

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

岩永喜久子¹・門司 和彦²・永田 耕司³

要 旨 本研究の目的は、1) 大学病院に勤務する女性看護師367名の心身の健康状態をPinesのバーンアウトスケールと東大式自記健康調査票THIを用いて評価すること、および 2) PinesのバーンアウトスケールとTHIの12尺度・2判別値との関連を検討することによってバーンアウトの実態を理解することである。看護師のバーンアウト平均得点は3.34でバーンアウト高得点者割合は24.4%であった。年齢の低い一般看護師は、より高齢の者や婦長職よりバーンアウト得点が高かった。看護師のTHI結果は精神心理的な尺度で他集団よりも得点が高く、身体的な尺度では差異はみられなかった。バーンアウト高得点の看護師は多くのTHI尺度で高値を示した。重回帰分析では、「抑鬱性」が最も強く関連し、「年齢」が負に関連し、「多愁訴」「直情径行性」が関連していた。これらの結果より、若年層におこるバーンアウト症候群は職業に由来するDSM-3R309.00の「抑鬱気分を伴う適応障害」に近いと結論した。

長崎大学医学部保健学科紀要 15(1): 39-46, 2002

Key Words : バーンアウト, THI (東大式自記健康調査票), 看護師

はじめに

職場におけるメンタルヘルスの重要性が高まっている。その中で特に広義の対人サービスに従事する専門職については「燃えつき症候群 burnout syndrome」が注目され、日本においてはその実態が保健師¹⁾、ソーシャルワーカー²⁾、医師、看護師(以下、調査時点での名称に従い看護師と記す)³⁾などについて報告され、また、調査尺度に関する研究⁴⁾が進められている。バーンアウトは1974年に精神分析学者Freudenbergerによって、精神科領域の自助支援や危機介入活動を行なっている機関のスタッフで多発する重要な職業障害として報告された。彼のいう「staff burn-out」のスタッフとは第一線で対人的サービスにあたっている人々で、バーンアウトは仕事を開始してから通常一年でおこるとしている。身体的徴候としては疲弊感、疲労感、風邪が直りにくい、頭痛や便秘下痢が続く、不眠、息切れがあらわれる。行動上の徴候は、怒りっぽくすぐイライラする、欲求不満の反応を示す、感情の制御がきかない、猜疑心が強く融通がきかず頑固になる、非現実的な自信過剰となり他人の意見を聞かなくなる、建設的变化を妨害する、うつ状態に陥り、仕事の効率は低下するなどである。彼によれば、職場のリーダーに過度の期待を抱いて就業したにもかかわらず、リーダーのカリスマ性が欠乏していることに失望し、職業そのものにも失望することがバーンアウトの主要なきっかけだとしている。さらに、バーンアウトに陥る者がでることが所属する機関全体に精神的ダメージ

を与えるとし、予防や援助策をあげている。

Freudenberger以降、多くの研究がなされた。バーンアウトに関する議論が盛んになると同時に、バーンアウト症候群という言葉が一般に広がるにつれて、バーンアウトはより広義に解釈されるようになり、その本質が何なのかについてかえって混乱しているように思える。また、バーンアウトと個人的要因、仕事や職場と関連する要因、社会的要因については検討されている⁵⁾。けれども、身体的状況との関連については十分に検討されているとはいえない。今回、われわれは簡易なためにひろく用いられているPinesのバーンアウトスケール⁶⁾と、主観的健康を客観的に数値化して捉える東大式自記健康調査票THI (the Todai Health Index)⁷⁾の関連について、大学病院に勤務する看護師を対象として検討した。

対象と方法

N大学医学部附属病院の医療現場で働く看護職全415名を対象に、PinesのバーンアウトスケールとTHIに関する質問票を配布した。質問票では年齢、勤務年数、職務、配偶者の有無、子供数も尋ねた。一週間後に無記名で封筒に入れる方法で回収した。回収率は96.6%であり、この内、看護師と看護助手を除く看護師367名(全体の88.4%)を分析対象とした。ただし、バーンアウトスケールに関しては2名が不完全であったために分析から除外した。対象は平均年齢33.3歳、平均勤務年数11.7年で、職務別では婦長14名、副婦長32名、看護師309名、准

