VOL.16 No.4
平成5年12月20日発行
ISSN 0285—9262

日本看護研究学会雑誌

(Journal of Japanese Society of Nursing Research)

VOL.16 NO.4

日本看護研究学会

〈マット圧〉〈局所圧〉のダブルチェックで褥瘡予防

床ずれの発生は、局所皮膚に加わる長時間の圧迫による阻血性壊死に起因するといわれ、長期臥床者の床ずれ予防に当っては、ベッド(マット等)上での皮膚に加わる体圧の分布とそれに伴う血流障害を把握してから予防具を選ぶことが大切です。

新発売のRBエアーマット(いたわり)は、新素材設計による「グリーンマット」と圧力計内蔵による新型送風装置「しずか」との組み合わせで、マット圧も巾広く設定・調整ができます。
さらに、RB体圧計の併用により、患者の局所圧チェックができれば、褥瘡予防は万全です。

※詳しくは、カタログをご参照願います。

RB200一般用(グリーン)マット
感触・軽量・耐久性を満足させる強力レーヨン塩ビ張りを素材とし、保守のし易いセル4本一体成型品です。

F91型発風装置 しずか
圧力計内蔵により常時マット圧が表示されます。

標準セット価格 ¥82,000

新発売

RBエアーマット いたわり
RBエアーマット デイゾー
RB体圧計

発売元 帝国臓器製薬㈱ 特販部医療具課 〒107 東京都港区赤坂2-5-1
☎東京(03)3583-8365〈直通〉

会　　告 (1)

第20回日本看護研究学会総会を下記要領により，東京都府中市および調布市に於て，平成６年７月29日（金），30日（土）の２日間にわたって開催しますのでお知らせします。（第２回公告）

平成５年12月20日

第20回日本看護研究学会総会
会長　吉　武　香代子

記

期　　日：平成６年７月29日（金曜日）　平成６年７月30日（土曜日）

場　　所：第１日目（平成６年７月29日）
府中の森芸術劇場
〒183　東京都府中市浅間町１－２
TEL.　０４２３－３５－６２１１

第２日目（平成６年７月30日）
東京慈恵会医科大学医学部看護学科
〒182　東京都調布市国領町８－３－１
TEL.　０３－３４８０－１１５１

メインテーマ　　看護の役割拡大　－看護の発展の方向をさぐる－

総会事務局：東京慈恵会医科大学医学部看護学科内
第20回日本看護研究学会総会事務局
TEL.　０３－３４８０－１１５１（内線２７７５・２７０５）
FAX.　０３－３４８０－４７３９

第２０回　日本看護研究学会総会

会長講演　：　「看護の専門分化を求めて」

会長　東京慈恵会医科大学　　吉武香代子

特別講演　：　「看護への期待」

東京慈恵会医科大学理事長　　阿部正和

教育講演　：　「交渉中」

シンポジウム：　「看護の役割拡大への模索」

司会　木村看護教育振興財団　　伊藤暁子

演者　杏林大学医学部附属病院　　中村恵子

札幌麻生脳神経外科病院　　紙谷克子

「交渉中」

「交渉中」

奨学会研究発表講演：　1．井上貴美子　神戸市立中央市民病院

「抗癌剤投与時の脱毛予防に対する試み　－４％食塩水と消毒用エタノールを使用したアイスキャップの脱毛予防効果－」

2．岡田加奈子　千葉大学教育学部　養護教諭養成課程

「看護学生に対する禁煙教育プログラムの開発と効果の検討」

一般演題

理事会，評議員会，各委員会，総会，懇親会，展示会等

第２０回日本看護研究学会総会一般演題募集

第２０回日本看護研究学会総会（平成６年７月29日～30日）の一般演題を，下記要項により募集します。

平成５年12月20日

第２０回日本看護研究学会総会
会長　吉　武　香代子

一般演題募集要項

１）演題申込み：本誌１６巻４号折込みの一般演題申込用４連私製葉書に，所定の事項および表の宛名を記入し，それぞれの葉書に切手を貼った上で封筒に入れ，会長宛に郵送してください。

発表演題１題につき，１組の一般演題申込用４連私製葉書を作成してください。

なお，演題が以下の分類のどれに該当するかを選び，その番号を葉書の所定欄に記入してください。但し，演題数の都合で分類が変更されることもあります。

１．看護基礎　２．臨床看護　３．看護教育　４．看護管理
５．その他

２）演題申込締切日：平成６年２月２８日（消印有効）

３）抄録原稿：所定の抄録原稿用紙（本誌１６巻４号に折込み）に，この用紙の注意書に従って，演題，発表者（○印付記），共同研究者およびそれぞれの所属と，本文（目的・方法・結果・考察）を記入してください。そして，この用紙および編集用コピー２部をお送りください。（計３枚になります。）この原稿は，そのまま学会雑誌総会号の口演要旨としてオフセット印刷しますので，ワープロをご使用ください。

郵送にあたっては，所定の折り目以外をつけぬように注意して，原紙を保護するようにご配慮ください。

４）抄録原稿締切日：平成６年３月３１日（必着）

５）注意事項：発表者，共同研究者は，すべて本学会会員であることが必要です。未入会の方は，至急入会の手続きをしてください。なお，印刷の際に本部事務局が行う調査で，入会されていない方の氏名は削除いたしますので，ご了承ください。

６）演題申込および抄録原稿送付先：

〒１８２　調布市国領町８－３－１
東京慈恵会医科大学医学部看護学科内
第２０回日本看護研究学会総会
会長　吉　武　香代子　宛

会　　告 (2)

日本看護研究会奨学会規定に基づいて，平成6年度奨学研究の募集を行います。応募される方は規定，及び次頁要項に従って申請して下さい。（第2回公告）

平成5年12月20日

日本看護研究会

会長　成　田　栄　子

日本看護研究会奨学会
平成6年度奨学研究募集要項

1．応募方法

(1) 当奨学会所定の申請用紙に必要事項を記入の上，鮮明なコピー7部と共に一括して委員長宛（後記）に書留郵便で送付のこと。

(2) 申請用紙は返信用切手62円を添えて委員長宛に請求すれば郵送する。

(3) 機関に所属する応募者は所属する機関の長の承認を得て，申請者の当該欄に記入して提出すること。

2．応募資格

日本看護研究会会員として1年以上の研究活動を継続しているもの。

3．応募期間

平成5年11月1日から平成6年1月20日の間に必着のこと。

4．選考方法

日本看護研究学会奨学会委員会（以下奨学会委員会と略す）は，応募締切後，規定に基づいて速やかに審査を行い当該者を選考し，その結果を学会長に報告，会員に公告する。

5．奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

委員長　佐々木　光　雄（熊本大学教育学部教授）
委　員　金　川　克　子（東京大学医学部教授）
　　木　村　宏　子（弘前大学教育学部助教授）
　　草　刈　淳　子（千葉大学看護学部助教授）
　　早　川　和　生（近畿大学医学部講師）
　　山　田　要　子（札幌医科大学保健医療学部助教授）
　　吉　田　時　子（聖隷クリストファー看護大学学長）

6．奨学金の交付

選考された者には1年間15万円以内の奨学金を交付する。

7．応募書類は返却しない。

8．奨学会委員会の事務は，下記で取り扱う。

〒860　熊本市黒髪2－40－1
熊本大学教育学部特別看護課程内
日本看護研究学会奨学会
委員長　　佐々木　光　雄

（註1）　審査の結果選考され奨学金の交付を受けた者は，この研究に関する全ての発表に際して，本奨学会研究によるものであることを明らかにする必要がある。

（註2）　奨学研究の成果は，次年度公刊される業績報告に基づいて奨学会委員会が検討，確認し学会会長に報告するが，必要と認めた場合には指導，助言を行い，または罰則（日本看護研究学会奨学会規定第6条）を適用することがある。

看護診断を翻訳する時代は終わりました!

看護診断に基づく標準看護計画(全13巻)

監修／福岡康子・内藤寿喜子・藤村龍子・関戸好子・大竹政子　執筆／慶応義塾大学病院看護部
各巻●B5判・2色刷　※定価は消費税込み。

〈本シリーズの特色〉

◎NANDA(北米看護診断協会)の看護診断分類を参考に，慶応義塾大学病院独自の看護診断／共同問題を設定。スタンダード・ケアプランのガイダンスとして構成した。
◎ケアプランの作成に欠かせないデータベースやアセスメント項目と看護診断ラベル，看護目標，援助内容を整理・集約するとともに，看護診断ごとに看護計画の実例を提示した。
◎臨床の場で役立つよう，メディカルモデルを採用。系統器官別・主要疾患別に看護過程展開のための標準指針がすぐにひもとける。
◎従来の「疾患看護」からの脱皮を図り，看護の主体性・専門性を活かした看護計画の標準化や記録方式の改善を模索している施設には恰好の指針となる。また，臨床実習で看護過程を学ぶ学生にも恰好のアセスメントガイドになる。

1 内科 I
呼吸器疾患患者の看護
循環器疾患患者の看護
予276頁・予価3,300円

2 内科 II
消化器疾患患者の看護
内分泌疾患患者の看護
栄養・代謝障害患者の看護
434頁・定価4,400円

3 内科 III
神経・筋疾患患者の看護
血液・造血器疾患患者の看護
腎疾患患者の看護
膠原病患者の看護
予400頁・予価4,400円

4 外科 I
呼吸器疾患患者の看護
循環器疾患患者の看護
予332頁・予価3,700円

5 外科 II
消化器疾患患者の看護
466頁・定価4,600円

6 外科 III
脳神経疾患患者の看護
内分泌疾患患者の看護
予282頁・予価3,300円

7 整形外科
整形外科疾患患者の看護
280頁・定価3,100円

8 泌尿器科
泌尿器疾患患者の看護
314頁・定価3,500円

9 皮膚科・形成外科
皮膚疾患患者の看護
形成外科の看護
334頁・定価3,600円

10 眼科・耳鼻咽喉科・歯科
眼疾患患者の看護
耳鼻咽喉疾患患者の看護
歯・口腔疾患患者の看護
392頁・定価3,900円

11 精神科
精神障害患者の看護
予176頁・予価2,000円

12 産科・婦人科
妊婦・産婦・褥婦の看護
婦人生殖器疾患患者の看護
予288頁・予価3,000円

13 小児科
小児疾患患者の看護
予256頁・予価3,000円

※■は既刊，他は続刊(平成5年10月現在)。

株式会社 メヂカルフレンド社　〒102 東京都千代田区九段北3丁目2-4 ☎(03)3263-7666・振替 東京0-114708

感染率の低下が評価の決め手です。

感染率低下の効果的手洗いには
外用薬 手指用殺菌消毒剤

ヒビスクラブ®

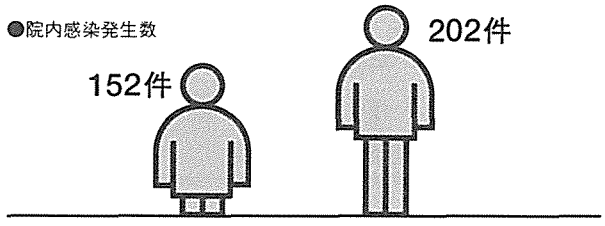
組成:グルコン酸クロルヘキシジン4%(W/V)

- すぐれた除菌効果を発揮します。
- 持続効果にすぐれ、長時間作用し続けます。
- 血液、体液などの影響が少ない消毒剤です。
- MRSAへの有効性が評価されています。

■効能・効果■医療施設における医師、看護婦等の医療従事者の手指消毒 ■使用上の注意■(1)次の場合には使用しないこと 既往のクロルヘキシジン製剤に対する過敏症を起こした者 (2)次の場合には慎重に使用すること 薬物過敏体質の者 (3)副作用 過敏症:ときに発疹等の過敏症状があらわれることがあるので、このような症状があらわれたときには使用を中止すること。他のクロルヘキシジン製剤の投与によりショック症状を起こしたとの報告がある。(4)適用上の注意 1)手指消毒以外の目的には使用しないこと。2)本剤の使用中に誤って眼に入らないように注意すること。眼に入った場合は直ちによく水洗すること。

※その他の取扱い上の注意等については添付文書をご参照ください。

院内感染率を4%グルコン酸クロルヘキシジンとアルコール製剤／石鹸で比較したところ、4%グルコン酸クロルヘキシジン群で低い傾向が認められました。



≪試験方法≫1988年7月3日～1989年2月28日まで、アイオワ大学病院の3カ所のICU(外科、内科、循環器科)のスタッフの手洗いでProspective multiple-crossover trialを実施し、収容されていた1,894人の患者での院内感染発生率を調べた。7月中、外科ICUでは4%グルコン酸クロルヘキシジンを使用、内科ICU、循環器科ICUでは60%イソプロピルアルコール(目に見える汚れがある場合には石鹸を併用)を使用し、翌月はお互いにもう一方の消毒剤を使用した。患者がICU入院後72時間以上経過して感染と認められた場合を院内感染と定義し、院内感染率に対する2剤の効果を比較した。

Bradley N. Doebbeling et al : The New England Journal of Medicine, 327(2), 88-93, 1992

発売元(資料請求先)
ZENECA ゼネカ薬品株式会社
〒541 大阪市中央区今橋2丁目5番8号

製造販売元
住友製薬株式会社
〒541 大阪市中央区道修町2丁目2番8号

目　　次

原　著

看護婦の職務意識とストレス，バーンアウトとの関係 …… 9

京都府立医科大学医療技術短期大学部　土江淳子

京都府立医科大学附属病院　中村弥生

看護学生および看護婦の職業的アイデンティティの変化 …… 21

東京医科歯科大学保健衛生学科　波多野梗子

埼玉県立衛生短期大学　小野寺杜紀

第18回日本看護研究学会総会講演記事（4）

シンポジウム

「高齢化社会が求める看護の専門性 ―専門性発揮のための課題 ―」

司会　熊本大学　木場冨喜

藤田学園保健衛生大学　筒井裕子

演者

療養者・家族の願望を叶えるために　在宅看護研究センター　村松静子

老人の入院・在宅ケアを通して　東京白十字病院　島田妙子

継続看護の研究実践の立場から　埼玉県立衛生短期大学　大河原千鶴子

特別養護老人ホームにおける看護機能を探ることから　千葉大学　吉田伸子

看護と介護業務の機能と連携　弘前学院短期大学　大和田猛

CONTENTS

····· Orignal Paper ·····

The Relationship between Nurses' Job Attitudes and 'Their Stress or Burnout Syndrome' ····· 9

College of Medical Technology,
Kyoto Prefectural University of Medicine: Tuchie Junko
Hospital of Kyoto Prefectural
University of Medicine: Nakamuara Yayoi

Professional Identity of Student Nurses and Graduates ····· 21

Tokyo Medical and Dental University: Kyoko Hatano
Saitama College of Health: Toki Onodera

—原　著—

看護婦の職務意識とストレス，バーンアウトとの関係

The Relationship between Nurses' Job Attitudes and 'Their Stress or Burnout Syndrome'

土江淳子*　Tuchie Junko
中村弥生**　Nakamura Yayoi

I　はじめに

1990年代から，慢性的な看護婦不足は深刻な社会問題として広く認識されるようになってきている。看護婦の数の充足のためには，看護教育の高等教育化や潜在看護婦の発掘などの施策が検討されてきている。またいかに現在働いている看護婦の離職や転職を防いでいくかを考えることも重要視されねばならない。

看護婦は患者やその家族，同僚や上司，さらに医師や他の医療従事者との人間関係の中，厳しい勤務条件において患者への看護を行うよう求められ，日々ストレスにさらされている状況といえる。このようなストレスの要因に満ちた環境の中で，臨床の看護婦はバーンアウトに陥る率が高いといわれている[1]。

看護婦のバーンアウトに関する研究は，実態とその要因[2)3)4)]，ストレスとソーシャルサポートとの関連[5)6)7)]，ストレスとコーピングとの関連[8)]，モチベーションとの関連[9)]などの研究がなされてきた。これらから仕事上のストレスや人間関係，労働条件，ソーシャルサポートがバーンアウトと関連する要因であることが述べられている。また，バーンアウトは職務意識を低下させ，退職にも関係していることが言われており[10)]，バーンアウトと離職との関係の研究も行われている[11)]。さらに我々は以前，バーンアウトの進行にともない職務意識が低下することを示唆した[12)]。このようにバーンアウトは離職や転職に関係する重要な要因であることが考えられる。

看護婦の離職や転職に関する研究は，職場移動[13)14)]，職務要因と離・転職の関連[15)]，勤続年数と職務態度の変化[16)]，その他離職，退職理由，職務満足と定着などの報告がされてきている。看護婦が職場移動や離職を行うおもな理由は，結婚，出産，育児の他，仕事内容の不満，人間関係，労働時間の長さや，夜勤勤務などの労働条件に関するものが多数を占めている。

しかしながら，看護婦が離職や退職に至る過程には様々な要因が影響し，最終的に離職や退職の行為を選択していくものと思われる。また，看護婦の就業継続の意志を表す職務意識も，退職に至る間に変化するものと考えられる。つまり，職務意識には段階があり，それに影響する要因やその影響力も変化すると考える。

しかし，今までに看護婦の職務意識の変化をとらえ，その段階と離職や退職の要因との関係を調査した研究は少ない。また，バーンアウトと離職，転職との関連についての研究も少なく，職務意識の段階とバーンアウトとの関連をみた調査は行われていない。

そこで今回我々は，看護婦の離職や退職に至る過程の職務意識を段階的に表し，それらと関連する要因としてストレスとバーンアウトをとりあげ分析した。そして職務意識の段階の違いによってストレス要因とバーンアウトに変化がみられるかどうかを検討したので報告する。

II　研究方法

1．対象者

本調査は，京都府下の10病院に勤務する看護婦を対

＊　京都府立医科大学医療技術短期大学部　College of Medical Technology, Kyoto Prefectural University of Medicine
＊＊　京都府立医科大学附属病院　Hospital of Kyoto Prefectural University of Medicine

象に実施した。施設の規模は600床以上5施設，400～599床1施設，200～399床2施設，100～199床2施設であった。設置主体は国公立系2施設，日赤系2施設，法人系5施設，厚生連系1施設であった。当初1200人の看護婦に質問紙を配布し，回収率は976人（81.3%）であった。配布と回収の方法は各病院に委ねられたが，回収に際しての，匿名性は保証された。

対象とされた看護職者の性別は男性13人（1.3%），女性908人（93.0%），不明55人（5.6%），年齢構成は25歳未満250人（25.6%），25～29歳286人（29.3%），30～39歳232人（23.8%）40～49歳113人（11.6%），50歳以上50人（5.1%），不明45人（4.6%），平均年齢30.6（SD±8.77）歳であった。職務資格は看護婦871人（89.2%），准看護婦66人（6.8%），不明39人（4.0%）であり，職位は婦長，主任158人（16.2%），スタッフ767人（78.6%），不明51人（5.2%）であった。

2．測定用具

1）ストレス要因

測定用具は，Gray-Toft，P.[17]とKelly，G.K.[18]のストレス測定項目を参考にし，看護婦が日常よく遭遇すると考えられるストレス状況を要因変数として36個の項目を用いた。これらは，患者や医師，同僚などとの人間関係を含む，看護婦の日常業務に関わる内容である。最近6ヶ月くらいの間に，ストレスをどの程度経験したかを，5段階法（よくある：5～ない：1）で回答を得た。

2）バーンアウト尺度

Maslach & Jackson[19]によるマスラック・バーンアウト・インベントリー（Maslach Burnout Inventory：MBI）を翻訳し，中村，土江[20]が因子分析によって3因子抽出したものに準拠した。MBIは「情緒的消耗感 emotional exhaution」，「脱人格化 depersonalization」，「個人的達成感 personal accomplishment」の3つの下位尺度から構成されている。なお，回答は各項目のような事柄が最近6ヶ月位の間でどの程度の頻度で起こったかを，5段階法（よくある：5～ない：1）で得た。

「情緒的消耗感」とは，仕事によって伸びきった，あるいは疲れ果てた感情でもあり，もう働くことができないという気分である。「脱人格化」とは，世話やサービスを受ける人達に対し距離をおく態度，無情な，あるいは人間性を欠くような感情や行動である。そして，「個人的達成感」とは，得意なことを成し遂げたという気分であり，達成の充実感に浸る気分である。バーンアウトを経験している人は，この気分が実感できず，また実感できそうにもないと予期することになり，個人的達成感は後退する。

3）職務意識（仕事への意欲）

職務意識を部署，病院，看護婦という仕事に対する継続の意志からとらえた。それぞれ3つの選択肢から1つを選択させた。

① 今の部署での仕事に対し，「いつまでも働き続けたい」，「できれば他の部署に移りたい」，「今すぐにでも移りたい」。

② 今の病院での仕事に対し，「今後も働き続けたい」，「できれば病院をやめたい」，「今すぐにでもやめたい」。

③ 看護婦の仕事に対し，「続けたい」，「できればやめたい」，「今すぐにでもやめたい」。

このうち，「できればやめたい」人と「やめたい」人を合わせて「やめたい」とした。

Ⅲ 研究結果

1．ストレス要因の構造

36個の項目を，医師に関わる項目（6項目），同僚・上司に関わる項目（11項目），患者に関わる項目（13項目），その他（6項目）の4つの項目群に分類し，それぞれの項目ごとに主成分法により因子を抽出し，そのなかで固有値1.0以上の因子を選択した。その結果，医師に関わる項目で1因子解，同僚・上司に関わる項目で3因子解，患者に関わる項目で2因子解，そして，その他の項目で2因子解が選択された。これらをバリマックス回転した後の因子負荷量を表1に示した。なお，因子負荷量が0.5以上のものを負荷量の高い項目とした。

1）医師に関わる項目

医師に関わる項目の第1因子に負荷量が高かった項目は「医師から，その患者にとって不適当な処置をするように命じられることがある」，「医師との間で考え方が食い違うことがある」，「患者の症状について，医師が十分な情報を与えてくれないことがある」，「臨終（危篤）や緊急時に，医師がいないことがある」，「医師から批判されたことがある」の5項目であった。

表1　ストレス要因尺度の因子負荷量（Varimax 回転後）

	質問項目	第1因子	第2因子	第3因子	
	医師に関わる項目群				
23	医者から，その患者にとって不適当な処置をするように命じられることがある	0.76			
8	医者との間で考え方が食い違うことがある	0.75			医師に対する
16	患者の症状について，医者が十分な情報を与えてくれないことがある	0.70			不満因子
12	臨終（危篤），緊急時に医者がいないことがある	0.61			
1	医者から批判されることがある	0.56			
18	医者がいない時に，患者についての判断（与薬など）を下せないことがある	0.47			
	固有値	2.54			
	同僚・上司に関わる項目群				
32	上司が自分の気持ちを理解してくれないことがある	0.82	0.31	0.08	
21	上司から批判されることがある	0.73	-0.07	0.14	上司に対する
4	上司と考え方が食い違うことがある	0.71	0.29	0.19	不満因子
33	上司の対応が遅いことがある	0.69	0.38	0.05	
30	協力的でないスタッフと一緒に働くことがある	0.16	0.85	0.15	同僚に対する
26	病棟に一緒に働きたくないナースがいることがある	0.14	0.80	0.09	不満因子
29	同じ病棟に指導してくれるナースがいないことがある	0.34	0.52	0.21	
6	他の病棟のナースと自分の病棟の問題について，オープンに話せないことがある	0.10	-0.01	0.78	同僚間の伝達
15	患者に対する不満を同じ病棟のナースに打ち明けられないことがある	0.14	0.18	0.74	不全因子
10	同じ病棟のナースと，体験や感情を共有できないことがある	0.11	0.40	0.61	
13	ナースの間で患者のケアについての意見が食い違うことがある	0.35	0.39	0.31	
	固有値	2.51	2.31	1.77	
	患者に関わる項目群				
20	患者の気持ちの支えになってやれないと感じることがある	0.78	0.16		
14	十分に患者の家族の気持の支えになってやれないと感じることがある	0.74	0.09		
9	患者へのケアに際して，ミスしないかと恐れを感じることがある	0.64	0.01		患者への看護
35	患者の苦しみに対して，自分の感性がマヒしていると感じることがある	0.61	0.14		因子
25	患者のそばに十分いられないことがある	0.59	0.25		
17	患者の症状について，わからない質問を患者やその家族から尋ねられることがある	0.57	0.13		
19	患者が苦しんでいるのを見ることがある	0.57	0.41		
31	要求が多い，気むずかしい患者をケアすることがある	0.55	0.29		
2	患者に苦痛を感じさせるような処置をしなければならないことがある	0.53	0.22		
7	患者の死を看取ることがある	0.16	0.82		
5	患者やその家族と，患者自身の死について話さなければならないことがある	0.14	0.78		患者の死因子
11	親しくしていた患者が死ぬことがある	0.16	0.77		
3	末期の患者をケアする際に無力感を感じることがある	0.46	0.43		
	固有値	3.81	2.51		
	その他の項目群				
24	事務仕事のような看護以外の仕事をしなければならないことがある	0.76	-0.23		
28	同じ病棟に十分な人手がないことがある	0.64	0.37		労働過多因子
34	超過勤務が多いことがある	0.62	0.34		
22	予想外の配置転換や仕事の割当をうけることがある	0.50	0.19		
27	特殊の器具の操作や機能がはっきりわからないことがある	0.00	0.84		教育環境の
36	看護について勉強できないことがある	0.29	0.61		不備因子
	固有値	1.71	1.42		

これらの項目は医師との人間関係，特に，不信感を中心とした感情を示す項目と思われる。信頼係数αは0.71であり，加算して項目数で割った値を，医師に対する不満の得点とした。

2）同僚・上司に関わる項目

同僚・上司に関わる項目の第1因子に負荷量が高かった項目は「上司が自分の気持ちを理解してくれないことがある」，「上司から批判されることがある」，「上司と考え方が食い違うことがある」，「上司の対応が遅いことがある」の4項目であった。これらの項目は，上司との人間関係がよくないことを示す項目と考えられ，加算して項目数で割った値を，上司に対する不満の得点とした。信頼係数αは0.79である。

同僚・上司に関わる項目の第2因子に負荷量が高かった項目は，「協力的でないスタッフと一緒に働くことがある」，「病棟に一緒に働きたくないナースがいることがある」，「同じ病棟に指導してくれるナースがいないことがある」の3項目であった。これらの項目は同僚との関係がよくないことを示す項目と考えられ，加算して項目数で割った値を，同僚に対する不満の得点とした。信頼係数αは0.72である。

同僚・上司に関わる第3因子に負荷量が高かった項目は，「他の病棟のナースと自分の病棟の問題についてオープンに話せないことがある」，「患者に対する不満を同じ病棟のナースに打ち明けられないことがある」，「同じ病棟のナースと，体験や感情を共有できないことがある」の3項目であった。これらの項目はオープンなコミュニケーションがなく，互いが助け合うという雰囲気が少ないことを示す項目と考えられ，加算して項目数で割った値を，同僚間の伝達不全の得点とした。信頼係数αは0.63である。

3）患者に関わる項目

患者に関わる項目の第1因子に負荷量が高かった項目は「患者の気持ちの支えになってやれないと感じることがある」，「十分に患者の家族の気持ちの支えになってやれないと感じることがある」，「患者へのケアに際して，ミスしないかと恐れを感じることがある」，「患者の苦しみに対して，自分の感性がマヒしていると感じることがある」，「患者のそばに十分いられないことがある」，「患者の病状について，わからない質問を患者や家族から尋ねられることがある」，「患者が苦しんでいるのを見ることがある」，「要求が多い，気難しい患者をケアすることがある」，「患者に苦痛を感じさせるような処置をしなければならないことがある」の9項目であった。これらの項目は患者との関係，特に十分なケアを提供できなかった苦しみを示す項目と思われ，加算して項目数で割った値を，患者への看護の得点とした。信頼係数αは0.82である。

