

# 公衆衛生関連職種間の 連携に関する調査研究

—地域包括支援センターにおける関連職種間の連携—

平成21年3月

北海道公衆衛生協会  
第9号課題研究班

# 目 次

## はじめに

I	調査の経緯概要	1
II	調査結果の概要	2
1	性別年齢階級別構成	2
2	職員の属性	2
3	時間外勤務の施設対応への満足度	2
4	仕事、職場、設置主体の方針、家庭・私生活での満足度	2
5	職業性ストレス簡易調査の項目について	2
6	CES-Dによる「うつ症状」および燃え尽き症候群	3
7	職業性ストレスについて	4
8	連携関係	4
III	先行文献研究	7
	「連携」文献データベース	8
	「メンタルヘルス」文献データベース	13
	「バーンアウト」文献データベース	15
IV	調査の信頼性・妥当性の検証	17

## 付録

A	単純集計表	25
B	調査票	33
C	発表論文	41
	北海道内福祉職の職業性ストレスとその関連要因	41
	－地域包括支援センター職員の実態調査－	
	道内社会福祉専門職の職務満足度とその関連要因	47
	－地域包括支援センターの職員を対象にした調査－	

共同研究者名

## I 調査の経緯概要

本研究は、北海道公衆衛生協会第9号調査研究として、2006～2008年度にかけて実施された。研究班は、三宅浩次（北海道公衆衛生協会）を筆頭に、志渡晃一、大友芳恵（以上、北海道医療大学大学院看護福祉学研究科）、佐伯和子（北海道大学大学院保健科学研究科）、高橋由美子（札幌医科大学保健医療学部看護学科）、塚辺繭子（札幌市立大学看護学部）、長井卷子（医療法人社団三草会グループホームもえれのお家）、亀山育海（北海道医療大学大学院看護福祉学研究科博士後期課程）、蒲原龍、早川明（以上、北海道医療大学大学院看護福祉学研究科博士前期課程）によって構成された。

### 2006年度

初年度においては、研究課題の設定、対象、方法などの検討、先行研究の収集を中心とした。研究の大目標として、「保健医療福祉の現場で業務に従事する専門職の利益に資する研究」であることが挙げられ、それを基にした議論から、研究課題を「保健医療福祉専門職の連携実態とメンタルヘルス」に着目したものとすること、対象は全道の地域包括支援センターに勤務する保健医療福祉専門職とすること、方法は調査票によるアンケートを実施し、集計・解析を行うことが決定した。対象設定の理由として、創設されて間がなく、過渡期的状況にあることが推察され、それによる職員への負担などが懸念されること、主な業務の中に、多様な連携が含まれていること、新しい介護保険法の核である「予防重視型システム」、「包括的ケアシステム」を具現化するための機関として、期待される役割が極めて大きいことなどが挙げられる。設定された研究課題を基に、関係文献の収集を開始した。また、調査項目の設定に際し、地域包括支援センターの業務実態を把握するため、札幌市内の地域包括支援センターに訪問し、連携を軸として日常の業務に関する聞き取り調査を実施した。聞き取り調査によって得られた業務実態を参考に、調査票の素案を作成した。2006年度末には、調査票素案を用いてプレ・テストを実施した。プレ・テストの対象は、全道の介護支援専門員研修会参加者（131名）である。なお、98名（74.8%）より調査票を回収し、その結果の集計・解析をもって初年度は終了した。

### 2007年度

2007年度は、それまでに継続的に収集してきた文

献についての検討を行った。文献収集に際しては、医学中央雑誌を中心としたデータベースにおいて、「連携」、「バーンアウト（燃え尽き症候群）」、「メンタルヘルス」などをキーワードとして検索した。その他にも、保健医療福祉に関する各種学術雑誌からも関連する文献を収集した。収集した文献について、連携に関する文献からは、「連携」の捉え方、調査すべき内容等に関する知見を得た。バーンアウト（燃え尽き症候群）、メンタルヘルスについては、使用されているスケールとその結果、研究のメソッドロジーなどについて整理した。これらの作業により得られた知見を、調査票の作成に反映した。また、2006年度に実施したプレ・テストの結果を基に、さらに調査票の精査を行った。調査項目の取捨および追加について検討すると同時に、必要に応じ、再度札幌市内の地域包括支援センターを訪問し、情報を収集した。これらの作業により作成した調査票を用い、2007年12月～2008年1月の期間において、北海道に登録されている地域包括支援センター232施設（2007年4月現在）に在籍している全職員（1,128名）を対象とした郵送調査を実施した。その結果、732名（64.9%）より返送があった。得られたデータをMicrosoft Excelを用いてデータセットを作成し、SPSS 15.0J for Windowsによって集計を行った。

### 2008年度

2008年度は、調査によって得られたデータをまとめ、学会発表、論文執筆、報告書作成などに従事した。学会発表としては、平成20年度北海道公衆衛生学会において、「北海道内社会福祉専門職の職業性ストレスとその関連要因」、「福祉職の職務満足度とその関連要因」の2演題を発表した。また、論文としては、北海道公衆衛生学雑誌22巻2号に、「北海道内福祉職の職業性ストレスとその関連要因－地域包括支援センター職員の実態調査－」（原著）、「道内社会福祉専門職の職務満足度とその関連要因－地域包括支援センターの職員を対象にした調査－」（報告）の2論文を投稿した。

### 謝辞

調査にあたって御協力下さった皆様に、心より謝意を表します。また、本研究は、財団法人北海道健康づくり財団の助成を受けて実施したことを付記し、深く感謝致します。

## II 調査結果の概要

### 1 性別年齢階級別構成

個人票の有効回答数は、732名で、その性別年齢階級別の人数は、表Ⅱ-1に示すとおりである。男性が22%、女性が78%と女性が多い。年齢は22歳から68歳であり、その平均年齢は、男性37.7歳、女性41.3歳であった。

表Ⅱ-1 回答者の性別年齢階級別人数

	20歳代	30歳代	40歳代	50歳以上	総 数
男	24	86	28	24	163
女	75	162	194	132	566
総 数	99	248	222	156	729

注：年齢無記入者が3名いる。

### 2 職員の属性（付録A 表1，2参照）

職員の専門資格、地域包括支援センターでの職種（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）、職位、常勤・非常勤の雇用形態、時間外勤務の有無についての回答を求めた。保有資格では、いずれも女性が多いが、社会福祉士では、186人中男性80人（43%）と比較的男性が多い。職種では保健師が33%、社会福祉士が23%、主任介護支援専門員が22%であった。職位では、課長補佐、課長、センター長を管理職とすると10%で、そのうち66%が女性である。雇用形態別では、常勤が92%、非常勤が8%である。

主任介護支援専門員の保有する資格は多様である。看護師38%、保健師31%、介護支援専門員90%（残りの10%は無記入のためか資格がないのか不明）、社会福祉士14%、介護福祉士29%、精神保健福祉士10%であった。逆に各資格保有者が介護支援専門員資格を持っている率は、看護師の78%、保健師の67%、社会福祉士の60%、介護福祉士の88%、精神保健福祉士の78%、ホームヘルパーの53%であった。なお、介護支援専門員資格保有者の500人中141人（28%）が主任介護支援専門員になっている。いずれの資格保有者も介護支援専門員（ケアマネージャー）の資格を半数以上が有している。

常勤者の週当たり労働時間の平均は、40.1時間（標準偏差3.0時間）であった。時間外勤務の有無では、有が69%で、時間外勤務の週当たり時間は、平均7.7時間（標準偏差6.3時間）であった。時間外勤務時間の標準偏差が大きい、10時間を超えるものが、時間外勤務時間を記入した484人

中90人（19%）、20時間を超えるものが22人（5%）いた。労働安全衛生法上で過重労働予防のため月45時間を超えるものへの指導を厳しくしているが、週10時間は月45時間にほぼ相当する。また、週20時間は月80時間以上に相当し、過労死事件の裁判でしばしば基準として採用されている。このように一部の施設や職員に過重労働のおそれがある。

職種別の時間外勤務の有無は、保健師73%、社会福祉士78%、主任介護支援専門員76%とほとんど差はない。週10時間を超えるものの割合も保健師20%、社会福祉士18%、主任介護支援専門員23%と職種による差はほとんどない。

### 3 時間外勤務の施設対応への満足度

質問項目I-10で時間外勤務について、1) 事務処理、電話対応など、2) 救援体制、代休、人員配置など、3) 手当て、のそれぞれに満足度をきいた。不満（4肢選択で「不満」+「やや不満」）とするものは、1) では56%、2) では60%、3) では58%であった。満足、不満に男女差はない。年齢別では女性で年齢とともに不満が増大する傾向が3項目とも統計学的には有意であったが、その相関係数はいずれも低かった（0.2以下）。職種別では、1) で主任介護支援専門員の不満が大きかった（70%、 $P<0.0001$ ）が、2)、3) では差が認められなかった。

### 4 仕事、職場、設置主体の方針、家庭・私生活での満足度

質問項目Vで、1) 仕事、2) 職場、3) 設置主体の方針、3) 家庭・私生活での満足度をきいた。満足（4肢選択の「満足」+「まあ満足」）とするものは、1) では66%、2) では68%、3) では51%、4) では82%であった。なお、性別年齢別では、3) での家庭・私生活で満足とするものが、男85%、女82%（4肢選択の「満足」だけに限ると男44%、女29%）と男女間に統計学的に有意の差が認められた（ $P<0.01$ ）。職種間には差が認められなかった。

### 5 職業性ストレス簡易調査の項目について

質問項目Ⅱ～Ⅴは、職業性ストレス簡易調査<sup>2)</sup>の項目を引用した。この調査票の採点方式に従って被調査者の各カテゴリーのチェック数を数えた。その判定基準以上の割合を性別、年齢階級別、職種別に表Ⅱ-2に示した。仕事のコントロール度で男性、身体的ストレスで女性がストレスにおい

て高いという結果になった ( $P<0.05$ )。年齢階級別では仕事の負担で高齢のほうが高いという結

果であった ( $P<0.01$ )。職種間では差が認められなかった。

表Ⅱ-2 職業性ストレス簡易調査の項目でストレスありとするものの割合 (%)

		男	女	20歳代	30歳代	40歳代	50, 60歳代
仕事の負担度	6個以上	5.60	5.70	5.25	5.67	5.74	5.89
仕事のコントロール度	2個以上	1.14	0.96	0.84	0.99	1.03	1.09
対人関係	2個以上	0.76	0.66	0.86	0.75	0.57	0.62
仕事の適合性	2個以上	0.50	0.50	0.37	0.60	0.43	0.51
心理的ストレス反応	14個以上	6.59	6.39	7.17	6.72	6.24	5.77
身体的ストレス反応	6個以上	2.09	2.59	2.93	2.40	2.45	2.36
職場内支援度	5個以上	2.09	1.81	1.74	1.79	1.81	2.20

判定基準		保健師	社会福祉士	主任介護支援専門員
仕事の負担度	6個以上	67.5	69.9	76.1
仕事のコントロール度	2個以上	26.4	33.1	30.1
対人関係	2個以上	19.4	19.2	18.6
仕事の適合性	2個以上	15.9	9.6	17.9
心理的ストレス反応	14個以上	10.2	9.8	10.8
身体的ストレス反応	6個以上	10.1	11.0	11.6
職場内支援度	5個以上	9.1	14.9	13.7

### 6 CES-Dによる「うつ症状」および燃え尽き症候群

質問項目Ⅶは、アメリカ国立精神保健研究所が提案した「うつ症状」調査である。その平均値と標準偏差は、男性 $13.9\pm 9.2$ 、女性 $14.2\pm 8.7$ であった。厚生労働省による2000年の調査で、その平均値が男性で12.95、女性で13.51であったという。北海道産業保健推進センターで行った2007年の北海道の労働者の平均値では、男性14.7、女性16.0と発表されている<sup>3)</sup>。集団によって多少の差異があること、また尺度のばらつきが大きい(標準偏差が約9点もある)ので、他の調査結果と比較することは困難であるが、大きな違いはないものと考えられる。今回の調査では、性別に差は認められない。年齢階級では、20歳代が他の年代と比

