

看護経済・政策研究学会誌

Journal of Nursing Economics and Policies

Vol. 1 No. 1 (2018)



巻 頭 言

今年度より看護経済・政策研究学会学会誌を発行することができました。これまで、本学会を支えてくださった会員の方々、研究会および学術集会で研究を発表していただいた先生方へ心よりお礼を申し上げます。

本学会の生い立ちに触れますと、1993年に「看護コスト研究会」として安川文朗先生の主催により赤坂の医療科学研究所を拠点として活動が始まりました。1999年より「看護経済研究会」と名前を改め、飯田橋の東京警察病院に移転されました。安川先生をはじめ、金井 Pak 雅子先生、坂梨薫先生、齋藤いずみ先生、成田伸先生、水流聡子先生、大沼扶久子先生、中三川厚子先生、齋藤美子先生らが主体となり毎月1回の例会で演者が看護にとって重要だと思われるテーマを一つ取り上げ、1題につき発表、質疑応答ともに各1時間程じっくり時間をかけた実りの多い研究会でした。

当初より、我が国の病院の臨床看護に関わる出来事を国際的な医療制度や社会経済の研究の動向と関わらせて考察し、学術的で建設的なディスカッションが行われていました。また、英国のJames Buchan氏をはじめとする海外の医療経済学や看護学の研究者と膝を交えて意見を交わす機会も設けていただき、非常に充実した時間を過ごすことができました。さらに、研究会の参加メンバーは、共同で公的研究費を獲得し、数多くの業績を残しておられます。

そして、2010年には「看護経済・政策研究学会」として、より多くの方に参加いただけるよう学会を設立することができました。以来、常に進取の精神で新たなテーマに取り組み7回の学術集会および28回の研究会を開催して参りました。これからも、学会員の皆様から演題発表はもちろんのこと、関連分野の実践や研究についても多くの論文投稿を期待いたし、さらなる知識を共有する場として本学会誌を活用していただきたいと思えます。

いま、社会保障財源が逼迫し、労働力人口の減少危惧される中で、医療や看護の需要は増加の一途を辿っています。この難問に対応するためには、医療の質を保障しつつ、効率性を高める具体的な解決方法を示すこと、それを実現することが医療従事者、研究者には求められています。経済学や政策の視点も合わせて臨床現場の問題の解決策を考えるという視点を、本学会会員が設立当初から共有してきたことは強みであると思えます。今後、本学会員が、何か共通の目標を掲げて、人々の健康のために貢献する活動の母体となることを希望します。

2018年9月

飯 島 佐知子

特別寄稿



Effective Nurses : The Importance of Engagement and Work Environment

Professor James Buchan

Evidence suggests that the work environment is an important factor in the recruitment, retention and motivation of nurses and other health workers, but it can also influence the quality of care. Its characteristics can affect organizational functionality, individual satisfaction, the balance between work and family life, access to in-service training and continuous development¹. Poor work environments contribute to stress, job dissatisfaction, “burnout”, absenteeism and high levels of staff turnover, which, in turn, compromise the quality of care, and may be related to patient dissatisfaction, patient accidents, and medical errors.

The evidence about these connections is limited, but growing.

One recent study of acute care hospitals in California, Florida, New Jersey, and Pennsylvania in the United States, covering 600 hospitals linked to 27,009 nurse survey respondents and 852,974 surgical patients concluded that: “To advance hospital safety and quality and improve patient outcomes, organizational interventions should be directed toward improving nurse work environments”². A second study focused on “missed care”- care that was not provided by nurses because of workload and unsupportive work environment. Based on an analysis of general pediatric nurses in 223 hospitals in 4 US states it found that more than half of pediatric nurses had missed care on their previous shift, and concluded that “Nurses in inpatient pediatric care settings that care for fewer patients each and practice in a professionally supportive work environment miss care less often, increasing quality of patient care”³.

A third study, focusing on nurses in nine European countries showed that an increase in nurses’ workloads increased the likelihood of inpatient hospital deaths while an increase in nurses with a bachelor’s degree was associated with a decrease in inpatient hospital deaths. These findings added to other research results suggesting that evidence-based investments in nursing to support workforce well-being are associated with reduction of hospital deaths⁴.

How can nurses be supported with work environments that will enable them to deliver safe and effective nursing care? This is a question facing policy makers, managers and professionals in all countries. One key area for examination is to identify the key characteristics of organisations that demonstrate good staff “engagement”. This refers to work environments where nurses are actively involved in decision making, and who are committed to performance improvement.

A recent review of international evidence on workforce engagement in health care has highlighted that engaged workers report higher levels of motivation, and that sustained engagement can deliver improved outcomes⁵. Another highlighted that a lack of “commitment” to the organisation is a predictor of subsequent nurse turnover⁶. A survey of over 2000 nurses in Portugal noted “Despite the high mean levels of engagement, the differences observed between regions, hospitals and services reveal the importance of organizational conditions in explaining this phenomenon”⁷.

Often the most obvious indicator that engagement is absent, and the work environment is not supportive is that the

nurse will leave the organisation. Usually termed “turnover” or “ attrition” it can be a major factor in reducing continuity and safety of care, and in increasing organisational costs⁸. One review of research on causes of nurse turnover found that that job satisfaction was often a consistent underlying determinant interacting with workplace factors and personal reasons, and that adaptive retention strategies were required to meet and mitigate the problem⁹.

What does the evidence tell us about effective engagement and supportive workplaces? The most compelling findings are those which have focused on nurses in “magnet hospitals”- which focus on participatory and supportive management style, decentralised organisational structure , “adequate” nurse staffing , deployment of clinical specialists,flexible working schedules , professional autonomy and responsibility¹⁰.

There has since been a series of research studies on aspects of “magnetism”. These have included studies reporting that nurse turnover and vacancy rates in magnet hospitals were significantly lower, and reported nurse job satisfaction higher, than in the comparator hospitals, and that mortality rates were lower in magnet hospitals than in control hospitals; others have demonstrated lower turnover rates in magnet hospitals^{11,12,13,14}.

The main message from the various studies is that identifiable aspects of work environment, work organisation, and management style do appear to be related to “better” nurse staffing indicators, and to improved quality of care. Policy interventions that that support autonomous working by nurses, provide safe staffing levels, enable participation in decision making, facilitate career development and enable skills to be deployed effectively are key components of improved nurse engagement and work environment.

-
- 1 Wiskow C, Albrecht T, de Pietro C. (2010) How to create an attractive and supportive working environment for health professionals World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. POLICY BRIEF 15, WHO Regional Office for Europe.
 - 2 DM Olds, LH Aiken, JP Cimiotti, ET Lake (2017) Association of nurse work environment and safety climate on patient mortality: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing* Volume 74, September, Pages 155-161.
 - 3 Lake E, de Cordova P, Barton S, Singh S, Agosto P, Ely B, Roberts K, Aiken L (2017) Missed Nursing Care in Pediatrics. *Hospital Pediatrics*, June 2017
 - 4 Aiken LH *et al.* *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study.* *The Lancet*, Volume 383, Issue 9931, pages 1824-1830, 24 May 2014.
 - 5 Kings Fund (2014) Improving NHS Care by Engaging Staff and Devolving Decision-Making Report of the Review of Staff Engagement and Empowerment in the NHS. NHS England, London. http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/improving-nhs-care-by-engaging-staff-and-devolving-decision-making-jul14.pdf
 - 6 Wagner CM. Organizational commitment as a predictor variable in nursing turnover research: Literature search. *Journal of Advanced Nursing* 2007;50(3):235-47.
 - 7 Pinto A, de Jesus H, Mendes, Fronteira I (2015) Estudo RN4CAST em Portugal: Work Engagement dos Enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, 10 (2) 26-37
 - 8 Lopes S, Guerra-Arias M, Buchan J, Pozo-Martin F, Nove A (2016) a rapid review of the rate of attrition from the health workforce. *Human Resources for Health* (2017) 15:21
 - 9 Currie, E. Hill, R. (2012) What are the reasons for high turnover in nursing? A discussion of presumed causal factors and remedies. *International Journal of Nursing Studies*, 49(9), 1180-1189.
 - 10 McClure M, Poulin M, Sovie M, Wandelt M. (1983) *Magnet Hospitals: Attraction Retention of Professional Nurses.* Kansas City, MO: American Academy of Nursing, USA.
 - 11 Stimpfel, A.W., Sloane, D.M., McHugh, M.D., & Aiken, L.H. (2016) Hospitals known for nursing excellence associated with better hospital experience for patients. *Health services research*, 51(3), 1120-1134.
 - 12 Park, S.H., Gass, S., & Boyle, D.K. (2016) Comparison of Reasons for Nurse Turnover in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 46(5), 284-290.
 - 13 Stimpfel, A.W., Sloane, D.M., McHugh, M.D., & Aiken, L.H. (2016) Hospitals known for nursing excellence associated with better hospital experience for patients. *Health services research*, 51(3), 1120-1134.
 - 14 Friese C.R., Xia R., Ghaferi A. *et al.* (2015) Hospitals in ‘magnet’ program show better patient outcomes on mortality measures compared to non-magnet hospitals. *Health Affairs* 34(6), 986-992.