患者に関わる項目の第2因子に負荷量が高かった項目は，「患者の死を看取ることがある」，「患者やその家族と，患者自身の死について話さなければならないことがある」，「親しくしていた患者が死ぬことがある」の3項目であった。これらは患者との関係で，特に患者の死を体験することを示す項目と考えられ，加算して項目数で割った値を，患者の死の得点とした。信頼係数αは0.76である。

4）その他の項目

その他の項目の第1因子に負荷量が高かった項目は，「事務仕事のような看護以外の仕事をしなければならないことがある」，「同じ病棟に十分な人手がないことがある」，「超過勤務が多いことがある」，「予想外の配置転換や仕事の割当をうけることがある」，の4項目であった。これらの項目は，看護婦の仕事が人手不足などの理由で，雑務が多く多忙であることを示唆する項目であり，加算して項目数で割った値を労働過多の得点とした。信頼係数αは0.54である。

その他の項目の第2因子に負荷量が高かった項目は，「特殊な器具の操作や機能がはっきりわからないことがある」，「看護について勉強できないことがある」の2項目であった。これらの項目は看護婦の作業環境が複雑になり，それへの対応に苦慮していることを示唆する項目であり，加算して項目数で割った値を教育環境の不備の得点とした。信頼係数αは0.45である。

2．バーンアウトの構造

ＭＢＩは3つの下位次元からなる尺度である。本調査の尺度はこれに準拠したものであるが，因子分析によりその信頼性を検討した。

主成分法により因子を抽出し，そのなかで固有値1.0以上の因子を選択した。その結果，3因子解が選択され，バリマックス回転後の因子負荷量を示したのが表2である。因子負荷量が0.5以上の項目を負荷量の高い項目とした。第1因子はＭＢＩの尺度に準拠すれば脱人格化の因子と対応し，第2因子は個人的達成感に対応している。第3因子は情緒的消耗感にあたる

表2　バーンアウト尺度の因子負荷量（Varimax 回転後）

	質問項目	第1因子	第2因子	第3因子	
10	同僚や患者と，何も話したくなくなることがある	0.74	-0.08	0.23	
5	同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある	0.73	-0.05	0.22	
6	自分の仕事がつまらなく思えて仕方のないことがある	0.70	-0.15	0.26	脱人格化因子
11	仕事の結果はどうでもよいと思うことがある	0.68	-0.03	0.06	
14	今の仕事は，私にとってあまり意味がないと思うことがある	0.66	-0.19	0.21	
3	細々と気配りすることが面倒に感じることがある	0.62	-0.01	0.32	
13	今の仕事に，心から喜びを感じることがある	0.22	0.76	-0.12	
15	仕事が楽しくて，知らないうちに時間がすぎることがある	0.07	0.73	-0.21	
9	仕事を終えて，今日は気持ちのよい日だったと思うことがある	-0.08	0.66	0.19	個人的達成感
2	我を忘れるほど仕事に熱中することがある	-0.03	0.65	0.13	因子
17	我ながら，仕事をうまくやり終えたと思うことがある	0.06	0.64	0.07	
4	この仕事は私の性分に合っていると思うことがある	0.20	0.63	0.13	
7	１日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じることがある	0.09	-0.03	0.78	
16	体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある	0.28	-0.04	0.76	
12	仕事のために心にゆとりがなくなったと感じることがある	0.31	-0.07	0.67	情緒的消耗感
1	「こんな仕事，もうやめたい」と思うことがある	0.45	-0.16	0.63	因子
8	出勤前，職場にでるのが嫌になって，家にいたいと思うことがある	0.43	-0.17	0.57	
	固有値	3.55	2.92	2.79	

因子である。

この因子分析の結果は因子の順番は異なるが，ＭＢＩの３因子説を支持するものである。

３．職務意識の分類

職務意識をより明確にするために，部署，病院，看護婦のそれぞれに対し，「続けたい」と「やめたい」の組合わせを検討した。看護婦の職務意識は，部署，病院，看護婦をやめたいと思う順に低下していくと考えられる。したがってその組み合わせは理論的に，以下の４つのタイプになると考えられる。「部署，病院，看護婦いずれも続けたい」（以下タイプⅠ），「部署はやめたいけれども部署さえ変更すれば，今の病院，看護婦は続けたい」（以下タイプⅡ），「今の部署，病院はやめたいけれども看護婦という仕事は続けたい」（以下タイプⅢ），「部署，病院，看護婦いずれもやめたい」（以下タイプⅣ）。このように職務意識を４つのタイプに順序化した。

各タイプ別の人数は，タイプⅠが209人（21.4%），タイプⅡは142人（14.6%），タイプⅢが76人（7.8%），タイプⅣが212人（21.7%）であった。

４タイプ以外の組合せは，「部署と病院は続けたいが看護婦はやめたい」24人（2.5%），「部署と看護婦は続けたいが病院はやめたい」50人（5.1%），「部署は続けたいが病院と看護婦はやめたい」98人（10.0%），「病院は続けたいが部署と看護婦はやめたい」10人（1.0%），不明155人（15.9%）であった。「部署は続けたいが病院と看護婦はやめたい」以外は小数であるが，このタイプの人数は無視できないと思われる。このタイプは，現在の職場での居心地が良いため，離職や転職の意志は表れていないが，何らかのきっかけやチャンスがあればその意志をもっていると推測される。しかし，職務意識を順序化するという当

研究の目的からすると，このタイプの位置づけは不明瞭であると思われる。そこで今回はこれらのデータは分析から除外し，前記の4タイプの看護婦の職務意識について検討することにした。

4．職務意識とバーンアウトの関係

職務意識の違いにより，バーンアウトの3因子，「情緒的消耗感」，「脱人格化」，「個人的達成感」の平均値がどのように異なるかを調べた。なお比較のため，バーンアウト3因子の得点が増すほどバーンアウトの程度が高まるように，個人的達成感の得点を逆転させ「個人的達成感の後退」の得点として分析した。4タイプの職務意識に，バーンアウト3因子得点を一元配置分散分析によって検討し，下位検定は多重比較（Tukey法）5％水準によって検定を行った（図1）。

「情緒的消耗感」，「脱人格化」，「個人的達成感の後退」の全ての得点において，タイプⅠからⅣの順に高くなった。

「情緒的消耗感」の得点（SD）はタイプⅠ，2.73（0.79），Ⅱ，3.08（0.70），Ⅲ，3.54（0.79），Ⅳ，3.97（0.74）であり有意な差があった（$F=100.2$, $df=3,622$, $p<0.001$）。下位検定の結果タイプⅠ，Ⅱ，Ⅲ，Ⅳ各々の間に有意差がみられた。

「脱人格化」はタイプⅠ，1.71（0.51），Ⅱ，1.94（0.56），Ⅲ，2.32（0.65），Ⅳ，2.70（0.79）であり，有意であった（$F=90.9$, $df=3,617$, $p<0.001$）。下位検定の結果「情緒的消耗感」と同様に，タイプⅠ，Ⅱ，Ⅲ，Ⅳ各々の間に有意差がみられた。

「個人的達成感の後退」はタイプⅠ，2.25（0.68），Ⅱ，2.39（0.63），Ⅲ，2.51（0.62），Ⅳ，2.94（0.60）であり，有意差がみられた（$F=43.9$, $df=3,615$, $p<0.001$）。下位検定ではタイプⅣは他の3タイプに対し，ⅢはⅠに対して有意に高かった。

5．職務意識とストレス要因の関係

次に職務意識とストレス要因の関係を一元配置分散分析によって検討した。下位検定は多重比較（Tukey法）5％水準による検定によって分析した。その結果を図2に示す。

職務意識の違いによるストレス要因の得点はすべての要因において，タイプⅠからⅢの順に高くなっていた。タイプⅣの得点は，同僚に対する不満，労働過多，教育環境の不備については他の3群に比較し高くなるが，医師に対する不満，上司に対する不満，同僚間の伝達不全，患者への看護，患者の死ではタイプⅢの得点よりも低かった。

それぞれのストレス要因の職務意識別平均得点（SD）を検討すると，医師に対する不満感はタイプⅠ，2.16（0.59），Ⅱ，2.34（0.67），Ⅲ，2.60（0.72），Ⅳ，2.52（0.67）であり（$F=13.8$, $df=3,594$, $p<0.001$），多重比較の結果，タイプⅠとⅢおよびⅡとⅢ，ⅠとⅣの間に有意差がみられた。これはタイプⅢ

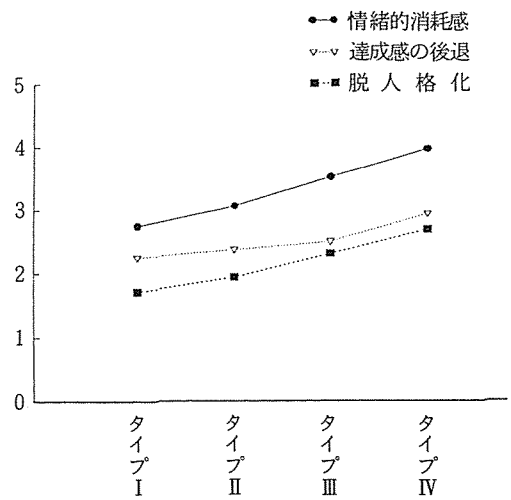


図1　職務意識別バーンアウト得点の平均値

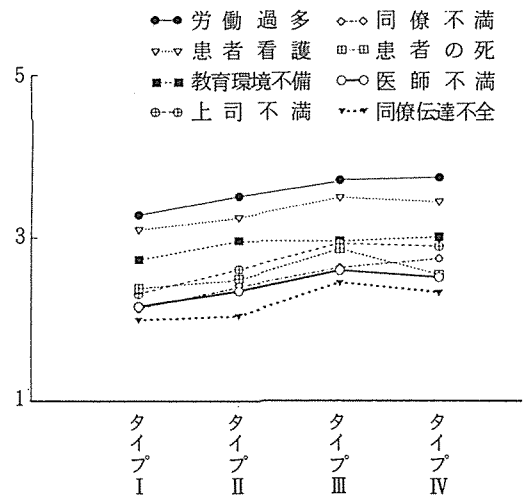


図2　職務意識別ストレス要因の平均値

がⅠ，Ⅱよりも，ⅣがⅠよりも医師に対し強い不満をもっていることを示唆している。

「上司に対する不満」はタイプⅠ，2.32（0.76），Ⅱ，2.62（0.75），Ⅲ，2.94（0.76），Ⅳ，2.90（0.82）であった（$F=22.7$, $df=3,610$, $p<0.001$）。タイプⅢとⅣは，ⅠとⅡに対し有意に高い得点であった。

「同僚に対する不満」はタイプⅠ，2.13（0.84），Ⅱ，2.41（0.89），Ⅲ，2.64（1.02），Ⅳ，2.75（0.97）であり（$F=16.8$, $df=3,608$, $p<0.001$），タイプⅠと他の3タイプ，ⅡとⅣの間に有意差がみられた。

「同僚間の伝達不全」はタイプⅠ，2.00（0.67），Ⅱ，2.06（0.63），Ⅲ，2.45（0.83），Ⅳ，2.34（0.75）であり（$F=12.3$, $df=3,607$, $p<0.001$），タイプⅢとⅣは，ⅠとⅡに対し有意差がみられた。

「患者への看護」はタイプⅠ，3.11（0.68），Ⅱ，3.25（0.64），Ⅲ，3.50（0.57），Ⅳ，3.45（0.65）であり（$F=11.7$, $df=3,595$, $p<0.001$），タイプⅣがⅠとⅡに対し，ⅢがⅠに対して有意に高い得点であった。

「患者の死」はタイプⅠ，2.39（0.93），Ⅱ，2.49（0.87），Ⅲ，2.87（0.82），Ⅳ，2.55（0.86）であり（$F=5.4$, $df=3,606$, $p<0.05$），他の要因と異なり，タイプⅢが他の3タイプに対し有意に高い得点であった。つまり病院をやめたいと考えるタイプⅢは，患者の死を強いストレス要因として感じていることを示唆している。

「労働過多」はタイプⅠ，3.29（0.89），Ⅱ，3.53（0.84），Ⅲ3.73（0.91），Ⅳ，3.76（0.76）であり（$F=12.0$, $df=3,614$, $p<0.001$），タイプⅠが他の3タイプに比べ有意に低かった。

「教育環境の不備」はタイプⅠ，2.74（0.85），Ⅱ，2.97（0.75），Ⅲ，2.97（0.80），Ⅳ，3.02（0.83）であり（$F=4.7$, $df=3,615$, $p<0.05$），タイプⅠとⅣの間が有意であった。

Ⅳ 考　察

本研究は看護婦の職務意識を部署に対する，病院に対する，看護婦に対する仕事の継続の意志ととらえ，ストレス要因およびバーンアウトとの関係をみたものである。

職務意識別の人数をみるとタイプⅣが，Ⅰの割合とほぼ同じく20%もあり，しかもⅡやⅢよりも多く，部署の変更や病院の移動よりも看護婦をやめたいと思っている人が多いことは憂慮すべきことである。看護婦不足の現状において，職務意識の減退の原因を調査することはきわめて今日的課題である。

筆者らは以前の研究でバーンアウトの症状の程度が強まるにしたがって，現在の部署を移りたい，病院をやめたい，看護婦をやめたいという思いに発展する[21]と示唆したが，本研究結果はそれを支持する成績と考えられる。バーンアウトの得点は仕事に疲れきり，もう働きたくないという情緒的消耗感が最も高く，次に得意の仕事を成し遂げたという思いの個人的達成感の後退，患者に対して距離をおく態度の脱人格化の順となっている。いずれもタイプⅠからⅣへと進むにしたがい高くなり，バーンアウトの進行は看護婦の転職や離職に強く関係する要因であると考えられる。稲岡ら[22]はバーンアウトが進行し無関心段階に至ると退職あるいは離職すると述べているが，本研究においてもそれが示唆された。つまりバーンアウトの進行に伴って，部署を移りたいと思い，次に病院を変わりたいと思い，そして看護婦への就業に意欲をなくしていくと考えられる。バーンアウトの進行に対する取り組みは，職場移動や離職予防への対応策として重要であると考えられる。バーンアウトの症状のなかで，個人的達成感の後退は他の脱人格化，情緒的消耗感と異なり，タイプⅠとⅡ，タイプⅡとⅢの間に差が認められず，ⅢとⅣの間で有意差がみられた。これは部署や病院の移動を希望する者は，看護婦の仕事への意欲や，動機づけが極端に低下してはいないことを表していると思われる。個人的達成感の後退はバーンアウトの結果と指摘されている[23]ことからも，部署や病院を移りたいと答えた看護婦は，バーンアウトが進行し，看護婦の職業そのものへの就業意欲が減退する前段階と考え，何らかの形でサポートしていくことが重要である。

看護婦が日常の仕事において体験するストレス要因と職務意識の関係は，バーンアウトの関係とは異なっていた。バーンアウトの得点はタイプⅠからⅣの段階毎に高くなっていたが，ストレス要因の得点は，タイプⅠからⅢの段階までは同様に値が高くなったが，看護婦をやめたいと思うタイプⅣの段階では得点に変化がみられないか，またはやや低くなる傾向のあるものがみられた。

ストレス要因のうち，医師に対する不満，上司に対する不満，同僚間の伝達不全，患者への看護，患者の死では，患者の死以外は有意差はみられないが，タイプⅢがⅣよりも得点が高い。バーンアウトの得点とは異なり，タイプⅢが最も高い値になる理由を考えると，タイプⅣは極端にいえば，もう不満を不満として感じない，いわば無気力状態であるためであると推察される。その意味ではもっともⅢが不満の強い看護婦であると考えられる。

なかでも患者の死のストレス要因に有意差が認められたのは，その表れであると考える。バーンアウトが進行すると患者と距離をおく姿勢をとり，それらと接触しない態度を発達させ，自己防御のための脱人格化の態度をとる無気力状態となることが考えられる。とくに終末期の患者への看護では，この傾向を示すものと思われる。そして患者に対し人間性を欠く対応をする行為を，独自の価値観や態度によって正当化する，後向きの固執的態度[24]をとることによって，患者へのこのような態度は仕方のない，当然のことであるとして合理化しているため，ストレス要因の値としては逆に低くなっていくと考えられる。しかしバーンアウトは進行しているが，離職を考えないタイプⅢは，情緒的消耗感を経験しているがなおかつ患者に暖かく人間的に接しようと努力しているため，患者の死をストレスの要因として強く認知していると推測される。そして同じ環境の中で状況が改善されないままでいると，消耗感が強くなりバーンアウトすると思われる。患者への看護の要因も有意な差はみられないが，タイプⅣの得点が低くなっているのは同様の理由のためと考えられる。

医師に対する不満，上司に対する不満についても，看護婦をやめたいと思う人，つまりタイプⅣがむしろ得点が低くなる傾向にある。バーンアウトが進行するとストレスに対処するために，目的意識や責任感の喪失，情緒的無関心などを特徴とする負の態度変化がある[25]。バーンアウトがさらに進んだ看護婦は期待や希望がなくなり責任感に乏しくなり，この感情は医師や上司に対するあきらめや無関心となり否定的な感情をもたなくなってくるために，対人関係をストレスの要因として意識しなくなると考えられる。

これに対して，同じ部署の同僚への不満はタイプⅠからⅣへの進行に伴って得点が高くなり，タイプⅣの看護婦も同僚をストレス要因として強く感じている。深澤らが看護婦相互の影響は職務満足を左右する要因であると報告している[26]が，同僚間の良好な人間関係は部署，病院，看護婦の仕事への継続の意志にも関係する要因であるといえる。同じ人間関係でも医師及び上司と，同僚間とでは立場が異なるためと考える。これは同僚の存在は直接自分の仕事に影響し，また接する機会も上司や医師より多いため，無関心ではいられないためであると推測される。

タイプⅠからⅡに変る要因としては，上司に対する不満と同僚に対する不満がある。理解のない上司や，自分を認めてくれない上司の存在，一緒の部署で働きたくない同僚や協力的でない同僚の存在は，部署を移りたい要因として容易に想像できる。バーンアウトの進行を止めるために，部署の人間関係の重要性を前報にて説いたが[27]，本研究でも人間関係の要因が影響することが示唆された。バーンアウトの進行が離職や転職を促進するため，まず初期の段階で，部署での上司，同僚の人間関係を円滑にしていく職場環境をつくることが，その予防の第一の対策であると考えられる。同僚の人間関係の調整も上司の役割である。理解ある上司が仕事への意欲を高めるという報告や[28][29]，バーンアウトを軽減するのに効果的な支持は上司からであるとの報告も多く[30][31][32]，今回の結果からも部署での上司である婦長が大きく影響していると考えられる。

タイプⅡからⅢへ変化する要因には，上司に対する不満と医師に対する不満がある。上司への不満は部署の変更にとどまらず，病院移動にも影響しており，上司の役割の重要性が改めて確認される。同じ対人関係のストレスでも医師に対する不満は病院をやめたいと考える要因となっているようである。医師との関係は病院の設置主体や経営方針の違いによって異なってくる場合が多く，部署の移動だけではこのストレス要因は解決しないため，このような結果が表れたと思われる。島村らが[33]職場移動回数の多い看護婦ほど医師や看護部長の影響を強く受けると述べているように，今の病院での就業継続の意志には，医師や婦長，看護部長への不満が関係していると考えられる。

タイプⅡからⅢへ変化する要因にはさらに同僚間の伝達不全がある。同僚間の伝達不全のストレス要因は同じ部署や病院の同僚から得る社会的支持の不足の要因であるといえる。社会的支持の程度がバーンアウト

の生起と関わりがあるという結果を報告している研究は多い[34)35)]。また社会的支持とストレスとは関係があるという報告[36)]がある。今回の分析では，部署を移りたい意志の要因にはならないが，病院をやめたい意志に影響を及ぼす要因となった。これは，伝達不全を他の部署と同じ部署との同僚を合わせて考えたため，部署を移る意志には関係しないという結果になって表れたのだと思われる。しかし病院内での同僚の間の悩みを話し合い助け合う雰囲気があれば，職場移動を防ぎ，バーンアウトの進行に歯止めをかけることが可能であると考えられる。病院全体としてのサポート体制を考えていくことと，婦長がスタッフを育成するための積極的な努力や，研修会などの企画，参加などを考えることも必要であろう。

ストレス要因の得点は労働過多への不満が最も高いが，他の報告[37)]と同様にこのストレスは職務意識を低下させることを決定づける要因とはならなかった。しかし，退職意図の主要理由は労働条件の悪さであり[38)]，また労働過多はバーンアウトを規定する重要な要因である[39)]と言われているように，環境要因も重視する必要があると考える。看護婦の仕事は三交替勤務であり，1つのシフトの中で時間内にすべきことがある。また，患者に対しては暖かく人間的に献身的に接することが望まれている。しかし，現実は人手不足のため時間のゆとりも少ない。このような仕事の性質上，看護婦は理想と現実とのギャップから荷重負担を強いられていると思われる。患者への看護のストレスはこれらの多忙や雑務に追われることが背景にあり高いと考えるべきであろう。従って組織改革や，労働条件の改善などの一般的な意味においての，職場環境の整備も職務意識の減退を防ぐために，当然重視されねばならない。

本研究は部署，病院，看護婦に対する仕事の継続の意志を職務意識ととらえ調査したが，タイプⅠ～Ⅳにあてはまらないその他の看護婦の職務意識について検討していく必要がある。

Ⅴ 結　論

本研究は看護婦976人を対象にして質問紙による，看護婦の仕事上遭遇するストレス要因の分析と，職務意識とストレス要因，バーンアウトそれぞれの関係を調査したものである。職務意識は部署，病院，看護婦ともに続けたい（タイプⅠ），部署はやめたいが病院，看護婦は続けたい（タイプⅡ），部署，病院はやめたいが看護婦は続けたい（タイプⅢ），部署，病院，看護婦をやめたい（タイプⅣ）の4タイプに分類した。

1）看護婦が日常よく遭遇するストレス要因は「医師に対する不満」，「上司に対する不満」，「同僚に対する不満」，「同僚間の伝達不全」，「患者への看護」，「患者の死」，「労働過多」，「教育環境の不備」がある。

2）職務意識とバーンアウトの関係は，「脱人格化」，「個人的達成感の後退」，「情緒的消耗感」ともにタイプⅠからⅣの順に高くなった。

3）すべてのストレス要因はタイプⅠ，タイプⅡ，タイプⅢの順に高い得点であった。

4）タイプⅣは「同僚に対する不満」，「労働過多」，「教育環境の不備」のストレス要因は他の3タイプよりも高い得点であったが，「医師に対する不満」，「上司に対する不満」，「同僚間の伝達不全」，「患者への看護」，「患者の死」ではタイプⅢと差異はみられなかった。

謝　辞

本研究の実施に当たりご協力頂いた京都府看護協会太田綾子専務理事，各施設の看護部長をはじめとする看護婦諸氏に心より謝意を表します。また，研究にご指導を賜った京都大学田尾雅夫助教授，大阪教育大学久保真人講師に深謝いたします。

要　約

本研究は看護婦976名を対象として，質問紙調査法で，仕事上よく遭遇するストレス要因を分析し，職務意識とストレス要因，職務意識とバーンアウトの関係を調査したものである。職務意識は部署，病院，看護婦に対するそれぞれの継続の意志を調べた。

その結果，看護婦が日常よく遭遇するストレス要因は「医師に対する不満」，「上司に対する不満」，「同僚に対する不満」，「同僚間の伝達不全」，「患者への看護」，「患者の死」，「労働過多」，「教育環境の不備」であった。

職務意識はⅠ：部署，病院，看護婦いずれも続けたい人，Ⅱ：部署だけ移りたい人，Ⅲ：部署，病院を変わりたいが看護婦は続けたい人，Ⅳ：部署，病院，看護婦いずれもやめたい人，の4グループに分類した。Ⅰ，Ⅱ，Ⅲ，Ⅳと進行するにつれて職務意識は低下すると思われた。

バーンアウト得点（MBⅠ）はⅠ，Ⅱ，Ⅲ，Ⅳの順に高くなった。しかし，ストレス要因の得点はⅠ，Ⅱ，Ⅲの順に高くなったが，Ⅳでは一部のストレス要因においてⅢと差がなかった。

以上から，バーンアウトの程度が強まるにつれて職務意識は低下するが，ストレスの程度は看護婦は続けたいが，部署，病院を辞めたいと思うⅢの段階で，一部のストレスをもっとも強く感じていた。このことにより，看護婦の離職，転職の予防には部署や病院を変わりたいと思う段階での対策の重要性が示唆された。特に婦長の教育や同僚のサポートが必要と思われた。

Abstract

The purpose of this study is to analyze the stress which hospital nurses experience in their daily work and to test the relation among the intention to quit, stress factors and the burnout syndrome. Intention of the nurses to quit was measured in three categories: those who intended to continue working in the present department, those who intended to continue working in the present hospital, and those who intended to continue working as a nurse. The questionnaire survey was conducted for 976 nurses of 10 hospitals in Kyoto prefecture.

The conclusions were as follows;

The stress factors which they experienced frequently in their daily work were dissatisfaction with physicians, dissatisfaction with nursing supervisors, dissatisfaction with nursing colleagues, insufficient communications among co-workers, nursing of patients, death of patients, dissatisfaction with overload and insufficient educational chances.

The attitude toward nursing work was classified into four categories, Ⅰ: those who wish to continue working in the present departments, the hospitals and as nurses, Ⅱ: those who would like to change the present departments, Ⅲ: those who would like to quit the departments as well as the hospitals, Ⅳ: those who would like to quit the department, hospitals and nursing position. The higher category number the more negative was the attitude to nursing work.

The Maslach Burnout Inventory (MBI) scores increased in the order of Ⅰ＜Ⅱ＜Ⅲ＜Ⅳ.

However, the stress factors scores increased in the order of Ⅰ＜Ⅱ＜Ⅲ, and there was no differences between Ⅲ and Ⅳ.

There were two findings in this survey, the first: as the degree of the burnout syndrome got worse, the attitude of nursing work got more negative; second: the stress increased to a certain extent, there was a difference in the degree of the stress factors between categories Ⅳ and Ⅲ.

The ways to prevent the nurses from quitting jobs were discussed. To keep nurses from quitting their jobs, it was considered quite important to take some measures when they were about to change their departments or hospitals. For the future, seminars for supervisors shuld be recommended as well as nurses to increase social support within the nursing community.

Ⅵ 引用文献

1）宗像，稲岡他：医師，看護婦，教師のメンタルヘルス，金剛出版，1988.

2）稲岡文昭他：看護職にみられるBurn Outとその要因に関する研究，看護，36（4），pp.81-104，1984.

3）松野かほる：ヘルスケア領域で働く専門職のBURNOUTの実態とその要因に関する検討について，日本公衆衛生雑誌，31（10），pp.503-509，1983.

4）Akinori Hisasige: Burnout Phenomenon and Its Occupational Risk Factors Among Japanese Hospital Nurses, J. Human Ecol, 20, pp.123-136, 1991.

5）南　裕子，他：看護婦の燃えつき現象とストレスおよびソーシャル・サポートの関係について，聖路加看護大学紀要，12，pp.26-33，1987.

6）井部俊子，他：看護婦のBurnoutとMotivationに対する仕事のストレスとSocial Supportの影響，昭和59年度聖路加国際病院看護研究集録，pp.167-173，1984.

7）山本あい子，他：看護婦の燃えつき現象に対する生活および仕事ストレスとソーシャル・サポートの影響，看護研究，20（2），pp.51-62，1987.

