

日本版バーンアウト尺度の因子的, 構成概念妥当性の検証

久 保 真 人*

The Factorial and Construct Validity of the Japanese Burnout Scale

By

Makoto KUBO *

The validity of the factorial construct in applying the Japanese Burnout Scale was investigated. The study included a sample of 1827 nurses and 6037 care workers. Confirmatory factor analyses of each of the two professional groups separately indicated that the original three factor model referring to emotional exhaustion, depersonalization and the decline in the sense of personal accomplishment provided a reasonable fit to the data. To examine construct validity, the three subscales of the Japanese Burnout Scale were then related to selected work characteristics. The means of the subscales were different between different groups of the nurses or the care workers, and, for instance, higher among the nurses and care workers with the intention to quit the current job. Based on the definitions of the three subscales, differential patterns of the effects studied were predicted by means of the correlates and these subscales. The predictions were largely supported. It should be noted that by using the Scale, the similar results were obtained for the two professional groups.

キーワード：バーンアウト；日本版バーンアウト尺度；看護師；ホーム・ヘルパー；検証的因子分析
Key words: Burnout; Japanese burnout scale; Nurses; Care workers; Confirmatory factor analysis

I. 問 題

バーンアウト (burnout) という概念を, 初めて学術論文でとりあげたのは Freudenberger¹⁾である。彼は, 保健施設に勤務していた間, 数多くの同僚が精神的, 身体的異常を訴えるのを目撃した。同僚たちは, 1年余りの間に, 徐々に, あたかもエネルギーが枯渇していくかのように, 仕事に対する意欲や関心を失っていったのである。Freudenberger は, 同僚が陥った状態を表現するのに, 「ドラッグ常用者状態」を意味するスラングであったバーンアウトという言葉を用いた。

実証的なバーンアウト研究は, バーンアウトという状態をいかにして測定するか, つまり, バー

ンアウトという概念を操作的に定義しようとする取り組みから始まった。バーンアウトの尺度化に当初から精力的に取り組んだのが, Maslach を中心とした研究グループである²⁾。彼らのマスラック・バーンアウト・インベントリー (Maslach Burnout Inventory: 以下 MBI) 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³⁾。

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⁴⁾が MBIなどを参考に, わが国のヒューマン・サービスの現場に適合するようあらたに作成した 20 項目をもとに, その後の研究^{5,6)}のなかで, 項目の追加, 削除をおこない, 17 項目にまとめたものである。

* 同志社大学 政策学部
Doshisha University, Faculty of Policy Studies

MBIの項目と意味的に似通ったものはあるが、まったく同じ(そのまま翻訳した)項目はない。

日本版バーンアウト尺度は、MBIと同様に、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の低下の3つの因子からなる。その3因子構造は、看護師を対象とした調査データ⁵⁾を、MBIにならって、主成分法による因子分析(バリマックス回転)をおこなった結果得られたものである。さらにこの因子構造は、看護師を対象とした別の調査⁶⁾でも、同じ因子分析の手法を用いて確認されている(詳しくは久保⁷⁾, p.74-81 参照)。

しかし、近年の検証的因子分析を用いた研究では、Maslachらのマニュアル³⁾に示されているMBIの3因子構造を支持する研究⁸⁾もあるが、現状の3因子構造の適合度は十分でないとする研究が多い⁹⁻¹¹⁾。これらの結果は、検証的因子分析と呼ばれる手法の特徴によるところもあるが、MBIの因子的妥当性に検討の余地があることを示唆するものである。この点、MBIと同じ因子構成を仮定している日本版バーンアウト尺度においても、その因子的妥当性を検証的因子分析により再度検証する必要がある。

また、日本版バーンアウト尺度は、多くの研究者に採用され、看護師、教員、ヘルパーなどヒューマン・サービスの様々な職種でのデータの蓄積が始まっている¹²⁻¹⁹⁾。しかし、日本版バーンアウト尺度が、看護師を対象とした一連の調査データをもとに構成されてきた経緯を踏まえれば、他のヒューマン・サービス職に、この尺度をそのまま適用することができるかは、あらためて検討をおこなう必要がある。

本研究の目的は、看護師とホーム・ヘルパーという2つの職種を対象とした調査データから、日本版バーンアウト尺度の因子的ならびに構成概念妥当性を検証することである。また、日本版バーンアウト尺度の適用対象として、ホーム・ヘルパーを含めることの妥当性についてもあわせて検討する。

II. 方 法

A. 調査対象者

看護師のデータとして、久保⁵⁾と久保⁶⁾の2つの調査データを合わせたものを用いた。久保⁵⁾の

サンプルは京都市内の10の病院に勤務する看護師908名、久保⁶⁾のサンプルは京都市内の11の病院(先の調査の病院とは異なる)に勤務する看護師919名、両者を合わせた全サンプル数は1827名であった^{注1)}。性別は、女性は1720名、男性は39名(不明68名)、資格は、正看護師1338名、准看護師415名(不明74名)、職位は、看護師長131名、主任127名、スタッフ1477名(不明92名)、平均年齢30.7歳、平均経験年数8.8年であった。なお、調査対象となった21の病院の規模別の内訳は、大規模病院(400床以上)11施設、中規模病院(200床以上399床以下)5施設、小規模病院(199床以下)5施設であった。また、設置主体は国公立系6施設、私立系15施設であった。

ホーム・ヘルパーのサンプルは、全国854の訪問介護サービス事業所に所属するホーム・ヘルパー6037名であった^{注2)}。性別は、女性5885名、男性147名(不明5名)、雇用形態は、正社員1521名、パート1893名、登録2497名(不明126名)、主な資格の所有者(複数回答)は、ホーム・ヘルパー1級967名、ホーム・ヘルパー2級4935名、介護福祉士985名、(准)看護師172名、ケアマネージャー291名、年齢は30歳未満333名、30代921名、40代2190名、50歳以上2586名(不明7名)、経験年数は、3年未満3733名、3年~10年未満1860名、10年以上381名(不明63名)であった。なお、調査対象となった854の訪問介護サービス事業所の経営法人の内訳は、社会福祉協議会255事業所、社会福祉法人154事業所、医療法人69事業所、民間企業218事業所、協同組合55事業所、NPO法人34事業所、その他69事業所であった。

B. 分析項目

看護師のデータでは、2回の調査に共通する項目のうち、日本版バーンアウト尺度17項目、看護師の職務に関わるストレス33項目、そして、離職意志、所属部署を問う項目を分析に供した。ストレス項目は、著者がGray-Toft & Anderson²⁰⁾によるthe Nursing Stress scaleをもとに作成したものである。これらの項目は、患者のケアや医者、同僚などとの人間関係など、看護師の日常業務に関わる環境要因によって構成されて

いる。病院という組織に由来し、また、看護師という職務に固有のストレスである。日本版バーンアウト尺度とストレス 33 項目では、各項目に示される内容を最近 6 ヶ月位の間で、どの程度の頻度で経験したかを 5 件法で回答してもらった(「ない」:1, 「まれにある」:2, 「時々ある」:3, 「しばしばある」:4, 「いつもある」:5)。

