

済生会総合研究所報

第2号



令和4年6月

社会福祉法人 恩賜財団 済生会

済生会保健・医療・福祉総合研究所

済生会総合研究所報

第2号



令和4年6月

社会福祉法人 恩賜財団 済生会

済生会保健・医療・福祉総合研究所

済生会総合研究所報 第2号 目次

巻頭言	歴史の転換期における総研研究	5
-----	----------------	---

済生会保健・医療・福祉総合研究所 所長 炭谷 茂

トピックス	総研1年間を振り返る	7
-------	------------	---

所長代理 松原 了

持田勇治さんを悼む	10
-----------	----

研究部門活動成果

令和3年度の活動テーマ一覧	11
---------------	----

医療

病院医師の睡眠時間に対する勤務時間、勤務間インターバル、
自己研鑽、家族の世話の負担の影響に関する研究

15

医療

病院医師の職場満足度に影響を与える要因に関する研究

—「済生会病院医師の働き方の実態と今後の在り方に関する研究」
第2回医師調査のデータを用いた解析—

26

福祉

災害時の災害派遣福祉チームの受援施設と派遣元施設における課題
— 済生会 DCAT の取り組みから —

34

福祉

言葉で表現することが難しい入所児者の表出する反応やサインに対して
職員が抱える「わからなさ」の構造

43

人材開発部門活動記録

令和3年度 訪問看護ステーション管理者研修	65
令和3年度 副看護部長研修	66
令和3年度 新任看護師長研修	67
第45回 臨床研修指導医ワークショップ	68
令和3年度 新人看護職員教育担当者研修	69
令和3年度 アドバンス・マネジメント研修Ⅳ（看護師）	70
令和3年度 アドバンス・マネジメント研修Ⅲ（看護師）	71
第46回 臨床研修指導医のためのワークショップ	72
令和3年度 MSW 研修会・生活困窮者支援事業研修会	73

済生会総研研究部門 令和3年度研究一覧

報告書	75
論文・総説・著書	75
寄稿・評論	76
学会発表・講演	77
令和4年度の研究・活動計画	79

巻頭言

歴史の転換期における総研研究

済生会保健・医療・福祉総合研究所

所長 炭谷 茂

私たちは、歴史の転換期に立っている。これは多くの要因が、集中した結果である。

新型コロナの収束は、見えてこない。執筆時の令和4年4月末でも第6波が下げ止まった状態である一方、第7波以降が発生することが確実視される。仮に新型コロナが収束しても、時を置かず、未開拓の奥地の動物に潜む新しいウイルスが、人間を襲ってくることを覚悟しなければならない。

私たちは、感染症常在時代に入ったのである。

ロシアのウクライナ侵攻は、前世紀の帝国主義時代の侵略戦争の再現で、驚愕するばかりである。民主主義国家と専制主義国家の対立は、熾烈さを極めていく。

このほか少子超高齢社会は、新型コロナによる出生数の大きな落ち込みによって加速化している。地球温暖化の進行は、スピードアップし、自然災害の激増、穀物の不作等を招いている。DX革命は、世界全体に及び、進展は留まることを知らない。

挙げればもっとあるが、これらは、国際政治、経済、社会、生活、文化等あらゆる面に想像できない影響を与えていくだろう。

当研究所の研究対象である医療や福祉の分野も例外ではない。病院や福祉施設を経営する済生会では変化を正確に把握し、対応していくことは、組織が存続し、発展していくための必要条件である。ダーウィンの言葉に（本当は違うという説もあるが）「最も強い者が生き残るのではなく、最も賢い者が生き延びるのでもない。唯一生き残ることができるのは、変化できる者である。」は、真実を示している。

歴史の転換期に立って、当研究所は、変化を確実に捉え、医療や福祉のあるべき姿を明らかにしていかなければならない。これは大変困難な仕事ではあるが、済生会の職員の協力を得て、使命を果たしていきたいと思う。

この所報は、その研究成果を済生会だけではなく、広く活用していただくために発刊しているが、日本の医療や福祉の発展のためにいささかの貢献ができればと思う。

トピックス

総研 1 年間を振り返る

済生会保健・医療・福祉総合研究所

所長代理 松原 了

総研に関し常に念頭にあるのは、マンパワーの少ない総研が、済生会のためになる成果を着実に出すにはどうしたらよいかです。もう一つは、済生会のデータシステムに蓄積された大量の医療・介護のデータを、どう生かして病院の運営に役立てられるかです。

総研発足時から一貫して客員研究員を増やすよう努めてきました。病院、施設の常勤職員でありながら、総研に籍を置いて非常勤研究者として活動してもらうものです。WEB で参加も可能ですし、総研にきて研究グループで議論することも可能です。これにより、各研究員には、総研での研究活動歴を自らの研究実績にさせていただこうというものです。

昨年、済生会総研では客員研究員として研究している病院勤務医師が増えており、現在 5 人在籍しています。医学部臨床系の教室において科研費を受けて研究をしていた医師が、済生会の病院に転入してくる際に、科研費を継続するためです。一般の病院は「科学研究費補助金取扱規程」第 2 条研究機関ではないので、科研費を受けられません。大学等で研究補助金による研究をしていた医師は、総研に籍を置くことで、研究を継続できるというメリットがあります。研究テーマは多岐に亘りますが、臨床医学系のもので、人工知能を活用して分析するものが散見され、DX 時代を反映していて興味を引くところです。診療分野は、救命救急科麻酔科医師、精神科医師、消化器外科医師、病院に勤務する放射線医用画像工学研究者など多彩です。このことにより、本会病院に学際的な雰囲気醸成されることが期待できます。

慶応大学医学部医療政策・管理学教室からの大学院研究生の参加、慶応義塾大学医学部精神・神経科学教室との共同研究も加わり、大学のアカデミズムと共同研究をすることになりました。これは本会の所有するデータの活用に関心を持っていただいた結果で、総研の格が上がるにつながります。

本会の「済生会経営情報システム」には、年間 40 万人分の DPC データ、オンラインレセプトデータ、電子カルテ情報、介護レセプトデータ、経営指標分析システムなどがあり、これらを活用、駆使して医療・福祉サービスの質と経営の向上に役立つ研究を充実することができます。81 病院、およそ 100 の介護老人施設等からのデータ量は大変貴重です。病院

や介護施設などが、必要に応じてデータを自由に引き出し、関数処理や統計処理を行って研究成果を運営に生かしてもらうことが最大目標です。

DPC の分析研究では、総研常勤の有能な上席研究員が、主として医事課事務職員数名から構成される2つの研究班を組織して、議論を重ね継続的に成果を出しています。こうした研究活動により、所属が異なる医事課職員が、相互に交流し、能力を高めあうことになりまし、診療データの分析能力の高い人材が本会全施設において、育つことが期待できます。

介護分野でのデータ活用については、介護施設職員に WEB など集合していただき議論を始めたばかりです。この研究は緒に就いたばかりで、多数の施設職員が議論に参加していただくことで、データの有用性に気づき、研究マインドを引き出すことが当面の課題です。厚労省の科学的介護情報システム（LIFE）の導入と活用も可能になれば、Evidence Based Care（EBCare）に基づいた、効果的で質の高い医療・介護ケアを、提供することが可能になります。

「地域包括病棟運用最適化」の研究では、7名の研究協力者が参加しました。地域包括ケア病棟への転換を検討している病院が、自院のデータを使用して、転換の意思決定の際に、経営にプラスになるかどうか判断するためのシミュレーションソフトです。比較的シンプルなソフトですが、総研の貴重な成果の一つと考えます。

研究班に参加し、互いに議論することで、済生会職員のデータ分析能力の向上をはかることが大切です。

医療の質の評価・公表等推進事業（2011 年開始）については、本会ホームページ上で公表を始めてから 10 年以上を経ています。残念ながら、施設毎の指標が、医療の質の向上に十分に利活用されているようには思われません。「医療の質指標に関する研究・事業の推進」を厚労省から請け負っている「医療の質向上のための体制整備事業」（日本医療機能評価機構）では、臨床指標の利用についての関心を高めることを目的として、脳卒中、糖尿病、股関節置換手術の3つの分野について、済生会（今治、松山、福井、山形病院）と全国の病院から 21 か所募って、パイロット事業が行われました。本会でも臨床指標の有用性についての理解を広めることが必要であり、臨床指標活用についての研修またはWGを開催したいと考えています。済生会学会において、臨床指標の改善成果をいくつかの病院が発表する場があると良いのではないかと考えています。

2022 年度からは、済生会薬剤部会が研究所に参加することになりました。高齢者福祉施設、児童福祉施設での服薬に関する諸課題について、福祉施設長会、看護部長会と共同して研究を始めることになりました。薬剤部門が研究仲間として増えることになり、喜ばしく思

います。

医薬品開発企業が済生会の共同治験を利用しようとする際に、必要症例がどれくらい見越せるかサーヴェイすることは有用です。DPCデータベースから症例を抽出するソフトを作成し、提供することを試みています。有用性について未検証ですが、データ処理方法の改善をして、役立つものにしたいと思います。

総研と福祉施設長会、看護部長会とが共同する研究として、「福祉施設における看取りの現状と課題」が昨年度から着手されています。医療・福祉における重要で関心の高いテーマであります。関連職種が参加して研究することにより、済生会が先駆的モデルとなることを願っています。

個別課題として数年間にわたって行われた重症心身障碍児（者）施設におけるアセスメント研究では、総研研究員が障碍者施設の職員とともに議論し、成果をまとめ、一旦終了しました。障碍者施設の横断的研究グループが研究を引き継ぎ、続けていただきたいと思います。

刑務所出所者に関する研究は、施設の職員が客員研究員として研究責任者の任を負い、済生会ならではのユニークな研究が行われました。

働き方改革関連では、部門長が済生会病院医師の働き方の実態調査を行っています。今後の医師働き方改革を進める際の指針になるものと思います。

まだまだ紹介していない研究もありますが、以上のように、様々な職種分野が協同、連携する体制が着実に進展しています。客員研究員の参加により広く門戸を開くという、当初方針は着実に実を結んでいるとあって良いでしょう。研究仲間が増え、研究を通じて済生会の職員が交流することが、研究のみならず、済生会事業の水準向上に寄与するものと信じます。

メタバースという技術が注目されています。総研に実在する少数の研究員だけでなく、研究を希望する本会の多くの職員が研究者として交流する場として Virtual Institute をイメージしていますが、私のこの想像が膨らみ、近い将来、メタバース研究所として実現することを夢見ています。

持田勇治さんを悼む

済生会保健・医療・福祉総合研究所
所長 炭谷 茂



昭和 59 年（1984 年） 済生会中央病院 医事課入職
平成 22 年（2010 年） 済生会横浜市東部病院 医事課入職
平成 29 年（2017 年） 済生会保健・医療・福祉総合研究所入職
令和 4 年（2022 年） 5 月 17 日逝去

済生会保健・医療・福祉研究所上席研究員の持田勇治さんが、5 月 17 日、ご逝去されたことは、大変悲しいことです。

持田さんは、当研究所の設立時からご勤務いただきましたが、これまでの済生会の病院での長年の医療事務の経験を基盤に精力的に医療分野の研究業務に励まれてきました。医療データの実証的な分析においては、済生会の中はもとより日本の医療関係者の中でも群を抜く存在であったことは疑いようがありません。持田さんが積み重ねられた輝かしい業績は、当研究所の誇りでした。

持田さんは数年前から病魔に襲われ、心身に過酷な負担を与える治療を受けられてきました。治療を終えられた後も心身に他人には計り知れない苦痛があったと思いますが、普段の研究に対する姿勢はいささかも変わりありませんでした。いつも穏やかな表情を湛えていらっしゃいました。その強靱な精神力にはいつも驚嘆させられました。

今後持田勇治さんと同様なことは、到底できませんが、築かれた研究業績を基礎に当研究所を発展させることが持田さんの思いに応える道だと確信し、残された研究所所員が一丸となって努力してまいりたいと思います。

令和3年度の活動テーマ一覧

テーマ1【医療】診療サービス指標の作成と公開

代表	持田 勇治（済生会総研 上席研究員）
研究協力員	酒井 光博（福井県済生会病院 事務副部長）
	千葉 信行（済生会川口総合病院 医事課長）
	町田 洋治（済生会中央病院 医事課長）
	正木 竜二（静岡済生会総合病院 医事課長補佐 医事総括室長）
オブザーバー	渡邊 佑輔（済生会中央病院 医事課 入院係）

【概要】

経営情報システムのDPCデータから診療サービスの指標（ベンチマーク指標）を作成して済生会病院間で情報共有する。済生会病院全体での診療サービスの指標の改善を目指す。

【令和3年度活動実績】

診療サービスの指標調査報告書（令和2年度）作成。各支部、各病院に配布した。

テーマ2【医療】DPC機能評価係数Ⅱの分析

代表	持田 勇治（済生会総研 上席研究員）
研究協力員	福田 和宏（横浜市南部病院 医事請求課課長）
	波多野 隆行（横浜市東部病院 経営企画室室長）
	井上 健二（前橋病院 医事課係長）
オブザーバー	小砂 剛志（横浜市南部病院 医事課）

【概要】

経営情報システムのDPCデータからDPC機能評価係数Ⅱの指数を様々な方法で算出しDPC機能評価係数Ⅱと繰り返し比較を行い、DPC機能評価係数Ⅱの決定方法プロセスを理解する。また、DPCデータ分析のワークショップを開催して、データ分析可能な人材育成を目指す。

【令和3年度活動実績】

令和4年度の診療報酬改定に向けたデータ作成について各病院の担当者を対象としたワークショップを計画し準備を進めた（実施時期は検討中）。

テーマ3【医療】地域包括ケア病棟運用最適化の検討

代表	持田 勇治（済生会総研 上席研究員）
研究協力員	名古屋 和也（済生会向島病院 事務次長）
	高原 裕一（済生会二日市病院 医事企画課係長）
	山形 篤史（香川県済生会病院 医事課課長）
	宮竹 浩史（R3.7.31 まで 済生会西条病院 医事課係長）
	荻野 智子（R3.8.1 から 済生会西条病院 医事課係長）
	矢野 清久（済生会今治病院 医療情報課課長）
	山中 信也（済生会松山病院 医事課主任）

【概要】

済生会本部経営情報システムから、一般病棟から地域包括病棟・病床へ移行した場合の経済的な影響を把握することが可能なシミュレーションツールを開発する。また、地域包括ケア病棟・病床移行後のベッドコントロールの方法についての運用基準を作成する。

【令和3年度活動実績】

各病院でデータ出力して分析が可能な「地域包括ケア病棟シミュレーションツール」をエクセルで作成し、報告書を作成。各支部、各病院に配布した。

テーマ4【医療・福祉】医療・福祉の質指標の整備と分析評価、活用に関する研究

代表	山口 直人（済生会総研 研究部門長）
	持田 勇治（済生会総研 上席研究員） 吉田 護昭（同 研究員）
	藤本 賢治（同 客員研究員） 吉村 公雄（同 客員研究員）

【概要】

済生会の医療・福祉施設における医療・福祉サービスの実施体制、実施プロセス、そして、アウトカムを定量的に評価して情報提供し、その活用促進を通じて、施設における医療・福祉の質改善を支援する。

【令和3年度活動実績】

- (1) 医療・福祉の指標公開事業（本部事業推進課の事業）
指標作成ガイドラインの令和3年度版を5月に施設に送付した。「令和元年度医療・福祉の指標」と「令和2年度医療・福祉の指標」について、各施設に集計結果を送付し、指標の確認作業中。終了後公開予定。
- (2) 医療・福祉の指標活用促進（本部事業推進課の事業）
日本医療機能評価機構が進める「医療の質向上のための体制整備事業」（厚生労働省補助事業）のパイロット事業に参加した済生会4病院（今治、山形、福井、松山）の取り組みを参考にしつつ、済生会病院全体での活用促進の具体的方法を検討した。
- (3) 介護データベース事業化に向けた準備
「済生会介護データベース構築に向けた意見交換会」を、済生会特養施設、老健施設を対象として開催した。意見交換会の内容は報告書としてまとめ、支部、施設に発送した。
- (4) 済生会病院医師の働き方の実態と今後の在り方に関する研究
第2回医師調査を実施した。76病院（常勤医師数4,198名）の医師1,468名から回答が得られた（回答率35.0%）。
- (5) 入院中院内感染に関する研究
済生会病院における入院中院内感染が死亡退院リスクの増加、在院日数の延長、減収・減益となることを明らかにした。

テーマ 5【福祉】なでしこプランの展開と課題 —地域の特性に応じた各地の取り組みから—

代表 原田 奈津子(済生会総研 上席研究員)

【概要】

地域の特性やニーズに基づいた取り組みを評価・検証するため、なでしこプランの把握を通じて活動の集約と蓄積を進め、ソーシャルインクルージョン、ソーシャルファームに関する動向について情報収集する。本部事務局とも連携を図り、今後の効果的な実践に活用する。

【令和 3 年度活動実績】

住まい・就労・教育・刑務所出所者支援など制度上での支援、制度の隙間での支援などの取り組みに焦点を当て、生活困窮者支援の対象と社会的ニーズについて先行研究を分析した。また、ソーシャルインクルージョンやソーシャルファームの先駆的な取り組みについて情報収集を行なった。

テーマ 6【福祉】済生会独自の地域包括ケアモデルの確立に向けて —地域での暮らしを支えるためのまちづくり—

代表 原田 奈津子(済生会総研 上席研究員)

【概要】

地域包括ケアを担う職員を対象とし調査によって、済生会各地の保健・医療・福祉の連携の取り組みを蓄積し、地域包括ケアモデルを可視化する。地域包括ケアのモデルとして、共通要素を導き出し、理論化し、実践に寄与する。

【令和 3 年度活動実績】

地域包括ケアについて、在宅サービスの職員を対象に調査を実施した(令和 3 年 11 月)。研究成果を取りまとめて、学会等において済生会内外に発信した。

テーマ 7【福祉】福祉施設における看取りの現状と課題

代表 原田 奈津子(済生会総研 上席研究員)

【概要】

済生会の福祉施設における看取りを検証し、済生会各地の福祉施設における看取りの取り組みを蓄積することを目的として、看取りを担う職員を対象とし、先行研究や視察等で得た知見や研究ミーティングをもとに調査を実施する。看取りの先駆的なモデルとして、共通要素を導き出し、理論化し、実践に寄与する。

【令和 3 年度活動実績】

看取りに関して、介護老人福祉施設でのインタビュー調査の準備を行った(倫理委員会で承認済)。また、済生会における退所者数や内訳・連携先などの既存データの分析を行った。

文部科学省科学研究費（2020～2022 年度）基盤研究（C）

福祉施設における被災時の「受援」に関する研究

代表 原田 奈津子（済生会総研 上席研究員）

【概要】

災害支援活動と福祉施設における受援について、先行研究の分析を通じて、課題整理を進め、福祉施設への調査を行う。特に BCP に着目した質問票を作成して調査を実施する。受援における備えるべき要素を導き出し、理論化し、実践に寄与する。

【令和 3 年度活動実績】

令和 4 年 2 月に福祉施設に対して被災時の受援に関する質問紙調査を行った。結果を分析中であり、報告書、学会等での発表によって済生会内外に発信する。

テーマ 8【福祉】重症心身障害児（者）施設におけるアセスメントに関する研究

代表 吉田 護昭（済生会総研 研究員）

【概要】

本研究は施設で暮らす重症心身障害児（者）「以下、（入所児者）」の生活の質を高め、望む生活をより的確に実現することを目指している。

【令和 3 年度活動報告】

済生会重症心身障害児（者）施設の福祉専門職による入所児者の反応やサインを捉える実践過程、入所児者とのかかわりを通して抱える職員の「わからなさ」について、研究、意見交換を行い、入所児者の反応やサインを捉える実践の評価指標の開発を行った。

また、「訴えのわかりにくさへの対応方法」、「制限の多い入所者の生活を豊かにするため」をテーマに施設職員を対象とした事例検討会を開催した。

委員会・研究ミーティング

研究評価委員会（令和 4 年 2 月 3 日開催）

令和 4 年度の実施計画が審議され承認された。令和 3 年度の活動状況を報告した。

第 1 回倫理委員会（令和 3 年 10 月 21 日開催）

審議案件

①済生会病院医師の働き方の実態と今後の在り方に関する研究 第 2 回医師調査（修正後承認）

②福祉施設における被災時の「受援」に関する研究（承認）

第 2 回倫理委員会（令和 4 年 1 月 20 日開催）

審議案件

①周術期アナフィラキシー反応症例の発生頻度調査（承認）

②機械学習を用いた入院日数管理支援システムの開発—消化器癌の周術期 DPC データ探索（承認）

③新型コロナウイルス感染症患者の重症化因子の同定および経過中の精神科疾患発症に関する研究（承認）

総研研究ミーティング（毎月開催） 検討内容は「活動報告」として支部、施設に送付した。

病院医師の睡眠時間に対する勤務時間、勤務間インターバル、 自己研鑽、家族の世話の負担の影響に関する研究

山口 直人¹、吉村 公雄^{1,2}、持田 勇治¹、松原 了¹、炭谷 茂¹

¹ 済生会保健・医療・福祉総合研究所

² 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室

【要旨】

医師の働き方改革では、長時間労働による慢性的な睡眠不足を防ぎ、循環器疾患などのリスク増加を予防することを目指している。本研究では、労働時間、勤務間インターバルとともに、育児、介護など家族の世話の負担、自発的な自己研鑽にも焦点を当て、睡眠時間との関連を分析する。そして、今後、勤務医師の睡眠時間の確保に、どのような取り組みが重要であるかを考察する。

