

Health Professionals のもえつきと Quality of Life

稲岡 文昭*

Burnout Syndrome among Health Professionals and Quality of Life

Fumiaki Inaoka, R. N., D. P. H. : Professor of the Japanese Red Cross College of Nursing

This paper discusses the importance of health professionals' mental health and prevention of burnout among them relating to improvement of clients' quality of life as well as health professionals'. Along with the rapid advancement of medical technology and scientific knowledge for the past decade, health professionals have a tendency to treat them as if they were objects rather than human beings. However, clients who were in bad health in hospitals have been suffering from negative feelings such as anxiety, anger, fear, depression, despair, helplessness, and so forth. The only way to soften their negative feelings is not surgery as well as medication but health professionals' human caring. In order to provide genuine human caring, health professionals should be in good mental health. A number of strategies for maintaining good mental health are proposed.

はじめに

この四～五年来、わが国でも Health Professionals と言われる人達の、“長期間にわたり援助する過程で、心的エネルギーが絶えず過度に費やされた結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇を主とする症候であり、卑下、仕事嫌悪、思い

* 日本赤十字看護大学教授

やりの喪失” (Maslach, 1976) と定義されている「もえつき」が注目されてくるようになってきた。その一つの理由として社会環境や医療環境の激しい変化に伴ってストレスが増え、もはや耐えがたいレベルにまで達し、しかも21世紀の医療を展望するとき、精神健康の諸悪の根源と言われる精神的ストレスがますます増強し、健全な生活、すなわち Quality of Life が保証されないことからくるものと考えられる。第二には、Health Professionals の対象である患者は、身体的ならびに精神的苦悩にあえぐ生きた人間でありながら、超近代的テクノロジーによる治療の対象物として取扱われる傾向にあり、くわえて Health Professionals がもえつきるとケアは機械的・表面的となり、彼らの苦悩を汲み取った温かいケアが行なえなくなり (Maslach & Pines, 1979), Quality of Life に向け援助できないからであろう。つまり、Health Professionals として、個人的にも職業的にもその存在価値が内的世界で脅かされているからであろう。本稿では、患者および Professionals の Quality of Life の向上に向け、Health Professionals のもえつき予防の必然性と予防の方策に焦点をあて論じてみたいと思う。

I 患者の苦悩を汲み取った温かいケアの必要性

患者は一般的に健康障害（疾病）と関連して、次に述べるような理由により満足感や安全性を脅かされているものである。ほとんどの患者は基本的ニードの阻害もしくはその恐れの可能性をもっている。なかでも他人に排泄の世話を任せなければならないことは、単に不快感情のみでなく、不安、羞恥心、屈辱感を抱かせ、これらは患者の自尊心を傷つけるものである。また、治療や処置、検査の体験過程で、物理的な痛みや恐怖感をもつだけでなく、屈辱的な体位をとらされたり、外部生殖器を他人の目や手にさらさなければならない。どのような合理的理由があるにせよ、他人から性的プライバシーを侵害されたとしたら、どのような感情を抱くであろうか？ 予後が明らかによいことを知っている患者は別として、多くの患者はいつ襲ってくるかわからない、人格さえ

も変えてるといわれいる耐え難い「痛み」や死の恐怖におののいているものである。自分の体でありながら明日のことさえ予測することができないという状態は、日常生活を根底から揺がすものであり、激しい不安に陥れるものである。さらに、重篤な疾病により入院生活を余儀なくされると、愛と依存の対象であった密接な人々、あるいは、彼らの愛情を失ってしまうのではないか、という不安にかられるものである。また、生まれて今まで依存してきた自分の身体の一部を喪失する患者が多くいる。これらがどれほどのストレスであるかは、ちょっとした怪我で指を一時的に使えなくなった体験を想起すれば理解できよう。対象や対象愛の喪失は、人や人の愛情のみでなく、住みなれた住居、食べなれた食事のそれらなども含まれる。このような喪失過程で、患者は不安はもちろんこと、悲哀、抑うつ、落胆、絶望などという情緒体験をするものである。以上のような理由のほか、環境の変化、家族生活の変化、経済的危機などに面し、ときには病氣そのものよりも、激しく感情を揺さぶられ、苦悩に陥れられるものである。

