

## 調査報告

# 精神科病棟に勤務する看護・介護職者の職業性ストレスとバーンアウトの実態 —内科病棟との比較から—

福崎 俊貴<sup>1</sup>, 谷原 弘之<sup>1</sup><sup>1</sup> 公益財団法人林精神医学研究所 岡山 EAP カウンセリングルーム

**抄録：**精神科病棟に勤務する看護・介護職者の職業性ストレスとバーンアウトの実態 —内科病棟との比較から—：福崎俊貴ほか，公益財団法人林精神医学研究所 岡山 EAP カウンセリングルーム—目的：本研究の目的は，精神科病棟に勤務する看護職および介護職者と内科病棟に勤務する看護職および介護職者の職業性ストレスとバーンアウトを比較し，精神科病棟の看護職および介護職者の職業性ストレスとバーンアウトの実態を明らかにすることである。**対象と方法：**中国地方にある精神科病院2施設と総合病院2施設の病棟に勤務する女性看護職および介護職者を対象に，職業性ストレス簡易調査票と日本版バーンアウト尺度を用いて調査を行った。解析の対象は，精神科病棟に勤務する女性看護職および介護職者125名と，内科病棟に勤務する女性看護職および介護職者107名，計232名とした。**結果：**共分散分析の結果，ストレス要因では職場環境によるストレス，仕事のコントロール度，技能の活用度，仕事の適性度，働きがいによるストレスが内科病棟に比べて精神科病棟の方が有意に高かった。その一方で，仕事の量的負担，仕事の質的負担によるストレスが，内科病棟に比べて精神科病棟の方が有意に低かった。ストレス反応においては，活気が内科病棟に比べて精神科病棟の方が有意に低く，バーンアウトでは脱人格化と個人的達成感の減退において内科病棟に比べて精神科病棟の方が有意に高かった。**考察：**これらの結果と精神科病棟のストレス対策の関連について検討し，職場環境の整備，カンファレンスの充実，学習機会の提供の三つの視点が重要と考えられた。

(産衛誌 2014; 56(2): 47-56)

doi: 10.1539/sangyoeisei.E13001

**キーワード：**Burnout, Care worker, Job stress, Nurse, Psychiatric ward

2013年2月14日受付；2013年12月3日受理

J-STAGE 早期公開日：2013年12月20日

連絡先：福崎俊貴 〒703-8520 岡山県岡山市中区浜472番地 林病院内 (e-mail: fukuzaki@okayamaeap.jp)

## 1. 諸言

年間自殺者数が3万人を超える状況が続き<sup>1)</sup>，2008年患者調査からは気分障害圏の患者数が100万人を超えたことが示され<sup>2)</sup>，心の問題は国をあげての取り組みがなされる社会問題の1つとなった。このような時代の変化に伴い，精神疾患の患者を支援する専門職において今後より一層の期待と仕事上の負荷が予想される。しかし，特に看護師や介護士などの対人援助職は，精神的ストレス反応の高さ<sup>3-6)</sup>，夜勤における疲労および交代勤務による睡眠障害<sup>7-9)</sup>，離職率の高さ<sup>8, 10)</sup>などが指摘されており，現状においても過酷な労働環境が伺える。これらの社会的背景を加味すると，今後精神科医療に従事する対人援助職の良好なメンタルヘルスの保持や増進は，職員の心身の健康を守ると同時に患者に提供する医療の質にも関わる重要な課題と言える。本研究では精神科医療に従事する対人援助職として看護職および介護職に焦点を当てる。

これまでの精神科医療に従事する看護職や介護職に特化した職業性ストレス研究においては，患者からの暴力や患者との関係性<sup>11, 12)</sup>，心身両面へのケアの必要性<sup>11, 13)</sup>，生活全般への支援<sup>11)</sup>，チーム医療における他職種との関係<sup>12-14)</sup>などのストレス要因が明らかにされており，ストレス反応においては，抑うつなどの精神的ストレスが高いことが報告されている<sup>15)</sup>。しかし，これらの先行研究は主に精神科に勤める看護職や介護職者だけを対象としており，精神科の看護職や介護職の職業性ストレスが他科に勤める看護職や介護職とどのように違っているものなのかを直接測定，比較したものではない。さらに，現在精神科医療は，2003年の厚生労働省が導入した精神障害者退院促進支援事業を基に<sup>16)</sup>，入院期間を短期間にして入院医療中心から地域医療中心として，在宅サービスや施設サービスといった地域で精神障害者を支えるための受け皿の充実を図っている。こうした取り組みは裏を返せば，入院治療を行う精神科の病棟，特に急性期病棟のスタッフはこれまで以上に，より短期間で質の高い医療サービス

を提供する必要がある。精神科医療において入院病棟の看護職や介護職の担う役割はより重要になると考えられる。その一方で、精神科の入院病棟に勤務する看護職や介護職者の職業性ストレスに焦点を当てた研究は少ないのが現状である。

