

<原著論文>

臨床心理士による新卒看護師支援の試み

Supports for newly graduated nurses by a clinical psychologist

若佐 美奈子¹

要 旨

本稿は、新卒看護師の職場適応に関する、臨床心理士の支援の試みに関する報告と、その支援の一環として行われた質問紙調査による新卒看護師の心理に関する考察である。

筆者は、総合病院のA病院で新卒看護師全員に年2回の個人心理面接を提供する一方、各病棟部長らへの間接援助も行い、総合的に新卒看護師のメンタルヘルスについて支援を行っている。その具体的な方法について報告した。

また、TEG、バーンアウト、職務満足度を用いた質問紙調査では、勤務継続意思のある人は辞めたい人や迷っている人に比べ、職務満足度が有意に高いこと、バーンアウトの高い人は職務満足度が低いことなどが分かった。特に、他者に認められるために表面的な適応をする傾向のある（ACの高い）新卒看護師には、見せかけの適応に注意して見守る環境が必要であろうと考察した。

キーワード：新卒看護師，臨床心理士，エゴグラム，バーンアウト
newly graduated nurses, clinical psychologist, egogram, burnout

1. 問題提起

本稿では、新卒看護師の職場適応に関する、臨床心理士による支援の試みの報告と、その支援の一環として行われた質問紙調査結果に基づく臨床心理学的考察を行う。

2005年の日本看護協会による調査によると、新卒看護師の離職率は9.3%、就職後1年以内に約4500人が退職していると報告されている。その調査では、職場定着を困難にしている要因として「基礎教育終了時点の能力と看護現場で求める能力とのギャップ」、「現代の若者の精神的な未熟さや弱さ」「看護職員に従来より高い能力が求められるようになってきていること」「現場の看護職員が新卒看護職員に仕事のなかで教える時間がないこと」「交代制など不規則な勤務形態による労働負担が大きいこと」等が挙げられている。

但しこのデータは、新卒看護師を送り出した学校（N=436）と、受け入れた病院（N=1219）が挙げる要因であって、新卒看護師自身の思いは分からない。同調査の「新卒看護職員が仕事を辞めたいと思った理由」には「自分は看護職に向いていないのではないかと思う」「医療事故を起こさないか不安である」「ヒヤリ・ハット（インシデント）レポートを書いた」「勤務時間内に仕事が終わらない」などが挙げられて

いるが、新卒看護師らの苦悩・葛藤を実際聴いている筆者には、辞めたいと思うことと実際に辞めることの間には大きな差があり、これらの項目の陰に隠れている不安や思いがもっとあるように思われる。

看護師だけではなく、学生から社会人になった途端、これまでにはなかった責任や環境の厳しさに出会い、戸惑う若者は多い。しかし看護師の場合は特に、命にかかわる仕事であること、夜勤など交代勤務による身体的負担が大きいこと、感情労働であることなどから、非常に強いストレスに晒され、緊張を強いられることが特徴である。高度に専門化された医療現場で、自分の未熟さに倫理的な葛藤をおぼえる新卒看護師も少なくない。

新卒看護師が、看護基礎教育での看護観と、実際の看護とのギャップによって、強い身体的・精神的・情緒的反応を示すことは、「リアリティショック」として広く知られている。こうした新卒看護師の技術力不足や、リアリティショックへの対策として、保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部が改正され、2010年4月より新人看護師の卒後臨床研修が努力義務化されることになった。以前に比べ、新卒看護師研修やプリセプターシップは充実してきたと言えるだろう。

しかしこれまでこうした新人看護師の適応に関する

研究は、看護教育の立場からのものがほとんどであった。厚生労働省は、新人看護師の精神的支援策として、専門家が相談に対応するなどの支援体制を整備するよう提唱しているが、新人看護師全員を対象とした心理の専門家による精神的支援策についての研究は殆どなく、中村ら（2011）がグループカウンセリングの効果について報告しているのみである。但し、この研究も、グループカウンセリング前後の気分・感情状態の変化や主観的評価の統計的な研究にとどまっており、臨床心理士による支援の中身については詳しく述べられていない。

また、藤本（2009）によると、看護師は臨床心理士に「患者の心理的援助」や「看護師・患者間のコンサルテーション」だけでなく「医療従事者の心理的援助」も求めているにもかかわらず、調査対象者の勤務する病院に臨床心理士が不在であると回答した人は46.3%にもなった。これらの結果から藤本は「今後、看護職のストレスに対するスクリーニング調査を適宜行う必要がある。また、自分自身の心理的援助を望む看護師に対して、カウンセリングを行うなど臨床心理士の活用が必要と考えられる」と提言している。卒後臨床研修の充実はもちろん、より専門的な臨床心理の専門家による、新卒看護師への支援・援助の充実についても、ニーズが高まってきているように思われる。

筆者は、数年前から総合病院で新卒看護師の職場適応の支援に携わってきた。看護部・各師長との連携によって、臨床心理士による新卒看護師支援の試みが、一定の成果をあげているように感じられるようになった。そこで、本稿前半では、A病院での臨床心理士による新卒看護師援助の試みを紹介し、後半では、その試みで用いている質問紙調査と個人面接の内容から、新卒看護師の心理に関する臨床心理学的考察を行いたいと思う。

2. A病院での臨床心理士の仕事

2-1. 臨床心理士が新卒看護師を援助することになった経緯

筆者は、A病院近接の同法人のB診療所精神神経科で非常勤職員として勤めていたが、A病院の慢性疾患患者の多い病棟から、患者対応についての勉強会の講師依頼を受けたことがきっかけで、看護師向けのコンサルテーションなども行うようになった。そうしたなか、慢性疾患患者への看護の難しさや、特殊な職場環

