

看護職者におけるバーンアウトの形成因

2014 年 9 月

新潟大学大学院
現代社会文化研究科

加藤 栄子

目 次

1 序章	1
第 1 節 本研究の背景と課題	1
第 2 節 本研究の目的と意義	3
第 3 節 本研究の構成	4
序章の注	5
引用文献	6
第 2 章 先行研究	8
第 1 節 はじめに	8
第 2 節 ストレスの概念	8
1. ストレス	8
2. ストレッサーとストレス反応	10
3. ストレスに対する心理的反応	12
4. ストレスに対する生理的反応	13
第 3 節 ストレス研究の変遷	13
1. 生理的アプローチ	14
2. 心理学的アプローチ	15
第 4 節 バーンアウトの概念	17
第 5 節 バーンアウト研究の変遷	18
1. ヒューマン・サービスとバーンアウト	18
2. バーンアウトの症状	19
3. バーンアウトの実証研究の変遷	21
第 2 章の注	25
引用文献	25
第 3 章 新人看護職者におけるバーンアウトの実態と看護療法の効果に関する基礎的研究	30
第 1 節 はじめに	30
第 2 節 新人看護職者のバーンアウトに関する看護領域における文献レビュー	31
1. 調査からみた新人看護職者の早期離職等の実態	31

2. 新人看護職者のバーンアウトの先行研究	32
第3節 実証研究に至る問題意識と概念の操作化	39
1. 新人看護職者のバーンアウトに関する問題意識	39
2. 本章における新人看護職者のバーンアウト実証研究のための概念操作化	40
第4節 新人看護職者におけるバーンアウトの実態と看護療法の効果に関する実証調査	48
1. はじめに	48
2. 研究目的	48
3. 研究方法	49
4. 入職後6ヵ月目の質問紙調査の結果	52
5. 入職後12ヵ月目の質問紙調査の結果	56
6. 入職後6ヵ月目と12ヵ月目の質問紙調査結果の比較	60
7. 入職後6ヵ月目の面接調査の結果	62
8. 入職後12ヵ月目の面接調査の結果	72
9. 入職後6ヵ月目と12ヵ月目の面接調査結果の比較	84
10. 新人看護職者のバーンアウト傾向に関する変容過程の結果	85
11. 考察	93
12. まとめ	96
第3章の注	97
引用文献	99
第4章 看護職者におけるバーンアウトの形成因の理論仮説モデル	103
第1節 はじめに	103
第2節 理論仮説モデルの設定	103
1. 看護職者のバーンアウトの形成因に関する理論仮説モデルの構築	103
第3節 看護職者のバーンアウトに関する看護領域における文献レビュー	105
1. 調査からみた看護職者の離職に関わる実態	105
2. 看護職者のバーンアウトの先行研究	106
第4節 看護職者のバーンアウトを対象とした実証研究のための概念操作化	116
第4章の注	121
引用文献	122

第5章 実証研究：看護職者におけるバーンアウトの形成因	127
第1節 はじめに	127
第2節 実証研究	128
1. 研究目的	128
2. 研究方法	128
3. 基本統計量の結果	130
4. 因子分析の結果	134
5. 経験年数の階層別比較	144
6. 作業仮説モデルの構築	162
第3節 作業仮説の検証	168
1. 重回帰分析の結果	168
2. 作業仮説の検証	178
3. 重回帰分析結果の統合	204
第4節 考察	206
1. 経験年数の階層別による特徴	206
2. 看護職者のストレスの傾向	209
3. 看護職者のバーンアウトの形成因	211
第5節 まとめ	217
第5章の注	218
引用文献	219
6 終章	223
第1節 まとめ	223
第2節 今後の課題	229
終章の注	230
引用文献	230
付録	232
図表	232
質問紙	313
謝辞	322

1 序章

第1節 本研究の背景と課題

日本では、超高齢社会に突入しており、65歳以上の高齢者人口は、過去最高の3189万8千人となり、総人口に占める割合も25.1%と、4人に1人が65歳以上人口となった。団塊の世代が75歳以上となる2025年には3657万人に達すると見込まれている（総務省 2014）。65歳以上の高齢者の受療率¹は他の年代より高い水準にあり、脳血管疾患、悪性新生物、高血圧などで医療サービスを利用する頻度が高まっている。超高齢社会に向け病気を抱えた国民の数が最大になり、医療・介護の需要が急増するとき、マンパワー不足や限りある病床数などにより看護・介護の受け入れが需要に対応できるのかが大きな問題となっている。それに加えて近年の医療技術の高度化、医療ニーズの複雑化などが相まって、看護職には療養の場の多様化等に的確に対応することが求められている。さらに、大都市と比べて地方では医師不足の中で医療ニーズに対応できない問題があちこちで起きており、今後、必要となときに医療が受けられない患者が続出することも危惧されている。

近い将来多くの人が死に行く多死化社会が到来する中で、最期は自宅でという希望が5割以上を超えるものの、現状では約8割の人が医療機関で亡くなっている（内閣府 2012）。このような現状を鑑みれば、患者と身近に接するケアの専門家としての看護職の責務は非常に重い。さらに、国では保健・医療ニーズに応えるためには、2025年までに現状より50万人増の約200万人の看護職の確保が必要だと推計²しており、看護職のマンパワーを確保し、医療ニーズに対してきちんとケアできる体制を作ることが最重要課題となっている。

医療においては、病院医療と在宅医療の二大柱の下で多職種連携のチーム医療を推進し、病院内に留まらず、在宅や介護を含め、地域ぐるみで支える体制を構築³していくことが必要となっている。しかし、そのような情勢下において、看護職資格を有する者が看護職に就かなかったり、職業継続困難から離職率も高く、看護職のマンパワー不足の問題が深刻化している。調査データから見た看護職不足の現状は以下の通りである。

2012年病院における看護職員需給状況調査⁴によると、離職率は常勤看護職員 10.9%であり、新卒看護職員の1年以内の離職率 7.5%と前年より、それぞれ 0.1 ポイント、0.6 ポイントの減少が見られるものの高い数値を示している（堀川 2013）。職業別の離職率をみると、卸売業・小売業 14.4%、学術研究・専門・技術サービス業 11.4%である（厚生労働

省 2013)。調査が異なるため単純比較はできないが、一概に看護職の離職率が高いとは言えない。しかしながら、近年の少子化の進展⁵による労働力の供給制約がある中で、一旦離職した場合、再就業するには、医療の高度化による専門的知識・技術の研修は、看護の質向上と安全確保のためには必須である。それに伴い、電子カルテ導入や情報管理システム等の進歩により、これらの教育もチーム医療や業務の効率性を図る上で欠かせない内容となっている。このように看護職と医療機関双方に教育訓練の負担や職場への適応などの場面で生ずる様々な負担が考えられることを踏まえれば、看護職の離職防止に一層重点を置いた対策が課題となっている。そのためには、看護の専門性を獲得する出発点である新人看護職者の離職予防は極めて重要である。

厚生労働省の第七次看護職員需給見通し⁶によると、看護職員の需要見通しは 2015 年には約 150 万 1 千人に増加する見込みである。これに対して、看護職員の離職率が改善されない限り、養成を促進しても需給状況を改善することは困難であり、定着の促進を図ることが必要不可欠となっている（厚生労働省 2011）。さらに、免許があっても働いていない潜在看護職員は 71 万人と推計されている（小林 2013）。その理由として、看護職員の女性が全体の 9 割以上を占める職種であり、妊娠・出産、結婚、育児などライフイベントに伴う職業継続の困難さがある。また、入院患者に占める重症者や高齢者の割合が増加したことにより、昼夜を問わず高い緊張感の下での長時間勤務が常態化し、看護職の心身の負荷が高まっていることが指摘されている（小村 2011）。このような中で、本研究のテーマでもあるバーンアウト傾向に陥って働く意欲を失い、仕事を辞めていく看護職の多いことが問題となっている。

看護職のメンタルヘルスの状況を見ると、2011 年の病院看護実態調査⁷によれば、1 カ月以上の長期病気休暇を取得した常勤看護職員は 7,483 人であり、そのうちメンタルヘルス不調の常勤看護職員は 3 分の 1 以上を占めていた。年代別で見ると若い年代ほど多く、20 歳代が 1,244 人（46.7%）で最も多かった。病院勤務の看護職員数を 88 万 6,500 人で推計すると約 7,000 人（0.8%）の看護職員がメンタルヘルス不調で就業できない状況であり、メンタルヘルス不調は、貴重な人材資源の損失に繋がるもので、対策の必要性が明らかになったことを報告している（青島 2012）。このようなメンタルヘルス不調の中にはストレスに起因するものや、うつ状態なども含まれると考えられる。増大する高齢化社会において医療の担い手となる看護職者には、医療・福祉の現場からの需要は増大し、今後さらに心身のストレスを抱えてメンタルヘルス不調に陥る看護職者が多発することが予想さ

れる。

ストレス状態が解決されないままに、長期によって繰り返されることにより、様々な健康上の障害を引き起こす。バーンアウトは、近年、ヒューマン・サービスの現場で注目され始めたストレス性疾患の一つであるとされている。バーンアウトの発症要因を特定し、その予防を講じることは、結果として、ストレスに起因する、あらゆる心身へのリスクを低減することにつながる（久保 2004：15-17）。

このような現状を踏まえ、本研究では、昨今増えているストレスに注目して、バーンアウトがどのような要因によって形成されるのか明らかにし、今後の看護職の離職防止対策に役立てられることは、将来の日本の医療・福祉サービスの質の向上に向けて看護職を確保するために重要であり、研究の動機に至っている。

第2節 本研究の目的と意義

筆者らは、これまで看護職者の職務満足とバーンアウトの視点から、看護職者全体に対して、経験年数を説明変数とする視点から職務継続支援の在り方を研究してきた（加藤・込田ほか 2009、加藤・尾崎 2010a、加藤・尾崎 2010b、加藤・尾崎 2011a、加藤・尾崎 2011b）。共通した導出知見は、職務満足には処遇・労働条件、組織管理などに関する「管理システム」と「仕事上の人間関係」が強い影響を有していることがわかった。また、バーンアウト傾向のある看護職者は職務満足度、職務継続意志ともに有意に低く、職務満足には負の相関関係が認められた。これらの研究を通して、以下の2つの課題が明らかになった。

1 つには、職務継続支援に対して、看護職者の組織管理に対する認識を捉えた上で、組織論からの研究視座が示された。その理由は、社会の背景から医療ニーズにあったケアを提供するには、チーム医療を推進し、地域全体で医療・福祉の連携が不可欠となっている。看護職者の職務継続を図るためには、このような状況を加味した対応策が求められるからである。所属する組織の環境やストレスとの関係を含めた調査を加えて新たな知見を得たいと考えた。

2 つ目は、新人看護職者のバーンアウト傾向が最も高かったことに着目し、就職して1年以内の看護職者の早期離職を予防するためには、さらに探索的な分析を行いその原因を明らかにする必要があると考えた。それには、1年未満でバーンアウト傾向に陥っている

のかという疑問もある。そのため、一般の看護職者のバーンアウト傾向の変容過程を理論構築し、明らかにする必要がある。これらの課題を達成するために、定量的な実証調査を遂行していく。

研究の大まかな概要は、先行研究を検討して、はじめに新人看護職者を対象として、組織コミットメントの変数を用いた予備調査から、新人看護職者のバーンアウトの変容過程について考察する。ここで導出された知見と先行研究を基に、組織全体の視点から変数をさらに追加して、一般の看護職者のバーンアウトの変容過程の理論仮説モデルを作成して、看護職者全体を対象にした大量サンプルを用いて検証を行う。本研究の方法論は第 5 章で述べることとする。

以上のように、本研究では看護職者のバーンアウトの形成因を明らかにし、精神疾患や過労死にいたる循環器系障害などの深刻な結果をもたらし得る職場環境条件を有する医療・看護現場を取り上げ、ストレスに起因する多様な心身へのリスクを低減する可能性を検討することを目的としている。特に新人看護職者の離職予防は日本の医療における重要な問題になっており、2009 年には新人看護職員研修が努力義務化の法律改正がされたところである。病院経営にも影響する重要な課題であることから、看護職者のバーンアウト傾向の変容過程に焦点を合わせることで、日本の増大する高齢社会に向けて、看護職不足や看護の質の低下の問題解決へと貢献できると考えている。

第 3 節 本研究の構成

本研究は序章と終章を含めて 6 つの章から構成される。

序章では、日本の超高齢社会に向けて、医療、看護の現状を概説し、看護職不足の状況について調査データを示した上で、本研究の課題及び目的と意義について述べる。

第 2 章では、先行研究のレビューを行う。ストレスの概念とストレス研究の変遷について述べた後、バーンアウトの概念とバーンアウト研究の変遷について述べる。

第 3 章では、新人看護職者のバーンアウトに関する文献レビューを行う。また、組織コミットメントの測定に用いる尺度についてまとめる。

次に、予備調査として実証研究を行う。新人看護職者に焦点化し、「新人看護職者におけるバーンアウトの実態と看護療法による効果」として、新人看護職員研修に看護療法を取り入れて入職後 6 ヶ月目と 12 ヶ月目に定量・定性調査を縦断的に実施する。バーンア

ウトの外生変数として組織コミットメントを投入している。そして、分析結果から新人看護職者のバーンアウトの変容過程を明らかにし、新人看護職員研修に看護療法を取り入れて、実践した効果を交えて考察する。

第4章では、2回の経時的定量・定性調査を比較検討した結果を基に、新人看護職者のバーンアウトに関する知見を踏まえて、看護職者バーンアウトの形成因の理論仮説モデルを構築する。具体的には、理論仮説モデルはバーンアウトの外生変数を組織コミットメントと組織風土とし、内生変数にストレスターを選定した。次に、理論仮説モデルに基づき、そこで使われる構成概念に関連する文献レビューを行う。最後に理論仮説モデルに基づき、実証研究のための測定尺度を規定する。

第5章では、新人看護職者に関する基礎的研究を包含する、より普遍的な知見導出を可能とする一般モデルを目指して中堅、ベテランの看護職者を含めて大規模質問紙調査を実施する。調査研究に当たっては、人的資源管理・組織行動論の視点から4つの変数に絞り込みバーンアウトの作業仮説モデルを作成し、ストレスター、組織風土、組織コミットメントとの関係性分析から、仮説モデルを検証する。

終章では、本研究のまとめと、今後の課題について述べる。

序論の注

- 1 2011年の厚生労働省「患者調査」によれば、65歳以上の受療率（高齢者人口10万人当たりの推計患者数の割合）は、入院が3,136、外来が11,414であり、他の年齢階級に比べて高い水準を示した。厚生労働省で用いる受療率とは、ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた患者数と人口10万人との比率である。患者調査によって、病院あるいは診療所に入院又は外来患者として治療のために通院した患者の全国推計患者数を把握し、算出される。http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/pdf/1s2s_3_1.pdf（検索日2014.4.30）
- 2 2011年に厚生労働省は、看護職の偏在などを背景とした「看護職員不足」を指摘し、社会保障・税一体改革の推進に向けたマンパワー増強の必要性を示した。2025年までに50万人増を目指す必要があり、うち30万人は看護師養成所の増設を通じた自然増、残りの20万人は潜在看護師の復職や、離職防止に向けた対策により対応する必要性を示した。<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11601000-Shokugyouanteikyoku-Soumuka/0000037613.pdf>（検索日2014.4.30）

- 3 例えば、退院直後でいきなり自宅に戻る自信がない、医療依存度が高いけどなるべく家に帰りたい、といった利用者の状況などに応じて提供する 2012 年介護報酬改定で新設された「複合型サービス」がある。複合型サービスとは（介護保険法第 8 条 22）「居宅要介護者について、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護又は小規模多機能型居宅介護を二種類以上組み合わせることにより提供されるサービスのうち、訪問看護及び小規模多機能型居宅介護の組合せその他の居宅要介護者について一体的に提供されることが特に効果的かつ効率的なサービスの組合せにより提供されるサービスとして厚生労働省令で定めるものをいう。」
- 4 日本看護協会が、病院で働く看護職員の需給動向や労働状況の把握を目的に、1995 年以降、毎年実施している。本調査の対象は、全国 8,632 病院で有効回収数 3,392 病院（回収率 39.3%）であった。
- 5 2014 年の総務省統計局調査によれば、年少人口（0～14 歳）は 1639 万人で前年に比べて 15 万 7 千人の減少となった。総人口に占める割合の推移を見ると、年少人口は、1975 年の 24.3%以降一貫して低下を続け、2013 年には過去最低となっている。
- 6 厚生労働省では、医療提供体制を踏まえた需給見通しに基づいて看護職員の確保に努めるため、看護職員確保に資する基本的資料として概ね 5 年ごとに看護職員需給見通しを策定している。第七次看護職員需給見通しは、2011～2015 までの期間である。
- 7 日本看護協会が、全国的な規模で看護職員の需要動向、労働条件・労働環境等の実態を把握し政策提言を行う上での基礎資料とするために 1987 年以降、4 年に 1 回実施している。本調査の対象は、全国 8,378 病院で有効回収数 3,198 病院（回収率 38.2%）であった。

引用文献

- 青島耕平（2012）解説「2011 年病院看護実態調査」、看護、64（9）：72-79.
- 加藤栄子・込田啓子・鈴木美智子ほか（2009）看護職者の仕事に対する認識、満足度および燃え尽きから捉えた職務継続支援の検討、第 40 回日本看護学会論文集 看護管理：6-8
- 加藤栄子・尾崎フサ子（2010a）新人看護職者の仕事への認識、満足度及び燃え尽きから捉えた職務継続支援の検討、第 41 回日本看護学会論文集 看護管理：290-293.

- 加藤栄子・尾崎フサ子（2010b）経験 4 年以下の看護職者に対する職務継続支援の検討、群馬県立県民健康科学大学紀要、5：19-28.
- 加藤栄子・尾崎フサ子（2011a）中堅看護職者の職務継続意志と職務満足及び燃え尽きに対する関連要因の検討、日本看護管理学会誌、15（1）：47-56.
- 加藤栄子・尾崎フサ子（2011b）中高年看護職者の職務継続意志と職務満足に関連する要因の検討、日本看護科学会誌、31（3）：12-20.
- 久保真人（2004）バーンアウトの心理学、サイエンス社.
- 厚生労働省（2013）平成 24 年雇用動向調査結果の概況．<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/doukou/13-2/kekka.html>（検索日 2014.4.30）
- 厚生労働省（2011）第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告書．http://www.mhlw.go.jp/topics/2011/01/dl/tp0119-1_35.pdf（検索日 2012.1.21）
- 小林亜美（2013）平成 24 年度厚生労働科学研究 第七次看護職員需給見通し期間における看護職員需給数の推計と把握に関する研究（2012 年度報告書）．<http://research-er.jp/researchers/view/00327660/>（検索日 2014.4.30）
- 小村由香（2011）平成 22 年度「看護職のワーク・ライフ・バランス（WLB）推進ワークショップ事業」について、看護、63（9）：40-43.
- 堀川尚子（2013）「2012 年病院における看護職員需給状況調査」解説、看護、6（59）：79.
- 内閣府（2012）平成 24 年度版高齢者の健康に関する意識調査結果（概要）．<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/gaiyo/>（検索日 2014.4.30）
- 総務省統計局（2014）人口推計年齢別人口（平成 25 年 10 月 1 日現在）．<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2013np/index.htm#a05k25-a>（検索日 2014.4.30）

第2章 先行研究

第1節 はじめに

本章では、本研究に関する先行研究についてレビューを行う。具体的なレビュー内容は以下の通りである。

まず第2節、第3節では、バーンアウトを理解するために、バーンアウト研究に先立ち、ストレスとは何か、ストレスに対して心と身体はどのような反応を示すのか、ストレスはこれまでどのような研究がされてきたのかという視点で、ストレスの概念とストレス研究の変遷についてレビューを行う。

第4節では、バーンアウトとは何か、どのような症状なのかバーンアウトの概念についてレビューを行う。第5節では、半世紀を超えて研究されているバーンアウト研究とはどのような研究がされてきたのかを明らかにするために、バーンアウト研究の変遷についてレビューを行う。

第2節 ストレスの概念

バーンアウトはストレスの一つであり、現代社会における典型的ともいえるストレスであるといわれている（田尾・久保 1996）。バーンアウト研究をするためには、ストレスという概念と心や身体に及ぼす影響について理解しておく必要がある。

1. ストレス

ストレスという言葉は、日常生活で身近にしばしば使われている。ストレスを感じる、ストレスがたまる、ストレスが発散できない、などである。また、育児ストレス、テクノストレス、環境ストレス、などの言葉もある。

「ストレス (stress)」という言葉は、広辞苑（2008：1512）では、①〔言〕語の中にある音節を際立たせるために強化される力の程度。音の強弱・高低・長短などで示される。強勢。②〔理〕応力。③〔医〕種々の外部刺激が負担として働くとき、心身に生じる機能変化。ストレスの原因となる要素（ストレッサー）は寒暑・騒音・化学物質など物理化学

的なもの、飢餓・感染・過労・睡眠不足など生物学的なもの、精神緊張・不安・恐怖・興奮など社会的なものなど多様である。→汎適応症候群・警告反応。④俗に、精神的緊張をいう。「一がたまる」一がくせつ〔一学説〕ストレスに伴う心身の機能変化を下垂体・副腎系の反応を軸として説明したセリエの学説。を意味する言葉である。

もともとは「力によって物体に生ずる歪み」を意味する工学用語であったが、それが転じて今の意味で使われるようになった。物体に外部から力が加わったとき、物体には元の状態に戻ろうとする反作用（応力）が働き、外部からの力との間で緊張状態が生まれる。これが工学分野で言う「ストレス状態」である（久保 2004：8-9）。

このように、物理学分野での概念であったストレスという言葉も、最初に医学・生物学で用いたのはキャノン（W.Cannon 1871-1945）といわれている。「キャノンは 1914 年の論文で、動物に恐怖や怒りなどの激しい情動が起こったときの身体反応について明らかにし、精神的緊張の意味で『ストレス』という言葉を用いた。キャノンはその後（1929 年）、生体が緊急事態に遭遇すると交感神経―副腎髄質系の機能が高まり、闘争や逃走などの行動に適した体内状態が作り上げられるとし、この反応を闘争―逃走反応（fight or flight response）、あるいは緊急反応（emergency reaction）とよんだ」（鈴木 2008：45）。

今日広く知られているストレスの概念の基礎を築いたのは、セリエ（H.Selye 1907-1982）である。「セリエは 1935 年頃から約 20 年にわたり、生体のストレスを研究し、ストレス学説を提唱・発展させていった。すなわち動物を用いて生体に有害と思われる様々な刺激（寒冷、外傷、過剰な筋肉運動、ホルマリンなどの有害物質など）を加えると、副腎肥大、胸腺・リンパ節の萎縮、胃・十二指腸潰瘍という三大徴候が出現することを見出し、これを全身適応症候群¹とよんだ」（鈴木 2008：45）。さらに、セリエ（Selye）は生体にとって有害な刺激が生体に歪みを起こすという考えから、刺激をストレッサー（stressor）と呼び、生体に生じる反応をストレス反応（stress responses）と名付けた（鈴木 2008：45）。

このようにセリエ（Selye）自身が、全身適応症候群のメカニズムを説明するために、従来工学分野の用語であった「ストレス」という言葉を用いたことにその端緒がある。その後、この現象を指す用語として用いられるようになり、数多くの研究者の注目を浴び、ストレスという言葉は世界中に広がっていった（久保 2004：10）。

2. ストレッサーとストレス反応

久保は、ストレッサーとストレス反応についてボールを使って説明している。例えば、図 1 のように丸いボールを人間とすると、外から圧力が加わるとボールは歪みを生じる。このときの外からの圧力をストレッサー（stressor）とよび、ボールが歪んだ状態やそれを戻そうとする身体の働きをストレス反応（stress responses）とよんでいる（久保 2004：10-11）。

生体においても、外部からの力が加わると、生体内部にこれに抗する反発力が生まれ、両者の間に緊張状態が生じることになる。弱いストレッサーであれば生体もそれほど大きな力で応える必要はなく、ストレッサーが取り除かれれば、通常の状態に戻ることができる。問題となるのは生体が応えることのできない力が働いたときや持続的に力がかかり続けたときである。ただ、どの程度の力がどの位の時間関われば問題なのかは、個人のストレス耐性によって違ってくるといわれている（久保 2004：11-12）。

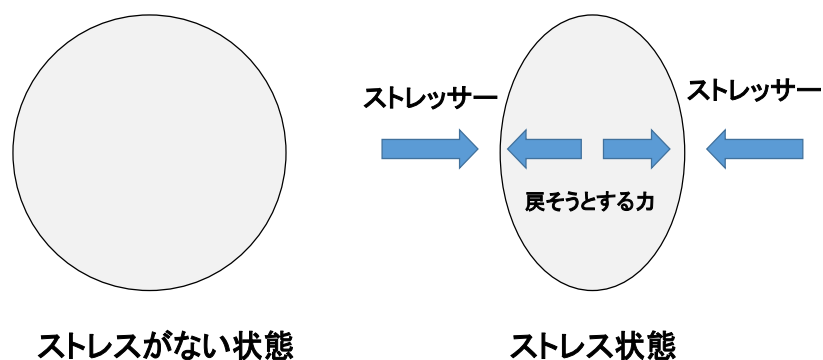


図 1 ストレッサーとストレス反応

出所：久保真人（2004）サイエンス社、p.11 より筆者が一部修正して作成

ストレスを引き起こす出来事は数えきれないほどある。表 1 に例として示す。

表 1 ストレッサーとなる出来事

多くの人に影響を与える大きな変動：戦争、原子力事故、地震など
個人の生活の中で起こる大きな変化：引っ越し、転職、結婚、友人の死、重い病気など
日常における不運やけんか：財布を失くす、交通渋滞、教授と口論など
短時間で経験する急性のもの：重要な就職面接に行く途中の交通渋滞など
長い間経験し続ける慢性のもの：不満足な結婚生活など
個人の中の矛盾した動機や欲求など

出所：Smith et al.,2003, Atkinson&Hilgard's Introduction to Psychology 14th Edition: 内山一成監訳(2005)、ヒルガードの心理学、ブレーン出版. p.643 より引用

ストレスと知覚される出来事の種類には、人間の経験の通常域を超えた心理的外傷となる出来事、制御ができない出来事、予測できない出来事、生活環境における重大な変化となる出来事、内的葛藤の限界に挑戦するような出来事などがある（Smith et al. 2003 邦訳 2005：643）。Smith et al. 2003 邦訳（2005）では、これらの出来事について文献を用いて以下のように説明している。

外傷的出来事（traumatic events）とは、最も明確なストレス源である。通常の人間の経験を超えた過度に危険な状況であり、地震、洪水のような自然災害、戦争・原子力事故のような人工災害、自動車事故や飛行機事故、強姦や殺人未遂のような身体的暴行などが挙げられる。ラザルスとフォルクマン（Lazarus & Folkman 1984）は、ある出来事がどの程度ストレスになるかは、どの程度対処できるものか、どの程度予測できるものかなど人によって異なっており、その出来事をストレスと感ずるかどうかは、それらの評価に関わっていることを示している。

制御可能性（controllability）とは、ある出来事を起こらないようにしたり、逆に起こしたりすることがどの程度できるかということである。これはストレスの大きさに対する認知に影響を与え、自分の力ではどうにも対処できないように見える出来事は、ストレスだと知覚される。例えば、解雇や重病などが挙げられる。また、予測可能性（predictability）とは、ある出来事が起こるかどうか、またいつ起こるのかを予測することができるかということである。これもストレスの認知に影響を与え、個人ではその発生を制御できなくても、予測できることでストレスを軽減することになる。例えば、消防士や救急治療室の医師など、職業の中には予測できない事態の連続であるような職種があり、それは大変なス

ストレスとなる。さらに、生活環境における重大な変化が、ストレスになるとされている。ホームズとレイ（Holmes & Rahe 1967）によると、人生の出来事は、最もストレスになることは配偶者の死であり、たいしてストレスにならないことは小さな違反行為であったことを示している。これまでの外側で起こる出来事以外に、自身の内的葛藤（internal conflicts）、つまり意識的、無意識的なものであったりする未解決な問題といった内的過程によってももたらされる。一般的に、容易に解決できない葛藤は、自律—依存、親密—孤独、協力—競争、衝動的表現—道徳的基準の4つがあり、これらの相反する動機にうまく折り合いをつけるために、かなりのストレスが生じるといわれている（Smith et al. 2003 邦訳 2005 : 643-647）。

3. ストレスに対する心理的反応

Smith et al. 2003 邦訳（2005）では、ストレスに対する心理的反応を挙げ、文献を用いて以下のように説明している。

ストレッサーに対する最も一般的な反応は不安である。人によっては、心的外傷後ストレス障害（post-traumatic stress disorder 以下 PTSD）という重い不安障害を発症する場合がある。PTSD は4つの症状からなり、日常生活からの重篤な解離、外傷的出来事を繰り返し再体験、睡眠障害・集中困難・過度の警戒心、生き残ったことに対する罪悪感である。PTSD は出来事のあと直ぐ発症する場合、何週間、何ヵ月、何年か経った後に、何らかのストレスから生じ、その後長い間続く場合がある。災害後、強姦の被害者、身体的暴力、戦争などといった心的外傷が PTSD の発症をもたらしている。ベトナム戦争の先住アメリカ人の復員兵の70%が、戦後何十年たっても、PTSD の症状を訴えていたという報告（Manson et al. 1996）もある（Smith et al. 2003 邦訳 2005 : 648-650）。

ストレスとなる状況に対するもう一つのよくある反応として、怒りを表し、攻撃的になる人もいる。子どもは、欲求不満を感じているとき、怒りっぽくなり攻撃性を見せるなど、目標に向かおうとする努力が妨害されると欲求不満の原因になっている対象や人を傷つける行動にでることがある。また、攻撃性とは、正反対の反応で、ひきこもりやアパシー（apathy）も、欲求不満に対する反応としてよくみられる。ストレスとなるような状態が続き、それに対してうまく対処できないと、アパシーは抑うつ的になる人もいる。自分には環境を制御することができないと思い込んで無気力、ひきこもり、活動力の低下をみせ

る学習性無力感に陥る人もいる。さらに、これまでの情動的反応のほかに、ストレスを経験すると、認知機能が障害され、明確に物事を考えることができなくなる人もいる。その結果、仕事が、とくに複雑な仕事だと、うまくこなすことができなくなってしまう。これはストレッサーに直面するときに頭の中で起こる混乱した思考が原因で生じるともいわれる (Smith et al. 2003 邦訳 2005 : 651-653)。

4. ストレスに対する生理的反応

Smith et al. 2003 邦訳 (2005) では、ストレスに対する生理的反応を挙げ、文献を用いて以下のように説明している。

身体は、ストレスを経験すると、交感神経の働きで、動悸と血圧の上昇、瞳孔が広がり、肝臓から糖分が分泌される。副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) が分泌され、血液中のコルチゾールの濃度が高くなる。こうした反応はストレスに対して生体が示す一連の反応である全身適応症候群の一部である。心理生理的障害は、情動が重要な役割を果たしていると考えられている。冠状動脈性心臓疾患 (coronary heart disease 以下 CHD) は、ストレスの高い仕事に就く人、特に仕事内容がきつくストレスによって引き起こされる自分の力で殆ど制御できないような仕事に就く人は、CHD にかかる危険性が高くなる (Schneiderman et al. 2001) と示されている。また、免疫系では、多くの研究は、ストレスが身体を守る免疫系の能力に何らかの影響を与えることを検証している。ストレスと風邪との影響を調べた研究 (Cohen et al. 1991) ではウイルスにさらされた人の殆どが感染の何らかの兆候を示し、その 3 分の 1 が風邪を発症していたと報告されている。また、ストレスを感じると、喫煙、アルコールの多量摂取、食事を抜くなど健康的な行動をとらなくなり、その結果、病気になることがある (Smith et al. 2003 邦訳 2005 : 658-663)。

第 3 節 ストレス研究の変遷

ストレス研究は、大きく分けると生理学と心理学という 2 つを柱に発展してきている。ストレスを理解するための研究は、セリエ (H.Selye 1907-1982) とキャノン (W.Cannon 1871-1945) のような生理的アプローチから心理学的アプローチへと移行し、それぞれが独立した方法で発展してきた (Cooper & Dere 2004 邦訳 2006 : 40-41)。

1. 生理的アプローチ

1865年にベルナール (C.Bernard 1813-1878) は、さまざまな環境変化に対して、生体の内部を一定に保つ機能が備わっていること「内部環境 (milieu intee' rieur) の恒常性」を報告し、内部環境が一定に保たれることが生命維持に重要であることを指摘した (久住 2008 : 17)。

その後、1932年にキャノン (W.Cannon 1871-1945) は、内部環境はそれほど一定のものではなく、ある範囲内で変動すると考え、生体が外部環境から独立して、内部環境をある範囲内に維持するメカニズムをホメオスタシス (homeostasis ; 生体恒常性) と名付けた。そこで緊急時における身体反応には交感神経—アドレナリン系が大きく関与していることを提示した。このことから、体液量、血統量、酸素の供給量、体温などを一定に保とうとする恒常性維持の機構は、さまざまなストレスから心身を守る役割があることが知られるようになった (久住 2008 : 17-18、45)。

そして、ストレス学説を提唱したセリエ (H.Selye 1907-1982) は、1936年に動物の実験によって、外的侵襲に対する生体防衛のメカニズムを発表した。この中で副腎皮質の肥大、全身リンパ腺・胸腺の萎縮、胃・十二指腸の出血性潰瘍の三反応が、生体にとって害のある外的刺激が加えられると起こる身体反応であることを報告した。これを全身適応症候群 (general adaptation syndrome) とよんでいる (久住 2008 : 18)。また、セリエ (Selye) は、ストレッサーに反応して起こす身体変化を3つの時期に分けている (図2)。はじめは警告期 (alarm) で、身体は交感神経系の活動を活発化して脅威に立ち向かおうとする。第二段階の抵抗期 (resistance) では、生体はその場から逃げるか、戦うかのどちらかの方法で脅威に対処しようとする。第三段階の疲憊期 (exhaustion) では、疲れきって生体はもはや脅威と戦うこともできなくなり、身体的資源をすべて枯渇させてしまうことになる (Smith et al. 2003 邦訳 2005 : 654) としている。

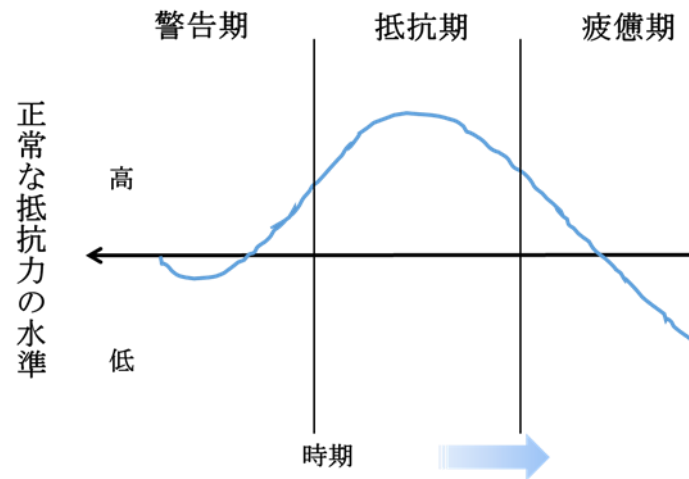


図 2 汎適応症候群の生起プロセス

出所: Smith et al., 2003, Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology 14th Edition:
内山一成監訳 (2005)、ヒルガードの心理学、ブレーン出版. p.656 より引用

キャノン (Cannon) やセリエ (Selye) らの研究者による研究は 80 年にも及んでいる。ストレスを理解するための生理学的アプローチは、ストレス研究に対して多大なる影響を与えたといわれている (Cooper & Dewe 2004 邦訳 2006 : 40)。

2. 心理学的アプローチ

ストレスの認知やストレス反応の個人差の理解において、ラザルス (Lazarus 1966) は「離婚・試験・昇進などの個人に重荷を合わせるような出来事をその個人がどう評定するかが問題であって、負担であると評定されたときに心理的ストレスとなるとした。さらにそのストレスに適切に対処して不安などが処理されれば健康に問題は起こらず、対処 (コーピング : coping) に失敗したときに慢性的なストレス状態となって健康状態に影響を及ぼす²⁾」(鈴木 2008 : 57) としている。

ホームズとレイ (Holmes & Rahe 1967) は、生活上の変化がストレスとして経験されるとして、人生の変化の衝撃を測定しようと試みて生活上の出来事尺度を開発している(表 2)。人生の出来事で最もストレスになることから順に順位づけしている。殆どの研究では、望ましくない出来事のほうが好ましい出来事よりも、心理的身体的健康に大きな影響を与えていることを示している。だが、マスダとホームズ (Masuda & Holmes 1978) は出来事の影響の受け方は、人によって大きな違いがあり、その要因には、年齢や文化的背景があることを示している。

表 2 生活上の出来事尺度 (Holmes & Rahe (1967) の社会再適応評定尺度)

生活上の出来事	重みづけ得点	生活上の出来事	重みづけ得点
配偶者の死	100	仕事における責任の変化	29
離婚	73	子どもたちの独立による別居	29
別居	65	義理の家族のもめごと	29
服役	63	業績を上げること	28
親族の死	63	妻が仕事を始めたり、やめたりすること	26
自分のけがや病気	53	学校は始まるか、あるいは学校が終わること	26
結婚	50	暮らしぶりの変化	25
失業	47	個人的習慣の修正	24
夫婦関係の和解	45	上司とのもめごと	23
退職	45	転居	20
家族の健康状態の変化	44	転校	20
妊娠	40	余暇の変化	19
性的関係の問題	39	教会活動における変化	19
新しい家族の誕生	39	社会活動における変化	18
仕事上の再適応	39	睡眠習慣の変化	16
経済状況の変化	38	食習慣の変化	15
親友の死	37	休暇	13
配置転換	36	クリスマス	12
抵当の請け戻し権の喪失	30	軽犯罪法違反	11

出所: Smith et al., 2003, Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology 14th Edition: 内山一成監訳 (2005)、ヒルガードの心理学、ブレーン出版. p.646 より引用

さらにその後、ストレスをセルフコントロールする環境変化の方向性と、個人がもつストレスの耐性について議論が行われた。ラザルスと共同研究者 (Lazarus et al. 1985) らは、ストレッサーの測定には日常生活に起こる悪い出来事のみ絞ることを提唱し、腹が立つ、葛藤があるなどの出来事をハッスルズ (Hassles) とよび、ハッスル尺度 (Hassles Scale) を作成した。現在ではハッスルズをライフストレスと同義語として扱うことが多くなっている (久住 2008:22)。

このようなラザウス (Lazarus) と共同研究者らが評定とコーピング、感情において産出した研究は今もストレス研究の中心を占めている (Cooper & Dewe 2004 邦訳 2006:97)。

以上、ストレスを理解するために、どのような研究がされているかを概観した。近年では、脳科学の進展に伴い、ストレスの脳機能に及ぼす影響としてうつ状態の関与も研究が進められている。また、コンピュータによる情報の量と質の増大によってテクノストレスが浮上し、健康への影響が指摘されるなど、ストレスに対するアプローチの範囲は広がってきている。久住 (2008:24) は、現代社会は、少子化や高齢化など未経験な社会環境の出現など、環境の激しい変化が起こり、生体内のストレスに対応するシステムが有効に動

かなくなっており、予測不可能の変化が脅威となって、生きる上での適応能力をはるかに超えてしまっていると述べている。

このように「ストレス社会」といえる社会背景の中で、ストレス研究はますます広がりを見せていくと思われる。久保（2004：5）は、バーンアウトが、ストレスという医学、労働科学、心理学といった広大な学問的裾野をもつ研究分野の一端に位置づけられるものであることを理解する必要性を述べており、ストレスの知識を得てバーンアウト研究をすすめていくことが重要であると考えられる。

第4節 バーンアウトの概念

「バーンアウト (burnout)」という言葉は、広辞苑（2008：2213）では、仕事などに打ち込みすぎ極度に疲労し、無気力な状態に陥ること⇒燃え尽き症候群。と意味する。また、同辞書（2008：2779）によると、「燃え尽き症候群 (burnout syndrome)」という言葉は、仕事・学習などに熱心に打ち込んだ後、突然、意欲の喪失、無気力、無感動、自責の念にかられるなどの症状を呈すること。を意味する言葉である。

バーンアウトという概念は、これまでバーンアウト研究において、どのように捉えられてきたのか、バーンアウトの定義から見ていく。

バーンアウトという言葉は、1960年代では、慢性麻薬中毒状態を表す“burnout” on drugsのように通俗的に用いられてきた（宗像 1988）。しかし、今日用いられているバーンアウトという概念を、初めて学術論文で取り上げたのは米国のフロイデンバーガー（Freudenberger 1974）である。彼は、保健施設で意欲的・献身的に仕事に打ち込む多くの医療従事者が、極度の情緒的消耗感、身体的疲労、怒りっぽさや苛立ちやすさなどの行動変化に見舞われることに注目した。そうした状態を「バーンアウト」とよび、問題提起した。フロイデンバーガー（Freudenberger）は、バーンアウトを「エネルギー、力、あるいは資源を使い果たした結果、衰え、疲れ果て、消耗してしまった状態」と定義している。

その後、マスラック（Maslach 1976）によると「長期間にわたり人に援助する過程で、心的エネルギーが絶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主とする症候群であり、卑下、仕事嫌悪、関心や思いやりの喪失等を伴う状態」とであるとされている。この概念を基盤にして多様な研究が行われている。

また、パインズとアロンソン（Pines & Aronson 1977）によると「無力感や絶望感、情

緒的緊張、否定的自己概念、仕事や人生あるいは周囲の人々に対する否定的態度により特徴付けられる身体的疲弊」と定義しており、調査研究等を通して、バーンアウト状態を身体的、心理的、精神的疲弊と捉えている。

久保・田尾（1994）は、ストレスとの関係の研究において、バーンアウトとは「過度で持続的なストレスに対処できずに、張りつめていた緊張が緩み、意欲や野心が急速に衰えたり、乏しくなったときに表出される心身の症状」とされ、今まで元気に働いていた人が、突然、燃え尽きたように働かなくなる、あるいは、急にやめてしまうことがあり、これがバーンアウトであるとしている。燃え尽き症候群と訳されることもある。

これらの定義には、それぞれ微妙な相違が見られているが、「人に援助する過程」、「心的エネルギー」、「心身の疲労と感情の枯渇」、「メンタルヘルス」というのが、「バーンアウト」の重要な鍵となる概念としてコンセンサスが得られている（稲岡 1995：23）。

このように、バーンアウトの概念だけでも、研究者によって様々に定義付けを行い、研究している。バーンアウト概念は、心理臨床分野で急速に普及していき、バーンアウトという言葉は、ヒューマン・サービス職に携わっている人の中で頻繁に使われている。また、現在では経営学分野でもしばしば見かける用語となっている。

第5節 バーンアウト研究の変遷

1. ヒューマン・サービスとバーンアウト

ヒューマン・サービスとは、顧客にサービスを提供する職務としている職業の総称であり、代表的なものとして、看護師、介護員、教員、ソーシャル・ワーカーなどがあげられる。このヒューマン・サービス従事者の間で、今まで普通に働いてきた人が、急にバーンアウト傾向に陥り、仕事に対する意欲を失い、休職あるいは離職に至ってしまう人が多発していることが問題になっている。

バーンアウトという現象が多く研究者に取り上げられるようになったのは、フロイデンバーガー (Freudenberger 1974) が医療従事者のバーンアウト現象を問題提起した 1970 年代中期以降のことである。

日本においては 1980 年代になって、医療従事者、特に様々な場において働く看護職者のバーンアウト研究が多く取り上げられるようになった（南 1988）。田尾は、バーンアウト

トが注目されるようになった理由として、近年における社会的ニーズの劇的な変化による
ところが多いことを指摘している。それは、人々の関心が医療や福祉、教育などヒュー
マン・サービスの充実拡大に向かったことに伴い、ヒューマン・サービス従業者が飛躍的
に増加したことと、バーンアウトが多発したことにより社会的に関心が向けられたことを
挙げている（田尾 1989a）。

さらに、久保は、この社会的背景について、チェルニス（Cherniss 1980）が、社会に
おける個人主義の浸透を指摘していることに言及している。そこでは核家族化や親類、友
人などまわりの人間関係が希薄になっていく中で、生活上の支援を、専門家であるヒュー
マン・サービス従業者に依存する人々が増加し、急激な需要の拡大に、サービス従業者が
過重な負担に耐えきれず、ストレスを訴えるようになったのである。それは、日本におい
ても、事情は同じであり、見方を変えれば、個人主義という社会の変化が、ヒューマン・
サービスという職種の社会的重要性を高め、人々の関心が向き始めたことを挙げている（久
保 2007）。

2. バーンアウトの症状

バーンアウトはストレスの結果として理解するとき、どのような症状をいうのか理解す
る必要がある。田尾ら（田尾・久保 1996）は、バーンアウトの症状を 5 つ挙げ、文献を
用いて以下のように説明している。

1) 消耗感

バーンアウトの中で、最も典型的な症状は疲労と消耗感である。マスラックとジャクソ
ン（Maslach & Jackson 1981）によって、バーンアウトの尺度化（Maslach Burnout
Inventory 以下 MBI）を試みている。そのなかで第一に挙げられたのは情緒的な消耗感
（emotional exhaustion）である。これは、仕事によって伸びきった、あるいは、疲れ果
てたという感情であり、バーンアウトの主要な要素である。MBI 尺度については第 4 章で
詳述する。パインズら（Pines et al. 1981）のバーンアウト尺度（Burnout Index 以下 BI）
も、疲労感を重視している。身体的疲労感、情緒的疲労感、精神的疲労感のそれぞれの下
位尺度からなっている。MBI 尺度の消耗感をさらに下位尺度に細分していると考えられ
ることができる。しかし、これは単純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多く含んでいる。ファースら（Firth et al. 1986）によ

れば、うつ症状に似ているとされる。また、ブラムホールとエゼル（Bramhall & Ezell 1981）によれば、これまで元気に戦ってきた兵士が、これ以上前に歩けない、立ち上がれないという気分であり、体もいうことをきかない状態であるとしている（田尾・久保 1996：19-20）。

2) 消極的な見方

立ち上がれないという気分は、クライアントに対して消極的な対応を示すことになる。本来クライアントの福利向上を促進する仕事であるが、それに及び腰になったり、後ろ向きの姿勢をとったりするようになる。MBI 尺度では、消耗感に次いで、脱人格化（depersonalization）を挙げている。世話やサービスを受ける人たちに対する無情な、あるいは人間性を欠くような感情や行動である。ガーデン（Garden 1987）は、脱人格化を遠慮（distancing）、敵意（hostility）、無関心（unconcern）、拒否（rejection）の成分からなるとしている。いずれもクライアントと距離をおく姿勢であり、接触しないような態度を発達させるようなことである。ジンバルド（Zimbardo 1970）の自己防衛のための脱人格化（dehumanization in self-defense）も同様のことであり、消耗から身を守るための対応を示すようになる。パインズとマスラック（Pines & Maslach 1978）のいう知性化（intellectualization）は、消耗の挙句、難しい用語を振り回して患者に理解させないような態度をとるといった、知的であることを装ってクライアントから距離をおくような姿勢をとる。また、ブラムホールとエゼル（Bramhall & Ezell 1981）の隔離の意味論（semantics of detachment）も、クライアントのそれぞれ独自にして欲しいと願っているものを識別しようという意味が妨げられ、人間性を無視したり、人格に敬意を払わず大切に扱わなくなることを示している（田尾・久保 1996：20-22）。

3) 固執的態度

バーンアウトがすすむと、真面目に、真剣にクライアントに接しようとはしない行為を、独自の価値観や態度によって正当化するようになる。クライアントに対する消極的な行動は、職業的倫理に反することになり、認知的な不協和を生み出すことになる。この不快な状態を解消するためにも、そのような態度はやむを得ない、あるいは当然のこととして合理化しなければならない。柔軟に考えられなくなり、後ろ向きの姿勢になって、自分が悪いのではなくクライアントが悪いと考えるようになる。チャーニス（Cherniss 1980）は、過剰なストレスに対処できなくなると、情動的無関心（emotional detachment）などを特徴とする負の態度変化（negative attitude change）があると指摘している。マチングリ

(Mattingly 1977) によれば、スケジュールへの過度の執着や、変革への後ろ向きの構えをとるようになる。パインズとマスラック (Pines & Maslach 1978) は、他のスタッフへの依存が強くなることを示している (田尾・久保 1996 : 22-23)。

4) 個人的達成感 (personal accomplishment) の後退

個人的達成感とは、すべきことを成し遂げたいという気分であり、達成の充実感に浸る気分である。バーンアウトを経験している人ほど、この気分が実感できず、達成感が後退することになる。そして、サービスの適切さを欠くようになれば、成果は落ち込み、達成感は遠のくことになる。達成感の後退は、バーンアウトの症状というよりも結果という指摘もある (Leiter & Maslach 1988)。マイヤー (Meier 1983) は、効力感がバーンアウトの発症に関連していることを示している。例えば、成功すれば、患者が頑張ったからということで格別の賞賛は得られないが失敗すれば責任が問われることになる。マチングリ (Mattingly 1977) によれば、成功体験が少なくなれば、自分への不信または疑念がさらに大きくなり、消耗の気分を一層強化することを示している (田尾・久保 1996 : 23-24)。

5) 行動異常

理想主義的な理念と、行動の実際が矛盾を来し、何をどのようにすればよいのかが分からなくなる。そしてサービスの提供者として望ましい行動の枠組みを見失いバランスを欠いた行動がみられるようになる。フロイデンバーガー (Freudenberger 1975) は、急に黙り込む、怒りっぽくなるなど、行動の不安定を指摘している。マチングリ (Mattingly 1977) も、少しのことでイライラするなど、外界の刺激に対して過敏になるなどを挙げている。ジャクソンら (Jackson et al. 1986) は、バーンアウトは転職意思と密接に関係があることを示している (田尾・久保 1996 : 24)。

これらの症状が、同時に多発的におきればバーンアウトは重症ということになる。しかし、人によっては気分を消耗させただけの人、クライアントに接するのがおっくうになっている人など、その程度と進行具合によって、バーンアウトの状態は大いに個人差があると考えなければならないのである (久保・田尾 1991)。

3. バーンアウトの実証研究の変遷

バーンアウトの実証研究は、バーンアウトという状態をいかにして測定するかということに主流がおかれ、バーンアウトを定義する取り組みと共に、バーンアウト尺度の研究か

ら始まった。そして尺度化の過程のなかで、概念の明確化と既存の概念との差別化について検討が重ねられていくことになる（久保 2004：23）。バーンアウトの概念における変遷について、バーンアウトの測定に関する先行研究を紐解くことでレビューしていく。

1) マスラック・バーンアウト尺度（MBI）

バーンアウトの測定については、マスラック（Maslach）を中心とした研究グループにより開発されたマスラック・バーンアウト尺度（Maslach Burnout Inventory 以下 MBI）（Maslach & Jackson 1982）は、数多くの研究者に採用され研究事例も蓄積されてきている（久保 2004：24）。MBI は情緒的消耗感（emotional exhaustion）、脱人格化（depersonalization）、個人的達成感（personal accomplishment）の低下の 3 つの下位尺度からなり、22 項目で構成されている。回答者は、各項目に示されているような気持ちを、どの程度の頻度で経験したことがあるかを 7 段階で答える自己記入式の測定尺度である。

「情緒的消耗感」とは、仕事を通じて、情緒的に力を出し尽くし、消耗してしまった状態とされ、「脱人格化」とは、サービスの受け手に対する無情で非人間的な対応であり、「個人的達成感」とは、ヒューマン・サービスの職務に関わる有能感、達成感を意味している。

MBI の信頼性に関しては、3 因子の再現性について多くの研究が行われてきた。3 因子を支持する研究はフィミアンとブラントン（Fimian & Blanton 1987）、ピースとモロイ（Piere & Molloy 1989）など多数みられる。3 因子の関係について、ジャクソンとシュラー（Jackson & Schuler 1983）、レイタとマスラック（Leiter & Maslach 1988）などは、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の 3 因子を質的に異なるものとして区別している。その関係は情緒的消耗感をバーンアウトの主症状として、脱人格化と個人的達成感の後退は、バーンアウトの周辺的な特性にすぎないとし、順序性を重視した考えを主張している。さらに、ゴレンビュースキーら（Golembiewski et al. 1983）は、バーンアウトが MBI の 3 因子が相互の関連性をもち、段階的に軽症から重症化へと進行性モデルを提唱している（表 3）

表 3 ゴレンビュースキーの 8 段階モデル

段 階	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
脱 人 格 化	低	高	低	高	低	高	低	高
個 人 的 達 成 感	低	低	高	高	低	低	高	高
情 緒 的 消 耗 感	低	低	低	低	高	高	高	高

出所：田尾雅夫、久保真人：バーンアウトの理論と実際、誠信書房、p.37, 1996 より引用

モデルで示した 8 段階すべての状態を経験するのではなく、基本的には慢性型と急性型の 2 つの経路がある。慢性型は、まず脱人格化が生じ、それに伴って個人的達成感の後退が起こり、情緒的消耗感を感じるに至る。それに対して急性型は、いきなり情緒的消耗感を感じ、最終的な状態に至ることを主張している。

これらの研究以外でも、3 因子の独立性について疑問を呈する研究もある。ブルーキングスら (Brookings et al. 1985) は、医療サービスに従事している女性を対象に調査を行った結果、情緒的消耗感と脱人格化は 1 つの因子として抽出され、個人的達成感の低下は別の因子として抽出された。これによって、情緒的消耗感と脱人格化は職場環境がストレッサーとなって生起するストレインであるのに対し、個人的達成感の低下はクライアントとのサービス関係の中から喚起される感情であるとしている (田尾・久保 1996 : 32)。わが国においても、田尾 (1987、1989b) が MBI を翻訳改訂した尺度を用いた結果、ブルーキングスらの主張を支持するものであった。

さらに、ガインズとジェルミア (Gaines & Jermier 1983) は、情緒的消耗感が、バーンアウトの本質であり、バーンアウトの測定においては、情緒的消耗感の項目だけで十分であると主張している。また、コースケとコースケ (Koeske & Koeske 1989) は、他の 2 因子はバーンアウトに含まれるのではなく、そこから派生する付加的な結果であるとし、MBI の 3 尺度をその因子性により一つの連鎖のなかに位置づけた。1993 年には情緒的消耗感のみによるストレス・ストレイン・アウトカム (Stress Strain Outcome 以下 SSO)

(Koeske & Koeske 1993) モデルを提示している。モデルはストレッサーからストレスが生じて、それがストレン (情緒的消耗感) となり、職務への否定的な態度 (離職意思や脱人格化的行動など) が発現する。個人的達成感はストレスとストレンの媒介要因として扱われている。つまり個人的達成感を感じている人は、バーンアウトのリスクが軽減されることになる。

現在も、研究者により MBI の 3 因子構造の再現性、尺度の信頼性について検討されている。一般的には、情緒的消耗感をバーンアウトの主症状であると考えるのが、バーンアウトに関わる研究者の一致した見方である (久保 2004 : 26)。

2) バーンアウト・メジャー (BM)

MBI 尺度に次いで使用頻度の高いバーンアウト尺度は、パインズとアロンソン (Pines & Aronson 1988) によって開発されたバーンアウト・メジャー (the Burnout Measure 以下 BM) である。BM は消耗感を基調とした 21 項目からなる単次元の尺度で構成されてい

る。自己記入式の尺度で、各項目に示されているような気持ちを、どの程度の頻度で経験したことがあるかを 7 段階で答える自己記入式の測定尺度である。それらの合計点をバーンアウトの程度とする尺度である。各項目は身体的消耗感 (physical exhaustion)、情緒的消耗感 (emotional exhaustion)、精神的消耗感 (mental exhaustion) の 3 つの下位尺度からなっている。信頼性、妥当性については検証されている。しかし、コーコラン (Corcoran 1986)、エンツマン (Enzmann 1998) など、パインズらの提唱する 3 因子構造とは異なる研究結果が報告されていることから、信頼性、妥当性の検証が終わっているとは言い難いと考えられている。わが国では、1983 年に稲岡 (1988) が日本版に邦訳した尺度が、多くの研究者に採用されている。

MBI と BM の比較研究において、MBI の情緒的消耗感と BM は高い相関関係が見出されていることから、田尾らは、MBI はバーンアウトを、ヒューマン・サービス従事者の特異な状況と密接に関連した脱人格化と個人的達成感の低下を考慮しているため、実用性が高いと考えられるが、消耗感は、バーンアウトの中核をなすという概念の精密化ということで BM を捉えることもできると述べている (田尾・久保 1996 : 39-40)。

3) (日本版) バーンアウト尺度

日本では、久保と田尾が (日本版) バーンアウト尺度を作成している。この尺度は、田尾 (1987) が MBI を参考に、わが国のヒューマン・サービスの現場に適合するように新たに作成した 20 項目を基に、その後の研究 (久保 1998、久保 1999) のなかで、追加、削除を行い 17 項目にまとめたものである。尺度も MBI と同様、情緒的消耗感 (emotional exhaustion)、脱人格化 (depersonalization)、個人的達成感 (personal accomplishment) の低下の 3 つの下位尺度からなる。

信頼性、妥当性の検証において、久保 (1998、1999) の調査データでは、看護師に限って言えば、3 因子の再現性が高いことが示されている。また、看護師を対象とした調査 (岡田・河野 2000、河野 2000) でも、3 因子構造が報告されている。しかし、教師を対象とした研究 (伊藤 2000) では、情緒的消耗感と脱人格化が 1 つの因子を形成し、個人的達成感の低下が独立した 2 因子構造が報告されているなど、信頼性、妥当性については研究が蓄積されているところである。また、(日本版) バーンアウト尺度を用いて、バーンアウトとストレスの関連について分析を行った結果、情緒的消耗感と脱人格化はストレスとの関連が強かったが、個人的達成感の低下との関連は弱いという傾向が認められている (久保 2004 : 80-81)。MBI の因子構造を検討した多くの研究が示すように、情緒的

消耗感と脱人格化は1つの因子を形成する傾向があり、個人的達成感の低下は独立した因子であるという見解を支持していた。

このように、1970年代半ば米国で、医療、福祉の現場に携わる対人専門職の間の燃え尽き現象が話題にされ始めて以来、今日まで、大きな社会問題として様々な調査研究がなされてきた。日本でも、1980年代に入って、医療従事者、特に看護職者の燃え尽き現象が研究されるようになった（稲岡・松野ほか 1984、中村・稲岡 1985、斉藤・稲岡 1985、久保・田尾 1994）。ヒューマン・サービスの領域において、看護職者のような職場では、人間としての優しさと専門職従事者としての厳格さが同時に求められる。つまり感受性と技術的卓越性（Lemkau et al. 1987）、知性と情動性（Rapoport 1960）といった異なるメンタリティを両立させなければならない。このような環境要因を加味すると、バーンアウトの独自の研究領域の存在が認められるのである。実証的なバーンアウト研究は、研究者のバーンアウトの操作的定義に基づいて、研究目的や対象者などにより、これらのバーンアウト尺度が利用されている。

第2章の注

- 1 全身適応症候群は、「一般適応症候群」、「汎適応症候群」と表すこともある。
- 2 鈴木（2008）ストレスと生理学的基礎—ストレスとホメオスタシスの項で邦訳（鈴木）されたものである。

引用文献

- Brookings, J.B., B. Bolton, C.E. Brown, & A. McEvoy, (1985) Self-reported job burnout among female human service professionals. *Journal of Occupational Behavior*, 6: 143-150.
- Bramhall, M., & S. Ezzamel, (1981) How burned out are you? *Public Welfare*, 39: 23-27.
- Cherniss, C. (1980) *Professional Burnout in Human Service Organizations*. New York: Praeger.
- Cooper, C.L., & P. Dewe, 2004. *Stress-A Brief History, First Edition*: 大塚泰正・岩崎健二・高橋修・京谷美奈子・鈴木綾子 訳（2006）ストレスの心理学—その歴史と展望、北大路書房.
- Corcoran, K.J. (1986) Measuring burnout: A reliability and convergent validity study.

- Journal of Social Behavior and Personality*,1:107-112.
- Cohen,S., D.A.J.Tyrrell, & A.P.Smith, (1991) .Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine*, 325: 606-612.
- Enzmann,D., W.B.Schaufeli, P.Janssen,&A.Rozeman,(1998) Dimensionality and validity of the Burnout Measure.*Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71:331-351.
- Fimian,M.J., & L.P.Blanton, (1987) Stress,burnout,and role problems among teacher trainees and first-year teachers.*Journal of Occupational Behaviour* ,8:157-165.
- Firth,H., J.McIntee, P.McKeown, & P.Britten, (1986) Burnout and professional depression:Related concepts? *Journal of Advanced Nursing*, 11: 633-641.
- Freudenberger,H.J. (1974) Staff burnout.*Journal of Social Issues*,30:159-165.
- Freudenberger,H.J. (1975) The staff burn-out syndrome in alternative institutions.*psychotherapy:Theory,Research and Practice*,12:73-82.
- Gaines,J., & J.M.Jermier, (1983) Emotional exhaustion in high stress organization. *Academy of Management Journal*,26:567-586.
- Garden,A.M. (1987) Depersonalization: A valid dimension of burnout? *Human Relations*, 40:545-560.
- Golembiewski,R.T., R.Munzenrider, & D.Carter, (1983) Phase of progressive burnout and their work-site covariants.*Journal of Applied Behavioral Science*,13:461-482.
- 伊藤美奈子 (2000) 教師のバーンアウト傾向を規定する諸要因に関する探索的研究—経験年数、教育観タイプに注目して、教育心理学研究、48 : 12-20.
- 稲岡文昭・松野かほる・宮里和子 (1984) 看護職にみられる Burnout とその要因に関する研究、看護、36 (4) : 81-104.
- 稲岡文昭 (1988) Burnout 現象と Burnout スケールについて、看護研究、21 (2) : 27-35.
- 稲岡文昭 (1995) 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、日看護協会出版会.
- Holmes,T.H., & R.H.Rahe,(1967) .The social readjustment rating scale.*Journal of Psychosomatic Research*,11:213-218.
- Jackson,S.E., & R.S.Schuler, (1983) Preventing employee burnout.*Personnel* :58-68.
- Jackson,S.E., R.L.Schwab, & R.S.Schuler, (1986) Toward an understanding of the

- burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 71: 630-640.
- 河野由美 (2000) 看護婦のバーンアウトと宗教観に関する計量的研究、飯田短期大学看護学科年報、3 : 25-35.
- 広辞苑 (2008) 第 6 版、岩波書店.
- Koeske, G.F., & R.D.Koeske, (1989) Construct validity of the Maslach Burnout Inventory: A critical review and reconceptualization. *Journal of Applied Behavioral Science*, 25:131-144.
- Koeske, G.F., & R.D.Koeske, (1993) A preliminary test of a stress-strain outcome model for reconceptualizing the burnout phenomenon. *Journal of Social Service Research*, 17:107-135.
- 久住眞理 (2008) ストレスと健康—統合的考察：久住眞理 (監著) ストレスと健康、人間総合科学大学.
- 久保真人・田尾雅夫 (1991) バーンアウト—概念と症状、因果関係について、心理学評論、34 (3) : 412-431.
- 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 (1) : 33-43.
- 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 (1999) ヒューマン・サービス従事者におけるバーンアウトとソーシャル・サポートとの関係、大阪教育大学紀要 (第IV部門)、48 : 139-147.
- 久保真人 (2004) バーンアウトの心理学、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、558 : 54-64.
- Lazarus, R.S. (1966) *Psychological stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Lazarus, R.S., & S.Folkman, (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S., A.Delongis, S.Folkman, & R.Gruen, (1985) Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40:770-779.
- Leiter, M.P., & C.Maslach, (1988) The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9:297-308.

- Lemkau, J.P., J.P. Rafferty, R.R. Purdy, & J.R. Rudisill, (1987) Sex role stress and job burnout among family practice physicians. *Journal of Vocational Behavior*, 31: 81-90.
- Manson, S., J. Beals, T. O'neil, J. Plaseck, D. Bechtold, E. Keane, & M. Jones, (1996) Wounded spirits, ailing hearts: PTSD and related disorders among American Indians. In A.J. Marseella, M.J. Friedman, E.T. Gerrity, & R.M. Scurfield (Eds.), *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder*. 255-283. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Maslach, C. (1976) Burned-out, *Human behavior*, 5: 16-22.
- Masuda, M., & T.H. Holmes, (1978) Life events: Perceptions and frequencies. *Psychosomatic Medicine*, 40: 236-261.
- Maslach, C., & S.E. Jackson, (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2: 99-113.
- Maslach, C., & S.E. Jackson, (1982) *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Mattingly, M.A. (1977) Sources of stress and burn-out in professional child care work. *Child Care Quarterly*, 6: 127-137.
- Meier, S.T. (1983) Toward a theory of burnout. *Human Relations*, 36: 899-910.
- 南裕子 (1988) 燃え尽き現象の精神看護学的推論、看護研究、21 (2) : 12-19.
- 宗像恒次 (1988) 燃えつき現象研究の今日的意義、看護研究、21 (2) : 2-11.
- 中村久美子・稲岡文昭 (1985) 看護婦にみられる Burn Out とエゴグラムに示される個人特性との関連、第 16 回日本看護学会集録 看護管理 : 17-20.
- 岡田千夏・河野由美 (2000) 看護婦のバーンアウトと仕事ストレスに関する研究、飯田短期大学看護学科年報、3 : 133-147.
- 斉藤千里・稲岡文昭 (1985) ICU の職場環境と看護婦の健康状態の関連についての検討、第 16 回日本看護学会集録 看護管理 : 20-23.
- Pines, A.M., & E. Aronson, (1977) *Burnout: From tedium to personal growth*, New York : Free Press.
- Pines, A., & C. Maslach, (1978) Characteristics of staff burn-out in mental health settings. *Hospital and Community Psychiatry*, 29: 233-237.
- Pines, A., E. Aronson, & D. Kafry, (1981) *Burnout: From Tedium to personal growth*. Free

- Press.
- Pines,A., & E.Aronson, (1988) *Career Burnout :Causes and Cures*.2 nd ed.Free Press.
- Pierce,C.M.B., & G.N.Molloy, (1989) The construct validity of the Maslach Burnout Inventory:Some data from down under,*psychological Reports* ,65:1340-1342.
- Rapoport,L. (1960) In defense of social work:An examination of stress in the profession. *Social Service Review*,34: 62-74.
- 田尾雅夫・久保真人 (1996) バーンアウトの理論と実際、誠信書房.
- 田尾雅夫 (1987) ヒューマン・サービスにおけるバーンアウトの理論と測定、京都府立大学学術報告書、40 : 101-123.
- 田尾雅夫 (1989a) バーンアウトーヒューマン・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) : 91-97.
- 田尾雅夫 (1989b) ヒューマン・サービスにおける二律背反ーバーンアウトの捉え方、看護展望、14 : 786-787.
- 鈴木はる江 (2008) ストレスの生理学的基礎ーストレスとホメオスタシス : 久住眞理 (監著) ストレスと健康、人間総合科学大学.
- Smith,E.E., S.Nolen-Hoeksema, B.L.Fredrickson, & G.R.Loftus,2003,*Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology 14th Edition* : 内山一成 監訳 (2005) ヒルガードの心理学、ブレーン出版.
- Schneiderman,N., M.H.Antoni, P.G.Saab, & G.Ironson, (2001) .Health psychology: Psychosocial and biobehavioral aspects of chronic disease management.*Annual Reviews of Psychology*,52:555-580.
- Zimbardo,P.G. (1970) The human choice: Individuation, reason, and order versus deindividuation, impulse, and chaos. In W. J. Arnold & D. Levine (Eds) *Nebraska Symposium on motivation* 1969. Lincoln University of Nebraska Press.

第3章 新人看護職者におけるバーンアウトの実態と看護療法の効果に関する基礎的研究

本章は、4章以降に展開される看護職者におけるバーンアウトの実証研究に対する予備的位置付けとなる研究が集められている。つまり、本章における目的は、入職1年未満の新人看護職者に焦点化したバーンアウトを扱う内容となっている。

第1節 はじめに

筆者は、2008年にA県内の3つの一般病院に勤務する看護職者1,064名を対象に質問紙調査で得られた758名のデータを基に、看護職者の職務満足及びバーンアウトの視点から、職務継続支援の在り方について研究を継続してきた。そこでは、経験年数を1年未満（新人）、4年以下（一人前）、5年～14年目（中堅）、15年目以上（中高年）として層別による分析を行った（加藤・込田ほか 2009、加藤・尾崎 2010a、加藤・尾崎 2010b、加藤・尾崎 2011a、加藤・尾崎 2011b）。職務満足度と仕事に対する認識では、共通した知見は、職場の人間関係と管理システムなどを重点に組織の側面に価値がおかれている傾向があった。一方で、経験年数による違いでは、中堅看護職者は自律性と専門職意識などの専門性の側面に重きがおかれ、新人看護職者は自律性と患者との人間関係に価値をおいて仕事をしていることが示された。また、バーンアウト傾向のある看護職者は、職務満足度、職務継続意志ともに有意に低く、職務満足には負の相関が認められた。バーンアウト傾向は、それぞれの層別で4割以上を占め、さらに1年未満の新人看護職者は6割以上を占めていた。このことは、看護職の病院離れや看護職離れに繋がりがねない結果であり、看護職不足が解決されないまま、将来の日本の医療・看護・福祉サービスの質と安全性の低下を招き兼ねないと危惧をいだいたのが、本研究のテーマに取り組む発端となっている。

そこで、本章では、看護職者のバーンアウトの変容過程を明らかにするための予備調査として、新人看護職者のバーンアウトに焦点を当てた実証研究を行う。

まず第2節では、近年の調査結果を通して、新人看護職者の早期離職などの実態を概観し、国ではどのような取り組みがされているのか整理する。そして、新人看護職者を対象としたバーンアウトの実証研究についてレビューを行う。第3節では、先行研究を踏まえて、どのような実証分析を行う必要があるのか問題意識を列挙する。その上で、測定する操作化の尺度についてレビューを行う。

第4節では、新人看護職者の入職後6ヵ月目と12ヵ月目に実施した質問紙調査及び面接調査に基づく定量分析とテキストマイニングによる分析を行う。また、質問紙調査を基に新人看護職者のバーンアウト傾向に関する変容過程について定量分析を行い、これらの結果について考察する。

第2節 新人看護職者のバーンアウトに関する看護領域における文献レビュー

1. 調査からみた新人看護職者の早期離職等の実態

はじめに、近年の調査結果から新人看護職者の早期離職に関わる実態について述べる。

2004年の「新卒看護職員の入職後早期離職等実態調査」（日本看護協会 2006a）においては、入職後辞めたいと思った時期は、入職して3ヵ月目と6ヵ月目が約5割と最も多かった。その理由では、新人看護職員の仕事を続けていく悩みとして、「配属部署の専門的な知識・技術が不足している」、「医療事故を起こさないか不安である」、「基本的な看護技術が身についていない」、「ヒヤリ・ハット（インシデント）レポートを書いた」との回答が上位を占め、医療事故を起こすことへの不安を感じていることが明らかになった。

これらのことから、新人看護師は日々の看護実践を通して成功や喜びを感じる以上に、能力以上のことを求められ、失敗や反省を頻繁に経験している可能性が高いことを指摘している。また、職場定着を困難にしている要因として、看護管理者からは「基礎教育終了時点の能力と看護現場で求める能力とのギャップ」、「現代の若者の精神的な未熟さや弱さ」、「看護職員に従来より高い能力が求められるようになってきている」との回答が半数以上であった。

離職防止対策としては、新卒看護師を、職場全体で理解し、必要なときに的確な助言や支援を得ながら成功体験を積み上げていけるような体制整備の必要性と、医療安全の観点からも、一定期間、新卒看護師の能力を考慮した対応と夜勤開始時期と夜勤体制の考慮など、支援体制を整備する対策が必要となる（日本看護協会 2006b）。また、新卒看護師は、日々、強い緊張感の中で生活しており、夜勤が始まると生活が不規則となり、心身ともに問題を抱えやすい状況にある。新卒看護師が抑うつ傾向に陥りやすいという指摘（大坪・幸田 2003）もある。プリセプターや看護管理者は、健康問題の兆候を早期に気づくことが大切であり、そのためには新卒看護師に関わる者が、ストレスの対処や心身の健康維持

のための知識を持つ重要性と、相談できる人材の確保や組織的な健康管理体制を構築していく努力が求められている。

これまでの調査結果を基に、国の動きは、2003年9月に「新人看護職員の臨床能力の向上に関する検討会」が発足され、2008年には「看護の質の向上と確保に関する検討会」が開かれ、看護の質の向上、医療安全の確保、早期離職防止の観点から、新人看護職員研修実施に向けた提言がされた。翌年の2009年4月に「新人看護職員研修に関する検討会」を発足し、同年7月に「保健師助産師看護師法」¹及び「看護師等の人材確保の促進に関する法律」²が改正され、個々の看護職員と病院等の両方に対して、臨床研修の努力義務化が規定された。そして、同年12月に「新人看護職員研修ガイドライン」³が策定され、各施設では専門性や特性を加味して、すべての新人看護職員がガイドラインに沿った研修を受けられるように環境を整備し、実施していくことになった。

このような制度を推進するために、国では「新人看護職員研修事業」に16.9億円の予算が確保され、新人看護職員研修を行った場合に補助金が受けられる仕組みになっている（野村・杉田 2010）。医師の場合は、1968年に臨床研修が努力義務化された後、36年経った2004年の医師法一部改正により、医師研修制度が必修化され、国の予算により実施されているところである。新人看護職員研修制度が努力義務化されたことは、第一のステップとして看護界においても、国民に対しても画期的なことといえる。

2. 新人看護職者のバーンアウトの先行研究

2001～2011年までに、医学中央雑誌Web 版(Ver.4)に掲載された原著論文を対象とし、文献調査を行った。「新人看護師」、「バーンアウト」をキーワードに検索した結果、19件が抽出された。次に、①調査対象が一般病院である、②調査方法が質問紙である、③バーンアウトの要因が検討されている、の3つの条件で文献を絞り込み、条件を満たす10件を分析対象とした⁴（表1）。

表 1 医学中央雑誌における新人看護職者のバーンアウト等要因分析研究

著者	対象	目的	方法	結論
大下佳代子、他/2001	病棟に勤務する新人看護師 46 名	新人看護師のストレスの負荷量とバーンアウトスケールを用いて、ストレス要因を検討する。	1999 年 11 月～2000 年 2 月調査、Pines の Burnout スケール稲岡訳他、単純集計	新人看護師の 6 割以上がバーンアウト状態にあり、ストレス要因が大きかったのは「人命に関わる仕事内容」「仕事の困難さ」「連絡・コミュニケーション不足」であった。
鈴木英子、他/2005	全大学病院のうち病床数 400 以上の 20 施設の新卒看護職 1,203 名	大学病院に入職した新卒看護職の職場環境及びアサーティブネスと就職後 3 カ月目のバーンアウトリスクとの関連を明らかにする。	2003 年 6 月調査、日本語版 MBI 尺度他、一元配置分散分析、多重ロジスティック回帰分析	アサーティブネスは、バーンアウトリスクの全ての下位尺度と関連していた。職場環境では、職場満足、仕事量、超過勤務、転職希望、給料満足、リアリティ・ショック、配置転換がバーンアウトリスクと関連があった。
清水寛子、他/2005	外来勤務者を除く新卒看護師 53 名	「いまどき」の新卒看護師の離職願望に関連する要因を明らかにする。	2005 年 2 月調査、Pines の Burnout スケール稲岡訳他、相関分析	新卒看護師の約半数に離職願望があり、辞めたいと思った時期は 9 月が最も多く、次いで 1～2 月であった。また、離職願望と燃え尽き度、自尊感情は関連が認められた。
糸嶺一郎、他/2006	全大学病院のうち病床数 400 以上の 20 施設の新卒看護職者 1,203 名	大学病院に勤務する新卒看護職者の、リアリティ・ショックの実態及びその関連要因を明らかにする。	2003 年 6 月調査、日本語版 MBI 尺度他、多重ロジスティック回帰分析、一元配置分散分析、カイ二乗検定	リアリティ・ショックに関連する要因として、男性、病院所在地が東京以外、身体的疲弊得点 4.17 以上、仕事量が多い、職場を変えたい、全く別の仕事に就きたい、アサーティブ得点 22 以下、であった。
吾妻知美、他/2007	全大学病院のうち病床数 400 以上の 20 施設の新卒看護師 1,203 名	新卒看護師の職業コミットメントに影響する要因を明らかにし、早期に職業コミットメントするための支援方法を構築する。	2003 年 6 月調査、2004 年 6 月まで追跡調査、日本語版 MBI 尺度他、t 検定、多重ロジスティック解析、重回帰分析	職業コミットメントの複合的影響要因は、給与、先輩の相談相手の有無、アサーティブネス、バーンアウト（個人的達成感）であった。職業にコミットメントするためには、先輩看護師が相談相手になり、仕事の達成感をもたせることが必要である。
藤原法子、他/2008	A 特定機能病院に勤務している看護師 441 名	看護師の職業性ストレスとストレス反応の関係を、新人看護師と新人以外の看護師の比較から明らかにする。	2007 年 9 月に調査、MBI を参考に田尾らが作成した尺度他、分散分析、相関分析	ストレス反応の比較では、新人看護師に抑うつが高く、バーンアウトの 3 尺度と職務満足は、共に差がなかった。新人と新人以外の看護師共にストレス反応に関連があったストレス反応は役割の曖昧さであった。

鬼澤典朗、 他/2008	公立の小児 専門病院の 新卒者 16 名 と既卒者 23 名	新卒者と既卒 者の就職直後 と 3 ヶ月後 におけるバー ンアウトと自 尊感情の変 化と、それら の関連を検討 する。	2007 年 4 月と 6 月調査、Pines の Burnout スケ ール稲岡訳他、t 検 定、相関分析	バーンアウト状態は就職 3 ヵ月後に新卒者既卒者共に 増加した。バーンアウトと自 尊感情には新卒者の 3 ヶ月 後、既卒者の就職直後と 3 ヶ 月後に強い負の相関があっ た。
馬場さゆ り/2009	A 県内 500 床以上の 5 施設に勤務 する新人看 護師 167 名	新人看護師の リアリティシ ョック要因や リアリティシ ョックが看護 基礎教育課 程、看護教育 内容の理解力 の違いによっ て異なるのか 明らかにす る。	2008 年 10 月～ 11 月調査、Pines の Burnout スケ ール稲岡訳他、一 元配置分散分析、 主成分分析、カイ 二乗検定、重回帰 分析	看護基礎教育課程別では、リ アリティショック状態に違 いがなかった。看護教育内容 の理解力では「臨床看護技 術」「共通基本技術」の 2 成 分が抽出された。「臨床看護 技術」の理解力が高いと、リ アリティショック要因の心理 的要因、技術的要因、社会 的要因が低い傾向が見られ た。
丸山昭子、 他/2009	全大学病院 のうち病床 数 400 以上 の 20 施設の 新卒看護師 1,203 名	大学病院の小 児科新卒看護 師の特徴と就 職 1 年後のア サーティブネ スとバーンア ウトの変化を 明らかにす る。	2003 年 6 月と就 職 1 年後調査、 日本語版 MBI 尺 度他、カイ二乗検 定、ロジスティッ ク回帰分析	小児科看護師は、就職当初は 他領域の新卒看護師よりも アサーティブネスが低く、バ ーンアウトリスクが高かつ た。就職 1 年後では、他領域 の新卒看護師よりもアサー ティブネスが上昇しバーン アウトリスクは低くなった。
三輪聖恵、 他/2010	首都圏の 15 医療機関に 所属する新 卒看護師 187 名	新卒看護師の 職場適応に関 連する要因を 明らかにす る。	2006 年 9 月～10 月調査、Pines の Burnout スケ ール稲岡訳他、重回 帰分析	職場適応には、看護技術への 自信の程度、患者からの感 謝、患者の回復、燃え尽き状 態、職務満足度、プリセプタ ーからの支援、周囲からの支 援が関連していた。重回帰分 析の結果、職場適応に影響す る要因は燃え尽き状態、患者 からの感謝、ロールモデル支 援が選択された。

2001 年～2011 年の医学中央雑誌 Web 版 (Ver.4) より検索した文献から筆者作成

1) 新人看護職者のバーンアウトの概念規定

上記文献において使用されていたバーンアウトに関する概念規定は以下のようなもの
が中心であった。①フロイデンバーガー (Freudenberger) が定義している「人に援助する
過程で、自ら理想を持って熱心に取り組んだが、自分の努力は報われず、不満足な充足感
のない状態に長期にわたってさらされることで、その結果、無力感をもち、自己嫌悪に陥

り、最終的には仕事への意欲をすっかり失った状態」(鬼澤・松永 2008)、②マスラック(Maslach)が“長期間にわたり人に援助する過程で・・・”と定義しているが、長期間に達しているとは言い難いため「新卒看護職が対人的な援助に初めて関わる中で心身の疲弊と感情の枯渇を呈した状態」(鈴木・叶谷ほか 2005)、③看護師特有のストレスに焦点を当て「対人的な援助の仕事による慢性的なストレスの結果、心身の疲弊と感情の枯渇を呈する症候群であり無力感・絶望感・自己卑下・仕事や生活もしくは他人への嫌悪感を特徴とする」(大下・佐々木ほか 2001)としていた。

他には、先行文献(鈴木・叶谷ほか 2005)でリアリティ・ショックとバーンアウトが関連していると報告されていることから、リアリティ・ショックの状態として捉え「実際の職場で仕事をはじめて、予期しなかった苦痛や不快を伴う、しばしば耐えがたい現実に出くわし、身体的、心理的、社会的に様々なショック症状」(馬場 2009)と定義していたものがあつた。

2) 新人看護職者のバーンアウト研究の多様性

研究テーマによる視点から、「職場適応の関連」、「アサーティブネスの関連」、「リアリティ・ショックの関連」、「自尊感情の関連」、「ストレス反応の関連」、「職業コミットメントの関連」、「離職願望の関連」の7つの枠組みに分類された。以下に、要約して述べる。

(1) 職場適応の関連

職場適応には個人特性として、燃え尽き状態、看護技術への自信及び成長の実感、患者の感謝や患者の病状の回復といった肯定的反応があつた。また、環境特性では、プリセプターからの支援、周囲からの支援、職務満足が関連していた。職場適応を目的変数として重回帰分析を行った結果、燃え尽き状態がネガティブな影響を与え、患者からの感謝という反応、ロールモデル支援がポジティブな影響があつたと報告している。このことからストレスへの対応や看護技術向上への支援と共に、看護専門職として患者の期待に応え、自分を成長させ、誇りをもって働きたいという新卒看護師の気持ちを萎えさせず、むしろそのような姿勢をもつよう促す支援の重要性を指摘していた(三輪・志自岐ほか 2010)。

(2) アサーティブネスの関連

小児科と他領域で勤務する新卒看護師のアサーティブネス⁵⁾の比較では、小児科では就職当初はアサーティブネスが低く、バーンアウトリスクが高かったが、就職1年後には、アサーティブネス得点上がり、バーンアウトリスクは他領域よりも低くなったと報告している。小児科に配属希望する者は本来子供に感心が高く、自分のケアによって子供の快

の感情がより引き出されるように努め、それが、患者の期待される結果をより多くもたらし、さらに看護師自身のケアの満足度を高め、自信に繋がるという好循環となりアサーティブネスな状況をもたらしたと捉えていた。このことから小児科の新卒看護師においては配属希望を優先することが重要であると示唆していた（丸山・鈴木 2009）。職場環境及びバーンアウトリスクとアサーティブネスの関連では、アサーティブネスは、バーンアウトリスクに影響を及ぼすことから、就職後早期から研修でアサーティブネスを高めバーンアウトを予防することが望まれると報告している。職場環境では、一般の看護職のバーンアウトの関連要因と同様に、職場満足、仕事量、超過勤務、転職希望、給料満足との関連が認められ、新卒看護職の特徴としては、リアリティ・ショックは身体的疲弊感との関連が認められた。また、配置希望はバーンアウトリスクと関連があった。配置希望が叶えられることは、仕事への意欲への影響が高いと考えられ、可能な限り希望の配置が叶うように配慮する必要性を示唆していた（鈴木・叶谷ほか 2005）。

（3）リアリティ・ショックの関連

リアリティ・ショック⁶と看護教育内容の理解力との関連では、看護教育内容は、「臨床看護技術」の理解力が高いと、リアリティ・ショック要因の心理的要因、技術的要因、社会的要因が低い傾向があったと報告している。従って、看護基礎教育で、「臨床看護技術」の内容として、急変時の対応、治療・処置技術などの理解力を向上させることが、リアリティ・ショックの軽減に繋がることを示唆していた（馬場 2009）。大学病院に勤務する新卒看護職者のリアリティ・ショックとの関連では、複合的要因として、男性、病院所在地が東京以外、身体的疲弊得点 4.17 以上、仕事量が多い、職場を変わりたい、全く別の仕事に就きたい、アサーティブ得点 22 以下、を挙げている。就職 3 ヶ月目は仕事量が多いと感じたり、身体的疲弊を感じる時期であるが、単なる疲労ではなくリアリティ・ショックの症状の可能性も視野に入れてサポートする必要性を指摘していた（糸嶺・鈴木ほか 2006）。

（4）自尊感情の関連

新卒者と既卒者を対象に、就職直後と 3 ヶ月後における自尊感情との比較では、バーンアウト状態は就職 3 ヶ月後に新卒者既卒者共に増加し、バーンアウトと自尊感情には新卒者の 3 ヶ月後に強い負の相関があったと報告している。バーンアウト状態へ陥ることへの防止には自尊感情を高めるような支援が有効であることを示唆していた（鬼澤・松永 2008）。

(5) ストレス反応の関連

ストレス反応の関連では、新人看護師に抑うつが高く、バーンアウトの3尺度と職務満足は差がなかったと報告している。ストレス反応に関連があったストレッサーは役割の曖昧さであった。また、直属の上司からの社会的支援に相関が見られたことから、特に新人にとって師長からの支援を受け自信や安心感を持つことで、ストレス反応が軽減されることを示唆していた（藤原・米山ほか 2008）。ストレス負荷量とストレス要因の関連では、新人看護師の6割以上がバーンアウト状態にあり、「人命に関わる仕事内容」、「仕事の困難さ」、「連絡・コミュニケーション不足」が大きなストレス要因になっていた。但し、バーンアウトの値が高いのは、不慣れな職場環境や知識・技術の未熟さから起こる新人特有の一時的なストレスや自己嫌悪によるものなのか、それとも既にバーンアウト状態なのかは、更なる検討が必要としていた（大下・佐々木ほか 2001）。

(6) 職業コミットメントの関連

職業コミットメントの関連では、コミットメントの複合的影響要因は、給与、先輩の相談相手の有無、アサーティブネス、バーンアウト（個人的達成感）であったと報告している。新卒看護師が職業にコミットメントするためには、先輩看護師が相談相手になり、仕事の達成感をもたせることが必要であることを示唆していた（吾妻・鈴木 2007）。

(7) 離職願望の関連

新卒看護師の約半数に離職願望があり、辞めたいと思った時期は9月が最も多く、次いで1月～2月であった。また、離職願望と燃え尽き度、自尊感情に関連が認められたと報告している。「いまどき」の新卒看護師は誉めて育てることが大切であると考えられるため、個々にあった成長・発達を支援し、モチベーションを落とさないようにスキルを育てて支援していく必要性を示唆していた（清水・日下ほか 2005）。

以上にみてきたように、日本の医療現場における新人看護職者のバーンアウトの実証研究は10件であった。この数字が多いかどうかというのは今後の展開をみていく必要がある。研究テーマの枠組みでは、看護基礎教育課程との関連に焦点化したテーマも1件あり、卒後臨床研修制度がスタートした現状から、今後の研究の進展に注目するところである。

3) 文献からみた新人看護職者のバーンアウト傾向の実態

新人看護職者のバーンアウトの実態から見ると、筆者が2008年に新人看護職者52名を対象に入職3ヵ月後にパインズ（Pines）のバーンアウト尺度（稲岡訳）を用いて調査し

た結果では、バーンアウト傾向に陥っている者が多く、全体の 65.4%であった（加藤・尾崎 2010a）。この結果を見た限り、不慣れな職場環境や知識・技術の未熟さに伴う一時的なものなのか検討が必要であった。しかし、同じ尺度を用いた先行研究（三輪・志自岐ほか 2010、鬼澤・松永 2008、清水・日下ほか 2005、大下・佐々木ほか 2001）と比較しても、バーンアウト状態は 44%から 66.8%と差はあるものの、入職 6 ヶ月後、1 年後に 6 割以上が 2 件あり同様の傾向があると考えられた。1984 年調査（稲岡・松野 1984）による 20 歳代の 25.9%と比較しても増加していることは確かである。この背景には、近年の医療技術の高度化、在院日数の短縮化などに伴い、看護職に求められる能力や役割の拡大が大きく影響していると考えられる。一方、看護基礎教育終了時点の能力と就職後に看護現場で求める能力のギャップが新人看護職者のバーンアウトを高め、延いては、入職 1 年以内の早期離職に繋がっているといえる。

4) 新人看護職者のバーンアウト研究の課題

アサーティブネスは、バーンアウトと職場満足に影響していることから、就職早期から研修でアサーティブネスを高めバーンアウトを予防する必要性（鈴木・叶谷ほか 2005）や、自尊感情を高める支援の必要性（鬼澤・松永 2008）が明らかになった。先行研究においてバーンアウトと職務満足の負の相関関係が認められていることから、新人看護職者の離職予防には欠かせない視点である。患者からの感謝という反応がポジティブな影響を与えていたという報告（三輪・志自岐ほか 2010）もある。患者から感謝されることがケアの満足度を高め、自信に繋がると考える。このように新人看護職者にとって、成功体験が少しずつ積み重ねられることで、「誇り」の感情がもて、次への達成動機となるといえる。自尊欲求が満たされる支援のあり方や研修の時期についても検討する必要がある。

また、新卒看護師は組織に対する愛着形成の途上にあることから、職業コミットメントの側面から影響要因を検討していたが（吾妻・鈴木 2007）、組織コミットメントの実態は明らかにされていないため今後の課題といえる。さらに、新人看護職者のリアリティ・ショックは身体的疲弊感との関連は認められたが、情緒的疲弊感・非人間化、個人的達成感とは関連が認められなかったことを報告していた（鈴木・叶谷ほか 2005）。パインズ（Pines）のバーンアウト尺度は、身体的疲弊、心理的疲弊、精神的疲弊の 3 つの観点から測定しているため、リアリティ・ショックに陥っている看護職者の身体的・心理的・精神的疲弊状態を測定している可能性も考えられるため（稲岡 1995：56）、探索的な研究と合わせて検討していくことも必要である。

第3節 実証研究に至る問題意識と概念の操作化

1. 新人看護職者のバーンアウトに関する問題意識

先行研究をレビューした結果から、新人看護職者のバーンアウト研究として実施したい実証研究は次の4つが挙げられる。

- ・新人研修に、看護療法を取り入れて実践した効果をみたい。
- ・新人看護職者の言葉がどのような意味を成すのか測定してみたい。
- ・入職して1年未満の新人看護職者のバーンアウト傾向の変遷をみたい。
- ・入職して1年未満の新人看護職者の組織コミットメントの変遷をみたい。

以下に、その理由について述べる。

1) 新人研修に、看護療法を取り入れて実践した効果をみたい。

【理由】 アサーティブネスの関連、自尊感情の関連でも示されていたように、新人看護職員研修に取り入れることでその効果を見てみたいと考えた。筆者ら（加藤・尾崎 2010a）の、調査では、新人看護職者の満足度の要因には、患者から感謝されることが励みになるなどの「患者との人間関係」が示された一方で、「ケアの手応えや看護のやりがい」の項目を最も低く評価していた。新人看護職者は、知識・技術の未熟さから、患者の容態の監視や機械の調節などに時間をとられる余り、マッサージやタッチ、そばにいること、イメージを使うことなどの伝統的な看護介入が難しくなっているといわれている（2009年スナイダー博士招聘講演実行委員会編 2009：5-7）。また、やりがいに焦点をあてた新人看護職者の離職防止に対する試案として、看護療法の研修を実施し、患者とのふれあいによるやりがい感や看護の魅力を感じ、職業継続に繋がることを示唆していた（吉澤・羽下ほか 2009、2010）。そこで、知識・技術が未熟な新人看護職者でも実践できる看護療法を研修に取り入れて、臨床で実践することによって、患者との人間関係を通して、ケアの満足感と自信が得られ、バーンアウト傾向を低減する効果が期待できると考えられる。

2) 新人看護職者の言葉がどのような意味を成すのか測定してみたい。

【理由】 バーンアウト尺度で測定することに併せて、新人看護職者がそのときに語る言葉から分析を加えることで、質問紙調査からだけでは見えなかったバーンアウト傾向に陥る要因を探索することができる。また、面接調査で語られた言葉の解析には、テキストマイニングを用いることで、分析の再現性が可能となり信頼性が担保できると考える。

3) 入職して1年未満の新人看護職者のバーンアウト傾向の変遷をみたい。

【理由】 上記2)でも述べたように、バーンアウトの調査を一時点の調査だけではなく経時的に調査を行うことで、どのような変遷を経るのか比較が可能となる。また、定量的、定性的な調査を同時期に実施することにより、その時点のバーンアウト傾向の要因を探索することができると思う。

4) 入職して1年未満の新人看護職者の組織コミットメントの変遷をみたい。

【理由】 新人看護職者を対象とした組織コミットメントの研究は見当たらない。しかし、離転職は、組織コミットメントの影響を受けるといわれている（Allen & Meyer 1996）ことから重要な視点であると思う。看護職者を対象に、組織コミットメントのみを取り上げている研究はあるが、バーンアウト研究において組織コミットメントを外生変数とした実証研究は殆ど見当たらない。そこで、組織コミットメントの測定を操作化に加えることで、入職後からの経時的調査により、バーンアウトの変容過程で組織管理に対する認識を捉えた上で、新たな発見が期待できると考えられる。

2. 本章における新人看護職者のバーンアウト実証研究のための概念操作化

本章における新人看護職者のバーンアウトの実証研究のためのバーンアウト尺度については、パインズ（Pines 1981）により開発された The Burnout Measure（以下、BM）を、稲岡（1984）が邦訳した尺度を用いる。その理由は、新人看護職者の先行研究においても10件のうち5件にBMが採用されていることから、経験の短い新人看護職者にとって、慣れない環境における消耗感に焦点を当てることが妥当と考えた。また、BMは得点の合計点をバーンアウトの程度とする尺度であり、筆者ら（加藤・尾崎 2010a）の研究と同じ尺度を用いることで比較検討ができると考えたからである。

組織コミットメント尺度については、アレンとメイヤー（Allen & Meyer 1990）の3次元コミットメント尺度を、高橋（1997）が邦訳した3次元コミットメント尺度改訂版（日本語版）を用いる。その理由は、最近の研究では殆ど2次元の組織コミットメント尺度ではなく、メイヤーとアレン（Meyer & Allen 1997）の3つの構成概念から捉えた3次元コミットメント尺度が多く採用されているからである。

次に、バーンアウト尺度と組織コミットメントの概念及び3次元コミットメント尺度について述べる。また、新人のキャリアを形成する過程における組織コミットメントの変化

について述べる。

1) バーンアウト尺度

パインズ (Pines) の BM は、バーンアウト状態を特に身体的、心理的・精神的疲弊と捉え、これらの3つの観点から作成されている。

- ・身体的疲弊 (physical exhaustion)

例：疲れやすい、力を使い果たしたような気持ちになる、気が弱くなる

- ・情緒的疲弊 (emotional exhaustion)

例：気がめいる、期待はずれの気持ちになる、投げやりの気持ちになる

- ・精神的疲弊 (mental exhaustion)

