

〔原著論文〕

## 医療観察法病棟に勤務する看護師の自律性、 ストレス、バーンアウトに関する研究

板山 稔<sup>1)</sup> 田中 留伊<sup>2)</sup>

### 要 旨

本研究の目的は、医療観察法病棟に勤務する看護師の自律性、仕事ストレス、バーンアウトの特徴を明らかにすることである。医療観察法病棟を有する2施設の精神科看護師を対象とし、留め置き法による自記式の質問紙調査を実施した。調査には看護師の自律性尺度、臨床看護職者の仕事ストレス測定尺度、日本語版バーンアウト尺度を用い、分散分析と多重比較、重回帰分析を行った。医療観察法病棟53名、精神科急性期病棟35名の回答が得られ、回収率は67%であった。医療観察法病棟に勤務する看護師は、精神科急性期病棟に比べ「職場の人的環境」にストレスを感じ、バーンアウトにおいては「脱人格化」が高いことが示された。また、看護師経験が長い方が自律性が高い傾向にあるが、同時に「医師との人間関係」や「仕事の量的負担」が高まる傾向がみられた。さらに、バーンアウトには「職場の人的環境」「仕事の質的負担」が関連することが明らかになった。

キーワード：医療観察法、司法精神看護、自律性、ストレス、バーンアウト

### I. 緒 言

平成17年に「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（以下、医療観察法）が施行され、重大な他害行為を行った精神障害者に対する医療と社会復帰支援が専門的に行われるようになった。医療観察法における医療の特徴には、手厚い人員配置と専門多職種によるチーム医療の実践があり、指定入院医療機関の病棟（以下、医療観察法病棟）では、入院初期から対象者の個性に応じたさまざまな治療プログラムが行われている<sup>1)2)3)</sup>。職種の中でも圧倒的に人員が多い看護師は、対象者ごとに編成される担当多職種チームにおいてコーディネーター役となる場合も多く、多職種が協働して計画的、継続的な医療を実践していくうえで看護師の役割は重要となる<sup>4)5)6)</sup>。

看護師がチーム医療の中でその役割を十分に発揮していくには、調整能力とともに、判断能力や実践能力などの高い自律性が必要となる。看護師の自律性は、高度な専門技術に裏づけられた自主的・主体的な判断と適切な

看護実践であり、看護活動における専門的な能力の発揮を意味する<sup>7)</sup>。しかし、精神科医療の人員配置は手薄で医師主導型の医療がなされてきた歴史があり<sup>4)5)</sup>、これまで看護師が自律性を十分に発揮してきたとは言い難い。高い自律性が求められる医療観察法病棟では、業務に伴うストレスが増大することが考えられ、さらには重大な他害行為を行った者をケアの対象とする困難さや新たな法律に伴う戸惑いともあいまって、バーンアウトも懸念される。

バーンアウトとは、過度で持続的なストレスに対処できずに張りつめていた緊張がゆるみ、意欲や野心が急速に衰えたり乏しくなったときに表出される心身の症状を意味する<sup>8)</sup>。バーンアウトに関しては、Maslachらが「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成感」の3つの下位概念を提唱し、この概念に基づき多くの研究が積み重ねられてきた<sup>9)</sup>。看護師のバーンアウトに影響を及ぼす要因としては、職場ストレスの要因、職業アイデンティティ、サポート源の種類と有無、職場風土、年齢や配偶者の存在などの個人属性の相違が指摘されている<sup>9)10)11)12)13)</sup>。

1) 弘前医療福祉大学保健学部看護学科（〒036-8102 青森県弘前市小比内3-18-1）

2) 東京医療保健大学東が丘看護学部（〒152-8558 東京都目黒区東が丘2-5-23）

その中でも、精神科看護師のバーンアウトとストレスに関する研究では、仕事の量的負担、患者との人間関係、看護介入の困難さがバーンアウトに影響するなどの報告がある<sup>14) 15) 16)</sup>。医療観察法病棟の看護師を対象とした研究では、役割の不明瞭感、能力欠如感がバーンアウトの「情緒的消耗感」「脱人格化」と相関がある<sup>17)</sup>ことが指摘されているが、ストレスとバーンアウト傾向の特徴やその要因を広く検討した研究報告は見当たらない。バーンアウト傾向とその要因を明らかにすることは、多様なストレス要因を抱えると推察される医療観察法病棟看護師のメンタルヘルスを検討する基礎的資料となると考える。

本研究は、医療観察法病棟に勤務する看護師の自律性、仕事ストレス、およびバーンアウトの特徴を明らかにし、これらの関連について概観することを目的とした。

## II. 研究方法

### 1. 対象

医療観察法病棟を有する2施設の精神科病棟に勤務する看護師を調査対象とした。施設の選定にあたっては関東近県の医療観察法病棟に調査協力を依頼し、了承を得られた施設を調査の対象とした。

### 2. 調査方法

対象者に対して無記名式の自記式質問紙、調査の目的や倫理的配慮等を記載した説明文書、封入用の個別封筒を準備し、病棟師長もしくは副師長に配布を依頼した。各病棟に個別封筒を入れる回収用の大型封筒を設置し、2週間の留め置き期間の後、研究者が各病棟に行き大型封筒を回収した。調査は平成20年8月から9月にかけて実施した。

