

看護職の well-being に関連する要因

東京医療保健大学大学院

山田恵子

目次

第一章	序論	
	第一節 研究の視座	1
	第二節 well-beingとpositive心理学	3
	第三節 well-beingの研究の現状	7
	第四節 専門職としての看護職	16
	第五節 看護実践環境	21
	第六節 看護専門職の実践	22
第二章	研究目的	26
	第一節 用語の定義	26
	第二節 概念枠組みと研究仮説	27
	第三節 研究の概要	29
	第四節 対象者の概要	34
第三章	調査結果	
	第一節 看護職のwell-beingの結果	38
	第二節 看護実践環境の結果	45
	第三節 看護職の目標と理想に関するテキストマイニング	49
	第四節 看護職の社会的責任に関するテキストマイニング	59
	第五節 看護職の社会的評価に関するテキストマイニング	64
	第六節 看護職の目標と理想、社会的責任、社会的評価の現状	69
	第七節 看護職のwell-beingと属性およびPES-NWIとの関連	82
	第八節 看護職の目標と理想、社会的責任、社会的評価と属性 およびPES-NWIとの関連	85
	第九節 看護職のwell-beingと看護職の目標と理想、社会的責任、 社会的評価との関連	92
第四章	考察	
	第一節 看護職と一般人のwell-beingとの比較からの考察	95
	第二節 看護実践環境の特徴	106
	第三節 看護職のwell-beingと看護職の目標と理想からの考察	110
	第四節 看護職のwell-beingと看護職の社会的責任からの考察	127

第五節	看護職のwell-beingと看護職と社会的評価からの考察	.....	137
第六節	看護職のwell-beingと属性および看護実践環境からの考察	.....	147
第七節	看護職のwell-beingと看護職の目標と理想、社会的責任、社会的評価からの考察	.....	152
第五章	看護職のwell-being		
	第一節 総括	.....	164
	第二節 看護職のwell-beingへの提言	.....	178
	引用文献	.....	184
	資料		

第一章 序論

第一節 研究の視座

本研究は、看護職の well-being の現状と、看護職の well-being に関連する要因を明らかにすることを目的とした研究である。

現代の日本社会が抱える問題には、若年者や高齢者の自殺の急増、ストレスによる精神疾患の増加、介護殺人、高齢者の万引き、少子化の進行、地方の基幹病院の閉鎖、救急車のたらいまわし、ネットカフェに寝泊まりする「住居喪失者」の急増、教育格差の拡大など枚挙に暇がない。このような社会情勢は、個人の well-being にも影響を与え、その格差を生じさせる一因ともなっている。ギャラップ社の調査結果をもとに Rath et al. (2010/2011) は、well-being を決定する要素について①仕事の幸福、②人間関係の幸福、③経済的な幸福、④身体的な幸福、⑤地域社会の幸福の5つの側面があり、それらが相互に作用することで well-being が向上することを明らかにしている。既述した現代の日本において、医療は、治す医療から支える医療へと変遷し、人々の生活の質の向上と共に well-being の向上も支援する役割がある。Henderson (1960) は、「看護師の独自の機能は、病人であれ健康人であれ、各人が健康あるいは健康の回復（あるいは平和な死）に資するような行動を援助すること」と述べ、看護師には、身体的な健康のみならず、人間関係、経済、仕事、地域での生活を含め、精神的にも社会的にも健康であり、生活の質の向上や well-being の向上を図れるよう支援することが役割として求められている。それは看護者の倫理綱領前文(日本看護協会 2003)にも「生涯を通してその最期まで、その人らしく生を全うできるように援助を行う」ことが看護職の責任であると明記されている。最期までその人らしく生を全うできるよう支援することとは、その人の人生がより良い状態であること、すなわち well-being の支援の遂行であると言える。Fowler et al. (2008) は、well-being が他者に影響することを明らかにしている。対象者との信頼関係の構築は、健康を支援する看護職の well-being が対象者に影響することを表しており、看護者の well-being に重要であると言える。

これまで看護職への支援として、どのような環境や条件であれば看護職の職務満足が向上するのかが検討され、労働環境の改善が図られてきた。現在は、少子高齢社会を迎え、急速に進められる地域包括ケアシステムの構築の中で、病院内での看護実践にとどまらず、様々な健康レベルの人たちを対象に、様々な場所で、個々に応じた健康教育や身体的・精神的支援を行うなど、ますます求められている。また、適切な専門職による支援を受けられるよう多職種協働でのチーム医療の中で、看護職のマネジメント能力、地域との連携による

人々の well-being が向上する社会の構築やそれに向けた情報発信など、人々のよりよい生活を支援し、QOL を高める看護職の役割や活動の場所は、今後も拡大していくと考えられる。働き方改革が推進され、多様な働き方が求められる現代社会においては、看護職も整えられた病院という環境の中で決まった業務を行えばよいだけではなく、専門職として看護独自の機能を発揮しながら、社会との関わりの中で、自らより良い看護実践を生み出していくことが必要である。一方、看護職は日本の労働基準法第 14 条によれば、専門職とは言えず、看護教育や看護実践において、技術重視の職業訓練を行ってきたこと、医師の指示のもと看護を実践してきた歴史や准看護師制度を有することから、未だ専門職とは言い切れない現状がある。看護師育成のための看護学士教育から始まる生涯教育環境が充実した今日、看護専門職としての看護実践をするとは、どういうことなのか問い直し、時代に即した看護を実践した結果は、看護職としてのやりがいにも影響し、看護職の well-being にも影響を与える。健康支援によって人々の well-being 向上を目指す看護職の well-being には、専門職としての実践がどのようなかが重要であると考えられる。

以上のことから、人々の well-being が向上する社会構築へ向けて、また他者の well-being に働きかけられる看護職であるためには、看護職自身が社会の中で疲弊することなく、well-being であり続ける必要がある。そこで、看護の専門性とは何か、改めて問い直しながら、看護職の well-being に関連する要因を検討し、その構造を明らかにする。それらを資料として、社会全体の well-being 向上に向けた看護職への支援および課題を抽出し、解決対策に資する研究の展開を試みたい。

第二節 well-being と positive 心理学

1. well-being と幸福

広辞苑第6版によると、幸福とは、「心が満ち足りていること・また、そのさま・しあわせ」であり、幸せは、「幸福・幸運・さいわい・また、運が向くこと」である。また、ジーニアス英和辞典によると、幸福にあたる happiness は、「幸福・満足・喜び・幸せ」であり、well-being は、「幸福・福利・健康・幸福（な状態）・健康（な状態）・満足な生活状態」である。前野（2013）は、happiness は、ロングスパンとしての「人生が幸福である」と、短いスパンの心の動きとして気分や感情を表す「楽しい」という、人生の幸福から感情まで広い意味を含む一般用語であり、well-being は心理学の分野で使用され、欧米における幸福研究は一般的に well-being study である、としている。

well-being の定義について、2011年にOECDは「肯定的なものから否定的なものまで、人々が自分の生活について行うあらゆる評価と、人々が自身の経験に対して示す感情的反応を含む良好な精神状態」としている。ギャラップ社によって調査された研究結果から、Rath et al. (2010/2011) は、人の幸福を決定する要素は、①仕事の幸福、②人間関係の幸福、③経済的な幸福、④身体的な幸福、⑤地域社会の幸福であり、5つの側面が互いに関わりあっていてこそ、本当に満足し、well-being を実感できるとしている。日本の内閣府の幸福に関する研究会（2011）は、「主観的幸福感を上位概念として経済社会状況、心身の健康、関係性の3本柱」で構成されるとしている。幸福に関連する言葉の使われ方やその定義も様々で範囲も広いいため、その使用方法も置かれた状況によって、様々である。

2. well-being の研究

Stearns (2016) は、well-being というテーマは、アリストテレスの哲学的な問いに始まり、18世紀ごろまでは、宗教的意味合いを多く含んでいたが、18世紀以降の米国において宗教を中心とした概念から脱却し、幸福は政治的テーマとなっていったと述べている。そして、1930年代の世界大戦を境に、経済成長の主要指標としてのGDPが、徐々に「成功」と「幸福」という含意を持つようになり、経済的に豊かであることが幸福であるとみなされるようになるが、1974年のイースタリンの逆説「幸福で満ち足りた貧困者と、不安・不満足な富裕者」の発見によるGDPへの批判の高まりに関し、GDPは短期的な経済の変動の測定という目的にはかなっていないが、進歩と発展の測定には別の指標の方が優れている場合があるとし、生活の中にある、価値ある事物の多くはGDPによって完全に捉えることはできない

と述べている (Stearns 2016)。その後、well-being を測定する様々な尺度が開発され、2007 年以降、毎年、世界各国の繁栄指数が発表 (レガダム研究所) され、OECD 加盟国の well-being に関する報告書「How's Life」が発刊されるなど多様な角度からの well-being の現状が明らかになっている。

幸福学 (well-being study) の創始者とされる Diener は、どんな人が幸せであるのかを様々な側面から研究を重ね、well-being に影響を及ぼす要因を明らかにし、人生の幸福度を測定できる人生満足度尺度 (The Satisfaction with Life Scale : SWLS) を開発した (5 項目 7 件法)。この尺度は、人生の「満足度 (Life Satisfaction)」のように、単に「幸福ですか？」と聞かれるよりも、自分の人生を深く振り返りながら回答するため、直近の生活上の影響を受けにくい (前野 2017) 特徴を持つ尺度である。

このように、それまで積み上げられた幸福学を基に、計量的に幸福を測定する研究がこの 20 年ほどで増加した結果、仕事の幸福度について、自分の強みを活かして仕事をしている人は、弱みに意識を向けて仕事をしている人に比べて仕事に熱意を感じて楽しんでいる割合が 6 倍であり、人生を心から楽しんでいる割合は 3 倍になること (Rath 2007)、仕事と健康の関連について、仕事に熱意が感じられない人は、血中コルチゾール濃度が高値になること (steptoe et al. 2005) を示唆している。また、人間関係の幸福については、日々直接接している家族や友人が幸せを感じていると、それらの影響を受け自分自身の幸せを感じる可能性が 15% 高まり、間接的な友人の友人であっても幸福の影響を受けて、自分自身の幸福が 10% 高まる (Fowler et al. 2008) と言われている。これは、たとえ年収が 1 万ドル増えても幸福度は 2% しか増えないという結果 (Christakis et al. 2009) と比較し、いかに人間関係が well-being に影響するかということを示唆した研究である。

1990 年代から盛んにおこなわれた well-being 研究によって、well-being を構成する要素は概ね明らかになった。信仰や文化、国籍を問わず well-being を構成する要素は共通しているが、幸福を高めていくためにとる方法は、その構成要素のどこを重要視するかについて、国籍や文化等の影響を受けるため様々であり、現在も well-being に関する研究は積み重ねられている。

3. Positive 心理学

Seligman (1967) は、うつ病の研究から、長期に亘って回避不能な嫌悪刺激にさらされ続けると、その刺激から逃れようとする自発的な行動が起こらなくなるという現象を明らか

にし、学習性無力感の理論を提唱した。その後、Seligman (2000) は、ネガティブな視点から病気や人を見るのではなく、人が本来持つポジティブな側面に視点を移すことで、病気を予防することができるというポジティブ心理学を創設する。さらに Seligman (2004) は、①ポジティブ感情と快、②関与度、③意味づけの 3 つの要素を高める介入方法の検討を進めた。現在、Seligman (2011/2014) は、PERMA と呼ばれる 5 つの側面が重なり合っこそ well-being が高められるという理論を提唱しており、PERMA とは、Positive Emotion (ポジティブな感情)、Engagement (積極的な関与)、Relationship (ポジティブな関係)、Meaning (意味ある人生)、Achievement (ポジティブな達成) の 5 つの頭文字をとったものである (以降 PERMA と略す)。さらに Seligman (2011/2014) は、幸福理論と well-being 理論の違いについて、幸福理論は一元化に近づきすぎているため、well-being 理論によって多次元的に捉えること、Positive Emotion の主観的変数と Meaning、Engagement、Meaning、Achievement に関する主観的・客観的変数を持つことで、思い込みによる自分の頭の中だけで存在する幸福とならないようにすることを主張している。PERMA の 5 つの要素は独立しているが序列はなく、相互に影響を及ぼし、5 つの要素すべてを最大化することで持続的幸福的量を増やすことができるとしている。しかし、Seligman の 5 つの要素は、理論として述べられているに過ぎず、実証研究を進めることが必要であると前野 (2017) は論じ、PERMA の視点から日本人の幸福を測定する尺度として、幸福の 4 因子を開発している。この尺度は、幸せの心的特性の全体像を明らかにするための質問紙調査であり、「自己実現と成長」「つながりと感謝」「前向きと楽観」「独立とマイペース」の 4 因子で構成される。Seligman の PERMA にある程度似ているが、PERMA には「独立とマイペース」因子の要素が含まれていないことに特徴があると前野 (2017) は述べている。各因子と関連の深かったものとして、第 1 因子では、コンピテンス、社会の要請、個人的成長、自己実現、第 2 因子では、人を喜ばせる、愛情、感謝、親切、第 3 因子では、楽観性、気持ちの切り替え、積極的な他者関係、自己受容、第 4 因子では、社会的比較のなさ、制約の知覚のなさ、自己概念の明確傾向、最大効果の追求のなさを下位概念として論じている。また、幸福の 4 因子と The Satisfaction with Life Scale (SWLS) と、その時々感情を測定する Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) のクラスター分析により、幸せから不幸せまでの 5 つに分類し、それぞれの特徴に合わせた well-being 向上に関する action research 研究が行われている。

そこで本研究では、Positive Emotion (ポジティブな感情)、Engagement (積極的な関与)、Relationship (ポジティブな関係)、Meaning (意味ある人生)、Achievement (ポジティブな達成)

成)の側面が相互に影響しあって表されるその時々well-beingの状態を測定する尺度として、3つの尺度を使用する。一つ目がThe Satisfaction with Life Scale (SWLS)、二つ目が幸福の4因子、三つ目がPositive and Negative Affect Schedule (PANAS)である。それらの結果から、本研究の上位目的として、日本の看護職のwell-beingの現状とその特徴を明らかにしていく。なお、論述中の「well-being」の表記は、幸福の構成要素や測定尺度が様々であり幸福に関する表記も様々だが、多くは主観的幸福感として記述されている。また、短期的な幸福から長期的な幸福まで含め、心理学分野における幸福の研究では、well-being study (前野2013)とされていることから、本研究では幸福、主観的幸福、ポジティブ感情ネガティブ感情を含め、「well-being」として論述し、引用文献においては、原著の記述のままの記載とした。

第三節 well-being 研究の現状

1. 日本における well-being 研究の現状

医学中央雑誌 web でシソーラス語である「幸福」をキーワードに、2015 年以降の 5 年間の原著論文を検索した結果は 234 件であった。そのうち、主観的幸福感を測定する尺度を使用した研究は 71 件であった。研究内容として、主観的幸福感との関連や影響を調査する内容が最も多く 65 件であり、そのうち介入研究が 6 件であった。その他、尺度開発に関するものが 4 件、概念と文献検討が 2 件であった。主観的幸福感との関連や影響に関する 65 件のうち、健康な人を対象としたものが 57 件、病気との関係を対象としたものが 8 件であった。健康な人を対象とした 57 件の論文を対象年齢別にみると、高齢者が 20 件、中高年が 7 件、成人が 16 件、高校生以上の学生が 14 件だった。対象年齢ごとに見た調査は、高齢者は、主観的幸福感と関連する属性や経年変化が 5 件、余暇活動が 4 件、健康が 6 件、周囲との人間関係に関するものが 3 件あった。成人では、子育てや夫婦関係が 7 件、健康が 3 件、仕事が 3 件であった。高校生以上の学生では、sense of coherence と自尊感情に関するものが 4 件、属性や生活に関するものが 6 件であった。また、震災との関連の調査も 4 件見られ、対象者は高校生以上の学生が 2 件、高齢者が 2 件であった。介入研究は、それぞれの年齢を対象に行われており、様々な活動による主観的幸福感への影響を測定している。

以上のことから、健康な人を対象にした研究が多くを占め、幸福に関連する要因や活動との関連の調査には、より主観的幸福感を高めながら人生を送ることに関連した研究が進められている。その対象は、学生から高齢者まで幅広く、主観的幸福感と発達課題との関連であると考えられる。また、尺度開発も行われている中、主観的幸福感に関し使用している尺度は研究者により異なり、統一されていない結果であった。幸福を高める要因が示唆されていく中、主観的幸福を目的とした action research も進められている。

2. 看護職の well-being 研究の現状

次に看護職を対象とした先行研究について、医学中央雑誌 Web でシソーラス語である「幸福」「看護師」「看護職」をキーワードに、2015 年以降の 5 年間の原著論文を検索した結果は 16 件であった。そのうち主観的幸福感を使用した調査は 4 件であった。調査対象は、看護師を対象にしたものが 2 件、精神科に入院をしているものが 2 件であった。看護師を対象とした調査では、主観的幸福感の仕事、活気、家庭満足、ワーク・エンゲージメント尺度と関連すること（井奈波, 2019）、ワーク・ライフ・バランスと関連すること（本島, 2017）

が明らかにされている。医学中央雑誌 web でシソーラス語である「幸福」をキーワードに、2015 年以降の 5 年間の原著論文を検索した結果は 234 件であった。

さらに医学中央雑誌 web のシソーラス語ではないが、「well-being」「看護師」「看護職」をキーワードに、2015 年以降の 5 年間の原著論文を検索した結果は 25 件であった。そのうち看護師を対象とした調査は 8 件であり、心理的 well-being 尺度を使用したものが 5 件、その他の尺度が 3 件であった。心理的 well-being 尺度を使用した調査の対象は、認定看護師 1 件、看護スタッフ 4 件であった。認定看護師についての論文は、調整力とストレスマネジメント力向上の E ラーニングの効果を心理的 well-being によって測定した結果、心理的 well-being に変化は見られなかったとするものであった（横野ら 2019）。看護スタッフに対する調査では、心理的 well-being に影響する要因として、看護師の上司、同期、後輩からのサポートは個人の能力の発揮に影響すること（酒井 2006）、30 歳代の心理的 well-being には、婚姻状況と職業コミットメントが影響すること（酒井ら 2004）、中核的自己評価が職場の人間関係、給料、職務満足、心理的 well-being に影響すること（澤田 2004）が示唆されている。さらに深田ら（2005）は、看護師の生涯発達のパターンを心理的 well-being の概念を用いて調査した結果、20 代の看護職は人格的に成長したいという感覚が強く、年齢が高くなるにつれ自律性や人生の目的感覚が強まることを明らかにしている。ほかの尺度を使用した調査では、既婚者ほど職業達成感が高く、職業達成感が高いほど well-being が高いこと（矢野 2004）、こころの健康には、適応性・熱意・楽天性が影響を及ぼすこと（北原 2012）が明らかにされている。さらにイタリアの看護師を対象にした調査では、高度な要求、低い管理度、低い社会的支援が低い個人目標推進と関連し、個人目標推進は心身の疲労と仕事満足達成にプラスに関連すること（Renato 2016）が示唆されている。

以上のことから、看護職の well-being に関連する因子を調査した論文には、看護職としての成長や達成感、個人の特性との関連を調査する研究が多く、一方、看護職の主観的幸福感の尺度を用いた研究では、看護職として仕事と生活との関連に視点が置かれている。働き方改革が推進される昨今において、看護職としての働き方と生活のバランスをどのように整えていくかが問われている。しかし、依然看護職を対象とした調査は少ない。伊藤ら（2003）は、従来の心理学は人間のネガティブな側面、病的側面に焦点を当てがちで、ポジティブな側面が軽視されてきたことを指摘している。そのため、看護職を対象とした調査においても同様にポジティブな側面に注目した研究が少ない結果であると考えられ、看護職を対象に調査を進めることで、看護職のポジティブな側面の現状をさらに検討したい。

3. 幸福と well-being を構成する側面からみた研究の現状 (表 1-3-1、表 1-3-2)

幸福や well-being について、島井 (2015) は、Seligman の PERMA を参考に、幸福と well-being の代表的な尺度を (1) 感情の側面、(2) 対人関係の側面、(3) 適応の側面、(4) 仕事へのエンゲージメント (関与) の側面、(5) 日常生活の側面、(6) 人生の意義や宗教性の 6 領域に分類している (表 1-3-1)。すなわち、(1) 感情の側面：①PANAS(positive and negative affect schedule)のポジティブ感情得点とネガティブ感情得点の点数化、②SPANE に関連する過去 4 週間の経験を思い起こし、ポジティブ得点からネガティブ得点を引いた感情バランス得点による評価、(2) 対人関係の側面：①自己寛容性、対人寛容性、状況寛容性で測定される対人関係尺度日本語版、②情動的寛容性尺度、③パートナーとの関係の直接的な幸福感と満足感に関するアセスメント、(3) 適応の側面：①レジリエンス尺度、②柔軟で適切な目標設定のアセスメント尺度など、困難な状況に柔軟に適応していく内容の尺度、(4) 仕事へのエンゲージメント (関与) の側面：①ユトレヒト・ワーク・エンゲージメント尺度 (UWES)、②ワーカホリックなどの尺度のほか、仕事の満足感と自尊感情や一般的自己効力感、LOC、情緒的安定などの自己評価の特性の関連についての検討、ポジティブ感情ネガティブ感情の仕事への満足度や組織へのコミットメントなどの仕事への態度との関連、仕事のストレスと家族の満足度、自律性や重要性などからなる動機づけ特性による影響などの尺度、(5) 日常生活の側面：①日常生活における悲嘆やストレス、落ち込み、疲労、痛みなどのネガティブな状態と満足感や興味、活気などのポジティブな状態の測定、②高齢者用心理的 well-being 尺度、③主観的心理的 well-being 尺度として、結婚や子供がいること、不安、睡眠状態、身体的健康状態、うつ状態、配偶者や親としての不適格感、自己評価、仕事の満足感、子育ての自己評価などの尺度、(6) 人生の意義や宗教性の側面：①人生の目的尺度 (PIL)、②人生の意義尺度 (MLQ) である。

表 1-3-1 島井の尺度の領域分類と Seligman のモデル

島井の尺度の領域分類		Seligman のモデル	
1	感情の側面	P	ポジティブな感情
2	対人関係の側面	R	ポジティブな関係性
3	適応の側面	A	ポジティブな達成
4	仕事への関与の側面	E	積極的な関与
5	日常生活の側面		
6	人生の意義や宗教性	M	意味のある人生

島井哲志(2015). 幸福の構造—持続する幸福感と幸せな社会づくり. 有斐閣, 東京.76.より引用

4. 幸福と well-being を構成する側面からみた看護職の研究の現状

看護職における well-being 研究の現状について、先行研究の keyword を島井の分類に従って対比させたものを表 1-3-2 にまとめている。

1) 感情の側面

ポジティブ感情とネガティブ感情に関連した先行研究では、忙しいと感じる度合は時間外勤務の長さに関連しており、さらに仕事に対するネガティブな思いと関連すること（門馬ら 2014）、職場での人間関係や仕事に対する達成に関し、ネガティブ体験はネガティブ感情と関連し、ポジティブ体験はポジティブ感情と関連すること（森本ら 2015）、ICU 看護師は、否定的な感情から距離をとることでバランスを保ち、自分の看護への充実感を感じることはメンタルヘルスの維持に関連すること（松田 2016）などが示唆されている。

感情労働に関連した先行研究では、感情労働の「探索的理解」とワーク・エンゲージメントとの間には正の相関、感情労働の「表出抑制」とワーク・エンゲージメントとの間には負の相関、感情労働の「深層適応」とストレス反応との間には負の相関がみられることを報告している（加賀田ら 2015）。

さらに、職務経験とストレスに関連した先行研究では、ICU や救急部門では自己成長を強く感じにくいものの、年齢と経験年数を重ね、役職に就くこと、家族との同居が自己成長感を高めること（奥野 2011）、終末期ケアに携わる看護師のストレスが個人的達成感に変化するには、意味付けや外傷後成長が影響すること（伊藤ら 2016）などが示唆され、様々

な困難の経験がポジティブな変化として表れることに注目した研究もある。

表 1-3-2 島井の尺度分類から見た看護職の先行研究

島井の尺度分類		看護職の先行研究 key word
感情の側面	PANAS、SPANE、自尊心と共感性 状態—特性不安尺度	感情労働 ポジティブ・ネガティブ感情
対人関係の側面	ハートランド寛容尺度 情動的寛容性尺度 多次元共感性測定尺度 援助動機関係満足感 パートナーとの関係	人間関係(上司、先輩、同僚、後輩)
適応の側面	レジリエンス尺度 柔軟で適切な目標設定 現実を否定する傾向	レジリエンス 目標管理 組織コミットメント
仕事への関与の側面	UWES エンゲージメント 問題解決の対処、情緒的安定 自尊感情、楽観性、ワーカホリック 産業ストレス、JAWS、仕事の満足 一般的自己効力感、LOC、 ワーク・ファミリー・コンフリクト	職務満足、離職 ストレス、エンゲージメント やりがい・達成感 自己効力感、自尊感情 楽観性、LOC ワーク・ファミリー・コンフリクト
日常生活の側面	日常生活のウェルビーイング 高齢者用心理的 WB 尺度 主観的心理的 WB 尺度 児童版多面的人生満足感尺度	
人生の意義や宗教性	人生の目的尺度(PIL) 人生の意義尺度(MLQ) QOL を全般的に測定する尺度	

島井哲志(2015). 幸福の構造—持続する幸福感と幸せな社会づくり. 有斐閣, 東京.76.改変

2) 対人関係の側面

対人関係の側面に関する先行研究では、新人看護師において、職場の対人関係でのストレスと疲労感が正の相関を示すこと（山住ら 2017）、看護師の職場に対する思い、同僚に対する信頼、お互いのコミュニケーションがバーンアウトを抑制することに役立ち、25～29歳において高い情緒的消耗には、上司のサポートが影響すること（Holloway 2017）、職業継続には、看護管理者との人間関係、病棟への所属感、決定権の認識が高いことが影響すること（後藤 2013）など、離職や職業継続には、看護職の経験年数と職場での人間関係が関連することを示唆している。

また所属部署の視点から検討した研究では、小児病棟では看護師の夜勤回数、看護者間の人間関係はコーピング特性の「回避と抑制」と正の相関を示すこと（藤田ら 2010）、精神科看護師ではソーシャルサポートが少ないとストレスが高まり、怒り反応が喚起され攻撃行動となること（渋谷ら 2014）、専門看護師の自律性には、自信、意欲、職場の人間関係が影響すること（菊池 2014）など、所属部署による特徴が示唆されている。

3) 適応の側面

松下ら（2015）は、2006年以降に導入された目標管理について、目標管理面接の実施者は直属の上司が主であり、目標管理面接実施者のトレーニングが不十分であること、また目標管理面接による成果が測定されていないため、実施した効果は明らかではないことなど、目標管理の課題を示唆している。グレッグら（2009）は、上司の支援を含む目標管理がキャリア発達に有用と答えたものは少ないものの、組織コミットメントしている看護師である方が目標管理の有用性を認識しやすく、吉江（2014）は、組織貢献意識と目標管理の受容度との間には正の相関があることを報告している。専門職としての積極的提言と、上司との関係や組織に対する愛着との間に負の相関が見られること（澤田 2009）、若年ホワイトカラーと比較し、看護師はより組織の価値と自己が持つ価値との間にコンフリクトを起こしやすい（尾形 2012）など、個人と組織の認識のずれが存在することを指摘している。看護の職場には、看護師1年目に比べ2～3年目の看護職は、看護実践環境の認識は低下するものの、その認識度合いは職務満足と正の相関がみられること（成田ら 2010）、臨床能力が高い看護師ほど sense of coherence（SOC）の「把握可能感」が高く、労働環境満足度も高い（眞鍋ら 2012）ことが示唆されている。モチベーションに関する研究も見られ、精神科看護師のストレスおよび精神不健康とモチベーションの間には負の相関があること（須

藤 2016)、看護師長のモチベーションがスタッフの働く意欲を向上させるが、その定着には看護師長のモチベーションが重要(中村ら 2008)であることも示唆されている。

様々な困難の経験がポジティブに変化することに着目した研究として、看護職のレジリエンスに関する研究も進められている。

4) 仕事への関与の側面

職業継続や職務満足と、看護職同士、患者・家族、他職種、上司との関係、労働環境、給与、勤務シフト、業務量、社会的評価、能力の発揮との間に正の相関が見られ(江口ら 2015)、職務満足には上司との関係、看護管理の質、経営方針、労働条件、給与が関連し(撫養ら 2014)、ワーク・ファミリー・コンフリクトが影響すること(重本ら 2015)が示唆されている。

職務満足の度合は、経験年数1年目で高く、年齢では30歳代で低く、看護師長で高いこと(平田ら 2012)、経験年数20年以上の看護職では、組織愛着と生活とが関連し(石川ら 2012)、専門看護師では、経験年数5年以上で職務満足が高まり、休暇取得、役割期待、権限の付与が関連する(馬場ら 2013)ことなどが示唆されており、看護職の職務満足には、労働条件や労働環境、人間関係、経験年数、生活など多様な要因が関連している可能性がある。

さらに所属部署別にみると、病棟に勤務する看護職は、日々の業務に責任を持ち、看護職としての誇りを持つこと(原 2016)、外来に勤務する看護職は、仕事の質、看護職者としての自律に関するストレスを認識しやすいこと(楠葉ら 2010)から、看護専門職として責任を果たしながら看護実践することが職務満足に関連することを述べている研究もある。また、看護師としての将来展望について、認定看護師や専門看護師、認定看護師を目指す看護職、資格を取得しなくても自分が望む看護分野でのスペシャリストを目指す看護職がみられる一方で、看護職の学習志向が低い科目は、看護研究、目標管理、医療経済であることを示唆している(原 2016)。この結果は、自分が興味関心を示す専門分野での知識や技術の獲得に関する意欲は高いものの、看護研究による新たな発見、目標管理による教育的支援、医療経済をも含んだ社会の中の医療と看護の在り方に関する興味関心が低く、学習意欲が低い可能性がある。

看護職の職務満足の度合は、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感との間に負の相関がみられ、一方、自尊感情との間には正の相関がみられること(撫養ら 2015)から、職務満

足が必ずしも、個人達成感を高めるとは言えない可能性がある。1年目の看護師の自尊感情は、離職意向と関連し（渡邊ら 2010）、経験3年以上の20歳代の看護師は、それ以外の看護職と比較して、疲れている、孤独、迷い、未熟な自己を認識しやすいことが示される（鶴田ら 2016）など経験の浅い看護職を対象とした研究が進んでいる。また、ターミナルケア態度と自尊感情との間には正の相関がみられ（渡邊ら 2016）、ケアリング行動と自己効力感、自尊感情、自律性、生き方、経験年数との間には正の相関がみられる（重久 2012）など、ケアの質に関しても自尊感情が重要であることを示唆する報告がある。

新卒看護師の自己効力感は、入職から半年後に低下し、経験年数2～5年の看護師の一般的な自己効力感は低いこと（吉田ら 2011）、年齢と自己効力感、QOLとは正の相関を示すこと（池田ら 2011）など、経験年数による自己効力感の変化が明らかにされている。自己効力感に関連する要因は、年齢、経験年数のほかにもある。多様な業務に携わる看護師は、業務範囲が狭い看護師と比較して、自己効力感が高く、対人ストレスが高くても仕事のコントロール度も高いこと（臼井ら 2014）、自己効力感は疲労の程度に関連し（市江ら 2014a）、疲労への積極的対処方法として友人に相談、上司・同僚への伝達をする看護職が存在する反面、消極的対処方法として不健康な食行動をとる者もある（市江ら 2014b）ことなどが示唆されている。

看護職の日常生活における感情に注目した研究はみられないが、主観的心理的 well-being 尺度に含まれる、家庭満足度との関連（井奈波 2019）、結婚や子どもがいることとの関連（Sato et al. 2018）、などを属性に含めた研究は進んでいる。しかし、看護職としての働き方が職務満足や幸福への関連することを示唆する研究は多く見られるが、看護職の健康に焦点をあてた研究は少なく、現在も研究が続いている。人生の意義や宗教性の側面では、尺度開発途中であり、先行研究は見られないが、看護職の死生観を問う研究として進められている（杉野ら 2018；谷岡ら 2018）。

以上、看護職の well-being に関連すると考えられる側面から先行研究を整理した結果、離職予防に向けた職業継続に関する研究が多くみられた。看護職の職業継続には、人間関係をはじめとするストレスや、多様で困難な看護場面における感情の変化、看護専門職としての働き方など、専門職としての認識と行動が重要であることが示唆されてきた。さらに看護職としての職業継続や職務満足の向上に向け、組織コミットメントの役割を明らかにし、組織的視点から職業継続を支援するための目標管理に関する研究があった。その一方で、より専門性を高め、自律した働き方を希望する個々の看護職と組織との間のコンフリクトに関

する研究もあった。

看護職の well-being を研究する視点には、個々の看護職の目標や理想の認識、その時々
の人間関係や感情の変化の認識、看護の専門性、看護専門職としての働き方を支える労働環
境など様々なものがある。以上のことから、看護専門職について改めて問い直し、労働環境
について整理しながら、看護職の well-being に関連する要因を検討した。

第四節 専門職としての看護職

Fowler et al. (2008) が述べているように、ある人の well-being が高いとその周囲にいる者の well-being も高くなるということを考慮すれば、看護職の well-being が高いと患者とその家族の well-being も高められることが期待できる。すなわち、第一章、第一節で述べたように、看護職が専門職性を存分に発揮し、自己の well-being を認識しながら看護を実践することによって、その周囲にいる患者とその家族の well-being が向上するということが言える。そこで、看護職の専門職性と well-being との関連から検討を進めた。

1. 専門職とは

水村 (2015) によれば、専門職と訳される profession の定義は、1915 年 Flexner によって初めてなされ、profession の要件は、①特定の分野について体系的で実証可能な知識や技能を習得、②法律に基づき国や行政機関が実施する試験や専門職団体が実施する教育・職業訓練を得て取得できる資格、③専門職団体が制定した倫理綱領を遵守、④公共の利益に資する、という 4 項目であることが定説となり、1960 年代以降急速に新たな職業が profession リストに書き加えられていったと述べている。また野村 (2015) は、professionalism という言葉が 19 世紀半ば頃より登場し、我が国でも 1990 年頃より使われ始め、専門職集団 (profession) のあり方と、個々の専門職 (professional) のあり方との 2 つの意味を持つ概念と説明している。さらに医師としての profession には、社会から独占権、自律権、経済的・精神的報酬が与えられる一方、社会に対し提供するサービスの質の保証、利他的な奉仕、道徳心・誠実さ、説明責任の履行を約束すると説明している (野村 2015)。一方、松尾 (2006) は、様々な職業を対象とした professional の基準として、①専門的なサービスを顧客に提供するために知識・スキルを獲得、②同業者集団に準拠、③自身の判断に基づいた自律的な行動をとる、④同僚や顧客から専門家として認められる、⑤顧客の目標を助け公共の利益に奉仕する、⑥職業への愛着や外的報酬がなくても働きたい、の 6 つを挙げている。

2. 看護専門職とは

米国では、法的に職業分類上「看護師」は、professional の範疇に含まれるとして明記されているが、日本の労働基準法第 14 条「専門的知識を有する労働者」によると、学位や年収に関する条件等から、看護師は専門職とされていない。従って、法律上、看護職は professional ではないが、実践現場においては、専門職としての役割を担う。そこで、あらためて看護職の専門職性について検討していく。

松尾（2006）は、professional について、職業特性としてとらえるよりも、個人特性としてとらえるべきとし、「優れた知識・スキルを持ち、自律的に活動することができ、他者へ奉仕し、自分の職業に貢献したいという気持ちを持つ人」が professional であると述べている。看護職は、実践現場においては「優れた知識・スキルを持ち、自律的に活動する」ことが期待された職業であり、professional に準じた活動が求められている。

profession の定説である Flexner に基づく profession の 4 要件を看護職に照らして考えてみる。①知識・技能の習得については、1947 年保健婦助産婦看護婦養成所指定規則が公布され、1952 年には大学、1979 年には大学院修士課程、1988 年には大学院博士課程がそれぞれ初めて設立され教育の体系化が進み、看護の高等教育が急速に進んだ。また、1952 年に設立された日本看護協会看護婦部会主催の看護研究学会をはじめとして、2008 年現在で約 50 の看護系学会が活動を行っており（氏家 2008）、現在も研究の蓄積によって看護が体系的で実証可能な知識・技能とされ続けている。②資格については、1950 年看護師国家試験が初めて行われ、以降、病床数の増加と共に国家資格を有する看護師数は増加した（田中 2008）。しかし、1940 年の戦時下においては、傷病者への手当てができる看護婦が必要であったため、質より量の制度に転換せざるを得ない（山下 2017）現状があった。現在は、准看護師養成制度の問題を有しており、日本看護協会は、1996 年当時の厚生省「准看護婦問題調査検討会報告書」において「21 世紀の初頭の早い段階をめどに看護婦養成制度の統合に努める」と提言されたものの未だ実行されていない。現代の医療に対応できる看護教育の内容・時間ともに不足する准看護師養成制度への対応が求められる。③倫理綱領については、2003 年に改訂された看護者の倫理綱領（日本看護協会）に準拠した看護実践が行われている。倫理綱領は看護が専門職である証であり、その内容は看護専門職が社会に対して果たす責任の範疇を明示したもの（日本看護協会）である。④公共の利益については、看護活動によって社会の人々の健康を支えることを職業特性とし、その責務を果たす実践を行っている。ゆえに、1992 年看護婦等の人材確保の促進に関する法案が採択されるまで、厳しい労働条件、低賃金の下で働き、自由な出産をも規制される労働者であった（田中 2008）歴史を有する。

以上のことから、専門職としての看護職の課題は 3 つ列挙できる。1 つ目は、日本の複雑な看護教育プロセスによって看護職の中に「准看護師」制度を有することである。天野（1972）は完全専門職と半専門職とを対比し、後者は、「専門訓練期間は短期で、知識を創造することなく、完全な自律性を容認されることなく管理の対象とされる」と述べている。知識を創

造することなく、短期訓練で自律することもなく、看護師の指示のもと業務展開する准看護師と高等教育機関卒業の看護師とが混在している状況は、ケアに格差を生じさせている。それが、看護職が半専門職の域を出ない要因のひとつとなり得ている可能性は否定できない。

2つ目に、野村（2015）のいう *profession* の「自律権」に関する課題である。看護師の専門的判断に基づいた看護を提供する権利を発揮することは可能である。事実、保健師助産師看護師法の第5条には「医師の指示の下」という文言はなく、例えばベッドサイドで、長期臥床患者の拘縮予防のリハビリテーションは看護師の判断で実施してもよい「自律権」を有している。「新たな看護のあり方に関する検討会報告書」では、的確な看護判断に基づく看護技術の提供、療養上の世話を医師の指示が必要ないこと、医師への相談の可否や疑義を申し立てについて適切に判断する責任が示されている（厚生労働省 2003）。さらに医療チームにおける看護職の発言権や決定権の拡大、看護職独自の判断に基づく行為が認められる範囲が拡大している現在では、保健師助産師看護師法第1条で示される法律の目的である「保健師、助産師及び看護師の資質を向上し、もって医療及び公衆衛生の普及向上を図ること」を、看護専門職として法的責任を果たすことがさらに求められている。

3つ目に、収入に関する課題である。野村（2015）のいう *profession* の「経済的報酬」にあたり、労働者として認識されている看護職の給与の不足は、夜勤手当で賄っている現状がある（日本看護協会 2011）。専門職としての看護職の経済的報酬について、検討していく必要がある。

3. 看護専門職として求められる看護実践

看護の語源は、「人間の母性愛、母親のいたわり、思いやり、子供の世話」（日本大百科全書）である。看護は人類の出現と共に、人が人に対して当然行うものであった。職業としての看護の登場は、1859年 Nightingale による「看護覚え書き」である。山下（2017）は、日本赤十字社の看護婦養成制度の変遷の歴史の中で、1940年の当時は戦時下であり、傷病者への手当てができる看護婦が必要であったため、看護の質より量の制度に転換せざるを得なくなったと述べている。第2次世界大戦終了後、米国を中心に看護を学問として捉える動きが急速に高まった。その結果、1952年 Peplau は「人間関係の看護論」の中で患者—看護師関係について、1960年 Abdallah は「患者中心の看護」の中で21の看護問題について、同年 Henderson は「看護の基本となるもの」の中で患者の14の基本的ニーズについて示している。この潮流によって個人という人権を鑑みた患者中心の医療が展開される

ようになった。同じ頃、米国を中心に世界的にも看護の学問的探究が進められ、ちょうどこの時期新たな職業として看護も *profession* リストに加えられている。

医療を大局的にみると、現代は第4次産業革命と言われる局面を迎え、医療も新たな時代を迎えている。IoT (Internet of Things)、AI (artificial intelligence) の技術革新によって、ヘルスケアの分野では、ウェアラブル機器によるバイタルサインのデジタル化が推進され、健康管理の方法が変えられようとしている。メディカルケアの分野では、ゲノム解析からオーダーメイド治療を可能としている。このように健康、医療、公共サービス等の幅広い分野や、人々の働き方、ライフスタイルにも影響を与えているのが第4次産業革命である。これらを踏まえ、現代における看護をみてみると、内閣府 (2017) と厚生労働省 (2015) 「保健医療2035」の中で疾病の治癒と生命維持を主目的とする「キュア中心」の時代から、慢性疾患や一定の支障を抱えても生活の質を維持・向上させ、身体的・精神的・社会的な意味も含めた健康を保つことを目指す「ケア中心」の時代への転換を提言しており、看護の必要性は高まっている。

看護について、日本看護協会 (2007) は「狭義には保健師助産師看護師法に定められるところに則り、免許交付を受けた看護職による保健医療福祉のさまざまな場で行われる実践」と定義し、さらに看護ケアとは「主に看護職の行為を本質的にとらえようとするときに用いられる、看護サービスのエッセンスあるいは看護業務や看護実践の中核部分を表すもの」と定義づけている。「ケア」と「ケアリング」とは同義語であるとし、看護ケアは多義的であり、今もなお学問的探究が続いている。

また、今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスである Advance Care Planning (ACP) が推奨されている。2015年以降には、ACPの導入や実施につながる研究が散見されるようになる以前は、看護職のACPに関する認識を調査する研究が多かった (谷本 2018)。ACPへの具体的方法が明らかになってきたのは最近であるが、生き方、死に方も自分自身で選択する社会へ変遷する中で、看護職は患者のそばで、患者の身体面・精神面を含めた多くの変化や思いを見出し、最も患者の「意思」を感知可能な、自律的に活動する専門職として、社会的に期待された存在でもある。このように時代の趨勢に呼応する新たな看護の追究はもはや必至の時代を迎えている。地域と共に共通価値を創造し、地域社会と共に発展するケアを求められている看護職には、その地域に住む患者とその家族一人ひとりの価値を尊重した看護が求められている。Porter (2011) は、現代社会における共通価値 (Creating Shared Value : CSV) の重要性は、経済価値だけに左右

されず、社会的価値と経済的価値の両立を目指すことと述べている。玉村（2014）らは、日本の会社を例にとり、試行錯誤しながら地域と共に共通価値を創造し、地域社会と共に発展することが重要であると述べている。このような共通価値の創造と地域社会の発展は、地域、多様な人々が生き生きと働き、一人ひとりがより良く生きていく社会の創成であり、まさに現在、厚生労働省の国策として推進されている地域包括ケアシステムの推進もその一つといえる。その地域で暮らす人々が幸せな終焉を迎えることを支援する個々を尊重した看護は、満足度の高い人生を送る患者やその家族が増えることにつながり、社会と看護の期待が相互に関係しあいながら看護の価値の高まりへ寄与し、看護職の **well-being** 向上に影響していくのではないかと考えられる。

第五節 看護実践環境

仕事は人生の重要な位置を占め、その人々の well-being に影響を及ぼすことから (Rath 2007)、看護職の well-being 向上にも、看護専門職としての看護実践を支える職場環境は重要である。

職場環境を調査する尺度として、Nursing Work Index (NWI) がある。1980 年代、米国では看護師不足に陥る病院がある一方、看護職員を惹きつけてやまない病院があった。看護職を引き付ける病院を「マグネット・ホスピタル」と称した。マグネット・ホスピタルから、その組織特性を抽出し、看護師にとって魅力的な環境を可視化する尺度として Nursing Work Index (NWI) が開発された。その後、Nursing Work Index-Revised (NWI-R)、The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (以降 PES-NWI と略す) と改訂されている。PES-NWI は、Nursing Work Index (NWI) の 65 項目に基づいて開発された 31 項目の尺度であり、医療の質向上を目指した看護ケアのためのシステムに焦点化した基準として推薦されている。複数の国で活用され、国際比較も可能な尺度である。日本では、金井 (2007)、中島ら (2009) により看護労働環境尺度日本語版が開発され、緒方ら (2008) により、PES-NWI (看護実践環境尺度) 日本語版が開発されている。PES-NWI は、5 つのサブスケールで構成され、看護の専門性を発揮できる職場環境の因子構造を明らかにすることが可能であり、組織としての病院のあり方や直属の上司の支援、周囲の看護への理解の深さによって、看護の専門性の発揮を支える環境であるかを測定することができる (緒方 2011)。そのため、PES-NWI によって示される看護実践環境は、看護専門職の well-being に影響を与える変数を包含しており、仕事が人生の重要な位置を占め、well-being との関連を明らかにする意義があると考えられる。

そこで本研究の上位目的の下、第二の目的として、看護実践環境の現状および看護職の well-being との関連を明らかにしていく。

第六節 看護専門職の実践

野村（2015）の professionalism の定義に照らし、看護職として社会に対し提供するサービスの質の保証、利他的な奉仕、道徳心・誠実さ、説明責任の履行を約束することで、社会から看護職に独占権、自律権、経済的・精神的報酬が与えられるとするならば、看護専門職として、社会的責任を果たす看護実践が重要となる。さらに、個々の看護職が目指す看護の専門性の追究と自律した看護実践は職務満足に関連するという先行研究結果から、看護専門職の目標と理想の認識は重要であると推察される。看護専門職として、その目標と理想をどのように認識しているかということは、看護専門職として社会的責任を果たす行動に影響する。その行動は、社会からどのように評価されるか、また社会からの評価を看護職がどのように認識するかに影響し、さらに看護職の well-being に影響を与えていると推察される。そこで、以下に、看護の目標と理想、社会的責任、社会的評価の視点から検討した。

1. 看護職の理想と目標

理想の看護に向かって、個々の看護職は自己の目標を設定し、理想に近づこうとする。「幸せの理想」が高い人ほど、「現実生活での幸せ」感も高い（Fisher et al. 2008）という報告がある。理想とは、「人が心に描き求め続ける、それ以上望むところのない完全なもの。そうあってほしいと思う最高の状態」（デジタル大辞泉）である。「理想の看護」を、個々の看護職が心に描き求める看護の最高の状態ということだとすれば、理想を高く持ち、それを追い求めている看護職である方が、現実生活での幸せ感が高く、理想に向かってより質の高い看護を可能にするのではないかと考えられる。換言すれば、あまり理想を追い求めることなく、生業としての日々の業務をする働き方の看護職よりも、現実生活での幸せ感としての well-being が高いのではないかと考えられる。理想に近づくための目標設定が高すぎたり、低すぎたりする場合には、well-being は高まらず、到達可能性を鑑み、高すぎず低すぎない目標で満足し、自己を受容し、適切な目標設定をすることで well-being は向上すること、自己の目標を人と比較すると低下することが明らかになっている（前野 2017）。そのため、理想に対する目標設定は、他者と比較せず、自分らしくある感覚の中で進めていくことが重要である。看護職の自分らしくある感覚は、自己効力感や自尊感情に支えられており（市江ら 2014；池田ら 2011）、看護職として働き続けるためには、個人的達成感が深く関与する（撫養ら 2015）。そのとき、多様で困難な状況においても専門性を発揮し、対応できることは重要である。現在、看護界には、目標管理という手法で組織成員の理想の現実化を促進する

マネジメントシステムがある。これは 1954 年 Drucker により提唱され、従業員の自己実現を支援し、組織の目標を達成することを目的とした目標管理の手法である。しかし、目標管理については、管理者および目標管理の対象看護師共に、肯定的・否定的な意見が半々であり（中村 2008）、トレーニングが不十分なままの実施（松下 2015）など目標管理の継続には課題を抱えているという指摘をする研究もある。

そこで本研究の上位目的の下、第三の目的として、時代の趨勢に呼応する新たな看護の追及が必至の時代において、看護職がどのような看護の目標と理想の認識を有するのか、その構成要素を明らかにする。そして、看護職の well-being 向上への支援として、看護の理想を実現するための基礎資料とすべく検討した。

2. 看護職の社会的責任

企業の社会的責任（Corporate Social Responsibility：以下 CSR とする）につながる端緒は、米国において近代企業が巨大化し、その社会的影響が大きくなり始めた 1920 年代にあったとされている。現在 CSR という用語は、極めて多様に用いられている現状から、その時々や、その社会で必要とされる要素を取り入れて解釈すべきであると言われている（加賀田 2006）。日本の医療界では、2003 年を CSR 元年と呼び（高橋 2014）、CSR を経営に取り入れる病院が見られるようになってきている（日向 2013）。病院の CSR いわゆる HSR（Hospital Social Responsibility）については Carrol の CSR の 4 要素である①経済的責任、②法的責任、③倫理的責任、④裁量的責任（社会貢献的）に対応させて考えるのが主流となっている（高橋 2014）。

一般企業と異なる専門職集団である医療組織において、山本ら（2017）は、HSR に影響する医師・看護師・作業療法士に関する professionalism について検討している。その結果、医療 professionalism を「医療専門職の基盤となる人格形成能力」「患者・自職種・多職種との相互作用」「社会的責任を果たす」の 3 つに分類している。そのうち「社会的責任を果たす」の下位概念として、「法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする」「コミュニティ、専門職業団、社会への貢献」の 2 つを示している。この下位概念を HSR の 4 要素に照らし合わせると、②法的責任、③倫理的責任は、「法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする」に相当し、④裁量的責任（社会貢献的）は「コミュニティ、専門職業団、社会への貢献」に相当する。山本ら（2017）は、社会的責任の下位概念に HSR の①経済的責任を包含させて

いない。

看護職の「法的責任」とは、保健師助産師看護師法に基づいた実践であり、その第5条で規定された「診療の補助業務」「療養上の世話」である。「倫理的責任」に関しては、2003年に改訂された看護者の倫理綱領（日本看護協会）に準拠した看護実践が行われている。「裁量的責任（社会貢献的）」に関しては、今後の日本企業におけるCSRの課題として、企業利益のみならず人権に対する感度を高めていくことが挙げられている（経済産業省 2019）。また超高齢社会、財政赤字の問題を抱え、第4次産業革命の只中にある医療政策においては、山本ら(2017)では論述されていない「経済的責任」であるが、誰もが健康に必要な知識や医療にアクセスでき、持続可能で公平な医療の提供に関し、看護専門職としての活躍が看護職には期待されていると考えられ、看護職が社会保障制度の存続や公益に資する「経済的責任」を果たすことも重要であると考えられる。

以上のように、看護職は、専門職として負う法的責任と倫理的責任を果たしつつ、現代の社会情勢に合わせた健康支援を通し、裁量的責任と経済的責任を果たすことが求められていると考えられる。そのことを看護職自身が認識しているのか、あるいは、どのように社会的責任を認識しているのか、その点について明らかにした先行研究は見当たらない。

そこで本研究の上位目的の下、第四の目的として、看護職がどのような社会的責任の認識を有するのか、その構成要素を明らかにする。そして、看護職の well-being 向上への支援として、社会的責任を果たすため基礎資料とすべく検討した。

3. 看護職の社会的評価

前出の野村（2015）によれば、profession は社会に対し、自分たちが提供するサービスの質の保証、利他的な奉仕、道徳心・誠実さ、説明責任を履行することによって、経済的・精神的報酬を得ることができると示されている。看護職としての精神的報酬とは、看護職が看護を提供することで感じる、喜び、やりがい、仕事の楽しさなどである。このような精神的報酬は、自分だけで感じるものではなく、他者からの評価を受けることによって、そのレベルが判断される。広辞苑第6版によると、評価とは、「善悪、美醜、優劣など価値を定めること」（デジタル大辞泉）である。看護行為の善悪、優劣に関する評価は、医療関係者、医療を受ける患者・家族、看護職の家族、一般の人など看護に関係するすべての人々から受ける。看護という職業に対し評価が与えられることで、看護の社会的価値は明確になると考えられる。患者やその家族、医療者、社会が看護職に何を望むのか、その期待を基礎とし、看

護と社会の期待が相互に関係しあいながら看護の価値が決まるということであり、社会が一方的に決めることでも、看護職がその価値を決めることでもない。

川島 (2008) は、その時そこに生きた人々の思いで行われた活動により看護の歴史は創られ、その行動は過去の歴史の事実と評価であると述べている。看護職はその時代における社会環境に影響を受けながら、専門性向上と社会的地位の向上という評価を成し得てきた専門職である。看護が有する歴史的背景のもと、急速な変化が予測される未来に向け、看護職は社会から、どのような評価を望んでいるのであろうか。その時そこにいた人々の思いによる活動で看護が創られて来た歴史を鑑みたとき、急速に変化する現代社会を生きる看護職がどのような思いで看護を実践しているのだろうか。社会の評価と看護職の認識との齟齬が存在すれば、そこに誤解や葛藤が生じ、看護職の専門性向上や well-being に影響を与える可能性が危惧される。看護専門職として歩み続け、専門職であり続けるために、現代の看護職が社会からの評価をどのように認識しているのか、その点を明らかにした先行研究は見当たらない。

そこで本研究の上位目的の下、第五の目的として、看護職がどのような社会的評価の認識を有するのか、その構成要素を明らかにする。そして、看護職の well-being 向上への支援として、看護の社会的評価を向上するための基礎資料とすべく検討した。

4. 看護職の well-being に関連する要因

看護職の well-being は、個々の看護職がおかれた労働環境、看護専門職としての働き方とその認識、私生活の影響を受けながら認識する幸福の度合いで現わされる。この幸福の度合いを主観的幸福感として、The Satisfaction with Life Scale (SWLS)、幸福の4因子、Positive and Negative Affect. Schedule (PANAS) の尺度を使用し、看護職の well-being を測定することで、第六節で既述した看護専門職の「目標と理想」「社会的責任」「社会的評価」の3つの認識と看護職の well-being の関連についてさらに考察を進めることが可能となる。何が看護職の well-being に関連する要因であるのか、すなわち説明変数となる要因を明らかにすることは、看護職の well-being 向上に向けた具体的な看護職への支援を考える一助となり得る。

そこで、本研究の上位目的の下、第六の目的として、看護専門職の「目標と理想」「社会的責任」「社会的評価」の認識と看護職の well-being との関連を検討した。そして、看護職の well-being 向上への支援プログラムを構築するための基礎資料を得るべく検討した。

第二章 研究目的

本研究の目的は、以下の6つである。

第一は、看護職の well-being の現状とその特徴を明らかにすること

第二は、看護実践環境の現状とその特徴を明らかにすること

第三は、看護職が認識する看護の目標と理想の構成要素と特徴を明らかにすること

第四は、看護職が認識する社会的責任の構成要素と特徴を明らかにすること

第五は、看護職が認識する社会的評価の構成要素と特徴を明らかにすること

第六は、看護職の well-being と属性、看護実践環境、看護専門職の3側面である目標と理想、社会的責任、社会的評価の関連を明らかにすることである。

第一節 用語の定義

看護職の well-being : 個々の看護職がおかれた労働環境、看護専門職としての働き方とその認識、個々の生活の影響を受けながら認識する主観的幸福感

看護師 : 看護師のみを指す

看護職 : 保健師・助産師・看護師・准看護師を指す

看護専門職の3側面 : 看護の目標と理想、看護の社会的責任、看護の社会的評価の3つを指す

看護の目標 : 個々の看護職が掲げる看護実践目標

看護の理想 : 個々の看護職が心に描き求める看護の最高の状態

看護の社会的責任 : 看護職として、法や倫理綱領を理解した看護実践を行い、コミュニティ、専門職集団、社会への貢献を果たすこと

看護の社会的評価 : 看護行為を通して、看護職同士、他職種、医療を受ける患者・家族看護職の家族、一般の人々から、看護職という職業に与えられる

看護 : 免許交付を受けた看護職による保健医療福祉のさまざまな場で行われる実践

ケア : 看護業務や看護実践の中核部分を表すもの

看護実践環境 : PES-NWI (The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index) 日本語版で測定された結果

第二節 概念枠組みと研究仮説 (図 2-2-1)

看護職の well-being に関連する要因を明らかにするための概念枠組みを示す。

看護職の well-being には、属性、看護実践環境、看護専門職の 3 側面が関連して高められる。看護職の 3 側面である目標と理想、社会的責任、社会的評価は相互に関連し、さらに属性と看護実践環境が関連する、という概念枠組みに沿って、以下の仮説を立てた。

仮説 1. 看護職の SWLS、幸福の 4 因子は、属性と関連する

仮説 2. 看護職の SWLS、幸福の 4 因子は、PES-NWI と関連する

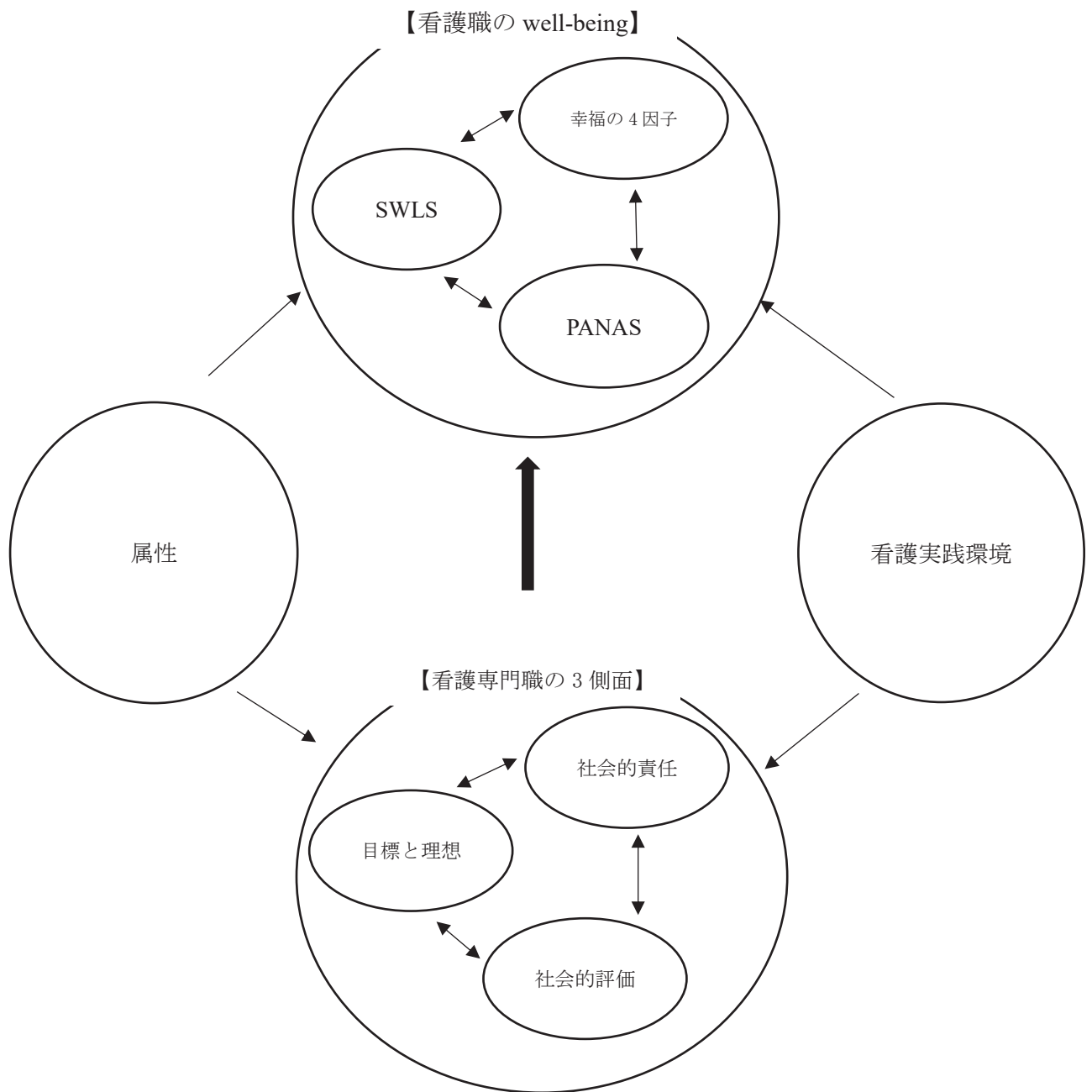
仮説 3. 看護専門職の 3 側面である目標と理想は、属性および PES-NWI と関連する

仮説 4. 看護専門職の 3 側面である社会的責任は、属性および PES-NWI と関連する

仮説 5. 看護専門職の 3 側面である社会的評価は、属性および PES-NWI と関連する

仮説 6. 看護職の SWLS、幸福の 4 因子は、看護専門職の 3 側面と関連する

なお、本論文において「看護職の well-being」は上記「用語の定義」で示した研究者の定義に則り使用しており、引用文献においては、その記述に基づき「幸福」「主観的幸福感」「well-being」と記述した。また、本研究で回収された調査対象者には、准看護師を含むため、本論文の対象について説明する際には、「看護職」を使用し、引用文献においては、その記述に基づき「看護師」と記載した。



