

V O L . 2 2 No. 5

平成11年12月20日発行

I S S N 0285—9262

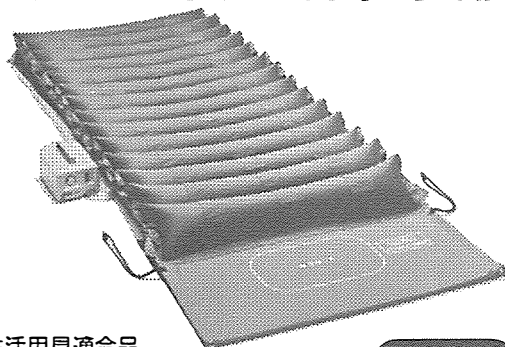
日 本 看 護 研 究 学 会 雑 誌

(Journal of Japanese Society of Nursing Research)

VOL.22 NO.5

日 本 看 護 研 究 学 会

お任せ下さい。
床ずれ予防の体位変換

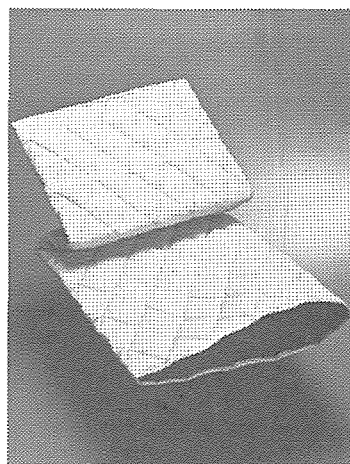


厚生省日常生活用具適合品

RBエアーマット

いたわり
タイゾー

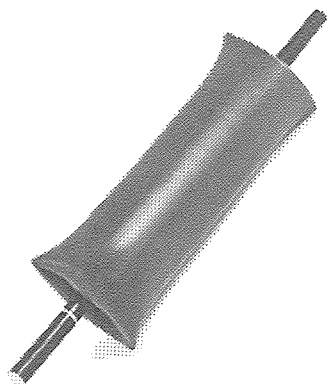
患者の体位交換や
移動が容易にできる



患者さんの腰を
らくに持ち上げる

帝国臓器の
介護用品

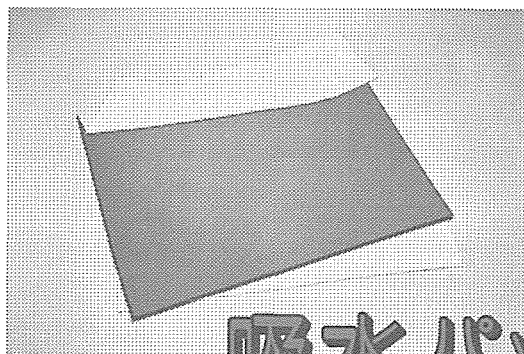
スライド
ヘルプ



厚生省日常生活用具適合品

リフパッド

素早い吸水・吸湿と保水と防水と
——失禁シートとして。清拭時などにも——



吸水パッド



帝国臓器製薬株式会社 特販部医療具グループ

〒107 東京都港区赤坂二丁目5番1号(東邦ビル) ☎(03)3583-8365(直通) FAX (03)3583-5609

会 告 (1)

第26回日本看護研究学会学術集会を下記の要領により、開催いたしますのでお知らせします。(第2回公告)

平成11年12月20日

第26回日本看護研究学会学術集会
会長 草 刈 淳 子

記

期 日 平成12年7月27日(木), 28日(金)
場 所 幕張メッセ 日本コンベンションセンター
〒261-0023 千葉市美浜区中瀬2-1

メインテーマ 新たな世界を切り拓く看護職—Three Ways to Growth (成長のための3つの方策)
プログラム

7月27日(木)

会長講演 「看護管理50年の歩みとこれからの方向」
草刈 淳子(千葉大学看護学部)
特別講演 「創造する日本の女性」
若桑 みどり(千葉大学文学部)
招聘講演 「病院再編による衝撃」 組織の再編
Margaret D. Sovie(ペンシルバニア大学 看護管理)
パネルディスカッション
「様々な分野で活躍する看護職」 新たな役割
パネラーを数名交渉中

7月28日(金)

教育講演 「経済学からみた看護サービスの現状と展望」教育講演
篠塚 英子(日本銀行政策委員会審議委員)
鼎 談 篠塚 英子(日本銀行政策委員会審議委員)
野村 陽子(厚生省地域保健・健康増進栄養課)
川島みどり(健和会臨床看護学研究所)
シンポジウム 21世紀の看護を担うための 責任ある実践
「拡大する看護職の役割と責任」
医療政策の立場から 広井 良典(千葉大学法経学部)
病院看護の立場から 山崎 絆(東京都済生会中央病院)
在宅ケアの立場から 村嶋 幸代(東京大学医学系研究所)
医師の立場から 近藤 宣雄(千葉県医師会)
医事法学の立場から 平林 勝政(国学院大学法学部)
特別発言 サポートグループの立場から
土橋 律子(支え合うα会の代表)

参 加 費: 会員・非会員・大学院生 9,000円(～5/31 事前振込 8,000円), 学生 2,000円
親睦会費: 6,000円

学術集会事務局: 千葉大学看護学部附属看護実践研究指導センター
〒260-8672 千葉市中央区亥鼻1-8-1
TEL & FAX: 043-226-2471

第26回日本看護研究学会学術集会一般演題募集

第25回日本看護研究学会学術集会に一般演題を下記の要領により募集します。平成12年度の開催地は千葉県千葉市です。開催日は、平成12年7月27日(木)、28日(金)です。

発表形式は、口演または示説(ポスターセッション)とします。また、演題申し込みと同時に抄録原稿を提出していただきます。なお、申し込み時には、募集要項をよくお読みいただき、お間違いのないようお願いいたします。多数の方のご発表をお待ちしています。

