

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る
切れ目のない支援体制整備のための研究（20GC1015）

令和2年—令和4年度分担研究報告書
災害や救急医療と依存症に関する課題抽出

研究分担者 佐久間寛之 国立病院機構さいがた医療センター 院長
研究協力者

阿部かおり（国立病院機構さいがた医療センター 看護師）

板橋登子（神奈川県立病院機構神奈川県立精神医療センター 心理療法士）

中村幸恵（国立病院機構さいがた医療センター 看護師）

長祥子（国立病院機構肥前精神医療センター 看護師）

手塚幸雄（医療法人タピック沖縄リハビリテーションセンター病院 医師）

青木梨恵（国立病院機構さいがた医療センター 心理療法士）

大森順基（国立病院機構さいがた医療センター 精神保健福祉士）

鎌田美樹（昭和大学江東豊洲病院 看護師）

佐久間みのり（国立病院機構さいがた医療センター 精神保健福祉士）

長徹二（一般財団法人信貴山病院ハートランドしぎさん）

野村照幸（国立病院機構さいがた医療センター 心理療法士）

手塚聖人（国立病院機構さいがた医療センター 医師）

【研究要旨】

本分担研究では下記の二つを行った。1. 救急医療現場でのアルコール問題に対する疲弊感・忌避感の調査。2. COVID-19 が看護師に与えた精神的影響とアルコール及び処方薬の乱用リスクとの関連調査。1 においてはアルコール問題を持つ患者が救急医療従事者の対応困難感を招き、ストレス対処の低下やバーンアウトのリスクにつながることを示された。2 においてはコロナ対応をした看護師の 11.1% にベンゾジアゼピン乱用ないし依存のリスクがあり、13.1% にアルコール問題が疑われた。また 12% にうつ病の可能性が疑われた。救急医療においてはアルコール問題を持つ患者への専門家の支援が必要であり、災害場面においては医療従事者の依存・乱用予防が必要である。

以下、研究 1 と研究 2、それぞれに分けて報告する。

研究 1. 救急医療現場でのアルコール問題に対する疲弊感・忌避感の調査

A. 研究目的

アルコールに関する問題を抱える者が飲酒に関連して救急外来を受診するケースは多く、その際に医療者や対応に苦慮したり、支援者が困難を感じ

たりすることは少なくない。

本研究の目的は、①救急医療現場におけるアルコール関連問題への対応について、現状を把握し課題を抽出すること、②救急医療従事者がアルコール関連問題に対して感じる困難感と、バーンアウトや症例引き受けに対する忌避感との関連について実態を把握し、望ましい対応について検討・提言すること、の 2 点である。

B. 研究方法

1. 予備的調査

目的:課題抽出のための基礎的データとするために、予備的調査として救急医療に従事する医師に聞き取り調査を行った。

方法:調査対象者:新潟県立中央病院消化器内科医師2名

調査方法および実施期間:2020年8月5日

調査項目:以下の項目について、インタビュー形式で調査を行った。

- (1)アルコールに関連する問題で典型的に会う症例
- (2)アルコールに関連する問題を生じる患者の背景要因として考えられること
- (3)アルコールに関連する問題を生じる患者が呈する症状や問題
- (4)アルコール関連問題の患者に対するこれまでのアプローチ

・分析方法:質的調査のため、統計的な処理は行わなかった。聞き取りの内容を基に救急医療現場でのアルコール関連問題の患者への対応において医療従事者が持つ困難感について抽出した。抽出した内容は、本調査で実施する「アルコール関連問題に対する困難感」を作成するための基礎的データとした。

2. 本調査

調査対象者:救急医療に従事する医師または看護師

調査方法および実施期間:2021年11月から22年2月の期間、SurveyMonkeyによるウェブアンケート形式で調査を実施した。ウェブアンケートへの回答は、救急医ネットワークグループや救急医療に従事する看護師の学会を通して回答を依頼した。調査は無記名で行われた。

調査項目:

・基本属性:性別、年齢、職種、経験年数、アルコール問題を抱える患者に対する月間の症例数(「ゼロ」、「1-5件」、「6-10件」、「11-15件」、「16件以上」のいずれかを選択)

・飲酒問題の把握方法(「患者の話」、「アルコール臭」、「救急隊からの情報」、「動作や

言動などの観察情報」、「付き添い者情報」、「飲酒歴や病歴」から複数選択可)

・飲酒問題を抱える患者の対応に苦慮した経験の有無(「ない」、「ある」のいずれかを選択)

・(前述の「苦慮した経験の有無」で「ある」と答えた回答者のみ)苦慮した理由(「患者の暴力や暴言」「院内での迷惑行為」「予測できない危険行動や異常行動」「行政の対応が不十分」「指示や指導に抵抗を示す」「同じ問題を繰り返す」「病歴聴取の難しさ」「身体症状の重症化」「重症度の判断の難しさ」「家族の無理解」「家族の拒絶的な態度」「過大な要求」「紹介先がない」「紹介先の不適切な対応」「医療機関同士の連携の難しさ」「院内体制が不十分」「マンパワー不足」「病識の乏しさ」「その他」から複数選択可、その他を選択した場合は自由記述)

・アルコール問題への対応困難感:予備調査の内容を基に、アルコール専門医療機関の従事者がエキスパートコンセンサスにて、「飲酒問題への対応困難感」に関する質問17項目を自作した。

