

日本産業看護学会誌

Journal of Japan Academy of Occupational Health Nursing

第9巻第1号
2022年4月

原著

職場でがん患者が受けた支援と職務満足感および生活の質の関連

..... 佐藤鈴菜ほか 1

産業看護職として従事する前に必要な知識項目の検討

..... 畑中純子ほか 11

Perceptions and experiences of hospital-based clinical nurses regarding collaboration with occupational health nurses

..... Yuki Goto, et al. 22

編集後記 31

日本産業看護学会

Japan Academy of Occupational Health Nursing (JAOHN)

職場でがん患者が受けた支援と職務満足感および生活の質の関連

Support from workplaces related to job satisfaction
and quality of life among cancer survivors佐藤鈴菜¹, 井上幸子²
Suzuna Sato¹, Sachiko Inoue²¹岡山県立大学大学院保健福祉学研究科, ²岡山県立大学保健福祉学部看護学科¹Department of Nursing Science, Graduate School of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University,²Department of Nursing Science, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

目的: がん患者の職務満足感と QOL に関連する職場による支援について明らかにすること。 **方法:** 医療機関の外来や支援団体を通じてがん患者に調査を依頼し、利用した職場による支援、QOL や職務満足感、基本属性等について無記名自記式調査を行った。支援の利用が QOL や職務満足感に関連しているかについて、交絡変数で調整した重回帰分析を行った。 **結果:** 合計 144 名から有効回答を得た。相談窓口がある、上司や同僚への相談、上司・同僚以外からの支援は、職務満足感や精神的 QOL の向上に関連しており、産業保健スタッフによる面談は職務満足感や役割/社会的 QOL の向上に関連していた。 **考察:** 職場で相談できる環境を整備するなどの支援は、がん患者の就労時の精神的・役割/社会的 QOL および職務満足感を高めることに寄与する可能性がある。 **結論:** がん患者の就労継続には、職場による支援体制の充実が必要である。

キーワード: がん患者、職場による支援、職務満足感、就労継続、生活の質

Objective: This study aimed to demonstrate the relationships between support from workplaces and cancer survivors' job satisfaction and quality of life (QOL). **Methods:** Participants were recruited from hospital outpatient and self-help groups. People with cancer were asked to complete a self-administered questionnaire. Information was collected on demographic characteristics, disease-related status, workplace support, job satisfaction (measured with the Minnesota Satisfaction Questionnaire: MSQ), and QOL (measured with the MOS 12-Item Short-Form Health Survey: SF-12). The relationships between support from workplaces and cancer survivors' job satisfaction and QOL were evaluated using multivariate regression models with beta coefficients and 95% confidence intervals. **Results:** Of these, 144 participants completed the questionnaire. Having a significant person in the workplace including supervisors and coworkers was associated with higher job satisfaction and better mental health and role/social QOL among cancer survivors. Support from occupational health staff also promoted job satisfaction. **Discussion:** Our study revealed that some types of workplace support were related to job satisfaction and QOL among cancer survivors, mostly in the mental health and role/social domains. **Conclusion:** Enhancement of support from workplaces to cancer survivors is necessary to improve their job continuity.

Key words: cancer survivor, workplace support, job satisfaction, job continuity, quality of life

I. 緒言

がん医療の進歩は目覚ましく、全部位・全病期のがん 5 年生存率は 64.1% まで向上した¹⁾。がん患者の約 3 人に 1 人は就労可能年齢の 14～64 歳に罹患しており、働きながらかん治療を受けている患者は増加していると推測される。第 2 期がん対策推進基本計画では、就労しているがん患者の増加やがん罹患後の転職、解雇、依願退職、収入低下の問題に対して、分野別施策および個別目標に取り組むべき施策として「がん患者の就労を含めた社会的な問題」への対応をあげている²⁾。また、事業者ががんなどの疾病を抱える労働者に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と就業活動が

両立できるようにするため、「事業場における治療と就業生活の両立支援のためのガイドライン」が公表された³⁾。しかし、先行研究では、職場からの勤務時間の変更や仕事内容の軽減などの支援があった者は 3 割未満であり、職場に専門的な相談相手がいない、医療従事者が周りにいない現状が報告されている⁴⁾。

がん患者の就労状況は、離職をする人が約 34% で、そのうち治療開始前に約 40% の人が離職しており、離職理由として一番多く挙げられていることは、仕事を続ける自信がなくなったことである³⁾。働きながらかん治療をしているがん患者を対象とした研究はまだほとんどないが、全国の企業に勤務している障害者を対象とした先行研究では、職務満足感と離職意図に強い関連があること

が明らかになっており⁹⁾、就労しているがん患者においても職務満足感が就労継続・離職を選択する重要な要因となる可能性がある。職務満足感とは、職務、人間関係、給与など仕事や職場に対する全体的な満足感を与えるものであるとされている⁹⁾。矢野ら⁷⁾の研究では、職務満足感に影響を及ぼす要因として、人間関係の満足感が挙げられている。また榊原ら⁸⁾の研究では、職場内の何らかの支援が職務満足感ならびに男性の精神健康の維持・向上にも影響を及ぼすことが明らかとなっている。

職場以外の生活に着目すると、休職したがん患者のQOLが低いことも明らかにされている⁹⁾。QOL (Quality of Life: QOL) とは、“生活の質である”という理解が一般的である¹⁰⁾。がん患者のQOLに関する先行研究では、がん患者の多くは、がんと診断された時点で心理的に大きなショックを受けQOLが阻害されることがあると報告されている¹¹⁾。しかし、外的資源の活用や相談支援などでQOLが向上することや¹²⁾、ソーシャルサポートとソーシャルネットワークが高いがん患者のQOLが高いことが明らかにされている¹³⁾。このような周囲のサポートががん患者のQOLに影響することから、就労しているがん患者が利用したり受けたりすることができる職場における支援内容が、職務満足感やQOLに影響を及ぼす可能性が考えられる。

そこで、本研究は、がん患者の職務満足感およびQOLに影響を及ぼす職場による支援について明らかにすることを目的とし実施した。がん患者の職務満足感、QOLに影響を及ぼす職場内の具体的な支援内容を明らかにすることで、がん患者にとって働きやすい職場環境の形成に寄与することができる。

II. 研究方法

1. 用語の定義

本研究での就労とは、金銭的な利益を得て労働していることと定義とする。勤務形態や雇用形態は問わない。

2. 研究枠組み

研究枠組みは、1) がん患者に対する職場による支援と職務満足感の関連、2) がん患者に対する職場による支援とQOLの関連について、交絡変数の影響を調整して関連性を検証する(図1)。

3. 対象者および調査方法

中四国地方3県内の、がん相談支援センターあるいはがん化学療法・放射線療法を外来部門として開設している病院3機関、がん患者会15団体の合計18の組織から研究協力への承諾が得られた。研究デザインは観察的横断研究で、2018年12月から2019年9月に18の組織に通う通院しながら就労しているがん患者、もしくは過去3ヶ月以内に退職したがん患者を対象に、無記名自記式質問紙調査を実施した。就労生活はエピソード記憶に分類され記憶保持時間が長く、一生に渡って保持される記憶であり体験の詳細な記憶は3ヶ月保持されることから¹⁴⁾、過去3ヶ月以内の退職者も本研究の対象者とした。調査表の配布方法は、研究者が直接対象者に研究協力を依頼する方法と、研究協力の同意が得られた団体の職員から対象者に研究協力を依頼する方法の2通りとし、研究参加の意思のある対象者に説明文書と自記式質問紙を手渡しで配布し回収した。

4. 調査内容

独立変数は「職場による支援」とし、職場で提供されている15の支援の利用有無について尋ねた。従属変数

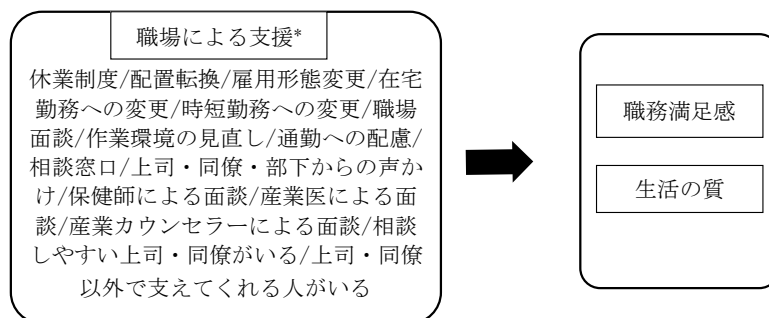


図1 研究枠組み

* 職場による各支援の利用有無と職務満足感、職場による各支援の利用有無と生活の質について、それぞれ関連性を検証する。

は職務満足感およびQOLの2変数とした。さらに、交絡の可能性が考えられる基本属性、疾患の状況、就労状況等の項目についても質問紙を用いて情報収集した。

独立変数とした職場による15の各支援の内容は、厚生労働省の事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン¹⁾を参照し、15種類の職場による支援について質問した。支援の内容は、1) 休業制度、2) 配置転換、3) 雇用形態変更、4) 在宅勤務への変更、5) 時短勤務への変更、6) 職場面談、7) 作業環境の見直し、8) 通勤への配慮、9) 相談窓口、10) 上司・同僚・部下からの声かけ、11) 保健師による面談、12) 産業医による面談、13) 産業カウンセラーによる面談、14) 相談しやすい上司・同僚がいる、15) 上司・同僚以外で支えてくれる人がいる、とした。いずれも、各質問に対して、その支援制度や内容を利用したかどうか、利用の有無（あり、なし）について回答を得た。

従属変数は、職務満足感およびQOLの2変数を設定した。ひとつ目の職務満足感の測定尺度は、Minnesota Satisfaction Questionnaire : MSQ（以下MSQとする）を使用した¹⁵⁾。MSQは職務満足感に関する複数の要因を想定し、給与・上司・同僚等の特定の事象に関する満足感を尋ねる尺度で20項目から構成されている。MSQのデータは「とても当てはまる」を1点、「とても当てはまらない」を5点として5件法で回答を得点化しスコアを算出して用いた（得点範囲20～100点）。尺度の使用方法に従い、算出したスコアは、75パーセンタイル値以上で「満足している」、25未満で「満足度が低い」、26～74で「平均的な満足度」と判定される¹⁵⁾。本研究では75%パーセンタイル値である60点をカットオフ値とし2群に区分し、得点低群と高群を設けた。なお、25パーセンタイルは15点、50パーセンタイルは30点であった。重回帰分析ではスコアを連続量で使用した。MSQは信頼性・妥当性を検証した日本語版が存在しないため、研究者が原著者に許可を得た上で日本語に訳したものを使用した。翻訳した日本語は、研究に関与しない翻訳者に依頼し複数回のバックトランスレーションを行った。また、JIG (Job in General) の尺度は、“仕事に対する全体的な満足度”を測定するもので、MSQと同様に世界的に使用されており、信頼性・妥当性も検証されている (Cronbach's $\alpha=0.92$)¹⁶⁾。JIGは職務のさまざまな側面または職務全体を説明する句と短い形容詞からなる18の質問項目から構成されている。MSQと異なる点は、JIGでは“仕事に対する全体的な満足度”を尋ねており、MSQでは給与、上司の管理能力、同僚との仕事の分担

など職務そのものの以外の側面についても尋ね、2つの尺度は職務満足感について測定する範囲がやや異なっている。JIGでは18の質問に対して、それぞれ「当てはまる」「わからない」「当てはまらない」の三件法で問う。「当てはまる」を3点、「わからない」を1点、「当てはまらない」を0点として各質問項目をスコアリングする（逆転項目あり、得点範囲0～54点）。研究で使用したMSQの日本語訳の妥当性を検証するため、野口ら¹⁷⁾のJIG日本語版試訳を使用し、MSQスコアとJIGスコアの相関係数を確認した。

ふたつ目のQOLを測定する尺度は、健康関連QOLを測定するための信頼性・妥当性が検証されたSF-12 (MOS 12-Item Short-Form Health Survey) を使用した^{18,19)}。この尺度は12項目の質問で構成され、3つの下位尺度である身体的QOL、精神的QOL、役割/社会的QOLごとに開発者が提示しているスコアリングルールにそって得点を算出した（得点範囲0～100点）。得点が高いほど良い健康状態であることを表す。重回帰分析ではスコアを連続量で使用した。3つのQOLは、開発者によって設定された2007年国民標準値の中央値（身体的QOLは52.5点；精神的QOLは50.9点；役割/社会的QOLは52.0点）をカットオフ値とし、得点低群と高群の2群に区分してクロス集計に使用した^{18,19)}。

基本属性等の項目は、年齢（歳）、性別（男/女）、身近な相談相手や頼れる相手の有無（いる/いない）、通院頻度（1ヶ月以内/2～3ヶ月毎/4～5ヶ月毎/6～12ヶ月毎）、社会保障制度利用の有無（あり/なし）、1週間の就労日数（0～7日）を尋ねた。これらは、交絡変数の可能性があるものと考え、重回帰分析のモデルに投入した。

職場・医療従事者以外で身近な相談相手や頼れる相手の有無は、配偶者や患者仲間にいる者のセルフケア能力は高いことが明らかとなっており²⁰⁾、社会保障制度の活用は、活用することで精神的健康をもたらしことが明らかとなっているため²¹⁾、これらを交絡変数として情報収集した。また、通院頻度は、外来化学療法患者が抱える苦痛に社会活動の制約が挙げられていること²²⁾、治療方法や内容によって精神面、身体面への影響が異なることから^{23,24)}、交絡変数として質問項目に含めた。

その他に、就労しているがん患者の実態について記述統計を示すため、疾患や治療に関する情報についても尋ねた。就労状況や就労日数については、就労中、退職、休職それぞれで心理的ストレスや-変化が生じることが知られている²¹⁾。

5. 分析方法

対象者の基本属性、疾患や治療に関する情報について、MSQで測定した職務満足感およびSF-12で測定した3つのQOL（身体的QOL、精神的QOL、役割/社会的QOL）の高低群でクロス集計を行った。次に、職場による支援の有無ごとの職務満足感および3つのQOLについて得点の平均値および標準偏差、最小値、最大値を算出した。主解析は、職場による15の各支援の利用有無を独立変数、職務満足感、および身体的QOL、精神的QOL、役割/社会的QOLの3つのQOLを従属変数とし、基本属性等の変数を交絡変数とした重回帰分析を強制投入法で行い、非標準化偏回帰係数Bおよび95%信頼区間を算出した。独立変数は15種類の職場による各支援の利用有無を尋ねておりデータは二値で単位が同様であるため、本研究では標準化しない係数B（非標準化係数）およびBの信頼区間によって効果量を推定した。多重共線性を回避するため、独立変数と交絡変数のVIFおよび相関を確認し、変数間の相関係数は $r=\pm 0.446$ の範囲であること、および残差の正規性を事前に確認した。分析は、SPSS ver. 26.0（IBM Japan, Tokyo）を使用した。

6. 倫理的配慮

対象者には、個人を特定できる情報は問わず、研究の参加を拒否することができ、不参加により不利益を被らないこと、心理的負担、時間的負担を感じる時は、すぐに研究への参加を拒否・中止できること、調査票の回答をもって同意を得たとみなすこと等を説明文書に記載し口頭でも説明した。本研究は岡山県立大学倫理委員会の承認を得て実施した（受付番号：18-57, 2018年11月22日承認）。

III. 研究結果

調査票は355名に配布し、177名より回収した（回収率49.9%）。MSQおよびSF-12に欠損のあった33名を除く144名を最終解析対象者とした（有効回答率40.6%）。本研究で日本語に訳したMSQ尺度のCronbach's α 係数は0.917であった。またMSQ尺度が妥当なものか検証する為にJIGを同時に調査し、MSQ得点との相関を確認した結果、MSQ得点とJIG得点の相関係数（ $r=0.49$ ）は1%水準で有意に相関していた。

