病院看護師の意識行動発生プロセスの分析

— バーンアウトおよび転職意図を中心として —

愛知学院大学 松 原 敏 浩 名古屋大学 水 野 智
青森県立保健大学 岩 月 宏 泰 愛知県立看護大学 鎌 倉 やよい

The Analysis of the Causal Process of Work Consciousness for Nurses
: Burnout and Intention to Quit

Toshihiro MATSUBARA Satoshi MIZUNO
(Aichi-gakuin University) (Nagoya University)

Hiroyasu IWATSUKI
(Aomori University of Health and Welfare)

Yayoi KAMAKURA
(Aichi Prefectural College of Nursing & Health)

This study examined the causal process of burnout and intention to quit for nurses.

Using 1196 nurses working at five large scale hospitals, a questionnaire survey was conducted.

The questionnaire included measures of leaderships, nurse / physician collaboration, job characteristics, hospital culture, team work, job satisfactions, burnout, and intention to quit.

The main findings were as follows.

- (1) Leadership of nurse manager had effects on hospital culture and her subordinate morale.
- (2) Nurse/physician collaboration had effects on hospital culture and team work.
- (3) The job characteristics had effects on job satisfaction.
- (4) The corporation, component of hospital culture, did not directly have effect on burnout, but indirectly had effect on it through mediation of team work.
- (5) Team work and job satisfaction had effects on burnout and intention to quit.
- (6) The results moderately supported causal process model.

The results were discussed in terms of their implications for future research.

I. 問 題

現在、病院経営を取り巻く環境は厳しい。そうした中で、病院の生き残り、さらにはより一層の発展を図るためには病院の人的資源をどのように生かすかという問題が特に重要であるということは論を待たない (Ehart, 2001)。病院組織の活性化を考える場合、病院経営者の経営理念、管理者のリーダーシップ、医師-看護師との連携の問題、さらには病院の組織風土・文化の問題などが重要な経営課題と考えられる。また、病院の活性化を

考える場合には特に病院組織の最大の構成要員である看護師 (看護職員の呼び方として本研究では「看護師」を用いた) の活用も重要と考えられる。そこで本論文では看護師の意欲、および転職意図の発生プロセス、またバーンアウト発生の因果のプロセスを明らかにする事によって病院組織の活性化の問題の検討資料を提供しようとするものである。

さてわれわれは、先の研究 (松原ら, 2001) において、看護師の意識発生のプロセスを検討するために、原因変数として看護方式 (プライマリーナースィング、チームナースィングなど) に注目した。そして、それらが病院組織の風土・文化や看護師のモラルにどのような影響をもた

本研究は愛知学院大学経営管理研究所・研究プロジェクトより研究助成を受けた。

らすかを、看護師の個人差、診療科目などの状況変数なども考慮しながら検討した。その結果、プライマリナースングやチームナースングなどの看護方式が職務内容・責任などを規定し、それが看護師の意識や病院病棟の雰囲気などを規定するということを明らかにした。

本研究では看護師の帰属意識（転職意図）やバーンアウトを結果変数として捉え、その発生プロセスを原因変数、仲介変数を設定して検討したい。本研究の原因変数としては先の研究で設定した「看護方式」の代わりに看護師の「職務特性」をすえ、それに加えて病棟看護師長のリーダーシップ、医師－看護師関係を考慮した。

以下、本研究と関連する代表的な先行研究を原因変数、仲介変数、結果変数の順に簡略に展望してみたい。

医療施設における看護師の管理については、これまで専門の雑誌として JONA (Journal of Nursing Administration), Nursing Administration Quarterly などが発行され、この分野の研究が報告されている。単行本としても最近では例えば Guide to Nursing Management and Leadership, sixth ed. (Tooney, 2000) や Women & Leadership in Health Care (Robinson-Walker, 1999) などが発行され活発な研究・実践報告がなされている。

1. リーダーシップ：その中でまず看護師集団のリーダーシップについては、主任、看護師長、看護部長という視点からこれまで多くの研究がなされている。それらの研究報告をみると、そのほとんどが看護師長ないしは総看護師長のリーダーシップの重要性を指摘したものであるが、その研究の動向を探ってみよう。

病院組織のリーダーシップ研究をみると基本的には組織行動ないしは心理学の分野で発展してきているリーダーシップ理論の看護場面の応用と、看護場面に立脚した独自の理論モデル構成に区別することが可能である。前者は Bass の transformational leadership の看護分野への適用 (Stordeur et al. 2000) であったり、Fiedler のコンテンジェンシー・モデルの適用であったり (Bond & Fiedler, 2001)、日本での三隅の PM 理論の適用であったりしている (例えば松原・水野, 1994; 大原, 1999)。これらの研究は、看護分野のリーダーシップ現象の説明に関しても一定の役割を果たしていると思われる。

それに対して Perra (2000) は統合的リーダーシップ実践モデル (The integrated leadership practice model) を提案している。Perra はリーダーシップの構成要素として「リーダー自身についての自己洞察 (Self-knowledge)」、「尊敬」、「信頼」、「統合」、「ビジョンの共有」、「参加」、「学習」、「コミュニケーション」、

「変化促進者」の9つを考えている。このモデルは看護分野の実践家が自らの体験に基づいて構築したリーダーシップ理論といえよう。洗練されていない反面、実践家には直感的に受け入れやすい内容と思われる。今後は、看護場面の特有な問題をリーダーシップモデルの中にどのように取り入れていくかが課題となろう。

わが国のリーダーシップ文献の最近の動向に目を移すと、山内 (1998) が本邦の「学会発表に見るリーダーシップ」ということで1992～1996年に発表された11のリーダーシップ研究をレビューしている。その中で最もよく取り上げられているのが三隅の PM 理論 (三隅, 1985) と、ハーシーとブランチャードの SL 理論 (Hersey & Blanchard, 1977) である。團ら (1997) さらには長島ら (1997) の報告もこの種のアプローチの延長で、これらの理論は看護分野においてもその有効性を発揮しているように思われる。

