

ケア専門職における共感性とバーンアウトの関係性

飯岡由美子・長谷川美貴子

(2016年10月27日受理)

要 旨

高齢者福祉施設の援助者（特に介護福祉士）を対象に、ケアにおける共感性とバーンアウト傾向の関係性を明らかにするための質問紙法調査を行った。その結果は以下の通りである。①バーンアウト傾向と共感性には負の相関がみられた。②介護経験年数毎に特徴をみると、バーンアウト傾向は新人（1～2年目）から中堅（6～8年目）まで増え続けるが、達人（9年目）以降は減少し、新人の頃よりも低くなる。共感性はバーンアウトとは逆の傾向を示し、働き続けることによって低下していくが、9年目以降より高くなっていく。③利用者との関わりの中で、援助者がストレスを一番感じるのは、利用者が同じことを繰り返したり意思疎通困難な状況、次に拒否的な態度、三番目は暴力や暴言であった。④バーンアウト傾向の高い人は、認知的共感性の「視点取得」や「想像性」が低い。⑤心揺さぶられるほどの体験とバーンアウト傾向の関係をみると、バーンアウト傾向が一番高いのは、「ショックな体験」があり「嬉しい体験」の無い人であった。また、「ショックな体験」があったとしても「嬉しい体験」があると、バーンアウト傾向は低いという結果になった。

超高齢社会であるわが国にとって、高齢者福祉施設への社会的ニーズは高まり続けているが、その役割を担う介護福祉士資格に対する法整備や教育体制づくりは遅れをとっている。現在の介護福祉士は以前のように三大介護を行っていればよい職種ではなく、「ケア」に関する高度な専門的知識・技術の必要な専門職であることを認識し、ケアに内在する共感性のあり方やバーンアウト、虐待に至るプロセス等の研究を続け、適切かつ明確な対策を早急に立てる必要性のある領域であることが明らかになった。

キーワード 介護福祉士、共感性、バーンアウト、ケア、虐待

1

1. はじめに

高齢者福祉施設の介護職員による虐待件数は年々増加しており、2016年2月の厚生労働

省報告では300件となっている。虐待被害者数は691人で、前年度より35.7%の増加である。虐待被害者の77.3%は認知症で、虐待の種類別で見ると身体的虐待63.8%、心理的虐待43.1%となっている¹⁾。この事実への大きな疑問は、「他者を助け社会の役に立ちたい」、「困っている人を支援したい」という他者貢献の思いから介護の世界に入ってきた若者たちが、また「仕事は続けられる限り続けたい」といった意欲を強くもっている若者たち^(注1)が、なぜ他者を支援することとは正反対となる、他者を傷つける行為を行ってしまうのかということである。専門的対人援助職者は、他の職種に比べてストレス（疲労感や不安感）を強く感じ、精神的健康が阻害されやすい²⁻⁵⁾ことが指摘されている。バーンアウト（燃え尽き症候群）の問題は看護職に端を発しているが、最近では介護職の心身のストレスからの離職率の高さ^{6)(注2)}、利用者への虐待などが社会問題として取り上げられている。

高齢者福祉施設で働くケア専門職に関するこうした現状は、わが国が急速に超高齢社会に突入し、介護への社会的ニーズが高まり、介護の社会化を猛スピードで推進せざるをえなかった現状が大きく影響を及ぼしているといえる。つまり、社会変動の煽りが高齢者福祉施設に、そしてそこで働くケア専門職に大きく降りかかっているといえる。高齢者福祉施設における虐待問題は、その背景に職員の精神的疲労がある⁷⁾と論じられている。介護労働に関する先行研究では、勤務体制の悪さや人手不足で忙しすぎるといった労働環境について、また給料の低さ、他のスタッフとの人間関係による負担感といった施設組織を総合的に捉えた議論が多く^{8-10)(注3)}、「介護実践」そのものに焦点を当てた議論はほとんどない。労働条件やスタッフ間の人間関係といった介護者の外部環境からストレス問題を捉える視点も重要ではあるが、他者を直接的に援助する行為である「ケアの内実」への言及も必要であろう。

介護行為はケアを基盤とした他者援助を指し、相手への関心や配慮、気遣い¹¹⁾を実践するために、「相手に共感」しながら、専門的な知識・技術を提供すること¹²⁾である。高齢化が問題視される以前の介護は、最も親密な間柄（主に家族）の中で行われてきた行為であり、長い年月をともに生活している者同士の行為であった。それを「複数の他者を同時に介護する職業」としていく時に、「どこがどのように異なっているのか、どのような問題が発生してくるのか」といった分析を十分に行う必要がある。家族間や地域での結びつきが強かった時代には社会的共同体が存在していて、お互いの協働作業によって家庭内での介護が可能であった。現代社会のように人間間の結びつきが希薄になっている状況で、「共感しあう」ことが、明らかに困難になってきている。以前の社会とは異なる方法、異なる形式で「共感的関係」を形成していく必要があり、「今までとは異なる状況下でのケア行為」であることを正しく認識していなければならない。つまり、現在のケア専門職の介護の実践は、以前、家庭で行われていた介護（ケア）とは全く異なる性格の事象である。そうであるにも関わらず、これまで介護は家族が（つまり一般の人々が）日常的に行ってきた行為であったため、簡単なこと、専門的な知識・技術のいらぬものといった認識が定着したままである。繰り返すと、以前行われていた介護と、職業としての介護との違いについて、社会的に無自覚であったため、社会福祉施設の業務や介護実践への無理解が続き、虐待という大きな問題にまで発展してしまったと考えられる。「ケア」を職業とすることが、どのようなストレスやバーン

アウトの状況をもたらしていくのかを明らかにしなければならない。

よって本研究の目的は、ケアに内在する「共感性」と、心が疲弊する「バーンアウト」間の関係性を明らかにすることである。現代社会におけるケア現場には、人間性を変容させてしまい虐待にまで及ぼせる要因が何かあるのではないか。虐待に及んでしまう場合、もともと人間性が欠如しているというケースはごく一部である。一因として考えられることは、重度の認知症高齢者の割合が増え、拒否されたり怒られたりといった関わりの困難なケースが多くなったこともある。そしてその反面、最近の若者は家庭や学校生活、友人関係において差別のない平等な関係性が強調され、競争社会に生きていない。そのために他者と衝突したり、厳しく注意されることが以前の社会に比べるとかなり少なくなっている。家でも学校でも怒られずに、ほとんどのことが受け入れられ、拒否されたり否定される経験も少なく育ってきている。そうした状況で介護現場に出て、たとえば認知症高齢者から、どなられたり、拒否されてたたかれることは、かなりのストレスといえる。人間は誰でも自分を否定されたと感じるかなり強いストレスとなるが、現代社会に生きる精神的に弱い私たちにとっては、なおさら困難といえよう。