較して高かった ( $P<0.05$ )。職種間には差が認められなかった。

質問項目Ⅵは、Maslachによるバーンアウト症候群(燃え尽き症候群)<sup>4,5)</sup>の調査である。燃え尽き症候群とは、1970年代ころからFreudenbergerらにより唱えられた精神的ストレス反応状態で、仕事に熱中した人が、火が激しく燃えた後のように意欲を失ってしまう状態を指している。対人サービス関係の職業人で起こしやすいといわれている。Maslachは、多数の集団を調査研究した結果、因子分析で3因子(あるいは5因子)を提唱している。今回は「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成感の低下」を測定する調査を項目として選んだ。いずれの因子についても、性別、年齢階級別、職種別には差が認められなかった。

表Ⅱ-3 CES-Dによる「うつ症状」尺度と燃え尽き症候群3因子の平均得点

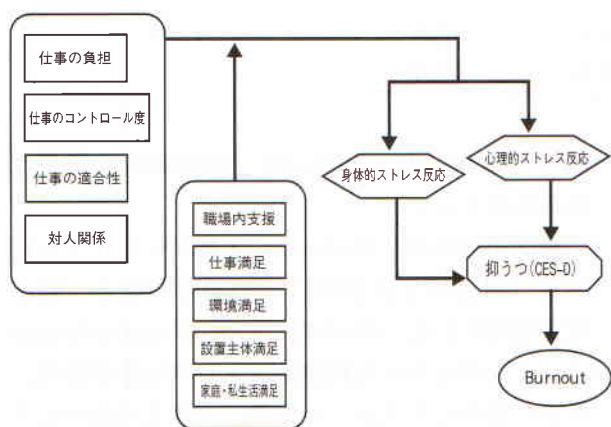
	男	女	20歳代	30歳代	40歳代	50, 60歳代
CES-D 平均点	13.9	14.2	17.0	14.0	13.3	13.6
情緒的消耗感	13.0	14.0	14.1	13.8	13.7	13.8
脱人格化	11.7	11.1	11.1	11.7	11.0	10.7
達成感低下	21.7	21.8	20.9	22.2	22.0	21.5

## 7 職業性ストレスについて

人間の行う活動としての労働とは何か。A. ハレント<sup>6)</sup>によれば人間の活動力を三つの基本に分けている。一つは生命維持活動そのものの労働 labor である。二つに人工的な世界を作り出す仕事 work があり、そして人と人との直接かかわりあう活動 action があるという。労働は古代ギリシャ時代には奴隷の行為であったという。人間の自由は、その労働から活動へと発展しなければならない。社会福祉の活動は、労働であって良いはずがない。働く人びとが苦しみ悩むという職業は、本来人間の活動ではないのではないだろうか。

職業性のストレスという本来あってはならない課題に少しでも解決の方策があればという思いは、多くの研究者たちに多様な研究成果をもたらした。そのうち、NIOSH のモデル、カラセクのモデルが有名であるが、ここではそれらを参考にして、図のような概念図を提示する。

職業性ストレス概念図



## 8 連携関係（付録A 表2, 3参照）

質問項目Ⅶでは、問1で「他の機関との連携頻度」、問2で「他の機関の職種との連携頻度」、問3で「他の機関との連携の状況（良好さ）」、問4で「他の機関の職種との連携の状況（良好さ）」をきいた。連携の頻度と状況の好ましさの間には強い相関関係が見られる。ただし、医療関係との連携には頻度と好ましさの間に食い違いが見られる。コラム欄A（他機関、他職種との連携と良好さの関係）を参照されたい。

問5での連携の手段では、電話が最も多いが、直接会っての連携も次に多く、日常的に行われている。職種による差は認められない。

問6と問7では、連携がもっと必要と思っている機関、職種をきいている。機関では病院・診療

所、職種では医師が最も多く必要と答えている。思っているということは、前述の頻度と状況の良好さとのずれ違いに見られるように現実的にはまだ工夫が必要ということであろう。

問8では、連携の実践上で感じているストレスの理由を尋ねているが、医師に対してはいずれの職種も上下関係を挙げている。医療と社会福祉の連携の重要性は、いずれの職にあっても最重要の課題であることには異論はない。医療側の多忙さは、理解されてはいても両者の接近には時間をかけても努力が必要である。これからの方策に法律や制度の改正や運用の適正化が進められなければならないことはもとより、関連機関や職種での現場からの一層の創意工夫が求められていることも重要な点であろう。もっとも、急速に整備しなければならないために生じた社会福祉の法律上の朝令暮改が現場に混乱を起こしていることも否めない。

上下関係の次に情報交換の不足が挙げられている。自己の職業については当然理解していることであっても、他の職種からは十分な理解を得られていない。この点についてはコラム欄B（職種間の感情）を参照されたい。

## 文献

- 1) A. Giddens: Sociology. 4th-ed. (2001) Polity Press. アンソニー・ギデンズ（松尾精文他訳）：社会学（第4版）。（2006）而立書房，p472より引用
- 2) 中央労働災害防止協会：働く人の心の健康づくり，指針と解説。（2001），中央労働災害防止協会
- 3) 北海道・青森・岩手・宮城・秋田・山形産業保健推進センター共同調査研究（NOCS-MH）：産業医のメンタルヘルスとの関わりを中心とした調査研究。（2007）
- 4) 土居健郎監修，宗像恒次，稲岡文昭，高橋徹，川野雅資：燃えつき症候群，医師・看護師・教師のメンタル・ヘルス，（1988），金剛出版
- 5) HJ. Freudenberger, Staff Burnout. (1974), J. Social Issues, 30: 159-165
- 6) H. Arendt: The Human Condition. (1958), U Chicago Press. ハンナ・アレント（志水速雄訳）：人間の条件。（1994），ちくま学術文庫

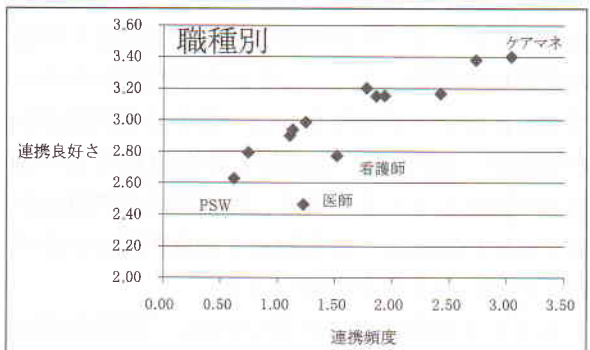
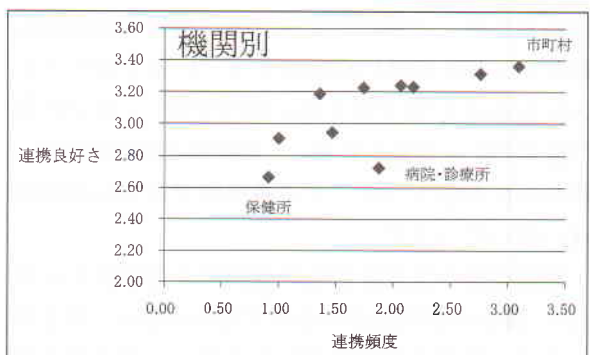
コラム A：他機関、他職種との連携の頻度と良好さの関係

質問Ⅷの問1で「あなたは普段、以下に挙げるそれぞれの機関と、どの程度連携の実践をしていますか」ときいています。問2では問1の機関を他の機関の職種の人との連携ではどうかと、その頻度をきいています。回答は「1. ほぼ毎日, 2. 週2～3回, 3. 月2～3回, 4. 年に数回, 5. 連携していない」のどれかを選んでもらっています。連携していないを0点, 年2～3回を1点, 月2～3回を2点, 週2～3回を3点, ほぼ毎日を4点として平均値を出してみました。0.6から3.1くらいですから, 年に何回か, あるいは週数回までと大きな違いがあります。状況というのは, 質問Ⅷの問3と4で他の機関や職種の人との連携の状況はどうかときいて, 回答で「1. 良好でない, 2. あまり良好でない, 3. やや良好である, 4. 良好である」の4段階のどれかを選んでもらっています。回答の番号をそのまま点数にして採点し, 平均値を出してみました。「良好」と「良好でない」の境目が2.5点になりますから, 医師だけを除いて, すべてが良好のほうに入ります。

この連携の頻度と連携の良好さを各機関, 各職種別に並べてみますと, 全体では頻度が多いと状況も良好という関連が見られます。相関係数でいうと, 0.80と高い値になります。つまり, 連携の良好さは, 頻度の多さで64% (相関係数の二乗) 説明できることになります。お互い出入りして顔を合わせることが, 良好な連携関係を作るのに大いに役立つということです。

ただし, 機関や職種別に細かく見ると, 図のように連携状態の特色が浮かび上がってきます。機関別では, 保健所は頻度が低く, 良好さも低い。逆に市町村とはうまくいっているようです。医療機関である病院や診療所とは月数回の頻度で連携しているのですが, 状況は「良好」と「良好でない」の境目をようやく越えている程度です。これは職種でも医師や看護師が連携頻度の割に連携状況の良好さが低いという点で符合しています。今後の課題として工夫が必要でしょう。

他の機関	頻度	状況
病院・診療所	1.88	2.72
保健所	0.91	2.67
市町村	3.10	3.36
社会福祉協議会	2.17	3.23
老人保健施設・老人福祉施設	2.07	3.24
介護予防センター	1.47	2.95
在宅福祉サービス提供機関	2.76	3.31
訪問看護ステーション	1.74	3.23
他の地域包括センター	1.36	3.19
その他機関	1.00	2.91
他の職種	頻度	状況
医師	1.22	2.47
病院・診療所の看護師	1.51	2.77
保健師	2.42	3.17
介護支援専門員	3.04	3.40
ホームヘルパー	2.73	3.38
訪問看護師	1.78	3.20
社会福祉士	1.93	3.15
介護福祉士	1.86	3.15
精神保健福祉士	0.62	2.63
作業療法士	1.11	2.90
理学療法士	1.25	2.99
栄養士	1.13	2.94
その他職種	0.74	2.80



**コラム B： 職種間のストレス感情**

地域包括支援センターは、地域の保健・医療・福祉の資源を最大限に活用し、関係機関やその機関の職員と密接な連携によって業務の円滑な遂行が期待されています。しかし、現在の段階ではセンターの存在やその機能について十分周知されているとは限りません。

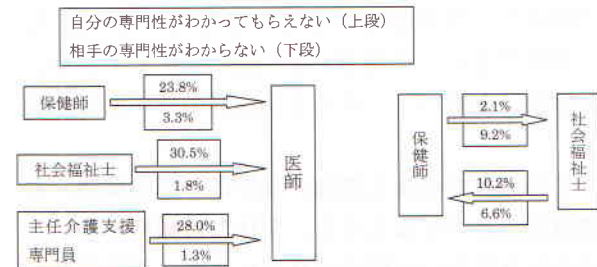
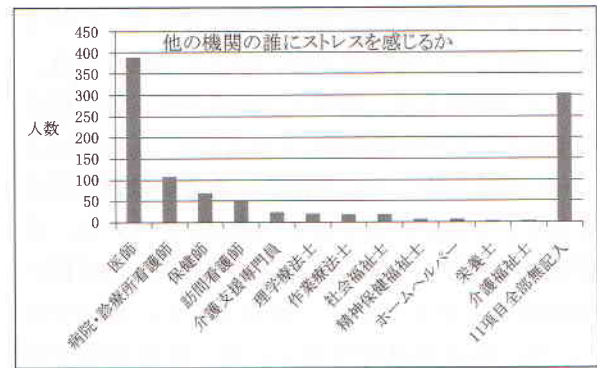
「あなたが普段、他の機関との連携を実践していく際、ストレスを感じている場合は、それはどのようにどのような理由によるものですか。以下に挙げる職種それぞれについて、あてはまる数字を○で囲んでください。（複数回答可）」という質問に答えてもらいました。ストレスの理由に「上下関係を感じる」という項目に○をつけた人数では、医師というのが最も多かったのです。全員の53.％がそう答えています。職種別では、保健師が49％、社会福祉士が59％、主任介護支援専門員が62％、「医師に上下関係を感じている」と答えています。医師に対しては、その他に「情報交換が不十分」47％、「時間が合わない」35％、「態度・言動の問題」28％、「自分の専門性がわかってもらえない」27％など、種々ストレスの理由があるようです。

