医療従事者の精神健康度について

稲岡　文昭*

はじめに

過去十数年来，アメリカ合衆国では human service profession, helping profession，あるいは health profession と呼ばれる人たちの間での burn out syndrome（燃えつき現象）が深刻な問題として取り上げられてきている[1]. burn out syndrome については，いろいろな人により，いろいろな定義が行われているが，ここでは Maslach[2] が helping profession を対象に用いている定義のことを意味している．すなわち，「burn out syndrome とは，長期間にわたり人に援助する過程で心的エネルギーが絶えず過度に要求された結果，極度の心身の疲労と感情の枯渇を主とする症候群であり，卑下，仕事嫌悪，関心・思いやりの喪失等を伴う状態である.」この定義から解釈されるように，burn out とは，単に，仕事に慣れマンネリ化したことから起こるものではなく，また，働き過ぎから起こってくるものではない．むしろ，人に専門的な援助などを与える専門職，たとえば，医師や看護婦がよりよい治療・ケアを患者に行おうとする強い意欲にあふれながらも，それが仕事と関連する negative なストレスに長期間さらされた結果，欲求不満，無力感，自己評価の低下にとらわれ，ついにはその意欲が燃えつき，burn out に陥るものである[3].

* 日本赤十字看護大学教授　連絡先：東京都渋谷区広尾4-1-3

health profession と呼ばれる人たちが burn out に陥る背景には，医療システムの複雑化，高度な ME 技術に代表される超近代的な医療機材・器具等の導入，複雑な治療・ケアを要する患者および多様な社会心理的問題をもつ患者の増大が挙げられる．

アメリカ合衆国では human service profession にみられる burn out に，多くの臨床家，研究者，理論家，コンサルタントが注目しているのは，いったん，burn out に陥ると患者に対する治療・ケアは機械的・表面的になり，血の通った人間味あふれる治療・ケア，社会心理的理解に基づいたケアが行えなくなり，患者の自然の回復力促進を阻むものといわれているからである．自分自身を道具として，要求がましい困難な問題をもつ対象者との心のふれあいをとおして直接援助する human service profession が機械的・表面的なかかわりに終始するようになると profession として失格だからである[4]．また，burn out は他のスタッフにも伝染するということが知られ，さらに，burn out に陥ると自己概念の低下・アルコール中毒・薬物中毒・家庭問題・離婚・自殺等という人間の損傷行動に陥りやすいと指摘されているからである[5]．

わが国に転じてみると，日本の医療環境はアメリカ合衆国のそれと類似することが多く，また，画一化，管理社会，ワークホリックで象徴される日本および日本人の特性が存在している．このような状況を考慮すると日本の医療従事者にも，心身の健康が蝕まれているのではないかという危惧の念が湧いてくる．しかし，日本の医療従事者は心身ともに健全であるという幻想を抱いているか，あるいは健全なのが当然とする期待感があるのか，おそらく両者であろうが，いずれにしろ医療従事者の心身の健康状態に焦点をあてた研究は少ない．

そこで，当論文では元国立精神衛生研究所所長，土居健郎を中心とする医療従事者精神保健研究班が全国の外科・内科系医師，精神科医師，看護者を対象に精神健康度を精神健康状態（general health questionnaire）と燃えつき状態（burn out scale）を用いて測定し，「精神健康管理に関する調査」を行ったので，その結果を中心に，各職種にみられる精神健康度，それを左右する各種要

因，さらに精神衛生状態を健康に保つ対処方法等について簡潔に述べてみたいと思う．

I　研究方法および対象

調査対象として，外科系医師・内科系医師（一般医）については日本病院協会および自治体病院の会員から600名，精神科医師（精神科医）については日本精神神経学会会員から300名，看護者については日本看護協会会員から300名，調査対象に必要な標本数を40%前後の回収率と予想し，それぞれ無作為に抽出した．医療従事者精神健康班が作成した調査票を調査対象となった各個人に直接郵送配付し回収した．集計・分析のために得られた標本数は213名，121名，164名で，有効回収率は35.5%，40.3%，54.6%であった．

II　調査対象者の一般属性

調査対象者の一般属性を看護者と一般医，精神科医に分けてみると，看護者に関しては，大多数が20～40歳代の各種専門・専修学校卒業の独身の看護婦で10～29年の臨床経験をもち，内科系・外科系病棟および混合病棟で中間管理職もしくは非管理職として何らかの形で夜勤体制のもとで働いていた．

