

聖マリア学院大学紀要

BULLETIN OF
ST.MARY'S COLLEGE

目 次

I. 原著

- 勤務時間の異なる看護師を管理している師長のダイバーシティ・マネジメントの効果 近末 清美 …………… 3

II. 研究報告

- 精神障がい者に対する地域生活支援のあり方の検討
ー リカバリー概念に焦点を当てて ー 鮎川 春美 他 …………… 19

聖マリア学院大学紀要 vol.11 2019年度 査読審査者 …………… 31

編集後記 …………… 32

【原著】

勤務時間の異なる看護師を管理している 師長のダイバーシティ・マネジメントの効果

近末清美

聖マリア学院大学

<キーワード>

ダイバーシティ・マネジメント、キャリア開発、師長

抄録

本研究は、勤務時間の異なる看護師が共に働く多様性のある組織における、師長のダイバーシティ・マネジメントによる短時間看護師のキャリア支援及び組織活性化に対する効果を明らかにすることを目的とする。

12病院の師長27人に1ヵ月毎に計3回、師長が短時間看護師へのキャリア支援と組織を活性化させるダイバーシティ・マネジメントが行えるよう介入を行った。師長のマネジメント内容を半構成的面接を行い質的に分析、介入の効果を職業キャリア成熟度及び組織のポジティブ度を質問紙調査にて検証した。

介入により、師長が行ったマネジメントは介入1ヵ月後から3ヵ月後に共通する【仕組みづくりと実行】【短時間看護師へのキャリア支援】【フルタイム看護師へのフォローアップ】の3つのコアカテゴリーが見出された。介入前に比べ介入後短時間看護師の職業キャリア成熟度、および短時間看護師とフルタイム看護師の組織のポジティブ度は高まった。

I. 緒言

安全で質の高い看護を提供するには、看護職の確保のための円滑な就業・定着促進が必要である。看護職の約93%は女性であり、就業率には仕事と家庭の両立が影響している。ワーク・ライフ・バランス(以下WLBとする)の推進への取り組みや看護職員確保に向けた施策により、看護職員の離職率は2010年以降ほぼ横ばいの傾向が続いている。看護職員就業者総数においても年々増加しているが、就業場所は介護施設や訪問看護ステーションなど拡大しており、看護職務は複雑多様化している¹⁾。社会保障・税一体改革における医療及び介護サービスの充実には、2025年に看護職員は約200万人必要と試算されており依然として看護職員不足は課題である。2014年に成立した改正医療法による医療従事者の勤務環境改善システムでは、看護職員の復職支援、雇用形態や勤

務形態が選択可能な制度等の勤務環境の改善を通じた定着支援への取り組みが進んでいる。このような政策の中、夜勤や休日勤務の不規則な勤務がある病棟においても、WLB実現のための支援制度を利用し短時間で勤務する看護師(以下短時間看護師とする)とフルタイムで勤務する看護師(以下フルタイム看護師とする)が共に働く組織が増加しつつある。

厚生労働省や日本看護協会では、勤務環境改善やWLBの推進に向けた取り組み事例として好事例を報告している。しかし雇用する病院側は、月平均夜勤72時間ルールが若干緩和されたとはいえ、夜勤や休日勤務ができる看護職員を求人しているのが現状である²⁾。「夜勤も残業もできて一人前」という雰囲気があり、フルタイムではない看護職員を軽視しがちな風土の病院も少なくない³⁾。また多様な勤務形態として短時間正職員制度の導入を進めていく際に、「あの人だけ、する

いなあ、「自分たちが若いときは我慢したのに」、「どうして私たちばかり」といったフルタイム看護師の不公平感もあったと山口、佐藤⁴⁾は述べている。大手企業9社のヒアリング調査から抽出した短時間勤務制度利用に伴う課題においても、制度を利用しない従業員との人間関係が課題としてあげられている⁵⁾。短時間正職員制度導入後の調査から、フルタイム勤務看護師の業務負担が増えた、短時間看護師は責任がないなどの認識をもつ者もいるとの意見が出されている⁶⁾。労働力人口が減少し、フルタイムのような無制約の看護師を確保することは困難な中、多様な人材を活用した働き方改革が行えるダイバーシティ・マネジメントが必要となってくる。

また2016年の調査では53.1%の施設がすでに短時間正職員制度を導入しており、制度の適用期間についても、期間の延長の傾向が見受けられる⁷⁾。フルタイム勤務をしない期間が7年程度以上になることもあり、子どもが複数名の場合、この期間はさらに長くなると考えられる。武石⁸⁾は短時間勤務制度による短時間勤務者個人のキャリア形成における課題として、仕事経験の制限がありキャリア形成に影響を及ぼし、本人にとっても職場にとってもデメリットが大きいことを説明している。さらに、短時間で勤務することの多いパート看護職の調査結果⁹⁾では、パート看護職は、パートゆえの旨みを享受することでパートとしての働き方には満足している一方で、人手不足の補充、単純な仕事しか回ってこないなど能力や経験を考慮されていないなど仕事に対して不満足も感じていることを明らかにしている。Jamieson, Williams, and Lauder et.al¹⁰⁾はパート看護職と管理者への調査で、パート看護師は自身の看護の可能性を達成することができてないと思っていることを明らかにし、管理者がパート看護師の専門的能力を発揮させるには、変革を通してより適した支援を提供する必要があることを示唆している。短時間看護師を病棟で受け入れている師長を対象とした調査では、短時間看護師は業務内容が固定されてしまい、限られた業務にのみ従事していることが多く、短時間看護師へのキャリア支援の課題をもっていることが明らかにされている¹¹⁾。また、ダイバーシティの視点からグループ内にサブグループが生まれることで、グループ・コンフリクトが増加し、コミットメント、コミュニケーションにマイナスの影響がでると述べられている¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾。短時間看護師とフルタイム看護師がともに働く病棟組織においては、短時間看護師とフルタイム看護師、両者のスタッフを

管理する師長のマネジメント課題が存在する。

「ダイバーシティ」は1960年代に米国で始まった概念であり、近年「ダイバーシティ & インクルージョン」、つまりインクルージョンの含有、包含、包摂などの意味をふくめ、人々が対等に関わり合いながら、組織に参加している状態をつくることに焦点が当てられている¹⁵⁾。インクルージョンが実現している組織は、すべての人々が多様な個性をもって自分らしく組織に参加し、最大限に力を発揮することができていると感じられる状態と説明されている¹⁶⁾。

ダイバーシティ・マネジメントの企業の実践報告が多い中、看護領域では、働き方の多様性を考慮した勤務形態の活用事例や多様な考え方や価値観を受け入れることが働きがいにつながる点などの報告がなされている。また谷口¹⁷⁾は、ダイバーシティに取り組む組織行動を「抵抗」「同化」「分離」「統合」の4段階で表し、最後の「統合」の段階になって初めてダイバーシティをマネジメントしている状態といえるとした上で、看護現場にあてはめ説明している。谷口¹⁸⁾は、短時間正職員の採用は、すでに「同化」の段階にあるが違いは無視されている。これが「分離」の段階を経て「統合」の段階になると多様性によって従来の看護の内容や組織のあり方そのものを変革し、お互いの強みを学習し合う段階にまで到達することと説明している。しかしながら看護領域のダイバーシティ・マネジメントの実証データは乏しい。

以上より、今後増加すると予測される、ひとつの職場に異なる勤務時間の看護師が存在する中での組織の成長・発展を考えるうえでは、個人や集団間に生じる様々な違いを生かしマネジメントするダイバーシティ・マネジメントに取り組む必要がある。師長が、フルタイム看護師とは勤務時間が異なる短時間看護師のキャリア発達を支援し、個々のもつ能力を引き出すことで、短時間看護師は看護専門職としての知識・技術の向上を図ることが可能となる。また、自分のWLBを保ちながら自分らしく組織に参加し、最大限に能力を活かすことができると自分自身で感じられる状態となる。さらに、短時間看護師の能力が向上することで、フルタイム看護師の業務負担の軽減を図ることができる。また、短時間看護師とフルタイム看護師両者のWLBの実現が可能となり、フルタイム看護師は、短時間看護師を異なる組織員という認識から、ともに働く仲間として受け入れられるようになり、互いがともに働く仲間として信頼し合い、互いの強みを引き立たせあい、互いの能力を伸ばし絶えず学び続ける組織である「学習す

る組織」としての成長を図り、組織の活性化が図られるようになることを考える。短時間看護師のキャリア支援が行われると、看護師として成長・発達を遂げることが可能となり、いずれライフイベントの変化によりフルタイム勤務が可能となった際に、フルタイム勤務への移行をスムーズに遂げることができるのではないかと考える。したがって、現在数としては少ない病棟勤務の短時間看護師のキャリア支援に師長が取り組むことは、病棟で働く短時間看護師のキャリア継続を可能とし、働く場の拡大につながり、組織にとって看護の質と量の確保に寄与しうると考えた。

II. 目的

勤務時間の異なる看護師が共に働く多様性のある組織における師長のダイバーシティ・マネジメントによる短時間看護師のキャリア支援及び組織活性化に対する効果を明らかにすることである。

III. 概念枠組み

本研究は、谷口¹⁹⁾のダイバーシティに対する企業行動の理論を参考に師長のダイバーシティ・マネジメントの効果を1群介入前後比較研究で明らかにした。勤務時間の異なる看護師を管理する師長がダイバーシティ・マネジメントを行うことによって、谷口の述べる「同化」にあった組織が「分離」を経て「統合」へと向かい、その過程において短時間看護師のキャリア発達と組織の活性化がなされると仮定した。短時間看護師とフルタイ

ム看護師が共に働く組織においては、働き方が異なる看護師が混在したダイバーシティの状態である。ダイバーシティにある組織行動が「同化」にある状態とは、短時間看護師が固定された業務を行い短時間看護師の多様な能力の活用まではいたっていない状態である²⁰⁾。本研究におけるダイバーシティ・マネジメントとは、短時間看護師とフルタイム看護師の勤務時間の違いによってもたらされる多様性を活かし病棟組織の成果を向上させるマネジメントである。「同化」の段階にある組織をマネジメントしている師長が短時間看護師へキャリア支援を行えるように、1ヶ月に1回研究者が師長に介入することで、師長のマネジメントに変化をもたらし短時間看護師のキャリア発達がなされ、短時間看護師が勤務時間は異なるが自分の力を最大限に発揮し、フルタイム看護師は短時間看護師の能力を認め、短時間看護師とフルタイム看護師の協働が促進され、組織が活性化していくことになると考えた。1ヶ月に1回の介入内容は、師長が①短時間看護師が患者受け持ちケアを行えるよう勤務を計画する②短時間看護師に役割を新たに付与する③短時間看護師へ研修参加の機会を提供するである。またその効果として短時間看護師のキャリア発達および組織の活性化が得られると考え、短時間看護師の職業キャリア発達と組織のポジティブ度を成果指標として調査した。

IV. 方法

1. 用語の定義

ダイバーシティ：Jacson、Apama、and

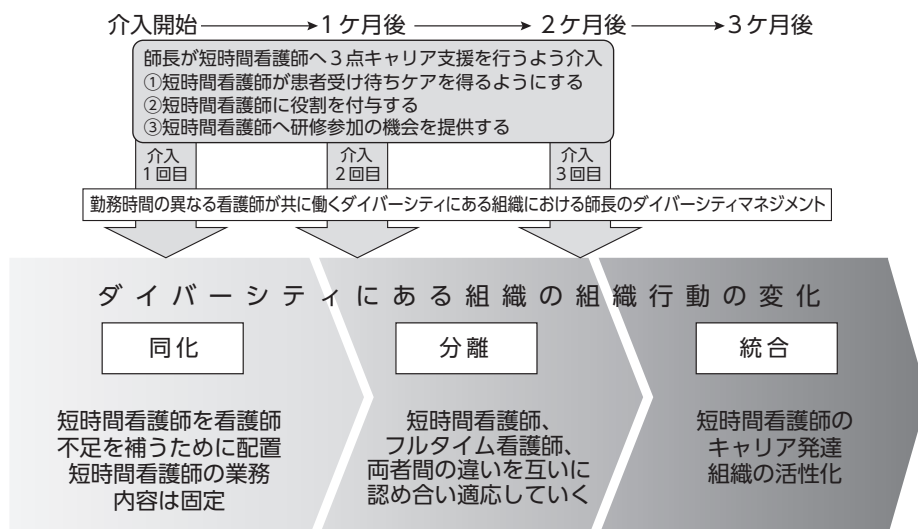


図1. 本研究の概念図

Nicolas²¹⁾は「ワークユニットの中で相互関係を持つメンバー間の個人的な属性の分類」と定義している。日本においては価値観の多様性を実現していくためには、働き方のダイバーシティに注目するのが、日本の特性にあってるとダイバーシティ・ワーク・ルール研究会が述べている²²⁾。以上の点から本研究では、ダイバーシティとは、病棟に勤務する看護師の勤務時間の違いによってもたらされる多様性を意味する。

ダイバーシティ・マネジメント(谷口²³⁾の定義である「ダイバシティを用いてチームや組織の成果を向上させるマネジメント手法」を参考に、短時間看護師とフルタイム看護師の勤務時間の違いによってもたらされる多様性を活かし、病棟組織の成果を向上させるマネジメント手法を意味する。

短時間看護師:所定労働時間がフルタイム看護師よりも短い時間で勤務する看護師で、雇用形態は正職員、パート、派遣等すべてを含むこととする。

2. 研究デザイン

1群介入前後比較デザイン。測定は対照群を設けず介入群のみに行い、介入前後の変数間の関連を調べた。対照群を設けない理由として、同一の病棟で同じ時期に対照群を設定することは不可能である。また別の病棟に対照群を設けることは、対照群は介入群とは集団特性の異なることによるバイアスの影響を考慮する必要がある。本テーマに関する先行研究は皆無であることから、介入の効果の見立てにおいてサンプルサイズの算出が困難である点も含め、本研究では1群介入前後比較デザインにより検証することが望ましいと考えた。

3. 研究協力者

研究対象者は、A県内の保険医療機関一覧の病院のうち、1週に20時間以上勤務している短時間看護師が1名以上配置されている病棟で、研究の同意の得られた師長27人、短時間看護師49人、フルタイム看護師440人とした。

