

新型コロナウイルス感染症 *Up-to-date* 13医療従事者を襲うメンタルヘルスの危機：
新型コロナウイルス感染症対策の現場からMental health crisis of health care workers in COVID-19 pandemic:
Lesson from practiceまえ だ まさ はる せ とう のりこ
前 田 正 治：瀬 藤 乃 理 子
Masaharu MAEDA Noriko SETOU

はじめに

新型コロナウイルス感染症が世界各地で大流行し、すでに1年以上が過ぎた。昨年の今頃に、これほど長く感染状況が続き、人々の生活が大きく変容することを予想し得た人は多くはないだろう。この感染症により多数の生命が失われたが、同時にこの感染症が人々の心に植え付けた不安や恐怖もまたきわめて大きかった。とくに、この感染症が有する最大の特徴である不顕性感染や、軽症状者からの感染によって脅威が不可視化され、予防を難しくしたばかりか人々の不信感や分断を招いた。感染リスクをめぐる人々の考えや認知の相違、あるいは生活への非常に強い影響から、災害性が強い事態であるにも関わらず、コミュニティのまとまりも揺らぐこととなった。とくに、問題の長期化は経済的影響を招き、失業のような社会不安のみならず、メンタルヘルスにも甚大な影響を引き起こす事態となっている。

このような状況下において、筆者らは昨年春先に国連の機関間常設委員会 (Inter-Agency Standing Committee: IASC) が作成したメンタルヘルスケア・マニュアル¹⁾等を有志と翻訳し、また様々な媒体を用いた遠隔支援に関する書籍²⁾を刊行するなどして、心のケアの普及に取り組んだ。同時に、筆者らが所属する講座は福島県の依頼を受け、「心のケア・チーム」として軽症者療養施設での入所者や、クラスターが発生した医療施設・介護施設のスタッフのメンタルヘルス・ケアに関わってきた。ここでは、そうした経験や国内外の報告から、新型コロナウイルス感染症流行下での医療従事者のメンタルヘルス

について、とくに本感染症に見舞われた病院や施設に勤務する医療・介護従事者のそれについて述べてみたい。

I. コロナ禍と医療従事者のメンタルヘルス

1. 感染不安と道徳的傷つき

最前線で勤務する、あるいは期せずして最前線に立たされてしまった (すなわち患者や同僚に陽性者が出た) 施設や病院で働く医療・介護従事者のストレスはきわめて高い。とりわけ後者の場合は、そうした事態を十分に予想していなかった場合も多く、その衝撃は非常に大きい。もちろん院内・施設内感染の対処・予防について、多くの医療・介護機関でもかなり慎重に行われるようになってきているが、実際に感染者が発生した事態になると、否応なく混乱状態に陥ってしまう。

新型コロナウイルス感染症の心理的ダメージの根幹は、自分が感染するのではないかという感染不安と、(むしろそれよりも強く) 誰かに感染させてしまうのではないか、あるいはそれで迷惑をかけてしまうのではないかという罪責感情である。罪責感情の対象もまた同僚や家族、知人など幅広い。とりわけそうした対象者が陽性者になったり、あるいは濃厚接触者になったりした場合には一層罪責感情が強くなってしまふ。様々な報告で、対応スタッフの抑うつ症状の強さが問題となる³⁻⁶⁾のは、過重労働による疲弊と、この強い罪責感情の故である。またクラスター発生時には、院内・施設内では厳格な疫学調査が行われるが、これがやり方によっては「犯人

捜し]のようになってしまい、個々の罪責感情や、ひいてはチームの士気低下 morale declineをも招いてしまう恐れもある。

こうした罪責感情は、道徳的傷つき moral injury⁷⁻⁹⁾として、職業として患者や入所者の治療・ケアにあたる職員に非常に強いトラウマを与える。「道徳的傷つき」が起こる事態とは、職業上の信念となっていることに反したことが行われたと感じるときであり、それはその人の落ち度や怠慢のせいとされるかもしれない。あるいはその人は、リーダーや同僚から見捨てられるのではないかと感じることもあるだろう。最も強いトラウマとなるのは、その人が罪を犯したと感じることであり、また取り返しのつかないことをしてしまったという感覚⁷⁾である。この道徳的傷つきが深ければ深いほど、職場復帰は難しくなるし、それはまた離職にもつながりかねない。たとえば疫学調査によってこうした傷つきを深めてしまう場合もあるため、こうしたスタッフの罪責感情を念頭において行わなければならない。

