

		の3年間にわたる在宅支援体制の整備を中心	Page131-140(2002.06)	スト、社会福祉協議会によるホームヘルプサービスの併用、短期入所サービスを密接に連携させていくことが、住み慣れた土地で人生の終末期まで支えることにつながることへの示唆を得た。
15	塚田典子 他	高齢者の在宅福祉サービス利用に対する抵抗感に関する研究	地域保健(0385-2229)3巻10号 Page53-63(2002.11)	層化多段無作為抽出法で全国より抽出された65歳以上の6700名を対象に、ホームヘルプサービスとデイサービスの利用に対する抵抗感について訪問面接調査を行い、本人回答の4391名について分析した。全調査回答者の46%が「ホームヘルパーのように家の中に他人が入ってくる福祉サービス」に何らかの抵抗を感じ、「デイサービスのように外に出て利用する福祉サービス」に何らかの抵抗を感じている人は24.5%であった。その理由は両サービスとも「気を使うから」が最も多かった。女性や配偶者のない高齢者、社会との接点が少ない高齢者、介護サービスに関する情報量の少ない高齢者において、これらのサービス利用に抵抗を感じる割合が高い。
16	岸恵美子 他	性役割意識が介護サービス利用に及ぼす影響	女性心身医学(1345-2894)7巻2号 Page226-237(2002.11)	介護講座受講生373名を対象に性役割意識が介護への考え方や介護サービス利用に及ぼす影響を検討した。利用することに最も抵抗を感じるサービスは「特別養護老人ホーム」、「ショートステイ」、「ホームヘルプサービス」の順であった。性役割尺度得点は介護について「家族の力で行うべき」「介護は女性が担うべき」「介護は長男の嫁が行うべき」「子どもに介護してもらいたい」という考えに肯定的な者では有意に低かった。又、サービスを利用することについて「人を頼むと気を遣う」「人を頼むと周囲の批判の目が気になる」「人を頼むと罪悪感を感じる」「介護者の犠牲は仕方がない」という考えに肯定的な者も性役割尺度得点が有意に低かった。必要なサービスを利用できるよう、介護者の性役割意識に直接働きかける支援と、意識改革のための健康教育の重要性が示唆された。

表8-3 調査対象者

利用者	主たる介護者	家族構成・状況	サービス利用期間
N.K 男性 80歳 脳梗塞後遺症	妻	娘との3人家族 現在、利用者は入院中	平成16年1月から
S.S 女性 63歳 脊髄小脳変性症	夫	夫の2人暮らし となりに息子夫婦が住む 嫁がかなり介護を手伝う	平成13年から
K.S 女性 78歳 脳卒中後遺症	夫	夫の2人暮らし 近くに息子夫婦が暮らす	平成11年11月から
A. T 男性 42歳 脊髄損傷 25年前受傷 障害者認定1級	母	父母との3人暮らし	平成15年10月から

えていても、長引く介護状況が介護者の加齢や身体疲労をまねき、十分な内容ができなくなったと判断された時点で、24時間ホームヘルプサービス利用をスタートしている。24時間のサービスを利用しながらも、あくまでも主たる介護者は家族の誰かであって、家族介護の不十分を補うためにヘルプ事業を利用しているということは、どのケースにおいても共通している。そしてその結果として、身体的・精神的慰安を主たる介護者が受け、在宅介護への意欲と動力を補っているという現状があった。

「利用を決めたきっかけ」としては、施設内ケアを受けていても、こうした家族は結局付き添っており、簡易ベッドで寝起きする大変さや、軽度の痴呆様症状で同室者や周りへ迷惑をかけるなどの気兼ね、あるいは施設内ケアへの不満足等を経験している。結果、「どこで」、「どのような」ケアをすることがよいのかの判断がなされ、施設より在宅という選択がなされていた。

「利用開始に対するためらいや不安」については、周囲にホームヘルプ事業を提供している人を知っていたなど、日頃からこうしたサービスと身近な関係があり、情報が多く得られているという傾向があった。利用開始を踏み切るまでに最後まで気がかりになる事として、「ヘルパーへの気兼ね」ということをそれぞれの利用者が述べている。日本的発想と指摘できようが、経済的負担をおいつつ利用するという視点よりも、「申し訳ない」とする心情が最後まで左右しており、サービス利用をスタートさせても潜在的には継続する意識かも知れない。隣近所との関係が密であり、村落共同体的性格を持ち、常に助け合いながら生活を支え合っている農林漁業地区としての産業構造と、高齢者が多く相互扶助の姿勢が自然と蓄えられてきた大島町という一つの地域構造とが、こうした側面を一層強調するものではないかと考えられる。

## 2) 利用状況

利用しているサービス内容は、介護保険下ではフォローできない内容でありながらも必要かつ短時間作業であり、介護者の負担が大きいとされる、オムツ交換や体位変換等の内容が主であった。日中には、訪問看護や訪問リハビリテーション等を利用し、入浴や特殊処置など専門的技術や労力、並びに機械器具を必要とするケアを受け、夜間にはこうした生命を維持する上で欠くことができず、しかも QOL に関係する重要なケアを受けている。こうしたケアは、同時に安否確認と連動し利用者自身はむろん家族の安心につながる他、家族介護の場合には主たる介護者に熟睡を提供でき身体的健康を支え介護継続を様々な面で支える機能を有している。

利用料については、1割負担者や障害年金からの支払い者が多く、「苦にならない」と回答する利用者が多かった。中には、老齢年金から支払うケースもあり、月額 35000 円程度かかる利用料（オムツ代金等は実費として利用者負担）は年金の大半を占め、「結構かかり高い」という印象を与えている。

鍵の管理は、利用者と提供者とで決めた方法や出入り口が固定しており（玄関は施錠しても勝手口等は施錠しない等）、基本的には鍵をかけないケースが多かった。近隣は、移動者が少なく顔見知りという大島地区に限定された特徴的状況かも知れない。

サービスの内容やサービス提供者への評価について、満足度は高い。ヘルパーとケアマネジャーとの連携の良さや、「ヘルパーには業務だけを優先させる人は少ない」など、ヘルパーと利用者との信頼関係の厚さを伺い知る。中には看護師とヘルパーとの連携不足を指摘するケースもあった。サービス提供機関ごとの連携や調整会議のあり方等、全国的にも指摘されているが、少なからず各種サービスが入ることのメリット・デメリットと言えよう。されど、こうした状況は論理的にも予測できることであり、実態を招かないよう体制整備を図る必要があると考えられる。

「利用によって楽になったこと」として、精神的・身体的疲労の減弱が多い。通院回数が減ることや、夜間の介護負担が軽減されることで熟睡が得られ身体的疲労の回復が図れ

る等、各々の介護者が述べている。また、身体的疲労の低下が、精神的疲労感までも癒し、介護に向かう気持ちを明るい方向に支えてくれるという発言も見られている。

しかしこうした反面、ヘルパー個々のケア能力や専門的知識を持たないことに対して心配している面も否めない。また、毎日のことであっても、時や日によっては、「熟睡しているところを起こされる」など、時間固定のサービス利用の弊害として微妙な日々の変化までも察知できないため、一律的なケア提供に対する心配もあった。こうした面は、微妙な変化や日々の状態に応じて調整できる家族介護と契約のもとに行う恒常的サービスとの間に生じる致し方ないケアの歪みと考える。しかしながら、こうした行き違いは、24時間ホームヘルプ等の在宅ケアに特徴的にみられるものではなく、施設ケアにおいて厳重かつ科学的に管理できる環境下にあっても生じ得る出来事であるので、行き過ぎた利用者ニーズとも取れるし、当事者にとっては当然感じる自然な感情とも言える。また、恒常的なケア提供がなされるということは、別の意味の「安心」でもあることを忘れてはならないのではないだろうか。

