

タイトル	看護師におけるバーンアウトの要因： コミュニ ティ感覚と職場サポートを中心に
著者	ホロウェイ，愛； Holloway, Chika
引用	北海学園大学大学院経営学研究科 研究論集(15)： 1- 8
発行日	2017-03

看護師におけるバーンアウトの要因

—— コミュニティ感覚と職場サポートを中心に ——

ホロウェイ 愛

1. はじめに

近年、医療制度の問題や医療技術の向上により、看護師を取り巻く環境はますます複雑化している。看護師は、夜間勤務等の勤務体制により、体力的にも負担がかかる。また、患者、家族だけでなく、他部門とのコミュニケーション能力も必要とされ、体力面だけでなく、精神面でのストレスを抱えているものも多い。最近では、看護師のストレス研究の中でも、ヒューマンサービス職や援助職といった人が相手の仕事に特有のバーンアウトに関する研究も多くみられる。看護師や教師は、ヒューマンサービス職の代表的な職種である。

2. バーンアウトと、これまでの研究

看護師の代表的なストレスでもあるバーンアウトは、燃え尽き症候群とも呼ばれる。バーンアウトは疾患名ではなく、症状を示す概念である。症状は、言葉の通り、それまで一生懸命働いていた人が、燃え尽きてしまったかのように情緒的に消耗し、急に患者に冷たい態度をとるようになるなど、周囲とも距離をとるなどといった行動をとることもある。突然欠勤し、そのまま職場に復帰することができず離職するものも多いとされている。

バーンアウト研究の始まりは、1974年に心理学者であった Freudenberger が、論文の中で初めてバーンアウトの定義を発表した。彼は、「バーンアウトという言葉は、エネルギー、力、あるいは資源を使い果たした結果、衰え、疲れはて、消耗してしまったことを意味する」と定義している。小堀（2005）は、その後のバーンアウト研究の変遷について、1970年代は、明確な定義がなされぬままに質的な描写を行った研究が濫立した時代とし、久保（2004）も、一種の流行語となり、ますますその意味は拡散していったと記している。そして、1980年代に入ると、バーンアウトの代表的尺度である Maslach Burnout Inventory（以下 MBI）（Maslach & Jackson, 1981）が作成されている。バーンアウト研究において使用されている尺度の多くは、MBI もしくは MBI をもとに作成

されたものである。日本でも、MBIなどを参考として、日本のヒューマンサービスの現場に適合するよう、田尾（1987）、田尾・久保（1996）、久保（1998）が日本版バーンアウト尺度を作成している。他にも、Staff Burnout Scale (SBS)（Jones, 1980）や The Burnout Index (BI) が作成されている；久保 バーンアウトの心理学参照。田尾、久保は日本のバーンアウト研究者の代表的存在である。彼らの尺度を使用した研究としては、井田・福田（2004）、贅川ら（2005）、水野ら（2009）、塚本ら（2009）、李（2012）、緒方ら（2008）などがある。MBIが浸透した理由について、小堀（2005）は、MBIが最も包括的にバーンアウトの側面を測定している尺度であることが推測されると述べている。久保（1998）の日本版バーンアウト尺度は、看護師を対象とした調査にも多く使用されており、一通りの信頼性、妥当性の検討がなされている。MBIは、「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成感」の三つの下位因子から構成される。澤田（2006）は、近年では情緒的消耗感が主症状であり、脱人格化と個人的達成感が周辺症状であるという見方が、臨床的・統計的な観点の双方から妥当であると思われ、定着しつつあるとしている。また、久保（2004）も、「マスラックは、バーンアウトの本質は情緒的消耗感であることを認めたくて、バーンアウトの特異性を、脱人格化と個人的達成感の低下という、他の二つの因子に求めようとしている。」と述べ、同時に、情緒的消耗感因子と脱人格化因子の独立性について疑問を呈する研究も少なくないとし、久保（1998）は、情緒的消耗感と脱人格化が合わさって1つの因子として抽出されるという報告もあるとしている。澤田（2006）も、2因子説や4因子説があるとし、自身のバーンアウト因果モデルを検討した研究では、3因子仮説モデルは統計的に許容されず、2因子仮説もモデルに修正をし、条件つきでとした上で、適合度が高く統計的に採択されるモデルと考えられたとしている。他に後藤・楠見（2013）も、2因子構造を採用している。実際に、バーンアウトとは何か、ということであるが、Maslach（1976）によると、「極度の身体疲労と感情の枯渇を示す症候群」とされている；久保 バーンアウトの心理学参照。

久保(1996)は、バーンアウトと個人属性の関係について検討し、地位については「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がわかった」とし、理由について、婦長は夜勤の義務がないこと、スケジュールについて自己裁量が認められていることを挙げている。自己裁量については、久保(1989)は、「無定量、無制限のサービス提供は、無意味に疲れる」とし、バーンアウトの有力な規定要因になるとしている。さらに、稲岡(1986)は、バーンアウトに陥っている看護師の割合は、一般医師の約2倍以上としている。一見、医師の方が仕事の負担が多いようにも思えるが、医師は仕事を調整できる。このことは、久保(2004)が、バーンアウトと密接にかかわっているとしている「自律性」で説明がつく。

