

論 説

医療福祉分野における対人援助サービス従事者の 精神的健康の現状と、その維持方策について — 職業性ストレス研究の枠組みから —

森 本 寛 訓^{*1}

要 約

本論文では、医療福祉分野における対人援助サービス従事者の精神的健康の現状と、その維持方策について、職業性ストレス研究の枠組みを用いて先行研究を整理した。対人援助サービス従事者が体験する職場ストレスは、職務量の多さ・職務の質的困難さ、クライアントとの関係、職場の人間関係に代表され、これらが対人援助サービス従事者の精神的健康を阻害していた。維持策の一つとして、対処やソーシャルサポートなどのストレス対処資源要因を用いた職場環境の改善が効果的であることが示された。更に人的職場環境である職場の人間関係に関する研究によれば、職場の人間関係は、ソーシャルサポートと、対人援助サービスの職務特徴である協働との間に関連性があり、その改善は精神的健康維持を効果的に行えることが示された。また、ストレス対処資源要因の効果を捉える際に職務満足感との関連を考慮すると積極的な予防に繋がることも示唆されている。

1. はじめに

社会の少子・高齢化に伴い、これまで以上に医療福祉サービスを必要とする人々は増加すると言われている。また、近年の不安定な社会情勢から、人々が安寧に社会生活を送るためにも医療福祉の充実が必要である。実際に現在では、多額の資本と労働力が医療福祉の分野に投入されている。医療福祉は、医療と福祉が連携してクライアントのニーズに応えるサービスを提供するものであるが、本来、医療と福祉は別々の目的をもって確立されたものであった。具体的には、医療は医学的手段によってクライアントの問題を解決することを目的とし、福祉は公的扶助によってクライアントの生活の安定を目的としていた。しかし、医療が、その技術を発展させることで対象を拡大し、また福祉が、国民の生活水準が安定し、そのニーズが少子・高齢化やライフスタイルの多様化といった社会情勢に沿って普遍的なものに変化したときに、両方の分野は重複する場面が増えるようになった¹⁾。加えて最近の疾病の趨勢として生活習慣病や慢性病が増加し、よりクライアントの生活に密着した全人的アプローチが望まれるようになったときに^{2,3)}、医療と福祉の重複分野は整理、

統合され「互いを抛りどころとした医療福祉サービス⁴⁾」が誕生したと考えられる。

医療福祉は様々な専門性を持った人々が協力して為されるものであるが、その中で対人援助サービスという形で医療福祉を実践する人々のことを「対人援助サービス従事者(以下「従事者」とする)」という。対人援助サービスとは基本的に疾患や障害、発達に関する問題を抱えた人々(以下「クライアント」とする)に対し、受容的・共感的態度をベースとしながら、対人援助のための専門技術を提供する職務のことである^{5,6)}。ここで田尾⁶⁾は、特に対人援助のための専門技術は、「処理技術」、「維持技術」、「変化技術」から構成されることを指摘している。まず「処理技術」とは、クライアントに特定のラベルを貼り、それに伴う立場、地位を授与する役割を担うものである。この技術は医療福祉の入り口で用いられるものであり、医療では「診断」、福祉では「判定」と呼ばれている。次に「維持技術」であるが、この技術はクライアントの現状を維持し、それ以上の悪化を防ぐことが目的であるが、場合によっては、その人の資源不足を補うこともある。維持技術は主に福祉の分野で用いられる技術であり、例えば高齢者福祉場面においては「介護」、知的障害児・者福祉場面

*1 川崎医療短期大学 一般教養

(連絡先) 森本寛訓 〒701-0194 倉敷市松島316 川崎医療短期大学

においては「支援(指導)」となる。最後に「変化技術」であるが、この技術は基本的にクライアントの生物学的、心理学的、社会的特質を変えるものであり、主に医療の分野で用いられる技術である。変化技術には更に「復元」と「高揚」という2つの下位機能から構成され、例えば復元は「治療」であり、高揚は「保健」のことである。いずれにしても、対人援助サービスはクライアントの抱えている問題を扱うため、これらの専門技術を実践する際には「速やかに、かつ正確に」行う必要があるといえる。そして、その際にインフラストラクチャー(infrastructure)や保険制度など社会的枠組みの整備が必要であるのは言うまでもないが、対人援助サービスが極めて労働集約的であること⁷⁾を踏まえると、従事者の精神的健康を維持することが対人援助サービスを速やかに、かつ正確に行うために肝要であると考えられる。

先述したが対人援助サービスは極めて労働集約的である。すなわち対人援助サービスは、クライアントに対する受容的・共感的態度や、対人援助に関する専門技術といった従事者自身の行為そのものである。もし従事者の精神的健康が害されると、受容的・共感的態度が取りづらくなったり、専門技術を正確に行使できず、様々なミスを引き起こしたりする可能性が出てくる。例えば最近の様々な医療ミスや、福祉施設における虐待事件は、その背景に従事者の精神的疲労があるとされており⁸⁾、以上のことを裏付ける出来事であるといえよう。では、どのようにしたら従事者は自らの精神的健康を維持できるのであろうか。従来より対人援助サービスという職業は、他職業と比べて精神的健康に負荷がかかることが報告されている^{9,10)}。また、現在では様々な職種において確認されている「燃えつき症状(burn

out)は、もともと対人援助サービスという職種に特有の精神消耗状態として報告されたものである¹¹⁾。これらのことから、従事者の精神的健康は対人援助サービスという職業によって阻害されやすい事が伺え、その維持方策を検討する際には、その職業場面に着目して行うと有効であると考えられる。

