

## 報 告

## 病院勤務助産師の職場ストレスとバーンアウトの関連

藤村一美, 秋月百合<sup>1)</sup>

山口大学大学院医学系研究科地域・老年看護学分野(地域・老年看護学) 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)

熊本大学教育学部 教育学研究科<sup>1)</sup> 熊本市中央区黒髪2丁目40番1号 (〒860-8555)

Key words : バーンアウト, 助産師, 職場ストレス, 職業性ストレス, ストレス反応

## 和文抄録

本研究の目的は、助産師の職場ストレスを測定する尺度を作成し、バーンアウトとの関連要因を検討することである。

全国の病院161施設に勤務する助産師839人を対象とし、郵送法による自記式質問紙調査を実施した。作成した助産師の職場ストレス項目の因子分析、バーンアウトへの要因の重回帰分析を行った。

有効回答は708人(有効回答率84.4%)であり、平均年齢は35.3歳であった。助産師の職場ストレス尺度8因子55項目を作成した。その下位8因子はそれぞれ、第1因子「医師との非協働的關係」、第2因子「自己の助産力への低評価」、第3因子「助産師スタッフ間の支援不足」、第4因子「対象者との関係の困難さ」、第5因子「仕事の量的負荷」、第6因子「助産関連以外の業務要求への負担」、第7因子「提供するケアへの不全感」と第8因子「評価制度の不備」であった。助産師の職場ストレス下位尺度への関連要因は、年齢、月平均給与、職位、現職場勤務年数、通算分娩経験数、月平均夜勤回数、病棟助産師数、産科病床数であった。バーンアウトの関連要因は、年齢、月平均夜勤回数、助産師スタッフ間の支援不足、対象者との関係の困難さ、仕事の量的負荷であった。

本研究では、助産師の職場ストレス尺度の信頼性と妥当性が確認できた。助産師の職務上の職場

ストレスであるスタッフ間の葛藤及び仕事の負荷は、助産師のバーンアウトを導く可能性があることが示唆された。病院勤務助産師のバーンアウト予防において、職務上の葛藤や労働負荷の程度を把握し、それを低減するための対策と支援が必要である。

## I. 緒言

近年、母子保健医療が高度化・専門化する中で、助産師に期待される役割は、分娩介助のみならず生殖医療や地域保健活動にまで拡大し続けている。その一方で、産科医療を取り巻く環境は、少子化やハイリスク妊娠・分娩の増加、産科医・助産師不足、産科病棟の複数診療科による混合などにより、厳しいものとなっている。現在の助産師について、2012(平成24)年の助産師就業者数を就業場所別で見ると、総数31,835人のうち、病院に勤めるのは20,784人(65.3%)、診療所には6,663人(20.9%)、助産所には1,742人(5.5%)であり、病院に勤務する助産師は全体の6割以上を占めている<sup>1)</sup>。

このような状況の中で、病院、診療所に勤務する助産師は少子化の影響を受け、産科病棟の混合化により、専門性を発揮できない現状にある<sup>2)</sup>ことが報告されている。また、先行研究において、病院に勤務する助産師が、産科医との協働性のあり方に葛藤を感じていること<sup>3)</sup>、産科医とともに働く中で専門性が不明確になっていること<sup>4)</sup>、混合病棟に勤務する助産師が業務過多であること<sup>5)</sup>などを記述的に明らかにしたものが散見されていることから、これらが助

産師のストレスになっている可能性が推察される。

ストレスとは、「心身の適応能力に課せられる要求 (demand), およびその要求によって引き起こされる心身の緊張状態を包括的に表す概念である。前者をストレッサー (stressor), 後者をストレス反応 (stress response), またはストレイン (strain) と呼ぶことが多い」<sup>6)</sup>とされている。看護師のストレスに関する研究では、看護職は一般女性職員や他の医療従事者と比較してもストレスが高いこと<sup>7, 8)</sup>のほか、労働環境および労働ストレスと精神健康 (うつ病) との関連性<sup>9)</sup>, 健康関連QOLと職業性ストレス要因の検討<sup>10)</sup>など多くの研究がみられる。

また、ストレスに関連する概念として、バーンアウトが注目されて久しい。バーンアウトに関する研究では、看護職のバーンアウト率の高さ<sup>11)</sup>が報告されている。近年では、バーンアウトは看護職者のメンタルヘルスのみの問題ではなく、看護職の提供するケアの質の低下を来す可能性がある<sup>12, 13)</sup>ものとして捉えられており、バーンアウトに関連する職業性ストレスを検討することは重要かつ意義のあることと考えられる。

助産師を対象とした職業性ストレスに関する先行研究を概観すると、助産師の職場環境ストレッサーの内容やサポートニーズ<sup>14-16)</sup>, 助産師のバーンアウトの程度と職務満足, 仕事継続意向, 働きやすさとの関連<sup>17)</sup>, 混合病棟に勤務する助産師のストレスの要因<sup>5)</sup>, 助産師と医師の協働性や葛藤<sup>3)</sup>に関して記述的に明らかにした研究が散見される。しかしながら、これまで助産師の職場ストレッサーの内容については、詳細に把握・検討されてはいない。加えて、職場ストレッサーとバーンアウトとの関連について検討したものも見られない。これは、これまで看護職を調査した先行研究の多くが、助産師を看護職者という枠組みで捉え、看護師と区別せずと同様の業務をする看護職として捉えているためと考えられる。看護師のストレスは、勤務する診療科や患者の特性により異なることが指摘されている<sup>18)</sup>。助産師は、正常な経過の妊娠分娩であれば助産行為を単独で行うことができる点において、看護師と業務内容が異なるといえる。そのため、助産師の職場環境ストレッサーを把握することは、助産師によって提供されるケアの質の向上にとって極めて重要であると考えられる。さらに、近年問題視されているヒューマン

労働サービス職である助産師の健康度の維持・向上にとっても不可欠なことである。

以上を踏まえ本研究では、病院勤務助産師を対象として、1) 職業性ストレスとなり得る助産師の職場ストレッサーの実態を記述的に明らかにすること、2) 職場ストレッサーとバーンアウトとの関連を明らかにすることを目的とした。

## II. 方法

### 1. 用語の定義

職場ストレッサー：仕事に関連したストレス要因となりうる職場からの刺激としての様々な事柄や出来事。

ストレス反応：ストレッサーの影響により起こる精神的反応。

2. 研究デザイン：無記名自記式質問紙調査による横断研究。

3. 調査期間：2005年2月-3月。

### 4. 対象と方法

#### 1) 調査対象者の所属の病院の選定と依頼

1999-2000年度版病院要覧<sup>19)</sup>を用いて、全国の都道府県から200床以上の総合病院を抽出した。①北海道・東北, ②関東・甲信越(東京・神奈川を除く), ③東京・神奈川, ④東海・北陸, ⑤近畿, ⑥中・四国, ⑦九州・沖縄の7ブロックに分け、③からは31病院, ①⑤からはそれぞれ25病院, ②④⑥⑦からはそれぞれ20病院, 合計161病院を無作為に抽出した。

各病院の看護部長, 産科師長宛てに、研究協力依頼状ならびに調査協力意思を記入する返信用葉書を送り、調査への協力意向調査を行った。協力可能な病院には調査票を送付する際の窓口となってくれる担当者を設けてもらうよう依頼し、助産業務に携わる助産師の人数, 担当者の職位と名前を返信用葉書に記入した上で返信してもらうよう依頼した。

