ISSN　2188-6377

日本産業看護学会誌

Journal of Japan Academy of Occupational Health Nursing

第４巻第１号
2017年８月

原著

急性期病院手術室における医師の看護師との協働・連携の経験……村松理恵子ほか　1
産業看護職からみた産業看護職と安全衛生担当事務職との連携促進要因……福田梨愛ほか　8

資料

病院の看護師におけるキャリアラダー区分別のメンタリングと自己教育力……福田久子ほか　15
入職 6 年未満の臨床看護師の健康関連問題と産業看護活動へのニーズおよび期待の実態
……高山直子ほか　21

日本産業看護学会誌投稿規程……27
編集後記……30

日本産業看護学会
Japan Academy of Occupational Health Nursing（JAOHN）

原著

急性期病院手術室における医師の看護師との協働・連携の経験
Doctors' experience of collaboration and coordination with nurses in an acute care hospital operating room

村松理恵子[1)], 巽あさみ[2)]（Rieko Muramatsu,　Asami Tatsumi)

[1)]浜松医科大学医学部附属病院(Hamamatsu University School of Medicine University Hospital)　[2)]浜松医科大学医学部看護学科地域看護学講座(Community Nursing, Faculty of Nursing, Hamamatsu University School of Medicine)

目的：急性期病院手術室で働く医師の看護師との協働・連携の経験の内容を明らかにする. **方法：**手術室で勤務する医師 9 名を対象にした看護概念創出法による質的帰納的研究. **結果：**半構造化面接により 291 コード, 91 サブカテゴリ, 21 カテゴリと 4 つのコアカテゴリ【看護師との情報共有・補完行動によるテンポとリズムの知覚】【新たな課題の出現と既存のシステムの調整】【効果的な手術実践のためのリーダーと認識】【看護師の態度による円滑・安全な医療提供への影響】を創出した. **考察：**医師は看護師の専門・実践的知識と看護師間の補完等による, 良いテンポやリズムによる手術環境の整備や看護師の専門性の向上とシステムの調整を期待していた. 医師は看護師との良好な人間関係は,手術安全行動となることを経験し知覚しており,看護師との良好な関係を維持するためには,医師の円滑な自己主張を可能とする研修や看護師による配慮の必要性が示唆された. **結論：**急性期病院手術室での医師の看護師との協働・連携の経験の内容は【看護師との情報共有・補完行動によるテンポとリズムの知覚】【新たな課題の出現と既存のシステムの調整】【効果的な手術実践のためのリーダーと認識】【看護師の態度による円滑・安全な医療提供への影響】であった.

キーワード： 医師, 手術室看護師, 手術室,　協働・連携,　経験

Purpose: To clarify the experiences of cooperation and collaboration between doctors and nurses working in an acute hospital operating room. **Methods:** The study was a qualitative inductive study using a nursing conceptualization methodology. The subjects were 9 doctors working in an operating room. **Results:** Two hundred ninety-one codes, 91sabcategories, 21 categories, and 4 core categories (Sense of tempo and rhythm based on sharing of information and complementary behavior with nurses, Emergence of new issues and adjustment of existing systems, Awareness as a leader in order to perform effective surgery , and Effects of nurses' attitudes on provision of smooth and safe medical care) were generated based on semi-structured interviews. **Discussion:** Doctors expected the operating environment to be maintained with a good tempo and rhythm based on nurses' specialty and practical knowledge and complementarity among nurses, nursing expertise to improve, and systems to be regulated and adjusted. In doctors' experiences and perceptions, good relationships with nurses contribute to safe behaviors in surgery. This suggests the need for training that enables smooth self-assertion by doctors and consideration by nurses in order for doctors to maintain good relationships with nurses. **Conclusion:** Doctors' experience of cooperation and coordination with nurses in the acute hospital operating room comprised "Sense of tempo and rhythm based on sharing of information and complementary behavior with nurses," "emergence of new issues and adjustment of existing systems," "awareness as a leader in order to perform effective surgery," and "effects of nurses' attitudes on provision of smooth and safe medical care."

Key words：Doctors,　Operating room nurses,　Operating room ,　Cooperation and collaboration ,　Experience

Ⅰ. 緒言

我が国での医療の現場において患者の超高齢化,疾患構造の変化等に伴いより高度で専門的な医療の提供が求められており[1-2)], 厚生労働省はチーム医療の推進に取り組み始めている[3)].チーム医療の核となる医師と看護師の協働による効果として,患者死亡率やＩＣＵ再入室率の低下, 在院日数の短期化, 職員満足度の向上が報告され[4–6)]，　患者への医療の質と医療者の職務満足度に影響を与えると報告されている.この様な中,急性期病院の手術医療においても社会的ニー

ズからより高度な医療の提供が求められ, 更に医療制度の改訂により業務量は増加の一途である [7]. これらのことから手術室においては多職種が協働・連携し, より効率, 効果的なチーム医療の推進が必要であると考えられる.

手術室は患者に侵襲を加え生命に直結した治療を行う緊迫した場所であり, 迅速で的確な判断を行うための医師と看護師の協働・連携が必要である. 更にその頻度も高いため医師と看護師の関係性は重要となる. 協働の中での手術室看護師の医師との関係は, 看護職のストレッサーの中でも特に関係が深く [8], 医師との人間関係はモチベーションに影響し [9], 医師との協働は重要なものとなっている. また外科系医師は内科系医師より看護師との協働的実践の程度が低いことが報告され [10], 手術室で働く外科系医師の看護師との協働・連携の実態を把握することが必要であると考えられた. 手術室領域での先行研究では. 医師と看護師の手術室看護師に期待するものについて質問紙調査がされているが [11] 協働・連携の詳細な調査はなく, 更に日本において医師を対象とした看護師との協働・連携を質的帰納的研究で実施されたものは見当たらない.

患者へ直接手術医療を提供する医師の看護師との協働・連携を明らかにし, 示唆を得ることは, 今後の手術室のチーム医療を推進し, 患者への質の高い医療の提供と職員の快適な職場環境の形成の促進に寄与すると考えた。そこで, 急性期病院の手術室で働く医師の看護師との協働・連携の経験を明らかにすることを目的とし, 本研究に取り組むこととした.

Ⅱ. 研究方法

1．研究協力者および研究の手続き　協力施設A施設の病院長・看護部長の承認後, 各診療科責任者から紹介を受けた外科系医師 10 名に直接研究依頼書を配布し, 同意を得た 9 名を協力者とした. データ収集期間は平成 25 年 10 月から平成 26 年 4 月までであった.

2．研究デザイン　未着手の行動や経験を看護学独自の視点から明らかにすることが可能である看護概念創出法を採用した.

3．用語の定義　急性期病院とは, 緊急度や重症度が高い患者を対象とし, 高度で専門的な医療を提供し二次救急体制を導入する施設とする.

医師とは, 急性期病院に勤務し主に手術執刀を行う臨床研修期間でない外科系医師とする.

協働・連携とは,協力し連絡を取り合い,医師,看護師の知識・技術が患者ケアに対する相乗的な影響を可能にするような両者の相互作用とする.

専任担当制とは,主に新人看護師の指導・教育を目的とし,より高度の知識と技術を要する診療科での予定手術の実践と教育を担当する看護師配置制度とする.

4．調査内容

インタビューガイドの作成に際し,病院での医師と看護師の協働・連携についてどのような経験をしているのかという視点で先行研究を相当数概観し,経験した事柄の総体が導き出せるようなインタビュー内容を検討した.その後プリテストを行い,作成したインタビュー内容で,研究目的に合致したデータの聴取が可能な事を確認した.また協力者の背景として年齢・性別・経験年数・該当病院勤続年数・専任担当看護師の有無を質問紙による調査をした.

〈インタビューガイド〉

問１　手術室での看護師との協働・連携はどのようなことであると考えていますか.

問２　看護師からどのようなことが期待されていると感じていますか.

問３　今までの手術中に困った,看護師との出来事についてお話しください.

問４　働きやすいと思われた出来事についてお話しください.

5．データ収集および分析方法

看護概念創出法 [12] に沿い,データ収集段階から分析段階まで持続比較のための問いをかけながら分析フォームを用い概念を創出した.持続比較のための問いを「この経験は手術室で働く医師の看護師との協働・連携による患者への医療サービス提供達成という視点から見るとどのような経験か」と設定し,面接内容で得た逐語記録を文字化し面接記録を作成し,数名の面接終了時点で持続比較のための問いをかけ,データ内容の同質性と異質性を比較し,どのような現象を収集したかを把握した.それを基にデータ収集を継続し,持続比較のための問いをかけても新たな回答がないことが確認される飽和化の時点まで継続したところ８名で飽和化されたと推測した.確認のため更に１名の追加面接を実施し分析を行った結果、同質のデータを得たことで飽和化を確認した.研究の信頼性と確証性を高めるため,データ化に伴い本研究法に精通した教員より繰り返しスーパービジョンを受けた.

６．倫理的配慮

協力者には面接時に研究目的,方法,倫理的配慮,個人情報の取り扱い説明を行い,研究協力は自由意志であり拒否,途中の撤回が可能であり,拒否撤回時も今後の診療業務に不利益を被ることがないことを説明した.面接・データ分析時のプライバシー,個人情報の保護に努め調査結果の公表には個人を特定できる情報は公開しないことを約束し,同意書への記入により参加の意思を確認した.本研究は浜松医科大学医の倫理委員会の承認を得て実施した.

Ⅲ. 研究結果

１．協力者の概要

〈施設概要〉病床数 600 床以上である急性期病院 A 病院.前年度総手術件数 5000 件以上,手術室数約 10 室,使用診療科数 20 科以上.

〈協力者概要〉医師 9 名（男性 7 名女性 2 名）,平均年齢 41 歳（SD±5.5）,医師経験平均年数 16 年(SD±5.1),該当病院勤続平均年数7.5 年(SD±4.8),面接時間平均40 分(SD±5.0),専任担当看護師は 2 名であった.

半構造化面接により医師 9 名から 291 コードが抽出され,91 サブカテゴリ 21 カテゴリを形成し【看護師との情報共有・補完行動によるテンポとリズムの知覚】【新たな課題の出現と既存のシステムの調整】【効果的な手術実践のためのリーダーの知覚】【看護師の態度による円滑・安全な医療提供への影響】の 4 つのコアカテゴリが創出された（表１）.以下,各概念を【　】で表し,＜＞にカテゴリを,「　」に協力者の語りを示し,手術室での医師の看護師との協働・連携に影響を与えると考える経験を説明する代表的なデータを記述し内容を考察する.

２．手術室での医師の看護師との協働・連携の経験を説明する概念

１）【看護師との情報共有・補完行動によるテンポとリズムの知覚】

この概念は医師が看護師の言わずとも必要な物が出てくる滞りない行動にリズムとサポート力を感じていたことを説明する.

医師は＜手術知識・判断力・先見力のある看護師とのテンポのよいサポートと危機的状況の回避の経験＞をしていた.

医師 A「助かったのはちょうどいい専用の糸を自分で気が付かない時に,看護師さんが『これありますよ』と持ってきてくれた.それを使って非常にやり易かった.」

医師 B「血管破裂の時に慣れた看護師さんが来てくれて助かりました.器械出しも外回りも.あわてていたけどほとんど困らずに手術が出来ました.」

しかし看護師の準備不足や手術材料の大きさの不具合など,小さい出来事でテンポを崩し＜手術中の看護師とのテンポ変調のやり難さ＞を感じていた.

医師 B「（看護師さんで）一番困るのは言ってからものを探す人.そのまま 5～10 秒待つと『何,まだ』って気持ちもイラッとなる.」**医師 A**「顕微鏡下手術では,大きすぎるものが出てくるとこれじゃあ使えないよと.見た目のところであればちゃんとした大きさものが出てくるのに顕微鏡下になると必要なサイズより大きいものが出てくる傾向が多い.すごく大きいことではないけどやり難い.」

そして医師は,協働経験が多く慣れた看護師との手術は,専門・実践的知識を伴いやり易さを感じているが,手術室看護師のキャリア拡大の必要性を認識し〈専任担当制による手術効果の実感と固定配置の希望と葛藤〉を抱えていた.

医師 C「その科に長けた看護師さんが居ることが望ましいし有難いけど….看護師さんも新しいことを学ぶことも大事だと思う.」

また〈看護師間の情報共有と補完体制の医師への影響〉を感じ,医師と看護師の求める知識内容の相違も知覚していた.

医師 D「新人さんに指導者がどういうふうに指導するのか.出来ればオペに入る前にある程度教えといて貰って,実践の時には１つずつ先手をうってくれれば….指導者が付く新人と,新人だけの時と気持ちが違う.(中略)全部の手術を覚えるのは大変だと思うけどいつもやっていることは覚えていて欲しい.最低限の知識.看護師さんの求めることと,医師のやっていることとの違いがあるのでは.」

２）【新たな課題の出現と既存のシステムの調整】

この概念は医師の看護師との協働・連携に伴う新たな課題による困難感と改善の必要性の認識を説明する.

医師は医師と看護師の＜手術手技の変化に伴う必要知識量の増加と多職種の積極的関与の希望＞と＜既存のシステムの有効活用の見直し＞の必要性を感じていた.

医師 B「手技も増えている.鏡視下の手術が増えた時点からガラッと変わった.カテーテル治療も増えて昔に比べると覚えなくてはいけないことが医師も看護師も

多すぎる.」**医師 E**「(器械が増えて) 大変だと思う.だから一人特別なME さんがいるか,看護師さんの専任がいるかだよね.」

3)【効果的な手術実践のためのリーダーと認識】

この概念は医師自身のリーダーとしての役割の認識と,手術提供の為に医師が看護師の積極的な手術参加を希望し,良好な関係を確立する為の工夫の経験を説明する.

医師は看護師と＜患者中心思考で病気に立ち向かう相補的関係＞であると感じ＜看護師の手術知識の習得困難状況への理解と医師による円滑な手術実践への配慮＞をし,＜手術のリーダーとして看護師の参加意欲に配慮した手術実践の工夫＞を行っていた.

