity of the Japanese version of Job Content Questionnaire, *Int J Behav Med*, 2, pp.358-375, 1995.
- [42] Hakim, Catherine: *Work-lifestyle Choices in the 21st Century: Preference Theory*, Oxford University Press, 2000.
- [43] 今田幸子, 池田心豪：出産女性の雇用継続における育児休業制度の効果と両立支援の課題, 日本労働研究雑誌, 55, pp.334-44, 2006.
- [44] 日本看護協会：潜在ならびに定年退職看護職員の就業に関する意向調査報告書, 2007.
- [45] 日本医労連：医療労働, 2016年 夜勤実態調査, No.595, 2016.
- [46] 2013年度看護職員の労働実態調査結果(概要) 日本医療労働組合連合会, 2014.
- [47] 「7:1入院基本料」の創設
<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/seisaku/> (2020/6/27閲覧)
- [48] 平成24年度診療報酬改定の概要
http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/h24_01-03.pdf (2020/6/27閲覧)
- [49] 平成28年度診療報酬改定の概要
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115978.pdf>
 (2020/6/15閲覧)
- [50] 厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課産業保健支援室: 労働安全衛生法に基

づくストレスチェック制度実施マニュアル, 2015.

- [51] 日本看護協会HP:看護職の労働環境の整備の推進
- [52] 堤明純: ストレスチェック制度の科学的根拠: 職業性ストレス簡易調査票の予測妥当性 (ストレスチェック制度: 実施方法と制度導入に関する科学的根拠), 日本ストレス学会誌, 32, 3, pp.219-228, 2018.
- [53] 坂下 英淑, 山本 修一郎, 神出 学, 武田 俊, 林 剛司: Hitachi Mental Health Scale (HMS) と精神疾患による休職発生の関連および職業性ストレス簡易調査票の比較, Journal of Health Psychology Research, 31, 1, pp.1-8, 2018.
- [54] 美濃 陽介, 吉田 浩子: 教員の職業性ストレスと業務に対する「価値づけ」の関連: 一高校教員を対象にした調査から一, 心身健康科学, 14, 1, pp.34-42, 2018.
- [55] 堀田 裕司, 大塚 泰正: 製造業における労働者の対人的援助とソーシャルサポート, 職場ストレスサー, 心理的ストレス反応, 活気の関連, 産業衛生学雑誌, 56, 6, pp.259-267, 2014.
- [56] 神山 麻由子, 岡本 博照, 細田 武伸, 和田 貴子: 都市部救急隊員の日常業務のストレス: 一消防隊員および救助隊員との比較一日本臨床救急医学会雑誌, 16, 4, pp.557-564, 2013.
- [57] 小泉仁子, 川野亜津子, 山海千保子, 佐伯由香: 女性看護師の職業性ストレス反応と個人背景およびレジリエンスとの関連, 医学と生物学, 157(2), pp.191-200, 2013.
- [58] 片倉和子, 栃本千鶴: 病院で働く女性看護職におけるメンタルヘルスとソーシャルサポートの関連. 中京学院大学看護学部紀要, 5(1), pp.1-16, 2015.
- [59] 福岡悦子, 植田恵子, 川口明美, 三村三子: 看護職員の職業性ストレスに関する実態調査. 新見公立短期大学紀要, 28, pp.157-166, 2007.
- [60] 景山隆之, 錦戸典子, 小林敏生, 大賀淳子, 河島美枝子: 公立病院における女性看護職の職業性ストレスと精神健康度との関連, 大分看護科学研究 4(1), pp.1-10, 2003.
- [61] 松岡晴香: 精神科勤務における看護師の職業性ストレスとその影響, 日本精神保健看護学会雑誌, 18(1), pp.1-9, 2009.
- [62] 藤岡聡: 新人看護師の自我状態およびストレス要因が早期離職に与える影響に関する研究, 医療福祉経営マーケティング研究, 5(1), pp.17-26, 2010.
- [63] 井奈波良一, 井上真人: 女性看護師のバーンアウトと職業性ストレスの関係一経験年数1年未満と1年以上の看護師の比較一, 日本職業・災害医学会会誌, 59(3), pp.129-136, 2011.
- [64] 臼井美登里, 庄子和夫, 鈴木はる江: 救急医療現場における多様な業務体系が看護師の心身に与える影響, 心身健康科学, 10(1), pp.18-24, 2014.
- [65] 加賀田聡子, 井上彰臣, 窪田和巳, 島津明人: 病棟看護師における感情労働とワーク・エンゲイジメントおよびストレス反応との関連, 行動医学研究, 21(2), pp.83-90, 2015.
- [66] 高原龍二: ストレスチェックによる退職予測モデル, 対人社会心理学研究, 18, pp.1-9, 2018.