そこで、本研究では精神科病棟に勤務する看護職および介護職者の職業性ストレスの実態を把握するために調査を行った。その際、対照群として内科病棟に勤務する看護職および介護職者にも同様の調査を行い、精神科病棟の看護職および介護職者と比較することで、精神科病棟の看護職および介護職者の職業性ストレスの特徴がより明らかになると考えた。また、本研究では、対人援助職特有のストレス反応とされるバーンアウトも同時に検討することとした。バーンアウトと一般的なうつやアパシーといったストレス反応の違いは、ケアの送り手と受け手といった社会的相互作用が強調されており<sup>17)</sup>、患者に対して否定的で冷淡な態度をとったり、患者に対する自己の仕事ぶりに否定的評価を下すようになる<sup>17, 18)</sup>というような、自身だけでなく患者への悪影響が想定されている点にある。バーンアウトを構成する情緒的消耗感 (Emotional exhaustion)、脱人格化 (Depersonalization)、個人的達成感 (Personal accomplishment) の3因子からなるMaslach Burnout Inventory (以降MBIと記述) を用いた研究は、我が国でも看護師を中心に研究がなされており<sup>18, 19)</sup>、精神科の医療従事者はバーンアウトの高水準の割合が高いとの指摘があるが<sup>20)</sup>、精神科病棟に特化したバーンアウトの症状を他科と比較した研究は少ない。そのため、本研究では、精神科病棟に勤務する看護職および介護職者と内科病棟に勤務する看護職および介護職者の職業性ストレスとバーンアウトを比較し、精神科病棟の看護職および介護職者の職業性ストレスとバーンアウトの実態を明らかにすることを目的とした。

## II. 対象と方法

### 1. 調査対象

中国地方にある単科精神科病院2施設の病棟勤務 (急性期病棟、療養病棟、認知症専門病棟、アルコール専門病棟) と総合病院2施設の病棟勤務 (内科病棟) である看護師 (准看護師含む) と介護士、計370名を対象とした。回答は328部得られた (回収率88.6%)。そのうち、欠損値や記入ミスのあるデータを除き、男性職員は48名と少数だったため今回の分析からは削除した結果、最終的に女性の看護職175名および介護職57名、計232名を解析の対象とした。なお、本調査で対象とした精神科病棟は全て単科精神科病院内の病棟であり、内科病棟は全て総合病院内の病棟である。

精神科病棟と内科病棟別では、精神科病棟は看護師 (准看護師含む) と介護士、計212名に質問紙調査票を配布し、回答は184部得られた (回収率86.8%)。欠損値や記入ミスのあるデータを除き、男性職員は36名を削除した結果、女性の看護職85名および介護職40名、計125名を解析の対象とした。内科病棟も同様の手続きで看護師 (准看護師含む) と介護士、計158名に質問紙調査票を配布し、回答は144部得られた (回収率91.1%)。欠損値や記入ミスのあるデータを除き、男性職員は12名を削除した結果、女性の看護職90名および介護職17名、計107名を解析の対象とした。

倫理的な配慮として、調査対象の精神科病院2施設の倫理委員会および総合病院2施設の看護部倫理委員会の承認を得た。さらに、筆者所属の研究機関において精神科病院2施設および総合病院2施設の全体を対象とした研究の承認を得た。

### 2. 調査期間

精神科病院2施設は2010年6月から7月、総合病院2施設では同年10月から11月であった。

### 3. 調査方法

郵送法による記名式質問紙調査を実施した。本調査では対象とした医療機関の要望により、研究の目的とあわせて、セルフケアの資料として役立つための心身のチェックという目的もふまえて調査を行った。研究の趣旨、個人情報保護や厳重な管理等の内容をフェイスシートに記載し、同意し署名をした職員に後日個人結果を返送した。調査用紙の配布および回収、個人結果の返送は各病院の担当者に依頼し、全て個別封入した上で行った。

### 4. 調査項目

#### ①属性

年齢、性別、職種、勤務部署、勤続年数、職責、夜勤の有無である。

#### ②仕事のストレス要因、修飾要因 (ソーシャルサポートおよび満足度)、ストレス反応

職業性ストレス全般を測定するために職業性ストレス簡易調査票 (the Brief Job Stress Questionnaire : 以降BJSQと記述) を用いた<sup>21)</sup>。ストレス要因は17項目 (仕事の量的負担、仕事の質的負担、自覚的な身体的負担、対人関係によるストレス、職場環境によるストレス、仕事のコントロール度、技能の活用度、仕事の適性度、働きがい) で構成されている。修飾要因となるソーシャルサポートは9項目 (上司からの支援、同僚からの支援、家族・友人からの支援) から成り、満足度は職務満足度1項目および家庭生活の満足度1項目である。さ

らにストレス反応は29項目（活気、イライラ感、疲労感、不安感、抑うつ感、身体愁訴）であった。これらは、すべて4件法による段階的評価（1-2-3-4）で、ストレス要因では得点が高いほどストレスが高く、ソーシャルサポートおよび満足度は得点が高いほどサポートが多く満足度が高い、ストレス反応は得点が高いほどストレスが高いという得点設定を行った。

### ③バーンアウト

対人援助職に特化したストレス反応の把握として、日本版バーンアウト尺度（MBI-Japanese version）を使用した<sup>18)</sup>。本尺度は3因子構造であり情緒的消耗感が5項目、脱人格化が6項目、個人的達成感が6項目で全17項目からなる。「あなたは最近6ヶ月位のあいだに、次のようなことをどの程度経験しましたか」という質問に対して全て5件法による段階的評価（1「ない」から5「いつもある」）で回答を求めた。ただ、個人的達成感は逆転項目からなるため、項目を逆転し他の2因子と同様に得点が高くなるほどバーンアウト傾向も高くなるように設定した。そのため、個人的達成感を個人的達成感の減退（Reduced personal accomplishment）と名前を変更し記述している。