医師 F「医師―看護師間としては対等だと思うが,医療者間としては医者が指示をだしチームリーダー的な存在になっている.」**医師 G**「(看護師は) いろんな科を担当するので私たちの科だけに関して全部をわかるのは難しいと思う」**医師 H**「看護師さんが求めているのはわかり易い手術.絵を作って器械出しが分かるようにしている.」

さらに医師は看護師との人間関係を含め手術中の看護師の感情の安定やプレッシャーから回避され,最大限の力が発揮されるよう自身の感情をコントロールし雰囲気づくりに配慮し＜相互の働き易さと手術安全に配慮した会話と雰囲気づくりの工夫と効果の実感＞を感じていた.

医師 B「僕らの手術に入りたくないと思われない事.そう思われないように楽しくというか….看護師が言い易いように.言いたいことが言えないと後で実はこうでしたという事になると困る.」**医師 H**「手術の事でなくても話してくれる方が話しやすい.どうでもいいことが話せるほうが本当に大事なことも話せるから.(中略) お互いにやり易い環境にしたい.術者が余裕のない姿を見せイライラすると一番周りが緊張する.スピードは要求するがプレッシャーを与えるようなことはしない方がいいと教えられた.」

また看護師との人間関係を維持しながら自らの要求を看護師に伝える事に困難を感じ＜人間関係の悪化回避のための問題提案の躊躇と自身の行動の反省＞をし,自省していた。

医師 A「佳境に入ってしまうと声を荒げてしまうことがあると思うんですけど….早く的確なものを出せという自分の言い方が (看護師さんには) 横暴だと思われることがあるのかな….」

4)【看護師の態度による円滑・安全な医療提供への影響】

この概念は看護師の医師に対する態度と手術への姿勢が医師の手術医療提供に与える影響を説明する.

医師は看護師の返事がないこと,手術前からの諦めの姿勢を感じることで＜無反応と非協力的姿勢の看護師とのやり難さと一体感の欠如＞を感じていた.

医師 I「返事もしなくて分かっているのかいないのか,どういう気持ちで手術に臨んでいるのだろうと思う時がある.」**医師 H**「一番入って欲しくないのは最初から諦める人.私はやったことがないって最初から受身な感じ.『入ったことないから器械が出せない』って言われちゃうとああそうですかって思う.」

一方＜看護師の患者中心思考と医師への配慮が医師のモチベーションに影響＞を与え,看護師の手術に対する配慮や前向きな姿勢は医師の手術モチベーションの向上に繋がっていた.

医師 D「返事をしっかりしてくれる人もそういう人だし,背の低い方でも足台を使って一生懸命手を伸ばして器械を渡してくれる人とかは一緒に頑張ろうっていう気持ちになる.」また医師は,看護師へ手術時の＜術者の気持ちへの共感理解の希望＞をしていた.

医師 C「(看護師から時間延長を指摘されることは) 時間を気にしないでやっていることは絶対にないですけど,期待に応えられていないってこともあるし,モチベーションが下がりますね.予定通りいかない自分にもイライラしているところもあるし,外から追い打ちをかけられるような気持ちにもなる.」

Ⅳ. 考察

1．看護師の専門的知識・技術の向上と看護師間の補完行動が医師の手術環境を整える

本研究の結果,医師は看護師とのテンポとリズムを感じながら手術医療を提供することで,円滑な手術提供を行っていた.手術中のリズム変調による手術のやり難さは手術時間に影響を与えると感じ,医師の感情に影響を与えていた.外科医師の手術の精神的ストレス状態を左右する要因として「患者性別」「合併症」「手術時間」「出血量」「患者年齢」であると報告されている[13].「手術時間」と「出血量」は看護師との協働により影響を受けると共に,リスク軽減が可能な要因であると考えられ,テンポとリズムの良い看護師との手術実践がリスクを回避し,医師のストレスの軽減に繋が

ることが示唆された.

テンポとリズムの良い手術のためには,術野の大きさにあった物品準備, 医師の言い間違いにも正しく対応できる判断力など細部への配慮が可能である実践経験が必要とされ, 医師は共に働く回数の多い看護師や専任担当の看護師との手術実践により, 円滑な手術提供を経験していた. Benner は看護師がチームメンバーと彼らの好みを理解することにより最適な環境を整えられ,遅れることなく合併症や処置が予測でき,実践的知識が得られるのは,経験と人との関係の中で体得した知識からだけである [14] と述べており,本研究において,看護師の実践的知識の向上という看護師の条件を満たすことは医師の手術環境が整えられることに繋がることが示唆された. それにより医師の精神的ストレスによるリスクの回避と患者への医療の質の保証,より質の高い医療提供を可能としていると考えられた.

表1　医師の看護師との協働・連携の経験

サブカテゴリ数	カテゴリ番号	カテゴリ	コアカテゴリ
23	1	手術知識・判断力・先見力のある看護師とのテンポのよいサポートと危機的状況の回避の経験	看護師との情報共有補完行動によるテンポとリズムの知覚
	2	手術中の看護師とのテンポ変調のやり難さ	
	3	看護師間の情報共有、補完体制の医師への影響	
	4	専任担当制による手術効果の実感と固定配置の希望と葛藤	
17	5	手術技術の変化に伴う必要知識量の増加と多職種の積極的関与の希望	新たな課題の出現と既存のシステムの調整
	6	診療科内での手術手技統一の困難	
	7	看護師による看護師業務欠如での手術時間延長と患者安全確保困難状態	
	8	看護業務協力による医師の役割遂行困難	
	9	既存のシステムを有効活用の見直し	
	10	人間関係悪化と患者医療安全への影響の実感	
37	11	相互の働きやすさと手術安全に配慮した会話と雰囲気作りの工夫と効果の実感	効果的な手術実践のためのリーダーと認識
	12	タイミングや到達度に配慮した看護師教育への協力	
	13	看護師との情報共有と安全行為確認欠如への後悔と反省	
	14	看護師の手術知識の習得困難状況への理解と医師による円滑な手術実践への配慮	
	15	人間関係悪化回避のための問題提案の躊躇と自身の行動の反省	
	16	患者中心思考で病気に立ち向かう相補的関係	
	17	手術のリーダーとして看護師の参加意欲に配慮した手術実践の工夫	
	18	看護業務の必要性の認識と積極的な係わりを希望	
14	19	無反応と非協力的姿勢の看護師とのやり難さと一体感の欠如	看護師の態度による円滑・安全な医療提供への影響
	20	看護師の患者中心思考と医師への配慮が医師のモチベーションに影響	
	21	術者の気持ちへの共感理解の希望	

医師はそれらの能力を持つ専任担当看護師との手術を望んでいるが,手術室看護師のキャリアアップの影響への配慮からの諦めと,希望との間で葛藤を感じていた.先行研究では,看護師の専門性育成の困難が課題とされ,専門的知識や技術・経験を備えた看護師の育成と自律的態度を身に着けた看護師が求められていたが [15], 手術医療分野においても専門的知識と技術・経験を重ねた看護師の育成が医師から必要とされていることが明らかとなった.また医師と看護師が最低限必要と認識する知識や技術の相違も知覚されていることから, この乖離が円滑な手術のテンポとリズムに影響を与えていることが示唆された. さらに医師と看護師間の良

いテンポとリズムの手術は看護師間での情報共有と新人―指導者間など看護師間の経験知を補完する体制から成り立ち,看護師役割を円滑に提供するための看護師間の連携と補完の配慮が医師の手術のリズムを調整し,医師の手術のやり易さに影響していることが明らかとなった.

医師の看護師へのキャリアへの配慮と,知識・技術を備えた看護師との良いテンポとリズムによる手術環境を整えるためには,看護師のキャリアを含めた手術担当制の検討,医師と看護師の共通認識での知識・技術の統一が必要とされていることが示唆された.

２．手術技術の進歩に伴う多職種関与と既存のシステムの調整の必要性

医師は手術技術の進歩に伴い医師や看護師それぞれが把握しなければいけない知識が増加した事を知覚し,多職種の関与の必要性を感じていた.近年の手術医療では患者の術後早期の回復・社会復帰を目指した低侵襲手術が増え手術関連機器は増加し進化している.機器への的確で早急な対応は手術時間を短縮し,医師の精神的ストレスリスクの回避にも繋がると考えられる.専門的知識を備えた臨床工学士等の存在をはじめ多職種の手術室内配置や役割担当を含めたシステムの調整の必要性が示唆された.

３．円滑な役割遂行と手術安全への配慮行動と困惑

本研究において医師は看護師との人間関係を重要視し,看護師から話しかけられ易い雰囲気を作る努力と工夫をし,良い関係が形成されることで手術に必要な情報共有が容易となることを経験していた.チーム医療推進の視点に「職種間のコミュニケーション」「情報の共有化」があげられているが [16],医師のこの行動は情報共有の一つの手段としてのコミュニケーションの確立を意識した行動と考えられた.手術室でのエラーは深刻な医療事故に繋がる.コミュニケーションエラーは情報の受け手が,相手が好きでないという感情のためにそれを躊躇したことでの原因が多いと報告されている [17].人間である以上は対人的に好き嫌いが存在し,好きではない事は情緒的共有が無いこと [18]であり,情緒の共有が無いという情緒的関係のズレによってコミュニケーションがし辛くなる [17]と言われ,医師の看護師への人間関係に配慮した行動は,患者の手術安全に繋がる重要な配慮行動であると考えられた.

医師は手術室で手術医療提供のリーダーとしての責任と役割を自覚し,過去の経験や指導者からの教育により,クリティカルな医療を提供する場でのリーダーとしての役割を果たす為には,手術に関係する看護師の情緒への配慮が必要であることを実践により学んでいた.Benner は危機的状況では情緒的反応を調整し,互いの能力が最大限に発揮できるよう職場の雰囲気を促進することが大切であると述べているが [19],医師のその配慮は,看護師との情報共有と互いの円滑な役割遂行に繋がる手術安全への配慮行動となることが示唆された.しかし看護師の感情と人間関係に配慮しながら必要な医療行為を依頼することに難しさを感じ,リーダーとしての自らのあり方について自省と疑問を持ち行動していた.これらのことより,医師は手術室でリーダーシップを取りながら自己主張を可能とし,看護師と円滑なコミュニケーションを可能とする技術を身に付けることを求めていると考えられ,その要素を含み近年医療安全の面から注目されているトレーニングの必要性 [20]が示唆された.

４．看護師の手術目的共有と接遇行動の手術への影響

医師は患者中心で手術に向かう目的が共有されたと感じる看護師とは一体感を感じ,手術へのモチベーションを向上させていた.逆に看護師の手術介助の諦めの姿勢や反応が無い看護師には,手術のやり難さを感じていた.医師と看護師の協働を阻害する要因として,医師の看護師を尊重しない態度であることが報告されているが [21],医師にとっても看護師の医師への無反応な態度と手術目的の共有がないことは手術のやり難さとなっていた.Benner は患者の最善の利益の働きかけを中心とした結束がチームの多様な見方や技術,知識を調整し,うまく組み合わせるために必要な構造と内容を生み出すと述べている [22].医師は看護師と安全安楽な手術医療を提供するという同じ目的に向かっていると感じる事や,看護師から緊張感が理解され配慮されていると感じることで,看護師への信頼と医師の情緒が安定し意欲的に手術に取り組むことに繋がることが示唆された.これより医師と看護師との目的の共有を確認する機会の設定と共に看護師の医師理解と接遇行動,手術へのモチベーション向上の取り組みが必要となることが示唆された.

本研究の限界と今後の展望

本研究は背景となる対象施設数が少なく施設背景が限定されていた.今後,多くの異なる背景を持つ施設での調査や演繹的な調査が必要であると考えられた.

Ⅴ．結論

急性期病院の手術室における医師の看護師との協働・連携の経験を調査した結果【看護師との情報共有・補完行動によるテンポとリズム】【効果的な手術実践のためのリーダーと認識】【看護師の態度による円滑・安全な医療提供に影響】【新たな課題の出現と既存のシステムの調整】が創出された.

医師は看護師との協働・連携におけるテンポとリズムや看護師との関係は,円滑な手術医療の提供の是非に繋がる重要な要素であると知覚していた.そのため,医師は看護師との情報共有と人間関係に配慮し,相互の役割遂行のための工夫と反省をしていた.また専門・実践的知識を備えた看護師の存在や看護師の医師理解等,看護師側の配慮,更に多職種の係わりやシステムの調整等の協働・連携する看護師を含めた環境の調整を必要としていた.

謝辞

本研究に御協力いただきました皆様に深く感謝いたします。本論文は平成 26 年度浜松医科大学大学院医学研究科修士課程論文の一部であり, 第５回日本産業看護学会で発表しました。

引用・参考文献

1）厚生労働省：平成 23 年度版厚生労働白.http：//www.mhlw.go.jp./wp/hakkusyo.kousei/11/dl/01-02/pdf (2013.9.10)

2）国民衛生の動向 2011/2012 年版. 58 (9), 一般財団法人厚生労働統計協会, 東京.

3）厚生労働省：チーム医療の推進について. http：//www.mhlw.go.jp./shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf(2013.9.1)

4) Baggs JG, Schmitt MH. Mushlin AL et al.: Nurse-physician collaboration and satisfaction with decision-making process in three critical care units. American Journal of Critical Care,6(5):393-399,1997.

5) Gittell JH, Fairfield KM, Bierbaum B, et al.: Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay; a nine-hospital study of surgical patients. Medical Care, 38(8): 807-819,2000.

6）草刈淳子・侭田　徹・柳堀朗子ほか：看護職 - 医師の協働と医師および看護職の職満足度との関連の検討 愛知県内の病院を対象とした調査の結果から. 愛知県立看護大学紀要, 10: 19-25, 2004.

7) 伊藤博徳・高橋　宏・堀田哲夫ほか：国立大学病院での医師の器械出し状況.日本手術医学会誌,34 (2):193-194 , 2013.

8) 小林優子：看護職のストレッサーとは？．看護,57 (14): 22-26, 2005.

9) 深澤佳代子 : A 県下における手術室配属状況とモチベーションの関係.日本手術医学会誌, 31 (3) :208-212 , 2010.

10) 小味慶子・大西麻未・菅田勝也 : Collaborative Practice Scales 日本語版の信頼性・妥当性と医師―看護師間の協働的実践の測定.日本看護管理学会誌, 14(2)1：5-21, 2010.

