

## 看護師のバーンアウト傾向とコーピング および相談ニーズとの関連

佐藤 則子<sup>(1)</sup>・宮本 邦雄

### 問題と目的

バーンアウト (burnout) とは、燃え付き症候群と訳される事もあり、極端な言い方をすれば今まで精力的に働いていた人が、急にその意欲がうせたように、いわば燃え尽きたように働かなくなることである。Freudenberber (1974) が初めて学術論文でバーンアウトという概念を取り上げたことによって、数多くの研究者の関心をひき、特に心理臨床の分野で急速に広まった。

バーンアウトの定義は、田尾・久保 (1996)、横山 (2003) および、久保 (2004) によると、現在では Maslach (1981) の「長時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示す症候群」というものが一般的であるとしている。

日本においてバーンアウトという言葉がマスコミに頻繁に取り上げられたのは、1980年代であった。宗像・稲岡 (1988) は、看護師300人と内科医、外科医、小児科医、精神科医など300人を調査した結果、看護師は医師に比べ、顕著に精神健康状態の悪い者や患者に対するケア意欲の落ちている者が多いと述べており、田尾 (1989) は、理学療法士や作業療法士、ホームヘルパーと比較して看護師におけるバーンアウトの発生は高率であることを明らかにしている。

中でも土居 (1988) は、看護師のバーンアウト問題が他の医療従事者よりも深刻であることを指摘し、田尾・久保 (1996) は、看護師の仕事が典型的なヒューマン・サービス労働であると述べ、看護師がバーンアウトに陥りやすい背景や状況の特徴を挙げている。

このように看護師を始めとするヒューマン・

サービスの現場でバーンアウトが注目されてきたのは、バーンアウトにより従事者の転職や離職が増加することが組織内の問題にとどまらないからである。すなわち、適切なサービスを受けられないという、サービス受給者への問題でもあるからである。今後急速に進行する高齢化社会を考えると、ヒューマン・サービスの現場でバーンアウトが多発することや、その背景にあるさまざまな問題点は、将来、社会の骨組みそのものを揺るがしかねない問題に発展する可能性があると考えなくてはならない。

バーンアウト研究は、これまで、個人属性、性格特性、ストレス・コーピングやソーシャル・サポートといったものとの関連について行われてきた。対象は看護師を中心としたヒューマン・サービス従事者が主だが、その研究結果は様々である。

宗像・稲岡 (1988)、田尾・久保 (1996) の研究では、年齢をはじめとする個人属性や情緒的支援によってバーンアウト傾向に差があることを指摘している。また、上野・山本 (1996)、上野・山本・林・田中 (2000) もソーシャル・サポートとバーンアウトの関係を述べている。しかし、山崎・石田・柏倉 (1999) は、サポート源として配偶者はバーンアウト傾向を低下するが、同僚・友人はその効果を持たず、田尾・久保 (1996) の結果と相違があったと述べており、福島・名嘉・石津・與古田・高倉 (2004) も、性別、年齢、趣味活動、相談者の有無といった点よりもパーソナリティ特性の重要性を示唆している。

また、田尾・久保 (1996) は、バーンアウトとコーピングの関係を検討し、バーンアウトの軽減に効果があったのは、問題直視型と認知操作型コーピングであったとしながらも、認知操作型コーピングは、問題の本質の解決にはつ

ながらないが、問題の所在をあいまいにすることによって、ストレスを蓄積させない防衛策といえたと述べた。また、問題直視型コーピングをおこなっている看護師は、粘り強さを合わせ持つ「理想的な」ヒューマン・サービス従事者であり、高いモラルを有する人たちであるがゆえに、このような人たちがバーンアウト予備軍であるとも述べている。

これらのことから考えると、バーンアウト発症のリスクは、個人属性、性格特性、ストレス・コーピングやソーシャル・サポートといった背景が複雑に絡み合っていると同時に、情緒的消耗感や脱人格化といったバーンアウト症状とバーンアウト要因は相互作用的關係であるといえる。

これまでの研究で述べられているように、看護師は他のヒューマン・サービス従事者に比べてバーンアウト傾向が高い。それは看護師という職業が、患者との関係において、温かく、共感性を持って接することが求められると同時に、冷静で客観的な態度での判断という相反する役割を担っていることが要因と考えられる。また、患者の死に直面するといった職業上の体験や、看護師間、医師、他の医療従事者という多重のコミュニケーション構造を持ち、職場での対人関係が複雑であることによるのであろう。さらには、日々進歩、多様化する医療の知識や技術をつねに学習しつづけなくてはならないこと、交替性勤務や慢性的人員不足などのストレスに取り囲まれて仕事をしていることもその要因と考えられる。

日本看護協会主催の看護研修などにおいては、勤務体制の改善や卒後研修の充実、交流分析や問題解決能力を高めるといった自己啓発、良い相談者を持つことなどの取り組みが推奨されており、看護師のバーンアウト対策を含めたストレス対策として、卒後研修や自己啓発の研修制度が職場内外で充実してきているようである。

バーンアウト要因の一つとして問題視されている勤務体制に関しては、組織運営の改革になるため行政への働きかけ等も必要であり、個人で何とかできる対策ではなく、十分とはいえない

のが現状であろう。そんな中で、良い相談者を持つことは個人個人の意識改革や職場内人間関係の改善によって可能なことであり、職場内で実施できる対策でもありと考えられる。このような理由から、先の研究者達は心理的サポートなどの専門家介入の必要性も示唆してはいるが、看護職者に関しては専門家の介入はまだまだ少ないといえる。