また、こうした罪責感情が患者や入所者に対して向けられ、大きな道徳的傷つきとなることもある。厳格な感染予防対策は、しばしばそれまでの職業的信念（たとえば「患者に寄り添う」といった患者との心理的・物理的距離の近さを重視すること）と反してしまう。職員が個人用防護具（personal protective equipment: PPE）を装着することで、患者にとってはスタッフの顔もわからなくなってしまい、共感的な対応もままらなくなってしまった。こうした感染予防対策は、文字通り患者との social distancing となってしまう、そのことが対応者、とりわけ共感的接し方を重視する看護・介護スタッフに道徳的傷つきを生んでしまう。さらに患者は家族にも面会できず、そうした非人情に思える制限を現場スタッフはかけなければならない。このような道徳的傷つきは、とくに患者が新型コロナウイルス感染症で死亡した場合には一層強くなってしまふ⁹⁾。現場のスタッフからは、しばしば不安に陥った感染症患者への対応の仕方がわからないといった声が聞かれる⁵⁾。厳格な感染予防対策は、看護者や介護者にとって諸刃の剣であり、強いジレンマとなってしまうのである。

2. 過重な労働

もともと医師・看護スタッフをはじめ、医療者・

介護者の業務は心身に負荷がかかるものである。そこに新型コロナウイルス感染症が発生すると、感染予防対策に追われ、慣れない PPE を装着するなどして、そのストレスは一気に増大する。難しいのは、こうした感染症患者に直接接するスタッフは、通常よりも人数を要する業務にもかかわらず、人数的にはそれほど増やすことができず、一部のスタッフに相当の負担がのしかかってしまうことである。現場のスタッフからは、まずなによりも休息がほしいという声が強く聞かれる⁵⁾が、スタッフに十分な休息を与えることがシフト上なかなか難しい。とくにクラスターが発生すると、休職者も続出するため、ますます残ったスタッフの負荷が増大する。

さて、このような過重な労働体制は上記に述べたようなスタッフの強い疲弊を招くが、とくに問題となるのはスタッフの燃え尽き burnoutと不満のうっ積である。前者については、燃え尽きは勤務ストレスそのものというよりも、それに対して報酬や対価が得られないことに起因する。ここでいう報酬や対価とは、必ずしも金銭的なものだけではなく、たとえば十分な休息が与えられることも燃え尽きを防ぐ重要な手当となる。逆にこうした報酬が乏しい状況が続くと、「いつまでこれが続くのか」「何をしても無駄ではないか」といった学習性無力 learned helplessness が生じ、これがスタッフの燃え尽きをもたらしてしまう。上述した士気低下を生む大きな要因である。もちろん報酬の乏しさ、たとえば病院の配慮の少なさなどは、不満のうっ積に直結する。

また、過重な労働や職業性ストレスは、しばしば睡眠不足をもたらす¹⁰⁾。新型コロナウイルス感染症対応に当たるスタッフのもっとも多い訴えの一つが睡眠障害である^{3,4,6)} ことには、十分留意する必要がある。さらには、最近のスコーピングレビュー³⁾によると、こうした過重労働は、明らかに感染リスクを上げることがわかっている。たとえば、不適切な手指消毒や PPE 装着といった感染対策の不備だけでなく、1日12回以上の患者との密接なコンタクト、15時間以上の激務などである¹¹⁾。こうした報告は、過重労働が疲弊を招くことのみならず、感染リスクさえも上昇させかねないことを示唆している。