一方、看護関係の実践的な雑誌にも「人を生かすリーダーシップ」などの特集をもとに主任、副看護師長、看護師長のリーダーシップの必要性が強調されている (小池, 1998; 永澤, 1998)。その中でも特に浅沼 (1998) は病棟での活動を支える看護師長のリーダーシップということで、自らの体験として病棟の人材育成、職務満足度など部下の看護師を生かす方法をリーダーシップ理論や目標管理の理論に求めて、その効果について報告している。そのほか看護を高めるリーダーシップ (上沢ら, 1999) とか、リーダーシップ・トレーニング (井野宮, 2000) などの特集が組まれているが、いずれも体験をもとにした、いわゆるベストプラクティスで、実践家にとっては大いに参考になるものであろう。

2. 医師・看護師関係：次にもう一つの原因変数である医師－看護師協力関係 (nurse/physician collaboration) について考えて見よう。病院組織における医師－看護師の連携の問題は医療の質の向上のためにも、医療コスト削減のためにも、以前からその必要性が強調されてきた (Sticheler, 1995)。しかしながら両者の関係はややもすると相互補完という本来の道から外れ、競争ないしは対立する関係に陥ることがあった。Zwarenstein et.al. (1997) のデータベースによればこれほど重要な問題にもかかわらず科学的研究は100件に満たないという。しかしながらそれらの研究を見ると多くの研究が共通して両者の連携が看護師の満足度、医療効果、コストの削減に有効であったと指摘している。Dechari-ro-Marino, et al. (2001) は医師－看護師の協力関係についてアクションリサーチを行った。その結果、アクションリサーチの前後で連携得点の変化は見られなかったが、連携のレベルについての看護師の報告と

彼らの満足度（意思決定）との間に強いポジティブな関係が見られたという。

わが国においてもこの問題については実践的な視点から幾つかの特集がある。「オーダーの見直しで変える医師－看護師関係」で青木（1999）は、「本当にしなければならぬ看護に専念しよう」というタイトルのもとに医師－看護師関係の見直しを主張している。こうした主張ないしは、そのための工夫については熊谷（1999）の論文にも見られる。また、多田（1999）は「医師－看護師関係に見られる甘えの構造」を指摘し、看護師自らの意識構造の変革を主張している。梅田（1998）は医師と看護師のそれぞれの部門間の壁を破る必要性を強調しているし、藤崎と藤崎（2000）はナースとドクターの新しいパートナーシップを提案している。いずれについても看護師の視点からみれば医師－看護師関係は「看護師が医師に隷属する」従来の関係を見直し、看護師業務の自立ないしは独立を志向した「新しい医師－看護師関係」の構築を目指そうとするものである。ただこうした取り組みは看護師だけで出来るものではなく、そこにはじっくりと腰を落着けた医師と看護師のコミュニケーションと彼らの相互信頼の形成（近藤，2000）が必要であり、また病院管理システム全体からの視点が重要になろう。そのためにはどうしても院長など病院管理者ないしは執行部の強いリーダーシップが求められる。こうした点は今後の課題である。ただこれらの報告を見たとき特徴的な点が二つあげられる。その第一は医師と看護師の役割を相互補完というアメリカの立場よりも、医師からの隷属から離れて、看護の自立を主張している点が目立つ点である。これは、Hojat, et al. (2001) の主張するような医師－看護師の協力関係についての文化の違いを反映しているのかも知れない。第二の点は自分の体験に基づいた意見である点である。その点では実践的ではあるが、定量的な実証性が乏しい嫌いはある。いずれにしても病院管理の立場からしても、また患者の立場からしても両者の連携は重要な問題で、これらは学校教育（医者および看護師）の中でその必要性が強調されねばならないであろう。

3. 組織風土・文化：次に仲介変数としての「病院の組織風土・文化」について見てみよう。病院管理を考えた場合にその組織文化の重要性を謳う研究は多い。この種の文献は欧米および日本の文献とも、病院組織の変革、ないしは病院の活性化の一つとして組織風土・文化の改善をとらえ、看護部長ないしは看護部長のリーダーシップの重要性を指摘している。また、Sproat (2001) は、組織文化を「目に見える人工物」と「観察可能な行動」という二つの水準で捉え、組織文化を変えるにはリーダー

が前者（すなわち建物、組織特有の儀式、組織特有の言語、組織に纏わる物語・神話）を変えることによって組織文化の全体の変革が可能であるとしている。

わが国の文献としては田村ら（1999）や長島ら（1997）の研究が挙げられる。田村らは Shortell ら（1995）、Thomas ら（1990）、さらに加護野ら（1993）を参考にして病院職種文化スケールを作成している。この尺度は、病院組織の問題をミクロ（病院内組織）の問題とマクロ（病院間）の問題の双方から職種文化の実態測定の方法を提案している。豊崎ら（1997）は看護職員の個人的特性（年齢・経験、自尊感情）や人間関係という視点から職場環境の活性化の方法を検討している。

組織文化の一つとして職場風土を考えるならば、実践的な体験としての佐伯（2000）の報告が参考になる。佐伯は看護組織の9年間の変遷が職場風土の変化をどのように規定したかを記述している。その他、この種の貴重な体験報告は多い。

4. パーンアウト：最後に本研究の結果変数としてバーンアウトおよび転職意図について触れておこう。バーンアウトは1970年代に米国で医療、福祉の現場に携わる対人専門職などの間に生じる現象として話題にされはじめ、今日までに様々な研究がなされている（宗像，1988）。日本では田尾（1987）がマスラック・バーンアウト（MBI）測定尺度（1981）を翻案し、稲岡ら（1988）が Pines（1985）のバーンアウト（BI）尺度を用いて検討している。心理学の分野では田尾・久保（1996）、久保・田尾（1994）、久保（1998，1999）などが代表的であり、看護師の専門雑誌では稲岡（1988）などが特集号でバーンアウトの研究状況を紹介している。このようにバーンアウトの現象については日本でも看護分野の研究者・実践家において関心が高く、幾つかの研究が行われている。以下、田尾・久保（1996）および山岸（2001）を参考にしながらこの領域の研究概要について検討してみよう。

