

看護経済・政策研究学会誌

Journal of Nursing Economics and Policies

Vol. 4 No. 1



〔2021〕

看護経済・政策研究学会
Japan Society of Nursing Economics and Policies

研究ノート

日中の病院外来で電話相談に対応する看護職の専門職的自律性

横井 優子¹, 佐藤 直美²

¹岐阜聖徳学園大学看護学部

²浜松医科大学医学部看護学科

Professional Autonomy of Nurses Corresponding to Consultations by Telephone in Outpatient Departments

Yuko Yokoi¹, Naomi Sato²

¹Faculty of Nursing, Gifu Shotoku Gakuen University

²Faculty of Nursing, Hamamatsu University School of Medicine

(受付：2021年2月15日 採択：2021年11月1日)

【要旨】

【目的】日中の病院外来で電話相談に対応する看護職の専門職的自律性の特徴と、自律性に関連する要因を明らかにする。【方法】看護の専門職的自律性測定尺度を用いて、同意が得られた内科外来看護職に自記式質問紙調査を行い、462名を分析対象とした。【結果】5つの下位尺度すべてにおいて、就業形態が「常勤職」の方が「非常勤職」よりも、有意に高得点を示した。4つの下位尺度において、「子どもなし」の看護職の方が「子どもあり」よりも、また、3つの下位尺度において、「配偶者なし」の看護職の方が「配偶者あり」よりも有意に高得点を示した。「配偶者あり」や「子どもあり」の看護職は非常勤職が多く、就業形態と自律性得点との関連が考えられた。【結論】電話相談に対応する外来看護職の自律性の向上には、勤務時間内に提供できる教育支援が必要であると考えられる。

キーワード：電話相談、専門職的自律性、外来看護職

【Abstract】

【Purpose】 This study aimed to clarify characteristics and factors related to the professional autonomy of nurses corresponding to consultations by telephone in outpatient departments.

【Methods】 We surveyed 462 nurses who worked in the outpatient departments using the scale for professional autonomy in nursing via mailed self-administered questionnaires.

【Results】 Nurses in “full-time” employment had significantly higher mean scores in all five subscales compared to those in “part-time” employment. In four of the subscales, nurses “without children” had significantly higher scores compared to nurses “with children” while in three of the subscales, nurses “without spouses” had significantly higher scores compared to nurses “with spouses”. Many of part-time nurses had spouses or children with a significant level, therefore, “employment status” seemed to be related to scores on professional autonomy in nursing.

【Conclusions】 To enhance the professional autonomy of nurses corresponding to consultations by tele-

phone, it seemed to be required that educational support regarding telephone consultation is provided to nurses in outpatient departments during working hours.

Key words : consultations by telephone, professional autonomy, nurses in outpatient departments

緒言

在院日数の短縮化などの影響もあり、従来入院期間中に行われていた診療・看護が外来に移行し、高度な治療や侵襲性の高い手術や検査を行った後、外来での継続治療やその管理への対応が求められている。そして外来看護は診療の補助業務以外にも、患者・家族に対する相談と指導、在宅物品の管理、他職種との連携・調整など、多様な活動を行っている。疾病を抱えながら地域で生活している患者が増加し、継続治療に対して対面での療養相談が必要とされる場合があるが、その一方で電話を介しての相談もまた存在している。しかしこれまで、これらの日中の病院外来で応じる電話相談の実態を正確に把握した報告はほとんど見られていない。

容易に来院できない人々の重要なアクセスツールの一つとして電話があり、「患者にとって予期せぬトラブルが起きた場面では、看護師などの専門職者によるタイムリーで利便性の高い電話相談等を利用した対処指導が必要¹⁾」であったり、「診察後に治療に関する確認が必要な場面では、時間外診察するほどではないが解決したい問題への対処指導が必要になる¹⁾」など、電話が有用な手段となる状況も多い。

外来での電話相談では、診察時には話せなかった患者や家族の思いや迷いへの対応、適時な医療機関への受診の提案、治療・合併症への患者の疑問や不安等の軽減のためのケアなど、多様な対応を外来看護職は行っている。電話相談は、顔を見ながら相手の感情を読み取るのとは違い、相談内容、質、安全性の観点からも対面式の診察とは異なる。電話相談には電話を通じて受け手が想像する要素が多いが、必要な情報収集、症状確認、相手の感情をも受け入れた声かけなど高度な相談・指導技術が必要である。そして、患者やその家族の多様な価値観や仕事等の心理社会面をも考慮した対応がなければ効果的な支援にもつながらない。

外来における看護職員（看護師および准看護師）は、患者 30 名につき 1 名の配置定員とすべきことが 1948 年以来医療法施行規則で定められ、現在も変わっていない。日本看護協会業務委員会は、「外来医療・看護が変化しているにも関わらず、外来看護の体制については積極的な改革ができておらず、外来職員が削減され、外来看護師のスキル不足がある²⁾」ことを問題視している。今後、専門職として社会に認知され位置づけられるためにも、看護職自身が、専門的な知識と技術を自主的・主体的に遂行することが必須条件となってきた³⁾。専門職として期待される役割行動がとれる人材育成が重要課題であり、一人ひとりが専門職としての自律性を高めていく必要があると考える。外来における看護でも自律性が発揮されるべきであり、そのなかでも上記のように高度な技術が必要とされる電話相談の中で、どれくらい自律性が発揮できているのか、疑問をもった。そこで今回、日中の病院外来で電話相談に対応する看護職の自律性に焦点をあて、職務遂行における専門職的自律性の特徴と、自律性に関連する要因を明らかにすることを目的に研究を行った。それにより、電話相談に対応する外来看護職の自律的な行動形成をサポートできる体制づくりに有用な視座を検討したので報告する。

I. 用語の操作的定義

専門職的自律性：電話相談に対応する看護職が看護の専門的知識・技術に基づき、患者の状況を正しく認知し、適切な看護へ導くための判断を主体的・自主的に実行するものとする。

電話相談：平日の日中にかかってくる電話相談のうち、取り次ぎ者（看護職以外）では返答できず、看護職に返答依頼された電話対応とする。また外部から直通電話でかかってきた相談に看護職が直接対応する場合も含むものとする。

II. 研究方法

1. 調査対象

地域の高度医療を担う 200 床（一般床および療養病床）以上を有する病院（精神科単科の病院は含まない）339 医療機関を調査対象施設とした。全 47 都道府県の 200 床以上の病院は調査対象として多数になりすぎるため、近畿地方および東海地方から調査施設の抽出を行なった。各医療機関の電話相談の対応経験がある内科外来の看護管理者および看護職を対象者とした。

2. 調査方法

構成的設問を用いた調査票による郵送調査を行った。各施設の看護部長室宛てに調査依頼文書と研究協力への同意書を送付し、同意書の返送があった施設に、調査対象者宛の人数分の調査依頼文書と無記名自記式質問紙、各施設の電話相談に関する調査用紙を送付し、個人の対象者である看護職に対して質問紙の配布を依頼した。各施設の電話相談に関する調査用紙は看護部長に回答を依頼した。回収方法は、無記名で質問に回答後、同封している封筒に封入し、回収袋に投函、その後回収袋を返送してもらう、留め置き法とした。

3. 調査期間

2016 年 4 月から 7 月

4. 調査内容

調査対象施設に対しては、施設の特性（病院類型、病床数、電話相談に関する電話番号の公表の有無、最初に電話を取り次ぐ職種、電話相談に対応する看護職の資格要件、電話相談の対応時間帯、電話相談の診療報酬としての加算の有無、カルテ電子化の有無、看護職の現任教育の導入、看護職の現任教育の対象者となる要件）、個人の対象者である看護職に対しては、年齢、看護経験年数、電話相談の経験年数、就業形態（常勤・非常勤）、免許（看護師・准看護師）、職位（看護師長（または看護課長）・副看護師長（または係長、主任））の有無、配偶者の有無、子どもの有無、修了した看護基礎教育課程、進学状況、看護職の現任教育の参加状況、電話相談に対応する看護活動への満足度および電話相談に対応する外来看護職の専門職的自律性について質問した。

電話相談に対応する外来看護職の専門職的自律性の特徴の把握には、「看護の専門職的自律性測定尺度」⁴⁾を用いた。この尺度は 5 つの下位尺度（正確な状況認知を示す 14 項目の「認知能力」、的確な看護実践に導く具体的な行動を示す 14 項目の「実践能力」、具体的な手がかりを基にした判断内容を示す 7 項目の「具体的判断能力」、看護モデルや仮説に基づいて判断を行う 7 項目の「抽象的判断能力」、他者依存的な看護活動を行う 5 項目を反転項目にした「自立的判断能力」）全 47 項目から構成されている。尺度の信頼性と妥当性は、菊池らの先行研究⁴⁾で検証されている。回答は 5 段階評定（かなりそう思う 5 点～全くそう思わない 1 点）であり、得点が高い程、看護の専門職的自律性が高いことを示す。対象者には日中の電話相談において、多様な相談に対応している状況を思い浮かべながら、気持ちをもっともよく表す数字を選択するよう示した。調査票作成にあたり、研究者の所属する施設の外来看護師 7 名（認定看護師 1 名を含む）の協力を得てパイロットテストを施行した。電話相談という限られた状況に関して、この尺度の質問項目に回答するにあたって答えにくさなどの問題がないかどうかを検討した結果、使用可能であると考えた。尺度の使用にあたっては、開発者の許可を得た。

5. 分析方法

日中の電話相談対応の施設別状況および、対象者の属性については、記述統計量を算出した。「看護の専門職的自律性測定尺度」は、各下位尺度の内的整合性を検討するため Cronbach α 係数を算出後、本尺度の各項目について、天井効果およびフロア効果の確認を行なった。属性による自律性得点の平均値で比較を行い、2 群間を Mann-Whitney-U 検定、3 群間以上は Kruskal-Wallis の検定を用い、多重比較は Bonferroni 法を行った。各属性同士の関連性をみるため、 χ^2 検定を用い、Phi および Cramer の V で検証した。統計的分析には、統計解析ソフト SPSS Statistics Ver 27.0 for Windows を用い、有意水準は 5% とした。

6. 倫理的配慮

本研究は浜松医科大学 医の倫理審査委員会（承認番号 E15-303）の承認を得て行った。対象者に研究の趣

旨, 目的, データの保管と研究終了後の処理, 研究参加は自由であり拒否したことで不利益を受けないこと, 研究で取り扱う情報は個人が特定されないことを文書で説明し, 質問紙は無記名とし, 回収袋への投函をもって研究協力の同意とした。

III. 結果

研究協力可能である返答が得られたのは 70 施設であり, 721 名に質問紙を配布し, 回収数は 511 名(回収率 70.8%)であった。記入漏れのある 49 部を除外し, 有効回答数 462 名(有効回答率 64.0%)であった。