また、感染によって病休中のスタッフが復職する際には、上述したようなメンタルヘルス上の問題だけではなく、思いのほか長引く、いわゆる後遺症（残

遺症状)の存在も念頭に置く必要がある。多くの場合、復職の時期については、感染性がないと判断された時期である。しかし筆者の支援経験では、復職可能とされた後も遷延化した身体症状(とくに全身倦怠感)に悩んでいるスタッフも少なくなかった。これらは職務にも大きな影響を与えるし、回復スタッフもまたそれを不安に感じていることがまれならずあった。そのため、復職可否を判断する際には、感染性だけではなく、こうした残遺症状の存在にも留意するようにしていた。回復スタッフは、こうした症状を口にするだけで、まだ治っていないのではないかとみなされることを懸念して、我慢していることも少なくない。それゆえ、ラインでの配慮が必要になる。筆者らは、陽性者の場合、出勤可能となっても、職場と相談の上、(可能ならば)1週間程度自宅療養を行って復職した方がよいのではと助言している。

3. 社会的反応

新型コロナウイルス感染症対応に当たる医療従事者にとって強いストレスとなるのが、家族や周囲の人々の強い、様々な反応である。上述したようなスタッフの持つ不安の大きな一つは、家族に感染させてしまうのではないかという恐れである。どうか仕事を終えても、家に帰ること自体がストレスとなり、ホテル生活を希望することも少なくない⁵⁾。とくに女性は、育児・家事にも責任感を持っていることが多いため、こうした罪責感情はさらに強い。筆者は、勤務後に毎日シャワーを浴びて帰宅したいというスタッフと、そこまでする必要はないのではないかというスタッフ間の強い葛藤に触れたことがある。感染対策上毎日シャワーを浴びる必要があるかどうかはさておき、少なくとも前者のスタッフは、「身を清めて」帰宅したいという心情が根底にあるものだと思っているし、家族に迷惑をかけたくないという切実な思いでもありと考えている。

また不幸にして、実際にスタッフが感染してしまった場合には、自らの健康不安と同時に、家族などに感染させてしまう(しまった)のではないかという恐怖とも向かい合わなければならない。それまで以上に職業上の役割と家族を守るという役割間葛藤 role conflict が生じてしまう。さらに家族もまた感染した場合には、その罪責感情は一層深まり、抑

うつ的となり、復職が困難となる場合もある。休職中は、他のスタッフとの連絡ツールを持たない場合も多く、連絡も取り合えないので孤独に陥りやすい。病休中でも連絡を取る必要があるし、復職に当たっては個別のケアが必要となる場合もあるかもしれない。

さて、新型コロナウイルス感染症対応を行う職員にとって悩ましいのが、そのことが周囲の人々に知られたときに引き起こされるネガティブな反応である。昨年10月に、政府の新型コロナウイルス感染症対策分科会の「偏見・差別とプライバシーに関するワーキンググループ」に属する三重県知事の鈴木英敬氏が、全国調査結果を公表している¹²⁾。それによると、医療従事者は敬意を払われているどころか、様々な偏見にさらされている実態が浮き彫りとなった。たとえば、感染者の濃厚接触者ではないスタッフが、子どもの学童保育や保育所の受け入れを断られたり、配偶者が職場から出勤停止を命じられたりした。あるいは子どもが学校でいじめられたり、病院職員が、店舗の予約拒否、保育園卒園式への出席拒否、タクシーの乗車拒否に遭ったりした等々である。残念なことに、こうしたデマや偏見に関する全国自治体への医療従事者からの相談件数は感染者や家族へのそれと同様に、あるいはそれ以上に多かった¹²⁾。

とりわけクラスターが発生した場合には、病院名や施設名は広く知れ渡ることになるため、こうしたスティグマに曝される事態はさらに増える。たとえば筆者が支援に入ったある施設管理者は、住民からの「火をつける」という脅し等々、偏見といったレベルを超えたひどい嫌がらせを受け、深刻な抑うつ状態に陥ってしまった。こうした事態になっても、多くの場合、嫌がらせを受けた当事者は「(クラスターを発生させて)申し訳ないことをした」と頭を下げるばかりである。これは周囲の正当性を信じ、あるいはそれを肯定する自己偏見化 self-stigmatization というような事態である¹³⁾。

