

看護師の対人ストレスとバーンアウトの関連

橋 本 剛

問題と目的

バーンアウト (burnout: 燃え尽き症候群ともいわれる) とは、対人援助職者が業務に従事した結果として、情緒的消耗感 (心身ともに疲れ果てたという感覚)、脱人格化 (クライアントに対する冷淡な態度・行動)、個人的達成感の減少 (仕事へのやりがい・達成感の低下)、という3つの症状に代表される極度の身体疲労と感情の枯渇を示す症候群のことである (Maslach, 1976; Maslach & Jackson, 1981)。近年では、バーンアウトは必ずしも対人援助職に限った問題ではないという見解もあるが、バーンアウトが現在でも医師や看護師、介護福祉士、教師、カウンセラーといった対人援助職において深刻な問題となっていることには変わりなく、バーンアウトによる業務の機能低下や離職率の上昇を抑制するためにも、対人援助職におけるバーンアウトの予防・抑制は、今日においても重要な課題である。

バーンアウトの主な規定因としては、過重負担、自律性の欠如、役割曖昧性などの職務や役割に関する要因とともに、対人関係要因が挙げられる (レビューは久保, 2004; Lee & Ashforth, 1996)。バーンアウトと関連する対人関係要因として、これまでに評価懸念 (高木・田中, 2003)、主張性 (鈴木・叶谷・北岡・佐藤, 2005)、リーダーシップや社会的勢力、集団凝集性 (西堀・諸井, 2000) などが検討されているが、もっとも多く検討されているのはソーシャル・サポート (social support: 個人の心身の健康を維持・促進するような、身近な対人関係の存在、およびそで行われる対人的相互作用) であろう (Eastburg, Williamson, Gorsuch, & Ridley, 1994; Etzion, 1984; Greenglass, Burke, & Konarski, 1998; 石川・井上・岸・西垣内, 2003; Russell, Altmaier, & van Velzen, 1987; 田村・石隈, 2001; 上野・山本, 1996; 浦, 1993 など)。これらの研究は概ね、ソーシャル・サポートが対人援助職者のバーンアウト抑制要因として機能しうることを

示している。

しかし、対人関係とバーンアウトの関連について、ソーシャル・サポートのような肯定的機能の観点のみから議論することには、少なからず限界がある。なぜなら、対人関係はそれ自身が、ストレス（stressor：ストレスの原因）やストレス増幅要因になることも多い。実際に、看護師が経験するストレス（stressor）としては、過剰負担や役割葛藤といった職務ストレスとならんで、同僚、医師、患者との関わりにおける対人ストレス（interpersonal stress）が、代表的なものとして挙げられる（東口・森河・三浦・西条・田畑・中川、1998）。そして、それらネガティブな対人関係一すなわち対人ストレス（interpersonal stress）一は、基本的にサポートとは独立した別の要因であり、さらにその影響力はポジティブな対人関係一すなわちソーシャル・サポート一の影響力を凌駕しうるからである（レビューは橋本、2005b）。つまり、対人関係には、サポートとしてバーンアウト抑制要因になりうる一方で、対人ストレスとしてバーンアウト促進要因にもなりうるという二面性がある。そもそもバーンアウトとは「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」であるという見解（田尾・久保、1996, p.6）もあり、その意味でも、バーンアウトを考える上で、対人関係を、サポートのみならずストレス（stressor）としてもとらえる視点は重要であろう。しかし、看護師における対人ストレスの生起が、具体的にはどのような要因と関連しているのか、そして対人ストレスの影響力は職務ストレスやソーシャル・サポートのそれを上回るのか、などの論点を含めて、看護師における対人ストレスとバーンアウトとの関連を検討している研究は、著者の知る限りほぼ皆無である。そこで本研究では、看護師を対象とした調査研究を通じて、これらの問題について実証的に検討することを主な目的とする。なお、看護師の対人関係としては、患者との関係、同僚（医療・看護スタッフ）との関係、職場外関係などが考えられ、特に患者との関係はバーンアウトの重要な規定因である（荻野、2005）が、本研究ではサポートと対人ストレスの両側面において重要な源となり得る対人関係として、あえて同僚との対人関係に焦点を絞ることとする。

ところで、バーンアウトと関連する対人ストレスの分類としては、先述の東口ら（1998）のように、「同僚」「医師」「患者」といった相手ごとに区分することが多い。しかし、久保（2004）が対人葛藤などの「積極的な」対人ストレスとともに、コミュニケーションの欠如による孤立感などの、いわば「消極的な」対人ストレスも重要であろうと指摘しているように、相互作用の内容と

いう観点から、対人ストレスの下位類型を想定することも可能かつ有意義であろう。なぜなら、同じ対人ストレスでも、対人葛藤と孤立とは、その規定因から有効な対応策に至るまで、少なからず差異があり、その差異を考慮することなしに問題を解決すること、すなわちバーンアウトの生起や抑制を実現することは難しいと思われるからである。この点に関して橋本(2003;2005b)は、対人ストレスの種類としては、対人葛藤のような「逸脱型対人関係」と、対人不安のような「不足型対人関係」に加えて、「問題回避のために不本意ながら従事する対人的相互作用」の3類型がありうることを指摘している。さらに実証的検討(橋本, 1997;2005a)においても、対人ストレスとしては上記のような3つの下位類型が想定されうること、さらにその3種類が、それぞれ精神的健康指標と関連することが見いだされている。そこで本研究では、橋本(2005a)による対人ストレス3類型—すなわち、対人葛藤(対立や葛藤など他者からの否定的言動に直面した事態)、対人過失(自身の過失で他者に迷惑をかけてしまう事態)、対人摩耗(場を乱さないために本心を抑制する事態)—という枠組みを用いつつ、対人ストレスとバーンアウトの関連について検討する。

方 法

手 続 き

2006年1月、静岡県内の3病院の看護師を対象として、質問紙による留置調査を実施した。封筒に入れた質問紙を病院内の協力者を通じて配布し、個別に持ち帰って回答した質問紙を再び封筒に入れてもらい密封した上で、2～3週間後に回収した。質問紙は全部で642部配布し、うち612部回収した(回収率95%)。さらに回答に著しく不備があった16名の回答を分析対象から除外して、596名の回答を有効回答とした(有効回答率93%)。

質問紙の構成

質問紙は、以下の内容で構成された。なお、教示文や項目については、事前に現職看護師2名の助言に応じて、若干の語句修正を行った。

個人属性 はじめに回答者の年齢、性別、配偶者(もしくはそれに準じる人)の有無、看護師資格の種類(看護師・准看護師・その他)、勤務部署(病棟・外来・手術室・その他)、役職(スタッフ・師長等の役職者・その他)などについて

て尋ねた。

職務ストレス尺度 臨床看護職者の仕事ストレス測定尺度(Nursing Job Stressor Scale:東口ら、1998)を使用した。ただし、原典における「職場の人的環境」因子および「医師との人間関係と看護職者としての自律性」因子に該当する項目については、後述する対人ストレス尺度と内容的に重複すると判断して除外し、その他の21項目を使用した。また、この尺度は原典ではストレス度評定(その事態に直面したとき、どのくらいストレスを感じるか)を用いているが、ストレス度評価は認知的評価傾向や対処可能性によっても大きく左右されるので、ストレスそのものの影響力を検討するという本研究の目的に即して、過去3ヶ月間における経験頻度を4件法(1.ほとんどなかった、2.あまりなかった、3.ときどきあった、4.しばしばあった)で尋ねることとし、それに併せて文言の修正を施した。

ところで、現代における医療・看護の現場では、さまざまな倫理問題(ターミナル・ケアにおける延命治療のあり方、生体肝移植を巡る問題、医療事故への対応、インフォームド・コンセントやコンプライアンスの問題など)に直面する機会も増えている。しかし、それらの問題は対応方針の明確化が困難な場合も多く、問題理解のための研鑽も必要である。そして、そのような職務要求水準の高騰が、看護師にさらなる混乱や疲弊を招く可能性も否めない。そこで本研究では、倫理問題への直面を職務ストレスの一種と想定して、対人援助職の職業倫理にまつわる議論(赤林・大林、2002;コウリー・コウリー・キャラナン、2004;小林、2004)を参考に、医療・看護倫理にまつわる倫理問題場面5項目を新規作成し、それらも職務ストレス尺度に含めて実施した。

ソーシャル・サポート 福岡・橋本(1997)によるソーシャル・サポート尺度を用いた。ただし、原典の手段的サポート項目は今回の調査には適さないと判断して除外し、情緒的サポート6項目のみ、一部表現を修正して使用した。サポート源としては「あなたと日常的に関わりのある医療スタッフ(職種、上下関係などは問わない)」と設定し、4件法(1.まったくしないと思う~4.たいへんよくすると思う)で尋ねた。