記述統計の結果、対象者の平均年齢は 54.4 ± 10.13 歳、男性39名（27.1%）、女性105名（72.9%）であった。がんの種類は乳がんが65名（41.7%）と最も多かった。手術、

抗がん治療は6割近い対象者が受療しており、経口抗がん治療、放射線治療を受けている対象者はいずれも8割以上であった。通院頻度は、1ヶ月以内に1～2回通院している対象者が68名（50.4%）であった。一週間の就労日数は0～4日が36名（28.8%）、5日が71名（56.8%）、6～7日が18名（14.4%）であった。クロス集計の結果、身体的QOL低群が約4割、精神的QOLおよび役割/社会的QOL低群が8～9割と、QOLが低いと回答したものが多かった（表1）。

対象者144名のうち、就労中のがん患者 $n=117$ と、退職後/休職中のがん患者 $n=27$ について、MSQ、身体的QOL、精神的QOL、役割/社会的QOLの得点平均および標準偏差（以下 $\text{mean} \pm \text{SD}$ ）に有意な差があるかt検定を実施した。就労中のがん患者のMSQ得点は、 $\text{mean} \pm \text{SD}$ 70.76（10.12）、退職後/休職中のがん患者では70.41（9.98）であり、5%水準で有意な差はなかった（ $p=0.98$ ）。同様に身体的QOL得点の $\text{mean} \pm \text{SD}$ は48.46（12.44）vs 49.09（9.69）（ $p=0.81$ ）、精神的QOL得点の $\text{mean} \pm \text{SD}$ は53.24（7.55）vs 50.55（7.48）、 $p=0.10$ で有意な差はみられなかった。役割/社会的QOL得点の $\text{mean} \pm \text{SD}$ は44.47（10.19）vs 37.24（12.36）、 $p<0.01$ であり有意な差が認められた。

職場による各支援の利用有無と職務満足感および3つのQOLに関する記述統計の結果を表2に示した。職務満足感の $\text{mean} \pm \text{SD}$ は、いずれの支援も利用なしでは30点代であったが、相談窓口の利用あり58.40（33.25）、上司・同僚・部下からの声かけあり42.61（25.76）、保健師による面談の利用あり59.00（26.87）、産業医による面談の利用あり52.67（28.48）、産業カウンセラーによる面談の利用あり66.33（36.75）、相談しやすい上司・同僚がいる41.24（26.07）、上司・同僚以外で支えてくれる人がある50.23（24.93）では、平均点が40点から60点代であった。3つのQOLでは、いずれのQOLに関しても、職場による支援の利用有無の両群で平均点は40点から50点代で類似しており、支援を利用した場合でもしなかった場合よりQOLの点数が低い結果が散見された（表2）。

職場による各支援の利用有無と職務満足感について重回帰分析を行った結果（表3）、有意な関連が認められた職場による支援の内容は、相談窓口がある（ $B=32.05$, $CI: 8.47, 55.62$ ）、産業カウンセラーによる面談（ $B=30.88$, $CI: 3.50, 58.26$ ）、相談しやすい上司・同僚がいる（ $B=10.63$, $CI: 0.84, 20.41$ ）、上司・同僚以外で支えてくれる人がある（ $B=-21.77$, $CI: 11.07, 32.47$ ）であり、いずれも

表1 対象者の基本属性, 疾患・治療, 就労状況と, 職務満足感およびQOLのクロス集計 (N=144)

	Total*	職務満足感 (MSQ) [†]		身体的 QOL [†]		精神的 QOL [†]		役割/社会的 QOL [†]	
	n (%)	低群 n (%)	高群 n (%)	低群 n (%)	高群 n (%)	低群 n (%)	高群 n (%)	低群 n (%)	高群 n (%)
合計	144 (100)	76 (52.8)	68 (47.2)	54 (37.5)	90 (62.5)	116 (80.6)	28 (19.4)	130 (90.3)	14 (9.7)
性別									
男性	39 (27.1)	25 (65.8)	13 (34.2)	13 (33.3)	26 (66.7)	31 (79.5)	8 (20.5)	35 (89.7)	4 (10.3)
女性	105 (72.9)	50 (47.6)	55 (52.4)	41 (39.0)	64 (61.0)	85 (81.0)	20 (19.0)	95 (90.5)	10 (9.5)
年齢									
20代	1 (0.8)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)
30代	8 (6.4)	1 (12.5)	7 (87.5)	3 (37.5)	5 (62.5)	6 (75.0)	2 (25.0)	7 (87.5)	1 (12.5)
40代	29 (23.2)	14 (48.3)	15 (51.7)	8 (27.6)	21 (72.4)	22 (75.9)	7 (24.1)	28 (96.6)	1 (3.4)
50代	42 (33.6)	16 (39.0)	25 (61.0)	20 (47.6)	22 (52.4)	35 (83.3)	7 (16.7)	36 (85.7)	6 (14.3)
60代	39 (31.2)	27 (6.29)	12 (30.8)	13 (33.3)	26 (66.7)	31 (79.5)	8 (20.5)	36 (92.3)	3 (7.7)
70代	6 (4.8)	6 (100.0)	0 (0.0)	2 (33.3)	4 (66.7)	4 (66.7)	2 (33.3)	5 (83.3)	1 (16.7)
頼れる相手									
いる	121 (84.0)	62 (51.7)	58 (48.3)	41 (33.9)	80 (66.1)	94 (77.7)	27 (22.3)	108 (89.3)	13 (10.7)
いない	15 (10.4)	10 (58.8)	7 (41.2)	10 (58.8)	7 (41.2)	16 (94.1)	1 (5.9)	16 (94.1)	1 (5.9)
がん治療の状況									
手術									
なし	63 (43.8)	30 (47.6)	33 (52.4)	19 (30.2)	44 (69.8)	51 (81.0)	12 (19.0)	55 (87.3)	8 (12.7)
あり	81 (56.2)	45 (56.3)	35 (43.8)	35 (43.2)	46 (56.8)	65 (80.2)	16 (19.8)	75 (92.6)	6 (7.4)
抗がん治療									
なし	59 (41.0)	23 (39.0)	36 (61.0)	20 (33.9)	39 (66.1)	47 (79.7)	12 (20.3)	54 (91.5)	5 (8.5)
あり	85 (59.0)	52 (61.9)	32 (38.1)	34 (40.0)	51 (60.0)	69 (81.2)	16 (18.8)	76 (89.4)	9 (10.6)
経口がん治療									
なし	135 (93.8)	70 (52.2)	64 (47.8)	50 (37.0)	85 (63.0)	108 (80.0)	27 (20.0)	122 (90.4)	13 (9.6)
あり	9 (6.2)	5 (55.6)	4 (44.4)	4 (44.4)	5 (55.6)	8 (88.9)	1 (11.1)	8 (88.9)	1 (11.1)
放射線療法									
なし	118 (81.9)	60 (51.3)	57 (48.7)	44 (37.3)	74 (62.7)	94 (79.7)	24 (20.3)	105 (89.0)	13 (11.0)
あり	26 (18.1)	15 (57.7)	11 (42.3)	10 (38.5)	16 (61.5)	22 (84.6)	4 (15.4)	25 (96.2)	1 (3.8)
ホルモン療法									
なし	98 (68.1)	49 (50.5)	48 (49.5)	39 (39.8)	59 (60.2)	78 (79.6)	20 (20.4)	86 (87.8)	12 (12.2)
あり	46 (31.9)	26 (56.5)	20 (43.5)	15 (32.6)	31 (67.4)	38 (82.6)	8 (17.4)	44 (95.7)	2 (4.3)
通院頻度									
1ヶ月以内	68 (50.4)	42 (62.7)	25 (37.3)	25 (36.8)	43 (63.2)	54 (79.4)	14 (20.6)	58 (85.3)	10 (14.7)
2～3ヶ月	7 (5.2)	4 (57.1)	3 (42.9)	2 (28.6)	5 (71.4)	5 (71.4)	2 (28.6)	7 (100.0)	0 (0.0)
4～5ヶ月	24 (17.8)	9 (37.5)	15 (62.5)	11 (45.8)	13 (54.2)	21 (87.5)	3 (12.5)	22 (91.7)	2 (8.3)
6～12ヶ月	36 (26.7)	12 (33.3)	24 (66.7)	13 (36.1)	23 (63.9)	29 (80.6)	7 (19.4)	34 (94.4)	2 (5.6)
社会保障制度の利用									
なし	2 (6.1)	0 (0.0)	2 (100.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)
あり	31 (93.9)	18 (58.1)	13 (41.9)	10 (32.3)	21 (67.7)	26 (83.9)	5 (16.1)	26 (83.9)	5 (16.1)
就労状況									
就労中	117 (81.3)	59 (50.9)	57 (49.1)	42 (35.9)	75 (64.1)	93 (79.5)	24 (20.5)	106 (90.6)	11 (9.4)
退職	16 (11.1)	10 (62.5)	6 (37.5)	6 (37.5)	10 (62.5)	14 (87.5)	2 (12.5)	15 (93.8)	1 (6.3)
休職中	11 (7.6)	6 (54.5)	5 (45.5)	6 (54.5)	5 (45.5)	9 (81.8)	2 (18.2)	9 (81.8)	2 (18.2)
就労日数									
0～4日	36 (28.8)	23 (63.9)	13 (36.1)	14 (38.9)	22 (61.1)	32 (88.9)	4 (11.1)	34 (94.4)	2 (5.6)
5～5.9日	71 (56.8)	31 (44.3)	39 (55.7)	29 (40.8)	42 (59.2)	55 (77.5)	16 (22.5)	62 (87.3)	9 (12.7)
6～7日	18 (14.4)	8 (44.4)	10 (55.6)	3 (16.7)	15 (83.3)	15 (83.3)	3 (16.7)	16 (88.9)	2 (11.1)

注：各変数のカテゴリに無回答が存在するため、合計が最終解析対象者N=144と一致しない。

* N=144のうち無回答を除いた度数に対する割合を示した。

† N=144をMSQ, 身体的QOL, 精神的QOL, 役割/社会的QOLの各変数を低群・高群に区分し, 低群, 高群の合計を100%として各変数のカテゴリごとにn数および割合を示した。

表2 職場による支援の利用有無と職務満足感およびQOLの記述統計 (N=144)

	Total			職務満足感 (MSQ)				身体的QOL				精神的QOL				役割/社会的QOL			
	n	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD
休業制度	なし	68	36.61	22.17	2	83	11.43	14.20	68.80	48.67	11.43	14.20	68.80	52.61	7.32	36.40	67.46	42.84	10.63
	あり	76	33.85	25.21	3	93	12.46	10.20	75.90	48.49	12.46	10.20	75.90	52.85	7.86	33.10	71.70	43.35	11.30
配置転換	なし	132	34.36	22.72	3	90	11.23	10.20	68.80	48.87	11.23	10.20	68.80	52.94	7.54	33.10	71.70	43.20	10.66
	あり	12	43.58	33.21	2	93	18.45	14.20	75.90	45.28	18.45	14.20	75.90	50.50	8.04	34.60	63.20	42.14	14.33
雇用形態変更	なし	138	34.70	23.57	2	93	12.18	10.20	75.90	48.48	12.18	10.20	75.90	52.81	7.54	33.10	71.70	42.97	11.05
	あり	6	47.40	29.18	17	85	2.58	46.90	54.10	50.76	2.58	46.90	54.10	51.20	9.24	34.60	60.40	46.27	8.55
在宅勤務への変更	なし	139	35.29	23.80	2	93	12.02	10.20	75.90	48.48	12.02	10.20	75.90	52.77	7.69	33.10	71.70	43.45	10.96
	あり	5	31.40	25.54	10	73	10.21	37.20	64.08	51.10	10.21	37.20	64.08	51.86	3.63	48.00	57.38	33.58	5.62
時短勤務への変更	なし	117	34.64	23.65	2	93	11.86	10.20	75.90	48.91	11.86	10.20	75.90	53.30	7.46	33.10	71.70	42.88	11.09
	あり	27	37.63	24.75	10	90	12.43	14.20	68.80	47.14	12.43	14.20	68.80	50.30	7.80	34.60	65.80	44.13	10.48
職場面談	なし	122	34.02	23.08	2	93	12.01	14.20	75.90	48.70	12.01	14.20	75.90	52.62	7.42	33.10	68.20	42.78	10.95
	あり	22	41.23	27.03	4	90	11.82	10.20	62.40	47.86	11.82	10.20	62.40	53.39	8.62	34.60	71.70	44.93	11.05
作業環境の見直し	なし	130	35.44	24.13	2	93	11.41	14.20	75.90	49.66	11.41	14.20	75.90	52.73	7.53	33.10	71.70	43.26	10.98
	あり	14	32.50	20.95	4	70	12.56	10.20	58.05	38.55	12.56	10.20	58.05	52.84	8.33	34.60	65.80	41.74	11.05
通勤への配慮	なし	136	34.89	24.09	2	93	11.06	16.40	68.80	48.83	11.06	16.40	68.80	52.77	7.51	33.10	71.70	43.64	10.31
	あり	8	39.38	18.49	11	60	23.05	10.20	75.90	44.22	23.05	10.20	75.90	52.18	9.25	36.80	61.70	34.19	17.52
相談窓口	なし	139	34.29	23.08	2	93	12.13	10.20	75.90	48.56	12.13	10.20	75.90	52.91	7.53	33.10	71.70	43.02	11.11
	あり	5	58.40	33.25	7	90	4.53	42.30	53.70	49.10	4.53	42.30	53.70	48.10	8.46	34.60	54.50	45.64	5.21
上司・同僚・部下からの声かけ	なし	79	29.39	20.50	2	83	12.07	10.20	68.40	47.65	12.07	10.20	68.40	52.69	7.07	33.10	71.70	42.39	11.53
	あり	65	42.61	25.76	4	93	11.78	14.20	75.90	49.70	11.78	14.20	75.90	52.80	8.22	34.60	67.46	43.99	10.23
保健師による面談	なし	142	34.80	23.66	2	93	12.00	10.20	75.90	48.48	12.00	10.20	75.90	52.69	7.59	33.10	71.70	43.05	11.02
	あり	2	59.00	26.87	40	78	2.12	54.00	57.00	55.50	2.12	54.00	57.00	56.20	8.77	50.00	62.40	47.80	2.26
産業医による面談	なし	138	34.37	23.37	2	93	11.89	10.20	75.90	48.52	11.89	10.20	75.90	52.69	7.62	33.10	71.70	42.73	10.93
	あり	6	52.67	28.48	15	90	14.38	20.90	59.60	49.87	14.38	20.90	59.60	53.98	7.24	44.00	62.40	51.90	8.14
産業カウンセラーによる面談	なし	141	34.47	23.16	2	93	12.00	10.20	75.90	48.42	12.00	10.20	75.90	52.74	7.66	33.10	71.70	43.01	11.05
	あり	3	66.33	36.75	24	90	6.31	51.10	63.10	55.97	6.31	51.10	63.10	52.60	1.14	51.30	53.40	47.77	1.82
相談しやすい上司・同僚がいる	なし	75	29.56	20.07	3	87	12.65	10.20	75.90	48.94	12.65	10.20	75.90	52.47	7.25	33.10	68.20	40.94	11.37
	あり	69	41.24	26.07	2	93	11.21	14.20	63.10	48.18	11.21	14.20	63.10	53.03	7.98	34.60	71.70	45.48	10.05
上司・同僚以外で支えてくれる人がいる	なし	111	30.86	21.71	2	87	11.13	19.80	75.90	49.14	11.13	19.80	75.90	52.07	7.43	33.10	71.70	42.31	11.22
	あり	33	50.23	24.93	9	93	14.38	10.20	62.40	46.66	14.38	10.20	62.40	55.00	7.77	34.60	67.40	45.80	9.72
n	度数	Mean	標準偏差	SD	最小値	Max	最大値												

表3 職場による支援の利用と、職務満足感および3つのQOLの非標準化偏回帰係数(B)および95%信頼区間(CI)(N=144)

