

国際医療福祉大学審査学位論文（博士）

大学院医療福祉学研究科博士課程

看護師の仕事と在宅介護の
両立・継続を目指すための支援の検討

平成 28 年度

保健医療学専攻・医療福祉学分野・医療福祉学領域

学籍番号：14S3063 氏名：松本明美

研究指導教員：堀田聰子教授

副研究指導教員：下井俊典准教授

看護師の仕事と在宅介護の両立・継続を目指すための支援の検討

松本明美 14S3063

要旨

【目的】看護師の仕事と在宅介護の両立・継続の実態の明確化及び両立・継続支援について検討すること。【方法】病院及び老健施設の看護師を対象とした質問紙実態調査，在宅介護経験のある看護師へのインタビュー調査からの質的研究，全国 Web 実態調査の 3 つの研究で構成した。【結果・考察】看護師の仕事と在宅介護の関係性が認められ，特に「仕事困難」に在宅介護状況が大きな影響を及ぼしていた。また，看護師の独自の「両価性」「両面感情」などのアンビバレンスが明らかとなり，介護離職は少ないが，両立困難感が高く，揺らぎが生じ，安定した両立・継続が支援課題となった。【結論】看護師のアンビバレンスを踏まえた【職場の理解/サポートの充実】【家族の支援と協力】を軸とした両立支援モデル及びワーク&ケアのポジティブ・スピルオーバーを目指した看護の職場における介護期の働き方支援プログラム<準備期、両立開始期、両立・継続期>を試案した。

キーワード：看護師 在宅介護 両立・継続 アンビバレンス スピルオーバー

How to assist nurses who continue their job responsibilities while providing their own, non-job-related at-home nursing care

Akemi Matsumoto 14S3063

Abstract

[Purpose]: Clarify the actual situation of balancing and continuing a nursing job and a home care as well as consider balancing and continuation supports.

[Method]: Consists of 3 surveys of a questionnaire survey of nurses working in a hospital and a facility for the aged on the actual situation, an interview survey of nurses who have experiences of home care, and an online national survey on the actual situation. [Result and Discussion] With regard to the characteristics of balancing and continuing a nursing job and a home care, a difference was observed between the contents of their own home care and the ones of general employees such as longer home care time, especially in physical care and medical treatment. Also, ambivalences of nurses were clarified such as “interactivity”, “ambivalent characteristics”, and “ambivalent emotions”. With regard to the needs for balancing supports, [understanding in their offices/ enriched support] , [support and cooperation of family] , [support for diverse ways of working] , and [systems of balancing support] , etc were observed. [Conclusion]: Based on the ambivalences of nurses, drafts were prepared of a balancing and continuation support model aiming for a positive spillover of work and care as well as a working style support program for nurses in their offices in the periods of home care <preparation period, balancing starting period, and balancing and continuation period>

Keywords: Nurse, At-home nursing care, Work/life balance, ambivalence, spillover

目 次

序章

はじめに	1
------	---

第 I 章 研究の背景

第 1 節 仕事と介護の両立に関する研究の動向	5
第 2 節 看護師のワークライフバランス・就労継続に関連した研究の動向	12
第 3 節 在宅における家族介護者支援に関連した研究の動向	17
第 4 節 研究課題のまとめ	19

第 II 章 本研究全体の目的と意義

第 1 節 本研究の目的・意義	21
第 2 節 研究の方法	
1. 研究デザイン	22
2. 研究の構成	26
3. 用語の定義	27
第 3 節 研究における倫理上の配慮	29

第 III 章 研究 1 「看護師の仕事と在宅介護の両立・継続に関する実態調査 1」

第 1 節 調査目的	30
第 2 節 調査方法	30
第 3 節 結果	
1. 基本的属性及び各項目の単純集計結果	33
2. 因子分析及び内的整合性の検討	37
3. 在宅介護なし群と介護あり群の比較分析	43
4. 介護負担高い群と低い群の比較分析	47
5. 在宅介護なし群の両立不安についての分析	48
6. 自由記述の内容分析	49
第 4 節 考察	
1. 看護の仕事と在宅介護の両立の実態と関係性について	54
2. 看護師の在宅介護の不安について	58
第 5 節 結論	59
第 6 節 研究の限界と今後の課題	61

第 IV 章 研究 2 「看護師の仕事と在宅介護の両立・継続のプロセス検討」

第 1 節 調査目的	62
第 2 節 調査方法	66
第 3 節 結果	64
1. 事例研究の分析結果	65
2. M-G-T A の分析結果「看護の仕事と在宅介護の両立に至ったプロセス」	74
第 4 節 考察	
1. 看護の仕事と在宅介護の両立・継続のプロセスの特徴	87
2. 看護の仕事と介護の両立・継続支援への示唆	94

第5節	結論	95
第6節	研究の限界と今後の課題	96
第V章 研究3「看護師の仕事と在宅介護の両立・継続に関する実態調査2」		
第1節	調査目的	98
第2節	調査方法	98
第3節	結果	
1.	基本的属性及び各項目の単純集計結果	101
2.	探索的因子分析と内的整合性の検討	116
3.	各尺度間の相互相関の分析	118
4.	各尺度得点による Mann-Whitney U 検定	122
5.	ロジスティック回帰分析	119
6.	介護離職した看護師の分析	122
第4節	考察	
1.	看護師の仕事と在宅介護の両立・継続の実態の検討（一般就労者との比較）	130
2.	看護師の仕事と在宅介護の両立・継続の関連要因と支援ニーズの検討	133
第5節	結論	135
第6節	研究の限界と今後の課題	135
第VI章 総合考察		
第1節	研究1, 2, 3の結果の統合	137
第2節	看護師の仕事と在宅介護の両立・継続の特徴と課題	142
第3節	看護師の仕事と在宅介護の両立・継続の支援について	
1.	看護の仕事と在宅介護の両立・継続支援の方向性	145
2.	職場環境・両立支援制度の活用への提言	146
3.	看護師&家族介護者の在り方への提言	148
4.	ポジティブ・スピルオーバーを目指した介護期の働き方支援プログラム	149
第VII章 結語		
第1節	結論	154
第2節	研究の限界と今後の課題	154
謝辞		156
文献一覧		157
資料一覧		170

目次
(表・図及び資料)

【表】

表 1	回答者状況一覧	33
表 2	全体の基本的属性	35
表 3	在宅介護経験あり群の介護状況	36
表 4	因子分析①(仕事・健康・自己・生活に関する項目)	38
表 5	因子分析②(J-ZBI)	40
表 6	因子分析③(介護に関する他項目)	42
表 7	在宅介護なし群と介護あり群の比較(Kruskal Wallis 検定)	43
表 8	在宅介護なし群とあり群の下位尺度得点(仕事・健康・自己・生活)の相関係数	45
表 9	在宅介護あり群(現在・過去)の下位尺度得点(介護関連)の相関係数	45
表 10	重回帰分析① 在宅介護なし群	46
表 11	重回帰分析② 在宅介護あり群	46
表 12	J-ZBI 総得点結果表	47
表 13	J-ZBI と重回帰分析③	48
表 14	在宅介護の可能性について(介護なし群)	49
表 15	内容分析①(在宅介護なし群)	51
表 16	内容分析②(在宅介護あり群)	53
表 17	こんなサポートがあつたら(自由記述)	54
表 18	研究 2 対象者一覧	64
表 19	研究 2 概念リスト	86
表 20	研究 3. 全体の基本的属性	102
表 21	a. 在宅介護の経験状況	102
表 22	b. 誰を介護しているか	103
表 23	c. 何人介護しているか	103
表 24	d. 自分以外に介護者がいるか	103
表 25	e. 介護時間(1日平均)	103
表 26	f. 介護期間(トータル)年	104
表 27	f. 介護期間(トータル)月	104
表 28	g. 介護場所の変化	104
表 29	h. 要介護度	104
表 30	i. 認知症の程度(自立度)	105
表 31	i. 認知症の症状(複数回答)	105
表 32	j. 医療処置内容(複数回答)	105
表 33	k. 介護保険制度サービス(複数回答)	106
表 34	k. 介護保険制度外サービス(複数回答)	106
表 35	l. 自身の介護内容(複数回答)	106
表 36	m. 深夜介護の状況	106

表 37	a. 週労働時間（フルタイム）	107
表 38	a. 週労働時間（パート勤務）	108
表 39	b. 夜勤回数（二交代制）	108
表 40	b. 夜勤回数（三交代制）	108
表 41	a. 両立の相談の頻度	109
表 42	a. 両立の相談の相手	109
表 43	a. 両立の相談の対応	109
表 44	b. 両立支援制度の認知度・制度の有無・利用の有無	110
表 45	b. 両立支援制度を利用しない理由（複数回答）	110
表 46	a. 仕事を辞めたいと思ったか	111
表 47	b. 仕事状況（働き方）の変化	111
表 48	c. 仕事の両立・継続に対する思い	112
表 49	d. 両立・継続に重要なこと（複数回答）	112
表 50	a. 有給休暇の取得状況	112
表 51	b. 経済状態について	113
表 52	c. 在宅介護に関する家族の考え（複数回答）	113
表 53	d. 現在介護者在宅介護の見通し（年数）	113
表 54	d. 現在介護者在宅介護の見通し（複数回答）	114
表 55	d. 現在介護者の要介護者の希望（複数回答）	114
表 56	d. 現在介護者の看護の仕事の見通し（複数回答）	114
表 57	e. 過去の介護経験者：どんな見通しだったか（複数回答）	115
表 58	e. 過去の介護経験者の要介護者の希望（複数回答）	115
表 59	e. 過去の介護経験者の在宅介護をしなくなった理由（複数回答）	115
表 60	e. 看取りの場所	116
表 61	e. 過去の介護者の看護の仕事の見通し（複数回答）	116
表 62	研究 3 因子分析	117
表 63	研究 3 相関関係	118
表 64	研究 3 Mann-Whitney U 検定（両立困難）	119
表 65	研究 3 Mann-Whitney U 検定（離職願望）	119
表 66	研究 3 ロジスティック回帰分析（離職願望）	120
表 67	研究 3 ロジスティック回帰分析（両立継続困難）	121
表 68	研究 3 介護離職者状況	124
表 69	研究 3 介護離職者の介護している人数	125
表 70	研究 3 介護離職者の介護期間	125
表 71	研究 3 介護離職者の介護場所	125
表 72	研究 3 介護離職者の要介護度	136
表 73	研究 3 介護離職者の介護保険制度サービス利用状況	136
表 74	研究 3 介護離職者の自身の介護内容	127
表 75	研究 3 介護離職者の深夜介護状況	127

表 76	研究 3 介護離職者の両立継続に対する思い	127
表 77	研究 3 介護離職者の両立・継続ニード	128
表 78	研究 3 介護離職者の家族の考え	128
表 79	研究 3 Mann-Whitney U 検定 (介護離職)	129
表 80	研究 3 ロジスティック回帰分析 (介護離職)	129
表 81	研究 3 4 つの文献リスト (一般就労者との比較資料)	132
表 82	研究 3 本研究と 4 つの研究内容リスト (一般就労者との比較資料)	133

【図】

図 1	看護師の就業構造の変化	4
図 2	研究 1 の調査枠組み	23
図 3	研究 3 の調査枠組み	25
図 4	在宅介護をしたい	49
図 5	仕事と在宅介護の両立をしたい	49
図 6	仕事と在宅介護の両立に対する不安	49
図 7	看護師の仕事と在宅介護の関係①	55
図 8	看護師の仕事と在宅介護の関係①	56
図 9	事例 A 仕事と在宅介護の両立完了のプロセス	66
図 10	事例 A 仕事と在宅介護の 24 時間サイクル	66
図 11	事例 B 仕事と在宅介護の介護離職に至ったプロセス	70
図 12	【両立の決心と始まり】	74
図 13	【両立の継続・揺らぎ】	77
図 14	【仕事と在宅介護の両立の終結】	84
図 15	介護負担感と介護肯定感	107
図 16	看護職務意識と職場環境	111
図 17	看護師の仕事と在宅介護のアンビバレンス	141
図 18	看護師の仕事と在宅介護の両立・継続支援モデル	142
図 19	組織・職場における介護期の働き方支援プログラム	152

【資料】

資料 1	: 研究 1 病院・施設依頼文書	171
資料 2	: 研究 1 病院・施設説明書	172-173
資料 3	: 研究 1 病院・施設承諾書	174
資料 4	: 研究 1 調査票	175-181
資料 5	: 研究 2 面接対象者依頼・説明書	182-183
資料 6	: 研究 2 面接対象者参加協力同意書	184
資料 7	: 研究 2 面接対象者同意撤回書	185
資料 8	: 研究 2 インタビューガイド	186
資料 9	: 研究 3 Web 調査票原本	187-200
資料 10	: 研究 3 Web 調査票ネット質問版	201-229

序章

はじめに

我が国は、高齢化の進展や家族構成の変化を背景に、「介護の社会化」に向けて介護保険制度が導入され、各種サービスの充実が図られてきた。また、在院日数の短縮化と在宅療養移行促進を目指す政策により、「時々入院、ほぼ在宅」を合言葉に在宅における介護が主流となり、結果的には、家族が重要な介護の担い手という構造は変わっていない。しかし、こうしたなか介護を理由として離職する就労者が年間 10 万人を超えるとされている。「平成 24 年就業構造基本調査」¹⁾によると、働きながら介護をしている人は、291 万人とされ、40 代から 50 代の働き盛りがその介護の中心を担い、これは全就業者の 5%にのぼる。介護離職者は、収入が無くなることで生活の基盤を失い、企業は貴重な人材を失うことで、企業の運営や利益にも影響を及ぼし、介護離職者にも企業にも大きな損失となる。団塊の世代の加齢に伴い、介護する側にある団塊ジュニア世代も高齢化を辿り、ますます介護離職は増えると見込まれ、「介護離職ゼロ」に向けた施策が急務となっている。

一方、医療介護関連職種に対する需要が拡大を続け、とりわけ看護職・介護職の人材確保も大きな課題である。看護職（保健師・助産師・看護師・准看護師を含む）の就業者数は、平成 25 年末で約 157 万人となっている。税・社会保障一体改革における推計において、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年には、看護職が 196 万人～206 万人必要とされ、今後増加しても、2025 年には 3 万人～13 万人が不足すると推測されている²⁾¹²⁾。また、看護職の離職率は 10～11%¹²⁾前後を推移し、慢性的な人材不足は改善されていない。そこで、必要となる看護職を着実に確保するために、昨年「看護師等の人材確保の促進に関する法律」改正が施行されるなど様々な看護職の就労支援等が講じられている。また、平成 22 年の「女性看護職員就業者数」は約 124 万人と、女性雇用者総数 2329 万人の 5.3%、ほぼ 20 人に 1 人が看護職の構造になっている。看護師は、女性労働力人口の重要な層を形成している¹³⁾。つまりは、労働人口としても、医療福祉関連を担う人材としても離職予防は必須の課題として取り組みが重要である。

では「介護離職」はなぜ起こるのだろうか。これまで介護に関わる課題として、「老々介護」、「認知症介護」、「終末期介護」、「家族の介護負担」などの研究がすすめられてきた。近年では、「シングル介護」や「介護殺人」などの悲劇的な介護の末路についても話題となり、介護に関連する課題は今後も我が国の最優先的課題として解決が期待されるものと考えられる。2000年に介護保険制度が導入されて、介護を社会で支えるシステムができたにもかかわらず、介護者に関する課題は後を絶たない。家族介護者の実質的な介護負担は減ったものの、介護保険制度は、仕事をしている家族介護者と要介護者の双方に対して、十分に支える機能を持ち合わせている仕組みとは言えないのではないだろうか。家族介護者の中心は、とりわけ企業の中核を担う中高年期の就労者が担っていると報告されている²⁾。中年期の就労者は、企業において管理的立場にあり、仕事においても職責の重い仕事に従事する人も少なくない。このような中核的存在にある就労者が仕事をしながら、在宅における介護を行うことは容易なことではないことは推察できる。先行研究の調査で、介護による離職のきっかけは「自分以外に親を介護する人がいない」³⁾⁴⁾という報告もあり、家族介護においても他に任せられない状況が、「介護離職」に至っていることは明らかになってきている。

これまで、家族介護者の介護と就労支援に関わるものとして「育児・介護休業法」等の両立支援制度が進められてこなかったわけではない。これまでではどちらかと言えば育児との両立支援が中心に進められ、育児と両立支援制度活用は一般的になりつつある。しかしながら、介護休業・休暇制度はなかなか活用が進んでいない現状がある⁵⁾。育児は実親が中心的に担うが、介護はそうとは限らず、自身の親から、配偶者の親、祖父母等まで対象者は幅広い。育児期間についても概ね成長に合わせて数年間と先が見える期間に対して、介護は急に発生して降りかかり、いつまで続くか、先がどうなるのかが予測しにくい。日本の平均寿命は世界トップクラスになり、健康寿命も同じく延びている。その差は約9～13年⁶⁾となり、この期間がいわゆる介護期間といっても過言ではなく、育児期間とは大きく異なる点である。2025年には認知症患者700万人時代⁷⁾を迎えようとしている今、認知

症の在宅における身体的・精神的負担については、乳幼児の見守りとは比べようもない介護課題がある。これらの介護負担を念頭に、育児との両立とは違った支援を検討する事も喫緊の課題と考えられる。

筆者は、自らの介護経験をきっかけに、これまでに高齢者の介護に関する研究^{8) 9)}を進めてきた。それらの研究結果では、就労介護者は通院等の困難感や負担感があり、在宅生活の不安を高め、在宅療養の脆弱化をいっそう高めていることがわかった。また、介護保険制度による在宅サービスでは、就労介護者を十分サポートできない現状と、家族と同居していることで使えないサービスがあるなどのサービスの盲点があることも合わせて明らかにしている。それらの研究を通して、就労しながらの介護の限界や、退職の不安と介護クライシスを抱える家族介護者を誰が支えるのかという「仕事と介護の両立」、「家族介護者」の双方の在り方に大きな疑問を抱くようになった。

近年、厚生労働省においても仕事と介護の両立におけるプロジェクトが立ち上がり、両立支援制度や企業の働き方改革などを進めている。海外における仕事と介護の両立についても、介護保険制度の有無、介護負担、就労形態等の違い等があり比較検証は難しいが、1990年代にいち早くイギリスでは介護者支援施策¹⁰⁾が進められている。日本では、ケアラ一連盟による「介護者法」¹¹⁾の発案があるがもののなかなか進展していない現状である。このようななかで、看護師において仕事と介護の両立についてはどう進められているのだろうか。これまで報告されてきたものの多くは、一般就労者(企業等に勤める就労者)についての報告であり、看護師の仕事と介護の両立に関する報告はほとんど見当たらない。看護師の仕事は、夜勤等のある不規則な交代制勤務が主流であり、マンパワー不足が輪をかけて、休めない、残業が多いなどの過重労働が問題となったことなどを背景に、近年では「看護職のワーク・ライフ・バランスの実現」が提言されて、日本看護協会等を中心として「仕事と生活の調和」、働き方の意識改革やそれを支援する働きやすい環境、質向上等の支援が進められている。また、これまで看護師の離職の理由として出産・育児、結婚、本人の健康問題等があげられていたが、昨今では親族の介護における離職も増えてきている。こ

これは、看護師就業者の割合をみると、40～60歳代の看護師の就労割合が増えていることが大きく関係していると考えられる¹⁴⁾。看護師の就業状況は、女性就労のパターンと同様に、出産・育児期に就業率が低下するM次カーブを示し¹⁵⁾若い世代の離職に注目が寄せられていたが、近年の就業構造の変化に伴い介護期にある看護師が増えていることが推察され、その働き方も検討が必要と考える。介護離職は、まさに看護師にも降りかかってきているといえる。

年齢階級別就業者数割合(看護師) (平成14年・24年比較)

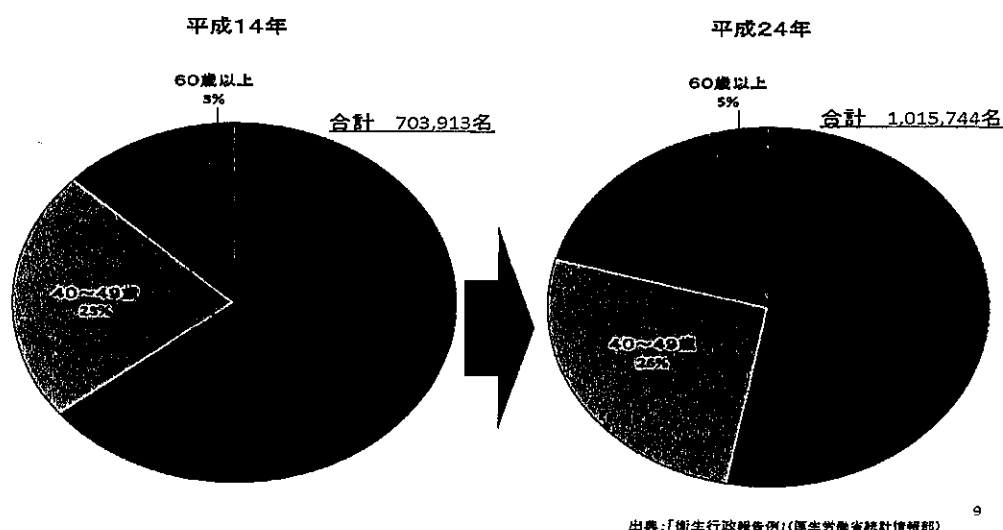


図1 看護師の就業構造の変化

慢性的なマンパワー不足の看護師の人材確保の点からも、ワーク・ライフ・バランスの観点からも、看護の仕事の続けながら介護も両立できるような支援が、今求められていると考えられる。

そこで本研究では、看護師という仕事の特徴を鑑みた、仕事と在宅介護の両立・継続の実態を明らかにするとともに、看護師の家族介護を理由とする離職の防止に向けた方策の検討、及び働きながら在宅で介護を行う家族介護者としての在り方も探っていく。これまでは、仕事や職種に言及した仕事と在宅介護の両立に向けた具体的な方策が展開されてこなかったが、本研究で看護師という職種に焦点化し、実情に合った支援策の具体化をすることで、新たな知見や他職種にも有効な支援策が期待できると考える。

第 I 章 研究の背景

第 1 節 仕事と介護の両立に関する研究の動向

医学中央雑誌 WEB 版（略：医中誌）及び CiNii（国立情報学研究所）を使用し、検索語には、“看護” および“介護”，“両立” が使用されている学術論文，報告書等を検索した。2000 年～2015 年で検索の結果，国内文献では，医中誌・CiNii より 75 件を検索し，さらに，仕事（就労）と介護の両立に絞りこみ，原著論文，地方学会誌，会議録等を含め 40 件の文献を選択し，厚生労働省等の調査報告書も合わせて検討した。検討内容は，両立に対する肯定・否定評価，両立支援についての方向性，制度評価，調査報告による実態，両立モデル等に分類した。

1) 仕事と介護の両立の否定的評価について

松本ら¹⁶⁾は，介護の両立・継続に対する思いはマイナス傾向にあり，介護負担感の高い群は，潜在的な虐待などの心理的虐待につながることをあげている。高林¹⁷⁾¹⁸⁾は仕事と生活をどう両立するかで葛藤していること，介護のために自分の時間がもてない，家族が協力してくれない，介護のために普通の家庭生活が送れないなどの葛藤を感じていると述べ，仕事と家庭の両立そのものと，家庭内における葛藤を抱えていることを報告している。松本ら¹⁹⁾は，仕事と介護の両立していく過程において，看護専門職としてのプライドがあるがゆえにうまく SOS を出せないことも，仕事と介護の両立を妨げている要因の一つとしている。蔭久²⁰⁾は，仕事も家庭も中途半端になり，もどかしさを感じ「不全感」を抱く人は少なくないと述べ，勤務形態の多様化に答える育成とキャリア構築を試みた。松本ら⁸⁾は，病気に対する不安，介護サービスの不満とサポート不足，仕事との両立のジレンマ，介護に対するストレスがあり，在宅療養を妨げる要因として，病状の悪化，緊急時の対応，介護者疲労，就労者へのサポート不足を示した。山田ら²¹⁾は介護者が自分の時間を持ってないという思いはストレスとなりやすいことを述べている。看護師の仕事と介護の両立について高林¹⁸⁾は，5 割近くが今後 5 年間に家族介護の可能性がかなり高く，両立の不安を抱いていると報告している。しかし，両立している

人の実態調査の報告はない。石井ら²²⁾は、終末期の患者の介護について、患者と家族介護者とのかかわりの側面として、「身体症状や苦痛に十分対応できない」「スピリチュアルペインを感じる」「介護に関する心理的負担を感じる」など、在宅医療・サービスに関する側面として、「安心した療養生活を開始できない状況」「医師との信頼関係が築かれない」「不十分な在宅サービス」などが面接から抽出されている。また、坂本ら²³⁾も終末期医療の問題として、介護するなかでの対応困難、自分で介護することの不安、介護する中での自分の生活を保つことのつらさ、仕事と介護の両立の難しさ、症状の変化による不安家族の間に生じる悩み、経済的負担などで、対処できていなかったのが真実を告げることの迷いや経済的負担などをあげている。植田ら²⁴⁾は、就労女性について、両立困難な要因として、認知症の周辺症状、健康の崩れなどをあげている。久保川ら²⁵⁾は、介護上の問題は、要介護者のみで過ごす危険、無関心・介護放棄、介護負担、健康不安であった。また、介護の孤立化や要介護者との密着性に考慮する必要があると示唆している。労働の意味として久保川ら²⁶⁾は、老親を介護するひとり介護者は、介護を毎日の積み重ねと捉え、覚悟と意味を認識し、労働を生きることとして、困難な介護を行っていること、また、不確かな未来と展望とも述べている。

就労内容に関わらず、仕事と介護の両立には否定的課題があり、対象者が認知症や終末期、病状の悪化などが影響していることが明らかになっている。また、否定的課題をまとめると、＜介護クライシス＞＜介護の孤立化＞＜葛藤（コンフリクト）＞＜両立に対する不安と困難感＞＜身体的・心理的・経済的負担＞＜要介護者の病状の悪化＞＜認知症の進行・人格変化＞＜緊急時の不安＞など、介護者側の不安としては、＜健康の崩れ＞＜転職・離職＞＜不確かな先の見えない介護＞＜終末期・看取りの不安＞等が挙げられた。介護者以外の側面では、＜家族関係の歪み＞＜協力不足による不満・ストレス＞なども両立を妨げる要因とされている。対象者が看護師のものは少ないが、上記に加え＜看護師のプライド＞＜中途半端な介護による不全感＞などがあげられている。

2) 仕事と介護の両立の肯定的評価について

春名ら²⁷⁾は、仕事を最大の支えとして、「介護力の導入と活用」「まわりの共感と支持」を活用して両立の継続できる環境を整えること、仕事をしながらの価値を見出し就労介護者の成長につながるプロセスを考慮した支援が必要と述べている。渡部ら²⁸⁾は、両立による意味を見出し、自己成長につながるように支援していくことが必要と述べている。長沼ら²⁹⁾は、満足度の関連要因は、睡眠時間の長さ、要介護者との続柄、仕事時間の増減の希望、ショートステイの利用などをあげている。仕事をする理由についても、経済的に必要、気分転換、仕事が好き、健康、社会参加、生きがいなどの肯定的要素をあげている。越智ら³⁰⁾は、強みの性質として、両立という側面で、自信や学びを得たり、家族の凝集性を高められたり中年期の発達課題の達成など示唆された。中垣³¹⁾は、看護師の発達課題の体験として仕事と介護の両立をあげている。植田ら²⁴⁾は、就労継続が可能な方向に影響する要因として、公的サービスの量的充実、要介護者の朝食準備、就労女性の心身のゆとりや休養、健康などをあげている。芝山³²⁾は、介護と農業は介護者に深く内在化した営みであり、農業は介護者の「張り合い」となり、介護意欲の補充に役立つとしている。

仕事と介護の両立には、否定的評価はあるものの、発達・成長とした見方や、仕事と介護を両立することの肯定的側面も明らかとなっている。肯定的な側面をまとめると、
<仕事が最大の支え><自己成長><気分転換><生きがいや社会参加><自信や学び><家族の凝集性>に関連しているとの見解が示されている。また、女性のライフサイクルにおける<発達課題の達成>に繋がるとされる。両立をするうえで、これらを肯定的な側面を活かしていくことも重要な課題となる。

3) 仕事と介護の両立支援・制度の課題

渡部ら²⁸⁾は、両立支援の方向として、実態に即した社会的支援の確立が必要と述べている。また、両立には、家族の協力と就労者が実態に即した介護サービスの在り方も必要性を示している。中村ら³³⁾は、男性介護者に対して、より良く生きる力として、主体者になる、バランスを保つ力、学習・自己成長する力、育む要因として、愛情、責任

感、精神的支援、実質的支援、社会の近接性、出会いとつながり、経済的な基盤などの必要性を述べている。久保川ら²⁵⁾は、ケアマネージャーの考える介護継続要因は、インフォーマルな支援が必要と述べている。

制度の評価として、彦ら³⁴⁾は、介護休業は、仕事と介護の両立のための制度だが、現時点では利用実績は少なく、制度の利用において男性管理職の多い日本では、代替要因、人事評価への影響等もあり、介護休業取得は躊躇させると考えられると報告している。蔭久²⁰⁾は、時短の期間拡大、時短のフレックス制の導入などを導入した。濱島³⁵⁾は、就労している家族介護者への支援の在り方については、①家族援助の充実②介護休業以外の介護支援制度の充実③仕事時間に合わせた介護サービスの提供と述べている。斎藤³⁶⁾は、働く介護者は企業の支援制度の枠外で、介護ニーズに対応している一方、多様な支援制度を利用したいという意識とのギャップがあることが明らかにしている。池田³⁷⁾は、育児・介護休業介護休業を含めた企業の両立支援制度の認知度が低い、運用が有効でないと述べている。また、「2017年の改正に向けて、厚生労働省の研究報告では、介護離職を防止し、仕事と介護の両立を可能とするための制度の整備で、介護休業の分割取得、介護休暇の取得単位の見直し、選択的措置義務、所定外労働の免除、仕事と介護の両立に向けた情報提供という改正案が出されている」と今後の方向性について述べている。浜島³⁸⁾は、介護については、育児との相違点に留意して両立支援策の充実を図る必要があるとして、実際には介護休業制度も勤務時間短縮等の措置もほとんど利用されていないことを指摘し、労働者の介護の実態を反映した柔軟な介護休業制度が必要であるとしている。

その他の支援として、前久保ら³⁹⁾は仕事を休むこと、自分の身体の不調、自分の時間が持てないに対しての看護介入の優先度が高く、支援手段を講じる必要性を示唆している。

杉本ら⁴⁰⁾は、介護者が就労継続する意義は、生計維持で他に介護が頼めない状況と報告している。美ノ谷ら⁴¹⁾の病院勤務の家族介護者の実態調査からは、年齢が高くなるほ

ど高率になる。女性が重い介護を担っているという特徴をあげている。山口⁴²⁾は、就業継続に影響を与えるものは、ジェンダーのほか、ADL援助状況、主介護者、学歴、就業状況などが複合的に影響していると報告している。これは、介護保険制度導入以前の実態調査報告である。

金井⁴³⁾は、女性労働者の特有なストレスとして、キャリア・ストレスとワーク・ファミリー・コンフリクト(WFC)をあげている。ワーク・ファミリー・コンフリクト(WFC)は、仕事と家庭という2つの役割(多重役割)を担うことによる時間的切迫性や、役割の衝突より引き起こされる葛藤とされている。高林¹⁷⁾は、介護しながら交代制勤務に従事する看護師のワーク・ファミリー・コンフリクト尺度の作成を試みる中で、「介護のために普通の家庭生活が送れないなどの葛藤を感じている」と報告している。

これまでの先行研究では、両立支援制度の評価として<利用実績は少なく>、年収ダウン、代替要因、人事評価への影響等もあり、<介護休業取得は躊躇させる>と考えられている。また、<両立支援制度の認知度が低い><運用が有効でない><多様な支援制度を利用したいという意識><現状とのギャップ>があることが明らかとなっている。

4) 研究プロジェクトおよび厚労省委託調査の実態報告及び課題

力石³⁾は、介護開始期の働き方について、両立した人と離職した人を比較して実態報告しているが、その結果、仕事と介護を両立するために転職した人の離職のきっかけは「自分以外に親を介護する人はいない」であること、平均年収のダウンがあること、介護時間、年収、貯蓄等と離職のとの関係を示している。

中央大学大学院戦略経営研究科ワーク・ライフ・バランス&多様性推進・研究プロジェクト⁴⁴⁾による仕事介護の両立に関する調査からは、急な介護による1か月の休業をとるのは困難、勤務先の介護に関する支援制度の認知度の低さ、仕事と介護の両立についての情報収集や研修、介護の不安や長期・短期休暇の要望等が多いこと、また、両立支援制度を利用せずに両立している人が半数以上いることも報告している。

労働政策研究・研修機構（JILPT）⁴⁵⁾の仕事と介護の両立に関する調査結果からは、家族介護者の転職状況は、介護開始時に身体介助の必要性、認知症による見守りなどが離職、非就業になる割合が高いとしている。介護のために仕事を休む日数については、介護開始時の勤務先で1週間を超えて連続で休んだ経験のある正社員は、2週間以内の割合が高いことも報告している。

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社⁴⁶⁾の調査では、就労者における手助け・介護の実態や直面の可能性、介護制度や支援制度にかかる情報、両立支援制度の認知状況・利用状況の実態について、就労者の10～14%が介護を担い、年代では50代の方が15%と多い、介護を担っている女性では、役職を担っている人の割合が多い。介護を知られることに抵抗がない方が多く、全体に休暇を取っている割合が少ない。離職の理由は、「仕事との困難」、「健康状態の悪化（自分）」、「自身の希望で介護に専念」、「入所ができなかった」が多かったと報告されている。資格や仕事内容についての言及はなかった。

多くのプロジェクトチームが、仕事と介護の実態を明らかにして、両立支援のための方策を検討しているが、一般企業が中心とした施策であり、仕事の特性等について言及したものはほとんどなく、実情に合わないなどの制度・政策の限界に留められている。

5) 両立モデルなどの特徴について

大宮⁴⁷⁾は、在宅療養者の介護認識のプロセスについて、介護役割の引き受け、介護の戸惑いと混乱、役割拘束による心身のしんどさ、自分らしく過ごす時間の短縮、介護のペースを掴む、心理的拘束の引き下げ、介護から離れる時間の試み、社会活動への参加再開、バランスの再構築などを見出している。北西⁴⁸⁾は、脳梗塞の介護事例で、仕事をもつ妻のペースに合わせケア技術を獲得し、スムーズに在宅生活が導入できたと報告している。

6) 一般企業を対象としたワーク・ライフ・バランスの課題（諸外国との比較も含む）

池田⁴⁹⁾は、これまでの文献レビューより、(1)女性の家事・育児と仕事の両立に

において、出産・育児期の就業継続は依然として難しく、このことが再就職後の仕事の処遇のみならず両立負担やメンタルヘルスにも望ましくない影響を及ぼす可能性がある。

(2) 親の家事・育児援助に頼ることが難しくなるとともに男性の家事・育児参加の重要性が高まりつつある。加えて、高齢人口の増加と家族規模の縮小を背景に、女性のみならず男性においても介護と仕事の両立が切実な問題になりつつある。この意味で、家庭生活と仕事の両立は男性にとっても重要な課題である。(3) 労働時間の問題は、出産・育児期の就業継続、男性の家事・育児参加、そして介護期の就業継続に共通の課題である。これまでも「働き過ぎ」や「ゆとり」の観点から長時間労働の問題は指摘されてきたが、今後は家庭のみならずそれ以外の生活も含めて、具体的な生活の課題に即した労働時間短縮の議論を深めていくことが重要であると述べている。佐藤⁵⁰⁾は、介護と子育てでは両立支援の考え方が異なるポイントとして本人が直接介護するように支援するのではなく、介護サービス等を活用しながら仕事と両立できるように支援し、介護離職を防止することが重要であると報告している。また、仕事と介護の両立には、連続した休業だけでなく、休業期間の分割が有効であるとし、また、職場の業務が円滑に遂行できるような取組みが必要としている。まさにワーク・ライフ・バランスができる職場づくりが課題とも述べている。

池田・池添⁹⁹⁾は、諸外国のとの比較を通して、下記のようにワーク・ライフ・ balan

国名	方針	具体的政策
ドイツ	新たな包括的家族政策	専業主婦モデルから共稼ぎモデルに変化、国全体が家庭と家族と仕事の調和に積極的に取り組み、親時間、親手当、パート労働者・有期契約労働者に対する差別禁止や正社員との比例処遇原則を定めている。
フランス	長年にわたる可能な範囲での制度改正	基本的には子育て両立支援であり、家族手当などの経済的支援から始めている。できるところからの制度改正ということで積極的ではない。
イギリス	積極的な家族政策と柔軟な労働市場政策	貧困問題と子育てで母親がフルタイムで働けないなどの問題があり、特に女性労働の排除をしない政策、女性の短時間勤務制度が認められている。「労使パートナーシップ」が特徴的。弾力的な勤務制度もある。
アメリカ	企業による自主的な取り組み	基本的に労働者保護の法制度はない。連邦家族医療休暇法のみ成立している。差別禁止法がある。

スに関する法政策を述べている。

武石・佐藤⁹⁶⁾⁹⁷⁾⁹⁸⁾は、日本の労働者の就労実態及び働き方に対する意識、職場の業績等のパフォーマンス評価（主観指標）等をイギリス、ドイツの労働者と比較し、それらに影響を及ぼす要因として、企業のフォーマルなワーク・ライフ・バランスとインフォーマルなマネジメントの特徴の2つの側面に注目している。1つは、企業がワーク・ライフ・バランス施策に取り組む際に、制度・施策の導入に注力する傾向があるが、職場のパフォーマンスを維持しつつ個人のワーク・ライフ・バランスを実現するためには、制度・施策の導入以上に、仕事や職場の特徴の要因が重要であること、2つ目は、労働時間の短縮に加えて、個人が裁量を持って働くことのできる職場環境整備が重要であることとしている。こうした職場環境整備は、職場マネジメントのあり方と深く関わっており、職場マネジメントを担う管理職に対する支援が、これまで以上に求められると述べている。

第2節 看護師のワーク・ライフ・バランス、就労継続に関連した研究の動向

医学中央雑誌 WEB 版（略：医中誌）及び CiNii（国立情報学研究所）を使用し、検索語には、“看護師” “ワーク・ライフ・バランス” “介護” は 2007 年～2015 年で、医中誌・CiNii より 5 件を抽出し検討した。海外文献としては、2006～2015 年の過去 10 年間に於ける PubMed (National Library of Medicine) 及び CINALL を用いて“work life balance nurse” “caregiver” より 99 件抽出したが、ワーク・ライフ・バランスと介護に関するものは 4 件のみであり、それらを検討した。また、看護師の就労継続については、2011～2015 年の過去 5 年間の“看護師” および“就労” “継続” が使用されている学術論文を検索した。検索の結果、国内文献では、198 文献あり、さらに看護師の仕事の継続に関するものに絞り込んだ結果、31 件の文献を検討した。

1) 看護師のワーク・ライフ・バランスの研究からの課題

上里ら⁵¹⁾は、認知症高齢者の家族介護経験と看護実践との関係について、看護実践が家族介護経験にいかされ、家族介護経験は看護実践にいかされていると肯定評価している。本島ら⁵²⁾は、既婚女性看護師の職場への定着や職業継続を促し、制度の利用状況

と希望する支援内容を明らかにするために、1600名を超える看護師に質問紙調査をした。結果、利用している制度は、「短時間勤務制度」「休業休暇の制度」「深夜業の制限制度」「子ども・子育て支援」などであり、制度利用の有無による希望する支援内容の差は見られなかった。加藤ら⁵³⁾は、看護師のワーク・ライフ・バランスの構成概念を明らかにするために、看護師よりインタビューを行い、質的にまとめた結果、【仕事の充実感の獲得】【仕事と家庭の間でのバランス】【私生活の優先】【私生活でのリラクゼーション】【仕事の優先】【仕事と家庭の責任を同時に全う】の6つを打ち出している。高見ら⁵⁴⁾は、未就学児を持つ看護師のワーク・ライフ・バランス実現のための方策を検討することを目的に、子育て支援の利用状況と利用時の満足度、ワーク・ライフ・バランスに関する無記名式質問紙調査を行っているが、結果、子育て支援利用では、仕事量の軽減、休暇取得時の配慮で有意な差がみられ、いずれも「WLB 実現不可」群より「WLB 実現」群が多かった。仕事と育児の両立という観点から WLB を実現させるためには、育児中の看護師が仕事と生活のどちらに重点を置くかを把握し、個々の意向に沿った柔軟性のある子育て支援を進めていく必要があると述べている。石野ら⁵⁵⁾は、今後の子育てと就労の両立支援を推進していくための潜在的ニーズを把握する目的で調査を行った。結果、全ての保護者が病児保育制度は子育ての手助けとなっていると回答し、保護者が暮らす地域のニーズに即した病児保育体制の充実を、自治体の現状を踏まえて地域別に図ることが必要であり、また、同時に勤務先の育児支援制度の充実および制度が円滑に利用できるワーク・ライフ・バランス支援の促進が必要であると述べている。脇川ら⁵⁶⁾は、病院に勤務する看護職員の WLB の実態を明らかにするための調査を行った。結果、理想と現実に差があり、その理由は、仕事面で時間内に終わらない、時間外の研修、勉強会、委員会、忙しい、余裕がないなどとなっている。また、仕事と私生活を両立させる工夫は、公私の区別、休日や私生活を楽しむ、リフレッシュなど、望んでいる支援は休暇、マンパワー、託児所などと報告している。介護については言及していない。朝倉ら⁵⁷⁾は、離職した看護師が在職中に何を体験し、どのような気持ちを抱えて辞職に至っ

たかを明らかにすることを目的に、退職した元看護師にインタビューして質的に分析している。その結果、結婚、出産、進学などを表向きに離職した看護師の離職理由として<キャリア・デベロップメントの機会の欠如><専門職として評価されない不満><充実した休暇が取れない不満><心身の思い負担>などが明らかとなった。就業3年程度以上の看護師の離職を防ぐためには、キャリア・ニーズに沿ったキャリア開発や、看護師の技能を評価するシステムの開発、勤務体制や業務による心身の負担の軽減を図る必要がある。近藤ら⁵⁸⁾は、看護師の家庭と仕事を両立させる看護師のワーク・ファミリー・コンフリクトと職務意識及び離職意識との関係について検討し、離職意識の程度と職務満足度の関連は、未婚者では職業的地位得点との間に負の相関が、看護管理得点と専門職としての自立得点との間に正の相関が認められると報告しているが、これについて、在宅介護と仕事の関係についての言及はない。

これまでの看護師のワーク・ライフ・バランスの視点からの研究では、介護に着目したものはほとんどなく、子育てや家庭とのバランスに対するものとなっている。しかし、仕事上の心身の負担感は非常に大きく、生活に影響があることは明らかになっている。また、これまで検討されてきた子育て・育児支援の方策のうち、休みの取り方、働き方など、仕事と介護の両立にも十分参考になる点があることがわかった。

2) 看護師の就業継続に関連した研究課題

看護師の就業継続の検討内容を大きく分類すると、新人・中堅等の時期によるもの、子育てによる影響、中途採用や再雇用などの就業状況、勤務場所との関係、その他健康状態の影響やキャリア支援、実践能力との関係からの就業継続の検討となっており、特に新人看護師及び子育て支援に関する若い世代の就業継続が課題となっている。

新人看護師等の就業継続支援として、山口ら⁵⁹⁾は、学びが得られること、先輩や師長・副師長のような看護師になりたいと思えることが看護師を継続する意思と関連があると報告している。佐藤⁶⁰⁾は、自己の成長を感じられる経験、看護のやりがいを感じられる経験、周囲から学ぶ経験の三つの経験が、2年目看護師の就業継続意思に必要である

ことが示唆された。西井ら⁶¹⁾は、就労継続困難な状況に陥った新人看護師が再び職務に向き合い継続していこうとする力を“新人看護師のレジリエンス”と捉え、上記の3点に加え、周りのサポートに気付き、活用できる力や相談することで問題を解決しようとする力などの育成について述べている。また、奥田・高野⁶²⁾⁶³⁾らは、社会人経験をもつ新人看護師の卒業後の就業継続に注目し、支援されている安心感、看護師としての自己肯定感、社会人経験があることへのアンビバレントな思いを抱いていることを報告している。中堅及び中途採用者の就業継続について、佐久間⁶⁴⁾は、セカンドキャリアとして再雇用になった看護師の就業意識として、「看護職が好き」「仕事を続けていきたい」といった就業意欲に関するものや、経済的な理由などが自由記述として多かったと報告している。再就業した潜在看護師の勤務継続意思について、巴山ら⁶⁵⁾は、「配偶者あり」「生活全般の満足感」「職務内容」の3要因が勤務継続意思の関連要因として述べている。寺町⁶⁶⁾は、「ライフスタイルに向けた支援」「スキルアップに向けた支援」「良好な人間関係が保たれるための支援」「教育体制の支援」が必要としている。林⁶⁷⁾は、復職看護師の特性として、継続群と復職群で看護職としての経験の質に差は認められなかったが、復職の理由は、ほとんどが経済的理由であり、「ライフイベントと仕事を両立するために必要な知識を増やしてきた」が復職群で有意に得点が高かった。つまり、経済的な理由も継続に影響があることも示唆している。伊東⁶⁸⁾は、転職した看護師には新人看護師とは異なるリアリティショックがあることを明らかにしている。熟練した看護師の就業継続の内的要因として、実藤⁶⁹⁾は看護を支えているものはその時々における“看護する喜び”であり、その喜びは困難があってもそれを乗り越えて看護を継続するための源泉となっていると報告している。鈴木⁷⁰⁾も中途採用者の支援は、情緒的支援と適格な上司のアドバイスとしている。

子育てと就業継続について佐倉・小室ら⁷¹⁾⁷²⁾は、上司の管理行動、支援体制、職場風土、仕事裁量の4点及び役割モデルになることが重要と報告している。また、丸山⁷³⁾は、未就学児の母親である看護師のバーンアウトに強く関連する要因としては、超過勤

務, 仕事継続意思, 育児への自信, コーピング方法としている。その他, 勤務場所が特異的な場所として, NICU, 血液センター, 福祉施設などの看護師は, そこに居場所や帰属意識を獲得することを報告している。

その他, 就業継続をエンパワーメントする因子について, 加藤ら⁷⁴⁾は, 職場体制, 生活要因などをあげている。宮崎⁷⁵⁾は, 女性看護師の就業定着の要因を全職種で雇用された女性に関する分析結果と比較し, 5 点の要因を明らかにしている。それらは, 初職とのマッチングは職場定着にとって重要であること, 出産より結婚が仕事をやめたり転職したりする契機となりやすいこと, 労働時間の長さは正規雇用の若年看護師で転職志向を強め, 賃金上昇が定着志向を強めるのはベテラン看護師のみであること, 近年正規雇用の若年看護師で転職志向が強まっていること, 全職種からの位置付けで, 看護師は職場定着志向が強いが, ベテラン層や正規雇用者では就業休止志向も強いことを報告している。

