



東京都看護協会学術誌

Journal of Tokyo Nursing Association

Vol.3
2025

目次

ご挨拶	柳橋 礼子 …… 2
研究報告	
SARS-CoV-2 唾液 PCR 検査から鼻咽頭スワブ PCR 検査に変更となる要因	
地方独立行政法人 東京都立病院機構	
がん・感染症センター 都立駒込病院	多田 志穂 …… 3
A 地区における医療及び、看護・介護・福祉の連携における実態調査	
町田市民病院	平田 真由美 …… 9
非正規雇用看護職のキャリアの特徴	
～キャリア志向とキャリア成熟度、キャリア意識、職務キャリアとの関連～	
社会医療法人社団 東京巨樹の会 東京品川病院	笹山 名月
川崎市立看護大学	荒木田 美香子 ……17
資料	
COVID-19 による面会制限下での患者の家族に対する ICU 看護師の看護実践	
日本赤十字社武蔵野赤十字病院	中村 真依子、家崎 由樹恵 ……27
投稿規程	……33
編集後記	竹内 朋子 ……38



公益社団法人
東京都看護協会
TOKYO NURSING ASSOCIATION

東京都看護協会学術誌

Journal of Tokyo Nursing Association

Vol.3

2025

ご挨拶

公益社団法人東京都看護協会

会長 柳橋 礼子

東京都看護協会は東京都看護学会誌を2021年に創刊し、第2巻まで発刊してまいりました。このたび、東京都看護協会学術誌（Journal of Tokyo Nursing Association）と名称変更し、第3巻を発刊することになりました。論文を投稿いただいた皆様、そして学術誌編集委員の皆様の尽力に心より感謝を申し上げます。

東京都看護協会学術誌は会員の皆様が各領域での看護研究の成果を論文としてまとめ、実践現場で共有し研究結果を活用することで看護の質向上につながることをめざしております。会員の皆様が新しい知見を広く共有し、ご自身の看護実践に役立てていただけることを切に願っております。

会員の皆様のための本学術誌へのご投稿を心よりお待ちしております。

SARS-CoV-2 唾液PCR検査から 鼻咽頭スワブPCR検査に変更となる要因

多田 志穂

Shiho Tada

地方独立行政法人 東京都立病院機構
がん・感染症センター 都立駒込病院

要 旨

【目的】 A病院におけるSARS-CoV-2検出のための術前検査において、唾液PCR検査から鼻咽頭スワブPCR検査への変更が必要となった患者の変更要因を明らかにすることで、患者の検査負担の軽減策ならびに医療者のリスクやコスト低減策について示唆を得ることである。

【方法】 唾液分泌に影響を与える病態や治療を含めた患者要因22因子について鼻咽頭スワブPCR検査への変更に関与するかを、単変量・多変量解析により検討した。また、検査説明用紙の改訂前後についても分析を行った。

【結果】 鼻咽頭スワブPCR検査への変更要因として、高年齢、低身長、低体重、低Hb値、シェーグレン症候群、糖尿病、肝硬変症、頭頸部放射線照射、化学療法薬・向精神薬・利尿剤の内服、検査説明用紙改訂前が有意に多かった ($P < .05$)。多変量解析の結果、高年齢 (OR:1.031)、低身長 (OR:1.034)、検査説明用紙改訂前 (OR:3.176) が独立した要因として抽出された ($P < .05$)。改訂後の981人を対象に解析すると、鼻咽頭スワブPCR検査への変更は27例 (2.8%) に減少し、年齢・身長との有意な関連は認められなかった。以上より、検査説明用紙が改訂前であることが主要因であり、検査説明の重要性が示された。

【結論】 検査説明の不十分さが、鼻咽頭スワブPCR検査への変更率を高める主因であった。一方、貧血や糖尿病など、唾液分泌に影響を与える患者要因との関連は認められなかった。検査説明の充実、患者の検査負担軽減や医療者の感染リスクの低減に不可欠であり、適切な情報提供がコスト削減にも寄与する可能性が示唆された。説明用紙の図解は理解しやすいよう改訂したが、説明方法の統一には至らず、さらなる改善が求められる。

キーワード: 唾液検査、SARS-CoV-2検査、検査説明用紙

I はじめに

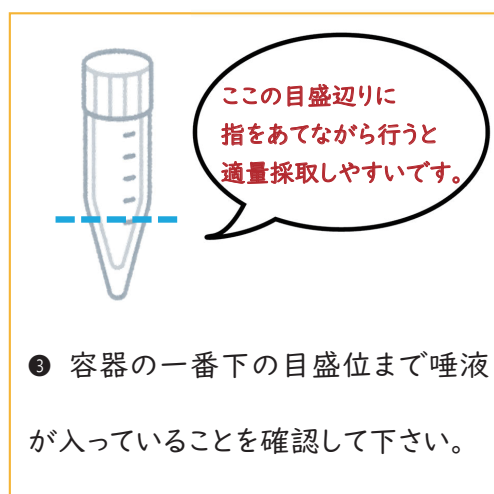
A病院では新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 院内感染防止対策として、エアロゾル発生手技が含まれる全身麻酔下手術および上部消化管内視鏡的治療を予定している症例を対象に、2020年2月～2022年6月末まで術前SARS-CoV-2 polymerase chain reaction (PCR) スクリーニング検査を実施していた。SARS-CoV-2は上気道から感染するため、感染初期には鼻咽頭ぬぐい液が最も標準的で信頼性の高いPCR検体と考えられている (厚生労働省, 2022)。このため当初は鼻咽頭ぬぐい液を用いた検査 (以下鼻咽頭スワブPCR検査) を施行していた。しかし検体を採取する際に医療者が飛沫に曝露されることによる感染リスク、患者の苦痛、採取における人的コストが問題とされていた (加藤, 2021, Bastos ML, 2021)。このような背景の中、厚生労働省は2020年7月17日、PCR検査及び抗原定量検査について唾液を用いた検査の対象を無症状者に

も拡大する方針を示した (上糞, 2021)。これを受け、A病院では2020年11月より術前検査を、鼻咽頭スワブPCR検査からSARS-CoV-2唾液PCR検査 (以下唾液PCR検査) へと変更した。

唾液PCR検査は、簡便で非侵襲的であり、痛みがなく、自己採取が可能というメリットがある。これにより、医療者の感染リスクが低減し、防護具の使用も不要となるため、効率的に大量の検体を短時間で採取できる。これらの特性から、スクリーニング検査や定期検査にも適しており、患者の負担軽減とコスト削減にも寄与している。一方で、検出感度が鼻咽頭スワブPCR検査に劣る場合があることや、検体の量不足、品質、採取時間帯の影響を受けやすい点がデメリットとして挙げられる。また、唾液に血液や異物が混入している場合や、粘度が高い場合は、検査の実施が困難となるケースがある。そのため、A病院では、唾液PCR検査から鼻咽頭スワブPCR検査へ変更が必要となった症例が散見された。一方、鼻咽頭スワブPCR検査は、ウイ

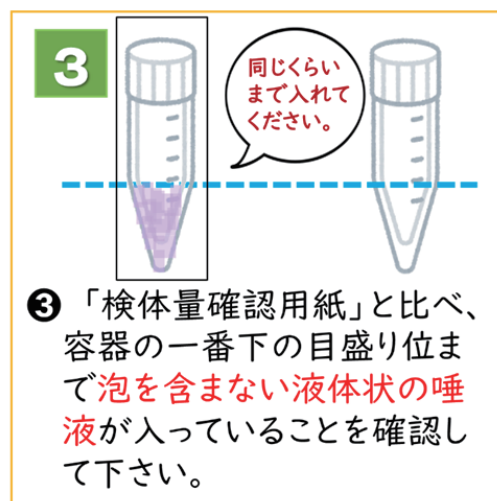
ルス量が多く安定した部位から検体を採取できるため、精度が高く信頼性のある標準的な方法である。しかし、採取時に痛みや不快感が伴うため、患者の負担が大きい点や、医療者が対応する必要があるため感染リスクが高い点がデメリットとして挙げられる。また、防護具の使用や人的コストが必要であり、運用面での課題も存在する。A病院では、1か月間の調査において、唾液PCR検査から鼻咽頭スワブPCR検査に変更となる患者の待ち時間が、平均約20分、最大で50分発生していることが問題となっていた。先行文献では、心理的、社会的、身体的ストレス（中川,2019,村川,2011,山本,2018）による唾液分泌抑制現象は、副交感神経の唾液核に対して上位中枢からの抑制作用が働くためと考えられている。また唾液分泌は時間帯によって変化があり、明け方は唾液分泌が最も少なく夕刻が最も多いと報告されている（Dawes C,1974）。不安と安静時唾液分泌量は負の相関があり、鬱と口腔乾燥症・唾液分泌減退の関連も明らかになっている（山本,2018）。脱水、疾患・治療歴・内服薬などによる唾液分泌不全、飲食・飲水・歯磨き・うがいなどが、ウイルスの検出に影響を与える因子として想定された（厚生労働省,2021）。年齢（秋本,2004,老木,1995,久野,2002,植田,2003）、性別、身長、体重、body mass index（BMI）（小田川,2011）シェーグレン症候群、糖尿病、肝硬変症（秋本,2004）、貧血、頭頸部の手術歴（澤木,1981）・放射線照射歴（澤木,1981, Braam PM,2007）、化学療法（内服以外）・ホルモン療法（老木,1995）、化学療法薬（経口）・向精神薬（秋本,2004）・麻薬（Andersen G,2004,井関,2006,長櫓,1999）・抗ヒスタミン薬・鎮痛剤の内服（秋本,2004）、喫煙歴（田野,2014）が、唾液分泌に影響すると報告されている。

これらの知見を踏まえると、患者要因を考慮し、唾液採取が困難な患者を事前に予測できれば、医療者と患者双方の負担軽減につながると考えられた。唾液PCR検査の方法は、原則として外来看護師が説明用紙をもとに説明し、場合によっては医師が直接説明していた。さらに、患者が正確に唾液の採取方法を理解できるようにするため、A病院では2022年2月に検査説明用紙を改訂した。改訂前は「一番下の目盛まで入れる」と記載していた（図1）。しかし、改訂後は、検体容器の実物大イラストを使用し、必要な採取量を色で明示するとともに、注意事項を赤字で強調することで、より分かりやすい説明となるよう工夫した。（図2-1、図2-2）。唾液PCR検査から鼻咽頭スワブPCR検査への変更に関する先行研究はないが、唾液分泌に影響する要因のいくつかは、上述のごとく報告されている。A病院では術前唾液PCR検査を1年以上実施した実績を基に、検査説明用紙の改訂の影響を含め、検査方法変更の原因や要因を解析した。



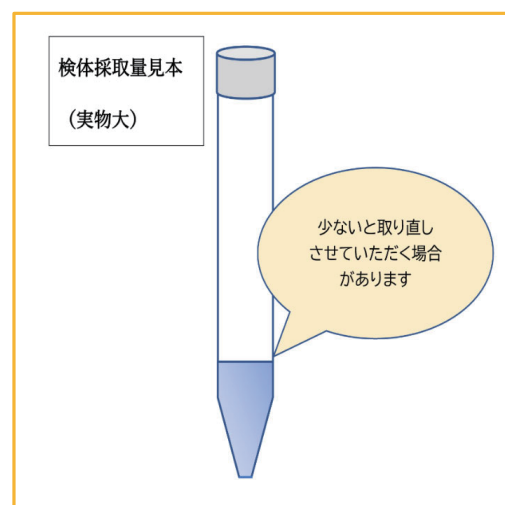
赤字は採取時のポイント、黒字は採取量の注意点を記載。

図1 検査説明用紙改訂前（抜粋）



採取時の注意点を赤字で大きく目立つように表示。採取量を色付きで強調。検体量確認用紙（図2-2）と比較する必要があることを具体的かつ明確に記載。

図2-1 検査説明用紙改訂後1枚目（抜粋）



検体容器のイラストは、比較ができるように実物大で表記。吹き出しには、検体量不足の注意点を記載。

図2-2 検査説明用紙2枚目 検体量確認用紙

II 目的

本研究の目的は、A病院におけるSARS-CoV-2検出のための術前検査において、唾液PCR検査から鼻咽頭スワブPCR検査への変更が必要となった患者要因を明らかにすることで、患者の検査負担の軽減策ならびに医療者のリスクやコスト低減策について示唆を得ることである。

III 方法

1. 研究デザイン

後ろ向き観察研究

2. 研究期間

2021年6月1日より2022年5月31日

3. 研究対象者

全身麻酔下手術および上部消化管内視鏡的治療を予定している患者でSARS-CoV-2PCR検査を受けた患者
除外基準

A病院では検体提出時の問診用紙で

1) 14日以内（2022年4月からは10日以内）の37.5℃以上の発熱、呼吸器症状があった

2) SARS-CoV-2感染者と濃厚接触があった

3) 同居者に発熱や呼吸器症状があった

1)～3)に当てはまる患者は、初めから鼻咽頭スワブPCR検査を施行するため、これに該当した97人と医師により何らかの理由で初めから唾液PCR検査ではなく鼻咽頭スワブPCR検査がオーダーされていた28人を除外とした。

4. 調査内容

対象は、全身麻酔下手術または上部消化管内視鏡的治療を予定し、SARS-CoV-2 PCR検査を受けた患者（n=2927）である。これらの患者のカルテから、患者属性として年齢、性別、身長、体重、BMI、ヘモグロビン（Hb）値、免疫機能に影響を及ぼす疾患および治療歴の有無として、シェーグレン症候群、糖尿病、肝硬変症、頭頸部手術、頭頸部放射線治療、内分泌系への影響因子、ならびに化学療法（経口内服・経口内服以外）、ホルモン療法（経口内服・経口内服以外）また、向精神薬・抗ヒスタミン薬・麻薬・鎮痛剤・利尿剤内服の有無についても確認した。さらに喫煙の有無についても情報を収集した。また、検査説明用紙改訂の影響を考慮し、統計学的手法により解析を行った。検査説明用紙改訂については、A病院においては、唾液検体量の不足や異物混入による鼻咽頭検査への変更例が多く報告されていた。そのため、実際に検体を取り扱う検査科職員や感染対策チーム（Infection Control Team:ICT）の看護師とともに検査説明用紙の見直しを行い、2022年2月に改訂を実施した。本研究において「検査説明用紙改訂前」と

は、この改訂以前に検査を受けた者を指す。

5. 分析方法

調査内容で述べた、唾液検査が不能で鼻咽頭検査に変更となる22個の要因について、t検定および χ^2 検定を用いた単変量解析を実施した。その後、ロジスティック回帰分析法を用いて、多変量解析を施行した。説明変数間の多重共線性を確認するため、分散拡大係数（VIF）を算出し、VIFが10以下であることを基準に、多重共線性がないことを確認した。統計学的解析は、SPSS ver.23.0を用い、有意差水準を5%とした。

IV 倫理的配慮

本研究は、東京都立駒込病院倫理審査委員会の承認（承認番号2982）および、A病院の包括同意要項に基づき実施し、研究結果の公表について同意を得た。研究情報はインターネットで公開し、対象者がオプトアウトできる機会を確保した。結果は統計的に処理し、個人が特定されることはなく、データ管理も厳重に行った。

V 結果

解析対象者は、除外基準に該当した125人を除いた2927人（平均67歳、男女比1270人:1657人）とした。2927例中、鼻咽頭スワブPCR検査に変更が必要であった症例は190例であった。唾液PCR検査が施行できた症例と鼻咽頭スワブPCR検査へ変更が必要であった症例でt検定を用いて比較すると、鼻咽頭スワブPCR検査への変更が必要であった症例の方が、高年齢（唾液検査vs鼻咽頭検査：平均62.1±標準偏差15.3歳vs70.5±14.1歳 p値<.001）、低身長（160.6±8.7 cm vs 155.8±9.9 cm p値<.003）、低体重（59.6±12.1 kg vs 55.4±10.3 kg p値<.001）、低Hb値（13.2±1.7 g/dL vs 12.8±1.6 g/dL p値<.005）であった。

また、 χ^2 検定を用いて比較すると、鼻咽頭スワブPCR検査への変更が必要であった症例の方がシェーグレン症候群〔唾液検査vs鼻咽頭検査（%）〕〔（0.9%）vs（3.2%）、p値<.013〕、糖尿病〔（20.2%）vs（34.2%）、p値<.001〕、肝硬変症〔（21.4%）vs（35.2%）、p値<.001〕頭頸部への放射線照射〔（3.2%）vs（7.9%）、p値<.001〕、化学療法薬内服〔（4.4%）vs（7.9%）、p値=.024〕、向精神薬内服〔（28.3%）vs（39.5%）、p値<.002〕利尿剤内服〔（4.8%）vs（8.9%）、p値=.024〕、検査説明用紙改訂前〔（65.1%）vs（85.8%）、p値<.001〕が有意に多かった（表1）。次にこれらの因子についてロジスティック回帰分析法を用いて多変量解析すると、高年齢、低身長、検査説明用紙改訂前が鼻咽頭スワブPCR検査に変更となる因子として抽出された（p値<.005）。それぞれのオッズ比（95%信頼区間）は高年齢

表1 鼻咽頭検査に変更される要因

n=2927

		唾液検査群 n=2737	鼻咽頭検査に変更群 n=190	p
患者属性	年齢 (歳)	62.1 ± 15.3	70.5 ± 14.1	<.001 ¹⁾
	性別 (男:女)	1193:1544	77:113	.449 ²⁾
	身長 (cm)	160.6 ± 8.7	155.8 ± 9.9	.003 ¹⁾
	体重 (kg)	59.6 ± 12.1	55.4 ± 10.3	<.001 ¹⁾
	BMI	23.0 ± 3.9	22.9 ± 4.8	.782 ¹⁾
	Hb値 (g/dL)	13.2 ± 1.7	12.8 ± 1.6	.005 ¹⁾
疾患の有無	シェーグレン症候群	25(0.9)	6(3.2)	.013 ²⁾
	糖尿病	554(20.2)	65(34.2)	<.001 ²⁾
	肝硬変症	586(21.4)	67(35.2)	<.001 ²⁾
治療歴の有無	頭頸部手術	217 (7.9)	21(11.1)	.131 ²⁾
	頭頸部放射線照射	87 (3.2)	15 (7.9)	<.001 ²⁾
	化学療法経口以外	437 (16.0)	37(19.5)	.123 ²⁾
	化学療法経口内服	120(4.4)	15 (7.9)	.024 ²⁾
	ホルモン療法経口以外	42 (1.5)	3(1.6)	.568 ²⁾
	ホルモン療法経口内服	172 (6.3)	12(6.3)	.539 ²⁾
内服の有無	向精神薬内服	775 (28.3)	75(39.5)	.002 ²⁾
	抗ヒスタミン薬	504 (18.4)	31 (16.3)	.269 ²⁾
	麻薬	114(4.2)	11 (5.8)	.185 ²⁾
	鎮痛剤	201 (7.3)	17(9.0)	.245 ²⁾
	利尿剤内服	132 (4.8)	17 (8.9)	.024 ²⁾
その他	有喫煙歴	1291 (47.2)	96 (50.5)	.158 ²⁾
	検査説明用紙改訂前	1783(65.1)	163(85.8)	<.001 ²⁾
¹⁾ t検定				p<.05
²⁾ χ^2 検定				
数値は平均 ± 標準偏差				
n(%)				

