

博士学位論文

看護職の継続就業を保証する
多様な雇用形態循環モデルの構築と検証

2017年3月

愛知県立大学大学院
看護学研究科看護学専攻

木村知子

指導教員 片岡 純

目 次

第1章 序論	1
I 研究の背景	1
1. 病院看護職の働く現状	1
2. 民間中小病院の現状	4
3. 女性の就業継続政策としてのワーク・ライフ・バランス	7
4. 病院におけるワーク・ライフ・バランスの導入	9
5. 多様な雇用形態とそれがもたらす問題	11
6. 諸外国での看護職の勤務状況	13
7. 問題提起	15
II 研究の目的	16
III 言葉の定義	16
IV 研究の意義	17
第2章 研究1 :	
看護職の継続就業を保証する多様な雇用形態循環モデルの構築	18
I 目的	18
II 方法	18
1. モデルの構築と学問的基盤の検討	18
1) 行動分析学と強化の原理	18
(1) 行動の三項強化随伴性	19
(2) 確立操作	20
(3) 分化強化	20
2) 応用行動分析学	21
2. 多様な雇用形態循環モデルの導入可能な病院	23
3. モデル協力病院	23
1) 病院概要	23
2) ワーク・ライフ・バランス (WLB) からみるA病院の現状	23
III モデル導入協力病院の現状と問題点の明確化	24
1 雇用状況からみるA病院	24
2 三項強化随伴性に基づく現状分析	26

3. 分析結果からの問題点に対する解決策	27
IV モデルに備えるべき条件	30
1. 人的資源管理	30
2. 労働に関する法律及び規定	31
1) 育児時間	31
2) 育児短時間勤務制度	31
3) 所定外労働の制限等	31
4) 看護休暇	32
5) 小学校就学の始期に達するまでの子を養育する労働者に関する措置	32
6) 不利益取扱いの禁止(育児介護休業法)	32
V モデルの構成	33
1. 雇用形態フレーム	33
2. 強化の原理からみた雇用形態別条件	35
3. 強化の原理からみた循環させるしくみ	38
第3章 研究2：看護職の継続就業を保証する多様な雇用形態循環モデルの導入と 検証 研究方法	40
I 目的	40
II モデルの導入	40
1. モデルの特徴	40
2. モデル導入による変更点	40
3. モデルの導入の手続き	41
III 検証方法	41
1. 三項強化随伴性からみた概念枠組み	41
1) 先行条件・確立操作	43
2) 行動	43
3) 結果	43
4) 遅延効果	43
2. データ収集方法と分析方法	43
1) 「先行条件」 モデル運用の実際の評価	44
(1) 対象	44

(2) データ収集方法	44
(3) 分析方法	44
2) 「行動」 組織の雇用形態循環の推移	44
(1) 対象	44
(2) データ収集方法	44
(3) 分析方法	44
3) 「結果」 モデルにおける循環(変更)の推移	44
(1) 対象	44
(2) データ収集方法	44
(3) 分析方法	45
4) 「遅延効果」 個人の組織に対する意識	45
(1) 対象	45
(2) データ収集方法	45
(3) 調査内容	46
(4) 測定用具	46
(5) 分析方法	48
5) 「遅延効果」 組織の関連指標	48
(1) データ収集方法	48
(2) 分析方法	49
3. 倫理的配慮	49
1) インタビュー調査	49
2) 職員調査	49
第4章 検証結果	50
I モデル運用の実際	50
1. 対象者の概要	50
2. モデルの運用と循環の促進	50
1) モデルの運用の実際	50
2) 日勤嘱託の適用について	52
3) 夜勤への勤務拡大に向けて	52
3. モデル導入後の組織の変化	53

II	組織の雇用形態循環の推移	54
1.	モデル導入年度の看護職員数の推移	54
2.	モデル導入年度の雇用形態転換者	55
III	モデルにおける循環の実際	57
1.	対象者の概要	57
2.	雇用形態転換パターン	57
3.	雇用形態転換パターン別にみる転換理由	59
4.	今後の働き方	63
IV	個人の組織に対する意識	64
1.	対象者の属性	64
2.	職場定着意思・職業継続意思	65
3.	夜勤の可能性	66
4.	職務満足度	67
5.	情緒的組織コミットメント	69
6.	個人のWLB関連指標	69
7.	現在の仕事と生活（家庭生活、地域生活）に対する満足	71
8.	雇用形態変更の有無別（3年後調査から）	73
9.	多様な雇用形態についての自由記載意見	74
V	組織の関連指標	74
1.	モデル導入前後の雇用形態転換者数・離職率・平均勤続年数	74
2.	モデル導入前後の看護職員確保のための広告費の推移	75
3.	モデル導入前後の看護職員人件費	76
第5章	考察	77
1.	モデルの概要と特徴	77
2.	モデルの運用の実際	78
3.	雇用形態の循環	79
4.	モデル導入による組織の変化	81
5.	モデルの改良	83
6.	看護管理への示唆	84
第6章	結論	85

謝辞	86
文献	87

第1章 序論

I 研究の背景

1. 病院看護職の働く現状

現在わが国は、人口は2010年の1億2800万人をピークとして、減少に転じており、少子高齢化社会である。65歳以上人口は、2015年3,395万人（高齢化率26.8%）から2025年に3,657万人（30.3%）となり、そのピークは、2042年の3,878万人（39.4%）といわれている。いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年には、世界で例を見ない超高齢社会を迎えると言われ、その後も高齢化が進展すると推計され（内閣府、2015）、これに伴い看護職（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の充足は、焦眉の課題とされている。

第七次看護職員需給計画（厚生労働省、2010）によると、看護職は2011年で約56,000人が不足しており、2015年時点においても15,000人の不足が見込まれていた。2014年には、1,603,108人の看護職が就業していた（日本看護協会、2016a）が、「看護職数に関する社会保障／税一体改革推進を視野に入れた粗い試算」では、2025年には看護職が約200万人に必要とされ、毎年新たに3万人程度増加しても、約3万人から13万人は、不足すると試算されており、看護職の不足がますます懸念されている（厚生労働省、2014a）。

そもそも、看護職の全国的な不足は、2006年の診療報酬改定による7対1入院基本料の導入により加速化された。病院収入が看護職の人数と直結することから、高度医療機関である大学病院や地域の基幹となる大規模病院では、従来にはない程、年齢制限等の条件を緩和して、看護職の大量採用を行った。その結果、看護職の大病院への異動があり（鈴木、2011）、この余波というべきか、地方の病院や中小病院、民間病院は看護職の確保に苦渋してきた。

また、2006年の診療報酬改定では、看護職一人あたりの1か月の平均夜勤時間数が72時間以内（以下、「夜勤72時間ルール」という。）と規定され、それを遵守しないと入院基本料が取り消されることになり、病院にとっては看護職における夜勤要員の確保も重要課題となってきた。病院収益を維持するためのみならず、高度化する医療に伴い医療安全に万全をきたすために、また看護職の労働環境を改善していくためにも、看護職を一定数または余裕をもって配置する事が必要であり、すべての病院にと

って看護職員確保対策は最重要課題とされてきた。

看護職が新卒として就職するのは、その多くが病院である。なかでも、大学病院や国公立の大規模病院は、看護職としての教育体制が整備されている。そして、長年勤務するなかでキャリアを開発できるプログラムがある施設や福利厚生にも優れている施設を希望して新卒看護職は就職している。その一方で、学生時代に奨学生として採用され、学費の多くを病院からの奨学金で賄い、卒業後の就業年数によりにより返金免除される病院に勤務する新卒看護職もいる。これも病院の看護職確保対策の一環であり、地方の病院や中小病院、民間病院に多い。

わが国では、毎年約 5 万～6 万人の新卒看護師が輩出される一方で、退職する者が約 2 万人いる。さらに、近年の少子化による看護職養成数の減少や新卒看護職員の現場におけるリアリティショック等を原因とする新人看護職員の退職が注目されてきた。新人看護師の育成については、重要課題とされ、2010 年より新人看護職員研修事業としての施策が講じられ、新人看護職員の卒後臨床研修が法的に努力義務化された。

しかし新人時代が過ぎ、いわゆる中堅となる看護職員は、その多くが女性であるために結婚、妊娠、出産、育児などそれぞれのライフステージにおいて、仕事と生活の両立ができずに退職し、そのまま潜在看護職員となっていく者は計りしれない。総務省「労働力調査（基本集計）」によると、平成 26 年の女性の労働力人口は 2,824 万人、労働力率は 49.2%となっている。女性の労働力人口を現在の看護職就業者数で割ると、働く女性のおよそ 17 人に 1 人が、看護職員として働いていることになる。

一般に、女性の年齢階級別労働力率について昭和 50 年からの変化を見ると、現在も「M字カーブ」を描いているものの、そのカーブは以前に比べて浅くなっている。この現象は、子育て世代の女性が従来よりも働き続けていることを示している。家族形態は核家族化が進んできたことから、従来のように祖父母に育児を依頼することも困難となったことが考えられるが、働く女性は、育児で保育園や子育てサポートを活用できるようになったこと、少子化対策としての職場での子育て支援体制の効果が考えられる。一方、M字の底となる年齢階級が上昇している。昭和 50 年は 25～29 歳 (42.6%) がM字の底となっていたが、25～29 歳の労働力率は次第に上がり、2014 年では 79.3%と、年齢階級別で最も高くなっている。2014 年では 35～39 歳 (70.8%) がM字の底となり、ここには女性の晩婚化の影響も考えられる。

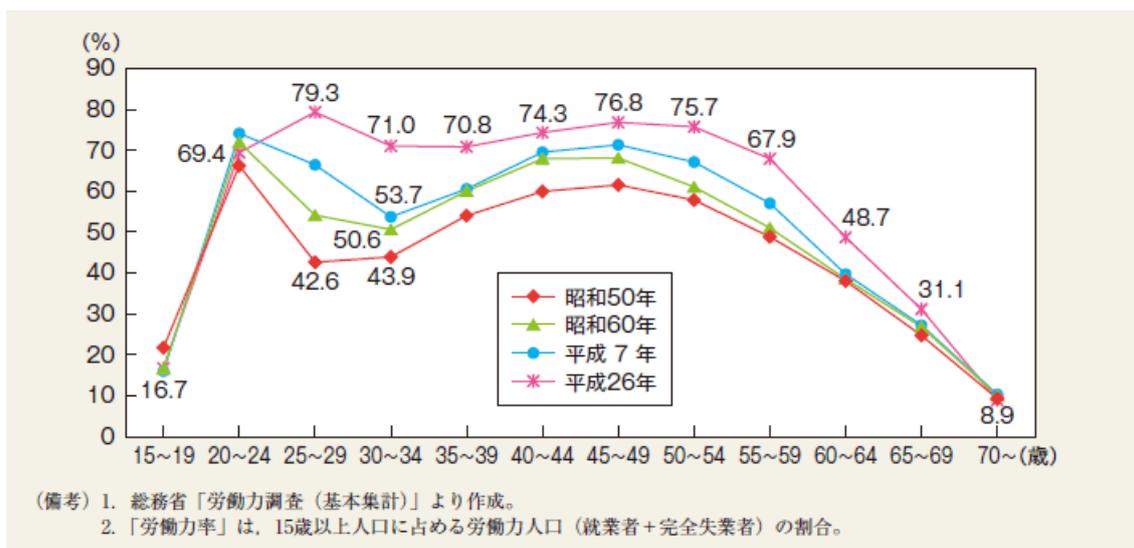


図 1-1 年齢階級別・女性労働力人口比率の推移(総務省 労働力調査より引用)

また、世帯数の視点からみると、児童のいる世帯は 11,817,000 世帯であり、これは全世帯の 23.5%となる。このうち 73.6% (8,691,000 世帯) が世帯構造として「夫婦と未婚の子のみの世帯」で最も多く、次いで 16.0% (1,893,000 世帯) が「三世帯世帯」となっている。さらに、児童のいる世帯における母親の 68.1%が仕事を有しているが、正規雇用は、全体の 22.4%に留まっている。また、出生数そのものは、わずかに増加し、合計特殊出生率は 1.46 (2015 年) とここ 4 年ぶりに上昇し、約 3 割は第 3 子以降として産まれている(厚生労働省、2016)。また、末子について年齢階級別にみると、0 歳では 39.2%、3 歳では 60.8%、7 歳以上では 72.6~79.0%の母親が仕事を有しているが、「非正規の職員・従業員」の割合が、年齢階級が高くなるにつれて増加する傾向にある。このような背景からも、核家族が大多数を占め、正規雇用で働く母親は少なく、子どもが成長後の就業では非正規雇用が多くなっていることが推察される。

病院看護職において、現在の Mカーブの底は、高校卒業後に看護基礎教育を 3~4 年受けて卒業し、看護師として就業 8~9 年目にあたる時期で、いわゆる中堅看護師と言われる経験年数を経た時期である。看護師としてのキャリアを積み上げた時期に、結婚・妊娠・出産・育児といったライフイベントを迎えることになる。

平成 24 年都道府県ナースセンターによる看護職の再就業実態調査(日本看護協会、2012)によると、直近の就業先を退職した理由(複数回答)は、「妊娠・出産」24.2%

が最も多く、次いで「自分の健康状態（身体的なもの）」18.3%、「自分の健康状態（精神的なもの）」13.3%、「子育て」10.3%、「時間外労働（残業）が多い」9.6%等であった。退職理由について年齢別にみると、「妊娠・出産」は20歳代46.4%、30歳代45.9%であった。「親族の健康状態・介護」では50歳代が22.4%であった。このように、妊娠、出産、子育ては、退職理由の上位を占めており、退職せざるを得ないといった状況が発生している。

また、これらのライフイベントを迎えた看護職のなかには、非正規職員いわゆるパートタイマーとして夜勤をせずに日勤のみの勤務をする者もいる。しかし正規職員とは異なり待遇面ではかなり劣る状況である。結婚、妊娠、出産、育児などそれぞれのライフステージにいる看護職が働き続け、キャリアを継続していくことが、個々の病院での看護職確保対策でもあり、それは看護の質向上にもつながることである。また、2008年には在職中の看護師が過労死と認定されたこともあり、労働環境が改善できなければ、看護職の退職、さらに大量退職によって、医療危機を招くことも過言ではない状況にあるといわれていた。

看護職の離職率は、2008年12.6%がピークで、その後若干低下し2013年では11.0%であった（日本看護協会、2009）。また2007年度には65歳未満の潜在看護職は約65万人と推測されていた（日本看護協会、2007）が、2015年では、71万人と増加した（日本看護協会、2015）。これらに対して、2015年10月より「看護師の届け出制度」がスタートし、「看護師などの人材確保の促進に関する法律」が改正され、退職看護師の届け出が義務化されたことから、これまで発掘は困難とされてきた潜在看護職が明らかになり、日本看護協会ナースセンターのもと、国をあげての看護師確保対策として期待できる。

以上のことから、多くが女性である病院看護職が、自身のライフイベントにより退職・潜在化せずに、いかにして働き続けることができるか、病院看護職を雇用する側にとっても雇用される側にとっても、ともに大きな課題である。

2. 民間中小病院の現状

看護職の多くは、病院に勤務しているが、わが国における病院は、徐々に減少してきており、2015年10月では、病院数は8,480である（厚生労働省、2015）。この約70%は200床未満の中小病院であり、さらにそのうちの約90%は、設置主体が医療法

人を中心とした民間である。民間中小病院は、約 60%であり、地域の医療を支えてきた。これらの病院は、公的機関とは異なり独立採算制のために、収益を得るために独自に工夫をしているところが多く、病床機能は、急性期病院のみでなく介護事業にも手がけ、同病院内で急性期病棟と療養病棟を抱えるなどのケアミックスの病床をもつところも多いとされている。

さらに医療法人等のグループ内で急性期から回復期、慢性期、在宅（訪問事業、デイケア等）をもつ施設もある。急性期での収益は、7 対 1 入院基本料以外では低くなるために、介護部門の収益を確保し、グループ内で採算を考えているところもある。白木（2013）によると、このような複合型の医療法人、いわゆる民間中小病院では、特化型、規模型、分散型などに区分され、特化型では、規模は小さくても急性期医療の一部に特化したものであり、その部分では収益力のある事業である。しかし、そのような特化した部門がないと収益力は低くなる。また、規模型では、規模の大きいほど収益性が高いというルールが適応するところである。予防から介護、在宅までの事業をグループで提供して患者を抱え込むことができるが、日本ではなかなか該当する施設がない。さらに分散型では、病院、介護施設を分散して経営しており、赤字部門を補ってはいるものの、それぞれが言わば零細企業であり、収益性は低い。以上のように、民間中小病院では、収益性については、それぞれが苦心しているところである。

また、医師についても深刻な問題で、関連大学医局の医師不足から病院への医師の派遣が、中小病院においてしばしば打ち切りになるのは周知のとおりである。この 10 年間に 616 施設の病院がなくなっているが、なかでも中小病院においてはその割合が高い（日本病院会、2013）。

それぞれの中小病院は、2025 年問題を見据えて、2015 年には自院の病床機能を検討し、病床機能報告を厚生労働省に届け出た（厚生労働省、2014b）。ここでは機能に伴う人員配置や医療の内容も含めて報告されている。これまで急性期病院としてきた病院も、それぞれの医療圏域のなかでどのような機能を果たすのかを明らかにすることが求められ、また変更を余儀なくされたところもある。

一方、看護職確保についてしてみると、病院格差が大きく、2006 年の 7 対 1 入院基本料の創設以降は、特に地域のあまり特徴をもたない病院では、看護職確保に苦戦してきている（大槻、2009）。2012 年病院における看護職員需給状況調査によると、平均離職率は 10.9%であったが、病院の規模別にみると、99 床未満 13.3%、100～199

床 12.3%と、200 床未満では高く、また設置主体別でみると医療法人立では 13.5%と高いことが示された。夜勤 72 時間ルールはあるものの、これは全看護職の平均値であるために、中には 72 時間以上夜勤を担当する看護職もあり、夜勤時間 72 時間超の看護職の割合が高い病院ほど離職率が高いことも示された（日本看護協会、2013a）。

看護職を病院独自に採用できないところは、有料職業紹介業者による看護職の採用も取り入れており、2006 年度は例年に比してその割合が増加した。これは、2006 年に前述した 7 対 1 入院基本料の新設に起因して、病院が多くの看護職を求めたこと、また 2006 年 4 月には、産休・育児・介護休業を取得した看護職の代替要員の派遣が認められたことが考えられた。またこのような紹介会社はインターネットホームページでも必ず目にとまる宣伝を掲示する現状があり、登録する者は新卒ではなく中途退職の看護職が多い。この有料職業紹介会社を通して看護師一人を紹介してもらい雇用することになると、その看護師の年収見込額の約 20%が、病院から紹介業者に支払われることになっている。高い経費を要するが、これを利用しないと看護職員が確保できない病院もある。木村（2015）の調査では民間中小病院の 66.8%が、看護職員紹介業者の利用を経験したとされていた。

2006 年以降は、独自に看護職確保対策として、日勤のみの雇用形態を取り入れ、潜在化してブランクをもつ看護職員の復職しやすい状況を提供し、個々の条件に合わせて聞き入れてきた（和田、2009；浅野、2009）ところもあるが、組織としての雇用形態が整備されているわけではない（渡邊、2011）ことが指摘されている。

民間中小病院の看護職員については、それまであまり実態が明らかにされていなかった。しかし、菊池ら（2003）が調査を行い、看護職の確保が困難であることその他、看護職の年齢・職歴などの背景が多様であることや教育体制の不備などが特徴としてあげられた。また、経営管理会議への参加、看護業務基準の作成、看護実践能力の評価、教育研修体制の整備や研修の実施など、適切なリーダーシップを発揮する看護のトップリーダーが存在することで、一定の成果を上げているところも多いとされた（菊池、2003）。

また、公的病院とは違い、民間中小病院の病院経営は独立採算で厳しい状況であるが、大病院にないメリットも多くあり、規模が小さく命令系統が短く迅速に決定できるという強みがあることも報告（平井、2009）されている。このような強みを活かそうとし、2016 年 2 月には、「中小規模病院の看護管理能力向上を支援するガイド「人

をひきつけ生き生きと地域に貢献する病院づくり」という中小病院看護管理者へのガイド（手島他、2016）が、厚生労働省補助金で作成されており、2025年に向けて中小規模病院の看護管理者の能力向上を支援することが重要とされている。ここでは、2014年度に行った中小規模病院（300床未満の病床数の病院を対象）の全国実態調査と先駆的な取り組みを行っている病院の好事例の調査結果を反映した看護管理能力向上の支援についてガイドとしてまとめている。

このガイドは、院内からは病院長や事務部門長などから支援を得ること、院外からは自治体、職能団体、グループ病院等の組織が支援することによって、中小規模病院の看護管理者の能力向上をめざしている。中小規模病院は、離職率が高い、新卒が来ない、看護職の年齢が高いなど、ともすれば短所としてとらえられがちな特徴の見方を変えて、人の流動性が高い、経験が豊かな人が揃っているというような「特長」としてとらえることにより、地域でその中小病院に期待されている役割を果たすことができるかとされている。

3. 女性の就業継続政策としてのワーク・ライフ・バランス

2004年、まだワーク・ライフ・バランスという言葉も珍しかった当時であるが、大手の34企業が集まり、「ワーク・ライフ・バランス塾」を立ち上げ、その先駆けとして特に女性社員が出産・育児で退職せずに働き続けられる体制、子育てしながらキャリアアップを続けることができる環境作りを考案してきた。学習院大学経済経営研究所においては、このワーク・ライフ・バランス塾と共同で、企業におけるワーク・ライフ・バランスの進捗状況を診断する「WLB-JUKU INDEX」を開発してきた（学習院大学経済経営研究所、2008）。このINDEXは、看護界にも導入されている。

2007年、政府が「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」、「仕事と生活の調和推進のための行動指針」を策定したことは、多くの企業が多様な雇用形態の一つである短時間正社員制度を導入する機会となった。短時間正社員とみなす理由を育児からスタートしたものの、先駆的な企業では、その目的が育児以外のこと、例えば親の介護や本人のキャリアアップのため等の理由でも短時間正社員として期間限定あるいは無期に働くことができる制度にも拡大されつつある。2008年、パートタイム労働法の改正があり、2009年には育児・介護休業法の改正がされたが、このこともワーク・ライフ・バランスの推奨をもたらしている。

また、東京大学社会科学研究所では、民間企業と共同して「ワーク・ライフ・バランス推進・研究プロジェクト」を2008年10月に発足させ、企業におけるワーク・ライフ・バランス推進と働き方の関係などに関する調査研究を開始してきた。2009年に、首都圏の民間企業に働く正社員2800名を対象とした調査から、職場マネジメントの改善は、ワーク・ライフ・バランス満足を高めると同時に生産性も高める可能性があるとし、上司と部下の良好なコミュニケーションが直接的にワーク・ライフ・バランスを高め、間接的にワーク・ライフ・バランスと生産性の両方を高める可能性が高いとされている（東京大学社会科学研究所 ワーク・ライフ・バランス推進・研究プロジェクト、2009）。

佐藤（2008）によるとワーク・ライフ・バランス施策は3つのフェーズがあり、それを2階建て家屋にたとえれば、育児・介護休業など関連の諸制度の導入は「2階部分」に、「1階部分にはこれらの制度の前提となる効率のよい仕事管理・働き方の実現が相当し、家の「土台」となるのは、1階、2階を支える「企業風土」であるといわれている。藤本（2009）は、企業におけるいくつかの調査データから、ワーク・ライフ・バランスと仕事に対するモチベーションの間には正の関係があると推測でき、仕事と子育ての両立支援策が多く取り入れられ、全体のなかでは休業関連の制度の導入率が最も高く、女性従業員の定着率が向上していることをあげている。高村（2011）は、ワーク・ライフ・バランス施策は、年収という外的報酬でなく、仕事のやりがいという内的報酬として寄与する可能性が高いとしている。ワーク・ライフ・バランスの推進は生産性や組織コミットメントの向上につながるとされている（東京大学社会学研究所、2009）。木谷（2010）は経営戦略としてのワーク・ライフ・バランスは、企業のあるべき姿「社会の公器」、働き方のあるべき姿「多様な働き方」、人材のあるべき姿「プロフェッショナル（成果主義）」を示している。

ワーク・ライフ・バランスと一口に言っても内容は様々であるが、なかでも多様な雇用形態、その一つとしての短時間正社員制度が推進されてきた。短時間正社員には、3種類あり正社員から一時的に短時間正社員となるケース、正社員から恒常的に短時間正社員になるケース、第3は非正規社員（例えばパートタイマー）から正規社員としての短時間正社員になるケースである。第3のケースは、とくに優秀なパートタイマーが、正規社員として雇用転換し、よい人材がそろい企業としても生産性の向上にもつながっているとされている（原、2009）。いずれにせよ、先行研究からは、

短時間正社員制度を含めた多様な雇用形態が、人材育成の面でまた企業としての生産性の向上が効果として報告されている。

4. 病院におけるワーク・ライフ・バランスの導入

病院においては、企業と異なり職員は女性が圧倒的に多いことや夜勤があることの特異な事情もあるが、2007年に日本看護協会は3か年の看護職確保定着推進事業をスタートさせた。そして「多様な雇用形態による就業推進事業」を実施するとともに、ワーク・ライフ・バランスを推奨してきた。さらに、2008年に公務員の育児のための短時間勤務制度が導入されたことは、公的病院においてその制度の実施が、病院におけるワーク・ライフ・バランスをより推進したといえる（平井、2008）。

看護は、24時間継続しているために、夜勤を避けることはできないが、この夜勤こそ離職の要因でもある。従来、病院看護職の正規職員は、夜勤を伴うことが当たり前で、交替勤務者として採用されており、勤務表で定められた夜勤を行う必要があった。身体の都合、家族の都合等で、夜勤が不可能となれば、正規職員ではなく夜勤を伴わない日勤帯だけの勤務（非正規雇用）、いわゆるパート職員となるか、退職するしか選択肢がなかった。

新卒で病院に就職し、勤務を継続する看護職が迎える主なライフイベントは、結婚、出産、育児、介護であり、これらと「働き続ける」こととのバランスを保ちながら、看護師がどのように何を選択して行動していくかは、職場環境のサポート体制が大きく影響する。また、選択の際には「時間」と「収入」が大きな影響を与えると考えられる。

以下に、女性看護職が迎えるライフイベント毎に、適用となる制度の概略を「時間」と「収入」の視点から述べる。

1) 就職

看護学基礎教育を終えて卒業後国家試験に合格し、新卒業生の多くは病院に夜勤を含めた交代勤務ができる常勤として就職する。その収入は、基本給の他、時間外勤務手当・夜勤手当がある。独身者は子育て中の勤務者に比較して夜勤の回数が増えることが多く、また時間外勤務も多い傾向にある。夜勤回数や時間外勤務の負担が大であり、時間のゆとりは少ない。

2) 結婚

常勤として勤務（夜勤を含む交代勤務）をしていた看護職が結婚する場合、結婚休

暇を取得できる。その後の勤務は、そのまま交代勤務が可能であることが多いが、配偶者の居住地により住居が変わることや配偶者の希望で退職することもある。また配偶者との話し合いのもと、夜勤を行わないという雇用形態に変更する者もいる。収入に関しては、雇用形態を変更しない限り変化しないが、一時的に結婚祝い金が支給される。

3) 出産

産前6週間（共済組合では8週間が多い）・産後（8週間）休暇を取得することができる。収入に関して、出産に伴う休暇は有給として対応される（給料の支払いがない場合は、出産手当金として支払われる）。産前産後休暇中の社会保険料は免除される。

4) 育児

産後休暇に引き続き育児休暇を児が1歳になる前日まで（施設によっては最高3年間）取得することができる。収入に関して、1年間（場合により1年6ヶ月）は全額支給ではないものの有給であり、社会保険料も免除される。その後は、無給である。

また、1年以内に、勤務をする場合は1日30分×2回の育児時間を取得することができる。実際には、勤務開始時間を1時間遅くする、または勤務終了時間を1時間早めるように、取得する人が多い。

