

博士論文

論文題目 訪問看護事業所における看護師の就業継続に関する
管理者や同僚の関わり:質的研究

氏名 渡邊 麻衣子

目次

要旨	1
第1章 序文	2
1.1 日本の在宅医療に関する現状	2
1.2 訪問看護の現状	3
1.3 看護師の就業継続及び離職に関する既存理論	5
1.4 看護師の就業継続及び離職の影響と先行要因	7
1.5 本研究の目的	12
第2章 方法	13
2.1 研究デザイン	13
2.2 データ収集と分析方法	14
2.2.1 研究協力者のリクルート方法	14
2.2.2 データ収集方法	16
2.2.3 分析方法	19
2.3 研究結果の質の確保	21
2.4 倫理的配慮	22
第3章 結果	23
3.1 協力者の背景	23
3.2 枠組み:訪問看護師の就業継続及び就業継続に関係する管理者や同僚の関わり	23
3.3 実践の意味を発見し続ける	26
3.3.1 仕事が難しい	27
3.3.2 実践の意味を発見する	33
3.3.3 仕事が楽しい	41
3.3.4 仕事が物足りない	46
3.3.5 実践の中での疑問を発見する	49
3.4 実践の意味を発見し続けるよう後押しされる	53
3.4.1 自由な実践の後ろ盾を得る	53
3.4.2 気づきの仕掛けに囲まれる	60

第4章 考察	64
4.1 本研究で得られた知見	64
4.1.1 看護師の就業継続に関する既存理論との比較	64
4.1.2 実践の意味を発見し続ける	67
4.1.3 就業継続に関係する管理者や同僚の関わり	70
4.2 実践への示唆	74
4.3 本研究の限界	77
4.4 今後の課題	78
第5章 結論	80
謝辞	81
引用文献	82

図

- 図 1. 協力者のリクルートと同意
- 図 2. 訪問看護師の就業継続及び就業継続に関係する管理者や同僚の関わり
- 図 3. 訪問看護師の就業継続:実践の意味を発見し続ける
- 図 4. 訪問看護師の就業継続に関係する管理者や同僚の関わり
:実践の意味を発見し続けるよう後押しされる

表

- 表 1. 協力者の一覧
- 表 2. 協力者の特性

付録

- 付録 1. 調査協力依頼書
- 付録 2. 研究趣旨説明書(管理者用)
- 付録 3. 研究趣旨説明書(看護師用)
- 付録 4. 同意書
- 付録 5. 同意撤回書
- 付録 6. 面接調査票
- 付録 7. インタビューガイド
- 付録 8. 初期の Open coding の例
- 付録 9. Axial coding の例
- 付録 10. Selective coding の例

要旨

訪問看護師の就業継続及び就業継続に関する管理者や同僚の関わりを説明するモデルを生成することを目的に、スタッフとして働く訪問看護師を対象とした、グラウンデッド・セオリー法による半構造化面接及び参与観察を行った。

訪問看護師は実践の意味を発見し続けることで働き続けていた。また、管理者や同僚から、自由な実践の後ろ盾を得て、看護師自身による気づきを得る仕掛けに囲まれるという、実践の意味を発見し続けるよう後押しされる関わりが就業継続に関係していた。

以上の結果から、訪問看護師の就業継続支援には、訪問看護師自身が実践の意味を発見し続けられるよう、管理者や同僚が関わるのが有用である可能性が示唆された。

第1章 序文

1.1. 日本の在宅医療に関する現状

現在、日本は高齢化が最も進んだ国の1つであり、今後も高齢者数は増加し続けると同時に、生産年齢人口(15～64才)は減少していく¹。高齢者人口に対する生産年齢人口の減少は、医療保険及び介護保険の財源不足や人材不足等の問題を引き起こす。また、日本では約50%の人々が家で療養し、状況が許せば家で亡くなることを望んでいる²にもかかわらず、在宅死は全死亡の約13%に留まる³。現行の医療提供体制では高齢者の希望に沿った十分な医療を提供出来ないことが予測され、病院・施設中心の医療から住み慣れた家・地域で暮らしながら「医療と介護」を受けられる体制への移行が求められる。

在宅で医療と介護を提供するには、医師、看護師、理学療養士、薬剤師、栄養士等の多様な医療専門職が必要とされる。中でも、訪問看護は、医学的アセスメントや医療処置を要する者に必要性が高いとされ⁴、医療的な処置やアセスメントと共に介護の視点も織り交ぜた支援を行う。そのため、訪問看護は医療と介護の両者をつなぐ重要な立場にあると言える。

1.2. 訪問看護の現状

訪問看護とは、介護保険法や健康保険法に基づいて看護師が利用者・患者の住まいへ訪問し、看護を提供するサービスである⁵。地方公共団体や医療法人あるいは社会福祉法人、営利法人等が訪問看護事業所の事業者となることが出来、訪問看護事業所の管理者は、原則、看護師資格を有する者であることが義務付けられている⁵。現在、訪問看護事業所(以下、事業所)は日本全国に6,801箇所ある⁶。事業所数はここ数年増えてきており、1事業所あたりの常勤換算看護職員数は平均4.7人^{7,8}と極めて少数でありながら、24時間対応や看取りも含めた訪問看護サービスを提供している。

事業所数の増加に伴い、管理経験がない管理者が増えている。武田らによるある県における調査では、訪問看護管理の経験がない管理者が約9割を占めていた⁹。また、自ら管理職になることを志願した者はわずか3%と非常に少ない中⁹、管理職研修を受ける機会も限られており¹⁰、看護師に対する人材育成に必要な知識・技術を持たないまま管理者として働かざるを得ない者が多い現状である⁹。訪問看護事業所で働く看護師(以下、訪問看護師)の多くは、事業所で働く以前に看護師としての何らかの経験を有しており¹¹、事業所からは即戦力として期待され、数回の同行訪問を経て1人の訪問看護を始めざるを得ない¹⁰。

このような状況下、30,903人の訪問看護師が事業所で働き¹²、約38万人が訪問看護サービスを利用している^{13,14}。政府は「社会保障と税の一体改革」の中で、現在の一日あたり訪問看護サービス利用者数の約1.5倍にあたる、一日あたり51万人への訪問

看護サービスの提供を 2025 年の目標としている¹⁵。しかし、サービス提供側に目を向けると、訪問看護師数は介護保険開始数年後、2003 年からの増加数は約 4 千人と微増に留まっている¹²。同期間に看護師総数が約 22 万人増加¹²したことを考えると、その増加数はわずかであり、訪問看護サービスを提供する訪問看護師の確保は大きな課題である。

訪問看護師の確保には、リクルートと離職予防という二種類のアプローチが挙げられる。事業所の求人理由の約 7 割は退職者の補充¹⁰で、求人募集した事業所の約 2 割は退職者の補充が出来ないという調査結果もある¹⁰。このように、リクルートについても看護師の離職の問題が根底にあると考えられるため、看護師の就業継続が可能となるよう方策が必要である。

訪問看護師の離職率は 15.0%¹⁰であり、この値は、以前から問題視されていた病院で働く看護師の離職率 10.9 %¹⁶よりも遥かに高い。日本看護協会は、全国の病院を対象に看護実態調査を毎年行い、その結果から病院で働く看護師の離職率を公表し、様々な対策を講じてきたが、事業所はその実態調査の対象外である。事業所で働く看護師の離職に関する全国的及び継続的な調査は行われず、その離職率の高さは社会的にも、訪問看護師自身にも、ほとんど認識されていない。従って、従来見過ごされてきた事業所で働く訪問看護師の就業継続に関する研究を蓄積することは、一層重要性を増していると言えよう。

1.3. 看護師の就業継続及び離職に関する既存理論

1980年代からの看護師不足の社会問題化を受けて、全世界的に看護師の離職予防に向けた知見が積み重ねられてきた。看護師の就業継続・離職を説明する理論は複数あり、時代の変遷と共にその理論は多様化している。

看護師の就業継続・離職モデルに最も用いられるのは、1981年に発表された Price らの Causal turnover model である¹⁷。Causal turnover model は、11の先行要因が仕事満足度に影響し、仕事満足度が就業継続意向へ影響し、就業継続意向が実際の就業継続へ影響するというステップを踏んで看護師の就業継続を説明している。その後、Alexander¹⁸ や Kovner¹⁹ 等の看護領域の研究者が改変を加えてこのモデルを用いているが、これらのモデルで重要視されている仕事満足度と就業継続意向が実際の就業継続・離職の先行要因として有意な結果が得られていない研究も存在する²⁰。

次いで、Causal turnover model に個人のストレスとコーピングの概念を加えたモデルが Anticipated turnover model²¹ である。しかし、看護師の就業継続・離職をこのモデルによって説明出来るのはわずか2～6%とされる²¹。さらに、Parasuman²² はこれらのモデルを基にして役割葛藤や過重労働、管理者のリーダーシップを追加した Integrated turnover model を発表した。実際の就業継続・離職に関しては6%の説明力を持つに過ぎなかった²²。

これらのモデルの限界を踏まえ、複雑な一連の心理プロセスとして就業継続・離職を説明するモデルが Unfolding turnover model である^{23,24}。このモデルは、看護師の衝

撃的な経験や不愉快な出来事が離職を考え始めるきっかけとなり、誰しもが合理的な考えのもとに就業継続・離職をするのではないことを、5種類のパターンで説明した。実証的な研究としては、イギリスの National health service の病院を辞めた看護師の約半数が衝撃的な経験が離職を促進したと報告されている²⁵。

さらに、1997年には Absence and turnover model²⁶が紹介された。本モデルは看護師の欠勤に着目した点が新しい視点であった。また、Holtomらは、社会ネットワーク理論からアイデアを得て、Job embeddedness model^{27,28}を発表した。ここでは、組織とコミュニティとのつながり(Link)、適合(Fit)、犠牲(Sacrifice)が看護師の就業継続・離職に影響するとされている。このモデルは就業継続・離職の意向に関してはその変動の約24.6%を説明するが²⁹、実際の就業継続・離職を含めた検討はまだされていない。

在宅領域においては、これらの検討を踏まえ、先述した Causal turnover model¹⁷を基に、個人要因と仕事満足度が就業継続意向に先行し、就業継続意向が実際の就業継続に影響するというモデルを Ellenbeckerらが作成した³⁰。彼女らはその後2012年にモデルを発展させ、組織コミットメントを就業継続の先行要因に加えている³¹。これらのモデルを基に、在宅ケア事業所に勤める看護師の就業継続を追跡した研究では、仕事満足度が高く、無期雇用であることなどが訪問看護師の就業継続の有意な予測因子であるとしているが³²、モデルの決定係数はまだ検証されていない。

以上のように、看護師の就業継続及び離職に関する理論を概観すると、多くは病院に勤務する看護師を対象とした理論であること。在宅領域では、病院で働く看護師を

対象とした就業継続・離職に関する文献検討から導きだされたモデルが存在するが、在宅領域で働く看護師の視点から就業継続・離職要因について広く探索しているとは言い難いことがわかる。利用者の家で看護サービスを提供する訪問看護は、24時間オンコール体制など、病院とは異なる特徴を有している³³。また、在宅領域で働く看護師と病院勤務の看護師では、職場で重視している点異なる³⁴。そのため、在宅領域に関わる看護師の就業継続・離職に関するモデルの更なる検討が必要であろう。

1.4. 看護師の就業継続及び離職の影響と先行要因

このような理論的検討と共に、看護師の離職がもたらす影響に関する研究も行われてきている。サービス提供者である看護師の離職は、組織に対する経済的損失³⁵、ケアアウトカムの低下³⁶といった、様々な問題をもたらす。一方で、看護師の離職が組織へもたらす利点も指摘されている。例えば、新人雇用による人件費の削減、パフォーマンスの低い看護師の排除、新規雇用の看護師による新しい風である³⁷。これらの利点は、看護師の補充が出来ることを前提にしているが、看護師の欠員補充が確実に出来る保証はない。看護師が抜けた穴を埋められず看護人員不足の状態では医療を提供し続ければ、高い患者死亡率などネガティブな状況につながる事が指摘されている³⁸。そのため、看護師の離職が組織へ悪影響を及ぼすという共通認識の下、望ましくない離職を予防するために看護師の就業継続・離職の先行要因に関する研究がなされてきた。

看護師の就業継続・離職の先行要因としては、看護師個人に関する要因、待遇に関する要因、組織に関する要因が主に検討されてきた。看護師の個人要因としては、年齢が若いこと³⁹、扶養家族がいないことや、看護専門職としての経験年数が短いこと⁴⁰が離職意向の高さに関係する。また、待遇に関する要因としては、就労時間以外の労働があること^{41,42}等が離職意向の高さに関係する。一方で、給料や手当そのものが離職意向に与える影響は小さく、給与を上げること単独では離職予防にそれほど効果的でない⁴³ことは一定のコンセンサスを得ている。

組織要因は、看護師の就業継続・離職の先行要因の中で注目の高い領域である。古典的には労働負荷が注目を集めていたが、近年は、労働負荷単独では離職への影響は少なく、複数の先行研究で過重な労働負荷は他の要因を組み合わせた時に離職の有意な予測要因となるとされている⁴⁴。過重な労働負荷と不十分なサポートがもたらす Burnout は、看護師の離職要因として注目を集めてきた^{45,46}。その対概念である仕事に対する熱意を持った状態を示す Work engagement と共に看護師の離職・就業継続との関係を検討されてきている⁴⁷。その他、組織エンパワメントの高さが離職率の低さと関係していることも明らかになっているが⁴⁸、これらは、あくまでも個々人の心理的受容が前提であり、組織内でどのようにこれらの状態を高め、維持できるかはまだ検討が不十分である。

近年、組織要因の中でも、看護師が所属するユニットの看護管理者が看護師の就業継続に与える影響の重要性への注目が高まっている。看護実践環境に関する尺

度にも、看護管理者の看護師に対する支援的な姿勢や、称賛し認めるという姿勢等の看護管理者のドメインが含まれる⁴⁹。看護管理者の姿勢や関わりは看護師の病院組織への定着の要因であることが明らかにされつつもある^{49,50}。これらのことから、日々の仕事で看護師に接する機会の多い看護管理者がどのように看護師に関わるかが、看護師の就業継続にも影響すると考えられるが、その詳細は未だ十分に検討されていない。

看護管理者とスタッフとして働く看護師との認識にはあらゆる点で乖離があることがわかっている。看護管理者はスタッフとして働く看護師よりも職場環境を肯定的に捉えやすく⁵¹、重要視している点やその優先度が異なる⁵²。そのため、Flinkmanら⁵³も看護師自身の言葉で離職や就業継続の理由を語ってもらう必要性を強調している。従って、離職予防のための対策を立てるには、まずはスタッフとして働く看護師がどのように考え、何に価値を感じているのかを記述し、どのように離職・就業継続に至るのか、その過程を知ることが重要である。

米国では、1980年代の深刻な看護師不足を受けて、看護師を惹きつけて定着させている病院の認証制度を設けた⁵⁴。その認証を受けるために重要なのは、組織内のコミュニケーションであるという指摘がある^{55,56}。近年、職場内での良好なコミュニケーションを主要な概念として含む Healthy work environment という概念が定義されており^{57,58}、看護以外の場においても、職場における職員の関係性が重要視されている。世界保健機関も、働きやすい職場として、Healthy workplace を定義した。それは、

「皆の健康, 安全, ウェルビーイングを守り促進していくために, 継続的な改善プロセスを用いて, 管理者とスタッフ共に協働する職場」⁵⁹であり, 単なる物理的環境や就業諸条件を整えるだけでなく, 組織を作り上げる職場の人間間の相互作用が重要であることを明示している. しかし, 職場内でのコミュニケーションや関わりのためのアクションに関する示唆に乏しく, どのような関わりが良いか, 具体的な行動レベルでは示されていない.

在宅領域においても, 訪問看護師の就業継続は大きな課題であるが, 病院で働く看護師を対象にした研究と比べると, 就業継続・離職要因に関する研究は圧倒的に少ない. 在宅ケア事業所に勤める看護師の就業継続意向, 仕事満足度, 無期雇用, 職場の立地する地域の給与水準よりも給与が高いこと等が看護師の就業継続意向に関連することが明らかとなっている³². また, 既存の研究では, 在宅領域で働く看護師の就業継続要因を網羅出来ていないことから, Tourangeau ら⁶⁰は在宅領域で働く看護師を対象に, フォーカスグループインタビューを用いて就業継続の要因を探索した. その結果, 6 領域(関係性とコミュニケーション, 仕事の特徴, 仕事に対する看護師の反応, 職務の構造, 職場環境, 雇用形態)に渡る要因が挙げられた. 中でも, 関係性とコミュニケーションでは, 管理者や同僚のサポートが看護師の就業継続には不可欠であることが述べられている. しかし, Tourangeau ら⁶⁰の研究では, 就業継続意向に関係する要因の羅列に留まり, 要因間の関係や, 就業継続意向とそれらの要因がどのように関係するか検討がされていない.

以上を概観すると、在宅領域で働く看護師の離職に関する研究は要因探索に留まり、看護師の就業継続要因として重要視されている職場内でのコミュニケーションや人的関わりに関する視点は十分に検討されているとは言い難い。そのため、職場における人的な関わりがスタッフとして働く訪問看護師にどのように認識されているのか、その関わりと就業継続・離職との関係を説明するモデルを生成することで、訪問看護事業所において、管理者が訪問看護師の離職予防のための有効な手立てを講じる示唆を得られるだろう。

1.5. 本研究の目的

以上のような認識に基づき、本研究では対象を訪問看護事業所にスタッフとして働く訪問看護師とし、訪問看護師の就業継続及び就業継続に関係する管理者や同僚の関わりを説明するモデルを生成することを目的とする。

上述の目的のため、①訪問看護師はどのように就業継続しているのか、②訪問看護師が就業継続に関係すると認識した管理者や同僚の関わりはどのような関わりか、2つの問いをたて研究を遂行した。

訪問看護事業所は、1事業所あたりの職員数が極めて少なく、管理者は管理業務と共に訪問看護の実践も行うプレイングマネージャーであるため、本研究では管理者及び同僚からの関わりを合わせて分析することとする。

また、本研究では、以下のように用語を定義する。

- ・ 就業継続: 当該訪問看護事業所で働き続けることを指す。ただし、本人の意思ではない、同一法人内の他の訪問看護事業所への異動は就業継続に含む。
- ・ 離職: 当該訪問看護事業所を辞職することを指す。ただし、本人の意思による同一法人内の他の訪問看護事業所への異動は離職に含む。
- ・ 同僚: 訪問看護事業所における管理者以外の者を指し、上位者や先輩、同期、後輩も含む。
- ・ 訪問看護師: スタッフとして働く訪問看護師を指す。

第2章 方法

2.1. 研究デザイン

研究デザインを、グラウンデッド・セオリー法による質的研究とした。グラウンデッド・セオリー法とは、社会学から派生して象徴的相互作用論を理論的基盤とする、理論を構築するための質的データ分析方法である⁶¹。

本研究では、仮説検証的立場から質問票や既存の尺度を用いて得た定量的なデータではなく、訪問看護師に自らの考えを語ってもらう定性的データを用いる。訪問看護事業所(以下、事業所とする)に勤務する訪問看護師が離職せずに継続している理由について、わが国ではその全体像や関連要因がまだ明らかにされていない。そのような状況では研究者が自らの先入観で本質的な点を見逃している危険性がある。従って、現時点で重要なのは、訪問看護師自身の言葉による説明を通して、事業所で就業継続しているその経験を多元的に理解することだと考えた。

データは、事業所で働く訪問看護師を対象とした1対1の半構造化面接及び参与観察で得ることにした。本研究のテーマは、働き続けている理由を問うもので、個人の経験や事業所内の人間関係等のプライバシーに深く関わる領域であるため、グループインタビューよりも個人面接が適切と考えた。

2.2. データ収集と分析方法

2.2.1. 研究協力者のリクルート方法

研究初期は、継続して働いている訪問看護師が多い事業所をサンプリングするため、訪問看護に関する有識者である訪問看護職能団体の関係者及び実践者、あるいは訪問看護の研究者から職員が定着していると紹介を受け、前年度の離職率が10%未満である事業所に勤める訪問看護師を対象とした。データ内容の偏りを防ぐため、原則として1事業所につき2名の訪問看護師を対象とし、現在の職場の就業期間が4年以上かつ日本語に不自由ない者をサンプリングした。

研究初期は、可能な限り多くのカテゴリを創出するために幅広いデータ収集を目指し、協力者の多様性を高めるよう努めた。例えば、訪問看護に関する有識者が関東圏内を拠点に活動している者が多く、推薦された事業所の多くは東京都及び神奈川県に所在する事業所であったため、研究の中盤に九州地方にある事業所をサンプリングし、地域の多様性を高めるよう努めた。また、事業所の設立主体・規模、協力者の年齢・就業継続年数・過去の経験職場数・婚姻状況等は、特に多様な協力者を得られるようサンプリングの際に配慮した。

グラウンデッド・セオリー法ではデータ収集、分析、分析結果の検証は並行して行われる。ある時点までのデータ分析の結果によって、それに続く対象者の選択と面接の方向性が決定される(理論的サンプリング)⁶²。研究初期に創出したカテゴリを発展させ深めるために、理論的サンプリングを行った。例えば、ある時点での分析で導かれた

概念「生活モデルへの看護の再定義」の条件として、「療養病床での勤務経験」が影響していると考えられたが、その時点では療養病床での勤務経験を有している訪問看護師のデータがなかったため、療養病床での勤務経験のある訪問看護師を次の面接対象者としてサンプリングし、そこから得たデータで「生活モデルへの看護の再定義」に、療養病床での経験がどのように関係するか検討した。同様に、「仕事が難しい」という概念に訪問看護に対する志向性の程度が影響すると考え、看護師資格取得前から訪問看護を目指していた訪問看護師をリクルートし、得られたデータに「仕事が難しい」に該当するデータが存在するか、存在するとしたら難しさの種類や程度にどのように関係するかを検討した。また、就業継続する場合と離職する場合の違いについて検討するため、過去に訪問看護事業所を辞めた経験がある者をサンプリングし、前職場で離職に至った状況や理由も尋ねた。これらのデータから、就業継続を説明するモデルの中でどの時点で離職の可能性が高まるか等を検討した。このように、概念あるいは概念間の関係を説明するために不足していると考えられるデータを得るためにサンプリングし、データを蓄積・分析し、モデルで説明出来る範囲を増やしていった。