1. 研究対象施設の概要 (表 1)

電話相談の連絡先として, 専用の電話番号は特に設けず, 施設の代表電話としているところが多かった。最初に電話を取り次ぐ職種は, 電話交換手が多く, その他の回答として総務企画課, 医事課クラーク, 受付事務などが挙げられた。電話交換手を経由した電話での問い合わせに応じる看護職の資格要件は, 「資格設定なし」が最多であり, 電話対応の時間帯は, 毎日 (午前午後とも対応), 次いで毎日 (午前・午後の一定時間のみ対応) と, 各施設に設定時間の幅があり, 実際には設定時間以外においても適宜対応するとする回答もあった。電話対応への診療報酬加算の有無は, 8 割が「加算なし」の回答であった。

2. 対象者の属性

対象者の「年齢」は, 40 歳～49 歳が 193 名 (41.8%) で多くを占めていた。

「配偶者」や「子ども」については, 「あり」という回答 (それぞれ 365 名 (79.0%), 391 名 (84.6%)) が多かった。「職位あり」は 101 名 (21.9%) であり, 「就業形態」は非常勤職が 127 名 (27.5%), 「免許」は准看護師が 32 名 (6.9%) と少数存在していた。

3. 対象者の専門職的自律性の得点

本尺度の Cronbach α 係数は, .974 であり, 下位尺度別では, 認知能力 = .922, 実践能力 = .952, 具体的判断能力 = .918, 抽象的判断能力 = .921, 自立的判断能力 = .869 と一定水準を保持していると判断した。本尺度の全体の得点は 3.47 (0.51) (平均 (標準偏差)) であった。

本尺度の各項目には, 平均値に標準偏差を加えた際に最大値 (5) を上回る, もしくは平均値から標準偏差を引いた際に最小値 (1) を下回る項目はなかった。したがって, 天井効果およびフロア効果は生じていないと判断した。

対象者の属性による専門職的自律性の得点については表 2 に示す。

「認定看護師教育機関修了者」は「免許取得後に修了した教育機関なし」に比べ, 「認知能力」「実践能力」「具体的判断能力」「抽象的判断能力」で自律性平均値が有意に高得点を示した。

「現任教育の参加あり」は「現任教育の参加なし」に比べ, 5 つの下位尺度すべてにおいて有意に高得点を示した。「非常勤」の看護職において, 「現任教育の参加あり」と「現任教育参加なし」の自律性得点の平均値では, 有意な差は見られなかった。

「職位あり」は「職位なし」に比べ, 5 つの下位尺度すべてにおいて有意に高得点を示した。

外来における電話相談の対応経験年数は, 「11 年以上」が「3～10 年」と「3 年未満」に比べ, 「認知能力」「実践能力」「具体的判断能力」「抽象的判断能力」において, 自律性平均値が有意に高得点を示した。

「配偶者なし」は「配偶者あり」に比べ, 「認知能力」「実践能力」「具体的判断能力」において, 有意に高得点を示した。「子どもなし」は「子どもあり」に比べ, 「実践能力」「具体的判断能力」「抽象的判断能力」「自立的判断能力」において, 有意に高得点を示した。また, 「配偶者」「子ども」については「就業形態」「現任教育の参加」「職位」との交絡の可能性が疑われたため, 関連性を検討した (表 3)。有意な関連を示したのは「就業形態」(それぞれ $\chi^2 = 8.798$, $p < .01$, $\phi = -.138$, $\chi^2 = 3.940$, $p < .05$, $\phi = -.093$) であった。

「就業形態」では, 「常勤」が「非常勤」と比べ, 5 つの下位尺度すべてにおいて, 有意に高得点を示した。

表 1. 研究協力対象施設の概況

		n=70	
		数	%
病院類型	特定機能病院	6	8.6
	地域医療支援病院	25	35.7
	急性期一般病院	5	7.1
	医療療養型	4	5.7
	社会医療法人	2	2.9
	その他	19	27.1
	無回答	9	12.9
病床数	～300床	21	30.0
	300～400床	16	22.9
	400～500床	8	11.4
	500床以上	16	22.9
	無回答	9	12.9
電話対応の公表の有無	代表電話	57	81.4
	部門直通	4	5.7
	無回答	9	12.9
最初に電話を取り次ぐ職種	電話交換手	47	67.1
	部門クラーク	3	4.3
	その他	11	15.7
	無回答	9	12.9
電話対応する看護師の資格要件	資格設定なし	52	74.3
	経験年数（年以上）	1	1.4
	認定看護師	1	1.4
	その他	7	10.0
	無回答	9	12.9
電話対応の時間帯	毎日（午前午後とも対応）	45	64.3
	毎日（午前・午後の一定時間のみ対応）	10	14.3
	日にち指定（午前・午後の一定時間のみ対応）	2	2.9
	無回答	13	18.6
電話対応への診療報酬加算の有無	あり	2	2.9
	なし	56	80.0
	無回答	12	17.1
カルテ電子化の有無	あり	49	70.0
	なし	11	15.7
	無回答	10	14.3
現任教育の導入	あり	61	87.1
	無回答	9	12.9
現任教育の対象要件	常勤職のみ	31	44.3
	常勤職・非常勤職も含む	25	35.7
	無回答	14	20.0

V. 考察

1. 対象者の専門職的自律性の特徴

電話相談の対応経験がある内科外来の看護職を対象とした「看護の専門職的自律性測定尺度」の各下位尺度平均は、「抽象的判断能力」が 3.17 (± .66) 点で、他の下位尺度平均はおおむね 3.5 前後の水準を維持し

表 2. 電話相談に対応する外来看護職の属性による専門職的自律性得点の平均値

		n=462						
			認知能力	実践能力	具体的判断能力	抽象的判断能力	自立的判断能力	
		n	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
対象者全体の専門職的自律性下位尺度の平均値		462	100	3.57 (.50)	3.43 (.63)	3.51 (.63)	3.17 (.66)	3.70 (.62)
【年齢】 †								
20～29歳		8	1.7	3.58 (.31)	3.12 (.45)	3.25 (.59)	2.89 (.60)	3.75 (.63)
30～39歳		133	28.8	3.45 (.45)	3.23 (.58)]*	3.35 (.60)	3.04 (.61)]**	3.71 (.60)
40～49歳		193	41.8	3.59 (.50)]*	3.47 (.64)]***	3.55 (.62)	3.15 (.67)]**	3.71 (.60)
50～59歳		112	24.2	3.67 (.54)]*	3.57 (.63)]*	3.62 (.65)	3.34 (.67)]*	3.68 (.63)
60歳以上		16	3.5	3.70 (.48)	3.62 (.60)	3.66 (.67)	3.21 (.64)	3.52 (.49)
無回答		0	0.0					
【免許取得後に修了した教育機関】 ‡								
認定看護師教育機関		16	3.5	4.02 (.47)]*	3.94 (.49)]**	4.17 (.61)]***	3.86 (.51)]***	3.90 (.74)
大学院 (専門含む)		4	0.9	3.50 (.59)]**	3.30 (.30)]**	3.64 (.44)]***	3.57 (.50)]***	3.85 (.44)
なし		440	95.2	3.55 (.49)]*	3.41 (.63)]*	3.48 (.62)]*	3.13 (.65)]*	3.69 (.60)
無回答		2	0.4					
【基礎教育課程】 ‡								
専門学校		401	86.8	3.57 (.50)	3.44 (.63)	3.51 (.63)	3.17 (.65)	3.69 (.61)
短期大学		44	9.5	3.63 (.51)	n.s. 3.38 (.62)	n.s. 3.47 (.66)	n.s. 3.08 (.74)	n.s. 3.77 (.61)
4年制大学		16	3.5	3.41 (.55)	3.20 (.67)	3.50 (.61)	3.17 (.57)	3.73 (.48)
無回答		1	0.2					
【現任教育の参加】 †								
あり		225	48.7	3.66 (.51)]***	3.56 (.62)]***	3.65 (.63)]***	3.32 (.68)]***	3.79 (.64)]***
なし		229	49.6	3.48 (.46)]*	3.29 (.61)]*	3.37 (.60)]*	3.00 (.60)]*	3.61 (.56)]*
無回答		8	1.7					
【現任教育の参加 (非常勤職のみ)】 †								
あり		24	18.9	3.49 (.51)	n.s. 3.40 (.49)	n.s. 3.45 (.55)	n.s. 3.12 (.64)	n.s. 3.65 (.54)
なし		102	80.3	3.44 (.42)	3.17 (.58)	3.28 (.56)	2.86 (.58)	3.51 (.50)
無回答		1	0.8					
【現任教育の参加要件別 (施設数)】 †								
常勤職のみ (31施設)		198	41.9	3.54 (.48)	3.40 (.61)	3.51 (.65)	3.17 (.68)	3.72 (.62)
非常勤職も含む (25施設)		165	34.9	3.53 (.51)	n.s. 3.38 (.61)	n.s. 3.44 (.58)	n.s. 3.09 (.59)	n.s. 3.64 (.59)
無回答 (14施設)		109	23.0					
【職位】 †								
あり		101	21.9	3.75 (.52)]***	3.72 (.59)]***	3.80 (.63)]***	3.47 (.64)]***	3.92 (.64)]***
なし		361	78.1	3.52 (.48)]*	3.34 (.61)]*	3.43 (.61)]*	3.08 (.64)]*	3.63 (.58)]*
無回答		0	0.0					
【臨床経験年数】 ‡								
10年以下		61	13.2	3.41 (.42)]***	3.09 (.49)]***	3.20 (.53)]***	2.91 (.52)]***	3.56 (.57)
11～20年		195	42.2	3.49 (.47)]***	3.30 (.63)]***	3.41 (.64)]***	3.04 (.67)]***	3.71 (.60)
21年以上		206	44.6	3.69 (.52)]***	3.64 (.59)]***	3.69 (.60)]***	3.35 (.63)]***	3.73 (.62)
無回答		0	0.0					
【外来における電話相談の対応経験年数】 ‡								
3年未満		141	30.5	3.52 (.53)]***	3.34 (.66)]***	3.42 (.68)]***	3.11 (.70)]**	3.63 (.60)
3～10年		181	39.2	3.52 (.44)]***	3.35 (.56)]***	3.45 (.55)]***	3.07 (.60)]***	3.75 (.58)
11年以上		120	26.0	3.76 (.49)]***	3.66 (.62)]***	3.73 (.62)]***	3.38 (.65)]***	3.74 (.66)
無回答		20	4.3					
【配偶者】 †								
あり		365	79.0	3.53 (.50)]***	3.39 (.63)]*	3.47 (.62)]**	3.13 (.64)	3.67 (.60)
なし		96	20.8	3.72 (.47)]***	3.55 (.60)]*	3.67 (.65)]**	3.29 (.70)	3.79 (.63)
無回答		1	0.2					
【子ども】 †								
あり		391	84.6	3.55 (.50)	n.s. 3.40 (.63)]*	3.48 (.63)]**	3.13 (.65)]**	3.67 (.61)]*
なし		68	14.7	3.66 (.49)]*	3.57 (.60)]*	3.69 (.64)]**	3.36 (.69)]**	3.86 (.57)]*
無回答		3	0.6					
【就業形態】 †								
常勤		333	72.1	3.61 (.52)]**	3.50 (.64)]***	3.58 (.64)]***	3.26 (.66)]***	3.75 (.63)]***
非常勤		127	27.5	3.45 (.44)]**	3.22 (.56)]**	3.31 (.56)]**	2.91 (.60)]**	3.54 (.51)]**
無回答		2	0.4					
【免許】 †								
看護師		428	92.6	3.58 (.50)]*	3.43 (.64)	n.s. 3.52 (.64)]*	3.18 (.67)]*	3.71 (.61)]**
准看護師		32	6.9	3.38 (.45)]*	3.34 (.46)	3.30 (.48)]*	2.91 (.49)]*	3.44 (.49)]**
無回答		2	0.4					
【電話相談に対応する看護活動への満足度】 †								
満足, やや満足		73	15.8	3.67 (.44)	n.s. 3.57 (.58)	n.s. 3.63 (.62)	n.s. 3.27 (.65)	n.s. 3.79 (.59)
やや不満足, 不満足		363	78.6	3.56 (.51)]*	3.40 (.62)]*	3.49 (.62)]*	3.15 (.65)]*	3.69 (.60)]*
無回答		26	5.6					