また、産前の期間は常勤として夜勤や時間外勤務を行うことはできても、育児休暇後の勤務では育児のために、夜間の時間確保、夕方の保育園の迎えの時間確保等のために、雇用形態を変更することもある。また、1日の勤務時間を6時間とする短時間勤務制度（公務員の場合は、1日3時間55分の短時間勤務制度が認められている。）を選択することも可能である。

5) 介護

祖父母や父母の介護が必要となることがある。一人の介護につき、93日を上限とする介護休暇、また年間10日の介護休業の取得が可能である。この休暇については、全額支給ではないが有給である。しかし、介護休暇の取得者は、3.2%（厚生労働省、2012）とまだ少なく、現実には介護休暇を取得するよりも介護のための退職者が多い。

ここまで、病院に勤務する看護師の主なライフイベントについて、ワーク・ライフ・バランスの視点から述べてきた。専門職として働き続ける選択肢のほか、個人の生活と仕事を両立できなくなった場合には、退職という選択肢がある。退職により、勤続

年数に応じた退職金があり、仕事をしないことにより自身の自由な時間は十分に確保される。看護職は国家資格としての免許があること、看護職が充足している病院が少ないために、「時間」と「収入」という個人の条件に合った別の病院に転職することができるので、退職という選択肢は比較的容易に選択される。

5. 多様な雇用形態とそれがもたらす問題

正規雇用職員は、月給制であり、基本給が経験年数により決められ、時間外手当や夜勤手当が加算される。さらに、健康保険や退職金や将来の年金、福利厚生等についても制度が整っている。一方、病院のパートタイム職員は時間給であり、その単価は個人の能力よりもその施設での勤続年数で決められ、時間数が少なければ（概ね 30 時間未満/週）、健康保険も加入できないばかりではなく、退職金や年金の制度も適用されない。そのために、夜勤を避けたい看護職は、これまで働き続けた病院を退職し、クリニックなど日勤のみの勤務への転職を選択したり、離職して潜在化することが一般的であった。そのため、看護職が働き続けられるための方策として、夜勤を外した日勤のみの働き方を取り入れることは、離職を防止する方策であるとされた。

これらに加え、前述した 2008 年パートタイム労働法の改正、2009 年育児・介護休業法の改正である「育児短時間勤務制度」は、病院における看護職の雇用形態を大きく変更する機会となった。従来では到底考えられなかった日勤のみの勤務形態が可能となり、正規雇用職員であり続けるために夜勤をしてきた看護職の認識を大きく変える多様な雇用形態導入の端緒となった。そして日勤専従を始めとする多様な雇用形態の導入は、ライフイベントによって夜勤を避けたい看護職が退職することなく、その病院で勤務を継続することができるようになり、離職率を 2009 年 11.9%、2013 年 11.0%、その後もほぼ横ばいと、わずかながらも下げることにつながったのである。

また、多様な雇用形態は、導入施設が年々増え、短時間正職員制度の導入率は、2008 年 17.7%、2014 年 18.6%と増加した（日本看護協会、2009；日本看護協会、2015）。制度の整ったところは、公的な大規模病院ではあるが、民間中小病院でも、従来では病院での勤務が難しいと思われる勤務制限のある看護職等を確保するために、導入されたところもある。ただし、病院における導入に関する先行研究では、短時間正職員制度導入前後の離職率の比較や、制度利用者の肯定的意見の報告（和田、2009；浅野,2009）に留まり、効果の検証は十分とは言えない現状である。

平井（2008）は、「よほどの将来設計がなければ、再就職のモチベーションは上がらないし、適切な時期は巡ってこない。また転職はエンプロイアビリティ（雇用される能力）が高くない者には次のステップで成長することは難しい。正規雇用職員の一歩の強みは仕事や継続教育で能力を継続的に高められる点である。」と述べている。そのため、育児期で短時間しか働けない状況であっても、潜在化するのではなくその施設で働き続けることで、ポスト育児期にはその病院での就労時間を少しずつでも拡大すること、将来のコア人材になることが期待できるのではないかと考える。

また日本看護協会では、2007年度から厚生労働省補助金により「看護職の多様な勤務形態による就業促進事業」（3カ年事業）を実施した。この事業で得られた知見を継続的に活用していくために、2010年度から「看護職のワーク・ライフ・バランス推進ワークショップ事業」がスタートした。この事業は都道府県看護協会と日本看護協会が協働して、地域を主体に看護職の働き続けられる職場づくりのための活動を全国的に展開する初の試みであった。このワーク・ライフ・バランスワークショップには、2013年までに43都道府県363病院が参加し、2014、2015年には、さらに160施設が参加した（日本看護協会、2015b）。ここでは、前述した「WLB-JUKU INDEX」を病院に適応するように改変し、看護職のワーク・ライフ・バランスインデックス調査（Nursing WLB Index-WLBI）を開発して用い、看護職のみならず病院管理者である院長や事務長などの職員を交えたワークショップが行われてきた。雇用上の制度を看護職に周知することや残業軽減等をはじめ、それなりに成果をあげてきたと言える。

多様な雇用形態が推奨された結果、病院ではひとつの部署に、雇用形態が異なる看護職が混在して働くことになった。例えば、同じ日勤であっても勤務終了時間や業務内容が異なったりすることがある。もちろん基本給も異なるが、病院の患者からみれば同じ看護職である。雇用形態が、正規雇用であるのか、パートのように非正規雇用であるのかは、患者には知らされてない。これは病院のみでなく、他の業界であっても同様で、クライアントが企業の職員の雇用形態にこだわることはほとんどない。

病院のパートタイム看護職についての質的研究では、パート看護職は、「パートゆえの旨み」を享受することで仕事に満足を抱いている一方で、「正規職員とパートの間の壁」をベースに「パートのキャリア開発を放任」、「能力や経験を考慮されない発揮できるが負担も大きい役割は付与されない」、「患者から信用されない」といった人的資源管理上の格差も認識しており、パート看護職個人のなかに相反する感情が存在して

いたといわれている(南谷、2011)。このことは、パートを継続している職員に対しての教育・開発の面での示唆となると考える。

宮崎(2010)は、現職について転職や就業休止などのネガティブな意識をもつ者の割合が、非正規看護職では変わらないが正規看護職では増加しており、労働環境との関連性が示唆され、看護職の非正規雇用化を来していると指摘している。

日勤のみの働き方をする看護職の希望をかなえる一方、入院基本料を満たすための条件でもある一般病棟に勤務する看護職の一人あたり月平均夜勤時間 72 時間以内という診療報酬上の縛りを無視することはできないため、それぞれの病院では一定の夜勤要員数が必要である(小川、2011)。そのために、普通の看護職の 2 倍である 144 時間の夜勤をする夜勤専従看護職(日勤なし)を配置しているところもみられ、これも多様な雇用形態の一部である。

さらに夜勤等の勤務も配慮すべく、2010 年に厚生労働省内に看護師等の雇用の質向上に関する省内プロジェクトチームが発足し、翌年の報告を経て、2012 年医療分野の雇用の質向上のプロジェクトチームが発足した。日本看護協会では「夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」を発行し、夜勤・交替制勤務については、勤務の前後の休息や夜勤中の休憩時間などについて多くを考慮したものとなり、その結果として、夜勤要員を増員しないと対応できないことも求められている(日本看護協会、2013b)。

6. 諸外国での病院看護職の勤務状況

看護師 1 人当たりの病床数の国際比較を表 1-1 に示した。人口千対比の看護師数を比較すると、ドイツが 13.0 人、最も少ないイギリスが 8.3 人であり、日本は 10.5 人と比較的充足されている。しかし、日本は人口千対比の病院病床数は 13.4 床と各段に多いことが特徴である。そのため、看護師 1 人当たりの病床数が 1.3 床となり、日本は他国の 2~4 倍となっている。

欧州では、EU 労働時間指令が 1993 年に制定され、その後 2000 年、2003 年に改定された。これは、労働者の健康と安全を守るために、基準とする労働時間に関する規程である。これによると、「休息時間は 24 時間ごとに連続 11 時間以上(第 3 条)」、「7 日間あたりの労働時間は時間外を含め最大 48 時間(第 6 条)」、「少なくとも年間 4 週間の有給休暇(第 7 条)」等が含まれている。

表 1-1 看護師 1 人当たりの病床数の国際比較(日本看護協会の資料をもとに作表)

国名 Country	年次 Year	病院病床数 Beds: in-patient care ①	看護師 Nurses ②	人口千対比 Ratio per 1,000 population		人口 Population in thousands ③	看護師 一人あたりの 病床数 (①/②)
				病院病床数 (①/③) Beds	看護師 (②/③) Nurses		
日本 Japan	2012	1,703,853	1,344,388	13.4	10.5	127,515	1.3
アメリカ U.S.A.	2012	920,829	3,498,450	2.9	11.1	314,112	0.3
フランス France	2012	414,672	595,594	6.5	9.4	63,519	0.7
ドイツ Germany	2013	667,560	1,045,000	8.3	13.0	80,646	0.6
イギリス United Kingdom	2013	176,789	524,277	2.8	8.3	63,238	0.3

1) 出典「OECD Health Statistics 2015」

2) 日本、ドイツ、イギリスの看護師数は“Practising nurses”より。

※“Practising nurses”とは、「患者に直接的にサービスを提供する看護師等」(OECD 定義より)

3) アメリカ、フランスの看護師数は“Professionally active nurses”より。

※“Professionally active nurse”とは、「“Practising nurses”と、行政・管理・研究等の直接患者と接しない立場にある看護師等を含む」(OECD 定義より)

4) イギリスの病院病床数は私立病院の病床を含まない。

5) 小数点第2位以下は四捨五入。

フランスでは、夜勤専門の看護師がいること、勤務予定は数か月から1年前にはほぼ決まっていること、「日勤と夜勤の分離」として日勤と休み、夜勤と休みのパターンが長期的に組み合わされていること、「有休の計画的取得」等が報告されている(安井、奥、2012)。

ドイツでは、「夜勤の労働時間は10時間程度」「同一勤務帯を3-4日続ける勤務体制」「有休100%消化」などが報告されている(中村、村上、2012)。

イギリスでは、契約により自由な働き方が実現できていることや公正・公平な勤務表作成されていること、日勤の開始時間は午前7時または午前7時30分であり、夜勤は11時間勤務することが報告されている(伊東他、2014)。研究者が2010年に訪問したロンドンのセント・トーマス病院では、看護職の急な欠勤に対して、BANKと呼ばれる派遣看護師やその日には勤務がない看護職が対応することになっていた。急な欠勤は毎日部署毎の報告があり、その対応が看護部より指令されていた。

アメリカでは、正規雇用職員であっても働く時間がフルタイムか短時間かで、基本給が変わる。また、パートタイム勤務は時給が高いとされている。他に、派遣というagencyの制度もある(鈴木、2008)。

以上から、欧州やアメリカでは、時間外勤務をも含む勤務時間数が少ないこと、日勤の開始時間が早いを終了も早いこと、急な欠勤への対応が充実していること、休暇が多く計画的な休暇取得ができること、夜勤と日勤が混在した勤務でなく週や期間によってわかれていること、夜勤の後の休養がとりやすいこと等、ライフイベントである子育てと直面している看護職にとっては、働きやすい労働環境である。

日本では、2013年の「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」において、夜勤時間や夜勤前後の休息等には触れており、2016年診療報酬改定でも一部採用されている。しかし、働く職場の環境としての日勤の早朝開始時間や急な欠勤への対応、日勤と夜勤の分離した勤務等については、我が国での導入には、未だ多くの課題を残していると考えられる。

7. 問題提起

我が国では、病院の大多数を占め、地域の医療を支えているのが、民間中小病院である。日本は超高齢社会が進行し、いわゆる団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年を見据えて、地域医療の役割はますます増加することが予測される。民間中小病院がその機能を果たすためには、優秀な看護職を確保することが重要である。しかし、現状では新卒看護師の確保が難しいのみならず、中堅の優秀な看護職が女性としてのライフイベント（結婚、出産、育児、介護）によって、仕事と家庭の両立で苦渋し、退職を余儀なくされている。中堅看護職が退職することは、看護のキャリアを継続できないことの本人のジレンマがあり、個々の民間中小病院にとっても、地域医療にとっても大きな損失に他ならない。

国の施策として、ワーク・ライフ・バランスが提唱され、日勤専従や短時間勤務などの多様な雇用形態が導入されるようになった。しかし、入院基本料を満たすための条件でもある一般病棟に勤務する看護職の 72 時間ルールという診療報酬上の縛りを無視することはできないため、それぞれの病院では一定の夜勤要員数が必要である。看護職数は診療報酬によって規定されていることから、看護職総数には変化がなく、一定の夜勤要員を必要とし、夜勤を免除する雇用形態を導入すれば、常勤の看護職に負担がかかることは自明の理であり、これが退職につながる悪循環をきたしかねない現状がある。さらに、国際比較からも看護師 1 人当たりの病床数が多いこともあり、常勤看護職の負荷は大であると予測される。

そこで、民間中小病院に勤務する看護職が、自身のライフイベントに対応しつつ働き続けることができ、キャリアアップにつながる雇用のシステムが必要である。そのためには、看護師がワーク・ライフ・バランスを維持できるように、日勤専従勤務や短時間勤務など多様な雇用形態を提供する視点、看護師が勤務形態を変更して働き続けることを促進する視点、さらには常勤として夜勤を担う人材に復帰することを促進する視点が重要である。

病院看護職の継続就業が可能になる見通しを与えることができれば、看護職の組織に対するコミットメントが高まり、仕事の満足が高まると考える。さらにこれらにより患者ケアの充実や看護の質向上にもつながると考えられる。そこで、看護職が夜勤をも担う常勤から、同一の病院内でライフイベントに対応できる雇用形態を転換し、最終的に常勤に復帰する仕組みを「雇用形態の循環」と表現し、民間中小病院における雇用システムとして、雇用形態循環モデルを開発することが必要である。

II 研究目的

民間中小病院に勤務する常勤看護職が、自身のライフイベントに合わせて雇用形態を選択して転換し、勤務を継続して再び夜勤を担う常勤に復帰できる雇用システムを構築すること、さらにその効果を検証することである。

そこで、以下に示すように、モデルの構築を研究Ⅰとして、モデルの導入と検証を研究Ⅱとして実施する。

研究Ⅰ：看護職の継続就業を保証する多様な雇用形態循環モデルの構築

研究Ⅱ：看護職の継続就業を保証する多様な雇用形態循環モデルの導入と検証

III 用語の定義

本研究においては、次のように操作的に用語を定義する。

- ・民間中小病院：設置主体が国・公的機関・社会保険関係団体・私立学校法人以外であって、病床数が20～199床（診療報酬上の病院規模として使用）の病院
- ・雇用区分：正規職員（無期雇用）と非正規職員（有期雇用）の区分
- ・雇用形態：常勤、日勤嘱託、パート等それぞれの雇用契約上の名称
- ・雇用形態の転換：雇用形態を変更すること
- ・雇用形態の循環：夜勤を伴う常勤の正規雇用看護職が、雇用形態を転換して働き続

け、最終的に常勤の雇用形態に復帰すること

- ・退職：ある病院を辞める行動
- ・離職率：看護職が1年間に退職した割合

III 研究の意義

多様な雇用形態循環モデルを構築することができれば、看護職が各自のライフイベントに対応して雇用形態を転換して働き続けることができ、看護専門職としてキャリアを重ねることができる。

一方、民間中小病院にとっては、中堅の看護職を確保することができ、看護職の継続就業を保証することによって、安定した人材確保が可能となる。

これにより、ひいては民間中小病院が担う地域医療を適切に支えることに貢献する。

第2章

研究1：看護職の継続就業を保証する多様な雇用形態循環モデルの構築

I 目的

民間中小病院看護職が、自身のライフステージに対応して多様な雇用形態を循環できるとともに、組織にとって看護職確保対策として、看護職の継続就業につながる「多様な雇用形態循環モデル」を構築する。

II 方法

1. モデルの構築と学問的基盤の検討

モデルの構築にあたり、行動分析学 (behavior analysis) における行動の原理を理論的基盤とした。ここでいう行動の原理とは、強化の原理である。強化の原理に係る概念として、行動の三項強化随伴性、確立操作、分化強化が重要である。行動分析学は、基礎的な実験研究によって生物の行動を明らかにする基礎行動分析学、人間社会に行動の原理を応用して問題解決する応用行動分析学に大別される。行動分析学では、人間行動は環境との関係において学習されることが明らかになっている。

今回構築するモデルは、看護職が多様な雇用形態を自ら選択して転換する行動を促進する環境をいかに構築するかの視点が重要である。構築するモデルにおいて、看護師が「働き続ける」ということを「行動」として捉え、その行動を促進する環境をモデルとして捉えている。従って、「看護師の働き続ける行動」を促進するための仕組みをモデルとして提示することになる。

以下に、行動分析学と強化の原理を述べ、概念としての三項強化随伴性、確立操作、分化強化を概説し、さらに応用行動分析学について言及する。

1) 行動分析学と強化の原理

有機体の行動には、レスポナント行動 (respondent behavior) とオペラント行動 (operant behavior) と呼ばれる二種類の行動がある。レスポナント行動とは、反射における反応で、誘発刺激によって誘発される行動である。レスポナント行動には、必ずそれを誘発する刺激があり、この刺激をレスポナント行動の無条件刺激といい、それと無条件刺激に誘発されるレスポナント行動との刺激—反応関係を無条件反射という。

オペラント行動は、誘発刺激により受動的に誘発されるレスポナント行動とは異なり、誘発刺激は存在しない。人間に自発（emit）される行動であり、環境に働きかけるべく能動的に自発する行動である。そこには法則が存在することが実験によって実証されてきた。強化の原理はその代表ともいえる。具体的には、あるオペラント行動の直後にある刺激を随伴させると、その行動の自発の頻度が増加する場合があります、これをオペラント行動が強化されたといい、この刺激を強化子という。さらに、オペラント行動はひとたび強化されると、それを自発すると再び強化されるという手がかりを与える刺激のもとで自発される。このようなオペラント行動に先行して手がかりとなる刺激（事象）を弁別刺激（先行事象・先行条件）といい、オペラント行動は弁別刺激の下で自発される（佐藤、1976）。

つまり、強化の原理とは、ある状況において（弁別刺激）、人が自発したある行動（行動）の結果、その人にとって望ましい環境がもたらされた（強化子）とき、次に同様の弁別刺激の下ではその行動が生じる確率が増加することをいう。

また、弁別刺激と強化子を観察することで、その行動の三項強化随伴性を把握することができ、どのような刺激の下でその行動が生じるのか予測することができる。さらにはその行動の直後に意図的に強化子を随伴させることで、その行動を増加させることが可能である。

「多様な雇用形態循環モデル」を構築することは、「看護職がライフステージに対応した雇用形態に転換して働き続ける行動」を増加させることである。つまり、行動した結果に強化子が随伴される仕組みを作ること、働き続けることができる環境調整（確立操作）と、転換するための弁別刺激を組み込んだシステムを構築することに他ならない。

（1）行動の三項強化随伴性

行動の随伴性（contingency）とは、行動を分析する枠組みであり、行動とその直後環境の変化との関係を示している（杉山、2005）。つまり、行動とその結果としての環境事象との間の確率的関係性であり、行動随伴性は確率的に決まる（日本行動分析学会、2015）。

随伴性は、行動と先行事象と結果の間の様々な時間的、機能的な関係を示すとされている（Miltenberger,2001/2006）。

行動に先行して、行動を引き起こす契機になる環境刺激を「先行刺激（antecedent

stimulus : A)」とし、それによって引き出された「行動」(behavior : B) は、後続結果 (consequent stimulus : C) として環境刺激の変化をもたらす。この ABC の単位を行動の三項強化随伴性という。

(2) 確立操作

確立操作は、基本的には「遮断」と「飽和」といった強化子の強化力に影響する操作であり、①ある結果事象の強化子としての有効性(価値)を変化させ、②その結果事象から影響を受ける行動の生起頻度を変化させる、という二つの機能を有し、弁別刺激とは異なるものである(日本行動分析学会、2015)。この操作は強化子としての有効性を確立する動機付け操作(Cooper, Heron, & Heward, 2007/2013)である。臨床場面で例を挙げれば、クリニカルパスは看護師にとって確立操作として機能している。

(3) 分化強化

特定の望ましい行動のみに強化子を随伴させて強化し、その他の行動は強化しない手続きである。その結果、望ましい行動のみが増え、その他の行動は消去される。つまり、分化強化を「多様な雇用形態循環モデル」構築に導入することは、看護職にライフイベントが生じたとき、「看護職として働き続ける行動」を選択したときのみに強化子が提示される仕組みを作ることを意味する。

本モデルにおいて予測される看護師の行動について、図 2-1 に三項強化随伴性を示した。弁別刺激(以後「先行条件」という。)は、ライフイベント(主に育児)に直面することである。この時に、働き続けるという行動を選択すると、育児の時間を失うが収入を獲得することができる。一方、退職すると育児の時間を獲得するが収入を失うことになる。分化強化を考えると、働き続けることを選択してもらうために、育児の時間を保証する雇用形態を準備することが考えられる。つまり、働くことによる結果のみに、育児時間を確保し、収入を確保するという強化子を準備する。

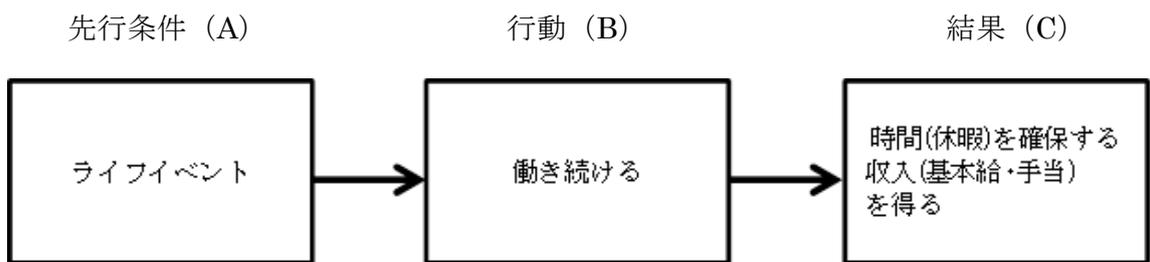


図 2-1 ライフイベント時の看護職が働き続ける行動の三項強化随伴性

2) 応用行動分析学

行動分析学では、前述したオペラント行動について探求している。「人間の行動を改善し理解する取り組みで行動原理から導き出される戦術を、社会的に重要な行動を改善するために組織的に応用していく、実験を通じて行動の改善に影響した変数を同定する科学である」(Cooper, Heron, & Heward, 2007/2013) と述べられている。行動分析学には、基礎行動分析学と応用行動分析学がある。基礎行動分析学では、動物実験により、様々な行動を分析している。また応用行動分析学は、人間の行動に焦点をあてている。

応用行動分析学は、イワン・P・パブロフ、エドワード・L・ソーンダイク、ジョン・B・ワトソン、B・F・スキナー等の研究により確立された。特に、1930年代にスキナーは行動の原理に関する基礎研究を行い、行動分析学の原理を人間の行動に応用したものを多く残していることから、応用行動分析学はスキナーの業績によると言われている。これは行動に焦点をあて、個人の行動と環境の相互作用を捉えていく学問である。現代の応用行動分析学は1968年に始まったといわれている。

日本での行動分析学は、佐藤方哉により、1972年「行動理論への招待」として紹介された。その後1998年、Richard W. Malott, Maria E. Malott の *Elementary Principles of Behavior (EPB)* が出版され、日本では「行動分析学入門」(杉山尚子他、1998、産業図書株式会社) が出版された。

現在、応用行動分析学は、主に教育・ビジネス・個人の領域で活用されている。教育では障害児教育や特殊教育の場面(子どもの問題行動:不適切行動、逸脱行動等)、子育てにおいて導入されている。

また、応用行動分析学は、個人の領域では、セルフマネジメントとして、勉強法やスポーツのコーチングにも導入されている。ビジネスについては、パフォーマンスマネジメントやヒューマンマネジメントとして、企業等で部下の育成や様々な問題解決法が活用されている。特に島宗は、パフォーマンスマネジメント(2000)等、部下の育成などに関わる上司向けに、事例を取り入れながら行動の理論を用いて、組織における部下の行動について述べている。

医療分野における応用行動分析学は、1972年に「患者行動の変容」が紹介されたことに始まりリハビリテーション分野で活用されてきている。患者の行動には、治療上求められる行動と生活上求められる行動があり、看護職はチームとして複数がこの

両行動にかかわり、介入することが特徴となる（鎌倉、2015）。

医療場面においては、治療方針に則しない患者の行動があり、これを変容させることが看護に求められる。そのために、看護チームとして複数で関わるが、同じ看護ケアを継続することは困難も生じやすい。そこで、患者のセルフマネジメント行動に介入する看護ケアをプログラム化して、患者の行動を変容していく取り組みが研究されている（鎌倉、2014）。看護の効果を実証するために、毎日の看護の結果を測定する方法として、行動分析学のシングルケース研究法が提唱される。提供された看護（独立変数）の結果（従属変数）を示す患者の行動（標的行動）に着目し、それを継続して観察・記録することで数量化することができる。

さらに、入院期間が短縮化し在宅医療への移行が進められている現在、患者自身が自らの療養生活を適切に維持するセルフマネジメントの視点が必要であり、従来の教育・指導として説明するに留まっていたが、患者がセルフマネジメントできるようにする技術として確立することが望まれる（鎌倉、2016）と述べられている。

また、これら応用行動分析学の方法論は、行動変容法（behavior modification）とも同義として使われることもある。行動変容法は、発達障害、精神疾患、教育と特殊教育、リハビリテーション、コミュニティ心理学、ビジネス、産業、ヒューマンサービス、自己管理、子育て、予防、スポーツ心理学、健康関連行動、高齢者という様々な領域で応用されている（Miltenberger,2001/2006）。

本研究に関連する看護管理分野においては、未だその成果を示しているものはほとんどない。精神看護領域の雑誌において、岡本（2015）が「私が実践している行動分析学を使った看護管理を紹介します」と、看護部長として、対応が困難、いわゆる困ったスタッフに関わるなかで、そのスタッフの「行動」をとらえて、環境を変化させる（確立操作）ことで、行動分析学を用いているという報告をしている。

前述した企業等での問題解決に用いられているパフォーマンスマネジメント、ヒューマンマネジメントの手法は、看護組織においても同様であり、看護管理者の部下であるスタッフまたは組織への関わりにおいても、有効であると考え。強化の原理を用いることで、スタッフ個人の望ましい行動（やる気にさせる）をもたらすことができると考え、この行動理論を本研究での基盤的理論とした。

2. 多様な雇用形態循環モデルの導入可能な病院

本研究におけるモデルは、都市部ではなく、地方の病院を想定し、設置主体が民間であるところ、また 100～199 床の病院に導入できるものである。病院機能は、一般病床または療養病床とのケアミックスを想定した。また、外来、手術室等をはじめとする外来部門ももち、看護単位として 7 程度のところを想定した（なお、精神科病床は、看護配置基準が異なるために、導入は考えていない）。100～199 床で、看護配置基準が 7 対 1、10 対 1 であれば、外来部門と合わせて、看護職は、150 名程度までであり、それは看護部長が顔と名前を把握できる人数である。

ワーク・ライフ・バランスについても病院全体で積極的に取り組んでいるまたは取り組む予定の病院であることが必要である。

3. モデル導入協力病院

1) 病院概要

A 病院の概要は、設置主体は特定医療法人率であり、病床数 199、一般病棟 3（看護配置 7：1）と回復期リハビリテーション病棟（看護配置 13：1）の他看護単位は、外来、透析室、手術室、訪問看護ステーションで構成される。併設施設として通所介護施設、居宅介護支援事業所がある。

看護部長が法人の理事として就任しており、院長、事務長、副院長他と毎週院内理事会を開催、院内での最高の決議はここで行われる。しかし、看護部独自のことにについては、特に看護職の人事については、看護部長の決定権がある。病院として看護職の確保対策に模索していた。