介入期間は2016年12月から2017年6月であった。

4. 介入方法

1) 介入の概要

介入前の短時間看護師は、業務は特定の業務のみを行い、役割は担当していないか担当していても勤務時間内に担える役割が付与されていた。また研修会はフルタイム看護師の勤務終了後に行っているため参加が難しい状況にあった。師長がダイバーシティ・マネジメントとして短時間看護師へのキャリア支援が行えるよう、研究者は師長に以下の3つを内容とする介入を行った。

2) 介入内容

- ①師長が、短時間看護師が患者受け持ちケアを行えるよう勤務を計画する
- ②師長が、短時間看護師に役割を新たに付与する
- ③師長が、短時間看護師に研修等に参加の機会を与える

3) 介入方法 (図2)

研究者は、師長がダイバーシティ・マネジメントを実施できるよう介入1カ月毎に1回間隔で計3回、師長のマネジメントの実施状況を把握するとともに、師長と共に介入①～③の実行に向けての目標や具体策を検討しマネジメントへの介入を行った。Roger²⁴⁾は組織におけるイノベーション過程の導入プロセスを3段階で説明しており、前

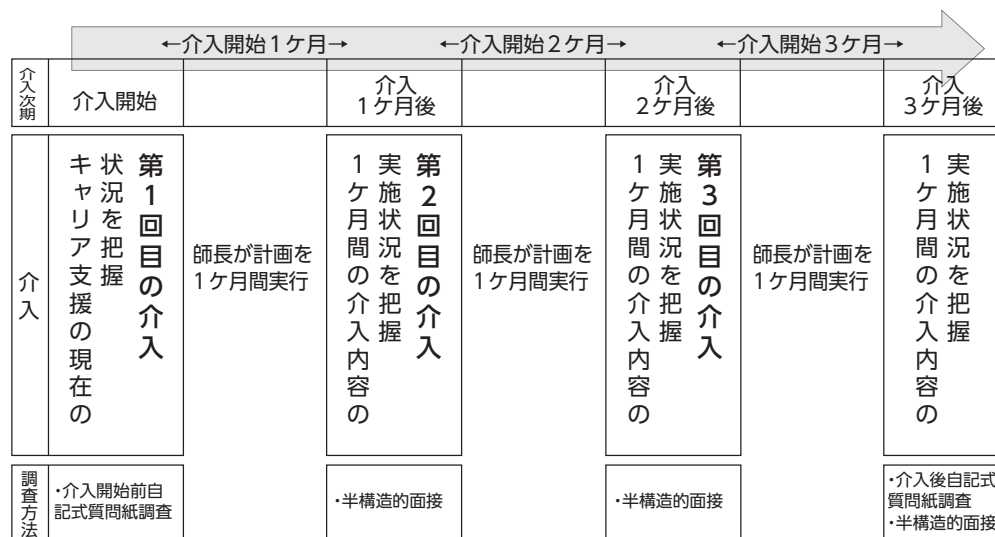


図2. 介入実施時期や期間、データ収集方法

段階が終了しないと次の段階が始まることはない」と述べている。したがって、本研究の組織の変化には3カ月の期間を要すると考えた。

(第1回介入)

研究者が師長と共に介入①～③の実行に向けての目標や具体策を検討し、1回目の介入を行った。(第2回、第3回介入)

1カ月後、研究者が1か月間の介入実施状況を把握し、第2回目の介入を行った。2カ月後には第2回目介入の実施状況を調査した後、第3回目の介入で行った。その3カ月後には第3回目介入の実施状況を調査した。

5. アウトカム指標・データ収集方法

1) 師長のダイバーシティ・マネジメント内容

研究者の介入によって師長が行った短時間看護師のキャリア支援の内容について、師長への半構造的面接を介入1カ月後、2カ月後、3カ月後に実施した。さらに、師長が行った短時間看護師の患者受け持ちケア、役割の付与、研修会等への参加による短時間看護師の成長の推移を介入1カ月後、2カ月後、3カ月後に師長への面接により調査した。

2) 短時間看護師のキャリア発達及び組織の活性化

(1) 短時間看護師のキャリア発達

短時間看護師のキャリア発達については狩野、李、中島ら²⁵⁾が作成し、信頼性と妥当性が確認されている「看護師の職業キャリア成熟尺度」を用い改めて信頼性と妥当性を確認するために、A県内のA病院の短時間看護師を対象に調査した。その結果尺度の信頼性をクロンバック α 係数を用い確認したところ0.62と低かったため、5項目削除し22項目を調査項目とし、本研究協力者である短時間看護師への自記式質問紙調査票として作成し介入前と介入3カ月後にキャリア発達の変化を測定した。「よくあてはまる」から順に5～1点に得点化し(逆転項目は1～5点)。点数が高いほどキャリア成熟度が高いことを示している。本研究でのクロンバック α 係数は介入前0.84、介入後0.85であった。なお、尺度の使用許可は狩野から得た。

(2) 組織の活性化

組織の活性化については、ポジティブな組織感情、ポジティブな感情に支えられた行動を示す度合いを測定する市瀬²⁶⁾が作成した「組織のポジティブ度指標」を用いた。短時間看護師とフルタイム看護師に自記式質問紙調査にて、介入前と介入3カ月後に測定した。本指標は、小野寺、遠藤²⁷⁾が作成した「学習する組織10因子モデル」を

もとに作成されている。「学習する組織10因子モデル」は、ピーター・センゲが1990年に作成した学習する組織モデルの5因子「自己マスタリー」「メンタルモデルの克服」「ビジョンの共有」「チーム学習」「システム思考」に、「ポジティブシンキング」「遊び心・ユーモア・笑い」「ソーシャルキャピタル」「エンパワーメント」「コーチング」の5因子を新たに加えたものである。さらに、市瀬²⁸⁾が個人・関係・組織の3つのレベルに分類し修正を加えた3下位尺度、10因子30項目の尺度である。下位尺度は「ユーモアと遊び心」12項目、「メンバー同士の関係」12項目、「組織全体からの視点の共有」6項目で構成されている。「よくあてはまる」から順に5～1点に得点化し、得点が高いほどポジティブな感情が高いことを示している。本研究でのクロンバック α 係数は、短時間看護師が介入前0.92、介入後0.91、フルタイム看護師が介入前0.96、介入後0.96であった。なお、尺度の使用許可は市瀬から得た。

6. データ分析方法

量的・質的に得られたデータを比較・関連づけ、解釈の統合を行った。半構造的面接調査結果は、協力者の同意を得たうえで録音し、逐語録におこし、質的記述的に分析した。分析時には、意味内容と信用可能性について慎重に検討し、さらに質的研究、看護管理の専門家のスーパーバイズを得て、コード化、サブカテゴリー化及びカテゴリー化しコアカテゴリーを抽出した。質問紙調査結果は統計ソフトIBM® SPSS® Statistics Ver.22.0を用い、短時間看護師へのキャリア支援実施率、職業キャリア成熟度、組織のポジティブ度、属性や特性について記述統計量の算出、尺度の信頼性をクロンバック α を用い確認、McNemar検定、Wilcoxonの符号順位検定による介入前後の比較分析を行った。有意水準は5%未満とした。

7. 倫理的配慮

本研究の実施に際し、京都橘大学研究倫理委員会から承認を得て(16-18)行った。

研究協力者は、対象病院の看護部長等の看護部の最高責任者へ研究の概要を書面と口頭で説明し文書で研究協力への承諾を得、研究協力者である師長の紹介を得た。

看護部長等の紹介を受けた師長に連絡の上で面談し、研究の意義と目的、方法、研究参加の任意性、研究協力を拒否しても不利益を被らないこと、対象病院の看護部長等から協力者に強制が加わらないこと、看護部長には研究の同意の有無、

結果を報告しないこと、匿名性を説明する依頼文と共に口頭で説明し、文書で同意を得た。

研究協力の得られた師長が管理する病棟の、短時間看護師とフルタイム看護師へ、研究協力の同意を得た。方法は、研究の意義と、方法、研究協力を拒否しても不利益を被らないこと、対象病院の看護部長等から協力者に強制が加わらないこと、師長には、研究の同意の有無、結果を報告しないこと、匿名性を説明する依頼文と共に口頭で説明し、文書で同意を得た。

質問紙調査は無記名による調査とし、任意性に基づく回答とした。返送は個別封書での郵送とした。調査結果は、本研究の目的以外には使用しないこと、研究終了後、データはシュレッダーにかけて破棄することを確約した。なお、回答の有無や調査内容については看護部長や師長等所属上長には伝えないことを調査票に記入した。面接法によるインタビュー調査は、インタビュー中に話したことの守秘義務、途中中断の権利、録音の許可について文書で説明し、文書で同意を得た後実施した。面接は協力者の都合に合わせて時間と場所を設定して実施し、協力者に負担がかからないように配慮した。研究データは研究者が厳重に保管し、逐語録を作成する段階から匿名化し、対象者が特定されていない形でデータを処理し、研究者と指導者以外は閲覧できないように保管した。また、看護部長には一切調査結果を報告しないこと、研究終了後データはすべては消去して破棄することを確約した。

研究協力の依頼書と研究承諾の依頼書には、研究協力者や研究承諾者が質問できるよう研究者の名前、連絡先を明記し、質問にいつでも答えられるようにした。研究結果は博士論文にまとめ、看護系の学会発表、論文投稿を予定していることを伝えた。また本研究に関連する企業や組織および団体から資金援助はないため、利益相反が無いことを伝えた。

V. 結果

研究の協力が得られた師長と師長が管理する病棟の短時間看護師およびフルタイム看護師に行った質問紙調査票の回収は、介入前について師長には27票配布、有効回答数27票(有効回答率100%)、短時間看護師には49票配布し有効回答数30票(有効回答率61.2%)、フルタイム看護師には440票配布し、有効回答数165票(有効回答率37.5%)であった。介入後は、師長には27票

配布し有効回答数27票(有効回答率100%)、短時間看護師には49票配布し有効回答数30票(有効回答率61.2%)、フルタイム看護師には434票配布し有効回答数165票(有効回答率38.0%)であった。有効回答が得られたデータすべてを分析対象とした。また面接調査に関しては研究協力の得られた師長は12施設27人であった。

1. 協力者の属性と特性

師長の属性と特性を表1に示す。平均師長経験年数は 6.3 ± 4.1 年(1-17年)であった。施設の平均病床数は 323.3 ± 150.3 床(86-530床)、300床未満が55.6%と最も多かった。師長が管轄する病棟の入院基本料は一般病棟7対1入院基本料が最も多かった(63.0%)。病棟の平均病床数は 44.4 ± 19.0 床(19-55床)であり、病棟の看護方式はチームナーシング方式が最も多く12人(42.3%)であった。病棟の平均看護職員数は 25.1 ± 6.7 人(11-39人)、そのうち短時間看護師数の平均は 3.2 ± 2.3 人(1-9人)、看護職員中の占める割合は $13.0 \pm 10.0\%$ (3.0-13.0%)であった。

短時間看護師の平均看護師経験年数は 8.6 ± 5.3 年(0.9-25.0年)であった。雇用形態は正規雇用が77.6%、平均1日就労時間数は 6.3 ± 0.9 時間、平均1週就労時間数は 28.6 ± 5.3 時間であった。フルタイム看護師の看護師平均経験年数は 14.6 ± 10.4 年(0.9-51.0年)であった。

表1. 師長が管轄する病棟の特性 N=27

項目	人	%		
入院基本料、特定入院料				
一般病棟 7対1	17	63.0		
その他	7	25.9		
特定入院料	3	11.1		
看護方式				
チームナーシング	12	42.3		
受け持ち	5	19.2		
PNS®(Partnership Nursing System)	5	19.2		
プライマリナーシング	4	15.4		
モジュール型継続受け持ち	1	3.8		
			平均(SD)	最小値 最大値
看護職員数				
看護職員数(人)	25.1(6.7)	11	39	
うち短時間看護師数(人)	3.2(2.3)	1	9	

2. 介入の結果

1) 師長のダイバーシティ・マネジメントの内容

師長が行ったダイバーシティ・マネジメントについての逐語録の分析の結果、介入1カ月後では7つのカテゴリーと18のサブカテゴリー、介入2

カ月後では5つのカテゴリーと11のサブカテゴリー、介入3カ月後では5つのカテゴリーと13のサブカテゴリー、計17カテゴリーと42のサブカテゴリーが抽出された。さらに、カテゴリーの意味内容を検討した結果、介入1カ月後から3カ月後に共通性が見出され、【仕組みづくりと実行】【短時間看護師へのキャリア支援】【フルタイム看護師へのフォローアップ】の3つをコアカテゴリーとした。以下に介入時期ごとのコアカテゴリー(【】で表示)、カテゴリー(《》で表示)を、コード(「」で表示)を用いて説明する(表2)。

介入1カ月後の師長は、研究者からの介入を受け短時間看護師のキャリア支援への【仕組みづくりと実行】として《短時間看護師のキャリア支援へのビジョンの構築》《成長支援のための仕組み案づくり》を行った。その際、短時間看護師へのキャリア支援のビジョンを明確にスタッフに示し、ビジョンの共有のため「主任(係長)はスタッフのことを私より良く知っている」ことを活かし「係長へ事前に相談」などの係長へのネゴシエーションを行った。また師長は、「フルタイム看護師が否定的にならないよう説明を何度もした」など方法を工夫しながらスタッフとのビジョンの共有を図り、スタッフが同じ目標を共有できるよ

表2. 師長のダイバーシティ・マネジメントのコアカテゴリー (介入時期別)

	コアカテゴリー	カテゴリー
介入1ヶ月後	【仕組みづくりと実行】	短時間看護師のキャリア支援へのビジョンの構築
		成長支援のための仕組み案づくり 新たな仕組み案の具体化
	【短時間看護師へのキャリア支援】	人員確保のための短時間看護師の受け入れ 短時間看護師の能力のアセスメント 患者受け持ちケア業務の割り当て
	【フルタイム看護師へのフォローアップ】	キャリア支援参画への働きかけ 新たな仕組み移行への協働の奨励
介入2ヶ月後	【仕組みづくりと実行】	新たな仕組みの課題の気づき 新たなしくみの修正
	【短時間看護師へのキャリア支援】	変化の見守りと支援 新たな役割の付与
	【フルタイム看護師へのフォローアップ】	コーチング
介入3ヶ月後	【仕組みづくりと実行】	働きやすい職場づくり 持続可能な仕組みづくり
	【短時間看護師へのキャリア支援】	成長へのフォローアップ
	【フルタイム看護師へのフォローアップ】	スタッフ間の相互支援へのフォローアップ 学習する組織の推進