11) 杉岡美知子・中村加奈・櫻井未香ほか : チーム医療における手術室看護師の役割. 日本手術医学会誌,25 (1) : 60-62, 2004.

12) 舟島なをみ：質的研究への挑戦. 132-200. 医学書院 , 東京, 2009.

13）衛藤謙・豊島裕子・飯田直子ほか : ストレスホルモン測定に基づく手術における外科医の精神的ストレス評価の試み. 東京慈恵会医科大学雑誌,126(3) : 135-142, 2011.

14) P.Benner・P.L. Hooper Kyriakidis・D.Stannard　監訳 井上智子: ベナー 看護ケアの臨床知　行動しつつ考えること.第 2 版, 279-280,医学書院,東京,2012.

15) 山口桂子・佐野明美・服部淳子ほか : 小児医療における医師と看護師の協働に関する問題－協働を妨げる看護師側の要因－.愛知県立看護大学紀要, 11:1-9, 2005.

16) 厚生労働省：チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集. http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehf7-att/2r9852000001engo.pdf (2013.9.10)

17) 柚木美紀・兒玉尚子：手術室看護師におけるコミュニケーションエラーの関連要因. 日本看護学会論文集：看護管理, 43 :43-46, 2013.

18）松尾太加志 : コミュニケーションでエラーを防ぐ. 看護管理, 13(11) : 902-907, 2003.

19) 前掲載 14), 341-343

20) 種田憲一郎：診療の安全と質を向上させるツール. 日本内科学会雑誌, 100(1) : 226-235, 2011.

21) 宇城　令・中山和弘：病院看護師の医師との協働に対する認識に関連する要因. 日本看護管理学会誌, 9(2)：22-30, 2006.

22）前掲載 14), 655.

原著

産業看護職からみた産業看護職と安全衛生担当事務職との連携促進要因
Factors Promoting Collaboration between Occupational Health Nurse and Safety and Health Clerk—From the Viewpoint of Occupational Health Nurse—

福田梨愛[1)]，河野啓子[2)]，畑中純子[2)]，後藤由紀[2)] Riai Fukuda，Keiko Kono，Junko Hatanaka，Yuki Goto
[1)]名古屋市交通局 Transportation Bureau City of Nagoya，[2)]四日市看護医療大学 Yokkaichi Nursing and Medical Care University

【目的】本研究は，産業看護職からみた産業看護職と安全衛生担当事務職との連携を促進する要因を明らかにすることを目的とした．**【方法】**産業看護職611名に自記式質問紙調査票を配布し，回収数254（回収率41.6%）のうち回答に不備のない243（有効回答率39.8%）を分析対象とした．連携の程度を従属変数，連携と関連がみられた要因を独立変数としてステップワイズ法による重回帰分析を行った．**【結果・考察】**産業看護職と安全衛生担当事務職との連携に影響していた要因は，成果の明確化，事務職の連携意欲，情報の提供・収集する場の存在など7項目あり，調整済み決定係数（R^2）は，0.540であった．成果の明確化が最も大きな要因として抽出されたのは，一つひとつの活動を評価し成果を明確にして互いに確認しあうことで，活動に対する価値観の一致が図られ，連携の必要性の認識につながるためと考えられた．
キーワード：連携，産業看護職，安全衛生担当事務職

【Objective】The objective of this study was to investigate the factors promoting collaboration between occupational health nurse and safety/ health clerk. 【Methods】We mailed a self-administered questionnaire to 611 occupational health nurses and received responses from 254(41.6%), and 243 responses were analyzed. We conducted multiple linear regression analysis by step wise method. Collaboration between occupational health nurse and safety/health clerk was a dependent variable and 29 predictors were independent variables.【Results・Discussion】We found seven factors including “Clarification of outcomes” “Eagerness of safety/health clerk to collaboration” “Existence of place offering and collecting information“. Adjusted decision coefficient (R^2) was 0.540. Occupational health nurse and safety/health clerk would gain an agreement of a sense of values for their activities by evaluating each activity together and making the product clear each other,, and they would be led to recognition of the necessity of collaboration. Therefore we thought that “Clarification of outcomes” was extracted as the most powerful factor.
Keywords: collaboration, occupational health nurse, safety and health clerk

Ⅰ．緒言

近年，急速な技術革新の進展，グローバル化，少子高齢化など，職場環境の変化はめまぐるしく，産業保健は多様な問題に直面し，働く人々の心身の健康はおかされやすくなっている．今後，職場環境はますます複雑・多様化し，産業保健をとりまく課題も大きくなっていくと考えられる．

このような課題に対応するため，事業者が労働者の協力を得て活発な産業保健活動を推進していくには，産業保健専門職チームによる専門的できめ細やかな支援が不可欠であり，その支援を可能にするのはチームにおけるメンバー間の円滑な連携である．産業看護職にとって，チーム内のすべての専門職との連携が必要であるが，特に衛生管理者または安全衛生推進者を兼ねている安全衛生担当事務職との連携が重要である．なぜなら，産業看護職は，専門職としての産業看護の立場と企業の一員である立場を両立させることが求められているものの[1)]，看護専門職としての自己研鑽を重ね実力向上のための努力はされているが，企業の一員として経営的視点を持った活動はいまだ不十分[2)]であるためである．企業に精通し，経営的視点に優れている安全衛生担当事務職[3)]が，経営的視点を産業看護職に与えてくれることでその不足を補え，重要なパートナーとなることで，より効果的なサービスを提供していけると考える．しかし，産業看護職がかかえる活動上の困難に「職場の理解・支援・連携不足」[2-4)]がある．すなわち，産業看護職と安全衛生担当事務職との連携は重要であるが，円滑な連携ができているとはい

えない.

先行研究では，産業看護職と他の分野で活動する看護職との連携に関する研究は，実態や必要性について示されている[5-6]のみである．また，連携の促進要因に関する研究は，訪問看護・公衆衛生看護学等の先行研究において、訪問看護師・保健師と多職種・多機関との連携促進要因は明らかにされている[3)7-15)]が，産業看護職と他職種との連携を促進する要因についての研究は見当たらない．そこで，本研究では産業看護職と安全衛生担当事務職との連携不足を解決するために，産業看護職からみたこの二者間の連携を促進する要因を明らかにすることとした.

Ⅱ．研究方法

１．調査対象・調査期間

都道府県単位で定期的に産業看護に関する研修・研究会が開催されていることを研究者が把握できた 31 の産業看護研究会のうち，調査協力の同意が得られた 11 の研究会に所属し，調査時点で事業場に所属し産業看護活動の実務を行っている産業看護職(以下看護職) 611 名を対象とした．回収数は 254（回収率 41.6%）であったが, そのうち欠損の多い回答をした 11 名を除外し，243 名（有効回答率 39.8%）を分析対象とした．調査は，2014 年 1 月から 5 月に実施した．本研究では安全衛生担当事務職（以下事務職）を「専任・兼任は問わず，安全衛生の職務に携わり，看護職と協働して職務を遂行する事務職員」と定義し，調査対象者が連携している事務職のうち最も関わりの大きい人についての回答を求めた.

２．調査方法

調査方法は自記式質問紙調査票を用いた．調査票の配布方法は「研究会の研修会等で参加者に配布する方法」，もしくは「研究会の名簿借用により個別に配布する方法」の 2 通りとした．回収はいずれも返信用封筒により調査者に直接返送する方法とした.

３．調査内容・測定方法

１）連携の程度

連携は,「共通の目標を持ち，より良い課題解決のために，協力し合い活動すること」と定義し，看護職と事務職の連携の程度を測定した．測定は，数字評価スケール（0 点～10 点）を用い，肯定的評価が高値になるように得点化した． なお, 本スケールの信頼性を確認するために，産業看護活動の実務を行っている看護職 45 名の協力を得て, 1 カ月の間隔をあけ再テストを実施した．1・2 回の各データについて正規性の検定を行ったところ，ともに非正規分布であったため，Spearman の相関分析にて相関係数を算出した（$r = 0.46$　$p < 0.002$）．その結果，数字評価スケールの信頼性が確認できた.

２）属性

看護職の属性（性別，年齢，看護学の最終学歴，看護職としての経験年数，看護職の経験年数，現勤務先の勤続年数，雇用されている資格，雇用形態，職位），事務職の属性（性別，年齢，現勤務先の勤続年数，安全衛生担当の経験年数，安全衛生に関する資格，安全衛生職務への関わり方, 職位), 事業場(勤務先の業種, 従業員数，産業医の雇用形態，看護職数）について調査した．年齢，経験年数，勤続年数，従業員数，看護職数は比尺度とし, それ以外の変数は名義尺度とした.

３）個人の資源

看護職に対しては，自己研鑽（社外研修への参加, 学会への参加，専門誌の購読），仕事への意欲，業務経験（新規事業の提案，予算書の作成，新規事業の事業化，困難ケースの終結），また，事務職に関しては，自己研鑽（社外研修への参加，学会や大会への参加，専門誌の購読），仕事への意欲を調査した．業務経験は名義尺度とし，それ以外の変数は５段階の数字評価スケールで肯定的評価が高値になるように得点化した.

４）相互の関係

看護職・事務職のそれぞれの関わりについて，連携の意欲，専門性の説明，役割の理解，意見の尊重，信頼，明快な言葉での説明，協力の要請，進捗状況の報告を調査した．また，看護職・事務職の二者間について，アクティブなコミュニケーション，職務外で交流する機会，事業の目的・目標の共有，情報の提供・収集：場の存在・時間の存在，意思決定：話し合う場の存在・話し合う時間の存在，成果の明確化を５段階の数字評価スケールで肯定的評価が高値になるように得点化した．なお，本研究における成果の明確化とは，PDCA サイクルでいう「C」，すなわち評価にあたるものを意味する.

５）職務環境

組織については，健康に関する風土，産業保健制度の整備, 看護職の産業看護に関する社内教育システム, 事務職の安全衛生に関する社内教育システム，また，チームの資源については，看護職・事務職の量的マン

パワー，看護職・事務職の質的マンパワー，看護職・事務職の OJT (On the Job Training)，上司のサポート，職務範囲の明確化，事務職との物理的な位置関係を調査した．社内教育システム，事務職との物理的な位置関係は名義尺度とし，それ以外の変数は５段階の数字評価スケールで肯定的評価が高値になるように得点化した．

４．分析方法

連携を従属変数とし，属性，職務環境，相互の関係，個人の資源を独立変数として Pearson の相関分析，t 検定，一元配置分散分析を行った．「連携」と有意な関連がみられた独立変数は 50 項目であった．関連がみられた項目において多重共線性を避けるため，独立変数の各要因間の相関を調べ，相関が強い項目の一方を削除し整理した．その結果，独立変数は 29 項目となり，「連携」を従属変数としてステップワイズ法による重回帰分析を行った．有意水準は 5%とした．なお，統計ソフトは，SPSS Ver.22.0 for Windows を用いた．

５．倫理的配慮

電話で承諾の得られた産業看護研究会の代表者に，文書にて研究の目的･方法などにつき説明したうえで，調査協力を依頼した．調査対象者への配慮として調査票は無記名とし，調査依頼書に調査協力は自由意思であること，調査への回答をもって同意とすること，調査に協力しない場合に不利益を被らないこと，所属する研究会の代表者に調査協力の承認を得ていること等を記載した．なお，本研究は四日市看護医療大学大学院研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 16）．

６．研究対象の背景

１）分析対象者の背景

（1）産業看護職の背景

看護職はすべて女性で 243 名，年齢の範囲は 24～64 歳，平均年齢 44.2±9.5 歳であり，年代では 40～ 50 歳代が最も多く、40 歳代 76 名（31.3%），50 歳代 76 名 (31.3%) であった. 看護学の最終学歴は，専門学校が 125 名（51.4%），4 年制大学が 74 名（30.5%）であった．看護職としての経験年数は，6～10 年が 64 名（26.3%），現勤務先の勤続年数は，6～10 年が 55 名（22.6%）であった．雇用されている資格は，保健師が 174 名（71.6%）であった．雇用形態は、常勤が 177 名（72.8%），職位は主任相当以上が 59 名（24.3%）であった． 自己研鑽（社外研修への参加）の中央値は 4.0 であった．事務職との連携の意欲の平均値は 4.1±0.6 であった．

（2）安全衛生担当事務職の背景

事務職は，男性 194 名 (79.8%)，女性 49 名 (20.2%) であった．平均年齢は 45.8±9.8 歳であり，年代では 50 歳代が最も多く 88 名（36.2%）であった．現勤務先の勤続年数は，21 年以上が 117 名（48.1%），安全衛生担当の経験年数は，3～5 年が 69 名（28.4%）であった．安全衛生職務への関わり方は，兼任が 147 名 (60.5%) であった. 自己研鑽（社外研修への参加）の中央値は 2.0 であった．看護職との連携の意欲の平均値は 3.7±0.8 であった．

２）事業場の背景

勤務先の業種は，製造業が最も多く 119 名 (49.0%) であった．従業員数は 1,000～2,999 人が最も多く 81 名（33.3%）であった．

Ⅲ．結果

１．連携の程度

連携の程度の平均は 6.3（SD2.4）であった．

２．連携と各要因との関連

連携と有意な関連がみられた要因については表１に示す．

１）属性と連携の関連

看護職側の要因として，年齢，看護職としての経験年数，産業看護職としての経験年数，現勤務先の勤続年数は連携と正の相関があった．一方看護学の最終学歴，雇用されている資格，雇用形態，職位は連携との関連はみられなかった．事務職側の要因として，安全衛生担当の経験年数は連携と正の相関があった. 性別については，連携との関連がみられた．一方，年齢，現勤務先の勤続年数，安全衛生に関する資格，安全衛生職務への関わり方，職位については連携との関連はみられなかった．事業場の要因はすべて連携との関連はみられなかった．

２）個人の資源と連携の関連

看護職側の要因として，自己研鑽，仕事への意欲について連携と正の相関がみられた．一方，業務経験については連携との関連はみられなかった．事務職側の要因はすべて連携と正の相関がみられた．

３）相互の関係と連携の関連

看護職側の要因，事務職側の要因，看護職・事務職の二者間の要因のすべてにおいて連携と正の相関

がみられた.

