

原著論文

看護師の職場における本音の抑制と社会的自己制御及び組織風土の関連^{1), 2)}

中京大学心理学部 松本 友一郎

Concealing Real Thoughts at Work among Nurses, Social Self-Regulation, and Organizational Climate
MATSUMOTO, Tomoichiro (School of Psychology, Chukyo University)

The aim of this study was to examine the associations between concealing real thoughts at work, social self-regulation, and the organizational climate among nurses. A 17-item scale was constructed based on free description data from a pilot survey. In the main survey, a questionnaire including this scale was administered to 453 nurses, along with a questionnaire composed of the Interpersonal Stressor Scale, the Social Self-Regulation Scale, and the Organizational Climate Scale. The results of factor analysis regarding concealing real thoughts revealed two factors and 13 scale items. The factors were named the "impossibility of expression" and the "regulation of expression". Significant correlations were found between these two factors and the interpersonal stressor subscale. Regarding correlations with the social self-regulation subscale, "impossibility of expression" was negatively associated with "self-assertiveness", but not with "emotion and desire suppression". Although no significant association was found between "regulation of expression" and "self-assertiveness", a positive association was observed between "regulation of expression" and "emotion and desire suppression". Regarding correlations with the organizational climate subscale, every factor exhibited significance.

Key words: concealing real thoughts, nurse, stressor, social self-regulation, organizational climate

問 題

看護師は患者を気遣って援助をするだけではなく、忙しい中でも周囲のスタッフと良好な人間関係を維持しなければならない。厚生労働省(2011)の調査によれば、現在の施設で働き続けたいという看護師の継続を希望する理由は“通勤が便利だから”(51.9%)に次いで、“人間関係がよいから”(39.2%)が2番目に多い(16項目から3つまで選択可能な複数回答)。逆に、離職した経験を持つ看護師の離職理由については、“出産・育児のため”(22.1%)、“結婚のため”(17.7%)、“他施設への興味”(15.1%)に次いで“人間関係がよくないから”(12.8%)が多く、超過勤務、夜勤の負担、医療事故への不安、給与への不満等よりも多い(18項目から3つまで選択可能な複数回答)。これらのデータから、現場への定着も現場からの離職も人間関係による影響が大きいといえる。これは、技能や動機づけ等の面では勤務の継続が可能ならずである看護

師も離職を余儀なくされている可能性を示唆しており、看護師の対人ストレスについて検討することの必要性を示しているといえる。松本・臼井(2010)の調査において、看護師同士または医師との間の対人ストレスの中で特に“本音の抑制”の得点が高く、バーンアウトの中心的な概念である情緒的消耗感に正の影響を及ぼすことが示された。その後、松本・臼井(2012a)の調査においても情緒的消耗感への影響が確認された。そこで、本研究では“本音の抑制”に特化した尺度を作成し、どのような要因が関連するのか検討する。

看護師のストレス

これまで、看護師のストレスについては全般的な特徴が検討されてきた(e.g., 足立・井上・井奈波, 2005; 足立・井上・井奈波・岩田, 1999; 梶原・八尋, 2002)。また、看護師の精神的健康についてはバーンアウトという観点からの研究も多い。たとえば、病棟の組織風土はバーンアウトに影響を及ぼし

ており（塚本・浅見，2007），特に他者から影響を受けやすい看護師ほどバーンアウトに陥りやすいことが明らかにされている（和田・佐々木，2006）。ストレス反応もバーンアウトも反応であり，その反応を生起させる要因となるストレスラーがある。本研究では特にストレスラーの方に着目する。看護師のストレスラーは様々であるが，Gray-Toft & Anderson（1981）はそれらを整理して Nursing Stress Scale（NSS）を作成した。さらに，NSSの日本語版をはじめとする日本人向けのストレスラー尺度も既にいくつか存在する（e.g.，東口他，1998；藤原他，2001）。荻野（2004）は，それらのストレスラーを Leiter & Maslach（1988）のバーンアウトプロセスモデルに組み込んだ質問紙調査から，情緒的消耗感に労働過多な状態と職場の人間関係（主に看護師同士）が影響していることなどを示した。

特に人間関係に関するストレスラーを Leiter & Maslach（1988）は“対人ストレスラー（interpersonal stressor）”と呼び，上司や同僚との接触がバーンアウトと関連することを明らかにした。このように，職場における人間関係はバーンアウトの一因として指摘されてきた（e.g.，稲岡，1995；田尾・久保，1996）。一瀬（2006）による日本国内の文献のレビューによれば，上司・同僚・部下との対人関係に関するストレスラーは情緒的消耗感，脱人格化，個人的達成感の低下というバーンアウトのすべての因子と関連があるとされている。Lambert, Lambert, & Ito（2004）による日本の看護師の健康に関する調査の結果でも，他の看護師によるサポートの不足は精神的健康に有意な負の影響を及ぼしていた。ただし，医師との葛藤による影響は有意ではなかった。松本・臼井（2010）も看護師同士の対人ストレスラーと医師との間の対人ストレスラーのそれぞれがバーンアウトに及ぼす影響を検討したが，やはり看護師同士の影響は有意であったのに対し，医師の影響は有意ではなかった。これらの研究結果より，看護師の精神的健康を考える上で，特に同じ看護師同士の関係が重要であるといえる。

“本音の抑制”の定義

松本・臼井（2010，2012a）の調査では，看護師の対人ストレスラーとして“本音の抑制”と“スタッフの無理解”が挙げられた。また，これらの調査では“本音の抑制”は情緒的消耗感と正の関連が示され，“スタッフの無理解”は脱人格化と正の関連が

示された。ここでのスタッフとは看護師同士を指しており，“スタッフの無理解”は周囲の看護師からの協力の得難さに関する項目で構成されていた。したがって，この因子の内容は Lambert et al.（2004）の調査で見られたサポートの不足に該当し，今後の研究や実践にあたっては周囲からのサポート，つまりソーシャル・サポートと精神的健康（特にバーンアウト）の関連を示した先行研究による知見が応用可能であると考えられる（e.g.，Halbesleben & Buckley, 2006; Prins et al., 2007）。一方で，自分の内にある本音が表に出ないように自らを抑制する機会の多さに関する項目で構成されている“本音の抑制”には“スタッフの無理解”に対するソーシャル・サポートのような対応する概念がない。“本音の抑制”に近い概念としては自己制御や自己コントロールが挙げられるが，それらはあくまで個人要因であり，実際に本音を抑制するという結果に至るには社会的な環境要因も含まれる可能性がある。たとえば，本音を表出しやすい能力やパーソナリティを備えた個人であっても，組織風土や独自の規範というような環境要因によっては本音が抑制されることが相対的に多くなるであろう。逆に，基本的には本音を抑制しがちな個人であっても，その個人を取り巻く社会的な環境によっては本音を抑制することが少なくなるかもしれない。したがって，それらの要因と結果として生じる“本音の抑制”は区別される必要がある。

