

報告・資料

## 看護師業務における感情管理の特徴 —テキストマイニングを用いた面接記録の探索的分析—<sup>1</sup>

関谷大輝 \*・伊藤まゆみ \*\*・金子多喜子 \*\*\*

### Dimensions of emotion management among nurses : Exploratory analyses of interview data by text-mining approach

Daiki SEKIYA, Mayumi ITO, Takiko KANEKO

#### Abstract

This study aimed to describe dimensions and directions of emotion adjustment among nurses during work. Fifteen practicing nurses answered semi-structured interview, and the collected narrative data was analyzed by text mining. Results from analyzes of frequently-appearing words, hierarchic cluster analysis, and co-occurring network suggest three important points of emotion adjustment among nurses : a) main object of emotion adjustment is for patients, b) emotion adjustment for colleagues often have an more important implication than these for patients, c) emotion adjustment can become persistent in some nurses. These points are confirmed through checking raw narrative texts. We discussed the necessity of conducting quantitative empirical research in accord with suggestions from this study, and to provide practical strategy to cope with stress derived from emotion adjustment.

Keywords: emotion adjustment, nurses, emotional labor, text mining

看護師の職務は、人の健康や生死にも関わる責任重大なものである。近年では、“特定行為にかかる看護師の研修制度<sup>2)</sup>”の開始に見られるように、地域医療や地域福祉の場においても、看護師が担う役割への期待が増大しつつある。その反面、看護師の不足がしばしば指摘されている(韓, 2012; 厚生労働省, 2013)ことは看過できない問題であり、増大する社会的ニーズに看護師が応えるには、看護師の質的、量的な充実を図ることが望まれる。これを実現していくためには、看護師を新規に養成することはもちろん、既に看護師として活躍している現職の看護師にとって、より良い

就労環境を構築し、離職を防ぐための対策を講じていくことも重要な課題となる(厚生労働省, 2013)。

看護師は、対人的な職業であるがゆえに、その職業ストレスも大きいことが、数多くの研究によって明らかにされてきた(e.g., 田尾, 1989)。看護師の職業ストレス研究においては、そのストレスサーとして、役割荷重感、役割不十分感、役割曖昧感(高橋・吉村, 2015)をはじめ、同僚との葛藤や看護における不全感(安東・片岡・小林, 2006)など様々な要因が挙げられている。また、看護師は、“感情労働”(Hochschild, 1983)として

\* 東京成徳大学(Tokyo Seitoku University)  
\*\* 共立女子大学(Kyoritsu Women's University)  
\*\*\* 杏林大学(Kyorin University)  
受領2016.8.21 受理2017.9.28

の特徴を持つ職業である(武井, 2001, 2006)ことも忘れてはならない。感情労働においては、労働者は自らの感情状態を職務上の必要に応じて抑制したり、役割上望まれる感情表現を意図的に作り出したりする感情管理によって、感情を適切にコントロールすることを求められる。

感情管理はストレスサーとなり得ることから、片山(2010)は、感情労働の内容に応じた看護師のメンタルヘルス対策が必要であることを指摘している。また、榊原(2015)では、看護師の感情管理方略のひとつである認知的感情制御が、バーンアウトの一症状である情緒的消耗感を媒介し、転退職意思を高めることが明らかにされている。すなわち、現職の看護師のストレスマネジメントを検討する上で、看護師が職務中に行わねばならない感情管理は、重要な着眼点の一つであるといえよう。

看護師の職務を感情労働と捉え、看護師における感情管理の影響を検討する研究は既に行われている。しかし、たとえば、榊原(2015)では、認知的感情制御が行われる場面对患者関係に限定されて取り上げられている。このほかにも、看護師を対象とした感情労働研究の多くでは、看護師が感情管理を行う対象者として、まず患者が取り上げられる例が多いのが特徴である(e.g., 片山・小笠原・辻・井村・永山, 2005)。看護師における感情労働について体系的に論じた武井(2001)も、看護師が行う感情管理場面として、主に対患者関係を数多く例示している。これは、看護師の第一義的な職務が患者のケアであり、患者のニーズに応える役割が期待されていることを考慮すれば、必要かつ当然のことであるかもしれない。

しかし、看護師業務の中では患者以外の他者とのつながりも重要な意味を持っており(撫養・勝山・尾崎・青山, 2011)、新人看護師を対象とした調査では、スタッフ間の人間関係の質によって、看護師としてのキャリアの成熟が阻害されたり(中原・亀岡, 2010)、精神健康度が悪化(水田,

2004)したりする可能性があることが示されている。さらに、チーム医療が推進されている昨今は、看護師はチーム医療のキーパーソンとして位置づけられており(厚生労働省, 2010)、現代の看護師にとって、患者のケアを効果的かつ適切に進めるために、医療機関等の組織の内外において、同僚看護師や医師、あるいはコメディカルスタッフ等と協働することの重要性は高まっているといえるだろう。

したがって、看護師の職業ストレスという視点に立てば、職務中の感情管理の対象は、患者に限定せずに考える必要がある。しかし、これまで、看護師の感情管理の具体的な内容や実態に関しては、十分に検討されてきたとは言い難く、そもそも看護師が日常業務の中でどのような感情管理を行っているのかについて、明らかになっていない点も少なくない。感情管理の具体的な対象者をはじめ、看護師という職種における感情管理の特徴についてさらなる情報を得て整理することは、今後の看護師の職業ストレス対策の効果を高め、看護師の職業適応を促進することや、ひいては、患者に対する良質なケアの提供にも寄与すると考えられる。

そこで、本研究では、看護師が職務中に行う感情管理の対象や内容を含む諸実態と、その特徴について記述的に明らかにすることを目的とする。これによって、今後の実証的検討において注目すべきポイントに関する示唆を得ることを目指す。

## 方法

**調査協力者** 本研究では、現職の看護師を対象に職務中の感情管理に関する面接調査を実施した。調査協力者は、経験年数が10年未満の看護師15名(女性9名, 男性6名)とした。調査協力者の選定基準を決定するにあたっては、看護師の長期病気休暇理由の約3分の1がメンタルヘルス不調であり、このうち約半数に当たる46.7%を20歳代

