

Development of a Burnout Causal Model for Nurses Caring for Patients with Intractable Neurological Illness

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-03 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/37615

原 著

神経難病患者をケアする看護師における バーンアウト因果モデルの作成と検証

Development of a Burnout Causal Model
for Nurses Caring for Patients with Intractable Neurological Illness

安東由佳子¹⁾, 片岡 健²⁾, 小林敏生²⁾, 岡村 仁²⁾, 北岡和代³⁾

Yukako Ando, Tsuyoshi Kataoka, Toshio Kobayashi, Hitoshi Okamura, Kazuyo Kitaoka

キーワード：バーンアウト, 看護師, 神経難病

Key words : burnout, nurse, intractable neurological illness

Abstract

Purpose : The purpose of the present study was to develop a Burnout Causal Model, to verify the fitness of this model and to provide suggestions for improving work-related environments for nurses caring for patients with intractable neurological illness.

Methods : Subjects comprised 385 nurses working in the intractable neurological illness ward. The study was conducted by self-administered questionnaire sent by mail. A Burnout Causal Model was examined via Structural Equation Modeling.

Results and Conclusion : There were 248 valid responses. Job stressors influencing burnout were "Quantitative workload" and "Conflict with superiors." Among nurses with less than 3 years of experience nursing patients with intractable neurological illness, "Verbal abuse" influenced burnout directly, whereas "Difficulty of involvement" influenced burnout indirectly. "Uncertainties regarding prospects of care" indirectly influenced burnout in nurses with 3 or more years of experience nursing patients with intractable neurological illness. Burnout led to turnover/reshuffle intention. "Conflict with colleagues" directly influenced turnover/reshuffle intention in nurses with less than 3 years of experience, compared to "Quantitative workload" and "Verbal abuse" for nurses with 3 or more years of experience. Among nurses with less than 3 years of experience nursing patients with intractable neurological illness, turnover/reshuffle intention is strengthened if workplace supports are weak. Supports in the workplace are thus important for nurses with little experience. These findings indicate that measures need to be based on years of experience nursing patients with intractable neurological illness.

要 旨

目的：神経難病患者をケアする看護師の職場環境改善への示唆を得るために、バーンアウト因果モデルを作成し検証することである。

受付日：2008年4月21日 受理日：2009年10月5日

1)北里大学看護学部 School of Nursing, Kitasato University 2)広島大学大学院保健学研究科 Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University 3)金沢医科大学看護学部 School of Nursing, Kanazawa Medical University

方法：神経難病専門病棟に勤務する看護師385名を対象として郵送調査を実施し、共分散構造分析でバーンアウト因果モデルの検討を行った。

結果および結論：有効回答数は248部であった。分析の結果、バーンアウトに影響を及ぼす仕事ストレスは、「仕事の量的負荷」と「上司との軋轢」であった。神経難病看護経験3年未満で「言語的暴力」が「シニシズム」に直接的影響を、また3年未満で「関わりの難しさ」、3年以上で「ケア見通しの不明瞭さ」がバーンアウトに間接的影響を及ぼしていた。バーンアウト後は、離職・配置転換意思が強まるが、3年未満は「同僚との軋轢」、3年以上は「仕事の量的負荷」と「言語的暴力」が離職・配置転換意思に直接的影響を及ぼしていた。3年未満の場合、職場内サポートの弱さは、離職・配置転換意思に直接的に影響していたため、経験の少ない看護師にとってサポートはより重要であると考えられた。以上より、職場環境改善には、職場全体の対策に加えて、難病看護経験年数に応じた対策が必要であることが示唆された。

I. はじめに

これまで看護師は、一般女性職員や他の医療従事者と比較して強いストレスを抱えていると言われ続けているが(Molassiotis et al., 1995)、近年は、医療の高度化、在院日数短縮などますます厳しい労働環境の中で、そのメンタルヘルスは深刻な状況となっている(日本医療労働組合連合会, 2006)。看護師が質の高いケアを提供するには、心身の健康が必要であり、そのためには、ストレスの原因(ストレスor)を突き止め、職場環境改善へつなげることが重要となる。

精神科医Freudenberger(1974)は、対人専門職に従事するスタッフが徐々にエネルギーが枯渇していくかのように、仕事に対する意欲や関心を失っていく様子をBurn-out(以下、バーンアウトとする)と表現した。本研究は、バーンアウトが対人専門職に生じやすいストレス反応であること、仕事に関連したストレス反応であること(Maslach et al., 2001)から、心理的ストレス反応にバーンアウトを設定した。

これまでの研究で、Leiter(1991)は、仕事上のディマンド(過重労働や対人葛藤)はストレスと関連すると報告し、Janssesら(1999)も同様の結果を示している。また、ホスピス勤務の女性看護師を対象としたPayne(2001)は、死に関するストレスorはストレスに強く関連し、精神科看護師を対象とした北岡(東口)ら(2004)の調査では、同僚との関係や患者との人間関係に関するストレスorはバーンアウトに関連があるが、患者の死はストレスとは関連がないと報告している。これらの研究結果をまとめると、仕事の量的負荷や、上司・同僚との関係がストレスに影響を及ぼすことは、ほぼ一致した結果であるが、他のストレスorについては一貫した結果が出ておらず、これは対象看