4）職務環境と連携の関連

組織の基盤の要因として，看護職の社内教育システム，事務職の安全衛生に関する社内教育システムについては連携との関連がみられた．また，健康に関する風土，産業保健制度の整備は連携と正の相関がみられた.

チームの資源の要因として，看護職の量的・質的マンパワー，事務職の量的・質的マンパワー，看護職・事務職の OJT，上司のサポート，職務範囲の明確化は連携と正の相関がみられた．一方，事務職との物理的な位置関係は連携との関連はみられなかった.

表１　連携と有意な関連がみられた要因

			連携得点				
		項目	n	Mean	SD	r	p-value
属性	産業看護職	産業看護職の年齢	241			0.21	0.001 **
		看護職としての経験年数	236			0.23	0.001 **
		産業看護職の経験年数	242			0.18	0.004 **
		現勤務先の勤続年数	240			0.19	0.003 **
	事務職	性別　男性	194	6.1	2.3		0.011 *
		女性	49	7.1	2.4		
		安全衛生担当の経験年数	220			0.15	0.026 *
個人の資源	産業看護職	社外研修への参加	243			0.18	0.004 **
		学会への参加	243			0.21	0.001 **
		専門誌の購読	243			0.20	0.002 **
		仕事への意欲	243			0.18	0.005 **
	事務職	社外研修への参加	235			0.18	0.007 **
		学会や大会への参加	239			0.13	0.050 *
		専門誌の購読	236			0.18	0.006 **
		仕事への意欲	239			0.40	0.001 **
相互の関係	産業看護職	事務職との連携意欲	242			0.31	0.001 **
		自身の専門性の説明	242			0.22	0.001 **
		事務職の役割の理解	242			0.38	0.001 **
		事務職の意見の尊重	243			0.35	0.001 **
		事務職への信頼	243			0.56	0.001 **
		事務職への明快な言葉での説明	243			0.14	0.027 *
		事務職への協力の要請	243			0.31	0.001 **
		事務職への進捗状況の報告	242			0.35	0.001 **
	事務職	看護職との連携意欲	243			0.55	0.001 **
		自身の専門性の説明	243			0.40	0.001 **
		看護職の役割の理解	243			0.47	0.001 **
		看護職の意見の尊重	243			0.44	0.001 **
		看護職への信頼	242			0.45	0.001 **
		看護職へ明快な言葉での説明	243			0.31	0.001 **
		看護職への協力の要請	243			0.35	0.001 **
		看護職への進捗状況の報告	243			0.57	0.001 **
	二者間	アクティブなコミュニケーション	243			0.61	0.001 **
		職務外で交流する機会	243			0.35	0.001 **
		事業の目的・目標の共有	243			0.52	0.001 **
		情報の提供・収集する場の存在	243			0.58	0.001 **
		情報の提供・収集する時間の存在	243			0.56	0.001 **
		意思決定について話し合う場の存在	243			0.53	0.001 **
		意思決定について話し合う時間の存在	243			0.53	0.001 **
		成果の明確化	243			0.48	0.001 **
職務環境		看護職の産業看護に関する社内教育システム					
		あり	55	7.0	1.9		0.004 **
		なし	183	6.1	2.5		
		事務職の安全衛生に関する社内教育システム					
		あり	114	6.8	2.1		0.001 **
		なし	125	5.8	2.6		
		健康に関する風土	243			0.29	0.001 **
		産業保健制度の整備	243			0.22	0.001 **
		看護職の量的マンパワー	243			0.17	0.008 **
		看護職の質的マンパワー	239			0.31	0.001 **
		事務職の量的マンパワー	243			0.19	0.003 **
		事務職の質的マンパワー	242			0.46	0.001 **
		看護職のOJT	243			0.13	0.048 *
		事務職のOJT	242			0.29	0.001 **
		上司のサポート	243			0.29	0.001 **
		職務範囲の明確化	243			0.36	0.001 **

r ： correlation coefficient
** ： p<0.01　* ： p<0.05

3．連携に影響する要因

連携に影響していた要因は７項目あり，調整済み決

定係数（R^2）は0.540であった．最も影響が大きかったのは，成果の明確化であり，標準偏回帰係数は0.243であった．以下，事務職の連携意欲，情報の提供・収集する場の存在，事務職の質的マンパワー，事務職の安全衛生に関する社内教育システム，事務職の仕事への意欲，看護職の連携意欲の順に連携に影響していた（表２）．

表２　産業看護職と安全衛生担当事務職との連携に影響する要因　　n=198

		β	p-value	
成果の明確化	(scale range 1-5)	0.243	0.001	**
事務職の連携意欲	(scale range 1-5)	0.192	0.004	**
情報の提供・収集する場の存在	(scale range 1-5)	0.189	0.004	**
事務職の質的マンパワー	(scale range 1-5)	0.171	0.003	**
事務職の安全衛生に関する社内教育システム	(1＝あり　0＝なし)	0.165	0.001	**
事務職の仕事への意欲	(scale range 1-5)	0.126	0.019	*
看護職の連携意欲	(scale range 1-5)	0.120	0.031	*
調整済み決定係数（R^2）		0.540		

ステップワイズ法による重回帰分析　　β：標準偏回帰係数
** : p<0.01　　* : p<0.05

Ⅳ．考察

１．連携を促進する要因

１）成果の明確化

成果の明確化が，最も連携に影響していた．看護職と事務職が進捗状況の確認や振り返りなど評価を共に行うことは，連携の必要性，より良い連携に向けての課題等について，気づきや認識のきっかけとなり，その結果，互いの価値観の一致が図られ，共通認識をもち共に協力し合う活動，つまり円滑な連携になると考える．

先行研究において，臺は本研究における連携と同義で協働の語句を用い，他職種・他機関との協働を構築する要素の一つとして成果の明確化を抽出したと述べている[9]．また，本当にその連携が必要であったのかの有効性や効率性を活動の評価をして明らかにし，成果を形に表さないと連携の必要性を広く認識してもらいにくいとも述べている[9]．栄は，機関間の連携の展開において，カンファレンス等により振り返りや進捗状況の確認をしあうことで，価値観の一致が図られ，連携が促進すると述べている[16]．これらは本研究結果を支持するものと考えられる．一つひとつの活動を評価し成果を明確にすることは，その活動の質が向上し，産業保健活動の目標である労働者の QOL（Quality of Life）・QWL（Quality of Working Life），事業場の生産性の向上を目指すことにつながり，その達成には産業保健専門職がチームを組み活動しなければならない[17]．それゆえに，成果の明確化が最も連携に影響する要因として抽出されたと考える．

２）事務職の連携意欲と看護職の連携意欲

連携意欲に関する研究に，連携促進要因の一つに連携意欲があること[10]や，他職種・他機関との接点を自ら意図的に作るような姿勢，つまり，連携意欲は連携の構成要素の一つ[9]というものがある．本研究でも同様の結果であった．

本研究においては，看護職，事務職ともに連携意欲が抽出され，事務職の意欲は2番目に影響し，看護職の意欲は7番目であった．事務職側が上位に位置づけられた理由は2つ考えられる．1つ目の理由として，看護職は看護専門職であり，産業保健領域を自ら選択しているのに対し，事務職は会社の命令により安全衛生担当を担い[18]，なかにはやらされ感で職務を遂行している人もある[19]．そのため，本研究における連携の意欲の平均値・標準偏差にも示されるように，看護職に比べ，事務職の安全衛生職務に対する姿勢は個々の事務職によって差が生じ，連携意欲が看護職に比べて上位の影響要因として抽出されたと考える．また，2つ目の理由として，事務職の職務遂行時間の不足があると考える．先行研究では，安全衛生業務にかける業務時間は1日2～3時間という調査結果[18]や，業務を十分に遂行する時間がないこと[20]が明らかにされており，本研究における事務職は6割が兼任のため，時間的余裕はないと推測される．奈須は，行動をとるための時間が十分に取れないと意欲が低下すると述べている[21]．このことから，時間不足の中で職務遂行している事務職の連携意欲が連携促進要因として上位に抽出されたと考えられる．

なお，看護職が連携の必要性を認識しているのは専門職として当然のことであり[22]，これが下位についた理由と考える．看護職が事務職に対し，自ら働きかけたり，工夫をしたりするといった連携意欲が

良好な連携に影響していることがうかがえる.

3）情報の提供・収集する場の存在

松井らは，訪問看護職の連携の自己評価に関連する要因に，情報収集と情報提供が最も関連していると述べている[11]．田中らは情報交換が紙面やデータ上にとどまらず，情報を共有するためのコミュニケーションにかかる時間や場所などが必要になると述べている[23]．川島は連携推進のため意図的に情報交換などの場を設定していくことが，相互の意識の格差を超えて共通の方向性を見出す契機になると述べている[24]．これらの先行研究から，情報の提供・収集をするための場所を持つことは，互いに必要な情報をダイレクトに収集・提供でき，共通認識への第一歩となり，連携促進の要因になると考える.

4）事務職の質的マンパワー

衛生管理者の職務遂行の実態調査によると，職務遂行のできない理由として,「業務に対する知識や情報が十分でない」が 47.1%と報告されている[25]．また，本研究では，社外研修への参加の中央値から示されるように，事務職は看護職と比べると自己研鑽を行っていないことが明らかになっている．山本らは，連携を阻害する要因の一つとしてマンパワーの質的・量的な不足があると述べている[7]．また，田中らも，連携促進のために個の能力向上が必要と述べている[23]．ゆえに，事務職の安全衛生に関する専門的な知識が関連する質的マンパワーが連携に影響したと考えられる.

5）事務職の安全衛生に関する社内教育システム

先行研究では，衛生管理者の活動の活性化の方策として，教育の必要性，新任時および定期の教育の実施が述べられている[19][25]. また Martin Rodriguez らは，良好な連携の決定要因の一つにシステム要因を挙げ，その中に教育システムが含まれると述べている[10]．ゆえに，良好な連携のためには教育が必要であり，さらに，社内教育システムがあることによって，系統的かつ自社の特性に合った知識や情報が得られ，その結果，連携も促進すると考えられる.

6）事務職の仕事への意欲

栄は連携の促進要因に，個人の士気が高いことを挙げている[16]．また，松井らは，訪問看護職の連携の自己評価に関連する要因に，自身の職務姿勢が関連しており，積極的に自身の役割を果たしている訪問看護職は連携の自己評価が高いとしている[11]．積極的に自身の役割を果たすということは，仕事への意欲を意味し，ゆえに，事務職の仕事への意欲が連携に影響したと推察する.

本研究では，仕事への意欲が事務職側のみ抽出された．2）で記述したように，事務職は会社の指示命令により安全衛生担当職務についており[18]，仕事への意欲は個人によって差があると推測されることから，仕事への意欲が連携促進要因として抽出されたと考える.

2．連携を促進するための方策

連携に影響していた 7 要因のうち，2 つは看護職と事務職の相互の関係による要因，4 つは事務職側の要因であった.

相互の関係による要因である成果の明確化や情報の提供・収集する場を持つためには，看護職が事務職に積極的に働きかけこのような機会を作ることが重要と考える．特別に予算が生じることでもなく，容易に連携を促進するための対策を講じることができると考える.

また，事務職側の要因が多く抽出されたが、自己ではなく他者のことであるため、その要因に看護職が直接対策を講じることは容易ではないと考える．しかし，成果の明確化や情報の提供・収集する場を持つことなど，できることから実行し互いのコミュニケーションを密にしていくことで，間接的ではあるが事務職側の連携意欲を高めていくことは可能と考える.

3．本研究の限界

本研究は産業看護職からみた連携に関する研究である．そのため，看護職側のみの主観的な意見であり，本来であれば看護職，事務職の双方を対象とした研究にすべきところである．今後は，第 2 段階として事務職を対象とした研究をすることが必要である．また，本研究は限られた 11 の研究会に所属している看護職が対象であり，対象者に偏りがある可能性がある．普遍化するためには，全都道府県の看護職を対象とする必要がある.

また，従属変数として連携の尺度の重要性を鑑み，文献によりその尺度を探したが適切な尺度が見当たらなかったため，再テスト法による信頼性の担保はしたものの，主観的尺度である数字評価スケールを用いざるを得なかった.