の常勤看護職員が占めていること（公益社団法人日本看護協会，2012），ならびに，比較的経験年数が短い看護師においてバーンアウト傾向が高いという報告例が多いこと（本村・八代，2010）を踏まえ，調査協力者数の確保も考慮して決定した。協力者の年齢は22—35（平均27.73，SD = 3.20）歳，看護師としての職務経験年数は1—9（平均4.8，SD = 2.51）年であった。勤務先は，関東圏内の200床以上の総合病院で，担当する診療科は一般内科系・外科系病棟，外来，救命センターを含むものであった。なお，各協力者は，スノーボールサンプリングによって協力依頼を行ったうえで面接調査を実施した。

**手続き** 面接調査のテーマは，“日頃働く中で行っている感情の管理について”とした。面接の中では，“職務中に自らの感情状態を必要に応じてコントロールする”という感情管理場面の経験について，仕事に，（a）本心と異なる感情を表出すること，（b）表出した感情を悔いること，（c）職務上の感情表現が個人的な価値観に合わないと感じること，（d）感情への対処方法，という4点の質問事項を設定し，これらについて，半構造的に逐次質問した。面接のやり取りは，調査協力者の承諾を得てICレコーダーを用いて録音した。なお，面接者は，大学院において心理学の専門教育を受けた経験を有する女性看護師2名であった。面接は面接者と調査協力者が一対一になれる大学内の一室，または調査協力者が希望する場所において行われ，所要時間の平均は44.53（SD = 10.03）分であった。面接の実施時期は，2014年7月—2015年2月であった。

**倫理的配慮** 本研究は杏林大学研究倫理審査専門委員会による審査および承認を得て行われた。面接時には，面接者が調査協力者に対して研究目的やデータの取り扱い，研究協力は任意であること，個人の特定が可能な形での公表は行わないこと等について，説明用紙を示しながら口頭でも併

せて伝達し，協力への同意を得てから面接手続きに入った。

## 結果と考察

**分析方針および分析の準備** 本研究では，協力者個々の経験について事例研究的に取り上げるのではなく，全協力者の語りにも共通する主要な要因や傾向を明らかにすることを重視し，テキストマイニングによる分析と考察を初めに行った。その後，この考察内容の妥当性について，ローデータに見られる発言内容を個別に確認する手順を踏んだ。

分析に先立って，面接において録音された音声をすべてテキストデータ化した。ここから，面接者による質問や発言部分を除き，調査協力者の発言部分のみを抽出したところ44,885単語（79,756文字）が得られた。以後，これを調査協力者の語りデータとして分析に用いた。なお，面接場面では前述の4つの質問事項について逐次質問したが，各質問に対する回答内容を総合的に確認したところ，既出の質問内容に再度触れ直した回答や，複数の質問内容に横断的に関連する回答が多く見受けられた。よって，分析において4つの質問事項ごとに回答データを分割して扱うことは不相当であると判断し，全ての回答を“日頃，看護師として働く中での感情管理に関連した包括的な語り”と見なし，一括して分析した。分析には，KHcoder（樋口，2014）を使用した。

**感情管理の対象者の確認** 最初に形態素解析を行い，語りデータの中から頻出語を品詞別に出力した。そのうち，人物を示す名詞（“患者”，“先生”など）を感情管理場面における対象者と見なし，出現頻度10回以上のものを抽出してTable 1に示した。この結果，感情管理を行っている主体である“自分”や“自身”を除くと，対象者と考えられる語の中で最多であったものは“患者”であり，249回を数えた。これはすなわち，調査協力者が

Table 1 人物を表す頻出語

単語	出現回数
自分	330
患者	249
人	233
先輩	126
先生	110
家族	60
後輩	30
子	27
上司	21
スタッフ	18
医者	14
自身	14
人間	14
同僚	14
本人	11
友だち	11

注) 出現回数10回以上の語を抽出した

感情管理について語る際に“患者”という語を最も口にしたことを意味しており、看護師の感情管理は対患者場面において最も頻繁に行われていることが示唆された。

一方で、このほかの特徴として、同一職種(看護職)を表す可能性が高いと考えられる表現のバリエーションである、“先輩”、“後輩”、“子”、“上司”、“同僚”が頻出語内に確認された。これらの出現回数を合計すると218回に達し、“患者”の出現回数におおよそ匹敵した。したがって、看護職は、同一職種間のコミュニケーション場面においても、一定の感情管理を行っており、患者に対する感情管理と同様に看過できないウエイトを占めている可能性が示された。

**階層的クラスター分析の実施と解釈** 続いて、頻出語間の出現傾向の類似性をもとに、感情管理が行われている状況について検討するため、階層的クラスター分析(Ward法)を実施し、解釈可能性を踏まえてa—hの8クラスターを抽出した。デンドログラムをFigure 1に示す。なお、ここでの分析には、出現頻度が20回以上であった動詞、

名詞、形容詞、形容動詞から、語単体で具体的な意味を読み取れない動詞(“する”、“ある”、“なる”など)、および非自立の形容詞(“いい”、“やすい”など)を除いた計72語を用いた。

見出された8個のクラスターは、それぞれに含まれている語から、感情管理がどのような場面において行われているのかについて、以下のように解釈した。すなわち、クラスターa: 患者に直接対応する場面、クラスターb: 職場において同期あるいは上下関係のある同僚と話す場面、クラスターc: 上司や先輩、後輩からストレスを感じる場面、クラスターd: 病棟において医師や家族と対応しながら実際の看護を行う場面、クラスターe: 帰宅した後、クラスターf: 限られた時間の中で多忙な仕事を処理しなければならない場面、クラスターg: 対象者を問わず他者の話を聞く場面、クラスターh: 相手の思いに共感しながら感情を表現する場面、である。すなわち、これらの各場面が、看護師として仕事を進める中で感情管理が必要になる代表的な場面であると考えられた。

デンドログラム上では、クラスターaが、他のクラスターから遠く布置されている点に注目したい。次いで、クラスターbも、その他のクラスターc—hと距離があることが分かる。また、クラスターcとd、クラスターeとf、クラスターgとhは、それぞれデンドログラム上で近接したクラスターを構成している。

まず、クラスターaとクラスターbが他のクラスターから独立的に構成されていることから、看護師にとって、患者に対する感情管理および同僚に対する感情管理は、それぞれ他の感情管理とは質的に異なるものとして位置づけられていることが示唆される。なお、クラスターbとクラスターcは、ともに同僚や上司について言及されたクラスターという点では類似しているが、デンドログラム上では距離は近接していない。クラスターbは、