### 3) ホームヘルパーに対する要望

ヘルパーに対する要望としては、個々のケアのばらつきや「痛くても言えない」等遠慮する面、人としての相性を指摘するケースもあった。しかしその反面、「来る人は、大抵知っている人だから安心」や「なんでも頼みやすい」といった、人間関係が強く確立されている面も伺えた。

相対的にヘルパーに対する印象は良好である。しかし、技術面への強化や専門性の深さについては幾つかの課題があることも事実と捉える。故に、ヘルパー自身の身を守る意味やこうした職の安定供給を社会的に維持するために、看護・介護職との専門的差を考慮しつつも技術教育や専門知識取得の学習機会等を戦略的に完備する必要があるのかも知れない。

### 4) 在宅療養に対する不安

「急変時の対応」については、まずヘルパーに連絡するという意識はない事がわかる。かかりつけ医や訪問看護師などへの連絡や娘や息子といった重要な家族等、利用者は専門性の評価、各職種の特長等、各職種の役割と機能内容をきちんと評価し、状況に応じて使い分けをしている事が理解された。機器に対する不安等も、ヘルパーとの間で問題解決しようとはしていなかった。

経済的不安については高齢年金者と障害年金者とは異なった感覚を持っていた。介護者は一律に自身の身体的健康を心配している。また、主たる介護者が男性の場合には、配食サービスの要望等も見られた。健康な高齢者であっても性別に問わず、三度三度の食事が面倒になる事は多々見受けられる。その上、食事をつくる経験が少ないと予測される男性高齢者であれば、こうした要因は一層高まる。しかし現実的には、看護や介護といった医

療・福祉サービスが入っているケースにおいては、サービス当時者以外にその家族の健康までをも「サポートしてもらえる」、あるいは「もらいたい」という状況から派生するニーズを生むと考える。契約者以外の情報を知るよしもなければ、介護者とは当然に接触する頻度も少なく、異常の早期発見機会を失うことや健康度の低下が見落とされていく現状を回避することは、難しい面もあることを考慮することは重要なことであろう。

## 2. 個別化・多様化しつつもアンビバレントなニーズ

以上より、24 時間ホームヘルプサービス事業の現実を事例から検討し、保健・医療・福祉サービス受給者ニーズについて考察したい。

以前より、保健・医療・福祉の連携・統合が叫ばれつつ、現実の臨床に照らしこうした状況をどのように作り上げていけばよいか、随分と議論された時代があった。しかし今日では、2000 年からスタートした公的介護保険制度により、自助努力を取り入れた自己責任的扶養形態が確立されたため、このような議論はトーンダウンしたかに見える。高齢化率の上限ない伸びと、経済不況から、医療費高騰はきれい事では済まされない厳しい現実として突きつけられた。医療の衰退は、社会の存続・維持に関わる重要な要件であり、医療政策に特化した施策や事業が主に展開される事は仕方ないこととも思われるが、目先の医療費抑制のみを主眼においた施策は、いつか綻び・破綻を招くとも考えられる。24 時間ホームヘルプサービス事業を必要とする実態は、まさしく老々介護や単身世帯が増加する今日社会に適合するものであると同時に、保健・医療・福祉の連携・統合の具現化として、トータルコーディネートが必要とされる時代故に、注目されなくてはならないことではないだろうか。

24 時間ホームヘルプサービス事業には、保健・医療・福祉の連携・統合が実現した姿があるように筆者にはうつる。積極的な医療は必要としないけれども、日常生活を営む上で必要となるわずかながらの小さな支え。その支えが安定的かつ高度な内容として維持されれば、かなりのレベルに至るまで、地域のネットワークを活用しながら、施設ケアに依存することなく、自助努力と他者支援とを織りまぜながら、住み慣れた環境で生活できる社会を実現することができるのではないだろうか。事実、調査した幾つかのケースにおいては、施設ケアに依存することなく、在宅ケアを実現し、わずかながらの不平や不満を抱きながらも、人として地に生き家族と共に生活している現実が、これからの社会が覚悟していかななくてはならない姿であろう。

わずかながらに見られた不平や不満を、筆者はすべて解決する必要はないと考える。充ちる社会に発展はなく、満ちる個人に努力はないと思うからである。加齢現象は誰にでもおこる避けがたい現象である。されど、進む加齢に逆らう努力をしない限り、援助は限りがないものとなり、こうした心持ちでは、社会構成の半数近くが高齢者となろうとする社会構造下では、社会が機能しなくなってしまう。健康の障害はいたしかたなく起こるのである

うが、あまねく手をあげて待っていたのでは、あるいは予防する意識や改善しようとする覚悟がない限り、援助の量や質は際限ないものとなる。こうした、他者依存型の社会を実現することが本願ではないし、また不可能なことである。

このような視点に立ち、24時間ホームヘルプサービス事業の実態を概観すると、重要なターニングポイントに立たされているように感じられた。公的介護保険における財源確保の破綻予測もあり、保険料徴収の年齢引き下げやサービス内容の見直しなど、厳しい超高齢社会の伸展が一層の公的負担から私的負担・自助努力へと移行せざるを得ない現実として横たわっている。こうした状況にありながらも、24時間サービス等の実態には、個人化・多様化・複雑化・高度化する医療・ケアニーズの増大・高揚が予測されるからである。

施設ケアに依存することなく、在宅ケアを推進しようとする意欲や姿勢は、すばらしいものではないだろうか。しかし、在宅ケアを実現するためには、誰かがどこかで世話するという負担を背負っている現実が、同時に存在するという事実である。また、介護を必要とする個人の状況や病状に応じて、その内容は様々であり多様性を増している。そこに個人のニーズや家族のニーズが絡まることから、複雑さを増長すると同時に高度な医療ニーズのある人も在宅移行が推し進められているため、高度化が進み、さらに利用者はそれぞれにユニークな存在であり、個性化についても考慮しなくてはならない。24時間ホームヘルプサービスの現実を見るにつけ、単に施設内医療の一部が在宅医療として押し出されたに過ぎない感じを覚えるのは、筆者の思い過ごしなのであろうか。

ホームヘルパーに求める専門性の深化や多様性等は、専門職養成の観点からは、畑違いの内容である。しかし、現実の利用者にとっては、抱いて不思議ない内容であり、場合によっては正当とも思われる面がある。ならば、24時間サービスにヘルパーと看護師というコンビネーションで巡回するシステムを構築しようとするならば、コストに対する負担増が余儀なくされる。ならば、安価で平易なケアのみを提供していれば、24時間サービスが事足りるかと言えば、一概には言えないという、トートロジーかつアンビバレントな側面を有することが理解される。

医療界に起こった多様化・複雑化・高度化・個人化現象は、医療の発展に関係した高度化・複雑化の問題、高騰する医療費抑制のための在院日数短縮に連動する多様化・高度化・複雑（煩雑）化、さらには情報開示・医療倫理に関する個の尊重や説明責任に由来する個人化等、医学や社会の発展に連動する変化適応として起こっている。こうした変化を受けて、排出されたケア受給者が、在宅ケアの名の下に押し流されている現実が否めない。