「自分の専門性がわかってもらえない」というストレス理由は、「相手の専門性がわからない」と対になっているのですが、医師に対しては「相手の専門性」についてはわかっていて、自分のほうがわかってもらえないという、情報の非対称性があります。一種の片思いです。全員では医師に対して「相手の専門性はわかっている」がストレスになることは3％と低いのですが、「自分の専門性をわかってもらえない」が27％と高いのです。図の下にあるように、どの職種別でも同様に食い違ってきます。

回答者側の保健師が他の機関の社会福祉士に対し、「自分の専門性がわかってもらえない」が2％なのに「相手の専門性がわからない」が9％と答えています。ところが回答者側の社会福祉士は他の機関の保健師に対し、「自分の専門性がわかってもらえない」が10％なのに「相手の専門性がわからない」が7％と、保健師と社会福祉士との感じ方が逆転しているのです。保健師の専門性はわかりやすいけれど、社会福祉士の専門性がわかりにくいということなのでしょう。

ストレスの理由で次に多いのは、「情報交換が

不十分」ですが、前述のとおり医師に対しては47％、病院・診療所の看護師では44％です。その他の職に対しては16～24％が「情報交換が不十分」と答えています。どのような連携関係でもコミュニケーションの量と質が重要です。医療側とのコミュニケーションの取り方にもっと工夫が必要だと思えます。





### Ⅲ 先行文献研究

平成19年度は、調査票の作成に向けて、「連携」「バーンアウト」「メンタルヘルス」の3つのテーマに関する文献を収集し検討した。

#### 1 目的

保健医療福祉職における連携の概念を明らかにするため、和文の先行研究を整理し調査票の設計にいかす。また、保健医療福祉職のバーンアウトやメンタルヘルスの測定用具を検討するため、関連する論文を収集する。

#### 2 方法

文献の抽出方法では、オンラインデータベース医学中央雑誌 Web Ver.4から、『連携』『他機関医療協力システム』『多職種連携』をキーワードに検索した。定義など連携に関する概念を幅広く検索するため、研究論文のみではなく、記事、解説、抄録も含めた。分析方法では、レビューツールを用いて収集した文献を「年代順」、「研究デザイン」、「標本（対象）」、「調査内容」、「職種」「連携の概念や尺度」、「結果」を表Ⅲ-1にまとめ検討を行った。

バーンアウト、メンタルヘルスについては、医学中央雑誌 Web Ver.4から、『バーンアウト』、『メンタルヘルス』などをキーワードに検索した。また保健医療福祉に関する各種学術雑誌からも、関連する文献を抽出した。(表Ⅲ-2, 表Ⅲ-3) 分析においては、各文献において使用されているスケール・尺度および分析の視点について検討を行った。

#### 3 結果

##### 3.1 「連携」について

連携に関して検討した論文では46件あり、そのうち調査研究は22件、質的研究は12件、総説2件、その他は10件で解説と記事であった。調査対象の職種では、保健師、訪問看護師等を対象としているものが多く、福祉職では多い順にホームヘルパー、次いで介護保険法施行後ではケアマネージャーと続いた。職種間連携では看護職（訪問看護師、施設内看護師）とホームヘルパーの2職種間を取り上げたものが多かった。一度に多職種間連携を調査した論文は4件だった。調査の内容では、連携方法、連携実態、連携の認識、連携における役割、連携上の課題に

集約された。

連携の定義をしている論文は、14件で、定義されている内容を分類すると、連携の目的やあり方を定義しているものと、連携の方法を定義しているものに分かれた。連携に加え、「連携・協働」と表記し「協働」を同義として使用しているものもみられた。一方で、文献の半数以上が連携の定義を明確にしないまま、連携概念を調査対象者の主観に依存し調査していた。質的研究の結果では、連携上の必要条件や職種にみられる連携の特徴、連携の具体的内容、連携の形態が明らかにされていた。連携を測定するツールでは、先行研究や連携の定義から目的や方法を下位尺度化して質問項目としたものが多く、連携を評価する尺度を示したものは、保健師を対象に検証した「連携活動能力尺度」（論文番号No22）の1件のみだった。以上のことより、連携の概念は「共通の目標に向かって情報を共有し、互いに協力をすること」が定義から読みとれた共通項で、目的・目標の共有、情報の共有、協力・協働する関係というのが連携概念の要素としてあがった。

##### 3.2 バーンアウト・メンタルヘルスについて

抽出した文献では、Maslach Burnout Inventory, Pines' Burnout Index, 身体的・心理的ストレス反応, General Health Questionnaireなどを用いているものが多かった。また、上述の尺度と関連する要因として、性格傾向、ソーシャル・サポート、仕事の裁量度、コーピングなどを分析に用いていた。分析の視点としては、バーンアウトやメンタルヘルスを説明する際には、多面的な検討が必要であるとしている点が共通していた。

表Ⅲ-1 連携に関する文献リスト

No	著者	論文タイトル	デザイン	標本(対象)	調査内容	職種	連携の概念や尺度	結果	掲載誌名	巻号	頁	発行年
1	全国国民健康保険施設協議会地域医療部会	在宅ケアにおけるシステム化は実務者の熱意が原動力 市町村保健婦・ヘルパーを対象にした「保健・医療・福祉の連携アンケート」報告	調査研究	全国222市町村の保健婦・ヘルパー(回収率67.6%, 150カ所)	保健婦: 退院患者の連携経路、病棟訪問、在宅ケアの担当、福祉職員との打合せ、保健婦ら計画への参加、福祉活動の実態、所属・身元、市町村の問題点、ヘルパー・ヘルパー間の連携、医師との協力体制、保健婦・訪問看護師との連携	保健婦、ホームヘルパー	定期的な打ち合わせ、協力関係、役割・任務の明確化、メンバー間で適切な相互評価がある、権限と責任の範囲の認識がある	医療機関と保健婦の連携は少なく、保健婦部門保健婦と福祉担当職員との日常的打合せは市町村ケアセンターでは自発的熱意が重要、人口規模が小さく共通の理念を持つは進む、ヘルパーは保健婦と連携が最もこれ、連携の問題意識は低い、	地域医療	34(3)	251-265	1996
2	菊間悦子、松下由美子	在宅ケアにおける介護職と看護職の役割分担と連携の現状と課題 保健医療職ネットワーク調査より	調査研究	栃木県内訪問看護師176人、ヘルパー426人	ホームヘルパーと訪問看護師間で連携、連携することによってのケアの無断、連携、連携の方法、連携の取り方への工夫	訪問看護師、ホームヘルパー	連絡をとりあっているケース、ひとつの目的に向かっているケース、連携に統一感がとれ、チームケアを行うこと	ヘルパーは連携、連携をとる必要性の認識が看護婦に比べて低い、実務の連携方法は単体で行うのではなく、実務会議やケース検討会などとして機能している	自治医科大学看護短期大学紀要	5	1-14	1997
3	奥西栄介	在宅ケアにおける相談役活動の現状と課題 保健医療職と福祉職の役割と連携を考える	事例報告	在宅介護支援センターの看護師、ソーシャルワーカー	病型高齢者を抱える多問題家族への援助実践における連携方法を記述	看護師、ソーシャルワーカー	定義なし	両者には関係機関との協力連携、個別のネットワークの形成が機能としてあり、連携のための共通の枠組みを持つこと、	こころの臨床 ア・ラ・カルト	16(2)	180-184	1997
4	濱田晴徳、東登志夫、小泉幸哉、ほか	在宅ケアスタッフの連携 関係スタッフにおける在宅ケアサービスの連携	調査研究	6自治体の在宅ケアスタッフの在宅介護高齢者615例へのアンケート	対象の背景、初期情報の確認、追加収集状況と方法、ニーズ評価の成否、方法・評価に要した時間、ケアスタッフが抱えた問題と解決方法、サービス調整を中心とした役割を果した職種の役割	保健師、訪問看護師、PT、OT、SW、介護福祉士、ヘルパー	定義なし(「連携方法」の質問紙に多職種によるケア会議・協議、サージョニという表現あり)	在宅高齢者の情報収集やニーズ評価、ケアサービス調整は、他職種との会議で行った方が良好な結果で、調整に要した時間は有意に長かった、サービス調整の中心職種の連携は意識を喚起する自治体では保健師で、連携の進んだ自治体では保健師に加えPT、OT、在宅介護支援センターSWが均等に役割を果たしていた	リハビリテーション シヨウ医学	35(12)	918-925	1998
5	吉岡洋治、東久美子	在宅療養を支える人々の連携の必要条件-介護現場からの分析-	質的研究	訪問看護を受れている高齢者4名	対象者を支えている人たちの連携の状況及び連携上の問題	訪問看護師、ヘルパー、ケアワーカー	定義なし	連携上の必要条件として、関係者同士のコミュニケーションを持つこと、目標の統一、関係者相互の正しい理解、在宅療養者に関わる人の出会いの場、地域資源の有効活用、コーディネーターの明確化の6つが取り出された	自治医科大学看護短期大学紀要	8	107-113	2000
6	安田博恵子、北山三津子、他 柴谷子	ケアチームづくりにかかわる保健婦(士)の援助活動の実態	調査研究	長野県20市町村の中で多職種連携を行っている保健婦595名	ケア改修の活用意識を高める働きかけ、本人・家族の要望や不安の対応、援助状況と対象、他ケア提供者の援助に回帰実施状況と援助内容、ケア提供現場での援助目標の共有と援助成果の共有、本人・家族のケア資源利用後の状況・感想	保健師	定義なし	保健師とケアチーム作りでは情報共有や密な連携、人間関係、専門性の理解、尊重などチーム間の相互理解を重視し、ケア活動の条件では、協力的関係を取り組むとして、ケア資源に関わるケア提供者や重口担当、担当者間で直接の関係を構築し、保健師経験が長い者ほどケア提供体制づくりを実施していた	長野県立看護大学紀要	2	29-40	2000
7	森陽子、森田真美、遠藤直子	在宅介護現場に慢性症候群が患者として事例検討 保健婦の機能と保健と福祉の連携・共働について	質的研究	在宅で慢性症候群を有する患者5名	保健婦による在宅慢性症候群患者の症状・副作用のモニタリング、保健婦と福祉の連携、保健師の機能の発揮、保健師の連携の役割を明らかにすること	看護職、保健師、福祉職	定義なし	保健師と福祉との効果的な連携、共働のためには、①早い段階で担当者双方の顔合わせをすること、②施設より互いに連絡を取りやすい基盤を作る、③施設職に症状・副作用のモニタリングの知識を伝授してもらう、④適切な共働のタイミングを及方ではかることが重要	聖路加看護学会誌	4(1)	46-50	2000
8	中村淑	神奈川県南足柄市保健センターにおける保健婦活動と他職種の連携	記事		市町村保健師としての地域保健を担った35年から、他職種との連携を振り返りかえった	助産師、医師、看護師、栄養士	定義なし	病院との連携システムによる実践を通し、地域における保健師の役割、協力体制の明確化、看護師の役割、保健師の役割を認識した上で連携していくことが大きな効果を得る	保健の科学	42(10)	790-796	2000
9	森陽子、矢島まささ、佐藤由美、他	地域精神保健福祉活動における保健婦と市町村保健婦の役割と連携のあり方	調査研究	全国403保健所と3189市町村の保健師業務者	保健師保健婦: 保健所の精神保健福祉事業への取り組み、市町村保健師: 市町村の精神保健福祉事業への取り組み、精神保健福祉事業における市町村と保健所の連携	保健師	定義なし	保健師・市町村での精神保健福祉活動の歴史と保健師所保健師の立場が連携がしやすくなり、市町村保健師は保健師所保健師を担うこと、市町村保健師が保健師所保健師に対して「市町村保健師を担う」と答えた項目は「訪問指導」であった、連携のあり方として、新たな連携と保健師・市町村保健師各々の役割を生かすことである	THE KITAKANTO MEDICAL JOURNAL	50(1)	29-37	2000
10	鈴木恵、古海史子、小橋正之、他	介護現場から見た保健婦との連携	記事		在宅改修施行業者、学校長、環境衛生監視員、消防職員、栄養士、歯科医師、NPO等、他職種から保健師との連携事例の紹介	他職種-保健師	定義なし	在宅改修では個々の生活全体に及ぼす影響が大きい(保健師)と各々の分野のスペシャリストとの連携によりフィールドバック表意となる、栄養士からは個別の関わりから地域全体の課題をみつける方法を協働の中で学んだ等、他職種から連携による事業効果や保健師への閉鎖が事例によりまとめられている	保健婦雑誌	56(9)	719-763	2000
11	丹羽まよ子、松元イソ子、中俣直美、ほか	訪問看護婦(士)の役割認識についての在宅における高齢者のQOLを目的として	調査研究	鹿児島県内の訪問看護婦209名	訪問看護婦の役割・能力に関する3因子中「他職種との連携・協働」能力として12項目についてどの程度留意しているかを6段階で回答	訪問看護師	協働する他職種と情報交換する、他職種の協力して問題解決を迅速にする、ケア関係者を集めてカンファレンスを持つ等12の内容	訪問看護婦に必要な役割・能力の認識では3因子のうち、1つに「他職種との連携」が抽出され、「他職種との連携」と「看護実践のリーダー的役割」を関連させななから認識していた	鹿児島大学医学部保健婦学紀要	11(2)	53-60	2001