また、患者との関係は動機付け要因でもあるが、「クライアントとの関係が煩わしい職業ほどバーンアウトの得点が高い」とし、「煩わしさ要因に内包された背反性はそのままヒューマンサービスの本質を示すものであり、バーンアウトが不可避であることを示唆している」と述べている。人間関係の要因は、患者だけでなく、職場での人間関係も要因となりうる。久保(1996)は、Lachman & Diamant(1987)の研究を取り上げ、「同僚との関係が良好なほど、個人的達成感を得やすく、脱人格化をおこしにくい。また、上司や同僚との関係がうまくいっていないほど、情緒的消耗感を体験しやすい結果を得ている」と報告している。また、部署では内科や外科系の病棟で働いている看護婦は、外来・手術室の看護師より高い情緒的消耗感を感じていることを記している。李(2012)は、看護師 289 名を対象(回収率 59.1%)に、MBI、ストレス尺度を取り入れた質問調査票を用いて調査を行い、個人属性やストレスがバーンアウトへ与える影響や要因を検討している。その中で、バーンアウトは訪問看護師より病棟看護師の方が生じやすい傾向があったとしている。また、専門学歴についても、「レギュラー 3 年課程」でバーンアウト傾向が高いとしている。役職については、岩永・門司・永田(2002)の研究でも、「年齢の低い一般看護婦は、より高齢の者や婦長よりバーンアウト得点が高かった」としている。年齢との関係については、中村(2006)が、「21-25 歳の看護師は、「人命に関わる仕事内容」「技術革新」のストレスが高くなると、職務満足度は低くなりバーンアウトに陥る傾向が強くなる」とし、久保(2007)は、海外での研究で「年齢が高く、勤務年数の長い人ほどバーンアウトしにくい」という結果を報告している。年齢については、40 歳以上の看護婦は、40 歳未満の看護婦よりも、高い個人的達成感を感じており、25-29 歳の看護婦が高い情緒的消耗感を感じているとし、さらに、40 歳、勤務年数では 11 年程度が臨界点にあたと説明している(久保, 1996)。稲岡(1986)は、バー

ンアウトのハイリスクグループについて、20 歳代の独身で同職場での臨床経験 6-9 年の夜勤を余儀なくされるスタッフ看護師としている。他の個人属性要因については、タイプ A 行動者がバーンアウトしやすいとした研究(小野・城・吉田ら, 2011)や、性別に関しては、有意差はないとする研究(大村, 2009)がある。婚姻については、既婚者は未婚者に比べバーンアウト得点が低い(久保, 1996)としている。

個人属性以外の要因として、本村・八代(2010)は、「仕事の負担や夜勤がある、職場の対人関係や看護における不全感、管理システムや労働条件が明らかにされている」とし、上野・山本(1996)は、「上司が自分に気を配ってくれたり、自分の仕事を評価してくれたりしていると感じているほど、バーンアウトの傾向が少ない」としている。上司との関係は、ソーシャル・サポートの中でも上司の評価的サポートが効果があることや(井田・福田, 2004)、看護師長のあり方が看護師スタッフのバーンアウトに影響を及ぼす(塚本・結城・船木ら, 2009)、とした研究もある。井田・福田(2004)は、上司・同僚の情緒的・評価的・情動的・手段的の 4 つのサポートの中でバーンアウトに効果があったのは、上司・同僚ともに評価的サポートだけであったと結論づけている。他に、上野・山本(1996)は、サポート・ネットワーク量および満足度とバーンアウトの間には負の相関を認めたが弱いものであったとし、サポートしてくれる人数よりもサポートに関する満足度、人間関係の良否の方がバーンアウトの発生、緩和に大きく関わっているとしている。バーンアウトの緩衝効果については、ソーシャル・サポートや、コーピングスタイルとの関係についても研究がなされている。田尾(1996)は、問題直視型と認知操作型コーピングがバーンアウトの軽減に効果があったとしている。バーンアウトは離職の原因にもなるが、バーンアウトの 3 因子すべてが勤務継続意思を引き下げる方向に働くという研究もある(水野・小林・植村, 2009)。

バーンアウトの対象は、看護師だけでなく、教員や介護職なども対象とされていることが多い。最近では、ヒューマンサービスや援助職といわれる職業以外にも拡大されている。

近年、医療の発達とともに、高度な治療が行われるようになってきている。高度な治療の開発が進む一方で、高齢化が進み看護師はますます人員不足になるであろうと示唆されている。看護師の仕事は複雑化していく中、先に述べたように、ストレスをかかえる看護師は非常に多い。バーンアウトと個人属性については、研究が蓄積され関連要因が数多く知られるようになった。避けられる要因は避けるのが望ましいのだが、実際、個人属性は、内容によっては避けようがないとも言える。仕事の内容も、看護師は患者だけが相手ではなく、医師や他部門とも調

整を行いながら仕事をこなしており、コントロールするのは至難の業であろう。そこで、バーンアウトという問題を、個人だけではなく、介入可能な環境要因から軽減できる方策の検討が急務である。職場環境からみたストレスや、バーンアウトとの緩衝要因としては、ソーシャル・サポート研究があげられる。さらに、最近では、コミュニティ感覚との関連についても、研究が始まっている。ここからは、バーンアウトと関係のある、コミュニティ感覚、職場サポートについて、それぞれの動向をみていく。