このように, 看護師の就業継続に関連する要因として, 生活要因(ライフイベント・経済的要素), 内的要因として, 職場の雰囲気や上司・同僚との情緒的關係, バーンアウト, 外的なものとして, 勤務場所, 労働時間, 個人要因など多角的に就業意識を検討して支援策を検討することが必要であることが明らかとなっている。

3) 看護師のワーク・ライフ・バランスの海外文献の検討

ワーク・ライフ・バランスと介護に関するものを 4 件抽出したが, 看護師自身がケアギバーの研究は見当たらなかったため, ワーク・ライフ・バランスを中心に検討した。Teclaw R, Osatuke K⁷⁶⁾らは, 看護師の勤務シフトが職場の認識に影響を与えるかどうかを目的に調査をした結果, オフシフトの看護師が仕事/ライフバランスや, 上司との関係を明らかにして, 全体的な満足度と離職意向はあまり影響を受けないことを報告している。Chen, I-Hui; Brown ら⁷⁷⁾は, 台湾における仕事の満足度と離職における関係を調査し, 離職意思が仕事の満足度と関連し, また, 仕事の不満は, 間接的に高い仕事内容や, 家族との葛藤が離職意向に影響を与えると報告している。Mullen K.⁷⁸⁾は, 米国の病

院の看護師の仕事と生活のバランスについて、ほとんどの労働者と同様に、看護師が私生活と仕事の成果のバランスの課題に直面し、病院の指導者は、病院の看護師のための改良されたツールを使用して、ワーク・ライフ・バランスを容易にすることを試みたことを報告している。Kim M⁷⁹⁾は韓国で、第一線の看護管理者が看護師のための仕事と生活のバランスの意味との関係を構築する方法を探ることを目的に研究した結果、回復力（「責任を負う」「仕事と生活の分離」「プラス思考」「柔軟性」を含む）を維持するには、ワーク・ライフ・バランスの重要性を認識することであること報告している。

第3節 在宅における家族介護者支援に関連した研究の動向

医学中央雑誌 WEB 版（略：医中誌）及び CiNii（国立情報学研究所）を使用し、検索語には、“家族介護” “在宅介護” “介護者支援”に加えて“介護負担感”として2000年～2016年で、15件が抽出され、家族介護者支援の動向を検討した。

在宅における介護者支援は、「認知症介護」「がん・終末期の介護」「男性介護・シングル介護」など、要介護者の疾患と介護者の特性に分けられ、また、家族支援の方策として、ソーシャルサポートやストレスコーピング、介護負担感の評価などの研究が主となっている。

湯原⁸⁰⁾は、過去18年間に生じた介護殺人の全体状況を確認し、被告の介護を担う力量が問われた3つの事例分析から、介護殺人に事件の特徴として、配偶者間または子による親の殺害がほぼ同じ割合で起こっており、加害者の7割が男性という特徴を示唆している。加害者自身が障害やうつ、介護疲れや病気などの体調不良も事例より確認された。介護者支援として、日本でもイギリスの実践に習い、ケアマネージャーらが介護者アセスメントの開発を行い、ケアプラン作成技術の向上をめざし全国的に展開していくことが今後の課題であるとしている。森泉ら⁸¹⁾も、認知症の妻の介護をする夫の思いを明らかにして、男性介護者支援について、「社会からの孤立」の支援についての必要性を示している。

森山ら⁸²⁾は、訪問看護支援に関する文献レビューより、要介護者の主疾患は、精神疾

患、または認知症となっており、特に認知症の家族介護者に向けての支援が課題となっていることを報告している。また、宮本ら⁸³⁾の認知症高齢者の家族介護者の負担についてレビューした結果、介護負担には複数の要因があり、個別性をもったものであり、世帯に応じて支援方法を工夫すること、副介護者がいないこと、サービス利用状況などは負担要因に繋がることを述べている。介護負担感の尺度は様々だが、岩井ら⁸⁴⁾は、Zarit介護負担尺度を使用し、介護方法や対処方法の指導の効果を報告している。桐野ら⁸⁵⁾は、家族のソーシャルサポートと介護負担について特に被介護者からの情緒的サポートによって介護負担が軽減することを報告している。山口・渡辺⁸⁶⁾⁸⁷⁾は、認知症の家族介護者のバーンアウトとストレスコーピングについてその特徴を明らかにしている。後藤⁸⁸⁾⁸⁹⁾は、がん患者の在宅療養支援及びインフォーマルな支援と訪問看護支援の双方からの課題について、制度の見直しやアセスメントツールの開発などを課題としてあげている。畑ら⁹⁰⁾⁹¹⁾は、介護支援専門員の家族支援についての職場環境との関連性を報告している。

また、介護家族介護者の介護に対する評価についても様々な研究が進められているが、否定的評価の代表的概念として、介護負担感(caregiver burden)がある。Zarit⁹²⁾は、burdenを「患者の介護により介護者が感じる様々な障害」としている。Burden以外の否定的評価概念があるが、Zaritの介護負担感については、介護に関連する様々な問題領域が、尺度内に盛り込まれ、負担感が客観的に示され、荒井ら⁹³⁾によってすでに日本語版が開発され、尺度の信頼性が認められている。また、介護についての肯定的評価に着目した研究も少し遅れて進められているが、その代表的概念として介護肯定感がある。評価尺度も櫻井⁹⁴⁾をはじめとしていくつかの肯定的尺度が開発されているが、広瀬⁹⁵⁾は介護者支援として、否定的側面のみだけでなく、肯定的側面の評価を明らかにすることで、真の介護評価ができると述べ、介護者支援に両評価が必要と示唆している。

家族介護者支援は、認知症介護を中心に、介護負担感を軽減することや、ストレスコーピング・バーンアウトなどによる介護危機に陥らないように研究が進められているこ

とがわかった。認知症があることも負担があること、副介護者がいないことなどの介護状況も影響があることなどを参考に仕事と介護の両立支援の検討を進めていく必要が見出された。また、介護者支援には、介護の両評価をすることが必要とも考えられた。

これまでの家族介護者の研究を概観すると、看護師が家族介護者になるなどの、支える側、支えられる側の両側面を追及した研究はない。家族介護は誰にでも降りかかる可能性のあるものであり、特に医療福祉関連従事者にとって、仕事における介護の側面と家族介護者の介護の側面などのアンビバレンスについても重要な側面と考えられる。介護と仕事に関連したアンビバレンスとして介護する側・される側の双方の負担感・肯定感が明らかにすることも必要であり、家族介護者の実態を踏まえた支援に繋がるものとする。

第4節 研究課題のまとめ

これまでの先行研究と一般企業の実態調査等からわかっていることは、「仕事と介護の両立の課題」は40～50歳代の中年期層であり、仕事のストレスも高いが、休暇を取りにくい状況にもある。また、離職に至ると勤務先の痛手も大きい。転職も難しい時期でもあり、収入の心配のある時期ともいえる。介護がいつまで続くかわからず将来の見通しを立てにくい、仕事を辞めずに介護と仕事を両立するための仕組みが分からない、介護休業など職場で取得して仕事をしている人がいない、勤務先に介護に関わる制度はあっても、利用しにくい雰囲気があるなど、多様な介護の現状と両立支援制度活用の乖離、職場改革が課題となっている。これらの結果は、一般企業に勤める社員の両立課題として報告されているが、仕事内容や職場の特性についての言及はない。休暇の取り方や職場体制の違いのある職業についても、この一般企業と同様の方策で良いとは考えにくい。明らかに実情にそぐわない方向で同様の職場改革を推進しても両立支援にならないことが推察される。これまでの研究より、特に看護師の仕事は一般企業の働き方とは様相も大きく異なることが考えられ、実情に合わせるという目的からも、別途の方策の課題の必要性が見いだされた。

また、看護師のワーク・ライフ・バランス、就業継続に関連した研究は、新人看護師や育児支援に偏り、看護師の家族介護に関わる介護負担や仕事との両立に着目した研究はほとんど見当たらない。看護師の場合は、夜勤などの不規則な勤務体制のうえ、慢性的な人材不足の中で育児休業すら取れない状況である。近年の正規雇用の若年看護師で転職志向が強まっていることや、看護師は職場定着志向が強いが、ベテラン層や正規雇用者では就業休止志向も強いことなどを鑑みると、看護師の仕事の特性と看護師の介護との両立の実態を明らかにすることは喫緊の課題と考える。看護師としての就業継続についても課題の多いなか、仕事と介護の両立が仕事にどのように影響を与え、また、介護を理由に離職に繋がっていくのか。さらには、仕事と在宅介護の両立を継続していくためにはどのような支援策が必要なのか、アンビバレンスな側面も含めた実情にあった具体的な両立支援を検討していくことが今後の研究課題として示唆された。

第Ⅱ章 本研究全体の意義・目的・方法

第1節 本研究の目的・意義

本研究では、看護師の仕事しながら在宅介護をしている現状（実態）と合わせて、仕事と在宅介護の両立・継続に関する必要な支援は何かを明らかにすることを目的とする。本研究の特徴は、量的な視点と質的な視点での研究を並行的に行うトライアングレーションアプローチであり、看護師に焦点化したものとするところに特徴がある。トライアングレーションは、ひとつの現象に関する研究の中で、研究方法、データ収集方法、理論的に異なるものを組み合わせるプロセスのひとつである。仕事と介護に関する思いなどは、主観的な部分が大半だが、その部分に量的研究により客観性を持たせつつ、数値では表せないナラティブをきめ細かく質的分析を並行することは研究手法として独創的であり、かつ意義があると考えられる。

また、先行研究では、職種や資格に言及したものはほとんどないため、家族介護者を看護師に絞り込みながら、その仕事と介護の関係性を明らかにする点において新規性がある。介護離職予防と家族介護者を支援していくにあたり、研究対象を看護師に限定することで、課題解決への方策も実情に合ったより具体的なものがあげられると考える。

さらに、本研究はいくつかのアンビバレンスの側面を追及する点についても新規性のあるものと考えられる。アンビバレンスとは、心理学用語であり、ある対象に対して、相反する感情を同時に持ったり、相反する態度を同時に示すこととされ、「両価感情」や「両面価値」、「両価性」などと翻訳される。本研究では、家族介護者をサポートすべく看護師も同じ家族介護者であるという視点も重要な点である。地域社会システムの中で支える側でもあり、支えられる立場にもあるという両者の側面、家族としての介護と仕事としての介護の両者の側面というアンビバレンスの「両者性」、また、介護負担感と肯定感などの介護に対する「否定的評価」と「肯定的評価」を「両価性」とし、仕事を「辞めたい」・「続けたい」という、相反する感情の両側面である「両面感情」についても本研究独自の探求であり、支援をしていくために重要な要素と考える。これまでの研究で

は、マイナス部分に研究課題が注目され、支援の方向もマイナス課題に偏りがちだったが、発想を変換し、両者又はプラス面を明らかにして、スピルオーバーしていくことも、課題解決の方策が導かれると考える。そのためにも、本研究では、アンビバレンスはなくてはならない視点であり、「両価性」「両面感情」とアンビバレンスを定義して取り組んでいく。このように仕事と介護の両立・継続におけるいくつかのアンビバレンスを探ることは、仕事をしながら在宅介護を担う家族介護の基盤づくりに示唆が得られると確信し、この点についても新規性と独自性があると考えます。

本研究の最終目標は、家族介護者、特に仕事しながら老親を在宅で介護を続ける介護者が今後もますます増加していくこと、看護師も同じであることを鑑みて、看護師の仕事と在宅介護の両立・継続に対する支援体制の課題を見出し、多角的なサポートを作り出していくことである。そのための第一段階として、まず看護の仕事と在宅介護状態の実態把握、第二段階として、両立を支えているものと両立のプロセスを明らかにして、最終段階として明らかになった両立支援ニーズを統計的に確認したうえで具体的な方策を検討する構成となっている。

看護師の仕事と介護の両立についてはまだまだ研究が少なく、支援策も十分検討されていない。ここで明らかにされることは、看護師の仕事と在宅介護の両立・継続の課題だけでなく、両立することの役割・意味、看護師が両立・継続することの肯定的側面も明らかにすることで、介護経験を活用した看護の仕事の展開にも繋がり、中高年の介護期における看護師の働き方支援のモデル化が示唆できることも期待される。

第2節 本研究の方法

1. 研究デザイン：トライアングレーションアプローチ

1) 研究1：

実態調査研究に加えて仮説検証型研究デザイン、自由記述は内容分析手法を用いた。先行研究で一般就労者の両立状態について明らかになっていることをもとに下記の通りとした。内容分析は、系統的に数量分析する量的研究法だったが、その後質的分析と

して用いられるようになったもので、本研究では、Krippendorff¹⁰⁰⁾の内容分析法を参考として、記述から得たデータに潜在する象徴的な意味(キーワード)等のカテゴリー化をすることで、両立に関わる介護不安の内容を検討した。

【研究1の調査仮説】

先行研究では、仕事と介護の関係について統計的尺度を用いて調査したものが見当たらないため、独自に仮説を立てて質問紙を組み立て検証した。下記の仮説については、先行研究の質的な内容から影響因子と考えられたものを項目ごとにアンビバレンスを考慮して抽出している。

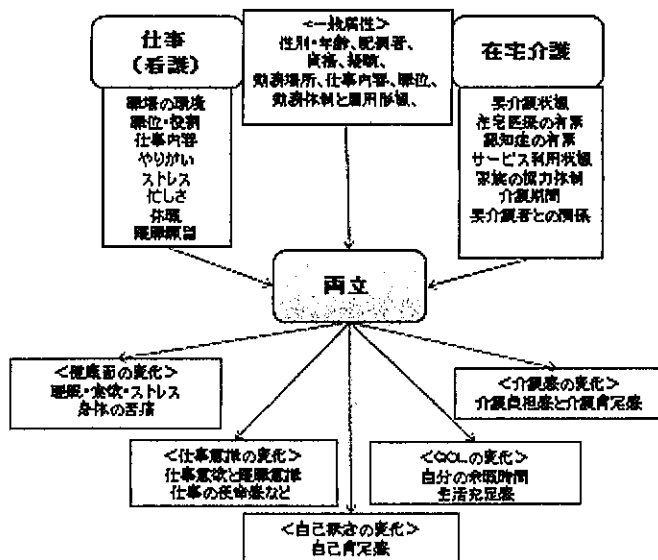


図2 研究1の調査枠組み

- ・仕事をしながら介護することは仕事に影響(課題)がある。
⇒在宅介護なし群とあり群の仕事意識(意欲や困難感など)に差がある。
- ・仕事をしながら介護することは健康(睡眠や食事、精神状況)に影響(課題)がある。
⇒在宅介護なし群とあり群の健康状態に差がある。
- ・仕事をしながら介護することは自己概念に影響(課題)がある。
⇒在宅介護なし群とあり群の自己肯定感に差がある。

- ・仕事をしながら介護することは生活充足感に影響(課題)がある。
⇒在宅介護なし群とあり群の生活充足感に差がある。
- ・仕事をしながら介護をすることは介護負担感・介護肯定感に影響がある。
⇒介護負担感の高い群と低い群では仕事意識に差がある。

2) 研究 2 :

質的記述的研究デザインとし、事例研究と修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチの2つの方法によりプロセスを明らかにして、両立・継続に関わる概念の構造化を行った。1つ目の事例研究については、具体的な事象を構造化された視点から記述し、全体的に、あるいは焦点化して検討を行うもので、本研究ではマルチプル・ケーススタディとして、時系列分析を取り入れ、ナンシー・K・シュロスバーグ理論¹⁰¹⁾の枠組みを活用して、両立と転機の関係进行分析した。ナンシー・シュロスバーグは、「キャリア発達は転機 (transition) の連続である」と考え、転機のプロセスを理解して、転機に上手く対処できるようになることに焦点を当てたキャリア発達の考え方を基本としている。転機とは、何らかの出来事が起こることや、予期したことが起きないことによって引き起こされる変化で、仕事の内容が変わる、誰の下で仕事をするかが変わる、働く場所が変わるなど、人間を取り巻く環境は常に転機の連続であると述べている。2つ目の木下¹⁰²⁾¹⁰³⁾の提唱している修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified-Grounded Theory Approach ; M-GTA) を用いた。M-GTA は、データの解釈から説得力のある概念の生成を行い、そうした概念の関連性を高め、まとまりのある理論を構築する方法であり、文脈を破壊せず、逆に重視し、切片化より始めるのではなく、意味の深い解釈を試みる分析方法として、M-GTA を採用した。理論的前提として、シンボリック相互作用論¹⁰⁴⁾を基盤とした研究方法とした。これは、人間行動を理解するために提唱された理論的枠組のことで、ハーバート・ブルーマー (Herbert Blumer) が1937年に初めて用いたもので、象徴的相互作用論と翻訳されることが多い。この理論は人間と社会の成り立ちについて3つの前提でまとめられている。①人間は、外界の事物に対

して付与する意味を基本に行為する。これが「象徴的」と形容する理由である。②このような意味は、個人的かつ内面的世界から生まれるものではなく、人々との社会的相互作用の中から生まれる。③個人が出会う様々な社会過程の中で、意味は加工され、修正される。これらが可能になるのは、個人が社会という外界との相互作用の中で意味の解釈を積み重ねてゆくという過程が存在し、これが行為の基礎となっているからである。このようなシンボリック相互作用論に基づいて仕事と在宅介護の両立・継続の葛藤状態を継続し、両立の意味を成していくプロセスを職場や家族の相互作用より検討した。

3) 研究 3 :

実態調査研究と仮説検証型研究デザインとし、研究 1・2 より得た両立・継続支援因子、介護離職要因を仮説検証した。

【研究 3 の調査仮説】

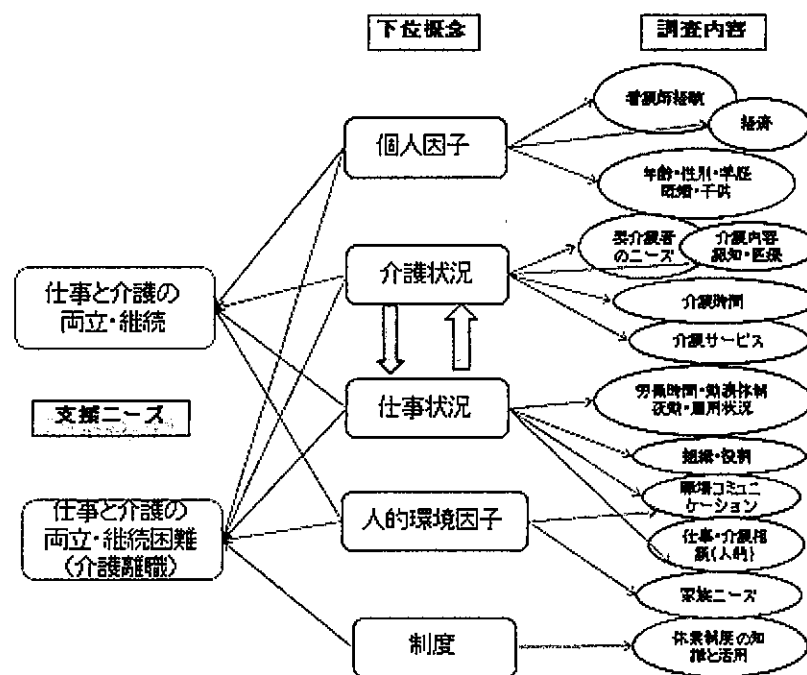


図 3 研究 3 の調査枠組み

・看護の仕事と在宅介護の両立・継続には、個人因子・介護状況・仕事状況・人的環境因子・制度が影響している。

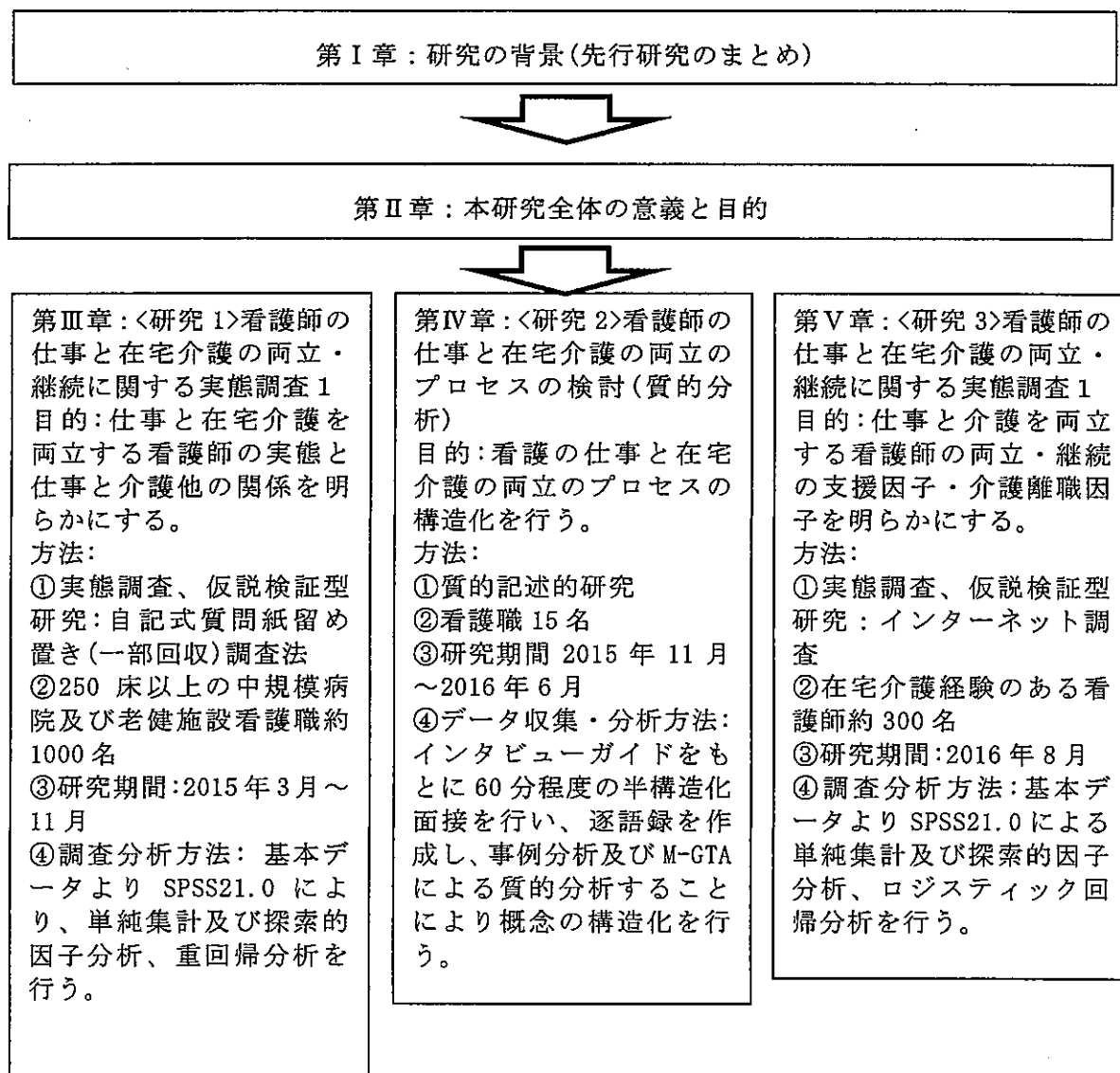
・看護の仕事と在宅介護の両立困難には、個人因子・介護状況・仕事状況・人的環境因子・制度が影響している。

・看護の仕事と在宅介護の両立支援ニーズは（研究 2 の結果）と一致する。

1), 2), 3) の量的な視点と質的な視点での研究を並行的に行うトライアングレーションアプローチを選択した。

2. 研究の構成

本研究では、看護師の仕事と在宅介護を両立・継続していくための支援を検討することを目的とした。本研究の構成は、以下の通りである。





第VI章：総合考察



第VII章：結語

第I章では、仕事と介護の両立に関する研究の動向、看護師のワーク・ライフ・バランスと就労継続に関する研究の動向、在宅における家族介護者支援について概観し、先行研究の展望と今後の看護師の両立支援における研究課題をまとめる。第II章では、第I章を踏まえて、本研究の意義について述べ、現状とこれまでの研究から本研究の課題提起と目的を提示する。第III章から第V章では、課題提起に合わせて研究を展開する。第VI章では、第III章から第V章で得られた結果をもとに総合考察を述べ、看護師の仕事と在宅介護を両立・継続させるための示唆について論じる。第VII章では、本研究の知見を結論として論じる。

3. 用語の定義

看護師：本研究では、准看護師を含めて看護師として定義して研究を進める。

介護：ここでの「介護」とは、「自身と配偶者の両親・親戚や、さらに自身の配偶者を介護すること」をさしている。また、介護の定義としては、排泄や入浴等の「身体介助」、定期的な声かけ（見守り）、食事の支度や掃除、洗濯などの家事、ちょっとした買い物やゴミだし、通院の送迎や外出の手助け、入退院の手続きや金銭の管理などの手助けも含むものとする。

在宅介護：施設（後述に詳細説明）に入所していたり、病院に入院しているなどの見守りは対象としないが、入退院等を繰り返すなかで、在宅にいる期間が1か月以上ある場合は在宅介護とする。施設については、本来老人ホームもケアハウスも生活する場ということで在宅に含められるが、ここでは、介護保険制度による施設サービス、地域密着型サービスの認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、特定施設入居者生活介護

(有料老人ホーム、軽費老人ホームなどの居宅サービスにおける入所施設)にお住まいの方は在宅介護の対象としないことと定義する。

両立：ここでの「両立」とは、看護の仕事をしながら在宅介護をすることをさす。両立とは、本来二つの物事が同時に支障なく成り立つことを言うが、ここでは、支障の部分を焦点に研究を進めることとするため、2つのことを同時に行っている状態として進めていく。

両立・継続：上記の両立を受けて、仕事と在宅介護を同時にしている状態を、ある一定期間続けることを両立・継続とする。期間は問わない。

就労介護者：本研究では、看護の仕事と在宅介護を同時に経験するもの(したもの)ものとする。

介護離職：本研究では、介護を理由に仕事を辞めることとする。ここで扱う仕事は、看護師の場合は看護に関する仕事(看護の仕事)としているが、臨床の特定はしない。他職種の仕事内容については問わない。

アンビバレンス：アンビバレンスとは、心理学用語であり、ある対象に対して、相反する感情を同時に持ったり、相反する態度を同時に示すこととされ、「両価感情」や「両面価値」、「両義性」と訳されている。本研究では、それらに「両者性」を加えて、「両価性」「両面感情」と定義して研究を進める。

スピルオーバー：ポジティブ・スピルオーバーとは、仕事と家庭の一方の役割で生じた状況と意識が他方の役割の状況に良い影響を及ぼすこと¹³⁶⁾¹³⁷⁾として心理学・経済学用語として示されている。本研究では、仕事と在宅介護の双方の役割で生じた意識や感情などが、良い影響を及ぼすことと定義して研究を進める。ネガティブ・スピルオーバーは、悪い影響を及ぼすこととする。

ワーク・エンゲイジメント：ワーク・エンゲイジメントとは、仕事に関連したポジティブで充実した心理状態をさすとしている¹³⁸⁾。本研究では、「仕事で活力を得て生き生きとした状態」と定義し研究を進める。

第3節 研究における倫理上の配慮

研究1について、国際医療福祉大学研究倫理委員会の承認及び対象施設の倫理委員会の承認を得た。対象施設には、研究の目的・方法を説明し文書で承諾を得た。また、研究対象者には研究の目的・方法、協力の有無は自由意思によること、途中離脱も可能であること、研究に協力しないことにより不利益を被ることは一切無いこと、データはコード化してプライバシーは保持されること、収集されたデータはこの研究以外には使用しないこと、そのデータの管理は厳重に行い、研究終了後は一定期間保管したのちにシュレッターにより破棄することを明記した。併せて研究責任者に疑問点などすぐに質問できるようにすることを文書で説明し、アンケート回答をもって同意として研究を進めた。(承認番号 14-Io85)

研究2についても、国際医療福祉大学研究倫理委員会の承認及び対象者の病院・施設の倫理委員会の承認を得た。対象者の病院・施設には、研究の目的・方法を説明し文書で承諾を得た。また、対象者には研究の目的・方法を説明すると同時に、協力の有無は自由意思によること、途中離脱も可能であること、研究に協力しないことにより不利益を被ることは一切無いこと、インタビューデータはコード化してプライバシーは保持されること、収集されたデータはこの研究以外には使用しないこと、そのデータは研究終了後一定期間厳重に保管し、その後シュレッターにより破棄することを明記した。(承認番号 14-Io85)

研究3については、国際医療福祉大学研究倫理委員会の承認を得た。本調査のWeb登録者は、登録の段階モニター規約に同意したうえで調査に参加している。調査対象者には、参加・協力に関して自由意思であること、途中中断でも不利益を被ることはないこと、プライバシーは堅く守り、研究のデータおよび結果は、研究の目的以外に使用することはないこと、研究結果を論文やその他の方法で公表する場合にも匿名性は十分守ることについて、Web上で説明を提示し、調査に参加し最後まで回答したことで同意を得られたものとした。(承認番号 16-Io-4)

第三章 研究1「看護師の仕事と在宅介護の両立・継続に関する実態調査1」

第1節 調査目的

看護職の就労及び看護職の在宅介護の経験の実態と特徴、また、仕事と介護の関係性及び両立に関する影響要因を明らかにすること。

第2節 調査方法

1) 研究デザイン:

実態調査研究及び仮説検証型研究

2) 研究対象者:

関東圏内の中規模病院及び介護老人保健施設に勤務する看護職（看護師・准看護師）として、病院長または看護部長に調査を依頼し、協力・同意の得られた6施設（4病院, 2老健）の看護職約1,000名とした。

3) 研究期間:

2015年1月～12月

4) 調査方法:

自記式質問紙調査票を独自に作成し、パイロットテストを実施後に本調査を行った。質問紙は、依頼する施設の管理者に承諾を得て、調査票と返信用封筒を添えて留め置き郵送法とした。（一部回収法）

5) 調査内容

自記式質問紙の内容は、2部構成となり、1部は全員対象の回答とし、2部は介護経験者のみ回答を求めた。

一部: 全員対象内容

①対象者の基本的属性

性別、年齢（年代）、勤務年数（他施設の経験年数も含む）、勤務場所（所属）、雇用状態、勤務体制、役職の有無、結婚の有無、家族と同居の有無等現在の状態など。

②就労状態

最近3か月の就労状態として、職場環境、仕事の適否、仕事の誇り、仕事の使命感、休暇の取得状態、仕事の辛さ、仕事の相談相手、仕事の忙しさ、仕事のやりがい、仕事のストレス、仕事の満足感、離職感等の12項目とし、5段階尺度(1.=思わない~5.=いつも思う)を採用した。これらの項目は、看護師の職務満足度¹⁰⁵⁾¹⁰⁶⁾を参考に、研究者自身の先行研究からの概念抽出された項目と照らし合わせて質問項目を12項目に精選した。

③自己の状態・考え

自己肯定感尺度¹⁰⁷⁾¹⁰⁸⁾を参考として、自己の未熟さ、努力を惜しまない、過去に成功してきた、自分を改善していきたい、物事を諦めがち、常に良くしたい、目標を持っている、趣味がある、可能性を信じているか、失敗にくじけない等の10項目で構成した。他と同様に5段階尺度(1.=思わない~5.=いつも思う)を採用した。

④健康状態・生活満足度

健康状態として、夜間の睡眠、食欲、イライラ、食事が規則的にとれるか、日中の眠気、身体の苦痛の6項目とし、生活満足度として余暇時間、現在の生活満足度の2項目をとした。他と同様に5段階尺度(1.=思わない~5.=いつも思う)を採用した。

2部:介護経験者対象内容

⑤介護負担感・介護肯定感・介護の両立感・家族関係

介護負担感については荒井らのZarit介護負担感尺度日本語版(以後J-ZBIと称する)⁹³⁾22項目を採用した。先行研究でも述べたが、J-ZBIについては国内で多く使用されており、信頼性が認められている。また、心身の健康状態、経済状態、社会生活上の制約、被介護者との関係を質問したもので、全体の相互関係を確認するのに適した尺度と判断して採用した。この尺度は合計得点で分析を行っていく。介護肯定感については、櫻井⁹³⁾の肯定的尺度を参考に、介護肯定項目11項目と先行研究の介護否定評価より、介護による虐待項目3項目、サポート項目3項目、家族関係3項目、仕事と介護の両立状態は、仕事と介護のどちらに専念したいか、仕事と介護の連続のつらさ、子育てとの両立もあるか、両立の

困難感、両立の充実感等の6項目とし、他と同様に5段階尺度(1.=思わない~5.=いつも思う)を採用した。これらの項目は、在宅介護の経験のある方だけに答えを求めた。

⑥その他

在宅介護経験のない方には、介護の可能性について、在宅で介護したいか、仕事と両立したいか、両立に不安はあるか等の3項目を追加で答えを求めた。

全員対象

⑦自由記載

「仕事と在宅介護を両立するにはどんなサポートがあったらと考えるか」「仕事と介護の両立に対する思いや不安について」の2点について自由記載を求めた。

6) データ分析方法:

研究データの分析は、まず基本的属性及び在宅介護内容は単純集計とし、他リッカート5件法は、統計ソフトSPSSver-21を使用し下記の通り分析を進めた。

①基本的属性及び各項目の単純集計結果

各項目の単純集計とし、平均値や標準偏差、得点分布の特徴(正規分布、天井効果、フロア効果)の確認を行い、必要時項目の削除を検討する。

②因子分析:5件リッカート項目は、探索的因子分析により因子の共通性を明らかにする(既存の尺度であるZarit介護負担感尺度も因子分析で確認する)。その結果の内的整合性の検討(α 係数の算出)、下位尺度の妥当性を確認し、 α 係数より信頼性の得られない因子項目は削除して分析を進める。信頼の得られた下位尺度得点を算出(項目平均)する。

③介護なし群と介護あり群の比較について、基本的属性は χ^2 検定により構成比の比較を行う。因子分析で得られた下位尺度によるKruskal Wallis検定(3群間のため)で得点比較を行う。

④介護なし群と介護あり群別々に下位尺度間の相互相関を検討する。

⑤介護あり群と介護なし群別々に重回帰分析を行い、因果関係の検討を行う。

・重回帰分析の前に、正規分布の確認のために、Shapiro-Wilkの検定を行う。

・従属変数は「仕事困難」とし、独立変数はその他の量的データを投入する。

⑥J-ZBIの総得点を算出し、介護負担感の程度を検討する。

⑦介護負担感の高い群と低い群による重回帰分析を行い、因果関係の検討を行う。

・重回帰分析の前に、正規分布の確認のために、Shapiro-Wilkの検定を行う。

・従属変数は「介護負担得点」として、独立変数はその他の量的データを投入する

⑧介護なし群の介護不安等の3項目は、項目の単純集計のみにて特徴を確認する。

⑨自由記述は介護なし群とあり群を分類したうえで、内容分析の手法を参考とし、類似した内容を整理してカテゴリー化し、介護に対する意見の特徴を質的分析する。

※分析を行うにあたり、質的・量的研究に熟練した研究者によるスーパーバイズを受け、信頼性と妥当性の確保に努める。

第3節 結果

質問紙配布は924名分(6施設看護職員分)、返信回答605名(回収率65.4%)、有効回答数598名(有効回答率64.7%)、その内介護経験者82名(13.7%)の結果となった。

1. 基本的属性及び各項目の単純集計結果

1) 回答者状況

表1 回答者状況一覧

	配布数 (人)	有効 回答者数 (人)	回収率 (%)	介護経験者 (人)	介護経験者 の割合 (%) ／回答者数
A病院	328	110	33.5	13	11.8
B病院	201	143	71.1	21	14.6
C病院	150	133	88.7	16	12.0
D病院	200	175	87.5	21	12.0
E老健	30	26	86.6	9	34.6
F老健	15	11	73.3	2	18.1
合計	924	598	64.7	82	13.7

6施設の看護職人数924名に対して調査票を配布、一部留め置き法による回収を行ったが、有効回答数598名、回収率は30%~90%と施設ごとに差が見られた。

2) 全体の基本的属性 (有効回答者全体状況)

全体の性別では、女性 554 名 (92.6%)、男性 44 名 (7.4%) と全体の 9 割が女性の回答となっている。全体の年代構成については、30 代が 31.4% を占め、次いで 40 代が 27.3% となり、20 代、50 代の順となっている。全体の看護の経験年数は、10 年以上 20 年未満が 31.6% で最も多く、次いで 20 年以上 30 年未満が 22.6% となり、看護経験では中堅クラス以上が多い構成となっている。全体の勤務場所 (所属) は、介護経験者も病院病棟が 7 割、次いで病院外来になっている。全体の雇用状態は、介護経験者も常勤が約 9 割を占め、パートタイム勤務が約 1 割となっている。

全体の勤務体制は、47.0% が二交代制となっており、次いで三交代制が 21.2% となり、夜勤のある勤務が主流となっている。日勤のみも約 2 割となっている。全体の役職の有無については、約 2 割の看護職がなんらか役職にある。配偶者の有無については、全体に「あり」が 63.2% であり、家族との同居については、全体に 81.4% が同居となっている。

現在またはこれまでの在宅介護の経験の有無については、経験なしが 516 名、経験ありが 82 名であった。経験ありは、全体 (n=598) の約 13.7% であったが、看護職員母数 (配布数 924 名) から考えると全体の 8.9% 以上の在宅介護の経験者がいることが推測される。介護経験者の結果については、女性が圧倒的に多いが、男性看護師も数名介護経験がある。年代では、40 代から 50 代が非常に多く介護経験がある。

今回は病院と老健を対象としているが、勤務体制としては、82 名の内、二交代制・三交代制合わせて 58 名の約 7 割が夜勤をしながらの介護経験となっている。

3) 全体の基本的属性と 3 群比較 (χ^2 検定)

基本的属性の 3 群比較では、 χ^2 検定により、介護経験あり (2 群) と介護経験なしのグループの属性で有意な差がみられるのが、年代 ($\chi^2 = 35.08$, $df = 8$, $p < .001$), 看護経験年数 ($\chi^2 = 40.70$, $df = 12$, $p < .001$), 勤務場所 ($\chi^2 = 22.28$, $df = 12$, $p < .05$) $p < .001$), 役職の有無 ($\chi^2 = 33.77$, $df = 6$, $p < .001$) となっている。

※ここに示された結果は、回答時 (現在) の属性となっている。

表 2 全体の基本的属性

		全体n=598		在宅介護		χ ² 二乗検定	
項目		n=598	%	介護なしn=516	介護ありn=82		
				n=516	現在n=24	過去n=58	
性別	男性	44	7.4	41	2	1	n.s.
	女性	554	92.6	475	22	57	
年代	20代	129	21.6	118	6	5	***
	30代	188	31.4	175	3	10	
	40代	163	27.3	137	7	19	
	50代	103	17.2	77	7	19	
	60代	15	2.5	9	1	5	
看護経験年数	1年未満	31	5.2	27	2	2	***
	1年以上3年未満	59	9.9	55	2	2	
	3年以上5年未満	55	9.2	50	1	3	
	5年以上10年未満	89	14.9	81	3	4	
	10年以上20年未満	189	31.6	169	6	14	
	20年以上30年未満	135	22.6	106	4	25	
	30年以上	40	6.7	26	6	8	
勤務場所	病院病棟	420	70.1	370	17	32	*
	病院外来	81	13.5	69	2	10	
	病院その他	54	9.0	45	2	7	
	介護老人保健施設	37	6.2	26	3	8	
	その他	6	1.0	5	0	1	
雇用状態	常勤	530	88.6	458	21	49	n.s.
	非常勤	11	1.8	8	0	2	
	パートタイマー	55	9.2	45	3	7	
	その他	1	.2	1	0	0	
勤務体制	2交代制	286	47.8	243	13	26	n.s.
	3交代制	136	22.7	110	6	13	
	日勤のみ	140	23.4	120	5	15	
	その他	36	6.0	32	0	4	
役職の有無	なし	473	79.1	413	18	37	***
	あり	123	20.6	96	5	21	
	その他	2	.3	1	1	0	
配偶者の有無	なし	216	36.1	194	8	14	n.s.
	あり	381	63.7	318	16	44	
	無回答	1	.2	2	2	2	
家族同居の有無	独居	105	17.6	97	2	6	n.s.
	同居	493	82.4	413	22	52	

*** p<.001 ** p<.01 * p<.05

3) 在宅介護経験あり群の介護状況 n=82 ※複数人の介護を経験している場合もあり

要介護者との関係では、自身の親が 32 ケースと最も多く、祖父母、義父母がそれに次ぐ。二世代にわたり介護しているケースも潜在している可能性がある。介護状況では、過去に主介護をしていたケースが多く、次いで、過去にサポートをしているケースとなっている。本調査では、現在主介護をしているケースは 15 ケースに留まり、主介護については、介護経験者の半数となっている。介護期間は、1 年未満が多く、次いで 1 年～3 年となっている。また、複数人を介護している（いた）人は数名存在していることが推測される。

表3 在宅介護経験あり群の介護状況（複数回答） n=82

項目	度数	合計	項目	度数	合計	
要介護者との関係	実父母	33	サービス利用状況	サービス利用なし	14	
	義父母	24		デイサービス	38	
	祖父母	30		ショートステイ	16	
	その他	6		訪問介護	12	
介護状況	現在主介護	15		訪問看護	13	
	現在サポート	9		訪問入浴	11	
	過去主介護	27		住宅改修	8	
	過去サポート	30		その他	22	
	その他(複数等)	5		86	自身の介護	なし
介護期間	1年未満	33		見守り		20
	1～3年未満	28	おむつ交換	49		
	3～5年未満	10	食事介助	38		
	5～10年未満	8	清潔介助	45		
	10年以上	5	84	医療ケア		21
要介護者との同居(同居介護)	同居介護	56	その他	36		
	別居介護	26				
	その他	4	86			
認知症の有無	認知症なし	40				
	認知症あり	46	86			
在宅医療の有無	在宅医療なし	55				
	在宅医療あり	27	82			
要介護度	非該当	16				
	要支援1	5				
	要支援2	8				
	要介護1	4				
	要介護2	9				
	要介護3	12				
	要介護4	14				
	要介護5	10				
	不明	6	84			

介護を辞めるケースは、病院や施設に入ったり、亡くなったりと様々なケースが想定されるが、今回は介護の転帰は情報不足により、推測できない状況にある。同居・別居等の介護については、約7割が同居介護になっている。介護のために同居したのかは不明である。別居介護についても遠距離介護なのか近距離介護なのかは不明である。要介護度については、非該当が16ケースと最も多いということで、手厚い介護のないことが推測できるが、要介護3～5も10～14ケースと見逃せない数であり、重度の要介護状態でも在宅で介護していること

が示されている。認知症がある人も約半数であり、見守り介護の大変さが推測される。また、医療の有無についても、約3割がなんらかの医療を在宅で行っている。サービスの利用状況は、非該当に合わせて14ケースが利用していない。利用が多いのは、デイサービス（デイケア含む）、次いでショートステイ、訪問看護、訪問介護、福祉用具等であるが、訪問入浴も11ケースである。訪問入浴については、デイサービスを拒否し、家での入浴を希望しているケースも推測される。在宅での主な自身の介護内容は、おむつ交換が49ケース、清潔援助45ケースと多く、在宅介護の経験者の約半数はおむつ交換などの身体介護を中心とした介護が繰り返されている。排泄介助は時間を問わず援助が必要となるため、夜間帯のおむつ交換など大変さが推察される。

介護状況について、現在、在宅介護を経験している群と過去に経験した群の χ^2 検定による群間比較を行ったところ、有意水準5%により全項目で有意な差は認められなかった。現在と過去の経験者の構成比に差がないことが明らかとなった。

2. 因子分析及び内的整合性の検討

1) 仕事、自己概念、健康と生活についての因子分析①(問1～問30)〈資料4参照〉

まず、問1～問30項目について得点分布を確認したところ、いくつかの質問項目で得点分布の偏りが見られた。得点分布の偏りが見られた項目の内容を吟味(天井効果やフロア効果のもの)したところ、いずれも仕事と介護の両立を検討するうえで不可欠なものであると考えられた。そこで、ここでは項目を除外せず、すべての質問項目を分析対象とした。また、因子分析をするに当たり逆転項目処理を行った。逆転項目は「R・・」と示している。

30項目に対して主因子法による因子分析を行った。固有値の変化は、因子のスクリープロットによると第4因子と第5因子までの傾きが大きく、第5因子以降の傾きが小さくなっている。そのため、第4因子構造と仮定して再び因子分析を行った。因子分析は、相互の相関関係を想定して、主因子法・Promax回転を選択した。その結果、因子負荷量0.350を基準に項目を分析し、十分な因子負荷量を示さなかった7項目を分析から除外した。5項目については、問7「仕事の相談をできる相手がいる」、問14「食欲があるようだ」、問16「食事は

表 4 因子分析①(仕事・健康・自己・生活に関する項目)

	因子					
	I	II	III	IV		
仕事やりがい	.833	.058	-.037	-.004	第1因子にもっとも高い負荷量を示したグループ	肯定的仕事意識因子
仕事への誇り	.789	.108	.041	-.076		
仕事の満足感	.763	-.004	.011	.089		
仕事内容の適否	.716	-.051	.121	.023		
仕事への使命感	.696	.168	-.030	-.067		
職場の人間関係	.516	-.171	.042	.117		
$\alpha = .878$						
自分目標	-.011	.811	.077	-.008	第2因子にもっとも高い負荷量を示したグループ	自己肯定因子
自分前向き志向	.091	.679	-.156	.004		
自分努力	-.033	.673	.033	.030		
自分可能性	-.044	.672	.065	.119		
自分くじけない	-.143	.504	.250	-.005		
自分改善願望	.119	.493	-.229	.111		
自分過去成功	.043	.409	.021	.029		
$\alpha = .809$						
R仕事つらい	.117	-.046	.685	.038	第3因子にもっとも高い負荷量を示したグループ	仕事困難因子
R仕事のストレス	.042	-.111	.670	.181		
R仕事を辞めたい	.326	-.054	.582	-.040		
R生活イライラ	-.007	.037	.504	-.037		
R自分未熟	-.039	.102	.476	-.335		
R生活身体的苦痛	-.025	.007	.465	.173		
R自分諦めがち	-.025	.266	.393	-.203		
R仕事忙しい	-.177	-.048	.369	.348		
$\alpha = .763$						
自分の余暇	-.056	.094	.007	.730	第4因子にもっとも高い負荷量を示したグループ	生活充足因子
自分生活満足	.037	.166	.088	.589		
睡眠	.012	.081	-.060	.577		
休暇の取りやすさ	.231	-.085	-.107	.491		
$\alpha = .714$						

	I	II	III	IV
1	—	.498	.398	.274
2		—	.174	.164
3			—	.337
4				—

因子抽出法：主因子法
 回転法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

規則的に取れているほうだ」、R問17「日中眠くなる」、問26「自分は熱心に打ち込んでいる趣味がある」である。その後、再度主因子法・Promax回転を行った。その結果を表4に示す。