例：自分が嫌になる、まわりの人に対して幻滅感や憤りを感じる

これらの消耗感に代表される21の項目からなる単次元の尺度である (表2)。項目は無作為に配列されている。回答者は、その経験の頻度を「まったくない」(1点) から「いつもある」(7点) の7段階評価で回答し、各回答者の得点は以下のように計算される。

$$\frac{A + (32 - B)}{21} = \text{Burnout 得点}$$

A = B 以外の質問項目の回答数字の合計

B = 質問項目、3、6、19、20 の回答数字の合計

計算された得点は、以下のように分類される。

- ・ 2.0～2.9 健全群：精神的に安定し心身とも健全である。
- ・ 3.0～3.9 警戒群：「燃え尽き」の警戒徴候がみられる。
- ・ 4.0～4.9 燃え尽き群：「燃え尽き」状態にある。
- ・ 5.0 以上 病理群：臨床的にうつ状態である。

表2 BM 尺度の項目

-
- 1 疲れやすい
 - 2 気がめいる
 - 3 毎日の生活が楽しい
 - 4 からだが疲れ果てる
 - 5 精神的にまいってしまう
 - 6 ところが満たされている
 - 7 精根が尽き果てる
 - 8 ないがしろにされた気持ちになる
 - 9 みじめな気持ちになる

- 10 力を使い果たしたような気持ちになる
- 11 期待はずれの気持ちになる
- 12 自分がいやになる
- 13 うんざりした気持ちになる
- 14 わずらわしい気分になる
- 15 まわりの人に対して幻滅感や憤りを感じる
- 16 気が弱くなる
- 17 なげやりな気持ちになる
- 18 拒否された気分になる
- 19 楽観的な気分になる
- 20 意欲にもえた気持ちになる
- 21 不安な気持ちになる

稲岡(1988)Burnout 現象と Burnout スケールについて、看護研究、
21(2)、p.28 より作成

この尺度は、日本を含む 5 カ国 5,000 人を対象にテスト、再テストが行なわれ、信頼性、妥当性は研究結果から検証されている（稲岡 1988）。

2) 組織コミットメントの概念

組織コミットメント（organizational commitment）とは、成員が形成する職務上の態度（比較的永続する心構え）の一つであり、職務業績、モチベーション、離職などを予測するうえで重要なものと捉えられている。代表的な定義は、「ある特定の組織に対する個人の同一化（identification）および関与（involvement）の強さ」（Porter et al. 1974）とされている。この定義から、強い組織コミットメントを有する成員は、(a) 当該組織の価値観や目標の受容、(b) 自らを組織の代表とみなしておこなう努力、(c) 当該組織への引き続いての所属を希望する意思、の 3 つを伴うものと考えられている（Mowday et al. 1982）。

組織コミットメントの概念は、組織との感情的なつながりを意味するコミットメント（情動的コミットメント）と、物質的なつながりを意味するコミットメント（功利的コミットメント）の 2 つの主要な概念とそれ以外の概念に分類することができる（鈴木 2002 : 15）（表 3）。情動的コミットメントの代表的な概念は、「特定の組織への同一化と没入」

（Mowday et al. 1979）と定義され、①組織の目標と価値への強い信頼、②組織のために進んで努力をする意思、③組織のメンバーを維持したいという欲求という 3 つの要素によって特徴づけられている。功利的コミットメントは、「活動を中止したときに失うことになる『付属的賭け（side-bet）⁷⁾』の集積の結果として『首尾一貫した行動』へと結びつく性

質のもの」(Becker 1960)と定義される。

1970年代には、このように類型化を受けて、組織との同一視と愛着を基盤とする、ポーターら (Porter et al. 1974) が開発した組織コミットメント尺度 (Organizational Commitment Questionnaire : OCQ) は、組織コミットメントの標準的尺度として、定着していった (高橋 2002 : 70)。統合的概念として組織コミットメントを捉える研究 (Meyer & Allen 1991) も下位次元においては、情動的コミットメントと功利的コミットメントの側面が含まれている。

組織コミットメントの特徴を示すキーワードを基にすると表 4 のように整理される (鈴木 2002 : 18)。

表 3 組織コミットメントの概念

概念のタイプ	研究者	概念定義
情緒的コミットメントに関する概念	Buchanan (1974)	金銭的な価値から離れた、組織の価値観や目標、目標や価値に関連した役割、そして組織それ自身への感情的な愛着、熱狂的支持者 (partisan)
	Mowday, Porter, & Steers (1987)	特別な組織への同一化 (identification) と没入 (involvement) の強さ
功利的コミットメントに関する概念	Becker (1960)	活動が中止したときに失うことになる「サイドベット (side-bet)」の集積の結果として首尾一貫した行動へと結びつく性質のもの
	Hrebiniak & Alutto (1972)	組織における継続的な関係の知覚された功利性に関する態度
統合的コミットメントに関する概念	Meyer & Allen (1991)	組織と従業員の関係の特徴づけ、組織におけるメンバーシップを継続もしくは中止する決定に関するインプリケーションを持つ心理状態
	Kanter (1968)	個人の関心 (その個人の本質や要求を表現するようなもの) が、社会的に統合された行動のパターンの実行に愛着を持つようになるプロセス

鈴木 (2002) 組織と個人—キャリアの発達と組織コミットメントの変化、白桃書房、p.13 より抜粋

表 4 組織コミットメントの 2 つの概念

組織コミットメントの種類	特徴
情緒的コミットメント	愛着、組織目標／価値との同一化、没入、誇り、組織のメンバーとの仲間意識、組織への貢献意欲
功利的コミットメント	サイドベット、経済的財、コスト、機会損失、しがらみ

鈴木 (2002) 組織と個人—キャリアの発達と組織コミットメントの変化、白桃書房、p.18 より抜粋

現在では、組織コミットメントは 3 つの構成概念から捉えられることが多く、3 つの構

成概念とその因果関係を示したメイヤーとアレン（Meyer&Allen 1997）による 3 次元コミットメント・モデルは、現在最も体系化された組織コミットメントとされている（鈴木 2002：21）。3 次元コミットメント・モデルでは、組織コミットメントを、組織心理学における感情的なコミットメントに該当する「情動的コミットメント」（affective commitment）、社会学における功利的なコミットメントに該当する「継続的コミットメント」（continuous commitment）、倫理的・道徳的なコミットメントに該当する「規範的コミットメント」（normative commitment）の 3 つの下位概念からなる統合的概念であることを示している（高橋 2002：60）（図 1）。

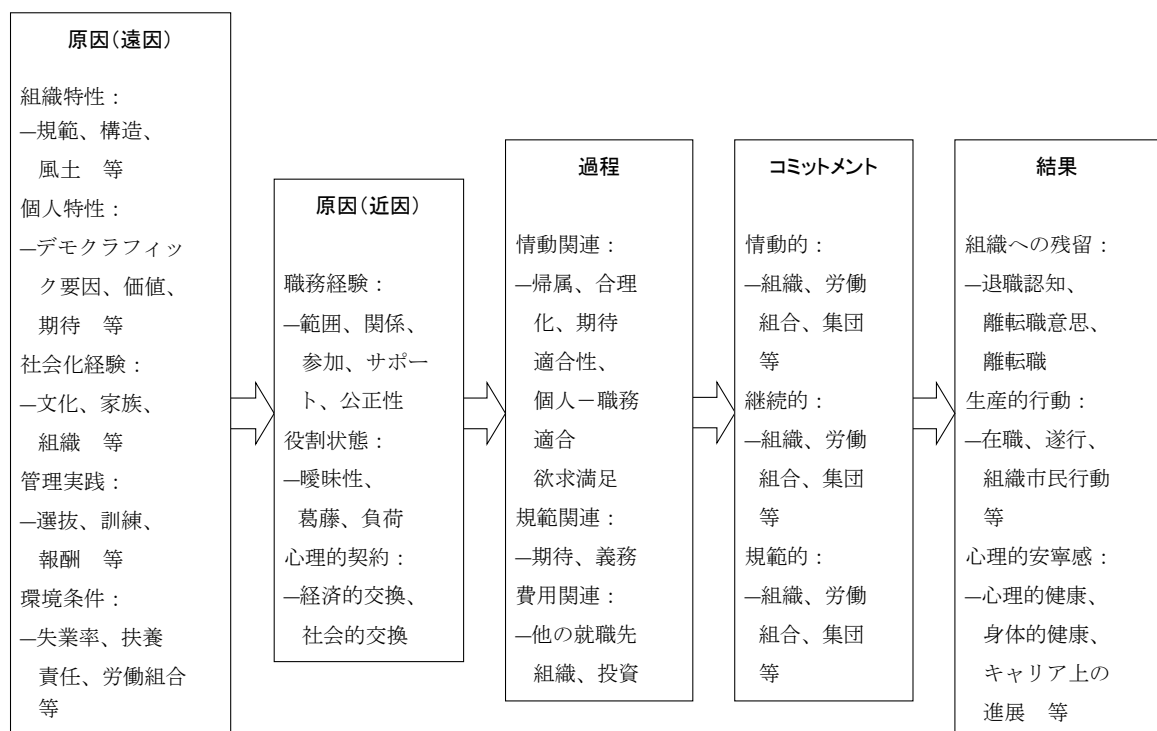


図 1 3 次元コミットメント・モデル

宗方・渡辺(2002)キャリア発達の心理学—仕事・組織・生涯発達、川島書店、p.61 より抜粋

3) 3 次元コミットメント尺度

アレンとメイヤー(Allen & Meyer 1990)の 3 次元コミットメント尺度を、高橋(1997) が邦訳した 3 次元コミットメント尺度改訂版（日本語版）⁸は、情動的コミットメント 6 項目、継続的コミットメント 6 項目、規範的コミットメント 6 項目の全 18 項目からなる 3 次元の尺度である。回答者は、その経験の頻度を「全くそう思わない」（1 点）から「とてもそう思う」（5 点）の 5 段階評価で回答することになる。

なお、設問項目は、看護職者が回答しやすいように原版の「会社」を「病院」という表現に修正して使用する（表 5）。

表 5 3 次元コミットメント尺度改訂版（日本語版）の項目

- 1 私の仕事生活（キャリア）の残りを、いまの病院で過ごせたら、とても幸せだ。
- 2 私は、自分の病院の一員なのだ、と強く感じることもある。
- 3 私は、この病院の問題を、まるで自分自身の問題であるかのように感じている。
- 4 この病院は、私にとって個人的に重要な意味を持っている。
- 5 いま、この病院にいるのは、働く必要があるからだ。
- 6 私は、病院という「家族」の一員になっているように思う。
- 7 この病院をいまずに去ろうと思っても、実際にそうするのはとても難しい。
- 8 この病院でこんなに働いてこなかったなら、他の病院で働くことも考えるだろう。
- 9 病院を辞めたとしたら、代わりの勤め先が見つからずに困るだろう。
- 10 この病院に勤めることは、私の義務だと思う。
- 11 いま病院を去る決意をしたら、私の人生の大部分が崩れてしまうだろう。
- 12 自分に有利になるとしても、いまこの病院を辞めることが道徳的に正しいこととは思わない。
- 13 いまこの病院を辞めてしまったら、罪の意識を感じるだろう。
- 14 この病院を辞めたら、他の働き場所がないかもしれないが、私は別にかまわない。
- 15 この病院は、私が忠誠を尽くすに値する病院だ。
- 16 病院で一緒に働く人々に対して義務感があるので、いま私が病院を去ることは決してないだろう。
- 17 私はこの病院に、愛情を感じていると思う。
- 18 私は、この病院に大きな恩義がある。

出所：邦訳者（高橋弘司）に使用許可を得て提供された 3 次元コミットメント尺度改訂版（日本語版）（1997）より作成 ※回答しやすいように筆者により一部修正（会社→病院）して作成。

以下に、3 次元のコミットメントの定義とその考え方について述べる。

（1）情動的コミットメント

情動的コミットメント（*affective commitment*）とは、最も一般的な組織コミットメント概念である。前述のように「ある特定の組織に対する個人の同一化（*identification*）および関与（*involvement*）の強さ」（Porter et al. 1974）と定義され、組織全体への情動的な同一化および関与の強さを示している（O'Reilly & Chatman 1986）。「そのため、職務満足などの組織内の個別要素に対する個人の態度と比較すると、相対的に長期にわたって保持され、一貫・安定していることが経験的に検証されている」（高橋 1999：133）。

（2）継続的コミットメント

継続的コミットメント（*continuous commitment*）とは、「組織の成員でいることの報

酬と費用の関数である。すなわち、組織在籍年数の長期化に伴ってコミットメントは高揚する」(Reichers 1985)と定義されている。

この概念は、『サイド・ベッド理論』(side-bed(s) theory)としてベッカー(Becker 1960)が提示したものである。サイド・ベッドは、個人の埋没費用(sunk cost)の一種とみなされ、他の組織へと移った際に、個人が失うこれらの一連の給付の総計をサイド・ベッドといわれている(高橋 1999: 134-135)。すなわち、「サイド・ベッドは、組織が個人に与える報酬の一種であり、個人は組織から退出することで、これまでに将来の回収を見越して支払ってきた費用が回収不能となったり、過去からの積み重ねの結果大きくなった現在・将来の報酬を失うことを恐れ、それと交換に組織へのコミットメントを高める」(高橋 1999: 135)ことになる。したがって、サイド・ベッドは、成員の組織への在籍年数と正の相関関係を有するものと想定されている(高橋 1999: 135)。

(3) 規範的コミットメント

規範的コミットメント(normative commitment)とは、「[組織成員が]自分は組織に留まり、適応しなければならない、という義務感・規範意識」(Allen & Meyer 1990)と定義されている。個人が持つコミットメントの義務感・規範意識の基盤となっているのは、「組織規範の内在化」(internalization of organizational norms)と「組織内部の権威との同一化」(identification with organizational authority)の2つである(Etzioni 1961)。規範的コミットメントにおいて内在化・同一化の対象となるのは、情動的コミットメントと異なり、組織そのものではなく組織プロセスの一部であるという考えから、組織内部での社会化(within-organization socialization)によって個人の規範的コミットメントが形成されるプロセスとみなすことができるとされている(高橋 1999: 136)。

本研究で用いる3次元コミットメントの定義(Meyer & Allen 1991)を表6に示す。

表 6 3 次元コミットメントの概念

研究者	3次元コミットメント	定 義
Meyer & Allen (1991)	情動的コミットメント	組織への感情的愛着としてのコミットメントであり、これが強い人は彼らがその組織に居続けたいからそうするのである
	継続的コミットメント	組織を離れることに結びつく認知されたコストとしてのコミットメントであり、これの強い人は、彼らがそうする必要があるから組織に居続ける
	規範的コミットメント	その組織に残る義務・責任としてのコミットメントであり、これが強い人は彼らがそうすべきだと感じるからそこに居続ける

鈴木 (2002) 組織と個人—キャリアの発達と組織コミットメントの変化、白桃書房、p.14 より抜粋

4) 新人のキャリアを形成する過程における組織コミットメントの変化

鈴木 (2002) は、Meyer et al. (1991) の入社後 1 年間の継時的 (1 ヶ月、6 ヶ月、11 ヶ月) 調査で、情緒的コミットメントは、入社後 1 年の間低下していくことが示されていることから、リアリティ・ショックや不慣れな仕事など、社会化過程における不安な心理状態の影響が考えられると述べている (鈴木 2002 : 35-36)。

会社員を対象とした勤続年数による組織コミットメントの変化では、情動的コミットメントは初期キャリアではそれほど強化されないが、キャリア初期から中期 (7 年～10 年目) を境に、強化されていることが示された。また、功利的コミットメントは、11 年～15 年目を境に、キャリアの後半において強くなる度合いが示されている (鈴木 2002 : 116-126)。

インタビュー調査による初期キャリアから中期キャリア・プロセスにおける組織コミットメントの変化でも、入社してすぐに組織コミットメントが低下する (初期の低下)、社会化過程を終え、数年の間、組織との関係が希薄となり停滞する (停滞)、6 年～7 年目に新たな職種に移ることに呼応して組織との関係が見直され、組織コミットメントが強くなる (ジャンプ) ことが示されている (鈴木 2002 : 160)。このように組織コミットメントが J 字型の発達傾向を示すことは先行研究でも報告されている (若林 1987、石田・柏倉 2004)。

以上の先行研究を踏まえて、新人看護職者におけるバーンアウトの実態と看護療法の効果に関する実証研究を次節で行う。

第4節 新人看護職者におけるバーンアウトの実態と看護療法の効果に関する実証調査

1. はじめに

本節では、第3節の文献レビューを基に、新人看護職者のバーンアウトに関する問題意識として挙げた以下の4つの視点から行う実証研究である。

第一に、新人看護職者におけるバーンアウトの実態と看護療法の効果をみること、第二に、新人看護職者が語る言葉をテキストマイニングで分析を行い言葉の測定とその意味を探索すること、第三に、入職して1年未満の新人看護職者のバーンアウト傾向の変遷をみること、第四に、入職して1年未満の新人看護職者の組織コミットメントの変遷をみることである。なお、本節の新人看護職者を対象とした実証研究は次章で行う本研究テーマである看護職者におけるバーンアウトの形成因に関する実証研究の基礎的調査の位置付けとして行うものである。

本研究の概要は、4月に新人看護職員研修（以下、新人研修）に看護療法を取り入れて、入職後6ヵ月目と12ヵ月目に定量的調査と定性的調査を実施する。定量的調査にはバーンアウトの外生変数として組織コミットメントを投入している。縦断的に調査を行うことで、2時点を比較する。よって、定量的調査、定性的調査ごとに分析結果をそれぞれの調査時点でまとめて述べる⁹。そして、新人看護職者のバーンアウトの変容過程を組織コミットメントとの相関構造から述べる¹⁰。次に、これらの分析結果から新人看護職者におけるバーンアウトの実態とバーンアウトの効果について考察する。最後に、本節で得られた知見を基に、次章で行う実証研究に向けた課題についてまとめる。

2. 研究目的

本研究の目的は、新人看護職者のバーンアウトの実態を把握し、新人看護職員研修に看護療法を取り入れ、バーンアウト低減の効果を明らかにすることである。

本研究で用いる用語の操作的定義を以下に示す。

新人看護職者：看護基礎教育終了後、病院へ就職した1年以内の看護職者とする。

看護療法：看護の対象となる人をホリスティックにとらえ、ケアリングを通して、看護独自の機能を最大に発揮し、対象の好ましい変化を目指す意図的働きかけとする。今回の具

体的内容は、看護実践場面における笑顔、マッサージ（着衣の上からの背部及びオリーブオイルを使用したハンドマッサージ）、回想法、意図的タッチを取り入れた。

3. 研究方法

研究対象者は、A 県内一般病院で病床数 170 床～490 床の 4 病院に勤務している新人看護職者 56 名である。調査は、入職後 6 ヶ月目は、2011 年 8 月 24 日～9 月 6 日、入職後 12 ヶ月目は 2012 年 2 月 22 日～3 月 6 日に実施している。

まず 4 月に 4 病院で看護療法の研修を 1 病院 2 時間半で 1 回実施した。4 月に実施した理由は、3 年前から既に新人研修に取り入れている病院では、早い時期に実施した方が、ベッドサイドに行き患者とのコミュニケーションに効果的であったからである。研修後の看護療法の実践に向けては、新人看護職者を病棟全体で支援する方法を、当該病院の教育委員に依頼した。

調査方法は、自記式質問紙調査は、対象者全員に実施した。質問紙の配布・回収方法は、対象病院の看護部長の了解が得られた施設に質問紙を届け、調査対象者への協力を求めた。対象者には回収箱に投函を依頼した。留め置き期間は 2 週間として、研究者が一括回収した。面接調査は、各施設からランダムに選出した新人看護職者 23 名に実施した。半構成的面接法で 1 回の面接は 30 分程度とし、個室にて行った。内容を正確に記録するために、対象者に了解を得て録音し、逐語記録に起こした。

調査内容は以下の通りである。

1) 質問紙調査項目

- (1) 基本属性：性別、看護の職種、教育背景、健康状態。
- (2) 看護療法：実践の有無。有は実践した内容、実践したときの気持、回数。無は理由。
- (3) バーンアウト：パインズ (Pines 1981) により開発された **The Burnout Measure** (以下、BM) を、稲岡 (1988) が邦訳した尺度を用いる。身体的疲弊 (例：疲れやすい、力を使い果たしたような気持ちになる)、心理的疲弊 (例：気がめいる、投げやりな気持ちになる)、精神的疲弊 (例：自分が嫌になる、まわりの人に対して幻滅感や憤りを感じる) に代表される 21 項目で構成されている。「まったくない」(1 点) ～「いつもある」(7 点) の 7 段階評価である。算定法に基づき 2.9 点以下が健全群、3.0～3.9 点が警戒群、4.0～4.9 点はバーンアウト群、5.0 点以上はうつ状態群と判定される。

(4) 組織コミットメント：アレンとメイヤー（Allen & Meyer 1990）の 3 次元コミットメント尺度を、高橋（1997）が邦訳した 3 次元コミットメント尺度改訂版（日本語版）を用いる。情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメントの 18 項目からなり、「全くそう思わない」（1 点）～「とてもそう思う」（5 点）の 5 段階評価である。

なお、(3)、(4) の当該尺度の使用許可については邦訳者より承諾を得ている。

2) 半構成的面接法によるインタビュー内容

- (1) 仕事の上で、やる気がおきたときはどんなときですか。
- (2) 仕事の上で、やる気をなくしたときはどんなときですか。
- (3) 仕事の上で、困っていることはどんなことですか。

＊以下は、看護療法を取り入れたことがある対象者

- (4) 看護療法を実施したときの状況と、患者さんの反応を聞かせてください。
- (5) 患者さんの反応をみて、その時の気持ちを聞かせてください。
- (6) 新たな気づきを得られたと思いますか。
- (7) 新人研修に看護療法の研修を取り入れたことは有効だったと思いますか。

3) 分析方法

質問紙の解析には統計ソフト SPSS Statistics17.0 を使用した。個人属性と看護療法は基本統計量、バーンアウト得点は平均値と標準偏差、基本属性及び看護療法実践の有無によるバーンアウトの比較は、Mann-Whitney 検定及び Kruskal-Wallis 検定、組織コミットメントは因子分析と重回帰分析を行った。

面接調査の内容は、テキスト型データ解析ソフト Word Miner 1.1 を用いて、テキストマイニングによる分析を行った。まず、逐語記録から得られたテキストデータを分ち書きし、構成要素を抽出するため、句読点、助詞、特殊記号を除いた。さらに、解析対象の構成要素を整理し、同種の語を 1 つの語に置換した。例えば、忙しく、忙しそうに、忙しさなどは「忙しい」に、タッチング、タッチ、意図的などは「意図的タッチ」に置換した。得られた構成要素のうち頻度 2 以上を分析の対象とした。閾値の設定については、多様な思いを捉えるために、なるべく低い閾値を採用するのがよいと考え、2 と設定した。「やる気がおきたとき」、「やる気がなくなったとき」、「困っていること」は、構成要素の頻度を採用した。次に、得られた構成要素を対象に対応分析を行い、成分スコアの布置図と合わせて構成要素の類型化を試みた。そして、各クラスターの特徴から、構成する概念

を導出し、命名した。看護療法に関しては、「取り入れたときの状況と患者の反応」「そのときの気持ち」は、構成要素の頻度を採用した。「新たな気づき」、「研修の有効性」は、テキストデータから意味のあるまとまりごとにコード化した。次に、類似した意味内容をカテゴリー化し、命名した。

テキストマイニングを用いた理由は、半構成的インタビューによって得られたテキストデータから既知の情報を検索するだけでなく、テキストデータの背後に隠されている新たな知見、発見を目的とする仮説探索型の分析に適しているからである。分析では対応分析やクラスター分析を行うことができ、テキストデータの中にある言葉どうしの共通性や類似性から構造が理解し易くなる。また、結果までのプロセスは全て再現可能な計算手続きとして蓄積されるため、再現性・客観性の高い分析ができ信頼性が担保できるからである。

4) 倫理的配慮

対象病院の看護部長に、研究の趣旨を口頭と文書で説明し、同意を得た。看護部長を通して、対象者に研究への参加は自由意志であることを説明し、研究説明書と質問紙を配布した。研究説明書には、研究目的、研究参加の自由、匿名性の保持、研究結果の公表等を記載し、回収箱への投函をもって同意が得られたものとした。面接調査は、各施設の看護部長を通し、看護師長にインタビューが可能か確認を依頼し、了解が得られた対象者には文書と口頭で説明し、同意書による署名をもって承諾を得た。なお、研修後の看護療法の実践においても、強制するものではなく、実施は自由選択によるものであり、実施しなかったことによって不利益は一切ないことを明記した。本研究は群馬県立県民健康科学大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

次に、質問紙調査、面接調査ごとに、それぞれの調査時点の結果を以下の順に述べていく。

- ① 入職後 6 ヶ月目の質問紙調査の結果
- ② 入職後 12 ヶ月目の質問紙調査の結果
- ③ 入職後 6 ヶ月目と 12 ヶ月目の質問紙調査結果の比較
- ④ 入職後 6 ヶ月目の面接調査の結果
- ⑤ 入職後 12 ヶ月目の面接調査の結果
- ⑥ 入職後 6 ヶ月目と 12 ヶ月目の面接調査結果の比較
- ⑦ 新人看護職者のバーンアウト傾向に関する変容過程の結果

4. 入職後 6 ヶ月目の質問紙調査の結果

1) 対象者の基本属性及び看護療法（入職後 6 ヶ月目）

4 病院の 56 名の対象者から 46 名（回収率 82.1%）の回答があり、有効回答は尺度の調査項目に欠損値のない 45 名（有効回答率 97.8%）とした。その結果、性別は女性 95.6% を占めていた。職種は看護師 95.6%、助産師 4.4%であった。教育期間は看護師養成 3 年課程 71.1%が最も多く、次いで看護系大学 20.0%であった。健康状態は「健康である」75.6%、「症状があるが治療していない」13.3%、「病気を治療中である」8.9%であった。

看護療法実践の有無では有 35 名（77.8%）、無 10 名（22.2%）であり、意図的タッチが 91.4%で最も多かった。実施回数は週に 1～2 回、毎日がそれぞれ約 4 割を占めていた。看護療法の有効性は全員が肯定的な回答であり、新たな気づきを得ていた。看護療法を実施しなかった理由は「時間的にゆとりがなかった」が 9 割を占めていた（表 7）。

2) バーンアウト（入職後 6 ヶ月目）

バーンアウトは、平均得点 4.00（SD 1.00）であり、健全群 7 名（15.6%）、警戒群 16 名（35.6%）、バーンアウト群 14 名（31.1%）、うつ状態群 8 名（17.8%）でバーンアウト群とうつ状態が全体の約 5 割を占めていた。

性別、職種、教育機関及び看護療法実践の有無によるバーンアウトの比較では、有意差がなかった。健康状態では「何らかの症状がある」中央値 5.34（IQR 1.5）、「病気治療中」中央値 3.88（IQR 1.6）、「健康である」中央値 3.78（IQR 1.3）で有意差がみられた（ $p < 0.05$ ）。

3) 組織コミットメント（入職後 6 ヶ月目）

組織コミットメントの平均得点は、継続 20.22（SD 2.55）、規範 19.04（SD 3.75）、情動 18.49（SD 3.53）であった（表 8）。

因子分析を実行した結果、以下の通りであった。因子抽出は主因子法、回転はバリマックス法をそれぞれ採用した。

- (1) Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測定より 0.5 以上が確認された。
- (2) 共通性推定値において極端に低い数値が見られない。
- (3) 固有値 1 以上基準で、7 因子抽出された。
- (4) 回転後因子行列から因子負荷 0.4 以上を特定（網掛け）したものが表 9 である。
- (5) 尺度の得点に関しては、Bartlett 法による因子得点を算出し、4 因子を適用した。

(6) 命名：因子 1 は、組織への忠誠心と愛着をもってキャリアを形成していくことが義務だと捉えて構成されていることを勘案して「日本型情動的コミットメント」と命名した。因子 2 は、組織を辞めるべきでないと道徳的に捉えて構成されている因子が影響しているので「規範的コミットメント」と命名した。因子 3 は、組織の一員と認識して構成されているため「情動的コミットメント」と命名した。因子 5 は、組織を去らない決意を中心に構成された因子であり「継続的コミットメント」と命名した。

Cronbach α 信頼性係数は、以下の通りである。

因子 1 の因子負荷 0.4 以上の項目 (Q15、Q17、Q1、Q6、Q10、Q16) に対する Alpha = 0.833

因子 2 の因子負荷 0.4 以上の項目 (Q10、Q12、Q13、Q16、Q11) に対する Alpha = 0.822

因子 3 の因子負荷 0.4 以上の項目 (Q2、Q3、Q4、Q8) に対する Alpha = 0.656

因子 5 の因子負荷 0.4 以上の項目 (Q9、Q11) に対する Alpha = 0.627

因子 4 は因子負荷量 0.4 以上基準で抽出したところ Q18 の 1 質問項目だけであった。そこで抽出制約条件を緩めて次に高い因子負荷量の Q5 の項目を追加して 2 項目で Cronbach α を算出したところ 0.446 であり、この結果を勘案して当該因子は分析対象から除外した。

因子 6 は因子負荷量 0.4 以上基準で抽出したところ、Q4 と Q14 の 2 質問項目であった。この 2 項目を対象に Cronbach α を算出したところ 0.476 であり、この結果を勘案して当該因子は分析対象から除外した。

因子 7 は因子負荷量 0.4 以上基準で抽出したところ Q7 の 1 質問項目だけであった。そこで抽出制約条件を緩めて次に高い因子負荷量の Q6 の項目を追加して 2 項目で Cronbach α を算出したところ 0.140 であり、この結果を勘案して当該因子は分析対象から除外した。

上記の因子得点を独立変数、バーンアウト得点を従属変数として重回帰分析を行った。分散分析の結果における F 検定の結果、当該重回帰式は 1% 水準で有意であった (表 10)。調整済み R^2 値は 0.305 であり十分に当該重回帰式の有意性を提示した (表 11)。次に独立変数に対する t 検定の結果、「日本型情動的コミットメント」が 0.1% 水準で有意、さらに、「情動的コミットメント」が 5% 水準で、有意に従属変数を説明していることが判明した (表 12)。

表 7 対象者の基本属性及び看護療法(入職後 6 ヶ月目)

項目		人数	%
(n=45)			
性別	女	43	95.6
	男	2	4.4
職種	保健師	0	0
	助産師	2	4.4
	看護師	43	95.6
	准看護師	0	0
教育機関	准看護師養成課程	0	0
	看護師養成 2 年課程進学コース	0	0
	看護師養成 3 年課程	32	71.1
	5 年一貫看護師養成課程	2	4.4
	看護師 3 年課程短大	1	2.2
	看護系大学	9	20.0
	保健師助産師養成課程	1	2.2
	看護系大学院	0	0
健康状態	健康である	34	75.6
	何らかの症状はあるが治療していない	6	13.3
	何らかの病気を治療中である	4	8.9
	無回答	1	2.2
看護療法を取り入れた	はい	35	77.8
	いいえ	10	22.2
「はい」と回答 (n=35)			
取り入れた看護療法 (複数回答)	笑い	12	34.3
	マッサージ	8	22.8
	回想法	3	8.6
	意図的タッチ	32	91.4
看護療法の有効性	全くそう思わない	0	0
	どちらかというと思わない	0	0
	どちらかというと思う	19	54.3
	非常に思う	16	45.7
看護療法を取り入れて 新たな気づきを得た	全くそう思わない	0	0
	どちらかというと思わない	1	2.8
	どちらかというと思う	24	68.5
	非常に思う	10	28.7
看護療法を取り入れた 回数	毎日	12	34.3
	1～2 回/週	16	45.7
	1～2 回/月	5	14.3
	その他	2	5.7
「いいえ」と回答 (n=10)			
看護療法を取り入れな かった理由 (複数回答)	職場に取り入れる慣習がなかった	3	30.0
	有効性に疑問を感じていた	0	0
	必要とする対象者がたまたまいなかった	0	0
	時間的にゆとりがなかった	9	90.0
	その他	0	0

表 8 組織コミットメント(入職後 6 ヶ月目)

	平均値(合計)	SD	最小値	最大値
情動的コミットメント	18.49	3.53	9	26
継続的コミットメント	20.22	2.55	17	27
規範的コミットメント	19.04	3.75	9	26
合計	57.76	7.58	37	76

表 9 組織コミットメント 18 項目におけるバリマックス回転(入職後 6 カ月目)

項目	因子							共通性
	1	2	3	4	5	6	7	
Q15(NC) この病院は、私が忠誠を尽くすに値する会社だ。	0.838	0.179	0.158	0.247	0.109	0.064	-0.190	0.87
Q17(AC) 私はこの病院に、愛情を感じていると思う。	0.701	0.246	0.393	0.125	-0.048	-0.024	-0.031	0.73
Q 1(AC) 私の仕事生活(キャリア)の残りを、いまの病院で過ごせたら、とても幸せだ。	0.623	0.080	0.073	-0.013	0.151	-0.001	-0.082	0.43
Q 6(AC) 私は、病院という「家族」の一員になっっているように思う。	0.603	-0.115	0.354	-0.152	-0.082	-0.050	0.353	0.66
Q10(NC) この病院に勤めることは、私の義務だと思う。	0.519	0.400	0.012	0.225	0.100	-0.221	0.096	0.55
Q16(NC) 病院で一緒に働く人々に対して義務感があるので、いま私が病院を去ることは決してないだろう。	0.521	0.522	0.081	0.111	0.094	0.098	-0.161	0.61
Q12(NC) 自分に有利になるとしても、いまこの病院を辞めることが道徳的に正しいこととは思わない。	0.018	0.915	0.009	-0.053	-0.109	-0.067	0.017	0.86
Q13(NC) いまこの病院を辞めてしまったら、罪の意識を感じるだろう。	0.233	0.743	0.072	0.050	0.133	0.061	0.084	0.64
Q11(CC) いま病院を去る決意をしたら、私の人生の大部分が崩れてしまうだろう。	0.360	0.478	0.095	-0.040	0.487	0.076	0.338	0.73
Q 2(AC) 私は、自分の病院の一員なのだ、と強く感じることもある。	0.323	-0.006	0.787	-0.035	-0.006	-0.201	-0.191	0.80
Q 3(AC) 私は、この病院の問題を、まるで自分自身の問題であるかのように感じている。	0.234	0.022	0.570	0.263	-0.097	0.052	0.096	0.47
Q 4(AC) この病院は、私にとって個人的に重要な意味を持っている。	0.394	0.216	0.434	0.195	0.023	0.532	0.121	0.73
Q 8(CC) この病院でこんなに働いてこなかったなら、他の病院で働くことも考えるだろう。	-0.088	0.183	0.420	-0.359	0.125	0.219	0.079	0.42
Q18(NC) 私は、この病院に大きな恩義がある。	0.091	-0.017	0.195	0.885	0.169	0.070	-0.063	0.87
Q 9(CC) 病院を辞めたとしたら、代わりの勤め先が見つからずに困るだろう。	0.115	0.008	-0.070	0.079	0.903	-0.111	-0.021	0.85
Q14(CC) この病院を辞めたら、他の働き場所がないかもしれないが、私は別にかまわない。	-0.049	-0.045	-0.072	-0.045	-0.079	0.632	0.115	0.43
Q 5(CC) いま、この病院にいるのは、働く必要があるからだ。	0.082	0.161	-0.081	0.374	-0.075	-0.080	0.311	0.29
Q 7(CC) この病院をいまずに去ろうと思っても、実際にそうするのはとても難しい。	-0.173	0.031	0.004	0.003	0.049	0.227	0.622	0.47
因子寄与	3.05	2.27	1.70	1.34	1.21	0.93	0.89	11.39
寄与率	16.96	12.62	9.42	7.43	6.74	5.16	4.96	
累積寄与率	16.96	29.58	39.00	46.44	53.17	58.33	63.29	

n=45

(注 1) 共通性は因子抽出後

(注 2) ボールド部分は、因子負荷 0.4 以上のものである。

(注 3) Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測定は 0.578 であった。

(注 4) 因子抽出法は主因子法、回転は Kaiser の正規化を伴うバリマックス法を採用。

※AC: 情動的コミットメント、CC: 継続的コミットメント、NC: 規範的コミットメント

表 10 4 因子の分散分析(入職後 6 ヶ月目)

	平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
回帰	16.067	4	4.017	5.821	0.001
残差	27.604	40	0.690		
合計	43.671	44			

従属変数バーンアウト得点

表 11 モデル要約(入職後 6 ヶ月目)

R	R ²	調整済み R ²	推定値の標準誤差
0.607	0.368	0.305	0.8307

表 12 4 因子の重回帰分析(入職後 6 ヶ月目)

因子	標準化されていない係数		標準化係数		t 値	有意確率
	B	標準誤差	β			
(定数)	3.997	0.124			32.275	0.000
日本型情動的コミットメント	-0.470	0.117	-0.508		-4.011	0.000
規範的コミットメント	0.066	0.119	0.070		0.556	0.581
情動的コミットメント	-0.295	0.112	-0.333		-2.637	0.012
継続的コミットメント	0.138	0.116	0.150		1.191	0.241

従属変数バーンアウト得点

5. 入職後 12 ヶ月目の質問紙調査の結果

1) 対象者の基本属性及び看護療法(入職後 12 ヶ月目)

4 病院の 51 名¹¹から 47 名(回収率 92%)の回答があり、有効回答はスケールの調査項目に欠損値のない 45 名(有効回答率 96%)とした。その結果、健康状態は「健康である」86.7%、「症状があるが治療していない」6.7%、「病気を治療中である」6.7%であった。

看護療法実施の有無では有 36 名(80.0%)、無 9 名(20.0%)であり、意図的タッチが 86.1%で最も多かった。実施回数は週に 1~2 回が 5 割を占めていた。看護療法の有効性はほぼ全員が肯定的な回答であり、その 8 割が新たな気づきを得ていた。看護療法を実施しなかった理由は「時間的にゆとりがなかった」が 8 割を占めていた(表 13)。

2) バーンアウト(入職後 12 ヶ月目)

バーンアウトの平均得点は、4.15(SD 0.94)であり、健全群 2 名(4.4%)、警戒群 21 名(46.7%)、バーンアウト群 16 名(35.6%)、うつ状態群 6 名(13.3%)であった。

性別、職種、教育機関及び看護療法実施の有無によるバーンアウトの比較では、何れも有意差はなかった。

3) 組織コミットメント（入職後 12 ヶ月目）

組織コミットメントの平均得点は、継続 20.47 (SD 2.33)、規範 18.71 (SD 3.10)、情動 17.84 (SD 4.02) であった (表 14)。

因子分析を実行した結果、以下の通りであった。因子抽出は主因子法、回転はバリマックス法をそれぞれ採用した。

- (1) Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測定より 0.5 以上が確認された。
- (2) 共通性推定値において極端に低い数値が見られない。
- (3) 上記より、全 18 項目で因子分析を実行したところ不安定性が出現し、解にまで至らなかった。そこで様々に検討した結果、項目 12 の規範を削除して再度因子分析を実行したところ固有値 1 以上基準で、4 因子抽出された。
- (4) 回転後因子行列から因子負荷 0.4 以上を特定（網掛け）したものが表 15 である。
- (5) 尺度の得点に関しては、Bartlett 法による因子得点を算出し、3 因子を適用した。
- (6) 命名：因子 1 は、組織の一員と認識して愛着を感じていると捉えて構成されていることを勘案して「情動的コミットメント」と命名した。因子 2 は、組織に勤めることを義務と思い、恩義を感じていると捉えて構成されている因子が影響しているので「規範的コミットメント」と命名した。因子 3 は、辞めようと思っても難しいと捉え働く必要があると認識して構成された因子であり「継続的コミットメント」と命名した。

Cronbach α 信頼性係数は、以下の通りである。

因子 1 の因子負荷 0.4 以上の項目 (Q2、Q6、Q4、Q15、Q3、Q17、Q5、Q1、Q18) に対する Alpha=0.893

因子 2 の因子負荷 0.4 以上の項目 (Q15、Q17、Q1、Q9、Q10、Q18、Q11) に対する Alpha=0.835

因子 3 の因子負荷 0.4 以上の項目 (Q5、Q7、Q8) に対する Alpha=0.577

因子 4 は因子負荷量 0.4 以上基準で算出したところ Q13 の 1 項目だけであった。そこで抽出基準を緩めて次の高い因子負荷量の Q3 の項目を追加して 2 項目で Cronbach α を算出したところ 0.321 であり、この結果を勘案して当該因子は分析対象から除外した。

上記の因子得点を独立変数、バーンアウト得点を従属変数として、重回帰分析を行った。分散分析の結果における F 検定の結果、当該重回帰式は 1% 水準で有意であった (表 16)。

調整済み R^2 値は 0.189 であり十分に当該重回帰式の有意性を提示した（表 17）。次に独立変数に対する t 検定の結果、「情動的コミットメント」が 1%水準で有意、さらに、「継続的コミットメント」が 5%水準で、有意に従属変数を説明していることが判明した（表 18）。

表 13 対象者の基本属性及び看護療法（入職後 12 か月目）

項目		人数	%
(n=45)			
性別	女	43	95.6
	男	2	4.4
職種	保健師	0	0
	助産師	2	4.4
	看護師	43	95.6
	准看護師	0	0
教育機関	准看護師養成課程	0	0
	看護師養成 2 年課程進学コース	0	0
	看護師養成 3 年課程	30	66.7
	5 年一貫看護師養成課程	3	6.7
	看護師 3 年課程短大	2	4.4
	看護系大学	10	22.2
	保健師助産師養成課程	0	0
	看護系大学院	0	0
健康状態	健康である	39	86.7
	何らかの症状はあるが治療していない	3	6.7
	何らかの病気を治療中である	3	6.7
看護療法を取り入れた	はい	36	80.0
	いいえ	9	20.0
「はい」と回答 (n=36)			
取り入れた看護療法 （複数回答）	笑い	16	44.5
	マッサージ	14	38.9
	回想法	4	11.1
	意図的タッチ	31	86.1
看護療法の有効性	全くそう思わない	0	0
	どちらかというと思わない	2	5.5
	どちらかというと思う	28	77.8
	非常に思う	6	16.7
看護療法を取り入れて 新たな気づきを得た	全くそう思わない	0	0
	どちらかというと思わない	6	16.7
	どちらかというと思う	25	69.4
	非常に思う	5	13.9
看護療法を取り入れた 回数	毎日	10	27.8
	1～2 回/週	18	50.0
	1～2 回/月	8	22.2
	その他	0	0
「いいえ」と回答 (n=9)			
看護療法を取り入れな かった理由 （複数回答）	職場に取り入れる慣習がなかった	2	22.2
	有効性に疑問を感じていた	0	0
	必要とする対象者がたまたまいなかった	1	11.1
	時間的にゆとりがなかった	7	77.8
	その他	0	0

表 14 組織コミットメント(入職後 12 か月目)

	平均値(合計)	SD	最小値	最大値
情動的コミットメント	17.84	4.02	6	27
継続的コミットメント	20.47	2.33	15	26
規範的コミットメント	18.71	3.10	12	26
合計	57.2	7.48	40	73

表 15 組織コミットメント 18 項目におけるバリマックス回転(入職後 12 か月目)

項目	因子				共通性
	1	2	3	4	
Q 2(AC) 私は、自分の病院の一員なのだ、と強く感じることもある。	0.776	0.060	0.180	-0.174	0.67
Q 6(AC) 私は、病院という「家族」の一員になっているように思う。	0.769	0.087	-0.122	0.053	0.67
Q 4(AC) この病院は、私にとって個人的に重要な意味を持っている。	0.741	0.267	-0.178	0.168	0.68
Q15(NC) この病院は、私が忠誠を尽くすに値する病院だ。	0.677	0.402	-0.105	0.056	0.63
Q 3(AC) 私は、この病院の問題を、まるで自分自身の問題であるかのように感じている。	0.648	0.111	-0.190	0.204	0.51
Q17(AC) 私はこの病院に、愛情を感じていると思う。	0.641	0.566	-0.070	-0.160	0.76
Q 5(CC) いま、この病院にいるのは、働く必要があるからだ。	0.598	0.026	0.493	0.032	0.60
Q 1(AC) 私の仕事生活(キャリア)の残りを、いまの病院で過ごせたら、とても幸せだ。	0.522	0.487	-0.031	-0.158	0.54
Q18(NC) 私は、この病院に大きな恩義がある。	0.450	0.554	0.092	0.136	0.54
Q 9(CC) 病院を辞めたとしたら、代わりの勤め先が見つからずに困るだろう。	-0.198	0.702	-0.119	-0.007	0.55
Q10(NC) この病院に勤めることは、私の義務だと思う。	0.359	0.702	-0.042	0.185	0.66
Q11(CC) いま病院を去る決意をしたら、私の人生の大部分が崩れてしまうだろう。	0.118	0.523	-0.016	0.176	0.32
Q 7(CC) この病院をいまずぐに去ろうと思っても、実際にそうするのはとても難しい。	-0.057	-0.157	0.758	0.034	0.60
Q 8(CC) この病院でこんなに働いてこなかったなら、他の病院で働くことも考えるだろう。	-0.349	0.079	0.639	0.175	0.57
Q13(NC) いまこの病院を辞めてしまったら、罪の意識を感じるだろう。	0.054	0.295	0.238	0.857	0.88
Q16(NC) 病院で一緒に働く人々に対して義務感があるので、いま私が病院を去ることは決してないだろう。	0.143	0.252	0.179	0.067	0.12
Q14(CC) この病院を辞めたら、他の働き場所がないかもしれないが、私は別にかまわない。	0.210	0.229	-0.031	0.090	0.11
因子寄与	4.24	2.61	1.47	1.02	09.34
寄与率	24.92	15.38	8.67	6.00	
累積寄与率	24.92	40.30	48.97	54.97	

n=45

(注 1) 共通性は因子抽出後

(注 2) ボールド部分は、因子負荷 0.4 以上のものである。

(注 3) Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測定は 0.748 であった。

(注 4) 因子抽出法は主因子法、回転は Kaiser の正規化を伴うバリマックス法を採用

※AC: 情動的コミットメント、CC: 継続的コミットメント、NC: 規範的コミットメント

表 16 4 因子の分散分析(入職後 12 か月目)

	平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
回帰	9.548	3	3.183	4.413	0.009
残差	29.568	41	0.721		
合計	39.115	44			

従属変数バーンアウト得点

表 17 モデル要約(入職後 12 か月目)

R	R ²	調整済み R ²	推定値の標準誤差
0.494	0.244	0.189	0.8492

表 18 4 因子の重回帰分析(入職後 12 か月目)

因子	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	β		
(定数)	4.153	0.127		32.809	0.000
情動的コミットメント	-0.340	0.121	-0.383	-2.811	0.008
規範的コミットメント	-0.113	0.115	-0.134	-0.983	0.331
継続的コミットメント	0.249	0.112	0.302	2.221	0.032

従属変数バーンアウト得点

6. 入職後 6 か月目と 12 か月目の質問紙調査結果の比較

入職後 6 か月目と 12 か月目の調査を比較した結果、以下の内容であった。

対象者の健康状態では、入職後 12 か月後には、「健康である」は 11.1%増加、「症状があるが治療していない」は 6.6%減少、「病気を治療中である」は 2.2%減少していた。

看護療法では、何れの時点でも約 8 割の者が実施していた。看護療法の有効性は、ほぼ全員が肯定的な回答であった。

バーンアウト得点の 2 時点の比較では、入職後 12 か月目には 0.15 上昇していた。さらに、バーンアウト得点による判定では、健全群が 15.6%から 4.4%に減少し、警戒群が 35.6%から 46.7%に増加していた。警戒群とバーンアウト群を合わせると 15.6%増加していた(図 2)。

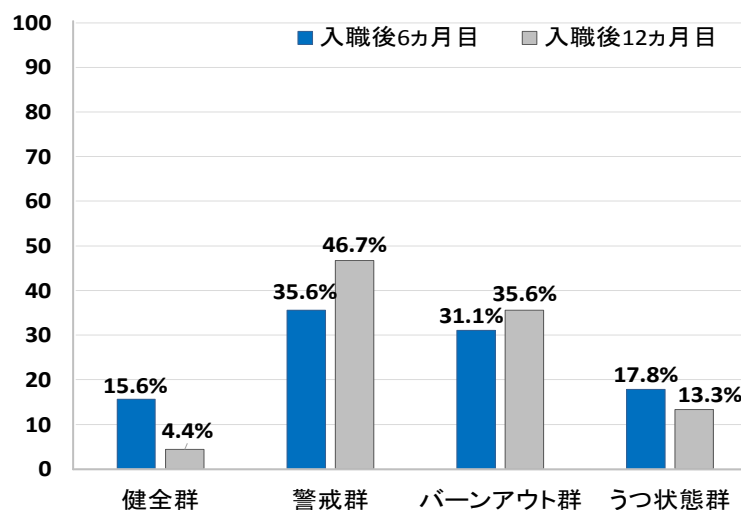


図 2 新人看護職者の入職後 6 ヶ月目と 12 ヶ月目のバーンアウト状態

組織コミットメント得点の 2 時点の比較では、入職後 12 ヶ月目には、情動的コミットメントは 0.65、規範的コミットメント 0.33 のそれぞれ低下がみられ、継続的コミットメントは 0.25 の上昇がみられた（表 19）。

また、因子分析の結果では、入職後 6 ヶ月目には、「日本型情動的コミットメント」、「情動的コミットメント」、「継続的コミットメント」、「規範的コミットメント」の 4 因子が抽出されたが、入職後 12 ヶ月目には、「日本型情動的コミットメント」の因子は抽出されず、「情動的コミットメント」、「継続的コミットメント」、「規範的コミットメント」の 3 因子が抽出された。さらに、バーンアウト得点を従属変数として重回帰分析を行った結果、従属変数を有意に説明していた因子は、入職後 6 ヶ月目には、「日本型情動的コミットメント」と「情動的コミットメント」が負の影響を示していた。一方、就職後 12 ヶ月目には、「情動的コミットメント」は同様に負の影響を示していたが、「日本型情動的コミットメント」の因子は抽出されず、新たに、「継続的コミットメント」の正の影響が示された。

表 19 新人看護職者の入職後 6 ヶ月目と 12 ヶ月目の組織コミットメント

	入職後 6 ヶ月目		入職後 12 ヶ月目	
	平均値(合計)	SD	平均値(合計)	SD
情動的コミットメント	18.49	3.53	17.84	4.02
継続的コミットメント	20.22	2.55	20.47	2.33
規範的コミットメント	19.04	3.75	18.71	3.10

7. 入職後 6 ヶ月目の面接調査の結果

1) 対象者の基本属性及び看護療法（入職後 6 ヶ月目）

4 病院の対象者 23 名のうち、勤務している病棟は、外科系 6 名、内科系 9 名、外科系・内科系混合 8 名であり、夜勤は 19 名（82.6%）が開始していた。夜勤開始時期は 5 月～6 月が 13 名（68.4%）で最も多かった。夜勤体制は 3 交代 13 名、2 交代 6 名であった。夜勤の担当患者数は病棟の特殊性や見習い期間等により、6～20 名と幅があったが、10～15 名が最も多かった。看護療法は 22 名が実践していた。

2) 仕事の上でやる気がおきたとき（入職後 6 ヶ月目）

分ち書き後抽出された構成要素は 1,016、句読点、助詞、特殊記号を除き、同一語の置換を行った閾値 2 以上の構成要素は 141 であった。20 以上出現した構成要素は、言われる、患者、自分、頑張る、できる、先輩、やる気、良かった、話であった。出現頻度の上位 20 位までを表 20 に示した。

対応分析で得られた成分スコアをもとにクラスター分析を行った結果、10 のクラスターに分類された（表 21）。以下、10 のクラスターを[]、命名を【 】で示した。

[1]は、覚える、チェックリスト、教えなどによって表わされることから【技術の習得】と名づけた。[2]は、分からない、声かけ、困るからも読み取れるように【困ったときの支援】とした。[3]は、プリセプター、指導者、直したなど指導体制を表す要素で構成されているため【プリセプターの指導】とした。[4]は、喜んで、頑張る、嬉しいなど患者から感謝されたことを表していることから【患者からの感謝】とした。[5]は、良かった、寝た、安心など看護ケアを行ったときの効果を表しており【看護ケアの効果】とした。[6]は、成長、認められるから読み取れるように【上司・先輩からの承認】と名づけ、[7]は、できる、振り返る、自分など仕事ができたとときの気持ちを表していることから【仕事の達成感】とした。[8]は、聴く、意図的タッチ、ありがとうなど看護療法を取り入れたときの患者の反応が表わされており【看護療法の効果】とし、[9]は、退院、リハビリなど患者が回復したときの喜びを表していることから【看護の充実感】とした。[10]は、休み、優しい、調節など上司の体調への気遣いを表しており【健康状態の配慮】とした。

これらのクラスターの関係は、[1]【技術の習得】、[6]【上司・先輩からの承認】、[7]【仕事の達成感】が接近し、[5]【看護ケアの効果】、[8]【看護療法の効果】、[9]【看護の充実感】が接近していた。[3]【プリセプターの指導】、[10]【健康状態の配慮】が近くに位置

していた。[2]【困ったときの支援】と[4]【患者からの感謝】はそれぞれ離れている所に位置していた（図 3）。

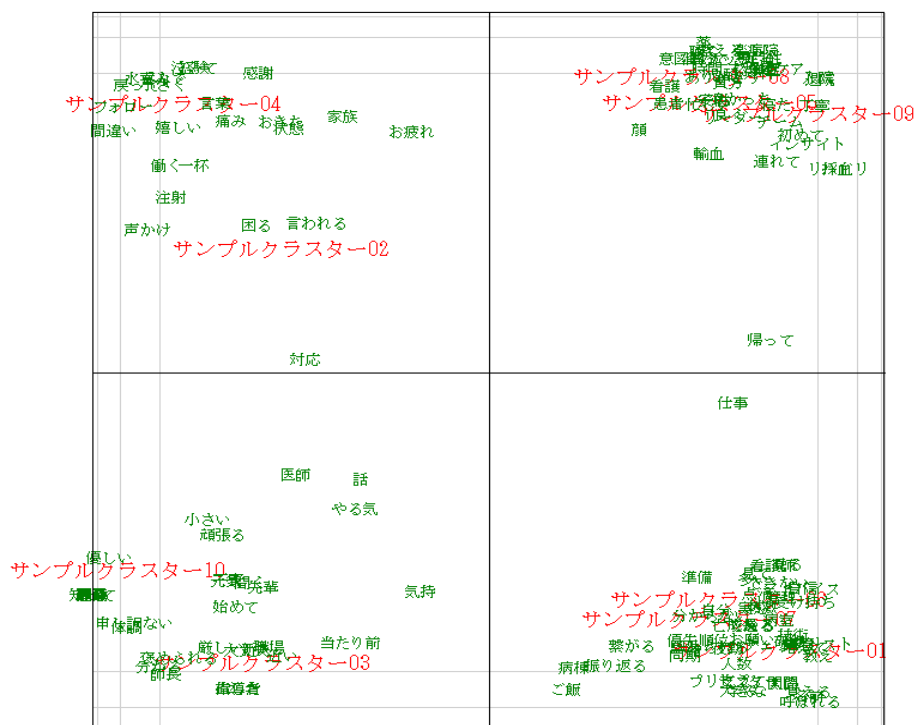
表 20 やる気がおきたとき構成要素（上位 20 位）

構成要素	構成要素数	サンプル度数
言われる	71	19
患者	54	18
自分	51	14
頑張る	36	13
できる	34	12
先輩	33	14
やる気	32	16
良かった	32	14
話	20	10
嬉しい	17	10
退院	16	7
ありがとう	15	8
看護師	14	10
見て	14	9
聞く	13	10
新人	12	10
病棟	12	8
技術	11	6
できない	10	7
プリセプター	10	5
分からない	10	6

表 21 やる気がおきたとき構成要素クラスター分析

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
名前	分からない	プリセプター	喜んで	良かった	亡くなる	できる	心配	退院	休み
覚える	声かけ	指導者	水呑み	貴方	成長	振り返る	薬	入院	優しい
チェックリスト	困る	直した	フォロー	子供	認められる	自分	聴く	リハビリ	悪い
受け持ち	顔	近い	小さく	寝た		繋がる	意図的タッチ	採血	知って
栄養	準備	分かる	頑張る	安心		人数	習う	初めて	調節
経管	忙しい	頑張る	間違い	専門性		気持	溜めて		部長
呼ばれる		話	嬉しい	足浴		できない	ありがとう		迷惑
教え				病院		学ぶ	患者		間違い
見て				見て		当たり前	時間		体調
病室				ケア					声かけ
				痛み					働く
				輸血					

図 3 やる気がおきたとき布置図



3) 仕事の上でやる気をなくしたとき（入職後 6 ヶ月目）

分ち書き後抽出された構成要素は 1,169、句読点、助詞、特殊記号を除き、同一語の置換を行った閾値 2 以上の構成要素は 150 であった。20 以上出現した構成要素は、自分、言われる、患者、やる気、できない、先輩、仕事であった。出現頻度の上位 20 位までを表 22 に示した。

対応分析で得られた成分スコアをもとにクラスター分析を行った結果、10 のクラスターに分類された（表 23）。

[1]は、仕事、オフ、ストレスなどによって表わされており【気分転換の不足】と名づけた。[2]は、休み、遅くなる、疲れるなどからも読み取れるように【心身の疲労】とした。[3]は、具合、悪い、できないなど技術や知識不足から行動できないことを表しており【知識・技術の不足】とした。[4]は、おかしい、転倒など患者の状態の異常や安全を優先した行動から捉えており【判断能力の不足】とした。[5]は、学ぶ、分かる、ショックなど患者からのクレームに対する葛藤を表しており【患者の苦情】とした。[6]は、飲んで、インシデント、落ち込むなどインシデント発生したときの状況であり【インシデント】とし、[7]は、多い、落ち込む、間違いなど仕事で間違った時の状況を表しており【仕事の間違い】

とした。[8]は、医師、指示、処置など医師の指示に対処できない状況を表しており【処置・指示受けの困難】とした。[9]は、担当、覚え、確認など間違いを疑われたことを表していることから【理不尽な対応】とした。[10]は、しっかり、挨拶、態度など仕事する上での先輩との関係を表していることから【先輩との人間関係】とした。

クラスターの関係は、[3]【知識・技術の不足】、[6]【インシデント】、[7]【仕事の間違い】、[8]【処置・指示受けの困難】が接近し、[1]【気分転換の不足】、[4]【判断能力の不足】、[5]【患者の苦情】が接近していた。[2]【心身の疲労】、[9]【理不尽な対応】、[10]【先輩との人間関係】はそれぞれ離れている所に位置していた（図 4）。

表 22 やる気をなくしたとき構成要素(上位 20 位)

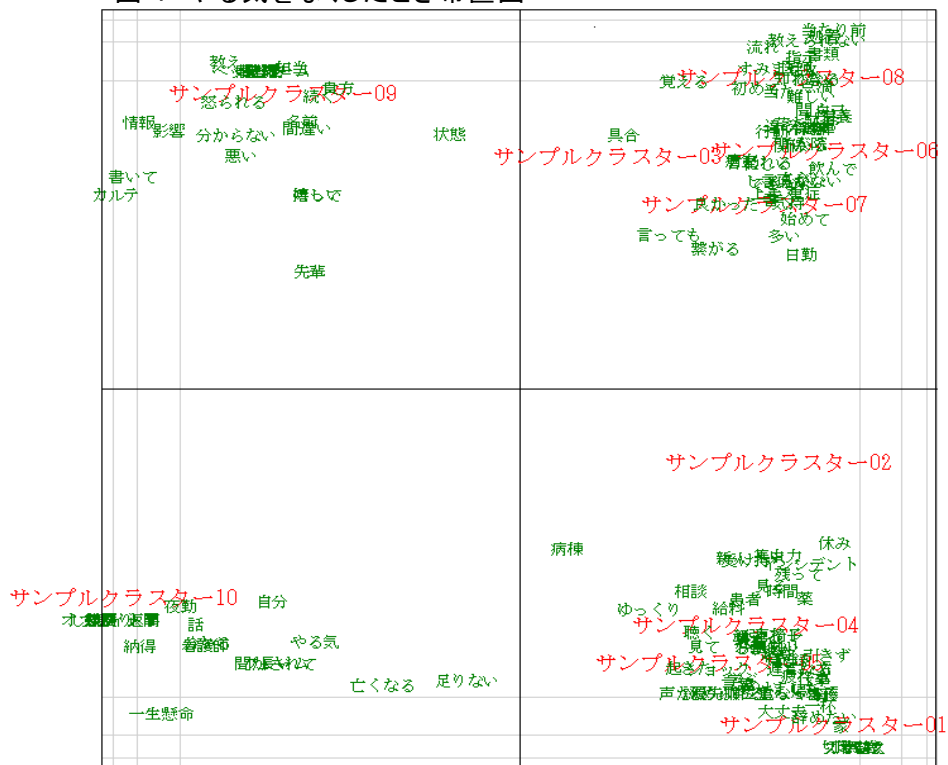
構成要素	構成要素数	サンプル度数
自分	54	21
言われる	44	19
患者	42	15
やる気	33	17
できない	32	15
先輩	23	12
仕事	20	12
間違い	15	5
気持	15	8
薬	15	5
時間	13	9
落ち込む	13	7
できる	12	5
医師	12	6
多い	12	6
忙しい	12	9
看護師	11	8
怒られる	11	5
分かる	11	8
インシデント	10	6
学ぶ	10	4
夜勤	10	6

表 23 やる気をなくしたとき構成要素クラスター分析

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
仕事	休み	具合	おかしい	学ぶ	飲んで	多い	医師	続く	オフサイト
オフ	残って	悪い	超勤	亡くなる	栄養	落ち込む	指示	担当	カルテ
オン	帰り	できない	先輩	看護師	インシデント	病室	当たり前	覚え	しっかり
ストレス	遅くなる	見る	良く	分かる	落ち込む	保存	処置	パート	書いて
若い	できる	言っても	リハビリ	ショック	薬	聴く	教え	ヘッドネー	ヘグ

								ム	
小馬鹿	新人	行動	転倒	言葉	自己	患者	CV	確認	挨拶
切り替え	当たる		トイレ	おっくう		間違い	教えられない	些細	原因
家	疲れる		車椅子	クレーン		薬	書類	事務的	態度
一杯	しょうがない		見て	葛藤		話	難しい	貼って	便
帰って	言えない			受けました		時間	できない	怒られる	夜勤
	点滴			重なって		ゆっくり	違う	貴方	
				声かけ		嬉しい	できる	間違い	
				足りない		重症		当たる	
				長い		待って		名前	
				認められる		冷所			
				聞かされて		冷蔵庫			
				母					
				優先順位					
				やる気					
				薬					

図 4 やる気をなくしたとき布置図



4) 仕事の上で困っていること（入職後 6 ヶ月目）

分かち書き後抽出された構成要素は 1,225、句読点、助詞、特殊記号を除き、同一語の置換を行った閾値 2 以上の構成要素は 161 であった。20 以上出現した構成要素は、自分、

患者、言われる、困る、先輩、分からない、時間、聞く、できない、学ぶであった。出現頻度の上位 20 位までを表 24 に示した。

対応分析で得られた成分スコアをもとにクラスター分析を行った結果、10 のクラスターに分類された（表 25）。

[1]は、きつい、帰り、定時などで表わされることから【仕事量が多い】とした。[2]は、呼吸、優先順位、考えるなど仕事をする上での優先順位を表す要素であり【優先順位】とし、[3]は、できる、技術、覚える、遅くなるなど仕事を円滑にする困難さを表しているため【円滑な仕事】とした。[4]は、配分、時間、往復からも読み取れるように【仕事の配分】とした。[5]は、知識、足りない、判断などで表わされることから【知識・技術の不足】とした。[6]は、緊張、眠れないなど自己の体調を表す要素で構成されているため【自己の健康管理】とし、[7]は、悩み、関係、上司など職場での人間関係に関する要素を表しており【職場の人間関係】とした。[8]は、説明、指示、医師などから読み取れるように【医師の指示受け】とし、[9]は、分からない、コミュニケーションなど患者の対応への迷いを表していることから【患者とのコミュニケーション】とした。[10]は、産科、内科、眼科など各診療科の特殊性に対する看護に関する要素で表わされているため【診療科の特殊性】とした。

クラスターの関係は、【仕事量が多い】、【優先順位】、【円滑な仕事】、【知識・技術の不足】が接近し、【職場の人間関係】、【医師の指示受け】が接近していた。【自己の健康管理】、【患者とのコミュニケーション】が接近し、【仕事の配分】、【診療科の特殊性】が近くに位置していた（図 5）。

表 24 困っていること構成要素（上位 20 位）

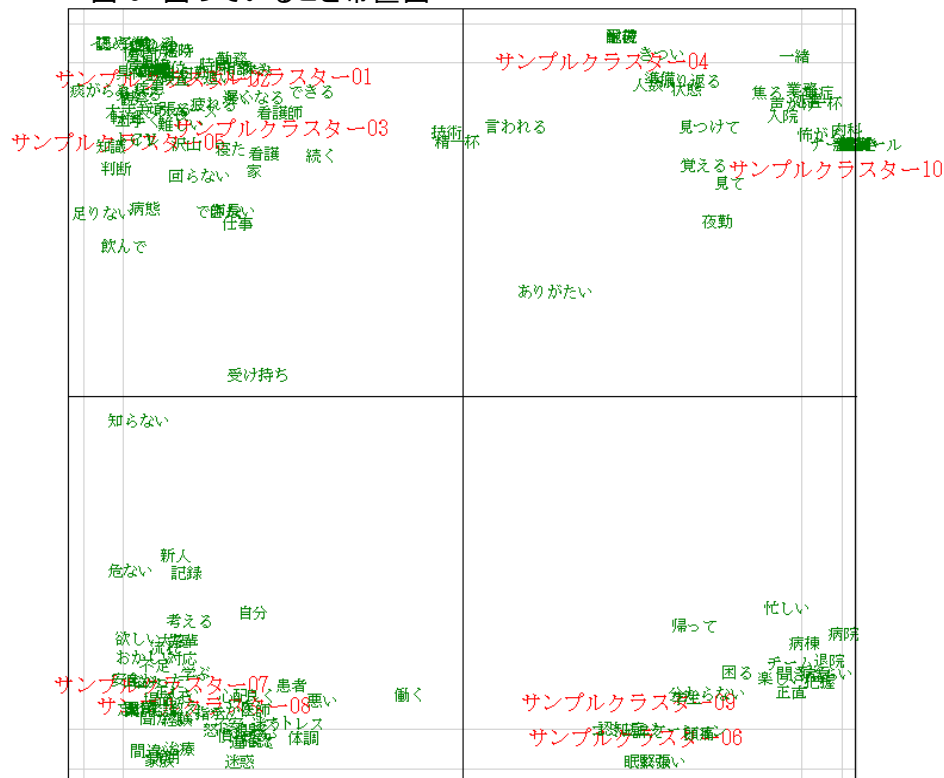
構成要素	構成要素数	サンプル度数
自分	47	18
患者	32	14
言われる	32	16
困る	32	14
先輩	30	17
分からない	27	13
時間	26	9
聞く	25	9
できない	24	15
学ぶ	20	9
仕事	19	10
できる	18	9

忙しい	17	8
多い	14	10
一杯	12	4
知識	12	4
薬	11	5
優先順位	11	6
業務	10	6
チーム	9	4
医師	9	6
見て	9	4
考える	9	6
点滴	9	4
入院	9	5
判断	9	4
聞きづらい	9	5
夜勤	9	7

表 25 困っていること構成要素クラスター分析

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
きつい	呼吸	できる	配分	知識	緊張	悩み	説明	分からない	産科
帰り	優先順位	技術	氷枕	足りない	眠れない	関係	指示	コミュニケーション	一杯
定時	子供	覚える	時間	判断	迷惑	上司	医師	認知症	内科
勤務	考える	遅くなる	点滴	薬	慣れない	忘れて	家族	学生	病院
慣れて	インシデント	スムーズ	往復	痰がらみ	体調	知らない	間違い	聞く	聞きづらい
検査	言葉	見つけて	一緒	観察	考える	聞かない	聞く	体調	退院
休み	昼間	振り返る	処置	点滴	困る	メモ	治療	患者	ナースコール
夜勤	認められる	入院	多い	分かる		自分	怒られる	悪い	眼科
	褒められる	準備				聞く	困る	迷う	激しい
	時間	続く					不足	ストレス	指導
	上手く	声かけ					看護師	訴え	手続き
	分かる	日勤					薬	頭痛	担当
	使い方	CV					教え	チーム	分娩
	上手	精一杯							業務
	言われる	できない							忙しい
	慣れて	家							重症
	大丈夫	手伝う							チーム
									入院

図 5 困っていること布置図



5) 看護療法を取り入れたときの患者の状況と反応（入職後 6 ヶ月目）

分かち書き後抽出された構成要素は 889、句読点、助詞、特殊記号を除き、同一語の置換を行った閾値 2 以上の構成要素は 98 であった。出現頻度の上位 20 位までを表 26 に示した。患者、話、言われる、意図的タッチ、マッサージ、自分、聴く、不安、気持、摩る、良かった、肩、病室、の出現頻度が 10 以上と高かった。患者の不安の状況を察知して話を聴き、意図的タッチ、マッサージなどの看護療法を取り入れ、患者が落ち着いて寝たという反応を示していた。

表 26 患者の状況と反応構成要素（上位 20 位）

構成要素	構成要素数	サンプル度数
患者	71	19
話	41	15
言われる	38	16
意図的タッチ	36	17
マッサージ	30	9
自分	22	12
聴く	16	10

不安	16	9
気持	15	10
摩る	15	9
良かった	11	7
肩	10	7
病室	10	5
喋る	9	7
触れる	8	6
声かけ	8	6
落ち着く	8	6
泣いて	7	6
寝た	7	4
多い	7	5
大丈夫	7	6
痛み	7	5

6) 患者の反応をみた時の気持ち（入職後 6 ヶ月目）

分ち書き後抽出された構成要素は、481、句読点、助詞、特殊記号を除き、同一語の置換を行った閾値 2 以上の構成要素は 47 であった。出現頻度の上位 20 位までを表 27 に示した。患者、話、自分、聴く、良かった、嬉しい、気持、忙しい、できる、言われる、の出現頻度が 7 以上と高かった。患者の反応をみて、良かったという気持ちから自分にもできることの嬉しさを示していた。

表 27 その時の気持ち構成要素（上位 20 位）

構成要素	構成要素数	サンプル度数
患者	26	12
話	15	7
自分	12	8
聴く	12	7
良かった	11	10
嬉しい	9	7
気持	9	8
忙しい	9	4
できる	7	5
言われる	7	6
マッサージ	5	4
安心	5	3
看護師	5	4
摩る	5	3
一杯	4	2
落ち着く	4	4
穏やか	3	1
顔	3	1

時間	3	2
車椅子	3	1
触れる	3	3
不安	3	3
分からない	3	2

7) 看護療法を実践して新たな気づき（入職後 6 ヶ月目）

テキストデータから類似性のある内容を抽出した結果、3 カテゴリー、6 サブカテゴリー、25 コードにまとめられた（表 28）。以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを＜ ＞、コードを「 」で示す。

【看護の手応え】は、看護療法を実践してみて、「背中を摩ってあげるだけで落ち着きを取り戻すので誰か側にいて欲しいのかと感じた」、「効果をみて触れるとか笑うことは大事なことだと思った」、「全員に同じ態度ではなく患者にあった接し方があることに気づいた」などから、＜看護として大切なこと＞、＜個別の接し方＞であった。

【信頼の深まり】は、「タッチしながら会話することで距離が縮まる感じがした」、「患者が喜んでくれた反応みて少し近づけたと思った」、「マッサージや笑いなどを加えることで患者との信頼関係を築けると思った」などから、＜患者に近づけた＞、＜信頼関係が築ける＞であった。

【看護への姿勢】は、「自分自身も患者に触れることで安心して話を聴く姿勢になれた」、「これまでは、患者の話を親身に聴いているときがなかったことに気づいた」などから、＜安心して話を聴く姿勢になれる＞、＜傾聴する姿勢の振り返り＞であった。

表 28 看護療法を実践して新たな気づき

n=23

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数
看護の手応え	看護として大切なこと	15
	個別の接し方	2
信頼の深まり	患者に近づけた	3
	信頼関係が築ける	3
看護への姿勢	安心して話を聴く姿勢になれる	1
	傾聴する姿勢の振り返り	1

8) 看護療法の研修の有効性（入職後 6 ヶ月目）

看護療法の研修の有効性については 23 名が有効であったと答えていた。その理由について、テキストデータから類似性のある内容を抽出した結果、3 カテゴリー、5 サブカテゴリー、24 コードにまとめられた（表 29）。

【コミュニケーションの方法】は、「患者の話を聴こうと思っても、どう近づいたりしたらいいのか分からなかったの、具体的に方法を教えてもらったので良かった」、「患者との対応に困った時に、コミュニケーションの取り方が広がった」などから、＜コミュニケーションの方法の広がり＞、＜患者への看護の選択肢が増えた＞であった。

【看護療法の効果】は、研修を受けたことで、「話を聴くときマッサージやタッチを試みて、実際に使えて効果もあるとわかった」、「意図的タッチや笑いなどが何でいいのか分かったので良かった」などから、＜看護療法の効果が分かった＞であった。

【看護に対する自信】は、「自分でも患者にできることが一つでもあると思えて気持ちが楽になった」、「何にもできない自分だけこれはできるという発見ができた」、「自分の行った看護を振り返るきっかけになった」などから、＜自分にもできることがあると思えた＞、＜看護の振り返りができた＞であった。

表 29 看護療法の研修の有効性

n=23

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数
コミュニケーションの方法	コミュニケーションの方法の広がり	6
	患者への看護の選択肢が増えた	5
看護療法の効果	看護療法の効果が分かった	7
看護に対する自信	自分にもできることがあると思えた	3
	看護の振り返りができた	3

8. 入職後 12 ヶ月目の面接調査の結果

1) 対象者の基本属性及び看護療法（入職後 12 ヶ月目）

4 病院の対象者 22 名¹²⁾のうち、病棟は外科系 5 名、内科系 9 名、外科系・内科系混合 8 名であり、夜勤は 21 名（95.5%）が開始していた。夜勤開始時期は 5 月～6 月が 13 名（68.4%）で最も多かった。夜勤体制は 3 交代 15 名、2 交代 6 名であった。夜勤の担当患者数は 10 ～20 名と幅があり、13～15 名が最も多かった。看護療法は 21 名が実施していた。

2) 仕事の上でやる気がおきたとき（入職後 12 ヶ月目）

分かち書き後抽出された構成要素は 718、句読点、助詞、特殊記号を除き、同一語の置換を行った閾値 2 以上の構成要素は 112 であった。20 以上出現した構成要素は、言われる、患者、自分、頑張る、できる、やる気、言われる、仕事、先輩であった。出現頻度の

上位 20 位までを表 30 に示した。

対応分析で得られた成分スコアをもとにクラスター分析を行った結果、10 のクラスターに分類された（表 31）。以下、10 のクラスターを[]、命名を【 】で示した。

[1]は、オペ、受け持ち、退院などの構成要素によって表わされることから【業務への責任感】と名づけた。[2]は、多い、良かった、繋がるなど自分のできることが多くなったことを表しており【仕事の達成感】とした。[3]は、施設、元気、帰ってなどから読み取れるように【看護の充実感】とした。[4]は、仕事、気持ち、上手くなど仕事が上手くいったときの気持ちを表しており【仕事の手際】とした。[5]は、援助、実感、信頼などで構成されているため【患者・家族からの信頼】とした。[6]は、同期、成長、振り返るなどから読み取れるように【成長の実感】と名づけ、[7]は、研修、先輩、やる気、教えなど研修や指導体制に対する気持ちを表していることから【研修の満足感】とした。[8]は、コルセット、練習、患者などで表わされており【技術の習得】とし、[9]は、仕事がスムーズに進むことを表していることから【円滑な仕事】とした。[10]は、一生懸命、学校、励まされるなどで構成されており【プリセプター・教員からの激励】とした。

これら 10 のクラスターの関係は図 6 に示したとおりであり、[4]【仕事の手際】、[6]【成長の実感】、[7]【研修の満足感】が接近し、[2]【仕事の達成感】がその先に位置していた。[1]【業務への責任感】、[3]【看護の充実感】、[5]【患者・家族からの信頼】、[8]【技術の習得】が接近していた。[9]【円滑な仕事】、[10]【プリセプター・教員からの激励】はそれぞれ先のグループと離れている所に位置していた。

表 30 やる気がおきたとき構成要素(上位 20 位)

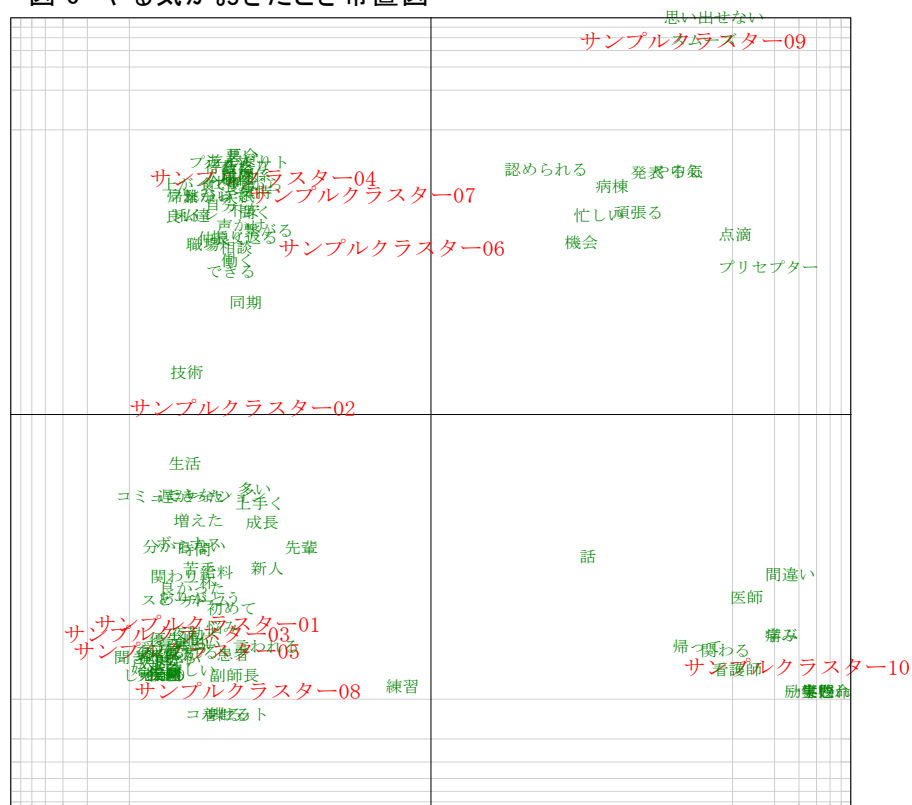
構成要素	構成要素数	サンプル度数
患者	32	13
自分	31	16
頑張る	26	16
できる	25	16
やる気	25	15
言われる	25	12
仕事	24	12
先輩	21	10
話	19	12
成長	11	6
嬉しい	9	6
受け持ち	9	6
良かった	9	8

関わる	8	7
病棟	8	5
気持	7	5
上手く	7	4
増えた	7	4
聞く	7	5
ありがとう	6	4
夜勤	6	5

表 31 やる気がおきたとき構成要素クラスター分析

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
オペ	多い	施設	仕事	援助	同期	研修	コルセット	思い出せない	一生懸命
受け持ち	帰れない	聞きながら	悪い	実感	成長	以外	着ける	スムーズ	学校
退院	良かった	元気	具合	信頼	振り返る	人間関係	喋る		笑い
増えた	繋がる	入院	気持	覚える	発表	病棟	練習		専門
しっかり	コミュニケーション	帰って	上手く	名前	忙しい	先輩	患者		励まされ
貴方	フォーレ		点滴		頑張る	やる気	上手く		関わる
初めて	関わり					教え	嬉しい		
	遅かった					行ったり			
	優先順位					合格			
	良い					手紙			
						中心			

図 6 やる気がおきたとき布置図



3) 仕事の上でやる気をなくしたとき（入職後 12 ヶ月目）

分かち書き後抽出された構成要素は 1,109、句読点、助詞、特殊記号を除き、同一語の置換を行った閾値 2 以上の構成要素は 148 であった。20 以上出現した構成要素は、自分、言われる、先輩、やる気、患者、間違い、仕事であった。出現頻度の上位 20 位までを表 32 に示した。

対応分析で得られた成分スコアをもとにクラスター分析を行った結果、「やる気をなくしたとき」は 10 のクラスターに分類された（表 33）。

[1]は、起こした、状態、気をつけてから読み取れるように【判断の誤り】と名づけた。[2]は、眠れない、長時間、夢など自己の体調を表す要素で構成されているため【心身の不調】とした。[3]は、技術、死ぬ、未熟など技術の未熟さを表していることから【技術の未熟】とした。[4]は、休み、回らない、不自由などから読み取れるように【不十分な休息】とし、[5]は、怖がる、薬剤、インシデントなどインシデントを発生したときの気持ちを表していることから【インシデント】とした。[6]は、医師、病院、怒られるなど医師との関係を表しており【医師との人間関係】とした。[7]は、遅くなる、段取り、時間など仕事

の帰りが遅くなることを表しており【退勤の遅延】とし、[8]は、準備、間違い、重なったなどから【仕事の間違い】とした。[9]は、処置、違う、効率などケアや処置のやり方に対する価値観の違いを表していることから【看護観の葛藤】とした。[10]は、自分、確認、判断などから読み取れるように【判断能力の不安】とした。

これら 10 のクラスターの関係は図 7 に示したとおりであり、[2]【心身の不調】、[4]【不十分な休息】、[7]【退勤の遅延】、[10]【判断能力の不安】が接近し、[3]【技術の未熟】、[8]【仕事の失敗】、[9]【看護観の葛藤】が接近していた。[1]【判断の誤り】、[6]【医師と人間関係】、が接近し、[5]【インシデント】は先のグループと離れている所に位置していた。

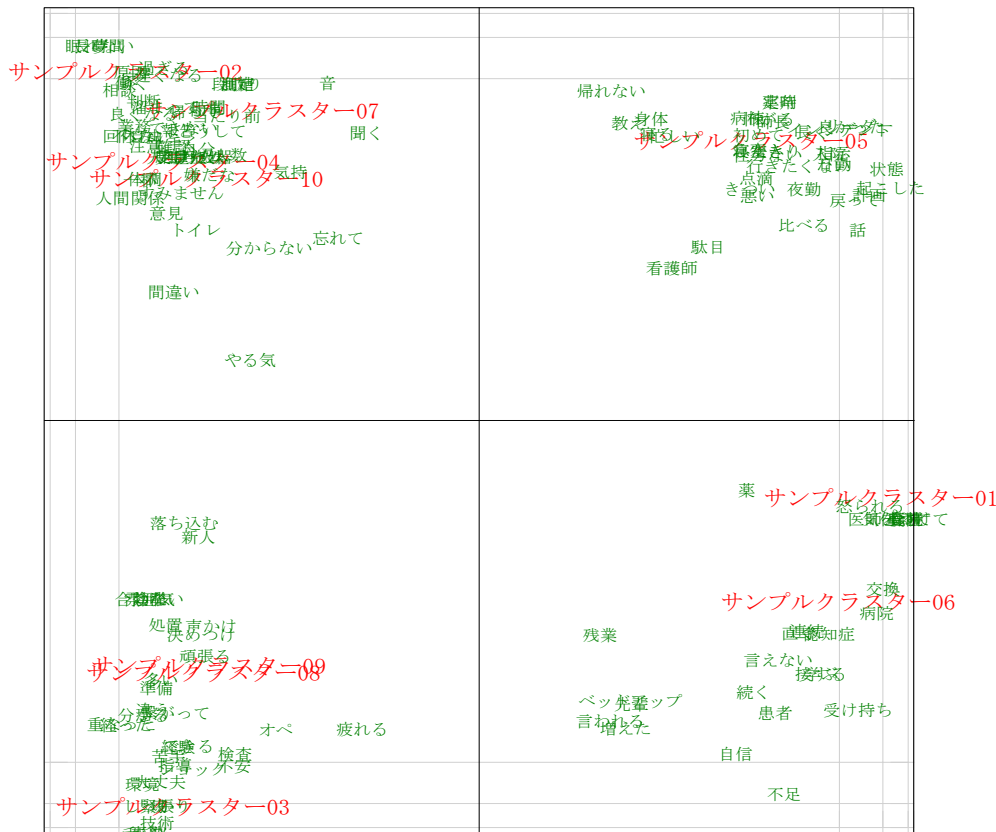
表 32 やる気をなくしたとき構成要素(上位 20 位)

構成要素	構成要素数	サンプル度数
自分	68	18
言われる	41	13
先輩	32	15
やる気	24	13
患者	24	14
間違い	24	11
仕事	22	9
落ち込む	17	10
できない	15	9
分からない	14	7
薬	14	7
多い	13	9
駄目	12	7
疲れる	12	7
違う	9	5
確認	9	6
気持	9	8
忙しい	9	4
できる	8	7
医師	8	4
看護師	8	5
遅くなる	8	4
点滴	8	4

表 33 やる気をなくしたとき構成要素クラスター分析

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
起こした	眠れない	技術	休み	怖がる	医師	遅くなる	準備	処置	自分
状態	長時間	チーム	回らない	忙しい	病院	血糖	間違い	違う	新人
気をつけて	夢	死ぬ	不自由	帰れない	怒られる	測定	ベッドアップ	効率	確認
骨折	音	未熟	自分	病棟	日勤	段取り	重なった	できる	判断
食事	原因	痰	仕事	薬剤	薬	時間	看護師	言われる	どうして
転院	働く	言われる		インシデント	点滴	落ち込む	体調	直ぐ	聞く
伝えて	一杯	疲れる		残業		報告	大丈夫	落ち込む	間違い
嘔吐	遅くなる			空き		嫌だな	忘れて	駄目	アラーム
話				師長		できない	良くなる	陰洗	トイレ
交換				寝たきり				苦手	駆けつけ
怒られる				定時				繋がって	決めつけ
				続く				検査	受けたり
				入院				合わない	重症
				急変				雰囲気	人工呼吸器
				良かった					鳴った
									仕事

図 7 やる気をなくしたとき布置図



4) 仕事の上で困っていること（入職後 12 ヶ月目）

分ち書き後抽出された構成要素は 679、句読点、助詞、特殊記号を除き、同一語の置換を行った閾値 2 以上の構成要素は 92 であった。20 以上出現した構成要素は、自分のみであり、15 以上出現した構成要素では、自分、聞く、できない、仕事、分からない、困るであった。出現頻度の上位 20 位までを表 34 に示した。

対応分析で得られた成分スコアをもとにクラスター分析を行った結果、「やる気をなくしたとき」は 10 のクラスターに分類された（表 35）。

[1]は、苦手、心電図、学ぶから表わされることから【勉強の不足】と名づけた。[2]は、同期と比較して技術経験の遅れに対する焦りを表しており【技術習得の焦り】とした。[3]は、聞く、分からない、経験などからも読み取れるように【経験不足の技術】とした。[4]は、課題、休み、用紙などで表されるように【提出課題の多さ】とした。[5]は、できない、困る、頑張るなどの構成要素によって表わされることから【知識・技術不足】とした。[6]は、仕事、頼まれる、プレッシャーなど時間内の仕事配分の困難さを表す要素で構成され

ているため【仕事の配分】とし、[7]は、フォロー、リズム、夜勤など勤務シフトを表しており【慣れない夜勤】とした。[8]は、答えられない、判断、根拠などから読み取れるように【判断能力の不足】とし、[9]は、結婚など自分の進路や将来に対する気持ちを表していることから【将来への不安】とした。[10]クラスター10は、できる、協力、動けないなどの構成要素で表わされているため【周囲に協力する配慮】とした。

これら10のクラスターの関係は図8に示したとおりであり、[1]【勉強の不足】、[2]【技術習得の焦り】、[9]【将来への不安】が接近していた。[4]【提出課題の多さ】、[6]【仕事の配分】、[7]【慣れない夜勤】が接近し、[3]【経験不足の技術】がその先に位置していた。[5]【知識・技術不足】、[8]【判断能力の不足】が接近し、[10]【周囲に協力する配慮】は先のグループと離れている所に位置していた。

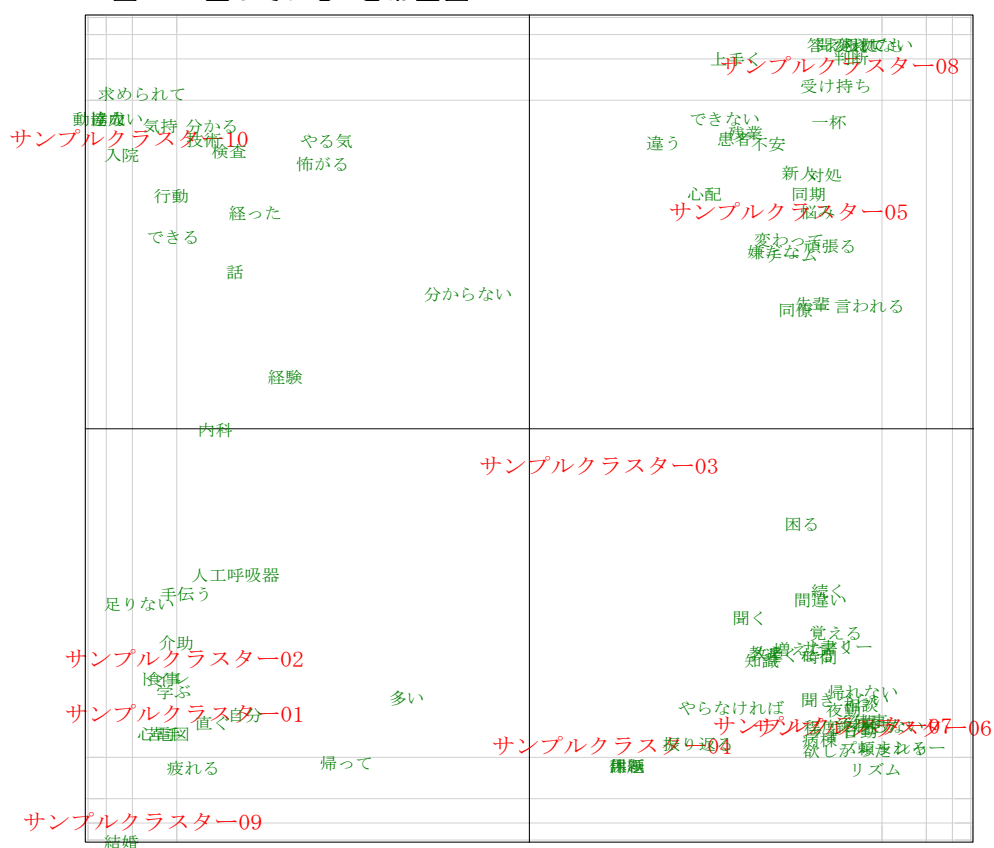
表 34 困っていること構成要素（上位20位）

構成要素	構成要素数	サンプル度数
自分	27	13
聞く	19	9
できない	17	10
仕事	17	7
分からない	17	10
困る	15	10
できる	12	7
患者	12	6
技術	9	6
先輩	9	7
不安	9	8
一杯	8	6
言われる	8	3
新人	8	7
夜勤	8	5
経った	7	6
時間	7	5
多い	7	6
分かる	7	5
後輩	6	5

表 35 困っていること構成要素クラスター分析

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
苦手	介助	聞く	課題	できない	仕事	フォロー	答えられない	結婚	できる
心電図	トイレ	分からない	休み	困る	頼まれる	リズム	判断	自分	協力
学ぶ	食事	経験	用紙	頑張る	プレッシャー	夜勤	根拠	疲れる	達成
	自分	内科	先輩	時間	言われる	日勤	聞かれても		動けない
	学ぶ	多い		遅くなる	終わらない	程度	変えて		入院
		やらなければ		患者					分かる
		メモ							
		教え							
		変わって							

図 8 困っていること布置図



5) 看護療法を取り入れたときの患者の状況と反応（入職後 12 ヶ月目）

分かち書き後抽出された構成要素は 630、句読点、助詞、特殊記号を除き、同一語の置換を行った閾値 2 以上の構成要素は 92 であった。出現頻度の上位 20 位までを表 36 に示した。患者、意図的タッチ、笑い、話、言われる、痛み、触れる、摩る、落ち着く、自分の出現頻度が 10 以上と高かった。患者の不安の状況を察知して、意図的タッチ、笑い、話をするなどの看護療法を取り入れ、患者が落ち着いたという反応を示していた。

表 36 状況と患者の反応構成要素（上位 20 位）

構成要素	構成要素数	サンプル度数
患者	34	15
意図的タッチ	25	15
笑い	23	8
話	21	10
言われる	15	9
痛み	14	8
触れる	13	9
摩る	13	10
落ち着く	13	8
自分	11	7
できる	7	4
良かった	7	6
マッサージ	6	4
意識	6	3
言葉	6	3
分からない	6	5
回想法	5	4
気持	5	4
多い	5	3
不安	5	4
聞く	5	5

6) 患者の反応をみた時の気持ち（入職後 12 ヶ月目）

分かち書き後抽出された構成要素は 271、句読点、助詞、特殊記号を除き、同一語の置換を行った閾値 2 以上の構成要素は 107 であった。出現頻度の上位 20 位までを表 37 に示した。患者、自分、良かった、笑い、気持、話の出現頻度が 5 以上と高かった。患者の反応をみて、良かったという気持ちから自分にもできることの嬉しさを示していた。

表 37 その時の気持ち構成要素（上位 20 位）

構成要素	構成要素数	サンプル度数
患者	13	9
自分	8	8
良かった	8	8
笑い	6	5
気持	5	4
話	5	4
安心	4	4
楽しい	4	3
嬉しい	4	4
反応	4	4
できる	3	3
上手く	3	1
触れる	3	2
落ち着く	3	2
看護師	2	2
私自身	2	2
時間	2	1
対処	2	1
大丈夫	2	1
痛み	2	2
聞く	2	2
忙しい	2	2
満足	2	2
眠って	2	2
良くなる	2	2

7) 看護療法を実践して新たな気づき（入職後 12 ヶ月目）

テキストデータから類似性のある内容を抽出した結果、3 カテゴリー、4 サブカテゴリー、17 コードにまとめられた（表 38）。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを< >、コードを「 」で示す。

【看護の手応え】は、看護療法を実践してみて、「言葉だけでなく、患者に寄り添うことが大事だと思った」、「患者が笑顔になったり落ち着くこともあるので、タッチや摩ったりすることはいいことだと思った」、「ターミナルの人にできるケアがあると思った」などから、<看護として大切なこと>、<個別の接し方>であった。

【信頼の深まり】は、「患者との関係を深める大事なことだと思った」、「心を許していることを表すことで患者も応えてくれると思った」などから、<信頼関係が築ける>であった。

【看護への姿勢】は、「話を聴いてほしいと思う時には、なるべく時間をとろうと思った」、「直ぐ薬とかではなく話を聴いてから対処するのがいいと思った」などから、＜傾聴する姿勢の振り返り＞であった。

表 38 看護療法を実践して新たな気づき

n=22

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数
看護の手応え	看護として大切なこと	8
	個別の接し方	4
信頼の深まり	信頼関係が築ける	2
看護への姿勢	傾聴する姿勢の振り返り	3

8) 看護療法の研修の有効性（入職後 12 ヶ月目）

看護療法の研修の有効性については 22 名が有効であったと答えていた。その理由について、テキストデータから類似性のある内容を抽出した結果、3 カテゴリー、4 サブカテゴリー、21 コードにまとめられた（表 39）。

【コミュニケーションの方法】は、「直ぐに使える方法だったので、殆ど知識がない状態でも、気軽に使えるような技術だった」、「何をしていいか分からない時に教えてもらったほうが、取り入れやすい」、「コミュニケーション技法の一つとして勉強になった」などから、＜患者への看護の選択肢が増えた＞、＜コミュニケーションの方法の広がり＞であった。

【看護療法の効果】は、研修を受けたことで、「患者の変化が表れたり、気づけることがあったので良かった」、「触れたりするのは、安心感を与えることができると改めて思った」などから、＜看護療法の効果が分かった＞であった。

