

発達障害医療に従事する職員のメンタルヘルス向上のための研究

堀 口 寿 広

(東京医科歯科大学大学院精神行動医学分野)

共 同 実 践 者

加 我 牧 子 稲 垣 真 澄 宇 野 彰 堀 本 れい子
佐 田 佳 美

(国立精神・神経センター精神保健研究所知的障害部)

昆 かおり

西 脇 俊 二

(都立東大和療育センターよつぎ療育園)

(国立秩父学園)

<抄録>

発達障害児・者を支える職員の精神健康度を調べ、その向上を図るために調査を行なった。Pines の燃え尽き尺度や GHQ などの精神健康度に関する質問項目と、回答者の各属性との関連を調べた。142 名のうち 69 名 (48.6%) が神経症状態、65 名 (45.8%) が燃え尽き状態にあった。職種、職員としての経験年数、ケアの対象児・者の特徴、ケアの内容によって精神健康度の差が見られた。神経症状態と燃え尽き状態は併存していることが多く、相談者の存在や積極的なストレス対処が有効と考えられた。

<キーワード>

職員, 精神保健 (メンタルヘルス), 発達障害, 燃え尽き

はじめに

医療従事者において、燃え尽きは極度の心身の疲労と感情の枯渇などの状態をきたすもの¹⁾であり、仕事嫌悪は個人の士気の低下を、思いやりの喪失はサービスの質的低下をそれぞれ生じさせ、同僚や部下への伝染²⁾によって、患者やその家族へと社会的にも大きな影響を及ぼす³⁾と考えられる。

これまでの調査で、医師では診療科によって精神的な健康度が異なること、看護婦は医師以上に燃え尽き群の比率が高いことが報告されている⁴⁾。時間交替の勤務や相談者を持ちにくい職場環境、現場で受けるショックやそれへの慣れ、経験年数など^{5),6)}多くの要因が燃え尽きの問題につながるとされている。

これまで発達障害医療従事者について行なわれた調査によると、施設職員⁷⁾では神経症群の出現頻度は一般人口、一般診療科の医師よりも高かった。また、本邦の発達障害の専門医は 31.3%が神経症状態に、21.1%が燃え尽き状態にあり¹⁾、海外の医師には士気低下状態はなく、93.1%が神経症状態、27.5%が燃え尽き状態にあった⁸⁾。国を問わず、発達

障害医療に従事することの心理的負担の大きさが明らかになった。

そこで本実践では、発達障害医療施設に勤務する職員の精神保健を低下させる要因を明らかにするため、さまざまな職種にアンケート調査を行なった。

また、これまでの調査では神経症状態、燃え尽き状態に対する相談者の存在の有効性が示唆されており、本実践では窓口を設けて個別に相談を受け付けた。

対象と方法

対象は発達障害児・者の利用する施設あるいは病院に勤務する、医師、看護婦・士、保育士、児童指導員などの職員 161 人である。加えて、重症心身障害児専門医研修プログラム参加者 36 人を対象とした。

質問紙は、椎谷らによる調査票⁴⁾、著者らの調査票^{1),8),9)}などをもとに、対象に合わせて質問項目の一部を改変したものである。

質問項目は、①士気低下尺度 (10 項目)、②周囲からの支持期待尺度 (患者やその家族 4 項目、医師や看護婦などスタッフ 4 項目)、③仕事のことで主に相談する相手 (複数回答)、

職場の個人的なことで主に相談する相手（複数回答）、④GHQ30 項目版、⑤Pines の燃え尽き尺度（20 項目）、⑥対処行動尺度（積極的、逃避的、抑制的に分けられる 17 項目）である。回答者の年齢、性別、専門職員としての経験年数、当直などの勤務形態、具体的なケアの頻度、自己評価（100 点満点）などの質問を加えた。燃え尽き尺度は、5 段階の回答選択肢を「ない」「ときどきある」「ある」の 3 段階に減らした。

調査紙は各施設長、所属長の許可を得て配布し、回答は個別に封筒に封入してもらい施設に設置した専用の回収袋で回収した。調査期間は 2000 年 3 月から 11 月である。重症心身障害児専門医師研修プログラムの参加者には、1998 年～2000 年の各回の際に配布し記入を依頼した。