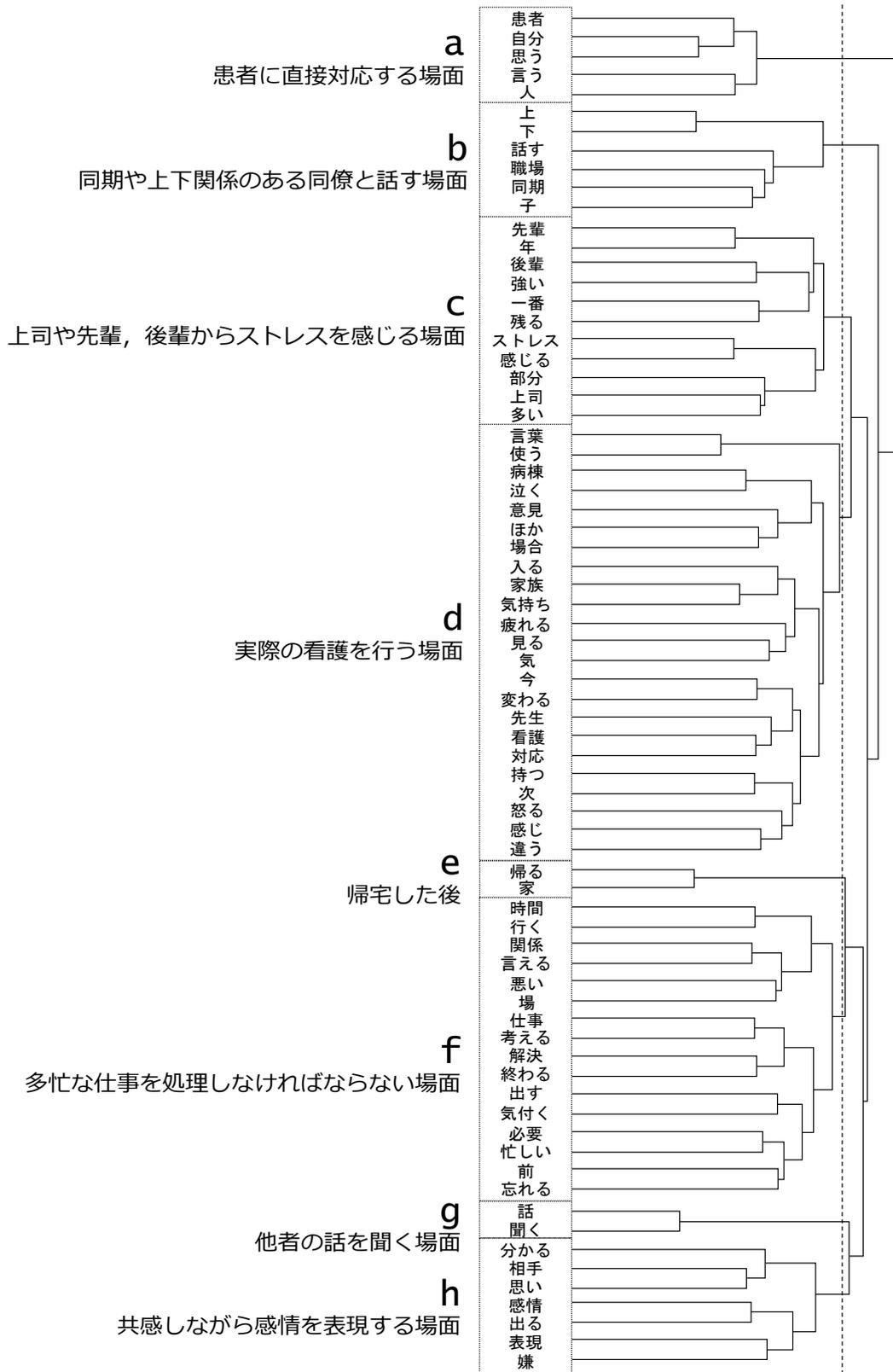


Figure 1 看護師の感情管理場面のインタビューデータによるクラスター分析結果 (デンドログラム) および各クラスター名

“同期”をはじめとした同僚と“話す”といったコミュニケーション場面を指すクラスターであると解釈できる一方で、クラスターcには“ストレス”、“感じる”、“多い”、“強い”というネガティブな感情管理場面を表す語が含まれている点が特徴である。このクラスターcはクラスターdと近接していることを考慮すると、看護を行う実践場面において同僚や上司との間で行われる感情管理が、看護師にとって特にストレスになりやすい可能性を読み取ることができるだろう。看護師にとってストレスを強く感じる場面は患者との関わりのみならず、同僚である看護師同士の関わりの中にもあり、時にはそのストレスが“多い”場合や“強い”場合もあるという解釈ができそうである。

続いて、クラスターeとfの近接からは、工作中的感情管理と帰宅後の時間の過ごし方や使い方が何らかの関連を持っていることが示唆される。また、クラスターgとhは、他者の話を聞き、共感したり感情表現をしたりする場面を示すと解釈できる。これは、看護師のみならず、対人的な職業に共通するような感情管理場面を示していると考えられる。

**共起ネットワークの描画** 続いて、頻出語間の共起関係から感情管理の特徴を把握するため、共起ネットワークを描画した(Figure 2)。分析には、階層的クラスター分析と同様の条件による72語を用いた。

共起ネットワーク上には、出現回数の多い“言う”、“思う”、“自分”、“患者”などを中心とした大きなネットワークが見られた(Figure 2のA部分)。すなわち、感情管理の場面には自らの発言や思考が伴っていること、それが患者との関わりの中で行われている例が多いことが示唆された。これは、感情管理と呼ばれる行為の中で直接的に管理されているものに、発言や思考が含まれることを意味していると考えられる。

また、職場内の上下関係を軸に、同期あるいは

先輩、上司との関係性の共起関係が見られた(Figure 2のB部分)。これは、感情管理について調査協力者が述べる際に、上下関係や上司、先輩、同期といった組織内部についての発言のまとまりが一定数見られたことを意味する。とりわけ、“言える(言えない)”という語から“上司”および“関係”への共起関係が見られたことは、“上司”という語と同時に“言える(言えない)”という語が共起しがちであったことを示している。これは、言うべきことや言いたいことを言える(言えない)上司との人間関係についての言及が多かったことを示唆しており、看護師の感情管理の特徴の一端を表していると考えられる。

このほかに、“家”、“帰る”、“気付く”といった語を含むネットワークが確認された(Figure 2のC部分)。すなわち、職務中の感情管理に関わる出来事について、家に帰った後に何らかの気付きがあるなど、帰宅後も感情管理の一部が持続したり、想起されたりしている可能性があることが示唆された。