平成11年12月20日

第26回日本看護研究学会学術集会

会 長 草 刈 淳 子

一般演題募集要項

I 演題申し込み方法

- 1) 本誌22巻5号折り込みの、一般演題申込用3連私製葉書に、所定の事項と、表に宛名を書き、それぞれの葉書に切手を貼り、それらを封筒に入れ書留で、会長宛に郵送してください。
- 2) 発表演題は、1題につき1組の演題申込用3連私製葉書を作成してください。発表者としての申し込みは、1人1題に限ります。
- 3) 演題は下記の分類に該当するものを選び、その番号を葉書の所定欄に記入してください。ただし、演題数の都合で希望の分類が変更されることもあります。
 1. 基礎看護 2. 看護技術 3. 急性期看護 4. 慢性期看護 5. 小児看護
 6. 母性看護 7. 地域看護 8. 老人看護 9. 精神看護 10. 癌看護
 11. 感染看護 12. 家族看護 13. ターミナル・ケア 14. 看護管理
 15. 看護教育 16. 看護診断 17. 看護理論・倫理・哲学 18. 看護史
 19. 看護工学 20. 看護独自の介入 21. 退院計画
 22. 継続看護・在宅看護 23. ケアマネジメント
- 4) 発表形式は、口演または示説(ポスターセッション)のどちらかを選択してください。ただし、演題数の都合により一部変更することもありますのでご承知おきください。

A. 口 演

B. 示 説

II 抄録原稿

- 1) 本誌22巻5号折り込みの抄録原稿用紙を用い、この用紙の注意書きに従って、演題、発表者(○印付記)、共同研究者およびそれぞれの所属と、本文には、目的、研究方法、結果、考察、結論を記入してください(演題発表後の発表要旨の提出はなくなりました)。
- 2) 抄録原稿はタイプまたはワープロを用いて記入してください。
- 3) 抄録原稿は所定の用紙1部とコピー3部を含め、全部で4部お送りください。この原稿は、そのまま学会誌に学術集会号として印刷されますので、郵送の際には厚紙の台紙を利用し、所定の折り目以外は付けないように注意してください。

III 演題申し込み・抄録原稿締め切り日

演題申し込みと同時に抄録原稿を提出していただきます。

締め切りは、平成12年3月3日(金)(必着)。

IV 演題申し込み資格

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。演題申し込み・抄録原稿提出時に未入会の方がおりますと受理できませんので、未入会の方は3月3日(金)までに本部事務局へ入会の手続きをしてください。

本部事務局 〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会

TEL 043-221-2331 FAX 043-221-2332

V 演題申し込み・抄録原稿送付先

〒260-8672 千葉市中央区亥鼻1丁目8番1号

千葉大学看護学部附属

看護実践研究指導センター

第26回日本看護研究学会学術集会

会長 草刈 淳子 宛

TEL & FAX 043-226-2471~2472

◆宿泊等に関しては、3月上旬に下記旅行社より資料を送付致します。

日本交通公社 JTB船橋支店

〒273-0005 千葉県船橋市本町3-1-1

TEL 047-423-1442 / FAX 047-424-6241

「第26回日本看護研究学会学術集会」係 小笹・笹野・須田

会 告 (2)

日本看護研究学会奨学会下記規定に基づいて、平成12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11年12月20日

日本看護研究学会

理事長 草 刈 淳 子

日本看護研究学会奨学会規程

第1条(名 称)

本会を日本看護研究学会奨学会(研究奨学会と略す)とする。

第2条(目 的)

本会は日本看護研究学会の事業の一として、優秀な看護学研究者の育成の為に、その研究費用の一部を贈与し、研究成果により看護学の発展に寄与することを目的とする。

第3条(資 金)

本会の資金として、前条の目的で本会に贈与された資金を基金として、その金利をもって奨学金に当てる。

会計年度は、4月1日より翌年3月31日迄とする。

第4条(対 象)

日本看護研究学会会員として3年以上の研究活動を継続している者で、申請または推薦により、その研究目的、研究内容を審査の上、適当と認めた者若干名とする。

2) 日本看護研究学会学術集会において、少なくとも1 ■以上発表をしている者であること。

3) 原則として、本人の単独研究であること。

4) 推薦の手続きや様式は別に定める。

5) 奨学金は対象研究課題の1年間の研究費用に充当するものとして贈る。

6) 研究が継続され、更に継続して奨学金を希望する者は、改めて申請を行うこととする。

第5条（義 務）

この奨学金を受けた者は、対象研究課題の1年間の業績成果を次年度、日本看護研究学会学術集会において■頭発表し、更に可及的早い時期に日本看護研究学会会誌に論文を掲載し公刊する義務を負うものとする。

第6条（罰 金）

奨学金を受けた者の負う義務を怠り、また日本看護研究学会会員として、その名誉を甚だしく毀損する行為のあった場合は、委員会が査問の上、贈与した奨学金の全額の返還を命ずることがある。

第7条（委員会）

本会の運営、審査等の事業に当たり、日本看護研究学会理事会より推薦された若干名の委員によって委員会を設ける。

2）委員会に委員長を置き、本会を総括する。

3）委員会は次の事項を掌務する。

- ① 基金の財産管理及び日本看護研究学会理事長への会計報告
- ② 奨学金授与者の選考、決定及び理事長への報告
- ③ 授与者の義務履行の確認、及び不履行の査問、罰則適用の決定及び理事長への報告
- ④ 奨学金授与者の選考及び授与者の義務履行については、別に定める。

第8条

委員会より報告を受けた事項は、日本看護研究学会理事長が総会に報告する。

第9条

奨学金を授与する者の募集規程は、委員会において別に定め、会員に公告する。

第10条

本規程は昭和54年9月24日より発効する。

付 則

- 1）昭和59年7月22日 一部改正（会計年度の期日変更）実施する。
- 2）平成6年7月29日 一部改正（会則全面改正に伴い）実施する。
- 3）平成8年7月27日 一部改正実施する。

日本看護研究学会奨学会

平成12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6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80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

- 1) 日本看護研究学会会員として3年以上の研究活動を継続している者。
- 2) 日本看護研究学会学術集会において1回以上の発表をしている者。
- 3) 原則として本人の単独研究であること。

3. 応募期間

平成11年11月1日から平成12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、その結果を理事長に報告、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 木 場 富 喜（鹿児島純心女子大学教授）