#### 2) データ収集方法

調査協力を依頼した161病院のうち、協力の意思を示した72病院(44.7%)に勤務する助産師839人を調査対象とした。

調査協力が可能な助産師の人数分の無記名自記式質問紙調査票と封筒, ならびに一括返信用の封筒を同封し、担当者宛に一括郵送した。調査票の回収は、各病院の担当者から一括郵送回収とした。

返信があったのは71病院に勤務する732人（回収率87.2%）であり、有効回答は708人（有効回答率84.4%）であった。

## 5. 分析に用いた変数と尺度

### 1) 対象者の個人特性・施設特性

対象となる助産師の個人特性として年齢、月平均給与、職位、現職場勤続年数、通算分娩経験数、月平均夜勤回数、施設特性として病棟助産師数、産科病床数を尋ねた。

### 2) 職場ストレス

助産師の職業性ストレスとなり得る職場ストレスを測定する項目76項目を先行研究<sup>14, 20-22)</sup>より作成した。各項目に対し、「あてはまる／あてはまらない」の二者択一で回答してもらい、「あてはまる」場合は、それをどの程度ストレスや負担に感じているのかといったストレス強度を「まったく感じない（1点）」から「かなり感じる（4点）」の4件法で尋ねた。なお、「あてはまらない」と回答した場合は、ストレスを認識していないものとみなし、ストレス強度は「まったく感じない（1点）」とした。得点が高いほどストレスが高いことを示す。

### 3) ストレス反応

本研究ではストレス反応として、バーンアウト、抑うつ、蓄積疲労を設定した。

#### ①バーンアウト

ストレス反応の指標として、Maslach & Jackson<sup>23)</sup>らが作成した尺度を、田尾・久保<sup>20)</sup>がわが国のヒューマンサービス労働現場に適合するよう改定した日本版MBI (Maslach Burnout Inventory) 尺度を用いた。回答は、最近6ヵ月間での経験の頻度を5件法（1：いつもある、2：しばしばある、3：時々ある、4：まれにある、5：ない）で尋ねた。また、本尺度は、3つの下位概念「情緒的消耗感」、「脱人格化」、「個人的達成感の後退」から構成されており、それぞれ点数が高くなるにつれバーンアウト兆候が高いことを示す。

#### ②抑うつ

抑うつ傾向の評価に、米国国立精神保健研究所が開発したCES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) の日本語版<sup>24)</sup>を使用した。CES-Dは20項目で構成され、各項目を4件法（ない、1～2日、3～4日、5日以上）で評価す

るものである。各項目それぞれに0～3点を与えて得点化し、0～60点の範囲をとる。得点が高いほど抑うつ傾向が高いことを示す。

#### ③蓄積疲労

蓄積疲労には、蓄積疲労度調査 (Cumulative Fatigue Symptom Index ; CFSI) を山崎らが簡約化した、簡約版蓄積疲労兆候スケール (CFSI-18)<sup>25)</sup>を用いた。この尺度は「全身がだるい」、「肩がこる」などの18項目を2件法（1：はい、0：いいえ）で尋ね単純加算する。合計得点が高いほど蓄積疲労度が高いことを示す。

## 6. 分析方法

助産師の職場ストレスを明らかにするため、職場ストレスの項目の記述統計量を算出するとともに、因子分析を実施した。さらに、職場ストレスの各因子との関連については、相関分析、バーンアウトとの関連を重回帰分析によって求めた。

なお、統計処理にはIBM SPSS Statistics for windows version 21.0Jを使用し、有意水準は5%とした。

## 7. 倫理的配慮

個人のプライバシーに十分に配慮し、調査対象者に対し、調査への協力依頼文の書面にて研究の目的を伝え、対象者本人の自由意志で参加協力の有無を決定できること、調査は匿名で行うので個人が特定できないこと、結果は学術的な目的以外に使用しないことなどを説明した。担当者には、回収の際に回答を強制しないよう依頼するとともに、助産師の回答した内容が担当者に知られることがないように、調査票とともに対象者それぞれに対して封筒を用意し、調査票とともに渡してもらうようにした。本研究は、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得て行った（承認番号1075）。

## Ⅲ. 結果

### 1. 分析対象者の個人特性・施設特性（表1）

分析対象者の平均年齢は35.3 (range22-63) 歳であった。職位では、スタッフが80.8%と最も多かった。これまでの通算分娩経験数は、平均325.5件であった。月平均夜勤回数では、9回以上が39.7%と最も高かった。その他、対象者の個人特性・施設特性を表1に示す。

表1 対象者の属性・特性 (N=708)

項目	カテゴリー	n	%
<b>個人特性</b>			
年齢(歳)	平均±SD	35.3(±9.0)	
月平均給与(万円)	平均±SD	29.1(±7.2)	
職位	師長・副師長	58	8.2
	主任・副主任	71	10.0
	スタッフ	572	80.8
	無回答	7	1.0
現職場勤務年数	1年未満	109	15.4
	1年～3年未満	133	18.8
	3年～5年未満	117	16.5
	5年～10年未満	142	20.1
	10年以上	206	29.1
	無回答	1	0.1
通算分娩経験数	平均±SD	325.5(±377.5)	
月平均夜勤回数	0回	28	4
	1～2回	23	3.2
	3～4回	63	8.9
	5～6回	65	9.2
	7～8回	241	34
	9回以上	281	39.7
	無回答	7	1
<b>施設特性</b>			
病棟助産師数(人)	平均±SD	17.7(±19.1)	
産科病床数(床)	平均±SD	25.7(±228.7)	

## 2. 病院勤務助産師の職場ストレスの因子分析 (表2)

病院勤務助産師のストレスの因子構造を明らかにするために、76項目のストレス尺度について主因子法、プロマックス回転による因子分析を行った。因子分析の実施にあたり、欠損値についてはペアごとに除外とした。最も統合的な解釈が可能な因子数を求めるとともに、因子負荷量が0.35以下の項目、あるいは複数の因子に0.35以上の因子負荷量を持つ項目について除外した結果、最終的に55項目8因子解が得られた(表2)。

まず第1因子は、「医師が対等に意見を聞いてくれないことがある」、「助産師の判断を信用してくれない」などに因子負荷量が高く、「医師との非協働的關係」の因子と命名した。第2因子は、「身に着けている技術が不足していると感じることがある」、「身に着けている知識が不足していると感じることがある」、「分娩介助がうまくできない」などが含まれており、「自己の助産力への低評価」と命名した。第3因子は、「仕事上の問題が生じた時に頼りになる人がいない」、「助言やサポートをしてくれる同僚・上司がいない」など、「助産師スタッフ間の支援不足」と命名した。第4因子は、「自分の判断と

は異なるケアを要求してくる」、「対象者の家族との信頼関係が築きにくい」、「助産師の判断を信用しない対象者がいる」など、「対象者との関係の困難さ」と命名した。第5因子は、「残業をしなければならないことがよくある」、「休憩時間がきちんととれない」、「分娩が重なり、複数の分娩進行者を同時に受け持たなければならない」など、「仕事の量的負荷」と命名した。第6因子は、「専門外の仕事をしなければならないことがよくある」、「産科だけでなく、婦人科や他科の患者を受け持たなければならない」など、「助産関連以外の業務要求への負担」と命名した。第7因子は、「管理上の制約によって、対象者の要望にそうことができない」、「管理上の制約によって、対象者に最適と思われるケアを実施できない」など、「提供するケアへの不全感」と命名した。第8因子は、「昇進や昇給などの機会が乏しい」、「仕事の成果や能力を評価してもらえない体制がない」など、「評価制度の不備」と命名した。Cronbachの $\alpha$ 係数は尺度全体で0.92、各下位尺度では0.73～0.88であった。

