

# 医事課職員における職務ストレスとバーンアウト傾向

— 患者接遇への注目を背景として —

田中 恵子\*<sup>1</sup>・中村 健壽\*<sup>2</sup>・福岡 欣治\*<sup>2</sup>

川崎医療福祉大学大学院\*<sup>1</sup>・川崎医療福祉大学\*<sup>2</sup>

## Job Stressors and Burnout in Staff of Medical Affairs Division

— Based on the Attention to Treatment of Patients —

Keiko TANAKA\*<sup>1</sup>, Kenju NAKAMURA\*<sup>2</sup> and Yoshiharu FUKUOKA\*<sup>2</sup>

Graduate School of Kawasaki University of Medical Welfare\*<sup>1</sup>

Kawasaki University of Medical Welfare\*<sup>2</sup>

288 Matsushima Kurashiki-city, Okayama, 701-0193 Japan

医事課職員には、患者や家族の不安を軽減し、患者の積極的な受療行動を促すような心地よいサービスが望まれる。しかし、各種の調査が示唆するようにその患者接遇は万全ではない。そこで、医事課職員の患者接遇への注目を背景に、その阻害要因と考えられる職務ストレス経験とバーンアウト傾向、および両者の関係について検討することを目的とした。質問紙調査により得られた12の一般病院における医事課職員178名のデータを分析した。その結果、医事課職員は、一般労働者とはほぼ同程度のストレス経験、ならびに従来の研究における看護師等と同様の高いバーンアウト傾向を示した。また、職務ストレス経験はバーンアウト傾向と有意に関連しており、否定的なストレスを多く経験するほどバーンアウト傾向が強かった。それらを基に、バーンアウトを抑制し、適切な患者接遇を支える組織的な要因に対する検討の必要性を考察した。

キーワード：医事課職員、職務ストレス、バーンアウト、患者接遇

## 1. 研究の背景

### 1-1. 医事課職員の特徴と現状

医事課は病院の事務部門の一部であり、患者と直接関わる業務を担っている。医事課職員は、病气やけが等で来院する患者の身体的痛みを理解することはもちろん、患者・家族の精神的かつ情緒的不安や心細さを十分に理解し、軽減に努め、患者が、自分自身の病気を治そうとする積極的な受療行動に結びつくサービスを提供することが望ま

れる。しかし、実際には医事課職員の患者への応対・対応について不満や苦情が寄せられることも少なくない。たとえば厚生労働省（2012）の平成23年度受療行動調査によると、スタッフの対応への不満や接遇面の弱さが示唆されている。病院では接遇のスキルを高めるための取り組み等がおこなわれているが（例：佐藤ほか 2013）、その焦点は個人としてのスキルアップに向けられている。医事課職員は医事課という組織の一員として勤務しており、患者・家族対応も課せられた職務の一

部である。従って、適切な接遇を阻害あるいは促進する組織的な要因に目を向けることも必要であると考えられる。

## 1-2. 医事課職員とストレス、バーンアウト

そこで、本研究ではバーンアウトの概念に注目する。従来より医療、教育、福祉などの公共サービスを中心としたヒューマンサービスの分野において、バーンアウト（燃え尽き症候群）が注目されてきた。バーンアウトは組織ストレス（組織の一員として職務に従事する中で経験するストレス反応）の一種であり、仕事にやる気があり、精神的に取り組んだ結果、満たされずに燃え尽きてしまう状態をいう。久保（2007）によれば、バーンアウトの基本概念として、Maslachらの研究グループによるMaslach Burnout Inventory（MBI）で定義される「情緒的消耗感」、「脱人格化」、「個人的達成感の低下」という3下位尺度がある。主症状としての「情緒的消耗感」とは、仕事において情緒的に力を出し尽くして消耗してしまった状態をいう。単に身体が疲れ果てたということではなく、もう何もしたくなくなったという心理的な要素を含むものである（田尾・久保 1996）。「脱人格化」とは、サービスを受ける人たち（クライアント）への無情な、あるいは人間性を欠くような感情や行動を意味する。「個人的達成感の低下」とは、自己の仕事に対するやりがいの喪失や自らが提供するサービスの質の低下による個人的達成感の減退などをいう。これらは、「うつ」等と異なるヒューマンサービス特有の症状と考えられている（久保 2007を参照）。

