

国際医療福祉大学審査学位論文（博士）

大学院医療福祉学研究科博士課程

訪問看護師の業務特性が  
バーンアウトに与える影響

平成 28 年度

保健医療学専攻 ・ 看護学分野 ・ 精神看護学領域

学籍番号：14S3031

氏名：柴田 滋子

研究指導教員：鈴木 英子 教授

副研究指導教員：崎浜 智子 准教授

## 訪問看護師の業務特性がバーンアウトに与える影響

柴田 滋子

本研究は、訪問看護師の業務特性が、バーンアウトに与える影響を明らかにすることを目的とした。訪問看護師に対するインタビュー調査から、その業務特性を明らかにし、独自に24の質問項目を作成した。関東甲信越の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師1,423人に業務特性と文献から説明変数を設定した質問紙調査を行った。有効回答559人(39.3%)でコホートを設定し6ヵ月間追跡し、バーンアウトを測定した。350人がドロップアウトし、有効回答209人のうち男性1人を除く208人を分析対象とした。重回帰分析の結果、訪問看護師のバーンアウトへの影響は、業務特性の利用者(家族)の意見を尊重した自己決定への支援、利用者(家族)の持つ力を活かすような関わり、時間管理(調整)も含めてのマネジメントの影響が明らかとなり、他に、キャリアコミットメントや話のスムーズさ、年齢、配偶者等の個人要因、休みがとりやすい、私生活に満足している等が影響していた。

キーワード：訪問看護師，バーンアウト，キャリアコミットメント

## The effects of occupational characteristics of visiting nurses on burnout

Shibata Shigeko

This study aimed to clarify the effects of occupational characteristics of visiting nurses on burnout. Stemming from an interview investigation of visiting nurses, we clarified the occupational characteristics of visiting nurses and independently created 24 question items. A questionnaire survey of 1,423 visiting nurses working at home-visit nursing stations in Kanto-Koshinetsu was conducted with explanatory variables created from the literature. A cohort composed of 559 participants who gave valid responses (39.3%) was established and then followed up with for 6 months to measure burnout. A total of 350 individuals dropped out of the cohort, and of the remaining 209 participants with valid responses, 208 (excluding 1 male participant) were included in the data analysis. A multiple regression analysis showed that the following factors influenced burnout among visiting nurses: individual factors such as age and marital status; matters related to work–life balance such as ease of taking vacation and satisfaction with personal life; and, in terms of occupational characteristics, support for self-determination respecting the opinions of clients (families), involvement that realizes clients' (families') abilities, management including time management (coordination), and furthermore, career commitment as well as smoothness of conversation.

Keywords: visiting nurse, burnout, career commitment

# 目次

第1章 序論	
I. 研究背景	1
II. 研究目的	2
III. 論文の構成	3
第2章 文献検討	
I. 文献検討	4
1. 国内外の文献検討	4
1) 文献の収集方法	4
2) 分析方法	4
II. 結果および考察	4
1. 国内外の文献の全体像	4
1) 国内における文献の動向（年次推移）	4
2) 国内における文献の動向（特徴）	5
3) 国外における文献の動向	6
4) 目的変数（バーンアウト）の定義と測定尺度の選択	6
5) 目的変数（バーンアウト）の関連要因と影響要因	7
6) バーンアウトへの影響因子とその対策・現状（看護師・訪問看護師）	7
2. 本研究の影響要因分析（4章）のための説明変数の選択	8
III. 結論	8
第3章 訪問看護師が抱く困難感（質的研究）	
I. 研究目的	9
II. 研究方法	9
1. 対象者	9
2. 対象者の選定	9
3. 研究方法	9
4. 調査期間	9
5. 調査方法	9
6. 調査内容	10
III. データの分析方法	10
IV. 倫理的配慮	10
V. 結果	11
1. 対象者の特性	11
2. 訪問看護が抱く困難感の特徴	11
VI. 考察	17
1. 個人要因からみた訪問看護師が抱く困難感の特徴	17
2. 職場環境からみた訪問看護師が抱く困難感の特徴	17
第4章 訪問看護師の業務特性がバーンアウトに与える影響要因	
I. 研究の枠組み	19
1. 説明変数の選択	19
2. 本研究の枠組み	19

1) 個人要因	19
2) 職場環境	20
3) コミュニケーション能力	20
4) キャリアコミットメント	20
5) ライフワークバランス	20
6) 訪問看護師の業務特性からみた困難感	20
II. 用語の定義	22
1. バーンアウト	22
2. キャリアコミットメント	23
3. コミュニケーションスキル	23
III. 研究の意義	23
第5章 訪問看護師の業務特性がバーンアウトに与える影響	23
I. 研究目的	24
II. 仮説	24
III. 研究方法	25
1. 研究デザイン	25
2. 対象者	25
3. 調査期間	26
4. 調査手続きと調査方法	26
5. 調査内容	26
IV. データの分析方法	29
1. 対象とするデータの確認	29
2. 対象者の特性に関する分析	29
3. 2変量解析	29
4. 多変量解析	30
5. 統計解析の手段	30
V. 倫理的配慮	30
VI. 結果	31
1. 研究の手続き	31
2. 対象者の特性	31
3. 訪問看護師の業務特性とバーンアウト	32
1) 2変量解析においてバーンアウト得点に有意差がみられた変数	32
2) 多変量解析による訪問看護師のバーンアウトリスクへの影響要因	39
VII. 仮説の検証	44
VIII. 考察	45
1. 対象者の特性	45
1) 個人属性	45
2) バーンアウト得点の特徴	45
2. 多変量解析による訪問看護師におけるバーンアウトへの影響要因	45
1) 疲弊感への影響要因	45
2) シニシズムへの影響要因	47

3) 職務効力感への影響要因	48
4) 総合得点への影響要因	49
第6章 結論	52
第7章 本研究の看護への提言	53
第8章 研究の限界と今後の課題	55
謝辞	55

引用文献

資料

# 第1章 序論

## I. 研究背景

近年わが国では高齢化が急速に進行し、平成26年10月には高齢化率26.0%となり<sup>1)</sup>、平成25年の国民医療費は40兆円を超えた<sup>2)</sup>。高齢化の進行とこれに伴う国民医療費の増大は今後も続き、2025年には高齢者が3,657万人となり、さらに2042年には3,878万人となりピークを迎えると推測されている。また、平成19年度内閣府による高齢者の健康に関する意識調査においては、60%以上の国民が自宅で療養したいと回答している<sup>3)</sup>。このような背景から国は、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現を掲げ、在宅医療の推進に力を注いでいる。

看護においては、在宅を主な活動の場とする訪問看護の活躍が期待される。訪問看護ステーションは1992年の老人保健法の改正により創設され、1994年には健康保険法の改正により高齢者以外も訪問看護の対象となる体制が確立した。また、2000年に施行された介護保険法において訪問看護は、居宅サービスの1つとして位置づけられ、徐々に広がりを見せるとともに訪問看護ステーション数も増加してきた。平成26年4月には約7,400カ所の訪問看護ステーションが登録されているが<sup>4)</sup>、地域によっては偏在しているなどの問題もみられている。また、今後の多死時代を考えた時、在宅死を現在の約2倍の30%程度まで引き上げるとすると約15万人の訪問看護師が必要とも言われている<sup>5)</sup>。2012年末の訪問看護従事者は約3.5万人であり<sup>6)</sup>、十分とは言い難い状況である。需要に対して訪問看護師数が不足すると、医療機関から在宅療養への円滑な移行が難しくなるなど、在宅医療推進の妨げとなってしまう可能性がある。国民が安心して在宅療養を選択するためには、その受け皿である在宅（地域）の療養環境を整えていく必要があり、看護においては訪問看護ステーションの整備や質の確保が望まれ、そのためには従事する訪問看護師の増加と継続が必要と考える。

看護職はサービス業の中でもバーンアウトしやすい職業の1つといわれ、これまで病院看護師を対象としたバーンアウトに関する研究は多数報告されている。「バーンアウト」は、1974年Freudenbergerによって「staff burn-out」として報告された<sup>7)</sup>。また、1976年には、Maslachが「burn-out」を報告後、1981年にバーンアウト測定尺度 Maslach Burnout Inventory（以後MBIとする）を作成している<sup>8)</sup>。Maslachは、バーンアウトを“Burnout is a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment that can occur among individuals who do ‘people-work’ of some kind.”と定義し、測定尺度であるMBIは、各国で翻訳され、バーンアウト研究の90%以上で使用されている。日本においては、「燃え尽き症候群」として広がり、認識されている。

看護師がバーンアウトに陥ると、離職に繋がるだけでなく、医療事故の発生や患者の満足度低下にも影響を及ぼすとされており<sup>9)</sup>、看護の質を考えるうえでも重要な要因の1つである。また実際に病院の新人看護師のバーンアウト予防への提言により、各病院が新人の配置希望を重視すること、複数の病棟を経験後に配置希望をとる等の取り組みを行うことで、現在病院の新人看護師の離職率は2009年8.6%から2013年は7.9%と低下しており<sup>10)</sup>、一定の効果がみられている。

一方訪問看護師は、看護職全体の中でも従事者は約3%と少なく、離職率も15.0%<sup>11)</sup>

と病院看護職に比べて高く、人手不足の状況が続いていると報告されている<sup>12)</sup>。この要因としては、訪問看護師を希望する者が少ないことや訪問看護師になっても続かないことなどが考えられている。これまで訪問看護師を対象とした研究では、職場の人間関係が継続要因の1つであること<sup>13)</sup>、コミュニケーション能力とバーンアウトとの関連<sup>14)15)</sup>、時間的プレッシャーとバーンアウトとの関連<sup>16)</sup>等が報告されている。しかし、これらは対象地域が限局されたものが多く、離職予防対策として得られている知見は少ない。自身もこれまで訪問看護師の継続要因の調査を行い、訪問看護師は職場内サポートが高いと認識している者は多く、その者たちは職務満足感も高いことを報告した。しかし、支援体制の構築までは至っていない。また、訪問看護師は、病院看護の経験を持つ者がほとんどであるが、対象者の年齢、疾患、病態、環境等は様々であり、その中での単独訪問が基本となる。加えて、決められた時間に訪問して、決められた時間内にケアを実施することが求められるなど、病院看護とは異なる要素がみられる。日本看護協会が示す訪問看護領域における看護業務基準の看護実践の内容としては、1. 看護を必要とする人に身体的、精神的、社会的側面からの手助けを行う、2. 訪問看護を必要とする人が変化する環境や状態によりよく適応できるように支援する、3. 訪問看護を必要とする人を継続的に観察、判断して発生する問題を予知し、訪問看護を行う時期や提供する看護サービス等を具体的に計画し対処する、4. 緊急事態に対する効果的な対応を行う、5. 医師の指示に基づき、医療行為を行い、その反応を観察することが示されている<sup>17)</sup>。以上のことから、訪問看護の業務は、病院看護とは異なる側面を持つことが推測され、これらに伴い、病院看護とは異なる困難感が存在するのではないかと考えた。

そこで本研究では、まず病院看護とは異なる訪問看護師の抱く困難感の特徴（業務特性）を明らかにし、その業務特性からみたバーンアウトへの影響要因を明らかにしていきたいと考える。また、訪問看護師においては、訪問看護の平均経験年数が7年前後と病院看護師と比べて短く、このうち1～4年目が4割程度を占め5年目以降は急激に減少するという傾向がみられた<sup>18)</sup>。このため訪問看護においては、病院看護とは異なる環境に適応しバーンアウトを予防していくことと、継続するためには訪問看護という職業への価値を見出してコミットしていく必要があるのではないかと考えた。Blau<sup>19)</sup>は専門を含めた自分の職業への態度をキャリアコミットメントと表現しており、コミットメントは仕事のパフォーマンスや生産性の向上と関係する<sup>20)</sup>ことが報告されている。日本における研究はまだ少ないが、本研究では、このコミットメントの視点からも訪問看護師の職務継続とバーンアウト予防への関連を分析していきたいと考えている。そして、バーンアウトと業務特性、訪問看護の専門性へのコミットメントの在り方を検討し、支援体制への構築に繋げていきたいと考える。訪問看護師数を確保するだけでなく、それぞれの訪問看護師がバーンアウトせずにその職にコミットし、継続できることが重要であると考えている。

## II. 研究目的

本研究の目的は、訪問看護師の抱く困難感の内容分析から訪問看護の業務特性（説明変数）を抽出したうえで縦断的な調査を行い、訪問看護師の業務特性がバーンアウトに与える影響要因を明らかにすることとした。



### Ⅲ. 論文の構成

本研究における論文の構成を表 1 に示した.

表 1. 本論文の構成内容

	論文の内容
第 1 章	研究背景, 研究目的, 論文構成
第 2 章	文献検討
第 3 章	訪問看護師が抱く困難感の特徴 訪問看護師 13 名へのインタビュー調査から質的に分析
第 4 章	訪問看護師の業務特性がバーンアウトに与える影響要因分析における仮説, 用語の定義, 研究の枠組み, 研究の意義
第 5 章	訪問看護師の業務特性からみたバーンアウトへの影響要因 縦断的アンケート調査から, 訪問看護師の業務特性を含めて, バーンアウトへの影響要因を明らかにする
第 6 章	結論
第 7 章	本研究の看護への提言
第 8 章	研究の限界と今後の課題

## 第2章 文献検討

### I. 文献検討

#### 1. 国内外の文献検討

##### 1) 文献の収集方法

##### ①国内の文献

訪問看護（師）とバーンアウトに関する論文を国内では、医学中央雑誌（以後医中誌とする）とCiNiiにて検索した。検索キーワードは、「看護師」「訪問看護/訪問看護師」、「専門性」、「困難感」、「職務継続」、「ストレス」、「バーンアウト」とした。医中誌においては会議録を除外し、検索対象年は、1986年から2015年までとした。

##### ②諸外国の文献

諸外国の文献は、Pub Med, CINAHLにて検索した。検索キーワードは、「看護師/nurse」「訪問看護/訪問看護師/home visiting nurse」、「専門性」、「困難感」、「職務継続」、「ストレス」、「バーンアウト/burnout」とした。Pub Med, CINAHLは、英文の文献とし、検索対象年は1985年から2015年までとした。

##### 2) 分析方法

訪問看護師におけるバーンアウトに関する影響要因を検証するという本研究の目的と整合する情報を抽出するために、次のような手順で文献を整理し、内容を検討した。

①文献の全体像を把握するために、キーワード毎に文献の年次推移を国内、諸外国に分類し検討した。

②年次推移の分類結果から、本研究の目的と整合する文献、すなわち、[看護師とバーンアウト]、[訪問看護師とバーンアウト]、[訪問看護と専門性]、[訪問看護と困難感]、[訪問看護と職務継続]、[訪問看護師とストレス]で、ヒットした文献の内容を整理し、訪問看護師におけるバーンアウトの影響要因の検討項目となる変数を検討し、選択した。

### II. 結果および考察

#### 1. 国内外の文献の全体像

##### 1) 国内における文献の動向（年次推移）

医中誌による1986年から2015年の国内文献の検索結果を表2に示した（巻末）。

「訪問看護」に関する研究は、1980年代からみられているが、1996年以降急激に増加していた。「訪問看護」における「専門性」についても数は少ないものの同様の傾向がみられた。「訪問看護」と「困難感」は2001年以降からみられ、「訪問看護」と「職務継続」については2009年以降実施されているが、どちらも少ない。

「訪問看護師」を対象とした研究は2001年以降実施され、2001年を含めた5年間の文献数238件に対して、近年の2011年から2015年の5年間の文献数は約4倍と急激に増加していた。

一方「看護師」を対象としたバーンアウト研究は1986年からみられており、2001年から2010年にかけて最も多く行われ、2011年以降は減少していた。訪問看護師を対象とした研究に比べて早期に開始され、文献数も多くみられた。

先行研究から明らかになった看護師におけるバーンアウトへの関連要因

個人要因：年齢が 24 歳以下の者，未婚者，看護師経験が 3 年以下の者，3 年以上 5 年以下の者，職位が一般看護師である者，助産師である者

職場環境：3 交代勤務者，深・准夜勤が月 9 回以上の者，仕事の量的負担，超過勤務，職場の人的環境，患者との人間関係，上司のサポート，同僚との葛藤。

## 2) 国内における文献の動向（特徴）

「訪問看護」と「専門性」，「困難感」，「職務継続」の文献の内容を表 3，表 4，表 5 に示した（巻末）。

訪問看護の「専門性」に関する文献は 1990 年前後からみられ，当初は，諸外国における訪問看護の実態を紹介しながら，訪問看護の特徴について述べられているものが多くみられた。近年では，多職種連携や認知症を含む精神疾患を対象とした訪問看護，ターミナルケアに関する事，教育に関する研究が多くみられている。

訪問看護師の「困難感」としては，在宅ターミナルケアに関する研究が多く実施されていた。「職務継続」に関しては要因の分析と管理者を対象とした内容であり，職業性ストレスとの関連をみていた。

次に「訪問看護師」と「ストレス」，「バーンアウト」の文献内容を表 6，表 7 に示した（巻末）。

訪問看護師の「ストレス」に関しては，全般的なものが多く，田口らは<sup>21)</sup> 訪問看護ステーション管理者と常勤看護師では心理的な仕事の量的負担が顕著に高いこと，小田は<sup>22)</sup> 【自分の能力を超えた業務内容】 【医師・病院看護師・ケアマネージャーとの意見の食い違い】 【職場の人間関係】 【過重労働】 を挙げている。またストレスから職務継続やバーンアウトに関する研究が行われ，職務継続の要因として，細田は<sup>23)</sup> 【適切な自己評価】 【所長・同僚との相互関係】 【療養者・家族との相互関係】 【経済的・社会的自立】 を挙げ，御厩は<sup>24)</sup> 予測した看護を行うこと，職場の人間関係がよいこと，よい看護ができていく実感と自信，成長の機会などを挙げている。

訪問看護師を対象としたバーンアウトの研究は，2003 年から 2014 年の 12 年間に発表されたものであり，主に関連要因分析と現状の解説であり系統的な研究は少なかった。解説を除く 7 件の文献の詳細を表 8 に示す（巻末）。

7 件の文献のうち 6 件が，バーンアウトへの関連要因について質問紙を用いた量的な横断調査を行っていた。

①松井ら<sup>14)</sup> は，Maslack Burnout Inventory (MBI) 尺度の日本語版 MBI 尺度を 5 段階評価に修正して用いている。5 つの下位尺度『ストレス』『個人的達成感』『脱人格化』『消耗感』『職務の達成感』別に重回帰分析を行っている。『個人的達成感』と『職務の達成感』には「傾聴・受容・共感的態度」「情報収集と情報提供」「説明と同意」が関連しており，援助関係に必要なコミュニケーション技術を向上することがバーンアウトの予防に繋がる可能性があることが報告されている。また『消耗感』『ストレス』には「責任の程度」「職場の人間関係」「上司・同僚のサポート」が関連していたことも示されていた。

②梅原ら<sup>25)</sup> は，MBI 尺度を使用し，3 つの下位尺度『情緒的消耗感』『脱人格化』『個人的達成感』を従属変数として重回帰分析を行っている。『情緒的消耗感』は「年齢」「労働時間」「訪問件数」という処遇，「他職種との連携」「職場内の情報共有」に関連があり，『脱人格化』は「1 日の平均訪問件数」「他職種との連携」「職場内の情報共有」と『個人

的達成感』は「1日の平均勤務時間」「研修・講習会への参加経験」と関連があったことを報告し、管理システムの構築の必要性を示唆していた。

③望月ら<sup>26)</sup>は5段階評価による久保の日本版のバーンアウト尺度を使用し3つの下位尺度別に分析し、『個人的達成感』は、「管理者」「認定講習を受けている者」に得点が低く、また『情緒的消耗感』と『脱人格化』は「常勤者」に高かったことを報告している。

④檜原ら<sup>15)</sup>は久保と田尾が改訂した5段階評価によるMBIを使用し、3つの下位尺度を従属変数としてt検定および一元配置分散分析を行っている。『個人的達成感』では「管理者の適切なアドバイスが受けられる」「利用者や家族とのコミュニケーションが円滑」「移動に対する負担がない」「報酬面に満足」している者が有意に得点が低く、また『脱人格化』では「管理者からの肯定的な評価が受けられない」「1人で判断することによる負担を感じている」において有意に高かったこと、また就業継続については「できるだけ続けたい」と考えている群は『情緒的消耗感』『脱人格化』の得点が最も低かったと報告している。

⑤Naruseら<sup>16)</sup>は久保と田尾が改訂した5段階評価によるMBIを使用して3つの下位尺度と時間的プレッシャーとの関連を分析した結果、『情緒的消耗感』と『脱人格化』の得点は、時間的プレッシャーを頻繁に感じる者に高かったことを報告している。

⑥柴田<sup>18)</sup>は5段階評価による久保の日本版バーンアウト尺度を使用し、3つの下位尺度別に分析を行っている。『情緒的消耗感』は、「常勤者」「職場内研修が充実していないと感じている者」「職場外研修の参加が3回未満の者」「職場外交流の無い者」「キャリアアップへの関心が無い者」に有意に高かったこと、『脱人格化』は、「短大卒以上」「職場内研修が充実していないと感じている者」「キャリアアップへの関心が無い者」に有意に高かったこと、また『個人的達成感』は、「准看護師の資格のない者」「職場外研修の参加が3回未満の者」「キャリアアップへの関心が無い者」に有意に低かったことを報告している。

### 3) 国外における文献の文献の動向

諸外国における文献をPubMed, CINAHLにより検索し、その結果を表9に示した(巻末)。

「home visiting nurse」における「burnout」研究は1件と少なく、これは日本における研究であった。一方「nurse」における「burnout」の研究は多く報告されており、特に2001年以降増加していた。「home visiting nurse」は、1986年から報告が見られているが、その後も顕著な増加はみられずに経過していた。「home visiting nurse」での文献件数が少なかったため、「専門性」、「困難感」、「職務継続」、「ストレス」による検索は行わなかった。

1986年～1990年は、訪問看護師の役割や定義、対象となる患者区分についての報告であった。1991年～1995年は、訪問看護やホスピスケア発展の経緯、在宅医療機関の連携、public health nurseの権限、ケアの内容などについて報告されていた。1996年～2000年には、末期の高齢者や精神疾患患者、HIV感染者、糖尿病による下肢の潰瘍、変形性関節症など、様々な疾患を対象とした研究がみられていた。また、母子をはじめとする家庭訪問の効果や意義に対する研究もみられるようになり、9件と比較的多く報告されていた。2011年以降も、継続して母子を対象とした研究がみられた。また、訪問看護師のwork engagementやtime pressureに関する研究もみられたが、訪問看護師自身を対象とした研究は少なかった。

### 4) 目的変数(バーンアウト)の定義と測定尺度の選択

バーンアウトを測定する尺度においては、稲岡<sup>27)</sup>による Pines のバーンアウト・インデックス (Burnout Index) 翻訳版や、諸井<sup>28)</sup>、横山<sup>29)</sup>、増子<sup>30)</sup>らがマズラック・バーンアウト測定尺度 (Maslach's Burnout Inventory : 以後 MBI とする) を翻訳している。また久保は 1994 年に MBI を翻訳後<sup>31)</sup>、2014 年には MBI を参考に新たに作成している<sup>32)</sup>。このようにこれまで複数のバーンアウト測定尺度が使用されてきたが、中には回答方法等を一部修正したものや因子的妥当性の検討が十分にされていないものもみられている。このような中で東口が翻訳した MBI-HSS (1998)<sup>33)</sup>、MBI-GS<sup>34)</sup><sup>35)</sup> は、現在 Mind Garden に登録され信頼性と妥当性が証明されている。MBI-HSS は看護師の患者に対する気持ちが含まれており、病院看護師を対象とした研究に近年よく使用されている。またその後翻訳された MBI-GS は 17 項目に短縮され、患者という言葉が使用されていないため、一般職に使用しやすい尺度となっている。本研究においても、訪問看護の対象は地域で生活する療養者であり患者ではないため、患者という表現を使用していない MBI-GS が適していると考え選択した。

よって本研究におけるバーンアウトの定義は、MBI-GS を作成した Maslach の “Burnout is a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment that can occur among individuals who do ‘people-work’ of some kind.” とし、これを日本語に翻訳した北岡 (東口) の定義、人を相手に働く過程において心的エネルギーを使い切ってしまう、相手に与えるものはもう何もないという情緒的な疲弊が生じ、クライアントに対して否定的で冷淡な態度をとるようになる、またクライアントに対する自己の仕事ぶりに否定的評価を下すようになる現象<sup>35)</sup>を参考にした。

## 5) 目的変数 (バーンアウト) の関連要因と影響要因

先行研究から明らかになった訪問看護師におけるバーンアウトへの関連要因

個人要因 : 「年齢」「准看護師資格の有無」

職場環境 : 「常勤者」「訪問件数」「労働時間」「責任の程度」「1人で判断することによる負担」「時間的プレッシャーの有無」「報酬への満足感」「移動に対する負担」

職場の人間関係 : 「上司・同僚のサポート」「職場内の情報共有」「管理者からの肯定的な評価」「管理者からの適切なアドバイス」

知識や技術に関すること : 「職場内・外への研修への参加」「キャリアアップへの関心」「コミュニケーション技術」

職場外 : 「他職種との連携」「職場外交流の有無」

訪問看護師におけるバーンアウトへの影響要因として、これまでに明らかになっているものはみられなかった。

## 6) バーンアウトへの影響因子とその対策 (看護師・訪問看護師)

個人要因においては、年齢が高い者に消耗感が高かったことが報告されている<sup>25)</sup>。訪問看護師の平均年齢はおおよそ 40 歳前後であり、看護師経験年数は平均 14~18 年、訪問看護経験年数は平均 3~7 年であった。経験年数から仕事が充実してくる時期とも考えられるが、同時に家庭においては妻、母親の役割を担っていることが考えられ、家庭環境による影響も少なくないことが考えられる。近年看護職におけるライフワークバランスの重要性が示される中、看護師を対象とした研究は増加している。訪問看護師においては病院看護師以上に影響があるとも考えられるため、今後調査を進めていくことが望まれる。

労働環境においては、訪問件数、労働時間等の労働条件が過密になるほど情緒的消耗感が高まりやすく、この状況が日常化しやすい常勤においてリスクが高いことが推測される。加えて訪問看護の業務特性と考えられる時間的プレッシャーや1人で判断することによる負担や責任を感じると、さらに、バーンアウトに陥りやすい状況となる。しかし、職場内の上司・同僚のサポートや研修が、緩和要因になることも複数示されていた。訪問看護師への質的調査から「1人で訪問してケアするという責任が求められる環境に意欲が出てやりがいを感じる体験」から、適切な評価により成長した自分を確認することは、自信や充実感を与えやりがいに繋がっていること、研修への参加は実践力の修得と自己の看護の振り返りとなっていることを示していた<sup>36)</sup>。このことから責任感はずしも負担感に繋がるものではなく「適切な評価」が上司・同僚の支援や研修等により行え、受け止めることができるのと個人的達成感を高めることに繋がると考えられる。その1つの方法として、カンファレンスやミーティング以外のインフォーマルコミュニケーションの重要性を報告しているものもある<sup>23)</sup>。インフォーマルコミュニケーションにおいて、同僚に話すことで「確信」を得て、「楽になり」<sup>23)</sup>、また継続意向が高くなること<sup>37)</sup>が報告されている。このように訪問看護師は、ケアの提供時以外にも職場内の人間関係、他職種との連携等においてもコミュニケーションが必要であり、個人のコミュニケーション能力との関連も少なくないことが推測される。

## 2. 本研究の影響要因分析のための説明変数の選択

先行研究を参考に訪問看護師のバーンアウトへの影響が考えられる下記の変数を選択した。

- 1) 基本属性：性別、年齢、生年月日、最終学歴、結婚の有無、子供の有無と末子の年齢、所有資格、看護経験年数、訪問看護経験年数、看護経験部署
- 2) 職場環境：雇用形態、職位、緊急対応の有無、研修体制、看護体制、移動方法とその負担感、人間関係
- 3) コミュニケーション能力
- 4) キャリアコミットメント<sup>19)</sup> (8項目)
- 5) 訪問看護の業務特性に関しては、訪問看護師を対象にしたインタビュー調査からその変数を検討した(第3章)。

## III. 結論

1. 訪問看護師における研究は、2000年以降、バーンアウト、専門性、コミュニケーション能力等に関するものが増加しているが、病院看護職を対象とした研究と比べると極めて少なく、今後充実させる必要がある。
2. 諸外国における、訪問看護師を対象とした研究は、ケアの内容や評価に関するものが多く、訪問看護師自身に注目した研究は極めて少なかった。
3. 国内における訪問看護師のバーンアウト研究は、2003年以降にみられているが、横断研究による関連要因分析が中心であった。また、バーンアウト尺度は一部修正したものを含めて複数あり、信頼性・妥当性が十分に検討されていないものもみられた。今後は、縦断研究を積み重ね、訪問看護師のバーンアウトへの影響要因を明らかにしていく必要がある。