回答は6件法で、「経験がない」を0点、「全く感じない」1点、「めったに感じない」2点、「時々感じる」3点、「しばしば感じる」4点、「いつも感じる」5点として対応困難感に関する合計点を算出するようにした。

・バーンアウト傾向について:日本語版バーンアウト・アセスメント尺度(Japanese Version of Burnout Assessment Tool:BAT-J)のうち、中核症状(Core symptoms:BAT-C)の4下位尺度の中から「疲弊感」「精神的距離」の2つの下位尺度を用いた。

・ストレス対処力について:「首尾一貫感覚(Sense of Coherence, SOC)」を尺度化した首尾一貫感覚尺度の邦訳版のうち、13項目版7件法を使用した。

・アルコール問題を持つ患者の治療や対応を引き受ける意欲について:「積極的に引き受けたい」、「依頼があれば引き受ける」、「できれば

ば引き受けたくない」、「絶対に引き受けたくない」の4件法で回答を求めた。

・飲酒問題を持つ患者の治療についての要望や提案(自由記述)。

分析方法

1) 基本的属性、およびアルコール問題を抱える症例への対応の現状について

基本属性とアルコール問題を抱える症例への対応の現状についての回答は、概観を把握するために基本統計量を求めた。

2) アルコール症例に対する対応困難感について

自作のアルコール問題への対応困難感に関する尺度については、各質問に対する回答の度数分布と得点平均を算出した。さらに、対応困難感要因17項目を因子分析(因子抽出法:重み付き最小二乗法、回転:直接オブリミン法)によって、救急医療従事者のアルコール問題への困難感の背景と考えられる3因子を抽出した。

3) 対応困難感得点と疲弊感合計得点、精神的距離合計得点、SOC尺度との相関

BAT-Cの下位尺度「疲弊感」「精神的距離」の合計得点と項目平均値、SOC得点の平均値をそれぞれ算出し、先行研究で報告されている平均値との比較を1標本t検定にて行った。さらに、17項目の合計得点を「対応困難感得点」として、「疲弊感」「精神的距離」それぞれの合計得点、およびSOC得点との相関係数(Spearmanの順位相関係数)を求めた。

4) アルコール問題のある患者を受け入れる意欲と各尺度得点の比較

アルコール問題を持つ患者の治療や対応を引き受ける意欲については、「積極的に引き受けたい」「依頼があれば引き受ける」のどちらかを選択した者を「積極群」、「できれば引き受けたくない」「絶対に引き受けたくない」のどちらかを選択した者を「消極群」として各群の人数を求めた。両群の対応困難感得点、疲弊感、

精神的距離、SOC得点をそれぞれ比較するために、Mann-WhitneyのU検定を行った。

5) アルコール問題のある患者受け入れへの忌避感に影響する要因の検討

救急医療従事者がアルコール問題の症例の引き受けに忌避的になる要因を検討するために、「積極群(1)/消極群(0)」を目的変数としてロジスティック回帰分析を行った。ロジスティック回帰分析の際に投入する説明変数は、経験年数、職種(医師/看護師)、疲弊感合計得点、精神的距離合計得点、SOC得点、対応困難感に関する17の項目それぞれの得点として、尤度比による変数増加法により説明変数の選択を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は、厚生労働科学研究「アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のための研究」(課題番号:20GC1015)の一環として行われ、国立病院機構さいがた医療センターの倫理審査の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1. 予備的調査

インタビューの結果、典型的に出会う症例の特徴として、以下のようなことが挙げられた。

【飲酒問題を呈する患者層について】典型的には50代から60代の男性。通院歴に乏しく、治療歴もあまりない。突然に静脈瘤破裂などの重篤な状態で救急搬送される。治療を行い退院するが、退院時には断酒ないし飲酒問題をもう起こさないと誓うが、外来通院に移行後に再飲酒、通院を中断する。アルコールに起因する身体合併症患者の診療を外来で行っても、断酒の医師を示さない。やめる気があればいつでも止められる、と言って行動に移さない。命にさわることを説明するが、指導に従わない。アルコール問題を抱えた受診者・搬送者の比率は多い印象。食道静脈瘤患者が多い。重症者、死亡例も多い。

【アルコール問題に対する医療者の感情につ

いて】断酒の意志がない、治療をする気がない患者へ対応し続けなければならない徒労感。アルコール問題を持っている人は入院後せん妄を起こしやすく、暴れる患者への対応に自信がない。肝機能が低下しているために過鎮静リスクが想定できず、常に重症化・過鎮静リスクを抱えているために不安を感じる。自院治療だけでは問題が解決しないことへの無力感。

【精神科医療に対する懷疑と怒り】

本人が明確な断酒の意志を示さないと地元の精神科病院が紹介患者を受け取らない。あきらかに精神疾患であるにも関わらず、応需する精神科がない。救急場面となればなおさらである。なぜ自分たちだけが対応を続けなければいけないのか。

以上のように、得られたインタビューの内容を、飲酒問題を呈する患者層の特徴、アルコール問題に関する医療者の感情、精神科医療に対する懷疑と怒り、という視点からまとめ、下記の問題点を抽出した。