本研究では、看護師のバーンアウト傾向とコーピングの関連を検討し、さらに相談ニーズを検討することによって、看護師の情緒的支援について考察したい。

バーンアウトは、普段のストレス・コーピングの方法や、職場経験などが、その発生に影響を与えられている。経験豊富な管理職者などは個人的達成感が高く、また、個人的達成感が高いものは、積極的コーピングの傾向が高いであろう。反対に消極的コーピングの傾向が高いものは、相談する事も少なく積極的な問題解決に至らないために達成感が得られず、バーンアウト傾向が高まるであろうと考えられる。そのため、まず、コーピング行動とバーンアウト傾向の関連を見出すこととし、バーンアウト尺度と職場用コーピング尺度を用いる。さらに、バーンアウトとコーピングの関連結果をふまえ、特にバーンアウト傾向が高い看護師の現状と相談についての希望を確認すべく、記述回答による調査を行う。

なお、仕事上の悩みや問題についての相談対象者を情緒的支援者と考えることとし、バーンアウト尺度および職場用コーピング尺度と、相談についての自由記述による回答から、看護師自身が専門家の介入をどの程度望んでいるのか、どのような支援者や支援活動を望んでいるのかを調査する。その結果から、より良い支援活動について検討し、バーンアウトを減少する具体的対策の可能性を考察する。

## 方 法

### 調査対象および調査方法

調査対象は、G県看護協会主催の実習指導者研修会に参加した看護師71名（男7名、女

64名)、N看護研修学校の看護師29名(男4名、女25名)、およびA県下の市立総合病院(500床の中規模病院)で勤務する看護師・准看護師・助産師265名(男10名、女255名)で、男性21名、女性354名の計365名を対象に質問紙調査を実施した。

1) G県看護協会主催の指導者研修会参加看護師とN看護研修学校の看護師への調査は一斉配布、一斉回収とした。

2) A県下の市立総合病院の調査は、看護局を通じて各所属課長による質問紙の配布を依頼し3週間の留め置きとした。

質問紙には、教示として「看護職の仕事に関する意識調査のご協力をお願い致します。なお、調査用紙は無記名となっており、調査結果は統計学的に処理されますので、個人が特定されることはありません。あまり深く考えずに、感じたままをお書きください。」と明記した。

### 質問紙の構成

質問紙は、個人属性、職場コーピング尺度、バーンアウト尺度および相談者に関する自由記述とした。

1) 個人属性は、年齢、性別、看護職歴、部署歴、役職(課長・婦長、看護長・主任、リーダー看護師、スタッフ、その他から選択)および勤務場所(外科系病棟、内科系病棟、ICU/CCU、手術室、外来、その他から選択)の6項目とした。

2) 職場コーピング尺度は、庄司・庄司(1992)の職場用コーピング尺度を用いた。この尺度は、積極的行動・認知、回避的行動・認知、症状対処の3つの下位尺度39項目からなり、具体的質問に対して、最近職場で体験した最も苦しい、嫌な、困った出来事を思い浮かべ、「用いなかった」「あまり用いなかった」「やや用いた」「かなり用いた」の4件法で回答するもので、7項目をのぞく32項目で採点を行った。

3) バーンアウト尺度は、Maslach & Jackson(1981)の日本語版MBI(Maslach Burnout Inventory)を久保・田尾(1994)が、わが国の看護師向けに短縮・改良した17項目からなる尺度を用いた。この尺度は、「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成感」の3因子

から構成されている。最近6ヶ月くらいの間に17項目の質問事項をどの程度経験したかを「いつもある」「しばしばある」「時々ある」「まれにある」「ない」の5件法で回答を求めた。

4) 相談者に関する問いについては、「仕事に関する問題(悩みや不安)を誰に一番に相談するか」と「その理由」、「相談をするときの気持ち」、「相談者や相談場所に望むこと」、「専門家の介入について」、「自分が相談を受けたときの気持ち」の6項目について自由記述を求めた。

分析には統計ソフトSPSS(Statistical Package for Social Science)を用いた。

## 結果

### 1. 調査対象の個人属性

回収した調査対象365名のうち有効なケース数は323名であった。被験者の平均年齢は35.21歳(SD=8.89)、看護職歴の平均は13.41年(SD=8.97)、部署歴の平均は4.13年(SD=3.36)であった。役職は、師長・課長が21名(5.8%)、主任・看護長は52名(14.3%)、リーダー看護師は41名(11.3%)、スタッフは246名(67.4%)、パート看護師など、その他は5名(1.4%)であった。

男女比は21名:344名で女性が72.3%を占めたため、今回の分析では男女差の比較は行わなかった。所属部署に関しては、部署の判断にあいまいさが懸念されたものがあったため、今回の分析には使用しないこととした。

カテゴリー分類した自由記述の記載内容を表1に示した。

### 2. バーンアウト尺度と職場コーピング尺度の因子分析

バーンアウト尺度と職場コーピング尺度の因子分析結果を、表2および表3に示した。バーンアウト尺度17項目は、主因子法(バリマックス回転)による因子分析を行い、スクリープロットや解釈可能性から3因子を抽出した。項目1と項目8は、第1因子と第3因子の両方で高かったが、累積説明率は43.8%であったため、この3因子解が妥当だと判断した。久保・田尾