最期を迎える場所に関する患者の選択に影響を及ぼす要因分析

鈴木 朋子

名寄市立大学

Analysis of factors that affect patients' choice of place for the end of life

Tomoko Suzuki

Nayoro City University

(受付：2018年1月15日 採択：2018年7月17日)

【要旨】

目的：最期を迎える場所に関する患者の選択に際し、選択をするための情報が何より重要なのではないかと仮説を設定し検証する。

方法：最期を迎える場所の選択に影響を及ぼす要因の分析を行うため、都道府県別クロスセクション・データを用いて、最期を迎える場所が自宅の割合を被説明変数とし、説明変数には、先行研究で明らかにされているものに加えて、選択をするための情報を有し支援するものとして病院の看護師数を使用して最小二乗法による推定を行う。

結果：分析の結果、選択をするための情報を有し支援するものとして採用した100床当たりの常勤換算看護師数（対数）は、正の有意な結果が得られた。

結論：期待通り正の有意な結果が得られたが、今後データの選び方に改善の余地が残されている。

キーワード：患者の選択、情報、実証分析、最小二乗法、人生の最終段階、死亡場所

【Abstract】

Objective : It was hypothesized that, when patients make their decisions about where to die, more than anything else, the most important factor is the provision of information with which to make their choice.

Method : In order to analyze the factors affecting selection of the place of death, a cross-section of data by prefecture was used. The explained variable was set as the percentage of people who die at home. In addition to those factors derived from previous research, the number of hospital nurses, inasmuch as they are seen as sources of information and support for making place-of-death choices, was added as an explanatory variable, and the data was analyzed using ordinary least squares regression.

Results : Results showed that there was a significantly positive relationship between the converted number of nurses per 100 beds and the number of people who die at home.

Conclusions : Although positive results were obtained as expected, there is still room for improvement in choosing data in the future.

Keywords : Patient's choice, Information, Empirical analysis, Ordinary Least Squares, end of life, Dead place

1. 問題意識と研究目的

平成 24 年に行われた内閣府の「高齢者の健康に関する意識調査」¹⁾によると、自宅で最期を迎えることを希望する人は 54.6% であった。しかし、平成 26 年「人口動態調査」によると、1950 年代では自宅で最期を迎える人の割合が多かったが、現在では 12.8% (2014 年) となっている²⁾。また、都道府県別自宅での死亡割合は平均で 11.9%、最大値は 16.8% (東京都) 最小値は 8.1% (佐賀県) であった³⁾。

人は人生の最終段階をどこで迎えたいか望みを持っている。そして人生の最終段階と診断された時、がんなどのある程度時間的余裕のある状況と時間的余裕のない状況がある。余裕のない場合は発症した場所で最期を迎える場合もあるが、余裕のある場合は患者に選択の機会がある。しかし、時間的余裕のある状況であるにもかかわらず選択をするための情報が得られなかった場合、望む場所で最期を迎えられていないのではないか。したがって、自宅で最期を迎えることを希望する人は 54.6% いるにもかかわらず、実際に自宅で死亡した人の割合は 12.8% なのではないかと考える。

最期を迎える場所の選択には以下の過程をたどる。まず、病院等に入院し病気等での治療中など自分が人生の最終段階であるということがわかったとき、人生の最終段階をどのように過ごし最期を迎えたいかを選択する機会がある。そして、家族の状況や医療福祉サービスなどの社会資源の状況を踏まえて、患者の希望に沿った療養を検討する。その際に、選択をするための情報が得られた場合、望む場所で最期を迎えることが可能になると考える。

そこで本研究では、最期を迎える場所に関する患者の選択に際し、選択をするための情報が何より重要なのではないかと仮説を設定し検証することで、選択に直面している患者が最適な選択をできているか、またそれができるようにするためにはどのような政策的な可能性があるかを検討することが目的である。具体的には、最期を迎える場所の選択に影響を及ぼす要因の分析を行うため、都道府県別クロスセクション・データを用いて、最期を迎える場所が自宅の割合を被説明変数とし、説明変数には、先行研究で明らかにされている、経済状況や家族状況、在宅療養支援診療所数、年齢や疾患の特性を使用する。さらに、要因の一つに、選択をするための情報を有し支援するものとして病院の看護師数を使用して最小二乗法による推定を行う。

当然のことながら、自宅で最期を迎えたいと望む人もいれば、病院で最期を迎えたいと望む人もいる。本研究では、自宅や病院で最期を迎える割合を問題にしているのではなく、人々の望みと現実の隔たりに問題があると考え分析を行う。

2. 先行研究

ここで、最期を迎える場所に関する患者の選択に関連する先行研究をサーベイし、本研究の位置づけを明確にする。

患者の最期を迎える場所に関する先行研究のうち、実証分析を行ってその要因を解明したものには以下の 3 つがある。

介護資源と死亡場所をみたものに定村・馬場園 (2005)⁴⁾ がある。そこでは、介護保険の資源が充実すれば、死亡場所に影響を与える可能性があると考え、介護保険制度の資源と死亡場所との関連を明らかにすることを目的に、重回帰分析を行っている。結果は、① 在宅サービスの資源の指標は、病院死亡割合と強い負の関連を示し、在宅サービスの資源が病院死亡を減少させる可能性があることを示唆した。また、診療所死亡とも強い正の関連があり、在宅サービスと診療所との連携が病院死亡割合を減少させる鍵となる可能性が示唆された。② 短期入所に関する資源の指標は、診療所死亡と強い負の関連、自宅死亡と強い正の関連を示しており、短期入所は診療所死亡を減少させ、自宅死亡を増加させる可能性があることが示唆された。③ 施設入所に関する資源の指標は、病院死亡割合に影響を与えておらず、自宅死亡割合との強い負の関連が示された。

宮下他 (2007)⁵⁾ では、2004 年の都道府県別在宅死亡割合と医療・社会的指標との関連の検討を行うことを目的に、多変量解析として重回帰分析を行っている。結果は、都道府県別在宅死亡割合は老衰の死亡率と有意な正の相関を示し、病院・診療所病床数と有意な負の相関を示したとしている。

泉田 (2010)⁶⁾ では、二次医療圏別の自宅死亡割合が医療・介護サービス供給や社会経済的要因によってどの程度影響を受けるかを定量的に測定し、高齢化社会後に向けて我が国の医療・介護供給体制のあり方について検討することを目的とし、二次医療圏別のパネルデータを用いて定量的に分析している。結果は、① 夫婦のみ高齢者世帯比率が自宅死亡割合に対して負の効果を持っていた。② 単身高齢者世帯比率は自宅死亡割合に対して正の効果をもつ場合があった。③ 病床数は自宅死亡割合に対して有意な効果を持つケースはほとんどなかった。④ 居宅介護事業所数はいずれの場合においても自宅死亡割合に対して正の効果を持っていた。⑤ 診療所数は有意な効果を持つケースはほとんどなかった。⑥ 脳血管疾患で死亡した場合については、正で有意な効果を自宅死亡割合に与えていた。

先行研究では、ハード面については述べられているが、患者の選択という要因が議論されていない。医療・福祉では患者の選択があってはじめて実施されるべきものであるため、本研究では、患者の選択という視点を含めて実証分析を行う。

また、自宅で最期を迎えるための要因に関する研究は様々な角度からなされている。

伊木他 (1991)⁷⁾ では、訪問面接調査法によって、高齢者の療養と死亡の場所に影響する要因について調査をした。その結果療養と死亡の場所の決定には、家族の介護力、特に主たる介護者の年齢や健康状態、有職状況が重要な影響を持ち、さらに医療・介護面での外部からの援助も関与しているとしている。

服部他 (2001)⁸⁾ では、訪問看護を受けていたものの記録から分析を行い、在宅死を可能にする因子の検討をした。その結果死亡1ヶ月前のADL(日常生活動作)が寝たきりに低下していること、患者・家族・医療者の在宅死を希望する意思表示の存在が明らかになった。また、在宅ターミナルケアを支えるには、24時間の医療体制は必要な条件であることが推察され、24時間の訪問診療体制をもつ施設では、医療者側から、在宅での看取りを家族に提案していることが推察された。在宅ターミナルケアを充実させるには、在宅医療サービスの24時間体制に加えて、サービス提供者側からの働きかけが必要としている。

中野 (2003)⁹⁾ では、訪問看護対象者の事例研究をし、在宅死が実現できる条件を明らかにした。その結果、患者・家族と医療者の間に、ゴールの一致、自己決定支援、24時間体制・計画的時間外訪問が条件であるとしている。

以上の先行研究より、自宅で最期を迎えるための要因は、家族の介護力、医療福祉サービスの充実、患者の意思表示が必要であることがわかる。

福井 (2007)¹⁰⁾ では、末期がん患者を受持つ病棟看護師464名に対しする質問紙郵送調査を行い、患者の在宅療養移行の検討に関連する要因について検討した。その結果患者・家族要因として、患者あるいは家族の在宅療養の希望があること、患者の入院期間が長く、酸素療法を行っていないこと、およびモルヒネ投与方法が経口であること、さらに看護師要因として、在宅ケアに関して同僚による助言を受けた経験があり、患者のインフォームド・コンセントを促すための情報提供を積極的に行っている看護師が受持ちであることの計7項目が関連要因として示された。