【看護に対する自信】は、「できることからやっていこうと思えたので、新人の時に受けておいて良かったと思った」、「技術がなくてもやろうと思えばできる」などから、＜自分にもできることがあると思えた＞であった。

表 39 看護療法の研修の有効性

n=22

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数
コミュニケーションの方法	患者への看護の選択肢が増えた	10
	コミュニケーションの方法の広がり	3
看護療法の効果	看護療法の効果が分かった	6
看護に対する自信	自分にもできることがあると思えた	2

9. 入職後 6 ヶ月目と 12 ヶ月目の面接調査結果の比較

まず、それぞれの時点で面接調査の結果を、仕事をする上で動機づけとなる「やる気」と「困難感」から捉え、各クラスターの関係から整理する。

仕事の上でやる気がおきたときは、入職後 6 ヶ月目では、【技術の習得】のために、チェックリストを活用して評価を可視化することで、【仕事の達成感】を抱き、さらに、【上司・先輩からの承認】が励みとなっていた。また、自分が行った【看護ケアの効果】から【看護の充実感】や看護療法を取り入れたときの患者の反応から、【看護療法の効果】を実感でき、そのときの【患者からの感謝】が励みになっていた。そして、【プリセプターの指導】や【健康状態の配慮】など、【困ったときの支援】を受けられる安心感が仕事のやる気につながっていた。

入職後 12 ヶ月目では、受け持ち患者を任せられ【業務への責任感】が高まり、カンファレンスで発言できるようになったことに【看護の充実感】を感じていた。また、患者から【技術の習得】にも協力してもらうなど【患者・家族からの信頼】を得られたことや、【円滑な仕事】や【仕事の手際】も上手くなったことに、【仕事の達成感】を抱いていた。研修会では同期と共に 1 年間を振り返る発表会などを通して【成長の実感】ができ、先輩からの指導や励ましを受けて【研修の満足感】につながっていた。また、【プリセプター・教員からの激励】など、仕事を離れてからも相談できることでやる気につながっていた。

仕事の上でやる気をなくしたときは、入職後 6 ヶ月目では、【知識・技術の不足】があり【処置・指示受けの困難】で、自分一人ではできないことが多く、【仕事の間違い】や【インシデント】発生によって自信をなくしていた。また、患者の状態の異常に気づく【判断能力の不足】や【患者の苦情】からも同様のことが言えた。さらに、【先輩との人間関係】では、間違いを疑われるような【理不尽な対応】を受けたことがやる気をなくしていた。これらの仕事のストレスに対する【気分転換の不足】で【心身の疲労】を感じていた。

入職後 12 ヶ月目では、【仕事の失敗】や【看護技術の未熟】を実感して自信を失うことや、自分の価値観と違った看護ケアの方法などに対して【看護観の葛藤】を感じていた。また、【インシデント】の発生によって仕事をするのが怖いと捉えていた。【医師との人間関係】に気を遣っている状況や、先輩に【判断の誤り】を指摘されたことで【判断の不安】があっても確認することに躊躇する気持ちがやる気をなくしていた。さらに、【退勤時間の遅延】が続く勤務や休日が思うように取れず、【不十分な休息】によって【心身の不調】

を感じて不眠などの症状を生じていた。

仕事の上で困難に感じていることでは、入職後 6 ヶ月目では、【知識・技術の不足】しているため、仕事の【優先順位】を判断して【円滑な仕事】ができず、【仕事量が多い】ため帰宅が遅くなっていた。さらに、病棟が混合診療科になり、それぞれの【診療科の特殊性】に対応できるように知識・技術を覚えることが多く、【仕事の配分】の難しさを感じていた。このように緊張感が続く状況で【自己の健康管理】ができず、体調不良が生じていた。また、【患者とのコミュニケーション】が上手くできないことや【医師の指示受け】時の対応など【職場の人間関係】に仕事の困難を感じていた。

入職後 12 ヶ月目では、同期と比較して【経験不足の技術】や【勉強の不足】があるため、【技術習得の焦り】を抱いていた。また、先輩に判断した根拠を聞かれても分からず【知識・技術の不足】、【判断能力の不足】を感じていた。そして、仕事で【周囲に協力する配慮】はあるが思うように動けず困難さを感じていた。さらに、【慣れない夜勤】で生活のリズムに適応できないことや、頼まれる業務が増え【仕事の配分】ができず帰りが遅くなる一方、【提出課題が多く】休日も休息がとれない状況があった。このような状況下で自分の進路や結婚など【将来への不安】を抱いていた。

以上から、新人看護職者が入職後 6 ヶ月目では、【技術の習得】、【看護ケアの効果】、【先輩・上司からの承認】、【患者からの感謝】などがやる気を喚起し、【知識・技術の不足】、【インシデント】、【職場の人間関係】、【患者とのコミュニケーション】などが仕事の上で困難感とやる気をなくす傾向があった。一方、入職後 12 ヶ月目では、仕事の上で役割が広がることに伴い、【業務への責任感】、【看護の充実感】、【仕事の達成感】、【患者・家族からの信頼】などがやる気を喚起し、【判断能力の不足】、【看護観の葛藤】、【慣れない夜勤】、【仕事の失敗】などが仕事の上で、困難感とやる気をなくす傾向があった。

看護療法を実践して新たな気づきは、【看護の手応え】、【信頼の深まり】、【看護への姿勢】であり、看護療法の研修の有効性については、全員が有効であったと回答してした。その理由は 2 時点とも【コミュニケーションの方法】、【看護療法の効果】、【看護に対する自信】であった。

10. 新人看護職者のバーンアウト傾向に関する変容過程の結果

先に述べた質問紙調査の結果を踏まえて、新人看護職者のバーンアウト傾向に関する変

容過程を組織コミットメントの視点から明らかにする目的で、入職後 6 ヶ月目と 12 ヶ月目の質問紙調査データを用いて分析を行った。

本研究で明らかにしたいことは、以下の 4 点である。

- ① 新人看護職者の入職後 6 ヶ月目と 12 ヶ月目のバーンアウトは悪化しているか。
- ② 新人看護職者の入職後 6 ヶ月目と 12 ヶ月目の情動的コミットメントは減少しているか。
- ③ 新人看護職者の入職後 6 ヶ月目と 12 ヶ月目の継続的コミットメントは増大しているか。
- ④ 上記②と③の差異は、2 時点間において有意性があるか。

1) 分析方法

入職後 6 ヶ月目と 12 ヶ月目調査の組織コミットメント、バーンアウトの基本統計量を算出し比較検討した後、因子分析、重回帰分析を実施した。その後、これらの比較分析から導出された共分散構造分析¹³（以下、SEM）による多母集団同時分析を適用して、組織コミットメントのバーンアウトへの経時的影響度に統計的有意差があるか否かを分析した。なお、解析には、Excel 2010、統計ソフト SPSS Statistics 20、Amos 20 を使用した。

2) 結果

（1）基本統計量の結果

アレンとメイヤー（Allen&Mayer）の分類に従い情動的、継続的、規範的の各コミットメントの原スコアの平均値及び、パインズ（Pines）のバーンアウト尺度（稲岡邦訳）におけるバーンアウト得点に関して、入職後 6 ヶ月目、12 ヶ月目の 2 回の調査を対比的に表 40 に示した。情動的コミットメントと規範的コミットメントに関しては減少化、継続的コミットメントとバーンアウト得点に関しては増大化の傾向を示したが、統計的有意（対応のある t 検定）な結果を得ることはできなかった。

表 40 基本統計量の比較

	情動的コミットメント	継続的コミットメント	規範的コミットメント	バーンアウト
	平均値	平均値	平均値	平均値
入職後 6 ヶ月目	3.08	3.37	3.17	4.00
入職後 12 ヶ月目	2.97	3.41	3.12	4.15

（2）組織コミットメントに対する因子分析の結果

因子分析を実行した結果、以下の通りであった。因子抽出は最尤法による固有値 1 以上基準、回転は因子間相関を受容するプロマックス法をそれぞれ採用した。尺度の得点に関

しては、Bartlett 法による因子得点を算出し、適用した。

<入職後 6 ヶ月目>

入職後 6 ヶ月目の調査データに関しては、天井効果もフロア効果もみられず、Q1～Q18 の全項目を因子分析対象（因子抽出は固有値 1 以上基準）とした。しかし、因子抽出プロセスにおいて局所的な最小値が見つからず、当該 18 項目での因子分析に不安定性が確認された。そこで 2 変量間の Pearson 相関係数を算出したところ、Q15～Q17 の相関係数が 0.725 とかなり高めの数値を示したので、Q15 を削除して再度因子分析を実行したところ因子抽出において局所的な最小値に到達した。さらに因子のスクリープロット図から因子 7 と因子 8 の間で傾きが変化していることが認識できた。よって抽出因子を 7 因子として再度因子分析を行った。

※1. Q15 を分析対象から外した理由は、規範的コミットメントに比して情動的コミットメントの重要性を優先したからである。

※2. 上記 Q15 除外による再度因子分析に関してであるが、当初 18 因子投入後、Q17 除外後再投入し、その後 Q15 を除外して Q17 除外後再投入のプロセス無しで、最初に Q15 を除外すると因子分析を実行すると表 41 の結果が得られた。その際、Q17 除外後再投入のプロセス無しで、最初に Q15 を除外すると因子抽出までに及ばなかった。

当初から 7 因子構造が想定¹⁴されたが、Cronbach α と有意性を加味して 3 因子を抽出した。因子 1 は、規範的コミットメントの強い影響力から構成されている因子である。よって、当該因子を「規範的コミットメント」（ $\alpha = 0.790$ ）と命名した。因子 2 は、情動的コミットメントの強い影響力から構成されている因子である。よって、「情動的コミットメント」（ $\alpha = 0.723$ ）と命名した。因子 5 は、継続的コミットメントの強い影響力から構成されている因子である。よって、「継続的コミットメント」（ $\alpha = 0.627$ ）と命名した（表 41）。Cronbach α 信頼性係数は、以下の通りである。

因子 1 の因子負荷 0.35 以上項目（Q12、Q13、Q16、Q10）に対する Alpha=0.790

因子 2 の因子負荷 0.35 以上項目（Q17、Q6、Q1）に対する Alpha=0.723

因子 3 の因子負荷 0.35 以上項目（Q2、Q8、Q3）に対する Alpha=0.557

因子 3 の（Q2、Q3）2 項目に対する Alpha=0.655

因子 4 の因子負荷 0.35 以上項目（Q18、Q5）に対する Alpha=0.446

因子 5 の因子負荷 0.35 以上項目（Q11、Q9）に対する Alpha=0.627

因子 6 の因子負荷 0.35 以上項目（Q4、r Q14）に対する Alpha=0.476

※1. 以上より因子 4、6 の 2 因子の信頼性を得ることができなかった。よって当該因子 4 と 6 は分析過程から除外した。

※2. 上記因子 3 以外に対する Cronbach の α 信頼性係数の算出に際して、ある項目が削除された場合の α (α if item deleted) が 0.1 以上の上昇変動をきたす項目は存在しなかった。

※3. 上記因子 3 において Q8 を削除した場合の α 上昇変動が 0.1 以上で算出された。よって Q2、Q3 の 2 項目によって再度 α を算出した。

※4. 上記因子 3 において Q8 を削除した場合、因子 2 と同じ情動的コミットメント (因子負荷 0.35 以上) のみから構成されて重複するため、当該因子 3 を分析過程から除外した。

※5. 因子 7 は因子負荷 0.35 以上が Q7 しか存在しないため観測変数情報の情報集約性が低いと判断し、分析過程から除外した。

<入職後 12 ヶ月目>

入職後 12 ヶ月目の調査データに関しては、天井効果もフロア効果もみられず、Q1～Q18 の全項目を因子分析対象 (因子抽出は固有値 1 以上基準) とした結果、5 因子が抽出された。しかし、因子のスクリープロット図から因子 3 と因子 4 の間で傾きが変化していることが認識できた。よって 3 因子構造と推定して抽出因子を 3 因子として再度因子分析を行った。

当初から 3 因子構造が想定され、Cronbach α を算出して因子を抽出した。因子 1 は、情動的コミットメントの強い影響力 (因子負荷 0.35 以上の項目 10 中 6 項目 60%) から構成されており、さらに規範的コミットメントの「忠誠を尽くすに値する」「恩義」「義務」と継続的コミットメントの「必要性」から形成されている。よって、当該因子を「情動的コミットメント」($\alpha=0.884$) と命名した。因子 2 は、規範的コミットメントと継続的コミットメントの混合コミットメントである。よって、「現実志向規範的コミットメント」($\alpha=0.733$) と命名した。因子 3 は、継続的コミットメントの強い影響力から構成されている因子である。よって、「継続的コミットメント」($\alpha=0.644$) と命名した (表 42)。

Cronbach α 信頼性係数は、以下の通りである。

因子 1 の因子負荷 0.35 以上項目 (Q2、Q6、Q4、Q5、Q15、Q3、Q17、Q1、Q18、Q8) に対する Alpha=0.884

因子 2 の因子負荷 0.35 以上項目 (Q10、Q9、Q18、Q11、Q13) に対する Alpha=0.733

因子 3 の因子負荷 0.35 以上項目 (Q8、Q7、Q5、Q13) に対する Alpha=0.574

因子 3 の (Q8、Q7) 2 項目に対する $\text{Alpha}=0.644$

※1. 因子 3 の因子負荷 0.35 以上の 4 項目での α が最低許容範囲下限の 0.6 を下回った。
そこで Q13、Q5 の 2 項目を除外して再度 α を算出したところ 0.6 以上の数値となった。

※2. 上記因子 1、因子 2、因子 3 に対する Cronbach の α 信頼性係数の算出に際して、
ある項目が削除された場合の α (α if item deleted) が 0.1 以上の上昇変動をきたす項目
は存在しなかった。

表 41 入職後 6 カ月目の組織コミットメント 18 項目における因子分析 (プロマックス法)

質問 NO	内容	因子							共通性
		1	2	3	4	5	6	7	
Q12(NC)	自分に有利になるとしても、いまこの会社を辞めることが道徳的に正しいこととは思わない	1.16	-0.15	0.03	0.00	-0.27	-0.14	0.08	1.00
Q13(NC)	いまこの会社を辞めてしまったら、罪の意識を感じるだろう	0.71	-0.02	-0.05	0.00	0.12	0.15	-0.04	0.66
Q16(NC)	会社で一緒に働く人々に対して義務感があるので、いま私が会社を去ることは決してないだろう	0.39	0.24	-0.05	-0.01	0.19	0.12	-0.27	0.57
Q10(NC)	この会社で勤めることは、私の義務だと思う	0.36	0.21	0.05	0.11	0.23	-0.12	-0.08	0.45
Q17(AC)	私はこの会社で、愛情を感じていると思う	0.22	0.87	0.05	0.14	-0.20	-0.12	0.05	0.85
Q 6(AC)	私は、会社という「家族」の一員になっっているように思う	-0.25	0.80	0.14	-0.20	-0.06	0.07	0.21	0.59
Q 1(AC)	私の仕事生活(キャリア)の残りを、いまの会社で過ごせたら、とても幸せだ	-0.06	0.73	-0.19	-0.12	0.04	-0.03	-0.17	0.43
Q 2(AC)	私は、自分の会社の一員なのだ、と強く感じることもある	-0.06	0.05	0.97	-0.02	0.03	-0.18	-0.23	1.00
Q 8(CC)	この会社でこんなに働いてこなかったなら、他の会社で働くことも考えるだろう	0.17	-0.27	0.52	-0.24	0.04	0.17	0.13	0.36
Q 3(AC)	私は、この会社の問題を、まるで自分自身の問題であるかのように感じている	-0.07	0.21	0.38	0.29	-0.09	0.11	0.16	0.44
Q18(NC)	私は、この会社で大きな恩義がある	-0.05	-0.17	0.02	1.04	0.14	0.00	0.06	1.00
Q 5(CC)	いま、この会社にいるのは、働く必要があるからだ	0.15	0.02	-0.13	0.34	-0.03	0.05	0.16	0.14
Q11(CC)	いま会社を去る決意をしたら、私の人生の大部分が崩れてしまうだろう	0.18	0.13	0.06	-0.05	0.80	-0.03	0.27	1.00
Q 9(CC)	会社を辞めたとしたら、代わりの勤め先が見つからずに困るだろう	-0.16	-0.17	-0.02	0.12	0.72	-0.04	-0.11	0.41
Q 4(AC)	この会社は、私にとって個人的に重要な意味を持っている	0.07	0.10	0.11	0.08	-0.08	0.88	-0.09	1.00
Q14(CC)	この会社を辞めたら、他の働き場所がないかもしれないが、私は別に構わない(R)	-0.08	-0.10	-0.12	-0.02	-0.02	0.50	0.17	0.26
Q 7(CC)	この会社をいまずぐに去ろうと思っても、実際にそうするのはとても難しい	-0.01	0.03	-0.07	0.14	-0.02	0.08	0.71	0.49
回転後の負荷量平方和		3.05	3.49	2.43	1.78	2.28	2.00	1.13	
抽出後の分散の%		22.97	10.18	7.99	5.70	5.24	6.11	4.46	
累積%		22.97	33.15	41.14	46.84	52.09	58.20	62.66	
因子間相関	第 1 因子	1							
	第 2 因子	0.42	1						
	第 3 因子	0.20	0.56	1					
	第 4 因子	0.10	0.34	0.20	1				
	第 5 因子	0.47	0.44	0.14	0.14	1			
	第 6 因子	0.29	0.40	0.35	0.21	0.27	1		
	第 7 因子	-0.01	-0.24	-0.10	-0.33	0.03	0.14	1	

n=45

(注 1) 斜交回転であるプロマックス法の場合、因子パターンが 1 を超える場合がある。

(注 2) 共通性は因子抽出後の数値である。

(注 3) ボールド網掛け部分は、因子パターン 0.35 以上のものである。

(注 4) Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測度は 0.517 であった。

(注 5) 因子抽出法は最尤法、回転は Kaiser の正規化を伴うプロマックス法を採用。

※AC: 情動的コミットメント、CC: 継続的コミットメント、NC: 規範的コミットメント

表 42 入職後 12 カ月目の組織コミットメント 18 項目における因子分析(プロマックス法)

質問 NO	内容	因子			共通性
		1	2	3	
Q 2 (AC)	私は、自分の会社の一員なのだ、と強く感じることもある	0.90	-0.23	0.14	0.69
Q 6 (AC)	私は、会社という「家族」の一員になっているように思う	0.80	-0.11	-0.11	0.61
Q 4 (AC)	この会社は、私にとって個人的に重要な意味を持っている	0.69	0.15	-0.15	0.63
Q 5 (CC)	いま、この会社にいるのは、働く必要があるからだ	0.67	-0.08	0.50	0.60
Q15 (NC)	この会社は、私が忠誠を尽くすに値する会社だ	0.62	0.28	-0.09	0.64
Q 3 (AC)	私は、この会社の問題を、まるで自分自身の問題であるかのように感じている	0.61	0.02	-0.16	0.43
Q17 (AC)	私はこの会社には、愛情を感じていると思う	0.60	0.33	-0.12	0.68
Q 1 (AC)	私の仕事生活(キャリア)の残りを、いまの会社で過ごせたら、とても幸せだ	0.49	0.29	-0.09	0.48
Q18 (NC)	私は、この会社に大きな恩義がある	0.36	0.53	0.13	0.57
Q10 (NC)	この会社で勤めることは、私の義務だと思う	0.19	0.75	0.04	0.71
Q 9 (CC)	会社を辞めたとしたら、代わりの勤め先が見つからずに困るだろう	-0.31	0.68	-0.12	0.40
Q11 (CC)	いま会社を去る決意をしたら、私の人生の大部分が崩れてしまうだろう	0.04	0.51	0.04	0.28
Q13 (NC)	いまこの会社を辞めてしまったら、罪の意識を感じるだろう	-0.06	0.50	0.38	0.32
Q 8 (CC)	この会社でこんなに働いてこなかったなら、他の会社で働くことも考えるだろう	-0.37	0.29	0.72	0.64
Q 7 (CC)	この会社をいますぐに去ろうと思っても、実際にそうするのはとても難しい	0.07	-0.18	0.69	0.53
Q12 (NC)	自分に有利になるとしても、いまこの会社を辞めることが道徳的に正しいこととは思わない【規範】	-0.04	0.06	0.29	0.08
Q16 (NC)	会社で一緒に働く人々に対して義務感があるので、いま私が会社を去ることは決してないだろう【規範】	0.11	0.26	0.17	0.12
Q14 (CC)	この会社を辞めたら、他の働き場所がないかもしれないが、私は別にかまわない(R)	0.15	0.24	0.00	0.11
回転後の負荷量平方和		4.96	3.51	1.72	
抽出後の分散の%		30.15	9.08	8.09	
累積%		30.15	39.23	47.32	
因子間相関	第 1 因子	1			
	第 2 因子	0.44	1		
	第 3 因子	-0.11	-0.14	1	

n=45

(注 1) 共通性は因子抽出後の数値である。

(注 2) ボールド網掛け部分は、因子パターン 0.35 以上のものである。

(注 3) Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測度は 0.728 であった。

(注 4) 因子抽出法は最尤法、回転は Kaiser の正規化を伴うプロマックス法を採用。

※AC: 情動的コミットメント、CC: 継続的コミットメント、NC: 規範的コミットメント

(3) 重回帰分析の結果

バーンアウト得点を組織コミットメントの 3 因子（情動的、継続的、規範的）から説明するために重回帰分析を実施した。

入職後 6 カ月目調査（修正 $R^2=0.268$ 、0.1%有意水準）、入職後 12 カ月目調査（修正 $R^2=0.225$ 、1%有意水準）とも有意な結果が得られた（表 43）。さらにステップワイズ法を適用して重回帰分析モデルを示した（図 9、10）。標準偏回帰係数はバーンアウト得点に

対して、情動のコミットメントの抑制力が -0.610 （0.1%有意水準）から -0.369 （0.1%有意水準）に減少し、継続のコミットメントの促進力が 0.293 （5%有意水準）から 0.346 （5%有意水準）に増大する傾向を示した。

表 43 重回帰分析（ステップワイズ法）の比較

独立変数	入職後 6 カ月目		入職後 12 カ月目	
	従属変数: バーンアウト得点		従属変数: バーンアウト得点	
	強制投入	ステップワイズ	強制投入	ステップワイズ
	β	β	β	β
情動のコミットメント	-0.622^{***}	-0.610^{***}	-0.385^{**}	-0.369^{**}
継続のコミットメント	0.276^{*}	0.293^{*}	0.351^{*}	0.346^{*}
規範のコミットメント	0.045		0.046	
R^2	0.268	0.284	0.225	0.242
F	6.365^{***}	9.723^{***}	5.268^{**}	8.022^{***}

1. $***p < 0.001$ $**p < 0.01$ $*p < 0.05$

2. 12 カ月目調査の規範のコミットメントは正確には継続のコミットメントと混合因子で現実志向規範のコミットメントと命名されている。

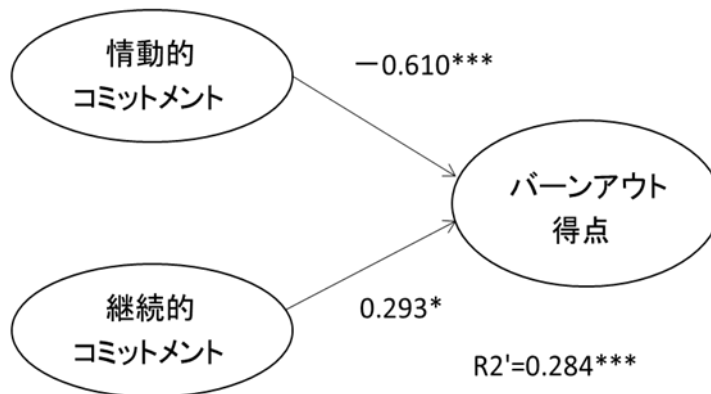


図 9 入職後 6 カ月目の重回帰モデル

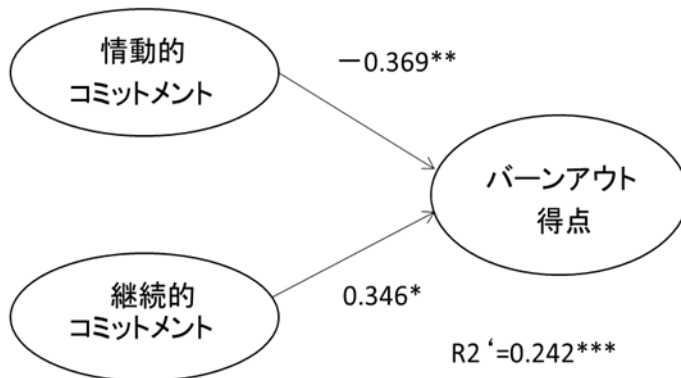


図 10 入職後 12 カ月目の重回帰モデル

(4) 共分散構造分析結果

内生変数をバーンアウト（4 因子抽出）として共分散構造分析による多母集団同時分析を実行した結果、バーンアウト促進因子を内生変数とした場合にのみ有意な結果¹⁵を導出することが出来た。情動的コミットメントからバーンアウト促進因子へのパス係数（ -0.59 から -0.19 ）に対するパラメータ間の差に対する検定統計量が 2.021（5%水準検定統計量は 1.96）となり 5%水準で有意な差異があることが確認できた（図 11）。

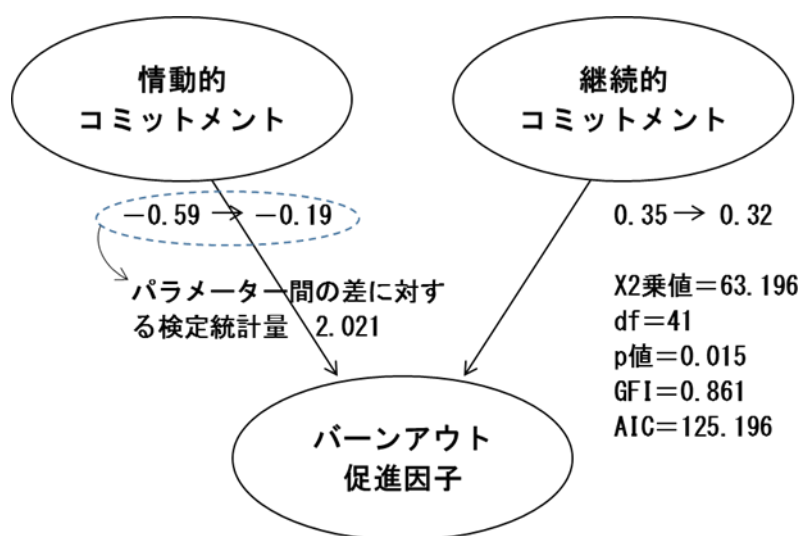


図 11 共分散構造分析による多母集団同時分析

11. 考察

1) 新人看護職者のバーンアウト傾向の変遷

バーンアウト得点については、入職後 6 ヶ月目、12 ヶ月目の 2 時点の得点の有意差は認められなかったが、得点でみると入職後 6 ヶ月目 4.00 と入職後 12 ヶ月目 4.15 を比較すると 0.15 上昇していた。バーンアウト状態からみても、入職後 12 ヶ月目には、健全群が 7 名（15.6%）から 2 名（4.4%）に減少し、警戒群が 16 名（35.6%）から 21 名（46.7%）に増加していた。6 ヶ月間の時間的経過のなかで新人看護職者の燃え尽き徴候が深刻化していることがわかる。しかし、いずれも筆者ら（加藤・尾崎 2010a）の 2008 年調査の 4.30 と比較するとバーンアウト傾向は減少していた。

2) 新人看護職者の言葉の意味を測定した成果

面接調査のテキストマイニングによる結果では、入職後 6 ヶ月目と 12 ヶ月目ともに【知識・技術不足】、【仕事の失敗】などによる自信の無さが仕事の上でやる気の低下につながっていた。一方、入職後 6 ヶ月目では、【看護療法の効果】、【患者からの感謝】、【先輩・上司からの承認】など、入職後 12 ヶ月目では【看護の充実感】、【仕事の達成感】、【患者・家族からの信頼】などがやる気を喚起していた。このようにテキストマイニングによる分析では、インタビューで語られた言葉の数やその言葉がどのような使われ方をしているのか調べるための機能として、コンコーダンスと検索機能が備わっているため、その前後に発せられる言葉からも繰り返し意味づけを探ることができる。また、クラスター分析、対応分析を行うことで類似した意味をもつ言葉が抽出され、成分スコアの布置図では、クラスターがどのクラスターと関連しているか視覚的にみることができる。語られた内容を解析ソフトに取り込むことにより、すべての言葉を分析に反映できたことも仮説を探索する上で効果的であったといえる。

3) 看護療法のバーンアウト低減の効果

藤原らは、新人看護師のストレス反応に関連があったストレッサーは役割の曖昧さであり、直属の上司からの社会的支援に相関が見られたことを報告している（藤原・米山ほか 2008）。本研究でも、上司からの承認や支援を受け自信や安心感を持つことで、やる気につながっていた。また、鬼沢らは、就職 3 ヶ月後にバーンアウト状態が増加し、自尊感情と強い負の相関があったことから、仕事への意欲や自尊感情を高められるような関わりが肝要であることを示していた（鬼澤・松永 2008）。今回、看護療法の研修を取り入れたことについて、対象者のほぼ全員が研修の有効性を認めていた。新人看護職者は、知識・技術が未熟であっても、看護療法を実際に活用したときの患者の反応から看護に対する自信につながり、自尊感情が高められたと考えられる。

また、新人看護職者は、看護療法を実践することで、患者とのコミュニケーションや信頼関係を築けることで看護の選択肢が広がり、自分にもできることがあると認めていた。中村らは、経験が浅い看護職のやりがいには「患者との信頼関係、患者からの評価」と報告している（中村・川崎ほか 2000）。「できる」という感覚が、動機づけにとって重要であり、生涯にわたる職業へと導く最初の力にもなりうる（Deci & Flaste 1995 邦訳 1999: 86）とされている。知識・技術が不足していても、看護療法を取り入れたときの患者の反応から、自己の有能さを認め、看護のやりがいを見出していたと考えられる。

また、職場適応に関連する要因として、患者からの感謝という反応がポジティブな影響

を与えていた（三輪・志自岐ほか 2010）とする報告からも、新人看護職者にとって、成功体験が少しずつ積み重ねられることで、次の達成動機となっているといえる。このことから、看護療法を患者の個別性を考慮して実践することで、コミュニケーションの方法が広がり、その時の患者の反応から看護の手応えを実感でき、自己の有能さを認め、看護のやりがいにつながっていることが示唆された。そして、2008 年調査のバーンアウト得点 4.30 と本調査の 2 時点の 4.00、4.15 と比較して減少していることから、看護療法の研修を取り入れて実践できるように支援することがバーンアウトを低減させるための一つの方法として示唆されたといえる。新人看護職者が自信を失わずに仕事を続けられるために、患者との関わりの中で看護する喜びを感じ、自分に自信がもてるような研修を入職後早い時期に企画して、臨床現場で実践できるように支援することが重要と考える。

さらに、大下らは、新人看護師の 6 割以上がバーンアウト状態にあり、過度のストレス状態にあったと報告している。中でも「人命に関わる仕事内容」、「仕事の困難さ」、「連絡・コミュニケーション不足」に大きなストレスを感じていることを示していた（大下・佐々木ほか 2001）。また、井奈波らは、バーンアウトと職業性ストレスの関係を経験年数で比較し、経験年数 1 年未満のバーンアウト群の看護師は「職場環境によるストレス」が高く、「働きがい」が低かったことを報告していた（井奈波・井上 2011）。本研究でも、「やる気」と「困難感」から捉えたバーンアウト要因として見出された共通する重要な概念といえる。これらを解決しないと仕事に対するストレスが持続してバーンアウトに陥り、健康状態にも何らかの症状を来す可能性が考えられた。また、【職場の人間関係】や【理不尽な対応】が挙げがっていたことから、集団の特徴であるのか、それとも職場風土が関係する職場特有の要因であるのかは、更なる検討が必要である。

4) 新人看護職者の組織コミットメントの変遷

入職後 6 ヶ月目には、組織コミットメントの 4 因子のうち、情動的要素が 2 因子抽出された。また、バーンアウトを目的変数とする重回帰分析の結果、日本型情動的コミットメント、情動的コミットメントが高いほど、バーンアウトが低下することが示された。一方、入職後 12 ヶ月目には、情動的コミットメントと継続的コミットメントが抽出され、情動的コミットメントが高く、継続的コミットメントが低くなるほど、バーンアウト傾向が低下することが示された。能見らは、臨床経験 1 年未満の情動的コミットメントは「組織公平知覚」、「仕事充実感」と正の相関があり、この時期は集合教育である新人研修などで、看護部との接点が多いことや仕事を通して自分の成長を実感していることを示唆していた

(能見・水野ほか 2010)。また、キャリアステージ別でみると「3 年未満」は、上司の支援を多く受けている者ほど情動的コミットメントが高い(難波・矢嶋ほか 2007)とする報告もある。仕事の上でやる気を高めることで、情動的コミットメントは上昇傾向に転じ、離職を防止すると考えられる。しかし、組織の目標や価値の受け入れ、愛着の情動的コミットメントは、勤続年数に伴い一旦低下してから上昇する J 字型を示したとする報告(石田・柏倉 2004)があることから、組織に対する愛着形成の途上にある新人看護職者の組織コミットメントの実態は、縦断的にみていく必要がある。

さらに、重回帰分析結果(ステップワイズ)から標準偏回帰係数の推移を考察すると、情動的コミットメントが -0.610 から -0.369 、継続的コミットメントが 0.293 から 0.346 へと変化している。以上から、入職半年までの新人看護職者のバーンアウト抑制には組織への情動的コミットメントを上昇させ組織への誇りを持たせるような施策が有効であることが示唆された。一方、1 年が経過するころには功利的な組織コミットメントを抑制し、フリーライダー等の意識的排除を組織的に促進することが有効であると考えられた。

以上のことをより精緻に分析するために SEM による多母集団同時分析を実行した結果、情動的コミットメントのバーンアウト促進因子への抑制力は、入職後 6 ヶ月目から 12 ヶ月目の半年間に 5%水準で有意に低下していることが判明した。以上より、バーンアウトの抑制因としての組織コミットメントの有効なタイプは、新人看護職者の入職後の時期が重要な判断情報となることが導出された。

12. まとめ

本研究から、看護療法を新人研修に取り入れて、新人看護職者のバーンアウト低減の効果が示唆された。看護療法の実践により、患者とのコミュニケーションの方法が広がり、その時の患者の反応から看護の手応えを実感でき、仕事の達成感につながっていることが示唆された。そして、バーンアウト得点の減少化及び対象者から看護療法の研修をする有意義性が認められた。よって患者との関わりの中で看護する喜びを感じ、自分に自信がもてるような研修を入職後早い時期に企画して、臨床現場で実践できるように支援することがバーンアウトを抑制するために重要であるといえる。

また、組織コミットメントの視点から分析した結果、入職後 6 ヶ月目と 12 ヶ月目とはバーンアウト抑制因が異なることが導出された。このことは、情動的コミットメントの向

上がバーンアウト抑制に効果的な場合と継続的コミットメントの減少がバーンアウト抑制に効果的な場合の2種類のバーンアウトの存在が示唆されていると解釈することも可能であると考え。本研究では、新人看護職者の入職後6ヵ月目と12ヵ月目の2回に渡る経時研究に制約されている。上記の含意を拡大解釈するならば、看護職者一般に当該研究の知見を援用することが可能であると推測した。つまり、職業意識を強く持ちすぎるところから来るバーンアウトをここではⅠ型とよび、サイドベット (side bet) 的なフリーライド (free ride)¹⁶の常態化からくる無気力感に起因するうつ傾向としてのバーンアウトをⅡ型とよぶことにする。このように2つのバーンアウトの存在可能性を想定するという仮説を構築するに至った。すなわちⅠ型とは、働く意欲が急速に失せるという一般的に定義されているバーンアウトであり、情動的コミットメントが抑制されることにより、バーンアウトの抑制因がなくなってしまったことによりバーンアウトに陥るというものである。もう一つのⅡ型とは、継続的コミットメントのフリーライド型である。上手にフリーライド (free ride) しているつもりであるが、結果として良心の呵責からうつ傾向に走っていき、現象としてバーンアウトの症状を示すものである。

本節では新人看護職者の結果であり、これまでも新人看護職者に「燃え尽き現象」が多いという報告もあるが、「燃え尽き現象」の定義からする多くの疑問が生じるという批判もある (稲岡 1995 : 56)。具体的には、1年未満で燃え尽きが実際に発生するのだろうかという疑問である。したがって、次章では、本節の基礎的研究を基にして、一般看護職者全体を対象にした大量サンプルによる定量的実証研究により、これらの仮説を実証していきたい。

第3章の注

- 1 保健師助産師看護師法の一部改正：〔臨床研修の努力義務化〕保健師、助産師、看護師及び准看護師は免許を受けた後も、臨床研修その他の研修を受け、その資質の向上を図るように努めなければならない。(第二十八条の二関係)
- 2 看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部改正：〔病院など開設者の責務〕新たに業務に従事する看護師等に対する臨床研修その他の研修の実施、看護師等が自ら研修を受ける機会を確保できるようにするために必要な配慮その他の措置を講ずるよう努めなければならない。(第五条第一項関係)

〔看護師等の責務〕看護師等は、保健医療の担い手としての自覚の下に、高度化し、か

つ、多様化する国民の保健医療サービスへの需要に対応し、研修を受ける等自ら進んでその能力の開発及び向上を図るとともに、自信と誇りを持ってこれを看護業務に発揮するよう努めなければならない。（第六条関係）

- 3 ガイドラインは、各医療機関で研修を実施する際に必要となる事項を記入している。新人看護職員研修ガイドラインの基本的な考え方及び新人看護職員研修と、新人看護職員研修の効果を上げるために必要な指導者の育成についても示している。<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1225-24a.pdf>（検索日2011.7.1）
- 4 現代社会文化研究に投稿した論文がベースとなっている。加藤（2011）新人看護職者におけるバーンアウトー動機づけの理論からの考察、新潟大学大学院現代社会文化研究、51：45-60.
- 5 アサーティブネス（assertiveness）とは、他人の権利を尊重しながら自分の権利を守ることを基本に、無理なく自己表現するためのコミュニケーション能力のことである。
- 6 この研究では、リアリティ・ショック（reality shock）とは、実際の職場で仕事をはじめて、予期しなかった苦痛や不快を伴う、しばしば耐えがたい現実に出くわし、身体的、心理的、社会的に様々なショック症状と定義している。
- 7 「付属的賭け」とは、組織を離れることで無価値となる、その個人がそれまでに組織に投資した価値である。また付属的賭けには、金銭的なものの他に、努力や時間なども含まれている（鈴木 2002：17）。
- 8 3次元コミットメント尺度改訂版（日本語版）の18項目は、邦訳者（高橋 1997）に尺度の使用許可の承諾を得た際に、提供されたものである。
- 9 群馬県立県民健康科学大学紀要に投稿した論文がベースとなっている。加藤・尾崎（2013）就職6ヵ月時における新人看護職者のバーンアウトの実態と看護療法による効果、群馬県立県民健康科学大学紀要、8：9-21.
- 10 国際戦略経営研究学会第5回全国大会で報告した論文がベースとなっている。平松・加藤（2012）新人看護師のバーンアウト傾向の変容過程の考察、国際戦略経営研究学会第5回全国大会報告要旨集：66-72.
- 11 質問紙調査の対象者が5名減少した訳は、産休1名、病欠1名、退職3名による。
- 12 面接調査の対象者が1名減少した訳は、退職による。
- 13 共分散構造分析を適用して多母集団同時分析を実行するために、入職後6ヵ月目と12ヵ月目の調査データを合体して再度因子分析を実行した。組織コミットメントに対し

て情動的コミットメントと継続的コミットメントを規定する観測変数を特定化した。

バーンアウトに関しては、精神・心理的疲弊、身体的疲弊、バーンアウト促進因子、バーンアウト抑制因子の4因子が抽出され、それぞれ観測変数が特定化された。

14 サンプル数が少ないことから来る不安定性が予測される。

15 精神・心理的疲弊、バーンアウト抑制因子の場合は、解析に失敗（分散にマイナスが出現）した。身体的疲弊の場合は解析には成功したが、統計的に有意な結果を導出することができなかった。

16 フリーライダー（free rider）という言葉は、広辞苑（2008：2489）では、「只乗りする人」の意）公共財を、対価を支払わずに使用する者を意味する。

引用文献

吾妻知美・鈴木英子（2007）大学病院に勤務する新卒看護師の職業コミットメントに影響する要因、日本看護管理学会誌、11（1）：30-40.

Allen, N.J., & J.P. Meyer, (1990) The measurement and antecedents of affective, continuance, and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63:1-18.

Allen, N.J. & J.P. Meyer, (1996) Affective, continuance, and normative commitment to the organization: An examination of construct validity, *Journal of Vocational Behavior*, 49:252-276.

馬場さゆり（2009）新人看護師のリアリティショックの要因—看護教育内容の理解力、リアリティショック状態との関連、神奈川県立保健福祉大学実践教育センター 看護教育研究集録、34：218-224.

Becker, H.S. (1960) Notes on the concept of commitment, *American Journal of Sociology*, 66:32-40.

Deci, E.L., & R. Flaste, 1995, *Why we do what we do*: 桜井茂男監訳(1999)：人を伸ばす力、新曜社.

Etzioni, A. (1961) *A comparative analysis of complex organizations*. New York: Free Press.

藤原法子・米山和子・田中絵美ほか（2008）看護師のストレス調査—看護師の職業性ストレスサーとストレス反応の関係について、第39回日本看護学会論文集 精神看護：

92-94.

石田真知子・柏倉栄子（2004）看護師の組織コミットメントとキャリアコミットメントの要因—2 病院の比較から、東北大学医学部保健学科紀要、13（1）：3-10.

糸嶺一郎・鈴木英子・叶谷由佳ほか（2006）大学病院に勤務した新卒看護職者のリアリティ・ショックに關与する要因、日本看護研究学会雑誌、29（4）：63-70.

稲岡文昭（1984）看護職にみられる Burn Out とその要因に關する研究、看護、36（4）：81-104.

稲岡文昭（1988）Burnout 現象と Burnout スケールについて、看護研究、21（2）：28.

稲岡文昭（1995）人間關係論—ナースのケア意欲とよりよいメンタルヘルスのために、日本看護協會出版会：54-63.

井奈波良一・井上眞人（2011）女性看護師のバーンアウトと職業性ストレスの關係—経験年数1 年未満と1 年以上の看護師の比較、日本職業・災害医学会会誌、59（3）：129-136.

加藤栄子・込田啓子・鈴木美智子ほか（2009）看護職者の仕事に対する認識、満足度および燃え尽きから捉えた職務継続支援の検討、第 40 回日本看護学会論文集 看護管理：6-8

加藤栄子・尾崎フサ子（2010a）：新人看護職者の仕事への認識、満足度及び燃え尽きから捉えた職務継続支援の検討、第 41 回日本看護学会論文集 看護管理：290-293.

加藤栄子・尾崎フサ子（2010b）：経験 4 年以下の看護職者に対する職務継続支援の検討、群馬県立県民健康科学大学紀要、5：19-28.

加藤栄子・尾崎フサ子（2011a）：中堅看護職者の職務継続意志と職務満足及び燃え尽きに対する関連要因の検討、日本看護管理学会誌、15（1）：47-56.

加藤栄子・尾崎フサ子（2011b）：中高年看護職者の職務継続意志と職務満足に関連する要因の検討、日本看護科学会誌、31（3）：12-20.

広辞苑（2008）第 6 版、岩波書店.

Mowday,R.T., R. M.steers, & L.W.Porter, (1979) The measurement of organizational commitment,*Journal of Vocational Behavior*, 14:224-247.

Mowday,R.T., L. M.Porter, & R. M.Steers, (1982) *Employee-organization linkages: The psychology of commitment, absenteeism, and turnover*.New York: Academic Press.

Meyer,J.P., & N.J.,Allen, (1991) A three component conceptualization of organizational commitment,*Human Resource Management Review*, 1:61-89.

- Meyer,J.P.,D.R.Bobocel,& N.J.Allen, (1991) Development of organizational commitment during the first year of employment:A longitudinal study of pre-and post-entry Influences,*Journal of Management*,17:717-733.
- Meyer,J.P.& N.J.Allen, (1997) *Commitment in the Workplace*,Sage publications.
- 丸山昭子・鈴木英子 (2009) 大学病院に勤務する小児科の新卒看護師の特徴と就職 1 年後のアサーティブネスとバーンアウトの変化、日本看護管理学会誌、13 (1) : 92-99.
- 三輪聖恵・志自岐康子・習田明裕 (2010) 新卒看護師の職場適応に関連する要因に関する研究、日本保健科学学会誌、12 (4) : 211-220.
- 日本看護協会 (2006a)、2004年新卒看護職員の入職後早期離職等実態調査. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/dl/s0329-13b-5-3.pdf>, (アクセス2010.7.1)
- 日本看護協会 (2006b)、2005年新卒看護職員の入職後早期離職防止対策報告書 : https://www.nurse-center.net/html1/sm01/SM010801_S1701.html (アクセス2010.7.1)
- 中村あや子・川崎久子・二瓶恵子ほか (2000) 看護婦の仕事意欲に関する研究—職場でやりがいを感じたときの分析から、第 31 回日本看護学会論文集 看護管理 : 174-175.
- 野村陽子・杉田塩 (2010) 厚生労働省の取り組みとガイドラインの意義、看護、62 (7) : 12-16.
- 能見清子・水野正之・小澤三枝子 (2010) 看護職員の情動的組織コミットメントの関連因子—臨床経験年数別の分析、日本看護科学会誌 : 51-60.
- 難波峰子・矢嶋裕樹・二宮一枝ほか (2007) キャリアステージ別にみた看護師の組織に対する情動的コミットメントの関連要因、岡山県立大学保健福祉学部紀要、14(1) : 63-71.
- 大下佳代子・佐々木とも実・村上智恵美ほか (2001) 新人看護婦を取り巻くストレス—ストレス要因別負荷量とバーンアウトスケールを用いて、看護学統合研究、2 (2) : 16-24.
- 鬼澤典朗・松永保子 (2008) 新規採用看護職員のバーンアウトと自尊感情に関する研究—新卒者と既卒者における就職直後および 3 ヶ月後の比較、第 39 回日本看護学会論文集 看護管理 : 372-374.
- 大坪天平・幸田るみ子 (2003) 精神科医の考える看護職のストレスマネジメント、インターナショナルナーシングレビュー、26 (2) : 47-51.
- O'Reilly,C.A.,& J.Chatman, (1986) Organizational commitment and psychological attachment: The effects of compliance, identification, and internalization on prosocial behavior. *Journal of Applied Psychology*,71:492-499.

- Pines,A.M. (1981) The burnout measure, Paper presented at the National Conference on Burnout with Human Services, Philadelphia.
- Porter,L.W., R.M.Steers., R.T.Mowday., & P.V.Boulian, (1974) Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*,59:603-609.
- Reichers, A. E. (1985) A review and reconceptualization of organizational commitment. *Academy of Management Review*, 10:465-476.
- 清水寛子・日下ゆみ・蘆川ふくみ (2005) いまどきの新卒看護師の離職願望に関連する要因、第 36 回日本看護学会論文集 看護管理：71-73.
- 鈴木英子・叶谷由佳・北岡 (東口) 和代ほか (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 (2)：89-99.
- 鈴木竜太 (2002) 組織と個人—キャリアの発達と組織コミットメントの変化、白桃書房.
- 2009 年スナイダー博士招聘講演実行委員会編 (2009) 看護における補完代替療法—意義・歴史-新たな挑戦、看護の科学社：5-7.
- 高橋弘司 (1997)：組織コミットメント尺度の項目特性とその応用可能性—3 次元組織コミットメント尺度を用いて、経営行動科学、11 (2)：123-136.
- 高橋弘司 (1999) 態度測定 (Ⅱ) 組織コミットメント：渡辺直登・野口裕之 (編著) 組織心理測定論—項目反応理論のフロンティア、白桃書房.
- 高橋弘司 (2002) 組織コミットメント：宗方比佐子・渡辺直登 (編著) キャリア発達の心理学—仕事・組織・生涯発達、川島書店.
- 若林満 (1987) キャリア発達に伴う職務満足度・組織コミットメントの変化について、日本労働学会年報：105-113.
- 吉澤浩子・羽下順子・堀富士子ほか (2009) やりがい感に焦点をあてた新人看護者の離職防止に対する一試案、第 40 回日本看護学会抄録集 看護管理：6.
- 吉澤浩子・羽下順子・斉藤恭子ほか (2010) 新人看護者の離職防止に対する新人研修の試案—集団研修に看護療法を取り入れて 3 年間の経過、第 41 回日本看護学会抄録集 看護管理：322.

第4章 看護職者におけるバーンアウトの形成因の理論仮説モデル

第1節 はじめに

前章では、次の第5章で全体の看護職者を対象とした実証研究で調査を行う大量サンプルの中の一つの位置づけとして、新人看護職者のバーンアウトがどのような特異性を示しているのか知見を得ることができた。本章では、これらの基礎的研究を基に、第5章で行う実証研究に向けて、看護職者のバーンアウトの形成因の理論仮説モデルを構築する。

まず、第2節では、新人看護職者のバーンアウトの基礎的研究を踏まえて、看護職者のバーンアウトの形成因に関する概念を整理し、理論仮説モデルを構築する。第3節では、看護職者のバーンアウトの要因及び実証研究で用いる概念操作化のための文献レビューを行う。第4節では、理論仮説モデルに基づき、外生変数及び内生変数を規定し、実証研究につなげることを可能としたい。同時に本章では測定尺度も規定する。

第2節 理論仮説モデルの設定

1. 看護職者のバーンアウトの形成因に関する理論仮説モデルの構築

新人看護職者の実証研究で得たことを基に、我々の研究としては様々な理論仮説モデルを想定¹して検討を行った。前章で検討した新人看護職者の実証研究では、飽くまでも組織コミットメントとバーンアウトの概念だけである。組織とは「意識的に調整された人間の活動や諸力の体系」(Bamard,1956 邦訳 1968 : 75)が一般的ではある。しかし、「組織は人間に対して影響を及ぼすモノでもある。それは人間にとって環境ともなる」(田尾 2003 : 230) というような考えをもった研究者もいる。本章においては、この考えを参考にしつつ、組織における風土という視点も重要と認めた。また、2章でもまとめたように、バーンアウトはストレスの一つに位置づけられている研究である。よって、ストレス研究の知見を包含しないというのは視野を狭める可能性があると考えられた。そこで組織コミットメントの他に、組織風土とストレッサーを理論仮説モデルに取り込むに至った。

そこで、バーンアウトの形成因として組織風土と組織コミットメントがストレッサーに影響を及ぼすこと、ストレッサーと組織風土、組織コミットメントがバーンアウトに影響

を及ぼすことの 2 つの側面から理論仮説を構築する必要があると考えた。

つまり、組織風土と組織コミットメントを外生変数として、内生変数にストレスを想定し、最終従属変数としてバーンアウトを位置させる理論モデルを構築した。具体的には、①従属変数：ストレス、独立変数：組織風土、組織コミットメント、②従属変数：バーンアウト、独立変数：職場風土、ストレス、組織コミットメントの段階的重回帰モデルを作成した（図 1）。

理論仮説から導出される仮説は以下の 5 点である。

理論仮説 1：組織風土が高まるほど、ストレスが促進される。

理論仮説 2：組織コミットメントが高まるほど、ストレスが抑制される。

理論仮説 3：組織風土が高まるほど、バーンアウトが促進される。

理論仮説 4：組織コミットメントが高まるほど、バーンアウトが抑制される。

理論仮説 5：ストレスが高まるほど、バーンアウトが促進される。

。

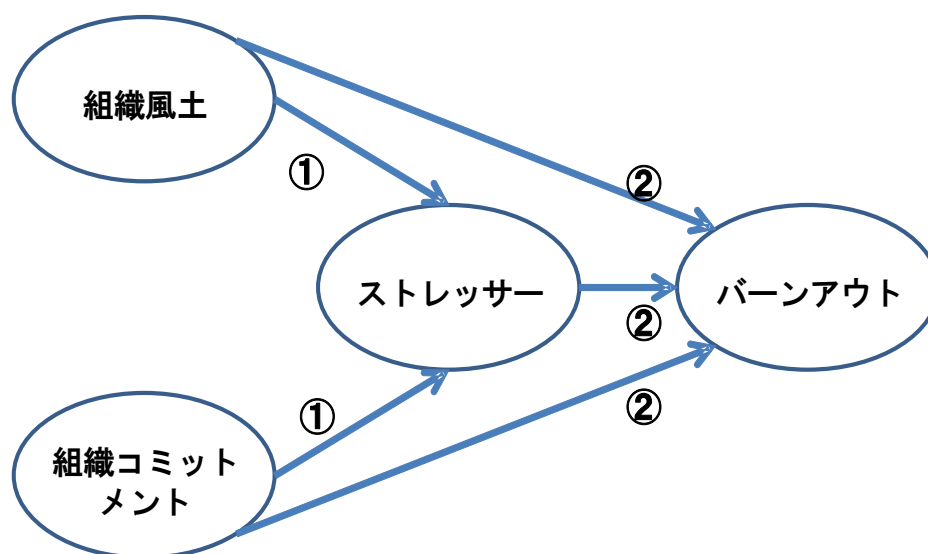


図 1 看護職者のバーンアウトの理論仮説モデル

第3節 看護職者のバーンアウトに関する看護領域における文献レビュー

1. 調査からみた看護職者の離職に関わる実態

はじめに、近年の調査結果から看護職者の就業人数と離職に関わる実態を確認する。

2010年の日本の就業看護職員数（日本看護協会 2012）は、147万421人である。年齢層別の看護就業率（宮崎 2012）を図2に示した。割合をみると20歳～24歳の看護職が8割以上を占め、20代後半から30代にかけて就業率が急激に低下している。また、日本看護協会の調査²による過去4年間の常勤看護職員・新卒看護職員の離職率³の推移を表1に示した。看護職員の離職率は、2008年度以降は僅かではあるが減少傾向が継続している。減少している理由としては、労働環境の整備や短時間正職員制度などの看護職員の確保対策を行っている病院が増えていることが考えられている。病院規模別に見ると、2010年度の離職率は、100～199床では常勤看護職員12.3%、新卒看護職員11.3%に対し、300～399床では、常勤看護職員9.8%、新卒看護職員6.8%と減少しており、常勤看護職員、新卒看護職員ともに、300床未満の病院では全体と比較して病床規模が小さくなるほど離職率が高い傾向にある（青島 2012）。

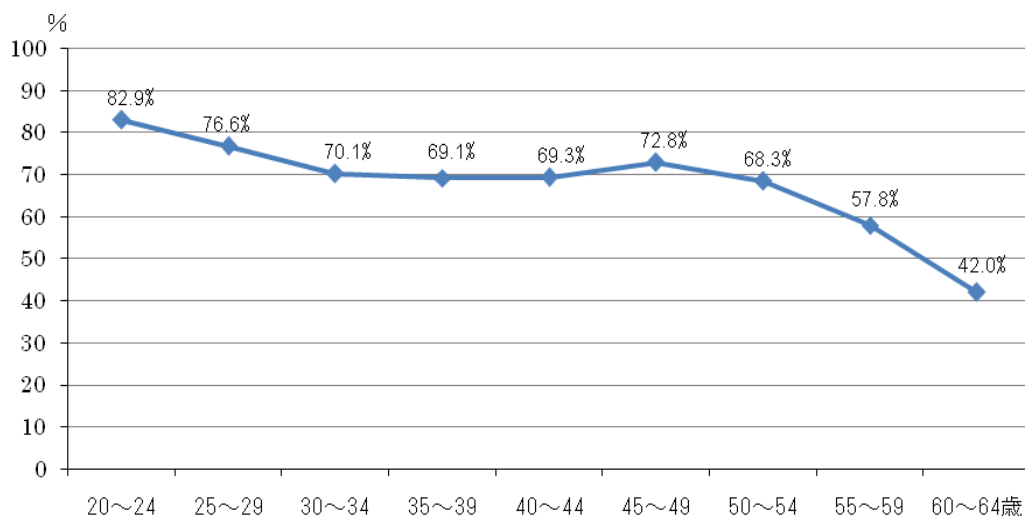


図2 看護職の年齢階層別就業率(2010)

出所: 宮崎 悟「看護人材の就業率の推移」ITEC Working Paper Series 12-04 2012 を基に作成

表 1 日本看護協会調査による看護職員の離職率

	2008 年度離職率 (2009 年調査)	2009 年度離職率 (2010 年調査)	2010 年度離職率 (2011 年調査)	2011 年度離職率 (2012 年調査)
病院看護職員(常勤)	11.9%	11.2%	11.0%	10.9%
(うち、新卒看護職員)	8.9%	8.6%	8.1%	7.5%

出所:2009～2012 年における日本看護協会「看護職員需給状況調査」結果を基に作成

2. 看護職者のバーンアウトの先行研究

日本の医療現場を対象とする看護職者のバーンアウトに関する実証研究は、これまで多く蓄積されてきている。バーンアウトのリスク要因は、大きく個人要因と環境要因に分けることができる(久保 2004)。はじめに、バーンアウトの原因としての個人要因と環境要因について文献レビューする。続いて、バーンアウトのプロセスモデルに関する研究及びストレッサー、職場風土、組織コミットメントとの関係について文献レビューを行う。

1) バーンアウトの個人要因

個人要因としてのバーンアウトのリスク要因となるものは、年齢と短い経験年数、未婚のスタッフ、神経症傾向の性格、自尊感情の低さ、職務満足感の低さ、などである。

年齢及び経験年数との関係では、5～10年勤続者の3割以上がバーンアウトの危険が最も高いことを報告している。その理由として、この時期は、就職時に抱いていた理想、期待感、意欲、患者に対する思いやり等が、臨床経験を積むにつれ看護の厳しさ、また、職場内での種々の慣習や規範などに阻まれ、これらのことが長期間にわたることによりバーンアウトに陥るのではないかと報告している(稲岡・松野ほか 1984)。年代では、20歳代が41歳以上に比べてバーンアウト得点が高く、経験年数別では5年未満が20年以上に比べて有意に高いことを示した(田村・竹内ほか 2007)。同様の結果を示している研究では、その理由を、看護職歴5～10年の時期は仕事における責任が増大し、経験を積むことによって看護の複雑さ、難しさを知ってくる時期であり、仕事の負担がストレスとなり、バーンアウトに導く要因になると示唆していた(舩森 1988)。また、臨床経験を積みにつれ、中堅としての役割分担が増大する一方、自分自身の看護の価値が内在化できず葛藤が生じたり、少しずつ鬱積した疑問や不満が、バーンアウトへと導く要因になっていることを示唆していた(中村・稲岡 1985)。これまでも年齢が若く、勤務年数の短い人ほどバーンアウトしやすいという結果が多く報告されている。また、入職後1年未満、4年目以下の看

護職者のバーンアウト傾向が最も高かったとする報告（本村・八代 2009）もある。年齢とバーンアウトの間には負の相関が認められるとするのが一般的な見解であり、リアリティ・ショックを経験していない人ほど、相手のことを真剣に考えるあまり、消耗のサイクルに踏み込んでしまうことが予想されるとしている（久保 2004：94-95）。

婚姻及び職位との関係では、未婚者の方がバーンアウト傾向の高いことを報告している。既婚者が健全なのは家族問題にわずらわされるという反面、家族は生き甲斐、働き甲斐、サポートシステムであり家庭は憩いの場となるためではないかと捉えていた（稲岡・松野ほか 1984）。中村ら（1985）も同様の結果を示していた。職位では婦長や主任の地位にあるものは、スタッフに比べて情緒的消耗感が低く、個人的達成感が高いことを見出した。それは仕事上でかなり自己裁量権が認められ気分転換を図れる等の利点や昇進の機会を得ることで高い個人的達成感に繋がっていくことを示唆していた（久保・田尾 1994）。

性格特性との関係では、病院規模によって性格特性との関係を調査した結果、どの規模の病院群においても神経症傾向が強いほど脱人格化、情緒的消耗感の得点は有意に高いことを報告している（山崎 2000）。性格では、神経症傾向にバーンアウト傾向が高いことを示していた（本村・八代 2009）。また、バーンアウトとエゴグラムとの関係で、エゴグラムタイプの N 型（献身タイプ）にバーンアウトの人が多い傾向があった（中村・稲岡 1985）。神経症傾向とは、何か問題が起こったとき、その事態に敏感に反応する傾向を表しており、神経症傾向の高い人はストレスを受けやすく、その結果として情動的消耗感を経験しやすいことが推測できる。一方で、その時の気持ちを性格特性として質問紙だけで判断することは不可能であるという指摘（久保 2004）もある。

自尊感情との関係では、新人看護職者のバーンアウト状態と自尊感情と強い負の相関があったことから、バーンアウトに陥ることへの防止には、仕事への意欲や自尊感情を高められるような関わりが肝要であることを報告している（鬼澤・松永 2008）。南（1988）は、自尊感情が低下し、うつ状態が強化されている状態では、患者の状況に対する看護師の感情は当然低下することになる。また、同僚や自分の周囲の人々に対しても、安定した心地よい関係の発展が望めなくなる。したがって燃えつき現象は、看護現場にとって重要な課題であると指摘している。

職務満足感との関係では、仕事の満足度とバーンアウトは負の相関があることが報告されている。いずれも看護職者の職務満足と職務継続意思の有無とバーンアウトの関連をみると、職務継続意思が無いと回答した者は、職務満足度が低くバーンアウト傾向が高いこ

結果であった（中山・野島 2001、加藤・尾崎 2011a、加藤・尾崎 2011b）。また、バーンアウトの情動的消耗感と脱人格化は、有意に勤務継続意思を低下させることを示していた（水野・小林ほか 2009）。バーンアウトに陥ると勤務意欲の低下を招き、病気休暇、無断欠勤が多くなり、退職・離職が相次ぐようになる（稲岡・松野ほか 1984）ことから、バーンアウト対策は離職防止のためにも重要な課題といえる。

2) バーンアウトの環境要因

環境要因としてのバーンアウトのリスク要因となるものは、対人関係の葛藤、仕事の量的負担（夜勤の負担、超過勤務）、職務上の葛藤、看護における不全感（専門的価値との葛藤）、ソーシャルサポートの欠如（同僚や上司からのサポート減）、などである。

対人関係の葛藤に関しては、看護単位の比較を通してバーンアウト傾向と対人葛藤との関連を検討している。内科病棟、外科病棟、周産母子センターでは外来より情緒的消耗感が高く、内科病棟、ICU、精神科病棟では、外来より個人的達成感が有意に減少していたことを示していた。さらに、看護単位によって対人葛藤と脱人格化、情緒的消耗感との間に有意な相関関係が見られ、職場によって対人葛藤とバーンアウト傾向との関連に相違が生じる可能性を示唆していた（山崎・伊藤ほか 2003）。看護師の対人ストレスでは、因子分析により「医師との行き違い」、「医師による否定的行動」、「スタッフの無理解」、「自分の過失」、「本音の抑制」の5因子を抽出している。また「本音の抑制」が情緒的消耗化に影響を及ぼし、「スタッフの無理解」が脱人格化に影響を及ぼすことを明らかにしていた。さらに、「本音の抑制」は経験年数が短いほうが高く、経験年数が増えるにつれて低くなり、「スタッフの無理解」は管理職に高くなることを示していた（松本・臼井 2010）。逆に、経験年数や年齢を増す程スタッフとの人間関係ストレスを感じているが、「患者の心のケア」にストレスを感じていても「脱人格化」が低いことや「個人的達成感」が高いことから、人間関係とバーンアウトは負の関係にあるストレスもあるという報告もある（岡田・河野 2000）。職務満足度の研究においても、職務満足度を低くする要因に、同僚、上司、医師との人間関係が最も高く認められており、職務満足度とバーンアウトの強い相関関係があることから、対人関係に関する研究が多く報告されている。

仕事の量的負担と職務上の葛藤に関しては、勤務形態で3交代勤務者に身体的疲弊感、情緒的疲弊感と非人間化が高く、燃え尽きに陥りやすく、特に3交代を長く続けている看護職者に多かった（東口・森河ほか 1998b）。また、休日数や夜勤回数は、脱人格化にのみ影響を及ぼしていたことから、看護師の過度な勤務体制が患者の取り扱いに有害な効果

を持つことを報告している。この理由として、就職時に抱いていた理想、期待感、意欲、患者に対する思いやりなどが、臨床経験を積むにつれ看護の厳しさや職場内での種々の慣習や規範などに阻まれるなどの状況が長期間にわたることによりバーンアウトに陥るのではないかと示唆していた。また、5～10年勤続者のバーンアウトが高いことから、中堅として後輩の指導やリーダー業務などによって、仕事量の増加から超過勤務を余儀なくしていることも原因に挙げていた（西堀・諸井 2000）。

看護における不全感に関しては、ストレスとの関係で看護職者のバーンアウトの生起に関わる要因について、個人的達成感では「患者の死体験」、情緒的消耗感では「ケアにおける不全感」が有意に認められていた。また、情緒的消耗感を引き起こす主要な要因の中で最も影響力が大きかったのは「ケアにおける不全感」であった（久保・田尾 1994）。神経難病患者のケアに携わる看護師のバーンアウトに影響を及ぼす職場環境ストレスナーでは、「看護における不全感」であった。また、バーンアウトの3因子すべてに相関があり、中でも個人的達成感の後退との相関が最も高いことを示した。よって「患者の支えになってやれない、患者のそばに十分いられない」という「看護における不全感」のストレスナーは、特に個人的達成感の後退に繋がってバーンアウトを招いてしまうことを示唆していた（安東・片岡ほか 2006）。

ソーシャルサポートの欠如に関しては、看護師のバーンアウトとサポート減の関連を検討し、職場内に相談相手のいる看護師がバーンアウトの得点が低いことを報告している。職場の人的環境のストレスが高い場合では、職場外にのみ相談相手のいる看護師は、職場内に相談相手がいるよりも情緒的消耗感の得点が高いことを示していた（贅川・松田 2005）。また、バーンアウト傾向とソーシャル・サポートとの関係を病院規模による比較では、職場内サポートが有る病院群において脱人格化や情緒的消耗感は有意に低下していた。このことから、病院規模に関わらず職場内サポートがバーンアウト傾向を抑制していると考えられた。また、職場内サポート源として上司のサポートは、3つの下位尺度と関連が見られたことから、上司のサポートによって役割の曖昧さが減少し、バーンアウト傾向が抑制されたことを示唆していた。さらに、上司のサポートとバーンアウトの下位尺度との関連性に病院の規模による相違が見られた理由の1つとして職場風土の相違が考えられるとしていた（山崎 2000）。

3) バーンアウトのプロセスモデルの研究

日本において看護職者を対象としたバーンアウトのプロセスモデルに関する研究の数

は少なく、模索段階にあるといえる（原田・齋藤ほか 2000）。荻野は、バーンアウトをプロセスで捉えることによって、個人を進行状況の中に位置づけ、その個人が今どのような状況にあるのか判断できる。さらにバーンアウトを軽減するための多面的な介入の枠組みを提供し、介入を行った場合にそのインパクトを追跡することを可能にするという意味で重要であると述べている（荻野 2004）。

原田ら（2000）は、介護職員を対象として、MBI を構成する「情緒的疲弊」、「離人化」及び「自己成就」の 3 つの下位概念に関する適切な関係性を欧米の先行研究から推定した 6 つのプロセスモデルを適用して検討している（図 3）。これらの各モデルのデータに対する適合度と潜在変数間の標準化回帰係数（パス係数）を共分散構造分析を用いて検討した結果、レイタ（Leiter 1992）、リーとアッシュフォース（Lee & Ashforth 1993）の支持したモデルⅣのみが統計的許容水準を満たしていた。したがって、情緒的疲弊感から脱人格化への因果関係を設定すると共に、自己成就には情緒的疲弊および脱人格化との共変関係を認めない 2 因子構造であることを明らかにした。このことから下位概念については、自己成就を独立させることがより適切であることを示唆していた。さらに、今後はこのプロセスモデルにストレス評価や仕事継続意思を加えて検討する必要があるとしていた（原田・齋藤ほか 2000）。

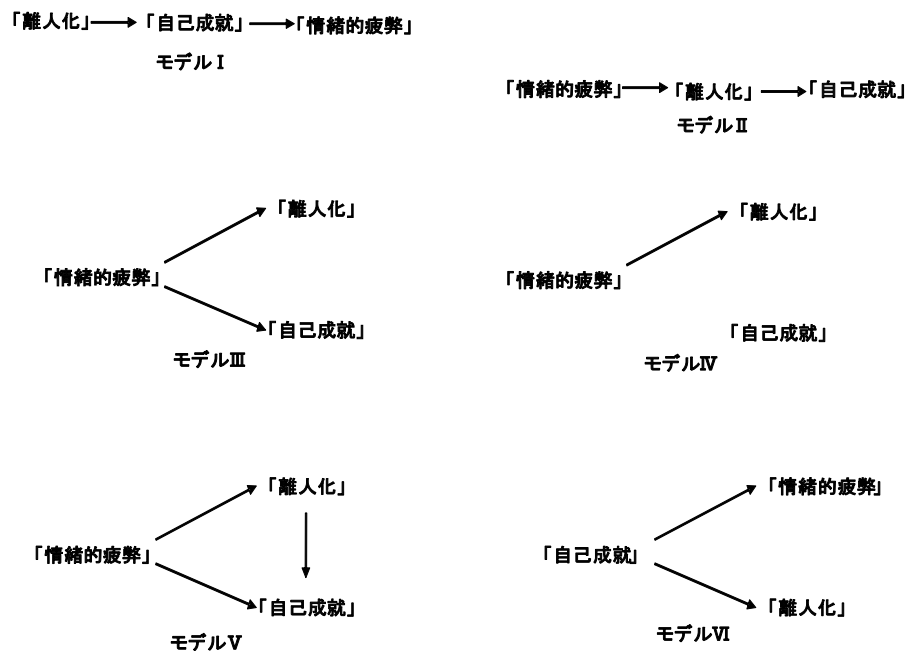


図 3 MBI に関するプロセスモデルのアロー・ダイアグラム

出所：原田和弘・齋藤慶介・布元義人ほか(2000)バーンアウト尺度のプロセスモデルの検討、東京保健科学学会誌、3(1)、p.39より引用

荻野(2004)は、看護職におけるバーンアウトのプロセスモデルを検証している。プロセスモデルには、レイタとマスラック (Leiter & Maslach 1988) の情動的消耗感、脱人格化、個人的達成感の後退と進行する順序性を重視したモデルと、ゴレンビュースキー (Golembiewski et al. 1983) らの「慢性型」の脱人格化、個人的達成感の後退、情緒的消耗感と進行するモデルの2つを用い、共分散構造分析で比較した結果、より適合を示したレイタとマスラック (Leiter & Maslach) のモデルを採用している。バーンアウト尺度は、MBI を久保・田尾 (1994) が邦訳し、日本の現場に合うように項目を改変した 17 項目、ストレッサー尺度は、グレイとアンダーソン (Gray & Anderson 1981) による the Nursing Stress Scale を久保・田尾 (1994) が邦訳・改変した 36 項目と予備調査で得た 18 項目を追加した全 54 項目、小牧 (1994) を参考に作成したソーシャルサポート 14 項目の質問紙を用いている。先行研究を基に仮説モデルを作成している (図 4)。

そして、分析の過程でモデルの改良を行い、「ケアの不全」と「周囲からの批判」は相関が見られたため「ケア役割不全」とした。分析結果では、「労働過多」や「職場の人間関係」が情緒的消耗感を引き起こし、「ケア役割不全」からは脱人格化に関連していた。さらに脱人格化や個人的達成感の低下への進行には「責任の重さ」と「死への直面」の看護職特有のストレッサーおよびソーシャルサポートが影響していることを明らかにした (図 5)。モデルの結果から、バーンアウトのプロセスを始動させないために、労働過多の軽減と職場の人間関係への介入の重要性を示していた。また、脱人格化、個人的達成感の減退に至らないようにするためには、一般のストレスの枠組みで捉える要因と、ケア特有の職務の特性や個人の価値観と関わる要因双方の視点が必要であることを示唆していた (荻野 2004)。

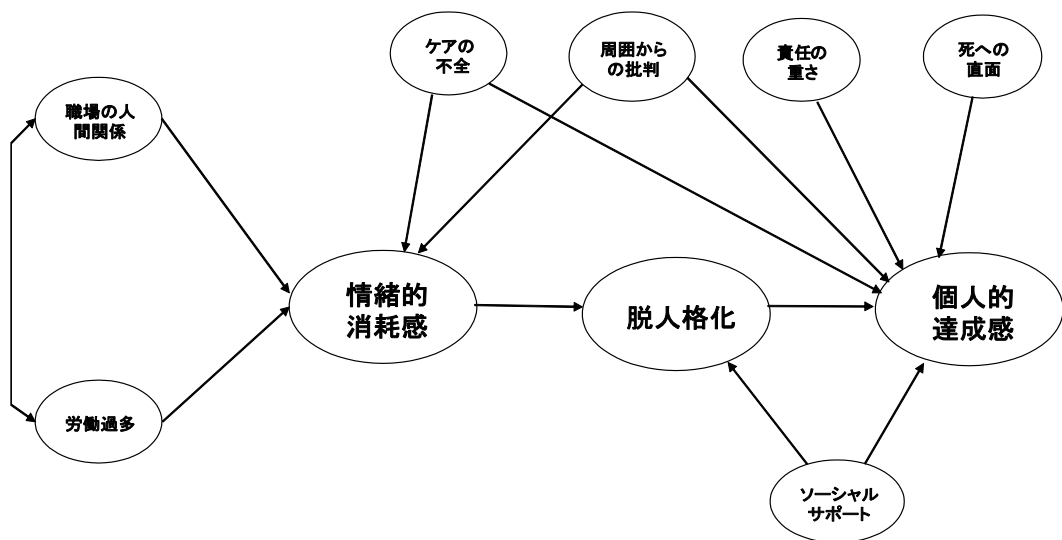


図 4 バーンアウトプロセス仮説モデル

出所：荻野佳代子（2004）看護職におけるバーンアウトプロセスモデルの検討、産業・組織心理学研究、17（2）、p.84より引用

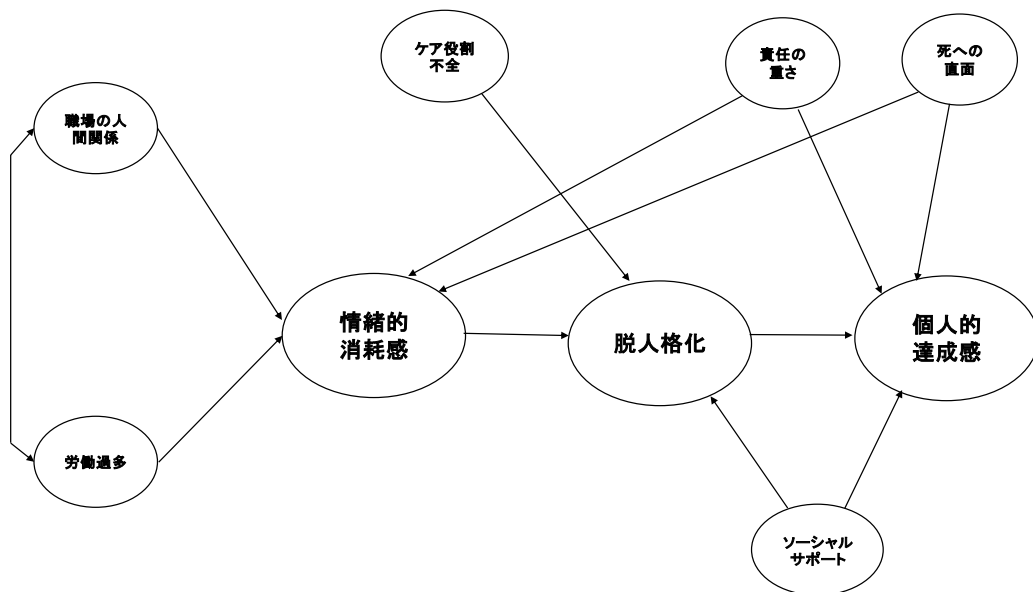


図 5 バーンアウトプロセスモデル

出所：荻野佳代子（2004）看護職におけるバーンアウトプロセスモデルの検討、産業・組織心理学研究、17（2）、p.85の共分散構造分析による標準化推定値モデルより筆者が一部修正して作成

古屋ら（2008）は、病棟看護師のバーンアウト生起から離職願望に至るプロセスモデルを検討している。バーンアウト尺度は MBI 日本語版の 22 項目、自尊感情尺度はローゼン

バーグ（Rosenberg 1965）の山本ら（1982）による邦訳版 10 項目、絶望感尺度はベックら（Beck et al. 1974）の谷（1998）による邦訳版 20 項目、離職願望尺度は離職意思を問う 3 項目の質問紙を用いている。仮説モデルでは、「自尊感情」の低下から、「絶望感」が起こり、バーンアウトの「情動的消耗感」が生起し、「脱人格化」へと進行し、「離職願望」に至るというバーンアウトの生起から離職願望へのプロセスモデルを作成している（図 6）。

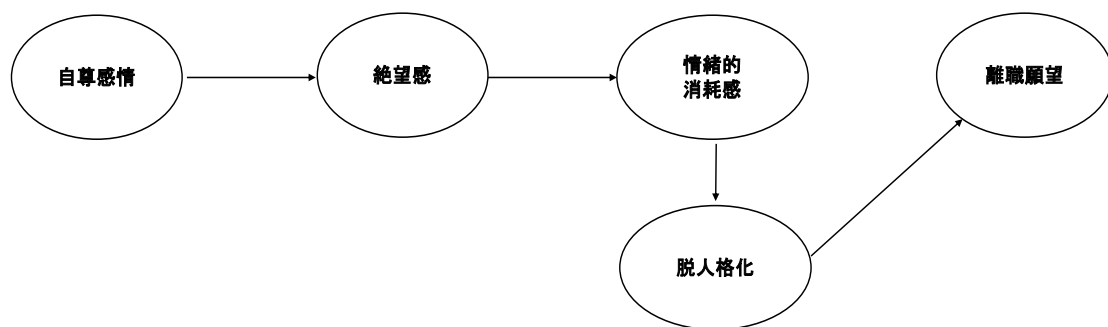


図 6 バーンアウト生起から離職願望に至るプロセス仮説モデル

出所：古屋肇子・谷冬彦（2008）看護師のバーンアウト生起から離職願望に至るプロセスモデルの検討、日本看護科学学会誌、28（2）、p.59の共分散構造分析による標準化推定値モデルより筆者が一部修正して作成

分析結果では、共分散構造分析によって推測し、プロセスモデルが高い適合度を示した。このことは、看護師のバーンアウトは、看護師の置かれている環境がしばしば改善できぬ耐え難い状況であり、その結果自尊感情が低下し、仕事に対して絶望感を抱くようになり進行していくことを示唆していた。今後は、バーンアウトのプロセスモデルにストレスを外生変数として組み込んだモデルの検討が必要であると述べている（古屋・谷 2008）。

次に、日本における看護職者のバーンアウト研究に焦点化して、バーンアウトとストレス、組織風土、組織コミットメントの関係に関する先行研究について記述する。

4) ストレッサーの研究

ストレスとバーンアウトの関係について分析した研究は多く、ストレスの測定には、久保ら（1994）が Gray-Toft と Anderson（1981）の Nursing Stress Scale を邦訳・改編した尺度、東口ら（1998a）の臨床看護職者の仕事ストレス尺度、米国国立職業

安全保険研究所（National Institute for Occupational Safety & Health : NIOSH）が作成した職業性ストレス調査表の日本語版（原谷・川上ほか 1993）などが多く採用されている。

久保らの尺度を用いた研究では、ストレス要因として「職場の対人関係の葛藤」、「看護における不安全感」、「患者の死体験」、「労働過多」、「医師への不信感」が影響するとしていた（福谷・松田 2005）。また、バーンアウトに強く影響を及ぼすストレス要因では「看護における不安全感」、「同僚との葛藤」であり、「医師不信」、「上司との葛藤」、「患者の死体験」は有意な影響を及ぼしていなかった（安東、片岡ほか 2006）。東口らの尺度を用いた研究では、職場の人的ストレスが高く、職場内にサポート源がない場合、情緒的消耗感および脱人格化が高いことを示していた（贅川・松田 2005）。腰痛の促進要因として、「仕事の量的負担」と「患者との人間関係」に関するストレス要因が腰痛の促進要因となることを報告している（藤村・武田ほか 2012）。日本語版職業性ストレス尺度を用いた研究では、労働負荷より職務上の葛藤のほうが大きかった。また、唾液中 s-IgA の濃度から同一の職場環境で勤務したとしても個人によってストレス反応が異なる可能性を示唆していた（磯和 2004）。既存のストレス要因尺度から医師及び他の看護師との人間関係に関する項目を抽出した尺度を用いた研究では、「本音の抑制」が情緒的消耗感に影響を及ぼし、「スタッフの無理解」が脱人格化に影響していた（松本、臼井 2010）。

5) 組織風土の研究

組織風土とバーンアウトとの関係について分析した研究は少なく、組織風土の測定には、稲岡（1994）がダスクバリら（Duxbury et al. 1982）の Nurse Organizational Climate Questionnaire を翻訳・改編した職場の風土尺度がある。他には、組織風土尺度 12 項目版（福井・原谷 2004）が職業性ストレスとの関連の研究に用いられている。

稲岡（1994）は、職場の文化・風土の 68 の質問項目を設定し、バーンアウト群と健全群の職場風土の違いを示している。バーンアウト群では、「専門職業として過酷な看護業務」、「権威的組織」、「看護スタッフの問題意識の希薄性」、「特異的な看護スタッフの存在」、「専門職業として不適切な評価」、「看護スタッフの雑用業務への負担感」が有意に高く、健全群の勤務している職場は、「問題解決にむけての積極的姿勢」、「看護師スタッフの高いモラル」、「教育・研究的雰囲気」、「卒後教育の適切性」が高かった。

塚本ら（2007）は、組織風土がストレス要因、バーンアウト、離職意図に与える影響を検討している。組織風土は、稲岡（1994）の職場風土尺度を参考に、表現を修正して 22

項目を作成した。分析の結果、バーンアウトには組織風土次元の「コントロール感」、「スタッフのモラル」、「親密さ」が影響しており、バーンアウトへの影響の方向性は直接的と間接的の 2 つの経路があることを報告している。直接的には、「親密さ」が個人的達成感に、「スタッフのモラル」と「コントロール感」が脱人格化に、「コントロール感」が情緒的消耗感に影響し、間接的には、「スタッフのモラル」がストレスの「曖昧さ」を介して、情緒的消耗感、個人的達成感、脱人格化に影響していることを示していた。離職意図は、情緒的消耗感、脱人格化、及び「看護師長のスタッフへの配慮」の認知によって有意に関連していた（塚本・野村 2007）。

塚本ら（2009）の、組織風土としての看護師長のあり方がバーンアウトに及ぼす研究では、看護師長の積極的な看護への取り組み姿勢についての認識の高さと、個人的達成感の高さ、脱人格化の低さの間には関連があることを示していた（塚本・結城 2009）。

6) 組織コミットメントの研究

組織コミットメントとバーンアウトとの関係について分析した研究は極少なく、澤田（2009）は、看護師の専門職者行動及びバーンアウト傾向に、組織や職業に対する多次元コミットメントの各因子との関連を検討している。職業コミットメントは、メイヤーら（Meyer et al. 1993）を参考に作成した情緒的因子 4 項目、存続的因子 5 項目、規範的因子 5 項目の 3 因子全 14 項目、組織コミットメントは、高木ら（1997）の尺度を看護師向けに一部表現を修正して 4 因子（愛着・内在化・存続・規範）18 項目を採用している。その結果、バーンアウトの情緒的消耗感では、組織への存続因子から正の影響を、年齢、同僚との関係、職業への情緒的因子、組織への愛着因子から負の影響を受けていた。脱人格化では、年齢、組織への存続的因子から正の影響を、同僚との関係、職業への情緒的因子や規範的因子、組織への愛着因子から負の影響を受けていた。個人的達成感では、医師との関係、職業への情緒的因子、組織への愛着因子と内在化因子から正の影響を受けていたことが示された。従って所属組織に対する内在化意識や愛着心を育成することは、職場での看護師相互の信頼関係や看護職に対する情緒的関与の程度に加えて、専門職者として高いレベルの仕事を目指した自己啓発行動を促進し、バーンアウト傾向を低減する可能性を示唆していた。また、バーンアウト傾向では組織に対する愛着心の低下が関連していた。情緒的消耗感と脱人格化では、存続的因子とも関連しており、病院を辞めたくても辞められず、勤務する病院に対して愛着心を抱くことができない場合、バーンアウト傾向が高まることを示していた（澤田 2009）。

第4節 看護職者のバーンアウトを対象とした実証研究のための概念操作化

次章で行う実証研究に用いる尺度は、バーンアウトは、久保（1998）の「日本語版バーンアウト尺度」を用いる。その理由は、バーンアウト研究のツールとして圧倒的なシェアを誇っているマスラック・バーンアウト尺度（Maslach Burnout Inventory 以下 MBI）（Maslach & Jackson 1982）に準拠した尺度であり、バーンアウトの本質を情緒的消耗感だけではなく、脱人格化と個人的達成感の低下という、他の2つの因子を含めていることにより、看護職者のおかれている複雑な環境に起因するストレスから捉え、多面的に考察を進めていくことができると考えたからである。

組織コミットメントは、前章と同じくアレンとメイヤー（Allen & Meyer 1990）の3次元コミットメント尺度を高橋（1997）が邦訳した「3次元コミットメント尺度改訂版（日本語版）」を用いる。ストレッサーに関しては、東口ら（東口・森河ほか 1998a）の「臨床看護職者の仕事ストレッサー測定尺度（Nursing Job Stressor Scale : NJSS）」を用いる。その理由は、臨床看護職者全般において適応可能であり、7因子からなる尺度で看護職者に特異的な仕事ストレインを測定することができると考えたからである。

組織風土は、福井ら（福井・原谷ほか 2004）の「組織風土尺度12項目版（the 12-item Organizational Climate Scale : OCS-12）」を用いる。その理由は、12項目の短縮版で回答者への負担が少なく、看護職者を対象とした研究でも有効性が示されている尺度であるからである。

次に、バーンアウト尺度、ストレッサー尺度及び組織風土の概念及び尺度について述べる（組織コミットメントの概念と尺度は第3章第3節を参照）。

1) バーンアウト尺度

久保（1998）の「日本語版バーンアウト尺度」は、田尾（1987）がMBIを参考に、日本のヒューマン・サービスの現場に適合するよう作成した20項目を基に、その後、追加・削除の修正が加えられ、17項目にまとめられている。MBIの項目と意味的に似通った項目であるが同じに邦訳した内容ではない。MBI同様、以下の3つの下位尺度から構成されている。概念の定義はMBIマニュアル第3版（Maslach et al. 1996）によれば、次のように定義されている。

(1) 情緒的消耗感（emotional exhaustion）

仕事を通じて、情緒的に力を出し尽くし消耗してしまった状態

(2) 脱人格化 (depersonalization)

サービスの受け手に対する無情で、非人間的な対応

(3) 個人的達成感 (personal accomplishment) の低下

ヒューマン・サービスの職務に関わる有能感、達成感の低下

回答者は、その経験の頻度を「ない」(1点)から「いつもある」(5点)の5段階評価で回答することになる。それぞれの下位尺度の得点を合計して点数が高いほど、バーンアウトに陥っているとされる(表2)。

原版の採点方法では、情緒的消耗感は、項目の得点を合計する(平均する場合は項目数5で除する)、脱人格化は、項目の得点を合計する(平均する場合は項目数6で除する)、個人的達成感の低下は、項目の合計を36から引く(平均する場合は項目数6で除する)となっている。しかし、本研究では因子分析において、因子が3因子構造をもつのかどうかを中心にして、後の多変量解析においてはそこから導出された因子得点(Bartlett法)を使用することが目的であるため採点方法は用いていない。よって「個人的達成感の低下」を「個人的達成感」としている。従って、情緒的消耗感と脱人格化は得点が高いほどバーンアウトが高い、個人的達成感は得点が高いほどバーンアウトが低いことを意味する。

本尺度は、看護師を対象に因子分析を行った2度の調査(岡田・河野 2000、河野 2000)から、いずれの調査においても、3因子の再現性が高いことが示されている。

表2 バーンアウト尺度の項目

-
- 1 「こんな仕事、もうやめたい」と思うことがある。
 - 2 我を忘れるほど仕事に熱中することがある。
 - 3 こまごまと気づきすることが面倒に感じることもある。
 - 4 この仕事は私の性分に合っていると思うことがある。
 - 5 同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある。
 - 6 自分の仕事がつまらなく思えて仕方がないことがある。
 - 7 1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。
 - 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。
 - 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。
 - 10 同僚や患者と、何も話したくなくなることもある。
 - 11 仕事の結果はいつでもよいと思うことがある。
 - 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。
 - 13 今の仕事に、心から喜びを感じることもある。
 - 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。

- 15 仕事が楽しくて、知らないうちに時間がすぎることがある。
- 16 体も気持も疲れはてたと思うことがある。
- 17 我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。

出所：久保真人(2004)バーンアウトの心理学、サイエンス社、pp.215-216 より作成

2) ストレッサー尺度

東口ら（東口・森河ほか 1998a）の、臨床看護職者の仕事ストレッサー測定尺度（Nursing Job Stressor Scale 以下 NJSS）は、これまでの看護職者を対象とした仕事ストレッサー尺度の3つの問題点①ストレッサーとストレス反応の測定尺度の間に内容の重複、②尺度の多くは信頼性及び妥当性の検討が不十分、③ストレッサーとそれを認識する個人的主観的要求としてのストレインの混乱した表現、という問題点を解決するために開発された尺度である。NJSSは7つの下位尺度から構成され、33項目でまとめられている。ストレッサーの由来⁵は以下の通りである。

- (1) 職場の人的環境に関するストレッサー：職場の人間関係問題、ソーシャルサポート不足、仕事や看護に対する考え方の違いに由来する。
- (2) 看護職者としての役割に関するストレッサー：看護職者としての役割葛藤、特に患者・家族に心のケアを行うという役割が十分果たされていない状況に由来する。
- (3) 医師との人間関係と看護職者としての自律性に関するストレッサー：医師との人間関係、特に看護職者との上下関係により自律性が発揮できない状況に由来する。
- (4) 死との向かい合いに関するストレッサー：患者の臨終場面に由来する。
- (5) 仕事の質的負担に関するストレッサー：仕事の複雑さや困難性など仕事の質に由来する。
- (6) 仕事の量的負担に関するストレッサー：仕事量の多さに由来する。
- (7) 患者との人間関係に関するストレッサー：患者との人間関係、特に訴えが多い患者や嫌だと思ふ患者との応対に由来する。

回答者は、その項目についてどの程度の強さでストレスを感じるかを回答することになる。「そのような状況なし」（0点）、「ほとんど感じない」（1点）～「非常に強く感じる」（4点）と、点数が高いほどストレインが強いと解釈する（表3）。各下位尺度の α 信頼性係数は全て7.0以上であり、信頼性・妥当性は検証されている。

表 3 ストレッサー尺度の項目

-
- 1 患者の心の支えになってやれない時
 - 2 こなさなければならぬ仕事が多い時
 - 3 してもしても仕事に切りがない時
 - 4 医療器械の機能や操作法についてよくわからない時
 - 5 他のスタッフと仕事に対する考え方が食い違う時
 - 6 医師の治療方針に対して納得できない時
 - 7 訴えが多い患者の応対をする時
 - 8 自分で納得のゆく看護ケアができない時
 - 9 親しくしていた患者が亡くなった時
 - 10 自分の能力以上の仕事を要求される時
 - 11 患者の臨終時や急変時に医師がつかまらない時
 - 12 患者のためにはならないと思う検査・治療などを指示する医師と話し合うことができない時
 - 13 こちらの都合を考えずに、処置・検査などを指示する医師にノーと言えない時
 - 14 仕事上の思いや気持ちを話し、相談できる人が同じ勤務場所にいない時
 - 15 何か問題が起こった時、上のスタッフや主任・師長がうまくサポートしてくれない時
(※主任・師長の方は、ご自分の上司でお答えください)
 - 16 患者の家族の心の支えになってやれない時
 - 17 人手が十分でない時
 - 18 医師との人間関係に問題があり信頼関係がない時
 - 19 医師とコミュニケーションが十分にとれていない時
 - 20 積極的治療を受けながらターミナルの患者が亡くなる時
 - 21 同じ勤務場所で働くある特定の人との人間関係に問題がある時
 - 22 仕事を終えるのに十分な時間がない時
 - 23 他のスタッフと看護や看護ケアに対する考え方が食い違う時
 - 24 他のスタッフが協力的でない時
 - 25 患者の心のケアをする時間がない時
 - 26 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い時
 - 27 仕事が終わらず超過勤務をしなければならない時
 - 28 嫌だと思う患者の応対をする時
 - 29 患者が苦しんでいるのを見る時
 - 30 慣れない仕事を任される時
 - 31 ターミナルの患者の話を聴いたり、話をしたりする時
 - 32 自分より上にしっかりした人がいない時
 - 33 やり方が難しい処置・検査などを患者に行う時
-

出所：パブリックヘルスリサーチセンター（2004）ストレススケールガイドブック、実務教育出版、pp.289-290 より

作成 ※本研究では、設問 15 は主任・師長の役職者は自身の上司について回答するように説明を追加。

3) 組織風土の概念

組織風土 (organizational climate) とは、リットビンとストリンガー (Litwin & Stringer 1968 邦訳 1974:1) は、「仕事環境で生活し活動する人が直接的に、あるいは、間接的に知覚し、彼らのモチベーションおよび行動に影響をおよぼすと考えられる一連の仕事環境の測定可能な特性である」と定義している。

組織風土という概念がいくつかある中で、より基本的なものは「組織に関するメンバー全体の主観的な知覚の総体」(Lawler et al. 1974) である。「つまり、組織風土というのは、組織が革新的、硬直的、やりがいがある、開放的、積極的、自由、啓発的、楽しい、官僚主義的といった組織メンバーの全体的な知覚」(林 2000 : 259) のことである。「組織風土は、メンバーの職務態度や仕事意欲、職務業績、離職、そして結果として組織業績に重大な影響を与える」(林 2000 : 262) とされている。

看護職者を対象とした組織風土尺度では、稲岡 (1994) がダスクバリら (Duxbury et al. 1982) によって開発された Nurse Organizational Climate Questionnaire を参考に概念枠組みに従い、68 の質問項目による職場風土尺度がよく用いられている。また、医療・介護施設の従事者を対象にした研究では、外島と松田 (1995) が組織風土尺度を開発し、2004 年にはその

短縮版 (福井・原谷ほか 2004) の組織風土尺度 12 項目版 (the 12-item Organizational Climate Scale 以下 OCS-12) が作成され、ストレス率との関連でも検証されている。

4) 組織風土尺度

福井ら (福井・原谷ほか 2004) の OCS-12 は、原版の組織風土尺度 30 項目 (外島・松田 1995) を 12 項目にした短縮版である。下位尺度は、強制的・命令的で封建的な風土を表す「伝統性尺度」と、従業員の参加度が高く合理的な組織管理がなされている風土を表す「組織環境性」の 2 つの下位尺度から構成されている。伝統性尺度の得点が低く、組織環境性尺度の得点が高い場合、従業員が生き生きと能率よく働ける良好な組織と捉えられる。

伝統性は、「会社の方針や規則に従うように、厳しい要請がある」、「仕事はすぐにやらないと、何か言われそうである」、「管理者は、どちらかといえば絶えず社員をチェックしている」などの 6 項目、組織環境性は、「社員は大変よく仕事をしている」、「ミーティングの議題は、よく整理され全般に及んでいる」、「中間管理職の注意や指導は詳細な点まで社員に及んでいる」など 6 項目で、全 12 項目にまとめられている。この尺度の特徴は、下位尺度の得点によって、組織風土を 4

類型に分類（分類する際の分割値は、対象者全体の伝統性、組織環境性の各平均値として、①伝統自由・組織活発型（イキイキ型）：伝統性因子が低く、組織環境性因子が高い、②伝統強制・組織活発型（シブシブ型）：伝統性因子が高く、組織環境性因子も高い、③伝統自由・組織不活発型（バラバラ型）：伝統性因子が低く、組織環境性因子も低い、④伝統強制・組織不活発型（イヤイヤ型）：伝統性因子が高く、組織環境性因子は低い、と判定）することができるが、本研究では、分類については行っていない。「まったくそう思わない」（1点）から「とてもそう思う」（5点）の5段階評価で回答を求めた。なお、看護職者が回答しやすいように、原版の「会社」を「病院」に、「社員」を「スタッフ」に、「中間管理者」を「上司」に表現を修正して使用する（表4）。

病院の看護師を対象とした実証研究（島田・南ほか 2006）にも用いられて、その有効性が示されている。

表4 組織風土尺度の項目

-
- 1 病院の方針や規則に従うように、厳しい要請がある。
 - 2 仕事はすぐにやらないと、何か言われそうである。
 - 3 病院の伝統や習慣は、かなり強制的なものと考えているメンバーが多い。
 - 4 ミーティングの成果は、必ず次の仕事に生かされている。
 - 5 メンバーはたいへんよく仕事をしている。
 - 6 上司の注意や指導は詳細な点まで及んでいる。
 - 7 その日に行われなければならないことは、詳細な点までメンバーに説明されている。
 - 8 上司は、どちらかといえば絶えずメンバーをチェックしている。
 - 9 メンバーには、何が何でも自分の役割を果たそうとする姿勢が見受けられる。
 - 10 上司は叱ることはあってもほめることはまれである。
 - 11 病院には、個人の存在を無視するような風潮がある。
 - 12 ミーティングの議題は、よく整理され全般に及んでいる。
-

出所：福井里江・原谷隆史・外島裕・他（2004）職場の組織風土の測定—組織風土尺度12項目版（OCS-12）の信頼性と妥当性、産業衛生学雑誌、46、p.222より作成 ※回答しやすいように、筆者により一部修正（会社→病院、社員→スタッフ、中間管理者→上司）して作成。

第4章の注

- 1 国際戦略経営研究学会第6回全国大会（2013）で報告後、講評者（青山学院大学経営学部 林伸二）よりモデル構築に関するコメントは次の2点であった。①ストレスーとしてジョブ・ストレスーだけを測定しているが、家庭生活でのストレスーは測定しなくてもよいのか。②ジョブ・ストレスーの知覚に対する影響要因には様々

- なものが考えられるが、ストレス知覚に対して、非常に重要な影響を与えているストレス耐性や WFB（ワーク・ファミリー・バランス）変数をなぜ測定していないのか。
- 2 日本看護協会では、毎年 1 回「病院における看護職員需給状況調査」、4 年に 1 回「病院看護実態調査」を実施している。
 - 3 算出方法：新卒看護職員離職率＝当該年度新卒退職者数/当該年度新卒新規採用者数×100. 常勤看護職員離職率＝当該年度退職者数/当該年度平均常勤職員数×100. 平均常勤職員数＝(年度当初の在籍職員数＋年度末の在籍職員数)/2.
 - 4 日本語版バーンアウト尺度は、バーンアウトの診断基準はなく、本尺度により得られた得点は、あくまで、その高低による相対評価に用いられるべきものであるとされている。
 - 5 7 つの下位尺度のストレッサーの由来については、パブリックヘルスリサーチセンター（2004）ストレススケールガイドブック、実務教育出版：286. より引用している。

引用文献

- 青島耕平（2012）解説「2011 年病院看護実態調査」、看護、64（9）：72-79.
- Allen, N. J., & J. P. Meyer, (1990) The measurement and antecedents of affective, continuance, and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63: 1-18.
- 安東由佳子・片岡健・小林敏生（2006）神経難病患者のケアに携わる看護師のバーンアウトに影響を及ぼす職場環境ストレッサーの探索、日本看護研究学会雑誌、29（1）：45-55.
- Bamard, C. I. 1956. *The Functions of the Executive*：山本安次郎、田杉競、飯野春樹訳（1968）新訳・経営者の役割、ダイヤモンド社.
- Beck, A. T., A. Weissman., D. Lester., & L. Trexler, (1974) The measurement of pessimism: The hopelessness scale, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42:861-865.
- Duxbury, M. L., G. A. Henry, & G. D. Armstrong, (1982) Measurement of the Nurse Organizational Climate of Neonatal Intensive Care Units, *Nursing research*, 31:83-88.
- 藤村宣史・武田正則・浅田史成ほか（2012）多施設共同研究による病棟勤務看護師の腰痛実態調査、60（2）：91-96.
- 福井里江・原谷隆史・外島裕ほか（2004）職場の組織風土の測定—組織風土尺度 12 項目版（OCS-12）の信頼性と妥当性、産業衛生学雑誌、46：213-222.