1 長崎大学医学部保健学科

2 長崎大学熱帯医学研究所

3 活水女子大学

護婦12名であった。

Pinesのバーンアウトスケール（あるいはTedium Measure 退屈度ともいわれる）は稲岡等が翻訳修正したものを使用した⁸⁾。質問項目は、1) 疲れやすい、2) 気がめいる、3) 毎日の生活が楽しい（*）、4) 体が疲れはてる、5) 精神的にまいってしまう、6) 心が満たされている（*）、7) 精根がつきはてる、8) ないがしろにされる、9) みじめな気持ちになる、10) 力を使いはたしたように気持ちになる、11) 期待はずれの気持ちになる、12) 自分が嫌になる、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) まわりのひとに対して幻滅感やいきどおりを感じる、16) 気が弱くなる、17) なげやりの気持ちになる、18) 拒否された気分になる、19) 楽観的な気分になる（*）、20) 意欲にもえる気持ちである（*）、21) 不安な気分になる、の21項目であり、無印をA群、*印のついている質問をB群とする。これらの質問について、まったくない（1点）、ごくまれにある（2点）、まれにある（3点）、ときどきある（4点）、しばしばある（5点）、たいていある（6点）、いつもある（7点）のうち該当するものを選び、以下の式によってバーンアウトスコアを算出する。

$$\text{バーンアウトスコア} = (\text{A群の得点合計} + 32 - \text{B群の合計}) / 21$$

バーンアウトスケールはPines and Aronson (1981)⁹⁾の算定法に基づき以下の3群に分類した。

- 2.9以下 「精神的に安定し心身共に健全である」
- 3.0-3.9 「Burnoutの徴候がみられる」
- 4.0以上 「Burnoutに陥っている」

Pinesのバーンアウトスケールは、詳細度の高いMaslach Burnout Inventoryの6つの因子と有意な相関を示すことが報告されている¹⁰⁾。質問紙健康調査票THIは身体症状、精神心理的傾向、保健習慣・行動など

に関する130項目の質問で構成され、それぞれの質問に対し「はい」「どちらでもない」「いいえ」のいずれかにつける自記健康調査である。結果は12の尺度得点と2つの判別値（表1）であらわす。THIの尺度名は因子分析の結果を解釈したものであり、解釈の利用にあたっては各項目の回答率分布を検討することが望ましい。それらについては年齢別に他で報告した^{10a)}、今回はTHIとバーンアウトスコアとの関連についてのみ分析した。また、THIでは「分裂病傾向」判別値も算出できるが、内容的妥当性が確認されている「心身症傾向」と「神経症傾向」の2判別値のみを用いた。

結 果

1. バーンアウトスコア

表1に、全体、および、年齢別・職務別の平均バーンアウトスコアとバーンアウト高得点者割合を示す。バーンアウトスコアが高得点の者は89名、24.4%、中得点の者は、142名、38.9%であった。バーンアウトの平均得点は3.34（標準偏差0.92）であり、この結果は、保健婦の高得点者12.5~19.4%、平均得点3.08~3.11²⁾、ソーシャルワーカー（男性を含んでいる）21.6%²⁾、アメリカ人看護婦の平均得点3.2¹¹⁾よりもやや高かった。

職務別に高得点者出現率をみると、婦長0%、副婦長12.5%、看護婦26.4%、准看護婦33.3%と婦長職に少なく、一般看護職に多い傾向を示した。5歳階級別で看護婦の40歳以下は各群50名以上の対象者がいるが、それ以外の群は対象者が少ない点に留意されたい。婦長職（副婦長を含む）の平均得点と高得点者割合は2.90、8.7%で看護婦（准看護婦を含む）の3.40、26.6%よりかなり低くなっていた。婦長職は35歳以上のみであるが、45-49歳がもっとも高く（3.36、8人中高得点者3人の37.5%）、ついで35-39歳が高い。看護婦では、数は少ないが定年前の55歳以上（5人）でもっとも平均スコアが高く、