田尾・久保は「ヒューマン・サービスという仕事のもっている性質そのものが従事者をバーンアウトに至らせるため、ヒューマン・サービス従事者にとってバーンアウトは避けられないことである」¹³⁾と指摘している。介護現場で介護者が会える利用者はさまざまな障害を抱え、感情や行動コントロールの難しい方も多いので、その関わりにおける「感情の巻き込まれ」がバーンアウトを引き起こし、介護者の共感力をも低下させ、自分でも気づかないうちに虐待が生じてしまうのではないだろうか。共感性とバーンアウトの関係性が具体的に明らかになることによって、「ケア」の本質が明らかになるのではないかと考える。

2. 高齢者虐待とその要因

1) 高齢者虐待に関する規定

介護保険制度が2000年に制定された時、身体拘束も虐待に含まれることが明記され、「高齢者虐待」は高齢者の基本的人権を侵害し、人間の自由や尊厳を脅かす行為であるという認識が社会的に広まった。それは「指定介護老人福祉サービスの提供に当たっては、当該入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為を行ってはならない」¹⁴⁾という規定に表れている。その後、厚生労働省は「身体拘束ゼロの手引き」¹⁵⁾を発行し、身体拘束に関する具体的な11の行為事例を提示している。ここで重要なことは、どのような意図（たとえば、転落・転倒したら危険、チューブを抜いたら危険、皮膚を掻きむしるとただれるといった理由）があろうとも、これらの行為は身体拘束という虐待行為であることを断言したことである。ただし、切迫性、非代替性、一時性といった「緊急やむを得ない場合」には行うことを認めている^(注4)。

その後、2005年によく「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」(以下、高齢者虐待防止法)が成立し2006年から施行された^(注5)。ここで高齢者虐

待を「高齢者が他者から不適切な扱いにより権利利益を侵害される状態や生命・健康・生活が損なわれるような状態に置かれること」と定義している。この法律は介護保険法第1条の「高齢者の尊厳を保持し、有する能力に応じて自立した生活を営めるよう支援する」といった介護保険制度の目的を実現させるための重要な鍵となるものである。高齢者虐待防止法第2条第5項には、身体的虐待、介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待といった虐待の種類も明記されている。

2) 社会福祉と虐待問題

社会福祉とはいうまでもなく、社会で暮らす人々の幸福を支えるためのものであり、その基本理念は社会福祉法第3条「個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならない」ことである。つまり、日本国憲法第11条において規定されている「基本的人権の尊重」「個人の尊厳」の理念を具現化するものである。

だが、こうした社会福祉を実現するための福祉サービスを実行していく中で、さまざまな虐待が生じてしまっている。この現象は、ただ単に個々の介護者の問題として矮小化して捉えずに、急速に変化し続けている現代社会の状況を視野に入れる必要がある。日本の高齢化率（総人口に占める65歳以上の割合）は1935年の4.7%が、35年後の1970年には7%を超え「高齢化社会」となり、さらに24年後の1994年に14%を超え「高齢社会」となり年少人口割合を上回った。その後も高齢化率は進み、13年後の2007年には21%を超え、「超高齢社会」に突入している。2015年10月現在において高齢化率は26.7%となっており、65～74歳人口の前期高齢者は1,752万人（総人口に占める割合は13.8%）、75歳以上人口の後期高齢者は1,641万人（総人口に占める割合は12.9%）、高齢者の割合は26.7%に達している¹⁶⁾。総務省の将来推計図¹⁷⁾によると、20年後の2035年には高齢化率は33.4%となり、3人に1人が65歳以上の高齢者となることが予測されている。高齢者人口の増加とともに、出生数の減少傾向が進み続けており、2060年の年少人口は現在の半分以下になるという推計が出ている。2015年には高齢者1人に対して現役世代が2.3人という割合であり、2060年には1人の高齢者に対して1.3人の現役世代という比率が予測されている。家族にだけ介護を任せていくことは物理的に不可能であり、我が国は介護の問題、ケアの問題をもっと真剣に取り組む必要がある。

4

3. ケアの本質である共感性

1) 介護とケア

1987年制定の社会福祉士及び介護福祉士法第2条第2項では介護福祉士とは、「専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対し

て介護に関する指導を行うことを業とする者」と定義されていたが、2007年の改正では、入浴、排泄、食事といった三大介護を主に行う役割を担うだけでなく、「心身の状況に応じた介護を行う」者という規定に修正された。つまり、単なる生活支援を行う者ではなく、一人ひとりの状況や状態を正しく判断し、根拠をもって適切な個別介護を行う役割を担う者である。個々の介護福祉士に求められる能力は、観察力、アセスメント力、課題解決能力や判断力であり、身体的援助に限定せずに、精神的援助や社会的援助といった総合力が期待されているのである。また、介護保険法第1条には、「それらの者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう支援する」といった介護の目的が明示され、人間の基本的人権を保障するための専門的な行為であることは明らかである。そしてそのことが可能となるのは、利用者と援助者の間に信頼関係が形成されている時であり、豊かな人間性や倫理性も求められているのである。

他者を援助する行為（ケア）には、世話、配慮、関心といった意味内容が含まれ、他者を思いやり気遣う行為である。つまり、他者の気持ちや状況に対して共感する気持ちがなければ成り立たない行為といえる。介護者はそうした関わりを行う中で、他者の気持ちや感情、考え方などを理解し、その結果として自分も何らかの気持ちや考えを抱くという相互関係性が生まれている。たとえば、介護者が“嬉しい”とか、“幸せな気持ちになり満足感や充実感を感じる”時は、利用者の喜ぶ顔や笑顔、あるいは「ありがとう」と言われた時と答えることが多い。笑顔やありがとうという言葉が嬉しいのは、そのことによって利用者自分との間の情緒的つながりが実感されるからであり、利用者の喜びに、介護者の喜びが集約されているからであろう。

2) 共感概念

心理学の領域では、1980年頃より他者を援助するといった向社会的行動を動機づけている要因として、「共感」に着目した研究が行われている。研究の主な対象は、小児や青年であり、人間の成長過程の解明に根ざしたものが多い。共感性 (Empathy) という言葉は、ギリシャ語を語源に持つ感情移入 (Einfühlung) からきている。つまり、他者の心理状態に情動的に反応する側面を表しており、共感とは情動的なものとして捉えられていた。しかしその後、情動的な反応が起こるためには、他者の心理状態を判断するための認知的能力の存在がデイビス (1983) によって提示され、共感性を測る尺度に、認知面を含めた多次元の尺度を使用することが一般的となっている。デイビスは共感性を測定するために対人的反応性指標 (the Interpersonal Reactivity Index : IRI) を作成し、その4つの下位概念に、認知的側面の①視点取得 (perspective-taking)、②想像性 (fantasy)^(注6)、情動的側面の③共感的配慮 (empathic concern)、④個人的苦痛 (personal distress) をおく。視点取得とは、自発的に他者の視点 (立場・観点) に立ってものごとを考えようとする傾向で、想像性は、架空の人物の感情や行動に自分自身を当てはめて想像する傾向をいい、これらの認知的側面の強い者は他者の立場に立ちやすく、その結果他者の心理状態への共感性が強いと説明している。情動的側面は、他者の情動から生じた自分の感情の傾向を指し、他者への同情や配慮に向か