ホーム・ヘルパーのデータでは、調査項目のうち、日本版バーンアウト尺度 17 項目、ホーム・ヘルパーの職務に関わるストレス 34 項目、そして、キャリア展望、業務内容を問う項目を分析に供した。ストレス項目は、岩科・奥出・唐沢・田尾・伊達木・堀田²¹⁾などをもとに本調査のために作成されたものである。労働条件・処遇、過重負担、職場の支援体制、利用者やその家族との関係、ホーム・ヘルパーへの社会的評価、知識・技能の向上に関わる項目から構成されている。ストレス 34 項目では、各項目に示される内容が回答者に当てはまるかどうかを 2 件法で回答してもらった(「あてはまる」:1, 「あてはまらない」:0)。なお、ホーム・ヘルパーを対象とした調査では、日本版バーンアウト尺度の 2 つの項目で、「患者」という用語を「利用者」という用語に置き換えている(表 1 参照)。

Ⅲ. 結 果

以下の分析では、SPSS13.0 ならびに Amos5.0 を用いた。

A. 因子的妥当性の検討

日本版バーンアウト尺度の因子的妥当性を検証するために、まず、探索的因子分析をおこなった。問題でも述べたが、日本版バーンアウト尺度の因子は、MBI にならって、因子間の相関を仮定しないバリマックス回転により解を求めていたが、その後の研究で、MBI の 3 因子間相互には関連があり、とりわけ、情緒的消耗感と脱人格化という 2 つの因子の間に高い相関関係があることがわかってきた(詳しくは久保⁷⁾, p.29-34 参照)点をふまえて、本研究では、因子間の相関を考慮した斜交プロマックス回転により解を求めた。

看護師、ホーム・ヘルパーともに、最尤法により固有値 1 以上の因子を抽出した。ともに 3 因子が抽出され、それらに斜交プロマックス回転を施

した。表 1 に看護師、ホーム・ヘルパーそれぞれの日本版バーンアウト尺度の項目毎の因子負荷量を示した。

看護師、ホーム・ヘルパーともに、第 1 因子「脱人格化」、第 2 因子「個人的達成感の低下」、第 3 因子「情緒的消耗感」の 3 因子が抽出され、日本版バーンアウト尺度が仮定しているように、項目 3, 5, 6, 10, 11, 14 が脱人格化因子に高く負荷し、項目 2, 4, 9, 13, 15, 17 が個人的達成感の低下因子に高く負荷し、項目 1, 7, 8, 12, 16 が情緒的消耗感因子に高く負荷していた。また、因子間の相関は、情緒的消耗感と脱人格化との間で $r = .709$ (看護師), $r = .744$ (ホーム・ヘルパー)、情緒的消耗感と個人的達成感の低下との間で $r = .269$ (看護師), $r = .234$ (ホーム・ヘルパー)、脱人格化と個人的達成感の低下との間で $r = .322$ (看護師), $r = .339$ (ホーム・ヘルパー)であった。MBI 同様に、情緒的消耗感と脱人格化との間で高い相関関係が認められた。

次に検証的因子分析をおこなった。まず、17 項目がすべて 1 つの因子に負荷する 1 因子モデル、情緒的消耗感と脱人格化の項目が 1 つの因子に負荷し、個人的達成感の低下の項目が別の因子に負荷する 2 因子モデル (2 因子間の相関を仮定)、そして、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の低下の 3 因子モデル (3 因子相互の相関を仮定)の適合性が検討された。看護師、ホーム・ヘルパーそれぞれの各モデルの適合度に関わる指標の値 (GFI, AGFI, RMSEA, χ^2) を表 2 に示した^{注3)}。

看護師、ホーム・ヘルパーともに、3 つのモデルの中では、1 因子モデルの適合度が最も悪く、続いて 2 因子モデルとなり、3 因子モデルの適合度が最もよかった。最も当てはまりがよかった 3 因子モデルの適合度は、看護師では $GFI = .933$, $AGFI = .911$, $RMSEA = .068$, ホーム・ヘルパーでは $GFI = .937$, $AGFI = .917$, $RMSEA = .067$ であった。一般的に GFI や AGFI が .90 以上、RMSEA が .06 より小さければ当てはまりのよいモデルとされている²²⁾ことからすれば、日本版バーンアウト尺度の 3 因子モデルの検証的因子分析による適合度は、十分とは言えないまでも許容される範囲内であると考えられる。

Table 1 Factor loadings of the Japanese Burnout Scale: results of exploratory factor analysis.

表 1 探索的因子分析による日本版バーンアウト尺度の因子負荷量

	看護師			ホーム・ヘルパー		
	F 1	F 2	F 3	F 1	F 2	F 3
①こんな仕事、もうやめたいと思うことがある。	0.649	0.312	0.704	0.662	0.307	0.632
②我を忘れるほど仕事に熱中することがある。	0.057	0.526	0.008	-0.013	0.424	-0.124
③細々と心配りすることが面倒に感じることもある。	0.638	0.159	0.506	0.551	0.214	0.521
④この仕事は私の性分に合っていると思うことがある。	0.313	0.603	0.267	0.258	0.585	0.177
⑤同僚や患者（利用者）の顔を見るのも嫌になることがある。	0.722	0.154	0.504	0.717	0.157	0.532
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。	0.724	0.277	0.532	0.682	0.284	0.523
⑦1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。	0.383	0.099	0.650	0.409	0.104	0.576
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。	0.611	0.284	0.664	0.650	0.239	0.625
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。	0.218	0.634	0.187	0.266	0.673	0.214
⑩同僚や患者（利用者）と、何も話したくなくなるこ とがある。	0.743	0.193	0.516	0.698	0.145	0.512
⑪仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。	0.601	0.158	0.360	0.471	0.157	0.301
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。	0.510	0.160	0.649	0.488	0.105	0.677
⑬今の仕事に、心から喜びを感じることもある（逆転 項目）。	0.301	0.763	0.218	0.320	0.777	0.238
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。	0.648	0.292	0.451	0.544	0.268	0.368
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。	0.217	0.708	0.257	0.247	0.716	0.204
⑯体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある。	0.513	0.143	0.747	0.562	0.141	0.768
⑰我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。	0.013	0.529	-0.029	0.093	0.563	0.032

注 1) F1: 脱人格化, F2: 個人的達成感の低下, F3: 情緒的消耗感

注 2) 網かけした項目が各因子の仮定されている項目

B. 構成概念妥当性の検討

Cronbach & Meehl²³⁾では、構成概念の妥当性を検証する場合、関連性が高いと仮定される他の概念との関連を検討する方法が示されている。MBIの妥当性を検証した研究においても、ストレス、職務要求、離職意志、キャリア意識、職務満足などの変数との関連性が検討されている²⁴⁻²⁶⁾。本研究では、日本版バーンアウト尺度の

構成概念妥当性を検討する目的で、日本版バーンアウト尺度の3つの下位尺度とストレス項目、ならびに、看護師の場合は離職意志と所属部署、ホーム・ヘルパーの場合はキャリア展望と業務内容との関連を検討した。

バーンアウトがストレスの結果生じるストレス反応の1つとして位置づけられている（詳しくは久保⁷⁾, p.87-128 参照）ことから、看護師やホー

Table 2 Indices of overall fit for alternative factor structures of the Japanese Burnout Scale: results of confirmatory factor analysis.