2) ワーク・ライフ・バランス（WLB）からみる A 病院の現状

A 病院では、このような状況下の下、2007 年より日本看護協会が推奨されていたワーク・ライフ・バランス（WLB）についても関心を高め、独自に取り組んでいた。

日本看護協会が橋本ら（2011）が「WLB-JUKU INDEX」（学習院大学経済経営研究所、2008）をもとに、「看護職のワーク・ライフ・バランス インデックス調査（Nursing WLB Index N-WLBI）」を開発した。これは、4 つの下位尺度（上司、職場環境、経営／組織、キャリア／仕事に対する自己評価）としてその信頼性と妥当性が検証されている（クロンバック α .892）。

下位尺度の質問は、上司 5 項目、職場環境 7 項目、経営／組織 7 項目、キャリア 3 項目の合計 22 項目であり、各々「そう思う」2 点、「ややそう思う」1 点、「あまりそ

「そう思わない」0点、「そう思わない」-1点で回答を求めるものである。

得点は、下位尺度毎に点数を合計し、回答者数で除した値（平均値）であり、その範囲は、上司5項目（-5～10点）、職場環境7項目（-7～14点）、経営／組織7項目（-7～14点）、キャリア／仕事に対する自己評価3項目（-3～6点）となる。

つまり、4つの下位尺度毎に点数を合計し、回答者数で除した値（平均値）を得点とし、得点が高いほど、個人の所属病院のWLBへの評価が高いことを示す。

また日本看護協会が全国で展開中の「ワーク・ライフ・バランス推進ワークショップ」において活用中であり、参加病院の平均値、ベンチマークを示している。

A病院の結果をみると、2012年度の国内調査病院（2010年度より、ワークショップ参加施設のWLBインデックス調査が実施されており、データが蓄積されている）の平均値に、ほぼ匹敵する評価となっている病院であった。

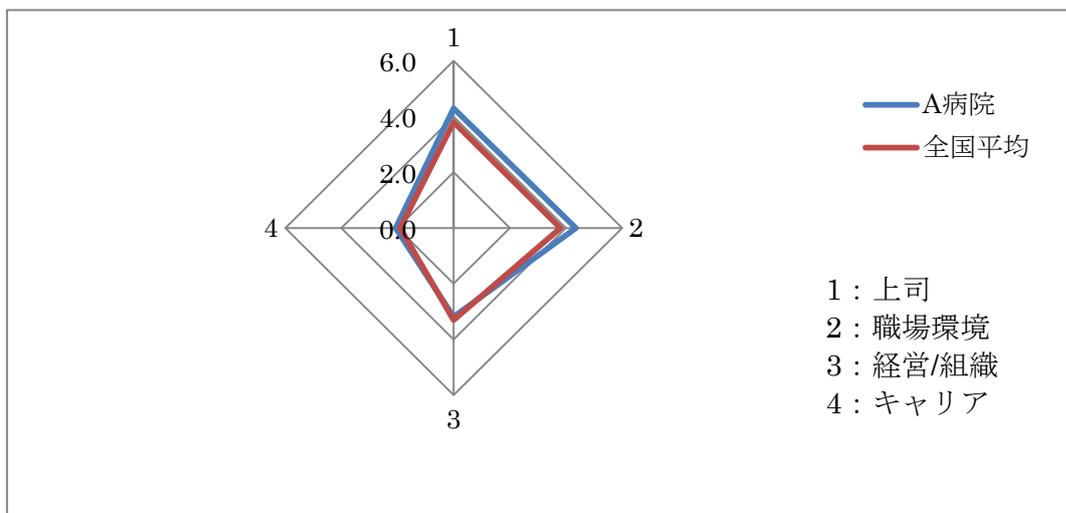


図 2-2 A病院 個人のWLB評価

以上より、第1章で述べた「民間中小病院」にあたり、病院の規模的にも取り組み的にも民間中小病院の特徴を踏まえている平均的な病院と考え、A病院を本研究のモデル導入病院とした。

Ⅲ モデル導入病院の現状と問題点

1. 雇用状況からみるA病院

地方の民間病院であり、看護職確保に苦慮している現状があり、看護師のライフステ

ージの変化に対応して勤務を継続できる仕組みの構築を看護部・事務部人事課とともに模索していた。看護職の勤務形態として常勤、夜勤専従、日勤嘱託、パートを有していたが、さらに法律上、育児短時間勤務制度を取り入れる必要性があった。

従来、常勤職員が夜勤不可能となると、パートもしくは退職という選択肢であったために、退職者もいた。新規の常勤採用は、主に県ナースセンターの紹介、看護学校の実習生の就職、奨学生に頼るところであった。また必要時、看護職員紹介業者からの採用も行っており、そのための紹介料金も採用に関わる経費として大きく占めていた。そこで、新規採用者が退職者に匹敵する数を確保できないのであれば、院内で働いている人が退職しないように、日勤嘱託が取り入れられた。

日勤嘱託という雇用形態は、日勤のみの勤務形態として常勤に近い雇用条件であり、看護部長との面談により主に育児休業取得後の常勤看護師がその契約となり、病棟に配置されていた。契約は2年であるが、その後の更新も可能であった。また、パートから日勤嘱託への変更は、一定の条件(評価)が課されたが、常勤者から日勤嘱託への変更は、評価はなく希望により行っていた。この時点でのA病院の看護師の雇用形態は表2-1のとおりである。

表 2-1 A 病院雇用形態

雇用形態	勤務	収入	主な構成要員
常勤	配属部署における日勤の他、夜勤 状況に応じて時間外勤務(特に日勤帯) 各種委員会の委員	基本給(月給制) 時間外手当 夜勤手当 賞与	独身者 子育て終了者
日勤嘱託	配属部署における日勤 状況に応じて時間外勤務 各種委員会の委員	基本給(月給制 常勤よりも減額) 賞与(常勤者よりも減額)	育児休業後の復職者 子育て者 規定上では、期間は2年であるが更新制度もあり
パート	配属部署における日勤 (休み希望が優先される、時間外なし ・・・暗黙の了解)	勤務した時間のみ(時間給制)	子育て者
夜勤専従	配属部署における夜勤 18回/月 夜勤勤務以外は指定日または有給休暇 となり、常勤よりも休みが多い	基本給(月給制) 夜勤手当	独身者 昼間に特別な事情がある者

雇用形態毎の勤務の内容から個人の「時間」と「収入」に注目すると、常勤では、勤務以外の自由な時間の少なさや身体的な負担があるが、収入については他の雇用形態に比して高くなっている。またパートについてみると、時間外勤務はなく休みの希

望が優先されることから、勤務時間以外の時間が最も確保しやすいが、収入は時間給収入が反比例するような状況である。

2. 三項強化随伴性に基づく現状分析

ここで、行動分析学の三項強化随伴性に基づき看護師のライフイベントと雇用形態の変更に関する行動を現状分析した（図 2-3）。それぞれの雇用形態で、強化子を赤字、弱化子を青字に示した。人事制度は、存在しているが非公開であった。

現状の問題点は次の 7 点であった。

- 1) 日勤嘱託者の増加により、交代勤務者（夜勤者）が不足し、夜勤可能者である常勤者の夜勤回数が増加することである。そのための負担感と不満感、さらにはそれによる退職が予想できた。
- 2) 夜勤可能者を、余裕をもって確保しておきたいが、常勤者のメリットが見いだせない状況があり、一端、夜勤を外れると夜勤に戻らない傾向があった。
- 3) 一人あたりの 1 か月の平均夜勤回数が 72 時間を超えると、3 か月経過後には入院基本料の取り消しにつながり、病院収入に影響する危惧があった。
- 4) 夜勤可能者の減少のために、常勤の新規採用を紹介業者から行くと、紹介者（採用者）の予想年収の 2 割を手数料として業者に支払う必要があり、病院の経営にも影響があった。
- 5) 常勤者から夜勤のない日勤嘱託への雇用形態変更については、看護部長の面談で決定され、人数制限もなく、増加傾向にあった。
- 6) 職員簡の日勤嘱託制度の詳細（給与体系等）が周知できていず、独身の常勤者の不満（夜勤回数の増加に伴う身体的負担）があった。
- 7) 職員のモチベーション向上や人材育成のために、人事考課が処遇に反映する制度を取り入れていたが、優秀者が公開されることはなかった。処遇は人事考課の目標管理に関する評価であり、半期に 1 度支給される賞与の期末・勤勉手当のうち勤勉手当の 0.6 か月分が、好評価の場合は 0.9 か月にまで増えていた。これは賞与明細で本人に伝えられるのみであり、表彰制度として周囲に賞賛される状況はなかった。

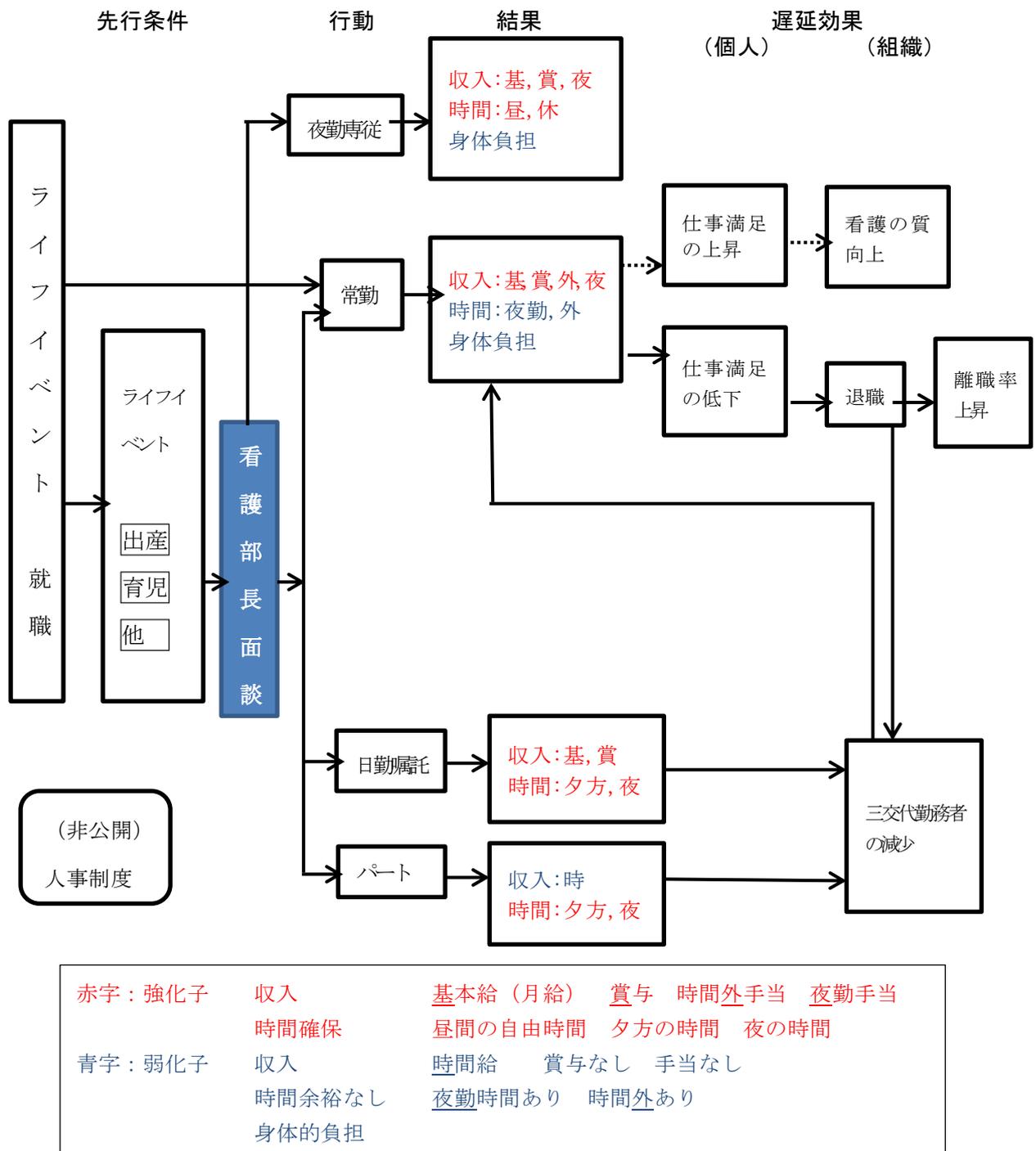


図 2-3 ライフイベントと行動の変化 (現状分析)

3. 分析結果からの問題点に対する解決策

分析結果から、前述したライフイベントに直面した看護師が A 病院で働きけるための方策を行動の原理をもとに企て、以下の 6 点の対策を講じることとなった。

1) 常勤者が夜勤を行う強化子の設定

交代勤務者（常勤）を確保するために、夜勤回数 10 回以上/月で夜勤手当を 10,000 円、6 回以上/月で 5,000 円増額した。診療報酬上で定められているのは、72 時間以内で 9 回に相当するために、10 回以上の勤務者に対する報酬とした。この「収入」は、交代勤務者が夜勤を続けていくための強化子である。

2) 夜勤を伴う常勤へ復帰する確立操作

夜勤を伴う常勤を確保する必要があるため、在職中の日勤のみの勤務者が常勤へ雇用形態を変更しすることを希望する方策を企画した。具体的には、夜勤をすることによって昼間の自由な「時間」と「収入」の確保の有利性について、対象となる個人に管理者が面接すること、日勤嘱託者の月に 1～2 回の夜勤としての「試し夜勤」制度を導入する。この時点での診療報酬制度では、夜勤 16 時間以下は全体の平均夜勤時間数の対象者から省くこととされていた。平成 28 年度の診療報酬改定では、夜勤時間が 16 時間以上であれば、平均夜勤時間数の対象者となった。ここでも「時間」と「収入」が強化子となっている。

3) 制度運用のための公平性に関する確立操作

正規職員が希望すれば、日勤嘱託へ変更していたため、常勤者の夜勤の負担が増加する。そのため、日勤嘱託の更新回数を決め、更新期間中にサポートなどを整えるよう働きかけることとした。

4) 先行条件としての制度導入

制度の理解を勤務者が得るために、全体での説明会を実施することと、各病棟師長から部署での説明を促すこととした。

5) 強化子としての表彰制度

表彰制度は存在したが公開されてこなかったもので、公開する方向性を検討した。

これらを踏まえて、以下に、三項強化随伴性に基づいた看護師のライフイベントと行動の変化を問題点の解決策として表 2-4 に図示した。

ここでの、標的行動は、「働き続ける」ことであり、この中には、「自分にあった雇用形態を選択する」「働き続ける」という行動が含まれる。また、確立操作は、「多様な雇用形態循環モデル」が導入された環境である。

先行条件は、「どんな刺激があった時に」ということであるので、看護師のライフイベントの変化があった時、例えば子どもが生まれて育児休暇を終了する時の状態であ

る。その時に、看護部長との面談を経て、「これまでの雇用形態を変更して」自分にあった雇用形態を選択し「勤務を継続する」行動、例えば夜勤のない勤務形態に変更し、その結果、子どもと過ごす夜の時間の保証、保育園に遅れずに迎えに行く時間が保証

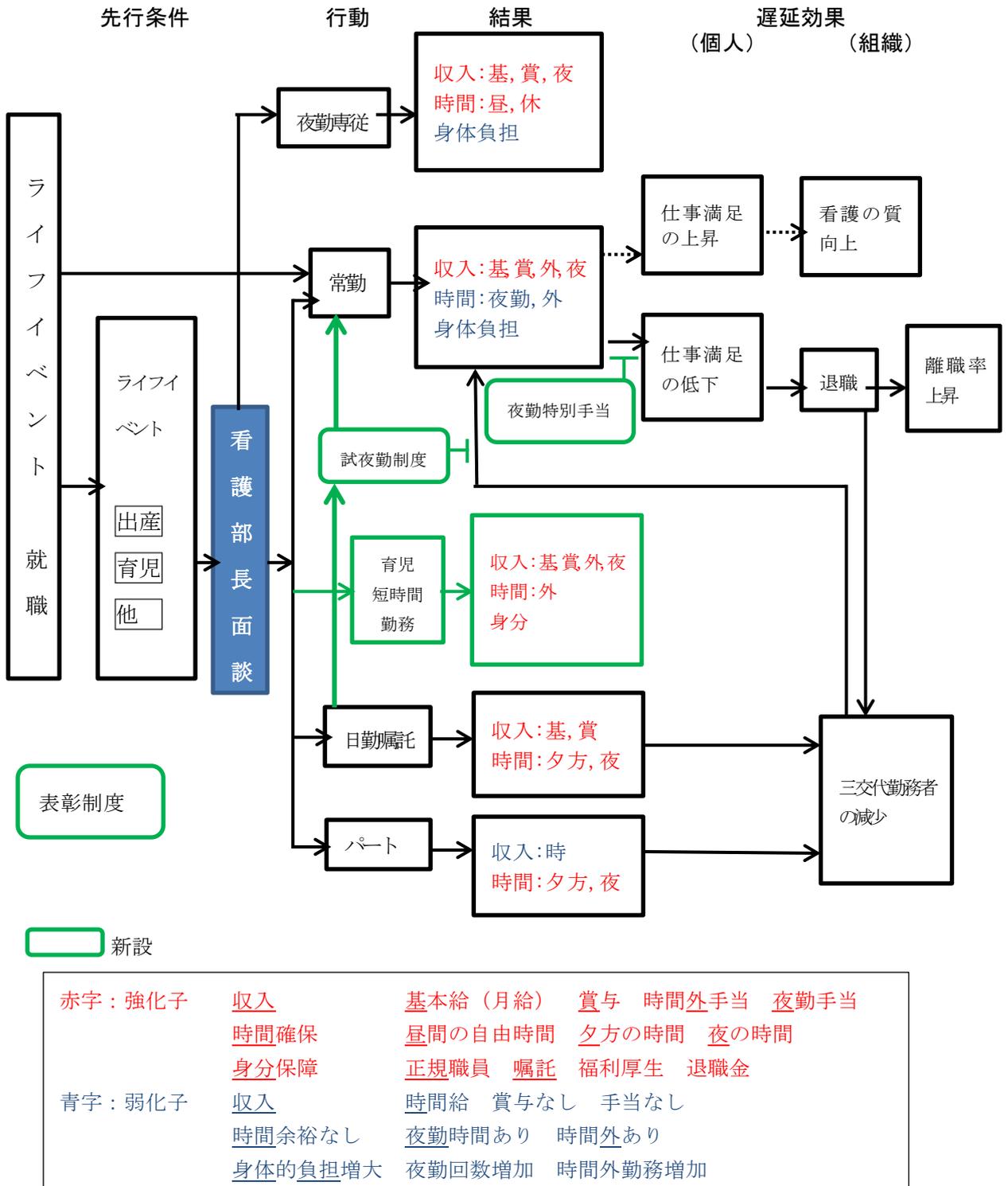


図 2-4 ライフイベントと行動の変化（問題点の解決策）

されるといった強化子が随伴する。しかし、給料は夜勤を伴う常勤で働いていたときよりも基本給は少なくなり、夜勤手当も付かない状態といった弱化子が存在する。

家族の協力が得られるようになったという看護師のライフイベントの変化があった時（先行条件）、「これまでの雇用形態を変更して勤務を継続する」という行動、例えば夜勤を月に数回行うことをする。その結果、少なくとも夜勤に対しては夜勤手当がつき、それまでよりも給料が増える。結果として「給料が増える（月給制）」「子どもとの時間が確保できる（早く帰れる）」といった強化子が随伴する。

このように、それぞれの雇用形態には、「時間」と「収入」を主として、強化子、弱化子を組み入れた。

IV モデルに備える条件

新たに導入するモデルは法律に抵触することはない、またこのモデルの導入に際して、現給が保証され、雇用者への負担や不利益はない条件となった。

1. 人的資源管理

人的資源管理は、1990年以降の企業の従業員に対する人事労務管理施策の総称としてよく使われている。従来では、経営労務、人事管理、労務管理といわれてきており、近年、人的資源管理、HRM（Human Resource Management）の用語が使われるようになった（奥林、2003）。日本看護協会認定看護管理者教育カリキュラムにおいては、人的資源活用論という科目が立てられており、看護管理分野においても必須である。

人的資源管理は、企業の構成要素である「人」を対象とする管理活動である。人的資源管理は企業の目標に向かって人々を動機づけ、活動を調整し、報酬を与える活動となる。組織を構成する人々は自律的人間であり、他人からの強制によって動くものではない。彼らの行動を組織目的の方向に向けようとすれば、そこには何らかの制度やしくみが必要となる。そこで人々のやる気やモチベーション、管理者のリーダーシップや行動、職務満足等を主として研究する組織行動論が1980年代以降に盛んになってきた。人的資源管理は、病院管理における重要な概念であるといえる。そのため、この概念をモデル構築の「雇用フレーム」及び「雇用形態別条件」の基盤とした。さらに、人的資源管理を、労務管理と人的資源開発としてとらえた。

モデルを構築するにあたり、人的資源管理の構成要素を奥林（2003）の文献を参考

にして、労務管理には、労働関係法、労働時間管理、報酬管理、雇用管理、及び福利厚生を位置づけた。また、人的資源開発を人事考課管理、教育・訓練（キャリア開発）としてとらえた。さらにこれらの項目とモデル構築との関連を表 2-2 に示した。なお、今回のモデルでは、福利厚生、教育・訓練については触れていない。

表 2-2 人的資源管理の構成

区分	内容	本研究との関連
労務管理	労働関係法	モデルに備えるべき条件、法律のみでなく、規程等も同様
	労働時間管理	多様な雇用形態の者が働く職場としての業務改善、残業時間の軽減
	報酬管理	多様な雇用形態別の賃金制度管理
	雇用管理	職員の採用・雇用・退職に関すること、雇用形態の転換
	福利厚生	
人的資源開発	人事考課管理	職員の評価・面談制度 表彰、
	教育・訓練(キャリア開発)	非正規職員の研修制度の拡大

2. 労働に関する法律及び規定

労働管理の1つである労働関係法について、仕事と妊娠・出産・育児との両立支援においては、法律で定められた措置や制度があり、さらに企業によっては、従業員からのニーズを把握した上で「運用」で、その法律を上回る支援策や制度に対応することになる。

今回のモデルに備えるべき法的な措置や制度として、育児休業明けの職場復帰後ということでは、育児休業法に規定されている以下の内容が最低限必要である。

1) 育児時間（労働基準法）

生後満1年に達しない生児を育てる女性は、1日2回各々少なくとも30分の育児時間を請求することができる。

2) 育児短時間勤務制度（以下、育児短時間正職員とする）

働きながら育児することを容易にするため、3歳未満の子を養育する労働者について、労働者が希望すれば利用できる短時間勤務制度（1日の所定労働時間を原則として6時間とする措置を含む必要あり）を設けなければならない。

3) 所定外労働の制限等（育児・介護休業法）

事業主は、3歳未満の子を養育する労働者が申し出た場合には、所定労働時間を超

えて労働させてはならない。

4) 看護休暇（育児・介護休業法）

小学校就学前の子を養育する労働者は、申し出ることにより、1年に5日まで、病気・けがをした子の看護・予防接種及び健康診断のために、休暇を取得することができる。対象となる子の人数が2人以上の場合は、年10日の看護休暇を取得することが可能である。

5) 小学校就学の始期に達するまでの子を養育する労働者に関する措置（育児・介護休業法）

事業主は、小学校就学の始期に達するまでの子を養育する労働者について、労働者の区分に応じて定める制度又は措置に準じて、必要な措置を講ずるよう努力しなければならない。以下表に示すが、ここには、フレックスタイムの制度、時差出勤の制度、労働者の養育する子に係る保育施設の設置運営その他これに準ずる便宜の供与のいずれかの内容を含む。

表 2-3 子を養育する労働者に関する措置（子の年齢別）

労働者の養育する子どもの年齢	措置を講ずる努力をすべき制度・措置
1歳に満たない (育休を取得していない労働者)	始業時刻変更等の措置
1歳から3歳に達するまで	育休に関する制度
	始業時刻変更等の措置
3歳から小学校就学の始期に 達するまで	育休に関する制度
	所定外労働の制限に関する制度
	短時間勤務制度
	始業時刻変更等の措置

(育児・介護休業法より筆者が作成)

6) 不利益取扱いの禁止（育児・介護休業法）

事業主は、労働者が妊娠・出産・産前産後休業の取得、妊娠中の時差通勤等男女雇用機会均等法による母性健康管理措置や深夜業免除等労働基準法による母性保護措置を受けたこと等を理由として、また育休、育児短時間勤務や子の看護休暇等育児・介護休業法で定められた措置・制度の申出をしたこと又は取得したことを理由として、労働者に対して解雇その他不利益な取扱いをしてはならない。

以上を踏まえた上で、給与や勤務時間、契約等については、モデル導入協力病院の社会保険労務士に確認し、モデルは労働基準法、パートタイム労働法、労働契約法に基づいたものとなっている。ただし、これらは、2012年実施時の規定であり、2017年1月に育児・介護休業法は一部改訂（主に介護休業において）されている。

V モデルの構成

看護師のライフイベントによって、働く時間や業務内容、収入を考慮して雇用形態を転換することができるモデルを構築した。モデルは、雇用形態フレームと雇用形態別条件、循環のしくみの3つから構成されている。

1. 雇用形態フレーム

雇用区分は、正規職員の他、非正規職員として嘱託職員とパート職員をおき、大きく3区分とした。この区分によって職務範囲が規定される。さらに、週あたりの勤務時間数（Ⅰ～Ⅲ）、月あたりの夜勤時間数の軸（a～d）で分類した。勤務日については休日勤務なし（1）、土曜勤務あり（1'）、短日（2）、短時間（3）で示した。正規職員は夜勤専従（Ⅰa）、常勤/三交代勤務（Ⅰb）、育児短時間勤務（Ⅰc、Ⅰd、Ⅱd）である。また、嘱託職員は、日勤嘱託（Ⅰc、Ⅰd、Ⅰd1、Ⅱd）に分類され、パート職員はパート（Ⅰd、Ⅱd、Ⅲd）3種類である。以上から、雇用形態は3区分計12種類である。

それぞれの雇用形態では転換することを可能としている。たとえば、育児休業後に復職する際に、休職前は常勤であった職員が元の常勤のままであれば、夜勤を行いフルタイムで働くことになるが、育児を優先するために、勤務時間を減らし日勤のみの働き方を希望すれば、正規職員のまま育児短時間勤務になることや、非正規ではあるが退職金をそのままにして日勤嘱託という4種類の雇用形態を選択することができる。

さらに職務範囲を縮小する希望があればパート職員への転換も可能である。またパートで働いていた職員が、職務範囲を広げるとともに収入増加を希望すれば、日勤嘱託やまた夜勤を伴う常勤への転換も可能である。転換方法は、年度末に所属部署の看護師長との面談で決定することを原則とするが、職員のライフステージにより随時相

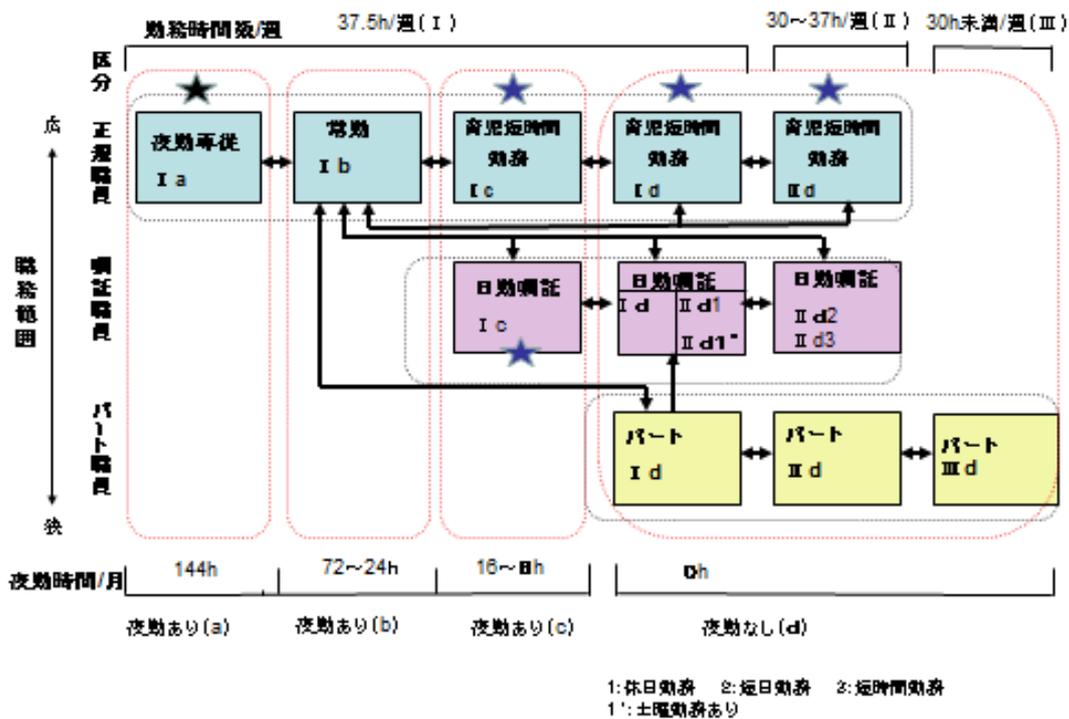


図2-5 循環モデル：雇用形態フレーム

談を受け、その後看護部長との面談により、転換を可能とした。また、産前産後休暇、育児休暇中の職員の所属部署は、看護部付けとなり、復職後の働き方については、看護部長または看護副部長との面談となる。