Table 1. Pines's burnout score and percentage of burnout by age and position

Position/Age	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-60yrs	Total
Head and sub-head nurses	- (0)	- (0)	- (0)	3.14±0.53 (9)	2.70±0.82 (9)	3.36±0.92 (8)	2.82±0.64 (11)	2.53±0.61 (9)	2.90±0.74 (46)
Nurses	3.47±0.91 28.6% (70)	3.46±0.91 29.0% (100)	3.43±0.81 24.0% (50)	3.24±0.98 25.0% (52)	3.35±0.90 21.4% (28)	3.38±1.42 33.3% (6)	2.91±1.23 25.0% (8)	3.72±1.27 25.0% (5)	3.40±0.93 26.6% (319)
Total	3.47±0.91 28.6% (70)	3.46±0.91 29.0% (100)	3.43±0.81 24.0% (50)	3.23±0.92 21.3% (61)	3.19±0.90 18.9% (37)	3.37±1.07 35.7% (14)	2.86±0.88 10.5% (19)	2.96±1.00 7.1% (14)	3.34±0.92 24.4% (365)

Upper: mean±standard deviation of the burnout score,
Middle:percentage of burnout individuals,
Lower:number of subjects in parentheses

Table 2. The THI score of nurses(the present study)compared with that of female employees of a trading company, and of housewives

Subjects	Nurses	Employees ¹	Housewives ²
number of subjects	(365)	(2662)	(3389)
Age(years)	33.3±9.7	24.4±6.2***	43.2±11.2***
Many physical complaints	34.4±6.6	31.4±6.3***	34.5±7.4
respiratory complaint	15.0±3.8	14.1±3.1***	15.1±3.8
Complaint on eye and skin	15.8±3.5	16.4±3.5**	15.8±3.7
Complaint on mouth and anus	13.8±2.6	13.3±2.6***	14.7±3.2***
Complaint on digestive organ	13.9±3.7	13.7±3.3	13.5±3.5*
Impulsiveness	19.5±3.4	17.9±3.7***	18.6±3.8***
Lie scale	16.7±2.6	17.8±2.9***	18.7±3.0***
Mental instability	27.1±4.8	25.5±5.0***	25.4±5.6***
Depressiveness	17.5±3.8	16.0±3.8***	15.1±3.9***
Extroversion	14.0±1.9	13.8±2.0	13.7±2.2**
Nervousness	17.4±3.4	17.2±3.4	17.6±3.4
Irregularity of daily life	22.6±3.7	19.8±3.3***	19.3±3.6***
Discriminant value of psychosomatic	-0.36±1.44	-0.71±1.47***	-0.28±1.63
Discriminant value of neurosis	-0.21±1.70	-1.21±1.61***	-1.05±1.73***

Figures indicate mean±standard deviation.

Number of subjects are in parentheses.

significant difference with nurses by t-test; ***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

¹ Aoki 1980, cited from Suzuki et al. 1989, ² Satoh et al. 1990

それを除くと20-24歳が3.47, 28.6%と高く, 年齢とともにバーンアウトスコアは低下し, 35-39歳が3.24と低く, その後また少し上昇し, 45-49歳で3.38を示し, 50-54歳ではまた減少する傾向にあった。