- 福谷洋子・松田佳子・渡辺ちか枝ほか（2005）看護師のバーンアウト傾向とストレスに関する検討、第36回日本看護学会論文集 看護管理：241-243.
- Gray-Toft, P. & J.G. Anderson, (1981) The nursing stress scale: Development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3:11-23.
- Golembiewski, R.T., R.F. Munzenrider, & D. Carter, (1983) Phase of progressive burnout and their work-site covariants. *Journal of Applied Behavioral Science*, 13:461-482.
- 林伸二（2000）組織心理学、白桃書房.
- 原谷隆史・川上憲人・荒記俊一ほか（1993）日本語版 NIOSH 職業性ストレス調査票の信頼性と妥当性、産業医学、35：331-332.
- 原田和宏・齋藤圭介・布元義人ほか（2000）バーンアウト尺度のプロセスモデルの検討、東京保健科学学会誌、3（1）：38-46.
- 東口和代・森河祐子・三浦克之ほか（1998a）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）：64-72.
- 東口和代・森河裕子・由田克士ほか（1998b）看護職者の燃え尽き現象に対する個人属性の影響、北陸公衆衛生誌、25（1）：36-40.
- 磯和勅子（2004）看護師の職務ストレス、バーンアウトおよび身体的健康問題の関連：質問紙および免疫指標からの検討、行動科学研究、10（1）：25-33.
- 稲岡文昭・松野かほる・宮里和子（1984）看護職にみられる Burnout とその要因に関する研究、看護、36（4）：81-104.
- 稲岡文昭（1994）N 系列看護婦の BURNOUT に関する研究—職場の文化・風土と看護ケアのアプローチに焦点をあて、日本赤十字看護大学紀要、8：1-12.
- 加藤栄子・尾崎フサ子（2011a）中堅看護者の職務継続意志と職務満足に対する関連要因の検討、日本看護管理学会誌、15（1）：47-56.
- 加藤栄子・尾崎フサ子（2011b）中高年看護職者の職務継続意志と職務満足に関連する要因の検討、日本看護科学会誌、31（3）：12-20.
- 河野由美（2000）看護婦のバーンアウトと宗教観に関する計量的研究、飯田短期大学看護学科年報、3：25-35.
- 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（1）：33-43.

- 久保真人（1998）ストレスとバーンアウトの関係—バーンアウトはストレスか？、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、サイエンス社.
- 小牧一裕（1994）職務ストレスとメンタルヘルスへのソーシャルサポートの効果、健康心理学研究、7：2-10.
- 古屋肇子・谷冬彦（2008）看護師のバーンアウト生起から離職願望に至るプロセスモデルの検討、日本看護科学会誌、28(2)：55-61.
- Lawler,III,E.E., D.T.Hall, & G.R. Oldham, (1974) Organizational climate:Relationship to organizational structure, process and performance, *Organizational Behavior and Human Performance*,11:139.
- Leiter,M.P., & C.Maslach, (1988) The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment.*Journal of Organizational Behavior*,9:297-308.
- Leiter,M.P. (1992) Burnout as a crisis in professional role structures:measurement and conceptual issues.*Anxiety,Stress,and Coping*,5:79-93.
- Lee,R.T., & B.E. Ashforth, (1993) A futher examination of managerial burnout:toward an integrated model.*Journal Organizational Behaviour*,14:3-20.
- Litwin,G.H. & R.A.Stringer,Jr.,1968. *Motivation and Organizational Climate* : 占部都美 監訳・井尻昭夫 訳（1974）経営風土、白桃書房.
- Maslach,C.,S.E.Jackson,& M.P.Leiter, (1996) *The Maslach Burnout Inventory* (3rd ed.). Palo Alto,CA:Consulting Psychologists Press.
- Maslach,C., & S.E.Jackson,(1982) *The Maslach Burnout Inventory*.Palo Alto, CA:Consulting Psychologists Press.
- Meyer,J.P., N.J.,Allen, & C.A.Smith, (1993) Commitment to organizations and occupations:Extension and test of a three-component conceptualization.*Journal of Applied Psychology*,78:538-551.
- 南裕子（1988）燃えつき現象の精神看護学的推論、看護研究、21（2）：12-19.
- 水野正延・小林貴子・植村勝彦（2009）、病院に勤務する看護師に対するバーンアウト予防プログラムの効果、岐阜医療科学大学紀要、3：209-217.
- 宮崎悟（2012）看護人材の就業率の推移—再検討した潜在者数推計方法による結果から、ITEC Working Paper Series 12-04：1-21.

- 松本友一郎・臼井新之助（2010）医師及び看護師との関係におけるストレスが看護師のバーンアウトに及ぼす影響、応用心理学研究、36（1）：1-12.
- 本村良美・八代利香（2009）看護師のバーンアウトに関連する要因、日本職業・災害医学会会誌、58（3）：120-127.
- 中村久美子・稲岡文昭（1985）看護婦にみられる BurnOut とエゴグラムに示される個人と個人特性との関連、日本看護学会集録第 16 回看護管理：17-21.
- 中山洋子・野嶋佐由美（2001）看護師の仕事の継続意志と満足度に関する要因の分析、看護、53（8）：81-91.
- 贅川信幸・松田修（2005）看護師のバーンアウトとサポート源に関連する研究、こころの健康、20（1）：25-35.
- 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（3）：71-81.
- 日本看護協会（2012）看護関係統計資料集、日本看護協会出版会.
- 岡田千夏・河野由美（2000）看護婦のバーンアウトと仕事ストレスに関する研究、飯田女子短期大学看護学科年報、3：133-147.
- 荻野佳代子（2004）看護職におけるバーンアウトプロセスモデルの検討、産業・組織心理学研究、17（2）：79-90.
- 鬼澤典朗・松永保子（2008）新規採用看護職員のバーンアウトと自尊感情に関する研究—新卒者と既卒者における就職直後および3ヵ月後の比較、第39回日本看護学会論文集看護管理：372-374.
- パブリックヘルスリサーチセンター（2004）ストレススケールガイドブック、実務教育出版：289-290.
- Rosenberg, M. (1965) *Society and the adolescent self-image*, Princeton University Press, Princeton, U.S.A.
- 澤田忠幸（2009）看護師の職業・組織コミットメントと専門職者行動、バーンアウトとの関連性、心理学研究、80（2）：131-137.
- 外島裕・松田浩平（1995）組織風土の理論と分析技法の開発：羽石寛寿・地代憲弘・外島裕ほか、経営組織診断の理論と技法—人的側面を中心として、同友館：11-29.
- 島田富子・南昌秀・原谷隆史ほか（2006）2施設における看護師の職業性ストレスと組織風土との関連—総合病院で働く看護師特有ストレスと組織風土—尺度 12 項目

- (OCS-12)を用いた検討、産業衛生雑誌：602.
- 舩森とも子（1988）看護婦の Burnout と職場環境・性格との関連について、看護研究、21：189-197.
- 田尾雅夫（1987）ヒューマン・サービスにおけるバーンアウトの理論と測定、京都府立大学学術報告（人文）、40：101-123.
- 田尾雅夫（2003）組織の構造ストレスとその克服、産業ストレス研究、10：229-233.
- 高橋弘司（1997）：組織コミットメント尺度の項目特性とその応用可能性—3次元組織コミットメント尺度を用いて、経営行動科学、11（2）：123-136.
- 高木浩人・石田正浩・益田圭（1997）会社人間をめぐる要因構造：田尾雅夫（編著）会社人間の研究—組織コミットメントの理論と実際、京都大学学術出版会：265-296.
- 田村正枝・竹内幸江・藤垣静枝ほか（2007）看護職者の仕事への認識および満足度に影響を与える要因に関する検討、長野県看護大学紀要、9：65-74.
- 谷冬彦（1998）青年期における基本的信頼感と時間的展望、発達心理学研究、9：35-44.
- 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）：55-64.
- 塚本尚子・結城瑛子・舩木由香ほか（2009）組織風土としての看護師長のあり方が看護スタッフのバーンアウトに及ぼす影響、日本看護研究学会雑誌、32（5）：105-112.
- 山崎登志子（2000）バーンアウト傾向と性格特性、ソーシャルサポートとの関係—病院規模による比較、日本看護研究学会雑誌、23（2）：29-41.
- 山崎登志子・伊藤幹佳・長谷川博亮（2003）看護師におけるバーンアウト傾向と対人葛藤との関連—ユニット間の比較を通して、宮城大学看護学部紀要、6（1）：51-59.
- 山本真理子・松井豊・山本由紀子（1982）認知された自己の諸側面の構造、教育心理学研究、30：64-68.

第 5 章 実証研究：看護職者におけるバーンアウトの形成因

第1節 はじめに

本論文においては、序章では、本研究の背景と課題を挙げ、研究テーマである「看護職者におけるバーンアウトの形成因」の目的と意義について述べた。

次に、第 2 章では、バーンアウトを理解するために先行研究のレビューを行った。まず、バーンアウトはストレス研究の一つに位置づけられることから、バーンアウトを理解するために、ストレスの概念とストレス研究の変遷についてレビューを行った。次に、バーンアウトの概念と症状についてレビューを行い、ヒューマン・サービス従業者を対象としたバーンアウト研究が多く取り上げられるようになった社会的背景についてまとめた。そして半世紀を超えて研究されているバーンアウト研究における実証研究の変遷についてレビューを行った。

第 3 章は、入職 1 年未満を対象とした新人看護職者に対する組織の中心方向への求心力とバーンアウトの関係性を実証的に研究した。そこでの操作化は、前者をアレンとメイヤー（Allen&Meyer 1990）の 3 次元コミットメント尺度の日本語版（高橋 1997）とし、後者をパインズ（Pines 1981）により開発された The Burnout Measure の日本語版（稲岡 1988）を適用した。さらに半構造化した内容をもとに面接調査した結果をテキストマイニングにより言語間の関係性を分析した。これらの定量的・定性的事実発見型の実証調査分析を通じて、組織コミットメントの情動的次元及び看護療法は、入職 1 年未満の新人看護職者に対してバーンアウトを抑制し、一方、継続的次元はバーンアウトを促進するという知見が得られた。しかし、先行研究などでも指摘されているとおり、新人看護職者が入職 1 年未満でバーンアウト現象が現れるということに正当性が存在するか否かという議論も無視できないと考えられる。そこで第 3 章の知見を発展的に拡大し、守備範囲のより大きなモデルを構築して大量サンプルによる実証研究の実証の有意義性を確認するに至った。

第 4 章では、第 3 章の新人看護職者を対象とした実証調査に基づいて、より一般的な理論仮説モデルを構築した。続いて理論仮説モデルに従って、看護職者のバーンアウトの要因及び実証研究で用いる概念操作化のための文献レビューを行った。そして、本章で用いる理論仮説モデルに対する測定尺度を規定した。

本章においてはこれらの先行研究のレビュー及び実証的基礎的研究の知見に基づき、前章で構築された理論仮説モデルを実証するために、まず因子分析を行い、その結果に基づいて理論仮説モデルを実証できるように作業仮説モデルへと修正する。次に、作業仮説モデルに基づいた検証結果からバーンアウトの形成因モデルを作成する。最後に実証研究から導出された知見に基づき、先行研究及び筆者の看護現場における実体験を鑑み、これらの導出知見の妥当性を検証するためにバーンアウトの形成因について多面的に考察する。

第2節 実証研究

1. 研究目的

本章の目的は、新人看護職者のみのバーンアウトに焦点を当てた第3章の基礎的研究から、より一般化した実証研究を目指すものへと展開させたい。そのために看護職者全体を調査対象とし、モデルに投入する構成概念の数を増やした。研究プロセスとしては、理論仮説モデルに基づき因子分析を実行し、作業仮説モデルを導出してこれを実証し、その実証した知見に基づき、先行研究及び筆者の看護体験を通じて、医療現場の一般看護職者のバーンアウトの形成因を明らかにすることである。

2. 研究方法

研究対象者は、関東甲信越某2県の公立、医療法人、独立行政法人などの設置主体の異なる中大規模の一般病院10病院に勤務する看護職者2,456名（副看護部長職位以上は除く）である。調査を行った病院の病床数は、170～199床3病院、200～399床5病院、400～550床2病院（入院基本料¹は7対1、10対1が各5病院）である。調査は、2012年9月20日～10月3日に実施している。

調査方法は、自記式質問紙調査を、対象者全員に実施した。質問紙の配布・回収方法は、対象病院の看護部長の了解が得られた施設に質問紙を届け、調査対象者への協力を求めた。対象者には回収箱に投函を依頼した。留め置き期間は2週として、研究者が一括回収した。

1) 質問紙調査項目

(1) 基本属性：基本属性：職種、経験年数、雇用形態、職位、勤務場所、職場の状況。

(2) バーンアウト：久保（1998）が MBI など参考に、日本のヒューマン・サービスの現場に適合するよう作成した「日本語版バーンアウト尺度」を用いた。下位尺度は、情緒的消耗感（5 項目、得点が高いほどバーンアウトが高い）、脱人格化（6 項目、得点が高いほどバーンアウトが高い）、個人的達成感²（6 項目、得点が高いほどバーンアウトが低い）で構成されている。「ない」（1 点）～「いつもある」（5 点）と、点数が高いほどバーンアウトに陥っているとされる。

(3) ストレッサー：東口ら（1998）の臨床看護職者の仕事ストレッサー測定尺度（Nursing Job Stressor Scale：NJSS）を用いる。NJSS は、下位尺度として 7 つあり、職場の人的環境（7 項目）、看護職者としての役割（5 項目）、医師との人間関係と看護職者としての自律性（5 項目）、死との向かい合い（4 項目）、仕事の質的負担（5 項目）、仕事の量的負担（5 項目）、患者との人間関係（2 項目）に関するストレッサーで全 33 項目からなる。「そのような状況なし」（0 点）、「ほとんど感じない」（1 点）～「非常に強く感じる」（4 点）と、点数が高いほどストレインが強いと解釈される。

(4) 組織コミットメント：アレンとメイヤー（Allen&Meyer 1990）の 3 次元コミットメント尺度を、高橋（1997）が邦訳した 3 次元コミットメント尺度改訂版（日本語版）を使用した。情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメントの 18 項目からなり、「全くそう思わない」（1 点）～「とてもそう思う」（5 点）の 5 段階評価である。また、質問項目は、病院の看護職者が回答しやすいように表現を一部修正（会社→病院）して使用した。

(5) 組織風土：福井ら（福井・原谷ほか 2004）の職場の組織風土の測定—組織風土尺度 12 項目版（the 12-item Organizational Climate Scale：OCS-12）を使用した。原版の組織風土尺度 30 項目版（外島・松田 1995）の短縮版であり、組織環境性（6 項目）、伝統性（6 項目）の 12 項目からなる。「全くそう思わない」（1 点）～「とてもそう思う」（5 点）の 5 段階評価とした。伝統性尺度の得点が低く、組織関係性尺度が高い場合、従業員が生き生きと能率よく働ける良好な組織と捉えられる。また、質問項目は、病院の看護職者が回答しやすいように表現を一部修正（会社→病院、社員→スタッフ、中間管理者→上司）して使用した。

なお、(2)～(5)の当該尺度の各質問項目の使用に際しては作者より許諾を得ている。

2) 分析方法

基本統計量（平均値、標準偏差、歪度、尖度、フロア効果）を算出し、個人属性等を検討した後、因子分析（因子抽出は主因子法、回転はバリマックス法）を実施した。次に、因子分析の結果から抽出された因子別の経験年数の階層別傾向を把握するために、因子負荷量 0.4 以上の質問項目を抽出し、抽出された質問項目ごとに原得点の平均得点を算出し、比較を行った。そして算出された因子スコア（Bartlett 法）を使用して重回帰分析を実施した。なお、解析には、Microsoft 社の Excel 2010、IBM 社の SPSS Statistics 20 を使用した。

3) 倫理的配慮

対象病院の看護部長に、研究の趣旨を口頭と文書で説明し、同意書にて承諾を得た。看護部長を通して、対象者に研究への参加は自由意志であることを説明し、研究説明書と質問紙を配布した。研究説明書には、研究目的、研究参加の自由、匿名性の保持、研究結果の公表等を記載し、回収箱への投函をもって同意が得られたものとした。本研究は群馬県立県民健康科学大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

3. 基本統計量の結果

10 病院の 2,456 名の対象者から、1,954 名（回収率 79.6%）の回答があった。このうち有効回答は、スケールの調査項目に欠損値のない 1,715 名（有効回答率 87.8%）とした。

1) 対象者の基本属性

10 病院の回収数の最大は 407、最小は 71 であった。平均 172、中央値 149 であった。

職種は、看護師 85.4%で最も多く、次いで准看護師 8.0%、助産師 4.7%、保健師 1.8%であった。経験年数は、1 年未満 4.3%、1 年～3 年未満 10.3%、4 年～9 年目 27.8%、10 年～19 年目 34.1%、20 年以上 23.6%であった。雇用形態は、正規職員 88.8%であった。職位は、スタッフが 85.3%を占め、勤務場所は、病棟勤務が 71.8%であった（表 1）。

職場状況では、「そう思う」、「とてもそう思う」を合わせると、『会話を頻繁に交わす』は、同僚 78.8%、患者 74.5%であり、次いで、医師 46.5%、医師以外の他職種 39.0%であった。『患者の生死にかかわる機会が多い』は、47.0%であった（表 2）。

表 1 対象者の基本属性

n=1715

項目		人数	%
職種	保健師	31	1.8
	助産師	81	4.7
	看護師	1465	85.4
	准看護師	138	8.0
経験年数	1 年未満	73	4.3
	1 年～3 年目	177	10.3
	4 年～9 年目	476	27.8
	10 年～19 年目	585	34.1
	20 年以上	404	23.6
雇用形態	正規職員	1523	88.8
	非正規職員	192	11.2
職位	スタッフ	1463	85.3
	副師長(主任)以上	252	14.7
勤務場所	病棟(ICU/CCU 含む)	1232	71.8
	外来(手術室/人工透析室/訪問看護含む)	443	25.8
	その他	40	2.3

表 2 職場の状況

n=1715

	全くそう 思わない	そう思わ ない	どちらで もない	そう思う	とてもそう 思う	不明
	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)
「患者」と会話を頻繁に交わす	30 (1.7)	130 (7.6)	277 (16.2)	781 (45.5)	497 (29.0)	0
「同僚」と会話を頻繁に交わす	10 (0.6)	69 (4.0)	284 (16.6)	856 (49.9)	496 (28.9)	0
「医師」と会話を頻繁に交わす	57 (3.3)	313 (18.3)	546 (31.8)	629 (36.7)	168 (9.8)	2 (0.1)
医師以外の「他職種」と会話を 頻繁に交わす	62 (3.6)	389 (22.7)	594 (34.6)	564 (32.9)	104 (6.1)	2 (0.1)
患者の生死にかかわる機会が 多い	139 (8.1)	399 (23.3)	370 (21.6)	536 (31.3)	270 (15.7)	1 (0.1)

2) 基本統計量の結果

ストレッサー、バーンアウト、組織コミットメント、組織風土の各項目の基本統計量を表 3 に示す。

表 3 基本統計量

n=1715

	NO	概念区分	内容	度数	平均値	標準偏差	歪度	尖度	天井効果	フロア効果
ストレッサー	SQ 1	役割	患者の心の支えになってやれない時	1715	2.52	0.83	-0.28	0.59	3.348	1.692
	SQ 2	量的負担	こなさなければならない仕事が多い時	1715	3.29	0.78	-0.86	0.21	4.074	2.506
	SQ 3	量的負担	してもしても仕事に切りがけない時	1715	3.18	0.91	-1.08	1.02	4.085	2.275
	SQ 4	質的負担	医療器械の機能や操作法についてよくわからない時	1715	2.64	0.90	-0.15	-0.40	3.543	1.737
	SQ 5	人的環境	他のスタッフと仕事に対する考え方が食い違う時	1715	2.62	0.94	-0.17	-0.37	3.556	1.684
	SQ 6	医師関係	医師の治療方針に対して納得できない時	1715	2.53	0.99	-0.36	-0.08	3.518	1.542
	SQ 7	患者関係	訴えが多い患者の対応をする時	1715	2.86	0.85	-0.39	0.02	3.710	2.010
	SQ 8	役割	自分で納得のゆく看護ケアができない時	1715	2.62	0.82	-0.47	0.87	3.439	1.801
	SQ 9	死	親しくしていた患者が亡くなった時	1715	2.40	1.20	-0.62	-0.31	3.597	1.203
	SQ10	質的負担	自分の能力以上の仕事を要求される時	1715	3.02	0.94	-0.97	0.91	3.964	2.076
	SQ11	死	患者の臨終時や急変時に医師がつかまらない時	1715	2.63	1.44	-0.82	-0.68	4.073	1.187
	SQ12	医師関係	患者のためにはならないと思う検査・治療などを指示する医師と話し合うことができない時	1715	2.24	1.26	-0.51	-0.67	3.499	0.981
	SQ13	医師関係	こちらの都合を考えずに、処置・検査などを指示する医師にノーと言えない時	1715	2.48	1.18	-0.66	-0.23	3.664	1.296
	SQ14	人的環境	仕事上の思いや気持ちを話し、相談できる人が同じ勤務場所にいない時	1715	2.45	1.28	-0.61	-0.60	3.731	1.169
	SQ15	人的環境	何か問題が起こった時、上のスタッフや主任・師長がうまくサポートしてくれない時	1715	2.69	1.21	-0.83	-0.12	3.902	1.478
	SQ16	役割	患者の家族の心の支えになってやれない時	1715	2.42	0.94	-0.63	0.65	3.359	1.481
	SQ17	量的負担	人手が十分でない時	1715	3.20	0.79	-0.71	0.08	3.993	2.407
	SQ18	医師関係	医師との人間関係に問題があり信頼関係がない時	1715	2.63	1.19	-0.76	-0.13	3.821	1.439
	SQ19	医師関係	医師とコミュニケーションが十分にとれていない時	1715	2.64	1.02	-0.61	0.22	3.662	1.618
	SQ20	死	積極的治療を受けながらターミナルの患者が亡くなる時	1715	1.87	1.31	-0.21	-1.13	3.181	0.559
	SQ21	人的環境	同じ勤務場所で働くある特定の人との人間関係に問題がある時	1715	2.81	1.21	-0.96	0.11	4.018	1.602
	SQ22	量的負担	仕事を終えるのに十分な時間がない時	1715	2.94	0.90	-0.58	0.08	3.840	2.040
	SQ23	人的環境	他のスタッフと看護や看護ケアに対する考え方が食い違う時	1715	2.36	0.96	-0.39	0.24	3.315	1.405
	SQ24	人的環境	他のスタッフが協力的でない時	1715	2.80	1.01	-0.81	0.53	3.809	1.791
	SQ25	役割	患者の心のケアをする時間がない時	1715	2.54	0.90	-0.57	0.73	3.440	1.640
	SQ26	質的負担	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い時	1715	3.15	0.85	-0.83	0.55	3.995	2.305
	SQ27	量的負担	仕事が終わらず超過勤務をしなければならない時	1715	2.85	0.96	-0.49	-0.22	3.812	1.888
	SQ28	患者関係	嫌だと思う患者の対応をする時	1715	2.88	0.94	-0.58	0.13	3.815	1.945
	SQ29	役割	患者が苦しんでいるのを見る時	1715	2.80	0.86	-0.59	0.64	3.658	1.942

	SQ30	質的負担	慣れない仕事を任される時	1715	3.07	0.84	-0.67	0.30	3.913	2.227
	SQ31	死	ターミナルの患者の話を聴いたり、話をしたりする時	1715	1.80	1.12	-0.09	-0.71	2.918	0.682
	SQ32	人的環境	自分より上にしっかりした人がいない時	1715	2.42	1.30	-0.55	-0.71	3.715	1.125
	SQ33	質的負担	やり方が難しい処置・検査などを患者に行う時	1715	2.70	1.00	-0.67	0.36	3.697	1.703
バーンアウト	BQ 1	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。	1715	3.00	1.29	0.02	-1.07	4.285	1.715
	BQ 2	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。	1715	1.96	1.00	0.80	-0.10	2.959	0.961
	BQ 3	脱人格化	こまごまと気くばりすることが面倒に感じることがある。	1715	2.65	0.98	0.41	-0.26	3.632	1.668
	BQ 4	個人的達成感	この仕事は私の性分に合っていると思うことがある。	1715	2.54	1.12	0.29	-0.69	3.660	1.420
	BQ 5	脱人格化	同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある。	1715	1.88	1.03	1.06	0.36	2.911	0.849
	BQ 6	脱人格化	自分の仕事がつまらなく思えて仕方のないことがある。	1715	2.00	1.11	1.00	0.23	3.107	0.893
	BQ 7	情緒的消耗感	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。	1715	3.63	1.20	-0.42	-0.92	4.831	2.429
	BQ 8	情緒的消耗感	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。	1715	2.89	1.32	0.16	-1.15	4.213	1.567
	BQ 9	個人的達成感	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。	1715	2.34	0.93	0.21	-0.51	3.265	1.415
	BQ10	脱人格化	同僚や患者と、何も話したくなくなることもある。	1715	1.88	1.01	1.06	0.53	2.886	0.874
	BQ11	脱人格化	仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。	1715	1.68	0.91	1.34	1.36	2.588	0.772
	BQ12	情緒的消耗感	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。	1715	3.07	1.19	0.01	-0.90	4.259	1.881
	BQ13	個人的達成感	今の仕事に、心から喜びを感じることがある。	1715	2.36	0.94	0.37	-0.22	3.303	1.417
	BQ14	脱人格化	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。	1715	1.70	0.95	1.40	1.55	2.647	0.753
	BQ15	個人的達成感	仕事楽しくて、知らないうちに時間が過ぎることがある。	1715	1.69	0.91	1.26	1.03	2.599	0.781
	BQ16	情緒的消耗感	体も気持も疲れはてたと思うことがある。	1715	3.32	1.13	-0.10	-0.90	4.446	2.194
	BQ17	個人的達成感	我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。	1715	2.21	0.86	0.30	-0.21	3.070	1.350
組織コミットメント	OQ 1	情動	私の仕事生活（キャリア）の残りを、いまの病院で過ごせたら、とても幸せだ。	1715	2.73	1.03	-0.04	-0.49	3.760	1.700
	OQ 2	情動	私は、自分の病院の一員なのだ、と強く感じることがある。	1715	2.93	0.94	-0.26	-0.32	3.872	1.988
	OQ 3	情動	私は、この病院の問題を、まるで自分自身の問題であるかのように感じている。	1715	2.34	0.93	0.11	-0.61	3.268	1.412
	OQ 4	情動	この病院は、私にとって個人的に重要な意味を持っている。	1715	2.51	1.00	0.08	-0.69	3.510	1.510
	OQ 5	継続	いま、この病院にいるのは、働く必要があるからだ。	1715	3.75	0.95	-0.95	0.91	4.697	2.803
	OQ 6	情動	私は、病院という「家族」の一員になっているように思う。	1715	2.18	0.94	0.30	-0.61	3.116	1.244
	OQ 7	継続	この病院をいますぐに去ろうと思っても、実際にそうするのはとても難しい。	1715	3.81	1.03	-0.87	0.40	4.840	2.780
	OQ 8	継続	この病院でこんなに働いてこなかったなら、他の病院で働くことも考えるだろう。	1715	3.28	0.95	-0.39	0.14	4.227	2.333
	OQ 9	継続	病院を辞めたとしたら、代わりの勤め先が見つからずに困るだろう。	1715	2.75	1.14	0.24	-0.85	3.886	1.614

	OQ10	規範	この病院に勤めることは、私の義務だと思う。	1715	2.35	0.96	0.29	-0.38	3.312	1.388
	OQ11	継続	いま病院を去る決意をしたら、私の人生の大部分が崩れてしまうだろう。	1715	2.34	1.04	0.48	-0.41	3.384	1.296
	OQ12	規範	自分に有利になるとしても、いまこの病院を辞めることが道徳的に正しいこととは思わない。	1715	2.75	0.93	-0.11	-0.09	3.682	1.818
	OQ13	規範	いまこの病院を辞めてしまったら、罪の意識を感じるだろう。	1715	2.41	1.07	0.31	-0.76	3.484	1.336
	OQ14	継続	この病院を辞めたら、他の働き場所がないかもしれないが、私は別にかまわない。	1715	2.56	0.97	0.35	-0.18	3.531	1.589
	OQ15	規範	この病院は、私が忠誠を尽くすに値する病院だ。	1715	2.47	0.90	-0.19	-0.58	3.370	1.570
	OQ16	規範	病院で一緒に働く人々に対して義務感があるので、いま私が病院を去ることは決してないだろう。	1715	2.71	0.99	0.01	-0.42	3.696	1.724
	OQ17	情動	私はこの病院に、愛情を感じていると思う。	1715	2.68	0.94	-0.22	-0.46	3.620	1.740
	OQ18	規範	私は、この病院に大きな恩義がある。	1715	2.55	0.97	-0.06	-0.62	3.524	1.576
組織風土	CQ 1	伝統性	病院の方針や規則に従うように、厳しい要請がある。	1715	3.06	0.87	0.06	-0.19	3.925	2.195
	CQ 2	伝統性	仕事はすぐにやらないと、何か言われそうである。	1715	3.25	0.90	-0.24	-0.50	4.148	2.352
	CQ 3	伝統性	病院の伝統や習慣は、かなり強制的なものと考えているメンバーが多い。	1715	3.12	0.92	-0.04	-0.38	4.040	2.200
	CQ 4	組織環境	ミーティングの成果は、必ず次の仕事に生かされている。	1715	3.05	0.799	-0.36	-0.14	3.849	2.251
	CQ 5	組織環境	メンバーはたいへんよく仕事をしている。	1715	3.74	0.819	-0.693	0.771	4.559	2.921
	CQ 6	組織環境	上司の注意や指導は詳細な点まで及んでいる。	1715	3.2	0.907	-0.279	-0.282	4.107	2.293
	CQ 7	組織環境	その日に行われなければならないことは、詳細な点までメンバーに説明されている。	1715	3.02	0.828	-0.204	-0.207	3.848	2.192
	CQ 8	伝統性	上司は、どちらかといえば絶えずメンバーをチェックしている。	1715	3.1	0.905	-0.247	-0.339	4.005	2.195
	CQ 9	組織環境	メンバーには、何が何でも自分の役割を果たそうとする姿勢が見受けられる。	1715	3.14	0.792	-0.246	-0.14	3.932	2.348
	CQ10	伝統性	上司は叱ることはあってもほめることはまれである。	1715	2.67	0.967	0.386	-0.17	3.637	1.703
	CQ11	伝統性	病院には、個人の存在を無視するような風潮がある。	1715	2.75	0.946	0.32	-0.032	3.696	1.804
	CQ12	組織環境	ミーティングの議題は、よく整理され全般に及んでいる。	1715	2.92	0.723	-0.289	0.545	3.643	2.197

4. 因子分析の結果

ストレッサーに関して 4 項目の天井効果、バーンアウトにおいて 7 項目のフロア効果が認められたが、これらも除外することなく因子分析対象とした。

1) バーンアウトの因子分析

3 因子想定 17 項目（BQ1～BQ17）から構成されており、因子分析の結果、3 因子が抽

出（固有値 1 以上基準）された。当該 17 項目に関しては、天井効果は認められなかったが、BQ2、BQ5、BQ6、BQ10、BQ11、BQ14、BQ15 においてフロア効果が観察された。しかし、当該 7 項目も除外せずに全項目を因子分析対象とした。

因子 1 を構成する因子負荷 0.4 以上の 8 つの質問項目のうち因子負荷の上位 5 つはいずれも脱人格化に関する質問項目であり、下位 3 つの質問項目は 2 つの情緒的消耗感と 1 つの脱人格化から構成されている。このことは、MBI の先行研究における脱人格化の情緒的消耗感との親近性を主張する知見と一致するものである。よって、当該因子を「脱人格化」（寄与率＝18.75）と命名した。因子 2 を構成する因子負荷 0.4 以上の質問項目は 6 つあった。そのうち上位 5 項目はいずれも情緒的消耗感を問う質問項目であり、最下位の 1 項目が脱人格化を問う質問項目であった。よって、当該因子を「情緒的消耗感」（寄与率＝15.23）と命名した。因子 3 を構成する因子負荷 0.4 以上の 6 つの質問項目は、すべて個人的達成感を問う質問項目であった。よって、当該因子を「個人的達成感」（寄与率＝14.39）と命名した。各因子の 0.4 以上の因子負荷を示す質問項目を対象とした Cronbach α は、それぞれ 0.870、0.846、0.785 であった（表 4）。

Cronbach α 信頼性係数は、以下の通りである。

因子 1 の因子負荷 0.4 以上項目（BQ5、BQ6、BQ10、BQ14、BQ11、BQ1、BQ8、BQ3）に対する Alpha＝0.870

因子 2 の因子負荷 0.4 以上項目（BQ16、BQ12、BQ7、BQ1、BQ8、BQ3）に対する Alpha＝0.846

因子 3 の因子負荷 0.4 以上項目（BQ13、BQ15、BQ9、BQ17、BQ4、BQ2）に対する Alpha＝0.785

※1. 上記因子 1、因子 2、因子 3 に対する Cronbach α 信頼性係数の算出に際して、ある項目が削除された場合の α （ α if item deleted）が 0.1 以上の上昇変動をきたす項目は存在しなかった。

2) ストレッサーの因子分析

7 因子想定 33 項目（SQ1～SQ33）から構成されており、因子分析の結果、ほぼ想定通りの因子が抽出（固有値 1 以上基準）された。当該 33 項目に関しては、フロア効果を認められなかったが、SQ2、SQ3、SQ11、SQ21 において天井効果が観察された。しかし、当該 4 項目も除外せずに全項目を因子分析対象とした。

因子 1 を構成する因子負荷 0.4 以上の 7 つの質問項目は、すべて職場の人的環境に関連

するストレスに関連する項目であった。よって、当該因子を「職場環境ストレス」(寄与率=9.45)と命名した。因子2を構成する因子負荷0.4以上の質問項目は6つあった。そのうち上位5項目はいずれも看護職者としての役割に関するストレスに関連する項目であった。のこり1つの質問項目は死との向かい合いに関するものであった。よって、当該因子を「役割ストレス」(寄与率=8.56)と命名した。因子3を構成する因子負荷0.4以上の5つの質問項目は、すべて仕事の量的負担に関連するストレス項目であった。よって、当該因子を「量的負担ストレス」(寄与率=8.52)と命名した。因子4を構成する因子負荷0.4以上の質問項目は6つあった。そのうち4項目は死との向かい合いに関連するストレスであった。残り2つの質問項目はいずれも医師との関係性と看護職者としての自律性に関連するストレスであった。よって、当該因子を死に直面する看護職者が医師との関係性や自律性欠如からくる不満要因から形成される因子と考え、「死に関連ストレス」(寄与率=7.31)と命名した。因子5を構成する因子負荷0.4以上の5つの質問項目は、すべて仕事の質的負担に関連するストレス項目であった。よって、当該因子を「質的負担ストレス」(寄与率=6.32)と命名した。因子6を構成する因子負荷0.4以上の2つの質問項目はいずれも医師との人間関係に関連するストレス項目であった。よって、当該因子を「対医師ストレス」(寄与率=5.32)と命名した。因子7を構成する因子負荷0.4以上の2つの質問項目はいずれも患者との人間関係に関連するストレス項目であった。よって、当該因子を「対患者ストレス」(寄与率=4.02)と命名した。各因子の0.4以上の因子負荷を示す質問項目を対象としたCronbach α は、それぞれ0.821、0.822、0.832、0.812、0.780、0.879、0.730であった(表5)。

Cronbach α 信頼性係数は、以下の通りである。

因子1の因子負荷0.4以上項目(SQ24、SQ15、SQ21、SQ23、SQ14、SQ5、SQ32)に対するAlpha=0.821

因子2の因子負荷0.4以上項目(SQ16、SQ25、SQ8、SQ1、SQ29、SQ9)に対するAlpha=0.822

因子3の因子負荷0.4以上項目(SQ2、SQ3、SQ22、SQ27、SQ17)に対するAlpha=0.832

因子4の因子負荷0.4以上項目(SQ12、SQ20、SQ11、SQ9、SQ31、SQ13)に対するAlpha=0.812

因子 5 の因子負荷 0.4 以上項目 (SQ30、SQ33、SQ10、SQ4、SQ26)に対する Alpha =0.780

因子 6 の因子負荷 0.4 以上項目 (SQ19、SQ18)に対する Alpha=0.879

因子 7 の因子負荷 0.4 以上項目 (SQ28、SQ7)に対する Alpha=0.730

因子 8 の因子負荷 0.4 以上項目 (SQ6、SQ5)に対する Alpha=0.667

※1. 因子 8 は、職場環境に関する質問項目と医師との人間関係に関する質問項目の 2 つから形成されているが、前者の職場環境の項目は因子 1 にも包含されており、これを除外すると 1 質問項目から形成される因子となる。さらに、Cronbach α も 0.667 と他の 7 つの因子と比較して低い信頼性を示している。よって、当該因子を以下の分析から除外することにした。

※2. 上記因子 1、因子 2、因子 3、因子 4、因子 5、因子 6、因子 7、因子 8 に対する Cronbach α 信頼性係数の算出に際して、ある項目が削除された場合の α (α if item deleted) が 0.1 以上の上昇変動をきたす項目は存在しなかった。

3) 組織コミットメントの因子分析

3 因子想定 18 項目 (OQ1～OQ18) から構成されており、因子分析の結果、ほぼ想定通りの因子が抽出された。当該 18 項目に関しては、天井効果もフロア効果を認められなかった。よって全項目を因子分析の対象とした。

因子 1 を構成する因子負荷 0.4 以上の 8 つの質問項目は情動的コミットメントの全項目と規範的コミットメントの 2 項目から構成されている。よって、当該因子を「情動的コミットメント」(寄与率=21.87) と命名した。

因子 2 を構成する因子負荷 0.4 以上の質問項目は 6 つあった。そのうち上位 5 項目はいずれも規範的コミットメントを問う質問項目であり、最下位の 1 項目が継続的コミットメントを問う質問項目であった。よって、当該因子を「規範的コミットメント」(寄与率=12.09) と命名した。因子 3 を構成する因子負荷 0.4 以上の質問項目は 3 つあった。そのうち上位 2 項目が継続的コミットメントであり、残り 1 項目が規範的コミットメントであった。よって、当該因子を「継続的コミットメント」(寄与率=8.08) と命名した。各因子の 0.4 以上の因子負荷を示す質問項目を対象とした Cronbach α は、それぞれ 0.898、0.824、0.709 であった (表 6)。

Cronbach α 信頼性係数は、以下の通りである。

因子 1 の因子負荷 0.4 以上項目 (OQ4、OQ17、OQ2、OQ6、OQ3、OQ15、OQ1、OQ18)

に対する Alpha=0.898

因子 2 の因子負荷 0.4 以上項目 (OQ13、OQ12、OQ16、OQ10、OQ15、OQ11)に対する Alpha=0.824

因子 3 の因子負荷 0.4 以上項目 (OQ11、OQ9、OQ10)に対する Alpha=0.709

因子 4 の因子負荷 0.4 以上項目 (OQ7、OQ8)に対する Alpha=0.410

※1. 因子 4 の Cronbach α の α 信頼性係数は十分な信頼性を確保することが出来なかった。よって以下の分析から当該因子を除外した。

※2. 上記因子 1、因子 2、因子 3 に対する Cronbach の α 信頼性係数の算出に際して、ある項目が削除された場合の α (α if item deleted) が 0.1 以上の上昇変動をきたす項目は存在しなかった。

4) 組織風土の因子分析

2 因子想定 12 項目 (CQ1~CQ12) から構成されており、因子分析の結果、2 因子が抽出された。当該 12 項目に関しては、天井効果もフロア効果を認められなかった。よって全項目を因子分析の対象とした。

因子 1 を構成する因子負荷 0.4 以上の 7 つの質問項目は、組織環境性に関連する全質問項目と 1 つの伝統性 (CQ8) から構成されている。よって、当該因子を「組織環境性」(寄与率=24.25)と命名した。因子 2 を構成する因子負荷 0.4 以上の質問項目は 5 つであり、その全てが伝統性に関連する質問項目であった。よって、当該因子を「伝統性」(寄与率=14.25)と命名した。各因子の 0.4 以上の因子負荷を示す質問項目を対象とした Cronbach α は、それぞれ 0.822、0.702 であった (表 7)。

Cronbach α 信頼性係数は、以下の通りである。

因子 1 の因子負荷 0.4 以上項目 (CQ6、CQ7、CQ9、CQ8、CQ12、CQ5、CQ4) に対する Alpha=0.822

因子 2 の因子負荷 0.4 以上項目 (CQ1、CQ3、CQ2、CQ11、CQ10)に対する Alpha=0.702

※1. 上記因子 1、因子 2 に対する Cronbach の α 信頼性係数の算出に際して、ある項目が削除された場合の α (α if item deleted) が 0.1 以上の上昇変動をきたす項目は存在しなかった。

尺度の得点に関しては、Bartlett 法による因子得点を算出しこれを適用した。

なお、導出された因子間の相関係数 (Pearson) は表 8 に示す。

表 4 バーンアウトの因子分析（バリマックス法）

質問 NO	内容	因子			共通性
		1	2	3	
BQ 5	同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある。	0.74	0.23	-0.01	0.60
BQ 6	自分の仕事がつまらなく思えて仕方がないことがある。	0.72	0.26	-0.14	0.61
BQ10	同僚や患者と、何も話したくなくなることもある。	0.71	0.23	-0.02	0.55
BQ14	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。	0.65	0.21	-0.13	0.49
BQ11	仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。	0.60	0.16	0.00	0.38
BQ16	体も気持も疲れはてたと思うことがある。	0.26	0.75	-0.07	0.63
BQ12	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。	0.31	0.67	-0.08	0.56
BQ 7	1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。	0.15	0.63	-0.06	0.42
BQ 1	「こんな仕事、もうやめたい」と思うことがある。	0.46	0.56	-0.19	0.57
BQ 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。	0.43	0.55	-0.17	0.52
BQ 3	こまごまと気づきやすいことが面倒に感じることもある。	0.42	0.43	-0.02	0.37
BQ13	今の仕事に、心から喜びを感じることもある。	-0.19	-0.11	0.72	0.56
BQ15	仕事楽しくて、知らないうちに時間が過ぎることがある。	-0.02	-0.19	0.71	0.54
BQ 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。	-0.08	-0.13	0.65	0.44
BQ17	我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。	0.00	0.00	0.59	0.35
BQ 4	この仕事は私の性分に合っていると思うことがある。	-0.16	-0.19	0.56	0.37
BQ 2	我を忘れるほど仕事に熱中することがある。	0.08	0.14	0.48	0.25
因子寄与		3.19	2.59	2.45	
寄与率		18.75	15.23	14.39	
累積寄与率		18.75	33.98	48.37	

（注 1）共通性は因子抽出後

（注 2）ボールド部分は、因子負荷 0.4 以上のものである。

表 5 ストレッサーの因子分析(バリマックス法)

質問 NO	内容	因子								共通性
		1	2	3	4	5	6	7	8	
SQ24	他のスタッフが協力的でない時	0.63	0.12	0.21	0.06	0.09	0.11	0.22	0.09	0.54
SQ15	何か問題が起こった時、上のスタッフや主任・師長がうまくサポートしてくれない時	0.63	0.05	0.09	0.19	0.12	0.14	0.01	0.06	0.48
SQ21	同じ勤務場所で働くある特定の人との人間関係に問題がある時	0.60	0.10	0.15	0.08	0.09	0.06	0.10	0.00	0.42
SQ23	他のスタッフと看護や看護ケアに対する考え方が食い違う時	0.59	0.31	0.07	0.12	0.05	0.15	0.18	0.23	0.58
SQ14	仕事上の思いや気持ちを話し、相談できる人が同じ勤務場所にいない時	0.56	0.04	0.08	0.15	0.15	0.10	-0.07	0.00	0.38
SQ 5	他のスタッフと仕事に対する考え方が食い違う時	0.53	0.16	0.06	-0.04	0.15	0.04	0.07	0.50	0.60
SQ32	自分より上にしっかりした人がいない時	0.45	0.11	0.09	0.24	0.16	0.18	0.15	0.00	0.36
SQ16	患者の家族の心の支えになってやれない時	0.18	0.69	0.10	0.32	0.09	0.12	0.03	0.01	0.65
SQ25	患者の心のケアをする時間がない時	0.17	0.67	0.18	0.20	0.11	0.11	0.12	0.01	0.59
SQ 8	自分で納得のゆく看護ケアができない時	0.12	0.61	0.14	0.09	0.17	0.09	0.07	0.20	0.49
SQ 1	患者の心の支えになってやれない時	0.04	0.56	0.12	0.17	0.10	0.04	-0.08	0.12	0.39
SQ29	患者が苦しんでいるのを見る時	0.11	0.51	0.11	0.20	0.32	0.11	0.22	-0.07	0.50
SQ 2	こなさなければならない仕事が多い時	0.06	0.10	0.73	0.07	0.23	0.00	0.00	0.18	0.63
SQ 3	してもしても仕事に切りがない時	0.09	0.09	0.70	0.11	0.17	0.05	0.03	0.17	0.57
SQ22	仕事を終えるのに十分な時間がない時	0.26	0.16	0.63	0.07	0.14	0.11	0.23	-0.09	0.59
SQ27	仕事が終わらず超過勤務をしなければならない時	0.16	0.12	0.60	0.12	0.13	0.06	0.26	-0.15	0.52
SQ17	人手が十分でない時	0.17	0.23	0.53	-0.01	0.24	0.18	0.24	-0.04	0.50
SQ12	患者のためにはならないと思う検査・治療などを指示する医師と話し合うことができない時	0.22	0.19	0.07	0.63	0.01	0.31	0.08	0.23	0.64
SQ20	積極的治療を受けながらターミナルの患者が亡くなる時	0.15	0.33	0.06	0.59	0.01	0.05	0.06	-0.05	0.49
SQ11	患者の臨終時や急変時に医師がつかまらない時	0.17	0.18	0.13	0.58	0.17	0.18	0.04	0.08	0.48
SQ 9	親しくしていた患者が亡くなった時	0.07	0.44	0.06	0.49	0.06	0.01	0.04	0.03	0.45
SQ31	ターミナルの患者の話を聴いたり、話をしたりする時	0.11	0.25	0.05	0.49	0.13	-0.02	0.26	-0.08	0.41
SQ13	こちらの都合を考えずに、処置・検査などを指示する医師にノーと言えない時	0.28	0.06	0.14	0.46	0.11	0.36	0.16	0.22	0.53
SQ30	慣れない仕事を任される時	0.18	0.17	0.23	0.01	0.67	0.07	0.21	-0.07	0.62
SQ33	やり方が難しい処置・検査などを患者に行う時	0.19	0.17	0.14	0.15	0.54	0.12	0.24	-0.05	0.47
SQ10	自分の能力以上の仕事を要求される時	0.18	0.08	0.32	0.18	0.48	0.06	0.04	0.07	0.41
SQ 4	医療器械の機能や操作法についてよくわからない時	0.08	0.13	0.18	0.05	0.48	0.09	0.01	0.22	0.34
SQ26	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い時	0.19	0.18	0.40	0.03	0.48	0.13	0.12	-0.02	0.49
SQ19	医師とコミュニケーションが十分にとれていない時	0.26	0.19	0.14	0.17	0.19	0.78	0.06	0.08	0.80
SQ18	医師との人間関係に問題があり信頼関係がない時	0.29	0.13	0.10	0.20	0.15	0.74	0.05	0.09	0.74
SQ28	嫌だと思う患者の応対をする時	0.19	0.04	0.23	0.17	0.23	0.08	0.64	0.02	0.59
SQ 7	訴えが多い患者の応対をする時	0.11	0.07	0.28	0.16	0.17	0.03	0.54	0.15	0.46
SQ 6	医師の治療方針に対して納得できない時	0.23	0.27	0.09	0.26	0.00	0.29	0.10	0.57	0.62
因子寄与		3.12	2.83	2.81	2.41	2.09	1.75	1.33	1.00	
寄与率		9.45	8.56	8.52	7.31	6.32	5.32	4.02	3.04	
累積寄与率		9.45	18.01	26.53	33.83	40.15	45.47	49.49	52.53	

(注 1) 共通性は因子抽出後

(注 2) ボールド部分は、因子負荷 0.4 以上のものである(因子 3 の Q26 の因子負荷は 0.3990 であり 0.4 未満)。

(注 3) Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測度は 0.925 であった。

(注 4) 因子抽出法は主因子法、回転は Kaiser の正規化を伴うバリマックス法を採用。

表 6 組織コミットメントの因子分析(バリマックス法)

質問 NO	内容	因子				共通性
		1	2	3	4	
OQ 4	この病院は、私にとって個人的に重要な意味を持っている。	0.73	0.17	0.24	0.00	0.62
OQ17	私はこの病院に、愛情を感じていると思う。	0.71	0.39	0.02	-0.08	0.67
OQ 2	私は、自分の病院の一員なのだ、と強く感じることがある。	0.71	0.13	0.17	0.03	0.55
OQ 6	私は、病院という「家族」の一員になっているように思う。	0.69	0.21	0.20	-0.04	0.56
OQ 3	私は、この病院の問題を、まるで自分自身の問題であるかのように感じている。	0.67	0.15	0.18	0.00	0.51
OQ15	この病院は、私が忠誠を尽くすに値する病院だ。	0.62	0.45	0.10	-0.14	0.62
OQ 1	私の仕事生活(キャリア)の残りを、いまの病院で過ごせたら、とても幸せだ。	0.58	0.12	0.39	-0.17	0.53
OQ18	私は、この病院に大きな恩義がある。	0.57	0.41	0.02	-0.03	0.49
OQ13	いまこの病院を辞めてしまったら、罪の意識を感じるだろう。	0.21	0.66	0.15	0.09	0.51
OQ12	自分に有利になるとしても、いまこの病院を辞めることが道徳的に正しいこととは思わない。	0.18	0.60	0.27	0.07	0.46
OQ16	病院で一緒に働く人々に対して義務感があるので、いま私が病院を去ることは決してないだろう。	0.31	0.52	0.20	0.04	0.41
OQ10	この病院に勤めることは、私の義務だと思う。	0.36	0.46	0.43	-0.02	0.53
OQ11	いま病院を去る決意をしたら、私の人生の大部分が崩れてしまうだろう。	0.19	0.42	0.61	0.05	0.58
OQ 9	病院を辞めたとしたら、代わりの勤め先が見つからずに困るだろう。	0.06	0.19	0.52	0.12	0.33
OQ 7	この病院をいまずぐに去ろうと思っても、実際にそうするのはとても難しい。	-0.03	0.15	0.16	0.58	0.38
OQ 8	この病院でこんなに働いてこなかったなら、他の病院で働くことも考えるだろう。	-0.16	-0.03	-0.10	0.49	0.27
OQ 5	いま、この病院にいるのは、働く必要があるからだ。	0.21	-0.03	0.21	0.27	0.16
OQ14	この病院を辞めたら、他の働き場所がないかもしれないが、私は別にかまわない。	-0.12	-0.06	-0.29	0.00	0.10
因子寄与		3.94	2.18	1.45	0.73	
寄与率		21.87	12.09	8.08	4.05	
累積寄与率		21.87	33.97	42.05	46.09	

(注 1) 共通性は因子抽出後

(注 2) ボールド部分は、因子負荷 0.4 以上のものである。

(注 3) Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測度は 0.920 であった。

(注 4) 因子抽出法は主因子法、回転は Kaiser の正規化を伴うバリマックス法を採用。

表 7 組織風土の因子分析(バリマックス法)

質問 NO	内容	因子 1	因子 2	共通性
CQ 6	上司の注意や指導は詳細な点まで及んでいる。	0.75	0.04	0.56
CQ 7	その日に行われなければならないことは、詳細な点までメンバーに説明されている。	0.71	-0.09	0.51
CQ 9	メンバーには、何が何でも自分の役割を果たそうとする姿勢が見受けられる。	0.61	0.01	0.37
CQ 8	上司は、どちらかといえば絶えずメンバーをチェックしている。	0.61	0.08	0.37
CQ12	ミーティングの議題は、よく整理され全般に及んでいる。	0.60	-0.14	0.38
CQ 5	メンバーはたいへんよく仕事をしている。	0.58	-0.06	0.34
CQ 4	ミーティングの成果は、必ず次の仕事に生かされている。	0.56	-0.11	0.33
CQ 1	病院の方針や規則に従うように、厳しい要請がある。	0.08	0.65	0.42
CQ 3	病院の伝統や習慣は、かなり強制的なものと考えているメンバーが多い。	-0.03	0.63	0.40
CQ 2	仕事はすぐにやらないと、何か言われそうである。	0.14	0.61	0.39
CQ11	病院には、個人の存在を無視するような風潮がある。	-0.20	0.53	0.32
CQ10	上司は叱ることはあってもほめることはまれである。	-0.18	0.44	0.22
因子寄与		2.91	1.71	
寄与率		24.25	14.25	
累積寄与率		24.25	38.50	

(注 1) 共通性は因子抽出後

(注 2) ボールド部分は、因子負荷 0.4 以上のものである。

(注 3) Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測度は 0.823 であった。

(注 4) 因子抽出法は主因子法、回転は Kaiser の正規化を伴うバリマックス法を採用。

表8 因子間相関係数(Pearson)

	ストレッサー						バーンアウト		組織コミットメント			組織風土	
	職場環境 ストレッサー	役割 ストレッサー	量的負担 ストレッサー	死に関連 ストレッサー	質的負担 ストレッサー	対医師 ストレッサー	対患者 ストレッサー	脱人格化	情緒的消 耗感	個人的達 成感	情動的 コミットメント	規範的 コミットメント	継続的 コミットメント
職場環境 ストレッサー	0												
役割 ストレッサー	-.025	1											
量的負担 ストレッサー	-.017	-.021	1										
死に関連 ストレッサー	-.025	-.133**	.003	1									
質的負担 ストレッサー	-.045	-.068**	-.118**	.038	1								
対医師 ストレッサー	-.069**	.009	.006	-.077**	-.050*	1							
対患者 ストレッサー	-.075**	.015	-.071**	-.069**	-.095**	.031	1						
脱人格化	.265**	-.046	-.008	.073**	.035	.007	.130**	1					
情緒的消 耗感	.040	.080**	.445**	-.002	.170**	.034	.070**	-.161**	1				
個人的達 成感	.086**	.216**	-.064**	.080**	-.033	.012	-.034	.012	.046	1			
情動的 コミットメント	-.055*	.150**	-.108**	.026	.006	.000	-.131**	-.294**	-.125**	.351**	1		
規範的 コミットメント	-.085**	.085**	-.010	-.022	.007	-.040	-.049*	-.007	.011	.075**	-.138**	1	
継続的 コミットメント	-.005	-.052*	-.024	.018	.030	.039	-.040	-.016	-.073**	.037	-.074**	-.168**	1
組織環境 性	-.293**	.078**	.086**	.014	.119**	-.051*	-.077**	-.266**	.092**	.129**	.286**	.182**	.051*
伝統性	.216**	-.035	.143**	.025	.073**	.016	.021	.238**	.192**	-.033	-.158**	-.044	.069**

※1. **<0.01 *<0.05(片側) ※2. 網掛け部分は、相関係数が.020以上、1%有意水準以上。

5. 経験年数の階層別比較

因子分析の結果から抽出された因子別の経験年数の階層別傾向を把握するために、因子負荷量 0.4 以上の質問項目を抽出し、抽出された質問項目ごとに原得点の平均得点を算出し、比較を行った。

本研究では以下のように用語を定義する。

因子負荷量 0.4 以上の質問項目ごとに、原得点の平均値を経験年数の階層別比較して最も高い平均得点（high score）のことを以下、HS と略す。但しバーンアウトの個人的達成感は、最も低い平均得点（low score）を HS とした。

因子負荷量 0.4 以上の質問項目と経験年数の階層別平均得点及び HS の比率³と累積比率を表 9～12 に示す。HS には網掛けをした⁴。全質問項目のクロス集計表、度数分布は巻末に添付した（cf. : 233-312 表 1～80、図 1～160）。

ここでは、因子別に経験年数の階層別平均得点の比較から特徴的な事実⁵とその解釈について述べる。

1) バーンアウトの比較

(1) 脱人格化

<事実>

脱人格化の質問項目は 8 項目であった。合計の平均得点では、最も得点が高かった項目は、BQ1「こんな仕事、もうやめたい」と思うことがある。」の 3.0 であった。他の 7 項目は 1.70～2.89 で全体的に得点が低い傾向を示した。HS を経験年数の階層別でみると 1 年～3 年目が全体の 50% を占め、1 年未満と 4 年～9 年目がそれぞれ 25% を占めていた。経験年数の階層別平均得点では、得点が 3.0 以上の項目は、BQ8「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。」が 1 年未満 3.59、1 年～3 年目 3.28、4 年～9 年目 3.09 と BQ1「『こんな仕事、もうやめたい』と思うことがある。」が 1 年～3 年目 3.21、4 年～9 年目 3.16、1 年未満 3.01、の 2 項目のみであった。

<解釈>

脱人格化は、情緒的消耗感に陥った人がさらなる消耗を防ぐために、患者との間に距離をおく姿勢であり、コーピング行動と似たようなところがある（田尾・久保 1996 : 21）といわれている。平均得点の結果は全体的に低く、8 項目中 5 項目の得点では殆どが 2.0 以下であった。本尺度の評価基準はないが、5 段階評価の中間値 3.0 と考え合わせても脱

人格化の行動傾向は考えられない。しかし、仕事を辞めたい、職場に出たくないという項目は、1 年未満から 4 年～9 年目までが得点が高かった。特に新人看護職者については 1 年以内の離職率が高いことから、表情や様子などの変化に早目に気づき個別にあった支援が重要となる。

(2) 情緒的消耗感

<事実>

情緒的消耗感では、質問項目は 6 項目であった。合計の平均得点で、最も得点が高かった項目は、BQ7「1 日の仕事が終わると『やっと終わった』と覚ることがある。」の 3.63 であった。合計の平均得点が 3.0 以上は 4 項目あり、低い得点でも 2.65 と全体的に得点が高い傾向を示した。HS を経験年数の階層別でみると、1 年未満と 1 年～3 年目の 2 つの階層がそれぞれ 50%を占めていた。経験年数の階層別平均得点では、得点が高かった項目は、BQ7「1 日の仕事が終わると『やっと終わった』と覚ることがある。」が 1 年～3 年目 4.00、1 年未満 3.99、4～9 年目 3.79、BQ8「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。」が 1 年未満 3.59、1 年～3 年目 3.28、4 年～9 年目 3.09、BQ16「体も気持も疲れはてたと思うことがある。」が 1 年未満 3.51、1 年～3 年目 3.43、4 年～9 年目 3.39 であった。

<解釈>

情緒的消耗感は、バーンアウトの主要概念として捉えられている (Maslach & Jackson 1981、Leiter & Maslach 1988、Jackson & Schuler 1983)。平均得点の結果が全体的に高い傾向を示していた。特に 3 年目以下の若い年齢層に看護職者が高得点を示す傾向があり、バーンアウト傾向に注意が必要な状態であると考えられた。筆者が入職後 6 ヶ月目と 12 ヶ月目に継時的に面接調査を行ったときの新人看護職者の変化からも感じとれた。具体的な事例を挙げると、新人看護職者 A と B は入職後 6 ヶ月目には、目を輝かせて看護場面の状況を生き生きと語る状況があったが、入職後 12 ヶ月目には、語りや表情からも体調の悪い様子が感じとれた。それは、仕事のことが頭から離れず、夢の中でナースコールや医療機器のアラームが聞えたり、仕事で注意されたことが再生されるなど、不眠が続き眠剤を服用している状態であった。また、新人看護職者 C は仕事に対するやる気が起きず、頑張っても職場に行っても吐き気や胃痛などの身体症状が生じていた。さらに、他の新人看護職者の語りの中にも「落ち込む」、「疲れる」、「眠れない」などの言葉が多くなっていた。

(3) 個人的達成感

<事実>

個人的達成感では、質問項目は 6 項目であった。合計の平均得点で、最も得点が低かった項目は、BQ15「仕事楽しくて、知らないうちに時間が過ぎることがある。」の 1.69 であった。合計の平均得点は 3.0 以上の項目はなく、全体に低い傾向を示した。HS を経験年数の階層別でみると、1 年未満と 4 年～9 年目がそれぞれ 33.33%、1 年～3 年目と 10～19 年目が同じく 16.67%を占めていた。経験年数の階層別平均得点では、得点が低かった項目は、BQ15「仕事楽しくて、知らないうちに時間が過ぎることがある。」が 1 年～3 年目 1.58、4 年～9 年目 1.60、BQ2「我を忘れるほど仕事に熱中することがある。」が 10 年～19 年目 1.87、4 年～9 年目 1.88、BQ17「我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。」が 1 年未満 1.96、4 年～9 年目 2.17、1 年～3 年目 2.19 であった。

<解釈>

個人的達成感は、仕事をしていて達成感、充実感に浸る気分である。経験年数による得点の大きな違いはなく、全体的に得点は低い傾向であった。しかし、緩やかではあるが経験が増すごとに得点の上昇がみられている。このことは経験や看護実践能力を身につけことで、次の目標を描き看護の仕事にやりがいを見出しているのではないかと考えられる。例えば、臨床では看護の実践能力を評価するクリニカルラダーが多くの施設で活用されている。つまり、専門職として自己実現を目指して目標が達成できたことで次への動機づけとなっているのではないかと考えられた。失敗が続くと、自分は何もできない無能の人という自己概念を作り上げ、その気分は、消耗の気分を一層強化することになるとされる(田尾・久保 1996: 24)。本研究の 3 章では新人看護職者を対象にバーンアウトを低減させる試みとして看護療法の効果を検証した。その結果、看護の充実感や自己の有能感を認めることができバーンアウト低減の効果が示唆された。施設の実情を加味して教育体制を充実させることが重要と考える。

<全体の事実と解釈>

全体からみると、バーンアウト傾向は 1 年未満と 1 年～3 年目までが最も高い割合を示し、次いで 4 年目～9 年目であった。また、20 年以上はバーンアウトの最高値を示す項目がなかった。つまり、新人看護職者を含めて経験年数が短いほどバーンアウト傾向が高く、経験年数が 10 年以上、20 年以上と長くなるほどバーンアウト傾向は低い傾向を示しているといえる。

これまでも年齢が若く、勤務年数が短いほどバーンアウトに陥りやすいことが報告（稲岡・松野 1984、舩森 1988、田村・竹内ほか 2007）されている。この点では、先行研究を支持している結果であった。しかし、これまでは 5 年未満、5 年～10 年目の看護職者が有意に高いという報告が多数を占める中で、1 年未満のバーンアウト傾向が最も高かったとする報告は少ない。本研究では、1 年未満の最高値が全体の 35%を占めていたことから、入職後早い時期からバーンアウト傾向に陥っていることが考えられる。また、3 つの因子のうち、情緒的消耗感はほぼ全ての項目で最高値が 3.0 以上の高い得点を示していた。情緒的消耗感はバーンアウトの主要概念として捉えられていることから同様の結果であったといえる。

以上のことから、マスラック（Maslach）が定義している「長期間に渡り人に援助する過程で、・・・」という定義からしても、入職後 1 年未満の新人看護職者の症状はバーンアウトといえるのかという疑問に対して、この結果をみた限りでは、1 年未満の早い時期から発生すると考えられた。

2) ストレッサーの比較

(1) 職場環境ストレッサー

<事実>

職場環境ストレッサーでは、質問項目は 7 項目であった。合計の平均得点では、最も得点が高かった項目は、SQ21「同じ勤務場所で働くある特定の人との人間関係に問題がある時」の 2.81 であった。他の 6 項目も 2.36～2.80 の平均得点であり、3.0 以上を示す項目はなかった。HS を経験年数の階層別でみると、10 年目～19 年目が 42.86%と 20 年以上が 57.14%であり、2 つの階層で占めていた。経験年数の階層別平均得点では、得点が高かった項目は、SQ15「何か問題が起こった時、上のスタッフや主任・師長がうまくサポートしてくれない時」が 20 年以上 2.92、10 年～19 年目 2.86、SQ21「同じ勤務場所で働くある特定の人との人間関係に問題がある時」が 10 年～19 年目 2.92、4 年～9 年目 2.84、SQ24「他のスタッフが協力的でない時」が 10 年～19 年目 2.91、4 年～9 年目 2.89 であった。

<解釈>

職場環境ストレッサーは、経験年数が増すごとに平均得点が上昇する傾向を示し、HS は 10 年～19 年目と 20 年以上が占めていた。職場で特定の人との人間関係に問題がある場合のストレッサーが最も高かった。このことは、臨床経験を積むにつれ職場内での業務

と人間関係における種々の慣習に阻まれるなどの状況が相まってストレスが高まっているのではないかと考えられる。問題によっては本人からの希望により看護管理上、勤務表作成の考慮や職場異動をして解決を図ることもある。特に病棟では夜勤があり看護職者の人員も限られている中で、チームワークを図ることは患者に安全・安楽な看護を提供するために必要不可欠である。これまでの筆者の経験でも、職場の人間関係で問題を抱えていても、誰にも相談せず一人で悩みを抱え込んでいた人もいた。それだけ人間関係は仕事をする上で影響が大きく、職場に行きたくない気持ちにさせたりすることが考えられる。先行研究では、職場の人的環境のストレスが高い場合では、職場外にのみ相談相手のいる看護師は、職場内に相談相手がいる看護師よりも情緒的消耗感得点が高いことを示していた（贅川・松田 2005）。仕事上の人間関係で困っているときにサポートを受けやすい体制を作ることも大切である。1 年未満の看護職者の得点が低かったことは教育体制としてプリセプターの存在などが精神的な支えになっていることが考えられた。

（2）役割ストレス

＜事実＞

役割ストレスでは、質問項目は 6 項目であった。合計の平均得点では、最も得点が高かった項目は、SQ29「患者が苦しんでいるのを見る時」の 2.80 であった。他の 5 項目の得点も 2.40～2.62 であり、3.0 以上を示す項目はなかった。HS を経験年数の階層別でみると 10 年～19 年目と 20 年以上がそれぞれ 50% を占めていた。経験年数階層別平均得点では、得点が高かった項目は、SQ29「患者が苦しんでいるのを見る時」が 10 年～19 年目 2.83、4 年～9 年目 2.82 であった。他の項目の得点も 2.15～2.68 であり、全体に得点は大きな違いはなかった。

＜解釈＞

役割ストレスは、経験年数による差は殆どみられず、ここでの問いは看護の専門職として患者により良い看護をしたいという思いと現状との葛藤でもある。先行研究でも「患者の支えになってやれない、患者のそばに十分いられない」という「看護における不全感」のストレスは、特に個人的達成感の後退に繋がってバーンアウトを招いてしまうことを示唆していた（安東・片岡ほか 2006）。全体の得点では 3.0 以上の項目はなかったが、仕事をする上で、一人で抱え込まずにミーティングやカンファレンスで話し合う場を作ることが大切であると考えられた。

（3）量的負担ストレス

<事実>

量的負担ストレスでは、質問項目は5項目であった。合計の平均得点で、最も得点が高かった項目は、SQ2「こなさなければならない仕事が多い時」の3.29であった。他の4項目の得点も2.85～3.20であり、全体的に高い傾向を示した。HSを経験年数の階層別でみると、全項目が4年～9年目で占めていた。経験年数の階層別平均得点では、得点が高かった項目は、SQ2「こなさなければならない仕事が多い時」が4年～9年目3.38、1年～3年目3.32であり、他の階層も全て3.14～3.26と高い得点を示した。また、SQ17「人手が十分でない時」が4年～9年目が3.30、SQ3「してもしても仕事に切りがない時」が4年～9年目3.22、20年以上3.22、SQ22「仕事を終えるのに十分な時間がない時」が4年～9年3.05、10年～19年目2.98であった。これらの項目のうちSQ17とSQ3は1年未満以外の全ての階層が3.0以上を示した。SQ27「仕事が終わらず超過勤務をしなければならない時」は、得点は2.64～2.99であり、経験年数による大きな違いはなかった。

<解釈>

量的負担ストレスは、4年～9年目の負担が最も大きいことが明らかであった。これまでも中堅看護職者の仕事の負担が大きいことが問題となっている。このことが職務継続意思に負の影響することが多くの研究で報告されている（西堀・諸井 2000、田村・竹内ほか 2007、加藤・尾崎 2011）。最近では2010年に「新人看護職員ガイドライン」⁶が策定されて以来、新人看護職者の教育体制の整備が重点的に取り組まれている中で、新人教育に関わる役割なども増大し、中堅看護職者が疲弊しているという声も聞かれている。また、中堅としてリーダー業務や役割が増えることによって、仕事量が増加している。特に急性期病院では患者の在院日数の短縮化が図られ、入退院に関わる業務と重なり煩雑化している。さらに、高齢化に伴い認知症の患者が増加して看護の負担も増してきている現状がある。これらによって全体的に得点が高い要因になっていると考えられる。

（4）死に関連ストレス

<事実>

死に関連ストレスでは、質問項目は6項目であった。合計の平均得点では、最も得点が高かった項目は、SQ11「患者の臨終時や急変時に医師がつかまらない時」の2.63であった。HSを経験年数の階層別でみると、10年～19年目が66.67%と20年以上が33.33%であり、2つの階層で占めていた。経験年数の階層別平均得点では、得点が高かった項目は、SQ11「患者の臨終時や急変時に医師がつかまらない時」が10年～19年目2.77、20

年以上 2.72 であった。一方、SQ20 と SQ31 はターミナルの患者との関わりを示す項目であるが、全ての経験年数の階層が 2.0 以下で低い値であった。

< 解釈 >

死に関連ストレッサーは、看護業務の中でも特有の体験であり、10 年～19 年目の得点が高かったものの、全体的に 3.0 以下であった。

先行研究では、「患者の死体験」が個人的達成感に影響をしていた。つまり、看護の終わりを、仕事の完遂を意味することで、そのことが患者やその家族にとっても満足のいくものであれば、それは成功感、効力感へとつながっていくことを意味しているのではないかと捉えていた（久保・田尾 1994）。また、「責任の重さ」、「死への直面」が個人的達成感、情緒的消耗感に影響を示していた。この矛盾については、職務の重責を感じ、患者の死に立ち会うことは、消耗する一方でケアを全うした達成感ともつながっているという矛盾こそが良いケアを提供しようと「燃えて」いる人々におきるバーンアウトの特徴と捉えていた（荻野 2004）。そのように捉えると、患者の臨終時に医師がつかまらない時、医師にノーと言えない時の 2 項目以外は、得点が低い傾向にあったことは、個人的達成感と関連していることも考えられた。

（5）質的負担ストレッサー

< 事実 >

質的負担ストレッサーでは、質問項目は 5 項目であった。合計の平均得点では、最も得点が高かった項目は、SQ26「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い時」の 3.15 であった。他にも SQ30「慣れない仕事を任される時」の 3.07、SQ10「自分の能力以上の仕事を要求される時」の 3.02 が高い得点を示した。HS を経験年数の階層別でみると、20 年以上が 40%、1 年未満から 4 年～9 年目までがそれぞれ 20% を占めていた。経験年数の階層別平均得点では、得点が高かった項目は、SQ26「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い時」が 4 年～9 年 3.20、SQ30「慣れない仕事を任される時」が 1 年未満 3.12、4～9 年目 3.10、1 年～3 年目 3.07、SQ10「自分の能力以上の仕事を要求される時」が 20 年以上 3.05、4 年～9 年目 3.05、10 年～19 年目 3.02 であった。また、SQ26 と SQ30 の 2 項目は全ての経験年数の階層が 3.0 以上を示した。

< 解釈 >

質的負担ストレッサーは、経験年数の階層別平均得点に大きな差はなく、全体的に高い得点を示した。このことは近年の医療の高度化に伴い、医療機器の扱いや検査・処置の診

療補助業務も複雑化していることも要因の一つと考えられる。特に患者の生命に関わる医療機器の取り扱いには正確さが必須であり、強い緊張感が伴う。中でも1年未満の得点が高いことは、知識・技術の未熟さからストレスが高いことを意味しているといえる。

(6) 対医師ストレス

<事実>

対医師ストレスでは、質問項目は2項目であった。合計の平均得点では、SQ19「医師とコミュニケーションが十分にとれていない時」の2.64、SQ18「医師との人間関係に問題があり信頼関係がない時」の2.63であった。HSを経験年数の階層別でみると、2項目を20年以上が占めていた。また、経験年数の階層別平均得点では、得点が高かった項目は2項目とも20年以上であった。一方、1年未満は、1.56～1.84と低い傾向を示した。

<解釈>

対医師ストレスは、経験年数が増すほど得点が上昇していた。経験年数が増すにつれてリーダー業務など責任のある仕事を任されることが増加する中で、医師との意思疎通が十分にできないことが要因となっていると考えられる。先行研究でも対人ストレスの因子のうち「医師との行き違い」、「医師による否定的行動」を報告している（松本・臼井 2010）。1年未満は得点が低いのは、この時期は一人で受け持ち患者を任されることが始まったばかりの頃であり、医師の治療方針に対しては直接的に質問したりする場面や、一人で指示受けをする機会は少ないためではないかと考えられた。

(7) 对患者ストレス

<事実>

对患者ストレスでは、質問項目は2項目であった。合計の平均得点では、SQ28「嫌だと思ふ患者の応対をする時」の2.88、SQ7「訴えが多い患者の応対をする時」の2.86であった。HSを経験年数の階層別でみると、4年～9年目と10年～19年目がそれぞれ50%を占めていた。経験年数の階層別平均得点では、得点が高かった項目は、前述のSQ7が4年～9年目2.96、SQ28が10年～19年目2.94であり、この2項目は他の経験年数の階層でも2.36～2.94であり、得点に大きな違いはなかった。

<解釈>

对患者ストレスは、経験年数による得点の大きな差はなく、全体的に得点は3.0以上の項目はなかったが、合計の平均得点は2項目とも2.8以上を示していた。スミスら（Smith et al. 2003 邦訳 2005）はストレスと知覚される出来事に、自身の内的葛藤を挙

げ、これらの相反する動機にうまく折り合いをつけるために、かなりのストレスが生じることを示している。嫌だと思う患者や訴えの多い患者の対応に看護職として職務に対する責任や倫理上の職業意識からきている内的葛藤が生じていることによるストレスが考えられた。

＜全体の実事と解釈＞

ストレスの全体では、HSは10年～19年目と20年目以上の2つの経験年数の階層で全体の72.7%を占め、量的負担ストレスは4年～9年目が全項目を占めていた。また、質的負担ストレスは、全体の経験年数の階層ではほぼ等分に占めていた。経験年数の階層別平均得点では、職場環境性ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、対医師ストレスの殆どの項目で、10年～19年目までは経験年数が上がるほど上昇する傾向を示した。一方、量的負担ストレスは、4年～9年目まで上昇し、再び得点が低下する傾向を示した。

全体からみると、質的負担ストレスと量的負担ストレス以外のストレスは経験年数が増すごとにストレスが高まっていた。このことは、経験年数の若い人はストレスが取り除かれるものもあり、それらの状況の中でも取り除かれなかったストレスが長期間加わることによってストレスが引き起こされていることが考えられる。また、例えば、死に関連ストレスがバーンアウトの個人的達成感に正の影響を及ぼすと考えるのであれば、むしろバーンアウトを抑制しているストレスの存在の可能性も考えられた。

3) 組織コミットメントの比較

(1) 情動的コミットメント

＜実事＞

情動的コミットメントでは、質問項目は8項目であった。合計の平均得点では、最も得点が高かった項目は、OQ2「私は、自分の病院の一員なのだ、と強く感じることもある。」の2.93であった。HSを経験年数の階層別でみると、20年以上で62.50%と大半を占め、1年未満が25.00%、4年～9年目が12.50%であった。経験年数の階層別平均得点では、得点が高かった項目は、OQ2「私は、自分の病院の一員なのだ、と強く感じることもある。」が、20年以上3.29、1年未満3.07、OQ1「私の仕事生活（キャリア）の残りを、いまの病院で過ごせたら、とても幸せだ。」が20年以上3.26、1年未満2.78、10年～19年目2.74、OQ17「私はこの病院に、愛情を感じていると思う。」が20年以上2.97、1

年未満 2.82、OQ4「この病院は、私にとって個人的に重要な意味を持っている。」が 20 年以上 2.88、1 年未満 2.81 であった。

< 解釈 >

情動的コミットメントは、組織の価値や目標への一体化、同一化といった側面と、組織への好意的感情や愛着の 2 つの側面を含む、組織への積極的・感情的なコミットメントである（鈴木 2002 : 16）。4 年～9 年目で一端低下して、その後上昇していた。先行研究でも同様の報告があり、これを支持する結果であった。愛着の情動的コミットメントは、勤続年数に伴い一旦低下してから上昇する J 字型を示したとする報告（石田・柏倉 2004）を支持していた。また、情動的コミットメントは、就職後 1 年の間低下することから、リアリティ・ショックや不慣れな仕事など、社会化過程における不安な心理状態の影響が考えられるという意見もある（鈴木 2002 : 35-36）。1 年未満が、病院の一員と感じていることや、忠誠を尽くすに値する病院と捉え、この病院で過ごせる幸せを感じている項目を高く評価していた。このことは、看護職者の免許を取得して、自ら選択した病院に対する期待感が大きいことや、就職当初は新人研修において病院の理念、看護部の理念に触れる機会が多いことが関係していると考えられた。

(2) 規範的コミットメント

< 事実 >

規範的コミットメントでは、質問項目は 6 項目であった。合計の平均得点では、最も得点が高かった項目は、OQ12「自分に有利になるとしても、いまこの病院を辞めることが道徳的に正しいこととは思わない。」の 2.75 であった。HS を経験年数の階層別でみると、全項目が 1 年未満で占めていた。経験年数の階層別平均得点では、得点が高かった項目は、OQ12「自分に有利になるとしても、いまこの病院を辞めることが道徳的に正しいこととは思わない。」が、1 年未満 3.26、20 年以上 2.96、OQ13「いまこの病院を辞めてしまったら、罪の意識を感じるだろう。」が 1 年未満 3.22、1 年～3 年目 2.54、20 年以上 2.45、OQ16「病院で一緒に働く人々に対して義務感があるので、いま私が病院を去ることは決してないだろう。」が 1 年未満 3.21、20 年以上 2.80、1 年～3 年目 2.75、10 年～19 年目 2.73、OQ11「いま病院を去る決意をしたら、私の人生の大部分が崩れてしまうだろう。」が 1 年未満 2.89、20 年以上 2.59、10 年～19 年目 2.35 であった。

< 解釈 >

規範的コミットメントは、「[組織成員が] 自分は組織に留まり、適応しなければなら

ない、という義務感・規範意識」(Allen & Meyer 1990)と定義されている。経験年数4年～9年目で一端低下して、その後上昇していた。1年未満が、全ての項目の得点が高いことは、この病院を選択して、社会化が始まっているときであることから、組織に適応しようという意志の強さからではないかと考えられた。

(3) 継続的コミットメント

<事実>

継続的コミットメントでは、質問項目は3項目であった。合計の平均得点では、最も得点が高かった項目は、OQ9「病院を辞めたとしたら、代わりの勤め先が見つからずに困るだろう。」の2.75であった。HSを経験年数の階層別でみると、1年未満が66.67%、20年以上が33.3%を占めていた。経験年数の階層別平均得点では、得点が高かった項目は、OQ11「いま病院を去る決意をしたら、私の人生の大部分が崩れてしまうだろう。」が1年未満2.89、20年以上2.59、10年～19年目2.35、OQ9「病院を辞めたとしたら、代わりの勤め先が見つからずに困るだろう。」が20年以上3.16、1年未満2.85、10年～19年目2.76、OQ10「この病院に勤めることは、私の義務だと思う。」が1年未満2.78、20年以上2.57、1年～3年目2.51であった。

<解釈>

継続的コミットメントは、「組織の成員でいることの報酬と費用の関数である。すなわち、組織在籍年数の長期化に伴ってコミットメントは高揚する」(Reichers 1985)と定義されている。他の組織へと移った際に、個人が失うこれらの一連の給付の総計をサイド・ベッドといわれ、組織への在籍年数と正の相関関係を有する者と想定されている(高橋1999:135)。本研究でも1年未満が最も高い得点を示したが、その後4年～9年目で一端低して、その後上昇を示していた。この低下した時期の年代は、今後の自分の将来を考え、別の病院への就職や進学など考えている時期であるとも考えられた。

<全体の事実と解釈>

組織コミットメントの全体では、HSは情動的コミットメントと継続的コミットメントが1年未満と20年以上でほぼ全項目を占め、規範的コミットメントは1年未満で全項目を占めていた。経験年数の階層別平均得点では、情動的コミットメントは8項目中7項目が4年～9年目まで得点が一端低下し、再び上昇する傾向を示した。OQ6「私は、病院という「家族」の一員になっているように思う。」は4年～9年目までは一端上昇し、再び得点が低下する傾向を示した。また、規範的コミットメントと継続的コミットメントは、

全ての項目が4年～9年目までは一端低下し、再び得点が上昇する傾向を示した。

また、1年未満は情動的コミットメントのHSが25%と低いのに対して、規範的コミットメントと継続的コミットメントがほぼ全ての項目でHSを占めていた。これは、入職後6ヵ月目の同時期に行った調査であったが、3章の基礎的研究から予想したこととは相違があった。以上のことから、新人看護職者のバーンアウトは、ストレスのコーピングを経ないでフリーライドのⅡ型バーンアウトを発生している可能性が考えられた。また、情動的コミットメントが20年目以上でHSが62.5%を占めていたことと、バーンアウトの3因子にHSが1つも該当していないことから、情緒的コミットメントがバーンアウトの抑制因になっている可能性が考えられた。

3) 組織風土の比較

(1) 組織環境性

<事実>

組織環境性では、質問項目は7項目であった。合計の平均得点では、最も高かった項目は、CQ05「メンバーはたいへんよく仕事をしている。」の3.74であった。7項目中6項目が3.00以上と高い得点であった。HSを経験年数の階層別でみると、全項目を1年未満が占めていた。経験年数の階層別では、特に平均得点が高かった項目は、CQ5「メンバーはたいへんよく仕事をしている。」が1年未満4.19、1年～3年目3.83であり、全ての階層が3.71以上であった。CQ6「上司の注意や指導は詳細な点まで及んでいる。」が1年未満3.85、1年～3年目3.43、4年～9年目3.21、CQ9「メンバーには、何が何でも自分の役割を果たそうとする姿勢が見受けられる。」が1年未満3.68、1年～3年目3.36、4年～9年目3.15、CQ8「上司は、どちらかといえば絶えずメンバーをチェックしている。」が1年未満3.59、1年～3年目3.22、4年～9年目3.16であった。全ての項目において経験年数が増すと得点は低下する傾向を示した。

<解釈>

組織環境性は、従業員の参加度が高く合理的な組織管理がなされている風土を表している。伝統性の得点が低く、組織環境性の得点が高い場合、従業員が生き生きと能率よく働ける良好な組織と捉えられる。全ての項目で1年未満の得点が高かった。このことは新人職員への教育が行き届いている環境に置かれているためと考えられた。また、合計の平均得点ではCQ05「メンバーはたいへんよく仕事をしている。」が最も高く、看護職者は看護業務の忙しい状況から、メンバーがよく仕事をしていると感じている傾向が示されている。

た。

(2) 伝統性

<事実>

伝統性では、質問項目は 5 項目であった。合計の平均得点では、最も高かった項目は、HS を経験年数の階層別でみると、20 年以上で 60% と大半を占め、1 年未満と 10 年～19 年がそれぞれ 20% であった。経験年数の階層別では、平均得点が高かった項目は、CQ2 「仕事はすぐにやらないと、何か言われそうである。」が 1 年未満 3.71、1 年～3 年目 3.41 で他の階層も全て 3.17 以上を示した。CQ1 「病院の方針や規則に従うように、厳しい要請がある。」が 20 年以上 3.25、10 年～19 年目 3.10、CQ3 「病院の伝統や習慣は、かなり強制的なものと考えているメンバーが多い。」が 20 年以上 3.21 であり、他の階層も全て 3.04 以上を示した。

<解釈>

伝統性は、強制的・命令的で封建的な風土を表している。経験年数が増すほど、病院の方針や規則に従うように感じ、習慣も強制的と捉え、個人の存在を無視されていると捉える傾向が強くなっていた。殆どの項目に得点がほぼ上昇していた。しかし、上司から褒められることはまれであると捉えている傾向は、4 年～9 年目まで一端低下するが 20 年以上が最も高かった。これは、上司に褒められたいという思いが関係していると考えられた。

<全体の事実と解釈>

組織風土の全体では、HQ は経験年数 10 年以上が 80% で大半を占めていた。平均得点は、組織環境性は、全ての項目で経験年数が上がるほど得点が低くなり、20 年目以上で再び得点が高くなる傾向を示した。一方、伝統性は、CQ1 「病院の伝統や習慣は、かなり強制的なものと考えているメンバーが多い。」、CQ3 「病院の伝統や習慣は、かなり強制的なものと考えているメンバーが多い。」、CQ11 「病院には、個人の存在を無視するような風潮がある。」は、概ね経験年数が上がるほど得点が上昇する傾向を示した。CQ2 「仕事はすぐにやらないと、何か言われそうである。」と CQ10 「上司は叱ることはあってもほめることはまれである。」は 4 年～9 年目まで一端低下し、再び上昇する傾向を示した。

全体の評価は、経験年数別ごとにみると、組織環境性が伝統性より、全ての得点が高い傾向を示した。この結果からは、職員が生き生きと能率よく働ける良好な組織と捉えられる。これは、看護職という専門職の特徴であると捉えられるのかは分からない。

表 9 経験年数別のバーンアウト平均得点

	因子	N0	質問項目	経験年数					合計
				1 年未満	1 年～3 年目	4 年～9 年目	10 年～19 年目	20 年以上	
バーンアウト	脱人格化	BQ 5	同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある。	1.95	1.88	1.89	1.85	1.91	1.88
		BQ 6	自分の仕事がつまらなく思えて仕方のないことがある。	1.81	2.05	2.10	1.95	1.98	2.00
		BQ10	同僚や患者と、何も話したくなくなることもある。	1.92	1.90	1.92	1.87	1.82	1.88
		BQ14	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。	1.71	1.79	1.72	1.69	1.64	1.70
		BQ11	仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。	1.47	1.87	1.76	1.66	1.57	1.68
		BQ 1	「こんな仕事、もうやめたい」と思うことがある。	3.01	3.21	3.16	2.91	2.83	3.00
		BQ 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。	3.59	3.28	3.09	2.74	2.58	2.89
		BQ 3	こまごまと気くばりすることが面倒に感じることもある。	2.66	2.84	2.79	2.57	2.53	2.65
		最高値数の比率		25.00	50.00	25.00	0.00	0.00	0.00
		累積率		25.00	75.00	100.00			
	情緒的消耗感	BQ16	体も気持も疲れはてたと思うことがある。	3.51	3.43	3.39	3.29	3.22	3.32
		BQ12	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。	3.34	3.07	3.22	3.05	2.86	3.07
		BQ 7	1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。	3.99	4.00	3.79	3.55	3.33	3.63
		BQ 1	「こんな仕事、もうやめたい」と思うことがある。	3.01	3.21	3.16	2.91	2.83	3.00
		BQ 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。	3.59	3.28	3.09	2.74	2.58	2.89
		BQ 3	こまごまと気くばりすることが面倒に感じることもある。	2.66	2.84	2.79	2.57	2.53	2.65
		最高値数の比率		50.00	50.00	0.00	0.00	0.00	0.00
		累積率		50.00	100.00				
	個人的達成感	BQ13	今の仕事に、心から喜びを感じることもある。	2.51	2.38	2.30	2.32	2.45	2.36
		BQ15	仕事楽しくて、知らないうちに時間がすぎることもある。	1.73	1.58	1.60	1.70	1.81	1.69
		BQ 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。	2.47	2.37	2.30	2.34	2.35	2.34
		BQ17	我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。	1.96	2.19	2.17	2.23	2.26	2.21
		BQ 4	この仕事は私の性分に合っていると思うことがある。	2.01	2.25	2.45	2.59	2.77	2.54
		BQ 2	我を忘れるほど仕事に熱中することがある。	2.18	1.98	1.88	1.87	2.14	1.96
		最高値数の比率		33.33	16.67	33.33	16.67	0.00	0.00
		累積率		33.33	49.99	83.32	100.00		

(注 1) 質問項目は因子負荷量 0.4 以上の項目であり、因子負荷量の大きい順位である。

(注 2) 網掛けは経験年数の中で最高値のものである(但し、[個人的達成感]は最低値)である。

(注 3) 最高数値の比率は、因子質問項目数と最高値数(網掛け)の比率である。

表 10 経験年数別のストレス平均得点

	因子	N0	質問項目	経験年数					合計
				1 年未満	1 年～3 年目	4 年～9 年目	10 年～19 年目	20 年以上	
仕事のストレス	職場環境	SQ24	他のスタッフが協力的でない時	1.93	2.62	2.89	2.91	2.75	2.80
		SQ15	何か問題が起こった時、上のスタッフや主任・師長がうまくサポートしてくれない時	1.79	2.21	2.62	2.86	2.92	2.69
		SQ21	同じ勤務場所で働くある特定の人との人間関係に問題がある時	2.32	2.60	2.84	2.92	2.80	2.81
		SQ23	他のスタッフと看護や看護ケアに対する考え方が食い違う時	1.48	2.08	2.33	2.48	2.49	2.36
		SQ14	仕事上の思いや気持ちを話し、相談できる人が同じ勤務場所にいない時	2.01	2.27	2.42	2.51	2.56	2.45
		SQ 5	他のスタッフと仕事に対する考え方が食い違う時	1.95	2.23	2.60	2.74	2.77	2.62
		SQ32	自分より上にしっかりした人がいない時	0.79	1.79	2.49	2.64	2.59	2.42
			最高値数の比率	0.00	0.00	0.00	42.86	57.14	
			累積率	0.00	0.00	0.00	42.80	100.00	
	役割	SQ16	患者の家族の心の支えになってやれない時	2.15	2.34	2.41	2.47	2.42	2.42
		SQ25	患者の心のケアをする時間がない時	2.30	2.49	2.47	2.62	2.56	2.54
		SQ 8	自分で納得のゆく看護ケアができない時	2.59	2.56	2.54	2.68	2.68	2.62
		SQ 1	患者の心の支えになってやれない時	2.49	2.49	2.49	2.54	2.55	2.52
		SQ29	患者が苦しんでいるのを見る時	2.64	2.79	2.82	2.83	2.75	2.80
		SQ 9	親しくしていた患者が亡くなった時	2.00	2.27	2.44	2.41	2.48	2.40
			最高値数の比率	0.00	0.00	0.00	50.00	50.00	
			累積率	0.00	0.00	0.00	50.00	100.00	
	量的負担	SQ 2	こなさなければならない仕事が多い時	3.14	3.32	3.38	3.26	3.25	3.29
		SQ 3	してもしても仕事に切りがない時	2.90	3.16	3.22	3.18	3.22	3.18
		SQ22	仕事を終えるのに十分な時間がない時	2.86	2.91	3.05	2.98	2.77	2.94
		SQ27	仕事が終わらず超過勤務をしなければならない時	2.75	2.89	2.99	2.87	2.64	2.85
		SQ17	人手が十分でない時	2.81	3.12	3.30	3.19	3.20	3.20
			最高値数の比率	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00	
			累積率	0.00	0.00	100.00			
	死に関連	SQ12	患者のためにはならないと思う検査・治療などを指示する医師と話し合うことができない時	0.95	1.93	2.10	2.49	2.41	2.24
		SQ20	積極的治療を受けながらターミナルの患者が亡くなる時	1.01	1.54	1.91	1.95	1.99	1.87
		SQ11	患者の臨終時や急変時に医師がつかまらない時	1.32	2.42	2.64	2.77	2.72	2.63
		SQ 9	親しくしていた患者が亡くなった時	2.00	2.27	2.44	2.41	2.48	2.40
		SQ31	ターミナルの患者の話を聴いたり、話をしたりする時	1.40	1.74	1.74	1.88	1.87	1.80
		SQ13	こちらの都合を考えずに、処置・検査などを指示する医師にノーと言えない時	1.14	2.28	2.54	2.63	2.52	2.48
			最高値数の比率	0.00	0.00	0.00	66.67	33.33	
			累積率	0.00	0.00	0.00	66.67	100.00	