なお、4因子構造で25項目の全分散を説明する割合は44.05%であった。

第1因子は、6項目で構成されており、「仕事にやりがいがある」「仕事に誇りをもっている」をはじめ、仕事に対する肯定的な内容になっていることから「肯定的仕事意識」因子と命名した。第2因子は、7項目で構成されており、「自分は常に何か目標をもっている」「自分は現状よりも常に良くしたい」などの内容が高い負荷量を示していたため、「自己肯定」因子と名付けた。第3因子は8項目で構成されており、「R仕事がつらい」「R仕事のストレスがある」「Rイライラする」などの項目に高い負荷量を示していたため、「仕事困難」因子と名付けた。第3因子はR逆転処理された項目で構成されていた。第4因子は4項目から構成されており、「自分の余暇時間がある」「現在の生活に満足している」などの内容となっているため、「生活充足」因子と名付けた。

各下位尺度の内的整合性を検討するために α 係数を算出したところ、「肯定的仕事意識」では $=.878$ 、「自己肯定」では $=.807$ 、「仕事困難」では $=.780$ 、「生活充足」では $=.715$ 、と十分な値が得られた。次に、各尺度の平均値と標準偏差を求めた。「肯定的仕事意識」尺度得点（平均 3.17, SD 0.82）、「自己肯定」尺度得点（平均 2.67, SD 0.68）、「仕事困難」尺度得点（平均 3.19, SD 0.66）、「生活充足」尺度得点（平均 2.51, SD 0.84）とした。

2) Zarit 介護負担尺度の因子分析②(問 31～問 52) <資料 4 参照>

問 31 からは介護経験者のみの回答となっている。問 31～問 52 項目までの 22 項目について、尺度開発されたもののため、本来は探索的因子分析の必要はないと考えられるが、下位尺度間による分析を進めるために、Zarit 介護負担尺度日本語版(以下 J-ZBI と称する)のすべての質問項目を分析対象とした。固有値の変化は、因子のスクリープロットによると第 4 因子と第 5 因子までの傾きが大きく、第 5 因子以降の傾きが小さくなっている。そのため、第 4 因子構造と仮定して再び因子分析を行った。因子分析は、相互の相関関係を想定して、主因子・Promax 回転を選択したが、因子相関行列を確認すると、第 1 因子と第 2 因子の因子間相関が $r = .73$ とほぼ無相関になることより、斜交回転より直交回転のバリマックス回転による因子分析に変更して 3 回目を行った。その結果、因子負荷量 0.400 を基準に項目を分

析し、十分な因子負荷量を示した4因子についての結果を表5に示す。第4因子で22項目の累積%(累積寄与率)は60.49%である。

表5 因子分析②(J-ZBI)

	因子					
	I	II	III	IV		
要介護者の行動に困る	.812	.193	.045	.013	第1因子にもっとも高い負荷量を示したグループ	要介護者への否定的感情
要介護者のそばにいと腹がたつ	.797	.267	.065	.067		
介護をどうしていいかわからない	.630	.238	.165	-.347		
要介護者の側にいと気が休まらない	.598	.437	.311	.069		
介護のほかにもいろいろありストレスだ	.592	.366	.535	.100		
介護のために自分の時間がとれない	.574	.274	.427	.206		
必要以上に世話を求めてくる	.530	.225	.301	.122		
$\alpha = .904$						
介護を誰かに任せたい	.305	.707	.106	.001	第2因子にもっとも高い負荷量を示したグループ	介護による社会生活の制限
友達を呼べない	.141	.705	.022	.082		
介護に今以上時間をさけない	.373	.622	.286	-.116		
自分のプライバシーが保てない	.392	.588	.374	-.056		
思う通りに生活できなくなった	.362	.586	.531	.049		
全体に自分の負担になっている	.361	.569	.438	.215		
介護のために体調をこわした	.479	.510	.372	.028		
社会参加の機会が減った	.214	.507	.479	-.005		
介護に金銭的な余裕がない	.068	.471	-.100	.071		
$\alpha = .893$						
あなたに頼っている	.028	-.115	.712	.160	第3因子にもっとも高い負荷量を示したグループ	介護者への依存傾向
あなただけが頼りとみえる	.165	.185	.661	.158		
家族や友人と付き合いづらい	.495	.429	.531	-.010		
将来どうなるか不安	.355	.015	.429	.251		
$\alpha = .737$						
頑張って介護すべき	.091	-.046	.116	.826	第4因子にもっとも高い負荷量を示したグループ	介護効力感
うまく介護できるのに	.123	.127	.194	.788		
$\alpha = .576$						

介護負担感の定義は「親族を介護した結果、介護者が情緒的・身体的・健康・社会生活および経済状態に関して被った被害の程度」と定義した尺度としているが、下位概念は、Araiら¹³⁴⁾によって2つの下位概念が示されているが、1つはPersonal strainとして「介護そのものから生じる負担感」、2つめは、Role strainとして「介護を始めたことによりいままでの生活ができなかったことから生じる負担感」という報告がある。しかし、本研究では、その尺度とは違う4つの因子構造を示したため、それらに下記の通り命名した。

第1因子は、7項目で構成されており、「要介護者への否定的感情」因子とした。第2因子は、9項目で構成され、「介護による社会生活制限」因子とした。第3因子は、4項目で構成

され、「介護者への依存傾向」因子とした。第4因子は2項目で、「介護効力感」とした。信頼性の得られているものであったが、因子構造の違いが出現したため、それぞれの下位尺度の内的整合性を検討するために各下位尺度の α 係数を算出した。それらの値は、「要介護者への否定的感情」因子= .904, 「介護による社会生活制限」因子= .893, 「介護者への依存傾向」因子= .737 と十分な値が得られたが、第4因子「介護効力感」= .576であった。この因子構造に従って各尺度得点の平均値と標準偏差を求めた。「要介護者への否定的感情」尺度得点(平均 2.24, *SD* 0.83), 「介護による社会生活制限」尺度得点(平均 2.25, *SD* 0.80), 「介護者への依存傾向」尺度得点(平均 2.61, *SD* 0.92), 「介護効力感」尺度得点(平均 2.01, *SD* 0.99)とした。

3) 介護に関する他項目の因子分析③(問 53~問 78) <資料 4 参照>

同じく介護経験者のみの回答となっている。問 53~問 78 項目について得点分布を確認したところ、いくつかの質問項目で得点分布の偏りが見られたが、いずれも仕事と介護の両立を検討するうえで不可欠なものであると考えられた。ここでも項目を除外せず、すべての質問項目を分析対象とした。

26 項目に対して主因子法による因子分析を行った。固有値の変化は、因子のスクリープロットによると第5因子と第6因子までの傾きが大きく、第6因子以降の傾きが小さくなっている。そのため、第5因子構造と仮定して再び因子分析を行った。相互の相関関係を想定して、主因子・Promax 回転を選択した。その結果、因子負荷量 0.350 を基準に項目を分析し、十分な因子負荷量を示さなかった3項目を分析から除外した。3項目については、問 55 「自分は介護を受けている方を無視したことがある」問 67 「自分の生きがいになっている」問 75 「仕事と介護の両立で充実感を感じる」である。その後、再度、主因子・Promax 回転を行った。その結果を表 6 に示す。なお、5 因子 23 項目の全分散を説明する割合は 51.54%であった。

第1因子は、7項目で構成されており、「介護のおかげで人間として成長した」「家族なので介護したい」をはじめ、介護に対する肯定的な内容になっていることから「介護肯定」因

表 6 因子分析③(介護に関する他項目)

	因子						
	I	II	III	IV	V		
最後まで介護したい	.811	.016	-.250	.155	-.021	第1因子にもっとも高い負荷量を示したグループ	介護肯定因子
家族なので介護したい	.783	.101	-.005	-.100	.019		
介護苦勞の前向き感	.702	.151	-.088	.073	.197		
介護で成長した	.624	-.142	.255	-.215	.296		
介護に専念したい	.583	-.376	-.011	-.173	.016		
介護自ら望んで	.547	.124	.172	.123	-.061		
要介護といると楽しい	.527	.292	.244	.006	-.259		
$\alpha = .851$							
要介護者に励まされる	.019	.799	.008	-.119	-.135	第2因子にもっとも高い負荷量を示したグループ	要介護者肯定因子
優しく介護できてる	.235	.531	-.160	-.001	.325		
介護サービスは十分	-.111	.463	-.097	.038	.078		
要介護者が感謝	.317	.458	.044	-.098	.120		
介護の相談相手	.096	.426	.220	.063	-.002		
$\alpha = .757$							
家族の協力体制充分	-.002	-.032	.814	-.091	-.156	第3因子にもっとも高い負荷量を示したグループ	家族協力因子
自分以外に介護任せら	-.303	.060	.635	.198	-.017		
家族関係も良くなった	.100	.177	.590	-.215	.044		
家族に不満	.271	-.363	.536	.253	.079		
$\alpha = .704$							
仕事と連続でつらい	-.251	.171	.190	.670	.226	第4因子にもっとも高い負荷量を示したグループ	両立困難因子
両立は困難	.201	-.036	-.117	.618	.126		
複合介護で大変	-.056	-.116	.000	.574	.006		
仕事に専念したい	-.521	.017	.016	-.543	.264		
$\alpha = .018$							
怒ったことがある	-.032	.004	.066	.162	.740	第5因子にもっとも高い負荷量を示したグループ	介護危機因子
乱暴な介護	.094	.015	-.172	.003	.339		
$\alpha = .415$							

因子相関行列	I	II	III	IV	V
1	1	.573	.360	.232	.231
2		—	.412	.418	.340
3			—	.285	.201
4				—	.192
5					—

因子抽出法: 主因子法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

a 8 回の反復で回転が収束しました。

子と命名した。第 2 因子は、5 項目で構成されており、「介護をされていて元気づけられたり励まされたりしている」「自分は介護を受けている方に優しく接することができている」などの内容が高い負荷量を示していたため、「要介護者肯定」因子と名付けた。第 3 因子は 4 項目で構成され「介護に対する家族の協力体制は十分だった」「自分以外に介護を任せられる人がいない」「家族に不満を感じる」などの内容が高い負荷量を示していたため「家族協力」

因子と命名した。第4因子は、4項目で構成され、「介護と仕事の連続で辛い」「仕事と介護を両立することは困難だと思う」「仕事と介護以外に子育てもあり大変だと思う」「本当は仕事に専念したい」などの両立に関する内容に高い負荷量を示していることから「両立困難」因子と命名した。第5因子は2項目で、「自分は介護を受けている方を怒ったことがある」「自分は要介護者に乱暴な介護をしたことがある」などの内容から「介護危機因子」と名付けた。

これらの下位尺度の内的整合性を検討するために各下位尺度の α 係数を算出した。下位尺度「介護肯定」因子= .851, 「要介護者肯定」因子= .757, 「家族協力」因子= .704, 「両立困難」因子= .012, 「介護危機」因子= .415であった。「介護肯定」因子, 「要介護者肯定」因子, 「家族協力」因子は信頼性の高い値が得られたが, 「両立困難」因子, 「介護危機」因子については, α 係数が十分な値が得られず内的整合性が認められなかったため, この2つの尺度は分析から削除した。

最後に因子分析による下位尺度得点を求めた。下位尺度得点は, 素点の合計を項目数で割った数値を算出し, 各尺度の平均値と標準偏差を求めた。「介護肯定」尺度得点 (平均 2.78, SD 0.88), 「要介護者肯定」尺度得点 (平均 2.63, SD 0.76), 「家族協力」尺度得点 (平均 3.08, SD 0.90) とした。

3. 在宅介護なし群と介護あり群の比較分析

1) Kruskal wallis 検定

在宅介護あり群となし群の差の検討を行うために, 下位尺度得点による Kruskal wallis 検定を行った。

表7 在宅介護なし群と介護あり群の比較 (Kruskal wallis 検定)

	在宅介護経験なし群		在宅介護経験あり群				漸近有意確率 (両側)	
			現在介護あり		過去介護あり			
	N	平均ランク	N	平均ランク	N	平均ランク		
肯定的仕事意識	515	297.98	24	267.17	58	321.20	.406	n.s.
自己肯定	513	297.06	24	274.44	58	316.03	.574	n.s.
仕事困難	514	300.16	24	316.04	58	276.50	.536	n.s.
生活充足	514	297.97	24	281.15	58	310.34	.768	n.s.

その結果、表 7 の通りいずれの得点についても有意な差がみられなかった。しかし、「仕事困難」尺度は、現在介護あり群が高い傾向がある。注目すべき点は、過去介護あり群の「仕事困難」尺度得点が高群より低く、「肯定的仕事意識」「自己肯定」「生活充足」尺度得点が高い傾向があった。

2) 在宅介護なし群と介護あり群の下位尺度間の相互相関(相関分析)

介護なし群では、「肯定的仕事意識」は、「自己肯定」と「生活充足」が有意な中程度の正の相関があり、「仕事困難」と有意な負の相関があった。「自己肯定」については、「仕事困難」とは弱い有意な負の相関があり、「生活充足」とは弱い有意な正の相関が認められた。「仕事困難」と「生活充足」は、有意な負の相関がみられた。

現在介護あり群の場合の「肯定的仕事意識」とは、介護なし群と同様に「自己肯定」と有意な正の相関があり、「仕事困難」とは介護なし群より強い有意な負の相関があったが、「生活充足」は有意な相関を示さなかった。「自己肯定」では、「仕事困難」とやや強い有意な負の相関がみられた。「仕事困難」と「生活充足」は無相関となった。

介護関連項目と「仕事困難」はほぼ相関を認め、特に「要介護者肯定」「家族協力は」有意な強い負の相関が認められている。また、介護関連では、「要介護者肯定」「要介護者否定」「社会生活制限」「介護依存」は相互に強い相関関係を認めている。「介護効力感」はどの項目とも相関がみられなかった。過去の介護あり群では、「肯定的仕事意識」とは、相関の強さはやや低くなるものの介護なし群と 3 項目ともほぼ同様の相関を示した。「自己肯定」では、「仕事困難」「生活充足」とは相関を示さなかったが、「仕事困難」と「生活充足」は弱い有意な負の相関がみられた。また、現在介護あり群が「仕事困難」と多くの相関を認めたのに対して、過去あり群は、介護関連項目との相関をほとんど認めなかった。また、「要介護者肯定」と「家族協力」が有意な強い正の相関がみられ、「要介護者否定」と「介護効力感」が有意な正の相関があった。「介護依存」と「介護効力感」も有意な正の相関がみられている。つまりは、介護経験を経ることで、家族との関係が変化することや、もう少し頑張れば良かったなどの介護効力感に変化がみられたと推察できる。

表 8 介護なし群とあり群の下位尺度得点(仕事・健康・自己・生活)の相関係数

	肯定的 仕事意識	自己肯定	仕事困難	生活充足
介護なし群(n=516)				
肯定的仕事意識	—	.448**	-.398**	.364**
自己肯定		—	-.215**	.277**
仕事困難			—	-.301**
生活充足				—
現在介護あり群(n=24)				
肯定的仕事意識	—	.464*	-.534**	.071
自己肯定		—	-.474*	.283
仕事困難			—	-.205
生活充足				—
過去介護あり群(n=58)				
肯定的仕事意識	—	.498**	-.474**	.312*
自己肯定		—	-.106	.153
仕事困難			—	-.276*
生活充足				—

**、相関係数は 1% 水準で有意(両側)

*、相関係数は 5% 水準で有意(両側)です。

表 9 介護あり群(現在・過去)の下位尺度得点(介護関連)の相関係数

	介護肯定	要介護者 肯定	家族協力	要介護者 否定	社会生活 制限	介護依存	介護効力感
現在介護あり群(n=24)							
肯定的仕事意識	.021	.369	.163	-.331	-.349	-.327	-.138
自己肯定	.107	.312	.156	-.267	-.222	-.094	-.134
仕事困難	-.248	-.526**	-.472*	.634**	.447*	.472*	.118
生活充足	-.008	.143	.260	-.313	-.337	-.233	-.003
介護肯定	—	.573**	.196	-.452*	-.286	-.053	.039
要介護者肯定		—	.140	-.559**	-.441*	-.128	-.220
家族協力			—	-.566**	-.585**	-.676**	-.332
要介護者否定感情				—	.759**	.654**	.210
社会生活制限					—	.659**	.314
介護依存						—	.364
介護効力感							—
過去介護あり群(n=58)							
肯定的仕事意識	.157	.195	.039	-.089	.023	-.023	-.203
自己肯定	.268*	.086	.199	.000	-.018	.099	-.001
仕事困難	-.092	-.159	.019	.317*	.057	.234	.148
生活充足	-.058	.085	.168	-.028	-.011	-.005	-.068
介護肯定	—	.613**	.382**	-.226	-.304*	.054	.241
要介護者肯定		—	.407**	-.511**	-.418**	-.247	-.036
家族協力			—	-.301*	-.554**	-.342**	.143
要介護者否定感情				—	.666**	.607**	.360**
社会生活制限					—	.517**	.095
介護依存						—	.332*
介護効力感							—

**、相関係数は 1% 水準で有意(両側)です。

*、相関係数は 5% 水準で有意(両側)です。

5) 下位尺度得点による重回帰分析「仕事困難」

「仕事困難」に与える影響について検討するために重回帰分析を行った。重回帰分析を行う前に Shapiro-Wilk の検定によりほぼ $P \geq .05$ となり、正規分布に従うことを確認した。重回帰分析の結果は表 10, 11 に示す通りとなった。従属変数を尺度得点の「仕事困難」とし、独立変数を「仕事困難」を除く下位尺度得点をすべて投入した。独立変数の相関がみられていたことより、多重共線性の問題が発生することもあるため、VIF を求めた。これは、一般に $VIF > 10$ であると多重共線性が発生していることとなるが、本研究では全項目で $VIF < 10$ となった。

表 10 重回帰分析① 在宅介護なし群

	介護なし群				
	B	SEB	β	VIF	
独立変数					
肯定的仕事意識	-.268	.038	-.329	1.352	***
自己肯定	-.017	.045	-.017	1.273	n. s.
生活充足	-.140	.034	-.177	1.170	***
R^2	.198***				

基準変数: 仕事困難

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

表 11 重回帰分析② 在宅介護あり群

	現在介護あり群				過去介護あり群					
	B	SEB	β	VIF	B	SEB	β	VIF		
独立変数										
肯定的仕事意識	-.130	.143	-.193	1.750	n. s.	-.379	.115	-.473	1.620	n. s.
自己肯定	-.209	.181	-.229	1.511	n. s.	.124	.127	.136	1.537	n. s.
生活充足	.043	.124	.064	1.333	n. s.	-.159	.102	-.194	1.213	n. s.
介護肯定	.101	.150	.152	1.958	n. s.	-.120	.127	-.159	2.219	n. s.
要介護者肯定	-.279	.191	-.385	2.674	n. s.	.134	.152	.150	2.282	n. s.
家族協力	-.241	.189	-.305	2.204	n. s.	.096	.108	.141	1.967	n. s.
要介護者否定感情	.235	.230	.334	4.119	n. s.	.337	.154	.420	2.911	*
社会生活制限	-.210	.218	-.268	2.954	n. s.	-.168	.143	-.209	2.514	n. s.
介護依存	.100	.166	.179	3.380	n. s.	.157	.125	.200	2.014	n. s.
介護効力感	-.111	.117	-.182	1.422	n. s.	-.088	.090	-.135	1.491	n. s.
R^2	.662				.407**					

基準変数: 仕事困難

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

介護なし群は 3 項目の分析となったが、「肯定的仕事意識」と「生活充足」から「仕事困

難」に対する負の標準偏回帰係数(β)が有意であった。つまり、「仕事困難」と「肯定的仕事意識」「生活充足」の因果関係がみられることが確認できた。

現在介護あり群では、擬似相関の可能性がみられた。相関係数が有意であるにも関わらず、標準偏回帰係数(β)が有意でない場合は擬似相関の可能性はある。これは、相関はあるが従属変数に対して直接的に影響を及ぼしていないことと推測できる。つまり、「仕事困難」と在宅介護の因果関係がここでは否定できるが、そう断定するのは難しい結果である。

過去介護あり群は、「肯定的仕事意識」と「要介護者否定的感情」から「仕事困難」に対する標準偏回帰係数(β)が有意であった。一方、他項目は擬似相関の可能性はある。同じく「仕事困難」と在宅介護の因果関係が否定できる結果となった。共線性の発生はないものの、各項目間の相関関係の影響も大きく、この結果に表れていると考えられ、全く因果関係を否定するものではないと考える。

4. 介護負担の高い群と低い群の比較分析

1) J-ZBI 総得点

J-ZBI の「0点」から「4点」の5段階で22項目の合計を求め、介護負担感を確認した。22項目合計得点は88点のところ、最低4点、最大値71点、平均値31.8点、標準偏差16.22点となった。総得点を基準に段階付定義¹⁰⁹⁾から、66~88点を重度負担感、41~60点を中等度負担感、21~40点をやや中等度負担感、20点以下を軽度負担感群に分けることができるが、その結果を下記表12に示す。今回の結果では、重度負担感のあるものは4%と少なく、低得点に偏りが見られた。そこで、中央値の31点をカットオフとして、介護負担高い群と低い群と2群に分類して、仕事と介護の影響を確認した。

表 12 J-ZBI 総得点結果表

総得点	程度	n	%
20点以下	軽度	25	33.3
21~40点	やや中等度	29	38.7
41~60点	中等度	18	24.0
61~88点	重度	3	4.0
合計		75	100.0

2) χ^2 検定

まず、介護負担高い群と低い群の基本的属性(性別、年代、経験、勤務場所、雇用状態、勤務体制、役職の有無、配偶者の有無、家族同居)について χ^2 検定により群間比較を行ったが、全項目有意な差が見られなかった。また、介護状況(要介護者との関係、現在・過去の介護、介護期間、介護同居の有無、認知症の有無、在宅医療の有無、要介護度等)の項目についても χ^2 検定により群間比較を行ったが、全項目有意な差が見られなかった。

3) J-ZBI 得点と下位尺度得点による重回帰分析「介護負担」

表 13 J-ZBI と重回帰分析③

	現在介護あり群					過去介護あり群				
	B	SEB	β	VIF		B	SEB	β	VIF	
独立変数										
肯定的仕事意識	-3.118	3.696	-.163	1.658	n. s.	1.215	2.905	.063	1.871	n. s.
自己肯定	2.745	4.805	.105	1.507	n. s.	.863	2.993	.040	1.544	n. s.
仕事困難	2.474	6.547	.087	2.333	n. s.	6.179	3.114	.257	1.380	n. s.
生活充足	-2.384	3.117	-.126	1.195	n. s.	2.559	2.403	.130	1.225	n. s.
介護肯定	-.897	3.713	-.047	1.691	n. s.	4.340	2.727	.239	1.857	n. s.
要介護者肯定	-5.548	4.610	-.268	2.202	n. s.	-9.381	3.213	-.437	1.839	**
家族協力	-12.474	4.102	-.552	1.463	**	-6.601	2.100	-.404	1.354	**
R^2	.639**					.391***				

基準変数:介護負担得点

*** p <.001 **p <.01 *p <.05

下位尺度得点が介護負担に与える影響について検討するために、J-ZBI 得点を活用して重回帰分析を行った。従属変数を介護負担得点として、独立変数は介護負担感尺度の項目を除く下位尺度得点すべてを投入し、表 13 に示す通りとなった。

現在介護あり群では、従属変数を「仕事困難」としたときと同様に、各尺度からの影響がほとんど有意に見られなかったが、「家族協力」から「介護負担」に対する負の標準偏回帰係数(β)が有意であった。過去介護あり群でも同様に、「家族協力」と「要介護者肯定」も負の標準偏回帰係数(β)が有意であった。「介護負担」は、仕事ではなく、家族との因果関係が強く見られていた。

5. 在宅介護なし群の両立不安についての分析 (n=516)

在宅介護なし群に、在宅介護の可能性について思わない(1)~いつも思う(5)として回答を

めた結果を表 14 に示す。「在宅介護をしたい」(1)～(2)が累積で 55.9%となり、在宅介護はしたくない傾向にある。また、「仕事と在宅介護の両立をしたい」についても同様な結果となっている。「仕事と在宅介護の両立の不安」は、(4)～(5)で 77.6%と非常に高い割合で不安があることがわかる。

表 14 在宅介護の可能性について（介護なし群） n=516

	n(%)				
	思わない (1)	たまに思う (2)	時々思う (3)	よく思う (4)	いつも思う (5)
在宅で介護したいか	131(25.4)	158(30.6)	132(25.6)	47(9.1)	25(4.9)
仕事と介護を両立したいか	173(33.5)	115(22.3)	87(16.9)	74(14.3)	43(8.3)
仕事と介護の両立に対する不安があるか	12(2.3)	32(6.2)	49(9.5)	185(35.9)	215(41.7)

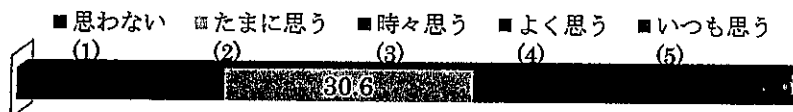


図 4 在宅介護をしたい

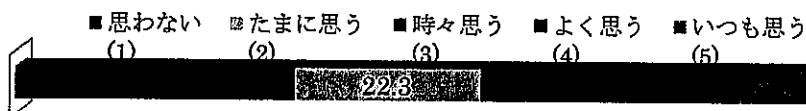


図 5 仕事と在宅介護の両立をしたい

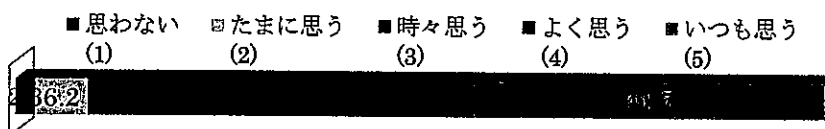


図 6 仕事と在宅介護の両立に対する不安

6. 自由記述の内容分析

自由記述は「両立するうえでこんなサポートがあったらと思うこと」、「仕事と在宅介護を両立することについての思いや不安」について、自由に意見を求めた。結果、226件（介護あり群 50件、介護なし群 176件）の自由記述があり内容分析を行った。介護なし群は 10つのカテゴリー、23のサブカテゴリーに分類された。【働き方の不安材料】は<常勤の壁><フルタイムでは無理><帰れない環境>など 5つのサブカテゴリー、【職場への影響不安】は<休めない職場><職場に迷惑をかける不安>の 2つのサブカテゴリー、【看護の仕事の

不安】は<退職不安><諦めてどちらかになる><事故の不安>の3つのサブカテゴリー，【心身負担の不安】は<心身負担感><ストレス蓄積>の2つのサブカテゴリー，【在宅で看る】は<施設入所への抵抗><自分で看たい>の2つのサブカテゴリー，【生活充足不安】は<生活満足感の不足><自分の時間がとれない>の2つのカテゴリー，【経済的不安】は<経済的に仕事が辞められない><介護費用と仕事があてびん>の2つのサブカテゴリー，【家族のサポート】は<家族の協力は不可欠><一人では無理>の2つのサブカテゴリー，【育児と介護】は<育児との違い><育児との両立困難>の2つのサブカテゴリー，最後に【わからない】として<わからない不安>をサブカテゴリーとした。

介護あり群のみの記述では，介護なし群の不安とは少し様相は違うが，7つのカテゴリーと15のサブカテゴリーに分類された。【看護の特性の影響】として<柔軟な休みの対応><休暇を取りやすい職場環境><不規則勤務の負担><退職不安><疲労やストレスの蓄積><仕事の影響の不安>の6つのサブカテゴリー，【看護師であること】として<看護師としての期待>，【家で看たい】は<家で見てあげたい>のサブカテゴリー，【自己成長】として<自分の成長に繋がる>のサブカテゴリー，【経済的負担】では<経済的負担><金銭面の不安>の2つのサブカテゴリー，【自己犠牲】では，<優しくできない><自分が犠牲になる>の2つのサブカテゴリー，【先の見えない不安】は<わからないことの不安><先の見えない不安>の2つのサブカテゴリーとした。

次に，表17には介護なし群，あり群に関わらず，必要と考えられるサポートの意見を求めた結果，具体的なサポート内容が示され，今後の支援の方向性に参考となった。

表 15 内容分析① (在宅介護なし群)

カテゴリー	サブカテゴリー	自由記述の一部抜粋
【働き方の不安材料】	<常勤の壁>	介護休暇がスムーズに取れる職場環境であって欲しい。時短勤務が認められたり、現在の正職員の立場を継続出来るようにしてほしい 無理ならパートとすぐ言われます労働選択の自由がほしい 常勤として働くことはできなくなってしまう。
	<フルタイムでは無理>	フルタイムで仕事をしながら、在宅介護をするのは現実的に無理 働く環境急な休みまたはパートとか
	<帰れない環境>	定時で帰れない、朝も早く出勤しなければならない 定時で絶対に帰れる仕事ではないので在宅では自分が心の病になってしまいそう。
	<夜勤負担と困難感>	夜勤と介護の両立は、困難を極める 常勤で夜勤があったら、両立は無理だと思う
	<仕事の延長感>	仕事でも家でも同じ仕事の延長という感じで息が詰まりそう 仕事そのものが、重労働であり、自宅へ帰ってからも介護があるとすれば疲れが蓄積してしまうのではないか
【職場への影響不安】	<休めない職場>	介護休暇がきちんと職場がとらせてくれればできそう 有給もまともにとらせてもらえないので無理 不規則、パートでない限り日曜・祭日の休みも決まっておりません 急に休みをもらおうと少ない人員の職場なので大変で 職員が増えない、すぐにやめてしまう悪循環
	<職場に迷惑をかける不安>	職務上、急にお休みをもらったりすると、利用者さんにめいわくかけたり、ほかのスタッフにも迷惑をかけることになってしまう 同じ職場で介護休暇をとったスタッフがいた上司が理解してくれていないと思える言葉を言われたそうです 職場環境が「休みを取りづらい」風土がある 他スタッフに負担をかけている。それが続くと、申し訳なくなってきた、辞めた方がいいかな
【看護の仕事の不安】	<退職不安>	職を失ってしまうかと不安 仕事をやめてしまうケースが多いのではないかと 思う
	<諦めてどちらかになる>	仕事を諦めどちらか一方に専念することになってしまう気がする 仕事量を減らして対応するか、在宅介護を諦めるしか方法が見つからない 他の人に迷惑をかけてしまうことを考えると、退職を考えてしまう
	<事故の不安>	仕事に何か事故や事件が起きないか不安 自分の余暇時間がとれず、ストレスがたまることが予測される
【心身負担の不安】	<心身負担感>	心身への負担が大きすぎる 身体的、精神的負担になるのではないかと、不安がある
	<ストレスの蓄積>	精神的・肉体的にも仕事と在宅介護は疲労、ストレスが溜まる 精神・身体的に休まる時がなく、ストレスを感じると思う

【在宅で見る】	<施設入所への抵抗>	「すぐに施設！」という思いがない サービス内容の不足により、在宅をすすめるにも無理があり、どうしても施設傾向になってしまうが抵抗がある
	<自分で看たい>	仕事優先になってしまい自分でやりたいと思う在宅介護ができるのか不安 看護師やってる自分が家族を他人に任せることに抵抗があります。看護師ですから、家族の看病くらいはやりたいです 自分の両親を見ることになった場合は少しでも看てあげたい
【生活充足不安】	<生活満足感の不足>	お互い(私・親)満足した生活が送れるか不安はあります 自分の時間もとれず、疲労も溜まり、精神的にとても辛い状態に陥ってしまうと思う 介護者の生活環境や人生が左右されてしまうような介護はお互い(介護する方もされる方も)が本当に幸せなのか考えてしまう
	<自分の時間がとれない>	プライベートと仕事の境目がわからなくなりそう 仕事と私生活の区別がなくなってしまうそう。 自分の時間がなければ、私はいつか逃げ出す。 在宅のサービスを受けるためにはお金があるので仕事しなくてはならない
【経済的不安】	<経済的に仕事は辞められない>	仕事はやめなければならないと思う反面、経済的にやっていたら不安がある 経済的に仕事をやめる訳にはいかない 収入の面で考えると、仕事をしないと生活が成り立たない
	<介護費用と仕事でたんびん>	かかる費用と比較して自分か夫が退職や転職を考えなければと思っています
【家族のサポート】	<家族の協力は不可欠>	家族の協力体制が必要です 介護を任せられる人がいればいいが、そうでないと両立は難しい 休みがとりづらい。
	<一人では無理>	在宅介護を希望していても一人だけでは無理 育児休暇は取りやすいけど介護休暇をとっている人はみたことがない 仕事がハードなので両立は無理と思う。子育てより無理と思う
【育児と介護】	<育児との違い>	まずは職場の理解がもっとも重要 育児をしながら働く方への理解もまだまだ十分とはいえない
	<育児との両立困難感>	子供達の事まで手が回らず不安 育児と介護の両立も、考えたら大変
【わからない】	<わからない不安>	仕事との両立で疲弊しそうです。先の見えない不安やわからない不安がある 自分はどう対応すればいいのか分からない

表 16 内容分析② (在宅介護あり群)

カテゴリー	サブカテゴリー	自由記述の一部抜粋
【看護の特性の影響】	<柔軟な休みの対応>	仕事をしていて急な呼び出しにどこまで対応できるか、職場の理解がかなり必要 急な変化や、状態悪化の時は出番が多くなるため、苦痛を感じる
	<休暇を取りやすい職場環境>	職場もなかなか休めないし、 仕事場の理解 介護休暇をとりやすい風土なら良い マンパワー不足
	<不規則勤務の負担>	夜勤をしていて勤務が不規則 残業など時間の確保が難しい
	<退職の不安>	この先もっと介護が必要になってくると仕事をやめなくてはならないという不安 パートでないは無理
	<疲労やストレスの蓄積>	仕事の延長のようになり、ストレスや疲れ 疲れや、ストレスからくると思う
	<仕事への影響の不安>	両立となると仕事に対して疲労感やミスが出ないか等不安
【看護師であること】	<看護師としての期待>	介護が一般の人より出来ると思われ 介護知識がある 「専門職だから、任せる」「お願い」過剰に期待されるのではないかと心配
【家で看たい】	<家で見てあげたい>	自分の家族は家で看取りたい 義父母が「死ぬなら家で死にたい」できる限り在宅で介護をしてあげたい
【自己成長】	<自分の成長に繋がる>	自分の生活をコントロールしてきた。今の自分にはプラスになっていると思う 介護のあり方が見えやすくなった
【経済的負担】	<経済的負担>	介護保険を使用しても負担は多い 本人の年金だけでは、とても足りません
	<金銭面の不安>	お金や受診はどうなのか常々不安 金銭面での不安
【自己犠牲】	<優しくできない>	家庭だと厳しくなってしまう。
	<自分が犠牲になる>	すべての人で支えあってするものだと思います。一番つらいのは、自分が頑張らなくて自分を追いつめていくこと 自分の時間を犠牲にするのが現状
【先の見えない不安】	<わからないことが不安>	介護保険や施設のことはわからないことが多く、不安
	<先の見えない不安>	どのくらい介護が続くか、お金や受診はどうなのか常々不安を感じます。 長期に渡る介護に対して気が遠くなるような思いです。今後先の見えない介護があるのはどうなのかとも思います

表 17 こんなサポートがあったら(自由記述)

改善案や意見	・介護休暇を単発でとれる仕組み
	・福祉は申請しなくては、何も進まない傾向にあると思う、簡単に誰もが利用できる福祉の形が必要ではないでしょうか？
	・まだまだ介護に対する周知が不足していると思う
	・自分の住む地域にどんなサービスがあるのか、分かりづらい。
	・24h 受け入れ可能な、または訪問可能な施設（保育所）のような
	・時間単位（例えば1時間のみとか、2時間のみ）の介護サポートサービス
	・食卓サービス
	・自宅に泊まってくれるサービス
	・時間に制限なく、自分自身の仕事やライフワークに合わせてうけられるサービスがあれば良いと思います
	・カメラで在宅の様子がおかしかったら電話をすると対応してくれるサービスがあれば良いと思う

第4節 考察

1. 看護の仕事と在宅介護の両立の実態と関係性について

本研究では、約 1,000 名の看護職に質問紙を配布し、598 名（67%）の有効回答が得られたが、返信者の中で介護経験者が 82 名（回答者の 13.7%）となった。看護師の分母を 924 名とすると 8.9%が介護経験者となる。全体的な在宅介護の経験者（現在介護中も含めて）は、1,000 名の正規会社員を対象とした一般就労者（本研究では、一般企業に勤務する就労者の呼称とする）の仕事と介護の両立調査報告（三菱 UFJ）⁴⁶⁾で、現在介護をしている割合は 10~14%と報告されていることから、今回の結果と比較するとそれほど多くないことがわかる。ただし、一般就労者の両立調査のほとんどが介護の定義を在宅に限定せず、病院や施設に入所している方の介護も含まれているなど、この調査と今回の在宅介護の定義には違いがあり、正確に対比させることは難しい。本研究は、在宅での介護が増加することを鑑みた在宅介護に焦点化したものであることで、一般就労者との比較については、先行研究の一部から大まかな比較となる。

看護師の介護経験者の特性については、女性が多く、年齢は 40~50 代、勤続経験年数は 10 年以上、常勤で交代制勤務、役職に就くなどの特性が明らかとなった。また、介護状況については、介護対象者は自身の親の介護、現在においても過去においても主介護でおむつ

交換などの身体介護を中心に同居介護を行っている。要介護者は、要介護度も2以上で認知症が約半数となっていることより、在宅介護も非常に介護度が高い状態の介護と仕事を両立してきた、またはしていることが明らかとなった。

仕事と在宅介護の関係について、本研究では仕事をしながら介護することは、仕事意識(±)・健康・自己概念(±)・生活充足に影響がある(⇒在宅介護なし群とあり群の仕事意識(±)・健康・自己肯定(±)・生活充足に差がある)ということを示す。因子分析、相関分析、重回帰分析により検証した結果、いくつかの影響要因が明らかになった。介護なし群の結果では、「肯定的仕事意識」は、「自己肯定」と「生活充足」と有意な因果関係があるが、「仕事困難」とは負の因果関係があることが分かり、図7に示した。看護の仕事意識(肯定・困難感)は、自己肯定と生活充足と関係性が認められた。

【在宅介護なし群】

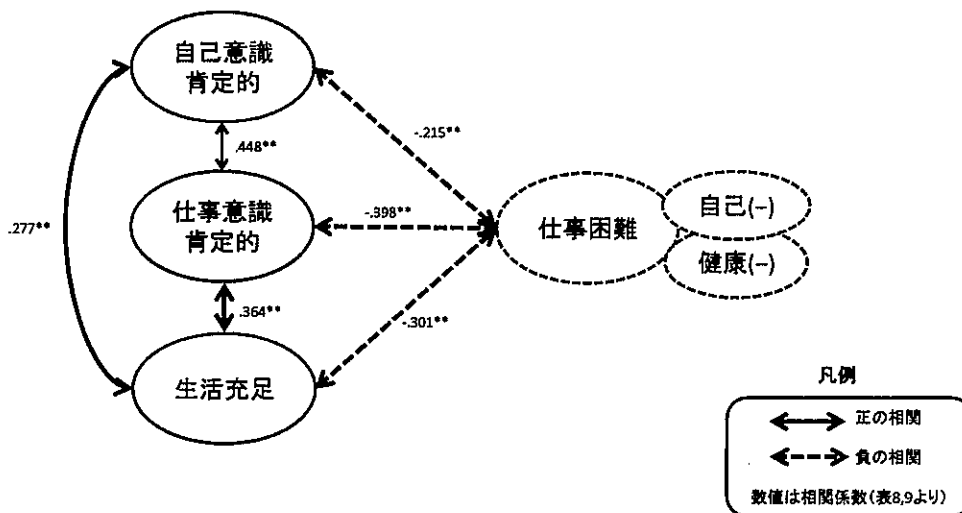


図7 看護師の仕事と在宅介護の関係①

仕事をしながら介護をすることは、介護負担感・介護肯定感に影響がある(⇒介護負担感の高い群と低い群では仕事意識に差がある)については、現在介護あり群の相関関係を図8に示した。看護の仕事意識(肯定・困難感)は、介護関連項目と強い相関があることから「肯定的仕事意識」とは相関はないが、「仕事困難」に影響があると考えられた。ただし、重回帰

分析により因果関係を確認したが、擬似相関の可能性も捨てきれない結果であったが、大枠の関係性については、図8に示された通りであった。

【在宅介護現在あり群】

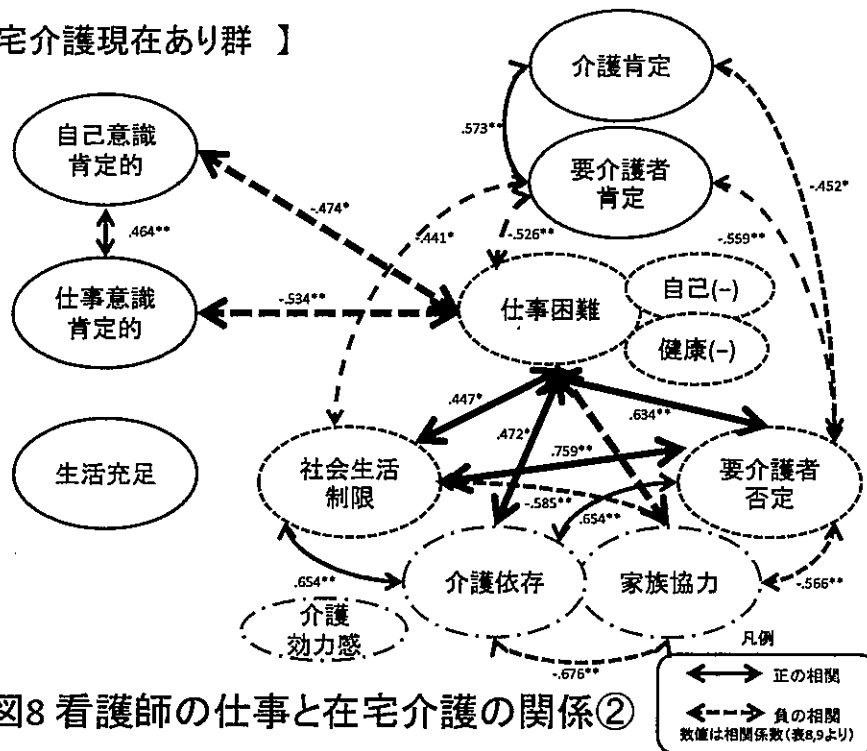


図8 看護師の仕事と在宅介護の関係②

【在宅介護現在あり群】と【在宅介護なし群】の両者の関係図を概観すると、看護の仕事のアンビバレンスは両者に同様だが、【在宅介護現在あり群】の方がより負の相関が強くなっている。つまり、仕事意識への肯定的意識は、在宅介護の影響を受けることとなり、相関は示されていないが、看護の仕事と在宅介護を両立することによって仕事困難感が強く出現し、その影響を受けて仕事への肯定的意識が低下すると考えられる。また、【在宅介護現在あり群】の仕事困難に対して在宅介護のいくつかの否定的因子が強い相関を示している。これらのことから、看護師の在宅介護は、要介護者への思いと家族の協力が大きく影響していることと合わせて、家族が依存的になりやすく、それらが仕事困難に影響していることが示された。看護師の仕事と在宅介護のアンビバレンスを探求したことで、否定的な側面がより強く、肯定的側面に大きく影響していることが示唆された。広瀬⁹⁵⁾は、家族介護者の介護に対する評価について、肯定・否定の両評価の概念を使って特徴を示しているが、仕事などのストレスは、他の要因として一括りとなっている。今後、この調査結果より仕事と介護

の関連性が見えたため、仕事と介護の両立における尺度の開発も必要と考える。それらによって、個々の仕事と介護の両立における影響要因が具体的に示され、支援の方向が明らかになると考える。開発された両立尺度は、看護師に限らず在宅介護を担う働く家族介護者に活用できたらと考える。本研究で作成した尺度は、質問項目が多く精選が必要である。簡便で信頼性の高い質問紙の開発に向けても課題が明らかになった。

また、今回の J-ZBI により、看護師の介護負担感の実態を明らかにした。上村ら⁶¹⁾が訪問リハビリを活用している主介護者 22 名の同評価尺度を使用して得られた総得点の報告では、総得点 30.3±14.7 点であり、本研究とほぼ同得点となっている。このことから、看護師の仕事と介護を両立している家族介護者の介護負担感は明らかに高いとは言えないと考える。介護負担感を評価するにも、対象者の状況も影響要因となり、一概に総得点で他の状況の家族介護者と比較して判断することは困難のため、ここではこれ以上の言及を避けておく。本研究では、単純に総得点の高低で他との比較することが目的ではなく、仕事と介護を両立している看護師の介護負担感に焦点化していることから、介護負担高い群と低い群に分けて、仕事への影響を検討したが、介護負担が高くて相関関係はあるものの、重回帰分析では、「肯定的仕事意識」や「仕事困難」の因果関係は認められず、介護負担感と関係があるのは「家族協力」「介護依存」となり、「介護を任せられる人がいない」、「頼られる」などは看護師における特徴が明らかとなったと考える。また、就業状況と介護負担について東島ら¹¹⁰⁾の報告書では「Zarit 介護負担尺度」を用いた福祉用具の効果検証において、「就業している介護者の方が、介護負担が軽減している」と報告している。就業していることで「社会とのかかわり」あるいは福祉用具の利用により、負担軽減が大きくなる傾向が推察されている。むしろ、仕事でストレスを発散するなど、在宅介護が肯定的に働くことがわかってきた。これは、ワーク・ファミリー・スピルオーバーのひとつとも考えられる。

仕事-家庭の葛藤の類似概念に仕事-家庭流出(ワーク・ファミリー・スピルオーバー)¹³⁶⁻¹³⁷⁾で、ネガティブな影響が、「ワーク・ファミリー・コンフリクト」として、看護師のワーク・ライフ・バランスを推進するうえでも注目されている概念である。これまでの研究では、ネ

ガティブな感情に焦点をあてたものが多いが、Montgomeryら、島田ら、渡井ら¹¹¹⁾⁻¹¹⁵⁾は、今後はポジティブ・スピルオーバーに目を向けることで、ワーク・ライフ・バランスと働き方の見直しに期待できるとしている。看護の仕事に介護での負担感のみでなく、介護肯定感や、介護から得た家族の凝集性、家族からの期待感など多く要素をポジティブに捉え、仕事に流出することで、介護離職の予防にも繋がると考える。また、櫻谷ら¹¹⁶⁾は、ストレスなどのネガティブな状態だけでなく、ワーク・エンゲイジメント(仕事で活力を得て生き活きた状態)などのポジティブな側面も明らかにされ、自己効力感や自尊心などの関係も示されている。つまり、肯定的・否定的側面をうまくバランスを取りながら看護の仕事に誇りを持ち、自己効力感を高めながらポジティブに仕事と介護を続けられることが、今後の課題であり、それらを支援していくことが重要であることが示唆された。

2. 看護師の在宅介護の不安について

在宅介護経験のない看護師に介護の可能性と介護不安について回答を求めた結果、在宅介護と両立に対して否定的な傾向があり、仕事と在宅介護の不安が非常に高いことがわかった。特に仕事が休めない、職場への不安、仕事への影響などの不安が多くあった。高林¹¹⁷⁾は交代制勤務に従事する介護していない40代から50代の看護師の約5割近くが、今後の5年間に家族介護の可能性があり、両立不安を抱いているとし、支援としては、介護休暇と職場の協力体制など休める環境を求めていると報告している。本研究の自由記述からは、「休むことの職場への迷惑を考えて休めない」という思いは一致している。しかし、多くは「常勤やフルタイムでは無理」という働き方についてのニーズがあげられている。また、まだ現実ではないこともあり、在宅介護が「わからない」不安もあげられている。看護の技術はあっても介護保険制度や介護施設の情報、細かい手続きや準備までは把握していないことが推測される。在宅介護の可能性がある段階で、介護保険制度についての知識や準備に取り掛かっておくことが介護不安の軽減になるだろう。また、意外に施設入所への抵抗があることがわかった。これは、在宅での介護の継続をすすめる反面で、在宅介護から逃れられない現象が考えられ、状況によって施設も検討する柔軟な捉え方ができるようにしていくことも課題