委 員 中 島 紀恵子（北海道医療大学教授）

野 島 貞 子（広島大学教授）

波多野 梗 子（愛知県立看護大学学長）

前 原 澄 子（三重県立看護大学学長）

6. 奨学金の交付

選考された者には1年間20万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。

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会

奨学会委員会

委員長 木 場 富 喜

（注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。

（注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、確認し理事長に報告するが、必要と認めた場合には指導、助言を行い、又は罰則（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。

2色刷

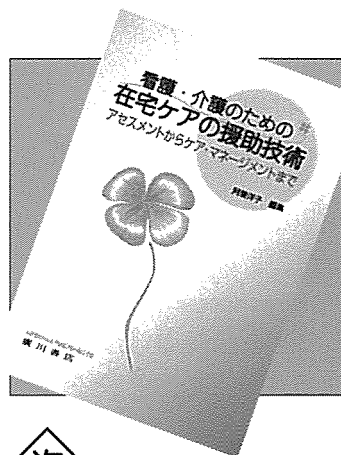
看護・介護のための 在宅ケアの援助技術

—アセスメントからケア・マネージメントまで—

大阪大学医学部保健学科教授 阿 曾 洋 子 編集

B5判 250頁 2,200円

- ◆日常的な要介護者のケアを立体的に解説した。
- ◆在宅でよく使う看護援助について、アセスメントからケアプランの立案、実践、ケア・マネージメントの一連の援助過程によって、豊富な事例(イラスト入り)で解説した。
- ◆アセスメントからケア・マネージメントまでの援助過程を、看護職、介護職者それぞれの専門の立場に分けて解説している。援助の範囲を明確にし、かつ、専門職者が介護者(家族)に指導するときの指針になるように構成した。



主

要

目

次

第1章 在宅ケアの考え方

- A. 目的、目標
- B. 基本的に理解しておくこと
要介護者・家族と看護職者・介護職者との関係／
要介護者・家族の生活リズムと在宅療養／保健医療と在宅ケアとの連携／在宅ケアの進め方

第2章 在宅での援助の基本

- A. 要介護者の理解
- B. 家族の理解
- C. 円滑にするための留意点

第3章 在宅療養者へのケア・マネージメント

第4章 在宅ケアの援助技術

(内容)

- 1) 生活リズムとの関係
1日の生活のなかでの好ましい実施時間帯と生活リズムの★への取込み方を明記。
- 2) 看護援助のためのアセスメント
家族・ホームヘルパーと看護職にできる段階に分類し、さらに身体面、精神面、社会・経済

- 面に区分している。チェック欄付。
- 3) 援助に際しての留意点とその理由
- 4) 援助の実際
①日常生活自立度(寝たきり度)判定基準の分類による高齢者への援助
②合理的な援助とその根拠(「援助・観察のキーポイント」)

- I. 日常生活の援助
療養環境／活動・移動・体位変換／衣類と更衣／
身体の清潔／食事／排泄／事例
- II. 診療に伴う援助
在宅酸素／吸引／膀胱留置カテーテル／自己導尿
／経腸栄養法／褥瘡
(各項目にケア・マネージメントを入れた)

第5章 在宅介護のサポートシステム(支援組織)

- A. 在宅支援サービス
- B. 施設介護支援サービス

資料 日常生活自立度判定基準、用具の工夫など

用語解説



廣川書店

Hirokawa Publishing Company

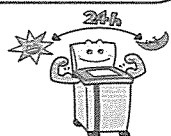
☐ 消費税が加算されます。

113-0033 東京都文京区本郷3丁目27番14号

電話03(3815)3652 FAX03(3815)3650

「採尿から測定・記録までを機械がやってくれたら…」

1.全自動・24時間



測定から尿路の洗浄まで
24時間全自動の働き者。

2.快適環境



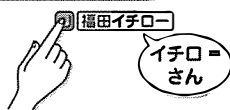
悪臭がなく衛生的な環境に！
サンプル尿は装置内部に格納し
プライバシーを守ります。

3.情報提供



尿量・比重などの情報は定時
あるいは任意に即プリント！

4.簡単操作

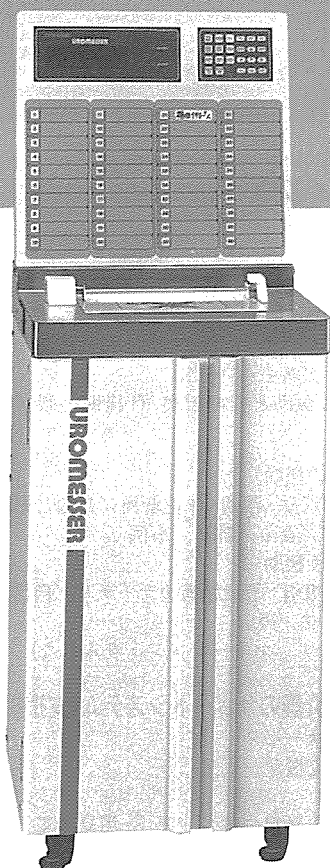


使い易い押しボタン式。
ディスプレイ表示と音声案内で
使いやすさは抜群！

5.経済的



サンプルボトルはカートリッジ式。
洗浄して再利用が可能です。



採尿蓄量・比重測定装置

ウローメセル15人用・30人用・40人用

医療器具承認番号：11B20043

ナースの手間が省け、
患者さんとの接触時間が
ふえました！

※本装置を導入された婦長さんの感想



目 次

－ 原 著 －

病院に勤務する看護職における社会資源に関連する認知度	9
----------------------------------	---

大阪府立看護大学大学院修士課程	当 目 雅 代
京都府立医科大学医療技術短期大学部	上 野 範 子
	木 村 みさか

父親と母親における子どもの誕生に伴う「親性」の心理的変容 (1)	23
--	----

－ 「親性」尺度の作成と因子構造の検討 －

鹿児島純心女子大学看護学部	鮫 島 雅 子
---------------	---------

温罨法が就床中の生体の快適感、体温、皮膚決流量に及ぼす影響	37
-------------------------------------	----

東京医科歯科大学医学部保健衛生学科健康科学	長谷部 佳 子
	中 山 栄 純
	佐 藤 千 史

筋肉内注射技術の学習方法と卒業後の注射技術習得意識との関係について	47
---	----

－ 卒業後1～3年目の看護婦の認識より －

東邦大学佐倉看護専門学校	臼 井 雅 美
横浜市立大学看護短期大学部	渡 部 節 子
横須賀共済病院看護専門学校	鈴 木 良 子
元高津看護専門学校	南 雲 マリ子
神奈川県立厚木病院	酒 井 恵 子

