

<原著> 第49回 日本赤十字社医学会総会 優秀演題

## 新人看護師の職場適応過程の調査 ～メンタルサポート面談の取り組みを通して～

伊勢赤十字病院 医療技術部臨床心理チーム 臨床心理士<sup>1)</sup>

水谷 恵里<sup>1)</sup> 三堀 紗代<sup>1)</sup> 中井 茉里<sup>1)</sup> 伊藤 翔<sup>1)</sup>  
料崎 智秀<sup>1)</sup> 奥野 真希子<sup>1)</sup>

### A study on the work adjustment process of beginner nurses ～ research through interviews for mental health ～

Eri MIZUTANI<sup>1)</sup>, Sayo MITSUHORI<sup>1)</sup>, Mari NAKAI<sup>1)</sup>  
Sho ITO<sup>1)</sup>, Tomohide RYOZAKI<sup>1)</sup>, Makiko OKUNO<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Clinical Psychology Team, Department of Medical Technology, Ise Red Cross Hospital, Japan

**Key Words** : メンタルヘルス、新人看護師、職場適応

#### はじめに

病院で働く医療従事者の仕事は、患者に接する対人サービスであり、人命への責任が重いことや、他職種との人間関係を維持する必要性があること等、様々なストレスに晒されやすい。中でも看護師の業務は、患者の予期しない健康状態への対応や、本来の看護業務以外の仕事など、広範で多岐にわたる。

日本看護協会が調査した研究<sup>1)</sup>では2012年度の新卒者の離職率は7.5%であったという報告がある。また、三木ら<sup>2)</sup>によると、新卒者（入職1年目）は特にバーンアウトしやすいため、新卒3年目までの看護師を対象にしたストレス教育（対人関係技術の習得、ストレスへの気づき、自発的相談）の重要性が指摘されている。

#### 伊勢赤十字病院での取り組み

伊勢赤十字病院では、村林紘二院長による

「患者に対して高度なサービスを安全に提供するためには、職員の働く環境を快適にすることにより、ゆとりを持って仕事に臨むことが必須である」というコンセプトがある。臨床心理士（以下、心理士）もその一環として、職員のメンタルヘルスの充実化を図るための対策を考案するよう要望をうけた。職員の中でも看護師は最も多いことから、看護師の離職率を改善させることが重要な課題であったため、2010年度より、まずは、1年目の看護師を対象とし「メンタルサポート面談」と称して個別面談を開始した。その後、看護部長より、プリセプターから一人立ちした2年目看護師は、先輩達の注意の目が行き届きにくくなり、不安が強い状態が維持されていると思われるため、引き続き面談を行ってほしいとの要望を受け、2年目看護師も対象に加えることとなった。

「新人看護師」というと、一般的には新卒者というイメージがあるが、他施設で経験があ

る既卒者であっても、新しい環境で慣れない業務や対人関係を構築していくことはストレスが大きいと思われた。そのため、当院では、新卒者に加え既卒者も対象に含めたメンタルサポート面談を行っている。

新人看護師に対するメンタルサポート面談は、スクリーニングとその啓発、適応状態の把握、心理教育、職務や評価に直接関与しない立場である心理士に相談しやすいきっかけを作ることを目的として行っている。方法は、一人30分の面談に加え、客観的指標としてGHQ28<sup>3)</sup> (General Health Questionnaire; GHQ 精神健康調査票) を用いている。時期は、1年目はプリセプターから離れ、一人立ちが始まる9月～10月、2年目はその後、不調を来している場合も早期に対応ができるように、6月～7月に実施している。

面談内容は、入職時からの変化、職場の人間関係(先輩や同期のサポートの有無)、ストレス対処行動等について聴き、適応状態を把握している。また質問紙を事前に配布し当日持参してもらい、2年目においては、1年目実施時の得点と比較し、個人の質問紙の結果に沿ったメンタルヘルスに関する心理教育も行っている。面談内容の守秘については、業務上不利益にならない形で取り扱うこと、結果は個人が特定されない形で処理することを明記した。