表2 鼻咽頭に変更される要因

n=2927

	唾液検査群 n=2737	鼻咽頭検査に変更群 n=190	オッズ比(95%信頼区間)	p値
年齢 (歳)	62.1 ± 15.3	70.5 ± 14.1	1.031 (1.017-1.045)	.001未満
身長 (cm)	160.6 ± 8.7	155.8 ± 9.9	1.034 (1.011-1.057)	.003
体重 (kg)	59.6 ± 12.1	55.4 ± 10.3	.967(.958- .988)	.085
Hb値 (g/dL)	13.2 ± 1.7	12.8 ± 1.6	.908 (.826- .998)	.829
シェーグレン症候群なし	25(0.9)	6(3.2)	.339 (.135- .848)	.186
糖尿病なし	554(20.2)	65(34.2)	.659 (.476- .909)	.531
肝硬変症なし	586(21.4)	67(35.2)	.676 (.490- .930)	.828
頭頸部放射線照射なし	87 (3.2)	15(7.9)	.693(.538- .895)	.146
化学療法経口内服なし	120(4.4)	15(7.9)	.564 (.320- .992)	.139
向精神薬なし	775 (28.3)	75 (39.5)	.823 (.601-1.126)	.86
利尿剤なし	132 (4.8)	17 (8.9)	.608 (.356-1.040)	.495
検査説明用紙改訂前	1783 (65.1)	163 (85.8)	3.176 (2.014-5.009)	.001未満
検定はロジスティック回帰分析を使用して解析				p<.05
数値は平均 ± 標準偏差				
n(%)				
基準変数2:無 検査説明改訂前後において基準変数1:前				
ダミー変数: 有無の問い 1:有 2:無				

1.031 (1.017-1.045)、低身長1.034 (1.011-1.057)、検査説明用紙改訂前3.176 (2.014-5.009)であった(表2)。次に、検査説明用紙改訂後の981人を対象に、鼻咽頭スワブPCR検査への変更と年齢・身長に関連をt検定および多変量解析で検討したが、有意差は認められなかった。

検査説明用紙改訂後は鼻咽頭スワブPCR検査に変更が必要であった症例が981例中27例であり、改訂前の変更率は8.4%から2.8%に減少した。

VI 考察

本研究では、術前のSARS-CoV-2検出における唾液PCR検査から鼻咽頭スワブPCR検査への変更が必要であった症例の特徴とその要因を明らかにした。その結果、高年齢、低身長、低体重、低Hb値が鼻咽頭スワブPCR検査への変更に関連する要因として挙げられた。これらの要因は、患者の全体的な体力低下や唾液分泌量の減少に関連している可能性を示している。さらに、シェーグレン症候群や糖尿病、肝硬変症など、唾液分泌機能に影響を与える疾患を持つ患者や、頭頸部への放射線治療歴、化学療法薬や向精神薬、利尿剤を内服している患者で唾液PCR検査が困難となり、鼻咽頭スワブPCR検査への変更が必要となる割合が高いことが確認された。唾液分泌低下の原因は、唾液腺細胞の自己抗原に対する自己抗体によるものから貧血、糖尿病等の系統的疾患、薬物の副交感神経遮断作用によるもの、抗がん剤あるいは放射線療法による腺房細胞の萎縮・消失によるものまで様々である(植田,2003)。これらの併存疾患や治療歴および内服歴は、唾液分泌の低下に寄与すると考えられた。しかしながら、今回の分析では、これらの要因が鼻咽頭スワブPCR検査への変更に影響しているという有意差は確認されなかった。この結果には、医師が既往歴を考慮して、あらかじめ鼻咽頭スワブPCR検査をオーダーしていた可能性が影響していたと考えられる。また、検査説明用紙の改訂前後の比較は、重要な示唆を得る結果となった。改訂前の患者では鼻咽頭スワブPCR検査への変更率が有意に高く、改訂後には変更率が低下していたことから、検査説明が検査成功率に大きく寄与する可能性が示唆された。一方で、唾液PCR検査の説明方法が統一されていない現状が明らかとなり、患者が唾液採取時に参照する説明用紙の重要性が示された。さらに、ロジスティック回帰分析により、「高年齢」「低身長」「検査説明用紙改訂前」が独立した変更要因として抽出された。高年齢と低身長に関連性については統計的に有意な関係は認められなかったものの、検査説明内容の改善が検査成功率の向上において重要であることが示唆された。1971年、Allan Paivioらによって提起された二重符号化理論では、人間の脳は、聞いたり読んだりするよりも、画像を記憶・理解す

る能力がはるかに高いことが分かったとされており(Paivio A,1971)、視覚的情報が患者の記憶と理解度を向上させることができたと考えられる。改訂された説明内容により、患者の特性に関係なく唾液PCR検査の有効率が向上し、より広く実施可能であることが示された。これにより、検査に関する説明の質が、検査の成否に大きく影響することが明らかになった。これらの結果から、実践的な示唆として、患者の特性を考慮した検査選択の重要性が挙げられる。特に、唾液分泌に影響を及ぼす疾患や治療歴を有する患者に対しては、事前に鼻咽頭スワブPCR検査を検討することが有用である可能性が示された。また、唾液PCR検査の成功率を高めるためには、説明の質の向上が必要である。検査の成功率には説明内容の適切さが大きく関与するため、説明用紙の見直しや医療者による説明の質の向上を継続的に図ることが求められる。さらに、患者の負担軽減や医療者の感染リスク低減にも配慮すべきである。鼻咽頭スワブPCR検査への変更を最小限に抑えることで、患者の負担を軽減し、医療者の感染リスクを低減するとともにコスト削減にも寄与すると考えられる。

このように、唾液PCR検査の実施には、患者の特性を踏まえた適切な検査選択と説明内容の質の向上が不可欠である。

一方JAMAにおいて、唾液は感染直後の数週間の間に有症状のSARS-CoV-2の検出感度は良好である一方、無症候性キャリアの検出感度はすべての時点で60%未満であったと米国から報告されており、唾液PCR検査を無症候性COVID-19スクリーニングに適さない可能性が示唆されている(Congrave-Wilson Z,2021)。諸外国や本邦においても、無症状のスクリーニング陽性例の報告が見られることから、無症状感染者の早期発見および二次感染の予防を目的とした継続可能なスクリーニング検査の在り方について、さらなる検討が求められる(角田,2022)。A病院におけるスクリーニング方法についても、見直しの可能性を含めた検討が必要であり、今後より多くの症例を対象とした研究が求められる。

VII 結論

本研究の結果、検査説明の不十分さが鼻咽頭スワブPCR検査への変更率を高める主因であった。一方、患者要因として検討した貧血や糖尿病など、唾液分泌に影響を与える因子との関連は認められなかった。これらの結果から、検査説明の充実、患者の検査の負担軽減や医療者の感染リスクの低減に不可欠であり、適切な情報提供はこれらに寄与するとともに、医療コストの削減にもつながる可能性が示唆された。なお、説明用紙の図解は理解しやすいように改訂したが、説明方法の統一には至らなかった。そ

のため、誰もが容易に理解できるよう、図の工夫や説明内容のさらなる改善が求められる。

利益相反

本論研究における利益相反は存在しない。

〈引用文献〉

- 秋本和宏, 下山和弘(2004):薬物による口腔乾燥症とその対処法.老年歯科医学, 19(3):178-183.
- Andersen G, Sjogren P, Hansen SH, et al(2004): Pharmacological consequences of long-term morphine treatment in patients with cancer and chronic non-malignant pain. Eur J Pain, 8(3):263-271.
- Bastos ML, Perlman-Arrow S, Menzies D, et al(2021):The Sensitivity and Costs of Testing for SARS-CoV-2 Infection With Saliva Versus Nasopharyngeal Swabs:A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Intern Med,174(4):501-510.
- Braam PM, Roesink JM, Raaijmakers CP, et al(2007): Quality of life and salivary output in patients with head-and-neck cancer five years after radiotherapy.Radiation Oncology, 2(3): 1-8.
- Congrave-Wilson Z, Lee Y, Jumarang J, et al(2021): Change in Saliva RT-PCR Sensitivity Over the Course of SARS-CoV-2 Infection. JAMA,326(11):1065-1067.
- Dawes C,(1974) Rhythms in salivary flow rate and composition. Int J Chronobiol,2(3):253-279.
- 久野彰子, 仲谷寛, 佐藤勉他(2002):高齢者における歯周病の唾液検査に関する研究.日本歯周病学会会誌, 44(3):261-272.
- 井関雅子, 三浦邦久, 中尾晃他(2006):がん性疼痛管理Ⅳ.がん性疼痛の薬物療法9.オピオイドの副作用とその対策27巻別冊春号,27:S101-S111.
- 角田梨紗子, 金森肇, 徳田浩一他(2022):東北大学病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科における新型コロナウイルススクリーニング PCR 検査の現状調査.日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー感染症学会誌,2(3):109-114.
- 加藤博史, 西條政幸(2021):ウイルスの特徴・疫学新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の検査体制, 医学のあゆみ,276(1):14-19.
- 厚生労働省(2021):新型コロナウイルス感染症(COVID-19)病原体検査の指針第4版
<https://www.mhlw.go.jp/content/000788513.pdf>(2025年3月9日閲覧)
- 厚生労働省(2022):新型コロナウイルス感染症(COVID-19)病原体検査の指針第6版Ⅰ検査種類と各種検査の意義:6-17.
- 村川由加理, 池松裕子(2011):我が国における術前不安の素因と影響要因および看護援助に関する文献考察,Journal of Japan Academy of Critical Care Nursing,7(3):43-50.
- 長槽巧, 安部俊吾(1999):慢性痛患者への薬物療法.日本ペインクリニック学会誌6(2):65-69.
- 中川洋一(2019):ストレスによる唾液分泌抑制のメカニズム.歯科薬物療法, 38(1):1-6.
- 小田川拓矢, 山本健, 門松伸一他(2011):HRVを応用した自律神経と唾液分泌量との関連性の評価,老年歯科医学,26(3):319-326.
- 老木浩之, 山本悦生, 村田清高(1995a):加齢による唾液分泌能の変化.口腔・咽頭科, 7(2):139-144.
- 老木浩之, 山本悦生, 大村正樹他(1995b):エストロゲンによる唾液分泌能の変化.耳鼻咽喉科臨床,88(11):1433-1438.
- Paivio A(1971),Imagery and Verbal Processes.HOLT,RINEHART AND WINSTON,INC
- 澤木修二, 持松いづみ, 小野勇他(1981):頭頸部悪性腫瘍放射線治療の副障害に対するTZ-04(人口唾液)の使用経験.耳鼻咽喉科展望,24(Supplement3号)323-339.
- 田野ルミ(2014):禁煙による口臭および唾液の測定値変化の検証.埼玉県立大学保険医療福祉学部2015Fiscal Year Research-Status Report, 2014.4.1-2017.3.31.
- 植田栄作, 木村剛, 谷田豊宏他(2003):唾液分泌低下-その原因と唾液分泌低下に伴う口腔障害.日本口腔科学会雑誌J.Jpn.Stomatol.Soc.52(5):227-234.
- 上養義典(2021):新型コロナウイルス遺伝子・抗原検査検体採取から結果報告まで.検査と技術49(12):1332-1337.
- 山本健, 山近重生, 中村幸香他(2018):うつと唾液分泌減退.歯科薬物療法, 37(3):93-100.

A地区における医療及び、看護・介護・福祉の連携における実態調査

平田 真由美

Mayumi Hirata

町田市民病院

要 旨

【目的】 A地区で活動する医療・看護・介護・福祉に従事する職種の連携状態を調査し、課題を明らかにする。

【方法】 地区の施設に勤務する医療・看護・介護・福祉従事者を対象に「医療介護福祉の地域連携尺度」を用いたWebアンケート調査を2023年1月10日から24日まで実施した。得られたデータ分析は、各尺度得点の平均値と標準偏差で評価し、現状把握した。地域連携の全般的評価と多施設多職種の参加回数を3群に分け地域連携尺度の合計得点、各尺度得点を一元配置分散分析し、多重比較はTukey-KramerのHSD検定で検証した。地域サポート数と経験年数を2群に分けWilcoxon順位検定で検証した。

【結果】 241人の回答内容を分析対象とした。地域連携尺度の得点が低い因子は順番に、「地域の関係者の名前と顔・考えがわかる (2.9 ± 1.0 点)」「地域の多職種で会ったり話し合う機会がある (3.0 ± 1.1 点)」「地域に相談できるネットワークがある (3.4 ± 1.1 点)」であり、地区の課題が抽出された。先行研究同様、地域連携の全般的評価の『とても良い』『どちらかといえば良い』『悪い』の3群の地域連携尺度の合計得点 ($p < .001$) で関連が認められた。多施設多職種対象の参加回数『0~1回』『2~5回』『6回以上』の3群の地域連携尺度の合計得点 ($p < .001$) で関連が認められた。地域サポート数が5人以上の群の合計得点 ($p = .003$) や、臨床経験年数が10年以上の群の合計得点 ($p = .046$) で関連が見られた。

【結論】 A地区の地域連携における課題は、関係者同士の名前や顔・考えの把握が不十分で、多職種が交流する機会が少なく、相談できるネットワークが十分でないことであった。以上のことから地域連携の向上には、多職種が気軽にやり取りが可能な持続可能な交流の場を提供し、情報共有できる地域ネットワークを強化することが重要である。

キーワード：地域連携、多職種、ネットワーク、交流の場

I はじめに

日本は世界でも類を見ないスピードで少子・高齢化が進んでおり、2040年には、65歳以上の人口が全人口における割合の35.1%になると推計されている(厚生労働省, 2021)。そのため医療は、「病院完結型」から、地域全体で治し支える「地域完結型」へ改革をすすめ、在宅医療・介護の一体的なサービス提供体制への見直しが求められている(厚生労働省, 2013)。厚生労働省(2016)は2025年度を目処に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築を推進している。その実現には、いくつかの課題があり、その一つとして、医療と介護の連携不足が挙げられている。北島(2022)が、地域包括ケアシステムを機能化させるという視点での構成要因の一つとして、「基盤となる地域(コミュニティ)」を挙げているように、コミュニティは関わる

医療介護福祉間の情報共有や連携に寄与し、交流の場となるため、医療介護福祉間が連携・協働することにおいて、重要な役割を果たすこととなる。

しかし2020年から始まった新型コロナウイルス感染症の流行により、地域医療の中核を担う病院から中小規模の病院に医療スタッフや感染管理認定看護師が支援に入るなど、地域連携や地域間連携が実装された。その一方で高齢者、特に単身世帯や認知症の方、介護を必要とする感染者の入院先が見つからないという地域における課題も浮き彫りになった。

本来、地域包括ケアシステムは画一的なものではなく、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じてつくりあげていく(厚生労働省, 2023)ものとされている。東京都看護協会では平成31年に地域包括ケア委員会を設置し、地域の実情に応じて地域包括ケアシステムが推進されるよう、医療機関との連携を図り支援をすすめるため、地区支部ごとの活動を続けている。しかし、東京都西部に位置するA地区には、医療介護福祉連携の実態データがなく、十

分な連携の現状が把握されていないため、連携実態を調査し課題を明らかにする必要性がある。

II 目的

A地区の地域における医療及び、看護・介護・福祉の連携状態を調査し、課題を明らかにする。

III 方法

1. 調査対象者

A地区全域の病院、老人保健施設、特別養護老人ホーム、地域包括支援センター、訪問看護事業所、居宅介護事業所の合計1065施設長に対し調査協力の依頼文を送付し、各施設に勤務する医療・看護・介護・福祉の従事者のうち1名を調査対象者とした。

2. 調査方法

1) データ収集方法

2023年1月10日から24日の期間、無記名自記式質問調査を実施した。調査用紙にQRコードを記載し、研究協力の同意が得られた回答者は、スマートフォンでQRコードを読み込んでアンケートに回答できる仕組みとした。回答者のプライバシーを守りつつ、匿名性を確保した。

2) 調査項目

(1) 対象者の属性：職種・年代・勤務場所・地域での臨床経験年数を求めた。多施設多職種対象の集まりへの過去3年間の参加回数(1つの施設に限ったものではなく地域の複数施設から複数の職種の参加があるカンファレンス・講演会・交流会)：なし、1回、2回、3~5回、6~9回、10回以上の6段階調査を行った。

(2) 地域連携の全般的評価：「あなたの地域では、患者や利用者に関わる医療介護福祉職間の連携は良いと思いますか」に対して、「とても良い(1点)」~「悪い(5点)」の5段階調査を行った。得点が高いほど地域連携の評価が低いことを示す。

(3) 地域サポート数：「あなたの地域で、患者や利用者について困ったことがある時に、助けになってくれる人が、あなたの身の回りには、すぐに思いつくだけで何人いますか」に対する人数を尋ねた。

(4) 地域における医療介護福祉従事者間の連携の良さを評価：地域で患者や利用者に関わる医療介護福祉職の連携を評価するように開発されたもので、信頼性・妥当性(Cronbachの α 係数0.86以上)が得られた阿部(2014)の『医療介護福祉の地域連携尺度』(以下、「地域連携尺度」と記載)を用いた。本尺度は、「他の施設の関係者と気軽にやりとりができる」「地域の他の職種の役割がわかる」「地域の