うにした。短時間看護師は《人員確保のための短時間看護師の受け入れ》であった介入前の状況から、「意欲的で真面目」「経験年数があり皆が頼る部分もある」点に気づいた。さらに「看護師としてフリーじゃやりがいがない」と、短時間看護師の働きがいの面も捉えた多様性のある《短時間看護師の能力のアセスメント》がなされた。その上で、「PNS®(Partnership Nursing System) にしたら受け持ちの日が増やせる」「機能別とフリーを半々くらいで始める」「経験ある領域の受け持ちから始める」「引き継ぎの新たなルールをつくと帰りやすい」など課題を解決しながら《新たな仕組み案の具体化》を行っていた。《患者受け持ちケア業務の割り当て》にて【短時間看護師へのキャリア支援】を行っていた。フルタイム看護師には仕組みづくりへの協力要請を行い「みんなが(短時間看護師の受け持ち)してもいいよ」と賛同を得、「みんないろいろ意見を出してくれる。新たな意見が出てくる」などフルタイム看護師の協力を得た。また「会議で申し送りの方法を話し合った」などフルタイム看護師へ《キャリア支援参画への働きかけ》を行っていた。また師長は、「スタッフの方が患者のことをよく知っているので選んでくれる」「リーダーが短時間(勤務)の経験があるので受け持ち患者の采配をしやすい」など、フルタイム看護師へ《患者割り当て業務の委譲》を行っていた。役割については、フルタイム看護師から「日勤が多いので新人の指導がいい」などの意見が出され、師長はフルタイム看護師と共に短時間看護師の役割の検討を行っていた。さらに、研修会等への参加についても「病棟特有の看護についてはOJTで時間内に指導」「参加できない研修の資料を渡している」などフルタイム看護師が短時間看護師の研修参加方法の工夫を行っていることを把握し《新たな仕組み移行への協働の奨励》を行い【フルタイム看護師へのフォローアップ】をしていた。

介入2か月後、介入を1か月間実施した後の【仕組みづくりと実行】には《新たな仕組みの課題の気づき》があり、実行可能な修正案へと《新たな仕組み修正案の具体化》が行われていた。短時間看護師の「学生指導は丁寧」「ストーマ患者の看護は任せられる」「なんでも任せられる」姿を《変化の見守りと支援》し、《新たな役割の付与》にて【短時間看護師へのキャリア支援】をしていた。また師長はフルタイム看護師が「短時間看護師が帰られるように気をつけてくれる」「気持ちよく(短時間看護師は)委譲できている」ことから「短時間看護師へのねぎらい」をもつようになったことを

《コーチング》し【フルタイム看護師へのフォローアップ】が行われていた。

介入3カ月後、【仕組みづくりと実行】は継続され、病棟は短時間看護師ばかりでなくフルタイム看護師にとっても「時間外が少なくなった」「患者の受持ち人数が少なくなり患者にゆっくり関わられるようになったようだ」と《働きやすい職場》となった。さらに「新しい仕組みの良さの実感や仕組みの変更や修正の循環を通して《持続可能な仕組みづくり》がなされた。こうした【仕組みづくりと実行】による短時間看護師へのキャリア支援の継続により、短時間看護師の経験が拡大し臨床実践能力が向上したことで、師長は《成長へのフォローアップ》を行い【短時間看護師へのキャリア支援】を行っていた。また、短時間看護師とフルタイム看護師が「短時間看護師の存在がフルタイム看護師にとってもありがたい」「ほとんどフルタイム看護師と同じ患者を受け持つ」様子を通し、短時間看護師とフルタイム看護師の良好な関係形成支援として《スタッフ間の相互支援へのフォローアップ》を行い【フルタイム看護師へのフォローアップ】をしていた。短時間看護師とフルタイム看護師は互いに声をかけあい、短時間看護師は特別じゃないなど相互信頼の醸成がはかれ、互いに信頼し合い互いを補いながら働き、患者ケア等について共に学びあえる《学習する組織の推進》が行われていた。

2) 師長による短時間看護師のキャリア発達支援の変化

患者受持ちケアに関して、介入前は清潔のケアや検査等への移送、および入院担当や心臓リハビリテーション担当などの固定業務であった。介入開始1カ月後に比べ介入2カ月後及び介入3カ月後の短時間看護師の患者受け持ちケアの実施率は有意に高く（介入開始1カ月後 ($p<.05$)、介入2カ月後にフルタイムと同じ受け持ちを行った短時間看護師は32.7%、工夫し受け持ちを行った短時間看護師は55.1%であった。介入3カ月後は、フルタイム看護師と同じ受け持ちを行った短時間看護師が77.6%、工夫し受け持ちを行った短時間看護師は14.3%であった（図3）。短時間看護師に患者受け持ちを行うために師長が工夫した仕組みの内容としては、①短時間看護師が受け持ちを始める不安や負担感に配慮したとりくみ、②フルタイム看護師の協力を得ながらのとりくみが挙げられた。その具体例としては、①については、短時間看護師の今までの経験を活かし経験ある領域の患者受け持ちから始めた、フルタイム看護師とペア

で受け持つ、機能別も継続しながら患者受け持ちケアを徐々に始める、受け持つ患者の人数や重症度は個々の能力に合わせ工夫するなどがあった。②については短時間勤務者の業務終了時の委譲の仕組みづくりや未経験領域のOJT (On-the-Job Training) による学習支援などであった。

役割の付与については、介入開始1カ月後57.1%に比べ介入2カ月後と3カ月後短時間看護師への役割付与の実施率は有意に高く ($p<.05$)、介入2カ月後77.6%及び介入3カ月後93.9%の短時間看護師が病棟内の係や委員会の役割を任されるようになった（図4）。役割付与に関し工夫した内容から、師長は、経験したことのある委員会を付与することや、学生指導など複数で行う役割の一人として役割を付与していた。また短時間看護師の就業時間外にあった委員会を看護部に相談し、就業時間内への開催に変更し役割を付与した例もあった。看護部や院内のプロジェクトメンバーへの登用、委員のサブメンバーや業務手順や看護基準の作成など新たな役割を病棟内で作成し付与していた。短時間看護師からは役割

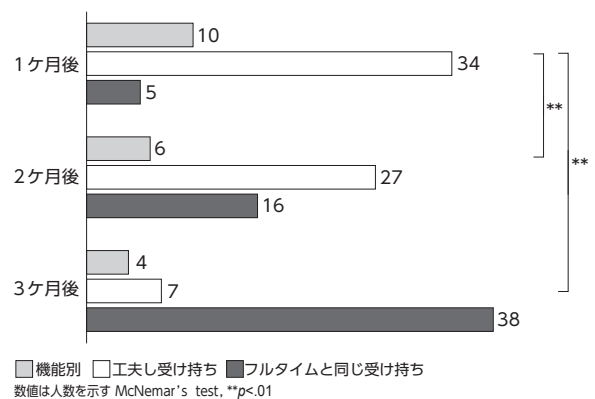


図3. 師長による短時間看護師へのキャリア支援の推移 (患者受け持ちケア) (N=49)

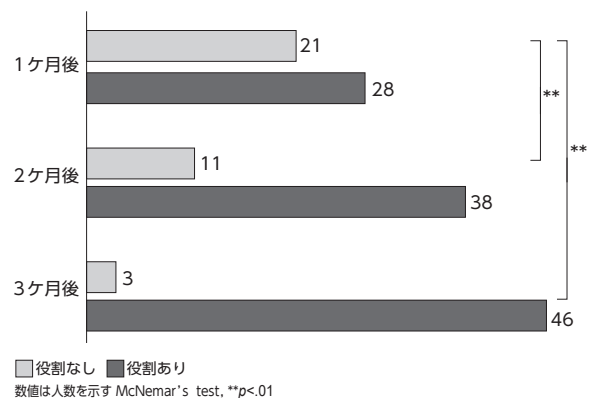


図4. 師長による短時間看護師へのキャリア支援の推移 (役割) (N=49)

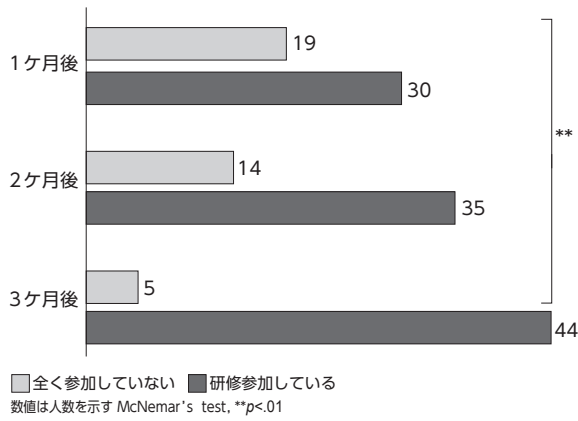


図5. 師長による短時間看護師へのキャリア支援の推移 (研修参加) (N=49)

を担うことで業務内容の理解が深まったという意見があった。

研修会等への参加に向けた取り組みでは、介入開始1カ月後の61.2%に比べ介入3カ月後の短時間看護師の研修会等参加の実施率は有意に高く ($p<.05$)、89.8%の短時間看護師が研修会等に参加することができた (図5)。師長が行った短時間看護師の研修会等参加への具体的な支援では、短時間看護師に早めに研修会等の情報提供を行う、オンデマンド研修の活用を促す、業務に必要な研修を目標管理ですすめるなど短時間看護師が研修参加しやすいよう関わっていた。また勉強会開催の時間の変更、OJTによる個別の学習等、時間内に勉強会や学習が行えるような工夫を新たに取入れ短時間看護師の勤務時間に配慮していた。さらに、時間外に組まれていた看護部主催の研修を時間内に変更することやオンデマンド等ITの活用については看護部や他部門と調整を行いながら工夫していた。

3) 短時間看護師のキャリア発達と組織の活性化

介入前後の短時間看護師の職業キャリア成熟度の合計得点の変化について、介入前の中央値が66.5点、介入後が73.5点であり、Wilcoxonの符号付き順位検定を行った結果、介入前後で有意な差が認められた ($p<.05$) (表3) (効果量 Cohen's $d=0.36$)。職業キャリア成熟尺度の下位尺度について、職業キャリア計画性については介入前後に有意な差は認められ、介入前に

比べ介入3カ月後の方が得点が高かった ($p<.05$) (効果量 Cohen's $d=0.35$)。職業キャリア関心性と自律性には介入前後の有意な差は認められなかった。

介入前後の組織のポジティブ度合計得点について、短時間看護師は介入前99.5点介入後が105.5点及びフルタイム看護師は中央値が介入前107.0点介入後が111.0点であり、Wilcoxonの符号付き順位検定を行った結果短時間看護師とフルタイム看護師に介入前後で有意な差が認められ、介入前に比べ介入3カ月後の方が組織のポジティブ度得点が高かった (短時間看護師 $p<.05$ 、フルタイム看護師 $p<.01$) (効果量 Cohen's $d=0.40$ 、 0.22) (表4)。下位尺度ごとに介入前後の変化をみると、短時間看護師では、下位尺度「ユーモアと遊びこころ」に有意差が認められ介入前に比べ介入後の得点が高かった ($p<.05$) (効果量 Cohen's $d=0.41$) (表5)。下位尺度の小項目では「価値観、行動の柔軟さ」と「互いを尊重する態度」に有意差が認められ、介入前に比べ介入後の得点が高かった ($p<.05$) (効果量 Cohen's $d=0.47$ 、 $d=0.41$)。さらにフルタイム看護師では、下位尺度「ユーモアと遊び心」 ($p<.05$) (効果量 Cohen's $d=0.18$) とその小項目である「個人の姿勢」 ($p<.01$) (効果量 Cohen's $d=0.21$) 「プラス思考」 ($p<.05$) (効果量 Cohen's $d=0.20$)、下位尺度「メンバー同士の関係」 ($p<.01$) (効果量 Cohen's $d=0.26$) とその小項目の「互いを尊重する態度」 ($p<.01$) (効果量 Cohen's $d=0.23$)、「学びを深めるかかわり合い」 ($p<.01$) (効果量 Cohen's $d=0.22$) と「仕事を任せる姿勢」 ($p<.05$) (効果量 Cohen's $d=0.19$) に有意な差

表3. 短時間看護師の職業キャリア成熟度 (介入前後比較) N=30

職業キャリア成熟度 下位尺度	介入前		介入3ヶ月後		Z値	p値
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)		
職業キャリア成熟度合計	66.50	(62.00-74.50)	73.50	(67.00-78.50)	-2.00	.046
職業キャリア関心性	22.00	(20.00-25.00)	25.00	(20.75-26.25)	-1.04	.297
職業キャリア自律性	25.00	(23.00-27.50)	27.00	(25.75-29.00)	-1.84	.066
職業キャリア計画性	20.00	(18.00-22.25)	21.00	(20.00-25.00)	-2.11	.035

注. Wilcoxon signed-rank test

表4. 短時間看護師とフルタイム看護師の組織のポジティブ度得点 (介入前後比較)

協力者	介入前		介入3ヶ月後		Z値	p値
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)		
短時間看護師 ^a	99.50	(88.75-107.00)	105.50	(98.50-111.75)	-2.00	.028
フルタイム看護師 ^b	107.00	(93.00-117.00)	110.00	(97.50-121.00)	-2.77	.006