護師が所属している部署のケア特性が影響しているのではないかと考えられた。実際に近年は、専門性が要求される特殊な部署として、精神科(Cushway et al., 1996)、訪問看護(Rout, 2000)、高齢者福祉施設(Dunn et al., 1994)などさまざまな領域で働く看護師のストレスor尺度が開発され、ストレスとの因果関係を解明している。しかし、これまでに神経難病患者をケアしている看護師のストレスor尺度については研究者が作成した尺度以外は開発されておらず、バーンアウトとの因果関係を解明した研究はない。神経難病は、他疾患と比較して、看護師によるケア量が多く(高橋ら, 2006)、患者への関わりの難しさも多数報告されており(渡辺, 2005; Edwards et al., 2002)、ケアする看護師の身体的、精神的負担が推測されるため、早急な対策が必要である。

そこで、本研究は、神経難病患者をケアする看護師の職場環境改善への示唆を得るために、対象看護師の仕事ストレスor、バーンアウト、行動的ストレス反応(離職意思、配置転換意思)を主要変数としたバーンアウト因果モデルを作成し、検証することを目的とした。

II. 研究方法

1. 本研究の概念枠組み

本研究は、NIOSH職業性ストレスモデル(Hurrell et al., 1988)を基本的な概念枠組みに使用した。心理的ストレス反応としてバーンアウト、行動的ストレス反応として離職意思と配置転換意思、個人要因として自己効力感、緩衝要因として職場内サポートを設定した。仕事ストレスorは、「神経難病患者をケアする看護師の仕事ストレスor」とした。NIOSH職業性

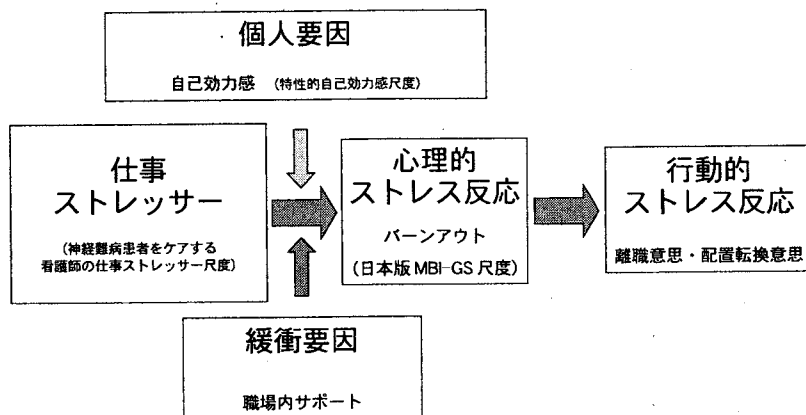


図1 本研究の概念枠組み

ストレスモデルには、家庭や家族からの要求など仕事外の要因が含まれているが、仕事外の要因は、個人的な内容であることが多く、職場全体での改善につなげていくことが難しいため、本研究ではモデルに含めないこととした。本研究での概念枠組みを図1に示す。

2. 調査方法および調査期間

調査方法は自己記入式質問紙を用いた郵送調査とした。当該施設の看護部長および看護部長を通して、依頼文書、調査用紙、返信用封筒を配布し、回収は各自で研究者宛に郵送してもらうようにした。調査実施期間は2006年4月～7月であった。

3. 調査対象

対象者の所属施設は、難病医療拠点病院あるいは難病医療協力病院に指定されている、神経難病専門病棟をもつ病床数300以上の総合病院とした。該当病院より無作為に選んだ36病院の看護部長宛に調査依頼を行い、了承の得られた18病院の神経難病専門病棟に勤務する看護師および准看護師385名を対象者とした(師長、新人看護師および配置転換後3カ月未満の看護師らは除外した)。

4. 質問紙の構成

1) 神経難病患者をケアする看護師の仕事ストレス尺度

2005年に実施した先行研究(安東ら, 2007)で信頼性・妥当性検証済みの「神経難病患者をケアする看護師の仕事ストレス尺度(以下、仕事ストレス尺度とする)」を使用した。得点が高いほどストレスが強いを表す。

2) バーンアウト

バーンアウトの測定にはthe Maslach Burnout Inventory-General Surveyを北岡(東口)らが邦訳した、日本版MBI-GS(北岡(東口)ら, 2004b)を使用した。疲弊感(仕事を通じて力を出し尽くし、疲弊してしまった状態)、シニシズム(仕事に対する熱意や興味を失い、心理的に距離をおく無関心な態度)、職務効力感(仕事に対する自信、やり甲斐であり、バーンアウトではこれが低下)の3つの下位概念で構成されている。疲弊感とシニシズムは得点が高いほど、職務効力感は得点が高いほどバーンアウトが強いことを示す。ただし、本研究ではモデルの解釈を容易にするため、職務効力感、得点を逆転して職務効力感低下とし、高いほどバーンアウトが強いことを示すようにした。なお、尺度の使用については事前にConsulting Psychologists Press, Incの承認を得た(許可番号: 17497)。

3) 自己効力感

本研究では、Shererらが作成した自己効力感尺度を成田らが邦訳した特性的自己効力感尺度(成田, 2001)を使用した。1因子構造が確認されており、合計得点が高いほど自己効力感が強いことを表す。なお本研究では、モデルの解釈を容易にするため、他の尺度と正負の関係を一致させて、得点が高いほど自己効力感が低くなるように設定した。