また、本実践では相談窓口を設け、回答者から個別の相談に応じることとし、調査紙の末尾に記載して案内した。

結果

回答者の属性について

回答者は 142 人（回収率 72.1%）であった。男性 47 人、女性 87 人からなり、全体の平均（±SD）年齢は 34.9（±10.5）歳であった。

回答者は医師が 38 人（32.0±8.5 歳）、看護婦・士 59 人（32.9±10.2 歳）、児童指導員 17 人（39.6±9.5 歳）、保育士 11 人（38.1±12.8 歳）、この他事務員 3 人、看護助手 2 人、ケースワーカー、理学療法士、心理士、臨床検査技師各 1 人であった。女性の回答者が児童指導員 10 人、看護婦 54 人、医師 6 人であり分布に偏りがあった（ $\chi^2(df=4)=61.4$, $p<0.0001$ ）。年齢は看護婦・士と児童指導員との間に差があった（Fisher's PLSD $p=0.02$ ）。

回答者の精神保健について

士気低下尺度の平均得点は 3.2（±2.3）点であり、20 人（14.1%）が 6 点以上を示し士気低下の状態にあった。

周囲からの支持・期待については、4 項目すべてに「はい」と答えたものは 25 人（17.6%）、専門職からの支持・期待については、4 項目すべてに「はい」と答えたものは 12 人（8.5%）

であった。8 項目すべてに「はい」と答えたものは 7 人（4.9%）であった。

「専門的に相談できる人」は 110 人（77.5%）が「いる」と答え、「個人的な問題について相談できる人」は 116 人（81.7%）が「いる」と答えた。14 人（9.9%）の回答者がどちらの質問にも「いない」と答えた。

ストレスへの対処（coping）様式では、積極的対処行動尺度の平均得点は 5.5（±1.6）点で、7 点満点を示した者は 29 人（20.4%）であった。逃避的対処行動尺度の平均得点は 1.7（±1.2）点で、10 点満点は 0 人、自己抑制的対処行動尺度の平均得点は 3.6（±1.4）で、7 点満点は 0 人であった。

GHQ の平均得点は 8.9（±6.8）点であり、69 人（48.6%）が 8 点以上を示し神経状態にあると考えられた。また、燃え尽き尺度の平均得点は 5.9（±5.7）点であり、65 人（45.8%）が 5 点以上を示し燃え尽き状態にあると考えられた。

士気低下状態にある回答者は神経状態（ $n=15$ ）（Fisher's exact $p=0.015$ ）、燃え尽き状態（ $n=15$ ）と判定されることが多かった（Fisher's $p=0.007$ ）。燃え尽き状態にある者は神経状態であることが多く（ $n=46$ ）（Fisher's $p<0.0001$ ）、二つの尺度の得点には相関が見られた（ $r(n=142)=0.50$, $p<0.0001$ ）。

自己評価と各尺度の関連では、自己評価を「39 点以下」としたものは、士気低下尺度の得点（4.5±3.3）、GHQ 得点（14.9±7.9）、燃え尽き尺度得点（11.1±6.6）がそれぞれ最も高かった。よって自己評価を「39 点以下」としたものは、士気低下尺度の得点が、自己評価「84-70 点」（2.6±1.7）（Fisher's PLSD $p=0.03$ ）のもの、「69-55 点」（2.6±2.1）（Fisher's PLSD $p=0.02$ ）のものとの差があり、GHQ 得点は、自己評価「84-70 点」（8.4±6.8）（Fisher's PLSD $p=0.01$ ）のもの、「69-55 点」（8.7±6.9）（Fisher's PLSD $p=0.007$ ）のものとの差があった。さらに自己評価を「39 点以下」としたものは、燃え尽き尺度が、自己評価「84-70 点」（4.1±4.4）（Fisher's PLSD $p=0.0003$ ）のもの、「69-55 点」（6.0±5.9）

(Fisher's PLSD $p=0.003$)、「54-40 点」(7.4±4.5) (Fisher's PLSD $p=0.04$) のもので差があった。神経症状態と判定されたもの ($\chi^2(df=4)=10.5, p=0.03$)、燃え尽き状態と判定されたもの ($\chi^2(df=4)=12.9, p=0.01$) には、自己評価得点が低いものが多かった。

積極的対処行動尺度得点は燃え尽き尺度 ($r(n=65)=-0.23, p=0.04$)、GHQ 得点 ($r(n=65)=-0.27, p=0.01$) と負の相関があった。逃避的対処行動尺度得点は燃え尽き尺度得点 ($r(n=65)=0.28, p=0.01$) と、抑制的対処行動尺度得点は燃え尽き尺度得点 ($r(n=65)=0.31, p=0.005$) と相関があった。