そのため，本研究では“本音の抑制”を個人要因及び環境要因とは区別して，あくまで結果として日常的に生じるイベントと位置づける。このような対人関係上に生じるイベントを測るために橋本（2005）は対人葛藤，対人過失，対人摩擦の3つの下位尺度で構成されている。対人葛藤は，他者からのネガティブな態度や行動に関する内容である。対人過失は，相手に迷惑をかけたことや不快な思いをさせたことに関する内容である。対人摩擦は，自他共にネガティブな心情や態度を明確に表出してはいないが，円滑な対人関係を維持するためにとる意に沿わない行動や相手に対する期待外れの黙認に関する内容である。自己と他者間で表面化しないイベントという意味では，本研究で扱う“本音の抑制”は対人摩擦と共通している。ただし，対人摩擦は“円滑な対人関係を維持するために”という個人の意図を前提としているが，必ずしもイベントの生起にその

ような意図が介在するとは限らない。特に社会人の場合、Allen & Meyer (1990) の存続的コミットメント及び規範的コミットメントのように、円滑な対人関係を維持する気が無くても、そこで働き続ける上で関係を回避しようがないために最低限の対人関係を維持している可能性や“これも仕事のうち”という規範が働いている可能性も考えられる。したがって、本研究では“本音の抑制”をより単純に“自己の本音を抑制するという日常的なイベント”と定義する。なお、ここでの“本音”とは自己の感情だけでなく職務または職場に関する意見、希望、気付いた事実等について明確ではなくても本人が伝えたい、または伝えるべきであると感じていることを指す。また、イベントとして扱う限りは事故や事件のように客観的な件数を扱うことができれば理想的である。しかし、実際には本音を抑制した本人にしか知りえないイベントであるため、本研究では自己報告によって“本音の抑制”の頻度を測ることとする。

“本音の抑制”の位置づけ

以上の定義に近い概念として、感情に限定はされるが“感情制御 (emotion regulation)”が挙げられる³⁾。Gross (1998) によれば、感情制御は、感情を生起させる状況や人から注意をそらす、感情を生起させる状況や人に対する認知を変化させる等の方略で制御する“先行焦点型感情制御 (antecedent-focused emotion regulation)”と、状況や人によって生起した感情が表情や行動に表れないように感情の表出を制御する“反応焦点型感情制御 (response-focused emotion regulation)”に分類できる。つまり、前者は感情が生起する前の段階における制御であり、後者は感情が生起した後の表出段階における制御である。以上のように、感情制御は感情を生起させる手がかりが存在する時に生じる個人内の過程に焦点を当てているといえる。本研究ではそれらの過程を経た後に結果として生じるイベントに焦点を当てているため、感情制御と“本音の抑制”は過程か結果かという点で異なる。純粋な結果としてのみ“本音の抑制”を捉える場合、先にも述べたとおり、その過程には個人要因だけでなく社会的な環境要因も想定される。たとえば個人の欲求や他者からの役割期待という要因があれば、見せたい自己または他者に期待される自己を見せる自己呈示というコミュニケーションの過程を経て結果として本音を伝えない (または伝えられない) とい

うイベントが体験される。それが日々積み重ねられることで本人にとって“日常的なイベント”となる。

特に職務における感情に関する“本音の抑制”的を絞れば、Hochschild (1983 石川・室伏訳 2000) が提唱した感情労働 (emotional labor) という概念に近い。一般的に、重い物の運搬等を伴う労働は肉体労働と呼ばれ、難しい判断等を伴う労働は頭脳労働と呼ばれるのに対し、感情労働は“公的に観察可能な表情と身体的表現を作るために行う感情の管理”と定義されている。ここでの感情の管理は感情の抑圧だけではなく、場面に合った感情の誘発も含む。看護師の場合、体力を必要とする仕事もあり、繁忙時や緊急時の難しい判断も必要であり、患者と接する際には感情の管理が必要となるため、肉体労働、頭脳労働、感情労働のすべてが求められているといえる。Hochschild (1983 石川・室伏訳 2000) によれば、感情労働が単なる感情の管理と異なるのは、賃金と引き替えに売られて交換価値を有するという特徴を持つ点にある。看護師の場合、賃金と引き替えに治療や援助を提供する相手は患者であるため、患者に対する“本音の抑制”が感情労働の一部に該当するといえる。したがって、看護師の患者に対する“本音の抑制”には交換価値という明確な要因があり、職務としてそうせざるを得ないという側面がある。また、それが看護師という仕事の特徴の1つであるといえる。しかし、医師等の他職種との間における“本音の抑制”及び上司や同僚に対する“本音の抑制”は少なくとも直接的には賃金と引き替えになる交換価値を有していない。また、そのような関係における“本音の抑制”は対人援助職ではない事務職や技術職といった職種にもありうる。看護師を対象とした研究は基本的に患者等の特殊な関係を前提としているが、相手との接触頻度や連携の必要性という点から考えれば日常的なイベントとしては同じ職種同士の関係の方が“本音の抑制”を生起させやすい可能性もある。したがって、本研究では、そのようなスタッフ間のコミュニケーションも含めた“本音の抑制”について検討する。

本研究の目的

本研究では第一に予備調査で尺度に使用する項目の収集と分類を行う。第二に、本調査として“本音の抑制”の基になっている対人ストレス尺度との関連について確認した上で、個人要因として社会的自己制御による影響を検討し、環境要因として組