SWLS : The Satisfaction with Life Scale

PANAS : Positive and Negative Affect. Schedule

図 2-2-1 看護職の well-being に関連する要因の概念枠組み

第三節 研究の概要

1. 研究デザイン：仮説検証型質的量的横断研究

2. 調査方法：無記名自記式質問紙調査

3. 調査期間・調査対象・調査依頼

1) 調査期間：2018年2月～2018年12月

2) 調査対象：全国の病院、訪問看護ステーション、医療施設を対象に、機縁法により、承諾の得られた施設の師長以上の管理職を除いた正規職員・非正規職員を含めたすべての看護職を対象とした。

3) 調査依頼：研究者の機縁法により、研究協力依頼を行った。看護部長より協力が得られた研究協力施設の看護部へ、調査票を郵送した。同封した返信用封筒に記入者本人が調査票を入れ封をし、施設ごとの留め置きとし、調査期間終了後まとめて研究者へ発送、または、個別返送のどちらかを研究協力施設と相談の上、決定した。

4. 調査内容

1) 基本属性

well-beingに関連すると考えられる項目を先行研究や周辺研究から抽出し、性別、婚姻状況、子の有無、孫の有無、要介護者の有無の生活に関する項目、学歴、所有資格、経過年数、看護職以外の職業経験、希望部署への配属などの看護職としての経歴に関する項目、通勤時間、給与満足、休暇満足、多様な働き方の労働条件に関する項目、健康認識、睡眠時間、疲労感、活動意欲、バランスの良い食事、決まった時間の食事、運動習慣、内服の有無の健康に関する項目から計25項目を作成した。

2) 仮説検証に使用する尺度

①SWLS (The Satisfaction with Life Scale)

Diener et al. (1985) の SWLS は人生満足度を測定する尺度であり、5つの質問項目で構成され「全くそう思わない(1点)」から「とてもそう思う(7点)」の7件法で測定される。得点の高いほうが人生満足度は高いことを表す。尺度の信頼性は、Cronbach's α により確認されており、佐伯(2015)の調査では0.91であった。

②幸福の4因子

幸福の形を測定する前野（2013）の幸福の4因子は、「自己実現と成長」「つながりと感謝」「前向きと楽観」「独立とあなたらしさ」の4つで構成され、16の質問項目で「全くそう思わない（1点）」から「とてもそう思う（7点）」の7件法で測定される。得点の高いほうが幸福度は高いことを表す。尺度の信頼性は Cronbach's α により確認されており、佐伯ら（2012）の調査では、0.73~0.96であった。SWLS と幸福の4因子の相関分析によって、妥当性の確認が進められている。

なお、本研究で幸福の4因子の中の「テレビを見るとき私はチャンネルをあちこち切り替え、1つの番組を見ているときでさえもしばしば他のチャンネルにざっと目を通す」の質問項目は、プレテスト後のワーディング結果を踏まえ「看護に関する日々の仕事の中で判断を頻繁に切り替える（逆転項目）」に改変した。

③PANAS（Positive and Negative Affect. Schedule）日本語版

佐藤・安田（2001）の PANAS 日本語版は「ポジティブ感情」「ネガティブ感情」の2下位尺度であり、16の質問項目で「全くそう思わない（1点）」から「とてもそう思う（6点）」の6件法で測定される。得点の高いほうがそれぞれの感情の度合いが高いことを表す。尺度の信頼性は Cronbach's α により確認されており、ポジティブ感情で 0.90、ネガティブ感情で 0.91 であった。妥当性はイメージ法による気分導入実験により確認されている。具体的には、現在の気分を評定させた後、ポジティブ、ネガティブ、中立の気分の導入を狙った文章を読み、目を閉じて3分間鮮明に状況を思い浮かべるように教示されたのち、PANAS 日本語版によって測定された結果は、比較検定によって有意差が確認されている。

④PES-NWI（Practice Environment Scale of the Nursing Work Index）日本語版

看護実践環境の測定には、緒方ら（2008）の Practice Environment Scale of the Nursing Work Index 日本語版 31 項目を用いた。この尺度は、「看護師と医師との良好な関係」「病院全体の業務における看護師の役割」「ケアを支える看護の基盤」「看護管理者の力量、リーダーシップ」「人的資源の適切性」の5つのサブスケールからなり、看護職が、今の職場に各状況が有ると同意する程度を「非常にそう思う（4点）」「そう思う（3点）」「そう思わない（2点）」「全くそう思わない（1点）」の4件法で測定される。得点が高いほうが今の職場に各状況が有ると同意する程度が高いことを表す。緒方ら（2008）によって行われた尺度開発では、下位尺度と尺度の合成得点の信頼性は Cronbach's α により確

認されており、0.77～0.85であった。

⑤看護専門職の3側面

看護職の目標および理想に関する質問項目は、島井（2015）の well-being の適応の側面に関連する先行研究を参考に作成した。目標設定する際に参考にする評価として、「上司からの評価」「同僚からの評価」「自己評価」がどれくらい自己の目標設定に影響するかその程度を尋ねた。理想に関する質問項目は、「看護の理想が高い」「年々理想が高まっている」「理想と自己目標のギャップ」「理想と日々の実践のギャップ」について尋ねた。どちらも「全くそう思わない（1点）」「あまりそう思わない（2点）」「少しそう思う（3点）」「とてもそう思う（4点）」の4件法で測定される。得点が高いほう方が認識する程度が高いことを表す。

看護職の社会的責任は、山本ら（2017）の質的調査の先行研究を基に質問項目を作成した。これは、領域Ⅰ「法や倫理綱領を理解し社会的責任を全うする」と領域Ⅱ「コミュニティ、専門職集団、社会への貢献」で構成され、それぞれの下位項目は12項目で、計24項目からなり、「はい」「いいえ」の2件法で測定される。なお、質問項目を作成する際、山本らの先行研究で「診療」「医療」と使われていた語を「看護」に変更し、「専門職集団」を明確にするために「看護」の語を追加し「看護専門職集団」とした。また、「マスメディアの利用と情報のあり方」に関する質問項目は、今後看護職の関与も予測されるが、現時点での関与は少ないと判断し、質問項目から削除した。

看護職の社会的評価は、島井（2015）の well-being の仕事への関与、対人関係の側面に関する先行研究を参考に作成した。看護職として働くことで受ける社会的評価の高さについて、「看護職の家族」「看護職同士」「他職種」「患者・家族」「一般の人々」の5項目を、「全くそう思わない（1点）」「あまりそう思わない（2点）」「少しそう思う（3点）」「とてもそう思う（4点）」の4件法で測定される。得点が高いほうが評価の認識が高いことを表す。

3) 文章完成法

看護職として認識する看護の目標と理想に関する刺激文は、「私にとって、目標の看護は」「私にとって、理想の看護とは」とした。看護職として認識する社会的責任に関する刺激文は、「私にとって、看護者としての社会的責任とは」とした。看護職として認識する社会的評価に関する刺激文は、「私にとって、看護の社会的評価が高まるとは」とした。

5. 分析方法

1) 数量データ分析

数量データは、基本統計量を算出した後、各尺度との相関は Pearson の積率相関関係、3 群以上の平均値の比較は一元配置分散分析、kruskal-wallis 検定、Tukey の HDS 法による多重比較、カテゴリーデータの比較は χ^2 検定によった。仮説検定は、重回帰分析（強制投入法）によった。統計分析には統計ソフト SPSSver.24 を使用し、統計検討における有意水準は 5%未満とした。

2) 質的データ

文章完成法で得られた反応文を含む内容については、KHCoder(樋口 2014)を使用し、テキストマイニング分析を行った。具体的手順は、頻出語を確認し、共起ネットワークで語と語のつながりを確認した後、共起ネットワークの描画を基に、関連する記述された文章を熟読し、クリティカルな検討を繰り返し、サブグラフごとにカテゴリー名を命名した。その際、動詞のうち『する』『できる』については、文脈上削除しても文意の変容がみられないため削除後集計とした。分析過程において、分析ソフトの結果を、質的研究に精通した研究者のスーパーバイズを受け、クリティカルな検討を繰り返し行い、信頼性・妥当性を確保した。なお、< >はカテゴリー名、【 】は記述された文章、『 』は抽出された語である。

3) 属性分類

経験年数の分類は、Benner(1984)の理論を基に開発されたクリニカルラダーを参考に、新人～一人前看護職を経験年数 1～3 年、中堅看護職を 4 年～10 年・達人看護職を 11 年以上とし、さらに経験年数 10 年ごとに 11～20 年、21 年以上に分類した。

所属部署は、病棟、外来・訪問、手術室・集中治療、その他の 4 つに分類した。病棟は、主に入院から退院までの看護を継続して行う病棟に勤務する看護職、外来・訪問看護は、主に地域で生活する患者を対象とした看護を提供する外来・救急外来・検査部門・透析・訪問看護に勤務する看護職、手術室・集中治療は、治療の割合が高く、医師の診療の補助業務を中心に行う看護職、その他の勤務部署は、上級看護師・管理部門・高齢施設等に勤務する看護職が含まれるものとした。

6. 倫理的配慮

研究対象施設の看護部長に調査用紙を提示し、研究の目的、調査の内容と方法、回収方法

について文書と口頭により説明し承諾を得た。研究対象者に対し、調査の目的、本調査への協力・辞退は自由意思であること、データは研究以外の目的では使用しないこと、プライバシーの厳守等を明記し、投函をもって同意とみなす説明をした別紙を調査用紙とともに配布した。本研究は東京医療保健大学ヒトに関する研究倫理委員会（院 29-33）の承認を得て行った。

第四節 対象者の概要

1. 調査票の配布と回収

調査協力に承諾の得られた 58 施設、6471 名に調査票を配布した。配布施設は、病院 (6291 名)、高齢者施設 (19 名)、診療所 (41 名)、訪問看護ステーション (120 名) であり、産婦人科の診療所および病院に勤務する助産師を含んでいる。配布地域は、北海道・東北地方 (1278 名)、関東地方 (2522 名)、中部地方 (1935 名)、中国地方 (323 名)、九州・沖縄地方 (413 名) であった。

回収は、4586 名から回答が得られ (回収率 70.8%)、そのうち 4485 名 (有効回答率 69.3%) を分析対象とした。地域別回収数は、北海道・東北地方 1072 名 (23.9%)、関東地方 1669 名 (37.2%)、中部地方 1249 名 (27.8%)、中国地方 204 名 (4.5%)、九州・沖縄地方 290 名 (6.4%) であった。

2. 対象者の概要 (表 2-4-1)

年齢の平均は 37.30 (\pm SD11.24) 歳で、女性が 4018 名 (89.6%)、既婚者 2208 名 (49.2%)、子どもあり 2201 名 (49.1%) であった。最終学歴は、専門学校が 3292 名 (73.4%) であり、看護師の資格を有する者は 4163 名 (92.8%) であった。看護職としての経験年数の平均は 14.40 (\pm SD10.72) 年であった。所属部署は、病棟に勤務する看護職が 3094 名 (69.0%)、希望した部署で勤務する看護職は 2350 名 (52.4%) であった。労働条件に関する結果は、現在の給与に満足しているのは 1041 名 (23.2%) であり、休暇取得に満足しているのは 1305 名 (29.1%)、多様な働き方ができているのは 1855 名 (41.4%) であった。健康に関する結果は、健康であると回答したものは「はい」「ややはい」を含め 3324 名 (74.1%) で、やる気が起きないと回答したものは 2475 名 (55.2%)、翌日に疲れが残ると回答したものは 3832 名 (85.4%) であった。

表2-4-1 対象者の属性

項目	度数	%	項目	度数	%	項目	度数	%
性別			最終学歴			健康である (平均1.94±SD.87)		
女性	4018	89.6	四年制大学以上	605	13.5	はい	1533	34.2
男性	406	9.1	短期大学	344	7.7	ややはい	1791	39.9
未回答	60	1.3	専門学校	3292	73.4	ややいいえ	821	18.3
年齢 (平均37.30±SD11.24)			高等学校	190	4.2	いいえ	239	5.3
20歳代	1349	30.1	未回答	53	1.2	未回答	100	2.2
30歳代	1152	25.7	看護師資格の有無			睡眠時間は足りている (平均2.35±SD.95)		
40歳代	1052	23.5	看護師	4163	92.8	はい	900	20.1
50歳代	592	13.2	准看護師	314	7	ややはい	1600	35.7
60歳以上	135	3	未回答	7	0.2	ややいいえ	1324	29.5
未回答	204	4.5	所有資格			いいえ	561	12.5
婚姻状況			専門看護師	11	0.2	未回答	99	2.2
未婚	1854	41.3	助産師	170	3.8	翌日に疲れが残る (平均1.70±SD.80)		
既婚	2208	49.2	保健師	373	8.3	はい	2050	45.7
離婚	331	7.4	認定看護師	88	2	ややはい	1782	39.7
死別	39	0.9	経験年数 (平均14.40±SD10.72)			ややいいえ	348	7.8
未回答	52	1.2	1-3年	787	17.6	いいえ	204	4.5
子どもの有無			4-10年	1189	26.5	未回答	100	2.2
あり	2201	49.1	11-20年	1196	26.7	何もやる気が起きない (平均2.44±SD.92)		
なし	2232	49.8	21年以上	1166	26	はい	624	13.9
未回答	51	1.1	未回答	146	3.3	ややはい	1851	41.3
孫の有無			所属部署			ややいいえ	1226	27.3
あり	234	5.2	病棟	3094	69	いいえ	683	15.2
なし	4195	93.6	外来・訪問	885	19.7	未回答	100	2.2
未回答	55	1.2	手術・集中	417	9.3	バランスの良い食事をとっている (平均2.37±SD.89)		
介護者の有無			その他	61	1.4	はい	747	16.7
あり	482	10.7	未回答	27	0.6	ややはい	1740	38.8
なし	3941	87.9	所属部署の希望			ややいいえ	1411	31.5
未回答	61	1.4	希望ではない	2081	46.4	いいえ	485	10.8
施設の所在地			希望通り	2350	52.4	未回答	101	2.3
北海道	140	3.1	未回答	53	1.2	決まった時間に食事をとっている (平均2.71±SD1.02)		
宮城	208	4.6	他の職業経験			はい	615	13.7
山形	536	12	なし	3877	86.5	ややはい	1221	27.2
福島	188	4.2	あり	532	11.9	ややいいえ	1340	29.9
栃木	346	7.7	未回答	75	1.7	いいえ	1205	26.9
茨城	116	2.6	通勤時間			未回答	103	2.3
千葉	88	2	30分以内	3337	74.4	運動をしている (平均3.47±SD.85)		
東京	150	3.3	60分以内	860	19.2	はい	229	5.1
埼玉	55	1.2	90分以内	142	3.2	ややはい	347	7.7
神奈川	791	17.6	91分以上	36	0.8	ややいいえ	906	20.2
山梨	123	2.7	未回答	109	2.4	いいえ	2899	64.7
新潟	827	18.4	給与と満足			未回答	103	2.3
長野	422	9.4	不満	3331	74.3	薬を飲んでいる		
鳥取	175	3.9	満足	1041	23.2	はい	1379	30.8
広島	29	0.6	未回答	112	2.5	いいえ	2999	66.9
福岡	13	0.3	休暇満足			未回答	106	2.4
熊本	107	2.4	不満	3072	68.5			
大分	115	2.6	満足	1305	29.1			
長崎	55	1.2	未回答	107	2.4			
			多様な働き方					
			できていない	2511	56			
			できている	1855	41.4			
			未回答	118	2.6			

3. 文章完成法部分の回収率および対象者の概要

1) 目標 (表 2-4-2)

回収数 4586 名 (回収率 70.8%) のうち、目標の文章完成法に回答があった 2737 名 (有効回答率 59.6%) は、母比率 P の区間推定によるサンプルサイズ数 1537 名 ($\delta=2.5\%$ 、 $1-\alpha=95\%$ 、 $P=50\%$) を満たしていた。回答者の経験年数の割合は、18.9%~26.6%であった。所属部署の割合は、病棟 68.2%で病棟に勤務する看護職からの回答が半数以上を占めていた。

表 2-4-2 対象者の概要 (n=2737)

経験年数	人数 (名)	%	所属部署	人数 (名)	%
1~3 年	519	18.9	病棟	1867	68.2
4~10 年	729	26.6	外来・訪問	569	20.7
11~20 年	720	26.3	手術・集中治療	245	8.9
21 年以上	722	26.3	その他・未回答	45	2.2
未回答	47	1.9			

2) 理想 (表 2-4-3)

回収数 4586 名 (回収率 70.8%) のうち、理想に関する文章完成法に回答があった 2948 名 (有効回答率 65.7%) は、母比率 P の区間推定によるサンプルサイズ数 1537 名 ($\delta=2.5\%$ 、 $1-\alpha=95\%$ 、 $P=50\%$) を満たしていた。回答者の経験年数の割合は、18.5%~26.7%であった。所属部署の割合は、病棟 68.5%で病棟に勤務する看護職からの回答が半数以上を占めていた。

表 2-4-3 対象者の概要 (n=2948)

経験年数	人数 (名)	%	所属部署	人数 (名)	%
1~3 年	548	18.9	病棟	2021	68.5
4~10 年	783	26.5	外来・訪問	606	20.5
11~20 年	789	26.7	手術・集中治療	207	9
21 年以上	774	26.2	その他・未回答	54	2
未回答	54	1.7			

3) 社会的責任 (表 2-4-4)

回収数 4586 名 (回収率 70.8%) のうち、社会的責任に回答があった 2314 名 (有効回答率 50.5%) は、母比率 P の区間推定によるサンプルサイズ数 1537 名 ($\delta=2.5\%$ 、 $1-\alpha=95\%$ 、 $P=50\%$) を満たしていた。回答者の経験年数の割合は、17.8%~27.6%であった。所属部署の割合は、病棟 66.8%で病棟に勤務する看護職からの回答が半数以上を占めていた。

表 2-4-4 対象者の概要 (n=2314)

経験年数	人数 (名)	%	所属部署	人数 (名)	%
1~3 年	413	17.8	病棟	1547	66.8
4~10 年	607	26.2	外来・訪問	501	21.6
11~20 年	614	26.5	手術・集中治療	218	9.4
21 年以上	640	27.6	その他・未回答	48	2.2
未回答	40	1.9			

4) 社会的評価 (表 2-4-5)

回収数 4586 名 (回収率 70.8%) のうち、社会的評価に回答があった 2035 名 (有効回答率 44.3%) は、母比率 P の区間推定によるサンプルサイズ数 1537 名 ($\delta=2.5\%$ 、 $1-\alpha=95\%$ 、 $P=50\%$) を満たしていた。経験年数では、15.2%~25.5%であり、経験年数の上昇と共に回答が増加していた。所属部署では、病棟 58.3%で病棟に勤務する看護職からの回答が半数以上を占めていた。

表 2-4-5 対象者の概要 (n=2035)

経験年数	人数 (名)	%	所属部署	人数 (名)	%
1~3 年	353	17.3	病棟	1350	66.3
4~10 年	523	25.7	外来・訪問	444	21.8
11~20 年	539	26.5	手術・集中治療	195	9.6
21 年以上	592	29.1	その他・未回答	46	2.3
未回答	28	1.4			

第三章 調査結果

第一節 看護職の well-being の結果

1. 看護職の well-being の現状 (図 3-1-1、3-1-2、3-1-3、表 3-1-1)

SWLS の Cronbach's α は 0.88 であった。幸福の 4 因子の下位尺度の Cronbach's α は、「自己実現と成長」0.82、「つながりと感謝」0.84、「前向きと楽観」0.73、「独立とあなたらしさ」0.55 であった。PANAS の Cronbach's α は、「ポジティブ感情」0.84、「ネガティブ感情」0.88 であった。

SWLS は 5 点から 35 点の間をとり、平均的満足は 20~24 点、やや不満足は 15~19 点である。本研究での平均値は 18.72 (\pm SD5.54) 点、平均的満足が占める割合が最も多く 1506 名 (33.6%)、次にやや不満足が 1405 名 (31.3%) であった。

幸福の 4 因子は 4 点から 28 点の間をとり、その平均値は、「自己実現と成長」で 13.67 (\pm SD4.23) 点、「つながりと感謝」で 22.33 (\pm SD3.58) 点、「前向きと楽観」で 14.73 (\pm SD3.81) 点、「独立とあなたらしさ」で 17.11 (\pm SD2.95) 点であった。「自己実現と成長」の得点が低く、「つながりと感謝」の得点が高かった。

PANAS は 8 点から 48 点の間をとり、その平均値は、「ポジティブ感情」で 23.33 (\pm SD5.70) 点、「ネガティブ感情」で 25.76 (\pm SD6.90) 点であった。「ポジティブ感情」より「ネガティブ感情」の得点が高かった。

本研究の結果と前野 (2017) が一般の人々を対象に行ったオンラインカウンセリングを活用した 15028 名の調査の結果の平均値の比較を表に示した。

得点		人数
非常に満足	30-35点	108
だいたい満足	25-29点	496
平均的満足	20-24点	1506
やや不満足	15-19点	1405
かなり不満足	10-14点	695
非常に不満足	5-9点	249

図 3-1-1 看護職の SWLS の結果

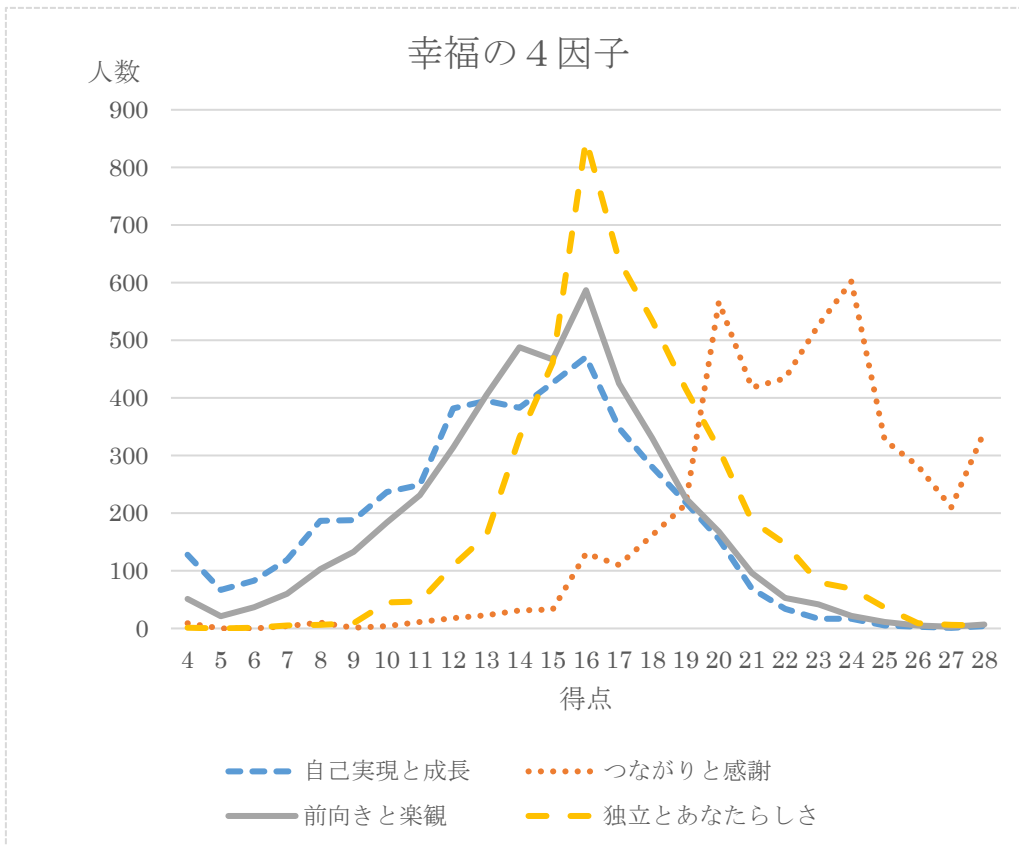


図 3-1-2 看護職の幸福の4因子の結果

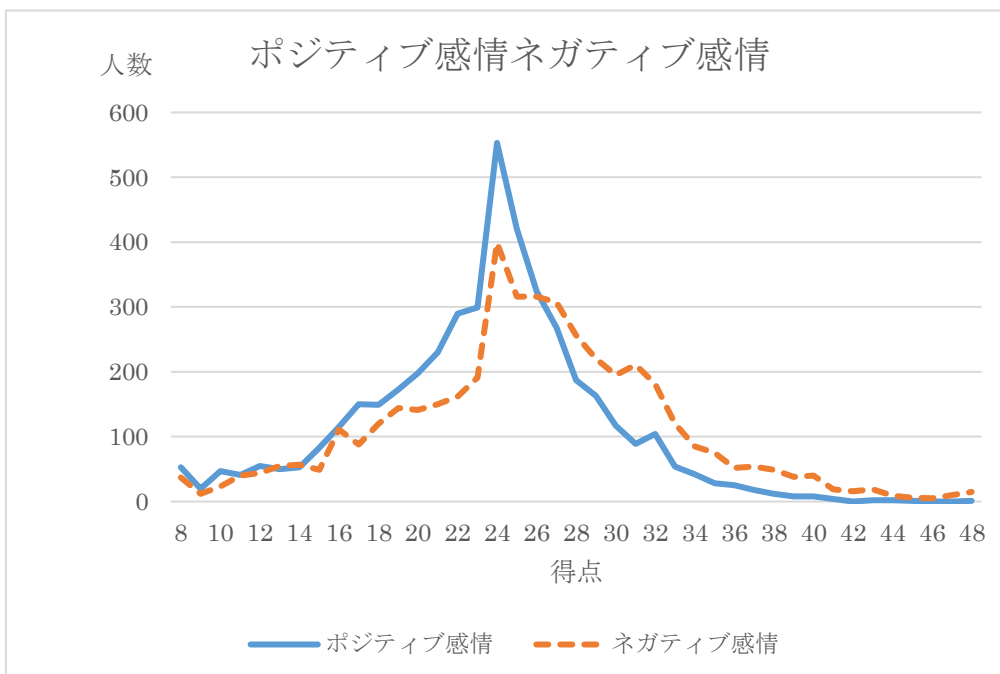


図 3-1-3 看護職の PANAS の結果

表3-1-1 看護職とオンラインカウンセリングの結果比較

尺度名	下位項目		看護職の 平均値	オンラインカウンセ リングの平均値
	下位尺度	質問項目			測定内容
SWLS		ほとんどの面で、私の人生は私の理想に近い	3.56	4.47
		私の人生は、とてもすばらしい状態だ	3.76	4.61
		私は自分の人生に満足している	4.01	4.68
		私はこれまで、自分の人生に求める大切なものを得てきた	4.33	5.06
		もう一度人生をやり直せるとしても、ほとんど何も変えないだろう	3.07	3.72
幸福の4因子	第1因子	私は有能である	2.73	4.32
		私は社会・組織の要請に応えている	3.71	4.35
		私のこれまでの人生は、変化、学習、成長に満ちていた	3.85	5.09
		いまの自分は「本当になりたかった自分」である	3.37	4.09
	第2因子	人の喜ぶ顔が見たい	5.65	6.07
		私を大切に思ってくれる人がいる	5.50	5.85
		私は、人生において感謝することがたくさんある	5.71	6.14
		私は日々の生活において他者に親切にし、手助けしたいと思っている	5.43	5.74
	第3因子	私は物事が思い通りに行くと思う	3.39	4.49
		私は学校や仕事での失敗や不安な感情をあまり引きずらない	3.31	3.78
	私は他者との近しい関係を維持することができる	4.24	4.72	
	自分は人生で多くのことを達成してきた	3.79	4.42	
第4因子	私は自分と他者がすることをあまり比較しない	3.63	4.01	
	私に何ができて何ができないかは外部の制約のせいではない	4.37	5.22	
	自分自身についての信念はあまり変化しない	4.45	5.21	
	看護に関する日々の仕事の中で判断を頻繁に切り替える	4.65	4.55	

2. SWLS、幸福の4因子、PANASの相関関係およびクラスター分析(表3-1-2、図3-1-4)

SWLSと幸福の4因子との間の相関係数は、「自己実現と成長」で0.65、「前向きと楽観」で0.59であった。「つながりと感謝」「独立とあなたらしさ」「ポジティブ感情」との間の相関係数は0.30以上であった。「ネガティブ感情」とSWLSおよび幸福の4因子との間の相関係数は0.30以下であった。クラスター分析では、SWLS、「自己実現と成長」「前向き

表3-1-2 SWLS・幸福の4因子・PANASの相関

	幸福の4因子				PANAS		
	SWLS	自己実現と成長	つながりと感謝	前向きと楽観	独立とあなたらしさ	ポジティブ感情	ネガティブ感情
SWLS	1						
幸福の4因子		1					
			1				
				1			
					1		
PANAS						1	
							1

Pearsonの積率相関関係 *P<.05, **P<.01, ***P<.001

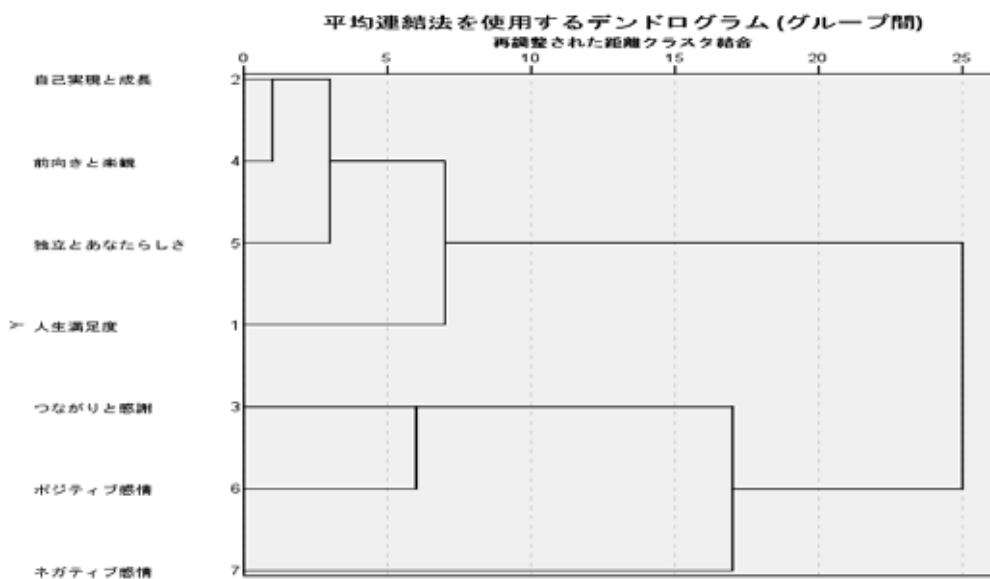


図3-1-4 SWLS・幸福の4因子・PANASのクラスター分析

と楽観」「独立とあなたらしさ」と「つながりと感謝」「ポジティブ感情」「ネガティブ感情」との2群に分類された。

3. 経験年数別にみた看護職の well-being (表 3-1-3)

看護職の SWLS、幸福の4因子、および PANAS について、SWLS ($P=0.001$) および幸福の4因子のうち「自己実現と成長」($P=0.000$)、「前向きと楽観」($P=0.016$)、「独立とあなたらしさ」($P=0.000$)、PANAS の「ポジティブ感情」($P=0.048$)、「ネガティブ感情」($P=0.000$) で経験年数の群間に有意差がみられた (one-way ANOVA)。

SWLS は、経験年数 11–20 年 (平均 $19.27 \pm SD5.61$) で、経験年数 1–3 年 (平均 $18.55 \pm SD5.34$, $P < 0.05$)、経験年数 4–10 年 (平均 $18.42 \pm SD5.57$, $P < 0.01$)、経験年数 21 年以上 (平均 $18.64 \pm SD5.61$, $P < 0.05$) に比べ、有意に高かった。

幸福の4因子「自己実現と成長」は、経験年数 11–20 年 (平均 $14.03 \pm SD4.17$)、経験年数 21 年以上 (平均 $14.00 \pm SD4.35$) で、経験年数 1–3 年 (平均 $13.00 \pm SD4.08$, $P < 0.001$) および経験年数 4–10 年 (平均 $13.43 \pm SD4.17$, $P < 0.01$) に比べ、有意に高かった。「前向きと楽観」は、経験年数 21 年以上 (平均 $15.00 \pm SD3.81$) で、経験年数 1–3 年 (平均 $14.52 \pm SD3.74$, $P < 0.01$)、経験年数 4–10 年 (平均 $14.57 \pm SD3.85$, $P < 0.05$) に比べ、有意に高かった。「独立とあなたらしさ」は、経験年数 11–20 年 (平均 $17.24 \pm SD2.91$)、さらに経験年数 21 年以上 (平均 $17.85 \pm SD2.95$) で、経験年数 1–3 年 (平均 $16.55 \pm SD2.79$, $P < 0.001$)、経験年数 4–10 年 (平均 $16.65 \pm SD3.95$, $P < 0.001$) に比べ、有意に高かった。

PANAS の「ポジティブ感情」は、経験年数 21 年以上 (平均 $23.73 \pm SD5.94$) で、経験年数 11–20 年 (平均 $23.21 \pm SD5.62$, $P < 0.05$) に比べ、有意に高かった。「ネガティブ感情」は、経験年数 1–3 年 (平均 $27.28 \pm SD6.92$) で、経験年数 4–10 年 (平均 $25.80 \pm SD6.85$, $P < 0.001$)、経験年数 11–20 年 (平均 $25.18 \pm SD6.81$, $P < 0.001$)、経験年数 21 年以上 (平均 $25.29 \pm SD6.95$, $P < 0.001$) に比べ、有意に高かった。

4. 所属部署別にみた看護職の well-being (表 3-1-4)

看護職の SWLS、幸福の4因子、PANAS について、所属部署による違いを検討した結果、SWLS ($P=0.000$) および幸福の4因子の「自己実現と成長」($P=0.000$)、「つながりと感謝」($P=0.002$)、「前向きと楽観」($P=0.000$)、「独立とあなたらしさ」($P=0.000$)、PANAS の「ポジティブ感情」($P=0.001$) で所属部署間の群間に有意差がみられた (one-way ANOVA)。

SWLS は、病棟（平均 $18.41 \pm SD5.59$ ）で、外来・訪問看護（平均 $19.57 \pm SD5.38$ 、 $P < 0.001$ ）に比べ、有意に低かった。

幸福の4因子「自己実現と成長」は、病棟（平均 $13.41 \pm SD4.25$ ）で、外来・訪問看護（平均 $14.30 \pm SD4.09$ 、 $P < 0.001$ ）、その他の部署（平均 $15.26 \pm SD4.69$ 、 $P < 0.01$ ）に比べ、有意に低かった。「つながりと感謝」は、外来・訪問看護（平均 $22.66 \pm SD3.54$ ）で、病棟（平均 $22.23 \pm SD3.61$ 、 $P < 0.05$ ）および手術・集中治療（平均 $22.04 \pm SD3.48$ 、 $P < 0.01$ ）に比べ、有意に高かった。「前向きと楽観」は、病棟（平均 $14.57 \pm SD5.77$ ）で、外来・訪問看護（平均 $15.19 \pm SD3.69$ 、 $P < 0.001$ ）に比べ、有意に低かった。「独立とあなたらしさ」は、外来・訪問看護（平均 $17.48 \pm SD2.91$ ）、その他の部署（平均 $18.77 \pm SD3.45$ ）で、病棟（平均 $17.00 \pm SD2.94$ 、 $P < 0.001$ ）、手術・集中治療（平均 $16.94 \pm SD2.96$ 、 $P < 0.001$ ）に比べ、有意に高かった。

PANAS の「ポジティブ感情」は、病棟（平均 $23.10 \pm SD5.77$ ）で、外来・訪問看護（平均 $23.94 \pm SD5.56$ 、 $P < 0.001$ ）に比べ、有意に低かった。

表3-1-3 経験年数別にみた看護職のwell-being

	①1-3年 (n=787)		②4-10年 (n=1189)		③11-20年 (n=1196)		④21年以上 (n=1166)		多重比較		
	mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)	F値	P値	
SWLS	18.55	5.34	18.42	5.57	19.27	5.61	18.64	5.57	5.44	.001**	③>①*②**④*
自己実現と成長	13.00	4.08	13.43	4.17	14.03	4.19	14.00	4.35	13.10	.000***	①<③***④***、②<③**④**
つながりと感謝	22.40	3.74	22.29	3.62	22.32	3.60	22.35	3.38	0.18	.907	
前向きと楽観	14.52	3.70	14.57	3.85	14.76	3.82	15.00	3.81	3.44	.016*	④>①**②*
独立とあなたらしさ	16.55	2.79	16.65	2.95	17.24	2.91	17.85	2.95	45.37	.000***	①②<③***④***、③<④*
ポジティブ感情	23.21	5.62	23.14	5.63	23.20	5.57	23.73	5.94	2.64	.048*	③<④*
ネガティブ感情	27.28	6.92	25.80	6.85	25.18	6.81	25.29	6.95	17.25	.000***	①>②***③***④***

*P<.05, **P<.01, ***P<.001, 一元配置分散分析、Tukeyの多重比較

表3-1-4 所属部署別にみた看護職のwell-being

	①病棟 (n=3094)		②外来・訪問 (n=885)		③手術・集中 (n=417)		④その他 (n=61)		多重比較		
	mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)	F値	P値	
SWLS	18.41	5.59	19.57	5.38	18.92	5.13	20.61	6.29	12.67	.000***	①<②***
自己実現と成長	13.41	4.25	14.30	4.09	13.94	4.07	15.26	4.69	13.97	.000***	①<②***④**
つながりと感謝	22.23	3.61	22.66	3.54	22.04	3.48	23.02	3.16	4.83	.002**	②>①*③**
前向きと楽観	14.57	3.77	15.19	3.69	14.82	4.06	15.25	4.74	6.67	.000***	①<②***
独立とあなたらしさ	17.00	2.94	17.48	2.91	16.94	2.96	18.77	3.45	13.27	.000***	④>①***②*③***、②>①***③**
ポジティブ感情	23.10	5.77	23.94	5.56	23.62	5.43	23.98	5.77	5.63	.001**	①<②***
ネガティブ感情	25.75	6.86	25.58	7.21	26.26	6.62	25.17	6.61	1.08	.036	

*P<.05, **P<.01, ***P<.001, Kruskal-Wallis検定

第二節 看護実践環境の結果

1. PES-NWI の結果 (表 3-2-1)

PES-NWI のサブスケールの平均得点は、「看護師と医師との良好な関係」で 2.53 (\pm SD0.50) 点、「病院全体の業務における看護師の役割」で 2.63 (\pm SD0.48) 点、「ケアを支える看護の基盤」で 2.77 (\pm SD0.53) 点、「看護管理者の力量、リーダーシップ」で 2.69 (\pm SD0.65) 点、「人的資源の適切性」で 2.05 (\pm SD0.60) 点であった。Cronbach's α は、サブスケール別では 0.76~0.86 であった。本研究の結果と緒方ら (2008) の結果について、下位項目までの平均得点の比較を表 3-2-1 に示した。

2. 経験年数別にみた PES-NWI (表 3-2-2)

PES-NWI のサブスケールについて、「看護師と医師との良好な関係」 ($P=0.000$)、「病院全体の業務における看護師の役割」 ($P=0.000$)、「ケアを支える看護の基盤」 ($P=0.000$)、「看護管理者の力量、リーダーシップ」 ($P=0.000$)、「人的資源の適切性」 ($P=0.000$) で経験年数の群間に有意差がみられた (one-way ANOVA)。

「看護師と医師との良好な関係」は、経験年数 1-3 年 (平均 2.68 \pm SD0.58) で、経験年数 4-10 年 (平均 2.51 \pm SD0.64, $P<0.001$)、経験年数 11-20 年 (平均 2.43 \pm SD0.67, $P<0.001$)、経験年数 21 年以上 (平均 2.47 \pm SD0.65, $P<0.001$) に比べ、有意に高かった。「病院全体の業務における看護師の役割」は、経験年数 1-3 年 (平均 2.68 \pm SD0.46) で、経験年数 4-10 年 (平均 2.51 \pm SD0.48, $P<0.001$)、経験年数 11-20 年 (平均 2.47 \pm SD0.50, $P<0.001$)、経験年数 21 年以上 (平均 2.51 \pm SD0.52, $P<0.001$) に比べ、有意に高かった。「ケアを支える看護の基盤」は、経験年数 1-3 年 (平均 2.79 \pm SD0.43) で、経験年数 4-10 年 (平均 2.64 \pm SD0.47, $P<0.001$)、経験年数 11-20 年 (平均 2.57 \pm SD0.48, $P<0.001$)、経験年数 21 年以上 (平均 2.58 \pm SD0.49, $P<0.001$) に比べ、有意に高かった。「看護管理者の力量、リーダーシップ」は、経験年数 1-3 年 (平均 2.86 \pm SD0.60) で、経験年数 4-10 年 (平均 2.73 \pm SD0.66, $P<0.01$)、経験年数 11-20 年 (平均 2.63 \pm SD0.66, $P<0.001$)、経験年数 21 年以上 (平均 2.62 \pm SD0.64, $P<0.001$) に比べ、有意に高かった。「人的資源の適切性」は、経験年数 1-3 年 (平均 2.24 \pm SD0.60) で、経験年数 4-10 年 (平均 2.06 \pm SD0.59, $P<0.001$)、経験年数 11-20 年 (平均 2.00 \pm SD0.57, $P<0.001$)、経験年数 21 年以上 (平均 1.96 \pm SD0.58, $P<0.001$) に比べ、有意に高かった。また、それぞれのサブスケールにおいて、経験年数 4-10 年は、経験年数 11-20 年および経験年数 21 年以上に比べ高かった。

3. 所属部署別にみた PES-NWI (表 3-2-3)

PES-NWI のサブスケールについて、「看護師と医師との良好な関係」 ($P=0.000$)、「病院全体の業務における看護師の役割」 ($P=0.001$)、「ケアを支える看護の基盤」 ($P=0.021$)、「看護管理者の力量、リーダーシップ」 ($P=0.029$)、「人的資源の適切性」 ($P=0.000$)で所属部署間の群間に有意差がみられた (one-way ANOVA)。

「看護師と医師との良好な関係」は、外来・訪問看護 (平均 $2.55 \pm \text{SD}0.64$ 、 $P < 0.05$)、手術・集中治療 (平均 $2.63 \pm \text{SD}0.58$ 、 $P < 0.001$)、に比べ、病棟 (平均 $2.47 \pm \text{SD}0.66$) で低かった。「病院全体の業務における看護師の役割」は、病棟 (平均 $2.53 \pm \text{SD}0.50$ 、 $P < 0.01$)、外来・訪問看護 (平均 $2.52 \pm \text{SD}0.48$ 、 $P < 0.01$)、手術・集中治療 (平均 $2.54 \pm \text{SD}0.46$ 、 $P < 0.01$)、に比べ、その他の部署 (平均 $2.77 \pm \text{SD}0.54$) で高かった。「ケアを支える看護の基盤」は、手術・集中治療 (平均 $2.67 \pm \text{SD}0.44$ 、 $P < 0.05$) に比べ、外来・訪問看護 (平均 $2.59 \pm \text{SD}0.47$) で低かった。「人的資源の適切性」は、病棟 (平均 $2.02 \pm \text{SD}0.60$ 、 $P < 0.001$)、外来・訪問看護 (平均 $2.06 \pm \text{SD}0.56$ 、 $P < 0.001$) に比べ、手術・集中治療 (平均 $2.20 \pm \text{SD}0.56$) で高かった。

表3-2-1 PES-NWIの結果

サブスケール	下位項目	平均値	±SD	平均値 (±SD)	緒方 (2011) の結果
看護師と医師との 良好な関係	医師と看護師は、仕事上の関係が良い	2.33	0.78	2.53 (±.50)	2.50 (±.53)
	看護師と医師は、チームとして働いている	2.59	0.77		
	看護師と医師とは、協働している	2.59	0.74		
病院全体の業務に おける看護師の関り	看護部長は、看護師にとって目に見える存在であり、相談しやすい存在である	2.18	0.92	2.63 (±.48)	2.47 (±.40)
	看護部長は、病院の他のトップレベルの幹部と、権利や権限において同等である	2.50	0.82		
	昇進の機会がある	2.26	0.76		
	病院の管理に関わる様々な責任者は、職員が患者ケアに関して気になることを聴き対処する	2.43	0.74		
	管理職以外の看護師も、看護実践や方針に関する委員会のような病院全体の管理に関わっている	2.90	0.75		
	管理職以外の看護師にも、病院や看護の委員会を努める機会がある	3.05	0.71		
	看護部長や副看護部長は、日々の問題や手順に関する問題を把握し、スタッフと相談している	2.38	0.80		
	管理職以外の看護師も、病院の方針決定1)に参加する機会がある	2.29	0.80		
	クリニカルリーダーによる能力評価の機会や、キャリアアップの機会がある	2.77	0.79		
	ケアの質を支える 看護の基盤	看護師のための、充実したスタッフ教育や継続教育プログラムがある	2.67			0.78	2.77 (±.53)	2.68 (±.37)
看護診断を用いている		2.78	0.88		
高水準の看護ケアが、病院の管理にかかわる様々な責任者によって期待されている		2.50	0.74		
明確な看護の理念が、患者ケア環境に行き渡っている		2.24	0.66		
臨床能力のある看護師と働いている		2.76	0.72		
ケアの質を保証する仕組みが充実している		2.23	0.70		
新卒および中途採用として新たに雇われた看護師に対するプリセプタープログラムがある		3.06	0.77		
看護ケアは医学モデル（疾病に重きを置く）よりもむしろ、看護モデル（個別性や生活等に重きを置く）に基づいている		2.70	0.69		
看護管理者の力量、 リーダーシップ、 看護師への支援	すべての患者について、患者の現状に対応した看護計画が、書面や電子カルテ等として文書化されている	2.86	0.79	2.69 (±.65)	2.66 (±.59)
	ケアの継続性を促進するよう患者が割り振られている、すなわち、一人の患者に対して、継続して同じ看護師がケアを担当する	2.49	0.80		
	看護部長は、看護師に対して支援的である	2.78	0.84		
	看護部長は、過ちを非難するのではなく、学びの場として用いる	2.84	0.79		
	上手くできた仕事は、賞賛され認められる	2.36	0.75		
	たとえ医師との衝突がある場合でも、看護部長は、意思決定において看護スタッフをバックアップする	2.69	0.82		
	看護部長は、良い管理者でありリーダーである	2.79	0.87		
人的資源の適切性	他の職種による支援が十分にあるので、私は担当患者に時間を費やせる	1.98	0.73	2.05 (±.59)	2.05 (±.54)
	他の看護師と、患者ケアの問題を話し合うのに十分な時間と機会がある	2.43	0.77		
	質の高い患者ケアを提供するのに十分な人数の看護師がいる	1.88	0.82		
	ある仕事を終えるのに十分な人数のスタッフがいる	1.91	0.78		

表3-2-2 経験年数別にみたPES-NWI

	①1-3年 (n=787)		②4-10年 (n=1189)		③11-20年 (n=1196)		④21年以上 (n=1166)		多重比較
	mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)	
看護師と医師との良好な関係	2.68	0.58	2.51	0.64	2.43	0.67	2.47	0.65	26.66 .000*** ①>②***③***④***、③<①***②*
病院全体の業務における看護師の関り	2.68	0.46	2.51	0.48	2.47	0.50	2.51	0.52	29.24 .000*** ①>②***③***④***
ケアの質を支える看護の基盤	2.79	0.43	2.64	0.47	2.57	0.48	2.58	0.49	41.74 .000*** ①>②***③***④***、②>③***④**
看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援	2.86	0.60	2.73	0.66	2.63	0.66	2.62	0.64	28.52 .000*** ①>②***>③***④***
人的資源の適切性	2.24	0.60	2.06	0.59	2.00	0.57	1.96	0.58	41.66 .000*** ①>②***③***④***、②>③*④***

*P<.05, **P<.01, ***P<.001, kruskal-wallisの検定

表3-2-3 所属部署別にみたPES-NWI

	①病棟 (n=3094)		②外来・訪問 (n=885)		③手術・集中 (n=417)		④その他 (n=61)		多重比較
	mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)	
看護師と医師との良好な関係	2.47	0.66	2.55	0.64	2.63	0.58	2.66	0.64	10.35 .000*** ①<②*③***
病院全体の業務における看護師の関り	2.53	0.50	2.52	0.48	2.54	0.46	2.77	0.54	5.24 .001** ④>①**②**③**
ケアの質を支える看護の基盤	2.64	0.48	2.59	0.47	2.67	0.44	2.63	0.53	3.25 .021* ②<③*
看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援	2.71	0.65	2.66	0.65	2.64	0.64	2.77	0.53	3.02 .029*
人的資源の適切性	2.02	0.60	2.06	0.56	2.20	0.56	2.20	0.62	12.72 .000*** ③>①***②***

*P<.05, **P<.01, ***P<.001, kruskal-wallisの検定

第三節 看護職の目標と理想に関するテキストマイニング

1. 看護職の目標の語の出現回数（表 3-3-1）

KHCoder を使い、品詞別「語」の出現回数をみた。分析対象データは 2880 文、総抽出語 28548 語、異なり語数 1550 語であった。看護職が抱く目標の記述における出現回数が多かった語は、『患者』『看護』『家族』『提供』『寄り添う』『ケア』『人』『安全』『生活』『安心』であった。

表 3-3-1 看護職が認識する目標の記述にみられる語の出現回数

抽出語	回数	抽出語	回数	抽出語	回数	抽出語	回数	抽出語	回数
患者	1414	ケア	211	笑顔	141	行う	107	満足	87
看護	752	人	204	知識	137	持つ	107	援助	85
家族	323	安全	172	同上	136	対応	101	自分	81
提供	262	生活	163	考える	123	思い	95	医療	74
寄り添う	214	安心	148	信頼	120	技術	91	安楽	72

2. 看護職の目標の語の繋がり（表 3-3-2、図 3-3-1）

KHCoder による共起ネットワークで、「語」の繋がりからその関連性が描画された結果、サブグラフとして 10 抽出され、描画から①～⑤の 5 つの関連性のある繋がりが出た。①は『患者』『看護』『家族』『ケア』『行う』『満足』『思い』『寄り添う』『提供』であり、そのうち『寄り添う』からは、さらに『気持ち』『相手』『立場』『行動』『考える』へと繋がっていた。②は『技術』『知識』『高い』『質』『向上』と繋がり、そのうち、『技術』からは、さらに『持つ』『思いやり』『接する』『笑顔』へ繋がっていた。③は『安全』『安楽』『安心』『過ごせる』『受ける』『医療』『チーム』『治療』へと繋がっていた。さらに①の『提供』から②と③への弱い繋がりもあった。④は『人』から『生活』『支援』『送れる』『入院』『援助』『退院』という繋がりが見られた。⑤は『個別』から『合わせる』『ニーズ』という繋がりが見られた。

以上 5 つの繋がり以外、⑥『対象』－『理解』、⑦『少し』－『良い』、⑧『信頼』－『関係』、⑨『不安』－『苦痛』、⑩『適切』－『判断』という二項間のみの繋がりが見られた。以上の共起ネットワークの描画を基に記述された文章を熟読し、クリティカルな検討を繰り返し、カテゴリー名を命名した。

表3-3-2 看護職が認識する目標の構成

サブグラフ	抽出語				記述された文章の代表例
対象に寄り添う看護	患者	考える	寄り添う	相手	少しでも思いを表出できるようサポートすること
	家族	ケア	満足	立場	優しい心遣い、気配り、丁寧なケア、思いに寄り添う
	看護	行動	行う	提供	相手の立場に立ったケアができる
	思い	気持ち			患者、家族が望む生き方に寄り添う、看護の力で考え適切な対応ができる
基本となる知識・技術・態度	知識	質	思いやり	接する	専門性を高め技術と知識を提供していく
	技術	向上	持つ	高い	ADLの向上やQOLを考慮し質の高い看護を提供、どんな時も笑顔で接する
	笑顔				医師レベルの知識、技術を持つ
多職種連携による医療	安心	チーム	過ごせる	医療	身体・精神的苦痛を緩和し、安心して日々を過ごせるような手伝いをする
	安全	安楽	受ける	治療	他職種と連携し安全、安心な療養・調整を提供できること
					常に平常心で患者を安心させること、安心していられるようにチームで作る
病のある生活への支援	入院	人	支援	援助	ミスなく、安全、安心、安楽な療養生活を送ってもらう
	生活	送れる	退院		患者とその家族が安心して入院生活、在宅生活を送れる一助となること
					患者、家族が満足納得した闘病生活を送ることができるようにサポートする
個別のニーズに応じる看護	ニーズ	合わせる	個別		日々変化する状態にタイムリーに合わせられる
					患者に合う援助、説明、傾聴、理解ができる看護
置かれた現状の理解	対象	理解			患者の苦悩・苦痛を自分のことのように理解する
					患者や家族が、理解、納得して治療、療養を送ることができること
より良い状態の追求	少し	良い			患者の苦痛、苦しみを共有し少しでも軽減させる
					関わった方が少しでも笑顔に少しでも安心できる
信頼関係の構築	信頼	関係			信頼され処置や対応を任されること、名前で呼ばれる看護師
					いるだけで患者さんが安心できる存在であること
適切な判断と対応	適切	判断			疾患や治療について理解し適切な看護ケアを提供する
					相手の求めるものを適切な時に提供する、看護の力で考え適切な対応をする
心身の苦痛の緩和	苦痛	不安			苦痛なく自分らしく最期まで生きることができる
					苦痛が何かを見極めて対応する、連携により苦痛、不安を取り除く

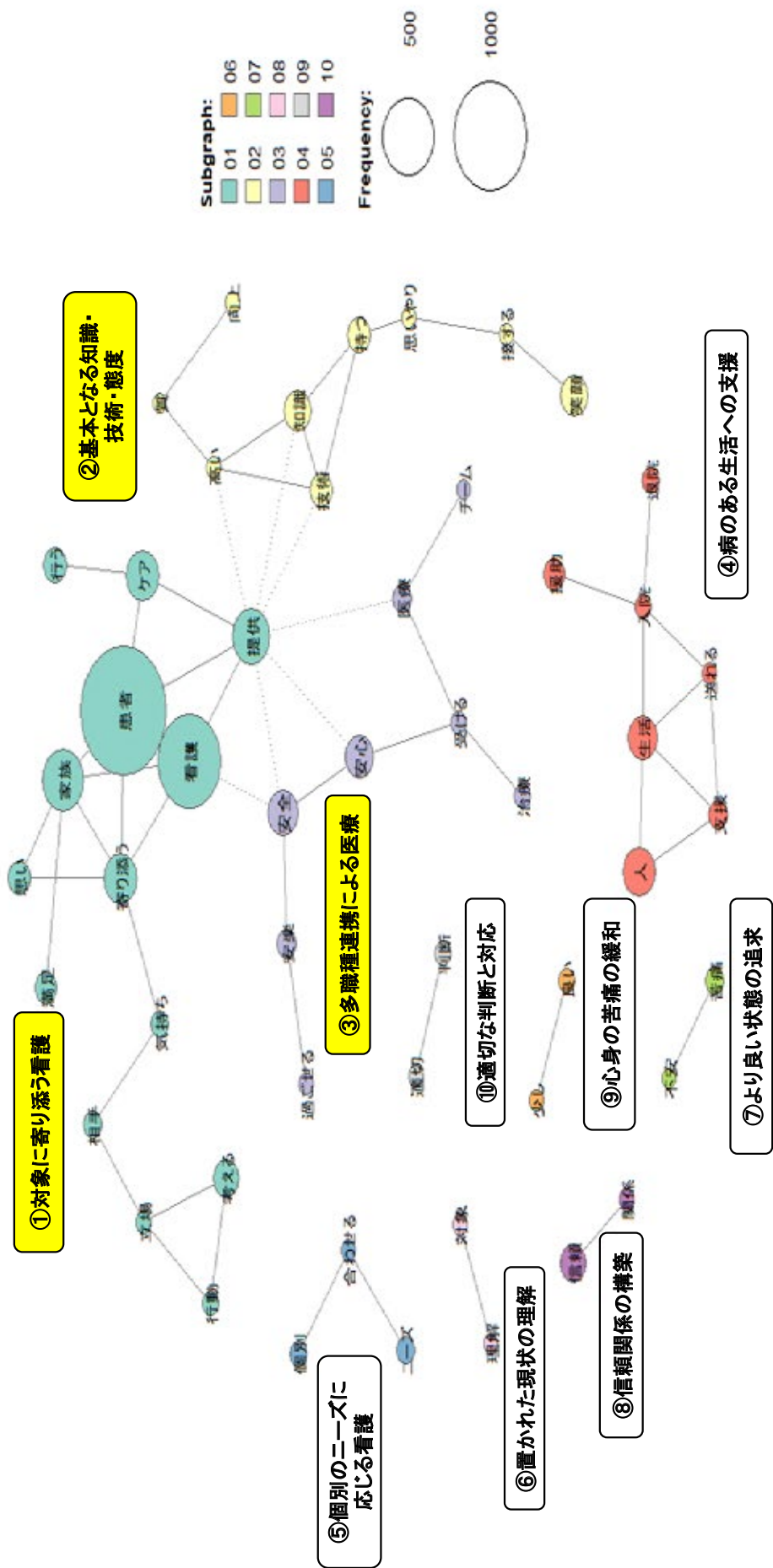


図3-3-1 看護職が認識する目標の共起ネットワーク

①対象に寄り添う看護

具体的文章では、【一人一人寄り添うだけでなく、少しでも思いを表出できるようサポートすること】【患者や家族が満足する優しい心遣い、気配り、丁寧なケア、思いに寄り添う看護】等の記述が見られ、対象者の思いを知ること、対象者の立場や思いを大事にする看護を目標にしていることを表し＜対象に寄り添う看護＞と命名した。

②基本となる知識・技術・態度

具体的文章では、【ADLの向上やQOLを考慮しながらより質の高い看護を提供すること】【医師レベルの知識、技術を持って患者にとって安全、快適なケアを提供すること】等の記述がみられ、医療と看護に関する持ち得る現状の知識、技術と専門職としての態度を統合し、質の高い看護の実践を目標としていることを表し＜基本となる知識・技術・態度＞と命名した。

③多職種連携による医療

具体的文章では、【身体・精神的苦痛を緩和し、安心して日々を過ごせるような手伝いをする事】【ミスなく、安全、安楽な療養生活を送ってもらうこと】【高い技術、知識を持ち、安全、安楽な看護の提供ができること】等の記述が見られ、多職種連携によって、対象者の安全を守ることで安心を与えること、および安楽な生活を支える看護を目標としていることを表し＜多職種連携による医療＞と命名した。

④病のある生活への支援

具体的文章では、【患者の生き方、生活を大事にした質の高いもの】【患者とその家族が安心して入院生活、在宅生活を送れる一助となること】等の記述が見られ、対象者の入院生活から、疾病と共に生きる生活に至るまで、継続した支援を目標としていることを表し＜病のある生活への支援＞と命名した。

⑤個別のニーズに応じる看護

具体的文章では、【日々変化する状態にタイムリーに合わせられる】【患者に合わせた援助、説明、傾聴、理解ができる看護】等の記述が見られ、その時々、目の前の対象者の状況、ニーズ、環境によって、変化する対象の個別性を重視した看護を目標とすることを表し＜個別のニーズに応じる看護＞と命名した。

⑥置かれた現状の理解

具体的文章では、【患者の苦悩・苦痛を自分のことのように理解にして関わることができる】【患者の置かれている状況を理解し、必要なケアが行えること】【わからないことは調べて

理解し、間違ったことはしない】等の記述が見られ、看護職として、患者や家族の状況を看護専門職として理解すると同時に、患者や家族自身が今の状況を理解できるよう支援することで、相互理解を目標としていることを表しく置かれた現状の理解>と命名した。

⑦より良い状態の追求

具体的文章では、【患者の苦痛、苦しみを共有し少しでも軽減させること】【関わった方が少しでも笑顔に少しでも安心できるように、困っていることが解決できるように考え動くこと】等の記述が見られ、対象を取り巻く苦痛を理解し、可能な範囲で、今より少しでも良い結果を生み出す看護を目標としていることを表しくより良い状態の追求>と命名した。

⑧信頼関係の構築

具体的文章では、【患者・家族と良好な関係を築き、信頼され処置や対応を任されること】【誰からも信頼され、いるだけで患者さんが安心できる存在であること】等の記述が見られ、患者・家族との信頼関係の構築が、看護職の行為への、安心と信頼に繋がる看護の提供を目標としていることを表しく信頼関係の構築>と命名した。

⑨心身の苦痛の緩和

具体的文章では、【苦痛が何かを見極めて対応する】【苦痛なく自分らしく最期まで生きることができる】等の記述が見られ、対象者を取り巻く苦痛の原因を見極め、全人的な苦痛に対し、緩和ができることを目標としていることを表しく心身の苦痛の緩和>と命名した。

⑩適切な判断と対応

具体的文章では、【疾患や治療について理解した上で適切な看護ケアを提供すること】【患者さんと信頼関係を築いて適切な判断ができること】等の記述が見られ、対象者に応じた専門職としての判断に基づく適切な看護実践を目標としていることを表しく適切な判断と対応>と命名した。

3. 看護職の理想の語の出現回数 (表 3-3-3)

KHCoder を使い、品詞別「語」の出現回数をみた。分析対象データは 3100 文、総抽出語 32089 語、異なり語数 1503 語であった。看護職が抱く理想の記述における出現回数が多かった語は、『寄り添う』『提供』『ケア』『安心』『考える』『生活』であった。