	職務満足感 (MSQ)			身体的 QOL			精神的 QOL			役割/社会的 QOL		
	B	95% LCI	95% UCI	B	95% LCI	95% UCI	B	95% LCI	95% UCI	B	95% LCI	95% UCI
休業制度 (決定係数)	-2.12	-12.09	7.85	-1.79	-6.84	3.27	-0.74	-3.80	2.33	-1.54	-5.81	2.72
	R ² =0.22 (-0.06)			R ² =0.29 (0.04)			R ² =0.18 (-0.11)			R ² =0.45 (-0.07)		
配置転換 (決定係数)	13.14	-2.26	28.54	-3.04	-11.08	4.99	-4.05	-8.86	0.76	0.42	-6.39	7.23
	R ² =0.24 (-0.03)			R ² =0.20 (-0.08)			R ² =0.24 (-0.02)			R ² =0.21 (-0.07)		
雇用形態変更 (決定係数)	-0.52	-25.56	24.52	5.85	-5.77	17.47	-0.64	-7.72	6.44	3.06	-6.79	12.91
	R ² =0.22 (-0.06)			R ² =0.20 (-0.07)			R ² =0.21 (-0.07)			R ² =0.20 (-0.08)		
在宅勤務への変更 (決定係数)	-29.65	-77.26	17.96	15.07	-9.55	39.69	5.42	-9.58	20.41	-4.76	-25.7	16.18
	R ² =0.19 (-0.04)			R ² =0.20 (-0.04)			R ² =0.18 (-0.07)			R ² =0.19 (-0.05)		
時短勤務への変更 (決定係数)	3.70	-8.91	16.31	-0.80	-6.95	5.35	-2.22	-5.92	1.48	0.41	-4.78	5.61
	R ² =0.33 (0.10)			R ² =0.20 (-0.08)			R ² =0.24 (-0.02)			R ² =0.22 (-0.06)		
職場面談 (決定係数)	5.71	-7.37	18.80	-7.89	-15.54	-0.23	-0.40	-5.14	4.34	-0.86	-7.47	5.74
	R ² =0.19 (-0.09)			R ² =0.20 (0.07)			R ² =0.29 (0.04)			R ² =0.20 (-0.08)		
作業環境の見直し (決定係数)	-3.51	-18.68	11.66	-4.51	-14.16	5.14	-2.06	-7.91	3.80	-10.75	-18.64	-2.86
	R ² =0.24 (-0.02)			R ² =0.31 (0.07)			R ² =0.18 (-0.11)			R ² =0.23 (-0.04)		
通勤への配慮 (決定係数)	1.52	-17.26	20.3	3.76	-8.86	16.38	-7.10	-14.62	0.42	3.97	-6.68	14.62
	R ² =0.28 (0.03)			R ² =0.29 (0.04)			R ² =0.18 (-0.11)			R ² =0.37 (0.16)		
相談窓口 (決定係数)	32.05	8.47	55.62	3.48	-1.71	8.67	0.22	-2.95	3.39	-0.78	-5.20	3.64
	R ² =0.27 (0.01)			R ² =0.22 (-0.05)			R ² =0.25 (-0.01)			R ² =0.21 (-0.07)		
上司・同僚・部下からの声かけ (決定係数)	10.34	0.24	20.43	8.69	-16.08	33.46	-2.80	-17.83	12.23	8.72	-12.18	29.62
	R ² =0.33 (0.09)			R ² =0.21 (-0.06)			R ² =0.19 (-0.09)			R ² =0.20 (-0.08)		
保健師による面談 (決定係数)	0.31	-47.74	48.35	-0.86	-13.49	11.77	-3.58	-11.19	4.04	12.47	2.12	22.83
	R ² =0.19 (-0.04)			R ² =0.20 (-0.04)			R ² =0.18 (-0.07)			R ² =0.19 (-0.05)		
産業医による面談 (決定係数)	12.87	-11.42	37.17	5.84	-8.65	20.33	-0.42	-9.23	8.38	5.15	-7.08	17.39
	R ² =0.32 (0.09)			R ² =0.20 (-0.08)			R ² =0.19 (-0.10)			R ² =0.20 (-0.08)		
産業カウンセラーの面談 (決定係数)	30.88	3.5	58.26	-2.02	-7.12	3.08	0.96	-2.13	4.06	3.59	-0.67	7.85
	R ² =0.35 (0.12)			R ² =0.20 (-0.08)			R ² =0.18 (-0.11)			R ² =0.19 (-0.09)		
相談しやすい上司・同僚がいる (決定係数)	10.63	0.84	20.41	-3.88	-9.63	1.87	3.91	0.49	7.34	3.28	-1.58	8.14
	R ² =0.35 (0.12)			R ² =0.20 (-0.08)			R ² =0.18 (-0.11)			R ² =0.34 (0.11)		
上司・同僚以外で支えてくれる人がある (決定係数)	21.77	11.07	32.47	1.67	-5.38	8.72	-4.06	-8.25	0.14	2.39	-3.55	8.33
	R ² =0.26 (0.01)			R ² =0.28 (0.02)			R ² =0.21 (-0.06)			R ² =0.44 (-0.09)		

QOL : quality of life, B : 非標準化偏回帰係数, LCI : lower confidence interval. UCI : upper confidence interval. 独立変数である職場による15の支援ごとに、年齢(歳)、性別(男/女)、頼れる相手(いる/いない)、通院頻度(1ヶ月以内/2~3ヶ月毎/4~5ヶ月毎/6~12ヶ月毎)、社会保障制度利用(あり/なし)、1週間の就労日数(0~7日)を交絡変数として調整した結果を提示した。

Reference(参照値)はいずれも支援利用なし。決定係数について、括弧内に自由度調整済み決定係数を記載した。

職務満足感が高い方向に関連していた。職場による各支援の利用有無とQOLの重回帰分析を行なった結果、職場面談をすることと、身体的QOLは負の方向に有意に関連していた(B=-7.89, CI: -15.54, -0.23)。相談しやすい上司・同僚がいることは、精神的QOLが高い方向に有意に関連していた(B=3.91, CI: 0.49, 7.34)。作業環境の見直しは役割/社会的QOLが低い方向に(B=-10.75, CI: -18.64, -2.86)、保健師による面談は役割/社会的QOLが高い方向に有意な関連が認められた(B=12.47, CI: 2.12, 22.83)。

IV. 考察

1. 対象者の基本属性及び治療と就労状況

男女比は男性39名(27.1%)、女性105名(72.9%)であり、女性の対象者が多かった。調査協力を得られたがん患者会15団体のうち4団体が乳がん患者会であり、対象者のうち約4割が乳がん患者であった。乳がんは女性のがん罹患数で最も多く²⁵⁾、全国にも多くの乳がん患者会が存在する。乳がんの5年生存率は91.1%であり、治療しながら就労継続や社会復帰が進んでいることが推察される。治療状況について、1ヶ月以内に1~2回通院している対象者が68名(50.4%)で、抗がん治療は85名(59.0%)、手術は81名(56.2%)が受けていた。抗が

ん治療は、強い副作用や体力低下を引き起こし社会活動の制限が生じることが知られており、手術療法は、生活に支障をきたすほどの身体不快症状が発現する可能性もある²⁶⁾。がん罹患から職場復帰までに身体的な支障に伴い困難感を抱いているがん患者が多いことが報告されており⁴⁾、身体的精神的困難が生じるなかで就労していることが推察される。

就労日数や就労時間が短い群では、がん治療による影響によって日数や時間を短縮しているかどうかは情報を得ていないが、QOLや職務満足感が低い対象者の割合が多く、フルタイムで勤務できない状態のがん患者の業務内容や遂行状況、QOLへの配慮が必要である。

2. 職場による支援と職務満足感・QOLとの関連

職場による支援のうち、相談しやすい上司・同僚がいることと、精神的QOLが高いこと、保健師による面談と役割/社会的QOLが高いことは有意に関連していた。また、相談窓口がある、上司・同僚・部下からの声かけ、産業カウンセラーによる面談、相談しやすい上司・同僚の存在、上司・同僚以外で支えてくれる人の存在は、職務満足感が高いことと関連していた。これらは、いずれも他者に相談するなど心理的な支援を受けることと関係しており、人との関わりによってもたらされた支援と捉えることができる。先行研究では、職場内で求められた精神的サポートの内容として、ちょっとした相談にのってくれる人や医療面や経済面で専門的に相談にのってくれる相手が挙げられており⁴⁾、職場で相談できる人の存在が必要である。そのなかでも、上司・同僚は物理的に近く相談しやすい存在であり、保健師、産業カウンセラーは、医療や経済的な支援の情報提供が可能な専門職である。産業保健スタッフは、人事や上司などの従業員とは異なる守秘義務を有している。一方で、上司・同僚、あるいはそれ以外の職場の仲間への相談は、担当する業務内容や同じ会社の職業人としての立場でがん治療をしながら就労継続するために、より立場や状況を理解してもらったうえで相談することが可能である。一般労働者を対象とした研究では、相談する相手がいない、職場の人間関係が悪いなどの職場内での人間関係の希薄化が労働者のQOLに関連があることが明らかになっており²⁷⁾、就労しているがん患者にとっても当てはまると推察する。このように、職場内で相談しやすい上司や同僚、仲間がいること、医療や経済的支援について専門的な相談ができる産業保健スタッフの存在は、職務満足感の向上や、精神的QOL、役割/社会的QOLの向

上に有用である可能性がある。

職場面談をすることと身体的QOLが低いことは有意に関連していた。がんの治療は体に相当な負担がかかり、特にがん化学療法を受けるがん患者は倦怠感が強く、倦怠感のような身体症状への支援が精神的症状の緩和のために重要であると報告されている²⁶⁾。職場復帰にあたっての不安は、身体的支障が一番多く⁴⁾、職場面談を受けたがん患者はその時点で身体的QOLが低い状態であり、相談に至った可能性が考えられる。職場面談によって身体的QOLを下げるように影響したのではなく、逆の因果関係の可能性が否定できないが、職場面談が必要な就労しているがん患者は、QOLの低下が生じている可能性を考慮し対応する必要がある。

作業環境の見直しと役割/社会的QOLが低いことが関連していた。がん患者は、将来の見通しが立たない不安や適切な情報が得られず状況を理解できないことによる不安、身体感覚に確信が得られない不安があり²⁷⁾、治療前と変わらない生活を送りたい思いと困難な現状における葛藤を抱えていることが明らかとなっている²⁹⁾。がん患者は、就労において職場からの支援を必要としながらも、支援を受けることでの罹患前の生活との違いに葛藤を抱えており、作業環境の調整を受けることはそれまでの業務上の役割を以前のように遂行できず、この葛藤が就労しているがん患者の役割/社会的QOLの低下に関連している可能性がある。

本研究では、上司・同僚への相談がしやすいことは精神的QOLを高めること、保健師による面談は役割/社会的QOLを高めること、また、相談窓口がある、上司・同僚・部下からの声かけ、産業カウンセラーによる面談、相談しやすい上司・同僚の存在、上司・同僚以外で支えてくれる人の存在は、職務満足感を高める可能性があることが示唆された。いずれも人的資源による支援であり、人との関わり的重要性が示された。職場の良好な人間関係や相談しやすいスタッフの存在が、がん治療中の労働者の職務満足感やQOLを高め、治療と就労の両立を達成するために役立つと推察される。産業保健スタッフの配置がない職場が多いのが現状であるため、がん治療中の従業員を事業場内で保健師が直接支援するケースは一部に限られるかもしれない。しかし、職場の人事担当者や管理職に対して、治療と就労の両立支援において声かけや職場の良好な人間関係づくりが重要であることを伝え、両立支援に向けた取り組みをさらに推進することが必要である。

3. 研究の限界と課題

本研究は、自記式質問紙を利用し、過去3ヶ月以内に退職したがん患者も対象に含めている。調査に用いたSF-12は調査時から1ヶ月以内について尋ねるため、3ヶ月未満の退職者の回答ではリコールバイアスによる誤分類を生じた可能性がある。今後はこれらのバイアスを回避できるような測定方法や研究デザインを検討し、研究を行う必要がある。また、中四国の3県にある18組織に所属するがん患者のみを対象としたため、男女比やがんの種類に偏りが生じ、外来通院の機会が少ないがん患者や、患者会に参加していないがん患者は含まれておらず、対象者の代表性に劣り一般化に限界がある。

研究対象者に就労継続中のがん患者に加えて退職後3ヶ月未満のがん患者も含めたため、退職を考える過程で保健師に相談したと推測されるケースなど、退職したがん患者と就労中のがん患者では病状による業務遂行上の困難の内容や程度、影響の度合いが異なっている可能性があり、必要な支援も異なっていた可能性がある。今後は退職せざるを得なかったがん患者に必要であった支援を明らかにすることも重要である。本研究では退職後の対象者は27名で、関連性を推定するために必要な対象者数が十分得られておらず、退職者のみについて検証することができなかった。一方で、就労を継続することができている要因を明らかにすることも必要である。今後これらの研究を積み重ねエビデンスを蓄積する必要がある。

V. 結論

がん患者が利用した職場による支援と職務満足感、QOLの関連について検証した結果、相談窓口がある、上司や同僚・部下からの声かけ、その他の職場の仲間からの支援は、職務満足感や精神的QOLの向上に関連していた。相談窓口があることや、保健師・産業カウンセラーなどの産業保健スタッフによる面談は、職務満足、役割/社会的QOLの向上に関連していた。職場面談は身体的QOLの低下に関連しており、作業環境の見直しも役割/社会的QOLの低下に関連していた。

付記

本研究は、修士学位論文の内容を再構成し修正したものである。

謝辞

本研究の実施にあたり、研究にご協力くださいました皆様、アンケートにご回答いただきました対象者の皆様に心より感謝申し上げます。

利益相反

本研究に開示すべき利益相反関連事項はありません。

引用文献

- 1) 国立がん研究センターがん情報サービス：がん登録・統計。最新がん統計2020年7月6日更新 https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.htm（検索日：2020年12月1日）
- 2) 厚生労働省：がん対策推進基本計画（第2期）2012. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/gan_keikaku02.pdf（検索日：2020年12月1日）
- 3) 厚生労働省：事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン，2016. <https://www.mhlw.go.jp/content/000492961.pdf>（検索日：2020年12月1日）
- 4) 松田彩子・小林未果・松下年子ほか：職場復帰したがん患者ががん患者の心のケアとサポート—インターネット調査より。総合病院精神医学，23(4)：378–386，2011.
- 5) 若林功：働く障害者の職業上の希望実現度と職務満足度が離職意図に及ぼす効果。職業リハビリテーション，21(1)：2–5，2007.
- 6) 櫻木晃裕：職務満足概念の構造と機能。豊橋創造大学紀要，10：37–47，2006.
- 7) 矢野優人・大野太郎：職務満足感に影響を与える要因の研究。日本心理学会大会発表論文集，70：169–169，2006.
- 8) 榊原（関）圭子・石川ひろの・木内貴弘：企業労働者におけるメンターからの支援と職務満足感および精神健康の関連。民族衛生，82(1)：3–19，2016.
- 9) 小玉かおり・伊藤敏弘：通院治療中のがん患者における休職関連要因とQOL。日本公衆衛生雑誌，66(9)：574–580，2019.
- 10) 吉川明守・宮崎隆穂：重度・重複障害者におけるQOL評価法の検討。新潟青陵大学短期大学部研究報告，38：147–153，2008.
- 11) 下妻晃二郎：がんとQOL。Journal of the National Institute of Public Health，53(3)：198–203，2004.
- 12) 佐藤大介・佐藤富美子：術後1年までの前立腺がん患者の機能障害に対する対処行動とQOLの関連。日本がん看護学会誌，24(2)：15–23，2010.
- 13) 府川晃子：化学療法を受ける高齢がん患者のQOLに関する文献レビュー。日本がん看護学会誌，31：76–81，2017.
- 14) Tulving E, Donaldson W, edit: Episodic and semantic memory, Organization of memory. Academic Press, New York, 1972.
- 15) Weiss DJ, Dawis RV, England GW, et al.: Manual for the