2. THI結果

表2に看護婦全体のTHIの結果を示す。他集団と比較するために某商社女子職員⁷⁾と地域婦人¹³⁾のTHI成績も示した。商社女子の平均年齢は24.4歳と若く, 地域婦人は43.2歳とより高齢である点に注意が必要であり, 両方の値と異なる時のみ加齢による影響ではなく看護婦という職務による影響であろうと判断される。看護婦のTHI結果は一般に高い値を示し, 看護婦の自覚的健康状態があまり良好でないことを示唆した。商社女子職員との比較では12の尺度のうち「目と皮膚」「虚構性」で低値を示す以外は有意差のないものも含めてすべて看護婦が高値を示した。地域婦人との比較では「口腔と肛門」「虚構性」で有意に低く, 「多愁訴」「呼吸器」「目と皮膚」「消化器」「神経質」がほぼ同様の得点であった。商社職員と地域婦人のどちらよりも得点が高かった尺度は「直情径行性」「情緒不安定」「抑鬱性」「攻撃性」「生活不規則性」であり, 交代勤務に付随する「生活不規則性」以外では, 精神心理的な尺度が高得点を示し, 身体的な症状の訴えに大きな差異はみられなかった。精神心理的な尺度で差が見られなかったものは「神経質」であり, 逆に低かった尺度は「虚構性」のみであった。判別値においても, 「心身症傾向」は地域婦人より成績がよいが, 「神経症傾向」では看護婦で0に近く神経症傾向を示す者が含まれている可能性を示唆した。

3. バーンアウトスコアとTHI結果

表3にバーンアウトスコアの低得点者, 中得点者, 高

得点者別の人数と平均年齢, 勤務年数, バーンアウトスコアの平均値, THI12尺度および2判別値の平均値を示した。さらに看護婦365名についてバーンアウトスコアとTHI12尺度・2判別値との相関係数を示した。バーンアウトスコアの高得点者は平均年齢が若く, 勤務年数も短い。バーンアウトスコアで分類した3群間ではすべての尺度と判別値で有意な変動がみられた。低得点群が高得点群よりも高い平均尺度得点を示した尺度は「虚構性」と「攻撃性」の2つであり, バーンアウトに陥っている高得点群は, 正直に回答し, 気が小さく体が弱いなどと自分を思っているといえる。その他の10尺度と2判別値は高得点群で高く, バーンアウトに陥っている人は身体的にも精神心理的にも, また生活行動上も色々な徴候をもっていると自覚している。看護婦職務に付随した「生活不規則性」以外の各尺度と判別値では, 他集団の平均値は看護婦の低得点群あるいは中得点群の平均値とほぼ一致し, 看護婦群では約1/4のバーンアウト高得点群が存在するために, 他集団との間に差が認められたものと解釈される。以上の関係を反映して, バーンアウトスケールとTHI12尺度の相関係数では「虚構性」と「攻撃性」が負の値をとり, それ以外は正相関を示した。正の相関係数の高い尺度は「抑鬱性」「情緒不安定」「多愁訴」「直情径行性」などであった。また, 「神経症傾向」「心身症傾向」を示す2つの判別値はいずれもバーンアウトスケールと中程度の相関(0.688と0.501)を示した。年齢とTHIの12尺度を説明変数とし, バーンアウトスケールを従属変数とした重回帰分析(F値を用いた変数増加法による変数選択)では(表4), 「抑鬱性」が標準偏回帰係数0.590と強く作用している他, 「多愁訴」0.173, 「年齢」-0.122, 「直情径行性」0.088が変数としてとりあげられ, 説明係数(重相関係数の二乗)は0.59であった。

Table 3. The THI score of groups with low, middle and high burnout score, and correlation coefficients between the burnout score and the THI scores