CONTENTS

..... Original Paper

Knowledge of Hospital Nurses about Social Resources	9
Graduate School, Osaka Prefectural College of Nursing :	
Masayo Tome	
College of Medical Technology, Kyoto Prefectural	
University of Medicine : Noriko Ueno	
Misaka Kimura	
Psychological Changes of Fathers and Mothers during Pregnancy (1)	
— Measurement of the Concept of "Parenthood" —	23
School of Nursing, Kagoshima Immaculate Heart University :	
Masako Sameshima	
Effect of Warm Compress on Thermal Comfort Sensation, Body Temperature, and Cutaneous Blood Flow while Turning in Bed	37
Tokyo Medical and Dental University, Faculty of Medicine,	
Department of Health Science : Yoshiko Hasebe	
Eijun Nakayama	
Chifumi Sato	
Relationships between their Learning Techniques of Injection into the Muscle and their Consciousness on Mastering the Techniques after Graduating from Nursing School : One to Three Years after Graduation	47
Toho University Sakura Nursing School : Masami Usui	
Yokohama City University College of Nursing : Setsuko Watabe	
Yokosuka Kyosai Hospital Nursing School : Ryouko Suzuki	
Formerly of the Takatsu Nursing School : Mariko Nagumo	
Kanagawa Prefectural Atsugi Hospital : Keiko Sakai	

病院に勤務する看護職における 社会資源に関連する認知度

Knowledge of Hospital Nurses about Social Resources

当 目 雅 代* 上 野 範 子** 木 村 みさか**
Masayo Tome Noriko Ueno Misaka Kimura

キーワード： 社会資源，認知度，看護職
social resources, knowledge, nurses

1. はじめに

高齢社会に対応して進められている入院期間の短縮化，医療施設機能の体系化の動きは，医療が病院内での自己完結型から機関連携型，在宅医療へと移行することを示している¹⁾。このような医療供給体制の変革に対応して，看護基礎教育では平成9年度のカリキュラム改正で，人々の社会資源の活用に関するセルフケア能力を高めるために必要な教育的役割や，地域における関係機関などの調整を行う能力を強化するために「社会保障制度と生活者の健康」，在宅療養者に対するケアマネジメント能力を養うための「在宅看護論」が設定された。また，平成12年からの介護保険の導入においては，看護職がケアマネジャーの役割を担うことが期待されている。さらに，日本看護協会では，患者への効果的・効率的なケアを提供するために，看護職が社会資源を活用したり関係職種に連絡・調整できるケアマネジメント能力を育成するための認定看護婦（士）制度案を設けた。このように，看護職には社会資源の知識と活用できる能力が要求されている。一方，臨床の現場で

も入院期間の短縮化に伴い，いかに退院後の患者のケアの質を確保するかを考える退院計画が注目されている^{2)~6)}。この退院計画は，社会資源と表裏一体をなすともいわれ，看護職にケア・コーディネーターとして役割が期待されている。実際社会資源を必要とする利用者の第一のアクセス機関は病院であることが多い⁷⁾。しかし，一般に患者の急性期の治療や処置に追われている病院に勤務する看護職は，社会資源について十分な関心を向けているとはいえない。

社会資源の認知度や利用状況については，高齢者や障害者を対象とした，利用者側からの在宅ケアサービスについての調査が多くみられる^{8)~16)}。また，医療費公費負担制度では特定の制度における費用分析¹⁷⁾や受給者の実態¹⁸⁾について調査されている。しかし，看護職が社会資源の知識を持ち活用する必要性がいわれている中，病院で働く看護職の社会資源の認知度や活用度に関する研究は行われていない。

そこで，我々は，京都府内の病院で働く看護職を対象として，社会福祉に対する意識，社会資源

* 大阪府立看護大学大学院修士課程 Graduate School, Osaka Prefectural College of Nursing

** 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

に関する認知度および活用度についての基礎的資料を得る目的でアンケート調査を行った。そして、既にゴールドプランに関しては約6割、エンゼルプランについてはほとんど知らなかったこと、看護職としての経験年数が長い程、社会資源への認知度は高かったことを報告してきた¹⁹⁾。看護職の社会資源についての知識や活用は、他の環境要因（医療相談室の有無や訪問看護制度の有無）や個人の体験（福祉体験・学習や入院経験）の影響を受けることが考えられるが、これらに関する資料はほとんどないのが実態である。そこで、本稿では、看護職での社会資源の認知度とこれらの要因との関連を検討することを課題とし、看護職を対象にした調査を行った。

II. 研究方法

1. 調査期間および調査内容

1995年11月15日より12月31日にかけて、無記名自記式の質問紙を用いて調査した。質問項目の概要は表1に示したとおりである。その主な内容は、①個人の属性、②所属施設の属性、●社会福祉意識の関連項目、④■の福祉施策の認知度、⑤社会資源の関連事項であった。（表1）社会資源とは「生活上の諸欲求の充足や、問題解決を目的とし

て利用できる各種制度、施設、機関、団体および専門家やボランティアの知識、技術など人的・物的諸要求などをいう」と定義されている²⁰⁾。ここでは、社会資源として医療・保健に関連する施設・機関・制度を選択した。これは、京都府看護協会作成の「知っておこう社会資源」の冊子などの文献^{21)~24)}を参考に、医療ソーシャルワーカーの助言を得ながら15項目を選択した。予備テストは、K病院の内科に勤務する看護職15名に実施し、一部不明瞭な点を修正した。内容の共通理解を得るために、質問紙には各サービスについて30字程度の説明文を付記した。