このように、患者は疾病と関連して、自身の「満足」、「安全」を脅かす、不安、怒り、憤り、自己憐愍、羨望、当惑、焦燥、無力、絶望など、「否定的」ともいえる感情にさいなまされているのである(稲岡, 1987)。しかし現代の医療は超近代的な機器や最新の薬剤を用いた生物的な救命に力が注がれ、患者は「モノ」として取扱われ、人間の尊厳や生存への価値にはあまり関心が払われていない(中島, 1985)。疾病が癒されても人間が癒されないという結果が起こってくるのである。疾病は、最先端の医療技術や治療、たとえば手術や薬剤で治癒する可能性が高いが、人間の苦悩は、手術や薬で癒されるものではない。温かい心のふれあいをとおした Human Caring により緩和されるものである(神谷, 1982)。たとえ疾病状態にあったとしても、威厳ある人間としての生き方、すなわち Quality of Life が保証されるようなケアが必要なのである。患者の Quality of Life の向上に向け援助できるのが Health Professionals であろう。

もし、Health Professionals がもえつきて、患者の精神的苦悩に手をさしの

ることができないとしたら、誰が患者の人間性の回復に援助できるのであろうか？ ベッドサイドで患者のケアを専門職とする看護婦のもえつきが注目されるゆえんはここにある。

II Health Professionals のもえつきに関連する要因

Health Professionals のなかでも、看護婦のもえつきに関する研究は、もえつきに導く要因や職場環境との関連（稲岡，1983），もえつきとエゴグラムで示される看護婦の個人的特性との関連（松田，1988），ICU の職場環境と看護婦の心身の健康状態との関連（斉藤，1985），看護職にみられるバーンアウトとモチベーションとの関連（中沢，1985），看護婦の Burnout と Motivation に対する仕事のストレスと Social Support の影響（井部，1984）など、多くの看護研究者により多角的に取組まれてきている。これらの研究結果から、稲岡らは（1984）看護婦のケア意欲喪失に直接影響を及ぼすと思われる要因は、「職場にははつらつとして働く雰囲気がない」、「現在の職場は自分の能力が発揮できず、また存在価値も認められていない」、「上司とスタッフ間、あるいはスタッフ看護婦間で相互信頼や相互支持がない、チームワークがとれていない」など、職場の心理的・对人的要因であると指摘している。土居ら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、精神科医、看護者を対象に調査研究を行ない、看護者のもえつきは外科・内科系医の約二倍、精神科医の約 $\frac{2}{3}$ 倍の割合で高いことを示している（稲岡，1986）。そしてパス解析の結果をとおり、もえつきの主要因は、「仕事に満足ややり甲斐を失ったり、患者や家族のことを考えるとうんざりするようになったりする」など、いわゆる仕事の士気の低下であることを明らかにしている。次いで、「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であるとしている。また、職場で多種多様な問題をかかえ、「もうどうしようもない」という無力感や「入院した」、「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」、「引越した」、「昇格した」など、日常生活でストレスの高い出来事も、もえつきの要因であると指摘している。土居らの調査は、もえつきの直接の原因ではないが、もえつきに大に関与している要因として、仕事上の問題や人間関係の悩みに対して、情緒的に支えてくれる人や相談できる人などのサポートの有無、また、問題や悩みに対しての対処法をあげている。

ここで、各職種間でみられる特徴的な心理社会的背景について簡潔に述べてみよう。外科・内科系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）休んだり何もしていない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行動特性が強くみられる。しかし仕事の士気がきわめて高く、もえつきにある者の率は精神科医や看護婦に比べ低い。

一方、精神科医は、看護婦より仕事の士気は高いが、外科・内科系医よりも低い。外科・内科系医や看護婦にみられるような強迫的な行動特性は少ないが、看護婦と同様に患者とのかかわりにイライラしている精神科医が多いのが特徴である。

看護婦は、医師に比べ、稲岡らが前述していると同様に、職場内での問題、悩み、葛藤などを多くもっており、そのため仕事の士気が低い。また、「これまで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、いくら努力しても、結果的にはなんの効果も得られなかった」という無力体験を強くもっている。さらに、看護婦は医師に比し、患者やその家族、看護婦仲間、上司から支持・期待されていないと感じている率が高く、また、仕事や人間関係での相談者や情緒的支援者が少ないのが特徴である。