従来、医療場面でのバーンアウトは看護師について主に検討されてきた。土居（1988）や田尾・久保（1996）らによる一連の報告をはじめ、たとえば塚本・野村（2007）による総合病院15院の看護師1022人を対象として組織風土との関連を調べた研究や、贄川・松田（2005）による8医療施設の看護師736人を対象としてサポート源との関連を調べた研究など、バーンアウトの関連要因まで含めた数多くの研究報告がある。このように数多くの研究がなされてきた理由は、看護師自身のメンタルヘルスや離転職の問題とともに、「バーンアウトがクライアントの福利に好ましくない影響を与える」（田尾 1989, p.92）という患者サービスの質的低下への懸念からである。

これに対して、病院の事務部門のスタッフにおけるバーンアウトが注目されることは従来なかった。しかし最近、精神科病院スタッフにおけるバーンアウト傾向の職種比較をおこなった井川ほか（2013）は、医療事務従事者も看護師や精神保健福祉士と同程度の高バーンアウト状態にあったことを報告している。井川ほか（2013）は医療事務従事者を（事務業務と診療補助的業務をおこなう）medical assistantとも表記しており、医事課職員と同一ではないが業務上類似した職員であると判断し得る。井川ほか（2013）は医療事務従事者を「ヒューマンサービス従事者」として位置づけることに慎重な見解を示しているが、医事課職員の接遇は、病気の不安や恐怖を抱えて来院する患者という特性を理解したうえで行われるものである。その意味で、医事課職員もまたバーンアウトあるいはそれに近い状態に陥る可能性は十分にあると思われる。

バーンアウトと同様、医療場面でのストレスに関する研究もまた、看護師を中心におこなわれてきた。看護師の離職率の高さを背景として、従来からその職務のストレスフルな性質を指摘する論考は多く（たとえば土居 1988）、看護師特有のストレス経験に注目した研究もみられる（たとえば東口ほか1998; 高谷ほか2004）。なお、ストレスとはストレス反応（不安、うつなど）の原因となる出来事や状況などの外的要因を意味し、バーンアウトの原因としても位置づけられる。

これに対して、病院の事務部門を対象にスタッフのストレスやストレス反応について検討した研究は、従来ほとんどおこなわれていない。ごく最近になって、水島ほか（2013）や黒木・桂川（2014）など、一医療機関での様々な職種を比較した研究の中で医師事務作業補助者や医事課職員が取り上げられている程度である。これらの報告は調査規模も小さく、各医療機関の特徴による影響の程度も不明であり、医事課職員のストレスの現状が正確に把握されているとは言い難い。しかし、そこで報告されている事務職員のストレスは決して無視できるほど小さいものではない。このような現状の中では、医事課職員のストレスに関連する現象について、他職種とも比較可能であるような標準的なツールを用いた測定により、その基本的特徴を確認していくことが有用であると考えられる。

### 1-3. 本研究の視点と目的

以上の問題意識および先行研究をふまえ、本研究では、複数の病院における医事課職員を対象とした質問紙調査により、バーンアウトならびにその関連要因と考えられる職務ストレスをどの程度経験しているのかを明らかにし、また両者の関係についても検討することを目的とする。なお「職務ストレス」とは職務のうえで経験するストレスであり、ストレスとは前述の通りバーンアウトの原因となり得る変数である。職務ストレスとバーンアウトを測定する本研究は、組織の一員として経験するストレス反応とその原因に関する調査をおこなうものとして位置づけられる。医事課職員のバーンアウトに注目した従来の研究は皆無であり、医事課職員のストレスについても断片的にしか把握されていない。本研究は、患者接遇に影響しうると考えられるこれらの要因について、従来にない新たな知見を提供しようとするものである。

## 2. 方法

### 2-1. 対象者

九州地区の一般病院12院の医事課職員を対象者とした。各病院への打診に際し、日常業務において患者・家族と接する機会のある人に回答してもらうよう依頼した。配付数は計236部であり、回収は189部（回収率80.1%）であった。このうち極端な記入不備や患者・家族との接触がない人を除く有効回答は178部（有効回答率75.4%）であった。