これら先行研究でえられた自宅で最期を迎えるための要因を変数に加えて、実証的に分析を行う。

3. 分析手法と使用するデータ

患者の最期を迎える場所の選択に対して、最期を迎える場所が自宅となることに影響を及ぼしそうな変数を使用する。それらがどのような影響を与えているのか、そして、それらがどの程度、最期を迎える場所が自宅となることに影響しているのかを明らかにするために、次のような実証モデルを構築して最小二乗法(OLS, Ordinary Least Squares)による推定を行う。

$$Y_i = b_1 + b_1 X_{1i} + b_2 X_{2i} + b_3 X_{3i} + b_4 X_{4i} + b_5 X_{5i} + b_6 X_{6i} + u_i$$

実証モデルの被説明変数 Y_i は、最期を迎える場所が自宅の割合である。説明変数 X_1 は100床当たり常勤換算看護師数(対数)、 X_2 は1人当たり県民所得(対数)、 X_3 は労働力状態について主に家事をする人の割合、 X_4 は人口10万対在宅療養支援診療所届出施設数(対数)、 X_5 は65歳以上の割合、 X_6 は死亡のうち死因が悪性新生物の割合である。弾性値をみたいため、データが割合のもの以外は自然対数をとって用いた。

なお、使用するデータは、2014年度の都道府県別クロスセクション・データを基本とするが、2014年度のデータを得られない変数については、もっとも2014年度に近いデータを使用する。

(1) 被説明変数の選定

被説明変数は、最期を迎える場所が自宅の割合である。

ここで、このデータを使用する際の問題点を考えておこう。

一つ目に挙げられる問題点としては、厚生労働省の人口動態調査における死亡の場所に関するデータが、死亡時に医師が書く死亡診断書などに基づいて作成されることによる問題である。死亡診断書は、厚生労働省が出している死亡診断書記入マニュアル¹⁸⁾に基づき書かれている。例えば、心肺停止状態で病院に運ばれてきて死亡診断を行った場合の死亡場所は、病院にするかまたは運ばれてくる前にいた場所にするかは、死亡診断書を記入する医師の判断による。したがって、死亡の場所のデータは、医師ごとの判断による部分があるということ認識しておく必要がある。こうしたデータ上の問題は、本研究の指摘する患者による選択を多面的な観点から問題抽出する際に、影響を与える恐れがある。

二つ目に、突然発症した病気により死亡した場合は、生活する場所としての選択は行っているが、最期を迎える場所としての選択は行ってはいないとも考えられる。最期を迎える場所と生活場所の選択というように、適切に区別しなければならないという問題点が挙げられる。

上記のようなデータ上の問題点に留意しながら、最期を迎える場所が自宅の割合を被説明変数とした分析を行う。

(2) 説明変数の選定

説明変数は、最期を迎える場所が自宅となることに影響を及ぼしそうな変数を使用する。説明変数について、順に説明する。

最期を迎える場所が自宅となる場合には、まず自宅で最期を迎えたいという選択をする必要がある。そのための情報を提供したり、社会資源等を活用するため連絡調整したりするのは、病気になり入院した病院の職員と考え、選択をするための情報を有し支援するものとして100床当たり常勤換算看護師数（対数）を採用した。看護師数とした理由は以下の三点ある。一つ目に、日本看護協会の『2025年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン～いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護』¹⁹⁾によると、「患者との情報共有や患者の選択・意思決定の支援は、看護職の重要な役割」としており、看護師には選択をするための情報を有し支援することが求められているからである。二つ目に、丸岡他（2004）²⁰⁾によると、「病院看護師は患者・家族の意志決定への支援、退院後の療養生活指導、関係職種・機関との調整を実施しており、退院調整の中心的役割を果たしていた」としており、実際に看護師は選択をするための情報を有し、支援することを行っているからである。三つ目に、選択をするための情報を有し支援するものとしては、他に医師などの医療従事者も同様と考え、100床当たり医師数も同様に考え採用しようとしたが、医師数については他の説明変数（特に県民所得）と相関が高く多重共線性の問題が考えられることから、本研究では100床当たり常勤換算看護師数（対数）を採用した。選択を支援する人がたくさんいれば、多様な情報提供が可能になり、自宅で最期を迎えたいと希望する人が多い現状を踏まえるならば、最期を迎える場所が自宅の割合に対して正の相関が

表 1. 変数の説明

変数名	単位	作成方法	出所
最期を迎える場所が自宅の割合	%		平成26年『人口動態調査』(厚生労働省) ³⁾
100床当たり常勤換算看護師数(対数)	人/100床		平成26年『病院報告』(厚生労働省) ¹¹⁾
1人当たり県民所得(対数)	円		平成25年度『県民経済計算(平成13年度 - 平成25年度)(93SNA、平成17年基準計数)』(内閣府) ¹²⁾
労働力状態について主に家事をする人の割合	%	家事/労働力状態総数 × 100	平成22年『国勢調査抽出速報集計』(総務省統計局) ¹³⁾
人口10万対在宅療養支援診療所届出施設数(対数施設数)		在宅療養支援診療所届出施設数 / 総人口 × 100000	平成26年『医療施設調査』(厚生労働省) ¹⁴⁾ 平成26年『人口推計』(総務省統計局) ¹⁵⁾
65歳以上の割合	%		平成26年『人口推計』(総務省統計局) ¹⁶⁾
死亡のうち死因が悪性新生物の割合	%	死因が悪性新生物/死亡総数 × 100	平成26年『人口動態調査』(厚生労働省) ¹⁷⁾

あると考えられる。

また、少なからず人の選択は所得によって影響を受けることが考えられ、人生の最終段階の選択も所得の影響を受け、所得が多ければ多様な選択が可能になるのではないかと考えられることから、1人当たり県民所得(対数)を変数として採用した。このことから、正の相関があると考えられる。

加えて、自宅で最期を迎える場合、家族等の支援を受けることができれば、より自宅で最期を迎えやすいと考えられることから、労働力状態について主に家事をする人の割合を変数として採用した。先行研究では世帯構成のデータを使用しているが、データの制約もあり今回はこのデータを使用する。このことから、正の相関があると考えられる。

さらに、自宅で最期を迎えるときに有用な社会資源として、人口10万対在宅療養支援診療所届出施設数(対数)を採用した。在宅療養支援診療所とは、地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所のことである。そのため、その患者の住む地域の自宅で最期を迎えるための医療サービスの充実度を示すものと考え採用した。このことから、正の相関があると考えられる。

そして、自宅で最期を迎えるための背景として、65歳以上の割合と、死亡のうち死因が悪性新生物の割合を用いる。

65歳以上の割合は、数値そのものが高齢化の程度を示す。「終末期医療のあり方に関する懇談会報告書」²¹⁾によれば、年齢層によって自宅での療養と病院での療養の希望割合は異なることが示されていることから、年齢層を表す代表的な指標として65歳以上の割合を採用した。報告書では、年代が上がるにつれて、病院での療養を希望する割合が高まることから負の相関があると考えられる。

悪性新生物の場合、ある程度選択する時間と選択肢がある。選択する時間があればより最善の選択ができ

表2. 記述統計量

	平均	標準誤差	中央値 (メジアン)	標準偏差	最小	最大	標本数
最期を迎える場所が自宅の割合	11.936	0.342	12.100	2.346	8.100	16.800	47
100床当たり常勤換算看護師数(対数)	3.876	0.013	3.879	0.090	3.706	4.091	47
1人当たり県民所得(対数)	14.846	0.019	14.851	0.131	14.558	15.321	47
労働力状態について主に家事をする人の割合	16.144	0.177	16.245	1.213	13.563	19.667	47
人口10万対在宅療養支援診療所届出施設数(対数)	2.335	0.062	2.334	0.425	1.651	3.117	47
65歳以上の割合	27.521	0.395	27.800	2.711	19.000	32.600	47
死亡のうち死因が悪性新生物の割合	28.000	0.248	27.782	1.700	25.058	31.346	47

表3. 相関係数

	最期を迎える場所が自宅の割合	100床当たり常勤換算看護師数(対数)	1人当たり県民所得(対数)	労働力状態について主に家事をする人の割合	人口10万対在宅療養支援診療所届出施設数(対数)	65歳以上の割合	死亡のうち死因が悪性新生物の割合
最期を迎える場所が自宅の割合	1						
100床当たり常勤換算看護師数(対数)	0.499	1					
1人当たり県民所得(対数)	0.455	0.245	1				
労働力状態について主に家事をする人の割合	0.171	-0.016	-0.074	1			
人口10万対在宅療養支援診療所届出施設数(対数)	-0.164	-0.031	-0.102	0.179	1		
65歳以上の割合	-0.509	-0.411	-0.379	0.322	0.170	1	
死亡のうち死因が悪性新生物の割合	0.329	0.337	0.317	0.112	-0.023	-0.479	1

ると考え、死亡のうち死因が悪性新生物の割合を説明変数として採用した。このことから、正の相関があると考えられる。

4. 推計結果と解釈

推計結果を順にみてみよう。

100床当たり常勤換算看護師数(対数)は、モデル3, 4, 7, 8で、有意水準1%以下の正の有意な結果が得られた。また、どのモデルでも有意水準5%以下の正の有意な結果が得られた。先にみた先行研究において、中野(2003)⁹⁾が示した「患者・家族と医療者の間にゴールの一致、自己決定支援が在宅死を実現できる条件」という結果や、福井(2007)¹⁰⁾が示した「看護師要因として患者のインフォームド・コンセントを促すための情報提供を積極的に行っている看護師が受持ちである」という結果を支持した。