### 3. 調査内容

#### 1) デモグラフィックデータ

対象者の性別、年齢、看護師経験期間、現病棟の経験期間、現病棟への就職・配属希望の程度、看護教育の最終学歴、同居家族の有無を調査項目とした。

#### 2) 看護師の自律性尺度

菊池ら<sup>18) 19)</sup>が作成した、臨床で働く看護職の職務上の自律性を測定する47項目で構成された尺度である。「認知能力」「実践能力」「具体的判断能力」「抽象的判断能力」「自立的判断能力」の5つの下位尺度から構成され、5(かなりそう思う)～1(全くそう思わない)の5段階で評定される尺度である。

#### 3) 臨床看護職者の仕事ストレス測定尺度

東口ら<sup>20)</sup>が作成した、臨床の現場で働く看護師の特異的な仕事ストレスを測定する33項目で構成された尺度である。「職場の人的環境」「看護職者としての役

割」「医師との人間関係と看護職者としての自律性」「死との向かい合い」「仕事の質的負担」「仕事の量的負担」「患者との人間関係」の7つの下位尺度で構成されている。「そのような状況なし」を0とし、4(非常に強く感じる)～1(ほとんど感じない)で評定される尺度である。

#### 4) 日本語版バーンアウト尺度

Maslachらにより作成されたMaslach Burnout Inventory (MBI)を参考に、久保<sup>21)</sup>が作成した17項目からなるバーンアウト尺度である。MBIと同様に、「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成感の低下」の3つの下位尺度で構成されており、5(いつもそうである)～1(まったくそうでない)の5段階評定尺度である。

## 4. 分析方法

調査対象の中から医療観察法病棟と精神科急性期病棟に勤務する看護師を抽出し、デモグラフィックデータについては $\chi^2$ 検定およびt検定を行い、自律性、ストレス、バーンアウト尺度に関してはt検定により医療観察法病棟と急性期病棟の比較を行った。また、医療観察法病棟に勤務する看護師の自律性、ストレス、バーンアウトの特徴を明らかにするために、性別、年齢、看護師経験期間、医療観察法病棟経験期間、配属希望の程度、同居者の有無の項目でt検定、一元配置分散分析と多重比較法(Tukey法)を行った。さらに、バーンアウトと自律性、ストレス、デモグラフィックデータとの関連を明らかにするために、重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。なお、以上の統計分析にはSPSS17.0Jを用いた。

## 5. 倫理的配慮

研究の概要、調査協力の任意性、不利益の有無、個人情報保護等に関する説明文書を質問紙に添付し、質問紙への回答をもって同意を得たものと判断した。また本研究は、調査実施前に国立精神・神経センター倫理委員会、及び調査対象施設の倫理審査委員会の承認を得た。

## III. 結果

### 1. 対象者の属性

医療観察法病棟53名(男性12名、女性40名、無回答1名)、急性期病棟35名(男性16名、女性19名)、合計88名から回答が得られ、回収率は67%であった。対象者の属性を表1に示した。年齢は医療観察法病棟、急性期病棟とも30歳代が最も多かった。看護師経験期間の平均は医療観察法病棟168.6ヶ月(±111.1)、急性期病棟156.5ヶ月(±125.4)、現病棟の経験期間の平均は医療観察法病棟18.3ヶ月(±11.3)、急性期病棟24.7ヶ月(±18.3)であった。配属希望は医療観察法病棟では強く希望と少し希望を合わせた割合が77.4%、急性期病棟は

表1 対象者の属性

		医療観察法病棟 (n53)		急性期病棟 (n35)		p値
性別	男	12	(22.6%)	16	(45.7%)	0.027
	女	40	(75.5%)	19	(54.3%)	
	無回答	1	(1.9%)			
年齢	20代	5	(9.4%)	8	(14.8%)	0.379
	30代	21	(39.6%)	11	(36.4%)	
	40代	15	(28.3%)	9	(27.3%)	
	50代以上	12	(22.6%)	7	(21.6%)	
看護師経験月数(平均)		168.6	(SD111.1)	156.5	(SD125.4)	0.638
病棟経験月数(平均)		18.3	(SD11.3)	24.7	(SD18.3)	0.077
最終学歴	専門学校	38	(71.7%)	27	(77.1%)	0.813
	短大	4	(7.5%)	2	(5.7%)	
	大学	7	(13.2%)	5	(14.3%)	
	大学院	2	(3.8%)	0	(0%)	
	その他	2	(3.8%)	1	(2.9%)	
配属希望	強く希望	9	(17.0%)	7	(20.0%)	0.012
	少し希望	32	(60.4%)	10	(28.6%)	
	希望せず	12	(22.6%)	17	(48.6%)	
	無回答			1	(2.8%)	
同居者の有無	有	37	(69.8%)	19	(54.3%)	0.138
	無	16	(30.2%)	16	(45.7%)	

看護師経験月数と病棟経験月数は t 検定、それ以外は  $\chi^2$  検定

表2 自律性尺度、ストレッサー尺度、バーンアウト尺度の病棟比較

		医療観察法病棟			急性期病棟			t値	p値
		N	M	SD	N	M	SD		
自律性尺度	認知能力	53	3.44	0.51	34	3.24	0.60	1.63	0.106
	実践能力	53	3.27	0.57	35	3.09	0.61	1.45	0.151
	具体的判断能力	52	3.37	0.59	35	3.18	0.76	1.33	0.187
	抽象的判断能力	53	3.01	0.65	35	2.79	0.73	1.44	0.155
	自立的判断能力	53	3.74	0.57	35	3.60	0.57	1.13	0.263
ストレッサー尺度	人的環境	50	2.59	0.63	34	2.25	0.85	2.15	0.035
	看護師役割	52	2.33	0.60	33	2.44	0.72	-0.77	0.445
	医師との人間関係	53	2.46	0.89	35	2.42	1.02	0.19	0.849
	死との向かい合い	51	1.80	1.07	35	1.89	1.34	-0.34	0.733
	仕事の質的負担	52	2.84	0.59	35	2.64	0.83	1.30	0.197
	仕事の量的負担	53	2.72	0.61	34	2.81	0.59	-0.69	0.494
バーンアウト尺度	患者との人間関係	53	2.76	0.75	35	2.89	0.85	-0.71	0.482
	情緒的消耗感	52	3.00	0.94	35	2.87	0.81	0.63	0.534
	脱人格化	52	2.28	0.89	34	1.89	0.64	2.18	0.032
	個人的達成感の低下	50	3.89	0.68	33	3.86	0.67	0.20	0.845