### 2-2. 調査内容

#### (1) 職務ストレス

様々な職種でのストレスチェックに使用できることを意図して労働省（現厚生労働省）の委託研究により作成された、「職業性ストレス簡易調査票」（下光ほか 2000）から、ストレスに関する17項目（4件法）を使用した。内訳は、①心理的な仕事の量的負担（3項目）、②心理的な仕事の質的負担（3項目）、③自覚的な身体的負担度（1項目）、④仕事のコントロール度（3項目）、⑤技能の活用度（1項目）、⑥職場での対人関係（3項目）、⑦職場環境（1項目）、⑧仕事の適性度（1項目）、⑨働きがい（1項目）である。回答は、

4件法（そうだ・まあそうだ・ややちがう・ちがう）で答えてもらった。高得点であるほど各尺度の傾向が強くなるように、項目の評定値を加算して集計した。なお、この「職業性ストレス簡易調査票」については、2万人以上の労働者による標準集団のデータが公開されており、個別の調査対象集団の特徴を標準集団と比較することが可能になっている。

#### (2) バーンアウト

田尾・久保（1996）、久保（2004、2007）のバーンアウト尺度17項目を使用した。この尺度は日本における従来の多くのバーンアウト研究で使用され、また医療事務従事者を含む職種間比較をおこなっている井川ほか（2013）の研究でも使用されている尺度である。①情緒的消耗感（5項目）、②個人的達成感（6項目）、③脱人格化（6項目）の3下位尺度からなり、過去6ヶ月の経験について5件法（いつもある・しばしばある・時々ある・まれにある・ない）で回答してもらった。原版と同様、尺度別に評定値の合計点を算出し、全体での得点は「情緒的消耗感+脱人格化-個人的達成感」で算出した。

#### (3) 患者・家族とのかかわり

仕事における患者・家族とのかかわりの程度、時間、重要度、適切な対応についての意識を各1項目で尋ねた。

#### (4) 個人属性

個人属性は、年代・性別・勤務年数・雇用形態を尋ねた。

### 2-3. 実施手続き

各病院の調査責任者（主に医事課長）宛に、必要部数の調査票等を一括して送付し、各回答者に配付してもらった。調査票は無記名とし、回答者には記入後の調査票をテープ付封筒に厳封して調査責任者に提出してもらい、調査責任者が取りまとめて返送するよう依頼した。調査時期は2014年3～4月であった。

## 3. 結果

### 3-1. 対象者の基本属性

表1に本研究の回答者における基本属性の一覧を示す。性別の内訳は男性42名、女性135名であった（他に不明1名）。年齢は20代、30代が全体の

79.2%を占めていた。雇用形態は、正規職員が65.2%と最も多く、次に派遣が23.0%であった。なお、現在の職場での業務年数は1年未満17.4%、1～

3年未満24.7%、3～5年未満18.5%、5～10年未満18.0%、10年以上21.3%であり、他院を含む通算勤務年数では10年以上が39.9%であった。

表1 回答者の基本属性

属性	カテゴリー	人数	%	属性	カテゴリー	人数	%
性別	男性	42	23.6	現在の病院での勤務年数	1: 1年未満	27	15.2
	女性	135	75.8		2: 1～3年未満	38	21.3
	不明	1	0.6		3: 3～5年未満	33	18.5
年代	20代	71	39.9		4: 5～10年未満	36	20.2
	30代	70	39.3		5: 10年以上	41	23.0
	40代	33	18.5	不明	3	1.7	
	50代以上	4	2.3	他院を含む通算勤務年数	1: 1年未満	15	8.4
雇用形態	正規職員	116	65.2		2: 1～3年未満	29	16.3
	派遣	41	23.0		3: 3～5年未満	22	12.4
	契約その他	21	11.8		4: 5～10年未満	34	19.1
現在の職場での業務年数	1: 1年未満	31	17.4		5: 10～15年未満	41	23.0
	2: 1～3年未満	44	24.7	6: 15年以上	30	16.9	
	3: 3～5年未満	33	18.5	不明	7	3.9	
	4: 5～10年未満	32	18.0				
	5: 10年以上	38	21.3				