表 2 検証的因子分析による日本版バーンアウト尺度適合度に関わる指標の値

	看護師				ホーム・ヘルパー			
	GFI	AGFI	RMSEA	χ^2	GFI	AGFI	RMSEA	χ^2
1 因子モデル (17 項目)	0.736	0.661	0.130	3784.9	0.750	0.679	0.125	11378.1
2 因子モデル (17 項目)	0.899	0.869	0.082	1551.0	0.927	0.905	0.071	3750.4
3 因子モデル (17 項目)	0.933	0.911	0.068	1096.5	0.937	0.917	0.067	3222.9

注1) 表中の χ^2 値はすべて5%水準で有意差が認められている。

Table 3 Means and Cronbach's Alpha of the Japanese Burnout Scale.

表 3 日本版バーンアウト尺度の平均値と信頼性係数 (α)

	看護師		ホーム・ヘルパー	
	平均値	信頼性係数 (α)	平均値	信頼性係数 (α)
情緒的消耗感	3.25 (0.90)	0.812	2.20 (0.81)	0.785
脱人格化	2.07 (0.75)	0.836	1.44 (0.51)	0.777
個人的達成感の低下	3.56 (0.71)	0.791	3.24 (0.81)	0.788

注1) () 内は標準偏差

ム・ヘルパーの職場環境に由来するストレスの指標とバーンアウト尺度の得点とは関連性をもつことが予想される。さらに、バーンアウト尺度が3つの下位因子から構成されているとすれば、それぞれの因子は職場環境の異なる側面と関連性を持つはずである。以上のことから、日本版バーンアウト尺度の構成概念妥当性を検証する目的で、ストレスの指標とバーンアウト尺度の3因子の得点との関連性を検討した。

なお、バーンアウト尺度の各因子の得点を算出する際には、情緒的消耗感では項目1, 7, 8, 12, 16の得点の合計を5で除したものの、脱人格化では項目3, 5, 6, 10, 11, 14の得点の合計を6で除したものの、個人的達成感の低下では項目2, 4, 9, 13, 15, 17の得点の合計を6で除したものを、それぞれの得点とした。3つの下位尺度の平均値、ならびに各尺度の信頼性係数 (α) を表3に示した。

表3より、3因子ともホーム・ヘルパーの方が看護師よりも平均が低い値となっている。特に、

ホーム・ヘルパーの脱人格化因子では、標準偏差も小さく、評定が1(「ない」)ないしは2(「まれにある」)に集中する傾向にある。

看護師では、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の低下のそれぞれを目的変数、看護師の職務に関わるストレス33項目を説明変数とする重回帰分析をおこなった。説明変数の選択は、stepwise法により、変数投入の基準を $p < .05$ 、変数除去の基準を $p < .10$ に設定した。それぞれの目的変数に対して投入された説明変数、ならびにその標準偏回帰係数を表4に示した。

情緒的消耗感では、13の変数が投入され、重相関係数が.377であった。最も標準偏回帰係数が高かった項目は「同じ病棟に十分な人手がないことがある」で、続いて「上司が自分の気持ちを理解してくれないことがある」、「病棟と一緒に働きたくないナースがいることがある」などの値が高かった。

脱人格化では、11の変数が投入され、重相関係数は.345であった。最も標準偏回帰係数が高

Table 4 Standardised partial regression coefficients of stressor items on the Japanese Burnout Scale (nurses).
表 4 日本版バーンアウト尺度を目的変数としたストレス項目の標準偏回帰係数 (看護師)

	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感の低下
医者から批判されることがある			
患者に苦痛を感じさせるような処置をしなければならないことがある			
上司と考え方が食い違うことがある。	-0.066		
患者やその家族と、患者自身の死について話さなければならないことがある			-0.125
他の病棟のナースと自分の病棟の問題について、オープンに話せないことがある			
患者の死を看取ることがある		-0.058	
医者との間で考え方が食い違うことがある			-0.067
患者へのケアに際して、ミスしないかと恐れを感じることもある	0.124		
同じ病棟のナースと、体験や感情を共有できないことがある		0.110	
親しくしていた患者が死ぬことがある			-0.119
臨終 (危篤)、緊急時に、医者がいないことがある		0.063	
十分に患者の家族の気持ちの支えになってやれないと覚えることがある			0.117
患者に対する不満を同じ病棟のナースに打ち明けられないことがある		0.130	
患者の症状について、医者が十分な情報を与えてくれないことがある			
患者の症状について、わからない質問を患者やその家族から尋ねられることがある	0.050	0.064	
患者が苦しんでいるのを見ることもある			
患者の気持ちの支えになってやれないと覚えることがある	0.061		
上司から批判されることがある			
予想外の配置転換や仕事の割当を受けることがある	0.088	0.065	
医者から、その患者にとって不適当な処置をするように命じられることがある		0.058	
事務仕事のような看護以外の仕事をしなければならないことがある			
患者のそばに十分にいられないことがある			
病棟と一緒に働きたくないナースがいることがある	0.133	0.152	0.095
特殊な器具の操作や機能がはっきりとわからないことがある			
同じ病棟に十分な人手がないことがある	0.195	0.068	
同じ病棟に指導してくれるナースがいないことがある			
協力的でないスタッフと一緒に働くことがある			
要求が多い、気むずかしい患者をケアすることがある	0.089		
上司が自分の気持ちを理解してくれないことがある	0.165	0.123	
上司の対応が遅いことがある	-0.058		-0.063
超過勤務が多いことがある	0.065		
患者の苦しみに対して、自分の感性がマヒしていると覚えることがある	0.117	0.209	0.078
看護について勉強できないことがある	0.065		
重相関係数	0.377	0.345	0.064
調整済み重相関係数	0.371	0.340	0.060

Table 5 Standardised partial regression coefficients of stressor variables on the Japanese Burnout Scale (care workers).