調査協力依頼から調査実施の手順は、事業所の管理者宛に、筆者が研究概要を電話で伝え、研究協力に前向きな回答があった場合に、筆者から研究概要を記した書面を郵送もしくは FAX で送付した。その後、管理者の最終的な研究協力の承諾を口頭で確かめた上で、半構造化面接及び参与観察の日程調整を行った。

研究協力の依頼から同意の流れを図1に示した。合計 14 事業所に電話で研究協

力依頼を行い、2 事業所は訪問看護師の該当者がいないため非該当となり、残る 12 事業所から協力承諾を得た。利用者の個人情報保護のため、1 事業所は参与観察の承認が下りず、訪問看護師への面接のみとなった。12 事業所に勤務する 25 名の訪問看護師に協力を依頼したところ、25 名全員から同意を得て、面接を行った。1 事業所あたり原則 2 名を面接対象者としていたが、理論的サンプリングの関係上、男性の訪問看護師を対象に含むため、ある1つの事業所では、3 名の訪問看護師を面接対象者とした。また、予備調査の面接協力者 1 名も、本研究の協力者として組み入れた。この対象者は、現在事業所で勤務していないが、訪問看護職者から多く推薦を受けた事業所での勤務経験があり、その面接内容は他の協力者から得られた結果とほぼ類似していた。そのため、最終的な半構造化面接の協力者は 26 名、参与観察の協力者は 23 名だった。

2.2.2. データ収集方法

データ収集方法は半構造化面接及び参与観察である。参与観察での気づきを半構造化面接に反映させるため、可能な限り参与観察の後に半構造化面接を実施できるよう調整した。データ収集期間は 2012 年 10 月～2013 年 8 月であった。2012 年 10 月～2013 年 1 月は、データ収集を中心に行い、その後はデータ分析に集中した。ある程度仮説の目途がたち始めた 2013 年 6 月から、最終的な概念及び概念間の関係性を検討するためにデータ収集を再開した。新たな概念や概念間の関係が

見出されないため理論的飽和に達したと判断し、2013年8月にデータ収集を終了した。

2.2.2.1. 参与観察

1事業所につき、1～3時間程度の参与観察を行った。観察の場面は、事業所内で行われる利用者の情報共有や事業所運営に関する情報を取り扱うミーティングの場とし、ミーティングの前後も含んだ。観察した事項は、①表情、身振りや動作、②雰囲気、③発言の頻度及び内容 ④場の支配者及びその変遷、⑤管理者や他の同僚とのやり取り等である。参加している際も全体の進行や、気づいた点等はメモをとった。参与観察終了後は出来るだけ速やかに事業所の近くの喫茶店等に入り、メモと記憶を基にフィールドノートを書き起こした。フィールドノートを書く際は、研究者の視点で書く事、逐語的に書く事、具体的に書く事の3点に注意した⁶³。

2.2.2.2. 半構造化面接

面接の際には、協力者が会話を他人に聞かれることに不安を感じたりしないように、面接場所のプライバシー確保に特に留意した。26名中22名の面接は、個室で行った。そのうち、17名は面接協力者が就業する事業所内の個室、4名は協力者の就業する事業所から遠くない貸会議室、1名は本学の一室で面接が行われた。残りの4名は、事業所内外で個室を準備出来なかったため、事業所内の半個室で面接を行

った。事前に管理者へ相談していたため、面接の時間に事業所内の人が誰もいない状況、もしくはほとんどいない状況であった。面接内容は協力者から書面での同意を得た上で録音を行った。質問への回答を拒否する権利や中断が可能であること、また、終了後もいつでも同意を撤回出来る旨を説明した。

面接は作成したインタビューガイドを基に、協力者が自分の経験について自由に語れるようにデザインした。事業所に就業継続している理由そのものに関する質問だけでなく、先行研究から協力者の就業継続に影響を及ぼすと考えられた過去の就業経験を含む看護師としてのライフヒストリーも質問することで、面接協力者の就業に関する全体像を出来るだけ詳しく把握できると考えた。

なお、データ収集と分析を並行して行うため、面接内容は後半になるにつれ分析支援のための問いを含むようになった。例えば、「仕事が楽しい」と感じるがあったか？また、そのように感じるにはどういう条件が必要で、何を経験して感じたか？などを具体的に尋ねた。

面接終了時には謝礼として2,000円のQuoカードを手渡した。面接協力者が退席後、出来るだけ速やかに面接協力者や発言内容について筆者の印象を記録した。

2.2.2.3. 面接記録票

研究の概要を説明し、協力同意を得た後、自記式面接記録票の記入を依頼した。内容は、年齢、配偶者の有無、12歳以下の子供の有無等の基本属性及び、看護師と

しての就業経験等に関する、臨床経験年数、訪問看護継続年数、現在の職場の継続年数、過去に働いた経験のある職場の数、介護支援専門員資格の有無等を訪ねた。

2.2.2.4. 介護サービス情報公表システム

面接協力者の就業する事業所の開設主体、看護師人数、離職者数等の事業所特性は、厚生労働省が管理運営しているウェブ上の介護サービス情報公表システムから得た。本データは2012年10～12月時点での情報が最新である。なお、1事業所は介護サービス情報公表システムから事業所特性に関するデータが得られなかったため、管理者へ直接依頼し、上述のデータを収集した。

2.2.3. 分析方法

面接内容を逐語録にし、逐語録と参与観察時のフィールドノートデータを継続的比較分析を行った。継続的比較分析とは、複数の事象・意味・見方を複数のコードやカテゴリを作りながら比較するものであり、グラウンデッド・セオリー法に代表される分析方法である。

分析過程は大きく分けて初期的概念コードをつくってその抽象化のレベルを上げていく Open coding, 同時進行で概念間の関係を検討する Axial coding, 全体的なモデルを作る Selective coding の3段階で構成される^{62,64,65}。分析には、質的分析ソフトウェア Atlas ti. Ver.5を用いた。

Open coding : 逐語録とフィールドノート、及びメモを繰り返し読み、事例ごとにそ

の内容を時系列でまとめ、データの全体像の理解に努めた。次に、データを意味のある単位毎にコードをつけることから始めた。コードをつける際は、「ここでは何が起きているのだろうか」「看護師は何をしているのか」「看護師はどう考えたのか」と問いながら、言葉だけでなくデータの背後にある意味の流れを解釈しながら行った。コードの相違性を検討しながら、類似するもの同士をまとめてカテゴリを作り、その内容を表すラベルをつけて抽象化のレベルを上げていった。面接協力者間の比較をする際は常に協力者の個人特性及び事業所特性を意識するように留意しながら分析を進めた。

Axial coding：Open coding と同時進行で、複数の概念間の関係を検討した。その際、各協力者の面接内容を継続的に比較して、当初の仮説が正しいかどうか、すなわち同じような状況で常に同様の結果に至るのかどうか検討した。異なる結果が現れる場合は概念間の関係に不具合があるかデータが欠けていることが考えられるので、見落している概念がないか、概念そのものや概念間の関係そのものを見直す必要がないか、データに立ち返って検討を繰り返した。

Selective coding：Open coding, Axial coding がある程度進んだ段階で、訪問看護師が認識する管理者や同僚の関わりについて、「自由な実践の後ろ盾を得る」「気づきの仕掛けに囲まれる」という二つの大きなカテゴリが生成された。また、看護師の内部に起きている仕事に対する認識についての「仕事が難しい」「仕事が楽しい」「仕事が物足りない」という変化と、上述の管理者や同僚の関わりとの関係性を検討し、そ

れら全体を説明する概念として「実践の意味を発見し続けるよう後押しされる」が生成された。この概念を中心に据え(Core category に決定)、「訪問看護師の就業継続」全体を説明するモデルの作成を試みた。その際、その暫定的な全体モデルで説明出来ない例外ケースや、見落しているパターンが存在しないか、また、概念同士の関係を見直す必要がないかどうかについて、疑問が残る場合は再度データに戻り検討し、全体モデルを修正した。

2.3. 研究結果の質の確保

質的研究では、研究結果を評価するための規準は、信憑性(Credibility)、独創性(Originality)、共鳴性(Resonance)、有用性(Usefulness)が挙げられる⁶⁶。信憑性とは、現象に関する研究協力者/研究者/読者の経験を反映するという点で、その結果は信用してもいいものであり、信じていることができることを指す⁶⁵。また、独創性は結果が新たなひらめきを与えること、共鳴性は研究した経験の豊かさを伝えていること、有用性は日常の世界で使うことが出来る解釈を提示していることを指す⁶⁶。

本研究ではこれらを高めるために、以下のように努めた。データ収集においては、複数の面からのデータを用いるために、面接データだけでなく参与観察からも情報を収集した。分析においては、質的研究の経験を有する大学院生及び教員とのミーティングを2~4週毎に行い、分析結果を提示し、レビューとフィードバックを受けた。また、研究協力者の経験を反映しているかどうか、研究協力者に結果を提示し、フ

ードバックを受ける Member checking⁶⁷を行った。さらに、訪問看護実践者である管理者 2 名に分析過程で結果を伝え、内容に関する意見を求め、確認を得た。結果は、読者が現象を理解し得るよう、バリエーションやネガティブなデータも含めた記述に努めた。研究過程全体を通して、自分自身の反応や感覚についてメモを書き、自分のバイアスと前提を常に意識し、研究者自身のバイアスを極力少なくするように努めた。

2.4. 倫理的配慮

本研究は、東京大学医学部倫理委員会にて研究の承認を得て行った(承認番号 3904)。研究協力者本人には文書と口頭によって、研究目的、内容、時間、回数、参加の任意性、匿名性、秘密保持、結果公表などを具体的に説明した上で、書面で同意を得た。研究への参加は、自由意志で決定できること、参加しない場合でも不利益はないことを保障した。半構造化面接と参与観察のデータはすべて匿名性を保持するように管理し、所属機関への公表はしないこと、研究の目的以外には使用しないことを保障した。また、参与観察の場にいる研究協力者以外の職員に対して、口頭で本研究の概要と目的を説明し、その場にいる全ての者から口頭承諾を得た上で参与観察を開始した。

第3章 結果

26名に半構造化面接を行い、そのうち23名を対象に参与観察を行った。面接時間は38-83分、参与観察の時間は90-185分であった。

3.1. 協力者の背景

26名の協力者の一覧を表1に示し、協力者の特性を表2にまとめた。年齢は平均42.2歳(範囲28-59歳, 中央値41歳)で、女性が25名(96%)であった。面接時点の職場の勤続年数は平均6.3年(範囲2-18年, 中央値6年)であった。現在勤めている事業所が初めての訪問看護の者が19人(73%)で、過去に就業したことのある事業所数は平均1.4箇所(範囲1-7箇所, 中央値1箇所)であった。配偶者がいる者が約6割、子供がいる者が約6割であり、12歳以下の子供がいる者は約2割であった。

事業所の特性としては、営利法人が約半数を占めた。1事業所に勤務する看護師の実人数は平均10.7人(範囲5-17人)、常勤換算人数は平均7.3人(範囲4.5-11.1人)であった。

3.2. 枠組み: 訪問看護師の就業継続及び就業継続に関係する管理者や同僚の関わり

本研究で生成されたモデルの枠組みを図2に示した。図2は、訪問看護師がどのよ

うに就業継続しているのか訪問看護師の中で起きる変化,そして管理者や同僚の関わり,それらが就業継続に影響する過程を示している. 図 2 の右側にある二重線で囲まれた部分は訪問看護師が実践の意味を発見し続ける過程を示し,これらが就業継続へ影響することを示している. また, 図 2 の左側にある, 灰色の四角で囲まれた部分は, 訪問看護師が認識した管理者や同僚の関わりであり, 実践の意味を発見し続けるよう後押しされる関わりを示す. また, 図中の《 》はコアカテゴリ, 無印はカテゴリ, [] はサブカテゴリを示す.

これらの結果は, 訪問看護師の就業継続と, 就業継続に関係する管理者や同僚の関わりの枠組み(ストーリーライン)に添って展開されるため, まず枠組みを説明する. この枠組みは 2 段階で構成されており, 以下, 1)~2)で枠組みの概略を説明する.

1) 実践の意味を発見し続ける (3.3)

訪問看護師は実践の意味を発見し続けるサイクルを回っていた. 訪問看護師は, 働き始めると, 訪問看護の仕事が難しいと感じていた. 訪問看護では, 緩やかな下り坂の経過を辿ることの多い利用者に対し, 自分がコントロール権を持たない環境に置かれ, すべきことがわからない上, 一人で判断する必要に迫られるなど, 病院での看護とは違う特徴があり, それらが訪問看護特有の難しさになっていた. 中には, この状況で離職する訪問看護師もいた.

しかし, そこで管理者や同僚から自由な実践の後ろ盾を得ることで, 訪問看護師として出来ることを増やし, 利用者のより良い在宅療養の実現に影響する看護の力を再

認識し、治療モデルから生活モデルへの看護の再定義を行うという、自分自身の実践の意味を発見していた。

実践の意味を発見した訪問看護師は、利用者の反応が見えることで、自分の成長を実感し、自分自身の有用感を感じられるようになり、仕事を楽しいと感じるようになっていた。このように仕事を楽しいと感じられると、離職の可能性は低くなっていた。

やがて、訪問の慣れ、環境に飽き足りなくなり、仕事が物足りない感覚が起き、この時に離職する看護師もいた。その際、気づきの仕掛けのある事業所では、訪問看護師は利用者の反応に対して鈍感になっていた自分を自覚し、課題を明確化することで自分の実践に疑問を持ち、訪問看護の難しさを改めて感じては再び新たな発見に至っていた。中には、仕事が物足りないと感じることなく、課題を見つけ改めて訪問看護の難しさを感じる訪問看護師もいた。いずれの場合においても、実践の意味を発見し続けるサイクルを繰り返しながら、訪問看護師は就業継続意向の揺れを抱えながらも働き続けていた。

2) 実践の意味を発見し続けるよう後押しされる(3.4)

3.4 節では、訪問看護師が認識した管理者や同僚の関わりについて述べる。訪問看護師が認識した、就業継続に関係する管理者や同僚からの関わりは、実践の意味を発見し続けるよう後押しされる関わりであった。それは、訪問看護師が自分の力量と見立てを確かめてもらい、確かめた範囲内で信じて任せてくれた上で、困った時は力を貸してくれ、看護実践の共感と承認を得るために分かち合えることで、訪問看護師

は自由な実践の後ろ盾を得ていた。また、訪問看護師は気づきをもたらす会話にさらされ、課題の種を受け取り、自ら動き出せるように時間をもらえるという、訪問看護師自身による気づきを得る仕掛けに囲まれていた。そして、それが訪問看護師の就業継続意向を支えていた。

以上が、結果の枠組み(ストーリーライン)の説明である。3.3 節以降は、この枠組みの其々の部分を詳説する形になっている。概念の説明を補足するため、その概念の示す代表的な訪問看護師の語りや参与観察のフィールドノートを斜字で示した。ただし、プライバシーに関わる部分は省略・修正し、意味の通じにくい部分は、()内に言葉を補った。

3.3. 実践の意味を発見し続ける

訪問看護師は、実践の意味を発見し、新たな発見がなくなり、そしてまた実践の疑問に気づいては再び意味を発見する「実践の意味を発見し続ける」と概念づけられたサイクルを繰り返していた。このサイクルを図3に示す。

訪問看護師の就業継続には、経済的必要性、自分自身の健康と家族の理解・協力、最低3年は続ける等の自分との約束、利用者への思い入れなど、多くの要因が関わっていた。中でも、本研究で焦点化するのには、管理者や同僚の関わりが大きく影響していた「実践の意味を発見し続ける」という要因である。後述する管理者や同僚の関わりによってこのサイクルを回ることが促進されており、管理者や同僚の関わりとの関係も

含めて、以下に述べていく。

3.3.1. 仕事が難しい

訪問看護師は、訪問看護を始めると、様々な困難に直面し、仕事を難しいと感じていた。その内容は、1) 緩やかな下り坂の過程、2) 自分がコントロール権を持たない、3) すべきことがわからない、4) 一人で判断する、であった。

1) [緩やかな下り坂の過程]

訪問看護利用者の多くは何らかの疾患を有し、高齢である。長期的な視点に立つと、緩やかに病状の悪化及び身体機能の低下が進み、最終的には在宅での看取りを必要とする場合もある。従って、看護による病状や身体機能の顕著な改善を目にする機会は少なく、日々の劇的な変化は少ないことが多いようだった。

訪問看護にいくっていうことは慢性疾患の方だとか、お年寄りとかでもって、日々の中でなかなか変化もなくて、こう頑張るための意欲になるような、原動力になるようなこともなかったりしていつ、で、やっぱり廃用性で落ちていくっていうような結果が多いんですよ。(ID2)

多くの訪問看護師が訪問看護を始める前に勤めていた「病院」では、利用者の状態改善が明らかに目に見えることが多いようだった。例えば、手術後の回復が例として挙げられる。前日にはベッド上にいた患者が、翌日には歩行し、翌々日に

は退院するという、劇的な変化が起きていた。医療専門職である訪問看護師にとって、利用者の状態改善が目に見えない状況であることは、自分が行った看護が何の役に立ったのか、非常にわかりにくい状況であり、仕事を難しく感じる一因であった。

こんな何カ月もかかってなんか何も変わらない状況で何なんだろうっていうところは、あの、こう、やっぱり、その、長く続けていけない1つのあれにつながっちゃうのかなと思います。(ID15)

2) [自分がコントロール権を持たない]

訪問看護師がサービスを提供する相手を「利用者」もしくは「お客様」と呼ぶのが一般的である。一般的に医療サービスを受ける者は「患者」と呼ばれているが、訪問看護サービスを受けるか否かの判断は「利用者」にあるという考えが根底にある。従来、医療・看護・介護サービスを受ける場は病院や施設が一般的であり、治療が目的で病院に滞在する患者・家族は、意に添わない医療・看護・介護サービスもこの目的のためにある程度は受け入れる。しかし訪問看護の場である利用者・家族自身の家では、寝起きする時間、食事、医療・看護・介護サービスを受け入れに関する全ての決定権は主である利用者と家族にあった。

おうちにいると主役はあっち(利用者)なので、こっち(看護師)はほんとお客さんなので、あの、邪魔しちゃいけない、乱しちゃいけない(ID16)

サービスが提供される場合は、利用者と家族の生活の場であり、医療・看護・介護サービスは利用者と家族の了承がなければ行えない。仮に、利用者と家族の同意を得られないままに強制的に行うと、あらゆる医療・看護・介護サービスに対する拒否にもつながりかねない。サービス利用の中断で損失を最も被るのは利用者と家族であり、訪問看護師は訪問看護サービスが必要と思われる利用者から拒否されないよう、注意を払いながら働きかけていた。例えば、より安全安楽な全身保清の方法を訪問看護師が知っていても、まずは家族のやり方を受け入れ、家庭内でのルールを優先させていた。

やっぱり病院だといろいろマニュアルがあって、清潔動作でもこうしなきゃいけないってあるけど、おうちの中に入ったら、ま、それが間違っていることでも、間違ってることじゃなくて、お母さん(介護者)がそれなりのやり方でやってるから。それはそれでよしとしなきゃいけない。(ID11)

また、家族員同士で介護の調整が必要となることが多いため、利用者の在宅生活を発端とし、家族内の諸問題が顕在化してくることもある。家族内の問題に訪問看護師が介入できる部分は一部分であり、看護上の問題として把握されたことでも、その問題のコントロール権は訪問看護師にはない。家族の中で起きている問題に直面しながらも、全てに関与することは出来ないという限界を訪問看護師は感じていた。

最低限の、その人(利用者)の安全を守るためのアドバイス程度しかできないんだなっていうのも、それで、限界も感じましたね。(ID16)

3) [すべきことがわからない]

訪問看護師の多くは、看護師としての豊富な就業経験を病院及び施設で有していたが、患者の自宅での生活の様子を十分にわかっていなかった。例えば毎日をどのように過ごしているのか、どのように医療を生活に溶け込ませているのか、などである。中には、訪問看護が含まれている在宅看護論の授業を学生の頃に習っていないので、自宅で利用者がどんな状況にいるのか、全く想像がついていない者もいた。

訪問看護は、論外じゃないけど、なんか、よそのおうちに行くなんてみたい。授業でも習ってきてない。(ID13)

訪問看護師は、利用者に対し何をしたら良いのかわからないと覚えることもあった。訪問看護は時間単位の契約であり、一定時間を利用者への看護に費やす。時間が十分ではない場合が多いが、中には特別な処置を必要としない場合もある。そのような場合は、訪問時間内に、何をしたら良いのかわからないという経験を多くの訪問看護師が有していた。特に、過去の就業経験が病院の急性期のみの場合は、訪問時間をどのように過ごすべきか、わからない程度が高かった。

行って、それこそ処置がある人って意外に時間がかかるんですけど、処置をすればいいっていうのがあって、それで時間がパンパンパンって過ぎていくので、あっという間に過ぎるんですけど。何をどうしたらいいのかっていう(利用者)も結構いるので。(ID3)

さらに訪問看護師は、自分が行っていることが良いことなのか、わからないと覚えることもあった。例えば、在宅生活を継続するために、家族の介護調整が必要となる。その

ため、利用者の家族の状況や介護力を把握するために家族から話を聞く時間を多くとることもある。また、何時の時点においても利用者の状態を観察し、異変を早期発見することは在宅生活を継続する上で重要である。しかし、情報収集や状態観察は具体的な処置を行うわけではない。その看護が利用者と家族にどんな影響をもたらすのか、訪問看護師はその意味が時にわからなくなっていた。

*実際、何をやるわけでもなく、バイタルだけ測って帰ってきて、ちょっと罪悪感みたいな
のありますよね。「あんなことだけしてきて、大丈夫なのかしら、私」みたいな、ところはあり
ますけど(笑)。(ID25)*