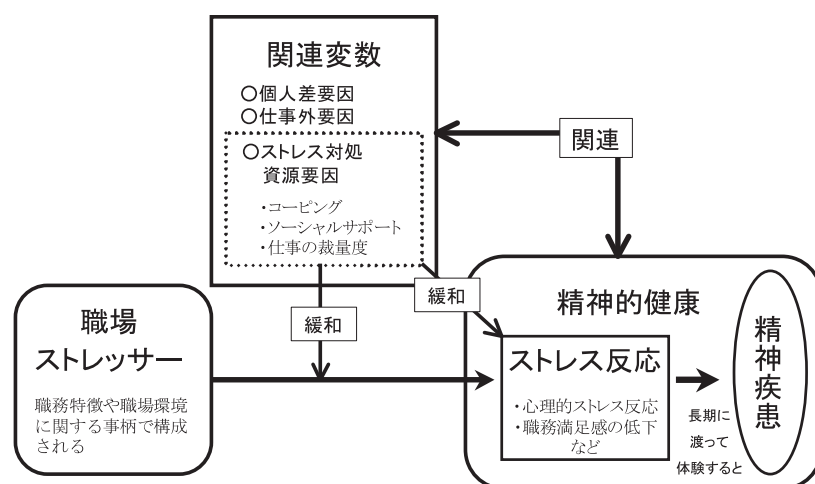
本論文では対人援助サービスの職業場面に着目し、これまでの研究報告を踏まえて、従事者の精神的健康の現状と、その維持方策について整理した。その際には、従来より職業場面に関連した精神的健康維持方策について検証が重ねられている職業性ストレス研究の枠組みを用いた。

2. 職業性ストレスモデルについて

職業性ストレス研究について簡単に概観する。職業性ストレスに関するいくつかの研究は、これまでに産業組織心理学と臨床心理学、疫学の分野で主に行われており、いずれにおいても職業場面における精神的健康維持方策を検討するためにモデルが作成されてきた。これらのモデルは、基本的に精神的健康の阻害要因である職場ストレスと、それが導くストレス反応との因果関係を骨子として、職場ストレスとそれ以外のストレス反応に関連する変数(以下「関連変数」とする)を踏まえ構成されている。ここで図1は、これまでに提出された職業性ストレスモデル^{12,14-19)}を森本が要約したものである。

2-1. 各モデルが作成された分野による職業性ストレスモデルの分類

産業組織心理学の分野で作成された職業性ストレスモデルとして、ミシガン大学の社会研究所(Institute for Social Research)が考案した「人間-環境適合モ



※図1は森本がこれまでに提出された職業性ストレスモデル¹²⁾
14) 15) 16) 17) 18) 19) を要約して作成した

図1 職業性ストレスモデルの概要

デル(Person-Environment Fit Model)」がある¹²⁾。このモデルは、職場ストレスにあたる職場環境の要求水準(「E」と省略される)と就労者の能力や要求(「P」と省略される)との関係には至適状態があり、EがPに対して過大(overload)もしくは過小(underload)だと様々なストレス反応が生起することを説明している。また、このモデルは職場環境を職務(job)、組織(organization)、職種(vocation)というように細分化し、それぞれの内容における適合モデルが作成されている。

次に臨床心理学の分野において作成された職業性ストレスモデルは、Lazarusの心理学的ストレスモデル¹³⁾に依拠している。Lazarusのモデルは、ストレス反応を、ストレス(環境)と個人の認知的評価やコーピングとの動的な相互作用によって説明しようとするものである。よって、この分野における職業性ストレスモデルは、職場環境と就労者との相互作用による適応過程に着目している点が他の分野の職業性ストレスモデルに比べてユニークな点である。Lazarusのモデルを用いた研究は、例えば、島津・小杉¹⁴⁾、島津・布施・種市・大橋・小杉¹⁵⁾、小杉¹⁶⁾などが行っている。

最後に疫学の分野において作成された職業性ストレスモデルとして、Cooper & Marashall¹⁷⁾のモデルと、Karasek¹⁸⁾のJob Demand-Control Model(「JDCモデル」)、Hurrell & McLaney¹⁹⁾のNIOSHモデルがある。

Cooperらのモデルは、職場内外のストレスが個人差要因を経由してストレス反応(モデル内では「symptoms of occupational ill health」と表記されている)を導き、結果として様々な疾病を引き起こすことを提示したものである。このモデルは職業場面を良く記述し、ストレス反応と様々な疾患が発生するまでの機序を明示した点で有益なモデルである。しかし、職場ストレスを記述する際に、職種や職域ごとにその記述を行ったので、様々な職業場面に共通する職場ストレスが同定されず、結果として普遍性のないモデルとなっていることが指摘されている²⁰⁾。

KarasekのJDCモデルは、職場ストレスに該当する「仕事の要求度(job-demand)」と、ストレス対処資源要因(以下「資源要因」とする)に該当する「仕事の裁量度(decision latitude)」の組合せによって、就労者のストレス反応または様々な疾患を説明するものである。例えば、最もストレス反応を導く職業場面として、仕事の要求度が高く、かつ仕事の裁量度が低い状況(モデル中では「High strain job」にあたる)を想定している。このモデルは現

在でもストレス反応や疾患を導く職場環境を査定する調査票の背景理論として用いられているが²¹⁾、特に、「心血管疾患」を予測するモデルとして有効であることが知られている²²⁾。

HurrellらのNIOSHモデルは、Hurrellらが所属していた米国国立職業安全保健研究所(National Institute for Occupational Safety and Health : NIOSH)で作成されたモデルである。このモデルは、職場ストレスが様々な関連変数に影響を受けて、まず急性のストレス反応を導き、急性ストレス反応が長期化すると精神疾患の発症を導くことを明示したものである。また加えて、職場ストレスに注意を払うことで一次予防を図ることも強調している。NIOSHモデルの構成は、Cooperらのモデルと概ね同じである。しかしCooperらのモデルのように、特定の職種や職域だけでなく、より一般的な職業場面を想定して作成されており、モデルの内容に基づいて普遍性のある調査票が作成されている。