2021年に実施した常勤医師を対象とした無記名自記式調査で、済生会病院76病院の1,468名から回答が得られ、回答率は35.0%であったが、この中で、解析対象のデータ項目に欠損がない1,054名（男803名、女251名）を解析対象とした。平均的な睡眠時間6時間未満を短時間睡眠として、勤務時間週60時間以上、最短の勤務間インターバル9時間未満、自発的な自己研鑽月10時間超、育児、介護など家族の世話が高負担の4因子との関連をロジスティック回帰分析で検討した。

20～39歳と40歳以上に分けた分析では、男性医師では、勤務時間は一貫して有意な関連を示したが、家族の世話の負担は、40歳以上では有意な関連が認められたが、20～39歳では関連は認められなかった。女性医師では、勤務時間は、20～39歳では関連は認められたが有意でなく、40歳以上では関連は認められなかった。自発的な自己研鑽は、20～39歳ではオッズ比4.7倍と統計的に有意な関係が認められた。家族の世話の負担は、20～39歳ではオッズ比7.8倍と強い関連が認められた。

20～39歳の女性医師では、短時間睡眠に対して、家族の世話の高負担が強い関連を示したことは注目すべきである。全体としては、女性医師に対して男性医師よりも手厚く負担軽減がなされているが、軽減がなされていない一部の女性医師では、睡眠への影響が強く出ており、対策が求められる。また、女性医師では、自己研鑽の時間が短時間睡眠と関連することが認められ、この点についても一層の配慮が必要である。

キーワード： 済生会病院医師、睡眠時間、勤務時間、勤務間インターバル、自発的な自己研鑽、家族の世話の負担

【はじめに】

医師の働き方改革が進められているが、その主な目的は、医師の健康確保であり、特に、長時間労働による慢性的な睡眠不足が持続することで、循環器疾患などのリスクが増大することが懸念されている[1]。睡眠不足の医師を減らすのに最も効果的なのは、言うまでもなく、医師の労働時間を短縮することであり、改正医療法により2024年度から導入される医師の労働時間の上限規制では、年間の時間外労働の上限を960時間とすることが定められた[2]。ただし、医師の労働時間の短縮を一方的に進めた場合、地域医療の機能不全を引き起こす恐れもあり、都道府県知事により認定された医療機関には、地域医療を守る特例水準として、年間1,860時間までの時間外労働を認めるB水準、連携B水準が2036年まで時限的に認められることとなった。また、初期臨床研修医、専攻医の研修（C-1水準）や、高度な診療技術の修得を目指す研修（C-2水準）についても、認められれば、年間1,860時間までの時間外労働が認められる。また、日勤の勤務終了時から翌日の勤務開始時までの勤務間インターバルを9時間以上確保することが、A水準医師については努力義務、B水準、連携B水準、C-1水準、C-2水準の医師については義務とされることになった。

医師の平均的な1日は、他の労働者と同様に、労働時間、生活時間、そして、睡眠時間で構成される。したがって、上述の労働時間、勤務間インターバル以外にも、生活時間が長くなる要因が存在する場合には睡眠時間が短くなる可能性がある。特に、育児、介護など家族の世話を要する時間は、特に女性医師では大きな負担となっていることが指摘されている[3]。また、労働時間には算定されない自発的な自己研鑽の時間も睡眠時間に影響する可能性がある。そこで、本研究では、労働時間、勤務間インターバルとともに、育児、介護など家族の世話の負担、自発的な自己研鑽にも焦点を当てて、睡眠時間との関連を分析する。特に、これらの因子は、医師の性、年齢によって異なることが考えられるので、性、年齢別の特徴を分析する。そして、今後、勤務医師の睡眠時間の確保に、どのような取組みが重要であるかを考察したい。

【研究方法】

(1) データ

2021年12月末を回答期限として実施した「済生会病院医師の働き方の実態と今後の在り方に関する研究」第2回医師調査で得られたデータを分析対象とした。調査は無記名調査としてインターネットを通じて回答するWEBアンケート法を用いたものである。全常勤医師（初期臨床研修医、専攻医を含む）への回答依頼状の配布を済生会81病院の施設長に依頼したところ、76病院の協力が得られ、1,468名の常勤医師から回答が得られた。76施設の常勤医師数は4,198名であり、回答率は35.0%であった。第2回医師調査は、総研倫理委員会の承認を受けて実施されたものである（総研発第28号、令和3年11月12日）。

(2) 解析対象としたデータ項目

① 睡眠時間

平均的な睡眠時間を自由記載で回答を得た。175 名が無回答であり、回答のあったのは 1,293 名であった。6 時間未満を短時間睡眠と定義して、短時間睡眠の医師の割合との関連を検討した。

② 勤務時間

所属する済生会病院での 1 週間の勤務時間はおおよそ何時間かを質問し、40 時間未満、40 時間以上 60 時間未満、60 時間以上 80 時間未満、80 時間以上の 4 択からの選択で回答を得た。

週 60 時間の勤務時間は、平均的な所定労働時間の週 40 時間を除くと、週 20 時間の時間外労働となり、1 年に約 1,000 時間の時間外労働に相当する。これは、医師の時間外労働時間規制 960 時間／年（A 水準）にほぼ匹敵する。同様に、週 80 時間の勤務は、1 年に約 2,000 時間の時間外労働に相当し、B 水準、連携 B 水準、C-1 水準、C-2 水準の 1,860 時間／年にほぼ匹敵する。

③ 最短の勤務間インターバル

「直近の 1 か月間における勤務間インターバルの中で、最も短かったのは、何時間でしたか？」という質問に対して自由記載で回答を得た。9 時間以上、9 時間未満の二値として分析した。

④ 自発的な自己研鑽の時間

「上司や病院の指示によらない、院内の自発的な研鑽は、直近の 1 ヶ月間で合計約何時間でしたか？」という質問に対して自由記載で回答を得た。10 時間以下、10 時間超の二値として検討した。

⑤ 育児、介護など家族の世話の負担

「現在、育児や介護などご家族の世話をする必要がありますか？」という質問に対して、「はい」、「いいえ」で回答を得た。「はい」と回答した医師に対しては、さらに、「世話が必要な場合、勤務の負担を減らす必要性を感じますか？」と質問し、「はい」、「いいえ」で回答を得た。そして、「はい」と回答した医師に対しては、「(はいの場合) 実際に勤務の負担を減らしていますか？」と質問し、「はい」、「いいえ」で回答を得た。分析では、「現在、育児や介護などご家族の世話をする必要があります」、「勤務の負担を減らす必要性を感じていて」、「実際に勤務の負担を減らしていない」場合を家族の世話の高負担と定義した。

(3) 分析方法

① 分析対象

(2)で述べた勤務時間、最短の勤務間インターバル、自発的な自己研鑽、育児、介護など家族の世話の負担、そして、性、年齢のすべてのデータが入手できた医師 1,054

名を分析対象とした。

② 性、年齢別の特徴の分析

男女別、10歳年齢階級別に各因子の分布を集計して、その特徴を分析した。

③ 勤務時間、最短の勤務間インターバル、自発的な自己研鑽、育児、介護など家族の世話の負担の4因子間の相関の分析

4因子間の Spearman 相関係数を算出して、因子間の関連を分析した。

④ 睡眠時間との関連の分析

睡眠時間 6 時間未満の短時間睡眠と関連する因子をロジスティック回帰分析で検討した。従属変数は、平均睡眠時間：6 時間以上(0)/6 時間未満(1)、独立変数は、1 週間の勤務時間：60 時間未満(0)/60 時間以上(1)、最短の勤務間インターバル：9 時間以上(0)/9 時間未満(1)、自発的な自己研鑽の時間：月 10 時間以下(0)/10 時間超(1)、育児、介護など家族の世話：低負担(0)/高負担（育児、介護など家族の世話があって勤務負担の軽減が必要と感じているが、負担の軽減を受けていない場合を高負担、それ以外を低負担）の 4 変数とした。ロジスティック回帰分析は、性別、年齢階級別（20～39 歳、40 歳以上）に行った。ロジスティック回帰分析には SAS LOGISTIC プロシジャ[4]を使用した。

【結果】

表 1 に示すように、勤務時間が週 60 時間以上の医師の割合は、男性医師の方が女性医師よりも高く、また、男女とも、より若い医師の方が高い。最短の勤務間インターバルが 9 時間未満の医師の割合も、男性医師の方が女性医師よりも高く、男女とも、より若い医師の方が高い。自発的な自己研鑽の時間が月 10 時間超の医師の割合も、男性医師の方が女性医師よりも高く、男女とも、より若い医師の方が高い傾向があるが、50 歳以上の医師では男女とも若干、40 歳代医師よりも高い。50 歳以上の医師では、勤務時間に余裕ができて、学会活動、研究活動などの役割が増している可能性がある。このような例外はあるが、勤務時間、勤務間インターバル、自発的な自己研鑽の 3 因子では、男性医師が女性医師よりも、そして、男女とも、より若い医師が、負担が高い傾向が認められた。

表 2 に示すように、育児、介護など家族の世話が必要と回答した医師の割合は、男性医師よりも女性医師に若干高く、また、年齢で見ると、男女とも、30 歳代、40 歳代の医師が 50% 以上と最も高い。家族の世話が必要と回答した医師の中で、勤務負担の軽減が必要と回答した医師の割合（表中の「%世話必要」）は、男性医師よりも女性医師の方が高い。年齢階級別に見ると、男女とも、年齢による大きな違いは認められない。結果として、全医師の中で勤務の負担軽減が必要と回答した医師の割合（表中の「%全医師」）は、男性医師よりも女性医師の方が高く、年齢別では、男女とも、30 歳代、40 歳代が高い。最後に、勤務の負

担軽減が必要と感じている医師の中で、実際には軽減されていない高負担医師の割合（表中の「%軽減必要」）は、男性医師の方が女性医師よりも高く、年齢的には、男女とも、40 歳代、50 歳以上で高負担の医師の割合が高い。これらを総合した結果、全医師の中で、家族の世話が高負担の医師の割合（表中の「%全医師」）は、男性医師の方が女性医師よりも若干高く、年齢では 30 歳代、40 歳代が高い。

表 1. 勤務時間週 60 時間以上、最短の勤務間インターバル 9 時間未満、自発的な自己研鑽月 1-時間超の医師の性、年齢階級別割合

	年齢	勤務時間週 60時間以上		最短の勤務間イン ターバル9時間未満		自発的な自己研鑽 月10時間超		全医師
		人数	%	人数	%	人数	%	
男	20-29	44	44.9%	55	56.1%	57	58.2%	98
	30-39	69	38.3%	98	54.4%	74	41.1%	180
	40-49	57	30.0%	83	43.7%	55	28.9%	190
	50+	79	23.6%	119	35.5%	128	38.2%	335
	計	249	31.0%	355	44.2%	314	39.1%	803
女	20-29	18	26.1%	22	31.9%	26	37.7%	69
	30-39	9	12.5%	16	22.2%	26	36.1%	72
	40-49	6	8.2%	16	21.9%	22	30.1%	73
	50+	5	13.5%	8	21.6%	13	35.1%	37
	計	38	15.1%	62	24.7%	87	34.7%	251

表 2. 育児、介護など家族の世話が必要な医師、家族の世話が必要で勤務負担の軽減が必要と感じている医師、勤務負担の軽減が必要と感じているが実際は負担が軽減されていない医師の性、年齢階級別割合

	年齢	全医師	家族の世話が必要 (世話必要)		勤務負担の軽減が必要 (軽減必要)			負担軽減なし (高負担)		
			人数	%全医師	人数	%世話必要	%全医師	人数	%軽減必要	%全医師
男	20-29	98	6	6.1%	4	66.7%	4.1%	3	75.0%	3.1%
	30-39	180	100	55.6%	59	59.0%	32.8%	44	74.6%	24.4%
	40-49	190	112	58.9%	67	59.8%	35.3%	54	80.6%	28.4%
	50+	335	83	24.8%	47	56.6%	14.0%	39	83.0%	11.6%
	計	803	301	37.5%	177	58.8%	22.0%	140	79.1%	17.4%
女	20-29	69	7	10.1%	6	85.7%	8.7%	2	33.3%	2.9%
	30-39	72	44	61.1%	35	79.5%	48.6%	12	34.3%	16.7%
	40-49	73	44	60.3%	31	70.5%	42.5%	17	54.8%	23.3%
	50+	37	15	40.5%	7	46.7%	18.9%	4	57.1%	10.8%
	計	251	110	43.8%	79	71.8%	31.5%	35	44.3%	13.9%

表3には、勤務時間週60時間以上(1)／60時間未満(0)、最短の勤務間インターバル9時間未満(1)／9時間以上(0)、自発的な自己研鑽月10時間超(1)／10時間未満(0)、育児、介護等家族の世話の高負担(1)／その他(0)の4因子間のSpearman相関係数示す。勤務時間、最短の勤務間インターバル、自発的な自己研鑽の3因子の間は統計的に有意な相関を示すが、育児、介護など家族の世話の負担は、最短の勤務間インターバルとは有意な相関を示したが、勤務時間、自発的な自己研鑽とは有意な相関を示さなかった。

表3. 勤務時間週60時間以上(1)／60時間未満(0)、最短の勤務間インターバル9時間未満(1)／9時間以上(0)、自発的な自己研鑽月10時間超(1)／10時間未満(0)、育児、介護等家族の世話の高負担(1)／その他(0)の4因子間のSpearman相関係数

		勤務時間	最短の勤務 間インターバ ル	自発的な自 己研鑽	育児、介護 等家族の世 話の負担
勤務時間週60時間以上(1)／60時間未満(0)	相関係数*1	1	0.272	0.144	0.054
	P値*2		<.0001	<.0001	0.0823
最短の勤務間インター バル9時間未満(1)／9 時間以上(0)	相関係数*1		1	0.089	0.103
	P値*2			0.0037	0.0008
自発的な自己研鑽月10 時間超(1)／10時間未 満(0)	相関係数*1			1	-0.045
	P値*2				0.1438
育児、介護等家族の世 話の高負担(1)／その 他(0)	相関係数*1				1
	P値*2				

*1 Spearman 相関係数 *2 帰無仮説[Spearman 相関係数=0]に対する両側検定結果

表4に示すように、睡眠時間が6時間未満の短時間睡眠の医師の割合は、男性医師の方が女性医師よりも高く、また、男女とも、より年齢が高い医師に割合が高い傾向が認められた。

表4. 睡眠6時間未満の医師の性、年齢別割合

年齢	男			女		
	睡眠6時間未満	総医師数		睡眠6時間未満	総医師数	
20-29	11	11.2%	98	6	8.7%	69
30-39	30	16.7%	180	9	12.5%	72
40-49	31	16.3%	190	14	19.2%	73
50+	66	19.7%	335	6	16.2%	37
計	138	17.2%	803	35	13.9%	251

表 5 に、短時間睡眠と勤務時間、勤務間インターバル、自発的な自己研鑽、家族の世話の負担に関するロジスティック回帰分析の結果を示す。分析は男女別に、全年齢、20～39 歳、40 歳以上について行った。表 4 に示されているように、女性医師は短時間睡眠の医師が 35 名と少ないために、変数選択は行わずにすべての変数を独立変数にして分析した。

男性医師では、全年齢で見ると、勤務時間、家族の世話の負担が、オッズ比で 2 倍程度の統計的有意な短時間睡眠との関連が認められた。また、最短の勤務間インターバル、自発的な自己研鑽は統計的に有意なレベルには達しなかったが、それぞれ、オッズ比 1.4 倍、1.3 倍程度の関連が認められた。20～39 歳と 40 歳以上に分けた分析では、勤務時間は一貫して有意な関連を示したが、家族の世話の負担は、40 歳以上では有意な関連が認められたが、20～39 歳では関連は認められなかった。最短の勤務間インターバル、自発的な自己研鑽は、ともに統計的に有意な関連は示されなかった。

女性医師では、全年齢で見ると、勤務時間、最短の勤務間インターバルは有意な関連が認められなかったが、自発的な自己研鑽がオッズ比 2.6 倍、家族の世話の負担がオッズ比 3.17 倍と統計的に有意な関連が認められた。20～39 歳、40 歳以上に分けた分析では、20～39 歳では、勤務時間は統計的に有意ではないが、オッズ比 1.74 倍と高い傾向が認められたが、40 歳以上では関連が認められなかった。自発的な自己研鑽は、20～39 歳ではオッズ比 4.69 倍と統計的に有意な関係が認められた。40 歳以上では有意ではないが、オッズ比 2.01 倍の関連が認められた。家族の世話の負担は、20～39 歳ではオッズ比 7.83 倍と強い関連が認められた。40 歳以上では、有意な関連は認められなかった。

表 5. 短時間睡眠と勤務時間、勤務間インターバル、自発的な自己研鑽、家族の世話の負担に関するロジスティック回帰分析の結果

		男性医師			女性医師		
		OR*1	95%信頼区間*2		OR*1	95%信頼区間*2	
全年齢	勤務時間60時間以上	2.11	(1.42 – 3.13)		1.32	(0.47 – 3.71)	
	最短勤務間インターバル9時間未満	1.43	(0.97 – 2.12)		0.80	(0.32 – 2.00)	
	自発的な自己研鑽月10時間超	1.33	(0.90 – 1.96)		2.60	(1.25 – 5.44)	
	家族の世話が高負担	2.06	(1.32 – 3.20)		3.17	(1.33 – 7.54)	
20～39歳	勤務時間60時間以上	2.56	(1.22 – 5.38)		1.74	(0.45 – 6.80)	
	最短勤務間インターバル9時間未満	1.44	(0.68 – 3.05)		0.61	(0.15 – 2.57)	
	自発的な自己研鑽月10時間超	1.29	(0.63 – 2.65)		4.69	(1.38 – 15.90)	
	家族の世話が高負担	0.87	(0.35 – 2.21)		7.83	(1.96 – 31.32)	
40歳以上	勤務時間60時間以上	2.25	(1.39 – 3.66)		0.89	(0.14 – 5.79)	
	最短勤務間インターバル9時間未満	1.56	(0.98 – 2.50)		1.32	(0.35 – 5.00)	
	自発的な自己研鑽月10時間超	1.36	(0.85 – 2.18)		2.01	(0.74 – 5.46)	
	家族の世話が高負担	2.79	(1.66 – 4.70)		1.40	(0.42 – 4.64)	

*1 オッズ比 *2 Wald 法による 95%信頼区間

【考察】

勤務時間が週 60 時間以上の医師の割合、最短の勤務間インターバルが 9 時間未満の医師の割合、自発的な自己研鑽の時間が月 10 時間超の医師の割合は、男性医師の方が女性医師よりも高く、より若い医師の方が高い傾向が認められた。このような傾向は、本研究が実施した第 1 回医師調査でも認められ[5]、多くの病院でも同様の傾向が認められている[6]。

一方、育児、介護など家族の世話が必要と回答した医師は、男女とも 20 歳代では低く、30 歳代、40 歳代で高値を示し、50 歳代以降は低下する「山型」を示した。勤務の負担軽減が必要と感じる医師は年齢を問わず女性医師の方が男性医師よりも割合が高く、家族の世話の負担が女性医師の方が強いことが示唆された。そして、勤務の負担軽減が必要と感じているが、実際には負担軽減を受けていないを回答した医師は、男性医師の方が女性医師よりも割合が高く、結果として、全医師に対する割合も男性医師の方が高い傾向が認められた。回答からは、病院全体あるいは診療科において、男性医師よりも女性医師に対して、家族の世話の負担軽減への配慮が講じられていることがわかる。Spearman 相関係数による分析（表 3）では、家族の世話の負担は、勤務時間、自発的な自己研鑽の時間とは有意な相関を示さず、勤務関連因子とは独立に睡眠に影響していることが明らかとなった。家族の世話の高負担は、勤務時間が長い医師に偏っているということではなく、また、自発的な自己研鑽の時間が長い医師に偏っているということもなく、勤務時間が長くない医師、自発的な自己研鑽が長くない医師にも共通して存在する問題であることが明らかとなった。