- Minnesota Satisfaction Questionnaire. University of Minnesota.
http://vpr.psych.umn.edu/sites/vpr.dl.umn.edu/files/monograph_xxii_-_manual_for_the_mn_satisfaction_questionnaire.pdf.
 1967. (検索日：2020年12月1日)
- 16) Brodke RHM, Sliter TM, Balzer KW et al. (2008): The Job Descriptive Index and Job in General Quick Reference Guide. <https://www.bgsu.edu/arts-and-sciences/psychology/services/job-descriptive-index.html>. (検索日：2020年12月1日)
 - 17) 野口裕之・渡辺直登：組織・心理テストの科学—項目反応理論による組織行動の探求. 株式会社白桃書房, 東京, 2015.
 - 18) Fukuhara S, Ware JE, Kosinski M, et al.: Psychometric and clinical tests of validity of the Japanese SF-36 Health Survey. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51: 1045–1053, 1998.
 - 19) Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD: A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3): 220–233, 1996.
 - 20) 藤塚未奈子・伊藤まゆみ・栗津朱美ほか：外来化学療法を受けるがん患者のセルフケア能力に関連する要因の検討. *共立女子大学看護雑誌*, 3: 29–37, 2016.
 - 21) 菊池信子：ケアマネジメントと社会資源—利用者側の資源活用—. *ソーシャルワーク研究*, 22(1): 31–39, 1996.
 - 22) 中本明世・北岡和代：メンタルヘルス不調による休職・離職経験を経て働き続けるキャリア中期看護師のプロセス. *Journal of Wellness and Health Care*, 41(2): 83–92, 2017.
 - 23) 中湜子：外来化学療法患者の苦痛と困難に関する看護師と患者の認知の比較と看護のあり方. *三重看護学誌*, 9: 41–54, 2007.
 - 24) 佐藤由紀子・山崎智子・内掘真弓ほか：神経膠腫の外科的治療後に高次脳機能障害を有した患者の生活の再編成. *日本がん看護学会誌*, 25(1): 5–13, 2011.
 - 25) 五十嵐久人・飯島純夫：女性雇用者のQOLと職業性ストレスの関係—正規雇用と非正規雇用の比較による検討—. *Yamanashi Nursing Journal*, 13(2): 1–7, 2015.
 - 26) 小暮麻弓・細川舞・高階淳子ほか：外来通院がん患者の倦怠感とその影響. *Kitakanto Medical Journal*, 58: 63–69, 2008.
 - 27) 川田智美・藤本桂子・小和田美由紀ほか：患者および家族の不確かさに関する研究内容の分析. *Kitakanto Medical Journal*, 62, 175–184. *Med J*, 58: 63–69, 2012.
 - 28) 磯部めぐみ・井上真奈美・高見由佳：外来化学療法患者が抱く「おもし」の特性と外来看護者の役割. *山口県立大学学術情報*, 4: 1–8, 2011.

産業看護職として従事する前に必要な知識項目の検討

The Required Knowledge Items for Working as Occupational Health Nurses

畑中純子¹, 落合のり子², 立川美香³, 鳥羽山睦子⁴, 三木明子⁵, 水谷聖子⁶

Junko Hatanaka¹, Noriko Ochiai², Mika Tachikawa³,
Mutsuko Tobayama⁴, Akiko Miki⁵, Seiko Mizutani⁶

¹ 静岡県立大学看護学部, ² 島根県立大学看護栄養学部, ³ 宇部フロンティア大学人間健康学部,

⁴ 聖隷福祉事業団保健事業部, ⁵ 関西医科大学看護学部, ⁶ 日本福祉大学看護学部

¹School of Nursing, University of Shizuoka, ²Faculty of Nursing and Nutrition, The University of Shimane,

³Department of Nursing, Ube Frontier University, ⁴Seirei Social Welfare Community,

⁵Faculty of Nursing, Kansai Medical University, ⁶Faculty of Nursing, Nihon Fukushi University

目的: 産業看護職として従事する前に必要な知識項目を明らかにすること。 **方法:** 日本産業看護学会学会員の看護系大学教員 50 人, 産業看護職 50 人を対象として質問紙の郵送によるデルファイ法を用いた調査を 2020 年 1 月から 2 月に行った。質問紙は 5 つの大項目, 143 の小項目から構成され, 同意率は 80% 以上とした。 **結果:** 第 1 回調査協力者は看護系大学教員 23 人, 産業看護職 28 人の計 51 人 (回収率 51.0%) であった。同意率 80% 以上の小項目数は 109 であった。第 2 回調査は 109 項目のなかから平均 5.5 点以上の 51 の小項目を調査項目とした。第 2 回調査協力者は看護系大学教員 11 人, 産業看護職 15 人の計 26 人 (回収率 83.9%) であった。同意率 80% 以上の項目は 5 つの大項目, 50 の小項目であった。 **結論:** 産業看護職として従事する前に必要な知識項目は 5 つの大項目, 50 の小項目であることが示された。

キーワード: 産業看護職, 産業看護に関する知識項目, デルファイ法

Objective: To identify the knowledge items necessary for working as an occupational health nurse. **Methods:** The subjects were fifty nursing university faculty members and fifty occupational health nursing professionals who were members of the Japan Academy of Occupational Health Nursing. The participants were surveyed using the Delphi method by mailing a questionnaire. The survey period was from January to February 2020. The questionnaire consisted of five major items and 143 minor items, with a consent rate set at 80% or higher. **Results:** A total of 51 participants (51.0% recovery rate) including 23 nursing university faculty members and 28 occupational health nursing professionals participated in the first survey. The number of minor items with a consent rate of 80% or higher was 109. Of the 109 items, the second survey included 51 minor items with an average score of 5.5 or more. The second survey included 26 participants, comprising of 11 nursing university faculty members and 15 occupational health nursing professionals. Items with a consent rate of 80% or higher included five major items and 50 minor items. **Conclusions:** The knowledge items required when working as an occupational health nurse were found to be five major items and 50 minor items.

Key words: Occupational health nurses, Knowledgeable items related to occupational health nursing, Delphi method

I. 緒言

日本の産業保健の課題を概観すると, 社会経済の変遷や労働者の高齢化や働き方の変化に伴い課題は多様化してきている。厚生労働大臣が 5 年ごとに策定する労働災害防止計画の第 13 次の計画¹⁾には, 産業保健の重点事項として職業性疾病の予防に加え, 労働者の健康確保, 過重労働による健康障害防止, メンタルヘルス対策等が挙げられ, 課題が多岐に渡っていることがわかる。そのため, 対策には職場の作業環境や作業条件の改善のみならず個々の労働者への個別性に応じた支援も必要となってきた。産業保健師・産業看護師 (以下, 産業看護職) は労働者の最も身近にいる保健専門職として, 日頃

の活動をととして職場や労働者と関係性を構築し, 多くの情報を把握していることで, 一人ひとりの労働者や各職場へのきめ細やかな支援を提供できる。産業看護職にはそのような適切な支援を可能とするための実践能力が求められる。

産業看護活動に必要な知識や技術の習得は, 看護基礎教育の期間では十分ではなく, 2014 年の実態調査では看護系大学において産業看護学を教科目として設定している大学は 39.0% に止まる²⁾。また, 2017 年の看護系大学の保健師教育課程においても産業看護学を教科目として実施しているのは 49.4% と半数にも満たない³⁾。産業看護学に関する教科目の設定は教育機関の裁量に委ねられており, 卒前教育においてすべての産業看護職がそれ

らの基礎知識や技術を得ることは難しい。このような状況を踏まえて、日本産業衛生学会産業看護部会は1996年から産業看護職継続教育システムを構築して運用を開始した。このなかに基礎的知識や技術を習得できる産業看護基礎コースが置かれていた⁴⁾。しかし、2015年に産業保健看護専門家制度となり資格認定試験または資格認定審査による登録の制度へと変更され⁵⁾、2021年時点では、産業看護の基礎をシステムとして習得できる場は無く、自己研鑽に委ねられている。

労働にはそれに伴う特有の健康障害があり、その予防ならびに労働者の健康の保持増進には、労働環境や労働条件等を踏まえたうえでの支援が求められ、産業看護職にはそれらに関する知識や対応する技術が必要となる。卒前教育で産業看護学が教授されないのならば、産業看護職の実践能力を向上させる基礎となる知識を習得する機会が必要である。また、日本の就業者6676万人⁶⁾に対して2018年に事業所に就業している産業看護者数は約8100人⁷⁾であり、すべての労働者への健康支援を行うには不足しており、産業看護の知識を保有する看護職の養成は喫緊の課題であるといえよう。適切な産業看護活動を行える産業看護職を確保することは、労働者に労働生活の充実および豊かな日常生活をもたらすことを期待できる。

産業看護職の実践能力を向上させる基礎知識を教授するプログラムとして日本産業衛生学会産業看護部会の産業看護基礎コースのプログラムがあったが、対象者は2年間の経験を有する産業看護職であることから、産業看護職として従事する前に必要となる基礎知識を教授するプログラムが必要である。

そこで、本研究は産業看護職として従事する前に必要な知識項目を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

産業看護職として従事する前に必要な知識項目を絞りこむためにコンセンサス・メソッドのひとつであるデルファイ法^{8,9)}を用いた質的研究である。

2. 調査対象者

デルファイ法は専門家をパネリストに選定するために、対象者の条件として①自らが産業看護系学会に参加している学会員は産業看護に関心が高く向上心があると推測できることから、日本産業看護学会学会員であるこ

と、②研究者らが産業看護を教授していると確認した看護系大学教員であること、または産業看護活動の内容を確認した産業看護職であることとした。産業看護職として従事する前に必要な知識項目を確定するために、産業看護学を教授する教員が必要とする知識と産業看護職として実践に必要とする知識の均衡を図るために、対象者を2職種とした。これらの条件に合致した看護系大学教員50人、産業看護職50人を対象者とした。

また、1回目調査の協力者のなかから継続した調査協力への同意があった者を2回目の調査対象者とした。

3. 質問紙の作成

質問紙の項目は産業保健、産業看護に関する書籍¹⁰⁻¹⁵⁾から抽出し、すべての産業看護職に必要な知識と技術を研究者間で検討した。143項目があげられ、産業看護の実践のプロセスに沿ってカテゴリー化して【職場に産業保健活動を組織する】【職場の健康リスクを総合評価(アセスメント)する】【職場の産業保健計画を立案および評価する】【産業看護活動を展開・評価する】と産業看護活動の基盤となる【産業看護職として求められる基本的な資質・能力】の大項目に分類した。

第1回の質問紙は5つの大項目、45の中項目、143の小項目で構成した。各小項目に対して産業看護職として従事する前に必要と思われる基礎知識の必要性の程度を回答してもらうために「全く必要ではない：1点」から「非常に必要である：6点」までの6つの選択肢を設けた。また、質問紙に設定されていない項目以外に「非常に必要である」「必要である」とと思われる知識を自由記述にて尋ねた。

第1回調査の結果から産業看護職として従事する前に必要な知識項目を絞りこむために、同意率80%以上の項目のなかから質問項目の選択肢を1～6点で点数づけし、平均5.5点以上の項目を抽出して、第2回の質問紙の項目とした。平均5.5点以上と設定したのは、143項目はすべての産業看護職に必要な知識と技術としてあげられた項目であるために、新人にとっても必要であると判断されやすく、高得点側への分布の偏りが予想されたからである。また、新人産業看護職として従事する前に必要となるコアな知識に絞り込むためでもある。第1回調査の自由記述に研究協力者からあげられた追加知識の7項目については、研究者間で産業看護専門職の知識として必要か、143項目以外の知識かという観点から検討した結果、追加する項目はなかった。第2回の質問紙は、平均5.5点以上の項目を5つの大項目、23の中項目、51

の小項目で構成した。

以降は大項目【】、中項目《》，小項目〈〉で示す。

4. データ収集方法

2020年1月に看護系大学教員50人、産業看護職50人へ質問紙を郵送し、第1回目の調査を実施した。回答の返送をもって研究協力への同意が得られたこととし、第2回目の調査は2020年2月に第1回目で調査協力への同意の得られた31人へ質問紙を郵送した。

5. 分析方法

コンセンサスを示す同意率の設定は70%以上が望ましく⁸⁾、本研究では「必要である」「非常に必要である」と回答したものを同意が得られたこととして、同意率は80%以上と設定した。すべての項目について度数と基礎統計量を算出した。

6. 倫理的配慮

研究依頼書に研究の目的、デルファイ法の方法、自由意思による研究参加であり調査票への回答をもって研究への同意を得たこととすること、匿名性の確保について説明した。日本産業看護学会の名簿は学会の許可を得て使用した。本研究は四日市看護医療大学研究倫理審査会の承諾（承認番号146）を得て実施した。

III. 研究結果

第1回の調査協力者は看護系大学教員23人、産業看護職28人の計51人（回収率51.0%）であった。なお、現職を有さないその他の人数は、教員経験のある者は教員、産業看護職経験のみの者は産業看護職に分類した。教員経験年数は平均10.74年SD 6.80、産業看護職経験年数は平均15.26年SD 9.52であった（表1）。

同意率80%以上の小項目数は109で、【職場に産業保健活動を組織する】では23項目中16項目（表2-1）、【職場の健康リスクを総合評価（アセスメント）する】では51項目中30項目が同意率80%以上であった（表2-2）。【職場の産業保健計画を立案および評価する】では32項目中31項目（表2-3）、【産業看護活動を展開・評価する】では27項目中22項目が同意率80%以上であった。【産業看護職として求められる基本的な資質・能力】では10項目すべてが同意率80%以上であった（表2-4）。

第2回の調査協力者は看護系大学教員11人、産業看護職15人の計26人（回収率83.9%）であった。なお、現職を有さない1人は、教員経験があるため教員に分類した。教員経験年数は平均12.73年SD 8.21、産業看護職経験年数は平均14.52年SD 9.16であった（表3）。

51の小項目中【職場に産業保健活動を組織する】の〈労働安全衛生マネジメントシステム〉が同意率76.9%

表1 第1回調査協力者概要

項目		人数（人）	割合（%）	平均	SD
年齢				49.48	8.62
資格	保健師	46	90.2		
	看護師	5	9.8		
現職	産業看護職	27	52.9		
	教員	22	43.1		
	その他	2	3.9		
産業看護経験年数				15.26	9.52
教員経験年数				10.74	6.80
現在所属する企業の職種	製造/建築	13	48.1		
	電気/ガス/水道	2	7.4		
	情報通信/運輸	5	18.5		
	卸売/小売	2	7.4		
	その他	5	18.5		
現在所属する企業の規模	1000人未満	13	48.1		
	1000～4999人	6	22.2		
	5000人以上	8	29.6		
現在所属する企業の産業看護職数	1人	8	29.6		
	2～4人	10	37.0		
	5～9人	0	0.0		
	10～19人	3	11.1		
	20人以上	6	22.2		