表 3-3-3 看護職が認識する理想の記述にみられる語の出現回数

抽出語	回数	抽出語	回数	抽出語	回数	抽出語	回数	抽出語	回数
患者	2081	提供	243	思い	167	満足	119	寄り添える	97
看護	800	ケア	213	笑顔	150	行う	113	持つ	95
寄り添う	524	安心	175	安全	143	相手	111	思いやり	88
家族	458	考える	173	援助	132	信頼	107	自分	88
人	286	生活	169	立場	130	心	99	気持ち	87

4. 看護職の理想の語の繋がり (表 3-3-4、図 3-3-2)

KHCoder による共起ネットワークで、「語」の繋がりからその関連性が描画された結果、サブグラフとして 9 抽出され、描画から①～⑤の 5 つの関連性のある繋がりが出された。①は『患者』『看護』『家族』『ケア』『行う』『思い』『寄り添う』『提供』であり、そのうち『提供』からは、さらに『満足』『得る』『信頼』『関係』へと繋がっていた。②は『安全』『安楽』『安心』『過ごせる』『与える』『受ける』『医療』『治療』『納得』へと繋がっていた。③は『入院』『生活』『援助』『送れる』『支援』『人』『生きる』『サポート』という繋がりが見られた。さらに、①は『提供』を介して②と繋がり、②は『安心』を介して③と繋がっていた。④は『考える』『行動』『立場』『立つ』『相手』『気持ち』『思いやり』『一番』と繋がっていた。⑤は『技術』『知識』『持つ』『思いやり』『接する』『心』と繋がっていた。⑥は『心身』『健康』『身体』『精神』と繋がっていた。

以上 6 つの繋がり以外、⑦『希望』－『沿う』、⑧『状態』－『良い』、⑨『関わる』－『時間』という二項間のみの繋がりが見られた。

以上の共起ネットワークの描画を基に記述された文章を熟読し、クリティカルな検討を繰り返し、カテゴリー名を命名した。

表3-3-4 看護職が認識する理想の構成

サブグラフ	抽出語			記述された文章の代表例
真の思いの理解	患者	家族	満足	患者・家族の意思、意向ができる限り尊重する看護
	得る	看護	寄り添う	思いを汲み取り安心、安寧な生活が送れる
	思い	行う	提供	信頼関係を築き、満足のあるケアを行う
	ケア	関係	信頼	思いを理解し気持ちや症状が和らぐ
安心に基づく医療提供	安心	安全	過ごせる	安全・安楽に過ごせるよう手助けする。納得いく治療を受けられるよう支援
	安楽	医療	与える	不利益のない看護の提供。質の高い生活が送られる
	納得	受ける	治療	静けさがあり、患者にとって静養または落ち着いて治療のできる看護
その人らしい生き方	生活	生きる	援助	その人らしさを維持できる生活を提供する
	支援	人	サポート	その人を尊重し、支えていくことを追求
	送れる	入院		その人らしく生を全うできるように援助する
倫理的判断に基づくケア	相手	立つ	思いやる	共に考えながら目標に向かっていけるようサポートする
	考える	立場	気持ち	医療職、患者・家族のどちらも考えて立ち振る舞う
	一番	行動		患者、家族の意思決定を尊重する
専門職としての知識・技術・態度	知識	技術	持つ	どの状況下でも知識と技術を持ち対応できること、自分の五感を使う
	心	接する	思いやり	プロとして接していくこと。凜とした桜のような、またユーモアのある看護
包括的健康への支援	身体	精神		健康の維持、増進を援助する。考えられる最良の健康と幸福に関わる
	健康	心身		健康の有無に関わらず支援すること。全ての市民や患者に対し平等に接する
希望に沿う	希望	沿う		患者、家族の理想、希望が叶うようケアをする
				本人の希望する場所で安らかな最期を迎えられる。希望を与えられること
最善の追究	良い	状態		スタッフ間で患者へのより良い提供を考え実施。患者の自己治癒力を高める
				患者の回復を支え全人的に良い状態にすること
有意義な時間	関わる	時間		誰に対しても平等に時間に余裕を持った看護
				日々苦痛なく笑顔で過ごせる時間が多くなる。患者が望む時間が過ごせる

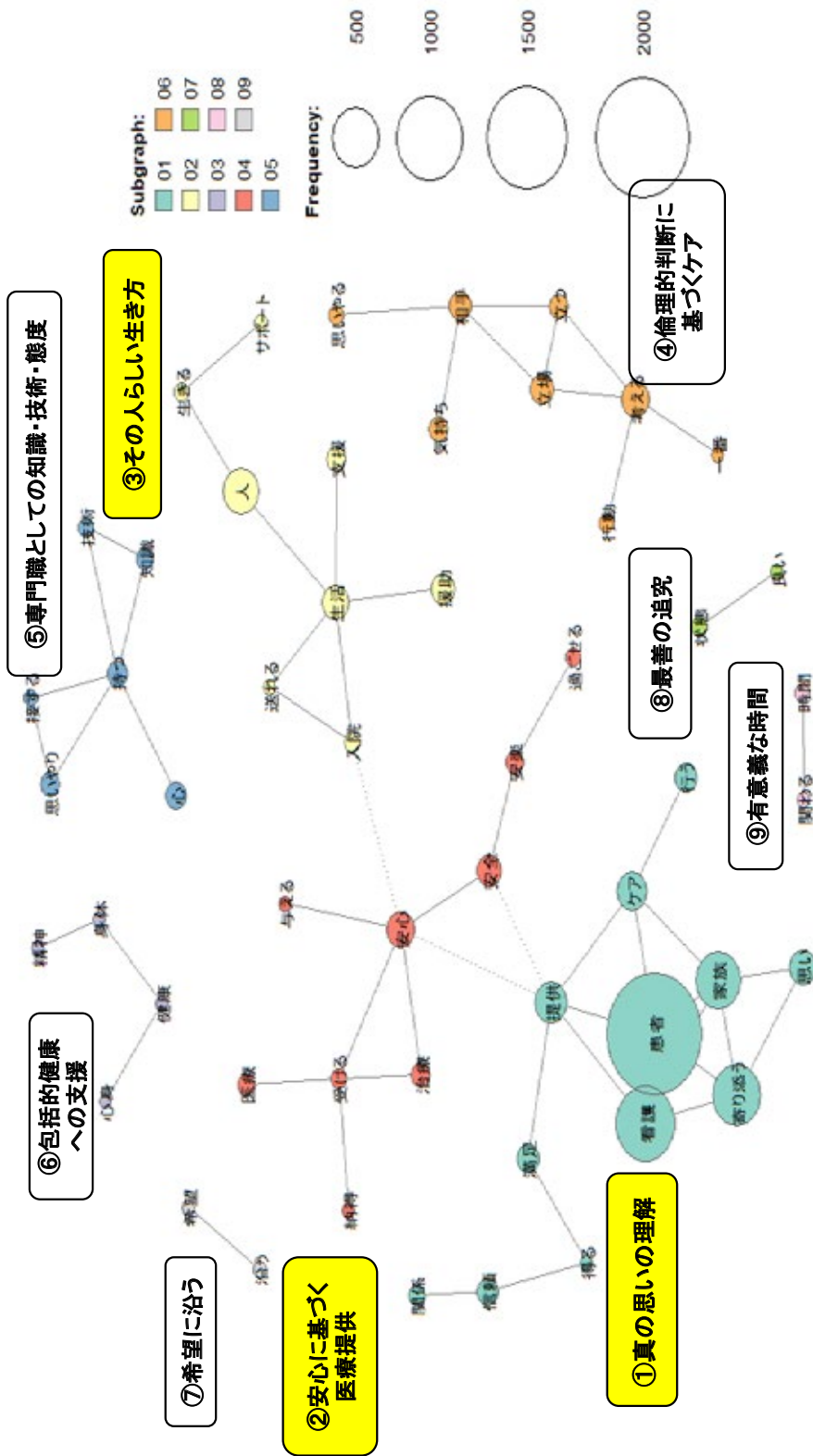


図3-3-2 看護職が認識する理想の共起ネットワーク

①真の思いの理解

具体的文章では、【患者・家族の意思、意向ができる限り尊重されるようサポートする看護】【思いを汲み取り安心、安寧な生活が送れる、思いを傾聴し尊重すること】等の記述が見られ、対象となる人々の思いに耳を傾け、想いをくみ取り、個々を尊重する看護の理想を表しく真の思いの理解>と命名した。

②安心に基づく医療提供

具体的文章では、【安全・安楽に過ごせるよう手助けすること】【不利益のない看護の提供、静けさがあり、患者にとって静養または落ち着いて治療のできる看護ができる】等の記述が見られ、最善の医療を対象者が納得して受けられるように支援し、対象となる人々が安全に、安心して治療を受けることができる看護実践の理想を表しく安心に基づく医療提供>と命名した。

③その人らしい生き方

具体的文章では、【プロフェッショナルとして、その人らしさを維持できる生活を提供できる】【その人らしく生きるために、その人を尊重し、支えていくためにどのようなことが出来るか追及】【その人に私は何が出来るのか問い続けること】等の記述が見られ、その人らしい生死・生活とは何かを問い続け、尊厳を維持したケアの理想を表しくその人らしい生き方>と命名した。

④倫理的判断に基づくケア

具体的文章では、【患者のことを何よりも第一に考え行動する】【思いに沿って、その人の人生と一緒に考える】【患者、家族の意思決定を尊重し、共に考えながら目標に向かっていけるようサポートする】【チーム全体で患者の方向性を考え、関わっていくこと】等の記述が見られ、対象者を一番に考え、対象者の立場に立った意思決定支援と最善のケアを提供する理想を表しく倫理的判断に基づくケア>と命名した。

⑤専門職としての知識・技術・態度

具体的文章では、【どの状況下でも知識と技術を持ち対応できること】【患者にやさしく思いやりを持って、一人一人に看護のプロとして接していくこと】【自分の五感を持って患者の苦痛などの気持ちにできる限り近づこうという気持ちを持ち続ける】等の記述が見られ、看護専門職として、今持ち得る以上の知識、技術の獲得によって、高いスキルを発揮できる姿を追い求め、さらに磨かれた感性も活用した実践の理想を表しく専門職としての知識・技術・態度>と命名した。

⑥包括的健康への支援

具体的文章では、【健康の維持、増進を援助する】【健康の有無に関わらず、その人が自立した生活を送れるように支援すること】【考えられる最良の形で健康と幸福を得るために関われること】等の記述が見られ、健康段階に関わらない対象への支援の理想を表しく包括的健康への支援>と命名した。

⑦希望に沿う

具体的文章では、【患者、家族の理想、希望が叶うようケアをする】【患者の側にゆっくりいて、できる限りの希望に沿って看護を行うこと】【希望を与えられること】等の記述が見られ、対象者の希望に沿って、希望を失わない生活への支援の理想を表しく希望に沿う>と命名した。

⑧最善の追究

具体的文章では、【スタッフ間で患者へのより良い提供を考え実施することができる看護】【相手の立場に立ち、自分がされても、身体へも心へも居心地の良いと感じられることができる人】【患者の自己治癒力を高め、サポートし、身体・精神をより良い状態に近づけていく活動】等の記述が見られ、対象者にとって、最も心地よく、より良い状態、最善の状態を追究し続け、ケアする理想を表しく最善の追究>と命名した。

⑨有意義な時間

具体的文章では、【個々としっかり向き合う時間があり、ゆっくり話し合いながらケアをすすめ、安心いただけること】【患者さんが日々苦痛なく笑顔で過ごせる時間ができるだけ多くなるようにサポートすること】等の記述が見られ、看護専門職として対象者に向き合う時間、および対象者自身が望む時間の過ごし方を大切にしたい関係構築の理想を表しく有意義な時間>と命名した。

第四節 看護職の社会的責任に関するテキストマイニング

1. 看護職の社会的責任の語の出現回数（表 3-4-1）

KHCoder を使い、品詞別「語」の出現回数をみた。分析対象データは 2415 文、総抽出語 22935 語、異なり語数 1516 語であった。看護職の社会的責任の記述における出現回数が多かった語は、『患者』『看護』『守る』『安全』『人』『命』『提供』『医療』『健康』であった。

表 3-4-1 看護職が認識する社会的責任の記述にみられる語の出現回数

抽出語	回数	抽出語	回数	抽出語	回数	抽出語	回数	抽出語	回数
患者	610	人	236	健康	151	家族	127	ケア	88
看護	388	命	227	生活	139	社会	110	倫理	82
守る	308	提供	222	責任	136	知識	93	仕事	81
安全	265	医療	215						

2. 看護職の社会的責任の語の繋がり（表 3-4-2、図 3-4-1）

KHCoder による共起ネットワークで、「語」の繋がりからその関連性が描画された結果、サブグラフとして 9 抽出され、描画から①～④の 4 つの関連性のある繋がり抽出された。①は『患者』『看護』『医療』『安全』『提供』であり、そのうち『安全』から『安楽』『安心』『守る』、『患者』から『安全』『家族』、『看護』から『行う』、『提供』から『ケア』へと繋がっていた。また、『医療』と『事故』『起こす』『ミス』には弱い繋がりがみられた。②は『命』『人』『助ける』『預かる』『自覚』『持つ』『責任』『自分』『行動』であり、そのうち『持つ』は『知識』『専門』『技術』へと繋がっていた。③は『生活』『援助』『支援』『入院』『退院』へと繋がっていた。④は、『守秘』『義務』と繋がっていた。さらに①の『提供』『守る』から②へ、①の『患者』から③へ、①の『守る』から④への弱い繋がりもあった。⑤は『情報』『個人』『尊厳』『大切』という繋がりがみられた。⑥は『増進』『健康』『維持』『人々』であり、そのうち『増進』は『予防』『病気』へと繋がっていた。⑦は『社会』『貢献』『地域』という繋がりがみられた。以上の繋がり他、⑧『質』－『高い』、⑨『誠実』－『対応』という二項間のみの繋がりが描画された。

以上の共起ネットワークの描画を基に記述された文章を熟読しクリティカルな検討を繰り返して、カテゴリー名を命名した。

表3-4-2 看護職が認識する社会的責任の構成

サブグラフ	抽出語	記述された文章の代表例
安全な医療と看護	患者 安楽 事故 ミス	医療事故がないようしっかりと確認すること、安全を守る
	看護 安全 安心 行う	事故発生時にはその事実を隠さず原因究明し再発防止に努めていく
	提供 守る 家族 起こす	安全・安心な看護を提供する、安全・安楽なケアを行う
	医療 ケア	医療事故など患者、家族に不快な思いをさせない
命に関わる専門職の責任	専門 知識 自覚 預かる	自分の行動が患者の今後に大きく影響することを自覚して行動
	技術 持つ 命 助ける	常に医療者としての自覚と日常においても、その姿勢を崩さない
	人 自分 責任 行動	必要時は医療者として助言する、専門職としての自覚を持ちより良い看護実践を行う
		専門職として命と向き合うことの自覚と覚悟が求められる
生活と環境の調整	生活 退院 援助 入院	患者と家族が望む形で社会に戻れるよう支援していくこと
	支援	生活指導、看護の力で合併症を予防、生活習慣病を最小限にすること
		生命の消耗を最小にする環境を整える看護を実践すること
コンプライアンス	守秘 義務	守秘義務を守り日々の生活を送ること
		守秘義務と個人情報を守り、権利擁護を尊重した看護を提供する
尊厳・倫理	個人 大切 情報 尊厳	個人の尊厳や価値、権利を大切にしながら看護を行う、看護倫理を遵守する
		倫理に反することなく人の尊厳を重んじる、敬意のこもった看護、平等な看護を行う
		プライバシーを守り、対象者の人としての尊厳を守ること
人々の健康管理	人々 予防 増進 維持	自己管理能力を高めて、患者がコントロールできる
	健康 病気	健康の保持、増進に専門職としての知識と技術を提供
		健康に関する啓蒙活動を広め健康維持を図ること
地域・社会への貢献	地域 貢献 社会	保健、医療、福祉活動を介して地域社会の発展に貢献すること
		社会に看護で貢献する、人々の健康増進に貢献する
		責任感を持って看護という分野の専門知識で人々に貢献する
看護の質の追求	質 高い	質の高い看護の提供をする、質の高い生活を送れる
		すべての人に平等に質の高い看護を実践する、高いプロ意識を持つ
サービス提供者としての対応	誠実 対応	真摯に誠実に患者と向き合い冷静に対応、医療、精神的な側面に対して誠実に取り組む
		人の命を預かるものとして誠実に患者さんやご家族に対応する
		誠実、礼節、品性、清潔さ、謙虚さなどに支えられた行動が大切

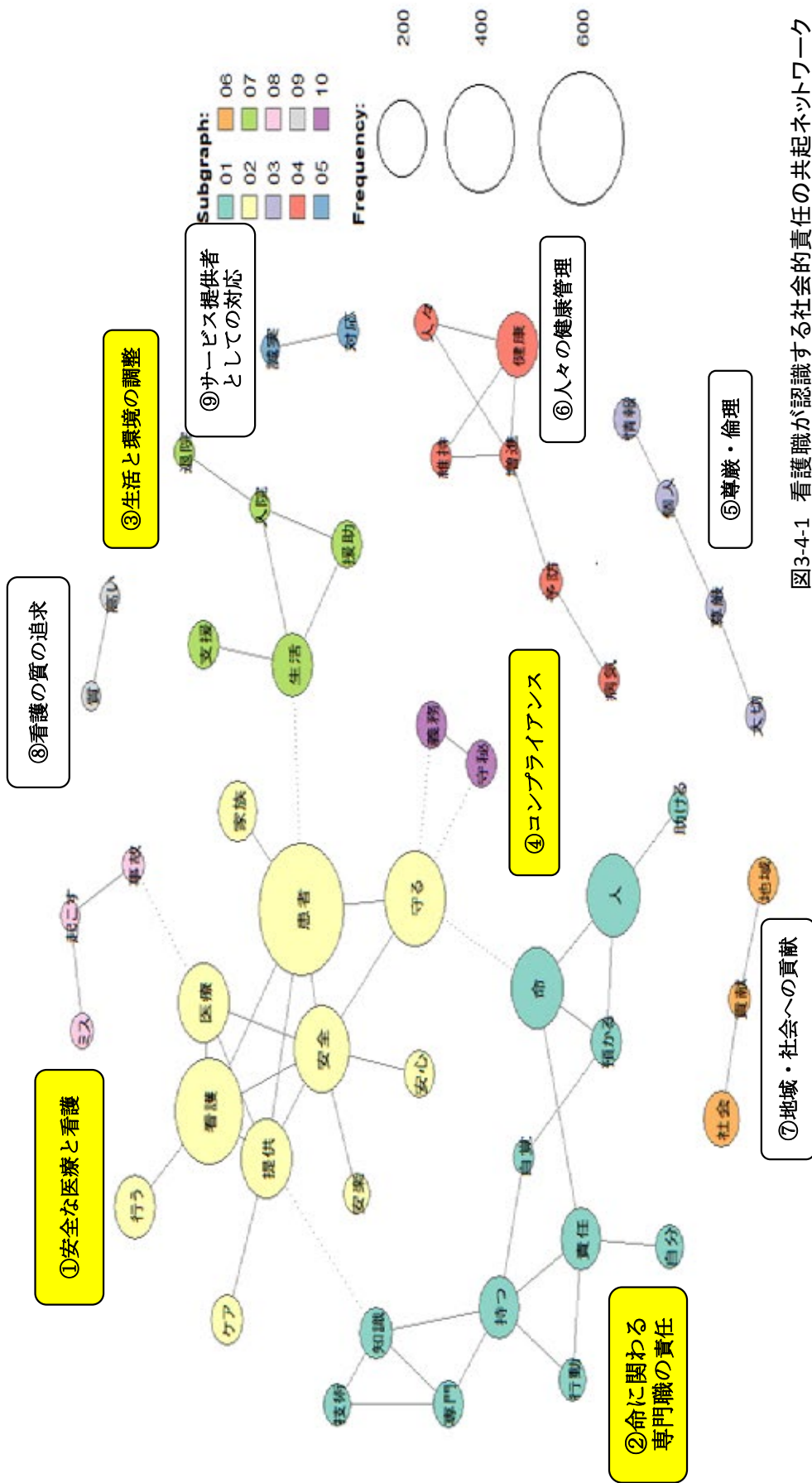


図3-4-1 看護職が認識する社会的責任の共起ネットワーク

①安全な医療と看護

具体的文章では、【医療事故がないよう、しっかりと確認すること】【医療事故など患者、家族に不快な思いをさせないこと】等の記述が見られ、医療事故を起こすことなく、家族も含めて、安全で、安心できる医療と看護を提供することの認識を表しく安全な医療と看護>と命名した。

②命に関わる専門職の責任

具体的文章では、【自分の行動が患者の今後に大きく影響することを自覚して行動しなければならない】【常に医療者としての自覚と日常においても、その姿勢を崩さず他者と接する】【専門職として命と向き合うことの自覚と覚悟が求められる】等の記述が見られ、看護専門職として、対象者の生命や生活に及ぼす影響の大きさを自覚した行動を表しく命に関わる専門職の責任>と命名した。

③生活と環境の調整

具体的文章では、【患者と家族が望むもしくはそれに近い形で社会に戻れるよう支援していくこと】【安心、安全、安楽な入院生活を送ってもらう】【生命の消耗を最小にする環境を整える看護を実践すること】等の記述が見られ、対象者の生活に応じた健康管理、入院生活から在宅療養生活に至るまで、状況に応じた支援をすることの認識を表しく生活と環境の調整>と命名した。

④コンプライアンス

具体的文章では、【守秘義務を守り日々の生活を送ること】【守秘義務と個人情報を守り、権利擁護を尊重し質の高い看護を提供する】等の記述が見られ、対象者の要配慮個人情報に触れつつ、看護を提供する専門職として、関連する法律に基づいた実践の認識を表しくコンプライアンス>と命名した。

⑤尊厳・倫理

具体的文章では、【個人の尊厳や価値、権利を大切にしながら看護を行う】【看護倫理を遵守する】【プライバシーを守り、対象者の人としての尊厳を守ること】【倫理に反することなく人の尊厳を重んじる】等の記述が見られ、患者から得られた情報の守秘義務を遵守しつつ、看護者の倫理綱領に基づいた、看護の対象となる人々の尊厳を守ることに認識を表しく尊厳・倫理>と命名した。

⑥人々の健康管理

具体的文章では、【自己管理能力を高めて、患者がコントロールできる】【健康を害した

人に寄り添い、また健康の保持、増進に専門職としての知識と技術を提供できること】【健康を維持し、疾病予防、健康を回復し苦痛を緩和すること】等の記述が見られ、健康レベルに応じた健康管理ができるよう専門職としての知識・技術を提供することの必要性の認識を表しく人々の健康管理>と命名した。

⑦地域・社会への貢献

具体的文章では、【保健、医療、福祉活動を介して地域社会の発展に貢献すること】【社会に看護で貢献する】【責任感を持って看護という分野の専門知識で人々に貢献する】等の記述が見られ、社会の人々に対し、保健、医療、福祉の分野において、専門性を発揮しながら、切れ目のないケア提供可能な地域の健康増進の役割を果たさなければならないことの認識を表しく地域・社会への貢献>と命名した。

⑧看護の質の追求

具体的文章では、【質の高い看護の提供をする】【質の高い生活が送れる】【すべての人に平等に質の高い看護を実践する】【高いプロ意識を持つ】等の記述が見られ、看護の質が対象者の生活の質に影響することから、質の高い看護の実践の認識を表しく看護の質の追求>と命名した。

⑨サービス提供者としての対応

具体的文章では、【真摯に誠実に患者と向き合い冷静に対応できること】【人の命を預かるものとして誠実に患者さんやご家族に対応する】【医療、精神的な側面に対して誠実に取り組むこと】等の記述が見られ、対象者に向き合う一人の看護専門職としての態度や対応が対象者の健康に影響することを鑑みた誠実性の認識を表しくサービス提供者としての対応>と命名した。

第五節 看護職の社会的評価に関するテキストマイニング

1. 看護職の社会的評価の語の出現回数（表 3-5-1）

1) 出現回数

KHCoder を使い、品詞別「語」の出現回数をみた。分析対象データは 2091 文、総抽出語 19830 語、異なり語数 1510 語であった。看護職の社会的評価の記述における出現回数が多かった語は、『看護』『患者』『給料』『上がる』『社会』であった。

表 3-5-1 看護職が認識する社会的評価の記述にみられる語の出現回数

抽出語	回数	抽出語	回数	抽出語	回数	抽出語	回数	抽出語	回数
看護	635	社会	133	向上	100	思う	93	質	72
患者	336	家族	125	医療	100	提供	90	アップ	71
給料	197	評価	123	人	98	認める	87	必要	71
上がる	155	仕事	107	専門	94	高い	82		

2. 看護職の社会的評価の語の繋がり（表 3-5-2、図 3-5-1）

KHCoder による共起ネットワークで、「語」の繋がりからその関連性が描画された結果、サブグラフとして 9 抽出され、描画から①～③の 3 つの関連性のある繋がり抽出された。①は『看護』『提供』『良い』『ケア』『質』『高い』であり、そのうち『質』からは、さらに『向上』『地位』へと繋がっていた。②は『地域』『人々』『病院』『医療』『安心』『安全』『受ける』『生活』『支援』『健康』と繋がり、そのうち、『地域』からは、さらに『連携』『職種』『立場』『医師』へと繋がり、『貢献』『社会』『評価』『高まる』『認める』へと繋がっていた。③は『患者』『家族』『満足』『退院』『笑顔』へと繋がっていた。さらに①の『提供』から②、①の『看護』から③への繋がりもあった。④は『責任』『持つ』『行動』『知識』『専門』『技術』へと繋がっていた。⑤は『関係』『信頼』『得る』へと繋がっていた。⑥は『増える』『人』『知る』へと繋がっていた。⑦は『業務』『内容』『仕事』『理解』へと繋がっていた。⑧は『賃金』『労働』『改善』『環境』『働く』と繋がっていた。⑨は『給料』『上がる』『アップ』の繋がり描画された。以上の共起ネットワークの描画を基に記述された文章を熟読し、クリティカルな検討を繰り返し、カテゴリー名を命名した。

表3-5-2 看護職が認識する社会的評価の構成

サブグラフ	抽出語				記述された文章の代表例
社会に 認知 される 質の高い ケア	ケア	高い	看護	良い	質の高い看護の提供により患者とその家族が安全安心に入院、地域生活ができること
	質	提供	向上	地位	女性の地位が社会に認められることと同義、質の高い提供現場であることで高まると思う
					専門職組織を通じ、看護の質を高め資質の向上を通じ社会に貢献 看護師の学ぶ機会が増え、質の高い看護師を育てられる
連携に よる健康 支援	連携	地域	職種	立場	在宅医療を中心に多職種連携により円滑な地域作りができる
	医師	社会	高まる	貢献	地域にあった予防医療を行い、少しでも結果が得られたとき
	評価	人々	病院	安心	地域看護の充実により、地域での生活できる人が増える
	安全	生活	医療	健康	公的機関への協力、参加、存在のアピール、地域・他職種など社会の中での交流を通じて発展
	支援	認める	受ける		医療、保健、福祉でリーダーシップをとる
対象者の 満足	患者	家族	退院	笑顔	満足のいく入院生活、社会生活ができるよう援助していくこと
	満足				満足度の向上と笑顔があり治癒または退院した時
有資格者としての責任 ある行動	知識	専門	責任	行動	その分背負う責任も増大する、責任が重くなるがその分やりがいがある
	技術	持つ			学び働くことができるよう教育面の充実が図られたとき。高卒も大卒の同じではなくなる
					医療事故、ミス、犯罪を犯さないように一人一人が責任ある行動をとること
					看護職の権利、責任、職務が広く理解され、受容され、信頼されること
					自分の仕事をもち満足することなく日々精進する
信頼関係	信頼	得る	関係		患者・家族から信頼されかつ地域全体から信頼される医療看護ができる 信頼関係が成立した上で専門職として評価される
関わる人からの承認	仕事	理解	内容	業務	ライフワークとして看護の仕事が続けたときに誇りを感じる 看護師の本来の仕事を全うすること
看護への 関心	知る	人	増える		継続して働く人が増えること、良い看護実践を一般の人が知ること 看護の需要が増え、社会の多くの人が看護に関心を寄せる
	労働	働く	環境	改善	厳しい労働条件だけではなく、日常的に行っていることをもっと評価してほしい
労働条件	賃金				労働時間の短縮、時間外が減ること、労働実態や給与実態など社会に理解してもらうこと 医師の下で働いているという考えの排除
	給料	上がる	アップ		看護料として算定できるようになった時、看護師の仕事が評価され、給料が上がる 専門性が増し、給料が上がって待遇が向上すること

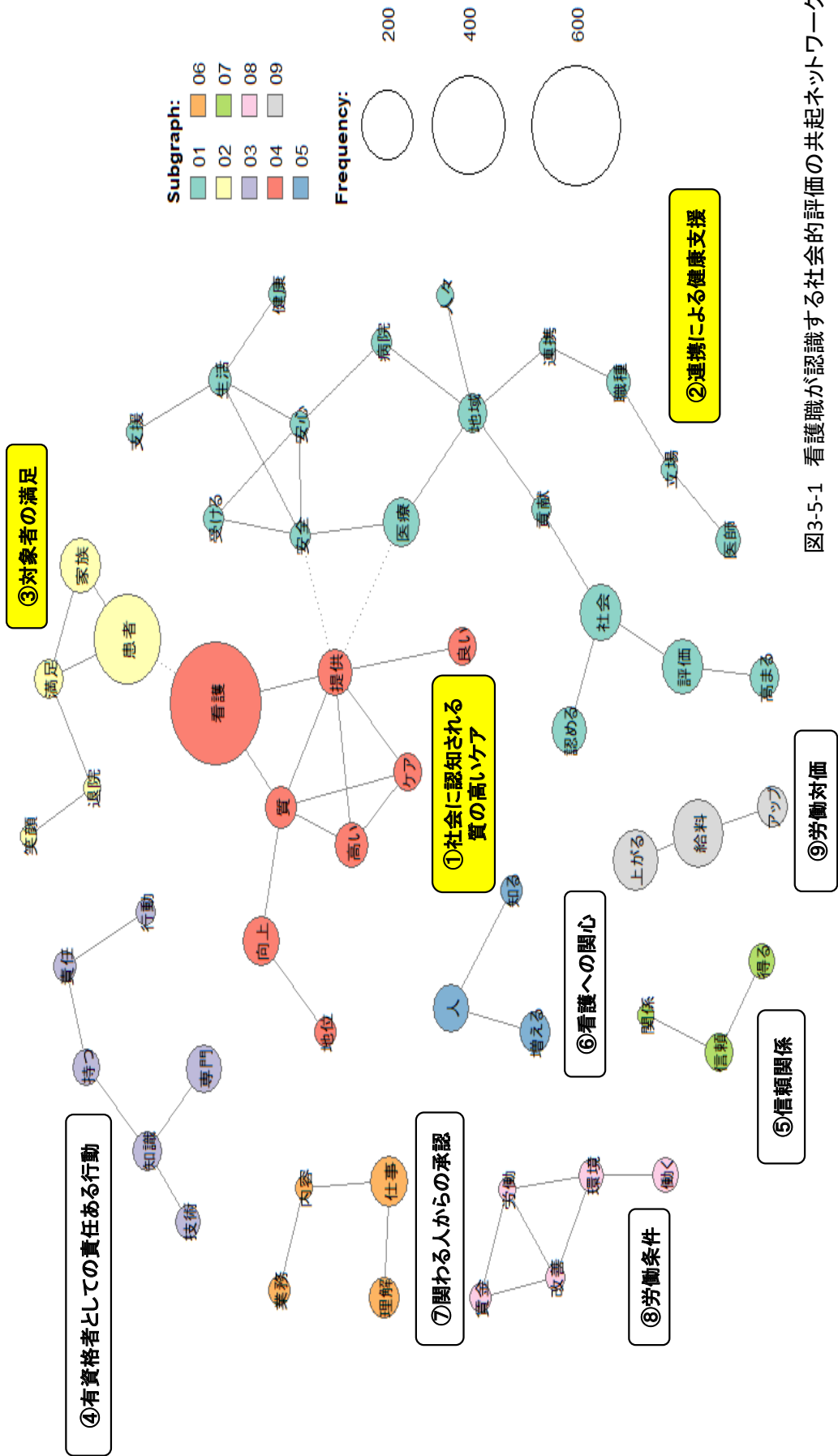


図3-5-1 看護職が認識する社会的評価の共起ネットワーク

①社会に認知される質の高いケア

具体的文章では、【質の高い看護の提供により患者とその家族が安全、安心して入院、地域生活ができること】【女性の地位が社会に認められることと同義】【質の高い提供現場であることで高まると思う】等の記述が見られ、質の高い看護を提供することで、社会の中で看護職の職業的地位が向上する認識を表しく社会に認知される質の高いケア>と命名した。

②連携による健康支援

具体的文章では、【在宅医療を中心に多職種連携により円滑な地域作りができる】【地域にあった予防医療を行い、少しでも結果が得られたとき】【地域看護の充実により、地域での生活できる人が増える】等の記述が見られ、地域で生活する人々を対象にした健康支援のためには、連携の中で看護の専門性を発揮することの認識を表しく連携による健康支援>と命名した。

③対象者の満足

具体的文章では、【患者への対応が良く、満足のいく看護をしたとき】【満足度の向上と笑顔があり治癒または退院した時】【満足のいく入院生活、社会生活ができるよう援助していくこと】等の記述が見られ、患者や家族が、看護によって、入院生活や社会生活を満足して送ることが影響することを表しく対象者の満足>と命名した。

④有資格者としての責任ある行動

具体的文章では、【その分背負う責任も増大する】【喜ばしいが責任も大きくなる】【医療事故、ミス、罪を犯さないように一人一人が責任ある行動をとること】【看護職の権利、責任、職務が広く理解され、受容され、信頼されること】等の記述が見られ、専門職としての責任ある行動によって、社会的評価が左右するため、看護職一人一人の専門職の認識を高め、専門職としての責任を果たす必要性の認識を表しく有資格者としての責任ある行動>と命名した。

⑤信頼関係

具体的文章では、【患者・家族から信頼されかつ地域全体から信頼される医療看護ができる】【地域住民の方々との交流で信頼を得る】【信頼、感謝の積み重ね】等の記述が見られ、対象となる人々との信頼関係の構築によって、看護職への信頼が向上することを表しく信頼関係>と命名した。

⑥看護への関心

具体的文章では、【継続して働く人が増えること】【看護の需要が増え、社会の多くの人

が看護に関心を寄せる】【良い看護実践を一般の人が知ること】等の記述が見られ、看護への関心が高まり、看護を知る人が増えることへの期待、さらに看護職を目指し、働き続ける人が増加することを期待しており<看護への関心>と命名した。

⑦関わる人からの承認

具体的文章では、【看護の仕事が続けたときに誇りを感じる】【看護師の本来の仕事を全うすること】【うれしいことであり、自分の仕事をする上での原動力となり、自分の人生でのやりがいでもある】等の記述が見られ、看護の職業価値が認識されることが、社会的評価の向上に影響すると認識していた。さらに社会的評価を高く受け取ることができれば、看護職としてのやりがい、誇りに繋がる認識を表し<関わる人からの承認>と命名した。

⑧労働条件

具体的文章では、【厳しい労働条件だけが取り出されるのではなく、日常的に行っていることをもっと評価してほしい】【労働時間の短縮、時間外が減ること】等の記述が見られ、看護職の労働環境の改善および看護の現場に関する正しい理解を期待しており<労働条件>と命名した。

⑨労働対価

具体的文章では、【看護料として算定できるようになった時】【看護師の仕事が評価され、給料が上がる】等の記述が見られ、看護職としての労働と給与のギャップを感じており<労働対価>と命名した。

第六節 看護職の目標と理想、社会的責任、社会的評価の現状

1. 目標設定

1) 目標設定の現状 (表 3-6-1)

看護専門職の3側面のうち目標設定と理想に関する結果について示す。目標設定の質問3項目の Cronbach's α は 0.32 であった。平均得点は、「上司からの評価」が 2.17 (\pm SD0.69) 点、「同僚からの評価」2.00 (\pm SD0.61) 点、「自己評価」2.79 (\pm SD0.68) 点であり、「自己評価」による目標設定は、「少しそう思う」「とてもそう思う」を含め 70.5%であり、「同僚からの評価」は、「少しそう思う」「とてもそう思う」を含め 17.2%であった。

表 3-6-1 看護職の目標設定の現状

	とてもそう 思う (%)	少しそう 思う (%)	あまりそう 思わない (%)	全くそう 思わない (%)	未回答 (%)	平均値 (\pm SD)
上司からの評価	2.5	26.2	56.5	14.3	0.5	2.17 (\pm 0.69)
同僚からの評価	0.7	16.5	64.4	17.8	0.5	2.00 (\pm 0.61)
自己評価	10.7	59.8	25.5	3.5	0.5	2.79 (\pm 0.68)

2) 経験年数別にみた目標設定 (表 3-6-2)

目標設定について、「上司からの評価」 ($P=0.000$)、「同僚からの評価」 ($P=0.000$)、「自己評価」 ($P=0.000$) において、経験年数の群間に有意差がみられた (one-way ANOVA)。

「上司からの評価」は、経験年数 1-3 年 (平均 $2.33\pm$ SD0.68) で、経験年数 4-10 年 (平均 $2.21\pm$ SD0.69、 $P<0.001$)、経験年数 11-20 年 (平均 $2.13\pm$ SD0.67、 $P<0.001$)、経験年数 21 年以上 (平均 $2.06\pm$ SD0.71、 $P<0.001$) に比べ、有意に高かった。「同僚からの評価」は、経験年数 1-3 年 (平均 $2.11\pm$ SD0.63) で、経験年数 4-10 年 (平均 $2.02\pm$ SD0.61、 $P<0.01$)、経験年数 11-20 年 (平均 $1.97\pm$ SD0.59、 $P<0.001$)、経験年数 21 年以上 (平均 $1.93\pm$ SD0.62、 $P<0.001$) に比べ、有意に高かった。「自己評価」は、経験年数 11-20 年 (平均 $2.85\pm$ SD0.69)、経験年数 21 年以上 (平均 $2.83\pm$ SD0.66) で、経験年数 1-3 年 (平均 $2.70\pm$ SD0.64、 $P<0.001$)、経験年数 4-10 年 (平均 $2.73\pm$ SD0.68、 $P<0.001$) に比べ、有意に高かった。

表3-6-2 経験年数別にみた目標設定

	①1-3年 (n=787)		②4-10年 (n=1189)		③11-20年 (n=1196)		④21年以上 (n=1166)		多重比較		
	mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)	F値	P値	
上司の評価	2.33	0.68	2.21	0.69	2.13	0.67	2.06	0.71	25.38	.000***	①>②***③***④***、②>③*④***
同僚の評価	2.11	0.63	2.02	0.61	1.97	0.59	1.93	0.62	15.28	.000***	①>②**③***④***、②>④**
自己の評価	2.70	0.64	2.73	0.68	2.83	0.66	2.85	0.69	12.55	.000***	③④>①***②***

*P<.05, **P<.01, ***P<.001, 一元配置分散分析、Tukeyの多重比較

表3-6-3 所属部署別にみた目標設定

	①病棟 (n=3094)		②外来・訪問 (n=885)		③手術・集中治 療(n=417)		④その他 (n=61)		多重比較		
	mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)	F値	P値	
上司の評価	2.16	0.69	2.16	0.67	2.27	0.72	1.97	0.69	4.84	.002**	③>①*②*④**
同僚の評価	1.99	0.61	2.01	0.60	2.06	0.65	1.95	0.59	1.68	.169	
自己の評価	2.77	0.68	2.82	0.65	2.76	0.66	2.95	0.70	2.43	.063	

*P<.05, **P<.01, ***P<.001, Kruskal-Wallisの検定

3) 所属部署別にみた目標設定 (表 3-6-3)

看護職の目標設定について、「上司からの評価」 ($P=0.002$) において、所属部署別の群間に有意差がみられた (one-way ANOVA)。

「上司からの評価」は、手術室・集中治療 (平均 $2.27 \pm \text{SD}0.72$) で、病棟 (平均 $2.16 \pm \text{SD}0.69$, $P < 0.05$)、外来・訪問看護 (平均 $2.16 \pm \text{SD}0.67$, $P < 0.001$)、その他の部署 (平均 $1.97 \pm \text{SD}0.69$, $P < 0.05$) に比べ、有意に高かった。

2. 理想

1) 理想の現状 (表 3-6-4)

理想の質問 5 項目の Cronbach's α は 0.72 であった。平均得点は、「看護の理想が高い」が 2.45 ($\pm \text{SD}0.72$) 点、「年々理想が高まっている」が 2.31 ($\pm \text{SD}0.73$) 点、「理想と自己目標のギャップ」が 2.64 ($\pm \text{SD}0.73$) 点、「理想と日々の実践のギャップ」が 2.93 ($\pm \text{SD}0.76$) 点であり、「理想と日々の実践のギャップ」の認識が高く、「とてもそう思う」「少しそう思う」を含め 72.3% であった。

表 3-6-4 看護職の理想の現状

	とても そう思う (%)	少し そう思う (%)	あまり そう 思わない (%)	全く そう 思わない (%)	未回答 (%)	平均値 ($\pm \text{SD}$)
看護の理想が高い	7.5	35.2	50.7	6.2	0.4	2.45 (± 0.72)
年々理想が高まっている	5.7	30.2	53.6	10.2	0.4	2.31 (± 0.73)
理想と自己目標のギャップ	11.4	44.7	39.6	3.8	0.5	2.64 (± 0.73)
理想と日々の実践のギャップ	22.9	49.4	25	2.3	0.5	2.93 (± 0.76)

2) 経験年数別にみた理想 (表 3-6-5)

理想について、「看護の理想が高い」 ($P=0.000$)、「年々理想が高まっている」 ($P=0.000$)、「理想と自己目標のギャップ」 ($P=0.000$) において、経験年数の群間に有意差がみられた (one-way ANOVA)。

「看護の理想が高い」は、経験年数 1-3 年 (平均 $2.55 \pm \text{SD}0.74$) で、経験年数 4-10 年 (平均 $2.40 \pm \text{SD}0.71$, $P < 0.001$)、経験年数 11-20 年 (平均 $2.43 \pm \text{SD}0.73$, $P < 0.01$)、経験年数 21 年以上 (平均 $2.43 \pm \text{SD}0.72$, $P < 0.01$) に比べ、有意に高かった。「年々理想が高ま

っている」は、経験年数 1-3 年(平均 2.44±SD0.71)で、経験年数 4-10 年(平均 2.29±SD0.75、 $P<0.001$)、経験年数 11-20 年(平均 2.31±SD0.74、 $P<0.01$)、経験年数 21 年以上(平均 2.26±SD0.71、 $P<0.001$) に比べ、有意に高かった。「理想と自己目標のギャップ」は、経験年数 1-3 年(平均 2.80±SD0.72)で、経験年数 4-10 年(平均 2.59±SD0.75、 $P<0.001$)、経験年数 11-20 年(平均 2.63±SD0.73、 $P<0.001$)、経験年数 21 年以上(平均 2.61±SD0.72、 $P<0.001$) に比べ、有意に高かった。

3) 所属部署別にみた理想(表 3-6-6)

理想について、「看護の理想が高い」($P=0.000$)、「年々理想が高まっている」($P=0.000$) において、所属部署別の群間に有意差がみられた (one-way ANOVA)。

「看護の理想が高い」は、病棟(平均 2.41±SD0.72)で、外来・訪問看護(平均 2.50±SD0.72、 $P<0.01$)、その他の部署(平均 2.75±SD0.85、 $P<0.01$) に比べ、有意に低かった。「年々理想が高まっている」は、外来・訪問看護(平均 2.38±SD0.73)で、病棟(平均 2.28±SD0.73、 $P<0.01$) に比べ、有意に高かった。

表3-6-5 経験年数別にみた理想

	①1-3年 (n=787)		②4-10年 (n=1189)		③11-20年 (n=1196)		④21年以上 (n=1166)		多重比較	
	mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)	F値	P値
看護の理想が高い	2.55	0.74	2.40	0.71	2.43	0.73	2.43	0.72	7.7	.000*** ①>②***③***④**
年々理想が高まっている	2.44	0.71	2.29	0.75	2.31	0.74	2.26	0.71	10.5	.000*** ①>②***③***④***
理想と自己目標のギャップ	2.80	0.72	2.59	0.75	2.63	0.73	2.61	0.72	15.3	.000*** ①>②***③***④***
理想と日々の実践のギャップ	2.99	0.77	2.91	0.78	2.94	0.73	2.93	0.75	1.9	.136

*P<.05, **P<.01, ***P<.001, 一元配置分散分析

表3-6-6 所属部署別にみた理想

	①病棟 (n=3094)		②外来・訪問 (n=885)		③手術・集中治療 (n=417)		④その他(n=61)		多重比較	
	mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)	F値	P値
看護の理想が高い	2.41	0.72	2.50	0.72	2.48	0.71	2.75	0.85	7.6	.000*** ①<②***④**
年々理想が高まっている	2.28	0.73	2.38	0.73	2.38	0.73	2.48	0.74	6.4	.000*** ②>①**
理想と自己目標のギャップ	2.64	0.74	2.65	0.71	2.64	0.72	2.72	0.78	0.3	.838
理想と日々の実践のギャップ	2.94	0.76	2.89	0.74	2.94	0.73	2.97	0.71	1.2	.303

*P<.05, **P<.01, ***P<.001, Kruskal Wallis検定

3. 社会的責任

1) 社会的責任の現状 (表 3-6-7)

看護専門職の3側面のうち社会的責任に関する結果を示す。社会的責任の質問24項目の Cronbach's α は 0.87、領域 I 「法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする」の Cronbach's α は 0.80、領域 II 「コミュニティ、専門職集団、社会への貢献」の Cronbach's α は 0.88 であった。

社会的責任の24項目のうち実践していると回答したものが最も多かったのは、領域 I 「医療専門職としての社会的責任を果たす」の、項目 5 「患者の情報を守秘する」98.1%であり、90%以上の看護職が実践していると回答した項目は、領域 I 「法や倫理綱領を理解し、社会的責任を全うする」における11項目であった。一方、実践しているとの回答が50%未満の低い項目は、領域 II 「コミュニティ、専門職集団、社会への貢献」の、項目 21 「保健・医療・福祉の社会政策に寄与する」46.1%、項目 22 「政治的活動に寄与する」23.1%、項目 23 「国際的な健康問題に寄与する」30.9%の3項目であった。

2) 経験年数別にみた社会的責任 (表 3-6-8)

領域 I では、項目 5 「患者の情報を守秘する」 ($P=0.028$)、項目 6 「多職種で共有すべき患者情報の内容と範囲が判断できる」 ($P=0.041$)、項目 12 「勤務時間外における専門職としての責務を果たす」 ($P=0.031$) の3項目において、経験年数の群間に有意差がみられた (χ^2 検定)。

領域 II では、項目 14 「看護専門職集団としての発展に寄与する」 ($P=0.000$)、項目 15 「公衆と自職種の信頼関係を強めるよう活動を行う」 ($P=0.008$)、項目 17 「地域医療・保健・福祉の活動に寄与する」 ($P=0.048$)、項目 20 「保健・医療・福祉制度について理解している」 ($P=0.003$)、項目 21 「保健・医療・福祉の社会政策の形成に寄与する」 ($P=0.029$)、項目 22 「政治的活動に寄与する」 ($P=0.000$)、項目 23 「国際的な健康問題に寄与する」 ($P=0.000$)、項目 24 「公的機関に協力する」 ($P=0.043$) の8項目において、経験年数の群間に有意差がみられた (χ^2 検定)。

経験年数 1-3 年の看護職は、項目 6 「多職種で共有すべき患者情報の内容と範囲が判断できる」 (93.0%) の1項目で、有意に低かった。

経験年数 4-10 年の看護職は、項目 5 「患者の情報を守秘する」 (98.8%)、項目 14 「看護専門職集団としての発展に寄与する」 (67.0%)、項目 15 「公衆と自職種の信頼関係を強め

るよう活動を行う」(67.9%)、項目 17「地域医療・保健・福祉の活動に寄与する」(56.6%)、項目 20「保健・医療・福祉制度について理解している」(53.4%)、項目 21「保健・医療・福祉の社会政策の形成に寄与する」(45.0%)、項目 24「公的機関に協力する」(54.7%)の 7 項目で、有意に低かった。

経験年数 21 年以上の看護職は、項目 12「勤務時間外における専門職としての責務を果たす」(88.3%)、項目 22「政治的活動に寄与する」(20.1%)、項目 23「国際的な健康問題に寄与する」(27.1%)の 3 項目で、有意に低かった。

3) 所属部署別にみた社会的責任 (表 3-6-9)

領域Ⅱの項目 14「看護専門職集団としての発展に寄与する」(P=0.038)、項目 17「地域医療・保健・福祉の活動に寄与する」(P=0.000)、項目 18「地域医療・保健・福祉の専門職・施設との連携を深める」(P=0.000)、項目 20「保健・医療・福祉制度について理解している」(P=0.041)、項目 24「公的機関に協力する」(P=0.007)の 5 項目について、所属部署別の群間に有意差がみられた(χ^2 検定)。

その他の部署の看護職は、項目 14「看護専門職集団としての発展に寄与する」(85.0%)、項目 17「地域医療・保健・福祉の活動に寄与する」(70.0%)、項目 18「地域医療・保健・福祉の専門職・施設との連携を深める」(75.0%)、項目 20「保健・医療・福祉制度について理解している」(70.0%)、項目 24「公的機関に協力する」(71.7%)の 5 項目で、有意に高かった。

病棟の看護職は、項目 14「看護専門職集団としての発展に寄与する」(70.9%)の 1 項目で、有意に低かった。

手術・集中治療の看護職は、項目 17「地域医療・保健・福祉の活動に寄与する」(50.6%)、項目 18「地域医療・保健・福祉の専門職・施設との連携を深める」(54.1%)、項目 20「保健・医療・福祉制度について理解している」(55.1%)、項目 24「公的機関に協力する」(54.6%)の 4 項目で、有意に低かった。

表3-6-7 社会的責任の実践認識

領域Ⅰ. 看護専門職に適用される法、規則を守る		
カテゴリ	項目	はい(%)
1. 法や倫理綱領を守る	1 看護専門職に適用される法、規則を守る	94.6
	2 倫理的に適切といえる意思決定を行う	92.8
	3 看護記録や研究データの改ざん、そのほか不正な書類の作成を行わない	96.8
	4 看護研究を行う際、説明や同意など十分な倫理的配慮を行う	96.2
2. 個人情報の適切な利用と保護	5 患者の情報を守秘する	98.1
	6 多職種で共有すべき患者情報の内容と範囲が判断できる	94.1
3. 医療専門職としての社会的責任を果たす	7 自己の利益のために医療専門職の地位や立場を利用しない	97.4
	8 患者や社会との信頼の上に職業が成り立っていることを受け入れる	97.4
	9 患者から不当な報酬や謝礼をもらわない	97.6
	10 看護記録に的確な内容を記し、確実に保存を行う	97.2
	11 効率的な医療資源の利用、公平な分配を配慮した実践を行う	94.2
	12 勤務時間外における専門職としての責務を果たす	88.5
領域Ⅱ. コミュニティ、専門職業団、社会への貢献		
カテゴリ	項目	はい(%)
4. 自職種の専門集団への帰属・貢献	13 看護専門職集団のケアの質の向上に寄与する	80.5
	14 看護専門職集団としての発展に寄与する	70.9
	15 公衆と自職種の信頼関係を強めるよう活動を行う	68.9
	16 専門職組織へのメンバーシップを維持する	79.3
5. 地域の保健医療福祉活動に対する理解と貢献	17 地域医療・保健・福祉の活動に寄与する	58.4
	18 地域医療・保健・福祉の専門職・施設との連携を深める	63.6
	19 公衆衛生の促進、社会のニーズを認識し、それにこたえる責任を持つ	63.1
	20 保健・医療・福祉制度について理解している	55.5
6. 健康政策への寄与	21 保健・医療・福祉の社会政策の形成に寄与する	46.9
	22 政治的活動に寄与する	23.1
	23 国際的な健康問題に寄与する	30.9
	24 公的機関に協力する	57.1

表3-6-8 経験年数別にみた社会的責任

領域Ⅰ. 看護専門職に適用される法、規則を守る							
カテゴリー	項目		1-3年	4-10年	11-20年	21年以上	P
1. 法や倫理綱領を守る	1 看護専門職に適用される法、規則を守る	はい	96.6%	94.5%	95.5%	96.4%	.126
		いいえ	3.4%	5.5%	4.5%	3.6%	
	2 倫理的に適切といえる意思決定を行う	はい	94.4%	94.0%	93.9%	93.3%	.901
		いいえ	5.6%	6.0%	6.1%	6.7%	
2. 個人情報の適切な利用と保護	3 看護記録や研究データの改ざん、そのほか不正な書類の作成を行わない	はい	97.5%	97.0%	97.9%	98.5%	.18
		いいえ	2.5%	3.0%	2.1%	1.5%	
	4 看護研究を行う際、説明や同意など十分な倫理的配慮を行う	はい	96.8%	97.5%	96.7%	97.7%	.598
		いいえ	3.2%	2.5%	3.3%	2.3%	
5 患者の情報を守秘する	はい	99.0%	98.3%	99.1%	99.6%	.028	
	いいえ	1.0%	1.7%	0.9%	0.4%		
6 多職種で共有すべき患者情報の内容と範囲が判断できる	はい	93.0%	95.4%	96.0%	95.1%	.041	
	いいえ	7.0%	4.6%	4.0%	4.9%		
3. 医療専門職としての社会的責任を果たす	7 自己の利益のために医療専門職の地位や立場を利用しない	はい	98.0%	97.8%	99.0%	98.8%	.09
		いいえ	2.0%	2.2%	1.0%	1.2%	
	8 患者や社会との信頼の上に職業が成り立っていることを受け入れる	はい	98.5%	97.8%	98.4%	98.9%	.302
		いいえ	1.5%	2.2%	1.6%	1.1%	
9 患者から不当な報酬や謝礼をもらわない	はい	98.6%	98.2%	98.7%	99.0%	.454	
	いいえ	1.4%	1.8%	1.3%	1.0%		
10 看護記録に的確な内容を記し、確実に保存を行う	はい	97.6%	97.7%	98.8%	98.5%	.115	
	いいえ	2.4%	2.3%	1.2%	1.5%		
11 効率的な医療資源の利用、公平な分配を配慮した実践を行う	はい	95.9%	95.1%	95.0%	94.9%	.831	
	いいえ	4.1%	4.9%	5.0%	5.1%		
12 勤務時間外における専門職としての責務を果たす	はい	92.3%	90.2%	88.5%	88.3%	.031	
	いいえ	7.7%	9.8%	11.5%	11.7%		

領域Ⅱ. コミュニティ、専門職業団、社会への貢献							
カテゴリー	項目		1-3年	4-10年	11-20年	21年以上	P
4. 自職種の専門集団への帰属・貢献	13 看護専門職集団のケアの質の向上に寄与する	はい	79.9%	79.8%	82.1%	84.2%	.053
		いいえ	20.1%	20.2%	17.9%	15.8%	
	14 看護専門職集団としての発展に寄与する	はい	69.6%	67.0%	73.6%	76.6%	.000
		いいえ	30.4%	33.0%	26.4%	23.4%	
15 公衆と自職種の信頼関係を強めるよう活動を行う	はい	74.7%	67.9%	69.1%	68.8%	.008	
	いいえ	25.3%	32.1%	30.9%	31.2%		
16 専門職組織へのメンバーシップを維持する	はい	80.1%	79.4%	83.2%	79.0%	.078	
	いいえ	19.9%	20.6%	16.8%	21.0%		
5. 地域の保健医療福祉活動に対する理解と貢献	17 地域医療・保健・福祉の活動に寄与する	はい	63.4%	56.6%	58.5%	59.9%	.048
		いいえ	36.6%	43.4%	41.5%	40.1%	
	18 地域医療・保健・福祉の専門職・施設との連携を深める	はい	64.4%	61.3%	65.2%	66.8%	.064
		いいえ	35.6%	38.7%	34.8%	33.2%	
19 公衆衛生の促進、社会のニーズを認識し、それにこたえる責任を持つ	はい	67.3%	62.5%	63.8%	63.5%	.241	
	いいえ	32.7%	37.5%	36.2%	36.5%		
20 保健・医療・福祉制度について理解している	はい	55.1%	53.4%	55.2%	60.8%	.003	
	いいえ	44.9%	46.6%	44.8%	39.2%		
6. 健康政策への寄与	21 保健・医療・福祉の社会政策の形成に寄与する	はい	52.1%	45.0%	47.7%	46.8%	.029
		いいえ	47.9%	55.0%	52.3%	53.2%	
	22 政治的活動に寄与する	はい	28.4%	24.3%	21.9%	20.1%	.000
		いいえ	71.6%	75.7%	78.1%	79.9%	
23 国際的な健康問題に寄与する	はい	38.7%	31.5%	29.6%	27.1%	.000	
	いいえ	61.3%	68.5%	70.4%	72.9%		
24 公的機関に協力する	はい	58.9%	54.7%	59.9%	58.1%	.043	
	いいえ	41.1%	45.3%	40.1%	41.9%		

表3-6-9 所属部署別にみた社会的責任

領域Ⅰ. 看護専門職に適用される法、規則を守る							
カテゴリ	項目		病棟	外来・訪問	手術・集中	その他	P
1. 法や倫理綱領を守る	1 看護専門職に適用される法、規則を守る	はい	95.6%	96.3%	94.6%	96.7%	.550
		いいえ	4.4%	3.7%	5.4%	3.3%	
	2 倫理的に適切といえる意思決定を行う	はい	93.5%	94.1%	95.9%	95.0%	.458
		いいえ	6.5%	5.9%	4.1%	5.0%	
3 看護記録や研究データの改ざん、そのほか不正な書類の作成を行わない	はい	97.7%	98.2%	97.6%	96.7%	.801	
	いいえ	2.3%	1.8%	2.4%	3.3%		
4 看護研究を行う際、説明や同意など十分な倫理的配慮を行う	はい	97.1%	97.6%	97.6%	93.3%	.324	
	いいえ	2.9%	2.4%	2.4%	6.7%		
2. 個人情報の適切な利用と保護	5 患者の情報を守秘する	はい	99.0%	99.2%	98.5%	98.3%	.786
		いいえ	1.0%	0.8%	1.5%	1.7%	
6 多職種で共有すべき患者情報の内容と範囲が判断できる	はい	95.1%	94.9%	95.4%	91.7%	.634	
	いいえ	4.9%	5.1%	4.6%	8.3%		
3. 医療専門職としての社会的責任を果たす	7 自己の利益のために医療専門職の地位や立場を利用しない	はい	98.4%	98.6%	98.3%	100.0%	.811
		いいえ	1.6%	1.4%	1.7%	0.0%	
	8 患者や社会との信頼の上に職業が成り立っていることを受け入れる	はい	98.3%	98.7%	98.3%	98.3%	.885
		いいえ	1.7%	1.3%	1.7%	1.7%	
	9 患者から不当な報酬や謝礼をもらわない	はい	98.6%	98.3%	99.0%	98.3%	.833
		いいえ	1.4%	1.7%	1.0%	1.7%	
10 看護記録に的確な内容を記し、確実に保存を行う	はい	98.1%	98.5%	98.5%	98.3%	.88	
	いいえ	1.9%	1.5%	1.5%	1.7%		
11 効率的な医療資源の利用、公平な分配を配慮した実践を行う	はい	95.1%	95.7%	95.9%	91.7%	.628	
	いいえ	4.9%	4.3%	4.1%	8.3%		
12 勤務時間外における専門職としての責務を果たす	はい	89.4%	89.7%	90.0%	91.7%	.977	
	いいえ	10.6%	10.3%	10.0%	8.3%		
領域Ⅱ. コミュニティ、専門職業団、社会への貢献							
カテゴリ	項目		病棟	外来・訪問	手術・集中	その他	P
4. 自職種の専門集団への帰属・貢献	13 看護専門職集団のケアの質の向上に寄与する	はい	81.3%	80.7%	84.1%	88.3%	.308
		いいえ	18.7%	19.3%	15.9%	11.7%	
	14 看護専門職集団としての発展に寄与する	はい	70.9%	73.5%	72.9%	85.0%	.038
		いいえ	29.1%	26.5%	27.1%	15.0%	
15 公衆と自職種の信頼関係を強めるよう活動を行う	はい	69.8%	70.1%	69.4%	71.7%	.996	
	いいえ	30.2%	29.9%	30.6%	28.3%		
16 専門職組織へのメンバーシップを維持する	はい	80.4%	79.5%	82.4%	83.3%	.711	
	いいえ	19.6%	20.5%	17.6%	16.7%		
5. 地域の保健医療福祉活動に対する理解と貢献	17 地域医療・保健・福祉の活動に寄与する	はい	59.3%	62.9%	50.6%	70.0%	.000
		いいえ	40.7%	37.1%	49.4%	30.0%	
	18 地域医療・保健・福祉の専門職・施設との連携を深める	はい	64.8%	67.7%	54.1%	75.0%	.000
		いいえ	35.2%	32.3%	45.9%	25.0%	
19 公衆衛生の促進、社会のニーズを認識し、それにこたえる責任を持つ	はい	64.0%	66.6%	58.9%	68.3%	.093	
	いいえ	36.0%	33.4%	41.1%	31.7%		
20 保健・医療・福祉制度について理解している	はい	55.3%	59.6%	55.1%	70.0%	.041	
	いいえ	44.7%	40.4%	44.9%	30.0%		
6. 健康政策への寄与	21 保健・医療・福祉の社会政策の形成に寄与する	はい	47.5%	48.9%	44.3%	63.3%	.067
		いいえ	52.5%	51.1%	55.7%	36.7%	
	22 政治的活動に寄与する	はい	23.0%	22.8%	27.9%	30.0%	.157
		いいえ	77.0%	77.2%	72.1%	70.0%	
23 国際的な健康問題に寄与する	はい	31.3%	31.0%	32.5%	30.0%	.974	
	いいえ	68.7%	69.0%	67.5%	70.0%		
24 公的機関に協力する	はい	57.1%	62.0%	54.6%	71.7%	.007	
	いいえ	42.9%	38.0%	45.4%	28.3%		