次に、表 4 に示したように、より高齢の医師の方が、短時間睡眠の医師の割合が高くなる傾向が認められた。表 1 に示すように勤務関連の負担は若年の医師の方が高い傾向が認められるのとは対照的であり、短時間睡眠に関連する要因は、勤務関連のみではないことが示唆された。

このことは、ロジスティック回帰分析の結果（表 5）で明確に示されており、男性医師では、20～39 歳、40 歳以上の両群とも、勤務時間は短時間睡眠に対してオッズ比 2 倍以上の有意な関連を示し、また、40 歳以上の医師では、家族の世話が高負担の医師では短時間睡眠に対してオッズ比 2.79 倍の有意な関連を示した。一方、女性医師の場合は、20～39 歳の医師では、短時間睡眠に対して、有意ではないが、オッズ比 1.74 倍の正の関連を示したが、40 歳以上の医師では関連は認められなかった。女性医師では、むしろ、20～39 歳、40 歳以上の両群とも、短時間睡眠に対して、自発的な自己研鑽が正の相関を示したことは、男性医師とは対照的である。女性医師は出産、育児で一時的に職場を離れるケースがあり、仕事に復帰した際に、最新医療へのキャッチアップのための自己研鑽に時間を要し、そのことが、短時間睡眠に関わっている可能性があるが、自己研鑽の内容まで質問していないため、詳細は今後の研究の課題としたい。

また、20～39 歳の女性医師では、短時間睡眠に対して、家族の世話の高負担がオッズ比 7.82 倍と強い関連を示したことは注目すべきである。育児の負担が女性医師に強く影響して、短時間睡眠の原因となっていることがうかがわれ、この世代の女性医師への勤務の負担

軽減が重要である。表 2 に示されたように、女性医師に対して男性医師よりも手厚く負担軽減がなされているが、それがなされていない一部の女性医師では、睡眠への影響が強く出ており、対策が求められる。

本研究で分析したデータは、自記式質問票への回答結果であり、断面調査であるから、取り上げた勤務時間、勤務間インターバル、自発的な自己研鑽、育児、介護など家族の世話の負担と睡眠時間との関連は、必ずしも因果的な関係を反映しているとは断言できない。また、回答率が 35% と高くなかったこともあり、本研究の結果が済生会病院に勤務する全医師を代表した結果とは言えないことも本研究の弱点である。特に、常勤医師数が 20 名以下の病院は、プライバシーへの配慮から性、年齢の回答を求めなかったために本研究対象からは除外されており、その点も、結果の解釈には留意が必要である。結果の解釈には、以上のように配慮を要する点があるが、本研究で認められた結果は、医師の働き方改革を進めてゆく上で、貴重な示唆を含むものであり、発表することには大きな意義があると考ええる。

改正医療法においては、B 水準、連携 B 水準、C 水準が適用される医師に対して、追加的な健康確保措置として、勤務間インターバル規制、連続勤務時間規制、代償休息などのルールが定められ、長時間労働医師には面接指導の実施が定められている[2]。ただし、これらの法令上の対策は、病院が管理上の責任を負う、労働の範囲内での対策であり、このような規制のみに満足することなく、様々な対策を考えてゆくことは、全国で中核的な医療を担う済生会病院として極めて重要であることが本研究で示されたといえる。特に、女性医師については、労働時間短縮を優先することで、育児、介護など家族の世話の負担に対する配慮が犠牲になってしまうことがないように慎重な対応が求められる。また、女性医師では、自己研鑽の時間が短時間睡眠と関連することが認められ、この点についても、女性医師への一層の配慮が必要である。

【文献】

1. Cappuccio FP, Cooper D, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Eur Heart J. 2011 Jun;32(12):1484-92.
2. 医師の働き方改革に関する検討会. 医師の働き方改革に関する検討会 報告書. 厚生労働省. 平成31年3月28日
3. 日本医師会男女共同参画委員会, 日本医師会女性医師支援センター. 女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書. 平成29年8月.
4. The LOGISTIC Procedure. (2013) SAS/STAT13.1 User's Guide Chapter 58. SAS Institute Inc. Cary, N.C., U.S.A.
5. 済生会保健・医療・福祉総合研究所. 「済生会病院医師の働き方の実態と今後の在り方に関する研究」報告書. 平成31年4月.
http://soken.saiseikai.or.jp/reports/pdf/reports_01.pdf
6. 厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」研究班. 医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査. 平成29年4月

A study on the sleep duration of hospital physicians in relation to work hours, between-work interval, voluntary study, and family care

Naohito Yamaguchi¹, Kimio Yoshimura^{1,2}, Yuji Mochida¹, Satoru Matsubara¹ and Shigeru Sumitani¹

¹Saiseikai Research Institute of Health Care and Welfare

²Department of Health Policy and Management, School of Medicine, Keio University

Abstract

The physician's work style reform aims at preventing ill health such as cardiovascular diseases caused by persisting inadequate sleep duration among Japanese physicians. In this study, we focus on the association between short sleep duration of less than 6 hours and weekly work hours of 60 hours or longer, shortest between-work interval of less than 9 hours, monthly voluntary study exceeding 10 hours, and high burden of family care.

Data analyzed here were obtained by anonymous self-administered questionnaire survey of fulltime physicians working in 76 Saiseikai hospitals throughout Japan in 2021. A total of 1,468 physicians answered the questionnaire, covering 35% of all physicians, and data of 1,054 physicians, 803 males and 251 females, without missing information were analyzed. A series of logistic regression analysis were performed with the short sleep duration as dependent variable and work hours, between-work interval, voluntary study and family care as independent variables.

Among male physicians, short sleep duration showed significant associations with work hours for both age 20–39 and 40+, and a significant association with high burden of family care for age 40+ but not for age 20–39. Among female physicians, short sleep duration showed a significant association of odds ratio of 4.7 with voluntary study for age 20–39, a significant association of odds ratio of 7.8 with high burden of family care for age 20–39, but did not show any significant association with work hours for both age 20–39 and 40+.

It is noteworthy that a strong association was identified between short sleep duration and high burden of family care among female physicians of age 20–39. Female physicians as a whole receive better considerations for high burden of family care as compared to male physicians, but those female physicians missing such considerations are suffering short sleep duration. These female physicians should be the target for further countermeasures. Also, the association between short sleep duration and long hours of voluntary study warrants further considerations.

Keywords: physicians of Saiseikai hospitals, sleep duration, work hours, between-work interval, voluntary study, burden of family care

病院医師の職場満足度に影響を与える要因に関する研究

ー「済生会病院医師の働き方の実態と今後の在り方に関する研究」 第2回医師調査のデータを用いた解析ー

吉村 公雄^{1,2}、山口 直人²、持田 勇治²、松原 了²、炭谷 茂²

¹慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室

²済生会保健・医療・福祉総合研究所

【抄録、要旨】

病院の提供する医療の質を確保するためには医師の職務満足度を維持向上させることが必要と考えられる。本研究では、2021 年度「済生会病院医師の働き方の実態と今後の在り方に関する研究」第2回医師調査のデータを用いて、医師の職務満足度の1つである職場満足度と働き方の諸要因との関連について分析した。この調査は76病院1,468人の常勤医師が回答した無記名自己記入式質問紙調査で、回答率は35.0%であった。

医師の職場に対する総合的な満足度を目的変数、満足度以外のほぼ全ての変数(性・年齢、所属病院の病床数・医師数、医師の働き方に関する諸要因)を説明変数として Classification and regression tree (CART)による回帰木を作成したところ、医師の疲労、医師自身の心身への不安、眠気、医師の高ストレス状態などは満足度に大きな影響を与える一方、病院の医師数や病床数、勤務時間や勤務形態、通勤時間、睡眠時間、運動習慣など客観的に把握可能な指標は直接的にはあまり大きな影響を与えていないことがわかった。

済生会医師の職場に対する総合的な満足度を上げるためには、まずは、医師の疲労の蓄積の軽減に注意を向ける必要があると思われる。さらに、自身の心身への不安が高い医師、家族の世話の負担が大きい医師への援助も必要であろう。

キーワード： 済生会病院医師、職務満足度、疲労、健康不安、家族の世話、決定木

【はじめに】

高度専門職でありプロフェッションたる医師によって行われる医療行為の質の担保は、究極的には医師の職業的良心あるいは倫理観に頼らざるを得ない。それゆえ、医師の職務満足度は医療の質に大いに影響を与えている可能性が高いと考えられる。

このことから、病院の経営においては、医療の質の確保の観点から、医師の職務満足度を確保することが重要であると考えられる。

そこで、本研究では、2021 年度に実施された「済生会病院医師の働き方の実態と今後の在り方に関する研究」第 2 回医師調査のデータを用いて、職務満足度の 1 つである職場満足度と医師の働き方の諸要因との関連について探索的に分析することとした。

【研究方法】

(1) データ

済生会保健・医療・福祉総合研究所による「済生会病院医師の働き方の実態と今後の在り方に関する研究」第 2 回医師調査のデータを用いた(済生会保健・医療・福祉総合研究所, 2022)。この調査は、済生会病院における医師の働き方改革に向けた活動によって、医師個々人の働き方がどのように変化しつつあるかを調査することで済生会病院の取り組みを支援する目的で実施された。2021 年 12 月末を回答期限とした WEB ベースの無記名自己記入式質問紙調査として行われ、76 病院から 1,468 人の常勤医師から回答が得られ、回答率は 35.0%と計算された。

このデータには回答した医師の所属病院名が含まれていたが、今回、病院の固有名詞には関心がないため削除し、その代わりに各病院の病床数と医師数を追加したものを解析用データセットとした。

(2) 解析対象としたデータ項目

① 目的変数: 医師の職場満足度

データセットには、医師の職務満足度に関する質問として、1.「現在の病院に勤務して良かったと思いますか?」、2.「今後も現在の病院に勤務し続けたいと思いますか?」、3.「現在の職場に勤めることを親しい友人や家族に勧めたいと思いますか?」、4.「親しい友人や家族が病気になったとき、現在の病院を受診することを勧めたいと思いますか?」、5.「現在の職場に対する総合的な満足度は?」という 5 つの質問文に対して、それぞれ「非常に」「かなり」「やや」「どちらとも言えない」「それほどない」「ほとんどない」「全くない」を含む 7 件法による回答が存在した。

これら 5 つの項目のうち、今回は職場に対する総合的な満足度として 5.「現在の職場に対する総合的な満足度は?」を用いた。回答は、非常に満足(7)、かなり満足(6)、やや満足(5)、どちらとも言えない(4)、やや不満足(3)、かなり不満足(2)、全く不満足(1)の 7 段階を選択する形式で、括弧内に示した 1 から 7 までの整数でコードされていた。

② 説明変数

説明変数として、上に挙げた職務満足度 5 項目以外の全ての項目を用いた。具体的には、性・年齢、所属病院の病床数・医師数と以下に挙げる医師の働き方に関する諸要因であった。すなわち、(1)病院内の勤務時間、(2)休憩時間、(3)兼業の状況、(4)1か月の兼業の時間、(5)勤務間インターバル、(6)連続勤務時間、(7)夜間オンコール、(8)休日オンコール、(9)宿日直許可、(10)宿日直許可のある宿日直の間の診療業務、(11)交代制勤務、(12)自発的な自己研鑽、(13)眠気、(14)睡眠時間、(15)食欲、(16)疲労、(17)通勤時間、(18)休日での疲労解消、(19)運動習慣、(20)自分の心身の状態の不安、(21)育児、介護など家族の世話の負担、(22)ストレスチェック、(23)就業制限であった。

(3) 分析方法

① 分析対象

目的変数が欠損値でない 1,465 人を分析対象とした。説明変数の欠損値は、「欠損値」という一つのカテゴリーとして取り扱うこととし、説明変数に欠損値を持つケースは削除しなかった。

② 統計手法

樹形モデル (tree-based model) である Classification and regression tree (CART) (Breiman L et al., 1984)を用いて解析した。今回の目的変数は計量値と見なしてよいので、CART によって回帰木 (regression tree)を求めたことになる。

医学領域では、このような目的変数と説明変数の関係を解析する際に線型モデルである重回帰分析をもちいるのが一般的である。しかしながら、重回帰分析には、線形性の関係が仮定されていること、交互作用の存在を仮定する場合には交互作用項をあらかじめモデルに含める必要があること、多重共線性の検証が必要であることなどの制約があり、最適モデルを得るためには試行錯誤が必要となる。そのため、これらの制約がなく、データセットに非常に多くの説明変数があり、非線形構造や交互作用が含まれていても効率的にデータ構造を概観できる CART を用いることとした。

分析には R Version 4.03 (R Core Team, 2020)を使用した。

③ CART について

樹形モデルあるいは決定木 (decision tree)による分析は古くからある方法であり、その代表的手法である CART は 1980 年代に開発された。CART はこれまで医学領域ではあまり利用されていなかったが、近年、AI や機械学習そしてビッグデータが医学領域でも注目されており、非常に多くの変数を含むデータセットを効率的に解析するための機械学習の手法の一つとして注目されてきている。樹形モデルは、if-then ルールによっているので、理解しやすく説明しやすいという利点もある。

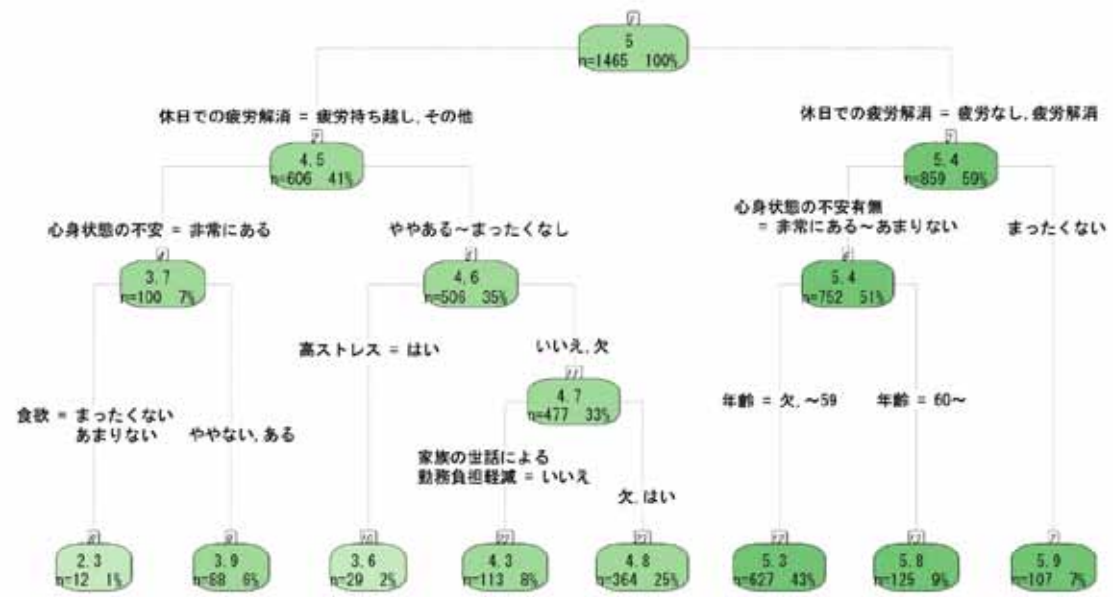
CART の具体的手法について、簡単に述べる。CART では、まず、全標本を説明変数

の一つによって 2 群に分けることを考える。このとき、全ての説明変数について全ての分岐点で検討し、分割後の 2 群の目的変数の値について、群内がなるべく均一に、そして、群間はある程度差が出るように分ける説明変数と分岐点を見いだす。つぎに、分割後のそれぞれの群に対して、同様の分割を行いさらに 2 群に分ける。これを繰り返して回帰木を成長させる。これ以上分ける意味がない状態になった場合にはそれ以上の分岐は行わない。このようにして分類木または回帰木を得る。

【結果】

得られた回帰木を図に示す。

図. 職場に対する総合的な満足度を目的変数とし、性・年齢、所属病院の病床数・医師数、医師の働き方に関する諸要因を説明変数として、CART を用いて得られた回帰木



目的変数に対する重要度が高い説明変数として、高い順に、「休日での疲労解消」「自身の心身の状態への不安」「普段の疲れの自覚」「眠気の合計点」「すわってテレビを見ているときの眠気」「会議、映画館、劇場などで静かにすわっているときの眠気」「ストレスチェックで高ストレスと判定」「家族の世話で勤務負担軽減の必要性を自覚している場合に実際に勤務負担の軽減が出来ているか否か」「年齢」「食欲」「家族の世話で勤務負担軽減の必要性の自覚」となった。なお括弧内は変数名である。

回帰木から以下のことがわかった。

- ・1465人全体(100%)の職場総合的満足度の平均は5で「やや満足」に相当した。
- ・職場総合的満足度と統計学的に最も関連が強かったのは「休日での疲労解消」であった。この「休日で疲れは解消できていますか?」という質問に対して「もともと疲れは感じていない(1)」「休日で疲れは解消できている(2)」と答えた859人(59%)と、「休日があっても疲れを持ち越す(3)」「その他(4)」と答えた606人(41%)との間で、職場総合的満足度に統計学的に最も有意な差があった。前者の平均満足度は5.4、後者のそれは4.5と約1段階の差が認められた。他の全ての説明変数、たとえば勤務時間などは、「休日での疲労解消」よりも職場総合的満足度との関連が低かったことを意味する。
- ・前者の859人については、「ご自身の心身の状態に不安はありますか?」という質問に対して「まったくない(1)」と答えた107人(平均満足度5.9)と、「非常にある(4)」「ややある(3)」「あまりない(2)」と答えた752人(平均満足度5.4)との間でもっとも有意な差があった。後者はさらに、60歳以上の125人(平均満足度5.8)と59歳以下の627人(平均満足度5.3)との間で最も有意な差があった。つまり、60歳以上であり休日で疲労解消ができていない人か、あるいは、59歳以下でも休日で疲労解消ができておらず心身に不安が全くない人の満足度平均値は、「かなり満足」にほぼ相当することがわかった。
- ・後者の606人については、「自身の心身の状態への不安」が「非常にある(4)」と答えた100人は平均満足度3.7にとどまり、「まったくない(1)」「あまりない(2)」「ややある(3)」と答えた506人は平均満足度4.6と約1段階の差が生じていた。
- ・前述の100人はさらに「食欲」が「まったくない(1)」「あまりない(2)」の12人と「ややない(3)」「ある(4)」の88人に分岐し、前者12人の平均満足度は2.3と最も低く「かなり不満足(2)」に近かったが、後者88人の平均満足度は「どちらともいえない(4)」に近かった。
- ・前述の506人は、「ストレスチェックで高ストレスと判定」されたか否かで分岐し、判定されたと答えていない477人は「家族の世話で勤務負担軽減の必要性を感じていても勤務負担の軽減」がない場合(113人)と、それ以外の場合(364人)で、平均満足度に0.5段階の違いがあったことがわかった。「ストレスチェックで高ストレスと判定」されたと答えた29人は、平均満足度が「どちらともいえない(4)」を下回っていた。
- ・「普段、疲れを感じますか?」という質問などは、重要度が高い変数であることがわかったが、回帰木には表れてこなかった。これは回帰木に現れた説明変数と相関が高く、他の変数で先に説明されてしまったためであると考えられた。

【考察】

医師の職場に対する総合的な満足度を目的変数、性・年齢、所属病院の病床数・医師数と医師の働き方に関する諸要因を説明変数として回帰木を作成したところ、「休日での疲労解消」「自身の心身の状態への不安」「普段の疲れの自覚」「眠気」「ストレスチェックで高ストレスと判定」「家族の世話で勤務負担軽減の必要性を自覚している場合に実際に勤務負担の軽減が出来るか否か」「年齢」「食欲」「家族の世話で勤務負担軽減の必要性の自覚」の順に重要な説明変数で

あることがわかった。

医師の疲労、医師自身の心身への不安、医師の高ストレス状態は満足度に大きな影響を与える一方、病院の医師数や病床数、勤務時間や勤務形態、通勤時間、睡眠時間、運動習慣など客観的に把握可能な指標は直接的にはあまり大きな影響を与えていないことがわかった。ただし、病院の属性は医師数と病床数しか検討していないので、それ以外の属性、たとえば病院の機能などが影響している可能性は残されている。

以上のことから、医師の職場に対する総合的な満足度を上げるためには、まずは、医師の疲労の蓄積の軽減に注意を向ける必要があると思われる。さらに、自身の心身への不安が高い医師、家族の世話の負担が大きい医師への援助も必要であろう。疲労は主観的な感覚であり、客観的な把握は難しく、労働安全衛生法上の自己保健義務の範疇かもしれないが、医師自身の健康を守ると同時に、職務満足度を通じて、病院の提供する医療の質に影響を与えている可能性もある。もちろん、医師の健康を確保するという観点から労働時間が重要であることは言うまでもないが、良質な医療を持続的に提供するという病院経営の本来の目的からは、労働時間と同時に医師の疲労度にも注目する必要があると考えられる。

本調査には様々な限界がある。第 1 に、観察研究であり、必ずしも因果関係が証明されたわけではない。また、職場への満足度が高い場合には、疲労度を感じにくいなど、因果の向きが逆である可能性もある。さらに、満足度と働き方の両方に影響する今回測定していない第 3 の要因が、両者の見かけの関係性を生じさせている可能性もある。第 2 に、この種のアンケート調査としては回答率が低いとは言えないが、研究データとしては回答率が高いとも言えず、選択バイアスが生じている可能性がある。第 3 に、済生会の病院を対象としており、他の病院ではこのような関連が見られない可能性がある。第 4 に、当然のことながら、今回測定していない要因が医師の職場満足度により大きな影響を与えている可能性がある。

以上のような限界はあるものの、済生会医師の職場満足度にとって、医師の疲労の蓄積、医師自身の心身への不安、医師の家族の世話の負担を考慮する必要があると示唆されたことは意義深いと考える。

今回のデータセットを用いた解析の今後の方針としては、医師数や病床数以外の病院の特性たとえば病院の機能をデータセットに追加すること、医師や病院の属性で層別して解析を行うこと、今回検討しなかった他の 4 つの医師職務満足度に関する質問を目的変数とした解析を行うこと、5 つの医師職務満足度の次元縮約が可能か否かを検討することなどが考えられる。

そして、今後、医師の職務満足度に関するさらなる調査が必要であろう。その際には、ブレインストーミングや過去の国内外の文献調査から、医師の職務満足度を説明する特性要因図や概念図を作成し、最適な調査票を設計することが必要となろう。

【文献】

- 済生会保健・医療・福祉総合研究所 (2022). 「済生会病院医師の働き方の実態と今後の在り方に関する研究」第2回医師調査報告書
- Breiman L. Friedman JH, Olshen R. Stone CJ (1984). Classification and Regression Trees. Wadsworth International Group, Belmont California, USA
- R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.