8）近澤範子：看護婦のBurnoutに関する要因分析；ストレス認知，コーピングおよびBurnoutの関係，看護研究，21（2），pp.37-59，1988.

9）中沢京子，他，看護職にみられるバーンアウトとモチベーションの関連について，第16回日本看護学会集録（看護管理），pp.24-27，1985.

10）稲岡文昭，他：Burn Out Syndromeと看護；社会心理的側面からの考察，看護，34（8），pp.129-137，1982.

11）稲岡文昭，他：N系列病院看護婦のBURNOUTに関する研究（その1）－病院の規模別・地域別によるBURNOUTと離職の関係，日本赤十字看護大学紀要，6，pp.1-9，1992.

12）中村弥生，他：職務意識と背景別にみた看護婦の燃えつき症候群に関する調査，看護展望，18（1），pp.98-105，1993.

13）島村忠義，他：看護婦の職場モラールと職場移動，臨床看護，9（3），pp.422-430，1983.

14）島村忠義，他：臨床看護婦の職場移動と専門的職業観，厚生の指標，29（7），pp.23-32，1982.

15）水野　智，他：看護の職場における職務要因と離職・転職との関連性について，病院管理，22（4），pp.411-422，1985.

16）水野　智，他：勤続年数による看護職の職務態度の変化，病院管理，24（1），pp.43-49，1987.

17）Gray-Toft, P. & Anderson, J, G.: Stress Among Hospital Nursing Staff; Its Causes And Effect, Social Science & Medicine, 15A, pp.639-647, 1981.

18）Kelly, G. K.: Stress, Coping Behaviors, And Recommendation For Intensive Care And Medical Surgical Ward Nurses, Research in Nursing & Health, 8, pp.321-

328, 1985.
19) Maslach, C. & Jackson, S. E. : The Measurement of Experienced Burnout, Journal of Occupational Behavior, 2, pp.99-113, 1981.
20) 前掲書：12)
21) 前掲書：12)
22) 前掲書：10)
23) 久保真人，他：バーンアウト；概念と症状，因果関係について，心理学評論，34 (3)，pp.412-431，1991.
24) 前掲書：23)
25) 前掲書：23)
26) 深澤佳代子，他：看護婦の職務満足に関する検討，看護管理，2 (6)，pp.378-383，1993.
27) 前掲書：12)
28) 前掲書：10)
29) 前掲書：13)
30) 猪下　光：バーンアウトとモチベーション，ナースデータ，11 (3)，pp.85-94，1990
31) 前掲書：2)
32) 田尾雅夫：ヒューマン・サービスにおけるバーンアウトの理論と測定，京都府大学術報告（人文），40，pp.101-123，1987.
33) 前掲書：14)
34) 前掲書：5)
35) 前掲書：23)
36) 明神啓子，他：看護婦の心の健康に仕事上のストレスとソーシャル・サポートが及ぼす影響，東邦大学医療短期大学紀要，3，pp.1-11，1989.
37) 前掲書：13)
38) 前掲書：11)
39) 田尾雅夫：バーンアウト，ヒューマン・サービス従事者における組織ストレス，社会心理学研究，4，pp.91-97，1989.

（平成5年9月16日　受付）

－原　著－

看護学生および看護婦の職業的アイデンティティの変化

Professional Identity of Student Nurses and Graduates

波多野　梗　子　　小野寺　杜　紀
Kyoko Hatano　　Toki Onodera

Ⅰ．はじめに

看護が専門的職業であるなら，看護婦が専門職業人として自己の職業にアイデンティティ（同一性）をもち，職業を続けていく中でそれを深め発達（職業的社会化）させていくと考えられる[1)2)3)]。すなわち専門職業人として，看護という職業や役割に結びついた行動や価値観を内在化し，職業集団に一体化して行くにちがいない。現在わが国では，看護学生から看護婦になっていく中で，また看護婦として仕事を続けていく中で，どのように看護婦として社会化され，自分の職業にアイデンティティ（職業的同一性）をもつようになっていくのであろうか[4)5)]。

すでに米国では，どのように看護学生から看護婦になって行くのかについての研究は多い。K. K. Chitty[6)]によって，看護婦の職業的社会化に関するモデルも提案されている。わが国においても，看護学生や看護婦のアイデンティティやその発達について多くの研究がある。たとえば看護という職業への興味，職業選択に関するもの[7)8)9)]，看護婦や看護職に対する認識の変化，学習意欲など看護教育を通じて社会化していく過程に関するもの[10)~14)]，社会化されずに看護婦を辞めて行くドロップアウトについての研究[15)16)]などがみられる。

しかし，M. E. Conway[17)]も指摘しているように，これまでの研究は主として学生だけ，または看護婦だけの単発的な研究であって，看護学生時代に一貫して看護職へのアイデンティティが高められているのか，卒業後はどのように変化するのか，アイデンティティの発達を継続的にとりあげた研究は少ない。また，わが国におけるこうした研究は，米国の看護婦の職業的社会化に関するモデルと関連づけて考察されてもいない。

わが国において，看護婦の職業的社会化を一貫して取り上げた研究が少ない理由のひとつは，看護学生と看護婦の看護職へのアイデンティティを共通に調べるために用いられる簡便で一般的な道具が開発されていないことにもよるであろう。

そこで，以下の2つのことを目的に本研究を行った。

1）わが国で簡単に用いられる看護職へのアイデンティティ尺度を作成すること。

2）その尺度を用いて，現在の看護学生と看護婦の看護職へのアイデンティティを調べ，その発達的変化を明らかにすること。

Ⅱ．研究方法

1．本研究の第1の目的である看護職へのアイデンティティ尺度を作成するために，以下のような方法を用いた[18)19)20)]。

1）既存の研究をもとに，看護職へのアイデンティティを示すと考えられるいくつかのカテゴリーに属する25項目を作成し，アイデンティティ尺度作成用のテスト用調査票とする。

2）それを用いて，看護短大2校（K，S）と3年制看護学校1校の学生，およびそのうちの看護短大（S）の卒業生全員に調査を実施する。

3）その25項目への反応に対し，各被験者集団ごとに因子分析とGood-Poor分析（G－P分析）を行って，他項目と関連性の高い項目を選択し，そ

＊　東京医科歯科大学　保健衛生学科　Tokyo Medical and Dental University
＊＊　埼玉県立衛生短期大学　Saitama College of Health

れを看護職へのアイデンティティ尺度項目とする。

4）キューダーリチャードソンの第20公式により内部的一致性による信頼性をみる。

2．続いて，本研究の第2の目的のために，以下のような分析を行った。

1）看護短大（S）の在学生1～3年生，および同校の卒業生について，学年別，卒業年次別に1で開発した看護職に対するアイデンティティ尺度により，アイデンティティを調べ，比較する。

2）同卒業生について，看護職への就業者と，非就業者の間の看護職に対するアイデンティティを比較する。

3）同卒業生について，看護婦と保健婦・助産婦の間のアイデンティティを比較する。

Ⅲ．研究対象・手続き

1）調査票の項目は既存の研究[8)9)10)]を参考に，看護婦のアイデンティティを表すと思われる（a）職業人としての自己向上（4項目），（b）職業人としての自尊感情（肯定的自己イメージ（5項目）），（c）職業的自己関与（6項目），（d）職業への肯定的イメージ（5項目），（e）職業的規律（3項目），（f）職業集団との一体感（2項目）を表す項目25をあげ，それらをランダムに並べ，各項目に対して，非常にそう思う，そう思う，どちらとも言えない，そうおもはない，絶対にそうおもはないの5段階評定を求めた。

2）アイデンティティ尺度作成のための調査対象は以下のようである。

学生は3年課程の短大2校371名，3年課程養成所1校202名，計573名で調査対象とした92.4％である。

看護婦はS短大の1975年設立以来の卒業生で（1～13回）住所不明，海外居住者を除く684名である。調査票の回収率は64.6％で379名であった。尺度作成のためには，このうちの有効数，学生および卒業生計940名分を用いた。

アイデンティティの発達を検討した対象は，このうちS看護短大の在学生1年78名，2年77名，3年73名計228名と卒業生379名，計607名である。

3）学生については，1990年から'91年にかけ教務を通じて集団的に配布し，回答，回収された。

卒業生に対しては，個人別に郵送により調査票を配布，回収した。なおS短大の在学生および卒業生の調査は，1990年2～3月，すなわち各年次の最終時期に行った。それ故はじめての卒業生は卒業後約10カ月を経過している。

Ⅳ．研究結果

1．看護職へのアイデンティティ尺度作成

調査票に対する反応を，学生については学校別に，卒業生については看護婦として就業しているものと就業していないもの（すなわち全体で5群）に分けて，各々につき主因子解による因子分析を行った。結果は表のようであった（表1）。

さらに，各集団毎に得点の高いグループと低いグループ各々25％を選び，項目ごとにt検定を行った結果は表のようであった（表2）。すなわち各項目毎に，その項目が高得点群と低得点群をよく弁別しうるかどうかを検討した。

以上の結果，主因子解第1因子で因子負荷量がどの群においても0.5以上であり，またt検定の結果，0.1％水準以下で有意であった項目は職業的自己関与6項目，職業への肯定的イメージ2項目，職業人としての自己向上2項目，職業人としての自尊感情2項目の計12項目であった。そこでこの12項目を看護職へのアイデンティティ尺度とした。なおこの12項目に対し，キューダーリチャードソンの第20公式により，内部的一致性による信頼性をみた。その結果は，0.907ときわめて高かった。

2．看護学生と看護婦のアイデンティティ

このアイデンティティ尺度を用いて，アイデンティティの発達的変化を検討した。学生については学年別に，卒業生については卒業年次別に4グループに分けてアイデンティティの平均得点を分析した。

その結果，学生については，学年別にF検定により1％水準で有意差がみられた。また卒業生については，卒業年次別に同じくF検定により5％水準で有意差がみられた。学生，卒業生を合わせても差は有意であった（図1）。

全体を通じて，1年生がアイデンティティ平均得点が最も高く，2年生で低く，この差はSNK検定（Student Newman Keul Test）で5％水準で有意であった。そして3年生は再び高いが，1年生の得点

表1　アイデンティティ尺度作成のための主因子解による第1因子負荷量

カテゴリー	質問項目	学生			S短大卒業生		
		H3年課程	K短大	S短大	就業中	非就業中	
		N=194	N=139	N=224	N=261	N=76	
c	将来看護婦（士）の仕事を長く続けたい	0.511	0.648	0.679	0.693	0.614	※
b	私は看護婦（士）として医師から信頼されるようになれる（ている）	0.315	0.324	0.513	0.536	0.399	
f	新聞やテレビの看護や看護婦（士）に関する記事は気をつけて見ている	0.414	0.236	0.350	0.422	0.560	
c	看護の仕事は私に適している	0.606	0.722	0.664	0.758	0.827	※
c	もう一度職業を選べるとしたらまた看護の仕事を選ぶ	0.659	0.642	0.696	0.724	0.730	※
d	高校生に「看護婦（士）になりたいが」と相談されたら勧める	0.585	0.665	0.606	0.598	0.562	※
a	看護仕事をとうして人間成長ができる	0.534	0.500	0.570	0.653	0.457	
b	私は看護婦（士）の仲間から信頼されるようになれる（ている）	0.519	0.405	0.512	0.511	0.542	
d	看護婦（士）の仕事を社会の人々が理解しもっと高い評価を与えるべきだ	0.288	0.484	0.171	0.275	0.500	
b	看護の仕事に誇りを持っている	0.727	0.779	0.696	0.696	0.580	※
d	看護は社会に役立つ仕事であるからもっと大勢の人が看護婦（士）になれば良い	0.370	0.369	0.276	0.422	0.492	
b	私は看護婦（士）として患者や家族から信頼されるようになれる（ている）	0.942	0.460	0.531	0.585	0.518	
d	多少給料が安くても看護の仕事は良い仕事である	0.464	0.452	0.595	0.520	0.517	
a	もっと看護についての勉強がしたい	0.767	0.581	0.695	0.657	0.635	※
c	看護の道を選んだことに満足している	0.726	0.767	0.795	0.793	0.768	※
e	看護婦（士）は看護職業集団に所属すべきである	0.282	0.349	0.153	0.415	0.284	
f	看護関係者による社会的な事件が起こるととても気になる	0.614	0.400	0.292	0.399	0.551	
b	看護婦（士）として仕事をすることに自信がある	0.560	0.582	0.619	0.649	0.574	※
a	もっと看護の技術をみがきたい	0.629	0.544	0.569	0.574	0.602	※
d	私の子供が看護婦（士）になりたいと言ったら勧める	0.555	0.717	0.619	0.636	0.650	※
c	看護の仕事は私の能力を生かせる	0.661	0.783	0.727	0.733	0.701	※
c	看護に生きがいを感じている	0.743	0.696	0.757	0.733	0.771	※
e	看護婦（士）は自分の時間を割いても院内や院外の看護セミナーなどに参加して勉強すべき	0.596	0.437	0.369	0.390	0.257	
a	患者にもっと良い看護をしてあげたい	0.591	0.585	0.421	0.507	0.514	
e	看護婦（士）は自分で買ってでも看護関係の雑誌を読むべきである	0.475	0.390	0.327	0.424	0.246	

a：職業人としての自己向上
b：職業人としての自尊感情（肯定的自己イメージ）
c：職業的自己関与
d：職業への肯定的イメージ
e：職業的規律
f：職業集団との一体感
※　本研究でアイデンティティ尺度として用いた項目

表2　アイデンティティ尺度作成のための項目別高低群間のt検定

質問項目	学生									S短大卒業生					
	H3年課程			K短大			S短大			就業中			非就業中		
	高 N=50	低 N=49	t検定 有意水準	高 N=39	低 N=35	t検定 有意水準	高 N=65	低 N=56	t検定 有意水準	高 N=68	低 N=63	t検定 有意水準	高 N=22	低 N=19	t検定 有意水準	
将来看護婦（士）仕事を長く続けたい	4.32	3.36	***	4.20	2.65	***	4.01	2.44	***	4.13	2.64	***	3.86	2.37	***	※
私は看護婦（士）として医師から信頼されるようになれる（ている）	3.58	2.96	***	3.23	2.80	**	3.39	2.59	***	3.65	2.70	***	3.50	2.88	**	
新聞やテレビの看護や看護婦（士）に関する記事は気をつけて見ている	4.26	3.49	***	3.87	3.54		4.19	3.52	***	4.27	3.48	***	4.50	3.63	***	
看護の仕事は私に適している	3.80	2.78	***	3.68	2.31	***	3.39	2.27	***	3.79	2.27	***	3.59	2.00	***	※
もう一度職業を選べるとしたらまた看護の仕事を選ぶ	4.02	2.47	***	3.49	1.94	***	3.85	1.93	***	3.60	1.60	***	3.77	1.84	***	※
高校生に「看護婦（士）になりたいが」と相談されたら勧める	4.20	2.86	***	3.74	2.51	***	3.91	2.66	***	3.88	2.56	***	3.73	2.53	***	※
看護仕事をとうして人間成長ができる	4.88	4.06	***	4.74	4.06	***	4.80	3.91	***	4.68	3.57	***	4.64	3.84	***	
私は看護婦（士）の仲間から信頼されるようになれる（ている）	3.90	2.88	***	3.41	2.83	***	3.46	2.79	***	3.88	3.02	***	3.73	2.74	***	
看護婦（士）の仕事を社会の人々が理解しもっと高い評価を与えるべきだ	4.78	4.16	***	4.77	4.20	***	4.71	4.41	*	4.78	4.29	***	5.00	4.37	***	
看護の仕事に誇りを持っている	4.90	3.57	***	4.64	3.34	***	4.75	3.34	***	4.62	3.24	***	4.55	3.58	***	※
看護は社会に役立つ仕事であるからもっと大勢の人が看護婦（士）になれば良い	4.58	3.78	***	4.23	3.43	***	4.28	3.66	***	4.31	3.33	***	4.46	3.32	***	
私は看護婦（士）として患者や家族から信頼されるようになれる（ている）	3.98	3.20	***	3.54	2.86	***	3.72	2.84	***	3.93	3.02	***	3.77	3.00	*	
多少給料が安くても看護の仕事は良い仕事である	4.36	3.14	***	3.64	3.00	**	4.05	2.68	***	3.65	2.43	***	3.36	2.21	**	
もっと看護についての勉強がしたい	4.56	3.22	***	3.95	2.94	***	4.31	2.93	***	4.34	3.18	***	4.41	3.11	***	※
看護の道を選んだことに満足している	4.54	3.12	***	4.10	2.60	***	4.14	2.46	***	4.28	2.56	***	4.41	2.90	***	※
看護婦（士）は看護職業集団に所属すべきである	3.56	2.92	***	3.54	3.11	**	3.39	3.09	**	3.65	2.87	***	3.55	3.16		
看護関係者による社会的な事件が起こるととても気になる	4.70	3.65	***	4.28	3.71	**	4.45	3.91	***	4.53	3.75	***	4.88	3.84	**	
看護婦（士）として仕事をすることに自信がある	3.96	2.67	***	3.23	2.11	***	3.29	2.18	***	3.71	2.49	***	3.32	2.16	***	※
もっと看護の技術をみがきたい	4.94	2.67	***	4.64	3.77	***	4.80	3.82	***	4.52	3.59	***	4.41	3.16	***	※
私の子供が看護婦（士）になりたいと言ったら勧める	4.94	4.08	***	3.80	2.34	***	3.82	2.48	***	3.69	2.10	***	3.64	2.32	***	※
看護の仕事は私の能力を生かせる	4.10	2.69	***	3.74	2.43	***	3.88	2.50	***	3.78	2.46	***	3.68	2.42	***	※
看護に生きがいを感じている	4.14	2.94	***	3.64	2.46	***	3.99	2.41	***	3.84	2.25	***	3.91	2.58	***	※
看護婦（士）は自分の時間を割いても院内や院外の看護セミナーなどに参加して勉強すべき	4.40	2.84	***	3.62	2.83	***	3.57	2.89	***	3.63	2.57	***	3.68	2.95	*	
患者にもっと良い看護をしてあげたい	4.04	2.57	***	4.69	4.00	***	4.77	4.11	***	4.75	3.94	***	4.64	3.74	***	
看護婦（士）は自分で買ってでも看護関係の雑誌を読むべきである	4.86	4.12	***	3.87	3.29	**	4.00	3.20	***	4.04	3.21	***	4.18	3.53	*	

*** $p<0.001$　** $p<0.01$　* $p<0.05$

※　本研究でアイデンティティ尺度として用いた項目

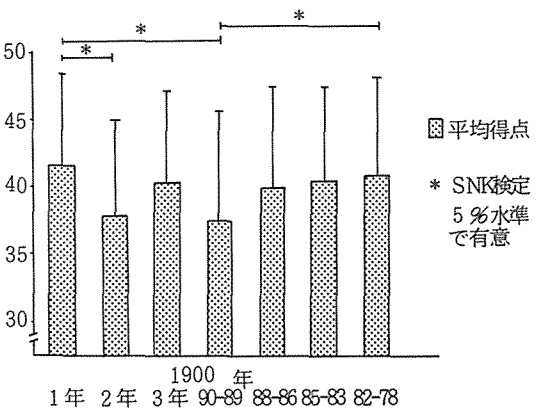


図1　学年・卒業年次別アイデンティティ得点

より低い。全体で得点平均が最も低いのは，卒業直後であった。これは1年生との間に有意差がみられる。しかしその後は，徐々に高くなり，卒業後8年以上では，アイデンティティ平均得点は，看護短大入学後の1年生並になる。これは卒業直後と有意差がある。

卒業生で看護職を続けているものだけについて，年次別4グループでアイデンティティ得点の平均を算出し，学生のそれと比較した。その結果，より一層この傾向が明らかになった。

3．卒業生の就業とアイデンティティ

アイデンティティ得点の違いを，卒業生の中での就業，非就業別に，また就業者については看護婦としての就業者と保健婦・助産婦としての就業者の間で検討した。1990年の卒業生の場合は就職者と進学者がいるため除いて，1984年以後と1983年以前に分けて各々のアイデンティティ得点を比較した。

その結果，1983年以前の卒業生でも，1984年以後の卒業生でも，就業者と非就業者の間にアイデンティティ得点に有意な差はみられなかった。また看護婦として就業している者と保健婦・助産婦とて就業しているものとの間にもアイデンティティ得点に有意差はみられなかった（表3，表4）。

表3　就業者との非就業者のアイデンティティ得点

	1984～1989年卒業			1983年以前卒業		
	人数	平均値	標準偏差	人数	平均値	標準偏差
就業者	192	39.70	7.30	63	42.10	6.70
非就業者	43	40.98	7.76	41	40.20	7.85
	t＝−1.026		n.s.	t＝1.321		n.s.

表4　看護婦と保健婦・助産婦のアイデンティティ得点

	1984～1989年卒業			1983年以前卒業		
	人数	平均値	標準偏差	人数	平均値	標準偏差
看護婦	115	39.68	7.36	27	40.89	6.41
保健婦・助産婦	69	40.00	6.87	29	42.76	7.46
	t＝−0.294		n.s.	t＝−1.003		n.s.

V．考察と要約

これまでわが国におけるこの種の研究は看護学生だけのアイデンティティの変化をみたものであり，看護学生から看護婦として就業している間の一貫したアイデンティティの変化について検討されたものは見あたらない。

1．本研究では，まずアイデンティティを測定する簡便な用具を作成するために，既存のこの種の看護研究をもとに，6つのカテゴリーからなる25項目を作成し，それをもとに看護職に対するアイデンティティを測定する12項目を抽出した。この種の測定用具は今後も看護研究の発展のために役立つであろう。

さらにそれを用いて，看護学生と卒業生の看護職に対するアイデンティティ得点を分析した。本研究が横断的研究によって変化を調べようとしているために，条件を可能な限り同一とすることを目的に，S県立看

護短大の学生1～3年生と同校の13年間の卒業生を対象にした。

その結果，アイデンティティ得点は（1）看護短大に入学した1年生が最も高いこと（2）2年生で大きく低下すること（3）3年生で再び高くなること（4）卒業し，就業後に再び低下し全体のうちで最も低いこと（5）卒業後は徐々に高くなること（6）卒業生については，就業・非就業，就業職種による違いがないこと，が明らかになった。

こうした看護における職業的アイデンティティの変化は，学生については近年いくつかの研究によって同じ様な結果を得ているが[14)21)22)]，本研究において在学中から卒業後，就業中まで通して看護職のアイデンティティの変化を見ることによって，一般的な就業へのアイデンティティの傾向とはややおもむきをことにしていることがわかる。男性の職業を対象としていたこれまでの研究[2)]では，一般的な傾向として，さまざまな職業を探索した上で（探索段階），特定の職業を目指して学習し，その職業に就き，その職業の中でアイデンティティを獲得（確立段階），維持していく（維持段階）と考えられていた。これに対し，Hinshaw[23)]は看護婦の職業的社会化のモデルとして6段階を示唆している。すなわち1976年に以下のようなモデルを提案した。

第1段階：初期の清純さ（現実に影響されない看護のイメージ），第2段階：不一致（現実は違うのだということに気づき緊張とフラストレーションを生ずる）。第3段階：同一視（教師や看護婦を役割モデルとしてそれと自己を同一視する）。第4段階：役割シュミレーション（役割モデルにあわせて役割をシュミレーションする）。第5段階：揺らぎ（新しい専門職のイメージと古いイメージの間に緊張が生ずる）。第6段階：内在化（新しい役割に適応する）。そしてHinshawは4段階までを学生が経験し，5段階は卒業直後，6段階は看護婦としての経験を積んだ後としている。

本研究の結果は，意味づけは明確ではないが傾向としてはHinshawのモデルが当てはまることが明かとなった。

看護学生と卒業生にみられたアイデンティティの発達が一般と異なる理由として，看護婦という仕事は女子の憧れの職業であって，スーパーらの言う職業生活の成長段階である幼少の頃すでに職業を決定し，その目的が達成され看護学校に入学した1年次にアイデンティティが最も高いことが考えられる。しかもそのアイデンティティは現実とは異なった理想的なイメージによるものである。そして学習を続け，臨地実習などを通して現実の厳しさを知るとともに，看護職に対するアイデンティティが一時期低下するのではないかと考えられる。すなわちこの時期はHinshawのモデルの第2段階に相当する。このことはまた実際に卒業して職業についた1～2年目にアイデンティティが最も低いことからも推察される。ただ低下した時期が続くのでなく，再び卒業直前にはアイデンティティは高くなる。Hinshawのいう役割モデルを得て看護婦としての役割を模倣している結果であろうか。そして卒業後の時期がいわゆるスーパー[2)]の（再）模索段階，Hinshawの「揺らぎ」の段階に該当するのかも知れない。しかしこうしていったんは低下したアイデンティティも就業年限が長くなったり，職場から離れたとしても，客観的に看護という職業を振り返って考えてみたとき，次第に高くなって確立段階から維持段階，別の表現をすれば内在化の段階にいたるのではないかと思われる。

ただし，卒業生の回答率が65%とこの種の回答率としては高かったものの，1978～1982年の卒業生の回収率は60%であり，回答しなかったものの看護職へのアイデンティティについては低いことも考えられる。また本研究は同一人を対象とした縦断的研究ではなく，サンプルが異なるため，年次の群ごとの差があることを十分考慮しなくてはならない。

2．本研究をふまえて，わが国における看護教育および看護管理に対していくつかの対応の方向が示唆される。その一つは，入学時に高い看護職へのアイデンティティをいかに高いままに保持するかである。また第2にいかにして就職後に看護職へのアイデンティティを低下させないようにするかである。そして，第3に長い間のアイデンティティの模索の結果，看護職に対するアイデンティティを確立したにもかかわらず，結婚・育児のために仕事をやめざるをえない現状を再認識することである。

すなわち一般の職業に比べて看護学生の場合は，幼少の頃から看護婦に憧れているものが多く，看護学生になった時から看護職へのアイデンティティが高いのであろう。しかし，学生生活を通じて看護婦になるこ

とが実感されたり，現実的になると，反動としてアイデンティティが低下することは容易に推測される。ただ，その低下の程度が大きく看護婦になることを辞めたり，学習に身が入らなくなるようであれば問題であろう。学生の個別性に合わせた相談・カウンセリングによって学生の悩みに対応したり，学習に興味を持って意欲的に取り組めるカリキュラムや指導方法をとることが教師の課題となる。また就職後にアイデンティティが大きく低下することから，これを少なくするためには，学校における看護教育のあり方だけでなく，それと看護の現場のギャップについて今まで以上に問題にしていかなくてはならないであろう。何故なら，日本においても看護教育の大学化が進み看護がプロフェションとしての教育が確立してくるにつれ，1970年代にすでにM.Kramer[24]が指摘しているように，プロフェションとしての職業であることと医療機関の官僚的組織の間のギャップのなかで，看護婦のアイデンティティは大きく揺れ動くことになる。それ故，どの様にして新人看護婦を現場に迎え入れるか，たとえばインターン制や新人看護婦の教育のために指導者を配置することなどが考えられる。

また，長年かけてやっと看護職へのアイデンティティを確立した経験豊かな看護婦が結婚・育児などで辞めることなく，仕事を続けていけるような社会的条件を整備することが強く望まれる。

要　旨

看護婦の職業的社会化を知るために，同一看護短大の看護学生および卒業生（看護婦）の看護職へのアイデンティティを調べた。

まずそのために，看護学生，卒業生計936名を対象に，因子分析およびGood-Poor分析を用いて，12項目からなる簡便なアイデンティティ尺度を作成した。それを用いて，S県立看護短大の在学生228名（1年～3年，回収率98%）と昭和53年から13年間の卒業生442名（回収率65%）を対象に，看護職へのアイデンティティを測定した。その結果以下のことが明らかとなった。

1）看護学校に入学後の1年生が最も高い。2）2年生で大きく低下する。しかし3年生は（卒業直前）再び高くなる。3）就職直後が全体のうちで最低である。4）その後は徐々に高くなる。卒業生で就業，非就業，就業職種による違いはない。

これらの結果は，看護職アイデンティティの発達は3つの特徴的な段階をとることが明らかとなった。すなわち，看護職の現実を知らないロマンティックな職業への憧れの段階，現実を知って職業への失望の段階，そして看護職へのアイデンティティを確立し，安定する段階である。

Abstract

In order to examine changes in the nursing professional Identity through careers, a scale of 12 items was constructed through factor analyses and good-poor analyses. Two hundred twenty eight students (1st-3rd grades) of a college of nursing and 442 graduates for the past 13 years responded to the 12 items, with 98% return rate for the former and 65% for the latter.