4) 職場内サポート

職場内サポートについては信頼性・妥当性検証済みの既存尺度(小林, 2005)の一部を使用した。同僚や上司について「援助・助言が得られる」「仕事がスムーズ

に行くよう配慮してくれる」などの4つの質問を設定した。得点が高いほどサポートが弱いことを表す。

5. 分析方法

本研究対象者の仕事ストレスおよびバーンアウトの因子構造を確認するため、各々の尺度について因子分析を実施した。また、バーンアウトと対象者の属性との関連を検討するために Mann-Whitney の U 検定または Kruskal-Wallis 検定で分析した。次に、初期モデルを設定し、データへの適合度を共分散構造分析で算出した。初期モデルの適合度が不良な場合は、修正指標に基づきパスを削除・追加してモデルを改良し、適合度のよいモデルを採用した。モデルの適合度は、GFI (Goodness of Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) を採用し、採択基準は、GFI=0.9 以上、RMSEA=0.05 以下とした(基準値に近いほど、そのモデルがデータをうまく説明していると判断される)。なお統計処理には、統計解析用ソフト SPSS Base System 14.0 J および Amos 5.0 を用いた。

6. 倫理的配慮

対象者には、研究の趣旨、協力への自由意思の尊重、プライバシーの保護等について文書で事前に説明し、質問紙の回収をもって研究への同意が得られたと判断した。また本研究は、広島大学大学院保健学研究科(看護開発科学講座)の倫理委員会の審査を受け承認を得た上で、実施した(倫理審査番号 120)。

Ⅲ. 結 果

質問紙配布数 385 部、回収数 263 部(回収率 68.3%)であったが、欠損値が 3 項目以上ある回答(15部)を除外したため、有効回答数は 248 部(有効回答率 64.4%)であった。資格は看護師(保健師含)219 名、准看護師 29 名であった。

1. 対象者の属性

対象者の属性を表 1 に示す。性別は男性 16 名、女性 231 名で、未記入が 1 名あった。また、平均年齢は 34.3 ± 10.1 (mean \pm SD) 歳、臨床の平均経験年数は 11.5 ± 9.5 年、神経難病看護平均経験年数は 3.4 ± 3.5 年であった。

2. 日本版 MBI-GS および仕事ストレス尺度の因子構造

日本版 MBI-GS は、主因子法、プロマックス回転、因子数 3 で因子分析を実施した結果、疲弊感、シニシズム、職務効力感低下の 3 因子構造となった。仕事ストレス尺度は、主因子法、プロマックス回転、因子数 8 を指定して因子分析を行った結果、8 因子構造を示した(表 2)。

3. バーンアウトと属性の関連

結果を表 1 に示す。神経難病看護経験 3 年未満の看護師らの疲弊感得点は、3 年以上の看護師らのそれと比較して有意に高かった ($p < 0.05$)。

4. バーンアウト因果モデルの作成と検証

バーンアウトと属性の関連で、神経難病看護経験 3 年未満と 3 年以上の間のバーンアウト得点に有意差を認めたこと、Benner(2001)が「似たような状況で 2 ~ 3 年働いたことのある看護師を一人前である」としていることより、以後の解析は「神経難病看護経験 3 年未満(以後、3 年未満とする)」と「神経難病看護経験 3 年以上(以後、3 年以上とする)」に分けて実施した。難病看護経験年数の記載のない回答 4 部を除外し、3 年未満 134 名、3 年以上 110 名で解析を実施した。

重回帰分析、相関分析の結果を参考に、初期モデルを設定し、データへの適合度を共分散構造分析で算出した結果、初期モデルの適合度は、両群ともに採択基準を満たさなかった。よって、修正指標に基づきパスを削除・追加して、改良モデルに修正(図 2)したところ、3 年未満 GFI=0.88, RMSEA=0.05, 3 年以上 GFI=0.87, RMSEA=0.06 とモデルの適合度は上昇した。パス係数は危険率 5% 未満を有意とみなし、両群ともパス係数はすべて有意となった。両群とも改良モデルのほうが、適合度が改善されており、基準値の GFI=0.9 以上、RMSEA=0.05 以下の採択基準をほぼ満たしていたため、改良モデルでバーンアウト因果関係を説明することとした。改良モデルを潜在変数のみにしたものを、図 3 に示す。

1) 仕事ストレスからバーンアウトへの影響

以下、括弧内の数値はパス係数を示す。バーンアウトに影響を及ぼす仕事ストレスは、3 年未満の場合、「仕事の量的負荷(0.46)」と「上司との軋轢(0.25, 0.21)」であり、また「言語的暴力」が「シニシズム