- ・救急医療従事者がアルコール関連問題の症例に対して抱く感情として怒りや徒労感
- ・怒りや徒労感が向く先として考えられる方向性
- ・問題飲酒を止めない患者に対して(断酒の意思がない、言うことを聞かない、など)
- ・連携がスムーズに行かないシステム(応需する精神科がない、など)に対して
- ・より重篤な症状(身体疾患、自殺リスク、など)への対応の難しさに対して

このことを踏まえ、全国調査を行うための評価尺度の選定、全国調査のデザイン・実施を行い、課題抽出を行うこととした。

2. 本調査

1) 基本的属性、およびアルコール問題を抱える症例への対応の現状について

Web アンケートの回答が得られたのは 102 名で、うち男性 38 名(37.3%)、女性 64 名(62.7%)、平均年齢は 42.33±8.28 (RANGE25-64)であった。職

種は医師が 29 名(28.4%)、看護師が 73 名(71.6%)、専門職としての経験年数は 18.22±9.28 (RANGE1-38)であった。(表 1)

2) アルコール症例に対する対応困難感について

自作の質問項目の内容と回答の度数分布、得点平均を表 2 に示した。得点平均が高かったのは上から順に、「患者に対し、飲酒により身近な人に迷惑をかけるべきでないと感じる(4.44±0.84)」「患者に対し、健康を害するほどの飲酒をすべきでないと感じる(4.29±0.99)」「患者に対し、自分の病気や問題について自覚してほしいと感じる(4.22±0.86)」であった。低かったのは下から順に「搬送先・紹介先の対応に納得がいかないと感じる(2.57±1.29)」「鎮静する必要があるが、過鎮静のリスクがあり、鎮静できない(2.46±1.24)」「病状が急変するのではないかという怖さを感じる(3.12±0.98)」であった。

17 項目の因子分析の結果、1 回目の因子分析においてすべての因子への負荷量が 0.4 未満であった 3 項目(項目 1, 2, 13)、複数の因子に 0.4 以上の負荷量を示した 2 項目(項目 10, 14)を除去し、12 項目で 2 回目の因子分析を行い、3 因子を抽出した(表 3)。第 1 因子は依存症専門医療機関に患者をつなげる必要性は理解しているものの、精神科との連携に困難感を感じているという項目であり「孤立・連携困難感」と命名した。第 2 因子は飲酒問題を繰り返す患者に対し医療者自身との価値観の違いが異なることで陰性感情に発展することが窺われる項目であり「医療者との価値観の齟齬」と命名した。第 3 因子は多忙な救急の現場で、困難事例への対応を強いられることへの苛立ち、あるいは依存症の困難事例は専門外であるにも関わらず救急医療が対応せざるを得ない状況で、依存症専門医療機関に対して不満を感じている可能性が窺われる項目であり「患者対応の困難感」と命名した。

3) 対応困難感得点と疲弊感合計得点、精神的距離合計得点、SOC 尺度との相関

疲弊感、精神的距離のそれぞれの合計得点の平均と項目平均、SOC得点の平均を表4に示した。疲弊感と精神的距離については Sakakibara et al. (2020) の報告による項目平均を指定値として1標本t検定を行ったところ、疲弊感の項目平均は指定値との差が-0.03で統計的な有意差はなく($t = 0.330, p = 0.742$)、精神的距離の項目平均は指定値との差が0.19であり5%水準で有意に高い得点であった($t = 2.202, p = 0.030$)。SOC得点については戸ヶ里ら(2015)の報告による平均値をして位置として1標本t検定を行ったところ、指定値との差が-2.60であり5%水準で有意に低い得点であった($t = 0.330, p = .0.031$)。

対応困難感得点、疲弊感の合計得点、精神的距離の合計得点、SOC得点の相関を表5に示した。対応困難感と疲弊感の相関係数は.547($p = 0.000$)で中程度の正の相関、精神的距離との相関係数は.371($p = 0.000$)で弱い正の相関、SOC得点とは-.276($p = 0.005$)で弱い負の相関が見られた。また、SOC得点と疲弊感との間には-.454($p = 0.000$)で中程度の負の相関、精神的距離との間には-.339($p = 0.000$)で弱い負の相関がそれぞれ見られた。

4) アルコール問題のある患者を受け入れる意欲と各尺度得点の比較

アルコール問題のある患者を受け入れる意欲に関する質問に対して、「積極的に引き受けた」と回答したのが3名(2.9%)、「依頼があれば引き受ける」と回答したのが42名(41.2%)、「できれば引き受けたくない」と回答したのが54名(52.9%)、「絶対に引き受けたくない」と回答したのが3名(2.9%)であった。「積極的に引き受けたい」「依頼があれば引き受ける」のいずれかを選択した45名を積極群、「できれば引き受けたくない」「絶対に引き受けたくない」のいずれかを選択した57名を消極群として、年齢、経験年数、対応困難感、SOC得点、疲弊感、精神的距離に関して2群比較を行った結果を表6に示した。年齢、経験年数、SOC得点は両群に統