No	著者	論文タイトル	デザイン	標本(対象)	調査内容	職種	通務の概念や尺度	結果	掲載誌名	巻号	頁	発行年
12	渡邊輝美, 深江久代, 三輪真知子, 他	病院から在宅療養への移行時の病院看護職と保健職の連携について	調査研究	静岡県内46病院の看護職, 全保健所, 市町村93箇所の保健師	病院看護職: 回答者と施設の特徴および保健師への施設の特徴および病院からの退院連絡, 病院への連絡等 35項目の家族援助内容に, 保健師・看護師各々自己役割認識と相手に対する役割期待を5段階で評価する	看護師, 保健師	定義なし	病院看護職から保健師へ退院連絡を遂行する要因として「退院連絡票」が働いていることが重要。病院と保健師等が共同で, 利用しやすく必要情報を入れられる退院連絡票を作成し, 普及していくことが重要。	日本公衆衛生雑誌	48(10)	860-867	2001
13	鈴木和子, 岡部明子, 松坂由香里	介護保険制度開始後の保健師・士と訪問看護職・士の家庭援助に関する自己役割認識と相互役割期待	調査研究	K島内61市町村, 166の訪問看護ステーション(49)名	35項目の家族援助内容に, 保健師・看護師各々自己役割認識と相手に対する役割期待を5段階で評価する	保健師	定義なし(「より良い役割分担の実施のためには個別の話合いや連携を強めるシステム作りが重要である」という表現あり)	保健師の役割認識と看護師の役割期待の相違を明らかにし, 訪問看護職と保健師との連携の促進を図る。また地域支援計画に訪問看護職や保健師の役割が盛り込まれる。	日本地域看護学雑誌	3(1)	32-37	2001
14	半澤節子	包括的支援システムと保健師の活動計画と展開方法	解説		包括的支援システムと保健師の活動計画と展開方法	保健師	定義なし(「情報, サポート, 信頼関係が精神障害者と家族にとって利益となるようつなげる」という表現あり)	行政の保健師は個別支援計画を立てる際, 医療機関職員との連携は不可欠である。	精神科臨床サバイブス	1(3)	473-478	2001
15	平直子	ホームヘルプサービスに欠かれない包括的連携	解説	関東・関西のホームヘルプサービス提供機関137カ所	保健師とヘルパーとの連携について	精神障害者ホームヘルプコーディネーター	定義なし(「利用者の主体的な環境形成で, その人らしい生活を支えること, 留意点は各々の役割を理解し尊重すること」)	サービス提供条件は, 他機関との包括的連携, 精神障害者の研修, 医療機関との連携, 専門機関の助言サポートを7~8割挙げている。連携方法では, レンジャーの提供, 相談・助言, 合同訪問, カンファレンス等様々な形を取っている。	精神看護	117	72-77	2002
16	原田春美	在宅療養高齢者ケアにおける訪問看護師とホームヘルパーの連携	質的研究	同一事例55例をケアしているK市訪問看護連盟26名, 社会福祉協議会ヘルパー26名	訪問看護師とヘルパーがどのように連携しているのか, 実施しているケア内容と相互連携, 相談, 依頼に関する実際に行っている内容	訪問看護師, ホームヘルパー	定義なし(「利用者の主体的な生活や医療等の情報をケア, 様々なケア方法を共有し, 各々の役割を分担すること(結果として)」)	連携した又はしなかったケア内容は高齢者の生活全般に及び看護師のサービス全てにわたるものだった。連携したケア内容は在宅医療看護職, 医師, 受診診療, 生活環境に関するものが多かった。ケア内容は心理的ケア, 生活環境サポートや電話が抽出された。連携推進には会議や同行訪問が重要である。	広島大学保健学ジャーナル	2(1)	57-63	2002
17	箱崎靖	健康にかかわる各職種の意識と連携の現状と将来	記事		健康にかかわる各職種の意識と連携の現状と将来	健康に関する専門職種	定義なし	各種職種の連携についての課題として①患者と医療提供者の共同作業, ②チームによる重要性, ③医療機関連帯サービスの必要性と連携活動, ④保健師強化, ⑤在宅医療の充実をあげている。	治療	84(12)	2935-2939	2002
18	斉藤進, 高野陽, 小山修他	地域母子保健, 福祉の連携・支援体制のあり方に関する研究	調査研究	愛育荘活動実施368市町村の保健師	愛育荘活動実施368市町村の保健師	保健師	定義なし	愛育荘活動の他組織, 団体との連携は48%が実施された。63%が連携の必要性があると回答。保健師では保健師増強との連携は65%が実施, 福祉領域では30%, 教育領域では14%であった。	日本子ども家庭総合研究所紀要	38	189-202	2002
19	坂田三子, 長瀬英次, 高橋栄子他	病院と地域の連携の促進	調査研究	群馬県市町村140名, 群馬県保健所10名, 日本赤十字社看護技術協会加入の20病院看護師110名	群馬県市町村140名, 群馬県保健所10名, 日本赤十字社看護技術協会加入の20病院看護師110名	看護師, 保健師	定義なし	病棟看護師と地域保健師がそれぞれ相手に期待する内容は, ①連絡しあえるシステムや情報交換の場がほしい, ②お互いに対して訪問を望んでいる, ③相手に対してはケアを望んでいる, ④在宅支援を望んでいる。	Quality Nursing	8(7)	595-602	2002
20	柴田明日香, 西田真寿美, 浅井さおり, 他	高齢者の介護施設における看護職・介護職の連携, 協働に関する認識	質的研究	療養型・老健・特養の看護職・介護職24名	介護施設における看護職・介護職の連携, 協働に関する認識	看護職, 介護職	定義なし(「介護・協働を基盤として, 高齢者のケアという目的を共有し, 看護職と看護職が意図的な協力活動を行う形態」)	看護職は介護職の質と内容に個人差があることを指摘し, 介護職は看護職に本音が言えないという相違があった。指示・命令型は明確な分業という特徴が認められた。調整型は柔軟な対応が求められ, 相互・分業型は柔軟な対応が求められ, 看護職は看護職に職責の成長を求めている。管理職の方針が連携活動に影響するとの認識は共通していた。	老年看護学	7(2)	116-126	2003
21	原田光子, 山岸春江	訪問看護活動における高齢療養者と家族のニーズに対する他職種の連携	質的研究	4カ所の訪問看護STに勤務する看護師10名	他職種との連携について, どのようにならなければならないのか, どの何のために連携をもったか, 連携方法, 連携における看護師の役割, 連携時の配慮, 努力を要したこと, 困っていること	訪問看護師	連携の目的: 職種の専門的知識・技術により効果的で質の高いケアの提供にある	連携のニーズの特徴は顕在的ニーズ「他職種と家族の関係調整」, 潜在的ニーズ「生活の二次的障害の予防」であった。療養者・家族のニーズに対応する連携は職種毎(訪問看護師・医師・ホームヘルパー・ケアマネジャー・入浴サービス看護師, 保健師, 近隣, ケアマネジャー, スーパーイヤー・ヘルパー)看護師の間に14種類あった。	日本地域看護学雑誌	5(2)	61-69	2003



No	著者	論文タイトル	デザイン	標本(対象)	調査内容	連携の概念や尺取		結果	掲載誌名	巻号	頁	発行年
						職種	定義なし					
31	田村須賀子	保健師の家庭訪問がもつ「保健事業・施策に反映させる」という特徴の特徵	質的研究	行政機関の熱心な保健師の家庭訪問9事例	保健師の意向(保健師の行為を目的に方向づけられる考え)、保健師の行為(保健師が内面での思考・選択・決定すること)	保健師	定義なし	家庭訪問の中で関係機関、職種との連携に関する記述は8点に要約され、関係職種への連携、関係職種と協働した援助提供を重ね、関係職種との連携体制を整備し、保健事業・施策・または公的サービス提供体制づくりに反映させるという特徴が取り出された。	保健師ジャーナル	60(10)	994-999	2004
32	小西美智子	保健師の連携状況からみる地域の健康増進の課題	解説	岩手県内の保健師56名、市町村保健師438名	関係機関(29機関)との連携状況、連携が取りにくい要因、連携する機関・人材の情報の入手方法	保健師	定義なし	保健師は市町村や保健師は取れないと2回が回答、両者とも医療機関と連携が取れていると回答、また保健師は精神保健福祉士センター、市町村保健師、保健事業所、児相と、市町村保健師は訪問看護ST、介護センター、ヘルパーステーション、社協、保健師等と連携が多い、連携が取りにくい要因は情報が共有する時間・場所が少ない、業務内容がわからない、連携調整が取りにくいから割合を占めた。	コミュニケーション	55	46-49	2004
33	上林美保子	行政保健師の「連携」の概念に地域看護分野と社会福祉分野の視座を中心に	総説	福祉分野1970-2002年、保健医療分野1999-2001年の各3種のデータベースにより検索	「連携」の概念を社会福祉分野と地域看護分野の文献及び注釈から、連携の定義、歴史、連携方法を分析	保健師、福祉職	地域看護分野の定義:「同じ目標に向かっ情報共有、協働すること」で、社会福祉分野の定義と類似	連携は社会福祉分野の用語では55年頃から、地域看護分野の用語や通知は80年代から引用され、1990年代以降に「他の専門職種との連携」「有難い連携」が多用されている。定義は社会福祉分野の情報交換と情報共有に重点があり、行政保健師はそれに加え関係機関や資源の調整に重点を置いている。	岩手県立大学看護学部紀要	6	1-16	2004
34	吉井清子	医師・看護師間の協働性の概念と実証研究の概観	総説	欧米の医師・看護師間の協働性の研究の文献検討	医師・看護師間の協働性概念と実証的研究を1970年代以降の文献より概観	医師、看護師	協働性:「両職種の知識や技術や視点から最大に生かされることが期待される方法で、意思決定やケアが行われる関係性	協働性の測定では、協働性の中心要素が「各チームメンバーの視点や技術が統合されていること」と「複雑な問題解決のプロセスがある」であり、両職種の考え方が統合された新たなアセスメントや互関係ありとした、協働性の醸成として機能、実践領域の認識、コミュニケーションによって協働、実践の受領的に構築するためには個人・個人・組織単位の検討が必要。	保健医療社会学	14(2)	45-54	2004
35	高野勝、高橋幸子、安藤陽子他	保育所と地域保健の連携における子育て支援のあり方に関する研究	調査研究	京都市、宮城県、山形県、秋田県、岩手県、青森県、山形県、秋田県、岩手県、青森県の子育て支援に関する研究	①所属する地域の条件、②保育所の保健活動に関する認識、③保育所との連携の実態、④個人情報の扱い方、⑤地域母子保健と保育所の保健活動との関係に関する意見	保健師、保育士	定義なし	保育所連絡会の開催は約半数で実施し地域差があった。保健師が連絡会に出席することは多い、事例の連携は95%で、保育所からの情報収集が最も多い、個人情報の取り扱いが保育士および保健師の間には情報提供に関する認識にずれがある、連携の問題点・課題では各職種・機関の意識の相違、問題の捉え、ゴールに差があるということが共通している。	日本子どもと家庭総合研究所紀要	40	117-128	2004
36	小路まさみ、久保山留美子、石田さゆり他	組織間の事業統合による広域連携の成立要件の検証	質的研究	H10年度に組織間(1保健福祉所・教育委員会)で事業統合シナジーを取り組んだ事例	保健師が広域的な連携体制づくりに行った活動を、連携調整会議・検討会議(逐次録)・連携資料100枚から、連携の視点から分析し、成立要件を抽出	保健・医療・福祉関係職者	定義なし	6の広域連携の成立要件のうち2つの下位項目は①運営のニーズ、②協働のニーズ、③職を兼ねる共同責任者の確保、④体制づくり、⑤行政後援(官制)を越えた連携、「認識」⑥組織間の事業統合である。関係機関・団体による広域連携の成立要件は、関係機関・団体の守備範囲でとらえる自律的な「協働関係」にあることを認識した時、初めて連携は成立する。	保健師ジャーナル	60(2)	152-159	2004
37	安田真実、山村江美子、小林朋美他	看護・介護の専門性と協働に関する研究	質的研究	S県内の介護施設4か所に勤務する看護士8名、介護福祉士8名	看護と介護の違いについて、関係機関の専門性、業務、他職種への期待などからみる	看護師、介護福祉士	看護・介護職の協働、連携を促すためにはお互いの意見交換が必要	看護職は介護職と日常生活援助の協働が連携について多く、看護職から介護職への期待が多く、介護福祉士本来の視点に対する理解と福祉の視座を持つこととあって、「お互いの立場から利用者を中心に話し合いができる関係」を望む意見が多かった。	保健師ジャーナル	12	89-97	2004
38	吉田加代子、木村絵美、村中佑衣他	看護・介護の専門性と協働に関する研究	調査研究	愛知県内の小中高学校等の看護士200名、保健師104名	連携の経験、連携した時、現在連携しているか、連携で半分が、問題となっていること、連携のない理由、連携の必要性	看護師、保健師	他職種との関わり	看護・介護職の協働、連携を促すためにはお互いの意見交換が必要	東海学校保健研究	(347-417)	77-86	2005