対人ストレス尺度 橋本(2005a)による対人ストレス尺度を使用した。先述の「対人葛藤」「対人過失」「対人摩耗」という3下位尺度(各6項目)を含む全18項目で構成されている。こちらもサポート尺度と同じく医療スタッフとの関わりについて、過去1ヶ月間における各項目の出来事がどの程度あったか、その生起頻度を4件法(1.まったくなかった~4.しばしばあった)で尋

ねた。

バーンアウト尺度 久保 (1998) によるバーンアウト尺度を使用した。「情緒的消耗感」(5項目)、「脱人格化」(6項目)、「個人的達成の低下」(6項目)という3つの下位尺度を含む全17項目で構成されており、5件法(1. ない～5. いつもある)で回答を求めた。

結 果

回答者の個人属性

年齢・職歴・性別 回答者の平均年齢は36.6歳 ($SD = 11.0$ 歳、範囲20歳～67歳)、99%は女性であった(女性591名、男性8名)。10歳間隔で4水準の年代グループを構成したところ、20代(20～29歳)210名、30代(30～39歳)138名、40代(40～49歳)138名、50代以上(50歳以上)106名であった。職歴($M = 167.2$ 、 $SD = 124.4$:単位は月)と年齢の相関は $r = .88$ と非常に高かったため、以降の分析では職歴は使用せず、年齢のみを使用した。

配偶者の有無 配偶者の有無については、同居者343名、別居者17名、配偶者なしが236名であった。別居者を除外して配偶者の有無(2水準)と年代(4水準)による χ^2 検定を行ったところ、年代が高いほど、配偶者がいる比率も有意に高かった($\chi^2 = 139.48$, $p < .001$:年代毎の有配偶者比率は、20代28.4%、30代65.2%、40代80.6%、50代以上86.1%)。

資格・雇用形態 資格については、看護師が524名と全体の9割近く(88%)を占め、准看護師が82名(11%)、その他・不明が5名(1%)であった。雇用形態は常勤509名(86%)、非常勤82名(14%)、その他・不明5名(1%)であった。年代と雇用形態によるクロス集計を行ったところ、 $\chi^2 = 37.00$ ($p < .001$)と有意な偏りがあり、相対的に40代で非常勤の占める比率が大きかった(20代4%、30代18%、40代26%、50代以上14%)。配偶者と雇用形態の関連についても $\chi^2 = 29.15$ ($p < .001$)と有意であり、常勤者の比率は配偶者同居群(79%)よりも配偶者無群(95%)の方が高かった。

勤務部署・役職 勤務部署は病棟383名(65%)、外来127名(21%)、手術室41名(7%)、その他41名(7%)であった。病棟・外来勤務者のみを対象に、勤務部署と年代の χ^2 検定を行ったところ、 $\chi^2 = 78.91$ ($p < .001$)と有意な偏りがあり、病棟勤務者では20代(188名:49%)と30代以上(195名:51%)がほぼ拮抗しているのに対し、外来勤務者ではそのほとんど(118名:93%)が30

代以上であった。また、勤務部署と雇用形態についても偏りがあり($\chi^2=101.93$, $p<.001$)、常勤職は病棟 359 名、外来 74 名、手術室 41 名と病棟勤務が多数であるのに対し、非常勤職は病棟 22 名、外来 49 名、手術室 0 名と外来の比率が高かった。

役職者(主任、師長など)は全員常勤であり、各年代での比率は、20代 0%、30代 6%、40代 44%、50代以上 38%であった。年代や雇用形態の差異を考慮して、以降の役職を要因とした分析では、40代以上の常勤者に限定して役職者と一般スタッフを比較した。

勤務日数 1ヶ月あたりの休日数(範囲 2~27、 $Mdn=9$:単位は日)は、7日以下 29名(5%)、8日 249名(43%)、9日 190名(33%)、10日 101名(17%)、11日以上 16名(3%)であり、9割以上が8~10日と散らばりが小さかったので、休日数は以降の分析では用いなかった。1ヶ月あたりの夜勤日数(範囲 0~13、 $Mdn=7$:単位は日)は、0日 151名(26%)、1~8日 173名(30%)、9日 142名(24%)、10日以上 117名(20%)であった。ただし、勤務部署ごとに分布を確認したところ、外来と手術室は過半数が0日だったので、夜勤頻度については病棟勤務者のみを対象として、8日以下の低群(127名)、9日の中群(140名)、10日以上の高群(117名)という3水準による比較を行うこととした。

尺度の構成

職務ストレス 職務ストレス(倫理問題含む) 26項目について因子分析(最尤法、プロマックス回転)を行ったところ、固有値の減衰状況(8.09, 2.41, 1.69, 1.49, 1.04, 0.92...)から、1因子解もしくは4因子解と判断した。4因子解採用時の因子負荷パターン(Table 1)としては、第I因子に量的負担(業務量の多さ、人手不足など)に関する項目、第II因子にターミナル・ケアに関する項目、第III因子に患者との関係(原典の役割ストレス)にまつわる項目、第IV因子に質的負担(業務内容の難しさ、不慣れさ)に関する項目が、それぞれ高い負荷を示した。そこで、特定因子のみに.40以上の負荷を有していることを基準として、各因子に対応する下位尺度を構成したところ、いずれも信頼性が確認されたので(IT相関 $r_s \geq .38$)、各因子に該当する項目平均を「量的負担」「ターミナル・ケア」「患者との関係」「質的負担」各ストレス下位尺度得点とした。倫理問題項目については、5項目中2項目がターミナル・ケア、1項目が患者との関係に含まれ、残り2項目は基準を満たさなかった。また、1因子解と想定して尺度の信頼性を確認したところ、「4 医療器械の機能や操作法に

ついてよくわからなかった」のみ IT 相関 .29 と低かったが、その他の 25 項目については IT 相関 $r_s \geq .39$ と信頼性が確認されたので、それら 25 項目の項目平均を職務ストレス全体得点とし、分析目的に応じて下位尺度得点と併用することとした。

Table 1 職務ストレス尺度の因子分析結果(最尤法, プロマックス回転)

	因子			
	I	II	III	IV
第 I 因子：量的負担				
16 仕事を終わるのに十分な時間がなかった	.80	.01	.09	-.07
3 してもしても仕事に切りがなかった	.77	.01	-.01	.02
19 仕事が終わらず超過勤務をしなければならなかった	.77	.02	-.08	.00
13 人手が十分でなかった	.74	.00	.01	.00
2 こなさなければならぬ仕事が多かった	.70	-.01	-.02	.00
第 II 因子：ターミナル・ケア				
24 ターミナルの患者の話を聴いたり、話をしたりした	-.06	.84	.05	-.13
14 積極的治療を受けながらターミナルの患者が亡くなった	.00	.76	-.07	.00
8 親しくしていた患者が亡くなった	-.01	.75	-.09	.00
10 がん告知などのインフォームド・コンセントにまつわる問題に直面した ¹⁾	.04	.72	-.12	.05
5 ターミナル・ケアなど、苦痛緩和と(延命)治療の判断が難しい状況に関わった ¹⁾	.13	.64	.10	-.11
第 III 因子：患者との関係ストレス				
7 自分で納得のゆく看護ケアができなかった	.01	-.17	.79	.03
1 患者の心の支えになってやれなかった	-.10	-.09	.77	-.01
12 患者の家族の心の支えになってやれなかった	.00	.13	.60	.02
17 患者の心のケアをする時間がなかった	.30	.00	.60	-.10
6 訴えが多い患者の応対をした	.26	.06	.42	-.10
15 患者側の意向によって、効果的な治療のために必要と思われる医療・看護行為を行うことができなかった ¹⁾	-.07	.11	.41	.15
21 嫌だと思ふ患者の応対をした	.04	.01	.40	.11
第 IV 因子：質的負担ストレス				
23 慣れない仕事を任せられた	-.03	-.14	.00	.76
26 やり方が難しい処置・検査などを患者に行った	.03	.18	-.05	.54
9 自分の能力以上の仕事を要求された	.22	.06	-.04	.54
4 医療器械の機能や操作法についてよくわからなかった ²⁾	-.09	-.09	.10	.50
下位尺度から除外された項目				
11 患者の臨終時や急変時に医師がつかまらなかった	-.13	.29	.20	.20
18 判断力・注意力・責任感などが要求され仕事上の緊張感が多かった	.43	-.09	-.06	.42
20 職務上知り得た患者の情報を、他の関係者(スタッフや患者の家族など)に伝えるべきか伝えないべきか悩むような状況に直面した ¹⁾	-.08	.23	.09	.29
22 患者が苦しんでいるのを見た	-.05	.21	.36	.18
25 自身やスタッフの業務内容が職業倫理に反していないか、気になることがあった ¹⁾	.00	.17	.15	.33
因子間相関				
	I	.40	.57	.45
	II		.59	.48
	III			.54