t 検定

48.6%であった。また、急性期病棟では希望しない割合も48.6%であり、希望する割合と等しかった。対象者の属性に関しては性別と配属希望に関して有意差があり、医療観察法病棟は急性期病棟に比べて女性の割合と配属を少し希望した者の割合が有意に高かった ( $p < 0.05$ )。年齢、看護師経験期間、現病棟経験期間、最終学歴、同居者の有無に関しては、病棟間で有意な差はみられなかった。

## 2. 自律性、ストレッサー、バーンアウトの病棟間比較

医療観察法病棟と急性期病棟の自律性尺度、ストレッサー尺度、およびバーンアウト尺度の得点結果を表2に示した。各尺度の下位項目のクロンバックの  $\alpha$  信頼性係数は、 $\alpha = 0.75 - 0.93$ であった。

自律性に関しては、他者に頼らず自立的に判断することを意味する「自立的判断能力」が両病棟とも最も高く、看護のモデルや仮説に基づいて判断する「抽象的判断能

力」が最も低かった。また、すべての下位尺度で医療観察病棟の平均が急性期病棟よりも高かったが、自律性に関しては病棟間で統計的に有意差はなかった。

ストレッサーについては、医療観察法病棟では仕事の複雑さや困難性を示す「仕事の質的負担」が最も高く、急性期病棟では訴えが多い患者や嫌だと思ふ患者の対応を意味する「患者との人間関係」が最も高かった。統計的に有意差があった項目は、職場の人間関係やサポート不足、仕事に対する考え方の違いを示す「職場の人的環境」のみであった。

バーンアウトに関しては、両病棟とも自己評価や達成感の低下を意味する「個人的達成感の低下」の得点が高く、サービスの受け手に対する無情で非人間的な対応を示す「脱人格化」の得点が最も低かった。「脱人格化」においては病棟間に有意差がみられ、医療観察法病棟の得点が高い傾向にあった ( $p < 0.05$ )。

### 3. 医療観察法病棟の看護師の自律性、ストレッサー、バーンアウトの特徴

医療観察法病棟の看護師の自律性尺度、ストレッサー尺度、およびバーンアウト尺度の属性による比較を表3、表4、表5に示した。

自律性に関しては、看護師経験期間がすべての下位項目において有意な差がみられた (認知能力:  $F = 4.854$ ,  $p < 0.05$ 、実践能力:  $F = 4.633$ ,  $p < 0.05$ 、具体的判断能力:  $F = 5.397$ ,  $p < 0.01$ 、抽象的判断能力:  $F = 5.003$ ,  $p < 0.05$ 、自立的判断能力:  $F = 3.423$ ,  $p < 0.05$ )。多重比較の結果、5年未満の看護師経験者に比べ10年以上の看護師経験者の自律性得点が有意に高値を示した。また、「自立的判断能力」に関しては年齢による有意差

がみられ ( $F = 3.099$ ,  $p < 0.05$ )、20歳代に比べて30歳代の得点が有意に高かった (表3)。

ストレッサーについては、上下関係で自律性が発揮できないことを示す「医師との人間関係と自律性」において、年齢 ( $F = 7.132$ ,  $p < 0.01$ )、看護師経験期間 ( $F = 5.421$ ,  $p < 0.01$ )、配属希望の有無 ( $F = 5.021$ ,  $p < 0.05$ )、同居家族の有無 ( $t = 2.337$ ,  $p < 0.05$ ) に有意な差があった。20歳代に比べ40、50歳代、看護師の経験が5年未満に比べ10年以上、同居家族がいる看護師の方が医師との人間関係と自律性に負担を感じ、配属希望を強く希望した方が負担を感じていない傾向がみられた。また、「死との向かい合い」については、年齢 ( $F = 3.771$ ,  $p < 0.05$ )、配属希望 ( $F = 3.588$ ,  $p < 0.05$ ) の項目で有意な差がみられた。さらに、「仕事の量的負担」は看護師経験期間 ( $F = 3.223$ ,  $p < 0.05$ )、同居家族の有無 ( $t = 2.200$ ,  $p < 0.05$ ) の項目で有意な差がみられた。看護師の経験が5年未満に比べて10年以上と長く、同居家族がいる方が仕事の量に関して負担感を強く感じる傾向があった (表4)。

バーンアウトに関しては、すべての下位尺度において有意な差は認められなかった (表5)。

### 4. 医療観察法病棟の看護師の自律性、ストレッサーとバーンアウトの関連

看護師の自律性およびストレッサーを説明変数、バーンアウトを基準変数としてステップワイズ法による重回帰分析を行った結果を表6に示した。「情緒的消耗感」は「職場の人的環境」 ( $\beta = 0.49$ ,  $R^2 = 0.22$ ,  $p < 0.01$ ) によって、「脱人格化」についても「職場の人的環境」 ( $\beta = 0.47$ ,  $R^2 = 0.20$ ,  $p < 0.01$ ) によって有意に説明された。