	質的負担	SQ30	慣れない仕事を任される時	3.12	3.07	3.10	3.03	3.06	3.07
		SQ33	やり方が難しい処置・検査などを患者に行う時	2.58	2.76	2.74	2.71	2.65	2.70
		SQ10	自分の能力以上の仕事を要求される時	2.90	2.97	3.05	3.02	3.05	3.02
		SQ 4	医療器械の機能や操作法についてよくわからない時	2.70	2.54	2.59	2.63	2.73	2.64
		SQ26	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い時	3.11	3.08	3.20	3.12	3.14	3.15
		最高値数の比率		20.00	20.00	20.00	0.00	40.00	
		累積率		20.00	40.00	60.00	60.00	100.00	
	対医師	SQ19	医師とコミュニケーションが十分にとれていない時	1.84	2.38	2.61	2.76	2.76	2.64
		SQ18	医師との人間関係に問題があり信頼関係がない時	1.56	2.24	2.60	2.77	2.83	2.63
		最高値数の比率		0.00	0.00	0.00	0.00	100.00	
		累積率		0.00	0.00	0.00	0.00	100.00	
	对患者	SQ28	嫌だと思ふ患者の対応をする時	2.36	2.92	2.93	2.94	2.80	2.88
		SQ 7	訴えが多い患者の対応をする時	2.47	2.84	2.96	2.85	2.82	2.86
		最高値数の比率		0.00	0.00	50.00	50.00	0.00	
		累積率		0.00	0.00	50.00	100.00		

(注 1) 質問項目は因子負荷量 0.4 以上の項目であり、因子負荷量の大きい順位である。

(注 2) 網掛けは経験年数の中で最高値のものである。

(注 3) 最高数値の比率は、因子質問項目数と最高値数(網掛け)の比率である。

表 11 経験年数別の組織コミットメント平均得点

因子	N0	質問項目	経験年数					合計
			1 年未満	1 年～3 年目	4 年～9 年目	10 年～19 年目	20 年以上	
組織コミットメント	情動的コミットメント	OQ 4 この病院は、私にとって個人的に重要な意味を持っている。	2.81	2.41	2.27	2.45	2.88	2.51
		OQ17 私はこの病院に、愛情を感じていると思う。	2.82	2.60	2.49	2.64	2.97	2.68
		OQ 2 私は、自分の病院の一員なのだ、と強く感じることもある。	3.07	2.80	2.69	2.90	3.29	2.93
		OQ 6 私は、病院という「家族」の一員になっているように思う。	1.81	2.05	2.10	1.95	1.98	2.00
		OQ 3 私は、この病院の問題を、まるで自分自身の問題であるかのように感じている。	1.51	1.19	1.07	1.30	1.73	1.34
		OQ15 この病院は、私が忠誠を尽くすに値する病院だ。	2.85	2.47	2.33	2.39	2.68	2.47
		OQ 1 私の仕事生活（キャリア）の残りを、いまの病院で過ごせたら、とても幸せだ。	2.78	2.50	2.36	2.74	3.26	2.73
		OQ18 私は、この病院に大きな恩義がある。	2.84	2.67	2.48	2.49	2.61	2.55
		最高値数の比率	25.00	0.00	12.50	0.00	62.50	
		累積率	25.00	25.00	37.50	37.50	100.00	
	規範的コミットメント	OQ15 この病院は、私が忠誠を尽くすに値する病院だ。	2.85	2.47	2.33	2.39	2.68	2.47
		OQ13 いまこの病院を辞めてしまったら、罪の意識を感じるだろう。	3.22	2.54	2.29	2.33	2.45	2.41
		OQ12 自分に有利になるとしても、いまこの病院を辞めることが道徳的に正しいこととは思わない。	3.26	2.72	2.61	2.67	2.96	2.75
		OQ16 病院で一緒に働く人々に対して義務感があるので、いま私が病院を去ることは決してないだろう。	3.21	2.75	2.54	2.73	2.80	2.71
		OQ10 この病院に勤めることは、私の義務だと思う。	2.78	2.51	2.12	2.28	2.57	2.35
		OQ11 いま病院を去る決意をしたら、私の人生の大部分が崩れてしまうだろう。	2.89	2.21	2.09	2.35	2.59	2.34
		最高値数の比率	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
		累積率	100.00					
	継続的コミットメント	OQ10 この病院に勤めることは、私の義務だと思う。	2.78	2.51	2.12	2.28	2.57	2.35
		OQ11 いま病院を去る決意をしたら、私の人生の大部分が崩れてしまうだろう。	2.89	2.21	2.09	2.35	2.59	2.34
		OQ 9 病院を辞めたとしたら、代わりの勤め先が見つからずに困るだろう。	2.85	2.57	2.43	2.76	3.16	2.75
		最高値数の比率	66.67	0.00	0.00	0.00	33.33	0.00
		累積率	66.67	66.67	66.67	66.67	100.00	

(注 1) 質問項目は因子負荷量 0.4 以上の項目であり、因子負荷量の大きい順位である。

(注 2) 網掛けは経験年数の中で最高値のものである。

(注 3) 最高数値の比率は、因子質問項目数と最高値数（網掛け）の比率である。

表 12 経験年数別の組織風土平均得点

	因子	N0	質問項目	経験年数					合計
				1 年未満	1 年～3 年目	4 年～9 年目	10 年～19 年目	20 年以上	
組織風土	組織環境性	CQ 6	上司の注意や指導は詳細な点まで及んでいる。	3.85	3.43	3.21	3.10	3.11	3.20
		CQ 7	その日に行われなければならないことは、詳細な点までメンバーに説明されている。	3.30	3.20	3.03	2.96	2.99	3.02
		CQ 9	メンバーには、何が何でも自分の役割を果たそうとする姿勢が見受けられる。	3.68	3.36	3.15	3.00	3.13	3.14
		CQ 8	上司は、どちらかといえば絶えずメンバーをチェックしている。	3.59	3.22	3.16	2.97	3.10	3.10
		CQ12	ミーティングの議題は、よく整理され全般に及んでいる。	3.19	2.97	2.89	2.85	2.97	2.92
		CQ 5	メンバーはたいへんよく仕事をしている。	4.19	3.83	3.71	3.68	3.73	3.74
		CQ 4	ミーティングの成果は、必ず次の仕事に生かされている。	3.34	3.12	3.02	2.99	3.10	3.05
		最高値数の比率		100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
		累積率		100.00					
	伝統性	CQ 1	病院の方針や規則に従うように、厳しい要請がある。	2.79	2.91	2.93	3.10	3.25	3.06
		CQ 3	病院の伝統や習慣は、かなり強制的なものと考えているメンバーが多い。	3.04	3.11	3.05	3.15	3.21	3.12
		CQ 2	仕事はすぐにやらないと、何か言われそうである。	3.71	3.41	3.24	3.17	3.23	3.25
		CQ11	病院には、個人の存在を無視するような風潮がある。	2.29	2.56	2.65	2.88	2.86	2.75
		CQ10	上司は叱ることはあってもほめることはまれである。	2.74	2.67	2.54	2.66	2.81	2.67
		最高値数の比率		20.00	0.00	0.00	20.00	60.00	
		累積率		20.00	20.00	20.00	40.00	100.00	

(注 1) 質問項目は因子負荷量 0.4 以上の項目であり、因子負荷量の大きい順位である。

(注 2) 網掛けは経験年数の中で最高値のものである。

(注 3) 最高数値の比率は、因子質問項目数と最高値数(網掛け)の比率である。

6. 作業仮説モデルの構築

前述（第4章 第2節：105）の理論モデルに対する因子分析の結果、理論モデル①からは以下の7つの作業仮説モデル、理論モデル②からは3つの作業仮説モデルが構築された。

つまり、組織風土の「組織環境性」、「伝統性」と組織コミットメントの「情動的コミットメント」、「継続的コミットメント」、「規範的コミットメント」を外生変数として、内生変数にストレスの「職場環境ストレス」、「役割ストレス」、「死に関連ストレス」、「質的負担ストレス」、「量的負担ストレス」、「対医師ストレス」、「対患者ストレス」を想定し、最終従属変数としてバーンアウトの「情緒的消耗感」、「脱人格化」、「個人的達成感」を位置させた。

具体的には、①従属変数：「職場環境ストレス」、「役割ストレス」、「死に関連ストレス」、「質的負担ストレス」、「量的負担ストレス」、「対医師ストレス」、「対患者ストレス」、独立変数：「組織環境性」、「伝統性」、「情動的コミットメント」、「継続的コミットメント」、「規範的コミットメント」、②従属変数：「情緒的消耗感」、「脱人格化」、「個人的達成感」、独立変数：「組織環境性」、「伝統性」、「職場環境ストレス」、「役割ストレス」、「死に関連ストレス」、「質的負担ストレス」、「量的負担ストレス」、「対医師ストレス」、「対患者ストレス」、「情動的コミットメント」、「継続的コミットメント」、「規範的コミットメント」の段階的重回帰モデルを作成した（図1）。

理論仮説から導出される作業仮説は以下の通りである。

1) 理論仮説1「組織風土が高まれば高まるほど、ストレスが促進される」

作業仮説 1-a-1「組織環境性が高まれば高まるほど、職場環境ストレスが促進される」

作業仮説 1-a-2「組織環境性が高まれば高まるほど、役割ストレスが促進される」

作業仮説 1-a-3「組織環境性が高まれば高まるほど、死に関連ストレスが促進される」

作業仮説 1-a-4「組織環境性が高まれば高まるほど、質的負担ストレスが促進される」

作業仮説 1 - a-5 「組織環境性が高まれば高まるほど、量的負担ストレスが促進される」

作業仮説 1 - a-6 「組織環境性が高まれば高まるほど、対医師ストレスが促進される」

作業仮説 1 - a-7 「組織環境性が高まれば高まるほど、対患者ストレスが促進される」

作業仮説 1 - b-1 「伝統性が高まれば高まるほど、職場環境ストレスが促進される」

作業仮説 1 - b-2 「伝統性が高まれば高まるほど、役割ストレスが促進される」

作業仮説 1 - b-3 「伝統性が高まれば高まるほど、死に関連ストレスが促進される」

作業仮説 1 - b-4 「伝統性が高まれば高まるほど、質的負担ストレスが促進される」

作業仮説 1 - b-5 「伝統性が高まれば高まるほど、量的負担ストレスが促進される」

作業仮説 1 - b-6 「伝統性が高まれば高まるほど、対医師ストレスが促進される」

作業仮説 1 - b-7 「伝統性が高まれば高まるほど、対患者ストレスが促進される」

2) 理論仮説 2 「組織コミットメントが高まれば高まるほど、ストレスが抑制される」

作業仮説 2 - a-1 「情動的コミットメントが高まれば高まるほど、職場環境ストレスが抑制される」

作業仮説 2 - a-2 「情動的コミットメントが高まれば高まるほど、役割ストレスが抑制される」

作業仮説 2 - a-3 「情動的コミットメントが高まれば高まるほど、死に関連ストレスが抑制される」

作業仮説 2 - a-4 「情動的コミットメントが高まれば高まるほど、質的負担ストレスが抑制される」

作業仮説 2 - a-5 「情動的コミットメントが高まれば高まるほど、量的負担ストレスが抑制される」

作業仮説 2 - a-6 「情動的コミットメントが高まれば高まるほど、対医師ストレスが抑制される」

作業仮説 2 - a-7 「情動的コミットメントが高まれば高まるほど、対患者ストレスが抑制される」

作業仮説 2 - b-1 「継続的コミットメントが高まれば高まるほど、職場環境ストレスナーが抑制される」

作業仮説 2 - b-2 「継続的コミットメントが高まれば高まるほど、役割ストレスナーが抑制される」

作業仮説 2 - b-3 「継続的コミットメントが高まるほど、死に関連ストレスナーが抑制される」

作業仮説 2 - b-4 「継続的コミットメントが高まれば高まるほど、質的負担ストレスナーが抑制される」

作業仮説 2 - b-5 「継続的コミットメントが高まれば高まるほど、量的負担ストレスナーが抑制される」

作業仮説 2 - b-6 「継続的コミットメントが高まれば高まるほど、対医師ストレスナーが抑制される」

作業仮説 2 - b-7 「継続的コミットメントが高まれば高まるほど、対患者ストレスナーが抑制される」

作業仮説 2 - c-1 「規範的コミットメントが高まれば高まるほど、職場環境ストレスナーが抑制される」

作業仮説 2 - c-2 「規範的コミットメントが高まれば高まるほど、役割ストレスナーが抑制される」

作業仮説 2 - c-3 「規範的コミットメントが高まるほど、死に関連ストレスナーが抑制される」

作業仮説 2 - c-4 「規範的コミットメントが高まれば高まるほど、質的負担ストレスナーが抑制される」

作業仮説 2 - c-5 「規範的コミットメントが高まれば高まるほど、量的負担ストレスナーが抑制される」

作業仮説 2 - c-6 「規範的コミットメントが高まれば高まるほど、対医師ストレスナーが抑制される」

作業仮説 2 - c-7 「規範的コミットメントが高まれば高まるほど、対患者ストレスナーが抑制される」

3) 理論仮説 3「組織風土が高まれば高まるほど、バーンアウトが促進される」

作業仮説 3 - a - 1「組織環境性が高まれば高まるほど、情緒的消耗感が促進される」

作業仮説 3 - a - 2「組織環境性が高まれば高まるほど、脱人格化が促進される」

作業仮説 3 - a - 3「組織環境性が高まれば高まるほど、個人的達成感が抑制される」

作業仮説 3 - b - 1「伝統性が高まれば高まるほど、情緒的消耗感が促進される」

作業仮説 3 - b - 2「伝統性が高まれば高まるほど、脱人格化が促進される」

作業仮説 3 - b - 3「伝統性が高まれば高まるほど、個人的達成感が抑制される」

4) 理論仮説 4「組織コミットメントが高まれば高まるほど、バーンアウトが抑制される」

作業仮説 4 - a - 1「情動のコミットメントが高まれば高まるほど、情緒的消耗感が抑制される」

作業仮説 4 - a - 2「情動のコミットメントが高まれば高まるほど、脱人格化が抑制される」

作業仮説 4 - a - 3「情動のコミットメントが高まれば高まるほど、個人的達成感が促進される」

作業仮説 4 - b - 1「継続的コミットメントが高まれば高まるほど、情緒的消耗感が抑制される」

作業仮説 4 - b - 2「継続的コミットメントが高まれば高まるほど、脱人格化が抑制される」

作業仮説 4 - b - 3「継続的コミットメントが高まれば高まるほど、個人的達成感が促進される」

作業仮説 4 - c - 1「規範的コミットメントが高まれば高まるほど、情緒的消耗感が抑制される」

作業仮説 4 - c - 2「規範的コミットメントが高まれば高まるほど、脱人格化が抑制される」

作業仮説 4 - c - 3「規範的コミットメントが高まれば高まるほど、個人的達成感が促進される」

5) 理論仮説 5「ストレッサーが高まれば高まるほど、バーンアウトが促進される」

作業仮説 5 - a - 1「職場環境ストレッサーが高まれば高まるほど、情緒的消耗感が促進される」

作業仮説 5 - a - 2「職場環境ストレッサーが高まれば高まるほど、脱人格化が促進される」

作業仮説 5 - a - 3「職場環境ストレッサーが高まれば高まるほど、個人的達成感が抑制される」

作業仮説 5 - b - 1「役割ストレッサーが高まれば高まるほど、情緒的消耗感が促進される」

作業仮説 5 - b - 2「役割ストレッサーが高まれば高まるほど、脱人格化が促進される」

作業仮説 5 - b - 3「役割ストレッサーが高まれば高まるほど、個人的達成感が抑制される」

作業仮説 5 - c - 1「死に関連ストレッサーが高まれば高まるほど、情緒的消耗感が促進される」

作業仮説 5 - c - 2「死に関連ストレッサーが高まれば高まるほど、脱人格化が促進される」

作業仮説 5 - c - 3「死に関連ストレッサーが高まれば高まるほど、個人的達成感が抑制される」

作業仮説 5 - d - 1「質的負担ストレッサーが高まれば高まるほど、情緒的消耗感が促進される」

作業仮説 5 - d - 2「質的負担ストレッサーが高まれば高まるほど、脱人格化が促進される」

作業仮説 5 - d - 3「質的負担ストレッサーが高まれば高まるほど、個人的達成感が抑制される」

作業仮説 5 - e - 1「量的負担ストレッサーが高まれば高まるほど、情緒的消耗感が促進される」

作業仮説 5 - e - 2「量的負担ストレッサーが高まれば高まるほど、脱人格化が促進される」

作業仮説 5 - e - 3「量的負担ストレッサーが高まれば高まるほど、個人的達成感が抑制される」

作業仮説 5 - f - 1 「対医師ストレスが高まれば高まるほど、情緒的消耗感が促進される」

作業仮説 5 - f - 2 「対医師ストレスが高まれば高まるほど、脱人格化が促進される」

作業仮説 5 - f - 3 「対医師ストレスが高まれば高まるほど、個人的達成感が抑制される」

作業仮説 5 - g - 1 「対患者ストレスが高まれば高まるほど、情緒的消耗感が促進される」

作業仮説 5 - g - 2 「対患者ストレスが高まれば高まるほど、脱人格化が促進される」

作業仮説 5 - g - 3 「対患者ストレスが高まれば高まるほど、個人的達成感が抑制される」

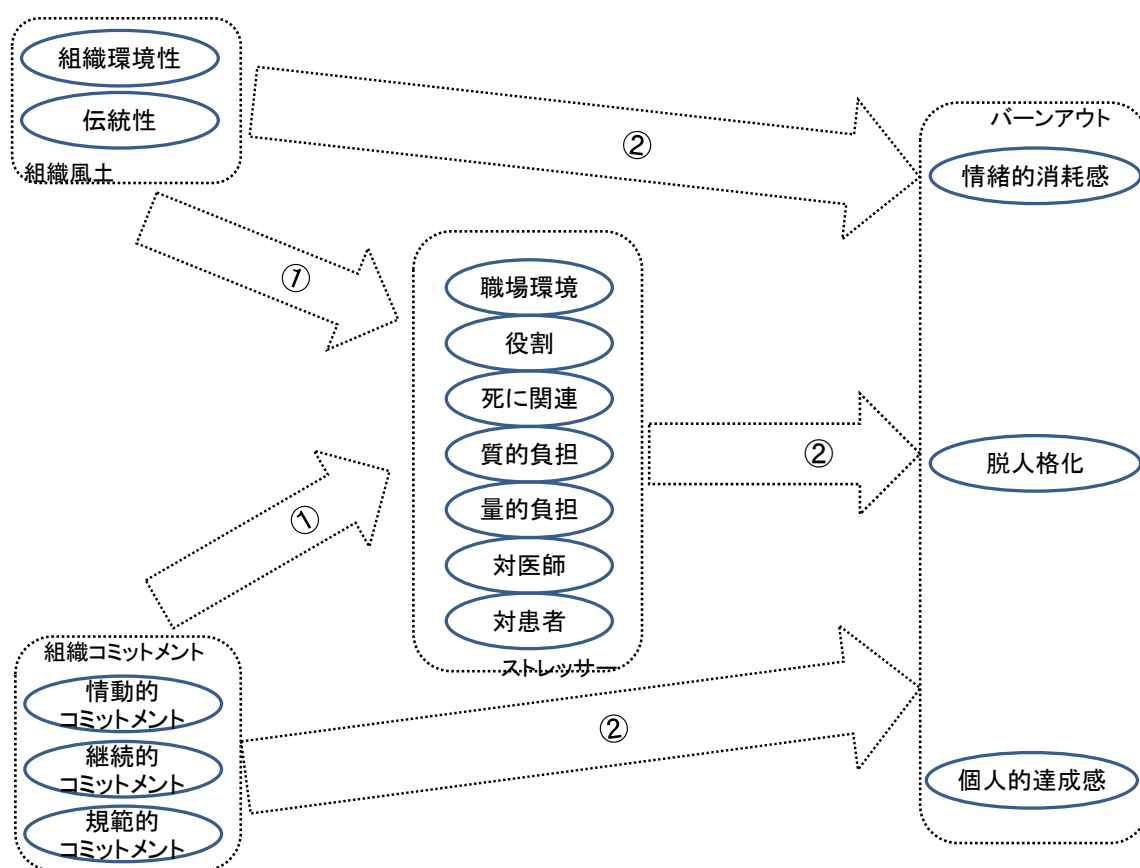


図 1 看護職者のバーンアウトの作業仮説概念図

第 3 節 作業仮説の検証

1. 重回帰分析の結果

これらの仮説検証のために重回帰分析を行った。重回帰分析にあたっては、強制投入法実施後、ステップワイズ法を実施した。

1) 作業仮説モデル ①：「（組織風土＋組織コミットメント）→ストレス」についての検証結果

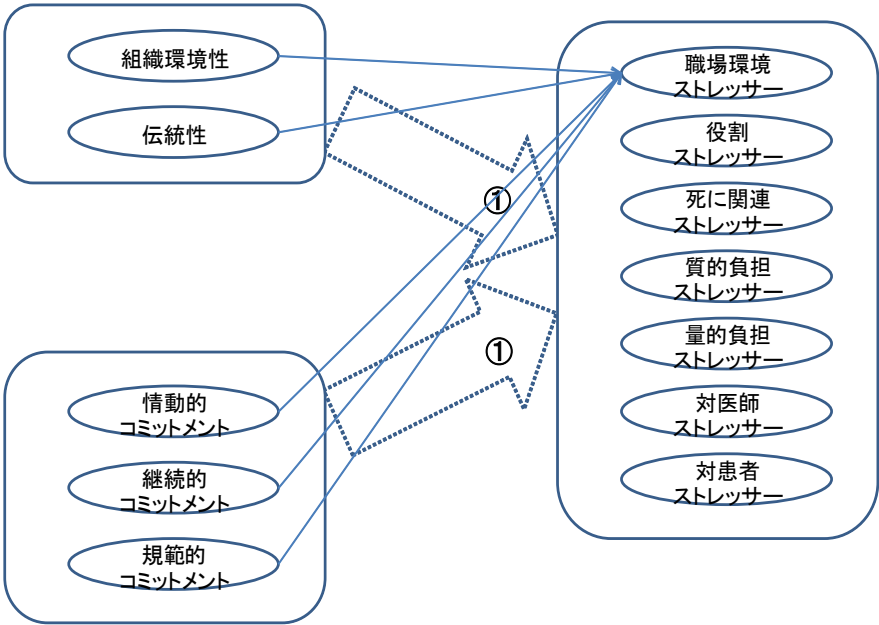


図 2 作業仮説モデル①-1: 従属変数＝職場環境ストレスの場合

表 13 作業仮説①-1 検証結果

従属変数: 職場環境ストレス				
独立変数	強制投入		ステップワイズ	
	β		β	
組織環境性	-0.316	***	-0.318	***
伝統性	0.233	***	0.233	***
情動的コミットメント	0.072	**	0.073	**
継続的コミットメント	-0.001			
規範的コミットメント	-0.007			
R ²	0.137		0.138	
F	55.451	***	92.492	***

***<0.001 **<0.01 *<0.05 +<0.10

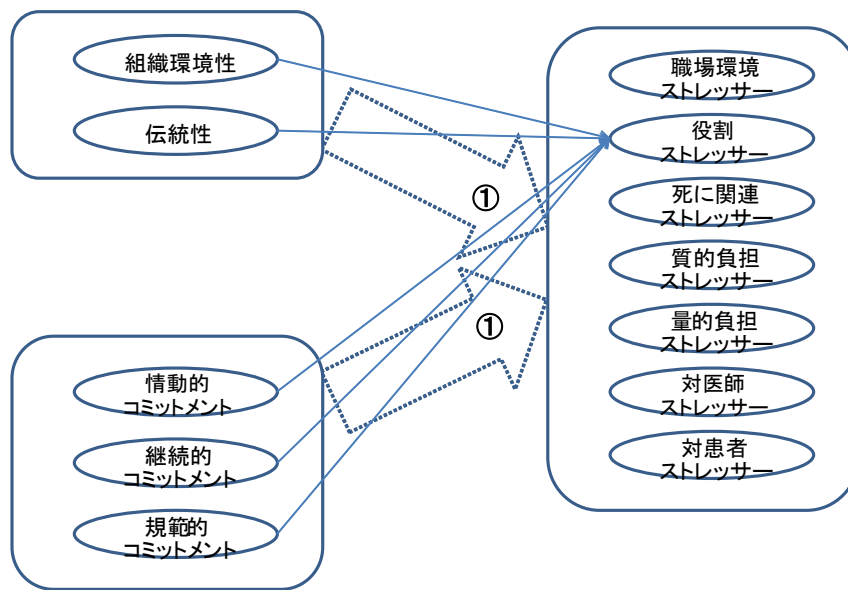


図 3 作業仮説モデル①-2:従属変数＝役割ストレスの場合

表 14 作業仮説①-2 検証結果

従属変数: 役割ストレス				
独立変数	強制投入 β		ステップワイズ β	
組織環境性	0.016			
伝統性	-0.004			
情動的コミットメント	0.157 ***		0.165 ***	
継続的コミットメント	-0.024			
規範的コミットメント	0.100 ***		0.108 ***	
R ²	0.032		0.033	
F	12.293 ***		30.138 ***	

***<0.001 **<0.01 *<0.05 +<0.10

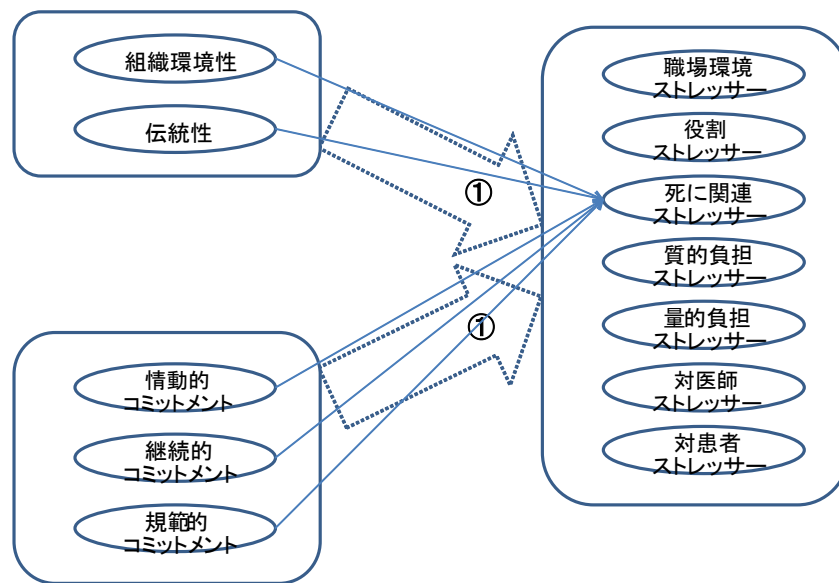


図 4 作業仮説モデル①－3: 従属変数＝死に関連ストレスの場合

表 15 作業仮説①－3 検証結果

従属変数: 死に関連ストレス	
独立変数	強制投入 β
組織環境性	0.008
伝統性	0.027
情動的コミットメント	0.026
継続的コミットメント	0.015
規範的コミットメント	-0.016
R2'	-0.001
F	0.714

***<0. 001 **<0. 01 *<0. 05 +<0. 10

※ステップワイズ法では有効な計算結果を算出することが出来なかった。

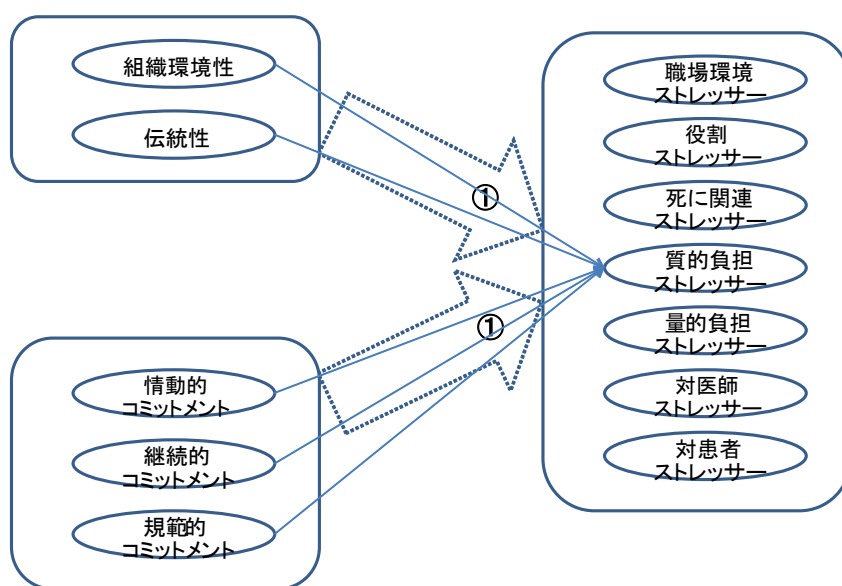


図 5 作業仮説モデル①-4: 従属変数＝質的負担ストレスの場合

表 16 作業仮説①-4 検証結果

従属変数: 質的負担ストレス				
独立変数	強制投入		ステップワイズ	
	β		β	
組織環境性	0.126 ***		0.118 ***	
伝統性	0.066 **		0.071 **	
情動的コミットメント	-0.020			
継続的コミットメント	0.015			
規範的コミットメント	-0.014			
R ²	0.017		0.018	
F	6.978 ***		16.769 ***	

***<0.001 **<0.01 *<0.05 +<0.10

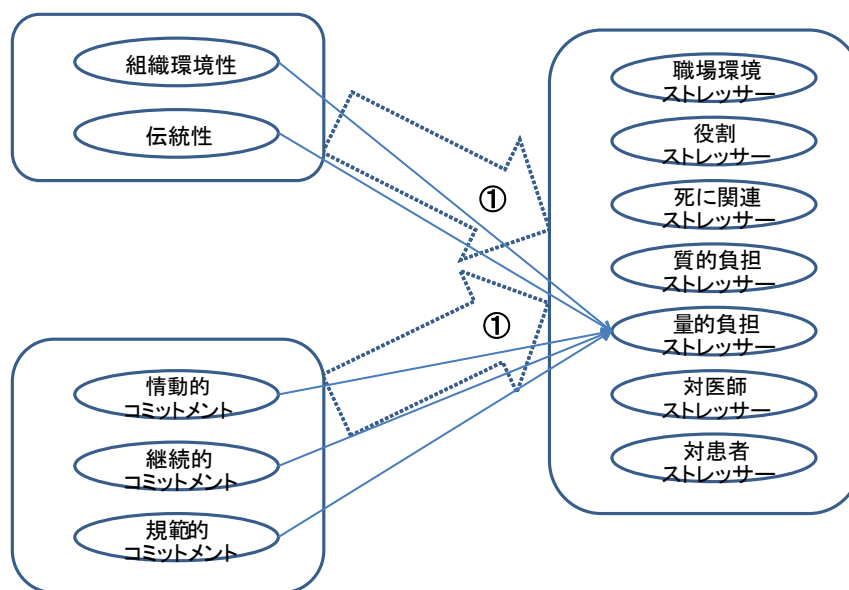


図 6 作業仮説モデル①-5:従属変数=量的負担ストレスの場合

表 17 作業仮説①-5 検証結果

従属変数: 量的負担ストレス					
独立変数	強制投入		ステップワイズ		
	β		β		
組織環境性	0.138	***	0.138	***	
伝統性	0.120	***	0.120	***	
情動的コミットメント	-0.142	***	-0.142	***	
継続的コミットメント	-0.060	*	-0.060	*	
規範的コミットメント	-0.059	*	-0.059	*	
R ² '	0.044		0.044		
F	16.656	***	16.656	***	

***<0.001 **<0.01 *<0.05 +<0.10

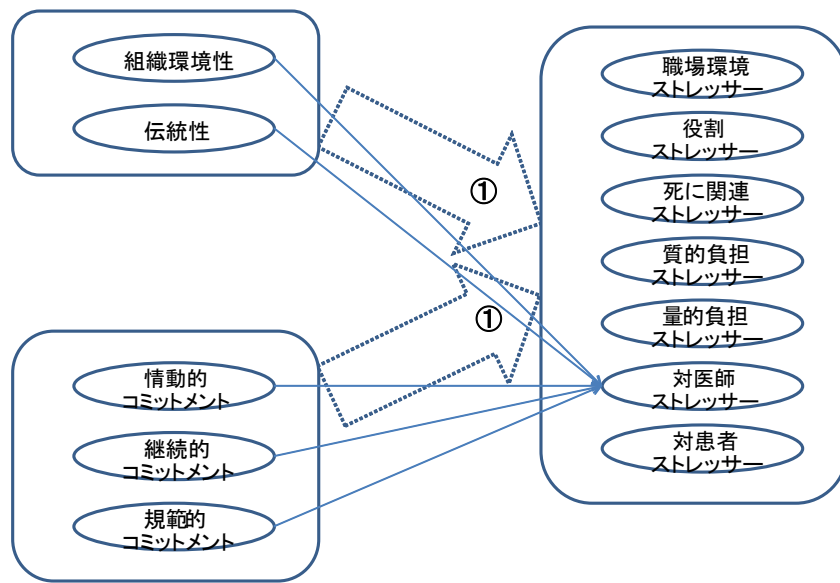


図 7 作業仮説モデル①-6:従属変数＝対医師ストレスの場合

表 18 作業仮説①-6 検証結果

従属変数: 対医師ストレス				
独立変数	強制投入 β	ステップワイズ β		
組織環境性	-0.054 *	-0.051 *		
伝統性	0.016			
情動的コミットメント	0.018			
継続的コミットメント	0.038			
規範的コミットメント	-0.021			
R ²	0.002	0.002		
F	1.827	4.401 **		

***<0. 001 **<0. 01 *<0. 05 +<0. 10

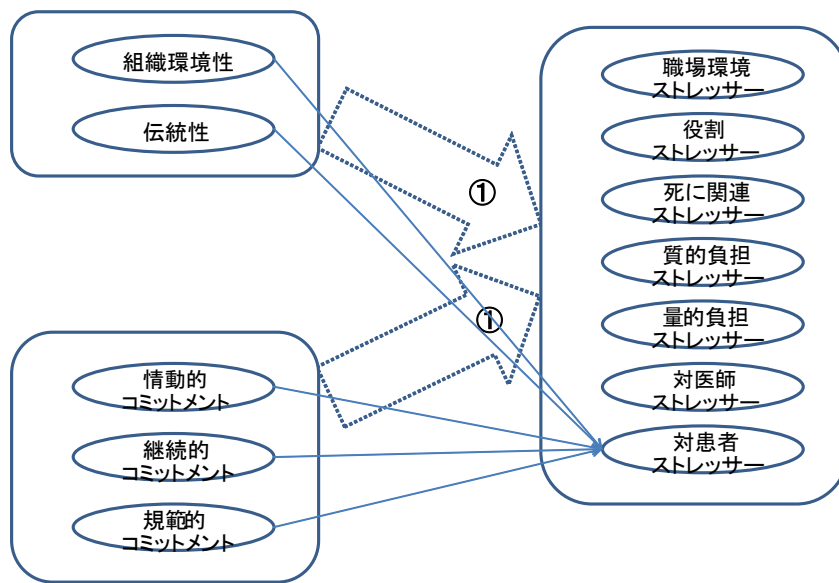


図 8 作業仮説モデル①－7: 従属変数＝対患者ストレスの場合

表 19 作業仮説①－7 検証結果

従属変数: 対患者ストレス				
独立変数	強制投入 β		ステップワイズ β	
組織環境性	-0.020			
伝統性	0.000			
情動的コミットメント	-0.140 ***		-0.147 ***	
継続的コミットメント	-0.062 *		-0.064 **	
規範的コミットメント	-0.075 **		-0.080 **	
R ²	0.023		0.024	
F	9.114 ***		15.010 ***	

***<0. 001 **<0. 01 *<0. 05 +<0. 10

2) 作業仮説モデル②：「（組織風土＋ストレスラー＋組織コミットメント）→バーンアウト」についての検証結果

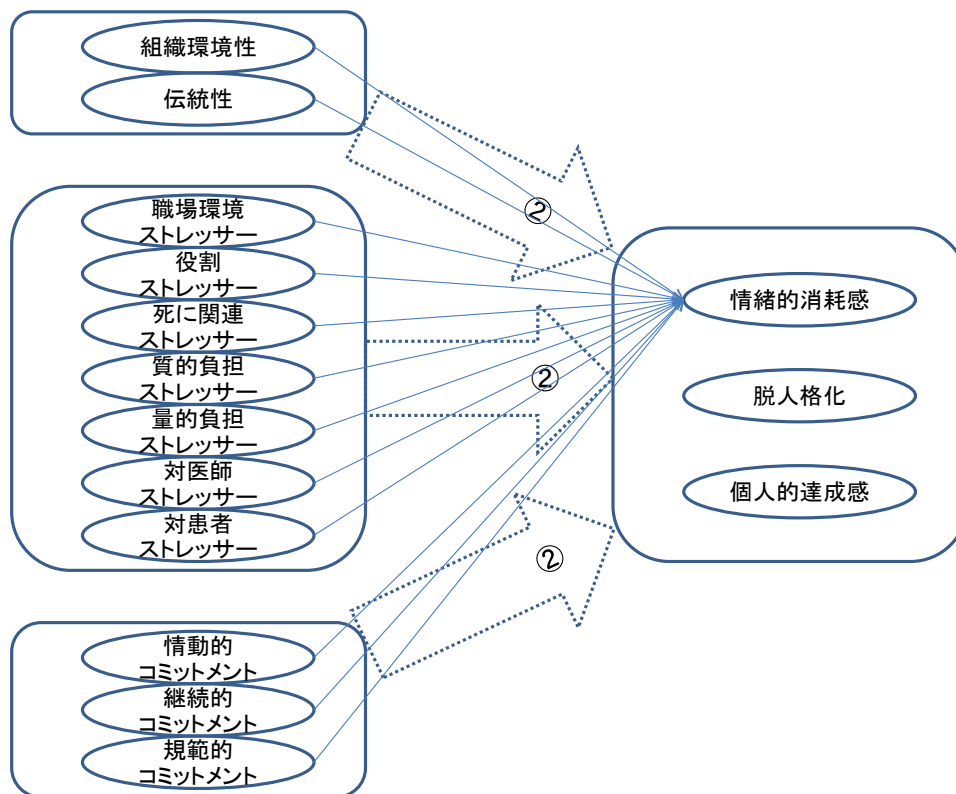


図 9 作業仮説モデル②－1: 従属変数＝情緒的消耗感の場合

表 20 作業仮説②－1 検証結果

従属変数: 情緒的消耗感				
独立変数	強制投入		ステップワイズ	
	β		β	
組織環境性	0.082	***	0.076	***
伝統性	0.083	***	0.085	***
職場環境ストレスラー	0.073	**	0.072	**
役割ストレスラー	0.115	***	0.111	***
死に関連ストレスラー	0.017			
質的負担ストレスラー	0.234	***	0.235	***
量的負担ストレスラー	0.452	***	0.453	***
対医師ストレスラー	0.050	*	0.049	*
対患者ストレスラー	0.116	***	0.116	***
情動的コミットメント	-0.095	***	-0.089	***
継続的コミットメント	-0.081	***	-0.077	***
規範的コミットメント	-0.019			
R2'	0.299		0.299	
F	61.938	***	74.199	***

***<0.001 **<0.01 *<0.05 +<0.10

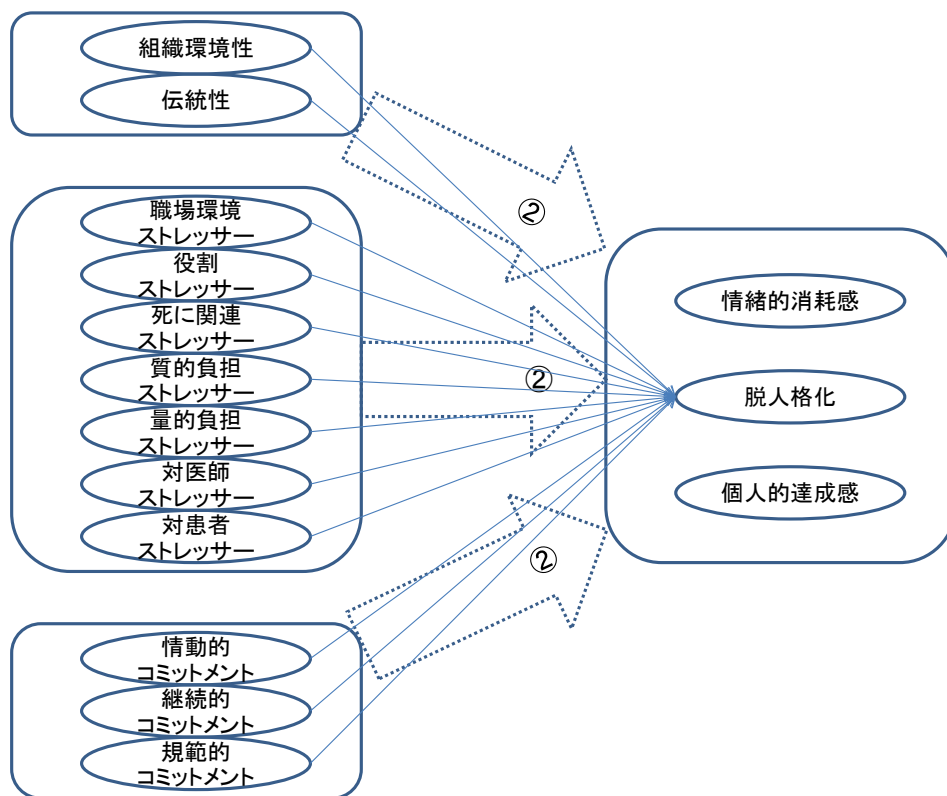


図 10 作業仮説モデル②-2: 従属変数＝脱人格化の場合

表 21 作業仮説②-2 検証結果

従属変数: 脱人格化				
独立変数	強制投入 β		ステップワイズ β	
組織環境性	-0.154	***	-0.156	***
伝統性	0.165	***	0.159	***
職場環境ストレス	0.189	***	0.188	***
役割ストレス	0.018			
死に関連ストレス	0.092	***	0.087	***
質的負担ストレス	-0.024	**	0.059	**
量的負担ストレス	0.058			
対医師ストレス	0.018			
対患者ストレス	0.110	***	0.114	***
情動的コミットメント	-0.207	***	-0.202	***
継続的コミットメント	-0.030			
規範的コミットメント	0.017			
R ²	0.209		0.209	
F	38.677	***	65.509	***

***<0.001 **<0.01 *<0.05 +<0.10

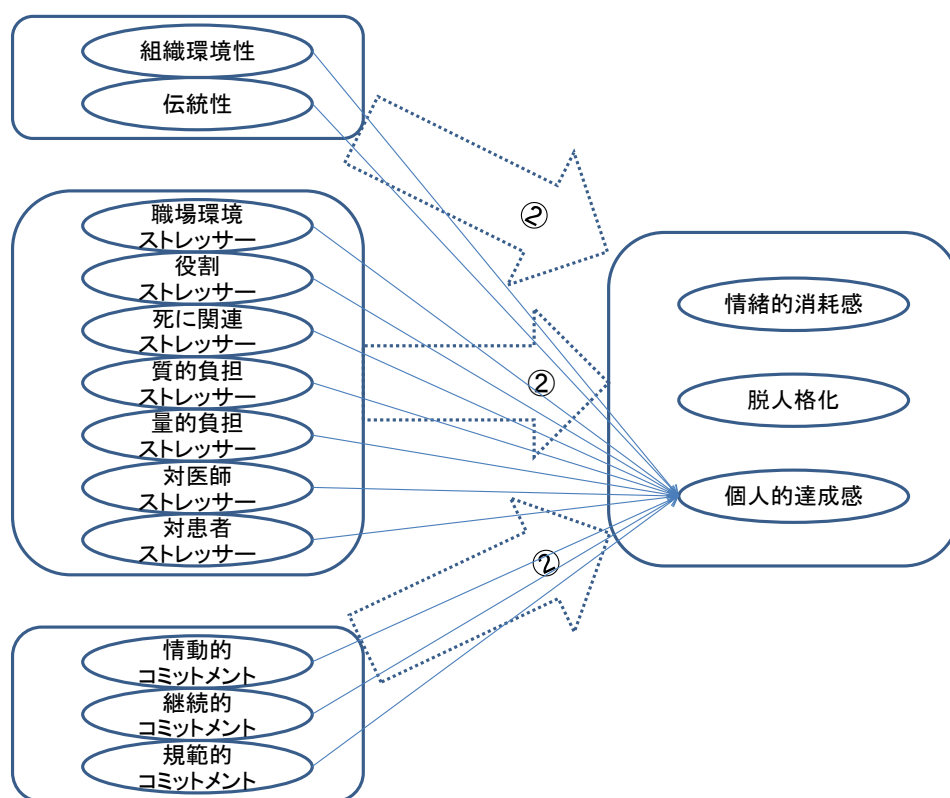


図 11 作業仮説モデル②-3: 従属変数＝個人的達成感の場合

表 22 作業仮説②-3 検証結果

従属変数: 個人的達成感				
独立変数	強制投入 β		ステップワイズ β	
組織環境性	0.035			
伝統性	-0.002			
職場環境ストレス	0.137 ***		0.124 ***	
役割ストレス	0.168 ***		0.172 ***	
死に関連ストレス	0.103 ***		0.098 ***	
質的負担ストレス	-0.027			
量的負担ストレス	-0.021			
対医師ストレス	0.029			
対患者ストレス	0.034			
情動的コミットメント	0.347 ***		0.355 ***	
継続的コミットメント	0.091 ***		0.094 ***	
規範的コミットメント	0.134 ***		0.138 ***	
R ²	0.192		0.191	
F	34.922 ***		68.422 ***	

***<0. 001 **<0. 01 *<0. 05 +<0. 10

2. 作業仮説の検証

作業仮説の検証結果は以下の通りである。

1) 理論仮説 1 「組織風土が高まれば高まるほど、ストレスが促進される」

作業仮説 1 - a-1 「組織環境性が高まれば高まるほど、職場環境ストレスが促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を職場環境ストレスとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.137 であった。

β は -0.316 ($p < 0.001$) であり、パス係数の正負が逆のため当該仮説は棄却された。

しかし、本作業仮説は棄却された（パス係数の正負が逆）が、本研究における有意味性の観点から「組織環境性が高まれば高まるほど、ストレスが抑制される」という知見は重要性をもつ。よって以下では本知見を議論の対象に採用して展開していく。

作業仮説 1 - a-2 「組織環境性が高まれば高まるほど、役割ストレスが促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を役割ストレスとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.032 であったが、 β は 0.016 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

作業仮説 1 - a-3 「組織環境性が高まれば高まるほど、死に関連ストレスが促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、

継続的コミットメント、規範的コミットメント)、従属変数を死に関連ストレスラーとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は $p \geq 0.05$ となり重回帰式の有意性が認められなかったため、当該仮説は棄却された。

作業仮説 1 - a-4 「組織環境性が高まれば高まるほど、質的負担ストレスラーが促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント)、従属変数を質的負担ストレスラーとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。
※上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.017 であった。
 β は 0.126 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 1 - a-5 「組織環境性が高まれば高まるほど、量的負担ストレスラーが促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント)、従属変数を量的負担ストレスラーとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。
【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.044 であった。

β は 0.138 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 1 - a-6 「組織環境性が高まれば高まるほど、対医師ストレスラーが促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント)、従属変数を対医師ストレスラーとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は $p \geq 0.05$ となり重回帰式の有意性が

認められなかったため、当該仮説は棄却された。

※強制投入法に関しては F 検定の結果、重回帰式の有意性が認められなかったが、ステップワイズ法では分散分析 F 検定は 1 %水準で有意性が認められた。しかし、修正 R² は 0.002 であり説明力が殆どないという了承のもと、本知見を議論の対象に採用して展開していく。

作業仮説 1 - a-7「組織環境性が高まれば高まるほど、对患者ストレスが促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を对患者ストレスとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.023 であったが、 β は -0.020 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

作業仮説 1 - b-1「伝統性が高まれば高まるほど、職場環境ストレスが促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を職場環境ストレスとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.137 であった。

β は 0.233 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 1 - b-2「伝統性が高まれば高まるほど、役割ストレスが促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を役割ストレスとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.032 であったが、 β は -0.004 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

作業仮説 1 - b-3 「伝統性が高まるほど、死に関連ストレスが促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を死に関連ストレスとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は $p \geq 0.05$ となり重回帰式の有意性が認められなかったため、当該仮説は棄却された。

作業仮説 1 - b-4 「伝統性が高まれば高まるほど、質的負担ストレスが促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を質的負担ストレスとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.017 であった。

β は 0.066 ($p < 0.01$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 1 - b-5 「伝統性が高まれば高まるほど、量的負担ストレスが促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を量的負担ストレスとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.044 であった。

β は 0.120 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 1 - b-6 「伝統性が高まれば高まるほど、対医師ストレスが促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を対医師ストレスとして実

施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は $p \geq 0.05$ となり重回帰式の有意性が認められなかったため、当該仮説は棄却された。

作業仮説 1 - b-7 「伝統性が高まれば高まるほど、対患者ストレスが促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を対患者ストレスとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.023 であったが、 β は 0.000 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

2) 理論仮説 2 「組織コミットメントが高まれば高まるほど、ストレスが抑制される」

作業仮説 2 - a-1 「情動コミットメントが高まれば高まるほど、職場環境ストレスが抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を職場環境ストレスとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.137 であった。

β は 0.072 ($p < 0.01$) であり、パス係数の正負が逆のため当該仮説は棄却された。

しかし、本作業仮説は棄却された（パス係数の正負が逆）が、本研究における有意性の観点から「情動コミットメントが高まれば高まるほど、職場環境ストレスが促進される」という知見は重要性をもつ。よって以下では本知見を議論の対象に採用して展開していく。

作業仮説 2 - a-2 「情動コミットメントが高まれば高まるほど、役割ストレスが抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動のコミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を役割ストレスラーとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.032 であった。

β は 0.157 ($p < 0.001$) であり、パス係数の正負が逆のため当該仮説は棄却された。しかし、本作業仮説は棄却された（パス係数の正負が逆）が、本研究における有意味性の観点から「情動のコミットメントが高まれば高まるほど、役割ストレスラーが促進される」という知見は重要性をもつ。よって以下では本知見を議論の対象に採用して展開していく。

作業仮説 2 - a-3 「情動のコミットメントが高まれば高まるほど、死に関連ストレスラーが抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動のコミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を死に関連ストレスラーとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は $p \geq 0.05$ となり重回帰式の有意味性が認められなかったため、当該仮説は棄却された。

作業仮説 2 - a-4 「情動のコミットメントが高まれば高まるほど、質的負担ストレスラーが抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動のコミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を質的負担ストレスラーとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.017 であったが、 β は -0.020 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

作業仮説 2 - a-5 「情動のコミットメントが高まれば高まるほど、量的負担ストレスラーが抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を量的負担ストレスラーとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.044 であった。

β は -0.142 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 2 - a-6 「情動的コミットメントが高まれば高まるほど、対医師ストレスラーが抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を対医師ストレスラーとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は $p \geq 0.05$ となり重回帰式の有意性が認められなかったため、当該仮説は棄却された。

作業仮説 2 - a-7 「情動的コミットメントが高まれば高まるほど、対患者ストレスラーが抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を対患者ストレスラーとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.023 であった。

β は -0.140 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 2 - b-1 「継続的コミットメントが高まれば高まるほど、職場環境ストレスラーが抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を職場環境ストレスラーとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.137 であったが β は -0.001 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

作業仮説 2 - b-2 「継続的コミットメントが高まれば高まるほど、役割ストレスラーが抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を役割ストレスラーとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.032 であったが、 β は -0.024 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

作業仮説 2 - b-3 「継続的コミットメントが高まるほど、死に関連ストレスラーが抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を死に関連ストレスラーとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は $p \geq 0.05$ となり重回帰式の有意性が認められなかったため、当該仮説は棄却された。

作業仮説 2 - b-4 「継続的コミットメントが高まれば高まるほど、質的負担ストレスラーが抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を質的負担ストレスラーとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.017 であったが、 β は 0.015 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

作業仮説 2 - b-5 「継続的コミットメントが高まれば高まるほど、量的負担ストレスが抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を量的負担ストレスとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.044 であった。

β は -0.060 ($p < 0.05$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 2 - b-6 「継続的コミットメントが高まれば高まるほど、対医師ストレスが抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を対医師ストレスとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は $p \geq 0.05$ となり重回帰式の有意性が認められなかったため、当該仮説は棄却された。

作業仮説 2 - b-7 「継続的コミットメントが高まれば高まるほど、对患者ストレスが抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を对患者ストレスとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.023 であった。

β は -0.062 ($p < 0.05$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 2 - c-1 「規範的コミットメントが高まれば高まるほど、職場環境ストレスが抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を職場環境ストレスとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】 上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.137 であったが、 β は -0.007 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

作業仮説 2 - c-2 「規範的コミットメントが高まれば高まるほど、役割ストレスが抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を役割ストレスとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】 上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.032 であった。

β は 0.100 ($p < 0.001$) であり、パス係数の正負が逆のため当該仮説は棄却された。

しかし、本作業仮説は棄却された（パス係数の正負が逆）が、本研究における有意味性の観点から「規範的コミットメントが高まれば高まるほど、役割ストレスが促進される」という知見は重要性をもつ。よって以下では本知見を議論の対象に採用して展開していく。

作業仮説 2 - c-3 「規範的コミットメントが高まるほど、死に関連ストレスが抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を死に関連ストレスとして

実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は $p \geq 0.05$ となり重回帰式の有意性が認められなかったため、当該仮説は棄却された。

作業仮説 2 - c-4 「規範的コミットメントが高まれば高まるほど、質的負担ストレスが抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を質的負担ストレスとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R2 は 0.017 であったが、 β は -0.014 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

作業仮説 2 - c-5 「規範的コミットメントが高まれば高まるほど、量的負担ストレスが抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を量的負担ストレスとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R2 は 0.044 であった。

β は 0.059 ($p < 0.05$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 2 - c-6 「規範的コミットメントが高まれば高まるほど、対医師ストレスが抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を対医師ストレスとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は $p \geq 0.05$ となり重回帰式の有意性

が認められなかったため、当該仮説は棄却された。

作業仮説 2 - c-7「規範的コミットメントが高まれば高まるほど、対患者ストレスが抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を対患者ストレスとして実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】 上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.023 であった。

β は -0.075 ($p < 0.01$) から当該仮説は採択された。

3) 理論仮説 3「組織風土が高まれば高まるほど、バーンアウトが促進される」

作業仮説 3 - a-1「組織環境性が高まれば高まるほど、情緒的消耗感が促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を情緒的消耗感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】 上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.299 であった。

β は 0.082 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 3 - a-2「組織環境性が高まれば高まるほど、脱人格化が促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動的コミットメント、継続的コミット

メント、規範的コミットメント)、従属変数を脱人格化として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.209 であった。

β は -0.154 ($p < 0.001$) であり、パス係数の正負が逆のため当該仮説は棄却された。

しかし、本作業仮説は棄却された（パス係数の正負が逆）が、本研究における有意味性の観点から「組織環境性が高まれば高まるほど、脱人格化が抑制される」という知見は重要性をもつ。よって以下では本知見を議論の対象に採用して展開していく。

作業仮説 3 - a-3 「組織環境性が高まれば高まるほど、個人的達成感が抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を個人的達成感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.192 であったが、 β は 0.035 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

作業仮説 3 - b-1 「伝統性が高まれば高まるほど、情緒的消耗感が促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を情緒的消耗感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.299 であった。

β は 0.083 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 3 - b-2 「伝統性が高まれば高まるほど、脱人格化が促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動コミットメント、継続コミットメント、規範コミットメント）、従属変数を脱人格化として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】 上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.209 であった。

β は 0.165 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 3 - b-3 「伝統性が高まるほど、個人的達成感が抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動コミットメント、継続コミットメント、規範コミットメント）、従属変数を個人的達成感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】 上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.192 であったが、 β は -0.002 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

4) 理論仮説 4 「組織コミットメントが高まれば高まるほど、バーンアウトが抑制される」

作業仮説 4 - a-1 「情動コミットメントが高まれば高まるほど、情緒的消耗感が抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動コミットメント、継続コミットメント、規範コミットメント）、従属変数を情緒的消耗感として実施された重回帰分析か

ら導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.299 であった。

β は -0.095 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 4 - a-2 「情動のコミットメントが高まれば高まるほど、脱人格化が抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、对患者ストレス、情動のコミットメント、継続のコミットメント、規範のコミットメント）、従属変数を脱人格化として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.209 であった。

β は -0.207 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 4 - a-3 「情動のコミットメントが高まれば高まるほど、個人的達成感が促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、对患者ストレス、情動のコミットメント、継続のコミットメント、規範のコミットメント）、従属変数を個人的達成感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.192 であった。

β は 0.347 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 4 - b-1 「継続のコミットメントが高まれば高まるほど、情緒的消耗感が抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動コミットメント、継続コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を情緒的消耗感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.299 であった。

β は -0.081 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 4 - b-2「継続的コミットメントが高まれば高まるほど、脱人格化が抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を脱人格化として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.209 であったが、 β は -0.031 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

作業仮説 4 - b-3「継続的コミットメントが高まれば高まるほど、個人的達成感が促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を個人的達成感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.192 であった。

β は 0.091 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 4 - c-1 「規範的コミットメントが高まれば高まるほど、情緒的消耗感が抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を情緒的消耗感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.299 であったが、 β は -0.019 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

作業仮説 4 - c-2 「規範的コミットメントが高まれば高まるほど、脱人格化が抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を脱人格化として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.209 であったが、 β は 0.017 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

作業仮説 4 - c-3 「規範的コミットメントが高まれば高まるほど、個人的達成感が促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を個人的達成感として実施された重回帰分析か

ら導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.192 であった。

β は 0.134 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

5) 理論仮説 5「ストレスが高まれば高まるほど、バーンアウトが促進される」

作業仮説 5 - a-1「職場環境ストレスが高まれば高まるほど、情緒的消耗感が促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を情緒的消耗感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.299 であった。

β は 0.073 ($p < 0.01$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 5 - a-2「職場環境ストレスが高まれば高まるほど、脱人格化が促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を、脱人格化として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.209 であった。

β は 0.189 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 5 - a-3 「職場環境ストレスが高まれば高まるほど、個人的達成感が抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動コミットメント、継続コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を個人的達成感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】 上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.192 であった。

β は 0.137 ($p < 0.001$) であり、パス係数の正負が逆のため当該仮説は棄却された。

しかし、本作業仮説は棄却された（パス係数の正負が逆）が、本研究における有意性の観点から「職場環境ストレスが高まれば高まるほど、個人的達成感が促進される」という知見は重要性をもつ。よって以下では本知見を議論の対象に採用して展開していく。

作業仮説 5 - b-1 「役割ストレスが高まれば高まるほど、情緒的消耗感が促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動コミットメント、継続コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を情緒的消耗感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】 上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.299 であった。

β は 0.115 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 5 - b-2 「役割ストレスが高まれば高まるほど、脱人格化が促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス

一、対医師ストレス、対患者ストレス、情動コミットメント、継続コミットメント、規範コミットメント)、従属変数を脱人格化として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.209 であったが、 β は 0.018 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

作業仮説 5 - b-3「役割ストレスが高まれば高まるほど、個人的達成感が抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動コミットメント、継続コミットメント、規範コミットメント)、従属変数を個人的達成感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.192 であった。

β は 0.168 ($p < 0.001$) であり、パス係数の正負が逆のため当該仮説は棄却された。

しかし、本作業仮説は棄却された（パス係数の正負が逆）が、本研究における有意味性の観点から「役割ストレスが高まれば高まるほど、個人的達成感が促進される」という知見は重要性をもつ。よって以下では本知見を議論の対象に採用して展開していく。

作業仮説 5 - c-1「死に関連ストレスが高まれば高まるほど、情緒的消耗感が促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動コミットメント、継続コミットメント、規範コミットメント)、従属変数を情緒的消耗感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.299 であったが、 β は 0.017 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

作業仮説 5 - c-2 「死に関連ストレッサーが高まれば高まるほど、脱人格化が促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレッサー、役割ストレッサー、死に関連ストレッサー、質的負担ストレッサー、量的環境ストレッサー、対医師ストレッサー、対患者ストレッサー、情動のコミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を、脱人格化として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】 上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.209 であった。

β は 0.092 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 5 - c-3 「死に関連ストレッサーが高まれば高まるほど、個人的達成感が抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレッサー、役割ストレッサー、死に関連ストレッサー、質的負担ストレッサー、量的環境ストレッサー、対医師ストレッサー、対患者ストレッサー、情動のコミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を個人的達成感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】 上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.192 であった。

β は 0.103 ($p < 0.001$) であり、パス係数の正負が逆のため当該仮説は棄却された。

しかし、本作業仮説は棄却された（パス係数の正負が逆）が、本研究における有意味性の観点から「死に関連ストレッサーが高まれば高まるほど、個人的達成感が促進される」という知見は重要性をもつ。よって以下では本知見を議論の対象に採用して展開していく。

作業仮説 5 - d-1 「質的負担ストレッサーが高まれば高まるほど、情緒的消耗感が促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレッサー、

役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動コミットメント、継続コミットメント、規範コミットメント)、従属変数を情緒的消耗感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.299 であった。

β は 0.234 ($p < 0.01$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 5 - d-2「質的負担ストレスが高まれば高まるほど、脱人格化が促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動コミットメント、継続コミットメント、規範コミットメント)、従属変数を脱人格化として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.209 であった。

β は -0.024 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 5 - d-3「質的負担ストレスが高まれば高まるほど、個人的達成感が抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動コミットメント、継続コミットメント、規範コミットメント)、従属変数を個人的達成感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】※上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.192 であったが、 β は -0.027 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

作業仮説 5 - e-1 「量的負担ストレスが高まれば高まるほど、情緒的消耗感が促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、对患者ストレス、情動コミットメント、継続コミットメント、規範コミットメント）、従属変数を情緒的消耗感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】 上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.299 であった。

β は 0.452 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 5 - e-2 「量的負担ストレスが高まれば高まるほど、脱人格化が促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、对患者ストレス、情動コミットメント、継続コミットメント、規範コミットメント）、従属変数を脱人格化として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】 上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.209 であったが、 β は 0.058 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

作業仮説 5 - e-3 「量的負担ストレスが高まれば高まるほど、個人的達成感が抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、对患者ストレス、情動コミットメント、継続コミットメント、規範コミットメント）、従属変数を個人的達成感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.192 であったが、 β は -0.021 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

作業仮説 5 - f-1 「対医師ストレスが高まれば高まるほど、情緒的消耗感が促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、对患者ストレス、情動コミットメント、継続コミットメント、規範コミットメント）、従属変数を情緒的消耗感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.299 であった。

β は 0.050 ($p < 0.05$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 5 - f-2 「対医師ストレスが高まれば高まるほど、脱人格化が促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、对患者ストレス、情動コミットメント、継続コミットメント、規範コミットメント）、従属変数を脱人格化として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.209 であったが、 β は 0.018 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

作業仮説 5 - f-3 「対医師ストレスが高まれば高まるほど、個人的達成感が抑制される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス

一、対医師ストレス、対患者ストレス、情動コミットメント、継続コミットメント、規範コミットメント)、従属変数を個人的達成感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.192 であったが、 β は 0.029 ($p \geq 0.05$) から当該仮説は棄却された。

作業仮説 5 - g-1 「対患者ストレスが高まれば高まるほど、情緒的消耗感が促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動コミットメント、継続コミットメント、規範コミットメント)、従属変数を情緒的消耗感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.299 であった。

β は 0.116 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 5 - g-2 「対患者ストレスが高まれば高まるほど、脱人格化が促進される」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動コミットメント、継続コミットメント、規範コミットメント)、従属変数を脱人格化として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.209 であった。

β は 0.110 ($p < 0.001$) から当該仮説は採択された。

作業仮説 5 - g-3 「対患者ストレスが高まれば高まるほど、個人的達成感が抑制され

る」

当該仮説検証においては、独立変数を（組織環境性、伝統性、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレス、質的負担ストレス、量的環境ストレス、対医師ストレス、対患者ストレス、情動コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメント）、従属変数を個人的達成感として実施された重回帰分析から導出された標準偏回帰係数 β の有意性により検証されている。

【仮説検証結果】 上記重回帰式の分散分析 F 検定は 0.1 %水準で有意であり、修正 R² は 0.192 であったが、 β は 0.034（ $p \geq 0.05$ ）から当該仮説は棄却された。

3. 重回帰分析結果の統合

理論モデル①のストレッサーを従属変数に、組織風土と組織コミットメントを独立変数としたステップワイズ法の重回帰分析結果を統合して表 23 に示した。次に、理論モデル②のバーンアウトを従属変数に、組織風土、ストレッサー、組織コミットメントを独立変数としたステップワイズ法の重回帰分析結果を統合して表 24 に示した。さらに、作業仮説モデルの検証結果を図 12 に示した。

表 23 ストレッサーを従属変数とした重回帰分析

独立変数	職場環境 ストレッサー β	役割 ストレッサー β	質的負担 ストレッサー β	量的負担 ストレッサー β	対医師 ストレッサー β	対患者 ストレッサー β
組織環境性	-0.318 ***		0.118 ***	0.138 ***	-0.051 *	
伝統性	0.233 ***		0.071 **	0.120 ***		
情動的コミットメント	0.073 **	0.165 ***		-0.142 ***		-0.147 ***
継続的コミットメント				-0.060 *		-0.064 **
規範的コミットメント		0.108 ***		-0.059 *		-0.080 **
R ²	0.138	0.033	0.018	0.044	0.002	0.024
F	92.492 ***	30.138 ***	16.769 ***	16.656 ***	4.401 **	15.010 ***

※1. ***<0. 001 **<0. 01 *<0. 05

※2. 従属変数を「死に関連するストレッサー」とした場合、ステップワイズ法では有効な計算結果を算出することができなかった。なお、強制投入法における重回帰分析結果は、修正 R² -0.001、F 値 0.714 であった。

表 24 バーンアウトを従属変数とした重回帰分析

独立変数	情緒的消耗感 β	脱人格化 β	個人的達成感 β
組織環境性	0.076 ***	-0.156 ***	
伝統性	0.085 ***	0.159 ***	
職場環境ストレッサー	0.072 **	0.188 ***	0.124 ***
役割ストレッサー	0.111 ***		0.172 ***
死に関連ストレッサー		0.087 ***	0.098 ***
質的負担ストレッサー	0.235 ***	0.059 **	
量的負担ストレッサー	0.453 ***		
対医師ストレッサー	0.049 *		
対患者ストレッサー	0.116 ***	0.114 ***	
情動的コミットメント	-0.089 ***	-0.202 ***	0.355 ***
継続的コミットメント	-0.077 ***		0.094 ***
規範的コミットメント			0.138 ***
R ²	0.299	0.209	0.191
F	74.199 ***	65.509 ***	68.422 ***

※1. ***<0. 001 **<0. 01 *<0. 05

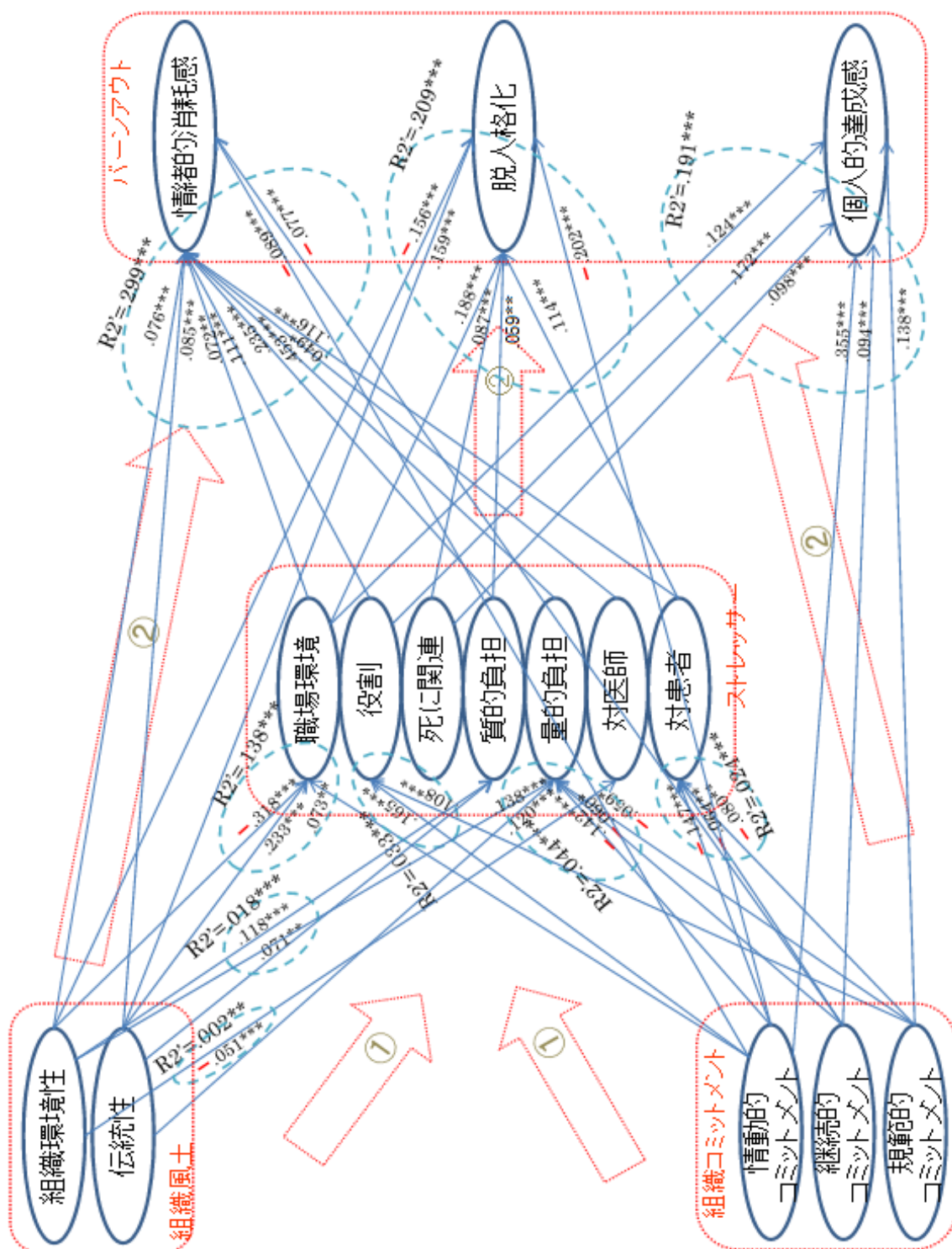


図12 作業仮説モデルの検証結果

第4節 考察

クロス集計結果による経験年数の階層別比較及び重回帰分析による仮説の検証結果から考察を述べる。

1. 経験年数の階層別による特徴

ここでは、因子分析の結果から抽出された因子別に因子負荷量 0.4 以上の質問項目を抽出し、その抽出された質問項目の原得点の総和を求め、質問項目数で除した平均得点を算出し、経験年数に関する傾向を把握するために、階層別比較を行った結果から特徴（cf. : 144-161）がみえてきたことを中心に考察を述べる。

なお、因子負荷量 0.4 以上の質問項目ごとに、原得点の平均値を経験年数の階層別比較して最も高い平均得点（high score）のことを以下、HS と略す。

1) バーンアウトの特徴

バーンアウトに関しては、バーンアウトの主要概念として捉えられている情緒的消耗感は、経験年数 3 年以下に HS が集中して高得点が顕著に示された（cf. : 157）。1 年未満については、第 3 章で行った基礎的研究で入職後 6 ヶ月目と 12 ヶ月目の時点で新人看護職者に面接調査を行ったときの変化からも感じとれた。新人看護職者の数人は就職後 12 ヶ月目には不眠、胃痛、嘔気などの身体的症状があり、語りや表情から入職後 6 ヶ月目の生き生きしていた様子が減退しているような印象を受けた（cf. : 145）。6 ヶ月間経過する中で心身の消耗感が強まっているように感じられた。この背景には夜勤による生活リズムの変化に慣れないなど、心身の疲れから仕事と生活のバランスを崩していることが考えられた。また、1 年～3 年目の看護職者は、BQ1「『こんな仕事、もうやめたい』と思うことがある。」が 3.21 で最も高かったことから、心身の疲労から仕事の継続意思が減退していることが考えられた。脱人格化の得点は、全体的には低い傾向であったが、BQ8「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。」が 1 年未満 3.59、1 年～3 年目 3.28、と特徴的に高得点を示した。これらはバーンアウト傾向に注意が必要な状態と考えられた。特に新人看護職者の 1 年以内の離職率が高いことから、日頃から声掛けを行って早目に行動や表情の変化に気づいて対処できる体制づくりが必要である。また、個人的達成感の得点は経験年数による大きな違いはなく、全体的に低い傾向であった。し

かし、穏やかではあるが経験が増すごとに得点は上昇がみられたことから、一人ひとりの臨床実践能力を評価できるように、先の目標を描ける制度やシステムを構築することも大切である。また、経験年数 9 年目までの看護職者の中には、出産、子育てなどのライフサイクルにより一端仕事を離れてから復職する看護職者も多いと考えられる。本研究の第 3 章で新人看護職者に対するバーンアウト低減の試みとして看護療法の研修を取り入れて、臨床で実践できるように支援を行った。この結果から、知識・技術が未熟であっても看護ケアの効果を実感できるように支援することにより、看護の仕事の充実感ややりがいにつながり、延いてはバーンアウト低減の効果が示唆された。このことから、復職者も「できる」という感覚をもてるような研修内容の工夫が必要である。また、医療の高度化に伴い、知識・技術の習得には病院、復職者双方に負担のかかることである。そのために研修の内容や方法についても、e ラーニング (e-learning) ⁷ など自宅でも研修に参加できる形式も考慮にいたした体制づくりの工夫も必要と考えられる。

2) ストレッサーの特徴

ストレッサーに関しては、平均得点をみると、前述のバーンアウトとは逆に、全体的に経験年数 3 年目以下の看護職者はストレッサーが低く、経験年数 10 年以上の看護職者にストレッサーが高い傾向にあることが顕著に示された (cf. : 158-159)。第 2 章 3 節のストレス研究の心理学的アプローチ (cf. : 15) でも述べているが、ストレスの認知やストレス反応の個人差の理解において、ラザルス (Lazarus 1966) は「離婚・試験・昇進などの個人に重荷を合わせるような出来事をその個人がどう評定するかが問題であって、負担であると評定されたときに心理的ストレスとなるとした。さらにそのストレスに適切に対処して不安などが処理されれば健康に問題は起こらず、対処 (コーピング : coping) に失敗したときに慢性的なストレス状態となって健康状態に影響を及ぼす ⁸」(鈴木 2008 : 57) としている。したがって、経験年数 10 年以上のストレッサーの得点の高さは、コーピング (coping) ⁹ できずに慢性的にストレスが蓄積されている現象と捉えることができる。よって、ストレッサーの中でも得点が高かった量的負担ストレッサーの SQ2「こなさなければならない仕事が多い時」が 4 年～9 年目 3.38、1 年～3 年目 3.32、SQ17「人手が十分でない時」が 4 年～9 年目 3.30、SQ3「してもしても仕事に切りがない時」が 4 年～9 年目 3.22、20 年以上 3.22 という項目については、さらに蓄積されないように職場の特殊性を踏まえ改善策を講じる必要がある。

また、経験年数が増すにつれて高まるというストレッサーの傾向とは違い、量的負担

ストレッサーに関しては 4 年～9 年目が高い傾向を示した。この経験年数の看護職者は全体の 27.8%を占めている。「看護職の多くを占めかつ第一線で活躍する、いわゆる中堅看護師¹⁰に負担がかかり、放置しておくで退職者・退職者を増やしかねない状況である」(日本看護協会 2012)と指摘されている。職場においては、通常の看護業務に加えて、新人教育、実習指導、職場内外での委員会の役割など、多くの役割が集中していると考えられる。特に新人教育の担当として期待されている時期でもあり、あちこちで中堅看護職者が疲弊しているという声が聞かれている。このことから医療現場における仕事の量的負担の現状を表わしていると捉えることができる。経験年数 10 年以上の看護職者の傾向と合わせて、労働環境を整え、労働負担を軽減する必要がある。

3) 組織コミットメントの特徴

組織コミットメントに関しては、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメントともに、経験年数 4 年～9 年目で一端低下して、その後再び上昇する傾向がみられた (cf. : 160)。情動的コミットメントについては、勤続年数に伴い一旦低下してから上昇する J 字型を示したとする報告 (石田・柏倉 2004) を支持していた。経験年数 4 年～9 年目の時期は、レビンソン (Levinson 1920-1994) の発達段階では「大人の世界へ入る時期」であり、殆どの人は、様々な形で模索と安定のバランスを取ろうとする時期である (舟島 2011 : 45)。今後の自分の将来を考え、他の病院への転職や結婚など気持ちが揺れ動く年代でもあり、組織の求心方向への意識が幾分遠のく時期でもあると考えられた。また、20 年以上は情動的コミットメントが高く、HS は 62.5%を占めていた。特に 20 年以上の得点が高かった項目は、OQ2「私は、自分の病院の一員なのだ、と強く感じることもある。」3.29、OQ1「私の仕事生活 (キャリア) の残りを、いまの病院で過ごせたら、とても幸せだ。」3.36 であり、自らがキャリアを積んできた組織への愛着を示していた。一方、1 年未満の 3 つの因子の得点で高い傾向が示されたことは、自ら選択した病院に対する期待感が大きいことや新人研修において病院の理念、看護部の理念に触れる機会が多く、組織と職業に適応していく社会化が始まっている時期であることが影響していると考えられた。継続的コミットメントについては、サイド・ベッド (sido-bed) は成員の組織への在籍年数と相関関係があると想定されている (高橋 1999:135)。本研究でも 4 年目から経験年数が増すごとに得点が高くなる傾向があり支持していたといえる。

4) 組織風土の特徴

組織風土に関しては、組織環境性の合計の平均得点で最も高かった項目は、CQ5「メン

バーはたいへんよく仕事をしている。」3.74であり、看護職者は繁忙な看護業務の状況から、メンバーがよく仕事をしていると感じている傾向が示された。全体的に7項目中6項目が3.00以上と高い得点を示し、HSは1年未満が全項目を占めていた。中でも1年未満の高い得点はCQ6「上司の注意や指導は詳細な点まで及んでいる。」3.85であった。第3章の新人看護職者の早期離職等の実態（cf.：32）でも述べているが、国で2009年に新人看護職員研修ガイドラインが策定され、新人看護職者への教育が行き届いている環境に置かれているためと考えられた。一方、伝統性の項目は、20年以上の得点が高く、CQ1「病院の方針や規則に従うように、厳しい要請がある。」とCQ3「病院の伝統や習慣は、かなり強制的なものと考えているメンバーが多い。」は経験年数が増すほど得点が高くなる傾向を示したことから、経験を重ねるほど組織の規則や方針に従うことや慣習に従うことに対して強制的と捉えていると考えられた。また、CQ10「上司は叱ることはあってもほめることはまれである。」は4年～9年目まで一端低下し、再び上昇する傾向を示したことから、経験年数が増すほど上司から褒められる機会が少ないと捉えていると考えられた。

以下、仮説の検証結果から考察を述べる。

2. 看護職者のストレスの傾向

ストレスに関しては、調整済み決定係数からみると、職場環境ストレスを従属変数にした場合以外の数値が低く、精緻な議論はできないが、ここでは大きな傾向を知ることにする。

1) 組織風土とストレスの関連

- ・組織環境性は、職場環境ストレスと対医師ストレスを抑制し、質的負担ストレス、量的負担ストレスを促進する。
- ・伝統性は、職場環境ストレス、質的負担ストレス、量的負担ストレスを促進する。

<考察>

組織環境性は、従業員の参加度が高く合理的な組織管理がなされている風土を表わし、伝統性は、強制的・命令的で封建的な風土を表わしている。組織環境性は、職場環境ストレスと対医師のストレスを抑制している。したがって、組織環境性を高めれば、職場環境ストレスや対医師とストレスは軽減する可能性がある。逆に、質的負担ス

トレッサー、量的負担ストレッサーは促進することになる。また、伝統性は、職場環境ストレッサー、質的負担ストレッサー、量的負担ストレッサーを促進している。この場合は、伝統性を低くするように、伝統や規範的な精神的束縛することを控えることや、上司からスタッフへの声掛け承認などの関わりをすることが、職場環境ストレッサー、質的負担ストレッサー、量的負担ストレッサーの軽減に有効性が示唆されているといえる。

クロス集計による伝統性で 3.0 以上の合計の平均得点は (cf.: 161)、CQ2「仕事はすぐにやらないと、何か言われそうである。」、CQ3「病院の伝統や習慣は、かなり強制的なものと考えているメンバーが多い。」、CQ1「病院の方針や規則に従うように、厳しい要請がある。」であった。また、CQ10「上司は叱ることはあってもほめることはまれである。」の項目も含めて全体的に 4 年～9 年目まで一端低下し、再び上昇する傾向を示した。この結果から、経験年数を増すほど病院の方針に従うように感じ、習慣も強制的と捉える傾向が強くなっていた。また、上司から褒められる機会が少ないと捉えていた。ハーズバーグ (F.Herzberg) の動機づけの二要因理論では、仕事の満足度につながる要因として動機づけ要因の重要性を指摘し、人を動かすのは承認、他者からの評価、やり甲斐のある仕事、目標の達成などの要因であると主張している (木村 2004: 8-9)。また、尾崎 (2003) は、看護管理者の承認行為により看護職者に職務満足を与える因子は「個々のスタッフへの目配りと支援」であったことを報告している。従って、伝統性を低くするために、上司はスタッフの自律性を尊重した上で、経験年数 4 年以上の看護職者に対しても、意識して承認や褒めるなど仕事に対する評価をして認めることが重要であると考えられた。

2) 組織コミットメントとストレッサーの関連

- ・情動的コミットメントは、職場環境ストレッサー、役割ストレッサーを促進し、量的負担ストレッサー、対患者ストレッサーを抑制する。
- ・継続的コミットメントは、量的負担ストレッサー、対患者ストレッサーを抑制する。
- ・規範的コミットメントは、役割ストレッサーを促進し、量的負担ストレッサー、対患者ストレッサーを抑制する。

<考察>

情動的コミットメントは、職場環境ストレッサーと役割ストレッサーを促進し、量的負担ストレッサー、対患者ストレッサーを抑制している。したがって、情動的コミットメントを高めれば、量的負担ストレッサー、対患者ストレッサーを軽減する可能性がある。逆に、職場環境ストレッサーと役割ストレッサーは促進することになる。継続的コミットメ

ントは、量的負担ストレス、対患者ストレスを抑制している。したがって、継続的コミットメントを高めれば、量的負担ストレス、対患者ストレスは軽減する可能性がある。規範的コミットメントは、役割ストレスを促進し、量的負担ストレス、対患者ストレスを抑制している。したがって、規範的コミットメントを高めれば、量的負担ストレス、対患者ストレスを軽減する可能性がある。逆に、役割ストレスを促進することになる。

この場合、正の影響を示している職場環境ストレスと役割ストレスを軽減することの有効性が示唆されている。よって、ある程度の職場における構造作りを推進し、必要以上の貢献意欲を期待することを控えることの有効性が示唆されているといえる。

クロス集計による職場環境ストレスで得点が高かった項目は (cf.: 158)、SQ15「何か問題が起こった時、上のスタッフや主任・師長がうまくサポートしてくれない時」、SQ21「同じ勤務場所で働くある特定の人との人間関係に問題がある時」、SQ24「他のスタッフが協力的でない時」であった。仕事をする上で職場の人間関係がストレスに影響することを示している。看護職者間のチームワークは勿論のこと、他職種との協働が医療・看護の質を高めることにつながる。また看護職者は 24 時間患者の最も身近にいる職種であり、チーム医療の中でも調整役を担っている。福谷ら (2005) の研究でもストレス要因として「職場の対人関係の葛藤」を挙げている。従って、職場の人間関係で困っているときに、早目に同僚や上司に相談できるような職場環境づくりが大切であると考えられる。また、役割ストレスで得点が高かった項目は (cf.: 158)、SQ29「患者が苦しんでいるのを見る時」、SQ8「自分で納得のゆく看護ケアができない時」であった。これらは 10 年以上の看護職者に高い傾向が示されていた。看護職者として、特に患者・家族に心のケアを行うという役割が十分果たされていない状況に対するストレスである。安東ら (2006) は「看護における不全感」がストレスに影響を及ぼしていることを報告している。カンファレンスなどで思いを共有し、検討することが大切である。これらのことを踏まえて、情動的コミットメントである貢献意欲を必要以上に期待することを控えることが有効であることが示唆された。

3. 看護職者のバーンアウトの形成因

独立変数から見たバーンアウトを考察するにあたり、質問紙項目の合計平均得点 (cf.:

157-161) を参考にしている。

1) 組織風土とバーンアウトの関連

- ・組織環境性は、情緒的消耗感を促進するが脱人格化は抑制する。
- ・伝統性は、情緒的消耗感と脱人格化を促進する。
- ・2 因子とも個人的達成感に対しては影響がない。

< 考察 >

組織環境性は、情緒的消耗感を促進するということは、一見矛盾しているように思えるが、CQ5「メンバーは大変よく仕事をしている」3.74、CQ9「メンバーには、何が何でも自分の役割を果たそうとする姿勢が見受けられる」3.14、と得点が高いことから、業務量の多さ、役割に対する責任感の強さが相重なり、情緒的消耗感を促進していることが考えられた。塚本ら（2007）は、バーンアウトには職場風土の中でも「コントロール感」、「スタッフのモラル」、「親密さ」が影響していたことを報告している。「コントロール感」とは、生じた問題について自律的に話し合いでそれを処理する機能についての風土であり、バーンアウトと負の相関があり、脱人格化や情緒的消耗感を抑制することを示していた。組織環境性は従業員の参加度が高く合理的な組織管理がなされている風土を表わしていることから、本研究では脱人格化の抑制効果については支持しているといえる。

伝統性は、経験年数を増すほど病院の方針に従うように感じ、習慣も強制的と捉え、上司から褒められる機会が少ないと捉えている傾向が示されていた (cf.: 161)。稲岡 (1994) は、職場風土による要因を比較し、バーンアウト群の職場風土の一つに「権威的組織」を示し、一方、健全群の職場風土は「問題解決にむけての積極的姿勢」、「看護師スタッフの高いモラル」、「教育・研究的雰囲気」、「卒後教育の適切性」を示していた。伝統性は強制的・命令的で封建的な風土を表していることから、本研究では情緒的消耗感と脱人格化を促進することについては支持しているといえる。看護職の専門性を加味しても、強制的・命令的ではない自律性を尊重する職場環境作りを目指す必要がある。また、上司は経験年数4年以上の看護職者に対しても、意識して承認や褒めるなど仕事に対する評価をしてやることでバーンアウトを抑制することが示唆された。岡 (2009) は、3病院間での組織風土調査を行い、組織風土診断の結果から、2病院は伝統自由・組織活発型（イキイキ型）、1病院は伝統自由・組織不活発型（バラバラ型）に分類していた。組織風土とは「組織に関するメンバー全体の主観的な知覚の総体」(Lawler et al. 1974) であることから、病院間で組織風土の違いがあると考えられるため、今後、より実践的な対策につなげるために

は、病院別に分析を行うことも必要である。

2) 組織コミットメントとバーンアウトの関連

- ・情動的コミットメントは、情緒的消耗感と脱人格化を抑制し、個人的達成感は促進する。
- ・継続的コミットメントは、情緒的消耗感を抑制し、個人的達成感は促進する。
- ・規範的コミットメントは、個人的達成感を促進する。

<考察>

情動的コミットメントは、バーンアウトの抑制効果があることは、第3章において新人看護職者を対象とした基礎的研究でも述べている（cf. : 93）。澤田（2009）は、バーンアウト傾向では組織に対する愛着心の低下が関連していたことから、所属組織に対する内在化意識や愛着心を育成することは、職場での看護師相互の信頼関係や看護職に対する情緒的関与の程度に加えて、専門職者として高いレベルの仕事を目指した自己啓発行動を促進し、バーンアウト傾向を低減する可能性を示唆していた。本研究でも情動的コミットメントが高まれば高まるほど情緒的消耗感と脱人格化を抑制し、個人的達成感促進する効果が示されたことから支持している結果であった。また、難波ら（2007）は、情動的コミットメントに影響を与える要因として、3年未満では「上司の支援」、3～5年未満では「夜勤回数」、「同僚の支援」、5～10年未満では「研修制度への満足」、10年以上では「夜勤回数」、「福利厚生への満足」、「病棟における評価」であることを示し、情動的コミットメントを高めるためには、勤続年数に適した支援の必要性を示唆していた（難波・矢嶋ほか 2007）。本研究でも情動的コミットメントは4年～9年目で一端低下して、その後上昇する傾向を示したことから、経験年数に応じた支援の在り方を検討する必要がある。

継続的コミットメントは、第3章では入職後6ヵ月目には因子が抽出されなかったが、12ヵ月目には継続的コミットメントが抽出され、バーンアウトを促進するという結果であり（cf. : 61）、本研究と相違があった。調査対象が看護職者全体となり、対象の県と施設を増やしたため比較はできない。今後、本研究で得られたデータから様々な層別に分析を行うことで、傾向がみえてくる可能性がある。

規範的コミットメントは、OQ12「自分に有利になるとしても、いまこの病院を辞めることが道徳的に正しいこととは思わない。」2.75、OQ16「病院で一緒に働く人々に対して義務感があるので、いま私が病院を去ることは決してないだろう。」2.71で得点が高く、個人が持つコミットメントの義務感・規範意識を表わしていることから、病院に残る義務・責任を強くもっているため、病院に居続けることで情緒的消耗感はなく、個人的達成感を

促進するのではないかと考えられた。

3) ストレッサーとバーンアウトの関連

- ・職場環境ストレッサーは、情緒的消耗感と脱人格化と個人的達成感を促進する。
- ・役割ストレッサーは、情緒的消耗感と個人的達成感を促進する。
- ・死に関連ストレッサーは、脱人格化と個人的達成感を促進する。
- ・質的負担ストレッサーと対患者ストレッサーは、情緒的消耗感と脱人格化を促進する。
- ・量的負担ストレッサーと対医師ストレッサーは、情緒的消耗感を促進する。

＜考察＞

職場環境ストレッサーは、バーンアウトの3因子に対して影響していた。職場の人的環境が情緒的消耗感と脱人格化の促進に影響することは、正当な結果といえる。つまり人間関係の気まずさから職場にいくことが嫌になる経験は誰しもが経験したことがあると思われる。そして、情緒的消耗感が強まることで対処行動として脱人格化にすすむと考えられた。それだけ職場の人間関係の影響が強いといえる。得点では SQ21「同じ勤務場所で働くある特定の人との人間関係に問題がある時」2.81、SQ24「他のスタッフが協力的でない時」2.8 の得点が高かったことから、一人で問題を抱え込むことでバーンアウトが強まることが予想される。第3章の面接調査時にも新人看護職者から、前述の質問項目にあるような状況により、仕事に行くのも憂うつになるということが聞かれていた。職場の人的環境のストレスが高い場合では、職場外にのみ相談相手のいる看護師は、職場内に相談相手がいる看護師よりも情緒的消耗感の得点が高い（贅川・松田 2005）。また、「本音の抑制」が情緒的消耗化、「スタッフの無理解」が脱人格化に影響を及ぼし、「本音の抑制」は経験年数が短いほうが高く、「スタッフの無理解」は管理職に高くなることを示していた（松本・臼井 2010）。本研究でも、情緒的消耗感は1年未満と3年目以下の得点が高く、経験年数が増えるにつれて穏やかに減少していたことから支持する結果であった。仕事上の思いや気持ちを話せるように、何か問題があった時のサポートを受けやすい体制を作ることが必要である。

役割ストレッサーは、量的負担ストレッサーの質問項目で SQ17「人手が十分でない時」3.20 と得点が高いことから、患者・家族に心のケアを行いたいと思っても業務に追われてケアの充実感を感じられないため情緒的消耗感を促進させていると考えられた。先行研究では「患者の心のケア」にストレスを感じていても「脱人格化」が低いことや「個人的達成感」が高いことを報告していた（岡田・河野 2000）。本研究でも脱人格化はみられず、

個人的達成感を促進していたことから、支持する結果であった。この理由は、十分な時間はとれなくてもケアを行ったときの患者・家族の反応から、やりがいや看護の充実感を感じていることが考えられた。

死に関連ストレッサーは、脱人格化を促進しつつ、個人的達成感は促進していたことから、脱人格化は現れるが個人的達成感は温存しているので、情緒的消耗感は現れないで、バーンアウトが抑制されている可能性が考えられた。また、死に関連する因子は、先行研究でも個人的達成感に影響していたという報告があり（久保・田尾 1994、荻野 2004）、久保ら（1994）が示唆していたように、そのことが患者やその家族にとっても満足のいくものであれば看護職者にはケアを全うした達成感ともつながっていると考えられた。

質的負担ストレッサーは、質問項目からみると SQ26「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い時」3.15、SQ30「慣れない仕事を任される時」3.07、SQ10「自分の能力以上の仕事を要求される時」3.02 の得点が高く、緊張感が強く伴う仕事に対して情緒的消耗感が促進することが考えられた。しかし、医師の指示受けなど診療の補助業務は看護業務として避けることのできないことであり、対処行動として脱人格化が促進するのではないかと考えられた。個々の看護職者には研修の努力義務¹¹があるが、質的ストレッサーを軽減するためには、新たな医療機器の機能や操作方法、難しい処置・検査の方法など教育ニーズに沿う研修を職場内外で企画し、新しい知識・技術を習得していくことが必要である。

量的負担ストレッサーは、質問項目は SQ2「こなさなければならない仕事が多い時」3.29、SQ17「人手が十分でない時」3.20、と全体的に得点が高い傾向を示し、経験年数の階層別比較からも、4年～9年目が最も高かったことと合わせてみても、疲弊感、消耗感を生じていると考えられた。先行研究では夜勤回数などの過度な勤務体制が脱人格化に影響を及ぼすとする報告（西堀・諸井 2000）があるが、本研究では病棟勤務者が 71.8%を占めているが脱人格化には影響はなかった。量的負担の改善は勤務を継続して行く上で重要課題であり、ワーク・ライフ・バランスの取り組みで 2 交代制導入による勤務体制の見直しやリーダー業務の改善などの事例も紹介されている¹²。情緒的消耗感が高いことから他の職種も含めた業務改善や労働環境の改善に取り組む必要がある。

対医師ストレッサーは、経験年数を増すほど得点が高まる傾向を示していた項目である。医師及び看護師との関係におけるストレッサーでは「医師との行き違い」、「医師による否定的行為」の因子を抽出している（松本・白井 2010）。看護職者にとって患者の視点に立

った看護、擁護をする役割において、医師とのコミュニケーションが十分にとれないことにより、ストレスサーを感じ情緒的消耗感を増しているが考えられた。

对患者ストレスサーは、脱人格化を促進することについては、質問項目は SQ28「嫌だ
と思う患者の応対をする時」2.88、SQ7「訴えが多い患者の応対をする時」2.86 の 2 項目
であった。スミスら (Smith et al. 2003 邦訳 2005) はストレスと知覚される出来事に内
的葛藤を挙げている。このように問題を感じている患者への対応に、看護職として職務に
対する責任や倫理上の職業意識からきている内的葛藤が情緒的消耗感を促進し、脱人格化
によって何らかの対処行動をとっていると考えられた。問題を感じている患者への対応は
個人で解決できない場合もあるため、対処方法を職場で検討するなど組織として取り組む
必要がある。

以上で述べた、バーンアウトに影響を及ぼす因子を整理すると以下の通りである。

情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の 3 つのバーンアウト因子を従属変数とするモ
デルでは、各因子間に相違が認められた。MBI を適用した先行研究では、情緒的消耗感が
中心となる核次元であるとし、他の二つを付加的な次元と把握する研究が多数見受けられ
るが (Jackson & Schuler, 1983、Leiter & Maslach 1988、Gaines & Jermier 1983、et
al.)、本研究では、3 つの因子間に特徴的な差異が 8 点認められた。①組織風土の組織環
境性は、情緒的消耗感には正、脱人格化には負、個人的達成感の低下には影響がない。ま
た、②職場環境ストレスサーは、情緒的消耗感と脱人格化には正、個人的達成感の低下に
は負の影響がある。③情動のコミットメントは、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感
の低下のすべてに抑制効果がある。④役割ストレスサーは、情緒的消耗感に正、個人的達
成感の低下に負の影響がある。⑤継続のコミットメントは、情緒的消耗感と個人的達成感
の低下を抑制する。⑥死に関連するストレスサーは情緒的消耗感とは影響せず、脱人格化
を促進し、個人的達成感の低下を抑制する。⑦量的負担ストレスサーと対医師ストレス
サーは情緒的消耗感の促進に影響する。⑧伝統性、質的負担ストレスサー、对患者ストレッ
サーの 3 因子は、情緒的消耗感、脱人格化を促進する。さらに、標準偏回帰係数の大きさ
からは、情緒的消耗感への質的負担、量的負担の両ストレスサーの強い正の影響力、個人
的達成感の低下への情動のコミットメント、脱人格化へのそれぞれ負の影響力が顕著であ
った。

第5節 まとめ

本研究では、組織風土、組織コミットメント、ストレスとバーンアウトとの関連から看護職者のバーンアウトの形成因を明らかにした。以下に考察を要約してまとめとする。

組織風土は、伝統性は情緒的消耗感と脱人格化を促進するが、一方、組織環境性は情緒的消耗感促進し、脱人格化を抑制していた。この理由は業務量の多さと責任感の強さに関係していると考えられた。2因子とも個人的達成感に対しては影響がなかった。強制的・命令的ではない職場環境がバーンアウトを抑制していた。

組織コミットメントは、情動的コミットメント、継続的コミットメントはバーンアウトの抑制効果があった。規範的コミットメントは情緒的消耗感には影響がなかった。それは、病院に残る・責任を強く持っているので、病院に居続けることで個人的達成感を促進することが考えられた。継続的コミットメントに関しては3章の結果と相違があった。そこで、クロス集計で平均値を求めたところ、ストレスに関して経験年数3年目以下と10年以上で大きな平均値の違いが導出された。つまり、3年目以下の看護職者は強いストレス認知を経ないでバーンアウトする可能性が示唆された。一方、10年以上の看護職者は得点が高かったことからストレスのコーピング不全でバーンアウトする可能性が示唆された。

ストレスは、死に関連ストレス以外は全て、情緒的消耗感を促進し、職場環境ストレス、役割ストレス、死に関連ストレスは、個人的達成感を促進していた。中でも、量的負担ストレスは情緒的消耗感に強い影響が示された。経験年数の階層別比較からも、4年～9年目が最も高かったことと合わせてみても、疲弊感、消耗感を生じていると考えられた。量的負担の改善は勤務を継続して行く上で重要課題であり、他の職種も含めた業務改善や労働環境の改善に取り組む必要がある。次に高い、質的負担ストレスは、緊張感が伴う仕事に対して消耗感を感じていることが影響していると考えられた。しかし、医師の指示受けや診療の補助業務は看護業務として避けることのできないことであり、対処行動として脱人格化が促進するのではないかと考えられた。また、对患者ストレスは、脱人格化を促進することについては、嫌だと思ふ患者、訴えが多い患者の応対であっても避けることはできないので、脱人格化によって自ら何らかの対処行動をとっていると考えられた。役割ストレスは、患者・家族に心のケアを行いたいと思っても業務に追われてケアの充実感を感じられないため情緒的消耗感を促進させていると考えられた。職場環境ストレスは、人間関係の気まずさから職場にいくことが嫌になる

経験は誰しもが経験したことがあると思われる。人的環境が情緒的消耗感と脱人格化の促進に影響することは、正当な結果といえる。死に関連ストレスは、脱人格化を促進しつつ、個人的達成感は促進していたことから、脱人格化は現れるが個人的達成感は温存しているので、情緒的消耗感は現れないで、バーンアウトが抑制されている可能性が考えられた。対医師ストレスは、情緒的消耗感と脱人格化を促進していた。看護職者にとって患者の視点に立った看護、擁護をする役割において、医師とのコミュニケーション不足からストレスを感じていると考えられた。

第5章の注

- 1 入院基本料とは、入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したものである。例えば、7対1の入院基本料とは、「当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。当該病棟の入院患者の平均在院日数が十八日以内であること。入院患者の重症度・看護必要度の基準該当患者が1割5分以上であること。など」診療報酬の算定要件が定められている。
- 2 採点方法は、原版では「個人的達成感の低下」は6項目の得点の合計を36から引く（平均する場合は、項目数6で除する）ことになっている。しかし、本研究では、因子分析において、因子が3因子構造をもつのかどうかを中心にして、後の多変量解析においては、そこから導出された因子得点（Bartlett法）使用することが目的であるため採点方法は6項目の得点合計から36から引くことはしていない。よって「個人的達成感」としている。
- 3 小数点第2位までの表示で同一の数値の場合、小数点第3位までの値で比較した。
- 4 「個人的達成感」については、原得点の平均値を経験年数の階層別比較して最も低い平均得点に網掛けをした。
- 5 経験年数の階層別平均得点の比較では、得点の高い項目の経験年数、得点を挙げ、次に同項目で合計の平均得点より高い得点と経験年数を示した。
- 6 ガイドラインは、各医療機関で研修を実施する際に必要となる事項を記入している。新人看護職員研修ガイドラインの基本的な考え方及び新人看護職員研修と、新人看護職員研修の効果を上げるために必要な指導者の育成についても示している。<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1225-24a.pdf>（検索日2011.7.1）

- 7 インターネット端末を利用して自宅で看護の専門知識・技術を学習できるシステムの
ことである。兵庫県ナースセンターハローワーク連携モデル事業でも紹介されている。
http://web.pref.hyogo.lg.jp/governor/documents/g_kaiken201308909_02.pdf (20 検
索日 2016.3.15)
- 8 鈴木 (2008) ストレスと生理学的基礎—ストレスとホメオスタシスの項で邦訳 (鈴木)
されたものである。
- 9 久保 (2004 : 19-20) は、行動 (コーピング coping) とは「ストレスを経験した時、
その苦痛を和らげたり、ストレスの原因 (ストレッサー) を取り除くように、行動
したり、考えたりすること」と説明し、例として、ストレスの基になっている問題
を解決するために、本を読んだり、助言を求めたりする行動を挙げている。
- 10 ここでは、中堅看護師は、概ね経験 5 年以上で交代制勤務に従事し、看護管理の任
(役職) に就いていないジェネラリストとしている。
- 11 2009年7月に保健師助産師看護師法の一部改正 : 「臨床研修の努力義務化」保健師、
助産師、看護師及び准看護師は免許を受けた後も、臨床研修その他の研修を受け、そ
の資質の向上を図るように努めなければならない。(第二十八条の二関係)
- 12 看護 (2012) では、「最長 13 時間夜勤の二交代制勤務の導入」「病棟における「総リ
ーダー制」の導入」など参考事例が複数紹介されている。

引用文献

- Allen, N. J., & J. P. Meyer, (1990) The measurement and antecedents of affective, con-
tinuance, and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational*
Psychology, 63: 1-18.
- 安東由佳子・片岡健・小林敏生 (2006) 神経難病患者のケアに携わる看護師のバーンアウ
トに影響を及ぼす職場環境ストレッサーの探索、日本看護研究学会雑誌、29(1) : 45-55.
- 福井里江・原谷隆史・外島裕ほか (2004) 職場の組織風土の測定—組織風土尺度 12 項目
版 (OCS-12) の信頼性と妥当性、産業衛生学雑誌、46 : 213-222.
- 福谷洋子・松田佳子・渡辺ちか枝ほか (2005) 看護師のバーンアウト傾向とストレスに関
する検討、第 36 回日本看護学会論文集 看護管理 : 241-243.
- 舟島なをみ (2011) 看護のための人間発達学 第 4 版、医学書院.
- Gaines, J., & J. M. Jermier, (1983) Emotional exhaustion in high stress organization.