Health Professionalsのなかでも、特に精神科医師や看護婦は患者のQuality of Lifeに手を貸す専門職でありながら、自分自身ももえついてしまう根源は、宗像（1988）は患者の病気に伴う不安、恐れ、怒りなどの逆転移が生じる結果とし、稲岡（1988）は援助過程で Health Professionals は逃げ場のない回避—回避型の葛藤に陥る過度の精神的緊張の結果であるとし、南（1988）は自尊

感情の脅威によるものとしている。

一方、もえつきの先駆的な研究国である米国では、もえつきと仕事や職場環境要因との関連に関する研究のほかに、もえつきと個人の日常生活に及ぼす影響について研究が多数行なわれている。まず、もえつきにある人は、仕事上での自己成長の機会を回避し、Health Professionals として自己概念が低く、実際、頻回にわたり挫折体験をもち、退職する率の高いことを明らかにしている (Maslach & Jackson, 1982)。さらに、もえつき状態にある人は、職場以外での一般的な対人関係や友人、家族関係に障害があるとする仮説を証明している (Maslach & Jackson, 1979)。アルコール中毒、薬物中毒、自殺など、Health Professionals の人間の損傷行動ともえつきが関連あることも報告されている (Edelwich & Brodsky, 1980)。以上のように、Health Professionals がもえつきると、Health Professionals 自身の Quality of Life が維持できないのである。自分自身の Quality of Life の保証がなく、どうして他人の Quality of Life を高めるための手を貸すことができるのであろうか？

今までの研究結果からは、Health Professionals は患者の Quality of Life にかかわるからもえつきするのか、あるいはもえつきているから患者の Quality of Life に手を貸せないのかの因果関係については明確にされていない。いずれにしても、Health Professionals のもえつき予防に向けての対策が必要である。

Ⅲ Health Professionals の Quality of Life に向けてのもえつき予防

Quality of Life の概念には、「個人の安定感、生活上の満足感、幸福感と
いった生活評価意識」「生活者のおかれている環境状態の向上」とに分類され
ている。しかし実際には、この二つの概念は無縁でなく、共通の基盤をもってい
るのであるが、ここでは便宜上「生活評価意識」と「環境の向上」とに分け、
この二つの観念からもえつき予防の方策について述べてみよう。

まず Health Professionals の生活評価意識に焦点をあててみると、より健全なメンタルヘルスに向けての対策が必要である。多くのストレス源のなかでも、宗像、稲岡、南の三研究者が指摘しているように、精神的・無意識的ストレスがもえつきの根源である。そこで第一には、個々の Health Professionals が自らの精神健康を脅かしもえつきに陥らせる特異的な精神的・無意識的ストレスとその種類を確認する必要がある。なぜなら同じストレスであっても、それは個々人により特異的に作用し、また、ストレスをどのように認知するかによって、ストレスになるかどうかの一つの決め手になるからである (Lazarus, 1981)。また、先述したように、21世紀の医療を展望するとき、今後ますますストレス、とりわけ精神的ストレスが増大することが予想されている。そこで認知したストレスに対して、前向きに積極的に上手につきあっていくことが必要である。そのためには、自分のおかれている状況を客観的に自己認識することである。これには、心のヘルスマーターをもち、自分の気分や感情（イライラする、カッカする、おちこむ、気力がないなど）を、さらに健康状態を、早めに測定し、その理由・原因を知るように努力し、その結果を自分にフィードバックすることである。しかし、人間には自己愛があるため、自分のことは自分に都合の良いように解釈したり、自分で認めたくないことは抑圧したり、自分にへつらってくる人を信じたりする傾向がある。つまり、心のヘルスマーターが狂うことがある。そこで第二には自分のおかれている状況や心身の状態を客観的に認知し、それを率直に指摘してくれるような人をもち、その人の意見や考えを大切にすることが必要である。

より健全なメンタルヘルスに向けての第三の方策は、Health Professionals の治療やケアへの姿勢や意識の変革である。成人病、精神病、難病、老人性疾患の激増という疾病構造の変化により治療やケアの対象が変わってきた。これらの慢性疾患患者の多くは、治療よりも自分自身のライフスタイルを変え自己管理ができることを必要としている。従来まで Health Professionals からの一方的な、おしつけ的なかわりでは、非効果的であるばかりでなく、双方に限りないストレスをもたらすものである。そこで長期間にわたる相互的な責任