入り口があれば出口がある。入り口が狭くなれば、入れない人で溢れ、出口が広がれば、出口に人が溢れる。保健・医療・福祉の現場には、こうした溢れた人の渦が蔓延しているように思えてならない。一昔前までは、この入り口・出口の調節が、入院期間の長短で調整できていた。反面、社会的入院を増加させた現実の評価と改善を求めなくてはならない。しかし、現実の施策は、こうした評価や改善の観点にたったものではなく、入院という入り口の狭まりと出口の開放化に伴った、現場の致し方ない実情から派生したサービス展開

として位置尽くのではないだろうか。特に、24 時間ホームヘルプサービス等はこうした煽りを直接に受けたサービス内容であり、サービス利用者・提供者ともに、日々を生きるという観点から、幾つもの課題を鵜呑みにしながらやり過ごしているのではないかと、筆者には思えてならない。

ホームヘルプサービス事業に起こる、多様化・複雑化・高度化・個人化対応への要望は、利用者ニーズとして今後ますます増大すると予測できる。そこで第二部では、これを受け、従事者はどのような状況にあるのかを、Burnout スコアを説明変数に置き心的ストレスの観点から考察したい。

## 第2節 保健医療福祉従事者と Burnout

本節では、第一部で検討した、保健医療・福祉社会の動向から、そこに働く人々の心的状態がどのようなものであるかを、Burnout という観点から明らかにしたい。

昨今介護場面では、介護に疲れた家族やあるいはある個人が「私は、Burnout (燃えつき) しそう」などと、発言する機会を多々散見する。こうした、いわゆる Burnout 現象と呼ばれるものは、従来医療従事者に多いとされたが、現在その症状は職域を越え拡散し一般化・常態化傾向が進行しているようにさえ感じられる。また、近年にあつては増加傾向さえ指摘されることから<sup>3)</sup>、無視できない現象とも言える。

Burnout の語源は、「モーターがバーンアウトした (焼き切れた)」とか「電球がバーンアウトした (焼き切れた)」のように、日常会話の中で使われてきた言葉であるが、転じて学術用語のなかに取り入れられたとされている<sup>3)</sup>。モノの場合であればそれは故障とされるが、人間の場合で考えるなら、突然に動機づけの低下をおこし、普通に働いていたと見えた人がドロップ・アウトしていく。そうした心身の激しい変化状況には目を見張るものがあり、特に医療や福祉、教育などヒューマン・サービス業に従事する人に多発する状況が示され、早急の解決なり予防のための策を講じる必要性が迫られている。

Burnout 現象とは、1960 年代のアメリカ合衆国のヘルス・ケア領域において注目され、それ以降多くの研究が重ねられている。Burnout の文献は、1989 年までにおいても世界で 2496 にも昇り<sup>4)</sup>、Burnout 現象解明に向けた関心の高さが伺える。

Burnout は様々な定義されるが、保健医療従事者や対人専門職間でコンセンサスを得られているのは、「長期間にわたり人に援助する過程で、心的エネルギーがたえず過度に要求された結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇を主とする症候群であり、卑下、仕事嫌悪、思いやりの喪失」と稲岡は述べる<sup>5~6)</sup>。

Burnout の定義に照らせば、Burnout 現象を引き起こす土壌として、ヒューマン・サービス業には特有の状況や条件があり、やむをえない現状も完全には否定できないが、多発する Burnout 現象に対し、どのような対処方法を練るか、あるいはどのような改善を図るかといった検討は、重要である。それは、医療や福祉に携わる職業領域が実現するヒューマン・サービスに対するニーズが、高度産業社会や脱工業化社会への転身、超高齢社会の伸展といった社会状況から、質量ともに急速に増大しつつあるからである。さらに、仮にヒューマン・サービスの発給現場がストレスを多発するという状況を見過ごすならば、介護虐待に見られるように円滑なサービス供給への阻害や社会不安を誘発するなど、全体社会にさまざまな影響を及ぼすことにもなると想像されるからである。

そこで、本章では高齢者ケアや施策に従事する人々の心的状態を把握する必要があると考え Burnout 現象を説明変数におき、幾つかの分析を行う。高齢者ケアは、変化が乏しく現状維持でさえ容易でない上に、最終結果としては「死」という現実が突きつけられ、ケアや援助の先を期待することが難しい。故に Burnout しやすい状況にあると言える。この

ような意味からも、施策やケア実践にどのような心的状態で臨んでいるかを把握する意義は重要と考える。

ここで扱うデータは、昨年「専門職・行政職による高齢者モデル居住圏構想事業評価」のために行われた、山口県大島町と三重県紀南地区での意識調査結果である（詳細は、小川全夫主任研究者『高齢者モデル居住圏構想の評価研究』平成14年度総括研究報告書；高野和良「専門職・行政職による高齢者モデル居住圏構想事業評価」参照）<sup>7)</sup>。

## 1. Burnout とは

Burnout（燃えつき）現象の解明は、精神科医である Freudenberger による指摘から始まり<sup>8~11)</sup>、その後の実態調査から抽出された概念整理、測定のためのスケール開発が段階的に行われ今日の Burnout 研究へと発展している。この功績には、Maslach や Leiter や Shirom、Maslach の同僚である Jackson や Pines の働きが大きく、現在では、Maslach らが<sup>12)</sup>、情緒的消耗感 (emotional exhaustion)、離人化 (depersonalization or dehumanization)、達成感 (personal accomplishment) の低下といった3つの構成要素から Burnout が起こると考え、これら3要因の数値の大小で Burnout の程度を測定するまでに至っている。本章では、この3要因に着目し分析を進めたい。

この際使用する Burnout の定義は、上述した Maslach の定義を用い、Burnout 測定尺度は、MBI (Maslach's Burnout Inventory; Maslach & Jackson, 1981)<sup>13)</sup> の修正版として考案された田尾版<sup>14)</sup> を使用する。

MBI とは、Burnout の主要3徴候である、1) 情緒的消耗感、2) 脱人格化、3) 達成感の衰退など、Burnout の内部構造について詳しく言及できよう開発されたものである<sup>注1)</sup>。この MBI の開発により、3要因の因果性が詳しく論議されるようになった。特に、情緒的消耗感が Burnout の本質的な因子であるとの見解が一般化された功績は大きい。マスラックとジャクソン(Maslach & Jackson, 1981)は、MBI の信頼性を調べた論文において「Burnout 症候群のキーとなる側面は、情緒的消耗感の増大である。情緒的資源が枯渇してくるにつれて、心理的な水準では、もう何もかも使い果たしてしまったと感じるようになる」と述べている。「1. 情緒的消耗感が、Burnout の中心であり核となる次元であること。2. 情緒的消耗感が、Burnout の第一段階であり、それゆえ、Burnout しつつあるか否かを識別するのに好都合な指標であること。3. 情緒的消耗感は、慢性的かつ進行性の特徴をもっているため、ストレスの累積的な影響を見るのによい指標であること。4. 情緒的消耗感は、ヒューマン・サービス以外の職種にも適用可能な指標であること」と述べるなど、情緒的消耗感の Burnout 現象における中心性が指摘されている。

今回の調査で使用した田尾版(1989)は、MBI 以上に上記3徴候の内部構造をうまく抽出できるように修正され、また我が国の現状に適合するよう改定されたものであり、MBI 修正版としての信頼性・妥当性が検証されている。ここで使用する3要因についての用語の