Academy of Management Journal,26:567-586.

東口和代・森河祐子・三浦克之ほか（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）：64-72.

稲岡文昭・松野かほる・宮里和子（1984）看護職にみられる Burnout とその要因に関する研究、看護、36（4）：81-104.

稲岡文昭（1988）Burnout 現象と Burnout スケールについて、看護研究、21（2）：28.

稲岡文昭（1994）N 系列看護婦の BURNOUT に関する研究—職場の文化・風土と看護ケアのアプローチに焦点をあて、日本赤十字看護大学紀要、8：1-12.

石田真知子・柏倉栄子（2004）看護師の組織コミットメントとキャリアコミットメントの要因—2 病院の比較から、東北大学医学部保健学科紀要、13（1）：3-10.

Jackson.S.E., & R.S.Schuler,（1983）Preventing employee burnout.*Personnel*:58-68.

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（1）：33-43.

久保真人（1998）ストレスとバーンアウトの関係—バーンアウトはストレスか？、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、サイエンス社.

加藤栄子・尾崎フサ子（2011）中堅看護職者の職務継続意志と職務満足及び燃え尽きに対する関連要因の検討、日本看護管理学会誌、15（1）：47-56.

木村チヅ子（2004）第 1 章マネジメント入門：井部俊子・中西睦子（監修）看護管理学習テキスト第 3 巻看護マネジメント論、日本看護協会出版会.

Lazarus,R.S.（1966）*Psychological stress and the Coping Process*.New York:McGraw-Hill Book Company.

Leiter,M.P., & C.Maslach,（1988）The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment.*Journal of Organizational Behavior*,9:297-308.

Lawler,III,E.E., D.T.Hall, & G.R. Oldham,（1974）Organizational Climate:Relationship to Organizational Structure, Process and Performance, *Organizational Behavior and Human Performance*, 11:139.

Maslach, C.,& S.E.Jackson,（1981）The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2: 99-113.

- 松本友一郎・臼井新之助（2010）医師及び看護師との関係におけるストレスが看護師のバーンアウトに及ぼす影響、応用心理学研究、36（1）：1-12.
- 難波峰子・矢嶋祐樹・二宮一枝ほか（2007）キャリアステージ別にみた看護師の組織に対する情動的コミットメントの関連要因、岡山県立大学保健福祉学部紀要、14(1)：67-71.
- 贅川信幸・松田修（2005）看護師のバーンアウトとサポート源に関連する研究、こころの健康、20（1）：25-35.
- 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（3）：71-81.
- 日本看護協会（2012）中堅看護師サポート体制とは、看護、64（7）：1
- 岡田千夏・河野由美（2000）看護婦のバーンアウトと仕事ストレスに関する研究、飯田女子短期大学看護学科年報、3：133-147.
- 岡ユカ・宇津徹子・宮本裕美ほか（2009）合併に伴う3病院間の職場環境の分析と検討—職務満足と組織風土の関係より、第40回日本看護学会論文集 看護管理：25-80.
- 荻野佳代子（2004）看護職におけるバーンアウトプロセスモデルの検討、産業・組織心理学研究、17（2）：79-90.
- 尾崎フサ子（2003）：看護職員の職務満足に与える看護師長の承認行為の影響、新潟医学雑誌、117（3）：155-163.
- Pines,A.M.（1981） The burnout measure. Paper presented at the National Conference on Burnout with Human Services, Philadelphia.
- Reichers, A. E.（1985） A review and reconceptualization of organizational Commitment. *Academy of Management Review*, 10:465-476.
- Smith,E.E., S.Nolen-Hoeksema, B.L.Fredrickson, & G.R.Loftus,2003,*Atkinson&Hilgard's Introduction to Psychology 14th Edition*：内山一成監訳（2005）ヒルガードの心理学、ブレーン出版.
- 鈴木（2008）ストレスと生理学的基礎—ストレスとホメオスタシス：久住眞理（監著）ストレスと健康、人間総合科学大学.
- 舩森とも子（1988）看護婦の Burnout と職場環境・性格との関連について、看護研究、21：189-197.
- 澤田忠幸（2009）看護師の職業・組織コミットメントと専門職者行動、バーンアウトとの関連性、心理学研究、80（2）：131-137.

- 外島裕・松田浩平（1995）組織風土の理論と分析技法の開発：経営組織診断の理論と技術、同友館：11-29.
- 鈴木竜太（2002）組織と個人—キャリアの発達と組織コミットメントの変化、白桃書房.
- 田尾雅夫・久保真人（1996）バーンアウトの理論と実際、誠信書房.
- 高橋弘司（1997）組織コミットメント尺度の項目特性とその応用可能性—3次元組織コミットメント尺度を用いて、経営行動科学、11（2）：123-136.
- 高橋弘司（1999）態度測定（Ⅱ）組織コミットメント：渡辺直登・野口裕之（編著）組織心理測定論—項目反応理論のフロンティア、白桃書房.
- 田村正枝・竹内幸江・藤垣静枝ほか（2007）看護職者の仕事への認識および満足度に影響を与える要因に関する検討、長野県看護大学紀要、9：65-74.
- 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）：55-64.

6 終章

本章は、第1節では、第1章から第5章までのそれぞれの章を要約した後、本研究におけるファインディングス（findings）をまとめる。第2節では、本研究の今後の課題について述べる。

第1節 まとめ

本論文の序章～第5章まで、章ごとの内容を要約して述べる。

序章では、第1節～第2節は、本研究の背景と課題、研究目的と意義について述べた。その概要は、日本では超高齢社会に突入しており¹、医療サービスを利用する頻度が高まっている。団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、医療・介護の需要が急増するとき、看護職のマンパワー不足など看護・介護の受け入れが需要に対応できるのかが大きな問題となっている。一方、看護職者の離職率は高く、特に看護の専門性を獲得する出発点である新人看護職者の早期離職予防はきわめて重要である。調査研究の結果では、看護職のメンタルヘルス不調やバーンアウト傾向に陥って休職、離職が問題となっている。このような現状を踏まえ、本研究では、昨今増えているストレスに注目して、看護職者のバーンアウトの形成因を明らかにし、今後の看護職の定着促進及び離職防止対策に役立てられることは、延いては将来の日本の医療・介護サービスの質の向上に向けた看護職員を確保するために重要であり、研究動機に至っている。第3節は、本研究の構成を述べた。

第2章では、バーンアウトを理解するために先行研究のレビューを行った。バーンアウトはストレス研究の一つに位置づけられることから、第1節～第3節は、ストレスの概念とストレス研究の変遷についてレビューを行った。ストレスの概念は、セリエ（H.selye 1907-1982）の提唱したストレス概念を中心にストレッサー、ストレスのメカニズム及びストレスに対する心理的反応と生理的反応、そして、ストレス研究の変遷をまとめた。次に、第4節～第5節は、バーンアウト概念について、フロイデンバーガー（Freudenberger 1974）、マスラック（Maslach 1976）、パインズ（Pines 1977）、久保ら（久保・田尾 1994）による定義とバーンアウトの症状（田尾・久保 1996：19-24）をまとめた。そして半世紀を超えて研究されているバーンアウト研究における実証研究の変遷については、マスラック・バーンアウト尺度（Maslach Burnout Inventory 以下 MBI）、バーンアウト・メ

ジャー (the Burnout Measure 以下 BM)、MBI に準拠した (日本版) バーンアウト尺度に関する先行研究を紐解くことでレビューを行った。

第 3 章では、本研究の基礎的研究の位置づけとして、新人看護職者を対象にバーンアウトの実態と看護療法²の効果に関する実証調査を行った。第 1 節は、この実証調査の動機を述べた。その概要は、筆者が 2008 年に質問紙調査を行った A 県内の一般病院に勤務する看護職者の経験年数の層別による分析から、新人看護職者のバーンアウト傾向が 6 割以上を占めていた。このことは離職に繋がりがかねないと危惧をいただいたのが発端となっている。第 2 節は、調査からみた新人看護職者の早期離職等の実態とバーンアウト研究の文献レビューを行った。第 3 節は、実証研究に至る問題意識を 4 点挙げて明らかにしたい内容を整理した。そして、文献レビューから新人看護職者のバーンアウト実証研究のための概念操作化は、アレンとメイヤー (Allen & Meyer 1990) の 3 次元コミットメント尺度の日本語版 (高橋 1997) とし、パインズ (Pines 1981) により開発された The Burnout Measure の日本語版 (稲岡 1988) を適用した。第 4 節は、新人研修に看護療法の研修を実施し、臨床で実践できるように教育担当者が中心となり支援を行った。その後、入職後 6 ヶ月目、12 ヶ月目に質問紙調査及び面接調査を行い、統計解析による分析及びテキストマイニングにより言語間の関係性を分析した。これらの定量的・定性的事実発見型の実証調査分析を通じて、組織コミットメントの情動的コミットメント及び看護療法は、入職 1 年未満の新人看護職者に対してバーンアウトを抑制し、一方、継続的コミットメントはバーンアウトを促進するという知見が得られた。しかし、先行研究などでも指摘されているとおり、新人看護職者が入職 1 年未満でバーンアウト現象が現れるということに正当性が存在するか否かという議論も無視できないと考えた。そこで第 3 章の知見を発展的に拡大し、守備範囲のより大きなモデルを構築して大量サンプルによる実証研究の実証の有意義性を確認するに至った。

第 4 章では、第 1 節～第 2 節は、第 3 章の新人看護職者のバーンアウトの基礎的研究を踏まえて、看護職者のバーンアウトの形成因に関する概念を整理し、理論仮説モデルを構築した。理論仮説モデルは、組織風土と組織コミットメントを外生変数として、内生変数にストレスを想定し、最終従属変数としてバーンアウトを位置させた。第 3 節は、理論仮説モデルに従って、看護職者のバーンアウトの要因及び実証研究で用いる概念操作化のための文献レビューを行った。そして文献レビューから、看護職者を対象とした実証研究のための概念操作化を行った。バーンアウトは、多面的に考察を進めていくために、3

因子の下位尺度からなる MBI に準拠した久保（1998）の「日本語版バーンアウト尺度」、組織コミットメントは、前章と同じくアレンとメイヤー（Allen & Meyer 1990）の 3 次元コミットメント尺度の日本語版（高橋 1997）、ストレッサーに関しては、東口ら（東口・森河ほか 1998）の「臨床看護職者の仕事ストレッサー測定尺度（Nursing Job Stressor Scale : NJSS）」、組織風土は、福井ら（福井・原谷 2004）の「組織風土尺度 12 項目版（the 12-item Organizational Climate Scale : OCS-12）」とし、理論仮説モデルに対する測定尺度を規定した。

第 5 章では、看護職者におけるバーンアウトの形成因の実証研究を行った。第 1 節は、これまでの本研究の概要と本章の実証研究の概要について述べた。第 2 節は、実証研究の研究目的、研究方法を示し、質問紙調査結果より基本統計量を算出した。次に、第 4 章で構築された理論仮説モデルを実証するために、まず、因子分析を行った。そして、因子分析の結果から抽出された因子別に因子負荷量 0.4 以上の質問項目を抽出し、その抽出された質問項目の原得点の総和を求め、質問項目数で除した平均得点を算出し、経験年数に関する傾向を把握するために階層別比較を行った。ここでは、因子負荷量 0.4 以上の質問項目ごとに、原得点の平均値を経験年数の階層別比較して最も高い平均得点（high score）のことを以下、HS と略す。その結果、バーンアウトは、情緒的消耗感に関しては、3 年目以下に HS が顕著に認められた。一方、ストレッサーは、全体の項目で 3 年目以下は得点が低く、10 年以上が高い傾向にあることが顕著に示された。しかし、ストレッサーの因子の中でも量的負担ストレッサーに関しては、4 年～9 年目が高い傾向を示した。組織コミットメントに関しては、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメントの 3 因子ともに、4 年～9 年目で一端低下し、その後再び上昇する傾向がみられた。また、1 年未満が 3 因子の得点が高い傾向が示された。組織風土は、1 年未満の組織環境性が高く、伝統性が低い傾向を示した。それ以降は、経験年数が増すほど伝統性の得点が上昇する傾向を示した。次に、因子分析の結果に基づいて、理論仮説モデルを実証できるように作業仮説モデルへと修正を行った。第 3 節は、重回帰分析を行い、作業仮説モデルに基づいた検証を行った結果、バーンアウトの 3 つの因子間に特徴的な差異が 8 点認められた。①組織風土の組織環境性は、情緒的消耗感には正、脱人格化には負、個人的達成感の低下には影響がない。また、②職場環境ストレッサーは、情緒的消耗感と脱人格化には正、個人的達成感の低下には負の影響がある。③情動的コミットメントは、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の低下のすべてに抑制効果がある。④役割ストレッサーは、情緒

的消耗感に正、個人的達成感の低下に負の影響がある。⑤継続的コミットメントは、情緒的消耗感と個人的達成感の低下を抑制する。⑥死に関連するストレスは情緒的消耗感とは影響せず、脱人格化を促進し、個人的達成感の低下を抑制する。⑦量的負担ストレスと対医師ストレスは情緒的消耗感の促進に影響する。⑧伝統性、質的負担ストレス、対患者ストレスの3因子は、情緒的消耗感、脱人格化を促進する。さらに、標準偏回帰係数の大きさからは、情緒的消耗感への質的負担、量的負担の両ストレスの強い正の影響力、個人的達成感の低下への情動的コミットメント、脱人格化へのそれぞれ負の影響力が顕著であった。第4節は、実証研究の結果から考察を述べた。第5節は、考察の内容を要約してまとめとした。

次に、本研究におけるファインディングス（findings）を以下に述べる。

第一に、新人看護職者の新人研修で看護療法の講義及び演習を取り入れ、看護療法の実践は入職後12ヵ月目には約8割の者が実践していた。面接調査結果では、看護療法の研修を取り入れたことについて、対象者のほぼ全員が研修の有効性を認めていた。その理由として、看護療法を実践することで患者とのコミュニケーションの方法が広がり、その時の患者の反応から看護の手応えを実感でき、看護に対する自信につながっていた。バーンアウト得点については、入職後6ヵ月目4.00と入職後12ヵ月目4.15を比較すると0.15上昇していた。バーンアウト状態からみても、入職後12ヵ月目には、健全群が15.6%から4.4%に減少し、警戒群が35.6%から46.7%に増加していた。6ヵ月間の時間的経過のなかで新人看護職者のバーンアウトが深刻化していることがわかる。しかし、いずれも筆者ら（加藤・尾崎 2010）の2008年調査の4.30と比較するとバーンアウト傾向は減少していた。以上の結果から、バーンアウト得点の減少化及び対象者から看護療法の研修をする有意義性が認められた。よって患者との関わりの中で看護する喜びを感じ、自分に自信がもてるような研修を入職後早い時期に企画して、臨床現場で実践できるように支援することがバーンアウトを抑制するために重要であると考えられた。

第二に、組織コミットメントの入職後6ヵ月目、12ヵ月目の視点から分析した結果、入職後6ヵ月目には情動的コミットメント、日本型情動的コミットメントが高いほど、バーンアウトが低減することが示された。一方、入職後12ヵ月目には情動的コミットメント、継続的コミットメントが抽出され情動的コミットメントが高く継続的コミットメントが低くなるほど、バーンアウト傾向が低くなることが示された。つまり、因子が2つ抽出され

たが、入職後 12 ヶ月目にはバーンアウト抑制因が異なることが導出された。このことは、情動的コミットメントの向上がバーンアウト抑制に効果的な場合と継続的コミットメントの減少がバーンアウト抑制に効果的な場合の 2 種類のバーンアウトの存在が示唆されていると解釈することも可能であると考えられた。この含意を拡大解釈するならば、看護職者一般に当該研究の知見を援用することが可能であると推測した。つまり、職業意識を強く持ちすぎるところから来るバーンアウトをここでは I 型とよび、サイドベット (side bet) 的なフリーライド (free ride) の常態化からくる無気力感に起因するうつ傾向としてのバーンアウトを II 型とよぶことにした。このように 2 つのバーンアウトの存在可能性を想定するという仮説を構築するに至った。しかし、多母集団同時分析で有意な結果がでていなかった。次の第 5 章の実証研究では、大規模サンプルで実証されることを期待して臨んだが結果は棄却され、継続的コミットメントと規範的コミットメントもバーンアウトを抑制するという結果がでた。そこで、クロス集計で平均値を求め、経験年数別に比較したところ、ストレスサーに関して 3 年目以下で大きな平均値の違いが導出された。つまり、3 年目以下の看護職者は強いストレス認知のプロセスを経ないでバーンアウトする可能性が示唆された。一方、10 年以上の看護職者のストレス項目の得点が非常に高かった。彼らは一般的にいわれているところのストレスのコーピング不全でバーンアウトする可能性が示唆された。今後の実証研究の蓄積がなされるならば、一般的に看護の研究の領域でいわれているところの新人看護職者にバーンアウトが存在するのかという疑問に一石を投じる研究になるかも知れない。つまり、ストレス理論におけるコーピングを経るバーンアウトとその前でバーンアウトする種類の存在が示唆された。

第三に、就職後 1 年目の新人看護職者に燃え尽きが多いという報告に対し「燃え尽き現象」の定義からすると多くの疑問が生じるという批判もある (稲岡 1995: 56)。具体的には、1 年未満で燃え尽きが実際に発生するのだろうかという疑問である。しかし、前述したように、本研究では、情緒的消耗感は 3 年目以下に高い得点が顕著であった。中でも 1 年未満の得点が高く、HS が 50% を占めていた。特に高値を示した項目は、「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」、「1 日の仕事が終わると『やっと終わった』と感ずることがある」、「体も気持ちも疲れはてたと思うことがある」であった。そのことは第 3 章の基礎的研究で入職後 6 ヶ月目と 12 ヶ月目の時点で新人看護職者に面接調査を行ったときの変化からも感じとれた。新人看護職者の数人は就職後 12 ヶ月には不眠、胃痛、嘔気などの身体的症状があり、語りや表情から入職 6 ヶ月目の生き生き

していた様子が減退しているような印象を受けた。心身の消耗感が強まっていると感じられた。この背景には夜勤による生活リズムの変化に慣れないなど、心身の疲れから仕事と生活のバランスが崩れていることから考えられた。しかし、ストレスの項目はほぼ全て経験年数の階層別では最も低い値を示していた。さらに、組織コミットメントでもHSは、規範的コミットメントは全項目を占め、継続的コミットメントは66.67%を占めていた。この結果から、1年未満であってもⅡ型バーンアウトというタイプのバーンアウトが発生することが示唆された。

第四に、看護職者のバーンアウトの形成因の検証結果から、3つの因子間に特徴的な差異は以下の8点であった。①組織風土の組織環境性は、情緒的消耗感には正、脱人格化には負、個人的達成感の低下には影響がない。②職場環境ストレスは、情緒的消耗感と脱人格化を促進し、個人的達成感の低下を抑制する。③情動的コミットメントは、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の低下のすべてに抑制効果がある。④役割ストレスは、情緒的消耗感を促進し、個人的達成感の低下を抑制する。⑤継続的コミットメントは、情緒的消耗感を抑制し、かつ個人的達成感の低下を抑制する。⑥死に関連するストレスは、情緒的消耗感には影響せず、脱人格化を促進し、個人的達成感の低下を抑制する。⑦量的負担ストレスと対医師ストレスは、情緒的消耗感の促進に影響する。⑧伝統性、質的負担ストレス、对患者ストレスの3因子は、情緒的消耗感と脱人格化を促進する。

最後に本研究が病院及び一般の組織にどのように貢献ができるのか述べる。

これまでの看護領域におけるバーンアウト研究では、組織コミットメント、組織風土の視点での研究が少ない中で、本研究では、ストレスを内生変数とし、外生変数に組織コミットメントを投入するという理論仮説モデルを作成し、実証してきた。それにより組織コミットメントがどのようなときにストレスをコーピングできない状態になり、バーンアウトを発生するのかという少なくとも一つの脈絡が見えてきている。もう一つの脈絡というのは、組織風土がストレスにどのように影響を及ぼし、また、バーンアウトにどのような影響を及ぼすかということが見えてきた。組織風土と組織コミットメントに関しては、経営組織学もしくは組織心理学、産業組織心理学等々のテーマとしてこれまで蓄積研究がされてきていることから、学際的な関連領域との統合も可能となってくる。統合することで経営マネジメントあるいは看護管理の領域において、どのようなマネジメントを

すれば、どのようなバーンアウト抑制、あるいは促進を促すかという脈絡で、本論文は貢献し得る。

もう一つは、組織風土と組織コミットメントを連結した研究というのは極めてオリジナリティが高く、そのことにおいて経営学領域に連結する可能性の視座がでてきた。基礎的研究においても本研究においても情動的コミットメントが高ければ高いほどバーンアウトを抑制していたことから、情動的コミットメントを上げるような人的資源管理はバーンアウトを抑制する施策として極めて重要である。しかも、基礎的研究の継時的調査において、半年間で情動的コミットメントは減少するという実態も今の看護領域にはあるということからマネジメントに繋げていくことができる。つまり、看護職者の場合は、入職半年目から1年目の半年間が非常に重要である。その間における有効性としては、もっと追試が必要ではあるが、看護療法のような多面的に人間に接触するような研修を取り入れることが有効といえる。

第2節 今後の課題

本研究では、看護職者におけるバーンアウトの形成因を明らかにすることを目的に実証研究を行ってきた。第3章の新人看護職者に関する基礎的研究を包含する、より普遍的な知見導出を可能とする一般モデルを目指して、全体の看護職者を対象に大規模質問紙調査による実証研究を行った。仮説の検証を行うことでいくつかの課題も明らかになってきた。

まず、研究の分析方法については、因子分析、重回帰分析による検証を行っているが、今後、本研究で分析対象となったデータに対する経時的な調査を追加して、複数時点での比較を行い、共分散構造分析を用いて因果モデルの精緻化を行っていききたい。また、経験年数の階層別にバーンアウトとストレッサー、組織風土、組織コミットメントとの関係性分析を行い、看護職者のバーンアウトの形成因の違いを明らかにする必要がある。さらに、今回は、バーンアウトの形成因に焦点を当て、従属変数としてバーンアウトを位置させる理論モデルに従って実証したが、今後は、それに関連するうつやアパシーなどを含めて、離職予防のための実践的な対策に繋げるための検討が必要である。

研究の調査方法については、各施設の看護職者にヒヤリングを行い定性的な要因、アクションリサーチによる当該病院の看護職者と共に何らかの改善策を作ってどのように病院が変わっていくかなど、方法論が十分でなかった。よって、今後、サンプル数と病院数を

増やし、尚且つ方法論としては定性的・定量的調査の併用及びアクションリサーチといった多角的な実証研究の重要性があると認識している。

文献検討については、組織風土に関しても、本研究は組織風土研究ではなかったために、看護領域で重要とされる知見、実証研究を中心に取り組んだものであるが、範囲を広げ、病院以外の一般企業、学校などの職員を対象とした実証研究も網羅して、本研究の深耕を目指す必要があると考える。さらに、米国とは医療の在り方が違うため、本研究には適応しづらいところがあり、文献検討をはじめ日本におけるバーンアウト研究を中心に行ってきた。しかし、バーンアウト研究は、今や米国をはじめ国際的な関心が寄せられつつあり、より普遍的、学問的に研究するためには日本のみならず米国を中心とした欧米諸国の文献検討も必要である。今後、継続的に米国中心とした国際的な視点から多角的に深堀していきたいと考える。

終章の注

- 1 総務省統計局の調査で、人口推計年齢別人口（平成 25 年 10 月 1 日現在）では、65 歳以上の高齢者人口は、過去最高の 3189 万 8 千人となり、総人口に占める割合も 25.1%と、4 人に 1 人が 65 歳以上人口となった。<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2013np/index.htm#a05k25-a>（検索日 2014.4.30）
- 2 本研究における用語の定義として、看護療法とは、看護の対象となる人をホリスティックにとらえ、ケアリングを通して、看護独自の機能を最大に発揮し、対象の好ましい変化を目指す意図的働きかけとする。今回の具体的内容は、看護実践場面における笑顔、マッサージ（着衣の上からの背部及びオリーブオイルを使用したハンドマッサージ）、回想法、意図的タッチを取り入れた。

引用文献

- Allen, N.J., & J.P. Meyer, (1990) The measurement and antecedents of affective, continuance, and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63:1-18.
- Freudenberger, H.J. (1974) Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30:159-165.
- 福井里江・原谷隆史・外島裕ほか（2004）職場の組織風土の測定—組織風土尺度 12 項目版（OCS-12）の信頼性と妥当性、産業衛生学雑誌、46：213-222.

- 東口和代・森河祐子・三浦克之ほか（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）：64-72.
- 稲岡文昭（1988）Burnout 現象と Burnout スケールについて、看護研究、21（2）：28.
- 稲岡文昭（1995）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、日本看護協会出版会：54-63.
- 加藤栄子・尾崎フサ子（2010）：新人看護職者の仕事への認識，満足度及び燃え尽きから捉えた職務継続支援の検討，第 41 回日本看護学会論文集 看護管理：290-293.
- 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（1）：33-43.
- 久保真人（1998）ストレスとバーンアウトの関係—バーンアウトはストレスか？、産業・組織心理学研究、12：5-15.
- Maslach,C.（1976）Burned-out,*Human behavior*,5:16-22.
- Pines,A.M., & E.Aronson,（1977）*Burnout : From tedium to personal growth*, New York : Free Press.
- Pines,A.M.（1981）The burnout measure. Paper presented at the National Conference on Burnout with Human Services, Philadelphia.
- 田尾雅夫・久保真人（1996）バーンアウトの理論と実際、誠信書房.
- 高橋弘司（1997）組織コミットメント尺度の項目特性とその応用可能性—3次元組織コミットメント尺度を用いて、経営行動科学、11（2）：123-136.

付録

図表

以下に、バーンアウト、仕事のストレッサー、組織コミットメント、組織風土の質問項目の順番に、質問項目と経験年数のクロス集計表と棒グラフ及び度数分布とする。

1. 「経験年数」と「バーンアウト」のクロス集計表と棒グラフ、度数分布
2. 「経験年数」と「仕事のストレッサー」のクロス集計表と棒グラフ、度数分布
3. 「経験年数」と「組織コミットメント」のクロス集計表と棒グラフ、度数分布
4. 「経験年数」と「組織風土」のクロス集計表と棒グラフ、度数分布

各項目には、以下のように略する。

- ・バーンアウト (burnout) : BQ
- ・ストレッサー (stressor) : SQ
- ・組織コミットメント (organizational commitment) : OQ
- ・組織風土 (organizational climate) : CQ

クロス集計表、度数分布図では 5 段階評価を以下のように略する。

- ・ストレッサー
0 : 状況なし、1 : ほとんど感じない、2 : 少し感じる、3 : かなり感じる、
4 : 非常に感じる
- ・バーンアウト
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
- ・組織コミットメント、組織風土
1 : 全くそう思わない、2 : そう思わない、3 : どちらでもない、4 : そう思う
5 : とてもそう思う

「経験年数」と「バーンアウト」のクロス集計表の棒グラフ、度数分布

BQ1 こんな仕事、もうやめたい」と思うことがある。

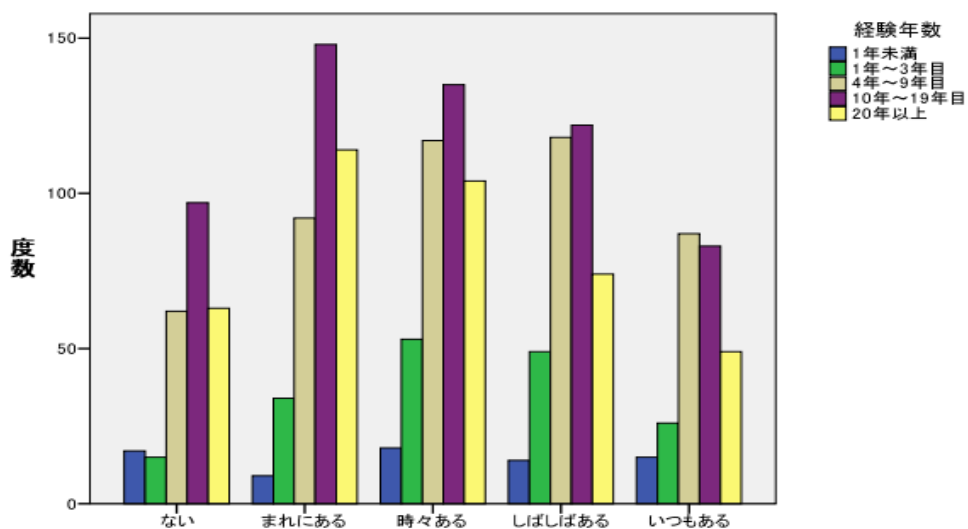


図 1 BQ01 のクロス集計グラフ

表 1 BQ01 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
BQ01	1	17	15	62	97	63	254
	2	9	34	92	148	114	397
	3	18	53	117	135	104	427
	4	14	49	118	122	74	377
	5	15	26	87	83	49	260
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.01	3.21	3.16	2.91	2.83	3.00



図 2 BQ1 の度数分布

BQ2 我を忘れるほど仕事に熱中することがある。

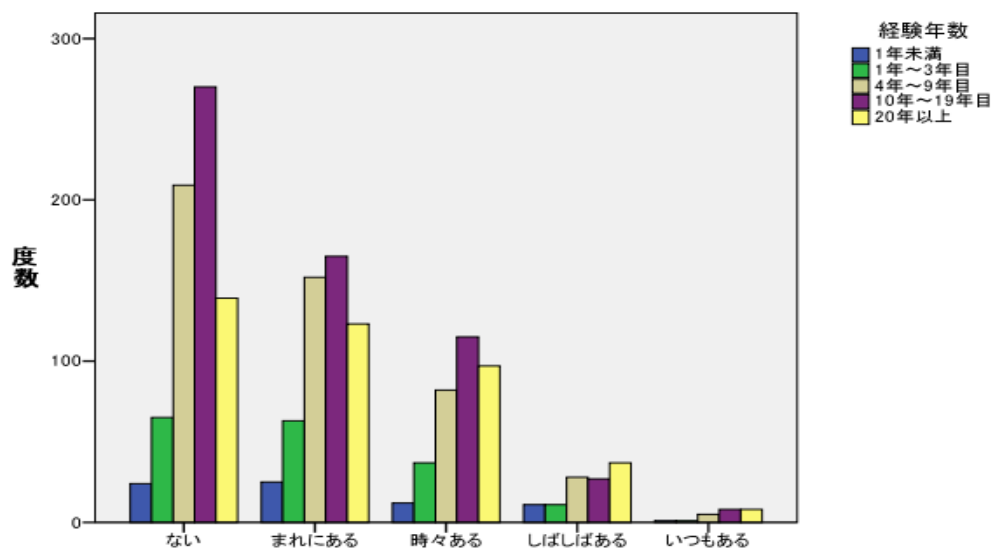


図3 BQ02 のクロス集計グラフ

表2 BQ02 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
BQ02	1	24	65	209	270	139	707
	2	25	63	152	165	123	528
	3	12	37	82	115	97	343
	4	11	11	28	27	37	114
	5	1	1	5	8	8	23
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.18	1.98	1.88	1.87	2.14	1.96

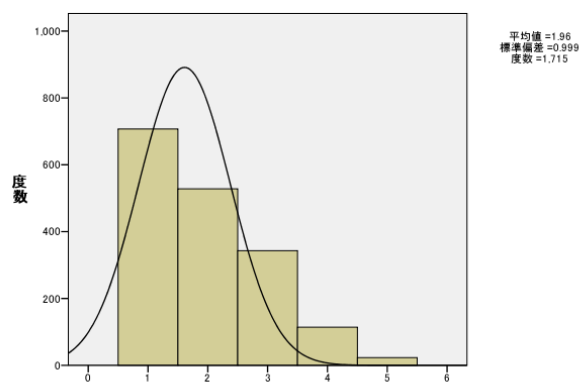


図4 BQ02 の度数分布

BQ3 こまごとと気づきぱりすることが面倒に感じることもある。

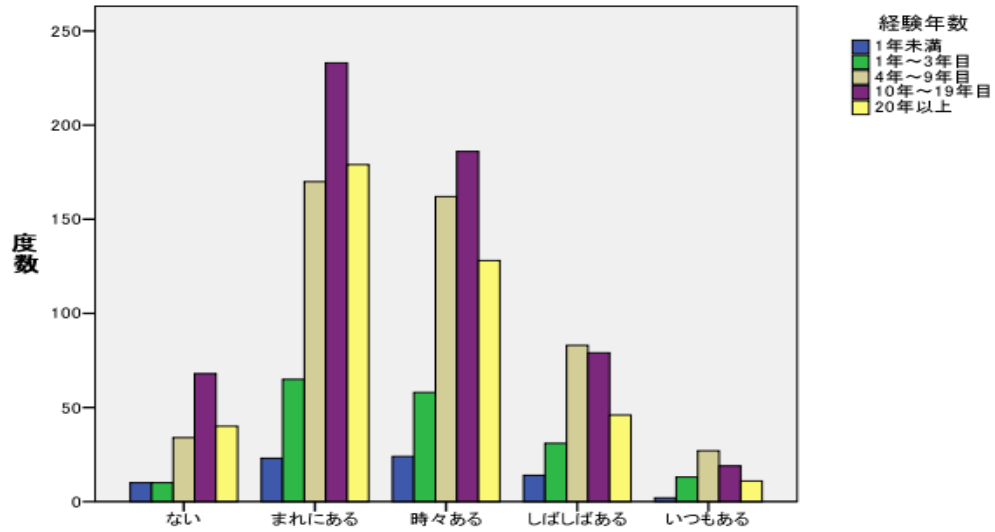


図 5 BQ03 のクロス集計グラフ

表 3 BQ03 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
BQ03	1	10	10	34	68	40	162
	2	23	65	170	233	179	670
	3	24	58	162	186	128	558
	4	14	31	83	79	46	253
	5	2	13	27	19	11	72
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.66	2.84	2.79	2.57	2.53	2.65

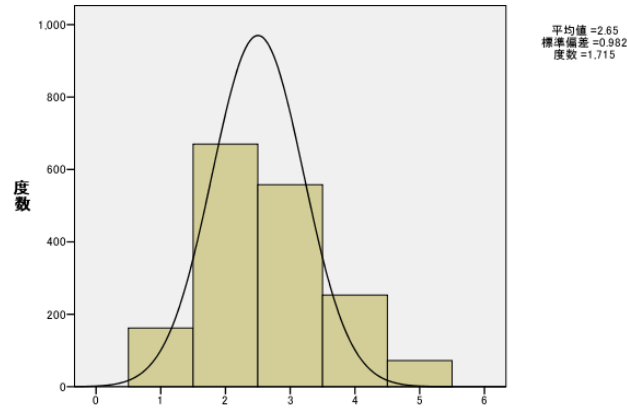


図 6 BQ03 の度数分布

BQ4 この仕事は私の性分に合っていると思うことがある。

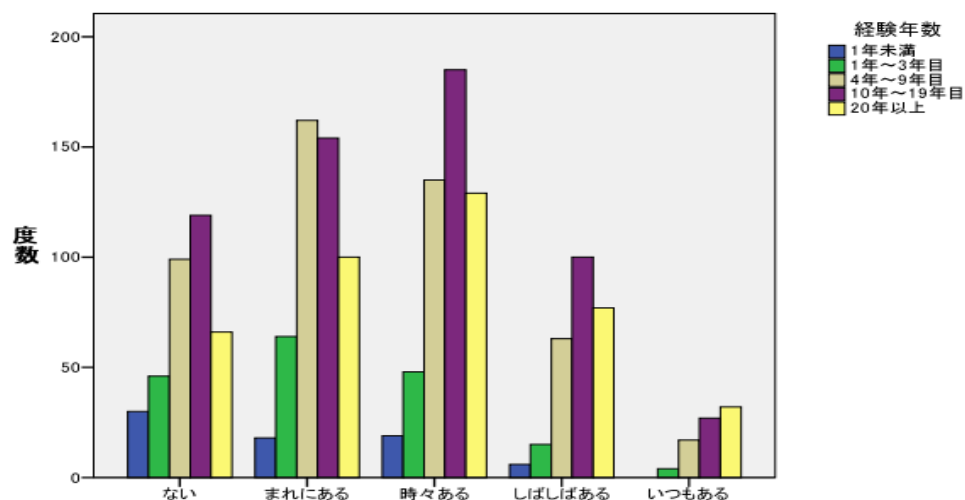


図 7 BQ04 のクロス集計グラフ

表 4 BQ04 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
BQ04	1	30	46	99	119	66	360
	2	18	64	162	154	100	498
	3	19	48	135	185	129	516
	4	6	15	63	100	77	261
	5	0	4	17	27	32	80
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.01	2.25	2.45	2.59	2.77	2.54

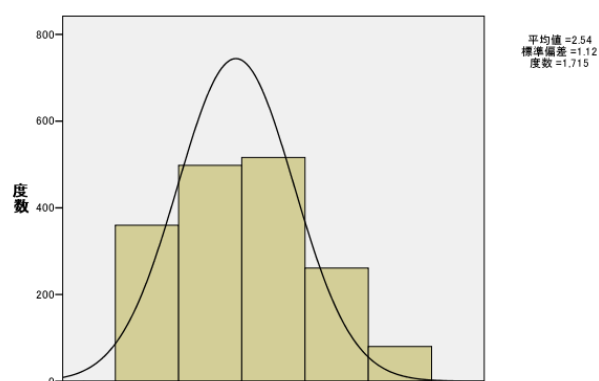


図 8 BQ04 の度数分布

BQ5 同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある。

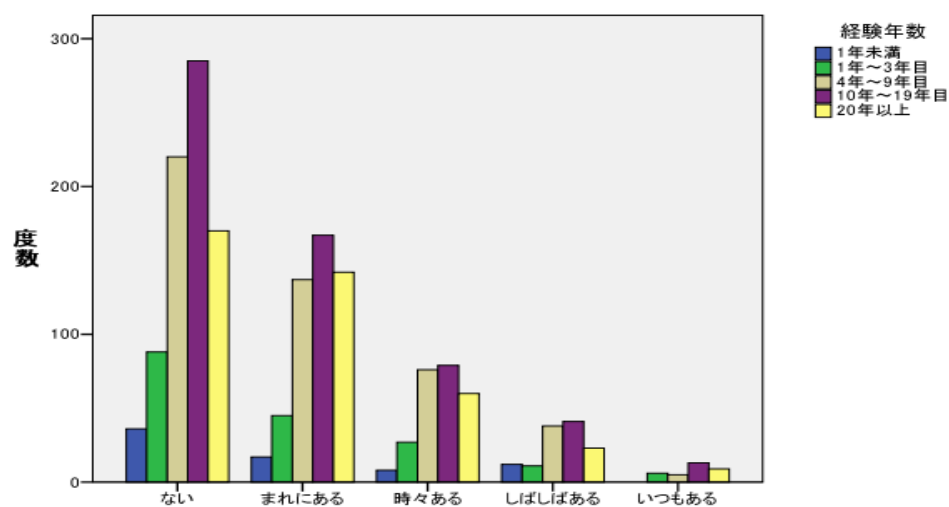


図 9 BQ5 のロス集計グラフ

表 5 BQ5 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
BQ5	1	36	88	220	285	170	799
	2	17	45	137	167	142	508
	3	8	27	76	79	60	250
	4	12	11	38	41	23	125
	5	0	6	5	13	9	33
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		1.95	1.88	1.89	1.85	1.91	1.88

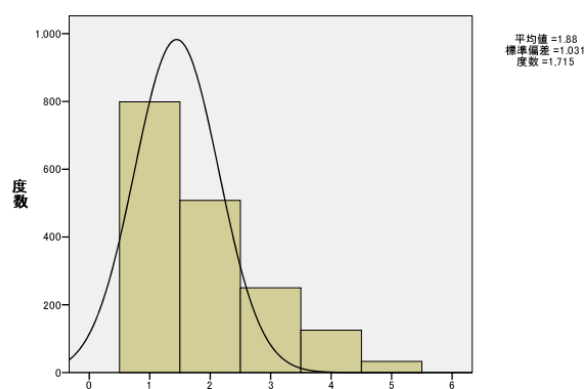


図 10 BQ5 の度数分布

BQ6 自分の仕事がつまらなく思えて仕方がないことがある。

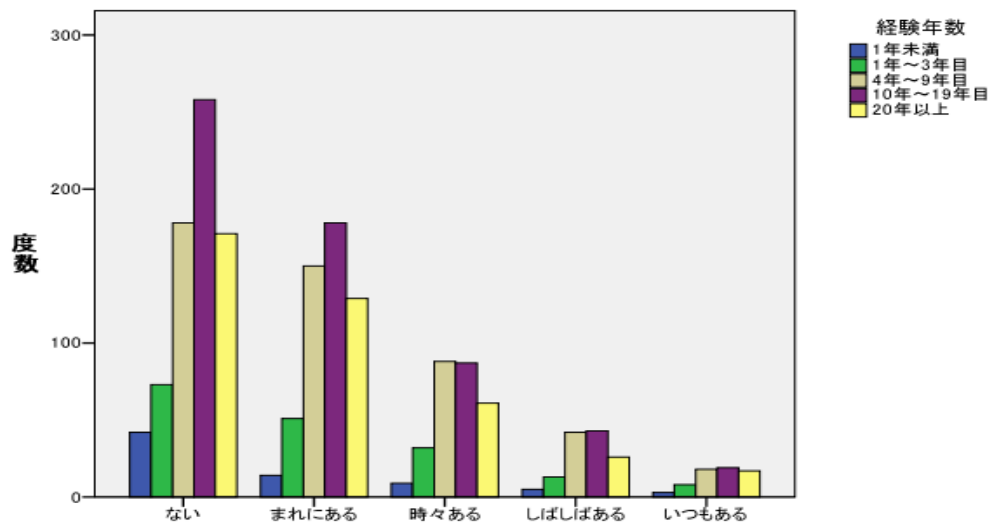


図 11 BQ06 のクロス集計グラフ

表 6 BQ06 のクロス集計グラフ

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
BQ06	1	42	73	178	258	171	722
	2	14	51	150	178	129	522
	3	9	32	88	87	61	277
	4	5	13	42	43	26	129
	5	3	8	18	19	17	65
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		1.81	2.05	2.10	1.95	1.98	2.00

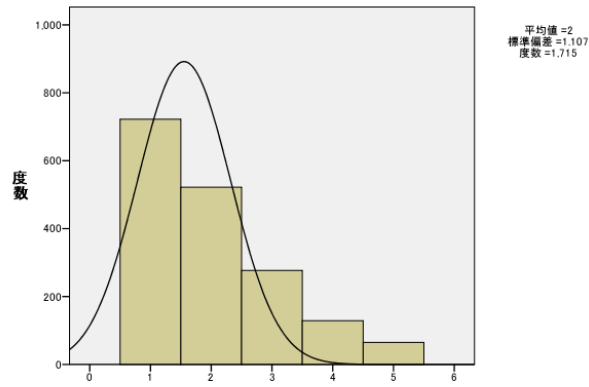


図 12 BQ6 の度数分布

BQ7 1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。

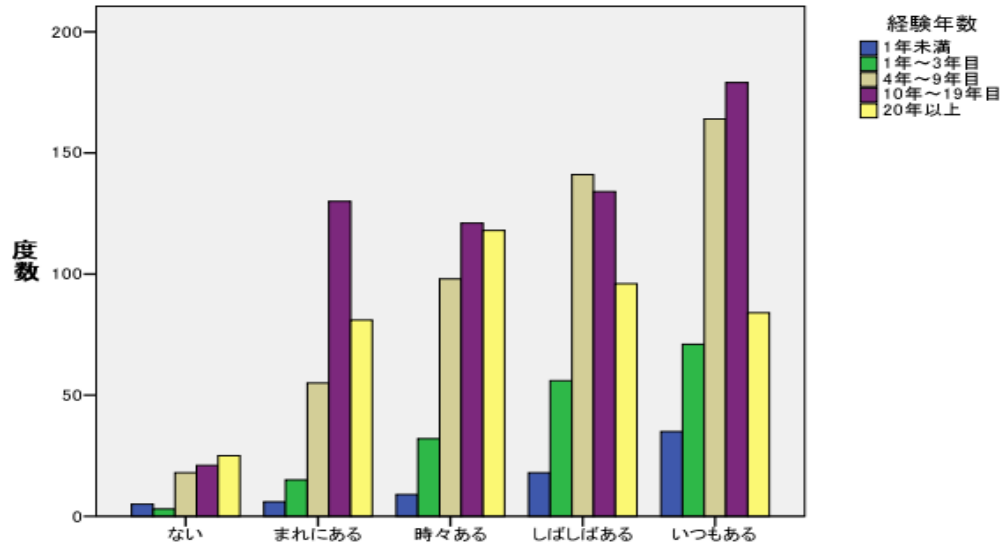


図 13 BQ7 のクロス集計グラフ

表 7 BQ7 のクロス集計グラフ

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
BQ07	1	5	3	18	21	25	72
	2	6	15	55	130	81	287
	3	9	32	98	121	118	378
	4	18	56	141	134	96	445
	5	35	71	164	179	84	533
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.99	4.00	3.79	3.55	3.33	3.63

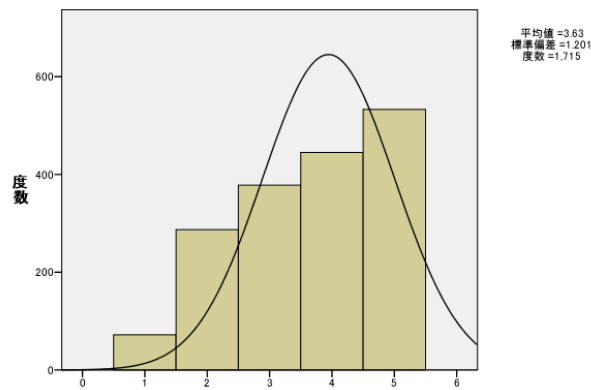


図 14 BQ7 の度数分布

BQ8 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。

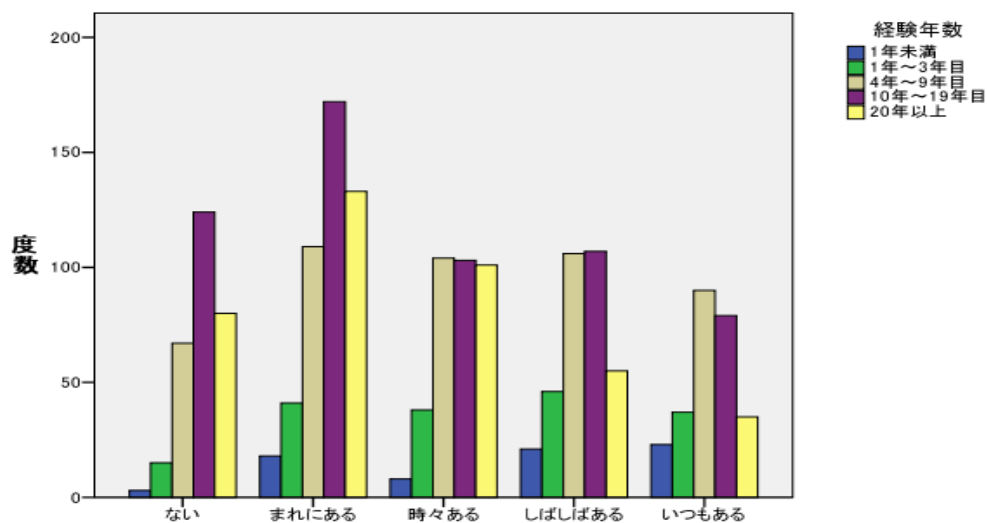


図 15 BQ8 のクロス集計グラフ

表 8 BQ8 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
BQ08	1	3	15	67	124	80	289
	2	18	41	109	172	133	473
	3	8	38	104	103	101	354
	4	21	46	106	107	55	335
	5	23	37	90	79	35	264
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.59	3.28	3.09	2.74	2.58	2.89

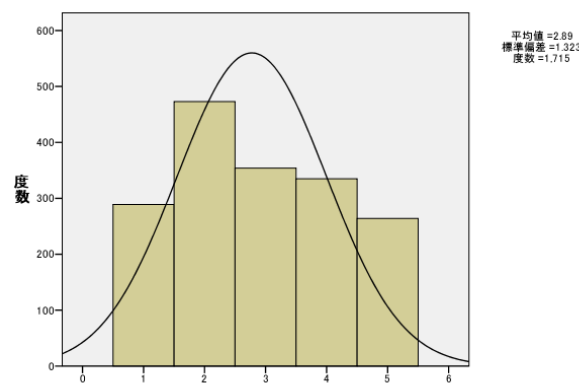


図 16 BQ8 の度数分布

BQ9 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。

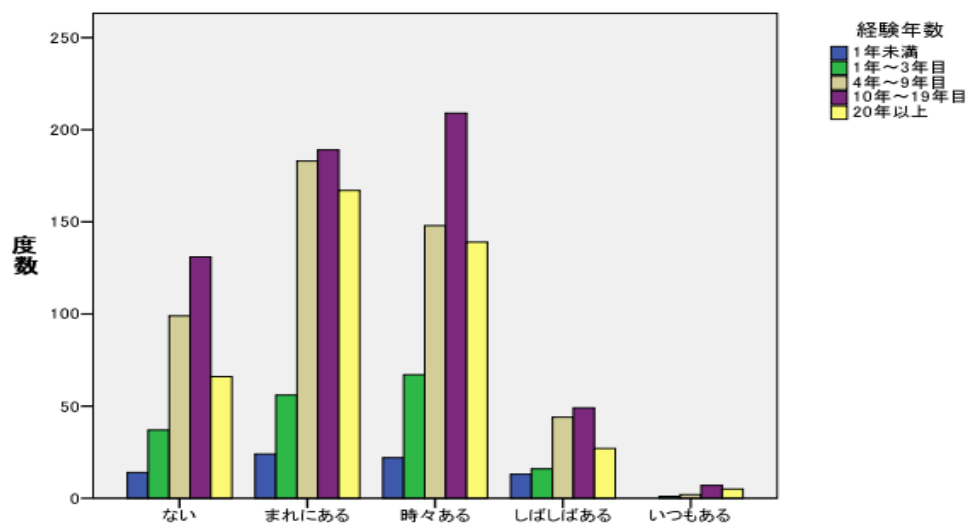


図 17 BQ9 のクロス集計グラフ

表 9 BQ9 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
BQ9	1	14	37	99	131	66	347
	2	24	56	183	189	167	619
	3	22	67	148	209	139	585
	4	13	16	44	49	27	149
	5	0	1	2	7	5	15
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.47	2.37	2.30	2.34	2.35	2.34

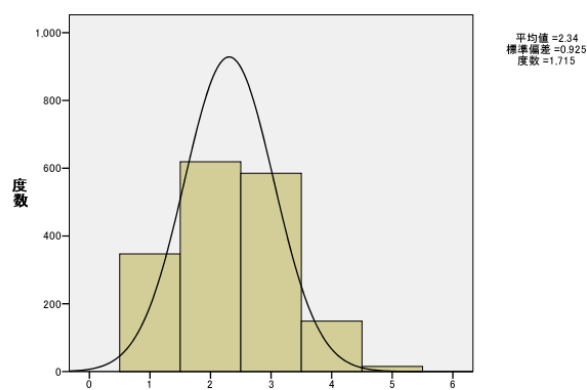


図 18 BQ9 の度数分布

BQ10 同僚や患者と、何も話したくなくなることがある。

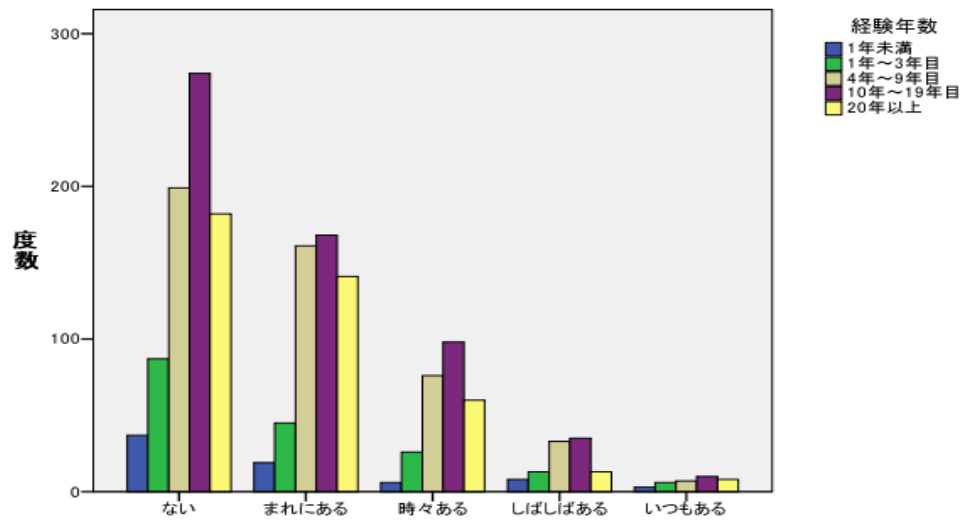


図 19 BQ10 のクロス集計グラフ

表 10 BQ10 のクロス集計グラフ

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
BQ10	1	37	87	199	274	182	779
	2	19	45	161	168	141	534
	3	6	26	76	98	60	266
	4	8	13	33	35	13	102
	5	3	6	7	10	8	34
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		1.92	1.90	1.92	1.87	1.82	1.88

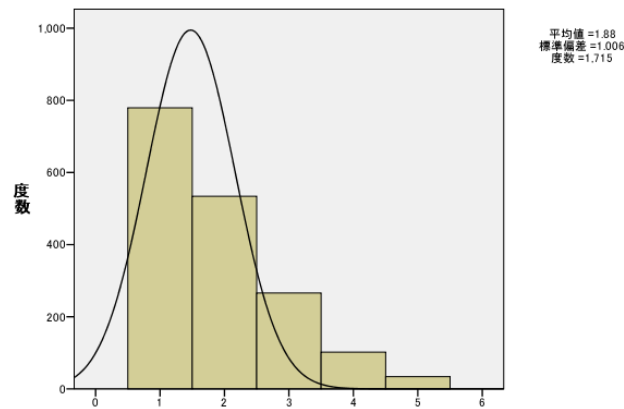


図 20 BQ10 の度数分布

BQ11 仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。

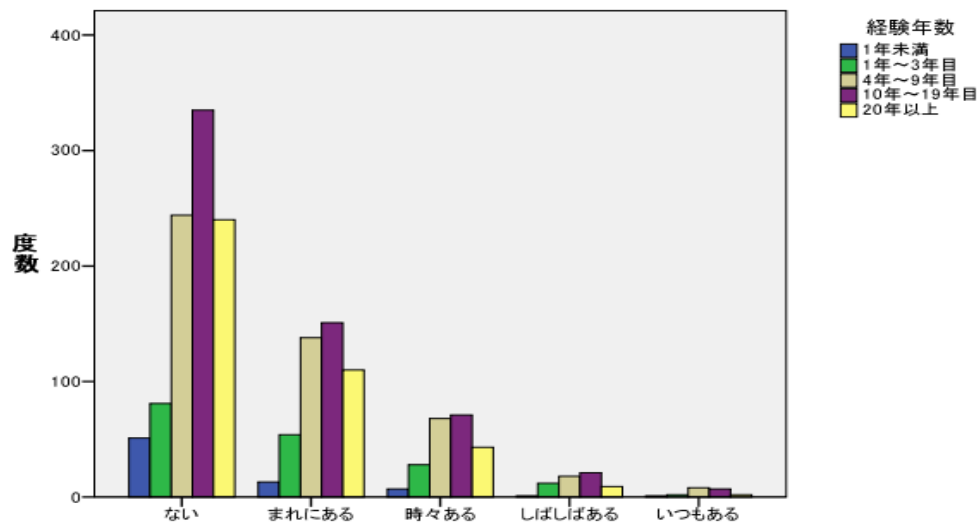


図 21 BQ11 のクロス集計グラフ

表 11 BQ11 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
BQ11	1	51	81	244	335	240	951
	2	13	54	138	151	110	466
	3	7	28	68	71	43	217
	4	1	12	18	21	9	61
	5	1	2	8	7	2	20
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		1.47	1.87	1.76	1.66	1.57	1.68

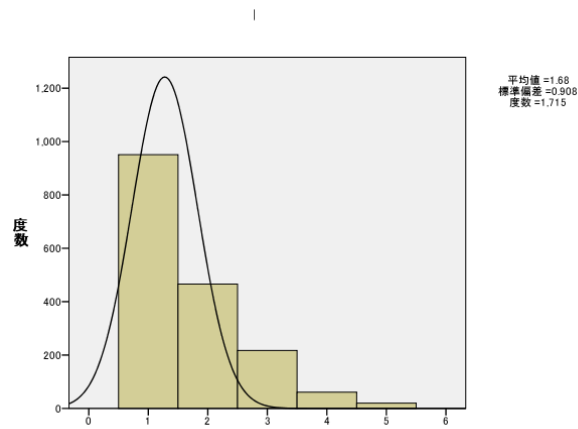


図 22 BQ11 の度数分布

BQ12 仕事のために心にゆとりがなくなっただと感することがある。

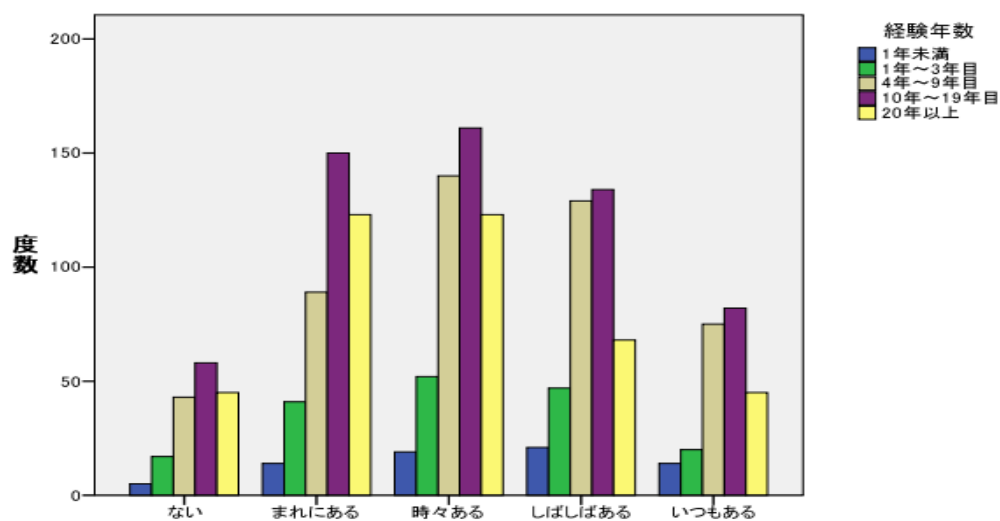


図 23 BQ12 のクロス集計グラフ

表 12 BQ12 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
BQ12	1	5	17	43	58	45	168
	2	14	41	89	150	123	417
	3	19	52	140	161	123	495
	4	21	47	129	134	68	399
	5	14	20	75	82	45	236
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.34	3.07	3.22	3.05	2.86	3.07

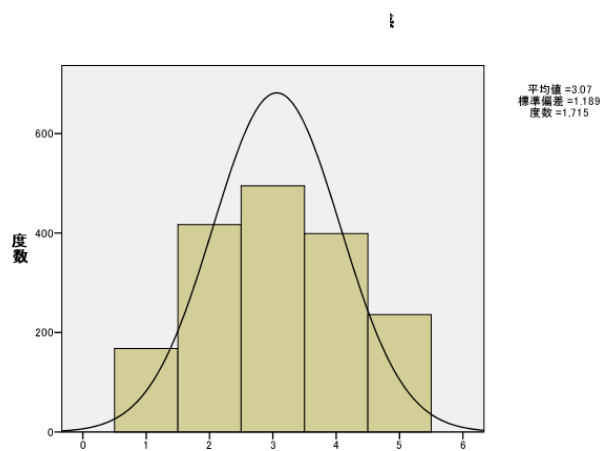


図 24 BQ12 の度数分布

BQ13 今の仕事に、心から喜びを感じることもある。

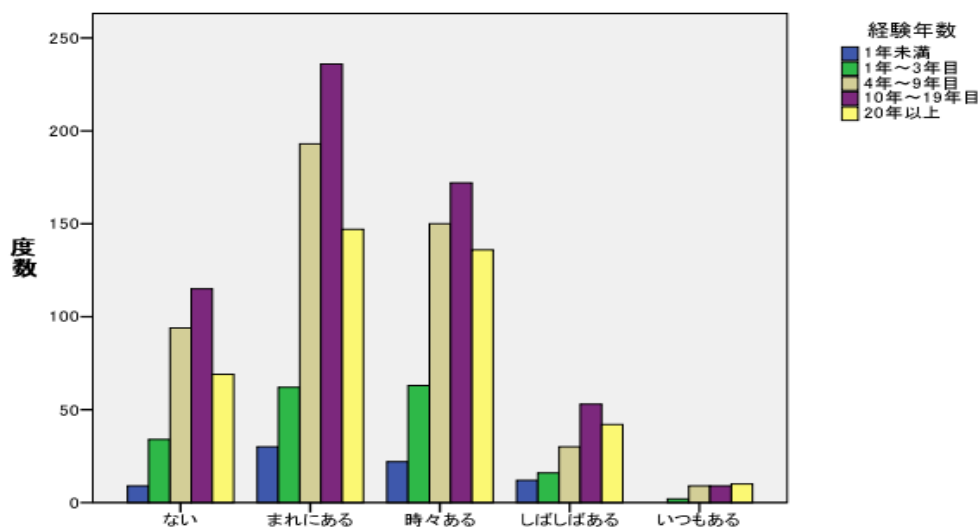


図 25 BQ13 のクロス集計グラフ

表 13 BQ13 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
BQ13	1	9	34	94	115	69	321
	2	30	62	193	236	147	668
	3	22	63	150	172	136	543
	4	12	16	30	53	42	153
	5	0	2	9	9	10	30
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.51	2.38	2.30	2.32	2.45	2.36

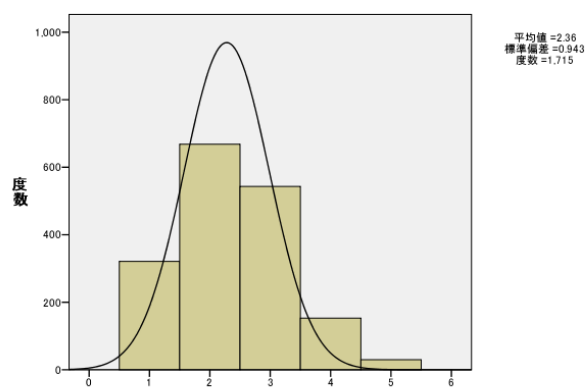


図 26 BQ13 の度数分布

BQ14 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。

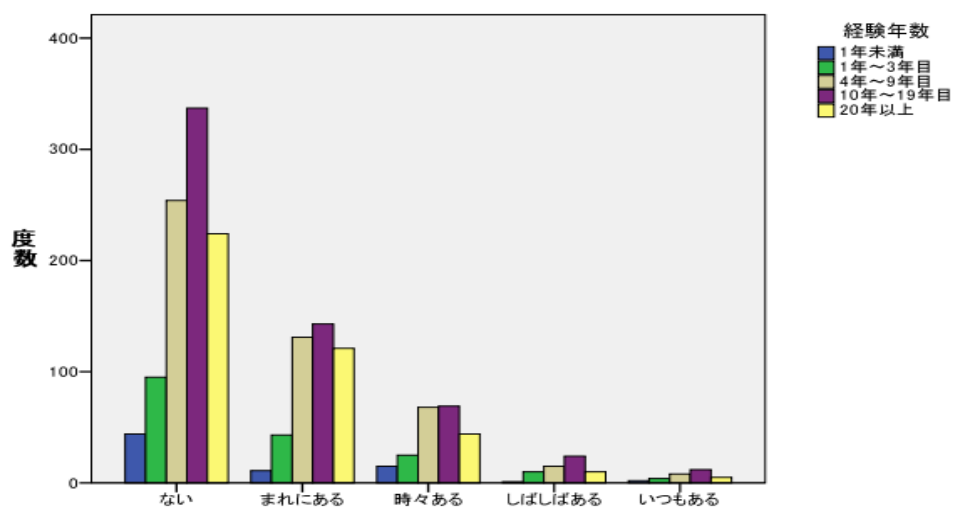


図 27 BQ14 のクロス集計グラフ

表 14 BQ14 脱人格化のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
BQ14	1	44	95	254	337	224	954
	2	11	43	131	143	121	449
	3	15	25	68	69	44	221
	4	1	10	15	24	10	60
	5	2	4	8	12	5	31
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		1.71	1.79	1.72	1.69	1.64	1.70

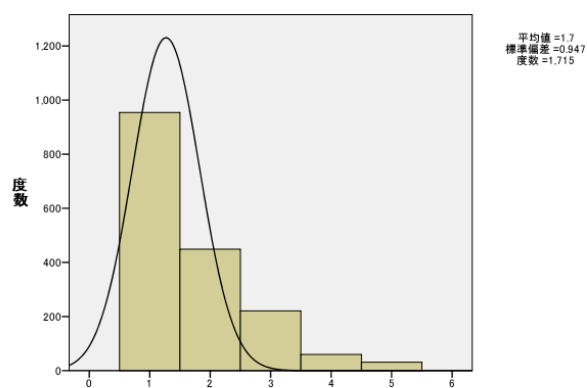


図 28 BQ14 の度数分布

BQ15 仕事楽しくて、知らないうちに時間がすぎることもある。

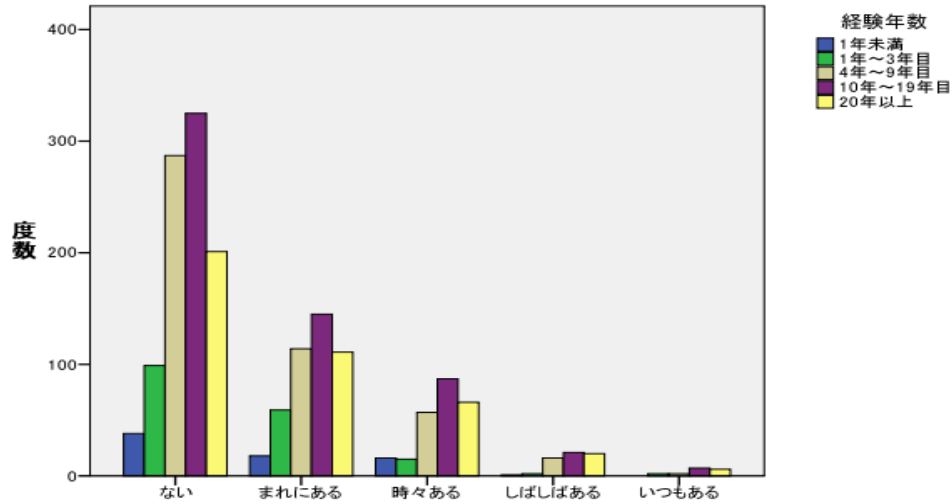


図 29 BQ15 のクロス集計グラフ

表 15 BQ15 個人的達成感のクロス集

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
BQ15	1	38	99	287	325	201	950
	2	18	59	114	145	111	447
	3	16	15	57	87	66	241
	4	1	2	16	21	20	60
	5	0	2	2	7	6	17
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		1.73	1.58	1.60	1.70	1.81	1.69

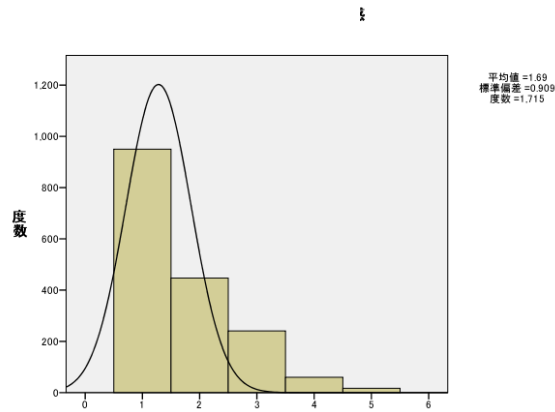


図 30 BQ15 の度数分布

BQ16 体も気持も疲れはてたと思うことがある。

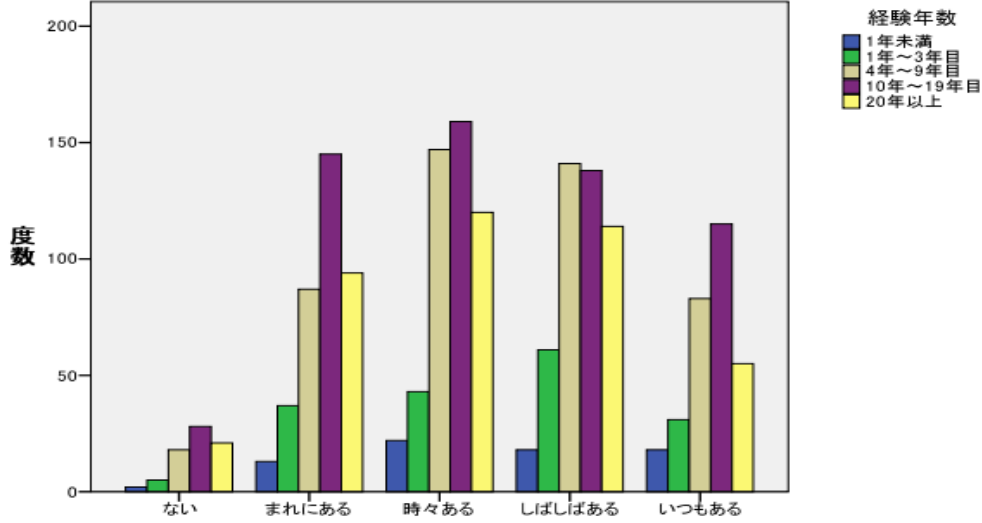


図 31 BQ16 のクロス集計グラフ

表 16 BQ16 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
BQ16	1	2	5	18	28	21	74
	2	13	37	87	145	94	376
	3	22	43	147	159	120	491
	4	18	61	141	138	114	472
	5	18	31	83	115	55	302
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.51	3.43	3.39	3.29	3.22	3.32

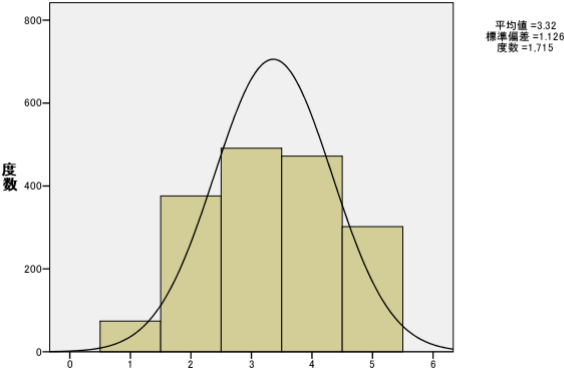


図 32 BQ16 の度数分布

BQ17 我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。

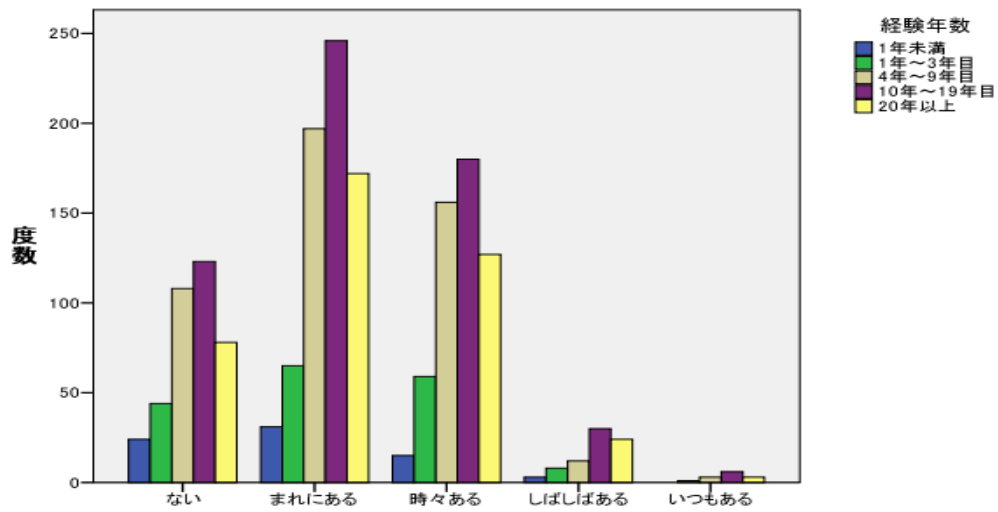


図 33 BQ17 のクロス集計グラフ

表 17 BQ17 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
BQ17	1	24	44	108	123	78	377
	2	31	65	197	246	172	711
	3	15	59	156	180	127	537
	4	3	8	12	30	24	77
	5	0	1	3	6	3	13
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		1.96	2.19	2.17	2.23	2.26	2.21

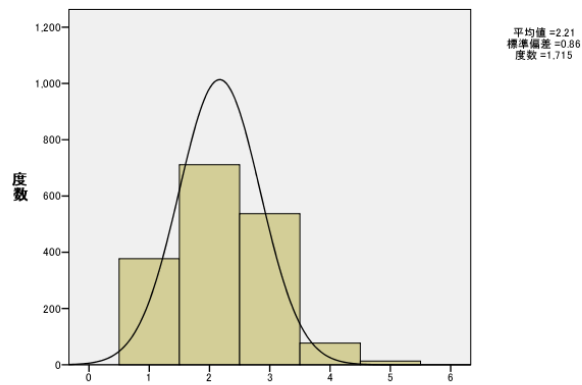


図 34 BQ17 の度数分布

2. 「経験年数」と「仕事のストレス」のクロス集計表の棒グラフ

SQ1 患者の心の支えになってやれない時

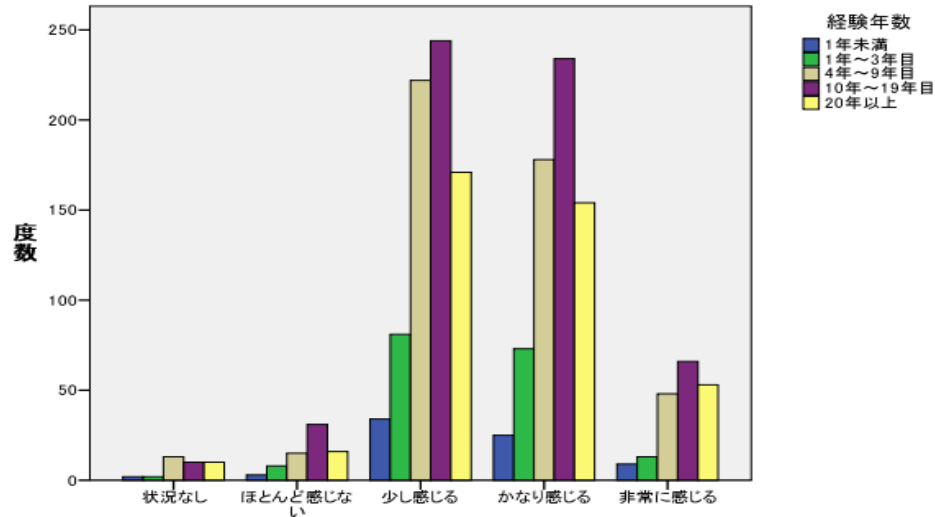


図 35 SQ01 のクロス集計グラフ

表 18 SQ01 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ01	0	2	2	13	10	10	37
	1	3	8	15	31	16	73
	2	34	81	222	244	171	752
	3	25	73	178	234	154	664
	4	9	13	48	66	53	189
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.49	2.49	2.49	2.54	2.55	2.52

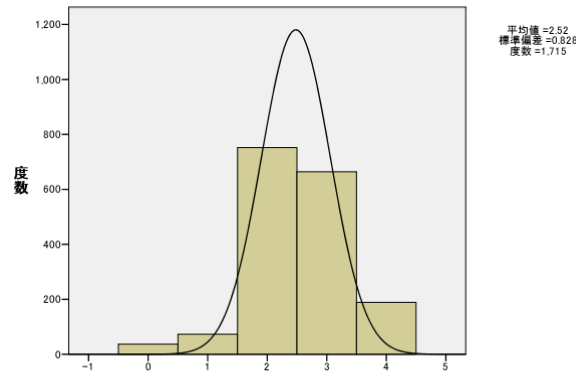


図 36 SQ01 の度数分布

SQ2 こなさなければならない仕事が多い時

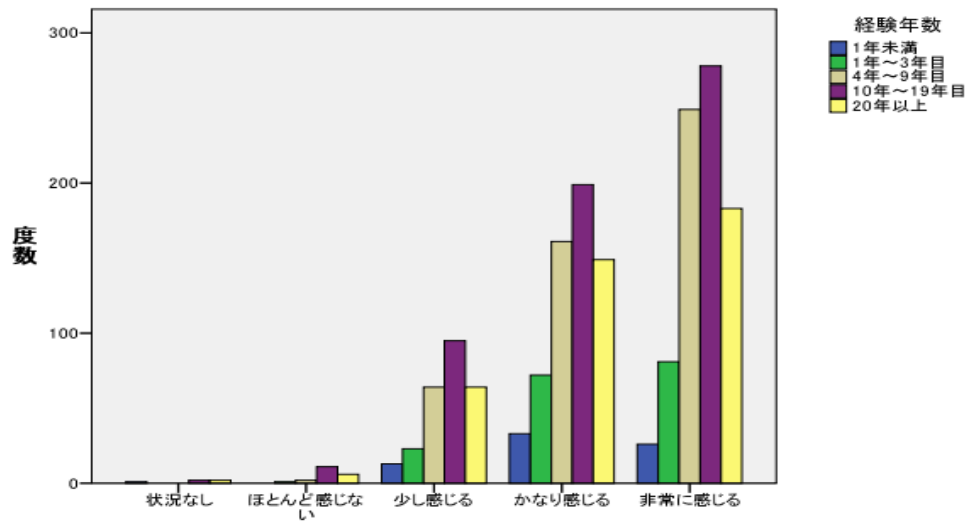


図 37 SQ02 のクロス集計グラフ

表 19 SQ02 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ02	0	1	0	0	2	2	5
	1	0	1	2	11	6	20
	2	13	23	64	95	64	259
	3	33	72	161	199	149	614
	4	26	81	249	278	183	817
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.14	3.32	3.38	3.26	3.25	3.29

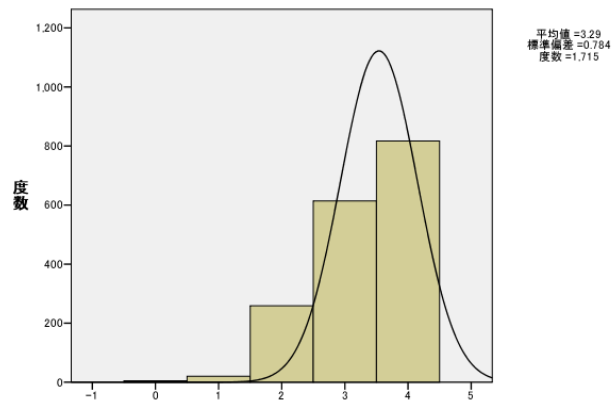


図 38 SQ2 の度数分布

SQ3 してもしても仕事に切りがない時

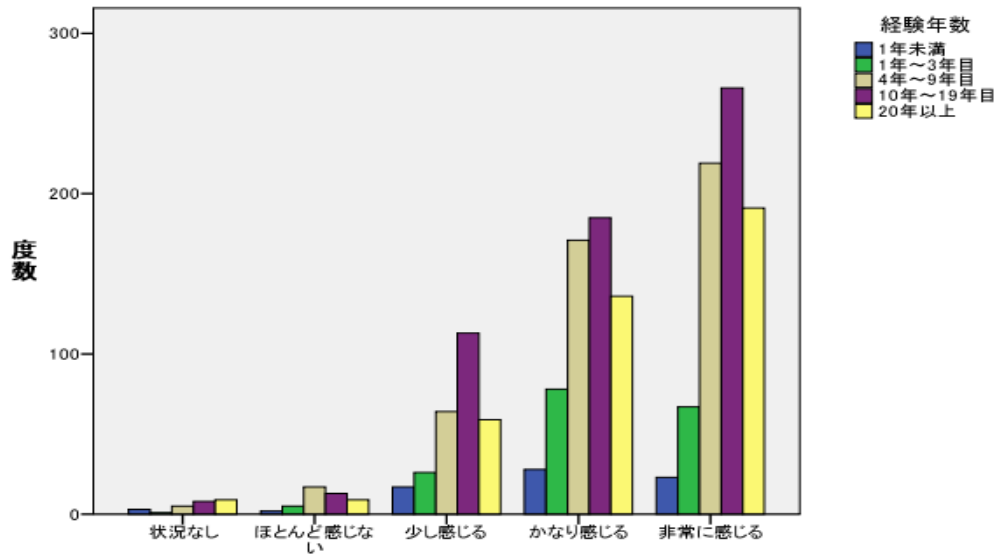


図 39 SQ03 のクロス集計グラフ

表 20 SQ03 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ03	0	3	1	5	8	9	26
	1	2	5	17	13	9	46
	2	17	26	64	113	59	279
	3	28	78	171	185	136	598
	4	23	67	219	266	191	766
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.90	3.16	3.22	3.18	3.22	3.18

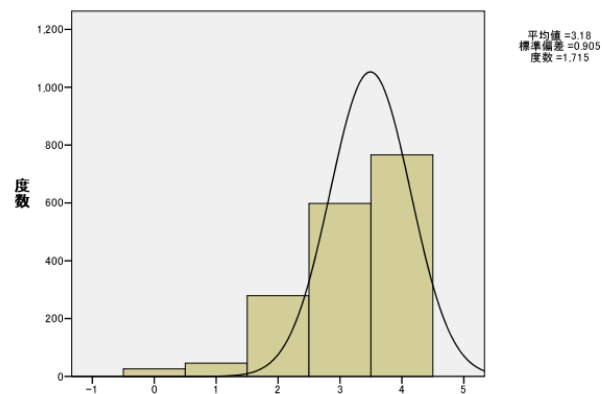


図 40 SQ3 の度数分布

SQ4 医療器械の機能や操作法についてよくわからない時

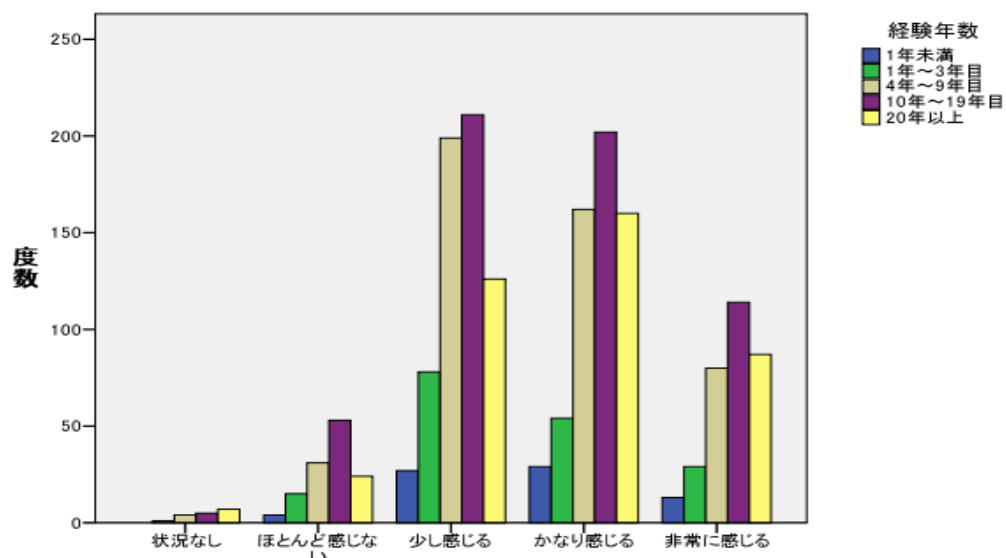


図 41 SQ4 のクロス集計グラフ

表 21 SQ4 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ04	0	0	1	4	5	7	17
	1	4	15	31	53	24	127
	2	27	78	199	211	126	641
	3	29	54	162	202	160	607
	4	13	29	80	114	87	323
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.70	2.54	2.59	2.63	2.73	2.64

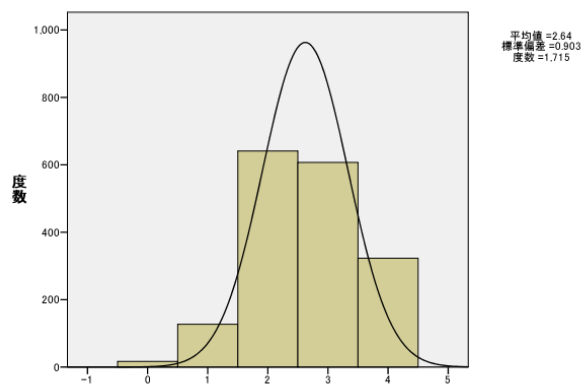


図 42 SQ 4 の度数分布

SQ5 他のスタッフと仕事に対する考え方が食い違う時

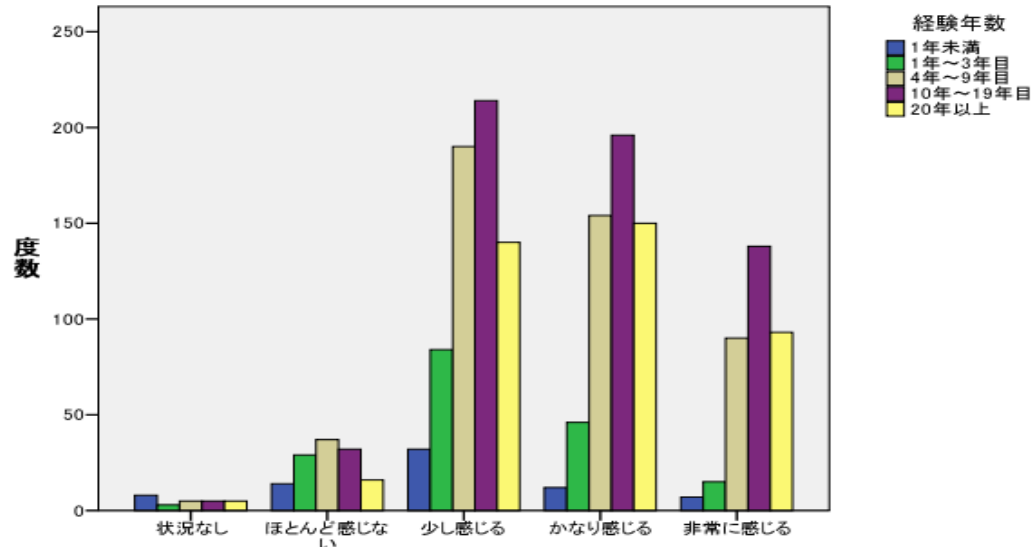


図 43 SQ5 のクロス集計グラフ

表 22 SQ5 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ05	0	8	3	5	5	5	26
	1	14	29	37	32	16	128
	2	32	84	190	214	140	660
	3	12	46	154	196	150	558
	4	7	15	90	138	93	343
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		1.95	2.23	2.60	2.74	2.77	2.62