表 1. 相談についての自由記述内容のカテゴリー分類と頻度

最初に選択する相談者			相談者に希望すること	
1	家族	(同職者家族を含む)	1	他言しない、守秘義務
2	職場内	上司・先輩	2	信頼・尊敬できる人
3		同僚・友人	3	アドバイス・客観的意見を期待、 公平・冷静な判断
4		その他	4	ただ聞いてくれれば良い、傾聴的態度
5	職場外	友人	5	同意・理解・共有して欲しい
6		同職者	6	まずは聞いてほしい、 その後アドバイスや客観的意見を期待
7		その他	7	同意・理解・共有した上で アドバイスや客観的意見を期待
8	複数回答	職場内上司と家族	8	希望なし
9		職場内上司と職場外友人	9	その他
10		職場内同僚と家族	10	無回答
11		職場内同僚と職場外友人		
12	その他			
13	無回答			
相談者を選択する理由			希望する相談場所	
1	信頼・尊敬している、他言しない		1	他者がいない、プライバシー保護
2	同職者だから話しやすい、		2	関係者がいないところ、病院外
3	状況や内容の理解・共感・を期待		3	静かで落ち着いた、ゆったりと時間を気にせず
4	アドバイスや意見を期待、 客観的・公平・冷静な判断		4	居酒屋や食事をしながら、にぎやかな場所
5	聞いてくれる、親身になってくれる (傾聴)		5	プライバシーが守れる、及び、 静か・ゆったりできることを含む
6	身近で話しやすい、自分を分かってくれる		6	希望なし
7	理解・共感をした上でアドバイスや 客観的意見、判断を期待		7	その他、職場、電話・自宅・車の中など
8	その他 無回答		8	無回答
相談する時の気持ち			専門家介入について	
1	何とかしたい、状況改善・指導・助言を期待		1	よい
2	安心感を得たい、スッキリしたい		2	条件付でよい (状況・問題によって)、 興味・関心はある
3	ただ聞いてほしい、気持ちを吐き出したい		3	必要ない (不安・抵抗がある・ 信用していない・同業者を希望)
4	相談相手に対する感情・気遣い (不安・迷惑・他言しない)		4	わからない
5	自分で解決しなければ、相談しない (したくない)		5	考えたことない、興味ない
6	感情的 (イライラ、怒り、嫌な気分)		6	その他
7	分かってほしい (思いや悩みの同意・共感を求める)		7	無回答
8	ネガティブ (情けない、重い、悲しい、不安)			
9	仕事をやめたい、限界を感じる			
10	その他、特に何も考えない			
11	無回答			
			相談を受けた時の気持ち	
			1	肯定的 (嬉しい、頼られている、嫌ではない)
			2	一緒に考え、力になりたい
			3	同情・共感する (したい)、受け止める
			4	とにかく聞いてあげる、傾聴する
			5	楽になると良いなと思う
			6	負担・苦痛を感じる
			7	戸惑う・力不足を感じる
			8	自分の考えを言う
			9	場面・内容によって気持ちが違う
			10	何とも思わない、その他
			11	無回答

(1994) が示した因子に対応させ、第1因子を「脱人格化」、第2因子を「個人的達成感」、第3因子を「情緒的消耗感」という3つの下位尺度で構成し、項目1と項目8を除く15項目を使用し、選択項目の評定値を尺度ごとに加算したものを分析に用いた。

3尺度それぞれの平均値は、「脱人格化」では平均12.39 (SD=4.36)、「個人的達成感」では平均14.46 (SD=4.26)、「情緒的消耗感」では平均10.88 (SD=2.71)であった。

職場コーピング尺度32項目についても、同様の因子分析によって、不適切な6項目を除外

し、スクリープロットや解釈可能性から、3因子解を最も適当であると判断した。3因子による累積説明率は32.4%であった。3因子の質問項目を、庄司・庄司 (1992) の下位尺度と照らし合わせ、第1因子を「積極的行動・認知」、第2因子を「症状対処」、第3因子を「消極的行動・認知」という3つの下位尺度で構成し、合計得点を分析に用いた。

3尺度それぞれの平均値は、「積極的行動・認知」では平均27.32 (SD=5.29)、「症状対処」では平均19.15 (SD=5.12)、「消極的行動・認知」では平均15.18 (SD=4.16)であった。

表 2. バーンアウト尺度の因子分析の結果

	因 子		
	1	2	3
6	.774	-.116	.150
14	.659	-.126	.167
10	.567	-.069	.235
5	.562	-.012	.158
11	.546	-.053	.112
3	.536	-.089	.266
1	.459	-.146	.458
15	-.072	.719	-.166
13	-.248	.715	-.055
4	-.233	.603	-.119
17	-.030	.551	-.007
9	-.075	.538	-.140
2	.084	.530	.091
16	.256	-.022	.746
12	.250	-.070	.684
7	.171	-.072	.631
8	.442	-.156	.465
累積%	17.359	31.283	43.831

表 3. 職場コーピング尺度の因子分析の結果

	因 子		
	1	2	3
4	.639	.025	-.131
32	.622	.114	-.126
35	.572	.235	-.073
29	.568	.171	.083
22	.546	.100	-.121
13	.532	-.014	.025
1	.483	-.144	-.490
21	.473	.060	-.312
11	.464	.022	-.218
5	.450	.027	.206
34	.145	.692	.071
10	-.022	.621	.014
27	.080	.604	.138
16	.160	.491	.261
24	-.009	.491	.193
37	-.028	.447	.074
31	.105	.428	.148
2	.014	.404	.007
9	.083	.401	.017
33	-.151	.116	.633
12	.141	-.012	.612
30	-.181	.262	.537
23	-.242	.075	.523
8	-.155	.204	.489
26	.059	.335	.432
7	-.048	.385	.408
累積%	12.068	23.289	32.378