一般医，精神科医に関しては，大多数が30～50歳代の既婚の男性で20～29年の臨床経験をもち，国公立系病院もしくは医療法人経営の中型ないし大型病院で管理者もしくは中間管理者として働いていた．

III　精神健康状態（general health questionnaire）について

当研究においては，英国の D. Goldberg により開発され信頼性・妥当性が検証された general health questionnaire を国立精神衛生研究所中川泰彬が邦訳し[6]，信頼性・妥当性が検証された日本語版一般健康調査30項目短縮版を

用いた．これは，精神的健康度についての有効な鑑別手段といわれ，精神健康-不健康に関する項目群をはじめ，不安，睡眠障害，心気的傾向，うつ的傾向や自律神経系の反応を反映する項目等，広汎的な特徴を表す内容から成り立っている．すでに臨床場面でも十分に使用され，その尺度的意味が明らかにされている性格検査との比較を通して，この一般健康調査は神経症的傾向，不安と高い相関関係を示している．

Ⅳ　燃えつき状態尺度について

当研究では，この分野での先駆的研究者である Pines ら[7)8)] によって開発された身体的・情緒的・精神的疲幣の三つの状態を代表する21項目からなるスケールを検討し，日本人の文化，考え方に適するように修正し使用した．Pines のburn out 測定スケールは日本人を含む世界5か国，5,000人を対象として作成され，信頼性・妥当性は検証されている．

Ⅴ　研究結果について

1.　医療従事者の精神健康度とその心理社会的背景

1）職種別にみる精神不健康状態

図1，2の医療従事者別の燃えつき状態および神経症圏にある者の比率をみると，看護者はもっとも精神的に不健康であり，一般医はもっとも健全であるということができる．精神科医の燃えつき状態の中および高程度の比率は一般医に比べて有意に高く，神経症圏にある者の比率も，小児科，内科系医，産婦人科医と比べると有意に高い（表1）．また，皮膚科，泌尿器科，肛門科，性病科等その他の医師は，中程度の燃えつき状態が高く，神経症圏にいる者の比率は，医師の中で一番高いものとなっている．外科医については，神経症圏の比率が高いものであり，燃えつき状態の高い者も少なくなかったが，反面で良

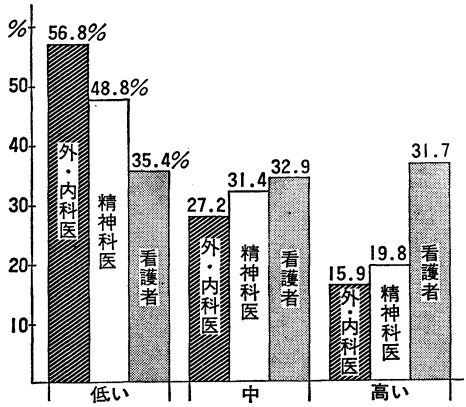

図1　各職種別にみた燃えつき状況

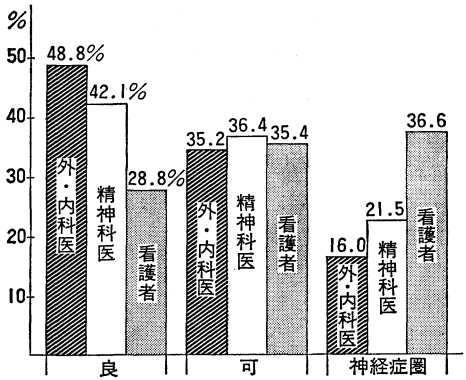

図2　各職種別にみた精神健康状態

好な精神健康状態や燃えつき状態の低い人が多いのも特徴的であった．小児科医は神経症圏にある人が少なく，また燃えつき状態の低い場合が多く，精神健康度は他に比べ健全であるということができる．このように，看護者，精神科医，「その他の医師」の精神不健康状態が注目される．