表2 回答者の業務における患者・家族とのかかわり

内容	選択肢	人数	%
患者・家族と接する頻度	1. まったくない	—	—
	2. ほとんどない	10	5.6
	3. 少しある	22	12.4
	4. たびたびある	33	18.5
	5. 大変よくある	113	63.5
患者・家族と接する1日あたり時間数	1: 1時間未満	43	24.2
	2: 1～2時間未満	22	12.4
	3: 2～3時間未満	10	5.6
	4: 3～4時間未満	26	14.6
	5: 5時間以上	75	42.1
	不明	2	1.1
患者・家族と接する仕事の重要性	1. 重要でない	0	0.0
	2. どちらかといえば重要でない	6	3.4
	3. どちらとも言えない	18	10.1
	4. どちらかといえば重要である	37	20.8
	5. 重要である	116	65.2
	不明	1	0.6
患者・家族への対応の適切性の意識	0. 今の仕事の中では、患者さんやそのご家族と接する機会がまったくない	—	—
	1: 意識していない	1	0.6
	2: 少し意識している	22	12.4
	3: かなり意識している	90	50.6
	4: 大いに意識している	65	36.5

注: 患者・家族と接する機会が「まったくない」と回答した人は、本調査における有効回答から除外している。

### 3-2. 患者・家族とのかかわり

表2に、本研究の対象者における業務上での患者・家族とのかかわりに関する回答状況を示す。患者・家族と接する機会が「まったくない」人を有効回答者から除外した結果、接触頻度は「大変よくある」が63.5%を占めていた。接触時間は「5時間以上」が42.1%である一方、「1時間未満」も24.2%みられた。患者・家族と接する仕事の重要性において、「重要でない」とする職員は皆無であり、「重要である」が65.2%、「どちらかといえば重要である」が20.8%であった。また、対応の適切性を「意識していない」とする職員は1名のみであり、「大いに意識している」が36.5%、「かなり意識している」が50.6%であった。多くの職員が、患者・家族対応が重要であり、その適切性を意識していると回答していた。

### 3-3. 職務ストレスに関する分析

今回、東京医科大学公衆衛生学講座のwebサイトで公開されている職業性ストレス簡易調査票の標準集団における平均値と医事課職員の比較を試みた。各尺度の得点を表3に示す。職務ストレスは、上部5つの否定的側面の尺度および下部4つの肯定的側面においても、医事課職員の男女は、標準集団の男女の平均値と同程度である。また、同講座の素点換算票version 2Rによると、医事課職員のいずれの得点も「普通」あるいは「やや高い」と判定される水準であった。なお、t検定の結果、有意な男女差は身体的負担（男<女：t=3.78, p<.001）と仕事のコントロール度（男>女：t=3.66, p<.001）について認められた。

### 3-4. バーンアウトに関する分析

各尺度および全体の得点を表4に示す。井川ほか（2013）が報告している医療事務職員の平均値

表3 職務ストレスの各尺度得点

尺度	項目数	全体			男性			判定 <sup>注2)</sup>	女性			判定 <sup>注2)</sup>
		人数	Mean	SD	人数	Mean	SD		人数	Mean	SD	
仕事の量的負担	3	178	8.90	1.75	42	8.81	2.07	普通	135	8.94	1.64	普通
仕事の質的負担	3	177	9.03	1.66	42	9.07	1.60	普通	134	9.01	1.69	やや高い
身体的負担度	1	177	2.21	0.81	42	1.88	0.55	普通	134	2.31	0.85	普通
職場での対人関係	3	176	6.35	1.63	42	6.40	1.74	普通	133	6.33	1.61	普通
職場環境(作業環境)	1	178	2.63	0.92	42	2.40	0.91	普通	135	2.71	0.91	やや高い
仕事のコントロール度	3	178	7.10	1.98	42	8.05	1.91	普通	135	6.81	1.92	普通
技能の活用度	1	175	2.91	0.76	42	2.90	0.62	普通	132	2.92	0.81	普通
仕事の適性	1	178	2.67	0.74	42	2.57	0.70	普通	135	2.70	0.76	普通
働きがい(仕事の意義)	1	177	2.77	0.79	42	2.76	0.69	普通	134	2.78	0.83	普通