精神保健を左右する要因について

職種別

士気低下尺度の得点は看護婦・士 ($n=60$) が最も高く (3.7±2.8)、保育士 ($n=11$) (1.9±1.8) と差があった (Fisher's PLSD $p=0.02$)。士気低下と判定されたものは医師 ($n=2$)、保育士 ($n=0$)、その他の職 ($n=0$)、児童指導員 ($n=1$) に少なく、看護婦に多かった ($n=16$) ($\chi^2(df=4)=15.4, p=0.004$)。

GHQ の得点は看護婦・士で最も高く、医師 ($n=38$) (6.3±4.7) と差があった (Fisher's PLSD $p=0.01$)。

燃え尽き尺度の得点は職種によって得点に差が見られ ($F(4,134)=6.3, p=0.001$)、児童指導員 ($n=21$) (10.3±6.1) が最も高く、その他 (6.1±6.1) (Fisher's PLSD $p=0.049$)、保育士 (6.0±6.4) (Fisher's PLSD $p=0.03$)、看護婦・士 (5.8±5.3) (Fisher's PLSD $p=0.001$)、医師 (3.1±4.1) (Fisher's PLSD $p<0.0001$) との間で差が見られた。また、医師と看護婦の間にも差が見られた (Fisher's PLSD $p=0.02$)。燃え尽き状態と判定されたものは医師 ($n=9$) に少なく看護婦 ($n=30$)、児童指導員 ($n=15$) に多かった ($\chi^2(df=4)=13.5, p=0.009$)。

経験年数別

専門職の経験年数での、士気低下尺度得点の差は見られなかったが、GHQ の得点では「2-5 年」の回答者が最も高く (11.4±8.1)、「10-19 年」(7.4±5.8) (Fisher's PLSD $p=0.01$)、「20-29 年」(6.4±4.2) (Fisher's

PLSD $p=0.009$) のものと差があった。また、逃避的対処行動尺度得点は「2-5 年」のもの (2.1±1.1) は「10-19 年」(1.3±0.8) のものより高かった (Fisher's PLSD $p=0.04$)。

発達障害を専門としてからの経験年数では、GHQ の得点が「2 年未満」(10.3±7.4) のもので平均点が最も高く、最も低い「20-29 年」(5.6±4.0) との間に差があった (Fisher's PLSD $p=0.03$)。

相談者の有無

仕事のことで専門的に相談できる人が「いる」ものは、「いない」もの ($n=32$) にくらべ士気低下尺度 (「いる」: 2.9±4.4) (「いない」: 4.3±6.9) ($t(df=140)=3.1, p=0.003$)、燃え尽き尺度 (「いる」: 5.2±30.9) (「いない」: 8.4±31.9) ($t(df=140)=2.8, p=0.005$) の得点が低かった。相談できる人が「いる」ものには士気低下の状態にあるもの ($n=10$) (Fisher's $p=0.003$)、燃え尽き状態にあるものは少なかった ($n=44$) (Fisher's $p=0.015$)。

相談相手は「職場の同僚・友人」(77 人, 70.0%)、「上司」(53 人, 48.2%)、「職場以外の友人」(43 人, 39.1%)、「家族・親族」(28 人, 25.5%)、「その他」(19 人, 17.3%) であった。職場での悩みなどの相談相手は「職場の同僚・友人」(70 人, 60.3%)、「職場以外の友人」(55 人, 47.4%)、「家族・親族」(42 人, 36.2%)、「上司」(30 人, 25.9%)、「その他」(11 人, 9.5%) であった。

勤務状況

重症心身障害児・者の数と士気低下尺度得点には負の相関があった ($r(n=57)=-0.31, p=0.02$)。神経疾患のある児・者の数と GHQ 得点 ($r(n=40)=0.32, p=0.04$)、逃避的対処行動尺度得点 ($r(n=35)=0.47, p=0.004$)、抑制的対処行動尺度得点 ($r(n=35)=0.39, p=0.02$) の間に相関があった。また、代謝変性障害を有する児・者の数と GHQ 得点 ($r(n=40)=0.37, p=0.02$) 間に相関があった。