なお，今回は横断研究としたため因果関係が特定で

きない．そのため，縦断研究が必要と考える．

引用・参考文献

1) 河野啓子:産業保健・産業看護の理念.河野啓子,産業看護学.7-9，日本看護協会出版会，東京,2012.
2) 河野啓子・近藤信子・山崎正人ほか:産業看護活動を展開する上での困難や課題.平成22年度　産業看護活動実態調査報告書,13-14,産業看護研究センター, 2013.
3) 大森純子・宮崎紀枝・麻原きよみほか:保健事業の展開において保健師と事務系職員の意見が異なる状況に関する質的分析.日本地域看護学会誌, 9(2):81-86,2007.
4) 錦戸典子・京谷美奈子:産業看護職がかかえる活動上の困難の構造と関連要因.日本地域看護学会誌,6(2): 72‐78,2004.
5) 朱膳寺さつき・杉山静・河野啓子:産業保健と地域保健の連携についての検討.産業衛生学雑誌,42巻:228-236,2000.
6) 舟生明子・緑川純子・村上則子ほか:産業看護職が行うメンタルヘルスケアと病院との連携における現状.福島労災病院医誌,7 号:27-32,2004.
7) 山本勝・永井昌寛・塚崎鴻:保健・医療・福祉の連携促進に関する地域関係者の意識構造分析（第2報）.病院管理,29(3):37-47,1992.
8) Polivka,B.J.:A conceptual model for community interagency collaboration.Journal of Nursing Scholarship,27(2):110-115,1995.
9) 臺有桂:他職種・他機関との協働を構築する活動の構成要素.順天堂医療短期大学要,13:41-48,2002.
10) Martin-Rodriguez,L. S.・Beaulieu,M. D.・D'amour, D. et al:The determinants of successful collaboration A review of theoretical and empirical studies,Journal of Interprofessional Care, Supplement1:132-147,2005.
11) 松井妙子・岡田進一:大阪府内の訪問看護職の連携の自己評価に関連する要因.三重看護学誌,7:67-75,2005.
12) 筒井孝子・東野定律:全国の市区町村保健師における「連携」の実態に関する研究,日本公衆衛生雑誌,53(10):762-775,2006.
13) 小林恵子・渡邊岸子:保健師の他職種・他機関との連携に関する研究の動向.新潟大学医学部保健学科紀要,8(3):127-132,2007.
14) 金藤亜希子・宮腰由紀子・小野ミツ:連携する他職種が捉える保健師像.日本看護研究学会雑誌,34(2):109-118,2011.
15) 金真弓:地域包括支援センターに所属する看護職の過去の業務経験と連携促進の関連.日本看護学会論文集　地域看護:201-204,2012.
16) 栄セツ子:「連携」の関連要因に関する一考察.桃山学院大学総合研究所紀要,35(3):53-74,2010.
17) 柴田英治:中小企業の自主的安全衛生支援をどう進めるか.公衆衛生,77(8):671-674,2013.
18) 岡久雄・宮下和久・生田善太郎ほか:産業保健調査研究報告書　衛生管理者の活動の活性化に向けて. http://wakayamas.johas.go.jp/wp-content/themes/sanpo/images/pdf/H16yhoukoku.pdf（2014.7.17）
19) 古賀鐵也:中小企業の衛生管理者の現状と課題.労働の科学，57(10):13-16,2002.
20) 和田晴美・金子宏・山田琢之ほか:愛知県における衛生管理者の任務遂行の実態についての調査研究. http://www.aichis.johas.go.jp/media/2013/02/h14_summary.pdf（2014.7.17）
21) 奈須正裕:無気力は学習される.奈須正裕,やる気はどこから来るのか,12-35,北大路書房,京都,2002.
22) 錦戸典子・三橋祐子・白石知子ほか:産業看護職における他職種・他機関との連携の現状と課題.東海大学健康科学部紀要,16:125-126,2010.
23) 田中康之・太田令子・山本多賀子ほか:保健・医療・福祉の現場に携わっている人の「連携」のとらえかたの検証,リハビリテーション連携科学,11:175-181,2010.
24) 川島ゆり子:保健・医療・福祉の連携を推進するコミュニティベースドソーシャルワークの機能　アンケート自由記述回答による阻害要因分析をもとに,関西学院大学社会学部紀要,99:173-183,2005.
25) 油谷桂朗・江嵜高史・平林裕ほか:京都府における衛生管理者の任務遂行の実態に関する調査研究. http://www.kyotos.johas.go.jp/wp/wp-content/uploads/2016/03/kenkyuu15.pdf（2014.7.17）

資料

病院の看護師におけるキャリアラダー区分別のメンタリングと自己教育力
Mentoring and Self-directed Learning at Each Career Ladder Classification of Nurses at a Hospital

福田久子[1)], 三木明子[2)](Hisako Fukuda, Akiko Miki)

[1)] 公益財団法人筑波メディカルセンター筑波メディカルセンター病院(Tsukuba Medical Center Hospital, Tsukuba Medical Center Foundation),[2)]筑波大学医学医療系(Faculty of Medicine, University of Tsukuba)

【目的】本研究の目的は,病院看護師を対象にキャリアラダー区分別のメンタリングと自己教育力を明らかにすることである.【方法】1 病院の看護師 272 人を対象に,無記名自記式質問紙調査を実施した. キャリアラダーは, レベルⅠ(新人)～Ⅵ(師長・専門看護師)までに区分した.【結果】一元配置分散分析の結果,メンタリングの指導・教育機能はレベルⅠが他のレベルより有意に高く,役割モデル機能はレベルⅢよりレベルⅠが有意に高かった.自己教育力の学習の技能と基盤は, レベルⅡがレベルⅢやレベルⅣ～Ⅵに比べて有意に低かった.【考察】レベルⅢには指導・教育機能や役割モデル機能を高めること, レベルⅡには基盤となる学習環境を改善することの重要性が示唆された.
キーワード：病院看護師, メンタリング, 自己教育力, キャリアラダー

【Objective】The purpose of this study is to reveal the mentoring and self- directed learning of a hospital nurses' at each step on the career ladder. 【Method】The researchers conducted an anonymous survey via a self-administered questionnaire covering 272 subjects. Career ladders were categorized into Level I (beginners) to Level VI (chief nursing officers/ specialist nurses). 【Results】The results of a one-way analysis of variance showed that the guidance/education function of mentoring is significantly higher in Level I than for nurses at other levels. Role model functioning is significantly higher in Level I than Level III. Regarding skills and the foundation of learning concerning self-directed learning, Level II is significantly lower than Level III and as is Level IV to VI. 【Discussion】These results suggest the necessity of improving the guidance/education function for Level III nurses, and of improving the learning foundation environment for Level II nurses.
Keywords：hospital nurses, mentoring, self- directed learning, career ladder

Ⅰ. 諸言

2016 年 5 月,新たに全国標準の指標のクリニカルラダーが作成された[1)].それによると,看護師の看護実践に必要な実践能力を段階的に表現したものがクリニカルラダーであり,一方,管理的な能力の段階や専門看護師,認定看護師,特定行為研修修了看護師の段階を含むのがキャリアラダーとされている[1)]. このように全国標準のクリニカルラダーは明確にされたが,著者らは病院でのキャリア支援を考える上では,管理職や専門看護師を含めたキャリアラダーがより重要と考える.

また,キャリアを考慮する上では,ラダーだけでなくメンタリングの概念が重要となる.メンタリングとは,知識や経験の豊かなメンターが未熟なメンティに対して,キャリアや心理・社会的な側面から継続して行う,一定期間の支援行動である[2)].

これまでの国内外の看護師のメンタリング研究を概観すると,キャリアラダーのレベルⅠである新人を対象とした研究が多い.新人のメンタリング・プログラムの効果に関するシステマティックレビューでは,離職率の低下や組織のコストの削減,高い職務満足感が示されている[3)].また,メンタリング尺度のレビューでは 22 尺度が紹介されているが[4)],いずれもアメリカの研究が多い[3)4)].日本で開発されたメンタリング尺度[5)]を用いた研究では,新人はメンタリングのうち管理者的行動機能を,卒後 2 年目,3～5 年目は情緒的機能を多く受け,経験年数でメンタリングが異なることが示されている[6)].しかし,経験 10 年以上の非管理職では,メンターからのメンタリングに差異がないとの

報告[7]や,30歳以上と20歳代の看護師では,管理者的行動機能,情緒的機能,受容・承認機能に差がないとの報告がある[8].このことから特定の国の報告や特定の経験年数の看護師を対象とした研究が行われているが,すべてのキャリアラダーでメンタリングの違いを明確にして支援する必要がある.

次に,看護師が専門職として成長し続けていくためには,自己教育力が重要である.日本の看護師の自己教育力に関する文献レビューでは,自己教育力尺度は28のうち27の研究で使用されていた[9].この尺度を用いた研究では,経験3年以上の看護師より主任において自己教育力が有意に高いとの報告がある[10]一方,経験年数別の自己教育力に差がないとの報告がある[11].新人看護師を縦断的に検討し,4年目になると自己教育力の自信・プライド・安定性が有意に高いこと[12]や,卒後4〜10年目の看護師は,自己否定的な状況に陥っているため,自信・プライド・安定性の側面が最も低いとの報告がある[13].これらの研究[10-13]は,認定看護師・専門看護師・師長が含まれておらず, キャリアラダー別に自己教育力の違いが検討できていない.看護師の継続教育を実質的に支援するためには,経験年数の区分ではなく,評価基準を設けてレベル認定されるキャリアラダーに着目し,自己教育力の違いから支援を検討する必要がある.

以上より,本研究では1病院の看護師を対象に,キャリアラダー区分別にメンタリングと自己教育力を明らかにすることを目的とした.

Ⅱ. 研究方法

1.対象と方法

2010年7月,一般病院の全看護師508人を対象とし,無記名自記式質問紙調査を実施した.調査票を配布し,1ヶ月後に研究者が回収した.

調査施設のキャリアラダーは,レベルⅠ(新人),レベルⅡ(一人前),レベルⅢ(中堅),レベルⅣ(達人)までは日本看護協会のクリニカルラダー[1]と同じ区分であり,レベルⅤ(主任・認定看護師)とⅥ(師長・専門看護師)は病院独自のラダーである.

2.調査内容

基本属性は,性別,年齢,婚姻状況,最終学歴,職位,キャリアラダー区分,現在の病院での勤務年数,職務経験年数を測定した.

メンタリングは,妹尾ら[14]の看護師におけるメンタリング機能尺度26項目を使用した.指導・教育機能7項目,受容・応援機能6項目,役割モデル機能5項目,人間関係調整機能4項目,傾聴・相談機能 4 項目で構成されている.従来のメンタリング尺度[5]に比べ,項目数が少なく,信頼性が高く,因子的妥当性も確保されている[14].メンターがいる場合には,最もメンタリングを受けているメンターを想起し,回答するよう指示した.選択肢は,全く当てはまらない(1 点)から十分当てはまる(4点)の4件法で,得点が高くなるほどメンタリング機能を受けていることを示す.

自己教育力は,梶田[15]が作成し,西村ら[16]が学習の技能と基盤を追加した自己教育力尺度40項目を使用した.成長発達への志向 10 項目,自己の対象化と統制10項目,学習の技能と基盤10項目,自信・プライド・安定性10項目で構成されている.現在の自分にどのくらい自己教育力があるかについて,はい(2点),いいえ(1点)の2件法で尋ね,得点の合計が高いほど自己教育力が高いことを示す.尺度の内的整合性および併存的妥当性の検証結果から,尺度が有効であると示された[16].

3.データの分析方法

分析には,SPSS22.0J for Windowsを使用し,統計学的有意水準は 5%とした.レベルⅣからレベルⅥは対象が少ないことから,1区分とし分析した.

キャリアラダー区分別のメンタリング,自己教育力の得点を検討するために一元配置分散分析および多重比較(Tukey法)を用いた.

4.倫理的配慮

本研究は,筑波大学大学院人間総合科学研究科研究倫理委員会の承認を受けて研究を実施した(第22-137号).

Ⅲ.研究結果

1.対象の概要

363人より回収した(回収率71.5%).欠損値のある 17 人を除外し(有効回答率 68.1%),メンターがいないと回答した54人と非常勤20人を除外し,最終分析対象は272人とした. 対象の基本属性は,女性が 96.3%,未婚が 71.4%,専門学校卒が 66.6%,スタッフが90.1%,キャリアラダーはレベルⅡが

表1 対象の基本属性		N=272
項目	*n*	%
性別		
男性	10	3.7
女性	262	96.3
婚姻状況		
既婚	78	28.6
未婚	194	71.4
最終学歴		
専門学校	181	66.6
短大以上	91	33.4
職位		
師長	13	4.8
主任	14	5.1
スタッフ	245	90.1
キャリアラダー区分		
レベルⅠ	29	10.7
レベルⅡ	122	44.8
レベルⅢ	93	34.2
レベルⅣ～Ⅵ	28	10.3
項目		Mean±SD
年齢		28.7±5.7
現在の病院での勤務年数		5.3±4.5
職務経験年数		6.2±5.2

44.8%と最も多かった(表1).

2. キャリアラダー区分別のメンタリング得点と自己教育力得点

一元配置分散分析の結果,キャリアラダー区分別では,メンタリングの合計と下位尺度の指導・教育機能と役割モデル機能において有意差を認めた(表2). 多重比較の結果では,メンタリングの合計ではレベルⅠはレベルⅢと比較して有意に高く，指導・教育機能はレベルⅠがレベルⅡやレベルⅢ，レベルⅣ～Ⅵよりも有意に高く,レベルⅡはレベルⅢと比較して有意に高かった.

また,一元配置分散分析の結果,キャリアラダー区分別では,自己教育力の合計と下位尺度の学習の技能と基盤において有意差が認められた.多重比較の結果では,自己教育力の合計はレベルⅡがレベルⅣ～Ⅵと比較し有意に低かった.学習の技能と基盤において,レベルⅡはレベルⅢ,レベルⅣ～Ⅵと比較し有意に低かった.

表2 キャリアラダー区分別のメンタリング得点と自己教育力得点 N=272

項目(項目数)	レベルⅠ *n*=29	レベルⅡ *n*=122	レベルⅢ *n*=93	レベルⅣ～Ⅵ *n*=28	*df*	*F*	*P*	多重比較
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD				
メンタリング(26)	92.7±7.7	87.9±10.5	85.1±12.1	85.9±11.9	3	3.9*		Ⅰ>Ⅲ**
指導・教育機能(7)	26.0±2.3	24.1±3.4	22.6±3.5	22.8±3.3	3	9.4***		Ⅰ>Ⅱ* Ⅰ>Ⅲ*** Ⅰ>Ⅳ～Ⅵ** Ⅱ>Ⅲ**
受容・応援機能(6)	20.1±2.3	19.3±3.0	18.9±3.3	19.8±3.0	3	1.5		
役割モデル機能(5)	18.8±1.8	17.6±2.5	16.7±3.0	17.1±3.0	3	5.0**		Ⅰ>Ⅲ**
人間関係調整機能(4)	13.1±1.8	12.6±2.7	13.0±2.7	12.1±3.3	3	1.0		
傾聴・相談機能(4)	14.6±1.7	14.3±2.0	14.0±2.1	14.0±1.8	3	1.0		
自己教育力(40)	61.5±5.5	61.0±5.8	62.8±5.0	64.9±4.6	3	4.8**		Ⅱ<Ⅳ～Ⅵ**
成長発達への志向(10)	16.9±1.4	16.5±2.1	16.7±20.0	17.2±1.6	3	1.0		
自己の対象化と統制(10)	16.2±1.5	16.4±1.5	16.4±1.4	17.0±1.3	3	1.6		
学習の技能と基盤(10)	14.6±2.2	14.2±2.4	15.2±2.3	15.6±2.4	3	4.7**		Ⅱ<Ⅲ* Ⅱ<Ⅳ～Ⅵ*
自信・プライド・安定性(10)	13.9±2.5	13.9±2.5	14.7±2.3	15.1±2.3	3	3.2*		

一元配置分散分析; Tukey法による多重比較, * p<.05,** p<.01,*** p<.001

Ⅳ. 考察

本研究ではレベルⅢがレベルⅠに比べてメンタリングの合計得点が有意に低いことが示された.厚生労働省は新人看護職員研修ガイドラインを改訂し,新人を支える組織体制の例として,プリセプターシップ,チューターシップ,メンターシップ,チーム支援型を示している[17].新人の教育体制が強化される一方,その新人を支える中堅は,実地指導者や教育担当者としての役割を担っている.現行の教育体制では,レベルⅠの支援が手厚いが,レベルⅡ以上の看護師の継続教育体制が十分とはいえない.特に,レベルⅢは,指導・教育機能,受容・応援機能,役割モデル機能,傾聴・相談機能の得点が最も低く,総合的にメンタリングを受けられるよう強化する必要がある.