4. 社会的評価

1) 社会的評価の現状（表 3-6-10、表 3-6-11）

看護専門職の 3 側面のうち社会的評価に関する結果を示す。社会的評価の質問 5 項目の Cronbach's α は 0.83 であった。それぞれの平均得点は、「看護職の家族」3.02 (\pm SD0.75) 点、「看護職同士」2.46 (\pm SD0.71) 点、「他職種」2.53 (\pm SD0.73) 点、「患者・家族」2.72 (\pm SD0.67)、「一般の人々」2.80 (\pm SD0.71) 点であった。「とてもそう思う」「少しそう思う」の割合が最も多いのは「看護職の家族」であり 78.5%、最も少ないのは「看護職同士」の 45.0%であった。

表 3-6-10 看護職が認識する社会的評価

	とてもそう 思う (%)	少しそう 思う (%)	あまりそう思 わない (%)	全くそう 思わない (%)	未回答 (%)	平均値 (\pm SD)
看護職の家族	25.4	53.1	18.2	2.9	0.4	3.02 (\pm 0.75)
看護職同士	6.5	38.5	48.6	6	0.3	2.46 (\pm 0.71)
他職種	8.3	42.0	43.5	5.8	0.4	2.53 (\pm 0.73)
患者・家族	10.7	53.7	31.9	3.4	0.4	2.72 (\pm 0.67)
一般の人々	13.9	55.0	27.5	3.3	0.4	2.80 (\pm 0.71)

表 3-6-11 医療職者に対する社会的評価の認識

	看護師と 同等 (%)	看護師より 高い (%)		看護師と 同等 (%)	看護師より 高い (%)
理学療法士	31.6	9.2	医師	4.4	92.5
作業療法士	30.9	8	薬剤師	15.2	55.7
言語聴覚士	25.6	8.1	保健師	46.9	30
管理栄養士	22.5	8.6	助産師	41.2	39.8
社会福祉士	21.2	9.5	准看護師	44.9	0.5
検査・放射線技師	22.2	16.1	該当なし	18.8	5.7

また、他職種と看護職の社会的評価の認識について、看護師と同等の社会的評価であると認識する職種は保健師 (46.9%)、助産師 (41.2%)、准看護師 (44.9%) であった。一方、

看護師より高い社会的評価であると認識する職種は、医師 (92.5%) に次いで薬剤師 (55.7%) であった。

2) 経験年数別にみた社会的評価 (表 3-6-12)

社会的評価について、「看護職の家族」 ($P=0.000$)、「看護職同士」 ($P=0.001$)、「他職種」 ($P=0.000$)、「患者・家族」 ($P=0.000$)、「一般の人々」 ($P=0.001$) において、経験年数の群間に有意差がみられた (one-way ANOVA)。

「看護職の家族」は、経験年数 1-3 年 (平均値 $3.15 \pm SD0.71$) で、経験年数 4-10 年 (平均 $3.03 \pm SD0.73$, $P < 0.01$)、経験年数 11-20 年 (平均 $2.99 \pm SD0.74$, $P < 0.001$)、経験年数 21 年以上 (平均 $2.95 \pm SD0.79$, $P < 0.001$) に比べ、有意に高かった。「看護職同士」は、経験年数 21 年以上 (平均 $2.51 \pm SD0.73$, $P < 0.001$) で、経験年数 4-10 年 (平均 $2.43 \pm SD0.73$, $P < 0.01$)、経験年数 11-20 年 (平均 $2.41 \pm SD0.68$, $P < 0.01$) に比べ、有意に高かった。「他職種」は、経験年数 1-3 年 (平均値 $2.63 \pm SD0.73$) で、経験年数 11-20 年 (平均 $2.47 \pm SD0.70$, $P < 0.001$)、経験年数 21 年以上 (平均 $2.51 \pm SD0.75$, $P < 0.01$) に比べ、有意に高かった。

「患者・家族」は、経験年数 1-3 年 (平均値 $2.81 \pm SD0.67$) で、経験年数 4-10 年 (平均 $2.72 \pm SD0.70$, $P < 0.01$)、経験年数 11-20 年 (平均 $2.67 \pm SD0.67$, $P < 0.001$)、経験年数 21 年以上 (平均 $2.76 \pm SD0.69$, $P < 0.01$) に比べ、有意に高かった。「一般の人々」は、経験年数 1-3 年 (平均値 $2.89 \pm SD0.67$) で、経験年数 11-20 年 (平均 $2.76 \pm SD0.69$, $P < 0.01$)、経験年数 21 年以上 (平均 $2.78 \pm SD0.74$, $P < 0.01$) に比べ、有意に高かった。

3) 所属部署別にみた社会的評価 (表 3-6-13)

社会的評価について、「看護職同士」 ($P=0.008$) において、所属部署別の群間に有意差がみられた (one-way ANOVA)。

「看護職同士」は、その他の部署 (平均値 $2.77 \pm SD0.78$) で、病棟 (平均 $2.45 \pm SD0.71$, $P < 0.01$)、外来・訪問看護 (平均 $2.48 \pm SD0.71$, $P < 0.05$)、手術室・集中治療 (平均 $2.45 \pm SD0.64$, $P < 0.05$) に比べ、有意に高かった。

表3-6-12 経験年数別にみた社会的評価

	①1-3年 (n=787)	②4-10年 (n=1189)	③11-20年 (n=1196)	④21年以上 (n=1166)	多重比較	
	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)	F値	P値
看護職の家族	3.15 0.71	3.03 0.73	2.99 0.74	2.95 0.79	11.28	.000*** ①>②**③***④***
看護職同士	2.51 0.70	2.43 0.73	2.41 0.68	2.51 0.73	5.69	.001** ④>②*③**、③<①*④**
他職種	2.63 0.73	2.55 0.75	2.47 0.70	2.51 0.75	7.51	.000*** ①>③***④**
患者・家族	2.81 0.67	2.72 0.70	2.67 0.67	2.76 0.69	6.37	.000*** ①>②**③***④**
一般の人々	2.89 0.67	2.82 0.73	2.76 0.69	2.78 0.74	5.48	.001** ①>③**④**

*P<.05, **P<.01, ***P<.001, 一元配置分散分析、Tukeyの多重比較

表3-6-13 所属部署別にみた社会的評価

	①病棟 (n=3094)	②外来・訪問 (n=885)	③手術・集中治 療(n=417)	④その他 (n=61)	多重比較	
	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)	F値	P値
看護職の家族	3.00 0.75	3.03 0.74	3.04 0.71	3.16 0.84	12.55	.213
看護職同士	2.45 0.71	2.48 0.71	2.45 0.64	2.77 0.78	11.28	.008** ④>①**②*③*
他職種	2.52 0.73	2.53 0.73	2.56 0.71	2.74 0.79	5.69	.104
患者・家族	2.72 0.70	2.72 0.70	2.70 0.67	2.93 0.75	7.51	.083
一般の人々	2.80 0.71	2.79 0.71	2.79 0.69	2.98 0.72	6.37	.171

*P<.05, **P<.01, ***P<.001, Kruskal-Wallisの検定

第七節 看護職の well-being と属性および PES-NWI との関連

1. 看護職の well-being と属性との関連 (表 3-7-1)

看護職の well-being との関連を検討するために、SWLS および幸福の 4 因子の下位尺度を従属変数、属性を独立変数とする重回帰分析を行った。独立変数の VIF 値を確認したところ経験年数および年齢において多重共線性が認められたため、年齢を除外し分析を行ったところ VIF は 3 以下となった。全モデルの調整済み R^2 は 0.08~0.19 であった。

看護職の SWLS は、性別 ($\beta=0.04$)、子どもの有無 ($\beta=0.15$)、介護の有無 ($\beta=0.05$)、看護師 ($\beta=0.05$)、認定看護師 ($\beta=0.03$)、経験年数 ($\beta=-0.05$)、希望の部署 ($\beta=0.03$)、給与 ($\beta=0.06$)、休暇 ($\beta=0.05$)、健康認識 ($\beta=0.07$)、活動意欲 ($\beta=0.24$)、バランスの良い食事 ($\beta=-0.09$)、決まった時間の食事 ($\beta=0.03$) で有意な標準偏回帰係数が得られた。

幸福の 4 因子「自己実現と成長」は、学歴 ($\beta=-0.04$)、看護師 ($\beta=0.06$)、認定看護師 ($\beta=0.05$)、経験年数 ($\beta=0.06$)、他の職業経験 ($\beta=0.03$)、希望の部署 ($\beta=0.03$)、活動意欲 ($\beta=0.02$)、バランスの良い食事 ($\beta=-0.12$)、運動習慣 ($\beta=-0.05$) で有意な標準偏回帰係数が得られた。

幸福の 4 因子「前向きと楽観」は、認定看護師 ($\beta=0.04$)、健康認識 ($\beta=-0.11$)、疲労感 ($\beta=0.04$)、活動意欲 ($\beta=0.24$)、バランスの良い食事 ($\beta=-0.10$) で有意な標準偏回帰係数が得られた。

幸福の 4 因子「独立とあなたらしさ」は、性別 ($\beta=-0.03$)、学歴 ($\beta=-0.06$)、認定看護師 ($\beta=0.03$)、経験年数 ($\beta=0.16$)、給与 ($\beta=0.04$)、健康認識 ($\beta=-0.07$)、活動意欲 ($\beta=0.16$)、疲労感 ($\beta=0.05$)、バランスの良い食事 ($\beta=-0.04$) で有意な標準偏回帰係数が得られた。

2. 看護職の well-being と PES-NWI との関連 (表 3-7-2)

看護職の well-being との関連を検討するために、SWLS および幸福の 4 因子の下位尺度を従属変数、PES-NWI のサブスケールを独立変数とする重回帰分析を行った。独立変数の VIF 値を確認したところ全変数 3 以下で多重共線性はなかった。全モデルの調整済み R^2 は 0.03~0.09 であった。

表3-7-1 看護職のwell-beingと属性の関連

	SWLS				幸福の4因子								
	VIF	β	t値	P値	自己実現と成長		つながりと感謝		前向きと楽観		独立とあなたらしさ		
					β	t値	P値	β	t値	P値	β	t値	P値
性別	1.070	0.042	2.881	0.004				0.057	3.654	0.000	-0.037	-2.405	0.016
婚姻状況	2.214												
子どもの有無	2.393	0.153	7.042	0.000				0.049	2.081	0.037			
孫の有無	1.211												
介護の有無	1.084	-0.051	-3.448	0.001							-0.068	-3.462	0.001
学歴	1.774				-0.043	-2.212	0.027				-0.039	-2.047	0.041
保健師	1.711												
助産師	1.054												
看護師	1.468	0.050	2.902	0.004	0.061	3.501	0.000						
准看護師	1.507												
専門看護師	1.011												
認定看護師	1.025	0.037	2.577	0.010	0.055	3.764	0.000	0.041	2.789	0.005	0.033	2.215	0.027
経験年数	1.892	-0.052	-2.689	0.007	0.066	3.319	0.001	-0.070	-3.398	0.001	0.166	8.182	0.000
他の職業経験	1.133				0.032	2.054	0.040						
希望の部署	1.059	0.039	2.701	0.007	0.035	2.362	0.018	0.040	2.567	0.010			
通勤時間	1.015				-0.030	-1.977	0.048						
給与	1.167	0.067	4.387	0.000							0.046	2.871	0.004
休暇	1.456	0.051	2.993	0.003				0.051	2.809	0.005			
働き方	1.387							0.036	2.013	0.044			
健康認識	1.615	-0.078	-4.366	0.000	-0.040	-2.067	0.039	-0.111	-6.081	0.000	-0.071	-3.794	0.000
睡眠時間	1.663												
疲労感	1.397							-0.039	-2.194	0.028	0.043	2.519	0.012
活動意欲	1.431	0.249	14.779	0.000	0.250	14.458	0.000	0.209	11.592	0.000	0.240	14.004	0.000
バランスの良い食事	1.484	-0.091	-5.316	0.000	-0.127	-7.177	0.000	-0.075	-4.106	0.000	-0.106	-6.058	0.000
決まった時間の食事	1.587	-0.038	-2.120	0.034									
運動習慣	1.091				-0.051	-3.394	0.001	-0.065	-4.340	0.000			
内服の有無	1.161												
R2		0.199			0.154			0.081			0.168		
調整済み R2		0.194			0.149			0.075			0.162		

表3-7-2 看護職のwell-beingとPES-NWIとの関連

	SWLS				幸福の4因子											
	VIF	β	t値	P値	自己実現と成長	つながりと感謝	前向きと楽観	独立とあなたらしさ								
看護師と医師との良好な関係	1.47	0.09	5.47	0.00	0.12	6.67	0.00	0.09	5.20	0.00	0.13	7.56	0.00	0.09	4.77	0.00
病院全体の業務における看護師の関り	2.97	0.13	5.15	0.00	0.08	3.11	0.00	0.05	2.14	0.03	0.09	3.47	0.00			
ケアの質を支える看護の基盤	2.69				0.06	2.62	0.01	0.12	5.04	0.00				0.05	2.06	0.04
看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援	1.72	0.09	4.63	0.00				0.14	7.36	0.00				0.05	2.47	0.01
人的資源の適切性	1.38	0.10	6.15	0.00	0.06	3.58	0.00	-0.07	-3.99	0.00	0.11	6.76	0.00			
R2		0.09			0.07			0.09			0.09			0.03		
調整済み R2		0.09			0.07			0.09			0.09			0.03		

第八節 看護職の目標と理想、社会的責任、社会的評価と属性および PES-NWI との関連

1. 目標設定と属性および PES-NWI との関連 (表 3-8-1、表 3-8-2)

目標設定に関連する要因を検討するために、看護職の目標設定 3 項目を従属変数、属性および PES-NWI を独立変数とする重回帰分析を行った。その結果、属性を独立変数とする重回帰分析の調整済み R^2 は 0.02~0.04 であった。PES-NWI を独立変数とする重回帰分析の調整済み R^2 は 0.03~0.02 であった。

2. 理想と属性および PES-NWI との関連 (表 3-8-3、表 3-8-4)

理想に関連する要因を検討するために、理想の各項目および理想の合計点を従属変数、属性および PES-NWI を独立変数とする重回帰分析を行った。その結果、属性を独立変数とする重回帰分析の調整済み R^2 は 0.02~0.06 であった。PES-NWI を独立変数とする重回帰分析の調整済み R^2 は 0.05~0.10 であった。

3. 社会的責任と属性および PES-NWI との関連 (表 3-8-5、表 3-8-6)

社会的責任に関連する要因を検討するために、社会的責任の合計点を従属変数、属性および PES-NWI を独立変数とする重回帰分析を行った。属性を独立変数とする重回帰分析の調整済み R^2 は 0.03、PES-NWI を独立変数とする重回帰分析の調整済み R^2 は 0.09 であった。

4. 社会的評価と属性および PES-NWI との関連 (表 3-8-7、表 3-8-8)

看護職が認識する社会的評価に関連する要因を検討するために、看護職が認識する社会的評価の各項目および社会的評価 5 項目の合計点を従属変数、属性および PES-NWI を独立変数とする重回帰分析を行った。属性を独立変数とする重回帰分析の調整済み R^2 は 0.03~0.05 であった。PES-NWI を独立変数とする重回帰分析の調整済み R^2 は 0.05~0.12 であった。

表3-8-1 目標設定と属性の関連

	VIF	上司の評価			同僚の評価			自己評価		
		β	t値	p値	β	t値	p値	β	t値	p値
性別	1.07									
婚姻状況	2.21				-0.07	-2.88	0.00			
子どもの有無	2.39									
孫の有無	1.21	0.04	2.06	0.04				-0.04	-2.14	0.03
介護の有無	1.08									
学歴	1.76							-0.05	-2.45	0.01
保健師	1.70	0.04	2.22	0.03						
助産師	1.05									
看護師	1.47							0.05	2.48	0.01
准看護師	1.51									
専門看護師	1.01				-0.04	-2.51	0.01			
認定看護師	1.02							0.05	2.96	0.00
経験年数	1.89	-0.13	-6.02	0.00	-0.09	-4.39	0.00	0.09	4.05	0.00
他の職業経験	1.13	-0.04	-2.28	0.02	-0.04	-2.37	0.02	0.04	2.63	0.01
希望の部署	1.06									
通勤時間	1.02									
給与	1.17									
休暇	1.46									
働き方	1.39									
健康認識	1.61									
睡眠時間	1.67									
疲労感	1.40									
活動意欲	1.43	-0.07	-3.93	0.00	-0.08	-4.11	0.00	0.11	5.71	0.00
バランスの良い食事	1.49							-0.05	-2.48	0.01
決まった時間の食事	1.59	-0.04	-2.01	0.04						
運動習慣	1.09									
内服の有無	1.16									
R2		0.04			0.02			0.03		
調整済み R2		0.04			0.02			0.03		

表3-8-2 目標設定とPES-NWIの関連

	上司の評価				同僚の評価				自己評価				
	VIF	β	t値	p値	β	t値	p値	β	t値	p値	β	t値	p値
看護師と医師との良好な関係	1.47							0.06	3.09	.000			
病院全体の業務における看護師の関り	2.97	0.07	2.66	.01	0.09	3.68	.000						
ケアの質を支える看護の基盤	2.69	0.06	2.53	.01				0.10	4.27	.000			
看護管理者の力量、リーダーシップ	1.72							0.04	2.11	.03			
人的資源の適切性	1.38	0.06	3.24	.000	0.14	7.87	.000	-0.03	-1.94	.05			
R2		0.02			0.03			0.03					
調整済み R2		0.02			0.03			0.03					

表3-8-4 理想とPES-NWIの関連

	看護の理想は高い				年々理想が高まっている				理想と自己目標とのギャップ				理想と日々の実践のギャップ				理想合計点	
	VIF	β	t値	p値	β	t値	p値	β	t値	p値	β	t値	p値	β	t値	p値	β	t値
看護師と医師との良好な関係	1.47	0.07	4.02	.000	0.07	4.07	.000	0.10	5.81	.000	0.11	6.51	.000	0.06	3.48	.000		
病院全体の業務における看護師の関り	2.97							0.08	3.36	.000	0.07	2.95	.000	0.06	2.34	.02		
ケアの質を支える看護の基盤	2.69	0.10	4.18	.000	0.11	4.54	.000	0.06	2.35	.02	0.11	4.66	.000					
看護管理者の力量、リーダーシップ	1.72	0.08	4.13	.000	0.06	2.96	.000	0.05	2.74	.01	0.08	4.29	.000					
人的資源の適切性	1.38				0.09	5.14	.000	0.10	5.69	.000				0.18	10.89	.000		
R2		0.05			0.08			0.09			0.10			0.08				
調整済み R2		0.05			0.08			0.09			0.10			0.08				

表3-8-3 理想と属性の関連

	看護の理想は高い			年々理想が高まっている			理想と自己目標とのギャップ			理想と日々の実践のギャップ			理想合計点			
	VIF	β	t値	p値	β	t値	p値	β	t値	p値	β	t値	p値	β	t値	p値
性別	1.07				0.04	2.39	0.02									
婚姻状況	2.21															
子どもの有無	2.39				-0.07	-2.92	0.00									
孫の有無	1.21															
介護の有無	1.08															
学歴	1.77	-0.04	-2.10	0.04	-0.04	-1.93	0.05									
保健師	1.71				0.05	2.37	0.02				-0.041	-2.052	0.040			
助産師	1.05															
看護師	1.47	0.04	2.20	0.03				0.06	3.07	0.00						
准看護師	1.51															
専門看護師	1.01	0.04	2.56	0.01												
認定看護師	1.03	0.09	5.81	0.00	0.08	4.84	0.00	0.04	2.63	0.01	0.03	2.00	0.05	0.044	2.892	0.004
経験年数	1.89	-0.05	-2.12	0.03	-0.10	-4.65	0.00	-0.05	-2.44	0.02	-0.049	-2.326	0.020			
他の職業経験	1.13															
希望の部署	1.06	0.04	2.52	0.01							0.050	3.179	0.001			
通勤時間	1.02															
給与	1.17															
休暇	1.46															
働き方	1.39				0.04	1.96	0.05				0.041	2.295	0.022			
健康認識	1.61															
睡眠時間	1.67										0.05	2.49	0.01			
疲労感	1.40				-0.04	-2.34	0.02				-0.05	-2.47	0.01			
活動意欲	1.43	0.11	6.15	0.00	0.15	7.98	0.00				-0.05	-2.97	0.00	0.171	9.451	0.000
バランスの良い食事	1.49	-0.05	-2.90	0.00	-0.08	-4.12	0.00				-0.054	-2.924	0.003			
決まった時間の食事	1.59										0.04	2.00	0.05			
運動習慣	1.09				-0.05	-3.38	0.00				-0.042	-2.642	0.008			
内服の有無	1.16															
R2		0.04			0.05			0.01			0.03			0.073		
調整済み R2		0.03			0.05			0.01			0.03			0.067		

表3-8-5 社会的責任と属性の関連

	VIF	責任合計点		
		β	t値	P値
性別	1.07			
婚姻状況	2.21	-0.05	-2.07	0.04
子どもの有無	2.39	0.06	2.33	0.02
孫の有無	1.21			
介護の有無	1.08			
学歴	1.78			
保健師	1.71			
助産師	1.05			
看護師	1.46	0.07	3.49	0.00
准看護師	1.49			
専門看護師	1.01			
認定看護師	1.03	0.05	3.30	0.00
経験年数	1.90			
他の職業経験	1.14			
希望の部署	1.06			
通勤時間	1.01			
給与	1.16			
休暇	1.46			
働き方	1.39	0.07	3.57	0.00
健康認識	1.61			
睡眠時間	1.66			
疲労感	1.39			
やる気の低下	1.43	0.09	4.69	0.00
バランスの良い食事	1.49	-0.07	-3.53	0.00
決まった時間の食事	1.59			
運動習慣	1.09	-0.07	-4.01	0.00
内服の有無	1.16			
R2		0.04		
調整済み R2		0.03		

表3-8-6 社会的責任とPES-NWIの関連

	VIF	責任合計点		
		β	t値	p値
看護師と医師との良好な関係	1.47			
病院全体の業務における看護師の関り	2.94	0.16	6.52	.000
ケアの質を支える看護の基盤	2.67	0.13	5.35	.000
看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援	1.72	-0.05	-2.40	.02
人的資源の適切性	1.38	0.06	3.55	.000
R2		0.09		
調整済み R2		0.09		

表3-8-7 社会的評価と属性の関連

	看護職の家族			看護職同士			他職種			患者・家族			一般の人々			評価得点				
	VIF	β	t値	p値	β	t値	p値	β	t値	p値	β	t値	p値	β	t値	p値	β	t値	p値	
性別	1.07	0.06	3.51	0.00	0.03	1.81	0.07	0.05	3.24	0.00	0.05	3.28	0.00	0.10	6.05	0.00	0.07	4.66	0.00	
婚姻状況	2.21				-0.05	-2.10	0.04													
子どもの有無	2.39	-0.10	-4.23	0.00																
孫の有無	1.21				0.04	2.34	0.02													
介護の有無	1.08																			
学歴	1.76																			
保健師	1.70																			
助産師	1.05																0.04	2.25	0.02	
看護師	1.47	0.06	3.13	0.00				0.05	2.69	0.01	0.03	1.83	0.07							
准看護師	1.51	-0.04	-2.18	0.03																
専門看護師	1.01																			
認定看護師	1.03	0.03	2.17	0.03				0.03	1.68	0.09										
経歴年数	1.90				-0.04	-2.03	0.04							-0.07	-3.31	0.00	-0.03	-2.03	0.04	
他の職業経験	1.13				-0.03	-1.69	0.09	-0.04	-2.37	0.02				-0.06	-3.38	0.00	0.07	4.40	0.00	
希望の部署	1.06	0.07	4.10	0.00	0.07	4.33	0.00	0.05	3.39	0.00	0.05	3.24	0.00	0.03	1.91	0.06				
通勤時間	1.02																			
給与	1.17																			
休暇	1.46																0.05	2.80	0.01	
働き方	1.39	0.04	2.29	0.02	0.04	2.19	0.03	0.07	3.64	0.00							-0.05	-2.64	0.01	
健康認識	1.62				-0.04	-2.23	0.03	-0.04	-1.84	0.07	-0.06	-3.02	0.00	-0.04	-1.85	0.06				
睡眠時間	1.66																			
疲労感	1.40	-0.04	-2.28	0.02													0.14	7.89	0.00	
活動意欲	1.43	0.11	6.10	0.00	0.13	7.14	0.00	0.11	6.11	0.00	0.11	5.75	0.00	0.10	5.31	0.00				
バランスの良い食事	1.49				-0.04	-2.37	0.02													
決まった時間の食事	1.59				-0.04	-2.14	0.03							-0.03	-1.68	0.09	-0.03	-2.09	0.04	
運動習慣	1.09				-0.05	-2.87	0.00	-0.04	-2.26	0.02							-0.04	-2.29	0.02	
内服の有無	1.16	-0.03	-1.97	0.05	-0.04	-2.50	0.01	-0.04	-2.44	0.01										
R2		0.05			0.05			0.05			0.05			0.04			0.04			
調整済み R2		0.05			0.04			0.05			0.04			0.03			0.03			

表3-8-8 社会的評価とPES-NWIの関連

	看護職の家族			看護職同士			他職種			患者・家族			一般の人々			評価得点			
	VIF	β	t値	p値	β	t値	p値	β	t値	p値	β	t値	p値	β	t値	p値	β	t値	p値
看護師と医師との良好な関係	1.47	0.07	4.02	.000	0.07	4.07	.000	0.10	5.81	.000	0.11	6.51	.000	0.08	4.32	.000	0.11	6.66	.000
病院全体の業務における看護師の関り	2.97				0.08	3.36	.000	0.07	2.95	.000	0.05	2.19	.03	0.07	2.84	.000			
ケアの質を支える看護の基盤	2.69	0.10	4.18	.000	0.11	4.54	.000	0.06	2.35	.02	0.11	4.66	.000	0.14	5.97	.000	0.13	5.73	.000
看護管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援	1.72	0.08	4.13	.000	0.06	2.96	.000	0.05	2.74	.01	0.08	4.29	.000	0.04	2.33	.02	0.08	4.28	.000
人的資源の適切性	1.38				0.09	5.14	.000	0.10	5.69	.000				0.05	3.27	.000			
R2		0.05			0.08			0.09			0.10			0.07			0.13		
調整済み R2		0.05			0.08			0.09			0.10			0.07			0.12		

第九節 看護職の well-being と看護職の目標と理想、社会的責任、社会的評価との関連

1. 看護専門職の3側面の相関関係 (表 3-9-1)

目標の「上司からの評価」「同僚からの評価」「自己評価」と、理想の「看護の理想が高い」「年々理想が高まっている」との間に、0.30以上の有意な正の相関がみられた。また理想の「看護の理想が高い」「年々理想が高まっている」と「理想と自己目標のギャップ」「理想と日々の実践のギャップ」との間に、0.60以上の有意な正の相関がみられた。

社会的評価の「看護職同士」と「他職種」との間、「患者・家族」と「他職種」の間、「一般の人々」と「看護職の家族」「他職種」「患者・家族」との間に、0.50以上の有意な正の相関がみられた。

2. 看護専門職の3側面と SWLS および幸福の4因子との関連 (表 3-9-2)

看護職の well-being に関連する要因を検討するために、SWLS および幸福の4因子の下位尺度を従属変数、看護職の目標設定、理想、社会的責任、社会的評価を独立変数とする重回帰分析を行った。独立変数の VIF 値を確認したところ3以下で、全モデルの調整済み R^2 は 0.10~0.22 であった。

SWLS は、「看護職の家族」からの高い評価 ($\beta=0.11$)、「看護職同士」の高い評価 ($\beta=0.12$)、「年々理想が高まっている」 ($\beta=0.12$)、「理想と日々の実践のギャップ」 ($\beta=-0.11$) で特に有意な標準偏回帰係数が得られた ($P<0.001$)。

幸福の4因子「自己実現と成長」は、「看護職同士」の高い評価 ($\beta=0.13$)、「年々理想が高まっている」 ($\beta=0.14$)、「自己評価」による目標設定 ($\beta=0.11$) で特に有意な標準偏回帰係数が得られた ($P<0.001$)。「つながりと感謝」は、「看護職の家族」からの高い評価 ($\beta=0.15$)、「患者・家族」からの高い評価 ($\beta=0.11$)、「看護の理想が高い」 ($\beta=0.11$) で特に有意な標準偏回帰係数が得られた ($P<0.001$)。「前向きと楽観」は、「看護職同士」の高い評価 ($\beta=0.10$)、「年々理想が高まっている」 ($\beta=0.12$)、「理想と日々の実践のギャップ」 ($\beta=-0.15$)、「自己評価」による目標設定 ($\beta=0.11$) で特に有意な標準偏回帰係数が得られた ($P<0.001$)。「独立とあなたらしさ」は、「自己評価」による目標設定 ($\beta=0.17$) で特に有意な標準偏回帰係数が得られた ($P<0.001$)。

表3-9-1 看護専門職の3側面の相関

	他者評価			理想			目標			責任合計	
	看護職の家族	看護職の同僚	看護職の同僚	看護職の家族	看護職の同僚	看護職の同僚	看護職の家族	看護職の同僚	看護職の同僚		
看護職の家族	.412**	.436**	.486**	.500**	.260**	.236**	.095**	.091**	.058**	.171**	.100**
看護職同僚	.412**	1	.451**	.395**	.300**	.290**	.061**	.034*	.092**	.127**	.155**
他職種	.436**	.550**	1	.603**	.277**	.258**	.078**	.043**	.108**	.115**	.159**
患者・家族	.486**	.451**	.603**	1	.288**	.265**	.084**	.066**	.084**	.059**	.139**
一般の人々	.500**	.395**	.649**	1	.294**	.261**	.118**	.106**	.090**	.060**	.171**
看護の理想が高い	.260**	.300**	.277**	.288**	1	.630**	.326**	.289**	.097**	.114**	.224**
年々理想が高まっている	.236**	.290**	.258**	.261**	.630**	1	.293**	.221**	.123**	.140**	.194**
理想と自己目標のギャップ	.095**	.061**	.078**	.118**	.326**	.293**	1	.558**	.163**	.130**	.149**
理想と日々の実践のギャップ	.091**	.034*	.066**	.106**	.289**	.221**	.558**	1	.137**	.063**	.204**
上司の評価	.058**	.092**	.108**	.090**	.097**	.123**	.163**	.137**	1	.628**	-.132**
同僚の評価	.040**	.127**	.115**	.060**	.114**	.140**	.130**	.063**	.628**	1	-.057**
自己の評価	.171**	.159**	.159**	.171**	.224**	.194**	.149**	.204**	-.057**	-.057**	1
責任合計	.100**	.155**	.143**	.125**	.184**	.221**	.013	-.021	.048**	.062**	.068**

Pearsonの積率相関関係 *P<.05、**P<.01

表3-9-2 看護専門職の3側面と看護職のwell-beingの関連

	幸福の4因子															
	SWLS			自己実現と成長			つながりと感謝			前向きと楽観			独立とあなたらしさ			
	VIF	β	t値	p値	β	t値	p値	β	t値	p値	β	t値	p値	β	t値	p値
目標																
上司の評価	1.75	-0.05	-2.44	.01												
同僚の評価	1.69	0.06	3.34	.000	-0.08	-4.47	.000	0.04	1.99	.05	-0.09	-4.83	.000			
自己の評価	1.15	0.06	4.25	.000	0.11	7.85	.000	0.07	4.69	.000	0.11	7.49	.000	0.17	10.76	.000
看護の理想が高い	1.85	0.06	2.97	.000	0.09	4.90	.000	0.11	5.77	.000	0.04	2.33	.02	0.08	4.14	.000
年々理想が高まっている	1.77	0.12	6.64	.000	0.14	7.62	.000	0.08	4.26	.000	0.12	6.66	.000	0.05	2.60	.01
理想と自己目標のギャップ	1.56	-0.05	-3.12	.000	-0.08	-5.04	.000				-0.08	-4.43	.000	-0.05	-2.77	.01
理想と日々の実践のギャップ	1.53	-0.11	-6.17	.000	-0.09	-5.11	.000	0.04	2.46	.01	-0.15	-8.55	.000	-0.04	-2.12	.02
看護職の家族	1.51	0.11	6.24	.000	0.08	4.54	.000	0.15	8.62	.000	0.08	4.60	.000			
看護職同士	1.59	0.12	7.01	.000	0.13	7.95	.000	0.05	3.01	.000	0.10	5.69	.000	0.05	2.96	.000
社会的評価 他職種	1.98										0.07	3.45	.000	0.04	2.04	.04
患者・家族	2.13	0.06	2.91	.000	0.08	4.24	.000	0.11	5.64	.000	0.07	3.26	.000	0.07	3.33	.000
一般の人々	2.01	0.05	2.35	.02	0.07	3.60	.000	0.06	2.83	.000	0.05	2.81	.01			
社会的責任	1.08	0.05	3.27	.000	0.09	6.34	.000	0.06	4.04	.000	0.08	5.87	.000			
R2		0.15			0.22			0.19			0.19			0.10		
調整済み R2		0.15			0.22			0.18			0.19			0.10		

第四章 考察

第一節 看護職と一般人の well-being との比較からの考察

1. well-being の測定尺度の妥当性

SWLS (The Satisfaction with Life Scale) と幸福の 4 因子のうち「自己実現と成長」「つながりと感謝」「前向きと楽観」の Cronbach's α は 0.73~0.88 であり、内的整合性を有していることが確認された。また相関分析の結果から、幸福の 4 因子に関する質問項目は、SWLS との関係があることが示され、質問の妥当性が確認された。幸福の 4 因子のうち、下位項目を変更した「独立とあなたらしさ」の Cronbach's α は 0.55 と十分な内的整合性が得られなかったが、佐伯 (2015) の調査によっても、「テレビを見るとき私はチャンネルをあちこち切り替え、1 つの番組を見ているときでさえもしばしば他のチャンネルにざっと目を通す」は、共通因子で説明される程度が低く、この項目独自で説明される割合が高いとしている。本研究で使用した質問項目「看護に関する日々の仕事の中で判断を頻繁に切り替える (逆転項目)」でも同様に、「独立とあなたらしさ」に関する内的整合性が十分でない結果となったと考えられる。そのため、この項目独自で説明される割合が高いことを念頭に、以下に考察した。

2. 看護職の SWLS の特徴

SWLS の平均値は、前野 (2017) の一般調査では 22.53 点であったことに対し、看護職は 18.72 点と低かった。また SWLS の分布は、平均的満足~やや不満足 of 割合が多く、看護職は全体的に人生に対する満足度が低い結果であった。SWLS の下位項目の平均値を比較した結果は、すべての下位項目において看護職のほうが低かった。特に一般調査に比し 1 点以上の平均値の差が生じた項目は、「ほとんどの面で私の人生は私の理想に近い」であった。この結果は看護職の、その時々健康状態や対象者をとりまく状況の変化によって、その時々求められる看護は変化し、同じ看護技術で同じ結果を導くことができない有為転変でありながら、健康を害した人々の人生に深く関わる職業特性であること依拠すると考えられる。個別性が重視される看護に正解はないため、最適解に向かって常に工夫し、変化を求められることで、不満足傾向を抱きやすい結果であったと考えられる。

看護職の経験年数比較の結果は、経験年数 10 年以下の SWLS は低いものの、経験年数 11~20 年で SWLS は上昇し、経験年数 21 年以上で、再度低下していた。経験年数 11~20 年にある看護職の多くは、30~40 歳に相当すると考えれば、島井ら (2018) の 20 歳以上の成

人男女を対象にした調査によって示された、「30～40歳で人生に対する満足度が低下した後、加齢に従って高くなる」に反した結果である。島井ら（2018）は、特に女性に、このようなU字型の傾向が顕著であることに着目し、育児や女性の社会進出による影響の検討の必要性を指摘している。さらに島井ら（2018）は、男性の20～30歳は女性に比べ、満足度が高くない結果に関し、男性は稼ぎ手としての役割認識が強く、その役割を果たせていないという認識によって人生に対する満足度を低下させていると考察している。そこで、経験年数10年以下の看護職のSWLSが低い理由を検討してみると、経験年数1～3年の時期は看護専門職としての実践が始まったばかりで、看護職としての理想と実践の間にギャップを認識しやすくリアリティショックを受けやすい時期であることが考えられる。経験年数4～10年の時期は、看護専門職として自己を確立していく時期にあること、組織の中での新しい役割を担う時期にある。経験年数10年以下の看護職は、十分に専門職としての役割を果たせていないと認識しやすいため、SWLSが低いと推察される。しかし、経験年数11～20年の頃になると、それまでの経験の蓄積によって、看護専門職としての実践に自信が付き始め、生活者としても結婚や出産など、新しい家族を有する時期となることが影響し、この時期はSWLSが上昇すると考えられる。経験年数21年以上は、SWLSは再度低下するが、この時期の看護職の多くは40歳半ば以降に相当する。山崎（2013）は、Superが示す職業的発達段階論の中で、44歳ごろまでに職業的地位の確立をするという確立段階の後、45歳以降に訪れる維持段階において、自己の限界を受容しながら、獲得した地位や利益を保持し働き続ける上での新たな問題を明らかにする時期と説明している。40歳半ば以降は、この時期に相当し、それまで築き上げた看護職としての地位と、今後の生活を見据えた揺らぎの中にあり、それまでの看護職としての人生と生活者としての人生の間の中で模索する時期と考えられる。

また、2019年内閣府「満足度・生活の質に関する調査」の第1次報告書によれば、日本人の人生に対する満足度は59歳までは徐々に低下し60歳以降で上昇するという結果とも一致しない。さらに宗（2018）の年齢が上がるほど人生に対する満足度は低下する結果とも、看護職の結果は一致しない。その理由の1つとして、調査票を記載している環境が影響しているのではないかと考えられる。調査対象者は、夜勤を含めた勤務の合間や勤務終了後に職場で調査票への回答を記載していると考えられる。そのため、個々の生活を振り返って回答するより、看護職としての自己を振り返りながら回答していることが考えられる。Eid et al.（2004）は、測定時の気分のような測定時特有の人生満足度に及ぼす影響

は 16%であり、特性としての人生に対する満足度（満足しやすい性格）で 74%が説明できるとしている。そのため、測定時の気分の影響は避けられない。さらに、Lyubomirsky（2008）は、個人の幸福度の推移を時系列で追った結果、幸福は遺伝的要素、その人が置かれた境遇や生活環境、自発的活動によって決まり、その内訳は遺伝 50%、環境 10%、活動 40%の割合であること、幸せを感じる個人の水準（set point）は、人生の中で幸福の感じ方が状況により上下しても、もともと持っている幸福を感じる水準に戻るということを示し、遺伝や生まれながらの環境によって決まる set point を変えることはできないことを論じている。しかし、どのように活動するかによって set point を変えることは可能であり、幸福は変化し得るものでもある。看護職は、健康を害した人々への健康支援の中で、様々な人生の危機にある人と共にあり、対象者や他者からの感情の影響を受けながら、その時々最適解に向かう看護を実践している。また、命に関わる看護職として、看護基準や看護手順によって定められる規律の厳しさの中で、安全な看護を実践しなければならない。常に現状に満足せず、もっと良いケアを求める看護職であるが故の不満があると考えられる。経験年数については、有意差が認められたものの、平均値は 18.42～19.27 の間にあり、その時々状況に影響されつつも、常に自分なりの set point に戻りながら、看護職を継続していると考えられた。

3. 看護職の幸福の 4 因子の特徴

1) 第 1 因子「自己実現と成長」

「自己実現と成長」の平均値は、前野（2017）の一般調査 17.85 点に対し、看護職は 13.67 点と低かった。「自己実現と成長」は、自分の変化や革新を測定する項目である。構成する下位項目は、コンピテンス、社会の要請、個人的成長、自己実現である（前野 2017）。看護職の下位項目の平均値は 2.73～3.85 であり、いずれの下位項目も一般調査に比べて低い結果であった。平均値の比較で 1 点以上の差がみられたのは、下位項目のうち個人的成長の質問項目「私のこれまでの人生は、変化、学習、成長に満ちていた」、コンピテンスの質問項目「私は有能である」であった。

この前野の幸福の 4 因子は、一部 Ryff（1989）の心理的 well-being 尺度を参照して作成されている。心理的 well-being は 6 因子で構成されており、個人的成長は、その一因子に当たる。日本の一般成人女性を対象にした調査では、個人的成長は 44 歳以下で高く、45 歳以降で低下する（西田 2000；内野 2010）。看護師を中心とした調査においては、20 歳代で個

人的成長が最も高い（酒井、2006）結果であった。しかし、本研究では下位項目の個人的成長が、年齢に関わらず看護職全体として低かった。これは、前述した酒井（2006）の調査から10年以上が経過していること、社会における女性の役割・地位の変化、また医療の変化に伴う求められる看護の変化などが要因として考えられる。ここで看護の変化について見ると、看護は家庭の中で女性が当然行うものであった。しかし、Nightingale（1859/2011）によって職業としての看護が発見され、看護は技術として教授される。1950年代になると、特に米国において看護は、学問として急速に発展し、エビデンスに基づく看護実践が求められるようになった。現代の医療情勢における入院期間の短縮は、在宅療養が必要な状態での退院を余儀なくされることが多く、入院期間中に看護の成果を確認し、看護者として納得できる機会が少ない状況となりやすい。成果を確認する機会の減少は、日々のケアの中で、看護職と対象者との良好な信頼関係による治癒関係の確立に自信が持てず、納得感が得られない中で、次々と早い対応を求められる日々の看護実践の中では、必要な学習によって十分に対応できていると認識することや、看護実践の結果による自己成長を感じにくい結果であると考えられる。

心理的 well-being に影響する自己効力感に関し、澤田ら（2004）は自己効力感と自尊感情および職務満足が高いほど心理的 well-being を高めると述べているが、看護職は一般女性に比べ自己効力感が低い（小泉ら 2014）ことが示唆されている。本研究の有能感を問うコンピテンスが低い結果も、看護職の自己効力感の低さが影響し、自らの看護実践能力によって、対象者の問題を解決できるという認識や自信の低さに影響していることが考えられる。看護職は、疾病の管理以外にも対象者が生活の中でそれぞれ抱えている問題に向き合うという職業上の特徴を有している。Bandura（1997）は、課題に対する効力期待の重要性を指摘している。対象者が抱える様々な問題に看護職が直面するとき、看護職が対象者にどのような結果期待を抱き、どのように看護職としての効力期待を持つかに影響される可能性がある。看護によって、少しでも苦痛を緩和できると効力期待を抱くのか、少ししかできないと効力期待を抱くのかによって、対象者が抱える問題の結果は変化する。看護職は、必ずしも健康が回復するという良い結果期待ばかりを抱くことはできない。そのような場合でも、その人の人生の最善という結果期待を抱きながら、看護を実践する。看護職には、対象者個々が抱えるさまざまな困難を解決することが求められる。しかし、個々に応じた最善の看護を実践できたという認識を持ちにくいことが、コンピテンスの平均値が一般と比較して低い結果に繋がったと考えられた。

2) 第2因子「つながりと感謝」

「つながりと感謝」の平均値は、前野（2017）の一般調査 23.80 点に対し、看護職は 22.33 点と低かった。「つながりと感謝」は、周りとの安定した関係を測定している。構成する下位項目は、人を喜ばせる、愛情、感謝、親切、である（前野 2017）。看護職の下位項目の平均値は 5.43～5.71 であり、いずれの下位項目も一般調査に比べて低い結果であった。しかし、平均値の比較で 1 以上の差で低い項目は見られなかった。看護職の「つながりと感謝」の平均値は、「自己実現と成長」「前向きと楽観」「独立とあなたらしさ」の平均値と比較して高かった。大石（2009）は日米の文化的相違から、米国では見知らぬ人と友人関係を容易に作れる社交性、日本では自己を主張せず周囲の人間と協調しながら、うまくやることができることが幸福に影響することを示している。看護は 24 時間交代勤務によって、対象者の健康を支援している。また、対象者の健康支援には多職種との連携が欠かせない。看護職が大切であると認識していることは、チーム内の人間関係、コミュニケーション、価値観を尊重し、他者の意見を聞いてから自分の意見を述べる（岡崎ら 2014）ことである。看護職は、周囲の人間と強調しながら看護を実践していると認識することで、「つながりと感謝」が他の因子より高い結果に繋がったと考えられる。Rath（2006）は、仕事の幸福について、職場に友人をつくることで仕事へのエンゲージメントレベルを上昇させること、職場で毎日 6 時間以上人と関わる時間があること、一人の人に期待せず多様な関りの中で、何をしているかではなく誰といるかが幸福の向上には重要であることを示している。看護職にとって、6 時間以上の人との関りと多様な関りは必然であり、どのような人と関わると仕事に対するエンゲージメントレベルを向上させられるのかが重要であるのかもしれない。

3) 第3因子「前向きと楽観」

「前向きと楽観」の平均値は、前野（2017）の一般調査 17.41 点に対し、看護職は 14.73 点と低かった。「前向きと楽観」は、第 1 因子「自己実現と成長」および第 2 因子「つながりと感謝」に影響する因子であり、構成する下位項目は、楽観性、気持ちの切り替え、積極的な他者関係、自己受容、である（前野 2017）。看護職の下位項目の平均値は 3.31～4.24 であり、いずれの下位項目も一般調査に比べて低かった。平均値の比較で 1 以上の差で低かったのは、楽観性の質問項目「私はものごとが思い通りにいくと思う」であった。

Seligman（1990/2013）は、楽観主義と悲観主義の違いについて説明スタイルを用いて明らかにしている。説明スタイルとは、自分の心の中の言葉で、なぜこのようなことになったのか、普段、自分に説明するときの方法である。それには、永続性、普遍性、個人度の 3 つが

影響しており、具体的には、悪いことが起こった時の思考の癖として、その場に限らず悪いことは続くものと考えやすく（永続性）、ひとつの失敗により全てをあきらめてしまい（普遍性）、悪いことが起きた原因を考えるとときに自分を責める傾向（個人度）にあると説明している。医療の現場においては、一瞬の判断ミスが生命に危機を及ぼす。そのため、施行責任を有する看護職は、常に責任の重さを認識することとなり、治療や生活支援の中でおこる医療事故について当事者としての自責の念を抱きやすい。本研究によって、【本当にミスが怖い】という思いを抱きつつ、また起こすのではないかという不安を抱えていることが明らかになっている。また、【ミスがないように】と事故回避に集中しやすい環境であることも影響し、「私はものごとが思い通りにいくと思う」と認識することが困難である結果を呈した可能性がある。

前野（2017）は、「前向きと楽観」における自己受容について、自己受容とは、今の自分を承認し尊重し、いいことも悪いことも、ありのままの自分を受け入れていくこと、そのためには、まずは今の自分を承認し尊重すること、今自分がどうふるまっているのかを客観的な視点から自己を冷静に見ることが重要であると指摘している。成人女性の自己受容は、心理的 well-being を構成する 6 因子の中で最も低い（西田 2000）。本研究の看護職においても、自己受容の平均値は、一般調査に比べて 0.7 低い結果であった。大石（2009）は、日本の文化的特徴から、「謙虚で『反省』の文化が根付いている」ことを指摘している。看護職も看護の目的を達成するために、前向きに何とかなると考えるより、いま何が不足しているのか反省する傾向があると考えられる。さらに労働経済白書（2009）によれば、医療職は業務上の目標を高め設定する傾向が見られる結果から、看護職も少し高い目標に設定することによって、「私は多くのことを達成してきた」と現状に満足するのではなく、次に何を目指すのかと次の目標を考える傾向を反映した結果と考えられる。

4) 第 4 因子「独立とあなたらしさ」

「独立とあなたらしさ」の平均値は、前野（2017）の一般調査 18.99 点に対し、看護職は 17.11 点と低かった。「独立とあなたらしさ」は、他人と比較せず、自分らしさを測定する項目である。構成する下位項目は、社会的比較のなさ、制約の知覚のなさ、自己概念の明確化傾向、最大効果の追求のなさ、である（前野 2017）。看護職の下位項目の平均値は 3.63～4.65 であり、いずれの下位項目一般調査に比べても低かった。しかし、平均値の比較で 1 以上の差で低い項目はみられなかった。

Deci（1995/1999）は、自己決定論の中で、人の行動は外発的動機付けから内発的動機付け

へと段階的に進むことを明らかにし、内発的動機付けの最終段階では、高いパフォーマンスが期待されるが、その変化には自律性、コンピテンス、関係性という3つの基本的欲求が影響すると述べている。Deciの関係性に相当する看護職の「つながりと感謝」は、4因子の中で高い結果であったが、Deciのコンピテンスに相当する看護職の「自己実現と成長」は、低い結果であった。さらに自律性が高まることが、この変化には重要であるとされている。Deciの自律性に相当する内容として、「独立とあなたらしさ」の下位項目である「制約の知覚のなさ」から検討する。「制約の知覚のなさ」とは、外部環境がどうであろうとも自分らしく、その場に対処し何とかしていく傾向である(前野 2017)。これを看護職で考えると、看護実践が周囲の指示や与えられたものという外発的動機づけによるものではなく、自らの看護の目的や価値観に照らし合わせた自律性の高い実践と言える。この項目の看護職の平均値は、一般調査の平均値より0.77低い結果であった。そのため、自分に何ができないかは、医師の指示のものと看護、協働や看護チームとしての実践が重視され、外部環境による影響を受けていると考えやすい看護職の特徴として表れたと考えられる。

4. 看護職のポジティブ感情・ネガティブ感情の特徴

PANASの「ポジティブ感情」の平均値は、前野(2017)の一般調査24.37点に対し、看護職は23.32点と低かった。「ネガティブ感情」の平均値は、前野(2017)の一般調査21.69点に対し、看護職は25.83点と高かった。さらに、看護職の「ポジティブ感情」と「ネガティブ感情」の比率は、「ネガティブ感情」が高かった。

Fredrickson(2010)は、ネガティブ感情は、ものごとを良い方向に見ることができない結果として現れるが、これは元々人間に備わっている危機に対応するための、生きることに必要不可欠な感情でもあると説明している。健康を害した対象者を擁護する看護職は、対象者の良い方向ばかり見ているわけではなく、あらゆる悪化の状況も想定しながら予測的看護も必要となる。同時にネガティブ感情は、患者自身が前向きな感情だけでは乗り越えることができない、様々な人生の危機に面している状況に寄り添うため、それらを受け入れるために必要な感情でもある。看護職のネガティブ感情の高さは、多様な人間関係や多様な価値観の中で様々な人との関係を形成しながら揺れ動きつつ、対象者に寄り添い理解しようと行動した結果であると考えられる。

5. 看護職のwell-beingの経験年数と所属部署における特徴

1) 経験年数による特徴 (図 3-1-5)

経験年数 1-3 年は、PANAS の「ネガティブ感情」が高く、SWLS と幸福の 4 因子「自己実現と成長」「前向きと楽観」「独立とあなたらしさ」で低い結果であった。田中ら (2016) は、バーンアウトに対し、ポジティブ感情が抑制的、ネガティブ感情が促進的に作用すると述べている。2017 年日本看護協会の病院看護実態調査によると、新卒看護師の離職率は 7.6% と過去 5 年で横ばい傾向ではあるものの、新人として入職してから 3 年の間に感じている日常業務上の不安や戸惑いが「ネガティブ感情」の高さとして抽出されたと考えられる。林 (2011) の 20 歳代の女性看護師と OL の主観的幸福感を比較した結果、看護師の方が低いという結果を鑑みても、経験年数 1-3 年にある看護職は、有資格者となって思い描く看護の理想に向かって邁進するものの、理想と実践とのギャップを感じ、「ネガティブ感情」が高くなっていることが推察される。「ポジティブ感情」を含めた感情は、短期的な幸福であり、持続しない (Fredrickson 2010)。しかし、その時々には快の感情を感じることも well-being には大切である。様々な看護場面を通し、「つながりと感謝」の中で、「ポジティブ感情」を抱く経験をしたとしても、記憶を想起する段階において肯定的感情を過小評価する思考により「ネガティブ感情」が優位に想起されてしまう結果であったと考えられる。

経験年数 4-10 年は、PANAS の「ネガティブ感情」が低下するが、SWLS と幸福の 4 因子「自己実現と成長」「前向きと楽観」「独立とあなたらしさ」は低いままである。この結果は、経験年数 4-10 年が、一人前の段階から自立した看護実践ができるようになる時期 (日本看護協会) であり、経験を重ねることによって、日常業務の不安や戸惑いが減少することで、「ネガティブ感情」が低下する結果となったと推察される。しかし、経験年数 4-10 年で SWLS と幸福の 4 因子は低いままであるという結果は、依然として目の前のその時々状況に対応することに精一杯で、まだ「自己実現と成長」を感じにくい時期であることを表している。さらに、「自己実現と成長」による看護専門職としての自信を築き上げている段階にあることが影響し、「前向きと楽観」によって看護実践することが難しい現状を認識していることを反映させた結果であると考えられる。

経験年数 11 年以上は、「自己実現と成長」が高くなる。看護職として 11 年以上の経験を有するようになると、やっと自分の成長を感じるようになることを表した結果であると言える。この時期は、Benner (1984/1992) が示す中堅看護師にあたり、行為や論理の規則を基に実践すること、経験や状況から即座に判断して実践することが可能となる段階である。経験 11 年以上の看護職は、その経験の間に異動による新たな部署での一人

前から新人への逆戻りの経験という自己アイデンティティを揺らがすイベントも終えた中堅看護職として、その場の一時的な視点ではなく全体的な視点でとらえられるようになる。経験年数の向上とともに自己効力感は向上する(池田ら 2011)ため、専門職としての自己効力感を認識できるようになるのは、経験年数 11 年以降であること示唆する結果であると言える。そして、自己の看護判断と実践において個人的成長を認識する場面の経験を積み、自己のコンピテンスを認識できるようになる結果と考えられる。さらに経験年数 11 年以降は、看護職として中堅看護師のままで終わるのか、次の段階へと移行するのかという選択の段階でもある。次の段階は、単に経験を積むだけでは成り得ない達人である。Benner (1999/2005) は、達人は「状況のナラティブ的理解に基づいて、創造的に行動して考える。(略) その推移を見通すために、ナラティブを用いる」と述べている。単に経験を重ねた中堅看護師として決められた日常の看護実践の蓄積続けるだけではなり得ない。そのような過渡期であるからこそ、看護職は、より「自己実現と成長」を認識することが示唆された。

経験年数 21 年以上になると、「自己実現と成長」が高くなった経験年数 11 年以上に比べ、幸福の 4 因子の「独立とあなたらしさ」「前向きと楽観」も高くなる。経験年数 11 年以上で「自己実現と成長」が高まると、自己受容を促し、看護職としての、困難な状況を乗り越えた経験が自信となることによって得られるコンピテンスを認識する。自信を得た経験年数 21 年以上の看護職は、人の生死にかかわる看護の限界を認めつつ、対象者に最善の看護を実践しているという楽観的説明スタイルが可能となり、「前向きと楽観」が高まるのではないかと考えられる。さらに経験年数 21 年以上で「独立とあなたらしさ」も高まる結果は、看護専門職としての自律性の高まりを表している。このように経験年数 21 年以上の看護職は、幸福の 4 因子が向上した結果、Deci が示す内発的動機付けの自律性、コンピテンス、関係性の 3 つの基本的欲求がそろった状態と言える。経験年数による看護職の well-being の変化の結果から、看護職の well-being は、多くの看護実践を経験すること、良い看護実践を積み重ねることに影響され高まったものと考えられる。

以上の考察から、経験年数による看護職の well-being の特徴を図に示した。「つながりと感謝」には、経験年数による変化は認められないことから、「つながりと感謝」を基礎とし、経験年数を重ねるごとに「ネガティブ感情」が低下し、「自己実現と成長」が高まり、さらに「前向きと楽観」「独立とあなたらしさ」「ポジティブ感情」が高まるという変化を辿っていることが示唆された。

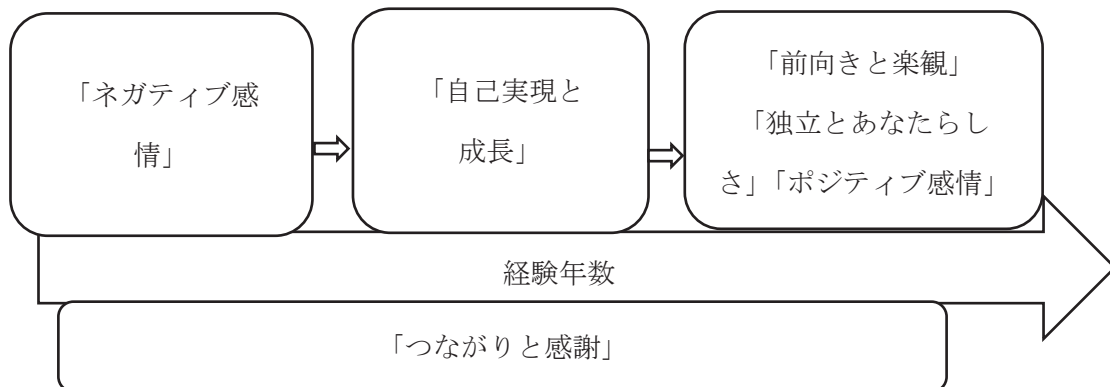


図 3-1-5 経験年数による看護職の well-being の特徴

2) 所属部署による特徴

病棟に勤務する看護職は、SWLS と幸福の 4 因子の「自己実現と成長」「つながりと感謝」「前向きと楽観」「独立とあなたらしさ」、PANAS の「ポジティブ感情」が他の部署よりも低かった。病棟に勤務する看護職は、対象者への看護によって健康を回復したり、感謝されたりする事実、あるいは対象者の健康支援にチームで協力した事実が、日常の当然の実践と認識するため、ポジティブな感情やポジティブな過去として想起しない。つまりポジティブ感情よりネガティブ感情が高い結果は、Fredrickson (2010) が述べる「ポジティブ感情による拡張—形成理論による思考の広がり」をしにくくしていることが推察される。また、感謝されたりする事実があるにも関わらずポジティブ感情が他部署に比べ低い理由の一つに、能動的な感謝する行為は well-being を向上させるが、受動的な感謝される行為は well-being に関連はないという妹尾 (2018) の結果と一致する。看護によって、健康への回復がみられた際の感謝を受け取るだけでは、well-being は高まらない結果を表しているのかもしれない。

病棟が他部署よりも「前向きと楽観」が低い結果は、疾病を有する対象者の苦痛に寄り添いながら生活を支え、生命危機や人生の苦悩の場面に同席し、終末期を共に過ごす看護職であるがゆえ、状況を楽観視できない状況が多く、さらに前述した思考の拡張形成がしにくい状況も影響をしているのではないかと推察する。同様に、病棟が他部署よりも「自己実現と成長」が低い結果は、日々の看護実践が業務に追われ、看護の意味や価値を考える時間がなく、習慣的業務遂行となることで、自己成長を感じる機会を逸していること、漫然と看護を実践する環境によって、看護職としての自己実現を感じにくくなっていることが推察され

る。看護職には、施設内外で研究会や学習会への参加による継続学習が欠かせないため、積極参加が求められる。学習への参加が与えられるものであった場合は、上司の承認をはじめとする外的報酬と結びつきやすく、自律性に基づく内発的動機付けによる効果的な学習とならない。そのため、自己成長と結び付けて考えることが難しい現状の表れであったと考えられる。

外来・訪問看護の看護職は、他部署に比べ、SWLS と幸福の4因子の「自己実現と成長」「つながりと感謝」「前向きと楽観」、PANAS の「ポジティブ感情」が高い結果であった。特に外来についてみると、受診時間が決められており、外来の看護職は、決められた時間内での勤務が可能であり、生活を整えやすく、看護職自身の生活や体調の管理にも影響する結果と考えられる。外来・訪問看護の看護職は、社会との繋がりの中で医療や看護を提供する環境にあり、対象者のみならず他職種との接点も多い。クラスター分析で、「つながりと感謝」「ポジティブ感情」が同じクラスに分類された結果を鑑みると、多様な人々との関係は、「つながりと感謝」を認識しやすく、「ポジティブ感情」も同時に高まりやすい結果と推察する。さらに外来・訪問看護の看護職の「自己実現と成長」と「前向きと楽観」が高い結果は、個々の看護判断による看護実践を認識し、コンピテンスを感じやすいことが考えられる。看取り満足との相関は、病棟看護職は職務満足感であるのに対し、訪問看護職はセルフエフィカシーとの関連が認められている（西尾ら 2013）。病院という組織の中で行う病棟の看護職の看護は、対象者の希望というよりも医師の指示が中心であり、看取りが仕事の一環であることに対し、訪問看護職の看護は、それぞれの対象者が希望する生死に寄り添った実践が可能となり、看護職としてのコンピテンスを高く認識している結果と考えられる。