Burnout score	Low	Middle	High	Correlation
Range	≤2.9	3.1-3.9	≥4.0	coefficient with
Number of nurses	(n=134)	(n=142)	(n=89)	the burnout score*
Age(years)	35.4±10.4	32.5±9.4	31.3±8.2	-0.174
Experience(yrs)	13.8±10.2	10.8±8.8	9.9±7.7	-0.165
Burnout score	2.47±0.36	3.36±0.28	4.61±0.62	(-)
Many physical complaints	31.1±5.3	34.3±5.4	39.6±6.9	0.537
respiratory complaint	13.7±3.4	15.3±3.3	16.5±4.4	0.307
Complaint on eye and skin	14.6±3.1	16.0±3.5	17.4±3.6	0.292
Complaint on mouth and anus	13.4±2.5	13.9±2.6	14.3±2.7	0.153
Complaint on digestive organ	12.6±3.0	13.8±3.4	16.0±4.0	0.358
Impulsiveness	17.8±2.9	19.7±3.2	21.7±3.2	0.456
Lie scale	17.7±2.5	16.4±2.4	15.6±2.6	-0.315
Mental instability	24.2±4.3	27.5±3.8	30.9±4.2	0.562
Depressiveness	15.0±2.7	17.3±2.8	21.7±3.0	0.740
Extroversiveness	14.5±1.7	14.0±1.8	13.2±2.1	-0.269
Nervousness	16.3±3.4	17.2±3.1	19.4±3.1	0.347
Irregularity of daily life	20.8±3.3	22.6±3.5	25.1±3.2	0.443
Discriminant value of psychosomatic disease	-1.03±1.18	-0.42±1.30	0.73±1.35	0.501
Discriminant value of neurosis	-1.22±1.25	-0.32±1.39	1.48±1.41	0.668

*in all cases, p<0.01

Table 4. Multiple regression analysis of the burnout scale¹

Variables	B	Partial R	F
Depressiveness	0.141	0.59003	180.56
Many physical complaints	0.024	0.17263	17.80
Age	-0.012	-0.12173	12.58
Impulsiveness	0.023	0.08788	4.64
Multiple regression characteristics			
F	129.8		
R ²	0.591		

¹ Increased variable model

考 察

以上のごとく、大学病院に勤務する看護婦のバーンアウト状態をPinesのバーンアウトスケールを用いて分析した結果では、バーンアウトスコアは全体として高かった。また、年齢が若いほど（従って勤務年数の少ない者ほど）高く、婦長職よりも一般看護職に多かった。これは始めにあげたFreudenbergerの定義とよく一致しており、われわれはバーンアウトを本来このようなものだと確認する。

ところが、Maslach¹⁴⁾が「長期間にわたって人に援助

する課程で心的エネルギーを絶え間なく過度に要求される状態が持続することにより、極度の心身の疲労と感情の枯渇を主徴とする症候群³⁾」と定義したこともあり、「現在ではこの用語は、ソーシャルワーカーの問題に限定されないで、看護婦、企業社会に生きるサラリーマン、とりわけ部課長クラスの管理職、その他、あらゆる労働環境の中で起る本質的には同じような現象に対しても使用される¹⁵⁾」ことになってしまった。おそらく、「燃えつきる」という日本語の意味がそのような誤解を招いたものとする。土居³⁾は以下のように指摘している：

「・・・、ただ次の事実についてだけは識者の注意を喚起しておきたい。それは医師・看護婦・教員とも経験年数が少ない方が燃えつき症状や神経症的症状が顕著に見られるという奇妙な事実のことである。燃えつき症候群という長年困難な仕事に従事したために起きるもののように想像するであろうし、実際、看護婦や教員の場合にはそういう結果も出ているのだが、一番意味深重な所見は、医師・看護婦・教員を問わず、勤務開始後5年から10年の比較的早い時期に多くのものがそのような症状を示していることなのである。」

しかし、これは実は奇妙なことでもなく、まさにFreudenbergerが指摘したかったことなのだ我々は考える。アメリカで1年目に起ることが、日本ではもう少し長くかかるのは、バーンアウトスコアにTHI直情径行性尺度が関連していたことから、国民性の違いといえるかも知れない。