と考える。なぜ施設に抵抗を示すかは不明であったが、看護師なので家族を看たいという思いの影響も考えられた。また、子育てより無理という印象もあり、介護不安の壁は大きく約7割を超える看護師が両立不安を訴える結果となっている。一方、在宅介護経験のある看護師は、長期に渡る介護に対して気が遠くなるような思いなど、先の見えない不安があり、自分の時間を犠牲にしているなどのネガティブな意見が目立っていた。しかし、自分の成長に繋がるなどのポジティブな意見も特徴的である。仕事と介護を両立することのポジティブな面が介護なし群の不安の軽減にも繋がると考えられる。

今後の必要な支援として求められていることは、介護する前の段階より、看護の仕事と介護を両立することを前提として、介護と仕事へのネガティブな影響をできるだけ軽減し、仕事とのバランスが取れるような協力体制と職場のサポートの在り方が示唆された。

第5節 結論

- 1) 看護職の在宅介護経験者の特性については、在宅介護の経験者は回答者の割合は13%となり、女性が多く、年齢は40～50代、勤続経験年数は10年以上、常勤で交代制勤務、役職があるなどの特性がある。
- 2) 在宅介護状況は、要介護者との関係では、自身の親が最も多い。介護状況では、過去に主介護をしていたケースが多く、介護期間は1年未満、同居介護は約7割、要介護度については非該当、要介護3～5も多い。認知症がある人も約半数であり、3割がなんらかの医療を在宅で行っている。サービスの利用状況は、利用が多いのはデイサービス（デイケア含む）が最もよく利用され、次いでショートステイとなっている。自身の介護内容は、おむつ交換、清潔援助が多かった。
- 3) 探索的因子分析では「肯定的仕事意識」「自己肯定」「仕事困難」「生活充足」「介護による社会生活の制限」「要介護者否定感情」「介護依存」「介護肯定」「家族協力」「要介護者肯定」「介護効力感」の11因子が導き出され、下位尺度を構成した。
- 4) 在宅介護あり群と介護なし群の差の検討を行うために、下位尺度得点によるノンパラメトリック Kruskal Wallis 検定を行った結果、いずれの得点についても有意な差がみられな

かったが、「仕事困難」尺度得点は、現在介護あり群が高い傾向がある。また、過去介護あり群の「仕事困難」尺度得点が高群より低く、「肯定的仕事意識」「自己肯定」「生活充足」尺度得点が高い傾向があった。

- 5) 在宅介護なし群では、「肯定的仕事意識」は「自己肯定」と「生活充足」が有意な中程度の正の相関があり、「仕事困難」と有意な負の相関があった。「自己肯定」については、「仕事困難」とは弱い有意な負の相関があり、「生活充足」とは弱い有意な正の相関が認められた。「仕事困難」と「生活充足」は有意な負の相関がみられた。現在介護あり群の場合の「肯定的仕事意識」は、介護なし群と同様に「自己肯定」と有意な正の相関があり、「仕事困難」はなし群より強い有意な負の相関があったが、「生活充足」は有意な相関を示さなかった。「自己肯定」では「仕事困難」とやや強い有意な負の相関がみられた。「仕事困難」と「生活充足」は無相関となった。過去の介護あり群では、「肯定的仕事意識」は、相関の強さはやや低くなるもののほぼなし群と3項目とも同様の相関を示した。「自己肯定」では、「仕事困難」「生活充足」とは相関を示さなかったが、「仕事困難」と「生活充足」は弱い有意な負の相関がみられた。
- 6) 「仕事困難」を従属変数とした重回帰分析の結果、介護なし群は3項目の分析で、「肯定的仕事意識」と「生活充足」から「仕事困難」に対する負の標準偏回帰係数(β)が有意であった。現在介護あり群では、擬似相関の可能性がみられ、過去介護あり群は、「肯定的仕事意識」と「要介護者否定的感情」から「仕事困難」に対する標準偏回帰係数(β)が有意であった。一方、他項目は擬似相関の可能性がみられた。
- 7) J-ZBIの総得点は、最低4点、最大値71点、平均値31.8点、標準偏差16.22となった。介護負担高い群と低い群の基本的属性について χ^2 検定により群間比較を行ったが、全項目有意な差が見られなかった。また、介護状況の項目についても同様に全項目有意な差が見られなかった。
- 8) 現在在宅介護あり群では、各尺度からの影響がほとんど有意に見られなかったが、「家族協力」から「介護負担」に対する負の標準偏回帰係数(β)が有意であった。過去介護あ

り群も同様で、「家族協力」と「要介護者肯定」も負の標準偏回帰係数(β)が有意であった。「介護負担」は仕事ではなく、家族との因果関係が強く見られていた。

9) 在宅介護なし群の仕事と介護の両立の不安は、(4)～(5)で77.6%と非常に高い割合で不安が認められた。

10) 自由記述では、在宅介護なし群は【働き方の不安材料】【看護の仕事の不安】【在宅で看る】【生活充足不安】【経済的不安】【家族のサポート】【育児と介護】【わからない】等の10つのカテゴリー、23のサブカテゴリーに分類した。在宅介護あり群は、【看護の特性の影響】【看護師であること】【家で看たい】【自己成長】【経済的負担】【自己犠牲】【先の見えない不安】7つのカテゴリーと、15のサブカテゴリーに分類された。

第6節 本研究の限界と今後の課題

本研究は、仕事と介護の両立関係をみる尺度がなかったことより、先行研究より独自質問紙を作成し、仕事と介護の関係の検証を試みたが、本研究の対象が、回答率も67%で中規模病院4施設、介護老人保健施設2施設の看護職と限定し、また、介護経験者が82名と十分な人数を対象としたものでないため、結果の信頼性については否めない。管理職からの質問紙の配布という方法なども少なからず職場のバイアスが生じた可能性も懸念される。さらに、本研究の質問紙の信頼性を得られない項目があり、質問項目が78項目と多かったことなども課題要因と考えられた。さらに、仕事の状況や両立支援制度の活用状況、在宅介護時間などの在宅における情報不足もみられ、仮説を検証するに十分なデータとは言えなかった。今回の結果をもとに、標本数を確保した研究を追加することで、研究結果の信頼性を高め、両立に関する影響要因を明確にしていくことが今後の課題であり、具体的な両立支援ニーズを明確にしていく必要があると考える。

第IV章 研究2「看護師の仕事と在宅介護の両立・継続のプロセス検討」

第1節 調査目的

看護の仕事をしてしながら在宅介護をする看護師の両立のプロセスの構造化，併せて両立・継続を支えるものを明らかにする．そのプロセスを明らかにすることにより，介護離職予防と介護しながら働く看護師の就労支援に示唆を得る．

第2節 調査方法

1) 研究デザイン：

質的記述研究デザイン

2) 研究対象者：

研究1で依頼した病院・老健施設の管理者に再度研究協力者の依頼を行い，紹介された「仕事をしながら在宅介護をしている(した)経験のある看護師」15名

※在宅介護については，現在または過去に経験したものとする．在宅介護の経験については在宅期間が1か月以上の経験とすると定義して依頼した．

3) 研究期間：

2015年11月～2016年6月

4) 調査方法：

面接は，インタビューガイド(資料8参照)をもとにした約30～60分程度の半構成的面接を実施した．対象者には介護と仕事に対する思いを自由に語ってもらう方法とし，面接内容については，対象者の同意を得てICレコーダーに記録して逐語録を作成した．インタビューの場所は，対象者の職場の個室，または，プライバシーが守れる対象者の指定する場所とした．介護状況については介護者の介護経過に関する記録も参考資料とした．

5) 分析方法

2つの研究方法を使って分析を行い，それらの質的研究を統合させて両立プロセスモデルの検討を行う．

① 事例分析

両立・継続した事例 1 例，両立・介護離職事例 1 例を対極例として，ナンシー・K・シュロスバーグの理論¹⁰¹⁾の枠組みを活用して，両立と転機の関係进行分析した。

② M-GTA による分析

半構成的面接によって得られたインタビュー内容より作成した逐語録をデータとして，木下の提唱している修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ¹⁰²⁾¹⁰³⁾ (Modified-Grounded Theory Approach : M-GTA) を用いた。M-GTA は，データの解釈から説得力のある概念の生成を行い，そうした概念の関連性を高め，まとまりのある理論を構築する方法であり，文脈を破壊せず，逆に重視し，切片化より始めるのではなく，意味の深い解釈を試みる分析方法として，M-GTA を採用した。理論的前提としては，シンボリック相互作用論¹⁰⁴⁾を基盤とした研究方法とした。

データは継続的に比較しながらの分析とし，データから浮上する概念を生成した。概念間関係を検討しながらカテゴリーを生成するとともにカテゴリー間関係の検討も行った。概念やカテゴリー生成の際，両立におけるプロセスの構造を検討した。分析焦点者は「仕事をしながら在宅介護をした経験のある看護師」で，分析テーマは「看護の仕事と在宅介護の両立のプロセス」とした。

分析の手順は，分析対象者と分析テーマを決定し，1 事例ごとに逐語録から概念生成を行った。この際 1 概念ごとに分析ワークシートを作成し，ヴァリエーション（具体例）を記入し，その具体例がなぜ抽出されたかについての理論的メモを付した。さらに概念抽出をしながら，他の概念との関係を検討しつつ進めた。生成した概念について，類似例の確認だけではなく，対極例と比較しながらデータを概観した。概念の関係性をみながらカテゴリー化を行い，結果図を作成した。最終的には 15 名のデータより概念生成して，逐次修正をしながらまとめていったが，10 人目以降は新しい概念生成ではなく，それまでに生成した概念の具体例（ヴァリエーション）が確認された。

この一連の分析と構造化については、分析結果の真実性(もっともらしさ)と信憑性を高めるため、分析の全行程において随時逐語録に戻り、分析内容の適切性とカテゴリ相互の関係性について質的研究の熟練した指導者のスーパーバイズを継続的に受けて検討し、修正を加え、分析結果の妥当性の確保に努めた。

第3節 結果

対象者は15名の協力を得た。看護の仕事と在宅介護を両立した看護師の年代は、20代から60代であり、資格は看護師13名・准看護師2名で、全員女性であった。経験年数は、3年から30年と幅広く、病院・老健・訪問看護と職場も多様であり、勤務体制も変則勤務がほとんどであった。要介護者は、実父母、義父母が多く、要介護者の年齢は、70代から90代、介護状況については、現在主介護、過去に主介護であり、複数人の介護状態の方が多かった。認知症についても数事例、医療処置も点滴、胃瘻、在宅酸素療法(Home Oxygen Therapy: HOT)などを受けている事例も数事例あった。面接時間は30~75分であった。

表18 研究2 対象者一覧

事例番号	就労状況(介護開始時)						要介護者状況						介護内容	
	年齢	性別	資格	経験年数	勤務場所	体制	関係	介護状況	介護期間(通算)	同居の有無	要介護度	認知症の有無		認知症の種類
1	40代	女	看護師	20年以上	病院(病棟)	常勤(2交代)	実母	現在主	1年未満	同居(2人暮らし)	要介護6	なし	胃瘻	トイレ指導、排泄処理、おむつ交換、食事準備、清拭、更衣
2	50代	女	看護師	30年以上	病院(病棟)	常勤(2交代)	義父	過去(主)	1~3年	同居(5人暮らし)	未申請	軽度	なし	食事準備、排泄処理、失禁処理、入浴見守り
3	50代	女	看護師	30年以上	病院(病棟)	常勤(2交代)	実母、配偶者	過去(主)	1~3年	同居(4人暮らし)	不明	軽度	なし	入浴時の補助 夜間のお守り 清拭、更衣
4	20代	女	看護師	3~6年	病院(病棟)	常勤(2交代)	実母	過去(主)	1~3年	同居(4人暮らし)	要介護2	なし	なし	食事準備、調理、失禁処理、夜間トイレ介助、精神的ケア
5	50代	女	看護師	30年以上	老健	常勤(2交代)	実母・義母	現在(主) 過去(副)	2年 2年	同居4人暮らし	要介護4 要介護1	なし あり	なし	複数人同時介護 見守り 訪問介護と近距離介護
6	80代	女	准看護師	30年以上	老健	常勤(2交代)	義母、配偶者	過去(主)	1年未満	同居3人暮らし	不明	なし	なし	食事準備、排泄介助、入浴介助 複数人同時介護
7	40代	女	看護師	20年以上	老健	常勤 管理当直	実母	現在(主)	1年未満	同居3人暮らし	要介護4	なし	胃瘻	全介助
8	50代	女	看護師	30年以上	老健	常勤(2交代)	義父	現在(主)	1~3年	同居4人暮らし	不明	あり	住居 点検・洗剤など	複数人介護 祖父1年看護取り⇒祖母1年看護取り⇒実母(10日)病院で⇒現在義父
9(B)	50代	女	看護師	30年以上	病院(外来)	日勤のみ	義母 義父施設	過去主	10年以上	同居2人暮らし	要介護2	あり	なし	複数人同時介護 デイサービス・訪問介護・在宅酸素 食事・車椅子おむつ交換(日中勤務)
10														同意撤回書提出により記載せず
11	50代	女	看護師	20年以上	訪問看護	日勤のみ 24時間待機	義母 実父	現在主 過去副	1~3年	同居3人暮らし 別居介護	非該当 要介護3	なし あり	なし	複数人同時介護 見守り 食事配達・買い物
12(A)	50代	女	看護師	30年以上	病院(管理)	日勤のみ	実父 実母	過去主	5年	別居⇒同居	要介護4 要介護3	なし	あり(HOT)	複数人同時介護 看取り
13	60代	女	看護師	30年以上	病院(管理)	日勤のみ	義父	過去主	6年	同居3人暮らし	要介護3	あり	なし	呼び寄せ介護
14	40代	女	准看護師	20年以上	病院(病棟)	3交代	義父 義母 実母	過去主	3年	同居3人暮らし	未申請 未申請 要介護1	あり	なし	複数人同時介護
15	50代	女	看護師	30年以上	病院(病棟)	日勤 管理当直	義父 義母	過去主 現在主	3年以上	同居3人暮らし	要介護4 未申請	なし	あり(HOT)	複数介護

1. 事例分析結果

1) 事例Aのケース：在宅看取りを行い、両立完了に至ったケース（ケース番号 12）

事例A 60代前半 看護師 病院管理職 仕事と介護の両立期間：5年間

仕事と介護の両立は別居介護で始まる。介護開始当初の2年ぐらいは、別居しながら1日100kmを走る遠距離別居介護を毎日行っていた。Aの仕事はベッド数230以上の看護・介護職300名の管理職という立場であり、病院全体の管理・職員の教育指導等の重い責務を果たしながら、19時に仕事を終えて自分の家に行き、介護に関わる支度をして、介護を要する実親宅に行って介護を行った。実親宅から仕事に行くこともあり、それを毎日繰り返した。在宅介護の始まりは、実父の慢性閉塞性肺疾患（Chronic obstructive pulmonary disease：COPD）の見守りからであった。COPDは10年ぐら有病状が安定していたものの、呼吸状態の悪化に伴いHOTを導入し、継続的な酸素療法の見守りが必要となった。その状態に加えて、実母が転倒し、大腿骨頸部骨折のため入院・手術となった。実父がその間独居となることの不安から、実母の歩行リハビリを在宅で行うこととして、早目の退院となった。この時点からは、実父・実母二人とも要介護状態になり、複数人同時介護状態に至った。この介護状態を乗り切るために、在宅サービスは、訪問看護を週1~2回入れながら、訪問介護を朝昼夕の1日3回利用し、2人の日中の介護をしのいだ。しかし、実父はCOPDに加えて肺がんも併発し、呼吸状態が徐々に悪化し、入退院を繰り返すようになった。入退院を繰り返すなかで、実父が「病院に行くのは嫌だ」「家にいたい」と入院を拒否するようになり、本人の望むように在宅療養を基本にした介護を検討し、その結果、約2年間の100km遠距離介護から自身の家での呼び寄せ同居介護になった。まずは、居間を観察・見守りがしやすいように病室に住宅改修し、ベッドや車椅子などの必要な福祉用具のレンタルを行った。同居介護の毎日は、介護が切れ目なく、朝5時から戦闘態勢開始、両親の口腔ケアとおむつ交換に始まり、朝食準備・片付け、洗濯、お昼の準備まで自分の仕事準備も途中にして出勤となる。仕事に行っている間は、サービス提供者に連

絡ノートをつけてもらい、1日の様子が確認できるようになっていた。また、実母は携帯が使用できたため、日中何かあれば職場に電話をかけてもらい、その都度訴えを聞いた。

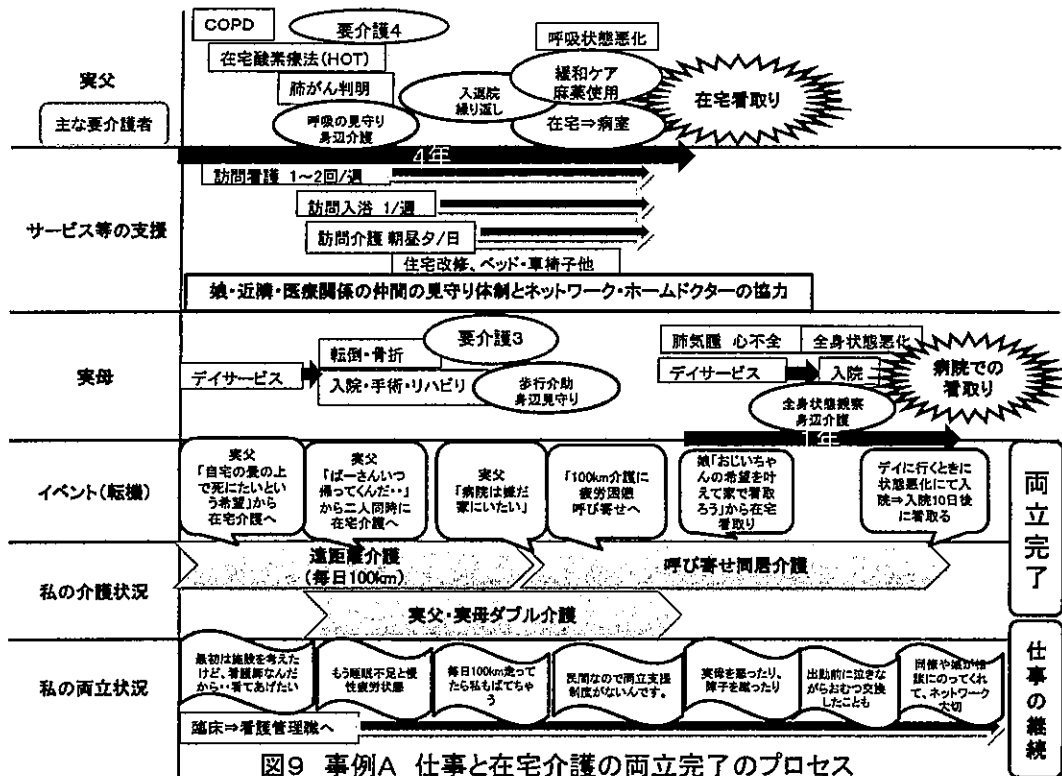


図9 事例A 仕事と在宅介護の両立完了のプロセス

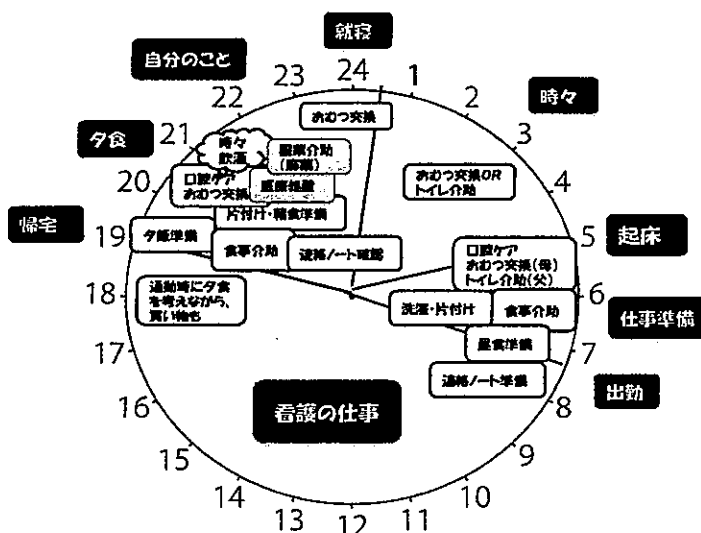


図10 事例A 仕事と介護 24時間サイクル

また、近隣に見守りをお願いしたり、近隣医療関係者とのネットワークを構築していた。Aは、夫とは死別し、看護師の一人娘とは別居となっていた。そのため、要介護の実父・実母と3人暮らしで、遠距離介護に引き続き、呼び寄せ介護の状態で約2年間の仕事と在宅介護の両立を継続した。その後、実父の病状が悪化し、ホームドクターと連携し、日常的に麻薬を使用することとなった。そして、最期は在宅で実母とAのもとで看取りとなった。それから1年後、実母も肺気腫の悪化によって心不全を発症し、最期の10日間は病院に入院し、治療やむなく病院での看取りとなった。

このような経過を辿り、仕事と介護を両立しながら、2人を看取り、両立完了となった。現在も看護の仕事は継続している。

【A事例の逐語録より】 面接時間 75分 逐語録 P31

最初の転機：<在宅介護の決心>最初は、仕事持ってるし、いずれもう施設に入っ
てほしいって思いましたね。両親がもう本当にだんだん年を重ねていって、自分も仕事
持ちながら、年齢も定年後だし、老老介護になってくるわけだから、私は2人は見ら
れないなって。どっちか1人ぐらいなら何とかかなるかなと思ってましたね。だけど、
父が最後に、亡くなる1年前に退院してきて、もう病院は嫌だって言ったときに、娘
がやっぱり看護師だったんで、おじいちゃんがこんなに嫌がってるのに、家で見
てあげなきゃかわいそうでしょうって言って、私が協力するよって。協力するなんて言
たってそんなにね、遠くにいるから来られないですよ。その言葉だけだけど、そうか
な、かわいそうかなと思って、在宅で見ようかなという、それが決心だったですかね。

(A事例 23項)

<遠距離介護の始まり>別居介護と同居介護、両方ですね。当初は2年ぐらい別居し
てたんですけど、最初は親元から仕事に行って、それでそこから親元に帰ってでやっ
てたんですけど。1日100キロは走るんですね。そうすると、もうとてとても、車
もやっぱり消耗も激しいし、体もね、結局7時ぐらいに仕事を終えて、一旦自分の家
に、〇〇まで来て、いろんな支度をして、今度親の介護に入って。それを毎日繰り返

して、2年くらいやってました。1日だから100キロぐらい以上走ってましたかね。片道、職場までは38キロだから76キロプラス病院から家まで、家から親元までね。

(A事例 1項)

<二人同時介護へ>母が父のお世話をしてたんですね、食事のお世話を。ところが転倒しちゃって、大腿骨頸部骨折起こしちゃって。しょうがないから、もう母が〇〇病院ですね、〇〇の〇〇病院に入院して治療したんですけど、回復期、急性期脱して回復期に移動ということで、その回復期のときに、私が勤めていたところへ移動したんですね。でも、父はその間ずっと1人で、私が帰ってくるまで1人だったんですけど。父も呼吸が苦しいから、おばあちゃんに会えないまま自分が死んじゃうんじゃないかという、そういう不安の期間があったみたいですね。「ばあさんいつ帰ってくるんだって」、しょうがないから家でリハビリすればいいわと思って連れて帰ってきたんですね。ただ、歩行器を使ってる人と在宅酸素してる人が一緒に生活というの非常に困難なので、訪問看護入れて、それからヘルパーさんを1日3回。(A事例 5項)

<病院は嫌だ>父はもう病院1年に4回ぐらい入退院してて、もう本当最後は「もう病院は嫌だ、家にいたい」って言って、病院じゃ天井眺めたり時間になって御飯食べたり、もう看護師が定期的に来るだけのその環境の中では自分は耐えられないって。

(A事例 7項)

<呼び寄せ介護へ>しょうがない私が、じゃあおじいちゃんの家へ連れてけないよって言ってね、100キロも毎日走ってたら私がばてちゃうって言って、私の家、〇〇の親のところから大体距離的には10キロ未満ぐらいのところなんですけど、私の家に2人を連れてきたんですね。それが母が89、2年ぐらい過ごしたと思いますね、うちで。母が3年ぐらい過ごして、父が2年くらいですよね。そうですね。同居するようになりまして。

(A事例 7項)

<資源の活用>ちょうどリビングが、このワンルームのところには6畳ぐらいの和室、20センチぐらいの段差があるところ、6畳ぐらいの和室があるんですが、そこをもう

病室のようにして。最初はベッドの配置から、北向きみたいな位置関係だったんですけど、時計が見えないとか、みんなの顔が見えないとかって言われて、時々ベッド移動して、みんなに参加できるように。それは多分看護の視点だと思うんですね。あとは、母が本当に亡くなるまで携帯電話使えてたんです。私が職場で、おじいちゃんのぐあいが悪いよって、どんなにぐあいが悪いのって言うと、サーチュレーションもはかる指導もしといたもんですから、これが幾つになってるって、数字が幾つになってるというふうに母が言ってくるんですね、じゃあそつと酸素を上げてちょうだいって言って。

(A事例 8項)

<ネットワーク>やっぱりネットワークですかね。友人のネットワークだと思います。私の友人が、看護師が多いということと、看護師じゃなくてもいろんな趣味を通して友人が近くにいるので、もう本当によく重なることもありますけど重ならないで、ほとんどがもう皆さん1日1回ぐらい寄ってくれるので、その辺はされてたというかね。

(A事例 26項)

【ナンシー・K・シュロスバーグ理論の枠組みと4つのS】

<p>状況 (Situation)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実父のCOPDの悪化により、在宅酸素療法 (HOT) を開始した ・肺がんの判明 ・実母の大腿骨頸部骨折、入院、手術、歩行困難になった ・「病院は嫌だ」「家にいたい」 ・病状悪化と麻薬使用 	<p>自己 (Self)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・最初は施設を考えたけど、看護師なんだから見てあげたい ・看護経験者としての知識とスキルを持っているので活用したい ・介護疲労からのストレスで物にあたり、障子を蹴り、感情コントロールができないうちもあった ・介護にかかりつきりにならないように、適度な気分転換として、一泊旅行や食事会などに参加した
<p>支援 (Support)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必要と思う資源はすべて活用した フォーマルサービス (訪問診療、訪問看護、訪問介護、介護支援専門員、その他の在宅サービス)、インフォーマルサービス (親戚、友人、地域・近隣) ・家族 (看護師の娘のサポート) ・資金は、実父・実母の年金と自分の収入を活用した 	<p>戦略 (Strategies)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・100km 遠距離別居介護から呼び寄せ同居介護にした (転機の変換) ・在宅を病室に改修し、在宅療養に変えた ・自分のあらゆるネットワークを活用した

【4つのSの結果】

A事例の場合は、ある出来事を期待していたかどうかに関わらず、前向きな資源の活用により、4つのSが転機(イベント)をコントロールできた。特に、支援(Support)

は、シングル介護状態にも関わらず、看護職の強みを活かし、あらゆる社会資源と人的環境を活用のうえ、在宅療養ができる物的環境に工夫したこと、それらを転機（イベント）の時期に合わせてうまく活用したことが、結果、仕事と介護の両立を継続させ、在宅での看取りによって両立完了に至ったと考えられる。

2) 事例Bのケース：介護離職に至ったケース（ケース番号9）

事例B 50代後半 看護師 師長⇒パート 仕事と介護の両立期間：11年間

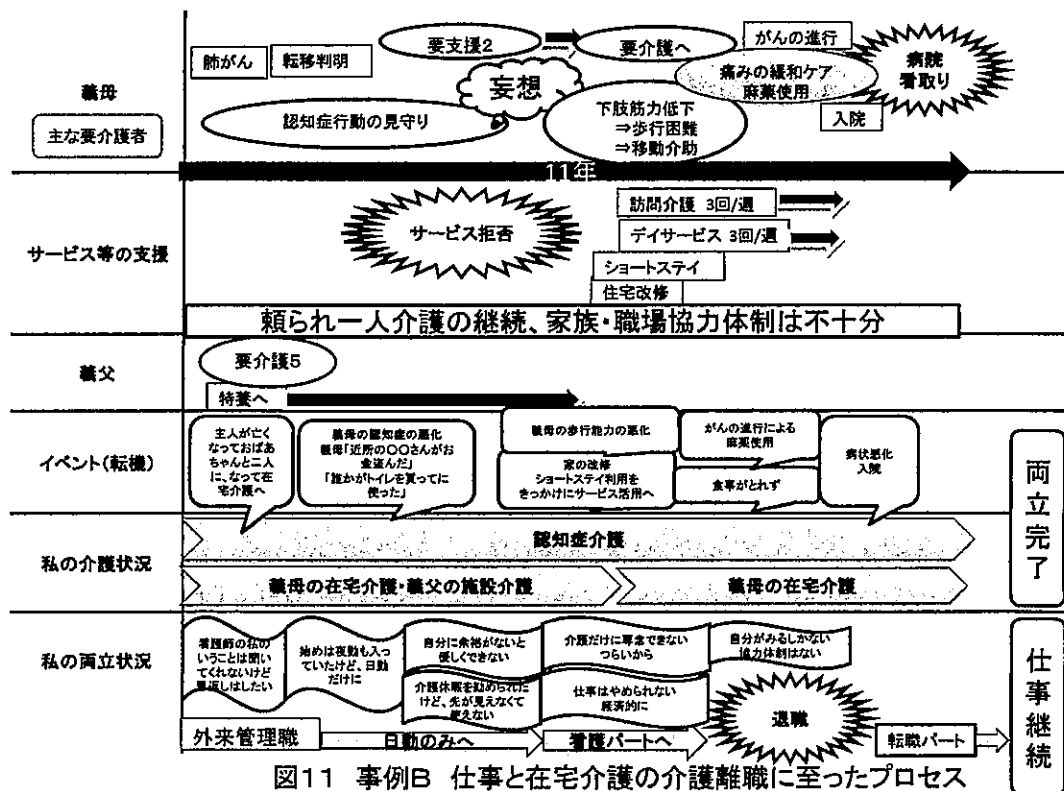


図11 事例B 仕事と在宅介護の介護離職に至ったプロセス

仕事と介護の両立は約11年前に遡る。Bの介護は、認知症の初期にあった義母の見守りから始まった。義父については、認知症の初期あった義母が在宅で介護をしていたが、要介護5と状態が進み、特別養護老人ホームに介護を委ねた。義母の介護開始当初は、自分で歩くことができ、ふらつきながらもバイクにも乗ったりして、ほとんど手がかからなかった。日中一人のために、デイサービスを勧めたが、断固拒否されて、日中独居がずっと続いた。Bは外来の看護師長をしながらの介護となった。これまでずっと外来勤務を続けてきたが、介護を始めてから、当直夜勤業務を免除してもら

い、日勤のみの仕事に変えた。このような状態で4・5年が過ぎ、認知症の症状が進み、妄想が出現、「近所の人がお金を盗んだ」「勝手に誰かがトイレに入っていった」などが繰り返り続いた。また、認知症の症状の進行とともに、下肢筋力の低下もみられ、ほとんど歩けない状態になっていった。この段階では、要支援2の要介護認定を受けて、ケアマネージャーにデイサービスを勧めてもらったが、相変わらずデイサービスには行かなかった。その後、一人でトイレや風呂に行けるようにするために住宅改修を行った。その期間にショートステイを2か月間利用した。それきっかけに、デイサービスに行くことを嫌がることもなく週3回のデイサービスが開始となった。この時期には、食事も自分ではできなくなり、介助を要するようになり、おむつも使用するようになっていたが、仕事は外来師長をそのまま続けていた。責任ある立場であるため、会議などで遅くなることもあり、Bが帰宅するまで、義母は食事もできず一人で待っている状態であった。Bは仕事から帰ると、おむつを替えて、食事を作り、食べさせてを繰り返す。夜間はできるだけ起きないように寝る前には遅めにおむつを替えた。この頃より、仕事と毎日の介護の連続で、自分に余裕がなくなり、優しく介護ができなくなったと感じ、看護の仕事を辞めることを考えた。経済的なこともあり、仕事はやめられないというジレンマを抱え、職場からは介護休暇を勧められたが、先の見えない介護ゆえに、休んでも解決しないと考え、看護の仕事辞める方向で決心を固めていった。自分の仕事の後任ができたことをきっかけに、パートタイムになり、さらに看護の仕事を離職し、週3日のパートに転職した。夫との死別から、義母と二人暮らしとなり、自分しか頼る人がいないことや、自分がこれまで仕事を続けてこられたのは義母のおかげということもあって、家にいることを希望する義母への恩返し介護を決断した。息子や親戚に負担をかけられないと考え、誰にも相談せず、自分で決めて一人孤独の介護を続けた。その半年後、肺がんの病状が悪化し、入院後ほどなく病院での看取りとなった。

【B事例の逐語録より】 面接時間 51分 逐語録 P9

<在宅介護の始まり>お母さんは、11年ぐらいの介護ですね。初めは手がかからなくて歩けてたんですが、4・5年後になりますかね。バイクのったりしてたんで、それがだんだんと横になっている時間が長くなってバイクもふらついていて、乗らないで、言ったんだけど私のいうことは聞いてくれなくて、義妹に相談したりしたんだけど、取り上げるとまずいし、でも、近所からもあぶないって声もきいて・・・本人は歩けないからバイクに乗るんだって話しにならない感じでしたね。あとは、近所のだれだれさんがお金を盗んだとか、デイサービスとか進めたんですけど、そういうところは年寄が行くところだって言って・・・行ってくれない状況が続きました。自分は・・・大丈夫っていう感じで。

(B事例 2項)

<恩返し介護の決心>そう、やめられなくて、経済面もあるし、あと、介護だけだと自分がやっていけない、つらくて、それだけには没頭できないですね。ねたきりになってから、デイサービスとか行ってきて、「それで、うちがいいな」とか言ってきて、そういうのもあってみてあげたいな、思って後悔したくないし、うちがいいなって言われるとね。希望かなえてあげたいなと

(B事例 3項)

<辞める方向で>自分が余裕がないと優しく接することができないなって思って・・・、仕事やめようかな？と思って、どうしても仕事も精一杯で、時間とかななくて、疲れるし、介護に出ちゃうし、それで自分ではあーと思うし、自分が辞めてみれば優しくできるかなと思って、仕事も責任があるし、仕事は絶対だし、自宅でいい顔できなくて、疲れていると話し聞きたくないじゃないですか？むこうは話したいのに、できない自分がいて、仕事どうしようかとなって、それで、辞めたいと話してたんですが、病院からは介護休暇をすすめられたんです。でも介護って先が見えないじゃないですか。休んでも解決にはならないし、それは無理だって思って、ありがたい話ですがって言って、辞める方向で進めて。

(B事例 4項)

<自分が見るしかない>自分で全部決めて、相談する相手もいなくて、上司には相談は

しましたが、辞めて経済的にどうなるかも考えて、ケアマネの存在はなかったですね。なんか大変なのが当たり前で、プランとかは立ててもらったけど、義妹からは別な介護の相談を受けたりしてました。頼られていろいろ相談にのったりね。協力体制？はないですね。息子がいますが、たまには来てくれますが、負担はかけたくないし、自分がみるしかないって思って、仕事をしていてよかった、どちらかだけではできなかった。両立しながら介護することに意味があるような、介護殺人とかのニュースとかあると、わかるわかるって思って、あとは、介護は自分だけで抱えているとできないですよ。外からの援助があるといいですよ。 (B事例 5項)

【ナンシー・K・シュロスバーグ理論の枠組みと4つのS】

<p>状況 (Situation)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 義母の認知症の発症で介護が開始した ・ 認知症の症状の進行で妄想が出現 ・ 下肢筋力低下による歩行困難のためにトイレ介助になった ・ ほとんど寝たきりになった ・ 肺がんの病状悪化による入院した 	<p>自己 (Self)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 先が見えない不安があり ・ 自分が優しくできない ・ 仕事は絶対、責任があるし ・ 自分しかいないし、頼られている ・ 後悔したくない ・ 全部自分で決めるしかない
<p>支援 (Support)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族のサポートはなし ・ サービスの活用を拒否 ・ 親戚も皆自分を頼っている ・ 自分しか見る人はいない ・ 経済的には自分が働かないとやっていけない 	<p>戦略 (Strategies)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 夜勤を免除してもらい、日勤勤務のみへ ・ 外来師長よりパートへ (常勤よりパートへ) ・ 看護の仕事に転職し、週3日のパートに転職 (やめられない)

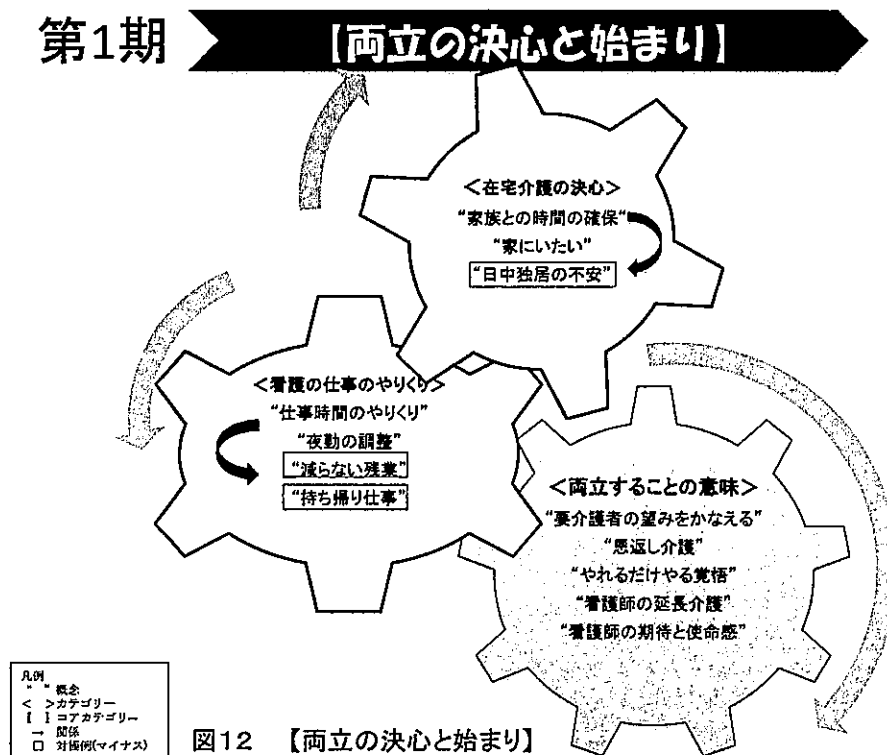
【4つのSの結果】

B事例の場合は、ある出来事を仕事の転機に切り替えている。長期間の介護のために、先が見えない不安が強く存在し、優しく介護できないなど、認知症による症状の出現など、介護に対する否定的側面が表れている。そのため、介護状態のマイナス変化により、働き方を変えるという戦略をとり続け、結果、介護離職に至っている。Bの場合は、支援がほとんどない状態にあり、働き方を変えることと、サービスを維持することで両立がかりうじて継続されていたが、認知症の進行により、常に見守りが必要な状況と合わせて、孤独な介護の限界が介護離職に進ませた要因と考えられた。

2. M-GTAの分析結果「看護の仕事と在宅介護の両立に至ったプロセス」

本研究では、分析焦点者は「仕事をしながら在宅介護をした経験のある看護師」で、分析テーマは「在宅介護の両立のプロセス」とした。仕事と介護の両立におけるプロセスの中で、起こっている事象とその関係の構造化を目的に M-GTA を行った。M-GTA による分析の結果は、3つのコアカテゴリー、19のカテゴリー、54の概念が生成された。構造化をしていく中で、コアカテゴリーが大きな3つの時期・動きに分けられたため、ひとつひとつのコアカテゴリーを一つのまとまったプロセスと捉え、これらのカテゴリー、概念より結果図を作成し、ストーリーラインを導き出した。以下、【 】をコアカテゴリー、< >をカテゴリー、“ ”を概念として示す。分析焦点者の語りの部分の具体例「ヴァリエーション」については「」とし斜体で示す、わかりにくい部分は、()で補った。末尾の記号はケース番号とした。

1) 【両立の決心と始まり】



このカテゴリーは両立の決心とその始まりのプロセスであり、3つのカテゴリーと13の概念で構成される。

ストーリーライン <在宅介護の決心>するに至るきっかけは、要介護者の状況により、徐々に進められる場合もあれば、急な病気の発症から入院・介護へと準備ができずに進んでいくこともある。そのため、両立するか否かを考える間もなく始まるケースも多い。“家族との時間の確保”と“家にいたい”を叶えることが在宅介護のきっかけと在宅介護を決心していく基盤となっている。しかし、決心の反面、自分しか介護者がいないことからやむなく要介護者を“日中独居にする不安”も付きまとう関係がみられる。介護の負担感が押し掛かりながらも在宅介護の遂行される状態が導き出された。このコアカテゴリーの歯車の意味は、看護の仕事と在宅介護が両輪のごとく動くことで、両立することの意味が成り立っていく大きな動きを表現している。M-GTAの特徴は、「時間の動き」と「概念間の相互関係」を一緒に表すことであり、第1期は歯車で表現した。

「家にいたいというのは。それは本心だと思うんですね。ただ、やっぱり余り入れたくない、いう母の、そういう思いもあり。だから、本人がどうしたいかということになるべく……。それを尊重してってなっちゃうんでしょうか、尊重して、やれることを家族で実現するというか、してもらおうという、そんなことになっちゃってますけど。そういう思いもあり。だから、本人がどうしたいかということになるべく……。それを尊重してってなっちゃうんでしょうか、尊重して、やれることを家族で実現するというか、そんなことになっちゃってますけど。」

(事例 15. 10 項)

「だから施設に入ってる時間はないかもしれないということで。いざとなったときには、最後は〇〇病院が見てくれるって言うので、そこをお願いしていただねって。家族がいるところがいいみたい、でも、施設に行くと、少し、こう緩和ケアじゃないですけど、そういうところもあるよって話はしたんですけど、いや、家でいって、だから、いいかなって」

(事例 14. 8 項)

「あの母は一人で日中過ごさなくちゃいけなくて、車いすから落っこってないかどうかというところがちょっと心配になってたり…しました。」

(事例 4 . 6 項)

ストーリーライン 在宅介護の開始時には、分析対象者全員が看護に関する仕事についていた。つまり<看護の仕事のやりくり>をしながらの在宅介護が始まる。対象者の介護状態も別居介護、同居介護など様々であるが、対象者が一定の年齢にあり、在宅で介護をするために“仕事時間のやりくり”が必要になっている。特にすぐに休むというより“夜勤の調整”が仕事との両立に必須なやりくりとなっている。要介護者が在宅で過ごすためには、日中独居はやむを得ない選択であり、より夜間の不在を避けるよう仕事のやりくりが必要となると考えられる。しかし、そのために帰宅時間を調整することで“持ち帰り仕事”をすることになったり、仕事状況が“減らない残業”によって、要介護者を一人遅くまで待たせることなどの不安が付きまとっている状態にあり、在宅介護と仕事が見切り発車の微妙な相互関係で動き出す。

また、在宅介護の決心は<両立することの意味>に繋がる。在宅にすることを希望する“要介護者の望みを叶えること”，そして、これまで育児に協力してくれた老親に“介護で恩返し”をすること、看護師であることで、在宅介護は“看護師の延長介護”となり、負担感というより仕事の延長という思いと、“看護師の期待と使命感”より、自分が看ることが期待に応え、それがプライドに繋がる。それらが“やれるだけやる覚悟”に繋がっている。

「やれるだけやってみるかなって感じですよ、あと経済的な理由もあるんですけど。それも大きいんですけど。うーん、母が、あの国民年金なんで、あまり年金ないので。施設に入れちゃうとちょっと足りないなっていう、フフフ。あとはね、急性期に、えーと、回復期リハビリ病棟に移って。で、その時にあの、家に連れて帰るか帰らないかっていう話を本人が寝ている目の前でしてたんですよ、スタッフ、向うのスタッフと。で、『まあ、ちょっと難しいかな』とかは言ってたんですけど、『まあ、でも、少し良くなれば家連れて帰るよ』って言ったらちょっと顔つき変わったんですよ。だから、帰りたいんだなっていうのが分かったの。じゃあ、やれるだけやってみようかっていう感

じですよ。」

(事例 7. 4～6 項)

ストーリーライン この仕事と介護の【両立の決心と始まり】は、看護の仕事と在宅介護が歯車のように相互に関係しあい、どちらもうまくかみ合っただけで廻ることで、看護の仕事と在宅介護の両立することの意味をもつ始まりとなる。

2) 【両立の継続・揺らぎ】

このコアカテゴリーは、仕事と介護の両立を決心して両立が始まってからの継続期となる。両立の歯車から、シーソーのようにバランスが難しい時期として【両立の継続・揺らぎ】と命名したが、プロセスの中でも様々な相互関係が表れた時期である。

第2期

【両立の継続・揺らぎ】

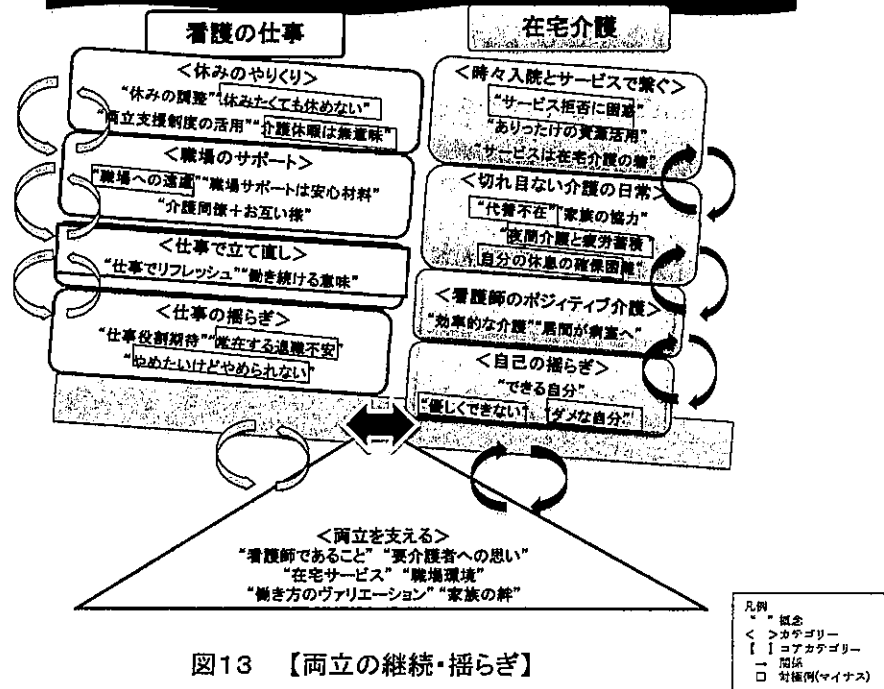


図13 【両立の継続・揺らぎ】

このカテゴリーは9つのカテゴリーと29の概念で構成されている。

ストーリーライン まず、揺らぎが仕事と介護の両者にあることから、看護の仕事と在宅介護に大きく分けられた。在宅介護の否定的側面では「切れ目ない介護の日常」には、必然的に「夜間介護と疲労蓄積」が起こる。看護の仕事の重労働に加え、切れ目なく介護があることで、疲労困憊となる。さらに夜間介護負担も輪をかけて睡眠も削られていく。「自分の休息時間の確保困難」となり、余裕のない介護の日常となっ