境、スタッフ間の人間関係のためか、新卒看護師の辞職が続き、筆者は新卒看護師に対して個別面接による心理的援助を行うことになった。そこでの取り組みを続けるうち、看護部長から看護師全体、特に新人看護師のメンタルヘルス対策の必要性を強く感じる、という話があり、現場のヒアリングを経て新卒看護師の全員面接というスタイルが出来上がっていった。現在では、新卒看護師だけでなく、一般の看護師や事務職員、技師、研修医のメンタルヘルス相談にも対応している。

2-2. 面接の枠組み

このように、現場のニーズの高まりによる臨床活動のため、A病院ではかなり頻繁に心理面接の申し込みがある。

新卒看護師は、入職後2-3ヶ月目と、次の新卒看護師が入職する直前の入職後10-11ヶ月目の2回、全員に個人面接の時間（20-30分）が割り当てられる。2-3ヶ月目と10-11ヶ月目は、それぞれ新卒看護師に強い緊張と不安がかかる時期である。実際、面接の中でも多くの看護師が、1ヶ月目は「無我夢中」「必死」「とにかく毎日病院へ出勤して先輩についていくだけ」という毎日であり、自分の心理状況を振り返る余裕すらなかったと語っている。2-3ヶ月目になってようやく、心身の不調に対する自覚や人間関係の悩みが意識されることが多いため、この時期に1回目の心理面接を設定している。10-11ヶ月目は、「もう新人として甘えられない」「次の新人と比べられたらどうしようと焦る」という不安が生じやすく、また、1年間の自分の成長を振り返るだけの客観性がもてるようになることが多いため設定されている。

1回の面接で不十分だと感じる人には別の面接時間を用意し、数ヶ月に1回、面接を継続することもあるが、よりインテンシブな心理療法が必要なケースは、他所へリファーする。逆に、臨床心理士による支援が不要だと思う人に対しては、現状を確認して5分で面接を終了する場合もある。

相談内容は、臨床心理士の守秘義務によって守られる。同じ職場の職員には相談しにくいことから、筆者はB診療所での勤務を主とし、週1回数時間、A病院に赴くという構造を守っている。当然、看護管理者への報告義務はない。しかし、臨床心理士が、師長などキーパーソンによる環境改善が必要だと判断した場合には、当該の新卒看護師の了解を得た上で、三者面談をする場合もある。

2-3. 新卒看護師への直接援助の実際

筆者が最初に新卒看護師と顔を合わせるのは、新人研修の最終日である。彼らは、4月に入職後、初めて集中的に看護技術に関する研修を受け、勤務する病棟も決まり、緊張と不安、意欲に満ち溢れている。そんななか、臨床心理士がやってきて、リアリティショックやバーンアウトについて講義をする。最初は、自分とは無縁なことという顔の者も、入職後、職務に対して不安があって当然であること、1年目は特に周囲の助けを積極的に得て良いこと、新卒看護師同士で気持ちを共有しあい励ましあうことが助けになること、職場で相談しにくいことは臨床心理士が対応すること、などを伝えていくと、表情が緩んでくる。新卒看護師と臨床心理士のファースト・コンタクトでは、このように、新卒看護師全員がいる場で、「新卒看護師は、自分の不安や悩みについての専門的な援助が用意されている」ことを示すことが大切のように、筆者は思う。

新卒看護師たちは、面接に先立ち、本稿後半で報告する質問紙調査（自己記入式）に答え、看護部に提出する（調査用紙は密封され、臨床心理士以外は見ることができない）。臨床心理士は、彼らの面接日までにその結果を分析し、説明のための準備をしておく。

そして彼らは2-3ヶ月目と10-11ヶ月目に、割り当てられた自分専用の時間、他者が入ってこない病院内の個室に相談にやってくる。勤務中の場合が殆どであり、師長は、当該の看護師が相談に行っている事実のみを知っている。面接では、看護師が自由に話すことを基本としている。希望者には、質問紙調査の結果をふまえて、自己理解を促すこともある。守秘義務の説明をしているので、相談の内容は、職場の人間関係に対する不満や不安、自身の適応問題、看護技術に関する不安にとどまらず、家族の問題、進路の問題、過去に起きた人生での重大な出来事、結婚生活や育児との両立など、多岐にわたる。

時には、師長との三者面談が必要な場合もある。例えば、自傷行為をしている場合や、心身症状やうつ症状を呈しており明らかに休養が必要な場合、本人が直接師長に話す必要があるのに、コミュニケーションスキルが未熟で伝えられず、臨床心理士による仲介が必要な場合などである。これらは、臨床心理士から師長に伝えるのではなく、本人も入れて三者で面談をしている。守秘義務の問題もかかわるが、支援の枠組み上、臨床心理士の援助は一時的なものであり、病棟の師長が彼ら新卒看護師の環境を整え、支える重要なキーパーソンであると考え、両者間の関係性を深める

必要があるからである。

2-4. 新卒看護師への間接援助の実際

筆者は、年に1回師長会議で、統計的な数値を用いて、各病棟師長に新卒看護師の相談についての報告を行っている。そこでは、個人が特定されることはない。臨床心理士が、全体的な傾向と臨床心理士から師長に依頼したいことなどを述べると、師長それぞれが、各病棟での新卒看護師の状況を報告したり、新卒看護師の教育上の問題点や師長の悩みなどを語ったりする。

こうしたやりとりによって、新卒看護師面接に対する師長の協力が非常に高まったように思う。ミスが多発する看護師や、元気がない看護師、本人や家族にライフサイクル上の大きな変化があった看護師を、早期に発見し、心理面接に促してくれるので、対応が後手になったり機会を逸したりすることが殆どない。また、師長自ら「今日空いている時間があったら話を聞いて欲しい」と相談に訪れるケースも少なくない。