の関係者の名前と顔・考えがわかる」「地域の多職種で会ったり話し合う機会がある」「地域に相談できるネットワークがある」「地域のリソースが具体的にわかる」という6因子、26項目から成り立っており、各項目1~5点、および地域連携尺度の合計得点で地域連携を数量的に評価する。得点が高いほど連携が良いと評価する。

3. データ分析方法

回答者の地域連携尺度の6因子ごとの合計得点、各項目得点の平均値と標準偏差を算出し、地域連携尺度で平均点が低かった因子項目を課題として抽出した。

地域連携の全般的評価を『とても良い・良い』『どちらかといえば良い』『どちらかといえば悪い・悪い』の3群に分け地域連携尺度の合計得点、各下位因子合計得点の平均値の比較を一元配置分散分析し、多重比較は、Tukey-KramerのHSD検定を用いた。多施設多職種対象の研修会の参加回数を『なし、1回(0~1回)』『2回、3~5回(2~5回)』『6~9回、10回以上(6回以上)』の3群に分けて、地域連携尺度の合計得点、各下位因子合計得点の平均値の比較を一元配置分散分析し、多重比較は、Tukey-KramerのHSD検定を用いた。

地域サポート数は、5人未満の群と5人以上の群の2群に、さらに地域での臨床経験が10年未満の群と10年以上の群の2群に分けて、地域連携尺度の合計得点、各下位因子合計得点をWilcoxon順位和検定(ノンパラメトリック)を行い、正規近似を抽出した。統計学的有意水準は5%とした。統計解析ソフトは、JMP Ver13を使用した。

IV 倫理的配慮

東京都看護協会看護研究倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号2020-0003)。Webアンケートのトップページには、プライバシーポリシーと自由意思にもとづく回答をお願いすること、対象者個人を特定する情報は取得しないことを明記し、アンケート調査の回答をもって調査への同意を得た。なお、調査に先立ち尺度作成者から尺度の使用許諾を得た。

V 結果

1. 対象者の基本属性(表1)

A地区全域の病院、老人保健施設、特別養護老人ホーム、地域包括支援センター、訪問看護事業所、居宅介護事業所の合計1065施設に勤務する医療・介護・福祉の従事者に配布し、調査協力の同意が得られ回答があった241人(回収率23.3%)を分析対象者とした。

ケアマネジャー 51.5%(n=124)、看護師 43.6%(n=105)で

あった。看護師の内訳は、病院看護師33.3%(n=35)で、地域の看護師は66.7%(n=70)であった。勤務場所は、病院が19.1%(n=46)、病院以外が80.9%(n=195)であった。地域での職種の経験年数は、10年未満が48.5%(n=117)、10年以上が51.5%(n=124)で、10~20年が36.9%(n=89)と最多であった。地域サポート数は、1~4人が57%(n=135)で、多施設多職種の集まりへの参加回数は10回以上が37.8%(n=91)と最多であった。

2. 地域連携の全般評価と地域連携尺度による評価

地域連携尺度の6因子ごとの合計得点、各項目得点の平均値と標準偏差を表2に示す。得点の低い因子は順番に、「地域の関係者の名前と顔・考えがわかる(2.9±1.0点)」「地域での多職種で会ったり話し合う機会がある(3.0±1.1点)」「地域に相談できるネットワークがある(3.4±1.1点)」であった。

3. 地域連携尺度得点に関連する要因

地域サポート数が5人以上の群は、5人未満の群と比較して「他の施設の関係者と気軽にやりとりができる(p=.002)」「地域の他の職種の役割がわかる(p=.001)」「地域に相談できるネットワークがある(p<.001)」「地域のリソースが具体的にわかる(p=.020)」と「地域連携尺度の合計得点(p=.003)」に有意差があった。さらに、地域での臨床経験が10年以上の群は、10年未満の群と比較して「他の施設の関係者と気軽にやりとりができる(p=.017)」「地域の他の職種の役割がわかる(p=.016)」「地域に相談できるネットワークがある(p=.045)」と「地域連携尺度の合計得点(p=.046)」に有意差があった(表3)。

地域連携の全般的評価を『とても良い・良い』『どちらかといえば良い』『どちらかといえば悪い・悪い』の3群とし、地域連携尺度の合計得点、各下位因子得点を一元配置分散分析した結果(表4)、地域連携尺度の下位因子「他の施設の関係者と気軽にやりとりができる(p<.001)」「地域の他の職種の役割がわかる(p=.005)」「地域の関係者の名前と顔・考えがわかる(p<.001)」「地域の多職種で会ったり話し合う機会がある(p<.001)」「地域に相談できるネットワークがある(p<.001)」「地域のリソースが具体的にわかる(p=.002)」と「地域連携尺度の合計得点(p<.001)」すべてに有意差が見られた。地域連携尺度の合計得点、各下位因子得点と3群間の多重比較を行った結果(表4)、「他の施設の関係者と気軽にやりとりができる」「地域の関係者の名前と顔・考えがわかる」「地域の多職種で会ったり話し合う機会がある」「地域に相談できるネットワークがある」と「地域連携尺度の合計得点」すべての群間で有意差が見られた。

多施設多職種対象の集まりの参加回数を『なし、1回(0~1

表1 対象者の基本属性(n=241)

	n(%)
職種	
看護師	105(43.6)
ケアマネジャー	124(51.5)
MSW	7(2.9)
事務他	5(2.1)
看護師内訳	
病院看護師	35(33.3)
訪問看護師	40(38.1)
施設看護師	9(8.6)
包括看護師	17(16.2)
保健師	4(3.8)
年齢	
20歳代	3(1.2)
30歳代	14(5.8)
40歳代	81(33.6)
50歳代	99(41.1)
60歳代	44(18.3)
勤務場所	
病院	46(19.1)
病院以外	195(80.9)
地域での臨床経験年数	
1年未満	16(6.6)
1~4年	43(17.8)
5~9年	58(24.1)
10~20年	89(36.9)
21年以上	35(14.5)
地域サポート数	
0人	2(0.8)
1~4人	135(57)
5~9人	67(28.3)
10人以上	33(13.9)
多施設多職種の集まりへの参加回数(直近3年間)	
参加したことがない	16(6.6)
1回	18(7.5)
2回	21(8.7)
3~5回	67(27.8)
6~9回	28(11.6)
10回以上	91(37.8)

表2 地域連携尺度因子項目得点¹⁾の基本統計量

因子項目	(N=241)	平均値	標準偏差
他の施設の関係者とやりとりができる		3.7	1.0
患者（利用者）と一緒にみている他の施設の関係者に知りたいことを気軽に聞ける		3.9	1.1
一緒にみている患者（利用者）のことで連絡をとるときに、躊躇せずに連絡ができる		4.0	1.0
一緒にみている患者（利用者）のことで連絡のとりやすい時間や方法が分かる		3.5	1.0
一緒にみている患者（利用者）のことで連絡をとる時に、担当者にすぐにつながる		3.2	0.9
地域の他の職種の役割がわかる		3.6	1.0
患者（利用者）に関わる職種の一般的な役割がだいたいわかる		4.1	0.9
患者（利用者）に関わる地域の他の職種の困っていることがだいたいわかる		3.3	0.9
患者（利用者）に関わる自分以外の職種の動き方が実感をもってわかる		3.4	1.0
患者（利用者）に関わる自分以外の職種の出来ることがわかる		3.7	0.9
地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる²⁾		2.9	1.0
地域で患者（利用者）に関わっている人の、名前と顔がわかる		3.2	1.1
地域で患者（利用者）に関わっている人の、考え方や方針がわかる		3.0	0.9
地域で患者（利用者）に関わっている施設の理念や事情がわかる		2.6	1.0
地域で患者（利用者）に関わっている人の、性格、つきあい方がわかる		2.7	1.0
地域の多職種で会ったり話し合う機会がある		3.0	1.1
患者（利用者）に関わるいろいろな職種が、直接会って話す機会がある		3.0	1.1
普段交流のない多職種で話し、新しい視点や知り合いを得る機会がある		2.9	1.1
地域連携に関して、課題や困っていることを共有し、話し合う機会がある		2.9	1.1
この地域には多職種で話し合える雰囲気がある		3.2	1.0
地域に相談できるネットワークがある²⁾		3.4	1.1
患者（利用者）に関わることで、気軽に相談できる人がいる		3.5	1.0
患者（利用者）に関わることで困ったことは、誰に聞けばいいのかだいたいわかる		3.7	1.0
患者（利用者）に関わることで困った時には、まず電話してみようと思う人がいる		3.6	1.0
患者（利用者）に関わることで困った時に、相談できる場（メーリングリストや集まり）がある ³⁾		2.9	1.1
地域のリソースが具体的にわかる		3.8	1.1
地域で患者（利用者）を往診してくれる医師がわかる		3.9	1.1
地域で患者（利用者）をよくみってくれる訪問看護ステーションがわかる		3.8	1.1
地域で患者（利用者）をよくみているケアマネジャーが分かる		3.7	1.2
地域で患者（利用者）の訪問服薬指導をよく行っている薬局がわかる		3.5	1.2
地域で患者（利用者）が利用できる介護サービスがわかる		3.9	1.1
患者（利用者）が〈在宅・居宅で〉利用できる地域の医療資源やサービスがわかる		3.7	1.1
合計得点		3.4	1.1

¹⁾ 「そう思わない:1点」～「そう思う:5点」の5件法で得点化、得点が高いほど連携が良いことを示す

表3 地域サポート数と臨床経験年数の得点比較

医療介護福祉の地域連携尺度の下位因子	地域サポート数			地域での臨床経験年数		
	<5人 (n=137)	≥5人 (n=100)	p ¹⁾	<10年 (n=117)	≥10年 (n=124)	p ¹⁾
他の施設の関係者と気軽にやりとりができる	3.5±0.8	3.8±0.8	.002	3.5±0.7	3.7±0.8	.017
地域の他の職種の役割が分かる	3.5±0.8	3.8±0.8	.001	3.5±0.8	3.7±0.8	.016
地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる	2.8±0.9	3.0±0.8	.070	2.8±0.8	3.0±0.9	.068
地域の多職種で会ったり話し合う機会がある	2.9±0.9	3.0±0.9	.172	2.9±0.8	3.0±1.0	.355
地域に相談できるネットワークがある	3.3±0.8	3.6±0.8	.001	3.3±0.8	3.5±0.9	.045
地域のリソースが具体的にわかる	3.7±0.9	3.9±1.0	.020	3.7±1.0	3.8±0.9	.568
合計得点	3.3±0.7	3.6±0.7	.003	3.3±0.6	3.5±0.7	.046

¹⁾ Wilcoxon順位検定 正規近似

回)』『2回、3~5回(2~5回)』『6~9回、10回以上(6回以上)』の3群とし、地域連携尺度の合計得点、各下位因子得点を一元配置分散分析した結果(表4)、地域連携尺度の下位因子「他の施設の関係者と気軽にやりとりができる(p<.001)」 「地域の他の職種の役割がわかる(p<.001)」 「地域の関係者の名前と顔・考えがわかる(p=.002)」 「地域の多職種で会ったり話し合う機会がある(p<.001)」 「地域に相談できるネットワークがある(p<.001)」 「地域のリソースが具体的にわかる(p<.001)」と「地域連携尺度の合計得点(p<.001)」すべてに有意差が見られた。地域連携尺度の合計得点、各下位因子得点と3群間の多重比較を行った結果(表4)、『6~9回、10回以上(6回以上)』は、『なし、1回(0~1回)』よりも、「他の施設の関係者と気軽にやりとりができる(p=.010)」 「地域の関係者の名前と顔・考えがわかる(p=.008)」 「地域の多職種で会ったり話し合う機会がある(p<.001)」 「地域に相談できるネットワークがある(p<.001)」 「地域のリソースが具体的にわかる(p<.001)」と「地域連携尺度の合計得点(p<.001)」に有意差が見られた。さらに『6~9回、10回以上(6回以上)』は、『2回、3~5回(2~5回)』よりも、「他の施設の関係者と気軽にやりとりができる(p<.001)」 「地域の他の職種の役割がわかる(p<.001)」 「地域の関係者の名前と顔・考えがわかる(p=.013)」 「地域の多職種で会ったり話し合う機会がある(p=.001)」 「地域に相談できるネットワークがある(p<.001)」 「地域のリソースが具体的にわかる(p<.001)」

と「地域連携尺度の合計得点(p<.001)」に有意差が見られた。しかし、『なし、1回(0~1回)』と『2回、3~5回(2~5回)』の間には、「他の施設の関係者と気軽にやりとりができる(p=.968)」 「地域の他の職種の役割がわかる(p=.846)」 「地域の関係者の名前と顔・考えがわかる(p=.620)」 「地域の多職種で会ったり話し合う機会がある(p=.088)」 「地域に相談できるネットワークがある(p=.244)」 「地域のリソースが具体的にわかる(p=.996)」と「地域連携尺度の合計得点(p=.679)」に検出できる差は認められなかった。

VI 考察

1. A地区の地域連携の現状

本調査では、A地区における医療介護福祉従事者間の連携の良さを地域連携尺度の6因子ごとの合計得点、各項目得点の平均値と標準偏差で評価した。結果として「地域の関係者の名前と顔・考えがわかる」「地域の多職種で会ったり話し合う機会がある」「地域に相談できるネットワークがある」が得点の低い因子ということが分かった。森田(2012)は、地域連携を促進するためには、顔がわかるだけでなく、考え方や価値観、人となり分かるような多職種小グループでの話し合う機会を継続的に地域の中に構築することが有用であり、「顔見知りを通り越えて信頼できる関係」をつくることで連携しやすくなると報告している。このことから単に顔が分かり、地域の中で話す機会を設け

表4 地域連携の全般的評価・多施設多職種の集まりへの参加回数の地域連携尺度得点の比較

医療介護福祉の地域連携 尺度の下位因子	全般評価による3群比較					参加回数による3群比較				
	A:悪い・どちらかと言うと悪い (n=35)	B:どちらかと言えば良い (n=124)	C:良い・とても良い (n=82)	p ¹⁾	Tukeyの多重比較 ²⁾	A:0から1回 (n=34)	B:2から5回 (n=88)	C:6回以上 (n=119)	p ¹⁾	Tukeyの多重比較 ²⁾
他の施設の関係者と気軽にやりとりができる	3.2±1.0	3.5±0.7	4.0±0.6	< .001	AC:< .001 AB: .016 BC:< .001	3.4±1.1	3.4±0.8	3.9±0.6	< .001	AC: .010 AB: .968 BC:< .001
地域の他の職種の役割が分かる	3.3±1.0	3.6±0.8	3.8±0.7	.005	AC: .004 AB: .097 BC: .157	3.5±0.9	3.4±0.8	3.8±0.7	< .001	AC: .073 AB: .846 BC:< .001
地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる	2.4±0.9	2.8±0.9	3.1±0.8	< .001	AC:< .001 AB: .042 BC: .035	2.6±1.1	2.7±0.8	3.1±0.8	.002	AC: .008 AB: .620 BC: .013
地域の多職種で会ったり話し合う機会がある	2.4±1.0	2.9±0.8	3.3±0.8	< .001	AC:< .001 AB: .006 BC: .002	2.5±0.9	2.8±0.9	3.3±0.8	< .001	AC:< .001 AB: .088 BC: .001
地域に相談できるネットワークがある	2.8±1.0	3.4±0.8	3.7±0.7	< .001	AC:< .001 AB: .003 BC: .001	3.0±1.0	3.2±0.8	3.7±0.7	< .001	AC:< .001 AB: .244 BC:< .001
地域のリソースが具体的にわかる	3.5±1.0	3.6±1.0	4.0±0.8	.002	AC: .008 AB: .600 BC: .009	3.4±1.1	3.4±1.0	4.1±0.6	< .001	AC:< .001 AB: .996 BC:< .001
合計得点	3.0±0.8	3.3±0.6	3.7±0.6	< .001	AC:< .001 AB: .009 BC:< .001	3.1±0.8	3.2±0.7	3.7±0.5	< .001	AC:< .001 AB: .679 BC:< .001

¹⁾一元分散分析

²⁾Tukey-KramerのHSD検定

るだけでなく、人となりがわかる関係や顔見知りを乗り越えた信頼関係を構築できる機会を継続的に設けることが重要である。

2. 地域連携と地域連携尺度の関連

地域サポート数は、5人未満の群と5人以上の群の2群に分けて、地域連携尺度の合計得点、各下位因子得点をWilcoxon順位検定(ノンパラメトリック)結果より、地域サポート数と関連が見られたのは、「地域連携尺度の合計得点」「他の施設の関係者と気軽にやりとりができる」「地域の他の職種の役割がわかる」「地域に相談できるネットワークがある」「地域のリソースが具体的にわかる」であった。地域サポート数が多ければ地域連携が良いという関連がみられたことから、気軽にやりとりができ、他の職種の役割やリソースが分かり、相談できるネットワークがあることが重要であることがわかった。伊富貴(2024)は、退院支援における専門職種間連携の変化のプロセスの研究から、複数人での専門職の面談は、役割認識や尊重の態度を深めた連携を促進し、他者からの良好な評価を受けることが、個人の働きがいに影響するだけでなく、提供した援助を評価してくれたり、協力し合える仲間に支えられていることが自分の役割を果たす力になると述べている。このことから、連携が良い理由が、単にサポート数が多いだけでなく、多職種の役割認識を持ち、尊重の態度を深めた関わりを実践することで、仲間に支えられている安心感のもと地域連携を発揮できていると考える。したがって、多職種の役割認識が高められるサポート数増加支援が必要である。

地域での臨床経験年数は、10年以上の群と、10年未満の群に分けて、地域連携尺度の合計得点、各下位因子得点をWilcoxon順位検定(ノンパラメトリック)結果より、地域での経験年数と関連が見られたのは、「地域連携尺度の合計得点」「他の施設の関係者と気軽にやりとりができる」「地域の他の職種の役割がわかる」「地域に相談できるネットワークがある」であった。地域での経験年数が高ければ地域連携も良いという関連が見られたことから、他の施設の関係者と気軽にやりとりができ、他の職種の役割がわかり、相談できるネットワークがあることが重要であることがわかった。阿部(2014)の先行研究では、臨床経験年数と関連性は確認されなかったが、今回A地区の調査では臨床経験年数と関連のある因子として、「他の施設の関係者と気軽にやりとりができる」「地域の他の職種の役割がわかる」「地域に相談できるネットワークがある」が挙げられた。この関連が見られた理由として、今回の回答した対象者の多くが経験年数11年~20年36.9%(n=89)と高い人であったことが考えられる。谷垣(2020)による在宅療養支援のために、熟練看護師が行った連携における具体的