定義は、表 8-4 のとおりである。

表 8-4 Burnout 3 要因の用語定義

要 因	用語の定義
情緒的消耗感 : emotional exhaustion	彼ら自身の仕事によって伸びきった、あるいは、疲れ果てたという感情であり、もう働くことができないという気分。Burnout の中で典型的に表出されるとされる
脱人格化 : depersonalization	彼らの世話やサービスを受ける人たちに対する無情な、あるいは人間性を欠くような感情や行動
達成感の衰退 : personal accomplishment	するべきことを成し遂げたという気分であり、達成の充実感に浸る気分が実感できず、達成感が衰退すること

## 2 Burnout の全体的傾向－2 地区における基本属性からの検討－

まず、Burnout の全体的傾向を概観した。その際、スコアにおいて Burnout の「あり」「なし」をはっきりさせるために、Burnout スコア上正常域を「なし」とし、平均的・注意・要注意・危険域を「あり」と、本分析においては定義した<sup>注2)</sup>。また、本章では Burnout 状態を中心に検討するため、Burnout スコア採点のための質問項目に無回答であった標本は削除し検討を行った。

この結果から、2 地域における Burnout 出現割合は表 5 であった。情緒的消耗感や達成感の衰退に有意差が指摘できそうであるが、比率の差の検討の結果有意な差は認められなかった。よって、紀南と大島の 2 地区において Burnout に関する差はない集団と考えられる。

表 8-5 2 地域における Burnout 出現比較

Burnout3 要因	有無	紀南	大島	合 計
情緒的消耗感	なし群	212(70.9%)	371(74.1%)	583(75.9%)
	あり群	87(29.1%)	130(25.9%)	217(27.1%)
	合 計	299(37.4%)	501(62.6%)	800(100.0%)
脱人格化	なし群	195(65.2%)	330(65.9%)	525(65.6%)
	あり群	104(34.8%)	171(34.1%)	275(34.4%)
	合 計	299(37.4%)	501(62.6%)	800(100.0%)
達成感の衰退	なし群	90(30.1%)	178(35.5%)	268(33.5%)
	あり群	209(69.9%)	323(64.5%)	532(66.5%)
	合 計	299(37.4%)	501(62.6%)	800(100.0%)

両地区における基本属性から見た特徴として、性別、居住地、職業、役職の有無において若干の差が認められた。男性の割合が多い紀南地区、当該地区に居住する割合の多い紀南、医療・保健専門職割合が少ない紀南、役職ありが多い紀南という傾向である。こうし

た傾向が、Burnout とどのような関係をもたらすかを分析した結果、表 8-6～8-10 のような結果に至った。

表 8-6 職種別にみた Burnout との関係：紀南地区

	情緒的消耗感			脱人格化			達成感の衰退*		
	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計
事務職（役場などの公務員）	39 (73.6)	14 (26.4)	53 (100.0)	30 (56.6)	23 (43.4)	53 (100.0)	9 (17.0)	44 (83.0)	53 (100.0)
事務職（民間施設事務職員）	9 (75.0)	3 (25.0)	12 (100.0)	9 (75.0)	3 (25.0)	12 (100.0)	3 (25.0)	9 (75.0)	12 (100.0)
医療・保健専門職	41 (74.5)	14 (25.5)	55 (100.0)	33 (60.0)	22 (40.0)	55 (100.0)	12 (21.8)	43 (78.2)	55 (100.0)
福祉関係専門職	100 (66.7)	50 (33.3)	150 (100.0)	101 (67.3)	49 (32.7)	150 (100.0)	57 (38.0)	93 (62.0)	150 (100.0)
その他	21 (77.8)	6 (22.2)	27 (100.0)	20 (74.1)	7 (25.9)	27 (100.0)	9 (33.3)	18 (66.7)	27 (100.0)
合計	210 (70.7)	87 (29.3)	297 (100.0)	193 (65.0)	104 (35.0)	297 (100.0)	90 (30.3)	207 (69.7)	297 (100.0)

\* $P < 0.05$

職種別にみた Burnout との関係では、達成感の衰退において有意差が認められた。紀南地区では、事務職・公務員では 80%以上であり、事務職・民間施設や医療・保健専門職においても 70%以上に達成感の衰退が「あり」となっている。大島地区も同様な傾向で、紀南地区との差としては、民間事務職の方がその割合が高いことや、医療・保健専門職においては 65%、福祉専門職関係約 58%と紀南地区と比較し若干低い結果であった。

事務職関係にあつては、どうしてもサービス利用者との関わりが書類を通じての間接的なものとなりがちである。また、サービスの多様化は書類作成等にあたって複雑性を増すこととなる。特に両地区は、高齢化が伸展している地域であり、書留作成等を通じての対応は、疲労感を増す作業と推測できる。その反面、書類作成等の関わりを通じては、その成果の結果を実感できる場面はなく、どうしても労働の意義ややりがいといった面に影響を及ぼすのではないだろうか。その結果、達成感の衰退が増強するものと考えられる。

また、医療・保健専門職関係者や福祉関係者においても、達成感の衰退が多く見られていた事は、対応内容の複雑化や高齢者対応が多いという提供サービス内容と対象者特性という 2つの側面があると推測する。サービス内容については今日、公的介護保険制度の完備において、厳しい制限が課せられる。故にその制限を意識しつつ具体的かつ効果的なサービスを選択することが重要となるが、規定内でのサービス利用では事足りない状況を招くことともなり達成感の衰退を引き起こすことになるのではないだろうか。さらに、情緒的消耗感等とは関係していないことから、行ったケアの結果は「死」という形で最終的な最終的な評価が下る高齢者という対象の特性が、達成感の衰退につながると考えた。

この他、紀南地区においては、職種年数別や役職の有無別から、Burnout との関係において有意差が示された（表 8-8）。大島地区では見られなかった。職歴年数別では 30 年以

表8-7 職種別にみた Burnout との関係：大島地区

	情緒的消耗感			脱人格化			達成感の衰退 *		
	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計
事務職（役場などの公務員）	54 (79.4)	14 (20.6)	68 (100.0)	49 (72.1)	19 (27.9)	68 (100.0)	15 (22.1)	53 (77.9)	68 (100.0)
事務職（民間施設事務職員）	13 (68.4)	6 (31.6)	19 (100.0)	10 (52.6)	9 (47.4)	19 (100.0)	3 (15.8)	16 (84.2)	19 (100.0)
医療・保健専門職	109 (69.4)	48 (30.6)	157 (100.0)	93 (59.2)	64 (40.8)	157 (100.0)	55 (35.0)	102 (65.0)	157 (100.0)
福祉関係専門職	165 (76.0)	52 (24.0)	217 (100.0)	149 (68.7)	68 (31.3)	217 (100.0)	90 (41.5)	127 (58.5)	217 (100.0)
その他	26 (78.8)	7 (21.2)	33 (100.0)	25 (75.8)	8 (24.2)	33 (100.0)	12 (36.4)	21 (63.6)	33 (100.0)
合計	367 (74.3)	127 (25.7)	494 (100.0)	326 (66.0)	168 (34.0)	494 (100.0)	175 (35.4)	319 (64.6)	494 (100.0)

\*P<0.05

上のベテランに脱人格化において有意差が生じていた。また30年以上の方は、達成感の衰退のあり群も高い割合を示していた。一概に長い経験年数が脱人格化を起こすとは理由づけられない。そこで、どのような職種が関係するかを確認するために、職種を加え3重クロスを行った（表8-9）。結果、各セルの該当者数が減少することや空白セルが存在することから有意差等の検討は行えない。しかし、公務員事務職30年以上の人では、60%を超えた人に脱人格化「あり」を示していた。自然と直接的な対応が減少する傾向にある事務職では、仕方ない結果とも考えられる。しかしながら、職種を超えやりがいがある施策等を展開していかなければ、地域の力を十分に引き出すことはできないのかも知れない。