### 新人看護師の特徴

本邦における新人看護師の職場適応を扱った研究では、職場適応に影響を与える要因として、「業務自律についての自信」「上司との関係におけるストレス」「業務時の精神的余裕」「職場での被受容感」の4点を指摘した報告<sup>4)</sup>や「バーンアウト(燃え尽き状態)」「患者からの感謝」「先輩看護師のロールモデルの存在」を挙げた報告<sup>5)</sup>がある。

これまでのメンタルサポート面談での相談内容から、ストレスの内容は、対人関係や業務の負担が主であるが、所属している病棟が同じであっても、個人によってストレスを感じているか否かは異なっていた。そのため、ストレスに対する個人の受け取り方、すなわ

ち認知の仕方によって負担が異なるのではないかと考えられた。そこで、2012年度のメンタルサポート面談より、認知の傾向を測定するため、推論の誤り尺度<sup>6)</sup>を加えた。「推論の誤り」とは、ベックの抑うつ認知理論<sup>7)</sup>で提唱された概念であり、体験した出来事について自己に関連するものを否定的、悲観的に偏った捉え方をする、ものの見方のことである。

### 本研究の目的

今回、当院のメンタルサポート面談の取り組みにおいて実施した調査内容から、新人看護師のメンタルヘルスと認知傾向との関連や職場適応に関する要因について検討した。

また、本邦の新人看護師の職場適応に関する研究において、看護師のメンタルヘルスや自立の視点から量的にみた報告は多いが、面談内容の分析など、質的にみた報告は水田ら<sup>8)</sup>があるものの数は少ない。そこで、本研究では、面談時に得られた職場適応に関連するエピソードから抽出された要因についても検討した。

### 方法

X年度に入職した新人看護師45名(女性36名、男性9名)を対象とした。

#### 1. 面談内容

1人30分の時間を確保し、心理士との個別面談を行い、GHQ28の結果のフィードバックや推論の誤り尺度の特徴とメンタルヘルスに関する心理教育を行った。また、現在の業務の様子や、職場での気がかりの有無についても話し合った。

#### 2. 質問紙調査内容

①日本版GHQ28 (General Health Questionnaire; GHQ)。

本尺度は、Goldberg(1979)が神経症者の症状把握、評価及び発見を測定する目的で作成したGeneral Health Questionnaire (GHQ)の28項目短縮版を日本版に改訂したものである<sup>9)</sup>。「身体的症状(7項目)」、「不安と不眠(7項目)」、「社会的活動障害(7項目)」、「重篤なうつ傾向(7

項目)」の合計4下位尺度28項目からなる。

カットオフ値は5/6点であり、全神経症者の90%が6点以上、健常者の85%は5点以下とされている。なお、データの分析は欠損のあった1名を除く44名を対象に行った。

②推論の誤り尺度<sup>6)</sup> (図1)

本尺度は、丹野<sup>10)</sup>らが作成した「推論の誤り尺度 (TES)」の一部を改変したものである。「恣意的推論 (根拠なくネガティブな結論をひきだす)」、「べき思考 (ネガティブな情報は些細なものであっても重視する)」、「過度の一般化 (わずかな経験から広範囲のことを恣意的に結論する)」、「拡大解釈と過小評価 (ものごとの意義や重要性の評価についての著しい偏り)」、「自己関連付け (自分に関係ない出来事を自分に関係付けて考える)」、「完全主義 (ものごとの白黒をつけないと気が済まない)」の6つの下位尺度、計19項目で構成されている。4件法 (1～4点) で評価し、尺度の得点が高いほど推論の誤りが強いことを示す。

なお、データの分析は、欠損があった2名

を除く43名を対象とした。

結果

1. GHQ28の年度別得点とステージ別割合

GHQ28の合計点の平均値は、1年目は7.27(±4.36)、2年目は5.08(±5.05)であった。

中川ら<sup>8)</sup>の分布では、GHQ28において、健常者群が10点以下で分布しており、20点を超えると神経症群の割合が極めて高いことから、本研究では、メンタルヘルスのリスクの高さに応じて、以下のように分類した。カットオフ値以下である0～5点を「non problem群(以下、n.p群)」とし、6～10点を「ステージⅠ」、11～19点を「ステージⅡ」、20～28点を「ステージⅢ」と分類した。加えて、1年目、2年目ステージ別の平均点と標準偏差を算出した。(表1)。