田尾・久保（1996）は、バーンアウトの概念、測定法、およびバーンアウトの発生プロセスを詳細に論述している。彼らはバーンアウトの主要な測定法としての Maslach らの MBI 尺度と Pines のバーンアウト尺度（BI 尺度）とを紹介した後で、BI 尺度はバーンアウトを「情緒的消耗感」、「脱人格化」、「個人的達成感（逆転項目）」の下位尺度からなり、測定法としては理論的に最も確立しており、最も頻繁に用いられているとしている。

一方、田尾・久保は Pines らの BI 尺度についてはバーンアウトの中核をなす消耗感の測定を基本としており、その意味では精密化をめざしたものと捉えている。日本での研究を見る限り、Pines の BI 尺度が看護師出身の

実践家によく用いられているようである。

山岸 (2001) はバーンアウト発生を規定する因子として個人属性 (年齢・経験年数, 資格, パーソナリティ, 婚姻状況), ワークコミットメント, モチベーション, コーピング行動, ソーシャルサポート, 仕事上のストレス (労働条件, 医師や看護師間の人間関係, 患者への直接的なケア), 生活上の出来事や日常苛立事を挙げている。また, これに加えて田尾・久保 (1996) は管理体制の不備を挙げ, 看護師長のリーダーシップの欠如がバーンアウトの発生原因としている。

今後の研究課題として山岸 (2001) は①バーンアウトの概念の明確化, ②バーンアウトに陥るプロセスの明確化, ③看護師の体験や能力獲得方法の解明, ④コーピング行動の差異による影響の検討, ⑤詳細な職場環境要因の解明, ⑥バーンアウトの予防策の効果などを挙げている。

5. 転職意図: 転職意図を看護領域で扱った研究は欧米の研究では前述した看護領域の専門誌の他にも *Journal of Applied Psychology*, *Academy of Management Journal*, あるいは *Academy Management Review* などの学術一般誌でも見られるが, 日本では少ない。

まず, 文献レビューの前に指摘しておきたい点がある。その第一点は, 「転職意図」というのは転職行動を理解し, 予測する有力な要因ではあるが, 転職行動とは同一ではないことである。そして本研究で扱うのはあくまでも転職意図という意識の次元である。第二の点は転職行動というのは看護師の領域だけに見られる特有な現象ではないので, 少し幅を広げて組織における転職行動一般も考慮したいという点である。以下幾つかの関連文献を検討したい。

転職行動の予測モデルを提案したものに Mobley (1977), Price & Mueller (1981), Abelson (1993) などがある。Mobley の転職決定モデルは職務満足感を主要な決定因として捉え, 「不満足感」が「転職について考え」はじめ, それがさらに「転職活動のコスト」, 「複数転職先の相互比較」, 「転職した場合と現状との比較」などを通して「転職意図」にまで発展し, それが転職行動に結びつくとしている。Price & Mueller のモデルは転職行動を看護師に特化した点に特徴がある。彼らのモデルは「仕事のルーチン化」, 「賃金」, 「配分的公平」, 「コミュニケーション」などが「職務満足感」を決定し, その「職務満足感」に加え「専門性」, 「訓練」, 「人間的な柵」が「残留意図 (転職意図の対極概念)」を決定し, 更にその「残留意図」に加えて「転職の機会」が転職行動を決定するとしている。Abelson (1993)

は従来のモデルが個人を中心としたのに対して, 集団・組織の視点から転職行動を考える必要性を強調し, 組織内に組織文化に加え「転職文化 (turnover culture)」という枠組みを加えることを提案している。Abelson によれば「転職文化」が転職行動を規定するという。

転職行動の実証的研究も非常に多く, メタ・アナリシスなどを用いてその文献レビューなどがなされている (例えば McEvoy & Cassio, 1985; Cotton & Tuttle, 1986; Cohen, 1993)。これらのレビューからは転職行動の規定要因として①賃金, ②職務満足感, ③組織コミットメント, ④個人的特性 (年齢, 勤続年数, 行動特性), ⑤仕事の特性 (仕事の多様性) などが重要なものと指摘されている。

看護師を直接に対象とした研究をみると, Moley et al. (1978) では仕事満足度は転職意図には影響を与えるが, 現実の転職行動に影響を与えるのは転職意図のみであるとしている。Price & Muller (1981) は前述のモデルの検討の中で①仕事の特性は職務満足には影響を与えるが, 転職意図には影響しない②職務満足は転職意図には影響を与えるが, 転職には影響を与えない③転職意図は現実の転職行動に影響を与える, という結果を報告している。両者の研究ともほぼ類似した結果を報告している。

研究者 (Abelson, 1986) などによっては転職者の中にも転職不可避者と転職回避可能者とを区別する事が可能であり, そのような分類をした場合, 転職不可避者はその意識において残留者とほとんど異ならないのに対して, 転職回避可能者は組織コミットメント及び職務満足感において有意な低いことが観察されるという。このように転職行動には複雑なメカニズムが働いており, 病院の活性化の為には残って欲しい有能な看護師が意欲的な行動が出来る職場環境の整備が求められることになろう。

日本における看護師の転職意図についての研究は多いとはいえない。その中で水野 (1988) は期待理論の観点から離・転職意図についての論究をしている。また, 足立・小山田 (2001) は退職予定者と勤務継続者との差異が職務不満足という視点から見られるかどうかをハーズバークの M-H 理論を絡めさせながら検討しているが, 明確な差異は得られていないようである。

6. 意識行動発生モデル: さて, 本研究はこれまでの多くの研究を踏まえて図-1 のような病院における看護師の意識行動の発生のプロセスを想定した。

図-1 においては前述したように「看護師長のリーダーシップ」, 「医師-看護師関係」, 「職務特性」の3つを主要な原因変数とした。これらは, 経験的にも実証的にも看護師の意識および行動の重要な規定要因である。

図-1 看護師の意識発生プロセス図

図-1においては、仲介変数として「病棟風土・文化」（以下「組織風土・文化」を「病棟風土・文化」とする）と「看護師のモラル」を考慮した。これらの変数をより詳細に見ると、前者の「病棟文化」は集団的側面を代表する変数、後者の「モラル」は個人を代表する変数である。ともにリーダーシップおよび「医師－看護師関係」という変数の影響を受けるが、次の2点より集団的な側面（病棟風土・文化）を前面に位置づけた。これは組織の活性化の問題を考える場合、前者がより大きな原因変数として、管理者が取り組まねばならない問題と考えられるからである。現場の管理者として、看護師長の病棟風土・文化の変革への関心は大きい（例えば吉田，1998）。他のもう一つの点は、両者の因果関係としては病棟風土・文化が看護師のモラル（チームワーク，仕事への満足感）を規定すると考えられる。