2. 調査対象の選定と調査用紙の配布・回収方法

調査施設は、京都府内の病院から30ヵ所を選定した。そのうち、病院長または看護部長・総看護婦長に調査の主旨を手紙または電話で説明し、協力の得られた20ヵ所を調査対象とした。調査用紙は、先ず各病院の看護部長・総看護婦長宛に郵送または持参した後、各看護職員に配布していただき、回答を求めた。回収は、各看護職員からの郵送または病院で一括回収されたものを直接受け取る方法をとった。

調査用紙の配布対象者は3,470人で、回収率は

表1 質問項目の内容

① 個人の属性項目	年齢 性別 取得免許 同居の有無 看護教育を受けた教育機関 経験年数 職位 入院経験の有無 勤務場所 経験診療科
② 施設の属性	設置主体 ベッド数 医療相談室等の有無 訪問看護制度の有無
③ 社会福祉意識の 関連項目	卒後の社会福祉の学習 学生時代の社会福祉の講義と臨床での活用度 患者会への関わり 社会福祉への関心度
④ ■の福祉施策	ゴールドプラン エンゼルプラン
⑤ 社会資源の関連 項目	ホームヘルパー派遣事業 デイサービス事業 ショートステイ事業 在宅介護支援セ ンター 老人日常生活給付事業 高額療養費 特定研究事業公費負担制度 小児慢性 特定疾患公費負担制度 未熟児養育医療制度 育成医療公費負担制度 補装具交付修 理 更生医療給付制度 傷病手当金制度 身体障害者運賃割引制度 ライトハウス

77.7%であった。設置主体別の回収率は、50.0%（共済組合）～91.8%（学校法人）であった。分析には、年齢、性別の判明している2,651人を用いた。なお、男性は1.2%と極少数であったため、男女別の分析は行わず、性別を一括して結果を記した。

3. 測 度

1) 社会資源の認知度

「ホームヘルパー派遣事業（以下ホームヘルパー）」「デイサービス事業（以下デイサービス）」「ショートステイ事業（以下ショートステイ）」「在宅介護支援センター（以下介護支援センター）」「老人日常生活給付事業（以下日常生活給付）」「高額療養費」「特定研究事業公費負担制度（以下特定疾患）」「小児慢性特定疾患公費負担制度（以下小児慢性特定疾患）」「未熟児養育医療制度（以下未熟児養育医療）」「育成医療公費負担制度（以下育成医療）」「補装具交付修理」「更生医療給付制度（以下更生医療）」「傷病手当金制度」「身体障害者運賃割引制度（以下運賃割引制度）」「ライトハウス」の15項目の社会資源については、4つの回答肢（「知らない」「少し知っている」「だいたい知っている」「よく知っている」）で質問した。この尺度の α 信頼係数は0.885であったため、総合して一元的な尺度として取り扱った。また分析に際しては、「だいたい」と「よく」を合わせて「知っている」に再分類した。活用度については、「紹介したことがある」「紹介したことがない」「覚えていない」で回答を得た。

2) 訪問看護制度、医療相談室、入院経験および福祉体験・学習

訪問看護制度と医療相談室は、「あるかどうか分からない」を除いて「ある」「ない」の2値変数として取り扱った。入院経験は、「ない」と自分もしくは家族にある場合を「ある」の2値変数とした。福祉体験・学習は、「全くしていない」

を「していない」とし、「雑誌・専門誌で学習」「ボランティア」「福祉サークルに所属」「大学で福祉関係を専攻」「病院内研修で学習」「その他」を「している」のカテゴリーに統括し、2値変数として取り扱った。

各項目間の検定には χ^2 検定を行い、有意水準は1%を用いた。

なお、統計解析は、SPSS (6.1 for Windows: SPSS Japan Inc.) によった。

■. 結 果

1. 対象者の概要

表2には、対象者の属性を示した。対象者の平均年齢は 31.7 ± 9.3 （範囲：19～63）歳、経験年数は、「3年以下」が27.6%、「4～9年」32.8%、「10～19年」24.0%、「20年以上」15.3%であった。取得免許は、病院ということもあり「看護婦・准看護婦」92.8%、「保健婦・助産婦」は7.0%であった。看護教育修了機関は、「看護専門学校」が約8割であった。職位は、「婦長・主任看護婦」などの管理職が14.0%、「スタッフ」が81.1%であった。入院経験について、「ない」9.1%、「家族にある」45.0%、「自分にも家族にもある」37.4%、「自分にある」8.2%であった。福祉体験・学習は複数回答であるが、69.8%が「全くしてない」と、また、「雑誌や専門誌で学習」「ボランティア」「病院内研修」で各1割が「している」と回答していた。（表2）

表3には、対象者の所属している病院施設の属性を示した。設置主体は、「都道府県」26.3%が最も高く、続いて「市町村」22.1%、「日赤」19.7%、「社会福祉法人」11.0%であった。医療相談室の有無については、「ある」と回答した者が64.8%、「ない」が21.1%、「わからない」は12.2%で、訪問看護制度の有無は、「ある」40.9%、「ない」50.1%、「わからない」4.5%であった。（表3）

病院に勤務する看護職における社会資源に関連する認知度

表2 対象者の概要

	N=2651 (%)
経験年数	
1～3年	732 (27.6)
4～9年	870 (32.8)
10～19年	636 (24.0)
20年以上	406 (15.3)
無回答	7 (0.3)
取得免許	
看護婦	2,245 (87.7)
准看護婦	216 (8.1)
保健婦	29 (1.1)
助産婦	157 (5.9)
無回答	4 (0.2)
看護教育修了機関	
看護専門学校	2,091 (78.9)
准看護専門学校学校	196 (7.4)
看護短大*	147 (5.5)
保健婦・助産婦学校学校	173 (6.5)
その他	37 (1.4)
無回答	7 (0.3)
職位	
看護婦長・副婦長	211 (8.0)
主任・副主任	159 (6.0)
臨床指導者	114 (4.3)
スタッフ	2,151 (81.1)
その他	6 (0.2)
無回答	10 (0.4)
入院経験	
ない	240 (9.1)
自分にある	218 (8.2)
家族にある	1,192 (45.0)
自分家族にある	992 (37.4)
無回答	9 (0.3)
福祉体験・学習（複数回答）	
雑誌・専門誌	267 (10.6)
ボランティア	223 (8.8)
病院内研修	202 (8.0)
大学で学ぶ	83 (3.3)
福祉サークル	44 (1.7)
その他	95 (3.8)
全くしていない	1,764 (69.8)