計的な有意差は見られなかった。対応困難感の合計得点と疲弊感は5%水準、精神的距離は1%水準で、それぞれ消極群において有意に高い得点であった。

5) アルコール問題のある患者受け入れへの忌避感に影響する要因の検討

尤度比による変数増加法を用いたロジスティック回帰分析の結果を表7に示した。選択された変数は対応困難感に関する質問項目の一つ「同じ問題行動を繰り返す」の得点(オッズ比0.516, 95%信頼区間0.312-0.852, $p < .05$)、精神的距離合計点(オッズ比0.847, 95%信頼区間0.751-0.956, $p < .01$)の2変数であった。モデル χ^2 検定の結果は $\chi^2=23.686(p < .01)$ で有意であり、各変数も有意であった。Hosmer-Lemeshowの検定結果は $\chi^2=0.641(p > .05)$ と良好で回帰式は適合していると考えられた。判別的中率は72.4%であった。

D. 考察

1. 救急医療従事者がアルコール関連の症例に対応する際に感じる問題点について

予備調査の結果から、アルコール問題、救急医療従事者は独特の疲弊感、徒労感、怒り、忌避感情を持ちやすい可能性が示唆された。これらの結果を救急医療一般に敷衍することはできないが、依存症に対する課題の一端を示したと思われる。

2. 救急医療従事者のアルコール問題症例への対応の現状

本調査の結果から、回答者の97%が少なくとも月に1例以上のアルコール問題の症例に対応しており、98%がアルコール問題の症例で苦慮や困難を体験したことがあると回答していたことから、救急医療現場において日常的なストレスサーになりうる。問題把握の方法は本研究で挙げた選択肢が幅広く選択されており、特に救急隊からの情報は9割と活用されていた。アルコール問題を抱えた患者についてはその重症度、

緊急性の判断を妨げる多数の要因（診察に非協力的、病歴聴取や状況把握の困難、急性・慢性臓器障害などの潜在性）があると指摘されている。その中で救急医療従事者が患者のアルコール問題を把握する際に、本人から情報を聴取できない場合、付き添い者不在の場合、来院時に飲酒していなくても慢性的な飲酒習慣から潜在した臓器障害がある場合などには、救急隊や他機関からの情報源が貴重になると考えられる。対応に苦慮した理由として、特に多かったのは患者の暴力や暴言、予測できない危険行動や異常行動、院内での迷惑行為など、精神症状と判別のつきにくい行動上の問題に悩まされている傾向があった。一方で、紹介先の不適切な対応で苦慮したという回答が少なかったが、「紹介先がない」という回答が約4割あったことから、他機関とのネットワークが未だ形成されておらずそのこと自体が課題になる救急医療機関がある可能性も考慮する必要がある。

3. 救急医療従事者のアルコール問題症例に対する対応困難感とストレス対処、バーンアウトとの関連

対応困難感に関する17項目の中で、患者に対し「飲酒により身近な人に迷惑をかけるべきでないと感じる」「健康を害するほどの飲酒をすべきでないと感じる」「自分の病気や問題について自覚して欲しいと感じる」など、飲酒行動そのものや病気への無自覚を良くないと感じるといった項目が特に高得点であったことから、患者に対する陰性感情を触発されることが困難や苦慮の大きな要因になっていると考えられる。また、本研究において、バーンアウトの下位因子である疲弊感や精神的距離はストレス対処力SOCと負の相関が見られた。これは先行研究で救急医療施設の看護師を対象に行った調査結果と一致しており、ストレス対処の低下が生み出す弊害がバーンアウトであると同時に、他者を頼ってストレス対処ができるような感覚を指すSOCを高めることはバーンアウトの緩衝要因に

もなりうることが示唆される。ただし、アルコール問題への対応困難感が強ければ強いほどSOCは低く、疲弊感と精神的距離が増大する傾向にあるため、そのリスクを緩和するためにも、救急医療の現場でスタッフがサポートを受けられる体制を構築していくことが望まれる。

4. 救急医療従事者の、アルコール問題のある患者を受け入れる意欲について

アルコール問題のある患者を受け入れることに対して、「積極的に引き受けたい」もしくは「依頼があれば引き受ける」と考えている群が4割強、「できれば引き受けたくない」もしくは「絶対に引き受けたくない」と考えている群が5割強と概ね拮抗しており、かつ、ほとんどの回答者がアルコール問題のある患者の治療を経験し苦慮を感じたことがあるということから、悩みながら真摯に症例に対応している現状が窺われた。高い対応困難感やバーンアウト傾向が、患者の引き受けに対して消極的、忌避的になることと関連しており、特に、「患者が同じ問題行動を繰り返すことを不毛と感じる」という項目と、仕事に対し熱意が持てなくなる心理的距離の増大とが引き受けへの忌避感の影響因となっていた。これらの結果から、アルコール問題に対する忌避感や困難感により患者を引き受けづらくなる事態を予防できるように、救急医療者が孤立しない連携体制、疾患に対する知識や情報の提供、患者に対する陰性感情を適切に扱うための支援などが必要で、特に依存症専門医療からのアウトリーチや診療支援は重要になると考えられる。

5. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界の一つとして、今回は救急医療従事者のみを対象に実施した調査であり、対応困難感が救急医療特有の結果であると断定できないことがある。今後アルコール問題に対応する内科や精神科など他科の医療従事者にも同様の調査を実施し比較を試みることにより救急医

療の特徴がより明らかにされることが見込まれる。

また、今回の調査では対象者の勤務する地域、救急医療体制、アルコールにより特にどのような症状や行動の問題が顕在化する患者を多く担当しているか、アルコール問題に対して他専門機関とどの程度連携が可能であるか、などの情報を質問しておらず、それらも影響因として考慮に入れた研究計画も必要と考える。