4) [一人で判断する]

利用者宅では様々な問題に遭遇し、その場で判断を迫られ、対応することが求められる。病院や施設では、周りに他の看護師や医師がおり、判断に迷う時には相談が可能である。しかし、訪問看護では訪問先である利用者宅で、たった一人で判断しなければならない状況に陥る。中には、その場で判断しなくても良い場合もあるが、事業所に戻った際に何をどこまで報告・連絡・相談すべきかの判断は訪問した一人にしか出来ない。看護が行われている場に他の人の目が入る機会は非常に少なく、一人で判断しなければならないことは、病院という複数の医療関係者が常に身近にいる環境で仕事をしてきた訪問看護師にとって大きな不安となっていた。

これでいいんだろうか、この評価を自分しか行ってないので。あの一、そうですね、病

院とかみたいに色々な人が入ってみてくれるわけじゃないので、やっぱり不安はあります。

(ID4)

訪問看護師は、病院での経験からでは判断が出来ない場面に遭遇する。例えば、在宅生活を維持するために家族にどこまで介護を求められるか、利用者と家族がどのような状況ならば在宅生活を継続できるかなど、在宅ならではの状況判断が必要な場面に多く遭遇し、それを難しく感じていた。

今までの経験で判断できない、これって、もう、おうちにいていいのかしらとかいう判断

基準だったり、これ、この人の普通なのかしらとかいうのも分からないし。(ID16)

訪問看護の経験者の中には、以上のような訪問看護の仕事が難しいという思いのまま、別の事業所を離職した経験を持つ者もいた。異なる事業所で働いた経験がある 6 名のうち 4 名は、訪問看護の仕事を難しく感じ、自分が行っている看護が利用者に対して、良い影響を与えているのかどうか分からないまま離職した経験を有していた。

(前の訪問看護事業所では)なんとなく、うーん、これでいいのかなあっていうか、これ

が訪問看護なのかなあ？っていうところではあったりとかして、わからなかった。(ID2)

訪問看護師の語りの中には、訪問看護事業所を離職した他の訪問看護師について述べたものもあった。指導的な看護を中心に行ってきた者は、自分にコントロール権がない訪問看護で、思うように利用者の行動変容を得られず、訪問看護の仕事を難しくと感じ、離職してしまう人がいたと語っていた。

なんだろう、看護婦さんらしい看護婦さんは辞めていっちゃうかんじ。それこそ、病院

で指導してきたりとか、ね。・・(中略)・・なんで出来ないのかな、自分、とかって。そこを

許せなくなっちゃうと辞めちゃうかな、うん。(ID7)

このように、仕事を難しく感じたままですと、訪問看護師の離職の可能性が高くなっていた。しかし、訪問看護師は、実践の意味を発見することで、仕事が難しい感覚から抜け出していた。

3.3.2. 実践の意味を発見する

訪問看護師は、管理者や同僚の関わりによって、実践の意味を発見していた。ここで用いる『意味』とは有意味性(meaningfulness)を指し、訪問看護師が自分自身の実践が利用者や家族にとって意味があることを感じることである。実践の意味を発見すると、1) 出来ることを増やし、2) 看護の力の再認識が起こり、3) 医療モデルから生活モデルの看護への再定義が起きることであった。

1) [出来ることを増やす]

訪問看護師は訪問看護の経験を積み重ねることで、出来ることを徐々に増やしていた。出来ることとは、様々な疾患の病態に関する知識がつくこと、利用者の今後を予測し先回りして動けること、一人で判断が出来ること、利用者と家族への対応がうまく出来ることを意味する。例えば、がんの終末期の利用者の容体に変化した際、在宅生活を継続すべきか、在宅生活継続の是非についても一定の判断が可能となり、医師などの関係職種への連絡相談、家族への説明及び対応が出来るようになってい

た。

**あの、3年目ぐらいから、少し自分で、なんとなく、こう、自分である程度判断して、問題
なくできるようになったかなという感じがして。(ID22)**

訪問看護サービスは介護保険・医療保険両者にまたがり提供されるため、訪問看護師は介護保険・医療保険に関する知識を持つ必要があるが、それらを徐々に身につけていた。例えば、訪問看護以外のサービスの内容や必要な費用、又、利用者の状態に合ったサービスの組み合わせ内容や頻度などを把握し、利用者と家族の在宅生活を送り易くなるよう提案出来るようになっていった。

**1人でどこでも働けるぐらいの知識、あ、知識って、訪問看護は法律が多いので。介護保険
とか医療保険とか、訪問看護にまつわる基本的な情報と、あと、1人で回るためのハウツーじ
ゃないけど、そういうところですね。(ID16)**

また、一人では対応出来ない状況でも、事業所の管理者や同僚の強みを知り、管理者や同僚の力を借りることで、対応出来るようになることも、出来ることを増やすことの一部であった。訪問看護師は、管理者や同僚と自由に訪問の様子を話し合う中で、管理者や同僚の経験や知識、技術を把握し、誰に聞けば適切な答えがもらえるか徐々にわかっていった。そして、一人では解決できない状況に直面した際、管理者や同僚の中から最も有用なアドバイスをもらえる人へ接触し、その人から教えてもらっていた。例えば、人工呼吸器に詳しい人や、介護保険制度に詳しい人、また、精神看護に長けている人などを把握し、その時々ニーズに合わせて相談する相手を変えていた。

緊急性が高い時は、訪問先から事業所の管理者や同僚へ電話で相談し、緊急ではない時は、事業所に戻り相談をしていた。

やっぱり人を見て、この人はこういうところが得意だな、とか。そのへんがあるので、うん。

医療系の機器とかその辺詳しいとか、制度に詳しい人は、あ、この人だ、とか。なので、

その先輩つかまえて聞いたり。そうするとちゃんと返ってくるので。はい。そのへんはすん

ごく安心できますね。だからきっとこの11年があるのかもしれないです。(ID9)

特に、訪問看護経験の浅い時期に緊急性が高い判断を求められる場合は、管理者や同僚の力を借りることが有効であった。そして、管理者や同僚の力を借りる繰り返しで、出来ることを増やしていた。

ま…状況的に悪化してて、今こういう状況なんだけどっていう情報を、あの、(家族に)

「ちょっと失礼していいですか、1本電話入れるので」って言って、玄関の所とか、ちょっと、

避けて、で、待ってもらって、そこで(管理者に)連絡して、どういうふうに対応するか相

談したりとか。(ID22)

2) [看護の力の再認識]

出来ることを徐々に増やしながらか訪問看護を続けると、訪問看護師は、自分が行うことが利用者と家族に与える影響を目の当りにし、その影響を実感し、利用者の在宅生活を支えるために看護の力が有用であることを再認識出来るようになっていった。訪問看護の利用者と家族にとって、安全で安楽に在宅生活を送れることが重要である。例

えば、排泄コントロールがつかず、寝衣や寝具が排泄物で汚染されることは、利用者と家族共にストレスがかかり在宅生活全般の負担となる。そこへ訪問看護師が摘便等の排泄コントロールを適切に行うことが利用者の安楽につながる。そして何よりも、寝衣や寝具汚染が起きないため、家族の介護負担やそれに伴うストレスが激減する。このように、訪問看護師の行うことが、利用者と家族の在宅生活を継続する上で大きな影響を与えることに、自分の看護を通して訪問看護師は気づき、利用者と家族にどのような看護が必要か捉えられるようになっていた。

それ(便を出すこと)って一番大事なことだよねって。結局(便を)出さなければ食べられないですね。出すことってとても大事なことなんだって言われてから…(中略)…実際に、利用者さんちに行けば、やっぱり排泄さえきちんとしてれば、どうにかあとはできるっていう方が多いから、そうするとやっぱり、生活の安定のためにはやっぱり排泄コントロールってとっても大事で。(ID12)

訪問看護師は自分が行う看護だけでなく、管理者や同僚が行う姿を見て、利用者の在宅生活へ与える影響を実感し、看護の力を捉えられるようになった者もいる。特に、在宅生活を支えるために具体的な支援方法が明確でなかった訪問看護師は、管理者や同僚が行う看護を目にした際に受ける衝撃は大きいこともある。中には、他の訪問看護師が行ったマッサージによって、鎮痛剤を色々試みるも痛みのコントロールがうまくいかない利用者の痛みが緩和され、ゆっくりと眠れた姿を見て、感動したという者もいた。

がんの末期の方の、鎮痛剤とか色々使ったけどなかなか痛みがとれない。訪問だと(マッサージとかケアを)じっくり1時間やって、(利用者が)寝ちやう。薬なんか使わずにそうやって休めて、(利用者が)何かしたいことがあれば出来るっていうことにつながるんだよって(見せてもらった)。そういうのに感動して、自分もそういうのを出来ればなっとか思ったりして。(ID4)

逆に、管理者や同僚の実践を目の当たりにし、自分が行う看護に取り入れたいくないと思う場合もあった。しかし、このようなネガティブな印象を受ける実践を目の当たりにし、利用者と家族の在宅生活を支えるための看護として適切と思わないことも、訪問看護師自身は、ではどのような看護を行えば利用者と家族の在宅生活を支えられるのかを明瞭にし、改めて在宅療養を支えるための看護の力を再認識することにつながっていた。

いろんなスタッフがいるんで、ああ、反面教師にさせてもらおうと思ったことがすごいです。私だったらこういう、この看護婦に来てもらいたくないって思った看護婦もたくさんいるんで。..(中略)..絶対私だったらこんなふうに接してほしくないとか。(ID15)

このように看護の力の再認識には、自分の看護を通して再認識が起きる場合と、管理者や同僚の実践を通して再認識が起きる場合があった。多くの訪問看護師は、これらの2つの再認識のモードを組み合わせ、利用者と家族の在宅生活を支えるためにはどんな看護が必要か、漠然としていた部分が徐々にはっきりと捉えられるようになっていた。そして、在宅生活を支える看護実践の利用者と家族への影響を見ることで、

改めて、利用者と家族の在宅生活のためには看護が必要であると、看護の力を再認識していた。このような看護の力の再認識は、次に述べる生活モデルの看護への再定義と同時並行で進んでいた。

3) [生活モデルへの看護の再定義]

訪問看護師の多くは、訪問看護の経験を通じて「看護とは何か」に関する考えが変わったと語っていた。各人が様々な経験から築いてきた多様な看護とは何かという定義を漠然と有していたが、在宅生活を送る利用者と家族への訪問看護を行う中で、自分が持っていた看護の定義に違和感を抱き、その違和感が看護とは何か見つめ直すきっかけとなっていた。

やっぱり病院にいるときは、..(中略)..看護ケアっていうのは医療ケアの介助みたい

なのにすごく目が向いてたけど、その人その人きちんと、向き合ってたかなって、すごく

反省させられたところは(沈黙1秒)ありましたね。(ID12)

違和感を抱いた訪問看護師は、何が看護なのか？という看護の境界線を管理者や同僚とすり合わせながら徐々に看護の範囲の修正を行っていた。事業所内で訪問前に、行う看護の内容について確認したり、訪問後に、行ってきた看護について話したり、またカンファレンスの時にすり合わせが起きていた。

行ってあれしなきゃいけない、これしなきゃいけないっていうんじゃなくて、話を聞くだ

けだっていいじゃない、みたいな。それだって看護だと思うよと、(管理者が言ってくれ

た.) (ID3)

利用者に関する今後の方針について相談する際も、看護の範囲のすり合わせが起きていた。すり合わせを重ねることで、看護ではないかもしれないと考えていた部分も看護と考えるようになり、徐々に看護とは何か、の考えが変わっていった。例えば、「在宅生活を維持するためには、自宅に閉じこもる独居の利用者が生活に必要な生鮮食品等を近所のデパートに買いに行けるようにしないといけない。そして利用者のやる気を引き出すため、そのお店の最上階にある喫茶店でお茶をする楽しみを作る必要がある」と考えた訪問看護師は、これは看護なのか、という不安を持ちつつ恐る恐る管理者に計画について相談したところ、承認されたという語りがあった。

生活するためには、そこまで行って、そこで買い物したい人だから、そこに行って、エスカレータ、エレベータ乗れないと、(訪問看護を)卒業出来ないから。で、あの、とりあえず、一番上のなんかケーキ屋さん美味しいところあるから、せっかく行ったからそれでじゃあケーキを食べてくると。うん。っていうのも、恐る恐る言ったら、「行ってらっしゃーい」って(管理者に)言われて(笑)。 (ID7)

このように、日々少しずつ看護の範囲のすり合わせをしていくと、訪問看護師の看護のアウトカムに関する考えが変わっていた。利用者の状態改善だけが看護のアウトカムではなく、利用者が希望する療養場所でその人らしく生活できることも看護のアウトカムの1つであると、看護の再定義がなされ、生活を支える看護になじんでいった。在宅療養を希望する利用者であれば、利用者の状態を維持し在宅生活が継続で

きることは看護のアウトカムであると訪問看護師は考え、利用者の状態維持だけでも価値のあるものと考えられるようになっていた。

何年も同じこと(ケア)ができて、素晴らしいくないですか？だって、具合悪くならないん

でしょ、ねえ。そんなめでたいことないですよ。 (ID21)

多くの訪問看護師は、出来ることを増やしていき、看護の力を再認識が起こり、生活モデルの看護への再定義をしていた。それこそがまさに、自分の実践の意味を発見することである。一方で、訪問看護という仕事を難しいと感じる程度も低く、比較的スムーズに実践の意味を発見することが出来ていた者もいた。その違いは、訪問看護師の過去の就業経験の違いにより生じていた。例えば、療養病床、維持透析、重症心身障害児施設等の長期的に患者と関係性を持つ必要のある就業経験や、緩和ケア病棟等の患者の希望を尊重することが重要視される場所での就業経験を有する場合は、過去の就業経験で、患者や家族主体のケアの必要性を痛感し、その時点で患者(利用者)の生活を支える看護へと考え方が変わっていたようだった。

おうち、特に違和感ないですね。(考え方は)すごい変わりました、緩和に行って。そ

れまではその、医療主体の患者みたいな。でもその緩和、お客さま、ご家族主体のケア。

で、そこにこう、どう寄り添っていかってというケアをととても勉強しましたね。(ID20)

このように、訪問看護師が出来ることを増やし、利用者のより良い在宅療養の実現に影響する看護の力を再認識し、治療モデルから生活モデルのへの看護の再定義を行い、自分自身の実践の意味を発見することで、仕事が難しい感覚から変化し、仕事

が楽しいと思えるようになっていった。

3.3.3. 仕事が楽しい

訪問看護師は、実践の意味を発見すると、訪問看護の仕事が楽しいと感じるようになっていった。出来ることが増え、看護の力を再認識し、看護の再定義がされることで、劇的に訪問看護の成果が見え易くなる。ここでは仕事が楽しいを構成していた3つのサブカテゴリ:1)利用者の反応が見える, 2)成長を実感する, 3)自分自身の有用感を持つ, に分けて説明する。

1) [利用者の反応が見える]

訪問看護師は、利用者と家族の反応を感じとることで、訪問看護の仕事の楽しさを感じていた。ここで指す利用者の反応とは、利用者の病状変化だけでなく、利用者と家族の医療や介護サービスを受け入れる姿勢、介護負担の増減、訪問看護を受け入れる姿勢、希望する療養場所での療養継続に関する反応を指す。この利用者と家族のささいな変化から、訪問看護師は看護の手応えを確実に感じ取っていた。

訪問看護師は、利用者の療養生活上必要な医療・介護サービスの導入をするように働きかけを行っていた。例えば、布団上で生活する時間が長い利用者に対し、褥瘡予防用のマットの導入を提案し、最初は拒否していた利用者が長期的な働きかけの末、マット導入を承諾したというケースがあった。このような働きかけが一回の訪問で完結するのではなく、長期的に押したり引いたりしながら戦略的に関わった成果であり、そ

の成果をより大きなものとして訪問看護師は感じていた。

ねばり勝ちできるところが面白いですね。・・・(中略)・・・うん、例えばその、1年がかりで、布団に寝ていた方を、褥瘡予防のマットレスを入れていただくとかね。説得にね。それをしかも、だから、毎週言ってもだめな訳で、なにかちよつと身体に変化があった時に、「こういうのにしたら痛くないですよ」ということでね、時々こう、押したり引いたりしながら、「うん」と言わせる。(ID21)

訪問看護によって、家族の介護負担が減少することで、訪問看護師は手応えを感じていた。訪問看護師は利用者の自宅で介護をしている家族の負担が少しでも減るように、様々な働きかけを行う。現状のサービス内容・量ともに不十分で、利用者の介護に家族が無理をすることも多い。そのような場合は、在宅生活が維持できなくなることが懸念されるため、例えば、介護保険の利用者であれば、介護支援専門員と相談の上、他の介護サービスを導入するよう働きかけていた。

奥さんが介護状態になったのに、自分でこう囲って、おうちの中で一生懸命頑張ってる状況を、こう、いかにこう社会資源を使って外に出して介護負担を減らしてっていうところを、・・・(中略)・・・うまくこう関わって、だんだんデイサービスを週4回とかに増やして、すごく旦那さんの負担が減ったんですよ。(ID15)

時には、訪問看護サービスの必要性を感じていない利用者と家族や、自宅に人を入れることに抵抗感がある利用者と家族など、訪問看護師の訪問を快く迎え入れる状態ではない利用者と家族もいる。訪問看護サービスに対する態度が徐々に軟化して

いくことも、仕事の楽しさの一つに挙げられていた。

拒否したり、もう、来なくていい！とかいうケースだったりあるんですね。ああ、どうやってつなげていこうかなあーっていうケースがあったんですけど。今はね、とっても待っててくれるのね。(ID8)

また、訪問看護師は、利用者と家族が希望する場所での生活が実現出来るよう支援していた。そして、利用者と家族の態度や表情から希望通りの場所にいられる喜びや幸せを感じ取り、それが、訪問看護師の喜びでもあるようだった。

*あの、ニュアンス的な部分での、(利用者の)表情で満たされるのかなと思いますね。
あの、「ありがとう」とか、あの、「良かったよ」とかっていう言葉じゃなくて、うん。なんて言うんですかね。家族と一緒に居られてる顔を見れるところとか、その辺にあるのかなと思いますね。幸せそうな顔ですね。(ID26)*

2) [成長を実感する]

訪問看護師は、自分の成長を実感することで仕事の楽しさを感じていた。自分の成長の一つは看護専門職としての成長である。技術的な面で今まで出来なかったことが出来るようになることや、今までうまく出来なかった利用者と家族とのかかわりがうまく出来るようになること、そして利用者と家族が望むような療養を他の専門職と協力して支えられるようになることを指す。

二つ目の軸は、人間としての成長である。最も多くの者から聞かれたのは、利用者と

家族の考え方や生き方に触れ、訪問看護師自身の考えが豊かになるということだった。特に在宅での看取りの場合は、最期をどのように過ごしたいのかを訪問看護師は利用者と家族と話し合う必要が出てくる。そのような話し合いの中で、利用者と家族は人生を振り返り、考え方や生き方が現れる。そして、訪問看護師が自分の価値観や考え方の幅を広げ、自分自身の人生にプラスになることを実感出来ているようだった。

やっぱり、患者さんもそうですけど、その、人生を通してその人の最後まで見ていくわけじゃないですか、ある程度。だから、やっぱり、いろんなことを考えさせられるんですね。患者さんとの接しでも。やっぱり自分の人生にもすごいプラスになってる部分ってあると思うんです。(ID15)

3) [自分自身の有用感を持つ]

自分が役に立ったという有用感を訪問看護師が感じることも、仕事の楽しさの1つである。ある訪問看護師が所属する事業所では、担当制を導入し、一人又は複数人の訪問看護師で一人の利用者を担当していた。担当する者が継続的に利用者の住まいへ訪問し、以前からの利用者や家族への看護の反応が自分に直接返って来る。それを自分の看護の反応として受け止め、自分が行った訪問看護が役に立ったと感じていた。

自分ひとりでお家に行く責任はありますが、自分のやったことがそのまま返ってくるといふか、よくなったり悪くなったりするのがすごい見え易いので、それも楽しいかなって思

って。(ID4)

利用者・家族だけでなく、事業所の同僚への貢献も語られていた。事業所の同僚が担当する利用者家族への処置やケアの方向性において、自分が持つ情報を提供することで行き詰っていた状況が進展したり、同行訪問などで同僚が困っている点を助ける等、自分が役に立つ感覚を有することで仕事を楽しいと思えていた。

(他の訪問看護師が)訪問に出て、あ、ちょっとこんなことなただけどって、その場で電話してきたり、傷を写メでメールで送ってきたりするの、どうしたらいいんだろうって。じゃあ何があるの？何と何があるの？って。じゃあ、これ塗っておいてって(伝える)。そんなささいなことだけれども、それが(自分にとっても)大事なんだと思う。(ID6)

さらに、訪問看護師は他の専門職に対する貢献も感じていた。訪問看護サービスを利用している方の多くは、医師や訪問介護員、訪問リハビリ職員、介護支援専門員、行政職員らの支援を受けて在宅生活を送っている。他事業所の専門職を問題解決のために巻き込み、その結果、利用者と家族の在宅生活の改善が見られた場合に、訪問看護師は自分自身の有用感を感じ、仕事の楽しさを覚えていた。

あの、ヘルパーさんとかも入ってるようなお客さんのところだったらですね。上手く連携が取れて、そのお客様のためになるんだったら、「あ、良かったな」って思いますし、うん。そういう時は、「うれしい」っていう感じ、うん。それはあの、訪問看護の中でのチームっていうのもあるし、事業所(間)でのチームっていうのもあるので。(ID24)

このように、仕事が楽しいという感覚を持っていれば、就業継続に影響を与えるその他の要因が働いても、離職の可能性は低くなっていた。その他の要因とは、経済的必要性、健康と家族の理解・協力、自分との約束、利用者への思い入れであった。

もう(家のこともあって)ピリピリのすごい疲れ方ですよ、やっぱり。

(Q:それでも辞めなかったのは?)