## 5. 解析方法

統計ソフトはSPSS PASW Statistics 17を用い、有意水準は5%に設定し以下の解析を行った。

### ①対象者の特性を検討するため、精神科病棟と内科

病棟間で年齢と勤続年数においては *t* 検定、職種、職責、夜勤の有無に対して  $\chi^2$  検定を行った。

②職種間によるストレス要因、修飾要因、ストレス反応、バーンアウトの相違を検討するために、精神科病棟と内科病棟のそれぞれにおいて看護職と介護職間で *t* 検定を行った。

③精神科病棟と内科病棟間でストレス要因、修飾要因、ストレス反応、バーンアウトの相違を検討するために、勤務病棟を独立変数、BJSQおよびMBIを従属変数、①の分析により差がみられた年齢、職種、夜勤の有無を共変量とした共分散分析を行った。その際、解析に用いたデータは精神科病棟と内科病棟それぞれ看護職と介護職者をあわせたものを用いている。

## III. 結果

### 1. 対象者の特性

対象者の特性をTable 1にまとめた。年齢は内科病棟に比べて精神科病棟の方が有意に高かった。年齢区分で比較すると、20歳代の割合が精神科病棟では全体の6.4%を占める一方、内科病棟は24.3%であった。また、50歳代以上の割合が精神科病棟では36.8%である一方、内科病棟は20.5%であった。

勤続年数では精神科病棟と内科病棟間において有意差は認められなかった。年数区分の比較では、3年以上6年未満の割合が精神科病棟は17.6%であったが、内科

Table 1. Comparison of psychiatric ward and internal medicine ward workers

Characteristic	Psychiatric ward N=125		Internal medicine ward N=107		Total N=232		p value	
	n	%	n	%	n	%		
Age	20-30<yr	8	6.4	26	24.3	34	14.7	
	30-40<	31	24.8	22	20.6	53	22.8	
	40-50<	40	32.0	37	34.6	77	33.2	
	50-60<	38	30.4	21	19.6	59	25.4	
	≥60	8	6.4	1	0.9	9	3.9	
	Mean age (SD)	44.7	(9.9)	40.0	(10.7)	42.5	(10.6)	0.001
Length of service	0-3<yr	26	20.8	27	25.2	53	22.8	
	3-6<	22	17.6	29	27.1	51	22.0	
	6-10<	25	20.0	18	16.8	43	18.5	
	10≥	52	41.6	33	30.8	85	36.6	
	Mean age (SD)	9.9	(8.3)	8.4	(8.0)	9.2	(8.2)	0.186
Type of occupation	Nurse	85	68.0	90	84.1	175	75.4	
	Care worker	40	32.0	17	15.9	57	24.6	0.003
Official position	Yes	14	11.2	11	10.3	25	10.8	
	No	111	88.8	96	89.7	207	89.2	0.497
Night shift	Currently	117	93.6	81	75.7	198	85.3	
	Not now	8	6.4	26	24.3	34	14.7	<0.001

p value of age and length of service determined by the *t*-test. p value of type of occupation, official position and night shift determined by the chi-square test.

**Table 2.** Means and the standard deviations of items of the brief job stress questionnaire and the Maslach burnout inventory of nurses and care workers in psychiatric wards

	Nurses N=85		Care workers N=40		p value
	Mean	SD	Mean	SD	
Brief job stress questionnaire					
Job stressor					
Quantitative workload	8.3	1.7	8.3	1.8	0.899
Qualitative workload	8.7	1.6	8.1	1.1	0.026
Physical burden	3.2	0.7	3.6	0.6	0.002
Human relationship	6.9	1.6	7.0	1.7	0.859
Workplace environment	2.8	0.9	2.9	0.9	0.513
Job control	8.3	1.8	7.9	2.1	0.288
Skill utilization	2.2	0.7	2.4	0.8	0.290
Job aptitude	2.5	0.7	2.4	0.7	0.229
Worthwhileness of working life	2.5	0.8	2.3	0.8	0.259
Job stress reaction					
Vigor	10.0	1.9	10.0	1.6	0.833
Irritability	7.0	2.2	7.3	2.1	0.443
Fatigue	7.8	2.3	7.8	2.1	0.887
Anxiety	6.3	2.2	5.8	2.3	0.206
Depressed mood	11.7	4.2	11.2	3.5	0.528
Physical complaint	21.9	6.2	21.9	6.4	0.980
Social support					
Support from superiors	6.7	2.3	6.4	1.8	0.418
Support from colleagues	7.3	1.9	7.4	1.6	0.846
Support from family/friend	9.2	2.4	9.1	1.9	0.871
Satisfaction					
Satisfied with job	2.2	0.7	2.4	0.8	0.253
Satisfied with home	2.8	0.9	2.8	0.8	0.827
Maslach burnout inventory					
Emotional exhaustion	15.0	4.4	13.4	4.0	0.056
Depersonalization	13.2	5.1	12.6	4.8	0.533
Reduced personal accomplishment	24.7	4.0	24.8	3.3	0.977

p value determined by the *t*-test.