A Study on Factors Affecting Hospital Physicians' Workplace Satisfaction

-Analysis using data from the “2nd Physician Survey of the Study on the Actual Conditions and Future Ideal Working Conditions of Saiseikai Hospital Physicians”

Kimio Yoshimura^{1,2}, Naohito Yamaguchi², Yuji Mochida², Satoru Matsubara² and Shigeru Sumitani²

¹Department of Health Policy and Management, School of Medicine, Keio University

²Saiseikai Research Institute of Health Care and Welfare

To ensure the quality of medical care provided by hospitals, it is necessary to maintain and improve the level of job satisfaction among physicians. In this study, we analyzed the relationship between physicians' job satisfaction and various factors of their working styles using data from the 2nd Physician Survey of the "Study on the Actual Conditions and Future Ideal Working Styles of Doctors at Saiseikai Hospitals" in 2021. The survey was a self-administered, anonymous questionnaire survey completed by 1,468 full-time physicians at 76 hospitals, with a response rate of 35.0%.

A CART regression tree was created using physicians' overall satisfaction with their workplace as the objective variable and almost all variables other than satisfaction as explanatory variables: sex, age, number of beds and physicians at the hospital, and various factors related to the way physicians work. The results showed that physician fatigue, physicians' own physical and mental anxiety, sleepiness, and physicians' high stress levels had a significant impact on satisfaction, while objectively ascertainable indicators such as the number of physicians and beds at the hospital, work hours and work style, commuting time, sleep duration, and exercise habits had little direct impact.

To increase the overall satisfaction of the Saiseikai physicians with their workplaces, attention should first be paid to reducing the accumulation of fatigue among physicians. Furthermore, assistance may be needed for physicians who have high levels of anxiety about their own physical and mental health and for those with a heavy burden of caring for their families.

Keywords: physicians of Saiseikai hospitals, job satisfaction, fatigue, anxiety about health, family care, decision tree

災害時の災害派遣福祉チームの受援施設と派遣元施設における 課題 ―済生会 DCAT の取り組みから―

原田 奈津子

済生会保健・医療・福祉総合研究所 上席研究員

概要

済生会では、いち早く福祉施設における災害への対応として、済生会 DCAT を立ち上げ、活動してきた。今回、受援施設と派遣元施設にそれぞれインタビュー調査を行ない、災害時の課題を明らかにすることを目的としている。

災害時の受援について、具体的な支援内容を依頼できるよう、組織を整えておく必要がある。日頃から被災を想定した取り組みを行うことの重要性が示唆された。一方、派遣体制の構築では、福祉施設では、人員に余裕のない状態にある施設も多いことから、職員派遣となると現場のシフト調整が難しいことが課題となる。研修受講体制や DCAT についての理解普及をまずは行うことが必要になる。

現在、福祉施設については、災害時や感染症が起こった際の対応として、事業継続に向けた計画の策定や研修や訓練の実施を義務付けることが求められている。災害時の受援と派遣は表裏一体の活動であるため、その点も考慮した施設運営を検討する必要がある。今後も、研究において、多角的に災害時における福祉施設や地域に着目し、普遍的な受援・派遣体制の構築に寄与したいと考える。

キーワード 災害派遣福祉チーム、済生会 DCAT、福祉施設、受援施設 派遣元施設

【はじめに】

地震や豪雨などの災害や感染症が発生した際、行政による避難所の開設や専門職による派遣チームの存在がメディアでも多く取り上げられてきた。特に、医療分野では、いち早く駆け付ける派遣チームである DMAT（災害派遣医療チーム）が存在しており、この他、DPAT（災害派遣精神医療チーム）、JMAT（日本医師会災害医療チーム）をはじめ、さまざまな医療チームが有機的にリンクしつつ、活動を行っている。

一方、災害発生に伴う福祉的な支援として、日本で最初のチーム活動を行った済生会による「済生会 DCAT（Disaster Care Assistance Team：災害派遣福祉チーム）」をはじめ、都

道府県や全国老人福祉施設協議会、日本社会福祉士会などさまざまな自治体や団体による福祉チームの派遣が進められている。また、この他、ボランティアなどによる片付けや話し相手などの支援も実施されている。

福祉分野では、支援する対象も高齢者や児童など多岐に渡っており、支援内容もその人の暮らしをどう支えるのかという生活支援への考慮もあるため、専門職による派遣チームであっても、課題も多く散見されてきた。

全国社会福祉協議会による『災害時福祉支援活動の強化のために一被災者の命と健康、生活再建を支える基盤整備を（提言）』（令和元年9月）では、福祉関係者の使命感や自発性に依拠した災害時福祉支援活動となっていることや応援や受援の仕組みの未整備、連携体制の不足、財政の課題が挙げられている。また、厚生労働省は、都道府県知事あての「災害時の福祉支援体制の整備について」（平成30年5月）の通知の中でも、必要な受援体制のあり方について検討しておくように記されてきた。

そして、現在、福祉施設については、災害時や感染症が起こった際の対応として、事業継続に向けた計画の策定や研修や訓練の実施を義務付けることが求められている。事業継続計画、すなわちBCP（Business Continuity Plan）の策定を目指している。

災害や感染症などの問題が生じた際、福祉施設として単独で乗りきるということは難しい場合もでてくることが想定される。そのため、災害時の支援を受けることを受援とするならば、逆に支援をする側として職員の派遣についても検討しておく必要がある。災害時の受援と派遣は表裏一体の活動であるといえよう。

本研究では、図1にあるように、災害時に不可欠な要素である「福祉施設の受援と派遣」について、被災した福祉施設がどのように支援を受け入れるのか、また、どのように活動に参加する職員を派遣しているのか、検討していくこととする。

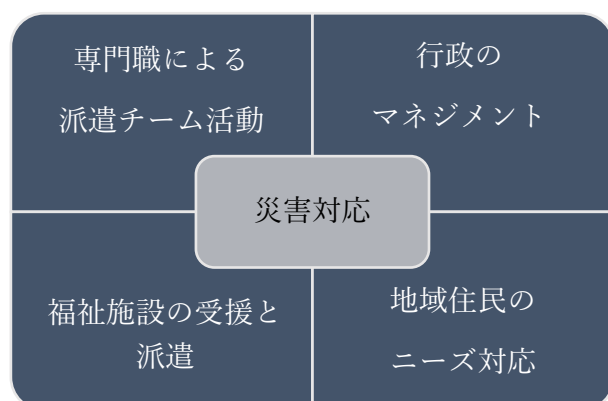


図1 災害対応における基本要素（筆者作成）

災害時対応に関して Cinii を通して研究の動向に関するレビューを実施した。Cinii で「災害派遣」を検索したところ、471 件の論文が確認された（2022 年 6 月検索）。先行研究では、自衛隊の実践事例をはじめ、DMAT や DPAT といった医療実践の視点のものが多くみられる。また、「DCAT 災害」で検索したところ 9 件となっており、済生会 DCAT を中心に活動実践の報告がみられた（2022 年 6 月検索）。「DWAT 災害」では 12 件であった（2022 年 6 月検索）。このように学術的な位置づけとして、やはり被災時における専門職の派遣チームについて、医療分野を中心に研究は盛んになっており、近年、福祉の派遣チームに関する研究も少しずつ増えているようである。福祉からの視点による災害対応のあり方について、普遍化・理論化しうるような研究は意義深いと考える。

【研究目的・方法】

日本においていち早く災害時の福祉分野にかかわる支援活動を行ってきた済生会による「済生会 DCAT（Disaster Care Assistance Team：災害派遣福祉チーム）」の取り組みを精査し、今後の整備に向け、活動の受け入れのフィールドとなる福祉施設の受援の際の課題や、一方で、活動に参加する職員を派遣する福祉施設としての課題についても整理していく。

災害時対応では、サポートをする側である「派遣」に注目が行きがちであるが、それと同じくらい受け入れる側の「受援」も重要になってくる。「派遣」と「受援」の有機的に機能する態勢づくりが求められている。

本研究では、済生会 DCAT の活動において、これまでに被災し受援した経験のある「受援施設」への聴き取りと共に、災害派遣チームの職員の「派遣元施設」に聴き取りを行うことで、現状と課題を明らかにし、福祉施設の普遍的な災害時の体制の構築に寄与したいと考える。

本研究は調査による実証研究である。済生会 DCAT は、これまでに 3 回（「熊本地震（H28 年）」「岩泉災害（H28 年）」「西日本 7 月豪雨（H30 年）」）派遣されている。この 3 回で活動のフィールドとなった受援施設と活動に参加した職員が所属する派遣元施設を調査対象とする。調査の実施にあたっては、日本社会福祉学会などの福祉系学会の研究倫理指針等を遵守しながら、個人の名前が特定されたり、個人の評価に利用されたりすることはない旨をインタビュー対象者に対して説明し、同意書と撤回書を用意し、その上での研究協力をお願いした。なお、調査の実施にあたっては、所属する研究所内での倫理委員会にて調査について承認を得て実施した。

【結果・考察】

＜受援施設へのインタビュー調査＞

済生会 DCAT の活動の場となった被災した施設である受援施設 4 か所（児童や障がい者を対象とした複数の事業所を有する福祉センター 1 か所、特別養護老人ホーム 2 か所、介護老人保健施設 1 か所）において、調査対象は、施設長などの管理職者 5 名と災害時に中心とな

って対応を行なった職員6名（生活相談員2名、看護師長2名、事務職員2名）であり、半構造化面接によるインタビュー調査を2019年6～7月に行った。

調査項目は、①活動支援内容、②受け入れにあたっての困難事項、③事前準備で必要なこと、④今後に向けてとなっている。それぞれの項目についてについてまとめたのが次である。

① 活動支援内容

- ・利用者へのケア：見守り、声かけ、入浴・食事介助、介護、リハビリ、日中活動支援、コミュニケーション、余暇活動
- ・事業運営にかかわる支援：施設・避難所の宿直、グループホーム避難者支援、就労継続支援事業（クリーニング、食品事業等）の支援、エレベーターが動かなくなった高層住宅に住む障がい児の通園支援等
- ・施設運営に関わる対応：断水の対応（井戸水の給水支援等）、備品や資料が散乱した事業所内の片付け作業等

② 受け入れにあたっての困難事項

- ・特にはないが、受け入れにあたっての不安をクリアしていった
- ・特に受け入れにあたっての困難は無く、情報の共有を心がけていた
- ・情報共有を心がけ、DCATメンバーの交代に備えた
- ・DCATメンバーの衣食住は自己完結型のため、受け入れ施設の負担はなかった
- ・障害者施設に介護施設職員が対応できるか不安だったが、ベテラン職員も多かったためか、利用者支援に全く問題なかった
- ・DCATのメンバーは短期間で交代となるため、施設側からメンバーに都度同じ内容の説明が必要。同一メンバーの長期支援か、全体をまとめるコーディネーターがいると助かる

③ 事前準備で必要なこと

- ・物品の管理：水、飲料や食料の不足に備える
- ・物流がストップし、被災当初は飲料や食料が不足する。DCATに参加された方々が事前に必要品を聞き取り持参し助けられた
- ・交通網寸断の対応：ルートや交通手段の確認と時間的余裕が必要
- ・災害訓練やマニュアル整備
- ・普段の業務内容の確認
- ・被災時のマネジメントの核になる職員の育成
- ・地域での連携や地域ニーズの把握

④ 今後に向けて

（DCATの派遣依頼について）

- ・DCAT の要請は、発災後本部から派遣された応援職員の積極的な助言や福祉施設長会会長のスピーディな対応により実現した

- ・DCAT の受け入れについて、現場職員の疲弊もあり、要請を行った

- ・被災施設では派遣施設に遠慮もあり要請を躊躇しがちである

- ・被災時は積極的に DCAT を活用することや、日頃から各施設で DCAT スタッフを養成しておくことをさらに周知徹底すべきと考える

(活動業務についての対応)

- ・活動業務については、現場のニーズが変わるため、その都度調整をした

- ・基本的に情報共有などは DCAT の引継ぎは DCAT

(その他)

- ・被災時の記録として、文章だけでなく、写真も活用している

- ・支援者支援として、職員のバーンアウト対策を考える必要がある

<受援施設における考察>

職員自身も被災し、出勤できない、残業できないなどにより、スタッフの絶対数が足りな
い中、済生会 DCAT の受け入れによって施設・事業所としての運営が保たれていった様子が
調査によって明らかになった。

福祉避難所として指定されている福祉施設もあることから、日常の業務に加えて、さらに
地域の中で重要な社会資源としての役割と機能を求められている場合もある。そのため、被
災時において、外からの支援は不可欠であると言えよう。その意味でも、災害時の受援につ
いて、情報の共有や支援内容を具体的に依頼できるよう組織を整えておく必要がある。つま
り、日頃から被災を想定した取り組みを行うことの重要性が示唆された。

また、DCAT などの支援のチームと受援施設をつなぐような全体を通してのコーディネ
ーターの存在が必要であるという。支援の要請に躊躇しがちなことや、タイミングが遅くなるな
ども懸念されることから、被災した施設の職員が疲弊しきった状態になる前の迅速な支援
のあり方を検討しておく必要がある。

<派遣元施設へのインタビュー調査>

これまでに職員の派遣を核となつて行った派遣元施設 4 施設の施設長 4 名および職員 11
名（相談職 6 名、介護職 4 名、管理栄養士 1 名）に対し、半構造化面接によるインタビュー
調査を 2019 年 6～7 月に行った。

調査項目は、①DCAT にかかわる活動状況、②派遣にあたっての困難事項、③派遣職員へ
のサポート、④今後に向けての 4 つを軸とした。

① DCAT にかかわる活動状況

- ・職員派遣にあたって、ベテランの介護職や生活相談員など、受け入れ先の職員や利用者の

ニーズに即時対応できるような安心できる人材を選定していた

- ・職員派遣にあたっての選定、職員への講話、オリエンテーションを行なった
- ・初期の派遣での活動では、物資や水の運搬などライフラインへの支援、利用者の話し相手などが主であった
- ・ライフライン復旧後の派遣では、利用者の見守りや介護、レクリエーション活動といった受け入れ先の職員のサポートになるような活動が増えた

② 派遣にあたっての困難事項

- ・職員派遣に伴い現場のシフト調整への不安が生じたが、災害時の職員派遣に関しての施設長による全体講話を行うことで、意義などを共有した
- ・現場シフト調整
- ・もともと DCAT への参加登録をしている職員だけでなく、バランスを考えて派遣する職員を選定した（男女の比率など依頼に合わせた人選や支援内容のかわる段階に合わせた人選）

③ 派遣職員へのサポート

- ・派遣時のサポートとして、旅費などの費用負担、支援物資を詰めたスーツケース等の物的支援を行なった
- ・受け入れ先に関する情報、派遣元である自施設とのコミュニケーションの確認（定時報告等）、オリエンテーションなどを行った
- ・派遣後の支援として、施設での活動報告会を開くことで情報共有を行うことや、表彰を行うなどをして、活動への理解を深める取り組みを行ったところもあった

④ 今後に向けて

- ・自施設での受け入れや派遣の訓練などの被災時の備え
- ・派遣する職員の基準やトレーニングの実施
- ・受け入れ施設と派遣元施設・派遣職員の間で業務内容等を調整する福祉専門職によるコーディネーターの設置
- ・無事であることや自分の身を守ることの重要性を DCAT で派遣される職員へ伝えたい

<派遣元施設における考察>

被災時の支援活動において、初期の派遣、ライフライン復旧後の派遣など支援の段階に応じた職種の派遣を行っていた。施設長だけでなく、相談職や介護職の主任クラスが、派遣要請に備え、事前に準備をしていた様子が見えた。最終的には、現地のニーズや復旧段階の見極めのもと、派遣職員を決定していることがわかった。そのため、急遽のシフト調整や派遣準備の訓練が不可欠であるということであった。

また、派遣職員へのサポート（活動報告の機会、表彰等）についてさらに整える必要があることも示された。

【結論】

災害時に済生会 DCAT のフィールドとなった受援施設と、活動に参加した職員を派遣した派遣元施設の両面の立場についてインタビュー調査を行なうことで、受け入れにあたっての課題と職員の派遣にあたっての課題が精査されたのではないかと考える。

受援体制の構築において、まず、支援内容を検討する意味でも日頃の業務について把握し、被災を想定した訓練などの実施も行なっていく必要があると考える。現在、福祉施設において課せられている BCP の策定などを通した準備が求められている。

図2に福祉施設における災害対応について示した。「準備」・「受援」・「回復」の3つの段階を想定した。それぞれ、「準備」段階では、被災を想定したマニュアルの整備や職員教育・訓練、地域での顔の見える関係構築が課題となると考えた。次の「受援」つまり、被災時には、災害派遣福祉チームの受け入れと連携、被災による地域のようなニーズへの対応、特に行政や近隣の病院や施設との連携が必要になると思われる。最後の「回復」の段階では、通常業務へのシフトを行ないつつ、利用者へのフォローや職員へのサポートにより、普段の日常へと戻っていくのではと思う。

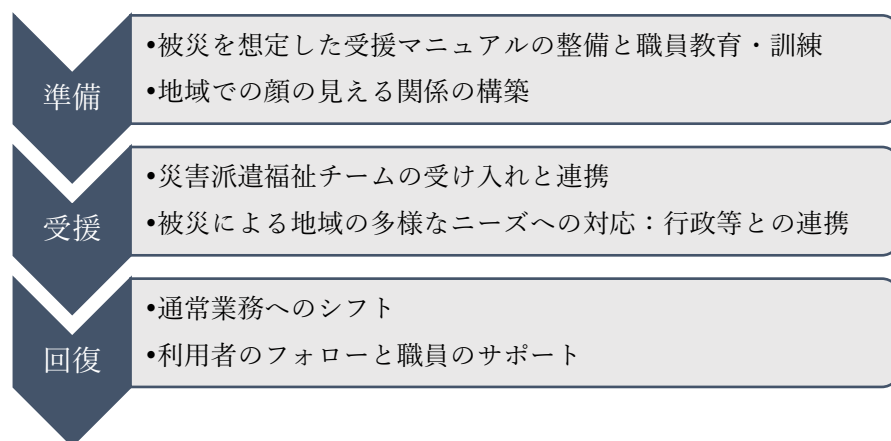


図2 福祉施設の災害対応の位置づけと課題内容（筆者作成）

一方、派遣という側面を考えると、研修受講体制やDCATについての理解普及をまずは行うが必要になると考える。福祉施設では、人員に余裕のない状態にある施設も多いことから、職員派遣となると現場のシフト調整が難しいことが課題となる。

派遣する職員の選定にあたっては、派遣時期や支援内容に合った職員を選ぶことになり、ベテランの核になる職員が選ばれがちなため、自施設での業務へ影響もでてくる。事前に

シフト調整の訓練や研修による職場での情報共有と実践を考える機会が求められている。

その他、派遣職員へのサポートとして、同僚への活動報告の機会や表彰などを積極的に行うことで、よりよい変化が起こるのではないかと思う。実際のインタビュー調査においても、活動報告を施設内だけでなく、中学校や他施設など地域の中で行うことで災害への意識を高める取り組みを行なっているところもあった。この地域での活動というのが重要になってくる。済生会 DCAT 自体は済生会内での自助互助をベースにしているが、今後は地域との連携や医療も含めたチームの編成も検討を行う時期にきている。

現在、福祉分野の研究では、SDGs やソーシャルインクルージョン、ダイバーシティなどの視点を取り入れ、まちづくりも含めた老若男女などすべての方々がいかに幸せを築けるのか、福祉の視点を基盤にしつつ、研究を進めていくことが求められている。特に災害発生時はその根幹を揺るがすことになることから、災害時対応は大きな課題であるといえよう。引き続き、多角的に災害時における福祉施設や地域の現状と課題に着目し、普遍的な受援・派遣体制の構築に寄与したいと考える。

【引用文献】

- 『災害福祉広域支援ネットワークの構築推進に向けた災害時の福祉的支援の在り方と標準化の調査研究報告書』2018 年 3 月 富士通総研
- 『済生会 平成 30 年度 DCAT 実務者研修会資料』（2019 年 3 月 25 日）
- 『災害時福祉支援活動の強化のために一被災者の命と健康、生活再建を支える基盤整備を（提言）』（令和元年 9 月）全国社会福祉協議会
- 「災害時の福祉支援体制の整備について」（平成 30 年 5 月）厚生労働省

謝辞

調査にご協力くださいました施設・事業所の皆様に心より御礼申し上げます。今後とも引き続き、よろしくお願いいたします。

Issues at Welfare Facilities Receiving and Sending Dispatched Welfare Teams in Times of Disaster — From the efforts of the Saiseikai DCAT

Natsuko Harada

Saiseikai Research Institute of Health Care Welfare

Abstract

Saiseikai was one of the first welfare facilities to respond to disasters by establishing and operating the Saiseikai DCAT. The purpose of this survey is to clarify the issues that need to be addressed in the event of a disaster by conducting interviews at both the receiving facility and the dispatching facility.