このようなネガティブな社会的反応は、当該スタッフの就労働機を著しく下げ、罪責感情や道徳的傷つきをますます強めてしまう。最近よく言われる、感染症病棟で働く医療スタッフ不足や、新型コロナウイルス感染症対応を医療機関が避ける背景には、このようなネガティブな社会的反応に曝される不

安・恐怖があるのではないかと感じる。クラスター発生は、医療機関や介護施設にとって何が何でも避けたい事態である。しかしながら、多くの施設はぎりぎりの人的リソースで運営しており、まして感染症対策の専門家がいる施設は非常に少ない。このような状況では、残念ながらクラスター発生のリスクをゼロにすることは難しい。そのことを多くの国民は知るべきだし、またこのようなスティグマは感染予防にも、あるいは医療体制ひっ迫の改善にもつながらない。行政やメディアの役割は非常に重要で、積極的なキャンペーンが必要である。

II. ケアについて

1. セルフケア・ラインケア

上述したような様々なストレスが、新型コロナウイルス感染症対応スタッフを襲う。それは通常臨床ではまず遭遇することのない、きわめて異質のストレスである。難しいのが、仕事がいくら大変でも仕事外のプライベートな時間でそれらを発散すること、すなわち仕事外でストレスの帳尻を合わせることがなかなかできないことである。現在、様々な行動上の制約を市民は受けているが、とくに医療従事者においてはその意識は強い。新型コロナウイルス感染症対応に当たっている多くのスタッフにとって、プライベートな時間で感染してしまうことは、社会的責務を考えると大きな不安・恐怖である。ある感染症病棟の看護師は、「記者会見で謝罪している自分の姿をよく思い浮かべます」と語った。

このような私生活上の委縮や行動制限は、もともと自らもっているストレス対処能力を著しく下げてしまう。これが通常の災害対応であれば、勤務外に食事でもしながらチーム・メンバー同士で互いの労苦を慰めあう機会も作れるし、それによってチームの凝集性も高めることができる。非常事態宣言下の現在、職場での食事いわゆる「黙食」を強いられるし、会食などもってのほかという雰囲気であろう。先に紹介した IASC マニュアルにおいても、パンデミック以前に役立った対処スキルをもう一度使うことを推奨している¹⁾し、これはストレス対応の王道でもある。しかしそれがコロナ禍の現在、非常に難しく、従前用いていた対処法が行えないことが

一層セルフケアやラインケアを難しくしている。

そうした困難のなか、IASC マニュアル¹⁾を含め多くのガイドラインが強く奨励しているのが適切な休息を取ることであり、様々な感染予防対策同様の価値を持つ¹⁴⁾。休息に勝るケアはないと考えてもよいし、とりわけ十分な睡眠時間を取ることは事故を防ぐ意味でもきわめて重要である。管理者や労働衛生担当者はそれを強く促す必要があるし、スタッフに抑うつ症状や疲弊症状が強い場合などは積極的な受診勧奨も必要となる。またスタッフが自らそうした症状を訴えたり、休みを取りたいと訴えたりすることは現実的には難しいことを勧奨すると、ストレス対処や休息の重要性に関する心理教育を実施したり、メンタルヘルス・チェックなどのハイリスク・アプローチを行うことも有効である。

また管理者は、適切な防護用品の提供のほか、患者数を適切に調整することや無理のないシフトを組むこと¹⁵⁾、スタッフとのコミュニケーションを図ること^{1,15)}などを念頭に置き、チームをマネジメントしなければならない。もっとも管理職自身、強いストレスがかかるし、サポートを得られないことも多く、特別のケアが必要となる。他のスタッフが休息を取りやすくするためにも、管理職自身も相談相手を作り、休息をとるなどしてきちんとセルフケアをしなければならない¹⁾。また、ヨガや呼吸法などのリラクゼーション、マインドフルネスを職場で取り入れることも、燃え尽き予防として推奨されている¹⁶⁾。