注1: 高得点ほど各尺度の傾向が強くなるように得点化した(東京医科大学公衆衛生学講座Webサイト「職業性ストレス簡易調査票」[http://www.tmu-ph.ac/topics/stress\\_table.php](http://www.tmu-ph.ac/topics/stress_table.php))

注2: 「職業性ストレス簡易調査票」素点換算票version 2R(<http://www.tmu-ph.ac/topics/pdf/sotenkansan.pdf>)による判定。

表4 バーンアウトの各尺度得点

尺度	項目数	全体			男性			女性		
		人数	Mean	SD	人数	Mean	SD	人数	Mean	SD
情緒的消耗感	5	176	15.35	4.71	42	14.14	4.11	133	15.74	4.85
脱人格化	6	176	12.51	5.03	42	13.14	5.02	133	12.30	5.05
個人的達成感	6	175	14.23	3.99	42	14.43	4.36	132	14.15	3.89
バーンアウト計 <sup>注)</sup>	17	172	13.47	10.34	42	12.86	10.35	129	13.67	10.41

注: 情緒的消耗感+脱人格化-個人的達成感

は「情緒的消耗感」が14.46、「脱人格化」が12.69、「個人的達成感」が13.85、そしてバーンアウト合計点（情緒的消耗感+脱人格化-個人的達成感）が13.30であり、今回の結果はこれらといずれも同程度であった。なお、t検定の結果として有意な男女差は認められなかった（「情緒的消耗感」のみ10%水準の傾向差：t=1.92, p<.10）。また、バーンアウトの下位尺度間の相関関係を井川ほか（2013）と比較して表5に示す。情緒的消耗感と脱人格化の相関は高かった。情緒的消耗感と個人的達成感の間での負の相関は、井川ほか（2013）の医療事務従事者では有意ではなかったが、本研究の医事課職員では有意であった。

### 3-5. 職務ストレスとバーンアウトの関連性

表6のとおり、職務ストレスとバーンアウトの相関係数を算出した（男女別にも算出したが結果は同様であったため、ここでは全体での分析結果を示す）。バーンアウト傾向は、職場の対人関係や職場環境などの負担といった否定的側面と正の有意な相関がある一方、仕事のコントロール度や技能の活用度、適性、働きがいといった肯定的側面の職務ストレスとの間には負の有意な相関が認められた。職務ストレスのほとんどが、情緒的消耗感と相関が認められた。否定的側面とは正の相関があり、肯定的側面とは負の相関がある。一方、肯定的側面の職務ストレスは、脱人格化と負の相関が示され、個人的達成感とは正の相関が示された。また、否定的側面の職務ストレスは、脱人格化と正の相関が示された。

表5 バーンアウトの下位尺度間の相関関係

変数(尺度)	本研究 医事課職員 (N=178)	井川ほか(2013)		
		医療事務 従事者 (N=90)	看護師 (N=176)	医師 (N=64)
情緒的消耗感 ×脱人格化	.67 **	.71 **	.66 **	.61 **
情緒的消耗感 ×個人的達成感	-.22 **	-.16	-.33 **	-.22
脱人格化 ×個人的達成感	-.14	-.07	-.21 **	-.38 **

\*\* p<.01 \* p<.05 ; なお、有意水準の表記は井川ほか(2013)に合わせてある。

表6 職務ストレスとバーンアウトの相関関係

変数(尺度)	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感	バーンアウト計
仕事の量的負担	.29 ***	.13 +	.15 +	.13 +
仕事の質的負担	.18 *	-.01	.19 *	.01
身体的負担度	.20 **	.01	.15 *	.04
職場での対人関係	.38 ***	.41 ***	-.11	.40 ***
職場環境(作業環境)	.31 ***	.24 **	-.10	.32 ***
仕事のコントロール度	-.32 ***	-.13 +	.24 ***	-.31 ***
技能の活用度	-.14 +	-.30 ***	.15 +	-.25 ***
仕事の適性	-.37 ***	-.30 ***	.48 ***	-.48 ***
働きがい(仕事の意義)	-.35 ***	-.38 ***	.51 ***	-.53 ***