な看護実践内容を明らかにする研究では、療養支援者における連携には、療養者の意思を尊重し、チームのなかで療養者の意思を代弁し、チーム編成すること、および具体的な行動として、直に会って話すことや他職者の人となりをよく知りアプローチを探る看護師の活動が重要であると述べている。このことから地域での臨床経験年数の高い人は、対面でのコミュニケーションや人との関わりを重視し、効果的なアプローチを行うことができる可能性があると考ええる。さらに、直接会って情報を交換することや相手の状況に合わせてアプローチを探り、看護側の対応を変更できる実践力を今後経験の浅い人が、身に着けることでスムーズな連携力がつくような支援が必要であると考ええる。

地域連携の全般的評価を『とても良い・良い』『どちらかといえば良い』『どちらかといえば悪い・悪い』の3群とし、一元配置分散分析した結果より、地域連携尺度すべての因子と、多重比較でも関連が見られたのは、「他の施設の関係者と気軽にやりとりができる」「地域の関係者の名前と顔・考えがわかる」「地域の多職種で会ったり話し合う機会がある」「地域の相談できるネットワークがある」であった。さらに、データ分析の結果から、地域連携の全般評価を『どちらかと言えば良い(n=124)』『良い・とても良い(n=82)』と85%以上の人々が、主観的に連携が良いと答えている。しかし、表4のように、客観的評価である、地域連携尺度の合計得点の平均値と比較して、平均値より低い因子は順番に「地域の関係者の名前と顔・考えがわかる」「地域の多職種で会ったり話し合う機会がある」「地域に相談できるネットワークがある」であった。この点について先行研究では、検討されてはいない。篠崎(2015)は、対人関係敏感性と対人感受性の関連－主観的評価と客観的評価による測定－の研究結果で、観察者の評定との一致に基づく客観的指標の方が、本来の対人感受性を反映していると述べている。さらに、森居(2003)は、咀嚼の主観的評価と客観的評価との関連の研究の中で、日常臨床においても、咀嚼に対する満足度のみの評価だけでは不十分であり、咀嚼の機能検査として、客観的評価を取り入れることの重要性を述べている。このことから地域連携が良いという主観的評価のみでなく、客観的評価が示す地域の関係者の名前と顔・考えがわかり、地域の多職種で会ったり、話し合う機会があり、地域に相談できるネットワークがあることを地域連携がさらに良くなることと捉える必要があると考える。

多施設多職種の集まりの参加回数について、地域連携尺度の合計得点の平均値と比較すると、平均値より低い因子は順番に「地域の関係者の名前と顔・考えがわかる」「地域の多職種で会ったり話し合う機会がある」「地域に相談できるネットワークがある」であった。小谷(2018)は、地域における多職種連携の中で、地域の資源を集めれば多

職種連携が自然に完成するというわけではなく、最近では地域(市町村)をあげた多職種連携研修会では、シミュレーションケースをもとにした話し合いであったり、チームビルディングを目指したグループワークやワークショップの研修会を通じて地域でのネットワークが構築されていくような工夫がみられていると述べている。このことから単に参加回数が多くても連携が良くなるわけでもなく、多施設多職種の集まりの会の内容を参加者のニーズに応え連携力をあげるものにする必要があると考える。

多施設多職種の集まりへの参加回数『なし、1回(0~1回)』と『2回、3~5回(2~5回)』の間には、検出できる差が認められず結果が一致しなかった。この理由として、本調査での『0~1回(n=34)』『2~5回(n=88)』の参加人数の割合が先行研究では、ほぼ同等な人数に対し人数に差があることが要因と思われる。

地域ケアに関わる医療・介護・福祉領域の「顔が見える多職種連携」を推進するために阿部(2015)が2012年に開発したケア・カフェ[®]は、地域でケアに関わる人々が、顔が見える連携と、日頃の困りごとを相談する場であると述べている。さらに阿部(2015)は、地域連携尺度において有意な変化をした地域連携の下位尺度をみると、ケア・カフェ[®]に参加することにより、参加者は他の職種の役割や、名前と顔や考えがわかり、気軽なやりとりができるようになり、地域の多職種で話し合う機会や相談できるネットワークを得ていて、地域における医療介護福祉の連携が改善する有用なツールであると報告している。今回、地域連携そのものを測ることができる「医療介護福祉の地域連携尺度」を用いて調査を行ったことで、地域連携の全般的評価、多施設多職種の集まりへの参加回数と関連するという結果は、先行研究(阿部,2014)とほぼ同様であり、他の施設の関係者と気軽にやり取りができ、地域の他の職種の役割がわかり、名前と顔・考えがわかり、多職種で会ったり話し合う機会があり、相談できるネットワークの構築が重要であることがわかった。平原(2015)は、地域包括ケアの推進には、多職種の役割を理解し、多職種連携を推進することが重要であると述べている。さらに、中村(2014)は、多職種連携における4つの促進因子として、「これまでのやり方に限界がある」という危機意識、継続的な「場」の設定(連携のきっかけ作り)、継続的な学習(連携が進む水準に必要な知識の獲得)、小さくてもやりやすいところからは始める「small start with BIG picture」であると述べている。栃木県(2008)の地域包括ケアを支えるネットワーク構築マニュアルでは、ネットワーク構築後の運用として、定期的に業務内容の報告や助言をし合い、勉強会を開催するなどして、お互いの専門分野を理解し、センターの役割や業務の目的を共通認識することが重要であるとしている。また、効果的な運用を続けるための必要な活動として、各

専門職がそれぞれの専門分野にかかわる課題に取り組み、資質の向上を図ることが求められている。さらに、漠然とネットワークの目的や必要性などを訴えるのではなく、十分に理解されるよう働きかけることが重要で、実際にネットワークが構築できたことにより、支援が上手くいった事例などを具体的に説明することも重要であるとしている。このような背景から、地域にネットワークを構築することで、地域の関係者がどのような活動をし、役割を果たしているかを話し合い、お互いの理解を深めて、顔が見える関係づくりを行うことで、気軽に集まることができる場所となる可能性がある。一方で、交流できる場を確保するためだけにネットワークを立ち上げても、その後定期的に、あるいは随時開催し、ネットワークの活動状況の把握や情報共有を図るために顔が見える関係を維持することが重要であると述べている。したがって、地域でのネットワークを効果的に運営するためには、関係者間の情報共有や、話し合いを通し、顔が見える関係づくりができる交流の場を定期的に開催するなど、交流の場の確保と維持をしていくことが重要であると考ええる。

3. 調査の限界と今後の課題

対象者はA地区の医療介護福祉の施設の従事者であり、回答した職種・所属の市によってデータに偏りがあった。また、調査が2023年1月と新型コロナウイルス感染症の流行中のために、直接会ってのコミュニケーションが制限された時期であることが、結果に影響していると考えられる。今後は職種ごと、市町村ごとの課題の抽出をするために対象者を限定した調査を行うことや、コロナ禍の影響が少ない時期に再度調査を行い今回の結果と比較するなど、地域連携の状況を分析するための継続した調査を行いたい。

本調査の結果は、A地区のみならず、他の地域においても参考になるものであり、地域医療連携の質の向上と、医療介護福祉従事者間の連携の関係性を、今後も追及することが重要であると考ええる。

VI 結論

A地区の地域における医療及び、看護・介護・福祉の連携状態を調査し、地域連携に関する要因と関連を分析した結果から、以下の2点が明らかになった。

- 1.A地区の地域連携の現状に対する課題は、地域の関係者の名前と顔・考えが十分に把握されておらず、地域の多職種が交流する機会が少なく、地域内で気軽に相談できるネットワークが十分でないことが分かった。
- 2.地域連携尺度の得点が高い要因としては、地域でのサポート人数が5人以上と多く、地域での臨床経験が10年目以上と高く、多施設多職種の集まりへの参加回数が多い

ことであり、他の施設の関係者と気軽にやり取りができ、地域内の職種の役割や地域リソースを理解し、地域内で相談できるネットワークを持っている人が多いことが分かった。

以上のことから医療介護福祉従事者が効果的に連携するには、多職種が気軽にやり取りができ、顔見知りを通り越えた信頼関係を構築できる機会を設け、活動を通じて互いのつながりが深まる持続可能な交流の場を確保し、効果的な情報共有ができる地域のネットワークを強化することが重要であることが示唆された。

謝辞

本調査のアンケートにご協力いただきました皆様に感謝申し上げます。研究に際して協力いただいた東京都看護協会 地域包括ケア委員会 多摩南部地区委員（長谷部美津代氏、池亀俊美氏、児玉千恵美氏、北川ひとみ氏、切手純代氏）に感謝申し上げます。また、分析への指導をいただきました脇山茂樹氏に深く感謝申し上げます。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

引用文献

- 阿部泰之, 森田達也 (2014): 「医療介護福祉の地域連携尺度」の開発. *Palliative Care Research*, 9(1):114-120.
- 阿部泰之, 堀籠淳之, 内島みのり他 (2015): ケア・カフェ®が地域連携に与える影響－混合研究法を用いて－. *Palliative Care Research*, 10(1):134-140.
- 伊富貴初美 (2024): 退院支援における専門職種間連携の変化のプロセス: Relational Coordination 理論を基盤とした アクションリサーチ. *J.Jpn. Acad. Nurs.Sci.*, 44:11-21.
- 北島佳苗 (2022): 地域包括ケアシステムの現状と課題. *日本経営品質学会誌* オ

- ンライン, 7(1):61-68.
- 厚生労働省 (2013): 社会保障制度改革国民会議 報告書－確かな社会保障を将来世代に伝えるための筋道－, 第66回社会保障審議会医療保険部会 参考資料2. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000014937.pdf (2025年2月25日閲覧)
- 厚生労働省 (2016): 地域包括ケアシステム.1 地域包括ケアシステムの実現に向けて. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html (2025年2月25日閲覧)
- 厚生労働省 (2021): 我が国の人口について. 人口の推移, 人口構造の変化. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21481.html (2025年2月25日閲覧)
- 厚生労働省 (2023): 医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護（地域包括ケアシステムの深化・推進）. 社会保障審議会 介護給付費分科会 (第222回) 資料2. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001140076.pdf> (2025年2月25日閲覧)
- 小谷和彦, 小池創一, 松村正巳 (2018): 具体的な地域医療活動 地域医療における多職種連携（概説）. *日本内科学会雑誌*, 107(11):2294-2300.
- 篠崎志美 (2015): 対人関係敏感性と対人感受性の関連－主観的評価と客観的評価による測定－. *日本心理臨床学会 2015年第34回大会* (ポスター発表). <https://u-fukui.repo.nii.ac.jp/records/28645> (2025年2月25日閲覧)
- 谷垣静子, 仁科祐子, 長江弘子他 (2020): 熟練看護師が行った在宅療養支援における看護実践～連携に注目して～. *日本プライマリ・ケア連合学会誌*, 43(4):116-122.
- 栃木県 (2008): 地域包括ケアを支えるネットワーク構築マニュアル. 栃木県保健福祉部高齢対策課. <https://www.pref.tochigi.lg.jp/e03/welfare/koureisha/kaigohoken/documents/1225432336920.pdf> (2025年2月25日閲覧)
- 中村洋 (2014): 多職種間連携における2つの阻害要因と4つの促進要因. *医療と社会*, 24(3):211-212.
- 平原佐斗司 (2015): 在宅医療テキスト (第3版) 在宅医療総論 第1章 10. 多職種連携 (IPW) について. 39, 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団, 東京都.
- 森居研太郎, 池邊一典, 北村和也他 (2003): 咀嚼の主観的評価と客観的評価との関連. *日本咀嚼学会雑誌*, 12(2):118-119.
- 森田達也, 野末よし子, 井村千鶴 (2012): 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か?. *Palliative Care Research*, 7(1):323-333.
- 森田達也, 井村千鶴 (2013): 「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」の開発. *Palliative Care Research*, 8(1):116-126.

非正規雇用看護職のキャリアの特徴 ～キャリア志向とキャリア成熟度、キャリア意識、 職務キャリアとの関連～

笹山 名月¹、荒木田 美香子²

Natsuki Sasayama¹, Mikako Arakida²

¹社会医療法人社団 東京巨樹の会 東京品川病院、²川崎市立看護大学

要 旨

【目的】非正規雇用看護職に対し、キャリア志向としての8つのキャリアアンカーから特徴ある群（クラスター）に分類をし、各群のキャリア成熟度、キャリア意識、職務キャリアの相違を明らかにすることを目的とした。本研究の意義は、非正規雇用看護職のキャリアの特徴に応じた雇用対策のための基礎資料とすることができる点である。

【方法】非正規雇用看護職251名を対象として、自記式質問紙調査による横断調査をおこなった。基本属性と各変数に関して記述統計を算出し、キャリア志向については非階層クラスター分析を行った。キャリア志向と各変数の関係は、一元配置分散分析で差の検討を行い、さらにクラスター間の関係をみるため多重分析を行った。

【結果】8つのキャリア志向の特徴から、4つのクラスターに分類された。クラスター1は3つのキャリア尺度の得点が高く、看護のジェネラリストを目指して働きながら安定を重視する志向の群であった。クラスター2は3つのキャリア尺度がどのクラスターと比較しても有意に低く、ワークライフバランス志向を重視する群であった。クラスター3は看護のスペシャリストを目指して働きながら、独立開業を目指し安定はさほど重視しない志向の群であった。クラスター4はキャリアの特徴が明確にはならなかった。

【考察】クラスター1と3は職務キャリア、キャリア成熟度の得点が高いことから、看護実践力が伴っている群として業務範囲の選択の幅を広げジェネラリストやスペシャリストとして働くことが出来る可能性が示唆された。どのクラスターにも雇用の形態によって教育の機会が制限されない制度を整備していく必要があると考えた。

【結論】キャリア志向やキャリアの特徴によって非正規雇用看護職にも業務範囲の拡大の選択肢を増やすことや、教育の機会を提供できる環境の整備が必要である。キャリアの特徴に応じた雇用対策をとることで多様な働き方の可能性が示唆された。

キーワード：非正規雇用看護職、キャリアの特徴、多様な働き方、雇用対策、看護実践能力

I はじめに

我国では、2025年問題を見据えて看護職員の確保が進められ、2020年には看護職員就業者は173.4万人となったが、2025年の需要推計180.1万人には達しておらず、現状なお看護職員は不足傾向にある。さらに2020年の都道府県別人口10万人あたりの看護職員就業者数については、首都圏等の都市部において、全国よりも少ない傾向にある（厚生労働省,2023）。少子高齢化の進行により生産年齢人口が急減していく中で、多様化する看護ニーズや24時間体制勤務に対応していくためには、看護職の確保を推進していくとともに、生涯にわたって継続できるよう看護職の資質の向上を図ることが重要である（厚生労働省,2014）。日本看護協会では「看護職の多様な勤務による就業促進事業」を実施し、看護職がワークライフバランスを実現して「豊かなキャリアの継続」を支えることで「医療施設にお

ける人材の確保・定着」及び「看護職の専門性の向上」を促進しており、「看護サービスの向上」が可能になる具体的行動計画としては医療施設に勤務する看護職員の「多様な勤務形態」の実施を推進してきた（日本看護協会,2021）。従来のような就労か退職か、仕事か家庭かの二者択一を迫るものではなく、仕事中心の働き方から生活中心の働き方に変革する取り組みであり、ワークライフバランスが実現できる環境の整備は多様な働き方の選択肢を増やした。

多様な働き方が推奨される中で、自らの働き方やキャリアの選択をして、非正規雇用看護職（以下、非正規看護職）という働き方を選択している看護職の、非正規看護職に対する研究調査は少なく、キャリア志向や、看護実践力、キャリアに対する関心や意識、計画性について明らかになっていない。そこで、非正規看護職のキャリアの特徴を明らかにしたいと考えた。看護職が働く就業場所として「病院」が6割と最も多いため（厚生労働省,2022）、今回は病院で

就業する非正規看護職に焦点を当て特徴を明らかにしようと考えた。今後、多様化した働き方を積極的に活用していく中で、非正規看護職のキャリアに関する特徴を明らかにすることは、看護の質の確保、非正規看護職の働く職場としての支援を考える基礎資料となると考える。

II 目的

非正規看護職に対し、キャリア志向としての8つのキャリアアンカーから特徴ある群（クラスター）に分類をし、各群のキャリア成熟度、キャリア意識、職務キャリアの相違を明らかにすることを目的とした。本研究の意義は、非正規看護職のキャリアの特徴に応じた雇用対策のための基礎資料とすることができる点である。

III 方法

1. 研究デザイン：横断的質問紙調査

2. 調査対象：本研究では非正規看護職を「病院勤務のパート、アルバイト、派遣の雇用条件で働いている保健師、助産師、看護師」と操作的に定義した。対象者の選出において、まず首都圏にある「入院基本料7対1規準」の81病院の中から無作為に55病院を抽出し、対象病院の看護部長に依頼書を送付した。依頼した病院の中から20病院から協力を得られ、各病院の対象者人数分の505部を郵送した。本研究では、回答が得られた253名のうち、基本属性に欠損値があった2名を除く251名を分析対象とした。回収50.1%、有効回答数99.2%であった。

3. 調査期間：2017年6月から10月

4. 調査方法：郵送による無記名自記式質問調査を用いた横断調査を実施した。

5. 調査項目

1) 基本属性

個人属性として、性別、年齢、配偶者の有無、子どもの有無、保健師、助産師、看護師の免許の有無、要介護者の有無、現在の雇用形態、現在の週の労働日数と1日の労働時間、現病院の経験年数、現病院の病床数、過去の常勤の経験の有無、常勤経験年数、過去の転職回数、看護師の免許を取得してからの年数、非正規雇用として働き始めた看護師免許取得後年数、社会人経験の有無、現在配属されている部署、看護師基礎教育課程、最終学歴について尋ねた。

2) キャリア志向を中心としたキャリア成熟度、キャリア意識、職務キャリア、職務満足度、ソーシャルサポートに関する質問

(1) キャリア志向

キャリア志向はエドガー・H.シャインの8つのキャリアア

ンカー（Schein.E.H,1991）を参考に、看護職の特性を考え「管理・昇進」「スペシャリスト」「ジェネラリスト」「安定性」「自律・独立」「他者への奉仕」「純粋な挑戦」「ワークライフバランス」の8分類（自作）を10件法で測定した。また、自作である為、修士・博士課程の大学院生30名で検討を行い、表面妥当性の確保を行った。