3. バーンアウトと個人属性との関連

バーンアウト 3 尺度と個人属性との相関分析の結果を表 4 に示した。

表 4. バーンアウト 3 尺度と個人属性の相関係数

	年齢	看護職歴	部署歴
情緒的消耗感			
Pearson の相関係数	-.188 **	-.175 **	-.036
N	359	359	360
脱人格化			
Pearson の相関係数	-.044	-.046	.049
N	357	357	358
個人的達成感			
Pearson の相関係数	.143 **	.135 *	.003
N	354	354	355

\*\* p < .01, \*\* p < .05

情緒的消耗感と年齢 (r=-.188) および看護職歴 (r=-.175) の間に弱い負の相関、個人的達成感では、年齢 (r=.143) および看護職歴 (r=.135) との間に弱い正の相関が認められた。脱人格化については、年齢・看護職歴・部署歴のどれにも相関関係は見られなかった。また部署歴に関しても、バーンアウト 3 尺度との相関関係は見られなかった。

4. 職場コーピングと個人属性との関連

職場コーピング 3 尺度と個人属性との相関分析の結果を表 5 に示した。

表 5. 職場コーピング 3 尺度と個人属性の相関係数

	年齢	看護職歴	部署歴
積極的・認知 Coping			
Pearson の相関係数	.167 **	.151 **	.065
N		352	353
消極的・認知 Coping			
Pearson の相関係数	-.177 **	-.185 **	-.057
N		351	352
症状対処 Coping			
Pearson の相関係数	-.200 **	-.232 **	-.112 *
N		354	355

\*\* p < .01, \*\* p < .05

積極的行動・認知コーピングと年齢 (r=.167) および、看護職歴 (r=.151) に弱い正の相関が認められ、消極的行動・認知コーピングと年齢 (r=-.177) および、看護職歴 (r=-.185) で弱い負の相関が認められた。また、症状対処コーピングは、年齢 (r=-.200) および、看護職歴 (r=-.232) との間に負の相関関係が認められた。

職場コーピング尺度と部署歴との間には相関関係は見られなかった。

5. バーンアウトと職場コーピングの関連

バーンアウト 3 尺度とコーピング 3 尺度の相関分析の結果を表 6 に示した。

表 6. バーンアウト 3 尺度と職場コーピング 3 尺度の相関係数

	積極的	消極的	症状対処
情緒的消耗感			
Pearson の相関係数	-.067	.088	.209 **
N	351	353	350
脱人格化			
Pearson の相関係数	-.060	.339 **	.180 **
N	350	349	351
個人的達成感			
Pearson の相関係数	.381 **	.059	-.156 **
N	346	349	345

\*\* p < .01, \*\* p < .05

情緒的消耗感は、症状対処コーピングとの相関係数は  $r=.209$  で、脱人格化は、消極的行動・認知コーピングとに有意な正の相関関係があり ( $r=.339$ )、症状対処コーピングとも  $r=.180$  の弱い正の相関関係が認められた。

個人的達成感は、積極的行動・認知コーピングとに有意な正の相関関係があり ( $r=.381$ )、症状対処コーピングでも  $r=-.156$  の弱い負の相関関係が認められた。

### 6. バーンアウトと相談理由との関連

バーンアウト3尺度それぞれを、平均値よりも高かったものを高群、平均値よりも低かったものを低群として、カイ2乗検定をおこなった(表7)。

3尺度のうち情緒的消耗感高低群間に「相談する時の気持ち」で有意差が認められたので ( $\chi^2(10)=18.37, p<.05$ )、残差分析をおこなった。その結果、「相談する時の気持ち」として「何とかしたい、指導助言を期待」が、高群で有意に少ないことが分かった。

「相談する相手」については、「職場内同僚」が最も多く 35.3%~38.8%で、次に「上司・先輩」が 12.8%~18.2%、「家族」が 12.4%~17.3%と続き、個人的達成感高群で「上司・先輩」が、

脱人格化高群で「家族」の頻度が多い傾向があった。

「相談者を選択する理由」については、「同職者だから、理解・共感を期待」が最も多く 38.5%~41.2%で、次いで「アドバイス、客観的・冷静な判断」が 12.3%~14.2%が多かった。また、「傾聴、親身になってくれる」は脱人格化高群での頻度が 10.3%と多かった。「相談相手に希望すること」では全体的に「聞いてくればよい、傾聴的態度」が高く 10.6%~15.8%で、次いで「他言しない、守秘義務」が 8.7%~13.5%、「同意・理解・共有」が 7.7%~10.9%であり、「相談場所に希望すること」については、「他者がいない、プライバシー」で 19.1%~25.3%であった。

「専門家の介入」に関して、「良い」が 26.7%、「条件付きで良い」が 28.5%で、肯定的な回答を示したのは 55.2%と過半数を上回り専門家への期待をうかがわせる結果となった。また、「必要ない」という回答も 25.2%と、約4分の1を占めており否定的な意見も多くなることがわかった。「役職」はバーンアウト高低群間の有意差は認められなかったが、回答頻度をみると「師長・課長」は情緒的消耗感低群 (7.9%) と個人的達成感高群 (8.3%) が多く、