う他者指向的な自分の感情（情動反応）を「共感的配慮」、自分が感じる不安や不快といった自己指向的な感情（情動反応）を「個人的苦痛」と呼んでいる。いってみれば、共感的配慮には他者に対して暖かい感情をもったり配慮する他者指向的な側面が強調され、個人的苦痛には他者の感情によって自分が動揺し不安や不快を感じてしまう自己指向的な側面が強調されている。その後、日本語版を桜井（1988）が作成し、澤田・齊藤（1995、1996）が「役割取得」と呼ばれる認知的側面を追加した多次元尺度を作成している。

3) ケアとバーンアウト

バーンアウトとは「燃え尽き症候群」と訳され、何らかの仕事に真剣に取り組むことにより、慢性的な情緒的疲労、身体的な疲労を抱え、さらには他者に対して人間的な感情をもって接することが難しくなったり、仕事に対して達成感を感じられなくなり、抑うつ的、自己卑下等の感情に苛まれる心身の消耗状態をいう。厚生労働省調査によると、2014年までの5年間でうつ病などの精神疾患を発症した介護職員は2倍以上に増加しているということが労働災害の申請から明らかになっている。「介護」は業種別の順位でも「道路貨物輸送業」「医療業」とともに第3位の位置が固定されている。バーンアウトに関する調査は当初、看護職や教師といった対人援助職特有の現象として問題視され研究が行われてきたが、現在では多くの職業における調査研究が進んでいる。

ケア専門職の基礎教育において、ケアとは相手を尊重するために、相手の気持ちや考えを否定せずに受容し、その気持ちを理解するよう共感的態度をとることが最も重要であると学ぶ。つまりたとえ利用者に拒否されたり、たたかれても、自分の感情を抑えたり、あるいは前向きに考えることによって受けとめるといった感情管理を行っていく。また、高齢になると意欲の減退が生じやすく、自分で行い難いことも増えてくるため、高齢者を励まし、意欲が出るような気持ちになるよう、常に自分たちのテンションもあげ、利用者の情緒面への支援を行っていく。

バーンアウトを引き起こすストレスとは人間関係の悪さ、あるいは対人関係に過重な負担を感じることに端を発するストレスと考えられている。バーンアウトの感情は「抑うつの要因になるという指摘もあり、精神的健康とも関連が深い」¹⁸⁾。バーンアウトとは、「長期間にわたり他者を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、極度の身体疲労と感情の枯渇状態を示す状態であり、卑下、仕事嫌悪感、思いやりの喪失をさすもの」とマスラックによって定義されている。義本の説明¹⁹⁾によると、バーンアウトで最も典型的に表出されるのは、疲労感と消耗感である。精神的に疲れ果て、もう何もできないと感じる「積極的消耗感」、落ち込むことによって、他者に対しても消極的な関わりとなり、人間性を欠くような感情や行動をとってしまったたり、対応にミスが目立ち、何をすれば良いのかわからなくなる状態の「脱人格化」がある。さらにバーンアウトが進むと、このような消極的な対応や人間性を欠く感情を、独自の価値観や態度によって正当化し、それに固執し柔軟には考えられなくなったり、前向きな思考ができずに自分の能力では何もできないと感じることから、自己卑下してしまい「個人的達成感の減退」という状態になると提示している。

4. 共感性とバーンアウト傾向の関係

1) 研究方法

- (1) 調査対象：東京都内の特別養護老人ホーム^(注7)においてケアに携わる職員（介護福祉士、ヘルパー、看護師、准看護師、理学療法士） 53名
- (2) 調査方法：留め置き式質問紙法
- (3) 調査期間：2016年8月25日～9月10日
- (4) 調査内容

質問内容は、性別、年齢、職種、勤務年数といった基本属性を問い、これまでのケア実践の中で感情を揺さぶられた体験の内容と時期に関して回答を求めた。業務に従事している経験年数によって獲得している経験値の程度は、パトリシア・ベナー (Patricia Benner) の提示している臨床技能習得の段階理論²⁰⁾を参考にし、入職後1～2年目を「新人レベル (advanced beginner)」群、3～5年目を「一人前レベル (competent)」群、6～8年目を「中堅レベル (proficient)」群、9年目以上を「達人レベル (expert)」群という段階によって分析上の分類を行い、介護者の特徴を導き出していく。さらに、バーンアウト傾向尺度において疲弊度の測定と、共感性測定尺度における測定を行った。

バーンアウト傾向尺度は、マスラックが中心となって開発したMBI (Maslach's Burnout Inventory) の日本語版尺度²¹⁾を使用した。このバーンアウト傾向尺度は、情緒的消耗感 (Emotional exhaustion)、脱人格化 (Depersonalization)、個人的達成感の後退 (Personal accomplishment) の三つの特徴的な概念に基づき、「最近6ヶ月くらいの間でどの程度の頻度で経験したか」を5件法 (“いつもある” から “ない”) で回答してもらう。得点が高くなればなるほど、バーンアウト傾向が強いことを表す。

共感性測定尺度は心理学者のデイビス (1980) が考案した多次元尺度 (Multi-dimensional Empathy Scale : MES) の日本語版に、さらに鈴木・木野が「被影響性」側面を追加したものの²²⁾を使用した。つまり、認知的側面として他者指向的な視点取得と自己指向的な想像性、情動的側面として他者指向的な応答的所産の共感的配慮と、自己指向的な応答的所産の個人的苦痛、および並行的所産の被影響性の5下位概念からなる共感性尺度である。介護現場での対人場面において感じる、自分の感情にどの程度の割合であてはまるのかを5件法で回答してもらう。共感性尺度は得点が高くなればなるほど共感性が高いことを表す。

(5) 倫理的配慮

研究の主旨を文書と口頭で説明し、研究目的以外では使用しないこと、アンケートへの回答をもって研究や発表への同意の承諾とみなすことを説明し協力を依頼する。協力の同意のない場合でも不利益を被らないこと、無記名による記入とし個人は特定されないこと、また質問用紙が施設内職員の目に触れないことを条件に依頼する。論文作成後は調査用紙を責任をもって破棄し、個人情報保護に留意する。

2) 結果

(1) 対象属性について

年齢構成は、20歳代：18名、30歳代：11名、40歳代：12名、50歳代：6名、60歳以上：6名の合計53名となり、職業構成は、介護福祉士：29名、ヘルパー：11名、看護師：5名、准看護師：2名、理学・作業療法士・言語聴覚士：3名、援助関連の資格なし：3名という結果となった。女性32名、男性18名、不明者3名で、介護勤務年数は、3年未満：9名、3年～6年未満：18名、6年～9年未満：12名、9年以上：14名で、1年未満が1名、16年以上が2名という結果となった。

(2) 共感性とバーンアウト傾向の関係 (図1)

バーンアウト傾向が低い人は共感性が高く、バーンアウト傾向が高い人は共感性が低いという結果が出た。特に、バーンアウト傾向が著しく高くなる50ポイント以上で、共感性も著しく低い傾向があった。