織風土による影響を検討する。社会的自己制御は、社会的場面で自己を主張または抑制する能力として原田・吉澤・吉田（2008）が提唱した概念であり、“本音の抑制”の個人要因として関連を確認することに適していると考えられる⁴⁾。原田他（2008）は概念の提唱と共に社会的自己制御尺度も開発しているため、本研究ではこれを用いる。この尺度は、自己主張、持続的対処・根気、感情・欲求抑制の3つの下位尺度で構成されている。ただし、持続的対処・根気は個人内の集中や努力に関する項目で構成されているため、本研究ではこの下位尺度との関連は検討しない。残りの2つについては、自己主張が自分の意見や態度を主張する能力についての項目で構成されており、感情・欲求抑制は文字どおり感情や欲求を抑制する能力についての項目で構成されている。主張する内容と抑制する内容は異なっているが、本研究で対象とする本音はどちらの内容も含むことを想定している。そのため、基本的には主張か抑制かという違いを反映して、“本音の抑制”は自己主張と負の関連が見られ、感情・欲求抑制と正の関連が見られると考えられる。組織風土については、過去に様々な定義が提唱されてきた。しかし、Verbeke, Volgering, & Hessels (1998) が32の異なる定義の文言を分析し、それらの定義の中心的な概念は組織内の人々がいかに環境の特徴を認知しているかを表していることを見出した。したがって、組織内の成員の認知を通して行動に直接的な影響を及ぼす環境要因として“本音の抑制”の頻度にも反映されると考えられる。本研究では、人間関係を含む職務ストレスとの関連が確認されている福井他（2004）の組織風土尺度12項目版との関連を検討する。この尺度は、組織環境性と伝統性という2つの下位尺度で構成されている。組織環境性は従業員の参加度が高く合理的な組織管理がなされている風土を表しており、伝統性は強制的・命令的で封建的な風土を表している。したがって、組織環境性が高く認知されているほど本音が抑制されることは少なく、伝統性が高く認知されているほど本音が抑制されることは多いと考えられる。

予備調査

目的

予備調査では、看護師が職場において普段経験する“本音の抑制”について事例を自由記述形式の質

問紙で収集し、得られた事例の分類によって看護師の職場における本音の抑制について問う質問項目を作成することを目的とする。

方法

調査時期及び対象者 2014年1月から2月にかけて、近畿圏内にある100~299床規模の病院で看護師14名に質問紙を配布し、13名から回答を得た。対象となった看護師14名は、現在の部署に配属されてから長くても5年目であるという条件で、看護部長により外科系、内科系、混合病棟等を含む全部署より2名ずつ選ばれた。回答者の平均年齢は28.83歳 (SD = 5.43) であり、性別は全員女性であった。

手続き及び倫理的配慮 予備調査は、配布及び回収に要する期間を考慮して約3週間の留め置きで実施した。プライバシー保護のため、質問紙と共にシール付きの封筒も配布した。配布は看護部長に依頼し、回収は医療事務1名に依頼した。回答者は質問紙を持ち帰ることも可能とした。回答者には謝礼として図書カード1,000円分を渡した。なお、予備調査について、本調査と共に著者の所属機関に設置されている倫理審査委員会の承認を得て実施した。

質問内容 自由記述形式の質問で“普段、職場で経験する本音の抑制”についてなるべくたくさん書くよう教示文に示した。特に、どのようなこと（意見や感情など）を抑制したのか一文で記入するよう求めた。内容は、自分自身の経験でも職場で見かける光景でも構わないとした。ただし、質問が漠然としているため、例として“同僚の問題点が気になっても本人に指摘できない”、“腹の立つ上司に怒りを抑えて笑顔で対応する”という2項目を示した。記入欄は1,2行記入できるものを10個設けた。他にデモグラフィック項目と本音を抑制する出来事に対する方略を尋ねた。後者の方略については、本音を抑制しないための方略または本音を抑制する場面を乗り切る方略を回答するよう教示文に記載したが、挙げられた内容はほぼすべてが本音を抑制した後に関することであり、先行研究で示されたストレス・コーピングと違いがなかったため、以降ではこれについて触れない。

結果と考察

記述された事例は1人あたりの平均が6.69個であり、全体で87個集まった。事例について、組織

心理学を専門とする著者の他、臨床心理学を専門とする大学院生2名に分類を依頼した。著者を含む計3名が各人で別々に分類した。その分類結果をつきあわせて質問項目を作成した。記述は、同様の内容を書いた回答者が複数名いること(同一人物による事例が複数ある場合は1名のみを回答として数えた)、3名による分類が完全に一致していることの2点を満たすものを項目として採用した。その結果、上記2点の条件を満たす事例は49個あり、17項目に分類された。ただし、“できない後輩を根気よく指導する”、“後輩に厳しく対応できない”という2項目は、後輩がいない場合に回答できないため質問項目としては使用しないこととした。本調査では上記2項目を除いた15項目を用いて検討した(Table 1)。

本調査

目的

本調査では、予備調査で収集及び分類した項目について因子分析により下位尺度に分け、不要な項目を削除することを第一の目的とする。また、対人ストレスとの関連を検討することにより、基準関連妥当性を確認することを第二の目的とする。先にも述べたとおり、特に対人摩擦とは関連が見られると考えられる。最後に、社会的自己制御及び組織風土による“本音の抑制”への影響を検討することを第三の目的とする。

方法

調査時期及び対象者 2014年6月から8月にかけて、近畿圏内にある100床未満の4病院、100~299床規模の1病院、300~499床規模の1病院、計6病院の看護師に質問紙を配布した。また、一部の部署のみであるが、500床以上の大学病院に勤務する看護師にも回答を依頼した。なお、予備調査で協力を得た病院は本調査の病院に含まれていない。看護師574名に質問紙を配布し、453名から有効回答を得た(有効回答率78.92%)。性別は女性422名(93.16%)、男性24名(5.30%)、不明7名(1.54%)であった。回答者の年齢は平均34.22歳(SD=10.45)、看護師としての経験年数は平均11.01年(SD=9.94)、現在の部署の経験年数は平均2.80年(SD=3.17)であった。