## 第3章 訪問看護師が抱く困難感

### I. 研究目的

訪問看護は看護実践の場が療養者の家であることから、病院看護とは異なる場面に遭遇することも多いと考える。そこで、本研究では、訪問看護の業務特性からみた訪問看護師が抱く困難感を明らかにし、訪問看護師におけるバーンアウトへの説明変数を抽出することを目的とした。

### II. 研究方法

質的研究を報告するための統合基準 (COREQ) : 32 項目のチェックリスト<sup>38)</sup>を参考に以下の方法で実施した。

#### 1. 対象者

訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師 13 名とした。

また、非常勤者は週に 3 日以上勤務している者を対象とした。その理由として、勤務日数が少ない場合は固定した対象者、または、比較的安定した対象者へ訪問していることが考えられる。加えて報告書の作成や調整等は常勤者が実施していることがあり、通常の職務内容と異なることが推測されるため、週に 3 日以上勤務している者を対象とした。

#### 2. 対象者の選定

対象となる訪問看護師は、知人からの紹介、訪問看護ステーション管理者からの推薦、インタビュー実施者からの紹介により選定した。その際、訪問看護の経験年数や職位などが重ならないように留意した。

#### 3. 研究方法

半構造化インタビュー調査による質的研究

#### 4. 調査期間

2014 年 10 月～2015 年 3 月

#### 5. 調査方法

##### 1) 手続き

承諾の得られた訪問看護ステーションの管理者に候補者を選出してもらった。協力者本人宛に研究協力依頼書 (資料 1)、説明書 (資料 2)、同意書 (資料 3)、同意撤回書 (資料 4)、自記式質問紙 (資料 5) を事前に郵送し、インタビュー調査当日に再度確認を行った。

##### 2) データ収集

インタビューは、対象者と自身の 2 名で行い、他の人に内容が聞かれない場所 (訪問看護ステーションの面談室、店の個室) で実施した。

インタビューは、1 人 1 回とし、時間は 30 分から 60 分とした。インタビュー内容は、

対象者に承諾を得たうえでレコーダーに録音した。

## 6. 調査内容

自記式質問紙の内容は、性別、年齢、婚姻状況、子供の有無、勤務形態、職位、所有資格、看護師経験年数、訪問看護の経験年数の9項目である。

半構造化インタビューでは、訪問看護を選んだ理由、訪問看護の魅力（やりがい、仕事の意味や大切さ）、病院看護との違い、職業上感じるストレス（心身ともに疲れたと感じた時）、職務継続に必要だと思うこと、看護の質を高めるために必要だと思うことについて自由に語ってもらった（資料6）。

下線で示した項目は、バーンアウト測定尺度 MBI-GS の3つの下位尺度を参考に、疲弊感から心身ともに疲れたと感じた時、シニシズムから仕事の意味や大切さ、職務効力感からやりがいを抽出した。

さらに、本研究においては、調査内容から研究目的に沿って、困難な事象を分析対象とした。

## III. データの分析方法

インタビュー内容の逐語録を作成後、クレッペンドルフの内容分析を参考に、以下の手順で内容分析を行った。

1. 素データをまとまりのある文脈ごとに区分し、一文脈一単位として、データ番号をつけた
2. ここでは、調査内容から研究目的に沿って、困難な原因、困難な理由、困難な受け止めからなる困難な事象を視点として困難な状況を拾い出した
3. 困難な状況の中から困難な事象に焦点をあて分類し、困難感をカテゴリー化した

一連の分析は、2名の看護学研究者からのスーパーバイザーを受けて行い、カテゴリー化は個々で行った後に協議する作業を繰り返し、3名の一致率が高まるまで行った。

## IV. 倫理的配慮

訪問看護ステーションの管理者、または訪問看護師宛に調査を依頼した。その際、研究の趣旨を文書および口頭（電話）にて説明し、研究に対する理解を求めた。同意が得られた訪問看護師に対して、インタビュー開始前に再度研究の主旨と倫理的配慮、同意の有無について文書にて確認した。

倫理的配慮については、とくにデータはコード化されるため個人および施設が特定されないなどの匿名性を保証した。また、データは統計処理し、本研究の目的以外には使用しないこと、データの管理は暗証つきUSBで管理し、研究終了後、調査票はシュレッダーで処理し、USBはデータ消去を行うことを約束した。参加・中止は自由であり、参加の拒否や、同意後の中止による不利益は一切ないことを説明した。また、ヘルシンキ宣言および文部科学省の疫学研究に関する倫理的基本方針に基づき、最新の注意を払うことを約束し保証した。

なお、本研究は、国際医療福祉大学倫理委員会の審査を受け承認を得た（2014年8月、承認番号14-Ig-68）。



## V. 結果

### 1. 対象者の特性

訪問看護師 13 名は全て女性であり、年齢は 36 歳から 60 歳であり、平均年齢は 48.9 歳、訪問看護経験は 2 年から 17 年であり、平均経験年数は 9.8 年であった。表 10 に、その特性を示す。

表 10 対象者の特性

	性別	年齢	婚姻(子供) の有無	訪問経験 (年)	看護経験 (年)	勤務形態	職位	緊急対応 の有無
A	女	48	有(有)	12	21	常勤	管理者	有
B	女	47	有(有)	13	17	常勤	スタッフ	有
C	女	41	有(有)	5	18	非常勤	スタッフ	無
D	女	45	無(有)	13	16	常勤	スタッフ	有
E	女	52	有(有)	15	30	常勤	管理者	有
F	女	60	有(有)	14	28	常勤	主任	有
G	女	47	無(無)	17	29	常勤	スタッフ	有
H	女	36	無(無)	5	14	常勤	スタッフ	有
I	女	60	有(有)	4	35	常勤	管理者	無
J	女	59	無(無)	9	29	常勤	管理者	有
K	女	55	有(無)	8	22	常勤	管理者	有
L	女	49	有(有)	10	19	常勤	スタッフ	無
M	女	36	有(有)	2	16	常勤	主任	有

### 2. 訪問看護師が抱く困難感の特徴

「難しい」「怖い」「不安」「自信がない」「厳しい」「耐えられない」「つらい」「負担」「大変」「ストレス」等の言葉を困難な事象と捉えた。これらの用語を含む文脈は 122 であり、内容分析の結果、19 のサブカテゴリーから 7 つのカテゴリーに分類することができた (表 11)。

以後カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを『 』で表す。

1 つ目のカテゴリーである、【1. 単独訪問からくる困難さ】は、訪問看護時の対応に自信がもてないことや 1 人で訪問することへの不安、また、自己実践力 (観察・判断力) への不安や後悔などからくる、『1 人で訪問することの負担』であった。また、訪問という何う立場での看護実践への難しさと、病気だけでなく家族や家、生活までみることの大変さ、病院とは異なる環境の中で受け入れてもらえる看護ケアの実践、訪問終了後の利用者の身体状況の変化への不安など、『利用者との生活の中での看護の難しさ』であった。さらに、利用者の特徴に合わせたコミュニケーション方法や利用者からの批判的な言葉や訪問の拒否による、『利用者との関係性からくるストレス』など、3 つのサブカテゴリーから構成され

ていた。

2つ目のカテゴリーである、【2. 訪問看護の知識・技術不足からくる不安や困難さ】では、家族が見ている中での看護実践へのプレッシャーや家族からの厳しいチェックなど、『厳しい家族の評価』であった。そして、不得意な対象や疾患を担当すること、医療の進歩に対する知識不足への不安など、『訪問看護に必要な知識・技術への不安』、さらに、業務内での勉強会参加や企画が難しいなど、『勉強会に参加しづらい』など、3つのサブカテゴリーから構成されていた。

3つ目のカテゴリーである、【3. 職場の勤務体制からくる困難さ】は、24時間待機時の緊張感や行動が制限されるなど、『24時間対応の負担』であった。さらに、スタッフの個々の要望に十分こたえられないつらさやスタッフになかなか理解してもらえないなど、『上司のスタッフへの思いが伝えられないつらさ』であった。また、大変な利用者に1人で関わる負担や他者の評価が入りにくいなど、『職場の看護体制による負担』や、スタッフの人数が少なく利用者や他のスタッフへの影響が大きいことから、『休みがとりみくい』こととして、看護実践以外の管理等の業務など、『訪問看護実践以外での負担もある』であった。そして、訪問に行くため『地図を活用する力も必要』など、6つのサブカテゴリーから構成されていた。

4つ目のカテゴリーとして、【4. 身体的負担が大きいことの困難さ】は、体力的にハードで身体的つらさがあることや、天気に関係なく訪問する移動の大変さなどが挙げられていた。これらは年齢を重ねることでさらに感じやすくなること、さらに、季節・環境の変化による身体への負担など、『訪問看護による身体的負担が大きい』ことであった。

5つ目のカテゴリーとして、【5. 医師との連携への困難さ】は、医師との方向性のズレがストレスとなるなど、『医師との信頼関係構築の難しさ』であり、さらに、医師への連絡のタイミングや方法に関することなど、『医師への連絡に対する難しさ』の2つのサブカテゴリーから構成されていた。

6つ目のカテゴリーとして、【6. 職場の人間関係からくる困難感】は、女性社会での職場の人間関係を保つことの難しさや所長のスタッフへの配慮不足など、『スタッフ同士の協力がないと厳しい』こと、相談することでストレスを緩和していることや自分の思いをうまく伝えられないこと、勤務体制の違いから来る大変さなど、『相談できる場がないことのつらさ』の2つのサブカテゴリーから構成されていた。

7つ目のカテゴリーとして、【7. 家庭との両立の困難さ】は、緊急訪問は不規則で時間が読めないため家庭との調整が大変なことや保育園を確保しづらいこと、さらに、保育園からの呼び出しへの対応しながらの仕事は大変なことなど、『子どもの保育体制が取れないことからくる困難感』であった。また、家庭との両立の難しさや緊急訪問に対しての家族・周囲の理解と協力が必要など、『家族の理解と協力がないと継続は難しい』の2つのサブカテゴリーから構成されていた。

表 11. 訪問看護師が抱く困難感の内容分析

カテゴリ	サブカテゴリ	解釈	データ	番号	
単独訪問からくる困難さ	1人で訪問することの負担	訪問看護に自信がもてない	そうそう、それは本当に1カ月ぐらい、何か、すごい自信なくしちゃって、ほかの新規の利用者さんとこ行ったときも、何か私この対応でいいのかっていう自信が本当に一気になくなっていうときもあった。	168	
			多分私も自信がないはない。いつも自信満々ではないけど、やっぱり自信がちよっとない出来事とかある。	235	
			私5年もやってるけど、一番下っ端なんです。5年間ずっと下っ端なんです。自分の未熟感がずっとぬぐえないというか、たぶん、こういう分野で深めようとか、広げようと思えばいくらでも深められる分野っていうのもあると思うけど、もう少しでも補うとか難しい。	437	
			どんなところが未熟とってるか、ケースとして見る機会が少ないようなとか。難しいですね。何ですかね？何でそう思っているんだろう自分で、分かんないな。人と比べてっていうよりは、自分の中で感じてです。	438	
			自信がない。そこそこにはできてるんだとは思ってますけど。	439	
			自信を持ってっていうよりは、まだって思ってるでもいいんじゃないのっていうのは言われたりするけど、きっと、訪問看護の魅力の部分が実はもっとあって、もっとやれることがあるのに気づいてなくて、そこまでいけてないのかなとか、ほんやりそんなこと思ったりもする。	440	
			きっとそういう一面も、場面もあってということなのかなとか、関わりでこれでもいいのかなとか少しも思う瞬間があったりとか、そういうのが重なってとかそういうことなのかな。	441	
			みんな意外と自信がないっておっしゃる。病院、自分の友達でも病院経験がすごく豊富なのに、訪問看護興味はあるけど自信がないって。	599	
			興味はあるって方、多い、意外と。興味はあるけど自信がない。(600-3)	600	
			1人で訪問することの不安や怖さ	1人で訪問することの不安や怖さ	自己実践力(観察・判断力)への不安と後悔
	訪問入ってほんとに1人でできるかっていうのも、一人で見なくちゃという不安も大きかった(175-2)	175			
	最初は不安がありますよね。知らない疾患とかもあるし、分からないので。	493			
	一人で行く不安があります。	501			
	精神科の患者さんを見る人は、精神科の経験がないと怖いんですよね。今落ち着いているけれど、パニックになった時に以前暴力をふるったことがあるとか、薬をすごく飲みすぎちゃうとか怖さは確かにありますけどね。家ってどんなところなんだろうっていう違う怖さが出てくる。	629			
	設備も整っていないし、先生も近くにいないという意味では本当に心細かった。最初の頃は、この人が急変、今しちやたらどうしようとか。	633			
	その場である程度の結論とか対応を求められるので、採血、点滴してきなさい、もう自分が今できないと誰も代わってもらえない。そういうストレスのようなちょっと厳しい。(97-2)	097			
	在宅はまったくそういう判断材料がないので、顔色とか疲れたようとかそういうこととか判断する、そこが自信を持ってできるまでがですね。本当に、たまになんか怖いすけれど。	232			
	私がこういう判断をしちゃったから、もしかしたら具合が悪くなってしまったのかもと思うような出来事があった時に、そこで罪悪感というか、そこにさいなまれちゃう人が多いような気がします。	236			
	実際本当に看護師が見逃したからかもしれないし、そうじゃないかもしれないしそれは分からないけど、それですごく辛くなっちゃう人とかいたかな。	237			
	利用者の生活の中での看護の難しさ	訪問という何う立場での看護実践への難しさ	病気のほか家族や家、生活まで幅広くみる大変さ	自分で判断できないといけない、ある程度。自分が判断できない、不安をいつもいつも感じちゃう人だと、なかなか難しい。続けていくには難しいと思う。	531
				後悔ばかりですけど、十分にできたという事例はあまりないのかもしれない。	285
				1例、悔いの残った例があって、もうちょっと私が観察できればこの人もうちょっと生きれたかなとか、こんなに早く逝かなかったんじゃないかなとか思う例があった。	286
				訪問看護師の役割というのがそもそも分からない状況で入ってしまったので、どういことが家でできるのだろうかと考えた時には不安はあった。	611
				ある程度病院で急変時の看護とかを学んでいないと在宅では難しい。事務所に戻ってきて他の人にすぐに聞けるかっていうと、みんなも訪問に出てしまっているのですから聞けない。	634
				自分に自信がない分学んできたからこそ、在宅で少しはできてると思ってる。在宅看護という勉強はしなくても急変時だったり、症状が現れた時にこうすればいいんだよとか、この疾患だったらこういう症状があるって本当に代表的な疾患だけでもいい。	638
				行ってアウェイな感じで、それでもう何かちっちゃくなって。その家のやり方に合わせてやらなくちゃいいうところが、やっぱり一番、最初は氣遣った。	175
				家族というか、その家に入るってことなので、病院の立場がちよっと違くなりますよね。伺わせていただく立場になるので、そういうのがうまく自分に接することができるかどうか。(600-2)	600
				私は感じましたね。ええ！ってそこまで考えてやるんだって、幅広く家族の生活から、病棟はその患者さんだけ、病棟だけ、その場だけ、見るじゃないですか、だからもっと生活も家も家族も見て、なおかつ、その人の疾患とか体の状況は見つ見るので。そこまで見るのっていうのが最初、衝撃でした。	125
				一方的な指導ではなく歩みよることや寄り添うこととの関わりが必要	603
	それをしてあげるといいう気持ちが強かった。在宅はインフォームドコンセントがすごく大事なところだけど、そこをやってきていなかったから、たぶん上から目線でやっていたと思うから、病院でもできているつもりだった、家族との関わりとか。でも今考えると上から目線で色々やっていた。病院だから許されても家ではそれはダメなんだというはすごくジレンマ的にわかった。	377			
訪問終了後の利用者の状態に不安を感じる	315				
病院だと誰かから自分が帰ったあとにきてくれるので、安心っていうのもあるけど、それ以外の時にどうしてるかっていうのが、最初のうちは不安でした。	495				
病院とは異なるケア環境	457				

単独訪問からくる困難さ	利用者との関係性からくるストレス	新規訪問の方や相性が合わない方に対するストレス	苦手なケースとか過緊張するとか、新規の方はやっぱり前日に胃が痛くなることは今でもある。	110
		ケースに合わせたコミュニケーション技術が必要	人間なので相性もあるのかと思うんですけど、罵声とか理不尽な、それはストレスになりましたね。	588
		頼りにされても、うまくできなかったことへのつらさ	患者さんの精神的なっていうか、もともとの性格っていうのもあると思いますし、家という自分のテリトリーの中で、言葉に表現していることがその人のやりたいことだったり要望だったり表現しているのかなと思いきや、実は違うところにあるのがうまく見えなく、後になってそういうことかなとか、あと、ちょっと距離を置いてみて、もうちょっと違う関わりができれば良かったのかなかと思いいながら、ちょっとうまくいかなかった。	424
		利用者から繰り返される批判的な言葉には、強いストレスを感じる	困った経験。あったな。自分の技術的な面も反映してるかとは思いますが、振り回されてしまうときとか。(424-2)	424
		利用者からの拒否はショックが大きく引きずってしまう	利用者さんとうまくやれない、いつも緊張してコミュニケーションが取れない人はなかなか難しい。	532
		ターミナルケア実践の難しさ	人間対人間のつき合いというか、いろんな家庭でいろんな家族構成、家族関係があつて大変。	604
		家族が見ている中で の看護実践のストレス(プレッシャー)	他のステーションも、どこもかしこもだめだったりするんですよね。それでうちに来て、それでもだめだというの、それもちょっと言いたくないような気もするし、〇〇さんだから頼みに来たのよ的なことを言われるとすごいプレッシャーに感じて、なんとかしてあげたいというふう思うけど、結局、自分もだめだった。	519
		家族からの評価が 厳しい	自分だったらできると思ったのに、できなかったっていう、そのつらさみたいな、うまく言えないんですけど。	520
		家族からの評価が 厳しい	どうとう訪問ができなくなっちゃった人がいまして、どの人も精神的に病んでたと思うんですけど、私がそれを十分に受け止められなくて。やっぱり私も、人間なので、いくら自分はそのなつもりがなくて言ったとしても、あなたは看護師のくせにそんなこともできないのとか、そういうふう何回も何回も言われたりすることで、そういうことを言われすぎて耐えられなくなった時に、ちょっと、もう辞めたいって思ったかな。	515
		家族からの評価が 厳しい	この間も一件、認知症がある方で移行期だった、認知症が悪くなるだったと思うんですけど、私のことをすごく、何もしてくれない、なんだかんだと行ってたけど、ちょっと具合が悪くなった時に何か援助したら、それからもうずっと来てくれなくて今度なっちゃって、それもまたストレスで、結局、その方はちょっと認知症がひどくなったので、救急に行ったりすることが多くなって、結局は入所した。なんですけど、本当に病状が悪くてそう言っているのか、本当に悪口なのか、そういうことに耐えられなくなるときがある。あんまりそういう言葉を発せられると、耐えられなくなるときがある。	516
訪問看護の知識・技術不足からくる不安や困難さ	訪問看護に必要な知識・技術への不安	幅広に対応できる知識や訪問技術への不安	落ち込みます。ずっと受け入れられてたと思ったら、いきなり切られたこともあって、それはちょっと引きずってます。	167
		幅広に対応できる知識や訪問技術への不安	さっきの話のこともかなり引きずってます。ました。過去形です。2年とか。引きずりすぎですよ	428
		幅広に対応できる知識や訪問技術への不安	わりと私、すんなりとコミュニケーションは入っていきんですけど、すごいこだわりのある、この人じゃなきゃだめっていうある人の所に、いつも行ってるパートさんが休んだときに私が行くと、すごく嫌な顔される。それ、つらいです。	466
		幅広に対応できる知識や訪問技術への不安	だからおうちにいる期間が長ければ長いほど、やっぱりその死の受容という経過もね、一緒に歩いていければともやっぱりそのこっちは辛くなったり、うまく対応できなくなったりということもある。	062
		幅広に対応できる知識や訪問技術への不安	仕事に対して、在宅のほうがついんじゃないかなと。病棟だと処置しますから出てくさいってパッとご家族出られる。じーっとあの人は上手、あの人は下手ってこうね、もう。ばっかりなんで、すごいシビアだなとは思います。	097
		幅広に対応できる知識や訪問技術への不安	最初が有料だったので、12年の経験で自信のあった部分はばつさり切られまくった感じだった。私がやりかけた、培ってきたものを活かそうと思ってきたところを、でもそこは本当に医療技術だけのところ、家族の人たちにばさばさ切られて。なんでと思うことはいっぱいあった。	375
		幅広に対応できる知識や訪問技術への不安	有料で行っていた時には、私が入った会社はどこともやってくれるようなところがないような方が多かった。呼吸器でALSで全然動けない人のところとか、だから家族も疲れ切って、何年も見てるから家族もビビリして、医療処置でも厳しかったりということもあった。	376
		幅広に対応できる知識や訪問技術への不安	結構つらい時、つらいついていうかな、つらいのは、自分が分からないってことが一番つらかった。	561
		幅広に対応できる知識や訪問技術への不安	あとはいろんな科。自分が今消化器だったら消化器だけでいいんだけど、全科に関して知らなきゃいけないんじゃないかとそういうので不安を持つ。	600
		勉強会に参加しづらい	勉強会に参加しづらい	幅広に対応できる知識や訪問技術への不安
幅広に対応できる知識や訪問技術への不安	その人はステーションに研修に行ってもらって、ちょっとお金ももらいながら研修に行ってもらった。ただ、不安はあったと思います。最初の始まりは神経難病の方が多かったの。自分の専門じゃなかったがんの方とか、今でもあまり得意とはしていません。			491
幅広に対応できる知識や訪問技術への不安	それ以外の患者さんに対しては、そんなに得意ともいかなかったの、その辺は教えてもらいながら。そういうことをやったスタッフが入ってきたときにやったりとか。小児の経験もあまりないので、結構紹介があるとちょっと。			492
幅広に対応できる知識や訪問技術への不安	6年ぐらいは家で専業主婦だったので、本当に医療って日進月歩というか、どんどん進んで、まず褥瘡の処置のしかたが変わってましたね。あと薬もどんどん新しいものが出ていたの、ドレッシング剤とかそういうものの使い方、褥瘡の理解と処置っていうか、その時の病状に合わせた対応のしかたっていうのが、自分が現役で臨床で働いていた時に比べるとずいぶん違っていたので、それに勉強して追いつくのが大変でした。			576
幅広に対応できる知識や訪問技術への不安	インシュリンとかも、いろんなものが出てきてる、そういうことに対応できるような、勉強会とか、自主的になんだけれども。自主的になると結局、休みの土・日に行かなくちゃいけないとか、自費で行くとか、そういう感じ出ると、まあ、そこまでしてって思っちゃうので、やっぱりこう、ちょっとした勉強会とかもあると、自分たちでやると準備が大変なんだけれど、まあ、これに行つてとか。			211
幅広に対応できる知識や訪問技術への不安	最初の頃はとにかくもう怖い。知らない病気は山ほどあるしと思ったけれど、そのたびに勉強していくしかないなと。			240
幅広に対応できる知識や訪問技術への不安	自分の知識がないとやっぱ怖くていけないから、その業務内で勉強に行けるっていうのが欲しいですね。業務外だといくらでもあるんですけど、やっぱ時間取れないです。家のこともね。			255
幅広に対応できる知識や訪問技術への不安	そういうところはきつくて続かない。24時間待機だつてそうで、いつかかってくると思いがながら電話がジリリンと、鳴るわけです。かかっても、なんかその緊張感持ちながらもう過ごしたりとか。			104
幅広に対応できる知識や訪問技術への不安	3年5年とかまあ5年くらい過ぎてからだと、これ行かなくていいなという場面も判断できるようになるから、そうするとビビリ加減が変わってくる気がします。未だにももちろんお酒とか飲めないし、外出もね遠くに行けないとか、子供が調子悪いときに抜けなきゃ(離れない)いけないとかそういうときにはすごく負担になります。			239
24時間対応の負担	24時間対応の負担			幅広に対応できる知識や訪問技術への不安
		幅広に対応できる知識や訪問技術への不安	大きいステーションでは1人で対応しなくてもいいけど、規模の小さいステーションだとスタッフ確保のためにどんな人でも入れるから、携帯を持ってないとか、夜出れないとか、ほんとに簡易的な仕事をして、自分で24時間1人でやるっていうそういう大変さはあった。	404
		幅広に対応できる知識や訪問技術への不安	夜中、土曜日の朝とかに3人看取りをしたことがある。夜中から、帰ってきては呼ばれ、帰ってきては呼ばれ、なんだけど。	400
		幅広に対応できる知識や訪問技術への不安		

職場の勤務体制からくる困難感	上司のスタッフへの思いが伝えられないつらさ	個々のスタッフの要望に十分応えられないつらさ	今は意外とスタッフが自分の状況、家庭の状況とかも、いろいろ言ってきたりする。スタッフが思ってることを一人ひとりのスタッフのことを十分に全員のことをしてあげられない要望ってある。そういうときはちょっとストレスで悩めます。胃が痛くなります。なんとかしてあげたいって、それがどうしてもかなわないってなった時に申し訳ないとも思うし、でもそこは譲れないのよって。でもあなたのことをすごく思ってるのよと伝えたいけど伝えられないこともあるので、それで去っていく人もいるから、そういうときはすごくつらい。	568
			入ってくれたスタッフが辞めるっていうのは、一番つらいですね。でもいろんな環境もあるので、その場その場で頑張ってくれればって思って、元気にやってくれればって思ってます。	570
		スタッフに理解してもらえないつらさ	会社側として働きやすい環境を作るっていう部分と、実際にいるスタッフにはそこまで理解できないっていう部分ですごく悩んだりもしますが、でも、そうやって変えてかないと来てもらえる人も来てもらえないっていう。今回もちょっとそういう場面があって、すごく悩みました。	566
	職場の看護体制による負担	受け持ち制は他者評価が入りづらい	なかなか難しい。ある程度訪問看護をやっているスタッフって、経験もある。わりともうベテランになっちゃってるんですよ、看護師さんて。で、その中で一人で行く訪問のお仕事なので、他の人の評価というのがなかなか入りにくいですよ。なのでなんとかが自己満足になっちゃっていることってすごく危ない。	051
			看護師が辞めないでっていうそういうストレスを、そうですね。一人の受け持ち制っていうのは、私は良くないと思う。計画書書いてるし、主担当はいても二人、最低二人かまあ三人ぐらいで入って、客観的に自分を評価してもらえる自分の看護と自分の判断を人から評価してもらえるような、環境になるべくしていくほうがいいのかなどは思うので一人受け持ち制は私は反対なんです。	120
		大変なケースの受け持ち重複の負担	大変なケースはやっぱり経験のある看護師に任せるというふうになってしまうのですが、そうするといちどきにターミナルの患者さんが重なったりとかすると、そのベテランのナースに何例もいっちゃうのはまずい。	043
		大変な利用者1人で関わるのはストレス	要求がすごい大変な人とかに自分だけ入るっていうのはちょっとストレスがたまる。	590
	休みがとりづらい	利用者や他のスタッフへの影響が大きく休みがとりづらい	予定が組まれているので、自分がその日に休んだらこの5人なら5人の患者さんどうするんだろう？ということがある。それを振られる方も大変だし、振る自分も嫌だしみたいところがあります。インフルエンザで休んじゃったとかで、一人ずつの負担は大きいです。	625
			一人は精神科の研修を受けている人だから、精神科は持てるけどパート。もう一人は今お休みに入っちゃって、今はその二人でお願い。まだ動き出したばかりなのもあるけど、今後はちょっと厳しくなるかなというのは正直ありますね。今私が病気で休んでしまったら、誰も行けないという事態になってしまう。	628
			ここは特に朝電話1本で休んでますから。その補充を全部私が行くんです。なんで、すごい負担になってる。だからパートさんが二人休んだらすると、1日7件とか行きます。	464
休みがとれないときつい		働く環境や経済的な部分、お給料とかも含めてですけど、まずはお休みが一番ですか。お休みできないと、やっぱりみんなちょっときついですよね。	556	
訪問看護実践以外の負担もある	看護以外の管理等の業務が大変	大変だと思ったのは管理の仕事で、患者に呼び出されることではなかった。(404-2)	404	
		管理業務は苦手と、それが一番負担です。本部に電話かけて聞きながらパソコンで操作しながら、いちいち聞きながらやっています。	476	
		本当に何も分からなかったの、お客さまに何か迷惑がかかるんじゃないかっていう部分では、最初ちょっとどうしようかなって不安がありました。自分が分からないとこでお客さまに迷惑をかけないかなとか。請求の部分で何か間違えてないだろうかと、そういう部分ですかね。	551	
	物品が不十分	8年だけど、振り返ったら8年っていう感じで、自分の中では本当にまだ2、3年みたいな感じ。ただ年ほどどん取っていくので、最初は現場にずっと出たし。今ももちろん出たりもしますがね。でも、皆さんとは違う自分になってきます。ここ何年まではずっと現場に入ってたんです。スタッフが辞めたり入れ替わりがあったりとかすると、特に大変な時期は朝から晩まで管理しながら。現場に行きながら管理もしてたから、本当に大変でした。	563	
地図を活用する力も必要	方向音痴でたどり着けないのは困る	おつきい企業っていう会社だったんでいろいろ準備するものは、自分で用意しなくちゃいけなかったから、その辺ちょっと、働く前の準備っていうのは大変だった。血圧計から体温計から、全部自分で準備しなくちゃいけなかった。	153	
身体的負担が大きいことの困難さ	訪問看護による身体的負担が大きい	体力的にハードで身体的なつらさがある	一人、二人ぐらいいつかな、方向が分からなくなっちゃう人がいて、最初の頃3か月ぐらいうちやもらって、なかなか帰って来れなかったり大変だった。そういう人はちょっと困る。	530
			今後体力的にね、結構体力もハードだとは思ってるところからそこが厳しくなってきたら施設とか、そういう所に変えざるをえないのかなとか、ケアマネするのかなとか、それは思ってます。	099
			体力面、気力もいるけど、体力もタフじゃないとちょっと厳しい。	100
		職場がどうかっていうことではなくて、家庭のこととか体がきつくなったりとかいろんなことで、辞めたいと思ったことはあります。	338	
		でも体がだんだん言うときかなくなってきた(561-2)	561	
	移動の大変や季節・環境の変化による身体的負担		外で汗かいてまた風呂で汗かいて、結構、熱中症もどきみたい夏場になったこともありますから、それ考えると出勤しなくても室内にいて夕方帰るっていう部分だけを見てもきついです。	102
			自転車は、結構みんな遠くても平気っていう子いるのだけど、でもやっぱり、車で午後4軒回ったりとかするときに、自転車で4軒回ると次の日の疲れや、帰ってから全然違うので、そこはどうにかできないかなと常に思っています。	185
			全然知らなかった。1人で行くんだとか、この辺だったら自転車乗って周囲を雨の日も風の日もってというのが、入ってみてびっくりした。	280
			実際現場に行って、実際に四季を感じながら外に出ていくこととか、体がすごく最初はいっていくのは大変だった。気温を肌で感じるし、移動はアップダウンがあるし、こんなに体力がないんだ私みたいな感じで。	374
		健康な人じゃないといけな。雨の日もカッパ着て行かなくちゃいけない時もあるし、普通の病院で働いてるよりちょっと体力的に。すぐ風邪をひいちゃったりとかそういう人は、なかなか訪問看護を続けていくのが難しい。	529	
	気持ちの切り替えができないときつい	言われてもさっさと流せるし、また次こんにちはって行ける人と、もうああ言われたら自分のせいだもつこうやってあげたらこうならなかったんじゃないかって思う方はきつくなってくる。(100-2)	100	