## 3. 各ストレス項目のストレス強度(表2)

病院勤務助産師の職場ストレスの特徴について検討するために、職場ストレスの各項目の単純集計を行い「あてはまる」と回答した人の割合(経験率)と、それに対するストレス強度の平均値を算出した。なお、比較の参考とするために、全55項目のストレス強度の平均値=1.92(以下ストレス基準値とする)を便宜的に用いることとする。

各ストレス項目のうち、ストレス基準値より高い項目は29項目であった。因子ごとにストレス基準値を上回っている項目をみていくと、第1因子「医師との非協働的關係」では「医師によって、妊産褥婦への管理方針が異なる」、「ケアについてオープンに意見を言い合えない」など4項目、第2因子「自己の助産力への低評価」では「身に着けている技術が不足していると感じることがある」、「身に着けている知識が不足していると感じることがある」など5項目、第3因子「助産師スタッフ間の支援不足」では「仕事に対する意欲が低い同僚と働くことがある」、「職業モデルとなる助産師がいない」など3項目、第4因子「対象者との関係の困難さ」では「依存的で医療者へおまかせの対象者がいる」の1項目、第5因子「仕事の量的負荷」では「休憩時間

表2 病院勤務助産師の職場ストレスの因子分析（主因子法，プロマックス回転），および下位因子の各項目の経験率とストレス強度平均値（N=708）

	因子負荷量								経験率 (%)	ストレス強度平均値
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII		
<b>第1因子 医師との非協働的關係 (α=.883)</b>										
医師が対等に意見を聞いてくれないことがある	.871	-.003	-.053	-.035	-.035	-.050	-.080	.036	59.5	1.85
ケアについてオープンに意見を言い合えない	.792	.082	-.060	-.105	.003	.003	-.044	.022	68.5	2.04
助産師の判断を信用してくれない	.786	.006	.025	-.001	-.067	-.003	-.060	-.028	52.0	1.66
助産師の専門性を理解できていないと感じる	.697	-.078	.068	-.029	.034	.037	.025	-.067	60.8	1.94
正常分娩を任せたくない	.670	-.058	.072	-.038	-.029	-.024	.081	-.127	48.8	1.71
分娩に対する考え方の相違がある	.660	.001	-.079	.030	-.012	.002	.157	-.050	79.2	1.94
医師との話し合いや交流の場がない	.646	.081	-.036	-.136	-.055	.061	-.039	.178	59.8	1.80
妊産婦の症状について、医師が十分に情報をくれないことがある	.600	-.017	.088	.013	.049	-.027	-.106	.056	47.2	1.66
医師によって、妊産婦への管理方針が異なる	.502	.030	-.086	.146	.039	.013	-.014	.059	76.1	2.00
緊急時、医師に連絡が取れないことがある	.454	-.021	-.033	.098	.088	-.014	-.121	.065	52.4	1.89
<b>第2因子 自己の助産力への低評価 (α=.878)</b>										
身に着けている技術が不足していると感じることがある	-.059	.795	.034	-.095	-.044	.082	.035	-.027	95.7	2.22
身に着けている知識が不足していると感じることがある	-.084	.745	-.015	-.036	.012	.064	.003	-.056	97.9	2.20
分娩介助がうまくできない	.047	.729	.060	-.020	-.019	-.019	-.034	-.074	77.6	1.80
分娩進行のアセスメントやケアの判断に迷うことがある	.047	.728	-.008	-.001	.044	-.023	-.015	-.040	90.2	1.95
適切なケアが出来たか不安などときがある	.027	.692	.074	-.061	.046	-.016	.058	-.021	94.9	2.12
妊産婦や児に異常があったとき、どのようにかわったらよいか分からない	.025	.647	-.043	.161	-.020	.023	-.090	.009	84.0	1.84
会陰裂傷をさせてしまうことがある	.030	.576	-.014	-.093	.106	-.064	.077	.013	94.9	2.10
妊産婦の状態やケアについて、対象者や家族にどう説明するべきか分からない	.014	.565	-.027	.249	-.053	-.008	-.008	-.016	72.4	1.65
<b>第3因子 助産師スタッフ間の支援不足 (α=.847)</b>										
仕事上の問題が生じた時に頼りになる人がいない	-.025	.014	.888	-.006	-.029	-.120	-.072	.088	39.5	1.82
助言やサポートをしてくれる同僚・上司がいない	-.100	.006	.877	.004	-.039	-.124	-.033	.101	38.8	1.86
職業モデルとなる助産師がいない	-.081	-.027	.808	-.060	.070	-.092	.026	.032	52.0	1.97
スタッフ間の意思疎通・連携がうまくとれない	.091	.008	.547	.109	.066	.026	.040	-.170	55.8	1.78
自分が行った助産ケアがどうであったか、確認・評価してもらえない	.002	.107	.504	-.032	.033	.082	.061	-.008	70.8	1.95
他のスタッフとケアについての考え方があわない	.160	-.021	.445	.063	.064	.044	.086	-.172	56.3	1.69
仕事に対する意欲が低い同僚と働くことがある	.112	-.134	.409	.207	.140	.072	-.066	-.147	61.8	2.02
先輩や上司に意見しにくい	.213	.121	.364	.057	-.026	-.015	-.067	.141	57.8	1.91
<b>第4因子 対象者との関係の困難さ (α=.834)</b>										
自分の判断とは異なるケアを要求してくる	-.049	-.016	.004	.730	.068	.037	-.027	.000	64.6	1.65
対象者の家族との信頼関係が築きにくい	-.045	.004	.106	.711	-.044	-.030	-.008	-.021	51.7	1.52
助産師の判断を信用しない対象者がいる	.025	.003	.013	.707	-.104	.035	.008	.005	51.7	1.48
ケアに非協力的な対象者がいる	-.065	.010	-.001	.678	.058	.042	-.090	.000	66.2	1.76
対象者からのクレームがある	-.057	.075	-.058	.636	-.112	.022	.087	.017	56.2	1.68
対象者同士のトラブルがある	.016	-.081	.004	.563	.005	.037	-.016	.021	44.3	1.42
依存的で医療者へおまかせの対象者がいる	.066	.003	.021	.465	.006	.019	.121	-.004	82.3	1.95
<b>第5因子 仕事の量的負荷 (α=.775)</b>										
残業をしなければならないことがよくある	-.044	.028	.013	-.082	.695	.149	-.062	-.094	84.0	2.19
休憩時間がきちんととれない	-.072	.035	.089	-.038	.673	.005	.014	.070	84.8	2.21
看護ケア以外の業務が多い(記録や書類整理など)	-.035	-.004	.021	.023	.539	.186	.045	-.034	88.1	2.44
分娩が重なり、複数の分娩進行者を同時に受け持たなければならない	.054	.088	-.082	.113	.485	-.251	.005	.179	82.3	2.16
分娩や入院、帝王切開、異常分娩などが重なることがある	.096	.087	-.103	.157	.457	-.193	.003	.125	91.6	2.19
休日や勤務時間外に急に仕事が入ることがある	.073	-.065	.140	-.137	.430	.102	-.046	-.122	48.2	1.68
休日が思うようにとれない	.040	-.025	.080	-.089	.404	.033	.020	.273	70.1	2.20
受け持ち患者数が多い	-.033	-.027	-.072	.023	.388	.137	.141	.085	56.1	1.88
<b>第6因子 助産関連以外の業務要求への負担 (α=.750)</b>										
専門外の仕事をしなければならないことがよくある	-.010	-.013	-.076	-.001	.102	.726	-.010	.015	74.6	2.17
産科だけでなく、婦人科や他科の患者を受け持たなければならない	-.113	.049	-.121	-.052	.143	.682	-.110	-.021	87.2	2.26
ベッド回転率をあげるように要求される	-.013	-.018	.013	.074	.151	.489	-.015	-.064	74.5	2.17
自分の専門性を十分に発揮する機会が少ない	.150	.009	.154	-.083	-.109	.441	.096	.092	47.7	1.80
希望しない部署への配置転換を余儀なくされる	.122	-.020	-.137	.167	-.052	.431	-.048	.073	42.5	1.80
職場の中で自分の役割が明確化されていない	.031	.091	.278	.023	-.136	.358	.056	.204	46.2	1.69
配置転換の機会が頻にある	.008	.016	-.054	.118	-.034	.357	.028	.046	34.9	1.50
<b>第7因子 提供するケアへの不安全感 (α=.823)</b>										
管理上の制約によって、対象者の要望にそうすることができない	-.128	.008	.015	-.031	.013	-.092	.912	.062	78.7	2.08
管理上の制約によって、対象者に最適と思われるケアを実施できない	-.126	.028	.009	.003	-.024	.032	.838	.034	72.6	2.06
病院の管理上の都合、または医師の都合でケアがなされている	.234	-.013	-.088	.059	.056	.020	.558	-.058	75.3	1.99
診療の補助業務が多く、助産・看護ケアが十分に行えない	.332	-.032	.010	.036	.037	-.085	.486	-.075	75.3	2.08
<b>第8因子 評価制度の不備 (α=.730)</b>										
昇進や昇給などの機会が乏しい	.014	-.081	.000	-.007	.046	-.014	-.013	.681	66.1	1.94
仕事の成果や能力を評価してもらえない体制がない	.034	-.073	.158	.016	-.079	.163	.075	.606	65.3	2.05
仕事に見合った給料をもらっていない	.009	-.040	-.008	.051	.192	.032	.041	.451	70.6	2.25
寄与率	19.38	7.14	4.38	3.92	3.15	2.76	2.34	1.56		
累積寄与率	19.38	26.52	30.90	34.81	37.96	40.72	43.06	44.62		