回答者の所属部署は、混合病棟73名(16.11%)、内科61名(13.47%)、外科61名(13.47%)、整形

外科42名(9.27%)、産婦人科33名(7.28%)、循環器科28名(6.18%)、外来22名(4.86%)、手術室15名(3.31%)、小児科1名(0.22%)、その他80名(17.66%)、不明37名(8.17%)であった。資格は、看護師398名(87.86%)の他、准看護師20名(4.42%)、助産師23名(5.08%)、その他3名(0.66%)、不明9名(1.99%)を含んでいた。現在では看護師と准看護師の業務内容に大差がないこと、助産師は必ず看護師の資格を有することからこれらの資格により勤務している回答者も分析に含めた。役職は、なし374名(82.56%)、主任クラス39名(8.61%)、師長クラス22名(4.86%)、その他12名(2.65%)、不明6名(1.32%)であった。なお、看護部長は看護部の最高責任者で特定の部署に所属していないため調査の対象としなかった。雇用形態は、常勤(日勤+夜勤)367名(81.02%)、常勤(日勤のみ)66名(14.57%)、非常勤(週4日以上)10名(2.21%)、その他5名(1.10%)、不明5名(1.10%)であった。週3日以下の非常勤は対象外として質問紙を配布しなかった。また、回答者に夜勤専従は含まれていなかった。

手続き及び倫理的配慮 本調査は配布及び回収に要する期間を考慮して約1ヶ月の留め置きで実施した。プライバシー保護のため、質問紙と共にシール付きの封筒も配布した。大学病院以外は、配布及び回収を看護部長または副看護部長に依頼した。大学病院は一部の部署のみであったため、当該部署の看護師長に依頼した。ただし、調査の了承は看護部長からも得て実施した。回答者は質問紙を持ち帰ることも可能とした。私立病院の回答者には謝礼として図書カード500円分を渡した。ただし、公立病院の看護師には謝礼を渡してはならないため、病院に分析結果を提供することを条件に協力を得た。なお、本調査について、予備調査と共に著者の所属機関に設置されている倫理審査委員会の承認を得て実施した。

質問項目 質問紙は、デモグラフィック項目及び以下の尺度で構成されていた。デモグラフィック項目は先に示した調査対象者の性別や年齢等の属性に関する内容であった。なお、下記2と3の順番及び4と5の順番を入れ替えた質問紙も用意し、提示順序の異なる2種類の質問紙をランダムに配布してカウンターバランスをとった。

1. 本音の抑制：予備調査で作成した15項目を用いた。現在の職場で普段経験する頻度を問い、“まっ

たくない (0) ” から “しばしばある (3) ” の4件法とした。なお、繁忙期等によって本音を抑制する頻度が変動する可能性もあるため、時期によって頻度が変わる場合は平均してどの程度であるか回答するよう教示文に記載した。

2. 上司・先輩との間に生じる対人ストレス：橋本 (2005) の対人ストレス尺度を用いた。先述のとおり、この尺度は対人葛藤、対人過失、対人摩擦の3つの下位尺度で構成されている。対人葛藤は、“あなたの意見を が真剣に聞こうとしなかった”、“ からけなされたり、軽蔑された”等の6項目からなる (の箇所は、質問紙では“上司または先輩”と表記)。ただし、“ の問題点や欠点について注意・忠告をしたら、逆に怒られた”という項目について、上司や先輩にそのようなことをする部下はほとんどいないと考えられるため、“気付いた問題点を に伝えたら、逆に怒られた”と表現を変えた。対人過失は、“あなたの落ち度を、 にきちんと謝罪・フォローできなかった”、“ に対して果たすべき責任を、あなたが十分に果たせなかった”等の6項目からなる。対人摩擦は、“あなたのあからさまな本音や悪い部分が出ないように気を使った”、“その場を収めるために、本心を抑えて を立てた”等の6項目からなる。以上の合計18項目について“まったくない (0) ” から “しばしばある (3) ” の4件法で回答を求めた。元の尺度は1から4の4件法であるが、質問紙全体の統一のために本研究では0から3とした。

3. 同僚との間に生じる対人ストレス：上記1と同じ18項目について、 の箇所を“同僚”と表記して同様に回答を求めた。

4. 社会的自己制御：原田他 (2008) の社会的自己制御尺度を使用した。自己主張は、“多数派の意見とは違っても自分の意見を言う”、“たとえ言いにくくても、間違っていることは指摘できる”等の13項目からなる。感情・欲求抑制は、“自分の思い通りに行かないと、すぐに不機嫌になる (逆転項目)”、“納得のいかないことがあったとき、すぐにかんしゃくを起こしたりせず、落ち着いて話すことができる”等の9項目からなる。ただし、質問文を社会人向けの表現にするため、一部を改変して使用した。具体的には、“友達”という表現を用いている3項目は、対人関係全般を含めるために“他の人”と改変した。また、“先生”という表現を用いている1項目は、社会人に通じるよう“目上の人”と改

変した。以上の合計22項目について“まったくあてはまらない (0) ” から “よくあてはまる (4) ” の5件法で回答を求めた。元の尺度は1から5の5件法であるが、質問紙全体の統一のために本研究では0から4の5件法とした。なお、この尺度の項目についてそのまま問うと、職場をイメージして回答されて職場の環境要因と交絡する可能性があるため、職場以外について回答をするよう教示文に記載した。

5. 組織風土：福井他 (2004) の組織風土尺度12項目版を使用した。先述のとおり、この尺度は組織環境性と伝統性という2つの下位尺度で構成されている。組織環境性は、“社員には、何が何でも自分の役割を果たそうとする姿勢が見受けられる”、“社員はたいへんよく仕事をしている”等の6項目からなる (“社員”という表記は“スタッフ”に変えて使用)。伝統性は、“会社の方針や規則に従うように、厳しい要請がある”、“管理者 (部長、課長) は叱ることがあってもほめることはまれである”等の6項目からなる (“会社”という表記は“病院”に変え、“課長”という表記は“師長”に変えて使用)。以上の合計12項目について“いいえ”か“はい”で回答を求めた。したがって、組織環境性の項目に“はい”と回答すると、従業員の参加度が高く合理的であると認知されていることを示し、伝統性の項目に“はい”と回答すると、強制的・命令的で封建的であると認知されていることを示す (逆転項目はない)。

結果と考察

分析には基本的にSPSS 21を用いた。ただし、最後に算出した級内相関係数のみ清水・村山・大坊 (2006) のHADを用いた。“本音の抑制”の因子構造を検討するために、最尤法、プロマックス回転による因子分析を行った。初期の固有値は5.30, 1.32, 0.90...と減衰していたため、2因子構造を採用した。その上で分析を繰り返し、因子負荷量が.40未満の項目及び2つ以上の因子に負荷している項目を除いた結果、最終的には13項目が残った (Table 1)。因子間相関は.71であった。第1因子は“言いたいことがあっても言い出せない”、“上司または先輩の間違いを指摘できない”等の7項目で構成されていた。本音を自ら抑制するというよりも表出ができないという内容の項目で構成されていたため、名前を“表出不能”因子とした。表出不能因子の信頼性係数は.84であった。第2因子は、“嫌な言動に笑