表1 対象者の属性およびバーンアウトと属性の関連

n=248

属性		MBI 得点 n(%)	疲弊感			シニシズム			職務効力感低下		
			平均値	標準偏差	p	平均値	標準偏差	p	平均値	標準偏差	p
性別	男性	16(6.5)	4.08	1.65		2.52	1.81		3.57	1.07	
	女性	231(93.1)	4.20	1.34		2.55	1.76		3.69	0.87	
	欠損値	1(0.4)									
年齢	24歳以下	45(18.1)	4.39	1.18		2.52	1.71		3.65	0.90	
	25歳以上29歳以下	55(22.2)	4.15	1.42		2.32	1.76		3.69	0.90	
	30歳以上39歳以下	71(28.6)	4.16	1.41		2.79	1.87		3.78	0.86	
	40歳以上	72(29.0)	4.13	1.38		2.46	1.68		3.58	0.92	
	欠損値	5(2.0)									
婚姻の有無	未婚	126(50.8)	4.39	1.23		2.68	1.74		3.79	0.84	
	既婚	106(42.7)	4.01	1.46		2.44	1.82		3.58	0.89	
	死別・離別	15(6.0)	3.92	1.44		2.25	1.45		3.49	1.14	
	欠損値	1(0.4)									
資格	准看護師	29(11.7)	4.27	1.41		2.47	1.50		3.22	0.85	
	看護師	207(83.5)	4.16	1.37		2.55	1.76		3.75	0.88	
	保健師	12(4.8)	4.55	1.16		2.77	2.31		3.57	0.78	
最終学歴	高等学校専攻科	32(12.9)	3.94	1.44		2.22	1.78		3.52	0.77	
	専門学校	192(77.4)	4.18	1.37		2.58	1.73		3.72	0.92	
	短期大学	8(3.2)	4.53	0.89		2.63	2.05		3.40	0.39	
	大学	10(4.0)	4.52	1.21		2.65	2.39		2.65	0.92	
	欠損値	6(2.4)									
臨床経験年数	3年未満	51(20.6)	4.43	1.24		2.54	1.74		3.50	0.94	
	3年以上	193(77.8)	4.12	1.39		2.54	1.77		3.72	0.87	
	欠損値	4(1.6)									
神経難病看護経験年数	3年未満	134(54.0)	4.35	1.35	}	2.72	1.85		3.75	0.89	
	3年以上	110(44.4)	3.98	1.35		2.32	1.62		3.60	0.89	
	欠損値	4(1.6)									
勤務体制	3交替制	190(76.6)	4.16	1.42		2.53	1.76		3.71	0.90	
	2交替制	52(21.0)	4.34	1.10		2.67	1.70		3.57	0.81	
	夜勤はしていない	3(1.2)	4.13	0.50		1.42	0.38		2.89	0.67	
	欠損値	3(1.2)									
職位	スタッフ	226(91.1)	4.15	1.38		2.55	1.79		3.68	0.89	
	主任	15(6.0)	4.69	1.07		2.43	1.38		3.78	0.84	
	欠損値	7(2.8)									
配属希望の有無	配属希望あり	56(22.6)	3.96	1.35		2.20	1.65		3.56	0.97	
	配属希望なし	187(75.4)	4.25	1.36		2.64	1.78		3.71	0.86	
	欠損値	5(2.0)									

*p<0.05

2群の比較には Mann-Whitney のU検定, 3群以上の比較には Kruskal-Wallis 検定を用いた。

(0.23)に、「関わりの難しさ」が自己効力感を介して(0.27)、バーンアウト(「シニシズム」と「職務効力感低下」)に影響(0.27, 0.48)していた。一方、3年以上の場合、「仕事の量的負荷(0.36)」と「上司との軋轢(0.33)」がバーンアウトに影響を及ぼしており、また「ケア見通しの不明瞭さ」が自己効力感を介して(0.37)、バーンアウト(「シニシズム」と「職務効力感低下」)に影響(0.23, 0.37)していた。

仕事ストレッサーからバーンアウトへのパス係数は、3年未満の場合、「仕事の量的負荷」から「疲弊感」へのパス係数(0.46)が、他と比較して高かったが、3年以

上では、すべて0.33~0.37の範囲にあった。

2) 行動的ストレス反応(離職意思、配置転換意思)への影響

行動的ストレス反応への影響については、両群とも、「疲弊感」や「シニシズム」から、離職・配置転換意思へのパスが有意であり、「職務効力感低下」から離職・配置転換意思へのパスは有意でなかった。また、3年未満の場合、バーンアウトを経由せずに、「同僚との軋轢」は配置転換意思に(0.16)、3年以上の場合、「仕事の量的負荷」は配置転換意思に(0.32)、「言語的暴力」