表7. バーンアウト3尺度高低群における相談理由カテゴリー頻度の比較

相談する相手	情緒的消耗感		脱人格化		個人的達成感	
	高群	低群	高群	低群	高群	低群
相談する相手						
1 家族	14.2	14.8	17.3	12.4	13.5	15.4
2 上司・先輩	13.6	16.7	13.5	16.7	18.2	12.8
3 職場内同僚	37.7	36.9	35.3	38.8	35.9	38.5
相談者を選択する理由						
2 同職だから・理解・共感を期待	40.7	38.9	41.0	38.8	41.2	38.5
3 アドバイス、客観的・冷静な判断	14.2	12.3	12.8	13.4	13.5	12.8
4 傾聴、親身になってくれる	4.9	< 8.4	10.3	> 4.3	6.5	7.2
相談する時の気持ち						
1 何とかしたい、指導助言を期待	9.3	< 19.7 **	12.2	17.2	19.4	11.3
5 自分で解決、相談したくない	3.7	1.5	3.8	1.4	1.8	3.1
相談相手に希望すること						
1 他言しない、守秘義務	12.3	9.9	11.5	10.5	13.5	> 8.7
4 聞いてくればよい、傾聴的態度	12.3	14.3	11.5	14.8	10.6	< 15.9
5 同意・理解・共有して欲しい	10.5	7.9	10.9	7.7	10.0	8.2
相談場所に希望すること						
1 他者がいない、プライバシー	19.1	23.6	19.2	23.4	25.3	> 18.5
専門家の介入						
1 良い	30.9	> 22.7	32.1	> 22.0	27.1	25.6
2 条件付きで良い、興味・関心あり	26.5	30.0	27.6	29.2	32.9	> 24.6
3 必要ない (不安・信用していない)	23.5	27.1	21.2	28.7	22.4	28.2
役職						
1 師長・課長	3.1	< 7.9	5.8	5.7	8.3	> 3.6
2 主任・看護長	15.5	13.3	16.1	12.9	17.8	> 11.3
3 リーダー看護師	13.0	> 9.9	14.8	> 8.6	11.8	10.8

\*\*  $p<.01$ , \*  $p<.05$

表 8. 職場コーピング 3 尺度高低群における相談理由カテゴリ頻度の比較

	積極的行動・認知		消極的行動・認知		症状対処	
	高群	低群	高群	低群	高群	低群
相談する相手						
5 職場外友人	7.8	9.7	9.1	8.5	12.9	> 5.7 *
6 職場外同職者	8.3	8.1	7.3	9.0	10.3	> 6.7 *
相談する理由						
4 傾聴	6.1	7.6	9.8	> 4.5 **	9.7	4.8
7 その他	10.6	9.7	12.2	> 8.5 *	9.7	10.5
相談する時の気持ち						
2 安心、スッキリしたい	7.2	9.2	11.6	> 5.5 *	9.7	7.1
10 その他、何も考えない	7.8	7.0	11.0	> 4.5 *	8.4	6.7
専門家の介入						
1 良い	27.8	24.9	32.3	> 21.4 *	27.7	25.2
2 条件付で良い	27.8	29.2	25.6	30.8	29.7	27.6
3 必要ない	26.7	24.3	24.4	26.4	26.5	24.8
5 興味ない	5.6	4.9	7.9	> 3.0 *	5.2	5.2
7 無回答	5.6	8.1	1.8	< 10.9 **	3.9	9.0
相談を受ける時の気持ち						
2 一緒に考え、力になりたい	28.3	> 17.3 *	29.3	> 17.4 **	24.5	21.4
3 同情、共感、受容	15.0	< 24.3 *	24.4	> 15.9 *	21.3	18.6
8 自分の考えを言う	6.7	3.8	1.8	< 8.0 **	6.5	4.3
9 場面、内容によって違う	3.6	4.9	1.8	< 6.5 *	1.9	6.2
10 何とも思わない、その他	0.0	< 4.3 *	4.3	> 0.5 *	1.3	2.9
11 無回答	3.9	< 11.4 **	4.9	10.0	5.8	9.0
役職						
1 師長・課長	8.9	> 2.7 *	3.7	7.5	3.9	7.1
2 主任・看護長	21.8	> 7.0 **	9.2	< 18.4 *	14.3	14.3
4 スタッフ	58.7	< 76.2 **	71.8	64.2	68.8	66.7

\*\* p<.01, \* p<.05)

「主任・看護長」では、脱人格化高群 (15.5%)、個人的達成感高群 (16.1%) が多い。「リーダー看護師」では、情緒的消耗感高群 (13.0%) と脱人格化高群 (14.8%) が多いという傾向がみられた。

### 7. 職場コーピングと相談理由との関連

バーンアウト 3 尺度と同じように職場コーピング 3 尺度を高群と低群に分け、カイ 2 乗検定を行い、残差検定した結果を表 8 に示した。

積極的行動・認知尺度では、「相談を受ける時の気持ち」( $\chi^2(10)=30.05, p<.05$ ) で有意差が認められ、積極的行動・認知高群では、「一緒に考え、力になりたい」が多く、「同情、共感、受容する」と、「何とも思わない、その他」の 2 項目は高群で少なかった。

「役職」は ( $\chi^2(4)=28.16, p<.05$ ) で、高群と低群の間に有意差が認められた。残差分析の結果、「師長・課長」と「主任・看護長」が有意に多く、「スタッフ」は有意に少なかった。

消極的行動・認知尺度では、「相談者を選択する理由」( $\chi^2(7)=15.81, p<.05$ )、「相談する時の気持ち」( $\chi^2(10)=18.39, p<.05$ )、「専門家の介入について」( $\chi^2(6)=20.76, p<.05$ )、および「相