さらに、年に数回、プリセプターやリーダーへの研修も行っている。新卒看護師が職場で日常頼るのは、こうした身近な先輩たちである。数年前は新卒看護師であった彼ら、彼女らではあるが、意外に「自分のときはもっと頑張って勉強したのに」「新卒看護師が何に悩んでいるのかわからない」と新卒看護師の悩み・苦しみに共感できない人が多いように思う。また、新卒看護師への教育が、自分への評価につながることもあり、強迫的に「きちんと教える」ことに邁進する人もいる。そうしたプリセプターやリーダーへの研修でも、師長会議と同様、個人が特定されないデータや統計的な数値を用いて、新卒看護師の気持ちを代弁し、技術面の援助と感情面の援助をバランスよく行ってほしい、と伝えている。

新卒看護師への援助は、このように、直接的な援助だけではなく、間接的な援助も含めて、有機的に行えると筆者は感じる。こうした取り組みが「病院全体が新人を大事にし、育てようとしている」という雰囲気を作り出しているのではないだろうか。

さて、後半では、新卒看護師に用いた質問紙調査の結果から、彼らの心理について、臨床心理学的に考察していきたいと思う。

3. 質問紙検査による新卒看護師の心理分析

新卒看護師の勤務継続意思と、性格、職務満足度、バーンアウトなどの関係について調べた。

3-1. 方法

3-1-1. 対象者

A病院（約300床の総合病院）の新卒看護師45名、同法人のB病院（約70床）の新卒看護師4名、同法人のC病院（約80床）の新卒看護師3名の計52名に調査した。A病院については、2010年と2011年に同じ調査を行い、今回、同時に統計処理を行った。男性10名、女性42名、平均年齢は25.85歳であった。

なお、この質問紙調査は実際には、個人面接に合わせて年2回行われるが、本稿では1回目の調査のみを分析、検討する。

3-1-2. 調査時期および方法

調査は、自己記入式質問紙による留め置き調査を用いて、2010年6月、2011年5-6月に実施した。教育担当の副看護部長に調査への協力を求め、看護部を通して対象者に配布してもらった。回答後、回答した質問紙を封筒に入れて密封して、回収に応じられるように配慮した。

3-1-3. 倫理的配慮

調査への参加は、自由意思であることを明記した。調査の目的は2つあり、今後の新卒看護師の支援に役立てることと、個別のカウンセリングの中で自己理解の材料に用いることである、と示した。その上で、前者の目的では、調査結果を統計的に処理し、個人を特定できないようにすること、後者の目的では、臨床心理士の守秘義務によって、質問紙の内容は臨床心理士と当該の新卒看護師本人以外には一切漏れないこと、を文書で伝えた上で、調査を依頼した。研究への同意は、質問紙の回収をもって確認した。

3-1-4. 質問紙の構成

3-1-4-1. フェイスシート

氏名、年齢、性別、看護の基礎教育機関、免許、居住形態、現在の健康状態、仕事の継続意志の有無について質問した。

3-1-4-2. 新版東大エゴグラム

3件法55問で、5つの自我状態を測定する質問紙である。CP（批判的な親の心）、NP（養育的な親の心）、A（大人の心）、FC（自由な子どもの心）、AC（従順な子どもの心）という5つの自我状態のバランスを測定する。どの自我状態が高ければ良い、ということはなく、高いこと、低いことそれぞれに長所と短

所があり、自我状態全体のバランスで性格特徴を判断する。例えば、CPが高いことは、理想が高く信念に基づいて行動する一方で他者に支配的・批判的であるという弱点もある。同様に、CPが低いことは、他者に友好的である一方で、ルールや規範に対してルーズであるといった弱点がある。

3-1-4-3. 看護職者の仕事に対する満足度の測定

中山ら（2001）の開発した「看護婦の仕事に対する価値のおき方と満足度」の質問紙の一部を用いた。

『仕事上の人間関係』スケール（26項目）は、「スタッフ間の人間関係」「看護管理者との人間関係」「医師との人間関係」「患者との人間関係」「（患者）家族との人間関係」「病棟への所属感」といったサブスケールから成っている。看護の現場での人間関係や相互作用のありようをどのように受け止めているかに関連する項目群である。

また『専門職性』スケール（12項目）は、「ケア提供時間」「決定権」「自律性」「専門職意識」というサブスケールから成る。看護職の専門性についての項目群であり、ケアを提供する時間を十分に持っていると感じるか否か、個々の看護師が仕事上の決定権や判断、取り組みに対して、どの程度主体性や自律性をもっていると感じているか、さらに、看護師が自分の仕事を他者に誇れる仕事だと感じているかどうかに関連している。

最後に『看護師の仕事満足』スケールは、給料、労働条件、看護部の管理のあり方、看護師の自律性、職場の人間関係、看護に取り組む姿勢、看護ケアの質という7項目から成るもので、総合的にみた満足度に関する質問である。これらすべての項目について、5件法で答えてもらった。

3-1-4-4. バーンアウトの測定

Maslachは、援助者のバーンアウト現象は、心的エネルギー源の涸渇という「情緒的疲弊」、対象者に対する非人間化した対応という「離人化」、否定的な自己評価という「自己成就の減少」、これら3つの構成概念から成り立つとし、3つのサブスケールから成るMaslach Burnout Inventory（MBI）を作成した。この尺度はバーンアウトの測定で最も頻繁に用いられているものである。今回、それを稲岡（1988）が和訳したものをを用いた。「情緒的疲弊」9項目、「離人化」5項目、「自己成就」8項目の計22項目を7件法で回答してもらった。