A病院においては、既存していた雇用体系もあることから、雇用形態フレームでは★、雇用形態別条件（表2-6）については、■が新設となる。また、日勤勤務者の配置人数については、看護職員稼働係数を算出することから求める方法を独自に考案し、表2-4に示した。

嘱託職員とパート職員については、日勤のみの勤務である（夜勤時間cのものを除く）ために、この職員については人数の制限が必要である。雇用転換とともに、配置部署の異動も生じることがある。

なお、看護職員稼働係数をそれぞれの病棟で、従来の勤務から平均したものを算出して用いることとする。これまでの配置人数の算出には、一人あたりの総勤務時間数をもとに算出されており、看護職員稼働係数は、本研究においてオリジナルに提案したものである。

表2-4 日勤勤務者の配置人数の算出方法

<p>一般病棟における必要夜勤要員数と看護職員配置人数から割り出す 日勤のみの勤務者（嘱託・パート）の人数の考え方</p>
<p>1. 一日あたりの必要看護職員配置人数 (x) $x = 1 \text{ 年間の平均入院患者数} \times 3 \text{ シフト} \div 7$ (入院基本料の配置基準)</p>
<p>2. 看護職員稼働係数 0.65 看護職員の休日・有給休暇・研修・委員会などを換算すると、およそ全体の60-65%の勤務となることから、看護師稼働係数をここでは、0.65とする。これは、施設により異なる。</p>
<p>3. 看護職員必要人数 (y) $y = x \div 0.65$ つまり $y = \text{患者数} \times 3 \text{ シフト} \div 7$ (入院基本料の配置基準) $\div 0.65$ (看護職員稼働係数)</p>
<p>4. 夜勤要員数 (w) $w = 6$ (準深夜勤体制人数) $\times 31$ (1ヶ月の日数) $\div 9$ (72時間は夜勤9回に相当) 夜勤体制：三交代制、準夜・深夜ともに3人体制の場合、1ヶ月31日として1回の夜勤時間数を8時間とする。1ヶ月あたりの平均夜勤時間数は、72時間以内であるから一人あたり9回となる。</p>
<p>5. 日勤のみの勤務者の配置可能人数 (z) $z = y - w$ 看護職員必要人数から夜勤に必要な人数を差し引けば、残りは日勤のみの勤務者でよい。ただし、ここで夜勤必要人数の余裕があれば月あたりの平均夜勤時間数は減少することになる。 夜勤専従者は144時間(18回)まで可能なので専従者が1人で夜勤要員2人分になるので、夜勤専従者が1名増えるごとに日勤のみの勤務者は1名増加が可能である。</p>
<p>【例】1年間の一日平均入院患者数を45人とする。 入院基本料：7対1看護配置 三交代：準夜、深夜3人体制 看護職員稼働係数：0.65 看護職員必要数 $y = 45 \times 3 \div 7 \div 0.65 = 30.8$ つまり31人必要 夜勤要員数 $w = (3+3) \times 31 \div 9 = 20.7$ つまり21人必要 日勤のみの勤務者 $z = 31 - 21 = 10$ 10人は夜勤なし職員の配置で可能となる。 よって、最低でも21人の夜勤要員と日勤のみの勤務者10人がこの病棟には必要で、それ以上の日勤のみの勤務者は、余裕配置要員となる。 夜勤者の1名が夜勤専従であれば、夜勤専従の他19人の夜勤要員と11名の日勤のみの勤務者の配置で可能となる。</p>

2. 強化の原理からみた雇用形態別条件

勤務形態別に、勤務時間数をはじめとする労働条件、職務内容、給与などを明記した。日勤嘱託は、勤務時間数に応じて、基本給の係数が決まる仕組みにしてあり、常勤職員よりも、基本給や賞与は少ない設定となっている。常勤である育児短時間勤務制度は、常勤であるので、日勤嘱託よりも給与面においては良い。日勤嘱託の基本給

を常勤よりも低めに設定したのは、殺到すると夜勤要員が不足すると考えたためである。基本給の減給分は、夜勤をしないことによる。

就業時間については、社会保険の適応となる30時間を一つの区切りとして設けた。またパートの最低就業時間数は週あたり20時間で、これは雇用保険の適応となる最低の就業時間数である。

通常の夜勤手当に比べ、日勤嘱託者が、夜勤を行う場合は夜勤手当と夜間割増料金が付与されるしくみとなっており、合計すると1回あたりの夜勤はやや高額といえる。また、夜勤特別手当は、平均夜勤時間72時間以内という診療報酬上の縛りに対応するために、夜勤回数が多い職員に対して夜勤手当とは別に毎月の回数に応じて手当が出る。これに関しては、モデル導入A病院の理事会で審議がなされ、その結果、必要性が承認され、1か月10回で10,000円、6回以上で5,000円となった。これらは、前述した行動理論の強化の原理を雇用形態別条件に取り入れたものであり、表2-5に示した。

退職金は、正規職員と日勤嘱託は継続されるが、パートは継続されない。これらから、とくに待遇がよいとされるのは、短時間正職員や日勤嘱託である。これらは、制度を利用する人が順次回るように期間、更新回数を規定した。さらに、正規職員と嘱託職員に対する「表彰制度」を人事考課（処遇に反映）に従来を取り入れており、これを強化子となるよう、表彰の公開を考慮することとした。

また、労働契約法が一部変更され、2013年4月より有期契約者が5年更新した場合は無期雇用にすることとなったが、日勤嘱託の更新を1回までとし、最高4年となり無期雇用となることはできない仕組みである。この雇用形態と雇用形態別条件については社会保険労務士に相談し、矛盾がないこと、法律の抵触がないことを確認した。

表2-5 雇用形態における強化の原理

雇用形態・条件	強化子
勤務時間数に応じた基本給	基本給
夜勤時間数に応じた手当	収入増（夜勤手当）
10回以上／月の夜勤に応じた手当	収入増（夜勤特別手当）
日勤のみの勤務	子どもと過ごす時間の確保
3区分12種類の雇用形態の提示	個人のライフステージに合わせた選択（確立操作）

表2-6 循環モデル：雇用形態別条件

雇用区分	正規職員				嘱託(非正規職員)				非正規職員			
	常勤		夜勤専従		育児短時間勤務(短時間正職員)		日勤嘱託I		日勤嘱託II		パート	
雇用形態	Ia	Ib	Ic	Id	Ie	If	Ig	Ih	Ii	Ij	Ik	Il
契約(通用)期間	期間の定めなし	期間の定めなし 1ヶ月単位で 変更可	受ける専従 嘱託者 日勤リーダー リーダーシップ									
職務内容	受ける専従 嘱託者 日勤リーダー リーダーシップ											
所定時間	週37.5時間	夜勤144時間/28日	1日6時間	週30時間	週37.5時間	週37.5時間	週37.5時間	週37.5時間	週37.5時間	週37.5時間	週37.5時間/週 以上	週37.5時間/週 以上
勤務	あり	あり	なし	あり	なし	なし						
夜勤	あり	あり	なし	あり	なし	なし						
休日勤務	あり	なし	なし									
残業	あり	あり	なし	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	なし	なし
基本給	100%	100%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
準夜口	手当 X円	手当 X円	手当 割増分									
深夜	手当 Y円	手当 Y円	手当 割増分									
夜勤特別手当	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←
賞与	100%	100%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
退職金												
社会保険												
委員会活動												
研修会参加												

1:休日勤務なし 2:短日 3:短時間
1:土曜勤務あり

手当6,000円 + 50%割増(22時~1時)+25%割増(17時~22時)
手当7,000円 + 50%割増(24時30分~5時)+25%割増(5時~8時30分)

表彰制度
優秀者の表彰

3. 強化の原理からみた雇用形態を循環させるしくみ

雇用形態を転換するという事は、看護師が自分のライフイベントに合った雇用形態を選んで雇用形態を変更することである。この行動が、ライフイベントに合わせてその都度行われることで、制限の多い条件（例えば、夜勤なし、土日勤務不可）の雇用から、制限の少ない雇用（夜勤数回可能、土日可能）に徐々に変わり、元の常勤というフルタイムで夜勤を伴う雇用に戻る事が雇用形態の循環である。看護職個人は、退職という行動をすることなく、自分に合った雇用形態を選んで働き続けるのが望ましい行動である。

また、組織としてみた場合には、制限の多い条件の雇用が変わる人もいる中、ライフイベント上、制限の少ない条件の雇用が変わる人もいる。この状況で、全体としては、偏ることがない状況で、勤務者が確保できることが雇用形態を循環することである。つまり、個人の行動と組織全体としての2つから循環という。

以上の雇用形態の転換は、3区分の各区分内でまた区分間で行う。区分内での転換は、主に勤務時間数の変更や夜勤の有無に関する変更である。また区分間での変更は、賃金や職務範囲の変更も伴うことになる。公平な雇用形態別条件を提示することによって（モデルの導入された環境で確立操作である）、看護職員が収入増加を求めれば常勤・交代勤務の方向に動き、個人の時間確保（という強化子）を求めれば、育児短時間勤務や日勤嘱託、パート職員へ動くしくみを有する。

これらの転換は、原則として年度末に看護職員の意向が調査され、看護部と人事課が行う。ただし、転換の時期は個人のライフイベントを優先し、部署の直属上司である看護師長を通じて柔軟に対応する。

前述したように、「収入増」を強化子として、夜勤が10回以上になれば、夜勤特別手当が支給される。これは、看護師個人からみれば収入増へ向かうが、組織からみれば夜勤要員の確保でもあり、日勤のみの勤務者の受け入れ人数の増加を制御することにつながる。

また、夜勤を常勤者と月に同じ回数だけするのではなく、家庭の都合のつく1.2回（1回は夜勤時間8時間に相当する）という少ない回数の夜勤をしてもらう「試し夜勤制度」を設けた。これは夜勤回数に応じて、夜勤手当としての「収入増」となり、昼間の自由な「時間確保」という強化子があり、連日日勤のみで家庭では常に子どもと過ごしている日勤嘱託者に提案した。このことで、常勤者の夜勤負担を軽減すること

とした。さらに、この数回の夜勤が継続できると、回数がもう少し多くても可能であることにもつながり、常勤への移行も期待できると考えた。

また、循環の前提となる定着に視点をおくと、勤務評価による表彰制度を導入することにより、施設内で継続就業を促進し、人材確保が期待できる。つまり表彰することによって、看護職員は組織から「承認」を得たことを実感することができる。

それぞれの部署においては、上司より職員が大切にされることで自身が必要な職員であることを認識でき、そのことから少しでも組織に役に立つように勤務を変えようとすることもあり、部署の課長についてはその役割についても担うこととした。

以上が、強化の原理からみた循環させるしくみである。

第3章 研究2：看護職の継続就業を保証する多様な雇用形態循環モデルの検証 研究方法

I 目的

構築したモデルを実際に導入し、モデルの有効性を評価する。

II モデルの導入

1. モデルの特徴

モデルは、協力病院の現状の問題点を克服するようにしており、次のような特徴がある。

1) 看護職のライフイベントに応じて選択できる雇用形態である。

正規職員として5種類、非正規職である嘱託職員として4種類、パート職員として3種類の雇用形態が準備されている。

2) 雇用形態に応じて給与や時間を保証する公平な雇用条件である。

勤務時間数に応じた基本給、夜勤回数に応じた夜勤手当が設定され、公平な条件である。また、収入の増加あるいは時間の確保に向けて循環を促す条件である。

3) 成果に応じたインセンティブの制度がある。

また夜勤の回数によって、夜勤手当とは別に、夜勤特別手当を支給する制度がある。また、公表する表彰制度を取り入れる（人事考課）。

4) 循環するための雇用形態の転換ができる。

看護職の意向を中心に上司が面談を行って、雇用形態を転換するしくみである。個人がライフイベントによって、雇用形態を転換するとともに、組織にとっては夜勤可能な人員の確保をはじめ勤務条件の拡大（夜勤可能、土日祝日の勤務制限の緩和、1日の勤務時間の延長）と縮小（夜勤不可、土日祝日の勤務制限、1日の勤務時間の制限）を行う職員がいることで循環することになる。

2. モデルの導入による変更点

今回構築したモデルをA病院に導入するにあたり、従来の雇用形態を考えると、第2章の循環モデル：雇用形態フレーム（図2-5）に示す夜勤専従（Ia）、育児短時間勤務（Ic、Id、II d）、日勤嘱託（Ic）が新設される雇用形態であった。雇用形態別条

件は、第 2 章の表 2-6 に示す。

なお、表彰制度はこれ迄からあった人事考課において行い、結果を公開することを検討することとした。

3. モデルの導入の手続き

導入にあたっては、研究者が当該病院の看護部長職にあった。そのため、このモデル導入については、愛知県立大学大学院看護学研究科からの実施許可と愛知県立大学研究倫理審査委員会の承認（24 愛県大管理 1-6 号）、A 病院倫理委員会の承認を経て手続きを明瞭にして、強制力がかかることのないように実施した。

まず、A 病院の院長に、モデルの意義と内容と導入、検証にあたって実際に行う調査について説明した。また職員の基本給や福利厚生面での不利益がないことも説明し、書面によって承諾を得た。A 病院看護部門においては、看護部長（研究者）に続く責任者である副看護部長 2 名に、口頭および文書で説明をし、同様に書面で承諾を得た。

また、研究者である A 病院看護部長が、人事担当者と看護課長の協力の下で全看護職員（165 人）を対象とした説明会を同様に 3 回実施した（2012 年 5 月 17 日 17 時から、同 18 日 13 時から及び 17 時から実施）。参加者はそれぞれ、16 名、14 名、9 名で合計 39 名であった。新設の手当（夜勤特別手当を）については、4 月に遡って支払うこととし、雇用形態については、多様であること、各自が選択できることについて説明を行った。説明会への参加者は、子育て中の職員が多かった。その後、各看護単位における月 1 回の会議において、再度モデルの説明を各師長が行った。

看護師長会において、事前に師長に説明を行って、看護師長は、所属部署の職員の相談に対応することとした。また産休・育休後の復職者については、人事課担当者から連絡を受けて、看護部長または副看護部長が相談に対応することとした。そして、雇用形態変更希望者については所属部署の看護師長が把握し、看護部長と人事課担当者が変更手続きを行うこととした

III 検証方法

1. 三項強化随伴性からみた概念枠組

今回構築したモデルは、強化の原理を基盤理論とした。第 2 章の図 2-4「ライフイベントと行動の変化（問題点の解決策）」に示した概念図に、前述した三項随伴性に基

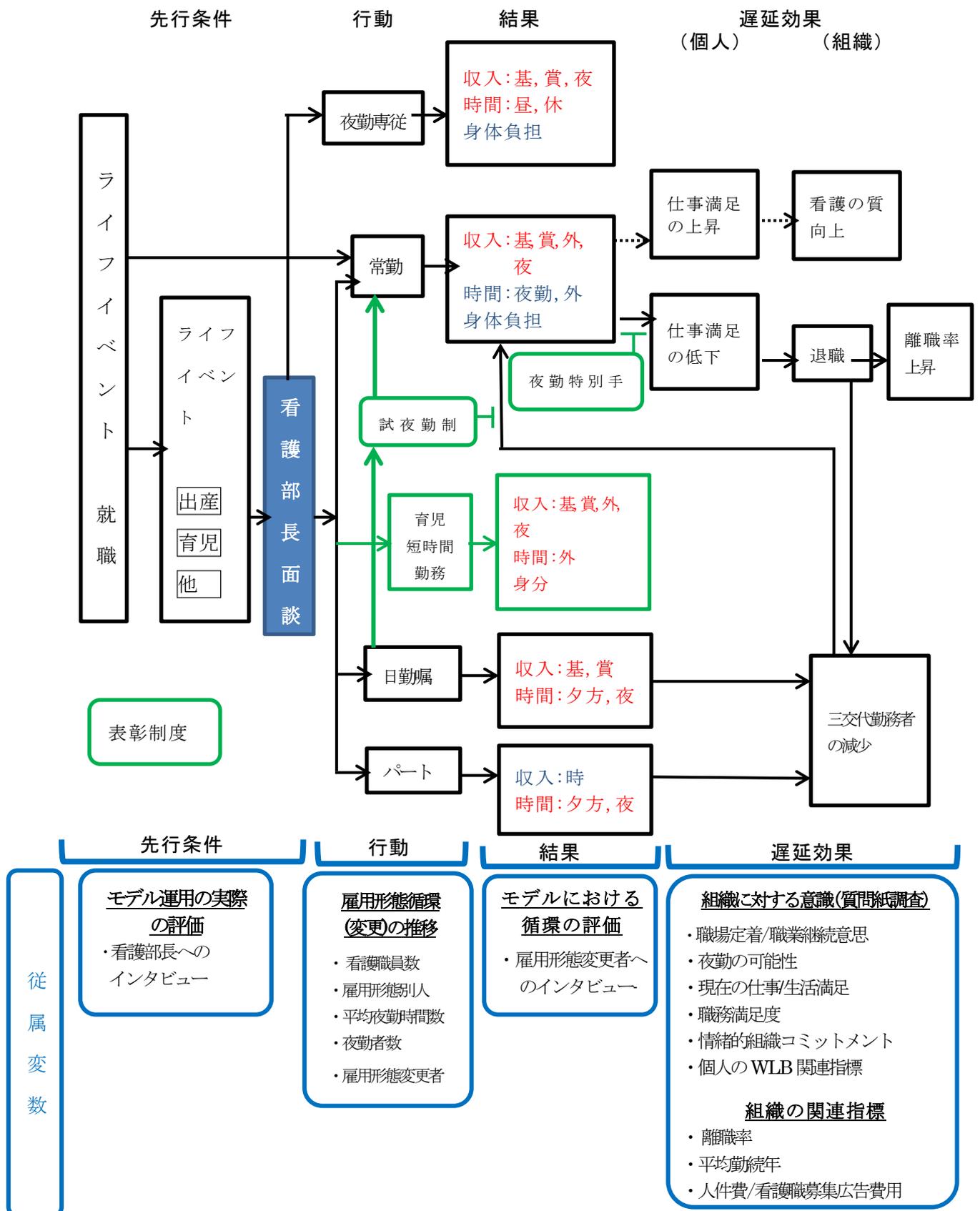


図 3-1 概念枠組み

づいた従属変数を設定して研究の概念枠組みとした。

先行条件、行動、結果、さらに遅延効果にそれぞれ従属変数を示し、モデルとその効果を測定するための調査項目を設定した（図 3-1）。

1) 先行条件・確立操作

先行条件は看護職のライフイベントに伴う看護部長面談であり、「モデルの導入」が確立操作に該当する。そのため、このモデルが実際にどのように運用されていたかについて、従属変数を「モデル運用の実際の評価」として、モデル導入 3 年後に、看護部長にインタビューを行った。

2) 行動

行動は、看護職が自分に合った雇用形態を選択して「働き続ける」ことであるので、従属変数を病院（組織）における「雇用形態循環（変更）の推移」として、モデル導入前から導入後 1 年にわたる、看護職員数、平均夜勤時間数、雇用形態別人数、雇用形態変更者数、入退職者数を比較した。

3) 結果

結果は、従属変数を「モデルにおける循環の評価」として、導入後 3 年間に雇用形態を転換して働き続けた看護職が、「時間」「収入」が得られたのかを中心としたインタビューを行った。

4) 遅延効果

結果としての環境の変化は、行動の直後に起こる即時効果と、時間をおいて得られる遅延効果がある。看護職が自分に合った雇用形態を選択して働き続けるという行動をとった遅延効果として、職員個人の「組織に対する意識」と「組織の関連指標」を従属変数とした。前者は、導入前から導入後 3 年まで合計 4 回にわたり、看護職に質問紙調査を行った。後者は、モデル導入前から 3 年後までの離職率、平均勤続年数、前から 1 年後までの看護職募集広告費、人件費をみた。

2. データ収集方法と分析方法

三項強化随伴性に基づいた各従属変数のデータ収集方法及び分析方法については、以下に示す。

1) 「先行条件」モデル運用の実際の評価

(1) 対象

A 病院にモデル導入後、看護部長であった研究者は退職し、新看護部長が就任した。新看護部長は方針を継続してモデルを運用した。新看護部長を対象者とした。

(2) データ収集方法

モデル導入 3 年後に、「モデルは、継続して運用されたか、変更点はなかったか」「循環するために働きかけたこと」「循環は促進されたか」「循環に影響したこと」を起点とするインタビューガイドを作成し、半構成的面接法によるインタビューを実施した。インタビュー時間は、20 分程度とし、インタビュー内容について、許可を得て IC レコーダに録音した。

(3) 分析方法

分析は質的記述的研究手法を用いて行った。逐語録を作成し、実際の運用や循環の促進に着目して逐語録から関連する記述を抽出しコードとした。次にコードの意味が類似するものを集めてカテゴリー化した。また逐語録からモデル導入後 3 年間にあった A 病院の組織の変化に関する記述を抽出し内容を要約した。

2) 「行動」組織の雇用形態循環（変更）の推移

(1) データ収集方法

モデル導入前と導入後 1 年の看護職員数、平均夜勤時間数、雇用形態別人数、雇用形態変更者数、入退職者について毎月データを収集した。また、雇用形態変更者については、個別の変更内容をデータとして収集した。

(2) 分析方法

実際の雇用形態変更者数や雇用形態変更の内容、組織の変化を一覧表にし、勤務条件の拡大による転換者と縮小による転換者に注目して、循環になっているかを概観した。

3) 「結果」モデルにおける循環の実際

(1) 対象

モデル導入後から 3 年の間に雇用形態を変更し勤務を継続している看護職 18 名のうち、研究協力の同意が得られた 15 名とした。

(2) データ収集方法

モデル導入 3 年後に、「雇用形態フレームの種類は自身にあったか」「業務内

容は妥当であったか」「給与は妥当であったか」「自身の選択した雇用形態に満足であったか」「雇用形態を転換する理由は何であったか」「雇用形態を転換するにあたり優先したことはなにか」「今後の働き方」を起点とするインタビューガイドを作成し、それにそって半構成的面接法を用いたインタビューを行った。インタビュー時間は、15分程度とし、インタビュー内容について許可を得てICレコーダに録音した。

(3) 分析方法

分析は質的記述的研究手法を用いて行った。まず逐語録を作成し、すべての逐語録をよく読み雇用形態の転換理由に関する記録単位を抽出した。次に、雇用形態転換のパターン別、雇用形態別に記録単位を集約し、意味内容が類似するものを集めて、コード、カテゴリーとした。続いて、図 2-4 ライフイベントの変化と行動の変化 (P29) に示した各雇用形態の強化子・弱化子をもとに、得られたカテゴリーが、その雇用形態を選択する際の強化子あるいは弱化子であるかを検討した。

次に、今後の働き方に関する部分を記録単位として抽出して、現在の雇用形態別に記録単位を集約し、意味内容が類似するものを集めて、コード、カテゴリーとした。

4) 「遅延効果」個人の組織に対する意識

(1) 対象

研究協力の承諾が得られた A 病院の全看護職員約 170 名 (2012 年 4 月～2013 年 3 月及び 2015 年 4 月に在職している職員)

(2) データ収集方法

モデル導入前 (2012 年 4 月)、導入半年後 (2012 年 10 月)、導入 1 年後 (2013 年 3 月)、導入 3 年後 (2015 年 4 月) の 4 時点において、質問紙調査 (留置法) を実施した。調査表の配布数および回収率等は、表 3-1 のとおりである。

表 3-1 質問紙調査 配布数および回収率

調査時期	前	6ヶ月後	1年後	3年後
配付数	164	164	165	143
回収数	101	94	84	71
回収率(%)	61.6	57.3	50.9	49.7
有効回答数	101	93	84	65
有効回答率(%)	100	98.9	100	91.5

(3) 調査内容

モデル導入による組織全体の効果として、職場定着意思 1 項目、職業継続意思 1 項目、夜勤の可能性 1 項目、職務満足度 13 項目、情緒的組織コミットメント 6 項目、個人の WLB 関連指標 22 項目、現在の仕事及び生活に対する満足度 2 項目、合計 46 項目を従属変数とし、導入前と 3 回の調査時点を比較した。

属性として年齢、看護職の経験年数、所属病院での勤続年数、雇用形態、夜勤の有無、子どもの有無を設定した。

(4) 測定用具

①職場定着意思及び職業継続意思

職場定着意思、職業継続意思の質問項目は、独自に作成した。職場定着意思として「あなたはこの病院で仕事を続けたいと思いますか」、職業継続意思として「あなたは看護師を続けていきたいと思いますか」を「非常にそう思う」5 点から「そう思わない」1 点の 5 段階リッカート法で回答を求めた。それぞれ、現病院での勤務の継続（定着）、看護職としての職業の継続及びキャリア継続を表すものとした。

②夜勤の可能性

夜勤の可能性の質問項目は、独自に作成した。夜勤回数の増加および今後の夜勤をすることの可能性として「今後、夜勤回数が増えることはかまわない（現在夜勤をしていない人は夜勤をすることはかまわない）」について、「非常にそう思う」5 点から「そう思わない」1 点の 5 段階リッカート法で回答を求めた。

③職務満足度

職務満足度測定尺度として、松本他（1999）、松本他（2003）の作成した簡易版職務満足度尺度（HRM : Human resource management チェックリスト）の質問項目を用いた。これらは職務内容（意義、達成、成長）4 項目、職場環境（給与、福利厚生、昇進制度）5 項目、人間関係（職場全体の人間関係、団結力）4 項目、合計 13 項目からなる。「そう思う」「どちらかといえばそう思う」「どちらでもない」「どちらかといえばそう思わない」「そう思わない」の 5 段階で肯定的なものの点数が高く 5 点から 1 点で回答を求めた。それぞれの下位項目得点を合計し、項目数で除したものを項目点数とした。

各尺度の信頼性は、クロンバック α 係数は、職務内容 = .79、職場環境 = .69、人間関係 = .81 である。

④情緒的組織コミットメント尺度

高橋（1997）は、組織コミットメントについて、ある特定の組織に対する個人の同一化及び関与の強さとし、日本語版組織コミットメント尺度として、情動的コミットメント、継続的コミットメント、規範的コミットメントの下位尺度からなる3次元組織コミットメント尺度を開発した。しかし、組織コミットメント尺度は、その国の文化や組織形態に影響を受け、意味内容が対象者によって異なり、対象者にとって意味をなさない場合には変更可能であり、全般的な書き換えでない限りは問題ないとされている。そこで、能見（2011）らが、より日本人にあった情緒的コミットメント尺度として1項目を変更したもの、具体的には、高橋訳版の「私の仕事生活（キャリア）の残りを今の病院で過ごせたらとても幸せだ」を「私はこの病院に所属していることを誇りに思っている」に変更したもの（クロンバック α .842）を本研究では使用した。

情緒的組織コミットメントの質問内容は、「この病院の問題をまるで自分自身の問題であるかのように感じている」「私は、病院という『家族』の一員になっているように思う」「私は、この病院に、愛着を感じていると思う」「この病院は、私にとって個人的に重要な意味をもっている」「私は、自分の病院の一員なのだ強く感じる」と前述の「私はこの病院に所属していることを誇りに思っている」の6項目で、「とてもあてはまる」4点から「全くあてはまらない」1点の4段階リッカート法で回答を求めた。