† Mann-WhitneyのU検定, ‡ Kruskal-Wallisの検定, Bonferroni法 ***: p < .001, **: p < .01, *: p < .05, n.s.: not significant

表 3. 「配偶者」や「子ども」と「就業形態」, 「現任教育の参加」, 「職位」との関連性

	配偶者					子ども				
	n	φ係数	p値	χ ²	p値	n	φ係数	p値	χ ²	p値
就業形態	459	-.138	**	8.798	**	457	-.093	***	3.940	*
現任教育の参加	453	-.011		0.781		451	-.084		3.169	
職位	461	-.041		0.056		459	-.032		0.484	

χ²検定を用いた。***: p < .001, **: p < .01, *: p < .05

ている。これは菊池ら⁴⁾の総合病院に勤務する看護師を対象とした研究と似た様相を示し、実践における看護問題に対して自律性が発揮できているという、おおむね肯定的な自己評価をしていることを示唆していると考えられる。

2. 日中の病院外来で電話相談に対応する看護職の自律性に関連する要因

以下は、日中の病院外来で電話相談に対応する看護職の自律性に関連する要因として、いくつかの側面ごとにその特徴を述べ、そこから考えられる今後の実践について検討したことを記述する。

1) 教育の側面から

「認定看護師教育機関修了者」は、「認知能力」, 「実践能力」, 「具体的判断能力」, 「抽象的判断能力」において、対象者全体のなかで最も自律性得点の平均値が高く、総じて対象者全体が低値を示す傾向の「抽象的判断能力」も高値を示している。「認定看護師教育機関修了者」は、限られた時間の中で対応する日中の電話相談においても、より高度なレベルでの抽象的判断を行っていることが考えられる。

「基礎教育課程」による比較では、5つの下位尺度のどれも有意な差を示さなかった。一方、「現任教育の参加あり」は「現任教育の参加なし」に比べて5つの下位尺度すべてにおいて有意に高い平均値を示した。今回の対象施設では現任教育の対象を常勤・非常勤全ての看護職としているところも約3分の1存在した。しかし、「非常勤」の看護職のなかで、現任教育の参加の有無により自律性得点が異なるか分析を行なったが有意な差は見られなかった。このことは現任教育が「常勤」には有効であるが、「非常勤」には、少なくとも現在行われている教育が自律性向上に効果をもたらしていないことを示している可能性がある。したがって、「非常勤」に対してどのような教育を提供するか検討することが必要と考える。時間内に提供できる教育サポートとして、実践後の振り返りの機会がその1つであると考えられる。

従来、外来での電話相談における看護のあり方を系統的に示した規準はなく、看護師は経験や感覚を頼りに行ってきたことが考えられる。今後、必要とされる看護を客観的に捉えた実践モデルを明らかにし、外来看護職向けの独自の教育として、あるいはすべての新人看護職へのオリエンテーションとして、電話相談の中で、いかに効果的な支援を行うかなど指し示す必要がある。

2) 基本的属性の側面から

業務上「職位あり」は、外来に勤務する看護職のなかでも少数派であるが、「職位なし」に比べて、5つの下位尺度すべてにおいて自律性平均値が有意に高得点を示した。このことは自律性獲得に影響を及ぼす要因に「職位」があるとする先行研究⁵⁾⁶⁾と矛盾しなかった。職位を有する看護職について、「医療の高度化や看護理論の進歩など変化に対する適応性とキャリア意識も自律性に影響力を持ち、キャリア意識は、職位が上がるに従って有意に高くなる傾向⁷⁾と報告がある。職業において自己を高めようとする意識を持ち、変化に適応するための知識やスキルを得る自己研鑽が、限られた時間のなかで対応する電話相談においても自律性を発揮することにつながると考える。

「外来における電話相談の対応経験年数」は、「11年以上」が、「認知能力」, 「実践能力」, 「具体的判断能力」, 「抽象的判断能力」において、高い自律性得点を示した。このことは、外来ケアに精通した看護職が肯定的な自己評価をしていることを示唆する。外来は、「新人看護師では勤まらない経験を積んだ専門職としての意識や能力が問われる職場⁸⁾」であり、在院日数の短縮化や医療の高度化を背景に、外来看護師は、「臨床判断能力と実践技術がなくては仕事ができない状況になっている⁹⁾」と指摘されている。今後は、電話相談も含めた外来独自の教育コースといった外来ケアに必要な能力が習得できる教育が行われる必要がある。それにより、患者の不安や疑問に対応することが、確実な検査遂行、正確な診断や的確な治療に繋がっていくことが期待される。

「配偶者」や「子ども」の有無は、「就業形態」と関連していた。女性にとって結婚や出産により非常勤職に変わること、就業時間の制限となり教育機会の制限もあわせ持つものとする。「非常勤」の看護職に必要な教育を工夫して行い、活用していくことは看護管理上重要なことである。

外来に勤務する看護職の約8割が子どもや配偶者がいるなど家族を形成していた。年齢では30歳から60歳までの看護職で占められており新人看護職が少ないのが外来の特徴である。本研究において、「配偶者なし」「子どもなし」は「配偶者あり」「子どもあり」に比べ、自律性平均値が有意に高得点を示したことは、年齢を30歳代に限定すると婚姻の有無によって自律性には相違が認められないとする研究報告¹⁰⁾を支持しない結果となった。その理由の一つ目として、子育てのライフステージにある看護職の特徴的な現象に、母親としての役割と職業人としての役割を両立させることへの葛藤があるということが考えられる。子育て中の看護職は「自分が満足するまで仕事をやりたい気持ちと、子どもに対しても満足いく母親でありたいという気持ちと同時に存在し、どちらも完全に満たされることがない苦しみの中にいる」¹¹⁾と報告があり、子育て中においては院内外の研修への参加などスキルアップやキャリア発達のための学びに費やす時間的な余裕がない状況が推測される。二つ目に、キャリア発達過程に関する研究において「30歳前後で結婚・出産を体験していない場合、女性としての人生設計の見直しを図っており、その後、職業への取り組みが変化していた」¹²⁾と報告があるように、30歳前後で結婚や子育てをしていないことが、時間的な余裕や自己の職業への向き合い方の変化をうみ、自律性を向上させることにつながる可能性が考えられる。

外来看護職のうち勤務時間に制約のある看護職にとって、時間外の研修や研究といった学習機会の参加は困難な場合が多いが、時間内に提供できる教育支援が看護職全体の専門職的自律性を高めることに繋がると考えられる。

3. 看護経済・政策への示唆

今回の結果では、相談の多くが代表電話の電話取次者から外来看護職へと経由していくことが示され、施設の多くが相談や問い合わせに対応していることが明らかとなった。

従来、看護職の業務は、保健師助産師看護師法第5条のなかで「傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする」と定められている。しかしながら、電話相談への対応は、看護職の業務範囲における役割の境界が明確でないことから、個々の裁量で行われ、看護ケアの一つとして認識している程度のばらつきが大きいと推測する。電話相談が診療報酬上で評価されることで、電話によるケアが外来ケアの一つであるという認識が高まり、電話相談に携わる外来看護職が自身の役割をより明確に認識し、提供されるケアの質の向上につながると考えられる。そのためには、電話に対応する外来看護職に求められる看護実践を客観的に捉えた、基本的な看護水準の策定が急務である。また、診療報酬の要件として、電話による相談にも十分なケアが発揮できるよう、外来業務量に見合った適正な人員配置が行われていること、電話相談で求められる看護職の実践能力規準が提示され、条件を満たす看護職が配置されていることを設定することなどが必要と考える。

VI. 研究の限界

日中の病院外来における電話相談は、定義が明確でなく、診療報酬の対象となり、病院の業務として組織的に行われているものとそうでないものが回答に混在しており、回答者の電話相談についての認識にばらつきが大きい可能性がある。また、現任教育の定義を明確にせず調査を行なったため、現任教育に関する回答が電話相談に関するものを含んでいるかどうか判断できないことも本研究の限界と考えられる。

VII. 結論

日中の病院外来で電話相談に対応する看護職の自律性に焦点をあて、職務遂行における専門職的自律性の特徴と、自律性に関連する要因を明らかにすることを目的とし、内科外来看護職462名に無記名質問紙調査を実施した結果、以下のことが確認された。

1. 高い自律性得点を示したのは、「認定看護師教育機関修了者」、「職位あり」、「外来における電話相談の対応経験年数」が「11年以上」の外来看護職であった。

2. 5つの下位尺度すべてにおいて、「現任教育の参加あり」の看護職の方が「現任教育の参加なし」よりも、「就業形態」が「常勤職」の看護職の方が「非常勤職」よりも、有意に高得点を示した。

3. 4つの下位尺度において、「子どもなし」の看護職の方が「子どもあり」よりも、3つの下位尺度において、「配偶者なし」の看護職の方が「配偶者あり」よりも、有意に高得点を示した。