表3 自律性尺度の属性比較

		認知能力			実践能力			具体的判断能力			抽象的判断能力			自立的判断能力							
		N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD					
性別	男	12	3.53	0.42	n.s.	12	3.37	0.49	n.s.	12	3.50	0.46	n.s.	12	2.95	0.50	n.s.	12	3.82	0.36	
	女	40	3.39	0.54		40	3.23	0.60		39	3.31	0.63		40	3.01	0.69		40	3.71	0.63	
年齢	20歳代	5	3.21	0.44	n.s.	5	2.90	0.77	n.s.	5	2.83	0.43	n.s.	5	2.34	0.73	n.s.	5	3.04	0.73	} †
	30歳代	21	3.38	0.60		21	3.17	0.50		20	3.36	0.57		21	3.01	0.61		21	3.83	0.48	
	40歳代	15	3.54	0.48		15	3.42	0.55		15	3.55	0.58		15	3.18	0.59		15	3.80	0.59	
	50歳代	12	3.50	0.42		12	3.42	0.58		12	3.38	0.62		12	3.05	0.66		12	3.80	0.50	
看護師経験期間	5年未満	8	2.97	0.62	} †	8	2.85	0.72	} †	8	2.79	0.68	} ††	8	2.43	0.77	} †	8	3.30	0.70	} †
	5年以上10年未満	12	3.41	0.36		12	3.11	0.43		11	3.43	0.41		12	2.93	0.55		12	3.70	0.43	
	10年以上	33	3.56	0.48		33	3.44	0.52		33	3.49	0.55		33	3.17	0.58		33	3.86	0.54	
医療観察法病棟経験期間	1年未満	16	3.36	0.66	n.s.	16	3.18	0.63	n.s.	16	3.35	0.74	n.s.	16	3.03	0.75	n.s.	16	3.65	0.53	
	1年以上2年未満	27	3.46	0.45		27	3.30	0.58		27	3.37	0.57		27	3.02	0.65		27	3.66	0.63	
	2年以上	10	3.51	0.44		10	3.33	0.47		9	3.41	0.41		10	2.93	0.54		10	4.10	0.29	
配属希望	強く希望	9	3.40	0.48	n.s.	9	3.02	0.64	n.s.	9	3.19	0.63	n.s.	9	2.63	0.76	n.s.	9	3.62	0.76	
	少し希望	32	3.46	0.51		32	3.30	0.54		31	3.40	0.55		32	3.07	0.62		31	3.81	0.49	
	希望なし	12	3.42	0.58		12	3.39	0.58		12	3.42	0.70		12	3.10	0.61		12	3.65	0.64	
同居家族	有	37	3.49	0.46	n.s.	37	3.36	0.56	n.s.	37	3.46	0.56	n.s.	37	3.12	0.63	n.s.	37	3.83	0.53	
	無	16	3.32	0.61		16	3.06	0.56		16	3.17	0.64		16	2.75	0.64		16	3.53	0.62	

† :  $p < 0.05$  †† :  $p < 0.01$  n.s. : not significant (性別と同居家族は t 検定、その他は一元配置分散分析)  
\* :  $p < 0.05$  \*\*:  $p < 0.01$  (多重比較 Tukey 法)

表4 ストレッサー尺度の属性比較

		職場の人的環境			看護職者としての役割			医師との人間関係と自律性			死との向かい合い						
		N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD				
性別	男	11	2.44	0.51	n.s.	12	2.22	0.40	n.s.	12	2.27	0.73	n.s.	11	1.77	1.13	n.s.
	女	38	2.61	0.65		39	2.34	0.65		40	2.49	0.93		39	1.78	1.05	
年齢	20歳代	5	2.54	0.58	n.s.	5	2.76	0.64	n.s.	5	1.32	0.64	**	5	0.75	0.83	†
	30歳代	21	2.39	0.63		21	2.11	0.55		21	2.19	0.91		21	1.57	1.02	
	40歳代	14	2.79	0.57		15	2.45	0.60		15	2.88	0.62		14	2.13	0.93	
	50歳代	10	2.79	0.68		11	2.38	0.61		12	2.87	0.69		11	2.32	1.06	
看護師 経験期間	5年未満	8	2.54	0.63	n.s.	8	2.60	0.72	n.s.	8	1.60	0.99	**	8	1.13	1.16	n.s.
	5年以上10年未満	12	2.64	0.53		12	2.28	0.45		12	2.43	0.70		12	1.88	0.99	
	10年以上	30	2.59	0.68		32	2.28	0.63		33	2.67	0.83		31	1.95	1.04	
医療観察法病棟 経験期間	1年未満	14	2.50	0.65	n.s.	16	2.48	0.69	n.s.	16	2.26	0.95	n.s.	15	1.67	1.09	n.s.
	1年以上2年未満	26	2.66	0.65		26	2.26	0.59		27	2.54	0.94		26	1.94	1.18	
	2年以上	10	2.54	0.59		10	2.28	0.49		10	2.54	0.69		10	1.65	0.70	
配属希望	強く希望	9	2.38	0.72	n.s.	9	2.29	0.70	n.s.	9	1.69	1.05	*†	9	1.03	0.99	†
	少し希望	31	2.35	0.60		32	2.28	0.55		32	2.54	0.86		31	1.89	0.95	
	希望なし	10	2.60	0.66		11	2.51	0.69		12	2.80	0.51		11	2.20	1.22	
同居家族	有	34	2.63	0.66	n.s.	36	2.32	0.57	n.s.	37	2.64	0.82	†	35	1.94	1.05	n.s.
	無	16	2.53	0.57		16	2.35	0.69		16	2.04	0.95		16	1.52	1.08	