表8-8 職歴年数別にみた Burnout との関係：紀南地区

	情緒的消耗感			脱人格化 *			達成感の衰退		
	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計
3年未満	57(73.1)	21(26.9)	78(100.0)	59(75.6)	19(24.4)	78(100.0)	25(32.1)	53(67.9)	78(100.0)
3年以上 5年未満	38(66.7)	19(33.3)	57(100.0)	35(61.4)	22(38.6)	57(100.0)	17(29.8)	40(70.2)	57(100.0)
5年以上 10年未満	46(68.7)	21(31.3)	67(100.0)	45(67.2)	22(32.8)	67(100.0)	25(37.3)	42(62.7)	67(100.0)
10年以上 20年未満	43(75.4)	14(24.6)	57(100.0)	37(64.9)	20(35.1)	57(100.0)	14(24.6)	43(75.4)	57(100.0)
20年以上 30年未満	20(80.0)	5(20.0)	25(100.0)	14(56.0)	11(44.0)	25(100.0)	7(28.0)	18(72.0)	25(100.0)
30年以上	8(61.5)	5(38.5)	13(100.0)	5(38.5)	8(61.5)	13(100.0)	2(15.4)	11(84.6)	13(100.0)
無回答	0(0.0)	2(100.0)	2(100.0)	0(0.0)	2(100.0)	2(100.0)	0(0.0)	2(100.0)	2(100.0)
合計	212(70.9)	87(29.1)	299(100.0)	195(65.2)	104(34.8)	299(100.0)	90(30.1)	209(69.9)	299(100.0)

\*P<0.05

表8-9 職業年数と職種、Burnoutとの関係：紀南地区

職業年数/Burnout・脱		事務職・ 公務員	事務職・ 民間	医療・ 保健専門職	福祉関係職	その他
3年未満	あり群	7(70.0)	3(100.0)	9(81.8)	28(68.3)	11(91.7)
	なし群	3(30.0)		2(18.2)	13(31.7)	1(8.3)
3年以上	あり群	4(66.7)	2(66.7)	3(50.0)	24(63.2)	2(50.0)
	なし群	2(33.3)	1(33.3)	3(50.0)	14(36.8)	2(50.0)
5年未満	あり群	6(60.0)	1(100.0)	6(60.0)	28(70.0)	4(66.7)
	なし群	4(40.0)		4(40.0)	12(30.0)	2(33.3)
5年以上	あり群	6(60.0)	2(66.7)	7(46.7)	18(75.0)	3(75.0)
	なし群	4(40.0)	1(33.3)	8(53.3)	6(25.0)	1(25.0)
10年未満	あり群	4(50.0)	1(50.0)	6(60.0)	3(60.0)	
	なし群	4(50.0)	1(50.0)	4(40.0)	2(40.0)	
10年以上	あり群	3(33.3)		2(66.7)		
	なし群	6(66.7)		1(33.3)	2(100.0)	1(100.0)
無回答	あり群	30(56.6)		33(60.0)	101(67.3)	
	なし群	23(43.4)		22(40.0)	49(32.7)	

役職別では、脱人格化において有意差が認められた。役職ありの方がなしと比べ、脱人格化の「あり群」に該当する割合が高かった。役職につけば、一層に窓口対応からは遠のき、人と直接に介する仕事が増えることは自然なことである。また、様々な背景の人々の存在を理解しつつも、多くの人々への公平性や平等性等を勘案していけば、情に流されない非常も必要とされよう。このような状況が、自ずと脱人格化へ向かわせるのかも知れない。

しかし、保健・医療・福祉職を主に担う立場にある役職という観点から考慮した際、こうした現状を「よし」としていいのか否かには慎重な議論を要することと思われる。すべての職種において、人を対象としない職業は存在しないように思われる。関わりの頻度や影響力の高低はあったとしても、少なからず人を対象に職業社会は構成されている。このように考えるならば、特に人との関係を重視せざるを得ない職種の役職者に脱人格化傾向が高まるような状況があるとするなら、重要な課題を提示するのではないだろうか。

この現象は、人を相手にする保健・医療従事職者に Burnout といった心的状況が多い事が問題視された状況と同様と考える。保健・医療・福祉の領域は、誰もが一生の内で必ず世話になる、あるいは関わらざるを得ない領域であり、人々の身体的・精神的・社会的健康に寄与し決して欠くことのできないものである。社会の存続・発展に直接的に関わるものでもある。このような意味からも、保健・医療・福祉職に従事する者の健康が大きく害されるということは、他の職種にみられる現象と同様に扱えない重要性を秘めると考える。こうした現象にいたる原因究明は急がれるかも知れなし、今後も見逃すことはできない事であろう。

表8-10 役職の有無別にみた Burnout との関係：紀南地区

	情緒的消耗感			脱人格化 *			達成感の衰退		
	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計
役職あり	80(74.8)	27(25.2)	107(100.0)	60(56.1)	47(43.9)	107(100.0)	32(29.9)	75(70.1)	107(100.0)
役職なし	129(68.3)	60(31.7)	189(100.0)	132(69.8)	57(30.2)	189(100.0)	57(30.2)	132(69.8)	189(100.0)
合計	209(70.6)	87(29.4)	296(100.0)	192(64.9)	104(35.1)	296(100.0)	89(30.1)	207(69.9)	296(100.0)

\*P<0.05

### 3. 特色ある事業展開と Burnout の関係

両地区では、高齢社会の伸展に対し、各地域の特性を活かした特色ある事業展開を行っている。地域活性化策の一環である。しかし、こうした事業は、往々にしてその従事者に過度なストレスを与える可能性も否めない。そこで、こうした事業展開、あるいはこうした事業に関わる中での満足度と Burnout がどのように関係するのかについて検討したい。

紀南地区では、「げんき夢プラン・紀南健康長寿モデルエリア計画」をとりあげ、健康まちづくり活動支援事業にどのような形で加わり、どのような充実感や満足感が得られ、職の専門性が高められたか否か、今後もこうした事業に関わって行きたいか等について、Burnout との関係から検討した。同様に大島地区には、「元気・にこにこ・安心の島づくり・周防大島高齢者モデル居住圏構想」といったものがある。

結果、紀南地区では、「健康まちづくり活動支援事業」において、3側面に Burnout との関係が示された。また、「高齢者生涯学習支援事業：寺子屋くまの21」事業において取り組みについて有意差が見られた。「健康まちづくり活動支援事業」は、住民の自主的・主体的な健康づくり活動を支援するため、「健康まちづくり講座」を開催するとともに、「健康を守る会」や「健康長寿推進会議」の活動を支援し、各地域の健康まちづくりグループの育成を図ることを目的に活動展開されている。

表8-11 「健康まちづくり活動支援事業」への取り組みと Burnout との関係：紀南地区

	情緒的消耗感			脱人格化			達成感の衰退 *		
	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計
長期間中心的に関わった	7 (70.0)	3 (30.0)	10 (100.0)	5 (50.0)	5 (50.0)	10 (100.0)	4 (40.0)	6 (60.0)	10 (100.0)
補助的なかたちで関わった	45 (73.8)	16 (26.2)	61 (100.0)	36 (59.0)	25 (41.0)	61 (100.0)	17 (27.9)	44 (72.1)	61 (100.0)
一般参加者としてのみ関わった	29 (78.4)	8 (21.6)	37 (100.0)	28 (75.7)	9 (24.3)	37 (100.0)	18 (48.6)	19 (51.4)	37 (100.0)
まったく関わったことがない	113 (69.3)	50 (30.7)	163 (100.0)	105 (64.4)	58 (35.6)	163 (100.0)	42 (25.8)	121 (74.2)	163 (100.0)
合計	194 (71.6)	77 (28.4)	271 (100.0)	174 (64.2)	97 (35.8)	271 (100.0)	81 (29.9)	190 (70.1)	271 (100.0)