2. 外部支援

新型コロナウイルス感染症対応病棟スタッフからしばしば聞く言葉が、「不安というよりも不満」という言葉である。たとえばクラスターに見舞われると、上述したように多くのスタッフは意気消沈し、自責的になってしまう一方で、時として怒りが噴出し組織内ラインではコントロールできなくなることもある。とくに地域医療や経営を考えなければならない医師と、現場の過酷な状況に曝されている看護チームとの関係は緊張をはらむ場合がある。また、病棟間で対立的な関係となることも珍しくなく、クラスターの発生がそのまま組織の危機を招くこともある。

クラスターが発生した医療機関や介護施設には、

感染対策の専門家チームが入って指導したり、行政組織がサポートや指導に入ることもあるだろう。通常医療機関では、このように外部組織が介入するという事態はほとんど経験しないし、受け入れる側の組織にとっては受援であると同時に、ストレスもまた大きい。一方で、感染状況によっては、組織単独で対応することはきわめて困難となってしまう。外部から支援に入るチームは、そうした組織の状態を勘案しつつ助言・指導しなければならないし、支援を受け入れる側もまた可能な限り協働的に組織を動かす必要がある。双方とも、難しいかじ取りである。

福島県では、県の対策本部のもとに感染症防御の専門家チームと災害時医療支援チーム (Disaster Medical Assistant Team: DMAT)、さらにはわれわれ精神科医と臨床心理士数名からなる心のケア・チームとが役割を分け合って協働してクラスター発生病院・施設に関わっている。通常の災害同様、支援チーム内でもこうした役割の分担はあったほうが良いと思われる。表には、現在まで報告されている様々なメンタルヘルス支援や対策をまとめている¹⁷⁾。われわれの経験からも、これらは有効であると考えられるし、可能ならば行ってみる価値は高い。それらを促すことも、外部支援チームの有する重要な役割である。

こうした支援手段のなかでも、軽症者療養施設やクラスター発生病院において、必須となるのが遠隔支援である(最近このような遠隔支援法を書籍として上梓した²⁾ので、ぜひ参照してほしい)。病休者に対するビデオを介した面接、あるいは電話による面談は、接近法に限られるなか、標準的な方法としてきわめて有効であった。たとえば、われわれは事前にうつ病等のスクリーニングを紙媒体やオンライ

ンで行い、その後、必要に応じて ZOOM や電話などを利用して面談するといった方法をしばしば行った。一方で、全般的状況を確認したり、以後のケア方針を決めたりする場合は、直接医療機関等に赴き責任者と対面で協議した。また、精神医学的に治療を要することが疑われる場合や、希死念慮などより危機的事態に陥っていると判断される場合には、感染予防対策を講じつつ対面で面談し、受診勧奨等を行った。

医療機関や介護施設スタッフは、PCR 検査陽性者が毎日のように出ているときは「いつまでこのような状況が続くのか」と希望を失いそうになる。そこを耐え、どうにか陽性者出現が収束し病院再開までこぎつければ、その後 1~2 か月でかなり混乱は収束する。もっともスタッフのトラウマや不安は残るが、それでも平常に復することの喜びもまた大きい。外部支援チームの役割は、一にも二にも、見通しがもてず、心が折れそうになったスタッフを励まし、希望を与えることである。

おわりに

災害時の「こころのケア」、すなわちメンタルヘルス・ケアは、阪神淡路大震災などの自然災害被災者の対応からその歴史が始まった。今般の新型コロナウイルス感染症パンデミックは、その広がり、人的被害、人々の生活への広範な影響等からもまぎれもなく災害性を強く帯びている事態である。しかしその特徴から、従来の災害時こころのケアの手法の多くは制限されてしまう。端的なのが、アウトリーチと呼ばれる訪問型の支援である。アウトリーチ支援はもっともスタンダードな介入法として、様々な

表 新型コロナウイルス感染症対応医療従事者へのケア

-
1. サポート型な環境づくり
組織支援、行政支援、ピアサポート、専門的カウンセリング・チーム、オンライン・カウンセリング、対面カウンセリング(危機介入)など
 2. 励まし、動機付け
苦勞の評価、ヨガなどのリラクゼーション、カウンセラーの派遣など
 3. 予防
適切な用具支給、休息のための環境整備(ホテル等も含む)、他部署からのスタッフ支援など
 4. 教育・トレーニング
ガイドライン等の勉強会、オンライン研修会、惨事ストレス対策、マインドフルネス講習
 5. 遠隔コミュニケーション
SNSやビデオツール等の活用(病棟間の行き来を減らす)、健康アプリの活用
-