(2) キャリア成熟度

キャリア成熟度は、「キャリア成熟度測定尺度」の下位尺度の「キャリア関心性:Cronbach's α =0.700」「キャリア自律性:Cronbach's α =0.640」「キャリア計画性:Cronbach's α =0.794」各4項目の12項目を5件法（狩野ほか,2012）の先行研究で信頼性妥当性が確保された尺度で測定した。12項目の質問で構成され、得点範囲は12点から60点であり、点数が高いほどキャリア成熟度（キャリア関心性、自律性、計画性）が高いことを示す。

(3) キャリア意識

キャリア意識は、今後の自分のキャリアの可能性に対する認知をとらえるために作成したキャリア意識尺度（金井ほか,1991）に、看護に特徴的な項目を加えた「キャリア意識尺度:Cronbach's α =0.75」の6項目（菊池,1999）を5件法で先行研究で信頼性が確保された尺度を参考に測定した。得点範囲は6点から30点であり、点数が高いほどキャリア意識が高いことを示す。

(4) 職務キャリア

職務キャリアとしては「職務キャリア尺度」の中の第一因子である「質の高い看護の実践と追究」17項目を抽出し（石井ほか,2005）、5件法で測定した。具体的には「患者や家族の状況に応じた適切な看護ができる」「適切なコミュニケーションスキルを持っている」「新たな知識や技術の習得に日々努力している」「適切な看護理論や根拠に基づいた看護を実践する」のような質問項目を含む17項目で構成されている。得点範囲は17点から85点であり、点数が高いほど質の高い看護実践の追究が高いことを示す。

(5) 職務満足度

職務満足度は「満足している」「まあまあ満足している」「不満である」「とても不満である」の1項目4件法で尋ねた。

(6) ソーシャルサポートの状況

現在の相談や愚痴を聞いてくれる精神的サポート者と家事や育児や介護などの働くことを支援してくれる労働的サポート者を各々「配偶者」「実の父母」「義理の父母」「きょうだい」「祖父母」「子ども」「パートナー」「友達」「職場の同僚」「なし」の10項目から該当するものを複数回答で尋ねた。

(7) 承認の有無

職場に対象者の働きを認めてくれる人やよい評価をしてくれる人の有無を、「上司」「同僚」「医師」「他職種」「なし」の5項目から該当するものを複数回答で尋ねた。

(8) 非正規看護職としての働き方の選択理由

現在、非正規看護職としての働き方を選択している理由を、「家庭や子どもがいるから」「進学や留学などを望んでいるから」「常勤として雇用されなかったから」「趣味や仕事以外の時間を確保したいから」「看護以外の仕事（委員会など）の責務は負担だから」「給与はそこそこで楽に働きたいから」「その他」の7項目から該当するものを複数回答で尋ねた。

6. データ分析方法

基本属性と各変数に関して記述統計を算出し、キャリア志向として8つのキャリアアンカーから特徴ある群（クラスター）に分類するため非階層クラスター分析を行った。キャリア志向と各変数の関係は、一元配置分散分析で差の検討を行った。さらにクラスター間の関係をみるため多重分析を行った。各統計は統計パッケージSPSS Statistics Premium Grad Pack ver24を使用し、統計的な有意水準は5%未満とした。

Ⅳ 倫理的配慮

本研究は、国際医療福祉大学大学院の倫理審査承認を得て実施した（承認番号 16-Ig-178）。調査対象病院の看護部長と調査対象者には研究の目的、方法、参加の自由意思、また得られたデータが匿名化され、研究以外の目的で使用されないことを口頭または文書で説明し、同意書を取得した。返信された質問紙は鍵のかかる場所に保管した。紙媒体の質問紙から電子データに変換したが、無記名自記式での調査となるため、個人情報とは特定されない。また、今回使用したキャリア成熟度、キャリア意識、職務キャリアは尺度開発者の使用許可を得た。

V 結果

1. 対象者の基本属性

基本属性に関して基本統計量を算出した（表1）。分析

表1 分析対象者の基本属性

n=251			n=251				
	n	%		n	%		
性別	男性	1	0.4	常勤歴	あり	247	98.4
	女性	250	99.6		なし	2	0.8
年齢	20代	19	7.6	空欄		2	0.8
	30代	86	34.3		常勤年数	1年未満	1
	40代	92	36.7	1～3年未満		9	3.6
	50代	31	12.4	3～5年未満		36	14.3
	60代	22	8.8	5～10年未満		94	37.5
	空欄	1	0.4	10～20年未満		73	29.1
	平均年齢（標準偏差）	42.3	(10.0)	20年以上		37	14.7
配偶者	あり	197	78.5	空欄		1	0.4
	なし	54	21.5		平均年数（標準偏差）	11.3	(8.7)
子ども	あり	186	74.1	転職回数	なし	52	20.7
	なし	65	25.9		1～3回	153	61.0
資格	看護師	228	91.2		4～6回	38	15.1
	助産師	2	0.8		7～8回	4	1.6
	保健師	20	8.0		空欄	4	1.6
	助産師・保健師	1	0.4		平均転職回数（標準偏差）	2	(1.8)
要介護者	あり	20	8.0	看護師免許取得年数	1年未満	0	0.0
	なし	221	88.0		1～3年未満	0	0.0
空欄		10	4.0		3～5年未満	3	1.2
	派遣	16	6.4		5～10年未満	34	13.5
雇用形態	パート	209	83.0	10～20年未満	93	37.1	
	アルバイト	6	2.4	20年以上	112	44.6	
	夜間専従	16	6.4	空欄	9	3.6	
	その他	2	0.8	平均年数（標準偏差）	19.9	(10.1)	
	空欄	2	0.8	非正規雇用開始看護職年数	1年未満	1	0.4
	1～2日	25	10.0		1～3年未満	14	5.6
	3～4日	128	51.0		3～5年未満	20	8.0
5～6日	94	37.5	5～10年未満		74	29.4	
空欄	4	1.6	10～20年未満		102	40.6	
平均日数	4.1	(1.0)	20年以上		36	14.3	
1日労働時間	4時間以内	10	4.0		空欄	4	1.6
	4～8時間	145	57.8		平均年数（標準偏差）	12.3	(1.8)
	8時間以上	86	34.3	非正規雇用経験年数	1年未満	28	11.2
	空欄	10	4.0		1～3年未満	55	21.9
	平均時間	7.5	(2.4)		3～5年未満	29	11.6
現病院経験年数	1年未満	38	15.0		5～10年未満	55	21.9
	1～3年未満	48	19.0		10～20年未満	58	23.1
	3～5年未満	33	13.1		20年以上	19	7.6
	5～10年未満	44	17.5	空欄	7	2.8	
	10～20年未満	63	25.1	平均年数（標準偏差）	7.4	(7.4)	
	20年以上	23	9.2	社会人経験	あり	51	20.3
空欄	2	0.8	なし		198	78.9	
平均年数（標準偏差）	7.8	(8.0)	空欄		2	0.8	
病棟数	200床未満	11	4.4	看護師基礎教育	看護専門学校卒	202	80.5
	200～500床未満	99	39.4		看護系短期大学卒	20	8.0
	500床以上	93	37.1		看護系大学卒	26	10.4
	空欄	48	19.1		空欄	3	1.2
配属部署	外来系	145	57.8	最終学歴	看護専門学校卒	184	73.3
	病棟系	68	27.1		看護系短期大学卒	17	6.8
	その他	36	14.3		看護系大学卒	26	10.4
	空欄	2	0.8		看護系大学院修士卒	2	0.8
			他の大学・大学院卒		11	4.4	
			専攻科卒		6	2.4	
			空欄		5	2.0	

対象者数は251名、年齢の平均と標準偏差は42.3 ± 10.0歳、看護師免許取得後年数は19.9 ± 10.1年、非正規雇用開始看護職年数12.3 ± 1.8年、非正規看護職経験年数7.4 ± 7.4年、現在の配属部署は外来系が145名（57.8%）と多かった。

2. 「キャリア成熟度」「キャリア意識」「職務キャリア」の項目と得点

キャリア成熟度12項目のうち平均点が最も高い項目は「どうすれば看護師生活をよりよくおくれるのか、考えたことがある」で3.9点であった。一方最も低いのは「自分が期待しているような看護職生活を、この先実現できそうである」であり、2.8点であった。キャリア意識尺度6項目のうち平均点が最も高い項目は「看護の仕事は自分の可能性を十分に引き出してくれる」「今までの職務経験は今

後のキャリアをのばす上で有利である」「看護職として自立するために必要な教育訓練は十分に与えられた」であり、3.4点であった。一方最も低いのは「現在の処遇は自分の能力や実績を非常によく反映している」であり、2.9点であった。職務キャリア（質の高い看護実践の追究）17項目のうち平均点が最も高い項目は「事故が起こりやすい状況を予測し、回避に努めることができる」であり、3.7点であった。一方最も低いのは「患者の状況に応じた看護過程を展開する能力に優れている」であり、3.0点であった（表2）。

3. 8つのキャリア志向によるクラスター分類

全体としてどのような特徴のクラスターが形成されたか確認をするため、非階層クラスター分析を行った。2つの

表2 キャリア成熟度、キャリア意識、職務キャリアの項目と得点

カテゴリー	項目	平均値	標準偏差
キャリア成熟度	関心性		
	看護に役立つ情報を、積極的に収集しようとしている	3.6	0.9
	看護師生活の設計は自分にとって重要な問題なので真剣に考えている	3.7	1.0
	どのように働くべきかということは、あまり気にならない	3.5	1.1
	どうすれば看護師生活をよりよくおくれるのか、考えたことがある	3.9	0.9
	自律性		
	自分の看護師生活を主体的に送っている	3.1	1.1
	働いてもつまらないと思うことがしばしばある	3.4	1.1
	自分から進んで、どんな看護師生活を送っているのかを決めている	3.6	1.0
	これからの看護師生活を通して、さらに自分自身を伸ばし高めていきたい	3.6	0.9
	計画性		
	これからの看護師生活について、自分なりの見通しをもっている	3.3	1.0
キャリア意識	これからの看護師生活で、取り組んでみたいことがいくつかある	3.2	1.0
	これからの看護師生活で何を目標とすべきか分からない	3.2	1.0
	自分が期待しているような看護師生活を、この先実現できそうである	2.8	0.8
	看護の仕事は自分の可能性を十分に引き出してくれる	3.4	0.9
	現在の仕事は自分のキャリアを伸ばす上で有利である	3.0	1.1
	今までの職務経験は今後のキャリアをのばす上で有利である	3.4	1.0
職務キャリア	現在の処遇は自分の能力や実績を非常によく反映している	2.9	1.0
	仕事を通じて自分の望む専門知識や技術を十分に学ぶことができる	3.3	0.9
	看護職として自立するために必要な教育訓練は十分に与えられた	3.4	1.0
	患者や家族の状況に応じた適切な看護ができる	3.5	0.7
	患者の状況に応じた看護過程を展開する能力に優れている	3.0	0.8
	患者と家族のセルフケア能力を最大限に引き出すことが出来る	3.1	0.8
	より良いケアを追求している	3.6	0.8
	適切なコミュニケーションスキルを持っている	3.6	0.7
	改善点を見出して対策を立てることが出来る	3.4	0.8
	患者（家族）が自己決定するための十分な情報提供ができる	3.3	0.8
	看護に関する知識を豊富に身につけ看護実践に應用できる	3.2	0.8
	事故が起こりやすい状況を予測し、回避に努めることができる	3.7	0.7
	新たな知識や技術の習得に日々努力している	3.3	0.8
	患者（家族）が自己決定したことを尊重し、看護実践できる	3.6	0.7
	常に向上心をもち、学ぶ姿勢がある	3.4	0.9
	どんな状況においても的確な判断と予測に基づき行動できる	3.2	0.8
	自分の看護観を伝え、スタッフと意見交換する	3.3	0.9
	適切な看護理論や根拠に基づいた看護を実践する	3.3	0.8
	看護実践の目標と責任範囲を自覚している	3.5	0.9
	専門看護師や他職種のスぺシャリストを活用する	3.4	0.9

クラスターから徐々に数を増やし、分類が過剰になったところでやめ、直前のクラスター数を採用した。分類の特徴が明確になった4つのクラスターに分類された。251名の対象者のうち分析欠損値を除く総数244名が4つのクラスターに分類された。各クラスターに分類された分析者数はクラスター1:32名(13.1%)、クラスター2:65名(26.6%)、クラスター3:58名(23.8%)、クラスター4:89名(36.5%)であった。正規分布していなかったため8つのキャリア志向は中央値で示した。クラスター全体のキャリア志向は、管理昇進1.0、スペシャリスト5.0、ジェネラリスト4.0、自律独立1.0、他者への奉仕7.0、安定性5.0、純粋な挑戦7.0、ワークライフバランス10.0であった。クラスター1は、管理昇進、スペシャリストが低く、ジェネラリスト、自律独立、他者への奉仕、安定性、純粋な挑戦、ワークライフバランスが高い値を示した。クラスター2は、ワークライフバランス以外のキャリア志向が低い値を示した。クラスター3は、管理昇進、安定性が低く、スペシャリスト、自律独立、純粋な挑戦、ワークライフバランスが高い値を示した。クラスター4は、管理昇進、スペシャリスト、ジェネラリスト、自律独立が低く、他者への奉仕、安定性、純粋な挑戦、ワークライフバランスが高い値を示した。4つのクラスター分類の特徴を図に示した(図1)。

4. 4つのクラスター別の変数の特徴

1) 基本属性の概要：有意な差が認められたのは、配偶者の有無($p<0.05$)と子供の有無($p<0.01$)であった。配偶者の有無に関しての各クラスターの特徴(配偶者

あり)は、クラスター1:21名(65.6%)、クラスター2:47名(72.3%)、クラスター3:47名(81.0%)、クラスター4:78名(87.6%)であり、配偶者がいる割合が一番高いのはクラスター4、一方で低いのはクラスター1であった。子供の有無に関しての各クラスターの特徴(子どもあり)は、クラスター1:18名(56.3%)、クラスター2:45(69.2%)、クラスター3:44名(75.9%)、クラスター4:76名(85.4%)であり、配偶者の有無と同様に子供がいる割合が一番高いのはクラスター4であり、一方で低いのはクラスター1であった(表3)。

- 2) 働き方の選択理由の概要：「家庭や子どもがいるから」に関して有意な差($p<0.01$)が認められた。各クラスターの「家庭や子どもがいるから」を理由に挙げた人数と割合は、クラスター1:15名(46.9%)、クラスター2:37名(56.9%)、クラスター3:41名(70.7%)、クラスター4:66名(74.2%)あった(表3)。
- 3) サポート状況と承認者の概要：有意差はなかったが、クラスター1と3は、労働的サポートなしが共に25.0%、24.1%と全体のおよそ1/4を占め、他のクラスターが10%台であるのに比べて高い傾向にあった(表3)。
- 4) 満足度、常勤移行意思の概要：常勤移行意思に関して有意な差($p<0.05$)がみられた。満足度に関しての各クラスターの特徴は、「満足している」「まあまあ満足している」と回答した人数と割合は、クラスター1:28名(87.5%)、クラスター2:53名(81.6%)、クラスター

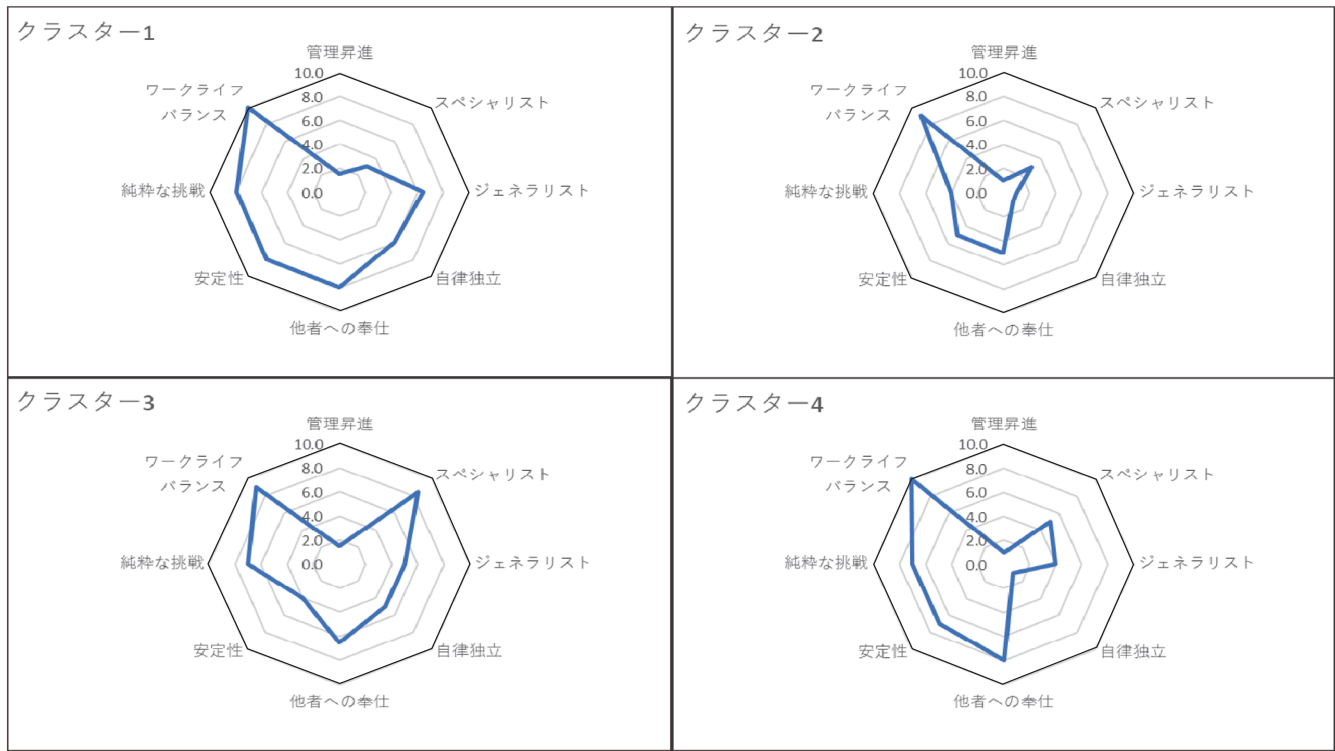


図1 8つのキャリア志向からの4つのクラスター分類

表3 クラスター別 基本属性、働き方の選択理由、サポート状況（各項目一部抜粋）

クラスター 1 n=32 クラスター 2 n=65 クラスター 3 n=58 クラスター 4 n=89											
			n	%	n	%	n	%	n	%	有意確率
基本属性	配偶者	あり	21	66	47	72	47	81.0	78	87.6	<0.05
		なし	11	34	18	28	11	19.0	11	12.4	
	子ども	あり	18	56	45	69	44	75.9	76	85.4	<0.01
		なし	14	44	20	31	14	24.1	13	14.6	
働き方の選択理由	家庭や子ども	該当	15	47	37	57	41	70.7	66	74.2	<0.01
		非該当	17	53	28	43	17	29.3	23	25.8	
	趣味や時間の確保	該当	11	34	18	28	7	12.1	16	18.0	0.07
		非該当	21	66	47	72	51	87.9	66	74.2	
	労働的サポートなし	該当	8	25.0	10	15	14	24.1	13	14.6	0.33
		非該当	24	75.0	55	85	44	75.9	76	85.4	
χ ² 検定											