三つの主要な原因変数のうち、看護師の職務特性は病棟文化への影響という点では顕著なものではなく、直接個人のモラルを規定すると考えられる（Hackman & Oldham, 1975; 田尾，1978）。

個人のモラルの次元については先の研究でも指摘したように「チームワーク」と「仕事への満足感」を考慮した。前者が職場満足度，後者が職務満足度である。

結果変数としては、「バーンアウト」と「転職意図」を取り上げたい。そして仲介変数としての「病棟風土・文化」，モラルがこれら結果変数の原因になると考えられる。

II. 仮説の設定

従来の研究をもとに以下のような仮説の設定を行った。
仮説1：看護師長のリーダーシップは病棟風土・文化，モラルの「チームワーク」を規定するであろう。

仮説2：医師－看護師関係は病棟風土・文化，モラルの「チームワーク」を規定するであろう。

仮説3：職務特性は看護師のモラルの「仕事への満足感」を規定するであろう。

仮説4：病棟風土・文化は「チームワーク」，「バーンアウト」と「転職意図」を規定するであろう。

仮説5：チームワークは「バーンアウト」と「転職意図」を規定するであろう。

仮説6：仕事への満足感は「バーンアウト」と「転職意図」を規定するであろう。

仮説7：バーンアウトは「転職意図」を規定するであろう。

本研究はこうした前提に立って、各変数間の相関関係、および図-1のプロセス・モデル全体の適合性を共分散構造モデルを用いることによって検討する。

III. 方法

1) 調査対象者

調査は東海地方の5つの公立病院の病棟に勤務する看護師である。5つの病院の病棟数62，スタッフ看護師数（有効回答数）1196名（平均年齢27.5歳）である。調査用紙は看護師長を対象にするものと、一般看護師を対象とするものの2種類からなり、看護師長は病棟についての特性について回答し、一般看護師は本研究が以下に述べるような職務特性，病棟風土・文化，モラルなどを回答した。実施時期は平成11年6月～8月である。

なお、本研究の分析対象は一般看護師である。

2) 測定尺度

科学的研究の積み重ねのためには測定尺度の信頼性，妥当性が急務である。本研究ではこうした問題に対処するためオリジナル尺度よりも、一定の評価のある既成の

尺度を用いるように心がけた。そうした中で医師－看護師関係だけは新尺度を作成した。既成の尺度の中で適正なものがなかったからである。本研究で用いた調査尺度は以下のようなものである。

- (1) 看護師長のリーダーシップ：リーダーシップの測定は三隅（1985）のPM式リーダーシップ測定尺度、それに参加および権限委譲行動を測定する松原・水野（1994）の尺度を用いた。測定項目は24項目、評定はリッカート形式の5段階尺度である。
- (2) 医師－看護師関係：医師－看護師関係については、看護師経験があり、長年看護教育に関わっている共同研究者を中心に測定項目を作成した。測定項目は日常の医療活動における「医師－看護師関係」を想定し、看護師の視点より、よく接している医師との関係についての評定をもらった。項目数は24項目、評定はリッカート形式の5段階評定である。
- (3) 職務特性尺度：職務特性はこの分野の測定尺度としては定評のある尺度（田尾，1978）を用いて測定した。この尺度は欧米の職特性測定尺度（Hackman & Oldham, 1975）を日本に適合するよう標準化したものである。なお、尺度は因子分析をして、「多様性」、「協力の必要性」、「自律性」、「フィードバック」の因子が確認されている。評定は「あてはまる－あてはまらない」のリッカート形式の5段階尺度である。
- (4) 病棟の風土・文化測定尺度：病棟の風土・文化の測定尺度として本研究で用いたもの（高尾・仙田，1997）は欧米で開発された尺度（O'Reilly, et al. 1991）の日本版で、形容詞対（例 協力的－非協力的）を中心としたsemantic-differential形式のイメージ測定尺度である。評定は5段階である。

一般に組織風土・文化の測定法には二つのタイプがあると思われる。一つは組織の行動パターン、価値規範をその組織特有の表現を用いて質問項目を構成するもので、企業において（加護野ら，1993）、学校組織で（吉田ら，1995）、さらには病院組織などで（田村ら，1999）尺度が開発されている。それに対して本研究で用いたイメージ的な測定法も企業場面（高尾・仙田）や、さらに学校組織場面（林，1994）の尺度が知られている。イメージ測定尺度は病院固有な組織風土を漠然としか測定できないという難点はあるが、測定方法が対象者に抵抗感がなく容易である点、他の業種との比較といったマクロな分析ができるだけではなく、病院間のミクロな比較分析、さらには病棟間の風土・文化の微妙な差異といったよりミクロな測定も可能にする長所があると考えられる。測定尺度は23項目からなる5段階尺度である。なお、具体的な項目内容については高尾・仙田（1997）を参照され

たい。

- (5) 職務満足度および職場満足度：職務満足度および職場満足度の測定尺度（三隅，1985）は、因子分析を行った結果、仕事内容への興味ないしは満足感（以下本研究では「仕事への満足感」とする）と「チームワーク」の因子が抽出された。本研究の共分散構造分析ではこの両因子を用いた。評定はリッカート形式の5段階尺度である。
- (6) 帰属意識（転職意図）：帰属意識の測定尺度は花田（1988）の帰属意識尺度を用いた。花田の尺度はPorter et al. (1974) の尺度を日本の組織に適合するように翻案、修正したものである。帰属意識尺度は因子分析の結果「残留願望」と「転職意図」の因子が抽出された。本研究の共分散構造分析では転職意図を用いた。前述したPrice & Muller (1981) もPorter et al. の同尺度を用いている。評定はリッカート形式の5段階尺度である。
- (7) パーンアウト：パーンアウトの測定は21項目からなるPinesの尺度を用いた（稲岡，1988）。この尺度は本研究の共同研究者を含め、実践家に根強い人気がある。評定はリッカート形式の5段階評定である。Pinesの尺度は1因子が仮定されているが因子分析の結果、「対人的幻滅感」、「疲労感」、「不安」が抽出された。