手術・集中治療の看護職は、他部署よりも「つながりと感謝」が低かった。手術・集中治療の実践環境は、生命危機や手術下にある意識がない人々を対象とすることが多く、「つながりと感謝」の下位項目である人を喜ばせる、愛情、感謝、親切に関わる看護を実践していたとしても、それを実感し対象者とのよき相互関係を形成することは困難である。そのため、手術・集中治療の看護職は、一方的な関係にならざるを得ず、繋がりを感じにくい環境が影響していると推察される。しかし手術・集中治療の看護職は、他職種との連携なく医療と看護を提供することができないことも事実である。手術・集中治療の看護職の well-being には、職場でどのような人とどのように関わるかが、関連する一要因であることが示唆された。

第二節 看護実践環境の特徴

1. PES-NWI 尺度の妥当性

PES-NWI (The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index) のサブスケールの Cronbach's α は、0.76~0.86 であり、内的整合性を有していることが確認された。また、緒方ら (2011) の Cronbach's α は、0.77~0.85 であり、本調査と比較してもほぼ同様の結果が得られた。

2. PES-NWI の経験年数と所属部署における特徴

1) 経験年数による特徴

看護職の経験年数による比較をした結果は、PES-NWI の 4 つのサブスケール全てで、経験年数 1-3 年が最も高かった。また、経験年数 4-10 年は、経験年数 11 年以上に比べ高かった。この結果は、経験年数が浅いほど、現在の看護実践環境に満足している傾向を示している。PES-NWI は、職務満足と有意な相関関係が確認あり、職業継続意思に影響する (緒方ら 2011) ことが明らかになっている。経験年数が浅いほど PES-NWI が高い結果は、職業継続意思に影響すると考えられる。2017 年日本看護協会の病院看護実態調査によると、新卒看護職の離職率は、7.6%と過去 5 年で増加がみられず横ばいの傾向である。これは、本調査の結果で得られた看護実践環境の認識が、経験年数が浅いほど高い結果に関連するといえる。新卒看護職の離職率に増加がみられない状況は、新卒看護職のリアリティショックに対する看護実践環境としての様々な対応策が、日本看護協会を中心に全国の看護組織によって組織的に進められた結果と考えられる。換言すれば、「看護スタッフを重要な存在として位置づけ、看護スタッフに良い看護を期待していること、これが看護スタッフに伝わる」(緒方ら 2008) 状況へと好転してきていることを示した結果である。同時に新卒看護職の離職率が横ばいであるという結果は、看護実践環境の改善だけでは、離職率のさらなる改善には繋がらなかったことも示唆しているとも考えられる。

経験年数 11 年以上の看護職は、PES-NWI のそれぞれのサブスケールの平均値が低値であった。経験年数が浅いほど、現在の看護実践環境に満足している傾向は、経験年数を重ねることで、自己が所属する職務環境をより理解するようになる一方で、他組織との比較も可能となることもその要因として考えられるさらに、これは組織としてのあり方が「看護スタッフに伝わる」割合が小さくなっていることを表した結果ともいえる。組織の在り方は、経験年数が浅いほど、様々な研修の機会が用意されるため、組織の在り方を知る機会が多くあり、

言動によって可視化された支援を受ける機会が多い。しかし組織の研修の機会は、経験年数が増加するにつれ、組織としての研修の機会というよりも個々の看護職が目指す看護の目標が確立されていくことと関連し、その機会が減少する。そのため経験年数 11 年以上の看護職になると、リアルタイムに組織の在り方や組織のことを認識する機会が減少し、個々の判断に依拠する看護も可能になることから、組織の中の決められた規則の中にも自律した実践をするようになる。その結果、組織の影響を受けにくくなる一方で、看護実践の積み重ねから看護実践環境に対する閾値が高くなり、PES-NWI の平均値が低下していく結果であったと考えられる。

経験年数 11 年以上で幸福の 4 因子「自己実現と成長」が高くなる結果は、それまでの 10 年は、組織支援の中での成長していくことを示唆するものとも解釈できる。Benner (1984/1992) は、看護職の臨床技能習得の段階を示している。その中で、明確に習得段階の年数を示していないことは、個々の看護職としての能力に影響されることを示唆するものである。経験年数 11 年以上にある看護職は、一人前の時期を終え、中堅または達人の時期にあると推察される。この時期は、日本看護協会 (2016) が示す看護師のクリニカルラダー IV～V にあたる。そのうちクリニカルラダー V の定義は、「より複雑な状況において、ケアの受け手にとって最適な手段を選択し、QOL を高めるための看護を実践する」である。また求められる「ケアする力」は、最新の知見を取り入れた創造的な看護を実践することである。クリニカルラダーに示された実践をするためには、自ら看護の高みを求めて行動することが必要であり、上司や組織などの期待に応える看護ではなく、自らが求める看護実践へと変容する。つまりそれまでの 10 年と異なり、組織というよりも自らが求める行動を起こせる結果、経験年数 11 年以上での幸福の 4 因子「自己実現と成長」が高い結果であると考えられる。

2) 所属部署による特徴

病棟に所属する看護職は、PES-NWI のサブスケール「ケアを支える看護の基盤」「病院全体の業務における看護師の役割」で高く、「看護師と医師との良好な関係」「人的資源の適切性」のサブスケールで低かった。「ケアを支える看護の基盤」「病院全体の業務における看護師の役割」で得点が高い結果は、質の高い看護を目指す実践環境に所属している認識、委員会活動への参加の機会、キャリアが向上できる機会などを感じながら病院全体のチームの一員として、看護職間の連携により医療が成り立っていることを認識した結果と考えられる。「看護師と医師との良好な関係」で得点が低い結果は、病棟は医師の指示が中心に医療

が進められている現状があり、より良い療養生活に向けた医師との協働というよりは、指示を受ける看護職として業務実践しているという日常を反映した結果であることが推察される。また、「人的資源の適切性」でも得点が低い結果は、看護職配置が真にケアを反映させたものではなく診療報酬上の配置であることから、現状への支援が少ないということを確認しており、十分な看護を提供することができていないという認識が表出されたと考えられる。緒方ら（2011）は、「看護師と医師との良好な関係」および「人的資源の適切性」の得点が低いと、有意に「情緒的消耗（バーンアウト）」や「職務不満足度」が高くなることを示している。そのため病棟の看護職は、医師との関係や看護実践をする上で必要十分な人員であるかどうかの影響を受けやすいと考えられる。質向上を目指す「ケアを支える看護の基盤」、「病院全体の業務における看護師の役割」の高さを認識しつつ、「人的資源の適切性」が低いと認識していることは、組織として看護職を大切に思っていないのではないかとこの懸念を招き、看護職が「職務不満足度」を認識しやすくなると推察される。

病棟に比較し、外来・訪問看護に所属する看護職は、「看護師と医師との良好な関係」のサブスケールが高かった。「人的資源の適切性」、「ケアを支える看護の基盤」、「病院全体の業務における看護師の役割」のサブスケールでは他部署よりも低かった。外来は、医師を中心とした医療が行われる実践環境であり、医師との良好な関係は必須である。外来の看護職は、診療の補助業務を中心とするため、医師の治療方針や考え方を確認しやすい実践環境にあり、医師との良好な関係の重要性を認識しやすい。訪問看護の現場は、主体的な看護実践に医師の指示に基づく医療的ケアは必要であり、医師との良好な関係は必須である。医師との良好な関係を認識することは、医師とのやり取りの中で、その人の生活を支えるために必要な医療の指示を得られたと、看護職が満足している結果と考えられる。一方、「ケアを支える看護の基盤」、「病院全体の業務における看護師の役割」が低い結果は、外来では、医師の診療の補助を中心とした看護実践でありケアを行う実践環境になり得ていないこと、補助的な看護実践により病院全体の業務を考えながら働いているという認識の低さが関連すると推察される。また訪問看護に従事する看護職については、自らの看護に対する信念に基づいた看護を実践するために、自ら必要な研鑽を行い、ケアの質を維持している傾向にあり、組織のキャリアアップや委員会活動の影響を強く受けないことが推察される。

手術・集中治療の看護職は、「看護師と医師との良好な関係」、「人的資源の適切性」、「ケアを支える看護の基盤」、「病院全体の業務における看護師の役割」のサブスケールで他部署より高かった。「看護師と医師との良好な関係」は、治療中心、医師中心の医療現場の中で、

医師を身近に感じ、医師と患者の治療関係を支える看護によって治療効果を確認するという、医師と共通した目的を認識する関係であると考えられる。「人的資源の適切性」は、生命危機にある超急性期の重症度の高い患者が対象となる部署であり、病院の質評価にも直接的に影響する手術評価や致死率などにも影響する部署でもある。そのため看護職というよりも病院の質を維持するために必要十分な看護職が配置されている結果が反映されていると考えられる。さらに「ケアを支える看護の基盤」は、看護専門職としての高い知識・技術・態度の環境下で看護を実践しているという認識を有する看護職が多い部署であると考えられる。「病院全体の業務における看護師の役割」については、病棟や外来と比べ、安全な医療を実践するために多様な職種が協働せざるを得ない環境であり、組織の理念を認識しながら共に同じ方向を向くことが求められること、専門職としてのキャリア向上の機会や管理者からの支援を認識しやすい実践環境であることを示す結果と考えられる。

第三節 看護職の well-being と看護職の目標と理想からの考察

1. 看護職が認識する目標

1) <対象に寄り添う看護>

<対象に寄り添う看護>のカテゴリーには、【少しでも思いを表出できるサポート】や【優しい心遣い、気配り、丁寧なケア】【思いに寄り添う】などの表現が含まれていた。『寄り添う』をキーワードにした医中誌 web の検索の結果は、原著論文で 514 件あったが、概念分析は行われておらず、その定義も一定ではなかった。そのため、それぞれの看護職の立場で、対象者に『寄り添う』ことを考えながら、看護を実践する結果であると考えられる。『寄り添う』とは、「そばに寄る・よりつく」(大辞林第三版) ことである。【思いに寄り添う】とは、対象者の思いのそばに寄ることであり、【患者、家族が望む生き方に寄り添う】とは、患者・家族が望む生き方のそばに寄ることとなる。しかし、看護職が寄り添うとは、単に物理的距離間として近い存在ということではない。『寄り添う』から『気持ち』『相手』『立場』『考える』『行動』に繋がる結果は、患者—看護者関係は治療関係でもある (Peplau 1952) と認識し、その存在により能動的に働きかけられる存在であることを目標と捉えていると考えられる。この治療的關係は、【寄り添うだけでなく、少しでも思いを表出できるサポート】によって、【1つ1つ問題点を解決していく】という行動レベルで抽出されたことでも表される。翻って実際の現場では、多重課題に追われ、物理的にも心理的にも対象者に寄り添えない現状に苦慮している姿を表しているとも考えられる。看護職は、寄り添うことで、より近い存在として治療的關係のもと、問題を解決することを諦めることなく邁進する看護職の目標であると推察する。

2) <基本となる知識・技術・態度>

<基本となる知識・技術・態度>は、<対象に寄り添う看護>と『提供』を介して繋がっていた。この繋がりには、<対象に寄り添う看護>を『提供』するためには、<基本となる知識・技術・態度>を身に付けていることが必要であることを表す結果であると考えられる。このカテゴリーでは、『知識』の語の出現回数が最も多かった。看護職は、日々の実践の中で、看護職としての『知識』不足を自覚し、活用できる知識を身につけ、知識を深める必要性を認識している結果と推察する。対象者に【技術と知識を提供していく】ためには、日々の実践において、より【専門性を高める】ことを目標にしている。【専門性を高める】とは、【ADL の向上や QOL を考慮しながら、より質の高い看護を提供する】ことを示し、そのための継続学習を厭わない看護職の姿を描出している。日進月歩の医療は、科学、医療に關す

る最新の知識、その人の価値観のみならず、社会の価値変化をも視野に入れた普段の不断の学習を必要とする。本研究で、【医師レベルの知識、技術を持つ】結果が抽出された。この結果は、看護職自身の学習不足を認識している真摯な姿を描出しており、現代の看護職が、医師の指示のもと看護を実践して来た長い歴史からの脱却と、専門職としての自律を目指し、医師と対等に意見を交わすことを目標にしていると推察する。しかし医師は、医学的判断を持って医術を施行するのであり、医師法第1条によって、「医療および保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与する」ことをその責任とする職業である。一方看護職は、看護判断に基づく「診療の補助」と「療養上の世話」に、その責任を持つ。両者の専門性を鑑みれば、必ずしも医師と同内容の医学的知識は必要ではない。看護職には、自律した看護実践のために必要な医学的知識を持ち、看護職としての適切な看護判断ができる知識の修得が必要である。

『技術』から、『持つ』『思いやり』『接する』『笑顔』へ繋がる結果は、看護技術には『笑顔』や『思いやり』を含めた、人が人に対する技術を提供することであると認識し、目標としていると考えられる。【どんな時も笑顔で接する】ためには、対人支援職業特有の感情コントロールが必要であり、対象者の心理やコミュニケーションプロセスに関する専門的知識の学習と技術の獲得が必要である。看護職は、広い視野で対象者の現状を把握し、人間理解に基づく専門的知識を用いて、その人に必要な看護を客観的に判断したうえで、必要な『笑顔』と『思いやり』をもって対応することに目標を持っていると考えられる。

3) <多職種連携による医療>

<多職種連携による医療>は、<対象に寄り添う看護>と『提供』を介して繋がっていた。<対象に寄り添う看護>を『提供』するためには、<多職種連携による医療>が必要であると認識していると換言できる。<多職種連携による医療>には、『安全』という客観的な視点と、『安心』という主観的な視点の二つが含まれる。看護職が看護技術によって『安全』と『安心』を満たすことは、対象者が『安楽』に『過ごす』ことに繋がる。対象者の『安楽』は、看護職だけでは成し得ず、『チーム』『医療』が不可欠であることを認識した結果である。チームワークは、上司の態度が同僚との良い関係に影響し、同僚との良い関係がチームワークの向上に影響し、看護への自信が形成される(高山ら 2009)。そのため、一人一人が安全を意識した技術を提供すると同時に、看護チームの中で良い人間関係を形成することは、看護職としての自信の形成へとつながり、平常心と笑顔を作り出すことができ、対象者の安心につながっていると考えられる。

さらに＜多職種連携による医療＞では、『安心』の語より『安全』の語の出現回数が多く、『安全』の語を中心に『安心』『安楽』の語が共起されていた。『安全』の語が多い結果は、【ミスなく、安全、安心、安楽な療養生活を送る】ことを重視し、日々の実践においては、まず『安全』に留意していることを示している。医療現場は、様々な技術革新やIoT化、ICT化により新たな医療機器が次々と出現する環境にあり、新たな技術獲得は必至であり、基本的技術と共にそれらの新たな医療機器も使いこなすことが求められる。その医療現場では、『安心』『安楽』よりも、まず目の前の患者の『安全』を守ることを目標に持つ結果であると推察される。『安全』は、すべての援助において基本となるもので、看護技術には、安全の意味が強い技術、安楽の意味が強い技術、両方の意味を持つ技術、という特性がある（川島 2008）。『安心』は、「気にかかることがなく心が落ち着いていること」（大辞林第3版）を目指した技術である。そのため、『安全』を前提にしながらも、【患者が安心していられるようにチームで作る】こと、【常に平常心で笑顔でいて患者を安心させる】ことも心がけている姿が描出されたと考えられる。

看護職は、『チーム』『医療』に関し、【多職種と連携し、安全、安心な療養・調整をできる】ことを目標に持ち、日々の実践を行っている。多職種連携に関しWHOは、世界的な医療従事者不足の問題に対処するための方略として2010年には、「多職種連携教育と連携医療のための行動枠組み」を発表した。同年に厚生労働省より、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進」が通知された。この通知は、医療の高度化や複雑化に伴う業務の増大に対し、チームとして目的と情報を共有した上で、医師等による包括的指示を活用し、医療スタッフ間の連携・補完を一層進める重要性を示している。医療チームには、それぞれの専門性を発揮した実践が望まれている。看護職がチーム医療の中で大切にしていることは、チーム内の人間関係、コミュニケーション、価値観を尊重し、他者の意見を聞いてから自分の意見を述べる（岡崎ら 2014）ことである。チーム内における人間関係は、重要である。しかし恐れず意見を述べていくことは、対象者の【身体・精神的苦痛を緩和し、安心して日々を過ごせる】ことに繋がる。看護職は、多職種間の人間関係構築、他者の意見を聞き価値観を尊重する態度を生かしながら、自分が所属する部署における看護の特性から、看護は何かできるのか考え、意見を述べることで、多職種連携に基づく安全で安心、安楽な生活支援を目指す目標を持っていると考えられる。

4) ＜病のある生活への支援＞

＜病のある生活への支援＞の категорияは、『入院』『生活』『援助』から、『退院』『生活』

『支援』に至る生活者を対象とした現場を表していた。記述された文章は、【患者と家族が、安心して入院生活、在宅生活を送ることができるようサポートする】【患者・家族が満足、納得した闘病生活を送ることができるよう支援する】などであった。これらの記述に共通して見られることは、入院による生活変化への支援だけでなく、入院加療後の生活変化を対象者と共に受け入れ、退院後の生活スタイルの構築を支援する目標を持っていることである。看護職は、対象者が安心して生活することができるよう、対象と家族を支えていくことを目標としていると考えられる。

＜病のある生活への支援＞の категорияは、『人』の語の出現回数が最も多い結果であった。【その人の生き方、生活を大事にした質の高いもの】とは、病気になっても、その『人』を失わない支援を心がける目標であると推察する。その『人』を支えるには、その『人』の生き方に合った個別性のある看護が必要である。個別性のある看護が実践される場面では、既存のケアを組み合わせながら調整・変更・改善するという方法を選択し実践する（漆畑2009）。この時、その人のその状況に合わせた看護技術の方法を、専門職として知識と技術を統合させながら実践することが求められる。その結果、その『人』の生活は守られることを、看護職は日々の実践において認識していると考えられる。

5) <個別のニーズに応じる看護>

＜個別のニーズに応じる看護＞は、『個別』の『ニーズ』の語に特徴づけられていた。『個別』の『ニーズ』とは、【日々変化する状態に合わせ】実践すること、対象に『合わせた』【説明、傾聴、理解ができる看護】であると考えられる。看護者の倫理綱領の前文（日本看護協会 2003）では、看護は「人間の普遍的なニーズに答える」ことを使命とする責任が明確に言及されている。対象のニーズは、刻一刻と変化する状態によって変化する。看護職は、対象者のニーズを把握することを、ケアの専門職として責任を自覚し、実践目標として持ち続けている。ニーズとは、人間の持つ欲求や要求のことであり、人間は日常生活の中で様々なニーズに基づいて行動している。「看護覚え書」(Nightingale 1959)の中で、「患者は自分で自分を観察しないし、内気で自分から話し出さない。原因が違えば対策が違う。そこに注意を払わないのなら何のために看護師は存在するのか」と問いかけ、看護職の観察の重要性が述べられている。現在も看護職が対象者のニーズをいかに洞察し、表出し、的確にアセスメントできるか、看護における対象者のニーズ把握の能力として問い続けられている（高橋2007）。看護職は、常にニーズの変化と充足状態を見極め、個別のニーズを充足できる看護を目標に実践していると考えられる。

6) <置かれた現状の理解>

<置かれた現状の理解>のカテゴリーには、【自分のことのように理解】【理解、納得して治療、療養を送る】の記述がみられた。看護職は、他者である対象者をより深く理解するために、自分のことに置き換えて考える目標であると推察する。個別性のある看護を展開する時の起点は対象理解にある。<置かれた現状の理解>に関する記載内容の多くは、苦痛・疼痛に置かれている対象者の状況を理解しようとするものであった。その理解の方法は、【知識を持つ】ことで理解する、【自分のことのように理解】する、対象となる人々が【疾患をどのように理解しているか】知る等が包含される。看護職は、苦痛や疼痛の原因、誘因を専門職として真剣に突き止め、同じ原因、誘因であっても対象者による受け止め方や理解に差異が生じ、1 つとして同じ状況にはない対象者の苦痛や疼痛を【自分のことのように理解】する目標を持っている。<置かれた現状の理解>は、看護職が考え、実施する看護という一方通行の関係ではなく、対象者も【理解、納得して治療、療養を送る】という双方向を捉えた目標であると推察する。

7) <より良い状態の追求>

<より良い状態の追求>のカテゴリーには、不健康である目の前の対象者の【苦しみを共有し少しでも軽減】できる看護、対象者が今の状態から、【少しでも笑顔に、少しでも安心できる】生活支援という目標が含まれる。<より良い状態の追求>は、既述した<置かれた現状の理解>に終始するだけではなく、その人のその状況で『少し』でもその苦痛を取り除き、『少し』でも安楽に生活することはできないのかと考え、日々より良い状態を求めて看護をする目標であると考えられる。Wiedenbach (1964/2015) は、「臨床看護の本質」の中で、看護師はその時その場の援助へのニーズを満たすためには、置かれている状態を患者自身が、どのように知覚しているかを知ることから始める必要があると述べている。対象者を知るために必要なことは、自分の思考・感情を有効に活用する専門職としての技術であり、日々の実践の中で【苦しみを共有】する時間を持つことを望み、立ち止まり、場面の再構成をしながら、自分の思考・感情を有効に活用する力へと変換することである。対象者のより良い状態を日々の実践の中で追求した結果として、対象者が【少しでも笑顔に、少しでも安心できる】生活を得られる目標であると推察する。

8) <信頼関係の構築>

『信頼』『関係』は、看護の双方向性において根底となる。<信頼関係の構築>は、【処置や対応を任される】【いるだけで患者が安心できる】結果に繋がるという目標も含んでいる。

対象者が満足するためには、看護する方もされる方も互いに信頼していることが前提となる。看護職が提供する技術は、安全性の確立されていても、それを実施する看護職を信頼していなければ、安心して看護を受けることはできない。つまり、安全と安心は、異なる概念である。看護者の倫理綱領第3条（日本看護協会 2003）でも、「看護者は、対象となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する」とし、患者—看護職関係は、看護者と対象者がその信頼関係において共に前に進めるものでなければならないことが Peplau (1952) や Travelbee (1966) によって明示されている（中山 2015；岡谷 2015）。本研究において【名前と呼ばれる看護師】という結果が抽出されたことは、看護職が、一般的に「看護師さん」と職種名で呼ばれることが多い中、個人名で呼ばれることを個と個の信頼関係が得られたこととして認識していると推察する。患者—看護職関係は、治療関係でもある。そのため看護職は、【いるだけで患者さんが安心できる存在】となることや、【信頼され処置や対応を任される】という、信頼関係が対象者の治癒をより促進し、よい影響を与える存在であることを望む目標を持っていると考えられる。

9) <心身の苦痛の緩和>

<心身の苦痛の緩和>は、身体的・精神的・社会的そしてスピリチュアルの『苦痛』や『不安』を取り除く目標であった。苦痛の緩和は、看護の中心課題でもあり、神経障害性疼痛に対する鎮静から、心因性疼痛といった心身の疼痛に関わる看護、終末期やがん患者を対象とした緩和ケア、全人的苦痛の看護に至るまで多くの臨床研究によって、さまざまな苦痛の緩和がエビデンスに基づいて実践されている報告がある。【苦痛なく自分らしく最期まで生きることができる】とは、社会的安楽をも含めた幅の広いケアである。個々の看護職は、目の前の苦痛を少しでも緩和することを目指し、『苦痛』や『不安』という心身に生じる苦痛に対し、【苦痛が何か見極めて対応する】ことを目標としている。

様々な苦痛は、社会生活の一時中断を余儀なくし、重要他者を含めた役割関係の変化も生じさせる。その苦痛の内容や程度は、疾患の程度や時期に左右され、またその人の価値観によっても変化しうる。看護職は、それらの苦痛の原因を見極め、その苦痛はいつ、どこで、どのように生じているのか、対象者の生活の中に見出そうとする。日本看護科学学会による「看護行為用語分類」によると、安楽の促進・苦痛の緩和に関するケアは、身体機能への直接的な働きかけとして、電法やリラクゼーションなど9技術、情動的安定への支援として、傾聴、共にいるなど10技術が示されている。看護職は、認知・行動への働きかけも含め、様々な技術を駆使し、その時に適した方法で、【苦痛・不安を取り除く】実践を行う目標を

持っている」と推察する。

10) <適切な判断と対応>

<適切な判断と対応>のカテゴリーは、『適切』の語に特徴づけられた。様々な背景を有する対象者への『適切』な『判断』には、ただ知識を有するだけではなく、状況を加味した上での熟考した判断の目標であると推察する。【看護の力で考え適切な対応ができる】とは、医学知識を活用しつつ、看護に関するクリティカルシンキングに基づいた決定ができることと考えられる。看護職のクリティカルシンキングは、他者の尊重や多様性の理解に関する項目が高く、知的好奇心に関する項目が低くなる傾向にある(尾形 2018; 中橋他 2011)。臨床判断が困難な場面での看護職のクリティカルシンキングは、生き方や死に方を自分で決める Advance Care Planning が推奨される現代においては、看護専門職としての判断が期待される。さらに看護職は、その人のその状況に合わせた【適切なときに対応】することを目標にしていた。Benner (1999) は、「看護ケアの臨床知」の著書の中で、クリティカルな場面において、「特定の患者や家族について推移を見通すこと、つまり状況の変化についての推察を必要とする」臨床的推論には、「ナラティブによる内省を行う技術を磨くことが、卓越した臨床判断の向上に有用である」と述べている。その場において『適切』であるためには、内省を積み重ねる必要がある。『適切』な『判断』のもとに行う看護は当然である。しかし、その当然の『判断』には、「エキスパートナースのナラティブによって構成された経験知の積み重ねによる直感的な判断」(Benner 1984) が組み合わせることが必要である。そのため看護職は、専門職としての<適切な判断と対応>を目標に持っていると考えられる。

2. 看護職が認識する理想

1) <真の思いの理解>

<真の思いの理解>のカテゴリーは、対象を取り巻く様々な人の思いや対象の本当の思いに気づき、患者・家族—看護職が相互に『ケア』による『満足』が得られるような看護を理想としていると考えられる。看護職は、【患者・家族の意思、意向ができる限り尊重される】ことを心がけることで『家族』を含めた『信頼』『関係』を理想に抱いている。家族にも焦点を当てた看護は、【患者・家族共に安心、安寧な生活が送れる】ことを理想としており、対象をとりまく人々の生活も取り込んだ支援を目指している。本研究結果では、『患者』の語の出現回数と『家族』の語の出現回数が約4:1の割合であった。患者の家族に焦点を

あてるようになったのは、日本では 1990 年代である。そのため看護職は、目の前の患者のことで手一杯の中でも家族のことまで視野を広げ、看護を展開する必要性と看護の思いを抱いた理想であると考えられる。

一方、看護職は、【少しでも病気や怪我などから気持ちや症状が和らぐことをいつも考えていられる】状況を作りだしたいという理想を抱いていた。Benner(1984) は、「援助役割」の中で「患者の家族に対して感情面や情報面でサポートを行う」ことが重要であると述べている。看護職は、【思いを傾聴し尊重する】こと、言葉にならない【思いを汲み取る】ことで、看護職としての「援助役割」を果たしたいという理想を抱く結果であると推察する。直感と経験と類推の積み重ねで成り立つ「臨床の知」には「経験」が大きな働きをしている(中村 2007)。看護職は、置かれた状況において、対象者が何を感じ、考えているのか直感的に感じる能力に、経験を重ね合わせて判断する能力を高め、慢性疾患を抱えながら生活する人々への支援を実践するべく理想をみていると考えられる。

目標と理想には同じ『寄り添う』の語が抽出された。目標における出現回数は 214 回であったことに対し、理想では 524 回と 2 倍以上に増加する結果は、『寄り添う』ことの重要性を認識するものの、対象個々に『寄り添う』ことの難しさを認識し、理想で出現回数が多い結果となったと考えられる。

2) <安心に基づく医療提供>

<安心に基づく医療提供>は、<真の思いの理解>の『提供』を介して繋がる結果であった。看護職は、表出される言語だけではなく、言葉にならない<真の思いの理解>がなければ、本当の『安心』には至らないと認識している結果が抽出された。

<安心に基づく医療提供>のカテゴリーは、『安心』『安楽』の語が共起される結果であった。江川(2014)は、急性期における Comfort の重要性を Kolcaba の理論を用いて次のように説明している。それは、Comfort と「安楽」は同じ意味内容を持つと定義され、Comfort の 3 つの状態について、「緩和」は具体的な Comfort ニードが満たされた状態、「安心」は平静もしくは満足した状態、「超越」は患者が問題や苦痛を克服した状態と述べている。特に「超越」については、苦痛や不安があったとしても、それを乗り越えて頑張ろうと思う力が得られている状態としている。そのため、看護職が認識する『安心』『安楽』の理想は、『安楽』は『安心』によって得られる関係であるといえる。さらに江川(2014)は、急性期においては、病気や治療処置に伴う苦痛の「緩和」や「安心」が得られなくても、それを乗り越えて頑張ろうと思う力が得られている「超越」を目指すことは可能であると述べている。【患者

が納得いく治療を受けられるようにサポート】するとは、患者が苦痛や不安を乗り越えられるように動機づけたり、励ましたりするサポートによって、それを乗り越えて頑張ろうと思える「超越」の状態を目指す理想であると考えられる。

Kolcaba (2008) は、Comfort が生じるためには身体的、サイコスピリットの (心理的・情緒的・霊的要素)、社会文化的 (家族など人々との関係)、環境的の 4 つの視点から考慮する必要性が示されている。看護職は、対象者の Comfort に向けて、環境的視点から【静けさがあり、静養できる】環境を整え、サイコスピリットの側面から【落ち着いて治療できる看護】を実践することで、【安楽に過ごせるよう手助けする】看護を理想に抱いていると考えられる。このような統合された支援は、【安楽に医療・看護を受けることができ、より質の高い生活が送れる】ことにつながると考え、理想として描出されたと推察する。

語の出現回数の比較では、目標は<多職種連携による医療>で『安全』の語の出現が最も多かったことに対し、理想は<安心に基づく医療提供>で『安心』の語の出現が最も多い結果であった。この結果は、日々の実践では『安全』を守る目標が優先される状態であるが、看護が本当に目指すものは『安心』であると認識していることの表れである。『安心』は、Comfort の状態の一つであり、平静で満足した状態である。江川 (2014) は、人によって Comfort の感じ方は異なり、同じ人でも状況によって Comfort の感じ方は変わることが、Comfort 概念の本質であると述べている。看護職は、看護手順や看護基準によって『安全』を守ることは可能である。しかし『安心』は、同じ人でも状況によって変化するため、困難の中にも支援の重要性を認識し、看護職の理想として抽出されたと考えられる。

さらに記述された文章の比較によって、目標で抽出されなかった『納得』は、理想の<置かれた現状の理解>の中で、『治療』『医療』を『納得』して『受ける』という語が共起されて抽出される特徴が見られた。【患者が納得いく治療を受けられるようにサポート】するとは、Comfort 概念の本質で示されたように、その時々で変化する Comfort の 3 つの状態を見極めながら、その時々で求められるケアを提供したい看護の理想であると推察する。看護職は、『納得』がいく治療や看護について、治療への対象者やその家族の参画を望みつつも、現実にはそれを成し得ない状況であっても【自分の家族が受けたい治療・看護】であるかどうかを 1 つの判断基準に用いながら、【不利益のない看護】を目指す理想を抱いていると考えられる。

3) <その人らしい生き方>

<その人らしい生き方>のカテゴリーは、対象者の『生活』や『生きる』ことへの『支援』

の語に特徴づけられた。看護職が理想とする『支援』は、【その人を尊重し支えていく】こと、【その人らしさを維持できる生活】を支援することであった。その支援には、【その人へ私は何ができるのか問い続ける】姿勢が求められると認識している。看護者の倫理綱領前文（日本看護協会 2003）に、「生涯を通してその最期まで、その人らしく生を全うできるように援助を行う」とある。その人らしさを支援することは、看護職として大命題でもある。窪寺（2008）は、スピリチュアルケアとは、寄り添いながら、患者自身が自分の人生に納得できるように支えあうことと述べている。看護職は、対象者が疾患や障がいによって不本意な生き方となり、その変化や結末を受け入れられない状況になったとしても、【その人らしさを維持できる生活】を支援することで、対象者が自分の人生を受け止められるように支えることを理想としていると考えられる。

さらに窪寺（2008）は、スピリチュアルケアが緩和ケアの一部として扱われていることが多いことを指摘し、「患者自身の主体性を重視し、自らスピリチュアルペインと向き合い、自分の人生をどのように受け止めるのかを考えることであり、緩和するというより寄り添いながら、患者自身が自分の人生に納得できるように支えあうことである」と述べている。

【その人を尊重し支えていく】とは、患者自身の主体性を重視した関わりであり、健康障害を持ちながらも＜その人らしい生き方＞で支えるとは、自分の人生をどのように受け止めるのか共に考える支援であると推察する。

＜その人らしい生き方＞に『支援』『サポート』の語が抽出された結果は、看護の主体は対象者であり、看護職はあくまでも『支援』や『サポート』の役割であると認識を表す。看護職は、疾患や障がいによって変化した自分の人生を、対象者自身が能動的に受け止められるように支える看護として捉え、【その人へ私は何ができるのか問い続ける】姿勢や＜その人らしい生き方＞を模索している。共に模索する行動は、対象者のみならず看護職にとっても、生きる意欲、将来の希望に繋がっていると考えられる。

4) <倫理的判断に基づくケア>

<倫理的判断に基づくケア>のカテゴリーは、『考える』の語の出現回数が最も多かった。今回の調査では、目標においても理想においても、「倫理」の語は頻出語として抽出されなかった。しかし、「倫理」に代わる語として、『一番』の語が抽出された。この結果は、日々の看護において患者や家族という『相手』を『一番』に優先して『考え』たいという理想を抱く結果であると考えられる。共起ネットワークの比較では、目標は、『寄り添う』が『気持ち』を介して『相手』の『立場』を『考える』に繋がっているのに対して、理想は『寄り

添う』の語と、『相手』の『立場』を『考える』は繋がらない結果であった。看護職は、「寄り添うこと」と「相手の立場を考えて」看護を実践することには、相違があると認識している結果と考えられる。具体的には、目標では目の前の対象の気持ちに寄り添うことであることに対し、理想では実際に相手の立場に『立つ』ことで、対象者の【意思決定を尊重する】している。看護職は、立つ位置を対象者と同じ位置に変えて考える理想を抱いていると推察する。

相手の立場を考えた看護実践には、倫理的判断が欠かせない。看護職は日々の実践の中で、過剰な輸液や身体抑制、薬剤鎮静の是非について悩み（小川ら 2014）、急性期病院では判断にスピードも要求されるため、倫理的判断に悩みながらも患者の意向を尊重できず、医療者側の都合で医療が進められる中での看護にジレンマを感じる（大澤ら 2018）など、様々な倫理的問題と向き合っている。看護職は、【医療者、患者・家族の立場の両方】を真剣に『考え』た実践をしたいという理想を持っている。

看護職が遭遇する倫理的ジレンマに関する研究では、説明不足からくる患者・家族の理解不足、治療が優先され患者が置き去りにされる状況、医師と看護師の意見の違いという他者との関係の中で遭遇するさまざまなジレンマがある一方、意思決定支援や患者のニーズに応じた看護ができないという看護役割に関するジレンマも生じていることが報告されている（江口 2017）。看護職は、【患者・家族の意思決定を尊重】し、その選択がそのとき最良となる支援に向け、看護を実践している。しかし、意思決定を支援する状況は、その場その時の対象者個人の感情、周囲との人間関係、社会的価値の変化などの影響を受ける。さらに、看護職自身の時間的、精神的制限による影響もあることは否めない事実である。

看護師の倫理的行動には組織文化が関係しており（安藤ら 2017）、職場における倫理教育を受ける機会の多寡は、倫理の知識や倫理への関心に差を生じさせる（長崎ら 2018）。倫理的判断に正解はない。看護職は、様々な制限の中で、解決しきれない葛藤の場面を共有する機会や研修を通じて、医療者として考える最善と対象者が望む生き方のバランスを考え、看護に活かすよう努めている。しかし、じっくりと学習し、個人として倫理的判断に納得しながらケアを実践しているという自覚が持てない現状においても、＜倫理的判断に基づくケア＞を理想として抱いていると推察する。【その人の人生を一緒に考える】ためには、【その人の人生を一緒に考える】時間と状況設定が求められる。【共に考えながら目標に向かっていけるようサポート】する理想が達成されるためには、意思決定支援を支える知識や技術を身につけることが必要である。看護職は、その時々で最善の倫理判断ができるように、

人々の思いや状況の変化に常に敏感でありつつ、研修によって倫理的判断の妥当性を客観的に捉えられるよう努める理想を抱いていると考えられる。看護職が認識する＜倫理的判断に基づくケア＞の理想は、理想に向かう看護職の向上心と共に、その葛藤を表した結果であると考えられる。

5) <専門職としての知識・技術・態度>

<専門職としての知識・技術・態度>のカテゴリーは、目標と同様に『知識』『技術』の語が出現し、具体的文章では【看護のプロとして接する】の記述がみられた。この結果は、目標で表出された基本的なものとは異なり、「最新の知見を活用して看護を実践する」（日本看護協会 2003）責任を果たすための更なる向上を自覚する看護専門職としての知の集結を目指した看護実践の理想であると考えられる。看護実践の理想とは、【どの状況下でも対応】できる為の『知識』と『技術』であった。看護現場では、ルーティンワークとしての『知識』『技術』で実践することも可能である。しかし、あらゆる状況下に対応するための『知識』『技術』は、個人の継続学習が必要である。看護専門職としての知の集結を活用した看護実践を行う【看護のプロとして接する】ためには、今のままでは不十分であることを自覚しつつ、医療職として一生涯学習し続ける認識も持っていることを表した結果であると推察する。

また、目標の＜基本となる知識・技術・態度＞は、『技術』『知識』が『高い』『質』『向上』や『笑顔』と共に起される結果に対し、理想の＜専門職としての知識・技術・態度＞は、『技術』『知識』が『心』と繋がる結果であった。看護職は、【五感を使った】看護によって、言葉にはならない対象者の中に起きている何かに気づき、対象者に寄り添う看護であることを理想としている。現状では、知識や技術や態度が重要であることは理解し実践している。しかし看護職は、【心のこもったケア】に表現されるように、本当の質の高さはどのような『心』でケアを実践するかによって左右されることを認識している。【心のこもったケア】は、必ずしも可視化されるものではない。そのため抽象的ではあるが、【凛とし】つつ【ユーモアのある】ケアを理想としながら、余裕のない現場の中に【心のこもったケア】が不足していると認識し、理想として抱いていると考えられる。

6) <包括的健康への支援>

<包括的健康への支援>のカテゴリーは、『心身』『健康』の語に特徴づけられた。現代は、不健康な人や不具合をまだ呈していない人々へのヘルスプロモーションによる健康創成という考え方が主流となっている。看護職は、健康不健康を区別することなく【健康の維持増

進を援助】することが、社会からのニーズであることを認識し、地域包括的ケアを視野に入れた看護の理想を抱いている。現実的には、看護職は目の前の不健康な患者やその家族を看護をすることが多いため、目標では『健康』の語は抽出されなかったと考えられる。しかし、コミュニティ全体の人々を対象にした地域包括ケアシステムの推進は、【心の健康、体の健康のために働きかけること】という『心身』の『健康』を支える看護が求められていることを看護職に改めて認識させる結果であると推察する。Nightingale (1859) は、「病人は身体的苦痛と同様、精神的苦痛によっても非常に苦しむ」ため、身体が心に及ぼす影響についてもっと深く考える必要性を述べている。『心身』の『健康』の対象は、【健康の有無に関わらず】【社会的地位に関わらず】全ての人々が対象であると認識する結果であった。そして、『心身』の『健康』は、【全ての人々に平等に】提供されることも認識している。看護職は、単純に平等に看護を提供するのではなく、「その人の個人特性やニーズに応じた看護を提供すること」(日本看護協会 2003) が求められる。地域で生活する人々の近くにいる看護職は、様々な社会的要因による健康格差に気付き、対応していくことが必要である。その気づきは、その人なりの【自立した生活を送れるように支援する】ことを可能とする。看護職は、その人にとっての【考えられる最良の健康と幸福】に、看護専門職として最善を尽くす理想を抱いていると考えられる。

7) <希望に沿う>

<希望に沿う>のカテゴリーは、対象者が抱く『希望』を満たすための看護支援の理想として抽出された。希望とは、一般的に、「望ましいものを獲得しようという欲求を伴った期待」(ブリタニカ国際百科事典)である。看護職は、必要な時には対象となる人々が、どのような人生の目的を達成したいと願っているのかを知り、できるだけ患者や家族の<希望に沿う>ことができるよう看護を行っていきたく願っていると推察される。そのため、看護職は、【希望を与えられる】という理想を持つことで、生命の治療成績に間接的に影響を与える大切な支援という認識のもと、看護実践をしていると考えられる。対象者が抱く『希望』を満たすための支援は、看護によって【希望を与えられる】ことを含めた【患者、家族の理想、希望が叶うケア】という、現状を見るだけでなく対象者と家族の理想や希望も包摂している。看護職は、たとえ病気や障がいによって、人生において自分にとって望ましいものを獲得しようという欲求を持たず、また期待を抱けず諦めを感じる状況においてさえ、対象者自身が、その時々における自分の可能性を追求できるよう関わっていくことを理想に抱いていると考えられる。看護は、生命や治療に直接的に目に見えて何か影響することは少な

いが、その対象者の人生や生きがい、幸福に影響を及ぼす、なくてはならない大切な支援である。その支援は、対象の生きる力となり得る。そのため、看護職は、対象者の〈希望に沿う〉看護実践に向かいたい理想を抱いていると推察する。

8) 〈最善の追究〉

〈最善の追究〉のカテゴリーは、【自分がされても心地の良い】看護という『良い』『状態』を目指した看護職の理想である。目標と理想のカテゴリー名は、目標は〈より良い状態の追求〉に対し、理想は〈最善の追究〉と命名した。「追求」とは、「目的を達するまでどこまでも追い求めること」(デジタル大辞泉)であり、目の前の対象者の『少し』でも『良い』状態という目的を目指して行う看護である。一方、「追究」とは、「不確かなことや不明なことをどこまでも探求すること、深く極めること」(デジタル大辞泉)であり、『良い』『状態』を目指し、その対象者にとって『良い』『状態』を追究する姿勢である。そのため、〈最善の追究〉は、どのような状態であるのか、『良い』『状態』を妨げているものは何か、という不確かな人々の状態について、クリティカルシンキングや人間理解をもって、目の前の対象者が変わっても変わらず探求し続ける姿勢であると換言できる。看護職は、対象者の【身体・精神がより良い状態】を求めて、その人のために何ができるのか問い続ける誠実さを有し、その時、最も善い看護を行う、すなわち善行という倫理の大原則を実現するため向上し続けることが必要であることを認識していると考えられる。その追求は、目の前の対象者の『少し』でも『良い』状態ではなく、その人の今までの人生やこれからの人生をも包含した視点での追究であると推察する。〈最善の追究〉は、一般的に良いといわれている看護でも、その対象者によっては心地の良いものではないことも考えられ、提供するケアが【自分がされても心地の良い】ものか、【自分の家族にしたい看護】であるか、他者の立場で、自己のことのように考えながら日々の実践においても問い続ける理想であると考えられる。

9) 〈有意義な時間〉

〈有意義な時間〉のカテゴリーは、看護職が対象者【個々としっかり向き合う時間】と、対象者自身が【日々苦痛なく笑顔で過ごせる時間】という両側面がみられた。〈有意義な時間〉においては、その主語が異なる『時間』であり、それぞれにとって〈有意義な時間〉を認識した理想である。看護職は、【個々としっかり向き合う時間】の確保や【患者と関わる時間を大切に】時間調整能力、さらに【時間に余裕を持った看護】の実践を理想としている。換言すれば、その時間を確保したくてもできない現実を表していると考えられる。

看護職は、対象者に対し【日々苦痛なく笑顔で過ごせる時間ができるだけ多く】なるよう

【患者が望む時間が過ぎせる】ように望んでいる。対象者は、疾患によりそれまでの自分らしく過ごしていた時間が、疾患に起因する様々な苦痛によって時間を奪われてしまう。そのため看護職は、苦痛によって個々の大切な時間が奪われることがないように、心がけながら看護を実践したいという理想を抱いていると考えられる。しかし、理想として抽出される結果は、対象者にとって<有意義な時間>であることを願って関わる看護と、達成されない現状とのジレンマを看護職が認識していることの表れであると推察する。

3. 看護職が認識する目標と理想から見えること (図 3-3-1)

看護職が認識する目標と理想から考える特徴は、1 つ目に、『安心』を提供する看護の理想である。目標の<他職種連携による医療>では、『安全』の語の出現回数が多かったことに比較し、理想の<安心に基づく医療提供>では、『安心』の語の出現回数が多い結果であった。この結果は、『安全』を前提に『安心』を提供する特徴を示している。『安心』は、Comfort 状態の一つである。Comfort は、人によって感じ方が異なり、同じ人でも状況によって感じ方は変わる。そのため、看護職は、対象者の『納得』を得た上で、その時々で求められるケアを実践することで、『安心』を提供したいという看護の理想であると考えられる。

2 つ目に、対象や家族を『一番』に優先して考えながら看護実践する理想である。『一番』の語は、目標で抽出されなかったが、理想の<倫理的判断に基づくケア>で抽出された。この結果は、日常のケアの中では、対象や家族を『一番』に優先しきれない現状があり、現実の看護実践と理想とのギャップとして抽出されたと考えられる。

3 つ目に、『心』を大切に看護実践をする理想である。目標の<基本となる知識・技術・態度>で抽出された語に比較し、理想の<専門職としての知識・技術・態度>では、『心』の語が抽出された。理想の看護を提供するためには、<基本となる知識・技術・態度>という当然の目標の上に、健康支援をする対人業務の看護職として、態度に『心』を含めた看護を提供する理想であると考えられる。

4 つ目に、健康問題にあわせたケアを理想とする特徴である。目標の<病のある生活への支援>は、目の前の病気を有する対象者への看護であることに對し、理想の<包括的健康への支援>では、将来を見据えた健康支援を、個々の健康段階にあわせ看護を実践する理想であると考えられる。

5 つ目に、その人の人生を見据えた『良い』『状態』を追究する理想の特徴である。目標の<より良い状態の追求>は、目の前の対象者の『少し』でも『良い』状態を目指して看護

を行う特徴である一方、理想に抽出された＜最善の追究＞は、その人の人生を見据え、対象に寄り添いながら共に最善の状態を追究する理想であると考えられる。

4. 看護職が認識する目標と理想から得られた示唆

看護職が認識する目標は、目の前に存在する不健康な患者への看護として、心身の苦痛の緩和やより良い状態を追求しながら、基本的知識や技術に基づいて、信頼関係を構築しながら、多職種連携の中で、安全に対象に寄り添う看護を提供することを掲げていることが特徴であった。

一方、看護職が認識する理想は、包括的健康への支援も視野に入れながら、その人らしい生き方を倫理的判断に悩みながらも、真の思いを理解しながら、最善を追究しつつ、専門的知識や技術に基づいて、希望に沿った互いに有意義な時間になるよう安心できる医療を提供する特徴であった。

これらを比較すると、目標の段階では、現状を反映し、対象が不健康であることに終始し、あくまでも、基本的役割を遂行しながら、寄り添うということを目指しているが、それらを打破しようとする理想を掲げていることが抽出されている。その理想には、対象者に健康者も包含していること、基本的な看護だけでなく、対象者らしい生き方を支援していくことであった。その人を支援するためには、倫理的問題にも対峙すること、対象者の真の思いを反映させることが求められる。看護職は、自分が実践していきたいと願う最善の看護への希望を持ちながら、対象者も看護職も共に有意義な時間が過ごせるようにしたいという理想を持っていると考えられる。

以上のことから、看護職の目標と理想への支援には、一人一人が抱く看護の理想に一步ずつ近づくために、広く社会の人々の健教支援を行うこと、倫理的問題を解決しながら最善を追究し続けるための教育的支援とその環境づくりの重要性が示唆された。

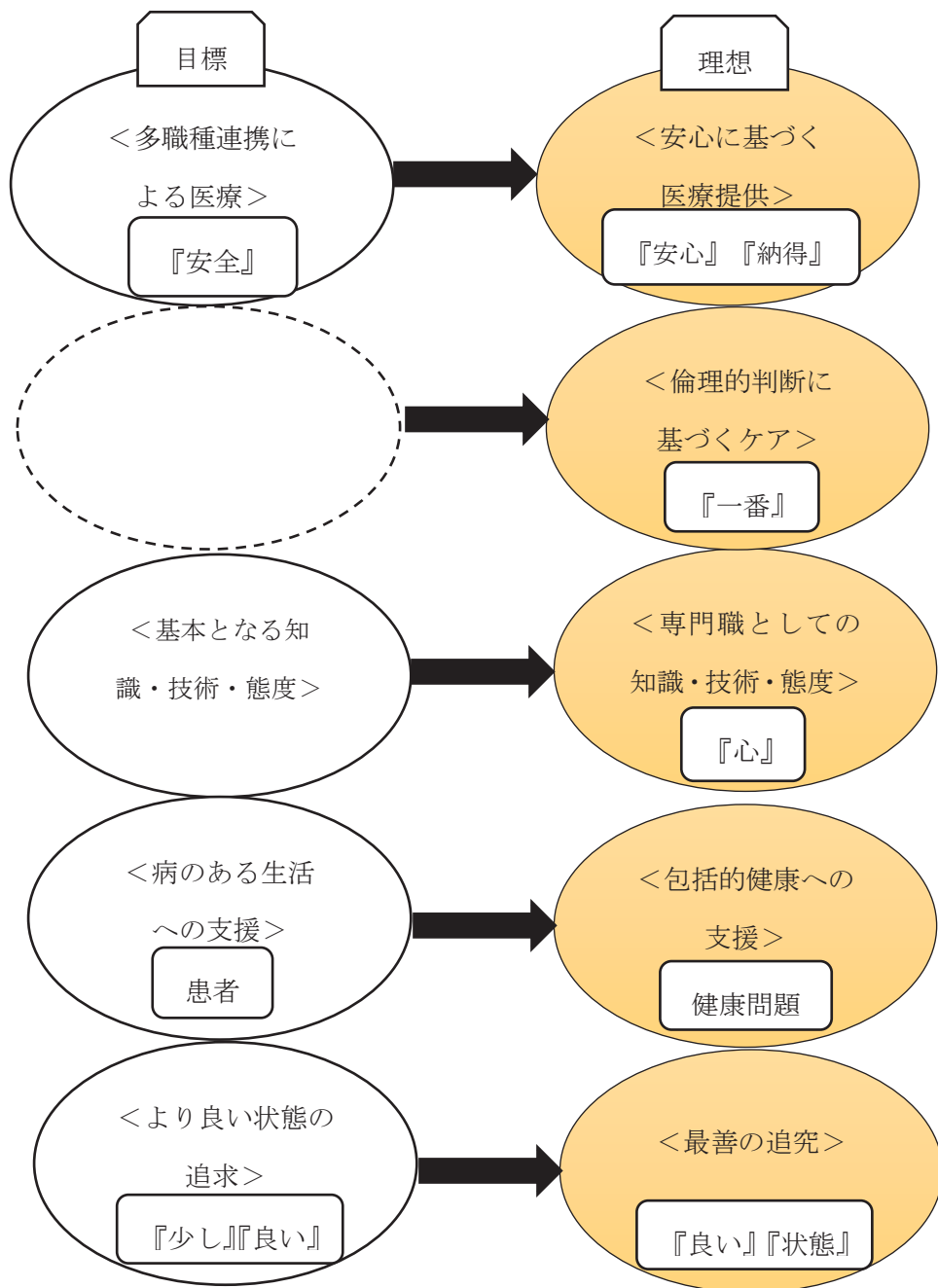


図 3-3-1 看護職が認識する目標と理想から見えること

第四節 看護職の well-being と看護職の社会的責任からの考察

KHCoder によって得られた 9 カテゴリーの結果を、CSR の 4 要素である「法的責任・倫理的責任・裁量的責任（社会貢献的）・経済的責任」に対応させながら、カテゴリーごとに考察していく。

1. 看護職の法的責任の側面

法的責任には、＜安全な医療と看護＞＜命に関わる専門職の責任＞＜心身が安らぐ環境の調整＞＜守秘義務＞の 4 つのカテゴリーが該当する。これらのカテゴリーには、抽出語が多く含まれ、また 4 つのカテゴリーは繋がる結果から、看護職の社会的責任の認識の中心概念であると考えられる。

1) ＜安全な医療と看護＞

＜安全な医療と看護＞のカテゴリーは、『医療』との弱い繋がりがみられた『事故』を含む。医療の場において様々な職種によって起こされた事故は、「医療事故」として取り扱われている。看護職による看護実践によって起きた事故は、「医療事故」として認識され、『医療』『事故』とのつながりが見られたと考えられる。そのため＜安全な医療と看護＞は、『事故』『起こす』『ミス』のサブグラフも含めて命名した。

厚生労働省（2001）は、医療機関における医療安全管理体制の整備を義務付け、「安全な医療を提供するための 10 の要点」を策定した。その中で安全な医療提供には、多様な条件が絡み、組織の「安全文化」の上に良好な人間関係を築くこと、組織としての取り組みと個人の取り組みを同時に行うこと、環境とモノの調整が必要であることが示されている。しかし本研究の結果は、【医療事故がないよう、しっかりと確認する】という、ヒューマンエラーに関する内容が多かった。2017 年度医療事故情報収集等事業報告書では、医療事故の当事者職種として看護師が最も多く、全医療職による事故内容の割合は、療養上の世話 40%、治療・処置 26.7%、薬剤 8.6%である。事故発生理由は、確認不足、観察不足、判断の誤りのヒューマン・ファクターが多く占めている（日本医療機能評価機構 2018）。そのため看護職は、【事故発生時には、その事実を隠さず原因究明し再発防止に努めていく】責任について、一人一がヒューマンエラーによる事故を予防する責任を認識していると考えられる。

さらに 2002 年には、看護師らが行う静脈注射が保健師助産師看護師法第 5 条の診療の補助の範疇として認められ、看護職が行う医療行為が拡大した。保健師助産師看護師法第 14 条には、看護職の業務処分が規定されている。業務上過失致死傷（医療過誤）によって、医師の誤った指示に従って実施した看護師らは、「施行者責任」として業務停止の行政処分を

受けている（日本看護協会 2006）。そのため看護職は、日々【本当にミスが怖い】と思いつながりながら看護を実践しており、ヒューマンエラーによる【ミスをしない】という法的責任を認識し、自己の観察力、判断力の向上を目指していると考えられる。

＜安全な医療と看護＞のカテゴリーには、『安全』から『安楽』『安心』『守る』への繋がりが見られた。この結果は、命を預かる職業として第一に事故のない＜安全な医療と看護＞の提供が、対象者の『安心』『安楽』を『守る』ことに繋がるという認識であると考えられる。

2) ＜命に関わる専門職の責任＞

＜命に関わる専門職の責任＞は、＜安全な医療と看護＞と弱い繋がりが見られる結果であった。これは、＜安全な医療と看護＞の『提供』によって、『命』を『守る』という認識を表していると考えられる。

このカテゴリーは、『人』『命』の語に特徴づけられていた。看護職は、日々命に向き合い、人々の健康と生活の質に関わる看護専門職としての責任の自覚し看護実践している。人々の健康は様々な段階にあり、より健康な生活に向けたヘルスリテラシー獲得支援から、突然の災害や事故、病気によって生命の危機にある人の命を救うこと、人生の最終段階にある人の命を最後まで守ること、などそれぞれの健康段階に応じた支援が求められる。日本における看護職は、労働基準法第14条による専門職の範疇ではないが、命にたずさわるケアの専門職を目指して活動する意義は十分に社会にも通用すると考えられる。

波頭（2006）は、プロフェッショナルについて「公益に奉仕するという使命感と掟を守る自律心こそが重要」と述べている。看護職の「公益に奉仕する使命感」とは、【専門職として命と向き合うことの自覚と覚悟】のもと、社会で生活する全ての人々の健康に奉仕する使命を認識していると考えられる。このとき『命』とは、新しい命への向き合いも含まれ、生命の誕生から安らかな死まで、人の一生を包含している。さらに看護職の「掟を守る自律心」とは、【常に医療者としての自覚を持ち、日常においても、その姿勢を崩さない】に表されるように、看護専門職としての自覚に支えられた行動である。さらに【必要時は医療者として助言する】責任は、【自分の行動が患者の今後に大きく影響することを自覚】した実践と関連する。看護職は、様々な背景を持っている人々を擁護する対人業務であり、その時々自分の言動そのものが、対象となる人々の健康や命、生活の質に直接影響を与えるということへの責任を認識している結果と推察する。

以上のことから、看護職は、【専門職としての自覚を持ち、より良い看護実践を行う】と

いう保健師助産師看護師法第1条で示された法律の目的を認識しつつ、ケアに関する高度な技術、知識に基づいた判断、対人関係技術をもって看護実践をするという法的責任を有すると考えられる。

3) <生活と環境の調整>

<生活と環境の調整>は、『患者』の語を介して<安全な医療と看護>と繋がっていた。この結果は、保健師助産師看護師法第5条によって規定された「診療の補助業務」と「療養上の世話」に関わる専門職の責任を認識した結果であると考えられる。

「診療の補助業務」における「個別具体的指示」は、【医師の指示のもと】安全に実施することである（高瀬 2011）。2003年厚生労働省「新たな看護のあり方に関する検討会報告書」において「包括的指示」による実践が示され、実施条件に合うか看護職が判断して、必要時に医師に確認の上で行う必要がある。「包括的指示」に関し、人工呼吸器装着患者への判断（宮本ら 2016）、在宅患者への特定看護師の活動（村井 2013）等、実践が積み重ねられている。「療養上の世話」については、医師の指示を受けずに実施することが可能である（高瀬 2011）が、その1つとして【生命の消耗を最小にする環境を整える看護】がある。これは生命を消耗させる要因を、身体的側面からだけでなく、精神、社会、スピリチュアルの側面から捉えることで、心身ともに安らぐ自然環境を整え、人的環境を含めた社会的環境を整える責任を認識した結果であると考えられる。また、【看護の力で合併症を予防】するとは、患者を4側面からアセスメントした上で必要な看護技術を駆使したりリスク回避である。さらに、退院後の生活も視野に入れた看護が求められている昨今、退院支援への関りの強さは、看護師の満足度と患者の再入院率に影響するほど看護の中で重視されている（山本ら 2017）。2018年度の診療報酬改定では、それまでの退院支援中心から入退院支援の推進および在宅復帰を評価する報酬体系となったことも重なり、【患者と家族が望む形で社会に戻れるよう支援】するという、その人が心身ともに安定した生活に適応していくための環境調整の役割に法的責任を認識した結果である。

4) <コンプライアンス>

<コンプライアンス>は、<安全な医療と看護>の『守る』と繋がる結果であった。この結果は、得られた情報に関し、『守秘』『義務』を『守る』ことを示す言葉が包含されており、守秘義務も看護職一人一人の責務（川合、2011）であることを明確に認識している。看護職の守秘義務は、保健師・看護師・准看護師は、保健師助産師看護師法42条の2、助産師は刑法134条によって規定され（川合、2011）、看護者の倫理綱領第5条でも「守秘義務を遵

守し、個人情報の保護に努める」責任が明示されている。看護職は、職業的特徴から、要配慮個人情報を取り扱う。コンプライアンスとは、「法令遵守。特に、企業活動において社会規範に反することなく、公正・公平に業務遂行すること」（大辞林第三版）である。看護職は、看護を取り巻く法の遵守を基本とし、社会から求められる看護を公正・公平に分配することを自分たちの責任であると認識し、【守秘義務と個人情報を守る】ことは、職場だけでなく、【守秘義務を守り日々の生活を送る】に示されるように、職場を離れても守られ続けていることを表すと考えられる。この結果は、看護基礎教育からの積み重ねだけでなく、要配慮個人情報を直に扱う看護職だからこそ、常に当然のこととして法的責任を認識するものと考えられる。

2. 看護職の倫理的責任の側面

倫理的責任は、＜尊厳・倫理＞のカテゴリーのみ該当した。菱山（2015）は、コンプライアンスを、「単に法令に反しなければよい、ということではなく、それを根底に置きつつ、社会の価値観と要請をつかんで期待に応える行動をとること」と定義している。前述した＜コンプライアンス＞と別のサブグラフとして抽出された＜尊厳・倫理＞は、『情報』『個人』『尊厳』『大切』が含まれており、情報を守秘する義務を超えて、『情報』をどのように取り扱うのか、社会の価値観と要請をつかんで期待に応える看護実践である責任の認識と考えられる。看護職は、様々な理由によって、自己の権利を表明することができない対象者に代わり【権利擁護を尊重した看護】を実践する責任を認識している。この結果は、対象者をアドボケートする役割の認識を表し、単に守秘義務を遵守しているのではなく、社会の人々の期待に応える行動としてのコンプライアンスが求められている。場合によっては、特定の看護職に対してだけ情報を提供する対象者もいる。その場合は、医療チームとして情報を共有する中にも、「家族との情報共有に関しても本人の承諾を得るよう最大限の努力を払う」（日本看護協会 2003）ことが求められる。家族から得た情報の『守秘』は、患者・家族を守ることと認識しながら、情報共有の必要が生じた場合、誰の情報をどのように守るのか、また利活用し誰と共有するのか、常に看護職の適切な判断が求められている。