### テキストマイニングの総合的解釈

ここでは、頻出語の抽出(Table 1)、階層的クラスター分析によるデンドログラム(Figure 1)、および共起ネットワーク(Figure 2)に示された諸分析の結果を総合的に解釈し、本研究から指摘できる看護師の感情管理の特徴とポイントを以下の3点にまとめ、さらに考察を加えたい。

**1) 患者に対する感情管理** 第一点目として、すべての結果において、看護師が感情管理を行う最大の対象者は患者であることが示唆される結果が見られた。患者対応や患者とのコミュニケーションは、看護師の本来業務の中心を占めるものである。対患者の感情管理は最も頻度や重要性が高い中心的な感情管理であることが確認された。また、他の対象者に対する感情管理とは質的に異なる可能性も示唆された。

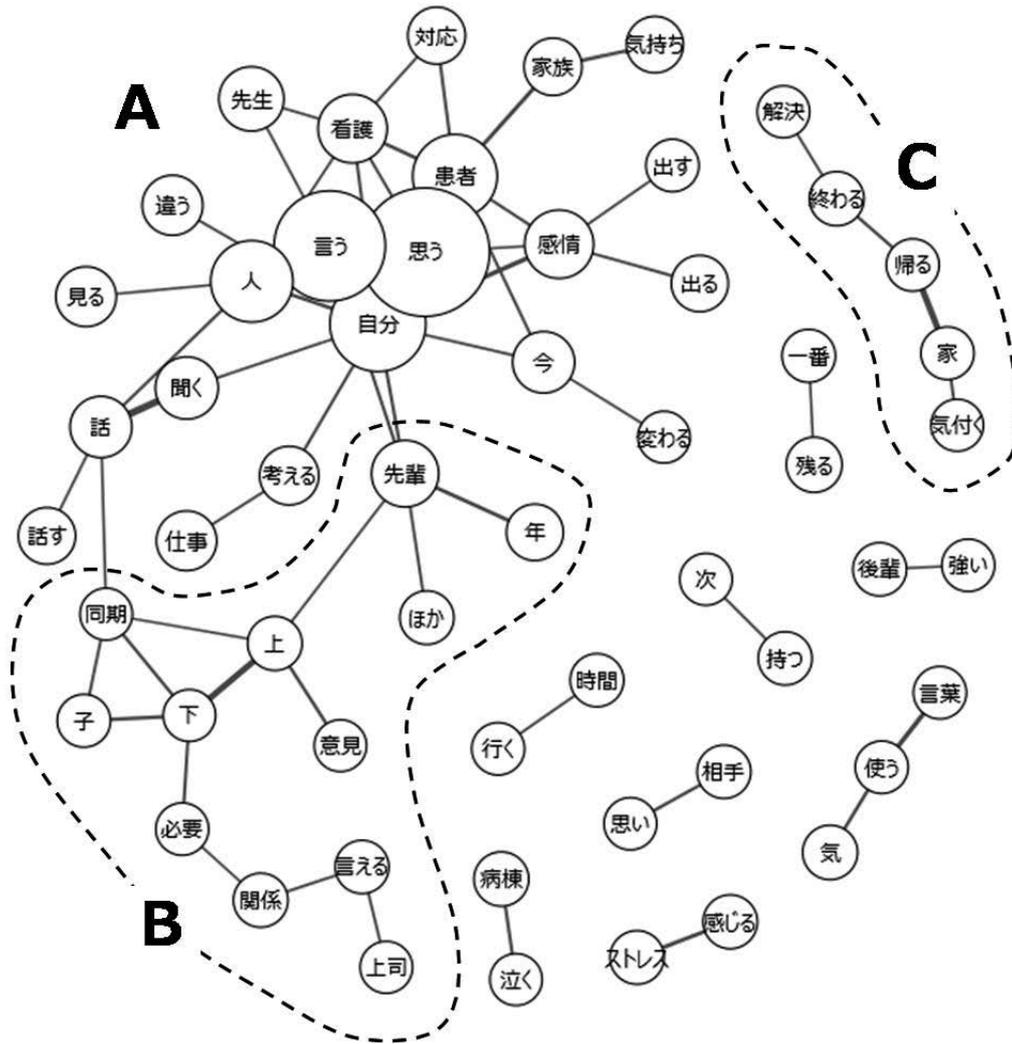


Figure 2 看護師の感情管理場面のインタビューデータによる共起ネットワーク図

注) 円が大きい場合は, 出現回数が多いことを意味する。また, 語の位置関係や方向, 距離は意味を持たない。

2) 同僚間における感情管理 第二点目として, 患者に対する感情管理に加えて, 本研究では, 看護職同士での感情管理が看護師の感情管理において重要な位置を占めていることが明らかになった。特に, 上下関係を意識する“先輩”や“後輩”といった語は出現回数も多く, 看護師として働く中で, 先輩—後輩関係が重要な意味を持っていることが推察できる。

これに関連して, 発言者の意図の有無に関わらず, 先輩看護師が年少あるいは新人の看護師を指

して呼称する際に用いられていることが推察される。“子”という語が頻出語に含まれたことも特徴的な点であろう。このように, 明確な上下関係の存在をイメージさせる語が数多く見られたことは, 看護師の職域を表す特徴のひとつとして指摘できるものと考えられる。

さらに, 感情管理を必要とする頻度と, それがどの程度ストレスフルかどうかは区別して検討する必要があることを念頭に置かねばならない。Figure 1で見られたように, “ストレス”という

語は、上司との関わりや先輩—後輩関係の中で行われる感情管理に、より強く関連している可能性がある。したがって、同僚間において行われる感情管理は頻度の面では対患者場面に及ばないとしても、その中には、よりネガティブなストレスラーとしてメンタルヘルスに影響を及ぼしているものが含まれている可能性がある。

**3) 帰宅後の感情管理の持続** 第三点目として、Figure 1およびFigure 2から、感情管理の必要性は勤務中の職場内にとどまらず、それが解決しない場合には帰宅中あるいは帰宅後にも持続する場合があることや、勤務中の出来事に対する“解決”や“気付き”が、勤務時間後に得られる場合があるという可能性が示された点を挙げたい。これは、職業ストレス対策を考える際に、勤務時間中のみならず、勤務時間外も含めた思考や認知、対処まで想定する必要性を示唆する結果だといえよう。