この尺度によると、バーンアウトに陥った状態は、情緒的疲弊サブスケール、離人化サブスケールで高得点を、自己成就サブスケールでは低得点を示す。MBIには何点以上でバーンアウトしているというようなcut-off pointはない。しかし、北米人を対象とした職業別のバーンアウト基準値が公開されている。それによると、医療従事者（医師、看護師）は、情緒的疲弊が27以上、離人化が10以上、自己成就が33以下となった場合、全体の上位1/3にあたり、強いバーンアウト状態が懸念される。

3-2. 結果

3-2-1. バーンアウトについて

バーンアウト得点を算出すると、表1のようになった。

「情緒的疲弊」については、平均値が、基準値を大きく超えていた。一般の看護師の基準から考えると、9割近くの新卒看護師が、心的エネルギーが涸渇していると強く感じていることが分かった。

また、患者に対して非人間化した対応をしてしまう「離人化」傾向が3割以上の看護師に認められ、否定的な自己評価に陥る「自己成就」の低い者が半数以上いた。さらに、バーンアウト値がすべて基準値を超える者が9人（17.31%）もいた。

入職後1-2ヶ月目の新卒看護師たちは、燃え尽きてしまっていると言っても過言でない状況のなか、毎日の職務に就いていることが分かった。

3-2-2. 職務満足度について

職務満足度についての各項目を算出すると、表2のようになった。

スケールとサブスケールの各項目に対する平均点を得点可能スコアに対する割合でみると、「医師との人間関係」、「家族との人間関係」についての満足度が、7割以上と高く算出された。一方、5割を切ったのが、「給料」や「労働条件」についてであった。この結果は、心理面接での印象に合致する。新卒看護師は、基礎的な看護技術の習得に集中しているため、医師や患者家族と密なコミュニケーションをとれる状態

にはなく、したがって不安や不満、衝突や葛藤などを感じる場面も少ないように思われる。満足している、というよりは、不満を感じることはない、ということではないだろうか。

一方、「こんなに頑張っているのに」給料が安いというのは、比較的頻繁に新卒看護師から漏れる感想や不満である。他職種から学びなおして転職した者は特に、かつての同僚と労働条件や専門性、労力を比較して現状を嘆くケースが多いように思う。リアリティショック、感情労働、強い緊張感に晒されていることへの対価を強く求めているように思われる。

全体的に、「仕事上の人間関係」の満足度（66.61%）は、「専門職性」の満足度（58.97%）に比べて比較的高く、まだ一人前と感じられない新卒看護師は、専門的な技術や姿勢、意識よりも、人間関係のあり方のほうに満足を感じやすいのだろうと推測された。

3-2-3. 勤務継続意思の状態による群間比較

勤務中の病院での勤務継続の意思がある群を「継続意思あり群」、継続するか迷っている群を「迷い群」、辞めたいと思っている群を「継続意思なし群」として、各尺度の下位因子得点について、一要因の分散分析を行った。

検定の結果、「人間関係への満足度」「スタッフ間の人間関係」「医師との人間関係」「自律性」「情緒的疲弊」「離人化」の得点について0.1%水準で、「病棟への所属感」「専門職性満足度」得点について1%水準で、有意な差が見られた（表3）。なお、この群分けによる、TEGの各自我状態の平均値には差が見られなかった。

そこで、要因の効果が見られたものについて、多重比較（Tukey法）を行った。継続意思あり群は、人間関係、特に「スタッフ間の人間関係」や「医師との人間関係」、「病棟への所属感」について、継続意思なし群より有意に得点が高かった。バーンアウトの「情緒的疲弊」および「離人化」得点においても、継続意思あり群は、継続意思なし群より有意に得点が高かった。

迷い群については、継続意思あり群や継続意思なし

表1. バーンアウトの値 (N=52)

	平均	標準偏差	基準値	
情緒的疲弊	39.65	10.44	27以上	47人(88.68%)が基準値以上
離人化	9.69	5.78	10以上	19人(36.54%)が基準値以上
自己成就	33.29	9.06	33以下	27人(51.92%)が基準値以下

表2. 職務満足度（人間関係・専門職性・総合）の平均値と標準偏差

	得点可能 スコア (A)	平均値 (B)	標準 偏差	% (B/A)
仕事上の人間関係	130	86.60	12.77	66.61%
スタッフ間の人間関係	30	20.04	4.88	66.79%
医師との人間関係	20	14.33	2.20	71.63%
看護管理者との人間関係	15	9.69	2.30	64.62%
患者との人間関係	25	16.21	3.38	64.85%
家族との人間関係	20	14.40	1.96	72.02%
病棟への所属感	20	11.92	2.47	59.62%
専門職性	60	35.38	4.41	58.97%
専門職意識	10	5.69	1.53	56.92%
決定権	20	11.94	1.66	59.71%
自律性	15	10.38	1.76	69.23%
ケア提供時間	15	7.62	2.02	50.77%
総合満足度	35	20.04	5.22	57.25%
給料	5	2.02	0.80	40.38%
労働条件	5	2.48	0.83	49.62%
看護部の管理のあり方	5	2.96	1.07	59.23%
看護師の自律性	5	3.15	0.85	63.08%
職場の人間関係	5	3.21	1.16	64.23%
看護に取り組む姿勢	5	3.23	1.00	64.62%
看護ケアの質	5	2.98	1.00	59.62%