1人当たり県民所得(対数)は、モデル4, 7, 8で有意水準1%以下の正の有意な結果が得られた。また、どのモデルでも有意水準5%以下の正の有意な結果が得られた。先にみた先行研究で、泉田(2010)⁶⁾は、政策外の変数として所得水準を入れ分析し、影響が大きいという結果が得られており、それを支持した。

労働力状態について主に家事をする人の割合は、モデル1, 2, 5, 6で有意水準1%以下の正の有意な結果が得られた。また、モデル7を除いて、有意水準10%以下の正の有意な結果が得られた。先にみた伊木他(1991)⁷⁾の先行研究にある、「家族の介護力が重要な影響を持つ」という結果を支持した。

人口10万対在宅療養支援診療所届出施設数(対数)は、有意な結果が得られなかった。先行研究におい

表4. 推計結果

説明変数	被説明変数 最期を迎える場所が自宅の割合			
	モデル1	モデル2	モデル3	モデル4
100床当たり常勤換算看護師数(対数)	7.677 ** (2.429)	7.349 ** (2.353)	10.353 *** (3.128)	10.778 *** (3.430)
1人当たり県民所得(対数)	4.769 ** (2.257)	4.512 ** (2.168)	6.083 ** (2.696)	6.355 *** (2.951)
労働力状態について主に家事をする人の割合	0.717 *** (3.060)	0.660 *** (2.960)	0.433 * (1.853)	0.449 * (1.960)
人口10万対在宅療養支援診療所届出施設数(対数)	-0.676 (-1.111)	-0.692 (-1.141)	-0.863 (-1.305)	-0.867 (-1.324)
65歳以上の割合	-0.379 *** (-2.982)	-0.334 *** (-2.920)		
死亡のうち死因が悪性新生物の割合	-0.150 (-0.824)		0.081 (0.451)	
切 片	-83.985 ** (-2.509)	-83.366 ** (-2.501)	-125.752 *** (-3.788)	-129.405 *** (-4.058)
R-2	0.469	0.473	0.367	0.379
有意F	0.000	0.000	0.000	0.000
観測数	47	47	47	47

説明変数	被説明変数 最期を迎える場所が自宅の割合			
	モデル5	モデル6	モデル7	モデル8
100床当たり常勤換算看護師数(対数)	7.582 ** (2.393)	7.237 ** (2.310)	10.362 *** (3.105)	10.805 *** (3.409)
1人当たり県民所得(対数)	4.899 ** (2.316)	4.634 ** (2.222)	6.316 *** (2.785)	6.600 *** (3.050)
労働力状態について主に家事をする人の割合	0.687 *** (2.943)	0.626 *** (2.825)	0.380 (1.638)	0.396 * (1.743)
人口10万対在宅療養支援診療所届出施設数(対数)				
65歳以上の割合	-0.393 *** (-3.104)	-0.347 *** (-3.037)		
死亡のうち死因が悪性新生物の割合	-0.156 (-0.856)		0.085 (0.466)	
切 片	-86.070 ** (-2.568)	-85.475 ** (-2.559)	-130.501 *** (-3.922)	-134.330 *** (-4.205)
R-2	0.466	0.469	0.356	0.368
有意F	0.000	0.000	0.000	0.000
観測数	47	47	47	47

注1: 数値は、偏回帰係数、括弧内の数値は、t値である。

注2: ***, **, *は、それぞれ有意水準1%、5%、10%水準で有意であることを示す。

ては、服部他（2001）⁸⁾が訪問看護を受けていたものの記録から行った分析で、在宅ターミナルケアを支えるには、24時間の医療体制は必要な条件であることが推察されている。有意な結果が得られなかった理由を考えてみよう。在宅療養支援診療所は、24時間の窓口として往診、訪問看護等を提供する診療所のことである。24時間連絡を受けるための人員確保が難しく、往診や訪問看護等を行っていても届出ができない現状もあるといわれている。そのため今回の推計結果では、有意な結果が得られなかったのではないかと考える。

65歳以上の割合は、全てのモデルで、有意水準1%以下の負の有意な結果が得られた。年齢層が高くなるにつれ自宅以外で最期を迎えることが多いことが示され、「終末期医療のあり方に関する懇談会報告書」²¹⁾と矛盾しない結果となった。

死亡のうち死因が悪性新生物の割合は、有意な結果が得られなかった。先にみた先行研究で福井（2007）¹⁰⁾は、「酸素療法を行っていないこと、およびモルヒネ投与方法が経口であることが患者の在宅療養移行の検討に関連する要因」としており、疾患よりもどのような状況であるかが影響を及ぼすことが考えられる。

5. 政策インプリケーション

今回、最期を迎える場所に関する患者の選択に際し、選択をするための情報が何より重要なのではないかと仮説を設定し検証し、期待通り正の有意な結果が得られた。以上の分析から政策インプリケーションを考える。

同様のことが、厚生労働省の懇談会でも言われている。前述の平成22年「終末期医療のあり方に関する懇談会報告書」²¹⁾の中の、終末期医療のあり方に関する懇談会の主な意見のまとめには、終末期医療に関する患者・家族と医療福祉従事者間の情報格差として以下が書かれている。「終末期医療のあり方を決定するプロセスにおいて最も重要な原則は、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで終末期医療を進めることである、しかしながら、現状では、十分な情報提供や説明がないまま、患者や患者家族は判断を迫られる状況におかれているとも考えられる」としている。患者と関わる医療従事者が、選択を支援することができるようなシステムが望まれる。

6. 結論と今後の課題

最期を迎える場所に関する患者の選択に際し、選択をするための情報が何より重要なのではないかと仮説を設定し検証してきた。

そして、最期を迎える場所の選択に影響を及ぼす要因の分析を行うため、都道府県別クロスセクション・データを用いて、最期を迎える場所が自宅の割合を被説明変数とし、説明変数には、先行研究で明らかにされている、経済状況や家族状況、在宅療養支援診療所数、年齢や疾患の特性を使用した。さらに、要因の一つに、選択をするための情報を有し支援するものとして病院の看護師数を使用して最小二乗法による推定を行った。

分析の結果、選択をするための情報を有し支援するものとして採用した病院の看護師数は、正の有意な結果が得られた。

今後の課題について考えてみる。一つ目に、今回の分析にあたっては、データの制約が多かったものの、データの選び方に改善の余地が残されている。二つ目は、比較分析として、インフォームド・コンセントがいわれ始める前と後で分析をし、係数や当てはまり具合など、比較をしてみる必要があると考えている。

7. 謝辞

本研究は、法政大学大学院政策創造研究科修士論文の一部を加筆・修正したものである。

8. 引用文献

- 1) 内閣府. 平成 24 年度高齢者の健康に関する意識調査結果 (全体版). <http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/zentai/index.html>. アクセス日 2018.1.10
- 2) 厚生労働省. 平成 26 年 人口動態統計 (確定数) 上巻 死亡 第 5. 6 表 死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率. https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20140&month=0&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053065&stat_infid=000031288444&result_back=1&second2=1. アクセス日 2018.3.2
- 3) 厚生労働省. 平成 26 年 人口動態統計 (確定数) 上巻 死亡 第 5. 8 表 死亡の場所別にみた都道府県 (21 大都市再掲) 別 死亡数百分率. https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20140&month=0&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053065&stat_infid=000031288446&result_back=1&second2=1. アクセス日 2018.3.2
- 4) 定村美紀子, 馬場園明. 介護保険制度による介護資源の指標と死亡場所との関連. 厚生 の 指 標. 2005 ; 52(1) : 8-14
- 5) 宮下光令, 白井由紀, 三條真紀子, 他. 2004 年の都道府県別在宅死亡割合と医療・社会的指標の関連. 厚生 の 指 標. 2007 ; 54(11) : 44-72
- 6) 泉田信行. 死亡場所の差異と医療・介護サービス供給の関係の分析. 季刊・社会保障研究. 2010 ; 46 (3) : 204-216
- 7) 伊木雅之, 緒方昭, 梶田悦子, 他. 高齢者の療養と死亡の場所に影響する要因に関する疫学調査. 日本公衆衛生雑誌. 1991 ; 38(2) : 87-93
- 8) 服部文子, 植村和正, 益田雄一郎, 他. 訪問診療対象高齢患者における在宅死を可能にする因子の検討. 日本老年医学会雑誌. (2001 ; 38(3) : 399-404
- 9) 中野りか. 当院訪問看護センターにおける在宅ターミナルケアの実際—在宅死が実現できる条件とは—. 地域看護. 2003 ; 34 : 27-29
- 10) 福井小紀子. 入院中末期がん患者の在宅療養移行の検討に関連する要因を明らかにした全国調査. 日本看護科学会誌. 2007 ; 27(2) : 92-100
- 11) 厚生労働省. 平成 26 年 病院報告 閲覧 (閲覧表) 都道府県・指定都市・特別区・中核市 (従事者票) 第 34 表 100 床当たり従事者数, 職種・都道府県—指定都市・特別区・中核市 (再掲)・精神科病院—一般病院別 (再掲) 別. https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&tstat=000001030749&cycle=7&tclass1=000001076880&tclass2=000001076935&tclass3=000001076941&stat_infid=000031331498&second2=1. アクセス日 2018.3.2
- 12) 内閣府. 県民経済計算 (平成 13 年度-平成 26 年度) (93SNA, 平成 17 年基準計数) 1. 総括表 9. 1 人当たり県民所得. http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/data/data_list/kenmin/files/contents/main_h26.html. アクセス日 2018.3.2
- 13) 総務省統計局. 平成 22 年度国勢調査抽出速報集計 第 3-2 表 労働力状態 (8 区分), 男女別 15 歳以上人口 (雇用者—特掲)—全国, 都道府県. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00200521&tstat=000001039448>. アクセス日 2015.6.19
- 14) 厚生労働省. 平成 26 年医療施設 (静態・動態) 調査 閲覧 第 83 表 一般診療所数, 在宅療養支援診療所の届出状況・都道府県—指定都市・特別区・中核市 (再掲) 別. https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&tstat=000001030908&cycle=7&tclass1=000001077195&tclass2=000001077198&stat_infid=000031336462&second2=1. アクセス日 2018.3.2
- 15) 総務省統計局. 人口推計 各年 10 月 1 日現在人口 第 5 表 都道府県, 男女別人口—総人口, 日本人人口 (各年 10 月 1 日現在). https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&tstat=00000090001&cycle=7&year=20140&month=0&tclass1=000001011679&stat_infid=000029026254&result_back=1&second2=1. アクセス日 2018.3.2
- 16) 総務省統計局. 人口推計 各年 10 月 1 日現在人口第 12 表 都道府県, 年齢 (3 区分), 男女別人口の割合—総人口 (平成 26 年 10 月 1 日現在). https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&tstat=00000090001&cycle=7&year=20140&month=0&tclass1=000001011679&stat_infid=000029026261&result_back=1&second2=1. アクセス日 2018.3.2
- 17) 厚生労働省. 平成 26 年 人口動態統計 (確定数) 下巻 死亡 第 4 表 死亡数, 性・死因 (死因簡単分類)・都道府県 (21 大都市再掲) 別. https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20140&month=0&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053065&stat_infid=000031288493&result_back=1&second2=1. アクセス日 2018.3.2
- 18) 厚生労働省. 平成 29 年度版死亡診断書 (死体検案書) 記入マニュアル. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/manual/>. アクセス日 2018.1.10
- 19) 公益社団法人日本看護協会. 2025 年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン—いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護. <https://www.nurse.or.jp/home/about/vision/pdf/vision-4C.pdf>. アクセス日 2018.2.28
- 20) 丸岡直子, 佐藤弘美, 川島和代, 他. 退院患者に提供された看護サービスの実態からみた退院調整における病院看護師の役割. 石川看護雑誌. 2004 ; 1 : 31-38
- 21) 厚生労働省. 終末期医療のあり方に関する懇談会報告書. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000yp23.html>. アクセス日 2018.1.10