表 2-1 第1回調査における項目ごとの選択肢別度数と同意率

質問項目	選択肢						平均	SD	同意率 (%)
	1	2	3	4	5	6			
職場に産業保健活動を組織する									
1. 産業保健の目的と理念									
産業保健の目的と理念					7	44	5.86	.35	100.0
2. 労働安全衛生関連法規									
労働基準法				2	20	29	5.53	.58	96.1
労働安全衛生法（労働安全衛生規則含む）					8	43	5.84	.37	100.0
じん肺法			2	17	17	14	4.86	.88	62.0
労働者災害補償保険法			2	13	20	16	4.98	.86	70.6
労働契約法			1	15	19	16	4.98	.84	68.6
男女雇用機会均等法			1	12	23	15	5.02	.79	74.5
育児・介護休業法			1	9	27	14	5.06	.73	80.4
ILO155 号条約, 161 号条約			7	17	20	7	4.53	.90	52.9
ISO45001			5	21	18	7	4.53	.86	49.0
3. 企業および組織の理解									
企業の社会的機能				2	22	27	5.49	.58	96.1
企業の社会的責任（CSR）				5	17	29	5.47	.67	90.2
組織管理（管理の原則，組織の構造）				2	18	31	5.57	.57	96.1
人材管理（就業規則・雇用形態・福利厚生）			1	1	19	30	5.53	.64	96.1
生産管理（生産管理・工程管理・品質管理・原価管理・購買管理）			3	13	25	9	4.80	.81	68.0
企業活動としての産業保健（法令遵守，リスク管理，危機管理）				1	12	38	5.73	.49	98.0
4. 産業保健体制と産業看護職の役割									
産業保健管理体制				1	8	41	5.80	.45	98.0
労働安全衛生マネジメントシステム					21	30	5.59	.50	100.0
他職種（産業医・衛生管理者など）の役割					15	36	5.71	.46	100.0
産業保健に携わる看護職の役割					6	45	5.88	.33	100.0
産業保健専門職の倫理指針					10	40	5.80	.40	100.0
5. 産業保健の歴史と将来展望									
産業保健の歴史と将来展望				7	29	15	5.16	.64	86.3
産業看護の歴史と将来展望				9	23	18	5.18	.72	82.0

※選択肢は「1：全く必要ではない」「2：必要ではない」「3：あまり必要ではない」「4：少し必要である」「5：必要である」「6：非常に必要である」

であったが，その他の 50 項目は同意率 80% 以上であった（表 4-1, 表 4-2）。

IV. 考察

本研究では日本産業看護学会学会員のなかから研究者らが選定した看護系大学教員と産業看護職を対象者とした。第1回の研究協力者は看護系大学教員 45.1%，産業看護職 54.9%，第2回は看護系大学教員 42.3%，産業看護職 57.7% であり，産業看護学として必要な知識と産業看護職として実践に必要な知識の均衡が図れていると推測され，結果は妥当性があると考えられる。

第2回の質問紙は第1回の小項目の点数が平均 5.5 点以上の項目で構成した。その項目すべてが第1回調査結果の同意率 90% 以上に含まれており，産業看護職として従事する前に必要な知識項目としたことは妥当である

と考える。

しかしながら，2 回目調査結果では同意率 90% 以上の項目数は 51 項目中 40 項目に止まった。人間は意思決定における選択肢が多い場合や情報が多すぎる場合は選択が困難になったり，よい意思決定ができなくなる¹⁰⁾。第1回調査項目は産業看護職に必要とされる知識が 143 項目あり，そのなかから産業看護職として従事する前に必要な知識を選択することは困難であったが，第2回調査では項目数が 51 に絞られたために，調査協力者が産業看護職に従事する前に必要な知識であるという判断をするための意思決定が容易になったからと考えられた。特に〈労働安全衛生マネジメントシステム〉は第1回調査では同意率 100.0% であったのが，第2回調査では 76.9% となった。同じ中項目に含まれる他の小項目〈産業保健管理体制〉〈他職種（産業医・衛生管理者など）の役割〉〈産業保健に携わる看護職の役割〉〈産業保健専

表2-2 第1回調査における項目ごとの選択肢別度数と同意率

質問項目	選択肢						平均	SD	同意率 (%)
	1	2	3	4	5	6			
職場の健康リスクを総合評価（アセスメント）する									
1. 3管理 5分野									
作業環境管理（作業環境測定，許容濃度・管理濃度含む）				2	17	32	5.59	.57	96.1
作業管理				2	17	32	5.59	.57	96.1
健康管理					10	41	5.80	.40	100.0
労働衛生教育				1	10	40	5.76	.47	98.0
総括管理				1	16	34	5.65	.52	98.0
2. 産業保健の動向・現状									
労働力人口，職業別労働力人口，正規・非正規雇用者数			1	10	22	18	5.12	.79	78.4
労働災害発生状況（死亡者，休業4日以上死傷者）				8	23	20	5.24	.71	84.3
業務上疾病発生状況				7	22	22	5.29	.70	86.3
定期健康診断有所見者数，有所見者率			1	5	18	27	5.39	.75	88.2
定期健康診断検査項目別有所見率			1	7	18	25	5.31	.79	84.3
特殊健康診断・じん肺健康診断有所見者数，有所見者率			1	15	20	15	4.96	.82	68.6
特殊健康診断・じん肺健康診断検査項目別有所見率			1	15	21	14	4.94	.81	68.6
年次別自殺者数				13	18	2	5.14	.80	60.6
過重労働による脳・血管疾患等の労災補償状況				8	20	23	5.29	.73	84.3
精神障害等の労災補償状況			1	9	19	22	5.22	.81	80.4
熱中症による労働災害			1	14	20	16	5.00	.82	70.6
一般健康診断の実施状況			1	6	20	24	5.31	.76	86.3
ストレスチェックの実施状況			1	4	24	22	5.31	.71	90.2
労働者の状況（高齢化，雇用形態，労働時間等）			1	7	19	24	5.29	.78	84.3
第13次労働災害防止計画				8	25	18	5.20	.69	84.3
3. 職業性疾病									
職業性疾病の定義			1	4	16	30	5.47	.73	90.2
有害業務等の指針			2	9	24	16	5.06	.81	78.4
特定化学物質による健康障害防止対策と関連法令			4	16	20	11	4.75	.89	60.8
有機溶剤中毒による健康障害防止対策と関連法令			4	16	21	10	4.73	.87	60.8
鉛中毒による健康障害防止対策と関連法令			4	17	20	10	4.71	.88	58.8
四アルキル鉛中毒による健康障害防止対策と関連法令			4	17	20	10	4.71	.88	58.8
高気圧作業による健康障害防止対策と関連法令			4	17	20	10	4.71	.88	58.8
電離放射線障害による健康障害防止対策と関連法令			4	17	20	10	4.71	.88	58.8
酸素欠乏症による健康障害防止対策と関連法令			4	17	20	10	4.71	.88	58.8
粉じんによる健康障害防止対策と関連法令			4	18	19	9	4.66	.87	56.0
石綿による健康障害防止対策と関連法令			4	18	19	9	4.66	.87	56.0
騒音による健康障害防止対策と関連法令			4	15	20	11	4.76	.89	62.0
振動による健康障害防止対策と関連法令			4	17	19	10	4.70	.89	58.0
熱中症による健康障害防止対策と関連法令			3	14	20	13	4.86	.88	66.0
情報機器作業による健康障害防止対策と関連法令			1	12	24	13	4.98	.77	74.0
腰痛による健康障害防止対策と関連法令				14	22	14	5.00	.76	72.0
4. 作業関連疾患									
作業関連疾患の定義				3	17	30	5.54	.61	94.0
5. 労働災害									
労働災害（通勤途上災害含む）				5	20	25	5.40	.67	90.0
業務上災害				6	23	21	5.30	.68	88.0
業務上疾病				6	23	21	5.30	.68	88.0
6. 人間工学									
人間工学6領域			2	13	24	11	4.88	.80	70.0
7. 労働生理学									
労働生理学			1	8	26	15	5.10	.74	82.0
労働疲労の概念と要因			1	6	26	17	5.18	.72	86.0
疲労の蓄積と脳・心疾患			1	4	26	19	5.26	.69	90.0
交替制勤務と疾病				8	27	15	5.14	.67	84.0
8. 労働者と労働生活									
労働者の特性（ストレス，喫煙，栄養，運動，睡眠等）				2	19	29	5.54	.58	96.0
生活の中での労働の位置づけ			1	2	23	24	5.40	.67	94.0
各ライフステージからみた労働と健康			1	3	21	25	5.40	.70	92.0
地域で生活する人としての労働者			1	9	20	20	5.18	.80	80.0
9. 産業看護職の職場診断									
職場診断に必要な項目			1	3	20	26	5.42	.70	92.0
10. 産業看護診断（個人）									
産業看護診断に必要な項目			1	3	20	26	5.42	.70	92.0

※選択肢は「1：全く必要ではない」「2：必要ではない」「3：あまり必要ではない」「4：少し必要である」「5：必要である」「6：非常に必要である」

表 2-3 第1回調査における項目ごとの選択肢別度数と同意率

質問項目	選択肢						平均	SD	同意率 (%)
	1	2	3	4	5	6			
職場の産業保健計画を立案および評価する									
1. 産業保健企画立案方法（評価を含む） PDCA サイクルを用いた事業計画，安全衛生事業計画，産業保健計画				5	18	27	5.44	.67	90.0
2. 健康づくり対策 関連法規（健康増進法） 事業場における労働者の健康保持増進のための指針			1	2	18	29	5.50	.68	94.0
				1	20	28	5.55	.54	98.0
3. メンタルヘルス対策 関連法規（自殺対策基本法，自殺総合対策大綱） 労働者の心の健康の保持増進のための指針 ストレスチェック制度 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き 職場におけるハラスメント対策 心理的負荷による精神障害の認定基準				2	24	24	5.44	.58	96.0
				1	16	32	5.63	.53	98.0
					17	33	5.66	.48	100.0
					18	32	5.64	.48	100.0
				5	21	24	5.38	.67	90.0
			2	4	23	21	5.26	.78	88.0
4. 過重労働対策 関連法規（労働安全衛生法第 66 条，過労死等防止対策推進法等） 過重労働による健康障害防止のための総合対策				2	24	24	5.44	.58	96.0
				3	24	23	5.40	.61	94.0
5. 受動喫煙対策 職場の受動喫煙防止対策の実施について				3	26	21	5.36	.60	94.0
6. 高齢労働者支援対策 関連法規（高齢者雇用安定法，育児・介護休業法） 高年齢労働者の特徴 高年齢労働者に配慮した職場改善マニュアル				6	25	19	5.26	.66	88.0
				5	26	19	5.28	.64	90.0
				8	30	12	5.08	.63	84.0
7. 女性労働者支援対策 関連法規（労働基準法，男女雇用機会均等法，育児・介護休業法） 働き方の特徴 女性労働基準規則による就業制限業務				6	22	22	5.32	.68	88.0
			1	8	26	15	5.10	.74	82.0
				6	27	17	5.22	.65	88.0
8. 障害のある労働者への支援対策 関連法規（障害者雇用促進法，障害者差別解消法，障害者総合支援法） 障害の種類（身体障害，精神障害，知的障害，内部障害）				11	26	14	5.06	.70	78.4
				10	26	15	5.10	.70	80.4
9. 救急対応 労働安全衛生規則第 633 条（救急用具），634 条（救急用具内容） 緊急時の対応体制 救急対応時のポイント 健康危機管理と BCP（事業継続計画）				9	24	18	5.18	.71	82.4
			1	6	21	23	5.29	.76	86.3
			1	7	21	22	5.25	.77	84.3
			2	8	24	17	5.10	.81	80.4
10. 健康診断 労働安全衛生法第 66 条 健康診断の種類（一般・特殊，行政指導等） 健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針 事後措置					11	40	5.78	.42	100.0
				1	12	38	5.73	.49	98.0
					13	38	5.75	.44	100.0
					13	38	5.75	.44	100.0
11. 疾病管理 事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン 労働と健康の調和（就業措置，適正配置，職場復帰）				1	24	25	5.45	.58	98.0
				2	18	30	5.56	.58	96.0
12. リスクマネジメント リスクアセスメント，リスクマネジメント 健康リスクアセスメント，健康リスクマネジメント				3	28	20	5.33	.59	94.1
				3	27	21	5.35	.59	94.1

※選択肢は「1：全く必要ではない」「2：必要ではない」「3：あまり必要ではない」「4：少し必要である」「5：必要である」「6：非常に必要である」

表2-4 第1回調査における項目ごとの選択肢別度数と同意率

質問項目	選択肢						平均	SD	同意率 (%)	
	1	2	3	4	5	6				
産業看護活動を展開・評価する										
1. 産業保健チームとしての連携										
事業場内の連携				3	18	30	5.53	.61	94.1	
衛生委員会一職制一ラインの活用				3	19	29	5.51	.61	94.1	
2. 事業場外との連携										
産業保健計画に活かす事業場外の機関				6	23	22	5.31	.68	88.2	
3. 事業場外資源の種類と活用										
事業場外資源の種類と活用				7	25	19	5.24	.68	86.3	
4. 作業環境管理										
有害要因と健康障害のモニタリングと評価				12	22	17	5.10	.76	76.5	
作業環境改善のためのチェックリスト（快適職場調査等）	1		12	23	15		5.02	.79	74.5	
作業環境管理への参画と推進	1		10	21	18		5.12	.80	78.0	
5. 作業管理										
有害要因と保護具，安全確保，健康障害のモニタリングと評価			1	10	24	16	5.08	.77	78.4	
職場改善のためのストレスチェック				9	22	20	5.22	.73	82.4	
作業管理への参画と推進			1	9	23	17	5.12	.77	80.0	
6. 健康管理										
健康診断による生物学的モニタリングと曝露の評価			2	4	21	24	5.31	.79	88.2	
健康診断後の保健指導				1	13	37	5.71	.50	98.0	
疾病管理（治療と仕事の両立支援，健康と労働の調和への支援）				2	14	35	5.65	.56	96.1	
7. 労働衛生教育										
労働安全衛生法による教育			1	5	17	28	5.41	.75	88.2	
行政指導による教育			1	12	20	18	5.08	.82	74.5	
8. 職場巡視										
関連法規（労働安全衛生法第 13, 14 条，事務所衛生規則）				3	17	31	5.55	.61	94.1	
看護職が行う職場巡視の特徴				3	13	35	5.63	.60	94.1	
9. 情報管理										
個人情報保護法					11	40	5.78	.42	100.0	
産業保健情報の把握と活用					20	31	5.61	.49	100.0	
情報危機管理				2	16	33	5.61	.57	96.1	
10. 保健指導										
保健行動				2	14	35	5.65	.56	96.1	
対人支援の基本				1	13	37	5.71	.50	98.0	
看護過程の展開			1	4	15	31	5.49	.73	90.2	
産業の場における保健指導の特徴				1	10	39	5.76	.48	98.0	
11. 健康教育										
健康教育の特徴と方法				5	13	33	5.55	.67	90.2	
グループ支援の特徴と方法				6	13	32	5.51	.70	88.2	
12. 行動科学										
保健行動に関する理論				4	19	28	5.47	.64	92.2	
産業看護職として求められる基本的な資質・能力										
1. コミュニケーション										
組織の中でのコミュニケーション					10	41	5.80	.40	100.0	
援助的コミュニケーション（関係構築，説得，要請）				1	11	39	5.75	.48	98.0	
2. コーディネイト										
産業医，衛生管理者との協働，関連部署担当者・管理監督者との連携				1	11	39	5.75	.48	98.0	
産業看護職の特徴を活かしたコーディネート				1	13	37	5.71	.50	98.0	
3. 看護管理										
組織の理解としての看護管理			2	4	20	25	5.33	.79	88.2	
産業看護職自身の看護管理			1	1	17	32	5.57	.64	96.1	
4. 一人の労働者としての役割										
企業人，組織人として社会人基礎力				1		13	37	5.69	.58	98.0
報告・連絡・相談				1		13	37	5.69	.58	98.0
5. 生涯に渡って研鑽し続ける姿勢										
生涯に渡って研鑽し続ける姿勢				1	3	10	37	5.63	.69	92.2
6. プレゼンテーション										
事業の企画立案，会議資料や健康教育における対象に応じた資料準備とプレゼンテーション				1	3	15	32	5.53	.70	92.2