日本国憲法 13 条および日本看護協会の看護者の倫理綱領にも明記された『個人』の『尊厳』は、看護基礎教育でも繰り返し学んでいることも反映し、日々の看護実践を行っていることが推察される。【プライバシーを守り、対象者の人としての尊厳を守る】とは、ケアや治療・処置に関し、対象者を他者の目から守ることで、その人らしさを守ることを認識した結果で

あると考えられる。看護倫理の源泉には、職業倫理、生命倫理、ケア倫理（小林・竹村・真継・山内・太田、2012）がある。【倫理に反することなく人の尊厳を重んじる】とは、看護は対人業務であること、意思疎通が困難な状況への看護を実践することなど、人の尊厳をいつでも認識しながら看護を行うという職業倫理を認識した結果であるといえる。倫理と道徳について、清水（2004）は、近年、企業倫理などに倫理が使用されるようになったことを受け、倫理を「道徳的観念に由来する社会ルールとしての行動基準（指針、規範）」と定義づけている。その中の道徳は、「多くの人が望ましいと考える、あるいは自分もそうでありたいと考える基準に従って行動する『わが心を律し続ける努力をすること』」と定義している。【看護倫理を遵守する】とは、看護者の倫理綱領によって規定された行動基準を遵守し、看護を実践する際の守るべきものと看護職に認識されていると考えられる。【個人の尊厳や価値、権利を大切にしながら看護を行う】という実践は、道徳的観念に基づき、様々な背景を持つ人々に望ましいと考えられ、その人に適した方法であることが求められる。

【敬意のこもった看護】とは、対象者を大切にしたい看護を行う責任であり、ケア倫理を認識した結果であると考えられる。看護職は日々の実践において、過剰な輸液や身体抑制、薬剤鎮静の是非について悩み（小川・寺岡・寺坂・江藤、2014）、また患者の意向を尊重できず、医療者側の都合で医療が進められる（大澤他、2018）現状に直面している。その現状においても看護職は、【個人の尊厳や価値、権利を大切にしながら看護を行う】ことを倫理的責任と認識し、自分を律し続ける努力によって様々な倫理的問題と向き合い、看護実践をしている結果であると考えられる。

3. 看護職の裁量的責任（社会貢献的）の側面

裁量的責任（社会貢献的）には<看護の質の追求><サービス提供者としての対応><多様な人々への健康支援><地域・社会への貢献>の4つのカテゴリーが該当した。

1) <看護の質の追求>

医療の質は、国際的な第三者評価機関（JCI：Joint Commission International）や日本の病院機能評価等により、常に評価がなされている。そのため、看護職も常に医療の質や看護の質を認識しながらケアを行うことになり、【質の高い看護の提供】を社会的責任と認識していると考えられる。漫然と看護を実践する場合と、質の高い看護を目指した実践では、人々の健康支援や健康回復という看護の成果に変化を生じさせることが推察され、『質』の『高い』実践には、【高いプロ意識を持つ】ことは欠かせない。質の高い看護には、多くの経験知が

必要になるが、看護職の職業継続には、職業を通じた自己の目標や何を達成したいのかが影響（堀井、2012）する。それは、看護実践の成果（outcome）として、対象者が【質の高い生活を送れる】かどうかに影響する。そのため、個々の看護職が常に【質の高い看護の提供】を考えた行動が重要である。

波頭（2006）は、経営コンサルタントの立場から、古来よりプロフェッショナルとして位置づけられる医師を事例に使いながら、プロフェッショナルが持つ基本姿勢を①顧客利益第一、②成果指向、③品質追求、④価値主義、⑤全権意識の5項目を示している。看護職をこの5つの視点から考察すると、①顧客利益第一は、看護職の職業継続には、職業を通じた自己の目標や何を達成したいのかが影響（堀井 2012）することから、看護職は病院や自分の利益や自己の収入や地位、名誉等を獲得するなど、個人の利益追求のために看護をしているとは言えない。看護職は、自分たちの活動を通して、対象者の健康と少しでも人生を豊かにしようと、対象者に対しての支援を目的に活動する職業である。②成果指向は、看護職は結果的にどのような結果を導出するか、ということを常に考えて看護行為を展開し、成果（outcome）が求められる職業である。成果の確認には、様々な指標を使用し、対象者の満足のために看護が効果的であったのかどうか、対象者が【質の高い生活を送れる】かどうかを判断しながら、看護実践をしている。③品質追求は、様々な視点から常に【質の高い看護の提供】を考えた行動をとっており、今よりもっとよい看護の提供はないだろうか、というクリティカルシンキングに基づく質向上に向けた【研究の推進】が盛んに実施されている。④価値主義は、対象者の利益（幸福の追求）を向上するための責務に対し、看護の質追求によって看護の価値を高めている。⑤全権意識は、医師とは異なる部分もあり、すべてが当てはまるとは言えない。看護職は、ケアの方法を全て自分で決め、すべて自分で行い、すべて自分で責任を負っているかということ、そうではない部分があり、ここに看護職の専門性の弱さを呈しているとも言える。

一方、波頭（2006）は、個々の活動だけでは、社会全体の中でのプロフェッショナルとしての質向上はできず、組織化した活動で社会に働きかけをしていく必要性を述べている。組織化された職能団体活動とは、日本看護協会や都道府県看護協会がある。組織活動は、社会の中で看護職の利権が守り、社会の人々の公益を高めるよう活動することが求められる。本研究の結果にも【看護協会などを通じた活動】が抽出されたことは、全国の組織率は60%であるが（日本看護協会）、その活動を通じて看護の質向上をし、公益に資する活動をしていくことも包含した裁量的責任の認識であると考えられる。

2) <サービス提供者としての対応>

このカテゴリーは『誠実』『対応』に特徴づけられた。田尾（2001）は、ヒューマンサービスの特徴は、「人間的な要因、たとえば熱心や誠意、努力のようなものがサービスの量だけでなく質さえも決定する」と述べている。対人関係を職業特性とする看護職における『対応』は、その看護の結果にさえも影響することを示している。対象に対する看護技術は、同じ手順で提供されたとしても、『誠実』さを伴う実践は、対象者の受け止め方にも影響し、さらに回復過程や健康状態も変化することを認識する結果である。

看護職は、【誠実、礼節、品性、清潔さ、謙虚さなどに支えられた行動】も社会的責任と認識している。Peplau（1952）や Travelbee（1966）によって、患者—看護者関係は、看護者と対象者が信頼関係の上で共に育み、発展させるものであることが示されている（中山 2015；岡谷 2015）。対象者への誠実な態度には、【真摯に誠実に患者と向き合い冷静に対応】する側面と、医療への誠実な態度として【医療に誠実に取り組む】側面が見られ、この両側面のバランスを取りながら看護を行う責任を認識している。田尾（2001）は、看護職に対し、クライアントへの共感や思い入れなど温かい心情を有しながら、他方で、冷静に判断、処遇を決め実行するという、いわば冷たい心情を併せ持たなければならず、二律背反ともいえるべき非常な負担を課す労働の側面を指摘している。看護職は、相反する条件の中でバランスを保ちつつ、対象に合わせた看護を求められており、均一の行動では良好な信頼関係を構築することはできない。このカテゴリーは、様々な社会的背景を持つ対象者にも、変わらず、誠実に向き合うことで社会の人々の健康を支援するという裁量的責任（社会貢献的）の認識を示すものと推察する。

3) <人々の健康管理>

医療政策の大きな転換期である現代において、『人々』の『健康』を『維持』『増進』することは、<多様な人々への健康支援>に責任を持つ看護職にとって重要な課題である。厚生労働省が発表している健康日本 21（第二次）における基本方針の一つには、健康寿命の延伸と健康格差の縮小がある。その中間報告（厚生労働省、2018）では、健康無関心層を含めた予防・健康づくりの推進が重点課題となっている。そのような時代において看護職は、産学連携による運動プログラム（武山ら 2018）、産業看護職による健康教育の実施（金森ら 2015）、インターネットを用いた体重の減量への人的支援付加（尾崎ら 2018）等、健康増進に繋がる取り組みのすべてに関わってくる。看護職は、医療組織内での活動に留まるのではなく、地域における様々な分野との連携により、【健康に関する啓発活動を広め、健康維

持を図る】ことが求められていることを認識した結果といえる。同時に現代では、『病気』を『予防』するための健やかな生活習慣形成も課題となっている。健康管理には、幼少期からの生活習慣が影響するため、中学校における健康教育の効果（荒川ら 2017）、家族のヘルスリテラシーに注目した分析（永井ら 2014）が進められている。そのため看護職には、【健康の保持、増進に専門職としての知識と技術を提供】すること、【自己管理能力を高めて、患者がコントロールできる】支援という裁量的責任を認識していると考えられる。

4) <地域・社会への貢献>

看護職は、目の前の対象者だけではなく、広く『社会』の人々の健康に関わる専門職としての責務を求められる。さらに「平和な社会を実現し維持するために人々とともに活動」（日本看護協会、2003）するためには、看護職が対象者に看護を提供するという一方向的な関りだけではなく、看護職と地域・社会で生活する人々が共に活動し、共に作り上げる健康への関りが求められている。日本医師会総合政策研究機構（2017）は、日本の人々が望む最期の療養生活の場について、在宅療養を望む人の増加はあるものの、半数以上が施設を希望している現状を示している。【社会に看護で貢献する】とは、地域の人々のニーズに応えながら、安心して生活できる支援の認識であると考えられる。【看護という分野の専門知識で人々に貢献】するとは、在宅から医療・介護施設に至るまで、さまざまな方法で看護職が支援できる体制づくりへの責任の認識であると推察する。

一方、日本医師会総合政策研究機構（2017）の同調査において、医療や介護に関する情報があると感じている人は全体の 4 割であり、特に都心部において情報の不足を感じる割合が高い。地域包括ケアシステムに関しては、さらに 7 割以上の人々が詳しい情報を欲しいと感じている。急速に変化した医療システムに対する情報不足から、今後の生活に関する不安を抱いていると考えられる。人々の健康を支える専門職として、現代の看護職に求められている【保健、医療、福祉活動を介して地域社会の発展に貢献する】責任とは、地域に住む人々に医療資源の存在と活用方法の理解を促し、安心のある生活を保証する支援によって【看護という分野の専門知識で人々に貢献】し、裁量的責任を果たすことを認識した結果であると考えられる。

4. 看護職が認識する社会的責任の特徴

看護職の社会的責任の認識は、<安全な医療と看護>の『提供』『守る』から<命に関わる専門職の責任>へと繋がり、<安全な医療と看護>の『患者』から<生活と環境の調整>

へと繋がり、＜安全な医療と看護＞の『守る』から＜コンプライアンス＞へと繋がる結果であった。そのため、看護職の社会的責任を構成する中心要素は、法的責任の認識であるといえる。法的責任とは、看護専門職としての＜命に関わる専門職の責任＞、保健師助産師看護師法第5によって規定された「診療の補助業務」にあたる＜安全な医療と看護＞と「療養上の世話」にあたる＜心身が安らぐ環境の調整＞、個人情報保護法に基づく＜守秘義務＞を指す。

倫理的責任には＜尊厳・倫理＞が抽出され、看護者の倫理綱領に則った看護実践を認識していた。

公益を主目的とする医療者としての裁量的責任は、＜看護の質の追求＞をし続け、誠実に医療に取り組み＜サービス提供者としての対応＞によって、＜多様な人々への健康支援＞を支援すること、そして看護によって＜地域・社会への貢献＞をすることを認識する結果であった。しかし、限りある財源に配慮した看護実践に関わる経済的責任の認識は見られない結果であった。医療経済に関し、管理者を対象とした医療材料費の認識（森本，2008）の経営的視点や、褥瘡管理が適切に行われることの経済的効果（武・宇都，2015）の視点から明らかにされている。本研究の対象者は、管理職以外のスタッフであり、日常の看護実践において優先される責任は、対象者や家族であるという認識によって、経済的責任に関する認識が見られない結果と考えられる。さらに、看護者の倫理綱領第14条に示された「環境保護への積極的な取り組みに伴う施策の提言や政策決定に参加する」（日本看護協会）責任も、本研究結果においては抽出されなかった。田中（2008）は、看護系大学での政策に関する学部教育の実態調査で、政策関係の科目を開講している大学は少ないこと、池田（2018）は、看護政策に関するカリキュラムは、米国では米国看護大学協会が看護学部教育の必須要素の1つに挙げている一方で、日本では1998年から大学院の専門看護師教育課程の共通科目として「看護政策論」が設定されたが、看護政策教育の歴史はまだ浅く、教育内容も大学によってさまざまであることを指摘している。そのため、看護政策に対する責任の認識も抽出されない結果となり、経済的責任と同様に日々の看護実践に責任を優先した結果であると推察される。

5. 看護職が認識する社会的責任から得られた示唆（図3-4-1）

法的責任、倫理的責任、裁量的責任（社会貢献的）を認識しながら看護実践している結果は、看護基礎教育から現任教育へと続く継続教育による効果の表れであると考えられる。ま

た今後の教育への課題として、3つの点が考えられる。第一に法の遵守の上に自律した看護を実践する課題である。看護職の社会的責任の中心概念は、法的責任であり、法を遵守することであった。しかし、看護専門職に求められる責任は、単純に法を遵守するだけではない。「包括的指示」を活用し、「療養上の世話」を自律して実践することで、いつでも対象者の健康を守る行動が求められる。第二に医療財政、組織の財務的経営にも関心を寄せ、経済的責任を果たす課題、第三に健康管理に責任を持つ専門職の立場から、健康政策への提言により人々の健康を守る課題である。この2つの課題には、目の前の看護の結果に左右されるだけでなく、対象者の将来を見通し、社会や医療、財源の先を見通す力が求められる。そのためには、看護基礎教育から、経済的責任や政策提言の意義を伝え考える機会をもうけること、現任教育においては、社会情勢を鑑みた実践活動ができる環境づくりが求められる。

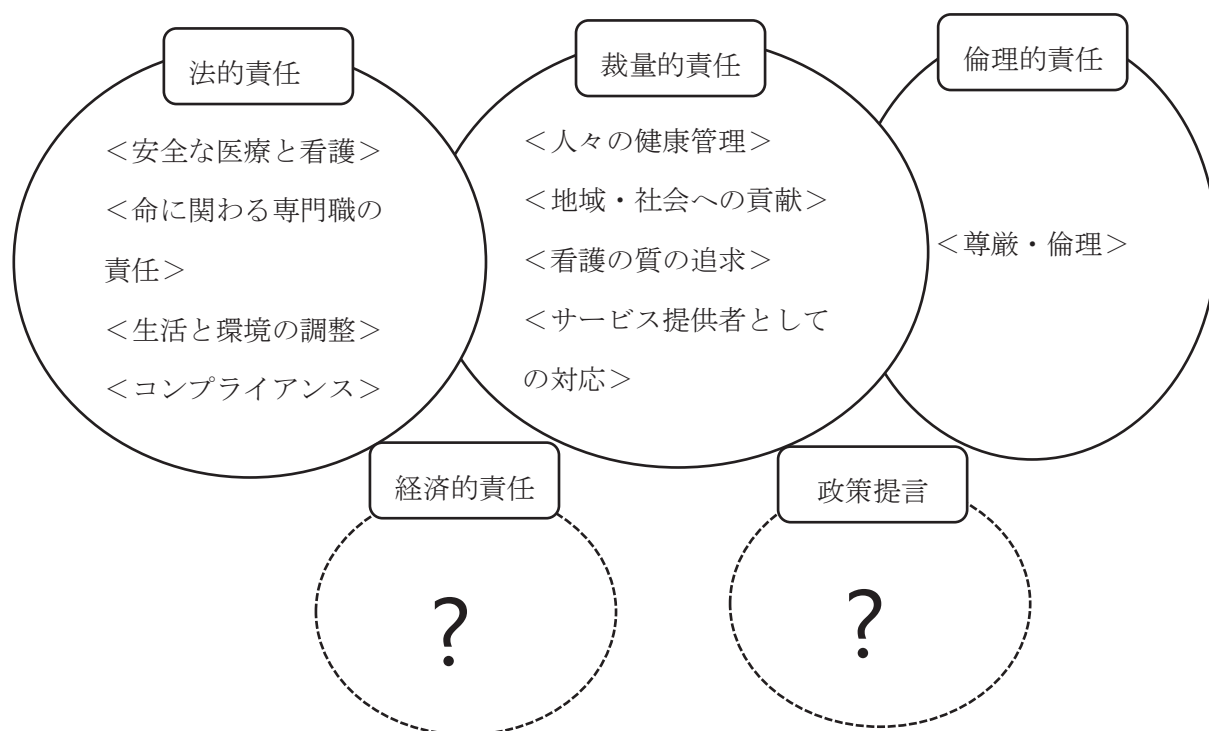


図 3-4-1 看護職が認識する社会的責任の特徴

第五節 看護職の well-being と看護職と社会的評価からの考察

1. 看護職が認識する社会的評価

1) <社会に認知される質の高いケア>

<社会に認知される質の高いケア>は、【質の高い提供現場であることで高まると思う】の文章に表されるように、看護職の社会的評価は、看護ケアへの評価であると認識する結果である。この現場とは、医療提供の場であり、看護の成果が医療組織全体の質向上にも帰結することを認識した結果である。医療の質は、Donabedian (1966) によって提唱された3側面 (Structure、Process、Outcome) から測定されることが多い (内布 2019)。Outcome は、【質の高い看護の提供により、患者とその家族が安全、安心して入院生活、地域生活が送れる】結果として受け止められている。患者やその家族からの評価が高まることは、総じて看護職の社会的評価の向上にも影響すると認識し、質の高い看護と関連付けていると推察する。さらに質の高い看護は、【専門職組織を通じ看護の質を高め、資質の向上を通じ社会に貢献】や【看護師の学ぶ機会が増え、質の高い看護師を育てられる】という、専門職組織の活動および看護職の継続学習による質の高い看護職の育成も社会的評価に重要であると認識されていた。専門職組織とは、日本看護協会をはじめとする看護職の職能団体を指し、看護師の学ぶ機会とは、リカレント教育を指していることが考えられる。文部科学省中央教育審議会将来構想部会第14回制度・教育改革WG (平成30年5月15日) の報告書でも、看護に言及した将来の人材不相当を補う視点から、現場におけるリカレント教育の見直しが議論されている。看護職は、社会的情勢を認識しながら、さらなる教育の充実を望んでいることを反映した結果であると推察する。

<社会に認知される質の高いケア>には、『看護』の『地位』の語も抽出された。この結果は、【女性の地位が社会に認められることと同義】であるという記述にみられるように、女性の地位向上に帰結して認識していると考えられる。亀山 (1985) の「近代日本史IV—看護婦と医師」にその歴史を見てみると、明治40年代に入り大学病院の医局制度に影響された医師のヒエラルキーが形成され、医師の牙城としての医療界が形成され看護職の職務に医師が著しい影響を与え、「看護婦の業務はほとんど八割が医師の補助」という現在の看護界の通底ともいえる考え方が定着したと報告している。同時に「このようなことが平然と行われていた背景には、単なる医師—看護師間に生じた学歴差や職業差別による上下関係ではなく、性差別が横たわっていたことに気付く」とも記されている。医師と看護職の関係は、ヒエラルキーだけでなく、その根底にあるジェンダーに関連する歴史的背景を有しながら

も、看護職は職業的自立を目指して進んできた。現在も法的効力を有する1985年成立「男女雇用機会均等法」(労働省)に代表される「男女共同参画社会基本法」(内閣府1999年6月23日交付施行)などに後押しされる形でアフェーマティブアクションが実施されている。これらの国の動向は、看護職の社会的地位の向上にも影響することとなり、歴史的背景を有する中で【女性の地位が社会に認められることと同義】として認識している看護職も存在していると考えられる。

2) <連携による健康支援>

<連携による健康支援>は、<社会に認知される質の高いケア>の『提供』から繋がる結果であった。この結果は、多職種連携や地域連携によって、質の高い看護の提供を可能にすることで、社会的評価が向上すると認識していると推察される。

厚生労働省の「在宅医療の最近の動向」によると、2039年～2040年には、高齢者の増加による36万人以上の死の増加が予測される多死社会となり、現在の医療制度のままでは終末期医療を支えきれなくなる問題を抱えている。社会の人々は、病気になっても、また人生の終焉に向けて、自宅での療養を望む人がいる一方で、半数以上が施設を希望している現状である(日本医師会総合政策研究機構 2017)。国は、社会保障制度の死守に向け、在宅医療を発展させる一環として、医療的ケアを受けながら、地域社会でその人らしく生活できる支援を推進する地域包括ケアシステムを展開している。そのため、健康・不健康を問わず人々を支援する専門職としての看護職への期待は大きい。看護職は、現代の社会情勢を受け、【地域にあった予防医療】や【地域看護の充実により、地域で生活できる人が増える】という、社会的活動に伴う評価を得ることが、看護職の社会的評価に影響するという認識も持ち得ていると推察する。

具体的文章には、多死社会を迎えるにあたり、【在宅医療を中心に多職種連携により円滑な地域作りができる】に表されるように、チーム医療の中で、看護職が重要な役割を担い多職種連携が必須であることを認識した結果が得られた。2018年度の診療報酬・介護報酬同時改定に関連し、例えば、薬局で働く薬剤師の積極的な住民への関りの促進が示されている。しかし、薬局薬剤師を対象とした研究では、地域と薬局の連携の必要性の認識はあるが、多職種連携として実践されその実績を得ている割合は低い(舘ら 2019)。この改定には、救急医療、小児医療、周産期医療の充実を目指す課題が明記されており、看護職は、オンライン診療の積極的活用による連携の役割が望まれている。さらに医療的ケアを必要としながら学校に通う子どもの健康に関する養護教諭との連携においても、看護職の役割が必要と

されている（沖本ら 2018）。看護職は、オンライン技術の活用の視点や施設以外の場における看護活動など、人々の健康支援について何が出来る職業なのか、【公的機関への協力、参加】を通して【存在のアピール】をすること、【医療、保健、福祉でリーダーシップをとる】ことが社会保障制度の存続と人々が望む生活を送るために看護職が重要であり、看護の社会的評価の向上に繋がることを認識している。

『連携』『職種』に繋がる『医師』が抽出された結果は、保健師助産師看護師法によって「診療の補助業務」を認められた看護職の特徴を表しており、他職種の中でも、『医師』との連携を特に重視していると考えられる。この結果は、医師の指示の下の看護職ではなく、医療に携わる看護専門職として『医師』との対等な『立場』で医療を提供できることが、社会的評価の向上には必要であると認識していると推察する。看護職は、多職種連携の中の看護がさら実働していく必要性を認識し、【地域、他職種など社会の中での交流を通じて発展させる】ことが重要であるという、より高次の看護職としての活動の必要性も認識した結果と考える。ている。

3) <対象者の満足>

<対象者の満足>は、<社会に認知される質の高いケア>の『看護』から繋がっていた。質の高いケアの結果は、<対象者の満足>として表れることで、社会的評価に繋がると認識していると考えられる。

医療の質評価の日本における取り組みは、1995年病院機能を評価する第三者機関が設立されたことに始まった。前田ら（2003）は、この取り組みは、既述した Donabedian（1966）の構造（Structure）とプロセス（Process）に値し、成果（Outcome）が欠如していることを指摘している。そのため Outcome 指標の一つとして、患者満足度を使用し別に調査を行った結果、医師がどのように患者に関わるかによって、患者満足度は左右されることが明らかとなり、それが治療コンプライアンスの向上への影響要因であったと述べている（前田ら 2003）。本結果では、【サービスではなく医療への満足度】が社会的評価に影響するという認識がみられた。医療への満足度は、医師の関り方による、患者の治療コンプライアンスという結果だけでなく、看護職の医療への関わり方も重要である。奥田ら（2012）は、入院患者を対象にした調査によって、医師だけでなく、看護職とのコミュニケーションの高評価が患者満足度に影響することを明らかにしている。【笑顔があり治癒または退院】することは、日々の実践の良好なコミュニケーションによって、医療と看護に対象者が満足した結果と

認識していると考えられる。

現在では、質の高い日本の医療を国際化社会に対応すべく、外国人患者受け入れ医療機関認証制度（2011）も発足し、文化を問わず看護職が【満足のいく入院生活、社会生活ができるように援助】することが求められる。＜対象者の満足＞の満足が高まるためには、その基礎として【患者への対応が良い】という良い関係を築く一歩が重要であると認識する結果と考えられる。

4) <有資格者としての責任ある行動>

<有資格者としての責任ある行動>のカテゴリーは、【一人一人が責任ある行動をとる】という、有資格者としての責任ある実践が社会的評価に関連すると認識する結果である。看護職は、保健師助産師看護師法をはじめとする看護に関連した法律の遵守、および看護者の倫理綱領に基づき各人が専門職としての責任を認識しながら看護を実践することに、【その分背負う責任も増大する】【責任が重くなるが、その分やりがいが持てる】という認識を有しながらも対峙していることがわかる。この結果は、有資格者として無資格者と異なる専門性が求められていることを認識し、社会的評価を受ける以上は、看護職は有資格者たる専門職としての実践が求められており、そこに付帯する責任を当然と認識していることを表している。やりがいという正の負荷と同時に、命を預かる重責に伴う精神的負の負荷も認識している。両側面の負荷に対峙するためには、【自分の仕事に責任を持ち日々精進する】ことが求められていると認識している。【高卒も大卒も同じではなくなる】という回答は、看護職の高等教育化がある中、准看護師教育から大学院教育に至るまで、様々なレベルの看護基礎教育を有する背景に、看護基礎教育の質格差は、看護判断のばらつきによるケア水準の質格差に帰結する可能性があることを認識した問題意識を有していることが推察される。看護職は、【学び働くことができるよう教育面の充実が図られる】に表されるように、与えられた職務をこなし、受動的学習をするだけでなく、看護専門職として更なるリカレント教育の充実を望む結果と考えられる。

5) <信頼関係>

<信頼関係>のカテゴリーは、看護職への『信頼』が社会的評価を高めると認識する結果である。田尾（2001）は、ヒューマンサービスの特性に関し「対人的であるために、信用や信頼が、その可否や是非を決定する非常に重要な要素になる」と述べている。看護職は、対人関係をとおして健康支援をする専門職である。そのため、本研究結果において、<信頼関係>の重要性の認識を表す結果が抽出されたと考えられる。また、米国と日本の看護者の倫

理綱領を比較すると、「患者や社会との信頼の上に職業が成り立っていることを受け入れる」に該当する条文は、ICN（国際看護師協会）の倫理綱領およびANA（米国看護師協会）の倫理綱領には見られないが、日本看護協会の看護者の倫理綱領には、その条文を持つ特徴がある（山本ら 2017）。信頼とは、「信じて頼りにすること。頼りになると信じる」（デジタル大辞泉）ことである。看護者—患者関係において、信頼関係が存在するとは、複雑に施される医療に対し、対象者が看護職を信じ頼りすることと同時に、看護職が対象者が頑張れると信じる事である。【信頼関係が成立した上で専門職として評価される】の記述は、一方向的な信頼ではなく、両方向の信頼を前提にしていると考えられる。

<信頼関係>には、日本の文化も関与していると考えられる。太田（2011）は、『恥の文化』のもとでは絶対的・普遍的な行動基準があるわけではなく、何をすればよいかは世間や周囲によって決められる」と、日本の文化の特徴を述べている。そのため、例え同じ看護による同じ結果であったとしても、「世間や周囲によって決められる」判断基準も大切にしながら、看護職の倫理行動として日々の看護を遂行していると推察する。

また、看護職が対象者からの【信頼、感謝の積み重ね】をすることは、社会的評価の向上に影響すると認識していた。生活習慣病に代表される慢性疾患に疾病構造がシフトした現代は、治療には患者のライフスタイルや生きがいなどを尊重した全人的アプローチ（前田ら 2003）という、コンプライアンスからアドヒアランスへの転換が求められている。アドヒアランス中心の医療では、対象者を捉え、対象者に寄り添うことなしには、対象者に必要な看護を提供することはできない。そのため、日々相互に信頼し、感謝する関係性を大切にすることが、社会的評価の向上に繋がると認識する結果と考えられる。

6) <看護への関心>

<看護への関心>のカテゴリーは、『人』の語に特徴づけられた。具体的には、入院から在宅生活に至るまで、患者の【安心した生活に看護が役立つ】経験を積み重ねることで、人々が看護への関心を高め、看護の価値を認識し、【看護の需要が増える】ことを期待した結果である。この期待は、周囲の人々から【大変な仕事】と言われる経験を含めた【厳しい労働条件だけではなく、日常的に行っていることを評価してほしい】思いや、看護職の法的処分に関する側面だけでなく【良い看護実践を一般の人が知る】ことを望む結果として抽出された。この結果は、社会の人々が認識している看護と、看護職として認識している看護に相違を感じている看護職の存在を示すと考えられる。看護は、人類の出現と共に、人が人に対して当然行ってきた歴史を有する。そのため 1950 年以降、急速に発展した看護の学問を基礎

とした専門職としての看護実践との相違が、まだ広く社会の人々に知りわたっていないのではないかと感じている結果であると推察する。

また、看護職同士での〈看護への関心〉として、【継続して働く人が増える】という記述がみられた。これは、離職することなく看護への誇りをもって働き続けて欲しいという、看護職間における看護への関心を高めたい思いを表した結果であると考えられる。看護職の人的資源に関し、看護職の人員配置の満足度は低いことが指摘され（中島ら 2009）、仕事を終えるのに十分な看護師の配置によって職務満足が向上する（仁戸部ら 2017）ことが明らかにされている。2017 年日本看護協会の病院看護実態調査によると、離職率は正規雇用看護職で 10.9%、新卒看護職で 7.6%と過去 5 年で横ばい傾向ではあるが、いまだ小規模病院ほど離職率が高い傾向にある。これは、看護職として誇りを持ち看護への関心が高ければ、実践能力を高く発揮できる職場で看護職が相互に刺激し合い、看護の質を高めながら継続して働き続けるが、看護への関心が低い場合、生活のための労働となりやすく、高い報酬やより良い労働条件を求め、短期での離職が繰り返されることとなる。短期での離職は看護職としての一貫したりカレント教育を受ける機会を失い、経験知に頼らざるを得ない質の低い看護職として、質の低い看護を提供してしまう状況となることが危惧される。自己の看護への関心の高低はケアの質にも関与し、ケアの質は既述したように組織の Outcome に影響することから、社会的評価への影響もある。看護の質低下を危惧し、組織の Outcome 向上を認識した結果【継続して働く人が増える】【看護師になりたいと思う人が増える】などを認識した結果が得られたと考えられる。さらに、総務省（2018）の報告によると、少子高齢化の予測は、2025 年に高齢化率が 30%となる反面、生産年齢人口の減少が見込まれ看護職の人的資源確保は今後ますます困難になる。そのため、AI (Artificial Intelligence)・IoT (Internet of Things) の積極的活用が求められているが、AI・IoT の利活用により、疲弊せず看護本来の仕事に集中できる環境作りを模索しながらも、少しでも【看護師になりたいと思う人が増える】ことを期待する結果であると推察する。

7) 〈関わる人からの承認〉

社会的評価が高まることは、【うれしいこと】【自分の人生のやりがい】【モチベーションの向上】として抽出された。これは、〈関わる人からの承認〉という、日々の看護において目の前の対象者から感謝の言葉を受け取ることが、看護のやりがい、職務満足に繋がる結果であると考えられる。前田ら（2003）は、「プロフェッショナルが育つ条件は実力がきっちりと評価されること、その実力に対して経済的な報酬が支払われることであり、医師の場合

『治療効果』と『患者満足度』による客観的評価である」と述べている。看護職は、看護専門職として【看護師本来の仕事を全うすること】によって、看護の効果と対象の満足が客観的に認識され、看護の評価となり得ると考えられる。＜関わる人からの承認＞の積み重ねは、看護職の【ライフワークとして看護の仕事をつづけたときに誇りを感じる】結果として表れている。そこには、命に関わる責任の重さや対人支援ならではの苦勞を乗り越えながら、看護の『仕事』が『理解』された結果として認識していると推察する。

一方、【評価自体に興味がない】という結果も得られた。この結果は、患者からの感謝の言葉等に価値を置かず、看護専門職として看護を実践することに価値を置いているのか、あるいは対象者や上司、同僚からの承認に価値を置かず、自律した価値観のもと看護を実践しているのか、本調査ではその真意まで抽出できない。しかし、他者や社会からの評価を承認欲求に鑑みて解釈すると、太田（2019）は「承認欲求は本来、人間の正常な欲求の一つ」とし、「そもそも承認は、相手の意思によるものであり、相手が認めなければ満たされず、他者からの期待をどれだけ認知したのか、期待から受けるプレッシャーが自己の不協和となりうる」と述べている。このことから【評価自体に興味がない】とは、他者からの正の影響を受けないがゆえに【幸福には繋がらない】と認識、あるいは他者と自己の承認の不協和によって【幸福には繋がらない】との認識を有しているのではないかと推察される。

8) <労働条件>

<労働条件>のカテゴリーは、『労働』『環境』『改善』の語に特徴づけられた。<労働条件>は、社会的評価の向上によって改善されると期待する認識であると考えられる。2007年「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」が策定され、2011年から日本看護協会でもワーク・ライフ・バランス推進事業が始まり、日本全体で働き方改革が推進されていることを受け、看護界全体でも『労働』『環境』の『改善』が注視されている。看護職の労働環境として問題視されている点は、医師の長時間労働とは異なり、1ヶ月72時間を超える夜勤が常態化することで、起床時の疲労、余暇を外出せず自宅内で過ごす時間が増える生活をしていること（佐々木 2019）、看護職の夜勤や勤務間インターバルの労働環境の改善が必要であること（厚生労働省 2019）などである。2006年診療報酬改定において、看護職の月平均夜勤時間を「72時間夜勤」以下にすることが定められ、2015年日本看護協会による調査では、看護職の夜勤が64時間以下と80時間超の2極化の現状が明らかになった。そのため現在も、医療安全の面を含め「72時間夜勤」を守り続ける必要性が示されている。看護界では様々な労働の在り方を検討し改革を進めた結果、一般労働者の離職率

11.4%と比較すると看護職の離職率は、正規雇用で 10.9%、新卒で 7.6%（日本看護協会の病院看護実態調査 2017）と低い水準である。それでもなお、看護は交代制勤務であり、看護職の身体的・精神的負担の軽減への期待が込められた結果であると考えられる。2018 年には「働き方改革」法案（厚生労働省）が通過し、社会全体で少子高齢社会および働く人のニーズの多様化への対応が求められる。その潮流において、看護職は【時間外労働が減る】こと、看護の【労働実態、給与実態など社会に理解してもらう】ことを求めている。看護職のこの要求は、単に労働時間を短縮することだけではなく、質を下げることなく労働環境を改善するために、国民にも適切な医療利用方法を理解してほしいという、社会保障制度存続のための問題提起的含意も表出されていると考えられる。看護の質を下げずに労働環境を改善したい一方、業務独占を有さない看護職の職務は他職種への移譲が容易である。看護助手や歯科衛生士、介護福祉士等、現在、働き方改革として進められている看護業務のタスクシフティングは、翻って考えると職業アイデンティティの存亡の危機とも換言できる。そのため、誰でもできる職務ではない、社会から【医師の下で働いているという考えの排除】の必要性を認識していると推察する。＜労働条件＞の категорияには、社会的評価の向上によって、看護の専門性を発揮できる労働環境であることを望み、同時に医師との良好な関係性を発展させる形で、患者への質の高いケアを実践することで、社会的評価の向上に帰結できる労働環境への希望が表出されていると考えられる。

9) <労働対価>

<労働対価>の категорияは、社会的評価の向上によって、『給料』『アップ』を望む結果であった。記述された【看護師の仕事が評価され、給料があがる】とは、看護の効果が適切に評価され<労働対価>を適切に受け取ることと推察される。看護職の給与は、基本給のほか夜勤に対する手当によって対応している。夜勤手当を 5 年前と比較すると三交代制勤務で 11.7~11.8%の増額、二交代制勤務で 9.3%の増額が見られ、夜勤に対する心身の負担が対価によって認められつつあった（日本看護協会 2011）。その後、物価上昇に伴う実質賃金の上昇がある中（厚生労働省 2019）、看護職の夜勤手当に変化はなく、逆に、勤続 10 年の中堅職員の平均基本給与はわずかに減少している（日本看護協会 2018）現状がある。そのため、看護職としての労働内容が、看護職が認識するほど、『給料』には反映されていると考えにくい結果として表れたと考えられる。

太田（2019）は、承認について、働く人の意欲を高める望ましいものとして認識され、意欲の向上によって組織や社会のパフォーマンスも向上させる一方で、組織が陥りやすい点

として働く人に対し心理的報酬だけで済ませようとするものであることを指摘している。経験年数 11 年以上の看護師において職務満足が低い（吉田ら 2017）結果は、それまでの成長過程の中で得てきた他者からの承認のみでは、職務満足の向上には限界があるという結果であると考えられる。生活を営む上でも、承認だけではなく、金銭的評価や生活の保障も求めるのは当然である。そのため、看護職は、金銭的評価を社会的評価の一つと認識し、【看護料として算定】されることを望む結果である。病院経営は営利を目的とせず、医療の質と安全を維持・向上させられるだけの財政基盤を目的とした経営が求められる（中谷ら 2019）。「看護料」は、2000 年以降「入院基本料」として算定され、医療機関がその機能を十分に発揮しているかが評価の対象となる。看護の【専門性が増し、給料が上がって待遇が向上する】ためには、医療における看護の成果を明確にし、そこへ診療報酬として評価されるだけの成果が見いだせるような看護を実践することが、ひいては社会的評価となることを認識していると考えられる。看護の専門性が認められるためには、急性期医療、医療的ケアを受け生活する人々への支援、終末期医療など、医療施設に留まらず、社会が必要とする場所で、求められる看護実践が欠かせない。＜労働対価＞の категорияには、看護の【専門性が増す】ことで、社会的評価が向上し、『給料』『アップ』を望む希望が包含された結果と考えられる。

2. 看護職が認識する社会的評価から得られた示唆（図 3-5-1）

看護職の社会的評価を構成する中心となる認識は、対象者に対する他職種や地域との＜連携による健康支援＞によって、＜社会に認知される質の高いケア＞を『看護』『提供』し、＜対象者の満足＞という結果となって表れることで、社会的評価が向上すると認識することであった。野村（2015）のプロフェッショナリズムの定義に照らし考察を進めると、看護職は、社会的評価に対し、次のような関係を認識していると推察する。それは、プロフェッションとして社会に約束するサービスの質の保証を示す＜有資格者として責任ある行動＞、利他的な奉仕を示す＜連携による健康支援＞、道徳心・誠実さを示す＜信頼関係＞によって看護実践をすることで、＜対象者の満足＞＜社会に認知される質の高いケア＞という看護の Outcome に繋がる。看護の Outcome は、社会からプロフェッションに与えられる精神的報酬として＜関わる人からの承認＞、経済的報酬として＜労働対価＞が得られるという関係である。この社会的評価が得られるためには、看護職が専門職としての実践を社会に約束することと同時に、労働環境としての＜看護への関心＞、＜労働条件＞を整えることも看護

の Outcome に影響することを認識した結果であると考えられる。しかし、＜看護への関心＞＜労働条件＞および＜労働対価＞に関しては、充足されていないことを示唆する要望に近い表現が抽出された。また社会が急速に変化する局面を迎えた現在、医療に関わる看護職として時代の要請に応えつつ、質の高い看護を提供するための行動をどのように実践しているのか模索している様子も推察され、労務環境調整や質向上のリカレント教育を含めた課題が示唆された。

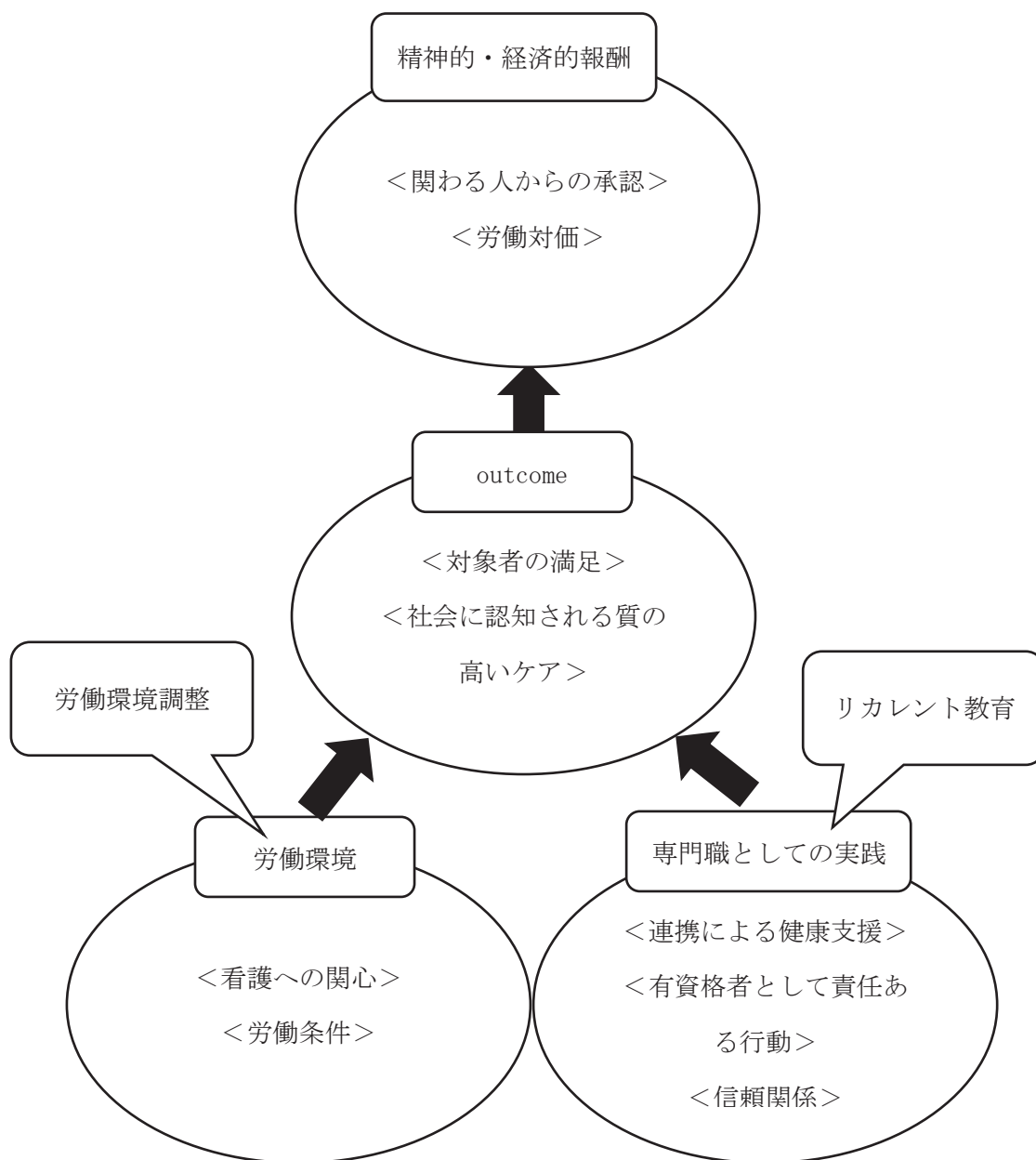


図 3-5-1 看護職が認識する社会的評価の特徴

第六節 看護職の well-being と属性および看護実践環境からの考察

1. 看護職の well-being と属性の関連

1) SWLS (The Satisfaction with Life Scale) と属性の関連

大石 (2009) は、「誰しも理想の人生を歩んでいる人は、自分の人生に満足している人である」と考える点では、共通の認識があると予想される」と述べている。そのため、「ほとんどの面で私の人生は私の理想に近い」の質問項目の平均値が低い看護職は、理想と現実の乖離を認識し、人生に対する満足度が低い結果であると考えられる。King et al. (1998) は、日常生活での目標と人生の最終目標との一貫性も人生に対する満足度の重要な規定要因であると述べている。理想に近づき満足した人生を送るためには、目の前の看護実践に関する目標だけではなく、それまでの看護実践に満足し、つぎの目標に向かう行動が必要である。また看護職の well-being には、職業人としての目標だけではなく、日常生活での目標も重要となる。看護職が理想の人生を歩むためには、人生における一貫性のある目標を掲げ、一歩ずつ人生の理想に向かって進んでいると認識できる環境を作り出していくことが大切であると示唆された。

看護職の SWLS に関連する要因は、性別、子どもの有無、健康認識、活動意欲、バランスの良い食事、決まった時間の食事、介護者があることであった。これらは、島井ら (2018) や齋藤ら (2018) の女性、有配偶者、一定の教育歴がある者の方が幸福度は高い結果、宗 (2018) の家族関係満足度、食生活満足度、健康満足度の影響が認められる結果、小林ら (2018) の幸福のイメージについて、家族、生活をイメージして記述した人の方が、より幸福を感じる結果と同様の結果と考えられる。

まず看護職の SWLS との関連には、健康認識がみられた。看護職は、健康認識は高いが、身体的疲労や活動意欲の低下を認識しやすい状況であった。この結果は、常に変化する看護という現場に対応することによる疲労であると推察される。つぎに性別や子どもの有無との関連がみられた。Erikson (1950) は、成人期には「世話」の発達課題を有するとしている。福島ら (2019) は、「世話」の発達課題への取り組みについて、「他人に与えると同時に同様のものをもらえるという関りのありかた」という相互関係は、子どもを持たない成人でも、社会的活動によって「世話」を発達させることで幸福を高めることができると述べている。そのため、成人期にある看護職の well-being は、子どもの有無が関連する結果であるといえる。また看護職は、対象者を看護するという活動によって well-being を高めることができる。Mayeroff (1987) は、「ケアシケアされるという関係性の中で、人

間が本来持っているポジティブな人間性が発現し、ケアされる側もケアする側も、自己実現を遂げていくととらえることができる」と述べている。看護職は、非常に多様で多数の他者との関係構築を求められる。ケアの関係性が「世話」をはぐくむケアリングの関係となり、ポジティブな人間性を発現することができれば、対象者と共に看護職の well-being は向上すると考えられる。

また看護職の SWLS は、看護師資格、希望の部署で働くこと、認定看護師、経験年数という看護職としての経歴と関連していた。看護職の SWLS と学歴に関連はなかったが、看護師資格が関連する結果は、どのような教育課程であるかより、看護師資格を取得後、どのような看護実践ができるかということに、SWLS が関連すると推察される。

看護職の SWLS は、給与満足、休暇取得満足の労働条件との関連もみられた。給与の well-being への影響について Kahneman (2006) は、年収 7 万 5000 ドルくらいまでは well-being を上昇させるが、それ以上の年収は well-being に影響を与えないことを明らかにしている。看護職は、経験年数によって給与が決定される年功賃金である医療機関が多く、well-being に影響を与える年収に達するまでには年数を要する。給与満足は SWLS に関連するものの、給与に満足している看護職は 23.2%と低い結果は、給与による SWLS との関連に差異を生じる結果と考えられる。休暇取得に関しては、看護職は交代制勤務であり、厚生労働省の労働時間調査でも看護職の場合は、長時間労働は問題ではなく、休暇も医師に比べ取得できている (厚生労働省 2019)。十分な休暇は疲労回復のために必要であり、さらに余暇や家庭生活という面からも well-being に関連するものと考えられる。

2) 幸福の 4 因子と属性の関連

「自己実現と成長」は、学歴、看護師、認定看護師、希望の部署、経験年数、他の職業経験、活動意欲、バランスの良い食事、運動習慣が関連していた。学歴や認定看護師が関連する結果は、自分がめざす看護に向かって自ら学習する行動が看護職の well-being には大切であることを示唆している。また看護職が希望の部署で働くことは、自分が目指す理想の看護に向かうこととなり、「自己実現と成長」を支える結果であると考えられる。経験年数が関連する結果は、看護専門職としての成長を長期的な視点から俯瞰視する年数が必要であることを示すと考えられる。他の職業経験は、希望を持って看護職を目指してきた意志、現状で満足せず革新を目指す行動との関連であると考えられる。これらのことから、「自己実現と成長」は、特に看護職としての経歴が関連すると言える。さらに運動習慣が関連する結果は、Pelham (2009) の研究で、週 6 日までは、運動する日を増やすほど well-being が高まる

結果と同様であった。仕事と平行して運動習慣を持つ看護職は、運動を継続する能力やなりたい自分になる自己実現が生活の中にも及んで存在しており、この因子が高い看護職は、生活全体に自己成長する能力を高く有すると考えられる。

「前向きと楽観」は、認定看護師、健康認識、疲労感、活動意欲、バランスの良い食事が関連していた。認定看護師が関連する結果は、自己が実践したい看護に向かう環境を自ら作り出し、行動する前向きさを認識した結果を示すと考えられる。また健康認識に関する項目が多かった結果は、不健康であることは、健康であるときよりも、いかなる状況でも前に進むエネルギーがなくなる。そのため生活の基本となる休息や食生活によって、健康であり続けられ、活動意欲を回復・維持できることが重要であることを認識している結果であると考えられる。看護職の「前向きと楽観」を高めるには、看護職が疲労から回復するための健康支援の重要性が示唆された。

「独立とあなたらしさ」は、性別、学歴、認定看護師、経験年数、給与、健康認識、活動意欲、疲労感、バランスの良い食事が関連していた。性別が関連する結果は、日本の被雇用者を対象とした研究では、女性の医療・福祉職は、他人のことを気にしすぎてしまい、他者の発言に影響を受けやすい傾向がある（田中ら 2019）と言われている。男性看護職の方が他者と比較せず、自分らしく働く傾向にあるという結果は、その結果が反映されたと考えられる。学歴、認定看護師、経験年数の看護職としての経歴が関連する結果は、知識や経験が自信となり、自分らしく働くために必要であることを示唆するものである。また「独立とあなたらしさ」と給与の関連が抽出された結果は、看護職全体の給与満足が低いなかにも、ほどほどで満足していることを表した結果と推察する。さらに「独立とあなたらしさ」は、健康に関する項目が関連する結果から、他者の健康支援をする医療者自身の健康が重要であることを看護職が認識し、健康を守り働く労働環境の重要性を認識している結果が示唆された。

「つながりと感謝」と属性に関連は見られなかった。そのためこの因子は、生活や看護職としての経歴、労働条件、健康認識との関連ではなく、看護を取り巻く人々との関係がどのようなものであるかに影響を受ける結果であると推察する。

2. 属性との関連から得られた示唆 (図 3-6-1)

看護職の SWLS は、性別、子どもの有無、介護の有無の「生活」、看護師、認定看護師、経験年数、希望の部署の「看護職の経歴」、給与、休暇の「労働条件」、健康認識、活動意欲、

バランスの良い食事、決まった時間の食事の「健康」と関連していた。幸福の4因子「自己実現と成長」は、学歴、看護師、認定看護師、経験年数、他の職業経験、希望の部署の「看護職の経歴」、活動意欲、バランスの良い食事、運動習慣の「健康」と関連していた。幸福の4因子「前向きと楽観」は、認定看護師の「看護職の経歴」、健康認識、疲労感、活動意欲、バランスの良い食事の「健康」と関連していた。幸福の4因子「独立とあなたらしさ」は、性別の「生活」、学歴、認定看護師、経験年数の「看護職の経歴」、給与の「労働条件」、健康認識、活動意欲、疲労感、バランスの良い食事の「健康」と関連していた。

「看護職の経歴」と「健康」は、どの尺度にも関連が見られた。これは、看護職の well-being には専門職として自己の在り方を支える教育環境と健康を守る働き方が重要であることを示唆し、また看護職が求めていることを示唆していると考えられる。例えば、専門職としての成長を支える教育として、認定看護師が関連する結果からは、個々の看護職の目標にあわせてリカレント教育を支える環境がさらに求められていると考えられる。また、本研究で明らかになった経験年数を積み重ねるごとに well-being が向上する結果は、様々に困難な状況の中にも成長を認識できる環境づくりも求められていることを示唆している。看護職は、自分は健康であるという認識は高いが、身体的疲労や活動意欲の低下を認識しやすいという結果であった。これは、休暇取得や長時間労働という労働条件の問題だけではなく、有効な休息の取り方や感情を含めた休息の質について検討する必要性を示唆している。

人生の多くの時間は、仕事に費やしており well-being への影響も大きい (Rath et al. 2010/2011)。看護職の well-being の向上には、影響要因としての遺伝を変えることはできず、環境を変えることが困難な時でも、どのような看護実践を望んで行動するのが重要である。

3. 看護職の well-being と PES-NWI との関連

本研究における PES-NWI のサブスケールの平均得点は、緒方ら (2008) の先行研究と比較した結果、「看護師と医師との良好な関係」「病院全体の業務における看護師の役割」「ケアを支える看護の基盤」「看護管理者の力量、リーダーシップ」で 0.03~0.16 高い結果であった。PES-NWI の平均得点が先行研究と比較し高い結果は、看護実践環境が整えられてきていることを反映する結果と考えられる。しかし、重回帰分析によって、PES-NWI が看護職の well-being に関連すると説明することは、有用ではないことが示された。看護職の職場におけるソーシャル・キャピタルと心理的 well-being および職務満足の関係は独立している

(小野 2018)。そのため看護実践環境の改善は、職務満足の上には影響するが、個々の看護職の well-being 向上に関連しない結果であると考えられる。well-being には、安定だけではなく、自ら高めていこうとすることが必要である (大石 2009)。看護職の well-being は、看護実践環境を整え、安定した職業生活を送るだけでは高まらず、熱意を持って看護実践をする行動の重要性が示唆された。

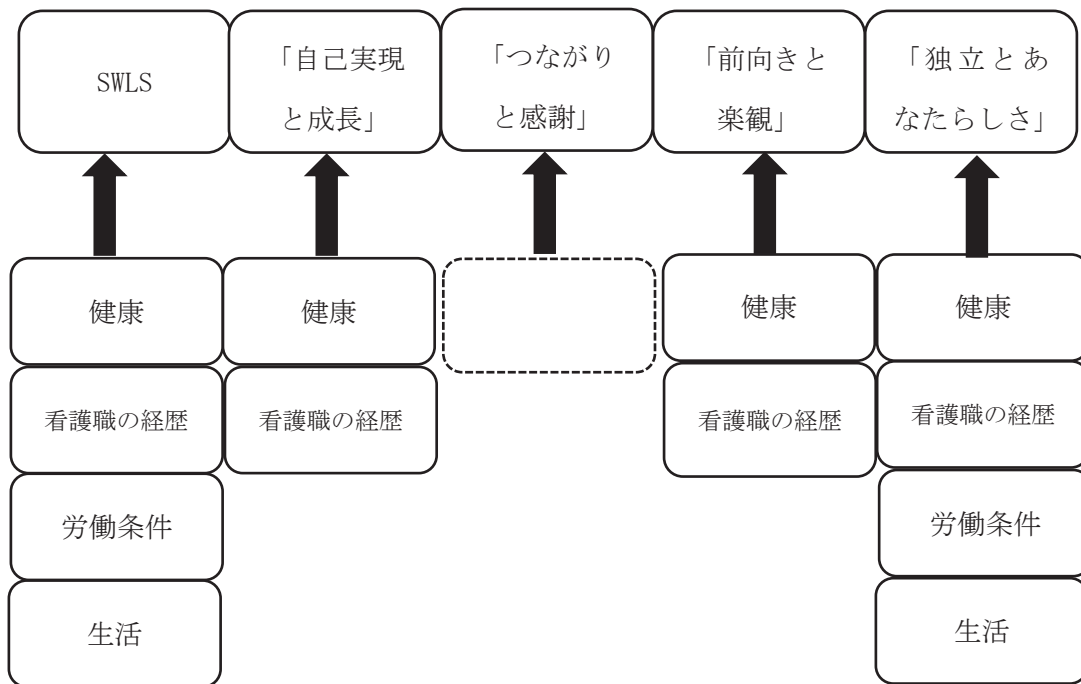


図 3-6-1 看護職の well-being に関連する属性

第七節 看護職の well-being と看護職の目標と理想、社会的責任、社会的評価からの考察

1. 看護専門職の3側面の測定尺度の妥当性

看護専門職の3側面の測定尺度の妥当性は、理想4項目の Cronbach's α 0.72、社会的責任の Cronbach's α 0.87、社会的責任の下位尺度である領域Iの Cronbach's α 0.80、領域IIの Cronbach's α 0.88、社会的評価5項目の Cronbach's α 0.83 であり、質問項目の内的整合性が認められた。目標設定3項目の Cronbach's α は0.32 であり、質問項目の内的整合性は認められなかったため、目標設定は独立した質問項目として、以下考察する。

2. 看護職の目標設定の特徴

看護職が目標を設定するとき参考にする評価は、「自己評価」の割合が多く、「同僚からの評価」の割合が少なかった。目標を「自己評価」によって設定すると認識する割合が多い結果は、看護組織における目標管理による支援が自己の振り返りの機会として習慣づいていること、日本看護協会が作成したクリニカルラダーによって各医療施設で教育が進められていることが、看護専門職としての自己の目標を見定めやすいことを示すと推察する。

目標設定における経験年数の比較では、経験年数1~3年および経験年数4~10年の看護職は、目標設定の際に「上司からの評価」および「同僚からの評価」を参考にする特徴がみられた。看護専門職の新しいメンバーとなって以降の10年間は、様々な経験を重ねる中で、外的基準であるクリニカルラダーや、上司や先輩、同僚といった他者の意見を参考に、自己評価と擦り合わせながら現在の自己を確認し、進むべき道を見定めていると考えられる。経験年数11年以上の看護職は、「自己評価」による目標設定が高い結果であった。幸福の4因子の「自己実現と成長」が経験年数11年以上で高い結果との関連は、10年間という看護経験の蓄積によって、看護職としてのアイデンティティが形成され、自己の成長を認識できるようになると考えられる。経験年数10年までの間は、クリニカルラダーに示されているように、臨床現場で求められる看護実践の内容も変化する。自己と他者の評価を擦り合わせの中で形成された看護専門職としてのアイデンティティは、看護職としてのコンピテンスの獲得の基盤として認識される。その結果経験年数11年以降の看護職は、「自己評価」によって「自己実現と成長」のための目標設定ができるようになると推察される。

目標設定の所属部署による比較から、手術・集中治療の看護職は、「上司からの評価」を参考にする特徴があった。手術・集中治療における看護実践は、生命危機にある医師中心の治療を支える看護という特徴を持つ。そのため、看護独自の機能を生かした実践よりも医師

を中心としたチーム医療の中で看護職同士よりも医師からの評価が影響すると考えられる。そのため、看護専門職としての自己をどのように認められているのかを確認しながら、目標設定をする傾向にあると推察する。

3. 看護職の理想の特徴

看護職の理想の認識は、「理想と日々の実践のギャップ」が最も高く 72.3%であり、経験年数や所属部署による差はみられない。「理想と日々の実践のギャップ」の認識は、状況により求められる看護が違うこと、それぞれの看護職が追究する看護実践の内容も一定ではないこと、対象により看護が変化するため、常に対象者にとっての最善を追究しているが、現状と理想とのギャップを抱えている結果である。看護職が認識する理想の中で、本来ならば対象のことを『一番』に考え看護実践をしたいが、『一番』に考えた実践ができない現状とのギャップを認識した結果とも合致する。

理想の認識に関する経験年数比較の結果では、経験年数 1-3 年は、「看護の理想が高い」「年々理想が高まっている」「理想と自己目標のギャップ」が高かった。「理想と自己目標のギャップ」は、学生時代の実習を通して知り得た看護実践と臨床実践との間に相違を認識することで、それまでに形成された自分が目指す看護の理想と比較して、自己の目標が追い付いていないと認識していると推察される。その一方で、「看護の理想が高い」「年々理想が高まっている」が高い結果は、経験学習の積み重ねが浅いため、理想に向かって努力を積み重ねている段階であると考えられる。

4. 看護職の社会的責任の実践内容の特徴

1) 領域I「法や倫理綱領を理解し社会的責任を全うする」

この領域には、「法や倫理綱領を守る」「個人情報適切な利用と保護」「医療専門職としての社会的責任を果たす」の 3 カテゴリーが含まれる。

(1) 「法や倫理綱領を守る」

1948 年に制定された保健師助産師看護師法は、改訂を加えられながら現在に至るが、看護基礎教育の早期より教授され、遵守を求められるものである。項目 1「看護専門職に適用される法、規則を守る」、項目 3「看護記録や研究データの改ざん、そのほか不正な書類の作成を行わない」は、94%以上という高い結果である。看護職が認識する社会的責任の中で、<命に関わる専門職の責任>、<コンプライアンス>が抽出された結果と、看護職の命を預

かる専門職として法の遵守は当然のことと認識する結果は合致する。

項目2「倫理的に適切といえる意思決定を行う」は、90%を下回っていた。看護職が認識する社会的責任の〈尊厳・倫理〉の中で、看護実践は、道德観念に基づく看護専門職として望ましい行動であることが示された。日本看護協会（2003）が示す「看護師の倫理綱領」の実践認識は高いものの、経験年数や所属部署による差が確認されない結果は、経験を重ねてもなお、その判断が適切であったのか、他にもっと良い選択があったのではないかと、さまざまな思いを抱えながら実践している結果を表すと考えられる。今回の調査対象は、病棟に勤務する看護職が多く、身体拘束や薬剤鎮静に関わる看護も多いことが推察される。手術・集中治療の看護職は、クリティカルな状況にある人々や何らかの理由で意思表示が難しい患者を対象とする。看護職は、それぞれが所属する場所で、安全に医療を提供することと、人としての尊厳を守ることの狭間で、倫理的判断に悩みながら日々の看護を実践していると推察される。