表2 仕事ストレス尺度の因子構造

n=248

質問項目	抽出因子								Cronbach's α 係数	記述統計	
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子	第8因子		平均値	標準偏差
第1因子：医師との軋轢											
23 患者への医師の対応に納得がいかない	0.87	0.05	0.05	-0.07	-0.02	0.04	-0.04	-0.03	0.88	2.88	0.95
21 医師の方針や考え方に納得がいかない	0.87	0.00	0.00	0.02	-0.11	0.05	0.07	0.00			
5 医師の対応が遅い	0.83	-0.11	-0.11	-0.01	0.21	0.01	-0.18	0.02			
11 医師とのコミュニケーションがうまくいかない	0.66	0.01	0.18	0.09	-0.10	-0.01	0.05	-0.04			
第2因子：仕事の量的負荷											
26 人手が十分でないため、仕事がかたしきれない	-0.06	0.76	0.16	0.05	-0.14	-0.01	-0.13	0.11	0.83	3.76	0.87
6 患者の要望に沿えないほど仕事量が多いことを負担に感じる	0.01	0.76	-0.13	-0.01	0.16	0.00	-0.07	0.10			
8 納得のいくケアをするための十分な時間がないことに苦痛を感じる	0.02	0.69	-0.08	0.02	0.09	-0.02	0.19	-0.05			
14 患者とゆっくり関わったり話をするための十分な時間がとれないことに苦痛を感じる	-0.01	0.57	0.12	-0.04	-0.04	0.01	0.32	-0.18			
第3因子：ケア見通しの不明瞭さ											
22 患者や家族の訴えにどのように答えたらよいかわからない	0.13	0.02	0.80	-0.04	0.08	-0.08	0.01	-0.12	0.78	2.63	0.76
17 患者からケアを拒否される(他の看護師への交代を求められることを含む)	-0.14	-0.05	0.55	0.02	0.00	0.06	-0.06	0.27			
13 患者や家族の不安や要望に十分に対応できない	0.03	0.22	0.52	-0.08	0.17	-0.02	-0.17	0.14			
18 ケアの見通しがたたない	0.09	-0.09	0.47	0.08	0.14	-0.13	0.16	0.08			
第4因子：上司との軋轢											
19 上司が自分の気持ちを理解してくれないと感じる	0.01	0.06	0.01	0.91	0.01	0.06	-0.05	-0.08	0.82	2.59	0.96
2 上司と考え方が食い違う	0.01	0.08	-0.22	0.72	0.08	-0.02	-0.03	0.11			
25 上司から信頼されていないと感じる	-0.03	-0.11	0.24	0.70	-0.02	-0.01	0.04	-0.02			
第5因子：関わりの難しさ											
20 細かい要求が多い患者と関わることに負担を感じる	-0.08	0.01	0.21	0.00	0.77	0.12	0.05	-0.12	0.81	3.49	0.88
24 機嫌を損ねがちな気難しい患者と関わることに負担を感じる	-0.05	0.01	0.31	0.02	0.61	0.12	-0.02	-0.06			
1 コミュニケーションがとりづらい患者と関わることに負担を感じる	0.07	0.03	-0.02	0.06	0.57	-0.12	0.03	0.16			
3 やってもやっても患者の満足が得られない	0.23	0.02	-0.03	0.01	0.30	-0.11	0.14	0.27			
第6因子：同僚との軋轢											
7 協力的でないスタッフと一緒に働く	0.08	0.04	-0.13	0.01	0.09	0.93	-0.07	-0.01	0.81	2.43	0.88
15 一緒に働きたくない看護師がいる	-0.02	-0.10	0.04	0.01	0.04	0.70	0.12	0.02			
9 同僚とケアについての意見が食い違う	0.17	0.09	0.05	0.04	-0.24	0.32	0.14	0.13			
第7因子：ケアと成果の不均衡											
16 懸命にケアしても、患者の病状が進行していくことをつらく感じる	-0.10	0.07	-0.02	0.00	-0.02	0.06	0.79	-0.02	0.75	3.20	0.97
10 懸命にケアしても、何の変化もなかったり状況が悪化することをつらく感じる	0.02	-0.05	-0.07	-0.04	0.14	0.00	0.76	0.15			
第8因子：言語的暴力											
4 患者から命令口調で指示される	0.00	0.07	0.02	0.02	-0.02	-0.02	0.07	0.79	0.76	2.69	1.06
12 患者に暴言を吐かれる	-0.04	-0.04	0.32	-0.04	0.00	0.13	-0.03	0.61			
固有値	8.97	2.32	1.86	1.64	1.25	1.11	0.95	0.86			