表4 クラスター別 満足度 常勤移行意思の概要

クラスター 1 n=32 クラスター2 n=65 クラスター3 n=58 クラスター4 n=89										
		n	%	n	%	n	%	n	%	有意確率
満足度	満足している	9	28.1	17	26.2	14	24.6	28	31.5	0.08
	まあまあ満足している	19	59.4	36	55.4	33	57.9	47	52.8	
	不満である	4	12.5	12	18.5	6	10.5	14	15.7	
	とても不満である	0	0.0	0	0.0	4	7.0	0	0.0	
常勤移行意思	とても働きたい	5	15.6	3	4.6	14	24.1	10	11.2	<0.05
	機会があれば働きたい	12	37.5	24	36.9	28	48.3	36	40.4	
	今のままでいい	10	31.3	27	41.5	12	20.7	36	40.4	
	働きたくない	5	15.6	11	16.9	4	6.9	7	7.9	
Kruskal-Wallis検定										

3:47名（82.5%）、クラスター4:75名（84.3%）であり、各クラスターともに現在の働き方に対して80%以上の満足度が得られていた。常勤移行意思に関しての各クラスターの特徴は、常勤移行意思ありの「とても働きたい」「機会があれば働きたい」と回答した人数と割合は、クラスター1:17名（53.1%）、クラスター2:27名（41.5%）、クラスター3:42名（72.4%）、クラスター4:46名（51.6%）であり、常勤移行意思が一番高いのはクラスター3であり、一方一番低いのはクラスター2であった（表4）。

5. 「キャリア成熟度」「キャリア意識」「職務キャリア」の各尺度の平均点における4つのクラスターの差

独立変数を4つのクラスター、従属変数を3つの尺度とし、一元配置分散分析を行った。さらに各クラスター間の関係を見るため多重分析（DunnettT3）を行った（表5）。

1) 「キャリア成熟度」に関して、各クラスターの平均点と標準偏差は、クラスター1は38.5 ± 6.5点、クラスター

2は33.5 ± 5.5点、クラスター3は39.2 ± 5.7点、クラスター4は37.8 ± 5.8点であった。4つのクラスターの差を検証するために、独立変数を4つのクラスター、従属変数をキャリア成熟度尺度とし、一元配置分散分析を行い、有意な差（F値11.53、p<0.01）が認められたため、さらに各クラスター間の関係をみるため多重分析（DunnettT3）を行った。クラスター2はクラスター1・3・4のいずれとも有意な差（p<0.01）を認めた。これはクラスター2が他のクラスターと比較し有意に平均点が低かったことを示した。

2) キャリア意識に関して、各クラスターの平均点と標準偏差は、クラスター1は20.1 ± 3.2点、クラスター2は17.9 ± 3.5点、クラスター3は19.0 ± 4.1点、クラスター4は20.6 ± 3.9点であった。4つのクラスターの差を検証するために、独立変数を4つのクラスター、従属変数をキャリア意識尺度とし、一元配置分散分析を行い、有意な差（F値6.91、p<0.01）が認められたため、さらに各クラスター間の関係をみるため多重分析

表5 4つのクラスターとキャリア成熟度・キャリア意識・職務キャリア

		一元配置分散分析					多重比較 有意確率
		n	平均値	標準偏差	F値	有意確率	
キャリア成熟度	クラスター1	32	38.5	6.5	11.53	<0.01	}<0.01
	クラスター2	65	33.5	5.5			
	クラスター3	58	39.2	5.7			
	クラスター4	89	37.8	5.8			
キャリア意識	クラスター1	32	20.1	3.2	6.91	<0.01	}<0.05
	クラスター2	65	17.9	3.5			
	クラスター3	58	19.0	4.1			
	クラスター4	89	20.6	3.9			
職務キャリア	クラスター1	32	63.0	8.6	11.24	<0.01	}<0.01
	クラスター2	65	52.3	10.7			
	クラスター3	58	60.0	7.8			
	クラスター4	89	58.4	9.9			
							多重比較：Dunnett/T3

多重比較：DunnettT3

(DunnettT3)を行った。クラスター2はクラスター1・4と有意な差 ($p<0.05$, $p<0.01$) を認め、クラスター2はクラスター1・4と比較し、平均点が低いことを示した。

- 3) 「職務キャリア」に関して、各クラスターの平均点と標準偏差は、クラスター1は 63.0 ± 8.6 点、クラスター2は 52.3 ± 10.7 点、クラスター3は 60.0 ± 7.8 点、クラスター4は 58.4 ± 9.9 点であった。4つのクラスターの差を検証するために、独立変数を4つのクラスター、従属変数を職務キャリア尺度とし、一元配置分散分析を行い、有意な差 (F値11.24, $p<0.01$) が認められたため、さらに各クラスター間の関係をみるため多重分析 (DunnettT3)を行った。クラスター2はクラスター1・3・4のいずれとも有意な差 ($p<0.01$) を認めた。これはクラスター2が他のクラスターと比較し有意に平均点が低かったことを示した。

VI 考察

1. 非正規看護職のキャリアの特徴

全体的な特徴としてキャリア志向の観点からは、「管理昇進」、「自律独立」の志向に関しては、中央値が1.0と最低値であり、それと対極的に「ワークライフバランス」の中央値が10.0と最高値であった。「管理昇進」「自律独立」志向が低く、生活との両立を考えた「ワークライフバランス」志向が高い結果であった。この結果は、ワークライフバランスをとりながら看護職のキャリア支援を検討した調査 (山川,2012) で「多くの看護職は臨床看護師 (スタッフ) のままでいることを望んでいる」ことが報告されており、非正規看護職の特徴も正規雇用の臨床看護職の望んでいることと同様の結果であった。

4つのクラスターの特徴を比較してみると一番大きな特徴があったのはクラスター2であり、「キャリア成熟度」「キ

ャリア意識」「職務キャリア」の3つの項目の得点も低く、さらに多重比較の結果も他のクラスターと比較して有意に低かった。クラスター2は $n=65$ (26.6%) であり、非正規看護職の約25%は、看護実践能力やキャリア計画性が低く、ワークライフバランス志向が特徴的であった。

次にクラスター1は $n=32$ (13.1%) と全体に占める割合は低いですが、看護のジェネラリストを目指して働きながら、独立開業を目指すことや、純粋な挑戦のキャリア志向があり、安定を重視する傾向があるクラスターであった。また、「キャリア成熟度」「キャリア意識」「職務キャリア」のすべての尺度で得点が高かった。働き方の選択の理由をみると他のクラスターと比較し、「家庭や子ども」が理由である割合が半数を下回っており、「趣味や時間の確保」などの他の理由があげられていた。

また、クラスター3は $n=58$ (23.8%) と全体の25%には満たないが、看護のスペシャリスト志向が高く、安定はさほど重視しない志向のクラスターであった。「キャリア成熟度」「職務キャリア」で得点が高く、看護実践能力もキャリアの成熟度も高いが、安定性を求めないことから、どこかに所属するのではなく自分の能力が発揮できる場所の提供を求めているクラスターであることが示唆された。非正規雇用の選択の理由は「家庭や子ども」が70.7%と有意に高いことも特徴的であった。クラスター1と3はキャリアの特徴として看護実践力と計画性が伴っているクラスターであることが示唆された。2つのクラスターの非正規雇用を選択した理由を比較するとクラスター3が「家庭や子ども」が大半を占めているのに対して、クラスター1は「家庭や子ども」は半数以下であり、特徴が異なる。さらに、基本属性の特徴を合わせてみていくと他のクラスターと比較し有意な差は見られないが労働的サポートなしが共に25.0%、24.1%と全体のおよそ1/4を占め、他のクラスターが10%台であるのに比べて高い傾向にあった。このことから、非正規看護職を選んだ理由は異なっても労働的支援

のサポートの必要性が働くためのサポートとして共通して求められていることが示唆された。

最後にクラスター4はn=89(36.5%)と一番多くの割合を示すクラスターであった。他者への奉仕を望んで仕事をしているがワークライフバランスも重視している志向があった。「キャリア意識」は高得点であるが、「キャリア成熟度」、「職務キャリア」は平均であった。多重比較によりクラスター2よりキャリア意識を高く持って仕事をしていることが示唆された。しかし、他者への奉仕を望み、キャリア意識が高いにもかかわらず、キャリア志向では「自律独立」はすべてのクラスターで一番低く、「スペシャリスト」や「ジェネラリスト」としての志向も低い傾向があり、キャリアの特徴が明確にならなかった。

2. 非正規看護職のキャリアの特徴に応じた雇用対策

非正規雇用で働く看護職のキャリアには多様性があり、本研究では4つのクラスターに分類された。非正規雇用では、業務範囲の制限や教育機会が正規雇用と比較して少ないことが課題とされている(渡邊,2023)。しかし、各クラスターのキャリア特性に応じた業務を提供することで、非正規看護職がその能力を最大限に活かす働き方が可能になるのではないかと考えた。

クラスター1と3は、職務キャリアやキャリア成熟度が高く、看護実践力を備えた群として分類された。業務範囲を拡大することで、クラスター1はジェネラリスト、クラスター3はスペシャリストとしての役割を担い、その経験を活かせる可能性がある。また、正規雇用への移行意思も見られるため、こうしたキャリア支援が働き続ける意欲向上につながると考えられる。一方、クラスター2では現状の働き方に満足している割合が高く、非正規雇用を選択している背景には家庭や育児の理由がある。このため、負担の軽い業務を担いながら働き続けられる環境を提供することも一つの方策であると考えられる。

また、どのクラスターにも共通して教育機会の提供が重要である。石井らは、「看護職が業務を遂行するためには、必要な看護実践能力を身につけるとともに、キャリアを積んだ看護職としては、医療技術の進展や新しい思考・概念を取り入れることが求められる。」(石井ほか,2005)と報告している。それらを獲得してくれたための院内教育や生涯学習の促進は、看護職全体のキャリア発展に寄与するといえる。また、その教育機会が雇用形態に関わらず活用できる制度を整備していくことが求められる。

南谷らのライフイベントを契機としたパート看護職へのトラジションの様相での報告では、「パート看護職は正規職員と比較してネガティブに見られがちだが、実際には看護職としてキャリア開発に取り組む姿が見られ、条件が整えば正規職員へ復帰する可能性があること」が示されている(南谷ほか,2011)。この報告は25～34歳のパート看護

職を対象としたものだが、本研究のクラスター1と3のように職務キャリアが高い群にも共通するキャリア特徴といえる。一方で、日勤専従や短時間正職員制度が存在しているものの、「小学校就学前まで」などの期間限定の制度が課題として挙げられる。こうした条件では、再びパート看護職に戻る、あるいは退職を余儀なくされる可能性が高く、柔軟で持続可能な制度設計が求められる。

本研究では、非正規看護職を選択する最大の理由が「家族や子ども」であったが、看護職の非正規雇用と看護労働の動向での研究資料でも「結婚・出産・育児といったライフイベントが、女性看護職の非正規雇用への労働移動に深く関係している」(宮崎,2010)と指摘されている。また、厚生労働省や日本看護協会は、新人看護職の離職増加や潜在看護職の存在に注目し、看護労働への参加を促進する政策を推進している。厚生労働省の「看護職員の多様な働き方について」(厚生労働省,2024)などの政策は、非正規看護職や短時間正職員の増加を後押しする追い風となるであろう。このような背景の中で、非正規看護職を画一的に扱うのではなく、キャリア特性に応じた雇用対策を講じることが重要である。

雇用においては、実施可能な技術の確認や職務キャリア、キャリア成熟度の評価が指標となり得る。また、看護職に共通する看護実践能力を高めるため、非正規看護職にもクリニカルラダーを活用することは、職場環境や教育体制の整備における有効な方策といえる。非正規看護職の働き方は多様であり、病院や組織における活用方法もさまざまである。各々の特徴を尊重し、ライフステージやキャリア志向に応じた柔軟な働き方を提供することで、継続的な勤務が可能になると考えられる。

本研究は、首都圏の「入院基本料7対1規準」病院で働く非正規看護職を対象としており、全国的な非正規看護職のキャリア特性を網羅しているわけではない。また、非正規雇用年数についての直接的なデータ収集を行わなかった点も限界として挙げられる。しかし、非正規看護職のキャリア特性を明らかにし、雇用対策を検討するための基礎資料を提供したことは、本研究の意義であるといえる。

VII 結論

本研究では、非正規看護職のキャリアの特徴を8つのキャリア志向により非階層クラスター分析を行い4つのクラスターに分類した。クラスター1は看護のジェネラリストを目指して働きながら安定性を重視する志向で、すべてのキャリア尺度において得点が高く、関心や意識だけではなく看護実践能力が伴っている群であった。クラスター2はワークライフバランス以外のキャリア志向が低く、すべてのキャリア尺度において得点が有意に低い群であった。ク

クラスター3は看護のスペシャリストを目指して働きながらも安定性はさほど重視しない志向で、各キャリア尺度の得点の傾向から看護実践能力が伴いさらなるキャリアの向上を望んでいる群であった。クラスター4は看護職として他者への奉仕や安定性を重視する志向があり、すべてのキャリア尺度は平均的で非正規看護職の全体の特徴を示す傾向がある群であった。

キャリアの特徴に応じた雇用の対策としては、実施可能な技術の確認とともに職務キャリアやキャリア成熟度の得点の高低は一つの指標となりえる。また、今後の教育の観点から考えると、看護職に共通する看護実践能力の指標として、非正規看護職にもクリニカルラダーを活用していくことは、職場環境や教育体制の整備への一つの方策になるのではないかと考えた。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

引用文献

石井京子, 藤原千恵子, 星和美 他(2005): 看護師の職務キャリア尺度の作成と信頼性および妥当性の検討. 日本看護研究学会雑誌, 28(2): 21-30.

金井篤子, 佐野幸子, 若林満(1991): 女性管理職のキャリア意識とストレス. 経営行動科学, 6(1): 49-59.

狩野京子, 李志嬉, 中島望 他(2012): 看護職者の「職業キャリア成熟測定尺度」に関する構成概念妥当性の検討. 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 19(1): 19-29.

厚生労働省(2014): 第1回看護職員需給見通しに関する検討会. 資料3-1, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000072895.pdf> (2025年2月25日閲覧)

厚生労働省(2022): 令和2年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概要 [https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/20/\(2025年2月25日閲覧\)](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/20/(2025年2月25日閲覧))

厚生労働省(2023): 第2回看護師等確保基本指針検討部会. 参考資料2. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001118192.pdf> (2025年2月25日閲覧)

厚生労働省(2024): 看護職員の多様な働き方について. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_37784.html (2025年2月25日閲覧)

菊池昭江(1999): 看護専門職における自律性と職場環境および職務意識との関連. 経験年数ごとにみた比較. 看護研究, 32(2): 2-13.

日本看護協会(2021): 就業継続が可能な看護職の働き方の提案. https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/hatarakikata/pdf/wsr_for_nurse.pdf (2025年2月25日閲覧)

南谷志野, 平井さよ子, 賀沢弥貴 他(2011): ライフイベントを契機としたパート看護職へのトランジションの様相. 日本看護管理学会誌, 15(2): 113-125.

宮崎悟(2010): 拡大する女性看護職の非正規雇用と看護労働の動向「就業構造基本調査」データによる概観. 日本医療・病院管理学会誌, 47(4): 197-207.

渡邊里香(2023): 育児期の非正規雇用看護師のキャリア形成支援の課題. Journal of Inclusive Education, 12: 31-45.

山川信子(2012): 看護職のキャリア開発について: ワーク・ライフ・バランスとの関連性から支援のあり方を検討する. 日本看護学会論文集看護管理, 42: 183-186.

Schein.E.H.(1991): Career Dynamics: Matching Individual and Organizational Needs, 1078, 二村敏子, 三善勝代訳, キャリア・ダイナミクス, 白桃書房.