4. 「配偶者あり」や「子どもあり」の外来看護職は非常勤職が多く、就業形態と自律性得点との関連が考えられた。

5. 電話相談に対応する外来看護職の自律性の向上には、勤務時間内に提供できる教育支援が必要であると考えられる。

謝辞

本研究は、浜松医科大学大学院医学系研究科学内研究プロジェクト（HUSM Grant -in -Aid）の研究助成を受けて行った。また研究の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいました各医療機関の皆さまに心より感謝申し上げます。なお、本論文は浜松医科大学大学院に提出した修士論文を一部加筆修正したものである。

利益相反

この論文に関し開示すべき COI はありません。

引用文献

- 1) 寺島泰子, 藤井瑞恵, 良村貞子, 夜間・休日における在宅糖尿病患者の電話相談. 看護総合科学研究会誌, 2009, 12(1), 25-33.
- 2) 日本看護協会業務委員会. 外来における看護の専門性の発揮に向けた課題, 2010, 1-23.
- 3) 山口佳子. 看護専門職の自律性に関する要因の分析—一般属性, 看護職自身および部下が評価する看護師長のリーダーシップとの関連—. 日本赤十字看護学会誌, 2009, 10(1), 1-10.
- 4) 菊池昭江, 原田唯司. 看護の専門職的自律性の測定に関する一研究. 静岡大学教育学部研究報告（人文・社会科学篇）, 1997, (47), 241-254.
- 5) 菊池昭江, 原田唯司. 看護専門職における自律性に関する研究—基本的属性・内的特性との関連—. 看護研究, 1997, 30(4), 23-35.
- 6) 友澤永子. 看護師の臨床経験年数と「自律性」「職務意識・職場環境」の関係. 日本赤十字看護学会誌, 2006, 6(1), 103-109.
- 7) 菊池昭江. 看護専門職における自律性と職場環境および職務意識との関連—経験年数ごとにみた比較—. 看護研究, 1999, 32(2), 92-103.
- 8) 大津佐知江, 佐伯圭一郎, 草間朋子. 外来看護の質向上のための環境システム整備に関する調査. 看護科学研究, 2009, 8, 21-28.
- 9) 野中みぎわ. 一般外来における患者の変化. インターナショナルナーシングレビュー, 2005, 28(1), 37-42.
- 10) 菊池昭江, 原田唯司. 看護職における自律性と家事労働分担との関連. 静岡大学教育学部研究報告（人文・社会科学篇）, 1998, (48), 289-302.
- 11) 岩下真由美, 高田昌代. 子育てのライフステージにある看護師のキャリア継続に関連する要因. 日本看護管理学会誌, 2012, 16(1), 45-55.
- 12) 水野暢子, 三上れつ. 臨床看護婦のキャリア発達過程に関する研究. 日本看護管理学会誌, 2000, 4(1), 13-21.

第 11 回学術集会講演録

会長講演

アフターコロナ時代における看護職者の働き方改革
— コロナ禍を契機として看護職の働き方に変化はあるのか —

坂 梨 薫

第 11 回看護経済・政策研究学会 学術集会長
関東学院大学 看護学部 看護学科

コロナ禍で医療従事者の労働状況や病院経営状況が厳しい中、アフターコロナ時代が到来した時、若い看護師がどうすればモチベーションを高く持ち、仕事を継続していくことができるのでしょうか。

看護師はコロナ禍をきっかけに自分たちの仕事の大変さと重要性を再確認するとともに、専門職としての意識を喚起されたといえるでしょう。いっぽうで、感染のリスクや周りの人々の偏見にさらされながら看護を続けているにもかかわらず、政府や社会から守られていないと感じる看護師も決して少なくないといえます。

コロナ禍で医師不足・看護師不足が強調され、陽性患者・重症患者の増加による病床の逼迫から医療崩壊の危機が叫ばれる中でも、多くの看護師は仕事に対し専門性を高めたいという使命感や意識をもって働いていると推察できます。

そしてコロナ禍を契機に、専門性を高めた看護師の育成など政策的な誘導も行われていくことが考えられます。現に麻酔専門看護師というテクニシヤンの育成やNPの育成などが行われつつあります。専門性の高い看護師、地域で総合的な知識をもって働く看護師など各々の役割を持つ看護職の働き方が、アフターコロナ禍時代に期待されているといえます。そのためには、高度医療への対応や専門性を高めるための再教育や職場教育をシステムとして構築していくと同時に総合的知識を持つ看護師の教育が必要といえるでしょう。そして、彼ら彼女らが成長し中堅職になった時、意欲をもって働く後輩を支援していくことで、コロナ禍が過ぎ去った後、看護師が離職せず、意欲や使命感をもって働き続けられる効果的サイクルを構築すべきといえますが、このような時代が訪れるまでにはまだまだ時間を要することが考えられます。

地域-現場、患者-看護師がウイン=ウインとなる「働き方改革の望ましい方向性」への手掛かりを参加者の皆さんと考える機会になればと考えています。

第 11 回学術集会講演録

基調講演

“WITH コロナ”の『地域包括ケア時代』 ヘルスプロモーション理念を原動力に ～住民・患者力のエンパワー セルフケア支援を考える～

櫃 本 真 津

四国医療産業研究所 所長

COVID-19のお陰で

新型コロナに翻弄されたこの一年。ワクチン接種への期待は大きいですが、終息はどこかまだまだ収束のイメージすら見えてこない。地域包括ケアシステムを核とした医療・介護等の大転換への歩みも、共生社会を再構築している最中に、人と人の接触を避けるという感染症対策の禁じ手が断行され、足止めというか過去に引き戻された感は否めない。そしてコロナ禍での偏見差別の横行や閉じこもりの急増など、改めて気付かされた「守るべき尊厳」に向けて、国民全体が猛省しなければならないと痛感している。

しかし見方を変えると、かえって加速されたというか、後押しとなった点多々あったように思う。コロナ禍の経験は、今後人口遷移とも言える急激な変化への大転換を、積極的に促す原動力になったようだ。欧米に比べればはるかに少ない感染者数にも関わらず「医療崩壊」が再三叫ばれ、医療・介護施設でのクラスター等に注目が集まり、世界屈指の先進的な医療・介護レベルを誇ってきた日本ではあるが、急性期医療や介護施設に依存した現体制の問題点を露呈させることになったのはその一例であろう。「生活を支える身近な医療介護」や「住民のセルフケア意識」の大切さが見直され、地域包括ケアシステムの重要性が改めて確認できたことは、新型コロナのお蔭と言ってもいい。

COVID-19 禍は、ショック療法的ではあるものの、予想に反して、地域包括ケアシステムを推進するチャンスをもたらしてくれた。感染症や災害等の緊急事態を想定した中での、持続可能な体制づくりが、地域包括ケアシステムの構築と一致しており、今後求められる『大変革』への、大きな後押しとなった。また自粛要請に象徴される「制限」により、逆に豊かな発想が生まれることも我々は経験した。コロナ終息後をイメージして、元に戻すのではなく、新しい地域社会の創造に向けて、地域が主体的に取り組んでいけるよう、今後の「チェンジ」に心からエールを送りたい。

セルフケアに尽きる

長引くコロナ渦に振り回され続け、政治家や専門家が躍起になっても、ワクチン頼みと人と人との接触を避ける自粛作戦に尽きるといった現状。この何とも言えない行き詰まりの中で、本当に大事なことは何なのか考えさせられたが、全てはセルフケアに尽きるということで、改めて腑に落ちたように思う。ただし“セルフケア”は、生活習慣病やメンタルヘルスではお馴染みだが、一般的な解説では不十分であり、その真意を共通理解するための議論が必要ではある。私としては、「自らをエンパワーしてコントロールする意識や行動」と解釈することで概ね納得している。

まだまだ保健・医療・福祉等の現場は、セルフケア重視には至っておらず、社会的弱者ケア重視の「してあげる」サービス提供（押しつけ）にとどまりがちで、社会的弱者を生み出さないという自立支援への方向を目指していない。医療・介護が関われば関わるほど、「依存」を促進させ、セルフケアにブレーキをかけ

る要因になっていることに気づいているはずだが、未だ転換が図れない。COVID-19等のクラスター予防とは言え、高齢者施設等では、社会のムードに押し流され、風評被害から施設を守るために、「命を守る」を大義にして、厳しい行動制限や自粛の押し付けが行われている。高齢者の生命は守られても、社会的な死（認知症や廃用症候群）を誘導し、生活重視を掲げた施設方針から逸脱してしまっている。

セルフケア支援を目的としたシステム改革

今こそセルフケア力向上を目指した、社会的弱者を生み出さないためのシステム改革の時だ。急激な少子高齢化に適応した医療や介護システムの大転換を、コロナ禍が将来を見せつけ強引に転換の必要性を促しているようだ。この期に及んで、コロナ旋風が過ぎ去り元に戻ることを期待している場合ではない。専門医・急性期病院主導の疾病対策重視から脱却して、住民の生活に着目した「自分らしく生きるために」を実現するために、セルフケア力向上を重視した支援体制が急務だ。

うつ病患者の多いことが、我が国の特徴として指摘されており、自殺者数の改善が見られない状況が続いている。働き方改革の最中ではあるが、新型コロナ禍の影響を受けて、生活を追われ生きがいを失った方々の自殺が増えると懸念されている。また日本の子供達は、身体の健診結果が世界 No1 レベルにもかかわらず、自己肯定感の低さが著しく、トータルの健康度は、先進諸国の中でも著しく低位とのこと。コロナ禍のために、先送りを余儀なくされたフレイル予防だが、筋力維持を狙いとしたロコモーションよりも、意欲向上といった心の面がより重視されている。疾病や障害等に関わらず、自分らしい人生を全うすることが重視され、それぞれの意志に基づいてそれが可能となるよう、「セルフケア支援」が、今後のケアの根幹となると考える。

ケアの本質をセルフケア支援に

ケアとは、病気や障害を「治療する、癒す」（キュア）と対比され、「愛をもって気づかい、心をこめて世話をする」ということであり、本来その範囲は広く、日本語でいう看護、介護、介助、リハビリテーション等医療・介護行為の全ての内容を含んでいる。しかしケアには、してあげる対象への、提供者からの一方的な行為となり、提供自体に視点が置かれ、当事者の自立支援・エンパワーといった評価には及ばない実態がある。ケアの受け手の主体性こそが最も尊重されなければ意味がない。病気に立ち向かう人が、スムーズに治療を受け、順調に回復するために配慮するというだけでなく、その闘病の中で受けねばならない様々なストレスに対して、自身が乗り越えていく力を養うことが重要だ。また目の前の現象のみでなく、将来起こるかもしれないことへの備えも欠かせない。これらは当事者のセルフケア力の向上が伴わない限り、上手くいくはずはないのだ。

