

PNS (Partnership Nursing System) の時間外労働と疲労

キーワード：PNS 看護師経験年 超過勤務 疲労感

大利英昭 杉山拓也 佐藤 忍 松井愛子
東京都庁職員労働組合病院支部

看護師離職者率は全国調査（2015）によれば常勤看護職員 10.9%、新卒看護職員 7.8%。ここ数年は横ばいであるが、新卒看護職員の多くは職場で適応不全を起こし離職に至っている。当院（病床450床、医師122名、看護師491名：2018年4月現在）では2009年より臨床心理士を中心としたEAP活動に取り組み、新人看護師と指導者双方のサポートにあたってきた。その実践について報告するとともに、新人も指導者も破たんさせない工夫について提言する。

■ 新卒看護師のメンタルヘルスについての先行研究

- ① リアリティ・ショック（1974 クラマー）：学校の専門教育課程で学んだ理想と現実のギャップに起因するショック反応。新人看護師においては、基本的な健康状態（体調、食生活、睡眠状態など）、抑うつ、不安、強迫などの心理症状、飲酒、喫煙への嗜癖等の健康問題が、いずれも就職時をベースラインとすると、就職後数か月で著しく悪化し、離職の要因ともなる。
- ② 「燃え尽き症候群」（1974 フロイデンバーガー）：ナーシングホームに勤務している同僚スタッフが疲弊してドロップアウトする現象を目の当たりにしたフロイデンバーガーが提唱。過重労働に加え精神的な疲弊が強く影響していることが明らかにされた。
- ③ Demand-Controlモデル（1979 カラセック）：看護業務は医療技術の高度化・患者家族のニーズの高まりを反映した高Demand／自身の業務量や内容を自らコントロールする権限を与えられていない低Control業務であり、最も高ストレイン群となる。

■ 新人看護師サポートプログラムの沿革

発表者（田村）はこれまでも、メンタルヘルス不全に陥った若手看護師の対応依頼に個別応需する一方、「セルフケア・ラインのケア」を重視し、新人向け・指導者向けの講習会を実施してきた。しかしながら、事例化を未然に防ぐ介入システム構築の必要性に思い至り、2008年に産業医資格を取得。2009年より医師と臨床心理士によるサポートチームを結成。新人看護師サポートプログラム（以下サポートプログラム）を実施している。

当サポートプログラムの柱は ①就職時の職業準備性アセスメント（心理検査＋臨床心理士個別面談）、②新人および指導者向け講習会（医師担当）、③サポート面接（本人、指導者）の3本である。サポート期間は、開始当初は就職後1年間のフォローとしたが、現在は2年間に延長。また看護師以外の他職種新入職員も対応対象としている。

担当精神科医は産業医資格を有しているが、チームの独自性を保つため当院内での嘱託産業医活動には関わっていない。担当の臨床心理士は療養支援課「健康管理室」付で配置。

■ サポートプログラムの実際

① 就職時の職業準備性アセスメント（4月実施、7月フィードバック）

3つの心理検査（TEG、内田クレペリンテスト、SH式レジリエンステスト）を実施。検査結果と具体的助言を本人に直接フィードバック（7月）。結果内容の要旨は、個人情報に留意しながら指導者レベルでも共有される。心理士との個別面接では、健康面のチェック、職業の志望動機や相談できる同僚・先輩はいるか等に加え、背景情報（家族状況など）の確認も適宜行う。

アセスメント結果を本人にフィードバックした時の反応は「自分の特徴がよくわかった」というのが大半。心理検査より伺える「ハイリスク」と、その後のつまずきは一致しないことが多い。これはそもそも比較的等質な集団なので差異が少ないことも一因と思われる。専任の臨床心理士が「アセスメント」⇒「フィードバック」を実施し本人の自己理解を援助することで、いつでも気軽に相談に乗れる「相談者」として認識されている。

② 新人および指導者向けの講習会（医師担当）

5月末に指導者向けの講習会を実施。模擬症例検討やロールプレイを通して新人の心理面に配慮したコーチングスキルを学べる内容としている。新人向けには6月中旬にメンタルヘルス講習会を実施。メンタルヘルスについての基本的な知識を伝え、サポート体制についての宣伝周知も兼ねる。

③ サポート面接（本人、指導者）

初回の面接（4月）、フィードバック面接（7月）のほかに、夜勤導入時（10月）、年度末（2月）の計4回、心理士が全員の個別面接を実施しフォローアップしている。さらに本人および指導者より相談を随時受け付けている。医療的介入が必要と判断された場合は医師と適宜協議して進める。休職・復職に係る場合は、職場長や嘱託産業医とも協議する。2013年より担当臨床心理士が指導者会議に参加するようになり、より踏み込んだ介入ができる体制となった。

■ 実績・事例紹介（当日 口頭発表）

■ まとめと提言

多くの施設で同様のサポートプログラムが導入されているが、実効性のあるプログラムであるためには以下のポイントが重要と考える。

◆ 担当者（心理士、医師）に求められること

① 相談窓口としての「独立性」「一貫性」を保つ

相談することが不利益にならないことを担保すべく、担当医は病院の産業医活動とは独自性を保ち、臨床心理士の配置は組織図上通常のラインとは違う「健康管理室」付とした。また 評価 ⇒ フィードバック ⇒ サポート まで同一の担当者が一貫して関わることが重要である。

- ② メンタルヘルスのみならず、労働法規についての基本的知識とバランス感覚
職場改善の視点での提案を本人や指導者に進言するには、看護師の労働者としての権利についての正しい理解と視座が不可欠。担当医は産業医資格相当の力量が不可欠である。あわせて、「医療化」しすぎ、「個別化」しすぎに陥らないようなバランス感覚が求められるが、ここにはチームで関わることの優位性がある。

◆職場に求められること

- ① 院内の身近な相談者としてサポートチームを配置
院内に相談窓口を設置し、相談しやすさを担保することは「職場全体で皆さんを応援します」との強力なメッセージにもなる。
- ② サポートチームの役割を正しく理解し、現場の責務を果たす
EAPの安易な外注化や、担当の心理士をせっかく配置しても、指導者や管理側との連携が機能しない所謂“心理士ぼっち”状態では、有効な介入は期待できない。チームからの「提案・助言」を踏まえ、どう具体化してゆくかは現場の責務。チームの独立性、個人情報にも配慮しながら、本人にとっても現場にとっても最善な一致点を目指す職場意識が求められる。