The results were as follows : 1) The identity was highest among the 1st grade students. 2) It went down drastically by the 2nd grade, but up considerably before the graduation. 3) The identity of graduates just after getting a job was lowest. 4) It increased gradually as the time passed by, irrespective of whether they engaged in nursing and of specialties in nursing.

It is suggested that the development of the nursing professional identity has three distinct stages through careers. Namely, they are the stage of romantic aspiration without knowing the reality of the profession, the stage of disappointment encountering the reality, and the stage of established and stable identity.

文　献

1）E. H. エリクソン：小此木啓吾訳編，自我同一性，誠信書房，1973
2）D. E. スーパー：日本職業指導学会訳，職業生活の心理学－職業経歴と職業的発達　92－205　誠信書房，1960
3）斎藤耕二，菊地章夫編著：社会化の心理学ハンドブック，川島書店，1990
4）中西信男他：アイデンティティの心理，有斐閣，1985
5）石川　准：アイデンティティ・ゲーム－存在証明の社会学，新評論，1992
6）Chitty K. K. ：Professional Socialization：Proffessional Nursing 136－155，Saunders Company 1993
7）島村忠義他：日本の看護学生の職業志向と意識構造，厚生の指標　26（6）26－39　1974
8）高橋章子他：看護高校生徒および看護短大学生における職業観の発達に関する研究，看護教育，15（8）509－519　1974
9）小島操子：看護学生の職業意識の形成に関する研究，看護研究，8（1）46－50　1975
10）波多野梗子他：看護学生の学習および看護職に対する態度の発達的変化，看護教育，23（8）513－519　1982
11）内田靖子他：看護学生の看護職に対する適応過程に関する研究－入学時から卒業時に至る変容とその影響要因，東海大学短期大学紀要15　15－24　1981
12）臼井陽子他：看護婦のキャリア形成過程に関する研究（その1）－看護学生の自己成長をめぐって－，第16回日本看護学会集録（看護教育）：150－152　1985
13）山本よしえ他：看護学生の看護職へのアイデンティティ形成過程，第16回日本看護学会集録（看護教育）：140－142　1985
14）松下由美子：看護学生における職業的同一性に関する研究　第20回日本看護学会集録（看護教育）：201－203　1989
15）稲岡文昭他:Burn Out Syndromeと看護，看護，34（8）129－137　1982
16）千葉悦子他：本校（2年課程，夜間定時制）における退学者の実態－昭和41年度から昭和55年度に至る入学者の調査より，看護展望，9（2）81－84　1984
17）Conway M. E. ：Socialization and Roles in Nursing，Annual Review of Nursing Research 1 183－208　1983
18）D. アドキンス：池田央訳，試験問題の作り方，97－110　日本文化科学社，1970
19）池田央：行動科学の方法，132－134，東大出版会，1971
20）肥田野直：テスト1，心理学研究法7，53－91，東大出版会　1975
21）新井明美他：看護学生の自我同一性職業について，第21回日本看護学会集録（看護教育）209－212　1990
22）安藤詳子他：看護学生の自我同一性に関する研究，日本看護研究学会雑誌　15，（臨）153　1992
23）Hinshaw, A. S. ：Socialization and Resocialization of Nurses for Professional Nursing Practice. 1－15 National League for Nursing. 1976
24）Kramer M. ：Reality Shock，Mosby company，1974

（平成5年9月29日　受付）

第　18　回

日本看護研究学会総会

講演記事（4）

シンポジウム

平成4年8月1日・2日

会長　木村宏子

於　ホテルニューキャッスル

弘前市上鞘師町24－1

日本看護研究学会雑誌 Vol. 16 No. 4 1993

◆シンポジウム◆

司会の言葉

熊本大学
木場冨喜
藤田保健衛生大学
筒井裕子

第18回日本看護研究学会において，高齢化社会が求める看護の専門性についてのシンポジュウムを開くことになりました。論点のひとつは，老人看護をどのように位置づけるかということであり，その内容を考えることであります。第二点は，老人が最も安心できるところで療養したり生活したするためには，家庭・施設・地域を含全体的視野での看護の体制について考えることであります。第三点は，急速な社会的変化の中で職業も分化し，看護に最も近いところに介護福祉士が生まれました。特に高齢者に対する生活の援助にかかわる側面について，職種間の専門性と相互の関係の中で，その役割を効果的に発揮するためのシステムをどのように考えることができるのか，等の問題が考えられます。

老人看護学が包含しなければならない内容とその体系については，医学は勿論のこと，環境科学・社会福祉・心理学・社会学・生活科学等々関連する広範な諸領域を整理統合しながら看護の専門性を構築してゆくことが必要と考えられます。更に看護の実践における現象，観察し得た事実や体験をもとにした研究が蓄積され，深められることにより，老人看護学の内容に科学性とか信頼度を加えてゆくことが大事であることは言うまでもありません。

本シンポジウムにおいては，私達一人一人が，いずれやってくる老年期のことを視野の中に入れて考えて頂きたいと思います。

具体的には加齢による心身の変化や障害に対して，家族的・社会的・あるいは看護上どのようなサポートが必要であり，看護で何ができるのかということであります。また高齢者が家庭・施設等の何処にいても，その人にとって必要なケアーつまりＱＯＬを確保できるシステムは如何にあるべきかについて努力することであります。そのためにはマンパワー，施設設備の充実，地域や家屋等の配慮，老人のケアーに携(たずさ)わる人達の資質の向上等残れた課題は大きいと言えます。活発な討論が望まれます。

◆ シンポジウム ◆

療養者・家族の願望を叶えるために

在宅看護研究センター
村　松　静　子

課外での訪問看護ボランティアを3年続けた私は，在宅看護を研究的に実践してみたいと思うようになっていました。そして設立したのが在宅看護研究センターです。センターを設立して7年が経過しました。今日は，これまでの私の体験を通して，社会が求める看護の専門性は，果たしてどのようなところに潜んでいると思われるかについて，私個人の考えを述べさせていただきます。

私は20数年間，臨床そして教育と一度も休まずに勤務してきました。その過程においてとても印象に残っている場面，患者・家族の声があります。私がボランティアをしていた頃のことです。ある42歳の男の患者さんがおっしゃいました。「私は1年前，胃癌を宣告され手術しました。その時は病名を告知されて良かったと思っていました。手術した時は看護婦も医師も私のそばにうるさいほど来てくれました。でも，私の下半身がまったく動かなくなった今、医師は私の前を素通りし，看護婦も声はかけてくれますが，もう他の方を向いている。こんなんだったら告知なんかされなきゃ良かった。それに，医師も看護婦も今だったら家へ帰れるから帰りなさいという。私だって帰りたいですよ。でもまったく動けない私が帰ったら，いったい誰が面倒をみてくれるんですか。結局，妻や母や子供たちが看なければならないじゃないですか。その大変さを考えたら，私は帰りたいって言えないですよ。早く私のような者でも家で療養できるようにして下さい」。

悩み悩んだ末，私は在宅看護研究センターを設立しました。世の中から看護を評価してもらうために，買っていただける看護をめざして…。昭和61年4月1日～平成3年3月31日までの延訪問回数6,744回，緊急訪問300回，6年の間に在宅療養者が求めるものは明らかに変化して来ました。①高齢者が高齢者を看る②介護や家事の経験がない男性が女性を看る③高齢者二人だけの生活または一人暮らしの増加④胃管・尿留置カテーテル・カニューレ・IVH・PTCD・CAPD・レスピレーターの装着等，高度医療の絡み⑤在宅での治療継続希望者の増加⑥在宅死希望者の増加。

私が実施した研究の結果をみますと，在宅で終末期の患者を抱えた家族は，患者の容態の急変や悪化を目のあたりにしたとき，全員が危機に陥っています。さらに介護を続ける体力がない，病状に即したケアができない等が家族介護者の直面することの多い危機であることがわかりました。そして最後の看取りの場が適切だったと答えている家族介護者の一致意見は次の3点でした。看護婦は，『救いを求めたいと思っているとき，例え夜間でもすぐ助けてくれた』『救いを求めたいと思っていることをその場でとりあげてくれた』『最終的には自分で解決できるように援助してくれた』。

看護婦は，患者の肉体や人格から切り離せない貴重な部分へかかわっております。この点は医師や法律家，あるいは聖職者等，専門職と呼ばれる方たちと一致していると思われます。しかし実際には，看護問題の解決方法やその過程において，素人ではできない判断内容までが何らかの形で明確に打ち出され，それが看護の結果に現れていると言えるでしょうか。私は，それはまだ言い難いことのように思うのです。「看護と介護はどこが違うの？」よく耳にする言葉です。

また，看護教育は学生やスタッフを自分たちで養成し，その質を維持・向上させ，質を保証するという責任を負っているかどうかという点についても，まだ言い切ることができないように思うのです。残念ながら，まだまだ医師におぶさっている部分が多いのではないでしょうか。

さらに，看護という役割に見合った報酬が得られていないという実情があると思うのです。老人保健法では，1回の訪問料がどうにか7,000円を越えましたが，

診療報酬点数では24時間の基本看護料がやっと3,000円を越えたところです。素人ではできない部分を含めてすべきことをきちんと行い，質が保証できて初めて社会からその専門性を認められ，妥当な報酬が得られるのです。その結果において初めて，看護の専門家が誕生したといえることになるのではないでしょうか。そして，看護の専門性はこの辺りに潜んでいるように私には思えるのです。

センターを設立して7年目，私の耳には多くの言葉が残っております。「私が8年間やってきた介護を看護の専門家の目で評価してください」「介護ではない看護ってすばらしいですね」「必要な時に，必要なことを，必要最小限行って欲しいのです。必要以上に言われたり，されたりすると私たちはパニックになってしまいます」「私たちの話を黙って聞いて欲しい」「同じ目線で話して欲しい」「単なる技術者であっては困ります」「主治医とのコンタクトを直接家族に代わって密にとって欲しい」「家族に対し，できるだけ詳しい説明をして下さい」「最後の最後まで病む者の命を守る努力をして欲しいのです」「苦痛をとってもらえたのだという認識を家族がもてるように努力してほしいのです」「普通の看護婦ではなく，本当の看護婦さんにやってもらいたいのです」…。

在宅療養を決意される方々は，私たち看護婦に正に看護の専門性を求めているのです。看護婦として自らの資質を高める上で欠かすことのできないもの，それは自らの考えと実践を多くの前に提示し評価を受けること，そして他者の意見を耳にし，考えを深めるとともに，視野を広めることが大切であることを私は今，身を持って体験しているのです。

◆シンポジウム◆

老人の入院・在宅ケアを通して

島田妙子

私は，教育や研究に直接たずさわっておりませんので，日常の看護業務の中から，体験したことを述べてみます。看護婦として22年経過しましたが，この4～5年は，本当の看護婦をしたという実感を持っております。私の所属している東京白十字病院は，社会福祉法人の病院で昔は結核療養所でした。現在は，ベッド数が200床足らずの小さな一般内科病院です。一般内科病院ですから，ご他聞にもれず入院患者の平均年齢は60歳を越えています。平均年齢は60歳を超していますが，中学生から100歳の誕生日を迎える人まで年齢の幅は大きくなっています。小さい病院ですから小回りがきくので，生き生き働ける場所ではないかと思っています。

最近問題になっていることは，看護婦の応募は多いのですが，夜は働きたくない昼間だけの勤務を希望する人が多いことです。そこで，私までも月数回の夜勤をする事になります。管理者の立場にあって，一看護婦の業務に徹してみる機会は『看護』を再発見する場になり，楽しみでもあります。さて，在宅の話は，村松先生が情熱を注いで詳しく話されましたので重複を避けたいと思います。

入院患者の世話をして在宅の患者の世話にも関わって，両方の分野に片足づついれていろいろおもしろいことに気付きました。

一番気になったのは，『看護婦の専門職としての責任』と言う事です。在宅の場合，訪問看護婦は一人で複数の患者を自分の患者として受け持ち，受け持ち患者の看護プロセスに付いて責任を持ちます。何か問題が発生した場合その看護婦の判断が求められ，計画が実施されます。病棟の看護婦の場合，看護婦の責任の大半を占めているのは，8時間の勤務時間内に課せられた責任が中心になっています。一人の患者をトータルに私が責任を持つことは少ないように思います。受け持ちの患者はあるのですが，今日この勤務時間内の責任であり，その時間から解放されると，気になっても自由です。自分の受け持ちではないが気になる患者があると，意見を述べたり（口を挟んだり）行動を起こしたり（手を出したり）することになります。結果としては，自分の受け持ち患者の責任が中途半端になりチームワークを乱すことになります。

看護の研究が進み，学問として体系づけが出来つつある一方で現実の職場の中では，個としての看護婦が患者をトータルに責任を持って看ることが少なく，問題が発生すると主治医の指示が優先する事もすくなくありません。看護婦が判断して，行動することに責任が持てる専門職としての実力と医療の中のコンセンサスが欲しいと思います。

次に，『患者の個別性に関わる』ということです。私事になりますが，父（79歳）が，癌末期で入院しました。79歳は年齢的には高齢者・老人の部類に入りますが，現職の人で，老人扱いされるのを嫌い，家では家長として一人前の生活をしていました。入院して37.3-5度の微熱がつづき下半身が浮腫んでだるいだるいと訴え，浮腫みが取れると，腹水が溜まりつらい思いをしていました。ある時，看護婦に「おまえ，看護婦だろ看護婦だったら看護婦しろ，医者の真似をしなくても言い」と怒鳴っていました。受け持ちナースは検温の後で「頭いたくないですか，お腹はどうですか」と質問しています。患者は「みて判らんか，みて判らんやつに言ってもわからん」といらいらしています。看護婦は，腹水に関する看護上の情報をえるために当然の行為として，聴診器を腹部にあてると，老人患者から前述のことばが出たのでした。癌末期の症状の解明（？）に熱心なあまり患者のその人に焦点が合っていなかったのでしょう。『看護婦だったら看護婦しろ』『医者の真似をしなくてもいい』これは私にとってもショックな言葉でした。

患者の個別性に関わる場合，高齢者とか老人はどこ

で線を引くのでしょうか。「キンさん・ギンさん」が100歳で元気でテレビに出演しますと老人にも個別性があるように思います。70歳から高齢者としても100歳までには30年あります。30年は，人が生まれて30歳結婚して人の親になるほどの歳月です。

それを70歳以上はひっくるめて老人として「老人だから」という前提で関われるでしょうか。

個別性とは，その生きてきた時代から生じるその人の生きざまに，看護をどう反映させるということではないでしょうか。

病院では，夜9時になると消灯され，就寝することが日課です。眠れずにベットでゴソゴソしている状況が続くと，規律を守らない問題患者になります。入院前の生活と時間がかけはなれている病院生活は，治療以前の問題として，患者にとってストレスになります。個別性は，その人の生活時間を承知して，夜中ゴソゴソしていても，彼が順応するまでは彼のつらさや努力を受け入れて，待ってあげることはできないのでしょうか。

後方病院として私の病院の最近の問題は，40～60歳の単身男性の脳卒中後遺症の患者が多くなったことです。一次病院で救急期を終り，紹介されて転入院される方が多い当院では，必然的に治療とは別に，患者その人の個別性に直接関わっていかなければ，退院後の生活はないのです。

看護婦は医学知識や技術だけでなく，社会学・心理学などを加えた，総合的に看るゼネラリストとしての立場も，必要になっています。

次に，家族の存在も大きな役割を持っています。基準看護では，家族に付添いを求めているわけではありませんが，家族がかかわることが結果として患者の表情をやわらげ，可能性を前進させることになり，患者の個別性に合せやすく，患者は大きく変化します。これは，家族に“やらせる”看護をするのではなく我々看護チームに家族を積極的に巻き込んで，一緒にかかわることによって，退院後の在宅生活へつなげられます。たまたま面会時に，処置をすることになった場合とか，時には面会時に合わせて処置をするという時，家族を外に出すのではなく，家族に同席してもらって患者の経過にふれたり，身体を支えてもらうなど，家族と共同作業することによって，家族が参加できる場づくりができます。家族も知らず知らずのうちに看護計画に参加し，役割が持てるようになります。退院にむけて，家族を呼び出し改めて指導をするやり方は，家族を緊張させ拒否につながることにもなります。

一方で，看護婦側にも色々なタイプがあるように思います。治療・処置の介助が得意な人と治療・処置は不得手だが，生活援助に熱心な人と大きく分けられます。前者は能率よくテキパキとこなしますし，後者は患者から評価されても同僚からは，グズグズしているノロマな人になります。

老人に状況を正しく認知して健康回復に行動を起こさせるための働きかけは，生活援助を通して治療・処置が実践できるチームワークが必要でしょう。同僚の得手・不得手を戦略に前向きに考えれば，お互いの得手が患者のケアに貢献できると思います。

次に，在宅では，私の患者として看護婦の責任の所在がはっきりしています。病棟での看護で，主治医の指示によって動くことが中心になると，一看護婦の責任の所在は薄くなります。日勤から夜勤に申し送ったから責任は移動していく。

在宅であれ臨床であれ「看護の専門性」を追求するなら，患者に主治医があるように，看護婦の私は，患者に「わたしが，あなたの看護婦です」と広言し，入院から退院まで，退院後の生活の自立にむけて責任が持てることではないでしょうか。そうなりたいと思います。

最近病棟で患者さんから，「私の先生は毎日顔をのぞかせてくれるけれど，私の担当の看護婦さんは誰ですか。」と質問されます。患者の多くは，入院時に病歴を聴取され，オリエンテーションを受けたナースを，受け持ちナースと思っているようです。

私の看護婦さんはすばらしいと患者同志で自慢しあう看護婦が，臨床の中に育ってほしいと思います。病棟全体の患者をみながらもそれぞれが自分の患者を持っていることが，結果として幅の広い看護婦に成長していくことではないかと思います。そうあってほしいと願っています。

◆ シンポジウム ◆

高齢化社会が求める看護の専門性 — 専門性発揮のための課題 —

継続看護の研究実践の立場から

埼玉県立衛生短期大学
大河原　千鶴子

はじめに〜病院からみた継続看護の必要性へのとり組み

最近は，入院患者も高齢化がめだち，特に脳神経系疾患患者のように，障害を伴ったまま退院を余儀なくされ，ひき続き介護を要する場合が少なくない。従って患者・家族に対し継続的な看護の必要性が増大している。

そこでここ数年来，「病院からみた継続看護の必要性」を課題にして，看護連絡票など記録の分析や実践した事例の検討により，(1)患者・家族の退院時状況ならびに在宅後の変化，(2)ケアの場選択に関する要因，(3)継続看護の必要性判断，(4)継続看護に必要な看護指導と介護者の現状認知およびケア方法の取得，(5)在宅ケア継続後の訪問による指導と支援などについて，検討を累積し共同研究として学会報告を重ねてきたので，その主要な部分を資料により提示しながら，認識をあらたにシンポジウムのねらいについて考えてみたい。

1．退院後ケアの場選択に関連する要因について

患者の退院後に看護婦が継続看護を要すると判断しても，実際の退院先は，患者本人の状態や受け入れ側の家族状況により，退院即家庭に戻るということが，スムーズに行かないケースが多くなっている。

最初に紹介するのは，本学看護学科の実習病院である浦和市内総合病院に，入院した脳神経系疾患患者を対象として，退院時に継続看護が必要と判断された84例のうち，退院後に在宅ケアが継続された35例（41.7%）と，直接他施設に移った49例（58.3%）に関し，本人および家族の状況を比較検討することにより，ケアの場の選択に関連する要因を探ることを，研究目的としたものである。

結果について，在宅，他施設の特徴的なところを説明すると，年代別では40代ならびに70代から80代と高齢化するに従い，他施設が多くなっている。さらに年代別と性別でみると，40代から60代までは在宅に女性が多く，高齢者は男性が在宅を占めている。他施設は，40代，50代の男性が多く，60代からは女性が増加している。つまり50代までの女性は，状況がよいこともあるが，独居の1例を除き在宅であるのに対し，男性は状況がよくても他施設へ移っているということになる。その理由としてリハビリなど積極的治療を求める場合とし，生活経済的に一家の柱となっている世代の男性が倒れた場合，妻が代わりに働くなどにより在宅ケアを困難にしている。

このことに関して在宅と他施設を，退院時のＡＤＬ（日常生活動作）の状況でみたものが，表1である。移動能力別に5段階に分類し，年齢別，性別について比較した。在宅は，起立可以上が65.8%であり，他施設ではより介護を要する「寝たきり」および「寝たり起きたり」が63.3%を占め，明らかに有意な差（$P < 0.01$）が認められた。ここでも注目できるのは，退院時の移動能力のみでは，退院後の方向制が説明できない群があることである。それは，在宅における「寝たきり」および「寝たり起きたり」の12例と，施設にみられる「室内歩行可」および「室外歩行可」13例の存在である。

これらの結果は，患者を受け入れ介護を行なう家族状況等に関連があり，家族形態，主な介護者，介護者の健康状態の3点について介護力をしらべたところ，何れも施設ケースの方が悪い傾向を示していた。なお在宅ケアを支える介護力に影響を及ぼす諸条件のうち，家族受入れ態勢，介護代替者の有無，近隣との交流について比較した結果，何れも在宅の方が際立って良好であった。

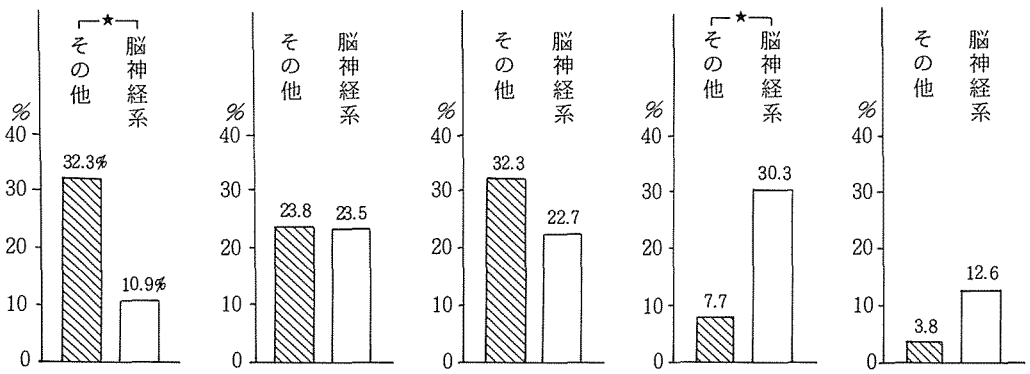
次に在宅ケアが継続された35例のうち，追跡できた34例を対象として検討した結果の中から，在宅ケア継続後に死亡したケース13例について，退院時ＡＤＬと

表1　ADLの状況（移動能力）

●男○女

年齢	在宅 n＝35					施設 n＝49				
	寝たきり	寝たり起きたり	起立可	室内歩行可	室外歩行可	寝たきり	寝たり起きたり	起立可	室内歩行可	室外歩行可
40歳未満					○					
40歳代			○	○		●		○	●●	●
50歳代			○	○○	● ○○○	●●	●	●●	●●	
60歳代	● ○	● ○		●● ○	● ○	●● ○	● ○		●●●	
70歳代	●●● ○	● ○	●	●●● ○○○	●	●●●● ●●●● ○	● ○○○○ ○	●	●●●	●
80歳代	●	●				● ○○○○ ○	●	●	●	
計	7	5	3	12	8	21	10	5	11	2

その他 n：48
脳神経系 n：35
★ P＜0.10



医療的管理	リハビリ	生活指導	家族支援	社会資源の活用その他
排泄管理 インスリン自己管理 創部処置 呼吸管理 経管栄養 血圧管理 医療・服薬継続 症状観察，異状発見	運動訓練 家事動作訓練 職業リハビリ ADL継続拡大 寝たきり、呆け予防 発語訓練	食事、栄養 肺炎、床ずれ予防 運　動 清　潔 排　泄	心理的支援 家族関係調節 介護方法確認 家族の健康管理	医療、福祉制度の活用 家屋構造の改善 経済的問題 医療機関との連係 地域社会との交流

図1　退院時必要な援助

表2　介護者の認識の変化　～在宅ケアの見込みがたつまで～

	患者の状態，看護婦の働きかけ	妻の反応，認知状況
入院時	意識レベルが低下し，刺激しないと眠ってしまう。ＩＣＵにおいて救命ケア。	妻と娘が面会時，ベッドサイドで呼びかけては「このままでは死んでしまうのでは」と涙ぐむ。
10日目	病状安定し4人部屋へ。昼間妻の付添を認め看護指導を行う。	患者のそばに居たいと妻が希望。看護婦と共に食事介助，清拭，良肢位の保持。
20日目	前日発熱，夕方解熱。 患者は「家に帰りたい」という。	この状態で家庭で面倒をみる自信は全く無いと。
40日目	食事を自分で摂取できるのは2，3口，表情は明るくなる。	妻に疲れみられ休むようにいったが，病院に居たい。
2月目	尿器操作は自分で可能だが妻に依存，自力でするよう指導。	元気になってきたことを喜ぶ。
2月10日	昼食は車椅子に腰掛けて摂取するように仕向け妻に教える。	看護婦が幾回か共に行い妻は移動介助が上達。
2月20日	つかまり立ち2，3分可能。 ポータブル便器への移動介助を教える。	食事，清拭，排泄の介助が妻1人で可能となる。
4月目	下肢の振り出し，健側での支え起坐保持が困難。	歩くことは無理と認識し家庭で面倒をみたい。介護の見込みがついたと。

在宅期間について説明する。ＡＤＬレベルが起立可以下と低い場合，７例中６例が１年以内の死亡となっており，室内および室外歩行可の場合は，６例中５例が１年以上の在宅後に死亡している。例外はあるものの概してＡＤＬレベルが低い場合に，在宅短期間で死亡しており，両者は関連を有している。

以上，主なことを提示したが，退院後在宅ケアが次の施設への入所かを，左右する要因としては，患者本人の移動能力や年代，性別等をあげることができる。しかしそれ以上に影響が大きいのは，家族の受入れ態勢および介護支援体制であることがわかる。

２．継続ケア必要性の判断理由について脳神経系疾患ケースとその他のケースの比較

対象は老人・成人ケース83例で，その内訳をみると，脳神経系以外（その他）48例，脳神経系35例である。

脳神経系患者において問題となった退院時移動能力は，83例全体で，室内，外あわせると約７割が歩行可能である。それを年齢別にみると，高齢化するに従い減少傾向であり，疾患別ではその他約８割，脳神経系約６割で，その他は脳神経系に比べ移動能力の問題が少ない。