注¹⁾ 今回新規作成した倫理問題ストレス項目

注²⁾ 職務ストレス全体得点において採用されなかった項目

ソーシャル・サポート ソーシャル・サポート 6 項目については、因子分析(主

因子法)における固有値の減衰状況(3.85, 0.74, 0.42...)から1因子解と判断し、いずれの項目もIT相関 $r_s \geq .59$ と信頼性が確認されたので、6項目の平均値をソーシャル・サポート得点とした。

対人ストレス 対人ストレス尺度18項目について因子分析(最尤法、プロマックス回転)を行ったところ、固有値の減衰状況(7.01, 1.84, 1.43, 0.84, 0.80...)から1因子解もしくは3因子解と判断した。3因子解採用時の因子負荷パターン(Table 2)は、概ね原典の尺度構成と一致していたが、「他者の仕事や勉強、余暇のじゃまをしてしまった」の1項目のみ、原典との食い違いが生じたので、それを除外した対人葛藤6項目、対人過失5項目、対人摩擦6項目それぞれの項目平均を、各下位尺度得点として採用した。また、1因子解と想定した場合は全項目について信頼性が確認されたので(IT相関 $r_s \geq .45$)、全18項目の項目平均を対人ストレス得点とし、分析目的に応じて下位尺度得点と併用することとした。

Table 2 対人ストレス尺度の因子分析結果(最尤法, プロマックス回転)

		因子		
		I	II	III
第I因子：対人摩擦				
15	他者の機嫌を損ねないように、会話や態度に気を使った	.80	-.14	.06
11	その場を取めるために、本心を抑えて他者を立てた	.75	.07	-.03
12	他者に合わせるべきか、あなたの意見を主張すべきか迷った	.72	.08	-.06
18	本当は伝えたいあなたの悩みや願いを、あえて口にしなかった	.68	.04	.06
16	本当は指摘したい他者の問題点や欠点に目をつむった	.67	.08	-.09
6	あなたのあからさまな本音や悪い部分が出ないように気を使った	.50	.00	.26
第II因子：対人葛藤				
5	他者からけなされたり、軽蔑された	-.10	.77	.08
13	あなたを信用していないような発言や態度をされた	.02	.75	.04
8	あなたと関わりたくなさそうな態度やふるまいをされた	.01	.71	.09
17	他者の問題点や欠点について注意・忠告をしたら、逆に怒られた	.04	.68	-.14
10	他者が都合のいいようにあなたを利用した	.19	.62	-.17
3	あなたの意見を他者が真剣に聞こうとしなかった	.13	.52	.06
第III因子：対人過失				
2	他者に対して果たすべき責任を、あなたが十分に果たせなかった	-.03	-.07	.78
4	あなたのミスで他者に迷惑や心配をかけた	-.05	-.02	.77
1	あなたの落ち度を、他者にきちんと謝罪・フォローできなかった	-.03	.11	.61
9	他者に過度に頼ってしまった	.11	-.06	.58
7	他者にとってよけいなお世話かもしれないことをしてしまった	.15	.15	.40
下位尺度から除外された項目				
14	他者の仕事や勉強、余暇のじゃまをしてしまった ¹⁾	-.11	.43	.26
因子間相関				
		I	.66	.47
		II		.55

注¹⁾ 因子負荷は基準以上だが、原典の区分と異なったので下位尺度項目から除外した。

バーンアウト バーンアウト尺度 17 項目について因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行ったところ、固有値の減衰状況（6.48, 2.45, 1.23, 0.80, 0.77...）から 3 因子解と判断した（Table 3）。各因子に対する項目の因子負荷パターンは原典と一致しており、それらに対応した 3 下位尺度のすべてについて信頼性が確認されたので、それぞれ合計（個人的達成感の低下のみ、36 から合計点を減じた値）をバーンアウト各下位尺度（情緒的消耗感、脱人格化、達成感低下）得点として採用した。

Table 3 バーンアウト尺度の因子分析結果（最尤法，プロマックス回転）

		因 子		
		I	II	III
第 I 因子：脱人格化				
5	同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある	.90	-.11	.08
10	同僚や患者と、何も話したくなくなることもある	.85	-.06	.08
6	自分の仕事がつまらなく思えてしかたのないことがある	.75	.07	-.03
11	仕事の結果はどうでもよいと思うことがある	.64	.00	-.05
14	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	.55	.14	-.13
3	こまごまと気づきやすいことが面倒に感じることがある	.40	.37	.07
第 II 因子：情緒的消耗感				
16	体も気持ちも疲れはたとと思うことがある	-.07	.87	.14
12	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	.05	.76	.08
7	1日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じることがある	-.09	.73	.00
1	こんな仕事、もうやめたいと思うことがある	.24	.57	-.10
8	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	.29	.51	-.08
第 III 因子：個人的達成感の低下				
15	仕事楽しくて、知らないうちに時間がすぎることがある	.13	-.18	.75
13	今の仕事に、心から喜びを感じることもある	-.02	-.06	.70
9	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	.01	-.06	.60
2	われを忘れるほど仕事に熱中することがある	.17	.16	.59
17	われながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある	-.12	.29	.56
4	この仕事は私の性分に合っていると思うことがある	-.20	.01	.52
因子間相関				
		I	.71	-.34
		II		-.39

これらの尺度得点について、全体での基本統計量を求めたところ（Table 4）、職務ストレスでは量的負担の高さが顕著であり、過剰負担が多く看護師に共通するストレスとなっていることが示唆された。対人ストレスについては対人葛藤が相対的に低い一方で、対人摩擦の経験頻度が高かった。バーンアウトについては、田尾・久保（1996）の基準に照らし合わせて考えれば、情緒的消耗感と脱人格化は平均的だが、個人的達成感の低下は、その傾向がやや強かった。

Table 4 全体での各尺度得点基本統計量および尺度間相関

	基本統計量			相 関 係 数													
	M	SD	α	職務ストレス					ソーシャル サポート	対人ストレス			バーンアウト				
				全体	量的負担	ターミナル・ケア	患者関係	質的負担		全体	対人葛藤	対人過失	対人摩擦	消耗感	脱人格化		
職務ストレス																	
全体得点	2.48	0.45	.91														
量的負担	3.28	0.63	.86	.73***													
ターミナル・ケア	1.77	0.69	.84	.75***	.34***												
患者との関係	2.67	0.54	.81	.84***	.54***	.49***											
質的負担	2.25	0.54	.68	.64***	.37***	.35***	.45***										
ソーシャル・サポート	2.61	0.54	.89	-.02	-.04	-.02	.01	-.02									
対人ストレス																	
全体得点	2.12	0.47	.91	.44***	.27***	.15***	.38***	.51***	-.10*								
対人葛藤	1.84	0.57	.82	.33***	.20***	.12**	.25***	.41***	-.17***	.87***							
対人過失	2.10	0.50	.78	.38***	.18***	.15**	.42***	.43***	.12**	.74***	.49***						
対人摩擦	2.51	0.63	.86	.39***	.28***	.12**	.32***	.43***	-.15**	.86***	.62***	.47***					
バーンアウト																	
情緒的消耗感	17.16	4.87	.86	.50***	.50***	.19***	.46***	.37***	-.08*	.33***	.26***	.22***	.34***				
脱人格化	13.10	5.08	.87	.41***	.32***	.18***	.40***	.40***	-.20***	.42***	.37***	.25***	.39***	.70***			
達成感低下	21.71	4.07	.77	-.02	.07	-.11*	.08	.00	-.14**	-.02	-.02	.04	-.08	.31***	.27***		