2-2、介入ポイントによる職業性ストレスモデルの分類

以上の分類に加えて職業性ストレスモデルは、各モデルが重視する介入ポイントによっても分類が可能である(表1参照)。まず、職場ストレスとなる変数の同定に力点を置き、職場ストレスの除去によって、ストレス反応を低減し精神的健康維持を目指すものとして、「Cooperらのモデル」と「HurrellらのNIOSHモデル」がある。また、職場ストレスとストレス反応の関係に留意しながら、ストレス反応を緩和する資源要因を操作することで精神的健康維持のための介入の視点を提供するモデルとして、「Frenchらの人間環境適合モデル」と、「KarasekのJDCモデル」、「Lazarusの心理学的ストレスモデル」がある。

以上の分類から、職業性ストレスモデルが提案する介入法は、「職場ストレスの除去」と「資源要因の活用」の2つに集約できることがわかる。職業性ストレス研究は疾病の予防または修復を主目的としてきた。そのためいずれの介入法も、精神疾患の予防、修復を行う際の手続きについて有益な示唆を与えるものである。

3、職業性ストレスモデルによる従事者の精神的健康の現状と、その維持方策について

図1のモデル構成に従い、従事者の精神的健康の現状とその維持方策について先行研究を整理する。具体的には、まず「3-1、対人援助サービスにおける職場ストレス」について概観し、「3-2、従事者の精神的健康の実態」について触れ、最後に

表1 職業性ストレスモデルの概略

介入ポイントの違い	作者	職場ストレスラー	ストレス反応、精神疾患に関連する変数	ストレス反応・精神疾患	備考
職場ストレスラーとなる変数の同定に力点を置き、職場ストレスラーの除去によって、精神的健康維持・増進を目指す	Cooper & Marashall ¹⁷⁾	5領域（作業固有の要因、職場組織での役割、昇進等キャリア形成、職場の人間関係、職場組織の構造や風土）からなる職場内のストレスラーと職場外のストレスラーで構成される。	不安レベル、神経質レベル、曖昧さへの耐性、タイプAパーソナリティなどの個人差要因を設定している	ストレス反応としては生理面（血圧、コルステロール）、心理面（抑うつ気分）、行動面（喫煙、飲酒）に関する状態を設定している。また精神疾患ではないが、精神状態との関連が深い冠状心臓動脈疾患を設定している。	各職種、各職域ごとに職場ストレスラーを同定していくため、普遍性を欠くモデルになりがちである。
	Hurrell & McLaney ¹⁹⁾	物理的環境、役割葛藤、役割の曖昧さ、対人関係葛藤、将来への曖昧さ、職務量の多さなど	個人差要因（年齢、性別、婚姻状態など）、仕事外要因（国内または家庭内の要求）、資源要因（上司、同僚からのソーシャルサポート）を設定している	ストレス反応として、心理的（職務不満、抑うつ感）、身体的（身体の不調）、行動的（事故、薬物の使用、病欠）状態・状況を設定している。	先行して作成された職業性ストレスモデルの最大公約数的なモデルである。
職場ストレスラーとストレス反応との関係に留意しながら、ストレス反応を緩和する関連変数を操作することで精神的健康維持・増進を目指す	French, Rodgers, & Cobb ¹²⁾	職務内容（job）、職場組織（organization）、職業（vocation）を設定し、関連変数である個人要因との適合性が悪いと職場ストレスラーになる	要求（needs）、能力（ability）などの個人差要因を設定し、職場ストレスラーとの適合性が良いと資源要因となる。	モデル内では設定されていないが、ストレス反応として、心理的（職務不満、抑うつ、不安など）、行動的（喫煙、カフェイン飲料の摂取など）、生理的（血圧、心拍の亢進など）状態を設定しモデルとの関連が検証されている。	人間-環境適合モデル（Person-Environment Fit Model）とも呼ばれる。個々の就労者の要求や能力と職場環境との要求水準との適合性が悪いとしている。
	Karasek ¹⁸⁾	仕事の要求度（job demand）として表現される。内容は「懸命に働かなければならない」「為すべき仕事が多い」など主に職務量の多さに関する職場ストレスラーのことである	資源要因として決定の権限（decision authority）、技術の自由裁量（skill discretion）という2つの下位尺度からなる仕事の裁量度（decision latitude）を設定している。	モデル内で特に設定することはないが、抑うつ、不安、職務不満感との関連が確認されている。また、精神疾患ではないが、敵意感情などの精神状態と関連が深い「心血管疾患」を予測するモデルとして有効であることが知られている。	「Job Demand-Control Model」 ²¹⁾ とも呼ばれる。最近開発された「仕事のストレス判定図 ²¹⁾ 」の背景理論として用いられた。
	島津・小杉 ¹⁴⁾ 島津・布施・種市・大橋・小杉 ¹⁵⁾ 小杉 ¹⁶⁾	「過度の圧迫感」「役割の不明瞭性」「能力の欠如感」「過度の負担感」という4領域で構成している	資源要因としてコーピング、ソーシャルサポートを設定している。特にコーピングは、「積極的な問題解決」「逃避」「他者からの援助」「諦め」「行動・感情の抑制」という6領域で構成している	「怒り」「循環器系の不調」「対人場面での緊張感」「疲労」「過敏」「抑うつ」という6領域で構成している。	Lazarus & Folkman ¹³⁾ の心理学的ストレスモデルを参照している。そのため、就労者と職場環境との相互作用における動的な適応過程に着目している点が他のモデルと比べてユニークな点である。

※表1は森本が表中に示した先行研究をもとに作成した。
 ※表中の「資源要因」とは「ストレス対処資源要因」のことである。

「3-3、従事者の精神的健康維持のために-資源要因の活用とその効果の捉え方」と題して記述する。

3-1、対人援助サービスにおける職場ストレスラー一般的に職場ストレスラーとは、それぞれの職種における職務特徴や職場環境が就労者の心身に負荷をかけている状態・状況のことを指す²⁰⁾。よって職場ストレスラーを同定する際には、まず、その職種に特有の職務特徴や職場環境を把握する必要があると考えられる。対人援助サービスに特有の職務特徴として、「クライアントに対し、受容的・共感的態度をベースとしながら、援助に関する専門技術を提供する」ことが挙げられる。この職務特徴は、対人援助サービスの定義であって、まさにこの職種に特有の職務特徴であるのだが、これに関連して職場ストレスラーになりうるいくつかの職務特徴、または職場環境がある。ここでは対人援助サービスに特有の職務特徴に触れながら、従事者の職場ストレスラーについて先行研究を参照し、述べる。