図１は退院時継続ケア必要性の判断理由を，その内容から５群に分け検討を行なった結果である。その他が多いのは，医療管理および生活指導といった本人に対する援助内容であり，介護を要する度合の高い脳神経系は，家族支援および社会資源の活用がその他を上まわっている。

さらに観察期間５年間の生存例，死亡例について両者を比較してみたところ，脳神経系のケースは，その他のケースより在宅ケア期間が長期であることがわかった。

３．看護の専門性を求められること

以上により在宅を選んだ特に高齢な脳神経系疾患ケースの場合，可能なかぎり退院までに室内歩行までＡＤＬの拡大が望まれる。また患者の入院中介護者に対する徹底した看護指導が必要であり，在宅ケア移行後は，継続訪問による重点的な指導・支援が重要である。

４．退院に向けての患者・家族への看護指導

ここでは具体的な１事例として，脳神経系の病棟に入院した77歳の男性をとりあげる。入院時の概要は，意識レベルの低下や麻痺など脳神経症状を伴い，日常生活動作のほとんどに介護が必要という状態であった。家族は妻と次女の３人暮し，主たる介護者は，65歳で健康，世話ずきでテキパキ働く妻であり，嫁いだ娘も含めて交代で代替可能であった。

医師による予後の見込みは「ＣＴ上から歩行の自立は望めず，起座，起立の状態で退院」となっていた。そこで看護婦は「家庭で受け入れるためには，介護に熟練を要する」と判断した。そこに目的をおいて危機的状況を脱し，病状が安定した10日目に４人部屋に移した時点で，食事介助および全身清拭を妻と共に実施しながら，指導を開始している。

病状に即したケア指導視点の重点順序は，食事から始まり清潔，排泄，移動であった。排泄は，尿道バルンカテーテル抜去後，約１週間で失禁がなくなって妻が介助できるようになり，間もなく患者自身も尿器操作が可能となった。

このケースの指導過程で，専門職としての看護婦が意図しなければならないのは，病状の改善と共に患者の自立を促し，自信を回復させることであった。ところが妻がまめで世話ずきなこともあり，患者がぎこちなくやるのを，見ていられないと自分がやってしまい，患者が依存的になりやすい傾向がみられた。患者のペースをよく観て，手助けにとどめるよう再三指導している。一方長年連れ添ってきた妻への依存により，精神的安定を得て自分ががんばりを示すことがみられることから，看護婦としては，それを認めた上で患者のやる気を引き出し，支持するよう働きかける必要がある。

介護にあたった妻の認識の変化をみると，表２の如く入院20日目に，患者は「家に帰りたい」と希望していたが，妻は「家庭で面倒をみる自信は全くない」と言って言っていた。しかし移動の介助までできるようになった４か月目には，「歩くことは無理かも知れない」と現状を認知した上で，「介護の見込みがついた，家庭でみたい」と積極的な介護意欲を示し，在宅ケアへと態度変容をしていることがわかる。

５．看護の専門性を求められること

以上みてきたように，この事例の場合，入院当初に妻から希望があったこともあり，長期にわたって指導を行なったが，医師の診断だけでなく，患者・家族側に立った看護の視点に基づく，看護婦としての判断を磨くことが重要である。またケア方法の指導にあたっては，高齢者の特性をふまえた対応，適切な状況判断と的確で優れた看護技術を示しつつ，順序立てて介護

表3　患者および介護の概要

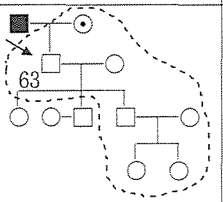
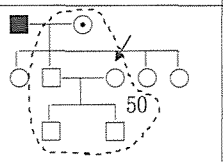
case	年・性	疾患名	退院時の状況	家族構成	介護状況
1	84才 女性	心筋梗塞 右脳梗塞	（入院期間 81日） 寝たきり　左半身麻痺 自力体位変換不可能 仙骨部褥創　夜間せん妄 バルーンカテーテル挿入 日常生活全面介護	 4世代7人家族	日常生活全面介護 主な介護者：長男夫婦 介護代替者あり
2	84才 女性	小脳出血 糖尿病	（入院期間 21日） 寝たきり 自力体位変換可能 バルーンカテーテル挿入 日常生活全面介護	 ↘：主な介護者 3世代5人家族	日常生活全面介護 主な介護者：嫁 介護代替者なし

表4　患者および介護状況の変化　Case. 1

在宅経過	本人の状況の身体の変化	家族の介護状況　心理の変化	訪問看護者のかかわり
退院時		本人の「畳の上で死にたい」という希望をかなえるため自宅で面倒を見ることにした。	←
～		↓	
2週間		介護の負担が重く，家族の健康問題からしかるべき病院に入院させるかと迷う。	←
～		↓	
1M後		夜騒がれるので他施設へと思ったが，ようやく介護の目安がついてきた。	
		↓	
2M後		在宅で看ることが生活のペースにとけこんで，介護にも距離がおけるようになった。	←
		↓	
3M～4M後		介護の不安がなくなり，どう看ていくかという点が分かり始めた。余裕がみられる。	←
		・介護代替者（ケースのいとこ，孫）の協力 ・主たる介護者が旅行に出かける。	
6M後		↓	
		今時点で出来ることはしてあげたい。これ以上の悪化を避けるために，最大限の努力をしている。	←

表5　患者および介護状況の変化　Case. 2

在宅経過	本人の状況の身体の変化	家族の介護状況　心理の変化	訪問看護者のかかわり
退院時		本人の意志不明だが家族は入院の継続を希望。	
		↓	
2週間		介護者は1人，直接困る事はないが何かあったらと不安。	← ←
		↓	
1M後		介護代替え予定の義妹が全く来ない。介護疲れ	←
		↓	
4M後			
4.5M後		この1年は私が看ようと思うと強調。ぜひまた来て下さいと訪問に対する受入れが積極的になる。	←
		↓	
5.5M後		病状現状維持のため長期戦の覚悟で取り組みたい。夫，息子が直接介護に手を出さなくても，心理的支え近隣交流は良い。 訪問時具体的指導は助かり，励ましとなった。	←

者に教え，手助けすることによって，現状認知と方法が身につき介護意欲へと繋がり，在宅ケアへの準備ができると考えられる。

6．在宅ケア継続後訪問による看護指導と支援について

ここで紹介する2つの事例（ケース）は，両者共84歳の女性でいわゆる寝たきり老人である。このようなケースは，最初に紹介した在宅と他施設の比較では，すべて他施設移行であったが，その後のケースであり在宅ケアに継続している。

退院後2週目から定期的な訪問により，患者の状態および家族による介護の実態を，継続的に明らかにすると共に，どの次期にどのような指導・支援が重要であるかを，把握することを目的として検討したものである。

患者および介護の概要は表3，その変化と訪問看護婦のかかわりは，表4，5に示した通りである。

在宅ケアの重要な要素である家族の介護状況と心理の変化をまとめると，入院中の看護指導により，当初から在宅ケアに積極的であったケース1の場合でも，在宅1か月頃までは，患者の昼夜逆転，夜間せん妄などに家中が振りまわされ，介護の負担が重く再入院させるかと迷っていた。訪問により対応方法について共に考え，支援すると共に入浴サービス，貸しベッドの利用をすすめ，保健婦との連携により，往診医をさがし，随時家族からの電話相談を受け助言を行なった。その結果介護の目安がつき，2か月頃から徐々に4か月頃までには，患者をとり込んだ生活に馴れ，介護のペースをつかみ余裕が出てきて，6か月経過後は，積極的な介護が行なえるようになった。

入院の看護指導が十分でなく，在宅ケアに消極的であったケース2の場合，訪問を継続し指導・支援をするうちに，4～5か月頃には介護に対する自覚が向上し，訪問に対する受入れが積極的になり，長期戦の覚悟で取り組みたいというようになった。その影には夫や息子たちの励まし，近隣からの支えがあったことは見逃せない。

図2は，初回および6か月後の訪問時評価である。紹介した2つのケースは，84歳という高齢で，性別，退院時の移動能力（寝たきり）は共通している。家族の受け入れ態勢，介護状況，看護代替者の有無，在宅ケアに対する考え方，患者と介護者との関係，入院中の看護指導など要因，条件に相違があった。しかし通院後早期の継続的な訪問看護により，患者・家族の支援を行なった結果，在宅ケアに一応の見通しがついた。

7．看護の専門性発揮の課題

以上の検討から次のことが考えられる。

1）入院中の看護指導が徹底された場合は，介護者

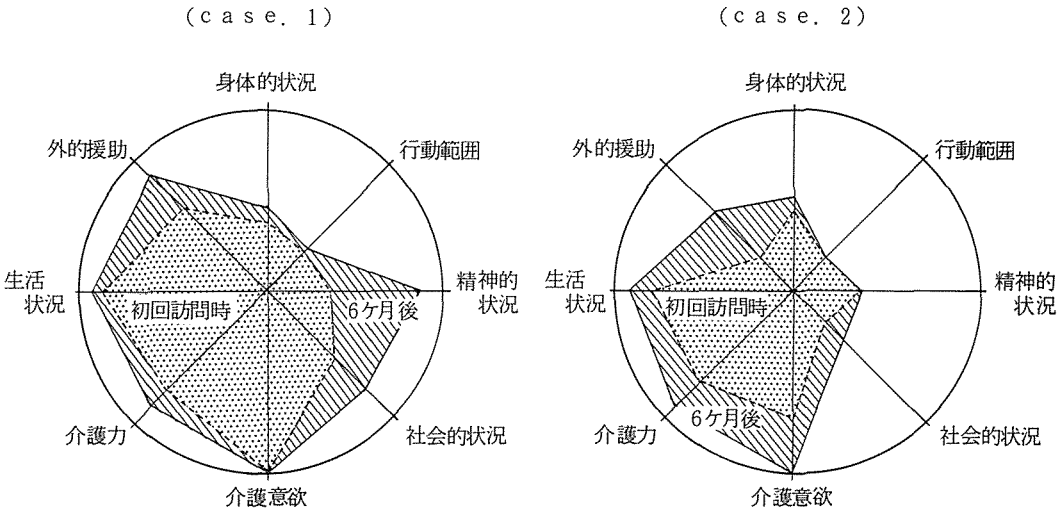


図2　在宅ケア継続後の評価

によりかなり有効に活用されるが，予期せぬ変化には対応しきれず，医療および看護の専門的な支援が必要となる。

2）介護者が実際に行なっていることを看護が果たす役割は大きいと思われる。

3）高齢者が療養環境に適応するまで，および介護者がケースをとり込んだ生活ペースになれ，介護の覚悟ができるまでには2～6か月近くかかり，その間の重点的な指導・支援が大切で，その後の在宅ケアの方向に影響を及ぼす。

4）直接的な介護援助のみならず，心理的な支え，励ましは在宅ケアを継続する上で重要である。

5）在宅ケアに医療が継続されなければならない時，適切な家庭医の確保が困難な場合があり，訪問看護による支援はより肝要となる。

◆シンポジウム◆

特別養護老人ホームにおける看護機能を探ることから

千葉大学看護学部看護実践研究センター
吉田伸子

近年，新設・増設のラッシュが続いている特別養護老人ホームには高齢社会を目前にした老人施設ケアの柱として，又地域在宅ケア支援の資源として，熱い期待が寄せられている。また開設より永くて20年そこそこの若い施設に於ける多職種協働の試みは高齢社会における保健・医療・福祉ケアの在り方，看護職の果たすべき役割や他職種との連携のひな型でもある。今回私は取り組んで来た研究成果を整理し，老人看護ケア構造なるものを提言しつつ，また特別養護老人ホームで行われている看護機能探求の角度から，本シンポジウムのテーマに迫ってみた。

1．まず看護者にとって高齢者のケアとはなにかということであるが，大学病院看護婦はベットサイドにおいてケア提供者として，医師を除くとほとんど唯一の存在である。そこでの看護婦の看護行為の家族委託という設定場面に投影された意識を因子分析することによりケア意識の構造を探ると“身の囲りの世話”“セルフケア”“身体ケア”といった命名が可能な，まとまりあるケア意識によって成り立つケア構造の存在が確認された。これらは重なり合うことのないケアの領域として3次元空間に描くことが可能である。

一方，寮母，生活指導員という協働者のある特養ホーム看護婦のケア意識の構造をほぼ同様にみると対象の健康段階に沿って垂直的にイメージしているように推察された。そこで身体ケアの目標次元として“健康の破綻の査定と対応”“健康の回復”，“健康の増進”という3次元を設定した。これら身体ケアにはいずれも保助看法で規定されている診療の補助行為を含む。身体ケアのうちの“健康の破綻の査定と対応”にはプライマリーケアの要素が含まれ，身体の生理機構を直接整え生体の持つ自然治癒力を最大に発揮しうるよう働きかける。また安らかな死への看護をも含むことになる。

他のケア領域は因子構成項目の吟味によって身の囲りの世話には“日常生活障害の補完”，“日常生活の質の向上”を，セルフケアには“認識の形成”ならびに“行動の形成”を目標次元として設定した。すると図1および表1に示したような3×2×2＝12のケアが構成される。

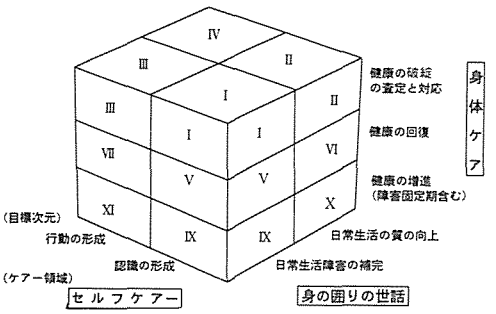


図1　看護婦にとっての老人看護ケア構造

表1　老人看護ケアの構成

	身体ケア	身の回りの世話	セルフケア
Ⅰ	健康の破綻の査定と対応	日常生活障害の補完	認識の形成
Ⅱ	健康の破綻の査定と対応	日常生活の質の向上	認識の形成
Ⅲ	健康の破綻の査定と対応	日常生活障害の補完	行動の形成
Ⅳ	健康の破綻の査定と対応	日常生活の質の向上	行動の形成
Ⅴ	健康の回復	日常生活障害の補完	認識の形成
Ⅵ	健康の回復	日常生活の質の向上	認識の形成
Ⅶ	健康の回復	日常生活障害の補完	行動の形成
Ⅷ	健康の回復	日常生活の質の向上	行動の形成
Ⅸ	健康の増進	日常生活障害の補完	認識の形成
Ⅹ	健康の増進	日常生活の質の向上	認識の形成
Ⅺ	健康の増進	日常生活障害の補完	行動の形成
Ⅻ	健康の増進	日常生活の質の向上	行動の形成

老人はケア提供者の援助を受けつつⅠからⅣ，ⅤからⅧ，ⅨからⅫを達成して行くことによって，より質の高いしあわせを手にすることが可能になる。

しかし老人の場合これが遅々として進まない，あるいは徐々に低下してしまうことが特徴であるとも言える。具体的な看護内容と方法は疾患，性，年齢，心身の障害部位・程度・回復可能性，ケアの場やマンパワーなど多くの条件によりさまざまなバリエーションが適切に選択されなければならないが，今回は仮説として老人看護ケアのおよその構造的枠組みを示してみた。

2．特養ホームにおける看護機能について

特養が対象にしている寝たきり老人は（図2参照）一見して明らかなように日常生活動作能力の中でも移動動作に著しい能力低下があり，歩行，トイレ，風呂などに支障を来しているのが特徴である。こうした老人に対して特養では寮母，指導員，看護婦が直接処遇職員として世話に当たっている。

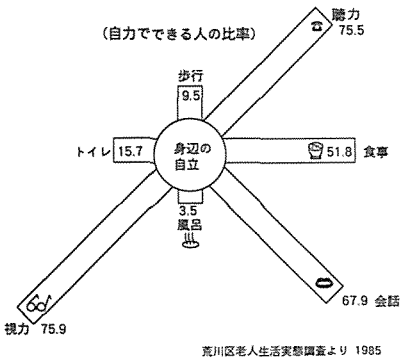


図2　寝たきり老人像

千葉県の54の特養ホームの直接処遇職員，寮母，生活指導員，看護婦の本務意識から見た看護機能に対する協働状況の調査でみると，特養ホームケアは大学病院看護婦の家族への看護委託の際，意識に存在が推定された“身の囲りの世話”“セルフケア”“身体ケア”を3職種がほぼ分掌し，かつ補い会う協働の形でなされている事が示された。またホームの実務の柱である寮母は本務意識では“身の囲りの世話”を本務としているが，実際の業務施行状況を問う意識調査より仕事の意識構造をみると，第一に“自立と生活の質の向上をめざすケア”，第二に“健康の破綻に対応するケア”，第三に“健康と自立のレベルに対応する身の囲りの世話”となっており，特養ホームケアの実質をよく表す仕事意識構造となっていた。

3．特養ケアの成否を決めるもの

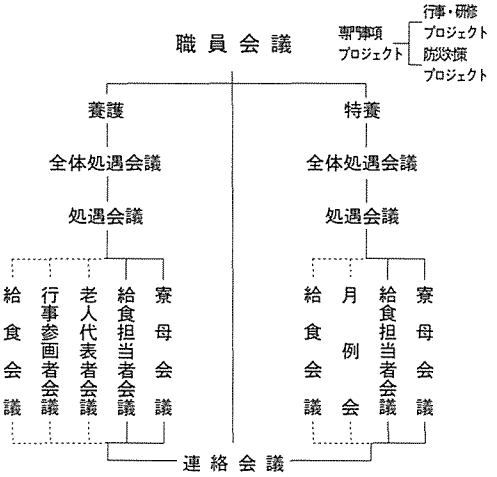
特養の老人ケアの実際業務量における各職種の仕事の力点を知る為，生活指導員の業務施行状況の結果も因子分析し，3因子を取り出して仕事意識の構造をみてみた。3職種の仕事意識の因子構造をその因子の命名一覧で示すと表2のようになる。看護職以外は生活の質の向上をめざすケアを第一義に置いていることが分かる。さらにこの仕事意識に対する影響要因をみる為，各職種の各因子の因子得点を基準変数とし，この仕事意識に影響すると思われる施設や本人の属性，職務に対する意識などを説明変数として，量的変数に関しては重回帰分析，質的変数に関しては数量化一類を用いて要因分析を行った。しかし，重回帰分析により明らかにされた影響要因の説明率は以外と小さく関連要因の探索的意義に止まるものであった。しかし，仕事満足意識，職業継続意識関連の要因は積極的な影響をもたらすようであった。また質的要因の影響に関しては寮母はどちらかというと，婚姻関係，老人との同居経験など生活経験が，指導員，看護婦は設立主体，学歴や資格取得意欲など，施設の理念や職業意識が仕事の積極性に影響することなどを推測できた。

表2　三職種の仕事意識構造各三因子の命名

	看護婦	寮母	生活指導員
第Ⅰ因子	健康破綻のレベルを査定し回復をめざすケアー	自立と生活の質の向上をめざすケアー	健康と自立のレベルに対応し生活の質の向上をめざすケアー
第Ⅱ因子	身辺自立を査定し生活の質の向上をめざすケアー	健康の破綻に対応するケアー	健康と自立の破綻に対応する身の囲りの世話
第Ⅲ因子	生活の拡大をめざすケアー	健康と自立のレベルに対応する身の囲りの世話	変化に適応し社会生活の拡がりの中でめざすケアー

以上のことより3職種の看護機能からみた仕事意識の構造には違いがあり，それが本人の属性や施設条件などの要因によって影響されることを踏まえ，よき協働を実現していくためには対応に念慮が望まれる。実際にはそれに増して仕事を助長し，補い会うものは各職員の自覚的取り組みであろう。それを喚起しつづけ，互いの情報やアイデアを共有する場

面として特養では，処遇会議を中心とした各種会議がもたれている。（図3参照）この他にも，日々の朝礼，申し送りなどによって種々の情報が共有され，ケア実践の維持・発展がなされているのが特養の老人ケアである。



例：千葉市W養護・特別養護老人ホームの場合

図3　会議系統図

4．高齢社会に向けての保健・医療・福祉のケア体系と看護職者のめざすもの

図4は日本における老人施設看護の行われている“場”の概略図である。現在日本の老人は経済力，選択時の健康度などによってこうしたケアを利用している。しかし，現在養護老人ホームと老人保健施設の特養化が問題視され，当然ケアの不適合も起きていると思われる。今後特に，政策のめざすように地域における在宅ケアを重点に据える場合は図5のマーガレットとメリーのモデュール2や3が示しているような，老人がどこにいても一定の許容範囲において，最適ケアが受けられるよう，ケアの吟味，統合，調整のできる職種が有効に機能していることが必要となろう。あるいはまた特養ケアから学べば，複数の専門職員，家族（老人）も含めた合議による柔軟な対応が望まれる。

ところがこうした状況に対応する看護職種のマンパワーの問題は山積みしていると言ってよい。図6は日本が65歳人口の全人口に占める割合が7％を越えた，いわゆる高齢化社会に突入した1970年より

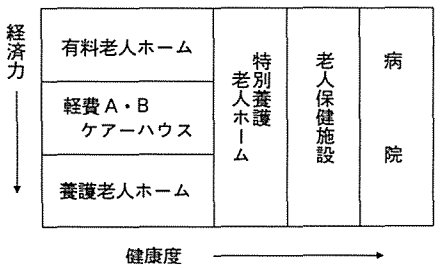
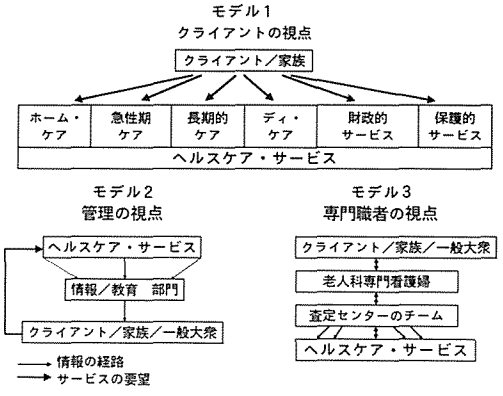
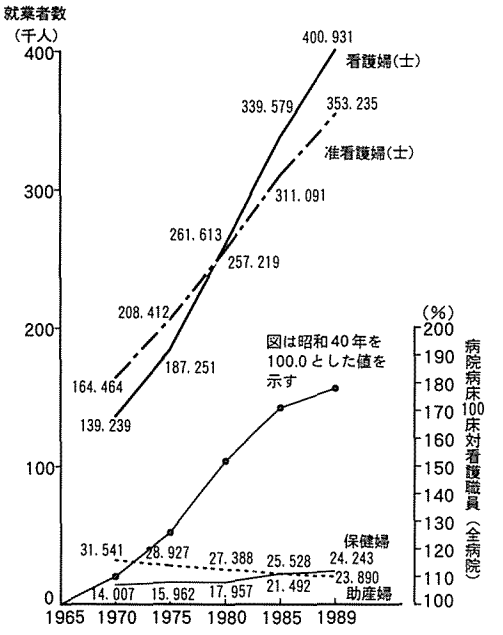


図4　日本における老人施設看護の“場”



Margaret. A & Mary. J. C. のModel of Long Time Care

図5



「平成3年看護関係統計資料集」「厚生省人口動態統計」による
「医療施設調査」

図6　看護職種の職種別就業者数の推移

表３　医療関係者数と率（人口10万対）

昭和45年(1970)末現在　平成２年(1990)末現在

	実数	率 人口10万対	実数	率 人口10万対
医師	118,990	114.7	*193,682	157.7
歯科医師	37,859	36.5	* 68,692	55.9
薬剤師	79,393	76.5	* 84,302	68.7
保健婦	14,007	13.5	25,303	20.5
助産婦	28,087	27.1	22,918	18.5
看護婦	273,572	263.8	745,301	602.9
歯科技工士	8,722	8.4	40,932	33.1
歯科衛生士	5,804	5.6	32,433	26.2
あん摩・マッサージ指圧師	62,923	60.7	91,969	74.4
はり師・きゅう師	68,916	66.4	119,960	97.0
柔道整復師	5,974	5.8	22,904	18.5

資料　厚生省「医師・歯科医師・薬剤師調査」「衛生行政業務報告」
注1）＊印は医療施設（薬局）の従事者　昭和63年末現在
注2）看護婦には看護士，准看護婦及び准看護士を含む

表４　就業先および免許区分別看護婦（士）数

昭和45年(1970)末現在　平成２年(1990)末現在

	実数	構成割合(%)	実数	構成割合(%)
総数	273,572	100.0	745,301	100.0
看護婦学校及び養成所	2,086	0.8	6,665	0.9
保健所	357	0.1	1,228	0.2
病院	213,880	78.2	581,249	78.0
診療所	52,919	19.3	138,549	18.6
老人保健施設	—	—	2,559	0.3
学校	872	0.3	747	0.1
派出看護婦	974	0.4	281	0.0
その他	2,484	0.9	14,023	1.9
（免許区分）				
看護婦	126,476	46.2	395,496	53.1
准看護婦	143,298	52.4	325,907	43.7
看護士	1,104	0.4	9,268	1.2
准看護士	2,694	1.0	14,630	2.0

資料　厚生省「衛生行政業務報告」

1989年までの看護婦の飛躍的に増加した様子を示している。これとて病院病床数の増加に少しばかりの上乗せがあったのみで患者の高齢化，高度先進医療への対応に追いついていないのが現状である。表３に示したように医療関係数の1970年と1990年の比較で，問題にしたいのは保健婦の増加が看護婦に比べ格段少ないことである。また表４に示したように看護婦の就職先の割合はほとんど変わっておらず，老人保健施設の項にわずか，と“その他”に特養看護婦等が含まれ，１％の増加をみるのみである。看護職は今，現職のなかで対象となる老人に出来ることを見直し，また多々ある問題を乗り越え，訪問看護ステーションなど老人看護実践分野を開拓して，他職種とのよき協働から学び，老人看護に関する知見を構造的，系統的に蓄積して，優れた実践を導くことができるならば，老人の真のしあわせに貢献するばかりでなく，看護学の発展にも資すると考える。

参考文献

1．吉田伸子他：看護婦－患者関係に第三者が介在した場合の看護行為の委譲に関する看護婦の意識の研究，日本看護研究会雑誌　9（2），p. 80，1986.
2．東条光雅：処遇・介護に関する特養職員の意識と態度，川島書店，1987.
3．吉田伸子他：特別養護老人ホームの寮母，生活指導員，看護婦の本務意識ならびに職務意識よりみた協働構造に関する研究，日本老年社会科学会第32回大会報告要旨集，p. 82，1990.
4．吉田伸子他：特別養護老人ホームの看護機能に関する研究－第２報－寮母，生活指導員，看護婦の業務施行状況調査よりみた仕事の構造ならびに要因分析，日本看護研究学会雑誌　14（臨），p. 145，1991.
5．荒川区民生委員協議会・荒川区社協：昭和58年荒川区老人生活実態調査，1987.
6．平成３年度千葉市和陽園運営方針，p. 7，1991.
7．Mary J. Cruse, Margaret Alderman: The Coming of Age in Nursing Care of the Elderly, Vol. 36, No. 2, p. 47～49, 1980.
8．㈳日本看護協会　老人保健医療検討委員会：高齢者の在宅ケアと看護の役割，1991.
9．㈳日本看護協会：平成４年度「看護の日・看護週間」看護フォーラム資料，1992.
10．㈶厚生統計協会：国民衛生の動向　昭和46年特集号，厚生の指標，1971.
11．㈶厚生統計協会：国民衛生の動向　平成３年特集号，厚生の指標，1991.