次に、GHQ28のステージ別割合を算出しグラフで示した(図2・図3)。これらの結果、2年目になるとn.p群は増加し、ステージⅠ・Ⅱは減少した。一方で、1年目実施時には見られなかったステージⅢが出現した。

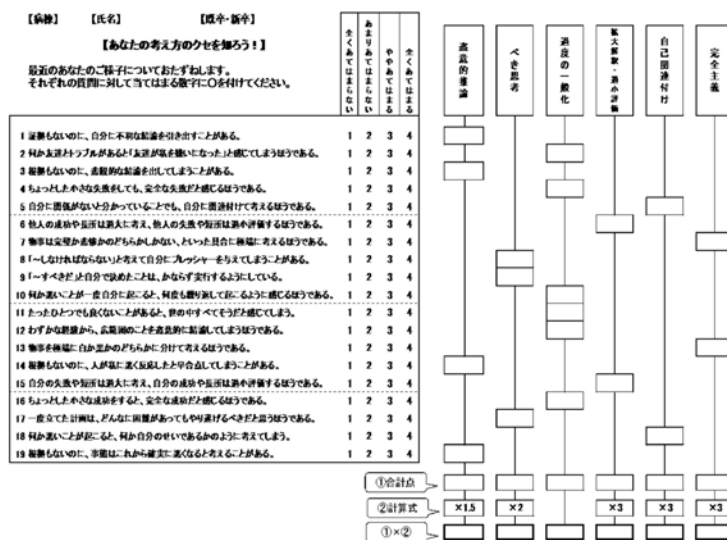


図1 推論の誤り尺度

年度	GHQ28合計	
	1年目	2年目
全群	7.27(±4.36)	5.08(±5.05)
n.p群 (1年目:n=18, 2年目:n=31)	3.5(±1.61)	1.94(±1.52)
ステージⅠ (1年目:n=15, 2年目:n=6)	7.07(±1.44)	9.14(±0.99)
ステージⅡ (1年目:n=11, 2年目:n=5)	13.7(±2.00)	12(±0.63)
ステージⅢ (1年目:n=0, 2年目:n=2)	なし	20.5(±0.5)

表1 GHQ28における合計得点の平均値と標準偏差

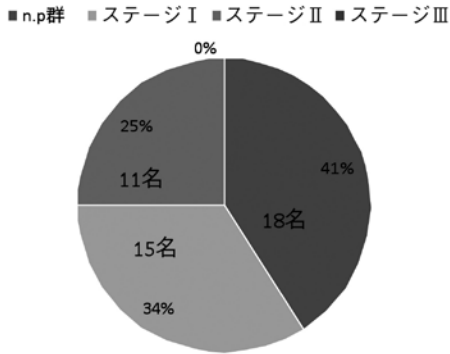


図2 1年目看護師 GHQ28 ステージ別割合

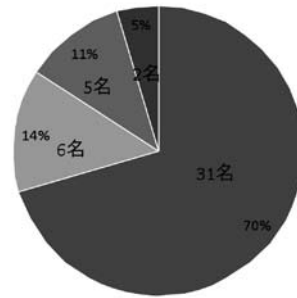


図3 2年目看護師 GHQ28 ステージ別割合

群別人数	合計
1群(改善群)	17名
2群(悪化群)	6名
3群(低得点維持群)	15名
4群(高得点維持群)	6名
全群	44名

表2 GHQ28 におけるステージの変化による分類

年度 GHQ得点分類	1年目 n.p.	1年目 ステージ I	1年目 ステージ II	1年目 ステージ III
2年目 n.p.	15名 (3群)	11名 (1群)	5名 (1群)	0名 (1群)
2年目 ステージ I	2名 (2群)	3名 (4群)	1名 (1群)	0名 (1群)
2年目 ステージ II	1名 (2群)	1名 (2群)	3名 (4群)	0名 (1群)
2年目 ステージ III	0名 (2群)	0名 (2群)	2名 (2群)	0名 (4群)

表3 GHQ28 における1・2年目のステージ別人数

## 2. GHQ28 と推論の誤り尺度の関連

ここでは、新人看護師のメンタルヘルスの変化と認知の傾向の関連を詳細に捉えるため、GHQ28 得点の1年目から2年目のステージの変化と推論の誤りとの関係について検討した。