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

N = 531 ~ 588

各尺度得点と個人属性の関連

職務ストレスと個人属性 年代（4水準）と勤務部署（病棟・外来・手術室）を独立変数、職務ストレス各下位尺度を従属変数とした2要因分散分析を実施したところ、量的負担については、20代が40代より高得点という年代の主効果（ $F_{(3,528)} = 4.60, p < .01$ ）、病棟が外来・手術室より高得点という勤務部署の主効果（ $F_{(2,528)} = 19.05, p < .001$ ）に加えて、交互作用（ $F_{(6,528)} = 4.04, p < .01$ ）も有意であった。そこで単純主効果検定（Bonferroni、5%水準：以下、単純主効果検定は同様）を行ったところ、20代では病棟（ $M = 3.45, SD = 0.51$ ）が外来（ $M = 2.58, SD = 0.94$ ）や手術室（ $M = 2.80, SD = 0.65$ ）よりも高得点であり、40代では外来（ $M = 2.90, SD = 0.64$ ）が病棟（ $M = 3.45, SD = 0.45$ ）、手術室（ $M = 3.36, SD = 0.53$ ）よりも低得点であった（Figure 1）。ここから、病棟は年代を問わず過剰負担に直面しやすい部署であり、年代差は20代の多くが病棟勤務であることに由来する可能性が考えられる。次にターミナル・ケアについては、勤務部署の主効果（ $F_{(2,516)} = 19.08, p < .001$ ）のみ有意であり、下位検定（Tukey、5%水準：以下、下位検定は同様）の結果、病棟（ $M = 1.91, SD = 0.69$ ）、外来（ $M = 1.62, SD = 0.64$ ）、手術室（ $M = 1.17, SD = 0.43$ ）の間にいずれも有意差が認められたが、これは勤務部署の性質から妥当な結果であろう。患者との関係については、20代（ $M = 2.85, SD = 0.45$ ）・30代（ $M = 2.71, SD = 0.57$ ）よりも40代（ $M = 2.48, SD = 0.53$ ）・50代（ $M = 2.53, SD = 0.48$ ）の方が低得点という年代の主効果（ $F_{(3,504)} = 3.17, p < .05$ ）、病棟（ $M = 2.82, SD = 0.46$ ）、外来（ $M = 2.47, SD = 0.51$ ）、手術室（ $M = 2.07, SD = 0.57$ ）の順に高得点という勤務部署（ $F_{(2,504)} = 32.88, p < .001$ ）の主効果がともに有意であったが、交互作用は示されなかった。質的負担については、いずれの効果も有意ではなかった。以上から、病棟勤務は他の部署に比べて過剰負担、ターミナル・ケア、患者との関係といったさまざまな職務ストレスを経験しやすいこと、特に若年層では病棟勤務者が多いこともあり、過剰負担や患者との関係にまつわるストレスを経験しやすいことが示された。

ちなみに、年代と雇用形態（常勤／非常勤）による2要因分散分析も行ったところ、量的負担において、常勤（ $M = 3.35, SD = 0.58$ ）の方が非常勤（ $M = 2.86, SD = 0.72$ ）より高得点という雇用形態の主効果（ $F_{(1,566)} = 23.81, p < .001$ ）に加えて、交互作用（ $F_{(3,566)} = 3.12, p < .05$ ）も有意であり、単純主効果検定では40代と50代において、常勤より非常勤の方が低得点であった（Figure 2）。さらにターミナルケア、患者との関係についても同様に、常勤に比して非常勤

の方が低得点という雇用形態の主効果が有意であった。ただし、これらの結果は、非常勤では常勤よりも外来勤務者の比率が高いことと連動していると思われる。また、40代以上を対象として役職の有無による t 検定も行ったところ、量的負担 ($t_{(158)} = 3.15, p < .01$)、患者との関係 ($t_{(149)} = 2.26, p < .05$)、質的負担 ($t_{(147)} = 2.50, p < .05$) において、いずれもスタッフ (量的 $M = 3.22, SD = 0.53$; 患者 $M = 2.42, SD = 0.48$; 質的 $M = 2.15, SD = 0.53$) より役職者 (量的 $M = 3.45, SD = 0.46$; 患者 $M = 2.61, SD = 0.54$; 質的 $M = 2.34, SD = 0.45$) の方が高得点であった。

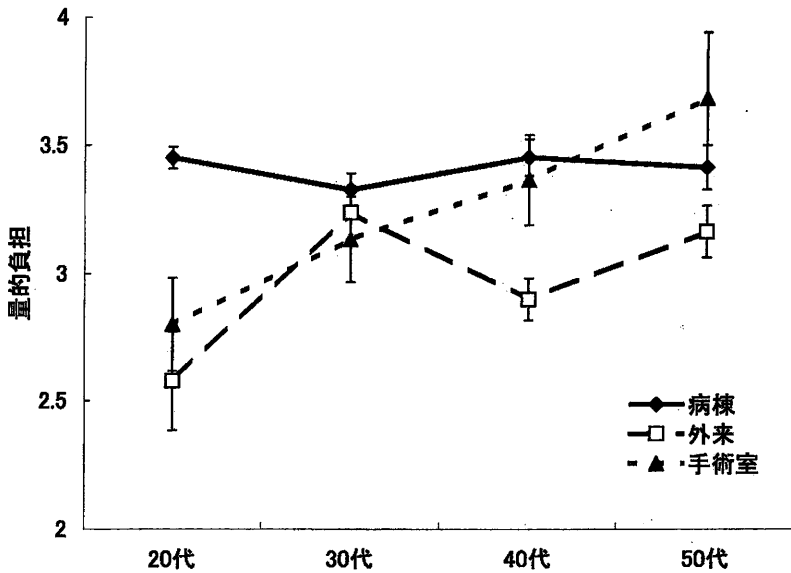


Figure 1 年代と勤務部署による量的負担

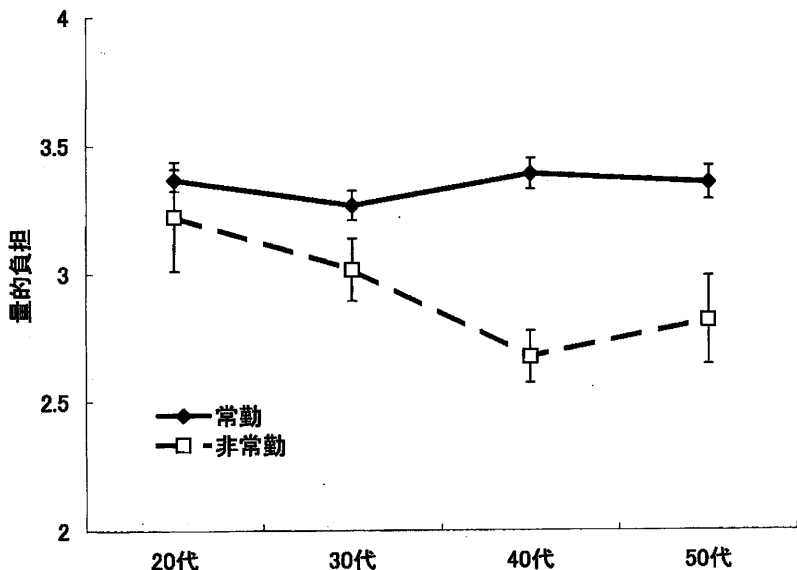


Figure 2 年代と雇用形態による量的負担

ソーシャル・サポートと個人属性 ソーシャル・サポートについても、年代と勤務部署を独立変数とした2要因分散分析を行ったところ、年代の主効果のみ有意であり ($F_{(3,525)} = 3.42, p < .05$)、他の年代 (20代 $M = 2.73, SD = 0.52$; 30代 $M = 2.59, SD = 0.56$; 40代 $M = 2.59, SD = 0.50$) に比して50代以上 ($M = 2.37, SD = 0.54$) が低得点であった。年代が高くなるほどサポート提供者としての役割が期待されること、逆に若年層から高年層へのサポート提供は考えにくいことから、この結果も妥当であろう。

対人ストレスと個人属性 対人ストレスについても、年代と勤務部署を独立変数、各下位尺度を従属変数とした2要因分散分析を実施した。その結果、対人葛藤と対人摩擦についてはいずれの効果も示されなかったが、対人過失では年代の主効果が有意であり ($F_{(3,521)} = 5.65, p < .01$)、20代 ($M = 2.25, SD = 0.47$) と40代 ($M = 1.99, SD = 0.48$)・50代以上 ($M = 1.94, SD = 0.47$)、および30代 ($M = 2.13, SD = 0.52$) と50代間に有意差が示された。すなわち、同僚との対人ストレス経験頻度の勤務部署による違いは小さく、対人過失のみ、若年層ほど経験しやすいと考えられる。

ただし、年代と雇用形態 (常勤/非常勤) による2要因分散分析も行ったと

ころ、常勤 ($M = 1.86, SD = 0.56$) の方が非常勤 ($M = 1.68, SD = 0.54$) よりも対人葛藤を経験しやすいという雇用形態の主効果 ($F_{(1,556)} = 4.17, p < .05$) が有意であった。対人摩擦も同様に、常勤 ($M = 2.54, SD = 0.62$) の方が非常勤 ($M = 2.29, SD = 0.70$) よりも高得点という雇用形態の主効果 ($F_{(1,554)} = 4.44, p < .05$) が示された。これらの結果は、常勤職の方が職場の人間関係トラブルに巻き込まれやすいことを示唆している。さらに、病棟勤務者のみを対象として、年代と夜勤頻度による2要因分散分析を実施したところ、すべての対人ストレスナーについて夜勤頻度の主効果が有意であり、対人葛藤 ($F_{(2,371)} = 7.86, p < .001$) と対人摩擦 ($F_{(2,372)} = 5.11, p < .01$) については、夜勤頻度中群・高群に比して低群の経験頻度が高く、対人過失 ($F_{(2,376)} = 5.33, p < .01$) では逆に、夜勤頻度低群・中群に比して高群の経験頻度が低かった (Figure 3)。加えて、役職の有無によっても対人過失 ($t_{(156)} = 2.39, p < .05$) と対人摩擦 ($t_{(156)} = 2.85, p < .01$) では有意差があり、いずれもスタッフ (過失 $M = 1.89, SD = 0.50$; 摩擦 $M = 2.40, SD = 0.61$) より役職者 (過失 $M = 2.05, SD = 0.34$; 摩擦 $M = 2.67, SD = 0.55$) の方が高得点であった。