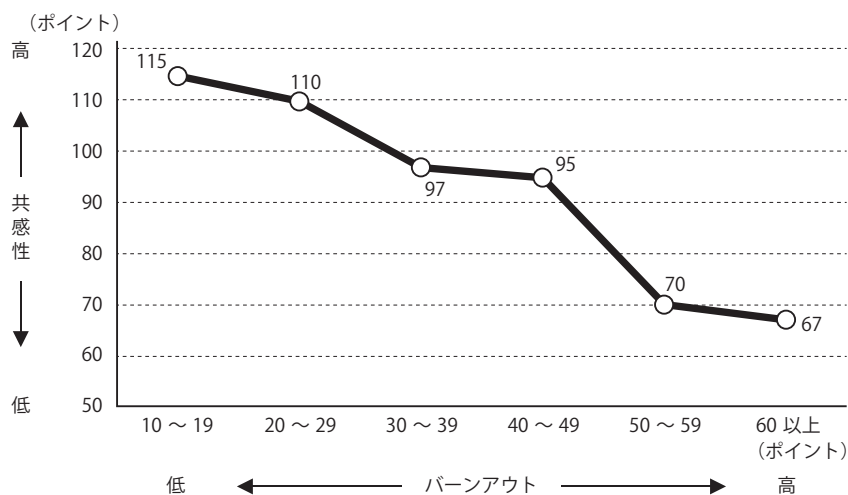


図1 バーンアウト傾向と共感性の関係

(3) 勤務年数とバーンアウト傾向・共感性の関係 (図2・3)

1～2年目の新人レベルからバーンアウト傾向は出現しており、5年目までの一人前レベルまではさらに増加 (7.4ポイント増加) していた。5年目を過ぎる頃から増加率は低下し、中堅レベルまではバーンアウト傾向はほぼ横ばい (1.1ポイント増加) で、9年目以降になるとバーンアウト傾向は著しく低下 (11ポイント減少) していた。

1～5年目までの新人レベル・一人前レベルでは高い共感性を示しているが、6～8年目位の中堅レベルでは低下し、9年目以降では共感性が高くなるという結果が出た。バーンアウト傾向と共感性を経験年数毎に比較すると、ちょうど反対の傾向が見られ、9年目以降にはバーンアウト傾向が低下し、共感性は高まるという結果となった。

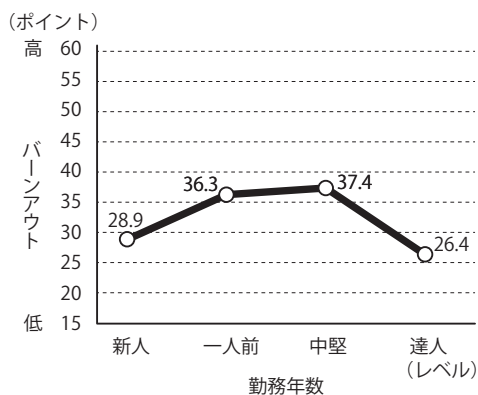


図2 勤続年数とバーンアウトの関係

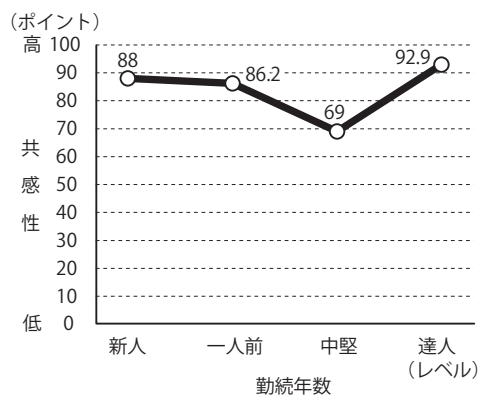


図3 勤続年数と共感性の関係

(4) ストレスを感じる状況 (図4)

利用者との関わりの中で感じるストレス内容で最も多かったのは、何度も何度も同じことを繰り返して言われたり意思疎通が困難な状況に対してであった。次に多いのは、介護者からの促しに対して拒否し強く嫌がる状況であり、3番目が暴力を受けたり暴言をはかれる状況に対してであった。4番目が忙しい時に用事を頼んでくることに対して、5番目は幻覚妄想に対してであった。不眠や失禁、動作に時間がかかるといった状況では、ほとんどストレスを感じないという結果となった。

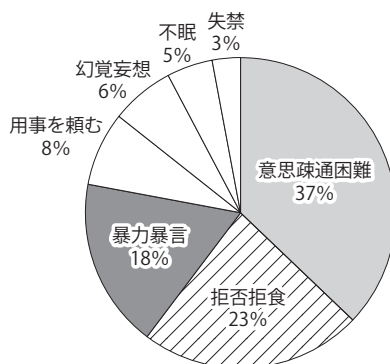


図4 ストレスを感じる状況 (複数回答)

(5) 共感性因子とバーンアウト傾向の関係 (図5)

全体の平均値をみると、共感性下位概念における5因子の中で最も高い数値なのは、他者指向的反応 (44点)、2番目が自己指向的反応 (39点) であり、ケア援助者は情動的側面の共感性が高いという結果になった。次に高いのは、認知的側面の視点取得 (38.7点) であり、一番低値の因子は、想像性 (28.7点) であった。視点取得・想像性・他者指向因子では、バーンアウト傾向が高くなると、それぞれ低値になっているが、自己指向と被影響性因子はバ

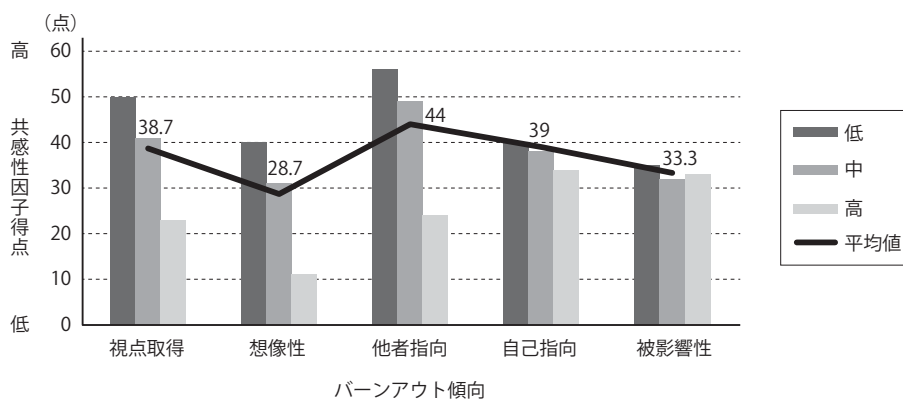


図5 共感性因子とバーンアウト傾向の関係

バーンアウト傾向の差異による変化は見られないため、自己指向と被影響性はバーンアウト傾向に影響を及ぼさないという結果となった。

(6) 共感性の認知的側面と情動的側面の差異 (図6)