Table 1 本音の抑制尺度の因子分析結果

	1	2	h ²
第1因子 表出不能			
6. 言いたいことがあっても言い出せない。	.80	-.05	.59
5. 上司または先輩の間違いを指摘できない。	.80	-.03	.61
4. 担当外の仕事を断れない。	.69	.02	.50
2. 上司や先輩に助けを求められない。	.62	-.06	.33
3. 手当や休みなどを申請できない。	.60	-.02	.34
12. 周りのスタッフに頼れない。	.52	.06	.32
13. 時間外の仕事を断れない。	.40	.25	.36
第2因子 表出制御			
14. 嫌な言動に笑顔で応じる。	-.07	.69	.41
9. 腹が立っても怒りを抑える。	.04	.69	.51
15. ネガティブな気分でも笑顔で患者に対応する。	-.13	.66	.33
11. 他人のミスで注意されても受け入れる。	.14	.55	.44
1. 苦手なスタッフに笑顔で接する。	.01	.49	.25
8. 自分がしたことではないのに謝る。	.22	.49	.43
削除された項目			
7. 医師の機嫌を伺う。	.23	.21	.16
10. 他のスタッフの自分勝手を指摘できない。	.36	.37	.46
因子寄与 (回転後の負荷量平方和)	4.84	4.44	
第1因子と第2因子の因子間相関	.71		

顔で応じる”, “ネガティブな気分でも笑顔で患者に対応する”等の6項目で構成されていた。意図的に本音を抑制する, また, 場合によっては本音と別のメッセージを表出するという内容の項目で構成されていたため, 名前を“表出制御”因子とした。表出制御因子の信頼性係数は.78であった。信頼性について, 内的整合性は問題が無いといえる。病院間に差があるか確認するため, 病院を独立変数とする一要因分散分析を行ったところ, どちらの因子を従属変数とした場合でも有意差は見られなかった(表出不能: $F(6, 438) = 0.51, ns$, 表出制御: $F(6, 440) = 0.62, ns$)。

各尺度については, 逆転項目の処理をした後に, 下位尺度ごとに該当する項目の得点を合計して項目数で割ったものを分析に用いた。したがって, 得点の範囲は, “本音の抑制”及び対人ストレスが0から3となり, 社会的自己制御が0から4となっている。組織風土は“いいえ”を0とし, “はい”を1として上記と同様に得点を算出したため, 得点の範囲は0から1となっている。各変数の平均及び標準偏差についてはTable 2に示す。

確認のため, 病院の規模による差について対応のないt検定で分析した。200床以下を小規模とし, 400床以上を大規模とした(200床から400床の病院はもともと本調査の対象に含まれていなかった)。ただし, 大学病院は規模という点以外にも異なる特

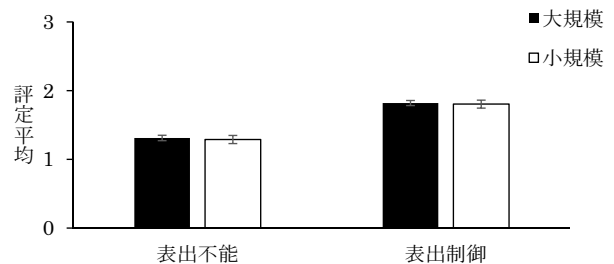


Figure 1 病院規模別の“本音の抑制”の評定平均 (エラーバーは標準誤差を示す)

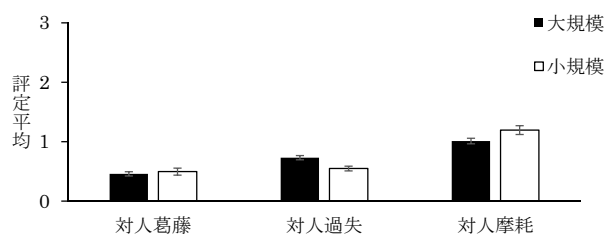


Figure 2 病院規模別の対人ストレス (上司・先輩)の評定平均 (エラーバーは標準誤差を示す)

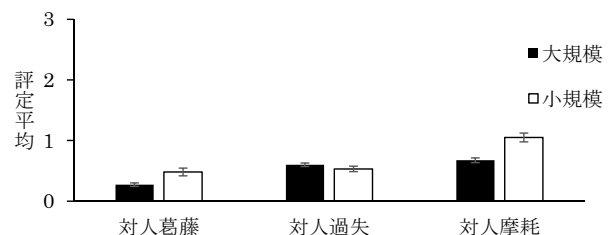


Figure 3 病院規模別の対人ストレス (同僚)の評定平均 (エラーバーは標準誤差を示す)

徴があり、また本調査では一部の部署のみから協力を得ていたため、このt検定においては分析から除外した(除外せずに分析してもまったく同様の結果であった)。分析の結果、“本音の抑制”についてはいずれの因子も規模による差は見られなかった(Figure 1, 表出不能: $t(401) = 0.30, ns$, 表出制御: $t(404) = 0.23, ns$)。上司・先輩との間に生じる対人ストレスについてFigure 2に示す。分析の結果、対人葛藤は規模による差が見られなかった($t(402) = 0.52, ns$)。対人過失は小規模の方が大規模より有意に低かった($t(280.19) = 3.44, p < .001$)。逆に、対人摩擦は大規模の方が小規模より有意に低かった($t(402) = 2.07, p < .05$)。同僚との間に生じる対人ストレスについてFigure 3