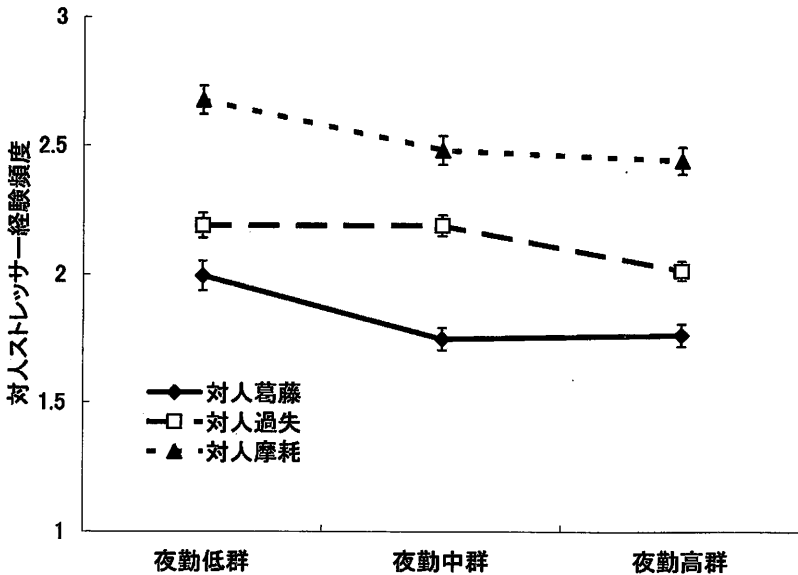


Figure 3 夜勤頻度による対人ストレスナー経験頻度

バーンアウトと個人属性 年代と勤務部署を独立変数、バーンアウト各下位尺度を従属変数とした 2 要因分散分析では、まず情緒的消耗感について、20 代 ($M = 18.85$, $SD = 4.31$) が他の年代 (30 代 $M = 17.33$, $SD = 4.86$; 40 代 $M = 15.94$, $SD = 4.87$; 50 代 $M = 15.98$, $SD = 4.94$) よりも高得点という年代の主効果 ($F_{(3,532)} = 2.92$, $p < .05$)、および病棟 ($M = 18.01$, $SD = 4.54$) が外来 ($M = 15.75$, $SD = 5.33$) よりも高得点という勤務部署の主効果 ($F_{(2,532)} = 3.36$, $p < .05$) がともに有意であったが、交互作用は示されなかった。脱人格化については、部署の主効果のみが有意傾向を示し ($F_{(2,522)} = 2.98$, $p = .052$)、病棟 ($M = 13.78$, $SD = 5.25$) が外来 ($M = 11.98$, $SD = 4.68$) より高得点であった。達成感低下については年代の主効果が有意であったが ($F_{(3,525)} = 2.81$, $p < .05$)、下位検定で群間に有意差は示されなかった。

また、年代と配偶者有無 (同居群と無群) による 2 要因分散分析を実施したところ、情緒的消耗感では同居群 ($M = 16.40$, $SD = 5.07$) より無群 ($M = 18.37$, $SD = 4.37$) の方が高得点という配偶者の主効果が示された ($F_{(1,559)} = 5.10$, $p < .05$)。さらに配偶者と年代の交互作用も有意傾向であり ($F_{(3,559)} = 2.45$, $p = 0.63$)、単純主効果検定の結果、同居群では 20 代に比して 30 代以降の情緒的消耗感が低く、30 代において同居群の方が無群よりも情緒的消耗感が低かった (Figure 4)。脱人格化でも同様に、同居群 ($M = 12.50$, $SD = 4.79$) より無群 ($M = 13.98$, $SD = 5.38$) の方が高得点という配偶者の主効果 ($F_{(1,549)} = 5.54$, $p < .05$) に加えて交互作用が有意であり ($F_{(3,549)} = 4.46$, $p < .01$)、やはり同居群では 20 代に比して 30 代以降が有意に低得点であった。これらの結果は、配偶者の存在がバーンアウトの抑制要因となりうること、ただしその効果は 30 代以上に限られることを示している。

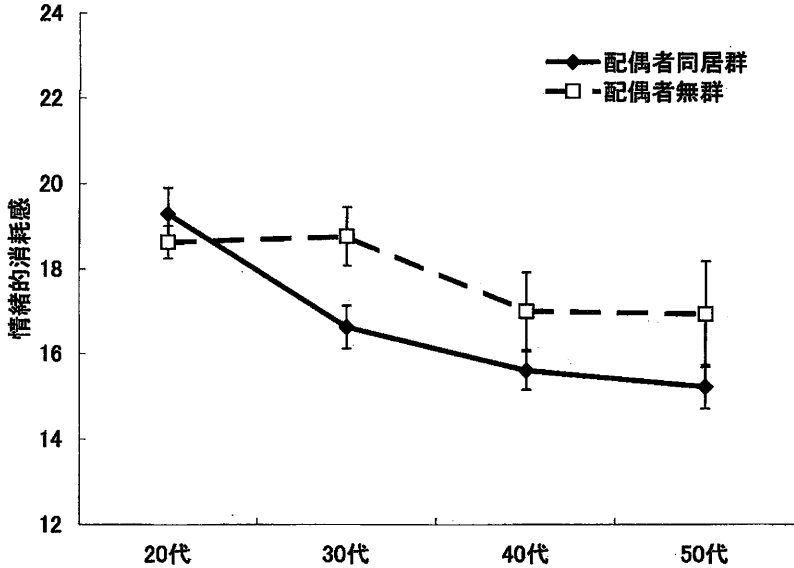


Figure 4 年代と配偶者有無による情緒的消耗感

ストレッサー、サポートとバーンアウトの関連

尺度間相関 まずは全体での各尺度得点間相関を求めたところ (Table 4)、職務・対人両領域を含めて、ストレッサー下位尺度間には、いずれも有意な正の相関が示された。ソーシャル・サポートは職務ストレッサーとは関連せず、対人ストレッサーについては対人葛藤・対人摩擦と負の、対人摩擦とは正の相関を示し、バーンアウト下位尺度とは負の相関を示した。バーンアウトは下位尺度間で高い正の相関を示し、達成感低下はストレッサーとほとんど関連を示さなかったが、情緒的消耗感・脱人格化はストレッサー下位尺度の多くと有意な正の相関を示した。

ただし、これまでの分析から、これらの関連が個人属性を第3変数とした疑似相関である可能性も考えられる。そこで、勤務部署 (病棟と外来) ごとに、年齢を統制変数として、尺度得点間の偏相関を算出した (Table 5)。その結果、やはり職務ストレッサー同士、対人ストレッサー同士では、高い正の相関が示された。しかし職務ストレッサーと対人ストレッサーの関連では、量的負担と対人ストレッサーの相関が病棟に比して外来で顕著である；ターミナル・ケアと対人ストレッサーの関連が外来では消失する；といった、勤務部署による差

異も示された。ソーシャル・サポートとバーンアウトの関連についても、病棟では基本的に負の相関がある一方で、外来ではそれらの関連は認められなかった。さらにストレスとバーンアウトの関連についても、病棟ではバーンアウトと関連しているターミナル・ケアが外来では関連しない；病棟より外来の方が、対人ストレスとバーンアウトの結びつきは強い；といった、部署による差異が示された。これらの結果は、勤務部署によってバーンアウトの規定因が異なる可能性を示唆している。ただし、病棟と外来の年齢構成なども大きく異なるので、統制変数の影響力がそもそも異なる、という可能性も考えられよう。

Table 5 年齢を制御変数とした勤務部署ごとの尺度間偏相関係数

	職務ストレス					ソーシャル・サポート	対人ストレス			バーンアウト			
	全体	量的負担	ターミナル・ケア	患者関係	質的負担		全体	対人葛藤	対人過失	対人摩擦	消耗感	脱人格化	達成低下
職務ストレス													
全体		.68***	.77***	.80***	.64***	-.01	.41***	.31***	.36***	.37***	.43***	.35***	-.03
量的負担	.80***		.33***	.49***	.32***	-.02	.16**	.10	.13*	.19**	.46***	.25***	.08
ターミナル・ケア	.59***	.21*		.44***	.37***	.06	.16**	.11*	.14*	.16**	.19**	.16**	-.11*
患者との関係	.84***	.57***	.36***		.42***	-.01	.36***	.26***	.38***	.28***	.39***	.33***	.09
質的負担	.75***	.59***	.25*	.58***		-.10	.50***	.40***	.44***	.42***	.30***	.36***	-.03
対人ストレス													
全体	-.04	-.03	-.17	-.03	.04		-.09	-.12*	.12*	-.17**	-.16**	-.30***	-.19**
バーンアウト													
全体	.46***	.44***	.08	.39***	.53***	-.05		.87***	.75***	.86***	.25***	.36***	-.08
対人葛藤	.45***	.41***	.11	.36***	.52***	-.12	.92***		.54***	.61***	.25***	.35***	-.06
対人過失	.33**	.27**	.09	.34**	.35***	.14	.70***	.50***		.47***	.10	.18**	.02
対人摩擦	.39***	.43***	.00	.29**	.44***	-.08	.90***	.74***	.46***		.26***	.35***	-.14*
情緒的消耗感													
全体	.53***	.60***	.02	.44***	.48***	-.07	.47***	.44***	.24*	.47***		.69***	.26***
脱人格化	.45***	.40***	.04	.44***	.53***	-.10	.56***	.55***	.31**	.51***	.73***		.26***
達成感低下	-.01	.13	-.17	-.03	.15	-.09	.09	.11	.08	.05	.28**	.30**	