ていく。肯定的側面としては<看護師の介護>が明らかとなっている。切れ目なく、自分の時間も余裕なく、時間との闘いを乗り切るために、看護の知識と技術をもって在宅介護をいかに“効率的な介護”を行っていくかを考え、“居間を病室へ”改修していくなど、環境を工夫して在宅介護を継続しようと看護の力を発揮する。しかし、知識と技術があっても、身体的にも精神的にも負担が重く押し掛かり“できる自分”を保とうとするが、そこには、“優しくできない”自分がいて暴言・喧嘩の日常となり、“だめな自分”を感じ<自己の揺らぎ>に繋がる。これらは、行きつ戻りつ双方向の動きがある。

「意外に、眠いとか疲れたと思う時はありますけど。今日ね、あの寝坊したんですよ。で、いつもは8時前に来て、8時半から仕事なんですけど。8時半までには来て、ちょっと今日の段取りを考えたりとか、ちょっと準備をしたりとかするんですけど。今日8時25分ぐらいか来たの、だから、ちょっとまずいなとは思ったりしてるんですけど。うーん、とね、昨日夜勤明けなんですよね、で、いつもはちょっと早く寝るんですけど。昨日ちょっと色々忙しくて…。遅かったから…かもしれない。」 (事例7. 16項)

「慢性疲労状態ですよ。たまたま甥が整骨院をやってるので、もう毎日そこに通って、もうサポートしてもらいました。体のサポートしてもらって。それこそビタミン剤飲んだりいろいろしてましたね。」 (事例12. 26項)

「夜勤あけで寝てても、具合悪いつて言ってるよ、何呼んでるよ、あれしてよとは言われます、おじいちゃんには確かに。それは結構呼ばれて、上に上がって行って、だからこうこうで説明をして、息苦しいのは毎回だよという説明は結構行きますけど。いつも休めなくて負担ですね。」 (事例14. 14項)

「何…全部ですよ。やっぱり、本当に帰ってからとか時間が無いじゃないですか？そうすると、そこに費やされて今度自分の時間が遅くなるでしょ？と、その分サイクルが狂ってきてね、自分のお風呂入る時間も短くなるのもあるから、それもまた悲しくて。看なくちゃなんないと思えば、まあ、何とかね、やる人いないんだもん。」 (事例2. 14項)

「こっちもストレスがたまってるから、母のことは聞いちゃいらんないって。もう黙っててよって言うんですけど。そしたら母が、そんな言い方ないでしょう、親に向かってって、こう口論になるわけですよ。」 (事例 12. 29 項)

「うん、今までケンカばかりですよ。ケンカばかりで、何か、あの****みたいな感じで、こう、ケンカなっちゃう時が多かったんですけど。」 (事例 5. 12 項)

「点滴も点滴棒がなくて弱ったなと思って。部屋がそういう何もない、病院の環境と違うから何もないじゃないですか。なんで、クリーニングのワイヤーを、ハンガーを2連つなげてひもぶら下げて点滴したんですね。あれもだから介護の工夫。あと洗髪ですね。洗髪も新聞紙を丸くして、ビニールの袋ですかね、新聞紙を丸くしてビニールの袋の中こう入れて、洗髪してあげたり。」 (事例 12. 15 項)

「全然優しくできなくて、だって疲れているからつい怒って傷つけてしまって・・・、あとで反省して泣くんです。なんで最期の人にこんなこと言っちゃうかなって。何度もありましたよ。それで自分がだめになっちゃうって思って、仕事は続けられないなど覚悟しました。でも、そうしているうちに入院しちゃって」 (事例 1. 15 項)

ストーリーライン <時々入院とサービスで繋ぐ>では、在宅での要介護者の体調と自分の状態も絡みながら、ときどき入院で繋ぎ、“ありったけの資源活用”で在宅介護を乗り切る。“サービス拒否に困惑”は、“在宅サービスは在宅介護の砦”として、なくてはならない資源であり、これらの拒否は、在宅介護の継続を妨げることとなり、困難感を強くする。サービスをいかに上手く使うかも在宅介護を継続する鍵となる。

「介護内容は…まあ、寝返りも出来ない、ま、ので…。寝返り、おむつ交換、まあ、食事は自分である程度食べるんですけど、食事はあの、うーんと、とろみとかきざみとかにしなきゃいけないので、食事の準備…で、車いすも一部介助ぐらいかな。あと洗面と歯磨きとかも…。ほぼ全介助ですね、着替えもね。お風呂はやってない、うちでは。デイケアで、うん、ショートステイなかったら出来ないだろうね、うち。」 (事例 7. 4 項)

「夜勤に合わせて、もしデイサービスするのであれば、そういうの利用するのであれば、

夜勤に合わせて、帰ってきた日に行けるようにとか、そういうふうにしよかなと思ってますね。」 (事例 14. 14 項)

「嫌だし…結構、あのメンバーが、でこういう、デイサービスとかそういうの行くの嫌がるんですよ。結構、『いや、大丈夫だ』とかって言って。家の母も、もう 88 なんですけど、*****。『行かねえ、まだ大事だ一人で大丈夫…』って」 (事例 2.9 項)

ストーリーライン この時期は、＜休みのやりくり＞が大きく関係している。“休みの調整”をうまくできるか、“休みたくても休めない”状況なのかで大きく対極する。“両立支援制度の活用”も、制度のあるところは活用できるが、それもかなわない状況もある。また、一時だけでは“介護休暇は無意味”と、先の見えない介護は休んでも解決しないと考えられ、せつかくの両立支援制度があるにも関わらず使用しないこともある。

「いや、それ、いざっていう時にすぐ休んで、付き添える環境があると良いですかね。いざっていう時に休める職場、だって休めないじゃないですか、責任あるし、休みたくても休めないですよ」 (事例 1. 13 項)

「介護休暇って今取れるじゃないですか。で、取ってた人もいますよね。半年ぐらい取ってたのかな、やっぱ、そういうのもっとフルに活用…半年とかじゃなくって、その時だけめどが立つまでとか 1ヶ月とか、うーん、1週間とかっていう風にバラバラには取れないんですよ。ここ 1週間、次ここ 1週間とか、には取れないんです。そういうのが、取れるともう少しね、活用しやすいのかなと思いましたね。」 (事例 1. 17 項)

ストーリーライン <職場のサポート>も“職場のサポートは安心材料”と、サポートを受けながら、仕事に続けられ場合もあれば、“職場への遠慮”でなかなか職場にサポートを委ねられない状況もある。年齢的に”介護同僚＋お互い様”の意識も存在し、職場で支えあって、共通の課題を乗り越えようとしている仲間に恵まれて継続しているケースもある。

「一時し辞めてみようかな？と思いました。入退院繰り返していたので、末っ子だし、母

と暮らす時間も短いしと思ってでも、職場のサポートもあって、今はやりきっちゃったので。今思えばですね。」 (事例 11. 4 項)

「うん、職場ね。ある程度、ちょっとお願いしていければ私の安心材料でもありますよね。どうにかなるや、在宅をやっていくのに…。まあ、いざとなったら、もう何とかかなるやっという、うん。」 (事例 7. 27 項)

「職場の人は良くしてくれましたね。お互い様だよって言って、みんな年代一緒をで、親の年代も一緒、訪問看護自分で行けばいいじゃんと言ってくれたのも職場の人だし。一石二鳥じゃんと言って勧めてくれました。」 (事例 11. 4 項)

「そう、一番最初のその言葉かけはうれしかったですよね、来ることになるんだっていったときに、じゃあこうしなよって言ってくださったのが大きなサポート。だから、その言ってくれた方が、ずっと一緒に仕事してた副部長なんです。副部長はきょう大丈夫、おじいちゃんは何んて言って、そんな話をしながら。それと、その副部長も両親が施設に入ってるんです。認知症なんですよ。」 (事例 13 . 16 項)

ストーリーライン “仕事でリフレッシュ” できる肯定的側面がある。介護をしながら“働き続ける意味”があることを語っている。＜仕事で立て直し＞と命名したが、働くことを肯定的に考えることで、自分の仕事も生活も立て直しをしている。しかし、看護の仕事継続しているなかで、＜仕事の揺らぎ＞も感じている。“やめたいのにやめられない” 対象者の多くが中年期以上のために少なからず経験に応じた “仕事役割期待” があり、“常在する退職不安” による揺らぎがある。

「仕事に来てリフレッシュができる部分もあるので。起こされてもつらくても仕事に来るのは苦じゃないので。仕事に来たほうがいいので、帰ったほうが疲れちゃうので。逆に仕事してる時のほうが気持ちもちよっとリフレッシュできるので」

(事例 14. 11 項)

「仕事をしていてよかった、どちらかだけではできなかった。両立しながら介護することに意味があるような、介護殺人とかのニュースとかあると、わかるわかるって思

って」

(事例 9. 5 項)

「役職ついてるから、今日は、まあ、ねえ、会議があつたりとか、何だとかか…。自分ばかりそんなに有休取れないよとか、あるので。パートだったらもうちょっと自由効くかなって思ったり。」

(事例 7. 26 項)

「『辞めるっていう事を考えるよりは』って言われて、『もう辞めようと思っている』って話をした時に『でも一時期でしょ』って、『残酷な言い方かもしれないけど一時期だよね』って。『だったら辞めるんじゃないかと、その勤務の体制を少しでも緩めればいられるんじゃないか』って言われて。でも『ギリギリだ』って言った事もあったんですけど。そうです、ね、だから、もう毎日気持ち、ああ、辞めようかな、でも頑張るかな、辞めようかなの、そ…繰り返してましたね。」

(事例 3. 16 項)

「やはり (やめたいなあ) はありましたよね。そうね、母を一人にしてさせてしまうっていう心配…とか…正直。」

(事例 4. 7 項)

「帰りがやっぱり今は遅いので、私ちょっと離れた、遠いところに勤めてたんですけど、介護があるので、近くにとということで、自宅から車で今のところは 10 分ぐらいなので、それで(職場)変わったんですけども。それでもやっぱり職場の人数の状況で帰りが遅くなるので。ちょっと今どうしたもんかと思って。」

(事例 15. 7 項)

ストーリーライン <両立を支えるもの>として、“在宅サービス”、“働き方のヴァリエーション”、“職場環境”そして、“看護師であること” “家族の絆” があげられた。また、そこに“要介護者への思い”が潜在している。“家族の絆”は在宅介護をしていくうえで地域近隣、在宅医療関係、家族も含めて様々なネットワークである。そして、公的サービスの使い方もあげられる。働き方は、介護状況の変化によって、様々なヴァリエーションが必要であり、それを支える職場の在り方、また、自分の揺らぎと自己崩壊を防ぐのは、“要介護者への思い”と“看護師としての使命感や期待感”によって両立・継続の柱が崩れずに留まっていると考えられる。

「そうですね、やっぱりうちには看護師がいっから、安心できるよね、とかっていうおじ

さん達とか」

(事例 8. 5 項)

「ああ、そうですね、でもその時は夢中だったからね。何ていう事は無かったのかもしれない…とにかく今って、そのサポート…。生きている間にやらなきゃいけないっていうのだけできたんで、たぶん大丈夫だったんですよ、看護師として使命感みたいなものありますね。親に対してもそうだったけど、まあ、親も亡くなりましたけど。結局家に帰っても看護師なんですよね。」

(事例 3. 11 項)

「なんかその時はあんまり感じなかったかな、自分が看なくちゃいけないっていう、(Q: 使命感みたいなものですか?) そうですね…。そうなんですななんか、みんな兄弟なんかもいたんですけど、これどうやんの? どうやったらいいのって言うと、結局本人爺ちゃん婆ちゃんたちが〇〇呼んでくれって、私の事呼んでくれって言うんで、って私も看なくちゃいけないってことがあったんで、特別苦にもなんなかったんです…。きっとこれでいいんだって感じを持っていたんで…。」

(事例 8. 5 項)

「ああ、なんとなくこう看護っていう使命感そういうのもありますね。そうですね、ちょっと、そのケアしてあげたいような…。」

(事例 6. 22 項)

「もう勤務は、あの違う人で出勤するから良いのよとかって、そういうのもありますよね、きつとね、仲間内の協力って言うか、大事です。だからね、そういうのじゃなくて、『あの方がとにかく良いから考えないで、早く付き添ってちょうだいみたい』に言ってくれる人達がいたので、何とか。こう精神状態とか、こう保ってたのかもしれないですね、きつとね。」

(事例 3. 17 項)

「やっぱりネットワークですかね。友人のネットワークだと思います。私が、看護師が多いということと、看護師じゃなくてもいろんな趣味を通して友人が近くにいるので、もう本当に、よく重なることもありますが重ならないで、ほとんどがもう皆さん1日1回ぐらい寄ってくれるので、その辺はされてたというかね。」

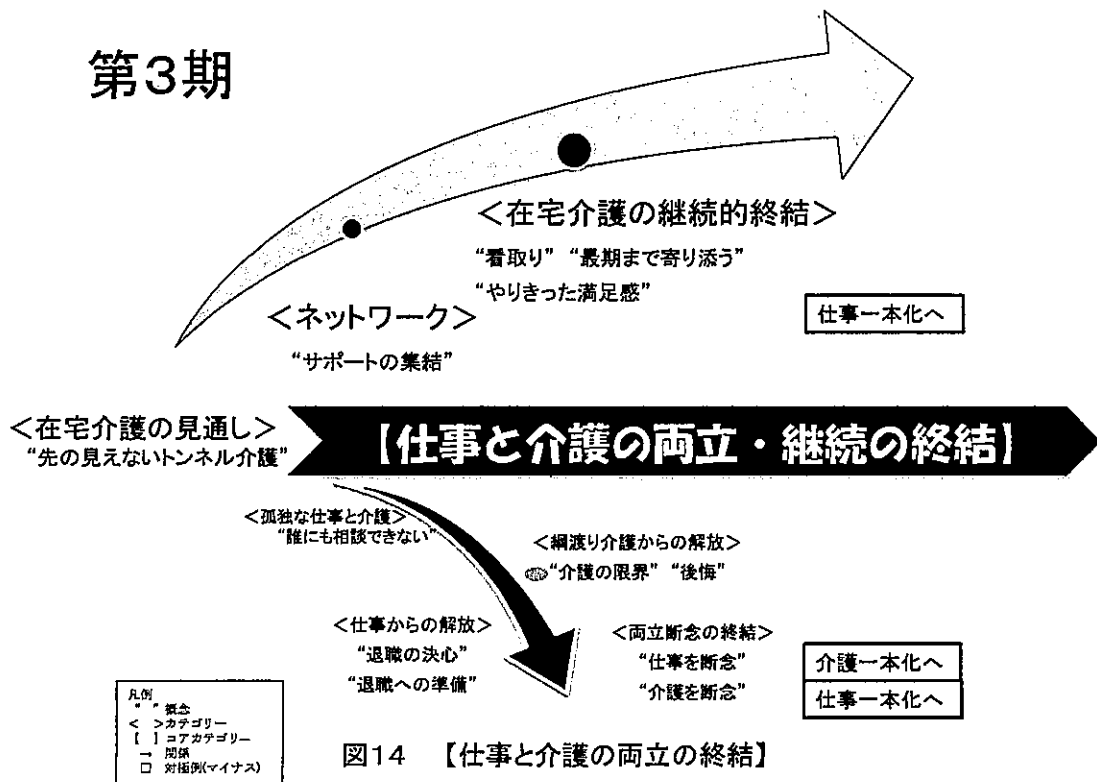
(事例 12. 26 項)

「主人が結構協力的だったので…。子供らは面倒見てくれたり、だから母親の方に…」

(事例 8. 5 項)

3) 【仕事と介護の両立の終結】

このコアカテゴリーは、分析対象者のなかの過去の経験者の終結・完了した部分を中心に取り上げているが、現在介護継続中の対象者は、終結に向けて【揺らぎ】の後のプロセスを結果図に表現した。このカテゴリーは7つのカテゴリーと12の概念で構成される。



「介護って先が見えないじゃないですか。休んでも解決にはならないし、それは無理だっ
て思って、ありがたい話ですがって言って、辞める方向で進めて」 (事例9. 4項)

「一応相談をして、で、申請をして…で、『いつでも取って良いよ』っていう形にまで持
ってって貰ったんです。でも、その、介護休暇取るのに3ヶ月なんですよね。3ヶ月って
って、いつ取れば良いのかがもう、そこで目安がつかなくなったんです。あれ…どっちに
しても、もうすぐに出せば取れるからっていう形で手続きは踏んで頂いたんですけど。そ
の3ヶ月はやっぱり難しかったですよ。今取っちゃってその先取れなかったら結局意味が
無いっていうところで。まあ、あの、保険みたいな形で自分で持っていたっていう感じ

ですね。バラバラは駄目です、駄目なんです。うん、うん、それが介護休暇なのかなって
思って。せめて1年ぐらいとかっていう期間があれば良いけど。3ヶ月じゃ、もう、何の
何か目安にもならなくて。と思うんですよね、どこまでか…見通しが立たないですもんね、」

(事例3. 8項)

ストーリーライン <在宅介護の見通し>は、“先の見えないトンネル介護”であ
った。<在宅介護の継続的な終結>を迎えるには<ネットワーク>機能が働き、“サ
ポート集結”ができると、揺らぎが安定し最期に向かって行くことができる。そして、
要介護者の望みを在宅での“看取り”でかなえる場合もあれば、できるだけ“最期ま
で寄り添う”が実現し、“やるだけやる覚悟”から“やりきった満足感”になる。最
終的に入院や施設であっても、このやりきった満足感により、両立が肯定的に終結す
ることができる。

「なかなか思うようには行きませんでしたね・・・頭の中ではわかってても、なんかそれ
ができるかっていうと、やっぱりそうではない・・・、その人に合ったことでないとなか
なか思うようには行かない、でしたね・・・、寄り添うことはできたんです。自分の中
では良かったって、最後まで・・・」

(事例8. 4項)

「(職場で看取るって凄いですね。) 凄いです。皆がホントに一緒に見てくれてたっていう
感じでなので…でも、普通どうりやらして、吸引して、次の日亡くなった。そんな風に、
結構こうゆとりも、自分としては、こう、満足だったんですよ。母の最期にも、皆の関わ
りも、凄く良くしてもらったので、ですけど。それはちょっと別だったな。ここで職
場介護と言っても良いかなって。」

(事例5. 10項)

「ギリギリまで本人が嫌だっというのがあるって、たぶんこれで入院したら最後だっという、
たぶん何か感じている部分があったらしいので。最終的には入院して3日目に亡くなった
んですね。」

(事例3. 4項)

ストーリーライン 先の見通しが立たない先に<孤独な仕事と介護>があると、“介
護の限界”を感じ、<網渡り介護からの解放>を求め、入院や施設入所に介護を委ね

表 19 概念リスト

コアカテゴリー	カテゴリー	概念	
【両立の決心と始まり】	<在宅介護の決心>	家族との時間の確保 家がいい 日中独居の不安	
	<看護の仕事のやりくり>	仕事時間のやりくり 夜勤の調整 減らない残業 持ち帰り仕事	
	<両立することの意味>	要介護者の望みをかなえる 恩返し介護 やれるだけやる覚悟 看護師の延長介護 看護師の期待と使命感	
【両立の継続・揺らぎ】	<時々入院とサービスで繋ぐ>	サービス拒否に困惑 ありったけの資源活用 サービスは在宅介護の砦	
	<切れ目ない介護の日常>	代替不在 家族の協力 夜間介護と疲労蓄積 自分の休息の確保困難	
	<看護師のポジティブ介護>	効率的な介護 居間が病室へ	
	<自己の揺らぎ>	できる自分 優しくできない ダメな自分	
	<休みのやりくり>	休みの調整 休みたくても休めない 両立支援制度の活用 介護休暇は無意味	
	<職場のサポート>	職場への遠慮 職場サポートは安心材料 介護同僚＋お互い様	
	<仕事で立て直し>	仕事でリフレッシュ 働き続ける意味	
	<仕事の揺らぎ>	仕事役割期待 常在する退職不安 やめたいけどやめられない	
	<両立を支える>	看護師であること 要介護者への思い 在宅サービス 職場環境 働き方のヴァリエーション 家族の絆	
	【仕事と介護の両立の終結】	<在宅介護の見通し>	先の見えないトンネル介護
		<ネットワーク>	サポート集結
		<在宅介護の継続的終結>	看取り 最期まで寄り添う やりきった満足感
		<孤独な仕事と介護>	誰にも相談できない
<綱渡り介護からの解放>		介護の限界 後悔	
<仕事からの解放>		退職の決心 退職への準備	
<両立断念の終結>		仕事を断念 介護を断念	

る形で“介護を断念”する<両立断念の終結>もある。また、<孤独な仕事と介護>から<仕事からの解放>を求め、介護離職である。“退職を決心”して、“退職への準備”を進め、“仕事を断念”することで<両立断念の終結>を迎える。しかし、この選択は必ずしも否定敵意味ばかりではなく、要介護者の望む最期を叶えるひとつの選択であるともいえる。両立の終わりには、**仕事一本化**と**介護一本化**の両者が存在し、両立の終結となる。プロセスはここで終結しているが、複数人の介護を担っている対象者は、この終結に至るプロセスを繰り返していることとなる。

「自分で全部決めて、相談する相手もいなくて、上司には相談はしましたが、辞めて経済的にどうなるかも考えて、(ケアマネの存在は?)なかったですね。なんか大変なのが当たり前で、プランとかは立ててもらったけど、義妹からは別な介護の相談を受けたりしてました。頼られている相談にのったりね。協力体制はないですね。息子がいますが、たまには来てくれますが、負担はかけたくないし、自分がみるしかないって思っ」

(事例9. 4項)

「後悔しないように、自分の後をだれかに引き継がないといけなくて、資格とってもらって、準備してもらって、後任ができたので辞めるようになって・・・安心して仕事を切り替えられました。」

(事例9. 4項)

第4節 考察

1. 看護の仕事と在宅介護の両立・継続のプロセスの特徴

1) 両立プロセスと転機の関係からの検討

ここでは、ナンシー・K・シュロスバーグの転機の理論¹⁰¹⁾を基盤として2事例の両立・継続のプロセスから、転機の乗り切り方を検討する。転機とは、なんらかの出来事が起こること(イベント)、予期したことが起きないこと(ノンイベント)によって引き起こされる変化としている。転機は通常、役割、関係、日常生活、自分自身に対する見方などの4つのうちの1つまたは2つ以上の変化を伴うとされ、当人にとってプラスに働く場合もあればマイナスに働くこともある。転機を乗り切るにはリソー

ス（4S）を点検し、変化を受け止める考え方である。

A事例とB事例の転機は近似しているが、自己の受け止め方、支援、戦略が大きく異なっている。どちらも看護師としての職業意識は高いが、そのスキルの活用や戦略ではA事例が勝っている。居間を病室に見立てた環境作りや、介護ノートを記入する介護方法など、常に医療的視点をもって介護している点などは、自己効力感を高め、介護による自己概念の揺るぎが生じにくいと考えられる。また、A事例は支援の活用についても必要と思う資源はすべて活用し、インフォーマルなネットワークまでフル活用している。ここに、転機の乗り越え方の違いが明白に現れている。転機そのものは、予期しない事故・病気など、自分で決断して生じる結婚や転職、正常の発達過程の中での通過点に生じる育児、介護、定年など大きくは3つの種類がある。ここでの両立のプロセスは、正常な発達に起こる介護ともいえるが、看護の仕事継続するか否かは自分の判断、つまりは自己決断による転機といえる。Dela. Fowles, ER. Winter, K.ら¹¹⁷⁻¹¹⁹⁾は、転機について、リソースとサポートの重要性を述べている。また、室松¹²⁰⁾はキャリア開発の視点から、危機が仕事のやり方を大きく変える経験になることや、ネガティブな転機（イベント）をポジティブに解釈し意味づけて危機を乗り越えるケースを紹介している。今回のA・B事例も、いくつかの転機を仕事のやり方を変えたり、介護の方法を変えたりして転機を乗り越えているが、B事例は最終的に介護離職という結果となった。キャリア発達の面から考えると良い結果とは言い難いが、最後まで後悔のないように介護を選択することは、正常発達過程の介護の選択であり、自己概念の維持ができる最良の転機の乗り越え方とも解釈できる。しかし、B事例に支援と戦略がタイミングよくあれば、転職ではない方法が選択されたかもしれない。適切な時期に支援を有効に活用すれば、そこで仕事と介護の起動修正が図られ、両立が可能になったと考えられる。

シュロスバーグ理論の枠組みをもとに4つSを点検し、転機との関係を検討した結果、仕事と介護の両立のプロセスにはいくつかの転機があるが、その転機を乗り越え

るためには、転機の深刻さ（役割や日常生活の変化）は統制の程度か、転機のタイミングはどうか、準備ができるのか、自分はそれをコントロールできるのかなどを評価したうえで、リソースを十分活用することが重要と考えられる。両立を継続するためには、特に支援システムが充分にあること、その活用のタイミングが適切であることが継続の鍵となることが示唆された。

2) 第1期から第3期のプロセスの検討

まず1期について検討する。1期として位置付けたのは【両立の決心と始まり】とすることで、この時期は介護の仕事をしている時期に介護という課題が降りかかり、在宅介護と仕事を両立するか否かの決心をする、いわば両立の礎となる時期である。結果図では、ある一定の時期のために、次のプロセスと独立しているかのように見えるが、実は次の2期に歯車が動くがごとく繋がっていると分析し、それらを表した結果図であり、1期と2期は連続性のあるものである。大宮⁴⁷⁾の介護モデルにおいては、「介護役割の引き受け」と称している。大宮は、在宅療養者の家族介護者の介護認識と社会活動の変容プロセスにおいて質的研究を行っているが、介護の役割を引き受けることで、それまでの秩序立った彼らの生活の中に新たな介護という役割が入り込み、生活パターンが変わることで介護の戸惑いと混乱を経験すると述べている。本研究の概念でも、秩序だった“仕事の時間のやりくり”が生じ、“夜勤の調整”をしながらの両立が始まるとされる。この時期に“減らない残業”や“持ち帰り仕事”により、両立がうまく始まらない状況が発生することも否めず、始まりの時期には両立困難が潜在していると考えられる。しかし、＜両立することの意味＞の“要介護者の望みをかなえる”ことや、“恩返し介護”の思い、“看護師の延長介護”“看護師の期待と使命感”によつての決心と“やれるだけやる覚悟”が高められ、両立継続意思に繋がっていると考えられる。この両立の意味の歯車は、この後の2期3期に継続し、両立・継続に大きく影響するものとする。さらに、この1期の支援ニーズは、仕事のやりくりとともに、“要介護者の望みをかなえる最善の方法を模索することを支援していくことと

考えられる。

次に2期について検討していく。2期は【両立の継続・揺らぎ】の時期としている。この時期は、両立・継続のプロセスの中で、いくつかの転機を抱えている揺らぎの時期とした。尾崎¹²¹⁾は「揺らぎ」とは、物事の基礎、システム、あるいは人の判断、感情などが動揺し、迷い、葛藤する事態としている。また、牛島¹²²⁾は、行き先の見えない過渡期を象徴するものと捉えている。細井¹²³⁾は、「揺らぎ」は危機として認識されると同時に、変容・発達を生み出す契機と捉えられるとしている。ここでは、尾崎、牛島、細井の揺らぎを採用し、揺らぎの多面的な見方、複層的な視野、システムや人の変化や成長を導く契機として、危機であると同時に成長と変化と位置づけ、「揺らぎ」の時期と命名し両立・継続のモデルを構築した。

両立が始まると、大宮のモデルでは、介護のペースを掴み介護と自分の時間の生活とのバランスを再構築していくとしている。本研究では、<切れ目ない介護の日常>を<時々入院とサービスで繋ぐ>、そして<看護師のポジティブ介護>で持っているスキルを活用し、“できる自分”が在宅介護を継続している。しかし、そこに介護の“揺らぎ”がある。迷い・葛藤、先の見えない介護は揺らぎそのものであり、看取りたい自分と介護がうまくいかない、本来の優しい自分ではなくなっていることに葛藤し、イライラから生じる暴言や怒りの行動などが抑えられないことに自己を否定することで、心理的危機に容易に進展しやすいと考えられる。宮上¹²⁴⁾は、認知症の家族介護に関する認識の変容プロセスについて「揺らぎサイクル」を含む連続的な過程として捉えている。「揺らぎサイクル」は介護者の理性的な納得と生活者としての感覚的な違和感を同時に持ち、介護者自身のそれまでの日常意識が揺らぐ体験の中で、認知症の人との介護方法を主体的に作りあげていくと述べている。宮上は、揺らぎながら家族が前向きに変容していくとしているが、本研究においても、看護師の“できる自分”が揺らぎながら家族介護者として変容していくとことが一致し、加えて看護師の知識や技術のフル活用とともに揺らぎをプラスの力にしていく支援が重要と考えられる。

一方、看護の仕事においても、＜休みのやりくり＞をしようとしても、“休みたくても休めない”というアンビバレントな状態が生じている。広瀬¹²⁵⁾は、家族介護者が介護に対して肯定的・否定的両側面があると捉え、アンビバレントな世界が構造化されていると述べている。本研究でも、介護と仕事の双方にアンビバレントな思いを抱いていることは一致し、それらが揺らぎながら変化していく構造になっていると考えられる。また、本研究の対象者は両立支援制度における介護休暇はほとんど活用していなかった。そのことは、両立支援制度の評価も実情に合わないことが推測され、“介護休暇は無意味”という状況も否めない。仕事と介護の両立・継続には、休みの確保も重要ではあるが、両者を一緒に継続することに大きな意味があり、両立・継続を支えるものと考えられ、長期の休暇制度によって介護一本化するようなシステムよりは、柔軟に自己の休息がとれること前提とした休暇の制度が実情にあった両立支援制度と考えられる。介護休業の本来の目的は、介護の体制を整えるための休業として93日の設定がされている。しかし、現実には、自ら介護をするための休業との理解がされているため、“介護休暇は無意味”という声に繋がっていると考える。まずは、開始期にどのように体制を整えるかが鍵となるため、両立支援制度の主旨を理解した使い方を周知し、活用に繋げることが必要と考える。さらに職場には“遠慮”と“安心”の双方が存在する。そして、仕事にも、“役割期待への葛藤”や“仕事継続困難感”、“やめたい”“やめられない”気持ちの＜仕事の揺らぎ＞が出現し、非常に不安定でバランスが困難な時期と考えられる。そのバランスを取っているのが“できる自分”を維持するための“看護師であること”が1つめにあげられる。大江ら¹²⁶⁾は、新卒看護師の職業継続意思の獲得プロセスを明らかにしているが、職業継続意思の基盤が「できる実感」が重要とし、新卒看護師の離職予防に繋がるとしている。仕事と介護の両立・継続には、できる実感、できる自分の確立が欠かせないと考えられる。先行研究などでは示されない看護師が家族介護をする新たな知見であり、看護師介護の特徴と考える。また、2つ目として“在宅サービス”が砦としてあげられる。在宅サービスは介護者

が不在のときのサービス活用が主流となっている。当然の活用状況ではあるが、家族介護者にとっては、自分の生活時間が拘束されていくわけである。そこに看護師は在宅での身体介護も可能なことから、家にいるときの介護を自分で一手に引き受けてしまう。それ故に＜切れ目のない介護の日常＞が存在してしまう。このサイクルにサービスをしっかり入れていくことや、介護者の仕事と生活に合わせたサービスの工夫が、両立・継続の支援に繋がると考えられる。できてしまう介護の一部をサービスに委ねることが、看護師の介護に必要なことと考える。3つ目に“職場環境”があげられる。本研究でも“職場サポートは安心材料”とあげられるように、仕事の継続を支えるのは職場の人的環境であり、様々な両立支援制度を活用しやすい環境が必要と考えられる。これは、4つめの“働き方のヴァリエーション”に繋がっていく。職場環境と働き方は密接な関係を持っている。例えば、フルタイムの勤務から時間短縮などの勤務状況が容易にできる組織であり、人的な環境であること。また、役割期待の高い看護師が、介護時期に役割を変化させながら働き続けられる職場環境として両立・継続を支えるものとして重要と考える。要介護者の病状の変化によって在宅介護の内容や拘束される時間は変化する。このタイミングに柔軟な働き方のヴァリエーションが必要だろう。5つ目に“家族の絆”である。ここには、要介護者、介護者、インフォーマルなネットワークまでを含められるものとする。“家族の絆”を中心とした支援の集合体が看護師の在宅介護を支える要と考える。看護師は仕事上で、介護をしている家族を支える立場にありながら、自分の生活においては家族介護者でもあるという両者の立場を体験していることになる。松本¹⁹⁾は、仕事をしながら介護をしている看護職者の語りから、看護師は専門職者としてのプライドがあることで、なかなか家族に自分からSOSを発しにくいことを明らかにした。本研究においても、SOSを求めず、一人で判断して孤独な介護を継続し、結果「介護離職」を選択しているケースがある。看護の仕事の性質上、サポート側としての役割は果たすことが多く、それを職業意識として持ち合わせているゆえに、支援を求めることは不得手ということも考えられる。

この介護する側という意識が強くあることが看護師の介護の特徴のひとつとも考えられる。このように本研究より、サポートを潜在的に必要としている看護師がいることが本研究から示唆された。

次に3期について検討する。3期は【仕事と介護の両立の終結】時期としている。2期の揺らぎの時期から連続して終結に向かうというプロセスであり、現在進行形の両立を継続している看護師にはあてはまらない時期である。どう両立の終結を迎えるかによって、両立を継続した意味がここに完結すると考える。分析対象者の約半数(7事例)は過去の在宅介護経験者であったため、両立が終わるということは、仕事または介護の一本化なのか、それとも違う結末が他にあるのかが明らかになった。揺らぎからの連続の過程で<在宅介護の見通し>が立たないなかで、両立が継続されていると考えられる。“先が見えないトンネル介護”のように、いつまで続くのか、施設に入ったほうが良いのかなどトンネルの暗闇にいるような思いを抱いている。佐藤¹²⁷⁾は子育てとは異なり、介護に要する期間を事前に予測することは困難であり、自分で介護を担おうとすると、仕事の継続を諦めざるを得なくなると述べている。看護師の在宅介護は、もちろんサービスも利用するが、在宅における介護を切れ目なく担い、ほとんど全介助で身体介護をしている割合が高く、仕事と介護による疲労は明らかであった。池田¹²⁸⁾は、介護疲労は仕事に大きく影響し、体調悪化から仕事の能率も低下、介護離職に陥りやすいと述べている。先が見えないトンネル介護を抜けても先にはさらに“綱渡り介護”が待っているとなると、必然的に<介護からの解放>か<仕事から解放>を決断するに至ると推測される。両立の終わりには“仕事を断念”もやむなく介護の一本化によって終結を迎えることになる。仕事の継続を支援するためには、このようなく綱渡り介護>の“孤独な介護”をできるだけ避けられるように、“ネットワークの集結”が必要と考えられる。トンネルにいても、様々なネットワークにより、やれる方法を模索できる。そして、介護者と要介護者の望む最期に辿りつくことが可能となると考える。“看取り”“最期まで寄り添う”“やりきった満足感”が両立の意味

の完結状態と考える。要介護者の病状によっては、適切な介護施設に入ることも肯定的な在宅介護の終結であるとも考えられる。

2. 看護の仕事と在宅介護の両立・継続支援への示唆

本研究の特徴は、看護師における仕事と在宅介護の両立のプロセスから、両立・継続を支えるものを明らかにすることである。先行研究では、看護師に限った両立支援の研究はほとんどなく、また、仕事の内容や働き方と介護についての知見もほとんど明らかになっていない。そのため、本研究では看護師に焦点化した仕事と在宅介護の関係に着目し、その介護内容や働き方と両立支援ニーズについて多角的に検討した。本研究の対象者は、ほとんどが40代から60代の中高年期の看護師（准看護師含む）であり、看護の仕事も20年から30年の経験を積んだ、職場の役割ではリーダーまたは管理的立場にあった。高齢化が進む中で在宅介護を経験する年齢は、必然的に中年期が中心に担う構造となるが、本研究でも同様な対象者の傾向にあった。本研究の結果では、在宅介護を担う時期が職場の教育・育成・指導や管理の役割期待が高く、この時期には介護によって休めない状況、辞められない状況にあり、仕事と介護の継続で揺らぎが生じることがわかった。越智ら³⁰⁾は、中年期就労介護者の両立の課題として、強みと弱みの性質を明らかにしているが、弱みの性質として、同居しながらの介護であることで、ワーク・ライフ・バランスの観点からも生活の一部に介護があることとなり、仕事と生活と介護の調和が取りにくい状況ということもわかった。大宮⁴⁷⁾は、「介護と自分の生活バランス再構築」へと介護者が意識を向けるには、「心理的拘束の引き下げ」「介護から離れる時間を確保する試み」が重要と述べている。また、春名ら²⁷⁾は長期にわたる仕事と介護の両立継続を可能にするものとして「仕事が支え」であり、仕事をしながらの価値を見出し就労介護者の成長に繋がるプロセスを考慮した支援が必要と述べている。本研究の対象者は、仕事が介護から離れる時間であり、介護の心理的拘束の引き下げになるが、一方では、仕事の役割負担、休めない、辞められないという葛藤も抱えていることは見逃せない。まずは、両立・継続支援ニーズをとらえる場合、介護の負担感ももちろん見

極める必要があるが、仕事上の役割期待はあるのか、仕事で自己を成り立たせているのか、仕事と生活と介護のバランスのとり方、仕事の特性や役割、職場での位置づけなどの個々の仕事の実状を見極めて支援ニーズを把握することが重要と考えられる。看護の仕事は、毎年 10%前後の離職率を推移し、慢性的な人手不足などが大きな課題となっている現状である。看護職そのものが不規則な勤務体制が多く、ストレスの高い仕事であり、仕事と介護の疲労蓄積があることは言うまでもなく、自分をどのように律するか、仕事と介護をどのように繋げるかなどワーク・ライフ・バランスという観点でも様々な対策が進められている。家族介護者という一括りでは両立・継続支援ニーズは語れず、看護という仕事の特性に応じた両立支援を探ることも重要であることが本研究より示唆された。

先行研究の濱島ら³⁵⁾的場¹²⁹⁾小松ら¹³⁰⁾山田ら²¹⁾から、両立支援の方法として、両立支援の仕組みづくり、家族の協力、専門職のサポート、介護者の時間の確保などは明らかにされている。それについては本研究も一致した見解に至っているが、新たな知見として、仕事の特性に応じた柔軟な支援策が重要であることがあげられる。また、在宅介護や転職は人生の転機であり、在宅介護をプラスの転機として乗り越えていく考え方である。実際には、いくつかの転機のタイミングを適切に捉えながら、仕事と介護をうまく折り合いをつけながら乗り越えることである。また、在宅介護を決意した理由として“要介護者の望みをかなえる”が示されているが、これも大きな継続支援になっているということである。要介護者の思いに最期まで答えるために揺らぎを乗り越え、要介護者に寄り添い、看取りという両立の終結に至っている。

最後に看護師の仕事と介護の両立・継続における課題は、否定的な選択による介護離職や介護放棄にならないように、家族介護者支援という視点と看護職を担っている就労者という視点の双方から、両立・継続支援を検討していくことが重要である。

第5節 結論

1) シュロスバーグの理論に基づいた2つの対極した事例分析より、A事例からは、看

護職の強みを活かし、あらゆる社会資源と人的環境を活用のうえ、在宅療養ができる物的環境に工夫したこと、それらを転機（イベント）の時期に合わせてうまく活用したことで仕事と介護の両立・継続に繋がったことがわかった。B事例は、支援が不十分なうえ、認知症の進行により、常に見守りが必要な状況と合わせて、孤独な介護の限界がうまく転機を活かせず、介護離職に至ったと考えられた。仕事の特性に応じた柔軟な支援策が重要であり、在宅介護や転職は、人生の転機という捉え方で在宅介護をプラスの転機として様々なリソースを活用しながら乗り越えていく。

2) M-GTA による分析の結果は、【両立のきっかけと始まり】【両立の継続・揺らぎ】【仕事と介護の両立の終結】の3つのコアカテゴリーと、〈両立することの意味〉〈在宅介護の決心〉〈看護の仕事のやりくり〉〈時々入院サービスとサービスで繋ぐ〉〈切れ目ない介護の日常〉〈看護師のポジティブ介護〉〈自己の揺らぎ〉〈休みのやりくり〉〈職場のサポート〉〈仕事で立て直し〉〈仕事の揺らぎ〉〈両立継続を支える〉〈在宅介護の見通し〉〈ネットワーク〉〈在宅介護の継続的終結〉〈孤独な仕事と介護〉〈網綿の介護からの解放〉〈仕事からの解放〉〈両立断念の終結〉の19のカテゴリー、54の概念（略）が生成された。

3) 看護の仕事と在宅介護の両立・継続支援として、看護師が両立・継続していくなかで、いくつかのアンビバレンスがあること、介護期の特徴を捉え、仕事上の役割期待はあるのか、仕事で自己を成り立たせているのか、仕事と生活と介護のバランスのとり方、仕事の特性や役割、職場での位置づけなどの個々の仕事の実情を見極めて支援ニーズを把握することが重要であることが示唆された。

4) 家族介護者支援という視点と看護職を担っている就労者という視点の双方から、両立・継続支援を検討していくことが重要であることが示唆された。

第6節 研究の限界と今後の課題

本研究は2つの事例分析とM-GTAの手法をもとに分析を重ね検討した。M-GTAで生成された理論は、在宅介護を経験した看護について説明力をもつ方法論的限定性がある。

また、今回の分析対象者は中規模病院の看護師から介護老人保健施設の看護師、訪問看護事業所の看護師などのフィールドから得られたデータに基づく分析ではあるが、職場の組織体制や地域風土の影響を受けていること、対極例が少ないことも、対象の分析の偏りなどは否めない。今後も継続的な研究を重ね、実情に応じた支援ニーズを探っていく必要がある。

第V章 研究3 「看護師の仕事と在宅介護の両立・継続に関する実態調査2」

第1節 調査目的

本研究では研究1の追加調査として、看護師（准看護師を含む）の仕事と在宅介護の両立・継続の関連要因と支援ニーズを明らかにすることを目的とする。

第2節 調査方法

1) 研究デザイン:

Web実態調査及び仮説検証型研究デザイン

2) 研究対象者:

M社のモニターより、現在または過去に仕事をしながら在宅介護を経験した看護師300名(推定人数)

※標本数については、研究1の6施設約1,000名の看護職の調査から、約1割程度在宅経験のある看護職がいることが明らかとなったため、その根拠をもとに、モニター10,000名の約1割の1,000名が経験ありと想定し、モニター参加(発現率)20~30%より約300名の標本が予測された。

※M社採用理由：他社に比較し看護職のモニター数を多く抱えている実績があり、看護職のモニター数約10,000名の推測値を満たした。また、インターネットによる医療・福祉専門職の調査実績が豊富であり、本大学の調査の実績もあり、信頼性の高い調査実績と判断し採用した。

3) 研究期間:

2016年8月

4) 調査方法:

自記式質問紙調査票を独自に作成し、パイロットテストを実施後にWeb調査を行った。Web調査を選択した理由は、両立継続支援ニーズを探索するために、研究1の調査での過不足を補うこと、施設・職場環境のバイアスを避けること、標本数の確保を検討して、Web調査が妥当と判断した。

5) 調査内容

① 対象者の基本的属性

性別，年齢（年代），住まい（都道府県），資格，学歴，子供の有無（同居人数），配偶者の有無について

② 介護状況

・現在または過去の介護状況について：要介護者との関係，介護している人数，介護時間（1日平均とし，介護を要する方が複数いる場合にはトータルの時間），介護期間，介護協力人数，介護場所（同居・別居），要介護度，認知症の有無と症状，医療処置の有無と内容，介護保険制度サービス・制度外サービスの使用状況，自身の介護内容，深夜介護の有無 ※介護している方が2人以上と回答した場合には最も多くの時間を介護にあてている（いた）方の介護について問う。

・介護負担感と介護肯定感：8項目（研究1をもとに項目の精選、同項目の比較も可能となるように5段階評定尺度を採用）

③ 看護の仕事と職場状況

在宅介護の開始時期を基本とした看護の仕事状況：看護の経験年数，勤務場所，雇用状態，勤務時間（フルタイムまたはパート等），勤務体制，役職，週労働時間（平均），夜勤回数（平均）について

④ 仕事と介護の両立状況

介護の相談の有無，相談相手，対応内容，両立支援制度の認知度・制度の有無・利用の有無，利用しなかった理由等について

⑤ 看護の職務意識と職場環境状況

研究1をもとに，看護職の職務意識・満足度5項目、職場環境項目5項目，4段階尺度（1.=思わない～4.=思う）を採用。

⑥ 両立困難・継続の認識度，離職願望認識度

それぞれ1項目ずつとし、4段階尺度（1.=思わない～4.=思う）を採用。

⑦ その他

働き方の変化の有無，在宅介護の見通し，要介護者の希望，看護の仕事の見通し，休暇の取り方，家族の考え，自身の経済状態等について，過去に在宅経験のある方については，在宅介護をしなくなった理由と看取りの場所について，複数回答を求めた。

6) データ分析方法:

研究データの分析は，統計ソフト SPSSver-21 を使用し下記の通り分析を進める。

① 項目分析

質的データはクロス集計，量データ・リッカート 4 件法の項目は，天井効果やフロア効果のチェックを行う。平均値や標準偏差，得点分布の特徴を確認する。複数解答 (MA) についても，クロス集計をして全体の特徴を確認する。

② 因子分析：介護負担感・介護肯定感 8 項目，看護の仕事・職場状況 10 項目を対象として，探索的因子分析により共通性を明らかにするとともに，事前に想定した因子構造かの検討する。因子分析で得られた下位尺度の信頼性の確認を行うために， α 係数を求め，内的整合性の検討をする。

③ 相関係数の検討 (下位尺度間関連)

下位尺度間の相関係数を求め，相関関係を検討する。

④ Mann-Whitney U 検定

下位尺度得点 4 項目で，両立困難あり・なし群，離職願望あり・なし群の Mann-Whitney U 検定により，介護負担感・介護肯定感，看護の仕事意識，職場意識の影響について検討する。

⑤ ロジスティック回帰分析

介護離職願望に影響を及ぼす要因を，介護離職願望と両立継続・困難を目的変数として，個人因子，介護状況因子 (介護内容・サービス、介護時間、要介護者の状況)，仕事状況因子，人的環境因子，両立制度因子を説明変数として規定する。また，両