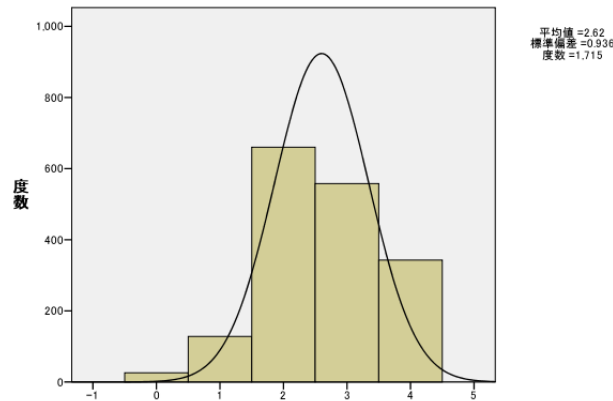


図 44 SQ 5 の度数分布

SQ6 医師の治療方針に対して納得できない時

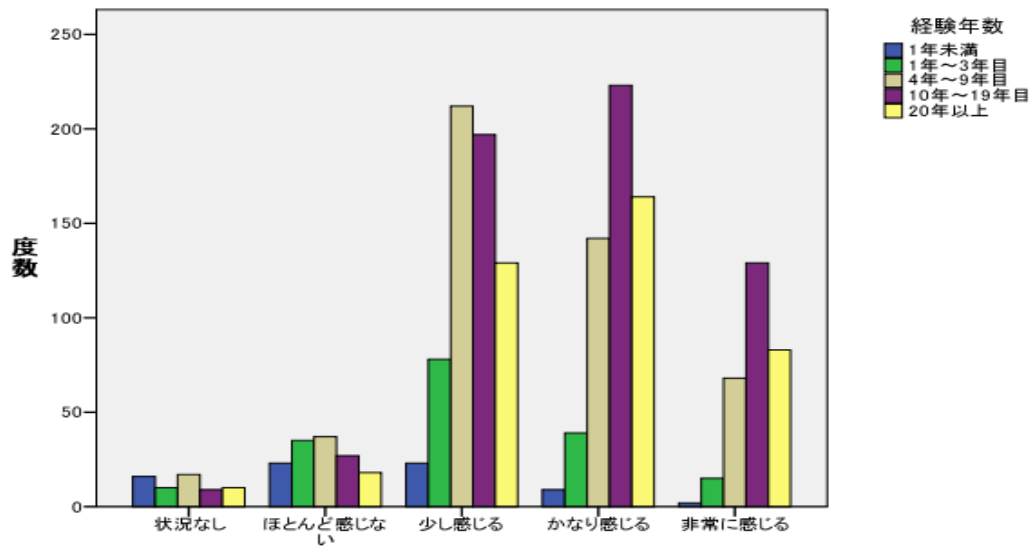


図 45 SQ6 のクロス集計グラフ

表 23 SQ6 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ06	0	16	10	17	9	10	62
	1	23	35	37	27	18	140
	2	23	78	212	197	129	639
	3	9	39	142	223	164	577
	4	2	15	68	129	83	297
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		1.42	2.08	2.43	2.75	2.72	2.53

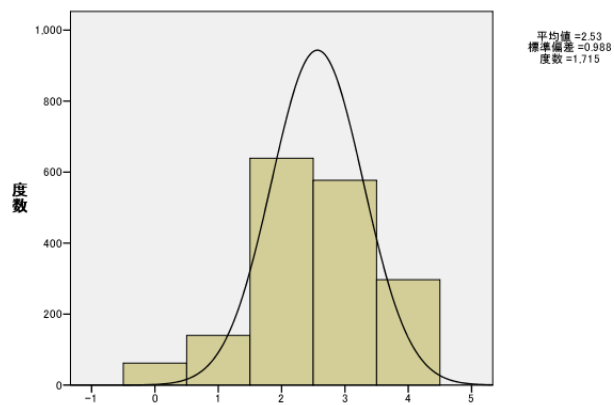


図 46 SQ6 の度数分布

SQ7 訴えが多い患者の対応をする時

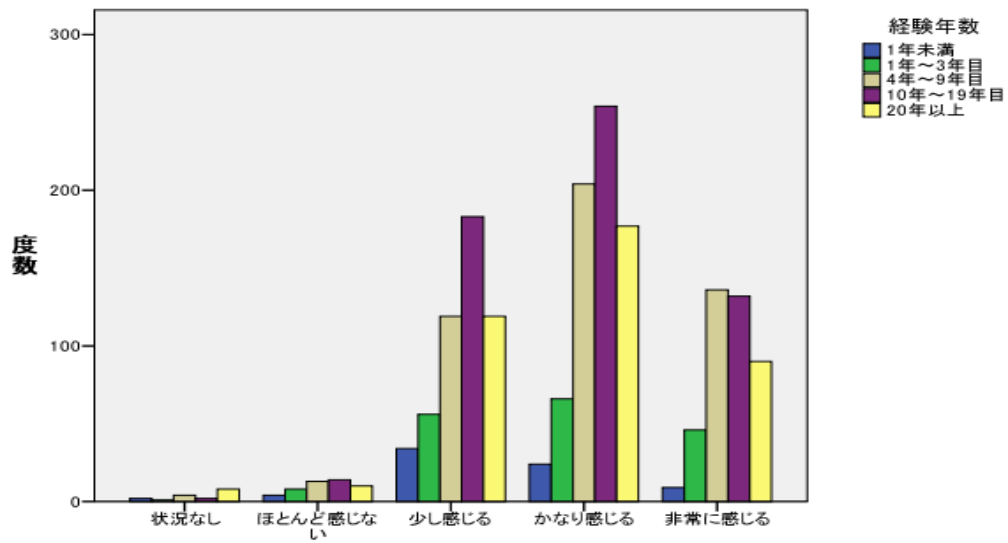


図 47 SQ7 のクロス集計グラフ

表 24 SQ7 のクロス集計グラフ

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ07	0	2	1	4	2	8	17
	1	4	8	13	14	10	49
	2	34	56	119	183	119	511
	3	24	66	204	254	177	725
	4	9	46	136	132	90	413
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.47	2.84	2.96	2.85	2.82	2.86

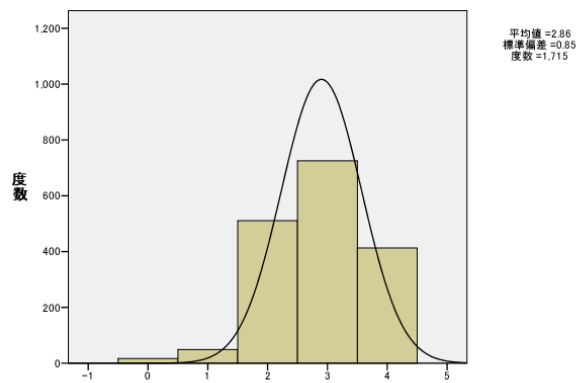


図 48 SQ7 の度数分布

SQ8 自分で納得のゆく看護ケアができない時

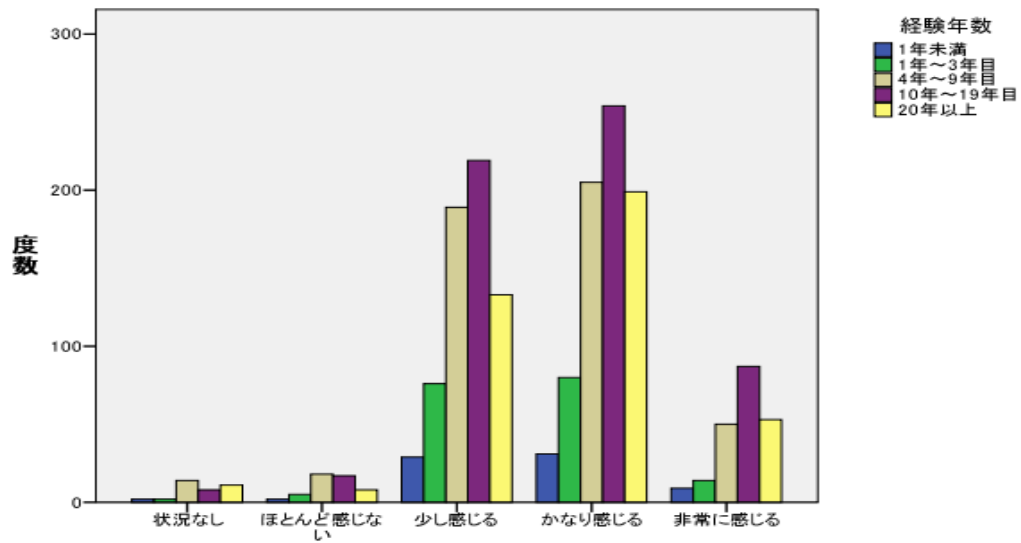


図 49 SQ8 のクロス集計グラフ

表 25 SQ8 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ08	0	2	2	14	8	11	37
	1	2	5	18	17	8	50
	2	29	76	189	219	133	646
	3	31	80	205	254	199	769
	4	9	14	50	87	53	213
合計		73	177	476	585	404	1715
平均スコア		2.59	2.56	2.54	2.68	2.68	2.62

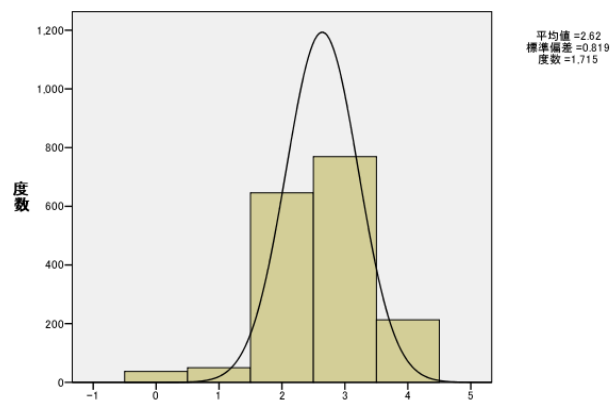


図 50 SQ8 の度数分布

SQ9 親しくしていた患者が亡くなった時

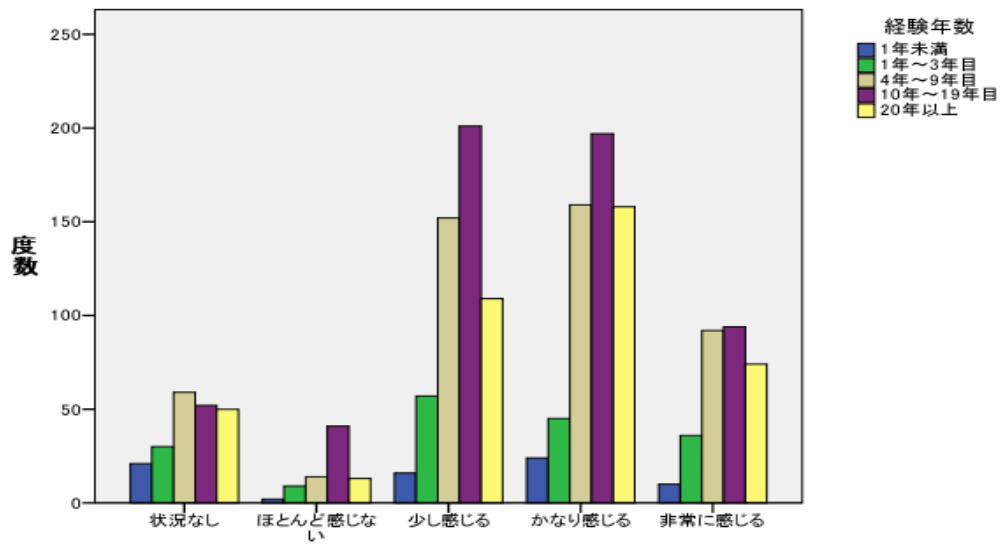


図 51 SQ9 のクロス集計グラフ

表 26 SQ9 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ09	0	21	30	59	52	50	212
	1	2	9	14	41	13	79
	2	16	57	152	201	109	535
	3	24	45	159	197	158	583
	4	10	36	92	94	74	306
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.00	2.27	2.44	2.41	2.48	2.40

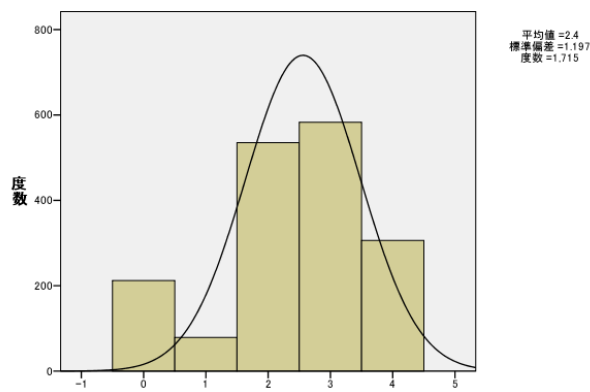


図 52 SQ9 の度数分布

SQ10 自分の能力以上の仕事を要求される時

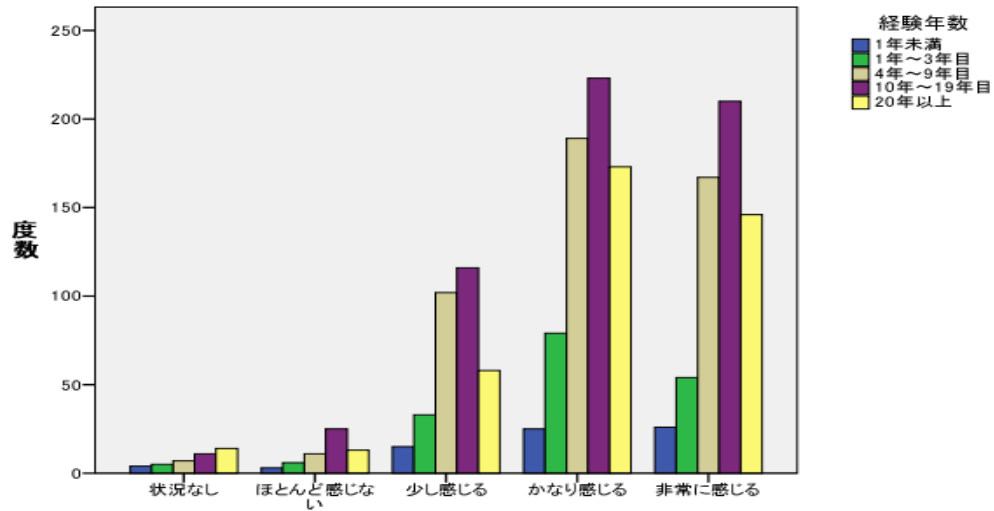


図 53 SQ10 のクロス集計グラフ

表 27 SQ10 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ10	0	4	5	7	11	14	41
	1	3	6	11	25	13	58
	2	15	33	102	116	58	324
	3	25	79	189	223	173	689
	4	26	54	167	210	146	603
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.90	2.97	3.05	3.02	3.05	3.02

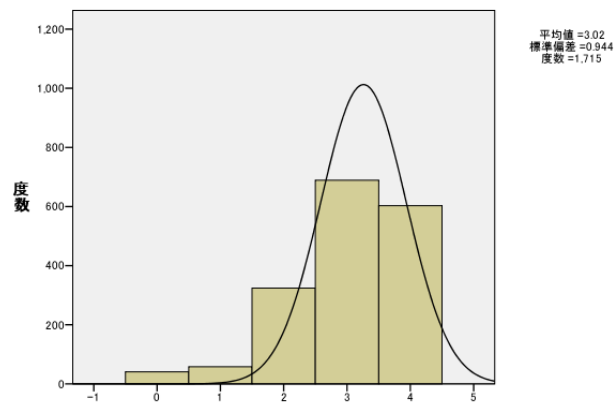


図 54 SQ10 の度数分布

SQ11 患者の臨終時や急変時に医師がつかまらない時

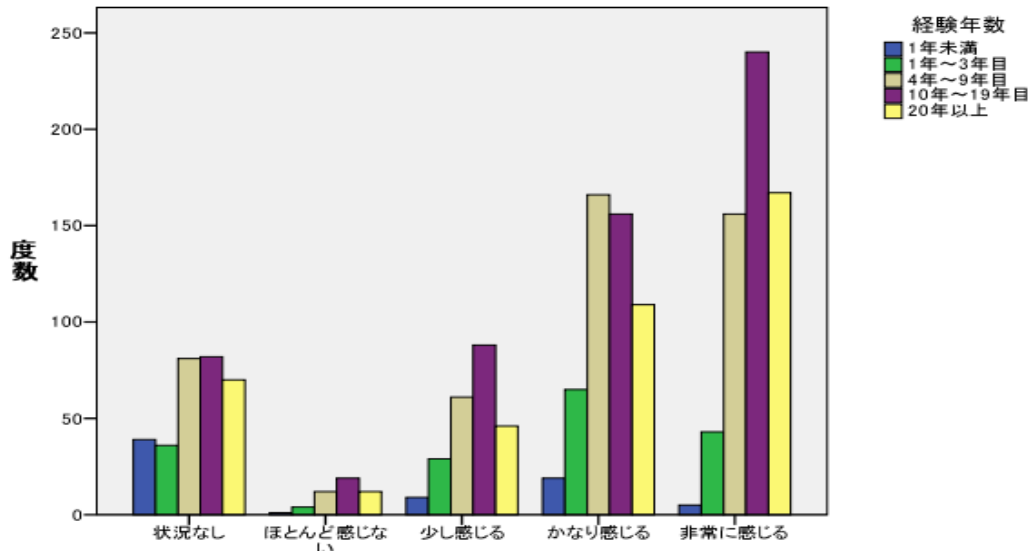


図 55 SQ11 のクロス集計グラフ

表 28 SQ11 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ11	0	39	36	81	82	70	308
	1	1	4	12	19	12	48
	2	9	29	61	88	46	233
	3	19	65	166	156	109	515
	4	5	43	156	240	167	611
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		1.32	2.42	2.64	2.77	2.72	2.63

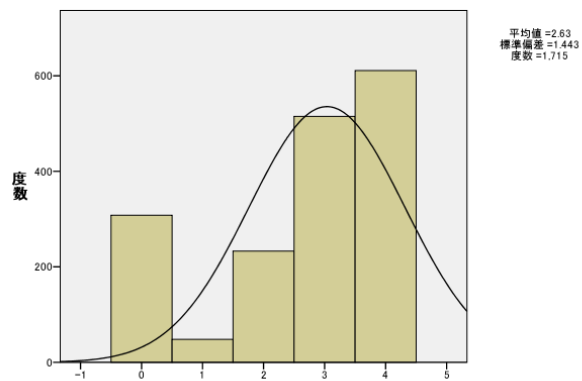


図 56 SQ11 の度数分布

SQ12 患者のためにはならないと思う検査・治療などを指示する医師と話し合うことができない時

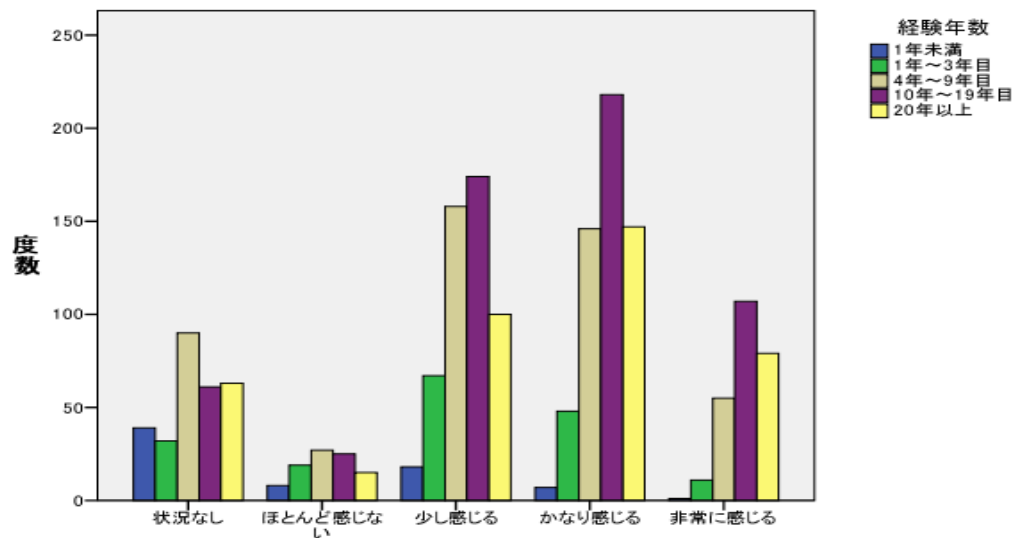


図 57 SQ12 のクロス集計グラフ

表 29 SQ12 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ12	0	39	32	90	61	63	285
	1	8	19	27	25	15	94
	2	18	67	158	174	100	517
	3	7	48	146	218	147	566
	4	1	11	55	107	79	253
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		0.95	1.93	2.10	2.49	2.41	2.24

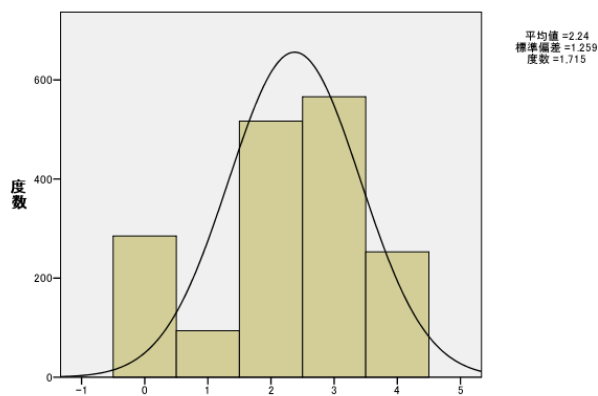


図 58 SQ12 の度数分布

SQ13 こちらの都合を考えずに、処置・検査などを指示する医師にノーと言えない時

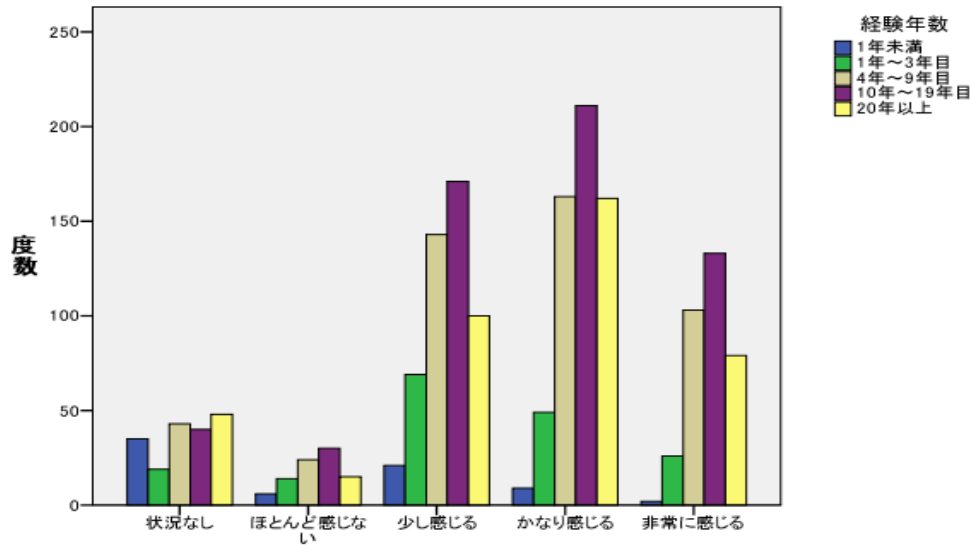


図 59 SQ13 のクロス集計グラフ

表 30 SQ13 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ13	0	35	19	43	40	48	185
	1	6	14	24	30	15	89
	2	21	69	143	171	100	504
	3	9	49	163	211	162	594
	4	2	26	103	133	79	343
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		1.14	2.28	2.54	2.63	2.52	2.48

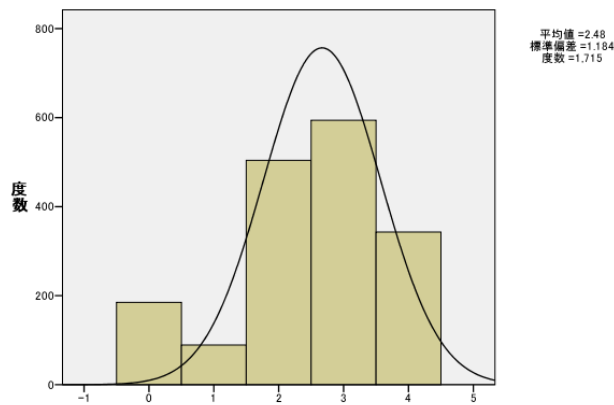


図 60 SQ13 の度数分布

SQ14 仕事上の思いや気持ちを話し、相談できる人が同じ勤務場所にいない時

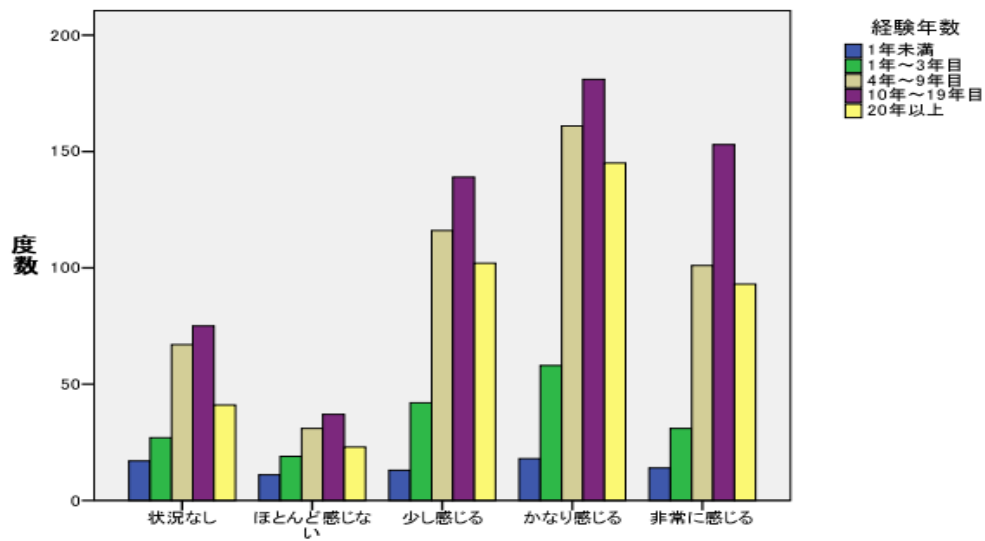


図 61 SQ14 のクロス集計グラフ

表 31 SQ14 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ14	0	17	27	67	75	41	227
	1	11	19	31	37	23	121
	2	13	42	116	139	102	412
	3	18	58	161	181	145	563
	4	14	31	101	153	93	392
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.01	2.27	2.42	2.51	2.56	2.45

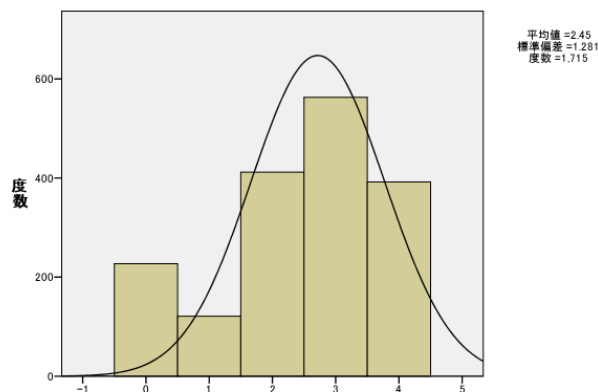


図 62 SQ14 の度数分布

SQ15 何か問題が起こった時、上のスタッフや主任・師長がうまくサポートしてくれない
n+

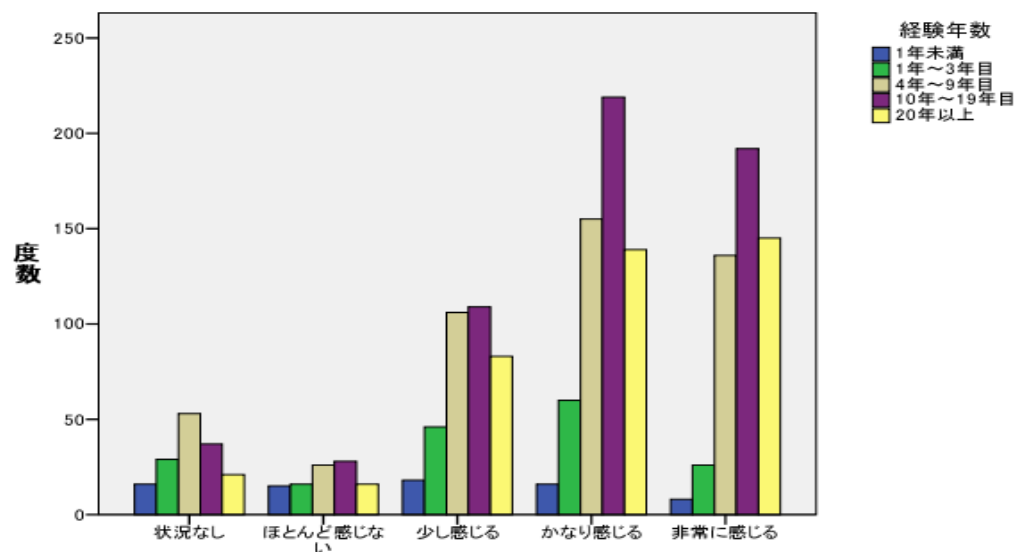


図 63 SQ15 のクロス集計グラフ

表 32 SQ15 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ15	0	16	29	53	37	21	156
	1	15	16	26	28	16	101
	2	18	46	106	109	83	362
	3	16	60	155	219	139	589
	4	8	26	136	192	145	507
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		1.79	2.21	2.62	2.86	2.92	2.69

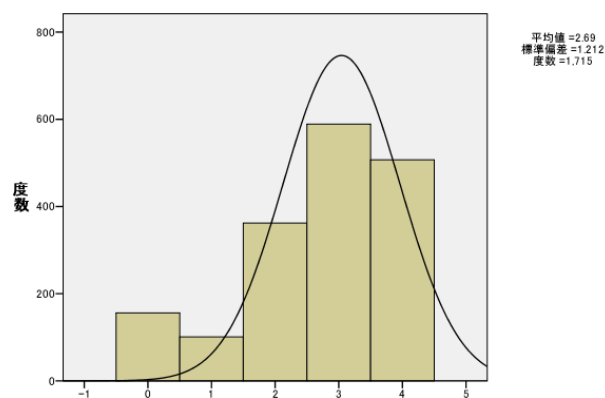


図 64 SQ15 の度数分布

SQ16 患者の家族の心の支えになってやれない時

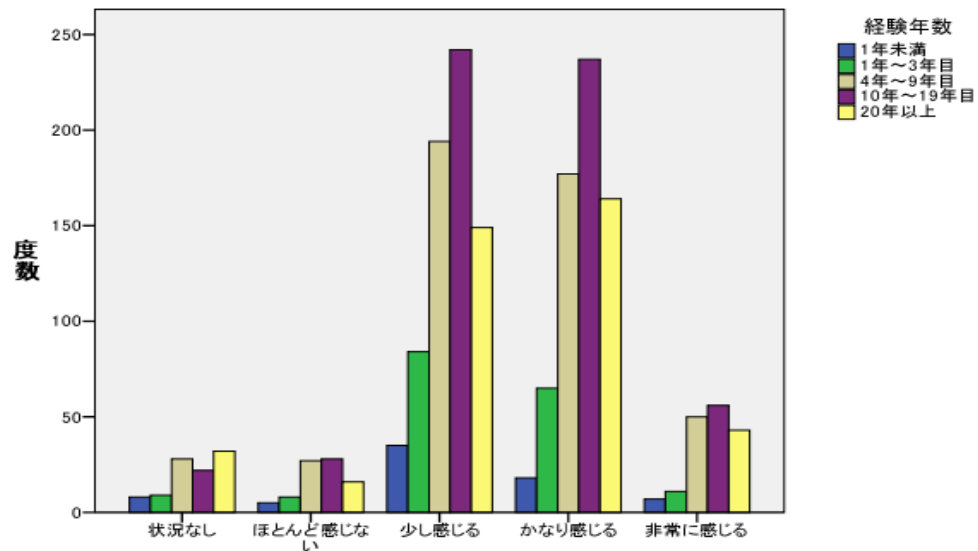


図 65 SQ16 のクロス集計グラフ

表 33 SQ16 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ16	0	8	9	28	22	32	99
	1	5	8	27	28	16	84
	2	35	84	194	242	149	704
	3	18	65	177	237	164	661
	4	7	11	50	56	43	167
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.15	2.34	2.41	2.47	2.42	2.42

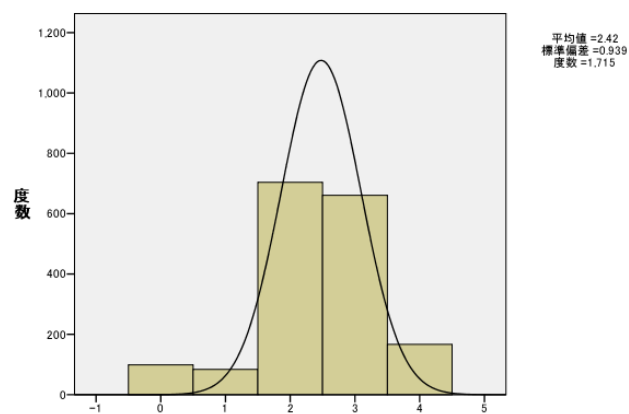


図 66 SQ16 の度数分布

SQ17 人手が十分でない時

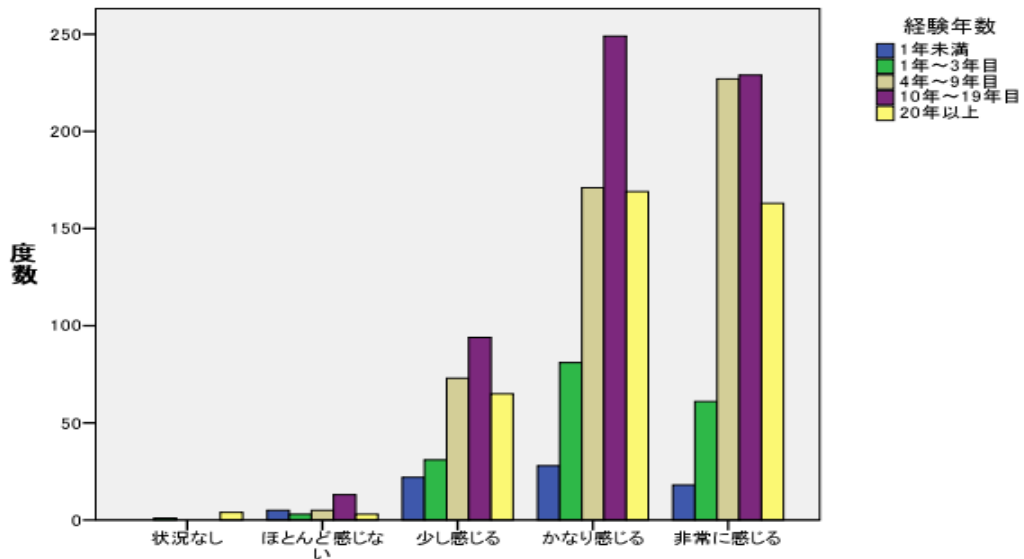


図 67 SQ17 のクロス集計グラフ

表 34 SQ17 のロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ17	0	0	1	0	0	4	5
	1	5	3	5	13	3	29
	2	22	31	73	94	65	285
	3	28	81	171	249	169	698
	4	18	61	227	229	163	698
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.81	3.12	3.30	3.19	3.20	3.20

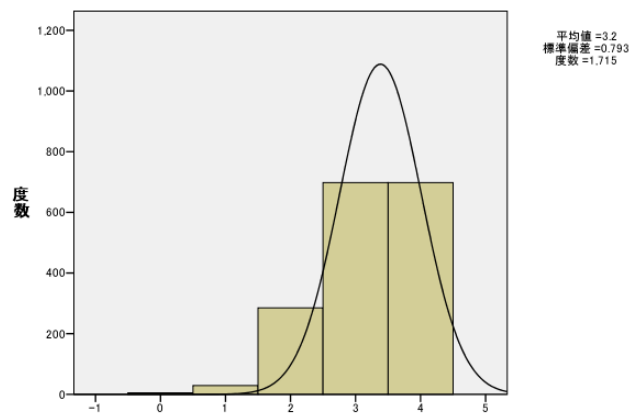


図 68 SQ17 の度数分布

SQ18 医師との人間関係に問題があり信頼関係がない時

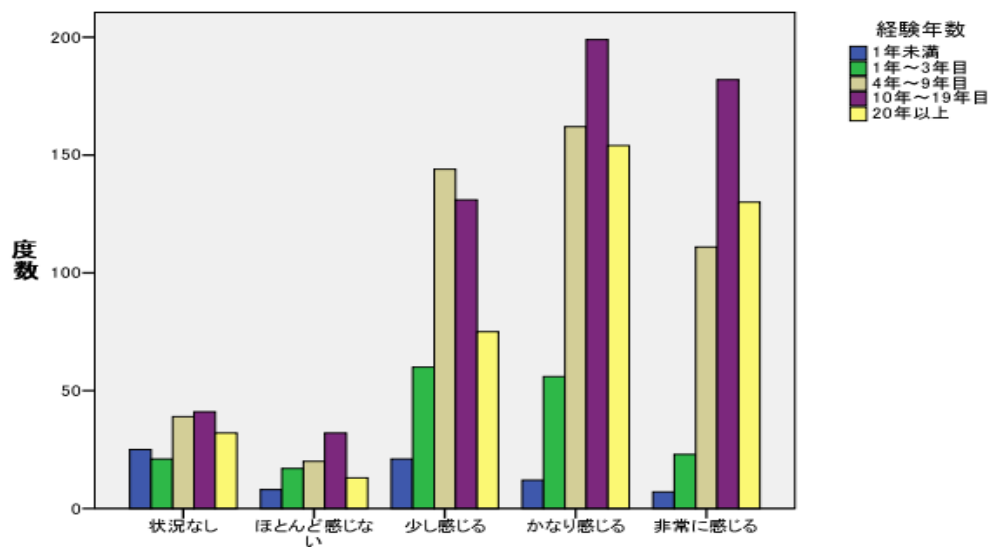


図 69 SQ18 のクロス集計グラフ

表 35 SQ18 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ18	0	25	21	39	41	32	158
	1	8	17	20	32	13	90
	2	21	60	144	131	75	431
	3	12	56	162	199	154	583
	4	7	23	111	182	130	453
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		1.56	2.24	2.60	2.77	2.83	2.63

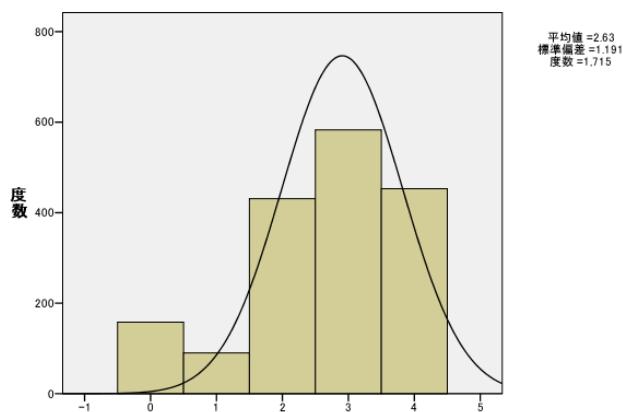


図 70 SQ18 の度数分布

SQ19 医師とコミュニケーションが十分にとれていない時

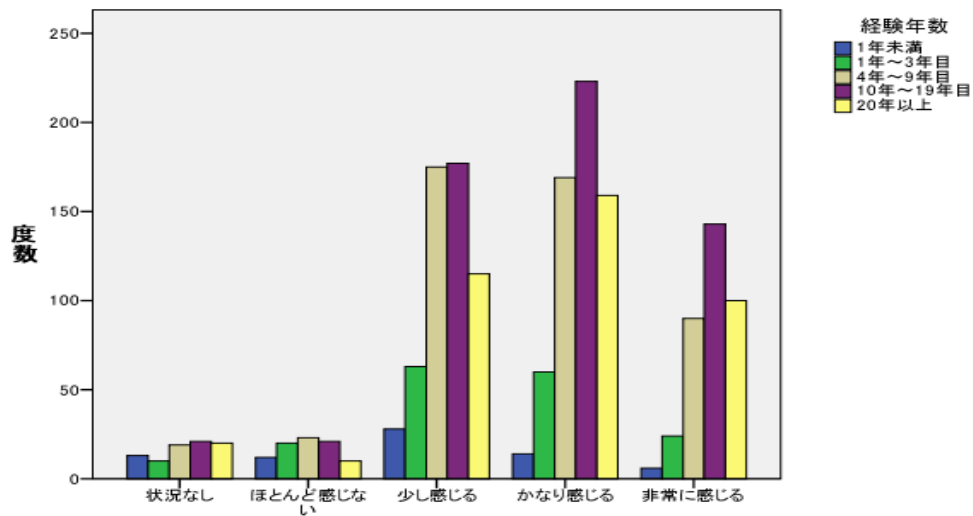


図 71 SQ19 のクロス集計グラフ

表 36 SQ19 対医師ストレスのクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ19	0	13	10	19	21	20	83
	1	12	20	23	21	10	86
	2	28	63	175	177	115	558
	3	14	60	169	223	159	625
	4	6	24	90	143	100	363
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		1.84	2.38	2.61	2.76	2.76	2.64

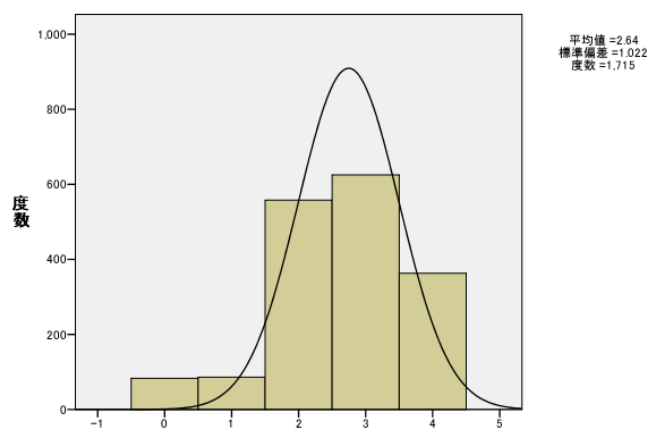


図 72 SQ19 の度数分布

SQ20 積極的治療を受けながらターミナルの患者が亡くなる時

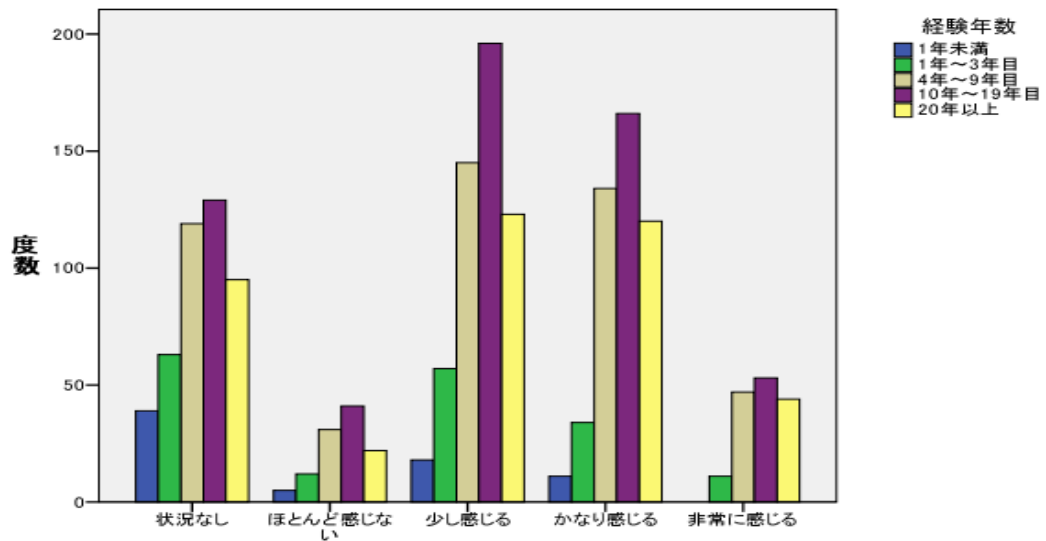


図 73 SQ20 のクロス集計グラフ

表 37 SQ20 死に関連ストレスのクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ20	0	39	63	119	129	95	445
	1	5	12	31	41	22	111
	2	18	57	145	196	123	539
	3	11	34	134	166	120	465
	4	0	11	47	53	44	155
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		1.01	1.54	1.91	1.95	1.99	1.87

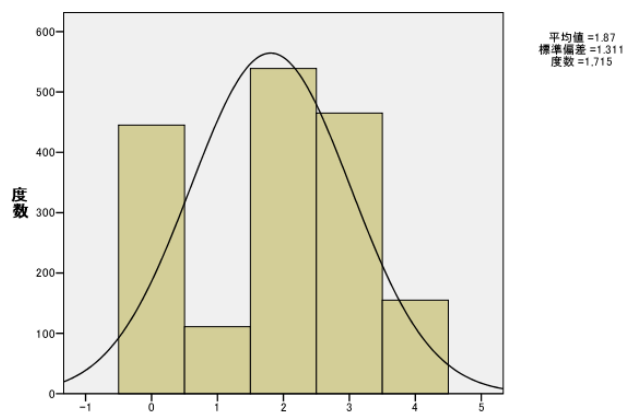


図 74 SQ20 の度数分布

SQ21 同じ勤務場所で働くある特定の人との人間関係に問題がある時

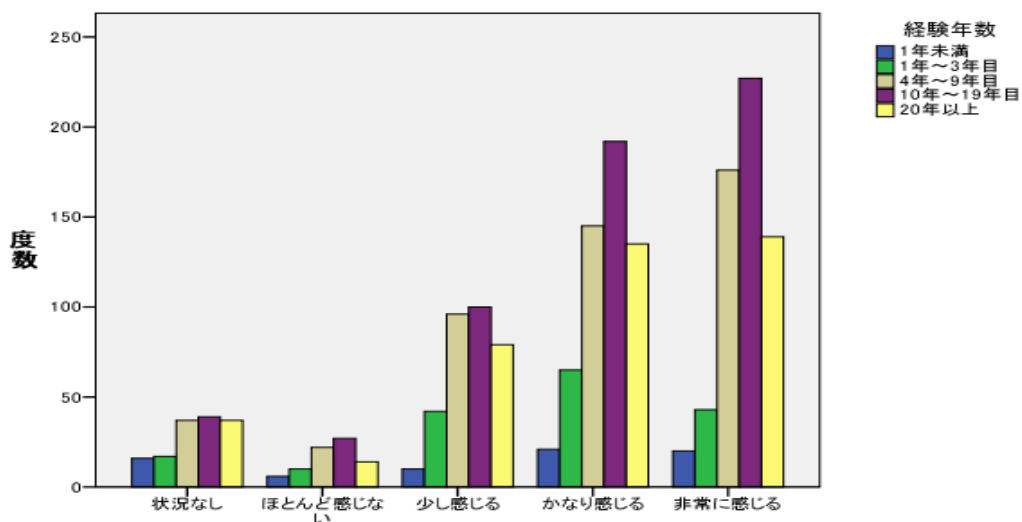


図 75 SQ21 のクロス集計グラフ

表 38 SQ21 のクロス集計グラフ

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ21	0	16	17	37	39	37	146
	1	6	10	22	27	14	79
	2	10	42	96	100	79	327
	3	21	65	145	192	135	558
	4	20	43	176	227	139	605
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.32	2.60	2.84	2.92	2.80	2.81

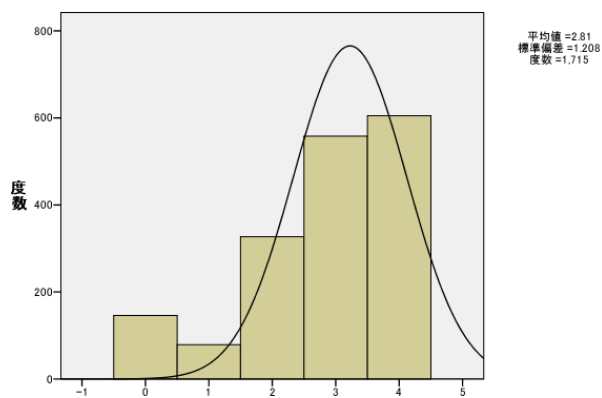


図 76 SQ21 の度数分布

SQ22 仕事を終えるのに十分な時間がない時

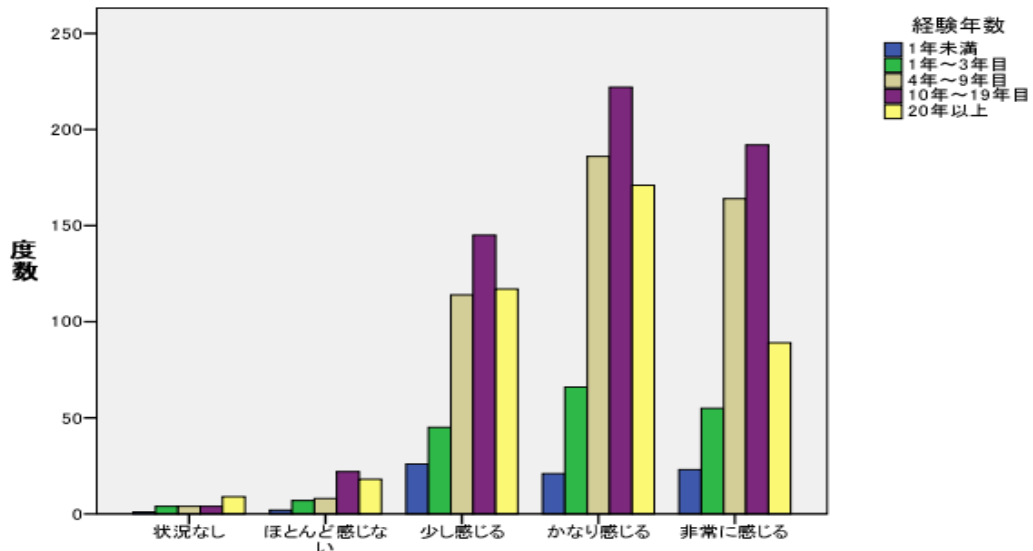


図 77 SQ22 のクロス集計グラフ

表 39 SQ22 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ22	0	1	4	4	4	9	22
	1	2	7	8	22	18	57
	2	26	45	114	145	117	447
	3	21	66	186	222	171	666
	4	23	55	164	192	89	523
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.86	2.91	3.05	2.98	2.77	2.94

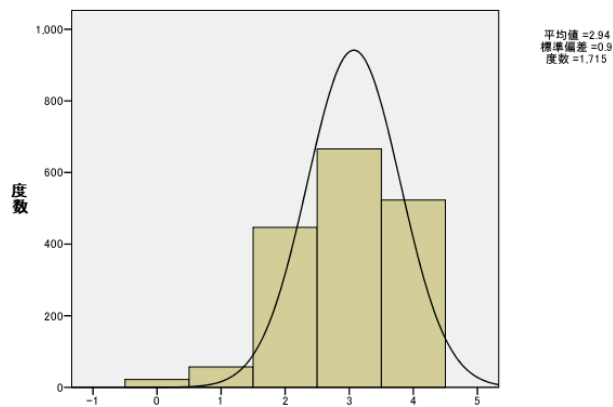


図 78 SQ22 の度数分布

SQ23 他のスタッフと看護や看護ケアに対する考え方が食い違う時

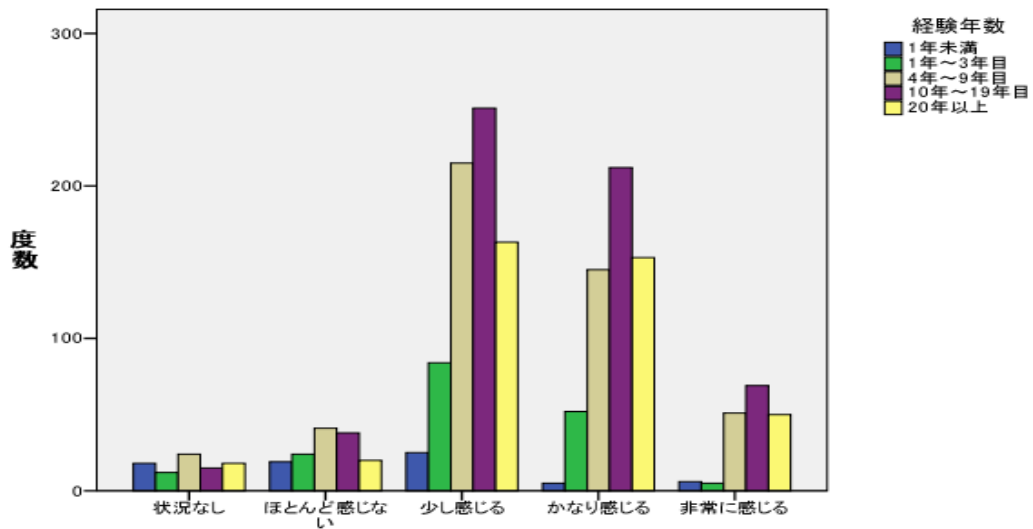


図 79 SQ23 のクロス集計グラフ

表 40 SQ23 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ23	0	18	12	24	15	18	87
	1	19	24	41	38	20	142
	2	25	84	215	251	163	738
	3	5	52	145	212	153	567
	4	6	5	51	69	50	181
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		1.48	2.08	2.33	2.48	2.49	2.36

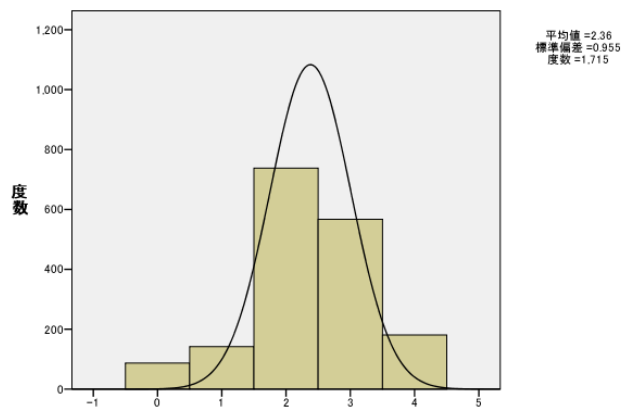


図 80 SQ23 の度数分布

SQ24 他のスタッフが協力的でない時

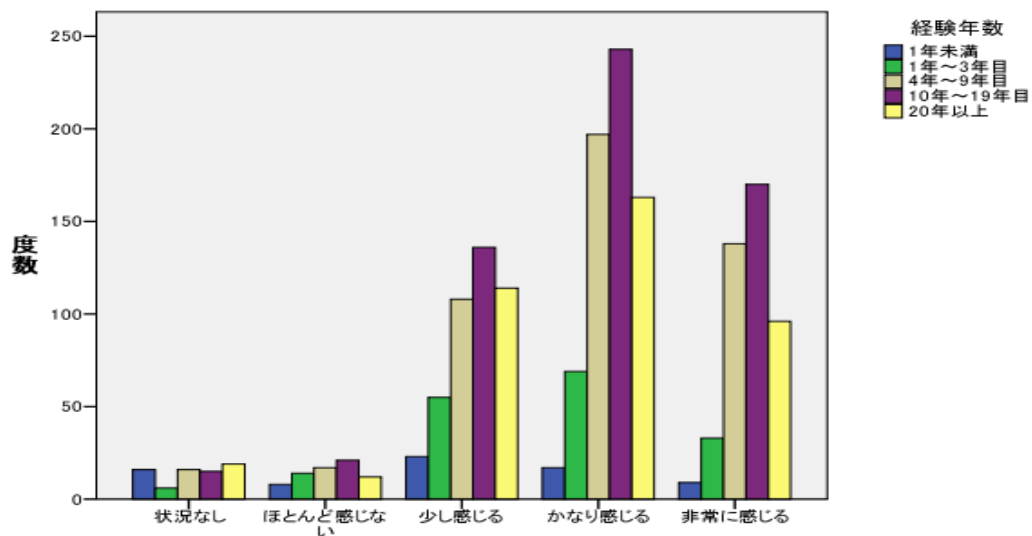


図 81 SQ24 のクロス集計グラフ

表 41 SQ24 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ24	0	16	6	16	15	19	72
	1	8	14	17	21	12	72
	2	23	55	108	136	114	436
	3	17	69	197	243	163	689
	4	9	33	138	170	96	446
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		1.93	2.62	2.89	2.91	2.75	2.80

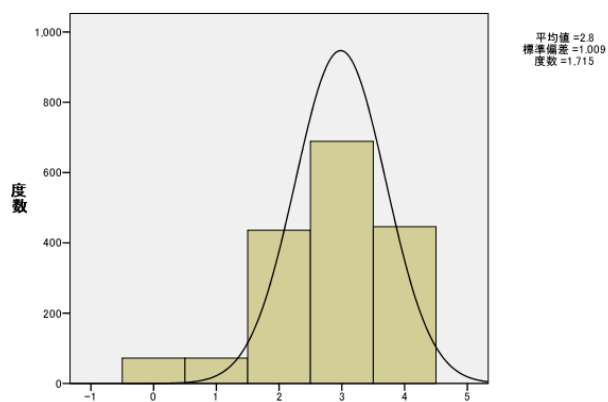


図 82 SQ24 の度数分布

SQ25 患者の心のケアをする時間がない時

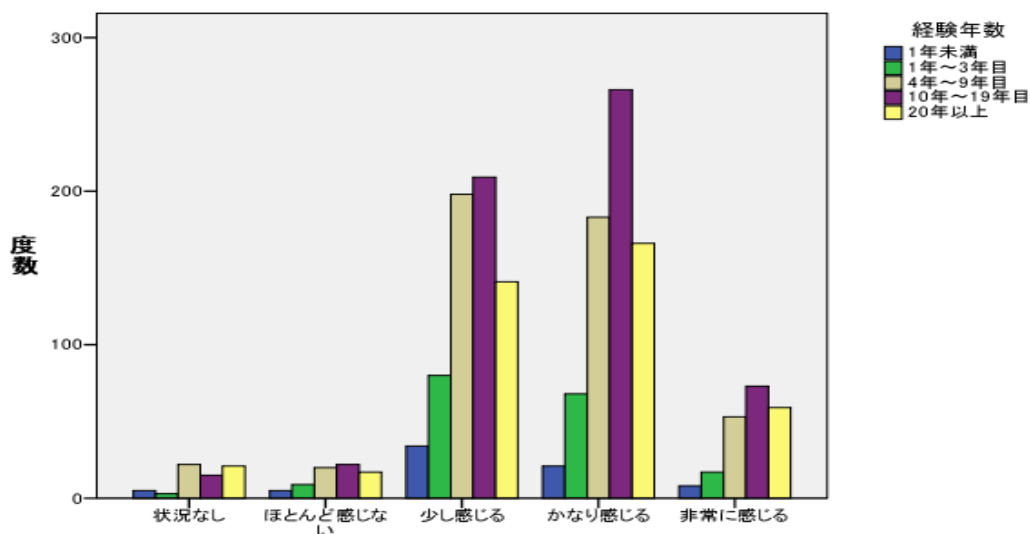


図 83 SQ25 のクロス集計グラフ

表 42 SQ25 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ25	0	5	3	22	15	21	66
	1	5	9	20	22	17	73
	2	34	80	198	209	141	662
	3	21	68	183	266	166	704
	4	8	17	53	73	59	210
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.30	2.49	2.47	2.62	2.56	2.54

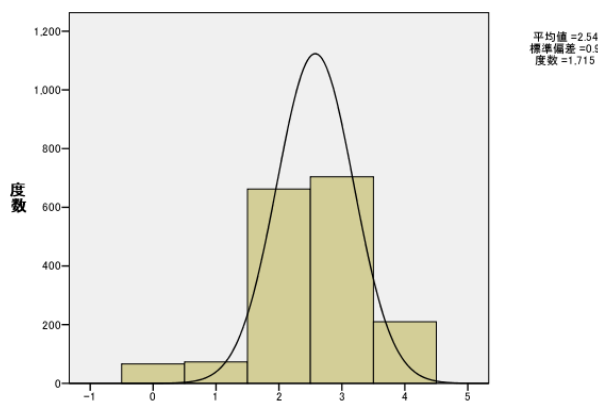


図 84 SQ25 の度数分布

SQ26 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い時

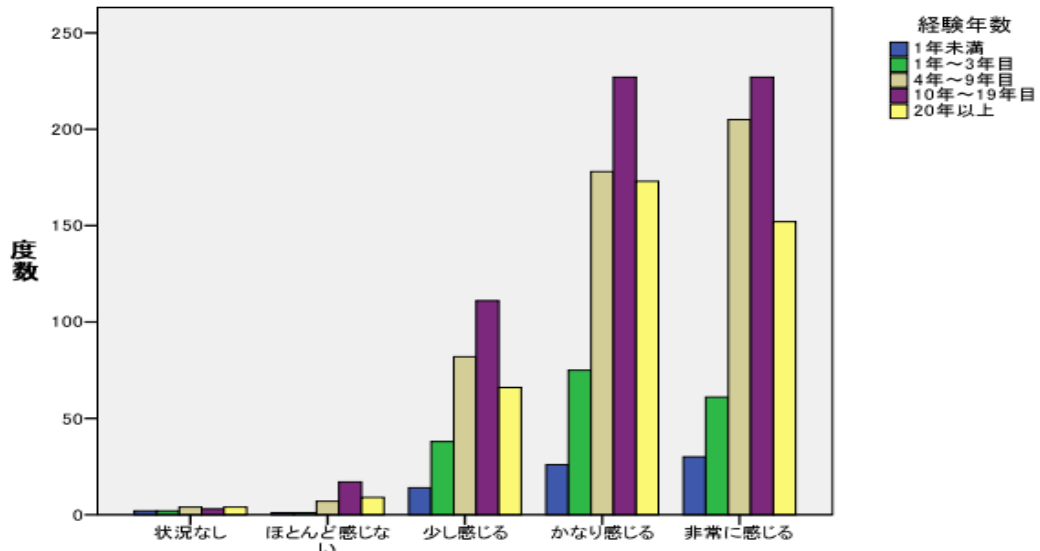


図 85 SQ26 のクロス集計グラフ

表 42 SQ26 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ26	0	2	2	4	3	4	15
	1	1	1	7	17	9	35
	2	14	38	82	111	66	311
	3	26	75	178	227	173	679
	4	30	61	205	227	152	675
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.11	3.08	3.20	3.12	3.14	3.15

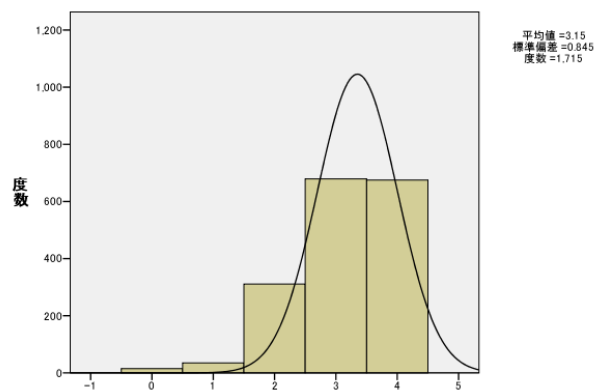


図 86 SQ26 の度数分布

SQ27 仕事が終わらず超過勤務をしなければならない時

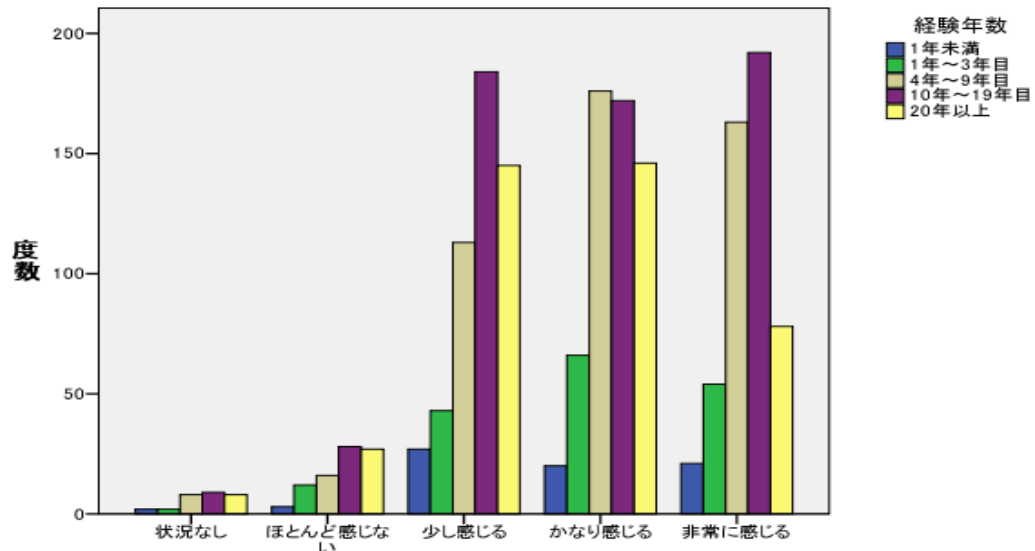


図 87 SQ27 のクロス集計グラフ

表 44 SQ27 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ27	0	2	2	8	9	8	29
	1	3	12	16	28	27	86
	2	27	43	113	184	145	512
	3	20	66	176	172	146	580
	4	21	54	163	192	78	508
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.75	2.89	2.99	2.87	2.64	2.85

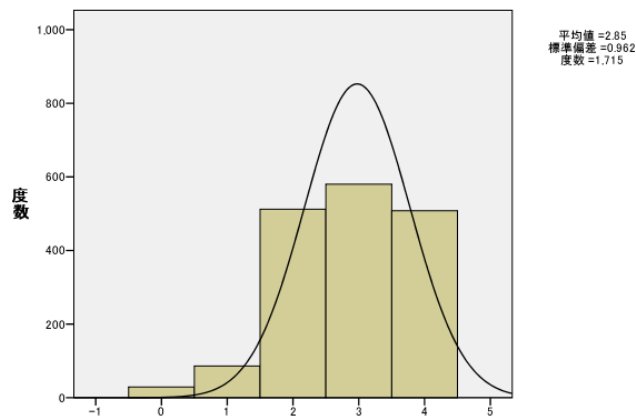


図 88 SQ27 の度数分布

SQ28 嫌だと思ふ患者の対応をする時

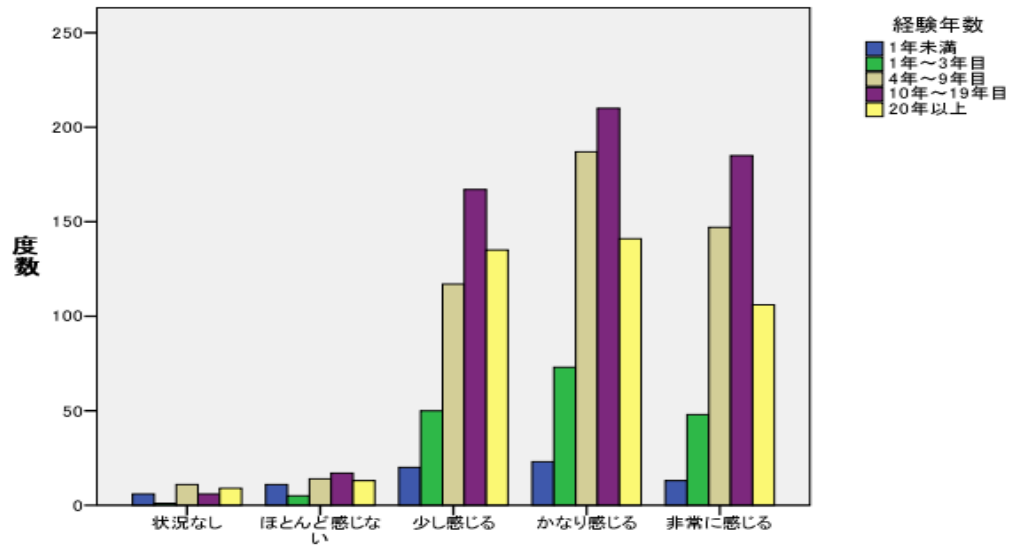


図 89 SQ28 のクロス集計グラフ

表 45 SQ28 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ28	0	6	1	11	6	9	33
	1	11	5	14	17	13	60
	2	20	50	117	167	135	489
	3	23	73	187	210	141	634
	4	13	48	147	185	106	499
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.36	2.92	2.93	2.94	2.80	2.88

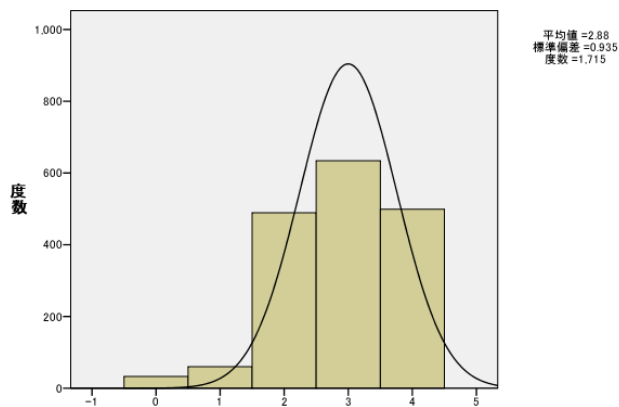


図 90 SQ28 の度数分布

SQ29 患者が苦しんでいるのを見る時

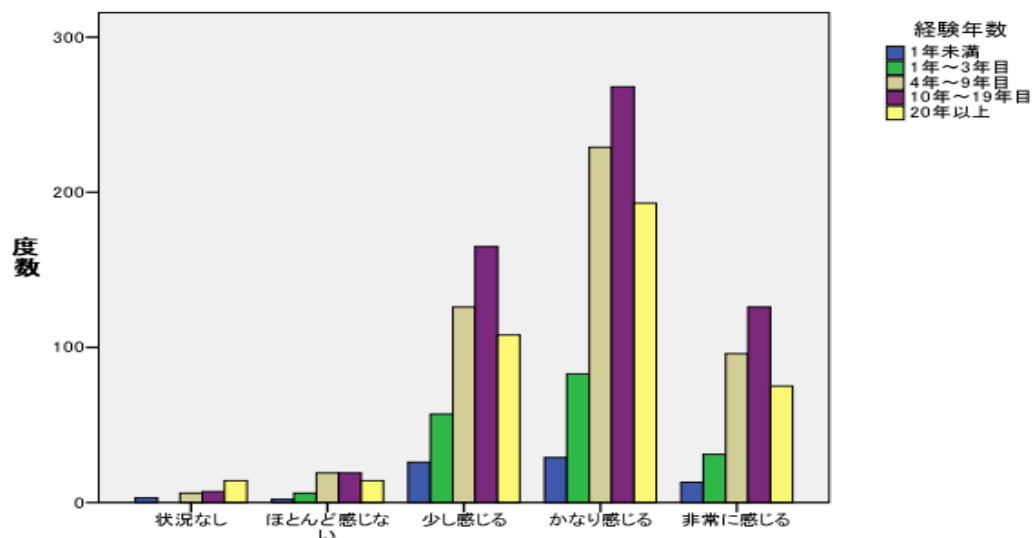


図 91 SQ29 のクロス集計グラフ

表 46 SQ29 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ29	0	3	0	6	7	14	30
	1	2	6	19	19	14	60
	2	26	57	126	165	108	482
	3	29	83	229	268	193	802
	4	13	31	96	126	75	341
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.64	2.79	2.82	2.83	2.75	2.80

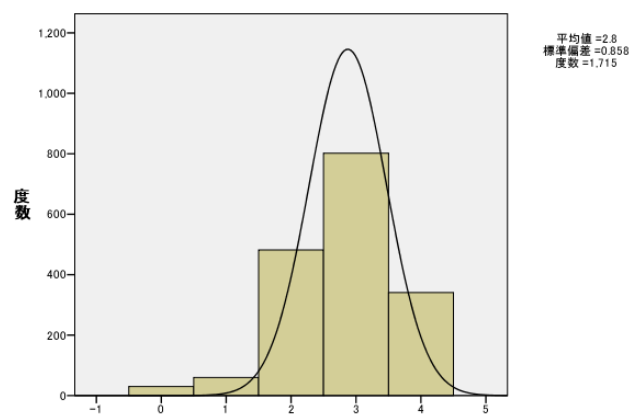


図 92 SQ29 の度数分布

SQ30 慣れない仕事を任される時

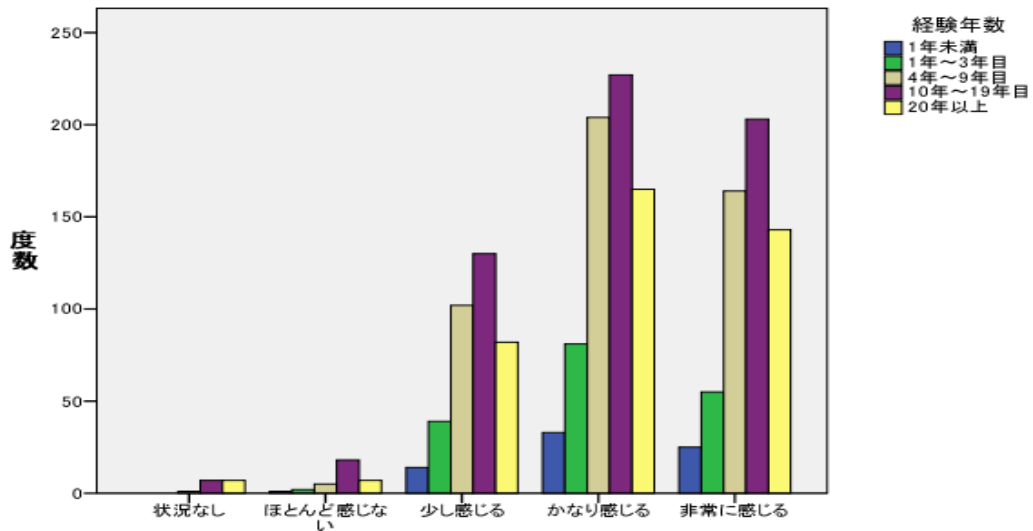


図 93 SQ30 のクロス集計グラフ

表 47 SQ30 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ30	0	0	0	1	7	7	15
	1	1	2	5	18	7	33
	2	14	39	102	130	82	367
	3	33	81	204	227	165	710
	4	25	55	164	203	143	590
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.12	3.07	3.10	3.03	3.06	3.07

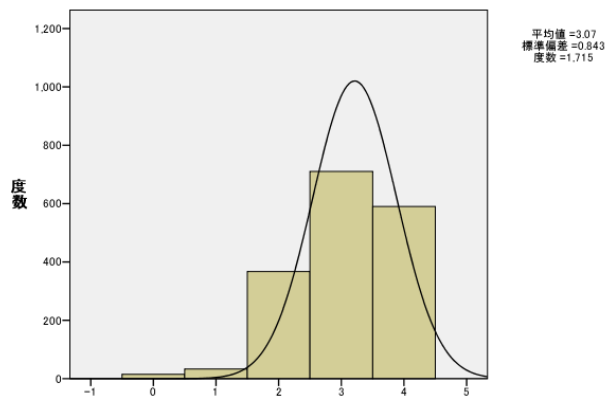


図 94 SQ30 の度数分布

SQ31 ターミナルの患者の話を聴いたり、話をしたりする時

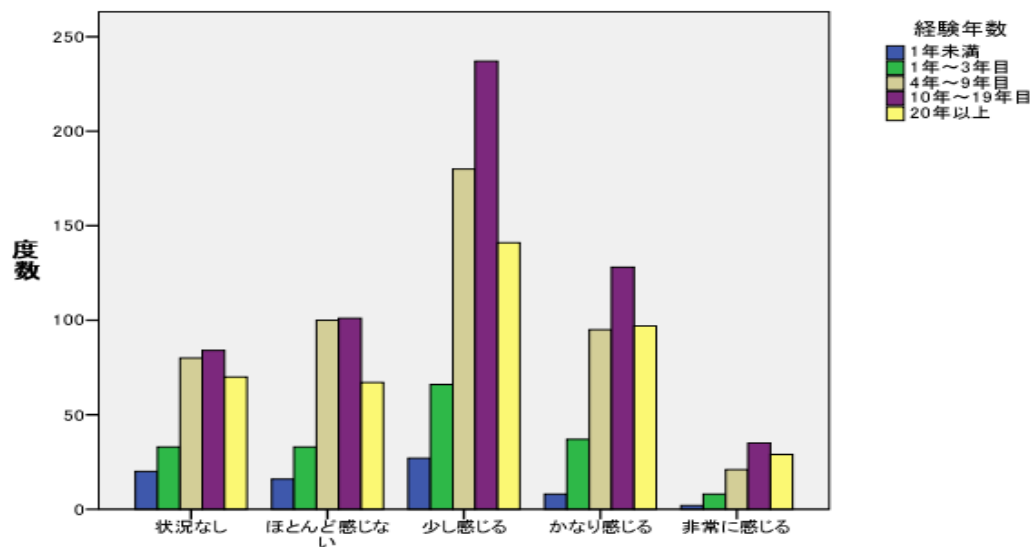


図 95 SQ31 のクロス集計グラフ

表 48 SQ31 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ31	0	20	33	80	84	70	287
	1	16	33	100	101	67	317
	2	27	66	180	237	141	651
	3	8	37	95	128	97	365
	4	2	8	21	35	29	95
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		1.40	1.74	1.74	1.88	1.87	1.80

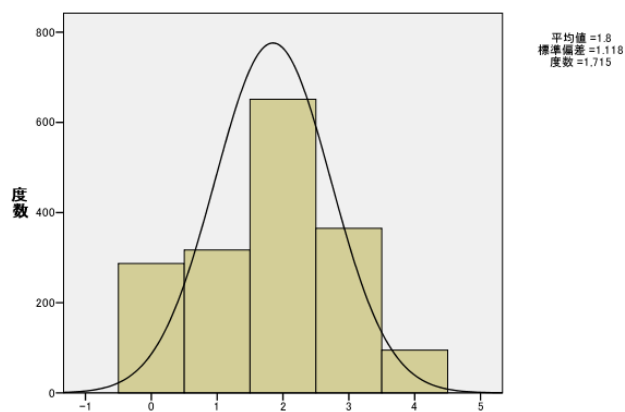


図 96 SQ31 の度数分布

SQ32 自分より上にしっかりした人がいない時

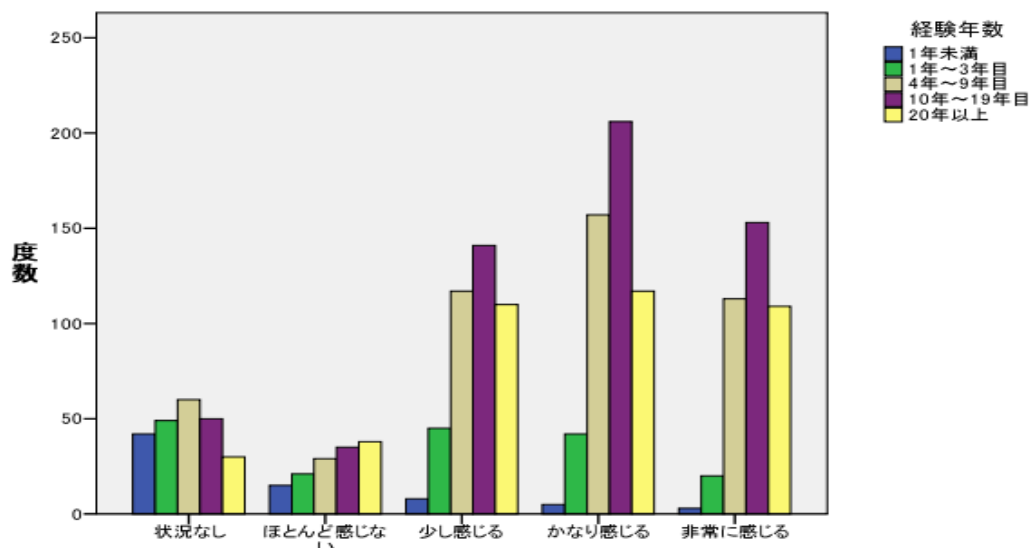


図 97 SQ32 のクロス集計グラフ

表 49 SQ32 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ32	0	42	49	60	50	30	231
	1	15	21	29	35	38	138
	2	8	45	117	141	110	421
	3	5	42	157	206	117	527
	4	3	20	113	153	109	398
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		0.79	1.79	2.49	2.64	2.59	2.42

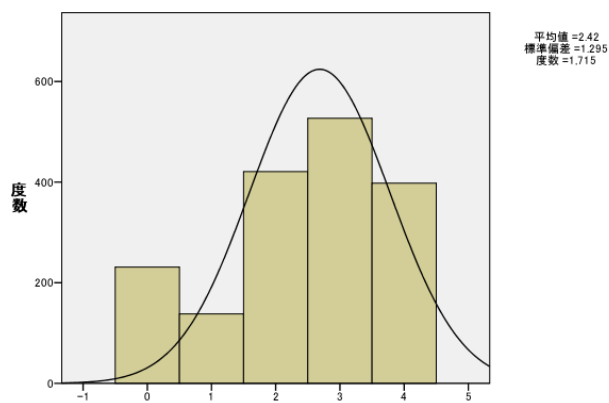


図 98 SQ32 の度数分布

SQ33 やり方が難しい処置・検査などを患者に行う時

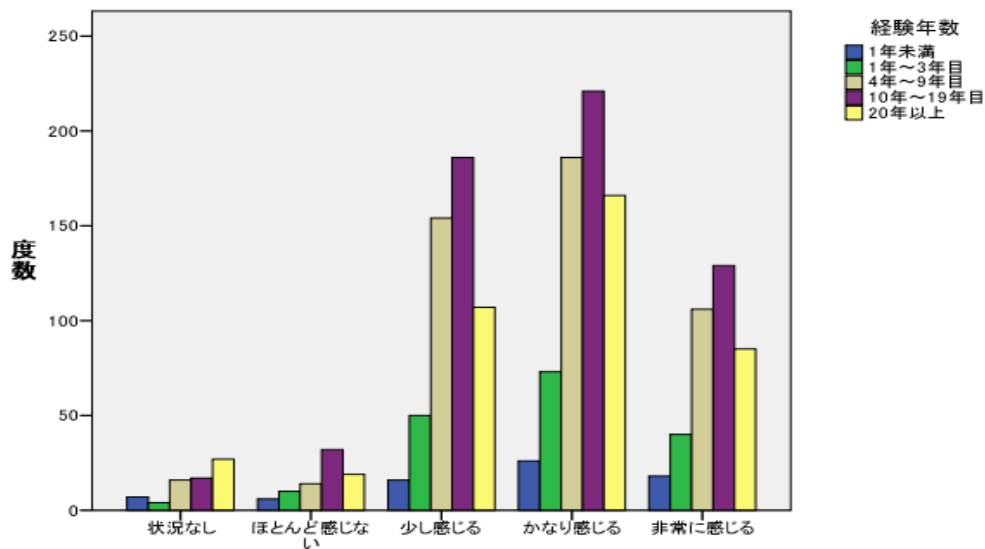


図 99 SQ33 のクロス集計グラフ

表 50 SQ33 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
SQ33	0	7	4	16	17	27	71
	1	6	10	14	32	19	81
	2	16	50	154	186	107	513
	3	26	73	186	221	166	672
	4	18	40	106	129	85	378
合計		73	177	476	585	404	1715
平均スコア		2.58	2.76	2.74	2.71	2.65	2.70

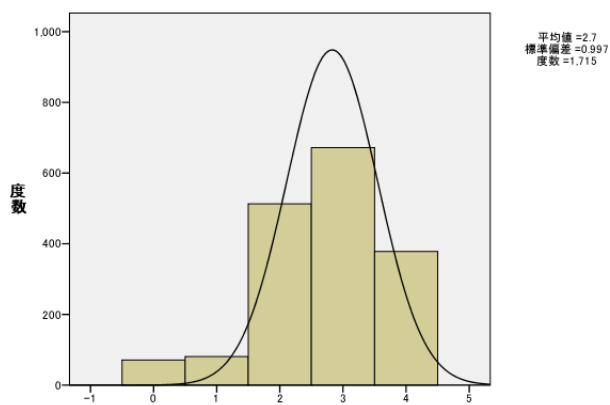


図 100 SQ33 の度数分布

3. 「経験年数」と「組織コミットメント」のクロス集計表の棒グラフ

OQ1 私の仕事生活(キャリア)の残りを、いまの病院で過ごせたら、とても幸せだ。

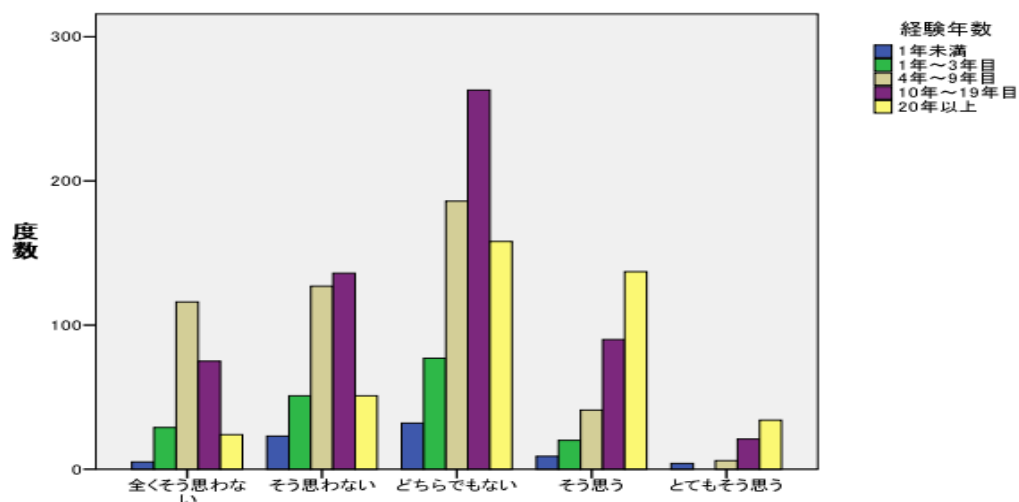


図 101 OQ1 のクロス集計グラフ

表 51 OQ1 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
OQ01	1	5	29	116	75	24	249
	2	23	51	127	136	51	388
	3	32	77	186	263	158	716
	4	9	20	41	90	137	297
	5	4	0	6	21	34	65
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.78	2.50	2.36	2.74	3.26	2.73

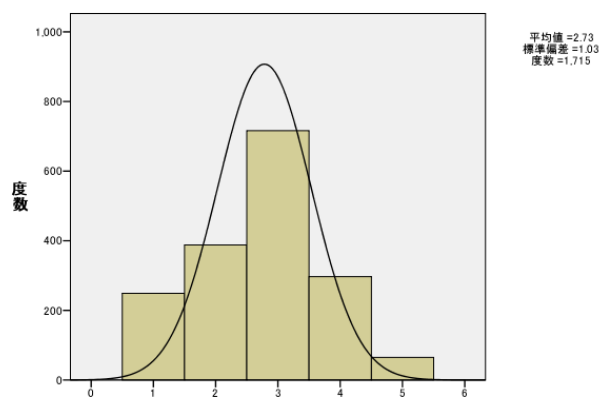


図 102 OQ1 の度数分布

Q2 私は、自分の病院の一員なのだ、と強く感じることもある。

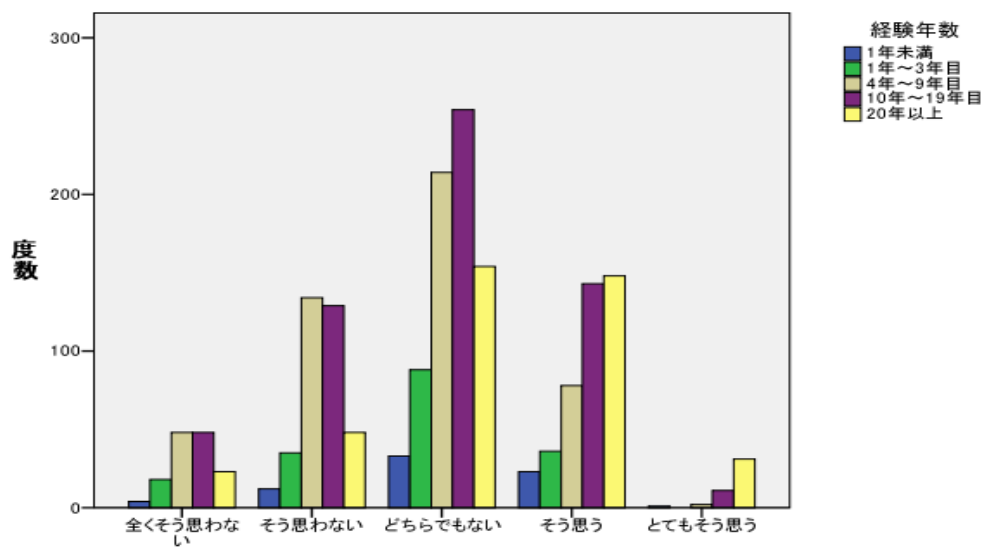


図 103 Q2 のクロス集計グラフ

表 52 Q2 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
Q2	1	4	18	48	48	23	141
	2	12	35	134	129	48	358
	3	33	88	214	254	154	743
	4	23	36	78	143	148	428
	5	1	0	2	11	31	45
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.07	2.80	2.69	2.90	3.29	2.93

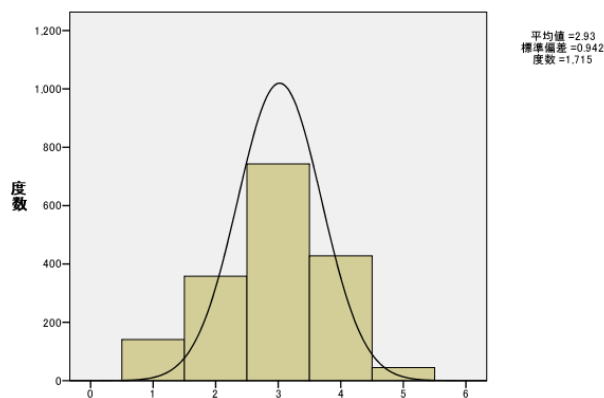


図 104 Q2 の度数分布

〇Q3 私は、この病院の問題を、まるで自分自身の問題であるかのように感じている。

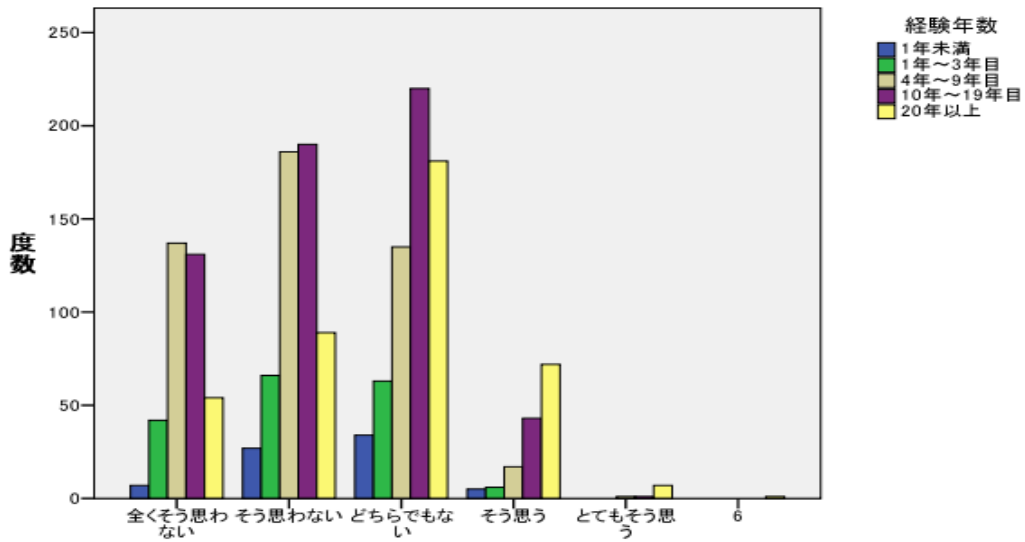


図 105 〇Q3 のクロス集計グラフ

表 53 〇Q3 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
〇Q3	1	7	42	137	131	54	371
	2	27	66	186	190	89	558
	3	34	63	135	220	181	633
	4	5	6	17	43	72	143
	5	0	0	1	1	7	9
	6	0	0	0	0	1	1
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		1.51	1.19	1.07	1.30	1.73	1.34

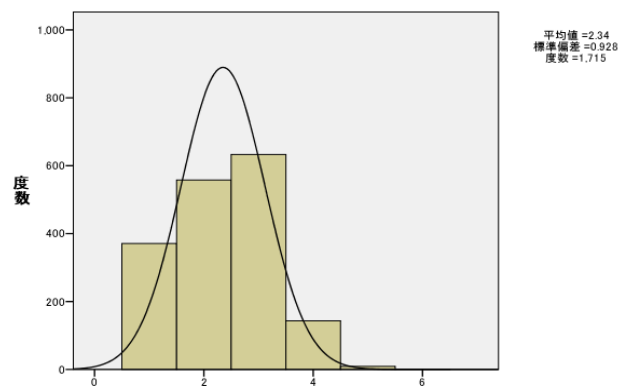


図 106 〇Q3 の度数分布

QQ4 この病院は、私にとって個人的に重要な意味を持っている。

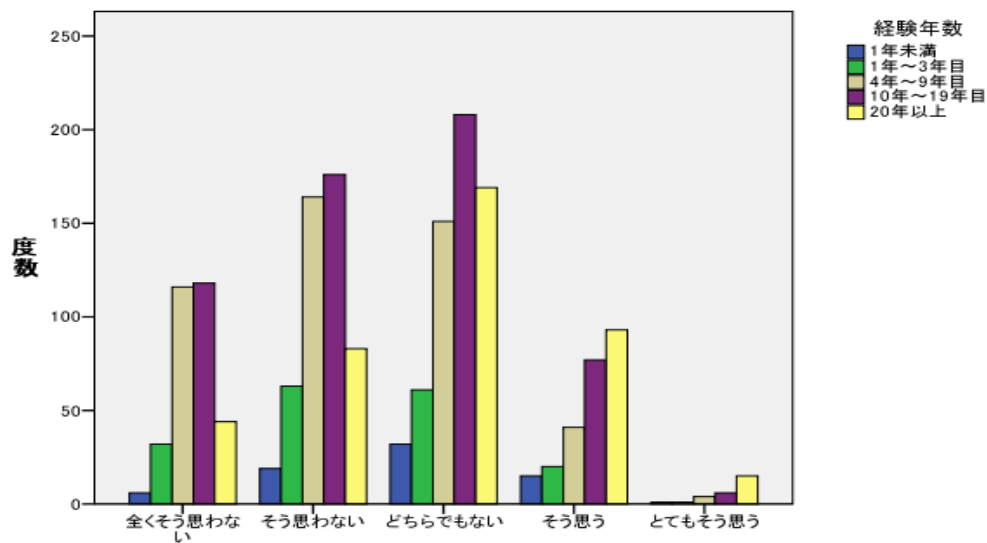


図 107 QQ4 のクロス集計グラフ

表 54 QQ4 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
QQ4	1	6	32	116	118	44	316
	2	19	63	164	176	83	505
	3	32	61	151	208	169	621
	4	15	20	41	77	93	246
	5	1	1	4	6	15	27
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.81	2.41	2.27	2.45	2.88	2.51