談を受ける時の気持ち」( $\chi^2(10)=33.85, p<.05$ ) で、高群と低群のあいだに有意差が認められた。消極的行動・認知高群において、「相談する理由」は、「傾聴、親身になってくれる」が有意に多く、「その他、何も考えていない」が高群で有意に少なかった。

「相談する時の気持ち」は、「安心感を得たい、スッキリしたい」と、「その他、特に何も考えない」が高群で有意に多く、「専門家の介入について」は、「良い」と「考えたことがない、興味がない」が高群でも有意に多かった。

「相談を受ける時の気持ち」は、「一緒に考え、力になりたい」と、「同情・共感する。受け止める」は高群で有意に多く、「自分の考えを言う」と「場面・内容によって気持ちが違う」は有意に低かった。一方、「役職」( $\chi^2(4)=10.50, p<.05$ ) で、高群と低群に有意差が認められ、残差分析の結果、「主任・看護長」が有意に少なく、積極的行動・認知と消極的行動・認知は対応していた。

症状対処尺度では、「相談相手」( $\chi^2(12)=23.69, p<.05$ ) で、高群と低群との間に有意差が認められ、症状対処高群では、「職場外の友人」や「職場外同職者」が有意に多かった。

### 8. 相談する相手について

相談相手の頻度は、表9に示すように同職者が63.8%と高かった。複数回答を除く同職者全体では、317名中233名で73.5%を占め、複数回答を除く職場内相談者は192名で60.6%と過半数を超える値であった。

表9. 相談相手の同職者と他職者の人数

		同職者 (人)	他職者 (人)
家族	(同職者家族を含む)	11	42
職場内	上司・先輩	56	0
	同僚・友人	136	0
	その他	0	7
職場外	友人	0	32
	同職者	30	0
	その他	0	3
複数回答	職場内上司と家族	0	5
	職場内上司と職場外友人	0	4
	職場内同僚と家族	0	11
	職場内同僚と職場外友人	0	7
その他		0	3
無回答		0	18
		233 (63.8%)	132 (36.2%)

## 考 察

### 1. バーンアウトと職場コーピングの関連について

バーンアウトと職場コーピングの関連から、情緒的消耗感や脱人格化傾向のある者は、ストレスに対して直接的な解決を図るような積極的行動をとるのではなく、気晴らしをしたり問題を避けるような行動を示すことが見出された。

これは、稲岡(1995)や稲岡・宗像(1988)の研究結果と一致しており、コーピングによってバーンアウト傾向が表われるというよりも、バーンアウト症状の発現が、症状対処コーピングや消極的行動・認知コーピングをとらせているといえる。バーンアウトに陥り仕事に対して前向きになれないことや、他者に対して無関心になっている自分に気付かないよう、問題を回避している一種の防衛行動の現れではないかと考えられる。

一方、個人的達成感についてみると、積極的行動・認知コーピングとに正の相関関係があり、症状対処コーピングとは負の相関関係を認めたことから、ストレスに対して積極的に行動し、問題解決を図ろうとする姿勢が個人的達成感を

高めていると思われる。

これは、田尾・久保(1996)が述べている問題直視型コーピングをおこなっている人は個人的達成感を感じ、対人依存型コーピングは個人的達成感をあまり感じていないという報告と同様の結果である。

個人的達成感と積極的行動・認知コーピングとの関係は、ストレスに対して自分で積極的に対処し問題解決に導くことができたと感じた時に、達成感が得られることを表しているといえる。さらに、田尾・久保(1996)が、問題直視型コーピングは脱人格化や個人的達成感の減退を抑制する効果はあるが、情緒的消耗感の抑制には効果がなかったと述べていることを考えると、ストレスが多く消耗し続ける環境の中では、問題を直視し積極的なコーピングをおこなうことが、必ずしもバーンアウト傾向を低減するとはいえないのではないかという疑問が残る。

### 2. バーンアウトと個人属性の関連

バーンアウトと個人属性との関係を検討した結果、年齢が高く看護職歴が長いほど情緒的消耗感は低く、個人的達成感が高くなるということが分かったが、役職とバーンアウトの関連は認められなかった。長い職歴を持っていたとしても、役職に就けないことでの役割のあいまいさや自律性の低さはバーンアウトの原因の一つと考えられる。久保(2004)は過去の研究から、年齢とバーンアウトの関係に一樣な結論が見出せない理由として、年齢という要因の多義性が考えられると述べている。その要因の一つが経験であり、経験を積むことや教育を受けて知識や技術を身につけていくことが個人的達成感を高めることにつながり、職歴の内容に関わらず情緒的消耗感が低いという結果となったと考えられる。

一方、管理職の中で「主任・看護長」は脱人格化高群と個人的達成感高群に多かった。同じ管理職である「師長・課長」と個人的達成感が高いのは共通しているが、脱人格化因子が高いという点で相違があった。このような違いが現れたのは、中間管理職という立場であることに

よるのではないだろうか。主任や看護長は、管理職としての立場ではあっても、上司や部下からの干渉が多く、管理者としての役割と部下としての役割があり、板ばさみの状態に陥りやすい。そのため、そこに生じる葛藤は師長や課長よりも強く、そのストレスによる情緒的消耗から身を守るために、自分の周囲や患者との間に距離をおき無関心になるという脱人格化を助長させる要因となったと考えられる。

### 3. バーンアウト傾向からみた職場コーピングと個人属性

個人的達成感が高い者は、積極的行動・認知コーピングを取る傾向が高く、年齢が高く職歴が長いものに多く、役職では管理職に多かった。反対に、消極的行動・認知コーピングと症状対処コーピングは職歴が短いほどしやすい傾向があることが分かった。