表Ⅲ-2 メンタルヘルス関連の文献リスト

No	著者名	論文タイトル	デザイン	使用スケール・尺度	掲載誌名	巻号	頁	発行年
1	舟島なをみ, 亀岡智美, 杉森みど里	Role Conflict and Ambiguity Scale (RCAS) と Nursing Stress Scale (NSS) の日本語版作成と信頼性・妥当性の検証 - キング目録達成理論の検証に向けて -	量的研究	Role Conflict and Ambiguity Scale, Nursing Stress Scale	千葉看護学会誌	3 (2)	17-24	1997
2	江口信枝	職務上で生じるストレスレサラーと心理的ストレス反応との関連 - 老人福祉施設スタッフを対象として -	量的研究	老人介護スタッフのストレスレサラー尺度, 心理的ストレス反応尺度	足利短期大学紀要	17	65-72	1997
3	江口信枝	パーソナリティ特性のタイプ別による職務ストレス - 主観的ストレス感「高」「低」タイプ別による関連 -	量的研究	老人介護スタッフのストレスレサラー尺度, 心理的ストレス反応尺度	足利短期大学紀要	17	73-78	1997
4	舟島なをみ, 杉森みど里, 亀岡智美	患者との相互行為における看護婦(士)のストレスと発達課題達成の関連に関する研究 - キング目録達成理論を理論的枠組みとして -	量的研究	Nursing Stress Scale, エリクソン心理社会的段階目録検査 (EPSI)	千葉大学看護学部紀要	20	1-6	1998
5	足立はるみ, 井上真人, 井奈波良一他	某公立病院看護婦の精神健康度及びストレス対処行動についての検討 - Stress & Stress-Coping Questionnaire を用いて -	量的研究	Stress & Stress Coping Questionnaire, General Health Questionnaire	産業衛生学雑誌	41 (4)	79-87	1999
6	兵頭慶子, 藤岡智恵, 福島まきよ, 他	看護職の職業意欲に関する研究 - 脳神経外科病棟における意欲を高める要因と前因 -	質的研究	-	広島県立保健福祉短期大学紀要	5 (1)	19-24	2000
7	今井香織	正看護婦准看護婦の自尊感情の低下に影響する職業要因: 多変量解析による分析	量的研究	Self-esteem	産業医科大学雑誌	23 (1)	13-22	2001
8	佐藤信枝	高齢者の介護業務ストレスに影響する社会的支援による効果	量的研究	ソーシャル・サポート, 日常苛立ち事尺度, 職場環境苛立ち事尺度	新潟青陵大学紀要	1	47-58	2001
9	河野由理, 三木明子, 川上憲人, 他	病院看護婦における職業性ストレスと喫煙習慣に関する研究	量的研究	Job Content Questionnaire, 努力-報酬不均衡モデル	日本公衆衛生雑誌	49 (2)	126-131	2002
10	Akizumi TSUTSUMI, Kozunori KAYABA, Makiko NAGAMI, et al	The Effort-reward Imbalance Model: Experience in Japanese Working Population	量的研究	ERI	Journal of Occupational Health	44	398-407	2002
11	高橋美枝子, 藤沢緑子, 佐藤紗織, 他	介護専門職のストレスの現状と課題 - 特別養護老人ホーム介護職員へのストレス要因体験頻度の分析から -	量的研究	老人介護スタッフのストレスレサラー尺度	日本赤十字秋田短期大学紀要	6	61-68	2002
12	福原信子	介護福祉職のストレスの現状と解消法を探る - 福祉学科卒業生へのアンケートから -	量的研究	介護スタッフのストレス尺度, 介護福祉職の仕事の満足度	奈良文化女子短期大学紀要	33	79-93	2002
13	中尾久子, 小林敏生, 品川汐夫	看護職における職業性ストレス, 生活習慣と精神的不健康度の関連性	量的研究	蓄積的疲労徴候, Self-rating Depression Scale (SDS)	山口県立大学看護学部紀要	7	25-31	2003
14	武内宏志, 山口豊郁	社会福祉現場職員へのストレス実態 - ホームヘルパーの職業性ストレス調査および精神健康調査 -	量的研究	職業性ストレス簡易調査票, General Health Questionnaire (GHQ)	川崎医療福祉学会誌	13 (1)	111-116	2003
15	影山隆之, 小林敏生, 河島美枝子, 他	勤労者のためのコーピング特性簡易尺度 (BSCP) の開発: 信頼性・妥当性についての基礎的検討	量的研究	職業性ストレス簡易調査票, The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Ways of Coping Checklist (WCC)	産業衛生学雑誌	46	103-114	2004
16	Misuzu WATANABE, Masahiro IRIE, Fumio KOBAYASHI	Relationship between Effort-Reward Imbalance, Low Social Support and Depressive State among Japanese Male Workers	量的研究	ERI, Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D), Social Support (NIOSH)	Journal of Occupational Health	46	78-81	2004

No	著者名	論文タイトル	デザイン	使用スケール・尺度	掲載誌名	巻号	頁	発行年
17	松井美帆	痴呆性高齢者グループホームの職員におけるストレス	量的研究	老人介護スタッフのストレスレッサラー尺度, 心理的ストレス反応尺度, 組織特性尺度 (矢富), Job Description Index	日本痴呆ケア学会誌	3 (1)	21-29	2004
18	水田真由美, 上坂良子, 辻幸代, 他	新卒看護師の精神健康度と離職願望	量的研究	General Health Questionnaire	和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要	7	21-27	2004
19	小倉克行, 上野栄一	精神科病棟に勤務する看護師の性格特性と精神的健康度との関係	量的研究	TEG, General Health Questionnaire	富山医科薬科大学看護学会誌	5 (2)	19-28	2004
20	西田和子, 加藤登紀子, 後藤由紀, 他	産業看護師のストレス, 職務満足感, ストレスコーピング	量的研究	NIOSH 職業性ストレス調査票, 努力-報酬不均衡モデル, Sense of Coherence	産業ストレス研究	12(3)	197-204	2005
21	巽あさみ	臨床看護師と産業看護師の業務内容・ストレスレッサラーとストレス対策に関する比較検討	量的研究	看護師のストレスレッサラー尺度, ストレス認知スケール, 日常苛立ち事尺度	産業ストレス研究	12(3)	205-211	2005
22	足立はるゑ, 井上真人, 井奈波良一	看護職のストレスマネジメントに関する研究- ストレス・ストレスコーピング尺度 (SSCQ) の看護職への適用-	量的研究	Stress & Stress Coping Questionnaire, General Health Questionnaire	産業衛生学雑誌	47(1)	1-10	2005
23	中尾久子	女性看護師の抑うつに対する婚姻状態の影響	量的研究	NIOSH 職業性ストレス調査票, Social Readjustment Rating Scale, Self-Rating depression Scale	山口医学	54(6)	165-173	2005
24	Akira BABAZONO, Yoshio MINO, Jun NAGANO, et al	A Prospective Study on the Influences of Workplace Stress on Mental Health	量的研究	General Health Questionnaire, Subjective Stress by Work	Journal of Occupational Health	47	490-495	2005
25	佐野明美, 山口桂子	看護師の仕事意欲測定尺度の作成	量的研究	仕事意欲測定尺度, SRSN-27, 病棟勤務の看護婦を対象にした職務満足質問紙	日本看護医療学会雑誌	7 (1)	9-17	2005
26	安次富郁哉	ホームヘルパーの心身健康度と影響因子の検討	量的研究	General Health Questionnaire, Stress Coping Inventory, Ego Aptitude Scale	産業医科大学雑誌	27 (4)	325-338	2005
27	平井麻紀, 平井啓	看護におけるストレス対処のセルフ・エフィカシー尺度の開発信頼性・妥当性の検証	量的研究	General Self-Efficacy Scale, 心理的ストレス反応尺度, 看護におけるストレス対処のセルフ・エフィカシー尺度	生老病死の行動科学	10	15-22	2005
28	須佐公子, 豊島三枝子, 伊藤佳代	介護支援専門員の「仕事の困難性」の具体的状況-看護職と福祉職の相違-	質的研究	-	日本看護福祉学会誌	11(2)	87-94	2006
29	森本寛訓	医療福祉分野における対人援助サービス従事者の精神的健康の現状と、その維持方策について-職業性ストレス研究の枠組みから-	その他	-	川崎医療福祉学会誌	16(1)	31-40	2006
30	中島未美	社会福祉従事者の職場ストレスとコーピングの職種間比較	量的研究	NIOSH 職業性ストレス調査票, コーピング方略尺度	名古屋女子大学紀要	52	71-78	2006