表3. 勤務継続意思の状態による群間比較

	平均 (SD)				F 値	多重比較	
	継続意思 あり群 (I)	迷い群 (II)	継続意思 なし群 (III)	合計			
	N=26	N=18	N=8	N=52			
職務 満足度	人間関係	93.00 (1.87)	83.39 (2.29)	73.00 (5.14)	86.6 (12.77)	11.64 ***	I > II * I > III ***
	スタッフ	22.65 (0.62)	19.00 (0.92)	13.88 (1.76)	20.04 (4.88)	16.67 ***	I > II ** II > III ** I > III ***
	医師	15.15 (0.37)	14.33 (0.42)	11.63 (0.88)	14.33 (2.29)	9.46 ***	I > II ** I > III ***
	管理者	10.31 (0.36)	9.44 (0.59)	8.25 (0.88)	9.69 (2.30)	2.73	
	患者	17.00 (0.61)	15.33 (0.74)	15.63 (1.44)	16.21 (3.38)	1.43	
	家族	14.88 (0.37)	14.22 (0.36)	13.25 (0.86)	14.40 (1.96)	2.31	
	病棟所属感	13.00 (0.42)	11.06 (0.54)	10.38 (0.81)	11.92 (2.47)	6.05 **	I > II * I > III *
	専門職性	37.15 (0.64)	34.44 (0.89)	31.75 (2.10)	35.38 (4.41)	6.14 **	I > III **
	専門職意識	5.77 (0.29)	5.83 (0.30)	5.13 (0.72)	5.69 (1.53)	0.64	
	決定権	12.19 (0.27)	12.06 (0.40)	10.88 (0.72)	11.94 (1.66)	2.04	
自律性	11.15 (0.22)	10.06 (0.45)	8.63 (0.56)	10.38 (1.76)	8.73 ***	I > III ***	
ケア時間	8.04 (0.34)	7.22 (0.56)	7.13 (0.62)	7.62 (2.02)	1.13		
バーン アウト	情緒的疲弊	33.35 (1.70)	44.22 (1.67)	49.88 (2.94)	39.65 (10.44)	16.09 ***	I < II *** I < III ***
	離人化	7.12 (0.50)	10.44 (1.21)	16.38 (2.94)	9.69 (5.78)	11.06 ***	I < III ***
	自己成就	30.69 (1.65)	35.72 (2.01)	36.25 (3.43)	33.29 (9.06)	2.20	

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

群と有意な得点差がみられないことが多かったが、職務満足度の「人間関係」全般について、「スタッフ間の関係」、「医師との関係」、「病棟への所属感」、そして「情緒的疲弊」において、継続意思あり群より得点が有意に低かった。

「看護管理者との人間関係」「患者との人間関係」「家族との人間関係」「専門意識」「決定権」「ケア提供時間」「自己成就減少」については、勤務継続の意思の有無に関連がないことが分かった。

以上のことから、職場の人間関係に対する満足度、特に「スタッフ間の人間関係」や「医師との人間関係」、「病棟への所属感」は、勤務継続の意思に深く関連しており、勤務継続の意思がある者は迷いのある者や辞めたいと思っている者に比べ、これらの満足度が有意に高いことが分かった。また、バーンアウトの「情緒的疲弊」「離人感」についても、継続意思に関連があり、勤務継続意思のない者はある者に比べ、バーンアウトに苦しんでいることが分かった。

3-2-4. 職務満足度の程度による群間比較

職務満足度のうち、仕事上の人間関係に関するサブスケールの合計得点と、専門職性に関するサブスケールの合計得点について、得点の高い者（上位25%）を高群、得点の低い者（下位25%）を低群とし、TEG各因子、バーンアウトサブスケール得点の平均の差について、t検定を行った。

まず、仕事上の人間関係に関する満足度についてt検定を行い、表4のような結果が得られた。

TEGのAC因子において、人間関係満足度高群が低

群より有意に得点が低かった。また、専門職性満足度は、人間関係満足度高群が低群より有意に得点が高かった。バーンアウトについては、「情緒的疲弊」及び「離人化」得点において、人間関係満足度高群が低群より有意に得点が低かった。

次に、専門職性に関する満足度についてt検定を行い、表5のような結果が得られた。

TEGのA因子、FC因子については、専門職性満足度高群が低群より得点が高い傾向にあり、逆にACは専門職性満足度高群が低群より有意に得点が低かった。また、専門職性満足度の高い人は低い人より、人間関係に関しても満足度が高かった。さらに、バーンアウトについては、すべての因子に関連がみられ、専門職性満足度高群は低群より、「情緒的疲弊」や「離人化」「自己成就」が有意に低かった。

このように、専門職性に関する満足度は、人間関係に関する満足度とは異なり、ACだけではなく、AやFCとも関連があり、さらに「自己成就」とも関連があることが分かった。専門職性に関する満足度の高い群は、客観的に物事を判断する力があり、自分を抑えるより自由に表現することに長けていると考えられる。しかし、卒後すぐにもかかわらず専門職としての満足度が高い者は、自分への要求水準も非常に高いために、否定的な自己評価につながりやすく、「自己成就」得点が低くなるのかもしれない。

3-2-5. バーンアウトの程度による群間比較

バーンアウトの各サブスケールについて、得点の高い者（上位25%）を高群、低い者（下位25%）を低群

表4. 各サブスケール得点の人間関係満足度高群と低群の比較

		平均		t 値	p
		人間関係 満足度高群 (N=14)	人間関係 満足度低群 (N=14)		
TEG	CP	5.00	5.93	-0.79	
	NP	15.00	12.36	1.83	
	A	10.43	8.50	1.14	
	FC	12.50	9.79	1.52	
	AC	8.86	13.64	-2.79	**
満足度	人間関係	---	---	---	
	専門職性	39.57	31.64	5.01	***
バーン アウト	情緒的疲弊	33.36	48.36	-3.97	***
	離人化	7.64	13.79	-2.67	*
	自己成就	30.36	36.79	-1.69	