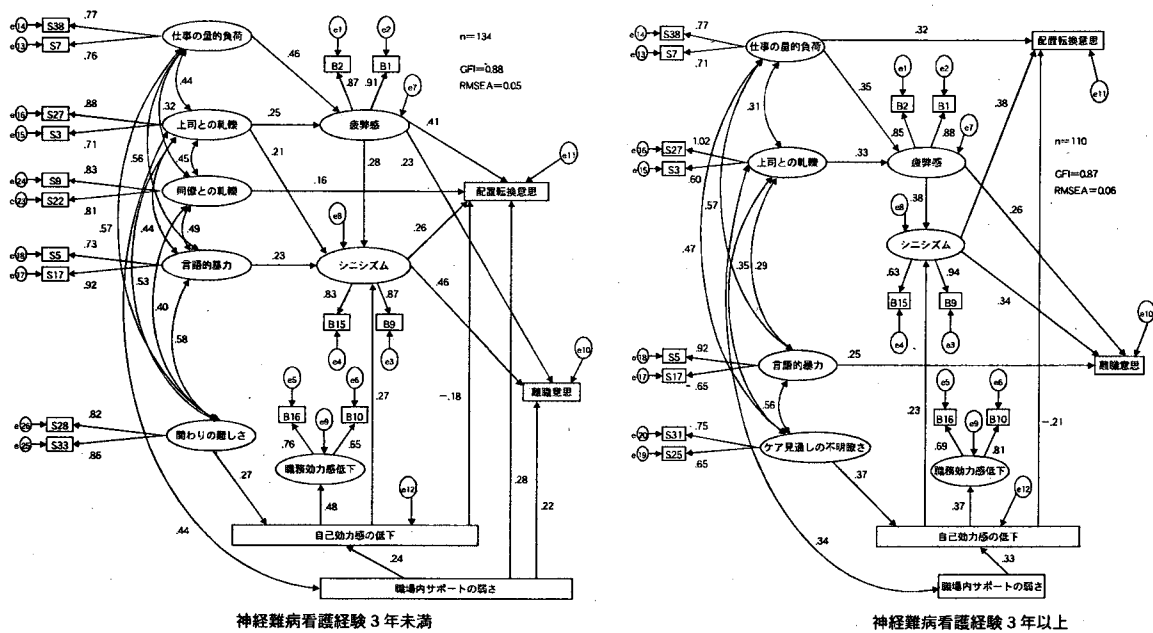


図2 神経難病患者をケアする看護師におけるバーンアウト因果改良モデル

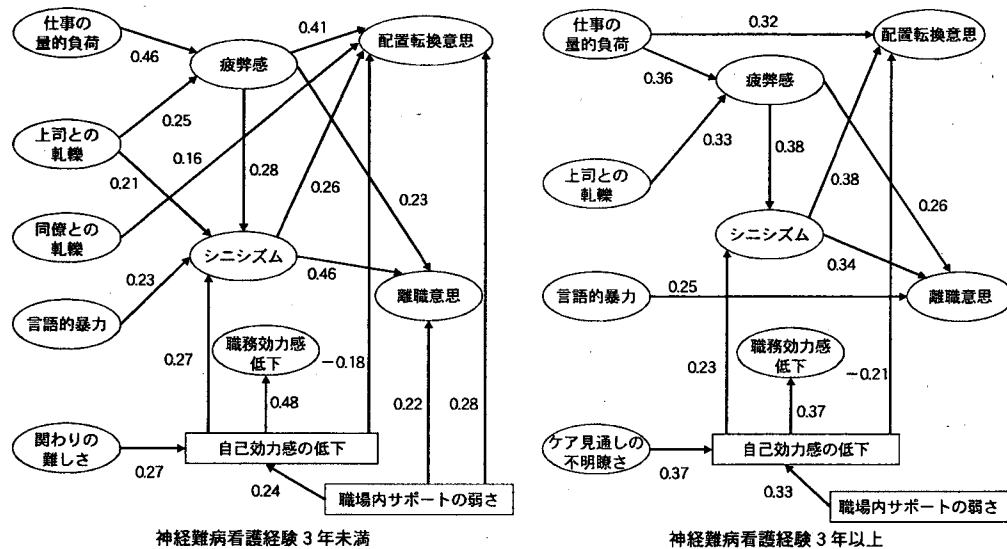


図3 神経難病患者をケアする看護師のバーンアウト因果モデル

は離職意思に(0.25)、直接的な影響を及ぼしていた。

3) 自己効力感および職場内サポートの影響

両群とも、パスの方向は、職場内サポートの弱さ→自己効力感の低下→バーンアウト(「シニシズム」と「職務効力感低下」)を示していた。また、自己効力感の低下から配置転換意思へのパスの符号は、両群ともマイ

ナス(3年未満=-0.18, 3年以上=-0.21)であった。また、職場内サポートの弱さは、3年未満では、離職意思や配置転換意思へ影響していた(0.22, 0.28)が、3年以上では影響を及ぼしていなかった。

Ⅳ. 考 察

1. 本研究対象集団の特徴

臨床経験3年以上は77.8%と多いが、神経難病看護経験年数3年以上は44.4%と少なかった。つまり、本研究の対象は、豊富な看護経験をもつ一方、神経難病看護経験は浅い看護師が多い集団であると考えられた。

2. バーンアウトと属性との関連

神経難病看護経験3年未満の看護師は、3年以上の看護師に比較して、疲弊感が強いことが示された。先行研究でも経験年数が少ない看護師ほどバーンアウトしやすいという報告が多く(Robinson et al., 1991)、本研究もそれを支持していた。本研究では、神経難病における看護経験年数で有意差を認めたことが特徴であり、これは、臨床経験の少なさや人生経験の乏しさではなく、神経難病患者をケアする上で必要となる特有な経験の少なさによってバーンアウトする可能性を示唆していると考えられた。

3. MBI-GS および仕事ストレス尺度の因子構造の検討

MBI-GSは、先行研究(北岡(東口)ら, 2004)と同様の3因子構造、仕事ストレス尺度は先行研究(安東ら, 2007)と同様な8因子構造を示した(一般的なストレス4因子:「医師との軋轢」「仕事の量的負荷」「上司との軋轢」「同僚との軋轢」。神経難病患者をケアする看護師に特有なストレス4因子:「言語的暴力」「ケアと成果の不均衡」「関わり方の難しさ」「ケア見通しの不明瞭さ」)。

4. バーンアウト因果モデルの作成と検証

1) 仕事ストレスからバーンアウトへの影響

バーンアウトに影響を及ぼす仕事ストレスは、神経難病看護経験年数にかかわらず「仕事の量的負荷」と「上司との軋轢」であった。先行研究(Leiter, 1991; Jansses et al., 1999)でも、量的負荷や、上司・同僚との関係はバーンアウトに影響を及ぼすと報告されており、他領域の看護師と同様に、対象看護師らにとっても、仕事量の多さや上司との関係の悪さがバーンアウト要因の一つであることが示された。影響力については、3年未満では「仕事の量的負荷」から「疲弊感」へのパス係数(0.46)が他と比較して高く、仕事量の多さ