⑤個人のWLB関連指標の22項目（組織に対する主観的評価）

学習院大学経済経営研究所において2006年に開発されたWLBの効果を測定する「WLB-JUKU INDEX」（学習院大学経済経営研究所、2008）がある。それをもとに、「看護職のワーク・ライフ・バランス インデックス調査（Nursing WLB Index N-WLBI）」が開発された（日本看護協会、2008）。現在、日本看護協会が全国で展開中の「ワーク・ライフ・バランス推進ワークショップ」において活用中である。このうち、個人のWLB関連指標（組織に対する主観的評価）は、2010年上記ワークショップ参加病院に所属する4,696名を対象とした調査から、橋本ら（2011）により、尺度としてその信頼性と妥当性が検証されている（クロンバック α .892）。

これは、4つの下位尺度で構成され、上司5項目、職場環境7項目、経営/組織7項目、キャリア3項目の合計22項目からなり、それぞれ「そう思う」2点、「やや

「そう思う」1点、「あまりそう思わない」0点、「そう思わない」-1点で回答を求めた。下位尺度毎に点数を合計し、回答者数で除した値（平均値）を得点とするので、上司 5 項目（-5～10 点）、職場環境 7 項目（-7～14 点）、経営／組織 7 項目（-7～14 点）、キャリア 3 項目（-3～6 点）となっている。日本看護協会では、看護職員全員の回答をもってそれぞれの組織（施設）のインデックスとし、同協会が毎年開催してきたワーク・ライフ・バランス推進ワークショップ参加病院の平均値を示している。

⑥現在の仕事及び生活に対する満足度

前述の日本看護協会 WLB 評価 22 項目に付帯している 2 項目を使用した。「現在の働き方に満足している」「現在の生活（家族生活、地域生活）に満足している」で、それぞれ「そう思う」4点から「そう思わない」1点の4段階リッカート法で回答を求めた

なお、上記③④⑤⑥の尺度については尺度の著作者に使用許諾を受けて使用した。

(5) 分析方法

導入前（前）、導入 6 か月後（6 か月後）、導入 1 年後（1 年後）、導入 3 年後（3 年後）として、雇用形態（常勤、日勤嘱託、パート）毎に従属変数について比較した。

なお、既存尺度については、各尺度の下位尺度の合計得点を求め、職務満足度では、3 項目、情緒的組織コミットメントでは、1 項目として得点化し、個人の WLB 関連評価では 4 項目に従属変数とした。

統計には SPSS version.23.0 for Windows を用い、検定は順序尺度であるために、ノンパラメトリック法とし、3 群以上では Kruskal-Wallis 検定（その後の検定は Mann-Whitney 検定）、2 群では Mann-Whitney 検定を用いて、有意水準は 5%とした。

5) 「遅延効果」組織の関連指標

(1) データ収集方法

モデル導入前と導入後の看護職離職率、平均勤続年数、看護職募集広告費用、人件費について年ごとのデータを A 病院より収集した。

(2) 分析方法

実際のデータを一覧表にし、導入前後の差について、その理由を考察しながら概観した。

3. 倫理的配慮

1) インタビュー調査

対象者である看護部長及び雇用形態を転換した看護職員については説明書を用いて、インタビューに際して個人が特定されないことがないこと、研究協力の辞退が可能であり、不利益を被らないこと、インタビュー内容を IC レコーダに録音すること等をインタビュー前に説明し、同意書にて了解を得たのちに行った。

なお、本研究は、愛知県立大学大学院看護学研究科からの実施許可と愛知県立大学研究倫理審査委員会の承諾（27 愛県大学情第 6-7）を得て実施した。

2) 質問紙調査

調査データは、組織要因、個人要因共に統計処理をするので、個人が特定されないこと、施設が特定されないこと、回答は無記名であり、回答をしなくてもその個人は特定されることはなく、不利益を被ることがないことを調査表の紙面で説明した。

全看護職員対象であるので、質問紙は、所属部署の看護師長を通じて配布するが、強制力がかからないように配布のみとし、回答は自由意思であることを伝えてもらった。調査票の回収は、強制力がかからないよう回答者個人が返信用封筒を用いて郵送することで行い、看護師長は一切回収に関わらないことにした。

なお、本研究は、愛知県立大学大学院看護学研究科からの実施許可と愛知県立大学研究倫理審査委員会の承認（24 愛県大管理第 6-11 及び 27 愛県大学情 4-1 号）を得て実施した。

第4章 検証結果

I モデル運用の実際

1. 対象者の概要

モデル導入協力病院の看護部長で、2013年1月より現職就任したが、それまでは副看護部長であった。多様な雇用形態循環モデルは、2012年5月より前看護部長により導入されたが、対象者は副部長として導入について了解し理解してきた。前看護部長より引継ぎを受け、そのままモデルを約2年半運用し続けていた。モデル運用において、看護部長は、育児休暇後の復職予定の看護職との面談を行い、その際に十分に職員の復職後の勤務条件を聞いており、復職後の雇用形態を決めていた。

インタビュー時間は、19分であった。

2. モデルの運用と循環の促進

モデルの運用と循環の促進に着目して抽出したコードから、11カテゴリーが得られた。これらのカテゴリーは、1) モデルの運用の実際(4カテゴリー)、2) 日勤嘱託の適用(4カテゴリー)、3) 夜勤への勤務拡大に向けて(3カテゴリー)、の3つに大別された。それぞれのカテゴリーに含まれた内容は、表4-1のとおりである。以下、文中の「」はカテゴリー、〔〕はコードとする。

1) モデルの運用の実際

モデルの運用において看護部長は「雇用形態の循環を意識して職員の雇用を転換する」ことを行っていた。〔循環ということを意図的にするまでには時間がかかった〕と感じながらも、〔パートではもったいないと伝えることもある〕と対応し、育児休暇前の夜勤が可能な勤務に戻ることを意識しモデルを運用して〔日勤嘱託は、常勤に戻る隠し技になっていて上手に循環を使えるようになったという感覚はある〕と評価した。また、看護部のみでなく「人事課と協力してモデルを運用してきた」。

しかし、看護部長は「職員の制度理解が不十分である」ととらえ、〔スタッフは日勤嘱託の制度のことをよくわかっていない〕と感じていた。さらに看護部長は「職員の常勤(夜勤要員)への思いは様々である」ように、〔夜勤の負担から常勤になりたがらない職員もいる〕〔夜は家にいて欲しいと思う職員の夫が増えてきている〕、一方で〔育休明けで元の常勤に戻る職員もいる〕と感じていた。

表 4-1 看護部長によるモデルの運用と循環の促進

大分類	カテゴリー	コード
モデル運用の実際	雇用形態の循環を意識して職員の雇用を転換する	循環ということを用意にするまでには時間がかかった
		日勤嘱託は、常勤に戻る隠し技になっていて上手に循環が使えるようになったという感覚がある
		パートではもったいないと伝えることもある
	人事課と協力してモデルを運用している	人事課の協力を得ている
	職員の制度理解が不十分である	職員は日勤嘱託のことをよくわかっていない
職員の常勤(夜勤要員)への思いは様々である	役割の負担から常勤になりたがらない職員がいる	
	「夜は家にいてほしい」と思う職員の夫が増えている	
	育休明けに常勤で戻る職員もいる	
日勤嘱託の適用	日勤嘱託者は1部署1名、全体で7名が望ましい	日勤嘱託は1部署に一人がよい
		パートとの差をつける意味でも部署に一人の日勤嘱託でよい
		日勤嘱託者は7人でちょうどいい
	日勤嘱託者はリーダーシップのとれる人にする	管理職不在時の代行役を期待をしている
		リーダーシップの取れそうな人を選んでいる
		日勤嘱託はリーダーシップがとれる職員を目安にしている
		日勤嘱託はフルで日替わりリーダーをしてもらいたい
		責任をもって残業もしてくれる人が、パートよりもよい
	日勤嘱託者は、常勤への転換を意識してもらおう	パートとの役割の差が見えるよう、日勤嘱託者は厳選する必要がある
		日勤嘱託希望者に対しては将来の夜勤のことを念押しをしている
		いずれ常勤になる制度であることを念押ししている
		夜勤に入るめどが立ちそうな人に日勤嘱託を勧めている
日勤嘱託の16時まで(II d3)への転換はやがてフルタイムへの転換が可能な人に適用する	夜勤をずっとしないでおこうとする人には日勤嘱託を勧められない	
	期限付きで16時までの制度を使うことを提案する	
	日勤嘱託の16時まで、フルタイム勤務へのめどが立っている人にする	
夜勤への拡大に向けて	夜勤のイメージ化を促す	日勤嘱託の16時までの勤務はあまり勧めていない
		日勤が続いてしんどそうな時に、夜勤を勧めてみる
		夜勤のイメージを思い出してもらおうようにして話している
	夜勤による「収入増加」を示唆する	夜勤回数をするをイメージしてもらおうようにしている
		夜勤による収入増について伝える
	夜勤6回で常勤への転換を提案する	夜勤の収入増は大きいと考える
		夜勤回数を徐々に増やせたら常勤への転換を提案する
	夜勤6回で常勤になることを勧めている	

2) 日勤嘱託の適用について

日勤嘱託という雇用形態をどのように適用するかについては、「常勤への転換を意識してもらおう」ことで、「夜勤に入るめどが立ちそうな人に日勤嘱託を勧めている」〔いずれ常勤になるための制度であることを念押ししている〕ことがあった。

具体的な適用方法として、「日勤嘱託者は、リーダーシップのとれる人にする」と選抜していた。そこには、「管理職不在時の代行役を期待している」こともあり〔リーダーシップの取れそうな人を選んでいる〕〔リーダーシップが取れる職員を目安にしている〕とし、業務上では、「日勤嘱託はフルで日替わりリーダーをしてもらいたい」〔責任をもって残業もしてくれる人が、パートよりもよい〕〔パートとの役割の差が見えるよう、日勤嘱託者は厳選する必要がある〕という思いがあった。

次に、「日勤嘱託者は、常勤への転換を意識してもらおう」ことが抽出され、「日勤嘱託希望者に対しては将来の夜勤のことを念押ししている」〔いずれ常勤になるための制度であることを念押ししている〕〔夜勤に入るめどが立ちそうな人に日勤嘱託を勧めている〕〔夜勤をずっとしないでおこうとする人には日勤嘱託を勧められない〕ことがなされていた。

また、「日勤嘱託の 16 時まで（Ⅱ d3）への転換はやがてフルタイムが可能な人に適用する」が抽出され、「期限付きで 16 時までの制度を使うことを提案する」〔日勤嘱託の 16 時までには、フルタイムのめどが立っている人にする〕が、「16 時までという日勤嘱託はあまり勧めていない」、との思いがあり、短時間の雇用形態はフルタイムに戻るための手段として適用されていた。

日勤嘱託の人数は、「日勤嘱託者は 1 部署 1 名、全体で 7 名が望ましい」との考えが抽出され、そこには「日勤嘱託者は 7 人でちょうどいい」、〔日勤嘱託は 1 部署に 1 人がよい〕との考えがあった。

3) 夜勤への勤務拡大に向けて

カテゴリーとして「夜勤のイメージ化を促す」ことが抽出され、具体的には「日勤が続いてしんどそうな時に、夜勤を勧めてみる」、〔夜勤数回をすることをイメージしてもらおうようにしている〕、〔夜勤のイメージを思い出してもらおうようにして話している〕が行われていた。

さらに、「夜勤による「収入増加」を示唆する」には、「夜勤の収入増は大きいと考える」〔夜勤による収入増について伝える〕が含まれ、夜勤を始めれば「夜勤 6 回で常

勤への転換を提案する」には、〔夜勤 6 回で常勤になることを勧めている〕の促しで、いずれも夜勤への拡大、つまりは雇用形態の循環を促進させていた。

以上のように、看護部長が日勤嘱託を利用して、育児休業明けの職員を日勤のみの勤務から夜勤を伴う常勤へ循環させようとしていることが確認できた。

3. モデル導入後の組織の変化

モデル導入後 3 年間(2012 年 5 月～2015 年 4 月)にあった A 病院の組織の変化は、以下の 4 点である。

1) 2013 年 1 月看護部長の交代

2013 年 1 月に前看護部長が退職し、その後副看護部長が看護部長に就任した。

2) 2013 年表彰制度の変更

目標管理や人事考課については処遇に反映していたが 2013 年で中止している。この間、優秀な職員の公表はなかった。しかし、看護職員 2 年目のケーススタディと看護研究に関する優秀者については、翌年の職員全体で行う新入職員歓迎会で表彰をされた。

3) 2015 年 2 月病床編成及び看護配置の変更

2015 年 2 月より、病床機能の見直しに伴って病床編成が変化した。2015 年 3 月末、産科診療が閉鎖され、助産師が数名退職した。また、2015 年 2 月より従来の 7 対 1 入院基本料から 10 対 1 入院基本料に変更された(病床機能報告に基づく変更)。

4) 2012 年病院の新築移転及び市民病院化

2011 年より A 病院と市において、病院の新築移転と市民病院化の構想があり、検討委員会や市議会で議論されてきたが、2012 年年度末に構想が凍結となった。その後も新築移転・市民病院化については検討されたが停滞していた。

II 組織の雇用形態循環の推移

1. モデル導入年度の看護職員の推移

モデル導入年における組織の状況を表に示した。2012年度の年間退職者は11名で、離職率は9.3%であった。日勤嘱託者の割合は、年間で9.8~10.7%であった（休職者を含む）。なお、実際のモデル導入は5月であったが、モデルの一部の賃金（夜勤特別手当）については、4月に遡り支給されていた。モデル導入以前のデータを2012年4月とした。

看護職員数については、入退職があったものの年間を通じてほぼ一定（165~168人）であった。病棟における平均一日配置人数は、一般病棟（3病棟の合計）では、モデル導入前45.3人/日、モデル導入後44.6~47.9人/日で経過、回復期リハビリテーション病棟（1病棟）（以下、「回復リハ病棟」という。）では、導入前11.3人/日で、導入後9.9~11.0人/日で経過した。患者数に大きな変動もなく一般病棟では7対1を、回復リハ病棟では13対1の配置人数基準を満たす配置人数であった。

一方、平均夜勤時間数については、一般病棟（3病棟の合計）では、導入前72.4（65.1）時間/人、導入後66.3~73.2（64.8）時間/人で経過し、回復リハ病棟では、導入前65.6時間/人、導入後57.4~83.2（74.4）時間/人であった。なお、平均夜勤時間数については、ここでは1か月で算出したが、モデル導入病院では28日間で届け出をしていたために、時間数の後の（ ）には、その値を記載した。回復リハ病棟は特別入院料のために、一般病棟のように夜勤時間数の上限はないが、一般病棟と同様に72時間以内にするように病棟管理者は考えていた。ただし、実際には超過している月もあった。

また、外来部門の夜勤者（外来および透析部）数と夜間オンコール対応者（手術室及び訪問看護ステーション）数についても記載した。オンコールとは、夜勤と異なり、自宅待機で緊急時に出動の指示があれば30分以内に病院に到着し、勤務するという勤務体制である。普段の夜間は、手術室では手術はなく、訪問ステーションでも訪問はない状況であるが、緊急時には対応が必要なために、対応者をあらかじめ決めて待機させていた。

パートについては、パートⅠ（37.5時間/週）、パートⅡ（30時間以上37.5時間未満/週）、パートⅢ（30時間未満/週）と規定しているが、社会保険の適応は30時間以

上/週である。ここでは、この30時間以上または未満で区分し、パートⅠⅡ（30時間以上/週）として、パートⅢ（30時間未満/週）として示した。

表 4-2 モデル導入年度の雇用形態別推移

		モデル導入													
		2012年 3月31日	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	2013年 1月	2月	3月	4月1日
看護職員数		168	164	165	166	166	165	164	164	166	168	166	165	167	166
	常勤	127	128	128	129	129	129	128	128	129	130	125	124	125	124
	育児短時間勤務	—	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
	日勤嘱託ⅠⅡ	15	16	16	17	17	17	17	18	18	18	16	16	16	17
	パート	41	36	37	37	37	36	36	36	37	38	41	41	42	42
	Ⅲ 30時間未満/週	38	32	32	32	33	33	33	33	34	35	37	37	38	38
	ⅠⅡ 30時間以上/週	3	4	5	5	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4
	うち休職者数	7	7	8	8	8	8	8	9	10	11	11	11	14	12
	常勤	4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	6	6	7	5
	日勤嘱託	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	4	4
	パート(30時間以上/週)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3
平均1日配置人数															
	一般病棟	45.4	45.3	47.9	47.6	47.9	47	46.1	45.9	46	44.7	44.6	45.8	47	46.3
	回復期リハ病棟	10.7	11.3	10.7	11	11	10.9	10.2	10.8	10.6	10.3	10.2	10.2	9.9	10.5
平均夜勤時間数															
	一般病棟	74.1(69.8)	72.4(65.1)	70.6	68.1	67.8	66.3	64.8	67.7	65.7	70	69.4	61.5	66.5	73.2(64.8)
	回復期リハ病棟	72.8	65.6	69	57.4	66.1	61	73.4(69.0)	76.3(68.3)	73.4(69)	83.2(74.4)	83.2(75.2)	66.3	78.1(70.5)	69.8(67.6)
病棟夜勤者数(常勤換算)															
	一般病棟	51.3	50.3	52.3	52	56.1	55.8	55.2	54.1	53.8	53.9	53	53.9	56.1	50.7(48.1)
	回復期リハ病棟	10	10	11	11	11	11	11	11	11	10	10	12	11	11.8(11.7)
	夜勤専従者	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
外来部門夜勤者数(当直/透析準夜/手術室・訪問看護オンコール)(人数)															
	夜勤者数	31	29	27	27	27	27	30	32	32	32	32	32	29	26
	うちオンコール対応者	12	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	11
雇用形態の変更者			3	1	1	1			2	1		2	1	1	5
	時間数増加		3				1		1						1
	土日祝日勤務拡大		1*												2
	夜勤可能		1*	1						1			1	1*	2*
	時間数減少			1*	1				1						1
	土日祝日勤務縮小										2				
	夜勤不可				1*										1
入退職者数															
	入職		8		2					1	1			1	5
	パート		1	2						1				1	1
	退職		7		1			1	1			2	1		6
	パート		6	1			1								1

1. 職員数は、毎月1日現在とする 当月2日以降付の異動は翌月に反映する（看護部長は人数より除く）
2. 該当月の数値を示す 但、平均夜勤時間数は1ヶ月単位分(28日分)
3. 変更内容には重複あり*

2. モデル導入による雇用形態転換者

1) モデル導入前

モデル導入年の雇用形態の転換は、モデル導入前は4月の3名（a、b、c）であった（表4-3）。パートⅢから常勤への変更が1名、パートⅢからパートⅠへの勤務時間拡大、パートⅠから日勤嘱託への転換1名であった。

2) モデル導入後

モデル導入の成果として、2013年4月1日付変更者5名（2012年度の手続き者）を含む、延べ15名（実数11名）が転換を行った（表4-3）。

雇用転換者の年齢は、20代後半2名、30代前半3名、30代後半4名、40代前半1

名、40代後半1名であり、子どもが1～3名であった。

産休・育休明けの復職時の転換者は5名であり、その他の時期に延べ10名が転換し、うち2回目の変更が2名（表4-3、c、g）、3回目の変更が1名（表4-3、d）であった。勤務部署間の変更はなく、延べ8名（実数6名）が外来部門で、延べ7名（実数5名）が病棟で勤務した。

雇用形態転換における具体的な勤務条件の変更では、時間数が増加となる転換が2名、減少する転換は4名、土日祝日の勤務制限なしの転換は3名、夜勤が不可となる転換は2名、夜勤可能となる転換は実数11名中5名であった。

表4-3 雇用形態転換者の詳細

2012年度 雇用形態転換者(詳細)								変更内容		
番号	年代	子ども人数	変更前	変更内容	部署	備考	時間 ¹	土日祝 ²	夜勤 ³	
a	30前半	0	パートⅢ	常勤	病棟		○	○	○	
b	40後半	2	パートⅢ	パートⅠ	外来部門		○			
c	30後半	1	パートⅠ	日勤嘱託Ⅰ	病棟					
モデル導入後	d	40後半	3	常勤	日勤嘱託Ⅱ	外来部門	育休明け	×	×	
e	30後半	3	日勤嘱託Ⅰ 週5	日勤嘱託Ⅱ 週4 夜勤可	外来部門		×		○	
f	40前半	2	パートⅢ	パートⅠ	外来部門		○			
g	30前半	3	常勤	日勤嘱託Ⅰ	外来部門	育休明け			×	
h	20後半	1	日勤嘱託Ⅱ 週4	日勤嘱託Ⅱ 週5	外来部門	育休明け	○			
i	30前半	1	日勤嘱託Ⅱ 週5	日勤嘱託Ⅱ 夜勤可	外来部門				○	
d-2			日勤嘱託Ⅱ	パートⅡ	外来部門		×			
g-2			日勤嘱託Ⅰ	パートⅠ	外来部門					
j	20後半	1	常勤	常勤 育短 夜勤あり	病棟	育休明け	×			
k	30後半	2	日勤嘱託Ⅱ	日勤嘱託Ⅰ 夜勤可	病棟			○	○	
d-3			パートⅡ	パートⅡ 夜勤あり	病棟			○	○	
l	30後半	2	日勤嘱託Ⅱ 時短 週5	日勤嘱託Ⅱ 時短 夜勤可	病棟			○	○	
m	30後半	2	パートⅠ	日勤嘱託Ⅱ	病棟					
c-2			日勤嘱託Ⅰ	パートⅠ	病棟					
n	30前半	2	常勤	日勤嘱託Ⅰ	病棟	育休明け			×	

のべ15名、うち5名は2013年4月の変更（実数11名）

1.勤務時間数増加C
2.日祝日制限拡大○ 縮小× 空欄は変更なし
3.夜勤可能○ 夜勤不可× 空欄は変更なし

III モデルにおける循環の実際

1. 対象者の概要

対象者は、モデル導入後から3年の間に雇用形態を変更し勤務を継続している看護職18名のうち研究協力の同意の得られた15名であった。対象者の属性を表4-4に、また対象者の利用した雇用形態を表4-5に示す。

採用時の雇用形態から、変更を1回だけでなく2回目の変更をしているものは12名、さらに3回目の変更をしている者は5名であった(表4-4)。3年間で対象者の利用した雇用形態は7種類(表4-5)で、一人が最高4種類の雇用形態を利用していた。

表4-4 対象者の属性

対象者	年代	看護師 経験年数	病院勤務 年数	こども人数	雇用形態の転換				勤務条件 縮小者	勤務条件 拡大者
					採用時	1回目	2回目	3回目		
A	30後半	11	6	3	常勤	日勤嘱託I				○
B	30後半	18	13	2	常勤	日勤嘱託I	日勤嘱託I+夜勤			○
C	30前半	11	11	2	常勤	日勤嘱託II				○
D	40前半	17	5	1	パートI	日勤嘱託I	パートII			○
E	30前半	10	6	5	常勤	日勤嘱託I	パートI			○
F	40後半	24	13	2	パートIII	パートI	日勤嘱託I+オンコール	常勤		○
G	30後半	14	14	1	常勤	日勤嘱託I	パートII			○
H	20後半	6	5	4	常勤	パートIII	パートI			○
I	30前半	10	10	1	常勤	日勤嘱託II				○
J	30後半	15	9	2	常勤	日勤嘱託II	パートII			○
K	40前半	15	10	3	常勤	日勤嘱託II	日勤嘱託I+夜勤数回	常勤		○
L	30前半	12	6	2	常勤	日勤嘱託I	パートI	パートII		○
M	30前半	11	8	2	常勤	日勤嘱託I	日勤嘱託II	日勤嘱託I		○
N	30前半	13	9	2	常勤	日勤嘱託I	パートI			○
O	30前半	9	4	2	常勤	日勤嘱託II	育児短時間勤務	常勤		○

表4-5 対象者の利用した雇用形態

雇用形態	選択者 総数	転換後の 選択者数
常勤	16	3
日勤嘱託I	9	9
日勤嘱託II	6	6
日勤嘱託+夜勤・オンコール	3	3
パートI・II	9	8
パートIII	3	2
育児短時間勤務	1	1
合計	47	32

重複あり

2. 雇用形態転換パターン

対象者毎の転換パターンの一覧を表4-6に示した。雇用形態転換パターンは、11種類の転換パターンとなり、転換パターン欄に番号で示した。

表 4-6 対象者別雇用形態転換パターン

対象者	採用時	雇用形態の転換					
		転換パターン	1回目	転換パターン	2回目	転換パターン	3回目
A	常勤	①	日勤嘱託 I				
B	常勤	①	日勤嘱託 I	⑩	日勤嘱託 I + 夜勤 *		
C	常勤	①	日勤嘱託 II				
D	パート I	⑨	日勤嘱託 I	③	パート II		
E	常勤	①	日勤嘱託 I	③	パート I		
F	パート III	⑧	パート I	⑪	日勤嘱託 I + オンコール **	⑥	常勤
G	常勤	①	日勤嘱託 I	③	パート II		
H	常勤	②	パート III	⑧	パート I		
I	常勤	①	日勤嘱託 II				
J	常勤	①	日勤嘱託 II	③	パート II		
K	常勤	①	日勤嘱託 II	⑩	日勤嘱託 I + 夜勤数回 *	⑥	常勤
L	常勤	①	日勤嘱託 I	③	パート I	④	パート III
M	常勤	①	日勤嘱託 I	***	日勤嘱託 II	****	日勤嘱託 I
N	常勤	①	日勤嘱託 I	③	パート II		
O	常勤	①	日勤嘱託 II	⑤	育児短時間勤務	⑦	常勤

* 夜勤数回
 ** オンコール数回
 *** 日勤嘱託間での雇用形態転換であるが、I は曜日指定がない、II は短時間/短日となるので、勤務条件の縮小となる
 **** 日勤嘱託間での雇用形態転換ではあるが、I は曜日指定がない、II は短時間/短日となるので、勤務条件の拡大となる

転換前の雇用形態の条件よりも勤務時間制限の緩和、土日祝日の勤務制限の緩和、夜勤可等いずれかになったパターンを、「勤務条件を拡大した転換パターン」とした。一方、転換前の雇用形態の条件よりも勤務時間制限、土日祝日の勤務制限、夜勤不可等いずれかになったパターンを、「勤務条件を縮小したパターン」とし分類した。

パターン⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪は、勤務条件を拡大した転換パターンであり、①②③④は、勤務条件を縮小したパターンであった。さらに 11 種類の転換パターンを表 4-7 に示した。勤務条件拡大は□、縮小は□で示した。ただし、日勤嘱託 I と II の転換は、表 4-6 では、***及び****で示したが、11 種類の転換パターンからは同雇用形態間の転換として省いた。

勤務条件の縮小が延べ 20 名、実数 14 名で拡大者は延べ 10 名、実数 6 名いた。

表 4-7 転換パターン

パターン	転換前の雇用形態	→	転換後雇用形態	拡大/縮小*	該当者	延べ人数
①	常勤	→	日勤嘱託	↓	ABCEGIJKLMNO	12
②	常勤	→	パート III	↓	H	1
③	日勤嘱託	→	パート I II **	↓	DEGJLN	6
④	パート I	→	パート III	↓	L	1
⑤	日勤嘱託	→	育児短時間勤務	↑	O	1
⑥	日勤嘱託 + 夜勤	→	常勤	↑	FK	2
⑦	短時間	→	常勤	↑	O	1
⑧	パート III	→	パート I	↑	FH	2
⑨	パート I	→	日勤嘱託	↑	D	1
⑩	日勤嘱託	→	日勤嘱託 + 夜勤	↑	BK	2
⑪	パート I	→	日勤嘱託 + 夜勤	↑	F	1

* ↑ 勤務拡大
 ↓ 勤務縮小
 ** パート I、パート II は、ともに勤務時間が30時間以上/週である

3. 雇用形態転換パターン別にみる転換理由

インタビューの時間は11~23分で平均16分36秒であった。インタビューの逐語録を作成し、各対象者の転換理由に着目して記録単位を抽出し、11の雇用形態転換パターン別にカテゴリー化し、縮小を表4-8-1に拡大を表4-8-2に示した。以下「」はカテゴリー、〔 〕はコードを示すとし、転換パターン毎にその詳細を述べる。