医師との連携への困難さ	医師との信頼関係構築の難しさ	医師との方向性のズレがストレスとなる	先生と意見が合わない時ですね。看護師はやっぱり患者さんよりじゃないですか。患者さんがこうだからこうしたいっていうのを分かった時に、まあ病気のこととかいろいろな要素を加味してそれを優先した方がいいなって思うことを先生に理解してもらいたいのに、理解してもらえない時、本当はチームナーシングなので医者も看護師も同じ目標に向かっていかないといけないところでずれが生じちゃうとやっぱり信頼関係が崩れますよね。	036
			先生に対する信頼がずれてもまずいし、看護師に対する信頼関係が崩れてもまずいので、そこはなんかもう、すごいストレス。結局は看護師が折れるというか先生がまあ、理解してもらえないんだしたら、先生の方針を患者さんに納得してもらえるような展開になっていくじゃないですか看護師の立場として、そういう時はやっぱりストレスですね。	037
			自分がいろんな経験を積むにつれてなんとなくこうその患者さんがこうしたいというのと先生の考えとのずれがよく分かるようになっていって、先生の方針に従うのが当たり前でしよと言われれば、まあそうかもしれないんですけどね、なんかちょっと違うようになっていこうがね、どうしても譲れない部分とかあったりすると先生とも関係が悪くなりますからね、それはやっぱりストレスですね。	039
	医師への連絡に対する難しさ	医師への連絡の判断や方法、タイミングへの不安	今でも不安は不安ですけど、ただその頃は、まだ先生との関係もそんなに、どういふうに先生に連絡していかとか、そういうのもちよっとまだ最初で分からなかった。	316
			こういう状態の時はまずは先生に連絡をとって、先生に行っていたとか先生の指示を仰ぐとかそういうのが分からずに不安だった。	318
			主治医とか、あと病院。大きい病院だと全然うまく関われなくて。病院でなにかあったら来てって、何かあったら来てというのが、大変だと思ってる。	247
先生とのやりとりがストレスとなることもある。	256			
職場の人間関係からくる困難感	スタッフ同士の協力が無いと厳しい	女性社会での職場の人間関係を保つことの難しさ	女性の職場では、男子も入るけど、基本女性の職場だから、感情的な面もある。(199-2)	199
			1回入ろうとした人がいたけども、でもちよっと見学に来てたときとか、所長としゃべった感じが何か違和感があった。カンファのときにその見学の方がいて、何か結構こう、うなづいたり積極的だと思ったけれども、何となくちよっと冷たい感じというか、うちの雰囲気には合わないっていうことで、うちらスタッフが、あの人だめ、だめ、うちに合わないって所長に言ってる。所長はOK出してたんだけど。。でも確かに女子の世界ではね、あんまり孤立しちゃってうまくいかないしねえ、難しいね。	216
			女性ばかりのスタッフなので、スタッフの中でこの行き違いとかコミュニケーションの取りづらさとかそういうことではちよっと辛いと思うことはある。	291
	相談できる場が無いとつらい	所長のスタッフへの配慮不足	一言でこう、今日頑張ろうって思える日もあるわけで。そういう心の広さもあると職場変わるのかなって思うし、つらくてもね。今日大変になっちゃったけどって、そういう一言があるだけで、頑張ろうって思うところも感じたりする。でもそこを求めて言うのは難しいじゃないですか、所長にね。	199
			ストレスを感じることでとか息詰まってることをか、相談したりディスカッションしながらやれないとつらい。	122
			他の人もおんなじように思ってるし、大変なんだよっていうの言ってる。ああ、まあそうだな、あの人も大変なこと行ってるなと思いつつ、ストレスをこまぎらわすと言うか。自分の大変さをまぎらわすというか。	162
	ストレスが多い人もいるので、そういう人についての話がよく出てくるんですけど。あんまりいろんなことを言い合ってもいけないんですけど、でも言い合えないとちよっと処理できないこともある。	506		
	自分の思いをうまく伝えられない	なかなか言うっていうのも、難しいですね。何か、愚痴みたいになっちゃう、自分の、うん。	204	
	勤務体制の違い	前の職場で人間関係について、パートと常勤の仲なんで。システムのところなんですけど、訪問の体制とか、そういうところでちよっと悩んでた。	149	
	家庭との両立の困難さ	子どもの保育体制が取れないことからくる困難感	緊急訪問は不規則で時間が読めないため家庭(子供の世話)との調整が大変	朝6時半ぐらいになって、行かないといけない時は泣きそうです。子ども起こさないといけない、ご飯。で、学校行かないといけないとか。
大変だと思います。小さいお子さんが、小さい時やってた時なんか本当、ママ、行かないでって玄関先で泣かれたりとか、やっぱり見てくれる家族っていうか、両親とかご主人の理解がないとたぶん待機自体できないですよ、小さいお子さんがいると。				107
子供が熱出したりすると、泣きたくなる時もありましたけど。				259
まだ全然時計も読めない。でも一応この長い針がここになったら戻ってくるからとか言ってる、そういうのをみると何やってるのかなって子供をほおっておいて。。それが急に預けられる、ねえ親、そんな時私親とたぶん同居していたんですけど、それでも仕事に行っていたらいいじゃないですか。				261
家庭と両立すると、子供の参観とか行かないやとか色々ある。24時間がねー。今は4人いるからいいけど、2人でやっている時はもう、涙出ました。また回ってきたみたい。				268
おんぶしていったとかね、よく他のステーションでは聞きます。子供が小さくて、夜呼ばれて子供おぶっていきましてっていうことも聞きました。小さい子供いたら大変。				297
保育園を確保するため		2年ぐらい働いたんですけど妊娠して、パートだったから閉鎖するにあたり職がなくなるから、子どもが入れたんだけど職がないと保育園を出されちゃうので、慌てて。だから3番目生まれて3カ月で、保育園、別なところ預けて就労しないと、2番目がせっかく入れた保育園、退園しないといけないから、それちよっと状況が危機的な感じだった。	142	
		子ども3カ月で預けても、何かもう熱も出してって、最初の半年、1年ぐらいは、ほんとに、お呼出がかりながら休みながらの仕事だったから、ほんとに何か慣れるっていうよりも、早く終わらせなくちゃってっていうその精いっぱいさのほうが全然大きくなって。	178	
		保育園から呼び出しもあるの、仕事も、これをここまでやんなくちゃいけないっていうのがあったりすると、もう、何せ迷惑をかけないようにっていう焦りもあって。	179	
		常勤だと9時6時ってところで、まだちよっとか難しいかな、自分の中ではちよっと家庭と仕事両立は。	152	
家族の理解と協力が無いと継続は難しい	緊急訪問に対しての家族・周囲の理解と協力が必要	1番大変だったことは、デート中に携帯で呼ばれること。食事をしていても行かないといけない、その度に「行くの？」と言われながら、ごめんさいって、それが1番大変だった。	401	
		私は行かないやって普通に思うけど、一般の人にはそうじゃない。私はそれがしたかったと思って行く、そが1番大変だったかな。	402	
		この先ずっと続けられるかっていうと、、24時間365日を謳っているから誰かしらは夜間に出たりとか、土日とか夜間での呼び出しがかかってきたりとか、私は仕事だし割り切ってるって思っているけれど、家族にも負担がかかってしまう。	623	
		病棟勤務の時にも夜勤の時も子供が泣いている中で出てこないといけないとかあったけど、今も夜、寝ている間にちよっと出てというのはいくらもあるんで、いろんな人の支えがないと訪問看護という仕事は難しい。	624	

## VI. 考察

### 1. 個人要因からみた訪問看護師が抱く困難感の特徴

個人要因としては、【4. 身体的負担が大きいことの困難さ】に含まれる年齢と、【7. 家庭との両立の困難さ】の中で挙げられていた。年齢において梅原らは、若いものほど情緒的消耗感が高かったこと、また、個人的達成感は低く、バーンアウトしやすいことを報告している<sup>25)</sup>。このことから、年齢が訪問看護師の心身に与える影響は少なくないことが考えられる。要因としては、発達課題による社会経験や家庭での役割、看護経験の長さなどの相違が考えられるが、これらの観点から、訪問看護師を対象とした研究は少なく、一概に比較することはできない。しかし、訪問看護師は病院経験者が多く年齢は30～50歳代が多いことから<sup>39)</sup>、子育て中の者も多いことが推測される。そのため子育てとの両立の大変さや24時間対応時は家族への影響も少なくないことから、家族の理解や協力といったワークライフバランスの視点も重要と考える。

### 2. 職場環境からみた訪問看護師が抱く困難感の特徴

松山は訪問看護婦のストレスは利用者・家族との葛藤に関することが最も多く、患者・看護者関係が医療施設におけるものとの違いを実感していると報告している<sup>40)</sup>。このことから、訪問看護師は、【1. 単独訪問からくる困難さ】における『利用者との関係性からくるストレス』を抱えやすいことが考えられる。また、『1人で訪問することの負担』についても、松山は、病室では相談できたが、一人で訪問するので判断が、自分にかかってくるといった訪問看護特有の状況が、医療施設において、チームで働いてきた看護婦にとってストレスになっていると報告している。このように、病院での看護経験があっても、病院看護とは異なる環境での看護実践である、『利用者の生活の中での看護の難しさ』などに、戸惑いや困難感を感じることは多く、【2. 訪問看護の知識・技術不足からくる不安や困難さ】にも繋がっていることが考えられる。

【3. 職場の勤務体制からくる困難さ】では、24時間対応や看護以外の業務の負担といった病院看護とは異なる仕事内容によるものが挙げられていた。また【4. 身体的負担が大きいことの困難さ】において、檜原らは、移動による負担感を感じている群は、負担を感じていない群に比べて、個人的達成感が有意に低かったことを報告している<sup>15)</sup>。年齢が高くなるにしたがって、移動などによる身体的負担から疲弊感が増大すると、バーンアウトのリスクとなることが考えられる。

【5. 医師との連携の困難さ】においては、梅原ら<sup>25)</sup>が、他職種との連携が情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感に関連していたことを報告している。本研究においては、多職種の中でも医師との連携におけるものが抽出された。これは、訪問看護が医療に関わること、医師の指示書をもとに訪問看護が実施できることから、医師の存在の大きさが影響していることが考えられる。しかし、今後は地域包括ケアシステムの構築にあたっては、医師以外の多職種との連携が、さらに、活発化されることが予測されることから、多職種という視点でみていく必要があると考える。

管理者とスタッフの関係性を含む、【6. 職場の人間関係からくる困難感】は、檜原ら<sup>15)</sup>は、管理者のアドバイス・肯定的な評価が受けられる群は受けられない群に比べて脱人格化が有意に低かったこと、さらに、梅原ら<sup>25)</sup>は、職場内の情報共有が情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感に関連していたことを報告している。訪問看護は実践の場では単独であるからこそ、職場内での情報共有や関わりが重要になってくることが考えられる。今

後は、職場環境に関するより具体的な内容の調査を行うことで、実践に活用することが望まれる。

以下表 12 に訪問看護師が抱く困難感の内容分析から、バーンアウトの説明変数として抽出した項目を示す。

表 12. 訪問看護師の困難感の内容分析から抽出したバーンアウトの説明変数

カテゴリー	質問項目(説明変数)
<b>【1. 単独訪問からくる困難さ】</b> 『1人で訪問することの負担』  『利用者者の生活の中での看護の難しさ』 『利用者との関係性からくるストレス』	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の看護に自信を持っている</li> <li>・1人で行う医療処置に対して、不安を感じることもある</li> <li>・単独での訪問には、責任を強く感じる</li> <li>・利用者(家族)の生活に合った支援方法を考え実践している</li> <li>・利用者・家族の多様な価値観に対応できていると思う</li> <li>・利用者・家族との信頼関係は構築できていると思う</li> <li>・利用者(家族)と適当な距離感を保っている</li> <li>・ターミナルへの訪問看護には負担を感じる</li> </ul>
<b>【2. 訪問看護の知識・技術不足からくる不安や困難さ】</b> 『訪問看護に必要な知識・技術への不安』	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1人で訪問しても利用者に対応できる知識と技術を備えている</li> <li>・社会資源や制度について適時情報提供し利用することができる</li> <li>・職場内の研修体制に満足している</li> </ul>
<b>【3. 職場の勤務体制からくる困難さ】</b> 『24時間対応の負担』 『上司のスタッフへの思いが伝えられないつらさ』 『訪問看護実践以外での負担もある』 『職場の看護体制による負担』	<ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間対応の有無と回数</li> <li>・職位</li> <li>・超過勤務時間</li> <li>・職場の看護体制</li> <li>・休みはとりやすい職場である</li> <li>・急な休み(体調不良、介護)にも対応できる体制が整っている</li> </ul>
<b>【4. 身体的負担が大きいことの困難さ】</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年齢</li> <li>・訪問時の移動手段と負担感</li> </ul>
<b>【5. 医師との連携への困難さ】</b> 『医師との信頼関係構築の難しさ』	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師とは良好な関係を保っている</li> </ul>
<b>【6. 職場の人間関係からくる困難感】</b> 『相談できる場がないとつらい』	<ul style="list-style-type: none"> <li>・困った時には自分から相談している</li> <li>・職場内で尊敬できる人、相談できる相手の有無</li> </ul>
<b>【7. 家庭との両立の困難さ】</b> 『家族の理解と協力がないと継続は難しい』	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子供の有無と年齢</li> <li>・私生活と仕事の両立ができている</li> <li>・私生活の満足感</li> <li>・私生活と仕事を両立するための協力が家族から得られている</li> </ul>



## 第4章 訪問看護の業務特性がバーンアウトに与える影響要因

### I. 研究の枠組み

#### 1. 説明変数の選択

研究1の訪問看護師を対象としたインタビューの内容分析において、抽出された項目から説明変数を作成した。さらに、先行文献、ブレインストーミング、研究者の体験から説明変数を選択した。

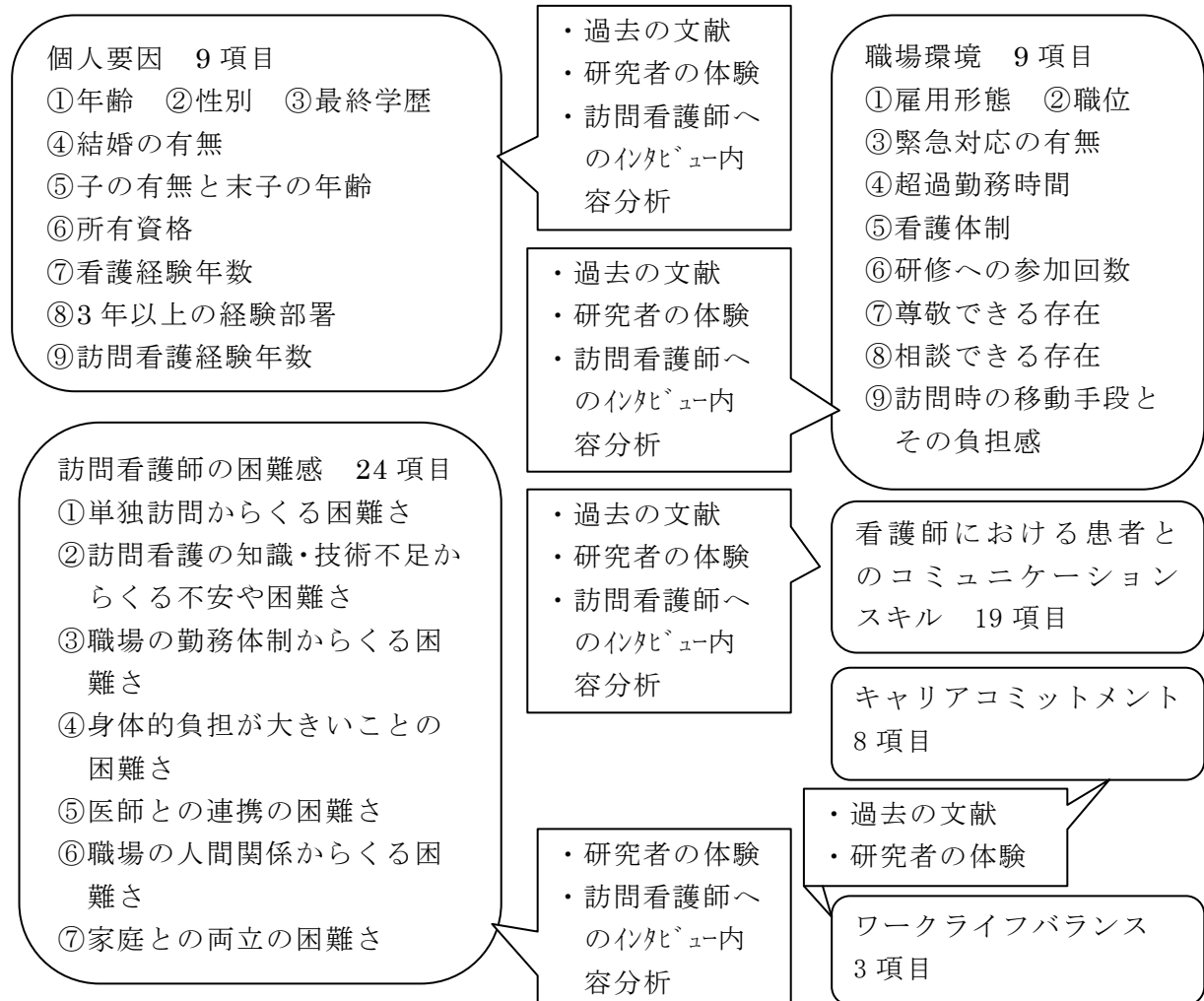


図1 説明変数の選択

#### 2. 本研究の枠組み

本研究は、訪問看護師におけるバーンアウトへの影響要因を検証するために、6ヵ月間の前向きコホートの手法を用いて縦断研究を行った。バーンアウトへの影響要因は、訪問看護師へのインタビュー内容から選択された変数、先行研究に関する文献検討、ブレインストーミング、研究者の体験による概念枠組みである。

##### 1) 個人要因 (9項目)

年齢、性別、最終学歴、結婚の有無、子の有無と末子の年齢、所有資格、看護経験年数、3年以上の経験部署、訪問看護経験年数

## 2) 職場環境 (9 項目)

雇用形態, 職位, 緊急対応の有無, 超過勤務時間, 看護体制, 研修への参加日数, 尊敬できる存在, 相談できる存在, 訪問時の移動手段とその負担感

## 3) コミュニケーション能力

看護師における患者とのコミュニケーションスキル (19 項目)

## 4) キャリアコミットメント (8 項目)

キャリアコミットメント平均得点 (Blau, 1985)

## 5) ワークライフバランス (3 項目)

家庭, 友人, 趣味など私生活と仕事の両立がうまくできているか, 家庭, 友人, 趣味など私生活に満足しているか, 私生活と仕事を両立するための協力が, 家族から得られているか.

## 6) 訪問看護師の業務特性からみた困難感 (本研究第 3 章を参考に, 24 項目を独自に作成)

- ① 単独訪問からくる困難さ: 単独での訪問には, 責任を強く感じる, ターミナルへの訪問看護には負担を感じる, 私は 1 対 1 で人と関わることが好きである, 在宅生活の中での看護にやりがいを感じる
- ② 訪問看護の知識・技術不足からくる不安や困難さ: 私は, 1 人で訪問しても利用者に対応できる知識と技術を備えている, 自分の看護に自信を持っている, 1 人で行う医療処置に対して, 不安を感じることもある, 不足している情報を引き出す手段をいくつかもっている, 時間管理 (調整) も含めてマネジメントは得意なほうである, 自分の得意分野、苦手分野を理解している, 利用者・家族との信頼関係は構築できていると思う, 利用者・家族の多様な価値観に対応できていると思う, 利用者 (家族) の生活に合った支援方法を考え, 実践している, 利用者 (家族) の持つ力を活かすような関わりをしている, 利用者 (家族) の意見を尊重し、自己決定を支援している, 利用者 (家族) と適度な距離感を保っている, 社会資源や制度について、適時情報提供し利用することができている
- ③ 職場の勤務体制からくる困難さ: 休みはとりやすい職場である, 急な休み希望 (体調不良、家族の介護) にも対応できる体制が整っている, 職場内の研修体制に満足している, 仕事に見合った給料をもらっている
- ④ 他職種との連携: 医師とは良好な関係を保っている, 他職種 (医師以外) とは適宜情報交換するなど, 互いに協力している
- ⑤ 職場の人間関係からくる困難さ: 困った時には自分から相談している

以下に, 訪問看護師の業務特性から, 困難感に繋がる可能性があると考え, 作成した 24 項目と作成時に参考にした要件を示した.

表 13. 独自に作成した質問項目と参考要件

	質問項目	参考要件
1	私は、1人で訪問しても利用者に対応できる知識と技術を備えている	第3章【2.訪問看護の知識・技術不足からくる困難さ】、経験、ブレインストーミング
2	自分の看護に自信を持っている	第3章【1.単独訪問からくる困難さ】、経験、ブレインストーミング
3	1人で行う医療処置に対して、不安を感じることもある	第3章【1.単独訪問からくる困難さ】、経験
4	単独での訪問には、責任を強く感じる	第3章【1.単独訪問からくる困難さ】、先行研究、経験
5	ターミナルへの訪問看護には負担を感じる	第3章【1.単独訪問からくる困難さ】、先行研究、文献、経験
6	不足している情報を引き出す手段をいくつかもっている	第3章【2.訪問看護の知識・技術不足からくる困難さ】、経験
7	時間管理(調整)も含めてマネジメントは得意なほうである	第3章【2.訪問看護の知識・技術不足からくる困難さ】、先行研究、経験
8	自分の得意分野、苦手分野を理解している	第3章【2.訪問看護の知識・技術不足からくる困難さ】、経験
9	困った時には自分から相談している	第3章【6.職場の人間関係からくる困難感】、先行研究、経験
10	医師とは良好な関係を保っている	第3章【5.医師との連携への困難さ】、先行研究
11	他職種(医師以外)とは適宜情報交換するなど、互いに協力している	第3章【2.訪問看護の知識・技術不足からくる困難さ】、先行研究、経験
12	私は1対1で人と関わることが好きである	第3章【1.単独訪問からくる困難さ】、経験
13	在宅生活の中での看護にやりがいを感じる	第3章【1.単独訪問からくる困難さ】、経験
14	利用者・家族の多様な価値観に対応できていると思う	第3章【1.単独訪問からくる困難さ】、経験、先行研究
15	利用者・家族との信頼関係は構築できていると思う	第3章【1.単独訪問からくる困難さ】、経験、先行研究
16	利用者(家族)の生活に合った支援方法を考え、実践している	第3章【1.単独訪問からくる困難さ】、文献、経験
17	利用者(家族)の持つ力を活かすような関わりをしている	第3章【1.単独訪問からくる困難さ】、先行研究、文献、経験
18	利用者(家族)の意見を尊重し、自己決定を支援している	第3章【1.単独訪問からくる困難さ】、先行研究、文献、経験
19	利用者(家族)と適度な距離感を保っている	第3章【1.単独訪問からくる困難さ】、経験
20	社会資源や制度について、適時情報提供し利用することができる	第3章【2.訪問看護の知識・技術不足からくる困難さ】、文献、経験
21	休みはとりやすい職場である	第3章【3.職場の勤務体制からくる困難さ】、先行研究、経験
22	急な休み希望(体調不良、家族の介護)にも対応できる体制が整っている	第3章【3.職場の勤務体制からくる困難さ】、経験
23	職場内の研修体制に満足している	第3章【2.訪問看護の知識・技術不足からくる困難さ】、先行研究、経験
24	仕事に見合った給料をもらっている	第3章【3.職場の勤務体制からくる困難さ】、先行研究、経験、ブレインストーミング

## 影響要因

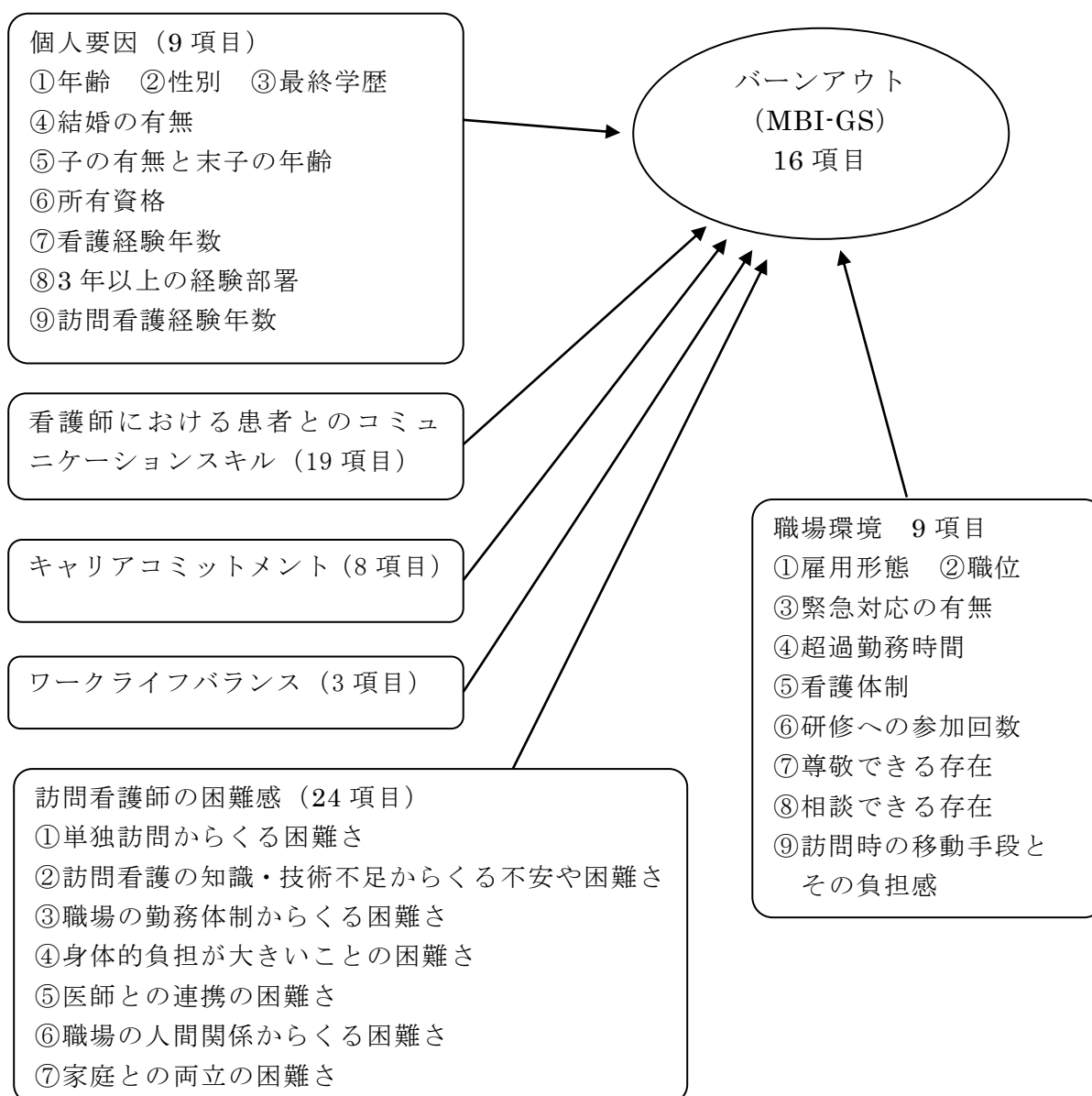


図 2. 概念枠組み

## II. 用語の定義

### 1. バーンアウト

本研究では、北岡らのバーンアウト尺度 (MBI-GS) を使用した<sup>34)</sup>。そのため、この尺度の原版となっている Maslach の定義 “Burnout is a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment that can occur among individuals who do ‘people-work’ of some kind.” とする。また、北岡らはこれを、「人を相手に働く過程において心的エネルギーを使い切ってしまう、相手に与えるものはもう何もないという情緒的な疲弊が生じ、クライアントに対して否定的で冷淡な態度をとるようになる。また、クライアントに対する自己の仕事ぶりに否定的評価を下すようになる現象」と翻訳している<sup>35)</sup>。