だから、本当本当に大変だったんだけど、(訪問看護が)面白いなって。(ID13)

また、中には、介護が必要な両親や子供を養う必要性から、仕事を楽しく感じることに、経済的必要性が高いために、就業継続が維持される者もいた。

(辞めたいと思ったことは)なかったですね。多分その、自分が、守らなきゃいけないも

のですから。その、ま、おうちのこととか、家のこととか、あるので。(ID20)

以上のように、利用者の反応が見えることで、訪問看護師は自分の成長を実感し、自分自身の有用感を感じられるようになり、仕事が楽しいと感じるようになっていた。このように仕事を楽しいと感じられると、訪問看護師の就業継続が維持されやすくなるようだった。しかし、訪問看護師の仕事が楽しい感覚は仕事が物足りない感覚へと次第に変化していった。

3.3.4. 仕事が物足りない

訪問看護師は仕事を楽しいと感じる時期を経て、次第に、仕事が物足りないと感じ始めていた。仕事が物足りないには、1)訪問の慣れ、2)環境に飽き足りない、ことが含

まれた。

1) [訪問の慣れ]

訪問看護師は、継続的に訪問をして次第に訪問に慣れていく。訪問の慣れは、利用者に対して熟練されたケアを行えるという利点もあるが、次第に同一の利用者に対して行う看護が、固定化してくるようだった。慢性的な病態の利用者への訪問では、決して毎回同じ状態ではないが、その違いがわずかであり、同じような看護が続き易くなっていた。

毎回変わらないケアをやったからでしょうね、..(中略)..やっぱり、もう慣れてしまっ

たら、もうケアの流れっていうのは、その、1時間なら1時間の流れはもうほとんど一緒で

す。(ID24)

また、多くの訪問看護師は、担当する利用者が固定化することで慣れを生じていた。毎週曜日毎に訪問する利用者が決まってしまう、新たな発見が見つけれず、毎日が繰り返しのような感覚に陥ることもあったと語る者もいた。

なんかこう、マンネリになるような、ねえ、あの、ところもあるんですね。毎週、毎週同じ

人で、構成がもうしっかり固まってしまうと、毎日が毎日がずっと同じようなことに、うん、な

っていたりする(ID13)

2) [環境に飽き足りない]

訪問の慣れと共に、訪問看護師は事業所での仕事のやり方やルールを一通り覚え、

事業所内での立ち居振る舞いの勝手が分かってくる。つまり、事業所環境への順応が起きる。そこで、現在の事業所環境では飽き足らなく感じる訪問看護師もいた。中には違う場所で新たな挑戦をしたい気持ちが生じていた者もいた。特に、家庭において子供の養育や親世代の介護の責任を持たない場合は物足りなさを感じ易いようだった。また、年齢が若い場合は、他の場所でも通用する力を持っているのか敢えて厳しい環境に身を置いた方が成長出来るのではないかと、という意識を強く持っていた。

ちょっと環境変えたいなみたいなふうに思っちゃうこと、結構あって。やっぱり、その仕事のやり方、ここでうまく行ってるけれども、私はこういうやり方で、ずっとこれに浸っていいんだろうかっていう迷いとか、不安は出てきます。(ID22)

中には、仕事が物足りないと感じない訪問看護師もいた。このような看護師は、自ら変化や刺激を作り出すことで仕事に物足りなさを感じないようだった。例えば、事業所内での役割を進んで作り出したり、難しそうな利用者の担当を申し出たりすることで、仕事が物足りなくなならないような状況を自ら作り出していた。また、利用者の状態変化が起きることによって、仕事が物足りないと感じない場合もあった。

このように、自ら仕事の物足りなさを感じることを回避できる者もいるが、過去に勤めていた事業所では、仕事を物足りなく感じる状態から抜け出せずに、職場を変えるという選択をしたと話す者もいた。仕事が物足りなく感じる感覚が長く続くと、離職の可能性が高まっていた。

過去を振り返ると、「あー、飽きてきた」という感覚で仕事を替わってました。(ID19)

このように、訪問の慣れ、環境に飽き足りないことで、訪問看護師は仕事に物足りなさを感じ、この感覚が長期化すると、離職の危険性が高まっていた。しかし、その際、実践の中で疑問を発見することで、訪問看護師は就業継続を維持出来ていた。

3.3.5. 実践の中での疑問を発見する

上に述べたように、訪問看護師が仕事を物足りなく感じたままではいると離職の可能性が高まる。しかし、訪問看護師自身の気づきを促す仕掛けを管理者や同僚から職場に組み込まれることによって、看護師は、実践の中で疑問を発見していた。それは

1) 自分の鈍感さを自覚し、2) 課題を明確化することであった。

1) [鈍感さの自覚]

訪問看護師は、利用者・家族や提供するケアに慣れるうち、利用者と家族が発信するあらゆる反応やメッセージを見過ごしてしまうようになっていた。このような利用者と家族の些細な変化や反応を自ら感じ取れなくなっていた自分に、訪問看護師が気づきかけは、管理者や同僚から問いかられた時、利用者と家族からはっきりとしたメッセージを受け取った時、又は利用者と家族に大きな状態変化が起きた時であり、自分自身の鈍感さに気づいていた。

(利用者)何かの出来事があった時に気づかされるとか。「ああ、そ、そうか、これじゃ

いけない」みたいな、そういう気持ち、感じとか。(ID20)

また、訪問看護師は、利用者と家族の個別性を重視した看護が出来ていないことに気づいていた。多くの利用者を対象にしているが故に起きる鈍感さである。例えば、在宅看取りを希望される利用者の家族に、利用者の予測される状態変化、その状態変化に合わせた家族の対応の方法を訪問看護師は説明していた。訪問看護を利用する方の中で、在宅看取りをされる利用者は決して少なくない。そのため、複数の家族へ同じような説明をする場合もある。その家族への説明の際に、伝え方が固定化し、個別性を考慮できていないことに訪問看護師は自ら気づいていた。

家族に対してのこう精神的ケアの仕方に対して言っても、なんか私さあ、さっきも同じこと言った気がするっていうことが何回かあって、あ、なんか私ってなんでこんな乏しい人間なんだろうって、(ID18)

2) [課題の明確化]

訪問看護師は、自分が行っている看護が利用者と家族にとって適切かどうか、という迷いを持っていた。例えば、2階建アパートの2階に住んでいる独居の利用者に対し、自宅への階段の昇り降りを一人で出来ることが在宅生活をしていく上で必須であるため、自宅への階段の昇り降りが一人で出来るようなリハビリテーションを7年も行っている。訪問看護師は、このリハビリテーションが利用者にとって適切なのか、時に迷うことがあると言う。

7年何ヵ月ずーっと行ってる方あるんですよ。状態もほとんど変わらなくて、じつはやっ

てることもほとんど変わらなくて、「こんなことしてて良いのかな」ってたまに思う (ID21)

そして、訪問看護師は自分に足りない部分は何か、自分が知らない部分は何か、という課題を明確化していった。最初は漠としていた自分の課題が、はっきりとわかるようになることは、つまり、実践の疑問を発見することであり、訪問看護という仕事が難しいという感覚を改めてもたらすことになっていた。

私何でこんな同じ言葉を何回も使ってるんだろうって、みんな違う人なのに、何で同じ

こと説明してるんだろうって思ったときに、いや、私全然そんなちゃんとできてないじゃん

っていつて。(ID18)

以上のように、実践の中で疑問を発見する過程を経た看護師は、再び訪問看護の仕事が難しいと感じる。新たな利用者への訪問が始まった時や、継続して担当している利用者であっても新たな疑問が生じた時、利用者と家族に変化が起き訪問看護師が対応を変える必要が出てきた時には、行うべき看護は何か、利用者と家族に受け入れてもらうにはどうしたらいいか、改めて訪問看護の仕事を難しく感じていた。しかしまた、実践の意味を発見することで、改めて仕事が楽しいと思うようになり、実践の意味を発見し続けるサイクルを訪問看護師は繰り返し経験していた。分析初期は「仕事が難しい」、「仕事が楽しい」、「仕事が物足りない」時期は直線上に進むと捉えていたが、分析途中の結果検証のために行った member check の際に、これらの時期を何度も繰り返しながら働いているという訪問看護師の語りが聞かれ、繰り返しのサイクルとして示した。

なんか、イメージですけど、丸とか四角の箱の中に色々な時期があって、そういうイメージで仕事をしている感じがします。なんかそういう風に順繰り順繰り自分の中で、その枠の中で気持ちが動いてて、だから、この(楽しいと感じる)時期もあったけど、この(物足りなく感じる)時期にいくこともあるし (ID10, member check)

このように、実践の意味を発見し続ける繰り返しのサイクルとして示したが、訪問看護師は1サイクル回ると、次はレベルの異なるサイクルを回り、またその次はさらにレベルの異なるサイクルを回るといふ、次々と異なるレベルの実践の意味を発見し続けていた。このような異なるレベルのサイクルを繰り返しながら就業継続していく姿を、ロールプレイングゲームに例えた者がいた。そして、自分が容易に判断・対応できる状況のあるゲームのキャラクターである「スライム」という比較的弱い相手とばかり対峙している状況に例えた。「スライム」ばかりと対峙していると物足りなく思えてくるが、出来ることを増やし、今まで対応出来なかったような利用者に対しても対応出来るようになっていくことが面白いと語っている。

ロールプレイングゲームみたい。こう、スライム倒してばかりいたんじゃ飽きてくるけど、
だんだん強くなって、あの、強いのを倒せるようになっていくと面白いじゃないですか。なんかそんな感じで。(ID19)

このような、仕事が難しい、仕事が楽しい、仕事が物足りないという変遷の中で実践の意味と疑問の発見を繰り返すことを、「実践の意味を発見し続ける」と概念化した。この実践の意味を発見し続けるサイクルを繰り返すことが出来れば、訪問看護師は就業

継続意向の揺れを抱えながらも、働き続けることが可能となっていた。3.4 では、この実践の意味を発見し続けるサイクルに影響を与える管理者や同僚の関わりについて説明する。

3.4. 実践の意味を発見し続けるよう後押しされる

訪問看護師が認識した、就業継続に関係する管理者や同僚の関わりを図 4 に示した。左の灰色で囲んでいる部分が、管理者や同僚の関わりを示す。

訪問看護師が就業を継続する訪問看護事業所では、管理者や同僚から自由な実践の後ろ盾を得て、気づきの仕掛けに囲まれていた。これらの訪問看護師が認識する管理者や同僚の関わりを《実践の意味を発見し続けるよう後押しされる》と概念化した。「後押しする」とは、「後ろから押して助ける、助力すること」という意味を持つ。訪問看護師は、自分自身の力で訪問看護実践に取り組んでいる認識と共に、管理者や同僚から、力を出せる環境を整えてもらい手助けしてもらっていると感じていた。

3.4.1. 自由な実践の後ろ盾を得る

訪問看護師が就業を継続する訪問看護事業所では、自由に訪問看護をするために管理者と同僚が守り支えてくれていると、訪問看護師は認識していた。このような管理者や同僚の関わりを「自由な実践の後ろ盾を得る」と名づけた。

働き続けたいというのは、私の裁量を見てくれて、認めてくれて、私の持つてるもの

をここにこう使ってもいいよって、私がこうある程度目的に合えば、私がやりたいようなこと

をある程度やらせてくれて、でももし失敗したときは一緒に謝ってくれる。(ID1)

1) [自分の力量と見立てを確かめてくれる]

訪問看護師は、自分が出来ること及び考えている利用者に対する看護方針について管理者や同僚が確かめてくれていると感じていた。訪問先の利用者と家族の状況は、訪問している訪問看護師自身にしかわからない。そのため、訪問看護師が行っていることが妥当か確かめてもらうために、話を聞いてもらうことや同行訪問が行われていた。最も良く見られた関わりは、利用者と家族の状況や問題、訪問看護師自身が行ってきた看護を聞いてもらうことだった。例えば、入浴介助についてカンファレンスで相談する際、訪問先の物品の状況や家族の介助状況の質問を管理者や同僚から受けながら、自分が行っている入浴介助の方法が妥当か確かめてもらっていた。

周りのスタッフが担当訪問看護師に対し、「シャワーチェアは使えないの?」と聞き、担

当訪問看護師は「シャワーチェアが安定しない。ゆらゆらしてしまうから逆に危ない。」と

答えた。(フィールドノート ID10)

また、事業所での関わりだけでは十分に訪問先の状況が伝わらない場合には、他の訪問看護師に同行訪問してもらい、自分の力量と見立てを確かめてもらっていた。例えば、一緒に利用者宅へ訪問してもらうことで利用者の状況を管理者や同僚に把握してもらうと同時に、自分が出来ること、出来ないことを知ってもらい、これからどうす

るべきかを確認してくれると訪問看護師は感じていた。特に、仕事を始めたばかりの時期には、訪問看護師はこれらの関わりを集中的に受けていた。例えば、カンファレンスで報告した利用者に対し、同僚が同行訪問で利用者の状況を一緒に見る機会を持ち、今後の方針についても考えてくれたと語る者もいた。

(カンファレンスで)状態が不安定な人のことを言いますが、じゃあちょっと同行(訪問)しよかっていう感じで見に来てくれることもありますし、で、一緒に実際に身体をみて、アセスメントとかも一緒にしてくれたり。(ID4)

2) [確かめた範囲内で信じて任せてくれる]

看護は幾通りも方法があることが多いため、訪問看護師が考えている方針を聞いてもらい、その看護方針を妥当だと判断してもらえばそれをそのまま実践してみるよう訪問看護師に任されていた。例えば、胃瘻のチューブを抜去する恐れがあるため両手にミトンをつけている利用者のミトンを外せるかどうかカンファレンスの場で検討する際、訪問看護師の意見に従って、今後の方針が決定されていた。

管理者が「ミトンを訪問時だけはずすことは出来ると思う？」と聞くと、担当訪問看護師は「とれると思う」と答え、訪問時にはミトンをはずす方針が決定された(フィールドノート ID23)

ただし、全てを管理者や同僚から任されるわけではなかった。訪問看護師が一人でどんな看護を行うか考えているだけでは行き詰ることが多い。看護の方法や方針を変

えた方が良いと判断された点や、改めるべき部分がある時には、管理者や同僚がしっかりと指摘をしてくれると訪問看護師は認識していた。

なんかちょっと自分がなんかこう、改めなきゃならないようなことがあったりなんかすると

きは逆に、言ってくれるので。あの、まあ、思いっきり逆に出来るところでしょうね。(ID7)

また、訪問看護師が自分で方針を考えられない場合には、管理者や同僚から複数の看護方針の提案を受けていた。そして、提案された看護方針を受け入れ実行するか否かの判断は訪問看護師自身に任されていた。

それ(アドバイス)を受け入れて実践するかしないかは、その看護師の判断でもって、

そこを全部こう、任せてくれるんですよ。..(中略)..失敗するかもしれないけど、あなたを信じているから、やってみてっていう大きなスタンスなんですよ。だから多分みんな

すごく仕事がしやすい(ID2)

すごく仕事がしやすい(ID2)

このように、管理者や同僚から任される程度は訪問看護師によって異なっていた。

任される範囲と程度は経験と共に拡大していった。特に、当該事業所での就業経験を積み、周囲の人々に認められている場合は、任される度合いが高くなっていた。

3) [困った時は力を貸してくれる]

任される範囲が広がるということは、責任も大きくなる。単に信じて任されるだけでは、訪問看護師自身の力を発揮させる創意工夫に富んだ看護実践は行いにくい。訪問時にはその時点で最良と判断した看護を行うが、時としてそれがクレームやサービス拒

否に繋がることもある。そのような際に、訪問看護師個人の責任を追及されるのではなく、事業所や会社全体と一緒に責任をとってくれることで、安心して看護を行っていた。利用者の子供が緊急入院を招いてしまった訪問看護師は、個人の責任として追及されず、事業所の責任者等しかるべき立場の人間と一緒に利用者と家族に謝罪をしてくれ心強かったと語っていた。

それはやっぱり管理者のほうからやっぱり連絡もしてもらったりして。もちろん自分たち

も、はい、謝罪はありますけど、上のほうからも、はい、してもらって。(ID11)

上述のような実際の経験がなくても、職場でのこのような関わりを見聞きすることから、困難な状況に陥った際は管理者が力を貸してくれるという信頼が培われていた。

すごい責任、自己責任は大きいんだけど、最後の責任は絶対に上司がとってくれるっ

という信頼があった。何かやらかしたら一緒に謝ってくれるだろうなって。事態收拾のため

めに動いてくれるっていう。(ID1)

また、対外的な非難を受けた際は管理者や同僚は訪問看護師を守ってくれていた。利用者の在宅生活を支える様々な職種間ですれ違いが起きることもあり、他職種から訪問看護師が非難される事態も起きていた。その際、訪問看護師に非はないことを管理者が主張し、管理者の責任だと断言したことで、一人ではない心強さを感じていた。

他業種の人が入るので、カンファレンスとか、色んな会議がある時でも、うちのスタッフ

は間違っていない。これこれこうで間違えてないし、間違えるはずがないし。それでも

何かもし間違えていたのであれば、それはもう私(管理者)の責任なのでって。守る、スタ

ツプを守る. (ID3)

暴力行為やハラスメント行為を受ける場合も、少なからずある。訪問看護師は、様々な危険性と隣り合わせになりながら、訪問看護を提供している。中には、訪問看護師が暴力行為やハラスメント行為を受けた際、迅速に担当変更をしてもらえたことがよかったと話す者もいた。

あの、(利用者の)息子さんが私に抱きついてきたので、で、(担当を)すぐに替わって

もらったんですね. (ID21)

このように訪問看護提供側の弱さを認識し、訪問看護師がトラブルに巻き込まれないよう事前の講習会を設ける等、予防的な関わりも多くされていた。

管理者は「訪問サービスする側っていうのはどうしても弱者になるから、私たち(訪問看護師)の身を守らなきゃいけない。」と発言し、そのための講習会を翌月に企画した(フィールドノート ID25)

4) [共感と承認を得るために分かち合える]

訪問看護師が自分の感情をため込まずに吐き出せるような関わりが、管理者や同僚から持たれていた。訪問看護師は利用者宅で利用者と家族から解決できない問題に対する感情を聞くことや、利用者と家族から不本意な言葉を受けることがあり、自分一人では消化しきれずにいる感情を管理者や同僚に聞いてもらって楽になっていた。

そこ(事業所)で発散することが、多分、自分の精神的な健康にはいいんですよね。一

緒に悩んで、一緒に「ルルル(泣きを示す擬態語)」ってなると、みんなでそういうのを共有すればいいし、自分だけのケースだけじゃないってところで、そういうの、ものすごい楽になりました。(ID16)

自分が行った看護に不安を感じることも訪問看護師から多く聞かれた。そのような時には、管理者や同僚に話を聞いてもらい、実践を承認してもらっていた。例えば、変化がほとんど見られない利用者は、前述のとおり多くみられるが、このような状況で訪問看護師が自分の看護の意味を実感できなくなることがある。そのような中、管理者や同僚から利用者の状態悪化のない状況を作り出せたことを指摘されていた。訪問看護師はそのような指摘を受け、実施したことが妥当であると承認を受けたと感じていた。

何してきたんだろう私みたいな。こんな何カ月もかかってなんか何も変わらない状況で何な
んだろうっていうところは、うん、でも(事業所で同僚から)それはしょうがないんじゃないとか。
今日はでもそれでよかったんじゃないって言われて。(ID15)

中には、訪問看護師が実践の意味を発見し続けることを後押しする関わりがない事業所で働いた経験を有している訪問看護師もいた。そこでは、事業所の方法に染まることを求められ、今までの経験や自分自身の方法を否定されることでもあり、離職という選択肢を選ばざるを得なかったと話している。

(前の事業所では)同じこのステーションの色に染まってもらわないと困るみたいなことを言われるんですよ。で、私は、朱に交わっても赤くならないタイプなので、ちょっとそれは厳しいかなと思って、(前の事業所を辞めました)。(ID15)

以上のように、自分の力量と見立てを確かめてもらい、確かめた範囲内で信じて任せてもらい、困った時は力を貸してもらい、共感と承認を得るために分かち合えることを自由な実践の後ろ盾を得ると名付けた。そしてそれが訪問看護師の自由な実践を実現させ、訪問看護師の実践の意味の発見を促していた。

3.4.2. 気づきの仕掛けに囲まれる

訪問看護師が働き続ける訪問看護事業所では、先に述べた自由な実践の後ろ盾を得る関わりに加えて、訪問看護師は気づきを得る仕掛けに囲まれていた。

1) [気づきをもたらす会話にさらされる]

訪問看護師は事業所の管理者や同僚から沢山の会話を受けていた。その内容は訪問先での看護の方法に関するものや、利用者と家族の今後の方針についてなどである。その多くは、会話で繰り広げられる問いかけによって起きていた。公式なカンファレンスや、事業所内での何気ないお喋りの中に、訪問看護師が考慮出来ていなかった視点が含まれ、新たな気づきをもたらす機会になっていた。最もよく見られたのは、訪問終了後の夕方や、カンファレンスの前後など、複数の訪問看護師が事業所に集まるタイミングで自然発生的に話し合いが始まり、そこで問いかけが繰り返されていた。

約 20 名が座ることが出来る位の大きさの机が事業所の中央にある。最初は一人で記録を書いていたが、17:25 頃から一人・二人と次々に訪問から帰ってきた。訪問看護師が「今日ど

うだった？」と3人集まり、共通して担当する利用者の今日の様子について話している。(フィールドノート ID12)

このような問いかけは、訪問看護師の当該事業所での経験年数に関わらず、職場の中で行われていた。それが新たな気づきを得て、固定化してしまった看護について訪問看護師が改めて考え直すきっかけを得たり、鈍感になっていた利用者の反応に気づきかけとなっていた。

(尿量が多くて寝衣汚染が頻繁で困ることを話している)ある訪問看護師は「どうしても尿がもれちゃって・・・」と言うと、他の訪問看護師は、「え、パッド2枚あててないの？」と質問した。すると、「パッド1枚しかあててなかった。そっかー。」と話す。(フィールドノート ID23)

また、事業所内で訪問先での出来事を他の人たちが話しているのを訪問看護師が耳にすることで、問いかけと同じような気づきが起きていた。それは、自然に耳に入ってくる会話であった。特に、複数人の訪問看護師で同じ利用者を担当している場合や同行訪問が行われた場合に起きており、自分が気づかなかった利用者の反応や変化に他のスタッフが気づいていた話を聞き、訪問看護師に気づきをもたらしていた。