\*\*\* p<.001 \*\* p<.01 \* p<.05 + p<.10

#### 4. 考 察

本研究の目的は、医事課職員の職務ストレスサーおよびバーンアウトに関する初めての研究報告として、それぞれの程度、ならびに両者の関連性について検討することであった。

まず、職務ストレスサーについて、標準的なツールである職業性簡易ストレス調査票を用いた測定により、医事課職員が平均的あるいはやや高いレベルで職務ストレスサーを経験していることが明らかになった。従来、医療事務職の職務ストレスサーへの注目は乏しく、ごく最近の研究（水島ほか 2013；黒木・桂川 2014）でも、一医療機関での様々な職種とのストレス度比較の中で、その一部として医事課職員や医師事務作業補助者が取り上げられるにとどまっている。本研究は、①複数の病院における医事課職員を対象とし、②標準的な測定ツールを用いた、職務ストレスサーに関する我が国で初めての報告である。これら2点の特徴により、本研究は医事課職員の経験する職務ストレスサーに関して、従来にない新たな知見を提供している。本研究の結果は、医事課職員が特段多くのストレスサーを経験しているというものではないが、少なくとも平均的あるいはそれ以上の、無視できない水準にあることを示している。

次に、バーンアウトについて、本研究の医事課職員は、精神科病院スタッフにおけるバーンアウト傾向の職種比較をおこなった井川ほか（2013）の「医療事務従事者」と同程度の高バーンアウト状態であった。本研究の対象者は一般病院の所属であり、病院の種類にかかわらず事務職員もまた高いバーンアウトを経験し得ることを示している。従来、医事課職員のような病院の事務部門のスタッフを対象としたバーンアウト研究は、井川ほか（2013）以外は皆無であった。そのような中であって、本研究は我が国で初めて、複数の病院にまたがり、かつ対象を特化した調査によって、医事課職員のバーンアウト傾向が全般的に高い水準にあることを報告するものである。そして、本研究で示された医事課職員におけるバーンアウト得点の高さは、先行して蓄積されてきた看護師のバーンアウト研究と同様に、医事課職員においてもメンタルヘルスや離転職と患者サービスの質的低下の両面から考慮に値することを示唆している。

バーンアウトの下位尺度間の相関に関しては、

本研究では井川ほか（2013）の医療事務従事者とは若干異なる結果が見出された。情緒的消耗感が高まると個人的達成感が低下するという負の有意な相関は、井川ほか（2013）の医療事務従事者ではみられなかったものである。井川ほか（2013）は、個人的達成感と他2尺度の間に有意な相関がないことを根拠に、医療事務従事者は対人援助職ではなく、バーンアウトが対人援助職に特有の症状であることの裏付けであると述べている。本研究の医事課職員はこれと異なり、井川ほか（2013）における看護師と医療事務従事者の中間的な特徴を示していた。本研究では各病院での調査実施に際して、「患者・家族と業務上接する機会がある人」に回答してもらうよう先方に依頼しており、そのため「患者・家族と接する機会がない人」は有効回答から除外した。このことが本研究の結果に影響している可能性があるが、少なくとも、医療事務職であっても患者・家族と接する機会のある人の場合にはバーンアウトになり得ることを、本研究の結果は示唆している。

そして最後に、職務ストレスサーの否定的側面も肯定的側面も、ともにバーンアウトと有意に関連していた。このことから、職務ストレスサーの如何によってバーンアウトが左右されると言えよう。また、この結果はバーンアウトが組織ストレス（ストレス反応）の一種であるという従来の概念的な位置づけを改めて裏付けるものとしても解釈することができる。

なお、調査項目のひとつである患者・家族と接する仕事の重要性の認識は、医事課職員が積極的に適切な接遇に取り組もうとしている意識の表れと言えるかもしれない。現状の医事課職員による患者接遇は不十分といわれているが、もしも患者の不安を軽減し、積極的な受療行動を促すような適切なサービスを医事課職員が提供できていない一面があるとすれば、職務ストレスサーを背景としたバーンアウトがその一因になっている可能性がある。これは、看護師をはじめとする従来のバーンアウト研究がその射程としてきた、ヒューマンサービスの質的低下の懸念とまったく同様の問題である。その意味で本研究は、医事課職員を対象とした研究を他の医療専門職に関する研究の蓄積と結びつける接点となり得るものであり、今後の研究における視点の拡大をもたらす可能性をもつと言えるかもしれない。