指導・教育機能は,レベルⅠがレベルⅡ,レベルⅢ,レベルⅣ～Ⅵに比べ有意に高く,レベルⅡはレベルⅢに比べ有意に高かった.その理由としてレベルⅠは教育体制が強化されているため,他のキャリアラダーに比べて最も高かったと考えられる.先行研究では,看護管理者になった時受けた教育・指導について最も多かった回答は「業務や役割の説明を受けたのみ」が 34.8%であり,30 代前半の時期に最重要メンターと出会ったと報告されている[18].このようにレベルⅤやⅥは,レベルⅠのプリセプター制度のように,一定期間,継続してメンタリングを受ける制度はなく,自然発生的なメンティとメンターの関係に頼らざるを得ない.30 代前半の時期に最重要メンターに出会ったとしても,入職時より継続したメンタリングを受けているわけではない.新任師長の 8 割は,職場の課題達成を負担と感じており,負担軽減や育成のための支援体制として,新任師長に身近な先輩師長をメンターとして配置し,支援体制をつくることが重要と指摘されている[19].どのキャリアラダーにおいてもメンターが必要で,指導・教育機能を提供できることが望ましい.

役割モデル機能において,レベルⅠはレベルⅢと比較し有意に高かった.入職後5～8年の看護師は目標喪失が目立ち,メンタリングを受ける頻度が著しく低いことが指摘されている[20].さらに,経験10年以上のキャリア中期の看護師は,仕事の達成感のなさからキャリアの停滞を経験し,現状から踏み出すあるいは受け入れることで停滞を乗り越えたとの報告がある[21].レベルⅢは,目標を見失い,キャリアの停滞を経験する時期ではあるが,この期間が長期化することは,看護の質の低下につながることが危惧される.そのためレベルⅢが役割モデル機能を十分に受けられるよう支援していくことが重要である.

自己教育力の合計得点は,レベルⅡがレベルⅣ～Ⅵと比較し有意に低かった. 文献レビューでは,経験年数が長くなるほど自己教育力得点が有意に高くなる研究と経験年数と有意な関連がない研究があり[9],一定の結果は得られていない.本研究では,キャリアラダーのレベルⅡとレベルⅣ～Ⅵで違いを認めたが,レベルが上がるほど自己教育力が高くなる結果は示されなかった.

自己教育力の下位尺度のうち,成長発達への志向,自己の対象化と統制,自信・プライド・安定性については,キャリアラダー区分別で有意な関連は認められなかった.これは,経験年数 15 年以上の看護師の研究においても,成長発達への志向,自己の対象化と統制,自信・プライド・安定性について有意な関連がなかった結果[11]と同様だった.キャリアラダー区分において,成長発達への志向の違いがないことから,看護師は専門職として,どのキャリアラダーであっても成長発達したい意欲があると考えられる.一方,文献レビューでは,継続教育を行うことで個人の自信・プライド・安定性を高めることができれば自己教育力の向上につながるとの結果が示されている[22].さらに,新人の時と卒後 4 年目の時とを比較した研究では,下位尺度のうち自信・プライド・安定性のみ有意な関連があったこと[12],看護師の能力開発のために目標面接制度を導入した 1 年後に,自信・プライド・安定性が高くなったことが報告されている[23].先行研究では限定されたキャリアラダーのレベルにおいての下位尺度の比較であったが,本研究の結果では,キャリアラダーにおいて,自信・プライド・安定性の違いがなかったことから,キャリアラダーの区分ごとに求められる専門的知識や技術の水準が異なるため,単に経験年数を重ねれば自信などが高くなるのではないと考えられる.

本研究では学習の技能と基盤において,レベルⅡはレベルⅢ,レベルⅣ～Ⅵと比較し有意に低く,

レベルⅡの学習の技能と基盤を高めることが課題だと分かった.どの経験年数でも自己教育力の中では学習の技能と基盤が最も低かったとの報告がある[11].本研究の結果から,レベルⅡにおいて,技能を含めた基盤となる学習環境を整えることが重要であると考えられる.

本研究において,キャラダーのレベルが上がるとともに学習意欲が高まることで自己教育力が高くなり,他者からの支援行動を受ける機会が少なくなるためメンタリングは低くなると考えていた.しかし,メンタリングにおいてはレベルⅢが低く,自己教育力ではレベルⅡが低いことが示され,メンタリングと自己教育力との関係を示すことはできなかった.さらに,今回,最もメンタリングを受けているメンターに限定して回答を求めたが,想起するメンターが異なれば,受けているメンタリングの内容も異なる.また,複数のメンターからメンティがメンタリングを受けている場合も考えられるので,今後,検討が必要である.

本研究の限界として,対象施設が 1 施設でありサンプルバイアスは否めない.施設において取り組んでいる人材育成や教育プログラムなどによって違いがあると考えられるからである.今後の展望としては,レベルⅣ,レベルⅤ,レベルⅥのキャリアラダー区分において統計学的分析を行うために,複数施設で各区分のサンプリング収集が行える研究を検討する必要がある.

Ⅴ.結論

1病院の看護師においてキャリアラダー区分別にメンタリングと自己教育力を検討した結果,メンタリングの合計は,レベルⅠがレベルⅢより有意に得点が高く,指導・教育機能は,レベルⅠが他のレベルより有意に得点が高く,役割モデル機能は,レベルⅠがレベルⅢより有意に得点が高かった.自己教育力の合計は,レベルⅡがレベルⅣ～Ⅵに比べて有意に得点が低く,学習の技能と基盤は,レベルⅡがレベルⅢやレベルⅣ～Ⅵに比べて有意に得点が低かった.以上より,レベルⅢは指導・教育機能や役割モデル機能を高めること,レベルⅡは基盤となる学習環境を改善する必要性が示唆された.

引用文献

1) 日本看護協会：看護師のクリニカルラダー(日本看護協会版)活用のための手引き. http://www.nurse.or.jp/nursing/jissen/pdf/tebiki.pdf(2016 年 9 月 3 日閲覧)
2) 国際メンターシップ協会:メンタリングとは. http://mentorship.or.jp/(2015 年 10 月 1 日閲覧)
3) Zhang Y, Qian Y, Wu J, et al.: The effectiveness and implementation of mentoring program for newly graduated nurses: A systematic review. Nurse Education Today, 37：136-44, 2016. doi: 10.1016/j.nedt.2015.11.027.
4) Chen Y, Watson R, Hilton A.: A review of mentorship measurement tools. Nurse Education Today, 40：20-8, 2016. doi: 10.1016/j.nedt.2016.01.020.
5) 小野公一:メンタリング尺度の信頼性と妥当性の検証. 亜細亜大学経営論集, 35：1-20, 2000.
6) 井上ルミ子：卒後 1～5 年目看護師の自己効力感･職務満足感に影響するメンタリング自立を支援する対人関係のあり方. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録, 30：168-75, 2005.
7) 今堀陽子・作田裕美・坂口桃子:看護師の専門職的自律性獲得とメンタリング. 日本看護研究学会雑誌, 31(2)：55-63, 2008.
8) 菊地佳代:看護職のキャリア発達におけるメンタリングの一考察－メンタリングとキャリア目標意識と関係を中心として－. 北海道大学医療技術短期大学部紀要, 14:7-15, 2001.
9) 能見清子・杉田由加里・吉本照子:看護師の自己教育力の発展を促すための課題－看護師の自己教育力に関する概念と関連因子についての文献検討より－. 千葉看護学会会誌, 19(2)：65-72, 2014.
10) 工藤一子:看護職者の自己教育力と看護実践の関連－A 県の 11 病院における質問紙調査から－. 日本看護管理学会誌, 13(1)：76-83, 2009.
11) 江西三千代・山橋久美子・松田恵美子:経験年数 15 年以上の看護婦の自己教育力. 徳島赤十字病院医学雑誌, 7(1)：95-99, 2002.

12) 中島すま子・副島和美 : 看護師の自己教育力と職場での対人関係との関連－新人から卒後 4 年目への変化－. 第 34 回日本看護学会論文集(看護管理), 181-183, 2003.
13) 水野陽子 : 中堅看護師の自己教育力と専門職性との関係. 第 31 回日本看護学会論文集(看護管理), 84-86, 2000.
14) 妹尾鮎美・三木明子 : 看護師におけるメンタリング機能尺度の開発と信頼性･因子的妥当性の検証. 日本看護研究学会誌, 35(2) : 55-61, 2012.
15) 梶田叡一 : 自己教育への教育. 明治図書, 東京, 36-52, 1985.
16) 西村千代子・奥野茂代・小林洋子ほか : 看護婦の自己教育力－自己教育力測定尺度の検討－. 日本赤十字社幹部看護婦研究所紀要, 11 : 22-39, 1995.
17) 厚生労働省 : 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】. http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf(2016 年 5 月 7 日閲覧)
18) 中根薫 : 看護管理者のキャリア発達におけるメンタリングに関する研究－看護管理者の経験とメンター要因について－. 新潟青陵学会誌, 5(3) : 11-20, 2013.
19) 田代朱音・三木明子・黒田梨絵 : 新任師長の業務ストレスと職場の支援,ストレス反応との関連. 第 43 回日本看護学会論文集(看護管理), 367-370, 2013.
20) 小野公一 : キャリア発達がもたらす生きがい感に関する研究－看護師のメンター調査を用いたモデルの検証－. 亜細亜大学経営論集, 41(1) : 1-25, 2005.
21) 関美佐 : キャリア中期にある看護職者のキャリア発達における停滞に関する検討. 日本看護科学会誌, 35 : 101-110, 2015.
22) 千頭一世・尾原喜美子 : 文献に見る看護師の「自己教育力」の研究方法と内容.高知大学看護学会誌, 7(1) : 3-12, 2013.
23) 来嶋清子・山田悦子・中野清子ほか : 能力開発目標面接制度導入後 1 年経過した M 病院看護師の自己教育力及び職務満足度の変化. 第 34 回日本看護学会論文集(看護管理), 377-379, 2003.

資料

入職 6 年未満の臨床看護師の健康関連問題と産業看護活動へのニーズおよび期待の実態

Actual Condition Survey of Health Related Problems and Needs/ Expectation about Occupational Health Nurses among Hospital Nurses with Less Than 6 Years of Experience

高山直子[1)] 近藤信子[2)] 中神克之[2)] 河野啓子[2)]（Naoko Takayama, Nobuko Kondo, Katuyuki Nakagami, Keiko Kono）

[1)] 四国大学看護学部（Shikoku University Faculty of Nursing Department of Nursing, [2)] 四日市看護医療大学産業看護研究センター（Research Centre for Occupational Health Nursing, Yokkaichi Nursing and Medical Care University）

抄録

本研究は，医療機関で働く入職 6 年未満の臨床看護師の健康関連問題，産業看護職による産業看護活動に対する認知，健康管理の考え，産業看護職が行う産業看護活動へのニーズと期待を明らかにすることを目的とした.結果は，臨床看護師の健康関連問題は，職業関連健康障害（腰痛・肩こり・不眠等）が多かった．入職 2 年以上 6 年未満の臨床看護師の健康関連問題は，入職 2 年未満の臨床看護師に比べ，上司・医師・同僚との人間関係，看護の作業環境，職場全体の環境問題，過重労働・感染に関する問題，教育・研修についての項目で有意に高かった．また，産業看護活動の認知は 28.5%であった.産業看護職による産業看護活動への期待は，作業環境の改善，感染対策において高いことが示唆された.

キーワード;産業看護職，産業看護活動，臨床看護師，健康関連問題，医療機関

Abstract; The purpose of this research was to clarify the health-related problems and needs/expectation of occupational health (OH) nursing activities among hospital nurses with less than 6 years of experience. The 28.5% of the nurses knew about the OH nursing activities by OH nurses. As for health-related problems, work-related disorders such as lumbago, stiff shoulder and insomnia were the highest as a whole. Human relations with superiors, with doctors, with colleagues, working areas of nursing, general working conditions in medical institutions, the problems of overwork, the problems about infection and the education and training for nurses were significantly high with the nurses of 2 to 6 year working experience. In either item, the average of nurses with longer working experience was high and it was suggested that the expectation of OH nursing activities was high in infection measures and improvement of the work environment that might threaten the health of nurses.

Key words: Occupational health nurse, Occupational health nursing activities, Hospital nurse, Health-related problems, Medical institution

Ⅰ．緒言

医療機関で働く保健医療従事者は，労働安全衛生の対象であるにも関わらず，健康の管理においては，自己管理が重視される傾向である.平成 24 年度科学研究費助成事業（課題番号 24500839；医療機関における産業看護活動に関する方策の支援と構築）において，我々が実施した全国の 100 床以上の医療機関への質問紙調査[1)]では，産業看護職の配置が 5.6%と少数で産業看護活動が，十分普及されているとはいえないことが明らかになった.

さらに，我々が平成 25 年度に実施した 5 医療機関における管理職等へのインタビュー調査により，産業看護活動の阻害要因には，「安全衛生管理体制が整備されていない，安全衛生管理組織が機能していない，産業看護活動

に対する理解が不足している」などが見られた.一方，促進要因は，「安全衛生管理体制が整備され安全衛生活動の方針が明確に示されている，産業看護職の人的条件が整っている」などであった. 産業看護活動の浸透を阻む一因として，産業看護職による産業看護活動の必要性が十分理解されていないことが考えられた.また，医療機関で働く多くの看護師は，さまざまな健康問題や業務上の問題（以下健康関連問題）や腰痛・肩腕痛等[2]の職業関連障害により，安全衛生上の困難を生じている[3-5]ことが明らかにされている.相澤によると，医療機関における産業保健活動の意義を働きやすい職場づくりや医療従事者の健康を守るだけでなく患者のためにもなる[6]と述べ，河野は生涯を通じて，総合的な健康レベルを向上させることや対象のQOL（quality of life）の向上に貢献することが産業看護職の役割である[7]と述べている.