3-1-1、職務量の多さ、職務の質的困難さ

従事者は対人援助の「処理技術」「維持技術」「変化技術」といった専門技術を活かして職務を行うが、その内容は多岐に渡る。例えば、高齢者福祉施設の介護職員は、対人援助の維持技術を中心にしてクライアント（利用者）の食事、入浴、排泄の介助から、余暇（レクリエーション）活動、生活記録などの職務がある²³⁾。これらの報告から、介護職員を含め、基本的に従事者の職務はクライアントの日常生活全般に関わり休みなく続くため、職務の量は多くなる

傾向が伺われた。

このような「職務量の多さ」は従事者の精神的健康を阻害する可能性があり、例えば、臼井・二村・阿部・森²⁴⁾は「病棟に十分な人手がない」といった「労働過多」が看護師の燃え尽き症状を導くことを報告している。また同じく佐藤・天野²⁵⁾は看護師を対象にした調査において、12時間以上の超過勤務になるとイライラ感の訴え率が高くなったり、労働意欲の低下が見られることを報告している。矢野・中谷・巻田²⁶⁾は「利用者に問題行動があり、特に手がかかる」、「夜勤時に仕事が多くて忙しい」といった職務内容が、高齢者施設介護職員の抑うつ、不安、不機嫌・怒りなどの情動反応を導いていることを報告している。

これに加え、従事者の職務は専門性が要求されるため習熟を要し、実践する際には十分な注意と適切な判断が必要である。例えば、知的障害児・者施設の支援員は、クライアントである利用者が有する障害の種別や知的機能、適応能力を知悉する必要があり、利用者は心理機能または行動レベルにおいて変動が大きいため、施設内では利用者の行動に十分な注意を払い、時に応じて適切でかつ正確な支援が要求される^{27,28)}。

以上のような職務の質的内容は、時に従事者に負荷をかけ、それを行う際には困難を伴うことがあると考えられる。そして、このような「職務の質的困難さ」も従事者の精神的健康を阻害する可能性がある。例えば、松本・池田・森²⁹⁾は職場ストレスラー

の質的労働負荷として設定した「仕事の内容」、「責任の重さ」が看護師の精神的健康を最も害していることを報告している。また、武田³⁰⁾は知的障害施設職員に対して行った調査において、自らが担当する利用者の実数ではなく、「利用者中の重度者の割合が増加」するとイライラの状態の訴え率が上昇したことを報告している。

以上より、対人援助サービスという職務は、その「職務量の多さ」、「職務の質的内容の困難さ」において特徴があり、この特徴は従事者の精神状態に負荷をかけ、職場ストレス者になりうるということがわかる。

さて、従事者の職務が、その量が多くなったり、質的に困難になったりするのは、対人援助サービスの対象が様々な問題を抱えた「クライアント(人)」であるからと考えられる。

3-1-2, クライアントとの関係

対人援助サービスの対象であるクライアントと従事者の関係に関連した職場ストレス者について述べる。対人援助サービスという職務は、クライアントに対して受容的・共感的態度を示したり、対人援助に関する専門技術を提供することである。そしてこれらの職務は、すべてクライアントと従事者の対人関係においてなされるものである。

対人援助サービスは、基本的に「従事者がクライアントに対して援助を行う」という図式のもと、従事者は職務として対人関係を築く。そのため従事者は自らの好悪感情に左右されず、平等にクライアントと接する必要がある⁶⁾。また従事者は受容的・共感的態度をもってクライアントを援助するが、一方ではクライアントの状態を冷静に判断し、専門技術に基づいて援助を行わなければならない。すなわち従事者はクライアントに対して暖かく、かつ冷静な態度を職務として求められているのである⁶⁾。このような対人関係を築くことは、従事者にとっての職務であるから、職場では当然のように行えることとして要求されている。しかし、クライアントが抱える問題如何では、自らの援助技術が効果的でないように思えたり、クライアントの態度によって、受容的・共感的態度を取ることが困難であることも予測される。この時に従事者はクライアントとの対人関係を維持する事に葛藤を覚え、精神的に負担を感じることがある³¹⁾。例えば、森本³²⁾は高齢者施設介護職員を対象にした調査において、わがままで非協力的な態度の利用者との関係が、介護職員の消耗感を最も促進していた事を報告している。豊嶋・須佐³³⁾も高齢者施設介護職員を対象にして調査を行っているが、その結果、処遇が困難な利用者への

対応の負担感が最も燃え尽き症状を導いていた。北岡・谷本・林・淵崎・所村・福島・松本・桶谷³⁴⁾は、看護師を対象にした調査研究において、患者との人間関係(訴えが多い患者、または嫌だと思ふ患者と接する)が疲弊感やシニシズム(cynicism)などの燃え尽き症状を導いていたことを報告している。

以上より「クライアントとの関係」は対人援助サービスという職務の特徴であって、従事者にとっては職場ストレス者になりうるということがわかる。

3-1-3, 職場の人間関係

一般的に対人援助サービス場面では、従事者が持つ専門性を活かし、より多角的な視点からクライアントの状態を把握するため、従事者同士の協働が行われている³⁵⁾。また、この協働は、量が多く、質的に困難な職務を効率よく行うための就労形態でもある^{36,37)}。いずれにしても、対人援助サービスを実践する際には協働が必要であるのだが、この協働の過程では、上司、同僚、または他職種との関係において葛藤・対立を体験する可能性があり、さらにこのような職場における人間関係が従事者の精神的健康を阻害する可能性がある。例えば、矢富・中谷・巻田²⁶⁾は特別養護老人ホームを対象にした調査において、「上司、同僚との葛藤」が不安、不機嫌・怒りなどの心理的ストレス反応を導くことを報告している。また久保・田尾³⁸⁾は看護師を対象にした調査によって、「上司、または同僚との人間関係」が燃え尽き症状を導くことを報告している。