（2）「個人情報の適切な利用と保護」

項目5「患者の情報を守秘する」は、経験年数1-3年の看護職に比べ、経験年数4-10年の看護職で低かった。項目6「多職種で共有すべき患者情報の内容と範囲が判断できる」は、経験年数1-3年の看護職で低かった。経験年数1-3年の看護職は、患者の情報を単純に口外しないという守秘義務の遂行はできているが、どの情報をどのように利活用すべきか、という課題に十分対応できていない結果と考えられる。経験年数4-10年の看護職は、単純に口外しないという守秘義務だけでは看護実践ができないことを認識しはじめ、守秘義務について改めて問い直しながら実践していると推察する。この実践は、看護職が認識する社会的責任の〈コンプライアンス〉と〈尊厳・倫理〉に相当する。看護基礎教育を終了した看護職は、経験を重ねるごとに、それまで以上に多様な対象者や他職種の情報に触れることが多くなる。看護職は、単に法令に反しなければ良いということではなく、様々な立場にある人の尊厳をまもりながら、最善の看護を実践するための情報共有の方法を考えながら実践している結果と考えられる。

（3）「医療専門職としての社会的責任を果たす」

項目12「勤務時間外における専門職としての責務を果たす」は、90%を下回る結果であり、経験年数21年以上の看護職で低かった。この結果は、労働経済白書（2019）で示された、仕事のことを考えることなく心理的に仕事から十分に離れるという「心理的距離」ができていないと認識する割合が33.9%と高く、若年であるほどその傾向が高いことと同様であ

る。一方で看護職は、勤務時間外においても専門職であるという自覚のもと、私生活においても要配慮個人情報などの責任を認識した行動を示す結果であると考えられる。

2) 領域II「コミュニティ、専門職集団、社会への貢献」

この領域には、「自職種の専門集団への帰属・貢献」「地域の保健・医療・福祉活動に対する理解と貢献」「健康政策への寄与」の3カテゴリーが含まれる。

(1) 「自職種の専門集団への帰属・貢献」

項目14「看護専門職集団としての発展に寄与する」は、病棟および経験年数4-10年の看護職で低かった。病棟の看護職は、目の前の対象者に日々<生活と環境の調整>を実践する環境にあり、また<サービス提供者としての対応>を常に心がける傾向が影響し、日々の看護実践に責任を認識しながら業務を遂行している。そのため、項目13「看護専門職集団のケアの質の向上に寄与する」責任を認識し、ケアの質向上に関心を示すものの、未来に向けた看護専門職集団の発展への認識が低い結果であると考えられる。同様に、経験年数4-10年の看護職においても、目の前の看護実践にその責任を果たす時期であることが影響し、低い結果となって抽出されたと考えられる。

項目15「公衆と自職種の信頼関係を強めるよう活動を行う」は、経験年数1-3年の看護職で高い結果であった。経験年数1-3年の看護職は、看護職としての立ち位置や役割への理解を醸成している段階であり、目標設定で抽出されたように他者からの評価を参考にする特徴からも、他者との関係を築きつつ、周囲の人々に支えられながら、信頼関係を築いている現状を表す結果と考えられる。

(2) 「地域の保健・医療・福祉活動に対する理解と貢献」

項目17「地域医療・保健・福祉の活動に寄与する」、項目18「地域医療・保健・福祉の専門職・施設との連携を深める」、項目20「保健・医療・福祉制度について理解している」は、手術・集中治療の看護職で低く、外来・訪問看護の看護職で高い結果であった。外来・訪問看護の看護職は、社会で生活を送る様々な健康段階にある人々を対象としており、保健・医療・福祉制度の理解と連携、その発展は必須の事項であり、社会の変化に合わせた医療システムの変化を常に学習する責任を認識しなければならない。一方、手術・集中治療の看護職は、病院の中でクリティカルな対象者への医療を提供する看護職である特徴により、保健・福祉の活動との関連を見出しにくいと考えられる。

項目18「地域医療・保健・福祉の専門職・施設との連携を深める」は、経験年数4-10年の看護職で一旦低下するが、その後上昇し21年以上の看護職で最も高い。看護基礎教育の

中で連携の重要性を知識として学ぶものの、経験年数4-10年の時期は、病院内で短期間に療養上の問題を解決する看護が求められ、さらに後輩育成や院内での役割を担い始める。そのため、目の前の看護実践と業務に目標と責任を認識する傾向を表していると考えられる。この時期を越えた看護職は、徐々に経験知を深め、視野を広く持つようになり、看護職が認識する社会的責任に表れたように、〈人々の健康管理〉という社会で生活する人々の今後の健康状態の変化や、健康管理を予測した健康支援へと広がっていると考えられる。健康支援の広がりや、地域・医療連携の中で看護職としての役割意識を明確に持つようになり、〈看護の質の追及〉を地域・医療連携の中にも見出しながら実践している結果と考えられる。

(3) 「健康政策への寄与」

項目22「政治的活動に寄与する」、項目23「国際的な健康問題に寄与する」は、経験年数1-3年の看護職で高く、経験年数21年以上の看護職で低い結果であった。この結果は、国際看護学に関する科目が、2009年の看護基礎教育カリキュラム改正を機に教授されるようになったこと、近年医療政策に関する科目が大学教育としてカリキュラムの中に入ってきたことが影響していると考えられる。看護政策に関するカリキュラムは、米国では米国看護大学協会が看護学部教育の必須要素の1つに挙げている一方で、日本では1998年から大学院の専門看護師教育課程の共通科目として「看護政策論」が設定されたが、歴史はまだ浅く、教育内容も大学によってさまざまである(池田 2018)。看護系大学での政策に関する学部教育の実態調査(田中 2005)では、政策関係の科目を開講している大学は少なく、看護政策科目についてのモデルがほとんどないとされている。本研究の結果より、経験年数が浅い看護職が政治的活動に関する認識を高く持つ結果は、一定のカリキュラム改正による学習の成果を表すと推察される。しかし経験年数4年を超えて低下する結果は、一人前から中堅の看護職としての日々の責務に追われ、目の前の看護実践と、政治的活動の関連を見出しにくくなっているともいえる。「健康政策への寄与」は、看護職全体でも低い実践であり、久常らの実態調査(2003)において約35%の看護職は、看護業務に関連した政策の決定過程に対する関心が、「あまりない」か「まったくない」と答えていることに合致した結果ともいえる。

項目21「保健・医療・福祉の社会政策の形成に寄与する」、項目24「公的機関に協力する」は、経験年数1-3年の看護職で高く、経験年数4-10年の看護職で低かった。壬生ら(2017)は、在宅看護に関する教育について、1997年に看護師養成課程に導入されたが、学問的体系構築がされておらず在宅看護「論」と名称がなされ、2007年のカリキュラム改正によっ

て「看護の統合と実践」が設立された当時は、「専門分野I」「専門分野II」を学んだ後に学ぶものと位置づけされた変遷を示している。カリキュラム変遷の中においても経験年数 1-3 年の看護職は、地域医療および在宅医療の必要性と重要性を認識し、関心が保持されていると考えられる。さらに看護基礎教育検討会報告書（2019）は、「専門分野I」「専門分野II」「統合分野」は必ずしも一方向的に学ぶのではないとの趣旨で、「専門分野」に名称を変更すること、「在宅看護論」から「地域・在宅看護論」への名称を変更すること、多職種連携に関する実習の促進をすること、地域で暮らす人々を看護の対象と捉えた地域包括ケアを学ぶためのカリキュラムについて、教育機関の裁量によって編成する指針を打ち出している。この指針は、現代社会のニーズに合わせたカリキュラム編成によって、看護職の線的役割を地域で活かす地域包括ケアへの寄与について、改めて看護専門職としての教育を考えることを促している。経験年数 1-3 年の看護職は、看護基礎教育において学習したことを有意に高く認識する結果は、教育現場に対して、どのようなカリキュラム編成によって未来の看護を創造する教育を実践するかが重要であることを表すともいえる。しかし、経験年数 1-3 年を超えた看護職の看護は、日々の目の前の対象が中心となっており、将来を見据えた「健康政策への寄与」の責任を果たす実践環境と教育が求められる。

5. 看護職が捉える社会的評価の特徴

1) 看護師と他職種の社会的評価の比較

看護職が認識する他職種の社会的評価について、看護師を基準に考えた結果は、看護師より高い社会的評価の職種は、医師に次いで薬剤師、助産師、保健師の順に占める割合が多かった。看護師と同等の社会的評価の職種は、保健師、助産師、准看護師が約半数を占めていた。半面、この結果は、同じ職種の中でも違う認識を示している看護師が半数近くいることを示している。看護職はすべて同じ立場であると考えるか、業務範囲や有資格によって差異を認識するかは、個々の看護職の価値観により、様々であると言える。

2) 看護職が認識する他者評価

看護職が他者から高い評価を受けていると認識する対象は、「看護職の家族」、「他職種」、「患者・家族」、「一般の人々」に比べて、「看護職同士」で低かった。「看護職同士」で低い理由は、対象者へのケアがエビデンスに基づく個々の看護職の判断による看護実践であること、看護職がそれぞれに持つ人間理解や看護観によって看護を実践するという側面を持ち、同じ看護場面でも価値観が相容れないことなどが考えられる。看護職は、医療を提供す

る対象者や家族をはじめとする重要他者からの高い評価を認識する一方で、看護職同士で高い評価を認識しにくいと推察する。

経験年数別にみる「看護職同士」の評価は、経験年数 11-20 年の看護職で低かった。この結果は、幸福の 4 因子「自己実現と成長」が経験年数 11-20 年の看護職で高くなり、幸福の 4 因子「独立とあなたらしさ」が経験年数 21 年以上で高くなる結果と関連していると考えられる。経験年数 11-20 年の看護職は、「自己実現と成長」を認識し高めている段階であり、まだ「看護職同士」で認め合う段階にはなく、看護職としてのアイデンティティを獲得していると推察する。経験年数 21 年以上の看護職は、看護職としてのアイデンティティが獲得されたことによって、「看護職同士」の評価を高く認識するようになると推察する。さらに経験 21 年以上の看護職は、それぞれの看護職が持つ看護観を達観視することが可能になり、共に認め合えるようになることが関連すると考えられる。

所属部署別にみる「看護職同士」の評価は、上級看護師や病院の管理部門、高齢者施設で働く「その他の部署」に所属する看護職で高かった。この結果は、上級看護師や病院の管理部門、高齢者施設で働く看護職はマネジメントの視点で看護実践を俯瞰視する立場にあることが多く、その結果、目の前の看護というよりは全体的な看護の効果や看護の価値を認識する場面が多い環境にあることが影響していると考えられる。

看護職が他者から高い評価を受けていると認識する対象は、「看護職の家族」が最も多かった。この結果は、直接職場の人間関係や職務内容に影響はしないが、看護職として働く上で「看護職の家族」が心の支えとなっていると推察される。看護職が専門性を高く働き続けるためには、職場を離れた家庭での生活も重要であり、勤務体制だけではなく、休暇をどのように取得し、どのように過ごすのか、個々の看護職が考えていく必要があると考えられる。

6. 看護専門職の目標と理想、社会的責任、社会的評価と属性、PES-NWI との関連

看護専門職の 3 側面である目標設定と理想、社会的責任、社会的評価と属性および PES-NWI との関連を重回帰分析によって確認した結果、目標設定と理想、社会的責任への属性と PES-NWI に関連は見られなかったが、社会的評価には PES-NWI との関連が見られた。

看護職が認識する社会的評価は、PES-NWI のサブスケール 5 項目のうち、特に「看護師と医師との良好な関係」「ケアを支える看護の基盤」が関連する結果であった。「看護師と医師との良好な関係」が関連する結果は、看護職にとって医師が患者を支援するパートナーとしての重要他者であり、お互い認め合い信頼できる関係にある看護実践環境であることを

示すと考えられる。医師との良好な関係の存在は、医療に関わる「他職種」との人間関係も構築されており、高い評価を認識しやすい関連があると考えられる。「ケアを支える看護の基盤」が関連する結果は、質の高い看護の実践を支える看護実践環境であることを示すと考えられる。質の高い看護は、「患者・家族」に提供されることによって高い評価を認識する結果となる。そして「患者・家族」から得られた高い評価は、「看護職同士」で共有されていくという関連であると考えられる。2つのサブスケールは、「ケアを支える看護の基盤」の中で質の高い看護実践をすることと、「看護師と医師との良好な関係」は相互に影響しあうことで高められ、さらに社会的評価と関連して抽出されたと考えられる。

7. 看護職の well-being と目標と理想、社会的責任、社会的評価の関連

看護職の3側面である目標と理想、社会的評価に相関が認められる結果は、目標と理想、社会的評価は相互に関連し高められると推察する。また看護専門職の3側面は、看護職の well-being との関連が認められ、目標と理想、社会的評価および社会的責任が、看護職の well-being と関連すると推察する。以下に、SWLS および幸福の4因子の下位尺度ごとに関連要因について考察する。

1) SWLS

SWLS は、理想の「理想は年々高まっている」「理想と日々の実践のギャップ」、社会的評価の「看護職の家族」「看護職同士」と関連していた。職場に友人がいると幸福が高まり (Rath 2006)、日常生活に幸せを感じている友人が増えると、幸せになる可能性は 9% ずつ高まる (Christakis et al. 2009)。そのため、看護職の重要他者である「看護職の家族」や同僚である「看護職同士」とどのような関係であるかが重要である。その関係によって他者からの評価は影響を受け、看護職の well-being が変化すると考えられる。「年々理想が高まっている」と正に関連する結果は、Fisher et al. (2008) の幸せの理想が高い人ほど、現実生活での幸せ感も高い結果と同様と言える。理想は、「人が心に描き求め続ける、それ以上望むところのない完全なもの。そうあってほしいと思う最高の状態」(デジタル大辞泉)と定義されている。理想の看護とは、個々の看護職が心に描き求める看護の最高の状態と考えたとき、理想を高く持ち、それを追い求める看護職であるほうが、より質の高い看護を可能にし、仕事の満足も高めると推察される。一方、「理想と日々の実践のギャップ」が well-being に負に関連する結果は、自分の看護の理想とのギャップが高すぎれば自分の理想への満足が得られず、質の高いケアを実践しているという認識が得られないため、看護職の well-being を低下

させるといえる。さらに労働白書（2019）では、理想が低く、すぐに到達してしまう仕事をやりがいがないと認識している結果を示しており、低すぎる目標も看護職の well-being を低下させるといえる。

看護職の well-being を高めるためには、自分の看護の理想を適切な高さで設定し、看護を実践すること、看護職を取り巻く他者との良好な関係を構築することが重要であると考えられる。

2) 幸福の4因子

幸福の4因子「自己実現と成長」は、目標設定の「自己評価」、理想の「理想は年々高まっている」、社会的評価の「看護職同士」と関連していた。「自己実現と成長」は、自分の変化や革新を求める内容である。「理想は年々高まっている」と看護職が認識することは、自分の変化を期待し、さらに自己の看護ケアを向上していくことに期待を持っている状態と推察する。その状態は、看護職の内側から発せられるものであり、自己革新に向かって「自己評価」によって適切な目標を設定すると考えられる。看護専門職としての適切な目標には、他者との相互関係が必要であり、日々共に仕事をする仲間として、「看護職同士」の関係も関連し、「自己実現と成長」が高められると考えられる。

幸福の4因子「つながりと感謝」は、理想の「看護の理想は高い」、社会的評価の「看護職の家族」「患者・家族」と関連していた。「つながりと感謝」は、周りとの安定した関係を目指す内容である。労働経済白書（2019）によれば、働きがいが高い者が心がけているもっとも多い取り組みは「家族や恋人と過ごす」ことであることが示されている。看護職が「看護職の家族」と過ごすことは、働きがいと関連する結果といえる。また、家族の中で相互に感謝する関係があることは、看護職の心の支えとなり、自分の中の「看護の理想は高い」と認識しやすくなると考えられる。その結果、「患者・家族」からの高い評価を受け取ることにつながると推察する。この関連は、Mayeroff (1987) の「ケアしケアされるという関係性」であると考えられる。この関係性とは、「看護職の家族」および「患者・家族」との関係が、看護職側から与えるだけの一方的な関りではなく、互いに感謝し、看護職としての自己もケアされる関係であると考えられる。

幸福の4因子「前向きと楽観」は、目標設定の「自己評価」、理想の「理想は年々高まっている」「理想と日々の実践のギャップ」、社会的評価の「看護職同士」と関連していた。「前向きと楽観」は、楽観性、気持ちの切り替え、積極的な他者関係、自己受容が含まれる。「理想と日々の実践のギャップ」が「前向きと楽観」と負に関連する結果は、多様な困難な状況

を前に、理想通りにならない状況を認識した結果といえる。困難な状況に対においてもしなやかに対応する能力は重要であるが、根木（2018）は、女性中堅看護師を対象にした調査によって、レジリエンスには、自尊感情と自己効力感が影響することを明らかにしている。困難な状況を乗り越えるためには、自己効力感に支えられた「理想は年々高まっている」認識が関連すると考えられる。また自尊感情に支えられた積極的な他者関係を構築することは、「看護職同士」の高い評価の認識となり、自己受容に基づいた「自己評価」によって目標を設定すること繋がると考えられる。「前向きと楽観」の向上には、看護専門職同士の関係の中で自己をどのように確立させていくかが関連する結果と考えられる。

幸福の4因子「独立とあなたらしさ」は、目標設定の「自己評価」と関連していた。「独立とあなたらしさ」は他人と比較せず、自分らしさを有する内容である。そのため、他者との繋がりによる関連ではなく、自己の看護の中に自分らしさを認識しながら進んでいると考えられる。この因子は、やりがいや楽しさに基づく「内発的動機付け」(Deci et al. 2000)が大切であり、自らの看護の目的や価値観に照らし合わせた自律性の高い実践には、「自己評価」による目標設定が関連すると考えられる。「独立とあなたらしさ」には、「社会的責任」が影響しない結果を鑑みても、遵守すべき「外的動機付け」としての「社会的責任」は関連しない結果であると推察する。

8. 看護職の well-being に関連する要因から得られた示唆

1) 目標と理想から得られた示唆

目標には、「自己評価」が SWLS と正の関連、「上司の評価」が SWLS と負の関連が見られた。そのため、看護職の well-being 向上には、上司の関りが重要であると考えられる。

Krueger et al. (2010) は、人が一番楽しくないと感じる時間は「自分の上司と一緒にいる時間」であり、「自分の上司は、部下である自分に全く関心を持っていない」と感じる人は、仕事への熱意をなくし、「部下の強みに意識を向けている」上司と共に仕事をした場合、仕事の不満が低いことを明らかにしている。個々の看護職は、上司を選ぶことはできず、上司との目標管理面接においても、どのような上司と共に目標を設定し、評価を得るのかということ、自らコントロールすることはできない。目標と上司の評価が負に関連する結果は、日々の実践の中で「部下の強みに意識を向けている」上司が少ない現状を表していると考えられる。労働経済白書（2019）には、具体的な行動について、行動した内容の重要性や意義について説明しながら、行動した直後に褒めることが仕事を通じた成長実感には肝要であ

ることが示されている。看護職の well-being 向上には、「部下の強みに意識を向け」行動する上司の存在が重要であると考えられる。さらに労働経済白書（2019）の中で、現在担当している業務の意義・重要性だけでなく、将来を見据えながら、取得が必要になる資格・技能、向上させる必要があるスキルについて日常業務の中で話し合うことが働きがいの向上には大切であることが示されている。看護職の目標や理想は、経験年数や所属部署で有意差がみられた。この差異は、個々の看護職が積み重ねた看護経験から、今後の看護にどのような理想を抱き、今の自分目標を設定するのかには相違があることを示すものである。看護職の well-being には、所属部署によって求められる看護実践の特徴に合わせ、個々がどのように目標設定するのかについて、どのように上司が日常の関りの中で支援するかが重要であることが示唆された。

（2）社会的責任から得られた示唆

看護職の社会的責任の実践は、領域Ⅰ「法や倫理綱領を理解し社会的責任を全うする」で高く、法の遵守のもとに看護実践を行う特徴があった。領域Ⅱ「コミュニティ、専門職集団、社会への貢献」は、項目により有意差がみられ、経験年数による特徴が示された。経験年数 1-3 年の看護職は、カリキュラム改正の成果として、看護基礎教育で学んできている結果を反映し、領域Ⅱに関する社会的責任を認識している。しかし、経験年数 4 年を越えた看護職は、目の前の看護実践に社会的責任を認識する傾向になり、領域Ⅱに関する実践がいったん低下はする。そして経験年数 11 年を越える頃には、地域連携、医療連携の中で看護職が中心的役割を果たすことを実践の中で認識することで、再び高くなる。しかし、「健康政策への寄与」に関する項目は、経験を重ね、看護職の役割を認識している中でも、変化は見られなかった。

看護職が社会的責任を果たすためには、法の遵守や目の前の健康を害した対象者に対する質の高い看護実践に終始するのではなく、「健康政策への寄与」を果たす活動が求められる。看護基礎教育における学習は、看護専門職としての基礎を形成するため、どのようなカリキュラム編成によって未来の看護を創造できる教育を実践するかが重要であることが示唆された。また臨床経験を積んだ看護職であっても、日々の目の前の対象が中心となりやすいため、将来を見据えることができ、「健康政策への寄与」の責任を果たす実践環境と教育が求められることが示唆された。また、看護職の well-being に社会的責任も関連する結果は、社会的責任を伴った看護実践が well-being の向上にも寄与することが可能性が示唆された。

(3) 社会的評価から得られた示唆

SWLS と幸福の 4 因子の下位尺度は、看護職の社会的評価の認識が関連する結果であり、特に幸福の 4 因子「つながりと感謝」と社会的評価の認識は関連する結果であった。「つながりと感謝」の中でも、看護職は、「看護職の家族」や「患者・家族」との関係の中で、ケアリングの関係が存在することで **well-being** が向上することが示唆された。また「看護職同士」の関係は、看護に対する「前向きと楽観」に関連しており、看護専門職同士の関係の中で実践する看護によって、自己効力感と自尊感情を高めることが自己受容につながることを示唆された。看護職の **well-being** 向上には、看護職が与えるだけの関係ではなく、相互に何を得ることができたのか感じながら、自己理解を深めつつ他者承認の中に自己受容ができる関係を構築することの重要性が示唆された。

第五章 看護職の well-being

第一節 総括 (図 5-1-1、図 5-1-2)

本研究の 6 つの目的に沿い、以下に総括する。

1. 看護職の well-being の現状とその特徴

第一の目的である「看護職の well-being の現状とその特徴を明らかにすること」に関し、以下の結果が得られた。

1) 看護職の well-being の現状

看護職の well-being の平均点の結果は、SWLS18.72 点、幸福の 4 因子「自己実現と成長」13.67 点、「つながりと感謝」22.33 点、「前向きと楽観」14.73 点、「独立とあなたらしさ」17.11 点、PANAS の「ポジティブ感情」23.32 点、「ネガティブ感情」25.83 点であった。先行研究での前野 (2017) が行った一般の人々を対象にしたオンラインカウンセリング 15028 名の調査の平均点の結果は、SWLS22.53 点、幸福の 4 因子「自己実現と成長」17.85 点、「つながりと感謝」23.80 点、「前向きと楽観」17.41 点、「独立とあなたらしさ」18.99 点、PANAS の「ポジティブ感情」24.37 点、「ネガティブ感情」21.69 点であり、看護職の方が、一般の人々に比べ well-being が低い結果であった。

2) 経験年数の特徴

SWLS は、経験年数 11-20 年 (平均 $19.27 \pm SD5.61$) で、経験年数 1-3 年 (平均 $18.55 \pm SD5.34$, $P < 0.05$)、経験年数 4-10 年 (平均 $18.42 \pm SD5.57$, $P < 0.01$)、経験年数 21 年以上 (平均 $18.64 \pm SD5.61$, $P < 0.05$) に比べ、有意に高かった。

幸福の 4 因子「自己実現と成長」は、経験年数 11-20 年 (平均 $14.03 \pm SD4.17$)、経験年数 21 年以上 (平均 $14.00 \pm SD4.35$) で、経験年数 1-3 年 (平均 $13.00 \pm SD4.08$, $P < 0.001$) および経験年数 4-10 年 (平均 $13.43 \pm SD4.17$, $P < 0.01$) に比べ、有意に高かった。「前向きと楽観」は、経験年数 21 年以上 (平均 $15.00 \pm SD3.81$) で、経験年数 1-3 年 (平均 $14.52 \pm SD3.74$, $P < 0.01$)、経験年数 4-10 年 (平均 $14.57 \pm SD3.85$, $P < 0.05$) に比べ、有意に高かった。「独立とあなたらしさ」は、経験年数 11-20 年 (平均 $17.24 \pm SD2.91$)、さらに経験年数 21 年以上 (平均 $17.85 \pm SD2.95$) で、経験年数 1-3 年 (平均 $16.55 \pm SD2.79$, $P < 0.001$)、経験年数 4-10 年 (平均 $16.65 \pm SD3.95$, $P < 0.001$) に比べ、有意に高かった。

PANAS の「ポジティブ感情」は、経験年数 21 年以上 (平均 $23.73 \pm SD5.94$) で、経験年数 11-20 年 (平均 $23.21 \pm SD5.62$, $P < 0.05$) に比べ、有意に高かった。「ネガティブ感情」は、経験年数 1-3 年 (平均 $27.28 \pm SD6.92$) で、経験年数 4-10 年 (平均 $25.80 \pm SD6.85$, $P < 0.001$)、

経験年数 11–20 年 (平均 $25.18 \pm SD6.81$, $P < 0.001$)、経験年数 21 年以上 (平均 $25.29 \pm SD6.95$, $P < 0.001$) に比べ、有意に高かった。

以上の結果から、看護職は、経験年数 1–3 年で PANAS の「ネガティブ感情」が高く、経験年数 11 年で幸福の 4 因子「自己実現と成長」が高く、経験年数 21 年以上で幸福の 4 因子「前向きと楽観」「独立とあなたらしさ」が高い特徴が示唆された。

3) 所属部署の特徴

SWLS は、病棟 (平均 $18.41 \pm SD5.59$) で、外来・訪問看護 (平均 $19.57 \pm SD5.38$, $P < 0.001$) に比べ、有意に低かった。

幸福の 4 因子「自己実現と成長」は、病棟 (平均 $13.41 \pm SD4.25$) で、外来・訪問看護 (平均 $14.30 \pm SD4.09$, $P < 0.001$)、その他の部署 (平均 $15.26 \pm SD4.69$, $P < 0.01$) に比べ、有意に低かった。「つながりと感謝」は、外来・訪問看護 (平均 $22.66 \pm SD3.54$) で、病棟 (平均 $22.23 \pm SD3.61$, $P < 0.05$) および手術・集中治療 (平均 $22.04 \pm SD3.48$, $P < 0.01$) に比べ、有意に高かった。「前向きと楽観」は、病棟 (平均 $14.57 \pm SD5.77$) で、外来・訪問看護 (平均 $15.19 \pm SD3.69$, $P < 0.001$) に比べ、有意に低かった。「独立とあなたらしさ」は、外来・訪問看護 (平均 $17.48 \pm SD2.91$)、その他の部署 (平均 $18.77 \pm SD3.45$) で、病棟 (平均 $17.00 \pm SD2.94$, $P < 0.001$)、手術・集中治療 (平均 $16.94 \pm SD2.96$, $P < 0.001$) に比べ、有意に高かった。

PANAS の「ポジティブ感情」は、病棟 (平均 $23.10 \pm SD5.77$) で、外来・訪問看護 (平均 $23.94 \pm SD5.56$, $P < 0.001$) に比べ、有意に低かった。

以上の結果から、病棟に所属する看護職に比べ、外来・訪問看護に所属する看護職は、SWLS、幸福の 4 因子、PANAS の「ポジティブ感情」が高いこと、手術・集中治療に所属する看護職は、幸福の 4 因子「つながりと感謝」が低く、院内の管理部や上級看護師、高齢施設などを含む「そのほかの部署」に所属する看護職は、幸福の 4 因子「独立とあなたらしさ」が高いという特徴が示唆された。

2. 看護実践環境の現状

第二の目的である「看護実践環境の現状とその特徴を明らかにすること」に関し、以下の結果が得られた。

1) 経験年数の特徴

PES-NWI の下位尺度ごとの結果は、次のとおりである。

「看護師と医師との良好な関係」は、経験年数 1–3 年 (平均 $2.68 \pm SD0.58$) で、経験年数 4–10 年 (平均 $2.51 \pm SD0.64$, $P < 0.001$)、経験年数 11–20 年 (平均 $2.43 \pm SD0.67$, $P < 0.001$)、

経験年数 21 年以上（平均 $2.47 \pm \text{SD}0.65$ 、 $P < 0.001$ ）に比べ、有意に高かった。

「病院全体の業務における看護師の役割」は、経験年数 1–3 年（平均 $2.68 \pm \text{SD}0.46$ ）で、経験年数 4–10 年（平均 $2.51 \pm \text{SD}0.48$ 、 $P < 0.001$ ）、経験年数 11–20 年（平均 $2.47 \pm \text{SD}0.50$ 、 $P < 0.001$ ）、経験年数 21 年以上（平均 $2.51 \pm \text{SD}0.52$ 、 $P < 0.001$ ）に比べ、有意に高かった。

「ケアを支える看護の基盤」は、経験年数 1–3 年（平均 $2.79 \pm \text{SD}0.43$ ）で、経験年数 4–10 年（平均 $2.64 \pm \text{SD}0.47$ 、 $P < 0.001$ ）、経験年数 11–20 年（平均 $2.57 \pm \text{SD}0.48$ 、 $P < 0.001$ ）、経験年数 21 年以上（平均 $2.58 \pm \text{SD}0.49$ 、 $P < 0.001$ ）に比べ、有意に高かった。

「看護管理者の力量、リーダーシップ」は、経験年数 1–3 年（平均 $2.86 \pm \text{SD}0.60$ ）で、経験年数 4–10 年（平均 $2.73 \pm \text{SD}0.66$ 、 $P < 0.01$ ）、経験年数 11–20 年（平均 $2.63 \pm \text{SD}0.66$ 、 $P < 0.001$ ）、経験年数 21 年以上（平均 $2.62 \pm \text{SD}0.64$ 、 $P < 0.001$ ）に比べ、有意に高かった。

「人的資源の適切性」は、経験年数 1–3 年（平均 $2.24 \pm \text{SD}0.60$ ）で、経験年数 4–10 年（平均 $2.06 \pm \text{SD}0.59$ 、 $P < 0.001$ ）、経験年数 11–20 年（平均 $2.00 \pm \text{SD}0.57$ 、 $P < 0.001$ ）、経験年数 21 年以上（平均 $1.96 \pm \text{SD}0.58$ 、 $P < 0.001$ ）に比べ、有意に高かった。また、それぞれのサブスケールにおいて、経験年数 4–10 年は、経験年数 11–20 年および経験年数 21 年以上に比べ高かった。

以上の結果から、看護実践環境の認識は、経験年数が上がると共に低くなるという特徴が示唆された。

2) 所属部署の特徴

PES-NWI の下位尺度ごとの結果は、次のとおりである。

「看護師と医師との良好な関係」は、外来・訪問看護（平均 $2.55 \pm \text{SD}0.64$ 、 $P < 0.05$ ）、手術・集中治療（平均 $2.63 \pm \text{SD}0.58$ 、 $P < 0.001$ ）、に比べ、病棟（平均 $2.47 \pm \text{SD}0.66$ ）で低かった。

「病院全体の業務における看護師の役割」は、病棟（平均 $2.53 \pm \text{SD}0.50$ 、 $P < 0.01$ ）、外来・訪問看護（平均 $2.52 \pm \text{SD}0.48$ 、 $P < 0.01$ ）、手術・集中治療（平均 $2.54 \pm \text{SD}0.46$ 、 $P < 0.01$ ）、に比べ、その他の部署（平均 $2.77 \pm \text{SD}0.54$ ）で高かった。

「ケアを支える看護の基盤」は、手術・集中治療（平均 $2.67 \pm \text{SD}0.44$ 、 $P < 0.05$ ）に比べ、外来・訪問看護（平均 $2.59 \pm \text{SD}0.47$ ）で低かった。「人的資源の適切性」は、病棟（平均 $2.02 \pm \text{SD}0.60$ 、 $P < 0.001$ ）、外来・訪問看護（平均 $2.06 \pm \text{SD}0.56$ 、 $P < 0.001$ ）に比べ、手術・集中治療（平均 $2.20 \pm \text{SD}0.56$ ）で高かった。

以上の結果から、手術・集中治療に所属する看護職は、「看護師と医師との良好な関係」

「ケアの質を支える看護の基盤」「人的資源の適切性」が高く、外来・訪問看護は、「看護師と医師との良好な関係」を高く、院内の管理部や上級看護師、高齢施設などを含む「そのほかの部署」に所属する看護職は、「病院全体の業務における看護師の役割」を高く認識するという特徴が示唆された。

3. 看護職が認識する目標と理想の構成要素とその特徴

第三の目的である「看護職が認識する看護の目標と理想の構成要素と特徴を明らかにすること」に関し、以下の結果が得られた。

1) 看護職が認識する目標の構成要素

目標は、＜対象に寄り添う看護＞＜基本となる知識・技術・態度＞＜多職種連携による医療＞＜病のある生活への支援＞＜個別のニーズに応じる看護＞＜置かれた現状の理解＞＜より良い状態の追求＞＜信頼関係の構築＞＜心身の苦痛の緩和＞＜適切な判断と対応＞の10 カテゴリーで構成された。

2) 看護職が認識する理想の構成要素

理想は、＜真の思いの理解＞＜安心に基づく医療提供＞＜その人らしい生き方＞＜倫理的判断に基づくケア＞＜専門職としての知識・技術・態度＞＜包括的健康への支援＞＜希望に沿う＞＜最善の追究＞＜有意義な時間＞の9 カテゴリーで構成された。

3) 目標および理想の構成要素の繋がり

共起ネットワークによって、目標では＜基本となる知識・技術・態度＞は、＜対象に寄り添う看護＞と『提供』で繋がり、さらに＜多職種連携による医療＞とも繋がる結果が得られた。＜対象に寄り添う看護＞を『提供』するためには、＜基本となる知識・技術・態度＞＜多職種連携による医療＞によって看護の目的を果たす認識を有する特徴が示唆された。

理想では＜真の思いの理解＞は、＜安心に基づく医療提供＞の『提供』と繋がり、さらに＜その人らしい生き方＞の『安心』と繋がる結果が得られた。＜真の思いの理解＞による＜安心に基づく医療提供＞を実践することで、＜その人らしい生き方＞を支援する認識を有する特徴が示唆された。

4) 看護職が認識する目標からみた理想の特徴

看護職の理想の特徴は、5つに整理された。1つ目に、目標は『安全』の語の出現回数が多いが、理想は『安心』の語の出現回数が多く、さらに患者が『納得』するケアを提供したい理想であった。2つ目に、目標では抽出されなかった『一番』の語が理想では抽出され、

日常の看護において『一番』にしきれない現実の看護実践とのギャップを認識していた。3つ目に、目標では抽出されなかった『心』の語が理想では抽出され、看護職が求める知識・技術・態度の理想は、『心』を大切にした実践であった。4つ目に、目標の〈病のある生活への支援〉は、目の前の対象者への看護であることに対し、理想の〈包括的健康への支援〉では、健康問題にあわせたケアであった。5つ目に、目標の〈より良い状態の追求〉は対象者の『少し』『良い』状態を目指すことに対し、理想の〈最善の追求〉は、その人の人生を見据えた『良い』『状態』の追求であった。

5) 目標設定の特徴

目標設定の際、参考にする評価として「上司からの評価」「同僚からの評価」「自己評価」のうち、最も多い割合であったのは「自己評価」の70.5%であり、最も少ない割合であったのは「同僚の評価」の17.2%であった。

経験年数別でみた結果、「上司からの評価」は、経験年数1-3年(平均 $2.33 \pm SD0.68$)で、経験年数4-10年(平均 $2.21 \pm SD0.69$, $P < 0.001$)、経験年数11-20年(平均 $2.13 \pm SD0.67$, $P < 0.001$)、経験年数21年以上(平均 $2.06 \pm SD0.71$, $P < 0.001$)に比べ、有意に高かった。

「同僚からの評価」は、経験年数1-3年(平均 $2.11 \pm SD0.63$)で、経験年数4-10年(平均 $2.02 \pm SD0.61$, $P < 0.01$)、経験年数11-20年(平均 $1.97 \pm SD0.59$, $P < 0.001$)、経験年数21年以上(平均 $1.93 \pm SD0.62$, $P < 0.001$)に比べ、有意に高かった。「自己評価」は、経験年数11-20年(平均 $2.85 \pm SD0.69$)、経験年数21年以上(平均 $2.83 \pm SD0.66$)で、経験年数1-3年(平均 $2.70 \pm SD0.64$, $P < 0.001$)、経験年数4-10年(平均 $2.73 \pm SD0.68$, $P < 0.001$)に比べ、有意に高かった。

所属部署別でみた結果、「上司からの評価」は、手術室・集中治療(平均 $2.27 \pm SD0.72$)で、病棟(平均 $2.16 \pm SD0.69$, $P < 0.05$)、外来・訪問看護(平均 $2.16 \pm SD0.67$, $P < 0.001$)、その他の部署(平均 $1.97 \pm SD0.69$, $P < 0.05$)に比べ、有意に高かった。

以上の結果から、看護職の目標設定は、経験年数10年以下で、「上司からの評価」「同僚からの評価」を参考にする事、経験年数11年以上は「自己評価」であること、また所属部署別では、手術・集中治療で「上司からの評価」を参考にするという特徴が示唆された。

6) 理想の認識の特徴

理想の認識の「看護の理想が高い」「年々理想が高まっている」「理想と自己目標のギャップ」「理想と日々の実践のギャップ」のうち、最も多い割合であったのは「理想と日々の実践のギャップ」72.3%であった。

経験年数別でみた結果、「看護の理想が高い」は、経験年数 1-3 年（平均 2.55±SD0.74）で、経験年数 4-10 年（平均 2.40±SD0.71、 $P < 0.001$ ）、経験年数 11-20 年（平均 2.43±SD0.73、 $P < 0.01$ ）、経験年数 21 年以上（平均 2.43±SD0.72、 $P < 0.01$ ）に比べ、有意に高かった。「年々理想が高まっている」は、経験年数 1-3 年（平均 2.44±SD0.71）で、経験年数 4-10 年（平均 2.29±SD0.75、 $P < 0.001$ ）、経験年数 11-20 年（平均 2.31±SD0.74、 $P < 0.01$ ）、経験年数 21 年以上（平均 2.26±SD0.71、 $P < 0.001$ ）に比べ、有意に高かった。「理想と自己目標のギャップ」は、経験年数 1-3 年（平均 2.80±SD0.72）で、経験年数 4-10 年（平均 2.59±SD0.75、 $P < 0.001$ ）、経験年数 11-20 年（平均 2.63±SD0.73、 $P < 0.001$ ）、経験年数 21 年以上（平均 2.61±SD0.72、 $P < 0.001$ ）に比べ、有意に高かった。

所属部署別でみた結果、「看護の理想が高い」は、病棟（平均 2.41±SD0.72）で、外来・訪問看護（平均 2.50±SD0.72、 $P < 0.01$ ）、その他の部署（平均 2.75±SD0.85、 $P < 0.01$ ）に比べ、有意に低かった。「年々理想が高まっている」は、外来・訪問看護（平均 2.38±SD0.73）で、病棟（平均 2.28±SD0.73、 $P < 0.01$ ）に比べ、有意に高かった。

以上の結果から、看護職の理想の認識は、経験年数 1-3 年で、「看護の理想が高い」「年々理想が高まっている」「理想と自己目標とのギャップ」が高く、外来・訪問看護で「看護の理想が高い」「年々理想が高まっている」が高いという特徴が示唆された。

4. 看護職が認識する社会的責任の構成要素とその特徴

第四の目的である「看護職が認識する社会的責任の構成要素と特徴を明らかにすること」に関し、以下の結果が得られた。

1) 看護職が認識する社会的責任の構成要素

社会的責任は、＜安全な医療と看護＞＜命に関わる専門職の責任＞＜生活と環境の調整＞＜コンプライアンス＞＜尊厳・倫理＞＜人々の健康管理＞＜地域・社会への貢献＞＜看護の質の追求＞＜サービス提供者としての対応＞の 9 カテゴリーで構成された。

2) 社会的責任の構成要素の繋がり

＜安全な医療と看護＞は『提供』『守る』から＜命に関わる専門職の責任＞へと繋がり、さらに＜安全な医療と看護＞の『患者』は＜生活と環境の調整＞へ、＜安全な医療と看護＞の『守る』は＜コンプライアンス＞へと繋がる結果が得られた。＜安全な医療と看護＞＜命に関わる専門職の責任＞＜コンプライアンス＞＜生活と環境の調整＞の法に関する責任を有する特徴が明らかになった。

3) 看護職が認識する社会的責任の特徴

社会的責任の4要素に照らし、＜安全な医療と看護＞＜命に関わる専門職の責任＞＜生活と環境の調整＞＜コンプライアンス＞の法的責任、＜尊厳・倫理＞の倫理的責任、＜人々の健康管理＞＜地域・社会への貢献＞＜看護の質の追求＞＜サービス提供者としての対応＞の裁量的責任（社会貢献的）は見られたが、経済的責任に関する認識は見られなかった。また、看護者の倫理綱領第14条に示される政策提言に関する認識も見られない特徴が明らかになった。

4) 社会的責任の実践

領域Ⅰ「法や倫理綱領を理解し社会的責任を全うする」の下位項目12項目のうち、90%以上の実践認識は11項目であった。領域Ⅱ「コミュニティ、専門職集団、社会への貢献」で50%以下の実践認識であったのは、「健康政策への寄与」のカテゴリーに含まれる、項目21「保健・医療・福祉の社会政策に寄与する」46.1%、項目22「政治的活動に寄与する」23.1%、項目23「国際的な健康問題に寄与する」30.9%の3項目であった。

経験年数別でみた結果、経験年数1-3年の看護職は、項目6「多職種で共有すべき患者情報の内容と範囲が判断できる」（93.0%）の1項目で、有意に低かった。

経験年数4-10年の看護職は、項目5「患者の情報を守秘する」（98.8%）、項目14「看護専門職集団としての発展に寄与する」（67.0%）、項目15「公衆と自職種の信頼関係を強めるよう活動を行う」（67.9%）、項目17「地域医療・保健・福祉の活動に寄与する」（56.6%）、項目20「保健・医療・福祉制度について理解している」（53.4%）、項目21「保健・医療・福祉の社会政策の形成に寄与する」（45.0%）、項目24「公的機関に協力する」（54.7%）の7項目で、有意に低かった。

経験年数21年以上の看護職は、項目12「勤務時間外における専門職としての責務を果たす」（88.3%）、項目22「政治的活動に寄与する」（20.1%）、項目23「国際的な健康問題に寄与する」（27.1%）の3項目で、有意に低かった。

所属部署別でみた結果、その他の部署の看護職は、項目14「看護専門職集団としての発展に寄与する」（85.0%）、項目17「地域医療・保健・福祉の活動に寄与する」（70.0%）、項目18「地域医療・保健・福祉の専門職・施設との連携を深める」（75.0%）、項目20「保健・医療・福祉制度について理解している」（70.0%）、項目24「公的機関に協力する」（71.7%）の5項目で、有意に高かった。

病棟の看護職は、項目14「看護専門職集団としての発展に寄与する」（70.9%）の1項目

で、有意に低かった。

手術・集中治療の看護職は、項目 17「地域医療・保健・福祉の活動に寄与する」(50.6%)、項目 18「地域医療・保健・福祉の専門職・施設との連携を深める」(54.1%)、項目 20「保健・医療・福祉制度について理解している」(55.1%)、項目 24「公的機関に協力する」(54.6%)の 4 項目で、有意に低かった。

経験年数や所属する部署によって確認された特徴は、その時々を受ける教育内容の違い、所属部署で必要とされる看護の違いであることが示唆された。

5. 看護職が認識する社会的評価の構成要素とその特徴

第五の目的である「看護職が認識する社会的評価の構成要素と特徴を明らかにすること」に関し、以下の結果が得られた。

1) 看護職が認識する社会的評価の構成要素

社会的評価は、＜社会に認知される質の高いケア＞＜連携による健康支援＞＜対象者の満足＞＜有資格者としての責任ある行動＞＜信頼関係＞＜看護への関心＞＜関わる人からの承認＞＜労働条件＞＜労働対価＞の 9 カテゴリーで構成された。

2) 社会的評価の構成要素の繋がり

＜社会に認知される質の高いケア＞の『提供』から＜連携による健康支援＞と繋がり、＜社会に認知される質の高いケア＞の『看護』から＜対象者の満足＞へと繋がる結果が得られた。＜連携による健康支援＞による＜社会に認知される質の高いケア＞によって＜対象者の満足＞へとつながる認識を有する特徴が明らかになった。

3) 社会的評価の認識の特徴

専門職としての実践を支える労働環境は、看護の質を高め、社会的評価としての精神的・経済的報酬へと繋がる関係を認識していた。しかし、＜看護への関心＞、＜労働条件＞および＜労働対価＞に関しては、充足されていないことを示す要望に近い表現が抽出され、労働環境調整や質向上のリカレント教育を含めた課題が示唆された。

4) 看護職を取り巻く他者からの評価の認識

「看護職の家族」「看護職同士」「他職種」「患者・家族」「一般の人々」からの社会的評価のうち、「看護職の家族」から評価を高く認識する割合が 78.5%と最も多く、「看護職同士」の評価を高く認識する割合が 45%と最も低かった。

経験年数別でみた結果、「看護職の家族」は、経験年数 1-3 年（平均値 3.15±SD0.71）で、

経験年数 4-10 年 (平均 $3.03 \pm SD0.73$ 、 $P < 0.01$)、経験年数 11-20 年 (平均 $2.99 \pm SD0.74$ 、 $P < 0.001$)、経験年数 21 年以上 (平均 $2.95 \pm SD0.79$ 、 $P < 0.001$) に比べ、有意に高かった。

「看護職同士」は、経験年数 21 年以上 (平均 $2.51 \pm SD0.73$ 、 $P < 0.001$) で、経験年数 4-10 年 (平均 $2.43 \pm SD0.73$ 、 $P < 0.01$)、経験年数 11-20 年 (平均 $2.41 \pm SD0.68$ 、 $P < 0.01$) に比べ、有意に高かった。「他職種」は、経験年数 1-3 年 (平均値 $2.63 \pm SD0.73$) で、経験年数 11-20 年 (平均 $2.47 \pm SD0.70$ 、 $P < 0.001$)、経験年数 21 年以上 (平均 $2.51 \pm SD0.75$ 、 $P < 0.01$) に比べ、有意に高かった。「患者・家族」は、経験年数 1-3 年 (平均値 $2.81 \pm SD0.67$) で、経験年数 4-10 年 (平均 $2.72 \pm SD0.70$ 、 $P < 0.01$)、経験年数 11-20 年 (平均 $2.67 \pm SD0.67$ 、 $P < 0.001$)、経験年数 21 年以上 (平均 $2.76 \pm SD0.69$ 、 $P < 0.01$) に比べ、有意に高かった。「一般の人々」は、経験年数 1-3 年 (平均値 $2.89 \pm SD0.67$) で、経験年数 11-20 年 (平均 $2.76 \pm SD0.69$ 、 $P < 0.01$)、経験年数 21 年以上 (平均 $2.78 \pm SD0.74$ 、 $P < 0.01$) に比べ、有意に高かった。

所属部署別でみた結果、「看護職同士」は、その他の部署 (平均値 $2.77 \pm SD0.78$) で、病棟 (平均 $2.45 \pm SD0.71$ 、 $P < 0.01$)、外来・訪問看護 (平均 $2.48 \pm SD0.71$ 、 $P < 0.05$)、手術室・集中治療 (平均 $2.45 \pm SD0.64$ 、 $P < 0.05$) に比べ、有意に高かった。

以上の結果から、「看護職同士」の評価は、経験年数 11-20 年で低く、経験年数 21 年以上、上級看護師や病院の管理部門、高齢者施設を含む「その他の部署」で高いという特徴が示唆された。

6. 看護職の well-being に関連する要因

第六の目的である「看護職の well-being と属性、看護実践環境、看護専門職の 3 側面である目標と理想、社会的責任、社会的評価の関連を明らかにすること」に関し、以下の結果が得られた。

看護職の well-being と属性、看護実践環境、看護専門職の 3 側面である目標と理想、社会的責任、社会的評価の関連を明らかにするために、6 つの仮説を設定し検証した結果、下記の結果が得られた (図 5-1-1)。

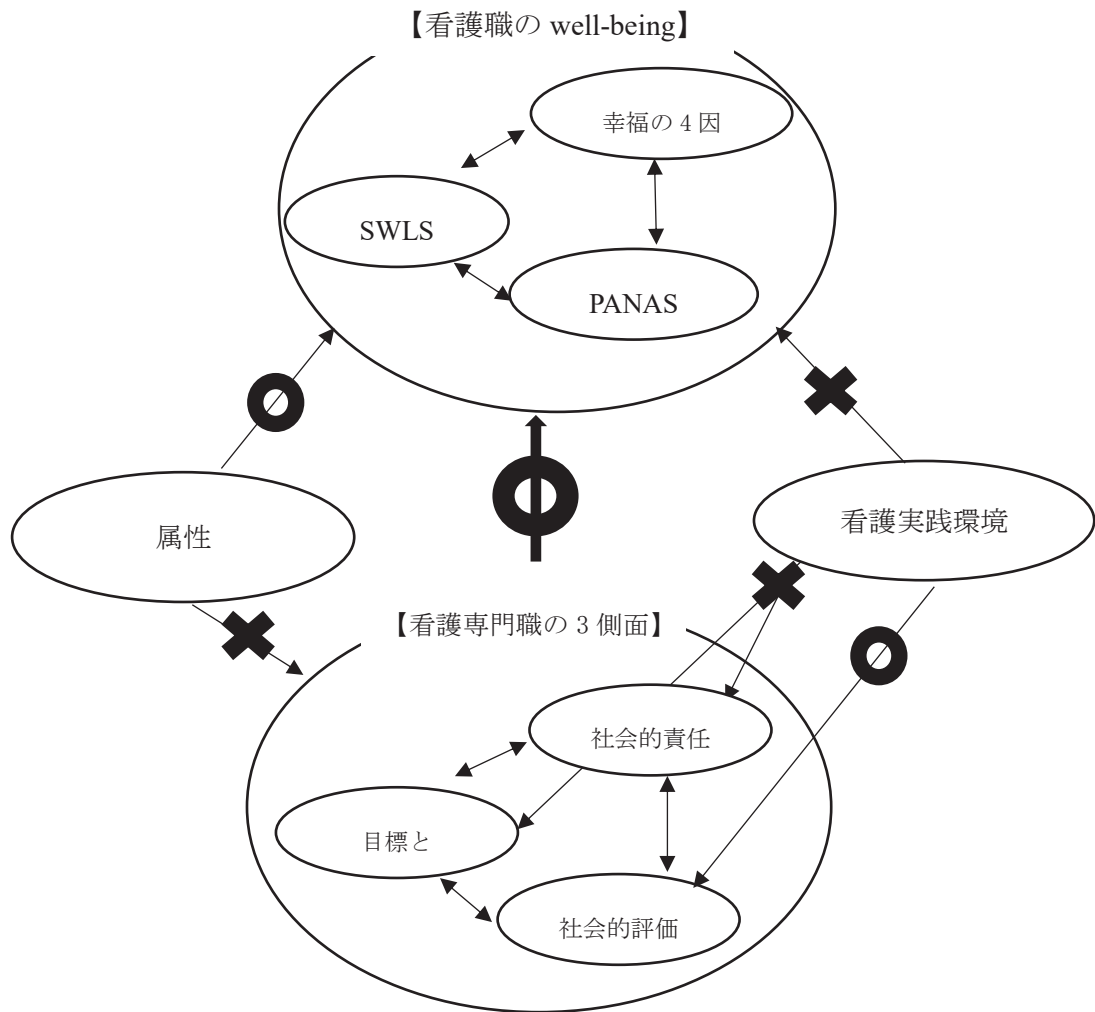


図 5-1-1 看護職の well-being に関連する要因の結果

1) 仮説検証の結果

仮説 1. 「看護職の SWLS、幸福の 4 因子は、属性と関連する」の結果は、SWLS (調整済み $R^2=0.19$)、幸福の 4 因子「自己実現と成長」(調整済み $R^2=0.14$)、「前向きと楽観」(調整済み $R^2=0.16$)、「独立とあなたらしさ」(調整済み $R^2=0.11$)、で支持された。

仮説 2. 「看護職の SWLS、幸福の 4 因子は、PES-NWI と関連する」の結果は、調整済み $R^2=0.03\sim 0.07$ で支持されなかった。

仮説 3. 「看護専門職の 3 側面である目標と理想は、属性と PES-NWI と関連する」の結果は、目標では属性 (調整済み $R^2=0.02\sim 0.04$)、PES-NWI (調整済み $R^2=0.02\sim 0.03$)、理想では属性 (調整済み $R^2=0.01\sim 0.06$)、PES-NWI (調整済み $R^2=0.05\sim 0.10$) で支持されな

かった。

仮説 4. 「看護専門職の 3 側面である社会的責任は、属性と PES-NWI と関連する」の結果は、属性（調整済み $R^2=0.03$ ）、PES-NWI（調整済み $R^2=0.09$ ）で支持されなかった。

仮説 5. 「看護専門職の 3 側面である社会的評価は、属性と PES-NWI と関連する」の結果は、属性（調整済み $R^2=0.06$ ）で支持されず、PES-NWI（調整済み $R^2=0.12$ ）で支持された。

仮説 6. 「看護職の SWLS、幸福の 4 因子は、看護専門職の 3 側面と関連する」の結果は、SWLS（調整済み $R^2=0.15$ ）幸福の 4 因子（調整済み $R^2=0.10\sim 0.22$ ）で支持された。

2) 看護職の well-being に関連する要因

(1) 属性

看護職の SWLS に関連する属性は、性別 ($\beta=0.04$)、子どもの有無 ($\beta=0.15$)、介護の有無 ($\beta=0.05$)、看護師 ($\beta=0.05$)、認定看護師 ($\beta=0.03$)、経験年数 ($\beta=-0.05$)、希望の部署 ($\beta=0.03$)、給与 ($\beta=0.06$)、休暇 ($\beta=0.05$)、健康認識 ($\beta=0.07$)、活動意欲 ($\beta=0.24$)、バランスの良い食事 ($\beta=-0.09$)、決まった時間の食事 ($\beta=0.03$) であった。幸福の 4 因子「自己実現と成長」に関連する属性は、学歴 ($\beta=-0.04$)、看護師 ($\beta=0.06$)、認定看護師 ($\beta=0.05$)、経験年数 ($\beta=0.06$)、他の職業経験 ($\beta=0.03$)、希望の部署 ($\beta=0.03$)、活動意欲 ($\beta=0.02$)、バランスの良い食事 ($\beta=-0.12$)、運動習慣 ($\beta=-0.05$) であった。幸福の 4 因子「前向きと楽観」に関連する属性は、認定看護師 ($\beta=0.04$)、健康認識 ($\beta=-0.11$)、疲労感 ($\beta=0.04$)、活動意欲 ($\beta=0.24$)、バランスの良い食事 ($\beta=-0.10$) であった。幸福の 4 因子「独立とあなたらしさ」に関連する属性は、性別 ($\beta=-0.03$)、学歴 ($\beta=-0.06$)、認定看護師 ($\beta=0.03$)、経験年数 ($\beta=0.16$)、給与 ($\beta=0.04$)、健康認識 ($\beta=-0.07$)、活動意欲 ($\beta=0.16$)、疲労感 ($\beta=0.05$)、バランスの良い食事 ($\beta=-0.04$) であった。

(2) 看護実践環境

看護実践環境は、職務満足や職業継続意思という安定した職業生活に影響する一方で、看護職の well-being には影響を与えない結果となった。

(3) 看護専門職の 3 側面

「自己評価」 ($\beta=0.06\sim 0.17$)、理想の「看護の理想が高い」 ($\beta=0.04\sim 0.11$)、「年々理想が高まっている」 ($\beta=0.05\sim 0.14$)、「理想と日々の実践のギャップ」 ($\beta=-0.15\sim 0.04$)、社会的評価の「看護職の家族」 ($\beta=0.08\sim 0.15$)、「看護職同士」 ($\beta=0.05\sim 0.13$)、「患者・家族」 ($\beta=0.06\sim 0.11$) であった。

3) 看護職の well-being 向上への示唆

看護職の well-being に関連する要因の 1 つに健康認識が示唆されたことは、先行研究で看護職の健康の重要性が示されていることと同様の結果であった。本研究結果からは、看護職の特徴として健康認識は高いが、身体的疲労や活動意欲の低下を認識しやすいことが示唆される。休暇取得に関しては、看護職は交代制勤務であり、厚生労働省の労働時間調査では看護職の場合、長時間労働が問題ではなく、医師に比べ休暇取得はできていた。しかし常に緊張が強いられる看護の現場では身体疲労の回復が望めるほどの十分な休暇取得となっていないために、休暇取得が医師に比べできているとしても、身体的疲労や活動意欲の低下を認識していると考えられる。さらに「看護職の家族」からの高い評価を認識している結果を考慮すると、休暇取得と家族とどう過ごすかという側面も看護職の well-being に関連するのではないかと考えられる。

次に看護職の well-being 尺度すべてに「看護職の経歴」が関連していた結果から、看護職には既述した「健康」を認識した働き方だけでなく、専門職としてのプロセスも重要であることが示唆される。具体的には、個々の看護職の目標と生活に合わせた継続して学習し続ける環境と、様々な困難な看護実践の中で日々成長している自己を認識できる職場環境づくりが求められている。看護専門職としての自己成長を感じることができれば、看護職の well-being は向上すると考えられる。

看護専門職の 3 側面と看護職の well-being の関連に関する結果からは、理想を高く認識し適切な目標を設定する方が well-being は高まり、目標と理想が well-being に関連するという先行研究と同様の関連性が示された。それは、理想を高く持ち、それを追い求める看護師の方が、より質の高い看護を可能にし、仕事の満足も高めると推察される。しかし看護の理想と日々の実践とのギャップが大きすぎても看護職の well-being を低下させる。そのため、どのような理想を抱き、その理想に則した適切な目標設定しているか、実践とのギャップはありながらも理想に向かって邁進する前向きな行動を可能にする労働環境が必要となる。労働環境に影響を与えるのは、勤務表作成に携わる管理職をはじめとする労働環境における管理職の在り方であることは、既述した PES-NWI でも明らかである。そのため、臨床現場における管理職の在り方は、今後一層、看護職の well-being 支援において重要な課題となる。また労働環境という視点で看護職の well-being と社会的評価の結果から見えることは、「看護職同士」の社会的評価の認識は低いものの、日々共に仕事をする同僚とどのような関係性を持ち、どのような時間を過ごすかと

いう労働も重要な一面になると示唆される。さらに法の遵守に関し 90%以上の高い認識がある一方で、健康政策に関する寄与が低いという結果にも表れているが、看護職は、日常的に政策の視点を持つことなく実践をしていると考えられる。しかし国家資格という立場上、国の厚生行政の流れをくみ、社会が求める健康支援に向けた看護は必至である。看護実践の **outcome** が診療報酬という形で評価され、社会的評価を得られることは、看護職としての社会的責任を認識せざるを得ない。責任ある実践の結果が認められることで、看護職の **well-being** は向上すると推察される。

以上のことから、看護職の **well-being** は、目標を適切に設定し理想とのギャップに対応する「適応の側面」「人的関係の側面」「仕事への関与の側面」が相互に影響することで向上することが示唆される。

一方で、看護実践環境の現状は、徐々に改善されているが、看護職の **well-being** へ PES-NWI が関連することは結果として得られず、看護実践環境は職務満足や職業継続意思という安定した職業生活に影響することが明示される結果であった。この結果は、いくら労働環境を整えても、すべての看護職の **well-being** に影響を与えずものではないことを示唆し、全体最適が部分最適の総和ではないということを表している。看護実践環境を改善することが個々人の **well-being** 向上に必ず寄与するとは言い難い。そのため個々の主観に影響される **well-being** 向上には、組織的全体最適だけでなく、個々の看護職に合わせた関りが必至であることを示唆していると考えられる。

以上の示唆から、看護専門職の 3 側面として、理想を高めつつ、理想に向けた目標と実践のギャップの認識を少なくする同僚や上司の関り、社会的責任を果たし得る専門基礎教育の在り方や他者承認される中にも自己受容の上に研鑽をし続けることができるリカレント教育の在り方を改めて構築していくことが課題である。同時に、物理的時間的な休暇取得ではなく、看護職自身の休暇の在り方や家族との時間の在り方も考えた実践現場の管理の在り方も重要であることが示唆された。