まず、継時的な側面についての検討を行うために、GHQ28 得点のステージ分類の変化に応じて、1群(改善群)、2群(悪化群)、3群(低得点維持群)、4群(高得点維持群)の4つに分類した(表2)。分類の内訳としては、1群(改善群)は、2年目になりステージが低下した者、2群(悪化群)は2年目になりステージが上昇した者、3群(低得点維持群)は1・2年目ともにステージがn.p.群であった者、4群(高得点維持群)は1・2年目ともにステージがI・II・IIIのいずれかが維持している者とした。それぞれが1・2年目でどのステージに所属していたかを表3に示した。

これらの4群を独立変数とし、推論の誤り尺度の6つの下位尺度(恣意的推論、べき思考、過度の一般化、拡大解釈・過小評価、自己関連付け、完全主義)の各々を従属変数とした一元配置分散分析を行った。

また従属変数において群の効果が有意で

あったものについては、Tukey 法による多重比較を行った(表4、表5)。

その結果、1年目の推論の誤り尺度得点では「恣意的推論」、「過度の一般化」において4群(高得点維持群)が3群(低得点維持群)よりも得点が高かった(それぞれ  $F(3,40) = 3.45, p < .05$ ;  $F(3,40) = 5.36, p < .01$ )。

2年目の推論の誤り尺度得点では、「恣意的推論」、「過度の一般化」、「完全主義」において、2群(悪化群)と4群(高得点維持群)が3群(低得点維持群)より高かった。加えて、「恣意的推論」「過度の一般化」「拡大解釈と過小評価」において、2群(悪化群)が1群(改善群)よりも得点が高かった(それぞれ  $F(3,39) = 6.66, p < .01$ ;  $F(3,39) = 5.74, p < .01$ ;  $F(3,39) = 3.50, p < .05$ ;  $F(3,39) = 5.61, p < .01$ )。

## 3. GHQ28 におけるハイリスク群のメンタルサポート面談の内容

1年目から2年目のステージの変化に応じて分類した2群(悪化群)と4群(高得点維持群)において、メンタルヘルスを損なう要因について検討するため、面談内容を抽出した(表6)。

	1群(改善群) (n=17)	2群(悪化群) (n=6)	3群(低得点維持群) (n=15)	4群(高得点維持群) (n=6)	F値	多重比較(Tukey)
恣意的推論	12.21 (±3.54)	13.50 (±2.85)	10.80 (±3.73)	16.25 (±4.18)	3.45*	4群>3群
べき思考	15.76 (±2.73)	15.33 (±4.84)	13.87 (±2.97)	15.00 (±3.03)	98	
過度の一般化	13.00 (±2.00)	13.33 (±3.14)	10.80 (±2.93)	15.33 (±1.63)	5.36**	4群>3群
拡大解釈と過小評価	15.35 (±3.95)	15.00 (±1.90)	13.60 (±4.37)	15.00 (±3.29)	60	
自己関連付け	15.88 (±4.21)	17.00 (±4.90)	13.00 (±3.53)	17.00 (±2.45)	2.62	
完全主義	11.47 (±3.22)	13.00 (±4.10)	10.40 (±3.38)	12.00 (±2.68)	98	

\*p<.05 \*\*p<.01

表4 1年目看護師の各GHQ分類群の推論の誤り尺度得点と分散分析結果

	1群(改善群) (n=16)	2群(悪化群) (n=6)	3群(低得点維持群) (n=15)	4群(高得点維持群) (n=6)	F値	多重比較(Tukey)
恣意的推論	10.88 (±3.61)	16.67 (±4.54)	10.47 (±3.82)	16.25 (±3.60)	6.66**	2,4群>1,3群
べき思考	13.50 (±3.61)	16.33 (±3.67)	12.53 (±4.24)	14.00 (±2.19)	1.52	
過度の一般化	11.19 (±3.12)	15.33 (±3.20)	10.53 (±2.59)	14.67 (±3.27)	5.74**	2,4群>3群 2群>1群
拡大解釈と過小評価	12.19 (±4.31)	17.50 (±2.26)	12.40 (±4.37)	15.50 (±2.95)	3.5*	2群>1群
自己関連付け	13.31 (±4.51)	18.50 (±4.42)	13.00 (±4.49)	16.50 (±3.15)	3.11*	
完全主義	9.94 (±3.23)	14.00 (±3.63)	8.60 (±3.38)	13.00 (±1.55)	5.61**	2,4群>3群