3. コミュニティ感覚研究

「コミュニティ」と聞くと、地域社会などの地理的コミュニティを思い浮かべる人も少なくないのではないだろうか。日本のコミュニティ感覚の第一人者である植村(2007)は、著書の中で、「地理的コミュニティばかりでなく、共通の規範や価値、関心、目標、同一視と信頼の感情を共有していることから生まれる、社会・心理的な場に基づく関係のコミュニティも含む、機能を重視する概念と位置づけられている。」と記している。コミュニティ感覚は、Sarason(1974)により概念定義された。山口(2003)は、簡潔には「ある個人が自分のコミュニティに対してもっている関係の感情」と定義される(Heller, 1984)としている。コミュニティ感覚は、コミュニティ心理学の中の非常に重要な概念の一つともされている。

コミュニティ心理学は、比較的新しく、戦後のアメリカで発達してきた心理学である。コミュニティ心理学という言葉が、初めて正式に使用されたのは、1965年5月に行われた「地域精神保健のための心理学教育に関するボストン会議」である。この会議では、臨床心理学者の他に社会学、福祉学、医学、看護などの分野の専門家が集まり、「治療よりも予防」「生態学的視座」など、その後のコミュニティ心理学を特徴づけるさまざまな方向性が確認された(笹尾ら, 2007)。日本におけるコミュニティ心理学は、さらに歴史が浅く、その始まりは1969年日本心理学第33回大会といわれる。ここで、アメリカに留学し「地域精神衛生ワーカー」の訓練を受け帰国していた山本和郎が、心理学者が地域社会に参加し、社会貢献する必要性について語っている。

植村(2007)は、著書の中で、今日のコミュニティ心理学にとって、理念や目標として大方の承認を受けているテーマとして次の内容をあげている。

1. 人と環境の適合を図ること
2. 社会的文脈の中での存在としての人間という視点
3. 人が本来もっている強さとコンピテンス(有能さ)を重視すること
4. エンパワメント(力の獲得)という考え方

5. 治療よりも予防を重視すること
6. 人の多様性を尊重する姿勢
7. 代替物を選択することができること
8. 人々が感覚をもつこと
9. 他の学問や研究者・実践家との協働(コラボレーション)
10. 社会変革を目指すこと

以上の10個をテーマとしてあげているが、その中の8番目でコミュニティ感覚に触れ、「われわれ意識」とか「コミュニティ意識」「コミュニティ精神」「コミュニティ所属感」などさまざまな表現がされてきたが、Sarason(1974)が「コミュニティ感覚」と呼び、今日のコミュニティ心理学で定着した用語となったとしている。

Sarason(1974)が著した“The Psychological Sense of Community: Prospects for a community psychology”という、コミュニティ感覚について議論するうで大変重要な文献の中で、コミュニティ感覚の定義として以下の4つの軸を挙げている。①他者との類似性の知覚 ②他者との相互依存関係の承認 ③他者が期待するものを与えたり、自分が期待するものを他者から得たりすることによって、相互依存関係を積極的に維持しようとする感覚 ④自分はある大きな、依存可能な安定した構造の一部分であるという感覚(植村, 2007)。笹尾(2007)は、Sarasonのコミュニティ感覚の根底には、信念として、健康的なコミュニティでは、個人を超えた情緒的なつながりがコミュニティ集団的生活を形作っているという、コミュニティ心理学のもつ価値観の基盤となる考えが反映されているとしている。コミュニティ感覚が、実践的に活用されるようになったのは、McMillan & Chavis(1986)により、再定義され Sense of Community Index(以下SCI)の尺度作成によるところが大きい。研究において使用されるほとんどは、SCIもしくは、SCIを基に作成されたものがほとんどである(笹尾, 2007)。Chavis & Wandersmanは、①成員がもつ所属感 ②成員が成員相互あるいは集団に対してもっている重要性の感覚 ③集団に関わることによってメンバーのニーズを満たすことができるという以上の信念を定義とした。さらに、McMillan & Chavisは、以下4つの構成概念①メンバーシップ ②影響力 ③結合とニーズの充足 ④情緒的結合の共有の4つの構成概念を挙げている(笹尾, 2007)。その後は、地域住民間などの地理的コミュニティの中に限らず、教育現場などにおいても研究がなされてきた。植村(2007)によると、Chipuer & Pretty(1999)は、コミュニティ感覚が取り扱っているものがコミュニティにおける具体的行動であるのか、あるいは、コミュニティ・メンバーの期待も含めた認知的・情動的態度であるかが不明瞭であり、コミュニティ感覚が個人の心理的変数(個人的レベル変数)であるのか、あるいは、コ

コミュニティの状態を記述する変数（コミュニティ・レベル変数）であるのかを明示していないと述べている。と記している。本邦においての、現時点でのコミュニティ感覚の研究は多くはなく、特に、地理的コミュニティの研究を除くと、さらに少ないといえるであろう。

実際に看護師に関するコミュニティ感覚研究としては、水野（2007）が、看護師のバーンアウト発生を「予防」するために、コミュニティ感覚を構成する要因、「コミュニティ関係性感覚」の内部構造を明らかにすることを目的とし、看護師 23 名との半構造化面接にて調査を実施し、KJ 法を用いてカテゴリー化をしている。その結果、業務面で【所属感】と【相互関係】、情緒面で【ニーズの充足】と【結合の共有感】を抽出し、コミュニティ関係性感覚は、この 4 つの要素から構成されているとした。