## 2. キャリアコミットメント

本研究で使用した尺度作成の基となっている Blau の「専門を含めた自分の職業（訪問看護）への態度」を定義とする<sup>19)</sup>。

## 3. コミュニケーションスキル

本研究では、看護師における患者とのコミュニケーションスキル測定尺度<sup>41)</sup>を使用した。そのため、この尺度の定義である、看護師における患者とのコミュニケーションスキルとは、「対人関係を円滑にし、また看護に必要な情報を収集するための能動的な技術、言語的コミュニケーション能力と非言語的コミュニケーション能力を含むもの」とする。

## III. 研究の意義

わが国では急激な高齢社会となり、医療においても病院完結型から地域完結型、地域包括ケアシステムの構築が進められている。看護においても、病院内だけでなく地域における訪問看護の需要が、今後、増大することが推測される。しかし、現在訪問看護ステーションに勤務している看護師は、2012 年末時点で約 3 万人であり、看護職全体の約 3%にとどまっている<sup>42)</sup>。その理由として、希望者が少ないことや訪問看護ステーションに勤務しても継続が難しく、辞めてしまうことが挙げられている。

先行研究では、訪問看護師は、就職前に考えていた仕事内容と実際との相違、判断を必要とする場面の多さ、訪問以外の仕事の多さを感じている者は、仕事負担感が大きいことを報告している<sup>43)</sup>。

訪問看護師は、病院看護の経験がある者がほとんどであるが、病院看護との違い、すなわち、訪問看護の業務特性に難しさを感じる者も少なくないことが考えられる。単独訪問による判断場面が多いなどの心理的負担、24 時間緊急対応の待機時の緊張感と突然の呼び出しでの訪問における対応は、心身両面への負担、疲弊となりバーンアウトに繋がりやすい状況と考えられる。

しかし、これまで訪問看護師を対象とした系統的、縦断的なバーンアウト研究は少ない。よって、病院看護とは異なる側面を持つ訪問看護の業務特性から、バーンアウトへの影響要因を明らかにすることが必要である。

本研究では、質研究でその特性と困難感を明らかにした。その特性と困難感を含め、訪問看護師のバーンアウトへの影響要因が分かると、バーンアウト予防への具体的な対策へとつなげていくことができる。これは、訪問看護師の離職を予防し、訪問看護の質を高め、いくうえでも意義あることと考える。

## 第5章 訪問看護師の業務特性がバーンアウトに与える影響

### I. 研究目的

訪問看護師の業務特性からみた、バーンアウトへの影響要因を明らかにした。

### II. 仮説

#### 1. 訪問看護師の業務特性がバーンアウトに与える影響に関する仮説

##### 1) 単独訪問からくる困難さ

- (1) 単独での訪問に責任を強く感じる者は、そうでない者よりもバーンアウトしやすい。
- (2) ターミナルへの訪問看護には負担を感じる者は、そうでない者よりもバーンアウトしやすい。
- (3) 1対1で人と関わることが好きである者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい。
- (4) 在宅生活の中での看護にやりがいを感じる者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい。

##### 2) 訪問看護の知識・技術不足からくる不安や困難さ

- (1) 1人で訪問しても利用者に対応できる知識と技術を備えている者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい。
- (2) 自分の看護に自信を持っている者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい。
- (3) 1人で行う医療処置に対して、不安を感じることもある者は、そうでない者よりもバーンアウトしやすい。
- (4) 不足している情報を引き出す手段をもっている者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい。
- (5) 時間管理（調整）も含めてマネジメントは得意な者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい。
- (6) 自分の得意分野、苦手分野を理解している者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい。
- (7) 家族との信頼関係は構築できていると思う者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい。
- (8) 利用者（家族）の生活に合った支援方法を考え、実践している者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい。
- (9) 利用者（家族）の持つ力を活かすような関わりをしている者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい。
- (10) 利用者（家族）の意見を尊重し、自己決定を支援している者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい。
- (11) 利用者（家族）と適度な距離感を保てている者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい。
- (12) 社会資源や制度について、適時情報提供し利用することができる者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい。

##### 3) 職場の勤務体制からくる困難さ

- (1) 休みはとりやすい職場である者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい。

- (2) 急な休み希望（体調不良、家族の介護）にも対応できる体制が整っている職場である者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい。
  - (3) 職場内の研修体制に満足している者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい。
  - (4) 仕事に見合った給料をもらっている者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい。
  - (5) 看護体制がチーム制となっている者は、受け持ち制の者よりもバーンアウトしにくい。
- 4) 身体的負担が大きいことの困難さ
- (1) 訪問時の移動手段が主に車の者は、車以外の者よりもバーンアウトしにくい。また、移動への負担を感じていない者は、負担と感じている者よりも、バーンアウトしにくい。
- 5) 医師との連携の困難さ
- (1) 医師とは良好な関係を保っている者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい。
- 6) 職場の人間関係からくる困難さ
- (1) 困った時には自分から相談している者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい。
  - (2) 職場内に尊敬できる人がいる者は、いない者よりもバーンアウトしにくい。
  - (3) 相談者がいる者は、いない者よりもバーンアウトしにくい。
- 7) 家庭との両立の困難さ
- (1) 家庭、友人、趣味など私生活と仕事の両立がうまくできていると思う者は、思わない者よりもバーンアウトしにくい。
  - (2) 家庭、友人、趣味など私生活に満足している者は、していない者よりもバーンアウトしにくい。
  - (3) 私生活と仕事を両立するための協力が、家族から得られていると思う者は、思わない者よりもバーンアウトしにくい。
- 8) コミュニケーションスキル
- (1) コミュニケーションスキルが高い者は、低い者よりもバーンアウトしにくい。
- 9) キャリアコミットメント
- (1) キャリアコミットメントが高い者は、低い者よりもバーンアウトしにくい。

### Ⅲ. 研究方法

#### 1. 研究デザイン

##### 前向きコホート研究

ベースライン調査でコホート集団（訪問看護師 559 人）を設定し、訪問看護師の困難感等を調査した。その後、コホート集団を 6 ヶ月間追跡し、バーンアウトを評価し、ベースラインにおける訪問看護師の困難感がバーンアウトに及ぼす影響を明らかにした。

#### 2. 対象者

- 1) 対象者は、関東甲信越の政令指令都市の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師とした。

関東甲信越の政令指令都市を選択した理由として、日本の医療体制においては地域医療資源に差があることが報告されており<sup>44)</sup>、地域医療資源が大きく異なる地域では訪問看護師の業務特性に与える影響が大きいのではないかと考えた。また、新卒看護師を対象とした調査において、東京都内にある大学病院では有意にバーンアウト得点が高かったとの報告<sup>45)</sup>もあることから、都内は医療過密地域であり、他県とは異なる特徴が多いと考えた。そこで、今回の対象から東京都を除外するとともに、条件を一定にするために、関東甲信越の政令指令都市にある217カ所の訪問看護ステーションに勤務する1,423人の看護師を対象とした。

### 3. 調査期間

ベースライン調査：2015年7月～8月、追跡調査：ベースライン調査から6ヵ月後

調査時期を決定するにあたり、文献検討により実施時期を概観した。訪問看護師を対象とした調査は横断研究が多く、6～8月に実施されているものが多かった<sup>24) 25)</sup>。訪問看護ステーションは小規模であることが多く、人事異動等の影響も大きいことが考えられるが、落ち着いてくるのがこの時期であると推測される。また年度末の3月は、次年度の職務の継続意思も決定している時期であること、また、離職希望者も対象に含めることができるためにこの時期を選択した。

### 4. 調査手続きと調査方法

(資料7, 資料8, 資料9)

関東甲信越の政令指令都市にある訪問看護ステーションを、独立行政法人福祉医療機構が運営する福祉、保健、医療の総合情報サイト **Welfare And Medical Service Network System** から抽出した。抽出された全訪問看護ステーションに対して、電話にて本研究の趣旨等を説明し、協力依頼を行った。そのうえで、本研究に対する協力への承諾が得られた施設に対して、研究説明文書(資料7)と所属している看護師の人数分の無記名自記式質問紙(資料9)を管理者宛に郵送し、配布を依頼した。個人配布用の質問紙には、研究の趣旨と倫理的配慮等を記載した説明文(資料8)と返信用の封筒を添付した。調査用紙の回収は、個人による郵便ポストへの投函をお願いした。

### 5. 調査内容

本研究に用いた質問紙(資料9)は、以下の内容で構成した。また、作成した質問紙の内容や表現の妥当性を点検する目的で、看護師、看護教員10名にプリテストを実施し、質問内容の表現の修正を行った。

ベースライン調査及び6ヵ月後の調査の質問項目

#### 1) 個人要因 (9項目)

年齢、性別、最終学歴、結婚の有無、子の有無と末子の年齢、所有資格、看護経験年数、3年以上の経験部署、訪問看護経験年数の回答を求めた。

#### 2) 職場環境 (9項目)

雇用形態、職位、緊急対応の有無、超過勤務時間、看護体制は「受け持ち制(基本的に1人で担当)」「チーム制(2人以上で訪問を担当)」「ケースによって受け持ち制とチーム制を決めている」を、昨年度の研修への参加日数、尊敬できる存在の有無、相談できる存



在の有無，訪問時の主な移動手段とその負担感を「負担を感じる」「やや負担を感じる」「あまり負担ではない」「負担ではない」の4段階で回答を求めた。

また，尊敬できる相手は，訪問看護師へのインタビュー内容を参考に，管理者，管理者以外の上司，同僚，他職種，尊敬できる人はいないを選択肢とし，相談できる相手は，職場の上司，職場の同僚，職場外の友人，職場外の専門職，家族，親戚，インターネット等，相談相手はいないを選択肢として回答を求めた。

### 3) コミュニケーション能力 (19項目)

コミュニケーション能力は上野<sup>41)</sup>の看護師における患者とのコミュニケーションスキル(19項目)を使用した。この尺度は、「情報収集」7項目，「話のスムーズさ」3項目，「積極的傾聴」3項目，「パーソナルスペース・視線交差」3項目，「アサーション」3項目の5つの因子から構成されている。全体でのクロンバック $\alpha$ 係数は0.874であり，また，KiSS-18の総得点との相関係数は $r=0.645$ ，第1因子とは $r=0.488$ ，第2因子とは $r=0.419$ ，第3因子とは $r=0.668$ ，第4因子とは $r=0.532$ ，第5因子とは $r=0.601$ と高い相関が示されている。「当てはまる」「やや当てはまる」「どちらでもない」「あまり当てはまらない」「当てはまらない」の5段階評価である。本研究におけるクロンバック $\alpha$ 係数は，0.85であった。

尺度使用にあたっては，尺度開発者に承諾を得た(2015年2月)。

### 4) キャリアコミットメント (8項目)

キャリアコミットメント平均得点は，日本労働研究機構が作成したHRMチェックリスト(Human Resource Management Checklist)の1部であるキャリアコミットメント8項目を使用した<sup>49)</sup>。これは看護師対象の質問紙として，1985年にBlauが示したキャリア・コミットメント尺度<sup>19)</sup>を参考に作成されたものであり，「No」，「どちらかというNo」，「どちらでもない」，「どちらかというYes」，「Yes」の5段階評価である。クロンバック $\alpha$ 係数は0.90である。本研究におけるクロンバック $\alpha$ 係数は，0.85であった。

尺度の1部使用にあたっては，日本労働研究機構から使用の承諾を得た(2015年6月)。

### 5) ワークライフバランス (3項目)

ワークライフバランスは，①家庭，友人，趣味など，私生活と仕事の両立がうまくできているか，②家庭，友人，趣味など私生活に満足しているか，③私生活と仕事を両立するための協力が，家族から得られているかについて，「そう思う」「ややそう思う」「あまり思わない」「思わない」の4段階での回答を求めた。

6) 訪問看護師の業務特性からみた困難感については，第3章から以下24項目を独自に作成した。

①単独訪問からくる困難さは，「単独での訪問には，責任を強く感じる」，「ターミナルへの訪問看護には負担を感じる」，「私は1対1で人と関わることが好きである」，「在宅生活の中での看護にやりがいを感じる」の4項目について，「当てはまらない」，「あまり当てはまらない」，「やや当てはまる」，「当てはまる」の4段階で回答を求めた。

②訪問看護の知識・技術不足からくる不安や困難さは，「私は，1人で訪問しても利用者に対応できる知識と技術を備えている」，「自分の看護に自信を持っている」，「1人で行う

医療処置に対して、不安を感じることもある」、「不足している情報を引き出す手段をいくつかもっている」、「時間管理（調整）も含めてマネジメントは得意なほうである」、「自分の得意分野、苦手分野を理解している」、「家族との信頼関係は構築できていると思う」、「利用者（家族）の生活に合った支援方法を考え、実践している」、「利用者（家族）の持つ力を活かすような関わりをしている」、「利用者（家族）の意見を尊重し、自己決定を支援している」、「利用者（家族）と適度な距離感を保っている」、「社会資源や制度について、適時情報提供し利用することができる」の12項目について、「当てはまらない」、「あまり当てはまらない」、「やや当てはまる」、「当てはまる」の4段階で回答を求めた。

③職場の勤務体制からくる困難さは、「休みはとりやすい職場である」、「急な休み希望（体調不良、家族の介護）にも対応できる体制が整っている」、「職場内の研修体制に満足している」、「仕事に見合った給料をもらっている」の4項目について、「当てはまらない」、「あまり当てはまらない」、「やや当てはまる」、「当てはまる」の4段階で回答を求めた。

④他職種との連携は、「医師とは良好な関係を保っている」、「他職種（医師以外）とは適宜情報交換するなど、互いに協力している」の2項目について、「当てはまらない」、「あまり当てはまらない」、「やや当てはまる」、「当てはまる」の4段階で回答を求めた。

⑤職場の人間関係からくる困難さは、「困った時には自分から相談している」を「当てはまらない」、「あまり当てはまらない」、「やや当てはまる」、「当てはまる」の4段階で回答を求めた。

#### 7) バーンアウト（16項目）

バーンアウトに関する質問項目は、日本語版 Maslach Burnout Inventory-General Survey（以降 MBI-GS とする）を使用した。全16項目で、疲弊感、シニシズム、職務効力感の3つの下位尺度から構成されている。「全くない」、「年に2～3回」、「月に1回」、「月に2～3回」、「週に1回」、「週に2～3回」、「毎日」の7段階評価である。北岡らにより信頼性、妥当性が検証されている<sup>34) 35)</sup>。下位尺度の得点化は、0から6点を付与し、合計得点を項目数で割った点とし、下位尺度別に評価する。

疲弊感は点数が高いほど、仕事に由来する疲弊感が強い、すなわち、バーンアウト度が高い。シニシズムは点数が高いほど、仕事に対する熱意や興味・関心を失い心理的に距離を置く態度（「もうどうでもいい」）が強い、すなわち、バーンアウト度が高い。また、職務効力感の点数が低いほど仕事に対する自信、やりがい感が低い、つまりバーンアウト度が高いことを表している<sup>34)</sup>。

クロンバック  $\alpha$  係数は、疲弊感 0.88、シニシズム 0.86、職務効力感 0.86 であり、本研究におけるクロンバック  $\alpha$  係数は、疲弊感 0.90、シニシズム 0.77、職務効力感 0.83、総合得点 0.82 であった。

本研究では、MBI-HSS で用いられている総合得点の算出方法を用いる。これはレビンソンが推奨したもので、3つの下位尺度の平均を使用して算出する。MBI-GS では、疲弊感の平均+シニシズムの平均-職務効力感の平均+10となる。これは、鈴木<sup>46)</sup>、丸山<sup>47)</sup>からも使用しており、鈴木は、身体的疲弊感と総合得点が新卒看護師の離職に影響しており、この総合得点の考え方は、バーンアウトの概念を反映しているものだと報告している<sup>48)</sup>。

本尺度の使用にあたっては、Mind Garden および北岡の承諾を得た（2015年3月）。

#### IV. データの分析方法

## 1. 対象とするデータの確認

### 1) コホート集団の設定

ベースライン調査（2015年7月～8月）でコホート集団（訪問看護師 559人）を設定し、訪問看護師の困難感等の影響要因と考えられる説明変数の調査を行った。その後、コホート集団を6ヵ月間追跡した。

なお、コホート集団は、目的変数であるバーンアウトの質問項目の回答に、2つ以上の欠損がみられない者を有効回答として設定した。

### 2) 対象となるデータの確認

ベースラインのコホート集団を追跡し、6ヵ月後にバーンアウトを評価した。回収数と回収率を明らかにしたうえで、目的変数であるバーンアウト尺度16項目の回答に欠損や重複のない者を確認した。ベースラインと2回目の調査対象のマッチングを、対象者本人の生年月日と母親の誕生日で照合し、解析対象となるデータを確認した。

### 3) 目的変数のデータの偏りの確認

バーンアウト尺度の下位項目ごとの得点と総合得点の正規性を判定するために、ヒストグラムの左右対称性と正規確率プロットの直線性からデータの正規性を確認した。また、平均値と標準偏差から天井効果、床効果を確認し、データにおける偏りが無いことを確認した（表14）。

表14. 目的変数の天井効果、床効果の確認

	疲弊感	シニシズム	職務効力感	総合得点
最小値	0	0	0	5.47
最大値	6	5.8	5.7	21.27
平均値	2.71	1.47	2.47	11.72
標準偏差	±1.51	±1.34	±1.27	±2.87
天井効果 <sup>1)</sup> (平均+1SD)	4.22	2.81	3.74	14.59
床効果 <sup>2)</sup> (平均-1SD)	1.2	0.13	1.2	8.85

1) 天井効果は、平均+1SD値が、最大値の6未満であることを確認した。

2) 床効果は、平均-1SD値が、最小値の0より大きいことを確認した。

各訪問看護ステーションによるデータの偏りも考えられるが、1つの訪問看護ステーションに対する対象者は、2～15人と少数であるため、施設間の比較は行わなかった。

## 2. 対象者の特性に関する分析

本調査の対象者の特性を明らかにすため、記述統計により、個人属性とバーンアウトの下位尺度別の得点と総合得点の平均値、標準偏差を示した。

### 3. 2変量解析

ベースライン調査時の対象者の個人要因、職場環境、コミュニケーション能力、キャリアコミットメント、ライフワークバランス、業務特性によって、6ヵ月後のバーンアウトの下位尺度別の得点と総合得点に有意な差があるか検討した。検定には、t検定および一元配置分散分析（多重比較はTukeyのHSD法）を用い、有意確率は $p < 0.05$ とした。また、看護師における患者とのコミュニケーションスキルとキャリアコミットメントの得点は、

ピアソン積率相関によって、バーンアウトの3つの下位尺度得点および総合得点との相関係数を算出した。

「年齢」は、D. レビンソンのライフサイクル<sup>50)</sup>を参考に、人生半ばの過渡期であり、成人前期の終わりである45歳を基準に、45歳以下と46歳以上の2群に分類した。「看護経験年数」は、2群に、「訪問看護経験年数」は、ヒストグラムを参考に4群に分類した。

「超過勤務時間」は、訪問看護師へのインタビュー内容を参考に、1日30分以内の残業は負担が少ないと考え、1週間に換算し、3時間を区切りとして2群に分類した。

#### 4. 多変量解析

ベースライン調査から6カ月後の調査における、バーンアウトの下位尺度別の得点（疲弊感、シニシズム、職務効力感）および総合得点を目的変数とし、2変量解析において有意確率が0.2未満の変数を説明変数として、重回帰分析（ステップワイズ法）を実施した。

説明変数間の多重共線性の影響を排除するために、相関係数が0.9以上となる項目がないことを確認し、また、多重共線性の診断においては、VIFが10以上の変数がないことを確認した。なお、名義尺度と順序尺度は、2値変数に変換した。

#### 5. 統計解析の手段

統計解析には、統計ソフトSPSS Statistics22.0を使用した。

### V. 倫理的配慮

対象訪問看護ステーションの管理者、または、担当者に電話にて研究の趣旨を説明した。承諾が得られた訪問看護ステーション宛に、依頼文書とともに所属する看護師の人数分の調査票を郵送し、配布を依頼した。調査票に返信用封筒を添付し、各自による郵送をお願いした。

調査票には、研究の目的や方法、倫理的配慮についての説明文を添付した。倫理的配慮の内容としては、個人や施設が特定されないことなどの匿名性を保証すること、データは統計処理し本研究の目的以外には使用しないこと、データはパスワードをかけて管理し、研究終了後は確実に処理、消去することを明記した。またこの研究への協力は自由意思であり、参加しないことによる不利益は一切生じないこと、研究への参加は調査票の郵送をもって同意が得られたと判断することなどを文書にて説明した。

なお、本研究は、国際医療福祉大学倫理委員会の審査を受け承認を得て行った（2015年6月、承認番号15-Ig-7）。

## VI. 結果

### 1. 研究の手続き

#### ベースライン調査

2015年7～8月

対象：訪問看護師（非常勤を含む）

N=1423（217施設）

回収数 N=570 回収率（40.1%）

有効回答者 N=559

有効回答率（39.3%）

#### ベースライン調査から6カ月後

2016年3月

N=1366（206施設）

回収数 N=328 回収率（24.0%）

有効回答者 N=323

有効回答率（23.6%）

#### コホート集団

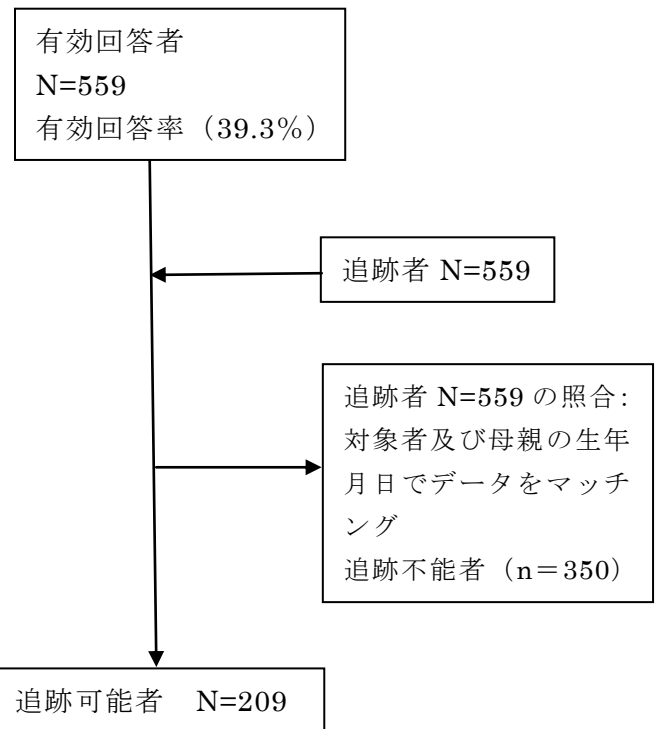


図3. 研究の手続き

#### 1) ベースライン調査

2015年7月～8月のベースライン調査では、217カ所の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師1,423人を対象とし、回収数は570人（40.1%）であった。このうち、目的変数であるMBI-GS（16項目）の回答に2つ以上の欠損や重複がない者559人をコホート集団として設定した。

#### 2) 6カ月後の追跡調査

6カ月後の追跡調査では、ベースライン調査で協力が得られ、また、2回目の調査にも承諾が得られた206カ所の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師1,366名を対象とした。対象者の生年月日および母親の誕生日でデータをマッチングした結果、ベースラインの対象者のうち350人が追跡不能となり、追跡可能者は209名であった。うち、男性は1名と少なかったことと、性差を考慮し、除外した。また、MBI-GS（16項目）の回答に2つ以上の欠損や重複がないことを確認し、208名を解析対象とした。

### 2. 対象者の特性

対象者の平均年齢は、45.26（±8.03）歳で、20歳代は5人（2.4%）、30歳代は43人（20.7%）、40歳代は90人（43.3%）と最も多く、50歳代は61人（29.3%）、60歳以上は9人（4.3%）であった。看護経験年数の平均は、19.5（±8.37）年であり、10年未満の者は24人（11.9%）と少なく、10年以上の者は177人（88.1%）で全体の約9割を占めていた。訪問看護経験年数の平均は、7.72（±5.55）年であり、10年目以上の者が81人（40.1%）と多く、また1～3年目の者も65名（32.2%）と多かった。

対象者全体のバーンアウト得点の平均値は、疲弊感2.71（±1.51）、シニシズム1.47（±1.34）、職務効力感2.47（±1.27）、総合得点11.72（±2.87）であった。

### 3. 訪問看護師の業務特性とバーンアウト

#### 1) 2変量においてバーンアウト得点に有意差がみられた変数

対象者の個人要因、職場環境、訪問看護師の業務特性、ライフワークバランスとバーンアウトとの関連を表13～表16に示した。

表15. 個人要因とバーンアウト（縦断）

			N=208			
項目			疲弊感	シニシズム	職務効力感	総合得点
			2.71(±1.51) 0~6	1.47(±1.34) 0~5.8	2.47(±1.27) 0~5.7	11.72(±2.87) 5.47~21.27
年齢	45歳以下	103名	2.54(±1.41) †	1.30(±1.18) ◆	2.56(±1.27)	11.28(±2.64)*
	平均45.26歳(±8.03) 幅:24~68	46歳以上 105名	2.88(±1.58)	1.63(±1.46)	2.38(±1.28)	12.14(±3.03)
看護経験	19年以下	102名	2.61(±1.45)	1.33(±1.26) ◆	2.33(±1.24) ◆	11.61(±2.74)
	平均:19.51年(±8.37) 幅:1~44	20年以上 106名	2.82(±1.56)	1.60(±1.39)	2.60(±1.29)	11.82(±2.99)
訪問看護経験	1~3年目	65名	2.95(±1.48)	1.62(±1.40)	2.23(±1.23)	12.29(±2.70)
	平均7.72年(±5.55) 幅:1~23	4~6年目 37名	2.42(±1.50)	1.20(±1.17)	2.39(±1.26)	11.22(±2.74)
		7~9年目 25名	2.52(±1.66)	1.62(±1.32)	2.73(±1.21)	11.40(±3.14)
		10年目以上 81名	2.72(±1.49)	1.43(±1.35)	2.58(±1.32)	11.57(±2.94)
配偶者	有	160名	2.64(±1.49) †	1.28(±1.21)***	2.51(±1.27)	11.41(±2.69)**
	無	43名	3.11(±1.52)	2.17(±1.57)	2.28(±1.22)	13.00(±3.20)
子ども	有	162名	2.65(±1.49)	1.38(±1.26) †	2.53(±1.34) ◆	11.51(±2.79) †
	無	45名	2.94(±1.57)	1.81(±1.55)	2.25(±1.00)	12.50(±3.06)
末子の年齢	6歳以下	35名	2.43(±1.32)	1.05(±0.94) †	2.14(±1.22)*	11.34(±2.36)
	平均14.33歳(±8.15) 幅:0~40	7歳以上 128名	2.71(±1.53)	1.46(±1.32)	2.63(±1.35)	11.54(±2.89)
最終学歴	専門学校	145名	2.84(±1.52) †	1.59(±1.37)*	2.46(±1.27)	11.98(±3.06)
	短大・大学・大学院	61名	2.45(±1.45)	1.18(±1.22)	2.54(±1.29)	11.10(±2.32)
保健師資格	有	22名	1.90(±1.14)**	0.74(±0.70)**	2.50(±1.23)	10.14(±2.16)**
	無	186名	2.81(±1.52)	1.56(±1.37)	2.46(±1.28)	11.90(±2.89)
ケアマネジャー資格	有	55名	2.60(±1.55)	1.46(±1.40)	2.58(±1.30)	11.48(±2.99)
	無	153名	2.75(±1.50)	1.48(±1.31)	2.43(±1.27)	11.80(±2.83)
ICU/救急の経験 (3年以上)	有	23名	2.17(±1.67) ◆	1.30(±1.54)	2.83(±1.54) ◆	10.63(±3.27) ◆
	無	185名	2.78(±1.48)	1.49(±1.31)	2.42(±1.23)	11.85(±2.79)
外来の経験 (3年以上)	有	32名	2.70(±1.62)	1.83(±1.52) ◆	2.57(±1.29)	11.95(±2.84)
	無	176名	2.72(±1.49)	1.41(±1.29)	2.45(±1.27)	11.67(±2.89)
クリニックの経験 (3年以上)	有	27名	2.27(±1.26) †	1.18(±1.12) ◆	2.53(±1.39)	10.92(±2.46) †
	無	181名	2.78(±1.53)	1.51(±1.36)	2.46(±1.26)	11.83(±2.91)
施設の経験 (3年以上)	有	24名	2.98(±1.43)	1.82(±1.64) ◆	2.19(±1.19)	12.61(±2.60) †
	無	184名	2.68(±1.52)	1.42(±1.29)	2.50(±1.28)	11.60(±2.89)