表 5 日本版バーンアウト尺度を目的変数としたストレス変数の標準偏回帰係数 (ホーム・ヘルパー)

	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感の低下
労働条件・処遇	-0.049	-0.045	-0.096
過重負担	0.481	0.272	0.125
職場の支援体制	0.042	0.126	
利用者・家族との関係	0.110	0.145	
ヘルパーへの社会的評価		0.035	
知識・技能の向上	0.066	0.082	0.065
重相関係数	0.327	0.228	0.020
調整済み重相関係数	0.326	0.227	0.019

かった項目は「患者の苦しみに対して、自分の感性がマヒしていると感じることがある」で、続いて「病棟と一緒に働きたくないナースがいることがある」、「患者に対する不満を同じ病棟のナースに打ち明けられないことがある」などの値が高かった。

個人的達成感の低下では、7つの変数が投入され、重相関係数は.064であった。最も標準偏回帰係数が高かった項目は「患者やその家族と、患者自身の死について話さなければならないことがある」で、続いて「親しくしていた患者が死ぬことがある」、「十分に患者の家族の気持ちの支えになってやれないと感じることがある」などの値が高かった。

情緒的消耗感では、人手不足に伴う過重負担に関わる項目、さらに職場の人間関係に関わる項目の標準偏回帰係数が高く、脱人格化では、患者との関係や同僚との関係など人間関係に関わる項目の標準偏回帰係数が高くなっている。また、個人的達成感の低下の重回帰係数は、他の2つの下位尺度に比べてかなり低い値となっている。

ホーム・ヘルパーでは、ホーム・ヘルパーの職務に関わるストレス34項目を「労働条件・処遇」(8項目)、「過重負担」(7項目)、「職場の支援体制」(5項目)、「利用者やその家族との関係」(8項目)、「ホーム・ヘルパーへの社会的評価」(3

項目)、「知識・技能の向上」(3項目)の6つのカテゴリーに分類し、それぞれのカテゴリーの項目の得点を合計し、項目の数で除したものを各カテゴリー変数の得点とした。この6つの変数を説明変数とし、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の低下のそれぞれを目的変数とする重回帰分析をおこなった。説明変数の選択は、stepwise法により、変数投入の基準を $p < .05$ 、変数除去の基準を $p < .10$ に設定した。それぞれの目的変数に対して投入された説明変数、ならびにその標準偏回帰係数を表5に示した。

情緒的消耗感では、5つの変数が投入され、重相関係数が.326であった。最も標準偏回帰係数が高かった変数は「過重負担」で、次が「利用者やその家族との関係」であった。

脱人格化では、6つの変数すべてが投入され、重相関係数は.227であった。最も標準偏回帰係数が高かった変数は「過重負担」で、次が「利用者やその家族との関係」であった。

個人的達成感の低下では、3つの変数が投入され、重相関係数は.019であった。最も標準偏回帰係数が高かった変数は「過重負担」で、次が「労働条件・処遇」であった。

看護師の場合と同様に、個人的達成感の低下の重回帰係数が他の2つの下位尺度に比べてかなり低い値となっている。また、情緒的消耗感と脱人

Table 6 Means of the Japanese Burnout Scale by intention to quit and section (nurses).

表 6 離職意志と所属部署の違いによる日本版バーンアウト尺度の平均値 (看護師)

		情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感の低下
離 職 意 志	続きたい (N=629)	2.80 (0.78) a	1.73 (0.56) a	3.33 (0.70) a
	部署・病院を辞めたい (N=545)	3.27 (0.83) b	2.06 (0.68) b	3.51 (0.65) b
	看護師を辞めたい (N=551)	3.78 (0.83) c	2.46 (0.82) c	3.87 (0.67) c
	F	213.6*	165.6*	97.0*
部 署	外来 (N=187)	2.82 (0.83) a	1.85 (0.69) a	3.38 (0.77) a
	病棟 (N=1116)	3.39 (0.87) c	2.14 (0.74) b	3.62 (0.68) b
	その他 (N=451)	3.10 (0.92) b	1.98 (0.76) a	3.49 (0.73) a
	F	41.46*	16.51*	12.48*

注 1) F 値の*は 5%水準で有意差が認められたことを示す。

注 2) 多重比較 (LSD 法, $p < .05$) により有意な差が認められた水準間ではアルファベットが異なる ($a < b < c$)。

格化を比較した場合、情緒的消耗感では「過重負担」との関連が他の変数に比べて非常に強いのに対し、脱人格化では、過重負担以外に「利用者やその家族との関係」、「職場の支援体制」などの変数の標準偏回帰係数の値も比較的高い。

次に、離職意志や業務内容など、バーンアウトと関連性の高い変数との関連性を検討する。看護師では、「離職意志」ならびに「所属部署」と日本版バーンアウト尺度の得点との関連について検討した。離職意志は、バーンアウトとの関連を論じられることの多い変数の一つである²⁷⁾。離職意志についての回答を「今の病院・部署で看護師を続けたい」、「病院・部署を変りたい」、「看護師を辞めたい」の3つのカテゴリーに整理し、離職意志と日本版バーンアウト尺度の得点との関連を検討した。

表 6 に離職意志のカテゴリー毎の日本版バーンアウト尺度の得点の平均値を示した。離職意志を独立変数、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の低下それぞれを従属変数とした 1 要因の分散分析をおこなった。その結果、3つの得点すべてで有意な差が認められた ($p < .05$, F 値は表 6 参照)。さらに、多重比較 (LSD 法, $p < .05$) をおこなったところ、3つの得点ともすべての水準で有意な差が認められた。離職意志の高まりと日本版バーンアウト尺度の得点とは密接に関連して

いることが確かめられた。

また、看護の場合、所属部署、特に外来か病棟かにより患者との関わりの質や量に大きな違いがあり、その違いが、バーンアウト得点の違いとなって顕れるものと予想できる。所属部署を「外来」、「病棟」(内科、外科、精神科)、「その他」(手術室、ICU/CCU、混合病棟など)の3カテゴリーに整理し、所属部署と日本版バーンアウト尺度の得点との関連を検討した。

表 6 に所属部署毎の日本版バーンアウト尺度の得点の平均値を示した。所属部署を独立変数、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の低下それぞれを従属変数とした 1 要因の分散分析をおこなった。その結果、3つの得点すべてで有意な差が認められた ($p < .05$, F 値は表 6 参照)。さらに、多重比較 (LSD 法, $p < .05$) をおこなったところ、情緒的消耗感ではすべての水準で有意な差が認められた。

脱人格化と個人的達成感の低下では、病棟と外来、ならびに病棟とその他との間で有意な差が認められた。患者との関わりが質量ともに高い「病棟」に所属する看護師の方が、外来など患者との関わりが比較的少ない部署に所属する看護師よりも、日本版バーンアウト尺度の得点が高いことが確かめられた。

ホーム・ヘルパーでは、離職意志も含めた

Table 7 Means of the Japanese Burnout Scale by career perspective and task (careworkers).