\*P<0.05

表8-12 「健康まちづくり活動支援事業」へ関わることで専門性の向上とBurnoutとの関係：紀南地区

	情緒的消耗感			脱人格化			達成感の衰退 **		
	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計
そう思う	33(78.6)	9(21.4)	42(100.0)	32(76.2)	10(23.8)	42(100.0)	22(52.4)	20(47.6)	42(100.0)
そう思わない	47(72.3)	18(27.7)	65(100.0)	37(56.9)	28(43.1)	65(100.0)	15(23.1)	50(76.9)	65(100.0)
無回答	1(50.0)	1(50.0)	2(100.0)	1(50.0)	1(50.0)	2(100.0)	0(0.0)	2(100.0)	2(100.0)
合計	81(74.3)	28(25.7)	109(100.0)	70(64.2)	39(35.8)	109(100.0)	37(33.9)	72(66.1)	109(100.0)

\*\*P<0.01

表8-13 「健康まちづくり活動支援事業」への関わり継続意向とBurnoutとの関係：紀南地区

	情緒的消耗感 *			脱人格化 *			達成感の衰退		
	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計
そう思う	66(81.5)	15(18.5)	81(100.0)	58(71.6)	23(28.4)	81(100.0)	32(39.5)	49(60.5)	81(100.0)
そう思わない	14(53.8)	12(46.2)	26(100.0)	11(42.3)	15(57.7)	26(100.0)	5(19.2)	21(80.8)	26(100.0)
無回答	2(66.7)	1(33.3)	3(100.0)	2(66.7)	1(33.3)	3(100.0)	1(33.3)	2(66.7)	3(100.0)
合計	82(74.5)	28(25.5)	110(100.0)	71(64.5)	39(35.5)	110(100.0)	38(34.5)	72(65.5)	110(100.0)

\*P<0.05

結果、表11～13を概観すると、この事業に補助的に関わった人や全く関わりを持たない人は「達成感の衰退」を示している。しかし、この事業に関わることで専門性が向上しているかという観点からみれば、「達成感の衰退」に1%の有意差が見られ、「そう思わない」と回答する人に「達成感の衰退：あり群」が多い結果となっている。また、この事業への関わる継続意向については、情緒的消耗感や脱人格化と継続意向のない人が関係していた。

住民への自主性・主体性を引き出すことや、会や会議開催に向けての支援等は、仕組み作りから相当なエネルギーを要する活動と予測する。また、中核になるグループ育成といった課題もあり、個性豊かで様々な背景を持つ高齢者グループを活性化させる役割等、労苦の多い活動でありながらも、結果として評価が現れるには長い時間を要する。そこで、短期的な関わりや、補助的な関わりでは、活動自体の意義やおもしろみを実感できない状況で、この事業展開から離れていくという現状が、こうした状況に関係するのではないだろうか。結果出現に長い時間を要するような事業等では、職務の重要性や効果として評価が見えにくい状況等が、上述の様な結果を至らしめると考える。

さらに、こうした事業に主体的に関わりを持たなければ、確かにおもしろみや有意義性といった事を感じることも考えることもできないだろう。さりとて、一面“お膳だて”のような黒子的役割を果たす活動内容に専門性の向上を感じることはできなければ、達成感には至らないし、疲弊は増強し、ひいては継続意向にも影響を与えることが予測できる。この調査では、専門性の向上が感じられないために継続意向への反応が生じているのか否

か等、因果連関について詳述することができない。しかし、総体的に、様々な背景を持つ住民集団を、ある一定方向に向けての活動を喚起させようとする事業にかかるエネルギーの膨大さや意識の高揚という点が重要であることが示唆されないだろうか。また、こうした事業には、長期の関わりが重要であり、長期の関わりを通して主体性や専門性を見いだせる可能性もあることが示唆されないだろうか。

また、同様な活動として「高齢者生涯学習支援事業：寺子屋くまの21」がある。この事業は、高齢者の生きがいメニューとして、また世代間交流の活発化のために、高齢者等の知識・技術を生かした学びの場「寺子屋くまの21」の講師養成、人材発掘を行う。また、コミュニティの再生を目的に地域リーダーを養成するため「いきいきまちづくり塾」を開催する目的を有している。この項目では、補助的な関わりを持った人

表8-14 「高齢者生涯学習支援事業：寺子屋くまの21」への取り組みとBurnoutとの関係：紀南地区

	情緒的消耗感			脱人格化			達成感の衰退 *		
	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計
長期間中心に関わった	1(50.0)	1(50.0)	2(100.0)	1(50.0)	1(50.0)	2(100.0)	2(100.0)	0(0.0)	2(100.0)
補助的なかたちで関わった	11(61.1)	7(38.9)	18(100.0)	11(61.1)	7(38.9)	18(100.0)	3(16.7)	15(83.3)	18(100.0)
一般参加者としてのみ関わった	11(91.7)	1(8.3)	12(100.0)	11(91.7)	1(8.3)	12(100.0)	7(58.3)	5(41.7)	12(100.0)
まったく関わったことがない	165 (72.1)	64 (27.9)	229 (100.0)	146 (63.8)	83 (36.2)	229 (100.0)	68 (29.7)	161 (70.3)	229 (100.0)
合計	188 (72.0)	73 (28.0)	261 (100v)	169 (64.8)	92 (35.2)	261 (100.0)	80 (30.7)	181 (69.3)	261 (100.0)

\*P<0.05

に Burnout「達成感の衰退」に有意差が示された。厳密に言えば、空白セル等もあり、有意差検定には該当しないが、傾向としての指摘は許されると考える。

この事業も、先の「健康まちづくり活動支援事業」と似た性格を持つ。故に、長期的かつ中心的な関わりがもてない限り、事業のおもしろさ等を味わうことはできないだろう。表面的かつ短期的な関わりでは、なかなか結果に至らない活動の特殊性は、高齢社会の特徴であるのか、あるいは住民という種々の要因を持つ多彩な背景を有する集団を動かすということの活動のダイナミック性に影響するものかは不明である。

こうした紀南地区の結果に照らし大島地区を検討してみよう。大島地区では、「高齢者モデル居住圏 UJI ターン促進事業」と「周防大島すこやかほほえみネット関連事業」に対する関わり方の継続意向において Burnout との関係が指摘された。「高齢者モデル居住圏 UJI ターン促進事業」は、大島の生活や産業等が体験できる「高齢社会体験ツアー」の開催や、UJI ターン希望者へ空き家の紹介・斡旋などを行う「空き家」情報有効活用システム運用事業」や有給農地を活用した園芸サロン（協働農園）の開設を柱としている。また、「周防大島すこやかほほえみネット関連事業」は、住民サロン活動に対する支援やボランティア