一方，医療を取り巻く現状を見ると，医療の高度化や医療法の改正により在院日数が短縮される中で，看護師の職務はより厳しさを増している. 新人看護職員の卒後臨床研修が 2010 年から努力義務化され, 厚生労働省は,「新人看護職員研修ガイドラインとその改訂版」[8] (2011，2014）を公表している。多くの病院が，看護の質向上，医療安全の確保，早期離職防止に向けて自施設に就業する看護師を支援し，院内教育を提供している.工藤らは，臨床経験 1 年目の看護師の現状は，病院に就業する看護専門職者としての望ましい状態から最も乖離しており，教育の必要性が最も高い. さらに，臨床経験 5 年目の看護師は，主体的に学習・研究を行い看護専門職者としての発達を志向するために，積極的な支援が必要である[9]と述べている.また，五艘らによると新人看護師は，入職直後は非常に高い心身の疲労度を示したが，入職 2 年目になると疲労度に改善傾向がみられた.しかし，抑うつ度は高く，セルフエフィカシーも低い状態のままであった[10]とされている.さらに，池田らは，新人看護師の職業性ストレスは，心理的な仕事の質的負担や量的負担が高く，技能の活用度や自尊感情が低い[11]と指摘している.これらのことから，入職 2 年未満の看護師は，新人看護師教育が進んでいるものの，看護師の業務は負荷が高く，何らかの問題を抱えていると考えられる.さらに，プリセプターシップやパートナーシップで入職 2 年未満の新人看護師を指導し責任を担う立場の入職 2 年以上 6 年未満の看護師は，病棟異動や委員会活動における役割負担からいずれの部署においても健康関連問題，業務負担など産業看護活動へのニーズや期待が入職 2 年未満の看護師に比べて高いことが推測される.

各々の経験年数の看護師に対してのきめ細やかな産業看護活動を行うためには，これらの実態を明らかにする必要がある.また，医療機関における看護師の健康を取り巻く問題のみならず産業看護活動に対するニーズや期待の実態を明らかにすることは，医療機関における産業看護活動を推進する上で有用と考える.以上のことから，本研究では，医療機関の臨床で働く入職 6 年未満の看護師の健康関連問題，産業看護職が行う産業看護活動の認知，健康管理についての考え，産業看護活動へのニーズと期待に関し，入職 6 年未満全体の分析に加えて，入職 2 年未満と入職 2 年以上 6 年未満の経験年数による比較を行い，これらを明らかにすることを目的とした.

Ⅱ．研究方法

1. 研究対象，調査期間

調査対象の施設はM県下の医療機関とし，研究対象者は入職後 6 年未満の看護師とした. 調査期間は，平成 26 年 12 月 15 日～平成 27 年 2 月 28 日であった.

2. 用語の操作的定義

産業看護活動；労働者の健康と安全を守る看護専門職としての活動.

健康関連問題；自身の健康問題に加えて業務上の問題を含むが，職業関連障害を除く問題.

職業関連障害；肩こり，腰痛，不眠等の業務上の問題.

3. 調査方法およびデータ分析

調査方法は独自に作成した質問紙を用いた.

調査内容は,「基礎調査項目」，「健康関連問題」，「産業看護活動の認知状況」，「健康管理の考え」，「産業看護職が行う産業看護活動へのニーズと期待」とした.調査票の評価基準は，「ほとんどない」1，「少しある」2，「まあまあある」3，「かなりある」4，「非常に多くある」の 5 件法とした.調査手順は，M県下の 37 医療機関を無作為に抽出し，看護部長宛てに研究協力を依頼し同意を得た後，調査を実施し料金後納封筒にて個別の返信を依頼した.調査は，19 医療機関に対して 241 通を送付し，123 通の回答が得られた（回収率 51.0%）.データの分析は，まず，欠損値は除外し，平均値，標準偏差（SD），割合を算出した.次に，入職 2 年未満および入職 2 年以上 6 年未満の看護師の 2 群に分類し，健康関連問題，産業看護活動の認知状況，健康管理についての考え，産業看護活動へのニーズ/期待について比較した.産業看護活動の認知状況はX^2検定，Mann–Whitney U 検定を実施し 5%水準で有意差有とした.

4．倫理的配慮

自記式無記名質問紙調査は，調査対象者の任意性を保証し，回答の返却をもって同意を得たものとし，個人情報の取り扱い管理を遵守した.なお，四日市看護医療大学研究倫理審査委員会の承認を得た（承認番号 79）．研究終了後のデータ，文書類は，四日市看護医療大学の規定に沿って 10 年間保存し廃棄することとした.

Ⅲ．結果

1．基礎調査項目

調査対象者の背景は，看護師免許は全員が取得し，保健師 20 人（16.3%），助産師 4 人（3.3%）で，看護師の平均経験年数は 3.3 年であった.配置先は，病棟配置が多勢で，勤務制は三交代制と二交代制がほぼ同数の 50 人余であった.

また年齢は，23～24 歳，25～26 歳が同数の 30 余名で最も多かった.性別は，女性が 90%以上を占めていた.経験年数別では，入職 2 年未満 42 人（34.1%），入職 2 年以上 6 年未満 81 人（65.9%）であった.

2．健康関連問題

表1　看護師の入職年数と健康関連問題　　n=123

項　目	全体		臨床看護師の入職年数 2年未満		臨床看護師の入職年数 2年以上6年未満		p値[a]
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
患者家族との関係	1.42	1.01	1.40	0.98	1.49	1.02	.485
他職種との関係	1.30	1.05	1.15	1.19	1.45	0.97	.071
上司との関係	1.31	1.19	1.05	1.11	1.51	1.22	**.041**
医師との関係	1.55	1.13	1.18	1.01	1.72	1.11	**.013**
同僚との関係	0.89	1.04	0.45	0.78	1.13	1.11	**.001**
看護の作業環境	1.88	1.10	1.50	1.15	2.13	1.02	**.005**
健康障害（職業関連障害除く）	1.04	1.10	0.93	1.10	1.13	1.14	.311
職業関連障害（腰痛・肩こり・不眠等）	2.15	1.25	2.18	1.32	2.19	1.19	.939
ストレス解消方法	1.58	1.08	1.35	1.17	1.69	1.03	.096
メンタル面のサポート	1.62	1.09	1.55	1.20	1.63	1.06	.615
職場全体の環境問題	1.74	1.07	1.41	1.04	1.92	1.06	**.016**
過重労働の問題	1.89	1.12	1.53	1.20	2.10	1.06	**.009**
感染に関する問題	1.47	1.07	1.10	1.06	1.70	1.05	**.004**
教育・研修について	1.43	1.06	1.13	1.11	1.62	1.01	**.013**
健康相談について	0.93	1.01	0.83	1.15	1.00	0.95	.133

a: Mann-Whitney U検定

入職 6 年未満の看護師の健康関連問題は，全体では「職業関連障害（腰痛・肩こり・不眠等）が，2.15（SD=1.25）で最も高く，次が「過重労働の問題」1.89（SD=1.10）であった.また，入職 2 年以上 6 年未満の看護師は，入職 2 年未満の看護師より，「看護の作業環境」2.13(SD=1.0），「過重労働の問題」2.10 (SD=1.06)，環境問題や教育・研修等複数の項目で有意に高かった.

3. 看護師の入職年数と産業看護活動に対する認知状況（表 2）

産業看護活動に対する全体の認知状況は「知っている」35 人（28.5%）であった.また，入職 2 年未満の看護師で「知っている」15 人（12.2%），入職 2 年以上 6 年未満の看護師は 20 人（16.3%）で，入職 2 年未満と入職 2 年以上 6 年未満の看護師の認知状況に有意の差は認められなかった.

4. 健康管理についての考え

健康管理についての全体の考えは，「自身の健康管理は自分で行えば十分である」1.77 (SD=1.01)で最も高く，次が「産業看護職のチームで行うのが望ましい」1.76 (SD=1.12)であった.経験年数別の有意な差は認められなかった.

5. 産業看護活動への期待（表 3）

産業看護活動への期待が全体で最も高い項目は，「労働負荷対策」2.13（SD=1.15）であった.また，入職 2 年未満の看護師と入職 2 年以上 6 年未満の看護師の比較では，「作業環境の改善」2.22（SD=1.22），「感染対策」1.92（SD=1.19），「保護具の適切な使

表2 看護師の入職年数と産業看護活動に対する認知状況 n=123

	全体		臨床看護師の入職年数 2年未満		2年以上6年未満		
項目	N	%	N	%	N	%	p値[a]
知っている	35	28.5	15	12.2	20	16.3	
知らない	87	70.7	26	21.1	61	49.6	0.17
その他	1	0.8	1	0.8	0	0	

a: X^2 検定

表3 看護師の入職年数と産業看護職による産業看護活動への期待 n=123

項　目	全体		臨床看護師の入職年数 2年未満		2年以上6年未満		p値[a]
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
健康相談・保健指導	1.79	1.10	1.77	0.99	1.80	1.20	.922
職場環境の改善	2.09	1.19	1.92	1.13	2.26	1.25	.152
作業環境の改善	1.98	1.18	1.74	1.14	2.22	1.22	**.036**
照明・VDT作業などに関する対策	1.31	1.13	1.15	1.09	1.46	1.16	.169
喫煙環境への対策	1.06	1.28	0.92	1.31	1.20	1.25	.145
労働負荷（過重労働）対策	2.13	1.15	2.10	1.17	2.16	1.13	.959
保護具の適切な使用対策	1.62	1.13	1.41	1.14	1.83	1.11	**.045**
有害物質、抗生物質等への暴露対策	1.72	1.24	1.51	1.23	1.92	1.24	.093
ストレス・メンタル面での対策	2.10	1.29	2.03	1.25	2.16	1.33	.600
職場環境・労働環境への情報提供	1.97	1.21	1.79	1.17	2.14	1.24	.178
感染対策	1.65	1.13	1.38	1.07	1.92	1.19	**.016**
予防接種等への対策	1.79	1.23	1.62	1.21	1.95	1.25	.150
腰痛予防対策	2.06	1.31	2.00	1.34	2.12	1.28	.769
口腔衛生活動	1.40	1.06	1.08	0.93	1.71	1.19	**.008**
健康教育・研修	1.59	1.12	1.54	1.07	1.64	1.16	.710
健康づくり対策	1.64	1.21	1.74	1.25	1.54	1.16	.394
保健事業への提案・企画・運営	1.42	1.14	1.51	1.19	1.33	1.08	.424
委員会活動への参加	0.57	0.97	1.00	0.89	1.38	1.05	.073
職場巡視	1.25	1.17	1.16	1.17	1.33	1.17	.434

a: Mann-Whitney U検定

用対策」1.83(1.11), 「口腔衛生活動」1.71（SD=1.19）で有意な差があり，入職 2 年以上 6 年未満の看護師の方が産業看護活動への期待が高かった.

Ⅳ．考察

1．看護師が臨床で直面した健康関連問題

看護師を取り巻く医療環境が激変し，専門性の深化や複雑さなど煩雑さが増大している.そのような状況下で，入職後の新人看護師には，プリセプターシップやパートナーシップ [12]のサポート体制や新人看護師教育が進んでいる.しかしながら，新人看護師にとって看護の専門的，実践的知識や技術の悩み，患者や家族との援助的人間関係など，その環境は容易でない.小川らは，臨床における倫理的問題，患者の安全確保のために身体的抑制や薬剤による鎮静など患者家族への対応の困難さ [13] を指摘しているが，これらについては新人看護師にとって，ことさら困難が大きいと考えられる.

看護師の健康関連問題では，入職 2 年以上 6 年未満の看護師は，上司・医師・同僚など保健医療従事者との対人関係の問題頻度が入職 2 年未満の看護師に比べて有意に高くなっていた.さらに，看護の作業環境，職場全体の環境問題，過重労働の問題においても有意に高かった.その理由としては，入職 2 年以上 6 年未満の看護師は，看護専門職としての責任を担い仕事上で調整的立場に立っていることも一因ではないかと考えられる.

また,教育・研修においても有意な差がみられた.入職 2 年以上 6 年未満では，臨床経験があるとはいえ，看護の専門的実践能力に未熟さが残る反面,職務の責任が増大し,前述した多忙な看護実践業務に加えてプリセプターやパートナーシップの役割を果たさなければならない立場でもある．瀬川らは，中堅看護師の役割業務負担感は，看護師としての人間関係の構築，看護実践，看護組織活動，交代制勤務など [14] をあげ，業務の多忙性を示している.

感染に関する問題においても，入職 2 年以上 6 年未満の看護師は，入職 2 年未満の看護師に比べて有意に高かった.医療機関では，院内感染対策委員会などが設置され，院内感染や医療安全の対策がとられている.職場環境に慣れてきた経験年数の長い看護師は，病原体に感染する看護業務のリスクを知り，関心が高まっているためではないかと考えられる.

2．産業看護活動の認知状況と看護師の健康管理の考え

医療機関における産業看護職による産業看護活動への認知は 30%未満であり，一般企業の 77.8%（四日市地域研究機構　産業看護研究センター,2011）に比べると十分とは言えない.その理由としては，医療機関が健康問題の専門機関であり，一般企業とは異なる風土や医療機関の産業保健活動が低調であることが考えられる.

健康管理の考えは，入職 2 年未満と入職 2 年以上 6 年未満の看護師に違いはみられなかった.全体で「自身の健康管理は自分で行えば十分である」との考えが最も多かった理由は，医療専門職が主な構成要因であるといった医療機関の特性や産業看護活動の低調さ，看護基礎教育での産業看護教育の不十分さ [15]のみならず，臨地実習等における自己管理の重要性の指導も関連しているのではないかと推測される.

3．産業看護活動への期待

入職 6 年未満全体の産業看護職による産業看護活動への期待は，労働負荷(過重労働)対策，ストレス・メンタル面の対策であった.過重労働については，看護の現場では緊急の事案への対処や交代制勤務などの労働負荷が高いことから，産業看護活動への期待が高かったものと考える.また，ストレス・メンタル面での対策への期待については，健康関連問題に対人関係があったことからもうなずける.