日本は海外とは異なり、生命と生活を分けて考える文化があり、医療においても、生命を優先させるために生活を犠牲にしても仕方がないという考え方が根付いている。病室という特殊な環境は、患者さんの日常生活を容易に奪いかねない。患者さんの病気のみに関心が集まってしまい、患者さんの日常生活を顧みない状況に陥りがちだ。病気に立ち向かっている人の生活や生きる意欲をいかに支援するかという点に、ケアの本質があることを肝に銘じておかなければならない。

SDGs 実現へのセルフケア力の向上

セルフケア力向上にブレーキをかける医療ケアシステムでは、超高齢社会の自滅を誘引することになってしまう。従来のサービス提供型から脱却し、受け手の主体性が尊重されるよう、エンパワーを意識したセルフケア力向上への支援へと大転換を図っていかなければならない。「人と人の接触を断つ」といった急場しのぎ対策ではなく、「人と人の接触を保つ」を前提とした、住民力を活かす日常活動によって、SDGs を踏まえた持続可能な社会づくりが展開されることを心から期待している。

第 11 回学術集会講演録

シンポジウム

コロナ禍で見えてきた看護職への期待と それに応えるための課題

橋本 美穂

日本看護協会 事業局長

新型コロナウイルス感染症の蔓延に伴い、看護職への社会の要請が高まった。病院はもちろん、それ以外の地域の様々な場所で、陽性者、重症者へのケア、PCR 検査への対応、感染防御のための仕組みづくりなど、看護職の専門的知識、技能が必要とされ、看護人材が求められた。

日本看護協会では、そういった社会の要請に答えるため、潜在看護職の確保、看護職員の派遣および派遣体制の構築、専門性の高い看護師の活動の支援、感染管理認定看護師の養成推進等、様々な活動を行ってきた。

看護職の確保については、2020 年の 4 月から 2021 年 6 月までで現在までに 6,700 人を超える潜在看護職が、都道府県ナースセンターを通じて就業。今年に入ってからは、ワクチン接種業務への対応が多かったが、それ以前は、ホテル等の軽症者宿泊施設や、コロナ関連の相談対応コールセンターの就業が多く、軽症者施設の滞りない運営には潜在看護職の力が大きかった。

一方、コロナ対応を行う病院への就業は潜在看護職では対応が難しく、都道府県内の医療機関等への「看護職員の県内派遣の仕組み」の構築および、クラスター発生時等に備え、看護職員を必要とする医療機関等への派遣や、迅速な先遣活動が可能となる体制が求められた。また、各都道府県内における医療機関や軽症者宿泊施設等からの派遣ニーズが県内の供給量を超えた場合に備え、「県外からの看護職員応援派遣」の仕組みを構築し、自衛隊の看護職派遣や、知事会の要請、協力体制による看護職確保と共に地域医療の崩壊をとどめる一翼を担った。

これらは大きな成果ではあるが、感染が拡大・長期化する中で、急激かつ広範なニーズの増大の全てに対応することは難しかった。看護職が、平時だけでなく、今後同様の有事の際に社会の要請に応えていくための、課題も見えてきた。

看護職が十分に確保できない一つの要因には、資格を有する全ての看護職の実態（就業の有無・可否・意向等）を定期的に把握する仕組みが現在の日本にはないことがある。その上で、個々の看護職の資質の維持・向上を継続的に支援する仕組みがあることで、専門職としての看護人材の活用基盤が強化され、ニーズに対して力を発揮することができると思われる。

また、今回のコロナ禍で、看護職へのニーズは決して数だけの要請ではなかった。例えば、コロナ対応病院では ECMO が回せるぐらいの急性期に強い看護職が求められ、介護施設では専門性の高い看護師による感染管理の支援が必要とされ、クラスター発生病院では、認定看護管理者による看護体制の再構築がまず何よりも必要とされた。

アフターコロナにおいては、看護職の実態を把握できる仕組みの構築が求められると同時に、看護職自身が自分の実践能力について把握、看護職に共通のスケールで明示することが出来、平時から専門職として資質の維持・向上に努めておくことが、真に社会の要請に応えるためには必要と考える。

第 11 回学術集会講演録

シンポジウム

看護師がイキイキと働き続ける為には

青 木 大 介

社会医療法人財団互惠会大船中央病院 総務部総務課兼経理部係長

昨今、働き方改革が取り上げられている。国民医療費の総額に占める 5 割が人件費にあてられている医療業界は、まさに労働集約型産業の典型であり人は財産である。少子高齢化に伴う労働生産人口減少の中で、高齢者や女性労働力、AI、外国人労働者等の有効活用が必須となるのは他業界とも変わりが無く、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書」のアンケート調査にも表れたとおり、医療従事者が働きやすい職場環境の形成について現時点から取り組みを始めなければ、医療従事者の疲弊とともに医療資源不足は益々進行してしまう。

Covid-19 によるパンデミックにより、内視鏡検査や健康診断などは不要不急の医療と呼ばれる領域における患者さんの受診控えは、本邦の医療機関の経営状況に大きな影響を与えることとなった。特に年度開始直後の 2020 年 4 月～5 月にかけては上記の影響が顕著となり、医業収益が大きく数字を落としたその結果、各医療機関は設備投資計画の見直しや 6 月賞与の支給について選択を迫られることとなり、看護師の大量離職が発生したケースでは賛同が得られなかった医療機関の選択について連日のニュースを騒がせることとなった。

看護師の確保は診療報酬においても評価され、医療の質向上のみならず経営面から見ても医療機関の大きな課題となっている。神奈川県は、人口当たりの看護師数が全国の中でもワーストを争う程少なく、看護師確保に課題を持った地域である。コロナ禍における医療機関の最優先課題はハーツバーグで言うところの職員の衛生要因の確保であったが、大船中央病院では紹介会社の活用、看護学生の雇用など採用に努め、感染防護具や必要な機器をきちんと確保し、資金をショートさせず賞与を満額支給し、常に最新の情報を職員に提供することで、職員が安心して働ける環境を維持した結果、クラスターの発生もなく病院の目的を達成し続けることが出来た。

現在、医療従事者にはじまったコロナワクチンの接種が進んでいる。すでにアメリカではワクチン接種後はマスクを外しコロナ以前のような日常生活を送ることが推奨されており、本邦においても国民の接種が一定の水準に行き届いたところで、アフターコロナを迎えることとなるが看護師の有益性を社会に訴えるには絶好の機会である。なぜなら看護師の活躍の可能性を広げる為には、専門看護師、認定看護師、ナースプラクティショナー、特定医療行為など、看護師という職種の未来について社会からのコンセンサスを得ることが必要であるが、図らずも医療職の活躍がフォーカスされたコロナ禍を経て社会からの理解はそれまでに比べ好意的な筈であるからだ。

医療機関においてもコロナを旗印にこれまで棚上げにしていた動機付け要因の充実を求められることとなるだろう。ところが病院における看護部という組織は、コメディカルや事務部門のそれに比べ教育体制・キャリア開発など動機付け要因を充実させる仕組みがきちんと整備されており、PES-NWI の設問などを確認しても事務部門の介入の余地が少ない。一方で、看護部の持つ課題を可視化し解決の為に具体的実行方法に明らかなのは事務部門である。例えば夜勤の看護師のオムツ交換の負担を減らす為に製品を変更することでオムツの交換回数を減らすアイデアが出たとして、その後価格交渉や製品入れ替えなどの段取りを行うのは事務部門である。その為には、看護部長の隣に院内外の事情に精通した事務担当者によるチームを配置すること

看護師がイキイキと働き続ける為には

である。このチームは病院と看護部間の翻訳機能を有し、看護部門が抱える課題を解決する為の支援を行う。この取り組みは看護師にとっても医療機関にとってもメリットが大きく、組織のスタンダードとして提言する。

第 11 回学術集会講演録

シンポジウム

コロナ禍だから見えてきたもの

大 釜 恵

横須賀市立市民病院 感染対策室師長
感染症看護専門看護師／感染管理認定看護師

看護師は、人の命や健康に関わる責任のある職業であると同時に、患者の笑顔や感謝の言葉に励まされ、自分が学んだ知識を現場で役立てることができるなど、専門職として多くのやりがいが見出せる職業のひとつである。厚生労働省による「平成 30 年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況」では、看護師の約 90% は女性で約 70% は病院勤務者であると報告されている。本シンポジウムでは、病院勤務の感染対策室師長の立場から、コロナ禍だから見えてきたもののうち、以下の 2 点について考えを述べる。

1. コロナ禍での家族の協力、社会の協力

女性が多い看護師の職場では、出産・子育てという転機において離職を選択する人が一定数はいるものの、短時間勤務や育児時間などの制度、家族の理解と協力により、仕事と家庭を両立している人も多くいる。家庭を持っている看護師のほとんどが「家庭」も「看護師」も両立させたいと願い、懸命に働いている。現在、流行している新型コロナウイルス感染症（Coronavirus disease 2019：以下 COVID-19）は、新興感染症であり、感染性や伝播のしやすさなどが不明なこと、治療法が確立されていないことなどから、多くの人が強力な「不安や恐れ」などの感情を抱いている。さらに、その不安や恐怖が生み出す「偏見や差別」などの感情が、仕事と家庭の両立の新たな問題となっている。これまでに病院内で、家族から「自分や子どもにうつる可能性が高いから病院を退職してほしい」と言われて悩み、退職を決めた人、COVID-19 患者を受け入れている病院に勤務しているため、子どもを預けている保育園から登園の自粛を求められて困っている人などの話を耳にした。COVID-19 の流行に伴い、病院で働く看護師の家族の心配や不安、看護師の子どもを預かる保育園の偏見など、これまでになかった新たな障壁をどのように乗り越えていくかについて、ともに考えていきたい。

2. COVID-19 患者の看護におけるジレンマ

入院中の患者が日に日に回復し、話ができるようになり、食事が取れ、自分で起きて歩けるようになっていく姿などを見ると、看護師は自分のことのように嬉しい気持ちになる。患者の話に耳を傾け、ちょっとした異変にも早く気付くことができたときの達成感は、仕事の責任は重いもののやりがいを得ることに繋がっている。しかし、COVID-19 患者の看護では、看護師への水平伝播リスクを考慮し、患者との接触を極力減らすことが求められる。これまで通常に行っていた患者の話に耳を傾けることさえ困難な状況にあるなか、患者に寄り添う看護ができないことによって多くの看護師にジレンマが生じている。患者のそばで当たり前に行っていた看護ができないことに思い悩んでおり、「患者にとってよいことをしてあげたい」が「自分が感染するのは怖い」という医療倫理と感染対策との板挟みになっている。このような思いを抱えながら働いている看護師を支え、やりがいを持って働ける環境を作るにはどうしたらよいかについて、ともに考えていきたい。