がきちんととれない」, 「看護ケア以外の業務が多い (記録や書類整理など)」など6項目, 第6因子「助産関連以外の業務要求への負担」では「産科だけでなく, 婦人科や他科の患者を受け持たなければならない」, 「専門外の仕事をしなければならないことがよくある」などの3項目, 第7因子「提供するケアへの不安全感」では「管理上の制約によって, 対象者の要望にそうことができない」, 「診療の補助業務が多く, 助産・看護ケアが十分に行えない」など全項目, 第8因子「評価制度の不備」では, 「仕事の成果や能力を評価してもらえない体制がない」, 「仕事に見合った給料をもらっていない」などの全項目でストレス基準値を超えていた。

経験率9割以上でストレス基準値以上の高い値を示した項目は, 第2因子「自己の助産力への低評価」の「身に着けている技術が不足していると感じることがある」, 「身に着けている知識が不足していると感じることがある」, 「適切なケアが出来たか不安なときがある」, 「会陰裂傷をさせてしまうことがある」, 「分娩進行のアセスメントやケアの判断に迷うことがある」, 第5因子「仕事の量的負荷」の「分娩や入院, 帝王切開, 異常分娩などが重なることがある」であった。

#### 4. 職場ストレス尺度とバーンアウト, 抑うつ度, 蓄積疲労度の得点 (表3)

因子分析後の職場ストレス尺度全体とその下位尺度, ならびにバーンアウトの下位尺度, 抑うつ度, 蓄積疲労度のそれぞれの $\alpha$ 係数, range, 項目数, 平均得点と標準偏差を表3に示した。

職場ストレス尺度全体および, 下位尺度のCronbachの $\alpha$ 係数を算出したところ, いずれも $\alpha=0.70$ 以上が得られ, 内部一貫性があることが示された。

職場ストレス尺度の下位項目を検討するため, 各下位尺度の平均得点および標準偏差を算出した。第1因子「医師との非協働的關係」 $18.49 \pm 7.45$ , 第2因子「自己の助産力への低評価」 $15.87 \pm 4.94$ , 第3因子「助産師スタッフ間の支援不足」 $15.00 \pm 5.91$ , 第4因子「対象者との関係の困難さ」 $11.46 \pm 4.69$ , 第5因子「仕事の量的負荷」 $16.95 \pm 5.18$ , 第6因子「助産関連以外の業務要求への負担」 $13.38 \pm 4.76$ , 第7因子「提供するケアへの不安全感」 $8.21 \pm 3.39$ , 第8因子「評価制度の不備」 $6.24 \pm 2.79$ であった。また, 表には示さないが, 下位尺度の平均得点を項目数で割った1項目あたりの平均値を求めたところ, 第1因子から順に1.85, 1.98, 1.88, 1.64, 2.12, 1.91, 2.05, 2.08であり, ストレス基準値よりも高値な因子は, 第2因子「自己の助産力への低評価」, 第5因子「仕事の量的負荷」, 第7因子「提供するケアへの不安全感」, 第8因子「評価制度の不備」の4因子であった。

本研究の対象者におけるバーンアウト尺度のCronbachの $\alpha$ 係数は, 情緒的消耗感 $=0.81$ , 脱人格化 $=0.82$ , 個人的達成感の後退 $=0.80$ であった。バーンアウトの下位尺度の平均得点は, 情緒的消耗感 $15.67 \pm 4.50$ , 脱人格化 $11.89 \pm 4.32$ , 個人的達成感の後退 $20.61 \pm 4.30$ であった。

抑うつ度 (CES-D) について, 本研究の対象者におけるCronbachの $\alpha$ 係数は,  $0.88$ であり, 平均得

表3 職場ストレス尺度 (55項目8因子版), バーンアウト (日本版MBI), 抑うつ度 (CES-D), および蓄積疲労度 (CFSI-18) の得点

	N	$\alpha$ 係数	range	項目数	平均値	±	SD
<b>職場ストレス尺度</b>	549	.929	55-220	55	105.61	±	25.66
医師との非協働的關係	663	.883	10-40	10	18.49	±	7.45
自己の助産力への低評価	673	.878	8-32	8	15.87	±	4.94
助産師スタッフ間の支援不足	679	.847	8-32	8	15.00	±	5.91
対象者との関係の困難さ	679	.834	7-28	7	11.46	±	4.69
仕事の量的負荷	665	.775	8-32	8	16.95	±	5.18
助産関連以外の業務要求への負担	669	.750	7-28	7	13.38	±	4.76
提供するケアへの不安全感	684	.823	4-16	4	8.21	±	3.39
評価制度の不備	685	.730	3-12	3	6.24	±	2.79
<b>バーンアウト (日本版MBI)</b>							
情緒的消耗感	696	.810	5-25	5	15.67	±	4.50
脱人格化	693	.820	6-30	6	11.89	±	4.32
個人的達成感の後退	697	.800	6-30	6	20.61	±	4.30
<b>抑うつ度 (CES-D)</b>	671	.880	0-60	20	16.12	±	8.48
<b>蓄積疲労度 (CFSI-18)</b>	663	.780	0-18	18	5.40	±	3.61