注. Wilcoxon signed-rank test a:N=30, b:N=165

表5. 短時間看護師の組織のポジティブ度得点(介入前後比較) N=30

組織のポジティブ度 下位尺度	介入前		介入3ヶ月後		Z値	p値
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)		
ユーモアと遊び心	39.00	(34.00-43.00)	40.00	(38.00-45.25)	-2.26	.024
個人の姿勢	9.00	(8.00-11.00)	9.50	(9.00-12.00)	-1.44	.150
プラス思考	10.00	(7.75-11.00)	10.00	(9.00-11.00)	-1.37	.172
価値観、行動の柔軟さ	9.00	(8.00-10.00)	10.00	(9.00-11.00)	-2.58	.010
自己実現に向けた取り組み	10.00	(9.00-11.25)	11.00	(10.00-12.00)	-1.94	.052
メンバー同士の関係	41.00	(38.00-45.00)	45.00	(41.00-47.00)	-1.39	.166
互いを尊重する態度	11.00	(9.00-13.00)	12.00	(11.00-14.00)	-2.21	.026
学び合う姿勢	12.00	(11.00-13.00)	12.00	(11.00-13.00)	-0.13	.895
学びを深めるかわり合い	9.00	(8.00-10.00)	9.50	(8.75-11.00)	-0.41	.681
仕事を任せる姿勢	10.00	(8.00-11.00)	11.00	(9.00-12.00)	-1.57	.120
組織全体からの視点の共有	19.00	(16.00-20.00)	19.00	(17.25-22.00)	-1.59	.112
組織ビジョンの共有	9.00	(7.75-10.00)	9.00	(8.00-11.25)	-1.77	.077
組織全体の視点	9.00	(8.00-10.00)	10.00	(9.00-11.00)	-1.42	.157

注. Wilcoxon signed-rank test

表6. フルタイム看護師の組織のポジティブ度得点(介入前後比較) N=165

組織のポジティブ度 下位尺度	介入前		介入3ヶ月後		Z値	p値
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)		
ユーモアと遊び心	41.00	(35.50-45.00)	42.00	(36.50-47.00)	-2.31	.021
個人の姿勢	10.00	(9.00-11.50)	10.00	(9.00-12.00)	-2.69	.007
プラス思考	10.00	(9.00-12.00)	11.00	(9.00-12.00)	-2.51	.012
価値観、行動の柔軟さ	10.00	(9.00-11.00)	10.00	(9.00-12.00)	-1.90	.057
自己実現に向けた取り組み	11.00	(9.00-12.00)	11.00	(10.00-12.00)	-0.62	.535
メンバー同士の関係	42.00	(36.50-47.00)	47.50	(43.00-52.00)	-3.36	.001
互いを尊重する態度	10.00	(9.00-12.00)	14.00	(12.00-15.00)	-2.94	.003
学び合う姿勢	11.00	(9.00-12.00)	14.00	(12.00-15.00)	-2.83	.005
学びを深めるかわり合い	10.00	(9.00-12.00)	10.00	(9.00-12.00)	-1.65	.099
仕事を任せる姿勢	11.00	(10.00-12.00)	11.00	(10.00-12.00)	-2.49	.013
組織全体からの視点の共有	20.00	(18.00-22.00)	20.00	(18.00-23.00)	-1.28	.202
組織ビジョンの共有	10.00	(9.00-11.00)	10.00	(9.00-12.00)	-1.23	.220
組織全体の視点	10.00	(9.00-12.00)	10.00	(9.00-12.00)	-0.90	.370

注. Wilcoxon signed-rank test

が認められ、介入前に比べ介入3カ月後の得点が高かった(表6)。

VI. 考察

本研究において研究者の介入により師長がダイバーシティ・マネジメントを行った結果、短時間看護師のキャリア発達と組織の活性化について考察する。

1. 短時間看護師のキャリア発達

看護師を取り巻く環境は大きく変化している。社会保障・税一体改革により、看護職員確保対策が不可欠とされており、看護師等人材確保法改正

による看護職員の復職支援の強化、医療法改正による勤務環境の改善を通じた定着・離職防止等が立案された。その結果、病院看護職員の離職率はほぼ横ばいの状況が続いている。A県の看護職員の離職率は、2016年および2015年病院看護実態調査報告²⁹⁾³⁰⁾によると、全国平均とほぼ同率の離職率を示している。しかしながら、2016年および2015年病院看護実態調査報告では300床未満の病院は離職率が全国平均よりも高い結果を示している。本研究では、病床数が300床未満の病院が5割を超えていることから、本研究の協力者の師長が所属する病院は全国平均より離職率が高い病院であると推察される。2016年病院看護実態調査報告では、回答した看護部長のうち76%が自院の看護職員数について不足を感じており、

必要な医療サービスの提供には看護職員のWLBの実現が必要であると考えていた。したがって看護師数の不足を補う勤務環境の整備や質の高い看護サービスの提供のためにフルタイム正規職員以外の短時間正規職員、パート等の短時間職員を雇用していることが推察される。2016年病院看護実態調査報告によると、短時間勤務の正規職員の平均看護師数は1病院あたり4.5人、臨時職員など正規雇用職員以外の職員の平均看護師数は1病院あたり18.3人である。本研究においては1病棟に平均3.2人の短時間看護師が勤務し、病棟の看護職員数に占める割合は、平均13.0%であった。全国平均と単純に数値を比較することはできないが、本研究の協力者が所属する病棟は、1病棟あたりの短時間看護師数は多い病棟であると捉えることができる。研究協力者の師長が管轄する病棟は、休日勤務や夜勤看護師も必要とする病棟である。師長は、これら不規則な勤務が可能であるフルタイム看護師の方が、勤務時間が短い短時間看護師よりも管理しやすい。しかし、昨今の看護師確保状況からフルタイム看護師の代わりに短時間看護師を受け入れることは、人員不足の問題を解決するためには必要であったと推察される。それゆえに介入前、師長は短時間看護師の病棟への配置を病棟の看護師数の《人員確保のための短時間看護師の受け入れ》を行っていたと考えられる。短時間看護師は固定された業務が割り当てられており、短時間看護師にフルタイム看護師のみで構成されていた病棟組織や文化をそのままにした働き方を付与していたと言える。このことは、谷口³¹⁾が示すダイバーシティのある組織行動の「同化」の特徴である現状の組織や文化をそのままにして、多様な人材の配属を受け入れ現状に取り込むといった特徴を現していたと考えられる。

研究者の介入によって、師長は短時間看護師へのキャリア支援を開始した。師長はキャリア支援の実現可能性の検討を行う際に、勤務時間だけでなく能力の面など個々がもつ短時間看護師の多様性に気づき始めた。ダイバーシティは表層的あるいは深層的かどうかの2つのカテゴリーに大別されると言われている³¹⁾。師長は勤務時間の違いといった表層的なダイバーシティから捉えた短時間看護師から、個々の資質や能力といった深層的なダイバーシティで短時間看護師を捉えるようになったと言える。谷口³²⁾は単に多様な人材を集めるだけでなく深層のダイバーシティ、つまりその人の個性をとらえどのような価値があるのか明確にすることで、ダイバーシティに取り組む姿勢が「統合」となると述べている。師長が短時間看

護師を深層的なダイバーシティの面から捉えるようになったことで、個々の看護師としての能力を考え一人ひとりに受け持ち看護ケア業務を割り当て、病棟目標達成に向けた役割を付与し、研修会等に参加できるよう新たな仕組みづくりをすることが可能となり短時間看護師とフルタイム看護師が共に働く多様性のある組織行動を「統合」に導くダイバーシティ・マネジメントが行えたと考える。その結果短時間看護師の約9割が、介入3ヵ月後患者受け持ちケア、役割の遂行、研修会等の参加が可能になったといえる。

ダイバーシティのある組織では単に多様な人材を集めるだけではグループ内にサブグループが生まれ、グループコンフリクトが増加し、コミットメント、コミュニケーションにマイナスの影響がでると言われている^{33) 34) 35)}。短時間看護師が患者受け持ちケアを開始するには短時間看護師の終業後フルタイム看護師がフォローするなど、フルタイム看護師の働き方の変更が必要となる。フルタイム看護師が短時間看護師に協力できるよう師長が、患者受け持ちケア方法の検討への参画を働きかけ、協働を奨励した【フルタイム看護師へのフォローアップ】を行ったことで、組織におけるコンフリクトは予防でき、短時間看護師へのキャリア支援が実行できたと考える。その結果、短時間看護師とフルタイム看護師は勤務時間の違いがある中で短時間看護師が患者受け持ちケアが行えるよう、フルタイム看護師は既存の業務内容を変更していたと考える。このことは谷³⁶⁾の述べるダイバーシティにある組織行動の「同化」の次の段階である「分離」の段階、つまり短時間看護師とフルタイム看護師が勤務時間の違いがある中で、患者受け持ちケアができるよう互いの働き方、看護業務の内容を変更し、その働き方の違いを認め合う段階に移行したといえる。また、研究者の介入による師長の短時間看護師へのキャリア支援の結果短時間看護師のキャリアが発達したことで、フルタイム看護師が短時間看護師の多様な能力や可能性を認められるようになったことも影響したと考えられる。

介入前に比べ、介入3ヵ月後の短時間看護師の職業キャリア成熟度の得点は高まった。職業キャリア成熟度とは、自己の職業キャリアに対する積極的な関心やキャリアの取組を自律的で行っているか、自己の職業キャリアに将来展望をもち計画的であるかを示す³⁷⁾。人はある領域においてすぐれた知識・スキルを獲得するには約10年かかるといわれている³⁸⁾。また、成人における学びの70%は自

分の仕事経験から、20%は他者の観察やアドバイスから、10%は本を読んだり研修を受けたりすることから得、直接経験が成長の大きな源泉となっていると言われて³⁹⁾。本研究の協力者である短時間看護師の平均経験年数は約8年であり、キャリアが熟達する時期である。その時期に経験した患者受持ちケア、役割の遂行といった経験が看護専門職としてのキャリア発達を促し自身の看護師としてのキャリア発達の認識の向上を図ることができたのだと考えられる。

2. 組織の活性化

組織の活性化とは、「積極的に実現していく」ということに重点が置かれた概念であり、「組織のメンバーが、組織と共有している目的・価値を、能動的に実現していこうとする状態」である⁴⁰⁾。また谷口⁴¹⁾はダイバーシティにある組織行動の「統合」の段階は、すべての従業員が自分の有能さや組織への貢献について十分に尊重され価値があると評価されていると感じるといった特徴があることを説明している。介入により短時間看護師は学生指導は丁寧、ストーマ患者は任せられる、なんでも任せられといった強みをもつ看護師として認識され短時間看護師のもつ能力を活かせるような業務配分が行われるようになった。また、組織の活性化として測定した組織のポジティブ度得点は、フルタイム看護師と短時間看護師は両者ともに合計得点が介入前に比べ介入後は高まった。このことは、フルタイム看護師、短時間看護師両者にポジティブな感情が生まれ、メンバー間の関係性が強化されたことを意味する。また下位尺度得点の結果から、短時間看護師とフルタイム看護師は互いを尊重する態度が高まっていた。組織のメンバーとして短時間看護師の能力に目を向け能力を活用できる方略を検討する師長の短時間看護師に対する捉え方の変化によって、フルタイム看護師が、短時間看護師であっても看護師として成長・発達できるよう短時間看護師の経験の場づくりへの参画を可能とし、短時間看護師は自分の勤務時間内に自分の持てる力を最大限に活用し看護を行うことができたと考える。その結果、短時間看護師とフルタイム看護師は、互いを尊重し合える仲間としての意識が高まり、共に持つ強みを活かし患者ケアをより良い方向へと考え、病棟全体が看護について学び合える姿勢がもてる組織、つまり、谷口⁴²⁾のダイバーシティの組織の「統合」の特徴として示されている違いを活かし、違いによって学べる学習する組織となったと考えることができる。

本研究の限界：本研究は1群介入前後比較であり、介入の成果が得られたのは、介入群のみであるため一般化可能性に課題がある。今後は、介入群と対照群との比較検討を行う必要がある。研究協力者である師長が、研究同意するということは本研究の介入である短時間看護師のキャリア支援のための介入を受け入れることを意思決定した。本研究における介入の成果は、そのことに依拠していると考えられる。またフルタイム看護師から得られたデータの回収率は低くデータの信頼性については課題がある。今後は、今回行ったダイバーシティ・マネジメントを短時間看護師を抱える多くの師長が実践し、その効果を検証していく必要がある。

VII. 看護への提言

本研究では、研究の介入によって師長は短時間看護師のキャリア支援を目標にダイバーシティ・マネジメントを進めていくにしたがって、短時間看護師は、介入後には、ほぼフルタイム看護師と同様の患者受け持ちを行い研修にも参加するようになった。その過程において、短時間看護師とフルタイム看護師の相互支援が生まれ、学習する組織に成長し、組織の活性化を図ることができた。この研究結果から、今後増加すると思われる短時間看護師を病棟に受け入れる師長のダイバーシティ・マネジメントについて以下の3点が挙げられる。

1. 短時間看護師へのキャリア支援

勤務時間の異なる看護師が働く組織においてダイバーシティ・マネジメントを成功させるには、短時間看護師の多様性を違いとしてとらえるのではなく、個として尊重し、個々がもつ能力を組織に活かす【仕組みづくりと実行】による【短時間看護師へのキャリア支援】が必要である。師長が短時間看護師のキャリア支援をビジョンとして明確にスタッフ全員に示すと同時に、短時間看護師の多様性を認め、その能力を活かそうとする意思決定と行動が、師長のダイバーシティ・マネジメントの成功をもたらし、短時間看護師のキャリア発達が可能になると考える。

2. フルタイム看護師の協働を促進する風土づくり

短時間看護師のキャリア支援にフルタイム看護師が参画することで、短時間看護師のキャリア支援のビジョンを実行することが可能となる。ピ

ジョンをフルタイム看護師と共有できるよう【フルタイム看護師へのフォローアップ】を行うことで、フルタイム看護師も短時間看護師を尊重し、支援していくことが可能になる。ビジョンの共有のためには、スタッフをよく知る係長へのネゴシエーションが役立つ。係長の考えは、フルタイム看護師に伝わり、フルタイム看護師は短時間看護師を同じ組織の一員としてみることができ協働意識が高まり、行動化できる。フルタイム看護師と短時間看護師の協働による相互支援、互いを尊重し合える仲間としての意識の高まりは、学習する組織を生み出し、組織活性化をもたらすことが可能となる。師長は、フルタイム看護師と短時間看護師の相互支援へのフォローアップを行い、両者の協働を促進する風土づくりを行うことが効果的であると考ええる。