- [67] 東京医科大学 衛生学公衆衛生学 職業性ストレス簡易調査票
<http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/BJSQ/index.htm> (2019/5/16 閲覧).
- [68] R.S. Lazarus & S.: Folkman, Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, pp.141-169, 1987.
- [69] 黒田浩司：看護婦のバーンアウトとストレス，対処行動，ソーシャルサポート，茨城大学人文学部紀要人文学科論集, 29, pp.19-40, 1988.
- [70] 神村栄一，海老原由香，佐藤健二，戸ヶ崎泰子，坂野雄二：対処方略の三次元モデルの検討と新しい尺度（TAC-24）の作成，教育相談研究, 33, pp.41-47, 1995.
- [71] 尾関友佳子・原口雅浩・津田 彰：大学生の生活ストレッサー，コーピング，パーソナリティとストレス反応 健康心理学研究, 4, pp.1-9, 1991.
- [72] 坂田成輝：心理的ストレスに関する一研究：コーピング尺度（SCS）の作成の試み 早稲田大学教育学部学術研究, 38, pp.61-72, 1989.
- [73] 小杉正太郎：ストレス・スケールの一斉実施による職場メンタルヘルス活動の実際ー心理学的アプローチによる職場メンタルヘルス活動ー産業ストレス研究, 7, pp.141-150, 2000.
- [74] 古屋 肇子，水野（松本）由子，石垣 恭子，西村 治彦：女性看護師のメンタルヘルスへの家族構成とサポートの影響分析，日本感性工学会論文誌, 16 , 5, pp.449-456, 2017.
- [75] 下光輝一，原谷隆史：「ストレス測定」研究グループ報告主に個人評価を目的とした職業性ストレス簡易調査票の完成□職業性ストレス簡易調査票の信頼性の検討と基準値の設定□，加藤正明（班長）労働省平成 11 年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書，pp.117-229, 2000.
- [76] 坪井康次：ストレスコーピングー自分でできるストレスマネジメントー，心身健康科学, 6, 2, pp.59-64, 2010.
- [77] J. A. Mattlin, E. Wethington & R. C. Kessler: Situational Determinants of Coping and Coping Effectiveness, *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 1, pp.103-122, 1990.
- [78] 島津明人：職場ストレスに関するコーピング方略の検討，産業ストレス研究, 5, pp.64-71, 1998.
- [79] 若林明雄：対処スタイルと日常生活および職務上のストレス対処方略の関係ー現職教員による日常ストレスと学校ストレスへの対処からの検討ー教育心理学研究, 48, pp.128-137, 2000.
- [80] 下光輝一，横山和仁，大野裕，丸田俊雅，谷川武，原谷隆史，岩田昇，大谷由美子，小田切優子：職場におけるストレス測定のための簡便な調査票の作成，労働省平成 9 年度作業関連疾患の予防に関する調査研究報告書, pp.107-115, 1998.
- [81] 豊田秀樹：共分散構造分析 入門編ー構造方程式モデリング（統計ライブラリー），

朝倉書店, 1998.

[82] 小塩真司：第 2 版 はじめての共分散構造分析 Amos によるパス解析, 東京書籍, 2014.

[83] 大石展緒, 都竹浩生：Amos で学ぶ調査系データ解析 共分散構造分析をやさしく使いこなす, 東京図書, 2009.

付録:職業性ストレス簡易調査票

A. あなたの仕事についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	そ う だ	そ ま う あ だ	ち や が や う	ち が う
1. 非常にたくさんの仕事をしなければならない -----	1	2	3	4
2. 時間内に仕事処理しきれない -----	1	2	3	4
3. 一生懸命働かなければならない -----	1	2	3	4
4. かなり注意を集中する必要がある -----	1	2	3	4
5. 高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ -----	1	2	3	4
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 -----	1	2	3	4
7. からだを大変よく使う仕事だ -----	1	2	3	4
8. 自分のペースで仕事ができる -----	1	2	3	4
9. 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる -----	1	2	3	4
10. 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる -----	1	2	3	4
11. 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない -----	1	2	3	4
12. 私の部署内で意見のくい違いがある -----	1	2	3	4
13. 私の部署と他の部署とはうまく合わない -----	1	2	3	4
14. 私の職場の雰囲気は友好的である -----	1	2	3	4
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 -----	1	2	3	4
16. 仕事の内容は自分にあっている -----	1	2	3	4
17. 働きがいのある仕事だ -----	1	2	3	4

B. 最近 1 か月間のあなたの状態についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	な か っ た	ほ と ん ど な か っ た	と き ど き あ っ た	し ば し ば あ っ た
1. 活気がわいてくる -----	1	2	3	4
2. 元気がいっぱいだ -----	1	2	3	4
3. 生き生きする -----	1	2	3	4
4. 怒りを感じる -----	1	2	3	4
5. 内心腹立たしい -----	1	2	3	4
6. イライラしている -----	1	2	3	4
7. ひどく疲れた -----	1	2	3	4
8. へとへとだ -----	1	2	3	4
9. だるい -----	1	2	3	4
10. 気がはりつめている -----	1	2	3	4
11. 不安だ -----	1	2	3	4
12. 落ち着かない -----	1	2	3	4
13. ゆうつだ -----	1	2	3	4
14. 何をするのも面倒だ -----	1	2	3	4
15. 物事に集中できない -----	1	2	3	4

16. 気分が晴れない	1	2	3	4
17. 仕事に手がつかない	1	2	3	4
18. 悲しいと感じる	1	2	3	4
19. めまいがする	1	2	3	4
20. 体のふしぶしが痛む	1	2	3	4
21. 頭が重かったり頭痛がする	1	2	3	4
22. 首筋や肩がこる	1	2	3	4
23. 腰が痛い	1	2	3	4
24. 目が疲れる	1	2	3	4
25. 動悸や息切れがする	1	2	3	4
26. 胃腸の具合が悪い	1	2	3	4
27. 食欲がない	1	2	3	4
28. 便秘や下痢をする	1	2	3	4
29. よく眠れない	1	2	3	4

C. あなたの周りの方々にについてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	非常に	かなり	多少	全くない
次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか？				
1. 上司	1	2	3	4
2. 職場の同僚	1	2	3	4
3. 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？

4. 上司	1	2	3	4
5. 職場の同僚	1	2	3	4
6. 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？

7. 上司	1	2	3	4
8. 職場の同僚	1	2	3	4
9. 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

D. 満足度について

	満足	まあ満足	やや満足	不満足
1. 仕事に満足だ	1	2	3	4
2. 家庭生活に満足だ	1	2	3	4