		仕事の質的負担			仕事の量的負担			患者との人間関係					
		N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD			
性別	男	11	2.55	0.61	n.s.	11	2.68	0.62	n.s.	12	2.42	0.82	n.s.
	女	40	2.91	0.57		40	2.72	0.61		40	2.84	0.69	
年齢	20歳代	5	2.92	0.76	n.s.	5	2.44	0.26	n.s.	5	2.60	0.82	n.s.
	30歳代	21	2.63	0.42		21	2.57	0.71		21	2.55	0.72	
	40歳代	14	2.96	0.70		15	2.85	0.51		15	2.83	0.84	
	50歳代	12	3.03	0.60		12	2.93	0.58		12	3.13	0.57	
看護師 経験期間	5年未満	8	2.80	0.68	n.s.	8	2.25	0.62	*†	8	2.75	0.70	n.s.
	5年以上10年未満	12	2.72	0.40		12	2.72	0.75		12	2.54	0.86	
	10年以上	32	2.89	0.64		33	2.84	0.51		33	2.85	0.72	
医療観察法病棟 経験期間	1年未満	15	2.76	0.53	n.s.	16	2.59	0.66	n.s.	16	2.72	0.60	n.s.
	1年以上2年未満	27	2.96	0.63		27	2.78	0.57		27	2.85	0.79	
	2年以上	10	2.64	0.54		10	2.78	0.68		10	2.60	0.88	
配属希望	強く希望	9	2.60	0.73	n.s.	9	2.67	0.42	n.s.	9	2.83	0.83	n.s.
	少し希望	31	2.96	0.52		32	2.71	0.66		32	2.70	0.74	
	希望なし	12	2.70	0.61		12	2.80	0.62		12	2.88	0.77	
同居家族	有	36	2.89	0.56	n.s.	37	2.84	0.57	†	37	2.72	0.73	n.s.
	無	16	2.71	0.64		16	2.45	0.63		16	2.88	0.81	

† : p < 0.05    †† : p < 0.01    n.s. : not significant (性別と同居家族は t 検定、その他は一元配置分散分析)

\* : p < 0.05    \*\* : p < 0.01 (多重比較 Tukey 法)

表5 バーンアウト尺度の属性比較

		情緒的消耗感			n.s.	脱人格化			n.s.	個人的達成感の低下			n.s.
		N	M	SD		N	M	SD		N	M	SD	
性別	男	11	3.25	0.93	n.s.	11	2.44	1.04	n.s.	11	4.00	0.54	n.s.
	女	40	2.92	0.95		40	2.21	0.85		38	3.87	0.72	
年齢	20歳代	5	2.56	0.96	n.s.	5	2.03	0.97	n.s.	5	3.67	0.88	n.s.
	30歳代	21	2.86	0.84		21	2.21	0.92		21	3.80	0.74	
	40歳代	14	3.50	1.12		14	2.62	0.98		13	4.10	0.62	
	50歳代	12	2.83	0.75		12	2.08	0.62		11	3.92	0.56	
看護師 経験期間	5年未満	8	2.93	1.19	n.s.	8	2.29	0.92	n.s.	8	3.88	0.78	n.s.
	5年以上10年未満	12	3.03	0.98		12	2.57	0.97		12	3.67	0.76	
	10年以上	32	3.00	0.89		32	2.16	0.85		30	3.99	0.62	
医療観察法病棟 経験期間	1年未満	15	3.08	1.16	n.s.	15	2.39	1.02	n.s.	15	3.83	0.73	n.s.
	1年以上2年未満	27	2.99	0.89		27	2.29	0.77		25	4.09	0.54	
	2年以上	10	2.90	0.82		10	2.07	1.02		10	3.50	0.79	
配属希望	強く希望	9	2.64	0.62	n.s.	9	2.00	0.86	n.s.	9	3.85	0.83	n.s.
	少し希望	31	3.09	1.04		31	2.37	0.89		30	3.92	0.62	
	希望なし	12	3.02	0.88		12	2.24	0.92		11	3.86	0.76	
同居家族	有	36	3.11	0.92	n.s.	36	2.21	0.85	n.s.	34	3.83	0.69	n.s.
	無	16	2.75	0.98		16	2.42	0.97		16	4.03	0.65	

性別と同居家族は t 検定、その他は一元配置分散分析 n. s. : not significant

表6 バーンアウトを基準変数、自律性、ストレスを説明変数とした重回帰分析

		情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感の低下
		$\beta$	$\beta$	$\beta$
自律性 尺度	認知能力			-0.35**
	実践能力			
	具体的判断能力			
	抽象的判断能力			
	自立的判断能力			
ス ト レ ッ サ ー 尺 寸 度	人的環境	0.49**	0.47**	
	看護師役割			-0.48**
	医師との人間関係			
	死との向かい合い			
	仕事の質的負担			0.37**
	仕事の量的負担			
	患者との人間関係			
R2		0.22**	0.20**	0.32**

表中数値はステップワイズ法で選択された変数 \*p<0.05 \*\*p<0.01

「個人的達成感の低下」に関しては「仕事の質的負担」( $\beta = 0.37, p < 0.01$ )、役割の葛藤やケアを行う役割が十分に果たされないことを示す「看護職者としての役割」( $\beta = -0.48, p < 0.01$ )、状況を正確に把握する「認知能力」( $\beta = -0.35, p < 0.01$ )によって有意に説明された ( $R^2 = 0.32, p < 0.01$ )。