文献17)を参考に著者作成

災害時において用いられるが、現在は感染拡大につながる恐れから著しく制限されている。もっといえば、アウトリーチどころか対面の面接すら制限されている。

また、事態の複雑性、長期性も自然災害とは全く異質である。著者らは福島原発災害被災者のケアを行ってきたが、自然災害よりもずっと原発災害のほうが近いモデルであるように思う。たとえば不可視的な恐怖、見通しの立たなさ、長期にわたる生活様式の変化、リスクをめぐる葛藤や対立、偏見や差別といった社会的反応等々である。したがって私たちの取り組みもまた、福島災害同様、暗中模索で続いている。うまくいかないこと、無力感に襲われることもままある。しかしながら、パンデミック後一年以上も経過し、少しずつ経験や知見も集まってきた。これらを様々な関係者・支援者と共有し、一層よいものに発展させていければと思う。

謝 辞

新型コロナウイルス感染症対応の渦中にあるすべてのスタッフ、とくにクラスター発生と闘っている医療・介護スタッフに心から敬意を表したい。また暗中模索ながら、支援システム構築を一緒に試みている福島県関係者、軽症者施設スタッフ、福島県立医科大学感染制御チーム、DMATおよび筆者らが所属する講座スタッフに感謝したい。

文 献

- 1) 福島県立医科大学医学部・災害こころの医学講座, 新型コロナウイルス流行時の心のケアについて, <https://www.d-kokoro.com/> (accessed 2021/03/18)
- 2) 前田正治、桃井真帆、竹林由武(編). 遠隔心理支援スキルガイド:どこへでもつながる援助. 東京:誠信書房; 2020.
- 3) Shaukat N, Ali DM, Razzak J. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. *Int J Emerg Med.* 2020; **13**(1): 40.
- 4) Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020; **3**(3): e203976.
- 5) Chen Q, Liang M, Li Y, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry.* 2020; **7**(4): e15-e16.
- 6) Zhang WR, Wang K, Yin L, et al. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychother Psychosom.* 2020; **89**(4): 242-250.
- 7) Norman, SB, Maguen, S. National Center for PTSD, Moral Injury, https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/moral_injury.asp (accessed 2021/03/18)
- 8) Hossain F, Clatty A. Self-care strategies in response to nurses' moral injury during COVID-19 pandemic. *Nurs Ethics.* 2021; **28**(1): 23-32.
- 9) Williamson V, Murphy D, Greenberg N. COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers. *Occup Med (Lond).* 2020; **70**(5): 317-319.
- 10) Yang B, Wang Y, Cui F, et al. Association between insomnia and job stress: a meta-analysis. *Sleep Breath.* 2018; **22**(4): 1221-1231.
- 11) Ran L, Chen X, Wang Y, et al. Risk factors of healthcare workers with corona virus disease 2019: a retrospective cohort study in a designated hospital of Wuhan in China. *Clin Infect Dis.* 2020; <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa287>
- 12) 鈴木英敬, 新型コロナウイルス感染症対策分科会. 偏見・差別の実態と取組等に関する調査結果, https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/wg_h_3_6.pdf (accessed 2021/03/18)
- 13) Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: implication for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol.* 2006; **25**: 875-884.
- 14) Adams JG, Walls RM. Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA.* 2020; **323**(15): 1439-1440.
- 15) Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Ann Acad Med Singap.* 2020; **49**(3): 155-160.
- 16) Patel RS, Bachu R, Adikey A, et al. Factors related to physician burnout and its consequences: a review. *Behavioral Sciences.* 2018; **8**(11): 98.
- 17) Vizheh M, Qorbani M, Arzaghi SM, et al. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *J Diabetes Metab Disord.* 2020; **19**(2): 1-12.