以上より、協働は、対人援助サービスに不可欠な職務特徴なのであるが、協働を行う際には「職場の人間関係」が従事者の職場ストレス者になりうるといえる。

3-1-4, その他の職場ストレス者

以上で挙げた「職務量の多さ・職務の質的困難さ」、「クライアントとの関係」、「職場の人間関係」という職場ストレス者は、対人援助サービスに特有の職務特徴に関連した代表的なものであるが、職務役割の不明瞭さ^{11,39)}や、不規則な勤務体制^{25,29,40-42)}、成果の見えにくさ⁴³⁾なども対人援助サービスに特有で、かつ従事者が頻回に体験する職場ストレス者として挙げられる。

3-2, 従事者の精神的健康の実態

3-1, より、従事者は「対人援助に関する専門技術をもって、共感的、受容的にクライアント(人)と関わる」という対人援助サービスに特有の職務特徴に直面し、「職務量の多さ、職務の質的困難さ」、「クライアントとの関係」、「職場の人間関係」といった職務特徴、または職場環境を職場ストレス者として体験していることがわかる。では、以上のよう

な職場ストレスを体験している従事者の精神的健康は、どのような状況にあるのだろうか。この章では従事者の精神的健康の実態について調査された研究を紹介する。

豊増⁹⁾は看護師785人を対象として日本版 GHQ (General Health Questionnaire) 28を用いた調査を行い、GHQ 得点の平均値が精神的健康度(神経症群)の区分点である5~6点より高い7.6点(標準偏差=±4.0)であった事を踏まえ、看護師は一般集団よりストレスが強い集団であると報告している。松本・池田・森²⁹⁾も日本版 GHQ28を用いて看護師382人を対象とした調査を行い、対象者の74%が区分点であるの6点を超えていると報告している。また、中尾・小林・品川⁴²⁾は看護師854人を対象にして自己評価式抑うつ尺度(SDS)を用いた調査を行い、調査対象者の7割が抑うつ状態にあったことを報告している。川野⁴⁴⁾が高齢者施設介護職員302人に行った調査では、調査対象者の約3割が神経症傾向または、燃えつき症状を呈していることを報告している。また、東京都老人総合研究所⁴⁵⁾が心理的ストレス反応尺度⁴⁶⁾やMBI(Maslach Burnout Inventory)を用いて、高齢者施設介護職員2010人を対象にした調査では、対象者の約2~3割が情動的ストレス反応や燃えつき症状を呈していることを報告している。椎谷・栗田・宗像⁴⁷⁾は、知的障害施設職員3013人を対象にしてGHQ30を用いた調査を行っているが、調査対象者の約3分の1が神経症群であった事を報告している。

これらの実態調査より、看護および福祉施設従事者の精神的健康度は極めて低い状態にあり、何らかの維持方策を施す必要があるといえる。

3-3 従事者の精神的健康維持のために -資源要因の活用とその効果の捉え方-

職業性ストレスモデルにおける資源要因に焦点を当て、従事者の精神的健康の維持方策について先行研究を参照しながら述べる。

3-3-1 資源要因を設定する意義

職業性ストレスモデル(図1)は、職場ストレスとストレス反応との因果関係に、関連変数を踏まえることを骨子としたモデルである。このモデルより、精神的健康を維持するためには、職場ストレスを除去するか、または、職場ストレスとストレス反応との関係性に留意し、ストレス反応を緩和する資源要因を活用するという手法が考えられる。特に、後者における資源要因としては、コーピング(coping)や、ソーシャルサポート(social support)が代表的である。

職場ストレスを除去することは、ストレス反

応や精神疾患を解消する直接的な手法であり、一定の効果が確実に予測される。しかし、従事者が体験する職場ストレスは、対人援助サービスに特有の職務特徴を反映するものである。そのため職場ストレスを除去すると、職務にまつわる様々な事柄に影響して、時として不都合が生じる場合がある。例えば「職場の人間関係」という職場ストレスを除去するには、配置転換などによって職場の人員を調整し、人間関係を刷新する、という手法が考えられる。しかし、このような手法は時期によっては実施に困難が伴うし、それによって特定の職務に習熟し、協働を行っている組織構成を変えてしまい、作業効率を低下させてしまう可能性が考えられる。また、従事者が体験する代表的な職場ストレスである「職務量の多さ・職務の質的困難さ」、「クライアントとの関係」についても、それらを除去することは対人援助サービスという職務に大きく影響して、その職業場面の実情に沿わないことが考えられる。対人援助サービスの職務特徴や職場環境になるべく影響を与えず、職業場面の実情に沿った精神的健康維持方策を行うためには、もう一つの手法である資源要因の活用が有効であるといえる。

3-3-2 代表的な資源要因

ここで代表的な資源要因として「コーピング」がある。コーピングは、本来、心理学的ストレスモデル¹³⁾において重要な資源要因であり、「ストレスを処理しようとして行われるその個人の認知的・行動的努力」として定義される¹³⁾。具体的には、その個人を脅かす状況に対して、その状況を解決したり、自らの感情を落ち着かせたりする様な、一連の動的(dynamic)な取り組みの事を指している。コーピングは職業性ストレス研究において重要な資源要因であり、対人援助サービス場面においても資源要因としてストレス反応を緩和することが明らかになっている⁴⁸⁻⁵²⁾。

コーピングは資源要因において個人内変数として位置づけられるわけだが、一方、個人外変数として代表的な資源要因には「ソーシャルサポート」がある。ソーシャルサポートは、「ある人を取り巻く重要な他者(家族、友人、同僚、専門家など)から得られる様々な形の援助⁵³⁾」と定義される。ソーシャルサポートの主な種類には、サポートの受け手の問題に対する解決を支援する「道具(手段)的サポート」と、受け手の悩みや苦しみを受容・共感する「情緒的サポート」がある。ソーシャルサポートは、その受け手によって知覚されると、受け手のストレス反応は緩和されることが確認されている。例えば、小牧⁵⁴⁾は先輩や上司からのサポートが資源要因とし