1) 縮小転換パターン①

転換パターン①は、常勤から日勤嘱託に転換するパターンで、勤務条件の縮小である。常勤から日勤嘱託に転換する理由として9カテゴリーが見いだされた。「体調により夜勤が困難となる」には、「妊娠を希望し、昼間のみの規則的な生活をしたいと思う」〔持病のため夜勤を辞めるように主治医から言われる〕が含まれた。また、「夜間授乳が必要となり夜勤が困難となる」「子どもが複数となり夜勤時の育児交代者に負担がかかる」「夜勤時の育児に家族の協力が得られない」「夜間は自分が子どもの世話をしたい」という転換理由があり、夜の時間を確保できることが強化子であった。「土日祝日に保育園に子どもを預けられない」ことは、土日祝日の時間を確保する強化子、「パートになるよりも収入や保証で条件がよい」という転換理由は、元の常勤から日勤嘱託を選択した理由と言うよりも、日勤嘱託とパートを比較して、収入増加を選択している。さらに「経済的に夜勤をする必要がない」、「看護部長からの勧めがある」ことが理由として挙げられた。よって時間の強化子のほか、体調維持、上司の承認の強化子が示された。

2) 縮小転換パターン②

転換パターン②は、常勤からパートⅢ（30時間未満/週）に転換するパターンで、勤務条件の縮小である。ここでは、転換理由として「子どもの帰宅時に在宅している必要がある」「パートは日勤で働く時間の調整がしやすい」の2カテゴリーが見いだされた。これらは昼の時間を確保できることと時間確保の容易さが強化子であった。

3) 縮小転換パターン③

転換パターン③は日勤嘱託からパートⅠまたはⅡ（30時間以上/週）に転換するパターンで、勤務条件の縮小である。ここでは、転換理由として6カテゴリーが見いだされた。「子どもをみてもらえる人がいない」「夫の育児協力が得られない」という転換理由は、時間の確保が強化子であり、「保育園の迎えが遅くなることでの支障がある」は、夕方の時間を確保することが強化子であった。さらに「パートの方が何よりも勤

務の調整をしやすい」では、時間確保の容易さという強化子、また「子どもが複数となり育児負担がある」「日勤嘱託の業務の負担がある」ことから、仕事の負担軽減という負の強化子が示された。

4) 縮小転換パターン④

転換パターン④はパートⅠ（30時間以上/週）からパートⅢ（30時間未満/週）に転換するパターンで、勤務条件の縮小である。転換理由は、「時間的に余力を持った働き方をする」「子どもが複数となり育児負担がある」の2カテゴリであった。仕事や育児の負担軽減という負の強化子であった。

表 4-8-1 縮小転換パターン別転換理由 は時間

雇用形態転換パターン	カテゴリ	強化子	コード	
パターン ① 常勤→日勤嘱託	体調により夜勤が困難となる	体調維持	妊娠を希望し、昼間のみ規則的な生活をしたいと思う 持病のため夜勤をやめるように主治医から言われる	
		時間（夜）	夜間授乳の必要があったので夜勤は無理である	
	夜間授乳が必要となり夜勤が困難となる 子どもが複数となり夜勤時の育児交替者に負担がかかる	時間（夜）	子どもが複数人いるので夜間代わりにみる人が大変である	
		時間（夜）	夫の夜間の育児協力が不可である 夫も仕事で夜勤時に子どもをみるができない 祖父母などに夜間子どもを預けるができない	
	夜勤時の育児に家族の協力が得られない 土日祝日に保育園に子どもを預けられない	時間（夜）	夫の夜間の育児協力が不可である 夫も仕事で夜勤時に子どもをみるができない 祖父母などに夜間子どもを預けるができない	
		時間（土日祝日）	保育所が土日祝日休みのために預けられない	
	経済的に夜勤をする必要がない		経済的に夜勤をしなくても問題はない	
	夜間は自分が子どもの世話をしたい	時間（夜）	夜間は、自分が子どもをみたいと思う	
	パートになるよりも収入や保証で条件がよい		パートよりも日勤嘱託のほうが収入や保証がよいと考えた	
看護部長からの勧めがある	上司からの承認	看護部長の勧めがあった		
パターン ② 常勤→パートⅢ（30時間未満/週）	パートは日勤で働く時間の調整がしやすい 子どもの帰宅時に在宅している必要がある	時間確保の容易さ	パートの方が常勤よりも休みやすい 就学時が学童に入らず帰宅するので、その時間に在宅している必要がある	
		時間（昼）		
パターン ③ 日勤嘱託→パートⅠⅡ（30時間以上/週）	子どもをみてもらえる人がいない 夫の育児協力が得られない	時間	子どもをみてもらう人（親戚、祖父母）がいない。 夫の協力（急な休み、夕方以降の育児）が得られない	
		時間（夕方）	定時で終わらないので、保育園の迎えが遅くなること続き、子どもがかわいそうに思える	
	保育園の迎えが遅くなることでの支障がある パートの方が育児のためには何よりも勤務の調整をしやすい	時間（夕方）	子どもの病気で休むことが増えて、有休も足りなくなり欠勤となる パートのほうが日勤嘱託よりも休みやすい 子どもの病気で受診の機会が多くなり、休みが取りやすいようにした	
		時間確保の容易さ		
	子どもが複数となり育児負担がある	仕事の負担軽減	複数の子どもで大変と思う	
	日勤嘱託の業務の負担がある	仕事の負担軽減	患者家族の対応、看護計画の修正、サマリー作成が日勤業務内できず、定時で帰れない。 研修会の参加が負担である 月々の手取額はパートと変わらないが、日勤嘱託の仕事上の負担は大きい	
		仕事の負担軽減		
	パターン ④ パートⅠ（30時間以上/週）→パートⅢ（30時間未満/週）	時間的に余力をもった働き方をする 子どもが複数となり育児負担がある	仕事の負担軽減	余力をもって働くために日数と時間を減らした 上の子どもに手がかかる
			育児の負担軽減	

5) 拡大転換パターン⑤

転換パターン⑤は日勤嘱託から育児短時間勤務に転換するパターンで、勤務条件の拡大である。転換理由として、「保育園に早めに迎えに行く必要がある」と「夜間授乳が不要となり、少ない夜勤なら可能となる」の2カテゴリーが見いだされた。「保育園に早めに迎えに行く必要がある」は、夕方の時間確保が強化子であり、「夜間授乳が不要となり、少ない夜勤なら可能となる」は、都合に合わせた夜勤という強化子であった。

6) 拡大転換パターン⑥

転換パターン⑥は日勤嘱託+夜勤から常勤に転換するパターンで、勤務条件の拡大である。転換理由として、「常勤に戻る意気込みがある」「常勤でも仕事上の負担は同じである」「収入増加のみでなくスキルアップを考える」「仕事での責任を持ちたい」の4カテゴリーが見いだされた。キャリアの拡大が強化子として示された。

7) 拡大転換パターン⑦

転換パターン⑦は育児短時間勤務から常勤に転換するパターンで、勤務条件の拡大である。転換理由として、「収入増加を考える」「都合を合わせれば複数回の夜勤が可能である」「子どもが育ち保育園の迎えはフルタイムでも可能である」の3カテゴリーが見いだされた。それぞれ収入増加、都合に合わせた夜勤、キャリアの拡大が強化子であった。

8) 拡大転換パターン⑧

転換パターン⑧はパートⅢ(30時間未満/週)からパートⅠ(30時間以上/週)に転換するパターンで、勤務条件の拡大である。転換理由として3カテゴリーが見いだされ、このうち「収入増加を考える」は、〔子どもが中学生になり、お金がかかるようになり、収入を増やそうと考える〕ことを含み、収入増加が強化子となっていた。また、〔学生指導を任されて学生としっかり関わりたいと思う〕を含む「仕事での責任をもちたい」や、「子どもをみてもらえる人がいる」ことが挙げられ、キャリア拡大の強化子が示された。

9) 拡大転換パターン⑨

転換パターン⑨はパートⅠ(30時間以上/週)から日勤嘱託に転換するパターンで、勤務条件の拡大である。転換理由は「パートよりも収入や保障の条件がよい」であり、パートと日勤嘱託の条件を比べて、収入増加が強化子であった。

10) 拡大転換パターン⑩

転換パターン⑩は日勤嘱託から日勤嘱託＋夜勤に転換するパターンで、勤務条件の拡大である。転換理由は「自分の都合に合わせた数少ない夜勤が可能である」の1カテゴリーであり、都合に合わせた夜勤の負の強化子が示された。

11) 拡大転換パターン⑪

転換パターン⑪はパート I（30 時間以上／週）から日勤嘱託＋夜勤に転換するパターンで、勤務条件の拡大である。転換理由は、「収入増加を考える」であり、収入増加という強化子であった。

表 4-8-2 拡大転換パターン別転換理由 ■ は時間 ■ は収入

雇用形態転換パターン	カテゴリー	強化子	コード
パターン ⑤ 日勤嘱託→育児短時間勤務	保育園に早めに迎えに行く必要がある 夜間授乳が不要となり少ない夜勤なら可能となる	時間（夕方） 都合に合わせた夜勤	子どもが乳児クラスの間は、早く迎えに行く必要がある 夜間の授乳がなくなり、月に1回なら夜勤は可能と考える
パターン ⑥ 日勤嘱託＋夜勤 →常勤	常勤に戻る意気込みがある 常勤でも仕事上の負担が同じである 収入増加のみでなくスキルアップを考える 仕事での責任をもちたい	キャリアの拡大 キャリアの拡大 キャリアの拡大 キャリアの拡大	看護師は夜勤が当然と考えているので、常勤に戻ると決めている 日勤嘱託での待機と常勤とそれほど負担が変わらないと思う 収入増加とスキルアップを望む 自分の担当した患者への責任を最後まで持ちたいと考える
パターン ⑦ 育児短時間勤務→常勤	収入増加を考える 都合を合わせれば複数回の夜勤が可能である 子どもが育ち保育園の迎えはフルタイムでも可能である	収入 都合に合わせた夜勤 キャリアの拡大	夫に、給料が少ないことを指摘されて、夜勤を増やして収入増加を考える 都合のいい週末の夜勤に入れることになり、夜勤が複数回可能である 子どもが最年少クラスからあがれば、迎えが少し遅くなくてもいいと思ったので、フルタイムが可能と考える
パターン ⑧ パートⅢ（30時間未満/週） →パートⅠ（30時間以上/週）	仕事での責任をもちたい 子どもをみてもらえる人がいる 収入増加を考える	キャリアの拡大 キャリアの拡大 収入	1日きちんと働きたいという思いが出てくる 学生指導を任されて学生としっかり関わりたいと考える 実母の協力が得られたので、夕方までの勤務が可能となる 収入が扶養の制限枠を超えてしまったので扶養から外れることになる 子どもが中学生になり、お金がかかるようになり、収入を増やそうと考える
パターン ⑨ パートⅠ（30時間以上/週） →日勤嘱託	パートよりも収入や保証の条件がよい	収入	パートでも日勤嘱託でも、勤務日数や時間が同じなので、日勤嘱託のほうがパートよりも条件がよいと思う
パターン ⑩ 日勤嘱託 →日勤嘱託＋夜勤	自分の都合に合わせた数少ない夜勤が可能である	都合に合わせた夜勤	部署の上司に夜勤の相談をされて、都合のいいところで夜勤することになる 日勤ばかりが続くのもしんどくて夜勤をしたいと思う 都合のつく日で、数少ない夜勤なら可能である
パターン ⑪ パートⅠ（30時間以上/週） →日勤嘱託＋夜勤	収入増加を考える	収入	子どもにおかねがかかるようになり、さらに収入を増やすために夜勤をする

4. 今後の働き方

今後の働き方を雇用形態別に表 4-9 に示す。日勤嘱託では「日勤のみの勤務をする」、「子どもが成長すれば夜勤を再開する」、「いつかは夜勤をしないといけないと感じている」と考えていた。また、常勤では「常勤（夜勤を含む）を継続する」と考えていることが示された。日勤嘱託+夜勤では「このまま都合のいい日に夜勤をする」と考えていた。パートでは「日勤のみの勤務を継続する」「子どもが成長すれば日勤の日数を増やして勤務する」という勤務は日勤のみを今後も希望する考え方、「子どもが成長すれば夜勤を再開する」という子どもの成長に伴って夜勤を再開する考え方や、「夜勤勤務への懸念がある」と、今後の働き方としての夜勤の希望ではないが夜勤を気にしていることが示された。

表 4-9 雇用形態別 今後の働き方

現在の雇用形態	カテゴリー	コード
日勤嘱託	日勤のみの勤務を継続する	常勤かパートの選択になればパートを選択する
		しばらくこのまま日勤のみで働く
	子どもが成長すれば夜勤を再開する	第1子が高校生か大学生になれば夜勤が可能である 第1子が中学生になれば夜勤をしようと思う
	いつかは夜勤をしなければいけないと感じている	いつかは夜勤をしなくてはいけないうらう
常勤	常勤(夜勤を含む)を継続する	いろいろな経験をしたい
		上(中間管理職)をめざしてやれるだけ働きたい
		無理を聞いてもらったのもあり、このまま続ける
日勤嘱託+夜勤	このまま都合のいい日に夜勤をする	夜勤回数は増えても構わないが、夜勤が可能な日が制限される
パート	子どもが成長すれば日勤の日数を増やして勤務する	第1子が小学生になれば日勤の日数を増やす。 日勤だけなら日数を増やす
	子どもが成長すれば夜勤を再開する	子どもが中学生になったら夜勤をしたいと思う
		末子が中学生になったら夜勤をしたいと思う
		経済状況も考えて夜勤をすることを考える
		中学生になったら夜勤をしたいと思う
		お金がいるようになれば夜勤をする
	夜勤勤務への懸念がある	夜勤は自分だけのことを8割くらいできる状況でないと無理
日勤のみの勤務を継続する	子どもが落ち着くまでこのままずっとパート止まりかと思う 子どもが大きくなるまでしばらく日勤のみがよい	

IV 個人の組織に対する意識

1. 対象者の属性

属性について表 4-10 に示す。経験年数、勤務年数、子ども人数、年齢、雇用形態においてモデル導入前と、モデル導入 6 か月、1 年後、3 年後では有意な差を認めなかった。夜勤回数については、交替勤務者及びオンコール者共に、3 年後は回数が増えていた。特に交替勤務者では Kruskal-Wallis 検定で夜勤回数が有意に ($p<.001$) 増えていた。Mann-Whitney 検定の結果、モデル導入前と比較して 3 年後に有意に ($p<.001$) 増加した。

表 4-10 対象者の属性

	前			6か月後			1年後			3年後*			ρ
	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	
看護職経験	100	13.4	7.7	93	14.7	8.4	84	14.0	7.7	63	14.3	7.3	.717
経験年数	100	7.2	5.7	92	8.0	5.9	84	7.8	5.8	62	8.0	6.0	.769

*3年後であるので、-3としている

ρ は一元配置分散分析による

	前			6か月後			1年後			3年後			ρ
	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	
子ども人数	100	1.4	1.2	93	1.4	1.1	83	1.4	1.1	65	1.5	1.1	.951
子ども(全体)	100	1.4	1.2	93	1.4	1.1	83	1.4	1.1	65	1.5	1.1	.951
子ども(有子者)	70	2.1	.8	66	2.0	.8	58	2.0	.8	47	2.0	.7	.898

ρ は一元配置分散分析による

	前			6か月後			1年後			3年後			ρ
	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	
夜勤回数	61	4.7	3.2	58	5.6	3.2	48	4.7	3.4	37	8.7	3.3	<.001
交替勤務者	61	4.7	3.2	58	5.6	3.2	48	4.7	3.4	37	8.7	3.3	<.001
オンコール対応者*	5	1.2	.5	9	1.7	2.0	8	1.0	.0	4	5.5	3.3	.200

ρ は一元配置分散分析による

*手術室、訪問看護の部署では、交代勤務ではなく夜間自宅待機で指示にて30分以内に出動後、勤務となる体制

年齢	前		6か月後		1年後		3年後*		ρ
	n	%	n	%	n	%	n	%	
20代	16	15.8	8	8.6	8	9.5	2	3.1	.320
30代	51	50.5	45	48.4	42	50.0	33	50.8	
40代	26	25.7	33	35.5	26	31.0	21	32.3	
50歳以上	8	7.9	7	7.5	8	9.5	9	13.8	

*3年後であるので、-3としている

ρ は χ^2 検定による

雇用形態	前		6か月後		1年後		3年後		ρ
	n	%	n	%	n	%	n	%	
常勤	75	76.76	70	75.27	58	69.88	47	72.3	.891
夜勤専従	4	4.04	2	2.15	1	1.2	2	3.1	
日勤嘱託	8	8.08	7	7.53	7	8.43	4	6.2	
パート職員	12	12.12	14	15.05	17	20.48	12	18.5	

ρ は χ^2 検定による

2. 職場定着意思及び職業継続意思

職場定着意思は、「この病院で仕事を続けたいと思うか」、職業継続意思は、「看護師を続けていきたいと思うか」を「非常にそう思う」5点から「そう思わない」1点の5段階リッカート法で回答を求めた。

職場定着意思は、それぞれの雇用形態別に各調査特別に比較した。Kruskal-Wallis 検定の結果、常勤者のみに有意差 ($p=.049$) があり、日勤嘱託、パートについては有意な差はなかった (表 4-11)。常勤者について、さらに Mann-Whitney 検定の結果、モデル導入前と比較し3年後のみが有意 ($p=.011$) に低かった。

また、職業継続意思について、同様に Kruskal-Wallis 検定を用いて比較した結果、常勤、日勤嘱託、パートとも、いずれも有意な差はなかった。

表 4-11 職場定着意思

	前			6か月後			1年後			3年後			p
	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	
常勤	75	3.3	.8	70	3.3	.8	58	3.0	1.1	47	2.9	.9	.049
日勤嘱託	8	3.5	.5	7	3.1	.7	7	3.6	.8	4	3.0	.8	.518
パート	12	3.4	.8	14	3.1	.8	17	3.2	.9	12	3.1	.9	.824

p はKruskal-WallisのH検定による

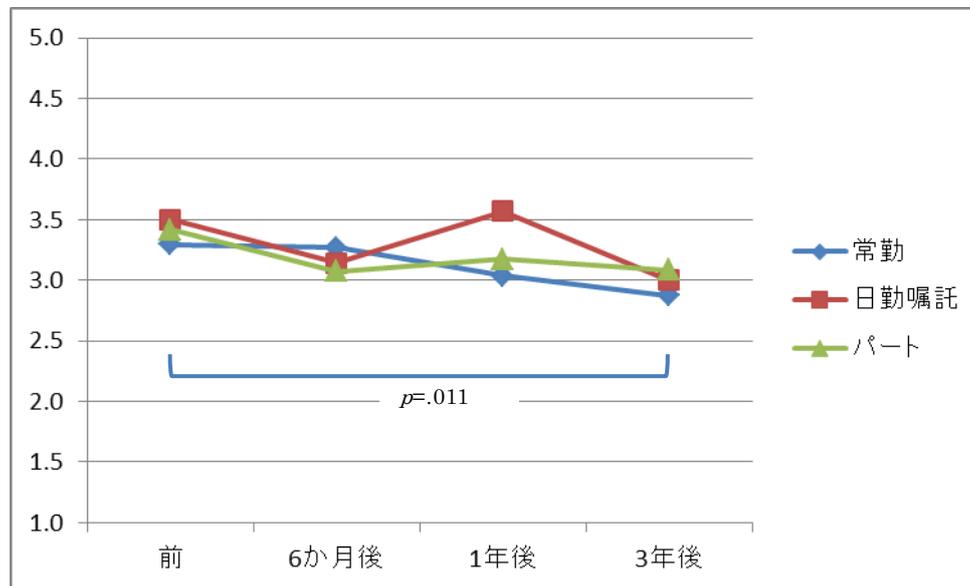


図 4-1 職場定着意思

表 4-12 職業継続意思

	前			6か月後			1年後			3年後			ρ
	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	
常勤	75	4.0	.8	70	3.9	.8	58	3.8	.9	47	3.9	1.0	.847
日勤嘱託	8	4.3	.5	7	4.1	.7	7	4.1	.7	4	3.8	.5	.582
パート	12	4.3	.5	14	4.1	.9	17	4.0	.5	12	4.3	.6	.550

ρはKruskal-WallisのH検定による

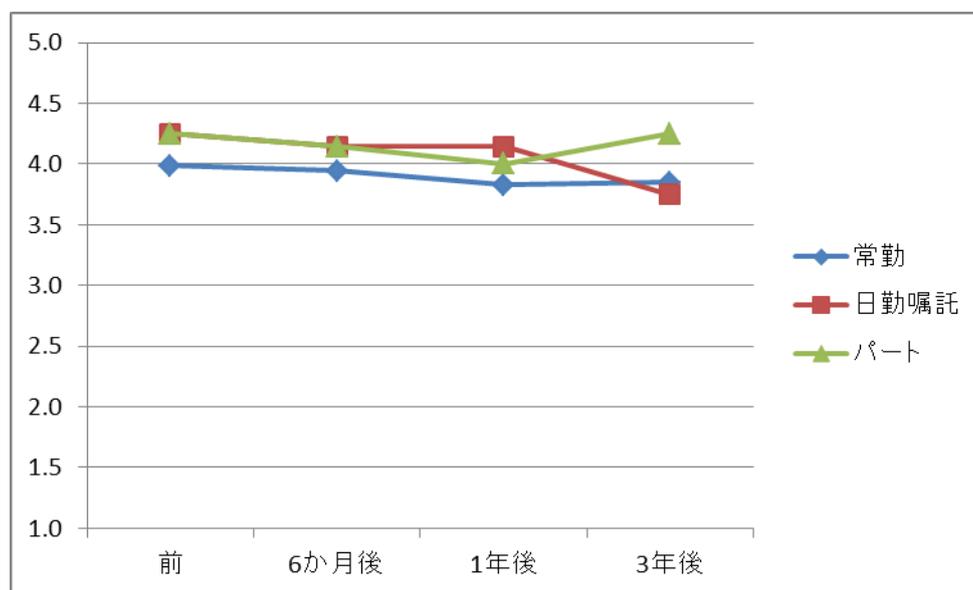


図 4-2 業継続意思

3. 夜勤の可能性

今後の夜勤の可能性については、「今後、夜勤回数が増えることはかまわない（現在夜勤をしていない人は夜勤をすることはかまわない）」について、「非常にそう思う」5点から「そう思わない」1点の5段階リッカート法で回答を求めた、点数が高いほど夜勤回数の増加が可能となっている。

夜勤の可能性の得点は、それぞれの雇用形態別に各調査時別に、Kruskal-Wallis検定を用いて比較した結果、有意な差はなかった。

表 4-13 夜勤の可能性

	前			6か月後			1年後			3年後			ρ
	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	
常勤	74	2.8	1.3	70	2.7	1.3	58	2.7	1.2	46	2.9	1.3	.701
日勤嘱託	8	2.4	.7	7	1.9	1.1	7	2.7	1.1	4	3.0	.8	.209
パート	12	1.7	.9	13	2.1	1.0	17	2.0	1.1	11	1.6	.9	.541

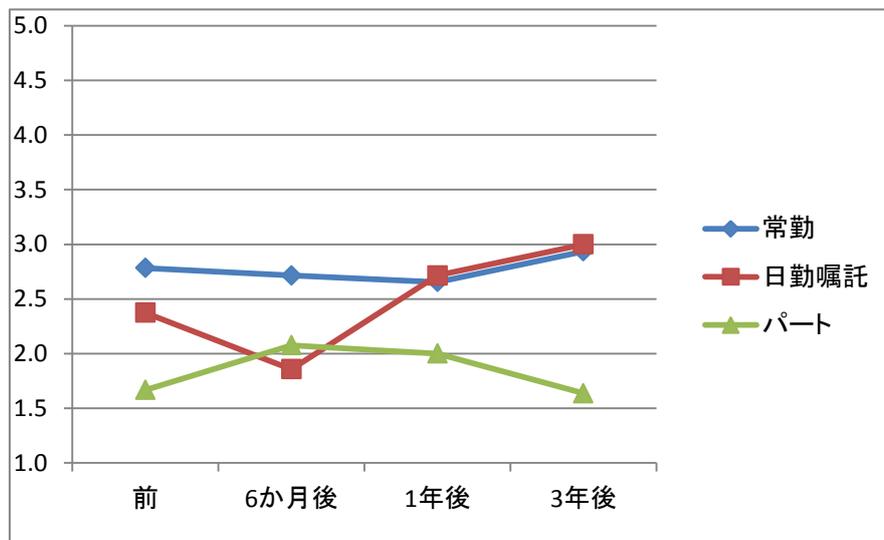


図 4-3 夜勤の可能性

4. 職務満足度

既存尺度を用いて、下位尺度の「職務内容」「職場環境」「人間関係」を得点化して求め、雇用形態別に調査時期別に比較した。

常勤においては、「職務内容」「職場環境」の満足度において、Kruskal-Wallis 検定の結果、有意差 ($p=.004$, $p<.001$) があった。「人間関係」の満足度に差はなかった。「職務内容」「職場環境」について、Mann-Whitney 検定の結果、モデル導入前と比較して3年後に有意に低下した ($p<.001$)。

また、日勤嘱託とパートについては、Kruskal-Wallis 検定で有意な差はなかった。

表 4-14 職務満足度

		前			6か月後			1年後			3年後			p
		n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	
常勤	職務内容	74	3.9	.6	69	3.8	.6	58	3.6	.8	47	3.3	.9	.004
	職場環境	74	2.8	.9	69	2.7	.8	58	2.6	.8	47	2.0	.7	<.001
	人間関係	73	3.6	1.0	69	3.6	.9	58	3.6	1.0	47	3.5	.7	.463
日勤嘱託	職務内容	8	3.6	.5	7	3.7	.5	7	3.6	.8	4	3.5	.3	.671
	職場環境	8	3.1	.6	7	2.6	.4	7	2.7	.4	4	2.6	.9	.343
	人間関係	8	3.9	.9	7	4.0	.8	7	3.9	.2	4	3.5	.7	.633
パート	職務内容	12	3.5	.8	14	3.9	.4	17	3.5	.8	12	3.5	.8	.469
	職場環境	12	2.9	1.0	14	2.7	.7	17	2.8	.9	12	2.6	.6	.734
	人間関係	12	3.4	.7	14	3.6	1.1	17	3.4	.7	12	3.8	.7	.499