#### ローデータとの照合

ここまでの分析と解釈を踏まえ、全回答者の実際の発言内容(ローデータ)を参照し、本研究で見出された上述の3点のポイントと、実際の発言内容の主旨の間に齟齬が見られないことを確認した。これは、テキストマイニングにおいては、形態素解析の段階で活用語が原型に戻され、データ出力の解釈の際に肯定形と否定形の区別ができない場合があるなど、具体的な情報が一定程度捨象されることが避けられないため、ここまでの考察や解釈が妥当であるかどうかを確認するためである。

各協力者の発言のうち、上述した1), 2), 3)の3点のポイントに強く関連すると見なされた各協力者の実際の発言を、抜粋してTable 2aおよびTable 2bに示す。なお、個人の特定につながる可能性がある発言内容は、その主旨が改変されない程度に言葉づかいや表現の一部を修正して記載した。

患者に対する感情管理は全ての協力者が行って

いる旨の発言が見られ、これは本研究の分析結果を裏付けるものであった。“イライラ(A氏,E氏,M氏)”や“納得いかない(H氏)”のように、ネガティブな感情が生じた際に感情管理を行う必要性が示されている一方で、“入院している方に気を使わせてしまうのは良くない(C氏)”,“もっと患者さんの立場に立つために(G氏)”,“寄り添える看護をしたい(L氏)”といった発言に代表されるように、単にネガティブな感情を抑制するためだけではなく、より良いケアを提供するという本来の職業的役割に則って、専門職としての感情管理が行われていることも明らかになった。

続いて、同僚間の感情管理についても、大半の協力者が具体的な例とともに感情管理を行った経験を語っていた。特に、複数の協力者において、患者への感情管理よりも看護職同士での感情管理の方がストレスフルなものであるという主旨の発言が見られた点は重視すべきであろう。G氏やH氏は、上司に対する感情管理が“一番印象に残っている”と述べており、最もストレスフルな感情管理として捉えられる可能性もある点には注意が必要である。このように、特に先輩に対する感情管理はストレスラーとして捉えられやすい可能性が示唆され、看護師として働く中で、上下関係が持つ重要性がローデータからも示されていた。これらは、上述の諸分析における解釈とおおむね合致するものであった。

その一方で、感情管理に伴うストレス経験を同僚間で共有することによって、ストレス軽減効果を得ているという協力者も見られた。たとえば、同期や友人らに体験を話すことが、感情管理への対処の一手法になっていることを述べたC氏、F氏、G氏の発言から分かることは、同僚間における感情管理は、ストレスラーになるという側面と同時に、ソーシャルサポート資源にもなり得るといった側面の両面が含まれていると考えられる。

最後に、帰宅後の感情管理の持続については、

Table 2a  
看護師の感情管理場面に関するインタビューにおける協力者の発言内容の抜粋 (1)

看護職 経験年数	a 患者に対する感情管理	b 同僚間の感情管理	c 帰宅後の感情管理の持続
A 9	<p>・ナースコールをいっぱい押す人とか、不穏な人とか。そういうときはすごいイライラして、表現するときも、押し殺すときもありますけど。あとは家族とか、いくら説明しても伝わらなかったり、一方的に言われたりとかかっていうときも、結構傾聴しなきゃいけないっていう認識があるので。</p>	<p>・患者さんはそんなでもない。上司とか先輩とか。師長さんより先輩のほうが。こっちが思っていることやこうして欲しいって言ったことに対して、でもこうでしょ、ああでしょって言われて。私は同期がいけないので、仲のいい下の子とかに、こう言われたんだけど、みたいな(愚痴をこぼす)。結局、解決の道はないので、そこで終わるといふか。</p>	<p>・家でお風呂入ってるときに、ふと今日の出来事を“そういえば”思ったり…。先輩にあんな表情しちゃったとかいうことも思い出されますけど。 ・イライラしてる感情とかがあるとき、自転車とか乗ってて思い出したときに、ふと気付くと、そのときの表情してたりする。</p>
B 8	<p>・患者さんの今までの生い立ちから考え方から、一般人にはしゃべれないようなことも受け止めるって、すごく重い。しかも病気だったり、命だったりお金だったりすることにかかわるから、聞いてすごく苦しくなったり、ずしっと疲れることもありますね。</p>	<p>・対看護師以上に、先生との関係性でイライラしたり、“考えが違っても上司だから何も言えない”って思うことがありますね。たまにホステスかな、もしくはお母さんかかって思うときがありますね。 ・私は下っ端なんですけど、40歳くらいの看護師が多いんで、その中には、やりにくい人もいます。コミュニケーション取るときは、思っていないことを言ってみたり、全然顔に出さないようにしています。</p>	<p>・看護師以外にも役割があって、その中での感情とか、やらなきゃいけない、考えなきゃいけないことがあるから。忘れよう、たいしたことじゃないって押し込めてるかもしれない。 ・夢に出てくることもあります。また失敗してる自分。</p>