右上は病棟 (n = 320), 左下は外来 (n = 95)。

***p < .001 **p < .01 *p < .05

重回帰分析 そこで次に、回答者の多数を占める 20 代病棟勤務者 (188 名)、30 代以上病棟勤務者 (195 名)、30 代以上外来勤務者 (118 名) の 3 群それぞれについて、バーンアウト各下位尺度に対するストレスターの相対的影響力を検討するために、重回帰分析 (強制投入法) を実施した。この分析においては、ストレスター下位尺度得点に領域内で概ね高い相関関係があることを考慮して、多重共線性の問題を回避するために、職務/対人ストレスターともに全体得点を使用し、それらとソーシャル・サポートの 3 変数を説明変数、バーンアウト各下位尺度得点を基準変数とした (Table 6)。その結果、すべての群に共通して、情緒的消耗感と脱人格化については、モデルがある程度の説明力を有していたが、脱人格化に対する説明力は非常に小さかった。また、いずれも職務ストレスターが、情緒的消耗感と脱人格化の予測因として有意な正の寄与を示し、特に情緒的消耗感に対する説明力が高かった。しかし、対人ストレスターとサポートの影響力は、年代部署群ごとに違いが見られた。まず対人ストレスターについては、20 代病棟群では情緒的消耗感・脱人格化との関連が示されなかったが、30 代以上では勤務部署を問わず脱人格化に正の寄与を示し、外来群では情緒的消耗感とも関連した。また、サポートの効果は外来群では示されなかったが、30 代以上病棟群ではすべてのバーンアウト下位尺度に負の寄与を示し、20 代病棟群でも脱人格化に負の寄与を示した。

Table 6 重回帰分析結果 (一括投入)

説明変数\基準変数	20 代病棟群 (<i>n</i> = 168 ~ 170)			30 代以上病棟群 (<i>n</i> = 159 ~ 161)			30 代以上外来群 (<i>n</i> = 92 ~ 95)		
	情緒的 消耗感	脱人格化	達成感 低下	情緒的 消耗感	脱人格化	達成感 低下	情緒的 消耗感	脱人格化	達成感 低下
職務ストレスター	.42***	.34***	-.03	.38***	.16*	.07	.39***	.26*	-.05
対人ストレスター	.05	.14	-.20*	.09	.32***	-.01	.28**	.43***	.15
ソーシャル・サポート	-.08	-.24**	-.11	-.20**	-.27***	-.26**	-.02	-.05	-.04
<i>R</i> ²	.19***	.22***	.04*	.21***	.26***	.06**	.33***	.36***	-.01

各変数の数値は標準偏回帰係数 (β)、 R^2 は自由度調整済み重決定係数。

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

交互作用の可能性 ただし、重回帰分析で示された結果は要因間の直線的関係に留まるものであり、バーンアウトに対して、複数要因が交互作用的な影響力をもつ可能性もある。そこで、重回帰分析と同様の 3 群それぞれで、バーンア

ウトに対する職務ストレス、対人ストレス、ソーシャル・サポートの交互作用効果の可能性についても検討した。具体的には、職務ストレス、対人ストレス、サポート各得点について、3群全体での平均値により折半し、うち2要因を独立変数、情緒的消耗感と脱人格化のいずれかを従属変数とした2要因分散分析を群ごとに実施した。しかしその結果、交互作用はいずれも有意ではなかった。したがって、ストレスの悪影響を同僚からのサポートが和らげるといった緩衝効果は見いだされなかった。

ただし、上記の群ごとにストレス（職務もしくは対人）と配偶者有無の交互作用の可能性についても2要因分散分析で検討したところ、20代病棟群において、情緒的消耗感に対する職務ストレスと配偶者有無の交互作用が有意傾向であった ($F_{(1,17)} = 3.59, p = .06$)。しかし、それは「配偶者の存在が職務ストレスの悪影響を軽減する」という緩衝効果ではなく、「配偶者の存在が職務ストレスの悪影響を増幅する」という効果であった (Figure 5)。その他に有意な交互作用は示されず、一般的に職場内外のサポートによるストレス緩衝効果は示されなかった。

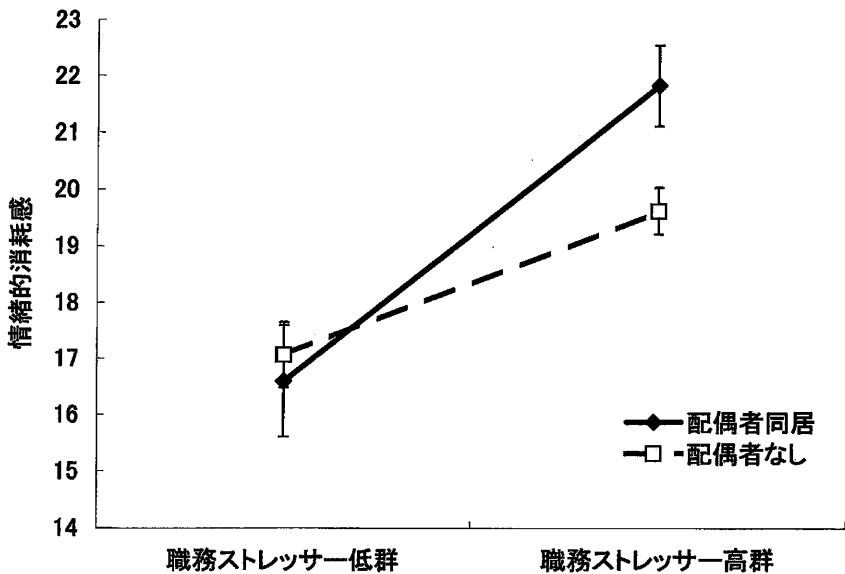


Figure 5 20代病棟群における職務ストレスと配偶者有無による情緒的消耗感

さらに、ストレッサー・サポートのいずれか（高低2水準）と年代部署（20代病棟群／30代以上病棟群／30代以上外来群の3水準）を独立変数、情緒的消耗感もしくは脱人格化を従属変数とした2要因分散分析も実施した。その結果、まず職務ストレッサーを用いた分析では、いずれの従属変数に対してもストレッサーの主効果が有意であり、加えて情緒的消耗感に対しては、30代以上病棟群（ $M = 17.01$, $SD = 4.68$ ）や30代以上外来群（ $M = 15.81$, $SD = 5.51$ ）に比して、20代病棟群（ $M = 19.06$, $SD = 4.16$ ）が高得点という年代部署群の主効果も有意であった（ $F_{(2,449)} = 9.11$, $p < .001$ ）。交互作用はいずれも有意ではなかったが、これは「職務ストレッサーの影響は年代や部署を問わず見られる」という先の分析結果と合致するものである。次に、対人ストレッサーと年代部署を独立変数、情緒的消耗感を従属変数とした分析では、両要因の主効果に加えて交互作用も有意傾向であり（ $F_{(2,462)} = 2.93$, $p = .05$ ）、単純主効果検定の結果、対人ストレッサー低群ではすべての年代部署群間で有意差がある一方で、対人ストレッサー高群では年代部署群による差は認められなかった（Figure 6）。この結果は、対人ストレッサーが少ない場合は年代や勤務部署によってバーンアウトリスクが異なる一方で、対人ストレッサーが多いと年代部署を問わず、バーンアウトリスクが高まる可能性を示唆している。ただし、脱人格化については、両要因の主効果は認められたものの、有意な交互作用は認められなかった。最後に、サポートを用いた分析では、主効果はいずれも有意であったが、有意な交互作用は示されなかった。