今回の調査結果においても退職前の看護職の55-60歳、および45-49歳の婦長職と看護職ではバーンアウトスコアが高かった。別に実施した管理職・婦長職についての分析では高得点群が23.8%と高率であった¹²⁾。さらに今回は分析から除外したが40歳代後半の看護助手の平均バーンアウトスコアは3.76 (標準偏差0.69, 対象11人)とときわめて高かった。これらの年齢層あるいは管理職での高いスコアは看護婦を対象とした全国調査³⁾でもみられた傾向である。このような傾向は更年期の心身的諸症状、定年退職に伴う心理的不安にともなう諸々の変化を反映していると考えられ、必ずしも対人サービスに従事する専門職に限った現象ではないと思われる。これらの点を今回、分析できればよいのだが、大学病院の看護婦の場合、45歳以上が極端に少なくなるためこれ以上の分析は行なわなかった。PinesのバーンアウトスコアではFreudenbergerの定義したバーンアウト以外のこのような症状も拾ってしまうためにこれらの年齢層でも高得点を示し、それゆえに燃えつき症候群の定義自身にも混乱が起きたのではないだろうか。本来質問票による尺度には限界があるのは自明であり、それによって定義が変更されるべきではない。定義に添って質問票による尺度を解釈、利用していかななくてはならないと考える。

では、バーンアウトとは何であるのか。THIとの関連では、「抑鬱性」が最も強く関連していたが、Iwataらの分析¹⁶⁾では鬱病スクリーニング用のCenter for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D scale) とTHIの「抑鬱性」も高い相関 ($r=0.700$) 示しており、この点からPinesのバーンアウトスケールも基本的には「鬱的状态」を評価していると考えられる。増子ら⁴⁾はZung's Self-rating Depression Scale (SDS) とMaslach Burnout Inventory (MBI) の関連の分析から、鬱状態とバーンアウトが密接に関連し、バーンアウトの症候をある側面から眺めると鬱の症候に一致す

るとしている。同時に彼らは「笠原ら¹⁷⁾」の示したうつ分類において考えると、必ずしもburnoutの概念をすべて包含するものとは言えない。「burnoutをSDSで測定する「うつ」状態とは独立した症候として取扱う意味は大きい」としている。今回のTHIとの重回帰分析では「抑鬱性」以外に「多愁訴」「年齢」「直情径行性」が取上げられた。つまり、バーンアウトスケールは基本的には「鬱的状态」を評価しているが、以下の特徴をもっていると考えられる。:

- 1) 年齢は先に指摘した通り負の関連をもつ。この結果は、若い看護婦の方がバーンアウトに陥っているという解釈と同時に、バーンアウトに陥った者が年をおって離職しているとも解釈できる。若い大学病院看護婦の離職率は高いが横断的な調査からはそれ以上の分析はできない。
- 2) 看護婦は身体的自覚症状よりも精神心理的自覚症状で他集団と異なっており、看護婦が肉体的にハードだからバーンアウト高得点者が多くなるのだとは解釈できない。むしろ、看護婦内でのバーンアウトスコアと「多愁訴」が関連をもつことは「バーンアウトは精神心理的状态と関連して起るが、バーンアウトがおこった後に全身的な疲労感を訴えやすくなる」と取る方が自然に思える。
- 3) 「直情径行性」は具体的には「イライラし、カッとなりやすく、不満が多い」ことをさし、これがバーンアウトの原因か結果かは判断できない(おそらく両方であろう)が、このような性格がバーンアウトに陥り易い可能性は否定できない。また、看護婦でこの尺度得点が高かったことから、イライラさせるような職務、職場ではバーンアウト高得点者が多くなるともいえるであろう。

笠原らのうつ状態の臨床的分類の第 型は「メラコリー親和型性格、あるいは執着性格の持主で、状況の変化(以前から慣れ親しんできた生活様式の比較的急激な改変)に適応し得ず、うつ(時に躁)状態を呈するもの」であり、バーンアウトがこの型に近いとする考えは前述の誤謬に基づくのではないだろうか。むしろ、バーンアウトは第 型の「未熟依存的自信欠如的な性格の上に持続的に葛藤状況(主として対人的葛藤)が加わって生じるうつ状態(葛藤反応型うつ病)」のうちで青春期に起るもののように思える。DSM-3Rでは、ストレスを受けている期間や不適応反応期間などに違いがあるが、309.00の「抑鬱気分を伴う適応障害」の範中に最も近いものと思われる。すべてマニュアル通りに学習し行動してきた若者が、それゆえに自分の弱さを意識せず、マニュアル通りにはいかない対人的職務の中で責任をもたされ、方法と価値観を喪失して困惑した時に、正しい指導・援助がなされないとバーンアウトに陥るのではないだろうか。つまり、バーンアウトは昔から存在していた症候群