病棟では27.1%, また10年以上が精神科病棟は41.6%であったが内科病棟は30.8%であった。

精神科病棟と内科病棟間において職種(看護職, 介護職), 職責, 夜勤の有無を比較した結果, 内科病棟に比べ精神科病棟の方が介護職の割合が高く, 夜勤を行っている看護職および介護職者の割合が高かった。職責では精神科病棟と内科病棟間において有意差は認められなかった。

## 2. 精神科病棟と内科病棟別の職種による各尺度得点の比較

BJSQおよびMBIにおける病棟別の職種比較(看護職, 介護職)では(Table 2, 3), 精神科病棟ではストレス要因の仕事の質的負荷が介護職より看護職の方が高く, 自覚的な身体的負担では看護職より介護職の方が有意に高かった。内科病棟では, 仕事の量的負担が介護職より看護職の方が有意に高かった。

## 3. 精神科病棟と内科病棟間の各尺度得点の比較

勤務病棟を独立変数, BJSQおよびMBIを従属変数, 年齢, 職種, 夜勤の有無を共変量とした共分散分析を行った結果(Table 4), ストレス要因では, 職場環境によるストレス, 仕事のコントロール度, 技能の活用度, 仕事の適性度, 働きがいによるストレスが, 内科病棟に比べて精神科病棟の方が有意に高かった。一方, 仕事の量的負担, 仕事の質的負担においては内科病棟に比べて精神科病棟の方が有意に低かった。ストレス反応では, 活気が内科病棟に比べて精神科病棟の方が有意に高かった。修飾要因のソーシャルサポートは, 上司からの支援が内科病棟に比べて精神科病棟の方が有意に低く, 職務満足度も内科病棟に比べて精神科病棟の方が有意に低かった。

MBIにおいて, 情緒的消耗感は精神科病棟と内科病棟間で有意差は認められなかった。脱人格化と個人的達成感の減退は内科病棟に比べて精神科病棟の方が有

**Table 3.** Means and the standard deviations of items of the brief job stress questionnaire and the Maslach burnout inventory of nurses and care workers in internal medicine wards

	Nurses N=90		Care workers N=17		<i>p</i> value
	Mean	SD	Mean	SD	
Brief job stress questionnaire					
Job stressor					
Quantitative workload	9.7	1.8	8.5	2.0	0.018
Qualitative workload	9.7	1.6	8.9	2.3	0.110
Physical burden	3.3	0.7	3.6	0.5	0.159
Human relationship	6.7	1.8	6.9	1.7	0.682
Workplace environment	2.4	0.9	2.2	0.9	0.318
Job control	7.5	1.7	8.2	1.6	0.120
Skill utilization	1.9	0.6	2.0	0.7	0.542
Job aptitude	2.1	0.6	2.3	0.7	0.377
Worthwhileness of working life	1.9	0.7	2.2	0.8	0.097
Job stress reaction					
Vigor	8.7	1.9	8.4	2.6	0.610
Irritability	6.5	2.2	6.9	2.6	0.481
Fatigue	7.6	2.3	7.4	2.9	0.678
Anxiety	6.2	2.2	6.4	2.5	0.727
Depressed mood	10.4	3.5	11.1	4.5	0.484
Physical complaint	20.4	5.7	23.2	8.3	0.204
Social support					
Support from superiors	7.5	2.1	6.7	2.0	0.129
Support from colleagues	7.9	1.8	7.4	2.4	0.391
Support from family/friend	9.6	2.2	9.7	1.7	0.853
Satisfaction					
Satisfied with job	2.5	0.7	2.4	0.7	0.517
Satisfied with home	2.9	0.8	2.8	0.9	0.459
Maslach burnout inventory					
Emotional exhaustion	14.5	4.5	13.9	4.3	0.627
Depersonalization	11.2	4.1	13.1	4.4	0.100
Reduced personal accomplishment	21.9	3.9	22.1	4.5	0.812

*p* value determined by the *t*-test.

意に高かった。

#### IV. 考 察

##### 1. 対象者の特徴

まず、対象者の特徴による解析により、精神科病棟と内科病棟の看護職および介護職者の特徴に違いが見られた。精神科病棟は平均年齢が高く、年齢区分から見ると高齢の看護職および介護職者が多い一方で、20代の若い看護職および介護職者が少なかった。さらに勤続年数区分の3年以上6年未満の割合が低いことは、新入職員が就職後3年以上6年未満に何らかの理由で退職している可能性が考えられる。また、精神科病棟は夜勤を行っている看護職および介護職者の割合が高かった。2012年度病院における看護職員受給状況調査によると、夜勤負担が重い病院ほど離職率が高いことを報告している<sup>8)</sup>。本研究の対象とした精神科病棟に勤

務する看護職および介護職者の具体的な夜勤時間や夜勤に入る回数は定かではないが、離職率が高まると職員一人に対する夜勤負担が増え、そして離職率がより高まるという密接な関係にあることが考えられる。そのため、精神科病棟においては、離職理由を明確にした上で人員の確保や離職防止の対策が急務と思われる。

また、精神科病棟は内科病棟に比べ介護職者の割合が多かった。本研究で調査対象とした精神科病棟の中に療養病棟や認知症病棟があったために、介護職者が多くなった可能性がある。

さらに、看護職と介護職で、精神科病棟と内科病棟の双方によりストレス要因に相違が見られている。内科病棟では介護職より看護職の方が仕事の量的負担が高かった。しかし、精神科病棟においては仕事の質的負担が介護職より看護職の方が高い一方で、自覚的な身体的負担では看護職より介護職の方が高いことが明らかとなった。介護職は身体的負担が高いとの指摘が

**Table 4.** Means and the standard deviations of items of the brief job stress questionnaire and the Maslach burnout inventory of psychiatric ward and internal medicine ward workers