It is necessary to have an organization in place to request specific support in the event of a disaster. The importance of taking initiatives on a daily basis in anticipation of a disaster was suggested. On the other hand, in terms of establishing a dispatch system, many welfare facilities are in a state where they do not have enough staff, and the difficulty in coordinating on-site shifts when it comes to dispatching staff is a challenge. It will first be necessary to establish a training program and disseminate understanding of DCAT.

Currently, welfare facilities are required to formulate a plan for business continuity and conduct training and drills as part of their response in the event of a disaster or infectious disease outbreak. Since receiving and dispatching aid during a disaster are two sides of the same coin, it is necessary to examine facility operations with this aspect in mind. In our research, we will continue to focus on welfare facilities and communities in times of disaster from multiple perspectives and contribute to the establishment of a universal support and dispatch system.

Key word

Disaster Dispatch Welfare Team, Saiseikai DCAT, Welfare Facilities, Receiving Facilities, Dispatching Facilities

言葉で表現することが難しい入所児者の表出する反応やサインに対して職員が抱える「わからなさ」の構造

吉田 護昭

済生会保健・医療・福祉総合研究所 研究員（令和4年3月31日まで）
港区立南麻布地域包括支援センター 社会福祉士（令和4年4月1日より）

要旨

本研究は、重症心身障害児（者）施設（以下、「重症児者施設」）に勤務する職員（以下、「職員」）が重症児者施設に入所する重症心身障害児（者）（以下、「入所児者」）の反応やサインを捉える際に生じる「わからなさ」に焦点をあて、「わからなさ」の実態とその要因を明らかにすることを目的とする。研究方法は11名の調査協力者と研究ミーティングを行った際に語られた内容について質的記述的分析を実施した。分析の結果、「わからなさ」が起こる要因として、【実践観の違い】、【入所児者の捉え方の違い】、【実践経験の違い】、【入所児者に関する情報のつながりの不十分さ】、【入所児者の生活経験の少なさ】の5つのカテゴリーが、「わからなさ」の実態として、【入所児者の反応や変化の様子】、【入所児者の反応やサインを捉える際の職員の判断】の2つのカテゴリーが生成され、合わせて7つのカテゴリー、11のサブカテゴリー、36のコードが抽出された。

わからなさが生じる一番の要因は、職員の【実践観の違い】であった。その背景には、職員の専門職としての価値観と職員個人の価値観の違いによることが明らかとなった。また、【入所児者に関する情報のつながりの不十分さ】や【入所児者の生活経験の少なさ】が、【入所児者の反応やサインを捉える際の職員の判断】や【入所児者の反応や変化の様子】に直接影響していることが明らかとなった。

キーワード: 入所児者の反応やサイン、わからなさ、職員、実践観

1. はじめに

2020年、調査協力の得られたX法人の重症児者施設職員11名（以下、「調査協力者」）に対して、入所児者の反応やサインを捉えるための実践について、インタビュー調査を実施した¹⁾。その結果、調査協力者11名全員が、入所児者それぞれが示す反応や表出を捉え、その意味を理解し、職員間で情報共有を行い、チームで支援していることが明らかとなった¹⁾。

一方で、反応や表出がほとんどない、または全く見受けられない入所児者に対して、職員はどのように捉えたらよいのか、また、捉えることができて、それらがどのような意味であるか、自分のかかわり方がどうなのか、といった迷いやわからなさを生じているこ

とも明らかとなった。その迷いやわからなさを解決するために、職員間で情報共有を行っている。しかしながら、それでも入所児者の反応や表出、その意味がわからない場合がある。その結果、職員が抱えるわからなさのサイクルから抜け出せずにいることが課題として浮かび上がった¹⁾。

本研究は、職員が入所児者の反応やサインを捉える際に生じる「わからなさ」に焦点をあて、「わからなさ」の実態とその要因を明らかにする。調査の結果から、職員が抱えるわからなさを少しでも解消でき、入所児者の反応やサインとその意味を捉えることがより可能となるための具体策について考察する。

本研究により、職員が入所児者の反応やサインを捉える際における自らの実践を振り返ることが可能となることに加え、実践における新たな気づきが得られることにつながると考える。また、入所児者の新たな気づきや発見、支援方法を見出すことがより可能となり、より良い支援の提供にもつながるものと考ええる。

2. 研究方法

2.1 研究デザイン

本研究は、入所児者とのかかわりを通して職員が抱える「わからなさ」の構造について、職員からの語りを通して明らかにすることを目的としているため、質的研究法を用いることとした。調査期間は2021年9月14日とした。調査協力者は、2020年にインタビュー調査を実施した11名の調査協力者とした(表1)。

本研究において想定する入所児者の対象は、反応や表出がほとんどない、または全く見受けられない入所児者(特に、施設の中で最もコミュニケーションが困難とされている入所児者)とした。

2.2 調査方法

調査協力者に対して、事前に本研究の目的および方法について文書を郵送した。その後、Web会議システムZoom(以下、Zoom)にて、事前に郵送した文書を用いて口頭で説明をし、同意書による研究参加による承諾を得た。承諾を得た調査協力者を対象に、研究代表者があらかじめ用意したインタビューガイドを用いて、研究ミーティングを実施した。本来であれば、参加の承諾を得た調査協力者を一堂に集めて研究ミーティングを開催する予定にしていたが、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、Zoomを使用して実施することとした。また、研究ミーティングの内容について、Zoomでの録画・録音について調査協力者からの同意を得た。

2.3 研究ミーティングにおける検討内容

研究ミーティングにおける検討内容は、①入所児(者)とのかかわりにおいて、どのような状況のときに「わからなさを感じる」のか、②わからなさの具体的内容、③わからなさが起こる背景または要因、④わからなさを感じた(直面した)とき、どうしているか、

⑤わからなさから解消することができるようになるためには、どのようなことが必要であるか、の主に5つとした。

2.4 用語の定義

「わからなさ」とは、不確実性、確信がもてないと定義する。

2.5 分析方法

Zoomで録音した音声データすべてから逐語録を作成した。入所児者と職員とのかかわりにおいて、わからなさを生じる場面や具体的内容、わからなさの生じる要因や背景に関する部分を抽出し、質的記述的分析を行った。逐語録の意味内容を損なわないように、文脈をコード化し、コードの類似性に着目し、サブカテゴリーとして統合した。そして、サブカテゴリーを比較検討し、再編を繰り返し行い、カテゴリーを抽出した。また、信頼性と妥当性を確保するため、統合過程においては、質的研究に詳しい研究者から助言を受け、データ解釈と妥当性の確保に努めた。

2.6 倫理的配慮

本研究については、研究ミーティングのなかで実施したものである。研究協力者には、あらかじめ本調査の実施によって、研究への参加は強制ではなく自由意思による参加であることに加え、同意した後でも、調査協力者が不利益を被ることなく撤回することができること、さらに同意が得られない場合においても不利益になるようなことがないことを説明した。個人や事業所を特定しないことや評価に利用されたりしないこと、得られたデータや個人情報には研究以外の目的で使用しないことなど、口頭および文書で研究の主旨を説明し、書面で同意を得た。さらに、個人情報は守秘し、外部へ情報が漏洩しないように、例えば、鍵のかかる棚へ保管するなど、データの保管には万全を期すこととした。

3. 調査結果

3.1 調査協力者の属性

調査協力者の属性は、表1の通りである。

性別は、男性6名、女性5名である。所有資格は、介護福祉士が3名、保育士が3名、介護福祉士と保育士が2名、社会福祉士が3名である。重症心身障害分野での経験年数は、4年から21年で、重症心身障害分野における経験年数の平均は14.8年であった。また、これまでの総経験年数は14年から21年で、総経験年数の平均は17.2年であった。研究ミーティングにおける検討時間は、1時間2分であった。

表1 調査協力者の基本属性

ID	所有資格	重症心身障害 分野経験年数	総経験年数
1	社会福祉士	13 年	20 年
2	介護福祉士、保育士	20 年	20 年
3	社会福祉士	20 年	20 年
4	社会福祉士	20 年	20 年
5	保育士	19 年	19 年
6	介護福祉士	11 年	11 年
7	介護福祉士	15 年	15 年
8	介護福祉士	6 年	10 年
9	介護福祉士、保育士	4 年	20 年
10	保育士	21 年	21 年
11	保育士	14 年	14 年

3.2 言葉で表現することが難しい入所児者の表出する反応やサインに対して職員が抱える「わからなさ」の構造

分析の結果、言葉で表現することが難しい入所児者の表出する反応やサインに対して職員が抱える「わからなさ」の構造として、【入所児者の反応や変化の様子】、【入所児者の反応やサインを捉える際の職員の判断】、【実践観の違い】、【入所児者の捉え方の違い】、【実践経験の違い】、【入所児者に関する情報のつながりの不十分さ】、【入所児者の生活経験の少なさ】の7つのカテゴリー、11のサブカテゴリー、36のコードが抽出された（表9）。それを

図解化した結果が図1である。

そこで、以下に全体のストーリーおよび各カテゴリーの説明をする。

【 】はカテゴリー、《 》をサブカテゴリー、< >をコード、「 」を調査協力者の語りとして表記する。

3.3 全体のストーリー

言葉で表現することが難しい入所児者の表出する反応やサインに対して職員が抱える「わからなさ」の構造について、図1をもとに全体のストーリーを説明する。

「わからなさ」の実態として、【入所児者の反応や変化の様子】、【入所児者の反応やサインを捉える際の職員の判断】の2つのカテゴリーが生成された。

【入所児者の反応や変化の様子】では、《働きかけをしても入所児者の反応や変化が明確にみうけられない》場合と《入所児者の反応に変化がみられる》場合が明らかとなった。どちらの場合においても、職員は【入所児者の反応やサインを捉える際の職員の判断】が求められる。この職員の判断には、《入所児者から表出される反応やサインを捉えることができない》場合と《職員の推測に基づいて入所児者の感情や意思を判断する》場合があることが示された。

そして、「わからなさ」が起こる要因として、【実践観の違い】、【入所児者の捉え方の違い】、【実践経験の違い】、【入所児者に関する情報のつながりの不十分さ】、【入所児者の生活経験の少なさ】の5つのカテゴリーが生成された。職員の【実践観の違い】、【入所児者の捉え方の違い】、【実践経験の違い】については、3つが相互的に関連していることに加え、それらが、【入所児者に関する情報のつながりの不十分さ】や【入所児者の生活経験の少なさ】にも影響を与えていることが明らかとなった。特に、【入所児者に関する情報のつながりの不十分さ】や【入所児者の生活経験の少なさ】は「わからなさ」の実態と大きく関連していることが示された。

3.4 各カテゴリーの説明

まず、わからなさの実態として、2つのカテゴリーを説明した後に、わからなさの要因の5つのカテゴリーについて説明する。

3.4.1 入所児者の反応や変化の様子

職員の働きかけによって、どのような反応が表出されるのか、様子が変わるのかという入所児者の表出の実態のことである。

表2 入所児者の反応や変化の様子

カテゴリー	サブカテゴリー
入所児者の反応や変化の様子	1) 働きかけをしても入所児者の反応や変化が明確にみうけられない
	2) 入所児者の反応に変化がみられる

このカテゴリーでは、「働きかけをしても入所児者の反応や変化がみられない」、「入所児者の反応に変化がみられる」の2つのサブカテゴリーで構成された。

1) 「働きかけをしても入所児者の反応や変化が明確にみうけられない」

職員が入所児者に働きかけをしても、何も反応が表出されなかったり、変化がなかったりすることである。

＜五感への働きかけを行っても反応が明確にみうけられない＞、＜療育活動中における表情や体の変化が明確にみうけられない＞、＜表情に変化が明確にみうけられない＞、＜働きかけをしてもバイタルなどの数値に変化がみられない＞の3つのコードから生成されている。

「利用者さんの反応がない、動かしても何をしてもバイタルも何も変化がなくて。(6)」

「表情が変わらない、手が動かない、バイタルに変化がない。(8)」

「実際に療育をやっている、普段の表情と療育をやっているときの表情がまったく変わらない、目元、口元、指先を見ても普段と変わらない。(9)」

2) 「入所児者の反応に変化がみられる」

職員が入所児者に働きかけをした際に、入所児者に何らかの反応や変化がみられることである。

＜わずかな反応やサインがみられる＞、＜呼吸数やバイタルなどの数値による変化がみられる＞の2つのコードから生成されている。

「ちょっと手が動いた、ちょっと視線を動かしてくれたというやつと見せてくれた。(8)」

「活動に対して心拍などバイタルの変化はある。(5)」

「脈が上がったなどバイタルの変化がある。(11)」

3. 4. 2 入所児者の反応やサインを捉える際の職員の判断

職員が入所児者の反応やサインを捉える際、どのように判断をしているのかということである。

表3 入所児者の反応やサインを捉える際の職員の判断

カテゴリー	サブカテゴリー
入所児者の反応やサインを捉える際の職員の判断	1) 入所児者の反応やサインを捉えることができない
	2) 職員の推測に基づいて入所児者の感情や意思を判断する

このカテゴリーでは、「入所児者から表出される反応やサインを捉えることができない」、「職員の推測に基づいて入所児者の感情や意思を判断する」の2つのサブカテゴリーで構成された。

1) 「入所児者の反応やサインを捉えることができない」

職員は入所児者に働きかけをした際、入所児者の表情やバイタルなどの変化が全くみられないため、それらを捉えることができないことにより、わからなさを抱えていることである。

＜反応をみつけられない＞、＜表出がない場合に変化に気付けない＞、＜入所児者から表出されているものを感じ取れない＞、＜入所児者のサインを受け止めきれない＞の4つのコードから生成されている。

「療育活動をして、バイタルも反応がなく、ピクツという緊張が入ったり入らなかったりもまったくしないというのは、本当にわからないといつも思います。(6)」

「利用者さんの反応がない、動かしても何をしてバイタルも何も変化がなく、生理反射がない利用者さんのときにわからなさを感じる。(6)」

「表情が変わらない、手が動かない、バイタルに変化がないということが、わからないということにつながっています。(8)」

「どのような場面であっても、こちらが反応を見つけれない、本人から出されるものを感じ取れないということが、わからないということにつながっています。(8)」

「五感に関係するような働きかけをして何も反応がなかったときは、わからないとよく感じます。(9)」

2) 「職員の推測に基づいて入所児者の感情や意思を判断する」

入所児者が表出した反応やサインの意味、つまり、それらの反応やサインはどのような意思や感情があるのか、職員は推測しながら判断することにより、わからなさを抱えていることである。

＜表出された反応に対する入所児者の快または不快のどちらの感情かがわからない＞、＜入所児者が考えていることや感じていることがわからない＞、＜入所児者の気持ちが分からない＞、＜入所児者の意思が明確に読み取れない＞、＜入所児者の不快感を解消できない＞の5つのコードから生成されている。

「全然反応が見られない方、何をもって快なのか不快なのか、イエスなのかノーなのかまったく読み取れない方はいらっしゃるんで、そのへんはわからなさですし、全員で共有して解決できるかどうかはわからないですが、皆さんジレンマを抱えているのかなと思います。(1)」

「バイタルの変化もあまりなく、表情の表出もそんなに見られない方もいるので、そういうときは、活動していても、いまどう感じているのかなというわからなさを感じます。(11)」

「食事をしていても、おいしいのかおいしくないのか、熱いのか冷たいのか、アロマをやっている、この匂いは好きな匂いなのか反応がないときは、わからないと感じます。(9)」

「明確な表出が見られない方に関しては、それが心地よいのか不快なのかわからないと感じることがあります。ケアにかかわる中で、たとえば笑顔など喜んでいる様子、表情の表出がある場合は、何で笑っているのかはあまり気にならなくて、むしろ不快なほうに関心が向きやすいということが職員の中でもあります。(5)」

「反応がまったくない方に関しては、どう感じているのか、考えているのかわからないから、どう援助したらいいのかと思うだろう。(4)」

3. 4. 3 実践観の違い

職員個々における実践観（例えば、何を感じ、何を意識し、何を見、何を認識しているものの）の違いのことである。

表4 実践観の違い

カテゴリー	サブカテゴリー
実践観の違い	1) 専門職としての価値観の違い
	2) 職員自身の価値観の違い

このカテゴリーでは、「専門職としての価値観の違い」、「職員自身の価値観の違い」の2つのサブカテゴリーで構成された。

1) 「専門職としての価値観の違い」

自らの所有する資格の倫理綱領や倫理基準で規定されている専門職としての価値観の違いによってわからなさが生じることである。

＜職種による価値観の違い＞、＜生活支援の捉え方の違い＞の2つのコードから生成されている。

「スタッフの価値観も当たり前のようにみんな一緒かと思うと、違います。たとえばかかわることに自体に関しても、職種によって価値観が違いますし、職種を超えて個々によって違うので、かかわることの大切さや、かかわるときに大切にしなければいけない。(5)」

「看護師さんの中には、ここが障害児者の施設ということを知らずに、病院と思って採用されて、療育の視点が若干薄い方もいらっしゃいます。(4)」

「医療の比率がどんどん高くなってきて、なかなか生活支援という観点が。(3)」

2) ≪職員自身の価値観の違い≫

専門職としてではなく、職員個人のもつ価値観の違いによってわからなさが生じることである。

＜職員個人としての価値観の違い＞、＜仕事に対する意識の違い＞の2つのコードから生成されている。

「職員それぞれの感じ方、とらえ方が、自分は快と思っているけれども、ほかの人から見たら不快に思うなど意見が違っていたり、その人の全体像のとらえ方が違っていたりすると、職員としては、答えが一つではないから自信がなくなるというか、人それぞれ思い込みや先入観がいろいろあると思う。(4)」

「職員の中には自分の価値観で動く人がいる。(3)」

「個人のとらえ方で一瞬にしてわからなくなりました。(10)」

「福祉に対する趣に少し温度差が出てしまって……。 (2)」

3. 4. 4 入所児者の捉え方の違い

職員によって入所児者が表出する反応やサインとその意味を捉える視点が違うことである。

表5 入所児者の捉え方の違い

カテゴリー	サブカテゴリー
入所児者の捉え方の違い	1) 入所児者の捉える視点の違い
	2) 職員個々の判断基準の違い

このカテゴリーでは、≪入所児者の捉える視点の違い≫、≪職員個々の判断基準の違い≫の2つのサブカテゴリーで構成された。

1) ≪入所児者の捉える視点の違い≫

職員個々によって入所児者を捉える視点が異なることによってわからなさが生じていることである。

＜職員の立場によって見方が異なる＞、＜職員によって捉え方が違う＞、＜職員によって受け止め方が違う＞、＜職員個々の感性の違い＞の4つのコードから生成されている。

「どんな場面でも、自分はこう思う、自分はこうやったけれども、別の職員はこう思う、こうやったみたいに職員の受け止め方がずれるというか相違するときに、本当はどちらなのかというわかりにくさをすごく感じます。(3)」