表Ⅲ-3 バーンアウト関連の文献リスト

No	著者名	論文タイトル	デザイン	使用スケール・尺度	掲載誌名	巻号	頁	発行年
1	田尾雅夫	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	量的研究	Maslach Burnout Inventory	社会心理学研究	4(2)	91-97	1989
2	太湯好子	看護職者の仕事に対する意識と燃えつき症候群との関連	量的研究	Maslach Burnout Inventory, 仕事に対する意識(上畑), General Health Questionnaire, TEG	川崎医学会誌	23(3)	143-154	1997
3	潮谷有二, 美馬かおり	長崎県内の特別養護老人ホーム職員の実態に関する調査研究 - 仕事満足度とバーンアウトを中心として -	量的研究	次元別仕事満足度, Quality of work committee questionnaire, Pines' Burnout Index	純心現代福祉研究	4	59-72	1998
4	千葉京子	看護婦のバーンアウトと調整要因の検討 - 継続教育機関に在籍する看護婦を対象として -	量的研究	Maslach Burnout Inventory, 社会的スキル尺度, 改定セルフ・モニタリング尺度	日本赤十字看護短期大学 紀要	11	67-71	1998
5	山崎登志子, 石田眞知子, 柏倉栄子	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 - 2病院における看護者の構成比較から -	量的研究	モーズレイ性格検査, ソーシャル・サポート, Maslach Burnout Inventory	東北大学医療技術短期大学 部紀要	8(2)	161-170	1999
6	佐々木千晶, 長田久雄	保健職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	量的研究	看護師のストレッサー尺度, Maslach Burnout Inventory, Norbeck Social Support Questionnaire	東京保健科学学会誌	2(2)	115-121	1999
7	宗像恒次	医療従事者のメンタルヘルス	その他	アイコン特性, Pines' Burnout Index, General Health Questionnaire, ソーシャルサポート, ライフイベント, 日常苛立ち事	日本医事新報	3918	19-28	1999
8	Kazuyo HIGASHIGUCHI, Yuko MORIKAWA, Katsuyuki MIURA, et al	Burnout and Related Factors among Hospital Nurses	量的研究	Maslach Burnout Inventory, Job Content Questionnaire	Journal of Occupational Health	41(4)	215-224	1999
9	原田和宏, 齋藤圭介, 布元義人, 他	バーンアウト尺度のプロセスモデルの検討	量的研究	Maslach Burnout Inventory, Leiter のコーピング尺度	東京保健科学学会誌	3(1)	38-46	2000
10	大下佳代子, 佐々木とも実, 村上智恵美, 他	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 -	量的研究	看護師のストレッサー尺度, Pines' Burnout Index	看護学統合研究	2(2)	16-24	2001
11	澤田有希子	ケア/ジェンダー/バーンアウト - 特別養護老人ホーム介護職員のケア・ストレスとバーンアウトとの関係をジェンダーの視点から検証する	量的研究	Maslach Burnout Inventory	Kwansai Gakuin policy studies review	1	1-17	2002
12	鈴木聖子, 狩野徹	介護施設職員のストレス構造	量的研究	仕事魅力尺度, 組織特性尺度, 仕事特性尺度, ストレッサー尺度, Maslach Burnout Inventory	岩手県立大学社会福祉学部 紀要	5(1)	45-55	2002
13	枝さゆり	救急看護師の Sense of Coherence とバーンアウト	量的研究	Sense of Coherence, Nursing Job Stressor, Maslach Burnout Inventory	生老病死の行動科学	10	101-110	2002
14	Fumi TAKEDA, Eise YOKOYAMA, Takeo MIYAKE, et al	Mental Health and Job Factors in Social Workers at Social Welfare Offices	量的研究	Pines' Burnout Index	Journal of Occupational Health	44(6)	385-390	2002
15	Kyoko FUJIWARA, Eri TSUKISHIMA, Akizumi TSUTSUMI, et al	Interpersonal Conflict, Social Support, and Burnout among Home Care Workers in Japan	量的研究	Maslach Burnout Inventory, Interpersonal Conflict, Social Support	Journal of Occupational Health	45	313-320	2003
16	松原徹浩, 水野智, 岩月宏泰, 他	病院看護師の意識行動発生プロセスの分析 - バーンアウトおよび転職意図を中心として -	量的研究	PM 式リーダークエストionnaire 測定尺度, 参加・権限委譲行動測定尺度, 職務特性測定尺度, イメージ測定尺度, 職務満足度・職場満足度測定尺度, 帰属意識尺度, Pines' Burnout Index	経営行動科学	16(3)	195-207	2003
17	松井妙子, 岡田進一	大阪府内の訪問看護職の burnout に関連する要因 - 利用者とのコミュニケーション技術と職場環境を中心に -	量的研究	Maslach Burnout Inventory	日本在宅ケア学会誌	7(1)	40-48	2003
18	高良麻子	特別養護老人ホーム職員のバーンアウトに関する研究(1) - バーンアウトの予防を目指して -	量的研究	Maslach Burnout Inventory, 職場環境でのストレス要因(清水)	東京家政学院大学紀要	43	85-92	2003

No	著者名	論文タイトル	デザイン	使用スケール・尺度	掲載誌名	巻号	頁	発行年
19	原田和宏, 齋藤圭介, 佐藤ゆかり, 他	知的障害者施設指導員における Maslach Burnout Inventory の併存的妥当性の検討	量的研究	Maslach Burnout Inventory, Pines' Burnout Index	東京保健科学学会誌	6(1)	70-79	2003
20	Takashi SHIMIZU, Tetsuya MIZOUE, Shinya KUBOTA, et al	Relationship between Burnout and Communication Skill Training among Japanese Hospital Nurses: A Pilot Study	量的研究	Maslach Burnout Inventory, Communication Skill Check-list	Journal of Occupational Health	45(3)	185-190	2003
21	清水光栄, 古井景	職域における抑うつと完全主義との関係について	量的研究	Beck Depression Inventory, 新完全主義尺度, Maslach Burnout Inventory, 絶望感尺度	産業衛生学雑誌	46	173-180	2004
22	小川幸裕	対人援助従事者におけるバーンアウトの研究 - エビデンス学習から -	その他	-	帯広大谷短期大学紀要	41	65-74	2004
23	高良麻子	介護支援専門員におけるバーンアウト - インタビュー調査を通して -	質的研究	Maslach Burnout Inventory, 職場環境でのストレス要因 (清水)	東京家政学院大学紀要	44	67-73	2004
24	福島裕人, 名嘉幸一, 石津宏, 他	看護者のバーンアウトと5因子性格特性との関連	量的研究	Maslach Burnout Inventory, 日本語版 NEO-FFI	パーソナリティ研究	12(2)	106-115	2004
25	費川信幸, 松田修	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	量的研究	Maslach Burnout Inventory, 臨床看護職者の仕事ストレススケール尺度 (Nursing Job Stressor Scale)	こころの健康	20(1)	25-35	2005
26	Fumi TAKEDA, Naoko IBARAKI, Eisei YOKOYAMA, et al	The Relationship of Job Type to Burnout in Social Workers at Social Welfare Offices	量的研究	Pines' Burnout Index	Journal of Occupational Health	47	119-125	2005
27	森野佳代子, 稲本康一郎, 瀧ヶ崎隆司	対人援助職のバーンアウトプロセスに関する縦断的研究	量的研究	Maslach Burnout Inventory	経営行動科学	18(1)	1-9	2005
28	井村弘子	介護職員のメンタルヘルス - 職場環境とバーンアウトとの関連 -	量的研究	Maslach Burnout Inventory	沖縄大学人文学部紀要	6	79-89	2005
29	新山悦子, 塚原貴子, 笹野友寿	看護学生のアダルトチルドレン特性とバーンアウト症候群との関連	量的研究	Adult Children 尺度, Pines' Burnout Index	川崎医療福祉学会誌	15(1)	117-122	2005
30	田辺毅彦, 足立啓, 田中千歳, 他	特別養護老人ホームにおけるユニットケア職員の介護スタッフの心身に与える影響 - バーンアウトとストレス対処調査 -	量的研究	Maslach Burnout Inventory, 職場環境でのストレス要因, ストレスへの対処方法	日本認知症ケア学会誌	4(1)	17-23	2005
31	森本純子, 富岡和久	高齢者施設の看護職員のバーンアウトとストレスとの関係	量的研究	Maslach Burnout Inventory, スレッサー - 評価尺度	北陸学院短期大学紀要	36	249-258	2005
32	須佐公子, 豊嶋三枝子, 伊藤佳代	介護支援専門員の「仕事の困難性」の具体的状況 - 看護職と福祉職の相違 -	質的研究	-	日本看護福祉学会誌	11(2)	87-94	2006
33	小林幸平, 箱田琢磨, 小山智典, 他	保育士におけるバーンアウトとその関連要因の検討	量的研究	Job Content Questionnaire, 職場環境・職務内容・給与に関する満足感測定尺度, 職業性ストレス簡易調査票, 職場用ソーシャルサポート尺度 (小牧), Maslach Burnout Inventory	臨床精神医学	35(5)	563-569	2006
34	森本純子, 富岡和久	介護保険施設における介護福祉士のバーンアウトとストレスの関係について	量的研究	Maslach Burnout Inventory, スレッサー - 評価尺度	北陸学院短期大学紀要	37	173-182	2006

## IV 調査の信頼性・妥当性の検証

### 1 調査票の作成

本調査では、2006年に調査研究グループを編成し、研究課題を決めて先行研究の文献や資料の収集を行った。グループのメンバーは、各大学（北海道大学、札幌医科大学、北海道医療大学、札幌市立大学）で保健、社会福祉の科目を担当している専門家および研究活動を行っている研究者である。調査研究班は、数回にわたり討議を重ね、調査方法と質問文の検討を行い、調査票の原案を2006年に作成し、予備調査を経て2007年に調査用紙（付録に掲載）を完成した。

### 2 調査対象と調査票の配布・回収

#### 2.1 プライバシーへの配慮と回収率

調査票は無記名で、プライバシーに十分配慮し、最初のページに調査票の返答をもって調査研究の同意とさせてもらうことを記載した。個人調査票は、各センターを通して配布し、個人別に封筒に入れて封をしてから各センターでまとめて回収する方式で行った。

調査対象は北海道内の地域包括支援センター232施設の全職員1,128名で、732名から有効回答を得た。回収率は64.9%である。

#### 2.2 封筒有無の相違

調査票回収にあたって、調査側と施設側での行き違いで、個人票を一人ひとり封筒に入れてから回収する予定が、一部の施設から個人票がまとめて送られてきた。その両群に差があると調査結果への影響が危惧される。そのため両群の比較を行った。個人封筒あり群は622票、なし群は110票であった。この二つの群について各質問に相違がないか比較した。両群とも性別、年齢、職務に統計学的な有意差は認められなかった。ただし、以下の項目で統計学的な有意差（有意水準5%）が見られた。I-11（時間外勤務の内容記載）で封筒あり群が32.6%、なし群が34.4%と、あり群が少ない（ $P=0.015$ ）。II-12（私の部署内で意見の食い違いがある）で、「ちがう」との回答が、あり群が16.2%、なし群が29.0%と、あり群が少ない（ $P=0.001$ ）。ただし、選択肢を二分して「そうだ」「まあそうだ」の肯定する群と「ややちがう」「ちがう」の否定する群に分けると差は認められない。III-16（気分が晴れない）で「ほとんどなかった」が、あり群で34.3%、なし群で

50.0%と、あり群が少ない（ $P=0.002$ ）。ただし、これも4選択肢を二分すると有意差は認められない。

その他の項目には、いずれも有意差が認められなかった。多数の項目間で群間比較を行うと多重比較問題が発生する。本来、有意水準5%で検定するという事は、100項目の比較で5か所くらいの有意差が認められても、それを許容するという意味である。今回の例のように多数の比較の間では、数項目の有意差が認められても、両群に差があるとは断定できない。したがって、今回の集計では両群に相違が認められないと判断し両群を統合して集計・解析した。

### 3 質問文からの新変数作成

#### 3.1 23個の新変数

本調査の質問項目には、職業性ストレス簡易調査票のほぼ全項目が含まれている。そのサブカテゴリーを採点して、19変数の尺度を作成した（表IV-1）。さらにMaslachによる燃え尽き症候群から3因子のサブカテゴリー、さらにCES-Dの採点を加え、23変数の尺度を作成した。

表IV-1 尺度の作成

#### 1. 職業性ストレス簡易調査票

##### ① ストレス要因（調査票のII-1～II-17）

下位尺度名	集計方法
心理的な仕事の量的負担	II-1+II-2+II-3
心理的な仕事の質的負担	II-4+II-5+II-6
身体的負担	II-7
対人関係	II-12+II-13+(5-II-14)
職場環境	II-15
仕事のコントロール	II-8+II-9+II-10
技能の活用	II-11
仕事の適正	II-16
働きがい	II-17

※各項目の得点は、「そうだ」=1点、「まあそうだ」=2点、「ややちがう」=3点、「ちがう」=4点

##### ② ストレス反応（調査票のIII-1～III-29）

下位尺度名	集計方法
活気	III-1+III-2+III-3
イライラ感	III-4+III-5+III-6
疲労感	III-7+III-8+III-9
不安感	III-10+III-11+III-12
抑うつ感	III-13～III-18の合計
身体愁訴	III-19～III-29の合計

※各項目の得点は、「ほとんどなかった」=1点、「ときどきあった」=2点、「しばしばあった」=3点、「ほとんどいつもあった」=4点

③修飾要因（調査票のIV-1-1～IV-3-3, V-1, V-2）

下位尺度名	集計方法
上司からのサポート	IV-1-1+IV-2-1+IV-3-1
同僚からのサポート	IV-1-2+IV-2-2+IV-3-2
家族・友人からのサポート	IV-1-3+IV-2-3+IV-3-3
仕事や生活の満足度	V-1+V-2

- ※IV-1-1～IV-3-3の各項目の得点は、「非常に」= 1点、「かなり」= 2点、「多少」= 3点、「全くない」= 4点
- ※V-1, V-2の各項目の得点は、「満足」= 1点, 「まあ満足」= 2点, 「やや不満足」= 3点, 「不満足」= 4点
- ※IV-1-1～IV-3-3の項目名は, 上からIV-1-1（上司と気軽に話ができる）～IV-3-3（配偶者, 家族, 友人等と個人的な相談ができる）となっている

2. バーンアウト尺度について（調査票のVI-1～VI-17）

下位尺度名	集計方法
情緒的消耗感	VI-1+VI-7+VI-8+VI-12+VI-16
脱人格化	VI-3+VI-5+VI-6+VI-10+VI-11+VI-14
個人的達成感の低下	36-(VI-2+VI-4+VI-9+VI-13+VI-15+VI-17)

- ※各項目の得点は, 「いつもある」= 5点, 「しばしばある」= 4点, 「時々ある」= 3点, 「まれにある」= 2点, 「ない」= 1点

各尺度について, その構成, 平均値, 分布を示す指標を表IV-2に示した. いずれの指標においてもどの尺度も異常な偏りを示していないと判断した. また, 相関係数は, 大きなはずれ値があると不安定になるが, そのような大きなはずれ値は見られなかった.