千葉（1998）は、社会的スキルとバーンアウトの関係を調べ、個人的達成感が高い者ほど状況に応じて行動修正したり、対人関係を円滑に行ったりする技術を身につけているという報告をしており、このことから職歴が長く経験を積んでいくに従い、知識や技術を学ぶと共にストレスへの対処法を習得し、積極的行動・認知コーピングをとるようになるといえる。

しかし、積極的行動・認知コーピングをとっている者が多い主任・看護長では、情緒的消耗感が高い傾向が見られた。主任や看護長は管理職であり、職歴はそれほど短くはないであろう。個人的達成感が高いにもかかわらず、情緒的消耗感が高いということは、主任・看護長は、積極的行動・認知コーピングでも対処しきれないストレスを抱えているといえ、バーンアウト予備軍といってもよいのではないだろうか。

### 4. バーンアウト傾向と相談支援ニーズ

相談内容のうち、まず相談相手に関しては、バーンアウトとの有意な関係は認められず、職場の同僚を選択する者が多い。また、バーンアウト低群のほうが職場内上司・先輩を求める傾向が見られた。このことは、上野・山本（1996）の研究と同様の結果であり、バーンアウト傾向

が低いものは職場内の上司を相談者に、バーンアウト傾向が高いものは職場外に相談者を持つ傾向がある。

田尾・久保（1996）によると、円滑な職場内ネットワークの構築がバーンアウト低減に果たす役割が大きいとされている。また、上野・山本（1996）は、仕事上の問題は同僚、先輩が最も大きなサポート源ではあるが、その満足度のほうがバーンアウトの発生や緩和に大きく関わっているという報告をしている。

相談者に望むことの内容については、全体的に傾聴的態度が最も多く、次いで守秘義務、同意・理解・共有が続いた。また相談者を選択する理由については、同職だから・理解・共感の期待や、アドバイス、客観的・冷静な判断といった回答も、バーンアウト傾向に関係なく多い傾向が認められた。

相談相手に対しては、バーンアウト傾向に関係なく、傾聴的態度で同意・共感し、理解してくれる同職者を望んでいた。特に情緒的消耗感が高い者や脱人格化傾向の者は、仕事上の悩みや問題を解決することを求める指導や助言をあまり期待していないと考えられる。

さらに、相談する時の気持ちに関して、自分で解決して他者に相談したくないという回答がバーンアウト傾向の高い者（情緒的消耗感高群、脱人格化高群、個人的達成感低群）に多くみられたことを考えると、相談者に悩みや問題を打ち明けていても、その解決は自分自身がおこなおうとしていることが伺える。また、問題を自身で解決しようと試みる者は、バーンアウト傾向が高いと考えられる。

専門家の介入に関しては、全体的に肯定的な意見が過半数を占める中、否定的な意見が4分の1を占めていたという結果から、専門家の介入に関する認識の差があったのではないかと考えられる。今後、専門家を含めた支援を積極的に図るためには、まず相談業務に関する専門家に対する理解を深めるような努力が必要であろう。

看護職は、患者に対して情緒的な関わりを多く求められている職業である。そのため、自分自身が抱える悩みや問題を解決できないことを

過剰に意識したり、同職者以外には仕事上の悩みや問題を理解してもらえないと考える者も多いのではないだろうか。

### 5. 職場コーピングと相談支援ニーズ

相談支援に関して、次に職場コーピング高低群間で比較した結果、まず積極的行動・認知コーピングが高いほど、相談を受ける時の気持ちについて、同情や共感を示すよりも、相談者と共に問題を解決していこうという姿勢が強く、師長や主任などの上司を相談相手とする傾向が強いことが認められた。

さらに、消極的行動・認知コーピングが高いほど、話を聞き親身になってもらうことを望み、安心感をえ、気分をスッキリさせることが相談の目的になっており、悩みや問題に対する回避的傾向がみとめられる。また、相談を受ける時の気持ちでは、一緒に考え力になりたいと感じ、同情や共感するという回答が多かった。また、専門家の介入を良い方策であるとする者が多い。

すなわち、積極的行動・認知コーピングの高い者は、同情や共感は低く問題解決に向けて積極的な関わりを求めるのに対し、消極的行動・認知コーピングをとりやすい者は、相談を受けた時に相談者と共に積極的に問題解決の策を考えようと関わることをあまり望んでいない。コーピングの違いによって相談者が期待する対応に相違があり、専門的な相談体制を用意しても、相談行動を避ける結果につながる可能性がある。

また症状対処コーピングでは、相談相手へのみ高低群の差が認められ、症状対処高群は職場内同僚よりも職場外の相談者を求める傾向が強いことが認められた。これは、職場内の相談者に満足できない者が職場外に相談者を求め、結果的に症状対処コーピングをとるようになったとも考えられる。

### 6. バーンアウト研究の今後の課題

今回の研究では、バーンアウト傾向とコーピング行動の関連について、多くは過去の知見と一致する結果が得られた。しかし、バーンアウ

ト傾向と個人属性や相談理由カテゴリーの関連については、明確な関係が認められないものもあった。これは、対象者に研修参加者が100名(27.4%)含まれていることが影響したと考えられる。千葉(1998)は、1年間の継続研修期間中の看護師を対象とした研究で、個人的達成感と勤務年数において、過去の研究と異なる結果を得ており、目的意識の違いがその原因ではないかと述べている。今回の調査対象者は長期研修中ではないが、職場を離れた研修場所の調査であり、それが結果の不一致の理由とも考えられる。また、相談理由について自由記述のカテゴリー分類を再検討し分析することで、より有効な回答が得られるとも考えられる。