統計的解析については、自作した尺度の因子構造の適合度などについて確認を行いモデルを改良し、因子間の相関、バーンアウトや症例引き受けへの忌避感に特に影響する因子の特定など、再解析を行い精緻化することも課題である。

E. 結論

アルコール問題を呈する患者を救急医療で引き受けることにより、暴言や暴力などの脅威や同じ問題を繰り返す反復性という患者の特徴、患者の飲酒行動に対する医療者の陰的感情などから対応困難感を生みやすく、ストレス対処の低下やバーンアウトのリスクと関連し、特に反復性と仕事に対する熱意の低下は、患者を引き受けることへの忌避感への影響因となりうる。救急医療者の独力での問題解決を目指すのみでなく、依存症専門医療機関からの積極的なアウトリーチ、連携、診療支援が必要である。

研究 2. COVID-19 が看護師に与えた精神的影響とアルコール及び処方薬の乱用リスクとの関連

A. 研究目的

COVID-19 流行は 2020 年 3 月 13 日に新型コロナウイルス対策の特別措置法が制定され、4 月 7 日には東京、神奈川、埼玉、千葉などの 7 都道府県に初の緊急事態宣言が発令、その後 5 月 14 日には 39 県に緊急事態宣言が拡大した。医療機関でも感染症対策が急務となったが、未知のウイルスに対してはじめて対処しなければならないことへの不安は強く、医療の現場は強いスト

レスにさらされることとなった。特に患者との接触機会が最も多く密である看護師は強いストレスにさらされ、抑うつ状態などのメンタルヘルス上のリスクが高まることは多くの研究で知られている。しかし看護師の COVID-19 ケアによるストレス下での、飲酒や安定剤、市販薬などの依存・乱用のリスクの研究は本邦では行われていない。2023 年 4 月末現在で COVID-19 への対策は緩和されつつあり、5 月からは五類感染症への再分類が計画されており、感染症としてのピークは越えつつある状況である。しかし、今後もパンデミックやさまざまな自然災害、天災や人為災害などはいつ発生するか分からない。したがって、COVID-19 流行下での看護師のストレス状況および飲酒や安定剤、市販薬の依存・乱用リスクを調査することは今後の災害医療を策定する上で重要である。看護師は医療者の中で最大人口の職種であり、COVID-19 医療でも直接ケアの主軸を担ってきた。従って、看護師のストレス対処行動、特にアルコール・薬物使用行動の実態を把握することは全医療者の同様のリスクを推定する上で有用性が高く、災害時の医療者のメンタルヘルスを管理する上で必須である。

本研究の目的は、COVID-19 が看護師に与えた精神的な苦痛を明らかにすること、看護師の COVID-19 感染流行前後でのアルコールや処方薬の乱用リスクを明らかにすること、精神的苦痛が悪化しやすい要因を明らかにすること、そして、精神的な苦痛への対処方法を明らかにすることである。

尚、本研究班では、新興感染症である COVID-19 の世界的パンデミックは、人命や社会活動へも大きな影響を与えたことから災害として捉えられること、またその影響下の医療者のメンタルヘルスへの影響を調査することは、医療従事者のバーンアウト予防を講じる可能性があると考えた。そのため、本課題であるアルコール依存症の早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のための研究趣旨と合致するもの

と考えられる。

本研究では 99 名の COVID-19 診療従事経験のある看護師を対象に web アンケートによる振り返り調査を行い、物質依存・乱用のリスク、抑うつ症状を調査し、その関連を調べた。

B. 研究方法

対象は COVID-19 感染症対応経験のある看護師である。分担研究者の所属する医療機関ないし研究協力者の所属する医療機関を通して回答者を募集した。調査は無記名で行われた。

対象者募集

分担研究者の所属する病院に勤務する看護師、及び依存症治療関連学会と依存症看護研究会の参加者を通じて所属する看護師に本研究の参加を依頼した。研究趣旨等は、紙媒体もしくはウェブサイト冒頭で説明し同意を得た。ウェブアンケートは SurveyMonkey 社が開発した SurveyMonkey を活用した。調査方法は紙媒体とウェブアンケートを選択でき、どちらも無記名で行われた。調査期間は、2022 年 8 月～11 月である。

倫理面への配慮

本研究は、厚生労働科学研究「アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のための研究」（課題番号：20GC1015）の一環として行われ、国立病院機構さいがた医療センターの倫理審査の承認を得て実施した（倫理審査番号 22-03）。

調査項目

1) 基本属性

①年代、②看護師としての勤務歴、③同居家族の有無について回答を求めた。

2) COVID-19 の影響

①COVID-19 の影響によって転居などの住居を変更した経験の有無、②COVID-19 専門病棟での勤務経験及びその期間、③勤務地におけるクラスター発生の有無、④COVID-19 によって一番精神的な影響を受けた時期について回答を求めた。この時期については、第 1 波を 2020 年 3 月

～5 月頃、第 2～4 波を 2020 年 7 月～2021 年 6 月頃、第 5 波を 2021 年 7 月～2021 年 9 月頃、第 6 波を 2022 年 1 月～2022 年 5 月頃、第 7 波を 2022 年 7 月以降とし、時期と注釈を加えて選択肢とした。