#### IV. 考 察

##### 1. 自律性、ストレスの特徴

自律性に関しては、医療観察法病棟と精神科急性期病棟との間に有意な差はみられなかった。精神科看護師を対象とした自律性尺度の報告はこれまでにないが、がん、呼吸循環器、リハビリを専門領域とした看護師の調査結

果<sup>22)</sup>と比較しても、医療観察法病棟に勤務する看護師の自律性が高いとは言い難い結果であった。看護師の自律性に関しては、経験年数や職位、教育課程、仕事に対する意欲や自信、満足感、職務継続意思といった内的特性が強い影響を与えることが報告されている<sup>19)</sup>。医療観察法病棟の看護師の場合でも、自律性尺度については看護師経験期間に有意な差が認められ、5年未満の看護師経験群に比べ10年以上の看護師経験群の自律性得点がすべての下位項目において有意に高値を示した。この結果は、臨床経験10年を越えると自律性が上昇するという菊池<sup>19)</sup>の報告内容とも合致する。しかし、経験期間が長い看護師は、上下関係で自律性が発揮できないことを意味する「医師との人間関係と自律性」や「仕事の量的負担」のストレス得点も高かった。

経験豊富な看護師が自律性の高さを実感しつつも、医師との人間関係や仕事量に関して負担を感じているという構造には、従来の精神科医療と医療観察法病棟との医療風土の差異が反映していることが考えられる。宮本<sup>4)</sup><sup>5)</sup>は、これまでの精神科医療は医師の法的な権限や責任が大きいことに医師も他職種も過剰に適応したことにより、医師主導の権威主義的な傾向に由来する独特な医療文化が存在していることを指摘している。医療観察法病棟が目指す多職種の合意と協働を基盤としたチーム医療の実践成果は、これまでの精神科医療のあり方を見直し本来あるべき方向へ導くきっかけを生み出すものとしての期待も高い。しかし、看護師が自己の意見を伝え協議を試みても、意見を強く主張しがちな従来型の医師との間に軋轢を感じてしまうことが考えられる。また、医師の指示のもと権限や責任を委ねられ、医師の代行を担ってきたようなベテラン看護師にとっては、逆に看護師の裁量だけで判断処理できないことに不全感をつのらせることも推察される。

ストレス尺度の病棟間の比較では、医療観察法病棟の看護師は急性期病棟の看護師に比べ「職場の人的環境」に関して負担を感じている傾向を示した。Oddie<sup>23)</sup>らは、医療観察法病棟のモデルとなったイギリスのmedium secure unit（中等度保安病棟）に勤務する看護師の職業ストレスを調査しており、多職種間のコミュニケーション不足、先輩や上司からのサポートの欠如、モチベーションが低く非協力的なスタッフとの協働、マンパワーの不足などのストレスを報告している。精神医学の一分野として司法精神医学が古くから確立されているイギリスでさえ、人的環境に関連する多くのストレスが存在しているのである。医療観察法病棟においても、各職種の専門性や理念の違いから多職種チームには対立や離反が生じやすい状況もあり<sup>6)</sup>、チームのコーディネーターとしての役割を担うことの多い看護師は人間関

係に強く負担を感じることが考えられる。また、医療観察法病棟の看護師は、1病棟に43名というこれまでの精神科病棟では例のないほど多くの人員が配置されている。このことから、多職種チーム内の力動を調整する負担だけでなく、看護職種内に治療方針や看護方針を説明し援助内容を浸透させる労力などがストレスになることも推察される。精神科看護に従事してきた中で個々の経験や職場風土による価値観の相違は、看護師集団内にも齟齬や対立を生じやすくさせ、医療観察法病棟の理念のもとに力動を集結させていくには同職者集団といえ困難を伴うことが考えられる。

## 2. バーンアウトの特徴と自律性、ストレスとの関連

バーンアウトについては、急性期病棟と比較して医療観察法病棟看護師の「脱人格化」が有意に高かった。精神科看護師を対象としたバーンアウトとストレスの関連研究<sup>14)</sup>では、「脱人格化」は「仕事の量的負担」と「患者との人間関係」で相関を示すことが報告されている。また、「脱人格化」と「情緒的消耗感」の関連は一つの因子を形成する傾向がある<sup>22)</sup>と言われ、「情緒的消耗感」は、「仕事の量的負担」「看護者としての役割」「患者との人間関係」など多岐にわたるストレスとの有意な相関が指摘されている<sup>8)</sup>。医療観察法病棟でも、各種会議の参加や様々な書類作成など直接的なケア以外での煩雑な業務の増大、重大な他害行為を行った対象者をケアすることによるネガティブな反応など、「仕事の量的負担」や「患者との人間関係」に由来するストレス状況も多分に考えられる。しかし、重回帰分析の結果では、「情緒的消耗感」と「脱人格化」はともに「職場の人的環境」によって有意に説明され、他の項目との関連はみられなかった。Oddie<sup>23)</sup>によるmedium secure unitに関する報告でも、バーンアウトとストレスとの関連では、患者への援助に関するものよりも組織・管理体制、スタッフ間の葛藤といったストレスとの関連が強いことが指摘されている。前項で述べた他職種・同職種という専門職集団の多層的な集団力動に伴う負担感が、「情緒的消耗感」や「脱人格化」に対してより強く影響しているものと考えられる。