3) 分析方法

データの分析にあたっては因子分析、相関係数による分析、共分散構造分析¹⁾を用いた。なお、共分散構造分析においては変数の数を抑えるために各測定尺度を代表する下位尺度だけを使用した。

IV. 結果および考察

1) 医師－看護師関係の因子分析

測定尺度で従来から使用されているものについて、その構造を確認するための因子分析を行ったが、その結果は従来のそれを追認するものであった。そこで本研究では各尺度の信頼性係数を求めた。ここではわれわれのオリジナルである「医師－看護師関係」の因子分析の結果について述べたい。表-1はその結果を示したものである。

表-1より第一因子は「医師による看護師評価」、もちろんそれは看護師の認知した「医師による看護師評価（以下、看護師評価）」である。第二因子は「医師の有能さの評価（以下、医師評価）」、そして第三因子は「医師

1) 本研究の共分散分析構造分析によるデータ解析にあたっては愛知学院大学千野直人教授に貴重な助言をいただいた。ここに感謝いたします。

表－１ 医師－看護師関係の因子分析

	第一因子	第二因子	第三因子	第四因子	共有性
	看護師 評 価	医師の 有能さ	医師－看 護師関係	異性意識	
1. 医師に治療技術は優れている	0.124	0.739	－0.172	0.079	0.597
2. 医師の医療技術は患者に不必要な苦痛は与えない	0.133	0.724	－0.174	0.143	0.593
3. 医師は治療技術を高める努力をする	0.245	0.659	－0.063	0.075	0.504
4. 医師の医療上の指示には安心して従える	0.239	0.737	－0.137	－0.012	0.619
5. 医師は看護婦の報告に的確な指示をする	0.291	0.705	－0.067	－0.081	0.593
6. 医師はトラブルの発生時に看護婦に責任転嫁はしない	0.268	0.583	－0.235	0.003	0.467
7. 医師は患者に分かりやすく説明する	0.217	0.691	－0.048	－0.166	0.553
8. 医師は患者の訴えを良く聞く	0.214	0.685	－0.072	－0.163	0.547
9. 医師は看護婦に感情的な対応はしない	0.327	0.498	－0.177	－0.079	0.393
10. 医師は看護婦の医療技術を高く評価している	0.688	0.301	－0.148	－0.078	0.592
11. 医師は看護婦の患者援助活動を高く評価している	0.724	0.303	－0.136	－0.041	0.637
12. 医師は看護婦の報告内容を重視する	0.671	0.305	－0.079	－0.112	0.563
13. 医師は看護婦が的確に観察することが出来るとみる	0.774	0.204	－0.085	－0.103	0.659
14. 医師は看護婦が治療内容を良く学習しているとみる	0.743	0.157	－0.128	－0.045	0.596
15. 医師は看護婦が患者の回復意欲に影響をもつとみる	0.723	0.131	－0.105	0.063	0.554
16. 医師は看護婦が医師－看護婦関係の潤滑油とみる	0.711	0.153	－0.149	0.085	0.559
17. 医師は身近な異性として看護婦に近づく	－0.043	－0.139	0.113	0.805	0.683
18. 医師は看護婦は指示通りに動けばよいと考える	－0.221	－0.261	0.578	0.218	0.499
19. 医師は看護婦の研究活動に協力的である	0.411	0.274	－0.202	0.375	0.425
20. 医師は看護婦を重要なパートナーとしてみる	0.622	0.343	－0.307	0.216	0.646
21. 医師は看護婦の重要性を理解している	0.652	0.341	－0.277	0.141	0.638
22. 医師は看護婦の仕事の多さを理解していない	－0.095	－0.181	0.698	－0.119	0.542
23. 医師は看護婦の仕事内容に無駄が多いと感じる	－0.128	0.013	0.701	0.112	0.521
24. 医師とわれわれ看護婦の間には距離がある	－0.232	－0.215	0.617	－0.053	0.485
分 散	5.247	4.938	2.205	1.077	13.468

n=1196

の看護業務の無理解（以下、医師の無理解）」というように命名された。

2) 変数間の相関

表－2は本研究の分析で用いた変数の平均、標準偏差および信頼性係数を示したものである。信頼性係数は0.69～0.85の値を示しており、ほぼ信頼性の基準に達していると理解してよからう。

次に変数間の関係を見るために相関係数を求めた。表－3はその結果を示したものである。今、基準変数をモラル（チームワーク、仕事への満足感）、バーンアウト、帰属意識（転職意図）として、それらの変数と密接な関係にある原因変数を探ってみよう。なお、本研究は相関係数が0.18以上あれば統計的には5％水準で有意であるが、ここでは特に相関係数0.30を一つのメドとみなして

結果を見てゆきたい。

本研究の主要な関心事である医師－看護師関係と基準変数との関連をみると、「看護師評価」、「医師評価」、「医師の無理解」ともにモラル、組織コミットメントとの相関が高い。但し、「医師の無理解」とこれら基準変数との相関はマイナスである。バーンアウトへの関連性は「医師の無理解」では見られるものの、その値は大きなものとはいえない。

看護師長のリーダーシップでは「集団維持行動」が基準変数との相関がもっとも高く、次に「参加促進行動」で、「課題達成行動」は基準変数との間に有意な相関を示さなかった。このように、従来の研究に比べてみても課題達成行動の影響力が低いようである。すなわち看護師は看護師長の「課題達成行動」を注意ないしは叱責と捉え、ネガティブに反応していることが推察される。