尺度に関するコミュニティ感覚研究としては、日本の看護師の職場に適応するよう看護師用コミュニティ感覚尺度（以下コミュニティ感覚尺度）を山口ら（2002）が作成している。山口ら（2002）は、678 名を対象とした調査（有効回答数 93.8%）で、「同僚への信頼感」「職場志向性」「良好なコミュニケーション」の 3 下位尺度の全 28 項目による、本邦初の看護師のコミュニティ感覚尺度を作成した。また、コミュニティ感覚得点と、ストレス反応尺度得点の相関関係についても調べているが、情動的反応は、コミュニティ感覚の下位尺度すべてで負の相関がみられたとしている。「ストレス反応の情動反応や認知行動的反応との間で相関がみられたことで、職場全体の意識が関連していることが確認された。」と述べ、看護師の職場コミュニティが集団を組織づくる上で重要な意識であり、環境を左右する因子であろうと推察している。その他、看護師のコミュニティ感覚と、個人属性の研究（小林・山口・服部ら、2003、宮崎・中尾・吉岡ら、2011）や、新人看護師のコミュニティ感覚とストレスの関係（中村・水野・服部ら、2000）、コミュニティ感覚がバーンアウト全ての状態に対して有意に改善する方向で働いた、とした研究（水野、2007）などがある。山口（2003）は、678 名を対象とした調査で、年齢、経験年数において「同僚への信頼感」「職場志向性」において有意な差があったが、「良好なコミュニケーション」ではみられなかったとしている。「同僚への信頼感」と「職場志向性」について、20 歳代後半から 30 歳代、経験年数では 5-10 年程度の中堅層で低く、若年層とベテラン層で得点が高かったとした。婚姻状況は、既婚者で有意に得点が高く、アパートでの一人暮らしで得点が低いとし、その他の個人属性では差がなかったとまとめている。さらに、調査病院 3 病院 30 病棟で比較をし、有意差を認め、病院内でも各病棟ごとに顕著な差が見られたとしている。続いてストレス反応との関係をみると、「情動的反応」では 3 下位尺度す

べてと高い水準で相関を示しているが、「認知・行動的反応」と「身体的反応」と有意な相関があるのは「職場志向性」のみとなっている。重回帰分析においては、「身体的反応」で有意な説明変数となったのは職場志向性のみであった。

コミュニティ感覚と近いところの研究としては、石盛・岡本・加藤（2013）が、コミュニティ意識尺度の短縮版の開発研究で、以前おこなった調査で、コミュニティ意識の高い人ほど NPO の活動への参加意図も高いことが明らかとなったことを紹介している。看護師以外では、大学生のコミュニティ感覚異文化圏を対象におこなった研究（池田、2006）などがある。

4. 職場サポート研究

次に職場サポートであるが、ソーシャル・サポートは、1960 年代から指摘され始めた。1970 年代に入り、ソーシャル・サポートの用語を初めて用いたのは内科医であり疫学者でもある Cassel, J. と精神科医の Caplan, G. である。ソーシャル・サポートの定義を行い、実証研究への道を開いたのは Cobb（1976）である（丹羽、2007）。Cobb（1976）は、ソーシャル・サポートを情報として捉え、「人がある情報を受け取ることによって、自分が世話を受け、愛され、価値のあるものと評価され、コミュニケーションと相互の責任ネットワークの中の一員であると信じることができる時、その情報をソーシャル・サポートと呼ぶ」とした（小牧・田中、1993）。また、ソーシャル・サポートについて、丹羽（2007）は、今も決定的な定義をもっていないとし、定義に基づいて尺度を作成するのではなく、測定した後に、その尺度をソーシャル・サポートであるとしたため、研究者の数ほど定義が存在する状態を招いたとしている。

Cohen & Syme（1985）は、サポートを個人がもつ社会関係からとらえる構造的サポートと個人が周囲から受ける機能的サポートの 2 つに分類している。ソーシャル・サポートの機能分類については、先行研究からみても非常に多様である。

井田・福田（2004）は、女性看護師 231 名を対象に、看護師用の職場サポート尺度を作成し調査に使用をしている。尺度の内容は、House（1981）の「情緒的サポート」、「評価的サポート」、「手段的サポート」、「情動的サポート」の 4 つのサポートに基づき、小牧（1994）のソーシャル・サポート尺度を参考に、看護師の日常業務において実際に観察されるサポート内容に合うように作成されている。井田・福田（2004）は、この尺度を用いた研究で、上司からの職場サポートでも同僚からの職場サポートでも、評価的サポートがバーンアウト反応を軽減させることを明らかにしている。

ソーシャル・サポートの機能分類については、大きく道具的サポートと情緒的サポートの二つに分け行われている研究も多い（森・三浦，2006，迫田・田中・淵上，2004 など）。井田・福田（2004）は、尺度作成時に参考にした小牧（1994）の尺度について、「情緒的サポート」と「道具的サポート」に分類されていることに触れ、その質問紙の中身が、「情緒的サポート」は、House（1981）の「情緒的サポート」と「評価的サポート」で、「道具的サポート」は、「手段的サポート」と「情動的サポート」に関わる項目で構成されているとしている。