	Psychiatric ward Ns-Cw N=125		Internal medicine ward Ns-Cw N=107		p value
	Mean	SD	Mean	SD	
Brief job stress questionnaire					
Job stressor					
Quantitative workload	8.3	1.7	9.5	1.9	<0.001
Qualitative workload	8.5	1.5	9.6	1.8	<0.001
Physical burden	3.3	0.7	3.4	0.7	0.208
Human relationship	6.9	1.7	6.7	1.8	0.642
Workplace environment	2.9	0.9	2.4	0.9	<0.001
Job control	8.2	1.9	7.6	1.7	0.015
Skill utilization	2.3	0.8	1.9	0.6	0.001
Job aptitude	2.5	0.7	2.2	0.6	0.002
Worthwhileness of working life	2.4	0.8	2.0	0.7	<0.001
Job stress reaction					
Vigor	10.0	1.8	8.6	2.0	<0.001
Irritability	7.1	2.2	6.5	2.3	0.136
Fatigue	7.8	2.2	7.6	2.4	0.376
Anxiety	6.1	2.2	6.2	2.3	0.747
Depressed mood	11.5	4.0	10.5	3.7	0.066
Physical complaint	21.9	6.2	20.9	6.2	0.406
Social support					
Support from superiors	6.6	2.1	7.4	2.1	0.048
Support from colleagues	7.3	1.8	7.8	1.9	0.086
Support from family/friend	9.1	2.2	9.6	2.1	0.353
Satisfaction					
Satisfied with job	2.3	0.7	2.5	0.7	0.004
Satisfied with home	2.8	0.9	2.9	0.8	0.810
Maslach burnout inventory					
Emotional exhaustion	14.5	4.3	14.4	4.4	0.340
Depersonalization	13.0	5.0	11.5	4.2	0.018
Reduced personal accomplishment	24.7	3.8	21.9	4.0	<0.001

Ns = Nurses, Cw = Care workers. *p* value determined by analysis of covariance. Covariates are age, type of occupation and night shift.

あるが<sup>4,22)</sup>、看護職と介護職の職種間に違いがないという報告<sup>15)</sup>もある。本研究においては精神科病棟および内科病棟で、職種間にストレス要因の違いが明らかになったが、同じ職場に勤務する看護職および介護職と言え、調査対象者の所属科、職務内容、ケアの対象としている患者特性の違いにより、ストレス要因は違ってくる可能性が考えられる。

## 2. ストレス要因の違い

本結果により精神科病棟と内科病棟では仕事の量的負担、また質的負担に違いがあることが示され、精神科病棟の方が量的負担、質的負担ともに低いことが明らかとなった。精神科病棟と内科病棟の職務内容における大きな違いは、精神科病棟の場合、患者とのコミュニケーション技術が中心に求められ<sup>23)</sup>、急変時および生死に関わる身体管理や医療機器使用者の対応が少な

いことがあげられる<sup>24)</sup>。そのため、内科病棟に比べ精神科病棟は量的負担、質的負担ともに低いことが予測される。加えて、精神科病棟の患者の病状が比較的安定し、時間にゆとりのある療養病棟も含まれるため量的負担が低くなった可能性も考えられる。しかし、精神科病棟は内科病棟よりも技能の活用度が低かった。山崎らは精神科の看護職は、身体面への援助技術が衰退していくことの焦りを感じやすいことを報告している<sup>12)</sup>。つまり、精神科病棟は内科病棟に比べて教育経験やこれまでの精神科以外での経験で培ってきた知識や技術を活かせていないと感じる機会があり、特に身体管理や医療機器といった身体面のケアの少なさ自体が、ストレス要因として機能している可能性が考えられる。ただ、精神科では身体面へのケアがないわけではなく、精神疾患に加え身体合併症がある患者も多い<sup>11)</sup>。さらに、精神科病棟では患者の入院、拘束、隔離など

による精神保健福祉法の知識なども必要とされ、幅広い知識と技術が必要とされる<sup>11)</sup>。そのため、精神疾患に関する病理や精神疾患を持つ患者への関わり方というコミュニケーション技術についての学習会だけでなく、身体面への医療技術や日々の職務の中で必要とされる精神保健福祉法等の研修や学習会の充実もストレス対策として重要と思われる。

職場環境によるストレス要因も精神科病棟は内科病棟に比べて高かった。精神科病棟の物理的環境の不備は、先行研究から冷暖房や照明の設備、構造上の患者へのケアの不便さや不潔さの報告がある<sup>12, 13)</sup>。特に、冷暖房の温度設定に関して、療養病棟や認知症病棟は、高齢者にあわせた温度設定がなされており、現場で働く医療従事者にとって快適な温度設定ではない状況下であることが多い<sup>11)</sup>。今回対象とした精神科病棟の一部は老朽化が進んでいることから、精神科病棟の物理的環境の不備が想定できる。また、物理的環境の不備が職員のストレス反応に影響することが指摘されていることから<sup>12)</sup>、業務を遂行する上で円滑に行えるような環境整備が期待される。これらのことから、精神科病棟の物理的環境の整備は職員のストレス対策として重要と考えられる。