ρはKruskal-WallisのH検定による

図 4-4
常勤の職務満足度

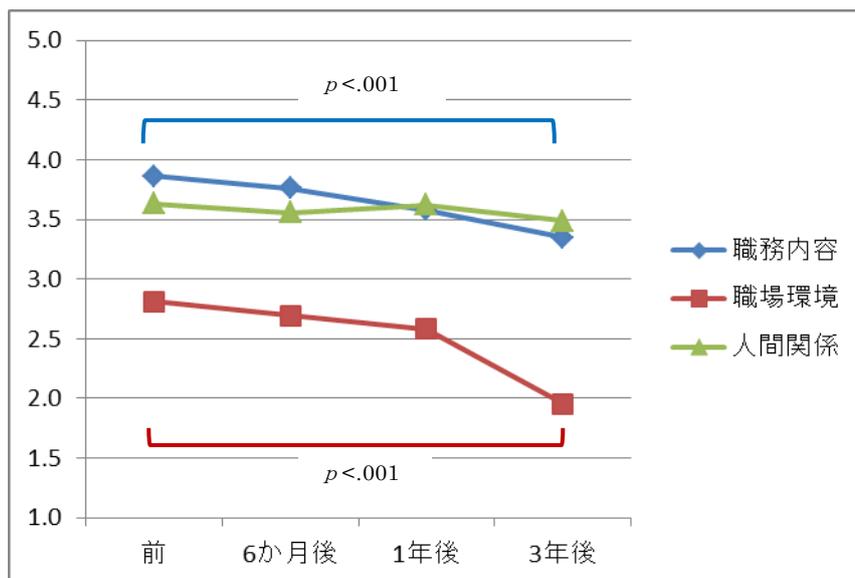


図 4-5
日勤嘱託の職務満足度

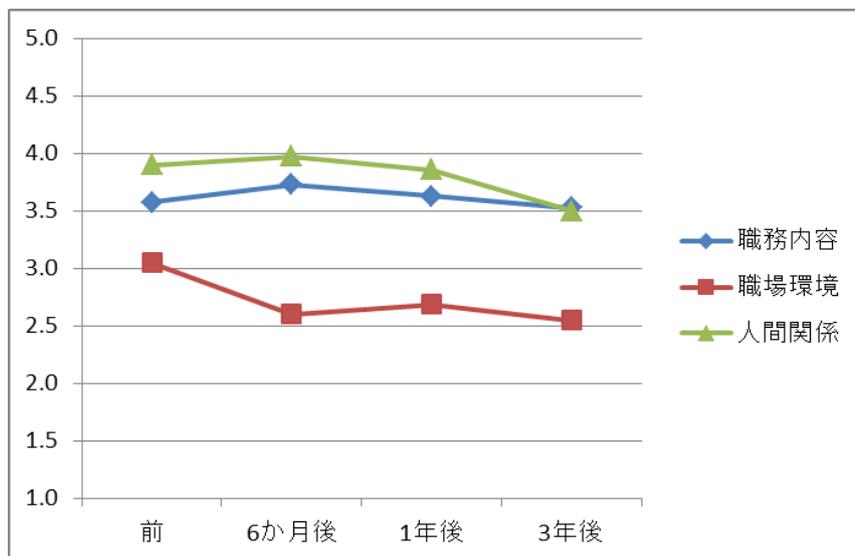
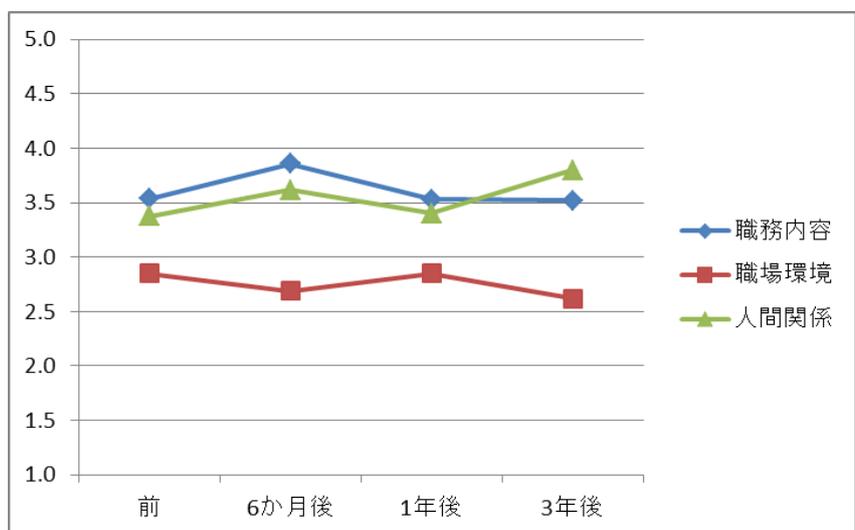


図 4-6
パートの職務満足度



5. 情緒的組織コミットメント

既存の尺度を用いて得点化した。全体的にはパートよりも常勤、日勤嘱託者の点数が高かった。情緒的組織コミットメント得点は、モデル導入前と比較して、常勤者では6か月後、1年後に高く、3年後は下がった。日勤嘱託やパートは、モデル導入前と比較して、1年後に下がったが3年後に高かった。すべての雇用形態においてKruskal-Wallis 検定で有意差がなかった。

表 4-15 情緒的組織コミットメント

	前			6か月後			1年後			3年後			ρ
	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	
常勤	75	14.0	4.16	70	14.6	3.26	58	14.6	3.80	47	13.2	3.50	.099
日勤嘱託	8	14.4	2.00	7	14.6	2.57	7	13.7	1.80	4	14.3	2.36	.899
パート	12	13.3	3.58	14	13.2	2.99	17	12.8	3.21	12	13.4	3.48	.920

ρ はKruskal-WallisのH検定による

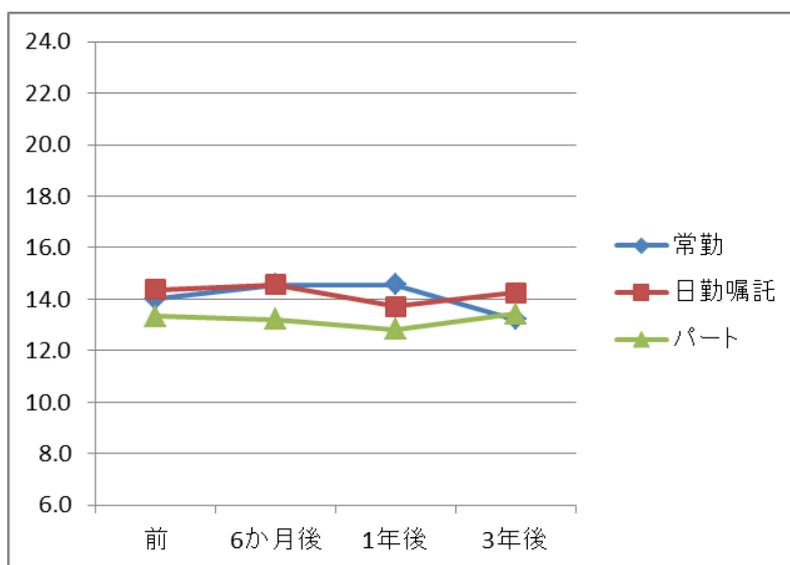


図 4-7 情緒的組織コミットメント

6. 個人のWLB関連指標

既存の尺度を用いて、雇用形態別に調査時点における下位尺度得点を求めた。また、2012年度ないし2014年度の全国平均を表4-16に示した(日本看護協会2013:2015)。

常勤では、「経営/組織」以外の3つの下位尺度の得点が、モデル導入前と6か月後に全国平均よりも同じか高い得点となった。しかし、1年後の「上司」の得点を除き、1年、3年後は、4つの下位尺度共に全国平均と同様または低くなった。日勤嘱託でも、モデル導入の前すべての得点が全国平均よりも高いが、その後平均よりも低くなって

いる。パートでは、すべての期間を通じて、職場環境の得点が全国平均よりも高い得点となっていた。

さらに雇用形態別に、下位尺度の得点を調査時点で比較をした。常勤では、「上司」「職場環境」「経営/組織」「キャリア」の得点が Kruskal-Wallis 検定で有意な ($p=.002$ 、 $p=.008$ 、 $p=.004$ 、 $p=.047$) 差があった。Mann-Whitney 検定の結果、モデル導入前と比較して「上司」「職場環境」「経営/組織」「キャリア」すべての得点は 3 年後のみに有意に低下した ($p<.001$ 、 $p=.006$ 、 $p<.001$ 、 $p=.009$)。日勤嘱託では、調査時毎に得点が下がっているが、有意な差はなかった。パートについては、「キャリア」において Kruskal-Wallis 検定で有意な ($p=.035$) 差があり、Mann-Whitney 検定の結果、モデル導入前と比較して 3 年後のみの得点が有意に低下した ($p=.004$)。

表 4-16 個人の WLB 関連指標

		前		6か月後			1年後			3年後			p	
		n	得点	2012年平均*	n	得点	2012年平均*	n	得点	2012年平均*	n	得点		2014年平均*
常勤	上司	75	4.6	3.8	69	4.3	3.8	58	3.9	3.8	47	2.6	3.7	.002
	職場環境	75	4.0	3.8	69	4.3	3.8	58	2.9	3.8	47	2.1	4.0	.008
	経営/組織	75	3.1	3.3	69	2.5	3.3	58	2.1	3.3	47	.4	3.1	.004
	キャリア	75	2.1	1.9	69	1.9	1.9	58	1.9	1.9	47	1.3	1.9	.047
嘱託	上司	8	4.3	3.8	7	4.4	3.8	7	3.7	3.8	4	2.5	3.7	.718
	職場環境	8	4.9	3.8	7	5.0	3.8	7	2.9	3.8	4	2.3	4.0	.485
	経営/組織	8	3.4	3.3	7	1.6	3.3	7	2.4	3.3	4	1.8	3.1	.511
	キャリア	8	2.3	1.9	7	1.9	1.9	7	2.0	1.9	4	1.0	1.9	.414
パート	上司	12	2.8	3.8	14	2.9	3.8	17	2.8	3.8	12	2.7	3.7	.978
	職場環境	12	6.1	3.8	14	6.6	3.8	17	6.6	3.8	12	5.1	4.0	.608
	経営/組織	12	2.5	3.3	14	2.9	3.3	17	2.7	3.3	12	1.8	3.1	.953
	キャリア	12	1.9	1.9	14	2.9	1.9	17	2.1	1.9	12	1.1	1.9	.035

*各年度の平均は日本看護協会主催 WLB INDEX調査の年度毎の参加病院の平均

pはKruskal-WallisのH検定による

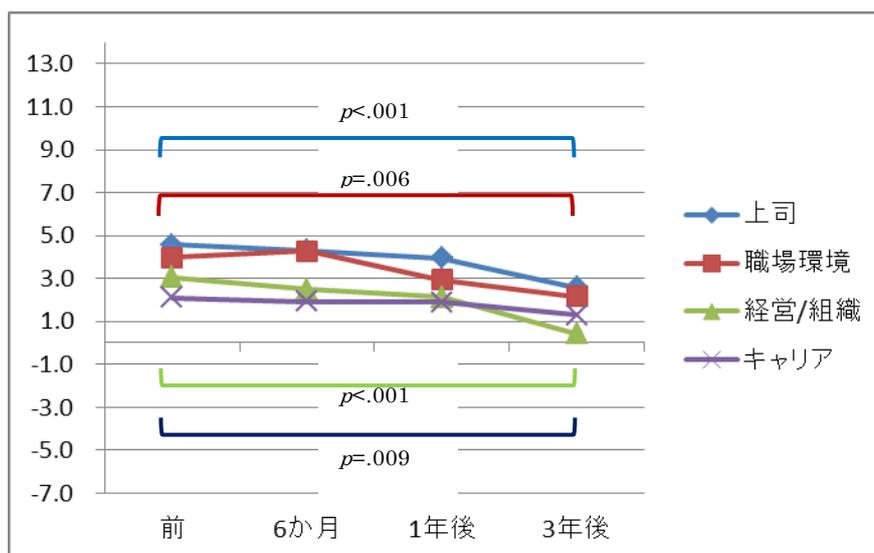


図 4-8 常勤の個人の WLB 関連指標

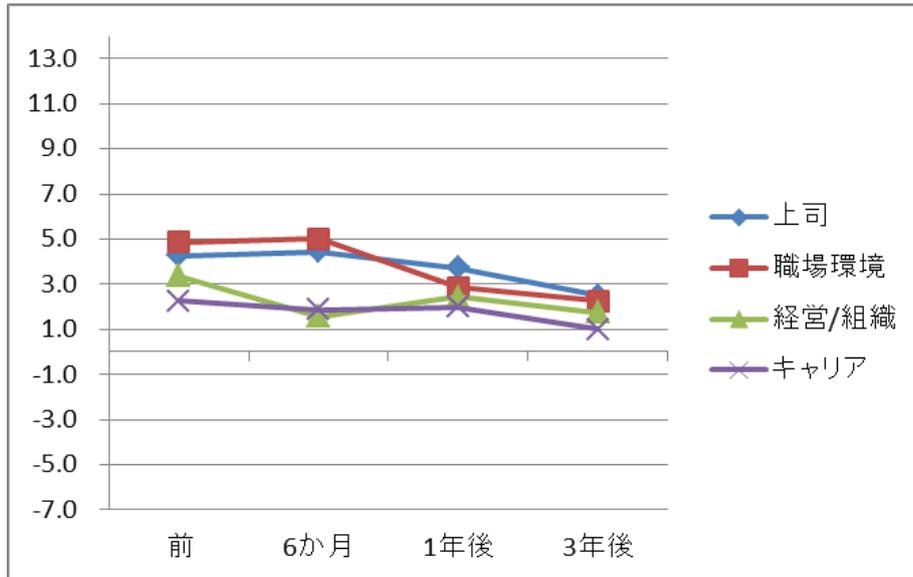


図 4-9 日勤嘱託者の個人のWLB 関連指標

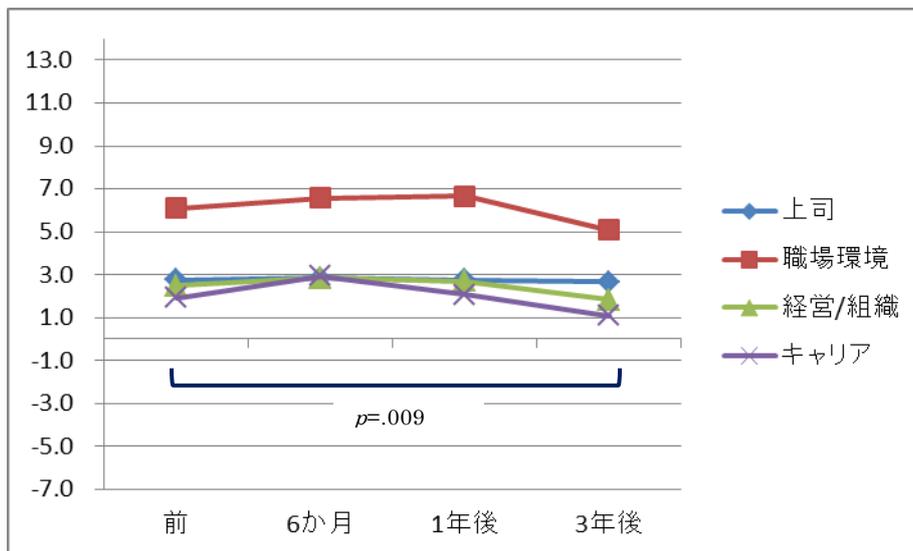


図 4-10 パートの個人のWLB 関連指標

7. 現在の仕事と生活（家庭生活、地域生活）に対する満足

「現在の働き方に満足している」「現在の生活（家庭生活、地域生活等）に満足している」との質問項目について、「そう思う」4点から「そう思わない」1点の4段階リッカート法で回答を求めた。

現在の仕事の満足では、全ての時期でパート、日勤嘱託、常勤の順に高い値を示した。一方、現在の生活の満足では、パート、常勤、日勤嘱託の順をしました。雇用形態ごとに4回の調査時期を Kruskal-Wallis 検定で比較した結果、両者とも有意な差は

なかった。

表 4-17 現在の仕事に対する満足

	前			6か月後			1年後			3年後			ρ
	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	
常勤	74	2.4	.8	70	2.4	.7	58	2.1	.9	47	2.2	.9	.063
日勤嘱託	8	2.8	.4	7	2.6	.5	7	2.4	.8	4	2.3	.5	.483
パート	12	3.2	.8	14	2.9	.9	17	2.9	.7	12	2.8	.6	.577

ρ はKruskal-WallisのH検定による

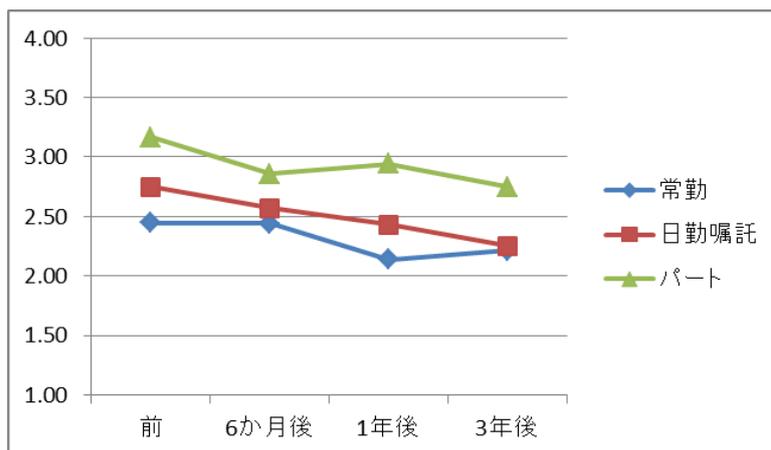


図 4-11 現在の仕事に対する満足

表 4-18 現在の生活に対する満足

	前			6か月後			1年後			3年後			ρ
	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD	
常勤	75	2.8	.8	70	2.6	.9	58	2.7	.8	47	2.6	1.0	.700
日勤嘱託	8	2.8	.5	7	2.3	.8	7	2.6	.5	4	2.3	1.0	.539
パート	12	3.1	.7	14	2.8	1.0	17	3.1	.6	12	3.1	.3	.854

ρ はKruskal-WallisのH検定による

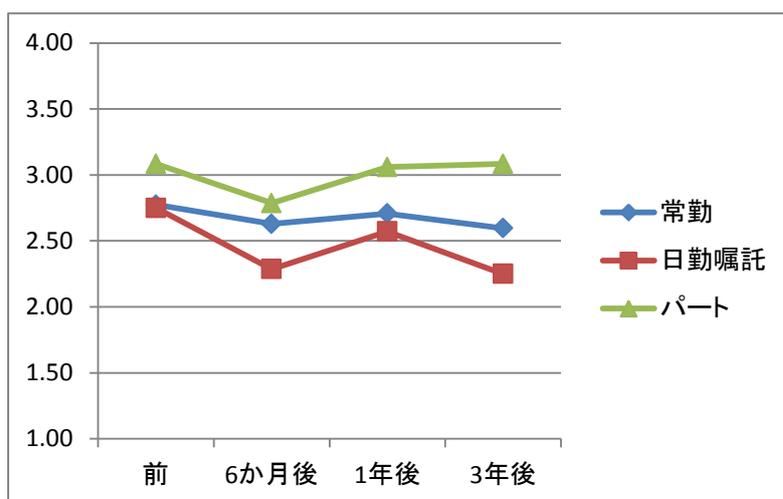


図 4-12 現在の生活に対する満足

8. 雇用形態転換の有無別（3年後の職員調査から）

3年後の調査では、これまで3回の調査とは別にこの3年間の雇用形態を問うているので、雇用転換をした職員が10名（15.45%、うち現在常勤者3名、夜勤要員6名）含まれている。この分と職員全体を比較してみたところ、以下のような結果となった。雇用形態転換者とそれ以外の職員とでは、各項目で有意な差はなかったが、以下の傾向がみられた。

雇用形態転換者は、常勤者に比較して、生活に対する満足は高いが、働き方に対する満足は低い。職場満足度はすべての下位尺度で高く、WLBの個人の評価については、キャリア以外の3項目においては高く、職業継続意思は高いが、職場定着意思と情緒的組織コミットメントは低かった。また、夜勤の可能性も低かった。

表 4-19 雇用形態転換の有無別 各下位尺度

	雇用形態の 転換の有無	n	mean	SD	p
職場定着意思	なし	55	2.9	.9	.908
	あり	9	2.9	.8	
職業継続意思	なし	55	3.9	.9	.385
	あり	10	4.2	.6	
夜勤の可能性	なし	54	2.7	1.3	.517
	あり	9	2.4	1.2	
生活に対する 満足	なし	55	2.6	.9	.785
	あり	10	2.7	.8	
働き方に対す る満足	なし	55	2.3	.9	.705
	あり	10	2.2	.6	
職務満足度 職務内容	なし	55	3.4	.8	.790
	あり	10	3.5	.7	
職務満足度 職場環境	なし	55	2.1	.7	.289
	あり	10	2.4	.9	
職務満足度 人間関係	なし	55	3.5	.7	.537
	あり	10	3.7	.7	
情緒的組織コ ミット	なし	55	13.5	3.4	.487
	あり	10	12.7	3.3	
WLB関連指標 上司	なし	55	2.6	3.7	.905
	あり	10	2.7	2.5	
WLB関連指標 職場環境	なし	54	2.5	4.3	.316
	あり	10	3.4	2.2	
WLB関連指標 経営/組織	なし	54	0.6	3.8	.759
	あり	10	1.1	2.5	
WLB関連指標 キャリア	なし	55	1.3	1.7	.232
	あり	10	0.7	1.1	
pはMann-WhitneyのU検定による					

9. 多様な雇用形態についての自由記載意見

3年後の調査では、これまで3回の調査とは別に多様な雇用についての自由記載意見を求めたところ、14名の記述があった（記載率21.1%）。主な意見としては、以下の通りである。

ライフステージに合わせて雇用形態を選択できるのはよいという意見、雇用形態が多様すぎてわかりにくいとする意見や、常勤者への業務負担がある、フルタイムでない勤務者の罪悪感についての意見があった。

表 4-20 3年後の調査の自由記載

意見
・ライフステージに合わせて、雇用形態を選択できるのはよい
・常勤者への業務負担(夜勤、リーダー)がある
・しわ寄せの来るライフステージがある
・フルタイムでない雇用形態で、年数を重ねても常に罪悪感がある
・職場の誰がどの雇用形態かわかりにくい
・雇用形態が多様すぎてわかりにくい
・すべての人に公正なWLBが大事である
・職員一人ひとりのWLBを真剣に考えてもらえると働きがいがある

V 組織の関連指標

モデル導入前と導入年（離職率と雇用形態転換者については導入後3年まで）の変化を組織の関連指標として以下に示した。

1. モデル導入年前後の雇用形態転換者実数・離職率・平均勤続年数

2010年4月に、日勤嘱託の制度を改定して、パートからの日勤嘱託へ転換を勧めた。この年は転換者が9名であるが、モデル導入年（2012年）は、雇用形態の変更者が例年よりも多く（ここでは4月～3月の変更者人数で示している）、さらに離職率も下がった。その後の経過は以下の通りである。平均勤続年数は、徐々に長くなった。

また備考欄に示したが、この病院の新築移転（市行政の方針もあり）に関する事、産科病棟の閉鎖に伴う病床編成については、注目すべき出来事であった。

表 4-21 雇用形態転換者実数・年度別離職率・平均勤続年数の推移

	雇用形態 変更者 (人)	離職率 (%)	平均勤続 年数 (年)	備考
	9	11.1	6.2	
	5	11.1	6.5	
モデル導入→	14	9.3	6.3	新病院構想一旦凍結 2013.1看護部長交代
	6	8.7	6.9	市に新病院構想検討委員会設置
	5	16.8	6.4	2015.2 10:1入院基本料へ変更 2015.3 産科閉鎖

2012年5月モデル導入

2. モデル導入年前後の看護職員確保のための広告費用

さらに、これまで看護職員募集に関連した広告などの諸費用については、看護職が退職することなくまた夜勤可能者も院内で発生することもあることで、募集の必要が減少し、これらに伴う経費の削減がみられた。

以下に、モデル導入前3年より導入年度の看護職員募集関連に伴う経費の推移を示した。

2009年以前に多額を占めていた、看護職員紹介業者（有料職業紹介業者）を利用した職員採用は、年間2-4名あった。有料職業紹介業者では、紹介採用時に、採用者の推定年収の20%を手数料として、おおよそ一人あたり600,000～1,000,000円の支払いが実績としてあった。2010年より以前の病院職員による紹介者の採用の協力金を増額された（それまでは、職員からの紹介はなし）。2010年4名、2011年2名、2012年2名の病院職員による紹介者の採用があった。

募集パンフレットは、大病院では募集定員も多いために毎年更新し作成するが、A病院では、翌年度の募集定員は、例年10数名であるために、パンフレットは、3年程度使用していた。また、ホームページは、一度業者によって作成した後は、院内担当

表 4-22 看護職確保のための広告費の推移

2009年度		2010年度		2011年度		2012年度	
適応	金額	適応	金額	適応	金額	適応	金額
折り込み広告 (3回分)	168,000	折り込み広告 (3回分)	232,990	折り込み広告 (4回分)	273,000	折り込み広告 (1回分)	52,500
紹介業者手数料 ¹ (3名分)	2,706,071	職員確保協力金 ³ (4名分)	400,000	職員確保協力金 ³ (2名分)	200,000	職員確保協力金 ³ (2名分)	200,000
		募集パンフレット	840,000	病院ホームページ関連	78,781		
		同 制作費	546,000				
業者サイトバック ² 新卒向け	525,000	業者サイトバック ² 新卒向け	420,000	業者サイトバック ² 新卒向け	420,000	業者サイトバック ² 新卒向け	420,000
合計	3,399,071	合計	2,438,990	合計	971,781	合計	672,500

1 有料職業紹介業者利用の採用の場合の業者への支払い手数料

2 業者と提携したインターネット/モバイル使用のサイト 小冊子による案内

3 院内の職員からの看護職員紹介による協力金

者で更新していた。それぞれ全面的に更新する際のみ費用がかかることになる。

3. モデル導入年前後の看護部職員人件費

以下に、モデル導入前3年より導入年度の看護部職員人件費（給与のみ）を示した。年度毎には大きな変動はなかった。2012年は、医業収益に対しては、若干低くなった。

表 4-23 看護部職員人件費（給与）の推移

	看護部職員給与合計 1	総給与 2	医業収益 3	総給与に対する比 1/2	医業収益に対する比 1/3	
	2009年	740,631,000	1,729,341,000	2,942,919,000	25.2	42.8
	2010年	698,211,000	1,677,692,000	2,793,934,000	25.0	41.6
モデル	2011年	702,155,000	1,700,559,000	2,771,483,000	25.3	41.3
導入年→	2012年	719,502,000	1,762,842,000	2,908,928,000	24.7	40.8

1.看護助手を含む
12.給与(賞与含む)のみの算出

第5章 考察

2014年における看護職就業者は、約160万人であり、年々増加しているものの、65歳以上人口が3,657万人（30.3%）となる2025年には約200万人の看護職が必要とされる。毎年5万人程度養成しても、一方では、妊娠・出産・育児といったライフイベントを契機に、仕事と両立できずに退職し、そのまま潜在化する看護職の数は計り知れない。

全病院の約60%を占める民間中小病院は、地域医療を支える役割を果たしているが、看護職の離職率も高く確保対策に苦慮している。これらの病院は、独立採算制であるため、入院基本料に直結する看護職者数の確保は重要課題である。

民間中小病院が地域医療を担う役割を果たすためには、中堅看護職を始めとする安定した人材を確保できること、そこで働く看護職が自身のキャリアを継続させるためには、ライフイベントによって退職することなく働き続けることができることであり、この両者を充たす雇用システムが必要である。

本研究では、この雇用のシステムとして看護職の継続就業を保証する多様な雇用形態循環モデルを構築し検証することを目的に実施した。

本稿では、1) モデルの概要と特徴、ならびに、このモデルを協力病院に導入した結果として2) モデルの実際の運用はどうであったのか、3) 具体的に雇用形態を循環することができたのか、4) その結果組織は変化したのか、5) モデルの改良について、の4つの視点で考察する。

1. モデルの概要と特徴

モデルの構築の基盤理論として、行動理論における強化の原理を用いた。強化の原理とは、ある状況において（先行条件）、自発した行動（行動）の結果、その人にとって望ましい環境がもたらされた（強化子）とき、次に同様の先行条件の下ではその行動が生じる確率が増加することをいう。このように「行動」には、「先行条件」「行動」「結果」の三項強化随伴性が存在する。先行条件に介入して行動の生起を促すことを「先行子操作」と表現し、望ましい行動の結果に「強化子」を随伴させて行動の生起頻度を増加させることを「分化強化」という。

「看護職が働き続ける」ことを「行動」として捉え、その行動を促進する先行条件としての環境が多様な雇用形態循環モデル（以下、「モデル」という。）の導入である。モデル構築のために、協力病院の雇用システムについて、ライフイベントを迎えた看

看護職の行動の視点から、三項強化随伴性にに基づき現状分析を実施した。その結果、夜勤を回避するには非正規職員の選択肢のみであり、強化の原理が機能する仕組みはなかった。そこで、雇用形態に、育児短時間勤務（短時間正職員）を加え、非正規職員についても雇用条件を増加させ、試し夜勤制度、表彰制度、夜勤特別手当制度を加え、強化の原理が機能するように整理し、先行条件、行動、結果、遅延効果（個人・組織）に基づく概念枠組みを策定した。