C 1	<p>・患者さんと接するうえで、自分が暗い気持ちは絶対伝わるって思うので。具合が悪くて入院してる方に気を使わせてしまう、そういう思いをさせてしまうのはよくないって。</p>	<p>・私の場合はスタッフの方が(感情調整は)多いですね。自分が分からないことをすぐ先輩にすぐ聞きたいんですけど、でも、忙しそうだったり。 ・ほかの先輩に言われたことを別の先輩に伝えるときに、明らかに、前の先輩が言っていることがおかしいときも、一応気を使って、あまりオーバーに言わないようにしてますね。その先輩のことをほかの先輩に悪く言ってるような気がするので、良くないかなと思っちゃう。</p>	<p>・同期がいたころは、同期にロッカーで話をして少しすっきりはしてたんですけど、今実家に住んでるので、親にこういうことがあったとかかって言って、ちょっとはすっきりしたり。</p>
D 8	<p>・患者さんが怒ってる場合だったら、病気で入院してるっていうことで、本来のその人の感情じゃないのかなとか、自分の中で解消できなくてそう言ってるのかがなっていくふうにして。対応できるときは「困ってることがあるか」聞くし、それでも感情的になってためなら距離を置かれたりで対応してます。</p>	<p>・例えば、患者さんがスタッフに対してつらくあたって、そのスタッフはなんでこんなこと言われなきゃならないのってで怒ってて。それが先輩だったりするとその話を私にするんですけど。そういうとき、その患者さんのほうはなんか理由があったんだろうと思うし、それを言われた後輩もつらかったらうなって、どっちにつけばいいのかな、みたいに思うこととか。</p>	<p>・病院でこんなことがあって、それが生活に影響するとか、あんまりそういうことはないですね。ただ、機嫌が悪いというか、怒りで表現する先輩がいて。スタッフ間のほうが、ずっとその場にいるし、関わる機会も多いから、それは家帰ってからもちよっと引きずる。</p>
E 6	<p>・後輩が、患者さんが亡くなったときに泣きそうになっちゃって。でも、自分はそういう感情が出ないっていうか、淡々と業務をこなしてる感じが。なんか欠落してるっていうか、そういう感情が嫌になりました。 ・患者さんから「なんで来ないんだ」「遅い」って怒られたりとか、こっちもパタパタしてる場所でイライラしてるんですけど。そこは職業上言ったいけないなっていうのもあるんで。</p>	<p>・後輩の子が、上の先輩から「いろいろきて」みたいな言われて。そのあと先輩が私のところに来て、「こんなの私だったら1日でできるわ」みたいなけなしてて、認めないみたいに思ってる。私は、その子なりにすごいがんばっているところを知ってたのに「そうですね」ってそのときは話合わせちゃったんですけど、本心は、見方を変えてくれたら違うんじゃないかなって思ったり。</p>	<p>・どちらかという、職場を離れて家に帰ってから考えるタイプです。ずっと思いつめちゃう。思いつめちゃうと、疲れたってなっちゃうんで、頭切り変えようかって思うようなときもありますね。</p>
F 7	<p>・1年目のとき、受け持っていた患者さんに処置をして、その手技も先輩と一緒に確認してもらって問題なく終わったんですけど、そのあと行ってみたら患者さんが急変していて、何時間後に亡くなってしまっ。フォローの先輩も「処置のせいではない」って言ってくれたんですけど、自分にも責任があったのかもしれないっていうような思いが、いまだに残ってます。</p>	<p>・先輩や管理者から「それは違うんじゃないの」って言われたことがあって。自分で考えた意見が通らず、上の人の意見が採用されたり。 ・自分の気持ちを理解してくれるのは同期や同僚なので、そういう気持ちを同期に打ち明けたらとか、自分の悩みを聞いてもらったりして、そこで気持ちをすっきりさせる。</p>	<p>・帰る途中、電車とかバスに乗っていると、仕事のことを思い出すことがあるんですけども、実際に仕事終わって少したってみると、あのときそんな行動でよかったのになって思い返すことはよくあります。それに関してはずっと残ってますね。いまだに残ってるものもあって。</p>
G 4	<p>・入院される方の立場には立てないけど、接するときに明るく振る舞おうとはしてる。でも本当は、もつと患者さんの立場に立つために深い話を聞きたいけど、結局症状のことだけしか聞けずにやり過ごしてるって、本心とは違う自分がいるって感じますね。 ・付き添ってあげて話も聞いたけど、結局、その患者さんに何かできたのかって思っちゃう自分もいて。</p>	<p>・同じ同期で働いてきた友人が2~3人いて、飲みに行ったり遊びに行ったり。その中で仕事の話にもなるんですけど、答えが出なかったとしても、話を聞いてくれて、それで消化できてるのかなっていう感じですね。 ・上からも委員会今月やらないのっていう声もあり、でも下は、やりたくないっていう声は99パーセントっていう声も聞いている。そういう声とか、上の声とかが一番感じるかな。</p>	<p>・(仕事が終わってから思い出してしまうといことは)それはない。仕事のときは仕事のときっていう感じです。</p>