第11回学術集会講演録

シンポジウム

看護職の価値を意識したキャリアデザイン再考
看護師のキャリア支援の立場から

濱 田 安岐子

NPO 法人看護職キャリアサポート代表, 株式会社はたらく幸せ研究所代表取締役

働き方改革は、安倍内閣の経済対策として日本が直面する「少子高齢化に伴う生産年齢人口の減少」、「働く方々のニーズの多様化」などの課題に対応するため、投資やイノベーションによる生産性向上、就業機会の拡大、意欲・能力を存分に発揮できる環境をつくることが重要とされてきた。多様な働き方を選択できる社会の実現は、個別の事情を抱える働き手の成長と分配の好循環を構築すること、働く個人がより良い将来展望を持てるようにすることが目的である。

コロナ前、意識改革が進まない企業の課題は、法整備で有給休暇の取得や時間外勤務の削減、産業医や保健師、組織開発コンサルタント等の介入で何とかしようとして進められたが課題は山積みだった。簡単に Work Shift ができてしまう福利厚生、設備投資の予算が確保できる企業と、働き方の固定イメージがアップデートできずに「苦しみからこそいい仕事ができる」「疲れるほど働いた自分はえらい」「大変なことほどやりがいがある」「丁寧だからこそ喜ばれる」と思い続けている企業の格差は大きかった。この状況に強制的な変化をもたらしたのが新型コロナパンデミックである。3密をさけるためにテレワークが進められ、働き方は大きく変わった。私自身は看護職を対象としたキャリアコンサルタントであるが、キャリアコンサルタントの業界では企業人やフリーランスも多く、少なからず影響を受けながら働いていたことを聞いている。

このような社会状況であっても医療職は変わらず粛々と働いているのが現状であろう。感染拡大当初は直接ケアをする看護職に対する世間の差別的発言や対応があった。しかし、看護職はメディアなどの協力によって社会にその差別対応に反発の声を届け、差別を感謝への意識変革に誘導することができた。まだまだ、看護職の貢献度は社会に届け切れていないと思いつつも、今回の新型コロナパンデミックによって多くの人たちに看護職の優しさと強さ、使命感、スキル、専門性を部分的にでも伝えられる結果となったのは嬉しいことである。看護職のキャリアはその専門性に支えられている。健康に関わる社会課題に対して「看護職だからできる」のは、無意識であっても他者の健康問題に対峙できる覚悟と看護スキルがあるからである。最近、私が考える看護職集団のキャリア形成（発達）課題は、自分の価値に気付いていないことではないかと感じている。働き方改革における課題は一般企業と違い経済的利益を上げることではなく、医療費の削減と生産性の高いケアやマネジメントの技術開発、超高齢社会を支えるための人材確保等である。看護職は看護業務に従事するだけで価値がある。ケアをすることが出来るからである。仕事量ではなく、看護職としての教育背景のその期間と濃度を考えれば本人たちの自覚に関わらず、ケアをする存在になっていると言っていい。目の前に苦痛そうな人がいれば、「どうしました？」と声をかけ、自分の出来るケアをしなればと思ってしまうのがその教育の成果である。世の中にはそれさえ躊躇してできない人たちであふれている。このような社会にとって価値ある存在であることを本人たちが自覚することが出来ず、「自信がない」さらには、「できない自分」と思い込んであきらめ、成長意欲を失っている看護職に出会うたびに残念でならない。誰にでも可能性と未来はあることを信じて看護職としての生き方を楽しんで欲しい。目の前でケアを求めている人に、生産性高く、そして、良質なケアを提供するためにも、自分を愛し、ありのままの自分を肯定し、自分の可能性を信じて成長を望むことが、看護職としての働き方改革の第一歩のように思う。

第 44 回研究会講演録

看護管理者が身に着けたい評価力と面談力

河野 秀一

株式会社サフィール 代表取締役

関東学院大学 大学院看護学研究科 非常勤講師

龍谷大学 大学院実践真宗学研究科 非常勤講師

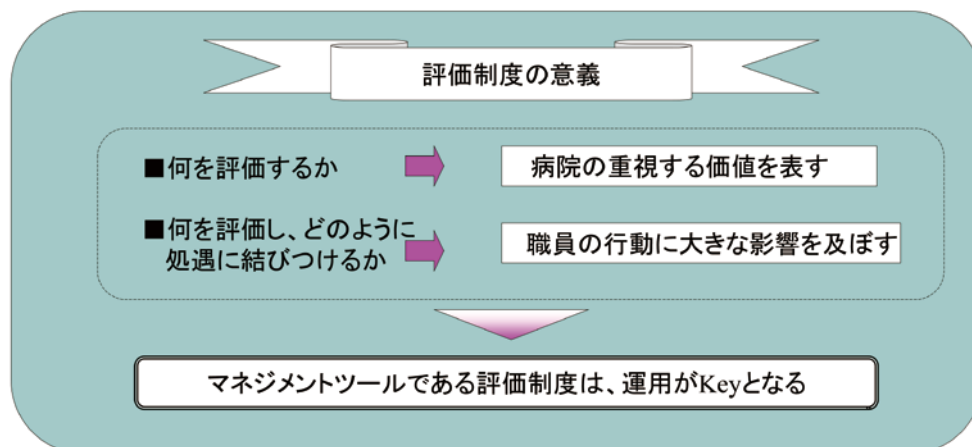
1. 評価の基本

組織における管理者の役割と責任としては、次の2点が特に期待されている。ひとつは「組織目標の達成」、もうひとつは「人事管理・人的資源管理」である。人事管理・人的資源管理においては、適正・公正な評価、適切な動機づけ、適切な指導・育成が挙げられ、管理者にとって、極めて重要かつウエイトの高い職務である。中でも、「適正・公正な評価」は重大な職務・職責であり、評価に関する権限・責任は他人に委譲することは出来ない。他の職務については権限委譲を行い、責任さえとればよしということがあがるが、評価については、評価行為並びに説明責任を管理者本人が負う。

評価制度は理念・風土と結びついているものであり、病院の価値観を反映する。しかし、評価制度の成否は、その運用にかかっている。組織がどんなに立派な制度を持っていても、使いこなせなければ意味がない。制度運営の前線に居られるのが管理者であるが、管理者が制度の趣旨・内容をよく理解し、上下のコミュニケーションを密にして適正な運営を行うことによって、初めて、公正な処遇が実現され、職員の活性化も図れることになる。

評価制度が有効に機能するためには、職員の理解と納得が不可欠である。そのためには制度が複雑すぎないこと、公正性、公平性、透明性、実効性、納得性、客観性があることが、共通する前提条件になってくる。評価のねらいはスタッフの処遇や育成だけでなく、スタッフのモチベーション向上もある。一方、管理者の育成、管理者とスタッフのコミュニケーションにも役立つ。

管理職と評価制度



(C)2021 Saphir, All Rights Reserved.

評価制度にはいろいろな種類があるが、評価の切り口によって分類が可能である。評価方法でみると、到達度評価、認定評価、進捗度評価、位置づけ評価に分けられる。また、絶対評価・相対評価という分け方もある。評価の側面で見ると、人を評価する制度、仕事を評価する制度、年功を評価する制度に分類される。さらに、人については、能力、態度・取組姿勢、行動（コンピテンシー含む）、成果、業績という側面がある。

いずれの評価においても、納得性のある評価を行うには、日ごろから十分な情報収集を行う必要がある。管理者はその判断材料となる具体的な事実を把握していなければならない。

2. 評価面談

看護管理者がスタッフと面談する機会は、実に数多くある。例えば、看護部で目標管理を実施している場合は、目標設定面談、中間評価面談、期末評価面談がある。では、何のために面談を行うのだろうか？これは単なる情報伝達というだけではない。管理者は、スタッフと面談することによって、何がしかの「変化」をして欲しいとの期待がある。スタッフの意識や行動、態度が変わることを願って、わざわざ時間を取って、場所を変えて面談するのである。マネジメントの観点で捉えれば、人的資源の活性化、すなわち、スタッフのモチベーションを高めて行動変容をしてもらうことが、最大の目的と言って良い。このように面談には、伝達や指導だけでなく、育成のためという側面もある。

面談、というと「何か話さなければならないから難しい」と思う管理者も多い。しかし、必ずしもそうではない。面談は、「話す」と「聞く」のバランスが大切であり、多くの場合は、スタッフに話をさせて、管理者は「聞く」ほうが重要である。決して管理者が一方的に話すことが面談ではない。そして目標設定、評価、役割依頼、問題解決など、面談の内容はさまざまであったとしても、最終的にはスタッフの納得、管理者との共通理解が得られないといけな。そのためには、面談は「対話」である必要がある。

面談力アップに必要なスキル

1. コーチングスキル

2. ファシリテーションスキル

3. 概念化スキル

(C)2021 Saphir, All Rights Reserved.

面談力を高めるに、管理者はどのようなスキルを身に着けたら良いのであろうか？これまでの経験から私は、必要なスキルは、「コーチングスキル、ファシリテーションスキル、概念化スキル」の3つとと思っている。この3つのスキルを持ち合わせていれば、スタッフに考えて話をしてもらい（コーチングスキル）、場を活性化でき（ファシリテーションスキル）、本質を捉えた（概念化スキル）質の高い面談につながると確信する。

管理者はぜひ、正しい評価を実施し、質の高い面談を行って人的資源活性化に尽力願いたい。

第 45 回研究会講演録

発達障害における合理的配慮の考え方と 看護学生・看護職員への支援の基本

北 川 明

順天堂大学保健看護学部 精神看護学領域 教授

「発達障害」とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものと、発達障害者支援法で定義されている¹⁾。ここからわかるように発達障害は、何か特定の障害を表すのではなく、複数の障害をまとめた大きな概念である。また、幼いころに発現する脳機能障害であり、育て方や親の愛情不足が原因ではなく、遺伝要因が強く関わっている²⁾。とはいえ、すべて遺伝子だけで説明できるわけではなく、出生前の環境要因の影響も大きいと言われている³⁾。こうした発達障害に関する研究は近年活発に行われているが、現在においても、その原因ははっきりしていない。では、この発達障害を抱える人は、我が国にどれくらいいると考えられているのだろうか。発達障害全体を調査したものはないが、発達障害が疑われる児童生徒について全国の公立小中学校を対象に調べた調査がある⁴⁾。平成 24 年の 2 月から 3 月にかけて、全国（岩手、宮城、福島を除く）の公立の小・中学校の通常学級に在籍する児童生徒 53,882 人（小学校：35,892 人、中学校：17,990 人）の状況について、担任教員に対して紙面調査が行われた。この調査の結果、知的発達に遅れはないものの『学習面又は行動面で著しい困難を示す』児童生徒の割合は 6.5%であった（図 1）。「学習面で著しい困難を示す」とは、「聞く」「話す」「読む」「書く」「計算する」「推論する」の一つあるいは複数で著しい困難を示す場合を指し、一方、「行動面で著しい困難を示す」とは、「不注意」、「多動性・衝動性」、あるいは「対人関係やこだわり等」について一つか複数で問題を著しく示す場合を指す。すなわち、学習面の著しい困難は限局性学習症（Specific Learning Disorder；SLD）、行動面の著しい困難は注意欠如多動症（Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder；ADHD）と自閉スペクトラム症（Autism Spectrum Disorder；ASD）