表IV-2 各尺度の信頼性および分布のパラメータ

尺度	質問項目数	選択肢数	信頼性(α)	度数	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
量的負担小	3	4	0.74	531	4.9	1.66	3	5	10
質的負担小	3	4	0.74	529	5.0	1.50	3	5	12
身体的負担小	1	4		535	2.7	0.80	1	3	4
対人関係(内外)良好	3	4	0.65	530	9.0	1.79	3	9	12
職場環境良好	1	4		533	2.7	0.97	1	3	4
仕事のコントロール低い	3	4	0.67	532	6.8	1.70	3	7	12
技能の活用	1	4		532	3.2	0.71	1	3	4
仕事の適正ない	1	4		530	2.2	0.71	1	2	4
働きがいない	1	4		533	2.0	0.73	1	2	4
活気あり	3	4	0.91	526	6.3	2.23	3	6	12
イライラ感	3	4	0.87	527	6.5	2.24	3	6	12
疲労感	3	4	0.88	530	7.2	2.55	3	7	12
不安感	3	4	0.78	530	6.4	2.30	3	6	12
抑うつ感	6	4	0.89	526	10.4	3.91	6	10	24
身体愁訴	11	4	0.84	523	19.6	5.94	11	18	44
上司からのサポート不良	3	4	0.83	526	6.6	2.20	3	6	12
同僚からのサポート不良	3	4	0.90	527	5.9	1.92	3	6	11
家族・友人からのサポート不良	3	4	0.83	519	5.1	1.99	3	5	12
仕事・職場の満足感不満	2	4		531	4.5	1.48	2	4	8
情緒的消耗感(燃え尽き)	5	5	0.79	529	13.9	4.63	5	14	25
脱人格化(燃え尽き)	6	5	0.82	529	11.2	4.27	6	10	30
個人的達成感の低下(燃え尽き)	6	5	0.78	529	21.7	4.25	9	22	30
CES-D合計点	20	4	0.79	510	14.0	8.95	0	12	50

注: 信頼性は, 質問項目数が3以上のものについて表示した.

3.2 各尺度の信頼性

上記尺度のうち, 3つ以上の質問から合成された尺度については, 内的整合性を表す信頼性としてクロンバックのα係数を計算した(表IV-1). 各尺度はいずれも高い数値を示し, 解析に際して統計学的な問題はないと判断した. ただし, クロンバックの信頼性は質問の同質性を検証しているのに過ぎないので, 注意する必要がある. 例えば, 「抑うつ感」6問で構成された尺度のα係数が0.89で, 同様のうつ尺度のCES-Dのそれが項目数が多いのかかわらず0.79と低くなっているが, 「抑うつ感」の質問文がたがいに相似した文章からなるのに比べ, CES-Dでは後述するように4つの因子から構成される多次元の内容になっているためであろう.

3.3 質問の重複について

別の尺度内で, まったく同じ質問文や相似した文章が存在している. それらの質問はそれぞれ本来の調査法の質問に含まれているもので, 原文そのまま質問順も変えていない. 質問文が同じ, あるいはきわめて相似している例として, 職業性ストレス簡易調査の第18問(本調査ではIII-18)とCES-Dの第18問(本調査ではVII-18)は, ともに「悲しいと感じる」で同じ文章になっている. ただし, 選択肢は4肢であるが, 職業性ストレス簡易調査では「1 ほとんどなかった」「2 ときどきあった」「3 しばしばあった」「4 ほとんどいつもあった」であり, CES-Dでは「1 ほとんどなかった(なし)」「2 少しはあった(週1~2日)」「3 時々あった(週3~4日)」「4 たいていそうだった(週5日以上)」というように微妙に表現が違っている. この二つの質問についてクロス表を作成した. 1名だけが職業性ストレス調査表で4, CES-Dで1と答える矛盾が見られた. 選択肢の段階でいうと, この例は3段階のずれであるが, 2段階以上のずれがあったのは, 526名中18名(3.4%)であった. その他, 相似の質問としてIII-13「ゆうつだ」とVII-6「憂うつ(気分がしずんでいる)だ」で2段階以上のずれは5.9%, III-14「何をするのも面倒だ」とVII-7「何をするのもめんどうだ」で2段階以上のずれは4.4%で, III-27「食欲がない」とVII-2「食べたくない, 食欲が落ちた」で2段階以上のずれは2.1%, III-29「よく眠れない」とVII-11「なかなか眠れない」で

2段階以上のずれは3.2%であった。このように、重複した質問文で調査研究の精度の検討（この場合は妥当でない回答をするものを発見すること）に利用することは可能である。3段階以上の乖離が見られたものについて個人のデータを見直したが、その質問だけが矛盾していて、他の質問には異常な回答が見られなかった。たぶん、その質問にだけ勘違いをして印をつけたものと推測される。それで集計はそのままにして扱っている。

#### 4 調査結果からの妥当性の検証

##### 4.1 燃え尽き症候群の因子分析

VIの問1の17問は、MaslachのBurnout syndrome 尺度である。3因子から構成されているので、その下位尺度別に採点した。その妥当性を検証するため、17問の因子分析を行った。表IV-3のとおり3因子で矛盾なく説明できた。

表IV-3 燃え尽き症候群の因子分析 因子負荷量

	1	2	3	
	脱人格化	達成感	情緒的消耗感	
Q VI-1	0.484	-0.268	0.457	やめたい
Q VI-2	0.117	0.469	0.323	仕事に熱中
Q VI-3	0.488	-0.039	0.402	気配り面倒
Q VI-4	-0.194	0.590	-0.001	仕事合っている
Q VI-5	0.677	-0.074	0.196	同僚の顔いや
Q VI-6	0.694	-0.176	0.256	仕事つまらない
Q VI-7	0.288	0.040	0.394	やっと終わった
Q VI-8	0.472	-0.051	0.497	出勤いや
Q VI-9	-0.097	0.713	-0.236	今日は気持ち良い
Q VI-10	0.704	0.010	0.244	同僚話したくない
Q VI-11	0.567	-0.077	0.182	仕事どうでもよい
Q VI-12	0.215	-0.067	0.690	ゆとりない
Q VI-13	-0.219	0.723	-0.004	心から喜びあり
Q VI-14	0.589	-0.175	0.131	仕事意味ない
Q VI-15	-0.126	0.665	-0.100	仕事楽しい
Q VI-16	0.286	-0.035	0.752	疲れ果てた
Q VI-17	0.042	0.571	-0.003	うまくやり終えた

注：因子抽出法：主因子法，回転法：Kaiserの正規化を伴わないバリマックス法着色は0.39以上

なお、Maslach<sup>1)</sup>が1981年に発表した原案では、25項目からなり、それを使って増子ら<sup>2)</sup>が日本版を作成して介護職員104名を含む対人職種616名を対象とした研究が行われている。このとき、Maslachは4因子、増子らは5因子を抽出しているが、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感（成功体験）の三つは同じであり、

燃え尽き症候群の構成内容としては矛盾がない。

##### 4.2 CES-Dの因子分析

「うつ症状」に関する調査表として、NIMH（アメリカの国立精神保健研究所）のRadloff<sup>3)</sup>が疫学的研究を目的として開発したCES-Dを使用した。この20問の因子分析結果を表IV-4に示す。Radloffは4因子を抽出している。

表IV-4 うつ尺度(CES-D)の因子分析 因子負荷量

	1	2	3	4	
	抑うつ	人間関係	情緒的	積極性	
Q VII-1	0.741	0.183	0.105	-0.176	わずらわしい
Q VII-2	0.463	0.082	0.388	-0.023	食欲ない
Q VII-3	0.675	0.147	0.346	-0.134	励まして気分晴れない
Q VII-4	0.035	-0.124	0.011	0.501	能力ある
Q VII-5	0.714	0.141	0.088	-0.047	集中できない
Q VII-6	0.720	0.199	0.270	-0.262	憂うつだ
Q VII-7	0.721	0.220	0.060	-0.233	めんどろだ
Q VII-8	-0.128	-0.052	-0.028	0.669	積極的に考える
Q VII-9	0.361	0.320	0.222	-0.139	過去のこともよくよ
Q VII-10	0.373	0.362	0.333	-0.099	恐ろしい気持ち
Q VII-11	0.450	0.163	0.294	-0.025	眠れない
Q VII-12	-0.155	0.007	-0.114	0.460	生活不満ない
Q VII-13	0.540	0.251	0.295	-0.152	口数少ない
Q VII-14	0.221	0.502	0.422	-0.123	一人ぼっちさみしい
Q VII-15	0.260	0.756	0.196	-0.032	皆がよそよそしい
Q VII-16	-0.362	-0.053	-0.095	0.463	毎日楽しい
Q VII-17	0.181	0.254	0.650	-0.056	急に泣き出す
Q VII-18	0.308	0.307	0.678	-0.124	悲しい
Q VII-19	0.200	0.711	0.192	-0.126	皆が嫌っている
Q VII-20	0.567	0.313	0.285	-0.107	仕事手につかない
寄与率%	21.5	10.5	9.7	7.1	

注：因子抽出法：主因子法，回転法：Kaiserの正規化を伴わないバリマックス法着色は絶対値0.29以上

すなわち、「抑うつ」「積極性」「身体的」「人間関係」であった。その「身体的」が今回の分析では「情緒的」と解釈され多少のずれが見られるが、一つは因子分析の方法に些少の相違があったかもしれないこと、また英語からの翻訳の問題、対象集団や研究時期（1970年代と現在）の相違が関係しているものと考えられる。

##### 4.3 23変数の因子分析

23変数について因子分析を行った。その結果、「抑うつ」「士気低下」「人間関係」「仕事低負担」「虚無」の5因子が抽出された（表IV-5）。燃え尽き症候群の3因子は、この23変数の中では、「情緒的消耗」と「脱人格化」は「抑うつ」の因子に、「個人的達成感の低下」は「士気低下」の因子に包含された。



補足) 方法論についての補足

準マッキッティ法による関連図

多くの項目からなる測定値が観測された場合、その相互の関連を検討する方法として多変量解析が汎用されている。その起源を探ると、19世紀末に2つの変量(測定値)の関係を示す回帰直線を提唱した生物学者ゴルトン(ダーウィンの従兄弟)や相関係数を創作したK.ピアソンにまでさかのぼる(フィッシャー<sup>4)</sup>)。1930年代にサーストンが知能の多因子説を提唱した。その根拠となったのは、知能検査測定結果の因子分析であった。これが、その後の多変量解析の発展に大きく寄与したと考えられる。同じころ、経済学の領域で重回帰分析を中心とした計量経済学が始まり、多くの行動科学分野で多変量解析が普及していった。その普及を助けたのがコンピュータの進歩である。コンピュータが発達する初期のころ、単純で素早く多変量の関連を考察できる便法として登場したものの一つに、ここで紹介するマッキッティの方法がある。この方法論は、その後のコンピュータや多変量解析法が目覚ましい発展の中で埋もれてしまったが、多変量の大きな関連を見通す方法として再評価される価値があると考えられる。

マッキッティの原法<sup>5-7)</sup>

数項目あるいはそれ以上の項目測定値間の関連を示す係数(相関係数、各種の連関係数、距離など、なおマッキッティはピアソンの相関係数で例示している)の行列(項目数をkとすると、k×kの行列)が計算されているとする。以下ここでは、相関行列、その要素を相関係数ということにする。対角行列には同じ測定値間の相関係数が入るので1.0になっている。そこを空白としておき、各列(縦に調べて)の絶対値の最大の箇所に印をつける。全列の作業が終わったら、その各列の最大値の中の最大値を探す。その2つの項目を図に描き、線で結ぶ。その最大値の項目の行(横に調べて)で先に印をつけた項目を探す。もし、印をつけた項目があったら、図に加え、もともなった項目と線で結ぶ。この作業を繰り返し、すべての項目が図に描かれたら終了する。項目が一塊りになるとは限らない。最初の作業で終了したら、残った項目があるときは、その中で最大値を探し、先の順で繰り返す。