2集団の比較はt検定, 3集団以上の比較は一元配置分散分析(多重比較: TukeyのHSD法)による

\* p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

†: p<0.1

◆: 0.1≦p<0.2

#### (1) 個人要因とバーンアウト

バーンアウトの疲弊感は、保健師資格の有無において有意差がみられた。保健師資格が無い者は有る者よりも疲弊感得点が有意に高かった (p<0.01)。

シニシズムは、配偶者の有無、最終学歴、保健師資格の有無に有意差がみられた。配偶者が無い者は、有る者に比べて有意に高かった (p<0.001)。また、最終学歴が専門学校の

者は、短大卒以上の者よりも有意に高く ( $p<0.05$ )、保健師資格が無い者は、有る者よりも有意に高かった ( $p<0.01$ )。

職務効力感は、末子の年齢において有意差がみられ、末子が6歳以下の者は、7歳以上の者よりも職務効力得点が有意に低かった ( $p<0.05$ )。

総合得点では、年齢、配偶者の有無、保健師資格の有無において有意差がみられた。年齢が45歳以下の者は、46歳以上の者よりも総合得点が有意に高かった ( $p<0.05$ )。また、配偶者のいない者は、いる者に比べて有意に高く ( $p<0.01$ )、保健師資格が無い者は、有る者よりも有意に高かった ( $p<0.01$ )。

## (2) 職場環境とバーンアウト

バーンアウトの疲弊感は、雇用形態、24時間対応、超過勤務時間、訪問(移動)への負担、職場内の尊敬できる存在の有無、尊敬できる同僚において有意差がみられた。雇用形態が常勤の者は、非常勤の者よりも疲弊感得点が有意に高かった ( $p<0.05$ )。また、24時間対応が月に1~5回の者は、無い者よりも有意に高かった ( $p<0.05$ )。超過勤務時間が週に3時間以上の者は、3時間未満の者よりも得点が有意に高く ( $p<0.01$ )、訪問(移動)への負担を感じる者は、負担でない者よりも有意に高かった ( $p<0.05$ )。職場内に尊敬できる者がいない者は、いる者よりも有意に高く ( $p<0.001$ )、尊敬できる同僚がいない者も、いる者よりも有意に高い得点であった ( $p<0.05$ )。

シニシズムは、雇用形態、超過勤務時間、職場内の尊敬できる他職種、相談できる職場の同僚において有意差がみられた。常勤者は、非常勤の者よりもシニシズム得点が有意に高く ( $p<0.05$ )、超過勤務時間が週に3時間以上の者は、3時間未満の者よりも得点が有意に高かった ( $p<0.05$ )。また、職場内に尊敬できる他職種がいない者は、いる者よりも得点が有意に高く ( $p<0.05$ )、相談できる職場の同僚がいない者は、いる者よりも得点が有意に高かった ( $p<0.05$ )。

職務効力感は、職場内の尊敬できる存在の有無、相談できる家族において有意差がみられた。職場内に尊敬できる者がいる者は、いない者よりも職務効力感得点が有意に低く ( $p<0.05$ )、また、相談できる家族がいない者は、いる者よりも有意に低い得点であった ( $p<0.05$ )。

総合得点では、雇用形態、職場内の尊敬できる他職種、相談できる職場の同僚において有意差がみられた。常勤者は、非常勤の者よりも総合得点が有意に高かった ( $p<0.05$ )。また、職場内に尊敬できる他職種がいない者は、いる者よりも有意に高く ( $p<0.05$ )、相談できる職場の同僚がいない者は、いる者よりも有意に高かった ( $p<0.05$ )。

表 16. 職場環境とバーンアウト（縦断）

項目			疲弊感	シニシズム	職務効力感	総合得点
雇用形態	常勤	136名	2.88(±1.53)*	1.62(±1.42)*	2.52(±1.35)	11.99(±2.99)*
	非常勤	72名	2.40(±1.42)	1.18(±1.11)	2.38(±1.11)	11.20(±2.56)
職位	管理者	29名	2.68(±1.65)	1.31(±1.32)	2.97(±1.52)	11.02(±2.94)
	(副)主任	20名	3.18(±1.58)	2.04(±1.69)◆	2.62(±1.30)†	12.60(±3.04)◆
	スタッフ	158名	2.64(±1.46)	1.41(±1.26)◆	2.36(±1.20)	11.69(±2.78)
24時間対応	無	67名	2.34(±1.34)]*	1.30(±1.26)	2.33(±1.22)	11.31(±2.82)]◆
	1~5回/月	29名	3.14(±1.55)]†	1.60(±1.32)	2.25(±1.32)	12.49(±2.79)]◆
	6回以上/月	112名	2.83(±1.56)]	1.53(±1.38)	2.61(±1.29)	11.76(±2.89)]
超過勤務時間						
看護体制	受け持ち制	84名	2.77(±1.31)	1.54(±1.36)	2.24(±1.19)	12.07(±2.47)
	チーム制	57名	2.56(±1.62)	1.54(±1.48)	2.59(±1.24)	11.51(±3.15)
	ケースによって	64名	2.83(±1.66)	1.33(±1.19)	2.66(±1.39)	11.50(±3.13)
昨年度研修(職場外)参加	無	23名	2.86(±1.43)	1.54(±1.04)	2.59(±1.04)	11.82(±2.29)
	有	185名	2.70(±1.52)	1.46(±1.37)	2.45(±1.30)	11.70(±2.94)
訪問(移動)の主な手段	自動車	152名	2.74(±1.56)	1.53(±1.43)◆	2.45(±1.30)◆	11.82(±2.97)
	自動車以外	23名	2.90(±1.42)	1.08(±0.87)	2.91(±1.42)	11.07(±2.67)
訪問(移動)への負担	負担を感じる	89名	3.00(±1.49)*	1.55(±1.28)	2.44(±1.24)	12.11(±2.76)†
	負担ではない	119名	2.50(±1.49)	1.41(±1.38)	2.49(±1.30)	11.42(±2.92)
職場内の尊敬できる存在	無	24名	3.70(±1.26)***	2.04(±1.55)†	3.17(±1.43)*	11.61(±2.84)◆
	有	178名	2.60(±1.51)	1.39(±1.31)	2.38(±1.24)	12.58(±3.25)
1) 管理者	無	80名	2.93(±1.52)◆	1.53(±1.34)	2.64(±1.34)◆	11.82(±3.00)
	有	122名	2.60(±1.51)	1.44(±1.36)	2.37(±1.20)	11.67(±2.85)
2) 上司	無	128名	2.79(±1.54)	1.54(±1.45)	2.58(±1.34)◆	11.75(±3.15)
	有	74名	2.62(±1.49)	1.36(±1.16)	2.30(±1.17)	11.68(±2.44)
3) 同僚	無	66名	3.09(±1.57)*	1.67(±1.42)◆	2.51(±1.26)	12.26(±2.87)†
	有	136名	2.56(±1.47)	1.37(±1.31)	2.46(±1.30)	11.47(±2.89)
4) 他職種	無	157名	2.81(±1.56)◆	1.58(±1.40)*	2.47(±1.32)	11.92(±3.02)*
	有	45名	2.46(±1.33)	1.11(±1.10)	2.50(±1.16)	11.07(±2.34)
相談できる存在						
1) 職場の上司	無	64名	2.97(±1.39)†	1.67(±1.34)◆	2.68(±1.34)◆	11.96(±2.72)
	有	144名	2.60(±1.55)	1.38(±1.33)	2.37(±1.23)	11.61(±2.93)
2) 職場の同僚	無	34名	3.00(±1.41)	1.91(±1.61)*	2.19(±1.19)◆	12.72(±2.96)*
	有	174名	2.66(±1.52)	1.38(±1.26)	2.52(±1.28)	11.52(±2.82)
3) 家族	無	154名	2.74(±1.51)	1.51(±1.29)	2.33(±1.20)*	11.92(±2.85)†
	有	54名	2.63(±1.51)	1.36(±1.47)	2.86(±1.39)	11.13(±2.85)

2集団の比較はt検定, 3集団以上の比較は一元配置分散分析(多重比較: TukeyのHSD法)による

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

†: p<0.1

◆: 0.1≦p<0.2

### (3) 訪問看護の業務特性とバーンアウト

バーンアウトの疲弊感は、単独での訪問には責任を強く感じる、ターミナルへの訪問看護には負担を感じる、時間管理(調整)も含めてマネジメントは得意なほうである、在宅



生活の中での看護にやりがいを感じる，利用者（家族）の持つ力を活かすような関わりをしている，休みはとりやすい職場である，急な休み希望（体調不良，家族の介護）にも対応できる体制が整っているの 7 項目において有意差がみられた。

単独での訪問には，責任を強く感じるに当てはまる者は，当てはまらない者よりも疲弊感得点が有意に高かった（ $p<0.01$ ）。ターミナルへの訪問看護には負担を感じるに当てはまる者は，当てはまらない者よりも得点が有意に高く（ $p<0.01$ ），時間管理（調整）も含めてマネジメントは得意なほうであるに当てはまらない者は，当てはまる者よりも有意に高く（ $p<0.05$ ），在宅生活の中での看護にやりがいを感じるに当てはまらない～やや当てはまる者は，当てはまる者よりも有意に高かった（ $p<0.01$ ）。利用者（家族）の持つ力を活かすような関わりをしているに当てはまらない者は，当てはまる者よりも有意に高かった（ $p<0.01$ ）。また，休みはとりやすい職場であるでは当てはまらない者は，当てはまる者よりも有意に高く（ $p<0.01$ ），急な休み希望（体調不良，家族の介護）にも対応できる体制が整っているに当てはまらない者は，当てはまる者よりも有意に高かった（ $p<0.001$ ）。

シニシズムは，ターミナルへの訪問看護には負担を感じる，不足している情報を引き出す手段をいくつかもっている，自分の得意分野，苦手分野を理解している，困ったときには自分から相談している，在宅生活の中での看護にやりがいを感じる，利用者・家族の多様な価値観に対応できていると思う，利用者（家族）と適当な距離感を保てている，社会資源や制度について，適時情報提供し利用することができている，休みはとりやすい職場である，急な休み希望（体調不良，家族の介護）にも対応できる体制が整っている，職場内の研修体制に満足している，仕事に見合った給料をもらっているの 12 項目において有意差がみられた。

ターミナルへの訪問看護には負担を感じるに当てはまる者は，当てはまらない者よりも得点が有意に高く（ $p<0.05$ ），不足している情報を引き出す手段をいくつかもっているに当てはまらない者は，当てはまる者よりも有意に高かった（ $p<0.01$ ）。自分の得意分野，苦手分野を理解しているに当てはまらない者は，当てはまる者よりも有意に高く（ $p<0.01$ ），困ったときには自分から相談しているに当てはまらない～やや当てはまる者は，当てはまる者よりも有意に高かった（ $p<0.01$ ）。在宅生活の中での看護にやりがいを感じるに当てはまらない～やや当てはまる者は，当てはまる者よりも有意に高かった（ $p<0.001$ ）。利用者・家族の多様な価値観に対応できていると思うに当てはまらない者は，当てはまる者よりも有意に高く（ $p<0.05$ ），利用者（家族）と適当な距離感を保てているに当てはまらない～やや当てはまる者は，当てはまる者よりも有意に高かった（ $p<0.05$ ）。社会資源や制度について，適時情報提供し利用することができているに当てはまらない者は，当てはまる者よりも有意に高く（ $p<0.05$ ），休みはとりやすい職場であるでは当てはまらない者は当てはまる者よりも有意に高く（ $p<0.01$ ），急な休み希望（体調不良，家族の介護）にも対応できる体制が整っているに当てはまらない者は，当てはまる者よりも有意に高かった（ $p<0.01$ ）。また職場内の研修体制に満足している，仕事に見合った給料をもらっているに当てはまらない者は，当てはまる者よりも有意に高い得点であった（ $p<0.05$ ）。

職務効力感は，私は 1 人で訪問しても利用者に対応できる知識と技術を備えている，自分の看護に自信を持っている，1 人で行う医療処置に対して不安を感じることもある，ターミナルへの訪問看護には負担を感じる，不足している情報を引き出す手段をいくつかもっている，時間管理（調整）も含めてマネジメントは得意なほうである，困ったときには自分から相談している，医師とは良好な関係を保てている，他職種（医師以外）とは適宜

情報交換するなど互いに協力している、在宅生活の中での看護にやりがいを感じる、利用者・家族の多様な価値観に対応できていると思う、利用者・家族との信頼関係は構築できていると思う、利用者（家族）の生活に合った支援方法を考え実践している、利用者（家族）の持つ力を活かすような関わりをしている、利用者（家族）の意見を尊重し自己決定を支援している、社会資源や制度について、適時情報提供し利用することができるの16項目において有意差がみられた。

私は1人で訪問しても利用者に対応できる知識と技術を備えている、自分の看護に自信を持っているに当てはまらない者は、当てはまる者よりも得点が有意に低かった ( $p<0.01$ )。1人で行う医療処置に対して不安を感じることに当てはまる者は、当てはまらない者よりも有意に低く ( $p<0.001$ )、ターミナルへの訪問看護には負担を感じるに当てはまる者は、当てはまらない者よりも有意に低かった ( $p<0.01$ )。不足している情報を引き出す手段をいくつかもっているに当てはまらない者は、当てはまる者よりも得点が有意に低く ( $p<0.05$ )、時間管理（調整）も含めてマネジメントは得意なほうであるに当てはまらない者は、当てはまる者よりも得点が有意に低かった ( $p<0.01$ )。困ったときには自分から相談しているに当てはまらない～やや当てはまる者は、当てはまる者よりも有意に低く ( $p<0.05$ )、医師とは良好な関係を保っているに当てはまらない者は、当てはまる者よりも得点が有意に低かった ( $p<0.001$ )。他職種（医師以外）とは適宜情報交換するなど互いに協力しているに当てはまらない者は、当てはまる者よりも得点が有意に低く ( $p<0.05$ )、在宅生活の中での看護にやりがいを感じるに当てはまらない～やや当てはまる者は、当てはまる者よりも有意に低かった ( $p<0.01$ )。利用者・家族の多様な価値観に対応できていると思うに当てはまらない者は、当てはまる者よりも得点が有意に低く ( $p<0.001$ )、利用者・家族との信頼関係は構築できていると思うに当てはまらない者は、当てはまる者よりも得点が有意に低かった ( $p<0.01$ )。利用者（家族）の生活に合った支援方法を考え実践しているに当てはまらない～やや当てはまる者は、当てはまる者よりも有意に低かった ( $p<0.05$ )。利用者（家族）の持つ力を活かすような関わりをしているに当てはまらない者は、当てはまる者よりも有意に低く ( $p<0.05$ )、利用者（家族）の意見を尊重し自己決定を支援しているに当てはまらない～やや当てはまる者は、当てはまる者よりも有意に低かった ( $p<0.01$ )。社会資源や制度について、適時情報提供し利用することができるに当てはまらない者は、当てはまる者よりも有意に低かった ( $p<0.05$ )。

総合得点では、私は1人で訪問しても利用者に対応できる知識と技術を備えている、自分の看護に自信を持っている、1人で行う医療処置に対して不安を感じることもある、単独での訪問には責任を強く感じる、ターミナルへの訪問看護には負担を感じる、不足している情報を引き出す手段をいくつかもっている、時間管理（調整）も含めてマネジメントは得意なほうである、自分の得意分野、苦手分野を理解している、困ったときには自分から相談している、在宅生活の中での看護にやりがいを感じる、利用者・家族の多様な価値観に対応できていると思う、利用者（家族）の生活に合った支援方法を考え実践している、利用者（家族）の持つ力を活かすような関わりをしている、利用者（家族）と適度な距離感を保っている、社会資源や制度について、適時情報提供し利用することができる、休みはとりやすい職場である、急な休み希望（体調不良、家族の介護）にも対応できる体制が整っているの17項目において有意差がみられた。

私は1人で訪問しても利用者に対応できる知識と技術を備えている、自分の得意分野、苦手分野を理解しているに当てはまらない者は、当てはまる者よりも得点が有意に高く

( $p<0.05$ ), 1人で行う医療処置に対して不安を感じることもあるに当てはまる者は, 当てはまらない者よりも有意に高かった ( $p<0.05$ ). また利用者(家族)の生活に合った支援方法を考え実践している, 利用者(家族)と適度な距離感を保っているに当てはまらない~やや当てはまる者は, 当てはまる者よりも有意に高かった ( $p<0.05$ ). 自分の看護に自信を持っている, 不足している情報を引き出す手段をいくつかもっている, 時間管理(調整)も含めてマネジメントは得意なほうである, 利用者・家族の多様な価値観に対応できていると思う, 利用者(家族)の持つ力を活かすような関わりをしている, 社会資源や制度について, 適時情報提供し利用することができる, 休みはとりやすい職場である, 急な休み希望(体調不良, 家族の介護)にも対応できる体制が整っているに当てはまらない者は, 当てはまる者よりも得点が有意に高かった ( $p<0.01$ ). 単独での訪問には責任を強く感じるに当てはまる者は, 当てはまらない~やや当てはまる者よりも得点が有意に高く ( $p<0.01$ ), 困ったときには自分から相談しているに当てはまらない~やや当てはまる者は, 当てはまる者よりも有意に高かった ( $p<0.01$ ). ターミナルへの訪問看護には負担を感じるに当てはまる者は, 当てはまらない者よりも得点が有意に高く ( $p<0.001$ ), 在宅生活の中での看護にやりがいを感じるに当てはまらない~やや当てはまる者は, 当てはまる者よりも有意に高い得点であった ( $p<0.001$ ).

#### (4) ワークライフバランスとバーンアウト

バーンアウトの疲弊感の得点は, 家庭, 友人, 趣味など私生活と仕事の両立がうまくできていると, 家庭, 友人, 趣味など私生活に満足しているにおいて思わない者は, 思う者よりも有意に高い得点であった ( $p<0.001$ ).

シニシズムの得点は, 家庭, 友人, 趣味など私生活と仕事の両立がうまくできていると, 家庭, 友人, 趣味など私生活に満足しているにおいて思わない者は思う者よりも有意に高い得点であった ( $p<0.01$ ).

総合得点は, 家庭, 友人, 趣味など私生活と仕事の両立がうまくできていると思わない者は, 思う者よりも有意に高く ( $p<0.01$ ), 家庭, 友人, 趣味など私生活に満足していると思わない者は, 思う者よりも有意に高い得点であった ( $p<0.001$ ).

職務効力感の得点とライフワークバランス項目においては, 有意差はみられなかった.

#### (5) キャリアコミットメント, コミュニケーションスキルとバーンアウト

キャリアコミットメント, コミュニケーションスキルとバーンアウトとの相関係数を表17に示した.

キャリアコミットメント得点の平均は, 3.66 ( $\pm 0.67$ )であった. 疲弊感, シニシズム, 職務効力感とは, 弱い相関がみられ, 総合得点とは, やや強い相関関係がみられた.

コミュニケーションスキルの情報収集得点の平均は, 14.72 ( $\pm 3.45$ ), 話のスムーズさ得点の平均は, 8.00 ( $\pm 2.47$ )であり, 疲弊感, シニシズム, 総合得点と弱い相関がみられた. 積極的傾聴の平均得点は, 6.01 ( $\pm 1.67$ ), パーソナルスペースの平均得点は, 6.25 ( $\pm 1.85$ ), アサーションの平均得点は, 10.43 ( $\pm 1.84$ )であった.

表 17. 訪問看護の業務特性とバーンアウト（縦断）

		N=208			
項目		疲弊感	シニシズム	職務効力感	総合得点
私は、1人で訪問しても利用者に対応できる知識と技術を備えている	当てはまらない	50名 2.97(±1.34)◆	1.64(±1.16)	2.05(±1.14)**	12.56(±2.48)*
	当てはまる	156名 2.64(±1.56)	1.41(±1.39)	2.59(±1.29)	11.47(±2.95)
自分の看護に自信を持っている	当てはまらない	74名 2.92(±1.37)◆	1.64(±1.26)◆	2.07(±1.04)**	12.49(±2.49)
	当てはまる	132名 2.61(±1.58)	1.38(±1.38)	2.69(±1.33)	11.30(±2.99)**
1人で行う医療処置に対して、不安を感じることがある	当てはまらない	59名 2.61(±1.61)	1.44(±1.44)	3.02(±1.27)***	11.04(±3.21)*
	当てはまる	148名 2.76(±1.48)	1.47(±1.30)	2.24(±1.21)	11.99(±2.69)
単独での訪問には、責任を強く感じる	当てはまらない	83名 2.34(±1.32)**	1.28(±1.20)†	2.51(±1.22)	11.11(±2.53)**
	やや当てはまる				
	当てはまる	125名 2.96(±1.58)	1.60(±1.41)	2.44(±1.30)	12.12(±3.01)
ターミナルへの訪問看護には負担を感じる	当てはまらない	51名 2.18(±1.33)**	1.06(±0.90)*	2.89(±1.31)**	10.35(±2.31)**
	当てはまる	157名 2.86(±1.53)	1.60(±1.42)	2.33(±1.23)	12.16(±2.90)
不足している情報を引き出す手段をいくつかもっている	当てはまらない	75名 2.98(±1.52)†	1.84(±1.47)**	2.21(±1.27)*	12.60(±2.77)**
	当てはまる	132名 2.57(±1.49)	1.27(±1.21)	2.62(±1.26)	11.22(±2.82)
時間管理(調整)も含めてマネジメントは得意なほうである	当てはまらない	134名 2.87(±1.55)*	1.54(±1.37)	2.29(±1.20)**	12.13(±2.87)**
	当てはまる	73名 2.44(±1.40)	1.35(±1.27)	2.81(±1.34)	10.98(±2.73)
自分の得意分野、苦手分野を理解している	当てはまらない	23名 3.21(±1.66)◆	2.30(±1.73)**	2.14(±1.19)◆	13.37(±3.08)*
	当てはまる	185名 2.65(±1.48)	1.37(±1.25)	2.51(±1.28)	11.51(±2.78)
困った時には自分から相談している	当てはまらない	94名 2.86(±1.54)	1.75(±1.39)**	2.23(±1.24)*	12.38(±2.83)**
	やや当てはまる				
医師とは良好な関係を保っている	当てはまらない	69名 2.67(±1.52)	1.49(±1.22)	1.95(±1.12)***	12.22(±2.83)†
	当てはまる	138名 2.72(±1.50)	1.46(±1.40)	2.72(±1.27)	11.46(±2.87)
他職種(医師以外)とは適宜情報交換するなど、互いに協力している	当てはまらない	20名 2.80(±1.50)	1.78(±1.34)	1.86(±1.17)*	12.72(±2.40)†
	当てはまる	188名 2.70(±1.51)	1.44(±1.33)	2.53(±1.27)	11.61(±2.90)
私は1対1で人と関わることが好きである	当てはまらない	40名 3.01(±1.47)◆	1.69(±1.29)	2.45(±1.35)	12.25(±2.76)◆
	当てはまる	168名 2.64(±1.51)	1.42(±1.35)	2.47(±1.26)	11.59(±2.89)
在宅生活の中での看護にやりがいを感じる	当てはまらない	90名 3.11(±1.46)**	1.86(±1.43)***	2.17(±1.20)**	12.80(±2.81)***
	やや当てはまる				
	当てはまる	118名 2.41(±1.48)	1.18(±1.18)	2.69(±1.29)	10.89(±2.64)
利用者・家族の多様な価値観に対応できていると思う	当てはまらない	43名 2.98(±1.61)	1.92(±1.37)*	1.83(±1.10)***	13.06(±2.82)**
	当てはまる	165名 2.64(±1.48)	1.35(±1.31)	2.63(±1.26)	11.36(±2.78)
利用者・家族との信頼関係は構築できていると思う	当てはまらない	174名 2.75(±1.50)	1.48(±1.32)	2.36(±1.18)**	11.87(±2.76)◆
	やや当てはまる				
	当てはまる	34名 2.54(±1.58)	1.41(±1.45)	3.04(±1.57)	10.92(±3.28)
利用者(家族)の生活に合った支援方法を考え、実践している	当てはまらない	167名 2.79(±1.49)◆	1.51(±1.36)	2.37(±1.20)*	11.93(±2.80)*
	やや当てはまる	41名 2.42(±1.58)	1.30(±1.23)	2.87(±1.48)	10.85(±3.00)
利用者(家族)の持つ力を活かすような関わりをしている	当てはまらない	30名 3.47(±1.79)**	1.91(±1.50)†	1.93(±1.22)*	13.45(±3.00)**
	当てはまる	178名 2.59(±1.42)	1.39(±1.30)	2.56(±1.26)	11.42(±2.75)
利用者(家族)の意見を尊重し、自己決定を支援している	当てはまらない	144名 2.77(±1.45)	1.49(±1.28)	2.28(±1.17)**	11.97(±2.66)†
	やや当てはまる				
利用者(家族)と適度な距離感を保っている	当てはまらない	153名 2.81(±1.51)◆	1.58(±1.41)*	2.41(±1.26)	11.99(±2.85)*
	やや当てはまる	55名 2.45(±1.47)	1.15(±1.06)	2.63(±1.30)	10.85(±3.00)
社会資源や制度について、適時情報提供し利用することができる	当てはまらない	60名 3.01(±1.67)†	1.87(±1.44)*	2.13(±1.06)*	12.75(±2.82)**
	当てはまる	148名 2.59(±1.43)	1.31(±1.26)	2.61(±1.33)	11.30(±2.79)
休みはとりやすい職場である	当てはまらない	74名 3.20(±1.51)**	1.82(±1.47)**	2.39(±1.42)	12.63(±2.94)**
	当てはまる	134名 2.45(±1.45)	1.27(±1.22)	2.51(±1.19)	11.21(±2.71)
急な休み希望(体調不良、家族の介護)にも対応できる体制が整っている	当てはまらない	53名 3.44(±1.43)***	1.94(±1.56)**	2.44(±1.38)	12.94(±2.96)**
	当てはまる	155名 2.47(±1.46)	1.31(±1.21)	2.48(±1.24)	11.30(±2.72)
職場内の研修体制に満足している	当てはまらない	66名 2.99(±1.61)†	1.77(±1.47)*	2.59(±1.36)	12.17(±3.21)◆
	当てはまる	142名 2.59(±1.44)	1.33(±1.25)	2.41(±1.23)	11.50(±2.68)
仕事に見合った給料をもらっている	当てはまらない	68名 3.02(±1.64)†	1.74(±1.49)*	2.71(±1.37)†	12.04(±3.32)
	当てはまる	140名 2.57(±1.42)	1.34(±1.24)	2.35(±1.21)	11.56(±2.62)

†検定、欠損値のある項目では合計数とならない

\* p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

†: p<0.1

◆: 0.1≤p<0.2

表 18. ワークライフバランスとバーンアウト（縦断）

項目				N=208			
		疲弊感	シニシズム	職務効力感	総合得点		
家庭、友人、趣味など私生活と仕事の両立がうまくできている	思う	129名	2.38(±1.34)***	1.28(±1.21)**	2.47(±1.22)	11.19(±2.69)**	
	思わない	74名	3.31(±1.64)	1.84(±1.50)	2.47(±1.36)	12.67(±2.97)	
家庭、友人、趣味など私生活に満足している	思う	140名	2.38(±1.36)***	1.29(±1.14)**	2.50(±1.24)	11.16(±2.63)***	
	思わない	62名	3.50(±1.59)	1.96(±1.64)	2.39(±1.35)	13.07(±3.00)	
私生活と仕事を両立するための協力が、家族から得られている	思う	157名	2.69(±1.51)	1.43(±1.37)	2.54(±1.25)◆	11.59(±2.87)◆	
	思わない	43名	2.81(±1.63)	1.70(±1.29)	2.22(±1.36)	12.29(±2.91)	

t検定、欠損値のある項目では合計数とならない

\* p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

† : p<0.1

◆ : 0.1≤p<0.2

表 19. キャリアコミットメント、コミュニケーションスキルとバーンアウトとの相関係数

項目				相関係数			
		平均(SD)	幅	疲弊感	シニシズム	職務効力感	総合得点
キャリアコミットメント		3.58(±0.71)	1~5	-0.297***	-0.385***	0.200**	-0.424**
コミュニケーションスキル							
1) 情報収集		14.72(±3.45)	7~35	■ -0.037	0.042	-0.146*	0.065
2) 話のスムーズさ		7.93(±2.51)	2~15	0.205**	0.287**	-0.144*	0.305**
3) 積極的傾聴		6.01(±1.67)	3~15	0.093	0.154*	-0.164*	0.193**
4) パーソナルスペース		6.25(±1.85)	3~15	0.102	0.129	■ -0.050	0.136
5) アサーション		10.43(±1.84)	3~15	■ -0.025	■ -0.095	■ -0.124	■ -0.003