「個人的達成感の低下」に関しては急性期病棟との有意な差はみられなかったが、先行研究<sup>8)</sup><sup>11)</sup><sup>14)</sup>と比較すると、医療観察法病棟看護師の「個人的達成感の低下」が顕著であった。個人的達成感の乏しさは、医療観察法病棟の看護師を対象とした美濃<sup>17)</sup>の調査結果とも一致する。「個人的達成感の低下」とは仕事の成果に伴って感じる成功感や効力感の低下を指すものであるが、先行研究ではストレス項目との重相関係数が低く<sup>8)</sup><sup>11)</sup><sup>14)</sup>、バーンアウトの因子では最も独立した因子であることも指摘されている<sup>21)</sup>。重回帰分析の結果では、「個人的達

成感の低下」は「仕事の質的負担」「看護師役割」「認知能力」の3つの項目によって有意に説明され、「仕事の質的負担」が「個人的達成感の低下」を助長させていた。この背景には、医療観察法病棟における看護の多様性が大きく関与していると考えられる。医療観察法の目的は重大な他害行為を行った対象者の社会復帰を促進することであり、その治療目標には、他害行為についての認識や内省を深め自ら同様の行為を防止できる力の獲得も含まれる。また、看護業務も病状の改善に向けた心身の管理や日常生活援助にとどまらず、定期的な看護面接による問題解決への援助、さまざまな治療プログラムへの導入と運営、外出外泊における付添いと評価、社会復帰に向けた関係機関との会議や書類の作成など多岐にわたる<sup>24)</sup>。このように治療目標と業務内容に広がりや深まりが求められることで、援助の際限のなさや援助効果の疑問などを感じ、成功感や効力感の低下につながるものと考えられる。

### 3. バーンアウト予防へのアプローチと今後の課題

本研究では自律性の高さがバーンアウトの抑止に関連することを予測したが、「個人的達成感の低下」に対する「認知能力」以外に有意な説明はできなかった。恵まれているはずの職場環境の中で、職場の対人関係に由来するストレスや仕事の質的困難さの影響が強いことは、医療観察法病棟への期待に反するものとしてとらえられるかもしれない。しかし、実績のあるイギリスでさえ、組織や管理体制、スタッフに関するストレスが根強い状況がある中で、医療観察法病棟の組織体制や人員配置などの職場環境に対して懐疑的・批判的になることは賢明ではない。看護師経験の中で培ってきた自律性をチーム医療の中で発揮し、それが看護実践の自信や自己効力感につながっていくために、医療観察法病棟の看護師の特徴的なストレス状況を見据えたサポートや対応策が必要である。

医療観察法病棟の運営や入院処遇に関してはガイドラインが存在するものの、臨床現場では様々な試行を繰り返しながら知見を積み重ねている段階である。多職種チーム医療における役割分担の不明瞭さも考えられることから、まずはお互いの役割について議論し合いながら、看護師の役割を具体化していくことが「仕事の質的負担」の軽減に重要であると考えられる。また、Baxter<sup>25)</sup>は、medium secure unit に勤務する看護師が、看護師同士のピアサポートやスーパービジョンが重要と感じながらもその実現の困難さを実感していることを報告している。中堅・ベテラン看護師がストレスを強く感じている状況では、看護職種内の相談体制や教育機能をすぐに高めていくことは難しいことも予想される。しかし、多職種との議論の中で、中堅・ベテラン看護師が率先して自己の戸惑いや葛藤を開示していくことで、職場内のピアサ

ポートやスーパービジョンといった相談・教育機能が培われ、「職場の人的環境」の向上に結びついていくと考える。

医療観察法の附則には、施行から5年経過後に法律の規定の実施状況について検討を加え、法制の整備などの措置を講ずることが明記されている。5年が経過した現在、法律の枠組みに沿った実施状況を検討することはもちろんであるが、医療の提供者側の視点に立った検討も重要である。特にスタッフのメンタルヘルスは、バーンアウトや離職の防止とともに、質の高いケアを実践する重要な要素となる。今後は、指定通院医療機関を含めてバーンアウトの関連要因をより明確にしていくとともに、メンタルヘルスを高めていくための具体的な支援策を検討することが急務であると考えられる。

## V. 結 論

医療観察法病棟に勤務する看護師の自律性、ストレス、バーンアウトの特徴と関連を明らかにするために質問紙による調査を行った結果、以下のことが示唆された。

1. 医療観察法病棟に勤務する看護師は、年齢の高さや看護師経験の長さにより自律性が高い傾向があるが、一方で「医師との人間関係と自律性」「仕事の量的負担」といったストレスも高い傾向がみられた。
2. 医療観察法病棟に勤務する看護師は、精神科急性期病棟に勤務する看護師と比較して「職場の人的環境」にストレスを強く感じ、バーンアウトにおいて「脱人格化」が高い傾向があった。
3. バーンアウトの「情緒的消耗感」「脱人格化」は「職場の人的環境」に、「個人的達成感の低下」は「仕事の質的負担」「看護職者としての役割」「認知能力」に関連がみられた。多職種協働に伴う専門性や考え方の相違、広範囲な業務内容に対する達成感の乏しさがバーンアウトに影響していることが考えられた。

(受理日 2011年1月3日)

## 引用文献

- 1) 永田貴子, 平林直次: 指定入院医療機関における治療プログラムの開発. 臨床精神医学, 38 (5): 623 - 629, 2009
- 2) 平林直次: 医療観察法病棟の実際, こころの科学, 132: 47 - 52, 2007