注)各N数が異なるのは, 欠損値を除外して分析したためである。

点は、16.12±8.48であった。

蓄積疲労度 (CFSI-18) について、Cronbachの  $\alpha$  係数は0.78であり、平均得点は5.40±3.61であった。

5. 職場ストレス尺度とバーンアウト、抑うつ度、蓄積疲労度との関連 (表4)

職場ストレスの妥当性を検討する目的で、職場ストレス尺度とバーンアウト、抑うつ度、蓄積疲労度との相関を検討した。

職場ストレス尺度全体との相関係数は、情緒的消耗感 $r=.424$  ( $p<.01$ )、脱人格化 $r=.387$  ( $p<.01$ )、個人的達成感の後退 $r=.085$  ( $p<.05$ )、抑うつ度 (CES-D)  $r=.350$  ( $p<.01$ )、蓄積疲労度 $r=.368$  ( $p<.01$ ) と正の相関を認めた。

職場ストレスの各下位尺度においては、表4に示す通り、個人的達成感の後退との間に有意な相関が認められなかったが、それ以外では有意な正の相関を認めた。

6. 職場ストレスと個人特性・施設特性の関連 (表5)

職場ストレスと個人特性・施設特性との相関係数を表5に示した。

職場ストレス尺度全体と有意な相関がみられた個人特性・施設特性は、年齢 $r=.105$  ( $p<.05$ )、現職場勤続年数 $r=.111$  ( $p<.01$ )、月平均夜勤回数

$r=.124$  ( $p<.01$ )、産科病床数 $r=.119$  ( $p<.01$ ) であった。

職場ストレスの下位尺度ごとで、相関係数0.2以上の有意な関連がみられたのは、「自己の助産力への低評価」と年齢 $r=-.363$  ( $p<.01$ )、通算分娩経験数 $r=-.307$  ( $p<.01$ )、現職場勤続年数 $r=-.295$  ( $p<.01$ )、月平均給与 $r=-.280$  ( $p<.01$ )、「助産関連以外の業務要求への負担」と年齢 $r=.221$  ( $p<.01$ )、現職場勤続年数 $r=.208$  ( $p<.01$ ) であった。

7. バーンアウトに特に強く影響を与える個人特性・施設特性および職場ストレスの下位尺度 (表6)

バーンアウトの3つの下位尺度を従属変数とし、最初に個人特性・施設特性を投入 (モデル1)、次に職場ストレス尺度を投入 (モデル2) した階層的重回帰分析を行った結果を表6に示した。独立変数の選択に際しては、職場ストレス下位尺度と個人特性・施設特性との相関係数を参考にして、多重共線性に注意した。

情緒的消耗感を従属変数、個人特性・施設特性のみを独立変数とする重回帰分析の結果 (モデル1)、情緒的消耗感と有意な関連のあった項目は、「年齢」( $\beta=-.131$ ,  $p<.05$ )、「月平均夜勤回数」( $\beta=.101$ ,  $p<.05$ ) であった。次にモデル1に職場ストレス

表4 職場ストレス尺度の全得点および下位尺度毎の得点とストレス反応との関連

	職場 ストレス	医師との 非協働関係	自己の助産力へ の低評価	助産師スタッフ間 の支援不足	対象者との 関係の困難さ	仕事の 量的負荷	助産関連以外の 業務要求への 負担	提供するケア への不全感	評価制度の 不備
バーンアウト(日本版MBI)									
情緒的消耗感	.424 **	.197 **	.259 **	.251 **	.223 **	.368 **	.222 **	.210 **	.254 **
脱人格化	.387 **	.194 **	.161 **	.307 **	.223 **	.285 **	.267 **	.183 **	.262 **
個人的達成感の後退	.085 *	.029	.069	.062	.054	.044	.027	.004	-.017
抑うつ度 (CES-D)									
抑うつ度	.350 **	.200 **	.265 **	.255 **	.189 **	.254 **	.189 **	.147 **	.202 **
蓄積疲労	.368 **	.229 **	.167 **	.254 **	.236 **	.299 **	.224 **	.190 **	.220 **

表中数値はスピアマンの相関係数 r  
\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$

表5 職場ストレス尺度の全得点および下位尺度毎の得点と個人特性・施設特性との関連

	職場 ストレス	医師との 非協働関係	自己の助産力 への低評価	助産師スタッフ 間の支援不足	対象者との 関係の困難さ	仕事の 量的負荷	助産関連以外の 業務要求への 負担	提供するケア への不全感	評価制度の 不備
個人特性									
年齢	.105 *	.025	-.363 **	.147	.106 **	.124 **	.221 **	-.007	.109 **
月平均給与	.074	.021	-.280 **	.102 **	.093 *	.110 **	.145 **	.060	.042
職位	-.026	-.001	.181 **	-.012	-.005	-.044	-.148 **	.029	.023
現職場勤続年数	.111 **	.078 *	-.295 **	.136 **	.098 *	.155 **	.208 **	-.013	.099 **
通算分娩経験数	.068	.054	-.307 **	.110 **	.112 **	.147 **	.188 **	.008	.130 **
月平均夜勤回数	.124 **	.036	.094 *	.111 **	.076 *	.106 **	.110 **	.072	.103 **
施設特性									
病棟助産師数	.068	.046	.064	.006	.140 **	.046	-.080 *	-.009	.014
産科病床数	.119 **	.122 **	.033	.068	.105 **	.098 *	-.070	.075 *	-.005

表中数値はスピアマンの相関係数 r  
\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$

一尺度を独立変数として投入した重回帰分析の結果 (モデル2) では, 個人特性・施設特性の有意な関連は消失せず, 「仕事の量的負荷」 ( $\beta = .285$ ,  $p < .001$ ), 「助産師スタッフ間の支援不足」 ( $\beta = .160$ ,  $p < .01$ ), 「対象者との関係の困難さ」 ( $\beta = .091$ ,  $p < .05$ ) が強いほど有意に情緒的消耗感が高い傾向であった。

脱人格化を従属変数, 個人特性・施設特性のみを独立変数とする重回帰分析の結果 (モデル1), 有意な関連のあった項目は, 「現職場勤続年数」 ( $\beta = .157$ ,  $p < .01$ ), 「月平均夜勤回数」 ( $\beta = .114$ ,  $p < .01$ ) であった。次にモデル1に職場ストレス尺度を独立変数として投入した重回帰分析の結果 (モデル2), 個人特性・施設特性の有意な関連は消失しないまま, 「助産師スタッフ間の支援不足」 ( $\beta = .270$ ,  $p < .001$ ), 「仕事の量的負荷」 ( $\beta = .163$ ,  $p < .01$ ) が強いほど有意に脱人格化が高い傾向であった (モデル2)。