「どう考えているか、感じているかという職員それぞれの感じ方、とらえ方が、自分は快と思っているけれども、ほかの人から見たら不快に思うなど意見が違っていたり、その人

の全体像のとらえ方が違っていたりすると、職員としては、答えが一つではないから自信がなくなるというか、人それぞれ思い込みや先入観がいろいろあると思う。(4)」

「人によって快ではないかと思う人もいれば不快ではないかと思う人もいて、感じ方は職員の感性でも違うし、利用者さんといままでどうかかわってきて、五感をどう自分で受け止めているかによっても変わってくる。(7)」

2) 《職員個々の判断基準の違い》

職員のこれまで積み重ねてきた実践経験から、自らが判断をする際に基準としてもっている判断基準が職員個々によって異なること。

＜職員個々がもつ判断基準＞、＜職員の推測に基づいての判断＞の2つのコードから生成されている。

「自分で寝返りができないから、こちらで姿勢や体位を変換する 때가結構ありますが、そういうときに、本当に微妙なクッションの位置、角度の深さ、浅さなど、誰もがたぶん自分が基準となって利用者を動かしていると思います。(10)」

3.4.5 実践経験の違い

職員がこれまでの実践経験を通して積み重ねてきた実践経験の違いのことである。

表6 実践経験の違い

カテゴリー	サブカテゴリー
実践経験の違い	1) 職員の経験知の違い

このカテゴリーでは、《職員の経験知の違い》の1つのサブカテゴリーで構成されている。

1) 《職員の経験知の違い》

職員がこれまでに実践を通して経験してきたことによる知識やスキルなどの違いのことである。

＜職員個々の実践経験の違い＞、＜職員個々のスキルの違い＞、＜自らの経験則で判断をする＞、＜経験知がある人の意見に従う＞の4つのコードから生成されている。

「ベテランの職員は自分の経験則で答えてしまうようなところもあると思う。(5)」

「職員は中堅どころの方が多く、自分の考えに結構固執していて、強い意見を持っていて、看護技術も高い方もいらっしゃるの、どうしてもそういった意見に逆らえない状況が生まれてきている現実もあると思います。(4)」

「ケース会議の中でも看護師さんからの意見が多く、強くなり、生活の中でこうしていこうとなっても、看護師など医療の立場の人からの提案が出てくると、生活支援員の職員がそれ

に合わせるようなかたちになってしまうし、逆に、生活支援員が主に見ている利用者さんに関しては、支援員の立場からこういう生活をしていく、こういうことが好きだからこの時間にはこういうことをしてあげたいという意見がたくさん出ますので、見ている立場によって意見は違ってきてしまう。(7)」

3. 4. 6 入所児者に関する情報のつながりの不十分さ

入所児者の反応や意思を読み取るための情報や職員間の情報共有の不足から、情報と情報のつながりが不十分であること。

表7 入所児者に関する情報のつながりの不十分さ

カテゴリー	サブカテゴリー
入所児者に関する情報のつながりの不十分さ	1) 入所児者に関する情報不足と情報共有の不足

このカテゴリーでは、「入所児者に関する情報不足と情報共有の不足」の1つのサブカテゴリーで構成されている。

1) 入所児者に関する情報不足と情報共有の不足

入所児者に関する情報が不足していることと情報共有が職員間で不十分であることである。

＜入所児者のバックグラウンドに関する情報不足＞、＜科学的指標に関する情報不足＞、＜職員間の情報共有が不十分＞の3つのサブカテゴリーで構成されている。

「科学的、生理指標的な情報も現段階でなでしこでは足りないと感じます。また、職員間の情報の共有も不十分だと感じます。(5)」

「わからない子は、ほかの子に聞いても、この子は何をやっても表情が変わらないというだけの情報共有で終わって、それ以外の反応が大きい子の問題行動のほうが結構話題に上がってしまっていて、わからない子のほうが情報共有が少ないのかなとは感じています。(9)」

「利用者さんの情報が不足しているのかなと感じました。それは、たとえば過去のその方の歴史、背景や、どんな生活をしてきたのか。(5)」

3. 4. 7 入所児者の生活経験の少なさ

入所児者の施設生活を通しての経験（人生経験、生活経験）が少ないことである。

表8 入所児者の生活経験の少なさ

カテゴリー	サブカテゴリー
入所児者の生活経験の少なさ	1) 施設生活を中心とした経験

このカテゴリーでは、《施設生活を中心とした経験》の1つのサブカテゴリーで構成されている。

1) 《施設生活を中心とした経験》

入所児者の多くは施設での生活を主とした経験しかなく、施設以外の機関や人とのかかわりによる経験が少ないということである。

＜入所児者自身の表出手段が少ない＞、＜年齢とともに入所児者の反応やサインが弱くなってきた＞、＜入所児者個々の生活経験が少ない＞、＜外部とのかかわりがほとんどない＞の4つのコードから生成された。

「重身の方々は、健常の方と比べて圧倒的に経験値が少なく、うちの施設に0歳や3歳、4歳で入所されて、ずっとそこで生活していてすごく狭い世界での経験しかない。(1)」

「利用者さんがいったん入所すると長年入所されるので、たぶん入所期間や平均年齢が高くなってきていて、あまり外の風が入ってこないという負の側面もあるかとは思いますが、利用者さんが変わらない中で、言葉は悪いですが漫然と支援をしてきたのも事実かなと思います。(3)」

「たとえば何年も、何十年も施設で生活していると、そういうサイン自体が弱くなってきたということもあるのかなと感じます。(3)」

「施設の中だけだとどうしても経験や体験が不足してしまうということは感じていて。(8)」

「本人さんが伝える手段を持ち合わせてない、手段が少ないからですね。一つあればいいほうなのかもしれませんが、手段が一個もないというケースが多い。(1)」

「施設の生活リズムに合わせた支援にどうしてもなっていて、丁寧な、ゆとりのあるかかわりができていない。(5)」

表9 言葉で表現することが難しい入所児者の表出する反応やサインに対して職員が抱える「わからなさ」の構造

わからなさの実態		カテゴリ(7)	サブカテゴリ(11)	コード(36)
わからなさの実態	入所児者の反応や変化の様子		働きかけをしても入所児者の反応や変化が明確にみうけられない	・ 五感への働きかけを行っても反応が明確にみうけられない ・ 療育活動中における表情や体の変化が明確にみうけられない ・ 表情の変化が明確にみうけられない ・ 働きかけをしてもバイタルなどの数値に変化がみられない
			入所児者の反応に変化がみられる	・ わずかな反応やサインがみられる ・ 呼吸数やバイタルなどの数値による変化がみられる
	入所児者の反応やサインを捉える際の職員の判断		入所児者の反応やサインを捉えることができない	・ 反応をみつけられない ・ 表出がない場合に変化に気付けない ・ 入所児者から表出されているものを感じ取れない ・ 入所児者のサインを受け止めきれない
			職員の推測に基づいて入所児者の感情や意思を判断する	・ 表出された反応に対する入所児者の快または不快のどちらの感情かがわからない ・ 入所児者が考えていることや感じていることがわからない ・ 入所児者の気持ちが分からない ・ 入所児者の意思が明確に読み取れない ・ 入所児者の不快感を解消できない
わからなさを要因	実践観の違い		専門職としての価値観の違い	・ 職種による価値観の違い ・ 生活支援の捉え方の違い
			職員自身の価値観の違い	・ 職員個人としての価値観の違い ・ 仕事に対する意識の違い
	入所児者の捉え方の違い		入所児者を捉える視点の違い	・ 職員の立場によって見方が異なる ・ 職員によって捉え方が違う ・ 職員によって受け止め方が違う ・ 職員個々の感性の違い
			職員個々の判断基準の違い	・ 職員個々がもつ判断基準 ・ 職員の推測に基づいての判断
	実践経験の違い		職員の経験知の違い	・ 職員個々の実践経験の違い ・ 職員個々のスキルの違い ・ 自らの経験則で判断をする ・ 経験知がある人の意見に従う
	入所児者に関する情報のつながりの不十分さ		入所児者に関する情報不足と情報共有の不足	・ 入所児者のバックグラウンドに関する情報不足 ・ 科学的指標に関する情報不足 ・ 職員間の情報共有が不十分
	入所児者の生活経験の少なさ		施設生活を中心とした経験	・ 入所児者自身の表出手段が少ない ・ 年齢とともに入所児者の反応やサインが弱くなってきた ・ 入所児者個々の生活経験が少ない ・ 外部とのかかわりがほとんどない

わからなさの実態

→ 因果関係
↔ 相互関係

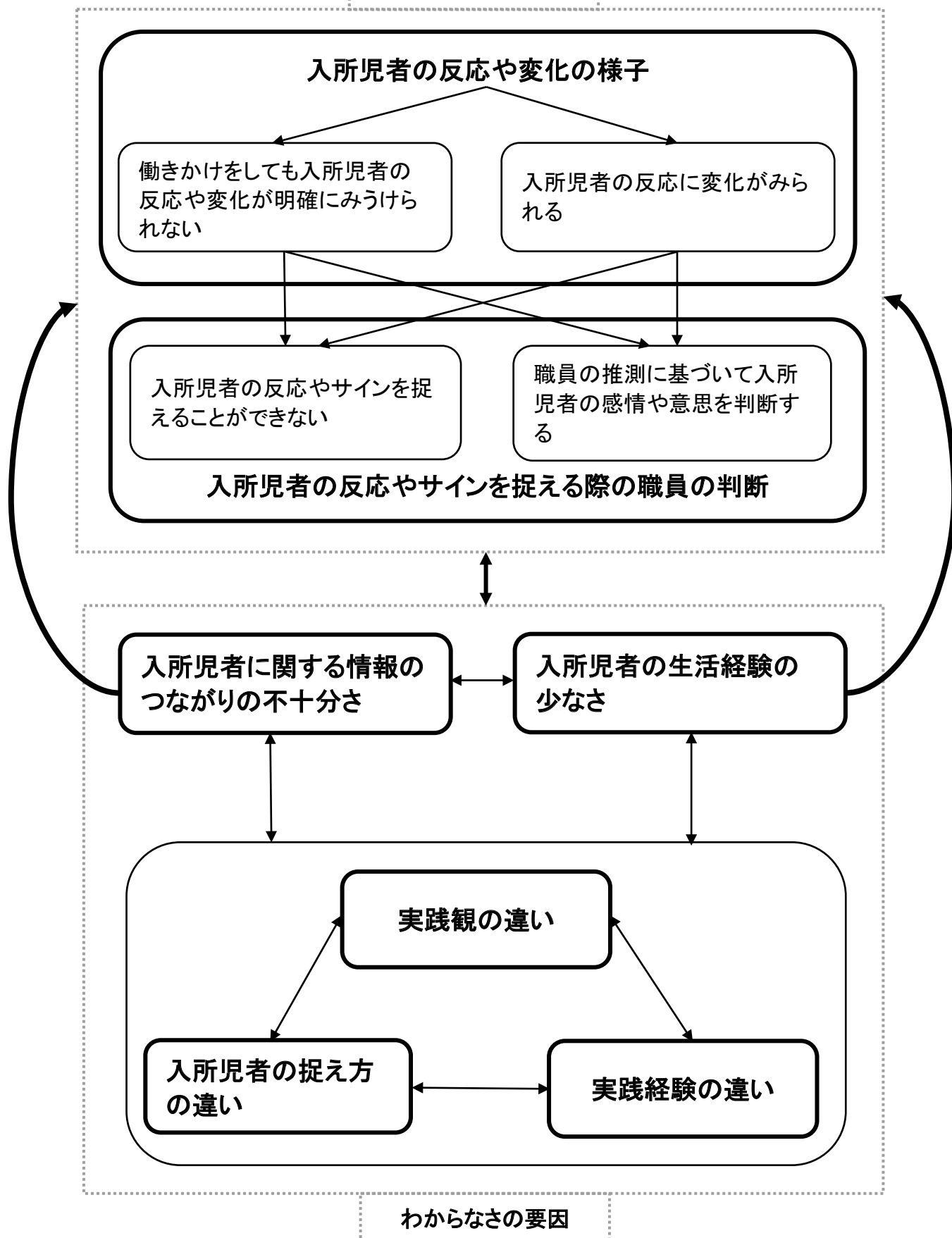


図1 言葉で表現することが難しい入所児者の表出する反応やサインに対して職員が抱える「わからなさ」の構造の結果図

4. 考察

本項では、調査結果から、職員が抱えるわからなさを少しでも解消でき、入所児者の反応やサインとその意味を捉えることがより可能となるための具体策について考察する。

4.1 専門職としての価値観をもって実践することの必要性

わからなさの要因の一つとして【実践観の違い】が示された。【実践観の違い】を起点に【入所児者の捉え方の違い】や【実践経験の違い】が相互に関連し合って、わからなさを生じていることが明らかとなった（図1）。入所児者の何を感じ、何を意識し、何を見、何を認識しているか、といった実践観が職員個々によって異なる背景には、職員の「専門職としてもつ価値観の違い」と「職員自身の価値観の違い」にある。そこで、以下に、職員の価値について考えてみたい。

職員の価値が専門職としての価値であるのか、職員個人としての価値であるのか、で考え方は大きく異なると言える。

専門職としての価値である場合、医師や看護師、保育士、介護福祉士など職種が異なっているとしても、専門職として基盤としなければならないの価値は同じであることが必要と考える。例えば、ソーシャルワークの領域では、岩間がソーシャルワークの核となる価値として、人の存在の尊厳を位置付けており²⁾、北川はソーシャルワーク実践の共通基盤を支える価値を個人の尊厳であるとしている³⁾。医師の立場から、鈴木は重症心身障害の療育をするにあたって人間としての尊厳を守ることが重要であるとし⁴⁾、看護師の立場から、落合は人として尊重してかかわることが重要である⁵⁾と述べている。これらのことから、職種や領域がことなっても、対人援助を行う者において、専門職としての価値は同じであることがみてとれよう。

職員個人としての価値の場合は、職員個々の育ってきた背景や環境が異なるため、価値観の違いがあることは当然であり、そのことを否定することはできない。しかしながら、入所児者の反応やサインを捉えることや支援を行う場合には、職員個人の価値観で実践をするより、専門職としての価値をもって実践することの方がより重要である。上記のように、職員自身の価値観の違いによってわからなさが生じる場合には、そのことが、専門職としての価値であるのか否かを、可能であれば職員同士で確認し合うことが必要と考える。例えば、研究ミーティングにおける調査協力者からの語りにもあったように、カンファレンスや支援会議等の場で「どういう意識を持ってかかわっているか職員間でお互いに理解し合う」、「スタッフ同士で話し合って、それぞれがどのように判断しているか情報共有する」など、職員間で職員の思考を共有することがあげられる。

以上のことから、【実践観の違い】を起点に【入所児者の捉え方の違い】や【実践経験の違い】が相互に関連し合って、わからなさを生じていることが要因となっているが、職員は他職員の実践観の違いを認めつつ、専門職としての価値観をもって実践することによって、そうしたわからなさを少しでも解消できる一つの方法であると考えている。

4. 2 職員のもつ知識や技術を継承することの必要性

重症児者施設では、多くの専門職が配置されている。そのうち、保育士や介護福祉士などの福祉専門職は、医師や看護師などの医療職と比べ、配置の割合は圧倒的に少ない⁶⁾。また、X法人6施設の職員の勤続年数の割合は、1年未満から20年未満まで大きな差は見られなかった⁷⁾。1年未満や3年未満の職員をはじめ、10年以上の職員が配置されていることから、知識や技術などの経験知の差が明らかに大きいことが考えられる。

入所児者の反応やサインを捉えることは、経験知に加え、高度な技術を要する。そのため、経験豊富なベテラン職員は経験が浅い職員の知識や技術の実情を見極めながら、適宜、助言や指導等を行っていくことが必要となる。その際には、職員自らが積み重ねてきたノウハウ（経験知や勘、コツなど）に加え、エビデンスも合わせて伝えることがより効果的であるとする。また、経験の浅い職員は、自分自身の知識や技術の引き出しを多く持つことができるように、先輩職員からの助言や指導を受け、自分ではどうすることが必要か、どうすれば克服できるかといったことを考えた上で、意識的に実践してみることが必要と考える。研究ミーティングにおける調査協力者からの語りにもあったように、職員の多くは記録に基づいて実践をすることがあることから、入所児者とのかかわりを通して、具体的な記録を残すことやわからないことも記録することなど、実践に活かすことができる記録を残すことは重要と考える。記録も職員の知識や技術の継承の一つとして重要なものであり、そのことは入所児者の宝、財産にもつながるものとする。

以上のことから、経験豊富であるか否かよりも、職種を超えて、職員間同士で自らの知識や技術を認め合い、共有しながら、職員全体の質の向上に向けた取り組みが必要と考える。

4. 3 他職種の考えや視点を受入れることの必要性

先に述べたことにも重なることになるが、重症児者施設では、医師や看護師、保育士、介護福祉士など多くの専門職が配置されている⁶⁾。そのため、それぞれの職種において、入所児者を捉える視点が異なることは当然である。本研究の結果にもあったように、入所児者を捉える視点が異なるために、判断する基準が異なっていたり、反応やサインをみつけられなかったりすることもある。そのことに伴い、入所児者の感情や意思を明確に読み取ることにもわからなさを感じていることが示された。

現場ではよく、「○○の職種はこのような考え方だから、その考えはうけいられないよね」、「もっと福祉（または医療）のことも考えて欲しいよね」など、自らの専門領域以外の領域に対して、拒むという一線を引くといったようなことを耳にすることがある。そのことが悪いという指摘をしているのではない。そのことも他職種が連携を図るうえにおいて、現場では起こりうる現象でもある。

入所児者の反応やサインを捉えることをはじめ、入所児者の支援は困難を要すこともあり、高度な技術が必要となる。そうした高度な技術を駆使し、困難である課題を解決するためには、あらゆる視点で入所児者を捉え、医療や福祉、教育が一体的となり支援を展開

することが重要である。そのためには、他職種の考えや視点を受入れながら、自らの専門領域を超えること、つまり、越境することが必要と考える。この点について、山崎（2014：257）は「ときに社会福祉領域を超えて他の専門職領域とのチームアプローチ、他の専門的知見を採り入れる必要がある場合がある」⁸⁾と越境した支援について述べている。

これらのことから、入所児者を様々な角度や視点から捉えることによるわからなさを生じることもあると思われるが、そのことは、入所児者にとって、その人のもつ力や強みを見出していく手がかりになるものと考ええる。重症児者施設では多くの職種が配置されるなか、他職種の考えや視点を認め合い、そして受入れ、越境し合うことが必要と考える。

4. 4 職員同士が助け合い・労い合い・担い合うことの必要性

施設における入所児者の支援では、施設で決められた時間で食事介助、排せつ介助、入浴介助、医療処置、療育活動などを行わなければならない。特に、ここ数年は医療的ケアの必要な入所児者の増加、入所年齢の高齢化など、支援の幅が広くなり、ケアや支援に対する時間が多くなっている⁹⁾。そのため、療育活動や個別活動の時間を割くことが難しくなることや¹⁰⁾、生活を豊かにする支援が少ないと感じる職員がいる¹¹⁾といった課題もうかがえる。業務に追われることは、今に始まったことではなく、重症心身障害の歴史からみても、長く続いている課題であるともいえる¹²⁾。

こうした実態から、職員はゆとりを持ったかかわりを行うことがしづらくなり、入所児者の反応やサインを捉えることやその意味を理解することのわからなさを感じることにつながっているのではないかと考える。また、職員は入所児者の望む支援やニーズに応じた支援やケアを提供したいと考える思いと日々の多様な業務を遂行しなければならない現実との間でジレンマを生じているのではないかと考えられる。ゆとりを持ったかかわりを行うことはそう簡単ではない。

そこで、日々の実践を行っている職員同士が互いに助け合い、日々の大変さを労い合い、共に担い合うことができる環境を作っていくことができれば、職員自身の心にも余裕ができ、ゆとりを持ったかかわりを行うことが可能になるのではないかと考える。その方法として、すでに各施設では取り組まれていると思われるが、例えば、上司による面接やスーパービジョン¹³⁾を定期的に行う機会をもつ、といった取り組みを行うことも効果的ではないかと考える。