表 7 キャリア展望と業務の違いによる日本版バーンアウト尺度の平均値 (ホーム・ヘルパー)

		情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感の低下
キャリア展望	ヘルパーを続けたい (N=3920)	2.10 (0.75) a	1.38 (0.45) a	3.26 (0.81) b
	キャリアアップしたい (N=1772)	2.29 (0.81) b	1.49 (0.51) b	3.14 (0.79) a
	ヘルパーをやめたい (N=218)	3.20 (0.97) c	2.07 (0.79) c	3.76 (0.69) c
	F	224.99*	223.56*	62.54*
業務内容	コーディネータ (N=663)	2.55 (0.85) e	1.61 (0.58) c	3.14 (0.77) a
	認知症介護 (N=2469)	2.27 (0.80) d	1.44 (0.49) b	3.20 (0.81) ab
	重度介護 (N=650)	2.17 (0.79) c	1.43 (0.48) ab	3.25 (0.78) bc
	身体介護 (N=1570)	2.07 (0.77) b	1.39 (0.50) a	3.29 (0.83) cd
	生活援助 (N=685)	1.93 (0.75) a	1.37 (0.49) a	3.35 (0.82) d
	F	66.42*	25.76*	9.56*

注 1) F 値の*は 5%水準で有意差が認められたことを示す。

注 2) 多重比較 (LSD 法, $p < .05$) により有意な差が認められた水準間ではアルファベットが異なる ($a < b < c < d < e$)。

「キャリア展望」ならびに「業務内容」と日本版バーンアウト尺度の得点との関連について検討した。看護師の分析でも述べたように、離職意志は、バーンアウトとの関連を論じられることの多い変数の一つであるが、ここでは、さらにキャリアアップなども含めた指標と日本版バーンアウト尺度との関連を検討した。

回答者には、「ホーム・ヘルパーを長く続けたい」、「キャリアアップを目指したい」、「ホーム・ヘルパーをしばらく続けたい」、「ホーム・ヘルパー以外の介護・福祉の仕事に就きたい」、「ホーム・ヘルパーを早期にやめたい」、「介護・福祉以外の仕事に就きたい」の 6 つの選択肢から 1 つを選択してもらった。分析では、この 6 つのカテゴリーを「ホーム・ヘルパーを続けたい」(「ホーム・ヘルパーを長く続けたい」と「ホーム・ヘルパーをしばらく続けたい」)、「キャリアアップしたい」(「キャリアアップを目指したい」と「ホーム・ヘルパー以外の介護・福祉の仕事に就きたい」)、「ホーム・ヘルパーをやめたい」(「ホーム・ヘルパーを早期にやめたい」と「介護・福祉以外の仕事に就きたい」)の 3 つのカテゴリーに整理した。

表 7 にキャリア展望のカテゴリー毎の日本版

バーンアウト尺度の得点の平均値を示した。キャリア展望を独立変数、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の低下それぞれを従属変数とした 1 要因の分散分析をおこなった。その結果、3 つの得点すべてで有意な差が認められた ($p < .05$, F 値は表 7 参照)。さらに、多重比較 (LSD 法, $p < .05$) をおこなったところ、3 つの得点ともすべての水準で有意な差が認められた。離職意志の高まりと日本版バーンアウト尺度の得点とは密接に関連していることが確かめられた。

情緒的消耗感と脱人格化では、「ホーム・ヘルパーを続けたい」の平均値が最も低く、続いて、「キャリアアップしたい」、「ホーム・ヘルパーをやめたい」の順となるが、個人的達成感の低下では、「キャリアアップしたい」の平均値が最も低く、続いて、「ホーム・ヘルパーを続けたい」、「ホーム・ヘルパーをやめたい」の順となっている。ホーム・ヘルパーの中でも、特に個人的達成感を感じている人は、ホーム・ヘルパーの継続よりもキャリアアップを志向しているという傾向が認められた。

最後に、業務内容と日本版バーンアウト尺度の関連について検討した。一口に介護と言っても、介護される人の状態により、その労働負担は一樣

ではない。ホーム・ヘルパーの業務内容を「コーディネータ」、「認知症介護」、「重度介護」、「身体介護」、「生活援助」に分類し、業務内容の回答をもとに、この5つのカテゴリーに回答者を分類し^{注4)}、業務内容と日本版バーンアウト尺度の得点との関連を検討した。

表7に業務内容毎の日本版バーンアウト尺度の得点の平均値を示した。業務内容を独立変数、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の低下それぞれを従属変数とした1要因の分散分析をおこなった。その結果、3つの得点すべてで有意な差が認められた ($p < .05$, F 値は表7参照)。さらに、多重比較 (LSD法, $p < .05$) をおこなったところ、情緒的消耗感ではすべての水準で有意な差が認められた。コーディネータの平均値が最も高く、つづいて、認知症介護、重度介護、身体介護、生活援助の順となっている。

脱人格化でも、同じ順序で平均値が高くなっている。多重比較では、コーディネータと他の4水準 (認知症介護、重度介護、身体介護、生活援助) との間、認知症介護と2水準 (身体介護、生活援助) との間に有意差が認められた。

個人的達成感の低下では、先の2つの得点とはまったく逆の傾向が認められた。コーディネータの平均値が最も低く、つづいて、認知症介護、重度介護、身体介護、生活援助の順となっている。多重比較では、コーディネータと3水準 (重度介護、身体介護、生活援助) との間、認知症介護と2水準 (身体介護、生活援助) との間、そして、重度介護と生活援助との間にそれぞれ有意な差が認められた。

コーディネータや認知症介護などは、高い専門性を必要とし、業務に付随して、さまざまな問題に直面することの多い業務である。それゆえ、他の業務と比較して情緒的消耗感や脱人格化を経験する頻度が高いという傾向が認められた。ただ、個人的達成感の低下の結果は、コーディネータや認知症介護といった業務に従事する人は、その業務の困難さゆえに、他の業務に従事しているホーム・ヘルパーよりも、業務をやり遂げたときの達成感を感じやすいという傾向のあることを示唆している。

IV. 考 察

本研究では、まず日本版バーンアウト尺度の因子的妥当性を検討した。探索的因子分析 (最尤法、斜交プロマックス回転) では、看護師、ホーム・ヘルパーともに、日本版バーンアウト尺度が仮定する3因子構造が再現された。さらに、検証的因子分析により、その3因子構造の適合性が評価された。その結果、日本版バーンアウト尺度の3因子構造の適合度は、RMSEAの値が少し高いものの、GFIやAGFIの値から評価すると、適合度の基準を満たすものであると考えられる。

MBIの研究結果と比較すれば、MBI22項目の検証的因子分析のGFIの値として、たとえば、尺度に改善の余地があるとしたYadama & Drake¹¹⁾ではGFI = .79、Boles et al.⁹⁾ではGFI = .76、Kalliath et al.¹⁰⁾ではGFI = .78という値が報告されており、また、適合度の基準を満たすとしたRichardson & Martinussen⁸⁾ではGFI = .89という値が報告されている。また、日本版MBI-GS^{注5)}では、GFI = .848という値が報告されている²⁸⁾。

これら先行研究の値と比較すれば、本研究で得られたGFI値 (看護師: GFI = .933, ホーム・ヘルパー: GFI = .937) は、看護師、ホーム・ヘルパーいずれのサンプルにおいても、日本版バーンアウト尺度の3因子構造の因子的妥当性が高いことを示すものである。