3) 飲酒問題

飲酒問題については、Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption (AUDIT-C) を用いた。AUDIT-C は、3 項目からなるアルコール依存症のスクリーニングテストとして活用されているテストである。回答選択肢番号を合計し、その点数が男性で 5 点以上、女性で 4 点以上であれば、アルコール依存症を疑われる(4)5)。本調査では、COVID-19 の影響の中でご自身が一番つらかった時期の飲酒状況について回答を求めた。また、本研究では性別を問うていないため、カットオフを 4 点とした。さらに、COVID-19 の影響を受けた時期前後での飲酒量、飲酒頻度の変化も調査した。

4) 処方薬問題

処方薬問題については、松下らが翻訳をした The Benzodiazepine Dependence Questionnaire (BDEPQ) を用いた。これは、ベンゾジアゼピン依存症スクリーニングテストであり、総合得点は 90 点であり得点が高いとベンゾジアゼピン系薬物からの影響があると考えられる。海外ではカットオフ値を 23 点とすることが推奨されている項目である(6)7)。本調査では、COVID-19 の影響の中で自身が一番つらかった時期の飲酒状況について回答を求めた。

5) うつや不安障害の程度

うつや不安障害の程度として Kessler らが開発した自記式の尺度である K6 を使用した。この尺度は、うつ病・不安障害などの精神疾患のスクリーニングテストとして活用されている。合計点数が高いと精神的問題が重いとされている(8)9)。本調査では、COVID-19 の影響の中でご自身が一番つらかった時期の飲酒状況について質問している。

6) レジリエンスの程度

レジリエンスの程度については、Connor-Davidson Resilience スケール (CD-RISC) を用いた。これは、Kathryn M Connor 氏と、Jonathan R T Davidson 氏によって開発された尺度である。CD-RISC 10 項目は得点が 10-40 点であり、平均 31.8 点 (SD = 5.4)、中央値 32 点である。得点方法は、0~4 点で採点し得点が高いほどレジリエンスが高いことを表している (10)。本調査では、通常の状態のご自分にどの程度当てはまると思われるのかについて回答を求めた。

7) メンタルヘルスケアの支援体制の有無や活用実態

研究協力者の勤務地における支援体制や、その認知度、活用実態及び、個人としてコロナ禍において自身で対処したケアについて回答を求めた。また、看護師として精神的負担感についても自由記載を含めて調査を行った。

C. 研究結果

99 名の回答を得た。平均年齢は 38.8 歳、経験年数は 11 年から 19 年の層が最多であった。また精神的影響を受けた時期については第 7 波の時期が最多であった。アルコール乱用リスクについては、AUDIT-C で一定のリスクを持つもの (4 点以上) は 34.3% (34 人) であり、6 点以上と強くアルコール依存症が疑われるものが 13.1% (13 人) であった。またベンゾジアゼピン乱用リスクのあるもの (BDEPQ23 点以上) は 11.1% (11 人) であり、スコア 34 点以上で強く依存が疑われるものは 5% (5 人) であった。K-6 に見られる抑うつ・不安については、58% (57 人) に抑うつ症状が見られ、12% (12 人) がカットオフポイントである 15 点 (この点数を上回ると 50% 以上の確率で精神疾患のリスクを有する) を上回った。変数間の関連については、ベンゾジアゼピン乱用スケールと抑うつ尺度との間に正の相関が見られた ($r = 0.03$, $p = 0.0008$)。また抑うつ尺度を従属変数とする重回帰分析において、ベン

ゾジアゼピン乱用スケールが説明変数として有意であった。COVID-19 対応の精神的ストレスがベンゾジアゼピン乱用に関与し、さらに抑うつの原因となっている可能性が示唆された。一方で、抑うつ尺度とアルコール乱用リスクとの間には明確な関連は見られなかった。またレジリエンスの程度とベンゾジアゼピン乱用、アルコール乱用との関連についても明らかではなかった。

D. 考察

全調査者のうち 11.1% (11 人) にベンゾジアゼピン乱用ないし依存のリスクがあり、5% (5 人) に依存の可能性が疑われた。また 13.1% (13 人) にアルコール依存症の可能性が疑われた。また 12% (12 人) にうつ病の可能性が疑われた。一般人口に対するベンゾジアゼピン乱用ないし依存リスクの正確な調査はないが、11.1% が乱用、5% が依存のリスクがあるという結果は非常に重要であり、潜在的には相当数の依存・乱用者が存在する可能性がある。今回の調査は看護師を対象としたものであるが、看護師のみならず、全医療者にこう言ったリスクがある可能性がある。

また抑うつについても 58% と実に 6 割近くが抑うつ症状を示し、12% がうつ病リスクを示した。今回の結果から、多くの COVID-19 対応で相当数の割合の看護師がベンゾジアゼピンの依存乱用、アルコールへの依存乱用、そして抑うつ症状を持っていることが分かった。今回の調査は COVID-19 対応前の変化は調べていないため、今回の結果が COVID-19 対応のストレスによるものか、あるいはもともとパンデミック以前からなのかは不明である。しかし少なくともパンデミック対応下では無視できない数の医療者がベンゾジアゼピン、アルコール、うつ症状の問題を持っている。この理由については以下が推測される。