というよりは、近年になって特に増加した、きわめて今日的な症候群であろう。土居は「これはどうも新人のための研修不足を物語っているとしか考えられない。」としている。以上の推測が正しいとすれば、職場における教育、支援、責任分担体制を早急に明確にしないかぎり、バーンアウトに陥る若者は増加していくか、あるいはそれ以前に離職していくのではないだろうか。

最後に、再び看護婦のバーンアウトに限定して考えれば、今日の医療現場のもつ問題を考慮する必要がある。例えば、日勤・準夜勤・深夜勤の交代制勤務や早出・遅出の変速勤務が加わり不規則な生活が強いられることにより自律神経、代謝リズム、内分泌リズムの乱れといった様々な心身の不調を引き起こされる。今回の分析でも看護婦のTHI生活不規則尺度の得点は極めて高く、結果ではふれなかったが生活不規則性尺度は若いほど高得点である。その点で、生活不規則性尺度はバーンアウトの直接の原因ではないかもしれないが、その下地を形成している可能性が考えられる。この他にも、医療技術の進歩や、人口の高齢化・長寿化による長期ケアの増加など、対策をたてなければ医療現場における看護婦のストレス要因は益々強まることが危惧される。

バーンアウトという言葉には個人の性格的要因よりも職場環境などによる一時的スランプというニュアンスがあり、その分だけ気楽に相談でき、話題にできるというメリットがある。その一方、バーンアウトの多発を放置するようなことがあると深刻な社会的・臨床的問題を招くであろう。

まとめ

大病院に勤務する看護婦367名を対象に、Pinesのバーンアウトスケールと東大式自記健康調査票THIの関連を検討し、以下の結果を得た。1) バーンアウト高得点者は24.4%と多く、年齢の低い一般看護婦で得点が高かった。2) 看護婦のTHI結果で他集団よりも得点が高かった尺度は、勤務に付随する「生活不規則性」の他、「抑鬱性」「直情径行性」「情緒不安定」「攻撃性」など精神心理的な尺度で、身体的な症状の訴えに大きな差異はみられなかった。3) 「バーンアウトに陥っている」人は、THIの10尺度と2判別値が高く、身体的にも精神心理的にも、また生活行動上も色々な徴候をもっていた。4) 年齢とTHIの12尺度を説明変数とし、バーンアウトスケールを基準変数とした重回帰分析では、「抑鬱性」が強く作用している他、「多愁訴」「年齢」「直情径行性」が変数としてとりあげられ、寄与率は0.59であった。5) 以上のことにより、Pinesのバーンアウトスケールは基本的には「鬱的状态」を評価していると考えられるが、若年層で多いことや、管理職で少ないなどの特徴を有し、高得点者は「多愁訴」「直情径行性」を示すなどの特徴を有し、職業に由来して若者にみられる「葛藤反応型うつ病(笠原分類の)」、DSM-3Rでは309.00の「抑鬱気

分を伴う適応障害」の範中に最も近いと考えられた。

THIの分析にあたってご協力をいただいた青木繁伸先生、川田智之先生、和泉 喬先生、ご指導いただいた竹本泰一郎先生に謝意を表します。本研究は長崎大学医学部附属病院看護研究委員会の研究活動の一部として実施した。