が強くバーンアウトに影響していると解釈できた。よって、職場環境改善への示唆として、職場全体での仕事量低減と上司との関係改善が挙げられ、特に3年未満においては、仕事量の調整がバーンアウト予防に効果的であることが示唆された。

神経難病患者をケアする看護師に特有なストレスについて、間接的にバーンアウトに影響を及ぼしていたのは、3年未満で「関わり方の難しさ」、3年以上で「ケア見通しの不明瞭さ」であった。Benner(2001)は、似たような状況で2~3年働いている看護師を「一人前」と呼び、そのレベルは、「自分はある技能レベルに達しているという自信がある」「言われて行うレベルから、計画を立てて看護をするというレベルへと成長」と述べている。神経難病看護経験3年未満の看護師らの中には、看護経験が豊富であっても神経難病看護については初心者のレベルの者が多いため、神経難病患者に特有な関わり方の難しさが看護師らの負担になり、自己効力感を下げ、バーンアウトを強めていると解釈できた。一方、3年以上の看護師らは、難病患者に特有なケア技術に自信をもち、3年未満のように「言われて行う」のではなく「計画を立てて看護をする」というレベルに至っているため、「ケアの見通しの不明瞭さ」が、自己効力感を低下させ、看護師のストレス反応を強めていくのではないかと考えられた。

また、3年未満の場合は「言語的暴力」が「シニシズム」に直接的影響を及ぼしていた。経験の少ない看護師にとって、患者からの暴言は、仕事に対する熱意や興味の喪失につながることを示され、対策として、暴言を受けた看護師への周囲のフォローが必要と考えられた。以上より、3年未満では、言語的暴力を受けた看護師のフォロー、および患者との関わり方の難しさへの支援が、3年以上ではケア見通しをチームで明確にしていくことが、バーンアウト予防には効果的であり、難病看護経験年数によって違いがあるため、経験年数に応じた対策が必要であることが明らかになった。

2) 行動的ストレス反応への影響

バーンアウト(「疲弊感」と「シニシズム」)は、神経難病看護経験年数にかかわらず、離職・配置転換意思を強めるという結果より、看護師の定着には、「疲弊感」や「シニシズム」の軽減が重要であることが示された。ただし、3年未満では、バーンアウトを経由せず「同僚との軋轢」は配置転換意思に、3年以上では、「仕事の量的負荷」や「言語的暴力」が離職・配置転換意思に

直接的影響を及ぼしていた。よって、看護師がこれらのストレスを抱えている場合は、バーンアウトの有無にかかわらず注意が必要であることが示唆された。

3) 自己効力感および職場内サポートの影響

両群とも、パスの方向は、職場内サポートの弱さ→自己効力感の低下→バーンアウト(「シニシズム」と「職務効力感低下」)を示していたことから、自己効力感を高めバーンアウトを軽減するためには、上司や同僚からの職場内サポートを強化することが重要と考えられた。これまでの研究では、サポートが強い時は仕事ストレスとバーンアウトの関係を弱めるように緩衝作用をもつと報告している文献(Jenkins et al., 2004)や、これを支持しない報告(Maslach et al., 2001)もあるが、本研究では、サポートの低下からバーンアウトへの影響は、自己効力感を介した間接的影響であることが明らかになった。また、自己効力感の低下から配置転換意思へのパスの符号が、両群ともマイナスであったことから、自己効力感が高まると配置転換意思が強くなることが示された。横山(2003)は、「仕事上の効力感」が「外在的職務満足」に負の影響を及ぼすことを示し、米国と異なり、能力主義をほとんど採用していないわが国では、自分が有能だと思えば思うほど(効力感が高いほど)、今の状況(給料、昇進、上役など)には満足できないのではないかと述べている。自己効力感の高さは、看護師としての自信の強さにもつながるため、自己効力感の高い看護師は、神経難病領域の看護だけに満足できず、さまざまな部署へ活躍の場を求め、配置転換意思が強くなるのではないかと考えられた。

職場内サポートの弱さは、3年未満では離職・配置転換意思へ影響していたが、3年以上では有意な影響を及ぼしていなかった。このことから、職場内サポートが離職・配置転換意思の低下に有効となるか否かは、難病看護経験年数によって異なり、3年未満の場合は、サポートが弱いと離職・配置転換意思ともに強まることが示され、経験の少ない看護師の職場定着には、職場内サポートが、より重要であると考えられた。

本研究結果は、横断研究のため、統計学上で示された因果関係である。今後、より厳密な因果関係を解明するには、縦断研究も加えて検討をしていく必要がある。また、今後、さらにモデルを洗練していくには、本研究では未設定であった変数もモデルに組み込んでいく必要がある。