※選択肢は「1：全く必要ではない」「2：必要ではない」「3：あまり必要ではない」「4：少し必要である」「5：必要である」「6：非常に必要である」

表3 第2回調査協力者概要

項目		人数 (人)	割合 (%)	平均	SD
年齢				50.00	9.25
資格	保健師	26	100.0		
現職	産業看護職	15	57.7		
	教員	10	38.5		
	その他	1	3.8		
産業看護経験年数				14.52	9.16
教員経験年数				12.73	8.21
現在所属する企業の職種	製造/建築	5	33.3		
	電気/ガス/水道	2	13.3		
	情報通信/運輸	2	13.3		
	卸売/小売	2	13.3		
	その他	4	26.7		
現在所属する企業の規模	1000人未満	7	46.7		
	1000～4999人	5	33.3		
	5000人以上	3	20.0		
現在所属する企業の産業看護職数	1人	6	40.0		
	2～4人	6	40.0		
	5～9人	0	0.0		
	10～19人	2	13.3		
	20人以上	1	6.7		

表4-1 第2回調査における項目ごとの選択肢別度数と同意率

質問項目	選択肢						平均	SD	同意率 (%)
	1	2	3	4	5	6			
職場に産業保健活動を組織する									
1. 産業保健の目的と理念					5	21	5.81	.40	100.0
産業保健の目的と理念									
2. 労働安全衛生関連法規									
労働基準法				2	8	16	5.54	.65	92.3
労働安全衛生法（労働安全衛生規則含む）			1	3	22		5.81	.49	96.2
3. 企業および組織の理解									
組織管理（管理の原則、組織の構造）			1	4	9	12	5.23	.86	80.8
人材管理（就業規則・雇用形態・福利厚生）			1	3	14	8	5.12	.77	84.6
企業活動としての産業保健（法令遵守、リスク管理、危機管理）			1	8	17		5.62	.57	96.2
4. 産業保健体制と産業看護職の役割									
産業保健管理体制				1	5	20	5.73	.53	96.2
労働安全衛生マネジメントシステム				6	8	12	5.23	.82	76.9
他職種（産業医・衛生管理者など）の役割				1	12	13	5.46	.58	96.2
産業保健に携わる看護職の役割					2	24	5.92	.27	100.0
産業保健専門職の倫理指針				1	9	16	5.58	.58	96.2
職場の健康リスクを総合評価（アセスメント）する									
1. 3管理5分野									
作業環境管理（作業環境測定、許容濃度・管理濃度含む）				3	14	9	5.23	.65	88.5
作業管理				2	15	9	5.27	.60	92.3
健康管理					4	21	5.84	.37	100.0
労働衛生教育				2	10	14	5.46	.65	92.3
総括管理			1	2	11	12	5.31	.79	88.5
2. 作業関連疾患									
作業関連疾患の定義				1	13	11	5.40	.58	96.0
3. 労働者と労働生活									
労働者の特性（ストレス、喫煙、栄養、運動、睡眠等）				1	7	17	5.64	.57	96.0

※選択肢は「1：全く必要ではない」「2：必要ではない」「3：あまり必要ではない」「4：少し必要である」「5：必要である」「6：非常に必要である」

表 4-2 第2回調査における項目ごとの選択肢別度数と同意率

質問項目	選択肢						平均	SD	同意率 (%)
	1	2	3	4	5	6			
職場の産業保健計画を立案および評価する									
1. 健康づくり対策									
関連法規（健康増進法）				2	14	10	5.31	.62	92.3
事業場における労働者の健康保持増進のための指針				1	10	15	5.54	.58	96.2
2. メンタルヘルス対策									
労働者の心の健康の保持増進のための指針				2	10	14	5.46	.65	92.3
ストレスチェック制度				1	10	15	5.54	.58	96.2
心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き				1	15	10	5.35	.56	96.2
3. 健康診断									
労働安全衛生法第66条					6	20	5.77	.43	100.0
健康診断の種類（一般・特殊，行政指導等）					9	17	5.65	.49	100.0
健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針					9	17	5.65	.49	100.0
事後措置					6	20	5.77	.43	100.0
4. 疾病管理									
労働と健康の調和（就業措置，適正配置，職場復帰）				2	14	10	5.31	.62	92.3
産業看護活動を展開・評価する									
1. 産業保健チームとしての連携									
事業場内の連携				2	14	10	5.31	.62	92.3
衛生委員会・職制・ラインの活用				3	15	8	5.19	.63	88.5
2. 健康管理									
健康診断後の保健指導					5	21	5.81	.40	100.0
疾病管理（治療と仕事の両立支援，健康と労働の調和への支援）					15	11	5.42	.50	100.0
3. 職場巡視									
関連法規（労働安全衛生法第13条，第14条，事務所衛生規則）				5	15	6	5.04	.66	80.8
看護職が行う職場巡視の特徴				4	12	10	5.23	.71	84.6
4. 情報管理									
個人情報保護法				1	9	16	5.58	.58	96.2
産業保健情報の把握と活用				2	9	15	5.50	.65	92.3
情報危機管理				2	11	13	5.42	.64	92.3
5. 保健指導									
保健行動				1	10	15	5.54	.58	96.2
対人支援の基本				1	7	18	5.65	.56	96.2
産業の場における保健指導の特徴					12	14	5.54	.51	100.0
6. 健康教育									
健康教育の特徴と方法			1	4	8	13	5.27	.87	80.8
グループ支援の特徴と方法			1	4	10	11	5.19	.85	80.8
産業看護職として求められる基本的な資質・能力									
1. コミュニケーション									
組織の中でのコミュニケーション			1		10	15	5.50	.71	96.2
援助的コミュニケーション（関係構築，説得，要請）			1		12	13	5.42	.70	96.2
2. コーディネイト									
産業医，衛生管理者との協働，関連部署担当者・管理監督者との連携				2	8	16	5.54	.65	92.3
産業看護職の特徴を活かしたコーディネート				2	9	15	5.50	.65	92.3
3. 看護管理									
産業看護職自身の看護管理				2	12	12	5.38	.64	92.3
4. 一人の労働者としての役割									
企業人，組織人として社会人基礎力				1	11	14	5.50	.58	96.2
報告・連絡・相談				2	8	16	5.54	.65	92.3
5. 生涯に渡って研鑽し続ける姿勢									
生涯に渡って研鑽し続ける姿勢				2	6	18	5.62	.64	92.3
6. プレゼンテーション									
事業の企画立案，会議資料や健康教育における対象に応じた資料準備とプレゼンテーション			1	4	9	12	5.23	.86	80.8

※選択肢は「1：全く必要ではない」「2：必要ではない」「3：あまり必要ではない」「4：少し必要である」「5：必要である」「6：非常に必要である」

門職の倫理指針〉は労働安全衛生法で規定されていたり、産業看護活動の基本であるために産業看護職として従事する前に知っておくべき不可欠な知識であるが、指針で示されている〈労働安全衛生マネジメントシステム〉はその次に得たい知識であると判断されたのではないだろうか。

また、第2回調査項目が5つの大項目に分散されたのは、第1回調査において143項目が大項目ごとに分類されており、それぞれの大項目および中項目のなかで調査協力者の意思決定が行われていたためと考えられる。しかし、第1回目調査項目数から第2回調査にあげられた項目数の割合は【職場に産業保健活動を組織する】は47.8%、【職場の健康リスクを総合評価（アセスメント）する】は13.7%、【職場の産業保健計画を立案および評価する】は31.3%、【産業看護活動を展開・評価する】は51.9%、【産業看護職として求められる基本的な資質・能力】は90.0%と比率が異なり、協力者は大項目ごとの範囲で意思決定を行いながらも、産業看護職として従事する前に必要な知識であるかという基準を堅持していたと考える。

ここからは、産業看護職として従事する前に必要な知識として同意率80%以上であった第2回調査結果を大項目ごとに考察する。

1. 職場に産業保健活動を組織する

中項目《産業保健体制と産業看護職の役割》の小項目〈労働安全衛生マネジメントシステム〉以外はすべて同意率80%以上であった。

産業保健は産業保健の目的に沿った活動であるために《産業保健の目的と理念》を理解しておくことは必須である。また《労働安全衛生関連法規》は産業保健活動の根拠となる法律の知識であり、《企業および組織の理解》は産業保健活動が展開される場の理解に必要な知識である。そして《産業保健体制と産業看護職の役割》は産業保健活動を展開するための体制と産業保健チームの一員としての産業看護職の活動のあり方を理解するための知識である。これらは、産業保健を理解するための基本的知識であるために同意率が80%以上となったと考えられた。

2. 職場の健康リスクを総合評価（アセスメント）する

《3管理5分野》は産業保健活動において総合的に実施される根本的な対策であり、産業保健活動を開始する前に理解しておくべき知識である。また、《作業関連疾

患》は生活習慣病を含む健康づくり対策に産業保健スタッフがかわること、《労働者と労働生活》は産業看護職として対象者である労働者を支援するには労働者の特性を理解しておく必要があることから同意率が80%以上になったと考えられた。

3. 職場の産業保健計画を立案および評価する

《健康づくり対策》《メンタルヘルス対策》《健康診断》《疾病管理》は、事業場において産業看護職がよく行っている業務¹⁷⁾である。これらは産業保健活動を実施する前に理解しておきたい法令や実施内容に関する知識であるために同意率が80%以上となったと考えられた。

4. 産業看護活動を展開・評価する

〈健康診断後の保健指導〉〈疾病管理〉の《健康管理》は産業看護職がよく行っている業務¹⁷⁾であり、《保健指導》の知識はその実践に不可欠である。また、《職場巡視》《健康教育》も産業看護職がよく行っている業務であり、産業保健チームの一員である産業看護職として活動するには《産業保健チームとしての連携》も従事開始直後から必要となる知識である。さらに、労働者の健康情報は要配慮個人情報に該当する機微な情報であり¹⁸⁾、従事開始直後から健康情報を扱うことになる産業看護職はその前に《情報管理》の知識を習得しておかなければならない。これらは産業看護活動を実施するために必要不可欠な知識であるために同意率が80%以上となったと考えられた。

5. 産業看護職として求められる基本的な資質・能力

個人・集団・組織との関係性を築きながら対人支援を行う産業看護職には対象者とより良い《コミュニケーション》をとることが求められる。また、産業看護職に必要なとされるコンピテンシーとして「人・部門・組織間を調整する力」と「自己成長する力」が示されている¹⁹⁾ように《コーディネート》能力と《生涯に渡って研鑽し続ける姿勢》は産業看護職として成果をあげる活動をするために必要な能力である。さらに《プレゼンテーション》能力は健康教育や衛生委員会等で提言する時に必要となる。このように産業看護活動を実践するには必要とされる能力がある。そして、看護専門職者としての自身の《看護管理》を行う能力と組織の一員としての《一人の労働者としての役割》を遂行する能力が求められ、産業看護職は両者の立場をもつことを理解していなければならない。

この大項目は産業看護職として必要な技術と態度に関する知識項目であると言えるが、産業看護職として従事する前には、直ちに実践に必要な能力と看護専門職および一人の労働者としての態度を理解しておく必要があると判断され、同意率が80%以上となったと考えられた。

6. 研究の限界と今後の課題

本研究は、第1回調査結果から産業看護職として従事する前に必要な知識項目を抽出した。その結果、産業看護活動に関連する【職場の産業保健計画を立案および評価する】【産業看護活動を展開・評価する】を構成する項目のうち現在の産業看護職がよく行っている項目の同意率が高くなった。今後の社会経済状況の変遷により産業保健の重点課題が変化し、産業看護職の実践も変移していく可能性があり、それに伴い産業看護職として従事する前に必要な知識項目を変更する必要があるかもしれない。また、第1回調査の協力者は51名であったが第2回調査の協力者は26名と半減した。看護系大学教員と産業看護職の協力者数の割合のバランスはとれており、産業看護学として必要な知識と産業看護職として実践に必要な知識の均衡は図れていると推測できたが、協力者数の変化が調査結果に影響した可能性が考えられる。

今後は、産業看護職を対象とした量的記述研究により、本研究結果が産業看護職としての従事後に実践能力を向上させるための基礎知識であるかを検証していくとともに、本研究結果に基づく教育プログラムを開発する必要がある。

V. 結論

産業看護職として従事する前に必要な知識項目として【職場に産業保健活動を組織する】11項目、【職場の健康リスクを総合評価（アセスメント）する】6項目、【職場の産業保健計画を立案および評価する】10項目、【産業看護活動を展開・評価する】14項目、【産業看護職として求められる基本的な資質・能力】9項目の計50項目のコンセンサスを得た。産業看護職として従事する前には産業保健・産業看護の基本的知識に加えて従事直後から実践する可能性のある業務に関する知識と技術、さらに専門職としての態度を形成するための知識を習得する必要がある。

謝辞

本研究にお忙しい中ご協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。

本研究は科学研究費助成事業により助成を受けて実施した（課題番号19K11158）。

利益相反

本論文に開示すべき利益相反関連事項は無い。

引用・参考文献

- 厚生労働省：第13次労働災害防止計画。 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000197308.html>（2021.2.2）
- 河野啓子・畑中純子・後藤由紀ほか：看護系大学における産業看護学教育の実態。看護教育，56(6): 548-554, 2015.
- 吉川悦子・澤井美奈子・掛本知里：保健師教育課程における産業保健看護に関する教育体制等の実態。産業衛生学雑誌，61(1): 16-23, 2019.
- 畑中純子：産業看護学の卒後教育の現状と課題。保健の科学，52(2): 88-93, 2010.
- 公益社団法人日本産業衛生学会：産業保健看護専門委員会。 <http://hokenkango.sanei.or.jp>（2021.2.2）
- 総務省統計局：労働力調査（基本集計）2020年（令和2年）平均結果の要約。 <https://www.stat.go.jp/data/roudou/sokuhou/nen/ft/pdf/youyaku.pdf>（2021.3.3）
- 厚生労働統計協会：国民衛生の動向2020/2021，67(9): 205, 2020.
- Polit DF, Beck CT/近藤潤子監訳：看護研究—原理と方法。243，医学書院，東京，2010.
- 大倉美佳：行政機関に従事する保健師に期待される実践能力に関する研究—デルファイ法を用いて—。日本公衆衛生雑誌，51(12): 1018-1028, 2004.
- 河野啓子：産業保健・産業看護の理念と歴史。河野啓子，産業看護学2020年版，1-294，日本看護協会出版会，東京，2019.
- 池田智子・加藤貴彦・森岡郁晴ほか：池田智子編著，産業看護学，1-211，講談社，東京，2016.
- 荒木田美香子・巽あさみ・畑中純子ほか：責任編集荒木田美香子，公衆衛生看護活動論II 2021年版学校保健・産業保健，127-281，医歯薬出版株式会社，東京，2021.
- 中谷淳子：産業保健の基本。著者代表松田正己，対象別公衆衛生看護活動，264-302，医学書院，東京，2018.
- 中央労働災害防止協会：労働衛生のしおり平成30年度，1-362，中央労働災害防止協会，東京，2018.
- 厚生労働統計協会：第8編労働衛生。国民衛生の動向2018/2019，326-337，厚生労働統計協会，東京，2018.
- 大竹文雄：行動経済学の基礎知識。大竹文雄，行動経済学の使い方，1-42，岩波新書，東京，2019.
- 産業看護研究センター：平成22年産業看護活動実態調査報告書—産業看護の方向性と課題—。四日市地域研究機構産業看護研究センター，36，2011.
- 厚生労働省：労働者の心身の状態に関する情報の適正な取扱いのために事業者が講ずべき措置に関する指針。 <https://www.mhlw.go.jp/content/000350672.pdf>（2021.3.12）
- Keiko Kono, Yuki Goto, Junko Hatanaka, et al.: Competencies required for occupational health nurses. Journal of Occupational Health, 59: 562-571, 2017.