立継続群と介護離職群の差の検討，ロジスティック回帰分析にて影響要因を規定する．両立継続支援ニーズは，介護離職者と全体との χ^2 検定で介護離職群のニーズを把握する．有意水準はそれぞれ5%とする．分析を行うにあたり，質的・量的研究に熟練した研究者によるスーパーバイズを受け，信頼性と妥当性の確保に努める．

⑥ 介護離職者の分析

介護離職者の特性を検討するため，両立継続群と Mann-Whitney・U 検定を行う．また，介護離職者を目的変数として，2項ロジスティック回帰分析を行い，介護離職の規定要因を検討する．

第3節 結果

調査の結果，モニター数 243 名の参加を得た．

1. 基本的属性及び各項目の単純集計結果

1) 回答者の基本的属性状況

回答者 243 名の基本的属性については表 20 に示す通りとなった．Web 調査結果納品の際に欠損値のあるデータは削除されているため，243 名の全回答が有効回答になっている．性別は男性 11.9%，女性 88.1%，年代は 40 代が 35.4%，次に 50 代が 28.4%，30 代が 25.1%の順になっている．参加者の地域は関東地区が多いものの，全国的な参加となっている．看護関連資格については，看護師または准看護師の資格以外にも保健師やケアマネージャーの資格保持者も参加となっている．学歴については専門学校・短期大学が 74.9%と最も多い．看護の仕事に関わる属性項目については，介護の開始時期の状況の回答を求めているが，看護経験年数は 10 年～20 年未満が 30%となり，次に 20 年～30 年未満が 27.6%，30 年以上が 13%と続き，10 年以上の経験者が 7 割以上となっている．勤務場所（所属）については約半数の 57.6%が病院・診療所（病棟），病院・診療所（外来），病院・診療所（管理）を合わせて 74.4%となり，平成 26 年度看護就業者の就業場所の割合にほぼ近い参加者の就業場所の構造となっている．（病院・診療所 80%、介護施設 10%、訪問看護 2%、その他 6%），雇用形態・勤務時間は常勤

(正規職員)でフルタイム勤務が8割となっている。勤務体制は、夜勤専門を入れて約6割が夜勤のある体制にある。役職については、約3割が副主任以上の役職についている。配偶者の有無については、61.3%が事実婚を含む配偶者がいる。また、子供ありも56.8%となっている。研究1の基本的属性と全項目の比較はできないが、対象の年代、看護経験年数等の構造についてはほぼ同様な対象構造となっている。

表 20 研究3 全体の基本的属性

n=243				n=243			
項目	n	%	項目	n	%	項目	%
性別	男性	29	11.9	看護経験年数	1年未満	5	2.1
	女性	214	88.1		1~3年未満	16	6.6
年代	20代	14	5.8		3年~5年未満	21	8.6
	30代	61	25.1		5年~10年未満	29	11.9
	40代	86	35.4		10年以上20年未満	73	30.0
	50代	69	28.4		20年以上30年未満	67	27.6
	60代	13	5.3	30年以上	32	13.2	
	参加者地域	北海道	15	6.2	勤務場所	病院・診療所病棟	140
東北地方		15	6.2	病院・診療所外来		30	12.3
関東地方		67	27.6	病院・診療所管理		11	4.5
北陸・中部地方		44	18.1	介護老人福祉施設		11	4.5
近畿地方		47	19.3	介護老人保健施設		18	7.4
中国地方		16	6.9	訪問看護		8	3.3
四国地方		11	4.5	その他福祉施設		10	4.1
九州・沖縄		28	11.5	行政・一般企業		6	2.5
看護関連資格 (複数回答)	看護師	212	67.1%	その他		9	3.7
	准看護師	60	19.0%	雇用状態		常勤(正規)	200
	保健師	19	6.0%		非常勤(非正規)	43	17.7
	助産師	4	1.3%	勤務時間	フルタイム	201	82.7
	ケアマネ	21	6.6%		パート	37	15.2
	合計	316	100.0%		その他	5	2.1
学歴	高等学校	10	4.1	勤務体制	二交代制	88	36.2
	専門学校・短期	182	74.9		三交代制	49	20.2
	大学	45	18.5		日勤のみ(早・遅含)	99	40.7
	大学院	6	2.5		夜勤専門	3	1.2
配偶者	いる	149	61.3		フレックス	1	.4
	いない	94	38.7		その他	3	1.2
子供	いる	138	56.8	役職	特になし	175	72.0
	いない	105	43.2		主任・副主任	54	22.2
			師長クラス		11	4.5	
			部長クラス		1	.4	
			その他		2	.8	

2) 介護状況について

a. 在宅介護経験(現在・過去)について

現在介護している主介護・副介護者は37.8%であり、過去4年以上前が全体

表 21 a.在宅介護の経験状況 n(%)

項目	人数	%
現在主介護	39	16.0
現在副介護	53	21.8
過去3年以内	58	23.9
過去4年以上	93	38.3
合計	243	100.0

の 38%を占めている。

b. 誰を介護しているかについて

要介護者については，自身の親が 45.5%と多く，次いで祖父母の 27.7% となっている。複数回答より 264 名となっているが，自身の親と祖父母の介護などの重複が推測される。

c. 何人介護しているかについて

2～3 人以上の複数人の介護をしている現状がある。

d. 自分以外に家族等で介護している方

自分以外に（いる）191(78.6%)となり，ほとんどがひとり介護ではないが，逆に 21.4%はシングル介護をしていることが推測される。

e. 介護時間について

1 日平均した介護時間は，最大 24 時間，最少 1 時間，平均 3.36 時間，標準偏差 2.94 となっている。

表 22 b.誰を介護しているか n (%)

項目	人数	%
自身の親	120	45.5%
配偶者の親	46	17.4%
配偶者	8	3.0%
祖父母	73	27.7%
その他	17	6.4%
合計	264	100.0%

表 23 c.何人介護しているか n (%)

項目	人数	%
1 人	209	86.0
2 人	28	11.5
3 人以上	6	2.5
合計	243	100.0

表 24 d.自分以外に介護者がいるか n (%)

項目	人数	%
いる	191	78.6
いない	52	21.4
合計	243	100.0

表 25 e.介護時間(1日平均) n (%)

項目	人数	%
1.0	66	27.2
2.0	53	21.8
3.0	40	16.5
4.0	30	12.3
5.0	24	9.9
6.0	7	2.9
7.0	2	.8
8.0	8	3.3
10.0	3	1.2
12.0	8	3.3
15.0	1	.4
24.0	1	.4
合計	243	100.0

f. 介護期間について

表 26 f.介護期間(トータル)年 n (%)

項目(年)	人数	%
1.0	33	13.6
2.0	57	23.5
3.0	25	10.3
4.0	5	2.1
5.0	26	10.7
6.0	5	2.1
7.0	1	.4
8.0	5	2.1
10.0	11	4.5
15.0	2	.8
18.0	3	1.2
20.0	3	1.2
合計	176	72.4

表 27 f.介護期間(トータル)月 n (%)

項目(か月)	人数	%
.0	1	.4
1.0	4	1.6
2.0	8	3.3
3.0	12	4.9
4.0	5	2.1
5.0	10	4.1
6.0	13	5.3
7.0	2	.8
8.0	2	.8
9.0	2	.8
10.0	5	2.1
11.0	3	1.2
合計	67	27.6

介護期間は、1年以上が176名(72.4%)、1年以内が67名(27.6%)となっている。平均介護期間は、1年以内を1年と換算して平均3.16年、標準偏差2.94となる。

g. 介護場所の変化について

同居介護と別居介護が同程度の割合が多いが、同居に変化(呼び寄せ介護)や逆に別居介護に変化する割合が約2割みられる。

表 28 g.介護場所の変化 n (%)

項目	人数	%
同居介護	100	41.2
別居介護	101	41.6
同居に変化	20	8.2
別居に変化	22	9.1
合計	243	100.0

h. 要介護度について

要介護度は、申請なしが18.1%と多く、次いで要介護3、要介護5、要介護2となっている。申請なしの介護内容が不明だが、要介護5が15.6%となり、要介護度の高い方の介護も多いことがわかる。

表 29 h.要介護度 n (%)

項目	人数	%
要支援1	17	7.0
要支援2	11	4.5
要介護1	17	7.0
要介護2	34	14.0
要介護3	39	16.0
要介護4	27	11.1
要介護5	38	15.6
申請なし	44	18.1
非該当	4	1.6
不明	12	4.9
合計	243	100.0

i. 認知症の有無と症状について

表 30 i.認知症の程度(自立度) n (%)

項目	人数	%
認知症なし	124	51.0
認知症あり		
I	17	7.0
II	24	9.9
III	14	5.8
IV以上	18	7.4
わからない	46	18.9
合計	119	49.0
合計	243	100.0

表 31 i.認知症の症状(複数回答) n (%)

項目	人数	%
記憶障害	99	25.7%
実行機能障害(失行、失語)	39	10.1%
見当識障害	77	20.0%
幻覚・妄想	32	8.3%
徘徊	34	8.8%
攻撃的行動	30	7.8%
異食	5	1.3%
抑うつ・不眠	23	6.0%
失禁	43	11.2%
その他	3	.8%

認知症は約半数に見られ、認知症高齢者の日常生活自立度基準の程度はⅡ～Ⅲが多く、自宅での見守りも厳しい状況もみられる。症状も記憶障害や見当識障害などの中核症状が多いが、徘徊や失禁、幻覚・妄想などの行動・心理症状も出現している。

j. 医療処置について

医療処置も約半数の方が受けている。点滴・注射等から呼吸器まで幅広い医療ケアを在宅で施行している。

表 32 j.医療処置内容(複数回答) n (%)

項目	人数	%
医療処置なし	139	48.9%
医療処置あり		
点滴・注射	47	16.5%
胃瘻・経管栄養	27	9.5%
呼吸器	6	2.1%
吸引	23	8.1%
在宅酸素	12	4.2%
尿カテ	18	6.3%
その他	12	4.2%
合計	145	

k. 介護保険制度による在宅系サービスの利用状況

在宅系のサービスは、通所介護・通所リハビリを筆頭に、ショートステイ、訪問介護、訪問看護を利用している。また、福祉用具や住宅改修も多く利用されている。しかし、地域密着型サービスの小規模多機能型居宅介護や、夜間対応型訪問看護、定期巡回・随時巡回などはほとんど利用されていない。制度外サービスでは、配食サービスと介護相談窓口の利用が多い。

表 33 k.介護保険制度サービス（複数回答） n (%)

項目	人数	%
利用なし	78	32.0%
利用あり		
訪問介護	51	10.7%
訪問入浴	26	5.5%
訪問看護	43	9.1%
訪問リハビリ	20	4.2%
居宅療養管理指導	1	.2%
通所介護・通所リハ	79	16.6%
ショートステイ	53	11.2%
小規模多機能型居宅	2	.4%
福祉用具貸与・購入	73	15.4%
住宅改修	41	8.6%
夜間対応型訪問看護	1	.2%
定期巡回・随時巡回	2	.4%
その他	5	1.1%
合計	397	

表 34 k.介護保険制度外サービス（複数回答） n (%)

項目	人数	%
利用なし	191	78.6%
利用あり		
配食サービス	24	9.4%
民間家事サービス	5	2.0%
地域見守り支援	7	2.8%
介護相談窓口	26	10.2%
その他	1	.4%
合計	63	

1. 自身の介護内容について

自身の介護内容は、見守り・生活支援・身体
介護が中心となり、医療処置も少なくない。

表 35 l.自身の介護内容（複数回答） n (%)

項目	人数	%
見守り	187	24.7%
手続き・金銭管理	99	13.1%
生活支援	147	19.4%
身体介護	138	18.2%
医療処置	68	9.0%
外出・通院送迎	118	15.6%
その他	1	.1%
合計	758	100.0%

m. 深夜介護の状況

深夜介護は、ほとんどないが 63%、週に時々
あるが 25.9%、毎日約 10%と、深夜介護も少
なくない。

表 36 m.深夜介護の状況 n (%)

項目	人数	%
ほとんどない	153	63.0
週に時々ある	63	25.9
毎日1回ある	14	5.8
毎日何回かある	13	5.3
合計	243	100.0

n.介護負担感と介護肯定感について（5段階尺度）

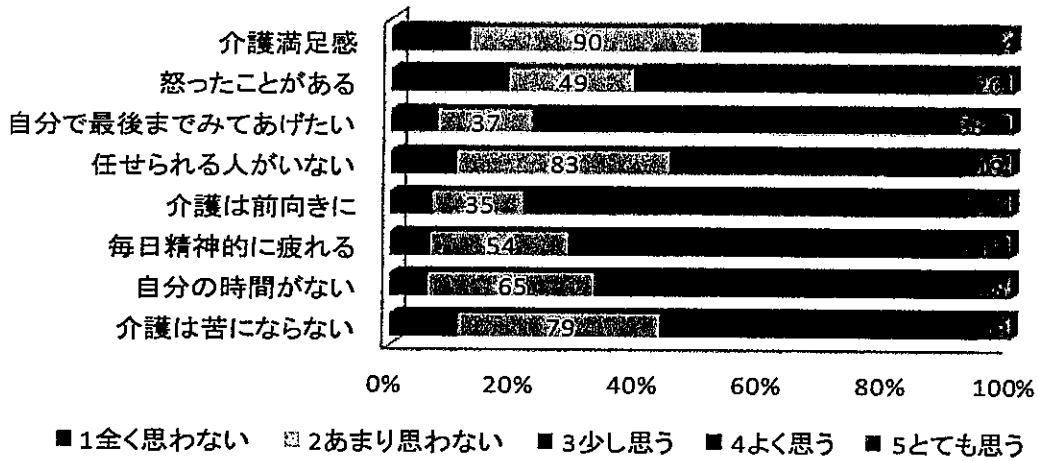


図 15 介護負担感と介護肯定感

介護負担感と介護肯定感については、図 15 の通りとなっている。ほとんどの項目が正規分布を表している。

3) 看護の仕事と職場状況について

a. 週労働時間について

週実労働時間について回答を求めたが、表 37 の結果となった。時間にばらつきがあり、回答者が 1 日の労働時間と考えて回答したことも推測されるため、平均的な週労働時間の算出はしなかった。週 40 時間を超える労働時間の看護師は 114 名で 56.7%となる。その内 50 時間を超える看護師は 20 名で 10%であった。

表 37 a.週労働時間(フルタイム) n (%)

項目	人数	%
~30.0	65	32.4
32.0	5	2.5
35.0	5	2.5
36.0	4	2.0
37.0	3	1.5
38.0	3	1.5
39.0	2	1.0
40.0	70	34.8
42.0	6	3.0
44.0	1	.5
45.0	11	5.5
48.0	6	3.0
50.0	10	5.0
52.0	1	.5
55.0	1	.5
56.0	1	.5
60.0	4	2.0
64.0	1	.5
75.0	2	1.0
合計	201	100.0

パート勤務の週労働時間については表 38 の通りであり、時間のばらつきが著明である。ほとんどが週 30 時間を超えないような働き方となっている。

表 38 a. 週労働時間(パート勤務) n (%)

項目	人数	%
~8.0	3	8.1
10.0	1	2.7
12.0	4	10.8
14.0	1	2.7
15.0	3	8.1
16.0	8	21.6
20.0	3	8.1
24.0	2	5.4
25.0	2	5.4
28.0	1	2.7
29.0	1	2.7
30.0	4	10.8
32.0	1	2.7
34.0	1	2.7
35.0	2	5.4
合計	37	100.0

b. 夜勤回数について

夜勤回数については、二交代制と三交代制に分けて集計した。二交代制 88 名で、最少 0 回、最大 10 回、平均 4.7 回、標準偏差 1.90 となった。三交代制 49 名については、最少 0 回、最大 12 回、平均 6.9 回、標準偏差 2.97 となった。三交代制の場合は、準夜勤、深夜勤それぞれ 1 回と数えるように回答を求めている。

表 39 b. 夜勤回数(二交代制) n (%)

項目	人数	%
.0	1	1.1
1.0	3	3.4
2.0	3	3.4
3.0	8	9.1
4.0	34	38.6
5.0	19	21.6
6.0	9	10.2
7.0	4	4.5
8.0	2	2.3
9.0	1	1.1
10.0	4	4.5
合計	88	100.0

表 40 b. 夜勤回数(三交代制) n (%)

項目	人数	%
.0	2	4.1
2.0	4	8.2
3.0	2	4.1
4.0	4	8.2
5.0	1	2.0
6.0	3	6.1
7.0	5	10.2
8.0	17	34.7
9.0	2	4.1
10.0	4	8.2
11.0	4	8.2
12.0	1	2.0
合計	49	100.0

4) 看護の仕事と介護の両立の相談について

a. 両立の相談の頻度・相手・対応について

相手について回答を求めたところ、上司（直属）35.8%，次いで同僚21.8%となっている。相談の対応については、介護休暇や制度の助言や仕事内容の調整、有給休暇の活用などの休みに関する助言が多い。また、職場の理解を求める声かけなどの対応もあったが、何もしないについても割合が高く、対応も様々であった。

表 41 a.両立の相談の頻度 n (%)

項目	人数	%
全くしない	88	36.2
あまりしない	76	31.3
少し相談	68	28.0
よく相談	11	4.5
合計	243	100.0

表 42 a.両立の相談の相手 n (%)

項目	人数	%
上司	87	35.8
同僚	53	21.8
部下	2	.8
人事	3	1.2
管理者	8	3.3
その他	2	.8
合計	155	63.8

表 43 a.両立の相談の対応 n (%)

項目	人数	%
介護休暇・制度助言	32	12.1%
仕事内容調整	45	17.0%
夜勤調整	24	9.1%
仕事時間調整	29	11.0%
有給活用	40	15.2%
職場への声かけ	27	10.2%
職場への理解の声かけ	22	8.3%
何もしない	45	17.0%

b. 両立支援制度についての認知度・制度の有無・利用の有無について

両立支援制度の認知度は約20%の人がわからないと回答し、制度がないところは約30%前後となっている。また、約50%の人は制度があっても利用していない。利用者については5%前後と非常に少ない。利用しない理由については、職場の理解が得られないことが理由の一番にあげられ、次いで休める雰囲気ではなかったが多い。また、有給休暇で対応できた場合も多い。

表 44 b.両立支援制度の認知度・制度の有無・利用の有無 n (%)

	わからない		制度がない		制度がある			
	n	%	n	%	利用していない		利用した	
					n	%	n	%
介護休業(長期休業)	52	21.4	57	23.5	124	51.0	10	4.1
介護休暇	49	20.2	64	26.3	114	46.9	16	6.6
短時間勤務	52	21.4	73	30.0	106	43.6	12	4.9
残業時間の制限	55	22.6	76	31.3	102	42.0	10	4.1
夜勤減又は免除	50	20.6	76	31.3	101	41.6	16	6.6
フレックスタイムの活用	56	23.0	93	38.3	82	33.7	12	4.9

表 45 b.両立支援制度を利用しない理由(複数回答) n(%)

項目	人数	%
職場の理解が得られにくかった	48	21.2%
職場で誰も今まで利用していなかった	20	8.8%
使い方がわからなかった	12	5.3%
有給休暇で対応できた	35	15.5%
減収になるから	13	5.8%
職場が休める雰囲気ではなかった	36	15.9%
使うタイミングがなかった	13	5.8%
後で使うつもり	11	4.9%
家族の協力・理解が得られなかった	2	.9%
休暇では解決できないと思った	13	5.8%
使い方や手続きが面倒で使わなかった	11	4.9%
その他	12	5.3%
	226	100.0%

5) 看護の職務意識と職場環境について (4段階尺度)

看護の仕事と介護の両立をしているときの職務意識は、仕事に対するやりがいや、意欲、スキルの向上、仕事の効率、仕事の集中等の項目でやや低い傾向が見られた。職場環境では、キャリア形成への配慮はやや低いものの、協力体制やコミュニケーションなどはやや高い傾向が見られた。順序尺度のために平均値が有効ではないが、参考までに示す。「やりがい」($MD=2.46, SD=.82$), 「看護のスキル」($MD=2.25, SD=.765$), 「仕事集中」($MD=2.46, SD=.87$), 「仕事効率」($MD=2.11, SD=.73$), 「仕事満足感」($MD=2.6, SD=.863$), 「時間内奨励」($MD=2.58, SD=.86$), 「キャリア」($MD=2.29, SD=.78$), 「協力体制」($MD=2.48, SD=.87$), 「助け合う雰囲気」($MD=2.7, SD=.87$), 「コミュニケーション」($MD=2.67, SD=.87$) となった。ほぼ全体が正規分布を示した。

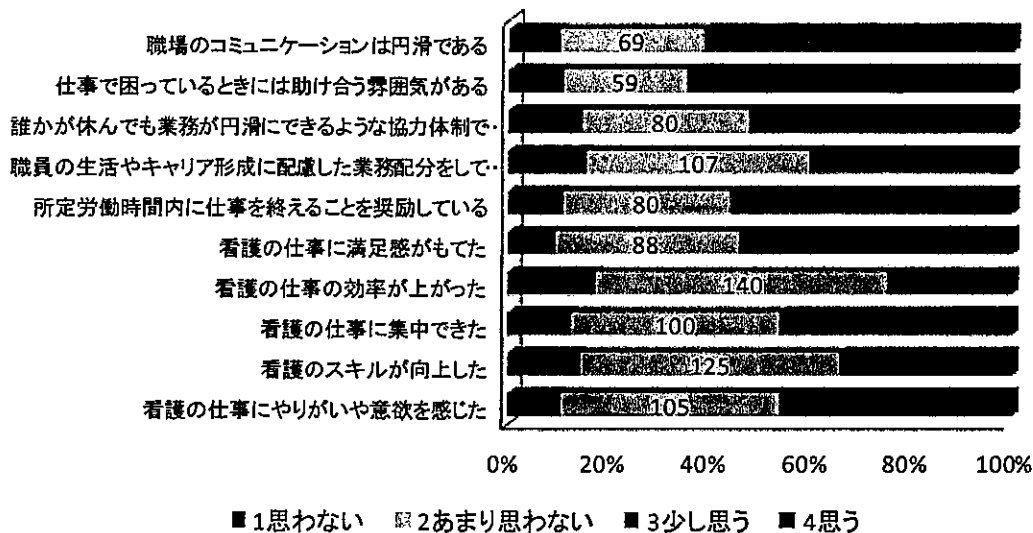


図 16 看護職務意識と職場環境

6) 両立困難意識度，職務継続意思状況

a. 介護離職願望について（4段階尺度）

介護を理由に辞めたいと思った
頻度は「全く思わない」，「あまり
思わない」で 59.7% となり，介護
離職に揺れる思いが約 40% にみら
れている。

表 46 a. 仕事を辞めたいと思ったか n (%)

項目	人数	%
全く思わない	77	31.7
あまり思わない	68	28.0
少し思った	66	27.2
良く思った	32	13.2
合計	243	100.0

b. 働き方の変化について

変えてない人が 64.6% となってい
るが，働き方を変えた内容で最も
多いのが勤務場所を変えた，次い
で時間や雇用形態となっている。
介護離職が 13 名 (4.2%) となっ
ているところは注目すべき点である。

表 47 b. 仕事状況（働き方）の変化 n (%)

項目	人数	%
変えてない	157	64.6%
変えた	49	15.9%
(複数回答)	23	7.4%
勤務場所	26	8.4%
雇用形態	17	5.5%
勤務時間	18	5.8%
勤務体制	5	1.6%
夜勤や残業減	1	.3%
制度利用休業	13	4.2%
制度利用外休職	309	
離職		
合計		

c. 両立・継続困難感について

両立・継続に対しては、困難感を感じている人が 65.8%と高い傾向にある。

表 48 c.仕事の両立・継続に対する思い n (%)

項目	人数	%
1 とても困難	43	17.7
2 困難	117	48.1
3 なんとかできる	80	32.9
4 できる	3	1.2
合計	243	100.0

d. 仕事の両立・継続に何が重要と思うかについて(両立・継続支援ニーズ)

表 49 d. 両立・継続に重要なこと(複数回答) n (%)

項目	人数	%
介護保険制度の在宅サービス充実	125	13.8%
民間介護サービスの充実	64	7.1%
職場の勤務体制の改革	106	11.7%
職場の理解/サポートの充実	112	12.4%
家族の支援と協力	113	12.5%
介護休暇・休業制度等の両立支援制度の改革	50	5.5%
ケアマネのサポートの充実	39	4.3%
介護者相談の充実	13	1.4%
近隣・知人など地域の協力支援	15	1.7%
自分の時間の確保	84	9.3%
自分のメンタルヘルスサポート	63	7.0%
要介護者への思い	33	3.7%
自己の健康	85	9.4%
その他	2	.2%
合計	904	100.0%

看護の仕事と介護を両立・継続していくための支援のニーズは、在宅サービスの充実と職場と家族のサポートが強く求められている。また、自分の時間や健康も重要なニーズである。

7) その他

a. 有給休暇の取得状況

両立支援制度外の休みとして、有給休暇の取得状況については、約半数が希望通り取れない状況にある。

表 50 a.有給休暇の取得状況 n (%)

項目	人数	%
全く希望通りとれない	33	13.6%
あまり希望通りとれない	85	35.0%
だいたい希望通りとれる	102	42.0%
希望通りとれる	23	9.5%
合計	243	100.0%

b. 経済状況について

経済状態は、働くかないと苦しい状態にある人が7割になり、経済的に仕事は辞められない状況にある。

表 51 b. 経済状態について n (%)

項目	人数	%
自分が働かないと非常に苦しい	99	40.7
自分が働かないとちょっと苦しい	77	31.7
自分が働いてまあまあ	36	14.8
少し余裕がある	31	12.8
合計	243	100.0

c. 在宅介護に対する家族の考えについて

家族の在宅介護の受け

入れ状況については、看護職であることで頼っている、あなたにほとんど任せていると感じている人が多く、次いで要介護者の希望をかなえたいと思っている、協力しているとなっている。

表 52 c. 在宅介護に関する家族の考え(複数回答) n (%)

項目	人数	%
あなたにほとんど任せている	63	15.8%
あなたが看護職だから頼っている	107	26.8%
あなたに協力しようとしている	51	12.8%
あなたがみるべきと思っている	14	3.5%
施設や病院に預けたいと思っている	24	6.0%
最後まで在宅で家族でみたいと思っている	27	6.8%
本人の希望をかなえたいと思っている	71	17.8%
私の希望通りにすることを応援している	16	4.0%
上記にあてはまるものはない	27	6.8%
合計	400	100.0%

d. 現在介護者：在宅介護の見通し

現在介護中の介護者の在宅介護の見通しでは、年数では「全く見当がつかない」が約半数近くとなっている。具体的な年数の見通しとしては、3年～5年が多い。また、在宅介護の状況の見通し

表 53 d. 現在介護者在宅介護の見通し(年数) n (%)

項目	人数	%
1年未満	3	3.3
1～2年	11	12.0
3～5年	27	29.3
6～10年	8	8.7
全く見当がつかない	43	46.7
合計	92	100.0

しでは、在宅介護をそのまま継続するが38.7%と多く、次いで要介護者の状況に合わせた在宅介護を変化させていくが多くなっている。在宅看取りの希望も複数回答ではあるが5.8%を存在する。それらに対して、要介護者の希望(介護者の情報)は、このまま在宅で介護を希望するが35.8%となり、次いで病気が悪化したら病院を望む

要介護者が多く、介護者の見通しと同様の内容となっている。病院や施設を嫌がる要介護者も1割近くいることもわかった。自分の仕事の見通しも複数回答ではあるが、今の職場で働き続けたいが約半数であり、次いで働き方を変えて続けたいという継続意思が高く見られている。しかし、4～14%の人に退職不安、転職願望がみられている。

表 54 d.現在介護者在宅介護の見通し(複数回答) n (%)

項目	人数	%
今後もこのまま在宅で介護する	53	38.7%
介護の場所(別居・同居)を変えて介護する	12	8.8%
近い将来施設に入所させたい	14	10.2%
要介護者の病状の変化に合わせたい	26	19.0%
近い将来介護を他の人に委ねたい	3	2.2%
要介護者の希望に合わせる	10	7.3%
自分の仕事状況で変えたい	10	7.3%
在宅で看取りをしたい	8	5.8%
その他	1	.7%
合計	137	100.0%

表 55 d.現在介護者の要介護者の希望(複数回答) n (%)

項目	人数	%
このまま在宅で介護を受けたい	48	35.8%
施設入所を希望	7	5.2%
病気が悪化したら病院に行きたい	24	17.9%
入院は嫌だ	12	9.0%
施設入所は嫌だ	13	9.7%
在宅介護をあなたに任せたい	8	6.0%
あなた以外の他の人に介護を任せたい	2	1.5%
希望がわからない	20	14.9%
合計	134	100.0%

表 56 d.現在介護者の看護の仕事の見通し(複数回答) n (%)

項目	人数	%
今後も今の職場で働き方を変えずに働き続けたい	52	52.0%
働き方(雇用状態や時間・夜勤など)を変えて続けたいと思う	20	20.0%
近い将来看護の仕事に辞めなければならないと思う	14	14.0%
近い将来看護でない仕事に転職したいと思う	4	4.0%
見通しが立たない	10	10.0%
合計	100	100.0%

e. 過去の介護経験者：在宅介護の見通し

過去の介護経験者の在宅介護時の見通しでは、「要介護者の病状の変化に合わせて」が最も多い。次いで将来は施設に入所させたいと考えている。また、このまま在宅で看取りまでが10%を超えて存在している。在宅介護を終了又はしなくなった理由は、

表 57 e.過去の介護経験者：どんな見通しだったか(複数回答) n(%)

項目	人数	%
今後もこのまま在宅で介護する	33	15.3%
介護の場所(別居・同居)を変えて在宅介護する	9	4.2%
将来施設に入所させたい	49	22.8%
要介護者の病状の変化に合わせたい	54	25.1%
近い将来介護を他の人に委ねたい	7	3.3%
要介護者の希望に合わせたい	23	10.7%
自分の仕事状況で変えたい	13	6.0%
在宅で看取りをしたい	26	12.1%
その他	1	.5%
合計	215	100.0%

表 58 e.過去の介護経験者の要介護者の希望(複数回答) n(%)

項目	人数	%
このまま在宅で介護を受けたい	49	23.4%
施設入所を希望	22	10.5%
病気が悪化したら病院に行きたい	24	11.5%
入院は嫌だ	30	14.4%
施設入所は嫌だ	15	7.2%
在宅介護をあなたに任せたい	12	5.7%
あなた以外の他の人に介護を任せたい	7	3.3%
希望がわからなかった	48	23.0%
その他	2	1.0%
合計	209	100.0%

表 59 e.過去の介護経験者の在宅介護をしなくなった理由(複数回答) n(%)

項目	人数	%
介護を要する方が亡くなったから	85	52.1%
介護を要する方が施設等に入所したから	44	27.0%
介護を要する方が入院したから	18	11.0%
他の人が介護することになったから	7	4.3%
その他	9	5.5%
合計	163	100.0%

複数回答になるが、亡くなったからが約半数で、次いで施設入所となっている。施

施設入所の割合は見通しの割合とほぼ一致している。要介護者の希望は、このまま在宅で介護を受けたい割合と希望がわからなかったが同割合だった。病気が悪化したら入院を希望する人よりも入院を嫌がる人が上回っていた。

亡くなった方の看取りの場所については、病院で亡くなるケースが 67.1% と多い。在宅看取りが 27.1% と多くみられるのも見逃せない。施設入所の割合に比べ、施設での看取りは少ない。

表 60 e.看取りの場所 n (%)

項目	人数	%
施設看取り	3	3.5%
病院看取り	57	67.1%
在宅看取り	23	27.1%
その他	2	2.4%
合計	85	100.0%

表 61 e.過去の介護者の看護の仕事の見通し(複数回答) n (%)

項目	人数	%
今後も今の職場で働き方を変えずに働きたい	77	46.4%
働き方(雇用状態や時間・夜勤など)を変えて続けたいと思う	50	30.1%
近い将来看護の仕事を辞めなければならないと思う	11	6.6%
近い将来看護でない仕事に転職したいと思う	10	6.0%
見通しが立たない	14	8.4%
その他	4	2.4%
合計	166	100.0%

看護の仕事の継続意識は、約 7 割が今の職場で働き方を変えながらも続けたいと考え、退職不安のある方は、現在介護者より少ない。

2. 探索的因子分析と内的整合性の検討

介護状況 8 項目、看護の仕事 5 項目、職場状況 5 項目の因子分析と尺度の信頼性の確認を行う。18 項目について得点分布はほとんど偏りが見られず正規分布を示し、フロア効果・天井効果も吟味したがみられなかった。

次に 18 項目に対して最尤法による因子分析を行った。固有値の変化は、因子のスクリープロットによると第 4 因子と第 5 因子までの傾きが大きく、第 5 因子以降の傾きが小さくなっている。そのため、第 4 因子構造と仮定して再び因子分析を行った。因子分析は、相互の相関関係を想定して、主因子法・Promax 回転を選択した。その結果、因子負荷量 0.350 を基準に項目を分析し、その結果を表 62 に示す。回転前の 4 因子で 18

項目の全分散を説明する割合は 54.43%であった。

第 1 因子は、6 項目で構成されており、「看護の仕事の効率が上がった」「看護のスキルが上がった」「看護の仕事に集中した」などの仕事に対する肯定的な影響因子のため、看護の仕事肯定因子とした。第 2 因子は、「職場が助け合う雰囲気がある」「職場のコミュニケーションが円滑である」などの職場肯定因子と名付けた。第 3 因子は、

表 62 因子分析

	因子				
	I	II	III	IV	
看護仕事効率	.868	-.152	.036	-.023	看護の仕事 肯定因子
看護スキル	.724	.051	.057	.023	
看護仕事集中	.689	-.007	-.291	-.162	
看護仕事満足感	.617	-.010	-.212	.016	
看護仕事やりがい	.614	.111	.139	.134	
看護仕事キャリア支援	.516	.365	.131	-.006	
$\alpha=.823$					
職場の助け合い	-.109	.987	-.009	-.025	職場肯定 因子
コミュニケーション	-.115	.937	-.112	-.002	
職場の協力体系	.162	.734	.019	-.013	
職場の残業なし奨励	.302	.520	.111	.012	
$\alpha=.878$					
R 精神的に疲れる	-.130	.045	.848	-.008	介護否定 因子
R 自分時間がない	.013	-.010	.817	.050	
R 怒ったことがある	.049	-.163	.547	-.020	
R 任せる人がいない	.008	.119	.384	-.156	
$\alpha=.736$					
介護に前向き	-.018	-.010	-.080	.751	介護肯定 因子
最期まで看たい	-.107	.148	-.191	.599	
介護が苦にならない	.000	-.109	.104	.572	
介護の満足感	.301	-.028	.033	.439	
$\alpha=.684$					

因子抽出法：主因子法

回転法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

因子相関行列

因子	I	II	III	IV
1	—	.599	-.142	.328
2		—	.085	.345
3			—	-.070
4				—

逆転項目で構成され、「介護によって自分の時間がない」「精神的に疲れる」などの介護否定因子となった。第4因子は、「介護の苦勞があっても前向きに考える」「自分が最後までみてあげよう」などで介護肯定因子と名付けた。

それぞれの内的整合性を確認したところ、「看護仕事肯定因子」 $\alpha = .823$ ，職場肯定因子」 $\alpha = .878$ ，「介護否定因子」 $\alpha = .736$ ，「介護肯定因子」 $\alpha = .684$ と十分な値が得られた。さらに，因子分析の結果より各項目の素点を項目数で割った平均値を算出し，下位尺度得点を求めた。看護仕事肯定得点(平均 2.36, $SD = .59$)，職場肯定得点(平均 2.61, $SD = .74$)，介護否定得点(平均 2.85, $SD = .81$)，介護肯定得点(平均 2.86, $SD = .71$)となった。

3. 各尺度間の相互相関の検討

下位尺度間の相互相関を表 63 に示す。看護の仕事と職場肯定，介護肯定は有意な正の相関がある。また，職場肯定と介護肯定も有意な正の相関がある。

表 63 相関関係

	看護仕事 肯定	職場肯定	介護肯定	介護否定
看護仕事肯定	—	.553**	.293**	.069
職場肯定		—	.308**	-.063
介護肯定			—	-.056
介護否定				—

** 相関係数は 1% 水準で有意 (両側)

4. 尺度得点による Mann-Whitney U 検定

両立困難感による各尺度得点に差があるかについて，両立困難項目の 4 段階尺度(1)「とても困難」～(2)「困難だと思う」を「あり」=1 とし，(3)「なんとかできる」～(4)「できると思う」を「なし」=0 とし，「両立困難あり・なし」群の差の検定を行ったところ，介護肯定，介護否定，職場肯定に有意な差が見られた。

同じく「介護を理由に仕事を辞めたいと思ったか」という項目の 4 段階尺度(1)「全く思わなかった」～(4)「よく思った」について，(1)～(2)を「なし」=0 とし，(3)～(4)

を「あり」=1として、「離職願望あり・なし」群の得点差の検定を行ったところ、介護否定、職場肯定に有意な差が見られた。両立の困難・継続と介護離職には、介護に対する否定感と職場に対する肯定感が大きく影響していることが認められた。

表 64 Mann-Whitney U 検定 (両立困難)

	両立困難なし群			両立困難あり群			
	N	平均ランク	順位和	N	平均ランク	順位和	
介護肯定	83	151.65	12587.00	160	106.62	17059.00	**
介護否定	83	88.69	7361.00	160	139.28	22285.00	**
看護仕事肯定	83	127.73	10601.50	160	119.03	19044.50	n.s.
職場肯定	83	144.78	12017.00	160	110.18	17629.00	**

** 1%未満有意水準 * 5%未満有意水準

表 65 Mann-Whitney U 検定 (離職願望)

	離職願望なし群			離職願望あり群			
	N	平均ランク	順位和	N	平均ランク	順位和	
介護肯定	145	118.97	17250.50	98	126.48	12395.50	n.s.
介護否定	145	106.97	15510.00	98	144.24	14136.00	**
看護仕事肯定	145	121.87	17671.50	98	122.19	11974.50	n.s.
職場肯定	145	131.19	19022.50	98	108.40	10623.50	*

** 1%未満有意水準 * 5%未満有意水準

5. ロジスティック回帰分析

1) 介護離職願望について

介護離職願望の有無の規定要因を表 66 に示す。目的変数を介護離職願望の 4 段階尺度(1)~(2)を「なし」=0とし、(3)~(4)を「あり」=1とする。説明変数は、研究 1 で仕事と介護の両立に関係性が有意に認められた項目(年代、経験、役職)と介護者の数として配偶者、先行研究で介護疲労の要因とされている認知症、夜勤との兼ね合いに関連する項目として勤務体制と、本研究で新たに調査した介護時間、労働時間、経済を選択した。各項目の相関を確認し、 $r=.40$ を基準に強い相関関係の項目を考慮し、モデル 1 は介護肯定因子を除いたモデル、モデル 2 は介護否定因子と新たに両立支援制度(休業、休暇)を投入した。モデルの χ^2 の結果はいずれも有意である。モデル 1 は、協力者(家族等)の有無、下位尺度職場肯定が規定要因になっている。この分析結果は、介護の協力者の有無と職場の環境(人的協力)が介護離職を招きやすいことを示

している。モデル2においては、協力者は有意でなくなるが、代わって追加した介護否定と両立支援制度休暇が有意な結果を示している。分析結果として、介護否定(負担感)と職場の環境が介護離職に繋がり、両立支援制度を利用せず介護離職を希望する現状と考えられる。

表 66 ロジスティック回帰分析 (離職願望)

	目的変数:介護離職願望(0:なし、1:あり)					
	モデル1			モデル2		
	係数値	標準誤差	オッズ比	係数値	標準誤差	オッズ比
年代(1:10~30代、2:40~60代)	-.223	.338	.800	-.111	.367	.895
配偶者(1:いる 2:いない)	.121	.331	1.129	.179	.351	1.196
経済状況(0:苦しい、1:安定)	.312	.341	1.366	.180	.360	1.197
勤務体制夜勤(0:なし、1:あり)	-.116	.328	.890	.039	.353	1.040
役職(0:なし、1:あり)	.267	.347	1.306	.157	.383	1.170
労働時間	-.012	.010	.988	-.015	.010	.985
介護時間(1:1~2H)						
介護時間(2:3~4H)	-.758	.402	.469	-.467	.434	.627
介護時間(3:5~24H)	-.263	.407	.769	-.120	.436	.887
深夜介護(0:なし、1:あり)	-.264	.335	.768	-.102	.359	.903
介護場所(同居介護)						
介護場所(別居介護)	-.231	.556	.794	.157	.596	1.170
介護場所(同居介護に変化)	.245	.572	1.278	.600	.617	1.822
介護場所(別居介護に変化)	-1.010	.758	.364	-.813	.810	.444
認知症(0:なし、1:あり)	-.328	.304	.721	-.463	.323	.629
協力者(0:なし、1:あり)	-.778	.384	.459 **	-.455	.427	.635
介護人数(1:1人)						
介護人数(2:2人)	-1.769	1.144	.170	-1.542	1.226	.214
介護人数(3:3人以上)	-.898	1.222	.407	-.927	1.312	.396
下位尺度(職場肯定)	-.688	.260	.503 **	-.791	.279	.454 **
下位尺度(看護仕事肯定)	.427	.312	1.533	.356	.340	1.427
下位尺度(介護肯定)	.085	.228	1.089	.023	.252	1.023
下位尺度(介護否定)				.770	.236	2.160 **
両立支援制度休業				-.246	.369	.782
両立支援制度休暇				.889	.363	2.434 **
χ ² 乗値		36.423 **			60.876 **	
自由度		19			22	
-2対数尤度		291.298			266.845	
Nagelkerke R ² 乗		0.188			0.299	
N		243			243	

**5%有意水準

2) 両立継続の規定要因について

両立継続の可否の規定要因を表 67 に示す。目的変数を両立継続の4段階尺度(1)~(2)を「できない」=1 とし、(3)~(4)を「できる」=2 とする。説明変数は、介護離職願望と同様に、年代、経験、役職、配偶者、認知症、勤務体制介護時間、労働時間、経済、雇用状態、職場相談を選択した。モデル1は介護否定因子を除いたモデ

表 67 ロジスティック回帰分析 (両立継続困難)

説明変数	目的変数:両立継続(1:できない、2:できる)						
	モデル1			モデル2			
	係数値	標準誤差	オッズ比	係数値	標準誤差	オッズ比	
年代(1:10~30代、2:40~60代)	.263	.374	1.301	.888	.447	2.430	**
配偶者(1:いる 2:いない)	.116	.365	1.123	.262	.422	1.299	
経済状況(0:苦しい、1:安定)	.690	.359	1.994	** .695	.411	2.004	
勤務体制夜勤(0:なし、1:あり)	-.038	.382	.962	.305	.456	1.357	
役職(0:なし、1:あり)	.030	.398	1.031	-.528	.474	.590	
労働時間	.015	.011	1.016	.016	.012	1.016	
介護時間(1:1~2H)基準							
介護時間(2:3~4H)	-.195	.469	.823	-.030	.556	.970	
介護時間(3:5~24H)	-.319	.462	.727	-.548	.541	.578	
深夜介護(0:なし、1:あり)	-.200	.384	.819	-.010	.451	.990	
介護場所(同居介護)基準							
介護場所(別居介護)	-.611	.649	.543	-.043	.717	.958	
介護場所(同居介護に変化)	.088	.673	1.092	1.066	.776	2.903	
介護場所(別居介護に変化)	-.426	.828	.653	.098	.907	1.103	
認知症(0:なし、1:あり)	.342	.330	1.408	.267	.384	1.306	
協力者(0:なし、1:あり)	.011	.428	1.011	.740	.513	2.095	
介護人数(1:1人)基準							
介護人数(2:2人)	-.219	1.197	.803	.620	1.419	1.858	
介護人数(3:3人以上)	-.263	1.310	.769	.355	1.541	1.426	
下位尺度(職場肯定)	-.847	.287	.429	** -.874	.320	.417	**
下位尺度(看護仕事肯定)	.543	.337	1.721	.335	.382	1.399	
下位尺度(介護肯定)	-.995	.281	.370	** -1.166	.313	.312	**
雇用状態(1:常勤、2:非常勤)	.184	.508	1.202	.492	.597	1.636	
職場相談(0:なし、1:あり)	-.919	.355	.399	** -.657	.432	.518	
下位尺度(介護否定)				1.846	.347	6.338	**
両立支援制度休業(0:なし、1:あり)				-4.793	2.216	.008	**
両立支援制度制度休暇(0:なし、1:あり)				.330	.915	1.391	
両立支援制度制度時短(0:なし、1:あり)				2.222	1.265	9.227	
両立支援制度制度夜勤(0:なし、1:あり)				-.786	1.060	.456	
χ^2 乗値		58.599 ***			107.136 ***		
自由度		21			26		
-2対数尤度		253.446			204.909		
Nagelkerke R2乗		0.296			0.493		
N		243			243		

*** 1%有意水準 **5%有意水準

ル、モデル 2 は、介護否定因子と新たに両立支援制度(休業、休暇、時短、夜勤)を投入した。モデルの χ^2 の結果はいずれも有意である。モデル 1 は、経済状況、職場相談の有無、下位尺度職場肯定、下位尺度介護肯定が規定要因になっている。この分析結果は、介護の両立の現状として、経済状態が仕事の継続可否に影響があり、さらに、職場に相談できる状況かによっても両立の継続可否の決定に影響を与えて

いる。介護を肯定的に受け止める施設も両立の継続に影響を与えることが示された。モデル 2 においては、経済状況と職場相談に代わって、年代と職場肯定追加した介護否定と両立支援制度休業が有意な効果を示している。分析結果として、介護否定（負担感）と職場の環境が両立継続の影響要因であり、合わせて両立支援制度の利用の有無も両立を支える要因とも考えられる。

6. 介護離職した看護師の分析

243 名の介護経験者の中で、介護を理由に働き方を変えた(介護離職)をした看護職は 13 名であった。現在介護中(4 名)、過去に介護経験が 9 名であり、現在介護離職中が 4 名となっている。属性の内訳は、性別は、全員女性、年代は 30 代が 2 名、40 代が 3 名、50 代が 5 名、60 代が 3 名となっている。配偶者の有無は、「いる」が 7 名、「いない」が 6 名で、子供の有無も同様であった。看護の経験は、5～10 年が 2 名、10 年～20 年が 3 名、20 年～30 年が 6 名、30 年以上が 2 名と経験豊富な看護職が介護離職している。勤務場所は病院・診療所の病棟と外来で 9 名、介護老人福祉施設が 1 名、その他 3 名であった。雇用状態については、常勤が 8 名に対して、非常勤が 5 名となっている。勤務体制は、二交代制・三交代制が 6 名、7 名が日勤のみ、役職は「なし」が 10 名、「あり」が 3 名であった。

介護状況では、自身の親が多く、介護している人数は、1 人が 8 名、2 人が 3 名、3 人以上が 2 名と比較的介護を要する人の人数が多い。1 日の介護時間は、最少 1H、最高 12H で、平均 3.6Hとなっている。介護の協力者が「いる」が 10 名、3 名は「いない」となっている。介護期間は全員が 1 年以上になり、最少 1 年、最高 15 年と長期にわたり、3 年～5 年が 8 名と多い。介護場所は別居介護が 7 名、別居介護に変化が 4 名と別居の割合が高い。要介護度は、要支援 2 が 1 名、要介護 2 が 3 名、要介護 3 が 3 名、要介護 4 が 2 名、要介護 5 が 1 名、申請なしと非該当が 3 名となっている。認知症は「あり」が 4 名、「なし」が 9 名となっている。サービス利用状況は、ほとんどが利用しているが、特に訪問介護は 6 名、ショートステイは 7 名、住宅改修は 5 名の