なお、本研究では、看護師やホーム・ヘルパーといった職種により因子分析をおこなったが、それ以外の特性により、同じ職種であっても因子構造が変化する可能性はある。ただ、MBIなどのバーンアウト尺度の研究においては、職種以外の要因で因子構造が変化すると報告はなく、それゆえ、本研究でも、職種の違いのみにより、因子的妥当性を検討した。ヒューマン・サービス職の中には、資格や職位、雇用形態などにより、職務の内容が大きく変わってくる職種もあり、今後の検討課題であろう。

次に、日本版バーンアウト尺度の構成概念妥当性について考察する。本研究では、日本版バーンアウト尺度の3つの下位尺度とストレス項目、ならびに、看護師の場合は離職意志と所属部署、

ホーム・ヘルパーの場合はキャリア展望と業務内容との関連を分析することで、その構成概念妥当性を検討した。

日本版バーンアウト尺度の3因子を目的変数とし、ストレス項目を説明変数とする重回帰分析をおこなった。看護師、ホーム・ヘルパーの両サンプルとも、情緒的消耗感が、3因子の中で、ストレス項目と最も強く関連していることが確かめられた(看護師： $r^2 = .377$ ，ホーム・ヘルパー： $r^2 = .327$)。ストレスの訴えが多い人ほど、情緒的消耗感の得点が高くなっていた。MBIマニュアル第3版によれば、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」と定義されている。消耗感あるいは疲労感はストレスの一般的な自覚症状の一つであり、バーンアウトの3因子の中で、情緒的消耗感是最もストレス反応に近い変数である(詳しくは久保⁷⁾，p21-26参照)。本研究の結果は、情緒的消耗感の定義ならびに先行研究の見解と一致するものである。

情緒的消耗感の次に、ストレス変数との関連が高かったのが脱人格化であった(看護師： $r^2 = .345$ ，ホーム・ヘルパー： $r^2 = .228$)。MBIマニュアル第3版によれば、脱人格化とは「サービスの受け手(クライアント)に対する無情で、非人間的な対応」と定義されている。サービスの受け手とは、看護師にとっての患者、ホーム・ヘルパーにとっての利用者にあたる。情緒的消耗感が一般的なストレス反応であるのに対して、脱人格化はその定義からして、特に職務上の人間関係に関わるストレスとの関連が強いことが予想される。この観点から、本研究の結果を検討すると、たとえば、看護師では、「同じ病棟のナースと、体験や感情を共有できないことがある」や「患者に対する不満を同じ病棟のナースに打ち明けられないことがある」などは、情緒的消耗感との関連は低いが、脱人格化とは強い関連を持つ項目である。また、ホーム・ヘルパーでは、「職場の支援体制」、「利用者・家族との関係」といったカテゴリーで、情緒的消耗感よりも標準偏回帰係数が高くなっている。

ストレスとの関連という観点からすれば、情緒的消耗感と脱人格化は、ともにストレスの訴

えが多い人ほど、得点が高くなることが確かめられた。さらに、両者は職場環境の異なる側面と関連する傾向のあることが認められた。つまり、前者は過重労働など一般的なストレス変数との関連が強く、後者は同僚とのコミュニケーションなど人間関係に関わるストレス変数との関連が強かった。

マニュアルの第3版では、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」と定義されている。本研究の結果から、個人的達成感の低下とストレス項目との関連はあまり高くなかった(看護師： $r^2 = .064$ ，ホーム・ヘルパー： $r^2 = .020$)。ただ、この傾向は日本版バーンアウト尺度に限ったことではない。Lee & Ashforth²⁹⁾は、過去に報告されているMBIを用いた総計61の研究のデータを総合して、再分析(メタ分析)をおこなった。この分析のなかで、MBIの3因子間の相関関係、ならびに、過重負担、仕事の切迫感などのストレスに関わる変数、ソーシャル・サポート、報酬体系などのコピーング資源に関わる変数、そして、離職意志、職務満足などの職務態度・行動に関わる変数などと、MBIの3因子との間の関連性が検討された。メタ分析の結果、ストレス変数との関連がもっとも強かったのは情緒的消耗感であり、ついで、脱人格化であることが確かめられた。しかし、個人的達成感の低下については、ストレス変数との関連が非常に希薄であったことが報告されている。

次に、離職意志や所属部署、業務内容といった変数との関連について論じる。看護師では、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の低下の3因子で、ほぼ同様の結果が得られた。離職意志が強いほど、また、患者との関わりが深いほど、得点が高くなっていた。ホーム・ヘルパーでは、情緒的消耗感と脱人格化で、ほぼ同様な結果が得られた。ホーム・ヘルパーの離職意志が強いほど、業務の困難性が増すほど得点が高くなっていた。しかし、個人的達成感の低下については、他の2因子と異なる傾向が認められた。個人的達成感の高い人は、ホーム・ヘルパー職を継続していくことよりも、ケアマネジャーや他の福祉・介護系の職種へのキャリアアップを志す傾向が強くなり、また、

業務の困難性が増すほど個人的達成感は高くなる傾向が認められた。

介護保険制度の導入が、ホーム・ヘルパーという職を広く「職業」として認知させるきっかけとなったが、介護の専門職として確立された職業であるかと言えば、否定的な見解を述べざるをえない。医療の専門職として、その業務や処遇が確立されている看護師と比較すると、ホーム・ヘルパーの場合、その資格や経験により、業務や処遇に大きな違いがある。本研究では、ホーム・ヘルパーの業務を「コーディネータ」、「認知症介護」、「重度介護」、「身体介護」、「生活援助」の5つに分類した。コーディネータや認知症介護は、介護業務の中でも、特に専門的な知識や技能が必要とされる業務である。逆の言い方をすれば、高度な専門性を有する経験豊富なホーム・ヘルパーが従事している業務でもある。高い専門性や技能を持ったホーム・ヘルパーほど、自らの仕事に効力感を感じやすく、業務に自律的に関わっていることが、この関連性の背景にあることが推測できる。

また、介護保険制度下では、ホーム・ヘルパー職は、ケアマネジャーが策定した介護計画にしたがって業務をおこなうことが求められるため、ヒューマン・サービスの専門職でありながら、一般的に自律性に乏しい職種だと言える。効力感の高い、意欲的な人材ほど、裁量権の高い職種へのキャリアアップをはかる傾向のあることが、個人的達成感とキャリアアップ志向との関連を高めている可能性が推測できる。

以上、日本版バーンアウト尺度の構成概念妥当性を検証する目的で、ストレスサや離職意志、業務内容といった、バーンアウトと関連性の高い変数と日本版バーンアウト尺度との関連を検討した。構成概念妥当性はおおむね支持されたと言えるが、問題点もある。情緒的消耗感と脱人格化の概念識別性の問題である。ストレスサ変数との関連において、情緒的消耗感と脱人格化は、職場環境の異なる側面と関連する傾向のあることが認められたが、両者ともストレスサと密接に関連した因子である点は同様である。さらに、離職意志、業務内容といった変数との関連にいたっては、ほとんど同じ結果が得られている。