バーンアウト傾向が低い人は認知的側面の共感性と情動的側面の共感性は、ほぼ同じ割合であるが、バーンアウト傾向が高い人は、認知的側面よりも情動的側面が明らかに高いという結果となった。

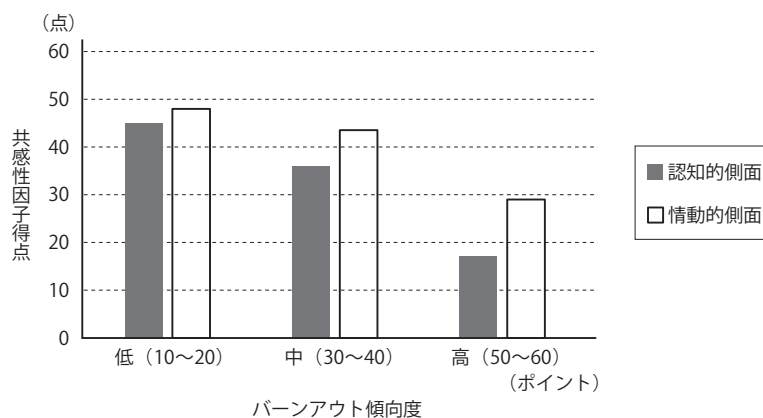


図6 共感性の認知的側面と情動的側面の差異

(7) 心を揺さぶられた体験 (ショック・嬉しい) とバーンアウト傾向の関係 (図7)

利用者との関わりあいの中で、疲労が溜り過ぎていて感じる時期を自覚しているか否かと、嬉しいと感じる体験があったかどうかの質問に対して、ショックな体験のある人は28人、ない人は25人、嬉しい体験のある人は33人、ない人は30人であり、どちらもほぼ同等数と

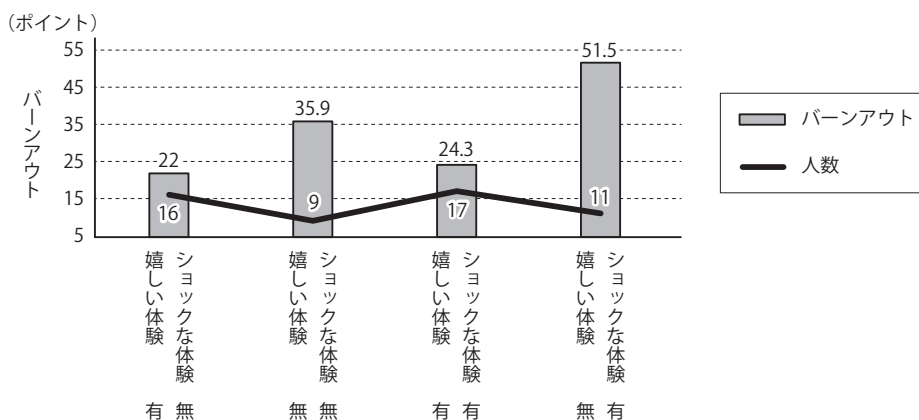


図7 ショックな体験・嬉しい体験とバーンアウト

いう結果となった。その中でバーンアウト傾向が一番強い群は、ショックな体験が有り、嬉しい体験が無い人で、二番目はショックな体験も嬉しい体験も無い人であった。つまり、バーンアウト傾向の強い人はショックな体験の有無に関わらず、嬉しい体験がない人という結果となった。

5. 考察

1) バーンアウト傾向は長く勤務している人は低い

勤務年数で分類した「新人レベル」「一人前レベル」「中堅レベル」「達人レベル」の段階によってバーンアウト得点の傾向をみると、1年目から8年目位までは徐々にバーンアウト得点は上昇していくが、9年目以降で顕著に減少し、新人の頃のバーンアウト得点よりも低下するという結果が出た。介護職のバーンアウトに関する先行研究²³⁻²⁴⁾では、20歳代の新人の頃が一番バーンアウトに陥りやすく、年齢が高くなるにつれて低下するという調査結果と、それとは反対に介護専門職は経験が長い職員ほどストレス要因の体験頻度が高くなり、介護行為は長く続けられれば続けるほど、ストレスが高まっていく²⁵⁾という調査結果がある。

新人の頃は介護実践や職場に慣れずに緊張したり、うまくできないことから情緒的疲労感強く表れるであろうし、長く働いていくとさまざまな利用者に関わり、対応が難しい方へのケアも増え、さらには新人職員教育や職員間でのリーダー的役割も増えていき、責任を感じることも多くなりバーンアウト傾向も高まっていくと考えられる。本調査は先行研究の結果とは異なり、経験年数が増える毎にバーンアウト傾向は高まっていくが、9年以降はどの勤務年数の人よりも低下するという結果が出た。

新人のストレスがそれ程高くないのは、先行研究2001～2003年の時代よりも新人職員対象の教育制度や指導プログラムが充実してきており、新人職員へのサポート体制が整備されてきている結果ともいえる。年数を経るごとにバーンアウト傾向が高まってはいるが、継続して長く働き続けることによって、そのストレスはある時期から低下する特徴が見いだされ

た。経験年数が長くなると臨床知(実践知)が増し、日々の業務内であれば対応の方法で戸惑うことも少なくなり、また先々の予測がつくのでストレスを感じることなく、ケアを実践することが可能になると考えられる。また、介護実践能力だけでなく、人間関係構築の方法などの習熟度が増し、利用者や他職種との関係、利用者家族への対応方法やフロア運営方法などの知識・技術が蓄積していき、何年も働き続けることによって精神的疲労感が減少していくといえる。

つまり、ストレスや疲労感が増大しバーンアウト傾向が高くなるという現象は、役割や忙しさが増え、身体的疲労が蓄積するといった単純なことではないのかもしれない。先行研究²⁶⁻²⁷⁾において、多くの役割を担っていてもバーンアウト傾向が低いという結果が出ている。たとえば、未婚者よりも既婚者の方が、また子どもがいる方がバーンアウト傾向は低いのである。つまり、配偶者や子供がいて家事や育児といった役割が多くても、そのことがストレスや情緒的消耗感に直結するわけではなく、逆にバーンアウトを抑える効果を果たしている。ただし、この場合は職場以外での役割の増加であるため、職場でのストレスが紛れたり分散したり、子どもや配偶者への愛情が心の支えとなり、仕事上のストレスの影響を受け難くしているのかもしれない。

2) 意思が伝わらないこと、拒否されることに一番ストレスを感じる

今回の調査によって、ケア実践者が利用者との関わりの中で強くストレスを感じることは、何度も何度も同じことを繰り返されたり、どのような説明をしても「家に帰りたい」と言われてしまうこと、食事や入浴、更衣といった日常生活動作を勧めても拒否されるといった意思疎通の困難な状況が6割もあることがわかった。たたいたり、つねったり、ひっかいたりといった「暴力」や「暴言」の方が、人間に強い衝撃を与えるのではないかと予想していたが、そうしたことよりも意思が伝わらないことや、嫌がられ受け入れていただけないことに負担を感じる援助者が多いことがわかった。つまり、関係性が築かれていないと感じたり、どのように対応したらよいのか戸惑うことが、ストレスを増強させているのである。負担感とは、ストレス要因に対して自分が上手に対処できないと判断する度合いであり、言い換えれば潜在的ストレスに対するネガティブな認知的評価のことである。暴力等への対処よりも、拒否されたり、お互いの意思が伝わり難いことへの対応が疲弊感や負担感を増大させていた。