\*p<.05 \*\*p<.01

表5 2年目看護師の各GHQ分類群の推論の誤り尺度得点と分散分析結果

2群(悪化群)	業務	・後輩が入職したプレッシャー ・意に沿わない配属 ・リアリティショック ・職場の対人関係
	個人	・体調不良 ・低い自己評価 ・ネガティブな思考 ・自己の理想の高さ
4群(高得点維持群)	業務	・後輩が入職したプレッシャー ・不適合感・不全感・頻回な失敗 ・夜勤の責任が重い ・予後不良の患者の存在 ・無力感・職場の対人関係
	個人	・家庭の事情 ・プライベートな対人関係

表6 1・2年目実施時の面談内容

### 考察

1年目のGHQ28の平均値は、7.27でカットオフ値を上回る結果となった。1年目は半数以上がステージI・IIに属していることから、1年目の新人看護師はメンタルヘルスを損なうリスクの高い集団であると考えられた。

1年目から2年目へのステージの変化をみると、n.p群の割合は1年目実施時は41%であったが、2年目実施時には70%に増加していた。

また、2年目のn.p群のGHQ28の平均値は1.94であり、1年目実施時の3.5から低下していることからn.p群の中でもメンタルヘルスはより改善していることがうかがえた。そのため、2年目の全体の約7割の者は、自身のストレス対処等により、精神身体症状を呈しておらず、メンタルヘルス上大きな問題が生じていない状態であると考えられた。一方で、残り30%は、精神身体的症状が生じており、メンタルヘルス上リスクが高い集団であると考えられた。

推論の誤りの傾向に関しては、「恣意的推論」と「過度の一般化」において、1年目実施時には、4群（高得点維持群）が3群（低得点維持群）より有意に高くなった。2年目実施時には、2群（悪化群）・4群（高得点維持群）が1群（改善群）・3群（低得点維持群）より有意に高くなった。以上の結果から、1年目実施時の時点で、メンタルヘルス上リスクの高い者は、精神身体症状を呈していない者に比較して「恣意的推論」と「過度の一般化」における推論の誤りの程度が大きく、2年目になってもその傾向は維持されていると考えられた。

「恣意的推論」は、「根拠もないのに、自分に不利な結論を引き出すことがある」や「根拠もないのに、人が私に悪く反応したと早合点してしまうことがある」と考える傾向であり、「過度の一般化」は「ちょっとした小さな失敗をしても、完全な失敗だと感じるほうである」や「たったひとつでも良くないことがあると、世の中すべてそうだと感じてしまう」と考える傾向である。新人看護師は、配属された病棟の中で、失敗しながらも、先輩看護師の指導を受け、少しずつ業務を獲得していくことが必要であると思われる。しかし、「恣意的推論」が高いと、対人関係において被害的になりやすく、例えばサポータティブな職場環境であっても肯定的に体験できない可能性があり、必要以上にストレスを感じてしまうことが予想される。また、「過度の一般化」が高いと、失敗をした際には悲観的になりやすく、実際には成長している事柄でさえも、肯定的に評価できない可能性があると考えられる。この傾向により、自信を喪失し、業務に対しても不全感を抱いてしまうことが推測される。

次に、2年目実施時には、「拡大解釈・過小評価」において、2群（悪化群）が1群（改善群）より有意に高く、「完全主義」においては、2群（悪化群）と4群（高得点維持群）が、3群（低得点維持群）より有意に高かった。このことから、メンタルヘルス上リスクの高い者は、精神身体症状を呈していない者に比較して「拡大解釈・過小評価」、「完全主義」において、推論の誤りの程度が大きいことがうかがえた。「拡大解釈・過小評価」は、「他人の成功や長

所は過大に考え、他人の失敗や短所は過小評価するほうである」や「自分の失敗や短所は過大に考え、自分の成功や長所は過小評価するほうである」と考える傾向があり、「完全主義」は「物事は完璧か悲惨かのどちらかしかない、といった具合に極端に考えるほうである」といった特徴がある。これらの特徴は、失敗することに目が向きやすく、自己評価を低下させる可能性があることや、自己への要求水準が高く、理想に届かない場合、フラストレーションが高くなることが推測される。このような場合、新人看護師が業務を行う中で、患者の状態が急変することや、緊急の処置が入る等、予定していた通りに業務が進行していかない際には特にストレスを感じやすくなるのではないかと思われる。