この点、先に引用した Lee & Ashforth の研究においても、情緒的消耗感と脱人格化には、他の変数との関連性という観点では、ほとんど差がないとする結果が報告されている。情緒的消耗感と脱人格化を2つの独立した概念と見るかどうかは研究者の間でも意見の分かれるところであり、バーンアウトとは何かという基本的な問題にまで行き着く議論である（詳しくは久保⁷⁾, p.39-48 参照）。ただ、バーンアウト尺度がヒューマン・サービス職を対象としたストレス反応尺度であるという観点からすれば、情緒的消耗感と脱人格化を下位尺度としてあえて区別する必要はないとする議論もある。

Taris et al.³⁰⁾ は、MBI (MBI-GS) の3因子モデルを支持する結果を報告している。ただ、この研究の興味深い点は、MBIの階層モデルにも言及している点である。この階層モデルとは、MBIの3因子を統合する上位因子を仮定する考え方であり、MBIを職場評価に用いる場合、3因子モデルにこだわり、各因子間の違いを強調する立場は実用的ではないと論じている。つまり、各因子間の差異を論じることの学術的な重要性は認めながらも、現場では、改善の余地があるのかないのかを MBI 項目の素点の合計により一律に判断することのメリットの方が大きいとする議論である。

情緒的消耗感と脱人格化は、概念定義からすれば異なる概念であり、前者はストレスにともなう直接的なストレス反応であり、後者は、ヒューマン・サービス従事者が陥りやすい職務上の行動・思考パターンである。おそらく、それぞれの症状は同時に発現するのではなく、時間的な隔たりがあることが推測できる。また、情緒的消耗感を感じた人すべてが、脱人格化的な行動・思考パターンに陥ってしまうわけではないであろう。この意味では、両概念は区別されるべきではあるが、測定として見た場合、測定論上も、解釈上も両者を区別して扱う合理性は、過去の研究において明確に示されてきたわけではない。Taris らの考えは、このような背景を考慮した上で、MBIを単因子尺度として扱うことの実用上のメリットを論じたものである。

本研究においても、情緒的消耗感と脱人格化を測定上区別することの合理性は明確に示されな

かった。その意味では、日本版バーンアウト尺度を3因子ではなく2因子尺度として運用していく可能性についても、今後検討する必要がある。ただ、Tarisらの言う個人的達成感の低下も含めた単因子尺度として運用していくことについては、過去の研究においても、また、本研究においても、個人的達成感の低下因子は、他の2つの因子とは異なる傾向を示しており、測定論上の妥当性があるとは言えない。

個人的達成感の低下は、情緒的消耗感や脱人格化とは異なり、ストレス変数とほとんど関連しないことが本研究においても確かめられた。個人的達成感因子の独自性としては、ホーム・ヘルパーのデータにおいて、ケアマネジャーや他の福祉・介護系の職種へのキャリアアップ志向や業務の困難性と正の相関を持つ傾向が認められた。

前述したLee & Ashforthの研究では、個人的達成感の低下と最も関連が強かった変数は「制御的コーピング」という変数であった。仕事とともなって生じる不測の事態や障害を制御し、克服することが達成感となり、逆に、達成感の高い人は、問題を回避せず、問題自体を制御しようとする、この傾向が、両者の結びつきの強さとなってあらわれたと推測できる。Lee & Ashforthの研究と本研究の結果をあわせて考えると、個人的達成感、自己効力感といった概念³¹⁾などと重なる部分も大きく、他の2つの因子に比べて、パーソナリティなど個人要因の影響を強く受けている因子であると推測できる。今後の課題として、個人的達成感の低下とパーソナリティ変数などとの関連性を検討してみる必要がある。

本研究のもう一つの目的は、日本版バーンアウト尺度の適用対象として、ホーム・ヘルパーを含めることの妥当性について検討することであった。看護師とホーム・ヘルパーという2つの職種を対象とした調査データから、日本版バーンアウト尺度の因子的ならびに構成概念妥当性が検証されたが、これら一連の分析において、看護師とホーム・ヘルパーでは、ほぼ同一の結果が得られた。この結果は、日本版バーンアウト尺度の交差妥当性を支持するものである。

介護保険制度の導入とともに、ホーム・ヘルパーの社会的需要は急速に高まってきている。そ

の中で、労働環境やキャリア展望など、ホーム・ヘルパーに関わるさまざまな問題が、社会的課題として検討されていくことになる。本研究は、日本版バーンアウト尺度を、看護師だけではなくホーム・ヘルパーを対象に使用することに一定の根拠を与えるものである。本研究を通じて、過重労働や職場の支援体制など、ホーム・ヘルパーの労働環境を検討、改善していく上での評価ツールとしての日本版バーンアウト尺度の可能性が示されたと言えるだろう。

V. 要 約

以下に、本研究で得られた結果を要約する。

1) 探索的因子分析（最尤法、斜交プロマックス回転）では、看護師、ホーム・ヘルパーともに、日本版バーンアウト尺度が仮定する3因子構造が再現された。さらに、検証的因子分析をおこなった結果、看護師、ホーム・ヘルパーともに、仮定された3因子構造の因子的妥当性が支持された。

2) 日本版バーンアウト尺度の3つの下位尺度とストレス項目との関連を分析することで、その構成概念妥当性を検討した。日本版バーンアウト尺度の3つの下位尺度それぞれを目的変数、ストレス項目を説明変数とする重回帰分析の結果、看護師、ホーム・ヘルパーとも類似した結果が得られた。情緒的消耗感は過重労働など一般的なストレス変数との関連が強く、脱人格化は同僚とのコミュニケーションなど人間関係に関わるストレス変数との関連が強かった。また、個人的達成感の低下とストレス項目との関連はあまり高くなかった。これらの結果は、それぞれの下位尺度の概念定義に適合する。

3) 看護師では、ストレスに加えて、日本版バーンアウト尺度の3つの下位尺度と離職意志、所属部署との関連が検討された。その結果、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の低下の3つの下位尺度で、離職意志が強いほど、また、患者との関わりが深い部署ほど、得点が高くなる傾向が認められた。これらの結果は、日本版バーンアウト尺度の構成概念妥当性を支持するものである。

4) ホーム・ヘルパーでは、ストレスに加えて、日本版バーンアウト尺度の3つの下位尺度と

キャリア展望と業務内容との関連が検討された。その結果、情緒的消耗感、脱人格化の2つの下位尺度で、離職意志が強いほど、業務の困難性が増すほど、得点が高くなる傾向が認められた。これらの結果は、日本版バーンアウト尺度の構成概念妥当性を支持するものである。また、個人的達成感の高い人は、ホーム・ヘルパー職を継続していくことよりも、ケアマネジャーや他の福祉・介護系の職種へのキャリアアップを志す傾向が強くなり、また、業務の困難性が増すほど個人的達成感は高くなる傾向が認められた。個人的達成感の低下では、他の2つの下位尺度とは異なる結果が得られたが、この点について、ホーム・ヘルパー職の現状をふまえた考察をおこなった。