(*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$ † $p < .1$)

表5. 各サブスケール得点の専門職性満足度高群と低群の比較

		平均		t 値	p
		専門職性 満足度高群 (N=12)	専門職性 満足度低群 (N=13)		
TEG	CP	5.33	6.77	-1.08	
	NP	15.25	13.31	1.35	
	A	11.00	7.92	1.78	†
	FC	13.50	10.08	1.87	†
	AC	8.75	13.62	-2.82	**
満足度	人間関係	99.75	76.31	5.99	***
	専門職性	---	---	---	
バーン アウト	情緒的疲弊	31.42	46.38	-3.49	**
	離人化	8.17	13.77	-2.11	*
	自己成就	30.42	38.92	-2.41	*

(*** $p<.001$ ** $p<.01$ * $p<.05$ † $p<.1$)

と群分けし、他尺度の得点の平均の差について t 検定を行った。

まず、「情緒的疲弊」サブスケールにおいて、全体のうち上位25%内の得点だった者12人を高群、下位25%内の得点だった者12人を低群とし、TEG各サブスケール、職務満足度の「人間関係」に関する満足度得点の合計、「専門職性」に関する満足度得点の合計、そして「情緒的疲弊」以外のバーンアウト尺度のサブスケール、すなわち「離人化」と「自己成就」得点の平均の差について、t 検定を行った。その結果、表6のような結果が得られた。

TEGのAC得点において、「情緒的疲弊」高群は低群より、得点が有意に高かった。また「人間関係」に関する満足度得点の合計と、「専門職性」に関する満

足度得点の合計において、「情緒的疲弊」高群は低群より有意に得点が低かった。さらに、バーンアウトの「離人化」について、「情緒的疲弊」高群は低群より有意に得点が高かった。

以上から、情緒的疲弊に陥っている人は、ACすなわち他者の目を気にしてイイコになりがちな性格傾向を持ち、人間関係や専門職性に関する満足度はいずれも低く、患者に対して非人間化した行動をとりがちであることが分かった。

「離人化」サブスケールについても、上位25%を高群、下位25%を低群として、同様に t 検定を行ったところ、表7のような結果が得られた。

「人間関係」に関連する満足度において、「離人化」高群は低群より有意に得点が低いことが分かった。

表6. 各サブスケール得点の情緒的疲弊高群と低群の比較

		平均		t 値	p
		情緒的疲弊 高群 (N=12)	情緒的疲弊 低群 (N=12)		
TEG	CP	6.08	4.58	1.27	
	NP	13.83	13.58	0.15	
	A	8.50	10.33	-1.01	
	FC	9.92	11.42	-0.75	
	AC	14.08	9.33	2.45	*
満足度	人間関係	76.25	97.50	-4.18	***
	専門職性	32.92	39.00	-3.19	**
バーン アウト	情緒的疲弊	--	--	--	--
	離人化	14.67	6.92	3.02	**
	自己成就	34.58	32.00	0.55	

(*** $p<.001$ ** $p<.01$ * $p<.05$ † $p<.1$)

また、「情緒的疲弊」について、「離人化」高群は低群より有意に得点が高いことも分かった。

「自己成就」サブスケールについても、上位25%を高群、下位25%を低群として、同様にt検定を行ったところ、表8のような結果が得られた。

「自己成就」高群は低群より、TEGのA得点が高く、「専門職性」に関する満足度が低い傾向にあることが分かった。

否定的な自己評価に陥っている者は、客観的な自我状態をもちにくい性格であることが推測された。さらに、3-2-4でも検討したように、自分に厳しい評価を下す傾向と、専門職としてのプライド、満足度が関係していることがわかった。

以上のように、「情緒的疲弊」高群は、低群に比べ、人間関係及び専門職性、いずれの満足度も低いが、

「離人化」高群は人間関係満足度のみ低く、「自己成就」低群は専門職性満足度のみが高かった。

「自己成就」という仕事に対するやりがいや誇りは、職場の人間関係ではなく、看護という仕事そのものへの心のもち方、満足感と関係があり、新人にもかかわらず、専門職としての満足感を強く持とうとすること、バーンアウトが関連していることが示唆された。

3-2-6. TEG各因子と各種満足度・バーンアウト間の相関

TEGの5つの自我状態の強さ・弱さが、満足度やバーンアウトとどのように関連しているかについて、詳しく検討するために、TEG各因子と各種満足度・バーンアウト間の相関係数を算出したところ、表9に示す結果が得られた。

表7. 各サブスケール得点の離人化高群と低群の比較

		平均		t 値	p
		離人化高群 (N=14)	離人化低群 (N=14)		
TEG	CP	6.43	6.36	-1.94	
	NP	12.21	13.36	0.05	
	A	7.86	8.79	-0.74	
	FC	9.86	10.14	-0.16	
	AC	14.21	11.21	1.77	
満足度	人間関係	79.00	91.21	-2.47	*
	専門職性	33.50	36.29	-1.52	
バーンアウト	情緒的疲弊	44.93	34.57	2.75	*
	離人化	-	-	-	
	自己成就	33.57	31.64	0.51	

(*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$ † $p < .1$)

表8. 各サブスケール得点の自己成就高群と低群の比較

		平均		t 値	p
		自己成就 高群 (N=14)	自己成就 低群 (N=14)		
TEG	CP	5.36	5.77	-0.34	
	NP	14.07	12.15	1.29	
	A	10.86	7.54	1.98	†
	FC	11.29	10.54	0.39	
	AC	10.14	12.15	-0.96	
満足度	人間関係	90.07	82.85	1.28	
	専門職性	33.62	37.64	1.96	†
バーンアウト	情緒的疲弊	36.93	40.62	-0.78	
	離人化	8.36	11.31	-1.15	
	自己成就	-	-	-	