こういうとこまで考えられてなかったなって、他のスタッフが訪問した話を(しているのを)聞いていて、気づくことも多かったり。(ID23)

2) [課題の種を受け取る]

訪問看護師は日々の業務に追われがちになるが、管理者や同僚から課題や目標と

なるような種を受け取っていた。それは、事業所内での昇進や新たな役割や仕事、事業所外での研修・研究などであり、訪問看護師は少しずつ、何かしらの課題に曝露されていた。例えば、退院調整の経験の浅い訪問看護師が、退院調整の担当の打診を受け、新たな領域へ踏み出すチャンスを与えられていた。

(新規依頼利用者の話が出た際に)管理者は、「〇〇さん退院調整から全部やってみ

たら?」と言った。(フィールドノート ID24)

中には、管理者や同僚から、訪問看護師が担当する利用者を組み替える関わりもされていた。利用者の組み替えは、提供するケアの種類を集中させその技術を高めることを目的としたものである。例えば、摘便や褥瘡の手当、リハビリが必要な利用者などを、訪問看護師の状況に合わせて集中的に組み入れていた。この利用者の組み替えの意図は看護師へは知らされていないが、訪問看護師は、自分がそのような関わりを受けているということを感じ取り、そこから課題を見つけていた。

ずいぶんここ集中的にリハビリが多いな、とか。すごい床ずれの人多いな、とか。で、そ

うすると、いやあ、大変大変なんか不慣れだし、出来ないし、いやあ、どうしようどうしようっ

て思っても。..(中略)..これは多分(管理者の)采配?っみたいな(笑)かんじかなって

思うので。(ID7)

一方で、同じようなケアの利用者が多くならないよう、担当する利用者の病態に多様性を持たせる利用者の組み替えも行われていた。特に、利用者の疾患でがんと非がんのバランスを持てるように組み替えられていた。このような組み替えは、仕事が物足り

なく感じている訪問看護師に対して頻繁に行われていたようだった。

*やっぱりこう, そういう(マンネリになる)気持ちも分かるので, やっぱりそんな感じになら
ないように, うん, あの, ターミナルの人を入れてみたりとか, こう, やっぱり, ちょっとこう,
変化は, 必要なのかなと思ったり. (ID13)*

3) [自ら動き出せるように時間をとる]

課題の種を撒いた後、管理者や同僚は、訪問看護師が自ら気づき実行するか決断出来るように時間をとって様子を見ているようだった。例えば、ある訪問看護師は新人教育の役割を引き受けるか否か、ゆっくり考える時間的余裕をもらっていた。

*「他に何か話しておきたいことありますか？」とカンファレンスの司会が発言すると、「あ
のー, 2 週間前に声かけいただいた新人教育ですが, やらせていただきたいと思いま
す。」と, ある訪問看護師が話した. (フィールドノート ID17)*

以上のように、気づきをもたらす会話にさらされ、課題の種を受け取り、自ら動き出せるように時間をもらえるという関わりを、気づきの仕掛けに囲まれると名づけた。この、管理者や同僚によって気づきの仕掛けに囲まれることは、訪問看護師が実践の中で疑問を発見することを促進していた。

3.4.1 で述べた「自由な実践の後ろ盾を得る」と、3.4.2 で述べた「気づきの仕掛けに囲まれる」という関わりを《実践の意味を発見し続けるよう後押しされる》と概念化した。このような管理者や同僚の関わりを受けて、訪問看護師は就業を継続していた。

第4章 考察

4.1. 本研究で得られた知見

本研究は、訪問看護師の就業継続に関係する職場での管理者や同僚の関わりを見出すために、スタッフとして働く訪問看護師の視点から就業継続に関係する職場の管理者や同僚の関わりについて、その関わりが訪問看護師にどのような変化をもたらしたかを検討した。本研究で得られた知見について、看護師の就業継続に関する既存理論との比較を行い、次いで、訪問看護師が実践の意味を発見すること、就業継続に関係すると訪問看護師が認識した管理者や同僚の関わりについて、順に考察する。

4.1.1. 看護師の就業継続に関する既存理論との比較

本研究では、管理者や同僚の関わりに焦点を当て、それらがどのように訪問看護師の就業継続と関係しているか説明するモデルの作成を試みた。先に発表されているアメリカの在宅ケア事業所における看護師の就業継続・離職を説明するモデルにも、管理者や同僚との関わりは含まれているものの、職場満足度の1領域として組み込まれるに留まる^{30,31}。アメリカの在宅ケア事業所で働く看護師が離職を考える理由としては「自分が周囲から尊重されていない」「周囲とのコミュニケーションが不十分である」ことを挙げる看護師が多かったことが報告されている⁶⁸。日本では、訪問看護師を対象とし

た草場らの調査⁶⁹によると、看護師が働き続けられる条件として、「チームワーク・コミュニケーションが良い」「訪問から戻った時に報告出来る仲間・上司がいる」と挙げた看護師が7割以上であった。また、「利用者や家族への対応で困ったことがあればすぐ相談出来る」など、同僚らとの人間関係に肯定的な感情があると離職意向が低いという調査結果もある⁷⁰。これらのことから、訪問看護師の就業継続・離職を説明する上で、職場における管理者や同僚の関わりが大きな位置を占めることが推測される。

本研究では、訪問看護師が就業を継続する過程で、訪問看護の仕事に対し「難しい」、「楽しい」、「物足りない」感覚を経験することを繰り返し、そのサイクルの途中で「難しい」と「物足りない」感覚の場合は離職が起きやすく、「楽しい」状態であれば離職は起きにくいことが示唆された。在宅ケア事業所で働く看護師の就業継続に関するEllenbeckerのモデル³¹では、先行要因から就業継続への線形な関連のみが前提とされて繰り返しの概念は入っていなかった。そのため、このような繰り返しの現象をとらえきれなかった可能性がある。看護師の就業継続を線形のモデルで説明する限界はかねてから指摘されており²⁴、本研究で、訪問看護師がこのような繰り返しサイクルを辿りながら就業継続していることを示したことは、在宅領域の看護師の就業継続・離職モデルへの新たな視点を提示できたと言える。

次に、在宅領域に限定せず、看護師の就業継続・離職の主要なモデルと比較をしていく。本研究の協力者は、訪問看護の仕事を難しいと感じることで、離職の可能性が高まっていた。そして、自身の実践の意味を発見し、疑問も発見していくことで自分

の課題を持ち、新たな課題を達成していこうとすることで就業継続が可能となっていた。Leeらが提唱した Unfolding turnover model²⁴では、衝撃的な経験 (shock experience) や不愉快な出来事が、看護師が離職を考え始めるきっかけとなり、衝撃的な経験によって看護師は離職に関するシナリオを描き始めるとしている。次に、価値観とキャリアプランが組織に適合しない時にイメージの侵害 (image violation) が起き、それが衝撃的な経験に反映される。その上で、現在の仕事における個人の価値観と目標を評価し、自分の要望を満たせないと判断すると、仕事満足度が下がり、離職に至るとしており、本研究で見出された実践の意味を発見し続けるサイクルを支持するものである。しかし、このモデルは看護師自身の経験・考え・行動に焦点化されており、管理者や同僚の関わりとの関係性は示されていなかった。

また、本研究では管理者や同僚の関わりを行動レベルで示した。就業継続の説明する最も古典的かつ頻繁に用いられている Causal turnover model¹⁷では、就業継続の先行要因の一つに Instrumental communication がある。これは、仕事に関する情報が組織から伝えられていることを意味し、この程度が高いことが、高い仕事満足度に関連し、高い仕事満足度が高い就業継続意向及び実際の就業継続に関連するとされている。このように、職場における仕事に関する情報伝達の重要性が指摘されている。また、社会ネットワーク理論からアイディアを得た Job embeddedness model^{27,28} は管理者や同僚との関わりを「組織への適合」の一部として測定した。その質問項目の一例は「何人の同僚と定期的につき合っていますか」「何人の同僚があなたを頼ってくれます

か」というネットワーク分析に適した項目であり、管理者や同僚からの関わりの範囲や頻度を示している。そのため、具体的な管理者や同僚の関わりと離職間の関係についての検討は不十分であり、管理者や事業者として、看護師の就業継続のための具体的な実行に移すのが困難であった。このように、管理者や同僚の関わりの重要性はかねてから指摘されていたものの、今まで抽象的な記述に留まっていた管理者や同僚の関わりを行動レベルで示し、訪問看護師に起きる変化と関係づけ、訪問看護師の就業継続に関する理論化を試みた点は本研究の主要な貢献の一つであろう。

4.1.2. 実践の意味を発見し続ける

本研究の協力者は、自分自身が行う日々の実践に関する意味を見出し続けていた。組織社会化の研究者であるLouis⁷¹は、組織における新規参入者が、環境の変化に際して、以前との違いに驚きながらも、他者から支援を受け、新たな組織で経験する出来事を能動的に意味形成することで新たな組織へ適応していくプロセスを示している。本研究の協力者も、新たな事業所へ入り、新たな仕事を行い、仕事の難しさに直面しながらも、管理者や同僚の関わりを受け、意味形成をするプロセスを繰り返していたと推測される。

上で述べた意味形成の過程で、新規参入者はかつて勤務していた組織においてすでに獲得した業務のやり方や業務に対する価値観のうち、現在の組織において通用しないものは、時間をかけて段階的に忘れ去ると言われている⁷¹。これは、学習棄却

(Unlearning)と呼ばれ、前職が同じ職種であるほど、以前の組織において培った仕事のやり方や価値観を放棄することに困難を感じ易い可能性が言及されている⁷²。本研究の協力者は、全員が過去に病院で看護師として働いた経験を有しており、過去の就業経験の中で看護専門職としての看護方法や看護実践における価値観を自分なりに習得していた。訪問看護事業所に入り、自分が過去に習得した方法や価値観を長期に渡り少しずつ脱ぎ去り、新たな仕事の方法や価値観を形成しているため、働き始めの時期以外にも、長期に渡り実践の意味を発見し続けていたのだろう。

また、訪問看護師が実践の意味を発見し続ける中で、訪問看護の仕事に対し「難しい」「楽しい」「物足りない」気持ちの変遷があることが示された。中村は⁷³、新人訪問看護師は在宅と病棟の看護実践の違いにより揺らぎが徐々に生じ、「自分は訪問看護に向いているのか」「自分は看護師として間違っていたのではないか」という疑問を持ち、看護師としての自信を失いかけるとしている。これは、本研究の協力者が訪問看護の仕事をはじめた当初に感じていた難しさと同様の状況を指摘しているのだろう。このような思いを抱えた状態が長く続くと離職の可能性が高まっていたため、仕事が難しいと感じる状況を長引かせないような関わりが必要であろう。

仕事が「楽しい」という感覚は、Work engagement という「仕事に関連するポジティブで充実した心理状態」⁷⁴に近い概念の可能性もある。Work engagement は仕事への積極性や離職との関連^{75,76}も指摘されており、「仕事が楽しい」感覚を持っていると離職しにくいという本研究の結果を支持するものであろう。先に述べた中村の研究において

も、病棟と在宅の違いによる「揺らぎを超えた先にある訪問看護の面白さ」として、「看護師が人間として深い体験ができ」、「一人での判断がやりがいに変化する」という記述があり、「揺らぎが訪問看護の面白さに通じる」としている⁷³。本研究の協力者においても、実践の意味を発見することによって、「仕事が難しい」から「仕事が楽しい」という感覚に変化しており、このような「仕事が楽しい」という状態を作り出すことが、訪問看護師の就業継続支援において重要であろう。

また、従来、看護師の離職には、過度なストレスである Burnout が主な要因だと考えられてきたが、仕事が物足りない感覚によっても、就業継続意向が揺らぐことがわかった。仕事に対する物足りなさに関して、一部の言説では Boreout が紹介されてきているが⁷⁷、学術的な検討は途上の段階であり、離職との関係は十分に検討されていない。Boreout は、個人に経済的損失を与え、社会的スティグマを引き出すために、過小報告されていた可能性が指摘されている⁷⁷。訪問看護師では、Burnout や制限時間の重圧に着目した研究は存在するが⁷⁸、仕事の物足りなさ、つまり新たな発見が見出しにくくなっている状況であることを指摘した研究は見当たらない。従って、これまで見落されていた「仕事が物足りない」という感覚が、訪問看護師に生じる可能性があることを踏まえ、今後、仕事を物足りなく感じることへの対策を検討する必要がある。

4.1.3. 就業継続に関係する管理者や同僚の関わり

本研究では、訪問看護師の就業継続に関係する管理者や同僚の関わりとして、《実践の意味を発見し続けるよう後押しされる》が生成された。中村⁷⁹は、訪問看護事業所の熟練管理者を対象にした面接と参与観察により、管理者の訪問看護師への関わりを「看護師の良きものを呼び醒ます」関わりであるとした。その中には、利用者に「近づき寄り添う看護が出来る看護師として活かし」、「ひとりひとりの看護師が持っているものを活かし」、訪問看護師の持つ能力を活かし育てる関わりを示している。本研究でも、訪問看護師が自分自身の強みを存分に発揮できるように、自由な実践環境を管理者や同僚が整えていた。

本研究で示された関わりの1つは、自由な実践の後盾を得ることであった。これには、[自分の力量と見立てを確かめてくれる][確かめた範囲内で信じて任せてくれる][困った時は力を貸してくれる][共感と承認を得るために分かち合える]ことが含まれた。中村⁷³は、病棟から在宅に移行してくる訪問看護師への管理者の関わりとして、「在宅と病棟の違いにより看護師に起きている揺らぎを見極め」、「揺らぎによって看護師に起きている困難な状況をつかむ」ことを指摘した⁷³。本研究でも、[自分の力量と見立てを確かめてくれる]という関わりが見出され、管理者が部下である訪問看護師の状況を知り見極めることが、看護師の就業継続のための重要な関わりの1つであることが示唆された。

中村らの研究⁷³では、管理者は訪問看護師が困難な状況に陥るのを防ぐために「ト

ラブルに対応する」関わりをしていた。これは本研究で抽出された[困った時は力を貸してくれる]関わりと共通すると考えられ、管理者や同僚が守ってくれることが、訪問看護師の安心につながり、自由に実践するための基盤となっていたものと推察されよう。

また、本研究で見出された[共感と承認を得るために分かち合える]関わりは、管理者を対象とした中村⁷³の知見では、「訪問看護の面白さを共有できる仲間へと結びつける」関わりとされていた。本研究では、仲間へ結びつける関わりした後、同僚や管理者と話をする中で、訪問看護師が共感や承認を得ていたことが示され、訪問先での出来事を管理者や同僚と共有することが重要であることが改めて示唆された。

一方で、[確かめた範囲内で信じて任せてくれる]関わりは、管理者を対象にした中村の研究⁷³では示されていない。O'Brien-Pallasら⁵²は、離職した看護師が職場を去った最大の理由は、自分の力を活かさないこと等、希望する実践が実現出来ない環境であるとした。しかし、看護管理者がスタッフとして働く看護師の離職理由として捉えている理由は、実際の看護師の離職理由と乖離していることが指摘されている⁵²。スタッフとして働く看護師と管理者間では、職場環境に関する認識が異なるという報告もあり⁵¹、管理者を対象にした研究では見いだせなかった、伸び伸びと出来るように任せる視点を訪問看護師が求めている点として示したことも、本研究の新たな知見の一つであろう。

本研究で示された管理者や同僚の関わりは2点目は、気づきの仕掛けに囲まれるという関わりであった。これには、[気づきをもたらす会話にさらされる][課題の種を受け

取る][自ら動き出せるように時間をもらえる]ことが含まれた。成人教育学の Knowles⁸⁰によると、成人学習者は自己決定的でありたいというニーズを持つ。そして、個人が最も高度な技能を発揮するのは、自らのニーズを発見し、それを満たすことに関心を示すよう周囲が支援することによって可能になると述べている⁸⁰。本研究における管理者や同僚からの関わりは、訪問看護師自らが自分の状態を自覚し、課題を見つけられるように周囲の環境を整えていたと言えるだろう。

新人訪問看護師への管理者の関わりに関する中村の研究では、上述の関わりに類似する内容は示されていない⁷³。中村の人材育成の視点で熟練管理者の関わりをまとめた別の研究では、「看護師の学習の機会やきっかけを作る」「看護師の自主性を期待する」という関わりが示されている⁷⁹。それは、本研究で見出された[課題の種を受け取る][自ら動き出せるように時間をもらえる]関わりとそれぞれ共通する関わりであった。

本研究で見出された[気づきをもたらす会話にさらされる]については、熟練管理者を対象とした中村の研究では示されていない⁷³。中原⁷²によると、上司からではなく同僚からの仕事に関する指導や支援が、仕事の能力の高さに有意に関連することが明らかとなっている。本研究では、同僚からの問いかけについての発言が多く聞かれ、主に会話の中で行われる同僚からの問いかけが、訪問看護師が実践の疑問を発見することに寄与していたと考えられる。これまでの研究では、管理者が主な調査対象であったが、本研究はスタッフとして働いている訪問看護師自身の語りを重視したことで、新たな訪問看護師の就業継続の要因を見出したと言えるかもしれない。

本研究で見出した管理者や同僚の関わりは、管理者及び同僚の両者から行われていた。[困った時は力を貸してくれる]は管理者の関わりが多く聞かれ、[共感と承認を得るために分かち合える]は同僚の関わりとして多く見られ、その関わり毎に管理者と同僚の程度の違いが見られた。先行研究では、上司や同僚など職場の立場によって、仕事の能力向上に有用な関わりが異なると指摘されており⁷²、就業継続に関する職場の関わりにおいても、上司である管理者と同僚による関わりに違いがある可能性は否定出来ない。そのため、これらの管理者と同僚の関わりがそれぞれどのような影響を与えるか、さらに検討を進めていく必要がある。

以上のような看護師が実践の意味を発見し続けるために守り立てる関わりの多くは、事業所におけるカンファレンスやインフォーマルな対話から生まれていた。Healthy work environment に関するHeathらのレビュー⁵⁷によると、健康的な職場環境のためには、協働し合う関係性を持ち、開かれたコミュニケーションを促すことが重要であるとしている。また、話し合う場を多く有することが、病院で働く看護師の就業継続の有意な予測因子であることも先行研究で明らかにされている⁸¹。訪問看護に従事する看護師といくつかの共通点を有するコピー機修理工を対象にした研究では、職場で同僚と業務体験談を話し合うことが、互いの経験や知識を共有するヒューマンネットワークの構築につながっていた⁸²。このヒューマンネットワークを活かし、コピー機修理工が問題に直面した際にふさわしい相談相手を選択し、過去に共有した業務体験談をたたき台にしながら相談相手と協調的に問題解決を図っていた。コピー機修理工の対象は機械

であり、対象が人間である看護師とは異なる。また、クライアントとの関係の継続性や業務内容の明瞭さにおいても訪問看護と異なるが、クライアントの場へ一人で訪問し、専門技能を用いてその場で問題解決を求められる点は、訪問看護と共通する。訪問看護事業所においても、訪問看護師が体験談を共に語り合うことで構築したヒューマンネットワークが、訪問先での困難な状況の問題解決に寄与し、看護師が仕事の難しさを乗り越え、仕事の楽しさを得ることを可能にしていたのだろう。

訪問看護の特徴は、事業所から離れた場所で、一人で専門技術を提供し、長期的及び継続的な関係を持つことだと考えられる。本研究の知見は、このような特徴を有する専門職への適応可能性も考えられ、今後更なる検討が必要である。

4.2. 実践への示唆

今回の結果から、訪問看護事業所に勤める看護師の就業継続支援について、いくつかの示唆が得られる。

まず、本研究で示された「実践の意味を発見し続けるサイクル」を活用することによって、訪問看護師は自分自身の位置を確認し、どのように現状を克服できるか参考にすることが可能となる。例えば、「仕事が難しい」状況を乗り越えるためには、実践の意味を発見する、つまり、出来ることを増やし、看護の力の再認識をし、生活モデルの看護への再定義を起こすことで、「仕事が楽しい」状況へと変化し得ることがわかる。既存の On the Job Training (OJT)シートは、訪問看護師の経験年数によってレベル 1 から

5までの5つのレベルに分け、各レベル毎に訪問看護師が身に着けるべき能力を示している⁸³。しかし、本研究で見出した就業継続は実践の意味を発見し続けるサイクルの観点から考えると、それぞれの時点で身に着けるべき能力の列挙だけでは、就業継続支援に十分とは言い難い。この「実践の意味を発見し続けるサイクル」を活用することで、難しさや物足りなさの先に楽しさがあることを視覚的に認識し、個々の訪問看護師自身が自分の状況及び何をすべきかを把握出来る等、訪問看護師の道標となる可能性がある。

また、「実践の意味を発見し続ける」サイクルは、訪問看護師の状況を管理者が把握するツールとして活用可能であろう。訪問看護師と管理者の面談の際に、実践の意味を発見し続けるサイクルを基に、現状及び今後の課題を把握し、離職の危険性が高いと考えられる訪問看護師の把握が可能となり、訪問看護師の就業継続支援策をタイムリーに講じることの助けとなるだろう。

本研究では各々の状況に対して、どのような管理者や同僚の関わりが必要であるか示したことから、訪問看護師の状況把握をした上で、どのような関わりをすればよいか参考にすることが可能であろう。例えば、訪問看護師が仕事が物足りないと感じていることがわかったら、管理者は訪問看護師が実践の疑問を発見出来るように、看護師自身が課題や目標を見つけられるように声かけをしたり、課題を提案したりすることで、訪問看護師は離職しにくくなるだろう。先述したOJTシートでは、管理者は「職員が働きやすい職場風土をつくる」「職員の危機管理責任者として行動する」等抽象的かつ一