1. パンデミックによるストレス
2. 身近にある/容易に入手できる

3. 即効性

今回の重回帰分析でも抑うつ症状への対処方法としてベンゾジアゼピン使用が行われている可能性が示された。パンデミック対応に対するストレスは自身の感染リスク、患者への感染対策、そして家族や周囲に対しても感染する・されるリスクなど多重的であり、非常に緊張度が高い。職場から帰ってきて常にも感染を意識しなければならぬ状況は強度が高く、かつ持続的なストレスである。また看護師にとってベンゾジアゼピン系薬剤は日常的に接しているものであり、非医療者と比べて心理的なハードルは低い。また効果についても知っており、即効性があることを多くの看護師は実際の患者への投与経験を通じて知っている。こういったことから、ベンゾジアゼピンを使ってストレス対処しようという心理が多業種よりも強くても、十分に理解できる。

E. 結論

今回の結果から、COVID-19 対応ストレス下で無視できない率の看護師がベンゾジアゼピン、アルコールの依存・乱用リスクを持つことが分かった。また抑うつ症状も多く見られることが分かった。今後は一般人口のみならず看護師など医療従事者に対しても、アルコールやベンゾジアゼピンなど精神作用物質の知識を普及させる必要がある。

今後もわが国にはさまざまな災害が発生しうる。その際に適切なストレス対処方法を取り、精神作用物質を用いない方法を提案することも必要である。

F. 健康危険情報

研究 1, 2 とも特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

研究 1, 2 ともなし（現在投稿準備中）

2. 学会発表

令和 4 年 9 月 9 日 アルコール・薬物依存関連問題学会 合同学術総会

H. 知的財産権の出願・登録状況

研究 1, 2 とも特になし

1. 特許取得

研究 1, 2 とも特になし

2. 実用新案登録

研究 1, 2 とも特になし

3. その他

研究 1, 2 とも特になし

B. 健康危険情報

（総括研究報告書参照）

G. 研究発表

1. 論文発表

なし（現在国内誌投稿準備中）

2. 学会発表

令和 4 年 9 月 9 日 アルコール・薬物依存関連問題学会 合同学術総会

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

付録：研究1 図表

表1 回答者の属性およびアルコール問題を抱える症例への対応の現状(n=102)

		平均値±SD	
年齢		42.33±8.28	
経験年数		18.22±9.28	
		回答数(人)	%
性別	男性	38	37.3
	女性	64	62.7
職種	医師	29	28.4
	看護師	73	71.6
月間症例数	ゼロ	3	2.9
	1～5件	55	53.9
	6～10件	20	19.6
	11～15件	7	6.9
	20件以上	17	16.7
問題把握の方法 (複数回答可)	患者の話から	82	80.4
	アルコール臭	63	61.8
	救急隊からの情報	92	90.2
	動作や言動などの観察情報	72	70.6
	付き添い者からの情報	77	75.5
	飲酒歴や病歴	89	87.3

対応に苦慮した経験	ない	2	2.0
	ある	100	98.0
対応に苦慮した理由 (複数回答可)	患者の暴力や暴言	85	83.3
	院内での迷惑行為	76	74.5
	予測できない危険行動や異常行動	78	76.5
	行政の対応が不十分	25	24.5
	指示や指導に抵抗を示す	71	69.6
	同じ問題を繰り返す	75	73.5
	病歴聴取の難しさ	46	45.1
	身体症状の重症化	34	33.3
	重症度の判断の難しさ	39	38.2
	家族の無理解	28	27.5
	家族の拒絶的な態度	39	38.2
	過大な要求	29	28.4
	紹介先がない	41	40.2
	紹介先の不適切な対応	15	14.7
	医療機関同士の連携の難しさ	42	41.2
	院内体制が不十分	32	31.4
	マンパワー不足	44	43.1
病識の乏しさ	65	63.7	

表2 対応困難感に関する17の質問項目に対する回答の度数分布と得点平均(n=102)

		経験がない	まったく感じない	めったに感じない	ときどき感じる	しばしば感じる	いつも感じる	得点平均±SD
		0	1	2	3	4	5	
1	暴力や暴言をこわいと感じる	1名 1.0%	0名 0.0%	14名 13.7%	40名 39.2%	31名 30.4%	16名 15.7%	3.45±0.98
	病状が急変するのではないかとこの怖さを感じる	1名 1.0%	2名 2.0%	22名 21.6%	44名 43.1%	23名 22.5%	9名 8.8%	
3	患者の自己申告をあてにならないと感じる	0名 0.0%	0名 0.0%	2名 2.0%	23名 22.5%	39名 38.2%	38名 37.3%	4.11±0.82
	4	患者が治療に非協力的であると感じる	0名 0.0%	0名 0.0%	1名 1.0%	32名 31.4%	43名 42.2%	
5	患者の治療への注文が過度であると感じる	1名 1.0%	0名 0.0%	28名 27.5%	34名 33.3%	27名 26.5%	11名 10.8%	3.18±1.02