(*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$ † $p < .1$)

表9. 相関

		TEG				
		CP	NP	A	FC	AC
人間関係 満足度	スタッフ	-0.03	0.25	0.25	0.35 *	-0.52 **
	医師	-0.17	0.13	0.01	0.08	-0.31 *
	管理者	0.00	0.14	0.03	0.17	-0.15
	患者	-0.36 **	0.42 **	0.32 *	0.37 **	-0.50 **
	家族	0.07	0.01	0.10	0.28 *	-0.39 **
	病棟所属感	0.02	0.25	0.18	0.26	-0.35 *
専門職性 満足度	専門職意識	-0.04	0.43 **	0.39 **	0.52 **	-0.48 **
	決定権	-0.11	0.23	0.27	0.40 **	-0.42 **
	自律性	-0.01	0.33 *	0.21	0.29 *	-0.26
	ケア時間	0.01	0.01	0.12	0.04	-0.17
バーンアウト	情緒的疲弊	0.21	-0.01	-0.12	-0.17	0.38 **
	離人化	0.16	-0.26	-0.26	-0.34 *	0.43 **
	自己成就	-0.01	-0.29 *	-0.21	-0.13	0.20

** $p < .01$ * $p < .05$

CPは「患者との人間関係」の満足度において、低い負の相関を示した。

NPは、「患者との人間関係」、「専門職意識」、「自律性」と正の相関を示し、バーンアウトの「自己成就」とは負の相関を示した。

Aは、「患者との人間関係」、「専門職意識」と正の相関を示した。

FCはさまざまな満足度と正の相関が見られた。「スタッフ間の人間関係」、「患者との人間関係」、「家族との人間関係」、「専門職意識」、「決定権」、「自律性」と正の相関が見られ、バーンアウトの「離人化」とは負の相関がみられた。

ACは、FCとは逆にさまざまな満足度因子と負の相関が見られた。「スタッフ間の人間関係」、「医師との人間関係」、「患者との人間関係」、「家族との人間関係」、「病棟への所属感」について、すべて負の相関を示し、「専門職意識」、「決定権」についても負の相関が見られた。また、バーンアウトの「情緒的疲弊」や「離人化」でも正の相関が見られた。よって、ACの高低は職場の人間関係や専門性への満足度、さらにバーンアウトに深く関連していることが示唆された。満足度においては、「管理者との人間関係」、「自律性」、「ケア提供時間」以外は全て、ACが高いほど満足度が低いことが分かった。さらに、バーンアウトにおいても、ACが高いほど「情緒的疲弊」、「離人化」の度合いが高いことが分かった。

以上のことから、患者との人間関係と、TEGで測定される自我状態は、非常に関連があることが分かった。

た。たとえば、CPやACの高い人は、理想が高すぎたり、どう評価されるかを気にしすぎたりするのか、患者との関係について満足感がもてないようである。一方、NPやA、FCが高い人は、患者に思いやり深く接することや患者の状態を客観的に把握できること、自分らしく表現することなどにより、患者との関係に満足感をおぼえる機会が多いのかもしれない。

3-3. 結果のまとめ

入職後2-3ヶ月の新卒看護師の心理傾向について、以下のことが分かった。

- 1) 新卒看護師の約89%がバーンアウトの「情緒的疲弊」状態にあった。
- 2) 仕事上の人間関係に関する満足度は約67%、専門職性に関する満足度は約59%であった。
- 3) 勤務継続意思がある人は、ない人に比べ、仕事上の人間関係や専門職性に関して満足度が高かった。バーンアウトの「情緒的疲弊」「離人化」においても勤務継続意思のない人に比べ低得点であった。
- 4) 仕事上の人間関係に非常に満足している人は専門職性の満足度も高く、バーンアウトの「情緒的疲弊」や「離人化」が低く、性格としてはACが低い者であった。専門職性に非常に満足している人の傾向でも同様の結果がみられたが、加えて、AとFCが高い傾向があると分かった。さらに、バーンアウトでは「自己成就」が低いと分かった。卒後すぐにもかかわらず専門職性満足度が非常に高い人は、自分への要求水準が高いため

に自己評価が低くなるのだらうと考えられた。

- 5) バーンアウトの「情緒的疲弊」の高い人は、低い人に比べ、人間関係・専門職性いずれも満足度が低く、「離人化」およびTEGのACが高かった。バーンアウトの「離人化」の高い人は、人間関係での満足度が低く、「情緒的疲弊」が高かった。バーンアウトの「自己成就」の高い人は、専門職性満足度やTEGのAが高かった。
- 6) TEGの各自我状態と、満足度やバーンアウトの相関から分かったのは、FCやACが職務満足度やバーンアウトと関連が深いことであった。特にACは、各種の満足度と負の相関を持ち、バーンアウト(情緒的疲弊、離人化)と正の相関をもつ、職場適応に関して重要な性格因子であることが分かった。

4. 総合考察

面接で新卒看護師らの話を聴いていると、彼らは、入職後の非常に辛い時期、リアリティショックや職場の人間関係に関する悩みについて、同期の仲間同士で励まし合うことが一番大きい力・支えになっているように見受けられる。また、師長らのマネジメント・指導により、病棟への所属感や専門職としての立ち振る舞いを徐々に身につけていくし、先輩らをモデルとして観察学習したり、実際に看護技術を学んだりする。約1年後に面接すると、別人かと思うほどの劇的な成長ぶりを見せてくれる新卒看護師もおり、非常に驚くことがある。