(*看護短大に看護大学3名含む)

表3 対象者の所属病院施設の概要

	N=2651 (%)
設置主体	
国立	137 (5.2)
都道府県	696 (26.3)
市町村	586 (22.1)
医療社会法人	93 (3.5)
日赤	522 (19.7)
共済組合	75 (2.8)
社会福祉法人	291 (11.0)
学校法人	101 (3.8)
民間病院	149 (5.6)
無回答	1 (0.0)
医療相談室	
ある	1,719 (64.8)
ない	560 (21.1)
わからない	323 (12.2)
その他	13 (0.5)
無回答	36 (1.4)
訪問看護制度	
ある	1,084 (40.9)
ない	1,327 (50.1)
わからない	118 (4.5)
その他	101 (3.8)
無回答	21 (0.8)

2. 社会資源の認知度および活用度

表4は、社会資源の認知度を示したものである。各項目の有効回答率（解析対象者2,651人に対する）は、98.6%（ホームヘルパー）～99.1%（高額療養費）であった。「ライトハウス（32.7%）」を除いた14項目に対して、対象者の4～5割が「少し知っている」と回答していた。しかし「知らない」および「知っている」の回答率は項目により相違がみられた。「知っている」の回答率が4割以上の項目は、「デイサービス」47.4%、「ショートステイ」43.0%、「高額療養費」41.3%であった。一方、「知らない」の回答率が3割以上の項目は、「ライトハウス」43.9%、「更生医療」32.9%、「介護支援センター」32.7%、「日常生活給付」31.0%であった。（表4）

表4 社会資源の認知度

(%)

	N	知らない	少し知っている	知っている
ホームヘルパー派遣制度	2,614	7.4	56.7	35.9
デイサービス事業	2,620	3.2	49.4	47.4
ショートステイ事業	2,616	9.7	47.4	43.0
在宅介護支援センター	2,619	32.7	47.8	19.5
老人日常生活給付事業	2,622	31.0	49.7	19.3
高額療養費	2,627	13.8	44.9	41.3
特定研究事業公費負担制度	2,619	16.4	48.7	34.9
小児慢性特定疾患公費負担制度	2,623	19.4	47.4	33.2
未熟児養育医療制度	2,621	26.9	43.9	29.1
育成医療公費負担制度	2,620	24.7	45.6	29.8
補装具交付・修理	2,617	15.5	49.6	34.9
更生医療給付制度	2,621	32.9	44.9	22.2
傷病手当金制度	2,616	14.1	49.2	36.7
身体障害者運賃割引制度	2,622	11.5	49.1	39.4
ライトハウス	2,624	43.9	32.7	23.5

表5 社会資源の活用度

(%)

	N	紹介あり	紹介なし	覚えていない
ホームヘルパー派遣制度	2,254	15.0	83.8	1.2
デイサービス事業	2,254	15.9	83.2	0.9
ショートステイ事業	2,229	12.8	86.6	0.6
在宅介護支援センター	2,172	5.6	93.9	0.6
老人日常生活給付事業	2,191	10.7	88.6	0.7
高額療養費	2,238	28.0	70.6	1.3
特定研究事業公費負担制度	2,247	15.7	83.4	0.8
小児慢性特定疾患公費負担制度	2,243	13.4	86.0	0.7
未熟児養育医療制度	2,224	10.3	89.1	0.5
育成医療公費負担制度	2,224	13.2	86.5	0.4
補装具交付・修理	2,249	23.7	75.6	0.7
更生医療給付制度	2,238	9.4	90.1	0.5
傷病手当金制度	2,243	14.1	85.1	0.8
身体障害者運賃割引制度	2,252	9.6	89.9	0.5
ライトハウス	2,187	4.0	95.7	0.4

表5には、社会資源の活用度を示した。有効回答率(2,651人中)は、81.9%(介護支援センター)～85.0%(ホームヘルパー)であった。「紹介したことがある」と回答した割合が高かった項目は、「高額療養費」28.0%、「補装具交付修理」23.7%であり、その他の項目では8割以上が「紹介したことがない」と回答していた。(表5)

3. 医療相談室、訪問看護制度との関連

表6には医療相談室の有無別、表7には訪問看護制度の有無別に社会資源の認知度を示した。ショートステイの認知度は医療相談室のない者が、小児慢性特定疾患・ライトハウスに関してはある者が他より有意に高値であった。(表6) また、ホームヘルパー・デイサービス・ショートステイ・介護支援センターに関する認知度は訪問看護制度のある者が、特定疾患・小児慢性特定疾患・育成医

病院に勤務する看護職における社会資源に関連する認知度

表6 医療相談室の有無別社会資源の認知度

(%)

		N	知らない	少し知っている	知っている	検定
ホームヘルパー派遣制度	ある	1,700	6.8	57.5	35.7	n.s
	ない	554	7.0	53.8	39.2	
デイサービス事業	ある	1,703	2.7	50.3	47.0	n.s
	ない	555	2.5	46.5	51.0	
ショートステイ事業	ある	1,702	10.0	48.5	41.4	* *
	ない	553	6.5	44.3	49.2	
在宅介護支援センター	ある	1,706	32.5	48.0	19.5	n.s
	ない	553	30.2	48.5	21.3	
老人日常生活給付事業	ある	1,707	32.3	48.2	19.4	n.s
	ない	555	27.6	51.9	20.5	
高額療養費	ある	1,709	11.1	45.8	43.1	n.s
	ない	557	14.0	40.6	45.4	
特定研究事業公費負担制度	ある	1,704	13.6	49.2	37.2	n.s
	ない	555	16.2	47.6	36.2	
小児慢性特定疾患公費負担制度	ある	1,711	16.5	47.5	36.0	* *
	ない	553	22.8	44.5	32.7	
未熟児養育医療制度	ある	1,707	27.2	43.1	29.7	n.s
	ない	555	22.7	44.9	32.4	
育成医療公費負担制度	ある	1,709	23.5	45.3	31.2	n.s
	ない	552	22.3	46.4	31.3	
補装具交付・修理	ある	1,703	14.1	48.2	37.8	n.s
	ない	554	14.1	51.1	34.8	
更生医療給付制度	ある	1,707	33.2	44.0	22.8	n.s
	ない	553	29.3	46.5	24.2	
傷病手当金制度	ある	1,703	13.2	49.3	37.5	n.s
	ない	552	12.1	45.7	42.2	
身体障害者運賃割引制度	ある	1,706	10.3	49.3	40.4	n.s
	ない	555	10.6	46.7	42.7	
ライトハウス	ある	1,709	36.6	35.0	28.4	* *
	ない	555	55.7	28.8	15.5	