また，入職 2 年未満と入職 2 年以上 6 年未満の看護師との比較では，作業環境の改善や感染対策で有意な差があり，いずれも経験年数の長い看護師の期待が高かった.その理由は，経験年数を積むことによって，作業環境や感染対策について現実的な問題や課題に遭遇し，日々対処が求められることによると推察される.

4．今後の課題と研究の限界

医療機関における産業看護活動を軌道に乗せるためには，薬剤師，放射線技師などの他職

種の保健医療従事者にも同様の調査が必要と考えられ今後の課題である.また，本研究では，調査対象者が一県内にとどまり，対象者数が十分でなかったことから，選択バイアスが考えられる.

Ⅴ．結論

本調査による入職6年未満の看護師の全体の健康関連問題は，職業関連障害（腰痛・肩こり・不眠等）や看護の作業環境に関する問題が多かった.また，産業看護職による産業看護活動の認知状況は，30%未満であった.なお，健康管理の考えは，自身の健康管理は自分で行えばよいと考える人が主流を占めており，産業看護職による産業看護活動への期待は，作業環境の改善や感染対策などであった.入職 2 年未満と 2 年以上 6 年未満の経験年数別では，健康関連問題や産業看護職による産業看護活動への期待において差異がみられた.

引用文献

1）水野ルイス里美，高山直子，近藤信子，畑中純子，後藤由紀，河野啓子：100 床以上の医療機関における産業看護活動についての実態調査，日本産業看護学会誌 VOL2，No1，pp.9-15,（2015）

2）Iizuka Yoichi(Department of Orthopaedic Surgery, Gunma University Graduate School of Medicine), Shinozaki Tetsuya, Kobayashi Tsutomu, Tsutsumi Satoshi, Osawa Toshihisa, Ara Tsuyoshi, Iizuka Haku, Takagishi Kenji：Characteristics of neck and shoulder pain among members of the nursing staff，Journal of Orthopaedic Science，VOL17，No1,pp.46-50(2012)

3）2012 年 病院における看護職員需給状況調査，日本看護協会 http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20130307163239_f.pdf（2014 年 12 月 25 日）

4) 厚生労働省災害防止協会：労働安全衛生マネジメントシステム，http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei14/ dl/ms_system.pdf (2014.09.29）

5）日本看護協会：労働環境改善の推進，看護職の労働安全衛生 http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/shuroanzen/safety/index.html (2014.12.25)

6）相澤好治(監修)和田耕治(編著)：医療機関における産業保健活動ハンドブック,pp.1-27，公益社団法人産業医学振興財団（2013）東京

7）河野啓子：産業保健・産業看護論，pp.10-21，日本看護協会出版会（2008）東京

8）新人看護職員研修ガイドライン，厚生労働省【改訂版】http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou（2016.12.10）

9) 工藤真由美，亀岡 智美：臨床経験 5 年未満の看護師の教育ニードとそれに関係する特性-臨床経験年数別の分析を通して-看護教育学研究，Vol.24，No.12(2015)

10）五艘香，小滝浩志，小宮進，高畑武司：新人看護師の職場適応を心理状態から考える-経時的アンケート調査から-，日農医誌 62 巻，pp.15-20（2013）

11) 池田優子，岡本世津子，西川千代乃，中川美行：入職後 3 ヶ月目の新人看護師研修の効果の検討-自尊感情及びストレス感情の変化-，高崎健康福祉大学紀要，第 12 号，pp55-64（2013）

12)新人看護師は絶対に辞めさせない，充実した新人看護師研修，プリセプターシップにパートナーシップ・ナーシング・システム(PNS)を組み合わせた新人看護職員教育体制の導入：師長主任業務実践，18 巻，383 号，pp.26-31(2013)

13)小川知美，寺岡征太郎，寺坂陽子，江藤英子：臨床看護師が体験している倫理的問題の頻度とその程度，日本看護倫理学会誌 6（1）pp.53-60（2014）

14）瀬川 有紀子，石井 京子：中堅看護師の離職意図の要因分析 役割ストレスと役割業務負担感の関連から，大阪市立大学看護学雑誌(1349-953X)，6 巻，pp.11-18(2010)

15)河野啓子，畑中純子，後藤由紀，水野ルイス里美，大山真紀子，小笠原ゆかり：看護系大学における産業看護学教育の実態，看護教育，Vol56，No6，pp.548－554（2015）

日本産業看護学会誌投稿規程

（平成 28 年 11 月 4 日改訂）

1. 本誌への投稿は共著者も含めて日本産業看護学会会員とする．ただし編集委員会からの依頼原稿はこの限りでない．

2. 他誌に発表された原稿（予定も含む）の投稿は認めない．人を対象とする研究報告はヘルシンキ宣言(1964 年採択，1975 年修正，1983，1989，1996，2000，2002 年改訂）の精神に則ったものでなくてはならない．

3. 最終原稿の投稿に際して，所定の「著作権委譲承諾書」に著者全員の自筆署名を記した用紙を PDF ファイル等に加工し提出する．

4. 本誌は投稿原稿およびその他のものを掲載する．
   1) 投稿原稿の種類とその内容および制限頁数は表 1 のとおりとする．頁数には本文，抄録，英文抄録，図表，文献が含まれる．

表 1　投稿原稿の種類

種　類	内　　容	制限頁
原著(Original Article)	独創的な新たな知見を科学的に提示しており，学術や社会にとって意義の高い論文	8 頁
総説(Review Article)	研究・調査論文の知見の総括及び系統的かつ総合的な解説	6 頁
研究報告(Preliminary Report)	新たな知見を提示している研究論文	8 頁
活動報告(Occupational Health Nursing Report)	産業看護活動に関する活動方法の改良や発展に対して有用な知見を提起する報告	6 頁
資料(Information)	産業看護に有用な実態や課題を提示する資料	6 頁
その他(Letter)	巻頭言，掲載論文に対する意見，産業看護に関する提言，海外事情，関連学術集会の報告など	2 頁

   2) 投稿原稿の構成と記載順序は原則として表 2 のとおりとする．

表 2　投稿原稿の構成・記載順序

項　目	内　　容
タイトル	日本語と英語を併記する
著者名	著者名と所属，日本語と英語を併記する
抄録	目的・方法・結果・考察・結論について，和文と英文を併記する 和文は 400 字以内，英文は 250 words 以内とする （活動報告，資料，その他，は省略可）
キーワード	6 個以内，日本語と英語を併記する
Ⅰ. 緒言	研究の背景・目的
Ⅱ. 研究方法	調査・実験・解析に関する手法および資料・材料の集め方
Ⅲ. 研究結果	研究等の結果
Ⅳ. 考察	結果の考察・評価
Ⅴ. 結論	省略も可
引用・参考文献	記載は 5. 5）に従う

   3) 英文抄録・本文はネイティブによるチェックを受けること．

5. 投稿原稿の執筆要領

1) 原稿はワープロを使用し，日本語または英語で表記する．

2) 特殊な，あるいは特定分野でのみ用いられている単位，符号，略語，ならびに表現には必ず簡単な説明を加える．

3) 原稿は A4 判の用紙に図・表及び写真も含めた刷り上がり原稿とし，以下の体裁をとる．

(1) タイトル，著者名，和文抄録，英文抄録，キーワードは，50 字×43 行×1 段，本文は，24 字×43 行×2 段とする．余白は上下・左右とも 25mm とする．

(2) 行番号と頁番号を付す．

(3) 日本語フォントは MS 明朝を使用し，タイトルは 12 ポイント，本文は 10 ポイントとする．数字および英字のフォントは Times New Roman で，原則として半角とする．句読点は「,」または「.」を使用する．

4) 異なる機関に属する者の共著である場合は，各所属機関に番号をつけて氏名欄の下に一括して示し，その番号を対応する著者の氏名の右肩に記す．

5) 引用・参考文献は本文の引用箇所の肩に 1)，1-5）などの番号で示し，本文の最後に一括して引用番号順に記載する．文献の著者が 3 人までは全員，4 人以上の場合は 3 人までを挙げ，4 人目以降は省略して「ほか」とする．

＜記載例＞

【雑誌の場合】 著者名：表題．雑誌名，巻（号）：頁-頁，発行年（西暦）．

1）巽あさみ・住吉健一・川口仁美ほか：短時間で行う積極的傾聴研修の効果　2 時間 30 分で実施する管理監督者研修の検討．産業衛生学雑誌，52（2）：81-91，2010.

【単行本の場合】 著者名：表題．編著者名，書名，頁-頁，発行所，発行地，発行年（西暦）．

2)河野啓子:わが国における産業保健･産業看護の実態. 河野啓子, 産業看護学, 43-58, 日本看護協会出版会，東京，2012.

【電子情報の場合】 著者名：タイトル．URL（検索年月日）．

3）厚生労働省：平成 23 年労働災害防止対策等重点調査　結果の概要．http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h23-46-50_121025_03.pdf（2013.8.29）

6. 表紙の作成要領

表紙は，上半分に表題，希望する原稿の種類，原稿枚数，使用したコンピューターの OS，キーワードを記す．下半分には，著者名，会員番号，所属機関名，編集委員会への連絡事項，連絡者の氏名および連絡先（所属機関，所在地，電話，Fax，E-mail）などを付記する．

7. 投稿原稿の送付

1) 原稿等は電子メールによる送付でのみ受け付ける．

2) 原稿は，著者名・所属入りの正本と，正本から著者名や所属など個人が特定できる部分を削除した副本を作成し，正･副本ともに PDF 形式と Word 形式の両方を添付する．

3) 副本では，本文中の倫理審査委員会名，科学研究費の課題番号，謝辞等の個人が特定

できる部分に伏せ字を用いる（例：●●大学倫理審査委員会）.

4）表紙も同様に正本および副本を作成し，PDF 形式と Word 形式の両方を添付する.

5）送付時のメール本文には，所属，住所，氏名，メールアドレスを記載する.

6）送付先は，下記アドレスとし，件名を「日本産業看護学会誌投稿原稿」とする.

〈送付先〉

日本産業看護学会編集委員会
E-mail アドレス：sangyoukango.toukou@gmail.com

8. 投稿原稿の受付

1）投稿論文は随時受け付ける．その年の雑誌掲載のために複数名の査読者および編集委員による審査をおこなう．投稿原稿の採否は編集委員会で審議し決定する.

2）査読の結果，投稿原稿に修正を求められた場合には，指定された期限までに修正原稿を再投稿する．その際には，指摘された事項に対応する回答を別に付記する.

3）編集委員会から審査結果を送付後，3 か月以上経過してから再投稿されたものは，新規投稿として取り扱う.

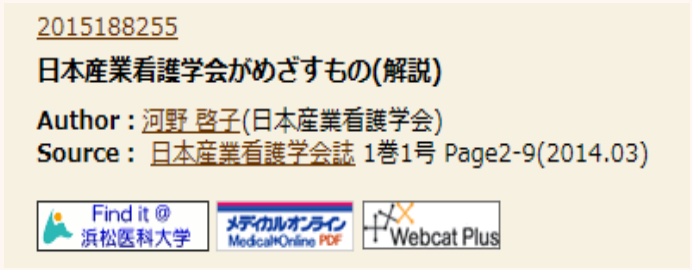
4)採用決定は編集委員会から著者に通知する.採用された場合は指定された期日までに，最終原稿および，所定の著作権委譲承諾書を提出する．以降，掲載論文の著作権は日本産業看護学会に帰属する.

9.「日本産業看護学会誌」は雑誌を PDF 形式で日本産業看護学会ホームページに掲載する．また，医学中央雑誌，メディカルオンラインに収載する.

附則）本規程は，平成 27 年 9 月 1 日から施行する.

附則）本規程は，平成 28 年 11 月 4 日から施行する.

日本産業看護学会誌は「医中誌」及び「メディカルオンライン」に収載許可・登録されました。第１巻１号の論文からアップされています。ぜひご覧ください。



編集後記

今回もたくさんご投稿いただきありがとうございました. 前編集委員長の巽あさみ先生より委員長業務を引き継ぎ，新体制となって初めての編集でしたので，発刊に至るまでに時間を要してしまい，関係の先生方にはたいへんご心配をおかけしましたことを深謝いたします．特に査読の先生方には，多大なるご協力を賜りましたことに厚く御礼申し上げます.

第 4 巻第 1 号には，原著論文 2 本と資料 2 本が収載されました．うち 3 本は，医療現場における臨床看護師の労働に着眼した論文です. 労働者としての看護職や看護の労働環境を産業看護学の視点で解明していくには多くの課題がありますが，査読を通して，著者の方々がその課題に積極的に挑戦していこうとされるお気持ちを強く感じました.

たいへん嬉しいことに投稿件数は増加傾向にあり，次巻へのご投稿も既に複数いただいております．今後の査読体制につきましては，投稿件数の増加に応じられるような新たな体制を検討しております．また投稿規程は平成 28 年 11 月の理事会の承認を経て，第 5 巻より新規程を適用いたします. 本巻掲載内容または学会ホームページをご確認くださいますようお願いするとともに，今後もたくさんのご投稿をお待ちしております．　　（白石　知子）

日本産業看護学会誌　第 1 巻第 1 号　2014 年 3 月 31 日発行
日本産業看護学会誌　第 2 巻第 1 号　2015 年 9 月 2 日発行
日本産業看護学会誌　第 3 巻第 1 号　2016 年 7 月 27 日発行
日本産業看護学会誌　第 4 巻第 1 号　2017 年 8 月 31 日発行

編　　集　日本産業看護学会編集委員会
委員長：白石知子（中部大学）
委　員：巽あさみ（浜松医科大学），西内恭子（梅花女子大学），酒井太一（順天堂大学），
松本泉美（畿央大学）
〒487-8501　愛知県春日井市松本町 1200
中部大学　生命健康科学部　保健看護学科内
TEL/FAX　0568‐51‐9552

本部事務局　日本産業看護学会（理事長：河野 啓子）
〒807-8555　福岡県北九州市八幡西区医生ヶ丘 1-1
産業医科大学　産業保健学部　産業・地域看護学講座内
TEL/FAX：093‐691‐7160
email:j-3kango@mbox.health.uoeh-u.ac.jp