\* p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

## 2) 多変量解析による訪問看護師のバーンアウトリスクへの影響要因

バーンアウトリスクへの影響については、3つの下位尺度である、疲弊感、シニシズム、職務効力感のそれぞれへの要因と、総合得点における要因を抽出し、表 18~21 に示した。

### (1) 疲弊感得点への影響要因

疲弊感への影響要因は、家庭、友人、趣味などの私生活に満足して思わない、キャリアコミットメント得点が低い、急な休み希望（体調不良、家族の介護）にも対応できる体制が整っていない、単独での訪問には、責任を強く感じる、24 時間緊急対応が有る、利用者(家族)の持つ力を活かすような関わりをしていないの 6 つの変数であり、調整済み R<sup>2</sup>は、0.297 であった。

### (2) シニシズムへの影響要因

シニシズムへの影響要因は、キャリアコミットメント得点が低い、配偶者がいない、コミュニケーションスキルにおける話のスムーズさ得点が高い、休みはとりやすい職場でない、

保健師資格がないの 5 つの変数であり、調整済み R<sup>2</sup> は、0.275 であった。

(3) 職務効力感への影響要因

職務効力感への影響要因は、医師とは良好な関係が保てている、相談できる家族がいる、職場内で尊敬できる存在がいない、利用者（家族）の意見を尊重し、自己決定を支援しているの 4 つの変数であり、調整済み R<sup>2</sup> は、0.221 であった。

(4) 総合得点への影響要因

総合得点への影響要因は、キャリアコミットメント得点が低い、コミュニケーションスキルにおける話のスムーズさ得点が高い、家庭、友人、趣味などの私生活に満足していると思わない、休みはとりやすい職場ではない、配偶者がいない、年齢が 46 歳以上の者、時間管理（調整）も含めてマネジメントは得意なほうでない、ターミナルへの訪問看護には負担を感じる、保健師資格が無いの 9 つの変数であり、調整済み R<sup>2</sup> は、0.400 であった。

表 20. 訪問看護師におけるバーンアウト：疲弊感への影響要因

				N=183
変数	β	t値	P値	F値
家庭、友人、趣味など私生活に満足している <sup>a</sup>	0.292	4.639	0.000	
キャリアコミットメント得点 <sup>b</sup>	-0.231	-3.653	0.000	
急な休み希望（体調不良、家族の介護）にも対応できる体制が整っている <sup>c</sup>	-0.204	-3.198	0.002	
24時間緊急対応の有無 <sup>d</sup>	0.181	2.824	0.005	
利用者（家族）の持つ力を活かすような関わりをしている <sup>e</sup>	-0.164	-2.433	0.016	
単独での訪問には、責任を強く感じる <sup>f</sup>	0.158	2.487	0.014	
				13.838 (p=0.000)
R				0.566
調整済みR <sup>2</sup>				0.297

ステップワイズ法：モデル数6

a: 家庭、友人、趣味など私生活に満足している :0思う, 1思わない

b: キャリアコミットメント得点: (1点~5点: 得点が高くなるほどキャリアコミットメントが高い)

c: 急な休み希望(体調不良、家族の介護)にも対応できる体制が整っている :0当てはまらない, 1当てはまる

d: 24時間緊急対応の有無: 0無, 1有

e: 利用者(家族)の持つ力を活かすような関わりをしている: 0当てはまらない, 1当てはまる

f: 単独での訪問には、責任を強く感じる: 0当てはまらない, 1当てはまる

表 21. 訪問看護師におけるバーンアウト：シニシズムへの影響要因

				N=195
変数	β	t値	P値	F値
キャリアコミットメント得点 <sup>a</sup>	-0.271	-4.247	0.000	
話のスムーズさ <sup>b</sup>	0.242	3.899	0.000	
配偶者の有無 <sup>c</sup>	0.223	3.628	0.000	
休みはとりやすい職場である <sup>d</sup>	-0.175	-2.838	0.005	
保健師資格 <sup>e</sup>	-0.139	-2.234	0.027	
				15.740 (p=0.000)
R				0.542
調整済みR <sup>2</sup>				0.275
ステップワイズ法：モデル数7				
a: キャリアコミットメント得点：(1点～5点：得点が高くなるほどキャリアコミットメントが高い)				
b: 話のスムーズさ：(2点～15点：得点が高いほど話のスムーズさが低い)				
c: 配偶者の有無：0有, 1無				
d: 休みはとりやすい職場である：0当てはまらない, 1当てはまる				
e: 保健師資格の有無：0無, 1有				

表 22. 訪問看護師におけるバーンアウト：職務効力感への影響要因

				N=183
変数	β	t値	P値	F値
相談できる家族がいる <sup>a</sup>	0.270	3.529	0.001	
職場内で尊敬できる存在がいない <sup>b</sup>	0.268	3.504	0.001	
医師とは良好な関係が保てている <sup>c</sup>	0.228	2.936	0.004	
利用者(家族)の意見を尊重し、自己決定を支援している <sup>d</sup>	0.176	2.263	0.025	
				10.646 (p=0.000)
R				0.494
調整済みR <sup>2</sup>				0.221
ステップワイズ法：モデル数4				
a: 相談できる家族がいる：0無, 1有				
b: 職場内で尊敬できる存在がいない：0当てはまらない, 1当てはまる				
c: 医師とは良好な関係が保てている：0当てはまらない, 1当てはまる				
d: 利用者(家族)の意見を尊重し、自己決定を支援している：0当てはまらない, 1当てはまる				

表 23. 訪問看護師におけるバーンアウト：総合得点への影響要因

変数	β	t値	P値	N=183	
				F値	
キャリアコミットメント得点 <sup>a</sup>	-0.268	-4.394	0.000		
話のスムーズさ <sup>b</sup>	0.216	3.47	0.001		
配偶者の有無 <sup>c</sup>	0.197	3.322	0.001		
年齢 <sup>d</sup>	0.175	2.853	0.005		
休みはとりやすい職場である <sup>e</sup>	-0.161	-2.694	0.008		
時間管理(調整)も含めてマネジメントは得意なほうである <sup>f</sup>	-0.139	-2.275	0.024		
家庭, 友人, 趣味など私生活に満足している <sup>g</sup>	0.137	2.258	0.025		
ターミナルへの訪問看護には負担を感じる <sup>h</sup>	0.134	2.217	0.028		
保健師資格の有無 <sup>i</sup>	-0.121	-2.021	0.045		
				14.479 (p=0.000)	
R					0.655
調整済みR <sup>2</sup>					0.400

ステップワイズ法:モデル数4

a: キャリアコミットメント得点: (1点~5点: 得点が高くなるほどキャリアコミットメントが高い)

b: 話のスムーズさ: (2点~15点: 得点が高いほど話のスムーズさが低い)

c: 配偶者の有無 : 0有, 1無

d: 年齢 : 0 45歳以下, 1 46歳以上

e: 休みはとりやすい職場である : 0当てはまらない, 1当てはまる

f: 時間管理(調整)も含めてマネジメントは得意なほうである : 0当てはまらない, 1当てはまる

g: 家庭, 友人, 趣味など私生活に満足している : 0思う, 1思わない

h: ターミナルへの訪問看護には負担を感じる : 0当てはまらない, 1当てはまる

i: 保健師資格の有無 : 0無, 1有



バーンアウトの下位尺度ごとと、総合得点の影響要因を表 22 に示した。バーンアウトの下位尺度に独自にみられた影響要因は、疲弊感では、利用者(家族)の持つ力を活かすような関わり、単独での訪問には責任を強く感じる、24 時間緊急対応の 3 つの変数であった。シニシズムのみの影響要因は、みあたらなかった。職務効力感は、医師とは良好な関係が保てている、相談できる家族がいる、職場内で尊敬できる存在がいない、利用者(家族)の意見を尊重し、自己決定を支援しているの 4 つの変数すべてであった。総合得点では、年齢が 46 歳以上の者、時間管理(調整)も含めてマネジメントは得意なほうでない、ターミナルへの訪問看護には負担を感じるの 3 つの変数であった。また、総合得点は、すべての下位尺度を含む概念であるため、最も多くの影響要因がみられた。

表 24. バーンアウトの下位尺度・総合得点への影響要因のちがい

疲弊感 (6項目)	シニシズム (5項目)	職務効力感 (4項目)	総合得点 (9項目)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・キャリアコミットメント</li> <li>・家庭、友人、趣味などの私生活に満足している</li> <li>・急な休み希望(体調不良、家族の介護)にも対応できる体制</li> <li>・利用者(家族)の持つ力を活かすような関わり</li> <li>・単独での訪問には、責任を強く感じる</li> <li>・24時間緊急対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・キャリアコミットメント</li> <li>・話のスムーズさ</li> <li>・配偶者の有無</li> <li>・休みはとりやすい職場</li> <li>・保健師資格</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師との良好な関係</li> <li>・相談できる家族がいる</li> <li>・職場内で尊敬できる存在がいない</li> <li>・利用者(家族)の意見を尊重し、自己決定を支援している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・キャリアコミットメント</li> <li>・話のスムーズさ</li> <li>・配偶者の有無</li> <li>・休みはとりやすい職場</li> <li>・家庭、友人、趣味などの私生活に満足している</li> <li>・保健師資格</li> <li>・年齢が46歳以上の者</li> <li>・時間管理(調整)も含めてマネジメント</li> <li>・ターミナルへの訪問看護への負担</li> </ul>

## VII. 仮説の検証

表 23. 訪問看護師の業務特性からみたバーンアウトへの影響要因に関する仮説の検証

要因別仮説	結果	
	下位尺度	総合得点
<1. 単独訪問からくる困難さ>		
1. 単独での訪問に責任を強く感じる者は、そうでない者よりもバーンアウトしやすい	<b>検証</b>	棄却
2. ターミナルへの訪問看護には負担を感じる者は、そうでない者よりもバーンアウトしやすい	棄却	<b>検証</b>
3. 1対1で人と関わることが好きである者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい	棄却	棄却
4. (1) 在宅生活の中での看護にやりがいを感じる者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい	棄却	棄却
<2. 訪問看護の知識・技術不足からくる不安や困難さ>		
1. 1人で訪問しても利用者に対応できる知識と技術を備えている者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい	棄却	棄却
2. 自分の看護に自信を持っている者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい	棄却	棄却
3. 1人で行う医療処置に対して、不安を感じることもある者は、そうでない者よりもバーンアウトしやすい	棄却	棄却
4. 不足している情報を引き出す手段をもっている者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい	棄却	棄却
5. 時間管理(調整)も含めてマネジメントは得意な者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい	棄却	<b>検証</b>
6. 自分の得意分野、苦手分野を理解している者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい	棄却	棄却
7. 家族との信頼関係は構築できていると思う者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい	棄却	棄却
8. 利用者(家族)の生活に合った支援方法を考え、実践している者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい	棄却	棄却
9. 利用者(家族)の持つ力を活かすような関わりをしている者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい	<b>検証</b>	棄却
10. 利用者(家族)の意見を尊重し、自己決定を支援している者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい	<b>検証</b>	棄却
11. 利用者(家族)と適当な距離感を保っている者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい	棄却	棄却
12. 社会資源や制度について、適時情報提供し利用することができる者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい	棄却	棄却
<3. 職場の勤務体制からくる困難さ>		
1. 休みはとりやすい職場である者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい	<b>検証</b>	<b>検証</b>
2. 急な休み希望(体調不良、家族の介護)にも対応できる体制が整っている職場である者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい	<b>検証</b>	棄却
3. 職場内の研修体制に満足している者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい	棄却	棄却
4. 仕事に見合った給料をもらっている者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい	棄却	棄却
5. チーム制をとっているところは、受け持ち制よりもバーンアウトしにくい	棄却	棄却
<4. 身体的負担が大きいことの困難さ>		
1. 訪問時の移動手段が主に車の者は、車以外の者よりもバーンアウト得点が低い。また移動への負担を感じていない者は、負担と感じている者よりもバーンアウトしにくい	棄却	棄却
<5. 医師との連携の困難さ>		
1. 医師とは良好な関係を保っている者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい	<b>検証</b>	棄却
<6. 職場の人間関係からくる困難さ>		
1. 困った時には自分から相談している者は、そうでない者よりもバーンアウトしにくい	棄却	棄却
2. 職場内に尊敬できる人がいる者は、いない者よりもバーンアウトしにくい	棄却(逆)	棄却
3. 相談者がいる者は、いない者よりもバーンアウトしにくい	棄却	棄却
<7. 家庭との両立の困難さ>		
1. 家庭、友人、趣味など私生活と仕事の両立がうまくできていると思う者は、思わない者よりもバーンアウトしにくい	棄却	棄却
2. 家庭、友人、趣味など私生活に満足している者は、していない者よりもバーンアウトしにくい	<b>検証</b>	<b>検証</b>
3. 私生活と仕事を両立するための協力が、家族から得られていると思う者は、思わない者よりもバーンアウトしにくい	棄却	棄却
<コミュニケーションスキル>		
1. コミュニケーションスキルが高い者は、低い者よりもバーンアウトしにくい	<b>検証</b>	<b>検証</b>
<キャリアコミットメント>		
1. キャリアコミットメントが高い者は、低い者よりもバーンアウトしにくい	<b>検証</b>	<b>検証</b>

## VIII. 考察

### 1. 対象者の特性

#### 1) 個人属性

本研究における訪問看護師の平均年齢は 45.3 歳，看護経験の平均年数は 19.5 年，訪問看護の平均年数は 7.7 年であった。また，病院看護師の経験者がほとんどであった。訪問看護師を対象とした 2010 年以降の質問紙調査における平均年齢は，45 歳前後，看護経験年数は 19 年前後，訪問看護経験平均年数は 5～6 年であり，病院看護師経験者が多かった<sup>13) 24) 51) 52)</sup>。これらの研究は，鳥取県や福岡県の訪問看護師を対象としている。本研究は，関東甲信越の訪問看護師を対象としているが，年齢と看護経験年数，訪問看護の経験年数，病院経験者が多いことなどがほぼ同じであることから日本の訪問看護師を母集団と考える。

前述したように訪問看護師の平均年齢は，一般病院の看護師 33.8 歳<sup>53)</sup>，精神科勤務 40.8 歳<sup>7)</sup> に比べると高く，また既婚者の割合も，病院勤務者 4～6 割に比較して多く，約 8 割を占めている。これらのことから，訪問看護師は，看護経験だけでなく様々なライフイベントを経験し，社会的経験も積み重ねている集団と考えることができる。

#### 2) バーンアウト得点の特徴

本研究における訪問看護師の疲弊感の平均は，2.71 (±1.51)，シニシズム平均 1.47 (±1.34)，職務効力感平均 2.47 (±1.27) であった。

職業人 6,737 人を対象とした調査における MBI-GS の女性の疲弊感の平均得点は 3.27 (±1.47)，シニシズム女性平均 1.98 (±1.41)，職務効力感女性平均 2.36 (±1.22) と報告されている<sup>31)</sup>。また，精神科勤務の看護師では，疲弊感の平均 3.44 (±1.45)，シニシズム平均 2.21 (±1.41)，職務効力感平均 2.23 (±1.22)<sup>9)</sup> であり，また，緩和ケア認定看護師では，疲弊感の平均 3.9 (±1.4)，シニシズム平均 1.8 (±1.4)，職務効力感平均 2.4 (±1.2) と報告されている<sup>54)</sup>。訪問看護師の先行研究で，バーンアウト評価に MBI-GS を使ったものは見当たらなかった。

本研究の訪問看護師は，疲弊感とシニシズムは先行研究の看護師よりも低く，職務効力感はほぼ同じ得点であった。この結果から，現在訪問看護師を継続している者は，一概には比較できないが，一般職や病院に勤務する看護師に比べて，バーンアウト得点は低いと考えられる。

### 2. 多変量解析による訪問看護師におけるバーンアウトへの影響要因

重回帰分析の結果，調整済み決定係数はバーンアウト下位尺度の疲弊感 0.30、シニシズム 0.28、職務効力感 0.22、総合得点 0.40 であった。決定係数の解釈については，社会調査データにはノイズが多いため，場合によっては 0.20 を超えれば大きいということもあると述べている<sup>55)</sup>。このことから，本研究における分析結果は，有効と考える。

#### 1) 疲弊感への影響要因

重回帰分析の結果，バーンアウトの下位尺度の 1 つである疲弊感には，家庭，友人，趣味などの私生活に満足している，キャリアコミットメント，急な休み希望（体調不良，家族の介護）にも対応できる体制，24 時間緊急対応，利用者（家族）の持つ力を活かすような関わり，単独での訪問の 6 項目が影響していた。

#### ①家庭、友人、趣味などの私生活に満足している

病院看護師を対象とした研究において、ワークライフバランス（仕事と生活の評価）がバーンアウトに関連していたこと<sup>53)</sup>、趣味活動の有無が関連していたこと<sup>56)</sup>が報告されている。また Naruse らは<sup>16)</sup>、訪問看護師において **Poor work-life balance** は情緒的消耗感に関連していたことを報告している。本研究においても、先行研究と類似した結果が得られている。これらのことから、訪問看護師においても、私生活への満足感の疲弊感の影響要因であることが明らかになった。訪問看護は、生活の場における看護実践であり、個々の生活経験が役立つこともある。このため、訪問看護師自身の私生活への満足感を高めることも重要であり、バーンアウトの予防に繋がると考える。

#### ②キャリアコミットメント

病院看護師を対象とした研究において、情緒的疲弊感には情動的コミットメント、規範的コミットメントとの相関関係があったこと<sup>57)</sup>、職業（キャリア）コミットメントは、疲弊感に関連していたこと<sup>58)</sup>が報告されている。訪問看護師においては、キャリアアップへの関心がない者は、バーンアウトリスクが高いことが報告されている<sup>18)</sup>。本研究においても同様の結果が得られており、訪問看護師の疲弊感に対する影響因子の1つであることが明らかになった。

訪問看護師を対象とした調査において、事業所内でキャリアアップできる仕組みがない者は、5割近かったことが報告されている<sup>59)</sup>。このことから、現在、訪問看護師としてのキャリアラダーが示されているところは少なく、目標設定がしづらい環境であると考えられる。今後は、訪問看護師としてのキャリアアップとしての指標、方法などが具体的に示されること、また、各自がその目標に向かって取り組める職場環境の整備が必要であり、自らのキャリアアップが実感できることで、バーンアウトの疲弊感の予防にも繋がると考える。

#### ③急な休み希望（体調不良、家族の介護）にも対応できる体制

先行研究において、急な休み希望と疲弊感に関する結果は見当たらなかった。本研究には、川村<sup>53)</sup>や安東<sup>60)</sup>の調査した病院看護師よりも既婚者や子供がいる者が多い、また平均年齢が45歳と高い。このため、家族の世話や介護に関わっている者もいる可能性がある。本研究の3章で行ったインタビューの中でも、子どもの体調が悪くなった時、迎えに行かなくてはいけないが、仕事が終わらない、他のスタッフに申し訳ないといった内容が複数みられた。訪問看護では、単独訪問が基本となるため、日々の個々の仕事（役割）がはっきりしていること、小規模事業所が多いことから急な対応が難しいことなどから、より負担感が強くなることが考えられる。本研究で初めて、訪問看護師においては、急な休み希望に対応できることが、疲弊感の軽減につながるということが明らかになったが、このことについては、今後さらなる研究を進めて明らかにしていく必要があると考える。

#### ④24時間緊急対応

訪問看護師を対象とした横断研究で、24時間緊急対応について、訪問看護師のストレスは高いことが報告されている<sup>61)</sup>。本コホート研究において同様の結果が認められ、24時間緊急対応が、訪問看護師の疲弊感を高めることが明らかになった。

本研究の3章においても、いつ呼ばれるか分からないという緊張感が複数述べられてい

た。また、近年は、難病、がん、小児の訪問看護の利用者が増加するとともに利用者のニーズは多様化し、医療依存度の高い療養者も増加している<sup>62)</sup>。森田は、緊急訪問の内容として、身体症状に関することが多いこと、中でも医療処置の有る者が多く、緊急訪問と医療処置は密接に関連していると述べている<sup>63)</sup>。以上のことから、緊急対応する際にも知識や技術が求められるが、内容の予測がつきづらいこと、単独での訪問であることなどが重なり、負担感は大きいことが推測される。

#### ⑤利用者（家族）の持つ力を活かすような関わり

看護師を対象とした調査や、医学系の調査でも利用者（家族）の持つ力を活かす関わりの疲弊感への影響を報告した研究は見当たらなかった。この変数は、筆者の3章で行った質研究「訪問看護師の抱く困難感」から得られた変数である。従って、本研究で初めて訪問看護師において、利用者（家族）の持つ力を活かすような関わりが乏しいと疲弊感が高まることが明らかとなった。

新人・中堅訪問看護師の看護実践内容の構成要素の1つとして、家族の介護力を引き出すことが報告されている<sup>64)</sup>。筆者の経験からも訪問看護の場面では、本人・家族の力を引き出し、セルフケア能力を高める看護は重要であると考えられる。このような関わりができると、本人・家族の満足感が高まることで、関わっている訪問看護師自身もケアの効果を実感しやすく、やりがいを感じ、疲弊感が軽減すると考えられる。

#### ⑥単独での訪問

単独での訪問において責任を強く感じることで、疲弊感に影響していた。白柿の訪問看護師を対象とした研究では<sup>37)</sup>、病院との環境的なギャップとして、訪問看護師は、「一人で行くことがものすごく嫌だった」と報告されている。また、田口らは、訪問看護に伴うストレスとして、ひとりで大きな責任を背負っていると報告している<sup>65)</sup>。筆者の経験からも単独訪問は、すぐに同僚や先輩に相談できない、頼れないこと、生活の中での看護実践であるため、日々状況が変化する中での対応が求められるなど病院看護師時にはないストレスを感じた。このように訪問看護師にとって、とくに慣れていない者やターミナル、急性増悪期など状況変化が大きい場合、単独訪問による負担は大きくなり、疲弊感に繋がりやすいと考えられる。

### 2) シニシズムへの影響要因

重回帰分析の結果、バーンアウトの下位尺度の1つであるシニシズムには、キャリアコミットメント、コミュニケーションスキル（話のスムーズさ）、配偶者の有無、休みはとりやすい職場の4項目が影響していた。

#### ①キャリアコミットメント

本研究で使用したバーンアウト尺度のMBI-GSのシニシズムに当たるMBI-HSSの脱人格化と関連があったとの報告は、病院看護師を対象とした撫養らの研究でシニシズムと情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメントとの相関関係が報告されている<sup>66)</sup>。また、澤田の病院看護師を対象とした研究でも職業コミットメントは脱人格化との関連が報告されている<sup>58)</sup>。本研究においても類似した結果が得られており、訪問

看護師のシニシズムに対する影響因子の1つであり、キャリアコミットメントが低いとシニシズムが起りやすいことが明らかになった。

#### ②コミュニケーションスキル（話のスムーズさ）

訪問看護師を対象とした先行研究において、コミュニケーションスキルとシニシズムに関する報告は見当たらなかった。本研究においては、話がスムーズだとシニシズムに陥らないことが、初めて明らかになった。

訪問看護は、1回30分から90分程度であるが、内容としては、身体の清潔が最も多く、次に患者・家族の指導、相談が多かったと報告されている<sup>67)</sup>。筆者の経験からも、訪問看護は限られた時間と空間の中での看護実践であるため、コミュニケーションを必要とする場面が多いと考えられる。このことから、訪問看護師にとってコミュニケーションは重要な技術の1つであること、また、この技術が獲得できることでシニシズムに陥り対象に対して冷淡な態度とるようなことは避けられると考えられる。

#### ③配偶者の有無

訪問看護師を対象とした先行研究において、配偶者の有無とシニシズムの関連を報告したものは見当たらなかった。本研究において、初めて、配偶者がいない者は、シニシズムに陥り対象に対して冷淡な態度に陥りやすいと考えられる。

#### ④休みはとりやすい職場

看護師を対象とした研究において、休息が脱人格化の関連要因であったこと、また、疲労感はシニシズムへの関連要因であることが報告されている<sup>68)</sup>。近年ワークライフバランスが職業上のストレスと関連しているとの報告もあり<sup>69)</sup>、訪問看護師においても、休みがとれないと、シニシズムへ繋がる可能性がある。

### 3) 職務効力感への影響要因

重回帰分析の結果、バーンアウト下位尺度の1つである職務効力感に相談できる家族、職場内で相談できる存在がいな、医師との良好な関係、利用者（家族）の意見を尊重し、自己決定を支援しているの4項目が影響していた。

#### ①相談できる家族

病院看護者を対象とした研究において、悩みの相談者の有無と職務効力感の関連が報告されている<sup>56)</sup>。訪問看護師においても、相談できる家族がいる者は、職務効力感を高めることが明らかになった。

#### ②職場内で相談できる存在がいな

病院看護者を対象とした研究において仕事の相談者の有無は、職務効力感の関連要因であること<sup>56)</sup>、仕事に関する相談相手がいな者はいる者よりもバーンアウトリスクが高いことが報告されている<sup>70)</sup>。本研究においては、訪問看護師は職場内に相談できる存在がいな者に職務効力感が高くなるという逆の結果であった。訪問看護師は、単独で行動することが多く、相談できる存在がいな可能性もある。また、訪問看護ステーションの人数

も少なく、訪問看護ステーション自体の人間関係も様々であることが考えられる。職場内で相談できる存在がないことが職務効力感を上げることについては、さらなる研究をしていく必要がある。

### ③医師との良好な関係

訪問看護師を対象とした先行研究で、医師との関係が職業ストレスの1つであることが報告されている<sup>71)</sup>。職業上のストレス症候群であるバーンアウトに、医師と良好な関係が築けることによる影響が考えられた。医療系の先行研究において、下位尺度である職務効力感に対し、医師との良好な関係が示された文献は見当たらなかったが、筆者の臨床経験から十分納得できる結果であった。この詳細については、さらなる研究を積み重ねていきたい。

### ④利用者（家族）の意見を尊重し、自己決定を支援している

看護師を対象とした調査において、利用者（家族）の意見を尊重し、自己決定を支援していることの職務効力感への影響を報告した研究は見当たらなかった。この変数は、筆者の3章で行った質研究「訪問看護師の抱く困難感」から得られた変数である。従って本研究で初めて訪問看護師において利用者（家族）の意見を尊重し、自己決定への支援が乏しいと職務効力感が低下することが明らかとなった。

訪問看護師を対象とした先行研究において、訪問看護実践内容の構成要素の1つとして、自立支援（自立を引き出すように関わる）が挙げられている<sup>64)</sup>。自己決定の支援は、自立支援の1つと考えることができ、また、筆者の経験からも、訪問看護においては重要な点であると考えられる。

## 4) 総合得点への影響要因

重回帰分析の結果、バーンアウトの総合得点には、キャリアコミットメント、コミュニケーションスキル（話のスムーズさ）、配偶者の有無、年齢、休みはとりやすい職場、時間管理（調整）も含めたマネジメント、家庭、友人、趣味などの私生活に満足している、ターミナルへの訪問看護の8項目が影響していた。総合得点において調整済み説明率は0.40であり、他の下位尺度よりも高く、影響要因の項目も多かった。総合得点を算出する方法を用いた研究は、MBI-HSSでは数多く見かけられたが<sup>45) 47) 53)</sup>、MBI-GSで総合得点への影響を見たのは、本邦初となる。MBI-HSSのみならず、MBI-GSでの総合得点を用いる方法は、概念を反映し、効率よく、関連や影響を判断する指標となり得ることが明らかになった。

### ①キャリアコミットメント

吾妻らは、大学病院の新卒看護師を対象とした研究においてバーンアウトの総合得点（MBI-HSS）とコミットメントの関連を明らかにしている<sup>72)</sup>。また、筆者は、訪問看護師においては、キャリアアップへの関心がない者は、バーンアウトリスクが高いことを報告した<sup>18)</sup>。本研究においても同様の結果が得られており、訪問看護師においてもキャリアコミットメントが低いとバーンアウトしやすいことが明らかになった。

## ②コミュニケーションスキル（話のスムーズさ）

先行研究において、総合得点を用いてコミュニケーションスキルとの関連をしめした研究は見当たらなかった。訪問看護師において、清田らは、本人・家族の訴えを引き出すコミュニケーション能力を、訪問看護師に求められる能力の1つとし<sup>73)</sup>、松山らは、訪問看護婦のストレスは利用者・家族との葛藤に関することが最も多かったことを報告している<sup>40)</sup>。また、本研究の3章の訪問看護師の困難感を明らかにした質研究においても、利用者との関係性からくるストレスと職場の人間関係からくるストレスは、コミュニケーションスキルが関係している可能性が見て取れた。訪問看護師においてコミュニケーションスキルが低いとバーンアウトしやすいことが明らかとなった。