## 5. 今後の課題と展望

本研究は、複数の一般病院における医事課職員を対象とした、職務ストレス経験とバーンアウト傾向に関する我が国で最初の報告であり、類似の研究報告は現時点では公刊された論文としては存在しない。本研究の知見が真に一般性をもつものであるかどうかは、今後の追試的な研究によって検証を受ける必要がある。その際には、急性期や慢性期といった病院側の特徴も視野に入れるべきであろう。

また、看護師をはじめ伝統的にヒューマンサービス従事者とみなされてきた職種においては、バーンアウトに関してすでに多くの先行研究がある（レビューについては、たとえば久保 2004、2007を参照）。批判的に捉えるならば、職務ストレスやバーンアウトの概念的なレベルでは、本研究に特段の新規性はないと言えるかもしれない。本研究の明らかな学術的貢献と言えるのは、従来他職種の研究で用いられてきた概念を、医事課職員ひいては医療事務職における問題に適用し得ることを示したことでありと考えられる。言うまでもなく、医事課職員における高いバーンアウト傾向の指摘は、本研究の最終目標ではない。その延長線上には、組織におけるストレスとしてのバーンアウトを抑制し、より適切な患者接遇を促す要因の解明がある。そこでは、たとえば組織風土あるいは上司や同僚のソーシャルサポート等、看護師等のバーンアウト研究で取り上げられてきた変数を積極的に取り込んで検討していく必要があろう。

なお、概念レベルの問題として、バーンアウトについてはしばしば他のストレス症状との差異が議論の対象となってきた（久保 2004）。ここで改めて問題になるのが、医事課職員における患者・家族とのかかわりの程度である。本研究では、患者接遇への注目を背景に、あらかじめ調査対象者を「日常業務において患者・家族と接する機会のある人」に限定して各病院への協力依頼をおこなった。そのため、一般的な医事課職員のバーンアウト傾向が「患者・家族との接触」とどのような関係があるのか、またそもそも患者・家族とのかかわりが（一般的な認識を超えて）医事課職員全般の業務においてまさに本質的な要素の1つとみなし得るのか、本研究の枠内では明確な回答をおこなうことができない。この点を改善した調査

を実施することによって、バーンアウトの下位尺度間の相関と、医事課職員におけるバーンアウト傾向の特徴についても、より踏み込んだ結論を導くことができるであろう。

### 引用文献

- 井川純一ほか（2013）「バーンアウト傾向の職種比較 —仕事への情熱に着目して—」『心理学研究』84（4）、日本心理学会、pp.386-395
- 下光輝一ほか（2000）「主に個人評価を目的とした職業性ストレス簡易調査票の完成」、加藤正明（班長）『労働省平成11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研究報告書』、pp.116-229
- 久保真人（2004）『バーンアウトの心理学 —燃え尽き症候群とは—』、サイエンス社
- 久保真人（2007）「バーンアウト（燃え尽き症候群）—ヒューマンサービス職のストレス—」『日本労働研究雑誌』49（1）、労働政策研究所、pp.54-64
- 黒木宣夫・桂川修一（2014）「産業衛生の現場での取り組み —特に医療機関におけるストレスチェックの試み—（特集うつ病の早期介入、予防（2）」『精神医学』56（9）、医学書院、pp.747-752
- 厚生労働省（2012年9月11日）「平成23年受療行動調査の概況（概数）」、2014年1月8日参照、<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/11/>
- 佐藤洋介ほか（2013）「『事務的で冷たい対応』を改善 患者体験・病院検定実施による接遇の見直し」『医事業務』(422)、産労総合研究所、pp.12-17
- 田尾雅夫（1989）「バーンアウト —ヒューマン・サービス従事者における組織ストレス—」『社会心理学研究』4（2）、日本社会心理学会、pp.91-97
- 田尾雅夫・久保真人（1996）『バーンアウトの理論と実際—心理学的アプローチ』、誠信書房
- 高谷裕紀子ほか（2004）「小児の看護師ストレス尺度の作成とその信頼性・妥当性の検討」『小児保健研究』63（6）、日本小児保健協会、pp.721-728

塚本尚子・野村明美 (2007) 「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)、日本看護研究学会、pp.55-64