さらに、精神科病棟は内科病棟よりも仕事のコントロール度が低かった。現代医療において、基本的にチーム医療が根底にあり、他職種と連携をとりながら患者にケアを行っていく。ただ、精神科の場合、治療において患者と職員の個々の人間関係が重要な意味をもつことがある。例えば、何らかの理由である特定の職員にだけは自分の苦しみや症状についての相談ができるが、それ以外の職員には口を閉ざしてしまう患者があげられる。このような場合、職員間により患者像の捉え方に違いが生じやすく、特に主治医との患者像の捉え方の相違は職員の戸惑いを大きくさせ<sup>13)</sup>、ケア目標をチームで統一しがたくなる<sup>12)</sup>。つまり、精神科病棟はケア目標を立てる際の根幹を担う患者像が職員により違うことがあり、その上でケア目標や方針をたてることになるため、個々の意見を反映できるような目標や方針に統一することは、内科病棟に比べ難しいと考えられる。そのため、スタッフミーティングやカンファレンスの充実をはかり、日頃から職種に関わらず治療に対して意見を出し合える雰囲気作りが重要と思われる。

そして、精神科病棟は内科病棟よりも仕事の適性度や働きがいが多かった。対人援助職は一般職と比べて心理的報酬の構造に違いがあることが指摘されており、特に患者やその家族からのフィードバックといった対人的報酬が重要であることが報告されている<sup>25)</sup>。しかし、精神科病棟の急性期病棟やアルコール専門病

棟では、入退院を繰り返す患者が少なくなく、特に急性期病棟では幻覚や妄想、興奮、不穏など陽性症状を呈する患者が多いため、コミュニケーションをとることすらままならないことがある。一方、療養病棟や認知症専門病棟では、無為自閉などの陰性症状を呈する患者が多く占め、病状が比較的安定している患者が多いものの、家族や身寄りがないために退院できず、病院が自宅代わりになる社会的問題も存在する<sup>11, 23)</sup>。これらの精神疾患の症状からくる問題や退院先がないといった社会的問題に、精神科病棟の看護職および介護職者は曝され無力感を抱くことが多いと推察される。「ケアを通して患者・家族のよい変化、対応がある」、「患者の状態が改善する・患者が退院する」という他科と共通した働きがいを感じる機会<sup>26)</sup>、つまり患者やその家族からのポジティブフィードバックを感じる機会が少ないことから、精神科病棟の看護職および介護職者は仕事の適性感や働きがいを実感しにくいことが考えられる。

### 3. 修飾要因

病棟看護職は同僚上司の支援がホワイトカラーと比べ低いことが報告されている<sup>5)</sup>。本結果では同じ病棟勤務でも内科病棟に比べ精神科病棟は上司の支援が低かった。しかし、ストレス要因の対人関係によるストレスでは、精神科病棟と内科病棟で有意差が認められていないため、対象とした精神科病棟の職場の人間関係が特に悪く、そのために上司の支援が低くなったとは考えにくい。一つの可能性として精神科病棟と内科病棟とでは、看護職および介護職者の上司に求める支援の内容が違うことが考えられる。本研究のストレス要因の結果から、精神科病棟と内科病棟では仕事の量的負担、仕事の質的負担、仕事のコントロール度などストレス要因に有意差が認められていた。仕事で求められる内容が違えば、職員の求める支援も異なってくることが考えられる。さらに、看護職のバーンアウトにおいて、経験年数により有効なサポートの経路や種類が異なっていることが明らかになっている<sup>27)</sup>。今後、精神科に従事する職員のサポート体制の強化のために、精神科に勤める看護職および介護職者の求めるソーシャルサポートについてより詳しい研究が望まれる。

また、精神科病棟は内科病棟に比べ職務満足度が低かった。職務満足度は職務上の「よかった」「うれしかった」というポジティブ経験が多いことに関係している<sup>28)</sup>が、前述した精神科病棟における仕事の適性度や働きがいの低さにより、精神科病棟は内科病棟に比べポジティブ経験が少ないことが考えられる。

#### 4. ストレス反応およびバーンアウトの相違

松岡らは精神科病院に勤務する看護職および介護職者を対象に調査を行い、「多愁訴」、「呼吸器」、「抑うつ」、「神経症」の4つの尺度得点が、一般市民集団と比較して有意に高いことを報告している<sup>15)</sup>。一般的に精神的ストレス反応が高いとされる医療従事者の中で<sup>3, 6)</sup>、精神科病棟の看護職および介護職者は内科病棟の看護職および介護職者と比べても、ポジティブな心理的反応である活気<sup>21)</sup>が低いことが明らかとなった。