てストレス反応を緩和することを報告している。そしてソーシャルサポートは、従事者にとって有効な資源要因である^{55,56)}。

その他にも、対人援助サービス場面において有効な資源要因として、自己効力感^{50,57)}や、仕事の裁量度^{58,59)}、ワーク・コミットメント⁶⁰⁾、リーダーシップ⁶¹⁾、組織的特性⁶²⁾などが挙げられる。

3-3-3、より実効的な資源要因の活用

以上より、コーピングやソーシャル・サポートといった資源要因は、いずれもストレス反応を緩和する効果があることが確認されている。しかし、先行研究から、その実効性を高めるためには、職場環境の改善による介入に貢献できる必要性が指摘されている。例えば、国際労働機関（ILO）の報告書⁶³⁾では、各国で実践されている職業性ストレス対策事例を比較検討し、特に職場環境の改善対策が有効であったことが報告されている。また、資源要因が、より実効的に機能するためには、それが「予防（すなわち「ストレス反応を体験しない」、または「精神疾患に罹患しない」ということ）に貢献できることが必要であると思われるが、この時にも職場環境を改善することは、そこでの職業生活に資源要因としての役割を担わせることになり、極めて予防的な介入であるといえる。したがって、職場環境の改善に貢献できるような資源要因を取り上げることは、従事者の精神的健康維持方策を検討する際に重視すべきことであると考えられる。

ここで職場環境には、室内の配置や照度、室温などの物理的なものから、勤務スケジュールや処遇目標、就業規則などの組織的・制度的なもの、職場の人間関係のような人的なものがある。いずれの職場環境を改善するかは、それが資源要因として機能するかを見極める必要があるが、例えば職場の人間関係は、職業性ストレス研究において資源要因として確認されているソーシャルサポートと関連が深いと考えられる。また3-1-3、で述べたが、職場の人間関係は、従事者が体験する代表的な職場ストレスでもあり、対人援助サービスの職務特徴の一つである協働とも深く関連している。すなわち職場の人間関係に着目して職場環境の改善を行うことは、職業性ストレス研究の観点と対人援助サービスの職務特徴をふまえたときに効果的な介入であるものといえる。

3-3-4、資源要因の効果の捉え方

前節でも述べたが、資源要因を活用するときには、それが予防に貢献できることが重要であるが、従来より予防の視点には「就労者は、職業場面においてストレス反応や精神疾患を体験する可能性がある」

という前提があり、予防を実践する際には「如何にストレス反応や精神疾患を体験しないで職務を行えるか」ということが重視されていたように思われる。ここで職業性ストレスモデルでは、ストレス反応として、抑うつ・不安感情といった心理的ストレス反応に加え、「職務に対する肯定的感情」として定義される職務満足度の低下が設定されている¹⁹⁾。そのため、このモデルに沿うと、予防を行うためには心理的ストレス反応や職務満足度の低下を体験しないで済むような資源要因の活用が考えられる。しかし、モデルからストレス反応の一側面である職務満足度の低下に着目すると、職務満足度の低下を待つのではなく、その低下如何に関わらず職務満足度を高めて職務を行えるようにする資源要因は、精神的健康を維持するだけでなく増進して、より積極的な予防に貢献できるといえる。

4、まとめ

対人援助サービスは他職業と比較して、よりストレス反応を体験し、精神的健康が阻害されやすい職業であることが指摘されていた。そのため、従事者の精神的健康維持方策を検討する際には、職業場面に着目することが有効であると考えた。本論文では、職業性ストレス研究の枠組みにより、従事者の精神的健康の現状と、その維持方策について先行研究を踏まえて整理した。その結果、人的職場環境である職場の人間関係を改善し、同時に職務満足度の向上に貢献できる資源要因の活用が、従事者の精神的健康維持にとって有効な手法であることが考えられた。

対人援助サービスはクライアントに対し、受容的・共感的態度をベースとしながら対人援助のための専門技術を提供する職務であることは、これまでに述べたとおりである。これを私見を交え、誤解を恐れずに言い換えるとするならば、対人援助サービスは「人にやさしくする専門職」であると思う。ただ、それが専門職であるとしても、人にやさしくするときに、やさしくする人の精神的健康が維持されていなければ良質の対人援助サービスは望めなくなる。これからの社会は医療福祉の充実が必要であり、対人援助サービスの確立は、そのために必ず満たされなければならない条件であろう。この条件を満たすためにも、従事者がクライアントにやさしくする時に、その心が健やかでいられるような職場環境の構築が急務であると考えられる。