この概念枠組みに基づき、モデルは雇用形態フレームと雇用形態別条件、循環のための雇用形態を転換するしくみから構成された。多様な雇用形態は、正規職員として夜勤専従・常勤・育児短時間勤務（短時間正職員）（3種類）、非正規職員として日勤嘱託職員（4種類）とパート職員（3種類）が準備され、これら12形態に対応した「強化子」として「収入」と「時間」を設定し、これを雇用形態フレームとした。さらに、契約期間、職務内容、勤務条件、処遇等を雇用形態別条件として明示した。

雇用形態の循環とは、看護職員が夜勤を伴う常勤から、雇用形態を転換して勤務を継続し、最終的に復帰することを示す。モデルの循環の仕組みは、ライフイベントを迎えた看護職に対し、看護部長が面談してモデルを提示し、本人の状況に応じた雇用形態を選択して、強化子（本人にとっての望ましい環境）を得ることであり、雇用形態を転換して働き続ける行動が強化されることを期待するものである。なお、夜勤を伴う常勤への転換には試し夜勤制度が位置付けられた。

本モデルの特徴は、①看護職のライフイベントに応じて選択できる雇用形態である、②雇用形態に応じて給与と時間を保証する公平な雇用条件である、③成果に応じたインセンティブの表彰制度がある、④雇用形態の転換ができる、ことである。これらは、労働関係諸法を遵守するものである。

2. モデルの運用の実際

モデル導入病院の看護部長へのインタビューにより、モデルにある雇用形態そのものや雇用条件は導入時と同様で変わりはなく、正規職員として5種類、非正規職である嘱託職員として4種類、パート職員として3種類の雇用形態が存続していた。モデル導入1年後を経過した後にもそのまま有効とされて3年間、看護部長が人事課と協力してモデルを運用し続けてきたことが確認できた。

看護部長とライフイベントを迎えた看護職が面談を行うことは先行子操作であり、

その中で看護部長は、看護職が働き続けるために時間や収入といった強化子を弁別刺激として運用してきていた。実際、看護部長自身は、その弁別刺激を自身がうまく活用できるようになってきたとしていた。

モデルにおいては日勤嘱託の適用について制限はなく、むしろ夜勤要員の最低限の人数の他は余剰要員として日勤のみの病棟勤務で診療報酬上の看護配置数になることを考えていた。しかし、3年間で導入時の16名から「日勤嘱託者は1部署1名、全体で7名が望ましい」とされ、運用する中で看護部長が適切人数を考案し、人数制限、「日勤嘱託者は、リーダーシップのとれる人にする」と選抜していることが明らかになった。モデル導入時はライフイベントを迎えた者が希望すれば日勤嘱託に転換できたが、3年後には希望した人のうちすべてが転換できるわけではない公平な雇用形態ではなくなったといえる。

また、看護部長は「職員の制度理解が不十分である」ととらえていた。モデル導入時に制度について職員に説明をした以降の3年間は、看護職全員に制度を伝える機会がなく、ライフイベントを迎えた看護職自身がその時点で制度を知ることもあり、看護部長は「職員は日勤嘱託のことをよくわかっていない」とも感じていた。モデルが導入された環境は確立操作にあたるが、看護職が制度について十分理解していなければ確立操作としては不備となる。一方、公開の表彰制度は運用されなかったため、「表彰制度」そのものが存在しなかったことになり、こちらも確立操作として運用面での課題があった。

以上のことから、モデルの実際の運用は維持されていたが、時間を経ていくにあたり、確立操作の部分が不十分となっていたことが考えられた。

3. 雇用形態の循環

モデル導入年度に、自分に合った雇用形態を選択して働き続ける行動をとった雇用形態転換者は延べ15名（実数11名）で、その内訳は、勤務条件の縮小が9名、勤務条件の拡大が7名（1名は重複、転換時に時間減少と夜勤可能）であり、夜勤不可から可能となる勤務までの雇用形態転換は5名おり、雇用形態を循環することができたと考える。また、雇用形態転換者は、雇用形態を再度変更していることから（2回目3名、3回目1名）、働き続けるための「行動」が頻回になっていると考えられた。

雇用形態転換者のインタビューから、それぞれの雇用形態を選択した強化子である

「時間」「収入」を確認した。そのうち確保が必要な時間については、夜間の時間、保育園の迎えのための夕方の時間、土日祝日という保育園に預けられない時間と様々であった。その他に、モデルに示した以外の雇用形態転換の強化子も見出された。

勤務条件を縮小する転換パターンから見いだされた強化子は、「周囲からの承認」「勤務の調整しやすさ」「仕事の負担軽減」「育児の負担軽減」の4つであった。

このうち「勤務の調整しやすさ」は、「パートの方が育児のためには何よりも勤務の調整をしやすい」〔パートの方が日勤嘱託よりも休みやすい〕〔子どもの病気で受診の機会が多くなり、休みが取りやすいようにした〕〔パートの方が常勤よりも休みやすい〕等の転換理由が示す強化子であり急な休みがとりやすいことを意味することから、前述した強化子「時間の確保」に通じるものであると考えた。また「仕事の負担軽減」「育児の負担軽減」は、仕事の負担や育児の負担を回避しようとする負の強化子と考えられる。負の強化子とは、ある行動が生起し、それに後続してある望ましくない刺激が撤去されたり、その刺激の強さが弱くなり、その結果その行動が強められるとされている (Miltenberger,2001/2006)。

「日勤嘱託の業務負担がある」という転換理由のカテゴリーには〔患者家族の対応、看護計画の修正、サマリー作成が日勤業務内にできず、定時で帰れない〕〔研修会の参加が負担である〕等の具体的な理由が含まれ、この常勤の日勤と同様に課せられる仕事の負担を軽減させるという強化子であった。

また勤務条件を拡大する転換パターンから見いだされた強化子は「都合に合わせた夜勤」「キャリアの拡大」の2つであった。前者の「都合に合わせた夜勤」には、〔都合のつく日で、数少ない夜勤ならの可能である〕〔都合のいい週末に夜勤を入れることになり、夜勤が複数回可能である〕などの具体が含まれた。モデルでは夜勤をすることは、収入増と昼間の時間の確保という強化子であったが、雇用形態転換者の語りからは、自分の都合に合わせてられることが夜勤を考える看護職にとってさらに大きな意味を持つことが示され、強化子となると考えられた。しかしながら、「都合に合わせた夜勤」は結局のところ収入が増え、昼間の時間の確保につながることから、「収入増」と「時間の確保」に通じる強化子と言える。後者の「キャリアの拡大」については、〔スキルアップを望む〕〔自分の担当した患者への責任を最後まで持ちたいと考える〕〔学生指導を任されて学生ときちんと関わりたいと考える〕等の転換理由から、専門職としてのキャリアを拡大していこうとする意欲があり、これらが強化子であると考えた。

雇用形態転換者へのインタビューから明らかとなった今後の働き方については、夜勤をしていない雇用形態者では、今後も夜勤をしない（循環しない）意向と子どもの成長に合わせて夜勤を再開する（循環する）意向に分かれた。「子どもが成長すれば夜勤を再開する」と将来的に夜勤を考えていても、その再開時期は、子どもが中学生や高校生になるまでと考えており、日勤嘱託の契約期間よりも遥かに先であることが伺えた。看護部長のインタビューでは、「日勤嘱託者は、常勤への転換を意識してもらおう」と考えていることが示され、看護職と看護部長の間で夜勤を伴う雇用形態に循環するまでに要する期間の見通しに乖離があると考えられた。日勤嘱託の契約が2年で更新であることを考えても、子どもが中学や高校に進学するまでの期間は、日勤嘱託ではなくパートに転換することになってしまい、雇用の循環ではなく妨げる要因となってしまうことが懸念された。

転換理由として「体調により夜勤が困難となる」というカテゴリがあったが、これはライフイベントとして妊娠・出産・育児以外に注目すべきことであった。〔妊娠を希望し、昼間のみの規則的な生活をしたいと思う〕は、まさに今の時代の妊娠希望者の思いを表していると思われる、〔持病のため夜勤を辞めるように主治医から言われた〕では看護職自身の病気を表していた。その他、今後高齢社会であることから家族の介護というライフイベントも考える必要があると考える。

4. モデル導入による組織の変化

モデル導入1年目までをみると、職場定着意思、職業継続意思は、モデル導入前と比較して有意な差はなかった。日勤嘱託は1年後には職場定着意思の得点は上がっていた。夜勤の可能性では、パートや日勤嘱託では、1年後はモデル導入時よりも得点があがっており、夜勤をすることにイメージができたのかもしれないと推測する。また、職務満足度、情緒的組織コミットメント、個人のWLB関連指標についても、1年後までは各雇用形態においてはモデル導入前と有意な差はなかった。現在の仕事と生活に対する満足度も1年までは有意な差はなかった。

これらのことから、モデルを導入した最初の1年間においては、個人の組織に対する意識は、モデル導入前と変わらずに維持できたと考える。日勤嘱託者が増えることで常勤者の夜勤負担等はあったであろうが、組織に対する意識を維持できたということでは、組織としては問題がなかったと考える。モデル導入前と導入後の時点での比

較で有意な差がないことは、現状維持と捉えることができる。また、日勤嘱託やパートについても同様で、モデル導入1年後までについては、導入前と比較して有意な差はなかった。

パートの意識は常勤や日勤嘱託よりも得点は高く、勤務条件の制限があるなかでも働き続けていることは、看護職であることの意識は高いと思われた。子育て中のパート職員が、子どもの成長に合わせて勤務を拡大できる時期が必ず来る時に、常勤として公的病院や規模の大きいところへと退職をしないよう、この病院に長く働きたいと思ってもらうことが必要である。パートの職場定着意識では、導入6か月後、1年後は下がっていたが、3年後では導入前と同値であった。パートや勤務条件の制限のある看護職が、所属病院への意識を高め、キャリアを継続してきていることを意識し、さらに「お互い様」の意識で院内の次世代の看護職にも働き続けてもらえるように、雇用形態を循環して行くことが重要である。

雇用形態転換の有無別に、3年後の調査結果をそれぞれの項目、尺度毎に比較したところ、各項目とも有意な差がなかったことから、モデル導入においては、個人の組織に対する意識が両者で変わらないことを示している。

常勤者の職場定着意思と職務満足度の下位尺度2項目（職務内容、職場環境）、WLB関連指標すべての下位尺度（上司、経営／組織、職場環境、キャリア）において、モデル導入前よりも導入3年後が有意に低下していたことについては、継続してモデルを運用してきているものの、職員の多様な雇用形態への関心や、雇用形態を組織として循環させているという意味などが薄れていることを示していると推測する。また、常勤者の夜勤回数に応じた夜勤特別手当も、導入当初は収入増という意識があったが、時間が経つことで特別手当が定着し、特に収入が増えたという意識が低下してきたのではないかと考える。

雇用形態転換者は、導入年は14名と多く、その後は6人前後である。継続して勤務していることから、平均勤続年数はわずかであるが上昇しており、導入前の6.5年より、1年後6.9年、3年後7.5年となった。離職率は、導入年は、それまでの11.1%よりも下がり、9.3%であった。導入翌年は8.7%とさらに下がったものの、導入2年後では、16.8%と高くなった。この理由として病院新築移転の方針停滞や産科の閉鎖（助産師の退職）の影響も考えられる。しかし雇用形態転換者の推移と離職率平均勤続年数の影響は定かではない。

また、経費としての看護職員確保のための広告費用は、夜勤者の有料看護職員紹介業者の利用がなければ、かなり削減できること、また夜勤者が院内で雇用形態の循環により人数が確保できれば募集の公告も不要であり、削減できる。人件費については、看護職員の給与合計が総給与に占める割合は、それほど変化がないことが確認できた

なおこの3年間に看護部長のインタビューから、出てきたモデル導入後の組織の変化にある病院の新築移転の二転三転の状況は、個人の組織への意識に多少影響したこともあるのではないかと考える。

5. モデルの改良

モデルを改良するとした場合に、先行条件であるライフイベントには、自身の病気や妊娠活動、家族の介護を追加していく必要がある。特に家族の介護というライフイベントに直面した看護職がどのような強化子が働き、どの雇用形態が選択されるのかについては、今後のモデルの課題である。

また、職員へのモデルの説明の周知も公平性の観点から重要で、今後はこの部分を強化したい。多様な雇用形態の存在のみでなく、モデルの意義、循環の意味を看護職全員に改めて伝え皆で循環に向かうよう、例えば「大事な制度であるからこそ、夜勤数を少ない状況から始めて、その間に家庭で看護職以外の家族が夜間の育児をできるように整えていく努力」をすることの周知が重要である。

あわせて確立操作としての職員表彰制度も実施が必要である。特に民間中小病院という規模の小さい施設で顔の見える関係であるため、表彰の機会も多くなることや、表彰が皆に周知されることでの承認は重要である。

常勤者は、日勤嘱託やパートの勤務制限のある部分（例えば、時間外勤務や夜勤、土日祝日勤務）を負担しているが、これらについてのインセンティブがさらに必要ではないかと考える。1か月の夜勤回数が一定以上であれば夜勤特別手当とするならば高額にすること、土日祝日出勤できる条件や時間外対応可能である条件をポイント制として、それをためることで、賞与への反映や特別休暇への反映等、トークンエコノミー（Miltenberger,2001/2006）の採用を今後は考えていきたい。トークンは、望ましい行動をしたときのみ獲得することができる。

6. 看護管理への示唆

2025年までに、看護職員は、まだ40万人足りないといわれるなか、看護職員の確保はこれからも重要課題である。特に地域の医療を支えている民間中小病院の看護職確保をこの雇用形態の循環において、考えて行くことは必要である。

病院内に留まらず、地域包括ケアが叫ばれているなか、地域の訪問看護ステーションに勤務する24時間オンコール対応の看護職が多く必要となるかと思われるが、地域の民間中小病院であるからこそ、より地域に根付いていかなければならない。そのため職員が将来的には病院内に留まらず、地域も含めて雇用形態の循環を考える必要も発生すると思われる。雇用側が、看護職が継続して働けるシステムの提供することは、これからも課題である。

今回基盤理論とした、行動分析学、強化の原理については、組織のマネジメントや部署でのスタッフの育成にも応用することができるものである。今後は、行動分析学を取り入れ、看護管理上の課題を「行動」という視点で見つめることが、新たな解決作となると考える。

第6章 結論

民間中小病院を代表するA病院を現状分析し、行動分析学の強化の原理を基盤として、雇用形態フレーム、雇用条件および循環の仕組みから構成される「多様な雇用形態循環モデル」を構築した。このモデルをA病院に導入し、その効果について以下の結論を得た。

1. モデルは導入3年間、雇用形態フレーム及び雇用条件については、維持されていた。しかし、循環のシステムには変形があった。看護部長は、看護職員によるモデルの理解が不十分ととらえ、短時間正職員への転換は見込みのある者のみに勧めていた。また、表彰制度は運用されていなかった。
2. 雇用形態を転換した看護職の数は、モデル導入前は3名であったが、モデル導入後1年間は延べ15名（実数11名）と増加し、そのうちのべ5名は夜勤を伴う勤務

への転換であり、循環が認められた。

3. モデル導入後 3 年間に雇用形態を転換した者について、勤務条件を縮小する転換と拡大する転換があった。縮小する転換によって得られる強化子は時間の確保、仕事や育児の負担の回避であり、拡大する転換によって得られる強化子は収入、キャリアの拡大であった。
4. モデル導入後の個人の組織に対する意識について、雇用形態別に職務満足度、情緒的組織コミットメント、個人の WLB 関連指標を、モデル導入前に比較して 6 か月後、1 年後とも差は認められなかった。しかし、3 年後には有意に下降した。
5. 組織の関連指標では、離職率は、モデル導入前年 11.1%、導入 1 年 9.3%、導入 2 年 8.75%となった。モデル導入年度の離職率は低下した。

本研究は、2013 年日本看護協会高橋美智大学院教育（看護管理）奨学金（給付型）を受けて実施した。

謝辞

本研究を実施しまとめるにあたり、多くの方のご協力とご指導をいただきましたことをここに感謝いたします。

指導教員の鎌倉やよい先生には、博士後期課程 1 年次より研究計画の立案段階から、モデル構築、論文作成まで、とても丁寧なご指導をいただきました。行動理論についてご教授いただき、多くの示唆を得ることができました。また看護についての思いをたくさんお聞きすることで、多くのことを吸収させていただきました。個人的な事情でなかなか進まない私をいつも見守り続けて下さったことにも感謝いたします。

同じく博士後期課程 1 年次より、片岡先生には質的研究を中心として、丁寧なご指導をいただきました。

また、途中からにもかかわらず指導教員をお引き受けいただきました深田順子先生には、量的研究を中心として、いつも明確なご助言ご指導をいただきました。

今回のモデル構築と導入にあたり、最大のご協力をいただいた A 病院の看護部長、前院長をはじめ、スタッフの皆様方には心よりお礼を申し上げます。

【文献】

- 浅野弥恵子 (2009). 働き続けられる職場づくりへ 短時間正社員制度導入のポイントと実例. 看護, 61(7), 40-45.
- Cooper, Heron, & Heward, (2007) / 中野良顕 (2013). 応用行動分析学. (36-38, 6-65, 65-67, 73-75, 1128). 明石書店.
- 藤本哲史 (2009). ワーク・ライフ・バランスと企業組織への課題. 佐藤博樹 (編), 人事マネジメント 叢書・働くということ (133-160). ミネルヴァ書房.
- 学習院大学経済経営研究所 (2008). 経営戦略としてのワーク・ライフ・バランス (2-18, 136-143, 182-184, 185-187). 第一法規.
- 原ひろみ (2009). 非社員から正社員への転換—正社員登用制度の実態と機能—. 佐藤博樹 (編), 人事マネジメント 叢書・働くということ (246-271). ミネルヴァ書房.

- 橋本美穂, 中山純果他 (2011). 看護職のワーク・ライフ・バランス インデックス調査の開発と個人の WLB 関連指標の信頼性、妥当性の検討. 第 15 回日本看護管理学会抄録集, 101.
- 平井さよ子 (2008). 何のためのワーク・ライフ・バランスか これからの管理者がめざすこと. 看護管理, 18(8), 725-728.
- 平井さよ子(2009). 民間中小病院だからできること. 看護展望, 34(13), 34-38.
- 伊藤美奈子, 井部俊子, 古場裕司 (2014). イギリスの看護師の夜勤・交代制勤務に関する調査報告. 聖路加看護大学紀要, 40, 60-66.
- 鎌倉やよい (2014). 看護ケアプログラムの開発. 看護研究, 47 (6), 496-505.
- 鎌倉やよい (2015). 行動分析学による問題解決③ 医療における行動問題への取り組み. 日本行動分析学会 (編), ケースで学ぶ行動分析学による解決 (29-35), 金剛出版.
- 鎌倉やよい (2016). 行動分析学は医療場面とどう向きあってきたか. セルフマネジメントの支援, 第 25 回日本創傷・オストミー・失禁管理学会学術集会抄録集. 133.
- 菊池令子, 奥村元子, 玉木健太郎他 (2003). 平成 12~14 年度厚生労働科学研究費補助金研究総合研究報告書 看護職員の需給予測と中小民間病院における看護職確保に関する研究 (27-28, 57-58). 日本看護協会.
- 木村知子, 藤原奈佳子 (2015). 民間中小病院における看護職員紹介業者の利用に関する基礎研究, 日本医療・病院管理学会誌, 52(4), 37-45.
- 木谷宏 (2010). ワーク・ライフ・バランス推進マニュアル (21-38). 第一法規.
- 厚生労働省 (2010). 第 7 次看護職員需給計画.
http://www.mhlw.go.jp/topics/2011/01/dl/tp0119-1_35.pdf#search=%27E7%AC%A C7%E6%AC%A1+%E7%9C%8B%E8%AD%B7%E8%81%B7%E5%93%A1%E9%9C%80%E7%B5%A6%E8%A8%8 8%E7%94%BB%27. 2016 年 12 月 25 日.
- 厚生労働省 (2014a). 第 1 回看護職員需給 見通しに関する検討会資料.
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000072 896.pdf#search=%27E5%8E%9A%E7%94%9F%E5%8A%B4%E5%83%8D%E7%9C%81+%E7%9C%8B% E8%AD%B7%E8%81%B7%E6%95%B0%E3%81%AB%E9%96%A2%E3%81%99%E3%82%8B%E7%A4%BE%E4 %BC%9A%E4%BF%9D%E9%9A%9C+%E7%B2%97%E3%81%84%E8%A9%A6%E7%AE%97%27>. 2016 年 12 月 25 日.

厚生労働省 (2014b). 病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会の議論の整理.

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000052572.pdf>. 2016年12月26日.

厚生労働省 (2015). 平成27年(2015)医療施設(動態)調査・病院報告の概況.

http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/15/dl/02_01.pdf. 2017年1月1日.

厚生労働省 (2016). 平成27年国民生活基礎調査.

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa15/dl/01.pdf>. 2016年12月25日.

松本真作, 木下敏, 太田さつき他(1999). 雇用管理業務支援のための尺度・チェックリストの開発-HRMチェックリスト-. 調査研究報告書, 124, 日本労働研究機構.

松本真作, 木下敏, 太田さつき他(2003). 組織の診断と活性化のための基盤尺度の研究

開発-HRMチェックリストの開発と利用/活用-. 調査研究報告書, 161, 日本労働研究機構.

Miltenberger (2001) / 園山繁樹, 野呂文行, 渡部匡隆(2006). 行動変容法(4-5, 6-8, 10-13, 57-66, 69-71, 380). 二瓶社.

宮崎悟(2010). 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, 47(4), 197-207.

中村 綾子, 村上 紀美子(2012). ヨーロッパと日本の交代制勤務 看護師の健康的な働き方を考えよう ヨーロッパの交代制勤務 ドイツの交代制勤務. 日本医療・病院管理学会誌, 49(4), 245.

南谷志野(2011). 病院におけるパート看護職に対する人的資源管理の実態—組織 個人の認識のギャップ—. 産業・組織心理学研究, 25(1), 69-82.

内閣府(2015). 平成26年度高齢社会白書(2-5).

日本病院会 中小病院委員会医業経営・税制委員会(2013). 病院の人材確保・養成に

関するアンケート調査報告.

https://www.hospital.or.jp/pdf/06_20111000_01.pdf#search=%27%E6%97%A5%E6%9

C%AC%E7%97%85%E9%99%A2%E4%BC%9A+%E4%B8%AD%E5%B0%8F%E7%97%85%E9%99%A2%E8%AA%BF%E6%9F%BB%27. 2016年12月25日.

日本看護協会 (2007). 潜在ならびに定年退職看護職員の就業に関する意向調査報告書 (69).

日本看護協会 (2008). 看護職の WLB 支援のあり方 WLB INDEX(医療版)調査を踏まえて. 看護. 60(7), 70-81.

日本看護協会 (2009). 病院における看護職員需給状況調査 (23).

日本看護協会都道府県ナースセンター (2012). 再就業実態調査 (17-18).

日本看護協会 (2013a). 看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン.

日本看護協会 (2013b). 2012 病院における看護職員需給状況調査.

http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20130307163239_f.pdf. 2016年12月25日.

日本看護協会 (2015a). 2014 病院における看護職員需給状況調査 (6).

日本看護協会 (2015b) 「看護職のワーク・ライフ・バランス推進ワークショップ」事業. <https://www.nurse.or.jp/wlb/workshop/index.php>, 2016年12月25日.

日本看護協会 (2016a) 看護統計資料室 就業者数.

<https://www.nurse.or.jp/home/statistics/pdf/toukei01-2016.pdf>. 2016年12月25日.

日本看護協会 (2016b) 諸外国の看護師等の数, 人口対比.

<https://www.nurse.or.jp/home/statistics/pdf/toukei01-2016.pdf>. 2016年12月25日.

日本看護協会 (2016c). 2015 看護職員実態調査 (2-8).

日本行動分析学会 (2015). ケースで学ぶ行動分析学による問題解決 (214-219). 金剛出版.

能見清子, 小澤三枝子 (2011). 都市部急性期病院に勤務する看護職員を対象とした日本語版情緒的組織コミットメント尺度の検討. 看護大学校研究紀要, 10(1), 11-20.

小川忍 (2011). 看護職への短時間正職員制度の導入. 看護展望, 36(11), 4-10.

岡本真知子 (2015). 私が実践している行動分析学を使った看護管理を紹介します. 精神看護, 18(2), 185-189.

奥林康司 (2003). 入門人的資源管理 (9-19). 中央経済社.

大槻知子 (2009). 魅力を引き出す看護管理者の努力. 看護展望, 34 (13), 9-15.

- 佐藤博樹 (2008). 企業の人材育成としてのワーク・ライフ・バランス支援. 人を活かす企業が伸びる (25—50). 勁草書房.
- 佐藤方哉 (1976). 行動理論への招待 (40-75). 大修館書店.
- 島宗理 (2000). パフォーマンス・マネジメント—問題解決のための行動分析学— (1-9), 米田出版.
- 白木秀典 (2013). 複合型経営の中小医療法人の経営—収益性を考えるフレームワーク仮説—, 保健医療経営大学紀要, 5, 17-23.
- 総務省 (2014). 労働力調査 (基本集計).
- 杉山尚子 (2005). 行動分析学入門 (43-44). 集英社新書.
- 鈴木恵 (2011). 民間中小病院看護師採用と定着の秘訣. 看護展望, 36(6), 53-59.
- 鈴木美穂 (2008). アメリカ RN の働き方の選択肢. 看護管理, 18 (8), 689-690.
- 高橋弘司 (1997). 組織コミットメント尺度の項目特性とその応用可能性. 経営行動科学, 11(2), 123-136.
- 高村静 (2011). 企業のワーク・ライフ・バランス施策は「新たな報酬」か?. 日本労働研究雑誌, 607, 77-86.
- 手島恵, 吉田千文, 志田京子, 他 (2016). 中小規模病院の看護管理能力向上を支援するガイド「人をひきつけ生き生きと地域に貢献する病院づくり」. 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000113488.html>. 2016年12月25日.
- 東京大学社会科学研究所 ワーク・ライフ・バランス推進・研究プロジェクト (2009). 働き方とワーク・ライフ・バランスに関する調査報告書 (23-30, 31-49). http://wlb.iss.u-tokyo.ac.jp/material/pdf/WLB_report_2009.pdf#search=%27E6%9D%B1%E4%BA%AC%E5%A4%A7%E5%AD%A6%E7%A4%BE%E4%BC%9A%E7%A7%91%E5%AD%A6%E7%A0%94%E7%A9%B6%E6%89%80+%E3%83%AF%E3%83%BC%E3%82%AF%E3%83%BB%E3%83%A9%E3%82%A4%E3%83%95%E3%83%BB%E3%83%90%E3%83%A9%E3%83%B3%E3%82%B9%E6%8E%A8%E9%80%B2%E3%83%BB%E7%A0%94%E7%A9%B6%E3%83%97%E3%83%AD%E3%82%B8%E3%82%A7%E3%82%AF%E3%83%88%EF%BC%882009%EF%BC%89%EF%BC%8E%E5%83%8D%E3%81%8D%E6%96%B9%E3%81%A8%E3%83%AF%E3%83%BC%E3%82%AF%E3%83%BB%E3%83%A9%E3%82%A4%E3%83%95%E3%83%BB%E3%83%90%E3%83%A9%E3%83%B3%E3%82%B9%E3%81%AB%E9%96%A2%E3%81%99%E3%82%8B%E8%AA%BF%E6%9F%BB%E3%81%AE%E7%B5%90%E6%9E%9C%E6%A6%82%E8%A6%81%27. 2016年12

月 25 日.

和田千代子 (2009). スタッフにやさしいワーク・ライフ・バランスの実現のために.
看護部長通信, 6(5), 23-31.

渡邊久美子 (2011). 現実の実態を踏まえた短時間正職員制度設計の取り組み. 看護展
望, 36(11), 11-17.

安井はるみ, 奥裕美 (2012). ヨーロッパと日本の交代制勤務 看護師の健康的な働き
方を考えよう ヨーロッパの交代制勤務 フランスの交代制勤務, 日本医療・病院管
理学会誌 . 49(4), 245.