COVID-19による面会制限下での患者の家族に対する ICU看護師の看護実践

中村 真依子、家崎 由樹恵

Maiko Nakamura, Yukie Iesaki

日本赤十字社武蔵野赤十字病院

要 旨

【目的】 COVID-19の影響により面会制限が厳格化され、患者の現状認識が困難となった患者の家族に対して、ICU看護師の看護実践を明らかにし、今後の家族看護への実践の示唆を得ることを目的とした。

【方法】 A病院において、原則面会中止といった面会制限下で家族対応を行っているICU看護師を対象に、家族に対する看護実践の経験を、半構造化面接法により質的帰納的に分析した。

【結果】 9名の看護師より、【面会制限を経験することで家族ケアの難しさや大切さを実感しながらもできることを模索する】、【家族の言動から気がかりを察知し真意を探ろうとする】、【面会制限下だからこそ家族の情報を他のスタッフと共有する】、【患者の病状理解を促すため家族の言動から心情を理解しようと関係性を深める】、【限られた機会の中で患者と家族の関係性を確認し家族が最適解を出せるように一緒に考える】の計5つのカテゴリを見出した。

【結論】 ICU看護師は、厳格な面会制限に戸惑いと葛藤や困難さを感じながらも看護師にできることを模索し、家族と接触できる限られた機会の中で、他のスタッフと患者の家族に感じる気がかりや面会制限における家族ケアの困難さを共有しながら看護実践を行っていることが示唆された。

キーワード：面会制限、家族、COVID-19、ICU

I はじめに

集中治療室（Intensive Care Unit; 以下ICU）における家族の面会について、米国クリティカルケア医学会は、患者中心のケアを強く支持し、患者と家族の関与がICUでの臨床決定と患者の転帰に大きく影響するとし、家族面会の重要性を表明している（Davidson et al., 2007）。しかしながら、我が国においては、主に感染防止、業務の負担増加、適切な医療環境が乱されることなどへの懸念から、一般的に面会制限が行われている現状にある（福島・内野、2014）。百田ら（2014）が行った全国調査の結果から、ICUにおいて、1回の面会時間に制限があったのは全体の75.4%で、面会時間は、11～15分が最も多かった。このように、ICUでは厳しい面会制限があるのが現状であった。

このような背景の中、COVID-19の影響拡大に伴い、多くの医療現場では、今までよりもさらに厳格な面会制限をせざるを得ない状況を経験した。それにより、これまで当然のように行われていた対面での直接的な患者の家族と医療者とのやりとりが、電話やテレビ電話などといったオンラインの電子媒体を利用した間接的なやりとりにシフトした。当時のような状況下では、直接患者の家族と対面で接

する機会が非常に制限され、その多くは、患者の入院時に一度対面したきりで、次に直接患者の家族と会えるのは、入院時に必要な物を持参する際や、患者の状態が急変したときなど、病院側から家族を呼びよせて病状説明を行う際などといった、必要最低限の関わりのみになっていた。本来であれば、多少の面会制限がある中でも、面会時に家族は患者の顔を見ながら直接声をかけたり、手を握ったり、希望があれば患者のケアを看護師と一緒にいたり、患者と家族がふれあうことのできる、かけがえのない時間を提供することが可能だったのである。

2020年7月に日本集中治療医学学会によって実施されたCOVID-19患者（疑似症も含む）に医療提供を行った経験のある医療者を対象に行ったアンケート調査によると、COVID-19の感染拡大が医療システムに与えた影響として、最も多くの医療者が実感していたのは、家族面会に対する制限の強化であったとされている。その理由として、面会制限によって、患者と家族の意思決定プロセスを支援することへの困難さや、患者の家族への精神的サポートを十分に行えない、などといったことがあげられていた（Seino・Aizawa・Kogetsu et al., 2021）。

こういった、新興感染症に伴う、厳格な面会制限下にお

けるICU看護師の家族に対する看護実践を明らかにすることは、今後、また経験することになるかもしれない有事の際の家族看護における看護実践への示唆を得る一助になると考える。

II 目的

COVID-19の影響により面会制限が厳格化され、患者の現状認識が困難となった患者の家族に対して、ICU看護師の看護実践を明らかにし、今後の家族看護への実践の示唆を得ることを目的とした。

III 方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン

2. 用語の操作的定義

1) 面会制限

COVID-19流行下において、キーパーソンを含む患者の家族に対し、原則ICUへの面会が禁止されている状況にあり、直接患者と対面できずふれあうことができない状況にあることと定義した。

2) 急性・重症患者の家族

救命救急センターのICUに緊急入院された患者の家族とし、ここでいう家族とは配偶者や血縁者といった法的な関係性だけでなく、法的な関係性がなくとも同居・別居の有無を問わず、患者にとって信頼のおける関係性にある人物、患者の人となりを十分に知り得る人物のことと定義した。

3. 対象者

対象者は、三次救急医療機関の救命救急センターのICUに勤務している看護師で、COVID-19の流行後、面会制限下でICUに入室した患者の家族に対する看護実践を行った経験のある看護師とした。

4. 調査方法と調査内容

研究倫理審査承認後に、研究を依頼する医療機関の看護師長に研究の概要を説明し研究協力の了承を得た。研究対象者の条件を満たす看護師に研究協力依頼書を配布し、同意の返信のあった9名を対象に、それぞれ研究者から個別に研究の概要について説明し書面による同意を得た。インタビューは研究協力者の都合のよい日時で行った。インタビューは、インタビューガイドを用いて半構成的面接技法で行い、プライバシーが保たれる個室で行った。インタビュー内容は研究参加者に同意を得たうえで、ICレコーダ

ーに録音および記録用紙を用いて研究者が記述した。

インタビューガイドの内容は、①研究協力者の基本属性（看護師経験年数、集中治療領域での経験年数）、②面会制限によって患者の家族対応についてどのような変化を感じているか、③面会制限となつてから家族対応を行う際に意識していることはあるか、④限られた機会の中で、家族と接した際や電話で話した際には、家族のどのような反応に注目しているのか、⑤患者の家族に何かを提案したり、医師からの病状説明が必要と判断したりする基準は何か、とした。

5. 調査期間

2022年6月1日～2022年8月31日

6. 分析方法

分析方法は以下の手順で質的帰納的に分析した。

1) 得られたデータを逐語化し、ICU看護師が面会制限下において、患者の家族に関わる際の看護実践に関する記述を抽出し、意味内容を損なわないように要約し、コーディングした。

2) コーディングした内容の類似性を検討し、徐々に抽象度のレベルを上げ、サブカテゴリーを作成し、さらに、上位概念としてカテゴリーを作成した。

3) 分析過程では、研究者の先入観の混入可能性を念頭に置き、逐語録の生データに戻りながら分析を進めた。信頼性および妥当性の確保として、研究者間のメンバーチェックと研究参加者へピア・デブリーディングを実施した。

IV 倫理的配慮

本研究は、武蔵野赤十字病院看護研究倫理審査委員会の承認を受け、以下の倫理的配慮のもとで実施した（承認番号N2021-022）。

データ・個人情報の取り扱い、保管・破棄方法については、研究協力者からの開示または破棄、研究途中の参加の事態に応じる必要があるため、連結可能匿名化をしてデータを管理した。収集したデータは、研究者が保管管理者として厳重に管理し、盗難、紛失、情報漏洩のないよう留意した。

研究者は研究協力者のすべての情報に対して完全なる守秘を約束し、個々のデータと個人名を切り離すことによる匿名性保護を約束した。

研究の説明を行う際に、インタビューへの回答、研究協力への取り消しは研究協力者の自由意思であること、身体的・精神的苦痛が生じた際にはインタビューを中止することができることを事前に説明することでリスクを予防することとした。

V 結果

1. 対象者の概要

9名の看護師が参加し、看護師経験年数は平均7年、ICU経験年数は平均4年、面接時間は平均36分であった(表1)。

表1 対象者の概要

ICU経験年数	
A氏	7年
B氏	5年
C氏	11年
D氏	1年
E氏	9年
F氏	2年
G氏	1年
H氏	0年
I氏	2年
平均値	4年

2. 分析結果

分析より、18のサブカテゴリー、5つのカテゴリーに分類された(表2)。カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》として示し、以下にそれぞれのカテゴリーについて説明する。

1) 【面会制限を経験することで家族ケアの難しさと大切さを実感しながらもできることを模索する】

これには、《面会制限により家族を直接患者に会わせてあげられないことにやるせなさを感じる》《COVID-19の流行により家族だけでなく看護師も衝撃を受ける》《電話で看護師が患者の様子を家族に伝えることを難しいと思う》《面会制限下でも何か看護師にできることはないか模索する》《オンライン面会の利点・欠点を理解しながらも、なるべく実際の面会に近い形で情報を提供することで家族の病状理解を促す》《家族の面会は患者にとって重要だと改めて思う》の6つのサブカテゴリーが含まれる。

COVID-19の影響により面会制限をせざるを得ない状況となり、患者と家族を直接会わせることができないことに、看護師自身も衝撃を受け、戸惑い、葛藤を抱いていたことが示されていた。一方で、その代替案として、患者と家族のために看護師としてできることを模索して行動し、これまでの家族面会の重要性を再認識していたことも示されていた。

表2 面会制限下における患者の家族に対するICU看護師の看護実践

カテゴリー	サブカテゴリー
面会制限を経験することで家族ケアの難しさと大切さを実感しながらもできることを模索する	面会制限により家族を直接患者に会わせてあげられないことにやるせなさを感じる
	COVID-19の流行により家族だけでなく看護師も衝撃を受ける
	電話で看護師が患者の様子を家族に伝えることを難しいと思う
	面会制限下でも何か看護師にできることはないか模索する
	オンライン面会の利点・欠点を理解しながらも、なるべく実際の面会に近い形で情報を提供することで家族の病状理解を促す
	家族の面会は患者にとって重要だと改めて思う
家族の言動から気がかりを察知し真意を探ろうとする	家族の質問状況や様子から気がかりを察知する
	看護師が家族に抱く気がかりはお節介になるのではないかと思いますしながらも真意を探る
	家族の反応を理論や教科書などから得た知識と照らし合わせる
面会制限下だからこそ家族の情報を他のスタッフと共有する	家族対応で感じるやりきれない思いと向き合い共有する
	家族の情報を他のスタッフと共有できるように詳細に記録に残して確認する
	対応困難なケースはエキスパートに相談する
	患者や家族に後悔してほしくないから他者に相談して慎重に対応する
患者の病状理解を促すため家族の言動から心情を理解しようと関係性を深める	家族の言動から心情を理解し患者の現状をどう受け止めているのかを考える
	医療者と家族では患者の現状の捉え方に乖離があることを理解する
	医療者が家族に関わる時間をつくることで家族との距離を縮める
限られた機会の中で患者と家族の関係性を確認し家族が最適解を出せるように一緒に考える	家族間の関係性を考えて患者の事前指示や推定意思を確認しながら代理意思決定支援をする
	家族に丁寧に説明し現状で可能な選択肢を提示し続ける

具体的には、COVID-19の流行により、たくさんのことがこれまでとは異なり、患者と家族を会わせてあげられないことがもどかしい、や、オンラインの面会であっても、患者が頑張っている姿を家族に見せたいと言っている様子を見て、やっぱり家族の力は大切だなと思った、などと言った語りが聞かれた。

2)【家族の言動から気がかりを察知し真意を探ろうとする】

これには、《家族の質問状況や様子から気がかりを察知する》《看護師が家族に抱く気がかりはお節介になるのではないかと思いつつも真意を探る》《家族の反応を理論や教科書などから得た知識と照らし合わせる》の3つのサブカテゴリーが含まれる。家族と接することのできる限られた機会の中で、家族の言動をよく観察し、多くを聞くことは、家族にとっては看護師のお節介と捉えられてしまうのではないかと感じながらも、踏み込んで家族に声をかけることにより、看護師が家族に感じる、気になって心配になること、心に引っ掛かりを感じることといった、「気がかり」を捉えていたことが示されていた。また、突然の出来事に遭遇して困惑動揺が強い、起こった出来事や患者の状態を認めることが難しいなどといった、救急・重症患者家族の心理的特徴（千明・山勢、2010）のように、クリティカルケア看護において、一般的に知られているような知識として、看護師が理解している予測可能な反応以外にも、家族の考えに理解を示そうと共感的な姿勢で家族を支援するICU看護師の実践が示されていた。

具体的には、家族のニーズは質問によく現れる、や、家族の体調を確認する際に、少し踏み込んで家族の話聞いてみる、家族の反応が危機理論で言われているような反応ではなかったから他のスタッフに相談しようと思った、などと言った語りが聞かれた。

3)【面会制限下だからこそ家族の情報を他のスタッフと共有する】

これには、《家族対応で感じるやりきれない思いと向き合い共有する》《家族の情報を他のスタッフと共有できるように詳細に記録に残して確認する》《対応困難なケースはエキスパートに相談する》《患者や家族に後悔してほしくないから他者に相談して慎重に対応する》の4つのサブカテゴリーが含まれる。面会制限によって、家族への支援が複雑かつ困難な状況となり、他のスタッフと情報を共有することの大切さと、それと同時に面会制限下での家族対応の難しさについてやりきれない思いを抱え、それについても他のスタッフと共有していることが示されていた。そして、そのやりきれない思いに対する看護師自身の対処についても示されていた。

具体的には、とにかく他のスタッフに話して気持ちを共有する、や、家族の様子が伝わるように詳細に記録を残す、困ったときはエキスパートに相談する、などと言った語りが聞かれた。

が聞かれた。

4)【患者の病状理解を促すため家族の言動から心情を理解しようとする関係性を深める】

これには、《家族の言動から心情を理解し患者の現状をどう受け止めているのかを考える》《医療者と家族では患者の現状の捉え方に乖離があることを理解する》《医療者が家族に関わる時間をつくることで家族との距離を縮める》の3つのサブカテゴリーが含まれる。家族の言動から家族がいま、どのような体験をしているのか、家族の心情を理解しようと家族に歩み寄りICU看護師の姿勢と、面会制限下であっても、家族との信頼関係を構築すべく、意図的に家族との接触を図るICU看護師の実践が示されていた。

具体的には、家族が医師から聞いたことを看護師に正確に話せるか確認する、や、患者の病状認識が不十分であると感じた場合にはスタッフが家族と関われる時間を作る、などと言った語りが聞かれた。

5)【限られた機会の中で患者と家族の関係性を確認し家族が最適解を出せるように一緒に考える】

これには、《家族間の関係性を考えて患者の事前指示や推定意思を確認しながら代理意思決定支援をする》《家族に丁寧に説明し現状で可能な選択肢を提示し続ける》の2つのサブカテゴリーが含まれる。家族と接することのできる限られた機会の中で、患者のその人らしさを尊重しながら、面会制限によって患者の病状理解が困難な状況にある家族に対して、ICU看護師の家族と一緒に考える姿勢が示されていた。

具体的には、家族内のパワーバランスを考えて対応する、や、代理意思決定支援の際には家族が責任を背負いすぎることのないように関わっている、患者の治療方針において、重要な選択を迫られている家族に対して、実現可能な選択肢を一緒に考えるようにしている、などと言った語りが聞かれた。

VI 考察

救命救急センターのICUのようなクリティカルケア領域の患者の多くは、急な発症や重篤な疾病である場合が多く、意識が無く、医療スタッフとコミュニケーションをはかることが困難である（Smedira・Evans・Grais, et al.,1990）。患者とのコミュニケーションが困難となると、多くの場合、患者を最もよく知る家族が患者の代弁者として、医療スタッフからの情報を受け、代理意思決定を行うこととなる。

しかし、面会制限のように、患者の現状を直接見ることなく、医療スタッフからの病状説明を聞くこととなる家族は、患者の緊急入院によって心理的な危機状況に陥ってい

ると考えられるのに加えて、面会という視覚的な患者の情報と患者との直接的なつながりを絶たれ、代理意思決定をさらに困難なものにさせることが推察される。つまり、面会制限は、患者の家族にとって、少なくとも、患者になされた医療処置など医療者から提供される「情報」のニーズと、患者に会いたい、接したいという「接近」のニーズ (Leske, 1991) を十分に満たせていないことが考えられる。

そこで、このような厳格な面会制限によって複雑かつ困難となった急性・重症患者の家族のケアを実践するICU看護師の看護実践について、結果で得られた5つのカテゴリーの共通する部分をまとめ、面会制限下で家族の心情を捉えるための看護実践、面会制限により困難となった家族ケアへの工夫、面会制限下における家族とのコミュニケーションの3つの側面から考察する。

1. 面会制限下で家族の心情を捉えるための看護実践

本研究の結果では、ICU看護師は面会制限下にある患者の家族に対して、病状理解をはじめ家族の心身の危機などといった様々な気がかりを抱いていた。その気がかりを抱くきっかけは、入院時のオリエンテーションや医師からの病状説明の際などといった、家族と直接会える限られた機会であった。また、家族と直接会えないにしても、電話でのやり取りなども、ICU看護師が家族に気がかりを抱くきっかけとなっていた。

気がかりに感じる患者の家族に対する看護実践として、【家族の言動から気がかりを察知し真意を探ろうとする】、【患者の病状理解を促すため家族の言動から心情を理解しようと関係性を深める】、といった実践が行われていた。ICU看護師は家族と接触できる限られた機会の中で、家族の表情や言動から家族の心情を理解しようと、時にはお節介りと思いながらも踏み込んで家族の思いを引き出そうとしていた。

千明、山勢 (2010) によると、クリティカルな状況にある患者の家族の心理として、突然の出来事で困惑していること、事態が急激でかつ問題が大きい時は、現状を認めるうえで困難があること、正確に現状を把握することが難しいため過度の期待や悲観をもちやすいこと、集中治療が行われるため患者のそばにいる機会が少なく、治療参加できないことへの無力感を持つ、といった特徴があるとされている。ICU看護師はこのような特徴を理解したうえで、《家族の反応を理論や教科書などから得た知識と照らし合わせる》というように、様々な反応を示す家族に対しても柔軟に対応し、理解しようとしていた。黒田 (2007) は、看護師はクリティカルケアの場で、家族がどのような体験をしているのかということを常に敏感に察知していなければならず、家族のその時々体験にふさわしい看護援助は、理論的な基礎や文献的な学習を基盤においたアセスメントを

得たうえで、熟考しなければならないと指摘している。ICU看護師は、家族の体験に共感的な姿勢で接し、理論的な知識を基盤に、ときにはその理論通りにならないことを理解しながら、自らの経験で培った実践を組み合わせる家族に対する気がかりを捉え援助していたと考えられる。

2. 面会制限により困難となった家族ケアへの工夫

ICU看護師は、面会制限によって不足していると考えられる「情報」のニーズおよび「接近」のニーズ (Leske, 1991) を少しでも補うために、【面会制限を経験することで家族ケアの難しさと大切さを実感しながらもできることを模索する】実践を行っていた。少ない情報や正確に情報を理解できないことでの混乱は、さらに家族の不安を助長させる要因になり得る (橋田・大森, 2006)。面会制限下では直接患者の様子を見ることができないという、視覚から得られる情報が圧倒的に不足していると考えられる。田中 (2010) は、家族は面会の関わりの中から現状を認識し、病状を理解していく傾向にあるものと指摘しており、面会制限をすることは家族の現状認識の妨げとなっていると考えられる。面会ができない代わりに、その代替手法として、看護師自らが希望のある家族、あるいは必要と感じた家族に対しては、電話連絡またはオンライン面会を取り入れ、患者の現状を少しでも家族に伝える努力をしていた。