に示す。分析の結果、対人葛藤及び対人摩擦は大規模の方が小規模より有意に低かった(対人葛藤: $t(145.94) = 3.00, p < .01$, 対人摩擦: $t(403) = 4.80, p < .001$)。対人過失は規模による差が見られなかった($t(399) = 1.21, ns$)。社会的自己制御についてFigure 4に示す。分析の結果、自己主張は大規模の方が小規模より有意に低かった($t(166.03) = 2.66, p < .01$)。感情・欲求抑制は規模による差が見られなかった($t(402) = 0.94, ns$)。組織風土についてFigure 5に示す。分析の結果、組織環境性は小規模の方が大規模より有意に低かった($t(379) = 3.62, p < .001$)。伝統性は規模による差が見られなかった($t(155.12) = 0.20, ns$)。t検定の結果を通して見ると、“本音の抑制”については差が見られなかったが、概ね大規模の方が組織内で気を遣わずに済む状況にあるといえる。ただし、小規模の場合、人数が少ない分、個々のスタッフと関わる機会が相対的に多い可能性やコミュニケーションが密である可能性もあるため、そのような変数を統制しても差が出るのか検討する必要がある。また、そのような要因によって小規模であるからこそ大規模より獲得しやすい資源もあると考えられる。

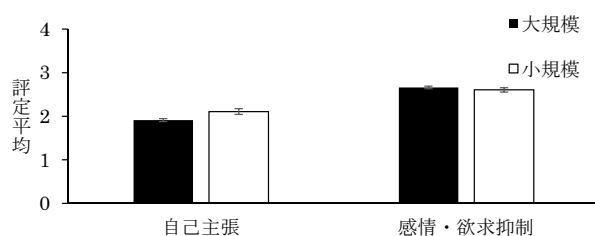


Figure 4 病院規模別の社会的自己制御の評定平均 (エラーバーは標準誤差を示す)

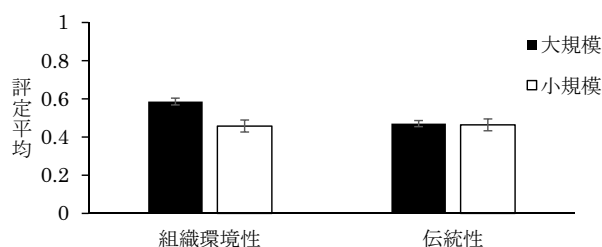


Figure 5 病院規模別の組織風土の評定平均 (エラーバーは標準誤差を示す)

規模の他に、各変数について部署による差を確認することで専門性との関連を検査することが可能であるという考え方もありうる。しかし、人数が最多の部署が混合病棟であり、その内容も様々である。つまり、現在の病院において部署 = 専門という図式が必ずしも成り立つわけではない。また、詳しくは後述するが、部署ごとに必ずしも一貫した傾向が見られるわけではないことが級内相関係数により示された。そのため、部署間の差については分析しなかった。

Table 2 本音の抑制と対人ストレス、社会的自己制御、組織風土の相関及び各変数の平均と標準偏差

	M	SD	表出不能	表出制御
表出不能 (本音の抑制)	1.30	0.65		
表出制御 (本音の抑制)	1.80	0.63	.62 ***	
上司・先輩 対人葛藤 (ストレス)	0.44	0.61	.50 ***	.39 ***
上司・先輩 対人過失 (ストレス)	0.66	0.57	.29 ***	.19 ***
上司・先輩 対人摩擦 (ストレス)	1.03	0.78	.59 ***	.56 ***
同僚 対人葛藤 (ストレス)	0.31	0.54	.36 ***	.28 ***
同僚 対人過失 (ストレス)	0.57	0.51	.27 ***	.17 ***
同僚 対人摩擦 (ストレス)	0.76	0.71	.40 ***	.41 ***
自己主張 (自己制御)	1.98	0.59	.24 ***	.07
感情・欲求抑制 (自己制御)	2.63	0.53	.05	.13 **
組織環境性 (組織風土)	0.56	0.30	.22 ***	.23 ***
伝統性 (組織風土)	0.45	0.29	.31 ***	.15 **

** $p < .01$, *** $p < .001$

次に、本研究の目的である“本音の抑制”の各因子と他の尺度の下位尺度との間で Pearson の相関係数を求めた (Table 2)。その結果、“本音の抑制”の各因子と対人ストレスの各下位尺度の間には有意な正の相関が見られた ($r_s = .17 - .59, p < .001$)。特に、対人摩擦との相関係数が高いことから、関係維持のために抑制しているという特徴が示されている。しかし、対人葛藤とも正の相関が見られることから、葛藤が起こりやすい環境において本音を抑制しても葛藤を避けきれないわけではないといえる。社会的自己制御との関連については、表出不能因子と自己主張との間に有意な負の相関が見られた ($r = -.24, p < .001$)。しかし、感情・欲求抑制との間には有意な相関は見られなかった ($r = -.05, ns$)。一方で、表出制御因子については、自己主張との間に有意な相関は見られず ($r = -.07, ns$)、感情・欲求抑制との間に有意な正の相関が見られた ($r = .13, p < .01$)。したがって、“本音の抑制”は社会的自己制御という個人要因を反映しているといえる。また、今回の調査では社会的自己制御に関して“職場以外でのあなたについて”という教示を強調して回答を求めたが、それでも職場における“本音の抑制”と対応する形で相関が見られたことから、状況によらず一貫した個人要因として影響を受けているといえる。組織風土との関連については、各因子共に組織環境性と有意な負の相関が見られた (表出不能: $r = -.22, p < .001$, 表出制御: $r = -.23, p < .001$)。また、伝統性とは有意な正の相関が見られた (表出不能: $r = .31, p < .001$, 表出制御: $r = .15, p < .01$)。なお、表出不能、表出制御と年齢、看護師としての経験年数、現在の部署での経験年数

の相関はすべて有意ではなかった ($r_s < .07, ns$)。松本・臼井 (2010) の結果では、本音の抑制と経験年数には弱いながらも有意な正の相関が見られた。そこから管理職を除いた分析結果では、15年以上は4年未満より有意に低かったが、それ以外に基本的には経験年数による違いは見られなかった。ただし、本研究も松本・臼井 (2010) もイベントの生起に焦点を当てているため、イベント前の備えやイベント後の対処については年齢や経験年数によって異なる可能性が残っている。