般的な記述に留まっていた⁸³。しかし、本研究では具体的にどのような状況の訪問看護師へ、どんな関わりをすべきか示したことで、管理者の行動の指針となり得る。

また、管理者は看護師の就業継続支援のために職場の同僚の看護師らを巻き込んで活用していくことが重要と思われる。本研究では、管理者からの関わりだけでなく、同僚からの関わりも、訪問看護師自身が行っている看護実践の意味を発見し続けることに関係していた。先行研究では、看護管理者が事業所管理上の多くの負担を抱えているため、職員の教育が思うように出来ないと指摘されている⁹。職場の同僚間でも、個別の具体的な支援や仕事の在り方を振り返らせるような支援が、スタッフの学びにつながり、これらの支援は、スタッフ間の対話を元に生まれてきている⁷²。従って、管理者は就業継続支援を一人で抱え込むのではなく、職場全体に働きかけ、職場における様々な人的資源を最大限に活用できるよう、コミュニケーションの時間を確保する工夫を行うことが必要であろう。具体的には、カンファレンスの場の設定や、事業所に戻ってくる時間の設定、チームで話し合いやすいようにチーム制の導入、事業所で一日の振り返り時間の設定などが挙げられる。

さらに、訪問看護師が自分自身の実践の意味づけが出来るような仕組みを、仕事の中に組み込む工夫もできよう。本研究の協力者が管理者や同僚から受けた関わりは、仕事や事業所そのものに組み込まれていたものが主だった。Lave ら⁸⁴は、仕事を割り当てる順番の付け方を工夫し、その割り当てられた仕事をこなしていくことで効率的に仕事への価値観や能力を育むようにする「状況に埋め込まれた学習」を明らかにし、

「状況に埋め込まれた学習」が仕事の習熟に重要であるとした。本研究においても、看護師の状況に応じ、目的を持って担当する利用者を組み替えていた管理者もいるようだった。訪問看護の経験が浅いうちは状態の安定している利用者を中心に担当させ、徐々に利用者のバリエーションを増やし、仕事を通じて効率的に仕事を身に付けられるような配慮である。このような利用者の組み替えは、管理者が行っている場合も、同僚である看護師が行っている場合もあり、どちらも有効に機能していた。仕事の中で効率的に学び、気づくために意図的な利用者の組み替えは、訪問看護師が実践の意味を発見し続けることに寄与し、就業継続の可能性を高めるであろう。

本研究の結果は、働き続ける看護師が多いという評判の高い事業所を対象としたものであり、訪問看護事業所の管理経験の浅い管理者や、訪問看護師の離職に悩む管理者を対象にした教育研修に活用できる可能性がある。本研究は、これらを通して、これから量的拡大が期待されている訪問看護における人材確保及び人材教育に寄与出来るであろう。

4.3. 本研究の限界

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、面接対象者をある一定期間訪問看護事業所で働き続けている者に限定していることから、訪問看護事業所の離職者で現在訪問看護師として働いていない者がなぜ就業継続できなかったのかを聞くことが出来なかった点である。しかし、研究の過程では、過去に訪問看護事業所の離職経験があ

る者を中心に調査を依頼し、以前働いていた訪問看護事業所をなぜ辞めたのかを問
い、データに厚みを持つように配慮した。今後は、離職後訪問看護を離れ、病院や施
設で働いている者、また、離職後働いていない者も対象にする必要がある。

また、本研究では就業継続する者が多い職場における相互作用の在り方であった
ため、離職の危険性が極めて高い状態にいる訪問看護師が対象として少ないことが
挙げられる。今後は、離職の危険性が極めて高い状態にある訪問看護師においても、
本研究の知見が当てはまるか、検証を進める必要がある。

第二に、可能な限り研究参加者の多様性を高めるよう尽くしたが、日本における訪
問看護師を代表するほどの多様性は得られていない。特に、本研究の協力者は関東
圏にある訪問看護事業所に勤務する訪問看護師が中心であった。同一地域内の事
業所数や地域の給与平均等の市場要因が看護師の就業継続意思に影響するとされ
ている³²。また、都市部と地方では地域の結びつきや離職に対する価値観が異なるた
め、その点は今回の結果を解釈する際に注意が必要であろう。

最後に、本研究では一時点での調査であったため、協力者である看護師が今後も
就業継続し続けるかは不明である。したがって、今後は長期的に看護師を追跡し、就
業継続・離職を定期的にモニタリングする縦断的な研究が必要である。

4.4. 今後の課題

本研究は就業継続している訪問看護師を対象に行い、また、そのうち離職の経験

の有る者も、事業所を変えて訪問看護に従事している看護師であった。今後は、離職後、看護職を離れた看護師や、訪問看護事業所以外の病院や施設で働くに至った看護師も対象にするなど、協力者の多様性を更に高め、本研究で得られたモデルの検証とモデルのバリエーションを増やしていくことが必要である。

また、本研究では 1 時点での調査であったが、今後は因果の関係を検討するために、縦断的に訪問看護師の就業継続・離職の調査及び管理者や同僚の関わりの変化を追跡していくことが必要となるだろう。さらには、定量的な手法を用いて検証するための測定用具を検討し、訪問看護師の就業継続を可能にするための方策について更なる検討を進めることも今後の課題である。

本研究は、訪問看護師の離職率の高さに注目し、就業継続の支援策を探ることをゴールとして行った。訪問看護師の就業継続を支援するためには、個々の事業所による努力だけではなく、訪問看護事業所を支援する各種団体等による組織的な取り組みも、今後構築する必要があるだろう。

第5章 結論

訪問看護事業所に勤務する訪問看護師の就業継続及び就業継続に関する管理者や同僚の関わりを説明するモデルを生成することを目的として、グラウンデッド・セオリー法による半構造化面接及び参与観察を訪問看護師を対象に行い、以下の知見を得た。

- 1) 訪問看護師は仕事が「難しい」「楽しい」「物足りない」という感覚を巡り、自らの実践の意味を発見し続けながら就業継続していた。
- 2) 訪問看護師は管理者や同僚から、自由な実践の後盾を得て、気づきを得る仕掛けに囲まれるという、実践の意味を発見し続けるよう後押しされる関わりを受けていた。

本研究により生成されたモデルは訪問看護師が自分自身の状況を認識し、仕事を遂行していく上での道標として、事業所の管理者が離職の危険性の高い訪問看護師を把握するためのツールとして、また、適切な関わりをするための指針として活用できる可能性がある。本研究の知見はこれらを通して、これから拡大が求められている訪問看護における人材確保及び人材教育に寄与するものと期待される。

謝辞

本研究にご協力下さいました協力者の皆様, 及び協力者の所属事業所の管理者の皆様にご心より御礼申し上げます。研究計画立案から執筆に至る研究の全過程において, 現場を大切にする看護研究者として, 常に辿るべき道筋を示して下さいました山本則子先生(東京大学大学院医学系研究科 成人看護学 教授)にご心から御礼申し上げます。また, 研究者としての心構えや基盤をお示し下さり, 研究の道へ導いて下さった村嶋幸代先生(大分県立看護科学大学 理事長・学長)に厚く御礼申し上げます。

本研究を進めるにあたり, 終始励まして下さった東京大学大学院医学系研究科成人看護学分野及び看護管理学分野の皆様, 分析において沢山のご助言をいただきました, 蔭山正子先生, 松永篤志様, 岩崎りほ様, 湯本淑江様, 佐藤可奈様, 岩崎孝子様, 市川奈央子様, 桐谷麻美様に厚く御礼申し上げます。さらに, 大学院生活を継続する上で, 生活全般に渡って支えてくれた夫と息子, そして両親に感謝します。

最後に, 本研究は公益信託山路ふみ子専門看護教育研究助成基金(研究代表者: 渡邊麻衣子)によって行われました。上記基金の関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。

引用文献

1. 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口－平成 24 年 1 月推計の解説及び参考推計(条件付推計).人口問題研究資料;327. 東京: 国立社会保障・人口問題研究所; 2013.
2. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan. *Support Care Cancer*;20(10):2575-2582. 2012.
3. 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成 23 年人口動態統計 中巻. 死亡の場所にみた年次別死亡数. 東京: 厚生労働統計協会; 2013.
4. Naruse T, Nagata S, Taguchi A, Murashima S. Classification tree model identifies home-based service needs of Japanese long-term care insurance consumers. *Public Health Nurs*;28(3):223-232. 2011.
5. 社会保険研究所. 訪問看護業務の手引き 平成 22 年 4 月版. 第 14 版. 東京: 社会保険研究所; 2010.
6. 一般社団法人全国訪問看護事業協会. 訪問看護ステーション数(平成 25 年)調査. Available at: <http://www.zenhokan.or.jp/pdf/new/h25-research.pdf>. Accessed 10/23, 2013.
7. 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成 23 年介護サービス施設・事業所調査. 居宅サービスの事業所数, 都道府県－指定都市・中核市(再掲)居宅サービスの

- 種類別. 東京: 厚生労働統計協会; 2013.
8. 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成 23 年介護サービス施設・事業所調査.
常勤換算従事者数, 居宅サービスの種類, 都道府県—指定都市・中核市(再掲)
職種(常勤—非常勤)別(訪問看護ステーション). 東京: 厚生労働統計協会;
2013.
 9. 武田彩子, 岡本有子, 葛西好美, et al. 訪問看護ステーション管理者の離職意
向に関連する要因 1 県内の訪問看護ステーション調査より. 日本在宅ケア学会
誌;13(1):38-45. 2009.
 10. 高階恵美子 et al. 訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方
に関する調査研究事業研究報告書. 平成 20 年度老人保健健康増進推進事業
(老人保健健康増進等事業分). 東京: 社団法人日本看護協会; 2009.
 11. Asahara K, Ono W, Kobayashi M, et al. Ethical issues in practice: a
survey of home-visiting nurses in Japan. Jpn J Nurs Sci;10(1):98-108.
2013.
 12. 日本看護協会. 平成 24 年 看護関係統計資料集. 東京: 日本看護協会出版会;
2013.
 13. 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成 24 年度介護給付費実態調査報告(平成
24 年 5 月審査分～平成 25 年 4 月審査分); 介護予防サービス受給者数, 月・
年齢階級・サービス種類・要支援状態区分別(累計). 東京: 厚生労働統計協会;

2014.

14. 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成 24 年度介護給付費実態調査報告(平成 24 年 5 月審査分～平成 25 年 4 月審査分); 受給者数, 月・性・年齢階級・要介護(要支援)状態区分別(累計). 東京: 厚生労働統計協会; 2014.
15. 厚生労働省. 社会保障・税一体改革で目指す将来像. 2012. Available at: http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/shourazou_120413.pdf. Accessed 10/23, 2013.
16. 日本看護協会政策企画部. 2012 年 病院における看護職員需給状況調査. 日本看護協会調査研究報告 86. 東京: 日本看護協会出版会; 2013.
17. Price JL, Mueller CW. A causal model for turnover for nurses. *Acad Manage J*;24(3):543-565. 1981.
18. Alexander JA. The effects of patient care unit organization on nursing turnover. *Health Care Manage Rev*;13(2):61-72. 1988.
19. Kovner CT, Brewer CS, Greene W, Fairchild S. Understanding new registered nurses' intent to stay at their jobs. *Nurs Econ*;27(2):81-98. 2009.
20. Chen HC, Chu CI, Wang YH, Lin LC. Turnover factors revisited: a longitudinal study of Taiwan-based staff nurses. *Int J Nurs Stud*;45(2):277-285. 2008.

21. Hinshaw AS, Smeltzer CH, Atwood JR. Innovative retention strategies for nursing staff. *J Nurs Adm*;17(6):8-16. 1987.
22. Parasuraman S. Nursing turnover: an integrated model. *Res Nurs Health*;12(4):267-277. 1989.
23. Lee T, Mitchell T, Wise L, Fireman S. An unfolding model of voluntary employee turnover. *Acad Manage J*;39(1):5-36. 1996.
24. Lee T, Mitchell T. An Alternative approach-the unfolding model of voluntary employee turnover. *Acad Manage Rev*;19(1):51-89. 1994.
25. Morrell K. Towards a typology of nursing turnover: the role of shocks in nurses' decisions to leave. *J Adv Nurs*;49(3):315-322. 2005.
26. Gauci BR, Norman IJ. Factors influencing turnover and absence of nurses: a research review. *Int J Nurs Stud*;34(6):385-394. 1997.
27. Mitchell T, Holtom B, Lee T, Sablynski C, M E. Why people stay: Using job embeddedness to predict voluntary turnover. *Acad Manage J*;44(6):1102-1121. 2001.
28. Holtom BC, O'Neill BS. Job embeddedness: a theoretical foundation for developing a comprehensive nurse retention plan. *J Nurs Adm*;34(5):216-227. 2004.
29. Reitz OE, Anderson MA, Hill PD. Job embeddedness and nurse retention.

- Nurs Adm Q;34(3):190-200. 2010.
30. Ellenbecker CH. A theoretical model of job retention for home health care nurses. *J Adv Nurs*;47(3):303-310. 2004.
31. Ellenbecker CH, Cushman M. Home healthcare nurse retention and patient outcome model: discussion and model development. *J Adv Nurs*;68(8):1881-1893. 2012.
32. Ellenbecker CH, Porell FW, Samia L, Byleckie JJ, Milburn M. Predictors of home healthcare nurse retention. *J Nurs Scholarsh*;40(2):151-160. 2008.
33. Widmer AG. Stress and burnout in the home health care professional. In: Martinson IM, Widmer AG, Portillo CJ, editors. *Home health care nursing 2nd ed.* Philadelphia: W.B. Saunders company; 2002.
34. Flynn L, Carryer J, Budge C. Organizational attributes valued by hospital, home care, and district nurses in the United States and New Zealand. *J Nurs Scholarsh*;37(1):67-72. 2005.
35. Jones CB. Revisiting nurse turnover costs: adjusting for inflation. *J Nurs Adm*;38(1):11-18. 2008.
36. Castle NG, Engberg J, Men A. Nursing home staff turnover: impact on nursing home compare quality measures. *Gerontologist*;47(5):650-661.

2007.

37. Buchan J. Reviewing the benefits of health workforce stability. *Hum Resour Health*;8:29. 2010.
38. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*;288(16):1987-1993. 2002.
39. Delobelle P, Rawlinson JL, Ntuli S, Malatsi I, Decock R, Depoorter AM. Job satisfaction and turnover intent of primary healthcare nurses in rural South Africa: a questionnaire survey. *J Adv Nurs*;67(2):371-383. 2011.
40. Stewart NJ, D'Arcy C, Kosteniuk J, et al. Moving on? Predictors of intent to leave among rural and remote RNs in Canada. *J Rural Health*;27(1):103-113. 2011.
41. Brewer CS, Kovner CT, Greene W, Cheng Y. Predictors of RNs' intent to work and work decisions 1 year later in a U.S. national sample. *Int J Nurs Stud*;46(7):940-956. 2009.
42. Zeytinoglu IU, Denton M, Davies S, Baumann A, Blythe J, Boos L. Retaining nurses in their employing hospitals and in the profession: effects of job preference, unpaid overtime, importance of earnings and

- stress. *Health Policy*;79(1):57-72. 2006.
43. Frijters P, Shields MA, Price SW. Investigating the quitting decision of nurses: panel data evidence from the British National Health Service. *Health Econ*;16(1):57-73. 2007.
44. Chiu YL, Chung RG, Wu CS, Ho CH. The effects of job demands, control, and social support on hospital clinical nurses' intention to turn over. *Appl Nurs Res*;22(4):258-263. 2009.
45. Leiter MP, Maslach C. Nurse turnover: the mediating role of burnout. *J Nurs Manag*;17(3):331-339. 2009.
46. Meeusen VC, Van Dam K, Brown-Mahoney C, Van Zundert AA, Knappe HT. Understanding nurse anesthetists' intention to leave their job: how burnout and job satisfaction mediate the impact of personality and workplace characteristics. *Health Care Manage Rev*;36(2):155-163. 2011.
47. Walker A, Campbell K. Work readiness of graduate nurses and the impact on job satisfaction, work engagement and intention to remain. *Nurse Educ Today*;33(12):1490-1495. 2013.
48. Hauck A, Quinn Griffin MT, Fitzpatrick JJ. Structural empowerment and anticipated turnover among critical care nurses. *J Nurs Manag*;19(2):269-276. 2011.

49. Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nurs Res*;49(3):146-153. 2000.
50. Cohen J, Stuenkel D, Nguyen Q. Providing a healthy work environment for nurses: the influence on retention. *J Nurs Care Qual*;24(4):308-315. 2009.
51. Gormley DK. Are we on the same page? Staff nurse and manager perceptions of work environment, quality of care and anticipated nurse turnover. *J Nurs Manag*;19(1):33-40. 2011.
52. O'Brien-Pallas L, Duffield C, Hayes L. Do we really understand how to retain nurses? *J Nurs Manag*;14(4):262-270. 2006.
53. Flinkman M, Leino-Kilpi H, Salanterä S. Nurses' intention to leave the profession: integrative review. *J Adv Nurs*;66(7):1422-1434. 2010.
54. American Nurse Credentialing Center. History of the magnet program. <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/HistoryoftheMagnetProgram.aspx>. Accessed 10/23, 2013.
55. Pierson P, Miller J, Moore K. Engaging staff in the Magnet journey: the key is communication. *Medsurg Nurs*;16(1):23-28. 2007.
56. Kelly LA, McHugh MD, Aiken LH. Nurse outcomes in Magnet® and non-magnet hospitals. *J Nurs Adm*;41(10):428-433. 2011.

57. Heath J, Johanson W, Blake N. Healthy work environments: a validation of the literature. *J Nurs Adm*;34(11):524-530. 2004.
58. American Association of Critical-Care. AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. *Am J Crit Care*;14(3):187-197. 2005.
59. World Health Organization. Healthy workplaces: a model for action for employers, workers, policy-makers and practitioners.

http://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model_action.pdf. Accessed 10/23, 2013.
60. Tourangeau A, Patterson E, Rowe A, et al. Factors influencing home care nurse intention to remain employed. *J Nurs Manag*. 2013. doi: 10.1111/jonm.12104.
61. Strauss AL, Corbin JM. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1998.
62. Glaser BG. Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory. Mill Valley: Sociology Press; 1978.
63. Spradley JP. Participant observation. New York: Harcourt Brace College Publisher; 1980.

64. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company; 1967.
65. Corbin JM, Strauss AL. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2008.
66. Charmaz K. Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis. Thousand Oaks: Sage Publications; 2006.
67. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. Thousand Oaks: Sage Publications; 2003.
68. Ellenbecker CH, Boylan LN, Samia L. What home healthcare nurses are saying about their jobs. Home Health Nurse;24(5):315-324. 2006.
69. 草場美千子. 【スタッフを定着させるために】どんな条件があれば就業を継続できるのか? 実態調査「訪問看護師の定着化を図るための要因」から. 訪問看護と介護;14(12):998-1002. 2009.
70. 川野英子, 平野美穂, 猪腰江美子. 訪問看護師の転職意向と定着に関連する環境要因. 訪問看護と介護;16(8):669-674. 2011.
71. Louis MR. Surprise and Sense Making: What Newcomers Experience in Entering Unfamiliar Organizational Settings. Admin Sci Quarta;25(2):226-251. 1980.

72. 中原 淳. 経営学習論 : 人材育成を科学する. 東京: 東京大学出版会; 2012.
73. 中村 順子. 訪問看護ステーション管理者による新人訪問看護師への関わり 安心して訪問を任せられるようになるまで. 日本看護管理学会誌;13(1):5-13. 2009.
74. Schaufeli WB, Salanova M, Gonzalez-Roma V, Bakker AB. The Measurement of Engagement and Burnout: a Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach. *J Happiness Stud*;3(1):71-92. 2002.
75. Salanova M, Lorente L, Chambel MJ, Martinez IM. Linking transformational leadership to nurses' extra-role performance: the mediating role of self-efficacy and work engagement. *J Adv Nurs*;67(10):2256-2266. 2011.
76. Bakker AB LM. *Work Engagement: A Handbook of Essential Theory and Research*. New York: Psychology Press; 2010.
77. Rothlin P, Werder PR, *Boreout! : Overcoming Workplace Demotivation*. London: Kogan Page; 2008.
78. Naruse T, Taguchi A, Kuwahara Y, Nagata S, Watai I, Murashima S. Relationship between perceived time pressure during visits and burnout among home visiting nurses in Japan. *Jpn J Nurs Sci*;9(2):185-194. 2012.
79. 中村順子. 訪問看護ステーション管理者による人材活用の実態ー訪問看護師を活かし・育てる管理者の関わりーの理論化ー(博士論文). 青森県立保健大学大学

院. 2011.

80. Knowles MS. The modern practice of adult education: from pedagogy to andragogy. New York: Cambridge the Adult Education Company; 1980.

81. 渡邊 里香, 荒木田 美香子, 清水 安子, 鈴木 純恵. 若手看護師における退職の予測要因の検討. 日本看護管理学会誌;15(1):17-28. 2011.

82. Orr JE. Talking about machines: an ethnography of a modern job. New York: ILR Press; 1996.

83. 財団法人日本訪問看護振興財団. 訪問看護師 OJT ガイドブック. 東京: 日本訪問看護振興財団; 2011.

84. Lave J, Wenger E. Situated learning: legitimate peripheral participation. New York: Cambridge University Press; 1991.