House（1981）の4つのサポートの例として、石橋（2012）の説明を引用すると、「情緒的サポート」は、共感、配慮、信頼など情緒的な結びつきによる支援（愚痴を聞く、慰めるなど）、「手段的サポート」は、労力を提供するような直接的な行為による支援（仕事を手伝うなど）、「評価的サポート」は、その人の考えや行動への評価基準を提供することによる支援（適切なフィードバック、正しいかどうか評価する）、「情動的サポート」は、必要な情報やアドバイス、専門的知識を伝えるなど情報による支援としている。上記でも述べたように、4つのサポートの中でも、「評価的サポート」がバーンアウトの緩衝に効果がみられたとする研究も多くあるが、丹羽（2007）によると、「評価的サポート」は、正当であると承認し、尊重し、評価やフィードバックすることであり、自尊心を支える援助としている。

これまでの本邦で行われたソーシャル・サポート研究から、ソーシャル・サポートの効果を見ると、サポート源の違いによって精神的健康の維持に効果的なサポート内容が異なるとした福岡・橋本（1995）、学校現場でのソーシャル・サポートの研究において、教師と校長のコミュニケーションが多いほどサポートとして認知し、ストレス反応を減らすとした迫田・田中・淵上（2004）、家族、友人のサポートがストレスを軽減するとした丸山・中野（2007）、評価サポートの有用性を示唆した、片受・大貫（2014）、佐々木・長田（1999）、上司の役割の重要性やサポート効果について示唆している、小野（1995）、小牧・田中（1993）など、サポートの重要性や効果について多くの研究がなされている一方、情緒的サポートが不安を低減させたが、作業量には差は認めなかったとする内容（藤原，2001）や、ソーシャル・サポートはストレス緩和効果をもつが、その効果には限界があるとする研究（浦・南・稲葉，1998）や、ストレスレベルが高い時にはメンタルヘルス得点に差が見られないとし、サポートの効果には一定の限界がある可能性を示唆した（小牧，1994）研究もある。他にも、復職支援プログラムの改善に取り組み、復職後の出社継続率が改善し、経営者の視点からの費用便益的なメリットがあるとした難波（2012）、サポート場面が多いほど、バーンアウトの脱人格化、情緒

的消耗感の得点が低くなり、個人的達成感が高くなることを検証した山崎ら（1999）の研究がある。サポート源についても、職場内のみとして調査されているものや、家族や友人も含めた研究など、多様である。例として、小牧ら（1993）は、同僚・先輩・上司のサポートの中で誰のサポートが何に対して効果があるのかを検証しており、堀江（2011）は、「サポートの平衡状態が負担感、満足感、負債感に直結するのは同僚との関係だけであり、家族と友人にはあてはまらなかった。」と結論づけている。

5. これまでのコミュニティ感覚、職場サポートの研究とバーンアウト

これまでのコミュニティ感覚、職場サポートとの研究から、バーンアウトの関係を考えると、非常に強く関係していることがわかる。病院で働く看護師は、外来、病棟といった所属にわかれており、さらに、大きな病院においては病棟も診療科ごとにわかれており、その環境は小さなコミュニティと考えることができる。看護師は、そのコミュニティの中で生じる職場に対する思い、同僚に対する信頼、お互いのコミュニケーションといったコミュニティ感覚は、バーンアウトを抑制するのに大きく関係している。また、職場サポートについても、情緒的な支えとなり、バーンアウトの軽減に効果を示している。ただし、高ストレス状態においては、効果がはっきりしないとしている研究もあり、ストレスが蓄積され、バーンアウトを発症してから、サポートにより軽減するというよりも、日頃からのサポートにより、ストレスをため込まないようにすることで、バーンアウトを抑制していると考えられる。また、コミュニティ感覚とサポートとの関連性は非常に強く、コミュニティ感覚が高まることにより、サポート行動に結びつき、サポートを受けることにより、同僚に対する信頼、コミュニケーションが強まるといった相互作用をもたらしているとも言えるのではないだろうか。

コミュニティ感覚の研究は歴史が浅く、看護師のコミュニティ感覚に限定をすると、非常に少なく、まだ始まったばかりであると言える。これまでの、個人属性との関係に関する研究が中心であるが、コミュニティ感覚を高めるための要因についても研究が求められている。逆に、職場サポートにおける研究は非常に多くあり、その結果も、バーンアウトとの関係がある、としたものと、直接的な効果ははっきりしないとしたものがあり、さらなる検証が必要である。効果があるとした研究においては、上司からのサポートや、評価的なサポートがバーンアウトの軽減に効果を示しているとする研究も多くみられており、一歩進んで、どのように現場で取り入れて

いくつか行動レベルの具体的内容の検討が求められている。また、職場全体のサポートとして、まずは職場、個人の双方が、職場の環境を考えることから必要とされている。職場として現在ある環境設備や実態、例えば、託児所や心理相談専門のスタッフの活用度、休暇取得の状況、残業時間等の実態について確認し、バーンアウトとの関係について改めて見直し、その影響や効果について検討することから見えてくることがあるのではないだろうか。