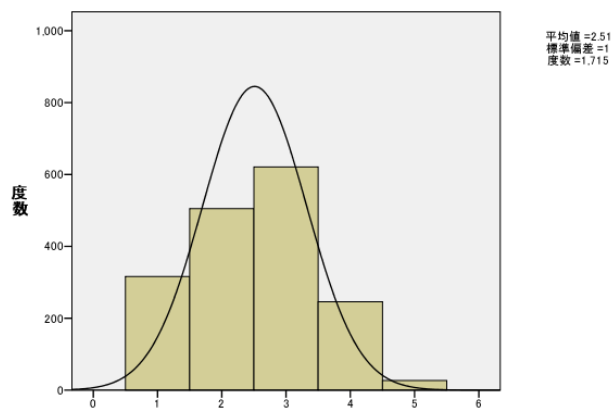


図 108 QQ4 の度数分布

QQ5 いま、この病院にいるのは、働く必要があるからだ。

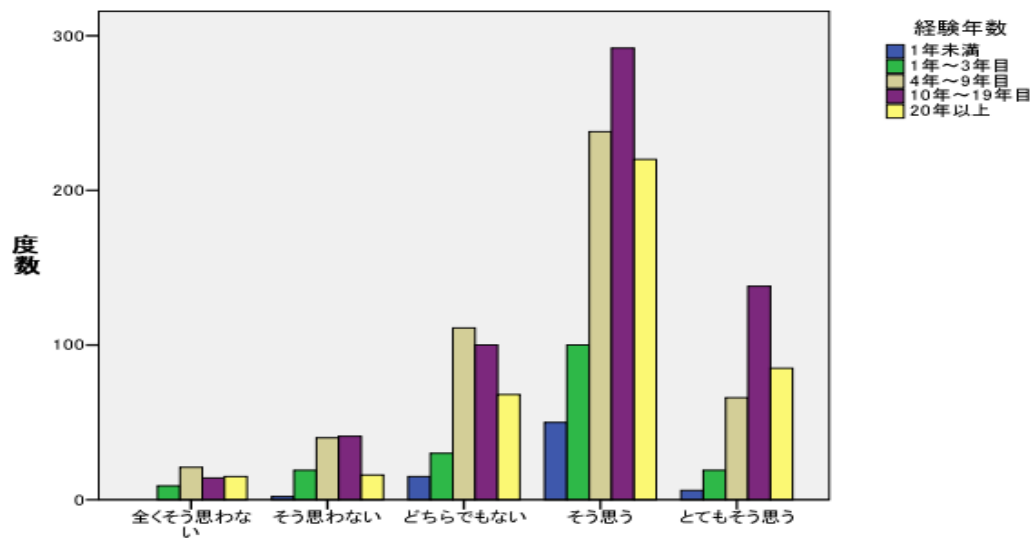


図 109 QQ5 のクロス集計グラフ

表 55 QQ5 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
QQ5	1	0	9	21	14	15	59
	2	2	19	40	41	16	118
	3	15	30	111	100	68	324
	4	50	100	238	292	220	900
	5	6	19	66	138	85	314
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.82	3.57	3.61	3.85	3.85	3.75

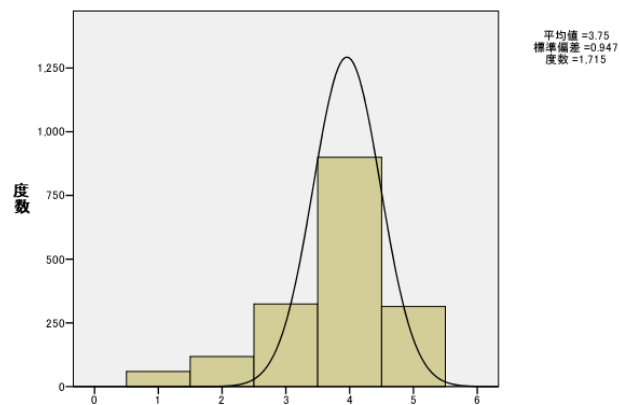


図 110 QQ5 の度数分布

QQ6 私は、病院という「家族」の一員になっていると思う。

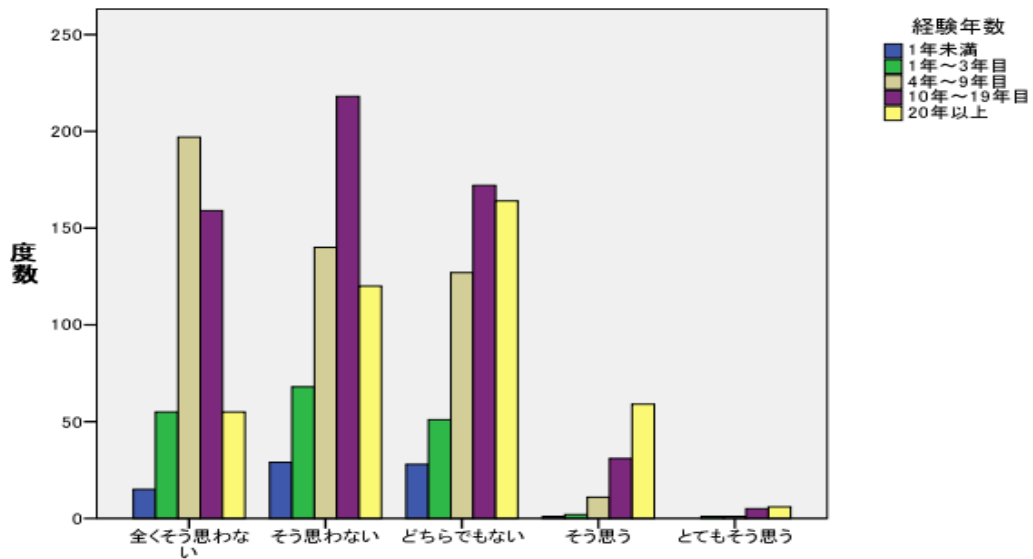


図 111 QQ6 のクロス集計グラフ

表 56 QQ6 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
BQ06	1	42	73	178	258	171	722
	2	14	51	150	178	129	522
	3	9	32	88	87	61	277
	4	5	13	42	43	26	129
	5	3	8	18	19	17	65
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		1.81	2.05	2.10	1.95	1.98	2.00

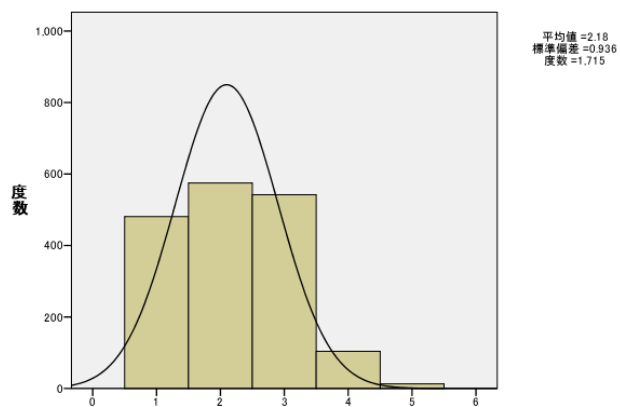


図 112 QQ6 の度数分布

Q7 この病院をいますぐに去ろうと思っても、実際にそうするのはとても難しい。

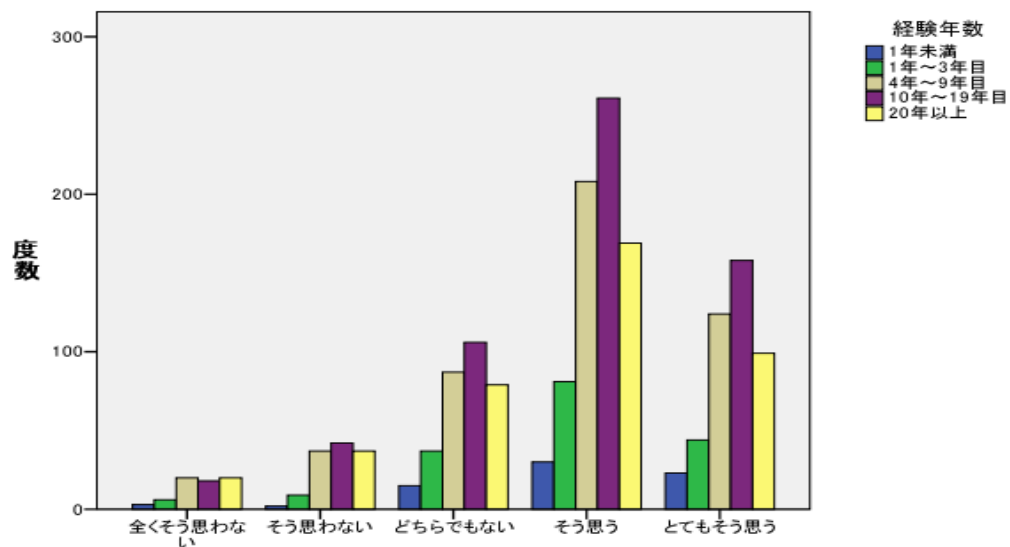


図 113 Q7 のクロス集計グラフ

表 57 Q7 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
Q7	1	3	6	20	18	20	67
	2	2	9	37	42	37	127
	3	15	37	87	106	79	324
	4	30	81	208	261	169	749
	5	23	44	124	158	99	448
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.93	3.84	3.80	3.85	3.72	3.81

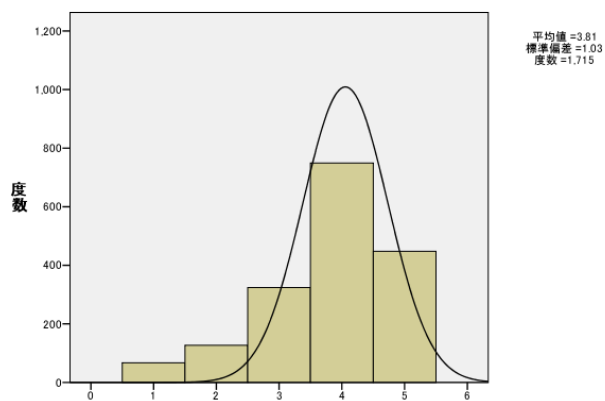


図 114 Q7 の度数分布

QQ8 この病院でこんなに働いてこなかったなら、他の病院で働くことも考えるだろう。

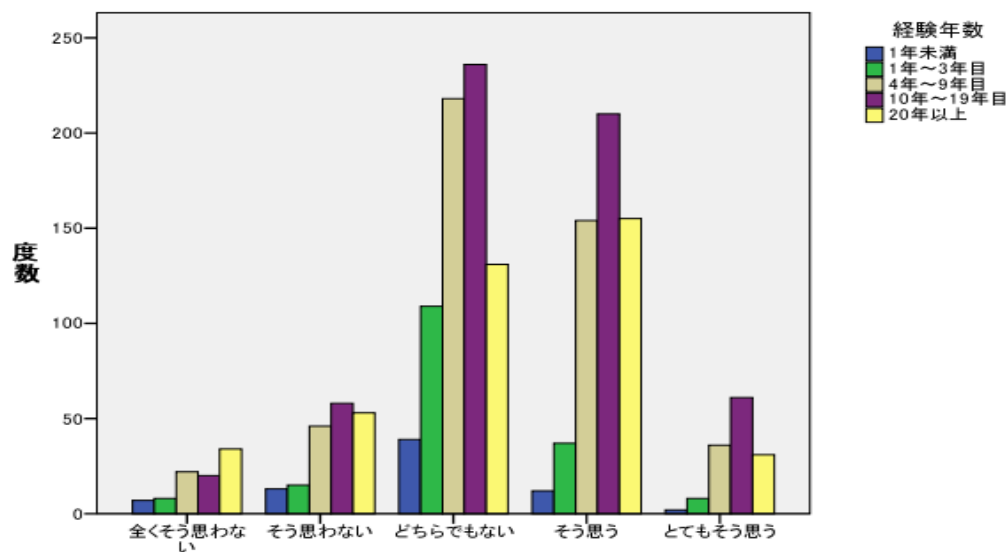


図 115 QQ8 のクロス集計グラフ

表 58 QQ8 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
QQ08	1	7	8	22	20	34	91
	2	13	15	46	58	53	185
	3	39	109	218	236	131	733
	4	12	37	154	210	155	568
	5	2	8	36	61	31	138
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.85	3.12	3.29	3.40	3.24	3.28

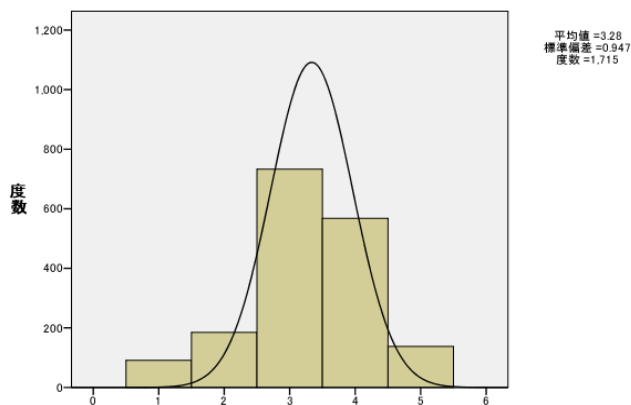


図 116 QQ8 の度数分布

QQ9 病院を辞めたとしたら、代わりの勤め先が見つからずに困るだろう。

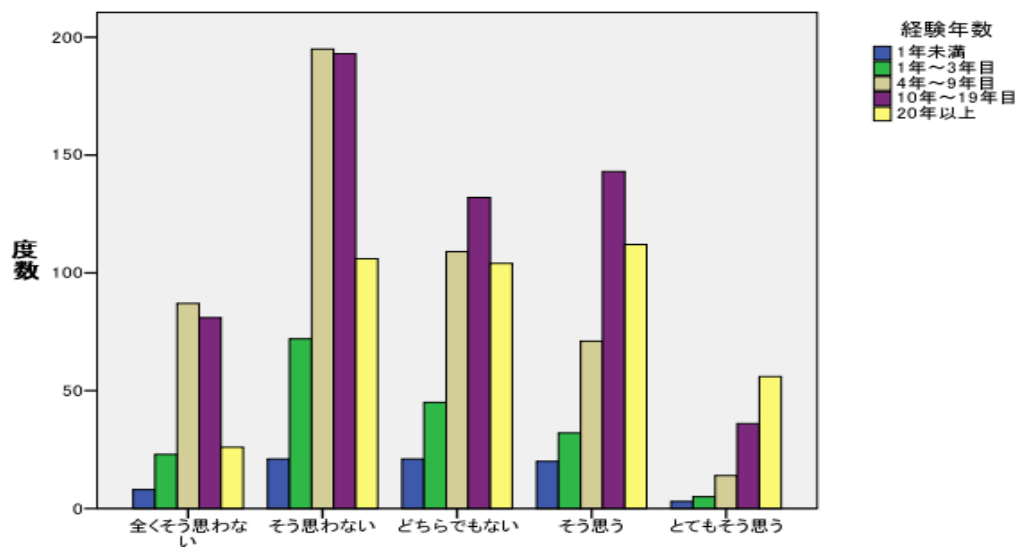


図 117 QQ9 のクロス集計グラフ

表 59 QQ9 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
QQ9	1	8	23	87	81	26	225
	2	21	72	195	193	106	587
	3	21	45	109	132	104	411
	4	20	32	71	143	112	378
	5	3	5	14	36	56	114
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.85	2.57	2.43	2.76	3.16	2.75

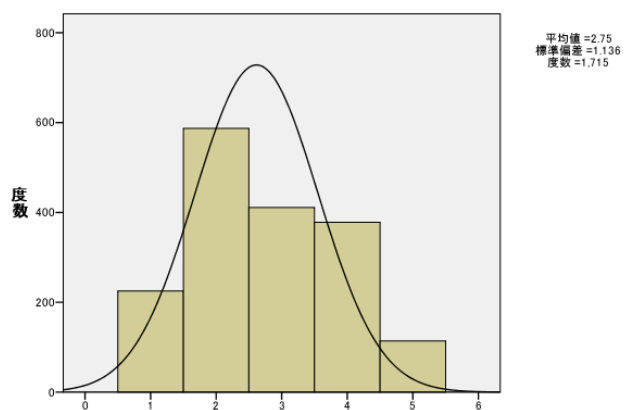


図 118 QQ9 の度数分布

OQ10 この病院に勤めることは、私の義務だと思う。

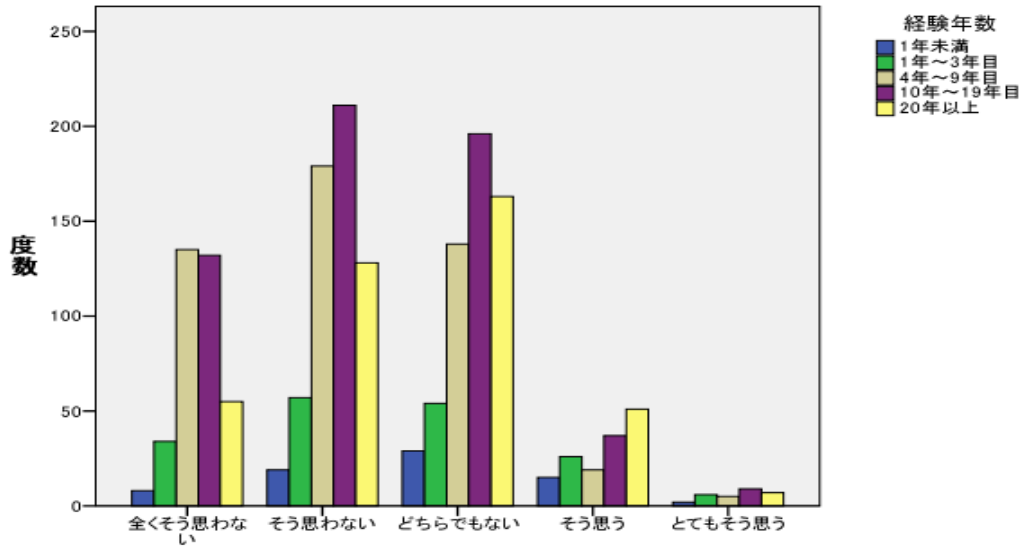


図 119 OQ10 のクロス集計グラフ

表 60 OQ10 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
OQ10	1	8	34	135	132	55	364
	2	19	57	179	211	128	594
	3	29	54	138	196	163	580
	4	15	26	19	37	51	148
	5	2	6	5	9	7	29
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.78	2.51	2.12	2.28	2.57	2.35

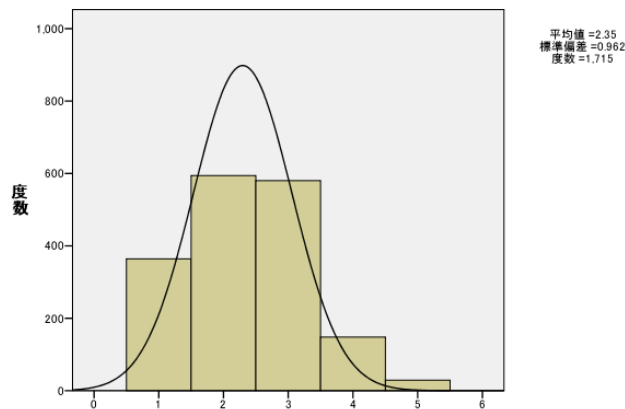


図 120 OQ10 の度数分布

OQ11 いま病院を去る決意をしたら、私の人生の大部分が崩れてしまうだろう。

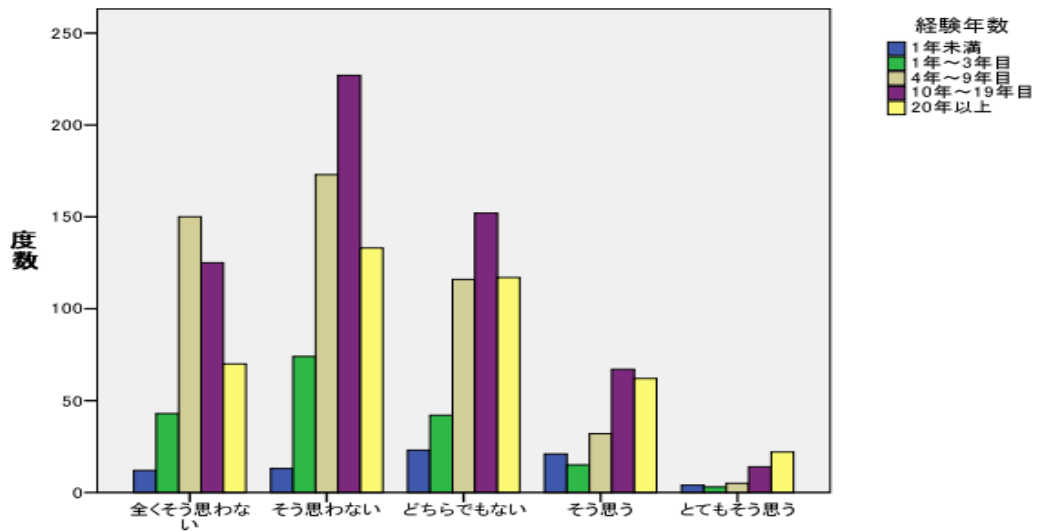


図 121 OQ11 のクロス集計グラフ

表 61 OQ11 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
OQ11	1	12	43	150	125	70	400
	2	13	74	173	227	133	620
	3	23	42	116	152	117	450
	4	21	15	32	67	62	197
	5	4	3	5	14	22	48
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.89	2.21	2.09	2.35	2.59	2.34

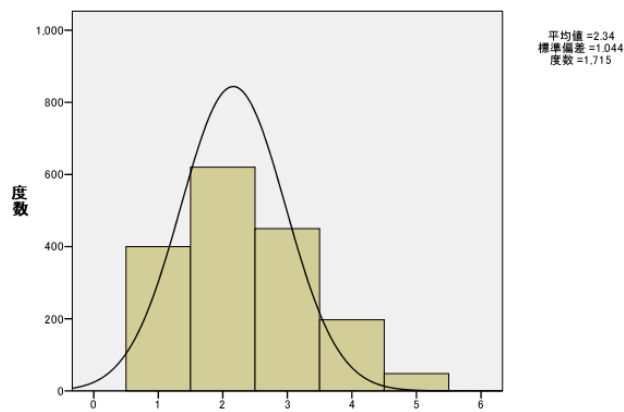


図 122 OQ11 の度数分布

○Q12 自分に有利になるとしても、いまこの病院を辞めることが道徳的に正しいこととは思わない。

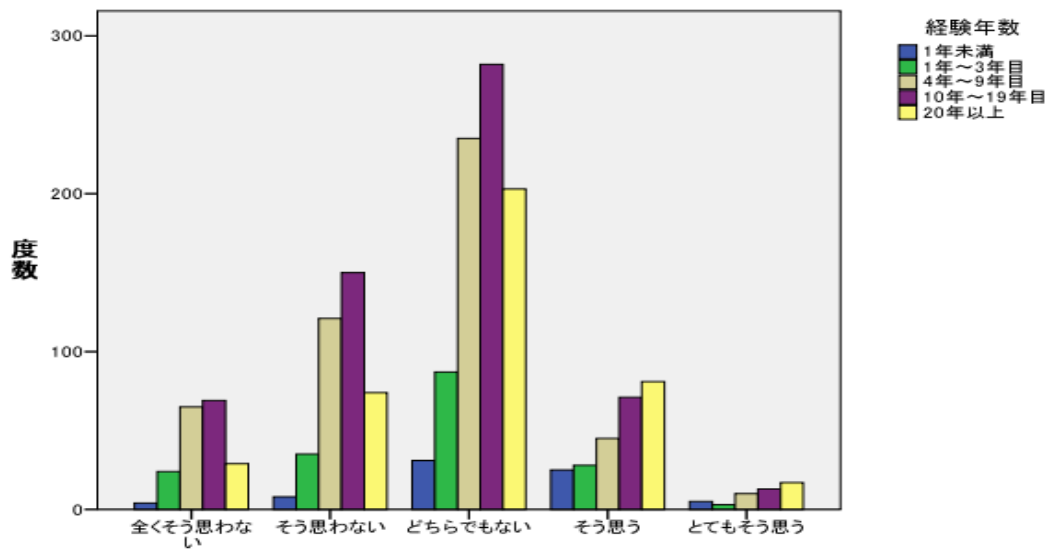


図 123 ○Q12 のクロス集計グラフ

表 62 ○Q12 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
○Q12	1	4	24	65	69	29	191
	2	8	35	121	150	74	388
	3	31	87	235	282	203	838
	4	25	28	45	71	81	250
	5	5	3	10	13	17	48
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.26	2.72	2.61	2.67	2.96	2.75

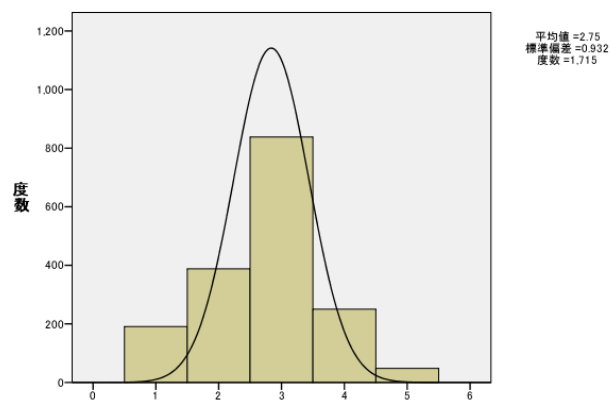


図 124 ○Q12 の度数分布

Q13 いまこの病院を辞めてしまったら、罪の意識を感じるだろう。

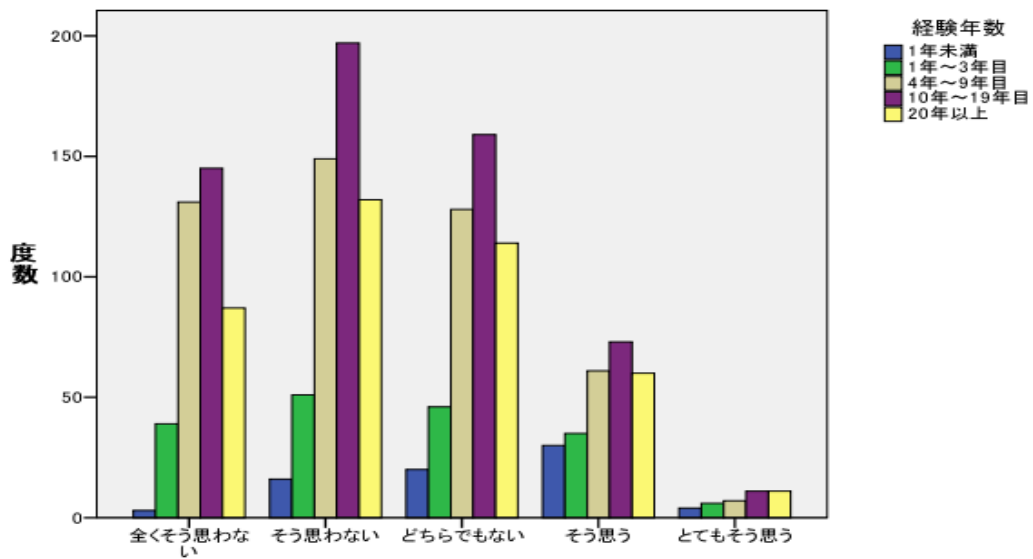


図 125 Q13 のクロス集計グラフ

表 63 Q13 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
Q13	1	3	39	131	145	87	405
	2	16	51	149	197	132	545
	3	20	46	128	159	114	467
	4	30	35	61	73	60	259
	5	4	6	7	11	11	39
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.22	2.54	2.29	2.33	2.45	2.41

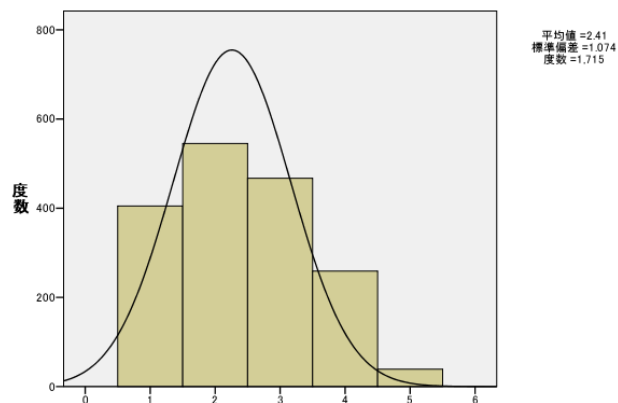


図 126 Q13 の度数分布

Q14 この病院を辞めたら、他の働き場所がないかもしれないが、私は別にかまわな
い、

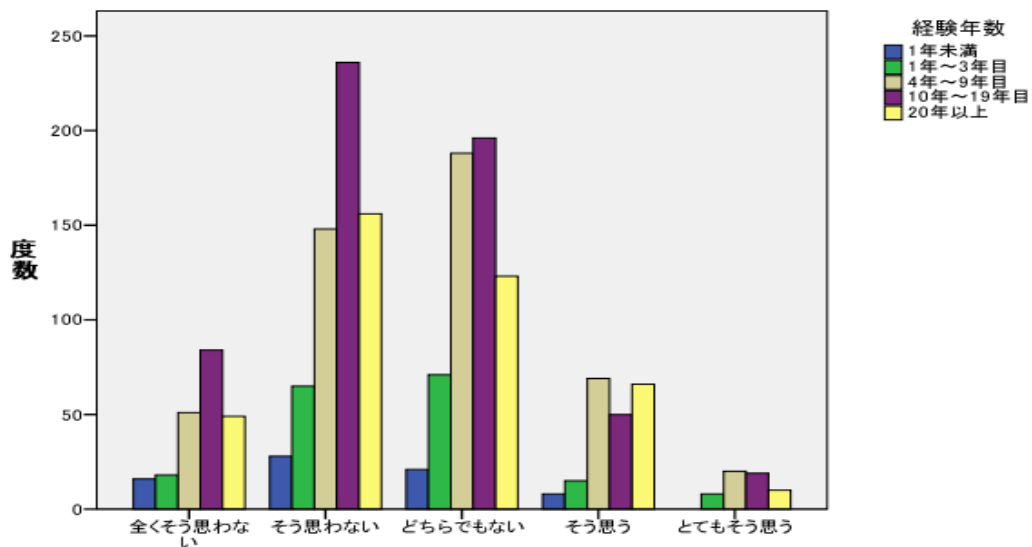


図 127 Q14 のクロス集計グラフ

表 64 Q14 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
Q14	1	16	18	51	84	49	218
	2	28	65	148	236	156	633
	3	21	71	188	196	123	599
	4	8	15	69	50	66	208
	5	0	8	20	19	10	57
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.29	2.60	2.70	2.46	2.58	2.56

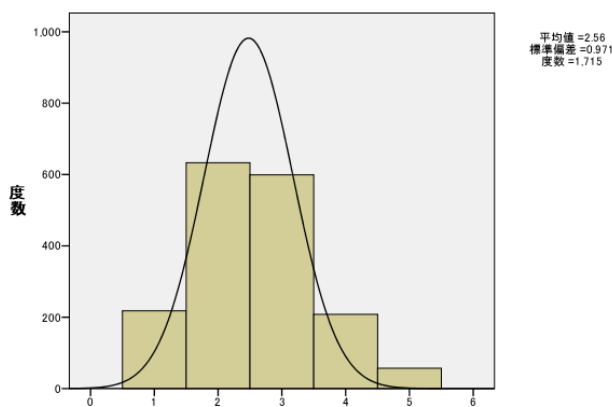


図 128 Q14 の度数分布

OQ15 この病院は、私が忠誠を尽くすに値する病院だ。

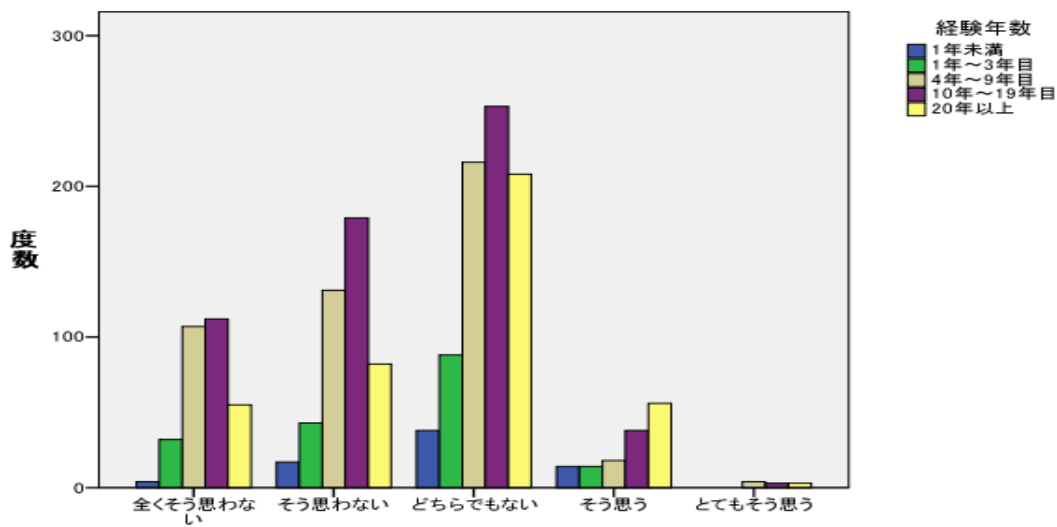


図 129 OQ15 のクロス集計グラフ

表 65 OQ15 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
OQ15	1	4	32	107	112	55	310
	2	17	43	131	179	82	452
	3	38	88	216	253	208	803
	4	14	14	18	38	56	140
	5	0	0	4	3	3	10
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.85	2.47	2.33	2.39	2.68	2.47

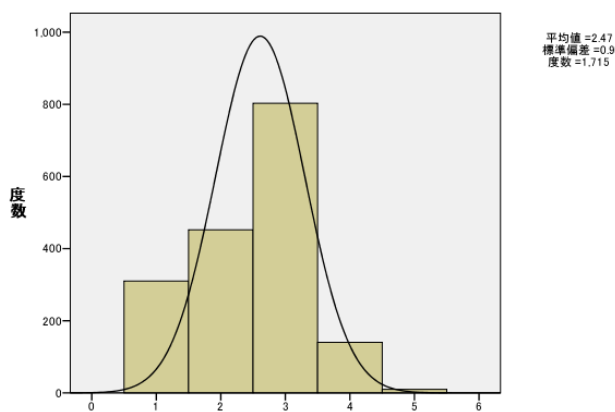


図 130 OQ15 の度数分布

Q16 病院で一緒に働く人々に対して義務感があるので、いま私が病院を去ることは決してないだろう。

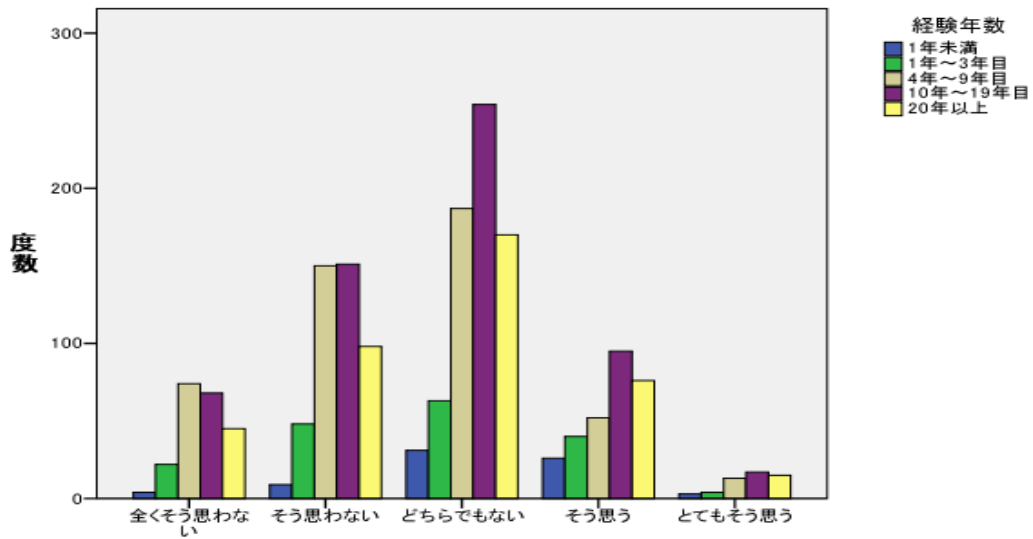


図 131 Q16 のクロス集計グラフ

表 66 Q16 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
Q16	1	4	22	74	68	45	213
	2	9	48	150	151	98	456
	3	31	63	187	254	170	705
	4	26	40	52	95	76	289
	5	3	4	13	17	15	52
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.21	2.75	2.54	2.73	2.80	2.71

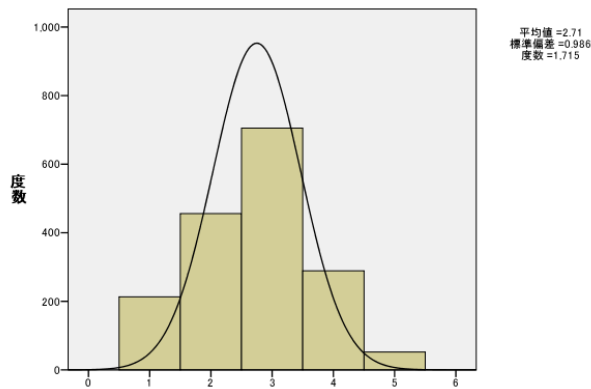


図 132 Q16 の度数分布

OQ17 私はこの病院に、愛情を感じていると思う。

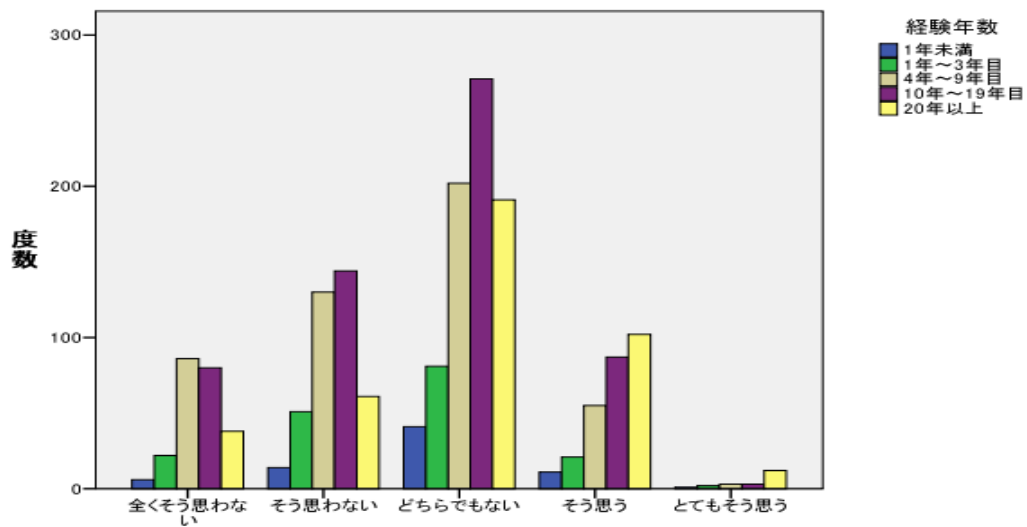


図 133 OQ17 のクロス集計グラフ

表 67 OQ17 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
OQ17	1	6	22	86	80	38	232
	2	14	51	130	144	61	400
	3	41	81	202	271	191	786
	4	11	21	55	87	102	276
	5	1	2	3	3	12	21
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.82	2.60	2.49	2.64	2.97	2.68

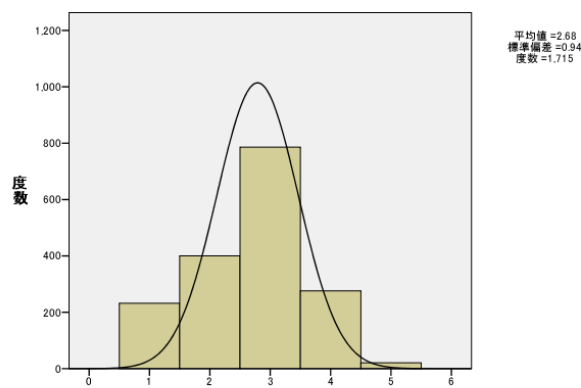


図 134 OQ17 の度数分布

OQ18 私は、この病院に大きな恩義がある。

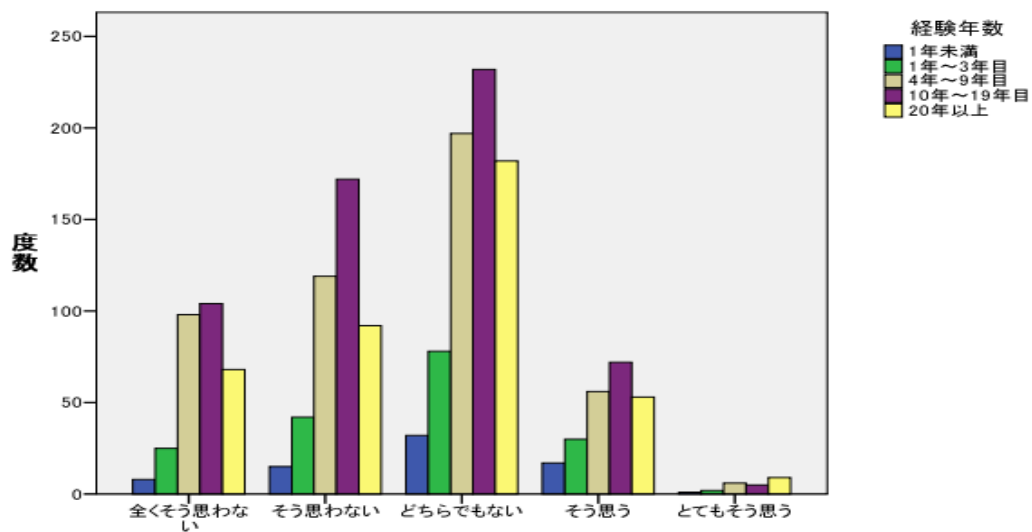


図 135 OQ18 のクロス集計グラフ

表 68 OQ18 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
OQ18	1	8	25	98	104	68	303
	2	15	42	119	172	92	440
	3	32	78	197	232	182	721
	4	17	30	56	72	53	228
	5	1	2	6	5	9	23
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.84	2.67	2.48	2.49	2.61	2.55

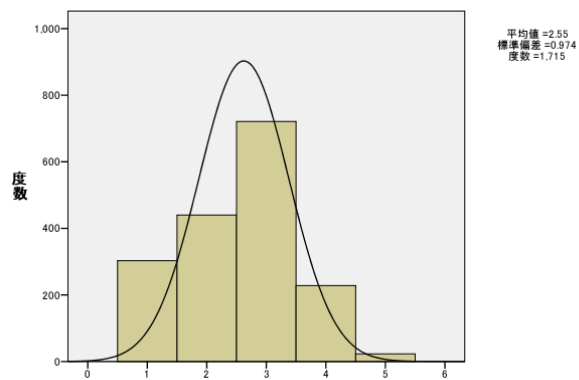


図 136 OQ18 の度数分布

4. 「経験年数」と「組織風土」のクロス集計表の棒グラフ

CQ1 病院の方針や規則に従うように、厳しい要請がある。

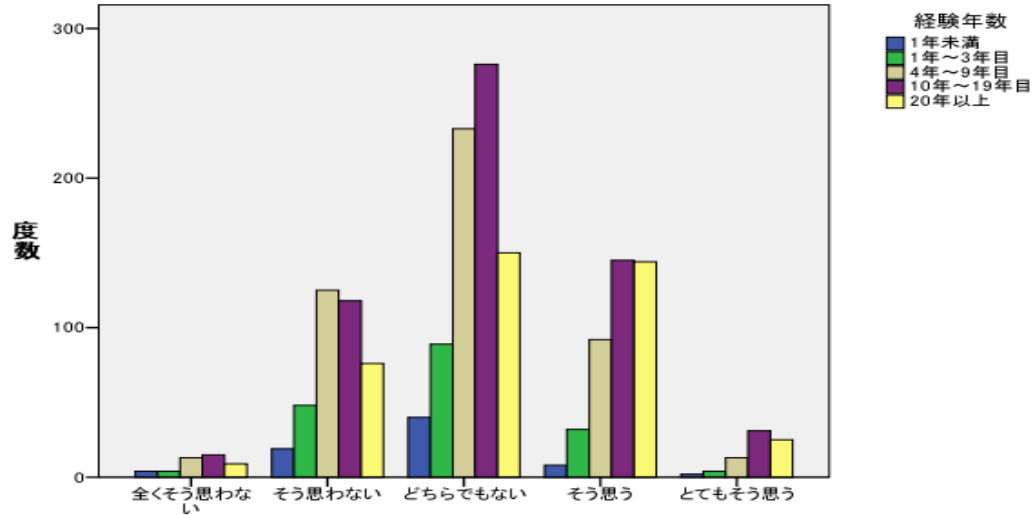


図 137 CQ1 のクロス集計グラフ

表 69 CQ1 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
CQ01	1	4	4	13	15	9	45
	2	19	48	125	118	76	386
	3	40	89	233	276	150	788
	4	8	32	92	145	144	421
	5	2	4	13	31	25	75
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.79	2.91	2.93	3.10	3.25	3.06

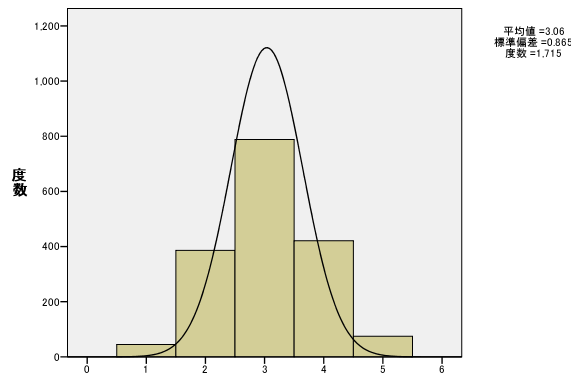


図 138 CQ1 の度数分布

CQ2 仕事はすぐにやらないと、何か言われそうである。

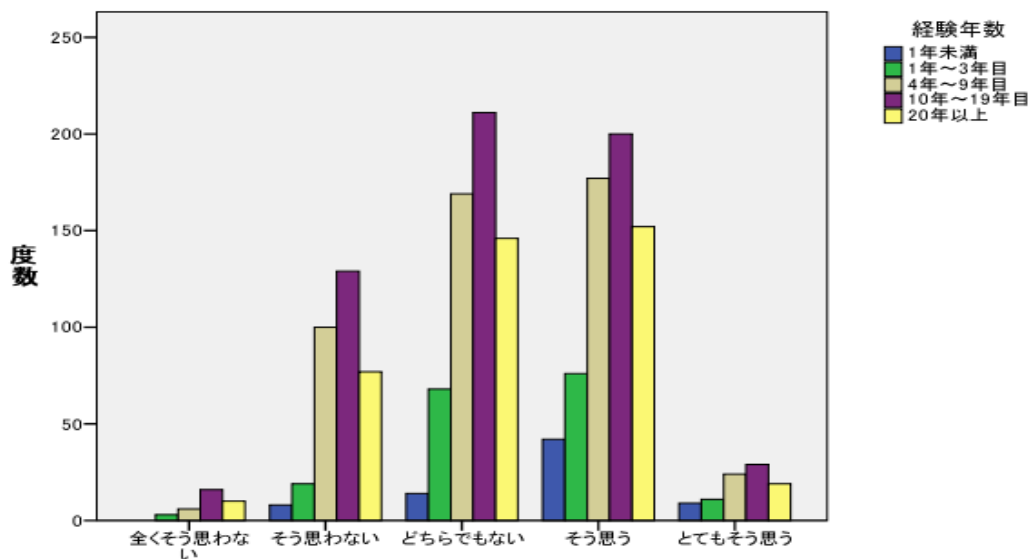


図 139 CQ2 のクロス集計グラフ

表 70 CQ2 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
CQ02	1	0	3	6	16	10	35
	2	8	19	100	129	77	333
	3	14	68	169	211	146	608
	4	42	76	177	200	152	647
	5	9	11	24	29	19	92
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.71	3.41	3.24	3.17	3.23	3.25

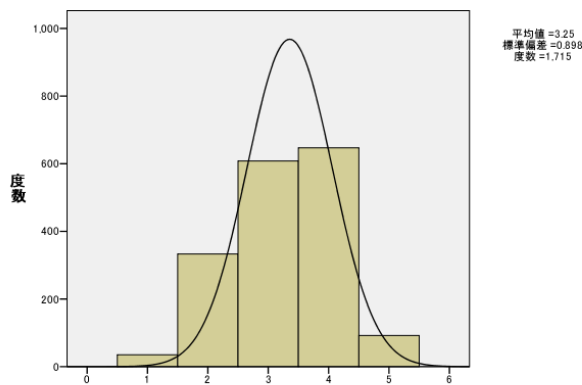


図 140 CQ2 の度数分布

CQ3 病院の伝統や習慣は、かなり強制的なものと考えているメンバーが多い。

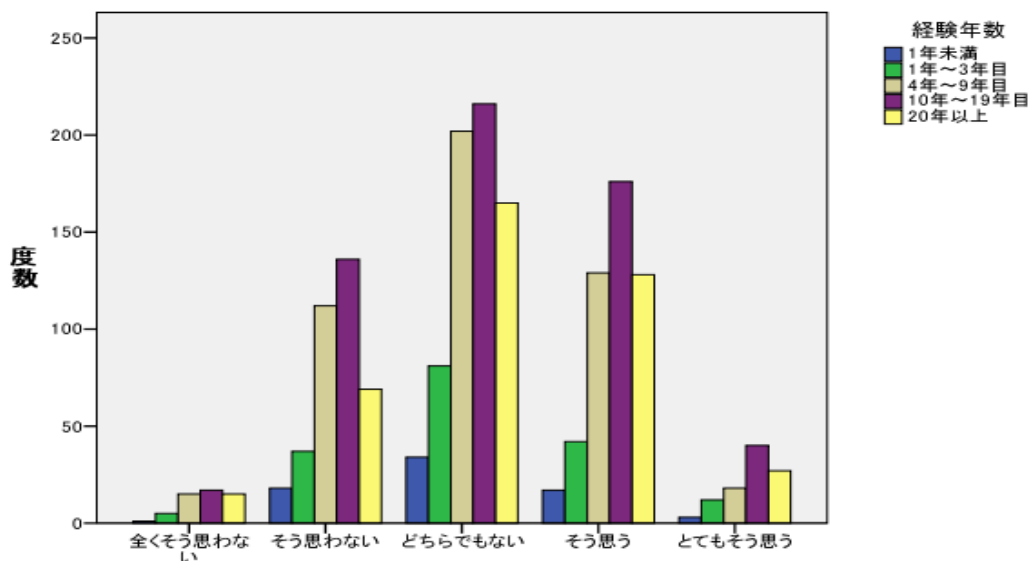


図 141 CQ3 のクロス集計グラフ

表 71 CQ3 のクロス集計グラフ

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
CQ03	1	1	5	15	17	15	53
	2	18	37	112	136	69	372
	3	34	81	202	216	165	698
	4	17	42	129	176	128	492
	5	3	12	18	40	27	100
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.04	3.11	3.05	3.15	3.21	3.12

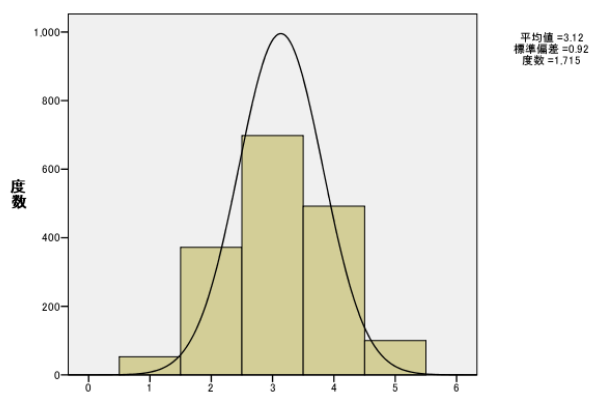


図 142 CQ3 の度数分布

CQ4 ミーティングの成果は、必ず次の仕事に活かされている。

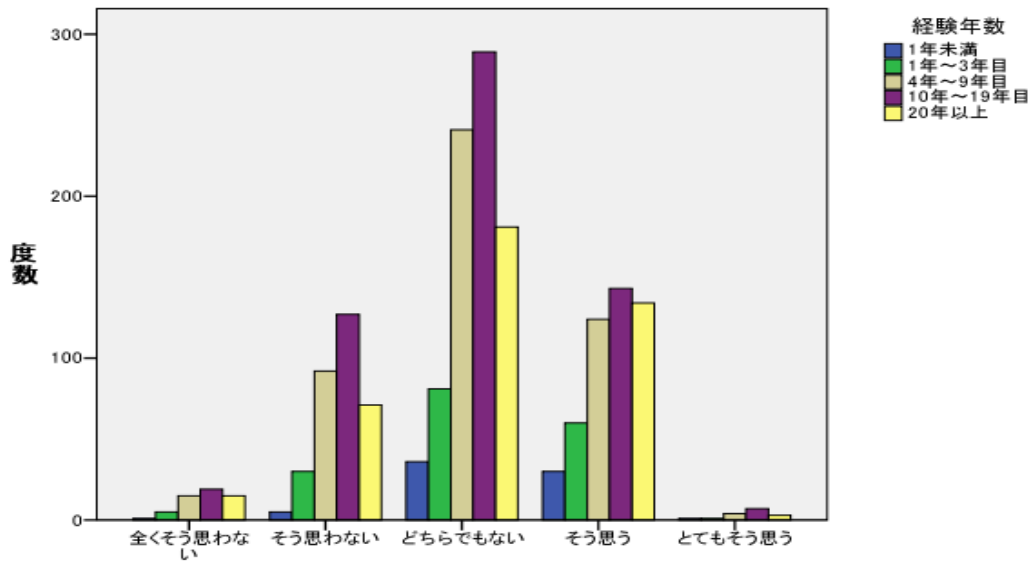


図 143 CQ4 のクロス集計グラフ

表 72 CQ4 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
CQ04	1	1	5	15	19	15	55
	2	5	30	92	127	71	325
	3	36	81	241	289	181	828
	4	30	60	124	143	134	491
	5	1	1	4	7	3	16
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.34	3.12	3.02	2.99	3.10	3.05

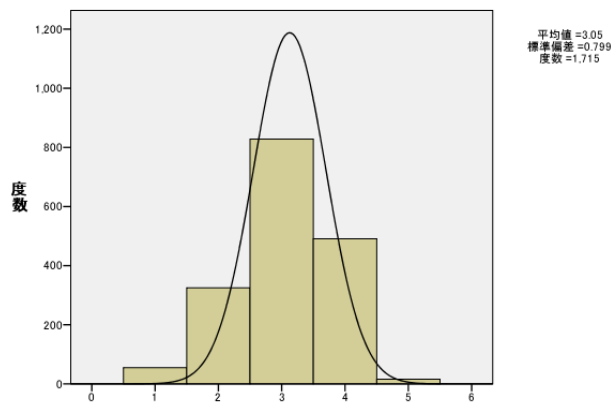


図 144 CQ4 の度数分布

CQ5 メンバーはたいへんよく仕事をしている。

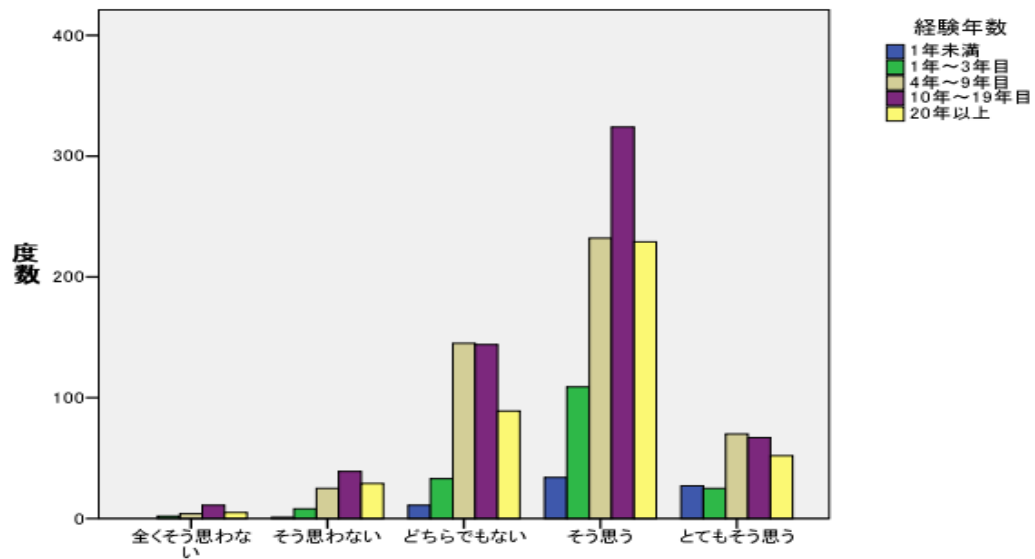


図 145 CQ5 のクロス集計グラフ

表 73 CQ5 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
CQ05	1	0	2	4	11	5	22
	2	1	8	25	39	29	102
	3	11	33	145	144	89	422
	4	34	109	232	324	229	928
	5	27	25	70	67	52	241
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		4.19	3.83	3.71	3.68	3.73	3.74

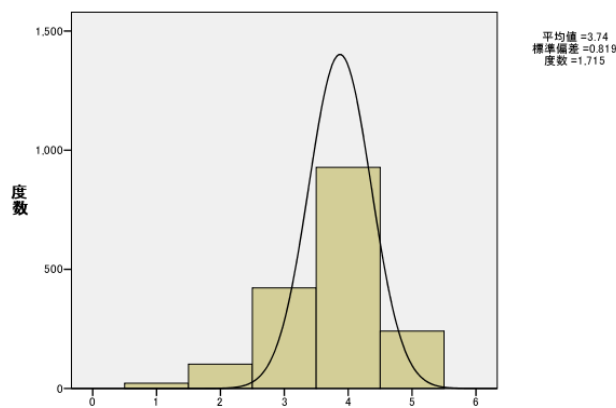


図 146 CQ5 の度数分布

CQ6 上司の注意や指導は詳細な点まで及んでいる。

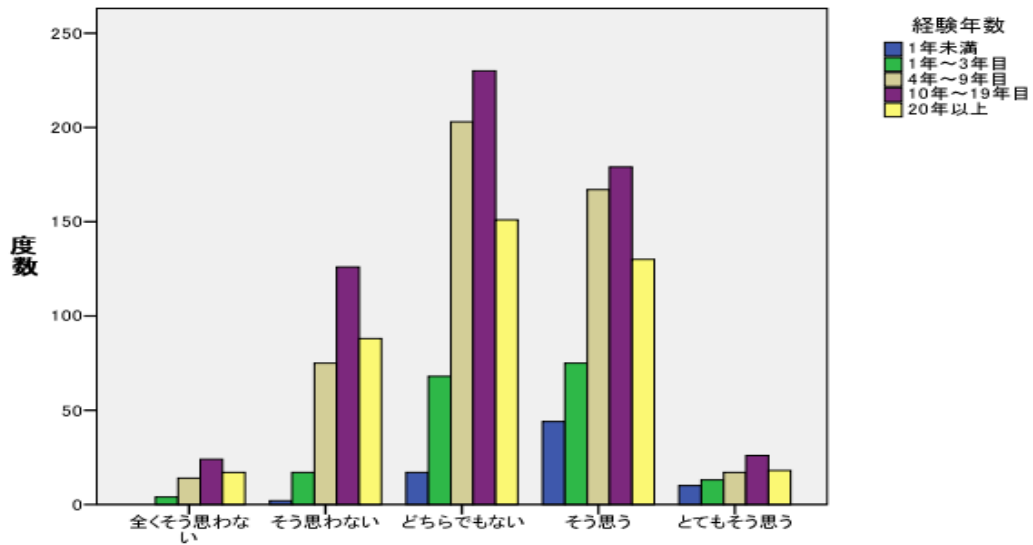


図 147 CQ6 のクロス集計グラフ

表 74 CQ6 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
CQ6	1	0	4	14	24	17	59
	2	2	17	75	126	88	308
	3	17	68	203	230	151	669
	4	44	75	167	179	130	595
	5	10	13	17	26	18	84
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.85	3.43	3.21	3.10	3.11	3.20

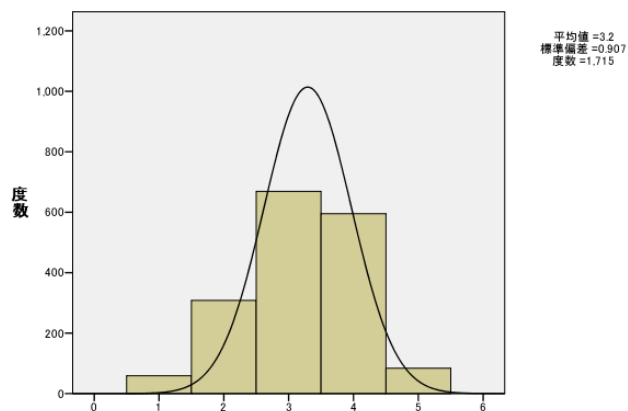


図 148 CQ6 の度数分布

CQ7 その日に行われなければならないことは、詳細な点までメンバーに説明されている

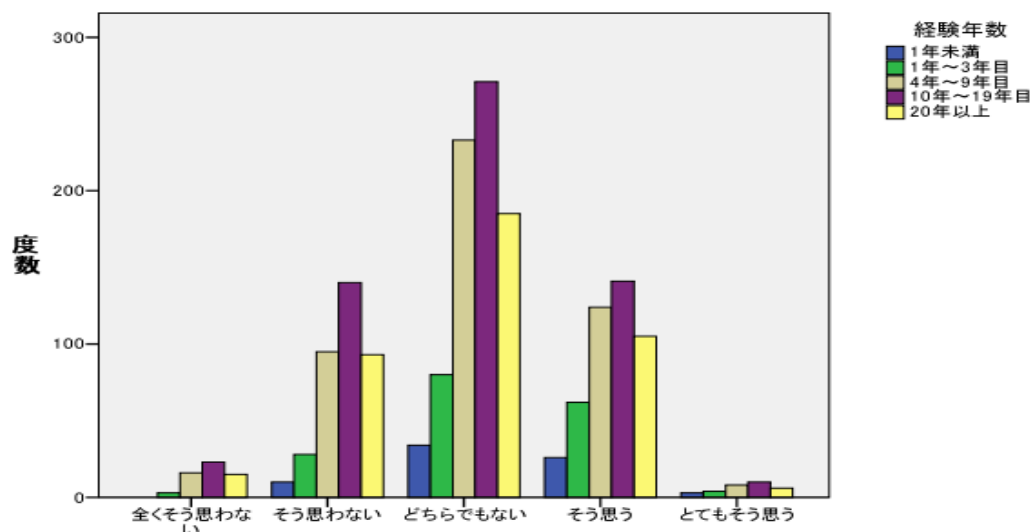


図 149 C7Q のクロス集計グラフ

表 75 CQ7 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
CQ07	1	0	3	16	23	15	57
	2	10	28	95	140	93	366
	3	34	80	233	271	185	803
	4	26	62	124	141	105	458
	5	3	4	8	10	6	31
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.30	3.20	3.03	2.96	2.99	3.02

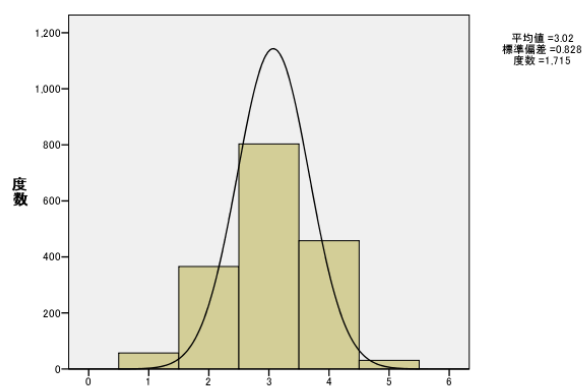


図 150 CQ7 の度数分布

CQ8 上司は、どちらかといえば絶えずメンバーをチェックしている。

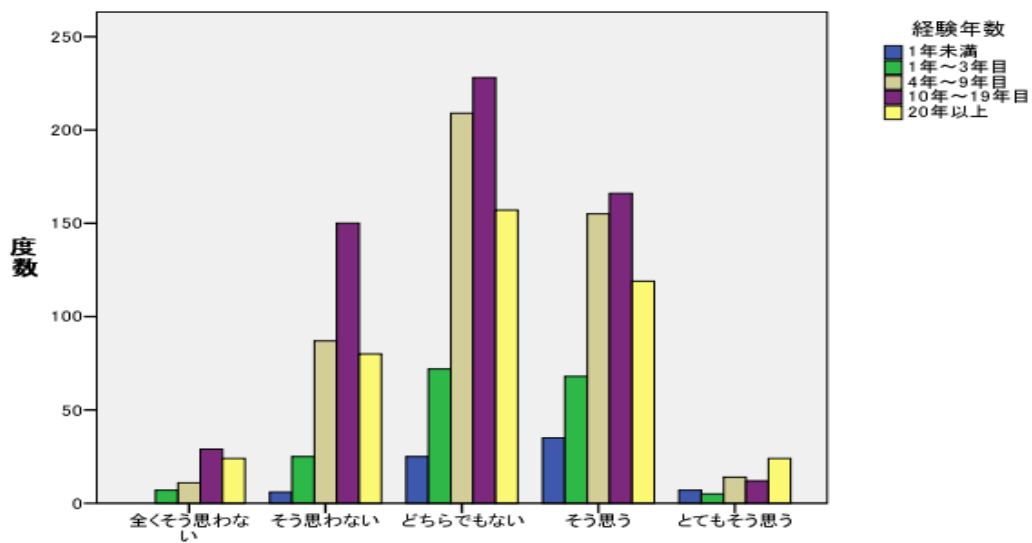


図 151 CQ8 のクロス集計グラフ

表 76 CQ8 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
CQ8	1	0	7	11	29	24	71
	2	6	25	87	150	80	348
	3	25	72	209	228	157	691
	4	35	68	155	166	119	543
	5	7	5	14	12	24	62
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.59	3.22	3.16	2.97	3.10	3.10

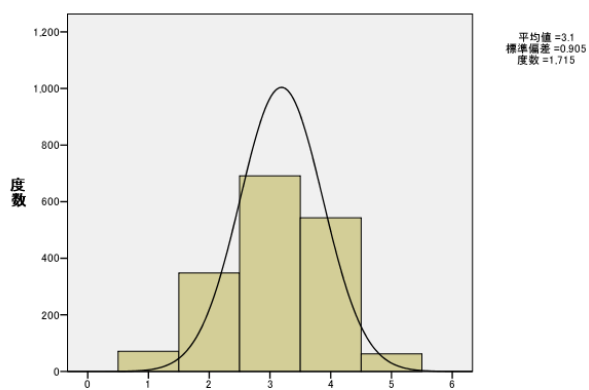


図 152 CQ8 の度数分布

CQ9 メンバーには、何が何でも自分の役割を果たそうとする姿勢が見受けられる。

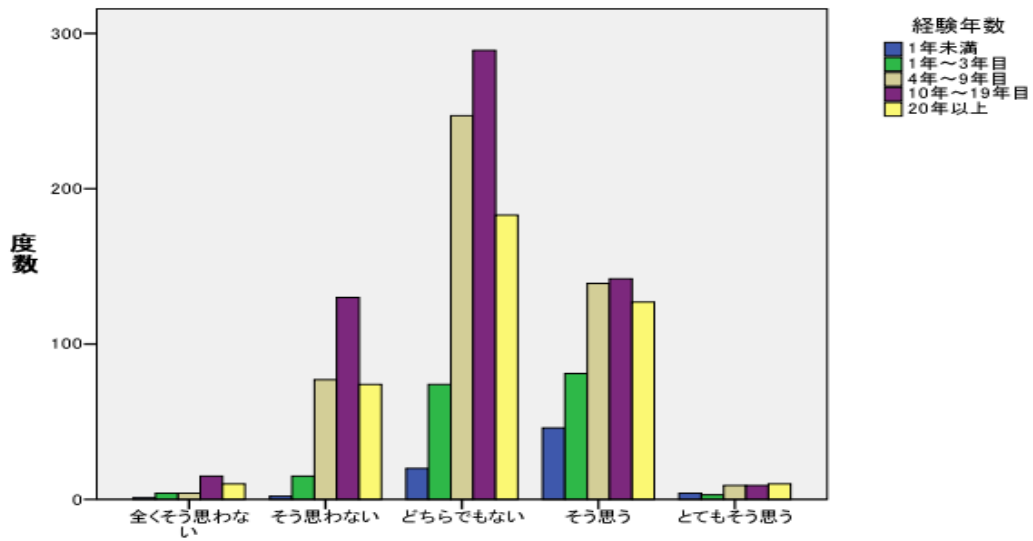


図 153 CQ9 のクロス集計グラフ

表 77 CQ9 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
CQ09	1	1	4	4	15	10	34
	2	2	15	77	130	74	298
	3	20	74	247	289	183	813
	4	46	81	139	142	127	535
	5	4	3	9	9	10	35
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.68	3.36	3.15	3.00	3.13	3.14

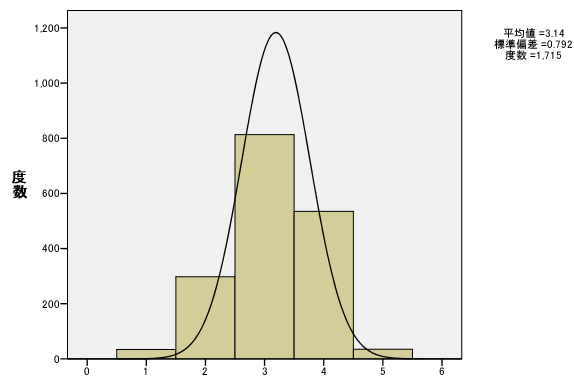


図 154 CQ9 の度数分布

CQ10 上司は叱ることはあってもほめることはまれである。

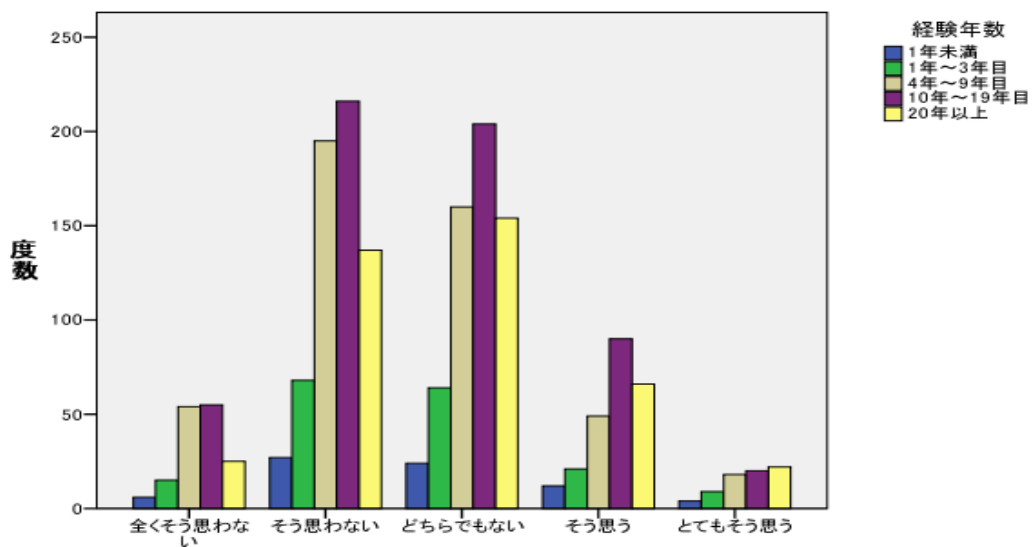


図 155 CQ10 のクロス集計グラフ

表 78 CQ10 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
CQ10	1	6	15	54	55	25	155
	2	27	68	195	216	137	643
	3	24	64	160	204	154	606
	4	12	21	49	90	66	238
	5	4	9	18	20	22	73
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.74	2.67	2.54	2.66	2.81	2.67

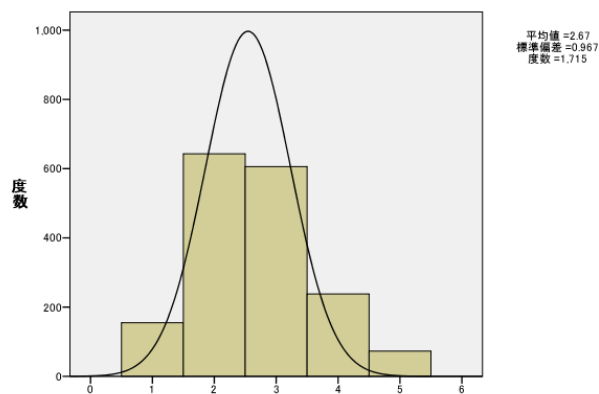


図 156 CQ10 の度数分布

CQ11 病院には、個人の存在を無視するような風潮がある。

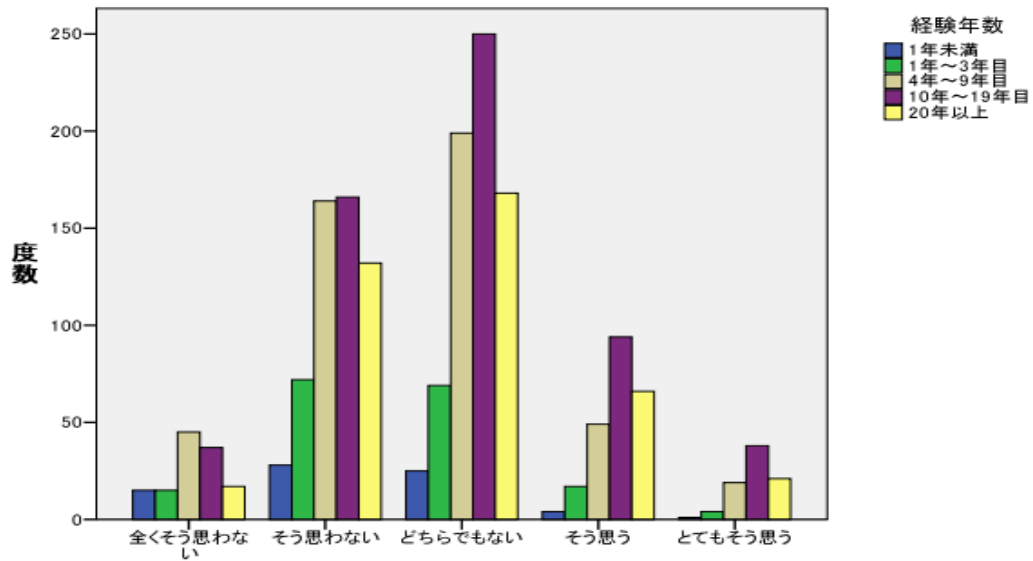


図 157 CQ11 のクロス集計グラフ

表 79 CQ11 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
CQ11	1	15	15	45	37	17	129
	2	28	72	164	166	132	562
	3	25	69	199	250	168	711
	4	4	17	49	94	66	230
	5	1	4	19	38	21	83
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		2.29	2.56	2.65	2.88	2.86	2.75

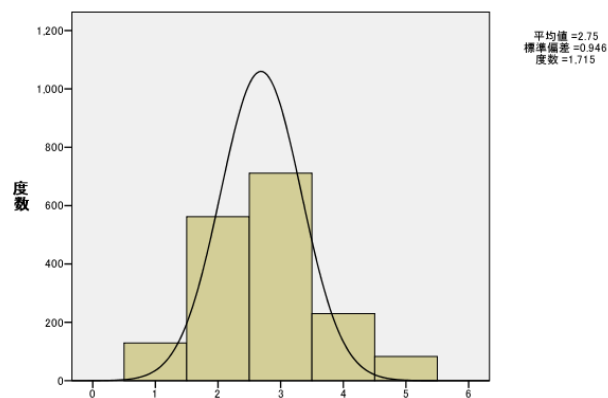


図 158 CQ11 の度数分布

CQ12 ミーティングの議題は、よく整理され全般に及んでいる。

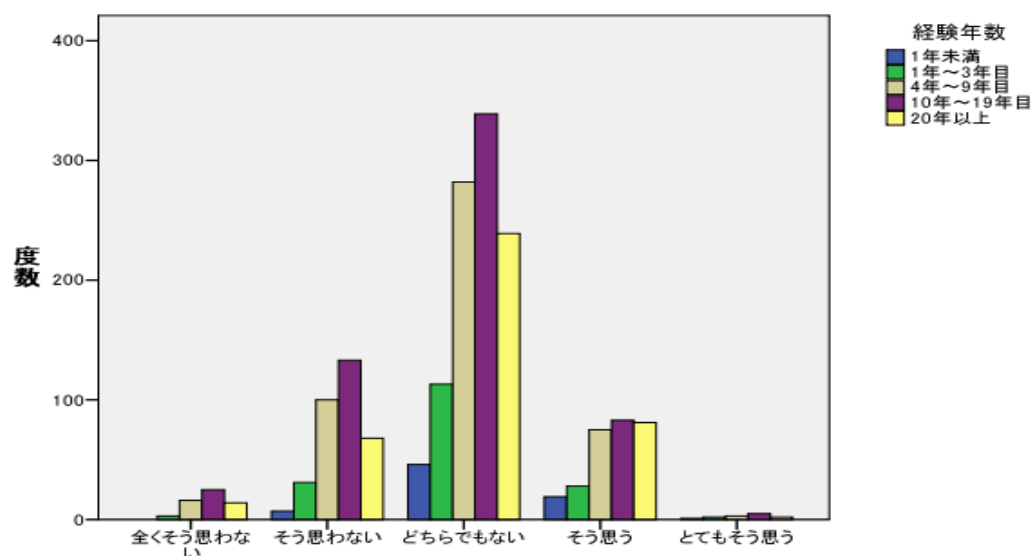


図 159 CQ12 のクロス集計グラフ

表 80 CQ12 のクロス集計

		経験年数					合計
		1年未満	1年～3年目	4年～9年目	10年～19年目	20年以上	
CQ12	1	0	3	16	25	14	58
	2	7	31	100	133	68	339
	3	46	113	282	339	239	1019
	4	19	28	75	83	81	286
	5	1	2	3	5	2	13
合計		73	177	476	585	404	1715
平均得点		3.19	2.97	2.89	2.85	2.97	2.92

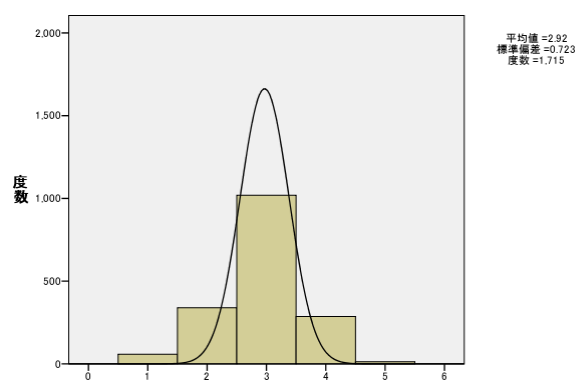


図 160 CQ12 の度数分布

〔質問紙〕

第3章の「新人看護職者におけるバーンアウトの実態と看護療法の効果」の基礎的研究

1. あなたの性別を教えてください。
① 女 ② 男
2. 現在の勤務場所での職種を教えてください。
① 保健師 ② 助産師 ③ 看護師 ④ 准看護師
3. あなたの最終看護学専門教育機関を教えてください。
① 准看護師養成課程 ② 看護師2年課程進学コース ③ 看護師養成3年課程
④ 5年一貫看護師養成課程 ⑤ 看護師3年課程短大 ⑥ 看護系大学
⑦ 保健師助産師養成課程 ⑧ 看護系大学院
4. 現在の健康状態について教えてください。
① 健康である ② 何らかの症状はあるが治療していない ③ 何らかの病気を治療中である
5. 看護療法(笑い、マッサージ、回想法、意図的タッチ)を実際に業務の中で取り入れたことがありますか。

- ① はい
② いいえ

➤ 1) 「はい」と回答した方にお聞きします。

- (1) 取り入れた看護療法を教えてください(複数回答可)。

- ① 笑い ② マッサージ ③ 回想法 ④ 意図的タッチ

- (2) 看護に対して有効だったと思いますか。

- ① 全く思わない ② どちらかというと思わない ③ どちらかというと思う
④ 非常に思う

- (3) 新たな気づきを得られたと思いますか。

- ① 全く思わない ② どちらかというと思わない ③ どちらかというと思う
④ 非常に思う

- (4) 実際に活用している回数はどれくらいですか。最も近い番号に○をつけてください。

- ① 毎日 ② 1～2回／週 ③ 1～2回／月
④ その他()

→ 2) 「いいえ」と回答した方にお聞きします。

- (1) 看護療法を取り入れなかった理由を教えてください(複数回答可)。

- ① 職場には、取り入れる慣習がなかった。
- ② 有効性に疑問を感じていた。
- ③ 必要とする対象者がたまたまいなかった。
- ④ 時間的にゆとりがなかった。
- ⑤ その他（理由：_____）

6. 以下の質問は、働く人々が会社に対して感じる気持ちを記したものです。あなたは現在勤めている会社(病院)に対してどのような気持ちを抱いていますか。
該当する欄に1つだけ○印をつけてください。
一つ一つの項目に答えてくださるようお願いいたします。

		まったくそう 思わない	そう 思わない	どちらでも ない	そう 思う	とても そう 思う
1	私の仕事生活(キャリア)の残りを、いまの病院で過ごせたら、とても幸せだ。	1	2	3	4	5
2	私は、自分の病院の一員なのだ、と強く感じることもある。	1	2	3	4	5
3	私は、この病院の問題を、まるで自分自身の問題であるかのように感じている。	1	2	3	4	5
4	この病院は、私にとって個人的に重要な意味を持っている。	1	2	3	4	5
5	いま、この病院にいるのは、働く必要があるからだ。	1	2	3	4	5
6	私は、病院という「家族」の一員になっているように思う。	1	2	3	4	5
7	この病院をいますぐに去ろうと思っても、実際にそうするのはとても難しい。	1	2	3	4	5
8	この病院でこんなに働いてこなかったなら、他の病院で働くことも考えるだろう。	1	2	3	4	5
9	病院を辞めたとしたら、代わりの勤め先が見つからずに困るだろう。	1	2	3	4	5
10	この病院に勤めることは、私の義務だと思う。	1	2	3	4	5
11	いま病院を去る決意をしたら、私の人生の大部分が崩れてしまうだろう。	1	2	3	4	5
12	自分に有利になるとしても、いまこの病院を辞めることが道徳的に正しいこととは思わない。	1	2	3	4	5
13	いまこの病院を辞めてしまったら、罪の意識を感じるだろう。	1	2	3	4	5
14	この病院を辞めたら、他の働き場所がないかもしれないが、私は別にかまわない。	1	2	3	4	5
15	この病院は、私が忠誠を尽くすに値する病院だ。	1	2	3	4	5
16	病院で一緒に働く人々に対して義務感があるので、いま私が病院を去ることは決してないだろう。	1	2	3	4	5
17	私はこの病院に、愛情を感じていると思う。	1	2	3	4	5
18	私は、この病院に大きな恩義がある。	1	2	3	4	5

7. 以下の項目について、あなたは最近どの頻度で体験しますか。

該当する欄に1つだけ○印をつけてください。

質問は全部で 21 項目あります。一つ一つの項目に答えてくださるようお願いいたします。

		まったく ない	ごくまれに ある	まれに ある	ときどき ある	しばしば ある	たいてい ある	いつも ある
1	疲れやすい							
2	気がめいる							
3	毎日の生活が楽しい							
4	からだが疲れ果てる							
5	精神的にまいってしまう							
6	こころが満たされている							
7	精根が尽き果てる							
8	ないがしろにされた気持ちになる							
9	みじめな気持ちになる							
10	力を使い果たしたような気持ちになる							
11	期待はずれの気持ちになる							
12	自分がいやになる							
13	うんざりした気持ちになる							
14	わずらわしい気分になる							
15	まわりの人に対して幻滅感や憤りを感じる							
16	気が弱くなる							
17	なげやりな気持ちになる							
18	拒否された気分になる							
19	楽観的な気分になる							
20	意欲にもえたきもちになる							
21	不安な気持ちになる							

【インタビューガイド】

本調査にご協力くださりありがとうございます。この調査は、新人看護職者のみなさんが、仕事でやる気がおきたとき、やる気をなくしたとき、また、現在仕事をするうえで困っていることを調べています。さらに、看護療法の研修が有効であったかを把握することで、より効果的な新人臨床研修制度を検討する目的で実施しています。30分程度のインタビューを通して、これらの点についてお聞きします。インタビューを録音させて頂き、後ほど書き起こしますが、お名前や個人を識別できるような情報の公表はしません。

インタビューでお聞きする内容は以下の通りです。

1. あなたの現在の職場を教えてください。(病棟、診療科など)
2. 夜勤は始まっていますか。(始まっている方は、開始した時期、二交代・三交代、夜勤者人数、受け持つ患者人数)
3. 最近、お仕事のうえで、あなたがやる気がおきたときの経験から、最も心に残っていることを1つお聞かせください。
4. 最近、お仕事のうえで、あなたがやる気をなくしたときの経験から、最も心に残っていることを1つお聞かせください。

※3、4は以下を参考にして思い出してください。

- ・個人的:健康状態、家族状況、住居、通勤など
- ・組織的:職場の人間関係(同僚、上司、医師、患者、家族)、給料、労働条件、看護部の管理のあり方など

5. いま、お仕事のうえで困っていることはどんなことですか。
 6. 看護療法(笑い、マッサージ、回想法、意図的タッチ)を実際に業務の中で取り入れたことがある方にお伺いします。
 - 1) 看護療法を取り入れたときの状況と、患者さんの反応についてお聞かせください。
 - 2) 患者さんの反応をみて、その時のお気持ちをお聞かせください。
 - 3) 新たな気づきを得られたと思いますか
 7. 最後に、新人研修に看護療法の研修を取り入れたことは有効だったと思いますか。
-

第5章の「看護職者におけるバーンアウトの形成因」の実証研究

1. 現在の勤務場所での職種を教えてください。

- ① 保健師 ② 助産師 ③ 看護師 ④ 准看護師

2. あなたの免許取得後からの臨床経験年数を教えてください。

- ① 1年未満 ② 1年～3年目 ③ 4年～9年目 ④ 10年～19年目 ⑤ 20年以上

3. あなたの雇用形態を教えてください。

- ① 正規職員 ② 非正規職員(パートタイマー) ③ その他()

4. あなたの職位を教えてください。

- ① スタッフ ② 副師長(主任)以上

5. あなたの勤務場所を教えてください。

- ① 病棟(ICU/CCU含む) ② 外来(手術室/腎透析室/訪問看護含む)
③ その他()

6. あなたの職場について、お聞きします。右側のあてはまると思う番号を○で囲んでください。

	全くそう 思わない	そう思わ ない	どちらで もない	そう思う	とても そう思う
① 「患者」と会話を頻繁に交わしますか。	1	2	3	4	5
② 「同僚」と会話を頻繁に交わしますか。	1	2	3	4	5
③ 「医師」と会話を頻繁に交わしますか。	1	2	3	4	5
④ 医師以外の「他職種」と会話を頻繁に交わしますか。	1	2	3	4	5
⑤ 患者の生死にかかわる機会が多いですか。	1	2	3	4	5

7. 以下は、病院に勤務する看護職者のストレスと病院に対する意識などについてお聞きします。

あなたの場合、どの程度の強さで『ストレスと感じますか？』
1 から 4 のいずれかの数字を、1つ選んで○で囲んでください。
職場でそのような状況が認められない場合に限り「0」に○をつけてください。

		ほとんど感じない	少し感じる	かなり感じる	非常に強く感じる	状況なし
1	患者の心の支えになってやれない時	1	2	3	4	0
2	こなさなければならない仕事が多い時	1	2	3	4	0
3	してもしても仕事に切りがない時	1	2	3	4	0
4	医療器械の機能や操作法についてよくわからない時	1	2	3	4	0
5	他のスタッフと仕事に対する考え方が食い違う時	1	2	3	4	0
6	医師の治療方針に対して納得できない時	1	2	3	4	0
7	訴えが多い患者の応対をする時	1	2	3	4	0
8	自分で納得のゆく看護ケアができない時	1	2	3	4	0
9	親しくしていた患者が亡くなった時	1	2	3	4	0
10	自分の能力以上の仕事を要求される時	1	2	3	4	0
11	患者の臨終時や急変時に医師がつかまらない時	1	2	3	4	0
12	患者のためにはならないと思う検査・治療などを指示する医師と話し合うことができない時	1	2	3	4	0
13	こちらの都合を考えずに、処置・検査などを指示する医師にノーと言えない時	1	2	3	4	0
14	仕事上の思いや気持ちを話し、相談できる人が同じ勤務場所にいない時	1	2	3	4	0
15	何か問題が起こった時、上のスタッフや主任・師長がうまくサポートしてくれない時（※主任・師長の方は、ご自分の上司でお答えください）	1	2	3	4	0
16	患者の家族の心の支えになってやれない時	1	2	3	4	0
17	人手が十分でない時	1	2	3	4	0
18	医師との人間関係に問題があり信頼関係がない時	1	2	3	4	0
19	医師とコミュニケーションが十分にとれていない時	1	2	3	4	0
20	積極的治療を受けながらターミナルの患者が亡くなる時	1	2	3	4	0
21	同じ勤務場所で働くある特定の人との人間関係に問題がある時	1	2	3	4	0
22	仕事を終えるのに十分な時間がない時	1	2	3	4	0

23	他のスタッフと看護や看護ケアに対する考え方が食い違う時	1	2	3	4	0
24	他のスタッフが協力的でない時	1	2	3	4	0
25	患者の心のケアをする時間がない時	1	2	3	4	0
26	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い時	1	2	3	4	0
27	仕事が終わらず超過勤務をしなければならない時	1	2	3	4	0
28	嫌だと思ふ患者の応対をする時	1	2	3	4	0
29	患者が苦しんでいるのを見る時	1	2	3	4	0
30	慣れない仕事を任される時	1	2	3	4	0
31	ターミナルの患者の話を聴いたり、話をしたりする時	1	2	3	4	0
32	自分より上にしっかりした人がいない時	1	2	3	4	0
33	やり方が難しい処置・検査などを患者に行う時	1	2	3	4	0

あなたは最近6ヶ月位のあいだに、次のようなことをどの程度経験しましたか。
右側のあてはまると思う番号を 1 つ選んで○で囲んでください

		ない	まれにある	時々ある	しばしばある	いつもある
1	「こんな仕事、もうやめたい」と思うことがある。	1	2	3	4	5
2	我を忘れるほど仕事に熱中することがある。	1	2	3	4	5
3	こまごまと気くばりすることが面倒に感じることもある。	1	2	3	4	5
4	この仕事は私の性分に合っていると思うことがある。	1	2	3	4	5
5	同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある。	1	2	3	4	5
6	自分の仕事がつまらなく思えて仕方がないことがある。	1	2	3	4	5
7	1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。	1	2	3	4	5
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。	1	2	3	4	5
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。	1	2	3	4	5
10	同僚や患者と、何も話したくなくなることもある。	1	2	3	4	5
11	仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。	1	2	3	4	5
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。	1	2	3	4	5
13	今の仕事に、心から喜びを感じることもある。	1	2	3	4	5

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。	1	2	3	4	5
15	仕事楽しくて、知らないうちに時間がすぎると思うことがある。	1	2	3	4	5
16	体も気持も疲れはてたと思うことがある。	1	2	3	4	5
17	我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。	1	2	3	4	5

あなたは現在勤めている病院に対してどのような気持ちを抱いていますか。
右側のあてはまると思う番号を 1 つ選んで○で囲んでください。
1 つ 1 つの項目に答えてくださるようお願いいたします。

		まったくそう 思わない	そう 思わない	どちらでも ない	そう 思う	とても そう 思う
1	私の仕事生活(キャリア)の残りを、いまの病院で過ごせたら、とても幸せだ。	1	2	3	4	5
2	私は、自分の病院の一員なのだ、と強く感じると思う。	1	2	3	4	5
3	私は、この病院の問題を、まるで自分自身の問題であるかのように感じている。	1	2	3	4	5
4	この病院は、私にとって個人的に重要な意味を持っている。	1	2	3	4	5
5	いま、この病院にいるのは、働く必要があるからだ。	1	2	3	4	5
6	私は、病院という「家族」の一員になっているように思う。	1	2	3	4	5
7	この病院をいますぐに去ろうと思っても、実際にそうするのはとても難しい。	1	2	3	4	5
8	この病院でこんなに働いてこなかったなら、他の病院で働くことも考えるだろう。	1	2	3	4	5
9	病院を辞めたとしたら、代わりの勤め先が見つからずに困るだろう。	1	2	3	4	5
10	この病院に勤めることは、私の義務だと思う。	1	2	3	4	5
11	いま病院を去る決意をしたら、私の人生の大部分が崩れてしまうだろう。	1	2	3	4	5
12	自分に有利になるとしても、いまこの病院を辞めることが道徳的に正しいこととは思わない。	1	2	3	4	5
13	いまこの病院を辞めてしまったら、罪の意識を感じるだろう。	1	2	3	4	5
14	この病院を辞めたら、他の働き場所がないかもしれないが、私は別にかまわない。	1	2	3	4	5
15	この病院は、私が忠誠を尽くすに値する病院だ。	1	2	3	4	5
16	病院で一緒に働く人々に対して義務感があるので、いま私が病院を去ることは決してないだろう。	1	2	3	4	5
17	私はこの病院に、愛情を感じていると思う。	1	2	3	4	5
18	私は、この病院に大きな恩義がある。	1	2	3	4	5

あなたの病院に対する意識についてお聞きます。
右側のあてはまると思う番号を1つ選んで○で囲んでください。

		まったくそう 思わない	そう 思わない	どちらでも ない	そう 思う	とても そう 思う
1	病院の方針や規則に従うように、厳しい要請がある。	1	2	3	4	5
2	仕事はすぐにやらないと、何か言われそうである。	1	2	3	4	5
3	病院の伝統や習慣は、かなり強制的なものと考えているメンバーが多い。	1	2	3	4	5
4	ミーティングの成果は、必ず次の仕事に生かされている。	1	2	3	4	5
5	メンバーはたいへんよく仕事をしている。	1	2	3	4	5
6	上司の注意や指導は詳細な点まで及んでいる。	1	2	3	4	5
7	その日に行われなければならないことは、詳細な点までメンバーに説明されている。	1	2	3	4	5
8	上司は、どちらかといえば絶えずメンバーをチェックしている。	1	2	3	4	5
9	メンバーには、何が何でも自分の役割を果たそうとする姿勢が見受けられる。	1	2	3	4	5
10	上司は叱ることはあってもほめることはまれである。	1	2	3	4	5
11	病院には、個人の存在を無視するような風潮がある。	1	2	3	4	5
12	ミーティングの議題は、よく整理され全般に及んでいる。	1	2	3	4	5

謝辞

本論文をまとめるにあたり、今日まで多く時間を割いて懇切丁寧にご指導をいただきました博士後期課程主指導教員の新潟大学現代社会文化研究科平松庸一准教授に心より感謝申し上げます。

副指導教員の新潟大学現代社会文化研究科咲川孝教授と長尾雅信准教授には長期に渡ってお世話になりました。ご指導をいただいたことに心より感謝申し上げます。

現代社会文化研究科在学中、研究の環境を整えてくださった新潟大学現代社会文化研究科石田純子先生、浦上麻衣子先生に深く感謝いたします。

本研究の調査には、多くの方々にお世話になりました。

新潟青陵大学大学院看護学研究科尾崎フサ子先生には、4施設の新人研修で看護療法の実際とその効果について体験談も合わせてわかりやすく講義を担当していただき感謝申し上げます。そして、質問紙調査、面接調査にご協力いただいた病院の看護部長をはじめ看護職者の皆様に心より感謝申し上げます。病院へ質問紙調査の回収に伺った際に看護部長の皆様から温かい声をかけていただき嬉しかったことが思い出されます。ご協力いただいたことが長期間に及ぶ研究を続ける励みになりました。

他にも学会発表の際にコメントしていただいた先生方、家族、友人、同僚、ゼミで一緒に学んだ方々など、多くの皆様からのご協力、ご支援をいただき完成させることができました。本当にありがとうございました。

2014年9月

加藤栄子