4. 5 入所児者にとって小さな体験を積み重ねていくことの必要性

本研究の結果にもあったように、わからなさを生じる要因の一つに【入所児者の生活経験の少なさ】が示された。こうした要因としては、入所児者の反応や変化がないことや入所児者の反応や意思を読み取るための情報不足、施設生活を中心とした生活経験などがある。先述したが、やらなければならない看護や介護などの業務に追われている状況のなか、入所児者の個別支援活動には時間や日数が限られてしまう。こうした状況下でも、X法人の各施設では、入所児者の生きがいや楽しみのもてる支援をするために、日々、職員

間で話し合いを重ねたり、少しの時間でも個別の時間を作り、例えば、外出活動を増やすことやボランティアによる絵本などの読み聞かせや演奏会など、普段の療育活動や個別活動以外に入所児者にとって刺激のある活動等を行うなど、たゆまぬ努力をされている。しかし、こうした活動を実施していくには、人や時間を多く要することになり、継続することの難しさが課題となる。

X法人の各施設では、すでに実施しているものと思われるが、例えば、食事の待ち時間に手のマッサージをする、室内での日光浴、外出が困難である入所児者には、窓から入る風にあたるなど、日常生活を通して、少し工夫さえすればできるような、ほんの些細なこと、何気ない取り組みを積み重ねていくことが重要と考える。そのためにも、職員の心にゆとりがあること、常に入所児者主体であり、入所児者の思いを中心に据えることの意識（専門職としての価値観）をもつことが必要となる。

入所児者にとって楽しい、満足したと思えてもらえたか否かは、明確な場合とそうでない場合、わからない場合に分かれると思われる。心地よい、心地よくないことも含めて、些細な体験を積み重ねることは、その先の入所児者の支援において、必ず役に立つものになると考える。

5. おわりに

本研究は、職員が抱える「わからなさ」に焦点をあて、「わからなさ」の実態とその要因を明らかにした。分析の結果、言葉で表現することが難しい入所児者の表出する反応やサインに対して福祉専門職が抱える「わからなさ」の構造として、【入所児者の反応や変化の様子】、【入所児者の反応やサインを捉える際の職員の判断】、【実践観の違い】、【入所児者の捉え方の違い】、【実践経験の違い】、【入所児者に関する情報のつながりの不十分さ】、【入所児者の生活経験の少なさ】の7つのカテゴリーが生成された。

「わからなさ」が起こる要因として、【実践観の違い】、【入所児者の捉え方の違い】、【実践経験の違い】、【入所児者に関する情報のつながりの不十分さ】、【入所児者の生活経験の少なさ】の5つのカテゴリーが生成された。職員の【実践観の違い】、【入所児者の捉え方の違い】、【実践経験の違い】については、3つが相互的に関連していることに加え、それらが、【入所児者に関する情報のつながりの不十分さ】や【入所児者の生活経験の少なさ】にも影響を与えていることが明らかとなった。特に、【入所児者に関する情報のつながりの不十分さ】や【入所児者の生活経験の少なさ】は「わからなさ」の実態と大きく関連していることが示された。

「わからなさ」の実態として、【入所児者の反応や変化の様子】、【入所児者の反応やサインを捉える際の職員の判断】の2つのカテゴリーが生成された。【入所児者の反応や変化の様子】では、《働きかけをしても入所児者の反応や変化がみられない》場合と《入所児者の反応に変化がみられる》場合が明らかとなった。どちらの場合においても、職員は【入所児者の反応やサインを捉える際の職員の判断】が求められる。この職員の判断には、《入所児者から表出される反応やサインを捉えることができない》場合と《職員の推測に基づいて

入所児者の感情や意思を判断する」場合があることが示された。

これらのことから、職員が抱えるわからなさを少しでも解消でき、入所児者の反応やサインとその意味を捉えることがより可能となるためには、実践観の違いを認めつつ、専門職としての価値観をもって実践すること、職員のもつ知識や技術を継承すること、他職種の考えや視点を受入れること、職員同士が助け合い・労い合い・担い合うこと、入所児者にとって小さな体験を積み重ねていくこと、の5点について考察をした。

6. 研究の限界と今後の課題

本研究では11名の調査協力者から語られたものであり、普遍化することには限界がある。今後はさらに、重症児者施設に勤務する多くの職員を対象にして調査をすすめ、普遍化をしていきたい。

謝 辞

本研究は、11名の調査協力者とともに研究をすすめてきました。ご多忙の中、本研究にご協力いただきました施設長はじめ、調査協力者11名のみなさまに改めて深く感謝申し上げます。

また、当研究所の顧問として、本研究にかかわるご助言やご指導をして頂きました神奈川県立保健福祉大学名誉教授顧問、東京ボランティア・市民活動センター所長山崎美貴子先生におかれましても、深く感謝申し上げます。

最後に、このような研究機会や環境を与えて下さった当研究所の炭谷茂所長はじめ、松原了所長代理、山口直人研究部門長、持田勇治上席研究員、原田奈津子上席研究員に心から感謝いたします。

文献一覧

- 1) 吉田護昭：重症心身障害児（者）施設に勤務する福祉専門職による入所児者の反応やサ
インを捉える実践過程. 川崎医療福祉学会誌, 31, 2022.（掲載準備中）
- 2) 岩間伸之：ソーシャルワーク実践における「価値」をめぐる総体的考察—固有性の根源
を再考する—. ソーシャルワーク研究, 40, 15-24, 2014.
- 3) 北川清一：社会福祉組織のソーシャルワーク化を阻む要因の分析と対処行動—「組織原
理」と「専門職原理」の拮抗関係を手がかりに—. ソーシャルワーク実践研究, 14, 41-
51, 2021.
- 4) 鈴木康之：重症心身障害児（者）の理解. 鈴木康之, 舟橋満寿子監修, 八代博子編著, 写真
でわかる重症心身障害児（者）のケアアドバンス—人としての尊厳を守る療育の実践
のために—, 初版, インターメディアカ, 東京, 12-22, 2017.
- 5) 落合三枝子：ライフステージ別の（乳幼児, 学齢, 青年, 高齢化, 看取り）支援の心構え
とケアにおける倫理. 落合三枝子編著, 島田療育センター重症心身障害児者の療育
&日中活動マニュアル, 初版, 日総研, 愛知, 8-13, 2019.
- 6) 厚生労働省：平成24年厚生労働省令第16号, 児童福祉法に基づく指定障害児入所施設
等の人員, 設備及び運営に関する基準.
[https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishah
ukushi/kaiseihou/dl/syourei_joubun_h24_16.pdf](https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishah
ukushi/kaiseihou/dl/syourei_joubun_h24_16.pdf). (2022.1.5 確認)
- 7) 吉田護昭：重症心身障害児(者)施設におけるアセスメントの現状と課題. 川崎医療福祉
学会誌, 30, 83-94, 2020.
- 8) 山崎美貴子：越境するソーシャルワーク. ソーシャルワーク研究, 39, 257, 2014.
- 9) 星美千子, 高橋良枝, 松林美子, 福田悦子, 谷家一広, 鶴田健弥, 清水直子, 浅野京子：重
症心身障害児施設における病棟業務の実態調査—業務量調査からみえてきたもの—.
日本重症心身障害学会誌, 43, 274, 2018.
- 10) 矢島卓郎, 有本潔, 木実谷哲史：医療型障害児入所施設の利用者に対する日中活動の現
状と課題. 目白大学総合科学研究, 13, 1-18, 2017.
- 11) 見山里美：超重症児者・準重症児者における看護業務量調査. 日本重症心身障害学会誌,
40, 326, 2015.
- 12) 岡崎英彦：重症心身障害児（者）から学ぶ. ソーシャルワーク研究, 8, 169-176, 1982.
- 13) 植田寿之：対人援助のスーパービジョン—よりよい援助関係を築くために—. 中央法規,
初版, 東京, 2005.

The structure of difficulty in understanding nonverbal reactions and signs issued by severely disabled inpatients

Moriaki Yoshida

Saiseikai Research Institute of Health Care and Welfare

(Currently, Minami Kuritsu Community Comprehensive Support Center, Tokyo)

Staff members of facilities for severely mentally and physically disabled children (persons) often encounter difficulties in understanding the reactions and signs issued by disabled inpatients who do not have linguistic ability to communicate with others. The aim of this study was to examine the factors affecting this difficulties in nonlinguistic communications. The research method was a qualitative and descriptive analysis of what was discussed during the research meeting with 11 staff workers of facilities for severely disabled inpatients. As a result, five categories were identified as factors affecting staff members to understand nonverbal reactions and signs of disabled; (1) difference in staff's personal view for practice, (2) difference in perception of inpatients, (3) difference in experience of practice, (4) insufficient information exchange about inpatients between staff members, and (5) insufficient daily life experience on the side of inpatients. Two additional categories were identified with regard to the situations when the reactions and signs were issued; (6) appearance and change of inpatients and (7) staff's judgment in capturing the reactions and signs of inpatients. A total of seven categories, 11 subcategories, and 36 codes were extracted accordingly. The most important factor that caused the difficulty to understand nonverbal reactions and signs was (1) difference in staff's personal view for practice. It was further found that this staff's personal view for practice was related to staff's values as healthcare professional as well as staff's values as a person. In addition, (4) insufficient information exchange about inpatients between staff members, and (5) insufficient daily life experience on the side of inpatients were found to affect directly (6) appearance and changes of inpatients and (7) staff's judgment in capturing the reactions and signs of inpatients.

Keywords: reaction and sign of inpatients, difficulty in understanding nonverbal reaction and sign, view for practice

令和 3 年度 訪問看護ステーション管理者研修

2021 年 5 月 20 日～21 日

令和 3 年度訪問看護ステーション管理者研修が令和 3 年 5 月 20 日～21 日の 2 日間、本部で開催された。今年度は感染防止対策のため、本部での集合研修開催を中止し、全日程が ZOOM によるオンラインで開催された。全国から 51 名（うち新任管理者 14 名）が参加した。

▶ 1 日目

炭谷茂理事長の基調講演の後、日本訪問看護財団常務理事・佐藤美穂子氏の講義「訪問看護制度をめぐる動向（令和 3 年度介護報酬改定を主として）」が行われ、新型コロナ禍における訪問看護制度の動向、令和 3 年度介護報酬改定の主な事項等について解説があった。

▶ 2 日目

午前中は、全国済生会訪問看護ステーションの 6 ブロックの代表として 6 名の管理者から各事業所の取り組みや今後の課題を踏まえて、活動報告・事例発表が行われた。

午後からは、12 グループに分かれ「新型コロナウイルス感染症対策に関すること」と「介護報酬改定の説明や各ブロックからの活動報告で解決できなかったこと」の 2 つのテーマでグループワークを行った。各事業所での悩み、活動内容、今後の課題等について有意義な意見交換と情報共有の場となった。



令和 3 年度 副看護部長研修

2021 年 7 月 1 日～2 日

令和 3 年度副看護部長研修が令和 3 年 7 月 1 日～2 日に本部で開かれ、新任の副看護部長 16 人を含む 56 人がオンラインで参加した。

▶ 1 日目

炭谷茂理事長が基調講演で、「新型コロナが長期化している状況こそ済生会は地域包括ケアのトップリーダーとして総合的な医療・福祉サービスを提供し、病院・福祉施設機能の拡大に努めなければならない」と訴えた。

中央病院副院長兼看護部長・樋口幸子氏は「看護部長のマネジメント～済生会看護の歴史と展望～」と題し、同院の取り組みを紹介、「生き生きと輝く看護師を育てる要は副看護部長である」と言及した。

▶ 2 日目

昭和大学大学院保健医療学研究科准教授・的場匡亮氏が、「人材の活用と病院経営への参画」の講義と、「2040 年以降社会保障制度の課題」「COVID-19 に関連して行政、地域等に対して実施した内容」などをテーマに受講者と意見交換を行ない、的場氏は、「成功体験や失敗事例をスタッフで共有し、自院の強みを引き出すことが大切である」と訴えた。

また、「新型コロナ等の災害危機管理」「副看護部長の役割」についてグループワークを実施。樋口氏のほか、脇和枝（福井）、檜山千景（水戸）、松本久美恵（香川）、岩崎理佳（唐津）の 4 看護部長が受講者をサポート。

「副看護部長は、組織横断的に自由に動ける存在。多職種との連携を強化してほしい」「看護部長と同じ方向を向いて、一枚岩で意思決定に加わってほしい」などとエールを送った。

令和3年度 新任看護師長研修

2021年7月14日～16日

令和3年度**新任看護師長研修**を令和3年7月14日～16日に、本部でオンラインにて開催した。今年度は60病院及び訪問看護ステーション、介護老人保健施設から63名の新任看護師長の皆さんが参加した。

▶ 1日目

炭谷茂理事長が基調講演で「新型コロナが長期化している状況こそ、済生会は地域包括ケアのトップリーダーとして総合的な医療・福祉サービスを提供し、病院・福祉施設機能の拡大に努めなければならない」と訴えた。

次に、加藤看護師社労士事務所・加藤明子氏が「労働法と看護管理」を講義した。基本的な労働法と新型コロナウイルス感染症の対応の様々な特例措置について解説した。

▶ 2日目

東京都看護協会教育部部長補佐・栗原良子氏が「人材育成」の講義をした。看護師長に昇格したという偶然の出来事を、柔軟に受け止め、自分自身のチャンスに変え行動していくことである。

「看護師長になり、経験した嬉しい出来事」をテーマにグループで話し合った。現場で経験したこの学びは自身への成長へとつながる。さらに、スタッフ・上司との関わりの中での気づきから成長していくのである、というメッセージであった。

次に、唐津病院看護部長・岩崎理佳氏が「看護部長のマネジメント 看護管理者に期待する役割—管理者としての1歩—」の講義をした。

看護管理者の役割は、社会情勢の動きや保健医療福祉体制の変化を理解し、分析を深く行い、患者や家族のニーズの変化を俯瞰（ふかん）し、ビジョンを持って役割を果たすことである。そして、自分を知り、管理者になるという覚悟をもつこと、管理を楽しむことも大切である、というメッセージであった。

▶ 3日目

東京外国語大学・市瀬博基氏に「ポジティブ・マネジメント—自ら考え、行動し、助け合う組織をつくる—」の講義が行われた。ストレス・マネジメントとレジリエンス、マインドフルネスについて解説した。傾聴の演習や6～7人のグループメンバー間でアイデアを広げ、つなげることを目的としたワールドカフェを行った。

職場の学びと成長は、協働と対話から生まれ、そこから仕事の「意味」を見出すことをサポートしていくことが必要と語った。

第 45 回 臨床研修指導医ワークショップ

2021 年 9 月 24 日～25 日

第 45 回全国済生会臨床研修指導医のためのワークショップが令和 3 年 9 月 24～25 日に本部主催で開かれ、本会 24 医療施設（協力施設を含む）から 24 人が参加した。

これまでは宿泊研修施設で開催していたが、新型コロナの影響によりオンラインで行なわれた。Zoom のブレイクアウトセッション機能や Google のアプリケーションを活用することで、ワークショップを行った。

この研修は厚生労働省の認定を受けており、16 時間以上のプログラムを実施する。平成 18 年 2 月に第 1 回を開催して以来、修了者は 1,314 人に達した。

開催責任者（兼）チーフタスクフォースの近藤昭信・済生会松阪総合病院外科部長のほか 7 人のタスクフォースが参加者をサポート、今後開催担当予定の長崎病院の協力も得ながら、職員 7 人が事務局を務めた。

主とするテーマは研修医が行なう研修プログラムの立案。目標の設定、研修方法（方略）、コーチング、評価といった指導に必要な知識と技術等について、グループワークなどを用いて効果的に進められた。本部の医師臨床研修専門小委員会の委員長で岡山済生会総合病院・塩出純二院長や京都大学の小西靖彦教授の講演も盛り込まれた。

受講者からは、

「目標を具体化し、評価することの重要性を理解できた」

「現状においてこれまでとほぼ同様の内容でワークショップを開いていただき、とてもありがたかった」

「オンラインだったが非常にスムーズだった」

といった声が寄せられた。



令和3年度 新人看護職員教育担当者研修

2021年10月20日～21日

新人看護職員教育担当者研修が令和3年10月20日～21日に本部で開かれ、67病院から67人がオンラインで参加した。

▶ 1日目

炭谷理事長の基調講演で「コロナ禍こそ、済生会は地域包括ケアのトップリーダーとして総合的な医療・福祉サービスを提供し、病院・福祉施設機能の拡大に努めなければならない」と訴えた。

続いて、東京工科大学名誉教授・齊藤茂子氏は「新人看護職員支援のあり方」と題し、新人看護職員研修における教育担当者の役割、新人看護職員の育成に必要な基礎知識を解説した。特に、今年度は新型コロナウイルス感染症下による看護基礎教育の変化について解説があった。

▶ 2日目

午前中は、杏林大学保健学部看護学科教授・金子多喜子氏が「風通しの良い関係とコミュニケーション」と題し、はじめに看護職員の離職率の推移と離職の一要因とメンタルヘルスについて解説した。「風通しの良い関係」を築くには、相手の目・表情を見て伝えることが大切である。さらに対面的ではなく共に考えていくような伴走型が重要である、と解説した。

続いて、午後からのグループワークに向けて、齊藤氏は「新人看護職員研修の考え方」と題し、新人看護職員研修計画の立案・実施・評価方法について解説した。

次に、公益社団法人東京都看護協会・教育部部長補佐・栗原良子氏が「新人看護職員研修の考え方 研修企画の提案書について」と題し、現在のコロナ禍の新人についての課題、そのような新人に必要な研修について解説した。そして、午後からのグループワークの研修企画提案書作成の考え方・記入方法について解説した。

午後からは、受講生が事前に6つの課題を選択し、その課題別に編成した16グループでのグループワークを行った。これまでグループワークでは、パソコンや模造紙等を活用してグループワークを行っていた作業を、Zoomの画面共有の機能を活用して効果的に研修企画提案書を作成した。

自己紹介と自施設の情報交換後、各課題別のテーマで話し合いを行った。各グループに齊藤氏、金子氏、栗原氏がファシリテーターとしてサポートし、指導方法・内容等のアドバイスを提供した。各グループから様々な提案が生まれ、活発な意見交換の場となった。

令和3年度 アドバンス・マネジメント研修Ⅳ（看護師）

2021年11月17日～19日

次世代の看護管理者としての役割を担う中堅看護師を対象としたアドバンス・マネジメント研修Ⅳが令和3年11月17日（水）～19日（金）本部で開かれ、74施設（重症心身障がい者児施設1施設含む）74人がオンラインで参加した。

▶ 1日目

炭谷理事長の基調講演で「コロナ禍こそ、済生会は地域包括ケアのトップリーダーとして総合的な医療・福祉サービスを提供し、病院・福祉施設機能の拡大に努めなければならない」と訴えた。

社会保険労務士法人あい事務所・福島紀夫氏は「医療従事者の管理職がおさえるべき院内活性化の労務管理」と題し、医療従事者の働き方改革に関する業務環境改善への取り組み状況と、労務管理の基本を解説した。次に、看護管理者が行う労務管理として、新人・中途入職者に対する対応や労働時間管理、管理者に求められるヒューマンスキル・役割、パワーハラスメント対策について解説した。最後に新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた今後の対策について解説した。

▶ 2日目・3日目

2日目午前中は、公益社団法人東京都看護協会教育部部長補佐の栗原良子氏が「人材育成」と題し、日本の人口動態、2040年に向けた国の看護職員確保の施策について解説した。次に、施設内における自身の役割、看護におけるマネジメント、人材（人財）育成について解説。続いて、5人1組になり「なぜこの研修を受講したのか？」「仕事で楽しかったこと、つらかったこと」をテーマに話し合った。自施設の情報交換と交友の場となった。

午後から3日目にかけて、高輪心理臨床研究所主宰で茨城大学名誉教授、福島学院大学教授の岸良範氏が「人間関係とリーダーシップー互いに育てあう職場を目指してー豊かに働くためにーメンタルヘルス（パワハラ対策を含む）・人間関係ー」と題し、講義と演習を行った。コロナ禍における職場の不安、ストレス、人間関係（コミュニケーション）、パワーハラスメントについて重点的に解説した。

次に「熱心なリーダーが陥りやすい点」「ある主任の指導」について話し合った。パワハラの背景にある心理的要因についての分析や注意・叱るときの方法と態度、上手な叱り方を具体的に説明した。次のグループワークではクライアントとカウンセラーの対話をそれぞれ体験した。この演習は「聴く」関係の中で、「応える」相手の感情や経験を理解し、相手に配慮する気持ちが必要であることを学ぶのが目的。こころを傾けて相手をわかろうとする技法を解説した。