この論文を作成するにあたり、川崎医療福祉大学金光義弘教授、山村健教授、寺寄正治教授に厚く御礼申し上げます。

文 献

- 1) 小田兼三: 医療福祉学の構成 医療福祉の理論と展開. 多田羅浩三・小田兼三編著, 中央法規出版, 2-13, 1995.
- 2) 竹内一夫: 医療福祉の概念と視点 —医療福祉の歴史— 医療福祉学概論. 佐藤俊一, 竹内一夫編著, 川島書店, 3-10, 1999.
- 3) 田中晴人: 医療福祉を考える 総合医療福祉論. 田中晴人, 熱田一信編著, ミネルヴァ書房, 1-13, 2002.
- 4) 岡田喜篤: 保健福祉・医療福祉系大学における社会福祉教育のあり方. 社会福祉研究, 86, 37-44, 2003.
- 5) 栗田喜勝: 対人援助とは 対人援助の基礎と実際. 野口勝己, 飯塚雄一, 栗田喜勝編著, ミネルヴァ書房, 10-21, 1993.
- 6) 田尾雅夫: ヒューマンサービスの経営 —超高齢社会を生き抜くために—. 白桃書房, 2001.
- 7) 宮垣元: ヒューマンサービスと信頼 福祉 NPO の理論と実践. 慶應義塾大学出版会株式会社, 2003.
- 8) 渡部郁子, 須美美子, 菊地公子, 幸坂良子, 山谷恵利子, 佐々木司郎: ナースのセルフケア 医療事故を背景とする看護婦のストレス調査. エキスパートナース, 17(13), 130-133, 2001.
- 9) 豊増功次: 看護婦のストレスとメンタルヘルスケア. ストレス科学, 15(1), 57-65, 2000.
- 10) 森本寛訓, 清水光弘, 三野節子, 下山育子, 金光義弘: 職業性ストレスが就労者の精神的健康に与える影響(1) —職種と仕事の裁量度を変数として—. 日本健康心理学会第17回大会発表論文集, 412-413, 2004.
- 11) 久保真人: パーンアウトの心理学 燃えつき症候群とは. サイエンス社, 2004.
- 12) French JRP, Rodgers W and Cobb S: Adjustment as person-environment fit. Coelho InGV, Hamburg DA and Adams JE (Eds.), *Coping and adaptation*, New York, Basic Books, 316-333, 1974.
- 13) Lazarus RS and Folkman S 著, 本明寛, 春木豊, 織田正美 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. (Lazarus RS and Folkman S: *Stress, Appraisal and Coping*, New York, Springer Publishing Co. Inc, 1984)
- 14) 島津明人, 小杉正太郎: 従業員を対象としたストレス調査票作成の試み(2) コーピング尺度の作成. 早稲田心理学年報, 30(1), 19-28, 1997.
- 15) 島津明人, 布施美和子, 種市康太郎, 大橋靖史, 小杉正太郎: 従業員を対象としたストレス調査票作成の試み(1) ストレッサー尺度・ストレス反応尺度作成. 産業ストレス研究, 4, 41-52, 1997.
- 16) 小杉正太郎: コーピング操作による行動理論的職場カウンセリングの試み. 産業ストレス研究, 5(2), 91-98, 1998.
- 17) Cooper CL and Marshall J: Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. *Journal of occupational psychology*, 49, 11-28, 1976.
- 18) Karasek RA: Job demands, job decision latitude and mental strain: Implication for job redesign. *Administrative science quarterly*, 24, 285-308, 1979.
- 19) Hurrell JJ and McLaney MA: Exposure to job stress; A new psychometric instrument. *Scandinavian Journal of Work Environmental Health*, 14(Supplement 1), 27-28, 1988.
- 20) 岩田昇: ストレッサー評価方法とその意義1. ストレッサー測定および評価法の概要. 産業ストレス研究, 4(1), 23-29, 1997.
- 21) 橋本修二, 川上憲人, 小林章雄, 林剛司, 相澤好治, 柴田大朗: 「仕事のストレス判定図」の開発 —抑うつを例として—. 労働省平成10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報告書, 39-55, 1999.
- 22) Terry DJ and Jimmieson NL: Work control and employee well-being: A decade review. *International review of industrial and organizational psychology*, 14, 95-148, 1999.
- 23) 西村洋子: 介護(福祉)の概念 介護概論. 西村洋子編著, メヂカルフレンド社, 36-69, 1997.
- 24) 白井徳子, 二村良子, 阿部敬子, 森明美: 看護師のパーンアウトの実態とストレス要因についての検討 —県立2病院の2002結果から—. 三重県立看護大学紀要, 6, 103-109.
- 25) 佐藤和子, 天野敦子: 看護職者の勤務条件と蓄積的疲労との関連についての調査. 大分看護科学研究, 2(1), 1-7, 2000.
- 26) 矢富直美, 中谷陽明, 卷田ふき: 老人介護スタッフのストレス評価尺度の開発. 社会老年学, 34, 49-59, 1991.
- 27) 手塚直樹, 青山和子: 介護福祉ハンドブック26 知的障害児・者の生活と援助[3訂版]. 一橋出版, 1998.
- 28) 小池俊英, 北島善夫: 知的障害の心理学 —発達支援からの理解—. 北大路書房, 2001.
- 29) 松本日出男, 池田聡子, 森満: 同一医療機関の医師・看護職における精神的健康度と職場のストレス要因の検討. 北海