これらの推論の特徴は、精神身体症状を呈している状態である場合には、さらにストレスを感じてしまう要因となり、悪循環に陥る可能性があるのではないかと考えられる。このようなメンタルヘルス上リスクの高い者に対しては、先輩看護師や師長などから、成長している点や改善された箇所について肯定的なフィードバックを行うことで、自己評価の低下や業務への不全感は軽減されるのではないかと考えられる。

また、2群（悪化群）と4群（高得点維持群）の面談内容から、メンタルヘルスと関連があると思われる事柄を抽出したところ、後輩が入職したことによるプレッシャーや、職場の対人関係に関する事などがあげられており、対人関係に関するストレスが共通要因としてみられた。それ以外にも、体調や家庭の事情などがあげられたが、個人によってストレスの要因は様々であるため、個別の目的に応じた支援を行っていく必要があると考えられる。また、配属された病棟の特殊性と個人の希望とが合わず、不適合感を抱いていることもストレスの要因となっていると思われたが、このような場合には配置転換などによって改善ができるものであると思われた。

## 課 題

本研究は、新人看護師のメンタルヘルスと

認知傾向との関連や職場適応に関する要因について検討したものであるが、職場適応に影響を及ぼす要因は、個人の要因以外にも、職場の雰囲気やチームワーク、病棟の特殊性、家庭の事情や私的な対人関係なども含まれる。そのため、今後はこのような多面的な要因を想定した研究を行っていく必要があると思われる。

最後に、当院には、新人看護師が快適に働くために様々な対策が考案されている。研修センターでは系統的な研修システムが構築されており、また産業カウンセラーも導入されている。このような取り組みの1つにメンタルサポート面談も存在している。当院における新人看護師の離職率は、2009年度（9.7%）、2010年度（0%）、2011年度（3.4%）、2012年度（0%）、2013年度（2.4%）と減少傾向にあり、2010年度からメンタルサポート面談を開始したことも、様々な対策の中の1つとして、意義があるのではないかとと思われる。

本研究において、1年目の面談の時点で、メンタルヘルス上リスクの高い者は、推論の傾向に偏りがあることが明らかとなったため、今後はこの結果を踏まえ、1年目の面談時にメンタルヘルス上リスクの高い者への心理教育を重点的に行うことが重要であると思われる。

## 引用文献

- 1) 公益社団法人 日本看護協会 広報：「2012年度病院における看護職員需給状況調査」：1-12、2013
- 2) 三木明子：産業・経済変革期の職場のストレス対策の進め方 各論4.事業所や職種に応じたストレス対策のポイント—病院のストレス対策. 産業衛生学雑誌 44：219-223、2002.
- 3) 大坊郁夫：心理アセスメントハンドブック. 上里一郎 監修、西村書店. 1993、p.319-327
- 4) 藤本ひとみ、高間静子：看護師の職場適応度測定尺度の再検討. 富山大学看護学会誌 13（1）：25-33、2013.
- 5) 三輪聖恵、志白岐康子、他：新卒看護師の職場適応に関連する要因に関する研究. 日本保健科学学会誌 12（4）：211-220、2010
- 6) 田島美幸：集団認知行動療法を用いた復職支援の実践—うつ病休職者を対象に—. ストレス科学 20（4）：207-217、2006.
- 7) Beck, A.T, Rush, A, et al：Cognitive therapy of depression. New York：Guilford Press、1979.
- 8) 水田真由美：新卒看護師の職場適応に関する研究—リアリティショックからの回復過程と回復を妨げる要因—. 日本看護学会誌 23（4）：41-50、2003
- 9) 中川泰彬、大坊郁夫：日本版 GHQ 精神健康調査票 手引 日本文化科学社.1985.
- 10) 丹野義彦、坂本真士、他：抑うつと推論の誤り—推論の誤り尺度（TES）の作成—. このはな心理臨床ジャーナル 4：55-60、1998