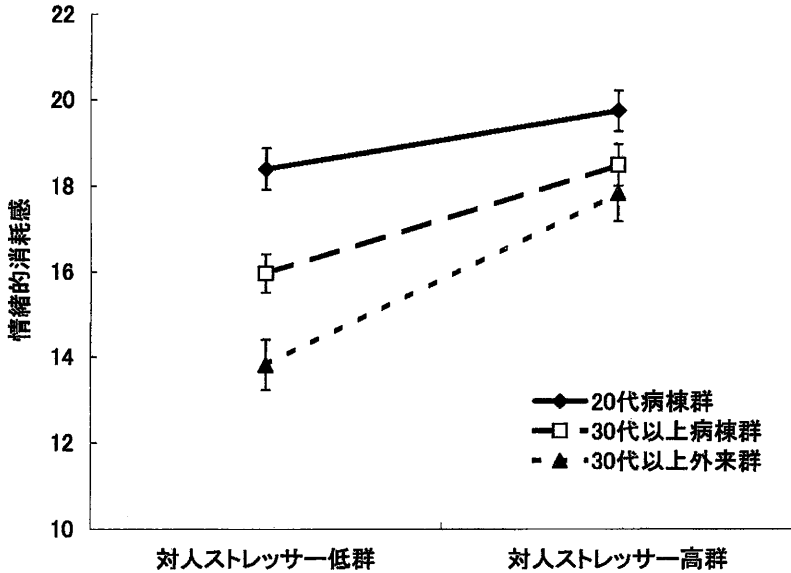


Figure 6 対人ストレスと年代部署群による情緒的消耗感

考 察

対人ストレスについて

本研究では、看護師が経験する対人ストレスの規定因、およびバーンアウトに対する影響力について検討することを主目的とした。はじめに、この点に関する考察を行う。

対人ストレスと個人属性 対人ストレス下位類型ごとの経験頻度は、全般的に対人葛藤が少なく、対人摩擦が多かった。同様の傾向は大学生を対象とした研究(橋本, 2005a)でも示されており、対人葛藤は社会規範上回避されやすく、逆に対人摩擦はその生起がやむを得ないとみなされやすいであろうという構成概念妥当性の観点からも、この結果は妥当であろう。また、対人葛藤と対人摩擦では年代・部署による差異はなかったが、対人過失についてのみ、若年層ほど経験しやすいという年代差が見いだされた。この結果についても、「自身の失敗で周囲の人に迷惑をかけてしまう」という対人過失の構成概念と合致するものと考えられる。さらに、対人葛藤と対人摩擦については、常勤職の方が経験しやすいという雇用形態による差が見いだされたが、これは非常勤に比

べて常勤の方が職務コミットメントが相対的に高く、それゆえ職場における対人関係の軋轢も経験しやすいことによるのではないだろうか。一般スタッフより役職者の方が、対人過失と対人摩擦を経験しやすいという役職による差についても、同様の可能性が考えられよう。

加えて、夜勤が多いほど対人ストレス経験頻度が少ない、という結果については、「夜勤が多いほど対人的相互作用そのものが少ないので対人ストレスを経験しにくい」という解釈のほか、「対人関係でトラブルを起こしたり、同僚に迷惑をかけたたりしそうな人は、夜勤担当に配置されにくい」という可能性も考えられよう。もしそうであるとすれば、職場内の対人関係のあり方が、職務負担のあり方にも連動する一例として、興味深い結果と思われる。

対人ストレスと職務ストレス 対人ストレスと職務ストレスの関連については、勤務部署などによる若干の差異はあるものの、全般的に中程度の正の相関が示された。この理由としては、ストレス感受性などの個人特性が第3変数となっている疑似相関の可能性も考えられる。しかし実際に、これら両領域のストレスが連動している可能性一すなわち、対人関係のトラブルが職務負担を増やしたり、職務ストレスの増加と共に対人関係も悪化しうる可能性一も十分にあり得るであろう。この点については、個人特性を統制した研究や、縦断計画による両領域のストレス経験頻度の連動性を検討した研究が、今後求められよう。

対人ストレスとソーシャル・サポート 対人ストレスとサポートの関連については、有意な関連が示されつつも、相関係数の値は小さかった。また、対人ストレス下位類型ごとに相関の方向性（正負）が異なっていたこともあわせて考えると、やはりサポートと対人ストレスは基本的に独立しており、それらを「対人関係の良否」という同一次元の対極に位置づけることには無理があると考えられる。したがって、看護師のバーンアウトに及ぼす対人関係要因の影響を検討する上では、今後もサポート/ストレス両側面からの検討が必要であろう。

対人ストレスの相対的影響力 相関分析および重回帰分析の結果から、対人ストレスがバーンアウトに及ぼす影響力については、年代やバーンアウト症状の種類によって異なることが示された。すなわち、対人ストレスは30代以上の脱人格化症状に対して最も重要な規定因となっており、その一方で情緒的消耗感の規定因としては、職務ストレスの影響力を上回るものではなかった。ここから、バーンアウト症状とストレス領域に、ある種のマッ

チングがある可能性が推測される。この点に関連して、バーンアウトと感情労働の関連を検討した荻野・瀧ヶ崎・稲木（2004）は、職務ストレスが脱人格化より情緒的消耗感と関連する一方で、感情労働は情緒的消耗感より脱人格化と強い関連を示すことを見いだしている。久保・田尾（1994）や久保（1998）でも、やはり情緒的消耗感是对人ストレスよりも職務ストレスと、脱人格化は職務ストレスよりも对人ストレスと、それぞれ相対的に強い関連を示している。これらの先行研究と本研究の結果を統合して考えると、バーンアウト症状のなかでも、情緒的消耗感に対しては看護業務そのものにまつわる職務ストレスが、一方で脱人格化に対しては对人ストレスが、それぞれ主要な規定因となっている可能性が推測される。ただし、相手が誰であれ对人ストレスは脱人格化をもたらすのか、という疑問については、さらに検討を重ねる必要があるだろう。

また、对人ストレスは脱人格化のみならず、情緒的消耗感とも関連しうることが、分散分析の結果から示唆された。すなわち、对人ストレスが少ない場合は、主に年代や部署といった個人属性が（職務ストレスの媒介可能性も含めて）情緒的消耗感を規定しているが、对人ストレスが多い場合には、それら個人属性を問わず情緒的消耗感は高くなる。このことは、たとえバーンアウトのリスクが低い30代以上でも、对人ストレス経験によってバーンアウトのリスクが若年層と同程度まで上昇しうることを意味している（若年層で对人ストレスによる差が小さいのは、天井効果によるものと思われる）。以上の結果から、看護師のバーンアウトを考える上で、对人ストレスもまた、無視できない重要な要因のひとつと言えるだろう。つまり、对人ストレスは経験頻度こそ職務ストレスより少ないものの、一旦直面すると、それは看護師のメンタルヘルスにとって、極めてクリティカルな要因となりうるのである。

何がバーンアウトをもたらすのか？—要因間交絡から示されるキャリア・プロセスとバーンアウトの連関—

ただし、对人ストレスに関する議論以前に、先行研究で指摘されているバーンアウト規定因（個人属性、職務ストレス、ソーシャル・サポート）についても、その相互連関を無視して個々の要因を論じるのみでは、看護師のバーンアウト・プロセスを包括的には理解しえないことを、本研究の結果は示唆している。

たとえば、職務ストレッサーやバーンアウトと個人属性の関連についての分析結果は、若年層ほどストレッサーを経験しやすいという年代の効果のみならず、病棟勤務が他の部署に比べて過剰負担、ターミナル・ケア、患者との関係といったさまざまな職務ストレッサーを経験しやすいことも示している。ただしそこには同時に、20代は（若いが故に）病棟勤務に配属されやすく、一方で外来勤務はそのほとんどが30代以上であるという、年代と勤務部署の関連性もある。したがって、従来指摘されている「若年層ほどバーンアウトのリスクが高い」という傾向は、職歴の浅さに由来する経験不足やリアリティ・ショックによる、という解釈よりも、むしろ、若年者が負担の大きい病棟勤務に配属されやすいがゆえの結果、と考える方が妥当なのかもしれない。

また、30代以上では配偶者の存在がバーンアウトの抑制要因として機能する一方で、20代病棟勤務者では、配偶者の存在が職務ストレッサーの悪影響を増幅する傾向にあった。20代病棟勤務者はそもそもバーンアウトのリスクが高い群であるが、ただでさえ多忙かつ経験不十分な20代病棟勤務者にとって、さらに若くして家庭を持つことは、仕事と家庭の役割葛藤というさらなる問題をもたらしているのかも知れない。