- 道公衆衛生学雑誌, 15, 59-69, 2001.
- 30) 武田文: 精神薄弱施設職員の疲労感とその関連要因. 産業医学, 34, 253-263, 1992.
- 31) 武井麻子: 感情と看護 —一人とのかかわりを職業とすることの意味—. 医学書院, 2001.
- 32) 森本寛訓: 老人施設介護職員の心身疲労に関連する要因の検討 —対処と対処効力感, 仕事の裁量度を用いて—. 川崎医療福祉大学大学院医療福祉学研究科臨床心理学専攻修士論文(未公開), 1999.
- 33) 豊嶋三枝子, 須佐公子: 介護支援専門員のバーンアウトと関連要因. 日本看護福祉学会誌, 9(2), 127-135, 2004.
- 34) 北岡(東口)和代, 谷本千恵, 林みどり, 淵崎輝美, 所村芳晴, 福島秀行, 松本敦子, 桶谷玲子: 精神科看護者のバーンアウトと職場ストレス要因についての検討. 石川看護雑誌, 1, 7-12, 2004.
- 35) 佐藤美紀, 阿部恵江: 効果的なチームアプローチを考える. ターミナルケア, 13(4), 257-261, 2003.
- 36) 細田満和子: 「チーム医療」とは何か それぞれの医療従事者の視点から. 保健医療社会学論集, 12, 88-101, 2002.
- 37) 鷹野和美編著: チーム医療論, 医歯薬出版株式会社, 2002.
- 38) 久保真人, 田尾雅夫: 看護婦におけるバーンアウト —ストレスとバーンアウトとの関係—. 実験社会心理学研究, 34(1), 33-43, 1994.
- 39) 加川真弓, 北條敬, 高橋法人, 新開隆弘, 望木弘子, 千葉三枝, 田中倫代, 目時ひとみ: 当院看護職におけるストレス過程の検討. 青森労災病院医誌, 11(1), 19-27, 2001.
- 40) 宮内文久: 三交替勤務が満足度や疲労感などの生活意欲に及ぼす影響. 日本災害医学会会誌, 47(1), 63-68, 1999.
- 41) 三木明子: 産業・経済変革期の職場のストレス対策の進め方 各論4. 事業所や職種に応じたストレス対策のポイント 病院のストレス対策. 産業衛生学雑誌, 44, 219-223, 2002.
- 42) 中尾久子, 小林敏生, 品川汐夫: 看護職における職業性ストレス, 生活習慣と精神的不健康度の関連性. 山口県立大学看護学部紀要, 7, 25-31, 2003.
- 43) 植戸貴子: 社会福祉施設職員のストレスとその対応 —施設現場の現状・問題点および今後の課題—. ソーシャルワーク研究, 26(3), 239-243, 2000.
- 44) 川野雅資: 老人福祉・医療施設職員のメンタルヘルス. 宗像恒次, 川野雅資編著, 高齢社会のメンタルヘルス, 金剛出版, 155-181, 1994.
- 45) 東京都老人総合研究所: 老人ケアスタッフのストレスと心身の健康, 1997.
- 46) 新名理恵, 坂田成輝, 矢富直美, 本間昭: 心理的ストレス反応尺度の開発. 心身医学, 30, 29-37, 1990.
- 47) 椎谷淳二, 栗田広, 宗像恒次: 精神薄弱関係施設職員の精神健康とその社会的背景(第一報) —GHQによる神経症群の出現頻度—. 精神保健研究, 36, 113-121, 1990.
- 48) 森本寛訓: 老人施設介護職員の心身疲労に関連する要因の検討 —対処と対処効力感, 仕事の裁量度を用いて—. 日本健康心理学会大12回大会発表論文集, 284-285, 1999.
- 49) 景山隆之, 錦戸典子, 小林敏生, 大賀淳子, 河島美枝子: 不規則交替勤務に従事する病院看護婦の職業性ストレスと不眠症との関連. こころの健康, 17(2), 50-57, 2002.
- 50) 石井京子, 星和美, 藤原千恵子, 本田育美, 石田宜子: 中堅看護師の職務ストレス認知がうつ傾向に及ぼす要因分析に関する研究 —新人看護師と比較して—. 日本看護研究学会雑誌, 26(4), 21-30, 2003.
- 51) Kazuyo K and Hideaki N: Job strain, coping and burnout among Japanese nurses. Japanese Journal of Health & Human Ecology, 69(3), 66-79, 2003.
- 52) 佐藤秀紀, 中嶋和夫: 精神薄弱者更生施設職員におけるバーンアウトモデル. 民族衛生, 62(6), 348-358, 1996.
- 53) 久田満: ソーシャル・サポート研究の動向と今後の課題. 看護研究, 20, 170-179, 1987.
- 54) 小牧一裕: 職務ストレスとメンタルヘルスへのソーシャルサポートの効果. 健康心理学研究, 7(2), 2-10, 1994.
- 55) 川口貞親, 豊増功次, 吉田典子, 鶴川晃, 鈴木学美, 植本雅治, 笠松隆洋, 宮田さおり, 近森栄子: 看護師のメンタルヘルスと仕事に関するソーシャル・サポートとの関連, 看護管理, 13(9), 713-717, 2003.
- 56) 河上智香, 藤原千恵子, 仁尾かおり, 石見和世, 文字智子, 高田一美, 高谷裕紀子: 小児専門病院に勤務する看護師の職務ストレスとサポートに関する研究. 大阪大学看護学雑誌, 10(1), 11-20, 2004.
- 57) 澤田忠幸, 羽田野花美, 酒井淳子: 女性看護師の職務満足とその影響因子. 愛媛県立医療技術短期大学紀要, 15, 1-9, 2002.
- 58) 宇良千秋: 老人ケアスタッフの仕事の魅力に対する介護信念と仕事のコントロールの影響. 老年社会科学, 20(2), 143-151, 1998.
- 59) 森本寛訓: 高齢者施設介護職員の精神的健康に関する一考察 —職務遂行形態を仕事の裁量度の視点から捉えて—. 川

- 崎医療福祉学会誌, 13(2), 263-269, 2003.
- 60) 山岸直子: 看護婦のバーンアウトに関する看護研究の現状と今後の課題. 慶應義塾看護短期大学紀要, 11, 1-11, 2001.
- 61) 宇良千秋, 矢富直美, 中谷陽明, 巻田ふき: 特別養護老人ホームの介護職員のストレスに対する管理者のリーダーシップと施設規模の影響. 老年社会科学, 16(2), 164-171, 1995.
- 62) 矢富直美, 中谷陽明, 巻田ふき: 老人介護スタッフにおける職場の組織的特性のストレス緩衝効果, 老年社会科学, 14, 1992.
- 63) ILO: Preventing stress at work. *ILO Conditions of work digest*, 11(2), 1992.

(平成18年5月31日受理)

The Present Situation of Personal Assistant Staff's Mental Health in Medical Welfare and the Way to Maintain their Mental Health by Work Stress Study

Hiomichi MORIMOTO

(Accepted May 31, 2006)

Key words : personal assistant staff in medical welfare, mental health, work stress study

Abstract

The aim of this study was to classify the present situation of personal assistant staff's mental health in medical welfare and the way to maintain their mental health by work stress study.

Work stressors that were experienced by personal assistant staff were characterized by quantity and difficulty of work, relationship between clients and staff and relationships in the workplace.

These stressors damaged the mental health of personal assistant service's staff.

It was considered that the way to keep the mental health of personal assistant staff was to effectively improve the work environment by using resources such as coping and social support.

Moreover, it was considered that improvement of relationships in the workplace was effective, because relationships in the workplace were relative to social support and cooperation in the workplace for the specific characteristic of personal assistant staff.

Besides, to take into consideration that the relationship between resources and job satisfaction should help to select more effective resources.

Correspondence to : Hiomichi MORIMOTO Department of General Education, Kawasaki College of Allied Health Professions
Kurashiki, 701-0194, Japan
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.16, No.1, 2006 31-40)