3. 師長のダイバーシティ・マネジメントの支援

本研究において、師長のダイバーシティ・マネジメントの効果は研究者による介入の成果である。このことを臨床に適用するためには介入者の役割を行う人が重要である。例えば、ダイバーシティ・マネジメントを理解し師長を支援する看護部や認定看護管理者は有用であると考え。さらに、師長を含めた看護管理者が、ダイバーシティ・マネジメントの意義や方略についての知識を得、介入者がいなくてもダイバーシティ・マネジメントを実践できる点も検討していく必要がある。

VIII. 結論

1. 勤務時間の異なる短時間看護師とフルタイム看護師を管理している師長のマネジメント内容は研究者の介入により変化したが、介入1カ月後、2ヵ月後および3ヵ月後の3つの時期に共通する【仕組みづくりと実行】【短時間看護師へのキャリア支援】【フルタイム看護師へのフォローアップ】の3つのコアカテゴリーが見出された。

2. 研究者の介入により師長による短時間看護師のキャリア発達支援として患者受け持ちケア、役割の遂行および研修会参加がなされ、短時間看護師の職業キャリア成熟度と組織のポジティブ度は高まり、短時間看護師のキャリア発達と組織の活性化が得られた。

3. 研究者の介入により、ダイバーシティの「同化」にあった組織は、短時間看護師の能力を活か

したマネジメントであるダイバーシティ・マネジメントが行われ組織は「統合」へと向かうことが可能となった。

利益相反

本研究に関連し、開示すべきCOI関係にある企業・組織および団体等はありません。

謝辞

本研究を行うにあたりご協力くださいました看護管理者および看護師の皆様、ならびにご指導いただきました新道幸恵先生に深く感謝申し上げます。なお、本研究は京都橘大学大学院看護学研究科に提出した博士論文の一部および、第23回日本看護管理学会学術集会において発表した内容に加筆修正を加えたものである。

引用文献

- 1) 厚生労働省 (2014) : 看護職員の現状と推移 (第1回看護職員需給見直しに関する検討会資料). www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000072895.pdf (検索日2017年9月3日).
- 2) 日本看護協会. (2016) ; eナースセンター. <https://www.nurse-center.net/nccs/jb02/jbd0321> (検索日2017年9月3日).
- 3) 浅見浩. (2008) : 看護職の多様な勤務形態と課題. 看護展望, 33 (8) ,744-749.
- 4) 山口恵子, 佐藤久美子. (2009) ; 看護管理者に求められる新たな役割 - ダイバーシティを組織風土に取り込む -. Nursing BUSINESS, 3 (7) ,631-635.
- 5) 武石恵美子. (2013) : 短時間勤務制度の現状と課題. 法政大学キャリアデザイン学会紀要, (10) ,67-84.
- 6) 厚生労働省. (2011b) : 看護師等の「雇用の質」の向上に関する省内プロジェクトチーム報告書. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001fog4-att/2r9852000001foyp.pdf> (検索日2017年9月3日).
- 7) 厚生労働省. (2017b) . 医療スタッフの勤務

- 環境改善等に向けた取り組み事例.http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/quality/dl/yosan-15.pdf (検索日2017年9月3日) .
- 8) 武石恵美子. (2013) : 短時間勤務制度の現状と課題. 法政大学キャリアデザイン学会紀要, (10) ,67-84.
- 9) 南谷志野. (2013) : 一般病棟におけるフルタイム勤務者と短時間勤務者の協働の実態に関する研究-「短時間勤務者との協同意識測定尺度」の開発と関連要因の検討-. 愛知県立大学学位論文.
- 10) Jamieson, L. N., Williams, L. M., Lauder, W., & Dwter, T. (2008) : The 'realities' of part-time nursing:a grounde theory study.Journal of Nursing Management, 16, 883-892. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2934.2007.00836.x/full> (検索日2017年9月3日) .
- 11) 近末清美 (2017) : 短時間勤務看護師を複数受け入れている病棟における看護師長のダイバーシティ・マネジメント. 第21回日本看護管理学会学術集会抄録集,237.
- 12) Jehn,K. A. (1995) :A multimethod examination of the benefits and detriments of intragroup conflict. Administrative Science Quarterly, 40 (2) , 256-182.
- 13) 内藤知加恵 (2012) : 専門他職種チームにおける職能のダイバシティとパフォーマンスの関係についての探索的研究- リーム医療を事例として. 経営行動科学学会年次大会発表論文集,15,231-236.
- 14) 谷口真美 (2009) : ダイバシティ研究とその変遷 - 国際ビジネスとの接点. 国際ビジネス研究,1 (2) ,19-29.
- 15) 堀田彩 (2008) : ダイバーシティに代わる注目のキーワード「インクルージョン」. 企業と人材,363,39-41.
- 16) 荒金雅子 (2013) : 多様性を活かすダイバーシティ経営基礎編. 日本規格協会, 東京.
- 17) 谷口真美 (2008) : 多様な人材をいかすマネジメント力. 看護展望,33 (8) ,30-34.
- 18) 谷口真美 (2005) : ダイバシティ・マネジメント-多様性をいかす組織-. 白桃書房, 東京.
- 19) 谷口真美 (2005) : ダイバシティ・マネジメント-多様性をいかす組織-. 白桃書房, 東京.
- 20) 谷口真美 (2005) : ダイバシティ・マネジメント-多様性をいかす組織-. 白桃書房, 東京.
- 21) Jackson, S. E., Aparma, J., & Nicolas, L. E. (2003) :Recent Research on Team and Organizational Diversity: SWOT Analysis and Implications. Journal of management, 29 (6) , 801-830.
- 22) 文部科学省. (2003) :人材委員会 (第15回) 配布資料2「多様なキャリアが社会を変える」第1次報告 (女性研究者への支援) 参考資料2「日経連ダイバーシティ・ワーク・ルール研究会」報告書の概要 原点回帰-ダイバーシティ・マネジメントの方向性- http://www.mest.go.jp/b_menu/shngi/chousa/shougai/008/tousin/030301/02.htm (検索日2016年3月5日) .
- 23) 谷口真美 (2008) : 多様な人材をいかすマネジメント力. 看護展望,33 (8) ,30-34.
- 24) Rogers,E.M. (2003) :Diffusion of innovations. /三藤利雄 (訳) (2007) :イノベーションの普及. 翔泳社, 東京.
- 25) 狩野京子, 李志嬉, 中島望, 山口三重子, 中嶋和夫 (2012) : 看護職者の「職業キャリア成熟測定尺度」に関する構成概念妥当性の検討. 岡山県立大学保健福祉学部紀要,19 (1) ,19-29.
- 26) 市瀬博基 (2014) : 自ら考え, 行動し, 助け合う文化をつくるために. 手島恵 (編). 看護のためのポジティブ・マネジメント. (69-73) , 医学書院, 東京.
- 27) 小野寺哲夫, 遠藤哲哉 (2007) : 新しい学習する組織モデルの構築とその検証- 自治体における学習する組織づくりの取り組みとしてのOJL研修の効果. 産業・心理学会第23回大会発表論文集,75-78.
- 28) 市瀬博基 (2014) : 自ら考え, 行動し, 助け合う文化をつくるために. 手島恵 (編). 看護のためのポジティブ・マネジメント. (69-73) , 医学書院, 東京.
- 29) 日本看護協会. (2017) : 日本看護協会調査研究報告No.91 2016年病院看護実態調査. <http://www.nurse.or.jp/home/document/view.php?f=seisaku/91.pdf> (検索日2017年9月3日) .
- 30) 日本看護協会. (2016) : 日本看護協会調査研究報告No.90 2015年病院看護実態調査. <https://www.nurse.or.jp/home/document/view.php?f=research/90.pdf> (検索日2017年9月3日) .
- 31) 谷口真美 (2005) : ダイバシティ・マネジメント-多様性をいかす組織-. 白桃書房, 東京

- 32) 谷口真美 (2005) : ダイバシティ・マネジメン
ト-多様性をいかす組織-. 白桃書房, 東京.
- 33) 谷口真美 (2005) : ダイバシティ・マネジメン
ト-多様性をいかす組織-. 白桃書房, 東京.
- 34) Jehn, K. A. (1995) . : A multimethod
examination of the benefits and
detriments of intragroup conflict.
Administrative Science Quarterly, 40
(2) , 256-182.
- 35) 内藤知加恵 (2012) : 専門他職種チームにお
ける職能のダイバシティとパフォーマンスの
関係についての探索的研究-チーム医療を事
例として. 経営行動科学学会年次大会発表論
文集, 15, 231-236.
- 36) 谷口真美 (2009) : ダイバシティ研究とその
変遷 - 国際ビジネスとの接点 -. 国際ビジネ
ス研究, 1 (2) , 19-29.
- 37) 谷口真美 (2005) : ダイバシティ・マネジメン
ト-多様性をいかす組織-. 白桃書房, 東京.
- 38) 狩野京子, 李志嬉, 中島望, 山口三重子, 中
嶋和夫 (2012) : 看護職者の「職業キャリア
成熟測定尺度」に関する構成概念妥当性の
検討. 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 19
(1) , 19-29.
- 39) 松尾睦 (2006) : 経験からの学習-プロフェッ
ショナルへの成長のプロセス-. 同文館出版,
東京.
- 40) 松尾睦 (2011) : 職場が生きる人が育つ「経験
学習」入門. ダイアモンド社, 東京.
- 41) 高橋伸夫 (1989) : 組織活性化の測定と実
際. 日本生産性出版, 東京.
- 42) 谷口真美 (2005) . ダイバシティ・マネジメン
ト-多様性をいかす組織-. 白桃書房, 東京.
- 43) 谷口真美 (2005) . ダイバシティ・マネジメン
ト-多様性をいかす組織-. 白桃書房, 東京.

Effects of Diversity Management by Nurse Managers who Manage Nurses with Varying Work hours

Kiyomi Chikasue

St.Mary's College School of Nursing

<Key words>

Diversity Management, Career Development, Nurse Manager

Abstract

Objective: The objective was to determine the effectiveness of diversity management by nurse managers in supporting the careers of part-time nurses and revitalizing their organization in diverse organizations where nurses have varying work hours.

Methods: The study was designed as a single-group pre- versus post-intervention study. Twenty-seven nurse managers at 12 hospitals implemented diversity management for 3 months as the intervention. Semi-structured interviews regarding the types of management provided by the nurse managers were then conducted and the results analyzed qualitatively. To determine the effectiveness of the intervention questionnaire surveys were conducted on 49 part-time nurses before and after the intervention regarding career maturity and on 440 part and full-time nurses regarding organizational positivity.

Results and Discussion: Three categories regarding the management implemented by the Nurse Managers were identified that were common at 1-3 months after the intervention: "mechanism construction and implementation", "career support for part-time nurses" and "follow-up with full-time nurses". The management provided by the Nurse Managers broadened the experience of the part-time nurses. Their score for career maturity increased from 66.5 points before the intervention to 73.5 points after ($p < 0.05$). The support provided by the nurse managers for the part- and full-time nurses and for the collaboration between these 2 groups resulted in increases in their organizational positivity scores. The score for the part-time nurses increased from 99.5 points before the intervention to 105.5 points after, and the score for the full-time nurses increased from 107 to 110 points ($p < 0.05$).

Conclusion: Career development for part-time nurses and revitalization of the organization were effects of diversity management by Nurse Managers as a result of the intervention by the investigators.

【研究報告】

精神障がい者に対する地域生活支援のあり方の検討 — リカバリー概念に焦点を当てて —

鮎川春美、馬場みちえ*

元 聖マリア学院大学、* 福岡大学医学部看護学科

<キーワード>

精神障がい者、地域生活支援、リカバリー概念、就労・継続支援、就労移行支援

抄録

本研究の目的は、就労支援事業所管理者へのインタビューを通して、その支援のあり方及び「リカバリー概念」の存在を明らかにすることである。

研究方法は、精神障がい者の就労支援事業所の管理者6名へ半構成的面接法による調査を行い、分析方法は、マイクロ・エスノグラフィー法を用いた。その結果、精神障がい者の支援のプロセスは、カテゴリー「精神障がい者の日々の課題への取り組み」と「ゴール」であり、支援者による精神障がい者への支援は、「働く・働きたいを支援する」「取り巻く環境へ支援する」「伴走する」が抽出された。

この結果から、支援者による精神障がい者への支援プロセスは、精神障がい者が【自分らしく日々の生活を楽しむ】ために、『働く・働きたい』という共通言語の認識を持ち、精神障がい者の一人一人に沿った日々の課題に希望を持って取り組むことに寄り添う、リカバリー概念を捉えた支援であった。

I. 緒言

わが国の精神疾患の患者数は、近年急増しており、2014年には370万人を超える水準となっている¹⁾。また、精神病床数は339,088床、精神病院在院患者数は294,696人、平均在院日数は281.2日と先進諸国の中で極端に長い²⁾。

入院中の精神障害者のうち、7万人は条件が整えば退院が可能といわれている。そのため、「入院医療から地域生活中心へ」という基本理念に基づき、2005年精神障害者自立支援法が成立、受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者に対し、円滑な地域移行を図る支援が2008年から開始された。その後、2012年障害者総合支援法が成立し、地域定着支援の対象者が拡大されるなど障がい者の地域支援体制がますます強化され、精神障がい者の退院後の受け入れ機関として就労・継続支援の事業所が多く開設されている。

野中³⁾は、我が国における精神障害者の回復は、治療中心であり、生活でのリハビリテーション（機能回復訓練）は限定的な狭い実践になっている。このことから、今後の精神障害者が地域で生活ができるよう、支援技術や支援体制を整備していくために「リカバリー」という新しい概念が必要であると報告した。リカバリー概念とは、1998年に濱田⁴⁾が翻訳したAnthonyの「精神疾患からの回復:1990年代の精神保健サービスを導く視点」で初めて紹介された。加藤ら⁵⁾は、精神障害者小規模作業所の理念に「リカバリー」を導入することで、作業所の職員が利用者の回復を共に実現するパートナーとしての役割を自覚することになり、実践するプロセスに役立ったことを報告した。筆者⁶⁾は、日本の精神障害者におけるリカバリー概念の導入やその変遷について報告し、日本は、これまでの法律や制度等で「リカバリー」という言葉を使って支援の方向性を示したものがみ