## ③年齢

本研究において、年齢は、総合得点への4番目に大きな影響要因であった。病院看護者を対象とした研究において年齢は、29歳以下の者に比べて30歳以上の者のほうがバーンアウトリスクが高かったこと<sup>70)</sup>、24歳以下の者は25歳以上の者に比べてバーンアウト総合得点が高かったことが報告されている<sup>53)</sup>。訪問看護師を対象とした研究においても、梅原らは、重回帰分析の結果、年齢が情緒的消耗感に関連していたことを報告している<sup>25)</sup>。これらのことから、年齢区分は様々であるが、若い者ほどバーンアウトしやすいと考えることができる。

## ④休みはとりやすい職場、家庭、友人、趣味などの私生活に満足している

看護師を対象とした研究において、ワークライフバランスとバーンアウトの総合得点との関連<sup>53)</sup>、趣味活動の有無との関連<sup>56)</sup>が報告されている。本研究においても、休みはとりやすい職場、家庭、友人、趣味などの私生活に満足しているとバーンアウトしにくい結果であり、先行研究と類似した結果と考えることができる。また、本研究の3章の訪問看護師の困難感を明らかにした質研究においても、訪問看護師の困難感として、家庭との両立の困難さが1つのカテゴリーとして抽出され、家族との理解と協力がないと継続は難しいことが語られていた。これらのことから、訪問看護師において、休みがとりやすく、私生活への満足感を高めることは重要であり、バーンアウトの予防に繋がることになった。

## ⑤時間管理（調整）も含めたマネジメント

訪問看護師を対象とした先行研究では、約30%の者が時間的プレッシャーを頻繁に感じており、時間的プレッシャーを頻繁に感じる時、バーンアウトしやすいことを報告している<sup>16)</sup>。筆者の経験から、訪問看護は、提供するケアの時間で料金が設定されていること、次の利用者への訪問に遅れないようにする必要があるという特性があり、日々の業務を遂行する上でも時間の管理能力は重要と考えられる。このため、時間管理やマネジメントが苦手な者は、バーンアウトしやすいと考えられる。

## ⑥ターミナルへの訪問看護

看護師を対象とした調査において、ターミナルへの訪問看護とバーンアウトへの影響を報告した研究は見当たらなかった。この変数は、筆者の3章で行った質研究「訪問看護師の抱く困難感」から得られた変数である。従って、本研究で初めて訪問看護師においてタ



ーミナルへの訪問看護に負担を感じるとバーンアウトリスクが高くなることが明らかとなった。

総合得点は、すべての下位尺度を含む概念であるため、最も多くの影響要因がみられた。また、職務効力感の影響要因は、他の下位尺度もしくは総合得点の影響要因とは異なっていた。職務効力感は前向きな概念であり、他の下位尺度とは異なることは、筆者の経験からも妥当と考える。しかし、総合得点に反映しないことは、今後の課題としたい。

## 第6章 結論

訪問看護師のバーンアウトへの影響要因として、次のことが明らかになった。

1. バーンアウトに対する最も大きな影響要因は、キャリアコミットメントであった。このことから、訪問看護に対するコミットメントを高めることで、バーンアウトの予防に繋げることができる。
2. 訪問看護師の業務特性と考えられる、24時間緊急対応、利用者（家族）の意見の尊重と自己決定の支援、利用者（家族）の持つ力を活かすような関わり、単独での訪問に強く感じる責任、時間管理（調整）も含めてのマネジメント、ターミナルへの訪問看護に感じる負担がバーンアウトに影響していることが新たに明らかになった。
3. 年齢、ワークライフバランスなどの個人要因も、訪問看護師のバーンアウトに影響していた。
4. 先行研究において訪問看護師のバーンアウトへの関連要因として示されていた、他職種（医師）との連携と、コミュニケーション能力も、本研究においては影響要因として確認することができた。また、コミュニケーション能力の中でも、とくに話のスムーズさが影響していたことが明らかになった。

## 第7章 本研究の看護への提言

### 1. 訪問看護師の業務特性とキャリアコミットメント

訪問看護師の中には病院看護とのギャップを感じる者は、少なくないと考えられる。本研究においても、訪問看護の業務特性と考えられる「24時間緊急対応」、「利用者（家族）の意見の尊重と自己決定の支援」、「利用者（家族）の持つ力を活かすような関わり」、「単独での訪問に強く感じる責任」、「時間管理（調整）も含めてのマネジメント」、「ターミナルへの訪問看護に感じる負担」を強く感じる者は、バーンアウトのリスクが高いと考えられることから、以下のような対策を考えていく必要があると考える。

#### 1) 24時間緊急対応

いつ電話がかかってくるかという緊張感に対しては、当番を2人体制とすることで軽減できると考える。しかし、実現のためには人員の確保が必要となるため、新人訪問看護師の支援や緊急対応が予測される時などに導入することも1つと考える。また、職場内での情報共有を密に行うことで、あらかじめ緊急対応が必要な利用者の把握をし、準備しておくことも負担の軽減に繋がると考える。緊急対応は、夜間や早朝の時もあるため、関係機関や関係職種、とくに医師との連絡体制を整えておくことも重要となる。近年わが国では、地域包括ケアシステムが構築されている。地域の中で、多職種が顔のみえる関係性を築けることが大切である。そのため、毎月定例会を開催することなどをシステム化し、定期的に情報共有する機会を作ることやだれでも参加できる場を設けながら、地域の緊急対応体制について多職種で検討していくことが必要ではないかと考える。

さらに、本研究の第3章訪問看護師が抱く困難感の内容から、訪問看護師が知識や技術を高めていくことも役立つと考えられる。とくに、医療処置や医療機器の取り扱い方法、苦手な領域に関する知識も高めていけるような機会として、勉強会の参加や先輩看護師との同行訪問、ふり返りの機会などを職場が積極的に作っていくことが望まれる。

#### 2) 利用者（家族）の意見の尊重と自己決定の支援，利用者（家族）の持つ力を活かすような関わり

季羽は<sup>74)</sup>、訪問看護の目的の1つとして、本人自身および家族のセルフケア能力を高めて自立を目指すことを述べている。このことは、在宅看護論の教科書にも出てくる言葉であるが、実際の現場での実践能力を身に付けていくことが望まれる。本人・家族の自己決定やセルフケア能力の向上を目指した支援を行うためには、療養者・家族とのコミュニケーションを通して、それぞれの価値観や強みを理解する必要がある。そのため、コミュニケーションを通じた情報収集とアセスメントから、効果的な関わり方を考え、実施し、評価するといった一連の看護過程とその能力が必要となる。しかし、これらは見えにくく、1人では評価が難しいとも考えられる。そこで、先輩や他のスタッフと共有していくことが求められる。その1つとして、毎月検討する看護計画や報告書に記載すると、訪問看護師自身の振り返りの機会となり意識しやすいこと、また、定期的に評価することで、技術の向上に繋げていくことが望まれる。

#### 3) 単独での訪問に強く感じる責任，ターミナルへの訪問看護に感じる負担

筆者の経験からも単独訪問は、病院看護師にないストレスである。現在訪問看護ステーションでは、新人との同行訪問や困難ケース（末期がん、神経難病、特別な管理が必要な

者、暴力行為や著しい迷惑行為等が認められる者)での同行訪問が行われ、制度的にも認められてきている<sup>62)</sup>。家族のいない家、単身男性、精神疾患の重傷者、ターミナルなどには、2人での訪問体制を整え、身体的・精神的負担を軽減することが望まれる。

特にターミナルへの訪問においては、今後多死時代を迎えるにあたり、重要な課題となってくるのが推測される。ターミナル期では、本人・家族が共に危機的状況にあることや容態が不安定であることも多く、訪問看護師の負担も大きいと考えられる。そのため、1人ではなく、複数での取り組みが望まれる。これは、訪問看護ステーション内だけでなく、他職種や他機関とも協力体制と信頼関係を構築し、チーム医療を推進していくことが望まれる。そのためには、日頃から、多職種による勉強会や症例検討会などを定期的で開催し、顔の見える関係づくりを行うこと、また、そういった場にだれでも参加できる職場環境を整えていくことが望まれる。また、看取り後は、遺族のグリーフケアやスタッフの振り返りを含めたデスカンファレンス等を制度化し、関わったスタッフの精神的重圧の軽減を図ることも必要と考える。

以上のことから、訪問看護業務に特有であり、困難を感じやすい項目に対して、苦手意識を持たないように支援し、病院看護とのギャップを大きく感じず、訪問看護業務が継続できること、また、訪問看護師の専門性を高めていくことでキャリアコミットメントも高まり、バーンアウトの予防、離職予防に繋げていくことが望まれる。近年、一般企業では、職員のストレスチェックが開始されてきている。訪問看護ステーションにおいても、ストレスチェックの1つとして、キャリアコミットメントを定期的にも評価していくことが望まれる。

## 2. コミュニケーション能力、時間管理（調整）も含めてのマネジメント

コミュニケーションにおいては、話のスムーズさに重点を置いた勉強会や練習の機会の設定が望まれる。訪問看護場面では、時間制限があることから、ケアを行いながらコミュニケーションを図ることも多々あるため、何かを行いながらもスムーズにコミュニケーションがとれる技術を練習することが効果的と考える。この機会として、積極的に外部の研修会に参加すること、参加できる職場体制の整備が望まれる。

時間管理においても、訪問時だけでなく、訪問看護ステーション内においても、時間を意識しながら取り組むこと、職場全体で効率よく業務を進めることで、ワークライフバランスも整えていくことが望まれる。

## 第 8 章 研究の限界と今後の課題

訪問看護師を対象に質問紙による縦断調査を実施したが、追跡調査の有効回答数は 1 回目の半数以下であった。このため、対象者が継続して調査に協力しやすい方法を検討していく必要がある。また、今回 2 回の調査に協力してくれた者は、訪問看護に積極的な者とも考えられる。このため、バーンアウトリスクの高い者は、2 回目の調査から脱落した者が多かった可能性が考えられる。今後は、バーンアウトリスクの高い者も、より協力しやすい方法を考え、調査を継続していきたいと考える。

加えて、本研究においては、話のスムーズさの信頼係数が低かったこと、地域による差を考慮すると一般化には限界がある。今後は、明らかとなった影響要因の詳細と、対象を拡大し、調査を深めていく必要があると考える。

### 謝辞

本研究の実施に当たり、調査にご協力をいただきました訪問看護ステーションの看護職員の方々、管理者の皆様にご心よりお礼申し上げます。

また、研究の過程において、熱心にご指導をいただきました鈴木英子教授を始め、諸先生方に深く感謝いたします。そして、様々な面でご支援、ご助言をいただきましたゼミ生の皆様にお礼申し上げます。

## 引用文献

- 1) 内閣府. 平成 27 年版高齢社会白書(概要版).  
[http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/gaiyou/27pdf\\_indexg.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/gaiyou/27pdf_indexg.html) 2016. 8. 2
- 2) 厚生労働省. 平成 25 年度国民医療費の概況.  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/13/> 2016. 8. 2
- 3) 内閣府. 高齢者の健康に関する意識調査結果(全体版).  
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h19/kenko/zentai/> 2016. 8. 2
- 4) 一般社団法人全国訪問看護事業協会. 平成 26 年訪問看護ステーション数調査結果.  
<https://www.zenhokan.or.jp/pdf/new/h26-research.pdf> 2016. 8. 2
- 5) 公益社団法人日本看護協会, 公益財団法人日本訪問看護財団, 一般社団法人全国訪問看護事業協会. 訪問看護アクションプラン 2025.  
<http://www.jvnf.or.jp/top/plan2025.pdf> 2016. 8. 2
- 6) 公益社団法人日本看護協会. 平成 27 年版看護白書. 日本看護協会出版会, 2015:212
- 7) Herbert, J. Freudenberger. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* 1974, 30(1):159-165
- 8) Maslach & Jackson. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 1981, 2:99-113
- 9) 北岡和代. 精神科勤務の看護者のバーンアウトと医療事故の因果関係についての検討. *日本看護科学会誌* 2005, 25(3):31-40
- 10) 公益社団法人日本看護協会. 平成 27 年版看護白書. 日本看護協会出版会, 2015:233
- 11) 公益社団法人日本看護協会. 平成 23 年版看護白書. 日本看護協会出版会, 2011:20
- 12) 東京都訪問看護推進協議会. 東京都訪問看護推進協議会報告書「訪問看護の充実・推進に向けて～在宅医療の推進の中で～」, 2007
- 13) 仁科裕子, 谷垣静子. 訪問看護に従事する看護職の職場の対人葛藤に関連する要因. *日本看護研究学会誌* 2009, 32(2):113-121
- 14) 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務環境を中心に. *日本在宅ケア学会誌* 2003, 7(1):40-48
- 15) 檜原理恵, 李錦純, 岩崎朱美ら. 訪問看護師のバーンアウトに関連する要因 A 県 B 市における訪問看護師の業務特性に焦点を当てて. *近代姫路大学看護学部紀要* 2011, 3:43-50
- 16) Naruse Takashi, Taguchi Atsuko, Kuwahara Yuki et al. Relationship between perceived time pressure during visits and burnout among home visiting nurses in Japan. *Japan Journal of Nursing Science* 2012, 9(2):185-194
- 17) 日本看護協会. 看護業務基準集 2007 年改訂版. 東京:日本看護協会出版会, 2007:74-83
- 18) 柴田滋子. 管理職を除くスタッフ訪問看護師におけるバーンアウトの関連要因. *看護教育研究学会誌* 2014, 6(2):12-17
- 19) Blau, G. J. The measurement and prediction of career commitment. *Journal of Occupational Psychology* 1985, 58:277-288
- 20) Bateman, T. S., Strasser, S. A longitudinal analysis of the antecedents of organization commitment. *Academy of Management Journal* 1984, 27:95-112
- 21) 田口理恵, 渡辺美香, 田高悦子ら. 訪問看護師の職業性ストレスとストレスターの検討. *横浜看護学雑誌* 2012, 5(1):39-46

- 22) 小田美紀子. 訪問看護師における職務ストレスの現状と課題 A 県の訪問看護師を対象としたアンケート調査を通して. 日本看護学会論文集 2011, 41:83-86
- 23) 細田江里. 訪問看護師が職務を継続している要因. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究収録 2009, 34:278-285
- 24) 御厩美登里. 訪問看護師の職務継続意向に関連する要因 個人属性と働く喜びに焦点をあてて. 日本在宅ケア学会誌 2015, 18(2):37-45
- 25) 梅原麻美子, 古瀬みどり, 松浪容子. A 県内の訪問看護師の処遇・職務環境とバーンアウトとの関連. 北日本看護学会誌 2007, 9(2):27-33
- 26) 望月宗一郎, 茂木美奈子, 飯島純夫. A 県内訪問看護師の職務満足感とバーンアウトに関する一考察. 山梨大学看護学会誌 2009, 8(1):9-14
- 27) 稲岡文昭. Burnout 現象と Burnout スケールについて. 看護研究 1998, 21(2):27-35
- 28) 諸井克英. 特別養護老人ホーム介護職員におけるバーンアウト. 実験社会心理学研究 1999, 39(1):75-85
- 29) 横山敬子. 職務バーンアウト-因果関係の解明および人的資源管理への示唆-. 産業・組織心理学研究 2001, 14:31-44
- 30) 増子詠一, 山岸みどり, 岸玲子ら. 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. 産業医学 1989, 31:203-215
- 31) 久保 真人, 田尾 雅夫. 看護婦におけるバーンアウトストレスとバーンアウトとの関係 -. 実験社会心理学研究 1994, 34:33-43
- 32) 久保真人. サービス業従事者における日本版バーンアウト尺度の因子的、構成概念妥当性. 心理学研究 2014, 85(4):364-372
- 33) 東口和代, 森河裕子, 三浦克之ら. 日本版 MBI (Maslach Burnout Inventory) の作成と因子構造の検討. 日本衛生学雑誌 1998, 53(2):447-455
- 34) 北岡和代, 増田真也, 荻野佳代子ら. バーンアウト測定尺度 Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) の概要と日本版について. 北陸公衆衛生学会誌 2011, 37(2):34-40
- 35) 北岡 (東口) 和代, 荻野佳代子, 増田真也ら. 日本版 MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey) の妥当性の検討. 心理学研究 2004, 75(5):415-419
- 36) 吉田美穂. 訪問看護師のバーンアウトに関する研究の動向と課題 過去 10 年間の文献から. 新見公立大学紀要 2014, 35:103-106
- 37) 白柿奈保. 訪問看護師が実践に向かう気持ちを支える体験ー訪問看護ステーションのスタッフナースの語りからー. 日本赤十字看護大学紀要 2010, 24:87-95
- 38) Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal of Quality in Health Care 2007, 19(6):349-357
- 39) 富岡小百合, 石澤恵, 大竹まり子ら. 訪問看護師の職務満足に関連する要因. 日本在宅ケア学会誌 2007, 11(1):43-51
- 40) 松山洋子. 訪問看護ステーションに勤務する看護婦のストレスの検討. 岐阜県立看護大学紀要 2001, 1(1):27-34
- 41) 上野榮一. 看護師における患者とのコミュニケーションスキル測定尺度の開発. 日本看護科学会誌 2005, 25(2):47-55

- 42) 公益社団法人日本看護協会. 平成 27 年版看護白書. 日本看護協会出版会, 2015:212-213
- 43) 光本いづみ, 松下年子, 大浦ゆう子. 訪問看護師の仕事負担感や就業継続意思と業務特性との関連. 産業医科大学雑誌 2008, 30(2):185-196
- 44) 日本医師会. JMAP(Japan Medical Analysis Platform) 地域医療情報システム. <http://jmap.jp/cities/detail/pref/23> 2016. 9. 5
- 45) Eiko Suzuki, Yuka Kanoya, Takeshi Katsuki I, et al. Assertiveness affecting burnout of novice nurse at university hospitals. Japan Journal of Nursing Science 2006 3:1-13
- 46) 鈴木英子, 永津麗華, 森田洋一. 大学病院に勤務する看護師のバーンアウトとアサーティブな自己表現. 日本保健福祉学会誌 2003, 9(2):11-18
- 47) 丸山昭子, 鈴木英子. 大学病院に勤務する小児科の新卒看護師の特徴と就職 1 年後のアサーティブネスとバーンアウトの変化. 日本看護管理学会誌 2009, 13(1):92-99
- 48) Suzuki Eiko, Itomine Ichiro, Saito Miyuki et al. Factors affecting the turnover of novice nurses at university hospitals: A two year longitudinal study. Japan Journal of Nursing Science 2008, 5(1):9-21
- 49) 日本労働研究機構調査研究報告書 No.161. 組織の診断と活性化のための基盤尺度の研究開発 —HRM チェックリストの開発と利用・活用—. 2003:218-235
- 50) ダニエル・J, レビンソン (南博訳). ライフサイクルの心理学〈上〉. 講談社学術文庫, 1992:45-82
- 51) 西尾美登里. ターミナルにおける看護師の看取りの満足感に関する研究. 日本農村医学会誌 2013. 61(6):890-903
- 52) 仁科祐子, 谷垣静子. 訪問看護師における職場継続意志の関連要因 仕事満足度および対人関係に焦点をあてた検討. 日本在宅ケア学会誌 2015, 18(2):28-36
- 53) 川村晴美, 鈴木英子. 病院に勤務する看護職のライフワークバランスとバーンアウトとの関連. 日本看護科学学会誌 2014, 34:131-141
- 54) 馬場玲子, 笹原朋代, 北岡和代ら. 緩和ケア認定看護師の職務満足度およびバーンアウトの実態と関連要因. Palliative Care Research 2010, 5(1):127-136
- 55) 村瀬洋一, 高田洋, 廣瀬毅士. SPSS による多変量解析(第 1 版). 東京:オーム社, 2007, 183
- 56) 福島裕人, 名嘉幸一, 石津宏ら. 看護者のバーンアウトと 5 因子性格特性との関連. パーソナリティ研究 2004, 12(2):106-115
- 57) 撫養真紀子, 池亀みどり, 河村美枝子ら. 病院に勤務する看護師の職業継続意思に関連する要因の検討. 大阪府立大学看護学部紀要 2014, 20(1):29-37
- 58) 澤田忠幸. 看護師の職業・組織コミットメントと専門職者行動, バーンアウトとの関連性. 心理学研究 2009, 80(2):131-137
- 59) 日本看護協会. 2014 年訪問看護実態調査 報告書 2015. <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2015/homonjittai-2014.pdf>/2016. 12. 25
- 60) 安東由佳子, 片岡健, 小林敏生ら. 神経難病患者をケアする看護師におけるバーンアウト因果モデルの作成と検証. 日本看護科学学会誌 2009, 29(4):3-12
- 61) 内野綾香, 笹野美沙, 村山鈴香ら. 訪問看護師の 24 時間オンコール体制に対するストレスと対処行動. 産業医科大学雑誌 2016, 38(1):117
- 62) 厚生労働省. 訪問看護について.



<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001uo3f-att/2r9852000001uo71.pdf>/2016.12.25

- 63) 森田祐代. 訪問看護サービスにおける 24 時間の電話対応と緊急時対応の実態. 日本看護研究学会雑誌 2013, 36 (2) :105-117
- 64) 富安眞理, 山村江美子. 訪問看護師が訪問した在宅療養者とその家族を支えるための看護実践内容の構成要素－質的調査による検討－. 日健教誌 2009, 17(4) :260-267
- 65) 田口(袴田) 理恵, 渡辺美香, 田高悦子ら. 訪問看護師の職業性ストレスとストレスターの検討. 横浜看護学雑誌 2012, 5(1) :39-46
- 66) 撫養真紀子, 池亀みどり, 河村美枝子ら. 病院に勤務する看護師の職業継続意思に関連する要因の検討. 大阪府立大学看護学部紀要 2014, 20(1) :29-37
- 67) 椋直美, 安次朗郁哉. 訪問看護の専門性を活かした地域在宅ケアの展開－訪問看護師業務の専門性を考える－. 九州女子大学紀要 2005, 42(2) :17-28
- 68) 塚本尚子, 野村明美. 組織風土が看護師のストレスター, バーンアウト, 離職意図に与える影響の分析. 日本看護研究学会雑誌 2007, 30(2) :55-64
- 69) 沓澤佳子, 近藤久美子, 西野さとみ. 外来看護師のストレスの実態 臨床看護者の仕事ストレスター測定尺度を用いて比較分析. 千葉市立海浜病院看護研究会看護研究集録 2012, 87-99
- 70) 丸山昭子. 未就学児の母親である看護師のバーンアウトの関連要因. 日本看護科学会誌 2012, 32(2) :44-53
- 71) 森本喜代美. 在宅ホスピスケアにおける訪問看護師のストレスと対処. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要 2014, 9:20-25
- 72) 吾妻知美, 鈴木英子. 大学病院に勤務する新卒看護師の職業コミットメントに影響する要因. 日本看護管理学会誌 2007, 11(1) :30-40
- 73) 清田光子, 澤村みどり, 鈴木初美. 伊勢原市における訪問看護サービスの質の向上に関する研究. 癌と化学療法 2006, 33:335-337
- 74) 季羽倭文子. 訪問看護活動の意義と専門性. 訪問看護 1990, 34:1-6

資料 1	第 3 章 (質的研究)	依頼書
資料 2	第 3 章 (質的研究)	説明書
資料 3	第 3 章 (質的研究)	同意書
資料 4	第 3 章 (質的研究)	同意撤回書
資料 5	第 3 章 (質的研究)	質問紙
資料 6	第 3 章 (質的研究)	インタビューガイド
資料 7	質問紙調査 1 回目	依頼書
資料 8	質問紙調査 1 回目	説明書
資料 9	1 回目 質問紙	
資料 10	質問紙調査 2 回目	依頼書
資料 11	質問紙調査 2 回目	説明書
資料 12	2 回目 質問紙	

〇〇訪問看護ステーション  
管理者 〇〇 〇〇様

平成 年 月 日  
国際医療福祉大学  
保健医療学専攻 博士課程  
柴田 滋子

### 調査協力をお願い（ご依頼）

拝啓

時下皆様におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は、国際医療福祉大学医療福祉学研究科で保健医療学を専攻しております、柴田滋子と申します。

この度は、「訪問看護師の抱く困難感」に関する研究について、調査のご協力をお願いしたくご連絡させていただきました。

本研究では訪問看護師が抱く思いから職務を継続するうえでの構成概念を明らかにし、訪問看護師の職務の継続と専門性向上に対する影響要因を検討することを目的としています。それらが明らかになれば、訪問看護師の職務継続と質向上に対する具体策の実施に繋がることが期待されます。さらに訪問看護の専門性が明らかになることで、研修体制の強化だけでなく病院看護師や利用者に対する訪問看護への理解促進にもつながると考えております。

在宅医療の一端を担う訪問看護の発展と国民が安心して在宅療養を選択でき、自分らしい生活が継続できるための一助となるよう研究を進めて参りたいと思っております。

なお、本研究への協力は任意であり、ご協力いただけない場合でも貴殿に対して不利益が生じることはなく、また、ご協力いただいた第三者に情報が漏洩することのないよう、十分配慮いたします。また、本調査では個人や所属施設が特定されることはありません。

本研究の調査協力者の依頼状とインタビューガイドを同封いたしました。お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査への協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

調査対象および研究方法

- 1) 研究デザイン：質的研究（継続調査）
- 2) 調査対象：訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師 10名
- 3) 研究方法：半構造化面接法

調査時期：倫理委員会承認から平成 27 年 3 月

場所：施設の会議室等、喫茶店、調査協力者が希望する場所

<お問い合わせ等の連絡先>

研究者 国際医療福祉大学医療福祉学研究科博士課程 柴田 滋子

住所：東京都港区南青山 1-3-3 青山一丁目タワー4階

電話：047-382-2011 E-mail：shibata@ryotokuji-u.ac.jp

指導教員 国際医療福祉大学医療福祉学研究科 教授 鈴木 英子

住所：東京都港区南青山 1-3-3 青山一丁目タワー4階

電話：03-6406-8621 E-mail:eikosuzuki@iuhw.sc.jp

訪問看護師の皆様

国際医療福祉大学 医療福祉学研究科  
保健医療学専攻 博士課程 柴田 滋子

「訪問看護師の抱く困難感」  
に関する調査へのご協力をお願い

本調査は訪問看護師を対象に訪問看護師が抱く思いから職務を継続するうえでの構成概念を明らかにし、訪問看護師の職務の継続と専門性向上に対する影響要因を検討することを目的としています。それらが明らかになれば、訪問看護師の職務継続と質向上に対する具体策の実施に繋がることが期待されます。

在宅医療の一端を担う訪問看護の発展と国民が安心して在宅療養を選択でき、自分らしい生活が継続できるための一助となるよう研究を進めて参りたいと思います。皆様の日ごろの訪問看護についての貴重なお話をお聞かせいただきたいと思います。

協力・中止等に関しては下記の事項をお約束いたします。お話された内容はICレコーダーで録音し無記名でデータ化するので個人が特定されることはありません。また、データは本研究の目的以外のことには使用しませんので、ご安心下さい。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査への協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

<研究の協力について>

- ☆ 研究に協力されるか否かは、自由意志であり、費用等のご負担も一切ございません。
- ☆ 研究に協力されない場合でも、不利益を被ることはありません。
- ☆ お話いただいた内容は無記名で行われますので、個人が特定されることはありません。
- ☆ 継続してインタビューさせていただく場合も、途中中断をしても構いません。
- ☆ 録音したデータは厳重に保管し、全てが終了した後、確実に破棄いたします。
- ☆ 研究結果は、国際医療福祉大学大学院博士課程論文の一部としてまとめ、学会または研究論文として発表する予定です。

ご不明な点は下記までご連絡ください。

<連絡先>

【研究者連絡先】：研究者：柴田 滋子

所属機関：国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻 看護学分野 精神看護学領域博士課程

連絡先:E-mail: shibata@ryotokuji-u.ac.jp 電話:090-5316-7810

【研究指導教員連絡先】：教授 鈴木 英子

所属機関：国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻 看護学分野 看護学・政策学領域

連絡先： E-mail : eikosuzuki@iuhw.ac.jp 電話：03-6406-8621

## 研究協力に関する同意書

柴田 滋子 様

私は、「**訪問看護師の抱く困難感**」の研究に関して、  
(研究者：国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 保健医療学専攻 看護学分  
野 柴田滋子)

下記の項目について文書による説明を受け、十分に理解したうえで研究に参加することを

同意します                      ・                      同意しません

説明項目

- I 研究課題名
- II 研究目的
- III 研究の概要
- IV 研究の対象および実施場所
- V 研究実施における倫理的配慮
- VI 研究者および指導教員名および連絡先