引用文献

- 1) 松野かほる：ヘルスケア領域で働く専門職者のBURN OUTの実態とその要因に関する検討---保健婦について---，日本公衆衛生雑誌，30：503-510，1983.
- 2) 川田素子：医療環境のストレス要因と各職種の精神健康度---ソーシャルワーカーの場合---，看護展望，11：960-963，1986.
- 3) 土居健朗監修 宗像恒次 稲岡文昭 高橋徹 川野雅資：燃えつき症候群，金剛出版，東京，1988.
- 4) 増子詠一，山岸みどり，岸玲子，三宅浩次：医師・看護婦など対人サービス職業従事者の「燃えつき症候群」(1) --- Maslach Burnout Inventory による因子構造の解析とSDSうつスケールとの関連---，産業医学，31：203-215，1989.
- 5) Freudenberger HJ：Staff Burn-out. J Soc Issu：30：159-165，1974.
- 6) 稲岡文昭：看護界で問題とされている燃え尽き症候群 (Burnout Syndrome) とは，Expert Nurse，1：26-31，1985.
- 7) 鈴木庄亮，青木繁伸，柳井晴夫(編著)：THIハンドブック，篠原出版，東京，1989.
- 8) 稲岡文昭，松野かほる，宮里和子：BURN OUT SYNDROMEと看護---社会心理的側面からの考察---，看護，34：129-137，1982.
- 9) Pines AM, Aronson E：Burnout, From Tedium to Personal Growth. Free Press, NY, 1981.
- 10) Stout JK, Williams JM：Comparison of two measures of burnout, Psychol Rep, 53：283-289，1983.
- 10a) 門司和彦，永田耕司，大久保博美，和泉 喬，岩永喜久子，喜多康子：大病院看護婦の年齢別THI成績，民族衛，57(2)：69-82，1991.
- 11) Pines A, Maslach C：Characteristics of Staff burnout in mental health settings, Hosp Com Psychi，29：233-237，1978.
- 12) 川浪タツエ，立川良子，下田澄江，岩永喜久子，高橋真弓，田中智美，清水全子，喜多泰子：職場におけるメンタルヘルスを考える，第19回日本看護学会集録---看護管理---：230-232，1988.
- 13) 佐藤泰一，青木繁伸，鈴木庄亮，東谷圭子：自覚症状などの加齢による変化--- THIによる成人女性集

- 団の断面調査から ---, 民族衛生, 56 : 26-46, 1990.
- 14) Maslach C, Jackson SE : The measurement of experienced burnout, J Occup Behav, 2 : 99-113, 1981.
 - 15) 近藤喬一 : 燃えつき症候群, 日本臨床, 45 (春季臨時増刊号) : 1214, 1987.
 - 16) Iwata N, Saito K : Relationships of the Todai Health Index to the General Health Questionnaire and the Center for Epidemiological Studies Depression Scale, J J Hygiene, 42 : 865-872, 1987.
 - 17) 笠原嘉, 木村敏 : うつ状態の臨床的分類に関する研究, 精神神経学雑誌, 77 : 715-735, 1975.

Pines's burnout score and the Todai health index score of university hospital nurses

Kikuko IWANAGA¹, Kazuhiko MOJI², Koji NAGATA³

1 Department of Nursing, Nagasaki University School of Health Sciences

2 Nagasaki University Institute of Tropical Medicine

3 Kassui Women's College

Abstract This study aimed at 1) evaluating the mental and physical health status of 367 nurses working in a university hospital by using Pines's burnout scale and the Todai health index (THI), and 2) understanding the burnout status of nurses by analysing relationship of the burnout scale with the twelve scales and two discriminate scores of THI. The average burnout score was 3.34, and the percentage of burnout was 24.4%. Young nurses marked the higher burnout score than older and/or administrative nurses. Nurses marked higher scores in psychological scales of THI than other female groups, while their physical scores didn't differ with others. Nurses with high burnout scores marked higher scores in most of the THI scales. By multiple regression analysis, their burnout score correlated most strongly with the depressiveness score. It was also related with age in the negative mode, the score of many subjective symptoms, and the impulsiveness score. From these results, we concluded that burnout syndrome among young nurses was occupation-induced "adjustment disorder with depressed mood (339.00)" of DSM-III-R.

Bull. Nagasaki Univ. Sch. Health Sci. 15(1): 39-46, 2002