ここから、バーンアウトの生起・悪化プロセスを考える上では、各要因を独立して扱うのではなく、各要因の交互作用的影響、そしてそれ以前に要因間の相互連関を考慮する必然性があると言えよう。そのひとつの可能性として、本研究の結果に基づいて構成したモデル（Figure 7）を呈示する。このモデルに基づけば、たとえば、雇用形態や年代はそれ自体がバーンアウトのリスク要因であると同時に、勤務部署という別のリスク要因の規定因でもあり、その要因間連関が、若年層のリスクをさらに上昇させるような方向で影響していると想定される。このことは、バーンアウト・プロセスにおいて、個人の努力のみでは解決困難な、組織・業務構造に由来するリスク増幅パターンがあることを意味している。言い換えれば、バーンアウトのリスク低減のためには、モデルに示されたような右上がりのリスク上昇パターンではなく、右下がりのリスク低下パターンを構成しうるような、要因間連関の改善への取り組みが必要であると言えよう。ただし、今回呈示したモデルはあくまで、仮想的に想定された一つの可能性に過ぎないことも否めない。その妥当性については、今後さらに議論を重ねるべきことは言うまでもない。

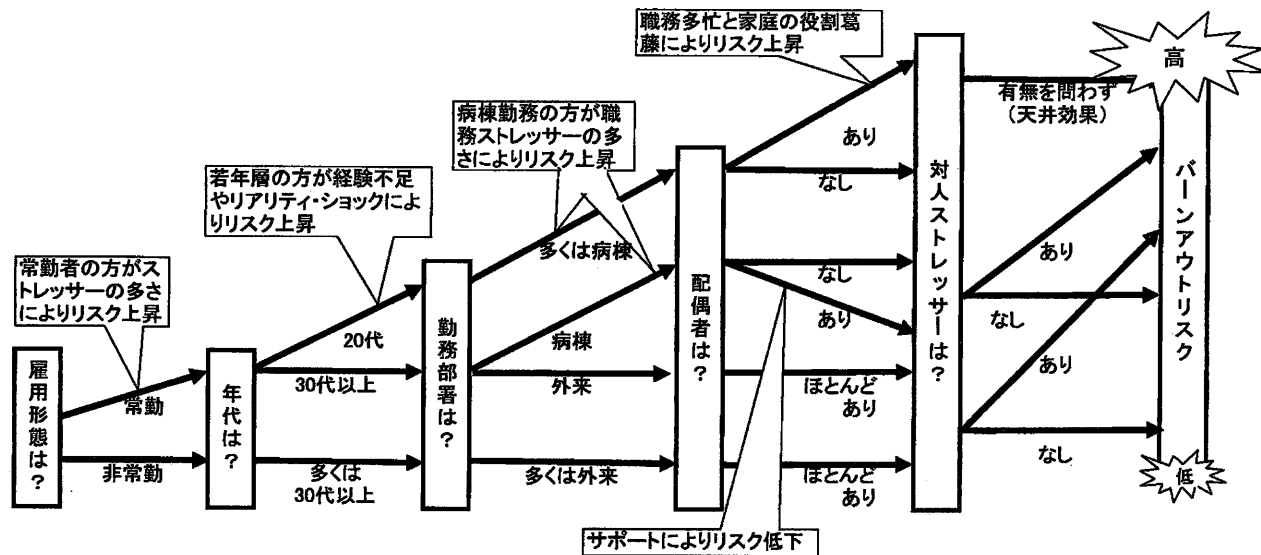


Figure 7 本研究の結果に基づくバーンアウト関連要因の相互連関・リスク変動モデル

今後の課題

本研究の問題点および今後の課題としては、これまで述べてきたことに加えて、情緒的消耗感・脱人格化に比して達成感低下に対する説明力が非常に小さかったことがある。同様の傾向は久保（1998）でも見いだされており、久保は達成感ハストレス以外以外の要因が達成感を規定するのではないかと考察している。また、瀧ヶ崎・荻野（2005）は、情緒的消耗感に対してはパーソナリティよりもストレスの影響が大きい一方で、個人的達成感に対してはストレスよりもパーソナリティの影響の方が大きいことを指摘している。本研究の結果はこれらの知見と矛盾しないものであるが、達成感の規定因についてはさらに検討が必要であろう。

さらに、看護師のみならず他の対人援助職におけるバーンアウトについても、本研究の知見と同様の問題や傾向があるのかについて検討することも考えられよう。また、本研究には、関連研究であるがゆえに因果が確定できないという重大な限界もある。本研究では基本的に「対人関係要因がバーンアウトを規定する」という因果の枠組みで議論を展開したが、そこには逆方向因果や、第3変数による疑似相関の可能性も十分に考えられる。今後は、縦断研究などにより、それらの可能性を視野に容れた検討も求められよう。

引用文献

- 赤林 朗・大林雅之（編著）2002 ケースブック医療倫理 医学書院
コウリー、J・コウリー、M.S・キャラナン、P。（著）村本詔司（監訳）2004
援助専門家のための倫理問題ワークブック 創元社
Eastburg, M.C., Williamson, M., Gorsuch, R., & Ridley, C. 1994 Social support, personality, and burnout in nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 1233-1250.
Etzion, D. 1984 Moderating effect of social support on the stress-burnout relationship. *Journal of Applied Psychology*, 69, 615-622.
福岡欣治・橋本 幸 1997 大学生と成人における家族と友人の知覚されたソーシャル・サポートとそのストレス緩和効果 心理学研究, 68, 403-409.
Greenglass, E.R., Burke, R.J., & Konarski, R. 1998 Components of burnout, resources, and gender-related differences. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 1088-1106.

- 橋本 剛 1997 大学生における対人ストレスイベント分類の試み 社会心理学研究、13、64-75.
- 橋本 剛 2003 対人ストレスの定義と種類—レビューと仮説生成的研究による再検討— 静岡大学人文学部人文論集、54(1)、21-57.
- 橋本 剛 2005a 対人ストレス—尺度の開発 静岡大学人文学部人文論集、56(1)、45-71.
- 橋本 剛 2005b ストレスと対人関係 ナカニシヤ出版
- 東口和代・森河裕子・三浦克之・西条旨子・田畑正司・中川秀昭 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的特性の検討— 健康心理学研究、11(1)、64-72.
- 石川利江・井上都之・岸 太一・西垣内磨留美 2003 在宅介護者の介護状況、ソーシャルサポートおよび介護バーンアウト—要介護高齢者との続柄に基づく比較検討— 健康心理学研究、16(1)、43-53.
- 小林亜津子 2004 看護のための生命倫理 ナカニシヤ出版
- 久保真人 1998 ストレスとバーンアウトとの関係—バーンアウトはストレンか?— 産業・組織心理学研究、12、5-15.
- 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・田尾雅夫 1994 看護婦におけるバーンアウト—ストレスとバーンアウトとの関係— 実験社会心理学研究、34、33-43.
- Lee, R.T.& Ashforth, B.E. 1996 A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123-133.
- Maslach, C. 1976 Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C.& Jackson, S.E. 1981 The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- 西堀好恵・諸井克英 2000 看護婦におけるバーンアウトと対人環境 看護研究、33、245-255.
- 荻野佳代子 2005 患者との関係性が対人援助職のバーンアウトに及ぼす影響 心理学研究、76、391-396.
- 荻野佳代子・瀧ヶ崎隆司・稲木康一郎 2004 対人援助職における感情労働がバーンアウトおよびストレスに与える影響 心理学研究、75、371-377.
- Russell, D., Altmaier, E., & van Velzen, D. 1987 Job-related stress, social

support, and burnout among classroom teachers. *Journal of Applied Psychology*, 72, 269-274.

鈴木英子・叶谷由佳・北岡（東口）和代・佐藤千史 2005 大学病院に勤務する新卒看護職の職場環境及びアサーティブネスとバーンアウトリスク 日本看護研究学会雑誌、28、89-99.

高木 亮・田中宏二 2003 教師の職業ストレスに関する研究—教師の職業ストレスとバーンアウトの関係を中心に— 教育心理学研究、51、165-174.

瀧ヶ崎隆司・荻野佳代子 2005 看護職のストレス・バーンアウトと社会的動機との関連について 日本工業大学研究報告、34、331-337.

田村修一・石隈利紀 2001 指導・援助サービス上の悩みにおける中学校教師の被援助志向性に関する研究—バーンアウトとの関連に焦点をあてて— 教育心理学研究、49、438-448.

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

上野徳美・山本義史 1996 看護者のバーンアウトを予防するソーシャル・サポートの効果—サポート・ネットワーク量・満足度・サポート源との関係を中心として— 健康心理学研究、9(1)、9-20.

浦 光博 1993 現代社会とソーシャル・サポート 心理学評論、36、340-372.

謝 辞

本研究の調査にご協力下さった、掛川市立総合病院、袋井市民病院、藤枝平成記念病院（五十音順）の看護師の皆様、および「『臨床と法』研究会」「〈ケアの人間学〉合同研究会」で本研究を発表した際に、貴重なコメントを下さった皆さまに、記して感謝申し上げます。

注 記

本研究は、平成17年度—19年度科学研究費補助金（研究種目：基盤研究（B）課題番号17320005）「対人援助（心理臨床・ヒューマンケア）の倫理と法、その理論と教育プログラム開発」（代表：浜渦辰二）の一環として行われたものである。