2）精神不健康の心理社会的背景

燃えつき状態と精神健康状態に密接に関連する心理社会的要因について，図

表1　職種別にみる燃えつき状態及び精神健康状態

		燃えつき状態			精神健康状態		
		低	中	高	良	可	神経症圏
一般医	内科系医(N=78)	55.1%	26.9%	17.9%	50.0%	38.5%	11.5%
	外科系医(N=64)	65.6	17.2	17.2	50.0	29.7	20.3
	小児科医(N=18)	61.6	22.2	16.7	55.6	44.4	0.0
	産婦人科医(N=22)	54.5	40.9	4.5	50.0	36.4	13.6
	その他の医師(N=29)	37.9	44.8	10.3	44.8	27.6	27.6
精神科医(N=121)		47.9	31.4	20.7	41.3	37.2	21.5
看護者(N=164)		35.4	32.9	31.7	28.0	35.4	36.6

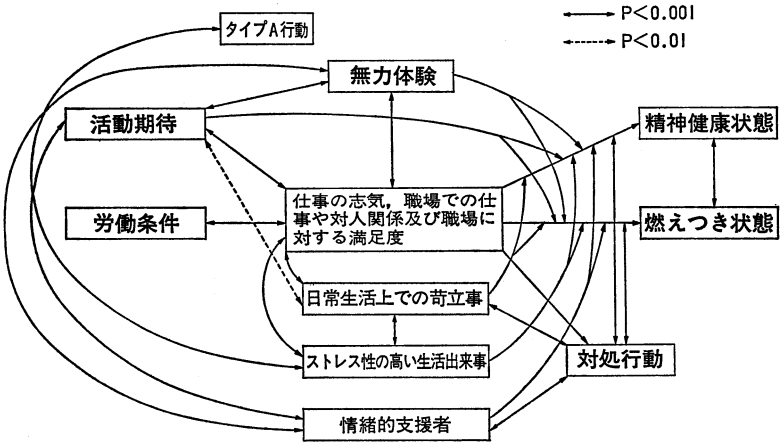

図3　精神健康状態・燃えつき状態と各要因との関連(全職種)

3のごとく，医療従事者の精神不健康は，まず，仕事の志気の低下や働く意欲の低下，すなわち，“現在の仕事にやりがいを感じていない”“現在の仕事や職場に満足していない”“患者や家族のことを考えるとうんざりする”などと有意に関連していることがわかる．また，精神不健康は，“家族とうまくやっていけない”“借金やローンをかかえて苦しい”“自分の将来のことで悩んでいる”などといった日常生活で慢性的にイライラする出来事の量やこれまでの生活の中で体験された無力感，さらに，“入院したり，1か月以上も仕事を休まなければならないような病気にかかった”“引っ越した”“昇格した”などのようなストレス性の高い量やストレスに対してはしゃいだり，酒を飲んだり，馬

表2-① 職種別精神健康度の心理社会的背景に関する各尺度平均値，標準偏差，変動係数

	仕事上の志気			患者，家族，仲間，上司からの期待，支援			仲間，上司からの支援		
	平均値	標準偏差	変動係数	平均値	標準偏差	変動係数	平均値	標準偏差	変動係数
一般医全体 (N＝182)	4.67	1.88	40.3%	5.29	2.36	47.6%	2.43	1.43	58.8%
内　科 (N＝78)	4.64	2.15	46.0%	5.42	2.07	38.2%	2.22	1.30	58.6%
外　科 (N＝64)	4.83	1.78	36.8%	5.64	2.19	38.8%	2.58	1.44	55.8%
小児科 (N＝18)	4.38	2.07	47.3%	5.47	2.08	38.0%	2.72	1.60	58.8%
産婦人科 (N＝22)	4.59	1.73	37.7%	5.49	2.65	48.3%	2.60	1.78	68.5%
精神科医 (N＝121)	4.18	1.94	46.4%	5.51	2.05	37.2%	3.56	6.87	193.0%
看護者 (N＝164)	3.72	1.96	52.7%	3.86	2.48	64.2%			

表2-② 職種別精神健康度の心理社会的背景に関する各尺度平均値，標準偏差，変動係数

	行動特性タイプA			無力体験			生活出来事		
	平均値	標準偏差	変動係数	平均値	標準偏差	変動係数	平均値	標準偏差	変動係数
一般医全体 (N＝182)	2.87	1.99	69.3%	0.10	0.37	370.0%	1.40	1.71	122.1%
内　科 (N＝78)	2.86	1.93	67.5%	0.09	0.37	411.1%	1.50	1.92	130.7%
外　科 (N＝64)	3.02	2.08	68.9%	0.13	0.42	323.1%	1.52	1.61	105.9%
小児科 (N＝18)	2.22	1.66	74.8%	0.17	0.50	294.1%	0.83	0.96	115.7%
産婦人科 (N＝22)	2.91	2.10	72.2%	0.09	0.29	322.2%	1.13	1.46	129.2%
精神科医 (N＝121)	2.29	1.85	80.8%	0.08	0.32	400.0%	1.22	1.43	117.2%
看護者 (N＝164)	2.32	1.78	76.7%	0.19	0.46	242.1%	1.52	1.81	119.1%