6. おわりに

メンタルヘルスの問題に関しては、プライバシーの配慮から見えてきにくい部分も多く、職場として、どのような対策がとられているのか明確にされているものは多いとはいいがたい。企業によっては、メンタルヘルス不調者の復職について、明確にプログラムを定めているところもあり、新たな復職プログラムを取り入れ、新旧2つの支援プログラムで出社継続率と費用対効果を比較調査した研究（難波，2012）もあり、復職支援の仕組み作りが重要であることが示唆されている。看護師においても、休職者は増加傾向にあり、復職支援に関して、各職場で復職支援のあり方や仕組みを明確にすることが望まれる。ひっそりとするのではなく、「みんなで支える」という意識へつなげることこそが必要だと考える。2015年より従業員50人以上の事業所に対し、ストレスチェックが義務化された。国も大きな問題と捉えていることに間違いはない。ストレスチェックの狙いとしては、自分のストレス度を早めに知り予防につなげるということであるが、どの程度浸透しているのか、またその効果についても検証し、この制度を職場のサポートとしてどのように活用していくかを検討することが必要である。

今後、2025年までに200万人の看護師が必要になると言われる中、バーンアウトやメンタルヘルス問題による休職者は増加傾向にあると言われており、具体的な支援体制の構築が大きな課題であり、バーンアウトに対する対策は急務である。

引用文献

- 藤原珠江（2001）．ストレスフルな作業でのソーシャルサポートの供与がストレス緩和に及ぼす効果 純心人文研究 7, 97-104.
- 福岡欣治・橋本享（1995）．知覚されたソーシャル・サポートのストレス緩和効果におけるサポート源とサポート内容の影響 健康心理学研究 8, 2, 1-11.
- 後藤崇志・楠見孝（2013）．自己制御行動がバーンアウトに及ぼす影響：修了者の自立性に着目したパネル調査に基づく検討 社会心理学研究 28, 3, 125-136.
- 羽岡邦男（2002）．労働ストレス研究(1) 政治学研究論集 15, 69-83.
- 堀江尚子（2011）．看護師と重要な他社のソーシャル・サポートの互恵性 奈良看護紀要 7, 8-15.
- 井田政則・福田広美（2004）．看護師への職場サポートがバーンアウト反応におよぼす影響 立正大学心理学研究所紀要 2, 77-88.
- 池田満（2006）．大学生の心理的コミュニティ感覚：日本と韓国の異文化間比較 国際基督教大学大学院研究論文 48, 151-160.
- 稲岡文昭・川野雅資・宗像恒次（1986）．看護者のBURN OUTと社会的環境および行動特性との関連についての研究 日本看護化学会誌 6, 3, 50-60.
- 石橋里美（2012）．キャリア開発の産業組織心理学ワークブック ナカニシヤ出版 81-112.
- 片受靖・大貫尚子（2014）．大学生用ソーシャルサポート尺度の作成と信頼性・妥当性の検討 立正大学心理学研究年報 5, 37-46.
- 小林督子・山口桂子・服部淳子・中村菜穂・山本貴子（2003）．看護師の職場コミュニティ感覚の属性別分析 日本看護研究学会雑誌 26, 3, 159.
- 小堀彩子（2005）．対人援助職のバーンアウトと情緒的負担感 東京大学大学院教育学研究科紀要 45, 133-142.
- 小牧一裕・田中國夫（1993）．職場におけるソーシャルサポートの効果 社会学部紀要 67, 57-67.
- 小牧一裕（1994）．職務ストレスとメンタルヘルスのソーシャルサポートの効果 健康心理学研究 7, 2, 2-10.
- 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, 1, 5-15.
- 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） 日本労働研究雑誌 558, 54-63.
- 丸山紗芳佳・中野敬子（2007）．ソーシャルサポートと対人ストレススコーピングのストレス反応に対する影響 昭和女子大学生活心理研究所紀要 10, 394-395.
- 宮崎真由子・中尾幸代・吉岡真美・白石いくみ他（2011）．看護師の自律性とコミュニティ感覚の関係 中部四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌 7, 105-108.
- 水野正延・植村勝彦（2007）．病棟コミュニティと看護師との関係性の検討 愛知きわみ看護短期大学紀要 3, 47-56.
- 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.
- 森慶輔・三浦香苗（2006）．職場における短縮版ソーシャルサポート尺度の開発と信頼性・妥当性の検討 昭和女子大学生活心理研究所紀要 9, 74-88.
- 本村良美・八代利香（2010）．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.
- 中村美保（2006）．中高年看護師の職業性ストレスに関する関連要因の分析 全国看護管理・教育・ケアシステム研究会
- 中村菜穂・水野貴子・服部淳子・山口桂子（2000）．新人看護婦のコミュニティ感覚とストレス状況 日本看護研究学会雑誌 23, 3, 295.
- 難波克行（2012）．メンタルヘルス不調者の出社継続率を91.6%に改善した復職支援プログラムの効果 産業衛生学雑誌 54, 6, 276-285.
- 賛川信幸・松田修（2005）．看護師のバーンアウトとサポート源の関連に関する研究 こころの健康 20, 1, 25-35.
- 緒方泰子・永野みどり（2008）．看護師のバーンアウトと看護特

性および看護実践環境との関連 千葉大学大学院看護学研究科紀要 34, 39-44.

小野桂子・城憲秀・吉田英世・唐沢泉・兵藤博行・日置久祝・井上真人・井奈波良一 (2011). 病院看護師のタイプA行動とバーンアウトとの関連性について 日本職業・災害医学会誌 59, 1.

小野公一 (1995). 上司によるソーシャル・サポートの影響 経営論集 31, 1, 129-151.