の募集・斡旋を通して、高齢者の生活を支援するボランティア活動を活発にする目的のもと、住民サロン事業の見学やリーダー研修会等を行っている。

表8-15 「高齢者モデル居住圏 UJI ターン促進事業」への関わり継続意向と Burnout との関係：大島地区

	情緒的消耗感			脱人格化 *			達成感の衰退		
	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計
そう思う	19(82.6)	4(17.4)	23(100.0)	18(78.3)	5(21.7)	23(100.0)	11(47.8)	12(52.2)	23(100.0)
そう思わない	14(60.9)	9(39.1)	23(100.0)	12(52.2)	11(47.8)	23(100.0)	9(39.1)	14(60.9)	23(100.0)
無回答	11(57.9)	8(42.1)	19(100.0)	8(42.1)	11(57.9)	19(100.0)	9(47.4)	10(52.6)	19(100.0)
合計	44(67.7)	21(32.3)	65(100.0)	38(58.5)	27(41.5)	65(100.0)	29(44.6)	36(55.4)	65(100.0)

\*P<0.05

表8-16 「周防大島すこやかほほえみネット関連事業」への関わり継続意向と Burnout との関係：大島地区

	情緒的消耗感			脱人格化 **			達成感の衰退		
	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計
そう思う	25(86.2)	4(13.8)	29(100.0)	24(82.8)	5(17.2)	29(100.0)	13(44.8)	16(55.2)	29(100.0)
そう思わない	10(55.6)	8(44.4)	18(100.0)	7(38.9)	11(61.1)	18(100.0)	8(44.4)	10(55.6)	18(100.0)
無回答	11(64.7)	6(35.3)	17(100.0)	6(35.3)	11(64.7)	17(100.0)	6(35.3)	11(64.7)	17(100.0)
合計	46(71.9)	18(28.1)	64(100.0)	37(57.8)	27(42.2)	64(100.0)	27(42.2)	37(57.8)	64(100.0)

\*\*P<0.01

結果として、いずれの事業にも脱人格化が関係しており、継続意向のない人に脱人格化「あり群」が高い割合が示された。この2事業に共通する点は、システムづくりという点にあるかも知れない。結果としては、最終的には人との関わりが起ころが事業内容の大半が、直接的に人を介する場面は少ないことが予測できる。故に仕事内容として、人の関係が希薄になる側面と、こうした仕事内容への向き・不向きといった側面が重なることで、このような結果に至るのではないかと考える。

最後に、紀南地区で標語として使用されている「イキイキ・ワクワク・やすらぎ」から、「イキイキ感」と Burnout との関係を検討した。結果、各場面と Burnout とは関係してたが、ここでは、個人のイキイキ感と、仕事でのイキイキ感に焦点を当て考察した。

結果から、自身がイキイキ感を実感できない状況は、情緒的消耗感や脱人格化と関係することが指摘できる。しかしながら、達成感の衰退については、イキイキ感を感じていると回答する人の中でもある一定以上の該当があるので、イキイキ感と達成感の間には少し距離があると考えられるのではないだろうか。同様な結果として、仕事場でのイキイキ感が指摘できる。イキイキ感が感じられる仕事場であれば、情緒的消耗感や脱人格化と関



表8-17 自身のイキイキ感と Burnout との関係：紀南地区

	情緒的消耗感 **			脱人格化 **			達成感の衰退 **		
	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計
イキイキしてる	74 (86.0)	12 (14.0)	86 (100.0)	66 (76.7)	20 (23.3)	86 (100.0)	37 (43.0)	49 (57.0)	86 (100.0)
どちらかといえばイキイキしてる	89 (73.6)	32 (26.4)	121 (100.0)	89 (73.6)	32 (26.4)	121 (100.0)	35 (28.9)	86 (71.1)	121 (100.0)
どちらかといえばイキイキしてない	34 (55.7)	27 (44.3)	61 (100.0)	28 (45.9)	33 (54.1)	61 (100.0)	14 (23.0)	47 (77.0)	61 (100.0)
イキイキしてない	11 (40.7)	16 (59.3)	27 (100.0)	8 (29.6)	19 (70.4)	27 (100.0)	3 (11.1)	24 (88.9)	27 (100.0)
合計	208 (70.5)	87 (29.5)	295 (100.0)	191 (64.7)	104 (35.3)	295 (100.0)	89 (30.2)	206 (69.8)	295 (100.0)

\*\*P<0.01

表8-18 職場でのイキイキ感と Burnout との関係：紀南地区

	情緒的消耗感 **			脱人格化 **			達成感の衰退 **		
	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計	なし群	あり群	合計
イキイキしてる	74 (87.1)	11 (12.9)	85 (100.0)	75 (88.2)	10 (11.8)	85 (100.0)	36 (42.4)	49 (57.6)	85 (100.0)
どちらかといえばイキイキしてる	88 (74.6)	30 (25.4)	118 (100.0)	78 (66.1)	40 (33.9)	118 (100.0)	39 (33.1)	79 (66.9)	118 (100.0)
どちらかといえばイキイキしてない	33 (55.0)	27 (45.0)	60 (100.0)	31 (51.7)	29 (48.3)	60 (100.0)	9 (15.0)	51 (85.0)	60 (100.0)
イキイキしてない	14 (42.4)	19 (57.6)	33 (100.0)	8 (24.2)	25 (75.8)	33 (100.0)	5 (15.2)	28 (84.8)	33 (100.0)
合計	209 (70.6)	87 (29.4)	296 (100.0)	192 (64.9)	104 (35.1)	296 (100.0)	89 (30.1)	207 (69.9)	296 (100.0)

\*\*P<0.01

係しない傾向が示され、紀南地区では、保健・医療・福祉職の多くの人がイキイキ感を感じながら従事している点が示唆された。しかし、達成感の衰退については、イキイキ感を感じていながらも該当する人があり、達成感については一枚岩として評価できない側面があると理解できる。また、こうした結果は、紀南地区に特有にみられる傾向か否かは不明である。なぜならば、大島地区の分析においても職種別と Burnout との関係検討において、達成感の衰退において有意差が示されているからである。何を持って達成したと感ずることができるか否かは、人を対象とする職業においては不確かな側面が否めない。こうした職に関係する特殊性が大きく影響を及ぼしているのかも知れない。

### 第3節 高齢社会を支える仕組みづくり

以上より、保健・医療・福祉職におけるストレスや心的状態が概観できた。こうした検討をふまえ、サービス利用者におけるニーズ把握とサービス提供者の Burnout のあり様について、双方をふまえ観点から高齢社会を支える仕組み作りへの私論を展開してみたい。

一つに、恒久的に高齢社会が予測される現状にあつて、サービス利用者・提供者ともに、どのようなスタンスでもつてこうした課題多き社会に向かいあつていかななくてはならないかを検討する必要があるだろうか。二つには、リードをとらざるを得ないサービス提供者に対する配慮や対応について検討する必要があるように考える。