東京医科大学公衆衛生学講座「表4 職業性ストレス簡易調査票下位尺度の職種別平均値および標準との比較」(2007)「厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業『職業性ストレス簡易調査票及び労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリストの職種に応じた活用法に関する研究』平成19年度総括・分担報告書」p.122、2014年10月20日参照、[http://www.tmu-ph.ac/topics/stress\\_table.php](http://www.tmu-ph.ac/topics/stress_table.php)

土居健郎監修 (1988) 『燃えつき症候群—医師・看護婦・教師のメンタル・ヘルス—』、金剛出版

東口和代ほか (1998) 「臨床看護職者の仕事ストレスについて—仕事ストレス測定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)、日本健康心理学会、pp.64-72

賛川信幸・松田修 (2005) 「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：日本精神衛生学会誌』20 (1)、日本精神衛生学会、pp.25-35

水島正樹ほか (2013) 「医師事務作業補助者を取り巻く職業性ストレス—環境特性・職業特性に配慮したサポートが必要—」『医療アドミニストレーター：病院事務管理者のための病院経営情報誌』4 (41)、産労総合研究所、pp.19-25

## 謝辞

本調査は川崎医療福祉大学研究倫理審査委員会による承認(承認番号437)を得て実施した。調査にご協力くださいました各病院の皆さまに深謝いたします。

## 付録：本研究の調査で用いた項目の内容（職務ストレス、バーンアウト、患者・家族へのかかわり）

## (1) 職務ストレス（下光ほか 2000）

（選択肢：1. ちがう 2. ややちがう 3. まあそうだ 4. そうだ）

## 仕事の量的負担

非常にたくさんの仕事をしなければならない  
時間内に仕事が処理しきれない  
一生懸命働かなければならない

## 仕事の質的負担

かなり注意を集中する必要がある  
高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ  
勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない

## 身体的負担度

からだを大変よく使う仕事だ

## 職場での対人関係

私の部署内で意見のくい違いがある  
私の部署と他の部署とはうまが合わない  
私の職場の雰囲気は友好的である

## 職場環境（作業環境）

私の職場の作業環境（騒音、照明、温度、換気など）はよくない

## 仕事のコントロール

自分のペースで仕事ができる  
自分で仕事の順番・やり方を決めることができる  
職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる

## 技能の活用度

自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない

## 仕事の適性

仕事の内容は自分にあっている

## 働きがい（仕事の意義）

働きがいのある仕事だ

## (2) バーンアウト（田尾・久保 1996）

（選択肢：1. ない 2. まれにある 3. 時々ある 4. しばしばある 5. いつもある）

## 情緒的消耗感

「こんな仕事、もうやめたい」と思うことがある  
一日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じることもある  
出勤前、職場に出るのが嫌になって、家にいたいと思うことがある  
仕事のために心にゆとりがなくなったと感じることがある  
体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある

## 脱人格化

こまごまと気配りをするのが面倒に感じることもある  
同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある  
自分の仕事がつまらなく思えて仕方のないことがある  
同僚や患者と、何も話したくなくなることもある  
仕事の結果はどうでもよいと思うことがある

今の仕事は、私にとってあまり意味がないと思うことがある  
個人的達成感

我を忘れるほど仕事に熱中することがある  
この仕事は私の性分に合っていると思うことがある  
仕事を終えて、今日は気持ちのよい日だったと思うことがある  
今の仕事に、心から喜びを感じるということがある  
仕事が好きくて、知らないうちに時間が過ぎることがある  
我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある

### (3) 患者・家族とのかかわり

#### 患者・家族と接する頻度

あなたは現在、ふだんの仕事のなかで、患者さんやそのご家族と、どの程度接する機会がありますか？

#### 患者・家族と接する1日あたり時間数

あなたは現在、ふだんの仕事の中で、患者さんやそのご家族と接する時間は、どれくらいですか？1日あたりの時間数でお答えください。

#### 患者・家族と接する仕事の重要性

あなたの現在の業務において、患者さんやそのご家族と接する仕事は、どれくらい重要なものだと思いますか？

#### 患者・家族への対応の適切性の意識

あなたは現在、患者さんやそのご家族への対応が適切におこなえるよう、どれくらい意識していますか？