Perceptions and experiences of hospital-based clinical nurses regarding collaboration with occupational health nurses

病院勤務看護師における産業看護職との連携に関する認識・経験

Yuki Goto, Keiko Kono, Junko Hatanaka, Michiyo Hatanaka, Mutsumi Kato, Naoko Takayama

後藤由紀, 河野啓子, 畑中純子, 畑中三千代, 加藤睦美, 高山直子

Occupational Health Nursing Research Center, Yokkaichi Nursing and Medical Care University

四日市看護医療大学産業看護研究センター

Objective: This study aimed to clarify whether clinical nurses are aware of the need for collaboration with occupational health nurses, the actual situation of collaboration. **Methods:** The questionnaire was sent to all 497 nursing staff members of Municipal Hospital A in Japan, and clinical nurses (n=283) in charge of worker patient care at hospital were analyzed. We first tabulated the subjects' background characteristics and their awareness and practice regarding collaboration with occupational health nurses. **Results:** About awareness of the need for collaboration with occupational health nurses, 176 (62.2%) answered in the affirmative. We found 8 (2.8%) practiced collaboration. **Discussion:** The reason for the lack of awareness of collaboration and practitioners was identified as a lack of understanding of the role and duties of occupational health nurses. **Conclusion:** Many clinical nurses were unaware of the need for collaboration with occupational health nurses, and very few practiced collaborations.

Key words: Clinical nurses, Occupational health nurses, Collaboration

目的: 臨床看護職の産業看護職との連携の必要性の意識と実践の実態を明らかにすることである。**方法:** A市立病院の全看護職497人にアンケート票を郵送し、受け持ち患者に働く人が含まれると回答した看護職283人を分析対象者とした。調査内容は、産業看護職との連携についての意識と実践について産業看護職との連携については必要性の認識、経験、産業看護職への情報提供や情報収集の認識、労働に関するアセスメントの実際などの産業看護職との連携に関する意識・実践であり、これらを単純集計した。**結果:**「連携の必要性」は、176人(62.2%)が肯定的であったが、連携したことがある者は8人(2.8%)であった。**考察:** 連携意識や実践者が低かった理由は、産業看護職の役割や職務がわからないといった可能性が考えられる。**結論:** 産業看護職との連携に関する臨床看護職の必要性の意識と実践は低かった。

キーワード: 臨床看護職, 産業看護職, 連携

I. Introductions

In today's super-aging society, the labor force is aging in the workplace, and the number of people working with illness is increasing. As one of the measures to deal with this, Japan's Ministry of Health, Labor and Welfare set up support for balancing treatment and work and provided guidelines¹⁾ for its implementation.

Cooperation between occupational health sites and medical institutions is vital to support this balance between treatment and work. In the 2018 revision of Japan's medical service fee system, collaboration between occupational physicians and treating physicians was added as a medical fee²⁾, indicating its importance. Similarly, reimbursements were stipulated for 1) nurses providing guidance on ways the working environment could impact on changes in a patient's condition and treatment, 2) setting up a consultation service to adjust the treat-

ment environment for cancer patients (to which the 2020 revision added stroke, liver disease, and designated intractable diseases), and 3) placing a full-time nurse³⁾. Furthermore, in addition to patients working in companies where occupational physicians employed, the 2020 revision added medical fees for patients working in companies employing general health and safety managers, health managers, health and safety promoters, and occupational health nurses at workplaces⁴⁾. Specific handbook has also been published for balancing treatment and support⁵⁾.

Due to all these factors, there are increasing expectations for occupational health nurses, who are the professionals most closely related to employees and who specialize in supporting an employee's adjustment to life and treatment/work balance. However, revises studies have shown that occupational health nurses face several difficulties in supporting patients in balancing work and family life, such as building relationships

with external parties⁶⁾. Also, previous studies have shown that it is difficult for occupational health nurses to collect information on treatment methods⁷⁾.

Inter-professional and inter-organizational collaboration are important elements of a well-functioning healthcare system, and leadership by nurses can create smooth teamwork and patient-centered values⁸⁾. Nurses have been working with patients/workers in need of treatment based on information provided by doctors in clinical and occupational settings separately. For occupational health nurses, when a worker in their charge is undergoing treatment, obtaining information about the nursing care that the worker is receiving is important in providing support for balancing treatment and work, and is also important in improving the quality of care for the worker concerned. On the other hand, for nurses working in clinical settings, when the patients in their charge are workers, it is important to obtain information on their working life in order to provide high quality nursing care. In other words, the collaboration between occupational health nurses and clinical nurses is meaningful in improving the quality of the nursing care each provides.

However, about 70% of clinical nurses are not aware of occupational health nursing activities⁹⁾. To our knowledge, there have been no studies of the collaboration between the two professions. Clarifying how both occupational health nurses and clinical nurses perceive the collaboration between them will provide basic data to support future assistance in balancing work and family for workers with illnesses, and to improve the overall quality of nursing care.

The purpose of this study was to clarify whether clinical nurses had experience in taking care of workers, and to investigate their awareness of the need for collaboration with occupational health nurses, the actual state of practice.

II. Research Methods

1. Study design

This study was a cross-sectional study using an anonymized self-administered questionnaire. The questionnaires were sealed, and collected in a locked box placed in an inconspicuous place.

2. Research subjects

The questionnaire was sent to all 497 nursing staff members

of City Hospital A, and 470 (94.6%) responded. Excluding 3 respondents who left the questionnaire blank, 467 were considered valid subjects (valid response rate: 94.0%). In the first stage, all 467 subjects were included in the analysis. In the second stage, the 283 subjects (60.6% of valid respondents) who answered that their patients included “workers” were included in the analysis.

3. Survey period

The study was carried out from September 1, 2019 to September 30, 2019.

4. Questionnaire contents

The following demographic characteristics were surveyed: age, gender, years of experience as a clinical nurse, work style, job position, and experience taking courses and practical training in occupational health nursing.

Sixteen items regarding collaboration with occupational health nurses were surveyed, including awareness of the need for collaboration with occupational health nurses, experience of collaboration, knowledge of medical fee revisions, awareness of the need to share information with occupational health nurses, and actual work-related assessment of patients and creation of nursing plans. These items were answered with “yes” or “no” as shown in Table 3.

5. Data analysis

In the first stage, the demographics of 467 subjects were summarized and their experience.

In the second stage, we tabulated the demographic characteristics of 283 subjects who treated workers and their awareness and practice of collaboration with occupational health nurses.

The analysis was performed by SPSS ver.27.

6. Ethics

The study was approved by the ethics committee of Yokkaichi Nursing and Medical Care University. The survey was conducted based on informed consent and voluntary choice, and conducted anonymously so that no individual was identifiable. Subjects were asked to place the questionnaire in an envelope, seal it tightly, and place it in a collection box only accessible by researchers, and confidentiality was strictly maintained. The computer used for data analysis was not con-

nected to the Internet.

7. Subjects' background characteristics

1) Background of whole subjects

The background characteristics of all 467 subjects are shown in Table 1. The largest number of respondents, 161 (34.5%), were in their 20s, followed by 117 (25.1%) in their 40s, and 100 (21.4%) in their 30s. There were 34 males in this

study (7.3%). The majority of subjects (454, 97.2%) were qualified nurses. Further, 84 (7.3%) were qualified public health nurses, and 40 (8.6%) were qualified midwives. The highest level of nursing-related education was most commonly vocational school (255 subjects, 54.6%), followed by university (184 subjects, 39.4%). The largest number of respondents (76.2%) worked in general hospital wards, followed by 43 respondents (9.2%) who worked in outpatient

Table 1 Background of all subjects (N=467)

variables	n	(%)	variables	n	(%)
Age (years)			Experience as a clinical nurse (years)		
20–29	161	(34.5)	0–2	64	(13.7)
30–39	100	(21.4)	3–5	79	(16.9)
40–49	117	(25.1)	6–10	69	(14.8)
50–59	63	(13.5)	11–20	105	(22.5)
≥60	14	(3.0)	≥21	109	(23.3)
Missing value	12	(2.6)	Missing value	41	(8.8)
Sex			Position		
Male	34	(7.3)	Nursing Director and Deputy Nursing Director	4	(0.9)
Female	430	(92.1)	Chief Nursing Officer	15	(3.2)
Missing value	3	(0.6)	Deputy Head Nurse	30	(6.4)
Certifications			Team Leader	32	(6.9)
Public Health Nurse	84	(18.0)	Staff	380	(81.4)
Midwife	40	(8.6)	Missing value	6	(1.3)
Nurse Practitioner	454	(97.2)	Ward in hospital		
Associate Nurse	11	(2.4)	General ward	356	(76.2)
Highest education level			ICU	3	(0.6)
Vocational school	255	(54.6)	Operating room	2	(0.4)
Junior college	20	(4.4)	Outpatient	43	(9.2)
University	184	(39.4)	Laboratory	22	(4.7)
Graduate school	7	(1.5)	Dialysis room	12	(2.6)
Missing value	1	(0.2)	Central treatment room (including chemotherapy room)	8	(1.7)
Employment Status			Outpatient palliative care	0	(0.0)
Regular employee	372	(79.7)	Community collaboration room	0	(0.0)
Non-regular employee	30	(6.4)	Other	9	(1.9)
Temporary employee	55	(11.8)	Missing value	15	(3.2)
Missing value	10	(2.1)	Experience working with nurses working in the community		
Work style			Yes	80	(17.1)
Daytime only	103	(22.1)	No	375	(80.3)
Second shift working	262	(56.1)	Missing value	12	(2.6)
Three shifts working	69	(14.8)	Experience taking lectures about occupational health nursing		
Other	22	(4.7)	Yes	96	(20.6)
Missing value	11	(2.4)	No	365	(78.2)
Number of presentations at conferences and workshops within the past 5 years			Missing value	6	(1.3)
0 times	400	(85.7)	Practical experience of occupational health nursing		
1 time	41	(8.8)	Yes	84	(18.0)
2 times	10	(2.1)	No	379	(81.2)
3 times	2	(0.4)	Missing value	4	(0.9)
Four times	1	(0.2)	Experience treating a patient who was working.		
Missing value	13	(2.8)	Yes	283	(60.6)
			No	170	(36.4)
			Missing value	14	(3.0)

clinics. Most of the subjects (372, 79.7%) were regular employees. There was a wide range of experience level as clinical nurses: 143 (30.6%) had less than 5 years' experience, and 214 (45.8%) had more than 11 years. Two-shift work was the most common work style (262 subjects, 56.1%), followed by daytime only (103 subjects, 22.1%). The job title of most subjects was "staff" (380 subjects, 81.4%), while 81 subjects (17.3%) were team leaders or above. Most subjects (400, 85.7%) had not presented at conferences or workshops within the past 5 years, 41 (8.8%) had presented once, and 13 (2.7%) had presented twice or more. Of the 467 subjects, 80 (20.6%) had experience working with nurses working in the community. Regarding their own experience, 96 (20.6%) of the respondents had taken occupational health nursing courses, and 84 (18%) had practical experience related to occupational health nursing. Of the 467 subjects, 283 (60.6%) reported that they had treated a patient who was working.

2) Background of the 283 nurses who had experience with patients who are workers

Table 2 shows the background characteristics of the 283 nurses who answered that their patients included workers. Similar to the whole cohort, the largest number of respondents were in their 20s (124 subjects, 43.8%), followed by 50 (20.1%) in their 30s and 59 (20.8%) in their 40s. There were 23 male subjects (8.1%). Almost all (273 subjects, 96.5%) were qualified nurses. Further, 67 (23.7%) were qualified public health nurses and 33 (11.7%) were qualified midwives. In terms of education level, 137 (48.4%) had graduated from a university, and 131 (46.3%) had graduated from a vocational school.

The largest number of subjects (230, 81.3%) worked in hospital wards, followed by 43 (9.2%) who worked in outpatient units. Most of the subjects (247, 87.3%) were regular employees.

In terms of experience, 107 (38.8%) had less than 5 years' experience as clinical nurses, while 107 (38.8%) had more than 11 years. Similar to the whole cohort, two-shift work was the most common (187 subjects, 56.1%), followed by daytime only (43 subjects, 15.1%). Most of the subjects (237, 83.7%) had the job title "staff," while 43 (15.2%) were team leaders or above. Most subjects (244, 86.2%) had not presented at conferences or workshops within the past 5 years, 23 (8.1%) had presented once, and 8 (2.8%) had presented twice or more. In this subgroup, 47 (16.6%) of the subjects had experi-

ence working with nurses working in the community. Of these respondents, 74 (26.1%) had taken occupational health nursing courses, and 65 (23.0%) had practical experience related to occupational health nursing. The nurses who had experience with patients who are workers were younger and had a higher percentage of university graduates than all subjects.

III. Results

The responses of the 283 (60.6%) subjects who reported they had experience with patients who were workers were further analyzed, as follows.

1. Awareness and practice of collaboration with occupational health nurses.

Table 3 shows the subjects' awareness and experience of collaboration with occupational health nurses. More than half the subjects (176, 62.2%) answered that it was necessary to collaborate with occupational health nurses, but only 8 subjects (2.8%) had ever experienced such a collaboration. All eight subjects belonged to the general ward. Although 156 subjects (55.1%) felt the need for information from occupational health nurses about the patient's workplace situation, only 9 subjects (3.2%) had ever been provided with such information. In addition, 194 (68.6%) subjects thought it was necessary to provide the information of status about patient care to occupational health nurses if the patient gives consent, but only 15 subjects (5.3%) had provided such information. Forty-two (14.8%) subjects give relevant information to patients that should be given to the occupational physician or occupational health nurse at the time of discharge. None of the subjects had received inquiries about patients from occupational health nurses following their discharge.

Only 18 subjects (6.4%) knew that since 2018, a medical fee has been designated for nurses to provide guidance to patients regarding workplace considerations due to their treatment and condition. Less than half the subjects (107, 37.8%) were aware of the existence of nurse specialist outpatient clinics system, and only 7 subjects (2.5%) had been asked about the presence of an occupational health nurse at the patient's workplace.

In terms of their own role, 105 (37.1%) subjects conducted assessments that included specific work content and working style, and 54 (19.1%) subjects made nursing plans that considered the impact of work. In addition, 154 (54.4%) subjects

Table 2 Background of subjects who have experience with the patients they are working (N=283)

variables	n	(%)	variables	n	(%)
Age (years)			Experience as a clinical nurse (years)		
20–29	124	(43.8)	0–2	48	(18.0)
30–39	59	(20.9)	3–5	59	(20.8)
49–49	57	(20.1)	6–10	43	(15.2)
50–59	29	(10.2)	11–20	47	(16.6)
≥60	5	(1.8)	≥21	60	(21.2)
Missing value	9	(3.1)	Missing value	26	(9.2)
Sex			Position		
Male	23	(8.1)	Nursing Director and Deputy Nursing Director	1	(0.0)
Female	259	(91.5)	Chief Nursing Officer	7	(2.5)
	1	(0.4)	Deputy Head Nurse	15	(53.0)
Certifications Missing value			Team Leader	20	(7.1)
Public Health Nurse	67	(23.7)	Staff	237	(83.7)
Midwife	33	(11.7)	Missing value	3	(1.1)
Nurse Practitioner	273	(96.5)	Ward in hospital		
Associate Nurse	6	(2.1)	General ward	230	(81.3)
Highest education level			ICU	1	(0.4)
Vocational school	131	(46.3)	Operating room	0	(0.0)
Junior college	11	(3.9)	Outpatient	26	(9.2)
University	137	(48.4)	Laboratory	3	(1.1)
Graduate school	4	(1.4)	Dialysis room	9	(3.2)
Unknown	0	(0.0)	Central treatment room (including chemotherapy room)	2	(0.7)
Employment Status			Outpatient palliative care	0	(0.0)
Regular employee	247	(87.3)	Community collaboration room	0	(0.0)
Non-regular employee	12	(4.2)	Other	3	(1.1)
Temporary employee	18	(6.4)	Missing value	9	(3.2)
Missing value	6	(2.1)	Experience working with nurses working in the community		
Work style			Yes	47	(16.6)
Daytime only	43	(15.1)	No	228	(80.6)
Second shift working	187	(66.1)	Missing value	8	(2.8)
Three shifts working	35	(12.4)	Experience taking lectures about occupational health nursing		
Other	10	(3.5)	Yes	74	(26.1)
Missing value	8	(2.8)	No	205	(72.4)
Number of presentations at conferences and workshops within the past 5 years			Missing value	4	(1.4)
0 times	244	(86.2)	Experience taking practice about occupational health nursing		
1 time	23	(8.1)	Yes	65	(23.0)
2 times	6	(2.1)	No	217	(76.7)
3 times	1	(0.4)	Missing value	1	(0.0)
our times	1	(0.4)			
Missing value	8	(2.8)			

took advantage of the opportunity of hospitalization to provide health guidance to improve the patient's lifestyle, and 145 (51.2%) subjects provided discharge guidance that included how to improve the patient's future working life. The most positive response was regarding the possibility of improving the quality of patient care by interacting with occupational health nurses, to which 204 subjects (72.1%) responded in the affirmative.