研究ノート

看護系大学教員における職業性ストレスの実態 —— 職位，大学院就学状況別の比較から ——

小野さやか，田中 幸子¹，香取 洋子²，酒井 一博³

¹東京慈恵会医科大学医学部看護学科

²北里大学看護学部

³公益財団法人大原記念労働科学研究所

Current State of Occupational Stress among Baccalaureate Nursing Faculty : Comparisons by their Position and Enrollment Status in Graduate School

Sayaka Ono, Sachiko Tanaka¹, Yoko Katori², Kazuhiro Sakai³

¹School of Nursing, The Jikei University

²School of Nursing, Kitasato University

³The Ohara Memorial Institute for Science of Labour

(受付：2018年3月5日 採択：2018年10月4日)

【要旨】

【目的】本研究は、看護系大学教員の職位，大学院就学状況別の比較から職業性ストレスの実態について明らかにすることを目的とした。【方法】対象は、協力が得られた全国の看護系大学99校の教員1,653名に自記式質問紙調査を配布し、664名から回収（回収率40.2%）、女性543名（有効回答率81.8%）を分析対象とした。【結果】職業性ストレスについて職位や進学状況別に多重比較を行った結果、助手と助教は教授より、博士課程在学者は在学していない者より、『職場の対人関係でのストレス』が有意に高かった。

キーワード：職業性ストレス，看護大学，教員

【Abstract】

【Purpose】 This study aimed to elucidate the current state of occupational stress among nursing faculty members through comparisons by their academic titles and enrollment status in a graduate school. 【Methods】 We distributed self-reported questionnaires to 1,653 nursing faculty members, who consented to participate, of 99 nursing universities across Japan. Of 664 nursing faculty members who returned the questionnaire (return rate, 40.2%), 543 female nursing faculty members were included in the analysis (valid response rate, 81.8%). 【Results】 Multiple comparisons of occupational stress by academic titles and enrollment status in a graduate school showed that levels of “workplace interpersonal stress” were significantly higher in research associates and instructors than in professors. The workplace interpersonal stress levels were also significantly higher for nursing faculty members who were enrolled in doctoral programs than for those who were not.

Key words : occupational stress, nursing university, faculty member

I. 緒言

平成4年の「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の制定に伴い、看護職養成のための予算が増大し、看護系大学も飛躍的な増加を実現させることができた¹⁾。同法案の趣旨説明において、看護系大学、大学院については量的拡大を当分相当な勢いでやらなければならないこと、国立大学の看護教育に予算を計上していること、公立大学については看護系大学の設置に起債を認め、その償還を交付税で裏打ちをすること、看護系大学の設置認可申請に対し積極的に指導をしていくことが説明された²⁾。これを契機に、看護系大学が平成3年の11校から平成22年には188校と急激に増加³⁾した。それに伴い、看護系研究科の設置数も平成8年の修士課程8校、博士課程5校から平成22年には修士課程127校、博士課程61校と急増し、その教育を担う看護系大学教員の不足と負担の増大が指摘された³⁾。看護系大学教員は他の学問分野とは異なり臨床実践能力が重視されるため、大学卒業後、数年の臨床勤務を経てから大学院進学や教職に就く者が多く、博士課程に在学しながら教育に携わる教員が他分野と比較して多い等の現状がある³⁾。日本看護系大学協議会の調査⁴⁾では、フルタイムの学生の割合は低く、社会人学生の割合が高いこと、社会人学生の職種の57.3%が看護系大学教員で、多くの大学院生は大学教員として学生を教育しているという二重構造が指摘されている。これらのことから、大学院に就学しながらキャリア形成を図る看護系大学教員の負担やストレスは、すでに学位取得済みの教員よりも高くなることが危惧されるが国内における報告はほとんどない。

さらに、看護系大学教員を含む大学教員は、労働基準法に基づいて締結した労使協定により専門業務型裁量労働制（労働基準法 第38条の3）をとることが多く、勤務時間などの管理や仕事の進め方が労働者の裁量に委ねられている。裁量労働制が働き過ぎにつながることはないよう、専門業務型裁量労働制についても、労使協定により健康・福祉確保措置および苦情処理措置の導入を要すること⁵⁾が必要であると考えられるようになった。裁量労働制の労働者は、実際の運用で働き過ぎの状態をもたらす可能性もあるため、多様なストレスを抱えて就労していることが予測される。就労によるストレスを明らかにするには、旧労働省研究班が開発した職業性ストレス簡易調査票⁶⁾が、裁量労働制の労働者を含めたすべての労働者に対して簡便に測定し活用できるため、広く用いられている。これは、Karasek⁷⁾によって提唱された職業性ストレスモデル「仕事の要求度—コントロールモデル」を基にソーシャル・サポート要因を加え作成されている。Karasek⁷⁾は、仕事の量的負担が大きく、仕事のコントロールが低いといった要素が重なる場合に心身の不調や健康問題が表れやすく、職場で上司や同僚のサポートがあれば労働者は仕事上の要求や困難に対応しやすくなり、ストレスが和らぐことを主張している。これまで他分野の大学教員を対象とした研究⁸⁾では助手、助教授、教授の精神的健康について検討され、大学助手について、雑務の負担と上司との関係が精神的健康を低下させる方向に影響を及ぼす点が報告されている。看護系大学教員のみを対象とした報告では、松下ら⁹⁾は看護系大学教員の職業性ストレスの特徴として臨床看護師より「職場の葛藤」が高いこと、三上ら¹⁰⁾は1総合大学に開設された看護教員の職場の状況がストレスフルな状況下にあり、疲労度が高いことを明らかにしている。しかし、地域や施設が限定され、看護系大学教員において職業性ストレス簡易調査票を用いた調査は行われていない。職業性ストレス簡易調査票を用いて看護系大学教員の職位や大学院就学状況別の比較から看護系大学教員の抱える職業性ストレスの実態を明らかにすることで、今後課題となる看護系大学教員の定着や人材確保に対する支援の検討につながると考えた。

II. 研究目的

本研究は、看護系大学教員の職位、大学院就学状況別の比較から職業性ストレスの実態について明らかにすることを目的とした。

III. 用語の定義

専門業務型裁量労働制：業務の性質上、業務遂行の手段や方法、時間配分等を大幅に労働者の裁量にゆだねる必要がある業務として厚生労働省令及び厚生労働大臣告示によって定められた業務の中から、対象となる業務を労使で定め、労働者を実際にその業務につかせた場合、労使であらかじめ定めた時間働いたものと

みなす制度¹¹⁾。

IV. 方法

1. 対象者

2012年1月現在, 日本看護系大学協議会に属する大学199校のうち, 質問紙調査票の配布協力が得られた看護系大学に勤務する看護職の資格を有する教員を対象とした。対象とする職位は, 教授, 准教授, 講師, 助教, 助手とした。