まず、サービス利用者・提供者側双方のスタンスについて述べる。サービス利用者のニーズについては、第一部において展開したように、アンビバレントな側面を有していた。こうしたニーズ排出の背景には、時代の変遷と処遇といった側面が関係するのではないかと考える。現在対象となる高齢者は戦後復興を生き抜いた人々である。多くの友や家族の死に遭遇したであろうし、多くの苦難を乗り越えてきたであろう。こうした厳しく激動の時代を生きた高齢者にあつては、保健・医療福祉分野においても様々な変遷を経験してきた。昭和36年からスタートした国民皆保険制度から、高齢者に限定すれば医療費無料化政策、ついで公的介護保険制度の確立に伴う自助努力の再燃等、保険制度一つに限っても、負担が強いられたり・除かれたりと、一喜一憂の時代にある。このような状況は、自然と扶養に対する不安、あるいは過度の依存等、一定しない心的状況を誘因しても仕方ないことではないだろうか。お金の事も心配せず、病院に希望する期間いることができた時代は、すでに過去のことである。医療費の高騰は、かかる医療費の削減のために、在院日数の短縮化を推し進めると共に、地域・在宅看護・介護の普及・浸透の諸制度推進のために、独居かつ高齢でありながらも不安な日々を一人で過ごさざるを得ない状況を来した。十分なサービスを安価に受けたいと希望することは、自然なことであり、一昔前までの状況は当たり前であった。昨今、そうした状況を強く要求する高齢者・家族は随分と減少してきた。しかし、時代の変遷、制度の改革期故に、アンビバレントな側面が表出されることは、むしろ当たり前のことと思われまいだろうか。医療提供者にあつては、自身の立場に置き換えこうした現状を憂う傾向はないだろうか。高齢社会はひたすら暗く・希望のない社会のように思われてはいないだろうか。痴呆高齢者のケアの大変さ等厳しい現実、将来に希望を抱くことよりも幻滅を予期させるだろう。

しかしながら、当該高齢者であっても、医療・保健・福祉提供者であっても、高齢社会をネガティブに捉えてはいけないと筆者は考える。ネガティブに向かう限り、斬新かつ的可能なアイデア創出を障害するであろうし、過度な心配や社会不安の原因にもなり、避けがたい超高齢社会に対する向かい方として、正しい姿勢にないと思えるからである。避けがたく・致し方ない状況故に、予防的思索を練りながら、挑戦的かつ前向きに取り組む姿勢と努力を怠ってはならないのではないだろうか。避けがたい状況故に被害は最小に押さ

える知恵と努力をする必要があるように感じる。

では、2つめの視点として挙げたサービス提供者に対する配慮や対応については、従事者個人の希望が適う職場配置や配置期間等を検討する必要があると考える。特に公務員において、一定期間でのローテーション配置が常用である。しかし、こうした一定期間でのローテーションでは、専門性の構築は図れないと同時に、評価に値する好ましい結果が見られないままに他の職場へ異動するようなことが頻回となり、達成感の衰退を引き起こすことは免れないと考える。好きな仕事ができストレスが微塵もない職場はないであろうし、そうした職場の存在はむしろ馴れ合いを生じ危険なことかも知れない。しかし、二部における検討からも言えるように、主体的・積極的に関わるためには、腰を据えた関わりや努力を必要とするのではないだろうか。また、対象となる高齢者との対応や、あるいは高齢者が多い地域や地区を対象に活性化を図るなどの活動展開を企画する訳であるから、一定期間でのローテーション異動では無駄を排出することにもなりはしないだろうか。さりとて担当者として配置され、自分に向かない、あるいはその職場や内容に魅力も見いだせないとなると席を温めるに終わってしまうことにもなりかねない。地域にコミットした独自かつ柔軟な施策展開が望まれるように、人材配置においても柔軟性と対応力が考慮された配置が重要ではないかと考える。特に若者にとっては、高齢社会は変化に乏しく、時代の流行に遅れたエリアとして受け止められやすいように感じる。こうした、表面的な錯覚を是正するためにも、ある一定の希望が叶う職種・職場選択が可能である（特に、長期在職の場合）ような、人材配置を組み込むことが重要ではないかと考える。各種の施策のアイデアとしての有用性はもとより、その施策を展開する従事者におこる各種のストレス、特に心的ストレス等を勘案しない活動展開は、十分な成果を残し得ないと言えるのではないかと考える。

高齢社会を支える仕組み作りへの検討項目は、以上の他に多種存在することだろう。地域の実情や状況に応じて、多彩な対応や施策展開が望まれるところである。同質地域であり、同様な地域活性化施策を展開する紀南地区と大島地区の比較から、一面的な分析ではあるが、超高齢社会が免れない状況下において、何が重要でありまた必要となるかを検討してきた。今後さらに、こうした議論は展開されなくてはならない。

この中で確認できた事は、過疎化した地域や高齢化した地域に隠されている真実あるいは眠っている真実が、将来の社会形成に有効なヒントを与えてくれるという事ではないだろうか。様々に展開される事業や活動等は、こうした潜在する真実発見のための営みであって、決して歩みをゆるめてはならない事と筆者は確信した。また、その活動に従事する人が置かれている環境や条件についての検討も、見逃されてはならない側面と言えよう。

都会であれ地方であれ、近い将来必ずや高齢者が大半を占める社会が到来する。都会には都会という構造にあったケアやサポートが存在しなくてはならないだろうし、地方に地方故に考え・工夫しなくてはならない事がある。このような必要不可欠な事項を、様々な

活動を通じて明らかにしていくことに重要性和意義があると考える。

高齢社会はネガティブで暗い社会ではないことを確信し、またそうした社会にはならない事を決意しつつ、高齢社会を支える仕組み作り＝社会を支える多彩な仕組み作りへの手綱をゆるめてはならない。

#### 注

注1) 稲岡は、「保健医療職のなかでも看護婦の『燃えつき率』は顕著に高く、しかも約10年前、20%前後であったものが最近では約40%前後に上昇している。この『燃えつき』と密接に関連しているのは精神的・無意識的ストレスである。」と、指摘している(稲岡文昭,1993「看護とストレス」精神保健研究 39:21-27)。稲岡は、日本にBurnout現象を紹介した他、看護師として多くの調査を行い、Burnoutの実態について検討を重ねている。

注2) BMIでは、採点法に従うと、まだ大丈夫が全体の40%以下、平均的が40~60%、注意60~80%、%要注意80~95%、危険95%以上とされている(田尾雅夫・久保真人著『バーンアウトの理論と実際ー心理学的アプローチ』誠信書房 1996)。そこで、本分析では、まだ大丈夫を「Burnoutなし」とし、それ以外を「Burnoutあり」と定義し、分析を行った。

#### 引用・参考文献

- 1) 内閣府編『平成14年版高齢社会白書』2002 P53 図14-8,14-9
- 2) 同上 P14 図1-1-16
- 3) 田尾雅夫・久保真人, 1995 『バーンアウトの理論と実際』誠信書房
- 4) 小島秀夫・中村朋子・篠原清夫,1998「Golembiewskiバーンアウト・フェイズ・モデルの検討」『茨城大学教育学部紀要』47:291-303
- 5) Maslach,C.,1976” Burned-out human behavior” 5(9):16-22
- 6) 稲岡文昭,1991「調査にみる医師、看護者の燃えつきの背景」(土居健郎監『燃えつき症候群、医師・看護婦・教師のメンタルヘルスー調査にみる医師、看護婦の燃えつきの背景ー』金剛出版:23-25)
- 7) 高野和良, 2003「専門職・行政職による高齢者モデル居住圏構想事業評価」(小川全夫主任研究者,2003厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業『高齢者モデル居住圏構想の評価研究』平成14年度総括研究報告書):37-44
- 8) Freudenberger,H.J.,1974 "Staff burnout" Journal of Social Issues,30(1):159-165
- 9) Freudenberger,H.J.,1975 "The staff burn-out syndrom in alternative institutions.Psychotherapy:Theory,Research and practice,12(1):73-82
- 10)Freudenberger,H.J.,1977 "Burn-out:Occupational hazard of the child care worker." Child care Quarterly,6 (2):90-99
- 11) Freudenberger,H.J.,1980 ” Burnout:The high costs of high achievement. Anchor Press. (川勝久訳『バーンアウトシンドローム』三笠書房,1981)