- 3) 村上 優, 高橋 昇, 大橋秀行: 指定入院医療機関における治療プログラム, 臨床精神医学, 35 (3): 259 - 265, 2006
- 4) 宮本真巳: 医療観察法と多職種チームの可能性. 臨床精神医学, 38 (5): 693 - 698, 2009
- 5) 宮本真巳: 医療観察法と多職種連携. 臨床精神医学, 35 (3): 277 - 285, 2006
- 6) 美濃由紀子: 医療観察法における多職種連携 —看護職の立場から—. 精神科治療学, 24 (9): 1069 - 1075, 2009
- 7) 菊池昭江, 原田唯司: 看護専門職における自律性に関する研究 基本的属性・内的特性との関連. 看護研究, 30 (4): 23 - 34, 1997
- 8) 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の関係—, 実験社会心理学研究, 34 (1): 33 - 43, 1994
- 9) 田尾雅夫, 久保真人: バーンアウトの理論と実際 (第1版), 29 - 31: 誠信書房, 1996
- 10) 稲岡文明, 松野かほる, 宮里和子: 看護職にみられるBURNOUTとその要因に関する研究. 看護, 36 (4): 81 - 103, 1984
- 11) 塚本尚子, 野村明美: 組織風土が看護師のストレス—バーンアウト, 離職意図に与える影響の分析, 日本看護研究学会雑誌, 30 (2): 55 - 64, 2007
- 12) 吉田なよ子: 病院勤務の女性看護職の年齢, 経験年数, 職業アイデンティティ, 看護専門職的自律性, バーンアウトの関連. 日本赤十字看護学会誌, 7 (1): 68 - 77, 2007
- 13) 贅川信幸, 松田 修: 看護師のバーンアウトとサポート源の関連に関する研究. こころの健康, 24 (1): 25 - 35, 2005
- 14) 北岡 (東口) 和代, 谷本千恵, 林みどり他: 精神科看護師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
- 15) 山崎登志子, 齋二美子, 岩田真澄: 精神科病棟における看護師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, 25 (4): 73 - 84, 2002
- 16) 清水恭子, 梶原由紀, 河野美千恵他: 精神科看護師のバーンアウトと職場ストレス. 第37回日本看護学会論文集精神看護, 日本看護協会出版会: 235 - 237, 2006
- 17) 美濃由紀子: 医療観察法と看護の現状と課題 医療観察法病棟で働く看護師の意識. 精神科看護白書 2006 → 2009 (第1版), 日本精神科看護技術協会, 118 - 124: 精神看護出版, 2009
- 18) 菊池昭江, 原田唯司: 看護の専門職的自律性の測定に関する一研究. 静岡大学教育学部研究報告 (人文・社会学偏), 47: 241 - 254, 1997
- 19) 菊池昭江: 看護専門職における自律性と職場環境および職務意識との関連 経験年数ごとにみた比較. 看護研究 32 (3): 92 - 103, 1999
- 20) 東口和代, 森河裕子, 三浦克之他: 臨床看護職者の仕事ストレス—について —仕事ストレス—尺度の開発と心理測定学的特性の検討—. 健康心理学研究, 11 (1): 64 - 72, 1998
- 21) 久保真人: ストレスとバーンアウトの関係 —バーンアウトはストレスか?—. 産業・組織心理学研究, 12, : 5 - 15, 1998
- 22) 渡辺孝子, 重久加代子, 小磯玲子他: 看護師のストレスと業務の専門性との関連. 看護管理, 17 (10): 871 - 876, 2007
- 22) 前掲8), 34 - 35
- 23) Oddie,S., Ousley,L.: Assessing burn-out and occupational stressors in a medium secure service. The British Journal of Forensic Practice, 9 (2): 32 - 48, 2007
- 24) 板山 稔, 高野和夫, 大迫充江: 指定入院医療機関におけるクリティカルパスの作成. 厚生労働科学研究費補助金 他害行為を行った精神障害者の看護に関する研究, 平成18年度分担研究報告書: 24 - 35, 2007
- 25) Baxter,V.: Nurses' perceptions of their role and skills in a medium secure unit. British Journal of Nursing, 11 (20): 1312 - 1319, 2002

---

## **A study on autonomy, stressors, and burnout of nurses working in the forensic psychiatric ward**

**Minoru Itayama<sup>1)</sup> Rui Tanaka<sup>2)</sup>**

1) Department of Nursing, School of Health sciences, Hirosaki University of Health and Welfare  
(3-18-1 Sanpinai Hirosaki Aomori Japan 036-8102)

2) Faculty of Nursing at Higashigaoka, Tokyo Healthcare University  
(2-5-23 Higashigaoka Meguro-ku Tokyo Japan 152-8558)

### **Abstract**

The purpose of this study is to determine characteristics of professional autonomy, job stressors, and burnout of nurses working in forensic psychiatric ward where mentally disordered offenders are treated. The subject was the psychiatry nurses working in the hospital with forensic psychiatric ward where mentally disordered offenders are treated and other psychiatric ward, and 2 hospitals acknowledged this investigation.

The investigation was conducted using the questionnaire included the scales for professional autonomy in nursing, the nursing job stressor scale, the Japanese version of burnout inventory, and demographic questionnaire. ANOVA, multiple comparison, and multiple regression analysis were used for an analysis.

The analytical subject was 53 respondents of forensic psychiatric ward and 35 respondents of psychiatry acute ward (the recovery rate was 67%). The nurses working in the forensic psychiatric ward where mentally disordered offenders are treated felt stress of "human environment of the workplace" as compared with the nurses working in the psychiatry acute ward, and "depersonalization" in the burnout was high. Also, the nurse that experience as a nurse was long tended to have high professional autonomy, but "human relations with the doctor" and "quantitative burden of the work" of the stressors tended to be high. Furthermore, as for the burnout, it became clear that "human environment of the workplace" and "qualitative burden of the work" were associated.

Key words : Medical Treatment and Supervision Act, forensic psychiatric nursing, autonomy, stressor, burnout