2. 調査方法

看護系大学学部長もしくは学科長宛てに調査依頼文書と質問紙調査票配布の同意書を送付し, 調査協力を同意が得られた99校の大学に, 調査依頼文書, 無記名質問紙調査票, 返信用封筒を送付し, 対象者個人への配布を依頼した。回収方法は, 対象者個人から直接郵送とした。

3. 調査期間

調査期間は2012年6月1日～6月30日。

4. 調査内容

対象者の個人属性(性別, 年齢, 婚姻状況, 看護師等の免許保有状況, 最終学歴, 職位, 専任教員としての教育経験年数, 大学院就学状況), 所属組織の特性(大学の設置主体, 設置課程, 専門業務型裁量労働制の適用状況), 1日の総労働時間について質問した。

職業性ストレス簡易調査票⁶⁾は全57項目, ①仕事のストレス要因(9尺度), ②ストレス反応(6尺度), ③修飾要因(4尺度)の大きく3つから構成され, 信頼性と基準関連妥当性が確認されている。回答は全て4件法(例: 1=そうだ, 2=まあそうだ, 3=ややちがう, 4=ちがう)であり, 尺度の得点が高い程, その項目内容が高いことを示す。

5. 分析方法

職業性ストレスに関する得点は性別で基準が異なることから, 今回は女性に限定し分析を行った。基本統計量を算出後, 対象者の職業性ストレス簡易調査票の平均得点を女性素点換算票 version2R¹²⁾(以下, 女性換算表と表記する)をもとに①ストレスが低い/少ない, ②やや低い/やや少ない, ③普通, ④やや高い/やや多い, ⑤高い/多いの5段階に分類した。なお, 女性換算票の一般女性との比較データが平均値を用いているため, 本研究でも同様に平均値を用いることとした。職業性ストレスに関連する要因をみるために, 職業性ストレス簡易調査票について, 対象の属性別に正規性の分析を行った後, 群間比較をした。大学院在学状況に関しては, 職位別に職業性ストレスとの関連をみるため, 大学院在学中の者と在学していない者で群間比較を行った。教授は, 大学院在学中の者が少なかったため分析から除いた。2群間の比較には, Mann-Whitney のU検定, 3群間以上の比較には Kruskal-Wallis 検定を用い, 多重比較には Bonferroni 法を行った。統計的分析は, 統計ソフト SPSS (Ver.19) を用い, 有意水準 5%とした。

6. 倫理的配慮

本研究は, 山形大学医学部倫理委員会の了承を得て実施した(平成24年4月25日第11号)。対象者に研究の趣旨, 目的, 方法, プライバシーの保護, データの保管と研究終了後の処理, 研究協力は自由意志であること, 協力の拒否による不利益が生じないことを文書で説明した。調査票の返送をもって研究への同意とした。

V. 結果

研究への協力依頼をした199校中, 調査協力の同意が得られた99校の看護系大学教員1,653名に質問紙調査票を配布し, 664名(回収率40.2%)より回答があった。看護師免許を取得していない者, 教授, 准教授, 講師, 助教, 助手以外の職位の者, 職業性ストレスの質問項目において1項目以上の無回答があった者を除く599名のうち, 女性543名(有効回答率81.8%)を分析対象とした。

1. 対象者, 所属組織の属性

対象の平均年齢は44.7±9.7歳であった。職位は, 教授110名(20.2%), 准教授100名(18.4%), 講師108

表 1. 対象者, 所属組織の属性

		n=543	
項目		平均値	±標準偏差
年齢(歳)		44.7	±9.7
専任教員としての教育経験年数(年)		9.4	±8.3
		人数(名)	割合(%)
年代	20～29歳	20	3.7
	30～39歳	161	29.7
	40～49歳	188	34.6
	50～59歳	131	24.1
	60歳以上	41	7.6
	無回答	2	0.4
婚姻状態	未婚	263	48.4
	既婚	277	51.0
	離死別	3	0.6
免許保有状況 ※複数回答	看護師	543	100.0
	保健師	284	52.3
	助産師	114	21.0
	その他(件数)	2	0.4
職位	教授	110	20.2
	准教授	100	18.4
	講師	108	19.9
	助教	178	32.8
	助手	47	8.7
	最終学歴	大学院博士課程	166
	大学院修士課程	330	60.8
	博士課程・修士課程以外	46	8.5
	無回答	1	0.2
所属組織の設置主体	国立大学法人	179	32.9
	公立大学法人	107	19.7
	私立大学(学校法人)	248	45.7
	その他(件数)	7	1.3
	無回答	2	0.4
裁量労働制の適用状況	適用している	288	53.0
	適用していない	74	13.6
	わからない	178	32.8
	無回答	3	0.6
大学院就学状況	博士課程在学中	97	17.9
	修士課程在学中	25	4.6
	在学していない	420	77.3
	無回答	1	0.2

名 (19.9%), 助教 178 名 (32.8%), 助手が 47 名 (8.7%) であった。最終学歴は, 博士課程 166 名 (30.5%), 修士課程 330 名 (60.8%), 博士・修士課程以外が 46 名 (8.5%) であった。大学院就学状況は, 博士課程在学中が 97 名 (17.9%), 修士課程在学中が 25 名 (4.6%), 在学していないと回答した者が 420 名 (77.3%), 無回答が 1 名 (0.2%) であった (表 1)。さらに, 教授 63 名 (教授のうち 57.8%), 准教授 52 名 (准教授のうち 52.0%), 講師 32 名 (講師のうち 29.6%), 助教 16 名 (助教のうち 9.0%), 助手 2 名 (助手のうち 4.3%) が博士の学位を有していた。教授 5 名 (教授のうち 4.5%), 准教授 25 名 (准教授のうち 25.0%), 講師 26 名 (講師のうち 24.1%), 助教 38 名 (助教のうち 21.5%), 助手 3 名 (6.4%) が博士課程在学中であった。

2. 労働時間

対象者の 1 日の総労働時間の平均は 10.9±1.9 時間であった。職位別の 1 日の総労働時間の平均は, 教授が 11.4±2.1 時間, 准教授が 11±1.9 時間, 講師が 10.6±1.8 時間, 助教が 10.8±1.9 時間, 助手が 10.5±1.8 時間であった。

3. 対象者 (全体) の職業性ストレス得点

対象者全体の職業性ストレス簡易調査票の平均得点は, ストレス要因の『心理的な仕事の負担 (量)』, 『心理的な仕事の負担 (質)』, 修飾要因の『上司からのサポート』, 『家族・友人からのサポート』が女性換算票の「やや高い/やや多い」, それ以外は「普通」と判定された (表 2)。

表 2. 対象者全体の職業性ストレス得点, 職位別の比較

					n=543				
尺度	対象者 全体の 平均値	対象全体 の標準 偏差	ストレス カテゴリー 区分	教授	准教授	講師	助教	助手	
				n=110	n=100	n=108	n=178	n=47	
				中央値(最小値-最大値)					
ストレス要因	心理的な仕事の負担(量)	10.1	1.8	やや高い/ やや多い	11(3-12)	10(5-12)	10(6-12)	10(6-12)	9(5-12)
	心理的な仕事の負担(質)	9.6	1.7	やや高い/ やや多い	10(5-12)	10(6-12)	10(6-12)	9(3-12)	9(5-12)
	自覚的な身体的負担度	2.4	0.9	普通	2(1-4)	2(1-4)	2(1-4)	2(1-4)	2(1-4)
	職場の対人関係でのストレス	6.9	2.1	普通	6(3-12)	6(3-11)	6(3-12)	7(3-12)	7(3-12)
	職場環境によるストレス 仕事のコントロール度	2.1 8.1	1.0 2.0	普通 普通	2(1-4) 9(4-12)	2(1-4) 9(4-12)	2(1-4) 8(3-12)	2(1-4) 8(3-12)	2(1-4) 8(3-12)
	技能の活用度	3.1	0.8	普通	3(1-4)	3(1-4)	3(1-4)	3(1-4)	3(1-4)
	仕事の適性度	2.9	0.7	普通	3(1-4)	3(1-4)	3(1-4)	3(1-4)	3(1-4)
	働きがい	3.1	0.7	普通	3(1-4)	3(1-4)	3(1-4)	3(1-4)	2(1-4)
ストレス反応	活気 イライラ感	6.7 6.4	2.3 2.3	普通 普通	6(3-12) 6(3-12)	6(3-12) 6(3-12)	6(3-12) 6(3-12)	6(3-12) 6(3-12)	6(3-12) 7(3-12)
	疲労感	7.8	0.6	普通	6(3-12)	8(3-12)	8(3-12)	8(3-12)	9(4-12)
	不安感 抑うつ感 身体愁訴	6.3 10.7 20.3	2.4 4.2 5.9	普通 普通 普通	5(3-12) 9(6-21) 18(11-42)	5(3-12) 9(6-24) 19(11-35)	6(3-12) 10(6-24) 19(11-37)	6(3-12) 10(6-24) 20(11-41)	6(3-12) 10(6-22) 19(12-36)
修飾要因	上司からのサポート	8.0	2.2	やや高い/ やや多い	8(3-12)	8(3-12)	8(3-12)	8(3-12)	8(3-12)
	同僚からのサポート	8.8	2.2	普通	9(3-12)	9(3-12)	9(3-12)	9(3-12)	9(3-12)
	家族・友人からのサポート	10.1	1.9	やや高い/ やや多い	10(4-12)	10(4-12)	10(3-12)	11(4-12)	10(6-12)
	仕事や生活の満足度	5.8	1.3	普通	6(2-8)	6(3-8)	6(2-8)	6(2-8)	6(2-8)