表-2 各変数の平均, 標準偏差, 信頼性係数

領 域	変 数 名	平 均	標準偏差	信頼性係数
リーダーシップ	課題達成行動	2.83	0.61	0.62
	集団維持行動	3.34	0.68	0.8
	参加促進行動	3.18	0.62	0.71
医師-看護師関係	看護師評価	3.15	0.55	0.8
	医師評価	3.45	0.63	0.77
	医師の無理解	3.12	0.61	0.67
職務特性	多様性	3.23	0.69	0.79
	協力の必要性	3.42	0.67	0.62
	自律性	3.31	0.59	0.8
病棟文化・風土	協調性	3.39	0.74	0.89
	革新性	2.75	0.66	0.67
	安定性	3.47	0.75	0.61
モラール	チームワーク	3.67	0.65	0.74
	仕事への満足感	3.51	0.67	0.73
バーンアウト	対人的幻滅感	3.22	1.27	0.85
	疲れ	4.45	1.29	0.81
	不安	3.41	1.36	0.81
コミットメント	転職意図	3.01	0.68	0.76

信頼性係数はクロンバックの α 係数, $n=1196$

表-3 各変数間の相関

変数	課題達成	集団維持	参加促進	看護師評価	医師評価	医師の無理解	多様性	協力の必要性	自律性	協調性	革新性	安定性	チームワーク	仕事への満足感	対人的幻滅感	疲れ	不安	転職意図
課題達成																		
集団維持	-0.06																	
参加促進	-0.18	0.69																
看護師評価	0.03	0.29	0.20															
医師評価	-0.02	0.32	0.18	0.58														
医師の無理解	0.00	-0.27	-0.16	-0.46	-0.46													
多様性	-0.04	0.22	0.18	0.17	0.23	-0.19												
協力の必要性	0.08	0.00	0.04	-0.03	-0.04	0.06	0.08											
自律性	-0.05	0.07	0.33	0.11	-0.02	0.06	0.09	0.01										
協調性	-0.05	0.39	0.26	0.39	0.42	-0.34	0.17	-0.03	0.00									
革新性	0.03	0.16	0.09	0.14	0.20	-0.14	0.03	-0.05	-0.03	0.32								
安定性	-0.04	0.26	0.22	0.21	0.28	-0.18	0.14	0.01	0.05	0.37	0.10							
チームワーク	-0.03	0.37	0.31	0.38	0.35	-0.33	0.24	0.01	0.13	0.56	0.13	0.28						
仕事への満足感	-0.06	0.34	0.29	0.34	0.32	-0.22	0.39	0.04	0.20	0.34	0.08	0.23	0.53					
対人的幻滅感	0.12	-0.30	-0.28	-0.20	-0.19	0.25	-0.21	0.16	-0.17	-0.32	-0.02	-0.16	-0.44	-0.45				
疲れ	0.11	-0.22	-0.22	-0.12	-0.08	0.18	-0.15	0.17	-0.16	-0.20	-0.01	-0.13	-0.27	-0.36	0.69			
不安	0.13	-0.18	-0.25	-0.13	-0.07	0.14	-0.14	0.12	-0.29	-0.18	0.03	-0.09	-0.29	-0.33	0.84	0.61		
転職意図	0.08	-0.45	-0.37	-0.36	-0.37	-0.31	-0.30	0.05	-0.06	-0.49	-0.19	-0.32	-0.59	-0.58	0.47	0.37	0.28	
$n=1196$	相関の値は0.18で5%で有意である																	

次に職務特性では「多様性」がモラルや帰属意識とかなりの相関をもつ。他の職務特性の中でモチベーションとの関連で注目された「自律性」はバーンアウトと若干相関を持つものの、一般に基準変数との相関は低い。これは予想に反した結果である。

さらに病棟風土・文化をみると、「協調性」のみが基準変数の多くと強い相関を示し一つの特徴を示している。他の次元では「安定性」が「転職意図」と相関を持つ程度である。従って基準変数をみる限りリーダーシップでは「集団維持行動」、医師－看護師関係では「看護師評価」、「医師評価」、「医師の無理解」のすべて、職務特性では「多様性」と「自律性」、病棟風土・文化では「協調性」、「安定性」ということができよう。次の節ではこうしたことを踏まえて共分散構造分析をしてみたい。

3) 変数間の因果関係の分析－共分散構造分析

変数間の因果関係を見るために図-1をモデルとして共分散構造分析を行った。共分散構造分析はSASのCALISプロシジャの中からRAM構造文による分析法を用いた(千野, 2001)。最初に使用した変数について論述したい。

変数の選定: 分析方法のところで述べたように変数の数を押さえるために原因変数, 仲介変数, 結果変数ともに各変数を代表する下位尺度を使用した。看護師長のリーダーシップでは「集団維持行動」が各変数との関連性, 今までのリーダーシップ研究から主要なリーダーシップ変数と思われるので選択した。職務特性では「多様性」と「自律性」との間で選択に苦慮したが, 各変数との関係を考慮して「多様性」とした。医師－看護師関係については, 第1因子の「看護師評定」の中から「医師－看護

表-4 共分散構造分析で用いた変数・項目一覧

「看護師関係」を最も良く表していると思われる項目を抽出した。

病棟風土・文化では「協調性」を代表的尺度とした。「協調性」は因子分析をした場合通常第一因子で抽出され、病棟風土・文化の主要な変数である。

バーンアウトについてはわれわれの因子分析の結果、第一因子である「対人的幻滅感」を代表的下位尺度とした。パインズの尺度は前述したように情緒的消耗感を中心とするが、「対人的幻滅感」はその基盤となると考えられる。表-4は共分散構造分析で用いる変数・項目の一覧(8変数24項目)である。

変数間の関係：図-2は共分散構造分析の結果を示したものである。図-2の中で、アルファベットに数字をつけたもの(L1～T13)は内生および外生観測変数である。変数間の関係は複雑化をさけるために幾つかの代表と思われる変数を抽出した。変数の抽出においては設定した仮説の他、表-2の変数間の関係も考慮した。抽出変数は《看護師長のリーダーシップ》では「集団維持行動」、《医師－看護師関係》では「看護師評価」、《職務特性》から「多様性」、《病棟風土・文化》からは「協調性」、《モラル》からは「チームワーク」と「仕事への満足感」、《組織コミットメント》からは「転職意図」、そして《バーンアウト》からは「対人的幻滅感」である。このうち「集団維持行動」、「看護師評価」、「多様性」、「協調性」、「チームワーク」は外生潜在変数、「仕事への満足感」、「対人的幻滅感」、「転職意図」は内生潜在変数とした。「チームワーク」はモラルの下位尺度ではあるが、外生潜在変数として分類した。なお、