Table 2b  
看護師の感情管理場面に関するインタビューにおける協力者の発言内容の抜粋 (2)

看護職 経験年数	a 患者に対する感情管理	b 同僚間の感情管理	c 帰宅後の感情管理の持続
H 5	・患者さんの前ではそうですね。やっぱり向こうも人間なんで、向こうの感情もあります。そういうときには、相手の感情を飲まなきゃいけない立場にあるのかなと思うんで、明らかに、こっちは納得いかないクレームなんかもありますけど。	・ステーション内のおしゃべりで(消化している)。「まじむかつく」みたいに。共感する人がいるんで。 ・一番印象に残ってるのは、先輩の受け持ちの患者さんのケアを手伝って、一通り終わったので出たら、すごい形相で「もっと患者さんのまわりきれいにしなさいよ」と言われて。「いやいや、私の受け持ちじゃないでしょ」と。「すみませんでした」って言いましてけど。多分、一番つらかった。	・あまり家に持ち帰ったことはないですね。
I 5	・忙しくなったとき、必要以上のナースコールがあって、それが同じ質問っていう場合に、内心では「忙しいのになんで」っていう部分があるんですけど、でもそれを患者さんの目の前で言うことはできないです。	・多少の上下関係は必要だと思うんですけど、ときにはその上下関係をなくして、言いたいことや考えることを言うべきだと思うんですけど。どうしても言いにくい。 ・どうしても、看護師間の関係を気にしてしまっ。経験年数とかふまえて、言っていべきことなのか。自分の看護観というんですけど、それは秘めておいて、上の人たちの看護観をそのまま尊重していくほうがいいのかとか。	・どちらかというと仕事終わってからのほうが多いと思います。家帰って歩いてるときに、そういえば今日あんなことしちゃったとか、帰り道、家に帰るまでは自分でひとりで反省というか。家に帰ってご飯食べたり、テレビ見たり、まぎれることもあるんですけど、でも寝る前に、「今日やっちゃったとか」、それをずっと引きずるの。
J 6	・患者さんはお客様って言い方はよくないとは思いますが、やっぱり身内ではないじゃないですか。上司はやっぱり身内なので「？」と思う部分があったり。患者さんは「それは仕方ないって思うことの方が多くいんですね、私の場合は。	・納得がいけない部分があっても、やっぱり上司の方に対しては飲み込む部分があります。 ・あまり残さないタイプなのもあるんですけど、共有できる同僚とかに「あれはないね、みたいな感じで話したりして、そこで終わりますね。	・長期に何回も入院を繰り返していた患者さんだと、やっぱり、すごく特別な存在っていうか。ある患者さんが去年亡くなったときは、おうちに帰っても涙するときとかもありました。これはストレスとは違う感じかなと思うんですけど。 ・まったくゼロではないですけど、家にひとりで考えるっていうのは、あまりしないかもしれないです。
K 8	・(最も感情を抑えるのは)患者ですね。医者は、別に誤解されてもいいと思ってるので。患者さんは取り返しがつかなくなっちゃうところがあるので、我慢の度合いが大きいと思います。 ・女友だちだったら、「あなた、それおかしいよ」って言うけど、患者さんはお客さんなので、それはできなくて。傾聴するふりをする、同調する姿勢を見せるとか、そういうのが多いですね。	・職場でそのまま表現することは1割もないぐらいですね。上の人とか先輩が多いので、あとは先輩にもそんなにもそのまんましゃべらないほうなので、ほとんど抑圧して職場にいますね。	・プライベートと仕事とのところをちゃんと自分で分けてから残らないというか。そういうのもあると思います。
L 6	・できればこちらがすごく忙しいということを感じていただきたくないので、できるだけ穏やかな感じで接することがあります。 ・ターミナル期の患者さんやご家族と接する時、長く接してるので私も悲しくても、看護師としての言葉をかけるというか、ご家族や本人が悲しめる場所を作るといって、そういう寄り添える看護をしたいなって思うことがありますね。	・患者さんに対してのもやもやを言えるのも、職場の同僚や上司の方だったりますので。 ・自分はそのままで強く言ったつもりではなく、真剣に指導しているつもりでも、後輩にとっては強く言われたように感じたとか、ショックを受けてしまってる後輩を見ると、もうちょっと優しく言えばよかったなって反省することはありますね。	・1, 2年目とか経験年数が浅いときのほうが多かったような気がするんですけど。そのときのもやもやというか、あのときどうしたらよかったのかとか、そういうことはたまに思います。でも、そんなに持ち帰っているという印象はないですね。毎回なんとなく整理をして仕事を終えるっていう感じですね。
M 2	・信頼関係を築ける患者さんでは、「今忙しいので少ししたら対応しますね」ってお伝えするんですけど、対応注意の患者さんは、クレーム的な訴えにつながることもあるので、その場で時間を作って説明したりはしますね。そのときは、イライラしちゃったりとか、表情険しくなっちゃうこともあるんですけど、出さないようにして対応してます。	・先輩看護師から「どうしてこういう対応したの」とか「まだやってないの」とか言われることがあるんですけど、自分の感情、計画とか思ってたことは押し殺して「すみません」「これからしたいと思います」とか。先輩の言い方とか口調にもよるんですけど、言い方によっては少しイライラしたりとかはします。	・自宅に帰ってから自分の失敗を振り返ったときに、「あのときはどうしてあんな行動をしたのか、落ち着いて考えれば、判断できるような内容だった」ということを思い出して、少しづつなってきたっていうことはありました。
N 7	・そうですね、患者さんに対してが一番多いです。例えば、こっちは悪くなくても、患者さんにとってはそっちが悪いみたいなクレームがあったときは、「いや違うでしょ」って思っても、申しわけありませんっていう対応したりとかですね。	・ほとんど先輩なんですけど、これからしようと思ってたことを「なんでやってないの」と突っ込まれたり。最近はまだないかな。昔は、3年目4年目くらいまではいっぱいありました。 ・ただ、逆に後輩に対して、「あまり言う」とって思ってた言わなかったりとか、もっと強く言ったほうがいいのかもわからないけど優しく言ったり、思ってたも言わないようにしてる。	・患者さんじゃなくて後輩に対して言い過ぎた、感情むき出しで怒っちゃったときとかは、あとから「ごめんなさい」と思って。言ってから1時間後とかに、「ああ」って、冷静になって思ったりする。
O 5	・患者さんにネガティブなことと言われて、それに対して反応しないんじゃないかと、自分ネガティブな感情だっことを伝えるのも大事だと思うんですけど、急性期の不穏な患者さんで、言ってることが分からない状態に対して、こちらもネガティブな感情で返してもなんの解決にもならない。一瞬間に出ると思うんですけど、そこで抑えなきゃって。	・(感情を抑えて表現する相手は)同僚ですね。ときには上にいるリーダーとかありますし、同じ働いているスタッフでもあります。下はないですね。 ・スタッフには、なるべく平静を装うようにして表現したり、なるべく自分平静なんだと思わせるような態度を取ろうと。いつもと変わらないというふうにまわりに見せるように。	・ちょっと鬱々としたものが。ときには長く尾を引いて、仕事が終わって家に帰ったときもイライラが残ったり、あとで思い返したりしてしまうこともあります。同じような感情が、そのままの強さではないけども残る。体調が悪くなるってことではないですけど、結構強めのときには夢に現れることもあります。

帰宅後に感情管理が持続することは“ほとんどない”と回答した協力者がいた一方で、過半数の協力者は、感情管理に関連する何らかの経験を帰宅中や帰宅後にも有していた。帰宅後の感情管理の持続は、“鬱々としたものが長く尾を引く(O氏)”という例のように、職務中の出来事が未整理のまま持続的に思い出される場合もある一方で、“あとから「ごめんなさい」と思って(N氏)”という発言に見られるように、事後的に自らの経験を反省したり、捉え直しをしたりする対処行動の契機になる場合もあることが見て取れる。このほか、感情管理への具体的対処として、“気分転換(G氏)”や“(患者と)距離を置く(D氏)”といった言及もあったが、帰宅後に事後的に行われる反省のような対処スタイルが、メンタルヘルス上も重要な影響を与えている可能性がある。これらの影響や効果の相違については、今後検討の余地があるだろう。以上のとおり、勤務時間外における感情管理の持続は、全ての看護師に一般化することはできず、その影響の個人差も大きいと考えられるものの、一定程度の看護師が帰宅後にも持続的な感情管理の影響を被っていく可能性があることが明らかになった。この点も、上述の考察および解釈とローデータは概ね一致した。

### 総合考察

本研究では、看護師が業務中に行う感情管理の対象や実態を検討するため、現職の看護師への面接調査を行い、回答内容をテキストマイニングによって探索的に検討した。また、その解釈結果についてローデータとの照合を行い、看護師の感情管理の特徴として、1) 患者に対する感情管理が中心であること、2) 同僚間における感情管理も重要な意味を持つこと、3) 帰宅後にも感情管理が持続する場合があること、という3点が示された。