鹿騒ぎや人に当たるなど逃避的な行動とも密接に関連している．

一方，医療従事者の仕事上での活動を支持，期待してくれる患者やその家族，さらに同職種や他職種の仲間や上司がいると感じられたり，ストレスに対して情緒的に支えてくれる人が周囲にいる場合，また仕事上の問題や人間関係

表2-③　職種別精神健康度の心理社会的背景に関する各年度平均値，標準偏差，変動係数

	相談者有			情緒的支援者保有			潔癖型行動特性		
	平均値	標準偏差	変動係数	平均値	標準偏差	変動係数	平均値	標準偏差	変動係数
一般医全体（N＝182）	1.67	6.12	366.5%	7.41	3.01	40.6%	3.74	2.56	68.4%
内　科（N＝78）	1.69	5.87	347.3%	7.16	3.08	43.0%	3.94	2.49	63.2%
外　科（N＝64）	1.77	5.26	297.2%	7.60	2.87	37.8%	3.71	2.53	67.4%
小児科（N＝18）	1.72	5.62	326.7%	7.55	2.49	33.0%	2.95	2.45	83.1%
産婦人科（N＝22）	1.64	6.46	393.9%	7.42	2.90	39.1%	4.09	3.16	64.5%
精神科医（N＝121）	1.61	6.39	396.9%	7.53	2.77	36.8%	2.63	2.60	98.9%
看護者（N＝164）	1.36	7.45	547.8%	6.92	3.22	46.5%	3.45	2.30	66.7%

表2-④　職種別精神健康度の心理社会的背景に関する各年度平均値，標準偏差，変動係数

	日常苛立事			積極的対処行動			逃避的対処行動		
	平均値	標準偏差	変動係数	平均値	標準偏差	変動係数	平均値	標準偏差	変動係数
一般医全体（N＝182）	4.02	2.23	53.1%	4.22	1.22	28.9%	1.57	1.22	77.7%
内　科（N＝78）	4.72	3.15	66.7%	4.23	1.36	32.2%	0.78	1.06	135.9%
外　科（N＝64）	5.22	2.92	42.1%	4.34	0.91	21.0%	1.16	1.17	100.9%
小児科（N＝18）	4.89	1.67	34.2%	4.06	1.21	26.3%	1.54	1.24	80.5%
産婦人科（N＝22）	4.36	2.04	46.8%	4.27	0.87	20.4%	0.55	0.72	130.9%
精神科医（N＝121）	5.62	3.06	54.4%	4.00	1.27	31.8%	1.93	1.39	72.0%
看護者（N＝164）	4.08	2.43	50.6%	4.24	1.13	26.7%	1.64	1.32	80.5%

の悩みを相談できる相手がいる場合は精神不健康と逆相関し，むしろ健全な健康度との有意な結びつきがみられる．

3）各職種間の比較にみる特徴的な心理社会的背景（表2参照）

一般医は他の職種に比べ，「～しなければ気がすまない」という潔癖性や

“人と話すとき，いそがさずにはおられない”“数日間（数時間）休んだり何もしないでいると悪いような気がする”“道路が渋滞したり，列に並ばされたり，飲食店で席の空くのを待たされたりすると，イライラする”などといったタイプA行動特性が強く，仕事の志気も高い．

一方，精神科医は，一般医や看護者にみられるような強迫的な行動特性は少ないのが特徴である．また，一般医に比べ仕事への志気が高くはないが，看護者よりは有意に高い．

看護者は，他の職種に比べ，職場内での問題，悩み，葛藤などを多くもっており，そのため仕事の志気は低い．また，これまでの（おそらく職場での出来事と関連するのであろうが）“問題に直面したとき，あるいは不愉快な出来事があったとき，それに対して何の応対もできなかった”という無力体験を強くもっている．さらに看護者は一般医や精神科医に比し，患者やその家族，仲間，上司からの支持，期待されているような雰囲気を感じる人は非常に少なく，また，仕事や人間関係での相談者や情緒的支援者も少ない．職場における人間関係上の問題の大きさが予想される．