バーンアウトにおいて、情緒的消耗感では有意差が見られなかったものの、脱人格化と個人的達成感の減退が高いことが示された。荻野は日本の看護職者を対象にバーンアウトのプロセスモデルを検証しており、最初に情緒的消耗感が生じ、次に脱人格化、最後に個人的達成感が減退するというLeiter & Maslachのプロセスモデル<sup>29)</sup>がより妥当であることを明らかにしている<sup>27)</sup>。このモデルに従い本研究の結果を踏まえると、精神科病棟の看護職および介護職者は内科病棟の看護職および介護職者に比べ、バーンアウトが進行している可能性が考えられる。バーンアウトとうつおよびアパシーの症状との違いは、無気力になるだけでなく外罰的になる点であり、それらの特徴的な症状は脱人格化と個人的達成感の後退であることが指摘されている<sup>30, 31)</sup>。そのため、精神科病棟の看護職および介護職者のバーンアウトの高さは自身の心身の悪化だけでなく、サービスの質の低下から患者へも悪影響しかねない。北岡は精神科看護師のバーンアウトが医療事故に繋がる可能性を指摘していることから<sup>32)</sup>、精神科病棟におけるストレス対策は職員のメンタルヘルスの悪化の防止とともに、患者へのサービスの質の低下の防止という視点も含め重要と考えられる。また、精神科病棟はストレス要因である仕事の適性感や働きがいを実感しにくい可能性を述べたが、井川らは対人援助職のバーンアウトを情熱と報酬の関係性から考察している<sup>25)</sup>。この報告によると対人援助職のバーンアウトは、適切な報酬が担保されている場合、仕事への情熱をもつことがバーンアウトを防止する一方で、特に患者やその家族からの対人的報酬が低い場合は、仕事への情熱を強く持つことが逆にバーンアウトの悪化を招く可能性を明らかにしている。精神科病棟は、前述した患者の特徴や社会的入院の問題から職務を通じて関わる患者やその家族からのポジティブフィードバック、つまり対人的報酬が低く、適性感や働きがいを感じにくいことが考えられる。そのような状況で、仕事に対する情熱やモチベーションを過剰に持ちすぎた看護職および介護職者らが、バーンアウトに陥りやすいことが懸念される。その一方で、仕事に対する情熱やモチベーションが少なすぎても、達成感ややりがいに結びつかず、バーンアウト

に陥ってしまうことが予測されることから、管理者にはスタッフの高度なマネジメントスキルが求められる。そのため、前述した職員全体への学習会の充実とともに、管理者に対するスタッフのマネジメントスキルを充実させるための学習機会を与えることもバーンアウトの予防、またストレス対策として重要と考える。

以上の考察から、内科病棟に勤務する看護職および介護職者との比較により、精神科病棟に勤務する看護職および介護職者の重点的なストレス対策として、職場環境の整備、カンファレンスの充実、スタッフおよび管理職者に対する学習機会の提供の三つの視点が重要と考えられる。

#### 本研究の限界

本研究の限界を主に三点あげる。一つ目は、本研究の調査時期である。本研究の調査時期が、対象とした医療機関の希望により精神科病棟と内科病棟で同時期に行うことができなかった。そのため、調査時期に若干の差異が生じていることから、結果に影響している可能性が考えられる。二つ目は、本研究では精神科の各病棟を精神科病棟と一つにまとめ職業性ストレスおよびバーンアウトを検討したが、近年精神科病棟は機能分化がすすみ、精神科病棟別においても業務の量的、質的な差が指摘されている<sup>11, 14, 33)</sup>。さらに、本考察の対象者の特性において職種間によりストレス要因が違う可能性を記述したが、病棟別に職種間のストレスの違いが予測されることから、詳細な職業性ストレスの把握、またストレス対策の検討にはより細分化した分析が必要であろう。最後の三つ目は、本研究では職業性ストレスを把握するために一般的に用いられているBJSQを使用した点である。看護師などの対人援助職に特化したストレス要因を把握する尺度<sup>34)</sup>、さらに精神科の対人援助職に特化した尺度<sup>35)</sup>を用いて、より厳密に検討することも重要と思われる。

**謝辞：**本研究にあたりご協力頂きました各医療機関の皆様へ深く感謝致します。

#### 文 献

- 1) 内閣府. 平成25年版自殺対策白書 平成24年度我が国における自殺の概要及び自殺対策の実施状況 [概要] 第1章自殺の現状. 2013.
- 2) 厚生労働省. 平成20年患者調査の概況. 2008.
- 3) 森 俊夫, 影山隆之. 看護者の精神衛生と職場環境要因に関する横断的調査. 産衛誌 1995; 37: 135-42.
- 4) 武内宏憲, 田口豊郁. 社会福祉現場職員のストレス実態—ホームヘルパーの職業性ストレス調査および精神健康調査—. 川崎医療福祉学会誌 2003; 13: 111-6.