大村壮 (2009). 対人援助職の感情労働とストレス反応, バーンアウト傾向の関係について 常葉学園短期大学紀要 40, 251-260.

李松心 (2012). 看護師におけるバーンアウトの研究 佛教大学大学院 社会福祉学研究科篇 社会学研究科篇 40, 35-51.

迫田裕子・田中宏二・淵上克義 (2004). 教師が認知する校長からのソーシャル・サポートに関する研究 教育心理学研究 52, 448-457.

佐々木千晶・長田久雄 (1999). 保健婦の職場ストレスとバーンアウトに対するソーシャルサポートの効果 東京保健科学学会誌 2, 2, 11-17.

澤田有希子 (2006). 高齢者福祉施設介護職員のバーンアウト因果モデルに関する実証的研究 社会福祉学 47, 4, 136-148.

田尾雅夫・久保真人 (1996). バーンアウトの理論と実際 心理学的アプローチ 誠信書房

丹羽郁夫 (2007). ソーシャルサポートとセルフヘルプ 植村勝彦(編) コミュニティ心理学入門 ナカニシヤ出版 119-146.

塚本尚子・結城瑛子・船木由香・田中奈津子・山口みのり (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.

植村勝彦・笹尾敏明 (2007). コミュニティ心理学入門 ナカニシヤ出版 161-182.

上野徳美・山本義史 (1996). 看護者バーンアウトを予防するソーシャル・サポートの効果 健康心理学研究 9, 1, 9-20.

浦光博・南隆男・稲葉昭英 (1989). ソーシャル・サポート研究——研究の新しい流れと将来の展望—— 社会心理学研究 4, 2, 78-90.

山崎登志子・石田眞知子・柏倉栄子 (1999). 看護者のバーンアウト傾向とソーシャル・サポートとの関連 東北大学医学部紀要 8, 161-170.

山口桂子・服部淳子・中村菜穂・山本貴子・小林督子 (2002). 看護師の職場コミュニティ感覚とストレス反応 看護師用コミュニティ感覚尺度の作成を中心に 愛知県立看護大学紀要 8, 17, 24.

山口桂子 (2003). 新卒看護師のストレス反応に関連する要因の研究 博士論文 (未公開)

参考文献

荒木登茂子 (2013). 看護師のストレス 福岡医学雑誌 104, 2, 27-33.

安藤光子 (2012). リエゾン精神看護専門看護師の実践 滋賀医科大学看護学ジャーナル 10, 4-7.

安藤詳子・堀文子・小野雄一郎・柴田栄治・市原学他 (1996). 大学病院看護職員の作業負担と抑うつ症状 産業衛生学雑誌 70.

吾妻知美・神谷美紀子・岡崎美晴・遠藤圭子 (2013). チーム医療を実践している看護師が感じる連携・協働の困難 甲南女子大学研究紀要 7, 23-33.

David C. Wade・Eric Cooley and Victor Savicki (1986). A Longitudinal Study of Burnout Children and Youth Services Review 8, 161-173.

土井裕貴 (2014). 対人援助職におけるバーンアウト・感情労働の関係性：精神的な疲労に着目する意義について 大阪大学教育学年報 19, 83-95.

橋本剛 (2007). 対人ストレスの定義と種類 静岡大学人文学部人文論集 54, 1, 21-57.

平岡紀代美・荒尾雅一・北川豊・中西啓文 (2014). 医師の組織コミットメント・キャリアコミットメント・職務満足に関する実証分析 商大ビジネスレビュー 3, 2, 249-265.

一瀬久美子・堀江令子・牟田典子・松山育枝・佐藤逸子・浅田まつえ・中尾優子 (2007). 看護師が抱える職場ストレスとその対応 保健学研究 20, 97-74.

飯田香織 (2014). コミュニティ心理学におけるコミュニティの定義とコミュニティ心理学の独自性 立命館産業社会論集 49, 4, 79-99.

井村香積・小笠原知枝・林智子・永山弘子・下岡ちえ・片山由加里 (2013). 看護師の目標達成行動に対する情動知能とチームワークの影響 15, 1, 37-41.

稲岡文昭・松野かほる・宮里和子 (1984). 看護職にみられる Burn Out とその要因に関する研究 看護 36, 4, 81-104.

石盛真徳・岡本卓也・加藤潤三 (2013). コミュニティ意識尺度(短縮版)の開発 実験社会心理学研究 53, 1, 22-29.

岩永喜久子・門司和彦・永田耕司 (2002). 大学病院看護師のバーンアウトスコアと東大式自記健康調査票 (THI) 成績 長崎大学医学部保健学科紀要, 15, 39-46.

檜原理恵・長谷川智子 (2011). 看護師の組織文化に対する認識と離職行動への影響に関する分析 日看管会誌 15, 2, 126-134.

加藤栄子・尾崎フサ子 (2010). 中堅看護職者の職務継続意志と職務満足および燃え尽きに対する関連要因の検討 日看管会誌 15, 2, 47-56.

河本さおり・三木明子・富永知美・前田和子 (2008). 看護職の離職に関連するストレス要因と離職防止につながったサポート精神看護 39, 158-160.

北岡和代・中川秀昭・森河裕子・石崎昌夫・成瀬優知・城戸照彦 (2002). 職場におけるソーシャルサポートとコーピングスタイル 産衛誌 44, 675.