Kruskal-Wallis 検定, Bonferroni 法 * : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, n.s. : not significant

4. 教員の属性と職業性ストレスとの関連

1) 職位別の比較

教授は助手に比べ, ストレス要因の『心理的な仕事の負担(量)』($p < 0.01$) 得点, 助教と助手に比べ, 『心理的な仕事の負担(質)』($p < 0.01$) 得点が有意に高かった。教授は助教よりも修飾要因の『同僚からのサポート』($p < 0.05$) 得点, 講師や助教, 助手に比べ, 『仕事や生活の満足度』(講師 $p < 0.05$, 助教 $p < 0.01$, 助手 $p < 0.05$) 得点が有意に高かった。

助教は教授よりもストレス要因の『職場の対人関係でのストレス』($p < 0.01$) 得点, ストレス反応の『イライラ感』($p < 0.05$) 得点, 『疲労感』($p < 0.01$) 得点, 『身体愁訴』($p < 0.05$) 得点が有意に高く, 『仕事のコ

表3. 准教授における大学院在学状況別職業性ストレス得点の比較

尺度		大学院在学状況	n	中央値(最小値-最大値)	p値
ストレス反応 不安感		在学中	25	7(3-12)	*
		在学していない	74	5(3-12)	
修飾要因 家族・友人からのサポート		在学中	25	9(6-12)	*
		在学していない	74	10(4-12)	
仕事や生活の満足度		在学中	25	6(3-8)	*
		在学していない	74	6(4-8)	

[注] Mann-Whitney の U 検定 * : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, n.s. : not significant

[注] 在学中の者の内訳は博士課程の者が 25 名である。

表4. 講師における大学院在学状況別職業性ストレス得点の比較

尺度		大学院在学状況	n	中央値(最小値-最大値)	p値
ストレス要因 心理的な仕事の負担(量)		在学中	26	12(6-12)	*
		在学していない	82	10(6-12)	

[注] Mann-Whitney の U 検定 * : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, n.s. : not significant

[注] 在学中の者の内訳は博士課程の者が 26 名である。

表5. 助教における大学院在学状況別職業性ストレス得点の比較

尺度		大学院在学状況	n	中央値(最小値-最大値)	p値
ストレス要因 心理的な仕事の負担(量)		博士課程在学中	38	11(7-12)	*]
		修士課程在学中	9	10(6-12)	
		在学していない	130	10(6-12)	
仕事の適性度		博士課程在学中	38	3(1-4)	*]
		修士課程在学中	9	2(1-3)	
		在学していない	130	3(1-4)	
ストレス反応 イライラ感		博士課程在学中	38	7(3-12)	*]
		修士課程在学中	9	6(4-9)	
		在学していない	130	6(3-12)	

[注] Kruskal-Wallis 検定, Bonferroni 法 * : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, n.s. : not significant

ントロール度』 ($p < 0.01$) 得点, 『働きがい』 ($p < 0.01$) 得点, 『仕事の適性度』 ($p < 0.01$) 得点が有意に低かった。

助手は教授と准教授よりもストレス要因の『職場の対人関係でのストレス』 ($p < 0.01$) 得点が有意に高く, 『仕事のコントロール度』 ($p < 0.01$) 得点, 『技能の活用』 (教授 $p < 0.05$, 准教授 $p < 0.01$) 得点, 『仕事の適性度』 (教授 $p < 0.05$, 准教授 $p < 0.01$) 得点, 『働きがい』 ($p < 0.01$) 得点が有意に低かった (表2)。

2) 大学院就学状況別の比較

准教授は, 博士課程在学中の者 25 名と在学していない者 74 名での比較を行った。修士課程在学中の者 1 名は分析対象から除いた。准教授において大学院在学中の者は在学していない者より, ストレス反応の『不安感』 ($p < 0.05$) 得点が有意に高かった (表3)。

講師の大学院在学状況は, 博士課程在学中の者のみであった。講師において博士課程在学中の者は在学していない者よりストレス要因の『心理的な仕事の負担(量)』 ($p < 0.05$) 得点が有意に高かった (表4)。

助教 178 名のうち, 大学院就学状況無回答の者 1 名を除いて比較を行なった。助教において博士課程在学中の者は在学していない者よりストレス要因の『心理的な仕事の負担(量)』 ($p < 0.05$) 得点, ストレス反応の『イライラ感』 ($p < 0.05$) 得点が有意に高かった。助教において博士課程在学中の者は修士課程在学中の者よりストレス要因の『仕事の適性度』 ($p < 0.05$) 得点が有意に高かった (表5)。

助手については職業性ストレスの各下位尺度において有意な差が認められなかった。

VI. 考察

1. 対象者について

対象者の平均年齢は44.7歳であり、平成22年度教員個人調査¹³⁾の大学教員(女性)の平均年齢45.6歳と比較して著しい偏りはなかった。対象者全体の最終学歴は、博士課程が30.6%、修士課程が60.8%、その他が8.5%であった。大学設置基準(文部科学省令第18号, 2016年一部改正)¹⁴⁾によると、教授は博士の学位を有し研究上の業績を有する者、准教授は修士の学位を有する者といった、取得学位に関する内容が教員の資格として示されている。本研究の対象者は修士課程修了者が多く、大学院就学状況では対象者全体の約20%が博士課程と修士課程に在学中であり、教員としてさらなるキャリアアップのために、現在および将来学位取得を目指す者が多数含まれることが考えられた。また、対象者の1日の平均労働時間は10.9時間であった。助教や助手のデータはないが、平成24年度賃金構造基本統計調査¹⁵⁾の所定内実労働時間数は大学教授が158時間、大学准教授が159時間、大学講師が160時間であった。勤務日数を月20日と仮定すると、平均所定内実労働時間は大学教授が7.9時間、大学准教授が7.95時間、大学講師が8時間となる。対象者の職位別の1日の総労働時間の平均は、教授、准教授、講師ともに平成24年度賃金構造基本統計調査¹⁵⁾の結果より労働時間が長かった。川上、原谷¹⁶⁾は、1日あたりの平均労働時間が11時間を超えると、虚血性心疾患、糖尿病、高血圧の発症や職業性ストレス要因が増加することを報告しており、疾病や職業性ストレスの予防のために適正な労働時間を遵守することが必要である。

専門業務型裁量労働制適用に対する認識は、「適用している」と回答した者が53.0%、「適用していない」と回答したものが13.6%であり、「わからない」と回答した者も32.8%と多かった。このことから、看護系大学教員における専門業務型裁量労働制の適用に関する認識の曖昧さが明らかとなった。

2. 対象者全体の職業性ストレス得点について

佐藤¹⁷⁾は、長時間労働の主たる要因はまずは要員に比した仕事量の多さにあると述べている。本研究の対象者の職業性ストレスのうち、ストレス要因の『心理的な仕事の負担(量)』、『心理的な仕事の負担(質)』、修飾要因である『上司からのサポート』は「やや高い/やや多い」と判定された。2015年12月の労働安全衛生法改正によりストレスチェック制度¹⁸⁾が法制化され、結果を集団的に分析し、職場環境の改善につなげるのが努力義務化された。対象者の『心理的な仕事の負担(量)』得点が、全国の女性労働者の中で「やや高い/やや多い」と判定されたことから、1人あたりの仕事量の適正化や仕事量に見合った人員の確保を検討することが重要だと考える。また、対象者の『心理的な仕事の負担(質)』得点も全国の女性労働者の中で「やや高い/やや多い」と判定された。その理由として、労働時間が長いことにより、看護系大学教員において職務の負担感が質量ともに大きいことが考えられる。猪上¹⁹⁾は、様々な背景を持つ学生に個別性を重視した対応が求められる看護教員はより一層高度な能力・資質を求められている一方、力量不足が問題視され、その能力と資質形成は教員個人に委ねられている現状を指摘している。看護系大学教員に求められる能力を獲得するには、組織が学位取得等の教員のキャリアアップを支援し、FDなど大学教員として教育能力を高めるための組織的な取り組みを推進していくことが重要だと考える。

3. 教員の特性と職業性ストレスとの関連について

1) 職位との関連

教授は助手よりも『心理的な仕事の負担(量)』が、助教と助手より『心理的な仕事の負担(質)』が高かった。職位が上がることにより、管理運営に関わる役割を担っていることから、教授において心理的な質的量的負担が高い結果が得られたと考える。また、教授は他の職位より『仕事のコントロール度』が高く、助教よりも『同僚からのサポート』が得られていた。このことから、教授は他の職位より仕事の負荷が高いものの、仕事に対する自由度や裁量権がある働き方であると考えられた。このタイプはKarasek⁷⁾の仕事の要求度—コントロールモデルにおける「アクティブ群」に該当し、仕事の負担が高くてコントロールが高ければ労働者にとってストレスとなりにくい。加えて、教授は助手よりも『技能の活用』が、助教と助手より『仕事の適性度』と『働きがい』が、講師と助教、助手よりも『仕事や生活の満足度』が高い結果からも、仕事への自信や働きがいを実感し、仕事面での満足度を得て就労していることが明らかになった。准教授は