また一度拒否されたり、暴言をはかれる体験をすると、また拒否されるのではないかと、また、たたかれるかもしれないと不安を伴って予期しやすくなる。そのことを繰り返すことによって、以前であったら何も感じないできごとに対しても、敏感に感じ取り過剰に反応してしまい、その感覚が他の利用者との関わりにおいても生じてしまう。波多野²⁸⁾は、職員が利用者を非人間化して捉えてしまう要因として、認知症高齢者の「無反応」「了解困難な行動の反復」といった特徴を述べている。また、経験年数が長いほど、「利用者が非協力的な態度、行動をとる」ことや「こちらの言っていることが利用者に伝わらない」、「利用者が高圧的な態度・言動をとる」場面に遭遇していき、介護職員のストレスを生む²⁹⁾と述べている。

認知症高齢者数は増加し続けており、厚生労働省統計では2012年で約462万人、約10年後の2025年には1.5倍に増加すると推定されている。

マズローの5段階欲求説によると、人間の基本的欲求の中には、承認の欲求がある。つまり、他者から受容され認められることによって、自分を認めることができ、自分の存在を確かめることができる。他者から拒否され無視されてしまうと、人間は失意や嫉妬、敵意などの感情を抱き、精神的な健康を損ないやすいといえる。本多³⁰⁾が述べるように、「他者からの受容もしくは拒絶は人間にとって一大関心事である」。ただし個人差があるので、同じ体験をしても過剰に反応する人もいれば、大して気にもとめない人もいるであろう。だがまた、日常的な介護において（水分補給や食事を促す場面、着替えを促す場面など）、何度も拒否されたり無視される状況が頻回に起きれば、拒否に対する感受性も高まり、些細な表情や言動の違いに敏感になり、それが苦痛を増大させていくと考えられる。

最近の若者は他者との関わりにおいて自己評価が低く、自分への自信や信頼感が少ない。そのために、他者にどのように近づいたらよいのか、どのように反応したらよいのか戸惑うことが多い。自分の意見をあまり言わない、言いたがらない学生は、拒否されたくないという欲求が強く、つまり拒否に対する感受性が高い状態といえる。その状態で利用者に拒否されてしまうと過剰に反応し、不安が一気に増大し感情が不安定になってしまうであろう。中山によると、自己評価を維持する機能³¹⁾として、他者依存的な自己評価機能と自己注目的な自己評価機能の活性化が重要と述べ、この他者依存的な自己評価機能が強いと、自己評価を維持・安定させるという強い動機を持っていても、自分への他者の評価（言動、無視、批判）にひどく敏感になり、場合によっては激しく反応を示す³²⁾ことになることと述べている。また小野の調査研究では、他者が自分の発言等に注目してくれないと、「自分が価値のない人間になったような気がする」「自分の欠点や失敗を少しでも悪く言われると、ひどく動揺する」³³⁾と指摘しているように、利用者から拒否されたり否定されることが多いとしたら、精神的に動揺し自分のアイデンティティも揺らいでしまうと考えられる。

拒否を受け続けることによって、人間の心理的な側面はどのように変化していくのか、そうした誰にでも起こりうる介護現場でのケアのあり方を解明していくことが、今、最も求められていることではないだろうか。ストレスとなる要因として、認知症の利用者が増加し、援助者の意図が伝わり難くなることによって、拒否や暴力・暴言が増え、恨まれながらのケア行為の実施という場面も多くなる。しかも、ケア実践には、相手の顕在的なニーズに合わせた援助だけではなく、その利用者のQOL向上に向けての潜在的な問題についての援助も行っている。そうしたケアの必要性を利用者に理解、納得してもらうことは、なかなか難しいであろう。理解力低下によるだけでなく、さまざまな幻覚妄想等の症状や記憶力の低下によって、恐怖感から拒否することも多いといえる。利用者の状態がそのような場合、援助者の共感、気遣い、思いやりの気持ちを継続させることは難しくなっていく。その利用者にとって一番良いケアだと思って働きかけても否定され続けるならば、その利用者との関係性の基盤も揺らいでしまうのではないだろうか。援助者には利用者と共に感じているという感情面での高い関与が求められており、そうであるからこそ、利用者からの感

情面の要求に応えようと努力し続けた結果、その要求に対して適切に応えることができずに疲弊していくという現状が見出せる。

3) 共感性とバーンアウトの関係

(1) バーンアウト傾向が高いと、共感性は低くなる

バーンアウト傾向が低いと共感性は高く、バーンアウト傾向が高いと共感性は低いという結果が出て、精神的に強い疲労状態になると他者への共感的態度がとれ難くなることが明らかになった。他者への共感性が低下すると、相手がどのような気持ちや感情、考えているのかといったことへの配慮が乏しくなる。そして対人場面において、さまざまに生起している状況や状態を観察して、今起きていること、これから起きることを判断したり想像して予測することから可能となる、相手への気配りや気遣いといった対応をとることが難しくなる。

共感性が高いということは、相手の反応を判断材料にして、その反応を自分がどう感じているのかといった自分自身の受けとめ方への正しい評価ができなければならない。自分自身の言動に対する調整ができて、はじめて他者への配慮ができたり、人間関係を望ましい方向に発展させていくことができる。つまり、バーンアウトによって精神面や情動面が疲弊してしまうだけでなく、状況を正しく判断したり、豊かな想像力を発揮する能力も低下してしまうといえる。配慮ある関わりを実践するためには、自分自身で自分の認知、感情、行動の調整ができなければならない。状況を正しく解釈し分析するためには、自分の思考や感情が適切であるかどうか判断する必要があるし、適切でないならば自分の考え方や感情を修正することができなければならない。

認知の力や思考力によって、自分の情動性を制御し調整していくことが可能なように、認知レベルでネガティブな歪みが生じてしまうと精神的ストレスや不安といった情動的な動揺を引き起こしてしまうことも考えられる。そうであるならば、論理的な推論や思考力を高める支援をすることによって、介護者は自分の感情をコントロールできるようになり、さまざまな困難や苦痛を回避し、バーンアウトによる抑うつ的な状態や精神的疾患を引き起こす危険性を減少させることができるかもしれない。