利用となっている。制度外サービスも、民間家事支援サービスなども2名の利用がある。次に自身の介護内容については、見守りがほとんどであり、生活支援は11名、身体介護は7名、手続き・金銭管理は11名、医療ケア4名、外出支援は10名となっている。深夜介護は「ほとんどなし」が8名、「時々ある」が3名、「毎日1回」が1名、「毎日何回かある」が1名となっている。

両立継続に対する思いは、9名が両立継続は「できない」と考え、4名は「できる」と答えている。両立継続に重要なこととして、支援ニーズは、「職場の理解／サポートの充実」が重要と9名が答え、次いで「在宅サービスの充実」、「勤務体制の改革」、「家族の支援と協力」、「両立支援制度の改革」となり、「自己の健康」や「メンタルサポート」も求めている。

現在介護離職名の在宅介護の見通し年数は、1～2年1名、3～5年1名、6～10年1名、見当がつかないが1名となっている。在宅介護の見通しとして、「このまま在宅介護を続けたい」「看取りの希望」は0名、「病状に合わせて」、「要介護者の希望に合わせて」となっている。要介護者の希望は、「施設入所が嫌」が2名となりも「在宅介護を希望」と「病状によって入院」となっている。過去に在宅介護経験した9名の要介護者の転帰は、「亡くなった」は7名、「施設入所」が5名、「入院」が3名、その他となっている。在宅で看取りは2名であった。

介護離職をした13名の家族の考えについては、「看護職だから頼っている」が9名、「あなたにほとんど任せている」が4名、「本人の希望をかなえたい」が6名となっているが、「あなたに協力しようとしている」が2名と少ない。経済状態については、「働かないと厳しい」が8名、「働いてまあまあ」はいないが、「働いて余裕がある」が5名となっている。全項目について、全体と離職者の群間比較(全体230名と13名)のために χ^2 検定を行った。結果、「年代」「介護人数」「介護期間」「介護場所」「要介護度」「サービス状況のショートステイ」「定期巡回」「民間支援サービス」「雇用状態」に5%有意水準として、有意な差を認めた。

表 68 介護離職者状況

		全体		介護離職者	χ ² 検定
項目	n	%	n		
性別	男性	29	11.9	0	n.s.
	女性	214	88.1	13	
年代	20代	14	5.8	0	*
	30代	61	25.1	2	
	40代	86	35.4	3	
	50代	69	28.4	5	
	60代	13	5.3	3	
看護経験年数	1年未満	5	2.1	0	n.s.
	1~3年未満	16	6.6	0	
	3年~5年未満	21	8.6	0	
	5年~10年未満	29	11.9	2	
	10年以上20年未満	73	30.0	3	
	20年以上30年未満	67	27.6	6	
	30年以上	32	13.2	2	
勤務場所	病院・診療所病棟	140	57.6	5	n.s.
	病院・診療所外来	30	12.3	4	
	病院・診療所管理	11	4.5	0	
	介護老人福祉施設	11	4.5	1	
	介護老人保健施設	18	7.4	0	
	訪問看護	8	3.3	0	
	その他福祉施設	10	4.1	0	
	行政・一般企業 その他	6 9	2.5 3.7	0 3	
雇用状態	常勤（正規）	200	82.3	8	*
	非常勤（非正規）	43	17.7	5	
勤務時間	フルタイム	201	82.7	8	n.s.
	パート	37	15.2	4	
	その他	5	2.1	1	
勤務体制	二交代制	88	36.2	2	n.s.
	三交代制	49	20.2	4	
	日勤のみ（早・遅）	99	40.7	7	
	夜勤専門	3	1.2	0	
	フレックス	1	.4	0	
	その他	3	1.2	0	
役職	特になし	175	72.0	10	n.s.
	主任・副主任	54	22.2	3	
	師長クラス	11	4.5	0	
	部長クラス	1	.4	0	
	その他	2	.8	0	
配偶者	いる	149	61.3	7	n.s.
	いない	94	38.7	6	
子供	いる	138	56.8	7	n.s.
	いない	105	43.2	6	

*** p< .001 ** p< .005 * p< .05

表 69 介護離職者の介護している人数

介護している人数					N=243
項目	仕事継続者		介護離職者		χ ² 検定
	人数	%	n=13	%	
1人	201	82.7%	8	3.3%	**
2人	25	10.3%	3	1.2%	
3人以上	4	1.6%	2	0.8%	
合計	230	94.7%	13	5.3%	

** p<.005

表 70 介護離職者の介護期間

介護期間(トータル)年					N=176
項目	全体		介護離職者		χ ² 検定
	人数	%	n=13	%	
1.0	32	13.2%	1	0.4%	**
2.0	56	23.0%	1	0.4%	
3.0	21	8.6%	4	1.6%	
4.0	5	2.1%	0	0.0%	
5.0	22	9.1%	4	1.6%	
6.0	5	2.1%	0	0.0%	
7.0	0	0.0%	1	0.4%	
8.0	5	2.1%	0	0.0%	
10.0	10	4.1%	1	0.4%	
15.0	1	0.4%	1	0.4%	
18.0	3	1.2%	0	0.0%	
20.0	3	1.2%	0	0.0%	
合計	163	67.1%	13	5.3%	

** p<.005

表 71 介護離職者の介護場所

介護場所					N=243
項目	全体		介護離職者		χ ² 検定
	人数	%	n=13	%	
同居介護	98	40.3%	2	0.8%	**
別居介護	94	38.7%	7	2.9%	
同居に変化	20	8.2%	0	0.0%	
別居に変化	18	7.4%	4	1.6%	
合計	230	94.7%	13	5.3%	

** p<.005

表 72 介護離職者の要介護度

要介護度		N=243			
項目	全体		介護離職者		χ ² 検定
	人数	%	n=13	%	
要支援1	17	7.0%	0	0.0%	
要支援2	10	4.1%	1	0.4%	
要介護1	17	7.0%	0	0.0%	
要介護2	31	12.8%	3	1.2%	
要介護3	36	14.8%	3	1.2%	
要介護4	25	10.3%	2	0.8%	**
要介護5	37	15.2%	1	0.4%	
申請なし	43	17.7%	1	0.4%	
非該当	2	0.8%	2	0.8%	
不明	12	4.9%	0	0.0%	
合計	230	94.7%	13	5.3%	

** p<.005

表 73 介護離職者の介護保険制度サービス利用状況

介護保険制度サービス		N=243		
項目	仕事継続者		介護離職者	χ ² 検定
	人数	人数		
利用なし	78	4		
利用あり				
訪問介護	51	6	*	
訪問入浴	26	2		
訪問看護	43	2		
訪問リハビリ	20	0		
居宅療養管理指導	1	0		
通所介護・通所リハ	79	6		
ショートステイ	53	7	**	
小規模多機能	2	0		
福祉用具貸与購入	73	5		
住宅改修	41	5	*	
夜間対応型訪問看護	1	0		
定期巡回・随時巡回	2	1		
その他	5	0		
合計	397	34		

** p<.005

* p<.05

表 74 介護離職者の自身の介護内容

項目	人数		χ ² 検定
	仕事継続者	介護離職者	
見守り	187	10	
手続き・金銭管理	99	11	*
生活支援	147	11	
身体介護	138	7	
医療処置	68	4	
外出・通院送迎	118	10	*
その他	1	0	
	758	53	

* p<.05

表 75 介護離職者の深夜介護状況

項目	N=243				χ ² 検定
	全体		介護離職者		
	人数	%	n=13	%	
ほとんどない	145	59.7%	8	3.3%	
週に時々ある	60	24.7%	3	1.2%	
毎日1回ある	13	5.3%	1	0.4%	n.s.
毎日何回かある	12	4.9%	1	0.4%	
合計	230	94.7%	13	5.3%	

表 76 介護離職者の両立継続に対する思い

項目	N=243				χ ² 検定
	仕事継続者		介護離職者		
	人数	%	n=13	%	
1とても困難	41	16.9%	2	0.8%	
2困難	108	44.4%	9	3.7%	
3なんとかかできる	78	32.1%	2	0.8%	n.s.
4できる	3	1.2%	0	0.0%	
合計	230	94.7%	13	5.3%	

表 77 介護離職者の両立・継続ニーズ

両立・継続に重要なこと

項目	仕事継続者 介護離職者		χ ² 検定
	人数		
介護保険制度の在宅サービス充実	116	9	
民間介護サービスの充実	62	2	
職場の勤務体制の改革	100	6	
職場の理解／サポートの充実	101	11	**
家族の支援と協力	104	9	
介護休暇・休業制度等の両立支援制度の改革	45	5	
ケアマネのサポートの充実	37	2	
介護者相談の充実	13	0	
近隣・知人など地域の協力支援	15	0	
自分の時間の確保	80	4	
自分のメンタルヘルスサポート	57	6	
要介護者への思い	33	0	
自己の健康	79	6	
その他	2	0	
合計	844	60	

** p< .005

表 78 介護離職者の家族の考え

在宅介護に関する家族の考え

項目	仕事継続者 介護離職者		χ ² 検定
	人数		
あなたにほとんど任せている	63	4	
あなたが看護職だから頼っている	107	9	
あなたに協力しようとしている	51	2	
あなたがみるべきと思っている	14	1	
施設や病院に預けたいと思っている	24	1	
最後まで在宅で家族でみたいと思っている	27	1	
本人の希望をかなえたいと思っている	71	6	
私の希望通りにすることを応援している	16	4	**
上記にあてはまるものはない	27	0	
合計	400	28	

** p< .005

看護の仕事と職場状況、介護肯定・否定状況の下位尺度得点については表 68 の通りとなる。母集団の人数に差が大きく統計的な検定に耐えられる数値ではないが、参考までに検討した。結果、介護否定因子に有意な差がみられた。

表 79 Mann-Whitney U 検定 (介護離職)

	両立継続群			介護離職群			漸近有意確率 (両側)
	N	平均 ランク	順位和	N	平均 ランク	順位和	
介護肯定	230	123.08	28309.50	13	102.81	1336.50	n. s.
介護否定	230	119.30	27439.50	13	169.73	2206.50	**
看護仕事肯定	230	122.90	28266.00	13	106.15	1380.00	n. s.
職場肯定	230	122.39	28149.50	13	115.12	1496.50	n. s.

** p < .05

※ロジスティック回帰分析を目的変数:介護離職の可否で説明変数は上記と同様となる。今回は、モデルの絞り込みが難しいと判断し、ステップワイズ法(変数減少法、尤度法)を採用した。介護離職者の数が少ないために、統計的に信頼性が低い結果であるが、参考までに規定要因を分析した。その結果、「介護人数」、「雇用状態」、「介護否定因子」、「制度休暇」が規定要因として示された。

表 80 ロジスティック回帰分析 (介護離職)

	従属変数:介護離職(0:なし、1:あり)			
	係数値	標準誤差	オッズ比	
年代分割(1)	-1.716	1.216	.180	
配偶者(1)	-1.244	.747	.288	
介護人数				
介護人数(1)	-4.435	1.573	.012	**
介護人数(2)	-3.562	1.698	.028	**
雇用(1)	-1.954	.813	.142	**
介護否定因子	1.055	.424	2.873	**
制度休暇	2.335	1.000	10.331	**
定数	-.030	2.245	.970	
X ² 乗値		25.839	**	
自由度		7		
-2対数尤度		75.583		
Nagelkerke R ² 乗		0.296		
N		243		

**5%有意水準

第4節 考察

1. 看護師の仕事と在宅介護の両立・継続の実態の検討（一般就労者との比較）

本研究では、看護師の仕事と在宅介護を両立・継続している実態を明らかにし、継続支援に繋げていくことが目的である。看護師が働きながら在宅介護をしていくことについて、研究1で4病院・2老健施設の看護職を対象に実態調査をしてきたが、研究1の82名の在宅介護経験者の結果と合わせて、表81, 82に明記した先行研究の一般企業に勤務する介護経験者を一般就労者として、中央大学大学院戦略研究科ワーク・ライフ・バランス&多様性推進・研究プロジェクト⁴⁴⁾=以後A略、ダイヤ高齢社会研究財団⁴⁵⁾=以後B略、2013三菱UFJリサーチ&コンサルティング⁴⁶⁾=C略、一般女性就労者(長沼²⁹⁾)=以後D略との差異について検討し、看護師の仕事と介護の両立・継続の実態の特徴を明らかにしていく。残念ながらそれぞれの調査条件や定義は統制されていないため、統計的な視点での有意な差という見方はできない。あくまでも看護師の特徴を裏付けするための資料として比較検討をする。

まず、基本的な属性についてだが、本研究の性別は、圧倒的に女性が多く9割前後となっている。もともと看護師の就業の男女の割合は、約93%が女性の就業となっている女性特有の就業の場であり、就業者の割合とほぼ一致している¹³¹⁾。年代は、研究1とともに40~50代を中心とした介護経験者となっている。一般就労者A(N=1150)は男性8割、女性2割、B(N=567)は男性7割、女性3割の性別比、C(N=247)は、ほぼ母集団は同じ割合となっている。D(N=74)については、女性のみとなっている。次に年代については、A, B, Cともに40歳以上を対象とし、Dは45~64歳の対象としている。本研究は、年代の制限はなかったが、40~50歳代の割合が高かった。この年代が介護期といえるだろう。介護状況では、「誰を介護しているか」についてだが、Aについては自身の親が7割、次いで配偶者の親が2割に対して、Dは自身の親3割、配偶者の親が6割である。研究1は自身の親3割、同じく祖父母3割、配偶者の親2.5割、本研究も自身の親が4割で最も多いが割合だが、祖父母が3割配偶者の親2割となる。これは、

女性及び看護師は自身の親、嫁としての配偶者の親、祖父母等の多数の介護を担っている可能性がある。Aの男性割合の高い一般就労者との違いと考える。介護時間を比較すると、Aは週の介護時間の結果として5時間未満が約半数(1日換算1時間未満)となり、次いで5～10時間(1日換算2時間未満)、本研究では、1時間が27.2%、2時間が21.8%、3時間が16.5%、4時間が12.3%、平均3.36時間と介護時間は長い。B調査によると、平日2時間、休日5時間が仕事を続けられる限界と報告している。介護時間が長い看護師は、仕事の継続が不安定な状態を示すことが示唆される。介護期間(介護を初めてからの期間)については、一般就労者Aについては1年未満が約2割、1～3年が4割程度となっているが、本研究では、1年未満が2割、7割で、平均3.16年となっている。介護期間についても長期に担っていると考える。介護場所は、Aは同居介護が2割、他別居介護、病院、施設等の介護が6割となっている。Aは、在宅介護に限定していないため、介護場所の比較は困難であった。介護内容について、Cでは定期的な見守りや手続き、金銭管理やちょっとした買い物や緊急時の対応がほとんどで、身体介護が6%に対して、本研究では、身体介護が17%と多く、医療処置も9%あり、在宅における介護内容に大きな差が見られている。勤務形態については、Aはフルタイム通常勤務が半数だが、フレックスタイム勤務が3割、裁量労働制が2割、週実労働時間も8割が50～60時間になっている。本研究では、フルタイム勤務が9割以上で、勤務体制は2交代制、3交代制の夜勤のある勤務が6割、日勤のみの変則が4割で、フレックスは採用されていない。勤務については、一般就労者に比べ、不規則な勤務の中で両立していることがわかる。年間有給休暇の取れ方だが、希望通り取れた、大体希望通り取れたで約半数で、どちらともいえないが約2割となっている。本研究は、約半数が希望通りとなっているため、一般と有給取得状況は一致する。両立支援制度については、「わからない」、「制度があるか知らない」など合わせて8割になり、認知度が低い。本研究でも、「わからない」又は「制度がない」が約4割、約半数が「制度があるが利用しない」となり、5%未満の活用に留まっている。認知度も課題だが、両立支援制度そのものが利用しにくい

課題があると考えられる。また、利用しにくい理由については、職場の理解や休める雰囲気、介護費用の支出などの経済的負担も利用を妨げ、さらには先の見えない介護にいつ休暇を使うかも迷う、休んでも本質の解決策ではないという長期にわたる介護の課題など、両立支援制度が利用ニーズと乖離していることも看護師の両立支援制度利用の特徴であり、大きな課題と考えられる。

表 81 4つの文献リスト（一般就労者との比較資料）

	介護の定義	年代	タイトル	著者	研究目的	研究対象	研究方法	Source
A	介護とは、「あなたと配偶者の両方・親戚や、さらにあなたの配偶者を介護すること」。在宅介護、施設や遠距離介護など、ご自身で介護に関わるものと判断するものすべてをさめる	2014	介護の課題を抱える社員や将来抱える可能性の高い社員に対する支援の在り方—仕事介護の両立に関する2014年調査	中央大学大学院戦略経営研究科 ワークライフバランス&多様性推進・研究プロジェクト	現在介護者と将来における介護リスク社の特徴、現在介護者の介護状況を明らかにし、介護に直面した際の仕事継続を規定する要因について検証する	主に40歳以上の社員 企業8社総数 6889名 男性82.2% 女性17.2% 1150人 現在介護者 n=666 過去に介護 n=484 在宅介護 n=411	インターネット調査	中央大学大学院戦略経営研究科 ワークライフバランス&多様性推進・研究プロジェクト
B	介護についての定義はない	2014	仕事と介護の両立と介護離職に関する調査結果	明治安田生活福祉研究所とダイワ高齢社会研究財団共同調査	介護開始時の働き方が正社員を対象として、両立した人と介護離職した人を比較することで、実態と課題を探る	2014年調査介護経験のある40歳以上の男女2268名(4類型に分けて説明) 介護離職者 男 n=412 女 n=155	調査介護経験のある40歳以上の男女 全国2268を対象としたインターネット調査	生活福祉研究通巻99号 February 2015
C	「介護」は、手動・介護とし、排泄や入浴等の身体介助、施設や遠距離での介護に加え、定期的な声かけ(見守り)、食事の支度や掃除、洗濯などの家事、ちょっとした買い物やゴミだし、通院の送迎や外出の手助け、入退院の手続きや食料の管理などの手助けも含む	2013	仕事と介護の両立に関する調査結果速報に関する労働者アンケート調査(平成24年度厚生労働省委託調査)	三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社	就労者における手助け・介護の実態や直前可能性、介護制度や支援制度にかかる情報、両立支援制度の認知状況・利用状況の実態や職場の支援課題の把握を目的とする。	40代～50代の就労者男女1000人ずつ、40～50代の介護を担として離職者男女計1000人 介護を担っている 男性 n=144 女性 n=107	インターネット調査	H24厚生労働省委託調査 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
D	最低1か月の在宅介護とし、介護内容についての定義はない	2011	就労している女性主介護者の介護と仕事に対する満足度とその関連要因	長沼 理恵 表 志津子 伏野 友美 岩佐 登織他	就労している女性主介護者の介護と仕事に対する満足度に関する要因を明らかにする	A市内の45～64歳の女性主介護者74名	面接調査 構成的面接 検定、ロジスティック回帰分析等	北陸公衆衛生学会誌37巻2号P27-33

看護師の仕事と介護の両立の特徴は、一般就労介護者に比較し、介護時間が長く、介護内容も身体介護や医療処置などもあり、介護内容に違いがある。また、介護期間も長い傾向にある。勤務状況は、フレックス勤務などの時間に融通性のある勤務体制は少なく、夜勤を含む不規則な交代制勤務の特徴がある。休暇の取れ方は同様だが、両立支援制度は認知度よりも、利用がしにくい職場の雰囲気があることが示唆された。また、

看護師自身の介護内容より、看護職が家族介護者であることで、家族の期待が高く、介護に対して依存する傾向がみられていると考える。

表 82 本研究と4つの研究内容リスト（一般就労者との比較資料）

	性別	年代	誰を介護	介護時間	介護期間	介護場所	介護内容	勤務状況	週実労働時間	有給休暇	両立支援制度の利用
A	1150人 男:女=8:2	40歳以上	自身の親 7割 配偶者の親2割	週5時間未満約半数、次いで5～10時間未満(1日1～2時間未満換算)	1年未満 2割 1～3年 4割	介護同居 2割 他 6割		フルタイム通常勤務が半数 フレックスタイム勤務3割	50～60H 8割	希望通りとれる約半数	制度があることは知っているが、内容がわからない 6割
B	567人 男性412人 女性155人	40歳以上		平日2時間、休日5時間が継続の限界		介護専念者5割 他が同居		介護前 正社員 介護中の働き方 ①継続就労 ②働き方変更 ③転職者 ④介護専念者		継続就労 5～6割が「休暇が取りやすい	介護専念者の3人に2人は制度・施策利用せず
C	就労者 男144人 女107人 離職者 男98人 女152人	40～49歳	自身の親が6割			約半数が同居	就労者より離職者が介護項目が多い、男女の差はない、身体介護は6% 身体介護6%	正社員 離職者	男性 35～40時間 3割 41～50時間 3割 女性 34時間以下 2割 35～40時間 4割		利用していないが約半数、男性では、フレックスタイム、残業・休日免除が利用され、女性は、半日、中抜けなどの活用
D	全員 女性74人	45～64歳	自身の親3割 配偶者の親6割		3年	在宅同居			31±15時間		
本研究	243人 女性9割	限定していない(40～50代が多い)	自身の親4割 孫父母3割 配偶者2割	1時間 27.2% 2時間 21.8% 3時間 16.5% 4時間 12.3% 平均 3.36時間	平均3.16年	同居4割 別居4割 同居→別居に変化 別居→同居1割 ずつ	身体介護17%で一番多く、医療処置 9%	フルタイム勤務 9割 夜勤ありの2交代、3交代 6割 日勤のみ 4割 フレックスほとんどなし	40時間以上56% その内50時間以上10%	希望通りとれる約半数	制度がわからない、制度がない 4割、その他制度があることは知っているが利用しないがほとんど

2. 看護師の仕事と在宅介護の両立・継続の関連要因と支援ニーズの検討

本研究では、研究 1 の結果を資料として新たに調査票を作成してインターネット調査によって看護の仕事と在宅介護の両立・継続の支援ニーズを明らかにした。結果分析をもとに以下に考察する。

本研究の全対象者は 243 名で、在宅介護を現在している看護職 92 名 37.8% (主介護・副介護含む)、過去 3 年以内の経験者が 58 名 23.9%、過去 4 年以上前が 93 名 38.3% と全体の中では過去 4 年以上前の介護経験の人が多い。その中で介護離職に至った看護師が 13 名 5.3% となっている。看護師の離職率は全国的には平均 10% 前後¹²⁾を推移し、退職理由の主なものは、家事・出産・育児の割合となっている。しかし、本研究では看護の仕事と介護を両立できず、少ない割合ながらも介護離職を選択することが明らかになっている。

また、本研究では、「介護離職願望に関連するもの」と「両立継続に関連するもの」を検討するために 2 項ロジスティック回帰分析を行った。「介護離職願望に関連するもの」

の結果分析より、介護の協力者の有無、職場肯定因子、介護否定因子、両立支援制度の休暇が規定要因として明らかとなった。調査仮説では、介護否定因子と合わせて労働時間や看護職特有の勤務体制、介護場所が考えられたが、仮説に反して、夜勤のある勤務体制や労働時間ではなく、介護離職の願望は、介護を任せられる人がいるかという協力者の問題と、職場の休める雰囲気などの職場のサポート状況が離職の規定要因と示された。的場¹²⁹⁾の仕事と介護の両立に家族の協力の必要性を述べていることと一致する結果である。また、佐藤¹²⁷⁾は、ワーク・ライフ・バランスができる職場づくりが課題と述べているが、これも同様に一致している。介護離職をした13名の家族の介護についての考えでは、「あなたに協力しようとしている」が2名と少ない状況があり、介護を任せる人がいない状況が介護離職に影響を与えていると考えられる。また、介護否定因子が規定要因されるように、介護疲労が介護離職に繋がることも明確に示された。

次に「両立継続に関連するもの」の規定要因は、職場肯定因子と介護否定因子と合わせて、介護肯定因子、経済状況、年代、両立支援制度休業であった。経済状況と年代については、仕事の継続に大きく影響を及ぼすことは推測できるが、経済的に働かないと苦しいという状況が、結果的に両立継続を促進させていると考えられる。40～50代は働き盛りであり、子供の就学資金や介護費用などの経済的負担がある年代でもある。経済的に仕事は辞められないが介護の負担があり、揺れていることが伺える。池田³⁷⁾は、退職するよりも就業継続する割合が圧倒的に高いが、退職以外の形で表れる両立困難にも目を向ける必要性を述べている。本研究の結果のように、介護離職者は13名と少ないが、両立困難感は全体に高く、まさに揺れながら両立を継続している状況も課題と考える。いかに安定した両立・継続に繋がるかに課題をシフトして考える必要性が示唆されたと考える。また、両立支援制度はほとんど利用されていないが、規定要因として示されていることより、利用しやすく実際の活用状況にあった両立支援制度を求めていることと解釈できる。

宮崎⁷⁵⁾は、女性看護師の就業意識に関する分析において、看護師は他職種と比べる

と職場定着意識が強く、就業意識も高いが、その反面辞めたいという意識もベテラン層や正規雇用者に併せ持つと述べている。介護年代の看護師は、どちらかというベテラン層であることから、仕事を休むことで業務への支障があり、役職等の役割期待も含めて、休めない、辞められない状況が推察できる。就業意識は非常に高いことが、逆にストレスとなりも精神的な苦痛を抱えながら、両立継続をしていることが本研究を通して明らかになったと考える。さらに、本研究で回答を求めた両立支援ニーズは、職場の理解/職場のサポート、在宅サービスの拡充、勤務体制の改革と家族支援と協力と、規定要因を裏付ける支援ニーズが明らかになった。併せて、自分の時間の確保と健康ニーズがあることより、自分の休みのときに家族介護ではなく、自分の時間の確保に繋がる在宅サービスの拡充が求められる。

第5節 結論

看護の仕事と在宅介護の両立の関連要因と支援ニーズを調査した結果、以下の結論が得られた。

- 1) 看護の仕事と在宅介護を両立している(した)243名のうち、介護離職に至ったのは13名であった。研究3における介護離職率は、5.3%であった。
- 2) 介護離職願望には、介護の協力者と職場環境、介護負担などが影響を与えている。また、看護の仕事と在宅介護の両立・継続には、介護年代と経済状況、介護負担と肯定感、職場環境、両立支援制度の利用などが影響を与えていることから、介護離職予防には、家族の協力と職場支援と制度活用が課題となる。
- 3) 看護師は、両立困難感が高い傾向があり、揺れながら両立を継続していることが明らかとなった。安定した状態での両立・継続が課題となる。
- 4) 両立支援ニーズは「在宅サービスの充実」「職場の理解/サポートの充実」「家族の支援と協力」「職場の勤務体制の改革」「自分の時間の確保」「自己の健康」である。

第6節 本研究の限界と今後の課題

本研究は、研究1と研究2を踏まえ、追加・補足的な要素とこれまで質的に得られた理

論の統計的確認も含んだ研究となった。本研究は、研究1の調査課題を検討した結果、インターネットという調査を選択したが、顔の見えない調査方法となり、従来型調査と違い、インターネット調査は、無作為抽出の標本層と登録モニター標本層の特性を説明する要因が不明のために、類推的な解釈にはリスクが伴う。回答者の数も予測数に満たさず、結果の信頼性・妥当性については十分とは言えない。また、一般就労者との差異を検討するには、設問項目や用語の統一など、一定条件を統制して検討することが必要と考える。

今後は、今回の結果・課題をもとに、信頼性の高い調査結果が得られるように、設問・標本数、調査方法等を十分検討していく必要がある。

第VI章 総合考察

第1節 研究1, 2, 3の結果の統合

1. 3つの研究結果概要

本研究は3つの研究を組み合わせた構成になっているが、研究1では看護師の介護経験者の実態と仕事をしながら介護をすることの影響について明らかにした。在宅介護経験者は回答者の13%の割合であった。属性としては、女性が9割以上を占め、年齢は40～50代、勤続経験年数は10年以上、常勤で交代制勤務、役職があるなどの特徴があった。介護状況は、要介護者との関係では、自身の親が最も多い。介護状況では、過去に主介護をしていたケースが多く、介護期間は1年未満、同居介護は約7割、要介護度については、非該当、要介護3～5も多い。認知症がある人も約半数であり、3割がなんらかの医療を在宅で行っていた。サービスの利用状況は、デイサービス（デイケア含む）が最もよく利用され、次いでショートステイとなっている。自身の介護内容は、おむつ交換、清潔援助などの身体的介護が多かった。

探索的因子分析では、「肯定的仕事意識」「自己肯定」「仕事困難」「生活充足」「介護肯定」「介護者否定感情」「社会生活制限」「介護依存」「家族協力」「要介護者肯定」「介護効力感」の11因子が導き出され、下位尺度を構成し、各下位尺度の妥当性が認められた。

看護の仕事と介護の関係について、アンビバレンスの視点からいくつかの仮説を検証した。「仕事をしながら介護することは、仕事意識(±)・健康・自己概念(±)・生活充足に影響がある」(⇒在宅介護なし群とあり群の仕事意識(±)・健康・自己肯定(±)・生活充足に差がある)ということ因子分析と相関係数を求めて検証した結果、介護なし群では、「肯定的仕事意識」は「自己肯定」と「生活充足」と有意な相関関係があるが、「仕事困難」とは負の相関があることが分かった。つまり、看護の仕事意識(肯定・困難感)は、自己肯定と生活充足との関係性が認められた。また、「仕事をしながら介護をすることは介護負担感・介護肯定感に影響がある」(⇒介護負担感の高い群と低い群では仕

事意識に差がある)という仮説については、看護の仕事意識(肯定・困難感)は介護関連項目と強い相関があることから、「肯定的仕事意識」とは相関はないが、「仕事困難」には影響があると考えられた。また、仕事と介護を両立している看護師の介護負担感と仕事の関係を検討したが、介護負担感と関係があるのは「家族協力」「介護依存」となり、「介護を任せられる人がいない」、「頼られる」などの看護師における特徴が明らかとなった。また、「両者性」「両価性」「両面感情」の特に仕事肯定感や介護肯定感、介護から得た家族の凝集性や家族からの期待感などのポジティブ要素を、仕事と介護の双方に流出することが重要であることが示唆された。さらに、在宅介護なし群の在宅介護の不安が高いことから、看護の仕事と在宅介護を両立することについての、現状はネガティブな要素が影響しているが、できるだけポジティブに捉えることができるような職場の在り方が、介護予備軍の段階で重要な支援であることが示唆された。

研究2では、シュロスバーグの理論の枠組みに基づいた2つの対極した事例分析より、看護職の強みを活かし、あらゆる社会資源と人的環境を活用のうえ、在宅療養ができる物的環境に工夫したこと、それらを転機(イベント)の時期に合わせてうまく活用することが、仕事と介護の両立・継続に繋がることが示された。対極例は、家族介護者としての看護師への支援が不十分なうえ、認知症の進行により、常に見守りが必要な状況と合わせて、うまく転機を活かせず、孤独な介護の限界が介護離職になってしまうことなどが事例分析より明らかになった。仕事と介護の両立のプロセスにはいくつかの転機があるが、その転機を乗り越えるためには、転機の深刻さ(役割や日常生活の変化)の程度はどうか、転機のタイミングはどうか、それに対応ができるための準備ができるのか、自分はそれをコントロールできるのかなどを評価したうえで、リソースを十分活用することが重要と考えられた。両立を継続するためには、特に支援システムが充分にあること、その活用のタイミングが適切であることが継続の鍵であることが示唆された。

M-GTAの結果からは、<両立することの意味><在宅介護の決心><看護の仕事のやりくり><時々入院サービスとサービスで繋ぐ><切れ目ない介護の日常><看護師

のポジティブ介護><自己の揺らぎ><休みのやりくり><職場のサポート><仕事で立て直し><仕事の揺らぎ><両立継続を支える><在宅介護の見通し><ネットワーク><在宅介護の継続的終結><孤独な仕事と介護><綱渡り介護からの解放><仕事からの解放><両立断念の終結>の19のカテゴリーと54の概念(略)が生成され、第1期【両立のきっかけと始まり】、第2期【両立の継続・揺らぎ】、第3期【仕事と介護の両立の終結】の3つのコアカテゴリーによるモデルを構造化した。特に第2期の【両立の継続・揺らぎ】の時期には、看護師の“できる自分”が揺らぎながら家族介護者として変容していくことがわかり、看護師の知識や技術のフル活用とともに揺らぎをプラスの力にしていく両立支援が重要と考えられた。一方、看護の仕事で<休みのやりくり>をしようとしても“休みたくても休めない”、“辞めたい”“辞められない”というアンビバレンスな状態が生じ、心身のバランスをとるのが困難な揺らぎの時期と考えられた。看護師が仕事と介護を両立・継続するには、「できる実感」を持つこと、しかし、できてしまう介護の一部をサービスに委ねること、職場の環境づくり、働き方を自ら工夫し組み立てること、あらゆる支援の集合体であるネットワークを積極的に活用すること、一人で抱えず支援を求めること、看護師の知識と技術を仕事と介護の双方に活用することなどが示唆された。また、両立支援ニーズは両立支援制度の周知と活用、家族の協力体制づくり、他の専門職のサポートとして、ケアマネージャーとの関係づくり、介護者の時間の確保なども重要なニーズと考えられた。

研究3では、インターネット調査により、243名の対象に在宅介護との両立の実態と合わせて、両立支援ニーズを明らかにした。対象者の両立経験は、現在両立している看護師は92名37.8%(主介護・副介護含む)、過去3年以内に両立した看護師が58名23.9%、過去4年以上前が93名38.3%であった。その中で介護離職に至った看護師は13名の5.3%の結果となった。また、介護の協力者と職場環境、介護負担などが介護離職に影響を与えることが統計的に確認できた。職場や家族などの人的支援が仕事にも介護にも必要であり、介護クライシスや介護離職を避けることに繋がること明らかになった。また、

看護の仕事と在宅介護の両立・継続の規定要因は、年代と経済状況、介護負担と肯定感などのアンビバレンス、職場環境、両立支援制度の利用などが影響を与えることが統計的に確認できた。介護期の看護師に、職場で休める環境をいかに提供できるかが支援策の重要ポイントと考えられた。また、本研究で統計的に求めた両立支援ニーズは、職場の理解/職場のサポート、在宅サービスの拡充、勤務体制の改革、家族の支援・協力となり、規定要因を裏付ける支援ニーズが明らかになった。併せて、自分の時間の確保と健康ニーズがあることより、自分の休みのときに家族介護ではなく、自分の時間の確保に繋がる在宅サービスの拡充が求められることが示された。

2. 結果の統合

研究1・2・3で明らかにされたことを統合し考察を深めた。研究1では仕事と在宅介護の関係性、看護師独自のアンビバレンスが明らかになった。看護の仕事と在宅介護を両立・継続することは、多くのネガティブな側面がある反面、ポジティブな側面も同時に存在している。しかし、現状はネガティブな側面が強く表出し、仕事困難感や介護困難感に繋がっていると考えられる。それらは、介護予備軍にも介護不安として影響していると考えられた。また、研究2の結果図からもいくつかのアンビバレンスが存在していることが示されているが、両立・継続することで両者のポジティブな側面が引き出されることもあり、両立・継続することに大きな意味を成すことも示されている。

これらから、看護の仕事においても、在宅介護においても、ポジティブな側面を拡大し、仕事にも在宅介護にも良い効果が流出して、良い影響が及ぼすことが支援の方向性として示される結果となった。まさに、ポジティブ・スピルオーバーが重要な支援であることが明らかになった。

また、看護の仕事と在宅介護の両立・継続が何によって支えられているのか、それらの支援ニーズは何かについて、研究2及び3より明らかにした。看護の仕事と在宅介護の両立・継続支援ニーズは、家族支援と協力及び職場の理解/職場のサポートを軸とした、在宅サービスの拡充、両立支援制度の周知と働き方の改革、自分の健康と時間の確

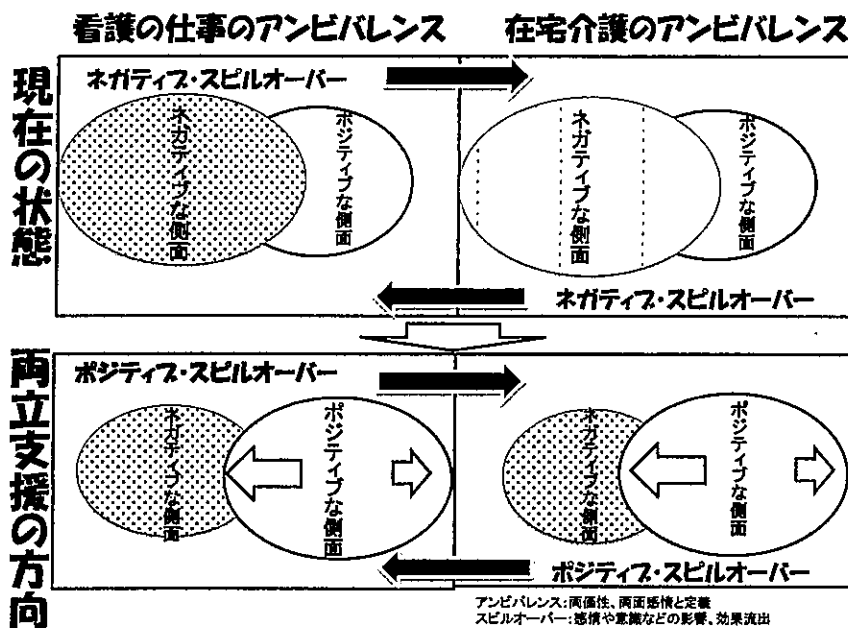


図 17 看護師の仕事と在宅介護のアンビバレンス

保など一般に言われるものと一致したが、継続というプロセスの視点からは、適切な時期に適切な支援をしていくことが求められることが見いだされた。

本研究で確認された両立支援ニーズをもとに、アンビバレンスなどの特性を踏まえ、図 18 に両立・継続支援モデルを示した。この両立・継続支援モデルは、看護師の特徴とアンビバレンスな思い影響していることを考慮した支援モデルとした。両立・継続を成す根源には、「看護師であること」、「要介護者への思い」があり、また、両立・継続の Well-being を支えていくには、家族と職場の協力・支援がなくてはならない。それらが支援の軸となり、そこに適切サポートが適切な時期に支援されて成り立っていくと考えられた。加えて、本研究の独自のものとして、看護師の両立・継続におけるいくつかのアンビバレンスを支援していくことを追加した。

この両立・継続支援モデルは、平面でも、点でも表すことができない、看護の仕事と在宅介護の両立・継続に混在する様々な支援ニーズを立体的に、時間軸をもって示した。

本研究の結果より、看護の仕事と在宅介護を両立・継続することは一筋縄ではいかな

イブ・スピルオーバーしつつ、支援していくことを目指すモデルである。

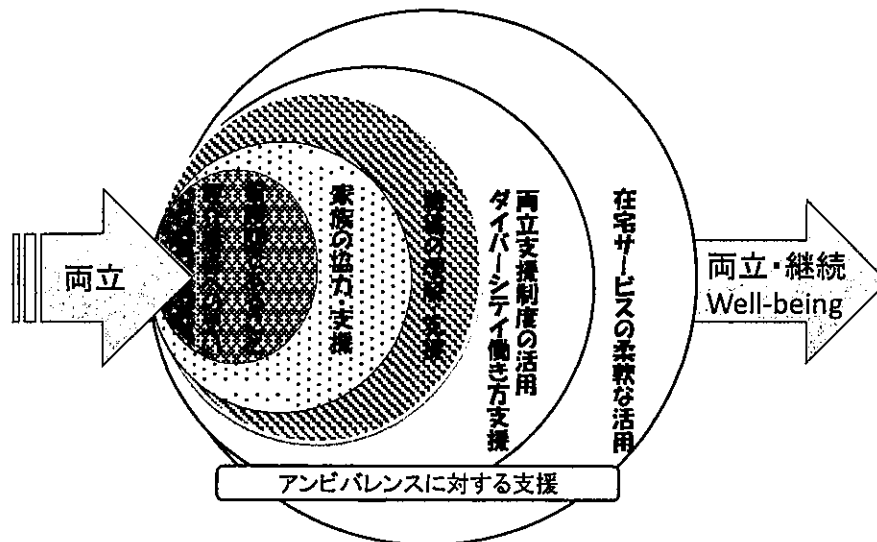


図 18 看護師の仕事と在宅介護の両立・継続支援モデル

第 2 節 看護師の仕事と在宅介護の両立・継続の特徴と課題

仕事と在宅介護の両立・継続は、どの仕事においても大小の課題があると考えられる。本研究で看護師の両立に焦点化した理由は、筆者のこれまでの研究から、看護師が仕事と介護の両立により在宅介護の場面で心理的危機状況に陥るケースがあり、その要因を明らかにすることが課題であった。また、先行研究では、職種による違いについて言及したものがなく、勤務体制や夜勤などの変則勤務が主流となる看護師の両立・継続状態が、他と大きく異なると考えたため、その実態を明らかにすることが看護師の両立支援の第一歩であり、意義のあることと考えた。さらには、両立・継続の課題だけでなく、両立・継続することのアンビバレンスを探求することで、仕事と介護との両立が否定的なものではなく、希望の持てるものになればと考えた。

本研究の結果と一般就労者の比較より、看護師の両立・継続の実態と特徴が明らかとなり、看護師の仕事と介護の両立・継続の特徴は、介護時間が長く、自身の行う介護内容も身体介護や医療処置などが多く、特に在宅における介護内容に一般就労者との違いと特徴が表れていた。また、介護期間も長いことも特徴である。勤務状況は、一般就労

者ではフレックス勤務などの柔軟な勤務体制があるのに対して、看護師は、夜勤を含む不規則な交代制勤務で、チームで関わる仕事という場合が多く、個々の時間に合わせる事が難しい融通性の少ない勤務体制という特徴がある。多くの病院・施設において、それらの勤務体制について改革を試みているのが現状である。本研究では、両立支援制度の認知度よりも、利用がしにくい職場の雰囲気であることが示された特徴であり、両立支援制度の活用は1割に満たない状態であった。しかし、両立支援制度は利用していないが、有給休暇をとること、短時間勤務、夜勤や残業を軽減するなどの働き方を変える試みは少ないながらも見られている。これらのことから、働き方の支援の工夫と両立支援制度の適時の活用の周知などが両立・継続の課題としてあげられる。

次に、両立・継続におけるいくつかのアンビバレンスが看護師独自の特徴を表している。本研究では、看護師が家族介護者であることで、家族の期待が高く、依存する傾向がみられている。また、看護師の介護離職状況は、現時点ではそれほど深刻なものではない。介護離職の危機感よりも、仕事と在宅介護の両立困難感の割合が高く、仕事では辞めたくても辞められない、休みたくても休めない、在宅介護では家族に頼られるけど自分は頼れないなどのアンビバレンスな思いを抱きながら、仕事と介護を継続していることが大きな特徴と考える。本研究でアンビバレンスを「両者性」「両価性」「両面感情」と定義づけて探究してきたが、「両者性」としては、看護師であり、家族介護者であるという両者の立場から、看護の知識・技術を有効活用できることがわかった。看護の仕事柄、患者の期待に応え、在宅では家族の期待にも応えなければならないことも多く、他職種と比較はできていないが、看護師は医療職としてのプロ意識、特に仕事と介護に対する役割意識が高いことも特徴と考えられた。「両価性」「両面感情」については、仕事にも介護にもネガティブな感情とポジティブな感情が揺らぎ継続している。看護師であるがゆえに感じる様々な思いがあり、看護の仕事にも介護にもコミットしたいという思いが潜在し、内的に整理できず混乱・葛藤し、揺らぎながらネガティブな側面を中心に表出している傾向がある。さらに特徴的な要素として、研究2の第1期の「両立す

ることの意味」から、看護の仕事がこれまで続けてきた家族との歴史、看護師という仕事の社会的使命などが両立・継続の土台となっていると考える。筆者もそうであるが、看護師としてこれまで仕事が続けてこられたのは家族の協力・支援があったからである。看護師の仕事の継続の背景から、必然的に“要介護者の望みをかなえる”“恩返し介護”が表れることも看護師ならではの思いの象徴ではないだろうか。そして、“看護師の期待と使命感”も家族の後押しが、期待に答えなければならない使命感に繋がるように考える。また、看護師は、慢性的なマンパワー不足のうえ、交代制勤務のために急な休みが取れない職場の特徴がある。心身ともに仕事と介護で疲労困憊でも、看護師ゆえに“やれるだけやる覚悟”になっていく。“看護師であること”つまり、看護の仕事が介護との両立の支えとなっていることもわかる。

その他の特徴として、看護師は多様な感情を抱きながら仕事と介護をしていることがわかった。本研究はその一部分である「両価性」「両面感情」をクローズアップしたに過ぎないが、介護のネガティブ感情を仕事でリフレッシュしポジティブに変換できるなど、仕事と介護の双方があることで、両立・継続が成り立ち意味を成すことなど、両立・継続がネガティブ・スピルオーバーからポジティブ・スピルオーバーにもなり得ることが看護師のアンビバレンスの特徴として明らかとなった。本研究から示唆される多様な働きかけをもとに、図 17 で示されるように、ネガティブからポジティブ変換になるよう支援していくことが、アンビバレンスの探求から見えてきた新しい知見ともいえる。これらのいくつかの課題を踏まえて実情に合わせた支援策を講じることで、看護師が看護師らしく仕事も在宅介護も両立・継続できると考える。

看護師に職種を焦点化し、他の一般就労者と比較していくことで、看護師の職種と職場の実態を明らかにすることができ、具体的な支援策の手がかりになることが明らかとなった。本研究で看護師に限定して研究した意義は大きいと考える。両立・継続支援策を検討するには、仕事内容や勤務形態、仕事と介護の関係、また、どんなアンビバレンスとその仕事に存在するのかなどを明らかにすることや、仕事と介護の心理面を十分に

くみ取った支援が求められることが本研究で示唆された。他職種への活用については、他職種の独自のアンビバレンスがあると考え、看護師との共通性と違いを明確にしたうえで、共通な部分については本研究の具体的支援策を活用し、さらにそれぞれの職種のアンビバレンスを明確にした支援を検討していく必要があると考える。

第3節 看護師の仕事と在宅介護の両立・継続の支援について

1. 看護の仕事と在宅介護の両立・継続支援の方向性

1節・2節で示したように、看護師の仕事と在宅介護の両立・継続の特徴と課題、結果の統合からの支援モデルなどを踏まえ、大きく2つの方向性について再掲する。その1つはワーク・ライフ・ケア・バランスである。ワーク・ライフ・バランスとは、仕事と生活の調和と訳されているが、樋口¹³²⁾は「大介護時代」に備え、ケアをライフとワークとともに社会の中核に据え、ワーク・ライフ・ケア・バランスのとれた社会というビジョンを打ち出している。斎藤³⁶⁾も同様には「ワーク・ライフ・ケア・バランス」とライフとケアを別に説いている。筆者も、家庭生活と在宅介護を一緒に取り扱うのではなく、ワークとライフとファミリーケアをバランス良く継続することを目指したいと考える。一般に言われている「仕事と生活の調和」の概念とは別の観点で、看護師のワーク・ライフ・ケア・バランスを目指して、いかに良い状態(well-being)を継続できるかが重要な事と考える。良い状態(well-being)については、看護師の両立・継続の独自の両立の意味があり、離職しないことがすべて良いということではなく、続けている状態で生じる課題にも注意を向けることが大切ということを示している。また、2つ目に、ポジティブ・スピルオーバーという捉え方である。1節の結果の統合でもスピルオーバーについて説いてきたが、再度ポジティブ転換の必要性について説明する。スピルオーバーは、ワーク・ファミリー・コンフリクト(WFC)の類似概念であり、片方の役割がもう片方に役割に流出する(影響を与える)という考えで、ネガティブとポジティブの両方を包含し、ネガティブ・スピルオーバーは、ワーク・ファミリー・コンフリクトとほぼ同じ概念とされている。渡井¹³³⁾は、女性は男性と比較して家庭の役割から仕事へのネ