当直の有無と各尺度との関連はなかった。ふだん行なっているケア (1 週間での頻度) と各尺度の得点との関連では、排泄の介助の頻度は士気低下尺度得点 ($r(n=67)=0.32, p=0.008$)、GHQ 得点 ($r(n=67)=0.32,$

$p=0.009$)、燃え尽き尺度得点 ($r(n=67)=0.25$, $p=0.04$) との間に相関があった。投薬などの医療的介助の頻度と士気低下尺度得点との間に相関が見られた ($r(n=61)=0.26$, $p=0.04$)。着替えの介助の頻度と逃避的対処行動尺度得点 ($r(n=56)=0.29$, $p=0.03$)、抑制的対処行動尺度得点 ($r(n=56)=0.29$, $p=0.03$) との間に相関があった。

考察

今回の回答者は医療・ケアに対して高い士気を持っていたが、神経症状態、燃え尽き状態にあるものの比率は、これまでの関連調査のなかで最も高い値であった。

今回、精神保健の低下を来す要因として、職種、専門家としての経験年数、対象児・者の数と特徴、相談者の有無などが考えられた。

職種では、看護婦・士、児童指導員で燃え尽き状態にある回答者が多かった。

経験については、「2-5年」と経験の少ないもので神経症状態にある傾向があり、逃避的な対処行動を取る傾向が見られた。

ケアの対象となる児・者の数と特徴については、重症心身障害児・者の数が多い回答者ほど士気低下は少なく、神経疾患を有する児・者の数が多いほど適切でないストレス対処行動をとる傾向が見られた。

ケアの内容については、排泄の介助、投薬や吸引などの医療的介助の頻度が多いほど、神経症状態や士気低下状態になる傾向があった。このことは、これらのケアを必要とする重度の対象児・者が多いことが、スタッフの精神的な健康度を低下させる可能性を示唆している。職種による燃え尽き状態の発生率の違いもケアの対象となる児・者の特徴やケアの頻度が関与しているものと考えられる。

相談者の有無については、相談できる相手を持っているものほど精神的な健康を保つことができると考えられた。相談者を持てるシステム作りが燃え尽きへの効果的な対策である^{1),4),8),9)}とされている。同僚や上司との関係が良好であることは、仕事以外の個人的な相談によって精神的な健康を維持できることはもちろんのこと、情報交換や指導などによって専門家としての知識や経験不足を補うこと

もできると考えられる。今回の調査で経験年数による士気の違いは見られず、若年者でも士気は高いことが明らかになった。今後は若年者がより多くのストレス対処法を駆使できるようなサポート体制も有効と考えられる。

発達障害医療にはさまざまな職種のスタッフが従事している。今後は、現場の実状を踏まえ、匿名で相談を受けることのできる専門スタッフの養成が必要と考えられる。

謝辞

本調査の趣旨をご理解下さり、快くご協力下さった皆様方にあらためてお礼申し上げます。

文献

- 1)加我牧子, 稲垣真澄, 宇野 彰, 堀口寿広: 発達障害医療に従事する医師の精神健康に関する研究. 発達障害研究 20: 120-131, 1998.
- 2)増子詠一, 山岸みどり, 岸 玲子, 三宅浩次: 医師・看護婦など対人サービス職業従事者の「燃えつき症候群」. 産業医学 31: 203-215, 1989.
- 3)稲岡文昭, 松野かほる, 宮里和子: 看護職にみられる Burn Out とその要因に関する研究. 看護 36: 81-102, 1984.
- 4)土居健郎 監修: 燃え尽き症候群. 東京: 金剛出版, 1998.
- 5)影山隆之, 森 俊夫: 病院勤務看護職者の精神衛生: 産業医学 33: 31-44, 1991.
- 6)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. 産業衛生誌 37: 135-142, 1995.
- 7)椎谷淳二, 栗田 廣, 宗像恒次: 精神薄弱関係施設職員の精神健康度とその社会的背景. 精神保健研究 36: 113-121, 1990.
- 8)Horiguchi T, Kaga M, Inagaki M, Uno A, Hecox K, Lasky R: An assessment of the mental health of physicians specializing in the field of child neurology. Journal of Pediatric Nursing (印刷中).
- 9)堀口寿広, 加我牧子, 宇野 彰, 稲垣真澄, 秋山千枝子: 発達障害児・者の家族の精神保健. 脳と発達 31: 349-354, 1999.