通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な
教育的支援を必要とする児童生徒割合（小学校・中学校全体）

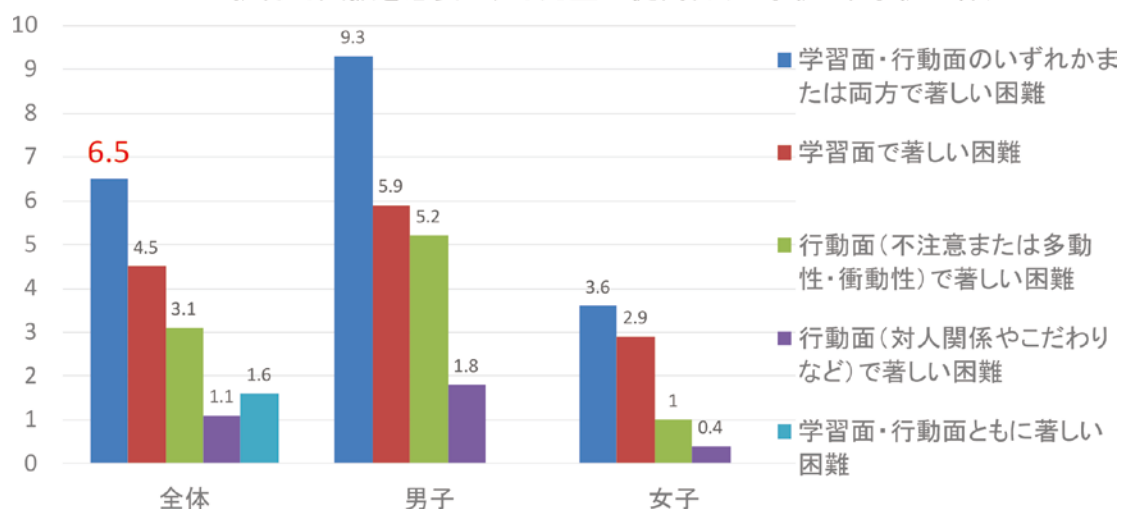


図 1. 文部科学省：“通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について”。をもとに北川が作成

が疑われるものということである。ここで注意すべきは、対象が通常学級に通う児童生徒にしているため、すでに特別支援学校などに通っている発達障害児などはデータから除かれており、実際の割合は6.5%よりも高い可能性があることである。ただし、この6.5%という数値は、医師の診断によるものではなく、あくまで担任教員の見立てであるため、発達障害ではなく他の精神疾患の場合やその他何らかの理由によって学習困難が生じていることもありえることは留意しておく必要がある。

ここで、代表的な発達障害について説明していきたいと思う。まず、ASDであるが、ウイングら定義によると、ASDとは、社会性、コミュニケーション、イマジネーションの3領域に質的な違いが発達期から存在する障害であると特徴づけられる（ウイングの三つ組み⁵⁾。社会性の障害とは、他者に興味や関心を抱かなかつたり、相手の感情や思いに配慮する共感能力が殆ど欠如していたりと、対人関係を築くのが困難というものである。コミュニケーションの障害とは、あいまいな表現や比喩などが理解できなかったり、相手を無視して一方的に質問し続けたりするなどして他者と円滑なコミュニケーションをとることが困難ということである。イマジネーションの障害とは、物事を同じ手順通りにしなければ気が済まなかつたり、反復的に同じ動作をしたりする特徴のことである。その他の特徴として、感覚過敏、中でも聴覚過敏をもっていることが多い。聴覚過敏があると、遠くの小さな物音でも大きく聞こることがあり、周りの音が多いと苦痛を感じてしまう。教育困難事例の中に、聞くことが困難というものがあれば、この聴覚過敏が影響している可能性がある。ADHDは、その名の通り、気が散りやすく物事に集中することが苦手な注意力の欠如と、落ち着きがなくじっと座ってられないなどの多動性、よく考えずに行動してしまう衝動性といった特徴がある障害である。SLDは、知的発達に遅れがないものの、「聞く」「話す」「読む」「書く」「計算・推論する」能力のうちいずれかまたは複数のものの習得・使用に著しい困難を示す障害である。言葉を暗記することはできても、文字を正確に読むことができないなど発達に偏りがみられる。発達性協調運動症（Developmental Coordination Disorder；DCD）は、粗大運動や微細運動、またはその両方における協調運動が、本人の年齢や知能に応じて期待されるものよりも不正確であったり、困難であったりするという障害である。端的に言うなら、極端な不器用さや運動音痴と言えらるう。

これらの発達障害がある看護学生・看護職員の支援を考える上で、気分障害などの二次障害の有無は非常に重要な要素となる。発達障害のようなものとの障害を契機にして、新たな障害が引き起こされたとき、その障害を二次障害と呼ぶ。元の障害（一次障害）との間の因果関係が分からない場合でも、二次障害と呼ぶことがある。発達障害は脳の機能障害であることから、遺伝子や脳機能の脆弱性があると考えられる。あわせて、幼いころから特性が発現しているため、育てにくさから虐待されることも多く⁶⁾、心理的脆弱性も抱えやすい。こうした脆弱性から、発達障害には二次障害が多く起こる。よって、発達障害のある看護学生・看護職員の支援を行うのであれば、単に障害特性への対応だけを考えるのではなく、発達障害者の心理面にも気を配っていかねばならない。さらに、障害をもつ人への支援を行う上で、その法的根拠となるところを十分に理解しておく必要がある。2016年4月1日には、障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（差別解消法）が施行された。障害を理由とする差別を解消し、また障害のある人から配慮を求める意思の表明があった場合には、社会的障壁を取り除くために、合理的配慮を提供することが求められるようになった。合理的配慮とは、個人の心身の機能障害だけでなく、社会の制度や環境が障壁となって、その人の生活に障害をもたらしている人に対して、必要かつ適当な配慮を行うこととされる。教育における合理的配慮であれば、合格水準を下げるのではなく、教育を実施する上での様々な障壁を取り除くことである。例えば、実習記録は手書きでなければならないとする学校があるとする。手書きに拘ってしまうと、SLDやDCDがある学生には、内容とは別の困難が生じてしまう。よって、手書きでなくとも構わないとすることが合理的配慮になる。何を学んで欲しいのかという教育の本質を考えることが、合理的配慮を提供する上で、重要なポイントと言える。そのほか、合理的配慮の考え方として、機会を失わせないということがある。学生の学ぶ環境を整えるのは、教師の責務である。指示をちゃんと聴いていないからダメというのではなく、まずは、どうすれば指示していることが分かるのかを考える必要がある。

こうした知識を踏まえて、発達障害のある看護学生・看護職員への具体的な支援について考えていきたい。発達障害は複数の障害が重複することも多く、その特性の強さも人それぞれ違うものである。そのため、発

達障害だからこのように支援すれば良いというような画一的なものはない。まずは、支援する対象を家族も含めてアセスメントしていく必要がある。アセスメントする視点として重要なことは、様々な問題や困難事項のすべてが、発達障害の特性由来のものとは限らないということである。前述したように、発達障害は二次障害の併発が多い。中でも、パーソナリティ障害や不安障害、気分障害の割合が高く^{7,8)}、二次障害の影響で、対人関係上の問題や、看護実践上の問題が出現することも考えられる。また、発達障害の特性は幼いころから発現しているため、育てにくさを感じる保護者がいる。虐待とまではいかなくとも、何度も何度も注意を繰り返し、発達障害児の自尊心を低下させてしまうことも往々にして見られることである。こうした自尊心の低下は、様々な性格上の偏りを生み、責任を極端に回避しようとしたり、他人に過剰に攻撃的になってしまったりということもありえる。二次障害や性格的な問題であれば、介入により改善していくことができるが、発達障害の特性そのものは、教育や治療により消えてなくなるものではない。そのため、発達障害の特性に対する支援としては、その問題や困難さがなくするために、どのような道具や方法を使えば良いかといった、補助的手段や代替手段を探すことになる。支援の方法についてはこちらが押し付けるのではなく、当事者と共に考えるということが大切となる。また、支援は学校や病院の組織全体でチームとして行う方が良いと考える。特定の誰かに支援の責任を負わせることは、支援者の疲弊につながっていくことが多い。さらに、私が重要と考える支援としては、発達障害のある当事者自身に、自らの特性を自覚してもらい、困難なことに対しては助けを求められるようにすることである。発達障害の特性は、一目でわかるものではなく、何をどこまで支援すれば良いか判断することは非常に難しい。そのため、本人自らが声を上げていくことが、支援を円滑に行う上で不可欠であると考えられる。自らの特性を知り、できないことに助けを求めるとは、発達障害の有無とは関係なく、社会人としても重要なスキルである。よって、様々な教育の場において、助けの求め方を教えていくが必要なのではないだろうか。

文献

- 1) 総務省行政管理局. “発達障害者支援法”. <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=416AC1000000167>, (2021-07-14).
- 2) SANDIN, Sven, et al. The familial risk of autism. *Jama*, 2014, 311.17 : 1770-1777.
- 3) HALLMAYER, Joachim, et al. Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. *Archives of general psychiatry*, 2011, 68.11 : 1095-1102.
- 4) 文部科学省. “通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について”. 2012-12-05. https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1328729.htm, (2021-07-14).
- 5) WING, Lorna ; GOULD, Judith. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children : Epidemiology and classification. *Journal of autism and developmental disorders*, 1979, 9.1 : 11-29.
- 6) 杉山登志郎. 発達障害の子どもたち. 講談社, 2007, pp. 148-169.
- 7) HOFVANDER, Björn, et al. Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC psychiatry*, 2009, 9.1 : 35.
- 8) KESSLER, Ronald C., et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States : results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of psychiatry*, 2006, 163.4 : 716-723.