個人的達成感の後退を従属変数, 個人特性・施設特性のみを独立変数とする重回帰分析の結果 (モデル1), 有意な関連のあった項目は, 「月平均夜勤回

数」 ( $\beta = -.097$ ,  $p < .05$ ) であった (モデル1)。次にモデル1に職場ストレス尺度を独立変数として投入する重回帰分析の結果 (モデル2), 個人特性・施設特性の有意な関連がみられたほか, 職場ストレス尺度では, 「助産師スタッフ間の支援不足」 ( $\beta = .158$ ,  $p < .01$ ) が高いほど, 「提供するケアへの不全感」 ( $\beta = -.124$ ,  $p < .05$ ), 「評価制度の不備」 ( $\beta = -.107$ ,  $p < .05$ ) が低いほど有意に個人的達成感の後退が高い傾向にあった (モデル2)。ただし, 個人的達成感の後退においては, 調整済決定係数 $R^2$ が0.023と, 情緒的消耗感 ( $R^2 = .250$ ), 脱人格化 ( $R^2 = .217$ ) と比較して低い値を示していた。

#### IV. 考察

##### 1. 病院勤務助産師の職場ストレス尺度について

本研究では, 助産師の職場ストレスを測定できる尺度作成を試み, 8因子を抽出した。第1因子「医師との非協働的關係」と第3因子「助産師スタッフ間の支援不足」, 第4因子「対象者との関係の困難さ」は医師, 同職種である助産師, ケアの対象

表6 病院勤務助産師のバーンアウトと個人特性, 施設特性, 職場ストレスとの関連 (重回帰分析)

独立変数	情緒的消耗感		脱人格化		個人的達成感の後退	
	$\beta$ (モデル1)	$\beta$ (モデル2)	$\beta$ (モデル1)	$\beta$ (モデル2)	$\beta$ (モデル1)	$\beta$ (モデル2)
個人特性						
年齢	-.131 *	-.160 **	-.057	-.095	-.054	-.071
月平均給与	.003	-.009	.006	-.005	.032	.033
現職場勤続年数	.074	.017	.157 **	.106 *	-.015	-.037
通算分娩経験数	-.043	-.047	.024	.023	-.038	-.039
月平均夜勤回数	.101 *	.086 *	.114 **	.100 **	-.097 *	-.099 *
施設特性						
病棟助産師数	-.014	-.019	-.023	-.025	-.029	-.037
産科病床数	.049	.007	.066	.030	-.004	-.015
職場ストレス尺度						
医師との非協働的關係		-.021		.021		-.017
自己の助産力への低評価		.080		.062		.003
助産師スタッフ間の支援不足		.160 **		.270 ***		.158 **
対象者との関係の困難さ		.091 *		.024		.085
仕事の量的負荷		.285 ***		.163 **		.061
助産関連以外の業務要求への負担		.085		.086		.011
提供するケアへの不全感		-.035		-.079		-.124 *
評価制度の不備		.069		.071		-.107 *
R	.169	.521	.197	.489	.137	.227
調整済 $R^2$	.016	.250	.026	.217	.004	.023

注1) \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

$\beta$  = 標準偏回帰係数, R = 重相関係数,  $R^2$  = 決定係数

者とその家族といった助産師の職場の対人関係を評価する項目、第2因子「自己の助産力への低評価」と第5因子「仕事の量的負荷」、第7因子「提供するケアへの不全感」は助産師が提供する技術やケアや業務量の負担を評価する項目、第6因子「助産関連以外の業務要求への負担」と第8因子「評価制度の不備」は組織からの能力評価や給与といった評価制度の不備に対する負担を評価する項目に大別されたと考えられた。探索的因子分析では、内容的にも解釈可能な構造となり、構成概念妥当性は概ね確保できた。

尺度の信頼性については、8因子すべて信頼性は、Cronbachの $\alpha$ 係数0.7以上であり、内的整合性を確保していることが確認された。

基準関連妥当性の検討において、抑うつ度(CES-D)や蓄積疲労度(CFSI-18)と0.4未満の正の相関を認めたことから、尺度としての妥当性が概ね確認されたといえよう。

看護職のストレス尺度のうち、特に職場環境を捉えた尺度として用いられているスケールの1つであるNursing Work Index (NWI)<sup>26)</sup>や職場の組織的な要因に着目して作成されたストレス尺度<sup>20)</sup>やその他先行研究<sup>27-29)</sup>と比較したところ、本研究の尺度では、第2因子「自己の助産力への低評価」、第3因子「助産師スタッフ間の支援不足」、第6因子「助産関連以外の業務要求への負担」が抽出された。これらの因子は、これまでの看護職のストレス尺度では測定することができない、助産師特有の重要な因子であると考えられた。

さらに、第1因子「医師との非協働的關係」として医師との関係に関するストレス、第4因子「対象者との関係の困難さ」として患者との関係に関するストレス、第5因子「仕事の量的負荷」として業務量に関するストレスなどが抽出されており、表現にやや違いはあるものの、これまでの看護職を対象としたストレス研究で得られた因子と類似した因子が認められている。一方で、ストレスの各項目内容を検討すると、例えば第1因子「医師との非協働的關係」における「助産師の判断を信用してくれない」、「正常分娩を任せてくれない」の項目、第4因子「対象者との関係の困難さ」における「助産師の判断を信用しない対象者がいる」、第5因子「仕事の量的負荷」における「分娩

が重なり、複数の分娩進行者を同時に受け持たなければならぬ」、「分娩や入院、帝王切開、異常分娩などが重なることがある」の項目のように、助産業務に特有の項目も認められた。従来の看護職の尺度は、助産師の職場ストレスに特化しておらず、詳細に助産師のストレスを評価するには精度が十分ではなかったが、本尺度では下位尺度の各項目を検討することでも助産師のストレス状況を把握することが可能である。

以上のことから、本尺度は病院勤務助産師の職場ストレスをとらえる尺度として一定の信頼性、妥当性、独自性を備えた尺度であると判断した。

## 2. 病院勤務助産師の職場ストレスの経験率と強度について

職場ストレスの経験率とストレス強度ともに極めて高かった項目として、まず第2因子「自己の助産力への低評価」に多く含まれた。自己の助産力への認知が病院勤務助産師にとって重要なストレスとなることが示唆されたが、このことは正常な経過をたどる妊産褥婦・新生児の管理を助産師が主体的に実施することは、助産師としての仕事の魅力でもあり、やりがいにもつながっていると考えられる。さらに、正常な妊娠・出産経過であれば、助産師自らの責任で産産を行うことが出来るという専門職としての役割から、助産力不足を認識した場合にはストレスとなり得ることが推察された。

次に、第5因子「仕事の量的負荷」の項目に、職場ストレスの経験率8割以上とストレス強度が基準値(1.92)以上の項目が多く含まれていた。看護職の仕事の量的負荷<sup>7, 20)</sup>に関しては、従来ストレスであることが指摘されてきており、助産師にとっても同様であった。このようなストレス強度の高い項目は、一般的に助産師に対して強いストレス反応を引き起こしうると言える項目である。したがって、助産師にとって働きやすい職場を目指すためにも、病院組織全体として職場ストレスをコントロールするという視点が重要であろう。そのためにも、高頻度でストレス強度の高い項目に対応していくことは、働きやすい職場をつくる上で重要かつ有効であると思われる。