(2) バーンアウト傾向が高いと、防衛的に共感性を低くしている

意思が伝わらなかったり、拒否されたり、暴力・暴言を受けながらも、介護者は相手の気持ちに寄り添おう、共感的態度でいよう、利用者のニーズに応えたい、よいケアを行いたいと考える傾向にある。しかし、相手の気持ちや意向を尊重し続けようと努力することによって、心的ストレスも強まっていく。それでも業務を遂行するためには、意思が伝わらなくても、拒否や暴力を受けても、自分自身が傷つかず精神的に動揺しない状態であるために、自分の感情と仕事上の感情とを分離させていると感情労働論³⁴⁾では説明している。普段の自分の感情とは切り離し（あるいは感情停止させ）ていくので、何度もそのような体験が続くと、今までの感情との乖離が大きくなっていき、それまで感じていた相手を思いやり配慮する感情とのバランスがとれなくなり、最終的には虐待をしてもそれに気づかないほどにまで

進行してしまうのではないだろうか。そして、過去の受容体験あるいは拒絶体験が、現在の関係における認知や情動に影響し続けて³⁵⁾いくと考えられる。

4) バーンアウトを予防するための、他者視点や想像力を養う教育の必要性

今回の調査ではバーンアウト傾向が高い人は、想像性や他者の視点を理解する能力が低いという結果が出た。同じストレス状態に陥ったとしても、なぜそういうことが起きているのか、その人はどのようなことを考えて（感じて）いるのだろうかとあれこれ想像することによって、ただ漠然とした不安を抱えることは回避できる。たとえば、非協力的であったり、拒否を受けた場合に、不安感を抱くだけではなく、その拒否は認知症の症状から出現していて、私個人に向けられたものではないと捉えたり、家族に会えない寂しさからくる暴言かもしれないと想像してみることによって、受けるストレスの度合いは変わってくるであろう。

現代社会は人間を根底で支えてきた人と人のつながりが弱まり、社会性の欠如が、他者への共感能力を減退させ、自分の行為が相手にどう影響を及ぼし、どのようなことにつながっているのかといった推論ができにくくなっている。他者はどのような視点や価値観でものごとを捉えているのかを、具体的に学んだり、感性や想像力を高める教育を積極的に増やしていくべきだと考える。現在の介護基礎教育カリキュラムの中には一般的なコミュニケーション論は入っているが、拒否や無視、暴力に対する対応方法を具体的なスキルとして学ぶ機会ほとんどないといえる。

今回、援助者側のバーンアウト傾向や共感性の低下について、最近起きている現状から考察してきたが、高齢者のこうした状態（拒否や暴力など）は施設や職員の体制や関わり方、対応の仕方の影響も含まれているかもしれない。波多野によると職場は職員にとっては公的な場所であるが、利用者には私的な生活を送る場所であるといった大きな違いがあり、「私的領域の露呈とルーチン化」、職員からの「効率性の圧力」³⁶⁾から、高齢者の状態に影響を及ぼしている。つまり、バーンアウト傾向になりやすく、共感性が低下するといった介護者の状況は、利用者への介護者の不適切な援助から生じているともいえ、両者はお互いに影響を及ぼしあっているのである。介護者のバーンアウトやストレスを解決するためには、介護者へのサポート体制を考えるだけではなく、利用者の症状が改善するようなケアの方法を構築すること、つまり介護学の学問としての確立が最も重要ともいえる。

6. 結論

高齢者福祉施設の援助者を対象に、ケアにおける共感性とバーンアウト傾向の質問紙法調査を行った。その結果、以下のことが明らかになった。①バーンアウト傾向と共感性には負の相関がみられた。②介護経験年数毎に特徴をみると、バーンアウト傾向は新人レベル（1～2年目）から中堅レベル（6～8年目）まで増え続けるが、達人レベル（9年目）以降は減少し、新人の頃よりも低くなる。共感性はバーンアウトとは逆の傾向を示し、働き続けることによって低下していくが、9年目以降より高くなっていく。③援助者がストレスを

感じる利用者の状態で一番多いのは、意思疎通困難な状況で、次に拒否をされる状況、3番目は暴力や暴言であった。④バーンアウト傾向の高い人は、共感性の認知的側面である視点取得や想像性が低かった。⑤心揺さぶられる体験とバーンアウト傾向の関係をみると、バーンアウト傾向が一番高いのは、「ショックな体験」があり「嬉しい体験」の無い人であった。また、「ショックな体験」があったとしても「嬉しい体験」があるとバーンアウト傾向は低かった。

介護の仕事は介護保険制度成立以前よりも、介護職員の心身に多大な負担をかけていると指摘されているように、介護福祉士の役割は単なる介助者ではなく、高度な専門的知識・技術の必要な専門職であることを正確に認識し、その対策を計画的に立てることが焦眉の急務の課題といえよう。中島の調査³⁷⁾によると、役割や将来の曖昧さが高いと「積極的な問題解決」対応は低く、「諦め」が高くなる傾向があり、社会的支援が低いとストレス対処として「諦め」が高くなることが明らかにされている。そして、ケアワーカーの特徴として、職務満足感が高いにも関わらず、抑うつ傾向が高く、身体的なストレスより精神的なストレスが高いこと、コーピング方法についての職種間比較では、医療機関は「他者からの援助を求める」傾向が強いが、社会福祉施設では「逃避」や「諦め」が多いという結果が出ている。

わが国では超高齢化の進展に伴い、1989年「高齢者保健福祉推進十カ年戦略」いわゆる「ゴールドプラン」が制定され、その後「新ゴールドプラン」「ゴールドプラン21」と修正されていった。つまり、高齢者福祉施設への社会的ニーズは高まり続け、サービス利用の拡大化がおこり、多様なサービス、個別的なサービス、質の高いサービスが求められている。人々の健康生活や幸福に寄与するという人々の公共性を満たし、適切な個別ケアが社会的に期待されているのに、その役割が期待されている介護福祉士の教育制度や資格制度の整備は取り残されたままなのである。介護福祉士には相手の状況に応じた適切な介護が求められ、介護過程の展開を行う思考力、医療的ケアや、相談・指導も役割として含まれてきている。そうした中で介護の対象の特性も変化してきており、認知症症状による意思疎通の困難性や拒否、暴力といった状態に対応する能力を高める教育が求められている。

介護の機能と役割だけを高めても、それを実践する介護福祉士への教育制度のレベルを上げ、資格制度も適切に整備していかなければ、介護援助者の負担が増え疲弊していくばかりである。バーンアウト研究者の第一人者のマズラックは、その研究の蓄積の結果、バーンアウトの原因は個人に求められるのではなく社会環境の問題である³⁸⁾と述べている。つまり、個々人の責任として結論付けてしまうのではなく、そうした状況を適切に分析し、職務に期待されている能力を育てるよう教育プログラム、指導プログラム、教育体制づくりを行う必要がある。ケアを実践する介護の仕事は、体系的教育による専門的知識・技術の高次化が、今まさに求められているのである。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省 老健局高齢者支援課「平成26年度高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」