図-2の図中数字はパス係数を表す。

図-2より看護師長のリーダーシップは「協調性」、「チームワーク」、「仕事への満足感」へのパスがそれぞれ有意で仮説1は支持された。また、医師－看護師関係は「協調性」、「チームワーク」、「仕事への満足感」へのパスが有意で仮説2も支持された。さらに職務特性(多様性)の「仕事へ満足感」のパスも有意で仮説3も支持された。

一方、「協調性」から「チームワーク」へのパスは当然のように大きかったが、「対人的幻滅感」へのパスは有意ではなく、「転職意図」へのパス係数も有意ではあるものの大きな値ではなかった。したがって仮説4は支持されたとはいえない。

「チームワーク」からの「対人的幻滅感」と「転職意図」へのパスは有意で仮説5は支持された。「仕事への満足感」から「対人的幻滅感」と「転職意図」へのパスは有意で仮説6は支持された。最後に「対人的幻滅感」から「転職意図」へのパスは有意ではなく仮説7は支持されなかった。この「対人的幻滅感」から「転職意図」へのパスが有意でないのも予想外であった。

さて、共分散構造分析で使用した変数間全体の適合率をみるためにGFI, AGFI, RMSEAを求めた。その結果は、GFIが.9441, AGFIが.9261, またRMSEAが.0447であり、豊田(1992)のいう基準(GFI>.90, RMSEA<.05)をともに満たしている。ただし、「 χ^2 検定の有意でない」という条件は満たされなかったが、これはサンプル数が多いためと思われる。

パス係数を見ると「医師－看護師関係」が病棟風土・

図-2 看護職員の意識発生プロセスの共分散構造分析

文化および従業員のモラルの中の「チームワーク」にともに大きな影響を与えていることが理解される。また、病棟風土・文化「協調性」はバーンアウトの「対人的幻滅感」には直接影響せずに、むしろ「チームワーク」を仲介して影響していることが推測される。したがって外生潜在変数と内生潜在変数との因果関係は《看護師長のリーダーシップおよび医師－看護師関係》→《病棟風土・文化（協調性）》→《チームワーク》→《仕事への満足感》→《バーンアウト（対人的幻滅感）および転職意図》という図式が望ましいように思われる。

V. 要約および結論

本研究は、看護師の一連の意識、すなわちモラル、バーンアウト、転職意図の発生過程を看護師長のリーダーシップ、医師－看護師関係、職務特性、病棟風土・文化などの変数を織り込んだ組織行動プロセスより検討した。方法は、5つの公立病院に勤務する1196名の看護師を対象に質問紙調査法に基づいて行った。

分析の結果、以下のような事実が得られた。

- ①看護師長のリーダーシップの中で、「集団維持行動」、「参加促進行動」は、従来の研究結果を追認したが、課題達成行動については、前述のリーダーシップ行動に比べて看護師への「リーダーシップ」効果が著しく小さかった。
- ②医師－看護関係は病棟風土・文化および看護師のモラル、とりわけ「チームワーク」に影響を与えていた。
- ③病棟風土・文化の「協調性」は、バーンアウトの「対人的幻滅感」には直接影響せずに、むしろ「チームワーク」を介して影響していた。
- ④看護師の意識の発生の因果関係のプロセスは、《看護師長のリーダーシップおよび医師－看護師関係》→《病棟風土・文化》→《チームワーク》→《仕事への満足感》→《対人的幻滅感および転職意図》の図式が示唆された。

引用文献

- Abelson, M.A. 1987 Examination of avoidable and unavoidable turnover. *Journal of Applied Psychology*, 72, 382-386.
- Ableson, M.A. 1993 Turnover culture. *Research in Persnnel and Human Resources Management*, 11, 329-376.
- 足立久子・小山田隆明 2001 看護婦の職務不満足に関する研究, 岐阜大学教育学部研究報告, 49, 147-155.
- 青木孝子 1999 本当にしなければならない看護に専念しよう -「医師の手伝い」だけが看護ではない 月刊ナースマネジャー, 1, NO.6 32-37.
- 浅沼宏子 1998 病棟での活動を支える看護師長のリーダーシップ 看護実践の科学, 2, 37-41.
- Bond, G.E., Fiedler, F.E. 2001 The effects of leadership personality and stress on leader behavior: Implications for nursing practice. *Journal of Nursing Practice*, 31, 463-465.
- Cohen, A. 1993 Organizational commitment and turnover: A meta-analysis. *Academy of Management Journal*, 36, 1140-1157.
- Cotton, J.L. & Tuttle, J.M. 1986 Employee turnover: A meta-analysis and review with implication for reserach. *Academy of Management Review*, 11, 55-70.
- 團 文子ら 1997 看護師長のリーダーシップが看護婦の満足度に及ぼす影響 看護管理 28, 156-158.
- Dechairo-Marrino, A.E., et al. 2001 Nurse/physician collaboration: Action research and the lessons learned. *Journal of Nursing Administration*, 31, 223-232.
- Ehart, K.S. 2001 Executive nurse progression: Skill, wisdom, and realities. *Nursing Administration Quaterly*, 25, 36-42.
- 藤崎 郁・藤崎和彦 2000 ナースとドクターの新しいパートナーシップを求めて *Expert Nurse*, 16, 50-53.
- Hackman, J.R. & Oldham, G.R. 1975 Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied Psychology*, 60, 159-175.
- 花田光世 1988 組織社会化と組織コミットメント (若林・松原編 組織心理学 福村出版)
- 林 孝 1994 学校の組織風土・組織文化に関する考察 -教諭の組織風土のイメージを中心に- 広島大学学校教育学部紀要, 第I部, 16, 111-125.
- Hersey, P. & Blanchard, K.H. 1977 Management of organizational behavior. Prentice-Hall Englewood Cliffs, New Jersey (行動科学の展開 山本成二・水野基・成田攻(訳) 生産性出版)
- Hojat, M. et al. 2001 Attitudes toward physician-nurse collaboration: A cross-cultural study of male and female physicians and nurses in the United States and Mexico. *Nursing Research*, 50, 123-128.