## 3. 助産師の職場ストレスに影響を及ぼす要因について

経験年数や年齢と職場ストレスとの関連につ

いて、看護師を対象とした先行研究によると、経験年数が増すほどストレスと感じる程度が増加するという報告<sup>30)</sup>や年代別のストレス要因の違いでは、30代が最もストレスを感じていたことが報告されている<sup>31)</sup>。本研究においても職場ストレス全項目では、年齢や現職場勤続年数と正の相関関係を認めたことから、年齢や職場経験年数が増すことによって、職場での責任や役割からの負担が増え、ストレスに繋がっていることが考えられた。

職場ストレス下位尺度に関連する要因は、ストレスの内容によって異なっていた。「自己の助産力への低評価」では、経験年数が増すほどストレスが少なく、「助産師スタッフ間の支援不足」、「仕事の量的負荷」、「助産関連以外の業務要求への負担」、「評価制度の不備」では経験年数が増すほど多くなる傾向にあった。このことは、助産技術の習得とともに職場内での役割が増大し、要求される仕事量も増え、それらに対するスタッフへの支援も必要となってくるが、思うような支援が得られず、さらには労働に見合った評価が得られないことがストレスとなる可能性が推察された。

#### 4. 助産師のバーンアウトに影響を及ぼす要因について

助産師のバーンアウトと職場ストレスとの関連について、バーンアウトの下位尺度ごとに検討する。

情緒的消耗感との関連を見ると、情緒的消耗感に対する標準偏回帰係数は「仕事の量的負荷」が最も大きく、次いで「助産師スタッフ間の支援不足」、「年齢」、「対象者との関係の困難さ」、「月平均夜勤回数」であった。看護職は他の職種に比べ、量的労働負荷(仕事量)や労働負荷の変動(仕事量の変動)が大きい<sup>7)</sup>といわれている。病院勤務助産師も同様に、仕事の量的負荷が大きいと考えられる。仕事の量的負荷に対しては、管理者が業務調整を行い、一定のスタッフに業務が集中しないように常に配慮することが望まれる。一方で、夜勤があることは、病院勤務助産師として避けられないことである。夜勤は日勤に比べ勤務するスタッフ数が少なく、一人の助産師にかかる身体的・精神的負担が増すこと、生活リズムが不規則になることなどが情緒的消耗感の原因として推測される<sup>32)</sup>。さらに、スタッフ間からの支援不足や対象者である妊産褥婦との関係の困難さという対人関係からのストレスが情緒的消耗

感に影響を与える可能性が示唆された。これは、看護職が感情労働であるということを十分に反映した結果であると言えよう。

脱人格化への関連として、標準偏回帰係数を見ると「助産師スタッフ間の支援不足」の影響が最も強く、次いで「仕事の量的負荷」、「現職場勤続年数」、「月平均夜勤回数」であった。この結果は職場内に強いネットワークを持つ人ほど脱人格化を起こしにくい<sup>20)</sup>という結果と一致していた。田尾ら<sup>20)</sup>によると、ここでの両者の関係は相互的であり、職場内の円滑な人間関係が脱人格化を抑制する要因になっていると述べている。このことから、忙しい業務に追われながらも職場内で感じているストレスや負担感を話し合い、共有できる時間を持つ中で、改善できる環境づくりなどのストレスに対する具体策を検討することや、職員のメンタルヘルスに携わる専門職の活用が、バーンアウトの予防と低減を図る上で重要であると考えられる。

個人的達成感の後退との関連では、「助産師スタッフ間の支援不足」が最も影響が強く、次いで「提供するケアへの不全感」、「評価制度の不備」であった。個人的達成感の後退は、情緒的消耗感、脱人格化に次いで生じる現象であると言われている。助産師は、忙しい業務に追われ、なかなか対象者である妊産褥婦と向き合う時間が取れない状況の中で、自身の提供するケアに不全感を抱くことが多く、このことが個人的達成感の後退に影響を与えていたのではないかと考えられる。また、個人的達成感の後退との関連において、「評価制度の不備」の影響を認めたが、野口<sup>33)</sup>は助産師にとっての承認について、他者から仕事を認められることと自分自身で認めることは違う意味を持つことや、他者からの承認は助産師の看護に対する評価であり、承認は助産師の自尊感情を高めると報告している。したがって、助産師にとって、他者からの評価はバーンアウトを軽減するための重要な要因となりうるということが考えられる。

以上の考察から、病院勤務助産師のストレス対策として、職場内の相互的なサポートの充実を図ること、具体的には職場で改善可能なことを話し合うカンファレンスの充実やスタッフ間での承認・評価機会の提供の視点が重要であると考えられる。

#### 5. 実践への示唆

本研究では、病院勤務助産師の職場ストレス

が8因子抽出された。ストレス対策として、一次予防が重要となる中で、まずは助産師個人がどのようなことをストレスと感じているのかについて把握することが重要であると考え。その際に、今回作成した病院勤務助産師の職場ストレス尺度を参考にどのような職場ストレスを助産師が感じているのか、それにより病院組織としてどのような要因からアプローチしていくべきかといった参考になるであろう。

次に、医療職の職業性ストレス対策として相談窓口などの相談体制やサポート体制を整えることも重要であると同時に、職場内で話しやすい雰囲気を作ることや、スタッフの能力を認め、適切な評価、業務調整を行うことなど、スタッフの抱えるストレスに積極的に目を向けた対応をしていく必要がある。特に、病院勤務助産師において職場ストレスとなる要因は、経験年数による可能性が示唆されたことから、それに応じた学習機会や研修の場を与えるなどのサポートの必要性を管理者自身が認識しておくことが望まれる。必要に応じて、外部の精神科医・心理専門職などの専門家などの活用をすることも積極的に行っていくことが望まれる。

#### 6. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、2点ある。まず、今回作成された病院勤務助産師の職場ストレス尺度の精度を高めていくことが必要である。そして、今回の調査は、横断的研究であり、限られた要因の因果的な関係は示されたが、すべての関係を示すことはできていないため、更なる検討が必要である。

### V. 結 論

本研究によって、病院勤務助産師の職場ストレスとして55項目8因子、「医師との非協働的關係」、「自己の助産力への低評価」、「助産師スタッフ間の支援不足」、「対象者との関係の困難さ」、「仕事の量的負荷」、「助産関連以外の業務要求への負担」、「提供するケアへの不全感」、「評価制度の不備」が抽出された。バーンアウトと関連のある職場ストレスは、「仕事の量的負荷」、「助産師スタッフ間の支援不足」、「月平均夜勤回数」であった。助産師の負担やストレスという点から早急な改善が期待される助産師の職場ストレスが明らかとなった。同時

に、職場ストレスがバーンアウトにマイナスの影響を与える可能性が示唆された。

### 謝 辞

本調査にご参加いただきました助産師の皆様、調査の実施にあたりご協力いただいた各病院看護部長・産科師長ならびに調査窓口となっていた担当者の皆様に深く御礼申し上げます。(本研究は、平成16年日本助産学会学術奨励研究助成を受け実施した研究の一部である。)