◆ シンポジウム ◆

高齢化社会が求める看護の専門性
―専門性発揮のための課題―
看護と介護業務の機能と連携

弘前学院短期大学
大和田　猛

はじめに

高齢化社会の到来に伴って老人ケアシステムの総合化が，地域社会や老人福祉施設の臨床現場で議論されている。そのためには，保健や医療・福祉とのサービスの連携・協働が何よりも重要であるとの認識も合意されているようである。とくに，慢性疾患や健康問題の様相に特徴をもつ老人へのサービス接近は身体的，精神的，家族的な生活全体への援助という視野をもたなければならない。とくに「生活の場」としての性格をもつ老人福祉施設においては，看護面でのニーズがより高い人も，精神面の悩みをかかえている人も，あるいは福祉のサービスが必要とされている人も包括的な看護，介護，福祉サービスを提供しなければならない。医療の中心も，cure（治療）からcare（世話）の時代に移行してきているとか，ＱＯＬの保障とか呼ばれてる昨今，老人福祉施設や老人保健施設に勤務する看護職，介護職は相互にどのような連携・協力をし，専門性を認識し，固有の機能や役割を意識しているのであろうか。相互の役割期待や役割認知，役割遂行上の意識の相違を実践業務の中から模索し，検討することが要請されている。「生活の場」としての施設で，老人が日常生活に適応し，安心して老いていくためには，看護職，介護職の専門職種相互の業務実態を検討することが，相互の業務の上での連携や協働を考えていく上にも必要不可欠であろう。

本報告では以上のような問題意識のもとに，青森県内の老人保健施設，特別養護老人ホーム，養護老人ホームの三種類の施設で働く看護職，寮母職（介護職）に対して実施したアンケート調査結果の一部を報告し，看護職，介護職の業務実態や業務意識を明らかにし，相互の専門性や協働性を模索したい。

Ⅰ　調査の一般概況

1992年１月に青森県内の養護老人ホーム，特別養護老人ホーム，老人保健施設（1992年１月現在）全個所の看護職，介護職に対して，業務実態意識調査を目的にしたアンケート調査を実施した。回答のあった施設別内訳は，養護老人ホーム（看護職10名，介護職10名）20名。特別養護老人ホーム（看護職47名，介護職47名）94名。老人保健施設（看護職11名，介護職11名）22名である。つまり，看護職68名，介護職68名，合計136名から回答があったことになる。調査対象者の平均年齢は，養護老人ホーム（看護職44.1才，介護職47.1才），特別養護老人ホーム（看護職40.5才，介護職38.7才），老人保健施設（看護職41.5才，介護職33.1才）となり，看護職，介護職とも平均年齢が最も高いのは養護老人ホームである。看護職で最も平均年齢が低いのは，特別養護老人ホームであり，介護職のそれは老人保健施設である。対象者の性別人数内訳は，看護職（男性３名，女性65名），介護職（８名，女性59名，無回答１名）とも圧倒的に女性が多く（124名），男性はわずかに11名である。このことから看護職，介護職とも女性の専門職としての性格が強いことが再認される。対象者の保有免許資格をみると，看護職は，准看護婦56%，正看護婦37%，社会福祉主事７%，介護福祉士２%という状況である。介護職のそれは，とくになし38%，介護福祉士35%，社会福祉主事29%，准看護婦７%という様相である。看護職については，正看護婦よりも准看護婦の免許資格者が業務に従事している者の数が多いこと，介護職については，介護福祉士の資格保有者よりも，何の資格，免許もとくにない者が上回っていることが問題点として指摘できよう。

Ⅱ　看護職，介護職からみた重要業務

看護職自身が認知している重要業務は，上位順

＜（ ）内数字は%＞に，①バイタルサインのチェック・健康観察（以下，健康観察と略す）（99），②医療処置の補助（以下，処置補助と略す）（99），③記録・申し送り・カンファレンス（以下，記録等と略す）（94），④与薬の準備・服薬介護（以下，与薬と略す）（94），⑤回診の補助（87），⑥急性期・末期の看病・世話（以下，看病と略す）（87），⑦入院・通院の付き添い（以下，通院付添いと略す）（81），⑧話相手になる（以下，話相手と略す）（68），⑨身の回りの世話（49），⑩家族への対応（46），⑪職員への指導・助言・教育（以下，職員教育と略す）（42），⑫カウンセリング（35）となっている。

一方，看護職が介護職の重要業務と認識しているのは，①身の回りの世話（96），②話相手（96），③記録等（79），④通院付添い（79），⑤自分自身の研修（以下，研修と略す）（78），⑥クラブ活動・行事の企画運営（以下，行事等の運営と略す）（75），⑦レクリエーションの介助（72），⑧家族への対応（69），⑨環境の整備（63），⑩健康観察（59），⑪看病（57），⑫リハビリテーションの介助（以下，リハビリ介助と略す）（53）ということになる。

看護職が自分の固有業務で重要なこととしているものと，介護職にも業務役割期待をしているものがオーバーラップしているものを拾ってみると，身の回りの世話，話相手，記録等，通院付添い，家族への対応，健康観察，看病となる。これらの業務は，それぞれの職種でそのウエイトの置き方，高低やスタンスによる相違はあるものの，施設利用者の日常生活を援助する場面で相互に連携や協力をしなければならない業務として認知されている。看護職の重要業務と認識されていても，介護職の重要業務とは必ずしも考えられていないものは，処置補助，与薬，回診の補助，職員教育であり，医療行為に直接的にかかわり，医療看護的技術や知識を要する業務は看護職の固有業務と認識されている。

一方，看護職からみて介護職の重要業務と期待し認識されているものは，行事等の運営，レクリエーションの介助，研修ということになる。特に研修が重要業務として期待されているのは介護職の専門性や技術・知識の向上を検討しなければならないことを示唆している。

さて，介護職が自身の重要業務と判断している業務内容は，①身の回りの世話（99），②話相手（96），③記録等（93），④レクリエーションの介助（76），⑤行事等の運営（76），⑥研修（75），⑦健康観察（63），⑧家族への対応（56），⑨環境整備（54），⑩看病（53），⑪カウンセリング（50），⑫リハビリ介助（42）であった。介護職からみて看護職の重要業務として役割認知しているものは，①健康観察（93），②処置補助（93），③与薬（90），④看病（88），⑤記録等（81），⑥通院付添い（76），⑦回診の補助（75），⑧リハビリ介助（51），⑨話相手（49），⑩カウンセリング（46），⑪職員教育（44），⑫身の回りの世話（38）であった。

介護職が自身の固有業務として重要視しているものと看護職業務として役割期待しているものがオーバーラップしているものは，健康観察，身の回りの世話，話相手，記録等，カウンセリング，リハビリ介助，看病である。相対的に介護職に固有性が高いと考えられているものは，レクリエーションの介助，行事等の運営，研修，家族への対応，環境整備ということになる。

これからのことから，自身の重要業務と相手に期待する業務を検討すると，処置補助，与薬，職員教育という業務は看護職に，リクリエーションの介助，行事等の運営，環境整備については介護職に固有性が高い業務と理解される一方，身の回りの世話，話相手，記録等，通院付添い，家族への対応，カウンセリング，看病，健康観察などはそれぞれが固有の業務と考えていても，役割認知，役割期待の上に職種間で微妙な相違があるということであり，介護職と看護職の連携・協働によるチームワーク的処置による老人への全体的な生活援助が求められている事になろう。

Ⅲ　健康状態・病状把握のための職種間連携
―看護職・介護職―

看護,介護職員相互に利用者の健康状態や病状把握のための情報交換・報告がどのような形で連携を保って行われているかをみた。

看護職は，①介護職員から毎日報告（81），②看護職員相互に（78），③カンファレンスで（68），④介護職員から適宜（57），⑤介護職員の日誌から（56），⑥生活指導員から適宜（46），⑦生活指導員から毎日（13）となっている。一方，介護職は，①介護職員相互に（88），②看護職員から毎日報告（81），③カン

ファレンスで（51），④生活指導員から適宣（47），⑤看護職員から適宣（46），⑥看護職員の日誌から（38），⑦生活指導員から毎日（19）となっており，お互いの職種間で情報交換が行われていることがわかる。相互職種間の情報伝達システム，記録様式，カンファレンスのもち方などは健康状態・病状把握のためのチームワークに不可欠の課題であると考えられる。

Ⅳ　日常業務の中で費やす時間の多い業務
―介護職・看護職―

介護職の業務の中で費やす時間の多いものをみると，①身の回りの世話（97），②話相手（79），③記録等（79），④レクリエーション介助（63），⑤行事等の運営（59），⑥環境整備（53），⑦リハビリ介助（35），⑧健康観察（22），⑨カウンセリング（16），⑩看病（16）ということになる。

看護職の業務の中で費やす時間の多いものは，①処置補助（88），②与薬（87），③健康観察（87），④通院付添い（74），⑤記録等（69），⑥看病（54），⑦回診補助（51），⑧身の回りの世話（51），⑨話相手（28），⑩レクリエーション介助（16）であった。

介護・看護職に共通する比較的費やす時間の多い業務は，身の回りの世話，話相手，記録等看病，レクリエーション介助，健康観察となり，これらは多分にオーバーラップする部分がある。しかし介護職は身の回りの世話をはじめとする身体的，精神的援助に比較的時間をかけ，看護職は健康観察，与薬，処置補助といった医療看護的援助に時間を費やしていることがわかる。

Ⅴ　日常業務の上で時間を増やしたい業務
―看護職・介護職―

それぞれの日常業務の中でより時間をかけたい業務内容として看護職は，①話相手（82），②健康観察（38），③カウンセリング（38），④看病（32），⑤記録等（31），⑥身の回りの世話（28），⑦職員教育（24），⑧リハビリ介助（21），⑨処置補助（13），⑩環境整備（12），となり，必ずしも実際に費やしている時間の多さとは重ならないことがわかる。特に，話相手になる，カウンセリング，身の回りの世話，職員教育など，狭い範囲の医療看護的援助にとどまらず，教育的機能や心理，精神的援助も志向していることが推察される。

介護職は，①話相手（90），②研修（56），③身の回りの世話（53），④カウンセリング（37），⑤記録等（35），⑥リハビリ介助（32），⑦レクリエーション介助（32），⑧行事等の運営（22），⑨職員教育（15），⑩家族への対応（13）が時間を増やしたい業務と考えている。介護職についても狭いＡＤＬ介助だけでなく，又実際に費やしている時間の多い業務以上に，家族への対応やカウンセリングなど心理，精神的援助を志向していることがわかる。これらのことが介護職，看護職に共通している点は，老人の生活援助をより一層濃密なものしていこうとする認識の表われとみられる。又，介護職が研修により一層時間をかけたいとしているのは，専門職としての位置づけの低さを自覚した意識の表われであろうか。

Ⅵ　日常業務の上で時間を減らしたい業務
―看護職・介護職―

日常業務の中で費やす時間を減らしたいと考えている業務内容について，看護職は，①与薬（72%），②通院付添い（63），③処置補助（32），④記録等（29），⑤回診の補助（18），⑥身の回りの世話（16），⑦行事等の運営（15），⑧健康観察（９），⑨環境整備（９），⑩外部との連絡調査（９）となっており，医療看護の固有業務として考えられている業務もかなりあげられている。

一方，介護職は，①環境整備（41），②記録等（34），③行事等の運営（29），④通院付添い（25），⑤与薬（18），⑥外部との連絡調整（16），⑦身の回りの世話（12），⑧家族への対応（12），⑨看病（10），⑩レクリエーション介助（６）となっている。

両職種に共通して時間を減らしたい業務内容とされたのは，与薬，通院付添い，記録等，身の回りの世話，行事等の運営であり，これらはより効率の良い対応が期待されると同時に，相互の役割分担をより明確にした上での協働・連携が必要とされていると考えられる。介護職は，医療看護的業務をより減らしたいと考えている職員の多いことがわかる。

おわりに

看護業務は一般に法的には，「診療の補助」と「療養上の世話」とされている。診療の補助は医療援助（ケア），療養上の世話は生活援助（ケア）と考える

こともできるが，この生活ケアは多分に介護業務とオーバーラップし，医療ケアでさえもが施設によっては介護業務の一部と理解されている。

生活ケアについては病棟においても看護助手，介護者，付添人（家族）等無資格者が中心である所が多い。

看護職は施設において健康管理に責任をもつが，24時間にわたって老人の生活に密接にかかわっている介護職が，老人の病状や状況の変化をいち早く知り得る立場にあることから，介護職の観察から得られた情報なくしては健康状況の把握は難しい。したがって介護職の協力は看護の業務遂行に不可欠がある。

又，介護職は生活援助に責任をもつが，生活援助の計画，選択については健康状態についての情報がなくては安全性や適切性に欠けることになる。したがって看護職の助言は不可欠である。さらに生活援助行為等についても医学的判断や技術が必要な老人には，看護職が直接かかわる必要がある。

施設においては，看護職が24時間体制でないため，看護婦が不在の夜間や休日には看護的処置（浣腸，投薬，吸引，検温など）介護職がせざるをえない。そして日常生活援助の面で食事介助やオムツ交換，入浴介助などに看護職が実際にかかわっている施設も少なくない。看護職は「診療の補助」という医療ケア業務のみには不満をもち，「療養上の世話」という生活ケア業務をかなり志向している。つまり医療・生活統合的看護を意識しているといえる。

換言すれば，従来の保健・健康管理業務，治療・看護業務を中心にしながらも，個別的心理的援助，文化的精神的援助，社会性・社会関係の維持・拡大への援助，家族関係への援助等についても生活ケア業務として高い志向意識がみられるということである。それは介護職が看護職に期待している意識とも関連している。

したがって，看護職や介護職の業務は，主要なところでは各々が責任をもっていても，かなり多くの部分で業務が重なり合っているのが実情である。

老人の日常生活が，健康状態や障害の状況と密接にかかわっている以上，看護職や介護職の連携なくしては，老人が真に生き生きとした生活を施設で送ることは不可能に近い。

施設の中で，老人の生理的生存維持の生命だけでなく，人格的生命維持・社会的生命維持のための働きかけは，医療ケアと生活ケアの一体化した統合的援助が必要不可欠といえる。

したがって看護職と介護職の連携が円滑にいくために何よりも必要なことは，両者が相互の専門性や役割を認め合った上での協働である。

そのためには，相互の業務の実態，業務意識，業務遂行上の役割認識・役割期待・役割認知等の実証的検討を積み重ね，より一層，臨床現場実践の中で，固有な専門的業務を明確にしていくことであろう。

今後は，他職種との連携・協働の在り方に検討を加え，看護の在り方，介護の在り方，業務マニュアル，基準を明確にしていくことが重要である。

（なお，本報告でのアンケート調査は，弘前大学教育学部　大串靖子助教授，弘前大学医療技術短期大学部　一戸とも子講師，報告者の共同研究により実施したものである。調査結果については一部を単純集計として報告したが，もとより施設相互間の職種や質問項目間のクロス集計等も分析して考慮しなければならない。このことについては今後，継続して検討されることになろう）

◆シンポジウム◆　（質疑応答）

司会（筒井）

ありがとうございました。非常に反省させられる部分が沢山あったようでございます。生命の維持よりは，社会的命への援助というあたりのところに，重点を置きすぎているのかなあというような，私個人の反省もいたしますが，後の討論がいかに活発になされるか期待したいと思います。

司会（木場）

ただいま先生方から本当に，ずっしりとした重いご意見をいただいたように思います。村松先生，島田先生のご意見からは，本当に実践しておられることの強さと，本当のものの重みというものをずっしりと感じることができました。中でもお二人の場合は，看護婦の責任ということが大変印象的でございました。買ってもらえる看護の質を確保したいと言われました。その中には，看護の責任，あるいは責任の範囲というものが含まれると思います。そのことを島田先生も同じようにおっしゃいました。おそらく言葉で表現して下さいましたことよりも，もっともっと深い次元の意味がいっぱい含まれているのではないかと感じました。

また，続いてお話をいただきました大河原先生は，看護の実践の中からいろいろな看護の要素といいますか，患者が持っている背景の複雑さを整理していただいて，それに対する看護が，どういうふうに実施されたかということによって，患者がどのように変化したか，変化するというよりも，むしろその状態を維持できたかということなどについて，実際の事例をもって看護の方向性を示していただいたように思われます。

それから，吉田先生は，いみじくも最後に村松先生，島田先生がおっしゃいましたが，看護と介護は同じレベルの質的なものが確保されなければならないという意味のことを，それぞれの機能を持っております特養ホームの看護の要因というものが，どういうところに比重がかかっているのか，働く看護者，あるいは寮母さん，介護士の人達が，どこに視点をおいて，患者を見ておられるかということを，因子分析によって示していただきました。老人看護，高齢化社会の看護につきまして，わたしたちが専門として，何をどう深めていかなければならないのかという視点のようなものを示唆されたと思います。

最後に大和田先生は大変謙遜をなさいましたが，生々しい現場の問題を分析していただきました。看護の立場からみましても，これはおろそかにできないものでございますし，その重要さを益々感じたわけでこざいます。さて，私達が，高齢化社会における看護の専門性を考えまた専門性を発揮するための問題点を考えます時に，今までの先生方のご意見をお聞きしまして，あーやっぱりそうかと，スッキリした方もおられるかと思いますし，また，一方では，混沌として，看護と介護ってなんだろうということを，改めて，さぐる姿勢をお持ちになった方もおられることと思われます。早速フロアーからのご質問ご討議に移りたいと思いますが，その前に先生方で相互に何かご意見はございませんでしょうか。

司会（筒井）

村松先生へ。看護の専門性発揮する看護の提供の料金はどの様に設定されたかをお知らせください。

村松（在宅看護研究センター）

料金設定に関しては，ボランテア時代は，当初は無料でした。患者さんの家族から無料では頼むのも頼みきれないとの話がありましたのと，私のほうでもボランテアの限界を感じていたところなんです。つまり，私たちの甘えもでてしまう。今日は疲れているから休ませて下さい。あるいは，家族は「ゴルフに行きたいからみていてくれ」，そういう関係になってしまうということで考えておりましたところ，ちょうど一年後に「有料にしてくれ」いう話がありました。それで話し合いの結果，当初東京の23区内で訪問看護指導料というものが決定されていました。それが，大体4500円から7000円ちょっと位の幅があったと思います。23区内全部違うけれども，その最低線で，きりのいいところということで，一回の看護料を時間関係なく，交通費こみで，5000円にしました。そして，2年続けまして，3年目に入って，センターを設立した時には，やはりそのまま継続，ただしプラス交通費，プラス24時間電話相談を1カ月5000円としました。入会金は別に30000円いただくような形をとりました。ところが，計算してみますと，おわかりのように，全く人件費にはならないわけです。また，ナースにはどうしても24時間体制が

求められますので，パートというわけにはなかなかまいりません。しかも，年々質を求める声が高くなっておりまして，あの看護婦さんはこういう点がだめだとか，はっきりとした手紙をいただくようになっておりました。また，たとえば，終末期には自分達がわかるように，きちんと援助してほしいと，そして，自分達が最後を看とるようにしてほしいんだと，それがナースじゃないかということでの，非常に厳しい評価も頂きましたもんですから，これでは，もう一度料金を設定しなおそうと思っていました。そのころ，ちょうど訪問看護ステーションというのができまして，私たちのセンターもモデルの一つになりました。そこで打ち出されたのが，一回の訪問料金が7240円でした。ところが，それでも割があわないということで，私が設定しましたのは，診療報酬点数プラス訪問看護指導料，これは，23区内の世田谷ではもうすでに約10000円近くなっているわけですけれども，その辺のところと，プラス夜勤帯に関しては，何割加算するかということで細かい計算をしました。さらに，その一日８時間の労働で何件の訪問ができるかといいますと，30分で移動できる場合，最高で５件なんです。それも様々の形態でです。ただ体拭くとかそういうことではなくて，処置に関しては，医師の代理をしながら，なおかつ看護も行う。あくまでも看護が中心ですので。そういう計算をしましたら，最高で５件，最低で３件ということが，でてまいりました。それから打ち出したのが，約7000円プラス距離加算ですから，9000円プラス交通費，さらに，高い金額でいいますと，一回で医療行為も含めますと約18500円の場合もありますし，半日で50000円という場合もありますし様々です。それは，指導料とかすべて含めてのポイント制ということにしてありますけれども，看護に関しては全く一律の金額でということで家族の方に説明しましたところ納得をいただきました。「もうあなたたちあたりまえじゃない，こんな5000円で２時間訪問して，成り立つわけがないと思っていました」と，逆におっしゃってくださいました。「だからこそきちっとした本当の看護を提供してください」というクレームもつきました。ということで，いろいろな幅がございますので，なんともいえないんですが特例の24時間体制でいきますと，一日70000円位になる場合もございます。そういうことで様々なことから打ち出してきております。

司会（木場）

看護は形にして表現するあるいは，計算すことということの難しい極めてファジーなものだと思いますが，このことについて一つの評価を形にしていただいたということは，大変意味があることだと思います。どなたかその他の問題でも結構でございます。

島田先生どうぞ

島田（東京白十字病院）

それに付け加えてですが，私も20年前に訪問を始めました時に，お金をいただける看護がしたいというのが念願でございました。それでお金をいただいたことがあるのです。それは，お金を払ってでもと思って下さったことと，お話がうまくいったことがよかったことだと思うんですけど，その時私はお金をいただきながらショックを受けたのです。それは，大腸ガンで人口肛門を造設し，そのあと肝転移して，もう末期に近い65歳の女性の方だったのですけれど，入院して，家に帰りたい，退院したいというのですが，でも退院する状況ではない。すると今度は外泊したいと毎日のように訴えるものですから，「じゃー，一晩だけね。」と言って家へ帰しました。そうしましたら，車で家へ帰ったんですけれども，玄関のドアを開けたとたんにへたりこんでしまって，動けなくなって，寝たきりになってしまわれたのです。家族としては，一晩だけ家に帰ったら，すぐ病院に帰そうという思いで連れて帰ったんですけど，患者さんはせめて歩けるようになったら病院に行くから，歩けるようになるまで家に寝かせておいてほしいと言ったのです。この言葉は看護婦としては非常にショックなことでした。病棟では決して歩けるような状況ではなかったんだけども，看護婦さんに迷惑をかけたくないということで伝い歩きをしてでも，トイレに行っておられたんですね。見極めれれなかった看護婦のレベルもあるんでしょうけれども，それほど患者さんが遠慮しておられたし，家に帰りたかった。家に帰ればもっとのびのび寝ていられると思ったのでしょうけれど，２週間後に自宅で亡くなったんです。家に帰ってへたりこんでしまったので家族が「どうしたらいいんだ。」ということで，さっそく訪問していわゆる体の拭き方から，お小水のとり方，

お食事をどうするかということを全部家族の意向を聞きながらやったことがあります。その当時，有料で訪問看護をしたいということがありましたので，計算書，請求書を作らなければなりません。3連の伝票にして，一つは病院の医事科に回し，一つは家庭訪問係，一つは家庭においてくるというようにやったことがあります。その時の請求書に何をしたのかということは書けるんです。書いてそれに500円づつ加算すると，簡単に請求書が書けるのです。しかし，なかなかこれが「今日の請求書です」と言って渡せないのです。名故かというと，「私はこれをしたつもり」で渡すのですけれども，受け取った方がこれを見て，「この場面のことがあのことか，でもこれはいつやったのだろう」って質問されたらどうしようという思いがあって自分で自分のことを評価する，お金に換算するということは，今までの業務の中でないことでしたし，慣れないことで非常に辛い思いをしたことがあります。それから訪問看護というのが始まったのですが，また逆に「先生が往診してくれるんだったらこのお金払ってもいいけれど看護婦さんが来てお金（たった2000円位だったんですけども）払うのはもったいないから，もう家でします。看護婦さん来なくていいです。」といわれたこともございます。村松先生が始められた10年前はそういう状況でした。看護婦が自分でやったことに，相手もなるほどと認める請求書が書けたら本当にいいなと思います。病棟でやっていることも基準看護料とか，入院管理料という形でまるめてやっていますけれども，本当にケアーをしていくと人件費がかかるのでございます。人件費をかけてやればやるほどお金にならない。その辺を少し皆の話題にしていただきたいと思いまして付け加えました。

司会（木場）

ありがとうございました。本当に自立した看護といえると思いました。何かフロアーからご意見ございませんでしょうか。

野島（徳島大）

意見ではございません。またとない機会なので長年の念願をかなえさせていただきたいです。村松先生に是非おうかがいしたいことがございます。

かねてから，「看護って何ですか？」と市民からたづねられたら，はっきり答えられる看護でありたいと，おっしゃられていましたが，在宅看護のなかで，ケアの受け手から，「あっ，これが本当の看護なんですね。」と感嘆された，本当の看護の事例を，お示し下さい。

村松（在宅看護研究センター）

実は，そのような体験を大分させていただきました。つい最近のケースを紹介させていただきます。これは最終的な評価で私は120%満足しております。次に母の時もお願いいいますといわれたケースです。この方は98歳の方で会社の重役をなさっていた方です。ガンの末期で，どうしても最後家に帰りたい，ただその「最後家へ帰りたい」というのは，本人の言葉ではありません。本人は病名を知りませんので，とにかく「家で療養したいんだ」と。ただ家族からいいますと，最後，というふうなことでした。そこに看護婦・家政婦紹介所からの看護婦さんを24時間体制でいれるのか，さらに，痴呆の奥さんを見てらっしゃいます家政婦さんがいたわけですけれども，その家政婦さんとどう組むかという問題があったわけでございますけれども，最終的に家族の方がお決めになったのが，私たちのセンターの特別の24時間付き添いをしてくれということだったのです。特別というのは3交替制ですね，病院で行っているその3交替制をまるまる在宅に持ち込んだ形です。ですからナースももものすごく大変なんですが，自分たちもやりたいということでやり始めました。ご本人は「おれの病気はもしかしたら悪い物じゃないか」とかいいながらも，「どうしても今日は風呂に入りたいんだ」とかいろいろな言葉を発してきまして，その過程への関わりというのが看護に対する評価だったと思います。例えば，「おれの病気は悪いものじゃないか」と言った時に，何となくごまかしてしまうような看護婦であればダメだったとおもいます。何故かといいますと，その方は，非常にはっきりとご自分の生き方というものを示す方でした。その方はもしかしたら病名を知りたかったかもしれない。しかし，そこには家族の思いとドクターの思いと，様々ありました。ですから，その方の意志というものは支えられなかったかもしれません。けれども，つらくなる直前まで下へ降りて排泄もしました。それからぎりぎりの状態で，つまり，血圧が40～60という段階でも，ご本人の意志

を尊重してやろうと，手早くお風呂にも入れました。そこにいらした家政婦さんが非常に感情的になる方でしたので，そこにうまく家族との仲介役を行いました。看護婦も最後に，ご本人がまだ意識あるうちに「私たちは本当に素晴らしい勉強をさせていただきました。そして私たちからみても本当にご立派な生き方でした。ありがとうございました。」というあいさつができました。ご本人が，私は最後まで自分の力で生きた。つまり，ガンには勝ったけれども老衰だったという結論ですね，それをご本人が認めたということと，もう一つは，家族の方，お孫さんと娘さんの気持ちが迷った時に，非常にいい形で看護婦がきちっとそこに介入していってくれた。だから，最終的に自分で決めることができたというあたりで，看護というものが非常に高く評価されたような気がします。そして，また例えば，本人は食べられないのですが，とにかく固いご飯（やわらかいご飯が大嫌いだったのです）を，普通のご飯を食べたい。お風呂に入れない時は，体をいちいち拭いてはもらいたくない。そういう時はどうするか。今日お風呂入りたいと言っていたけれども入れない。だからバスタオルを蒸しておいて，せめて下半身だけでもさっと暖める。そしたら，「んー気もちいい」といわせてしまうような看護というんですか。そういうところでの評価が，非常に得られた気がします。いずれにしても98歳の方がその人らしく，最後までみごとに生きぬいたこと，そのあたりで評価を受けたということは，私たちのある一つの勲章かなとも思っております。

司会（木場）

ありがとうございました。本当にこれが専門家の看護であるというメニューの一つをお示しいただきました。大変時間がせまってまいりまして中途半端になりましたが，何かこのことに関連して一言おっしゃっていただく先生ございませんでしょうか。

吉田先生いかがでしょうか。

吉田（千葉大）

死の直前に入浴もでき，「私らしく生きられて良かった」と認識された，という例から学ぶことは，病院からの退院をもって『生命の量』を問わない『生命の質』の選択が行なわれたと理解するまたそのような社会的合意がそれなりになされるとケアは少しやりやすい。施設ケアもたとへば特別養護老人ホームの医学も本人の満足のゆく程度にというような暗黙の了解が現在ある。医療濃度との関係で2極化しているケアのどの段階においても，看護は身体ケア・健康回復を目ざすケア，身の回りの世話，セルフケアの側面をもっていると考えている。

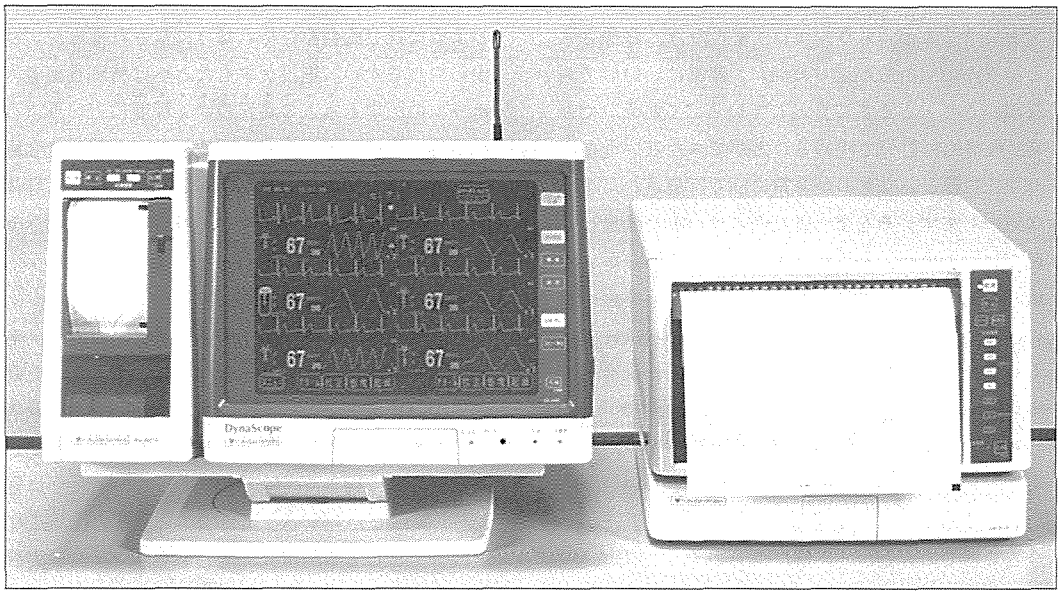
大河原（埼玉県立衛生短大）

私は現在短大において，基礎看護学を担当し，老人看護を専門に行っているわけではない。しかし高齢化社会が現実となって，より介護を要する高齢者への看護は，重要な課題である。実際基礎実習などで実践の場に行き，高齢者の看護をまのあたりに観たり，実践したりする。又日頃から看護の役割拡大，実践研究として事例研究に関心をもち，理論と実践のズレを少なくしたいと考えている。

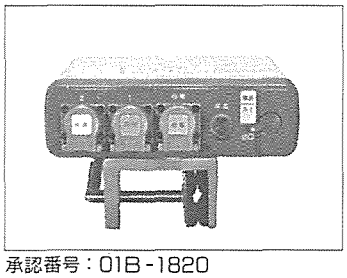
今回は，在宅ケアへの継続を中心にお話したが，最初の調査結果にみる他施設への看護の継続性も大切である。専門看護が提供でき，患者にとって快適な病院からの継続施設を考えられないものかと思っている。

多人数の各種パラメータを無線で同時監視!!