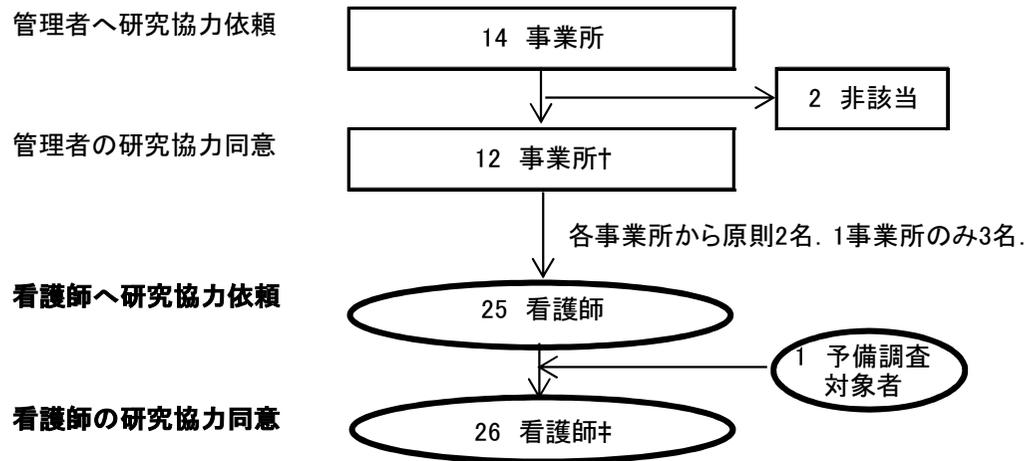


図1. 協力者のリクルートと同意

- † 面接調査への同意は12事業所。そのうち、1事業所は利用者の個人情報保護を理由に参与観察のみ。
- ‡ 面接調査は26名の看護師から同意を得て行った。そのうち23名(11事業所)へ参与観察も行った。

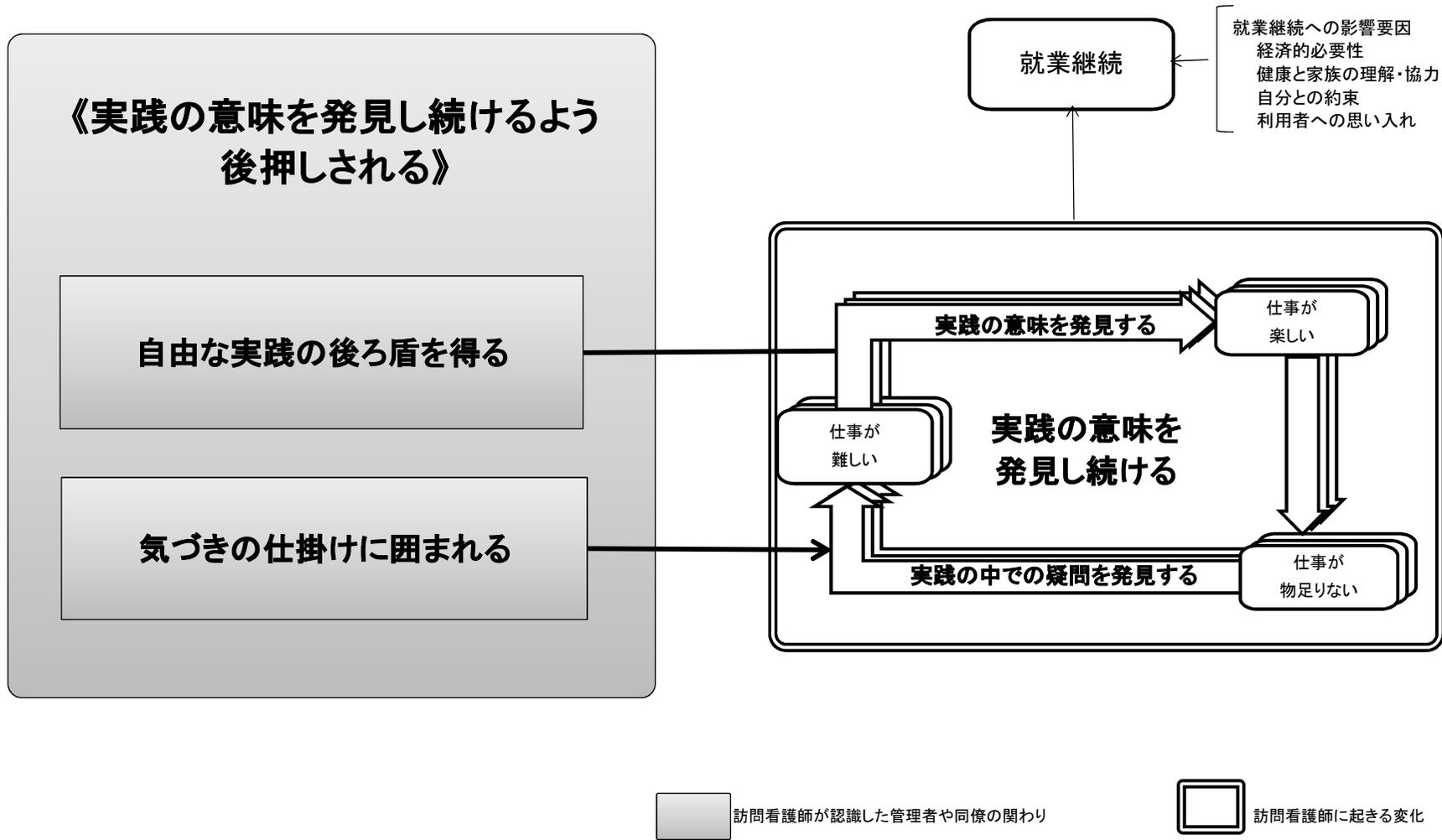


図2. 訪問看護師の就業継続及び就業継続に関する管理者や同僚の関わり

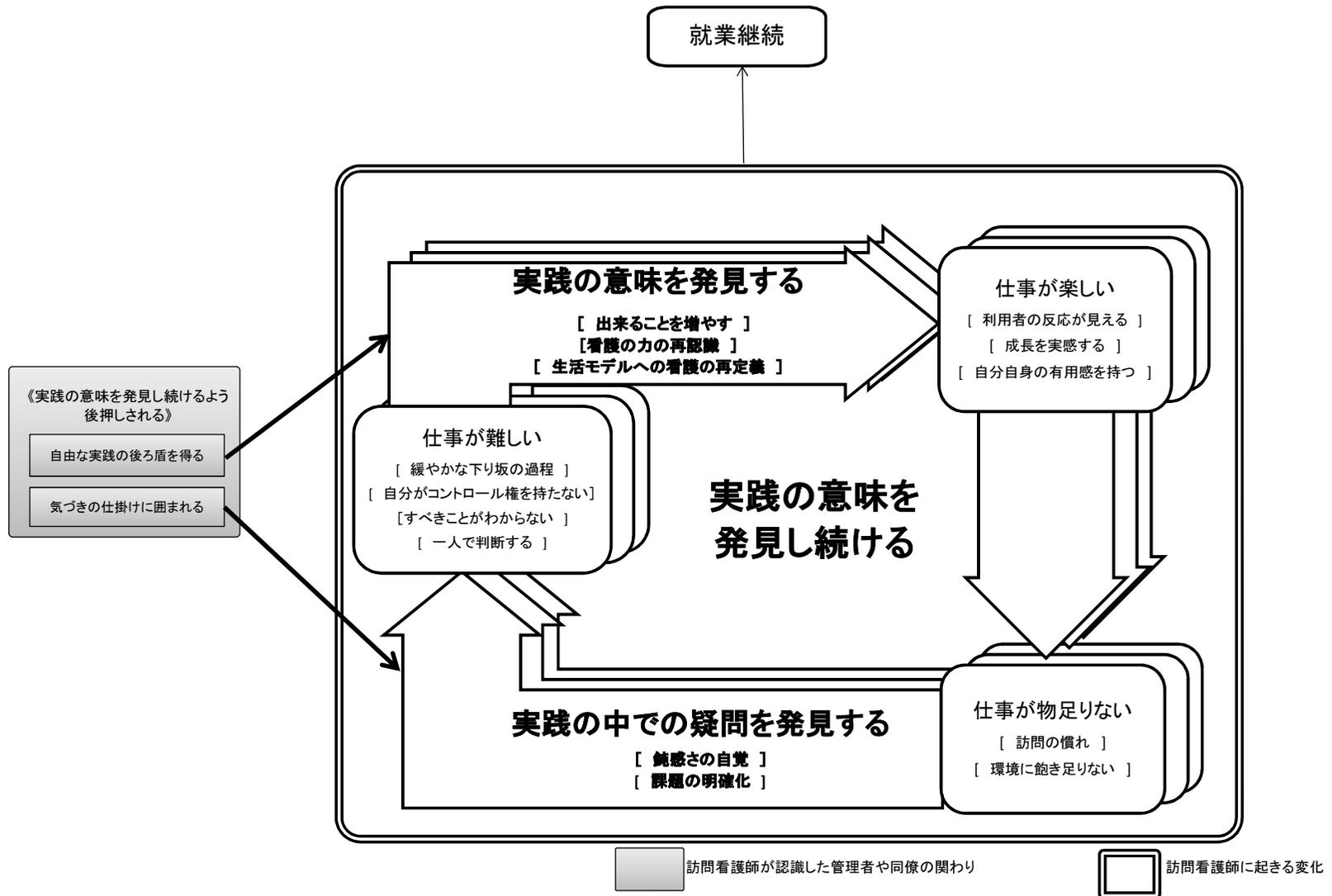


図3. 訪問看護師の就業継続: 実践の意味を発見し続ける

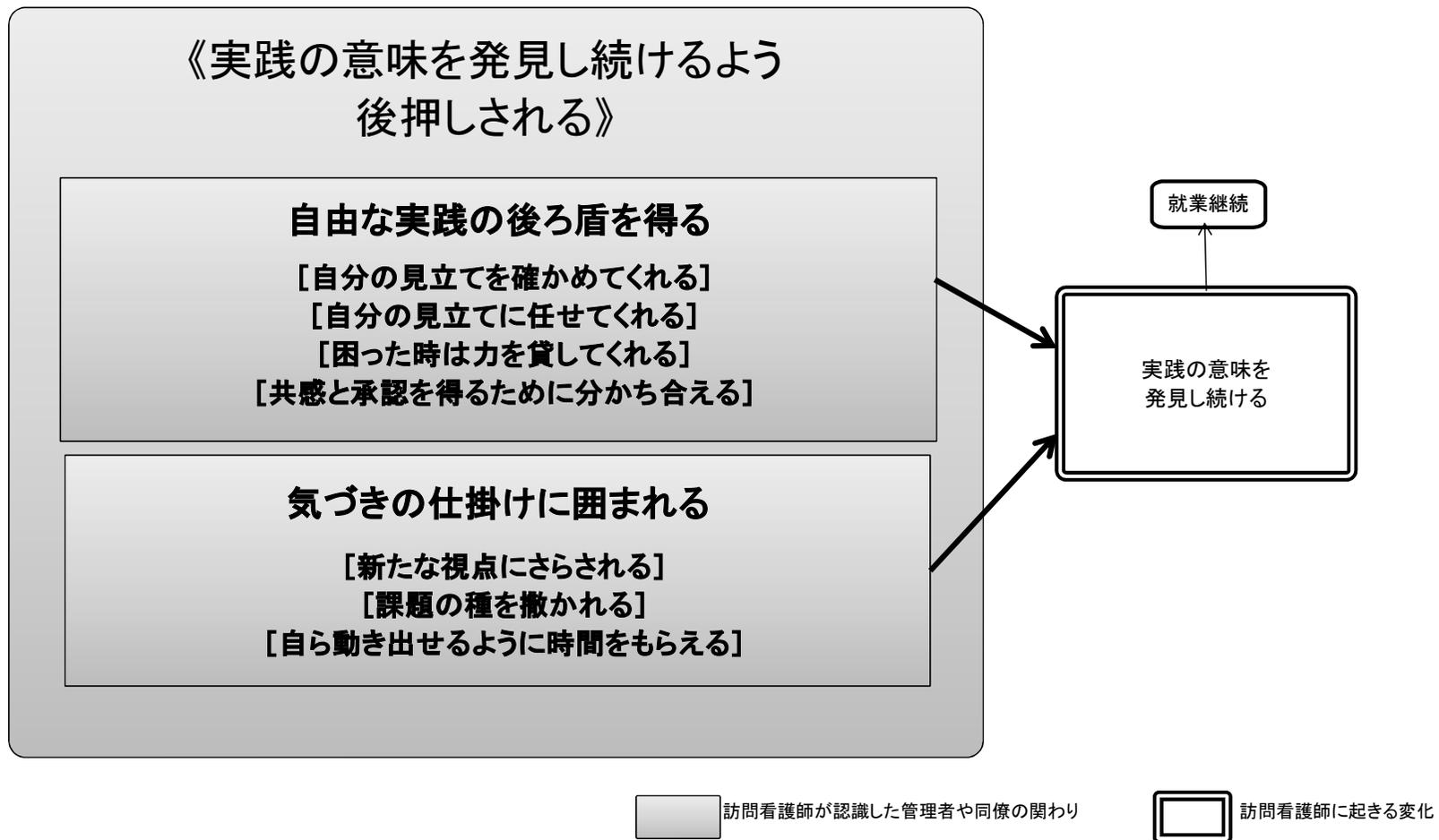


図4. 訪問看護師の就業継続に関する管理者や同僚の関わり: 実践の意味を発見し続けるよう後押しされる

表

表1. 協力者の一覧

ID	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
<個人特性>																											
年齢	30代	40代	40代	30代	40代	30代	40代	50代	40代	30代	40代	40代	40代	30代	40代	30代	30代	30代	40代	30代	40代	20代	30代	40代	40代	30代	
性別	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	男性						
勤務形態	常勤	非常勤	非常勤	常勤	常勤	常勤	常勤	非常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	常勤	常勤	常勤	常勤	常勤	常勤	常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	常勤	常勤	
職場の継続年数(年)	5	9	9	2	5	8	9	18	11	4	7	7	10	5	8	1.5	4	1.5	3.5	4	7	4	4	7	7	1	
訪問看護経験年数(年)	5	13	12	2	5	8	14	18	11	5	7	7	10	5	9	6.5	4	15	5	4	7	4	4	7	7	3	
訪問看護以外経験年数(年)	3	7	6	14	14	3	3	8	11	8	6	19	18	9	12	5	13	5	22	14	21	1	10	14	5	15	
経験職場数(現在も含む)	2	4	4	3	2	2	4	3	6	5	4	3	5	4	4	6	3	3	7	4	4	2	2	5	5	7	
病院	1	2	1	1	1	1	2	2	4	3	2	2	4	1	2	2	2	1	4	2	2	1	1	4	4	4	
訪問看護事業所	1	2	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	
その他	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	2	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	
介護支援専門員資格の有無	有	有	無	無	無	有	無	有	有	無	無	有	有	有	無	無	無	有	有	無	無	無	無	無	無	無	
配偶者の有無	無	有	有	無	無	有	無	有	有	無	有	有	有	有	無	有	有	無	有	無	無	無	有	有	有	有	
子どもの有無	無	有	有	無	無	有	有	有	有	無	有	有	有	無	無	無	有	無	無	無	有	無	有	有	有	有	
														第一子 妊娠中		第一子 妊娠中								産育休明			
<職場特性†>																											
開設主体	有限会社	有限会社	有限会社	財団法人	財団法人	有限会社	有限会社	医師会	医師会	NPO法人	NPO法人	医師会	医師会	医師会	医師会	医療法人	医療法人	株式会社	医療法人								
看護職員人数(人)	10	8	8	15	15	14	14	12	12	12	12	14	14	11	11	9	9	5	5	7	7	6	6	17	17	9	
常勤換算(人)	-	4.6	4.6	10.7	10.7	9.9	9.9	5.4	5.4	5.5	5.5	11.1	11.1	9.7	9.7	8.2	8.2	4.5	4.5	6.2	6.2	5.5	5.5	6.1	6.1	8.2	
一月の利用者総数(人)	-	66	66	243	243	185	185	177	177	46	46	182	182	148	148	196	196	103	103	248	248	82	82	48	48	196	
緊急時訪問看護の実施	有	有	有	有	有	有	有	0	0	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	
看取りへの対応の実施	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	
サービス提供体制強化加算	有	有	有	無	無	有	有	有	有	無	無	有	有	有	有	有	有	無	無	無	無	無	無	有	有	有	
前年度の退職者数(人)	0	0	0	1	1	3	3	0	0	3	3	2	2	0	0	2	2	1	1	0	0	0	0	1	1	2	
常勤(人)	0	0	0	0	0	3	3	0	0	2	2	2	2	0	0	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	2	
非常勤(人)	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	
参与観察	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	×	○	○	○	○	

† 介護サービス情報公表システムより(2013年7月)

表2. 協力者の特性 N=26

個人特性		
年齢（歳）		42.2 ±6.6
性別	女性	25（96）
勤務形態	常勤	19（73）
	非常勤	7（27）
職場の継続年数（年）		6.3 ±3.6
訪問看護経験年数（年）		7.6 ±4.1
現在の事業所が初めての訪問看護事業所		19（73）
臨床経験年数（訪問以外）（年）		10.2 ±5.9
経験職場数（現在も含む）		4.0 ±1.5
	病院	2.2 ±1.2
	訪問看護ステーション	1.4 ±0.8
	その他	3.8 ±0.6
配偶者あり		16（62）
12歳以下の子供あり		6（23）
子供あり		15（58）
事業所特性†		
開設主体	営利法人	13（50）
	医師会	6（23）
	医療法人	3（12）
	財団法人	2（8）
	NPO法人	2（8）
看護職員人数（人）	実人数	10.7 ±3.8
	常勤（人）	6.3 ±2.5
	非常勤（人）	4.3 ±3.7
	常勤換算‡（人）	7.3 ±2.4

平均±SD もしくは N（%）

† 介護サービス情報公表システムより（2013年7月）

‡常勤換算人数=常勤職員人数+非常勤職員の勤務時間/常勤の職員が勤務すべき時間

付録

2013 年 * 月 * 日

〇〇訪問看護ステーション
管理者 ** 様

東京大学大学院医学系研究科 成人看護学分野
教 授 山本 則子
大学院生 渡邊麻衣子

「訪問看護ステーションにおける訪問看護職員の定着に関する研究
: 訪問看護職員への面接調査」 ご協力をお願い

拝啓

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。日々、訪問看護ステーションの管理運営に大変ご尽力され、お忙しい日々を過ごされていることと存じます。

この度、日本訪問看護財団の**様より、訪問看護職員の離職が少ないステーションとして、貴ステーションをご紹介いただき、ご連絡差し上げている次第です。私どもは、訪問看護職員が働き続けられるステーション像の検討を目的とし、訪問看護職員を対象とした下記の研究を計画しています。貴ステーションのように職員の離職が少ないステーションは稀であり、貴ステーションに勤務する訪問看護職員の方のご意見は大変貴重な資料となります。ぜひともご協力下さいますようお願い申し上げます。

ご不明な点やご質問がございましたら遠慮なくご連絡下さいますようお願い申し上げます。

敬具

記

1. 研究課題

「訪問看護ステーションにおける訪問看護職員の定着に関する研究: 訪問看護職員への面接調査」
※研究の説明につきましては、同封の「訪問看護ステーション管理者の皆様へ」をご覧ください。

2. 研究対象

現在の職場の就業期間が4年以上である訪問看護職員2名(常勤・非常勤は問いません)

3. 研究協力に関するご意向のご連絡

数日中に私どもからお電話にて、研究協力に関するご意向についてお伺いさせていただきます。
もしくは、下に示す連絡先にご連絡下さい。

4. 研究にご協力いただける場合の進め方

差支えなければ、貴ステーションに私どもが直接お伺いし、1) 2)の順に進めさせていただきます。

- 1) 管理者様へ再度研究についてご説明させていただきます。
- 2) 訪問看護職員の方々へ研究について私どもが直接説明を行い、訪問看護職員の方から同意を得られた場合のみ研究を進めさせていただきます。

以上

【連絡先】

東京大学大学院医学系研究科 成人看護学分野
研究責任者: 山本則子(教授) 連絡担当者: 渡邊麻衣子(大学院生)
〒113-0033/8655 東京都文京区本郷 7-3-1
Tel: 03-5841-3508 Fax: 03-5841-3502

訪問看護ステーション管理者の皆様へ
研究課題「訪問看護ステーションにおける訪問看護職員の定着に関する研究
：訪問看護職員への面接調査」
ご協力をお願い

1.この研究の概要

【研究課題】

訪問看護ステーションにおける訪問看護職員の定着に関する研究

：訪問看護職員への面接調査

【研究機関名及び研究責任者氏名】

この研究が行われる研究機関と研究責任者は次に示す通りです。

研究機関：東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻

研究責任者：山本則子・成人看護学分野・教授

【研究目的】

訪問看護職員は病院に勤務する看護職員よりも離職率が高く、訪問看護職員の定着は大きな課題です。しかし、訪問看護職員がどのような訪問看護ステーション（以下、ステーション）で働き続けたいと考えているかは、まだ明らかにされていません。そこで、訪問看護職員が働き続けられるステーション像を検討することを目的とし、貴ステーションのように、訪問看護職員が定着しているステーションに勤務する訪問看護職員の方を対象にインタビュー及びカンファレンスへの同席を行います。

【研究方法】

本研究は、次のような方法でインタビュー及びカンファレンスへの同席を行います。

- 本研究の対象は、貴ステーションに勤務する訪問看護職員のうち、4年以上勤務している方（常勤又は非常勤）で、最大2名です。
- あなたが本研究への協力にご承諾下さいましたら、対象となる訪問看護職員の方に調査担当者が調査のご説明を直接させていただきます。
- 説明の後、訪問看護職員の方が本研究の参加に同意されましたら、インタビューの日時と場所及びカンファレンス同席の日時について調査担当者と相談させていただきます。インタビューの場所はプライバシーが確保できる場所で行うよう配慮します。
- インタビュー終了後、分析内容について確認を依頼することがあります。

1) インタビュー

- インタビュー内容は、貴ステーションで働き続けている理由（現在の職場・同僚・管理者等）についてです。
- 回数は1回、時間は60分程度を予定しています。場所は貴ステーション内の個室又は訪問看護職員の方が指定した場所で行います。なお、確認したいことがあるときは期間を置いて2回目の面接を依頼することもあります。
- 内容をICレコーダーに録音させていただきます。録音は、録音開始後も参加者の意思によって部分的に中断することも出来ます。
- インタビュー前に、ご協力下さる訪問看護職員の方に所要時間 5 分程度の面接記録票（年齢や経験年数等）をご回答いただきます。

2) カンファレンスへの同席

- 場所は貴ステーション内とします。
- 普段の事業所内カンファレンスやミーティングにおける研究参加者の訪問看護職員の方の様子を、調査担当者が観察し気づいたことをメモにとらせていただきます。
- 観察中に知り得た看護職務上取り扱われる利用者の個人情報には記録に残しません。
- カンファレンスの場にいらっしゃる他の職員の方へ、本研究について口頭で説明し、口頭承諾をいただいでから観察を行います。