- 稲岡文昭 1988 Burnout 現象と Burnout スケールについて 看護研究, 21, 147-154.
- 井野宮一美 2000 新人, 中間, ベテランそれぞれのリーダーシップを育む 看護実践の科学, 4, 24-33.
- 加護野忠男ら 1993 リストラクチャリングと組織文化 白桃書房
- 上沢恵美子ら 1999 看護婦のリーダーシップを育てるー評価がチームを変えるー 看護実践の科学, 3, 18-24.
- 柏谷由美 2000 看護組織の変遷とチームの職場風土 看護管理, 10, 622-623.
- 小池つるみ 1998 主任におけるリーダーシップー看護師長とスタッフの間でー 看護実践の科学, 2, 18-22
- 近藤まゆみ 2000 看護婦が医師に望むもの, 意思が看護婦に望むもの Expert Nurse, 16, no.1 54-55.
- 久保真人 1998 ストレスとバーンアウトとの関係ーバーンアウトはストレンか?ー 産業・組織心理学研究, 12, 5-15.
- 久保真人 1999 ヒューマン・サービス従事者におけるバーンアウトとソーシャル・サポートとの関係 大阪教育大学紀要, 48, 139-147.
- 久保真人・田尾雅夫 1994 看護婦におけるバーンアウトーストレスとバーンアウトの関係ー 実験社会心理学研究, 34, 33-43.
- 熊谷由美子 1999 「管理ボックス」を活用した指示だし・指示受け 月刊ナースマネジャー, 1, no.6 38-42.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior, 2, 99-113.
- 松原敏浩・水野 智 1994 看護職員のモラルに及ぼす看護師長のリーダーシップおよび社会的勢力の効果について 経営行動科学, 9, 13-25.
- 松原敏浩ら 2001 看護方式が職務行動に与える影響について 病院管理, 38, 215-223.
- McEvoy, G.M., & Cascio, W.F. 1985 Strategies for reducing employee turnover: A meta-analysis. Journal of Applied Psychology, 70, 342-353.
- 三隅二不二 1985 リーダーシップの行動科学 有斐閣
- 水野 智 1988 期待理論修正モデルの適用の試みー看護職員の離・転職意図を基準変数としてー 日本心理学学会第49回大会発表論文集, 325.
- Mobley, W.H. 1977 Intermediate linkage in the relationship between job satisfaction and employee turnover. Journal of Applied Psychology, 62, 237-240.
- Mobley, W.H. et al. 1978 A evaluation of precursors of hospital employee turnover. Journal of Applied Psychology, 63, 408-414.
- 宗像恒次 1988 燃えつき現象研究の今日的意義, 看護研究, 87, 2-11.
- 永澤規子 1998 自律したスタッフの成長へー看護師長として患者中心の看護を実践するためにー 看護実践の科学, 2, 31-35.
- 長島ひろ子 他 1977 看護師長のリーダーシップに影響する要因の分析 看護管理, 28, 159-161.
- 大原与志子 1999 課題達成と集団維持のために必要なリーダーシップ 看護, 51, 30-32
- O'Reilly, C.A. et al. 1991 People and organizational culture: A profile comparison approach to assessing person-organization fit. Academy of Management Journal, 34, 487-516.
- Perra, B.M. 2000 Leadership: The key to quality outcomes. Nursing Administration Quarterly, 24, 56-61.
- Pines, A. 1985 The burnout measure. In J.W. Jones (Ed), Police burnout: Theory, research, and application, Park Ridge, IL: London House Management Press.
- Price, J.L. & Mueller, C.W. 1981 A causal model of turnover for nurses. Academy of Management Journal, 24, 543-565.
- Shortell, S. et al. 1995 Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: Concept versus implementation, Health Service Research, 30(2), 377-401
- Sproat, M.S.B. 2001 Using organizational artifacts to influence change. Journal of Nursing Administration, 31, 524-526.
- Sticheler J.F. 1995 Professional interdependence: The art of collaboration. Advanced Practiced Nursing Quarterly, 1, 53-61.
- Stordeur, S., et al. 2000 Leadership styles across hierarchical levels in nursing departments. Nursing Research, 49, 37-43.
- 多田徹佑 1999 医師ー看護関係に見られる甘えの構造 月刊ナースマネジャー, 1, no.6, 43-49.
- 高尾尚二郎・仙田幸子 1997 組織文化特性の分析ー組織変革の阻害要因としての組織文化ー 組織行動研究, 27, 5-16

- 田村 誠ら 1999 医療機関の職種文化に関する調査研究 - 首都圏の5病院を対象として - 病院管理, 36, 133-145
- 田尾雅夫 1978 仕事の特性とワークモチベーション - 百貨店の従業員の場合 - 実験社会心理学研究, 18, 1-9
- 田尾雅夫 1987 ヒューマン・サービスにおけるバーンアウトの理論と測定 京都府立大学学術報告 (人文), 40, 101-123.
- 田尾雅夫・久保真人 1996 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
- 千野直人 2001 共分散構造分析 未公刊資料
- Thomas, C.W.M., et al. 1990 Measuring and interpreting organizational culture. Journal of Nursing Administration, 20, 17-24
- 豊田秀樹 1992 SASによる共分散構造分析 東京大学出版会
- 豊崎美津子ら 1997 人間関係からみた職場環境の活性化 看護管理, 27, 107-109.
- 梅田正博 1998 医師と看護婦の間の"心の壁"を破る 看護 50, no. 11 50-56.
- 山岸直子 2001 看護婦のバーンアウトに関する看護研究の現状と今後の課題 慶応義塾看護短期大学紀要, 11, 1-11.
- 山内京子 1998 学会発表にみるリーダーシップに関する研究の傾向 看護実践の科学, 6, 55-59.
- 吉田俊ら 1995 学校組織の社会心理的研究 - 学校の組織風土について - 名古屋大学教育学部紀要 (教育心理学学科), 42, 1-15.
- Zwarenstein, M. et al. 1997 Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. The Cochrane Library, 2.
(平成14年5月30日受稿, 平成15年1月10日受理)