続いて、「スリー・テナー誰が生き残るべきかー」をテーマに話し合った。このテーマをもとに異なった考えと向き合い、対話をしていくことが目的で、各グループで様々な考えが生まれ、活発な充実した内容のディスカッションとなった。

令和3年度 アドバンス・マネジメント研修Ⅲ（看護師）

2022年1月19日～21日

中堅看護師（全国済生会看護職教育体系クリニカルリーダー・レベルⅢ以上）を対象としたアドバンス・マネジメント研修Ⅲが令和4年1月19日～21日に本部で開かれ、74施設（重症心身障害児（者）施設1、訪問看護ステーション1含む）74名がオンラインで参加した。

▶ 1日目

炭谷茂理事長が基調講演をし、「コロナ禍こそ、済生会は地域包括ケアのトップリーダーとして、地域の要請に応じて総合的な地域医療・福祉サービスを提供し、病院・福祉施設機能の拡大とソーシャルインクルージョン（社会的包摂）に基づく、まちづくりの推移に努めなければならない」と訴えた。

続いて、高輪心理臨床研究所主宰・岸良範氏が、「人間関係とリーダーシップ—互いに育てあう職場を目指して—」と題して、「創造的な人間関係」と「コロナ禍における職場の不安」についての講義と演習（グループワーク）があった。

▶ 2日目

関東学院大学大学院看護学研究科看護学部教授・金井 Pak 雅子氏が「より輝ける看護師を目指して」と題して、中堅看護師の期待される役割や効果的なコミュニケーションスキルについて講義があった。「中堅看護師は変革推進者としての役割がある。交渉能力を高め、自部署だけでなく、組織の一員として組織全体を俯瞰（ふかん）すること。

現在の問題点を理論的かつ構造的に考えていくこと。そして、上司、スタッフ間だけでなく他部門とのコミュニケーションスキルを向上させるように努めなければならない」と話された。

▶ 3日目

岸氏による講義と演習を行った。演習では「伝えあう、わかりあう関係作りのための創造的対話を考える」、「今回の研修を日常の業務にどのように活かすか」をテーマに討議を行い、参加者から「言い訳を一生懸命に聴く」、「ゆっくりと話せる（聴きやすい）環境作りをする」、「自分自身の傾向を知る」、「相手の言葉だけでなく、表情やしぐさも見て、直ぐに答えを出せなくても心を傾けて聴けるようにする」といった意見があった。

演習を通して、岸氏は「反対意見でぶつかり合っても、相手の意見を認め、尊重しあえる関係を作っていくことが大切である。どんな反対意見でも組織の新たな価値観となり、多くの『知恵』となる。そして良好な人間関係がある組織へと繋がっていく」と参加者にアドバイスをした。

第 46 回 臨床研修指導医のためのワークショップ

2022 年 2 月 12 日～13 日

第 46 回全国済生会臨床研修指導医のためのワークショップが、令和 4 年 2 月 12～13 日に本部主催で開かれ、本会 21 病院から 24 名が参加した。

新型コロナの影響により、今回もオンラインで行なわれた。Zoom のブレイクアウトセッション機能や Google のアプリケーションを活用することで、ワークショップを行った。

この研修は厚生労働省の認定を受けており、16 時間以上のプログラムを実施する。平成 18 年 2 月に第 1 回を開催して以来、修了者は 1,338 人に達した。

今回、本部が主催で行ったため、開催責任者は医師臨床研修専門小委員会の委員長である塩出純二・岡山済生会総合病院院長にご担当いただいた。また、チーフタスクフォースの金原秀雄・福井県済生会病院内科部長のほか 6 人のタスクフォースに協力をいただいた。全国的にコロナ対応に追われる中、協力病院からの支援を受けることが困難だったため事務局が本部職員 4 名のみでの対応となったことや、複数のタスクフォースがリモートでの参加になるなど、前回よりも開催のハードルが高くなった面もあったが、タスクフォースの先生方の更なる協力もあり、無事に開催することができた。

主とするテーマは研修医が行なう研修プログラムの立案。目標の設定、研修方法（方略）、コーチング、評価といった指導に必要な知識と技術等について、グループワークなどを用いて効果的に進められた。

開催責任者の岡山済生会総合病院・塩出純二院長や京都大学の小西靖彦教授の講演も盛り込まれた。

受講者からは「具体的に指導医として必要なことを学ぶことができた」「タスクの先生のサポートが非常に適切で、議論をうまくまとめることができた。」「オンラインでもかなりつつこんだ討論ができた」といった声が寄せられた。



令和 3 年度 MSW 研修会・生活困窮者支援事業研修会

2022 年 2 月 25 日

令和 3 年度 MSW・生活困窮者支援事業研修会が令和 4 年 2 月 25 日に本部で開かれ、75 人がオンラインで参加した。

炭谷茂理事長は「済生会における MSW 事業の理論と方法」と題し、「MSW は地域課題の解決の中核になるべき存在。皆さんが日本の医療ソーシャルワーカーをリードしてほしい」と訴えた。早稲田大学人間科学学術院の岩崎香教授は「精神障がい者への理解」について講演。〈愛媛〉今治病院総合医療支援室の松岡誠子氏が無料低額診療事業等の取り組みを報告、具体的な実践を共有した。

グループワークでは、受講者が 13 グループに分かれ、精神障害者への支援、コロナ禍における無料低額診療事業・生活困窮者支援事業への取り組みなどを議論。

「ソーシャルインクルージョンの実現に向けて、地域に出て活動していきたい」
「済生会の MSW として、病院だけでなく地域での課題などに視野を広げていきたい」

「コロナ禍においても済生会の理念をもとに業務を遂行していく重要性を改めて考えさせられた」

との声が聞かれた。

オンラインでの開催については「子育てや介護等で現地に行けない職員も参加しやすくありがたい」など好評だった。

報告書			
発表者氏名	タイトル等	発行月	配付先
吉田 護昭	入所児（者）のコミュニケーション理解を深めるためのツールの開発に関する研究報告書	6月	済生会支部及び関係施設
持田 勇治	診療サービスの指標調査結果報告（令和2年度）	12月	済生会支部及び病院
持田 勇治	地域包括ケア病棟シミュレーションツール作成報告書	1月	
山口 直人 藤本 賢治 持田 勇治 吉田 護昭	済生会介護データベース構築に向けた意見交換会 令和3年度報告書	3月	済生会支部及び特養・老健
吉田 護昭	入所児者とのかかわりを通して職員が抱える「わからなさ」に関する研究	3月	済生会支部及び関係施設
吉田 護昭	済生会重症心身障害児（者）施設職員による事例検討会の有効性に関する実証研究（対外秘）	3月	
論文・総説・著書			
執筆者氏名	タイトル等	発行月	掲載先
原田 奈津子	『基礎研修テキスト上巻』（改訂版）「社会福祉調査の方法と実際」	4月	公益社団法人 日本社会福祉士会
炭谷 茂	『知的障害者の就労の課題と対策』	4月	日本社会福祉弘済会
吉田 護昭	重症心身障害児（者）施設における入退所の実態	5月	川崎医療福祉学会誌 31号（1）
持田 勇治	入院した週内の薬剤管理指導料の実施率 入院した曜日と実施率についての考察	6月	済生会総合研究所 所報 第1号
原田 奈津子	地域での暮らしを支える医療と福祉の実践としてのなでしこプランとソーシャルインクルージョンー済生会が果たす役割と意義ー	6月	済生会総合研究所 所報 第1号
藤本 賢治 藤野 善久 得津 慶 山口 直人 松田 晋哉	済生会は日本の急性期入院医療にどのように関わって行くのかーDPCデータ分析の結果よりー	6月	済生会総合研究所 所報 第1号
山口 直人 持田 勇治	入院中院内感染が死亡退院リスク、在院日数、医療収益に与える影響ー済生会74病院のDPCデータ分析から見えてきたことー	6月	済生会総合研究所 所報 第1号
吉田 護昭	重症心身障害児（者）施設における新規入所児者の実態ー入所理由に焦点をあててー	6月	済生会総合研究所 所報 第1号
炭谷 茂	『孤立対策を急げ』	6月	時事通信厚生福祉
炭谷 茂	『就職差別撤廃への途』	7月	滋賀県人権センター じんけん7・8月号
炭谷 茂	『ソーシャルファームの現状と今後のあり方ー中間組織への期待ー』	8月	ヒューマンライツ
炭谷 茂	『受刑者の感想文』	9月	時事通信厚生福祉版
炭谷 茂	『福祉哲学研究の殿堂として』	9月	社会福祉研究所 解散記念号

論文・総説・著書つづき			
執筆者氏名	タイトル等	発行月	掲載先
原田 奈津子	『社会を動かすマクロソーシャルワークの理論と実践』 第3章マクロソーシャルワークの展開と過程 第1節マクロソーシャルワークの展開と過程の枠組み 第2節事例③解説	11月	中央法規
吉田 護昭	重症心身障害児(者)施設に勤務する福祉専門職による入所児者の反応やサインを捉える実践過程	12月	川崎医療福祉学会誌 31号 (2)
炭谷 茂	『ダイバーシティの尊重』	12月	時事通信社厚生福祉
炭谷 茂	『からだサイエンス廃刊に当たって』	12月	からだサイエンス
炭谷 茂	『険しい山岳を登り続ける』	1月	グローバルネット
炭谷 茂	『社会福祉の思想と哲学』 社会福祉学習双書第1巻(改訂版)	1月	全国社会福祉協議会
炭谷 茂	『時代の先導者 地域福祉』	1月	地域福祉研究 50号記念
吉田 護昭	『入所児者の反応やサインを捉える実践の評価指標の開発』(査読付き)	2月	川崎医療福祉学会誌 32号 (1)
原田 奈津子	『社会福祉調査の基礎』第1章社会福祉調査のデザイン 第1節 問いの設定と調査の流れ	3月	ミネルヴァ書房
寄稿・評論			
執筆者氏名	タイトル等	発表月	掲載先等
炭谷 茂	『環境福祉と鉱業の歴史(3)』	4月	環境新聞
	『本質突いた孤立対策を』	4月	北日本新聞他
	『こども庁成否の鍵』	5月	北日本新聞他
	『環境福祉と鉱業の歴史(4)』	6月	環境新聞
	『環境福祉と鉱業の歴史(5)』	6月	環境新聞
	『生活保護の不都合な真実』	6月	北日本新聞 他
	『環境福祉と鉱業の歴史(6) 環境福祉と調和する鉱業を目指す』	8月	環境新聞
	『熱海土石流と行政の覚悟』	8月	北日本新聞他
	『農業の歴史から見る環境福祉(1) 環境福祉向上を目指す農福連携事業』	9月	環境新聞
	『空虚な在宅ケア政策』	9月	北日本新聞他
	『農業の歴史から見る環境福祉(2) 環境福祉向上を目指す農福連携事業』	10月	環境新聞
	『厚労省分割は不可避』	10月	北日本新聞他
	『農業の歴史から見る環境福祉(3) 福祉が桑畑を復活する』	11月	環境新聞
	『農業の歴史から見る環境福祉(4) 地球温暖化を招く牧畜』	12月	環境新聞
	『ダイバーシティの実態は』	12月	北日本新聞他
	『農業の歴史から見る環境福祉(5) SDG s と牧畜』	1月	環境新聞
	『新しい福祉国家 今こそ』	1月	北日本新聞他
	『農業の歴史から見る環境福祉(6) 環境を活用する福祉国家』	2月	環境新聞

学会発表・講演			
発表者氏名	演題	発表月	主催者名など
炭谷 茂	『済生会のソーシャルインクルージョンによるまちづくり』	4月	日本病院会 日本経営協会
原田 奈津子	社会福祉士・精神保健福祉士全国統一模擬試験 社会調査の基礎 執筆	4月～3月	中央法規・日本ソーシャルワーク教育学校連盟
原田 奈津子	日本ソーシャルワーク教育学校連盟 国家試験合格支援委員会編集委員	4月～3月	日本ソーシャルワーク教育学校連盟
炭谷 茂	『ソーシャルファームとソーシャルインクルージョン』	5月	東京ソーシャルデザイン
原田 奈津子	基礎研修Ⅱ e-ラーニング「社会福祉調査の方法と実際」	5月	日本社会福祉士会
炭谷 茂	環境福祉学会総会（学会長として参加）	6月	こども教育宝仙大学
炭谷 茂	『最近の人権を巡る状況』	6月	東京都・東京労働局 主催 就職差別解消 シンポジウム
炭谷 茂	『人権・同和問題の知識』	6月	東京都特別区職員 研修所
炭谷 茂	「社会保障のあらまし」	6月	山口刑務所 介護職員 初任者研修
炭谷 茂	『ソーシャルインクルージョンに学ぶまちづくり』	7月	公益財団法人 地域社会振興財団
原田 奈津子	『被災地のDCAT活動に参加した職員の派遣元施設の現状と課題—済生会DCATから—』	8月	日本介護福祉学会 第29回大会
原田 奈津子	『災害時における福祉分野の支援活動に関する現状と課題—3つの組織へのインタビュー調査から—』	9月	日本社会福祉学会 第69回秋季大会
炭谷 茂	『医療・福祉の視点から矯正施設・刑余者への支援』	9月	法務省矯正研修所
炭谷 茂	『中間組織としてのソーシャルファーム』	9月	放送大学
炭谷 茂	『理想と共感を求めて』	9月	北日本新聞社広徳塾
山口 直人 持田 勇治	『入院中院内感染が死亡退院リスク、在院日数、医療収益に与える影響～済生会74病院のDPCデータ分析から見えてきたこと～』	10～11月	第59回日本医療・病院 管理学会学術総会
炭谷 茂	『これからのソーシャルファーム』	10月	日本障害者リハビリ テーション協会
炭谷 茂	『環境問題と福祉事業』	10月	北海道再生可能エネ ルギー振興機構
炭谷 茂	『環境福祉学会総会』	11月	学会長として参加
炭谷 茂	『人権・同和問題の基礎知識』	11月	特別区職員研修所
炭谷 茂	『コロナ後の環境福祉学の対応』	11月	富山国際大学 客員教授として

学会発表・講演つづき			
発表者氏名	演題	発表月	主催者名など
炭谷 茂	『ソーシャルファームのこれから』	11月	東京都産業労働局
炭谷 茂	『特別講演：医療・福祉施設のSDGへの取り組み』	11月	日本医療福祉設備学会
炭谷 茂	『誰一人取り残さない社会の実現に向けて』	11月	東京都更生保護連盟
炭谷 茂	『ソーシャルインクルージョン』	12月	人権文化を育てる会
炭谷 茂	『同和問題』	12月	東京都職員人材研修所
原田 奈津子	済生会DCATに関する研究および福祉施設の受援に関する科研費の研究成果の報告	12月	災害・安全管理対策委員会（本部事務局事業推進課）
炭谷 茂	『ソーシャルインクルージョンによる人権のまちづくり』	12月	墨田区
炭谷 茂	『建前からの人権から脱して』	1月	北九州市職員研修所
炭谷 茂	『環境福祉学講義』	1月	CSO養成講座
炭谷 茂	『ソーシャルファームと就職困難者の課題』	1月	松江市みんなで学ぶ人権講座
原田 奈津子	『2021年度マクロソーシャルワーク研修』オンデマンド研修「事例を通して考えるマクロソーシャルワークの過程と展開」	1月	日本社会福祉士会
原田 奈津子	『2021年度マクロソーシャルワーク研修』ライブ研修 司会運営	2月	日本社会福祉士会
炭谷 茂	『これからのソーシャルファーム』	2月	ソーシャルファームジャパンサミット in フクシマ
炭谷 茂	『大田区のまちづくりへの提言』	2月	サミット in 太田
原田 奈津子	『社会福祉士・精神保健福祉士模擬試験問題作成・編集ワークショップ オンライン研修』「制度・統計系に関する問題の演習」担当	2月	日本ソーシャルワーク教育学校連盟
原田 奈津子	「地域包括ケア連携士フォローアップ研修をととして看護管理者に期待すること」	2月	済生会看護師研修地域包括ケア連携士に関する研修会
原田 奈津子	災害時の支援活動に向けた事前準備と研修ー福祉分野での支援活動を行っている組織の取り組みからー	3月	第74回済生会学会
持田 勇治	済生会病院における一般入院基本料から地域医包括ケア病棟へ移行シミュレーションツールの開発について	3月	第74回済生会学会
吉田 護昭	『重症心身障害児（者）施設に勤務する福祉専門職の入所児者の理解を深めるための指標開発』（一般演題/ポスター発表）	3月	第74回済生会学会
山口 直人 持田 勇治	「済生会74病院における入院中院内感染が死亡退院リスク、在院日数、医療収益に与える影響に関する研究」	3月 *配信	第74回済生会学会

令和 4 年度 研究・活動計画

- 生活困窮者支援、地域医療への貢献、総合的な医療・福祉サービスの提供という 3 つの基本的な使命を実現すべく、研究や人材開発に関する事業を行う。
- 研究部門で行う研究課題を、総研として重点的に取り組む「重点課題」、済生会医療施設、介護施設、外部機関と連携して実施する「連携課題」、そして、総研の研究員が個別的に実施する「個別課題」に整理して研究に取り組む。
- 令和 4 年度は以下の研究を計画している。

重点課題

総研として重点的に取り組む課題

重点課題 1 DPC 等の大規模データを活用した診療支援

- (1)診療サービス指標の作成と公開（継続）
- (2)機能評価係数Ⅱ等を用いた病院のデータ分析担当者の育成（継続）
- (3)医療と福祉の評価指標の公開事業（継続） 本部事業推進課と総研による事業
- (4)医療と福祉の評価指標の活用方法の検討（継続） 本部事業推進課と総研による事業

重点課題 2 地域での暮らしを支える医療と福祉の連携

— 済生会の特徴をいかした地域包括ケアモデルの確立に向けて — （継続）

重点課題 3 なでしこプランとソーシャルインクルージョンの展開と課題

— 地域の特性に応じた各地の取り組みから — （継続）

今後取り組むべき重点課題

- (1)支部未設置県における医療・福祉の現状と課題の分析
- (2)ウィズコロナ・ポストコロナにおける地域の在り方に関する検討

連携課題

済生会医療施設、介護施設、外部機関と連携して実施する研究課題

連携課題 1 科研費取得と実施を目指す済生会職員との共同研究

- (1)リアルタイム脳波解析を用いた譫妄モニタリングと革新的な予防的治療法の創出
総研客員研究員・静岡済生会総合病院救命救急センター副センター長 足立 裕史
- (2)周術期アナフィラキシー反応症例の発生頻度調査
総研客員研究員・済生会松山病院麻酔科部長 鈴木 康之
- (3)機械学習を用いた入院日数管理支援システムの開発-消化器癌の周術期 DPC データ探索
総研客員研究員・水戸済生会総合病院外科主任部長 丸山 常彦

(4)安全かつ迅速で正確な腹腔鏡手術のための革新的上方照明システムの有用性の検証

総研客員研究員・済生会松山病院外科主任部長 高井 昭洋

(5)放射線画像診断における生命を脅かす危険性のある偶発的所見の特性に関する疫学的解析

総研客員研究員・済生会横浜市南部病院客員研究員 鳥本 いづみ

(6)精神科診療における生理学的バイオマーカーの利用

総研客員研究員・静岡済生会総合病院精神科部長 榛葉 俊一

連携課題2 済生会内で連携する共同研究

(1)福祉施設における看取りの現状と課題（継続）

済生会総研と福祉施設長会、看護部長会と協働して研究実施

(2)済生会薬剤師会と済生会総研との連携課題（新規）

1. 済生会高齢者福祉施設における服薬等に関わる調査

2. 済生会児童福祉施設における服薬等に関わる調査

3. 済生会施設における薬物治療管理（PBPM：Protocol Based Pharmacotherapy Management）による有効性評価

(3)本部事務局 事業推進課（人材確保対策委員会）と済生会総研との連携課題

福祉施設における次世代幹部職員の養成に関する研究について

済生会総研 人材開発部門 鈴木孝尚（兼）事業推進課（兼）社会福祉・地域包括ケア課（兼）総合戦略課

連携課題3 外部機関との共同研究

(1)新型コロナウイルス感染症患者の重症化因子の同定および経過中の精神科疾患発症に関する研究（新規）

済生会総研と慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室（代表者 内田裕之）との共同研究

個別課題

総研の研究員が個別的に実施する課題

(1)福祉施設における被災時の「受援」に関する研究（継続）

済生会保健・医療・福祉総合研究所

所報 第2号

令和4年6月30日 第1版 第1刷発行

発行 社会福祉法人 恩賜財団 済生会
理事長 炭谷 茂

編集 済生会保健・医療・福祉総合研究所

〒108-0073 東京都港区三田 1-4-28 三田国際ビル 26 階
電話：03-3454-3315 FAX：03-3454-5022
URL <http://soken.saiseikai.or.jp/>