4）各職種間の比較にみる精神不健康の属性的，社会的背景

神経症圏，高い燃えつき状態にある医療従事者の属性的，社会的背景をみると，次のような特徴があげられる．すなわち，女性，30歳代の医師，20歳代・50歳代の看護者，未婚者，死・離別者，経験6～9年の医師・看護者，経験30～39年の看護者，大学病院勤務者，国・市町村立病院勤務者，非管理職，混合・外科系・精神科病棟に働く看護者，当直医，夜勤を余儀なくされる看護者に，神経症圏や高程度の燃えつき状態が多い傾向がみられた．これらの特性をもつ医療従事者は，精神不健康に関してはハイリスクグループといえよう．

VI　精神衛生状態を健康に保つには

一般医の精神健康に障害を与えている主要なストレスは，職場や家庭において自分自身のことでの日常的なイライラの量や無力体験である．そこで，職場

で仲間や上司からの支援があること，仕事上でも人間関係のことでも，お互いに支援しあえるような，よい職場の人間関係を保つこと，困ったときに相談しあえる人をもつこと，また，問題があっても逃げずに，積極的な対処行動をとることが大切だといえよう．

精神科医の場合は，一般医や看護者とは異なって，職場での問題や悩みに対して相談者をもつこととに有意な関連がみられない．しかし，心が落ち着き安心できる人，日頃評価し認めてくれる人などの情緒的支援者をもつことは，精神科医の燃えつき状態を防ぐ有意な直接的な効果を示している．つまり，精神科医は，相談者をもつというように，ケアをうける受け身の立場になるのでなく，職場や家庭の中で良好な人間関係を保つことによって，情緒的支援を自然に得るという，相互的なケア関係をもっていることが，精神不健康を予防する上で大切なことである．

看護者の場合，健全な精神衛生状態を保つには，まず，仕事への志気を高め，職場での対人関係や職場の雰囲気に満足感をもつことである．これには，仲間や上司からの支援を得ること，仕事上での成功体験が積み重ねられるような職場環境を育むこと，仕事や人間関係上の相談者をもつこと，問題や困ったことに直面したとき逃避的行動をとり一層日常でイライラしないことが要求されるといえるだろう．

近代社会においては，ストレスのない生活は死を意味しているといわれているとおり，精神健康度を最適に保つには，ストレスから回避するのでなくストレスに対して前向きに積極的に取り組む姿勢が必要である．すなわち，Spielberg が指摘しているようにストレスの多い状況にぶつかったとき，自分の感情に気づき，ストレス源を明らかにし分析していく努力をすることは現実から逃避せず，ありのまま受けとめようとする姿勢であり，望ましいストレス対処法である．

参考文献

1）Freudenberger, H. : Staff Burnout, *Journal of Social Issue*, 30(1) :159～165, 1974.

2) Maslach, C. : Burned-out, *Human Behavior*, 5(9) : 16～22, 1976.
3) 稲岡文昭：燃えつき症候群に陥った看護婦の傾向分析から，看護学雑誌，48(9)：993～997，1984.
4) Maslach , C., & Pines. A. : Burn out ; the loss of human caring, *In* A. Pines & C. Maslah: Experiencing Social Psychology, New York : Random House, 1979, pp. 245～252.
5) 稲岡文昭：Burnout Syndrome と看護：社会心理的側面からの考察，看護，34(8)：129～137，1982.
6) 中川泰彬：日本語版一般健康調査，国立精神衛生研究所.
7) Pines, A. : The Burnout Measure, paper presented at the National Conference on Burnout in the Human Services, Philadelphia, November, 1981.
8) 稲岡文昭：看護職にみられる Burn Out とその要因に関する研究，看護，36(4)：81～103，1984.

(注) この論文は，医療従事者精神保健研究班（土居健郎，吉松和哉，宗像恒次，稲岡文昭，高橋徹，川野雅資，丸山晋）が行った昭和59・60年度科学研究費補助金による「治療者及び看護者の精神衛生に関する研究」No.59570251の一部である.