られないことを明らかにした。

このように、精神障がい者の地域生活の後押しには、支援する側がリカバリー概念を共通語として持っておくことは必要であるが、このことに関する文献は少ない状況にある。

そこで、本研究は、精神障がい者の支援を行う就労・継続支援事業所等で働く管理者へのインタビューを通して、「リカバリー概念」の知識を持って実践しているかどうか、また実践している場合は、その支援のあり方について明らかにしたいと考えた。

II. 研究方法

1. 用語の定義

リカバリーとは：パトリシア E. Deegan⁷⁾が「リカバリーは、一つの過程であり、生活の仕方、姿勢であり、日々の課題への取り組み方である。それは完全な直線的過程ではない」と定義している。

本研究におけるリカバリー概念とは、精神障がい者である当事者が実践する地域生活への回復過程であって、「治癒」のような到達点ではない。リカバリーとは、一人一人個別のものであり、希望に満ちた日々の課題に取り組んでいることとする。

2. 研究デザイン

半構成的面接法による質的記述的研究である。

3. 研究対象地域と対象施設

A保健所の地域概況は、A県中心部にあり、政令都市の隣に位置する4市1町を管轄する。管内人口は約43万人で、政令都市圏内のベッドタウンとして昭和40年頃から人口が増加してきた。高齢化率が20.0%と低く、出生率は10%を超している。産業別では、第一次産業が0.9%、第二次産業が18.2%、第三次産業が80.9%と小売業、サービス業、飲食業の割合が最も多くなっている。

今回対象とした精神障がい者の地域就労・継続支援事業所も交通の便がよく、通いやすい場所にある。精神科入院施設をもつ医療機関とも近く、連携がとれている。また小売業からも歓迎され、小作業の依頼も比較的多い。この地域はマンションも多く、大都市からの若い世代の人口流入も多い。作業所として食堂や小売業などで地域に根差しており、地域に溶け込んで存在しているところが多い。

4. 調査方法

1) 調査対象者

今回、地域の精神障害者事業所の管理者を対象とした。対象を事業所の管理者とした理由は、施設運営に深く関わっており、障害者の回復過程に影響を与え、支援に対する方向性を決定できる人物と捉えたためである。事業所の選定は現在発展的に事業推進している所とした。

事業所選定基準：

- ①当該事業所以外にも、関連した精神障がい者の為の事業所を設立中、または設立している事業所
- ②利用者数が開設以来年々増加している事業所
- ③精神障がい者にとって必要な社会資源を数多く獲得、開拓に努力している事業所
- ④地域生活を継続している精神障がい者数が維持、増加している事業所

上記のいずれかに該当する事業所とした。

なお、インタビューの対象は、事業所の管理者であったが、スタッフ全員が同じ気持ちで精神障がい者に支援していたことから管理者という表記ではなく、支援者という言葉を用いた。なお、文中、各事業所内の精神障がい者を指している場合は利用者とし、広範囲にかかる場合は精神障がい者として言葉を用いた。

2) データ収集の方法

精神障がい者の地域就労・継続支援事業所等6か所の管理者6人を対象者として、半構成的面接法によりインタビューを行った。インタビューは事業所内で、承諾を得て録音しながら50分間行った。

今回のデータ収集の方法は、波平^{8) 9)}によるマイクロ・エスノグラフィー法を用いた。マイクロ・エスノグラフィー法は、エスノグラフィーから発展したもので、人々が実際に生活したり、活動したり、仕事をしている現場を内側から理解するための調査・研究の方法のことであり、規模の小さい集団、限定された状況や空間を対象とする時に使用される。

今回筆者⁶⁾は、①実際に保健所の精神保健分野の保健師業務で精神障がい者の地域生活支援に20年以上かかわってきた経験と、②精神障がい者の法律と歴史を整理したこと、③インタビューと同時にフィールド参与観察を実施したこと、④インタビューが限られた地区、しかも事業所内という限定された空間を対象としたことから、この方法が妥当と判断した。

3) 調査期間

平成26年7月31日～平成28年3月31日

4) 調査内容

(1) インタビュー調査

精神障がい者の就労・継続支援事業所の管理者に対するインタビュー内容は以下の通りである。

- ①「支援者として精神障がい者が地域で生活を継続していくうえで大切にしていることは何か」
- ②「支援者として精神障がい者が地域で生活していくために回復（リカバリー）をどのように捉えているのか」
- ③「精神障がい者が地域で生活していくための回復（リカバリー）過程をどのように行っているのか」

インタビューガイドに基づき、半構成的に自由に語ってもらった。なお、日本ではリカバリーという用語に馴染みがないため、リカバリーという言葉に「回復」という言葉で置き換えながら質問した。

(2) フィールドワーク

フィールドワークとして、インタビュー日程時に半日～1日、事業所内での会話内容や電話応対、管理者と利用者、スタッフとの対応を参与観察した。

5. 分析方法

得られたデータを波平^{8) 9)}のマイクロ・エスノグラフィー法（参与観察とインタビュー）において分析を行った。インタビューの内容と参与観察データについて、「リカバリー概念」との関連を視点にしながら、「精神障がい者に対する地域生活

支援の在り方」に関する記述を文脈ごとに抽出し、記述ごとに読み取りながら要約しコード化した。類似する内容の同質性、異質性、関係性について検討した上でカテゴリー化し、サブカテゴリー、カテゴリーへと抽象度をあげていった。分析の妥当性については、研究者2人で確認し、その過程においてエスノグラフィーを専門とする文化人類学教授にスーパーバイズを受けた。さらに、協力の得られたインタビュー対象者に、抽出されたカテゴリーやサブカテゴリーについて、違和感や疑問がないか確認を得て、妥当性を確保した。

なお、本論文では、個人の特定を避けるため、話の筋を変えずにデータの一部に修正を加えた。

6. 倫理的配慮

本研究は厚労省の臨床研究の倫理指針に基づいて行った。研究対象者への依頼において、対象者の自由意思が尊重され、強制がないように人権に十分配慮して行った。福岡大学医に関する倫理委員会（承認番号433）の承認を得て行った（2015年8月4日）。

Ⅲ. 結果

1. 対象者と事業所の概要

対象者と事業所の概要を表1に示した。対象者の内訳は、地域活動支援センター1人、就労・継続支援B型事業所3人、就労移行支援事業所1人、障害者就業・生活支援センター1人であり、年代

表1. インタビュー対象者と事業所の概要

対象者 年代性別 取得免許	事業型名称	利用者	利用者の状態	常勤スタッフ数
		人数		スタッフでの取得免許者
A 60代女 精神保健福祉士	地域活動支援センター	身体障害、知的障害、精神障害者	入院中から見学可能	6.0人
		1日20人程度	退院後まず来所する	精神保健福祉士
			軽症～重度医療ケア必要	
B 50代男 精神保健福祉士	就労継続支援B型事業所	人格障害、精神障害、発達障害	中等度～重度医療ケア必要	2.6人
		1日20人程度		看護師
				精神保健福祉士
C 60代女	就労継続支援B型 事業所	精神障害、発達障害、身体障害、知的障害	軽症者	5.5人 精神保健福祉士
D 40代男	就労継続支援B型 事業所	身体障害、知的障害、精神障害、難病者	軽症者	2.6人 精神保健福祉士
E 40代男	就労移行支援事業	身体障害、知的障害、精神障害、難病者	軽症者	2.6人
		1日5人程度		精神保健福祉士
F 40代男 精神保健福祉士	障害者就業・生活支援センター	身体障害、知的障害、精神障害、難病者	軽症者	5.0人
		相談件1万件/年間		精神保健福祉士

注1) いずれの事業所も条件として、「65歳未満、医療機関を受診している人、服薬している人、軽症である人、就労に気持ちがある人」としている。

注2) いずれの事業所にも精神保健福祉士が常勤している。どの事業所でも利用者が来所・紹介されたら説明を丁寧に行い、見学や実習を体験してもらい、自分で決めてもらう。合わない人は別な事業所を紹介する

は40代～60代であった。事業所の概要は、いずれも精神障がい者の地域生活を支える就労移行・継続支援のための事業所で、精神障がい者だけでなく、知的障がい者、身体障がい者も利用している。精神障がい者の疾患症状の程度では、ほとんど軽症者が利用していたが、中には医療依存度の高い人（統合失調症等で、寛解期に近く安定した状態ではなく、不安定な状態で通所時にカウンセリングの時間を多く必要とする人）が多い事業所もあり、そこは人格障害者の人が多く、スタッフに看護師が勤務していた。設立は、作業所時代を含めると20年以上になるところもあるが、多くは障害者総合支援法の施行を受けて設立していた。

2. インタビューの結果

精神障がい者の支援者へのインタビューで得られたデータから、支援の在り方について分析した。

文脈をとらえて、表2にカテゴリー表を示し、カテゴリーを《 》、サブカテゴリーを【 】、コードを「 」で表した。①精神障がい者の回復過程として、2つのカテゴリー《精神障がい者の日々の課題への取り組み》、《精神障がい者のゴール》が抽出され、《精神障がい者の日々の課題への取り組み》のカテゴリーには7つのサブカテゴリーが抽出された。《精神障がい者のゴール》のカテゴリーには、1つのサブカテゴリーが抽出された。②支援者による精神障がい者の回復過程への支援として、3つのカテゴリー《働く・働きたいを支援する》《取り巻く環境へ支援する》《伴走する》が抽出された（表3）。《働く・働きたいを支援する》カテゴリーからは、6つのサブカテゴリーが、《取り巻く環境へ支援する》《伴走する》のカテゴリーからは、各々1つのサブカテゴリーが抽出された。そのカテゴリー表から研究概念図を図1に作成した。

表2. 精神障がい者のリカバリー・プロセス

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	データ
精神障がい者の日々の課題への取り組み	自由選択と自己決定ができる	事業所に無理やり来ても続かない	自分が判断してこの事業所だと思ってくられる。無理やり来ても続かない。仕事も一緒。
		行きたくなければ行かなくてもいいし、自分で選べる	ここに来る契約書に印鑑を押して契約します。穏やかにあなたが来たくなければ来なくてもいいんですよ、選べるんですよということが書いてあります。
		事業所が合うか合わないか自分で判断する	自分がこちらに来られて、体験したり、仕事の内容をみて自分に合うか合わないかは自分で判断していただいています。
	生活リズムを整える	生活リズムを整えることから始める	まず、働きたいと思ったら生活リズムを整えることから始めます。
		自室にこもらずに生活リズムをつくる	せっかく退院したとしても、自宅もしくは自室にこもり過ぎていると、やはり、毎日の生活リズムが作れません。生きがいみたいなものも作れず、入院がよかったということにもなります。
		体力をつけ、心と体の準備をする	体力をつけましょう。生活訓練しましょうと言って…心と体の準備をするんですよ。
	コミュニケーションを回復する	信頼関係ができ、コミュニケーションできる	支援者との信頼関係ができてくるとに時間がかかり、それができてくると自然にコミュニケーションが…日常生活場面の中で、身の上話などできるようになってきます。
		顔が上がって笑顔になる	顔が上がって笑顔になって自分はこういうことを思っていると言えようになると言えます。
	自分のことを自分で説明できる	自分の(健康)状態に気づくことができる	自分の(健康)状態に気づくことができるのは、ある意味健康である。
		自分の障害の状態を話せる	自分の障害をこういう状態だと言えども大切です。
		自分のことを自分で話すことができる	自分のことを自分で決めて自分の状態を雇われる方の前で言えないといけません。
		自分の口で説明できる	就職の時に、自分の特徴を自分の口で説明できることが大切。フォローは職員が行います。
	誰かに相談できる	困った時に相談できる相手がいる	新しい仕事に行けば慣れるまで大変です。…ただ、困ったときに愚痴れる相手や相談できる相手というものがわかればいいし、わかっても自分から言えない。
		自分の人生への気持ちを相談できる	事業所に慣れることはできたけれど、やはり次にもっと何かしていきたいとか、今後の自分の人生をどうしようかとか、そういう話に発展してくるのが変化の段階を迎えるときかなと思います。
	働く・働きたいを相談する	ほぼ全員働きたいという希望をもっている	退院直後の方もここにいられた方は、ほぼ全員働きたいという希望を持っています。
		何か収入を得たい気持ちがでる	利用している方が生活の幅をひろげたいとなると、一般企業に限らず何か収入を得たいという気持ちが出てきます。
自分で生活の改善も含めて就職の相談をする		本人が生計を立てていくことになったとき、自分で生活をやりくりしたいという気持ちになってきて、その生活の改善も含めて就職の相談になります。	
余暇を楽しむことができる	働くことが本人の自信につながる	施設を利用して税金を使う側から、働いて税金を払う立場になることは、本人の自信につながり、それを支援の大きなテーマとしています。	
	余暇を楽しむことができると、一つの区切りとなる 余暇の過ごし方の相談が多い	普段私たちは、レジャーなど楽しみを先々準備していくけど、彼らはその組み立てがなかなかできない。できるようになることも一つの区切りになります。 生活場面の相談を受ける中で一番多いのが余暇の過ごし方で意外に多いです。	
ゴール	精神障がい者が地域で人生を楽しむ	何かしたいと意欲が出て来る	もっと何かをしたいとか、今後の人生をどうしようかという風に話が発展し、意欲が出てくる状態を指すと思います。
		症状があっても普通に暮らす	眠れないとか幻聴が聞こえるとかはあるが、日常生活を普通に暮らしてある方が多いので、それを回復だと言えよう。
		毎日の生活を楽しむ	皆さんお友達同士でよくつながっておられます。…そして旅行や遊びに行かれたりされます。
		自分なりの人生を歩く	この人は自分の人生を自分なりに歩いているねと感じるときが回復していると思えます。