次に、社会的自己制御と組織風土及び交互作用項を独立変数とし、“本音の抑制”の各因子を従属変数とする階層的重回帰分析を行った (Table 3)。なお、“本音の抑制”の片方の因子を従属変数とする際にもう片方の因子を統制変数として投入することも試したが、解釈不可能な符号が見られ、多重共線性が疑われる結果となった。そのため、以降は統制変数を投入していない結果を示す (交互作用項及び統制変数については前田 (2008) 参照)。Step 1 では、社会的自己制御と組織風土それぞれの下位尺度を強制投入法で投入した。Step 2 では、社会的自己制御の下位尺度2つと組織風土の下位尺度2つのそれぞれについて中心化してかけ合わせた4つの交互作用項を強制投入法で投入した。その結果、表出不能、表出制御共に Step 1 の分散説明率は有意であった (表出不能: $R^2 = .19, p < .001$, 表出制御: $R^2 = .10, p < .001$)。Step 1 で投入した変数の標準偏回帰係数は Pearson の相関係数とほとんど違いが無かった。Step 2 の分散説明率は有意ではなかった (表出不能: $R^2 = .01, ns$, 表出制御: $R^2 = .01, ns$)。したがって、社会的自己制御と組織風

Table 3 社会的自己制御、組織風土を独立変数、本音の不出を従属変数とする階層的重回帰分析

独立変数	表出不能		表出制御	
	R ²		R ²	
Step 1	.19 ***		.10 ***	
自己主張 (自己制御)	.23 ***		.07	
感情・欲求抑制 (自己制御)	.05		.14 **	
組織環境性 (組織風土)	.20 ***		.25 ***	
伝統性 (組織風土)	.28 ***		.13 **	
Step 2	.01		.01	
自己主張 × 組織環境性	.05		.03	
自己主張 × 伝統性	.01		.03	
感情・欲求抑制 × 組織環境性	.01		.00	
感情・欲求抑制 × 伝統性	.06		.06	
Total R ²	.20 ***		.11 ***	

** $p < .01$, *** $p < .001$

土の組み合わせによる効果は無く、それぞれ独立に“本音の抑制”と関連しているといえる。

本研究の場合、もし“本音の抑制”のデータに階層性があればマルチレベル分析の使用もありうるが、以下のような問題がある。まず、欠損値のないデータが5名分以上ある部署を集団レベルとみなして1グループとすると全体で18グループとなった(1グループ最多39名)。ただし、これは病院というさらに上位レベルの組織を無視して部署のみで分けているため、グループ間は必ずしも独立とは限らない。この時点で既に問題であるが、その上で念のために従属変数である“本音の抑制”について、清水他(2006)のHADにより級内相関係数を算出したところ表出不能は-.02(ns)、表出制御は.01(ns)であった。1グループの平均人数が18.04名であったため、今回のデータでとりうる最小の級内相関係数を計算すると-.06となる(計算方法は清水(2014)参照)。その点も考慮すると部署間の分散はほとんどなく、むしろ個人による分散が大きいといえる。

総合考察

本研究では、看護師の“本音の抑制”と社会的自己制御及び組織風土の関連について検討することを目的として、予備調査及び本調査を実施した。本調査の因子分析の結果、表出不能因子及び表出制御因子が見出された。表出不能、表出制御共に対人ストレスと正の関連が確認された。上司、同僚共に特に対人摩擦との関連が見られ、日常的に抑制されている本音は表面化することがなくストレスとなると考えられる。また、個人要因の社会的自己制御及び環境要因の組織風土による関連も確認された。特に、社会的自己制御との関連について、表出不能は自己主張との有意な負の相関が見られ、表出制御は感情・欲求抑制との有意な正の相関が見られるという特徴の違いも示された。したがって、表出不能は社会的自己制御の能力があれば回避できる可能性があるのに対し、表出制御は能力があるがゆえに生起する可能性が増すという点で異なる。一方で、組織風土との関連については因子ごとの明確な特色は見られなかった。したがって、“本音の抑制”は自己主張の低さまたは感情・欲求抑制の高さという個人要因によってのみ経験されるのではなく、個人が置かれている環境の要因も関連しているためにその

ような経験は常態化するといえる。

“本音の抑制”は2因子で構成されていたため、現場のコミュニケーションにおけるストレスについて対応する際は表出不能と表出制御の両方を考慮する必要があるといえる。特に組織風土は両因子との関連が見られたことから、社会的環境要因の改善は表出不能と表出制御の両方への効果が期待できる。それに対し、特にどちらかへの対応を考える際は因子ごとに異なる関連が見られた社会的自己制御へのアプローチが有効であると考えられる。ただし、表出制御については感情・欲求抑制の能力の高さが関連している。看護師の感情労働という側面において、この能力は職務の遂行のために求められる能力である。そのため、感情・欲求抑制の能力を下げるという方法は現実的ではない。したがって、表出制御については特に社会的環境要因からのアプローチが必要であると考えられる。それにより、看護師間では過度に本音を抑制せずにコミュニケーションが可能となるよう考えていく必要がある。

なお、検討すべき課題も3点ある。まず1点目は、この尺度の内容は看護師に固有であるのかという疑問が残る。本研究の予備調査で集められた自由記述データは看護師に特有のものであるのか、もし看護師以外と内容的にほとんど違いが無い場合でもそこに至る心的過程等に違いが無いのか検討する必要がある。2点目の課題は、予備調査の質問紙において例示した項目により自由記述の回答が完全に自由ではなくなり、本調査の因子分析による2因子に反映された可能性の検討である。基本的には、定義に沿うように記述を集めたが、記述された内容が“本音の抑制”のすべてであるのかは疑問が残る。たとえば、本調査では削除したが、予備調査の自由記述では先輩という立場特有の事例も複数名により回答されていた。看護師の多くはプリセプター制度等により後輩指導が業務の一部となっているため、このような先輩特有の事例はさらに掘り下げた検討が必要であるといえる。今後は、面接調査で協力者に定義を伝えながら本研究で想定される範囲外の“本音の抑制”が無いのか確認することも必要である。3点目の課題は、本調査において部署を集団レベルとみなした場合に級内相関係数が極端に低かったことである。“本音の抑制”について部署という単位が意味をなさない理由として、部署内で本音を抑制する側とさせる側に分かれている可能性も考えられる。また、松本・臼井(2012b)の面接調査では、

職場全体の雰囲気や自分が直接関わっている葛藤だけではなく、他のスタッフ間の葛藤により本音を抑制するようになることも示されている。したがって、組織風土についてのマクロな検討だけではなく、組織内のインフォーマル・グループについての検討も必要である。

引用文献

Abrams, D. (1994). Social self-regulation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 473-483.