裏に続きます。

2.研究協力の任意性と撤回の自由

この研究にご協力いただくかどうかは、あなたの自由意思に委ねられています。なお、研究にご協力いただけない場合にも、皆様の不利益につながることはありません。

3.個人情報の保護

この研究に関わる成果は、他の関係する方々に漏えいすることのないよう、慎重に取り扱う必要があります。ステーションやご協力下さる訪問看護職員の方の情報・データは、分析する前に氏名・住所などの個人情報を削り、代わりに新しく符号をつけ、どなたのものか分からないようにした上で、当研究室において厳重に保管します。

4.研究結果の公表

研究の成果は、ステーションやご協力下さる訪問看護職員の方の氏名など個人情報が明らかにならないようにした上で、学会発表や学術雑誌及びデータベース上で公表します。結果については、お問い合わせがあった場合、全体の結果についてお伝え致します。

5.研究参加者にもたらされる利益及び不利益

この研究が、ステーションに直ちに有益な情報をもたらす可能性は高いとはいえません。しかし、この研究の成果は、訪問看護職員の定着に関する研究の発展に寄与することが期待されます。したがって、将来、訪問看護の人材確保・人材定着の面で利益をもたらす可能性があると考えられます。

6.研究終了後の資料(試料)等の取扱方針

研究にご協力下さった訪問看護職員からいただいた資料(試料)等は、この研究のためにのみ使用します。研究終了(5年)後、適切な方法で破棄します。

7.あなたの費用負担

今回の研究に必要な費用について、あなた及び訪問看護職員に負担を求めることはありません。なお、研究にご協力下さる訪問看護職員の方への謝金は、Quoカード2,000円となります。

8.その他

この研究は、東京大学医学部倫理委員会の承認を受けて実施するものです。なお、この研究に関する費用は、「公益信託山路ふみ子専門看護教育研究助成基金」から支出されています。ご意見、ご質問などがございましたら、下記までお寄せください。

2013年*月*日

【連絡先】

研究責任者:山本則子(教員)

連絡担当者:渡邊麻衣子(大学院生)

〒113-0033/8655 東京都文京区本郷7-3-1

東京大学大学院医学系研究科 成人看護学分野

Tel: 03-5841-3508 Fax: 03-5841-3502

Email: maikowww-tky@umin.ac.jp

訪問看護ステーション訪問看護師の皆様へ

研究課題「訪問看護ステーションにおける訪問看護職員の定着に関する研究
：訪問看護職員への面接調査」
ご協力をお願い

1.この研究の概要

【研究課題】

訪問看護ステーションにおける訪問看護職員の定着に関する研究
：訪問看護職員への面接調査

【研究機関名及び研究責任者氏名】

この研究が行われる研究機関と研究責任者は次に示す通りです。
研究機関：東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻
研究責任者：山本則子・成人看護学分野・教授

【研究目的】

訪問看護職員は病院に勤務する看護職員よりも離職率が高く、訪問看護職員の定着は大きな課題です。しかし、訪問看護職員がどのような訪問看護ステーション（以下、ステーション）で働き続けたいと考えているかは、まだ明らかにされていません。そこで、訪問看護職員が働き続けられるステーション像を検討することを目的とし、貴ステーションのように、訪問看護職員が定着しているステーションに勤務する訪問看護職員の方を対象にインタビュー及びカンファレンスへの同席を行います。

【研究方法】

本研究は、次のような方法でインタビュー及びカンファレンスへの同席を実施いたします。

- あなたが本研究の参加に同意されましたら、インタビューの日時と場所及びカンファレンスへの同席の日時について調査担当者が相談させていただきます。インタビューの場所はプライバシーが確保できる場所で行うよう配慮します。
- インタビュー終了後、分析内容について確認を依頼することがあります。

3) インタビュー

- 内容は、貴ステーションで働き続けている理由（現在の職場・同僚・管理者等）についてです。
- 回数は1回、時間は60分程度を予定しています。場所は貴ステーション内の個室又はあなたが指定した場所で行います。なお、確認したいことがあるときは期間を置いて2回目の面接を依頼することもあります。
- 内容をICレコーダーに録音させていただきます。録音は、録音開始後も参加者の意思によって部分的に中断することも出来ます。
- インタビュー前に、所要時間5分程度の面接記録票（年齢や経験年数等）にご回答いただきます。

4) カンファレンスへの同席

- 場所は貴ステーション内とします。
- 普段のカンファレンスやミーティングでのあなたの様子を、調査担当者が観察し気づいたことをメモにとらせていただきます。
- 観察中に知り得た看護職務上取り扱われる利用者の個人情報には記録に残しません。
- カンファレンスの場にいらっしゃる他の職員の方へ、本研究について口頭で説明し、口頭承諾をいただいてから観察を行います。

2.研究協力の任意性と撤回の自由

この研究にご協力いただくかどうかは、あなたの自由意思に委ねられています。もし同意を撤回される場合は、同意撤回書に署名し、連絡担当者にご提出ください。いつでも中止可能です。なお、研究にご協力いただけない場合や研究を中止した場合にも、皆様の不利益につながることはありません。研究期間中にご本人の申し出があれば、いつでも調べた資料及び結果を廃棄します。

3. 個人情報の保護

この研究に関わる成果は、他の関係する方々に漏えいすることのないよう、慎重に取り扱う必要があります。あなたの情報・データは、分析する前に氏名・住所などの個人情報を削り、代わりに新しく符号をつけ、どなたのものか分からないようにした上で、当研究室において厳重に保管します。

4. 研究結果の公表

研究の成果は、あなたの氏名など個人情報が明らかにならないようにした上で、学会発表や学術雑誌及びデータベース上で公表します。あなたの所属機関や管理者へ結果は通達しません。あなたから結果についてお問い合わせがあった場合、全体の結果についてお伝え致します。

5. 研究参加者にもたらされる利益及び不利益

この研究が、あなたに直ちに有益な情報をもたらす可能性は高いとはいえません。しかし、この研究の成果は、訪問看護職員の定着に関する研究の発展に寄与することが期待されます。したがって、将来、訪問看護の人材確保・人材定着の面で利益をもたらす可能性があると考えられます。

6. 研究終了後の資料(試料)等の取扱方針

あなたからいただいた資料(試料)等は、この研究のためにのみ使用します。研究終了(5年)後、適切な方法で破棄します。

7. あなたの費用負担

今回の研究に必要な費用について、あなたに負担を求めることはありません。あなたへの謝金として、Quoカード2,000円をお渡しします。

8. その他

この研究は、東京大学医学部倫理委員会の承認を受けて実施するものです。なお、この研究に関する費用は、「公益信託山路ふみ子専門看護教育研究助成基金」から支出されています。ご意見、ご質問などがございましたら、下記までお寄せください。

2013年*月*日

【連絡先】

研究責任者: 山本則子(教員)

連絡担当者: 渡邊麻衣子(大学院生)

〒113-0033/8655 東京都文京区本郷7-3-1

東京大学大学院医学系研究科 成人看護学分野

Tel: 03-5841-3508 Fax: 03-5841-3502

同 意 書

東京大学医学系研究科長・医学部長 殿

研究課題：

「訪問看護ステーションにおける訪問看護職員の定着に関する研究

：訪問看護職員への面接調査」

私は、上記研究への参加にあたり、説明文書の記載事項について、渡邊麻衣子から説明を受け、これを十分理解しましたので本研究の研究参加者となることに同意いたします。

以下の項目について、説明を受け理解しました。

- この研究の概要について
- 研究協力の任意性と撤回の自由について
- 個人情報の保護について
- インタビュー内容を録音されることについて
- 研究結果の公表について
- 研究参加者にもたらされる利益及び不利益について
- 研究終了後の資料（試料）等の取扱方針について
- あなたの費用負担について
- その他について

平成 年 月 日

氏名（自署） _____

住所 _____

連絡が取れる電話番号 _____

同 意 撤 回 書

東京大学医学系研究科長・医学部長 殿

研究課題：

「訪問看護ステーションにおける訪問看護職員の定着に関する研究

：訪問看護職員への面接調査」

私は、上記研究への参加にあたり、説明文書の記載事項について説明を受け同意しましたが、同意の是非について再度検討した結果、同意を撤回いたします。

平成 年 月 日

氏名（自署） _____

**訪問看護ステーションにおける訪問看護職員の定着に関する研究
：訪問看護職員への面接調査**

この度は調査にご協力下さりありがとうございます。
インタビューに先立ち、あなた自身について教えていただきたいことがございます。
質問は全8項目で、回答の所要時間は約5分です。
なお、回答は、あてはまる番号を○で囲むか、具体的な数値等をご記入下さい。
お忙しい中恐縮ですが、ご協力下さいますようお願い申し上げます。

1. 年齢	() 才								
2. 臨床経験年数 (小数点以下切捨て)	() 年								
3. 訪問看護経験年数 (小数点以下切捨て)	() 年								
4. 現在の職場の継続年数 (小数点以下切捨て)	() 年								
5. 看護師として過去に働いた経験のある 職場の数 (現在の職場は含まない・常勤非常勤問わない)	() 箇所 ↓ 5. 1 その内訳を教えてください <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tbody> <tr> <td>病院</td> <td>() 箇所</td> </tr> <tr> <td>訪問看護ステーション</td> <td>() 箇所</td> </tr> <tr> <td>施設等</td> <td>() 箇所</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>() 箇所</td> </tr> </tbody> </table>	病院	() 箇所	訪問看護ステーション	() 箇所	施設等	() 箇所	その他	() 箇所
病院	() 箇所								
訪問看護ステーション	() 箇所								
施設等	() 箇所								
その他	() 箇所								
6. 介護支援専門員資格の有無	1. 有 ⇒ 兼務 (1. 有 2. 無) 2. 無								
7. 保有資格 (介護支援専門員以外)	1. 准看護師 2. 看護師 3. 保健師 4. 助産師 5. その他								
8. 配偶者の有無	1. 配偶者あり 2. 配偶者なし								
9. 12歳以下の子供の有無	1. 有 ⇒ お子様の年齢 () 才 () 才 2. 無								

ご協力ありがとうございました。
引き続き、インタビューへのご協力もよろしくお願い申し上げます。

インタビューガイド

今日は、現在働いていらっしゃる職場について色々とお話をうかがいたいと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

(調査前に調査の趣旨と手続き等について説明書で説明)

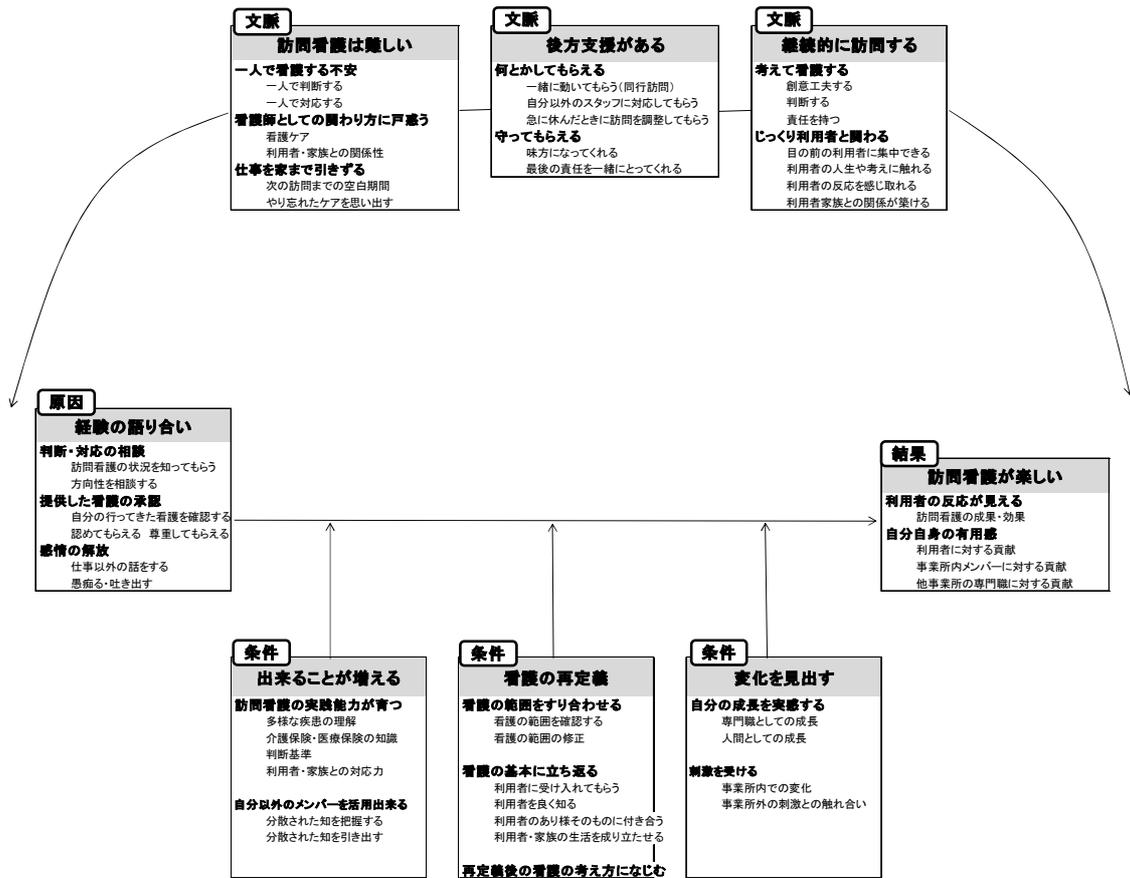
1. まずは、現在の職場についてお尋ねします。
 - 1) いつ頃からここで働いていらっしゃるのですか？
 - 2) 働き始めたきっかけは何かありますか？
 - (1) このステーションを選んだ理由はどのようなことですか？
 - 3) 現在、ここで働く事に関してどのように感じていますか？
 - (1) ここで働く事に満足していますか？
 - 4) このステーションはどのようなところがよいと思いますか？
 - (1) 働き易さはどうですか？
 - (2) 訪問看護のやりがいは感じられますか？
2. ここで働く前の職場についてお尋ねします。
 - 1) この前に働いていた他のステーションはどのようなところでしたか？
 - 2) 今働いているステーションと比べて何がどのように違うのでしょうか？
3. 働き続けたいと思う職場はどのような職場ですか？

初期の Open coding の例

データ	コード
<働き始めてどうでしたか？>	
働き始めて？ <u>ちょっと最初はね、ビビりました(笑)。</u> 変な言い方ですけど。	9039 最初は訪問するのが怖かった (ビビりました)
<u>なぜかという、やっぱりみなさんおっしゃること一緒だ</u>	9040 病院は誰かと一緒にいる (一人ではない)
<u>と思うんですけど。病院にいますと、すぐ一緒に誰かが同じ</u>	9041 病院はすぐに医師に聞ける
<u>ところにおいて、何かあればすぐ先生に聞けるし、報告もバ</u>	9042 病院はすぐに誰かに報告出来る (即時性)
<u>ツと出来るじゃないですか。</u>	
<u>でも、訪問看護ってはっきり言って一人でまず行くじゃな</u>	9043 訪問看護は一人で行く
<u>いですか。</u>	
<u>なのでそこでちょっと疑問を持って、いったんは持ち帰</u>	9044 一旦持ち帰って相談出来る
<u>って相談するとかはできますけど、</u>	
<u>その場である程度自分で判断して、</u>	9045 利用者宅で一人で判断する
<u>家族にも指導しなきゃいけないし。</u>	9046 一人で複数の人へ対応する
<u>自分の経験がものを言うなって思ったんですよ。</u>	9047 自分の力が試される (経験が必要?)
<u>ですから、すごく、ああ、これでいいのかな?とか、自分</u>	9048 自分が行った看護に対して不安に思う
<u>の中でもちょっと悩みましたね、始めたころは特に。ええ。</u>	9049 訪問看護はこれでいいのか悩む
	9050 特に始めた頃に悩む
<そこからどのように変わっていききましたか？>	
うーん、やっぱり色んなって言ったら失礼ですけど、	
<u>経験をちょっとずつ積んで、</u>	9051 経験を積み重ねることで不安を払拭した
<u>先輩とかにもちょっとずつ情報をもらったり、なんかその</u>	9052 先輩に情報をもらう
<u>辺で、これはこの間みた患者さんと同じような感じだな、</u>	9053 以前の経験を踏まえて訪問出来る
<u>とか。前のを活かしてこういう感じでやっていけるかな、</u>	
<u>とか。やっぱり徐々になっていく感じですかね。</u>	9054 不安はなくなる (ゆっくり時間を要する)
<u>経験と、その周りのスタッフとか先生に、相談することに</u>	9055 どのように看護するか相談する
<u>よって、少しずつ、まあ、慣れてきたっていうか。少しは</u>	9056 訪問看護のやり方がわかってくる
<u>ノウハウがわかってきたっていうところはあります。</u>	
<u>でも、今でも全然完全じゃないんですけど(笑)。</u>	9057 10年以上たっても訪問看護を完全には出来ない (不安はある)
<u>でもすぐ相談しますよ。</u>	9058 すぐに相談する (タイムリーな相談)
<u>やっぱり、うん。その場で先輩にも相談したり・・・</u>	9059 その場で先輩に相談する

<補足説明>

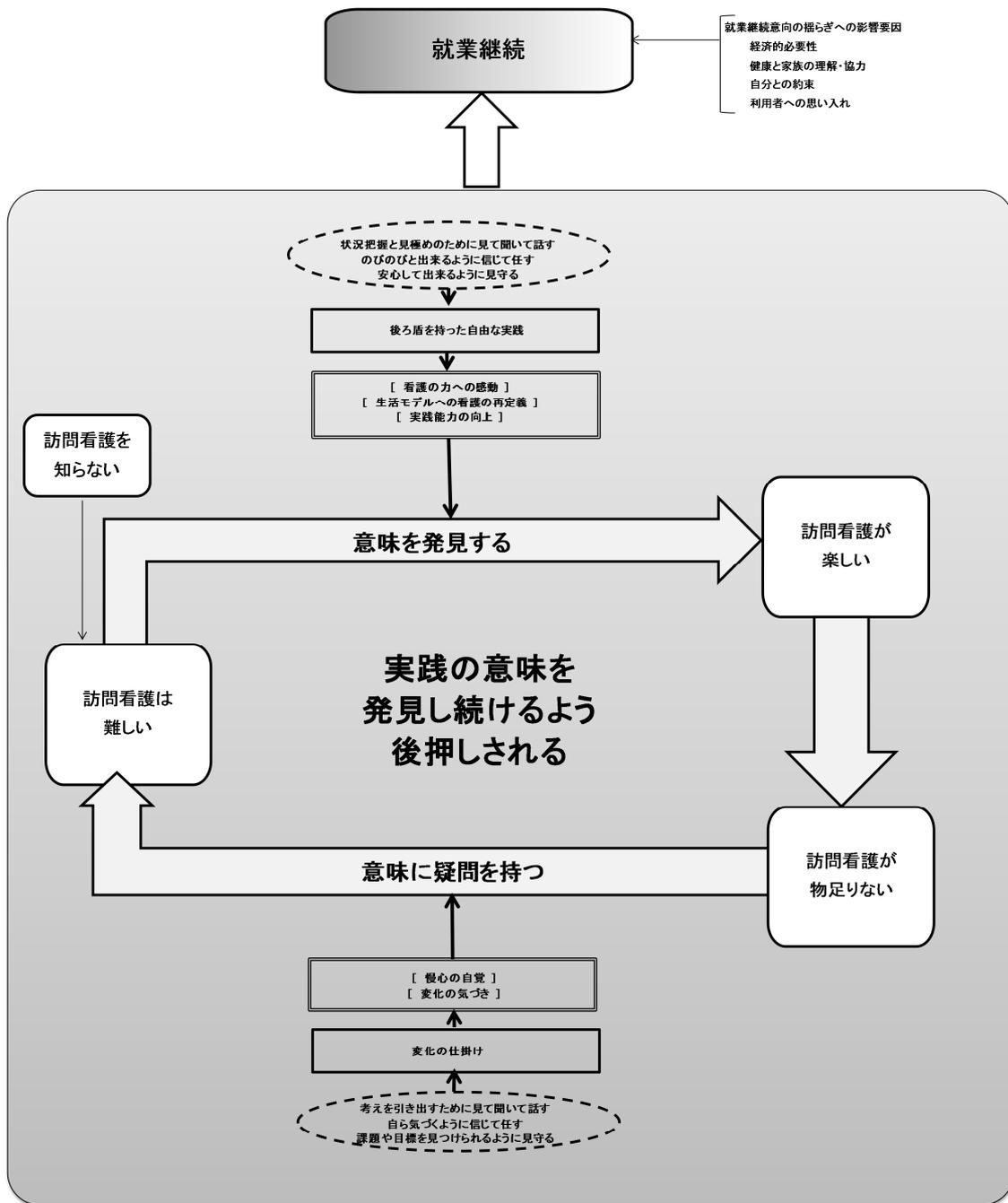
初期の open coding では、データを意味のある単位毎にコードをつけた。コーディングでの見落としを防ぐため、一つのデータ単位に複数のコードをつけたり、コードの () 内に重要と考えた点を補足するなどして、データが持つ意味をコードから汲み取れるよう努めた。



Axial coding の例

< 補足説明 >

Open coding で生成された概念間の関係を検討した。図で示したように、ある概念（結果）は、どのような文脈、どのような原因と条件の下で起きるのか確認しながら、概念間の関係を分析した。概念間の関係は始めは暫定的であり、同じような状況で常に同様の結果に至るのか、反証となるような事例はないか検討した。異なる結果が現れる場合は概念そのものを生成し直す必要がないか、概念間の関係を見直す必要がないか、データに何度も立ち返って検討を繰り返した。



Selective coding の例

<補足説明>

コアカテゴリ「仮：実践の意味を発見し続けられるように守り立てる）」を中心に据え、他のカテゴリとの関係を検討しながら、全体を説明できるようなモデルを図式化した。このモデルで説明出来ないケースはないか、各カテゴリ間の関係を見直す必要がないかどうか、疑問が残る場合は再度データに戻り検討し、全体モデルの修正を繰り返した。