* * ; $P < 0.01$

表7 訪問看護制度の有無別社会資源の認知度

(%)

		N	知らない	少し知っている	知っている	検定
ホームヘルパー派遣制度	ある	1,069	5.5	53.2	41.3	* *
	ない	1,314	8.6	59.9	31.5	
デイサービス事業	ある	1,072	2.4	43.9	53.6	* *
	ない	1,317	3.6	53.8	42.6	
ショートステイ事業	ある	1,070	7.9	43.2	49.0	* *
	ない	1,315	11.1	50.9	38.0	
在宅介護支援センター	ある	1,073	27.1	48.6	24.3	* *
	ない	1,314	36.8	47.3	15.8	
老人日常生活給付事業	ある	1,075	30.3	48.8	20.8	n.s
	ない	1,316	31.2	51.1	17.7	
高額療養費	ある	1,077	15.7	44.2	40.1	n.s
	ない	1,318	11.7	45.2	43.1	
特定研究事業公費負担制度	ある	1,075	18.9	49.0	32.1	* *
	ない	1,315	14.2	47.8	37.9	
小児慢性特定疾患公費負担制度	ある	1,076	24.8	46.7	28.5	* *
	ない	1,318	15.0	47.6	37.4	
未熟児養育医療制度	ある	1,077	28.7	43.0	28.3	n.s
	ない	1,315	25.7	44.0	30.3	
育成医療公費負担制度	ある	1,076	27.4	46.9	25.7	* *
	ない	1,314	22.1	44.4	33.5	
補装具交付・修理	ある	1,072	15.4	46.7	37.9	n.s
	ない	1,315	15.4	51.5	33.2	
更生医療給付制度	ある	1,075	31.9	44.1	24.0	n.s
	ない	1,316	33.3	45.0	21.7	
傷病手当金制度	ある	1,068	15.3	49.3	35.4	n.s
	ない	1,319	12.7	49.1	38.3	
身体障害者運賃割引制度	ある	1,075	11.3	46.9	41.8	n.s
	ない	1,317	11.4	50.6	38.0	
ライトハウス	ある	1,076	48.9	32.9	18.2	* *
	ない	1,318	38.7	33.2	28.1	

* * ; $P < 0.01$

病院に勤務する看護職における社会資源に関連する認知度

表8 入院経験の有無別社会資源の認知度

(%)

		N	知らない	少し知っている	知っている	検定
ホームヘルパー派遣制度	ある	2,375	6.9	57.1	36.0	n.s
	ない	238	12.2	52.5	35.3	
デイサービス事業	ある	2,381	3.1	49.7	47.2	n.s
	ない	238	4.2	46.2	49.6	
ショートステイ事業	ある	2,377	9.5	47.7	42.8	n.s
	ない	238	10.9	44.5	44.5	
在宅介護支援センター	ある	2,379	32.5	48.0	19.5	n.s
	ない	239	35.1	45.6	19.2	
老人日常生活給付事業	ある	2,382	30.7	49.8	19.5	n.s
	ない	239	32.6	49.4	18.0	
高額療養費	ある	2,387	13.2	44.1	42.7	**
	ない	239	20.5	51.9	27.6	
特定研究事業公費負担制度	ある	2,382	16.1	48.3	35.6	n.s
	ない	236	19.9	52.1	28.0	
小児慢性特定疾患公費負担制度	ある	2,384	19.4	46.7	33.9	n.s
	ない	238	20.6	52.9	26.5	
未熟児養育医療制度	ある	2,382	27.0	43.3	29.7	n.s
	ない	238	26.9	49.2	23.9	
育成医療公費負担制度	ある	2,382	24.5	45.5	30.0	n.s
	ない	237	26.6	45.1	28.3	
補装具交付・修理	ある	2,379	15.1	49.0	35.9	**
	ない	237	21.1	54.0	24.9	
更生医療給付制度	ある	2,382	32.5	44.6	22.9	n.s
	ない	238	37.4	47.1	15.5	
傷病手当金制度	ある	2,379	13.5	49.0	37.6	**
	ない	236	20.3	51.7	28.0	
身体障害者運賃割引制度	ある	2,384	11.5	48.0	40.5	**
	ない	237	11.4	59.9	28.7	
ライトハウス	ある	2,384	43.8	32.8	23.4	n.s
	ない	239	45.2	30.5	24.3	

** ; $p < 0.01$

表9 福祉体験・学習の有無別社会福祉の認知度

(%)

		N	知らない	少し知っている	知っている	検定
ホームヘルパー派遣制度	している	763	5.8	44.8	49.4	**
	していない	1,747	8.3	62.3	29.4	
デイサービス事業	している	765	2.0	37.6	60.4	**
	していない	1,752	3.9	54.9	41.3	
ショートステイ事業	している	766	5.7	37.2	57.0	**
	していない	1,747	11.7	51.7	36.6	
在宅介護支援センター	している	763	19.9	47.6	32.5	**
	していない	1,753	38.6	47.6	13.7	
老人日常生活給付事業	している	765	21.7	47.2	31.1	**
	していない	1,754	35.5	50.3	14.2	
高額療養費	している	765	10.6	38.0	51.4	**
	していない	1,757	15.5	48.4	36.1	
特定研究事業公費負担制度	している	761	13.4	44.5	42.0	**
	していない	1,750	17.9	51.0	31.1	
小児慢性特定疾患公費負担制度	している	765	14.8	44.4	40.8	**
	していない	1,750	21.7	49.1	29.1	
未熟児養育医療制度	している	763	24.0	40.5	35.5	**
	していない	1,751	28.4	45.5	26.1	
育成医療公費負担制度	している	765	21.0	40.3	38.7	**
	していない	1,747	26.0	48.2	25.8	
補装具交付・修理	している	763	10.7	43.1	46.1	**
	していない	1,748	17.9	52.6	29.5	
更生医療給付制度	している	765	26.0	42.5	31.5	**
	していない	1,750	36.3	45.8	17.9	
傷病手当金制度	している	762	11.8	41.5	46.7	**
	していない	1,747	15.2	53.1	31.7	
身体障害者運賃割引制度	している	763	8.5	41.7	49.8	**
	していない	1,752	12.8	52.7	34.4	
ライトハウス	している	761	35.2	34.3	30.5	**
	していない	1,755	47.6	32.0	20.4	