第 46 回研究会講演録

看護管理者が経済学を学んで

大 林 由美子

山口赤十字病院看護部

看護管理者として働く中で、看護と経済学は切り離せないと思っており、経済学を学んだ者として、経済学を学ぼうと思った理由、経済学研究科での学び、経済学を看護管理にどう活かしているのか、経済学を大学院で学ぼうとする人へのメッセージの4点について述べる。

経済学研究科での修学理由を述べるにあたり、これまでの職業人生を振り返る。看護職としての経験を積み、臨床看護と教育・管理の経験が半々になった頃、キャリアビジョンを看護管理者として頑張っていく方向を考えるようになっていた。病院での新入職員も徐々に大学卒業生が増えてきたこともあり、大学院での修学が必要だと思い、本務の傍ら千葉大学大学院看護学研究科での学修を決めた。同窓生は皆現役の看護管理者であり、職務上でも多くの看護管理者に触れ、仕事の経験と看護学研究科での修学とでとても密度の濃い時間を過ごした。看護学研究科では人や組織の強みに着目したポジティブ・マネジメントの手法を使ったプロジェクト研究を行い、当時は経営に関する理論にも多数触れ、ヒトを動かすこと、強みを活かすことがどのような成果につながるかなどを学んだ。その学びを病棟管理に活かし、改革を進めていくうちにギスギスした職場が水を得た魚のように生き活きた職場に変わっていくことにとてもやりがいを感じ、患者さんの回復を願い、優秀なスタッフと共に働くことがとても楽しかった。

看護部長拝命当初は荷が重く、看護係長も含め総勢50名あまりの中間管理者の多くが経験豊富な年上であり、いかに信頼を得るかということばかりを考えていたように思う。看護部長の職位を持ったことにより、経営や経済に関する確かな知識をもって看護管理にあたりたいという欲求が生じてきた。看護部長には、経営幹部の一員としての意思決定や発言が求められ、病院職員の6割を占める看護部門長として、ものの見方・考え方をさらに広げるためには経営や経済について学んだ方が良かったことが経済学研究科での修学理由である。地元の山口大学経済学研究科の企業経営専攻の医療・福祉経営コースには、「看護師の働き方を経済学から読み解く」の著者でもあり、認定看護管理者教育課程の講師としてもご活躍されている角田由佳先生が所属されていたことも魅力であった。

経済学研究科では、夜勤労働を多く担っている優れた中堅看護師の離職防止に関する研究に取り組んだ。世界各国と日本の保健医療福祉制度・政策の違いをはじめ、医療福祉経営に関する多くのことに触れ、学びを得た。毎年、研究会やワークショップの機会があり、先生方からの話題提供や在学生の研究進捗、修了生からの話題は尽きない。経済学の扱う範囲はとても広く、生活を営む上ですべての事象が経済学研究のテーマでもあり、何にでも経済学が結びつくことを実感し、希少な資源をいかに管理するのかを研究する学問であるということが理解できた。

在学中に、友人の看取り経験するという忘れられない出来事もあった。一時的に学習意欲が低下し、経済学でいう「希少」を生命に当てはめ、限りある人生の限りある時間をどう使うかを深く考えることになった。看護職ではなかった友人からは「徳」をはじめ、礼節を学び、この経験は後の仕事や学習などにも活かされている。

経済学研究科で修学したとは言え、経済学を基礎から学んだわけではなく、にわか経済学履修者であるため、大きなことは言えないが、看護管理者として経済学の考え方は、物事の検討や意思決定、提案に活かされている。地域包括ケアシステムの構築が急務と言われる中で、地域医療構想が進んできており、地域でどのように医療・介護をつないでいくかといったことや、全国的な社会の動きから医療従事者の需給見通しや、自施設の労働力分配をどのようにしていくか、看護職の働き方について、公平性を担保しつつワーク・ライ

フ・バランスをとることや、多職種とどのように協働していけば公平性が担保できるのかなどと言ったことである。新型コロナウイルス感染症対応（以下、コロナ対応）では、戦々恐々とした日々の中で、どのように組織運営をしていくのがよいのか、必然的に意思決定を迫られた。国からの補助金、県の対策、地域の重点医療機関と入院協力機関との関係、コロナ対応に従事するマンパワーの確保や、人員配置など、すべてにおいていかに公平性を担保しつつ、かついかに地域住民の健康と尊厳を守れるかを検討した。

診療報酬対応では、新たな加算が付くことがある。各種加算は、それらが適切な医療の提供につながり、患者さんにとって有益であると認められたものであるが、自施設の中での希少性を考慮し、新たな加算を取るためには、どう労働力を分配し、どんな準備が必要かなど、経済学の考え方を活かした意思決定につながっている。

最後に、大学院で経済学を学ぼうとする人たちへのメッセージとして、以下のことをお伝えする。経済学は経済のしくみや、様々な経済活動のしくみを研究する学問である。多くの分野に応用できる物事の見方や考え方を学ぶことができ、日常生活や就労、余暇とは切り放せない経済活動の理解につながる。経済学研究科で学んだ看護管理者として、自施設の経営が大切であることは言うまでもないが、経営を考える上では経済のしくみを知り、だれもが幸せになるためには何をどう考えるかという視点も必要である。成人学習者は学ぼうと思った時が学ぶ時であり、自らの興味・関心、学び方に合う方法や場所で学びを深めると良いと思う。

医療従事者にとっては過酷な新型コロナウイルス感染症との戦いが続いた。第5波は乗り越えたものの、まだまだ安心はできない状況である。看護はその人らしく人生を全うできるように身体的、精神的、社会的に支援することであり、経済学はより良い生活を実現させるべく希少な資源の調達・配分を考える。看護と経済学は共により良く生活できることを目指すものであり、どのような状況下にあっても、みんながより良く生活できることを願っている。看護管理者として、限りある資源の希少性を考慮し、あらゆる人の幸福に寄与する意思決定ができるよう、今後も研鑽を重ねたいと思う。

第46回研究会講演録

私が経済学を学ぶ理由

烏谷美希

宇部フロンティア大学・助手

私が大学院で経済学を学ぶことにしたのは、看護師として働く中で感じたいくつかの疑問について、その原因と解決方法を知りたいと思ったことが始まりであった。以下では、疑問を抱いてから大学院に入学するまでの経緯や、経済学研究科での学びと仕事で生きていると思うこと、研究テーマや困難等について述べる。大学院進学や経済学を学ぼうと考えている看護職への一助となることを願う。

私が新卒で入職したのは、全国でも有数の救命救急センターを擁する総合病院で、救命センター附属のICUに配属された。一年目の頃は、仕事を覚えることに加え、新たな人間関係を構築し組織の一員としての責務を全うすることといった、新社会人としてのプレッシャーだけでなく、重症な患者の看護ケアを行うことに対する重圧を感じていた。そのため、当時は自分のことしか目に入っていない状況であった。二年目になると精神的には楽になる一方で、委員会活動や勉強会への参加など任される仕事が増え、担当する患者の重症度も上がっていた。三年目ではケースレポートの作成があり、夜勤の休憩時間や夜勤明けに図書館へ行き、文献検索やレポートの作成に追われていた。私はこの頃から、私たちの仕事内容や成果は評価されているのか、年々仕事量や責任は増えるが賃金面での評価は正当に評価されているのかという疑問を抱き始めていた。学生の頃に聞いた「看護師の給与は寝たきり曲線」という言葉が思い出されていた。

悶々とした日々を送る中、SNSで角田先生の本が紹介されているのを目にした。本によると、看護師の給与が上がらず技能が評価されにくい仕組みについては、初版が発行された約10年も前から明らかになっていた。理論上では明らかになっているのに、現場の状況が変わっていないのはなぜなのか、病院や設置主体で違いがあるのだろうかという新たな疑問が生まれたが、それらを理解するために、日本における公的保険制度や医療経済学について学ぶ必要性を感じ、経済学研究科への進学を決断するに至った。

在学中の経済学研究科では、医療経済学はもちろん、社会保障論、情報科学、法律、会計などを学び、より多面的に自分の研究テーマに向き合うことができている。また、様々な背景を持つ院生や教授陣とのディスカッションでは、医療の世界を知らない人たちが理解できるように自分の研究テーマについて説明する必要がある、「言語化する力」が鍛えられたと感じている。これは、教員として、これから医療の世界に入ろうとする学生たちを指導する際にも役立っている。修士論文における研究テーマは「看護師の技能や資格等の報酬による評価」であり、先行文献の少なさによる困難を感じていたが、授業や研究室メンバーとのディスカッションを通して研究の筋道を描くことができた。

社会人として働きながら大学院に通うことは決して楽ではなく、仕事と勉学、研究の両立は大変なことも多い。入学当初は病院勤務をしており、勤務調整をはじめとした病棟からのサポートがなければ大学院に通うことはできなかった。現在は大学で教員をしており、理解を得やすい環境であるとはいえ、職場からの理解やサポートは必要不可欠だと感じている。大変な側面もある一方で、新しいことを学ぶ時の、わくわくするような楽しさは私にとって大きな活力になっている。入学した時の気持ちを忘れずに、修士論文作成に取り組みたいと思っている。

看護経済・政策研究学会誌 第4巻1号

2021年12月発行

編集・発行

看護経済・政策研究学会

〒236-8503 横浜市金沢区六浦東1-50-1

関東学院大学看護学部 E6号館 511（坂梨）研究室

看護経済・政策研究学会事務局

FAX: 045-786-5714 Eメール: jsnep-office@umin.ac.jp

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

CONTENTS

研究ノート

- 日中の病院外来で電話相談に対応する看護職の専門職的自律性
.....横井 優子, 佐藤 直美... 1

第 11 回学術集会講演録 [2021 年 7 月 24 日 (土) 開催]

会長講演

- アフターコロナ時代における看護職者の働き方改革
—コロナ禍を契機として看護職の働き方に変化はあるのか—
.....坂梨 薫...10

基調講演

- “WITH コロナ”の『地域包括ケア時代』ヘルスプロモーション理念を原動力に
～住民・患者力のエンパワー セルフケア支援を考える～
.....櫃本 真聿...11

シンポジウム

- コロナ禍で見えてきた看護職への期待とそれに應えるための課題
.....橋本 美穂...13

- 看護師がイキイキと働き続ける為には
.....青木 大介...14

- コロナ禍だから見えてきたもの
.....大釜 恵...16

- 看護職の価値を意識したキャリアデザイン再考
看護師のキャリア支援の立場から
.....濱田安岐子...17

第 44 回研究会講演録 [2021 年 3 月 6 日 (土) 開催]

- 看護管理者が身に着けたい評価力と面談力
.....河野 秀一...18

第 45 回研究会講演録 [2021 年 5 月 22 日 (土) 開催]

- 発達障害における合理的配慮の考え方と看護学生・看護職員への支援の基本
.....北川 明...20

第 46 回研究会講演録 [2021 年 10 月 2 日 (土) 開催]

- 看護管理者が経済学を学んで
.....大林由美子...23

- 私が経済学を学ぶ理由
.....烏谷 美希...25