看護師の職務は感情労働であると言われる

(e.g., 武井, 2001)とおり、患者のケアを職務とする看護師が、患者に対して感情管理を行うことは本来業務の一部であるともいえる。本研究においても、看護師としての専門的ケアを効果的に提供するため、すなわち“患者のため”に行われる感情管理がローデータにも見られていた。もちろん、患者に対する感情管理は、看護師にとってストレスである場合も多く、この内容や影響を精査し、対処方略の検討を進めていくことが重要であることは論をまたない。

一方、本研究では、本来は同じケア提供者として働く仲間である同僚間において行われる感情管理も、患者に対する感情管理に匹敵する頻度で行われている可能性があること、同僚間の感情管理は患者に対する感情管理に比べて、よりストレスフルである場合があり得ることが示唆されたことは、看護師のストレスマネジメントを検討して行く上で重要な点である。感情管理の頻度自体は患者に対するものに及ばずとも、同僚間の感情管理が主観的には強力なストレスナーとなっているとすれば、メンタルヘルス対策上、同僚間の感情管理は無視することができない要因となる。

看護師の業務は、知識や経験の蓄積に差がある様々なキャリアを持つスタッフが、同じ職場環境の中で同様のケア業務に携わる場合が多いことが一つの特徴である。その中では、いわゆる同業者ゆえに、経験年数等を反映した技術的な巧拙や、迅速で正確な判断の可否などが、明確なスキルの差として互いに認識されやすいものと考えられる。これによって、職場内における看護師同士の上下関係はより強く意識され、特に、若年者は先輩に対して意見を述べたり、自分の考えに理解を求めたりすることを避けがちになるなど、必要以上の感情管理を行わざるを得ない状況が生まれている可能性がある。

しかし、本研究の語りの中では、同僚はストレスナーになり得ると同時に、ソーシャルサポートの

提供者にもなり得ることが述べられていた点も見逃すべきではない。上司や同僚からのサポートは、看護師のバーンアウト抑制に効果が期待できる要因である(伊奈波・井上, 2015)。看護師のメンタルヘルスを考えるうえでは、看護師同士がより相補的で建設的な関係性を維持できる職場環境を組織的に構築することが、ラインケアの一環として大きな効果を持つことが期待できるのではないだろうか。

最後に、感情労働における感情管理は、本来的には職務中に行う必要があるものである。しかし、本研究では結果的に勤務時間が終了した後も、感情管理の影響や対処を継続している協力者が複数見られた。職務中の感情管理と合わせて、勤務時間外における感情管理の実態や影響も考慮していくことが、新たな対処方略の提唱につながる可能性があると考えられる。

### 本研究の限界と今後の課題

本研究は、比較的少数の協力者に対する面接データから看護師における感情管理の特徴の一端を探索的に検討したものである。したがって、協力者の男女比、勤務先などには一定の偏りがあり、経験年数も10年未満の看護師に限定された結果の解釈であるという点は考慮する必要がある。したがって、本研究から得られた示唆を過度に一般化することには慎重でなければならない。

看護師の職務において感情管理をなくすことは事実上不可能であることを考えれば、今後は、感情管理の対象ごとに影響の相違を明らかにしていくとともに、勤務時間が終了した後の感情管理が及ぼす影響について大規模な調査等の実証研究を行い、看護師における感情管理の実態と影響プロセスについて定量的に明らかにすることが求められる。これによって、より具体的な対処方略の構築に結びつく知見を得ることが期待できるだろう。

### 文 献

- 安東由佳子・片岡 健・小林敏生 (2006). 神経難病患者のケアに携わる看護師のバーンアウトに影響を及ぼす職場環境ストレスの探索 日本看護研究学会雑誌, 29, 45-55.
- 樋口耕一 (2014). 社会調査のための計量テキスト分析—内容分析の継承と発展を目指して— ナカニシヤ出版
- Hochschild, A.R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press.
- 井奈波良一・井上真人 (2015). 女性看護師のバーンアウトと職業性ストレスの関係(第2報) 日本職業・災害医学会会誌, 63, 290-296.
- 韓 慧 (2012). 日本における看護師不足の実態 東アジア研究, 10, 1-24.
- 片山はるみ (2010). 感情労働としての看護労働が職業性ストレスに及ぼす影響 日本衛生学雑誌, 65, 524-529.
- 片山由加里・小笠原知枝・辻 ちえ・井村香積・永山弘子 (2005). 看護師の感情労働測定尺度の開発 日本看護科学会誌, 25, 20-27.
- 公益社団法人日本看護協会 (2012). 「2011年病院看護実態調査」結果速報 < [http://www.nurse.or.jp/up\\_pdf/20120806122153\\_f.pdf](http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20120806122153_f.pdf) > (2017年2月1日)
- 厚生労働省 (2010). チーム医療の推進について(チーム医療の推進に関する検討会 報告書) < <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf> > (2016年8月21日)
- 厚生労働省 (2013). 看護職員確保対策について(第33回社会保障審議会医療部会資料2) < <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000025363.pdf> > (2016年8月21日)
- 水田真由美 (2004). 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— 日本看護科学会誌, 23, 41-50.
- 本村良美・八代利香 (2010). 看護師のバーンアウトに関連する要因 日本職業・災害医学会会誌, 58, 120-127.
- 撫養真紀子・勝山貴美子・尾崎フサ子・青山ヒフミ (2011). 一般病院に勤務する看護師の職務満足を構成する概念 日本看護管理学会誌, 15, 57-65.
- 中原博美・亀岡智美 (2010). 新人人看護師の職業的成熟度に関する研究：現状及び関係する特性に焦点を当てて 看護教育学研究, 19, 21-34.
- 榊原良太 (2015). 患者との関わりにおける看護師の認知的感情制御と転退職意図の関連 感情心理学研究, 23, 12-22.
- 高橋明美・吉村恵美子 (2015). 特定機能病院における卒後2～3年目看護師のストレスとその対処の実態—OSI 職業ストレス検査による経験年数と診療科別病棟比較— 川崎市立看護短期大学紀要, 20, 25-32.
- 武井麻子 (2001). 感情と看護一人との関わりを職業とすることの意味— 医学書院
- 武井麻子 (2006). ひと相手の仕事はなぜ疲れるのか—感情労働の時代— 大和書房
- 田尾雅夫 (1989). バーンアウト—ヒューマン・サービス従事者における組織ストレス— 社会心理学研究, 4, 91-97.

## 脚 注

- 1 本研究は、科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）基盤研究Cの助成を受けて実施された。
- 2 医師又は歯科医師の判断を待たずに、所定の手順書にしたがって看護師が診療補助行為を行うことを可能にするための研修制度である。