小林章雄・古井景・渡辺丈眞・赤木康弘・堀部博 (1996). 大学病院看護婦の Burnout と職務要因 産業衛生学雑誌 38, 71.

小林督子・山口桂子・服部淳子・中村菜穂・山本貴子 (2003). 看護師の職場コミュニティ感覚の属性別分析 日本看護研究学会雑誌 26, 3, 159.

小林優子・原谷隆史・加藤光實 (2000). 看護婦のストレスに関する研究 新潟県立看護短期大学紀要 6, 47-55.

小松優紀・甲斐裕子・永松俊哉・志和忠志・須山靖男・杉本正子 (2010). 職業性ストレスと抑うつの関係における職場のソーシャルサポートの緩衝効果の検討 産業衛生学雑誌 52, 140-148.

古屋健・音山若穂・坂田成輝 (1997). 教育実習生のストレスに関する研究 1-3 日本教育心理学会 39, 283.

久保真人 (1999). ヒューマン・サービス従業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, 1, 139-147.

松本友一郎 (2012). 看護師の対人ストレスサッサーに関する質的研究 大阪大学大学院人間科学研究科紀要 38, 155-170.

Michael P. Leiter and Christina Maslach (1998). The impact of interpersonal environment on burnout and Organizational

- commitment *Journal of Organizational Behavior* 9, 297-308.
7, 105-108.
- 村田由香・吉田和美・新道幸恵 (2013). スタッフマネジメントにおける看護師長のケアリング 日本赤十字広島看護大学 13, 9-17.
- 中村佳子・浦光博 (2000). ソーシャル・サポートと信頼との相互関連について 社会心理学研究 15, 3, 151-163.
- 中尾久子・川口定親・奥田昌之・渡辺恭子 (2006). 女性看護職の精神健康と労働時間の関連性 九州大学医学部保健学科紀要 7, 51-60.
- 新名理恵・坂田成輝・矢富直美・本間昭 (1990). 心理的ストレス反応尺度の開発 心身医学 30, 1, 30-38.
- 日本コミュニティ心理学会 (2007). コミュニティ心理学ハンドブック 東京大学出版会
- 大塚泰正 (2012). ポジティブ心理学の理論と職場のメンタルヘルス 産業精神保健 20, 3, 194-198.
- 岡本浩一・今野裕之 (2003). リスクマネジメントの心理学 新曜社 190.
- 岡山紀子・清水馨・田上明日香・伊藤大輔・巢山晴菜・横山仁史・国里愛彦・鈴木伸一 (2011). 職場サポート要因におけるメンタルヘルスへの影響性の検討 日本行動療法学会 第37回大会 1-14.
- 最勝寺広貴・幸田達郎 (2011). コミュニティ感覚がストレス反応および攻撃性に与える影響 産業カウンセリング研究 13, 1, 12-20.
- 齊藤勇 (1986). 対人感情と対人行動の情緒の関連 心理学研究 57, 4, 242-245.
- 佐藤雅子 (2008). 病棟の職場風土が看護師のバーンアウトに与える影響——ストレス・コーピング・ストレス反応との関係において—— 旭川医科大学大学院医学系研究科看護学専攻学位論文 (未公刊)
- 塩谷芳也 (2014). 東日本大震災における軽度被災者のメンタルヘルスに対するソーシャル・サポートの負の効果 社会心理学研究 29, 3, 157-169.
- Susan M. Burroughs (1998). Psychological sense of community at work: A measurement system and explanatory framework *Journal of community psychology* 26, 6, 509-532.
- 高橋美央・山本美耶・一瀬里江・春名優子・古川真希子・武藤敦志 (2008). 精神科看護師のバーンアウトとコーピングスタイルとの関係 精神看護 39, 119-121.
- 高橋美保・森田慎一郎・石津和子 (2010). 集団主義とコミュニティ感覚がメンタルヘルスに及ぼす影響 東京大学大学院教育学研究所紀要 50, 159-179.
- 高橋友子・米山直樹 (2013). 新人看護職の離職意向と就業継続に関連する要因の検討.
- 田尾雅夫 (1989). バーンアウト——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.
- 豊松展史・小村緩岳・高木敬雄 (1997). 知覚されたソーシャル・サポート 広島修大論集 38, 2, 295-336.
- 友田貴子・木島伸彦 (2007). 高校教員のバーンアウト発生要因について(1) 日本心理学会第71回大会.
- 津田洋子・武田健吾・平沢めぐ美他 (2012). 長野県内医療機関の女性医師及び女性看護師への職場復帰支援の現状 信州公衆衛生雑誌 7, 1, 60-61.
- 宇垣めぐみ・三木明子・河本さおり・妹尾鮎美 (2009). 看護師のコーピング特性とストレスと心理的ストレス反応 精神看護 105-107.
- 矢倉尚典・川端勇樹 (2007). 米国におけるメンタルヘルス分野のヘルスサポートの取り組み 損保ジャパン総研フォータリー 49, 2-43.
- 横田恵一・森田チエコ (2003). 看護学生のストレス緩和に対するユーモアの有効性 愛知県立看護大学紀要 9, 29-33.
- 横山浩誉・北村有香・小林貴子・白田寛他 (2013). 看護職のメンタルヘルス対策に関する実態調査 大阪医科大学看護研究雑誌 3, 201-207.