講師や助教、助手より『仕事のコントロール度』が、助手より『技能の活用』が、助教と助手より『仕事の適性度』、『働きがい』、『仕事や生活の満足度』が高かった。このことから、准教授は教授と同様に、仕事への裁量や自信、働きがいを実感し、就労していることが明らかになった。

一方、助手は教授と准教授より、助教は教授より『職場の対人関係でのストレス』が高かった。また、ストレス反応に関して、助教と助手は教授より『イライラ感』と『疲労感』が高く、助教は教授より『身体愁訴』が高かった。すなわち、助教や助手は、職位が高い者より『職場の対人関係でのストレス』やネガティブな心身のストレス反応が高く、『仕事のコントロール度』や『仕事の適性度』、『働きがい』が低いことが明らかになった。本研究の結果から、助教や助手は教員として自身の能力に迷いを生じながら就労しており、ストレスを抱えやすい存在であることが明らかとなった。久利⁸⁾は、大学助手の特徴について、研究以外の作業に忙殺される雑務の負担と自分の将来を左右する存在である上司との関係が精神的健康に影響を及ぼす点であると述べている。したがって、助教や助手のストレスに配慮して、仕事の進め方や調整のアドバイスと職場における良好な人間関係やストレス対策を築いていくことが重要であると考えられる。

2) 大学院就学状況との関連

講師と助教において博士課程在学中の者は在学していない者より、ストレス要因の『心理的な仕事の負担(量)』得点が有意に高かった。星野ら²⁰⁾は社会人大学院生の学習継続の条件として、職業人として確かな役割が遂行できることを条件の一つとして示唆している。講師や助教においても仕事をこれまでと同様、またはそれ以上に遂行しながら、学習を継続させており、心理的な仕事の量的負担を感じていることが予測された。博士課程で看護学を専攻する学生の実態は我が国において未着手であり、早急に着手する必要がある²¹⁾と指摘されており、博士課程在学中の者の心理的な仕事の量的負担の実態を明らかにする必要があると考える。

VII. 結論

看護職の資格を有する女性の看護系大学教員 543 名を対象に、職位、大学院就学状況から職業性ストレスの実態について検討した結果、以下のことが明らかになった。

看護系大学教員全体の職業性ストレスにおいて、『心理的な仕事の負担(量)』、『心理的な仕事の負担(質)』得点は全国の女性労働者の中で「やや高い/やや多い」に判定された。

教授は助手より『心理的な仕事の負担(量)』、助教と助手より『心理的な仕事の負担(質)』が高いが、『仕事のコントロール度』が高かった。准教授は講師や助教、助手より『仕事のコントロール度』が高かった。

助教と助手は教授に比べて『職場の対人関係でのストレス』、『イライラ感』、『疲労感』得点が有意に高かった。また、講師と助教において博士課程に在学中の者は在学していない者より、『心理的な仕事の負担(量)』得点が有意に高かった。

VIII. 本研究の限界と今後の課題

本研究の調査時期は6月を設定した。調査時期によって、実習や講義等の教育研究活動内容が異なり、それらが結果に反映していることが予測される。また、1日の総労働時間については、一律に調査日前日と設定した。看護系大学教員は専門業務型裁量労働制を適用している者も多く、時期や曜日によって労働時間が異なることが予測される。今後の課題として、看護系大学教員の教育研究活動を反映した時期の検討と複数日に渡った就労実態調査の蓄積が必要と考える。

謝辞

本研究は平成23年度～平成24年度文部科学省研究費補助金(研究課題番号23659995)「看護系大学教員の就労特性とキャリア支援に関する実証的研究」(研究代表者田中幸子)の研究成果の一部である。

引用文献

- 1) 齋藤訓子, 小池智子, 庄司昌彦, 他. I. 看護師等の人材確保の促進に関する法律」の立法過程, 看護に関連する政策決

- 定過程の検証. 平成 14 年度 看護政策立案のための基盤整備推進事業報告書. 社団法人日本看護協会. 2003, 298.
- 2) 国立国会図書館. 官報 号外 平成四年三月三十一日 第百二十三回国会参議院会議録第八号.
<http://kokkai.ndl.go.jp/SENTAKU/sangiin/123/0010/12303310010008.pdf>. アクセス日 2016.12.7
 - 3) 文部科学省. 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告書. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/_icsFiles/fieldfile/2011/03/11/1302921_1_1.pdf. アクセス日 2017.10.4
 - 4) 一般社団法人 日本看護系大学協議会. 平成 25 年度 文部科学省 大学における医療人養成推進等委託事業 教育体制充実のための看護系大学院における教育者養成に関する調査研究報告書. 2014, 14-38.
 - 5) 岩出 誠 (著). 第 5 章 労働時間に関する問題. 実務 労働法講義 上巻 第 3 版. 東京: 民事法研究会. 2010, 394-398.
 - 6) 下光輝一, 大野 裕, 中村 賢, 他. ストレス測定グループ研究成果の概要. 労働省平成 11 年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書. 117-164. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11201000-Roudoukijunkyo-Soumuka/0000050919.pdf>. アクセス日 2015.8.11
 - 7) Karasek, R.A. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 1979, 24(2), 285-308.
 - 8) 久利恭士. 大学教員の職場ストレスの解析と精神的健康への影響—大学固有の職場環境・対人関係の視点から—. 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 心理発達科学, 2003, 50, 337-338.
 - 9) 松下年子, 本谷久美子, 大澤優子, 他. 看護系大学教員のストレス—NIOSH 職業性ストレス評価尺度を含む自記式質問紙調査—. 日本看護研究学会雑誌, 2011, 34(3), 210.
 - 10) 三上れつ, 水野暢子. 看護系大学教員のストレスと疲労度調査. 日本応用心理学会発表論文集, 2003, 70, 105.
 - 11) 厚生労働省. 専門業務型裁量労働制. <http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/kantoku/dl/040324-9a.pdf>. アクセス日 2016.12.7
 - 12) 下光輝一. 平成 14 年～16 年度厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業) 職場環境等の改善等によるメンタルヘルス対策に関する研究 職業性ストレス簡易調査票を用いたストレスの現状把握のためのマニュアル—より効果的な職場環境等の改善対策のために—. 平成 14～16 年度総括研究報告書, 2005, 93-133.
 - 13) 文部科学省. 平成 22 年度 学校教員統計調査 2 調査結果の概要 3 大学, 短期大学, 高等専門学校の年齢構成等の状況. http://www.mext.go.jp/component/b_menu/other/_icsFiles/fieldfile/2014/04/23/1319074_5.pdf. アクセス日 2018.9.2
 - 14) 電子政府の総合窓口 e-Gov. 大学設置基準(昭和三十一年十月二十二日文部省令第二十八号) 最終改正: 平成二八年三月三十一日文部科学省令第一八号 第四章 教員の資格.
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S31/S31F03501000028.html>. アクセス日 2016.12.7
 - 15) 総務省. e-stat 政府窓口 e-Gov. 平成 24 年度賃金構造基本調査の概要 一般労働者 職種 表番号 1. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450091&tstat=000001011429>. アクセス日 2018.9.2
 - 16) 川上憲人, 原谷隆史. 講座 職場のストレス対策 第 2 回職業性ストレスの健康影響. *産業医学ジャーナル*, 1999, 22(5), 51-55.
 - 17) 佐藤 厚. 仕事管理と労働時間—長労働時間の発生メカニズム—. *日本労働研究雑誌*, 2008, 575, 27-38.
 - 18) 厚生労働省. ストレスチェック等の職場におけるメンタルヘルス対策・過重労働対策等. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzensei12/>. アクセス日 2016.12.7
 - 19) 猪上広美. 看護教員に求められる能力と資質形成に関する研究—文献研究を中心に—. *日本教育学会大会研究発表要項*, 2004, 63, 244-245.
 - 20) 星野悦子, 井上映子, 峯 馨, 他. 看護系社会人大学院生の学習上の克服課題と学習継続の条件. *北関東医学*, 2005, 55(4), 337-346.
 - 21) 亀岡智美, 中山登志子, 横山京子, 他. 大学院博士課程において看護学を専攻する学生に関する研究の現状 1982 年から 2002 年に発表された研究の内容に焦点を当てて. *国立看護大学校研究紀要*, 2004, 3(1), 35-43.

看護経済・政策研究学会誌 第1巻1号

2018年10月発行

編集・発行

看護経済・政策研究学会

〒108-8639 東京都港区白金台4-6-1

東京大学医科学研究所附属病院 看護部

看護経済・政策研究学会事務局

FAX: 03-6409-2411 Eメール: jsnep-office@umin.ac.jp

組版: 笹氣出版印刷株式会社 <http://www.sasappa.co.jp/>

CONTENTS

巻頭言

.....飯島佐知子... 1

特別寄稿

Effective Nurses : The Importance of Engagement and Work Environment

.....Professor James Buchan... 2

研究ノート

最期を迎える場所に関する患者の選択に影響を及ぼす要因分析

.....鈴木 朋子... 4

看護系大学教員における職業性ストレスの実態

—— 職位、大学院就学状況別の比較から ——

.....小野さやか, 田中 幸子, 香取 洋子, 酒井 一博...12