注1) 久保⁵⁾の調査では、10の病院に勤務する1200名の看護師を対象に調査票を配布し976名から回答があった(回収率81.3%)。久保⁶⁾では、11の病院に勤務する1200名の看護師を対象に調査票を配布し994名から回答があった(回収率は82.8%)。なお、分析対象者として、久保⁵⁾の本文中では947名、久保⁶⁾の本文中では943名となっている。本研究では、先の研究で分析対象者から除外されていた42名の男性を分析対象者として加え、さらに、本研究で分析する項目に欠損値がある105名を分析対象者から除外した。

注2) この調査は、日本労働研究機構(現:日本労働政策研究・研修機構)が主体となり、著者を含めた研究グループで実施したものである。結果の概要を記した報告書はすでに公開されている(堀田千秋 ホームヘルパーの仕事・役割をめぐる諸問題—ホームヘルパーの就業実態と意識に関する調査研究報告—。日本労働研究機構調査研究報告書No.153, 2003.)。854の訪問介護サービス事業所に勤務する11,239名のホーム・ヘルパーを対象に調査票を配布し6,904名から回答を得た(回収率61.4%)。なお、報告書では分析対象者6643名(実際に介護業務に従事している人に限定)となっているが、本研究では、本研究で分析する項目に欠損値がある606名を分析対象者から除外した。

注3) GFI (Goodness of Fit Index) は、モデルによりデータの分散、共分散がどの程度の割合説明できるかの指標で、完全に適合した場合に1となる。AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index) は、GFIを自由度により調整した指標で、パラメータの多いモデルでは値が小さくなる。RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) は、モ

デルの分布と真の分布との乖離を1自由度あたりの量として表現した指標。

- 注4) 調査では、担当している業務すべてにまるをつけてもらったが、「コーディネータ」、「認知症介護」、「重度介護」、「身体介護」、「生活援助」の順で、まるをつけた最も上位の業務の 카테고リーに分類した。たとえば、「認知症介護」、「身体介護」、「生活援助」にまるをつけた人は、「認知症介護」の 카테고リーに分類されることになる。
- 注5) 従来のMBIがヒューマン・サービス従事者対象に利用されてきたのに対し、営業や経理など一般の職務に従事する人を対象に開発されたバーンアウト尺度がMBI-GS (General Survey) である。従来のMBIと同様に3つの下位尺度から構成されている。

参考文献

- 1) Freudenberger HJ. Staff burnout. *Journal of Social Issues* 1974; 30: 159-65.
- 2) Maslach C, Jackson SE. *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1982.
- 3) Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *The Maslach Burnout Inventory (3rd ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1996.
- 4) 田尾雅夫. 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) 1987; 40: 101-23.
- 5) 久保真人. 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* 1998; 12: 5-15.
- 6) 久保真人. 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)* 1999; 48: 139-47.
- 7) 久保真人. *バーンアウトの心理学—燃え尽き症候群とは—*. サイエンス社, 2004.
- 8) Richardsen AM, Martinussen M. The Maslach Burnout Inventory: Factorial validity and consistency across occupational groups in Norway. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2004; 77: 377-84.
- 9) Boles JS, Dean DH, Ricks JM, Short JC, Wang G. The dimensionality of the Maslach Burnout Inventory across small business owners and educators. *Journal of Vocational Behavior* 2000; 56: 12-34.
- 10) Kalliath TJ, O'Driscoll MP, Gillespie DF, Bluedorn AC. A test of the Maslach Burnout inventory in three samples of healthcare professionals. *Work & Stress* 2000; 14: 35-50.
- 11) Yadama GN, Drake B. Confirmatory factor analysis of the Maslach Burnout Inventory. *Social Work Research* 1995; 19: 184-92.
- 12) 新井 肇. 「教師」崩壊—バーンアウト症候群克服のために—. すずさわ書店, 1999.
- 13) 伊藤美奈子. 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

- イブに注目して一. 教育心理学研究 2000 ; 48 : 12-20.
- 14) 河野由美. 看護婦のバーンアウトと宗教観に関する計量的研究. 飯田女子短期大学看護学科年報 2000 ; 3 : 25-35.
 - 15) 増田真也. 日本語版 Maslach Burnout Inventory の妥当性の検討. 健康心理学研究 1997 ; 10 : 44-53.
 - 16) 荻野佳代子. 看護職のバーンアウト —関連要因としての自尊感情の検討—. 早稲田大学教育学部学術研究 (教育心理学編) 2000 ; 48 : 23-32.
 - 17) 岡田千夏, 河野由美. 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 2000 ; 3 : 133-47.
 - 18) 田村修一, 石隈利紀. 指導・援助サービス上の悩みにおける中学校教師の被援助志向性に関する研究 —バーンアウトとの関連に焦点をあてて—. 教育心理学研究 2001 ; 49 : 438-48.
 - 19) 上野徳美, 山本義史. 看護者のバーンアウトを予防するソーシャル・サポートの効果 —サポート・ネットワーク量・満足度・サポート源との関係を中心として—. 健康心理学研究 1996 ; 9 : 9-20.
 - 20) Gray-Toft P, Anderson JG. Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. *Social Science and Medicine* 1981 ; 15 : 639-47.
 - 21) 岩科志津子, 奥出敦子, 唐沢かおり, 田尾雅夫, 伊達木せい, 堀田千秋. ホームヘルパーの就業実態と意識—「ホームヘルパー就業意識調査」結果報告書—. 日本労働研究機構調査研究報告書 No.119, 1999.
 - 22) Byrne BM. *Structural equation modeling with Amos: Basic concepts, applications and programming*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2001.
 - 23) Cronbach LJ, Meehl PE. Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin* 1955 ; 52 : 281-302.
 - 24) Barnett RC, Brennan RT, Gareis KC. A closer look at the measurement of burnout. *Journal of Applied Biobehavioral Research* 1999 ; 4 : 65-78.
 - 25) Taris TW, Schreurs PJG, Schaufeli WB. Construct validity of the Maslach Burnout Inventory -General Survey: A two-sample examination of its factor structure and correlates. *Work & Stress* 1999 ; 13, 223-37.
 - 26) Kalliath TJ, O'Driscoll MP, Gillespie DF, Bluedorn AC. A test of the Maslach Burnout inventory in three samples of healthcare professionals. *Work & Stress* 2000 ; 14, 35-50.
 - 27) Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual Review of Psychology* 2001 ; 52 : 397-422.
 - 28) 北岡 (東口) 和代, 荻野佳代子, 増田真也. 日本版 MBI-GS (Maslach Burnout Inventory -General Survey) の妥当性の検討. *心理学研究* 2004 ; 75 : 415-9.
 - 29) Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology* 1996 ; 81 : 123-33.
 - 30) Taris TW, Schreurs PJG, Schaufeli WB. Construct validity of the Maslach Burnout Inventory - General Survey: A two-sample examination of its factor structure and correlates. *Work & Stress* 1999 ; 13, 223-37.
 - 31) Bandura A. *Self-efficacy*. New York: Freeman & Company, 1997.

(受付: 2005年10月11日)