- 2) 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)、2000、p.57-65.
- 3) 森本寛訓他「職業性ストレスが就労者の精神的健康に与える影響 (1)」『日本健康心理学会第17回大会発表論文集』2004、p.412-413.
- 4) 谷口幸一他「老人福祉施設職員の介護ストレスに関する研究」『ストレス科学』15 (1)、2000、p.82-88.
- 5) 中島朱美他「医療・福祉従事者の職場ストレスとコーピング」『介護福祉学』12 (1)、2005、p.71.
- 6) 山本穊子「職業女性とメンタルヘルス」日本女性心身医学会編『女性心身医学』永井書店2006、p.327-332.
- 7) 渡部郁子他「ナースのセルフケア」『エキスパートナース』17 (3)、2001、p.130-133.
- 8) 原田和宏他「特別養護老人ホーム介護職員におけるバーンアウト尺度の因子モデルの検討」『老年社会科学』22 (1)、2000、p.46-58.
- 9) 鈴木聖子他「介護施設職員のストレス構造」『岩手県立大学社会福祉学部紀要』5 (1)、2002、p.45-55.
- 10) 矢富直美他「特別養護老人ホームの痴呆専用ユニットにおけるストレス」『老年社会科学』17 (1)、1995、p.30-39.
- 11) 長谷川美貴子『淑徳短期大学研究紀要』第53号2014、p.128.
- 12) 長谷川美貴子『淑徳短期大学研究紀要』第48号2009、p.77.
- 13) 田尾雅夫・久保真人『バーンアウトの理論と実際』誠信書房1996、p.11-13.
- 14) 厚生労働省介護保険法「指定介護老人福祉施設の人員・設備及び運営に関する基準」第11条4項、1999.
- 15) 厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」身体拘束ゼロ作戦推進会議編2001.
- 16) 2010年までは総務省の「国勢調査」、2015年は総務省「人口推計 (平成27年国勢調査人口速報集計による人口を基準とした平成27年10月1日現在確定値)」
- 17) 2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口 (平成24年1月推計) の出生中位・死亡中位仮定による推計結果
- 18) 義本純子他「介護老人福祉施設における職員のバーンアウト傾向とストレス要因の関係について」『紀要』第39号、2007、p.162.
- 19) 義本純子他 前掲論文18) p.162-163.
- 20) 井部俊子他訳『ベナー看護論—達人ナースの卓越性とパワー』医学書院、1992.
- 21) 田尾雅夫・久保真人『バーンアウトの理論と実際』誠信書房1996、p.169.
- 22) 鈴木有美他「多次元共感性尺度 (MES) の作成」『教育心理学研究』56、2008、p.487-497.
- 23) 白井徳子他「看護師のバーンアウトの実態とストレス要因についての検討」『三重県立大学紀要6』2002、p.103-106.
- 24) 澤田有希子「特別養護老人ホーム介護職員のケア・ストレスとバーンアウトとの関係をジェンダーの視点から検証する」『KGPS Review No.1 March』2001、p.1-17.
- 25) 高橋美岐子他「介護専門職のストレスの現状と課題」『日本赤十字秋田短期大学紀要6』2001、p.63.
- 26) 白井徳子 前掲論文23) p.103-106.

- 27) 澤田有希子 前掲論文24) p.1-17.
- 28) 波多野純「介護施設における高齢者の非人間化について」『臨床心理学』11(4)2011、p.583-594.
- 29) 高橋美岐子他 前掲論文25) p.63.
- 30) 本多潤子他「日本語版拒否に対する感受性測定尺度の作成」『筑波大学心理学研究』22、2000、p.175.
- 31) 中山留美子「児童期後期・青年期における自己価値・自己評価を維持する機能の形成過程」『パーソナリティ研究』15(2)、2007、p.195-204.
- 32) 中山留美子他「青年期における自己愛の構造と発達の变化の検討」『教育心理学研究』54、2006、p.188-198.
- 33) 小野恵里香他「対人関係における感受性と認知的統制」『昭和女子大学生活心理研究所紀要』vol.12、2010、p.116.
- 34) Hochschild, A.R.1983, 石川准他訳『管理される心：感情が商品になるとき』世界思想社、2000.
- 35) Bowlby, J.1973, 黒田実郎他訳『母子関係の理論Ⅱ分離不安』岩崎学術出版、1991.
- 36) 波多野純 前掲論文28) p.583-594.
- 37) 中島朱美他 前掲論文p.71-72.
- 38) Maslach, C., Leiter, M.P. “The truth about burnout” Jossey-Bass Inc. (1997) 高城恭子訳『燃え尽き症候群の真実』26トッパン1998.

注

- (注1) 2016年度介護労働実態調査によると、介護福祉業界にこの仕事を選んだ理由は「働きがいのある仕事だと思ったから」52.6%と最も高い数値を示し、次いで、「資格・技能が活かせるから」「今後もニーズが高まる仕事だから」「人や社会の役に立ちたいから」といった前向きな意見が多い。
- (注2) 介護福祉業界は拡大し、高齢者福祉施設や在宅介護支援センターも増え、介護関連の対人援助職者数も増加しているが、他の業種と比較して離職率が高くなっている(介護労働安定センター2003「事業所における介護労働実態調査結果」)。稲谷らによる、高齢者福祉先進国のスウェーデン調査(1991)でも同様の結果で、救急医療スタッフよりも長期的なケアを提供する介護職において転職の意向が多くなっている。
- (注3) 2008年の認知症介護研究・研修センター「施設・事業所における高齢者虐待防止の支援に関する調査研究事業 調査報告」では、高齢者虐待と思われる行為の原因・理由の31項目を「利用者側の要因」「職員側の要因」「その他の要因」と分類している。その他の要因10項目中8項目は、「研修・指導の不足」「業務が多忙」「職員不足」、組織文化の問題(職場の人間関係、職場の士気の低下、虐待や不適切行為を容認する風潮)と挙げている。職員側の要因では、虐待に関する知識不足、ケアや認知症ケアに関する専門的な倫理・知識・技術の不足など。また、神奈川県高齢者福祉施設不祥事故防止等連絡協議会2010「ぬくもりある質の高いケアをめざして～高齢者施設における人権に関する一斉点検結果検討報告書～」で報告された主な課題と今後の取り組みの15調査項目は、いずれも組織要因と捉えられる項目である。

- （注4）十分な手続きを踏むことを規定し、たとえば三要件の確認の手続きを「身体拘束廃止委員会」等のチームで行い、その内容を記録すること、本人や家族に目的・理由・時間・期間等をできる限り詳しく説明し、十分な理解と同意が得られた場合に限ること、状況をよく観察・検討し、要件に該当しなくなった場合はすみやかに身体拘束を解除することが決められている。
- （注5）高齢者虐待防止法の特徴は、①高齢者虐待の初めての定義づけ、②早期発見・対応の重視、③家庭内の虐待だけでなくサービス事業者も対象とする、④高齢者を介護している者の支援も施策の柱の一つ、⑤財産被害の防止も含まれる、⑥市町村を虐待防止行政の主たる担い手とする、⑦法施行後に検証を重ねることである。
- （注6）デイビスは想像性を認知的尺度にも情動的尺度にも分類し、定まった解釈をしていない。
- （注7）対象施設は東京都内の特別養護老人ホームで、入居者数80名程度、職員数50～60名程度。介護度平均は3.8で、全体の約7割が介護度4・5で、認知症の症状は9割の方にみられる。