患者監視用装置
DS-3400MTRシステム



承認番号：04B-0658



◀マルチテレメータ送信機
LX-3313

承認番号：01B-1820

心電図呼吸送信機▶
LX-3220

承認番号：03B-1134

- 各種テレメータによる最大6人までの心電・呼吸・体温，また心電・血圧・体温の無線監視を実現！
- 6人同時表示は，心電図，呼吸曲線あるいは血圧波形の2波形を表示
- オプションのメモリボードにより60時間の心電図記憶が可能！
- CRG曲線表示可能で新生児監視にも対応！
- 不整脈検出機能，各種トレンドグラフ表示
- アラーム波形を各床32波形記憶

●ME機器の総合メーカー

FUKUDA

フクダ電子株式会社®

本　社　東京都文京区本郷3-39-4　☎(03)3815-2121(代)

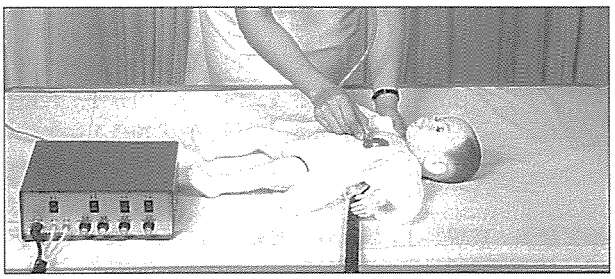
あくまでやわらかく自然な動きの

実習モデル〈 Kyoko(京子) 〉誕生

●自己紹介をします

私<Kyoko>は、身長158cm体重は約15kgです。<ケイコ> の妹として生まれ、姉よりもずっとソフトで人あたりがよく、いろいろな仕事ができます。どうぞよろしくお願い致します。

詳しくは
パンフレットをご覧下さい。
ご連絡頂ければ進呈致します。



◀バイタルサイン人形

- 心音は音量も調節できます。
- 脈博は左右こめかみ、頸動派、手首で触診でき、速度も調節可能です。
- 温度調節もできます。

株式会社 京都科学

本　社　京都市伏見区下鳥羽渡瀬町35－1　(075)621-2225
東京支店　東京都千代田区神田須田町2丁目6番5号OS'85ビル6F　(03) 253-2861
FAX 京都(075)621-2148　・　東京(03)253-2866

臨床医学・薬学情報ファイル

ベッドサイド活用辞典

福山大学教授 **菅家甫子**／北里大学助教授 **小宮山貴子** 共著

新書判 290頁 定価3,914円(税込)〒260

◆収載用語・略語は，主として薬剤師やナースが医療の場にでて疾患を理解するために必要なものをコンパクトに収載.
◆医学用語については頻用されるドイツ語やラテン語も含めてアルファベット順に収載し，ドイツ語に限り語尾(D)を付け，対応する英語と日本語を併用した.

主要項目 臨床検査値一覧／薬物有効血中濃度モニタリングに必要な情報／急性薬物中毒治療／心臓の解剖と心電図/輸液

OXFORD・HIROKAWA

ポケット看護辞典

オックスフォード看護辞典編集委員会

■本文2色刷 ポケット判 700頁 定価3,914円(税込)〒260

英語発音＝カタカナ表記／医学用語＝ふりがな付／イラスト多数／基本語約9,000語／繁用医薬品明記／生化学・血液学正常値データ／和→英対照

透析療法の実際

コンピュータによる血液透析チーム医療支援システム

中村定敏／松岡 緑／平方秀樹 編集

B5判 190頁 定価2,987円(税込)〒310

看護婦をはじめとしたコメディカル向けの人工透析マニュアルは数多く出版されている．本書は，長年にわたって開発したコンピュータによる血液透析チーム医療支援システムを多くの図表を使って分りやすく解説した．このシステムのアウトラインを把握して，省力化をめざす方々に必携の書.

ケーススタディ

心電図の読み方・解き方

兼本成斌 著 B5判 240頁 定価 5,150円(税込) 〒310

アンケート調査

酒井／内藤 訳 根岸／飯渕 監訳

A5判 172頁 定価 2,369円(税込) 〒260

看護テキスト

総編集 須河内トモエ／鶴コトミ
西尾 篤人／山元 寅男

衛生法規	1,442円
微生物学	1,751円
解 剖 学	3,090円
成人看護学総論	3,090円
薬理学・薬剤学	2,575円
臨床検査	2,575円
社会福祉・社会保障	2,575円
歯・口腔外科	1,751円
小児看護学	3,914円
呼吸器疾患患者の看護	1,751円
女性生殖器疾患患者の看護	3,090円
循環器疾患患者の看護	2,575円
生 理 学	2,884円
看護医学概論	1,545円
精神疾患患者の看護 精神衛生	2,884円
公衆衛生学	2,884円
地域看護学	3,296円
病 理 学	2,884円
耳鼻咽喉科疾患患者の看護	2,884円
眼科疾患患者の看護	1,854円
皮膚科疾患患者の看護	2,884円

(税込)

続刊

生化学・栄養学／看護学総論〔I〕・看護学総論〔II〕／血液，造血器疾患患者の看護／消化器，内分泌，代謝疾患患者の看護／脳・神経系，アレルギー，膠原病，感染症：疾患患者の看護／腎・泌尿器系疾患患者の看護／骨，関節，筋肉疾患患者の看護／外科看護総論／母性看護学／老人看護学

廣川書店 HIROKAWA PUBLISHING CO.

113-91 東京都文京区本郷3丁目27番14号 振替 東京 4-80591番・電話03(3815)3651

日本看護研究学会会報
第 39 号
（平成５年12月20日発行）
日本看護研究学会事務局

目　次

第20回日本看護研究学会総会の開催によせて　1
第19回日本看護研究学会総会を終えて……2
第19回日本看護研究学会に参加して……4
第19回日本看護研究学会印象記……5
第19回日本看護研究学会総会会務報告……7
平成５年度第２回理事会議事録……10
平成５年度第１回評議員会議事録……12
第19回日本看護研究学会総会議事録……16

第20回日本看護研究学会総会の開催によせて

第20回日本看護研究学会総会
会長　吉武　香代子

第19回日本看護研究学会総会が盛会のうちに無事終了されましたことを心からお喜び申し上げます。熊本大学の成田栄子会長のリーダーシップのもとに，熊本大学教育学部を中心とする多くの会員の方々が協力されましたこと，及び本部事務局の絶大なるお力添えによる周到なご準備とご協力によるものと思い，心からご苦労さまでした，有り難うございましたと申し上げる次第です。

さて，この度第20回総会の会長をお引き受けすることになりました。大役とは思いますが，会員歴の長いものとしてご指名をお受けすることにしました。弘前大学での第１回のささやかな会合や，これまたささやかなうちにもなごやかであった懇親の場を知るものとして，20年の重さをかみしめるとともに，第20回総会が何らかの形で皆様のご記憶に残る節目の総会になりますことを願っております。

歴代会長をはじめ，多くの方々のご指導をいただきながら，東京慈恵会医科大学医学部看護学科教員を中心とする事務局一同，力を合わせて準備を進めております。どうぞよろしくお願い致します。

本学会総会の開催地となります府中市及び調布市は，東京都の多摩地区にあり，東京都といっても虎の門や赤坂周辺とは一味違ったよさを持つ場所です。特に会場となる府中の森芸術劇場は，都心では味わえない緑豊かな場所にあり，ひろびろとした素敵な会場です。２日目は，小会場にわかれての分科会に適する会場が数多く用意出来る，東京慈恵会医科大学医学部看護学

科校舎と，同一キャンパスの医学科校舎を会場とします。1日目と2日目との会場が異なることが，プラスの評価につながるように，一同で努力していくつもりです。

本学会では，高度医療，看護の役割拡大，専門看護婦制度の検討，看護婦と隣接する他職種の出現などで看護が揺れ動く中で，むしろ古くて新しい課題である“看護の役割拡大－看護の発展の方向をさぐる”をメインテーマとして掲げることにしました。シンポジウムは，このメインテーマを中心とした広がりの中からのテーマにしたいと考えています。

特別講演には，皆様に喜んでいただける講師をと心づもりしております。なるべく早く皆様にお知らせできるように，鋭意交渉に当たっていく所存ですのでご期待下さい。

学会のプログラムには，未定の部分が多くて申し訳ありませんが，次回にはもっと確実なものをお届けすることでお許し下さい。皆様のご協力をいただきながら，記念すべき第20回総会が学術的にも素晴らしい学会となりますことを心から願っております。

府中の森芸術劇場で皆様とお合いできる日を楽しみにしております。多くの会員の皆様のご参加をお待ち申し上げます。

第19回日本看護研究学会総会を終えて

第19回日本看護研究学会総会
会長 成田栄子

異常気象の真っ只中で第19回日本看護研究学会総会を開催することとなり参加頂きました皆様に，交通事情等で予定変更や多くのご心配とご迷惑をお懸けいたしましたことを最初にお詫び申しあげます。

7月30日季節はずれの台風6号で幕開けした学会でございましたが，1,000名を越える方々のご参加を得て無事に開会することができ，全日程を大過なく無事に終了できましたことは，ひとえに，理事・評議員，会員の皆様方の並々ならぬご支援とご協力の賜物とこころより感謝申し上げます。

特にご多用の中を特別講演，教育講演，シンポジスト，司会並びに座長を快くお引き受け下さいました先生方に改めてお礼申し上げます。又学会開催に当ってご協力頂きました熊本県，熊本市，熊本国際コンベンション協会並びに協賛各社の関係の皆様に厚くお礼を申し上げます。学会を終えた今，学会とは参加頂きました方々によって創り上げて頂くものであることを改めて知り感謝で一杯でございます。

本学会では，時の流れを汲んで「看護とリーダーシップ」をメインテーマにすすめてまいりました。一般演題は当初233題の申し込みを受けておりましたが最終的には224題となりました。6領域49群に分類し5会場ですすめさせていただきました。後述の二人の先生による学会印象記にもありますように，殊に優れた研究報告が多くなり熱心な討論がすすめられましたことは大いに称えられるところと思います。それだけに会場の収容が十分で無かった点があり申し訳なかったことのひとつと思っております。奨学会報告は当学会のもう一つの顔と言えるものであり山本亨子氏の報告はそれに相応しいものでありました。教育講演は臨床看護，看護教育，看護研究の各領域について，三人の先生方にそれぞれの専門領域を踏まえかつ学際的，歴史的ながれの中から看護学のすすむ方向を大きな魅力を以て講演いただきました。特別講演は鈴木健二先生の豊かな感性とご経験による「人生常に青春」のサブテーマのように感動的な講演によって学会を盛り上げていただきました。最後のシンポジウムは三人の具体的な先駆的活動を基調に時間不足で十分な討論とまでは行きませんでしたが，企画の趣旨を十分に組み込んで看護自体が大きく変革を迫られている今日，看護の内外を問わず看護の力と役割を忌憚なく発揮してゆくためのリーダーシップについてこれからの方向を示唆して頂いたと思っております。

学会総会議事では，議長が不慣れな上に日本学術会議学術団体登録申請等の大きな課題を抱えた総会であり，時間の延長など多大なご迷惑をお掛け致しましたことをお許し頂きたいと思います。なお関係各位のご努力により学術団体登録申請も順調にすすめられていると聞いております。

最後に，この度の学会運営は，当学会総会事務局のスタッフ僅か11名ではどうすることもできない規模のものでございました。にもかかわらず円滑に運営できましたのは，何よりもまず学会本部事務局の用意周到なご準備とご援助に負うところ大であったことを感謝を込めて申し上げたいと思います。当日の運営は看護課程の卒業生をはじめ熊本大学教育学部看護科，養護教諭科，数学科の学生と銀杏学園短期大学看護科の学生並びに有志の方々によって進行役を務めて頂きましたことをご紹介し，こころより厚くお礼申し上げたいと思います。

末筆になりましたが，学会終了後のご帰省やご旅行にかなりの交通支障があり，その影響を被られた方々に重ねてお詫び申し上げますと共に交通事情の解決まで空港等で対応に奔走くださいました東急観光熊本支店の担当の方々の労を犒いお礼のことばとさせて頂きます。

第19回日本看護研究学会総会に参加して

東日本学園大学看護福祉学部　松　岡　淳　夫

この熊本での学会は，私が再就任して最初の大規模学会でした。北の果て，札幌から熊本へは，南九州を直撃する勢いで接近した台風の影響で，到着を危ぶまれつつ乗った札幌発の熊本直行便でした。この便には，一般演題の１割以上を占める26題に名を連ねた顔見知りの方も多く，どの顔も台風による多難な事態に緊張し切迫した面持ちでした。

しかし途中は極めて平隠，瀬戸内海の島々が雲間から見られた程で，熊本到着時は豪雨の中でしたが，無事着陸しました。しかしこの便以後の各地からの便は，荒れたり，欠航が続出したようでした。

初日７月30日は，前夜からの激しい雨，その中を朝から詰めかけた数百人の参加者で，比較的広い会場入口でしたが，受付付近はごった返していました。しかし事前の計画の良さで，定刻前には混雑も治まり，第一会場での成田会長の開会のご挨拶で，５会場に分かれた研究発表が一斉にオープニングしました。

この日の参加者は昼過ぎには約千人を超えたとか，大盛況で各会場とも補助席も無くなり，人息れの中，立ち席が目だちました。

２日間を通して一般演題を，私の関連領域について，第２，４，５会場と巡って討論質疑にも参加させて頂きました。

報告された何れの研究発表も研究構造，発表内容共に優れたものが多く，ほんの数年前まで私が千葉大在任中，専念指導し，胸を張って発表していた課題についても，それに数踏先に越え，進んだ立派な報告が多かったのに感心すると共に，再努力の決心をしました。

筑波大学の山本亨子氏による奨学会研究の発表は，その題名に若干の変更がありましたが，この方が研究内容をよりよく表現しており，よく解る発表内容で秀作でした。奨学発表は年々その質を向上していますが，私は今回の報告は，より看護の側面からの解り易い研究であったと思いました。

この奨学会研究は，本学会の特徴ある研究育成活動として，学会創設に尽力された大先輩，村越名誉会員，山元名誉会員（先生はこの学会後お亡くなりになりました，ご冥福をお祈りします），前熊大教授木場冨喜先生の３方がお寄せになった基金で運営されています。その事業の成果による個々の栄誉が，看護研究者の登竜門となるように，新進気鋭の会員がもっと多数，ユニークな発想で応募し，活気ある奨学会研究になってもらいたいと思います。

第一日目最後に行われた木場先生の教育講演，「看護教育私論－他専門領域との比較において」の座長を努めさせて頂きました。

先生の大学での看護教育の長い経験の中で，看護の課程が教育学部にある意義の深さを，逆に教員養成教育になぞらえて説き起こされました。原点とも言える“考える看護”の教育教材のあり方やその精選について，教育学部のミニユニバシティ的構造を看護の基礎学と捉えた発想の中で，“ひたすら看護”に走らない，ゆとりのある教師の立場を話されました。冒頭，“この企画は老看護教員に対する老人看護”と立場を評されたが，内容は大先輩が老人としての役割を果たした蘊蓄ある教育講演でした。

この他2題の教育講演も傾聴すべき内容でした。特に早川先生の看護研究のサイエンティフィック・ロマンは，年老いた私の研究野心をも奮い立たせるインパクトを味わい，聴かせて頂きました。

2日間の勉強中よく激しい雨が降り続きました。ちょっとした雨上がりを狙って熊本城迄出かけましたが，大修理中で残念，帰りは又降られてしまいました。

台風に迎えられたこの学会は，再び豪雨に見送られつつ福岡からの飛行機となり，移動は老骨に響き，疲れました。しかしこの学会は，いつも心に残る大きな収穫があり，また来年を期待しています。

第19回日本看護研究学会印象記

神戸市立看護短期大学　東　　サトエ

第19回日本看護研究学会は，1993年7月30，31日に「看護とリーダーシップ」をテーマとして熊本で開催され，参加した人々に数々の学びと展望をお土産に盛会裡に幕を閉じました。折りしも，日本列島はエルニーニョ現象による気象の変化と社会改革を求める気運の中にありましたが，会場の熱気はそれらに勝る力強さに溢れておりました。これは，学会の着実な歩みと会員が育んできた遺産を継承し，更なる発展を願って内実を高めるべく尽力された成田学会長を初めとする運営委員の方々のご苦労の賜物と感謝申し上げる次第です。

それでは，まったくの私見とお断りして学会の模様を述べてみたいと思います。

まず，一般演題では，実に224題もの応募があり，臨床看護，看護教育，看護基礎，看護管理，老人看護等の領域にわたる研究成果が発表されました。演題数の多さはもちろんのこと，テーマに関する概念規定の明確化，研究方法，分析方法等への活発な質疑応答は本学会の水準の高さを示すものでありましょう。また，私が座長を務めさせて頂いた群でもアッという間に時間は過ぎ，終了後も発表者の方々と意見交換し合ったことは楽しい思い出となりました。

次に，教育講演では，企画者の心憎いばかりのプランを感じ，足が自然と会場へ向かったも

のです。というのも看護学に対して，「臨床実践・教育・研究」の三方向から横軸にメスを入れ，「過去・現在・未来」の時間軸を縦にとり，講演内容に焦点が当てられていたからであります。そして，木場冨喜先生，野島良子先生，早川和生先生の３名の先生方の白熱した講演をすべて拝聴し終えた時には，史的考察と将来的展望に立脚した看護学の現状が次第に見えてきたように感じました。

また，活発な審議の総会後になされた成田栄子会長の講演，「地域における看護活動の視点」では，常に看護場面のリアリティーから出発し，先見性をもって看護問題に取り組み，地道に成果を積み重ねてこられた実績を通して，今後の看護活動の視点に多くの示唆と励ましを得ることができました。

さらに，シンポジウムは，本学会のメインテーマにそい，「看護とリーダーシップ－看護の新たな展開を考える－」と題し，５名のシンポジストから実践と研究活動に基づいた報告および諸問題が提起されました。極めて重要なテーマであり十分に討議し深めるには至りませんでしたが，これからの看護により良い変化と発展をもたらすために，今後も追究すべき課題であると痛感した次第です。

一方，奨学会講演では，山本亨子氏が「高齢者の文化適応状態の指標としてのＭＨＬＣスケールの有用性について」の研究成果を熱心に報告されました。今や国民全体の問題でもある高齢者の様々なニーズに適切に対処するための視点と方向性を示してくれた発表でありました。

楽しみにしていた鈴木健二先生の特別講演「人間の心を看る」は，最前列で楽しく，感慨深く聞かせて頂き，先生の病者体験を通して，看護の対象が主体的存在であり，常に考え工夫しながらより良く生きようと努力していることを再認識させられ，新たな視点から日頃の看護を振り返る機会となりました。

このように，第19回日本看護研究学会は，来年の成人式を前に，私達ひとりひとりの責任と自覚を新たにさせてくれた有意義な学会でした。学会長はじめ参加された1,000余名の仲間達と成功を祝し，東京での再会と本会の発展を祈念しつつ結びたいと思います。

第19回日本看護研究学会総会会務報告

1．会　期：平成５年７月30日（金）・31日（土）

2．場　所：熊本市民会館

3．参加者：会員 615名　　非会員 312名　　学生 120名

4．協力員：104名

5．内　容：第19回総会

一般演題	224題（５会場49群）
シンポジウム	１題
教育講演	３題
特別講演	１題
会長講演	

6．会計報告

収　入	(円)	支　出	(円)
参加費（会員他）	7,416,000	会場使用料	515,940
参加費（学生）	240,000	備品使用料・借上料	716,365
本部補助金	400,000	需要費	4,202,725
公的補助金	480,000	報償費	1,139,000
展示・広告参加費	740,000	役務費	2,660,930
懇親会費	770,000	懇親会経費	811,040
計	10,046,000	計	10,046,000

注：公的補助金内訳

熊本県，熊本市，熊本国際コンベンション協会

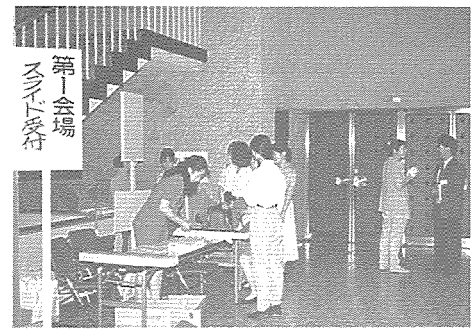
以上報告します。

平成５年10月１日

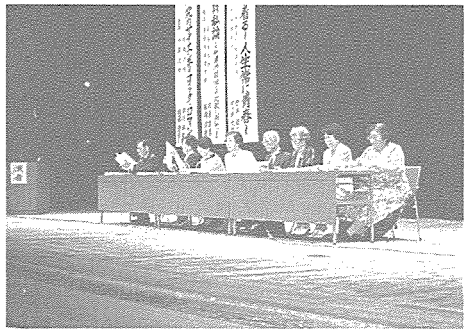
第19回日本看護研究学会総会

会　長　成　田　栄　子

会 場 入 口



受 付 準 備

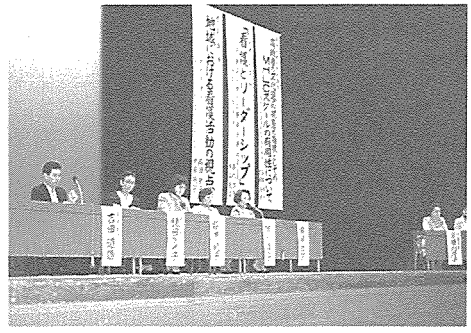


総 会 議 事

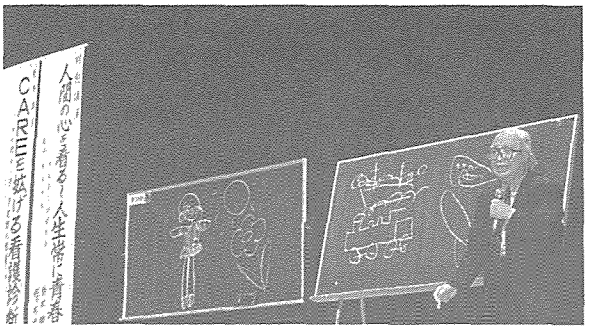
奨 学 金 授 与

活 発 な 質 疑

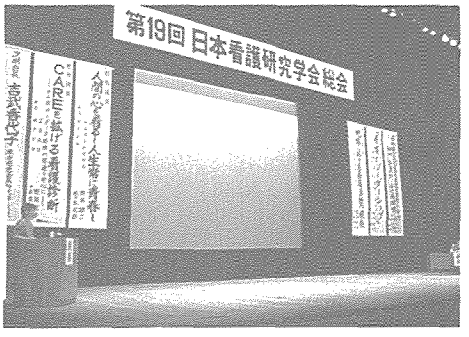
発 表 風 景



シンポジウム



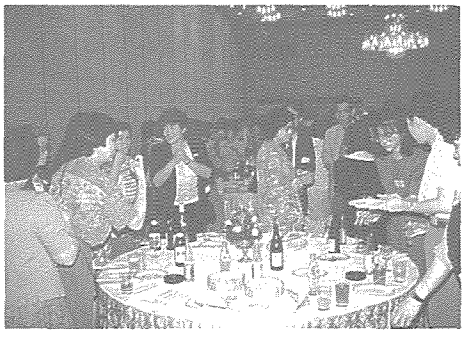
特　別　講　演



教　育　講　演

座　　長

乾　　杯



和やかな懇親会

山鹿燈篭おどり

平成5年度　第2回理事会議事録

日　時　　平成5年7月29日　14：40より17：20まで
場　所　　熊本市民会館
出席者　　池田，伊藤，内海，大名門，草刈，玄田，佐々木，木場，土屋，野島，早川，宮﨑，山口，山田，吉田各理事，金井，田島各監事，成田会長
欠席者　　金川，木村各理事
事務局　　中嶋，高橋
議　長　　成田栄子会長