足立はる糸・井上真人・井奈波良一 (2005). 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 — *産業衛生学雑誌*, 47, 1-10.

足立はる糸・井上真人・井奈波良一・岩田弘敏 (1999). 某公立病院看護婦の精神健康度及びストレス対処行動についての検討 — Stress & Stress Coping Questionnaire を用いて — *産業衛生学雑誌*, 41, 79-87.

Allen, N. J. & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 1-18.

藤原千恵子・本田育美・星 和美・石田直子・石井京子・日隈ふみ子 (2001). 新人看護婦の職務ストレスに関する研究 — 職務ストレス尺度の開発と影響要因の分析 — *日本看護研究学会雑誌*, 24, 77-88.

福井里江・原谷隆史・外島裕・島悟・高橋正也・中田光紀...廣田靖子 (2004). 職場の組織風土の測定 — 組織風土尺度 12 項目版 (OCS-12) の信頼性と妥当性 — *産業衛生学雑誌*, 46, 213-222.

Gray-Toft, P. & Anderson, J. G. (1981). The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3, 11-23.

Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent Consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.

Halbesleben, J. R. B. & Buckley, M. R. (2006). Social comparison and burnout: The role of relative burnout and received social support. *Anxiety, Stress, and Coping*, 19, 259-278.

原田知佳・吉澤寛之・吉田俊和 (2008). 社会的自己制御 (Social Self-Regulation) 尺度の作成 — 妥当性の検討および行動抑制/行動接近システム・実行注意制御との関連 — *パーソナリティ研究*, 17, 82-94.

橋本 剛 (2005). 対人ストレス尺度の開発 — 静岡大学人文学部人文論集, 56, 45-71.

東口和代・森河裕子・三浦克之・西条旨子・田畑正司・中川秀昭 (1998). 臨床看護職者の仕事ストレスについて — 仕事ストレス測定尺度の開発と心理測定学的特性の検討 — *健康心理学研究*, 11, 64-

72.

Hochschild, A. R. (1983) *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkley: University of California Press.

(ホックシールド A. R. 石川 准・室伏亜季 (訳) (2000). 管理される心 — 感情が商品になるとき — 世界思想社)

稲岡文昭 (1995). 人間関係論 — ナースのケア意欲とよりよいメンタルヘルスのために — 荒井蝶子・古庄富美子・稲田美和・杉谷藤子 (監修) 看護管理シリーズ2 日本看護協会出版会

一瀬貴子 (2006). 介護職・看護職の職務バーンアウト研究の現状と課題 関西福祉大学研究紀要, 9, 101-117.

梶原睦子・八尋華那雄 (2002). 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*, 19, 65-70.

厚生労働省 (2011). 看護職員就業状況等実態調査結果 厚生労働省 2011年3月31日 Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000017cjh.html> (2015年2月27日)

Lambert, V. A., Lambert, C. E., & Ito, M. (2004). Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 85-97.

Leiter, M. P. & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 2, 297-308.

前田和寛 (2008). 重回帰分析の応用的手法 — 交互作用項ならびに統制変数を含む分析 — *比治山大学短期大学部紀要*, 43, 69-73.

松本友一郎・臼井伸之介 (2010). 医師及び他の看護師との関係における対人ストレスが看護師のバーンアウトに及ぼす影響 *応用心理学研究*, 36, 1-12.

松本友一郎・臼井伸之介 (2012a). 看護師の葛藤対処行動が日常の認知的失敗傾向に及ぼす間接的影響 — 媒介要因としてのストレス及びバーンアウトの効果 — *産業・組織心理学研究*, 25, 121-133.

松本友一郎・臼井伸之介 (2012b). 職場の対人関係が新人看護師の精神的健康に影響を及ぼす過程に関する質的検討 *産業・組織心理学研究*, 25, 135-146.

荻野佳代子 (2004). 看護職におけるバーンアウトプロセスモデルの検討 *産業・組織心理学研究*, 17, 79-90.

Prins, J. T., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., Gazendam-Donofrio, S. M., van de Wiel, H. B. M., Sprangers, F., Jaspers, F. C. A., & van der Heijden, F. M. M. A. (2007). The role of social support in burnout among Dutch medical residents. *Psychology, Health & Medicine*, 12, 1-6.

清水裕士 (2014). 個人と集団のマルチレベル分析 ナカニシヤ出版

清水裕士・村山 綾・大坊郁夫 (2006). 集団コミュニケーションにおける相互依存性の分析(1) — コミュニ

- ケーションデータへの階層的データ分析の適用 —
電子情報通信学会技術研究報告, 106 (146), 1-6.
- 田尾雅夫・久保真人 (1996). パーンアウト理論と実際
— 心理学的アプローチ — 誠信書房
- 塚本尚子・浅見 響 (2007). 病棟の組織風土が看護職の
パーンアウトに及ぼす影響についての検討 健康心
理学研究, 20, 12-20.
- Verbeke, W., Volgering, M., & Hessels, M. (1998).
Exploring the conceptual expansion within the field
of organizational behaviour: Organizational cli-
mate and organizational culture. *Journal of
Management Studies*, 35, 303-329.
- 和田由紀子・佐々木裕子 (2006). パーンアウトと対人
関係の様相 — 緩和ケア病棟に勤務する看護師の全
体・年代別分析 — 日本看護科学会誌, 26, 76-86.

脚注

- 1) 本研究は JSPS 科研費 25780379 の助成を受けて実施した。
- 2) 本研究の質問紙作成及びデータ収集にあたり、回答だけでなく、仲介、配布、回収と多くの方からご協力を賜りました。また、中京大学大学院心理学研究科（当時所属）の上野莉子氏、増田亜希氏には自由記述の分類にご協力をいただき、その他にも学生アルバイトの方々にデータ入力等でお世話になりました。皆様のご厚意に心より感謝を申し上げます。
- 3) emotion regulation の訳語は他にもあるが、本研究では現時点で最も一般的に用いられている“感情制御”という訳語を用いる。
- 4) 原田他 (2008) は社会的自己制御を英語で social self-regulation と表記している。一方で、Abrams (1994) も同じく social self-regulation という概念を提唱している。しかし、後者は social identity と self-awareness を統合したモデルとして提案されたものであり、また、原田ら (2008) はこの文献を引用していないことから、両者は別の概念として提案されたものと考えられる。