燃え尽き症候群の17質問項目を例に説明する。相関行列を表IV-7に示す。各列の最大相関係数は、Q1が0.525である。同様に全列を調べ、印をつける。その中で最大の組み合わせは、Q5とQ10の0.640である。Q5とQ10の変数を図に描き線で結ぶ。次

表IV-7 燃え尽き症候群の各質問項目間の相関行列

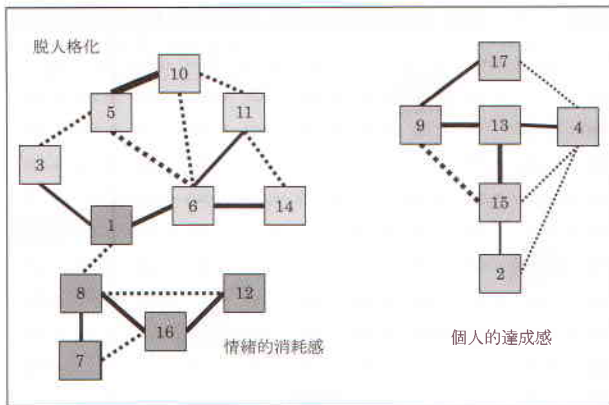
	QV-1	QV-2	QV-3	QV-4	QV-5	QV-6	QV-7	QV-8	QV-9	QV-10
QV-1		0.123	0.494	-0.321	0.431	0.525	0.264	0.493	-0.324	0.392
QV-2	0.123		0.203	0.304	0.078	0.133	0.097	0.136	0.207	0.151
QV-3	0.494	0.203		-0.125	0.434	0.407	0.312	0.426	-0.134	0.423
QV-4	-0.321	0.304	-0.125		-0.138	-0.217	-0.068	-0.105	0.387	-0.117
QV-5	0.431	0.078	0.434	-0.138		0.528	0.293	0.426	-0.190	0.640
QV-6	0.525	0.133	0.407	-0.217	0.528		0.261	0.461	-0.244	0.479
QV-7	0.264	0.097	0.312	-0.068	0.293	0.261		0.424	-0.045	0.315
QV-8	0.493	0.136	0.426	-0.105	0.426	0.461	0.424		-0.179	0.481
QV-9	-0.324	0.207	-0.134	0.387	-0.190	-0.244	-0.045	-0.179		-0.146
QV-10	0.392	0.151	0.423	-0.117	0.640	0.479	0.315	0.481	-0.146	
QV-11	0.330	0.079	0.394	-0.164	0.363	0.466	0.229	0.319	-0.166	0.459
QV-12	0.417	0.249	0.393	-0.077	0.266	0.321	0.320	0.420	-0.251	0.338
QV-13	-0.293	0.275	-0.155	0.438	-0.196	-0.315	-0.046	-0.139	0.590	-0.128
QV-14	0.411	0.049	0.291	-0.268	0.355	0.562	0.150	0.321	-0.215	0.420
QV-15	-0.306	0.329	-0.189	0.394	-0.184	-0.219	-0.068	-0.161	0.512	-0.090
QV-16	0.490	0.255	0.395	-0.079	0.330	0.425	0.404	0.509	-0.252	0.378
QV-17	-0.102	0.288	0.029	0.386	-0.013	-0.079	0.077	-0.004	0.430	-0.013

表IV-7 (つづき)

	QV-11	QV-12	QV-13	QV-14	QV-15	QV-16	QV-17	
QV-1	0.330	0.417	-0.293	0.411	-0.306	0.490	-0.102	やめたい
QV-2	0.079	0.249	0.275	0.049	0.329	0.255	0.288	仕事に熱中
QV-3	0.394	0.393	-0.155	0.291	-0.189	0.395	0.029	気配り面倒
QV-4	-0.164	-0.077	0.438	-0.268	0.394	-0.079	0.386	仕事合っている
QV-5	0.363	0.266	-0.196	0.355	-0.184	0.330	-0.013	同僚の顔いや
QV-6	0.466	0.321	-0.315	0.562	-0.219	0.425	-0.079	仕事つまらない
QV-7	0.229	0.320	-0.046	0.150	-0.068	0.404	0.077	やっと終わった
QV-8	0.319	0.420	-0.139	0.321	-0.161	0.509	-0.004	出勤いや
QV-9	-0.166	-0.251	0.590	-0.215	0.512	-0.252	0.430	今日は気持ち良い
QV-10	0.459	0.338	-0.128	0.420	-0.090	0.378	-0.013	同僚話したくない
QV-11		0.283	-0.169	0.443	-0.113	0.309	-0.037	仕事どうでもよい
QV-12	0.283		-0.078	0.255	-0.144	0.587	-0.067	ゆとりない
QV-13	-0.169	-0.078		-0.254	0.530	-0.066	0.379	心から喜びあり
QV-14	0.443	0.255	-0.254		-0.160	0.299	-0.054	仕事意味ない
QV-15	-0.113	-0.144	0.530	-0.160		-0.108	0.322	仕事楽しい
QV-16	0.309	0.587	-0.066	0.299	-0.108		-0.029	疲れ果てた
QV-17	-0.037	-0.067	0.379	-0.054	0.322	-0.029		うまくやり終えた

注: 着色は列の最大相関係数(絶対値)、斜体の数値は第2最大相関係数(絶対値)

にQ5の行から最大相関係数を探す。この行には印をつけたものが見つからない。Q10の行からも同様に探すが見つからない。そこで第1クラスターは終了する。図IV-2で項目間の連結線が実線で結合しているのが原法によるクラスターである。次に大きい最大相関係数は、Q9とQ13の0.590である。Q9の行からはQ17が、Q13の行からはQ4とQ15が結ばれる。Q15ではさらにQ2が結ばれる。これが第2クラスターである。次にQ12とQ16の0.587を図に描き、Q16にはQ8、その先にQ7が、結ばれる。これが第3クラスターである。次にQ6とQ14の0.562を図に描き、Q6からはQ1、Q3、Q11が結ばれる。以上で全変数が結合し、四つのクラスター



図IV-2 燃え尽き症候群の各質問項目間の連結図  
(実線はマッキッティー原法，点線は準マッキッティー法で追加された連結)

が図示された。前述の因子分析での「個人的達成感」が第2クラスター、「情緒的消耗感」が第3クラスターになる。第1クラスターと第4クラスターで「脱人格化」になるが、第1クラスターのQ5とQ10の質問文を読むと、両質問とも同僚や利用者との人間関係を好ましく思っていない内容であり、他の4項目とは多少相違がある。

#### 準マッキッティー法によるクラスター

マッキッティー法の欠点として各列で最大の相関係数1個しか使われていないので、わずかな差であっても第2最大の相関係数の情報は失われる。そこで各列から第2最大の相関係数にも印をつけて、上記と同様な作業で最初のクラスターの項目に線を追加する。

前述の燃え尽き症候群の例では、Q1の行を探すと、Q8が第2最大相関係数として印がついているので図上でQ1とQ8に結合の線を加える。Q2の行には見つからない。Q3の行ではQ1が見つかるが、すでに原法で線が引かれているのでそのままにする。Q4の行ではQ2とQ17に第2最大相関係数の印が見つかるので、図上で線を加える。このようにしてすべての変数を調べると、原法での第2クラスターがそのまま残り、第1、第3、第4が合体して大きなクラスターを形成している(図IV-2)。この図では準マッキッティー法による連結を点線で示した。この図のQ1に注目すると原法では「脱人格化」のクラスターに属していたが、第2最大相関係数を追加した図では、「情緒的消耗感」との間に結合が見られる。因子分析でQ1の因子負荷量が「情緒的消耗感」と「脱人格化」の両者に分かれていることと符合している。

23項目の場合は図IV-1に示すとおり、すべてが

一塊りのクラスターになってしまった。これはマッキッティーが最初に意図していた因子分析の因子やクラスター分析のクラスターのような縮約された姿にはならない。しかし、多数の項目の関連を一望することができて、解釈が不安定になりやすい多変量解析の最初の手がかりとしては有力な情報を与えてくれる。

#### 準マッキッティー法の長所と短所

この方法の長所は、相関行列という数値の羅列から簡便な方法で変数間の関連図が描けるところにある。前述のとおり、因子分析の結果とも符合するところが多く、高次のコンピュータ・プログラムを使用しなくても、変数全体の関連イメージが整理でき、思考の助けになる点を挙げることができよう。

この方法の簡便さは長所とも、また短所ともいえる。近年、統計的因果推論についての議論が盛んになっている。構造方程式モデリングで見た目に美しい図が描けるようになったが、因果関係の推論は単純ではない。この準マッキッティー法では因果関連までは言及できない。

因果推論を行う場合、因果の方向(どちらが原因か結果か)という問題と、方向が既知の状況では、その大きさをいかに正確に測定するかという二つの問題がある。構造方程式モデリング(SEM, 共分散構造分析)では、独立変数と従属変数(重回帰分析と同様)、さらに潜在変数(因子分析の因子と同様)、誤差変数などを最初に仮定してモデルを設定するが、現実には因果の方向性が不明の場合が多い。その計算の基本は、相関係数であるが、相関係数は単に関連の強さを数量化しているに過ぎない。パール<sup>8)</sup>が解説するように統計的概念と因果的概念とは、別個のものであり、統計パラメータを用いて因果パラメータを識別することはできない。SEMで変数間の線に方向性を与えることは、因果的説明が前提にあることになり、安易にSEMでモデルを構築することには限界がある。また、どのような変数を選択するか、研究者の恣意で関連の方向性を決めることや、その変数の誤差の大きさや誤差の非独立性などで、計算結果が様々に変わる。特にコンピュータの普及で闇雲に変数を組み入れて試行錯誤を繰り返すうちに自己の都合のよい結果で満足する危うさも指摘されているところである。その点、本法は単純に関連を示すだけで、どのようなモデルを組み立てるかという最初の思考の入口として適した方法であると考えられる。

しかし、単純であるだけにバイアスや交絡要因の



存在には十分注意を払う必要がある。例えば、図IV-1では、「抑うつ」と「CES-D」との相関係数は0.76と高いが、これは同じ質問文が両者に含まれているので当然高い数値が得られたわけである。この変数群からCED-Dを除けば図も少しの変更が起きる。これは多変量解析においては選択した変数でモデルが決まってしまうという共通の問題点でもある。

もう一度強調するが、この方法では関連の方向性については論じることができない。因果の方向（矢線）がない無向グラフ（これはマルコフ・ネットワークとも呼ばれる）に属する。さらに因果的関連を探るためには、グラフィカルモデリング<sup>9, 10</sup>で少数の変数を切り取って現実との整合性に注意しながら変数間の関係を検討するべきであろう。いずれにしても多変量解析の利用には慎重な研究態度が望まれる。

（IVの文責：三宅浩次）

## 文献

- 1) C. Maslach, SE. Jackson : The Measurement of experienced burnout. (1981), J Occup Behav, 2:99-113
- 2) 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「燃え尽き症候群」, 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. (1989), 産業医学, 31:203-215
- 3) LS. Radloff : The CES-D Scale : A Self-Report Depression Scale for Research in General Population. (1977), Applied Psychological Measurement, 1:385-401
- 4) R. A. Fisher : 研究者のための統計的方法. (1970, 原著は1958), 森北出版
- 5) Louis L. McQuitty : Elementary Linkage Analysis for Isolating Orthogonal and Oblique Types and Typal Relevancies. (1957), Education and Psychological Measurement, 17:207-229
- 6) L.L. McQuitty : Typal Analysis. (1961), Educational and Psychological Measurement, 21:677-696
- 7) L.L. McQuitty : Capabilities and Improvements of Linkage Analysis as a Clustering Method. (1964), Educational and Psychological Measurement, 24:441-456
- 8) J. Pearl (黒木学訳) : 統計的因果推論, モデル・推論・推測. (2009, 原著は2000), 共立出版
- 9) 狩野裕 : 構造方程式モデリング, 因果推論, そして非正規性. 甘利俊一他編: 多変量解析の展開, 隠れた構造と因果を推理する. (2002), 岩波書店
- 10) 宮川雅巳: 統計的因果推論, 回帰分析の新しい枠組み. (2004), 朝倉書店