議事に先立って，成田会長より挨拶があった。

議　題

1．会則改正について

日本学術会議研究団体申請について（土屋総務担当理事より説明）

平成5年5月14日に行い，2点指摘を受け，平成5年5月21日最終的に書類を受理された。

以上の点からの会則改正について（土屋組織検討委員長及び伊藤組織検討委員より説明）

1）日本学術会議より指導があった場合，緊急の対応が必要となったときの処理について，理事会に一任して頂くために，評議員会，総会に提案する。

2）来年の選挙に向けて，選挙規定の改正をまず行う。評議員会，総会に提案する。

3）大幅な会則の見直しについて，今年度は，評議員会に参考資料を提案して意見を求め，組織検討委員会で再度検討の上，次回理事会，評議員会に再提案を行う。

2．第21回（平成7年度）会長選出について（山田理事より説明）

北海道地区で開催する。会長は本学会の会歴も考慮して年度内に報告したい。

3．各委員会について

1）編集委員会（内海編集委員長より説明）

a．査読について

著者の氏名を削除して査続をお願いしてはの意見に対して，今後検討する。

b．雑誌発行について

原則として予算内で，記事の取扱にも充分検討し，会計担当理事と連絡を蜜にしていく。

c．査続の期間について

査続をお願いするときに返却期日を明記している。遅れた場合は，事務局より催

促をしている。

2）奨学会委員会（佐々木奨学会委員長より説明）

a．平成6年度奨学金は，下記の2名に150,000円づつ授与する。

井　上　貴美子（神戸市立中央市民病院）

岡　田　加奈子（千葉大学教育学部・養護教諭養成課程）

尚，2件の採用は，本年度の特例である。

b．奨学金の寄付について

木場冨喜理事より，平成5年5月25日付けで200万円の寄付があった。

c．今後の奨学金の運用について

低金利のため，利息だけの運用が困難になる。不足が生じた時点で再度検討する。

4．第20回日本看護研究学会総会について（土屋総務担当理事より説明）

場　所　東京都内

日　程　平成6年7月29日（金）30日（土）

何れも予定

報告事項

1．日本学術会議研究団体申請について

議題1．会則改正についての中で報告した。

2．第19回日本看護研究学会総会について（成田会長より状況を説明）

一般演題　224題　49群に振り分けた。

演題申込者の会員資格について

来年度より会員資格は発表年度でよいが，演題申込4連葉書には，発表者及び共同研究者全員の会員番号と名前を記載する。

3．その他（土屋総務担当理事より説明）

地方会について

責任者及び本部との連絡先の代表者・住所を本部事務局に報告する。

正式な会則を本部事務局に送付する。

1年間の活動予定を本部事務局に提出する。

平成5年度　第1回評議員会議事録

日　時　　平成5年7月29日（木）　17：20より21：10まで
場　所　　熊本市民会館
出席者　　66名　　委任状　48名　　無回答　41名
議　長　　成田栄子会長

議　　題

1．平成4年度事業報告及び会計報告，監査報告について

1．事業報告　　土屋総務担当理事が資料に基づき報告

2．会計報告

項　　目	現　　行	訂　　正
平成4年度会計収入	平成5年度	平成4年度
平成4年度会計支出	平成3年度会計支出	平成4年度会計支出
予算と実績の差項目		
郵送通信費（会費請求）	102,538	18,728
〃　　（事務通信）	3,122	102,538

以上訂正後，宮﨑会計担当理事が資料に基づき報告

3．監査報告　金井監事が報告　　拍手承認

2．平成5年度事業計画について

土屋総務担当理事が資料に基づき説明

拍手承認

3．平成5年度予算案について

項　　目	現　　行	訂　　正
平成5年度予算項目		
委員会運営費	60,000	70,000
委員会運営費（20周年実行委員会）	0	（新説）10,000
平成4年度実績項目		
予備費	50,000	0
平成5年度予算項目		
予備費	592,176	582,176

以上訂正後，宮﨑会計担当理事が資料に基づき説明

拍手承認

4．会則及び選挙規定の改正について（土屋総務担当理事及び伊藤渉外担当理事説明）

1．来年度選挙に向けての選挙規定の改正

質疑応答討論後，下記の通りになる。

1）評議員定数を現行「10%」より「5%」に改正

2）理事定数を現行「10%」より「20名以内」に改正

3）役員任期

評議員

現行　「年度の11月1日より　次々年度の10月31日迄」

改正　「年度の4月1日より　次々年度の3月31日迄」

理事

現行　「年度の1月1日より　次々年度の12月31日迄」

改正　「年度の4月1日より　次々年度の3月31日迄」

尚，任期改正は現役員より実施する。

4）理事選出規定の追加

項目7．（得票及び名簿作成）

各地区毎に，得票数上位の者により定数枠内の者を該当者とし，票数を記載せず名簿を作成し，理事会に提出する。

2）最下位得票者に同数の者のある場合は，同得票である旨明示して名簿に加える。

項目8．（理事の決定）

理事会は，会長より提出された新理事を審査し，理事に決定する。

項目9．この規定は，平成2年8月4日より発効する。

2．会則の一部改正について

1）入会金について

第4条（入会）－新設－

本会に入会を希望する者は，所定の手続きによる入会申込書を本会事務局に提出する。入会金及び会費の納入を完了した時点で本会の会員となる。

尚，平成6年度入会者より実施する。条項を順次繰り下げる。

2）第10条から第11条（地方会）

項目3）－追加－

地方会の役員または世話人に，当該地区の理事を含めなければならない。

項目4）3）を繰り下げる。

3）第11条から第12条（会計）

本会の運営は，入会金（－追加－）・会費及び本会の事業収入等によって行う。

4）第12条から第13条（入会金（－追加－）・会費）

入会金は次のとうりとする。

入会金3,000円

項目2）1）を繰り下げる。

5）大幅な会則改正について

来年度改正に向けて改正案を文書で評議員に送付し，意見の調整をはかり提案する。

拍手承認

5．第21回（平成7年度）会長の選出について（成田会長説明）

北海道地区で開催予定

拍手承認

報告事項

1．日本学術会議学術研究団体申請について（土屋総務担当理事及び伊藤渉外担当理事説明）

平成5年5月14日に行い，2点指摘を受け，平成5年5月21日最終的に受け付けられた。

平成5年9月末日迄に回答あるが，日本学術会議より指導があるとすれば会員資格と思われる。早急の対応が必要となった時は，理事会に一任する。

拍手承認

2．会員の動向について（土屋総務担当理事説明）

平成5年3月31日現在

一般1,991名　理事17名　評議員138名　名誉2名　　合計2,148名

3．平成5年度奨学会研究について（佐々木奨学会委員長説明）

下記の2名に決定

1．井　上　貴美子　神戸市立中央市民病院

「抗癌剤投与時の脱毛予防に対する試み　－4％食塩水と消毒用エタノールを使用したアイスキャップの脱毛予防効果－」

2．岡　田　加奈子　千葉大学教育学部・養護教諭養成課程

「看護学生に対する禁煙教育プログラムの開発と効果の検討」

4．平成4年度奨学会研究の発表について（佐々木奨学会委員長説明）

山　本　亨　子　筑波大学医療技術短期大学部

「高齢者の文化適応状態の指標としてのMHLCスケールの有用性について」

5．第20回日本看護研究学会総会について（成田会長）

場　所　東京都内

日　程　平成6年7月29日（金），30日（土）　　（予定）

第19回日本看護研究学会総会議事録

日　時　　平成5年7月30日　13：20より
場　所　　熊本市民会館
議　長　　成田栄子会長

議　　題

1．平成4年度事業報告及び会計報告，監査報告について

1．事業報告

土屋総務担当理事より事業計画に基づき報告　　拍手承認

2．会計報告

項　　目	現　　行	訂　　正
平成4年度会計収入	平成5年度	平成4年度
平成4年度会計支出	平成3年度会計支出	平成4年度会計支出
予算と実績の差項目		
郵送通信費（会費請求）	102,538	18,728
〃　（事務通信）	3,122	102,538

以上訂正後，宮﨑会計担当理事が資料に基づき報告

拍手承認

3．監査報告　田島監事が報告　　拍手承認

2．平成5年度事業計画について

土屋総務担当理事より事業計画案に基づき説明

拍手承認

3．平成5年度予算案について

項　　目	現　　行	訂　　正
平成5年度予算項目		
委員会運営費	60,000	70,000
〃　（特別委員会）	0	（新説）10,000
平成4年度実績項目		
予備費	50,000	0
平成5年度予算項目		
予備費	592,176	582,176

以上訂正後，宮﨑会計担当理事が資料に基づき説明

拍手承認

4．第20回（平成6年度）会長の選出について

評議員　吉武香代子（慈恵会医科大学）氏を推挙

拍手承認

5．会則及び選挙規定の改正について

土屋総務担当理事及び伊藤渉外担当理事より資料に基づき説明

1．評議員定数の改正　現行10%より「5%」に改正

2．理事定数の改正　　現行10%より「20名以内とする。」に改正

3．役員任期の改正

評議員　　現行「年度の11月1日より　次々年度の10月31日迄」

改正「年度の4月1日より　次々年度の3月31日迄」

理　事　　現行「年度の1月1日より　次々年度の12月31日迄」

但し，現役員より実施する。

4．理事選出規定の項目追加

項目7．（得票及び名簿氏名）

各地区毎に得票数上位の者より定数枠内の者を該当者とし。票数を記載せず名簿を作成し，理事会に提出する。

項目8．（理事の決定）

理事会は，会長より提出された新理事を審査し，理事に決定する。

項目9．この規定は，平成2年8月4日より発効する。

5．入会金について

第4条（入会）－新設－

本会に入会を希望する者は，所定の手続きによる入会申込書を本会事務局に提出する。入会金及び会費の納入を完了した時点で本会の会員とする。

但し，平成6年度入会者より実施する。

6．第10条（地方会）

項目3）－追加－

地方会の役員または世話人に，当該地区の理事を含めなければならない。

項目4）3）を繰り下げる。

7．第11条（会計）

本会の運営は，入会金（－追加－）・会費及び本会の事業収入等によって行う。

8．第12条（入会金（－追加－）・会費）

入会金は次のとうりとする。

入会金　3,000円

項目2）1）繰り下げる。 拍手承認

報告事項

1．学会員の動向について（土屋総務担当理事）

平成5年3月31日現在

一般 1,991名 理事17名 評議員138名 名誉2名 合計2,148名

2．平成5年度奨学会研究について（佐々木奨学会委員長）

1．井 上 貴美子 神戸市立中央市民病院

「抗癌剤投与時の脱毛予防に対する試み －4％食塩水と消毒用エタノールを使用したアイスキャップの脱毛予防効果－」

2．岡 田 加奈子 千葉大学教育学部 養護教諭養成課程

「看護学生に対する禁煙教育プログラムの開発と効果の検討」

尚，2件の採用は，本年度の特例である。

3．平成4年度奨学会研究の発表について（佐々木奨学会委員長）

山 本 亨 子 筑波大学医療技術短期大学部

「高齢者の文化適応状態の指標としてのMHLCスケールの有用性について」

4．日本学術会議学術研究団体登録申請について（土屋組織検討委員長）

平成5年5月14日に行い，2点指摘を受け，平成5年5月21日最終的に受け付けられた。

平成5年9月末日迄に回答があるが，日本学術会議より指導があった場合，早急の対応が必要となった時は，理事会に一任して頂きたい。

拍手承認

5．その他

1．奨学会委員会（佐々木奨学会委員長）

木 場 冨 喜 理事（前熊本大学）より奨学会に200万円の寄付があった。

2．編集委員会（内海編集委員会委員長）

1）査読は，現在3人で行っている。

2）編集規定，投稿規定を一部改正するので，16巻3号をご参照下さい。

3．組織検討委員会（伊藤組織検討委員）

理事長・会長の役割について具体的に明確化したい。そのために会則の見直しが必

要と思われる。組織検討委員会で原案を作り，理事会・評議員会・総会に提案し，平成6年度の選挙後に運用したいと考えている。

主な改正

1）理事長制に伴う，会長の役割の明確化について

2）役員の任期について

3）会員資格について

今後，改正案を会報でお知らせしますので，ご審議頂きたい。

総会終了後，成田会長より以下の通り行われた。

1．平成4年度奨学会研究者表彰

2．平成5年度奨学会研究奨学金授与

日本看護研究学会　近畿・北陸地方会、中国・四国地方会合同

第８回学術集会のご案内

日本看護研究学会近畿・北陸地方会、中国・四国地方会では、第８回地方会学術集会を次のように開催致します。多数の方のご参加をお待しております。

実行委員長　岡部喜代子

記

１．日　　時：平成６年３月２７日（日）

２．場　　所：愛媛県立医療技術短期大学
愛媛県伊予郡砥部町高尾田５４３番地
TEL　0899-58-2111　　FAX　0899-58-2177

３．プログラム：
一般演題発表

特別講演
「正岡子規にみる病みの世界」
松山東雲女子大学教授　　長谷川孝士

シンポジウム
「地域に生きる草の根の実践家たち
－生活者を支えるケアー」

＊健康上の問題を抱える人々の生活を、介護用品の紹介や販売、精神障害者の就職相談活動、在宅リハビリなど様々な形で支えている地域の実践家の方たちに日頃の活動をお話いただき、生活者を支えるケアについて考えていきます。

４．学術集会参加費　　２０００円

５．参加申し込みについて
はがきに住所、氏名、電話、所属、お弁当（ご用意致します。）の要・不要を記入の上、下記宛に２月末日までにお送りください。

６．申し込み・お問い合わせ先
〒791-21　愛媛県伊予郡砥部町高尾田５４３番地
愛媛県立医療技術短期大学看護学科内
日本看護研究学会第８回地方会学術集会事務局
TEL　0899-58-2111(代)　FAX　0899-58-2177
内線317(岡部)　327(野村)　331(中西)

第11回　日本ストーマ リハビリテーション学会総会の御案内

第11回　日本ストーマ リハビリテーション学会総会を下記の要領にて
開催いたします。奮ってご参加頂きますようご案内申し上げます。

会期：平成 6年 2月 5日（土）

会場：石橋文化ホール
〒830　福岡県久留米市野中町 1015
TEL：0942-33-2271

学会内容

Ⅰ．特別講演：
1. 題名未定
Nancy Faller RN, MS, ET. (Rutland Regional Med. Cent. USA)
2. "新しいストーマ造設法"
田井良明教授（久留米大学形成外科）

Ⅱ．シンポジウム：ストーマ リハビリテーションにおける教育のあり方
－ 現状と今後の展望 －
司会　穴沢貞夫（慈恵会医科大学）
登坂有子（虎の門病院）

Ⅲ．主題演題：
1. ストーマの合併症 －予防と対策－
2. ストーマケアにおける精神的支援

Ⅳ．ビデオセッション

Ⅴ．一般演題

第11回　日本ストーマリハビリテーション学会総会
会長　磯 本 浩 晴

久留米大学医学部　第一外科学教室
〒830　久留米市旭町67
TEL 0942-35-3311(3502, 3505)
FAX 0942-34-0709

日本看護研究学会雑誌投稿規定

1．本誌投稿者は，著者及び共著者すべて，本学会員とする。但し，編集委員会により依頼したものはこの限りでない。

2．原稿が刷り上がりで，下記の論文種別による制限頁数以下の場合は，その掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は，所定の料金を徴収する。超過料金は、刷り上がり超過分，１頁につき実費とする。

論文類別	制限頁数	原稿枚数（含図表）	原稿用紙（400字詰）５枚弱で刷り上り１頁といわれている。図表は大小あるが，１つが原稿用紙１枚分以上と考える。
原　著	１０頁	約４５枚	
総　説	１０頁	約４５枚	
論　壇	２頁	約　９枚	
事業報告	３頁	約１５枚	
その他	２頁	約　９枚	

3．別刷りについては，予め著者より申し受けて有料で印刷する。
　料金は，30円×刷り上がり頁数×部数（50部を単位とする）

4．図表は，Ｂ５版用紙にトレースした原図を添えること。また，印刷業者でトレースが必要になった時はその実費を徴収する。

5．原稿には表紙を付け，
　１）上段欄に，表題，英文表題（各単語の頭文字を大文字とする），著者氏名（ローマ字氏名併記），所属機関（英文併記）を記入すること。
　２）下段欄は，本文，図表，写真の枚数を明記し，希望する原稿種別を朱書すること。又，連絡先の宛名，住所，電話番号を記入すること。
　３）別刷を希望する場合，別刷＊部と朱書すること。

6．投稿原稿は，表紙，本文，図表，写真等，オリジナル原稿のすべてに査読用コピー２部を添えて提出する。

7．投稿原稿の採否及び種別については，編集委員会で決定する。尚，原稿は，原則として返却しない。

8．校正に当たり，初校は著者が，２校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。
　尚，校正の際の加筆は一切認めない。

9．原稿執筆要領は，別に定める。

10．（原稿送付先）
　〒260　千葉市中央区亥鼻１－８－１　　千葉大学看護学部 看護実践研究指導センター内
　　継続看護研究部　　内　海　　滉　宛
　尚，封筒の表に，「日看研誌原稿」と朱書し，書留郵便で郵送のこと。

11．この規定は，昭和59年12月１日より発効する。
　付則
　１）平成５年７月30日　　一部改正実施する。

日本看護研究学会原稿執筆要項

1．原稿用紙B５版横書き400字詰めを使用する。

2．当用漢字，新かなづかいを用い，楷書で簡潔，明瞭に書くこと。（ワープロも可能）

3．原著の構成は，Ⅰ．緒言（はじめに），Ⅱ．研究（実験）方法，Ⅲ．研究結果（研究成績），Ⅳ．文献，とし，項目分けは，１．２．…，１）２）…，①，②…の区分とする。

4．数字は算用数字を用い，単位や符号は慣用のものを使用する。特定分野のみで用いらをる単位，略号，符号や表現には註書きで簡単な説明を加える。

ローマ字は活字体を用い，出来ればタイプを用いること：mg，Eq 等。イタリックを用いる場合は，その下にアンダーラインを付すること。

5．図表，写真等は，それを説明する文章の末尾に（表１）のように記入し，さらに本文とは別に挿入希望の位置を，原稿の欄外に（表１）のごとく朱書する。図表は，原稿本文とは別にまとめて，巻末に添えること。

6．文献記載の様式

文献は，本文の引用箇所の肩に[1),2)]のように番号で示し，本文原稿の最後に一括して引用番号順に整理して記載する。文献著者が２名以上の場合は筆頭者名のみをあげ，○○他とする。

雑誌略名は邦文誌では，医学中央雑誌，欧文誌では，INDEX MEDICUS 及び INTERNATIONAL NURSING INDEX に従うものとする。

［記載方法の例示］

・雑誌；近沢判子：看護婦の Burn Ont に関する要因分析－ストレス認知，コーピング；及び BURN OUT の関係－看護研究，21(2)，pp.159～172，1988

；Henderaon，V.：The Essence of Nursing in High Technology. Nurs. Adm. Q.，9 (4)，pp. 1 ～ 9，Snmmer 1985.

・単行書；宗像恒次：行動科学からみた健康と病気，184，メヂカルフレンド社，東京，1987.

；分担執筆のものについては：安藤格：心身の成長期の諸問題，健康科学（本間日臣他編），214～229，医学書院，東京，1986.

・訳書；Freeman & Heinrich：Community Health Nunsing Practice，W. B. Saunders Company，Philadelphia，1981，橋本正巳監約，地域保健と看護活動－理論と実践－，医学書院サウンダース，東京，1984.

7．原著投稿に際しては，250語程度の英文抄録（Abstract）及び，その和文（400字程度）を付けること。

8．英文タイトルは，最初（文頭）及び前置詞、冠詞、接続詞以外の単語の最初の文字を大文字とする。

9．この規定は，昭和59年12月１日より発効する。

付則

１）平成５年７月30日　　一部改正実施する。

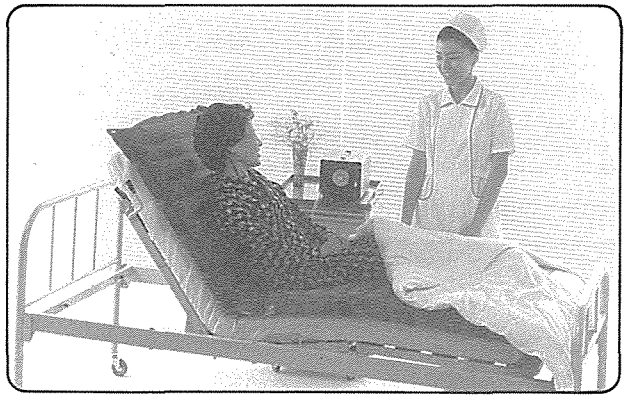
辛らーい床ずれ・病臭の解消に!

エアー噴出型
特　　許

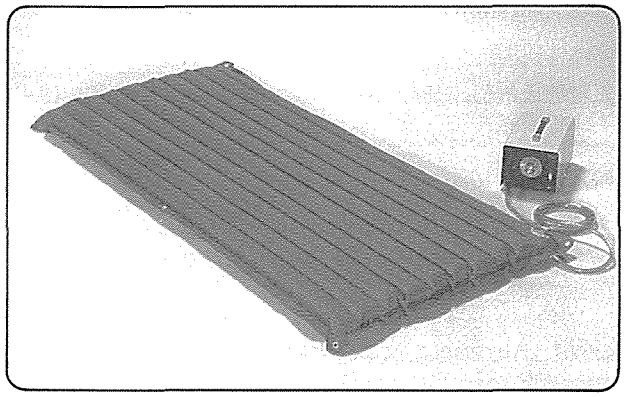
サンケンマット®

科学技術庁長官賞 受賞品

床ずれ治療に噴気型のパイオニア



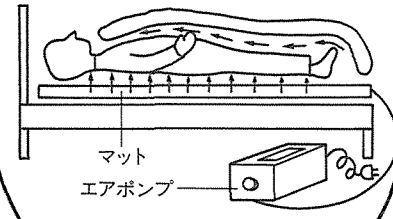
SGM-I型　定価93,000円



SM-I型　定価88,000円

ユニークな原理(特許)

- ●噴出するエアーが患部を乾燥させ、細菌の繁殖をとめます。
- ●重症の床ずれ、病臭ほど威力を発揮します。
- ●体位交換が楽になり、看護の労力を軽減します。



製品についてのお問い合せは、
お気軽にお電話下さい。

厚生省日常生活用具適格品エアーパット

サンワカケン

医理化器機部　特品金属部　畜産器機部
三和化研工業株式会社
本社工場　〒581 大阪府八尾市太田新町2丁目41番地　TEL 0729(49)7123(代) FAX 0729(49)0007

事 務 局 便 り

1．**平成５年度会費の納入について**

平成５年度も残すところ３カ月となりました。本学会は会員皆様の会費で運営されております。平成５年度会費未納の方が約200名おります。まだ納めていない方は、至急お納め下さい。**退会**をなさる方は、**退会届**を事務局までお送り下さい。

2．**平成６年度会費の納入について**

平成６年度も引き続き会員を継続される方は、お早めに平成６年度会費をお納め下さい。

平成６年度　一般会費　7,000円
役員会費（評議員）　10,000円
（理　事）　15,000円

支払い方法　郵便振込
払い込み先　郵便振替　東京 0―37136
通信欄に**会員番号**を必ずご記入ください。

平成６年度より入会の場合は，**入会金3,000円，年会費7,000円，合計10,000円**となります。

3．雑誌等が返送されたり，旧所属から苦情をいただくことがあります。事務局で調査し，出来る限り再発送しておりますが，住所不明となる方も少なくありません。**改姓，住所，所属**変更の場合は，必ず葉書か，封書でお早めに事務局迄、ご連絡下さい。

会員増加により同姓，同名の会員がおりますので，事務局にご連絡，及び会費納入の場合は，必ず**会員番号**をご記入下さい。

4．下記の方が住所不明です。ご存じの方は，本人又，事務局までご連絡をお願い致します。

繁松みゆき，　兵頭　慶子，　富加見美智子

日 本 看 護 研 究 学 会 雑 誌

第１６巻　４号

会員無料配布

平成５年11月20日　印刷
平成５年12月20日　発行

発行所　日 本 看 護 研 究 学 会
〒260千葉市中央区亥鼻１－２－10
☎　043－221―2331
FAX　043－221－2332

発 行 責任者　土　屋　尚　義

印刷所　（株）　正　文　社
〒260 千葉市中央区都町２―５―５
☎ 043－233―2235

編集委員

委 員 長　内海　滉（千葉大学看護学部）
池田　明子（北里大学看護学部）
大名門裕子（高知女子大学家政学部看護学科）
玄田　公子（京都府立医科大学医療技術短期大学部）
木場　冨喜（元熊本大学教育学部）
野島　良子（広島大学医学部保健学科）
山口　桂子（愛知県立看護短期大学）

ビジュアルな誌面でMOOK型の新しい情報パッケージ

別冊看護学雑誌 **JNスペシャル** A to Z NURSING

好評発売中
●AB判　年7回刊　〒380

No.12 **呼吸器疾患ナーシング**
編集　田中健彦
●定価1,545円

No.13 **スキンケア**
身体の清潔から褥瘡ケアまで
編集　佐藤エキ子　佐賀淳子　西尾剛毅
●定価1,545円

No.17 疾患別 **合併症の看護 1**
編集　西崎　統
●定価1,545円

No.18 **入院患者への心理的アプローチ**
編集　保坂　隆
●定価1,545円

No.19 **看護研究のための統計学入門**
編集　中野正孝
●定価1,751円

No.20 **研究分野別看護研究の進め方**
編集　早川和生
●定価1,751円

No.21 **ケーススタディ看護過程**
編集　松木光子
●定価1,751円

No.22 疾患別 **合併症の看護 2**
編集　西崎　統
●定価1,751円

No.23 **ナースのための心電図テキスト**
編集　斎藤宜彦
●定価1,751円

No.24 **糖尿病ナーシング**
編集　西崎　統　石澤　晋
●定価1,751円

No.25 ケアプランのための **患者心理のアセスメント**
編集　川野雅資　櫻庭　繁　羽山由美子
●定価1,751円

No.26 **脳卒中ナーシング**
編集　高木康行
●定価1,751円

No.27 **症状の起こるメカニズム**
編集　橋本信也
●定価1,751円

No.28 **看護過程に基づくリハビリテーション看護**
編集　武智秀夫
●定価1,751円

No.29 **高齢者の尿失禁看護**
編集　福井準之助　並河正晃
●定価1,751円

No.30 **血液疾患・膠原病ナーシング**
編集　足立山夫　工藤秀機　熊谷安夫　富山順治
●定価1,751円

No.31 **図説・救急基本手技**
編集　千代孝夫　田中孝也
●定価2,060円

No.32 **絵でみるホルモン**
編集　西崎　統　板東　浩
●定価1,854円

No.33 **看護診断入門**
編集　松木光子　中木高夫
●定価1,854円

No.34 **在宅補助器具活用マニュアル**
編集　増子忠道　宮崎和加子　川面史朗　新井敦子
●定価1,854円

No.35 **放射線看護マニュアル**
編集　大山行雄　三浦　規
●定価2,060円

医学書院　113-91　東京・文京・本郷5-24-3
☎03-3817-5657（お客様担当）
☎03-3817-5650（書店様担当）
振替　東京7-96693