本研究から得られた看護職の **well-being** に関連する要因を図 5-1-2 に示す。

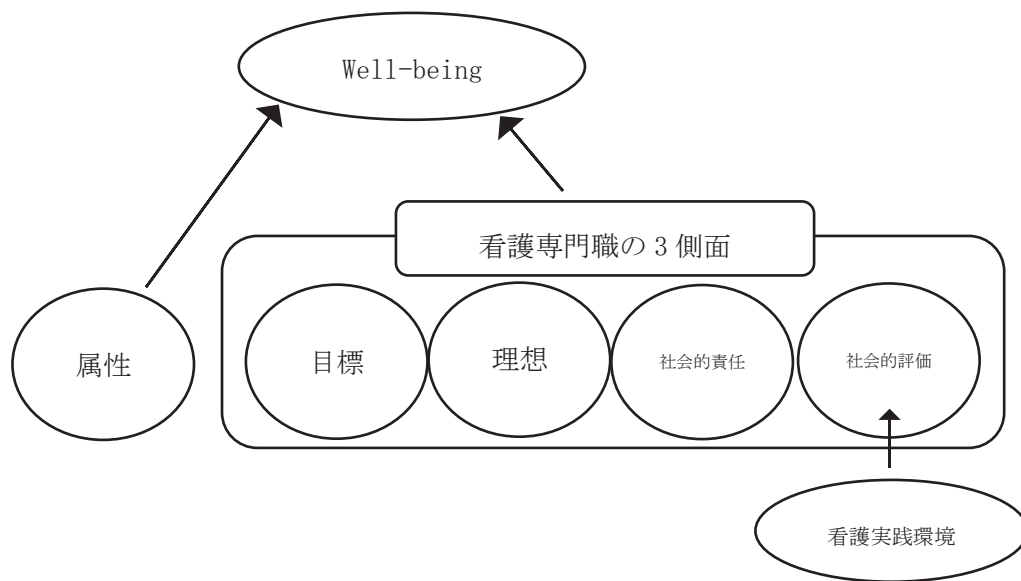


図 5-1-2 看護職の well-being に関連する要因

第二節 看護職の well-being 向上への提言 (図 5-2-1)

幸福の 4 因子は、どれかが高ければ良いのではなく、それぞれに高めていく必要があり (前野 2017)、well-being を構成する仕事、人間関係、経済、身体、地域社会の 5 つの側面は互いにかかわりあってこそ、本当に人生に満足し well-being を実感できる。中でも人生の多くの時間は仕事に費やしており、看護職としての在り方は well-being への影響も大きい。本研究で仮説検証を進めてきた結果、看護職の well-being には、個人的属性に加え、看護職としての目標と理想、社会的責任、社会的評価が関連することが明らかになった。本研究によって得られた結果から、看護職の well-being 向上の円環モデルを図 5-2-1 に示す。

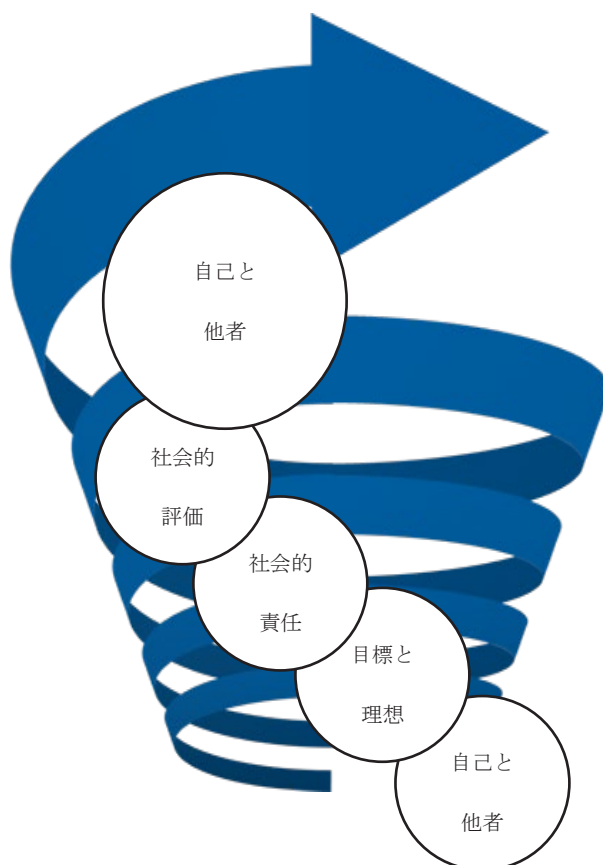


図 5-2-1 看護職の well-being 向上の円環モデル

Kim (2002) は、「関係の質」⇒「思考の質」⇒「行動の質」⇒「結果の質」と繋がることで組織の質が向上するという円環モデルを提唱している。本研究で得られた示唆から、看護組織における質の向上を図るための「看護職の well-being 向上の円環モデル」を示した。この円環モデルは、「自己と他者」の「関係の質」を起点とし、「目標と理想」をどのように設定するかという「思考の質」影響を及ぼす。「目標と理想」を達成するための「行動の質」として、「社会的責任」を伴った看護実践の結果は、「社会的評価」という「結果の質」に影響する。社会的に良いとされる結果を受け取ることは、自己評価の高まりへとつながる。自己評価を高められた結果は、次の次元の「自己と他者」の「関係の質」にプラスに影響していく。

本研究の結果から具体的に述べると、「自己と他者」の関係とは、「看護職同士」「患者・家族」「看護職の家族」「他職種」「一般の人々」と自己の関係を指す。これらの関係の質は、看護を前向きに捉えるのか、不満足に捉えるのか、その捉え方に影響する。前向きに捉えられる関係であるならば、看護の面白さに気が付き、より良い看護を実践する行動へと移すことができる。前向きな思考で「目標と理想」設定するならば、看護の「目標と理想」を高くしていくことができると考えられる。さらに適切な目標設定をするには、現代社会が求める「社会的責任」を伴った看護実践も考慮する必要がある。ただし、看護実践と理想のギャップが大きくなり過ぎると well-being は低下する。そのため、実践したい看護と求められる実践とのギャップがないように、「目標と理想」を共に考えられる上司や同僚との関係が重要である。さらに、「看護職の家族」との良質な時間を過ごすことは、ポジティブ思考や感情の支えとなる。

以上のように「自己と他者」の関係に支えられた「目標と理想」に向かう「社会的責任」を伴った看護実践は、看護の質の向上となり、結果として社会的評価の向上に繋がる。社会的評価を高く受け取ることができるならば、看護職としての自己評価は高まり、看護職の well-being は向上する。この円環モデルは、必ずしも前進上昇するだけではなく、時には、一度戻ってやり直すことも、同じところを何度も循環することも可能であり、「看護職の well-being 向上の円環モデル」をどのように進めるかは、個々人により、またその置かれた状況により変化する。この「看護職の well-being 向上の円環モデル」が究極に目指すところは、個々人が健康で幸福な社会である。

最後に、この円環モデルによって、看護職の well-being 向上に帰結する施策として、以下の4点を提言したい。

提言1：看護職が心身ともに健康に生活できる環境づくり

本研究によって、看護実践環境は看護職の well-being 向上には関連しない結果が導出された。これは、職場環境を整えるだけでは、個々がそれぞれに目指す well-being 支援にはならないことを示している。昨今、提唱されている働き方改革に関して、日本看護協会の旗振りの下、看護界ではすでにワーク・ライフ・バランス推進事業を進め、労働環境改善に取り組んできた。その結果、夜勤回数は制限され、時間外労働は少なく、休暇も保障され、健康的で多様な働き方を可能にする支援体制が整いつつある。本研究結果から、看護職は健康認識を高く持っているが、その一方で余暇時間における活動意欲の低下、疲労感の残存が認められる。これは、労働環境というよりもむしろ、個々人の休暇の質向上への取り組みが求められていることを表している。看護職は夜勤を含めた24時間交代勤務であるため、夜勤からの疲労回復を主眼においた勤務体制を検討する傾向にあるが、日常的な心身の疲労の視点からの検討も必要である。特に看護職は自分の家族からの高い評価を認識する傾向があり、家族との有意義な時間を過ごせる勤務を検討することが重要である。また一人一人が自分の働き方を考えることも重要である。整えられた労働条件をどのように利活用するのか、心身ともに充実した休暇とはどのような勤務体制によって得られるのか、それぞれの人生において活かされる休暇の質も異なってくる。労働環境として制度や仕組みによる全体的な視点だけでなく、個人もどのような休暇にしたいのか考えていく必要がある。

提言2：リカレント教育の変革

看護職の専門知識の発展と自己成長と仕事における達成に、継続した学習は欠かせない。働き方改革では、研修も労働であることを示し、有限である時間をどのように利活用し、自己成長につなげるかということは重要である。Benner (2005) は、看護の達人たちは、ケアの際には常に臨床推論をしながら行動しており、その時々で何を思い、何を考え、何を判断してケアを実践したのかが重要であることを示している。そのため、形式的な集合研修が必ずしも看護職の学びの場であるとは言えず、様々なクリニカルラダーの段階にある看護職同士で、対等にその時々で何を思い、何を考え、何を判断してケアを実践し、何を学べたのか、それぞれの段階に応じた小さな学びに気付きながら成長する実践環境づくりが必要である。同時に、実践現場での学びだけでなく、さらなる専門性の向上に向けた臨床現場を離

れた学び直しの支援も必要である。現在、整えられつつある大学院教育や様々な資格取得のための進学は、仕事との両立が前提とした短期集中の学習であり、終了後は教育との接点が保たれることなく、必ずしも看護専門職としての継続学習の場とは言い切れない現状がある。明確な解のない倫理的判断や最善を追究する看護職には、社会の動きを見通す力、最善を追究するクリティカルシンキングを塗り替えていく環境が、日常の一部として存在することが必要である。そのため、常に現状をクリティカルに捉える視点を持ち続ける教育現場との接点を持ち続けることは重要である。しかし、それが先に提言した心身の疲労回復と相反する現状となっては本末転倒である。一つの方法として、社会的責任を果たす重責を認識している看護職が気楽に集まり真剣に考える中に、看護の理想に向けて語る場を教育現場との繋がりの中に設け、身体疲労回復と異質の、精神的な高みを獲得できる質の高い休暇となり得るようなリカレント教育の場を構築していくことが必要なのではないだろうか。

提言3：目標管理制度の再考

管理者が現在行っている目標管理面接は多くの組織で、年間計画として数か月に1回、年間に複数回の評価である。そのためリアルタイムに有効なフィードバックできる仕組みとはなり得ていない。制約された時間の中で、管理者は業務遂行の一部として、まとめてフィードバックし、スタッフは義務としてフィードバックを受け取るという関係が存在するといえる。定期的な面接は、長期的なキャリア支援には有効であるが、その間の細やかなフィードバックは成し得ない。そこで、リアルタイムに効果的なフィードバックをするためには、現状の目標管理面接の仕組みではなく、管理者は日常業務の中で、スタッフの良い看護実践に目を向け、具体的な行動を認め、称賛するという仕組みの看護職支援の在り方が必要となる。その結果、日々の小さな気づきをスタッフと共有できる関りは、管理者とスタッフの関係をより良い関係とし、相互の「関係の質」が向上することで、前向きな感情へと変換され、看護の気づきが促進される。それは、看護職の well-being 向上の始まりである。

提言4：その人らしさ、あなたらしさを支援し、前向きに実践する看護職を育成できる管理者を育成する

管理職は、看護技術や知識をティーチングすること、看護を取り巻く法や倫理の遵守を大前提にうまくいくことをリーディングすること、意図的な問いかけによるコーチングによって答えを導き出すことが役割ではない。看護は、対象者を尊重しながら科学的根拠に基づ

き、その看護職自身が実践するケアである。そのため、管理者はスタッフが主体的に考え、主体的に行動できるよう、常にインスパイアし続け、主体的成長を促す必要がある。インスパイアし続けるためには、人が持つ生きる世界や生き方について大局的にまとまりある見解を持つことであり、メタ認知に基づく客観的思考が必要である。さらに経験からくる単なる直観ではなく、論理的な反省を施してえられた思想でなければ、将来を見据えた看護や社会を包含するインスパイアにはなり得ない。そのスタッフ自身の最善を考え、看護職としての **well-being** を支える管理者として求められることは、既成された標準的、一般的、汎用化された物差しでスタッフを理解し支援することだけでなく、当事者である看護職が主体的に考え、行動することをメタ認知を通して思考することで、キャリア支援し続ける管理者自身の自己成長・変革が必要である。看護職の支援は、その時、進む方向やスピードは、その看護職自身が決めることであるため、管理者はスタッフの前に道をつくり続けるのではなく、その人が進もうとしている先を管理職の視点で見通しながら、スタッフ自身が、道をつくり、進んでいけるよう主体性の芽を摘まない支え方をすることができる管理者の育成が課題となるのではないだろうか。

以上、自分自身の在りたい看護職としての理想に向かって邁進し、**well-being** を感じながら意気揚々として看護職人生を謳歌できる看護職が一人でも多くなるよう支援していくことで、幸福の追求を可能とする社会をめざす提言を試み、研究結果を現場に還元していきたい。

謝辞

博士論文作成に当たり、非常に多くの方々にお世話になり、この場を借りて感謝申し上げます。最も感謝申し上げたいのは、調査に協力して頂いた多くの看護職の皆様である。今回の調査票への回答は、勤務の合間の休憩時間や勤務終了後、あるいは夜勤の合間の休憩時間などを使用して、ご回答頂いたのではないかと思います。多くの看護職の皆様の大事な休憩時間が、調査票への回答の時間に割かれることがなければ、この研究は存在しないほど重要であった。この場を借りて、本当に感謝申し上げます。そして、看護職の皆様の調査協力には、施設長や看護部長の承諾があつてこそ実施することができた。調査協力をいただいた施設の責任者の方々とは、電話やメールによるやり取りをさせていただくことがあり、その中で、少しでも協力できればなど、数々の優しいお言葉をかけていただいたことは、研究を前進させる大きな力になった。

また、私の大学院修士時代の友人や前職の友人などにもお世話になった。論文執筆に当たっては、ポジティブ心理学を共に学んだ仲間の存在が欠かせなかった。様々な年齢の様々な社会経験を有する仲間との実践を交えた学習は、私の思考を発展させてくれた。多くの友人たちに感謝したい。論文執筆の最後の1年間は、体調が上手く整わない時期もあり、そのような時にも理解を示し、配慮して下さった現職の同僚と上司に感謝申し上げます。

そして、私の博士論文の指導教授である中島美津子先生とは、博士課程への進学のことから始まる修士時代の出会いに始まった。この出会いがなければ、私が博士論文を書くことはなく、今の自分は存在しない。中島教授との出会いに感謝したい。そして教授には、博士課程3年間の討論を通じ、狭かった私の思考と視野を広げていただく機会をたくさん頂いた。また、いつも締め切りぎりぎりの提出にも関わらず、時間を確保していただき、私らしく、私のペースで学習することに理解を示し、支援して頂いたことに心より感謝したい。

最後に、私を心の底から支えてくれた家族への感謝である。調査票の準備には、大学生の3人の子供達の夏休みを使って協力してもらった。特に最後の1年間は、母としての役割を持つ私が家に帰ることもままならない中で、子供達も自立して生活を送ってくれた。夫は、「家には大学生が4人いる」の台詞を自己紹介に活用していた。そんな夫は、妻と母の役割を持つ私が家に帰らない状況に理解を示してくれた上、時々具合が悪くなる私の面倒も見てもらい、大変迷惑をかけた。家族の理解と支えがなければ、私の3年間の学びは成立しなかったほど大切に重要であった。なかなか言葉にすることは少なかったが、この場を借りて改めて感謝の意を伝えたい。

引用文献

- Abdellah F.G (1960) /千野静香訳(1963). 患者中心の看護. 医学書院, 東京.
- 天野正子 (1972). 看護婦の労働と意識. 社会学評論, 22 (3), 30-49.
- 安藤千智, 中西貴美子 (2017). 看護師の倫理的行動力が高い組織文化の特徴について. 三重県立看護大学紀要, 21, 1-9.
- 荒川雅子, 藤川和俊, 上野佳代, 朝倉隆司 (2017). 中学校の保健授業における資質・能力の成 : 知識、スキル、態度・価値の相互作用に焦点を当てて. 東京学芸大学, 69, 205-221.
- 馬場薫, 斎藤深雪, 田中幸子, 丸山幸恵 (2013). 病院に勤務する専門看護師の職場環境の実態と職務満足との関連. 日本看護研究学会誌, 36 (2), 95-104.
- Bandura A (1997) /本明寛, 春木豊, 野口京子, 山本多喜司 (1997). 激動社会の中の自己効力. 金子書房, 東京.
- Benner P (1984) /井部俊子, 井村真澄, 上泉和子 (1992). ベナー看護論 : 達人ナースの卓越性とパワー. 医学書院, 東京.
- Benner P , Hooper-kyriakidis P.L , Stannard D (1999) /井上智子 (2005). ベナー看護ケアの臨床知. 医学書院, 東京.
- 大辞林第三版, 寄り添う・寄添-406836, 2020.1.20 検索, <https://kotobank.jp/word/>
- 大辞林第三版, コンプライアンス, 2020.1.20 検索, <https://www.weblilo.jp/content/>
- Deci E.L , Flaste R (1995) /桜井茂男 (1999). 人を伸ばす力. 新曜社, 東京.
- デジタル大辞泉, 理想-148828, 2020.1.20 検索, <https://kotobank.jp/word/>
- デジタル大辞泉, 評価-61312, 2020.1.20 検索, kotobank.jp/word/
- デジタル大辞泉, 信頼-539229, 2020.1.20 検索, <https://kotobank.jp/word/>
- Diener E, Horwitz J , Emmon R.A (1985). Happiness of the very wealthy. *Social Indicators Research*, 16, 263-274.
- 江川幸二 (2014). クリティカルケア看護に活かす Cofort の概念と Comfort ケア. 日本クリティカルケア看護学会誌, 10 (1), 1-10.
- Eid M , Diener E (2004). Global judgments of subjective well-being:Situational variability and long-term stability. *Social Indicators Research*, 65 (3), 245-277.
- Erikson E.H (1968) /岩瀬庸理訳 (1982). アイデンティティ : 成年と危機改訂版. 金沢文庫.
- Fisher J , Brumley D (2008). Nurse's and carers'spiritual wellbeing in the workplace. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25, 49-57.

- Fredrickson B.L (2009) / 植木理恵 (2010). ポジティブな人だけがうまくいく 3 : 1 の法則. 日本実業出版社, 東京.
- 藤田優一, 藤原千恵子 (2010). 小児看護を实践する看護師の属性、個人特性、職務ストレスが離職願望に与える影響. 日本看護研究学会誌, 33 (2), 85-94.
- 福島朋子, 沼山博 (2019). 子どもを持たない中年期成人における世代性と主観的幸福. 心理学研究, 89 (6), 551-561.
- 後藤姉奈 (2013). 同一施設に定着して働く看護師の職務満足と看護観との関連. 三重看護学誌, 15, 27-35.
- グレッグ美鈴, 服部兼敏, 山本清美, 有末玲子, 中村文恵, 池田芳子他 (2009). 組織コミットメントの観点から見た臨床看護師のキャリア発達支援. 神戸市看護大学紀要, 13, 21-28.
- 萩本孝子, 笠松由佳, 相澤恵子, 柳井晴夫 (2014). 看護師長の承認行為尺度の開発. 日本看護管理学会誌, 18 (1), 56-65.
- 原玲子 (2016). 中規模急性期病院に勤務する看護師のキャリアニーズと職場定着意思に関する要因. 北日本看護学会誌, 19 (1), 1-13.
- 波頭亮 (2006). プロフェッショナル原論. 筑摩書房, 東京.
- 林伸二 (2011). 若い看護師は幸せなのだろうか—看護師 vs.OL—. 青山経営論集, 46 (3), 229-262.
- Henderson V (1960) /湯楨ます, 小玉香津子 (1995). 看護の基本となるもの.日本看護協会出版会, 東京.
- 樋口耕一 (2014). 社会調査のための計量テキスト分析. ナカニシヤ出版, 京都.
- 日向浩幸 (2013). 病院のブランド戦略と CSR. 日本経営倫理学会誌, 20, 81-94.
- 平林勝政 (2015). 保健医療福祉職の自律と法. 保健医療社会学論集, 25 (2), 7-16.
- 平田明美, 勝山貴美子 (2012). 日本の病院看護師を対象とした職務満足度研究に関する文献検討. 横浜看護学雑誌, 5 (1), 15-22.
- 菱山隆二 (2015). 倫理・コンプライアンスと CSR. 経済法令研究会, 東京.
- Holloway C (2017). 看護師におけるバーンアウトの要因：コミュニティ感覚と職場サポートを中心に. 北海道大学大学院経営学研究科研究論集, 15, 1-8.
- 堀井希依子 (2012). 女性看護師の職業継続を規定する要因の検討. 共栄大学研究論, 10, 121-140.
- 市江和子, 水谷聖子, 西川浩昭, 小西美智子, 斎藤公彦, 伊藤安恵 (2014a). 女性看護師の疲

- 労・生活習慣・自己効力との関連性に関する研究. 聖隷クリストファー大学看護学部研究紀要, 22, 1-14.
- 市江和子, 水谷聖子, 西川浩昭, 小西美智子, 斎藤公彦, 伊藤安恵 (2014b). 看護師の疲労と生活習慣・自己効力に関する研究 (第2報). 聖隷クリストファー大学看護学部研究紀要, 22, 53-59.
- 池田明子 (2015). アーネスティン・ウイーデンバック: 臨床看護における援助技術. 看護理論家の業績と理論評価. 医学書院, 東京.
- 池田真理 (2018年03月26日). 看護教育に「政策型思考」を取り入れるには. 週刊医学界新聞 (第3266号).
- 池田道智江, 平野真紀, 坂口美和, 森京子, 玉田章 (2011). 看護師のQOLと自己効力感が離職願望に及ぼす影響. 日本看護科学会誌, 31 (4), 46-54.
- 妹尾大, 平野雅章, 小川美香子, 齋藤敦子, 大橋真人, 杉村宏之 (2018). 感謝がウェルビーイング度に与える影響の研究. 経営情報学会春季全国研究発表会, 277-280.
- 井奈波良一(2019). 女性看護師の主観的幸福と勤務状況、日常生活習慣および職業性ストレスの関係. 日本健康医学会誌, 27(49), 294-302.
- 石川ひとみ, 石井範子 (2012). 看護職の学習行動と組織・専門コミットメントとの関係性. 秋田大学保健学専攻紀要, 20 (1), 31-41.
- 伊藤まゆみ, 金子多喜子, 大場良子, 藤塚未奈子 (2016). 終末期ケアに携わる看護師のストレスに起因したポジティブな変化がバーンアウトに及ぼす影響. 共立女子大学看護学雑誌, 3, 1-10.
- 加賀田和弘 (2006). 企業の社会的責任 (CSR). 関西学院大学紀要, 7, 43-65.
- 加賀田聡子, 井上彰臣, 窪田和巳, 島津明人 (2015). 病棟看護師における感情労働とワーク・エンゲイジメントおよびストレス反応との関連. 行動医学研究, 21 (2), 83-90.
- Kahneman D , Krueger A.B, Schkade D , Schwarz N , Stone A (2006). Would you be happier if you were richer? A focusing illusion, Science, 312, 1908-1910.
- 亀山美知子 (1985). 看護婦と医師. ドメス出版, 東京.
- 金井 Pak 雅子 (2007). Nursing Work Index-Revised の因子分析. 看護研究, 40(7), 23-33.
- 金森悟, 甲斐裕子, 川又華代, 楠本真理, 高宮朋子, 大谷由美子他 (2015). 事業場の産業看護職の生むと健康づくり活動の実施との関連. 産業衛生学雑誌, 57 (6), 297-305.
- 勝山貴美子, 勝原裕美子, 星和美, 鎌田佳奈美, ウィリアムソン彰子 (2010). 過去5年間の

- 倫理に関する研究の特徴と今後の課題, 日本看護倫理学会誌, 2 (1), 77-86.
- 川合政恵 (2011a). 看護職の守秘義務とは・看護管理者の責務とは. 看護法務研究会 (編), 看護業務をめぐる法律相談. 新日本法規出版, 名古屋.
- 川合政恵 (2011b). 診療情報の取り扱いに関する看護職・看護管理者の責務とは. 看護法務研究会 (編), 看護業務をめぐる法律相談. 新日本法規出版, 名古屋.
- 川島みどり (2008). 日本の看護の「いま」. 日本看護歴史学会(編), 日本の看護 120 年. 日本看護協会出版会, 東京.
- 経済産業省 (2019), 企業会計、開示、CSR (企業の社会的責任)政策. 新時代の「ビジネスと人権」の在り方に関する調査研究報告書, 2020.1.20 検索,
<https://www.meti.go.jp/policy/economy/keieikigoukaikei/>
- 菊池昭江 (2014). 専門看護師 (CNS)における自律性に影響を及ぼす要因の検討. 日本看護科学会誌, 34、62-370.
- Kim D.H , Virginia A (2002) /宮川雅明, 川瀬誠, ニューチャーネットワークス (2002). システム・シンキングトレーニングブック. 日本能率協会マネジメントセンター, 東京.
- 木村恵美子, 城丸瑞恵 (2017). 終末期看護の安全・安楽に関する論文数の記述内容の検討. 死臨床, 40 (1), 161-167.
- King L.A, Richards J.H , Stemmerich E (1998). Daily goals, life goals, and worst fears: Means, ends, and subjective well-being. *Journal of Personality*, 66, 713-744.
- 小林盾, カローラ ホメリヒ (2018). どのような言葉が人を幸せにするのか. ソーシャル・ウェルビーイング研究論集, 4, 31-47.
- 小林道太郎, 竹村淳子, 真継和子, 山内栄子, 太田名美 (2012). 看護倫理に関する歴史的概観. 大阪医科大学看護研究雑誌, 2, 60-67.
- 小泉順二, 多崎恵子, 相川泉, 稲垣美智 (2014). 日本糖尿病栄養指導資格と看護職のセルフエフィカシー. 糖尿病, 57 (1), 10-15.
- 厚生労働省 (2001), 安全な医療を提供するための 10 の要点, 2020.1.20 検索,
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/tp1030-1f.html>
- 厚生労働省 (2003), 新たな看護のあり方に関する検討会報告書, 2020.1.20 検索,
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0324-16.html>
- 厚生労働省 (2007), 仕事と生活の調和 (ワーク・ライフ・バランス)憲章, 2020.1.20 検索,
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/shigoto/index.html

厚生労働省 (2007), 在宅医療の最近の動向, 2020.1.20 検索,
www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/.../h24_0711_01-01.pdf

厚生労働省 (2011), 外国人患者受入れ医療機関認証制度整備のための支援事業, 2020.1.20,
検索, www.mhlw.go.jp/topics/2011/02/tp0228-1.html

厚生労働省 (2018), 平成 30 年度診療報酬改定について. 個別改訂項目について. 2020.1.20
検索, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>

厚生労働省 (2018), 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会. 「健康日本 21 (第二次)」
中間報告書 (概要), 2020.1.20 検索, www.mhlw.go.jp/stf/newpage_01549.html

厚生労働省 (2018), 平成 30 年度診療報酬改定について. 個別改訂項目について. 2020.1.20
検索, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>

厚生労働省 (2019), 政策について. 「働き方改革」の実現に向けて, 2020.1.20 検索, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000148322.html>

厚生労働省 (2019), 令和元年版労働経済の分析, 2020.1.20 検索,
<https://www.mhlw.go.jp/content/12602000/000551612.pdf>

厚生労働省 (2019), 看護基礎教育検討会報告書, 2020.1.20 検索,
<https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf>

窪寺敏之 (2008). スピリチュアルケア学概説. 三輪書店, 東京.

久常節子, 小池智子, 斎藤訓子 (2003). 看護職の医療・看護政策に対する関心. 日本看護管理学会誌, 7(2), 27-45.

楠葉洋子, 平智津美, 岩下香奈美, 井上澄子, 原口恵子, 四辻由紀 (2010). 外来と病棟に勤務する看護師の仕事ストレスとその関連要因. 保健学研究, 22 (2), 27-35.

Lyubomirsky S (2007) / 金井真弓(2012). 幸せがずっと続く 12 の行動習慣. 日本実業出版社. 東京.

前田泉, 徳田茂二 (2003). 満足度—コミュニケーションと受領行動のダイナミズム. 日本評論社, 東京.

前野隆司 (2013). 幸せのメカニズム. 講談社, 東京.

前野隆司 (2017). 実践ポジティブ心理学. PHP 研究所, 東京.

真鍋えみ子, 小松光代, 和泉美枝, 倉ヶ市絵美佳, 橋元春美, 北島謙吾他 (2012). 大学付属病院の看護職における Sense of Coherence と労働環境満足度・看護臨床能力との関連. 日本看護研究学会雑誌, 35 (2), 19-25.

- 松田麗子 (2016). ICU で勤務する看護師の感情体験. 生命健康科学研究所紀要, 13, 21-31.
- 松尾睦 (2006). 経験からの学習—プロフェッショナルへの成長プロセス—. 同文館出版, 東京.
- 松下由美子, 田中彰子, 吉田文子, 竹内久美子, 杉本君代, 雨宮久子 (2015). 病院看護部門における目標管理制度の取り組みと実態. 山梨県立大学看護学研究ジャーナル, 1, 29-36.
- Mayeroff M (1987) / 田村真・向野宣之 (2010). ケアの本質—生きることの意味. ゆみる出版.
- 壬生寿子, 日當ひとみ (2017). 在宅看護の変遷からみる在宅看護教育の今後の課題. 産業文化研究, 26.
- 南出康世編 (2014). ジーニアス英和辞典代5版. 大修館書店, 東京.
- 宮本毅治, 武田宜子 (2016). 人工呼吸器装着患者の目標鎮静度達成における医師と看護師の鎮静管理の比較. 日本クリティカル看護学会誌, 12(1), 81-86.
- 宮崎仁, 尾藤誠司, 大生定義編 (2009). 白衣のポケットの中：医師のプロフェッショナルリズムを考える. 医学書院, 東京.
- 水村典弘 (2015). ビジネスとプロフェッショナリズム. 社会科学論集, 144, 19-29.
- 文部科学省 (平成 30 年 5 月 15 日), 中央教育審議会. 第 14 回制度・教育改革 WG, 2020.1.20 検索, http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo4/043/siryo/1405040.htm
- 門馬共代, 小林直子, 富井秋子, 小原雅子, 鈴木広子, 松永佳子 (2014). 時間外勤務に対する意識調査—属性と時間外勤務時間の関係—. 東邦看護学会誌, 11, 31-40.
- 森本寛調, 稲田正文 (2015). 対人援助者のネガティブ・ポジティブ感情と関連する職業生活出来事に着目したうつ予防の検討. 川崎医療短期大学紀要, 35, 1-8.
- 森本妙子 (2008). 看護管理者のコスト意識. 看護・保健科学研究誌, 8(1), 13-21.
- 宗健, 住まい研究所 (2018). 労働時間が仕事満足・幸福度に与える影響. 経営情報学会春季全国研究発表会, 5-8.
- 村井恒之 (2013). 定看護師としての活動. 看護科学研究, 11(1), 29-33.
- 撫養真紀子, 池亀みどり, 河村美枝子, 清水厚子, 志田京子, 勝山貴美子他 (2014). 病院に勤務する看護師の継続意思に関連する要因の検討. 大阪府立大学看護学部紀要, 20 (1), 29-37.
- 撫養真紀子, 勝山貴美子, 志田京子, 尾崎フサ子, 青山ヒフミ (2015). 一般病院に勤務する看護師の職務満足感とバーンアウト, 自尊感情との関連. 社会医学研究, 32 (2), 143-150.
- 永井真寿美, 長戸和子, 瓜生浩子 (2014). 家族看護学におけるヘルスリテラシー概念の有効

性の検討. 高知女子大学看護学会誌, 40 (1), 141-150.

長崎恵美子, 伊東美佐江 (2018). 病院の規模別からみた臨床看護師の倫理的問題の体験と看護倫理教育への課題. 日本看護倫理学会誌, 10 (1), 26-35.

内閣府 (2010), 幸福度に関する研究会, 2020.1.20 検索,
<http://www5.cao.go.jp/keizai2/koufukudo/koufukudo.html>

内閣府 (2017), 保健医療 2035 提言書の効用について, 2020.1.20 検索,
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000088369.html>

内閣府 (2019), 「満足度・生活の質に関する調査」に関する第1次報告書, 2020.1.20 検索,
<https://www5.cao.go.jp/keizai2/manzoku/pdf/report01.pdf#search=%272019+%E5%B9%B8%E7%A6%8F%E5%BA%A6+nennrei%27>

中村悦子, 瀬賀裕子 (2008). 看護部門における目標管理の定着—看護管理者、看護職員のインタビュー調査から—. 新潟青陵大学紀要, 8, 117-127.

中村雄二郎 (2007). 臨床の知とは何か. 岩波新書, 東京.

中西康裕, 今村知明 (2019). 医療現場のお金の話. メディカ出版, 大阪.

中島美津子, 森山美知子 (2009). Nursing Work Index-R の因子分析からみえる看護師が望む看護労働環境. 日本看護管理学会誌, 12 (2), 22-31.

中山洋子 (2015). ヒルデガート E.ペプロウ:看護における人間関係の概念枠組. 筒井真優美(編), 看護理論家の業績と理論評価. 医学書院, 東京.

成田真理子, 石井範子 (2015). 看護師の看護実践環境と職務満足との関連—卒業後2～3年目の特徴を探る—. 秋田大学保健学専攻紀要, 23 (2), 105-117.

根木香代子, 片山はるみ(2018). 女性中堅看護師のレジリエンスに対する自尊感情と自己効力感の影響. 日本看護科学会誌, 38, 89-96.

Nightingale F (1859)/湯楨 ます・薄井 坦子, 小玉 香津子, 田村 眞 (2011). 看護覚え書 (第7版), 現代社, 東京.

日本大百科全書, 看護-48687, 2020.1.20 検索, <https://kotobank.jp/word/>

日本医療機能評価機構 (2018), 医療事故情報収集等事業, 2020.1.20 検索,
<http://www.med-safe.jp/contents/report/index.html>

日本医療教育財団 (2012), 外国人患者受け入れ医療機関認証制度, 2020.1.20 検索,
<http://jmip.jme.or.jp/>

日本医師会総合政策研究機構 (2017), 第6回日本の医療に関する意識調査, 2020.1.20 検索,

www.jmari.med.or.jp/research/research/wr_622.html

日本看護協会 (2003), 看護実践情報. 看護者の倫理綱領, 2020.1.20 検索,
<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html>

日本看護協会 (2006), 報道された医療事故: 看護者に問われる責任, 2020.1.20 検索,
<https://www.nara-kango.or.jp/pdf/m-20060511.pdf>

日本看護協会 (2007), 看護にかかわる主要な用語の解説, 2020.1.20 検索,
www.nurse.or.jp/home/publication/.../yougokaisetu.pdf

日本看護協会 (2011), 「看護職のワーク・ライフ・バランス推進ワークショップ」事業,
2020.1.20 検索, <https://www.nurse.or.jp/wlb/workshop/index.php>)

日本看護協会 (2015), 一般病棟における看護配置等に関する調査概要, 2020.1.20 検索,
www.nurse.or.jp/.../pdf/2016/ippanbyoto_2015.pdf

日本看護協会 (2016), 「看護師のクリニカルラダー (日本看護協会版)」, 2020.1.20 検索,
<https://www.nurse.or.jp/nursing/education/jissen/index.html>

日本看護協会 (2018), 「2017 年病院看護実態調査」結果報告, 2020.1.20 検索,
www.nurse.or.jp/up_pdf/20180502103904_f.pdf)

西田裕紀子 (2000). 成人女性の多様なライフスタイルと心理的 well-being に関する研究. 教育心理学研究, 48, 433-443.

西尾美登里, 木村裕美 (2013). ターミナルにおける看護師の看取り満足感に関する研究. 日農医誌, 61 (6), 890-903.

二戸部富恵, 山口久美子, 鈴木純恵, 大竹一榮 (2017). 看護師の離職意思に影響する要因の検討—職位別の仕事のとらえ方・職場環境に焦点をあてて—. 独協医科大学看護学部紀要, 11, 13-26.

野村英樹 (2015). 専門職の倫理—プロフェッショナリズム—その期待と責務—. 理学療法学, 42 (8), 730-731.

OECD 編 / 桑原進監訳, 高橋しのぶ訳 (2015). 主観的幸福を測る. 明石書店, 東京.

尾形真実哉 (2012). リアリティ・ショックが若年就業者の組織適応に与える影響の実証研究—若年ホワイトカラーと若年看護師の比較分析—. 組織科学, 45 (3), 49-66.

緒方泰子, 永野みどり, 赤沼智子 (2008). The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index(PES-NWI)日本語版の作成. 千葉大学看護学部紀要, 30, 19-24.

緒方泰子, 永野みどり, 福田敬, 橋本廸生 (2011). 病棟に勤務する看護職の就業継続意向と

- 看護実践環境との関連. 日本公衆衛生学会誌, 58 (6), 409-419.
- 小川和美, 寺岡征太郎, 寺坂陽子, 江藤栄子 (2014). 臨床看護師が体験している倫理的問題の頻度とその程度. 日本看護倫理学会誌, 6 (1), 53-60.
- 岡谷恵子 (2015). ジョイス・トラベルビー：人間対人間の看護. 筒井真優美(編), 看護理論家の業績と理論評価. 医学書院, 東京.
- 岡崎美晴, 江口秀子, 吾妻知美, 神谷美紀子, 遠藤圭子, 服部兼敏 (2014). チーム医療を実践している看護師が多職種と連携・協働する上で大切にしている行為. 江南女子大学研究紀要, 8, 1-11.
- 沖本克子, 網野裕子 (2018). 糖尿病をもつ子どもの学校生活における医療者と用語教諭の連携. 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 24 (1), 133-140.
- 奥田益美, 安田晃, 津本周作 (2012). 米国患者満足度調査における患者満足の構造モデル作成への試み. 医療情報学, 37 (4), 169-177.
- 奥野洋子 (2011). 対人援助職におけるポジティブな変化について—看護師の自己成長観の特徴について—. 近畿大学臨床心理センター紀要, 4, 19-30.
- 小野公一 (2018). 職場におけるソーシャルキャピタルとその効果に関する実証的研究. 亜細亜大学経営論集, 54 (1), 3-23.
- 大石繁宏 (2009). 幸せを科学する. 新曜社. 東京.
- 大澤歩, 梅田節子, 丸山浩枝, 後藤由紀子, 福重春菜, 玉田雅美他 (2018). 高度急性期医療機関看護師の事例の分析にみる倫理的看護実践の課題. 神戸市看護大学紀要, 22, 45-52.
- 太田肇 (2011). 承認とモチベーション. 同文館, 東京.
- 太田肇 (2019). 「承認欲求」の呪縛. 新潮社, 東京.
- 尾崎伊都子, 渡井いずみ, 西嶋真理子 (2018). インターネットを用いた減量プログラムにおける人的支援の効果：無作為化比較の試験のシステマティックレビュー. 日本健康教育学会誌, 26 (3), 203-220.
- Peplau H.E (1952) / 稲田八重子, 小林富美栄, 武山満智子, 都留伸子, 外間邦江(1973). 人間関係の看護論. 医学書院, 東京.
- Porter M.E (2011). 経済的価値と社会的価値を同時に実現する、共通価値の戦略. ダイアモンド・ハーバード・ビジネス・レビュー, 32 (6), 24-34.
- Rath T, Harter J (2010) / 森川里美(2011). 幸福の習慣. ディスカバー21, 東京.
- Ryff C.D (1989). Happiness is everything ,or is it? Explorations in the meaning of psychological

well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

佐伯政夫 (2015). 日本人の幸福度向上のための幸せの文化差・地域差の研究. 慶応義塾大学博士論文.

佐伯政男, 蓮沼理佳, 前野隆司 (2012). 主観的 well-being とその心理的要因の関係. 日本心理学会第 76 回大会発表論文集.

齋藤隆志, 参鍋篤司 (2018). 企業別賃金制度と従業員の幸福度. 早稲田大学高等研究所紀要, 10, 23-37.

酒井淳子 (2006). 看護師の心理的 well-being に対する職場におけるソーシャルサポートの効果. 日本看護科学会誌, 26 (3), 32-40.

佐々木司 (2019). 「安全, 健康, 生活を念頭においた看護師の 1 ヶ月 72 時間夜勤規制」に関する研究. 看護, 72 (1), 52-55.

Satoh Miho, Watanabe Ikue, Asakura Kyoko (2018). Determinants Strengthening Japanese Nurses' Intention to Stay at Their Current Hospital. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 246(3), 175-182.

佐藤徳, 安田朝子 (2001). 日本語版 PANAS の作成. 性格心理学研究, 9 (2), 138-139.

澤田忠幸, 羽田野花美, 矢野紀子, 酒井淳子 (2004). 女性看護師の職務満足と心理的 Well-being に及ぼす個人特性要因の影響. 日本看護研究学会雑誌, 27 (4), 45-52.

澤田忠幸 (2009). 看護師の職業・組織コミットメントと専門職者行動、バーンアウトとの関連性. 心理学研究, 80 (2), 131-137.

Seligman, M. E., & Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.

Seligman, M. E. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American psychologist*, 55, 5-14.

Seligman, M. E. (2004). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York :Free Press.

Seligman M. E. (1990) /山村宣子訳 (2013). オプティミストはなぜ成功するか. パンローリング. 東京.

Seligman M. E. (2011) /宇野カオリ訳 (2014). ポジティブ心理学の挑戦. Discover21. 東京.

渋谷菜穂子, 高橋理沙 (2014). 精神看護師における怒りの表出過程とその関連要因の因果モデルの作成. 日本看護科学会誌, 34, 40-352.

- 重久加代子 (2012). がん患者のケアを担う看護師のケアリング行動の実践に影響する要因. 国際医療福祉大学学会誌, 17 (1), 19-29.
- 重本津多子, 室津史子 (2015). 異なる組織基盤を持つ看護師のワーク・ファミリー・コンフリクトと主観的職務満足に関する研究. ヒューマンケア研究学会誌, 6 (2), 35-40.
- 島井哲志 (2015). 幸福の構造—持続する幸福感と幸せな社会づくり. 有斐閣, 東京.
- 島井哲志, 山宮裕子, 福田早苗 (2018). 日本人の主観的幸福感の現状: 加齢による上昇傾向. 日本公衆衛生雑誌, 65 (9), 553-562.
- 清水克彦 (2004). 社会的責任マネジメント. 共立出版, 東京.
- Stearns P.N (2016). 幸福の歴史. ダイアモンド・ハーバード・ビジネス・レビュー, 37(5),66-75.
- 須藤絢子 (2016). 手術室看護師のストレスとモチベーションの関連: 国立大学病院と公立大学病院の比較. 北海道大学大学院経済学研究科研究論集, 14, 29-40.
- 杉野美和, 秋山智(2018). 自己の死への意識から見えた非医療従事者の死生観 平井らの死生観尺度を用いて. 広島国際大学看護学ジャーナル, 15(1), 31-46.
- 高橋淑郎 (2014). 持続可能な病院経営のための CSR と BSC の統合に関する研究. 商学集志, 83 (4), 107-141.
- 高瀬浩造 (2011). 「診療の補助」と医師の指示との関係は. 看護法務研究会 (編), 看護業務をめぐる法律相談. 新日本法規出版, 名古屋.
- 武亜希子, 宇都由美子 (2015). 特定機能病院における深部褥瘡発生が及ぼす入院収支と看護ケア量への影響. 医療情報学, 35(1), 31-36.
- 武山雅志, 川島和代, 長谷川昇, 垣花渉, 塚田久恵, 中田弘子他 (2018). 産学官連携による健康づくり事業参加の特徴と変化～運動習慣のない参加者に注目して～. 石川看護雑誌, 15, 117-124.
- 田中幸子 (2008). 看護師の生活と仕事. 日本看護歴史学会 (編), 日本の看護 120 年. 日本看護協会出版会, 東京.
- 谷岡清香, 堀理江(2018). 終末期がん患者の看護に対する看護師の思いに関する文献研究. ヒューマンケア研究学会誌, 9(2), 75-78.
- 谷本 真理子, 芥田 ゆみ, 和泉 成子 (2018). 日本におけるアドバンスケアプランニング研究に関する統合的文献レビュー. Palliative Care Research, 13(4), 341-355.
- 田尾雅夫 (2001). ヒューマン・サービスの経営. 白桃書房, 東京:
- 鶴田明美, 前田ひとみ (2016). 中堅前期看護師の自己イメージ評価表の開発. 日本看護科学

会誌, 36, 152-162.

内野恵子 (2010). 成人女性の心理的 well-being—年代による変化—. 早稲田大学大学院教育学研究科紀要別冊, 18 (1), 67-77.

内布敦子 (2019). 看護サービスの質保証と評価改善. 秋山智弥 (編). 看護サービスの質管理. 日本看護協会出版会, 東京.

氏家幸子 (2008). 看護教育の変遷. 日本看護歴史学会 (編), 日本の看護 120 年. 日本看護協会出版会, 東京.

漆畑里美 (2009). 「個別性のある看護」に関する概念分析. 日本看護技術学会誌, 8 (3), 74-83.

臼井美登里, 庄司和夫, 鈴木はる江 (2014). 救急医療現場における多様な業務体制が看護師の心身に与える影響. 心身健康科学, 10 (1), 18-24.

山本さやか, 百瀬由美子 (2017). 病棟看護師の退院支援における包括的評価指標の作成. 日本看護研究学会雑誌, 40 (5), 837-848.

山本武士, 河口明人 (2017). 医療プロフェッショナリズム概念の検討. 北海道大学大学院教育学紀要, 126, 1-19.

山下麻衣 (2017). 看護婦の歴史. 吉川弘文館, 東京.

山崎武 (2013). D.E.スーパーの生涯と理論. 図書文化社, 東京.

山住康恵, 北川明, 安酸史子 (2017). 就職後 6 か月目の新人看護師の離職願望に影響する要因に関する研究. 共立女子大学看護学雑誌, 4, 9-17.

吉田えり, 山田和子, 森岡郁晴 (2011). 卒後 2~5 年目の看護師における自己効力感とストレス反応との関連. 日本看護研究学会誌, 34 (4), 65-72.

吉田雄太, 加藤慎太郎, 山口三重子, 名越恵美, 高橋幸子 (2017). A 県における看護労働環境に関する研究: Nursing Work Index-Revised を用いた看護師の意識調査. 岡山県立大学保険福祉学部紀要, 24(1), 141-148.

吉江由加里 (2014). 看護師の組織貢献意識と組織コミットメントおよび目標管理に対する受容度との関係. 日本看護医療学会誌, 16 (1), 44-50.

渡邊清江, 遠藤善裕 (2016). ターミナル期のがん患者に前向きなケアの考えや感情を有する看護師の傾向. 滋賀医科大学看護学ジャーナル, 13 (1), 39-42.

渡邊里香, 荒木田美香子, 鈴木純恵 (2010). 若手看護師の離職意向に関連する個人要因と組織要因の検討—1 年目と 5 年目の比較. 日本看護科学会誌, 30 (1), 52-61.

資 料

問1 今までの人生を振り返って感じるご自身の状態について、最も近いものを選び、数字に○をつけて下さい。各項目に付き、1つだけ○を付けて下さい。

		全く そう思 わない	ほとん どそう 思わな い	あまり そう 思わな い	どちら とでも ない	少し そう思 う	かなり そう思 う	とても そう思 う
1	ほとんどの面で、私の人生は私の理想に近い	1	2	3	4	5	6	7
2	私の人生は、とてもすばらしい状態だ	1	2	3	4	5	6	7
3	私は自分の人生に満足している	1	2	3	4	5	6	7
4	私はこれまで、自分の人生に求める大切なものを得てきた	1	2	3	4	5	6	7
5	もう一度人生をやり直せるとしても、ほとんど何も変えないだろう	1	2	3	4	5	6	7
6	私は有能である	1	2	3	4	5	6	7
7	私は社会・組織の要請に答えている	1	2	3	4	5	6	7
8	私のこれまでの人生は、変化、学習、成長に満ちていた	1	2	3	4	5	6	7
9	いまの自分は「本当になりたかった自分」である	1	2	3	4	5	6	7
10	人の喜ぶ顔が見たい	1	2	3	4	5	6	7
11	私を大切に思ってくれる人がいる	1	2	3	4	5	6	7
12	私は、人生において感謝することがたくさんある	1	2	3	4	5	6	7
13	私は日々の生活において他者に親切にし、手助けしたいと思っている	1	2	3	4	5	6	7
14	私は物事が思い通りに行くと思う	1	2	3	4	5	6	7
15	私は学校や仕事での失敗や不安な感情をあまり引きずらない	1	2	3	4	5	6	7
16	私は他者との近しい関係を維持することができる	1	2	3	4	5	6	7
17	自分は人生で多くのことを達成してきた	1	2	3	4	5	6	7
18	私は自分と他者がすることをあまり比較しない	1	2	3	4	5	6	7
19	私に何ができて何ができないかは外部の制約のせいではない	1	2	3	4	5	6	7
20	自分自身についての信念はあまり変化しない	1	2	3	4	5	6	7
21	看護に関する日々の仕事の中で判断を頻繁に切り替える	1	2	3	4	5	6	7

問2 今のあなたの感情について、最も近いものを選び、数字に○をつけて下さい。各項目に付き、1つだけ○を付けて下さい。

		全くそう 思わない	ほとんど そう 思わない	あまり そう 思わない	少し そう 思う	かなり そう 思う	とても そう 思う
1	活気のある	1	2	3	4	5	6
2	苦悩した	1	2	3	4	5	6
3	いらだった	1	2	3	4	5	6
4	熱狂した	1	2	3	4	5	6
5	ぴりぴりした	1	2	3	4	5	6
6	びくびくした	1	2	3	4	5	6
7	強気な	1	2	3	4	5	6
8	うろたえた	1	2	3	4	5	6
9	気合の入った	1	2	3	4	5	6
10	わくわくした	1	2	3	4	5	6
11	機敏な	1	2	3	4	5	6
12	おびえた	1	2	3	4	5	6
13	心配した	1	2	3	4	5	6
14	きっぱりした	1	2	3	4	5	6
15	恥じた	1	2	3	4	5	6
16	誇らしい	1	2	3	4	5	6

問3 以下の問いに対し、当てはまるすべての数字に○をつけて下さい。

(1) 看護師と同程度の社会的評価だと思う職業はどれですか？ (いくつでも○可)

1	准看護師	2	保健師	3	助産師
4	医師	5	理学療法士	6	作業療法士
7	言語聴覚士	8	薬剤師	9	管理栄養士
10	医療ソーシャルワーカー	11	検査・放射線技師	12	該当なし

(2) 看護師よりも高い社会的評価だと思う職業はどれですか？ (いくつでも○可)

1	准看護師	2	保健師	3	助産師
4	医師	5	理学療法士	6	作業療法士
7	言語聴覚士	8	薬剤師	9	管理栄養士
10	医療ソーシャルワーカー	11	検査・放射線技師	12	該当なし

問4 以下の書き出しに続く言葉で、思いついたことを書き、文章を完成させてください。

1. 私にとって、理想の看護とは、

2. 私にとって、目標の看護は、

3. 私にとって、看護者としての社会的責任とは、

4. 私にとって、看護の社会的評価が高まるとは、

問5 あなたが看護職として働く中で感じる最も近いものを選び、数字に○をつけて下さい。各項目に付き、1つだけ○を付けて下さい。

		全く そう思 わない	あまり そう思 わない	少しそう 思う	とてもそ う思う
1	家族から、看護職として働いていることを高く評価されている	1	2	3	4
2	看護職同士で、看護職として働いていることを高く評価し合っている	1	2	3	4
3	他職種から、看護職として働いていることを高く評価されている	1	2	3	4
4	患者およびその家族から、看護職として働いていることを高く評価されている	1	2	3	4
5	一般の人々から、看護職として働いていることを高く評価されている	1	2	3	4
6	今の私が実践したいと思う看護の理想は高い	1	2	3	4
7	実践したい看護の理想は、年々高まっている	1	2	3	4
8	実践したい看護の理想と、自分が掲げる目標には差がある	1	2	3	4
9	実践したい看護の理想と、日々の看護実践の間にギャップを感じる	1	2	3	4
10	仕事に関する自分の目標を設定する時は、上司の評価で決める	1	2	3	4
11	仕事に関する自分の目標を設定する時は、同僚の評価で決める	1	2	3	4
12	仕事に関する自分の目標を設定する時は、自己評価で決める	1	2	3	4
13	他の職種による支援が十分にあるので、私は担当患者に時間を費やせる	1	2	3	4
14	医師と看護師は、仕事上の関係が良い	1	2	3	4
15	看護師長は、看護師に対して支援的である	1	2	3	4
16	看護師のための、充実したスタッフ教育や継続教育プログラムがある	1	2	3	4

		全く そう思 わない	あまり そう思 わない	少しそう 思う	とてもそ う思う
17	クリニカルラダーによる能力評価の機会や、キャリアアップの機会がある	1	2	3	4
18	看護診断を用いている	1	2	3	4
19	看護師長は、過ちを非難するのではなく、学びの場として用いる	1	2	3	4
20	他の看護師と、患者ケアの問題を話し合うのに十分な時間と機会がある	1	2	3	4
21	質の高い患者ケアを提供するのに十分な人数の看護師がいる	1	2	3	4
22	看護師長は、良い管理者でありリーダーである	1	2	3	4
23	看護部長は、看護師にとって目に見える存在であり、相談しやすい存在である	1	2	3	4
24	ある仕事を終えるのに十分な人数のスタッフがいる	1	2	3	4
25	上手くできた仕事は、賞賛され認められる	1	2	3	4
26	高水準の看護ケアが、病院の管理にかかわる様々な責任者によって期待されている	1	2	3	4
27	看護部長は、病院の他のトップレベルの幹部と、権利や権限において同等である	1	2	3	4
28	看護師と医師は、チームとして働いている	1	2	3	4
29	昇進の機会がある	1	2	3	4
30	明確な看護の理念が、患者ケア環境に行き渡っている	1	2	3	4
31	臨床能力のある看護師と働いている	1	2	3	4
32	たとえ医師との衝突がある場合でも、看護師長は、意思決定において看護スタッフをバックアップする	1	2	3	4
33	病院の管理に関わる様々な責任者は、職員が患者ケアに関して気になることを聴き対処する	1	2	3	4
34	ケアの質を保証する仕組みが充実している	1	2	3	4
35	管理職以外の看護師も、看護実践や方針に関する委員会のような病院全体の管理に関わっている（例：感染管理委員会、倫理委員会）	1	2	3	4
36	看護師と医師とは、協働している	1	2	3	4
37	新卒および中途採用として新たに雇われた看護師に対するプリセプタープログラムがある	1	2	3	4
38	看護ケアは医学モデル（疾病に重きを置く）よりもむしろ、看護モデル（個別性や生活等に重きを置く）に基づいている	1	2	3	4
39	管理職以外の看護師にも、病院や看護の委員会を努める機会がある	1	2	3	4
40	看護部長や副看護部長は、日々の問題や手順に関する問題を把握し、スタッフと相談している	1	2	3	4
41	すべての患者について、患者の現状に対応した看護計画が、書面や電子カルテ等として文書化されている	1	2	3	4
42	ケアの継続性を促進するよう患者が割り振られている、すなわち、一人の患者に対して、継続して同じ看護師がケアを担当する	1	2	3	4
43	管理職以外の看護師も、病院の方針決定 ¹⁾ に参加する機会がある ¹⁾ ケアの方針や手順、必要な備品の選択、患者分類システムの決定、シフト、給与他、看護業務に関わるさまざまな方針	1	2	3	4

問6 看護職として行っている普段のご自身の行動について、「はい」または「いいえ」でお答えください。

1	看護専門職集団のケアの質の向上に寄与する	はい	いいえ
2	看護専門職集団としての発展に寄与する	はい	いいえ
3	公衆と自職種の信頼関係を強めるよう活動を行う	はい	いいえ
4	専門職組織へのメンバーシップを維持する	はい	いいえ
5	地域医療・保健・福祉の活動に寄与する	はい	いいえ
6	地域医療・保健・福祉の専門職・施設との連携を深める	はい	いいえ
7	公衆衛生の促進、社会のニーズを認識し、それにこたえる責任を持つ	はい	いいえ
8	保健・医療・福祉制度について理解している	はい	いいえ
9	保健・医療・福祉の社会政策の形成に寄与する	はい	いいえ
10	政治的活動に寄与する	はい	いいえ
11	国際的な健康問題に寄与する	はい	いいえ
12	公的機関に協力する	はい	いいえ
13	看護専門職に適用される法、規則を守る	はい	いいえ
14	倫理的に適切といえる意思決定を行う	はい	いいえ
15	看護記録や研究データの改ざん、そのほか不正な書類の作成を行わない	はい	いいえ
16	看護研究を行う際、説明や同意など十分な倫理的配慮を行う	はい	いいえ
17	患者の情報を守秘する	はい	いいえ
18	多職種で共有すべき患者情報の内容と範囲が判断できる	はい	いいえ
19	自己の利益のために医療専門職の地位や立場を利用しない	はい	いいえ
20	患者や社会との信頼の上に職業が成り立っていることを受け入れる	はい	いいえ
21	患者から不当な報酬や謝礼をもらわない	はい	いいえ
22	看護記録に的確な内容を記し、確実に保存を行う	はい	いいえ
23	効率的な医療資源の利用、公平な分配を配慮した実践を行う	はい	いいえ
24	勤務時間外における専門職としての責務を果たす	はい	いいえ

問7 あなた自身のことについて伺います。適切な数字を入れるか、当てはまるものに○を付けて下さい。

1. 年齢を教えてください。 _____ 歳
2. 性別について教えてください。 【 男性 女性 未回答 】
3. 婚姻状況について教えてください。 【 未婚 既婚 離婚 死別】
4. お子様は、いらっしゃいますか。 【 はい いいえ 】
5. お孫さんは、いらっしゃいますか。 【 はい いいえ 】
6. 要介護者の方は、いらっしゃいますか。 【 はい いいえ 】
7. 最終学歴について、当てはまる番号に○をつけて下さい

- | | |
|--------------------|----------------------|
| ①大学院博士課程（看護系） | ②大学院博士課程（看護系以外） |
| ③大学院博士前期・修士課程（看護系） | ④大学院博士前期・修士課程（看護系以外） |
| ⑤四年制大学（看護系） | ⑥四年制大学（看護系以外） |
| ⑦短期大学（看護系） | ⑧短期大学（看護系以外） |
| ⑨専門学校 | ⑩高等学校 |

8. 所有する資格について、当てはまるすべての番号に○を付けて下さい。
なお、その他を選択した場合、（ ）内に所有資格を記載してください。

- | | | | |
|--------|--------|---------|-------|
| ①保健師 | ②助産師 | ③看護師 | ④准看護師 |
| ⑤専門看護師 | ⑥認定看護師 | ⑦その他（ ） | |

9. 看護職として働きはじめて何年目ですか。 _____ 年目

10. 看護職になる前に他の職業についていましたか？ 【 はい いいえ 】

11. 転職経験について伺います。今の職場は、何ヶ所目の職場になりますか。
_____ ヶ所目

問8 現在の職場について伺います。適切な言葉を入れるか、当てはまるものに○を付けて下さい。

1. 現在お勤めしている職場の都道府県を教えてください。 _____ 都・道・府・県

2. 現在所属する部署について当てはまる番号に○を付けて下さい。
なお、⑦その他を選択した場合、（ ）内に所属部署を記載してください。

- | | | | |
|--------|-------|---------|--------|
| ①病棟 | ②外来 | ③手術室 | ④地域連携室 |
| ⑤集中治療室 | ⑥救急外来 | ⑦その他（ ） | |

3. 今の部署は、自分が希望した部署ですか。 【 はい いいえ 】

4. 通勤時間について当てはまる番号に○を付けて下さい。

- | | |
|----------------|-------------|
| ①30分以内 | ②30分以上1時間以内 |
| ③1時間以上1時間30分以内 | ④1時間30分以上 |

5. 今の給与に満足していますか。

【 はい いいえ 】

6. 今の休暇取得状況に満足していますか。

【 はい いいえ 】

7. 家庭やご自身の都合に合わせて、職場の制度を活用し、多様な働き方ができていますか。

【 はい いいえ 】

問9 この1ヶ月におけるご自身の健康について伺います。当てはまるものに1つだけ○を付けて下さい。各項目に付き、1つだけ○を付けて下さい。

1. 健康である

【 はい ややはい ややいいえ いいえ 】

2. 睡眠時間は足りている

【 はい ややはい ややいいえ いいえ 】

3. 翌日に疲れが残る

【 はい ややはい ややいいえ いいえ 】

4. 何もやる気が起きない

【 はい ややはい ややいいえ いいえ 】

5. バランスのよい食事を取っている

【 はい ややはい ややいいえ いいえ 】

6. 決まった時間に食事を取っている

【 はい ややはい ややいいえ いいえ 】

7. 1日30分かつ週3日以上運動をしている

【 はい ややはい ややいいえ いいえ 】

8. 医師から処方された薬を飲んでいる

【 はい いいえ 】

質問は、以上です。ご協力ありがとうございました。

この調査についてご意見・ご感想がございましたら、ぜひお聞かせください。

追記(令和4年3月31日)

本博士論文「看護職の well-being に関連する要因」の一部に加筆・修正して、「看護職が認識する社会的責任を構成する要素」として「日本看護学教育学会誌」に掲載された。