や協同的な働きができる関係をつくるという姿勢に変えていくことが重要である。

もえつき予防に向けての生活評価意識の変革の第四は、Health Professionals 自身のライフスタイルの変革である。仕事 only でなく、仕事以外の個人的生活のなかに気持の支え、ゆとり、生きがい、生活の潤滑油などをもつことである。これらには信仰、自立訓練、バイオフィードバックなどの内省型、スポーツ、ヨガ、座禅などの修行型、旅行、趣味などの娯楽型、おしゃべり、グルメ、買物などの発散型に分類される。大切なことは一つのことには強迫的に熱中せず、自分に合ったことを二つぐらい選び、人生を楽しむという気持で行なうことである。これは単に緊張からの解放という効果ばかりでなく、心身の疲労を癒し、仕事へのエネルギー源となる。つまり、仕事をも含めた Quality of Life をエンジョイするという意識をもつことである。

次には、Health Professionals の環境状態の改善に焦点をあててみよう。調査結果から明らかにされているように、Health Professionals のもえつきは職場環境にある。そこでストレス源となっている特異的な職場環境の調整と改善に取り組む必要がある。Health Professionals のなかでも、もえつき率の最も高い精神科医や看護婦においては、患者に対する逆転移感情、逃げ場のない回避・回避型の葛藤、自尊感情の脅威などもえつきの根源であり、これらが起因して心時的・对人的職場環境問題を引き起こしている。そこでまず大切なことはスタッフと上司、看護スタッフ同志との間で、仕事上での悩み、苦しみ、問題などを気軽に話し合いができる環境づくりとオープン・コミュニケーションに向けての努力であろう。コミュニケーションは言葉ばかりでなく、「思いやる」、「察する」など、非言語的コミュニケーションも大切である。しかしながら、多忙を極め、しかも緊張の連続下で人間の生死にかかわる人々の非言語的コミュニケーションには限界があり、誤解や歪曲が生じる危険性がある。人間の生死にかかわるだけに、一旦、誤解やミスコミュニケーションが生じ、それがもとで医療過誤につながる時には、かかわった人々には限りないストレスを与えるものである。そのため公けの場では自分の考えや意見を述べ、あるいは意

思表示をするというオープン・コミュニケーションをとる必要がある。

「忍ぶ」、「耐える」などの価値観が女性に求められている日本社会では、特に男性医師を頂点とする医療社会では、看護婦がオープン・コミュニケーションを実践することは困難であり、一時的にはストレス状態を招くものと思われる。しかし、必要な場で自分の考えや意見を述べるができるようになるのは、専門職としての看護婦の責任であろう。「言ってもわかってもらえないから」、「あとで嫌がらせをされるから」などと言って、ミーティングの後で気持の通じ合う人とおしゃべりするのには、決して問題の解決にならず、無力体験と欲求不満を抱かせ、メンタルヘルスに悪いイライラ感の根源をなすものである。自分の意見が採用されなくても、相手に自分の考えを知ってもらうことがチームワークを必要とされる医療界や看護界では大切なことである。宗像（1988）は、日本人の場合、多民族の中で育ってきていないためか、日本には相互理解のコミュニケーション回路は画一的なチャンネルしか用意されていないと指摘し、多くの人々と円滑な人間関係をもつために、多様なコミュニケーション・チャンネルを多くもつように推奨している。

以上のように、仕事上の悩みや葛藤、問題などが率直に話し合える雰囲気を作り指導、助言をしていくのは理想的には職場の上司であろうが、上司自身が職場の問題に巻き込まれ、スタッフと利害関係にあるため冷静に役割をこなしていくのは困難なことであろう。そこで、第二にはこのような場づくりと建設的な話合いの展開、あるいは Health Professionals 自身の精神健康管理のためのカウンセラーの役割をとれる、たとえば専門的に訓練を積んだコンサルタントやリエイゾンナースの導入がある。これは Health Professionals の情緒的エネルギー源ともサポートとなるものである。

Health Professionals の Quality of Life に向けての職場環境改善の第三は、Health Professionals が休憩時間にも心身の緊張をときほぐすことができるような専用のラウンジの設置であろう。確かに空間の確保と設備投資は経営難にあえぐ病院経営には容易なことではないであろう。しかしながら患者の Quality of Life を真剣に考えるならば快適でリラックスできるラウンジの