### 引用文献

- 1) 厚生労働統計協会. 第3編 保健と医療の動向, 厚生労働統計協会編, 厚生指標 増刊国民衛生の動向2014/2015. 厚生労働統計協会 2014; 61: 211-212.
- 2) 社団法人日本助産師会, II. 看護管理者に対する調査. 社団法人日本助産師会編, 平成15年度厚生労働省医療関係者養成確保対策費等補助金看護職員確保対策特別事業-産科病棟における混合化の実態調査に関する報告書. 東京, 2003; 2-24.
- 3) Miller S, King T, Lurie P, Choitz P. Certified nurse-midwife and physician collaborative practice: piloting a survey on the Internet. *Journal of nurse-midwifery* 2000; 42: 308-315.
- 4) 濱松加寸子. 病院における助産婦活動の現状と問題点. *母性衛生* 2000; 41: 483-491.
- 5) 三宅栄子, 坂下美智恵, 高橋弥生. 混合病棟における助産婦のストレの要因. *日本看護学会論文集 母性看護* 1999; 30: 23-25.
- 6) 岡安孝弘. ストレスstress. 中島義明編, *心理学辞典*. 有斐閣. 東京, 1999; 475.
- 7) 原谷隆史, 川上憲人, 荒記俊一. 職業性ストレスの職種差-日本語版NIOSH職業性ストレス調査票を用いた3調査の解析-. *産業衛生学雑誌* 1996; 38: S267.
- 8) 川口貞観, 豊増功次, 吉田典子. 看護婦のストレス状況とその関連要因. *Quality Nursing* 1998; 4: 507-514.

- 9) 影山隆之, 錦戸典子, 小林敏生, 他. 公立病院における女性看護職の職業性ストレスと精神健康度との関連. 大分看護科学研究 2003; 4: 1-10.
- 10) 上田恵美子, 古川文子, 小林敏生. スタッフナーズの健康関連QOLに職業性ストレス要因, 緩衝要因, 個人要因が及ぼす影響. 日本看護研究学会雑誌 2006; 29: 39-47.
- 11) 稲岡文昭, 川野雅資, 宗像恒次. 看護者のBURN OUTと社会的環境および行動特性との関連についての研究—一般医, 精神科医との比較を通して—. 日本看護科学会誌 1986; 6: 50-60.
- 12) Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical care* 2004; 42: II57-II66.
- 13) Leiter MP, Harvie P, Frizzell C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social Science & Medicine* 1998; 47: 1611-1617.
- 14) 藤村一美, 秋月百合. 助産師の職業性ストレス—病院勤務助産師のインタビュー結果から—. 淑徳大学看護学部紀要 2009; 1: 35-44.
- 15) Deery R. An action-research study exploring midwives' support needs and the affect of group clinical supervision. *Midwifery* 2005; 21: 161-176.
- 16) Mackin P, Sinclair M. Labour ward midwives' perceptions of stress. *Journal of advanced nursing* 1998; 27: 986-991.
- 17) 秋月百合, 藤村一美. 日本における病院勤務助産師のバーンアウトに関する研究. 日本助産学会誌 2007; 21: 30-39.
- 18) 田中幸子, 山崎喜比古. 看護職のストレスマネジメント—ストレスリダクションを中心に—. インターナショナルナースングレビュー 2003; 2: 32-37.
- 19) 厚生省健康政策研究会編. 病院要覧1999-2000版. 医学書院, 東京. 1999.
- 20) 田尾雅夫, 久保真人. バーンアウトの理論と実際—心理学的アプローチ—. 誠信書房, 東京. 2005; 129-171.
- 21) 森 俊夫, 影山隆之. 看護者の精神衛生と職場環境要因に関する横断的調査. 産業衛生学雑誌 1995; 37: 135-142.
- 22) 小林優子, 原谷隆史, 加藤光賓. 看護婦のストレスに関する研究 第一報仕事上のストレスと職務満足感および気分との関連. 新潟県立看護短期大学紀要 2000; 6: 47-55.
- 23) Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior* 1981; 2: 99-113.
- 24) 島 悟, 鹿野達男, 北村俊則. 新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医学 1985; 27: 717-723.
- 25) 山崎喜比古. 質問項目と文例. 東京大学医学部保健社会学教室編, 保健・医療・看護調査ハンドブック. 東京大学出版会, 東京. 1992; 118.
- 26) Kramer M, Hafner LP. Shared values: Impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nursing Research* 1989; 38: 172-177.
- 27) 足立はるゑ, 井上真人, 井奈波良一. 看護職のストレスマネジメントに関する研究—ストレス・ストレスコーピング尺度 (SSCQ) の看護職への適用—. 産業衛生雑誌 2005; 47: 1-10.
- 28) 原谷隆史. 看護婦のストレス. ストレス科学 1998; 12: 160-164.
- 29) 影山隆之, 森 俊夫. 病院勤務看護職者の精神衛生. 産業医学 1991; 33: 31-44.
- 30) 一瀬久美子, 堀江令子, 牟田典子, 松山育枝, 佐藤逸子, 浅田まつえ, 中尾優子. 看護師が抱える職場ストレスとその対応. 保健学研究 2007; 20: 67-74.
- 31) 梶原睦子, 八尋華那雄. 看護師のストレスとストレス対処の特徴—SSCQを用いた年代別調査—. 山梨医科大学紀要 2002; 19: 65-70.
- 32) 福島裕人, 名嘉幸一, 石津 宏. 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: 106-115.
- 33) 野口真弓. 助産婦の仕事における承認と仕事の満足度の関係. 日本看護科学会誌 1996; 16: 48-57.

## Relationship between Work-related Stressors and Burnout among Hospital Midwives

Kazumi FUJIMURA and Yuri AKIZUKI<sup>1)</sup>

Department of Community / Gerontological Nursing (Community / Gerontological Nursing) , Yamaguchi University Graduate School of Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan 1) Faculty of Education, Kumamoto University, Graduate School of Education, 2-40-1 Kurokami, Chuo-ku, Kumamoto, Kumamoto 860-8555, Japan

### SUMMARY

This study aimed to develop a scale to measure work-related stressors among Japanese midwives working in hospitals and to determine potential demographic and job-related factors that may be associated with burnout.

A mailed self-administered questionnaire survey targeted 839 midwives working at 161 hospitals across Japan. In order to determine the relationship between the Maslach Burnout Inventory (MBI) subscales and work-related stressors, factor analysis and multiple regression analysis were carried out.

Valid responses were obtained from 708 participants (valid response rate : 84.4%) with a

mean age of 35.2 years. A Midwife Work-Related Stress Scale consisting of 55 items in the following 8 categories was created : "poor collaboration between midwives and obstetricians" (factor 1) ; "low self-evaluation of own midwifery practice" (factor 2) ; "poor co-worker (midwives) support" (factor 3) ; "difficult relationships with pregnant women or their families (factor 4) ; "excessive workload" (factor 5) ; "demand of duties besides midwifery job" (factor 6) ; "unsatisfactory performance of care" (factor 7) ; and "inadequate management system" (factor 8). Variables associated with subcategories of the Midwife Work-Related Stress Scale comprised "age", "salary", "work position", "years of midwifery experience", "night work", "number of midwives", and "obstetrics bed capacity". Variables associated with the MBI were "age", "night shift", "poor co-worker (midwives) support", "difficult relationships with pregnant women or their families", and "excessive workload".

The present study confirmed the reliability and validity of the Midwife Work-Related Stress Scale. These findings suggest that an effective strategy for preventing burnout in midwives is to develop educational and supportive systems, reduce the quantitative work burden, and obtain supportive feelings from colleagues and supervisors.