多くの新人看護師は、このように一人前の看護師としてすくすくと成長していくが、大きなミスやトラブル、人間関係での深刻な不和が生じたときには、同期での励まし合いは愚痴の言い合いや傷の嘗め合いになる恐れもあり、師長らの丁寧な指導が厳しい叱責や見捨てられ体験、理想化の幻滅体験などと経験されてしまう危険がある。

臨床心理士の支援が必要となるのは、このような時であろう。臨床心理士は、これら職場の仲間とは別の立場から、守秘義務を守るなかで、深刻または私的な問題について自己理解を深めたり、必要な環境支援を探したりするのを手伝う。また、スクリーニングとしての入職時の心理検査のデータや面接記録を持っているので、介入がスムーズである。

しかし新卒看護師に、漠然と「困っていること、相談ごとはありませんか」と臨床心理士が尋ねると、彼

らは「大丈夫です、頑張っています」と答えがちである。自分が危機状態であることに気づいていない人もいるし、悩みを簡単に打ち明けると、看護師としての能力不足を露呈するのではないかという不安があるからかもしれない。しかし、「バーンアウトの値が高く出ているし、ACもとても高い性格だから、つつい無理が重なりがちなのでは？」と心理士が問いかけると、「実は苦手な先輩がいて、今までうまく合わせようとしてきたのだけど、先日…」という話が出てくることも多い。

コミュニケーション能力が弱いと言われる新卒社会人だが、自己理解についても、十分であるとは言えないと筆者は思う。自分がどんな状態にあるのか、どういう気持ちを持っているかについて気づくことができなければ、それを誰かに伝えることもできない。そう考えると「大丈夫です」と応える看護師こそ、支援の必要があるとも言えるのではないだろうか。年2回の質問紙調査をとおして、客観的に自分の心の状態を、性格面、満足度、バーンアウト状態といった側面から見つめなおす機会をもつ、しかもそれを臨床心理士という専門家とともに行うということは、有意義な体験となると思う。

守秘義務のため個々のケースについては触れられないが、例えば、3-2-3で示したように、ACの高い人は、表面的には適応しているように思われるが、それゆえに却って多くの場面で満足感を得にくい傾向がある。また、3-2-5でもみたように、情緒的疲弊の高い人は低い人に比べ、ACが高い。上司や先輩、同僚、患者、患者家族、さらには自分の親・家族などからどう見られるのか、どう評価されるのかを行動基準としているため、弱い面を他者に見せることも難しい。その結果、適切な時期にSOSが出せず、疲弊してしまうのである。同期と自分を比べてしまうことも多いように思われる。看護の現場では、自らの決断で臨機応変に対応しなければならぬ場合も多いが、ACの高い人は、マニュアル的に物事を処理できない時や、先輩によって指示や指導の仕方が違う場合、大きく混乱してしまう。症状が多発しており、自己努力ではどうにもならない状況であるのに、師長に全く相談していなかったケースもある。

性格そのものを変える必要はないが、新人看護師が少なくともそうした性格特徴を自分で把握し、「自分が思うほど、他者は自分に高い期待を持っていない。ゆえに批判されることを怖がらないで良い」「もっと自分らしく表現してもよい」と意識することは大切だ

と思う。

一方、彼らを支える病棟スタッフも、新卒看護師の9割が入職後すぐにバーンアウト状態にあることを認識し、性格特性に合わせた援助を心がけることで、無用な衝突や行き違いを避けることができるようにも思う。特に、表面的に適応する傾向のある新卒看護師には、その見せかけの適応に注意を払い、評価を恐れずに援助を求めるよう声かけが必要であろう。

なお、今回は資料としなかったが、入職後2-3ヶ月目と10-11ヶ月目の比較について、昨年度のもの今年度ものを集約し、分析を行うつもりである。新卒看護師の約1年間の成長・変化について、別稿にて研究結果を報告したいと思う。

本研究は、2011年度千里金蘭大学奨励研究費の助成を受けた研究である。

〔謝辞〕

本研究を行うにあたり、ご協力くださったA病院の新卒看護師の皆様、看護部長様はじめ看護部の皆様に深く感謝いたします。

〔文献〕

藤本佳子 2009 看護師のストレス状況と臨床心理士の活用による支援の可能性に関する研究 日本看護科学会誌 (4) 60-68

稲岡文昭 1988 Burnout現象とBurnoutスケールについて 看護研究21 (2) 27-35

國眼眞理子 2004 辞めない、キレない、壊れない、タフな新人・スタッフの育て方教えます ナースマネージャー 6 (1) 5-9

黒田浩司 2008 看護師の自己評価とプロ意識 看護管理18 (1) 20-24

宮澤朋子他 2008 新卒看護師の精神的未熟さ・弱さに対するスタッフ看護師および新卒看護師自身の認識、長野県看護大学紀要 10 69-78

中村和代他 2011 新人看護師の精神的支援策としてのグループカウンセリングの効果 看護展望36 (8) 770-775

中山洋子他 2001 看護婦の仕事の継続意志と満足度に関する要因の分析 看護 53 (8) 81-91

日本看護協会・中央ナースセンター 2005 2004年新卒看護職員の早期離職等実態調査報告書 日本看護協会出版会

大塚邦子他 2005 卒後1年目看護師のエゴグラムの変化と職場適応との関連 日本赤十字九州国際看護大学intramural research report (3) 68-76

佐居由美他 2007 新卒看護師のリアリティショックの構造と教育プログラムのあり方 聖路加看護学会誌, 11 (1) 100-108

鈴木安名 2009 スタッフナースの離職を防ぐメンタルヘルスサポート術 日本看護協会出版会

田中正枝他 2007 看護職者の仕事への認識および満足度に影響を与える要因に関する検討, 長野県看護大学紀要 9 65-74