平成 26 年            月            日

現住所：\_\_\_\_\_

ご芳名：\_\_\_\_\_ 印

## 同意撤回書

私は、「訪問看護師が抱く困難感」に対する研究協力依頼・説明書の説明を受け、同意書を提出しましたが、その同意の撤回を希望します。

平成 年 月 日

現住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先 \_\_\_\_\_

お願い致します  
\*受理の連絡をさせていただきますので、連絡先の記載をお

訪問看護師のみなさまへ

インタビューの前に基本属性に関するアンケートにご協力をお願い致します。

国際医療福祉大学 博士課程 保健医  
看護学分野 14S303

I. 以下の質問に対して該当する番号に○をつけるか、適切な言葉を記入してください。

1. 性別 : 1)男            2)女
2. 年齢 : (            ) 歳
3. 婚姻 : 1)有            2)無
4. 子供 : 1)有            2)無
5. 最終学歴 : 1)専門学校            2)短期大学            3)大学            4)その他(            )
6. 所有資格 : 1)准看護師            2)看護師            3)保健師            4)助産師  
                  5)ケアマネジャー            6)訪問看護認定看護師            7)その他(            )
7. 看護経験総年数 : (            ) 年 、 うち 訪問看護経験年数 : (            ) 年 、  
現職場での勤務年数 : (            ) 年
8. 勤務形態 : 1)常勤            2)非常勤            3)その他(            )
9. 職位 : 1)管理者            2)副管理者            3)主任            4)スタッフ
10. 夜間緊急対応(電話対応のみも含む) : 1)有            2)無

ご協力ありがとうございました。

## インタビューガイド

- I. インタビューの目的、方法、倫理的配慮について説明して同意を得る。
- II. 基本属性は、質問紙を作成し記入してもらう（5～10分程度）
- III. インタビューを行う
  - 1) 訪問看護師になった経緯と現職場を選んだ理由を教えてください
  - 2) 訪問看護の魅力、やりがいをどのように感じていますか
  - 3) 病院での勤務経験がある場合は、訪問看護と病院看護との違いを教えてください
  - 4) 職務上ストレスを感じるのは、どんな時ですか  
(その時どのように対処しましたか、また解決できましたか)
  - 5) 訪問看護師が仕事を継続するためには、どんなことが必要だと思いますか。
  - 6) 訪問看護の質を高めるためには、どんなことが必要だと思いますか。
- IV. インタビュー終了後に再度倫理的配慮、研究者への連絡先の確認を行い、謝礼を渡す



〇〇訪問看護ステーション  
管理者 様

平成 27 年 月 日  
国際医療福祉大学  
保健医療学専攻 博士課程  
柴田 滋子

### 調査協力をお願い（ご依頼）

拝啓

時下皆様におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は、国際医療福祉大学医療福祉学研究科で保健医療学を専攻しております、柴田滋子と申します。

この度は、「訪問看護師のバーンアウトへの影響要因」に関する研究について、調査のご協力をお願いしたくご連絡させていただきました。

本研究では訪問看護師のバーンアウトへの影響要因をコミュニケーションスキルとコミットメント（専門を含めた自分の職業への態度）に焦点をしばり明らかにすることを目的としています。それらが明らかになれば、訪問看護師の職務継続と専門性・質的向上に対する具体策の実施に繋がるのが期待されます。さらに訪問看護の専門性が明らかになることで、研修体制の強化だけでなく病院看護師や利用者に対する訪問看護への理解促進にもつながると考えております。

在宅医療の一端を担う訪問看護の発展と国民が安心して在宅療養を選択でき、自分らしい生活が継続できるための一助となるよう研究を進めて参りたいと思っております。

なお、本研究への協力は任意であり、ご協力いただけない場合でも貴殿に対して不利益が生じることはなく、また、ご協力いただいた第三者に情報が漏洩することのないよう、十分配慮いたします。また、本調査では個人や所属施設が特定されることはありません。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査への協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

調査対象および研究方法

- 1) 研究デザイン：コホート研究（追跡調査）
- 2) 調査対象：関東圏内の政令指定都市内にある訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師の方
- 3) 研究方法：アンケート用紙を訪問看護ステーションに送らせていただき、各訪問看護師に配布していただく。回収は各自でアンケート用紙に添付されている封筒に入れて、郵便ポストへ投函する。質問紙配布にあたっては、研究の目的、倫理的配慮、問い合わせ先について記載した説明文書、および返信用個別封筒を添付致します。

調査時期：1 回目（コホート調査）：平成 27 年 7 月～9 月、  
2 回目（追跡調査）：平成 28 年 1 月～3 月

<お問い合わせ等の連絡先>

研究者 国際医療福祉大学医療福祉学研究科博士課程 柴田 滋子 電話：047-382-2011  
住所：東京都港区南青山 1-3-3 青山一丁目タワー4 階 E-mail: sshibata@soc.shukutoku.ac.jp  
指導教員 国際医療福祉大学医療福祉学研究科 教授 鈴木 英子 電話：03-6406-8621  
住所：東京都港区南青山 1-3-3 青山一丁目タワー4 階 E-mail: eikosuzuki@iuhw.sc.jp

## 「訪問看護師のバーンアウトへの影響要因」

に関する調査へのご協力をお願い

本調査は、訪問看護師のバーンアウトへの影響要因をコミュニケーションスキルとコミットメント（専門を含めた自分の職業への態度）の視点から明らかにすることで、訪問看護師の職務継続と専門性・質的向上に対する具体策の実施に繋げていくことを目的としています。

在宅医療の一端を担う訪問看護の発展と国民が安心して在宅療養を選択でき、自分らしい生活が継続できるための一助となるよう研究を進めて参りたいと思いますので、皆様の日頃の訪問看護についての率直なご意見をお聞かせいただければと思います。

参加・中止に関しては下記の事項をお約束いたします。また、データは本研究の目的以外には使用しませんのでご安心下さい。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、調査への協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

## &lt;研究の協力について&gt;

☆ 研究に協力されるか否かは、自由意志であり、費用等のご負担は一切ございません。

☆ 研究に協力されない場合でも、不利益を被ることはありません。

☆ 回答は無記名で行われますので、**個人や施設が特定されることはありません。**

※調査1と調査2の質問紙の照合のため、お母様の誕生日（月日）をご記入いただきます。不明の場合は、確実に覚えている自分以外の誕生日（月日）でもよいですが、必ず2回目にも同じ誕生日を記載してください。

☆ アンケート実施後は各自での郵便ポストへの投函をもって、本研究への協力を同意が得られたと判断させていただきます。ご同意いただけない場合は、アンケート用紙等は破棄してください。

☆ データは厳重に保管し、全てが終了した後、確実に破棄いたします。

☆ 研究結果は、国際医療福祉大学大学院博士課程論文の一部としてまとめ、学会または研究論文として発表する予定です。

ご不明な点は下記までご連絡ください。

【研究者連絡先】：研究者：柴田 滋子

所属機関：国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻 看護学分野 精神看護学領域博士課程

連絡先：E-mail：sshibata@soc.shukutoku.ac.jp 電話：090-5316-7810

【研究指導教員連絡先】：教授 鈴木 英子

所属機関：国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻 看護学分野 看護学・政策学領域

連絡先：E-mail：eikosuzuki@iuhw.ac.jp 電話：03-6406-8621

## アンケート調査用紙

- ◇このアンケート用紙は A3 用紙 2 枚で構成されており、回答にかかる時間は 10 分程度です。  
 ◇アンケート用紙の投函をもって、研究への同意をいただいたことと判断させていただきます。  
 ◇回答後は同封の封筒に入れて、 月 日頃までに郵便ポストへの投函をお願い致します。

I. あなたご自身のことについてお聞きします。該当する番号に ○、または ( ) 内に該当する内容をご記入ください。

あなたの生年月日とお母様のお誕生日をご記入ください。 *2 回目のアンケート調査にご協力いただいた際の照合に使わせていただきます ご本人：昭和・平成 年 月 日 , お母様のお誕生日： 月 日	
年齢： 満 ( ) 歳	性別： ① 男 ・ ② 女
配偶者の有無： ① 有 ・ ② 無	
子供の有無： ① 有 ・ ② 無 →「有」と答えた方にお聞きします。1 番下のお子さんの年齢をご記入下さい。 満 ( ) 歳	
最終学歴： ① 専門学校 ② 短期大学 ③ 4 年生大学 ④ 大学院（修士・博士）	
所有資格： ① 准看護師 ② 看護師 ③ 保健師 ④ 助産師 ⑤ ケアマネージャー ⑥ 認定看護師 ⑦ 呼吸療法士 ⑧ その他 ( )	
看護経験年数： ( ) 年目	訪問看護経験： ( ) 年目
3 年以上看護経験のある部署（複数回答可）： ① 内科病棟 ② 外科病棟 ③ 精神科病棟 ④ 小児科病棟 ⑤ ICU/救急部門 ⑥ 管理部門 ⑦ 退院調整部門 ⑧ 外来 ⑨ クリニック ⑩ 施設 ⑪ 役所（保健師）	

II. 現在の職務環境について該当する番号に ○、または ( ) 内に該当する内容をご記入ください。

雇用形態： ① 常勤 ② 非常勤
職位： ① 管理者 ② 副管理者・主任・副主任 ③ スタッフ
1 ヶ月あたりの 24 時間対応の当番回数： ( ) 回/月
1 週間あたりの超過勤務時間： 約 ( ) 時間/週 上記の主な内容： ( )
看護体制： ① 受け持ち制（基本的に 1 人で担当） ② チーム制（2 人以上で訪問を担当） ③ ケースによって受け持ち制とチーム制を決めている
職場内で尊敬できる人（複数回答可）： ① 管理者 ② 管理者以外の上司 ③ 同僚 ④ 他職種 ⑤ いない
仕事で困った時に相談できる相手（複数回答可）： ① 職場の上司 ② 職場の同僚 ③ 職場外の友人 ④ 職場外の専門職 ⑤ 家族 ⑥ 親戚 ⑦ インターネット等 ⑧ いない
昨年度「職場外」研修への参加日数： ( ) 日/年
訪問時の移動手段として、最も多く利用するものに 1、次に多く利用するものに 2 と記入して下さい。 ① 自動車 ( ) ② 電車 ( ) ③ 自転車 ( ) ④ 原動機付自転車 ( ) 訪問時の移動に対して負担を感じることがありますか。 ① 負担を感じる ② やや負担を感じる ③ あまり負担ではない ④ 負担ではない

Ⅲ. 次の文章について、最もあてはまる番号に○をご記入ください。

1：当てはまらない 2：あまり当てはまらない 3：やや当てはまる 4：当てはまる

1) 私は、1人で訪問しても利用者に対応できる知識と技術を備えている	1	2	3	4
2) 自分の看護に自信を持っている	1	2	3	4
3) 1人で行う医療処置に対して、不安を感じることもある	1	2	3	4
4) 単独での訪問には、責任を強く感じる	1	2	3	4
5) ターミナルへの訪問看護には負担を感じる	1	2	3	4
6) 不足している情報を引き出す手段をいくつかもっている	1	2	3	4
7) 時間管理(調整)も含めてマネジメントは得意なほうである	1	2	3	4
8) 自分の得意分野、苦手分野を理解している	1	2	3	4
9) 困った時には自分から相談している	1	2	3	4
10) 医師とは良好な関係を保っている	1	2	3	4
11) 他職種(医師以外)とは適宜情報交換するなど、互いに協力している	1	2	3	4
12) 私は1対1で人と関わるのが好きである	1	2	3	4
13) 在宅生活の中での看護にやりがいを感じる	1	2	3	4
14) 利用者・家族の多様な価値観に対応できていると思う	1	2	3	4
15) 利用者・家族との信頼関係は構築できていると思う	1	2	3	4
16) 利用者(家族)の生活に合った支援方法を考え、実践している	1	2	3	4
17) 利用者(家族)の持つ力を活かすような関わりをしている	1	2	3	4
18) 利用者(家族)の意見を尊重し、自己決定を支援している	1	2	3	4
19) 利用者(家族)と適当な距離感を保っている	1	2	3	4
20) 社会資源や制度について、適時情報提供し利用することができている	1	2	3	4
21) 休みはとりやすい職場である	1	2	3	4
22) 急な休み希望(体調不良、家族の介護)にも対応できる体制が整っている	1	2	3	4
23) 職場内の研修体制に満足している	1	2	3	4
24) 仕事に見合った給料をもらっている	1	2	3	4

#### Ⅳ. キャリアコミットメント(専門を含めた自分の職業への態度)

次のそれぞれの文章について、現在のあなたの気持ちを 5段階(1.No 2.どちらかという No 3.どちらでもない 4.どちらかとい うと Yes 5.Yes)で評定し、該当する数字に○をつけてください。	どちらで				
	No	もない	Yes		
1 給料が下がっても、今の職務・専門分野で仕事がしたい	1	2	3	4	5
2 今の職務・専門分野でキャリアを追求したい	1	2	3	4	5
3 他の会社に移っても、今の職務・専門分野に就きたい	1	2	3	4	5
4 もし働かずにお金が得られても、この職務・専門分野を続けるだろう	1	2	3	4	5
5 この職務・専門分野が好きなので、この先も続けたい	1	2	3	4	5
6 私にとってこの職務・専門分野は、ライフワークとして理想的な仕事である	1	2	3	4	5
7 今の職務・専門分野に満足している	1	2	3	4	5
8 今の職務・専門分野に関わる雑誌や本を、多く読んでいる	1	2	3	4	5

## V. 看護師における療養者・家族とのコミュニケーションスキル

次の1～19までの文章を読み、右記の該当する番号（5、4、3、2、1）に○印をつけてください。

	当てはまる	やや当てはまる	どちらでもない	あまり当てはまらない	当てはまらない
* 選択肢は、1：「当てはまる」 → 5：「当てはまらない」 となっていますので、ご注意ください。					
1. 相手の話を聴いた後に要約をする	1	2	3	4	5
2. 相手の情報を確認する	1	2	3	4	5
3. 相手の話を聴き問題点を見つける	1	2	3	4	5
4. 相手の話を聴く時は、時間を考慮する	1	2	3	4	5
5. 相手の話を聴きながら問題となる中心を聞く	1	2	3	4	5
6. 自分の言ったことを相手に確認する	1	2	3	4	5
7. ジェスチャーをまじえて話す	1	2	3	4	5
8. 話の途中でつまる *	1	2	3	4	5
9. 言葉がスムーズに出てこない *	1	2	3	4	5
10. 話が脱線する *	1	2	3	4	5
11. 相手の立場に立った話し方を心がけている	1	2	3	4	5
12. 相手の話をよく聴く	1	2	3	4	5
13. 沈黙を効果的に用いる	1	2	3	4	5
14. 対人距離に留意する	1	2	3	4	5
15. 視線に留意する	1	2	3	4	5
16. 感情をコントロールする	1	2	3	4	5
17. 話す時は私が主導権を握ります	1	2	3	4	5
18. 私は初対面の人とうまく話す	1	2	3	4	5
19. 自分を主張する	1	2	3	4	5

VI. 現在のご自身の状況に最もあてはまる番号に○をご記入ください。

1) 家庭、友人、趣味など私生活と仕事の両立がうまくできている

- ① そう思う      ② ややそう思う      ③ あまり思わない      ④ 思わない

2) 家庭、友人、趣味など私生活に満足している

- ① そう思う      ② ややそう思う      ③ あまり思わない      ④ 思わない

3) 私生活と仕事を両立するための協力が、家族から得られている

- ① そう思う      ② ややそう思う      ③ あまり思わない      ④ 思わない



〇〇訪問看護ステーション  
管理者 様

平成 28 年 3 月 7 日  
国際医療福祉大学  
保健医療学専攻 博士課程  
柴田 滋子

調査協力をお願い（ご依頼）

拝啓

時下皆様におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

昨年 7～8 月に「訪問看護師のバーンアウトへの影響要因」に関する調査にご協力を頂きまして、誠にありがとうございました。調査の結果が出ましたので、別紙にてご報告させていただきます。また第 2 回目の調査へのご協力をお願いしたく、アンケート用紙を同封させていただきました。

本研究では、訪問看護師のバーンアウトへの影響要因をコミュニケーションスキルとコミットメント（専門を含めた自分の職業への態度）の視点から明らかにすることを目的としています。それらが明らかになれば、訪問看護師の職務継続と専門性の向上に対する具体策の実施に繋がることが期待されます。さらに訪問看護の専門性が明らかになることで、研修体制の強化だけでなく病院看護師や利用者に対する訪問看護への理解促進にもつながると考えております。

1 回目の調査から訪問看護師のバーンアウトに関連する要因としては、私生活との両立、コミュニケーション能力（話のスムーズさ、主張）、キャリアコミットメント（専門を含めた自分の職業への態度）、相談できる相手の有無などと有意な関連がみられました（詳細は資料をご参照下さい）。しかしこの結果は一時点での関連をみたにすぎず、今回の結果をバーンアウトの原因とするにはさらなる検討が必要です。そのため第 2 回目のアンケート調査（半年後）を実施し、1 回目の調査と今回の結果を合わせて縦断的に検討したいと考えております。訪問看護師を対象とした縦断調査は少なく、明確になっている原因は少ないのが現状です。今回の調査を通して、訪問看護の発展と現場のお役に少しでもたてるよう努めていきたいと考えております。

なお、本研究への協力は任意であり、ご協力いただけない場合でも貴殿に対して不利益が生じることはありません。また、本調査では個人や所属施設が特定されることはなく、情報が漏洩することのないよう十分配慮いたします。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査への協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

調査対象および研究方法

- 1) 研究デザイン：コホート研究（追跡調査）
- 2) 調査対象：関東圏内の政令指定都市内にある訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師の方
- 3) 研究方法：アンケート用紙を訪問看護ステーション宛に送付し、各訪問看護師に配布していただく。  
回収は各自でアンケート用紙に添付されている封筒に入れて、郵便ポストへ投函していただく。質問紙配布にあたっては、研究の目的、倫理的配慮、問い合わせ先について記載した説明文書、および返信用個別封筒を添付致します。

調査時期：1 回目（コホート調査）平成 27 年 7 月～8 月 ， 2 回目（追跡調査）平成 28 年 3 月  
<お問い合わせ等の連絡先>

研究者 国際医療福祉大学医療福祉学研究科博士課程 柴田 滋子 電話：047-382-2011  
住所：東京都港区南青山 1-3-3 青山一丁目タワー4階 E-mail: sshibata@soc.shukutoku.ac.jp  
指導教員 国際医療福祉大学医療福祉学研究科 教授 鈴木 英子 電話：03-6406-8621  
住所：東京都港区南青山 1-3-3 青山一丁目タワー4階 E-mail: eikosuzuki@iuhw.sc.jp

### 「訪問看護師のバーンアウトへの影響要因」

に関する調査へのご協力をお願い

本調査は、訪問看護師のバーンアウトへの影響要因をコミュニケーションスキルとコミットメント(専門を含めた自分の職業への態度)の視点から明らかにすることで、訪問看護師の職務継続と専門性の向上に対する具体策の実施に繋げていくことを目的としています。

皆様にはお忙しい中、昨年7～8月の調査にご協力いただき大変感謝しております。1回目の調査ではいくつかの要因が明らかとなりました。しかしこれは一時点をみたにすぎず、原因を明確化するためには2回目の調査が必要となります。原因が明確になることで、より現場に合った具体策を立てやすくなると考えております。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、調査へのご理解をいただき、ご協力をお願い致します。

参加・中止に関しては下記の事項をお約束いたします。

☆ 研究に協力されるか否かは、自由意志であり、費用等のご負担は一切ございません。

☆ 研究に協力されない場合でも、不利益を被ることはありません。

☆ 回答は無記名で行われますので、**個人や施設が特定されることはありません。**

※調査1と調査2の質問紙の照合のため、お母様の誕生日(月日)をご記入いただきます。前回

お母様以外の誕生日(月日)を記入された方は、必ず1回目と同じ誕生日を記入してください。

☆ アンケート実施後は個人による郵便ポストへの投函をもって、本研究への協力を同意が得られたと判断させていただきます。ご同意いただけない場合は、アンケート用紙等は破棄してください。

☆ データは厳重に保管し、全てが終了した後、確実に破棄いたします。

☆ 研究結果は、国際医療福祉大学大学院博士課程論文の一部としてまとめ、学会または研究論文として発表する予定です。またご協力いただいた訪問看護ステーション宛に報告書を送らせていただきます。

ご不明な点は下記までご連絡ください。

【研究者連絡先】：研究者：柴田 滋子

所属機関：国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻 看護学分野 精神看護学領域博士課程

連絡先：E-mail：sshibata@soc.shukutoku.ac.jp 電話：090-5316-7810

【研究指導教員連絡先】：教授 鈴木 英子

所属機関：国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻 看護学分野 看護学・政策学領域

連絡先：E-mail：eikosuzuki@iuhw.ac.jp 電話：03-6406-8621



## アンケート調査用紙 2 回目

- ◇このアンケート用紙は A3 用紙 2 枚で構成されており、回答にかかる時間は 10 分程度です。  
 ◇アンケート用紙の投函をもって、研究への同意をいただいたことと判断させていただきます。  
 ◇回答後は同封の封筒に入れて、 月 日頃までに郵便ポストへの投函をお願い致します。

I. あなたご自身のことについてお聞きします。該当する番号に ○、または ( ) 内に該当する内容をご記入ください。

あなたの生年月日とお母様のお誕生日をご記入ください。 *1 回目のアンケート調査との照合に使わせていただきます ご本人：昭和・平成 年 月 日 , お母様のお誕生日： 月 日	
年齢： 満 ( ) 歳	性別： ① 男 ・ ② 女
配偶者の有無： ① 有 ・ ② 無	
子供の有無： ① 有 ・ ② 無 →「有」と答えた方にお聞きします。1 番下のお子さんの年齢をご記入下さい。 満 ( ) 歳	
最終学歴： ② 専門学校 ② 短期大学 ③ 4 年生大学 ④ 大学院（修士・博士）	
所有資格： ② 准看護師 ② 看護師 ③ 保健師 ④ 助産師 ⑤ ケアマネージャー ⑥ 認定看護師 ⑦ 呼吸療法士 ⑧ その他 ( )	
看護経験年数： ( ) 年目	訪問看護経験： ( ) 年目
3 年以上看護経験のある部署（複数回答可）： ① 内科病棟 ② 外科病棟 ③ 精神科病棟 ④ 小児科病棟 ⑤ ICU/救急部門 ⑥ 管理部門 ⑦ 退院調整部門 ⑧ 外来 ⑨ クリニック ⑩ 施設 ⑪ 役所（保健師）	

II. 現在の職務環境について該当する番号に ○、または ( ) 内に該当する内容をご記入ください。

雇用形態： ① 常勤 ② 非常勤
職位： ① 管理者 ② 副管理者・主任・副主任 ③ スタッフ
1 ヶ月あたりの 24 時間対応の当番回数： ( ) 回/月
1 週間あたりの超過勤務時間： 約 ( ) 時間/週 上記の主な内容： ( )
看護体制： ① 受け持ち制（基本的に 1 人で担当） ② チーム制（2 人以上で訪問を担当） ③ ケースによって受け持ち制とチーム制を決めている
職場内で尊敬できる人（複数回答可）： ① 管理者 ② 管理者以外の上司 ③ 同僚 ④ 他職種 ⑤ いない
仕事で困った時に相談できる相手（複数回答可）： ① 職場の上司 ② 職場の同僚 ③ 職場外の友人 ④ 職場外の専門職 ⑤ 家族 ⑥ 親戚 ⑦ インターネット等 ⑧ いない
昨年度「職場外」研修への参加日数： ( ) 日/年
訪問時の移動手段として、最も多く利用するものに 1、次に多く利用するものに 2 と記入して下さい。 ① 自動車 ( ) ② 電車 ( ) ③ 自転車 ( ) ④ 原動機付自転車 ( ) 訪問時の移動に対して負担を感じることがありますか。 ① 負担を感じる ② やや負担を感じる ③ あまり負担ではない ④ 負担ではない

Ⅲ. 次の文章について、最もあてはまる番号に○をご記入ください。

1：当てはまらない 2：あまり当てはまらない 3：やや当てはまる 4：当てはまる

1) 私は、1人で訪問しても利用者に対応できる知識と技術を備えている	1	2	3	4
2) 自分の看護に自信を持っている	1	2	3	4
3) 1人で行う医療処置に対して、不安を感じることもある	1	2	3	4
4) 単独での訪問には、責任を強く感じる	1	2	3	4
5) ターミナルへの訪問看護には負担を感じる	1	2	3	4
6) 不足している情報を引き出す手段をいくつかもっている	1	2	3	4
7) 時間管理(調整)も含めてマネジメントは得意なほうである	1	2	3	4
8) 自分の得意分野、苦手分野を理解している	1	2	3	4
9) 困った時には自分から相談している	1	2	3	4
10) 医師とは良好な関係を保っている	1	2	3	4
11) 他職種(医師以外)とは適宜情報交換するなど、互いに協力している	1	2	3	4
12) 私は1対1で人と関わるのが好きである	1	2	3	4
13) 在宅生活の中での看護にやりがいを感じる	1	2	3	4
14) 利用者・家族の多様な価値観に対応できていると思う	1	2	3	4
15) 利用者・家族との信頼関係は構築できていると思う	1	2	3	4
16) 利用者(家族)の生活に合った支援方法を考え、実践している	1	2	3	4
17) 利用者(家族)の持つ力を活かすような関わりをしている	1	2	3	4
18) 利用者(家族)の意見を尊重し、自己決定を支援している	1	2	3	4
19) 利用者(家族)と適当な距離感を保っている	1	2	3	4
20) 社会資源や制度について、適時情報提供し利用することができている	1	2	3	4
21) 休みはとりやすい職場である	1	2	3	4
22) 急な休み希望(体調不良、家族の介護)にも対応できる体制が整っている	1	2	3	4
23) 職場内の研修体制に満足している	1	2	3	4
24) 仕事に見合った給料をもらっている	1	2	3	4

#### Ⅳ. キャリアコミットメント(専門を含めた自分の職業への態度)

次のそれぞれの文章について、現在のあなたの気持ちを 5段階(1.No 2.どちらかという No 3.どちらでもない 4.どちらかとい うと Yes 5.Yes)で評定し、該当する数字に○をつけてください。	どちらで				
	No	もない	Yes		
1 給料が下がっても、今の職務・専門分野で仕事がしたい	1	2	3	4	5
2 今の職務・専門分野でキャリアを追求したい	1	2	3	4	5
3 他の会社に移っても、今の職務・専門分野に就きたい	1	2	3	4	5
4 もし働かずにお金が得られても、この職務・専門分野を続けるだろう	1	2	3	4	5
5 この職務・専門分野が好きなので、この先も続けたい	1	2	3	4	5
6 私にとってこの職務・専門分野は、ライフワークとして理想的な仕事である	1	2	3	4	5
7 今の職務・専門分野に満足している	1	2	3	4	5
8 今の職務・専門分野に関わる雑誌や本を、多く読んでいる	1	2	3	4	5

## V. 看護師における療養者・家族とのコミュニケーションスキル

次の1～19までの文章を読み、右記の該当する番号（5、4、3、2、1）に○印をつけてください。

	当てはまる	やや当てはまる	どちらでもない	あまり当てはまらない	当てはまらない
*選択肢は、1：「当てはまる」 → 5：「当てはまらない」 となっていますので、ご注意ください。					
3. 相手の話を聴いた後に要約をする	1	2	3	4	5
4. 相手の情報を確認する	1	2	3	4	5
3. 相手の話を聴き問題点を見つける	1	2	3	4	5
4. 相手の話を聴く時は、時間を考慮する	1	2	3	4	5
5. 相手の話を聴きながら問題となる中心を聞く	1	2	3	4	5
6. 自分の言ったことを相手に確認する	1	2	3	4	5
7. ジェスチャーをまじえて話す	1	2	3	4	5
8. 話の途中でつまる *	1	2	3	4	5
9. 言葉がスムーズに出てこない *	1	2	3	4	5
10. 話が脱線する *	1	2	3	4	5
11. 相手の立場に立った話し方を心がけている	1	2	3	4	5
12. 相手の話をよく聴く	1	2	3	4	5
13. 沈黙を効果的に用いる	1	2	3	4	5
14. 対人距離に留意する	1	2	3	4	5
15. 視線に留意する	1	2	3	4	5
16. 感情をコントロールする	1	2	3	4	5
17. 話す時は私が主導権を握ります	1	2	3	4	5
18. 私は初対面の人とうまく話す	1	2	3	4	5
19. 自分を主張する	1	2	3	4	5

## VI. 現在のご自身の状況に最もあてはまる番号に○をご記入ください。

1) 家庭、友人、趣味など私生活と仕事の両立がうまくできている

- ①そう思う      ②ややそう思う      ③あまり思わない      ④思わない

2) 家庭、友人、趣味など私生活に満足している

- ①そう思う      ②ややそう思う      ③あまり思わない      ④思わない

3) 私生活と仕事を両立するための協力が、家族から得られている

- ①そう思う      ②ややそう思う      ③あまり思わない      ④思わない

- VII. この1年間（勤務年数が1年に満たない方は、仕事に就いてから今まで）を目安として、以下のようなことを思ったり、感じたりすることがどれくらいの頻度でありましたか。  
あてはまる頻度の数字を、1つ選んで○で囲んで下さい。

Maslack Burnout Inventory — General Survey (MBI-GS)

16 項目

以上で質問は終わりです。お忙しい中、ご協力いただき誠にありがとうございました。またご面倒ではありますが皆様の貴重な意見を十分に活かすため、再度記入漏れがないかご確認頂けると幸いです。