また今回、バーンアウト3尺度それぞれの平均で高群と低群に分け、バーンアウト傾向を判断したが、田尾・久保(1996)の自己診断基準の平均的とされる範囲とは一致しないものも認められた。久保(2004)は、バーンアウト尺度の信頼性はまだ検討の余地があり、明確な分類基準を設定せず、柔軟に使用したほうが良いとしており、今回の分析の仕方でも妥当であったと考える。

バーンアウトに関する過去の研究では性格特性との関連についても述べられているが、今回は性格特性との関連についての調査は行わなかった。福島・名嘉・石津・與古田・高倉(2004)は、性別、年齢、趣味活動および相談者の有無といった要因よりも、パーソナリティ特性との関連のほうが大きいと述べている。本研究でこの要因を取り上げなかった理由は、性格特性によってバーンアウトに陥る率が高いのか、バーンアウトに陥ったことにより、そのような性格特性を示しているのかは、縦断的研究を行わなければ立証は難しいと考えたからである。今後は、バーンアウトと性格特性との関連を知るために、縦断的研究は重要であろう。

### 7. 看護職における相談支援について

今回、看護師におけるバーンアウトおよび職場コーピングや相談支援ニーズの関連を調査した結果、コーピングによってバーンアウト傾向に差がでるとは一概に言えないことや、バーン

アウト傾向やコーピングの個人差によって、相談者を選択する理由や相談相手に期待することに差があることが分かった。これまでバーンアウト軽減の効果を期待されてきた積極的な対処行動は、対処困難な問題に直面した場合には達成感が得られず、情緒的消耗感を助長させる可能性がある。問題解決方法を見つけ実行する積極的行動と、苦痛を軽減したり気晴らしをしたりなどの感情調整といった対症療法的な消極的行動の使い分けを身につけ、仕事上の悩みや問題に対処していくことが良いのではないかと考える。

情緒的支援としての相談者は、職場のことを理解した支援者を望んでいる。そのため、職場内での相談支援を充実させる事が大切であろう。また同時に、支援者側の立場となっている中間管理職者（看護長・主任）の情緒的消耗感への対策も考えなくてはならない。

職場内支援としての取り組みは、看護管理者だけでなく、職場内の皆がコーピングの違いによって求める支援が違うことを知り、個人に合わせた対応を心がけることが必要である。新人看護師に対しては、看護知識や技術の指導だけでなく教育の一環として、コーピング（メンタルヘルス教育）を学べるよう、意識したコミュニケーションを図ることが重要であろう。井田・福田（2004）は、情動的・手段的・情緒的・評価的サポートの中で、上司からの職場サポートでも同僚からの職場サポートでも、評価的サポートがバーンアウトを軽減すると述べている。特にヒューマン・サービスなど具体的評価が見えにくい職種では、自分をいかに評価してくれるかが達成感を高めることにつながり、バーンアウトを軽減すると考える。これは、職場の上下関係を生かした有効な支援ではないかと考える。

これまで述べた職場内支援には問題点も含まれている。なぜなら、職場内支援は上司が部下を評価する一面を持つ関係上、対等の立場で支援関係を築くことは困難ということである。つまり、支援を受けようとしたとき、職場内の人間関係が多少なりとも評価に影響するだろうという抵抗感が拭い去れない。そのために職場外

に、評価に影響されない立場の相談者をおく必要がある。しかし、相談支援ニーズとして求められた、職場の状況や内容を理解でき、同職者で第三者というのは難しいかもしれない。そのため、今後も職場内支援の比重が高くなるであろう。

職場内外の支援、それぞれの問題点を踏まえ、職場内では評価的サポートに努め、職場外に何をどのようにサポートしてもらうのかを具体的に提唱していく事が今後の課題であろう。

## 註

- (1) 東海女子大学研究生

## 引用文献

- 千葉京子 1998 看護婦のバーンアウトと調整要因の検討 —継続教育機関に在籍する看護婦を対象として— 日本赤十字武蔵野短期大学紀要, 第11号, Pp. 67-71.
- 土居健郎（監修）宗像恒次・稲岡文昭・高橋 徹・川野雅資 1988 燃え尽き症候群 金剛出版
- 福島裕人・名嘉幸一・石津 宏・與古田孝夫・高倉 実 2004 看護者のバーンアウトと5因子性格特性との関連 パーソナリティ研究, Vol. 12, No. 2, Pp. 106-115.
- 井田政則・福田広美 2004 看護師へのサポートがバーンアウト反応におよぼす影響 立正大学心理学研究紀要, 第2号, Pp. 77-88.
- 稲岡文昭 1995 看護管理シリーズ2 人間関係論 ナースのケア意欲とよりよいメンタルヘルスのために 日本看護協会出版
- 久保真人 2004 バーンアウトの心理学 —燃え尽き症候群とは— セレクション社会心理学 23 サイエンス社
- 田尾雅夫・久保真人 1996 バーンアウトの理論と実際 誠心書房
- 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, Vol. 9, No. 1, Pp. 9-20.
- 上野徳美・山本義史・林 智一・田中宏二 2000 看

護者がサイコロジストに期待するサポートに関する研究 健康心理学研究, Vol. 13, No. 1, Pp. 31-39.

山崎登志子・石田眞知子・柏倉栄子 1999 看護者のバーンアウト傾向とソーシャル・サポートとの関連 2 一病院における看護者の構成比較から一 東北大医短部紀要, 8(2), Pp. 161-170.