設置は不可欠なことであろう。厳しいストレスで、“ビリビリ”、“イライラ”した Health Professionals が忙しく立働くところでは、当然、衝突や誤解が生じ、対人関係が悪化するばかりか、患者のケアにも反映されてくるからである。

おわりに

各企業が社員の心身の健康管理に取り組んでいるのは、それが仕事の意欲に影響を与え、ひいてはその企業の経営を左右しかねない生産物の品質低下に関連しているからである。科学的知識や熟達した技術、さらに独自の人間性を包括し、自分自身を道具（tool）として、要求がましく困難かつ複雑な問題をもつ患者に、心のふれあいをおし直接援助する Health Professionals が意欲を喪失し、もえついていたとしたら、どのような生産物の品質の低下を招くのであろうか。ここに Health Professionals のもえつき予防の必然性がある。

患者および Health Professionals の Quality of Life の向上に向け、Health Professionals のもえつき予防には、確かに、Health Professionals 自身の意識の変革や本稿ではふれなかった医療制度や医療環境の改善が必要である。しかしながら、患者の Quality of Life や Health Professionals の Quality of Life は、個人的意識やその周辺の環境改善のみで向上が図られるものではない。最終的には、自然環境、物理的環境、社会的環境の改善が図られねばならず、国民全体が Quality of Life に価値をおく志向が必要であろう。

参考・引用文献

- 1) 稲岡文昭，他：Burnout Syndrome と看護—心理社会的側面からの考察，看護，34(8)：129-137，1982.
- 2) 稲岡文昭，他：看護婦にみられる Burnout とその要因に関する研究，看護，36(4)：81-104，1984.
- 3) 稲岡文昭：医療従事者の精神健康度について，健康と病気の行動科学，日本保健医療行動科学会，1(1)：48-58，1986.
- 4) 稲岡文昭，他編：看護における対応の技術，メヂカルフレンド社，11-19，1987.
- 5) 稲岡文昭：Burnout に導く職場の心理的・対人的要因の根源—事例・面接・観察法をとおして—，看護研究，21(2)：53-59，1988.

- 6) 井部俊子, 他: 看護婦の Burnout と Motivation に対する仕事のストレスと Social Support の影響, 第4回日本看護科学学会講演集, 4(2), 1984.
 - 7) 神谷美恵子: こころの旅, みすず書房, 1982.
 - 8) 金子勇, 他編: クオリティ・オブ・ライフ—現代社会を知る, 福村出版, 29-56, 1987.
 - 9) 齊藤千里, 他: ICU の職場環境と看護婦の健康状態との関連についての検討, 第16回日本看護学会集録—看護管理, 20-23, 1985.
 - 10) 中沢京子, 他: 看護職にみられるバーンアウトとモチベーションの関連について, 第16回日本看護学会集録—看護管理, 24-27, 1985.
 - 11) 中島宏: 人間的医療の獲得のために, 武田文和編集: 癌患者の生を考える—Quality of Life とは何か, 有斐閣選書, 1-5, 1985.
 - 12) 松田久美子: 看護者の Burnout とエゴグラムに示される個人特性との関連, 看護研究, 21(2): 61-68, 1988.
 - 13) 南裕子: 燃つき現象の精神看護学的推論, 看護研究, 21(2): 12-19, 1988.
 - 14) 宗像恒次: 燃つき現象研究の今日的意義, 看護研究, 21(2): 2-11, 1988.
 - 15) Edelwich, J.&A. Brodsky: Burn-out; Stages of disillusionment in helping profession, New York, Human Sciences Press, 1980.
 - 16) Lazarus, R. S.: The Stress and Coping Paradigm, Models for Clinical Psychology, 177-214, 1981.
 - 17) Maslach, C.: Burned-out, Human Behavior, 5(9): 16-22, 1976.
 - 18) Maslach, C.& Jackson, S. E.: Burned-out cops and their families, Psychology Today, 12(12): 59-62, 1979.
 - 19) Maslach, C. & Jackson, S. E.: Burnout in health professions; A social psychological analysis, In G. Sanders and J. Suls (Eds.), Social psychology of health and illness, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1982.
-