ガティブ・スピルオーバーがメンタルヘルスに影響しやすいことが明らかになっていると報告している。本研究では、この両立・継続が仕事にも家庭にも介護にも好ましい影響をもたらす、ワーク&ケアのポジティブ・スピルオーバーを目指せるような支援に向けて以下のように提言する。

2. 職場環境・両立支援制度の活用への提言

職場環境と両立支援制度の活用について、これまでの結果を踏まえて提言をする。本研究では、看護の職場が「安心と遠慮」「休みたいけど休めない」風土、「辞めたいけど辞められない」などのいくつかのアンビバレンスがあることがわかり、また、看護師は肯定的な職場環境を求めていることが統計的に明らかになった。そのためには、看護の職場改革が最重要課題と考える。今回の両立支援制度の改正において、職場（上司・同僚）からの妊娠・出産、育児休業、介護休業等を理由とした嫌がらせなど（いわゆるマタハラ・パタハラ等）を防止する措置を講じることが、事業主に新たに義務付けられた。まだまだ否定的な職場風土が蔓延しているところは、いち早く取り組む必要がある。具体的に行うこととしては、介護予備軍（介護していない人を予備軍とする）を含めた介護休業・休暇の取り方と活用の仕方の周知を各職場でする必要がある。「絵に描いた餅」にならないように具体的を取っている状況があればそれらを紹介する。中高年期の管理職自ら取ることも効果的であると考え。また、休める職場環境ということが大きな課題であるが、マンパワー不足の職場では、有給休暇すら取れないという現状も確認できている。そこでダイバーシティ（多様性）の働き方支援を進めていくことが求められる。多くの働き方のヴァリエーションを講じることで、個々の状況に合った有効なシフト勤務・人員配置を試みることも必要ではないかと考える。看護の職場も専門性が高く、個人でなくチームで仕事をしていくことが求められる。そのうえ、中高年期の看護師は、管理職に準じた役割期待があり、他の看護師がすぐに交替するということが困難である。そんな時のために、OJT（On-the-Job Training、職場教育）を通じて日頃より計画的に役割分配をしておくことも両立・継続に繋がっていく。また、看護師の雇用・勤務

体制の特徴として、正規雇用者のほとんどがフルタイム・当直制夜勤スタイルなど、長時間勤務が主流であることが本研究でわかっている。患者の受け持ち制などを考慮すると、やむを得ない勤務体制と考えられるが、マンパワーの確保も含めて、短時間交代制勤務、時差出勤制度、フレックスタイム勤務、労働裁量制、ワークシェアリング（労働分配や労働時短性など）も検討の余地があるだろう。このように多様な働き方を柔軟に取り入れることが浸透していくことで、職場の休みやすい条件作りとなると考える。また、介護予備軍も在宅介護の不安が緩和され、介護期の両立に前向きになれるよう、働き方のニーズを確認し、職場全体で育児も介護もバランス良く継続できるような、職場環境の意識と働き方（勤務体制）の改革を提言する。

すでに日本看護協会を中心に看護職のワーク・ライフ・バランス推進事業では、WLB支援制度を進め、多くの成功事例の報告がされている。上記に掲げるようなことはすでに始めているという看護の職場もあるかもしれない。しかし、現段階では看護師の介護の実態把握をしているところのほとんどが、介護が生活の一部に位置づけられ、介護の看護の仕事への影響まで明らかにされていない。看護職のワーク・ライフ・バランス推進目的のひとつに、「ライフステージに応じて働き方を選択しながら仕事を継続すること」としている。そこで、中高年の看護師のワーク・ライフ・バランスに、在宅介護を生活の一部から独立させた形で、ワーク・ライフ・ケア・バランスへの転換が必要ではないかと考える。在宅介護との両立・継続をすることが、看護師の専門職としてのキャリア発達と個々の自律を促すものであるとして、ワーク・エンゲイジメント(仕事で活力を得て生き生きとした状態)に繋がる支援を介護予備軍の段階より教育していくことも重要なことと考える。

また、一般就労者との共通な課題となるが、育児に比べると介護負担をカミングアウトすることに抵抗を持つ人も少なくない。日頃から話しやすい職場の雰囲気が必要と考える。他人事ではない、職場の“介護同僚+お互い様意識”の醸成をしていくことを提言する。

3. 看護師&家族介護者の在り方への提言

ここでは、看護師の家族介護者としての課題について3点提言する。1つめは、両立支援に重要なものとして、在宅サービス・インフォーマルなものも大いに活用することである。現状の課題として、在宅サービスなどの必要性はわかっているが、うまく活用できていないということである。筆者も経験があるが、介護を人に任せることに抵抗があり、特に夜間の巡回を利用できたらとは思いつつ、自分でやることを選択してしまいがちである。本研究の結果でも、深夜介護が毎日あっても、そのほとんどが夜間サービスを利用していない。看護師は家族からの期待を背負っているがゆえに、ぎりぎりまで揺らぎながらやれるだけ自分でやることを選択していると推測される。これらの自分で全部を担う意識から、サービスをうまく活用しながら誰かに委ねる意識に変換する必要があると考える。介護は先が見えない、長丁場であるからこそ、一人で抱えない方法を選択することが、良い状態での両立・継続に繋がると考える。看護師自らが介護保険制度による在宅サービスをマネジメントして活用することにより、自分で介護をする負担は軽減することができると思う。ここでは、本研究で両立・継続を乗り切った看護師のリソースの活用を参考にしたい。インフォーマルな人的資源など、あらゆるネットワークを準備しておくことが望ましい。研究1で、介護予備軍の多くが介護不安を抱えていたが、予備軍のうちに介護時の準備と覚悟、老親の意向の確認など、突然の介護に慌てるのではなく、在宅介護を見据え、両立・継続を考えた仕事観の設計と情報収集により、事前プランを立てておくことが、最初の難関を乗り越え、良い状態の両立・継続に繋がると考える。育児との違いは、突然の発生と先が見えない、長期間の可能性といわれている。であるならば、老親の思いを確認して、少しでも望みが叶えられる方策を事前に準備して、それらについて職場の理解を得ておくことが、看護師の家族介護者として乗り切るひとつの方策と提言する。

2つめに、ケアマネージャーと良い関係を築くことも大切と考える。研究3では、ケアマネージャーの必要性については低い意識であった。研究2においても、在宅サービ

スは利用していても、ケアマネジャーに相談したり、SOSを発信したりはしていない。ケアマネジャーに、深夜介護や代替介護者の相談など、様々な介護の相談をすることもネットワークの活用ともいえる。佐藤ら¹³⁶⁾は、ケアマネジャーは、要介護者に対する支援という側面が強調されてきた。しかし、今後は介護者が働きながら介護責任を果たすケースが一層増加することが見込まれており、介護者の仕事と介護の両立について理解を深め支援を行うことができるWLBケアマネジャーがより重要になると報告している。看護師も、このようなWLBケアマネジャーによる介護者の仕事と介護の両立支援をも期待し、大いに活用していくことが望まれる。

3 つめに、最も看護師の特性を表しているのが、看護師自身の知識と技術の活用である。看護師&家族介護者の一番の強みともいえる。これまでの持てる力を存分に活用した在宅介護を展開することで、自己肯定感を高め、介護を前向きに受け止める意識に変換して、また、介護で得られたものが、仕事にも活用していくことに繋がる。研究2から、“看護師のポジティブ介護”として、強みを活かした介護が両立・継続に繋がっていることも明らかになっている。両立・継続を支えとなる礎は“看護師であること”であり、看護師としての経験であった。このことは本研究ならではの独自の知見である。看護師自身の在宅介護の実態研究がほとんどないため、このようなポジティブ介護の実態報告もこれまでなかった。本研究の事例数は多くないこともあり、看護師の特性として一般化するには限界がある。しかし、看護師の家族介護者という当事者研究としては注目すべき点である。家族介護者であり、看護師であるという2つの側面の「両者性」を活用した、ポジティブ・スピルオーバーを目指した両立・継続が、看護師の家族介護者の在り方としてここに提言する。

4. ポジティブ・スピルオーバーを目指した介護期の働き方支援プログラム

これまでのいくつかの提言をもとに、看護の仕事と在宅介護の両立・継続がネガティブ・スピルオーバーからポジティブ・スピルオーバーに転換させる支援プログラムを検討した。在宅介護の多くは、40代から50代が担っているとされていたが、介護予備軍

が相当数存在し、その多くが介護不安を抱えていることも明らかになっている。看護師において、介護が人生の転機であり、中高年期の成長・発達課題と捉えられること、ワーク・エンゲイジメントに繋がること、家族の介護が遠い未来でないこと、誰にでも降りかかるものであること、介護期をうまく折り合いをつけていく戦略が必要なことなどの様々な職場の意識改革を進めることが必要と考える。そこで、介護予備軍からのポピュレーションアプローチを導入し、組織的に介護期の看護師の両立・継続を目指した働き方を支援していくプログラムを示す。大がかりなものではなく、これまでの提言を具体的に示し、看護師の職場の運営コンテンツとして参考になればと考える。今すぐにも取り掛かれ、実際的な支援内容であり、実情に合わせ追加しながら発展させられるものとして検討した。まだまだ追加要素は多いが、パターン化が難しい看護の仕事と在宅介護の両立・継続が、ポジティブ・スピルオーバーとなり、看護師一人一人の成長になり得る支援を目指すものである。

【準備期】・事前準備と情報収集※介護設計づくり

この時期の対象は介護予備軍である。介護予備軍にも近い未来の人からまだまだ遠い未来の人、現実感がない人まで様々である。この時期のコンテンツは、介護設計づくりにある。在宅介護の当事者と普段の会話のなかで話し合っておく時期でもある。介護予備軍のうちからポピュレーションアプローチをしていくことが望まれる時期である。個人・職場・組織全体で意識改革し、両立・継続していくための準備期である。この時期が両立・継続の基盤を作るため、組織ぐるみで取り組む必要がある。両立研修を立ち上げ、人事管理者を巻き込み、両立支援制度の正確な活用術を伝えたり、介護体験のある看護師らが積極的に休みの取り方、働き方の改革の実践報告をしたりする。看護師として、家族介護を奮闘していることを強調するのではなく、予備軍のうちに準備を進めていくことが急な介護に対応しやすいこと、一人介護より様々なサポートを受けて、看護師の強みを活かすことができるポジティブ介護を拡散していく。大切なことは、介護設計づくりではあるが、今後どう仕事をしていきたいかも合わせて明確にすることで、両

立・継続が具体的となり、実行可能な個々の介護設計計画づくりとなる。組織の支援ポイントは、どんな介護期を目指したいと考えているかについての個々の介護設計計画づくりを支援する。この段階に家族の協力体制もそうだが、組織、特に職場のお互い様意識・サポート意識の醸成が望ましい。ポジティブ転換に重要な鍵となるものである。

【両立開始期】・・両立体制調整※介護設計計画の再設計

この時期は、介護が始まったとされる時期で、具体的な在宅介護がスタートする時期より少し前の段階である。それぞれの介護設計の実施と合わせて、職場の人的環境の調整時期であり、両立・継続に向け積極的に支援に関わる時期でもある。この時期もパターン化しにくいだが、ここでは 2つの例をあげる。①急な入院により介護が必要な状況が発生した場合：このパターンが慌てやすい。看護師として、疾患の回復具合は予想がつく。あとどれくらいでリハビリして在宅に戻ることになるのか、施設に入れたら良いのかななどの介護の方向性を具体的に調整する時期で、自分の働き方をどうするかを相談して、休みを調整し、在宅の介護体制を構築していくことになる。両立支援制度を大いに活用する時期である。②認知症や慢性疾患などが徐々に悪化し、見守りから要介護に変化していきながら、介護が始まる場合：意識したときには、もう介護が始まり、介護疲労が表れている場合も考えられる。まずは、仲間にカミングアウトをすることと、家族の協力体制も合わせて見直し構築し、少しずつネットワークを広げ、必要なサービスを入れていき、自分の仕事に合った体制の構築をしていく時期である。これまでに介護時間をかけていることから、一人介護になりやすいので注意が必要である。

この時期までに両立・継続支援の大よその基盤が決まる。両立支援制度の活用とダイバーシティの働き方支援、この先にどんな介護が待ち構えているか、その両立・継続をどのようにポジティブに捉え取り組んでいくかを家族と職場環境を軸に調整できるかが鍵となる時期であり、両立調整を積極的に支援していくことが組織・職場の支援として望まれる。

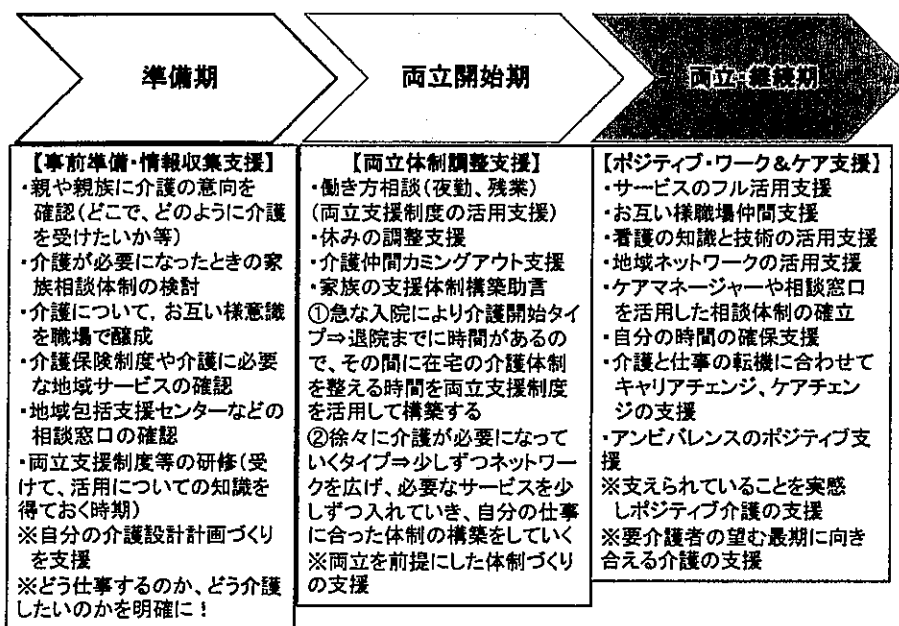


図 19 看護師の組織・職場における介護期の働き方支援プログラム

【両立・継続期】・ ・ ポジティブ・ワーク&ケア

本格的に両立・継続に入り、揺らぎの時期である。いくつかのアンビバレンスな思いを抱きながら両立・継続していく。あらゆるサービスをフル活用し、職場では介護仲間とお互い様作り、地域ネットワークもフル活用し、特にケアマネージャーと関係を構築して相談体制も構築する。この時期は、看護の知識と技術のフル活用し、仕事にも介護の得られたもののノウハウを活用していく。自分の時間はできるだけ確保し、一人で抱えない、悩まないように心掛ける。要介護者の意向をどのように叶えていくか、介護と仕事の転機に合わせてキャリアチェンジ、ケアチェンジの時期でもある。支えられていることを実感し、ポジティブ介護を実践していくことが大切である。また、看護師独自のアンビバレンスに注目し、ポジティブ支援をしていくことが鍵となる時期である。この後の組織・職場の支援としては、それぞれの要介護者の意向に沿いつつ、最期まで向き合える介護を支援していくことが望まれる。

【両立・継続支援のまとめ】

看護師の仕事と在宅介護の両立を支えるものは、肯定的な職場環境であり、休みやす

い風土と人的（職場も家族も）な確保、また、両立支援制度を上手に活用したダイバーシティの働き方支援も重要である。そして、看護師の仕事と在宅介護の両立・継続を支えるには、準備期から継続期にかけて、その支援要素が適切な内容（個別の実情に合わせた）で、適切なタイミングで支援することがさらに重要である。本研究は、どう両立し、それをどのように継続するかという要素とプロセスの2つを探求し、結果、支援ニーズに合わせて時間的要素を織り交ぜた上記プログラムを試案した。個々の看護師の仕事と在宅介護の状況によって、このプログラムも揺れ動く。つまり、両立・継続のプロセス・支援ニーズは個々によって変容することから、それらに合わせてプログラムを柔軟に対応していかなければならない。これらの支援プログラムも、両立・継続支援の実現に向けてさらに検討していくことが必要と考える。

看護師は、仕事を離れても看護師として頼られ、期待されて、その大きな期待が、網渡り介護を助長させることも推測される。他職種に比べると、介護離職は多くはないが、離職に至らなくても、揺らぎの状態にあることに注目し、看護師であることが肯定的に働く、ワーク&ケアのネガティブ・スピルオーバーからポジティブ・スピルオーバーへの転換を目指した両立・継続を支援していくことを提言する。

看護師の仕事と介護の両立・継続において、介護のネガティブな思いは看護の仕事で発散され、ポジティブなエネルギーが介護に活かされる。このように看護の仕事と介護を両立することにポジティブな意味を成し、個々のワーク・エンゲイジメントを高めることに繋がる。両立・継続支援は、課題だけに向けられるのではなく、ポジティブ・スピルオーバーを支援するように、両立のプロセスを踏まえて、適切なタイミングでより実情に沿った具体的支援を展開していきたいと考える。

第Ⅶ章 結語

第1節 結論

- 1) 看護の仕事と在宅介護には強い関係性が認められた。特に「仕事困難」に在宅介護状況が密接に関係し、家族の協力が大きな影響を与えていることが示唆された。
- 2) シュロスバーグの理論の枠組みをもとに4つのSを点検し、転機との関係を検討した結果、両立を継続するためには、支援システムが充分にあること、その活用のタイミングが鍵となることが示唆された。
- 3) 看護師独自の「両者性」「両価性」「両面感情」のアンビバレンスが明らかとなった。看護の仕事においても、在宅介護においても、ポジティブな側面を拡大し、仕事にも在宅介護にも良い効果が流出して、良い影響が及ぼすポジティブ・スピルオーバーが重要な支援であることが明らかになった。
- 4) 看護師の特徴とアンビバレンスな思いを考慮した支援モデルが示された。支援モデルは、両立・継続を成す根源には、「看護師であること」、「要介護者への思い」があり、家族と職場の協力・支援が軸となり、そこに適切サポートが適切な時期に支援されて成り立っていくと考えられた。また、介護離職に至る看護師は少ないが、両立・継続の困難感の高い傾向があるため、いかに安定した両立・継続（Well-being）ができるかが支援課題となることが示唆された。
- 5) 看護の仕事と在宅介護をすることは、双方の両立・継続に大きな意味を成していることが示唆された。
- 6) 看護の仕事と在宅介護の両立・継続がネガティブ・スピルオーバーからポジティブ・スピルオーバーに転換させる支援プログラムとして、看護師の組織・職場における働き方支援プログラム〈準備期、両立開始期、両立・継続期〉を試案した。

第2節 研究の限界と今後の課題

本研究は、研究1は実態調査研究（量的研究）、研究2は事例研究と質的研究の2つの手法など、トライアングレーションアプローチにより2つの研究を進めた。それら

の研究を通して、看護師の仕事と介護の両立・継続の支援に向けた課題を明らかにして、研究3の量的研究をそれに追加して両立・継続支援因子を統計的に確認した。

研究1については、在宅介護の経験のある看護師を探索し、仕事と在宅介護の因果関係を明らかにしたが、本研究の対象が中規模病院4施設、介護老人保健施設2施設と限定したものであり、回答率も67%、介護経験者が82名と十分な人数を対象としていないため、結果の信頼性については否めない。追加研究として、研究3では、インターネット調査で243名の参加協力を得たものの、看護師の多様な勤務体制や勤務場所を反映するには至っていない。また、一般企業に勤める就労者との差異を明らかにすることも、先行研究をもとに行ったものの、これらも介護の定義の違いがあり、信頼性のある比較には及ばなかった。研究2についても、介護離職に至ったケースが2例であり、対極例が充分検討できなかった点など、研究の限界と内容に課題が散見される。

今後の課題として、看護師の特性を前提として、より実情に迫った実態を明らかにして、両立・継続支援を検討していく必要がある。今回は、看護師の仕事と在宅介護に焦点化したものにするために、在宅介護に関連した認知症や看取り、シングル介護などの課題には言及していない。今後はそれらの課題とともに検討していかなければならないと考える。また、試案した支援プログラムの実現化を含め、提言したいくつかの課題について、今後も継続して探求していきたいと考える。

謝辞

本研究を実施するにあたり、研究にご協力いただきました多くの対象者の方々に深く感謝申し上げます。

本研究において、国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻医療福祉学分野の堀田聰子教授には、研究の途中からのご指導にもかかわらず適切な方向性をご示唆いただき、心より感謝の意を述べさせていただきます。また、副指導教員の下井俊典准教授には、テーマが変更になってからも統計等のご指導いただき感謝申し上げます。

最後に、切磋琢磨したゼミの皆様に深謝します。ご支援ありがとうございました。

文献一覧

- 1) 総務省「平成 24 年就業構造基本調査」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/ryouritsu04/dl/gaiyou.pdf>

- 2) 厚生労働省「雇用動向調査」／平成25年

<http://www.jili.or.jp/lifeplan/lifesecurity/nursing/16.html>

- 3) 力石啓史. 仕事と介護の両立と介護離職に関する調査結果. 生活福祉研究 2015;89:February
17-27

- 4) 明治安田生活福祉研究所. 仕事と介護の両立と介護離職—明治安田生活福祉研究所とダイヤ財団が初の共同調査 —. 2014;1-15

http://www.myilw.co.jp/research/report/pdf/myilw_report_2014_03.pdf

- 5) 池田心豪. 介護離職と介護休業—仕事と介護の両立に関する調査から—. 2015;Business
labor Trend 2015.10 :3-7

- 6) 内閣府. 「平成 26 年度高齢社会白書」. 2015;

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/gaiyou/sl_2_3.html

- 7) 厚労省. 認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域
づくりに向けて～の概要. 2015:

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079008.pdf>

- 8) 松本明美. 赤石三佐代. 橋本知子. 疾患をもつ昼間独居高齢者の介護に関する研究(その
1) —就労介護者の思いと在宅生活に影響を与えるもの—. ヘルスサイエンス研究,
2012;16(1):31-36

- 9) 赤石三佐代. 松本明美. 身体に障害を持ちながら在宅で生活する高齢者のニーズ—満足感
を向上するための介入の問題—. ヘルスサイエンス研究, 2012;16(1):36-42

- 10) 三富紀敬. イギリスの社会保障と介護者. 静岡大学経済研究, 2007;11(4):49-78

- 11) 一般社団法人日本ケアラー連盟. 介護者(ケアラー)支援の推進に関する法律案(仮称)」

の提案の経緯と検討理由. 2015;

<http://carersjapan.com/low/images/carerslow20150621.pdf>

- 12) 平成26年第1回看護職員需給の見通しに関する検討会資料:看護職員就業状況実態調査
(厚生労働省医政局看護課)

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000072895.pdf>

- 13) 総務省「労働力調査」(平成22年平均) 厚生労働省「衛生行政報告例」(平成22年度)

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL>

- 14) 厚生労働省「衛生行政報告例」(平成24年度)

- 15) 宮崎悟. 拡大する女性看護職の非正規雇用と看護労働の動向 —『就業構造基本調査』データによる概観—. 日本医療・病院管理学会誌, 2010;47(197): 5-15

- 16) 松本明美, 橋本知子, 赤石三佐代ら. 看護専門職の就労と介護の両立・継続を目指すための支援について—就労介護の実態調査からの検討. 第35回日本看護科学学会学術集会講集, 2015;605

- 17) 高林知佳子. 介護しながら交代制勤務に従事する看護師が抱く仕事と介護の両立に対する不安と支援ニーズ. 第34回日本看護科学学会学術集会講演集, 2014;477

- 18) 高林知佳子. 交代制勤務に従事する看護師が抱く仕事と介護の両立に対する不安と支援ニーズ. 第73回日本公衆衛生学会総会抄録集, 2014;269

- 19) 松本明美, 橋本知子. 疾患をもつ昼間独居高齢者の介護に関する研究(その3) 仕事と介護を両立する看護専門職の心理的危機状況. 第34回日本看護科学学会学術集会講演集, 2013;P543

- 20) 蔭久晴彦. 師長の手腕が光る! 勤務形態の多様化に答える育成とキャリア構築 研修のプロ直伝 スタッフの不全感に対する管理者としての役割. 継続看護時代外来看護, (3);2013 115-120

- 21) 山田智美, 牧原和子. 日中独居となる療養者を抱えながら就業している主介護者の時間

- のやりくり. 日本看護学会論文集地域看護, 2009 ;(40):172-174
- 22)石井容子. 宮下光令. 佐藤一樹ら. 遺族、在宅医療・福祉関係者からみた、終末期がん患者の在宅療養において家族介護者が体験する困難に関する研究. 日本がん看護学会誌. 2011;25(1) 24-36
- 23)坂本結香. 杉本由紀子. 布施恵子ら. 在宅で終末期医療を受けた患者の壮年期にある家族の問題と対処. 日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ, 2010;(40): 374-376
- 24)植田恵子. 岡本玲子. 中山貴美子. 女性介護者の就労継続に影響すると考えられる要因, 日本在宅ケア学会誌;2001:5(1) :67-75
- 25)久保川真由美. 浦橋久美子. 山岸千恵ら. 高齢者を在宅で介護する未婚介護者の労働及び生活実態と介護問題—A県内の居宅介護支援事業所のケアマネージャーへのアンケートから. 茨城キリスト教大学部紀要, 2009;(1): 37-44
- 26)久保川真由美. 山岸千恵. 浦橋久美子ら. 老親を在宅で介護するひとり介護者の介護と労働の意味—9人の介護者のインタビュー結果から. 茨城キリスト教大学部紀要, 2012;4(1): 27-33
- 27)春名誠美. 福原隆子ら. 長期にわたる仕事と介護の両立継続を可能にした就労介護者の体験, 第35回日本看護科学学会学術集会講演集, 2015;605
- 28)渡部幸子. 荻野雅ら. 就労者における仕事と家族介護の両立の現状と今後の方向性に関する文献研究, 武蔵野大学看護学研究所紀要 , 2015;(9): 37-46
- 29)長沼理恵. 表志津子. 牧野友美ら. 就労している女性主介護者の介護と仕事の両立に対する満足度とその関連要因, 北陸公衆衛生学会誌, 2011;37(2):27-33
- 30)越智若菜. 田高悦子. 壺有桂ら. 中年期就労介護者の介護と仕事の両立の課題に関する記述的研究, 日本地域看護学会誌, 2011;13(2): 140-145
- 31)中垣明美. 成人期の女性看護師における生涯発達上の危機となる体験, 日本看護研究学会誌, 2010;33(1):57-68
- 32)芝山江美子. 農村女性の在宅介護と農業の両立, 弘前大学医学部保健学科紀要;2006;5

- 33) 中村もとえ, 永井真由美, 松原みゆきら. 認知症高齢者を在宅で介護する向老期・老年期にある男性介護者のよりよく生きる力とそれを育む要因, 老年看護学, 2011;16(1):104-110
- 34) 彦聖美, 大木秀一. 改正育児・休業法の整備と実態調査—男性の仕事と介護の両立支援の検討, 石川看護雑誌, 2015;12 :25-33
- 35) 濱島淑恵, 宮川雅充. 家族介護者の介護負担感と各種生活行動に対する主観的評価の関連—就労している家族介護者の支援制度の検討, 人間関係学研究, 2008;15(1):1-12
- 36) 斎藤真緒, 津止正敏, 小木曾由佳ら. 介護と仕事の両立をめぐる課題—ワークライフ・ケア・バランスの実現に向けた予備的考察, 立命館産業社会論集, 2014;49(4):119-137
- 37) 池田心豪. 仕事と介護の両立支援の新たな課題—介護疲労への対応を, JILPT Discussion Paper ;2013:13-01
- 38) 浜島幸司. 介護生活の実態と仕事生活への影響—どのような支援が必要なのか—, 労働政策研究報告書, 2006;163-209
- 39) 前久保恵, 岡本絹子, 橋本真紀. 要介護高齢者の介護が家族機能に及ぼす影響(第1報), 吉備国際大学保健科学部研究紀要, 2005 :37-41
- 40) 杉本麻希, 磯崎友美, 横田真理子ら. 仕事を辞めずに介護に取り組む家族への支援—変則勤務に対応し、チーム制訪問看護で支えた事例, 2013; 訪問看護と介護;Vol 18 (8) :657-661
- 41) 美ノ谷新子, 松下裕子, 福嶋龍子ら. 就労者の家族介護役割 病院勤務者の家族介護参加実態調査の分析から, 日本看護学会誌; 2005 14(2):118-129
- 42) 山口麻衣. 高齢者ケアが就業継続に与える影響, 老年社会科学; 2004 26(1) :58-67
- 43) 金井篤子. キャリア・ストレスに関する研究—組織内キャリア開発の視点からのメンタルヘルスへの接近, 東京;風間書房 2000
- 44) 中央大学大学院戦略経営研究科ワークライフバランス&多様性推進・研究プロジェクト.

介護の課題を抱える社員や将来抱える可能性の高い社員に対する支援の在り方—仕事
介護の両立に関する2014年調査.

http://c-faculty.chuo-u.ac.jp/~WLB/material/pdf/Survey_report_care_2015.pdf

45) 労働政策研究・研修機構(JILPT). 仕事と介護の両立に関する調査結果速報, 労働制作
研究報告書;2015 :NO.170

46) 厚生労働省委託調査 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社, 仕事と介護の
両立に関する調査結果速報に関する労働者アンケート調査, 2013;

http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/dl/h24_itakuchousa05.pdf

47) 大宮朋子. 在宅療養者を介護する家族介護者における介護認識プロセスと社会活動の
変容—就労と余暇に注目して, 日本赤十字看護大学紀要; 2012 No.26 :20-29

48) 北西順子. 佐分稲子. 中田恵子ら. ADL全介助患者の在宅生活の関わり 主介護者の
妻の仕事との両立を目指して, 第16回日本リハビリテーション看護学会学術大会集
録;2004 :159-161

49) 池田心豪. ワークライフバランスに関する社会学的研究とその課題—仕事と家庭生活の
両立に関する研究に着目して, 日本労働研究雑誌, 2010 ;No. 599/June :20-31

50) 佐藤博樹. 仕事と介護の両立を支援し、介護離職の防止を, 週刊社会保障 2015.9.14:
36-37

51) 上里さとみ. 大湾明美. 佐久川 政吉ら. 看護職者の認知症高齢者の家族介護経験と看護
実践との関係, 沖縄県立看護大学紀要;2015 :(16): 17-31

52) 本島茉那美. 内山裕美. 林 美奈子. 既婚女性看護師の仕事と家庭の両立支援策の利用状
況と望む支援内容, 第35回日本看護科学学会学術集会講演集 ;2015 :290

53) 加藤昭尚. 山田覚. 看護師のワークライフバランスの構成概念を明らかにすること, 高
知女子大学看護学会誌 ;2014 39(2) P:73-79

54) 高見彩那. 金子さゆりら. 未就学児を持つ看護師の子育て支援の現状と満足度, 名古屋
市立大学看護学部紀要 ;2015 :(14): 61-69

- 55)石野晶子.加藤英世.松田博雄ら. 病児保育を利用する保護者のニーズとワーク・ライフ・バランス(仕事と生活の調和), 小児保健研究 ; 2013 72(2):305-310
- 56)脇川紗也香.浜野香苗.野茂香織. 看護職員のワークライフバランスの実態調査, 第41回日本看護学会 看護管理;2010: 266-269
- 57)朝倉京子.川合美奈子.渡邊生恵. 看護師の離職理由に関する記述的研究 , 第41回日本看護学会 看護管理;2010 :103-105
- 58)近藤恵子.野本ひさ. 仕事と家庭を両立させる看護師の仕事家庭間役割葛藤と職務意識は及び離職意識に関する研究, 第41回日本看護学会 看護管理;2010 :99-102
- 59)山口大輔.浅川和美. 就職後半年を経過した新卒看護師の職業継続意思と他者支援との関連, 山梨大学看護学会誌 ; 2015 14(1): 11-18
- 60)佐藤真紀子. 2年目看護師の就業継続意志を支えた看護の経験 3年目看護師へのインタビューから, 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録: 教員・教育担当者養成課程看護コース ;2015:(40): 98-105
- 61)西井浩起.濱田奈美.大崎由美ら. 就労継続の困難さを乗り越えた新人看護師のレジリエンス, 日本看護学会論文集: 看護教育 ;2015 : (45): 274-277
- 62)奥田映里子. 社会人経験を持つ看護師の就労継続につながる要因 受けてきた新人看護師教育からの分析. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録: 教員・教育担当者養成課程看護コース ;2014 :(39): 177-184
- 63)高野真由美.福永ひとみ.橘 達枝. 社会人経験を有する卒後3年目看護師の就労継続に関連する要因, 日本看護学会論文集: 看護総合;2014 (44): 244-247
- 64)佐久間あゆみ. 看護師におけるセカンドキャリアの活用 チーム医療の活性化のために, 看護のチカラ;2015 20(440): 46-49
- 65)巴山玉蓮.佐々木かほる. 北爪明子. 再就業した元潜在看護職の勤務継続意思に関連する要因, 社会医学研究 ;2013 31(1): 45-52
- 66)寺町美智代. 中途採用看護師の職務継続につながる支援, 岐阜市民病院年報 ;2013 (33):

- 67) 林由紀, 中村慶子. 復職看護師の職業経験の質的分析, 日本看護学会論文集: 看護管理, 2013(43): 455-458
- 68) 伊東美奈子. 中堅看護師が転職前に行う予測と転職後に遭遇する現実との相違の構造, 日本看護管理学会誌 ;2011 15(2):135-146
- 69) 実藤基子. 熟練看護師における就業継続の内的要因についての質的研究, 看護・保健科学研究誌 ; 11(1): 11-20
- 70) 鈴木小百合. 中小規模病院の中途採用看護師が入職後に感じた困難と職場継続の要因, 医療看護研究 ;2014 11(1): 27-34
- 71) 佐倉幸子. 子育て中の女性常勤看護師が働き続けられる職場環境の要因, 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録: 教員・教育担当者養成課程看護コース, 2013 (38): 251-258
- 72) 小室るみ, 黒田光恵. 子育て中の外来看護師の仕事に対する捉え方, 日本看護学会論文集: 看護管理 ;2014 (44): 114-117
- 73) 丸山昭子. 未就学児の母親である看護師のバーンアウトの関連要因, 日本看護科学会誌 ;2012 32(2) :44-53
- 74) 加藤礼識, 伊藤雪絵, 吉田 有希ら. 看護師の就労継続をエンパワーメントする因子についての研究, 日本衛生学雑誌 ;2015 70(1): 33-39
- 75) 宮崎悟. 女性看護師の就業意識に関する実証分析, 日本医療・病院管理学会誌; 2012 49(3): 147-157
- 76) Teclaw R, Osatuke K. Nurse perceptions of workplace environment: differences across shifts. Journal Of Nursing Management , 2015 Nov; Vol. 23 (8), pp. 1137-46.
Date of Electronic Publication: 2014 Dec 10.
- 77) Chen, I-Hui; Brown, Roger Bowers, Barbara J. Work-to-family conflict as a mediator of the relationship between job satisfaction and turnover intention. Journal of

- Advanced Nursing, Oct2015; 71(10): 2350-2363. (14p)Department of Nursing, Asia University Schools of Nursing University of Wisconsin-Madison
- 78) Mullen K; Barriers to work-life balance for hospital nurses. Workplace Health & Safety [Workplace Health Saf] 2015 Mar; Vol. 63 (3), pp. 96-9.
- 79) Kim M; Resilience and work-life balance in first-line nurse manager. Asian Nursing Research ; 2015 Mar; Vol. 9 (1), pp. 21-7. Date of Electronic Publication: 2015 Jan 28.
- 80)湯原悦子. 介護殺人事件から見出せる介護者支援の必要性, Journal social Welfare, Nihon Fukushi University 134, 9-30, 2016-03-31
- 81)森泉保子. 小林和美. 川野雅資. 精神臨床看護検討レポート(case7) 認知症の妻を介護する夫の実情一夫の『語り』から男性介護者支援を考える, 臨床看護 ;2009 ;35(11): 1689-1694
- 82)森山恵美. 關優美子. 釜屋洋子. 家族介護者への訪問看護支援に関する国内文献検討, ヘルスサイエンス研究, 2015 19(1): 37-44
- 83)宮本久子. 坂口真梨. 出宮未菜ら. 認知症高齢者の家族介護者の負担に関する文献検討, インターナショナルNursing Care Research ;2015;14(1) :121-130
- 84)岩井伸幸. 岩井信彦. 訪問リハにおける認知症患者の生活機能と介護者支援の必要性 Zarit介護負担尺度日本語版(J-ZBI)を用いて, 訪問リハビリテーション; 2013;3(1):471-475
- 85)桐野匡史. 桑田菜摘. 出井涼介ら. 在宅で高齢者を介護する家族のソーシャルサポートと介護負担感の関連性, 社会医学研究 ;2016;33(2) :51-60
- 86)山口隆司. 認知症患者を介護する家族の介護負担感に関する研究, 保健医療技術学部論集 ;2010;(4): 1-10
- 87)渡辺みどり. 千葉真弓. 細田江美. 認知症高齢者家族介護者のストレス・コーピングに関する研究動向と課題, 日本看護福祉学会誌 ;2009;14(2): 41-52

- 88) 後藤みゆき. 在宅終末期がん患者の家族介護者に対する支援 訪問看護サービスにおける現状と課題, 医療福祉研究;2009;(3) 27-43
- 89) 後藤みゆき. 在宅終末期がん患者の家族介護者支援 ボランティアによるインフォーマルな支援の意義, ホスピスケアと在宅ケア ;2012;20(1): 22-35
- 90) 畑亮輔. 岡田進一. 白澤政和. 居宅介護支援事業所の介護支援専門員による家族介護者支援の構造, 介護福祉学;2010;17(1): 33-45
- 91) 畑亮輔. 岡田進一. 白澤政和. 居宅介護支援事業所の職場環境と介護支援専門員による家族介護者支援との関連, 生活科学研究誌 ;2011; 9 : 73-84
- 92) Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist. ; 1980 ;20(6):649-55.
- 93) 荒井由美子. 工藤啓. Zarit介護負担尺度日本語版(J-ZBI)及び短縮版(J-ZBI_8), 公衆衛生; 2004;Vol. 68 (2) :125-127
- 94) 櫻井成美. 介護肯定感がもつ負担軽減効果, 心理学研究; 1999;70(3):203-210
- 95) 広瀬美千代. 家族介護者の介護に対する肯定・否定両評価に関する文献的研究—測定尺度を構成する概念の検討と介護評価概念への着目—, 生活科学研究誌;2006 ;Vol. 5 : 1-13
- 96) 武石恵美子. 働く人のワーク・ライフ・バランスを実現するための企業・職場の課題, RIETI 独立行政法人経済産業研究所.
<http://www.rieti.go.jp/jp/publications/dp/11j029.pdf>
- 97) 佐藤博樹. 武石恵美子. ワーク・ライフ・バランス支援の課題—人材多様化時代における企業の対応—. 東京大学出版会;2014
- 98) 佐藤博樹. 武石恵美子. ワーク・ライフ・バランスと働き方改革, 東京:勁草書房;2011
- 99) 池田心豪. 池添弘邦. ワーク・ライフ・バランスに関する法政策のあり方—諸外国との比較から, Business Labor Trend 2012.1
- 100) K. krippendorff. 三上俊治他訳. メッセージ分析の技法「内容分析」への招待, 第2版,

東京:勁草書房;1999

- 101) ナンシー・K・シュロスバーグ, 武田圭太・立野了嗣訳, 「選職社会」転帰を活かせ—自己分析手法と転機成功事例33, 東京:日本マンパワー出版;2000
<http://www.career-consultant.info/schlossberg/102>)
- 102) 木下康仁, グランデット・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い, 東京:弘文堂;2003
- 103) 木下康仁, ライブ講義M-GTA実践的質的研究法修正版グランデット・セオリー・アプローチのすべて, 東京:弘文堂;2014
- 104) Herbert Blumer, 後藤将之訳, シンボリック相互作用論パースペクティブと方法, 東京:勁草書房;1999
- 105) 尾崎フサ子, 忠政敏子, 看護婦の職務満足質問紙の研究—Stampsらの質問紙の日本での応用—, 大阪府立看護短大紀要;1988; 10(1):17-24
- 106) 平田明美, 勝山貴美子, 日本の病院看護師を対象とした職務満足度研究に関する文献検討, *Yokohama Journal of Nursing*;2012;5(1): 15-22
- 107) 平石賢二, 青年期における自己意識の発達に関する研究 (1), 名古屋大学教育学部紀要, 教育心理学科 ; 1990:37:217-234
- 108) 田中道弘, 自分が変わることに対する肯定的な捉え方の背景にあるものは何か?—自己肯定感, 向上心, 時間的展望, 特性的自己効力感の視点から—, *マイクロカウンセリン* 究, 2011;6(1):12-23
- 109) Hebert R, Bravo G, Preville M. Reliability, Validity and reference values of the zarit burden interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. *Canadian J Aging* 2000;19(4):494-210
- 110) 一般社団法人日本福祉用具供給協会(東島弘子監修), 「Zarit介護負担尺度」を用いた福祉用具の効果検証に関する調査報告書, 一般社団法人日本福祉用具供給協会, 2016
- 111) Montgomery A. J., Peeters. M. C. W., Schaufeli, W. B. et al., Work-home interference

- among newspaper managers: Its relationship with burnout and engagement. *Anxiety*. 2003 *Stress Copin* 16:195-211
- 112) 島田恭子, 島津明人. ワーク・ライフ・バランスのポジティブ・スピルオーバーと精神的健康, *産業精神保健*; 2012; 20:271-275
- 113) 島田恭子, 島津明人, Bakker Arnold B. 日本人の共働き夫婦における仕事と家庭のスピルオーバー 地域住民を対象とした大規模研究 (Work-family Spillover among Japanese Dual-earner Couples: A Large Community-based Study), *Journal of Occupational Health* ; 2010;52(6): 335-343
- 114) Bakker Arnold B., Demerouti Evangelia. 島津 明人. スピルオーバー-クロスオーバーモデル, *産業ストレス研究*, 2013;20(4): 253-265
- 115) 渡井いずみ, 錦戸典子, 村嶋幸代. ワーク・ファミリー・コンフリクト尺度 (Work-Family Conflict Scale: WFCS) 日本語版の開発と検討. *産衛誌* , 2006 ; 48: 71-81
- 116) 櫻谷あすか, 島津明人. 女性労働者のストレスとワーク・エンゲイジメント, *産業ストレス研究*, 2015;22(3): 225-230
- 117) Dela Cruz FA. Facilitating the career transition of second-career students into professional nursing. *Nursing Education Perspectives [Nurs Educ Perspect]* 2013 Jan-Feb; Vol. 34 (1), pp. 12-7.
- 118) Fowles ER. The relationship between prenatal maternal attachment, postpartum depressive symptoms and maternal role attainment. LOYOLA UNIVERSITY OF CHICAGO 1994; PH.D. 194 p-194 p. (1p)
- 119) Winter, Karen. Understanding and Supporting Young Children's Transitions into State Care: Schlossberg's Transition Framework and Child-Centred Practice. *British Journal of Social Work (BR J SOC WORK)*, Mar2014; 44(2): 401-417. (17p).

- 120) 室松慶子. 「人生の正午」前後の女性のトランジョン: 転機、危機、仕事のやり方を大きく変えた経験とキャリアの3サイクル, 現代社会研究; 2015 (13):55-64
- 121) 尾崎新編. 「ゆらぐ」ことのできる力—揺らぎと社会福祉実践—, 東京: 誠信書房, 2015:18
- 122) 牛島定信. 日本家族心理学会編. 現代家族のゆらぎを越えて現代家族のゆらぎと克服, 東京: 金子書房, 1990: 31-47
- 123) 細井啓子. 母親になることへのゆらぎ. 日本家族心理学会編. 現代家族のゆらぎを越えて母親になることへのゆらぎ, 東京: 金子書房, 1990: 151-167
- 124) 宮上多加子. 家族介護者の認知症介護に関する認識の変容プロセス, 高知女子大学紀要, 2007; (57):1-11
- 125) 広瀬美千代, 家族介護者のアンビバレントな世界—エビデンスとナラティブからのアプローチ—, 東京: ミネルヴァ書房; 2010
- 126) 大江真人, 塚原節子, 長山豊ら. 新卒看護師が職業継続意思を獲得するプロセス, 日本看護科学学会誌, 2014;34:217-225
- 127) 佐藤博樹. 仕事と介護を両立できる職場づくりを働き方改革は人材確保・定着・育成に, 老健, 2016, 2:12-15
- 128) 池田心豪. 介護疲労が仕事に及ぼす影響—認知症介護に対応した両立支援, JP 総研 Research27 , 2015;20-25
- 129) 的場康子. 介護離職を減らすため相談体制を, ライフデザインレポート, 2013
<http://group.dai-ichi-life.co.jp/dlri/ldi/watching/wt1309.pdf>
- 130) 小松みどり, 寺島陽子, 中村妙子ら. 在宅での男性介護者の実態と支援方法の検討, 日本看護学会論文集 地域看護 41, 2010 :42-45
- 131) 平成 26 年衛生行政報告例 (就業保健師・助産師・看護師・准看護師) .
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/14/>
- 132) 樋口恵子. 大介護時代を生きる—長生きを心から喜べる社会へ—, 東京: 中央法規; 2012

- 133) 渡井いずみ. 女性労働者のワーク・ライフ・バランスと就労支援—育児・介護ストレスを含めて—, 産業ストレス研究;2015;(22):203-209
- 134) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, Washio M, Miura H, Hisamichi S: Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. Psychiatry Clin Neurosciences 1997; 51: 281-287.
- 135) 佐藤博樹. 中央大学大学院戦略経営研究科 ワーク・ライフ・バランス&多様性推進・研究プロジェクト. 仕事と介護の両立を支える「ワーク・ライフ・バランス・ケアマネージャー」—ケアマネージャー調査—報告書, 2015
- 136) Crouter, A. C. Spillover from family to work: the neglect side of the work-family interface. Human Relations 1984; 37, 425-442.
- 137) 小泉智恵. 仕事と家庭の多重役割が心理的側面に及ぼす影響. 母子研究. 1997;18, 42-59
- 138) 島津明人. ポジティブメンタルヘルスとワーク・エンゲイジメント—ストレスチェック制度の戦略的活用に向けて—. 総合健診;2016;43(2), 22-26