- 5) 影山隆之, 錦戸典子, 小林繁生, ほか. 病棟看護職における職業性ストレスの特徴および精神的不調感との関連. *こころの健康* 2001; 16: 69-81.
- 6) 影山隆之, 森 俊夫. 病院勤務看護職者の精神衛生. *産業医学* 1991; 33: 31-44.
- 7) 小木和孝. 夜勤・交替勤務に関する最近の動向と求められるエビデンス. *EBNRSNG* 2004; 4: 8-12.
- 8) 公益社団法人日本看護協会広報部. 2012年病院における看護職員需給状況調査速報. 2013.
- 9) 原野かおり, 谷口敏代, 小林春男. 介護労働における夜間勤務者の疲労の実態. *川崎医療福祉学会誌* 2012; 21: 208-17.
- 10) (社)日本看護協会中央ナースセンター事業部. 2004年新卒看護職員の早期離職等実態調査概要. 2005年新卒看護職員の入職後早期離職防止対策報告書. 2006; 25-33.
- 11) 矢野浩紀, 安部博史, 大森久光, ほか. 精神科における看護者のストレス要因—急性期病棟と療養病棟の比較—. *産業医科大学雑誌* 2009; 31: 293-303.
- 12) 山崎登志子, 齋二美子, 岩田真澄. 精神科病棟における看護職の職場環境ストレスとストレス反応との関連について. *日本看護研究学会雑誌* 2002; 25: 73-84.
- 13) 野中真由子. 精神科看護職者のストレス要因とその対処行動. *心身健康科学* 2008; 4: 47-53.
- 14) 山田 修, 立森久照, 宮本有紀, ほか. 診療報酬上の精神科包括病棟における看護スタッフの職業性ストレスの特徴. *日精協誌* 2002; 21: 77-81.
- 15) 松岡治子, 鈴木庄亮. 看護・介護職者の自覚的健康および抑うつ度と自覚症状との関係. *産衛誌* 2008; 50: 49-57.
- 16) 厚生労働省精神保健福祉課. 精神障害者退院促進支援事業実施要領. 2003.
- 17) Maslach, C. Burnout. A multidimensional perspective. In W. B. Schaufeli., C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington DC: Taylor & Francis, 1993: 19-32.
- 18) 田尾雅夫, 久保真人. *バーンアウトの理論と実際*. 誠心書房. 1996.
- 19) 木村良美, 八代利香. 看護職者のバーンアウトに関する要因. *日本職業・災害医学会誌* 2012; 58: 120-7.
- 20) Ashtari Z, Farhady Y, Khodae MR. Relationship between job burnout and work performance in a sample of Iranian mental health staff. *Afr J Psychiatry* 2009; 12: 71-4.
- 21) 下光輝一. 職業性ストレス簡易調査票を用いたストレスの現状把握のためのマニュアル—より効果的な職場環境等の改善対策のために—. 平成14年～16年度厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究【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】. 2005.
- 22) 林 隆司, 小林聖美, 鈴木康文, ほか. 介護老人施設職員の職業性ストレス—リハビリテーション職・看護職・介護職・相談職の比較から—. *医療保健学研究* 2011; 2: 43-63.
- 23) 松岡晴香. 精神科勤務における看護職者の職業性ストレスとその影響. *日本精神保健看護学会誌* 2009; 18: 1-9.
- 24) 日塔恵理香, 石政直子, 前田 憲, ほか. 精神科看護職と一般科看護職とのストレス要因を探る—看護職ストレス尺度を用いて比較する—. 第38回日本看護学会論文集(精神看護) 2007; 170-2.
- 25) 井川純一, 中西大輔, 浦 光博. ソーシャルワーカーのバーンアウト—情熱と報酬に着目して—. 第28回産業・組織心理学会大会発表論文集 2012; 28: 48-51.
- 26) 河野由理, 高橋澄子, 河野美智子. 精神科看護職の働きがいに関する調査. 第38回日本看護学会論文集(精神看護) 2007; 144-5.
- 27) 荻野佳代子. 看護職におけるバーンアウトプロセスモデルの検討. *産業・組織心理学研究* 2004; 17: 79-90.
- 28) 小林優子, 原谷隆史, 加藤光資. 看護婦のストレスに関する研究. *新潟県立看護短期大学紀要* 2000; 6: 47-55.
- 29) Leiter MP, Maslach C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *J Organ Behav* 1988; 9: 297-308.
- 30) Firth H, McIntee J, McKeown P, Britton P. Burnout and professional depression: related concepts? *J Adv Nurs* 1986; 11: 633-41.
- 31) 久保真人, 田尾雅夫. バーンアウトの測定. *心理学評論* 1992; 35: 361-76.
- 32) 北岡(東口)和代. 精神科勤務の看護職者のバーンアウトと医療事故の因果関係についての検討. *日本看護科学会誌* 2005; 25: 31-40.
- 33) 布川智恵, 稲谷ふみ枝. 精神科における看護職者のストレス及び職務満足度, 精神的健康度—精神科病棟機能別比較—. *久留米大学心理学研究* 2012; 11: 55-60.
- 34) 東口和代, 森河裕子, 三浦克之, ほか. 臨床看護職の仕事ストレスについて—仕事ストレス測定尺度の開発と心理測定学的特性の検討—. *健康心理学研究* 1998; 11: 64-72.
- 35) Yada H, Abe H, Funakoshi Y, et al. Development of the Psychiatric Nurse Job Stressor Scale (PNJSS). *Psychiatry Clin Neurosci* 2011; 65: 567-75.

## Job Stress and Burnout among Nurses and Care Workers in Psychiatric Wards —A Comparison with Internal Medicine Wards—

Toshiki FUKUZAKI<sup>1</sup> and Hiroyuki TANIHARA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Okayama EAP Counseling Room, Hayashi Foundation Psychiatric Research Institute, 472 Hama, Nakaku, Okayama 703-8520, Japan

**Objectives:** To demonstrate the actual state of job stress and burnout among nurses and care workers working in psychiatric wards by comparing them with those who serve in internal medicine wards. **Methods:** A survey was conducted of female ward nurses and care workers working at two psychiatric hospitals and two general hospitals in the Chugoku area using the brief job stress questionnaire and the Maslach burnout inventory-Japanese version. A total of 232 female nurses and care workers were analyzed, 125 from psychiatric wards and 107 from internal medicine wards. **Results:** Job stressors of stress due to workplace environment, job control, skill utilization, job aptitude and worthwhileness of working life were significantly greater in psychiatric wards than in internal medicine wards. Stress of quantitative and qualitative workloads, however, was significantly lower in psychiatric wards than in internal medicine wards. For job stress reaction, vigor was significantly lower in psychiatric wards than in internal medicine wards. For burnout, psychiatric wards scored significantly higher in depersonalization and reduced personal accomplishment compared with internal medicine wards. **Conclusions:** Reviewing these results and their association with stress control policy in psychiatric wards, we suggest that three factors are important: maintaining working environment, enhancing conferences, and providing learning opportunities.

(*San Ei Shi* 2014; 56: 47–56)