2. Opinions expressed in the free text section

Of the 283 subjects, 53 expressed opinions in the free text section (Table 4). The most common comment was that the subjects did not understand the duties and roles of occupational health nurses (18 respondents). In addition, 4 subjects answered that they were not able to get involved with occupational health nurses due to their busy daily work.

However, 7 subjects answered that since we live in a world

Table 3 Awareness and Practice of Collaboration with Occupational Health Nurses (N=283)

variables	Yes		No		Missing value	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1 It is necessary to collaborate with occupational health nurses	176	(62.2)	82	(29.0)	25	(8.8)
2 I have experience collaborating with occupational health nurses	8	(2.8)	264	(93.3)	11	(3.9)
3 There is a need for information from occupational health nurses about the patient's workplace situation	156	(55.1)	108	(38.2)	19	(6.7)
4 I have received information from an occupational health nurse regarding a patient's workplace situation	9	(3.2)	266	(94.0)	8	(2.8)
5 It is necessary to provide the status of patient care to occupational health nurses if the patient gives consent	194	(68.6)	75	(26.5)	14	(4.9)
6 I have experience in providing the status of patient care to occupational health nurses if the patient gives consent	15	(5.3)	260	(91.9)	5	(1.8)
7 I give information to the patient that should be given to the occupational physician or occupational health nurse at the time of discharge	42	(14.8)	277	(97.9)	14	(4.9)
8 I have received inquiries from occupational health nurses about patients following their discharge from hospital	0	(0.0)	271	(95.8)	12	(4.2)
9 I am aware that since 2018, a medical fee is designated for nurses to provide guidance to patients regarding workplace considerations due to their treatment and condition.	18	(6.4)	260	(91.9)	5	(1.8)
10 I am aware of the existence of nurse specialist outpatient clinics system	107	(37.8)	173	(61.1)	3	(1.1)
11 I ask about the presence of an occupational health nurse at the patient's workplace	7	(2.5)	268	(94.7)	8	(2.8)
12 I conduct assessments that include specific work content and working style	105	(37.1)	171	(60.4)	7	(2.5)
13 I make nursing plans that consider the impact of work	54	(19.1)	219	(77.4)	10	(3.5)
14 I take advantage of the opportunity of hospitalization to provide health guidance to improve the patient's lifestyle	154	(54.4)	115	(40.6)	14	(4.9)
15 I provide discharge guidance that includes how to improve the patient's future working life	145	(51.2)	125	(44.2)	13	(4.6)
16 I see a possibility of improving the quality of patient care through interaction with occupational health nurses	204	(72.1)	55	(19.4)	24	(8.5)

Table 4 Predominant opinions expressed by clinical nurses in the survey's free text section.

1 I did not understand the duties and roles of occupational health nurses (18)
2 Since we live in a world where people live with illness, collaboration with occupational health nurses is important in order to improve the quality of life of patients (7)
3 Collaboration with occupational health nurses is important for high quality nursing (5)
4 I had not been aware of collaboration with occupational health nurses before, but this was a good opportunity to think about it (4)
5 It is impossible for clinical nurses to get involved with occupational health nurses due to their busy daily work (4)
6 I think that collaboration with occupational health nurses would be beneficial for patients, but it is difficult to imagine because I have not been involved with them before (4)
7 It is difficult to collaborate with occupational health nurses in acute care wards in hospitals (2)
8 Consultation with occupational health nurses to improve quality of life of workers with colostomy would be helpful (2)
9 There are many people who are working while suffering from the side effects of chemotherapy, so it would be good to be able to provide support to these people through collaboration with occupational health nurses (2)
10 Collaboration is important to provide support to workers on dialysis and those who have received organ transplants (2).
11 If a collaboration system with occupational health nurses is established, I would like to utilize it (2)
12 I have never heard about occupational health nurses from patients, so I think workers are not aware of occupational health nurses (1)

where people live with illness, collaboration with occupational health nurses is important in order to improve the quality of life (QOL) of patients and 5 subjects answered that they think collaboration with occupational health nurses is important for high quality nursing.

Overall, many opinions were favorable about the collaboration between clinical nurses and occupational health nurses.

IV. Discussion

1. Awareness and practice of collaboration with occupational health nurses

More than 60% of clinical nurses felt it was necessary to collaborate with occupational health nurses (62.2%), but less than 3% had previously had such a collaboration. No such

survey of clinical nurses has been conducted before, so the results are difficult to interpret, as no direct comparisons to previous work can be made. However, it has previously been noted that many nurses only know about their own workplaces, and that connections among nurses are said to be weak¹⁰⁾. In addition, just as occupational health nurses find it difficult to collect information on treatment methods and symptoms⁷⁾, clinical nurses may also find it difficult to collect information on facts relating to the employment environment, such as whether there are occupational health nurses at the patient's place of employment. Our findings support this supposition, since only 3.2% of clinical nurses had received information from an occupational health nurse about a patient's workplace.

In the survey on "Collaboration between Occupational Health Nurses and Community Health Nurses" conducted by the Japan Nurses Association¹¹⁾, more than 75% of community health nurses reported that they felt there was a need to collaborate and practice with occupational health nurses, and more than 10% of them had done so. Compared to these results, our findings suggest that the awareness of the need for collaboration with occupational health nurses and its practical application is lower among clinical nurses than among community health nurses. One possible reason for this is that community health nurses receive education on occupational health as part of their basic public health nursing education, and understand the roles and duties of the occupational health nurses with whom they collaborate. In our study, clinical nurses responded that they did not understand the roles and duties of occupational health nurses even in the free text section, which may be due to the fact that only a quarter of respondents had received education on occupational health nursing.

Regarding the collaboration between clinical nurses and occupational health in general, there have been reports of collaboration with occupational physicians through medical social workers (MSWs) and attending physicians¹²⁾, and it has been assumed that this collaboration is limited to the physician level. However, with the development of a comprehensive community care system, nurses are required to be more aware of the local community than ever before¹³⁾, and education on community nursing is now being provided in basic nursing education.

Research on the collaboration between ward nurses and

other healthcare providers such as visiting nurses and care manager¹⁴⁻¹⁷⁾ is in progress. The findings of these studies suggest that in order to promote collaboration between clinical nurses and occupational health nurses. Collaboration between occupational health nurses and clinical nurses in supporting the health of workers can enhance the quality of their respective nursing care through the different strengths of these specialties and will therefore be beneficial to the workers.

We noted that 62.2% of respondents were aware of the need for collaboration with occupational health nurses, and 55.1% believed there was a need for occupational health nurses to provide information about the patient's work situation. We believe that this indicates that there are many subjects who have thoughts such as "since we live in a world where people live with illness, collaboration with occupational health nurses is important to improve the QOL of patients" and "collaboration with occupational health nurses is important for high quality nursing" as indicated by multiple participants in the free text section. However, a strikingly low percentage of subjects had actually received information from occupational health nurses (3.2%) or provided them with information about a patient (5.3%). Indeed, Suzuki et al. showed that the factors affecting collaboration among nurses are not related to perceptions, but rather to behaviors such as behavior toward others and effective use of people¹⁶⁾. It is clear from this that the experiential activities as well as the recognition of the need for collaboration will make the nurses more aware of the need for collaboration. The free text comments suggest that in addition to inadequate occupational health nursing education, the reasons for this lack of collaboration include those clinical nurses felt unable get involved with occupational health nurses due to the busyness of their daily work, and that there are specific challenges for nurses working in acute care wards to collaborate with occupational health nurses. It has previously been pointed out that health care professionals face enormous challenges related to ideology, organization, structure, and relationships when promoting collaboration¹⁸⁾, suggesting that organizational structure and other factors contribute barriers to collaboration.

Less than 10% of the subjects (6.4%) knew that nurses can claim medical fees when they provide guidance regarding employment considerations. Since this was a recent change (2018), it is likely that the new information has not yet been communicated to clinical nurses. It would be extremely bene-

ficial to make this information known, since it can be used to support people who are working with illnesses.

The number of nurses who considered the impact of work in the assessment, nursing planning, nursing care, and discharge guidance of their patients was inadequate (37.1%, 19.1%, 54.4%, and 51.2%, respectively). In particular, the finding that less than 20% of subjects make nursing plans that take into account the impact of labor is an important issue which will affect the super-aging population.

2. Limitations of the study and future challenges

The subjects of this study were associated with a single public hospital, leaving open the possibility of selection bias. Future studies should include a larger number of subjects to confirm our findings. The response rate was over 90%, which is higher than the general response rate. This may be due to the fact that it was not a direct mailing method. Therefore, caution should be exercised when making generalizations. In addition, based on the results of this study, there is a need to investigate specific strategies to promote collaboration between clinical and occupational health nurses in the future.

Acknowledgements

We would like to thank the nursing staff of City Hospital A and Ms. Yoshiko Kawashima, Vice President and Director of Nursing, for their cooperation in this study.

Conflict of Interest

The authors have no conflicts of interest to disclose relevant to this article. This study was conducted as a project of the Occupational Health Nursing Research Center of the Yokkaichi Nursing and Medical Care University in FY2019.

References

- 1) Ministry of Health Labour and Welfare: Guidelines for supporting the balancing of medical treatment and work in the workplace (in Japanese). <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000614130.pdf> (2021.4.21).
- 2) Ministry of Health, Labour and Welfare: Revision of medical fees for FY2018 (in Japanese). <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html> (2021.4.21).
- 3) Yohei Hamanama: Key points of the FY2018 medical fee revision (in Japanese), 38(8): 60–65, 2018.
- 4) Ministry of Health, Labour and Welfare: Revision of medical fees for FY2020 (in Japanese). <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000601838.pdf> (2021.4.21).
- 5) Fumi Hattori: Handbook for Supporting Balancing Treatment and Work—Occupational Health Handbook Series 8, 2–80, ROUDOCHOUSAKAI Co, Tokyo, 2018.
- 6) Noriko Nishikido, Etsuko Yoshikawa, Minako Sasaki et al.: Sense of difficulty in providing support for balancing cancer treatment and work among occupational health nurses, Japanese Journal of Health and Human Ecology, 86(2): 65–74, 2020.
- 7) Keiko Fuse, Minako Okumura, Mika Umezu et al.: present situation and issues of working support for employees with cancer that are carried out by the occupational health nursing belonging to a company (in Japanese), J of Gifu college of Nursing, 21(1): 101–112, 2021.
- 8) Marlène Karam, Isabelle Brault, Thérèse Van Durme et al.: Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research, International Journal of Nursing Study, 79: 70–83, 2018.
- 9) Naoko Takayama, Nobuko Kondo, Katsuyuki Nakagami et al.: Actual condition survey of health related problems and needs/expectation about occupational health nurses among hospital nurses with less than 6 years of experience (in Japanese), Journal of Japan Academy of Occupational Health Nursing, 4(1): 21–26, 2017.
- 10) Kuniko Saito: Aims of the model project for building cooperation among nurses (in Japanese), Journal of the Japanese Nursing Association, 69(9): 33, 2017.
- 11) Keiko Kono: Cooperation between occupational health and community health (in Japanese), Keiko Kono, Occupational health nursing, 221–222, Japanese Nursing Association Publishing Company, Tokyo, 2021.
- 12) Sato Keiko, Hirota Naoko: Support for treatment and employment for cancer patient based on cases interview surveys for medical personnel (in Japanese), Shinsyu Society of Public Health, 15(1): 5–16, 2000.
- 13) Tomoko Nagata, Hiroko Utunomiya, Naoe Kakuta et al.: A guide for hospital nurse managers to establish a nursing care coordination system—For the realization of comprehensive community care (in Japanese), <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000538278.pdf> (2021.4.21).
- 14) Ayumi Ito, Yukari Motofuji, Hiroko Kobayashi et al.: Issues in providing information through telephone contact from nurses to care manager in community-based comprehensive care wards (in Japanese), The Japan Nursing Association Proceedings—Home Visiting Nurses, 50: 31–34, 2020.
- 15) Yukie Yoshida, Miyuki Moria, Miho Arai et al.: Both sides' perceptions of the current state of collaboration between hospital nurses and home care nurses regarding the admission and discharge of home health care patients (in Japanese), The Japanese journal Nursing Science, 44(10): 0984–0990, 2019.
- 16) Yuka Suzuki, Etsuko Tadaka, Eriko Ito et al.: The “Face-to-Face Cooperation” interprofessional work among hospital nurses and

- home visiting nurses (in Japanese), *Journal of Japan Academy of Community Health Nursing*, 21(2): 49–57, 2018.
- 17) Natsuko Tanaka, Yuuko Kunii, Satomi Morishita et al.: Literature review on nursing practice of collaboration between hospital nurse and community nurse (in Japanese), *Yokohama Journal of Nursing*, 1(1): 82–87, 2008.
- 18) Carine Sangaleti, Mariana Cabral Schweitzer, Marina Peduzzi et al.: Experiences and shared meaning of teamwork and inter-professional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review, *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(11): 2723–2788, 2017.

編集後記

今年の桜の花は、私たちを長く楽しませてくれたように感じられました。そんなコロナ禍で迎えた3度目の春も瞬く間に過ぎようとしており、新型コロナウイルス感染症と共存する方法を模索するようなフェーズに入ってきているようです。労働環境への影響もさることながら、環境そのものへの柔軟な適応力が試される時代になってきました。

本号には、3編の原著論文が掲載されています。「職場でがん患者が受けた支援と職務満足感および生活の質の関連」では、病気を持ちながら働く人々の支援について、産業看護職をはじめとした職場で相談できる支援体制の有用性が示されました。制度や仕組みが整いつつある中で、ひとによる具体的な支援を充実させていくことが急がれます。

「産業看護職として従事する前に必要な知識項目の検討」は、看護系大学教員と産業看護職双方の視点から産業看護の実践に必要な知識を抽出する試みです。産業看護職の育成は、日本の将来の健康の鍵を握るといえると思いますが、十分な教育体制はいまだ確立されていません。今後は従事後の実践力の検証とともに、教育プログラムの開発を計画されており、今後の研究にも期待が膨らみます。

最後に「病院勤務看護師における産業看護職との連携に関する認識・経験」では、病院勤務の看護師の実践から、必要性を感じているにもかかわらず、産業看護職との連携が難しい現状が明らかにされました。働く人が治療を経験して復職するまで、切れ目なく看護が継続されれば、こんなに心強いことはないのではないのでしょうか。治療と仕事の両立支援の促進に向けた施策の改訂は年々進んでおり、その点もぜひ多くの関係職種の方々に知っていただきたい内容です。

(森田 理江)

日本産業看護学会誌 第9巻第1号 2022年4月30日発行

編集 日本産業看護学会研究編集委員会

委員長：三木明子（関西医科大学）

副委員長：森田理江（関西医科大学）

委員：猪股久美（帝京平成大学）、金子仁子（東京情報大学）、
久保善子（共立女子大学）、後藤由紀（四日市看護医療大学・大学院）、
櫻井しのぶ（順天堂医療看護学研究科）、和田直子（新潟医療福祉大学）

本部事務局 日本産業看護学会

〒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

e-mail: jaohnadmin@mbox.health.uoeh-u.ac.jp