表3. 支援者による精神障がい者のリカバリープロセスへの支援

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
働く・働きたいを支援する	精神障がい者の気持ちを守り・信じる	徐々に出来るまで待つ
		最後まで利用者の気持ちを感じる
	精神障がい者の就労を継続的・長期的に支援する	就労作業そのものの支援が目的ではない
		社会復帰イコール就労ではない
		卒業後も、就労の相談を継続している
		就職後にも対応している
	医療機関との連携・調整を行う	税金を払う立場が、本人の自信につながる
		病院から、退院前からの紹介や相談多い
		入院中から(事業所の) 利用を進める
		調子が悪い時に、「休憩入院」と捉える(地域生活中) 体調が悪いから入院を納得し、必要だと捉える
		支援者の役割は、入退院繰り返さないためではない
	企業で働く先輩モデルの存在を示す	就労した先輩からの意見が励みとなる
		かつて状態が悪かった先輩の就労状況を、聞くことができる
	企業との信頼関係を構築する	就労している先輩の不安などを、聞ける場となっている
		会社との信頼関係を築き、役割を伝える不安要素を排除して始める
企業への理解を促す	利用者と同行し、説明を補足する	
	利用者が企業に自分で説明するのが原則だが、配慮事項を支援者から紙で渡す	
	利用者と企業をつなぐ役割をすることで、企業側の理解が深まる	
取り巻く環境へ支援する	地域の理解者を増やす	障害の状態を理解してもらって就労してもらう
		地域の行事に参加する
伴走する	一緒に考え、寄り添う	支援者は、利用者の伴走者である
		後ろについていながら一緒に考えていく
		生きがいや、人とのつながりを一緒にみつけていく

1) 精神障がい者の回復過程

(1) 精神障がい者の日々の課題への取り組み

精神障害者就労支援事業所の支援者は、《精神障がい者の日々の課題への取り組み》として、病院から退院して間もない利用者、また退院して自室に引きこもりがちである人が急に「無理やり来ても続かない」ということもあり、「事業所が合うか合わないか自分で判断する」と、あくまでも精神障がい者の【自由選択と自己決定ができる】ことを重要視し、それを保障していた。さらに、病院から退院しても自室に閉じこもりがちとなり、日常生活リズムが崩れてしまう人が多いため、「自室にこもらずに生活リズムをつくる」「体力をつけ、心と体の準備をする」とし、【生活リズムを整える】ことを大切と考えていた。生活リズムが少しずつできてくると、精神障がい者は頻度にかかわらず定期的に事業所に通うようになり、「信頼関係ができ、コミュニケーションできる」「顔が上がり笑顔になる」という状況になる。そうなる「自分の(健康)状態に気づくことができる」あるいは「自分のことを自分で決めて話すことができる」など【自分のことを説明できる】ことが可能になり、もう一歩進んだ状況で、地域での生活ができるようになる。そこまでできる段階になると【誰かに相談できる】ということが可能になる。また、支援者は、精神障がい者から、通所開始から働きたいという気持ちを聞いている。しかし実際に支援者が、精神障がい者の希望にそって企業への就職の訓練を紹介、調整するのはこの段階か

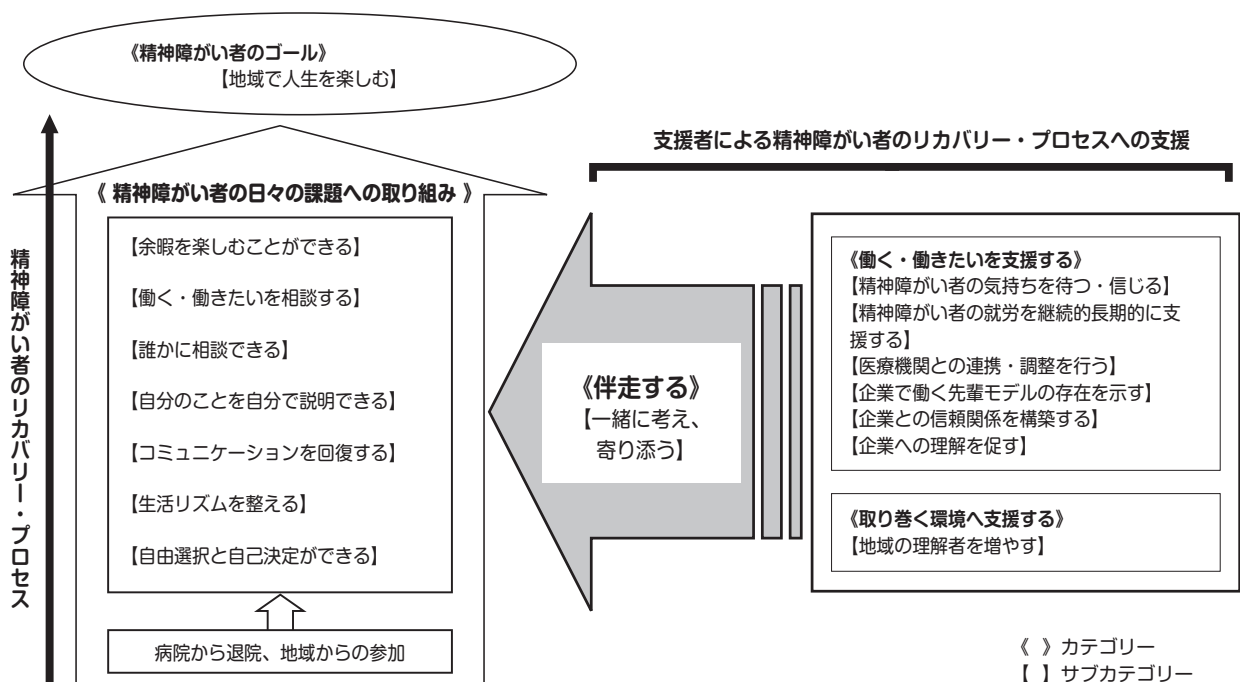


図1. 支援者による精神障がい者のリカバリー・プロセスへの支援

らである。この時の【働く・働きたいを相談する】行動は、通所当初の働きたいという願いだけでなく、実際に企業への訓練に結びつく状況へと発展する。精神障がい者自身からも「何か収入を得たい気持ちができる」「自分で生活の改善も含めて就職を相談する」ようになってくる。精神障がい者の相談内容を見てみると、最初は「余暇の過ごし方」が多いことから、自分で余暇をどう扱うかわからない状態から、段々と【余暇を楽しむことができる】ようになっていく。このことを支援者は、自分の「楽しみの組み立てができる」と一つの区切りとなる」と考えていた。

(2) 精神障がい者のゴール

精神障害者が、回復の過程を経ると、支援者は精神障がい者が「何かしたいと意欲が出て来る」「症状があっても普通に暮らす」ことができ、「毎日の生活を楽しむ」ことができるようになる」と考えていた。そして「自分なりの人生を歩く」ことができるようになり、そこから《精神障がい者のゴール》として【自分らしく日々の生活を楽しむ】ことにつながると考えていた。

2) 支援者による精神障がい者への支援

(1) 働く・働きたいを支援する

精神障害者就労支援事業所の支援者は、《精神障がい者のゴール》を【地域で人生を楽しむ】こととしており、そこに向かうためには【働く・働きたいを相談する】という精神障がい者の希望が多いことを念頭におきながら、そこへのプロセスを日々の課題への取り組みとして捉えていた。就労支援事業所という名称でもあり、精神障がい者の《働く・働きたいを支援》していた。そのために支援者は、精神障がい者自身の自己選択・自己決定を重要視しながら、「徐々に出来るまで待つ」こと、すなわち【精神障がい者の気持ちを待つ・信じる】ことを大切にしていた。次に「卒業後も、就労の相談を継続している」ことから、【精神障がい者の就労を継続的・長期的に支援する】としていた。

しかし、インタビューの中で支援者は、「就労作業そのものの支援が目的ではない」と何度も繰り返していた。仕事が見つかったらそれで目的が達成されたというわけではなく、「卒業後も、就労の相談を継続している」としていた。精神障がい者の疾病の特徴である、状態に波があることを理解しており、長期的に継続的に丁寧に一人一人に添った支援が必要であると認識していた。

また、精神障がい者の退院に際して、「入院中から（事業所の）利用を進める」こともあり、「調子が悪い時に休憩入院と捉える」など医療機関とは

密な連携体制がとれており、【医療機関との連携・調整を行う】という支援があった。支援者は、「支援者の役割は、入退院を繰り返さないためではない」と語っており、入院を悪いことと捉えておらず、地域生活が基盤ではあるが、入院が気軽な「休憩」と捉えていた。

さらに就労支援事業所では、精神障がい者の就労への垣根が低くなるように、「かつて状態が悪かった先輩の就労状況を聞くことができる」ように【企業で働く先輩モデルの存在を示す】、さらに「不安要素を排除して始める」「利用者と同行し、説明を補足する」などして、【企業との信頼関係を構築する】など行い、さらに、「利用者与企业をつなぐ役割をすることで、企業側の理解が深まる」、「障害の状態を理解してもらって就労してもらおう」など【企業への理解を促す】ように配慮を重ねていた。

(2) 取り巻く環境へ支援する

精神障害者就労支援事業所の支援者は、精神障がい者が地域での生活を継続できるように、地域の周囲の人たちに対して「地域の行事に参加する」など【地域の理解者を増やす】ようにしていた。

(3) 伴走する

今回調査した事業所内で管理者およびスタッフの会話内容や電話対応、利用者との対応の様子なども参与観察した。支援者は、まず利用者が事業所に来たことを十分に認めていた。支援者は何か他の仕事をしている時であっても、まず利用者の意見にゆったりとした笑顔を向け、手を止め、その都度利用者の話しを聞くことに徹していた。時には利用者同士で話ができるよう様子をみながらつないでいた。利用者の脈絡のない言葉が続いて、それに対して支援者は気にすることなく、同じことであっても毎回同じように耳を傾けるという対応をとっていた。

事業所スタッフの1人1人も管理者と同じように利用者に優しい言葉かけをしており、強制はみられなかった。どこかで笑い声が絶え間なくあった。支援者は、利用者に簡単な仕事を依頼しており、例えば箸をそろえるなど小さな何かできそうな仕事の声かけをしたり、できたらそれを認め、誉めていた。利用者はそれに対して嬉しそうな表情や言葉がみられていた。利用者の体調が悪く、電話をかけてきた時には心配しながらも、無理しなくてもいいこと、休んでいいことを話しながら、利用者の気持ちを尊重し、自分で決めるように言葉かけをしていた。事業所では皆が待っていることをさりげなく伝えていた。

このように、精神障害者就労支援事業所の支援

者は、精神障がい者のゴールである【自分らしく日々の生活を楽しむ】ために、「支援者は利用者の伴走者である」、「後ろについていきながら一緒に考えていく」など【一緒に考え、寄り添う】、すなわち《伴走する》という姿勢を持ちながら支援をしていた。

IV. 考察

1. 精神障がい者の回復過程と支援について

地域の精神障害者就労・継続支援事業所は、病院のような保護的な居場所としては機能していない。事業所の職員は、利用者が退院してきたばかりであることを十分理解し、事業所職員の見守りにより安心を感じ、居場所を見出すことが、地域生活へと回復するきっかけになる。

今回の結果からも、病院から退院直後に利用する地域活動支援センターの支援者や、医療機関の側に近い事業所B型の支援者の語りから、精神障がい者が『最初は楽しみを見つけることが難しい』という言葉が聞かれた。

支援者は、精神障がい者がこれまでの周囲との関係において、入院の有無や事業所への参加の有無など、過去の数々の場面において自分で『自己選択・自己決定』することが拒否され、打ちのめされた経験があることを知っている。そのため、まずは利用者がその人なりの小さな目標をもち、自分で『自己選択・自己決定』を積み重ね、もちろん前に進むという強制もなく、後戻りすることも、とどまり続けることも批判されずに【自由選択と自己決定できる】ように支援しているのではないかと考えられた。

山根¹⁰⁾によると、精神障がい者の多くが「働きたい」という希望を持っているといわれている。今回の調査のすべての支援者からも「利用者は働きたいという希望を持っている」と語られた。病院から退院したばかりで何をしたいかわからない状態であっても「働きたい」という言葉は聞かれていた。精神障がい者にとって「働きたい」理由を3つ考えた。1つは、厚生労働省患者調査¹¹⁾によると、精神障害中でも、入院を必要とする割合の多い統合失調症等は、青年期、前成人期に突然に発病することが多い。一般的に青年期は自立を示す「働くこと」への課題があるが、精神障がい者は、病気によって社会経験をする機会を失ったことで、エリクソン¹²⁾のいう自己概念、自我同一性が得られず、社会へのコミットメント、社会の一員だと思える社会的・心理的成長の過程が遅

れてしまった状態と考えられた。そのため、精神障がい者は人生における青年期からの課題を持ったままの状態ではないかと考えられた。

2つめに、日本人にとって「働く」ことの意義は、西田¹³⁾によると、「労働の対価である賃金を受け取るだけでなく、達成感や満足・より高度な技術の習得など賃金以外にも得るものがある。働くことで社会の成員になり、かつ貢献し、それとの関わりを持つと考えられる」と言われている。日本人にとって働くことは社会からの承認が得やすく、家族からも自分自身でわずかでも稼ぐことで少しでも自立していると見なされるため、家族からの様々な日常生活に対する干渉からも解放される。また、働くことで自分の好きなことが自由にできる部分がでてくるといふ楽しみにもつながる。

3つめに、中村¹⁴⁾は、利用者の就労の意義を「この病にかかったことで深い劣等感や挫折感、被差別感を持っている。このため人と関わる時強い緊張感をもって相対している。この緊張感や劣等感からの解放を、事業所内で“よく働けること”の積み重ね、延長線に見出そうとする傾向にある」と述べている。『働く』ことは「家族、地域などの周囲の人が、精神障がい者に対して、回復の方向に向かっていくと認識される一番の生活行動であると考えられる。これは、精神障がい者が目指すゴールとして、だれもが共通認識できる行動であると考えられた。

2. 精神障がい者の支援のあり方と「リカバリー概念」

リカバリー概念とは、精神障がい者である当事者が実践する地域生活への回復過程であって、「治癒」のような到達点ではない。本研究におけるリカバリーとは、一人一人個別のものであり、希望に満ちた日々の課題に取り組んでいることとする、と定義した。支援者は、精神障がい者の回復の過程に対して『働く』という言葉を通して、精神障がい者のゴールである【自分らしく日々の生活を楽しむ】を実現するために、《精神障がい者の日々の課題への取り組み》への支援を、小さな段階を踏みながら考えていた。参与観察でもみられていたように、支援者は、精神障がい者が希望を持って日々の課題に取り組んでいることに1人1人に丁寧に寄り添っていた。支援者は絶対に働かなければならないと考えていたわけではなく、家族や地域の中で暮らす環境においては、本人の回復のための、共通言語として『働く』という言葉を使っていたと考えられた。