6	患者に対し、医療者の指示を聞き入れるべきと感じる	1名 1.0%	2名 2.0%	9名 8.8%	39名 38.2%	34名 33.3%	17名 16.7%	3.51±1.00
7	患者に対し、自分の病気や問題について自覚してほしいと感じる	0名 0.0%	0名 0.0%	3名 2.9%	20名 19.6%	31名 30.4%	48名 47.1%	4.21±0.86
8	患者が同じ問題行動を繰り返すことを不毛と感じる	1名 1.0%	2名 2.0%	6名 5.9%	32名 31.4%	35名 34.3%	26名 25.5%	3.73±1.04
9	搬送先や紹介先がないことに困る	4名 3.9%	2名 2.0%	14名 13.7%	34名 33.3%	22名 21.6%	25名 24.5%	3.42±1.28
10	搬送先・紹介先の対応に納得がいけないと感じる	8名 7.8%	9名 8.8%	30名 29.4%	37名 36.3%	8名 7.8%	10名 9.8%	2.57±1.29
11	現状の院内体制では、患者に必要な治療を提供できないと感じる	1名 1.0%	4名 3.9%	24名 23.5%	31名 30.4%	21名 20.6%	20名 19.6%	3.26±1.20
12	現状の地域行政の下では、患者に必要な支援を提供できないと感じる	5名 4.9%	2名 2.0%	14名 13.7%	39名 38.2%	18名 17.6%	24名 23.5%	3.32±1.30
13	飲酒問題を抱える患者に関して、自分自身の知識・経験不足を感じる	1名 1.0%	0名 0.0%	17名 16.7%	43名 42.2%	28名 27.5%	13名 12.7%	3.33±0.97
14	鎮静する必要があるが、過鎮静のリスクがあり、鎮静できない	8名 7.8%	8名 7.8%	40名 39.2%	29名 28.4%	9名 8.8%	8名 7.8%	2.46±1.24
15	患者に対し、健康を害するほどの飲酒をすべきでないと感じる	0名 0.0%	3名 2.9%	1名 1.0%	18名 17.6%	21名 20.9%	59名 57.8%	4.29±0.99
16	患者に対し、飲酒により身近な人に迷惑をかけるべきでないと感じる	0名 0.0%	2名 2.0%	0名 0.0%	11名 10.8%	27名 26.5%	62名 60.8%	4.44±0.84
17	飲酒による迷惑行為や違法行為を許せないと感じる	1名 1.0%	2名 2.0%	3名 2.9%	23名 22.5%	35名 34.3%	38名 37.3%	3.99±1.03
合計得点								60.19±9.22
Cronbach's α								0.83

※項目 2、5、9、11 は欠損がそれぞれ 1 名ずつあり。

表3 自作の困難感に関する12項目の因子分析の結果(n=98)

質問項目	因子 1	因子 2	因子 3
現状の院内体制では、患者に必要な治療を提供できないと感じる	1.052	0.032	-0.229

現状の地域行政の下では、患者に必要な支援を提供できないと感じる	0.629	-0.097	0.123
搬送先や紹介先がないことに困る	0.523	0.098	0.147
患者に対し、健康を害するほどの飲酒をすべきでないと感じる	-0.037	0.959	-0.165
患者に対し、飲酒により身近な人に迷惑をかけるべきでないと感じる	0.021	0.781	-0.126
患者に対し、自分の病気や問題について自覚してほしいと感じる	0.012	0.629	0.144
飲酒による迷惑行為や違法行為を許せないと感じる	0.013	0.548	0.045
患者に対し、医療者の指示を聞き入れるべきと感じる	-0.046	0.499	0.458
患者が同じ問題行動を繰り返すことを不毛と感じる	0.114	0.422	0.300
患者の治療への注文が過度であると感じる	0.174	-0.037	0.795
患者の自己申告をあてにならないと感じる	-0.029	-0.074	0.644
患者が治療に非協力的であると感じる	0.054	0.162	0.518
寄与率	34.47%	17.24%	11.51%
Cronbach's α	0.784	0.818	0.712

表4 疲弊感、精神的距離、SOC得点の平均値(n=102)

	平均値±SD
疲弊感	
合計得点	23.34±7.20
項目平均	2.92±0.90
精神的距離	
合計得点	13.07±4.36
項目平均	2.63±0.88
SOC得点	56.40±12.03

表5 対応困難感、疲弊感、精神的距離、SOC得点の相関行列

	対応困難感	疲弊感	精神的距離	SOC得点
対応困難感		.547**	.371**	-.276**
疲弊感			.569**	-.454**
精神的距離				-.339**
SOC得点				

表6 積極群、消極群別の年齢、経験年数、各尺度得点の平均値

	積極群(n=45)	消極群(n=57)	<i>p</i>	<i>r</i>
年齢	42.29±8.40	42.37±8.26	0.887	-0.01
経験年数	18.87±9.12	17.70±9.45	0.504	-0.07
対応困難感	57.89±8.03	62.00±9.74	0.015	-0.24
疲弊感	21.71±6.75	24.63±7.34	0.046	-0.20
精神的距離	11.24±3.84	14.51±4.23	0.000	-0.37
SOC得点	57.29±12.42	55.70±11.78	0.500	-0.07

表7 アルコール問題のある患者受け入れに影響する要因：ロジスティック回帰分析の表

	偏回帰係数	<i>p</i>	オッズ比	95%信頼区間	
				下限	上限
精神的距離	-0.166	0.007	0.847	0.751	0.956
同じ問題行動を繰り返す	-0.662	0.010	0.516	0.312	0.852
定数	4.345	0.000	77.072		