しかし、看護師という職種上、医師とは異なり、病状説明をすることができないため、電話連絡やオンライン面会では真の患者の状態を理解してもらうことが難しいと多くの看護師が感じていた。このような困難な状況への対処として、【面会制限下だからこそ家族の情報を他のスタッフと共有する】実践を行っていたと考えられた。患者の家族の情報を看護師間で共有すべく、《家族の情報を他のスタッフと共有できるように詳細に記録に残して確認する》など、自らが得た情報をカルテに記録として詳細に残し、また、前回家族とコンタクトをとった看護師から直接情報収集するなどといった、気がかりに感じる患者の家族に対して、慎重に情報を集め対応していたことが明らかとなった。それと同時に、面会制限によって生じた家族対応の困難さを、他の看護師と共有することで、《家族対応で感じるやりきれない思いと向き合い共有する》という、ケアをする看護師自身のケアといった自分への対処も行っていたと考えられる。先行研究において、救急看護師が救急外来での看取りの際に、つらい気持ちになった時はどのように対処しているか、という問いに対し、「同僚に話すことで軽減できる」と回答した (小松・野口・石川, 2019) と同様に、ICU看護師も、面会制限下での家族ケアにおいて困難感を抱き、面会させてあげたくてもそれができない、というつらい気持ちに対して、他者に話し、共有することで、このようなやりきれない思いを対処していたと考えられる。

3. 面会制限下における家族とのコミュニケーション

森木、明石（2011）によると、救急患者の家族に接するとき、看護師は積極的にコミュニケーションをとるだけでなく、心理的、身体的な問題があることを示すようなサインを家族が出していないのかを見逃さないようにし、家族に必要な援助の内容、方法を判断しているという。実際に、本研究の参加者においても、家族の表情や声、発言内容、身なり、生活状況などといった様子から、心理的および身体的に問題となるサインを捉えていた。そして、【患者の病状理解を促すため家族の言動から心情を理解しようと関係性を深める】というように、必要に応じて、医師からの病状説明の場を設けたり、家族と向き合う時間をつくったりするなど、家族の思いを引き出そうと意図的にコンタクトを取っていたと考えられる。

また、樫山、掛谷、柳（2022）によると、救急領域において看護師は、代理意思決定支援の困難さについて、「家族の意見が優先される、また家族の本当の気持ちを理解しきれていない」、「誰を尊重すべきか難しい」、「どこまで家族の判断に踏み込んだらよいのか難しい」などといった意見があげられていた。本研究の参加者であるICU看護師も同様に、代理意思決定支援に困難感を抱きながらも、家族間のパワーバランスや、本当に患者の意向を代弁できる存在であるのかについて、家族の関係性を慎重に考えながら、【限られた機会の中で患者と家族の関係性を確認し家族が最適解を出せるように一緒に考える】姿勢で対応していたと考えられる。また、意思は変わり得るものということ十分に理解し、《家族に丁寧に説明し現状で可能な選択肢を提示し続ける》姿勢で継続的に家族の代理意思決定を支援していたと考えられる。

Ⅶ 本研究の限界と今後の課題

本研究は単施設での面接調査であり、面会制限の程度に関しては病院の方針やICUの特性などが結果に影響している可能性がある。今後は、本研究により得られた結果をもとに、面会制限下における家族看護に対し、苦慮している看護師の看護実践の一助となるよう、情報を共有し、withコロナまたはafterコロナでの家族面会のあり方について、よりよい方法を検討していく必要がある。2023年にCOVID-19は五類感染症となり、多くの施設で面会制限が緩和されつつある昨今において、今後また、いつ経験することになるのかわからない新興感染症によるパンデミックといった有事に備え、面会制限における患者の家族へのケアについて、さらなる看護実践の検証を重ねていく必要がある。

Ⅷ 結論

ICU看護師は、面会制限に戸惑いと葛藤や困難さを感じながらも看護師にできることを模索し、家族と接触できる限られた機会の中で、他のスタッフと患者の家族に感じる気がかりや面会制限における家族ケアの困難感を共有しながら看護実践を行っていることが示唆された。

謝辞

感染症拡大により医療が逼迫している大変な時期に、調査協力を受け入れ、面接調査に参加して下さった看護師の皆様へ深く感謝いたします。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

引用文献

- 千明政好, 山勢博彰 (2010): 救急・重症患者家族の心理的特徴. 救急・重症患者と家族のための心のケア-看護師による精神的援助の理論と実践 第1版, 山勢博彰(編), 13-18. メディカ出版, 大阪.
- Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, et al. (2007): Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of
- Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. Crit Care Med, 35 (2): 605-622.
- 福島東浩, 内野滋彦 (2014): ICUの面会事情 愛する家族に会うことは、制限されるべきことなのか. INTENSIVIST, 6(2): 285-289.
- 橋田由史, 大森美津子 (2006): 救急重症患者家族の思いと行動-搬入前・初療時・入院後-. 日本クリティカルケア看護学会誌, 1(3): 46-59.
- 小松蘭子, 野口千代美, 石川みゆき (2019): 救急外来での看取りにおける看護師の悲嘆ケア-デスカンファレンスの効果. 死の臨床, 42(2): 427.
- 黒田裕子 (2007): クリティカルケア看護における家族看護. クリティカルケア看護 理論と臨床への応用 第1版, 寺町優子, 井上智子, 深谷智恵子(編), 223-239. 株式会社日本看護協会出版会, 東京.
- Leske JS (1991): Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. Heart and Lung, 20 (3): 236-244.
- 百田武司, 木村勇喜, 中山奨(2014): 日本の集中治療室における面会の実態調査(第1報) 面会の機会拡大に向けての検討. Japanese Red Cross Hiroshima Coll. Nurs, 14: 19-27.
- 森木ゆう子, 明石恵子 (2011): 救急患者の家族に対する看護師の援助の意味. 日本救急看護学会雑誌, 13(2): 10-18.
- 樫山定美, 掛谷和美, 柳久子 (2022): 代理意思決定を担う患者家族への看護支援の重要度の認識と困難度の実態-救急看護師の観点から-. 日本臨床救急医学会雑誌, 25:522-532.
- Seino,Y., Aizawa,Y., Kogetsu,A., et al. (2021): Ethical and Social Issues for Health Care Providers in the Intensive Care Unit during the Early Stages of the COVID - 19 Pandemic in Japan: a Questionnaire Survey. Asian Bioethics Review, 14 (2): 115-131.
- Smedira, N.G., Evans,B.H., Graiss, L.S., et al (1990): Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. The New England Journal of Medicine, 322 (5) , 309-315.
- 田中晶子 (2010): 急性期意識障害患者と家族のかかわりから明らかになった救急看護師の家族援助. 日本看護研究学会雑誌, 33(2): 103-112.

1. 投稿者の資格

投稿者、筆頭著者及び共著者は公益社団法人東京都看護協会（以下協会）会員であることとする。ただし、編集委員会から依頼された原稿についてはこの限りでない。

2. 原稿の種類

投稿原稿は未発表のものに限る。学術誌の執筆領域は看護学及びその関連領域とする。原稿の種類は以下の5種類とする。

- 1) 原著 独創性に富み、新規性のある知見が論理的に述べられている研究論文
- 2) 総説 特定の主題に関連した文献等を総括的に概説、考察した論文
- 3) 研究報告 一定の研究手法を用いてまとめられた実用性のある研究論文
- 4) 資料 1)～3)に該当しないが、看護実践・看護学に関する見解、実態調査等、データや情報を提供するもので、臨床や教育現場に何らかの示唆をもたらす、資料的価値があるもの
- 5) 論説 特定の主題に関する解説、展望、提言

3. 論文執筆要領

1) 原稿の文字数

本文、文献、図表を含め、下記のとおりとする（抄録、キーワードは文字数に抄録は含まない）。

- (1) 原著、総説、研究報告、資料、16000字以内
- (2) 論説 12000字以内

2) 原稿の書式

- (1) 原稿は日本語とし、常用漢字、新仮名遣いで、字句・内容を明確に記す。外来語はカタカナ表記で、外国人名や日本語訳が定着していない用語などは原則として活字体の原綴りを用いる。
- (2) 原稿の用紙設定はA4判、横書き、1頁40字×30行とする。
- (3) 和文のフォントはMS 明朝体、英数字はCentury体の半角、文字サイズは10.5ポイントとする。
- (4) Word形式とする。
- (5) 1枚目には、タイトル、キーワード（5語以内）、和文抄録（800字以内）、原稿の種類、図表の添付数をまとめる。抄録には、目的、方法、結果、結論の項目を付け、それぞれにつき簡潔に述べる。原著のみ、専門家または英語母国語者による英文校閲を受けた英文表題、英文抄録（300words程度）、英語キーワード（5words以内）も提出する。
- (6) 2枚目以降の本文の構成は原則として下記のとおりとする。

I はじめに：研究の背景

II 目的

III 方法：調査、実験、解析に関する手法の記述

IV 倫理的配慮

V 結果

VI 考察：結果の考察、評価

VII 結論

謝辞：研究助成、著者資格に当てはまらない研究貢献者（省略可）

COI：すべての著者についてのCOI状態を記載する。COI状態がない場合、「本研究における利益相反は存在しない」などの文言を記載する

引用文献：文献の記載は「4）引用文献」に従う

- (7) 項目の見出しは、I・II・III、1・2・3、1)・2)・3)、(1)・(2)・(3)、①・②・③・・・の順で記載する。

3) 図表

- (1) 図表はすべて本文と別紙とし、本文中への挿入箇所を明瞭に指定する。図1、表1などの通し番号とタイトルを付ける。表は基本的に横線のみで表示し、縦線はすべて消す。
【表の場合】表タイトルの上に、表本体、表の注（表の説明、出典）
【図の場合】図版の下に、図の注、図タイトル（図の説明、出典）
- (2) 図表はその大きさによって、A4サイズ1/4ページで300字、1/2ページで600字、1ページで1,200字と換算する。
- (3) 図表の数は6点以内とする。
- (4) Excel形式で1シートに1表（図）で作成する。
- (5) 図において写真を用いる場合、高解像度とし、掲載紙面においてはモノクロ画像とする。
- (6) 図表の作成フォントは9ポイントとする。
- (7) 図表を引用する場合は、著者及び出版社等に転載許諾を得て、出典を明記する。

4) 引用文献

- (1) 文献は本文引用箇所に著者名、発行年を括弧表示する。文献が複数の場合はセミコロンで並べる。
- (2) 文献は稿末にまとめてアルファベット順に記載（番号は付けない）する。ただし共著者は3名まで記載する。4名以上の場合は、3名の著者名の後に他、外国人著者の場合は et al. を付ける。
【雑誌】 著者名（発行年）：表題名、雑誌名、巻（号）：頁。
【書籍】 著者（編者）名（発行年）：書名（版）、頁、出版社名、出版社所在地。
【編者、監修者のある書籍の一部】 著者名（発行年）：執筆部分の表題、書名、編者名（編）、頁、出版社名、出版社所在地。
【訳書】 著者名（原著発行年）／訳者名（発行年）：翻訳書の書名（版）、頁、出版社名、出版社所在地。
【電子文献】 著者名（アップロードされた年）：著作物のタイトル、情報源（資料名等）、入手先URL等（検索した年月日）。
- (3) 発行年は、使用した版の発行年とし、すべて西暦で記載する。
- (4) 同一著者名で同一年の文献の場合は、年号の後に a, b・・・を付す。
- (5) 注記は必要最小限にとどめ、文末に一括して記す。
- (6) 文献の情報は原典を用いている。

4. 研究倫理

1) 二重投稿

本誌に投稿される論文はオリジナルであり、以下の項目を遵守しなければならない。

- (1) 投稿する論文は、他の学術誌等で公表されたものであってはならない。
- (2) 他の学会誌等に投稿中の論文を投稿してはならない。
- (3) すでに公表されている論文、もしくは投稿中の論文で使用したデータを用いて投稿してはならない。

2) 論文の虚偽記載等

- (1) 投稿された論文及び発表のデータの手続きや分析で、虚偽の記載を行ってはならない。
- (2) データの捏造を行ってはならない。

3) 表明保証

- (1) 投稿者は他の論文からの引用にあたり、第三者の著作権を侵害しないようにしなければならない。この場合、投稿者は、自らの責任において、著作物利用の許諾を得ることとする。
- (2) 他の論文等の文章および図表をそのままの形で引用する場合、著作権者の許諾を得た上で、許諾を得た旨とその出典を明記する。
- (3) 人および動物が対象である研究は、倫理的に配慮し、研究倫理委員会の審査を得、その旨を本文中に明記する。
- (4) 既存の尺度を使用する場合には下記に留意する。
 - ① 市販されている尺度を使用する場合

必ず購入して使用する。

- ② 書籍や雑誌に発表されている尺度を使用する場合
著作権者からの使用許諾を文書にて得、投稿時にそのコピーを添付する。また、論文中にその出典を明らかにする。
- ③ 海外で開発された既存の尺度を翻訳して用いる場合
開発者に連絡を取り、正当な日本語版があるかどうかを確認し、無い場合には、開発者に日本語への翻訳と日本語での使用について許可できるかどうかの確認を文書で行い、投稿時にこのコピーを添付する。
- ④ 他者が開発した尺度を改変して用いる場合
尺度の一部を修正して用いる場合にも、開発者に文書で許可を得て投稿時にそのコピーを添付する。

4) 倫理的配慮

- (1) 人を対象とした研究では、ヘルシンキ宣言の科学的小および倫理的規範に準ずる。被験者には研究内容について予め理解できる言葉で十分に説明し、自由意思に基づく同意（インフォームドコンセント）が必要である。厚生労働省による「疫学研究に関する倫理指針」に則ることはもとより、所属施設の倫理委員会またはこれに準ずるものの承認を必要とする。
- (2) 調査研究などについては文部科学省及び厚生労働省による「人を対象とする医学研究に関する倫理指針（疫学研究を含む）」に則るか、これに準じた施設内基準を満たしていることとする。
- (3) 個人を対象とする研究に関しては、対象者の人権に配慮するとともに、研究の実施にあたって講じられた倫理的配慮について本文中に明記する。

5) 個人情報の保護

- (1) 投稿された論文および発表に用いたデータや個人情報は、ヘルシンキ宣言、文部科学省・厚生労働省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」及び個人情報保護法その他関連法規を遵守し、適切に保護されなければならない。
- (2) 個人情報を含む研究データは、盗難や流出がないように適切に管理しなければならない。
- (3) 研究データは個人が特定化されることによる有害事項が生じないように、十分に注意しなければならない。
- (4) 症例研究などの個人が特定化されやすい研究の場合は、個人名、施設名、日付などの個人が特定されやすい情報の具体的な表現は避けなければならない。

6) 利益相反（conflict of interest ; COI）

- (1) 研究者等は、個人の収益等、当該研究に係る利益相反に関する状況について、その状況を研究責任者に報告し、透明性を確保するよう適切に対応しなければならない。
- (2) 当該研究の遂行や論文作成における利益相反の有無を論文の末尾（引用文献の前）に明記する。
- (3) 利益相反が存在する場合は、投稿時、別途の利益相反自己申告書（様式自由）を編集委員会に提出する。

5. 校正

著者校正は原則として1回までとする。校正時の大幅な追加、修正は原則として認めない。

6. 著作権の取り扱い

投稿論文の著作権（著作権法第27条、同28条に定める権利を含む）は、「著作権譲渡同意書」（様式1）の提出をもって、最終原稿が投稿された時点から東京都看護協会に帰属する。

7. 掲載論文および発表の取り消し

以下の問題が生じた場合には、すでに掲載された論文であっても、掲載を取り消すことがある。その審議と決定は、編集委員会が行う。

- 1) 倫理上の問題が生じた場合
- 2) データ捏造等、虚偽の記載が判明した場合

- 3) 二重投稿であることが判明した場合
- 4) その他、編集委員会において疑義が生じた場合
- 5) 投稿者からの論文取り下げについては、取り下げ理由を、(様式3) 投稿論文取り下げ申請書に沿って提出する。査読後の取り下げについては、査読返却後2週間以内に申請するものとする。

8. 投稿方法

- 1) 全ての必要文書をまとめて編集委員会にメールで送付する。メール件名は「東京都看護協会学術誌原稿」とする。
【送付先メールアドレス】 hensyu@tna.or.jp
- 2) (様式1)「著作権譲渡同意書」を記載し、原稿に添付する。
- 3) (様式2)「投稿論文チェックリスト」を用いて原稿の点検を行い、原稿に添付する。
- 4) 原稿の受付日は、編集委員会が原稿を受け取った日とする。

附則

2021年4月制定

2024年2月一部改定

2024年12月一部改定

編集後記

東京都看護協会学術誌は2021年度に創刊され、このたび2024年度に第3巻の発刊を迎えました。投稿いただきました協会の皆様、査読や編集にご尽力いただきました編集委員各位に厚く御礼申し上げます。2022年度の第2巻の後、2023年度は休刊となっておりますこともあり、この第3巻は本学術誌の今後に向けてとても重要な意義を持ちます。

しばらくCOVID-19により看護研究活動は様々に制約された時期が続いておりましたが、ここ最近、研究機関だけでなく、臨床においてもようやく看護研究に取り組む環境が取り戻されて参りました。さらに本誌今号の掲載論文からも、COVID-19の経験を通して、多くの看護師が新たに広い視点で研究に取り組むことができるようになったと感じます。

今後とも東京都看護協会学術誌は、創刊の理念の通り、看護師が日々の看護実践を通して着想した研究課題を大切に、臨床から新たなエビデンスを発信し続ける場でありたいと願っております。協会員の皆様のご投稿をお待ち申し上げます。

東京都看護協会学術誌 編集委員長
東京医療保健大学 東が丘看護学部 教授
竹内 朋子

東京都看護協会学術誌 編集委員会

委員長：竹内 朋子（東京医療保健大学 東が丘看護学部
東京医療保健大学大学院 看護学研究科）

編集委員：塚本 尚子（上智大学総合人間科学部 看護学科）
三浦友理子（聖路加国際大学大学院 看護学研究科）
横山 孝子（公益社団法人 東京都看護協会）
福田 祐子（公益社団法人 東京都看護協会）

東京都看護協会学術誌 Vol. 3

令和7年3月発行

発行 公益社団法人 東京都看護協会
会長 柳橋 礼子
〒160-0023 東京都新宿区西新宿四丁目2番19号
電話 03-6300-0730（代表）
印刷 株式会社 山菊
〒108-0004 東京都港区芝5-16-7 芝ビル3F
電話 03-5730-6688（代表）