支援者は、精神障がいからのリカバリーは当事者1人ではできないことを十分に知っている。仲間の存在や援助者の関係がとても重要であり、誰かが付き合い続ける必要がある。精神障がい者にとって支援者は、そばで伴走しながら寄り添って支援してくれる存在である。支援者であっても同時に精神障がい者からは働く先輩として見られている。だからこそ、支援者は批判することなく、工夫しながら一緒に考えることができ、共に働く喜びをお互い感じる事ができているのではないかと考えた。

これらのことから、支援者による精神障がい者の地域生活の支援は、精神障がい者が「働く」行動そのものを注視するのではない。いつかは「働く・働きたい」という希望をもち、日々のその個人毎の小さな課題に取り組んでいく利用者に寄り添って、【伴走する】支援者の姿勢が、すなわち、「リカバリー概念」と捉えることができると考えられる。

3. 「リカバリー概念」の課題と展望

今回支援者へのインタビューで「リカバリー」という言葉が語られることは一度もなかった。筆者⁶⁾によると、日本ではリカバリー、リカバリー概念という言葉が法律や制度にも過去にも現在でも使われていないと言われている。その理由として次の2つが考えられた。一つ目は、野中³⁾と江畑¹⁵⁾の言う、リカバリーを精神障がい者の生物学的回復と捉えてしまい、医療機関職員から混乱を助長すると反対があったからだと考えられる。2つ目の理由として、後藤¹⁶⁾、下地¹⁷⁾は、「日本では、長期入院している重度の障害を持つ人しか日常的に接していない援助者が多いため、その場合『リカバリー概念』が空想的であり、かえってリカバリーさせなければ、『リカバリーしろ』などの強制力となり、障害者に対して意気阻喪させるものとなる可能性がある」と述べていた。使いやすい表現であるがために意味を理解しないまま一人歩きしやすい言葉としての危険性があると捉えていた。

今回の調査結果でリカバリーという言葉は使われていないが、日本で「リカバリー概念」の導入は全くなかった訳ではない。日本では、1980年頃からアメリカで推進されている「リカバリー」に近い意味を持って活動していた精神障がい者の地域生活施設があった。熊谷¹⁸⁾は、北海道べてるの家（精神障がい者等の地域活動拠点）の人々は大きな声でリカバリーを提唱しているわけではないけれども、ほぼ近い意味で使っており、「人生

の回復」「失われた夢の回復」、いわゆる「リカバリー概念」のspiritual、実存的な部分が「苦勞を取り戻す」「治さないでください」「病気になってよかった」「幻覚妄想大賞」など、個人的でオリジナルな言葉により表現され、それがさらにコミュニティの中で共通認識されるというプロセスであったことを報告している。ここでの熊谷がいう「リカバリー」とは、「健常者の動きに近いもの」を獲得したいわけではなく、「自分の動き」「自分の考え」を見出し、それに周囲が合わせるということが共有されるとしている。そして、ここから発信されている精神障がい者への支援のあり方は多くの人に影響を与えていると考えられた。

これまでの精神障がい者の地域生活支援の動きは、日本では2013年に障害者総合支援法が施行され、「地域活動支援センター」が行政機関の一環として保健所管内に一カ所義務付けられた。入院中から退院後の生活を一緒に考え、本人の「働きたい」という希望を支えてくれる支援者が地域の中で身近な存在として、支援してくれることとなった。さらに2013年4月に精神保健福祉法の改正があり、家族の負担が過度であることなどを背景に保護者制度が廃止された。これにより、家族の受け入れ困難が理由で退院できないという状況や、入院の必要があるが家族の負担が大きいため適切な治療を受けられないといった状況が改善されることとなった。またその動きに合わせて、企業側の法改正では、2012年の障害者雇用促進法改正により、障害者雇用を全社員の2%とする枠を段階的に義務付けた。

日本の精神障がい者の地域生活支援は先進諸外国に比べると遅れているが、「リカバリー」という言葉は使われなくとも、国の制度において、精神障がい者の地域生活支援および就労・継続支援を目指しており、就労すなわち「働く」ことへの共通言語で地域全体に後押しをしていると考えられた。また、「リカバリー」という言葉への批判はさておいても、精神障がい者が「楽しみを持てる」「希望を持てる」回復過程に、支援者が寄り添って伴走するという支援のあり方に「リカバリー概念」が存在していると考えられた。アメリカでリカバリーの推進はめざましい動きがあるが、これはいくつかのコミュニティでリカバリーが推進されている状況にすぎない。日本においては、法律・施策等によって国全体で推進し、広めようとしていると捉えられる。

今後、地域で精神障がい者を支援している、保健医療福祉分野での専門職、地域の人々に対し、「精神障がい者が希望を持って日々の課題に取り

組み、自分らしく日々の生活を楽しむことができる」ような支援を、拡大・継続していけるように努力していくことが重要である。

V. 本研究の限界

今回、政令市近郊の1保健所管内の事業所を調査対象とした。今後もこの地域就労に関する支援制度が発展できるよう、企業側からの視点、精神障がい者本人の意見など、さらなる研究を継続していく必要があると考える。

VI. 結論

精神障がい者の就労支援事業所の支援者からリカバリー概念という言葉は語られなかったが、精神障がい者への支援プロセスは、精神障がい者が【自分らしく日々の生活を楽しむ】ために、『働く・働きたい』という共通言語の認識を持ち、精神障がい者の一人一人に沿った日々の課題に希望を持って取り組むことに寄り添う、リカバリー概念を捉えた支援であった。

今後、地域の保健医療福祉分野における精神障がい者の支援者は、精神障がい者が《自分らしく日々の生活を楽しむ》ために、希望をもって課題に取り組めるよう伴走するということ、すなわちリカバリー概念の視点を持って継続的に支援することが重要であると考えます。

本研究に開示すべきCOI状態はない。

VII. 謝辞

本研究にあたり、日々精神障がい者への支援を実施されている事業所管理者の皆様にインタビュー等の調査の多大なご協力をいただきました。また、本研究は、マイクロ・エスノグラフィー法を用いるにあたって、研究当初から分析に至るまでお茶の水女子大学名誉教授波平恵美子先生にご指導いただきました。記して心より感謝申し上げます。

文献

- 1) 国民衛生の動向2017/2018・厚生 の指標増刊・63(9),991
- 2) 厚生労働省医療施設調査,病院報告,2015
- 3) 野中猛(2005):リカバリー概念の意義,精神医学,47(9),52.
- 4) Anthony W.A(1993)/濱田龍之介訳(1998):精神疾患からの回復,1990年代の精神保健サービスを導く視点,精神障がいとリハビリテーション,2,145-154.
- 5) 加藤欣子,加藤春樹,中村恵見他(2005):精神障害者小規模作業所の理念に「リカバリー」を導入する意義,精神障がいとリハビリテーション,9(1),76-78.
- 6) 鮎川春美(2017):わが国における精神障害者のリカバリー導入の変遷,聖マリア学院大学紀要,8,25-31.
- 7) Deegan P.E.(1988):Recovery The lived experience of rehabilitation, Psychosocial Rehabilitation Journal, 11(4), 11-19.
- 8) 波平恵美子(2016):質的研究Step by Step-すぐれた論文作成をめざして 第2版,医学書院.
- 9) 波平恵美子(2017):文化人類学から医療人類学への道,そして質的研究への思い,看護研究,50(2),158-164.
- 10) 山根俊江,中川俊彦,草地仁史他(2014):精神障害者の就労支援に関する研究 就労継続支援B型から一般就労をめざす利用者支援のありかた,日本精神科看護学術集会誌,219-223.
- 11) 厚生労働省:企画課社会援護局障害福祉部:患者調査 https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaie ngokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000108755_12.pdf (検索日2019年2月15日)
- 12) Erikson E.H.(1959)/小比木啓吾翻訳(1978):自我同一性,誠信書房.
- 13) 西田美香(2012):精神障害者の就労を支援する援助者の視点と役割に関する一考察-当事者が自主運営する有限会社「萌え」の援助者の役割を通して-,九州保健福祉大学研究紀要,13,9-18.
- 14) 中村和江,村上純子,渡邊俊一(2003):地域生活支援における精神保健福祉士の役割生活支援と就労援助,精神保健,48,144.
- 15) 江畑敬介(2009):本人の「思い」を実現する就労支援-精神障害をもつ人が働くこと意義,専門職から見た就労支援の意義,精神科臨床サービス,2,175-179.

- 16) 後藤雅弘 (2010) : <リカバリー> と <リカバリー概念> , 精神科臨床サービス, 10 (4) , 440-445. 熊谷晋一郎 (2009) : リハビリの夜, 医学書院, 東京.
- 17) 下地明友 (2012) : 精神医療における「リカバリー」を再考する, 精神科看護, 39 (10) , 10-19.
- 18) 熊谷晋一郎 (2009) : リハビリの夜, 医学書院, 東京.

Study on support of people with mental disorders living in local communities — Focus on the concept of recovery —

Harumi Ayukawa, Michie Baba *

Formerly at St. Mary's College, * Fukuoka University Medical Department Faculty of Nursing

<Key words>

mental disorders, support for community living, concept of recovery,
support for employment, support for work transition

Abstract

The purpose of this study was to clarify the term “concept of recovery” and the present state of its support through interviews with managers at an employment support office.

The research method consisted of semi-structured interviews conducted with six managers of offices supporting the employment of mentally disabled individuals, following which the data were analyzed through the use of micro-ethnography. Results indicated that the managers' process for supporting their mentally disabled clients could be summarized in two categories: “helping persons with mental disorders meet daily challenges” and “setting goals.” Support approaches implemented by the managers included: “supporting mentally disabled persons either working or intending to work,” “improving their environments,” and “accompanying them.”

From these results, it can be seen that the managers helped individuals with mental disorders meet their daily challenges with hope and with the aim of “fulfilling and enjoying their daily lives,” “through either work or the intention to work.” These common expressions used among the six managers demonstrate support that is consistent with the concept of recovery.

聖マリア学院大学紀要投稿規定

(総則)

第1条 「聖マリア学院大学紀要」は、聖マリア学院大学の機関紙である。

第2条 刊行は原則として、年1回とする。

(投稿資格)

第3条 投稿論文は他の雑誌に未掲載のものに限り、また、投稿者は原則として、本学教職員、本学卒業生に限る。ただし、本学教職員の共同研究者の場合はこの限りではない。

(倫理的配慮)

第4条 本誌に掲載する論文は、人を対象とした研究においては、ヘルシンキ宣言、文部科学省・厚生労働省の研究倫理規程（「疫学研究に関する倫理指針（文部科学省・厚生労働省）」、「臨床研究に関する倫理指針（厚生労働省）」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針（文部科学省・厚生労働省・経済産業省）」等）を遵守していることを本文中に明記する。

2 研究倫理審査委員会の承認を得ておく必要がある。なお、場合によっては証明書の提示を求められることがある。

3 動物実験に当たっては、「聖マリア学院大学動物実験取扱規程」に基づき、適切に研究が行われていなければ論文を受理しない。

(論文の種類)

第5条 論文の種類は、原著、研究報告、総説、資料、その他であり、その内容は以下のとおりである。

【原 著】 研究そのものが独創的で、新しい知見が論理的に示されているもの。

【研究報告】 内容的には原著には及ばないが、研究結果の意義が大きく、看護学における研究・教育の発展に寄与するもの。

【総 説】 特定のテーマについて多面的に内外の知識を集め、また、文献的にレビューして、当該テーマについて総合的に学問的状況を概説したもの。

【資 料】 新しい知見に乏しく、研究結果の意義は小さいが、看護学における研究・教育の発展に寄与するもの。研究結果に基づく教育・臨床等の実践報告、研修報告、委員会報告等を含む。

【そ の 他】 上記以外で、本誌編集委員会が適当と認めたもの。

(投稿方法)

第6条 本誌編集委員会を投稿先とする。

(執筆要項)

第7条 執筆要領については、別に定める。

(校正)

第8条 校正は初稿のみ執筆者が行う。但し内容の変更は認めない。

(掲載)

第9条 掲載料は原則として無料とする。

(原稿の採否)

第10条 原稿の採否は査読を経て、本誌編集委員会が決定する。原稿の受付日は、投稿申込用紙を添えた原稿の到着日とする。修正後の原稿は、委員会で採択を決定した日時を受理日とする。

(著作権)

第11条 本誌に掲載された論文の著作権は、本学に帰属するものとする。

- 2 本誌は、提出された論文を冊子体で刊行する以外にも二次的利用として、電子的記録媒体(DVD-ROM、USBメモリ等)への変換・送信可能化・複製・学内外への配布およびインターネット等で学内外へ公開する権利(公衆送信権、自動公衆送信権等)を専有するものとする。

付則 この規定は、平成18年度より適用する。

付則 この改正は、平成19年1月10日より適用する。

付則 この改正は、平成20年2月13日より適用する。

付則 この改正は、平成28年6月8日より適用する。

聖マリア学院大学紀要 vol.11
2019年度査読審査者

(50音順 敬称略)

鶴田明美 (聖マリア学院大学)

秦朝子 (聖マリア学院大学)

眞崎直子 (聖マリア学院大学)

柳本朋子 (元・聖マリア学院大学)

編集後記

聖マリア学院大学紀要第11巻をお届けします。本巻は令和初めての発刊となりました。本紀要には地域生活支援とケア環境の充実に資する素晴らしい研究を掲載することができました。発刊にあたりご協力くださいました皆様に委員一同心より感謝申し上げます。紀要編集委員会では、実践、研究に関わる論文とともに看護学の発展に寄与する研修会や委員会報告など、多くの方々にご投稿いただけることを願っております。今後ともご協力を賜りますようお願い申し上げます。

令和元年度紀要編集委員会

編集委員：崎田マユミ 桃井 雅子 大城 知恵
木室ゆかり 川上 桂子 江崎 裕紀

聖マリア学院大学紀要 Vol.11

発行日 2020年3月25日

編集 聖マリア学院大学紀要編集委員会

発行 学校法人 聖マリア学院
☎830-8558 福岡県久留米市津福本町422
☎0942-35-7271(代) Fax0942-34-9125

組版 聖母の騎士社
☎850-0012 長崎県長崎市本河内2-2-1

印刷 (株) インテックス
☎850-0046 長崎県長崎市幸町6-3