V. 結 論

①バーンアウトに影響を及ぼす仕事ストレスは、難病看護経験年数にかかわらず「仕事の量的負荷」と「上司との軋轢」であった。特に、3年未満の場合、仕事量の多さが強くバーンアウトに影響していることが示された。また、バーンアウトに影響する神経難病患者をケアする看護師に特有な仕事ストレスは、難病看護経験年数の違いによって異なることが示された。②バーンアウト(「疲弊感」と「シニシズム」)は、離職意思や配置転換意思につながることから、看護師の定着には「疲弊感」と「シニシズム」の軽減が重要である。ただし、3年未満では、「同僚との軋轢」が配置転換意思に、3年以上では、「仕事の量的負荷」や「言語的暴力」が、離職・配置転換意思に直結するため、バーンアウトの有無にかかわらず注意が必要である。③職場内サポートの弱さ→自己効力感の低下→バーンアウト(「シニシズム」と「職務効力感」)を示したことから、自己効力感を高めバーンアウトを軽減するためには、職場内サポートを強化する必要がある。特に3年未満の場合、サポートが弱いと離職・配置転換意思ともに強まることを示された。以上より、効果的な職場環境改善のためには、職場全体の対策に加えて、難病看護経験年数に応じた対策が必要であることが示唆された。

謝辞：本研究にご協力いただきました皆様に心から御礼申し上げます。また、統計解析手法についてご教示いただきました北里大学大学院医療系研究科田中克俊准教授に謹んで感謝の意を表します。

なお、本論文は、広島大学大学院保健学研究科に提出した博士論文の一部を加筆修正したものである。

文 献

- 安東由佳子, 片岡健, 小林敏生, 他1名(2007)：神経難病患者をケアする看護師の仕事ストレス尺度開発(第2報)－仕事ストレス尺度の信頼性・妥当性検証－, 第27回日本看護科学学会学術集会講演集, 283.
- Benner P. (2001) / 井部俊子監訳(2006)：ベナー看護論新訳版 初心者から達人へ, 医学書院, 東京.
- Cushway D., Tyler P. A., Nolan P. (1996) : Development of a stress scale for mental health professionals, *Br. J. Clin. Psychol.*, **35**, 279-295.
- Dunn L. A., Rout U., Carson J., et al (1994) : Occupational stress amongst care staff working in nursing homes, an empirical investigation, *J. Clin. Nurs.*, **3**, 177-183.

- Edwards N. E., Scheetz P. S. (2002) : Predictors of burden for caregivers of patients with Parkinson's disease, *J. Neurosci. Nurs.*, 34(4), 184.
- Freudenberger H. J. (1974) : Staff burnout, *J. Soc. Issues*, 30, 159-165.
- Hurrell J. J. Jr., McLaney M. A. (1988) : Exposure to job stress—A new psychometric instrument, *Scand. J. Work Environ. Health*, 14(1), 27-28.
- Jansses P. P. M., Schaufeli W. B., Houkes I. (1999) : Work-related and individual determinants of the three burnout dimensions, *Work & Stress*, 13(1), 74-86.
- Jenkins R., Elliott, P. (2004) : Stressors, burnout and social support : Nurses in acute mental health settings, *J. Adv. Nurs.*, 48(6), 622-631.
- 北岡(東口)和代, 谷本千恵, 林みどり, 他5名(2004 a) : 精神科看護者のバーンアウトと職場ストレス要因についての検討, *石川看護雑誌*, 1, 7-12.
- 北岡(東口)和代, 荻野佳代子, 増田真也(2004 b) : 日本版 MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey)の妥当性の検討, *心理学研究*, 75, 415-419.
- 小林敏生(2005) : 看護職の職業性ストレスおよび精神的健康度に関する国際比較調査—日本の看護職における効果的な職業性ストレス対策構築のために—平成14-16年度科学研究費補助金(基盤研究(B)(2))研究成果報告書, 8-18.
- Leiter M. P. (1991) : Coping patterns as predictors of burnout, *J. Occup. Behav.*, 12, 123-144.
- Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. (2001) : Job burnout, *Ann. Rev. Psychol.*, 52, 397-422.
- Molassiotis A., Van den Akker O. B., Bouqhton, B. J. (1995) : Psychological stress in nursing and medical staff on bone marrow transplant units, *Bone Marrow Transplantation*, 15(3), 449-454.
- 成田健一(2001) : 特性的自己効力感尺度, 山本真理子(編), 心理測定尺度集 I, 37, サイエンス社, 東京.
- 日本医療労働組合連合会(2006) : 看護職員の労働実態調査報告, 月刊医療労働, No 479, 1.
- Payne N. (2001) : Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses, *J. Adv. Nurs.*, 33(3), 396-405.
- Robinson S. E., Roth S. L., Keim J. (1991) : Nurse burnout : Work related and demographic factors as culprits, *Res. Nurs. Health*, 14(3), 223-228.
- Rout U. R. (2000) : Stress amongst district nurses : A preliminary investigation, *J. Clin. Nurs.*, 9, 303-309.
- 高橋陽子, 飯嶋美鈴, 栗原真弓, 他1名(2006) : 特殊疾患療養病棟に入院している疾患別直接看護業務量の検討, *日本難病看護学会誌*, 11(1), 50.
- 渡辺裕子(2005) : 患者・家族との関係性の構築, *家族看護*, 3(1), 33-39.
- 横山敬子(2003) : 仕事人間のバーンアウト(初版), 白桃書房, 東京.