** ; $p < 0.01$

療・ライトハウスの認知度は、同制度のない者が他に比べて有意に高値と認められた。(表7)

4. 入院経験、福祉体験・学習の有無との関連

表8には入院経験の有無別に、表9には福祉体験・学習の有無別に社会資源の認知度を示した。高額療養費・補装具交付修理・傷病手当金制度・運賃割引制度の認知度は、入院経験のある者がいない者に比べ有意に高かったが、他の項目での認知度は、入院経験による差が認められなかった。(表8) また、福祉体験・学習をしている者は、全ての項目での認知度が高かった。特にデイサービス・ショートステイ・高額療養費での認知度は50%を越え、ホームヘルパー・デイサービス・ショートステイの福祉体験者と非体験者との認知度の差は20%であった。(表9)

IV. 考 察

1. 社会資源の認知度

本調査で認知度が高い項目は、デイサービス・ショートステイ・高額療養費・傷病手当金制度などであったが、認知されている割合は5割を越えていない。デイサービス・ショートステイはホームヘルパーとともに、ゴールドプランの中で在宅ケアサービスの具体的施策として位置づけられている。本調査の中でゴールドプランについて知っている者は約1割であり、知らない者は約6割であった¹⁹⁾。これは田村²⁰⁾らが東京都民に調査した結果よりは、若干高い認知度であった。しかし、ゴールドプランは看護職の働きを決定づけるといわれている。本調査はゴールドプランが策定されてから7年が経過した時点で、しかも看護職を対象としたものである。これを考慮するとゴールドプランの認知度はかなり低く、このような背景がデイサービス・ショートステイ・ホームヘルパーの認知度が半数を超えないことに反映していると考えられる。在宅ケアサービスの利用意向につい

て、冷水⁸⁾らの在宅障害老人の主介護者への調査では、ホームヘルパー72.2%、デイサービス77.7%、ショートステイ80.8%、山脇²¹⁾らの重症心身障害児(者)の主介護者では、ショートステイ77.9%、ホームヘルパー54.0%、緊急一時入所96.5%、西瀬¹⁸⁾らの老人大学受講生では、デイサービス45.1%、ショートステイ44.6%、ホームヘルパー44.5%であった。このように利用者のサービス利用意向状況からみても、さらに看護職における在宅ケアサービスの認知度が高まることが望まれる。

高額療養費は、高度医療技術に伴い医療費も高騰し、その対象となる患者も年々増加しており、社会的問題にもなっているため認知度が高かったのは当然の結果であろう。また、傷病手当金制度は、疾病や負傷のため仕事ができなくなった患者の生活を保障する制度である。看護職が直接関与する制度でないかもしれないが、患者の経済・社会的側面をアセスメントするためにも知っておく必要がある。

認知度が低かった項目は、ライトハウス・更生医療給付・介護支援センター・日常生活給付であった。この理由として、ライトハウスは失明者の社会的自立更生のための施設、更生医療は人工透析・人工股関節置換術の患者などを対象とした制度であり、これらの制度や施設を適用できる患者がかなり限定されているためと考える。しかし、更生医療をはじめ補装具交付修理・運賃割引制度には身体障害者手帳が必要であり、身体障害者手帳は必要な診断書ができるのに時間を要し、さらに手続きにも時間がかかる²²⁾。入院してからの手続きでは遅すぎることもあるので、看護職には外来で情報が提供できるような知識も必要となる。また、介護支援センターはゴールドプランに伴う新規事業のため、先のゴールドプランの認知度と同様、あまり知られていなかったと考える。しかし、患者が病院から在宅へ療養が移行した時、在宅ケア

サービスの活用の仕方がわからない、独居老人や自宅で寝たきり老人を介護するには負担がかかるなどの問題が生じた場合、患者や家族に介護支援センターや日常生活給付についての情報を提供することで問題解決の一助となる場合がある。

その他の小児慢性特定疾患、未熟児養育医療、育成医療は小児科での看護経験の有無がその認知度に影響を及ぼしていると考えられる。

2. 社会資源の活用度

社会資源15項目の活用度は紹介したことがあるかどうかで調査した。高額療養費・補装具交付修理で2〜3割が紹介したことがあると回答していた。これらの制度は、診療科や疾患に関わりなく適用患者が多いためと考える。他の項目では、8割以上が紹介した経験がないと回答していた。実際、病院では、患者への社会資源の紹介や医療費に関する事務手続きの説明は婦長の役割としたり、公費負担制度などは医師が直接患者に紹介する場合があるため、一般の看護スタッフではこれまで社会資源を活用する機会がなかったものと推察する。今回、社会資源の活用度を紹介したことがあるかどうかで質問したが、紹介する機会がなかったのか、紹介する機会があったが紹介する方法まで知らなかったのか、その点を明らかにしていないため今後検討していく必要がある。

3. 医療相談室との関連

医療相談室の役割は、患者の抱える経済・社会的問題を、社会資源等を駆使しながら解決することである。そこで、医療相談室を設置している病院の看護職は、医療相談室と連携をとりながら、患者の社会的問題を解決する機会が多く、公費負担制度や在宅ケアサービスの認知度が高いものと推測した。しかし、医療相談室が設置されていることで有意に認知度が高かったのは、小児慢性特定疾患・ライトハウスのみであった。この理由と

して、①医療相談室の主要な業務が患者の経済・社会的な問題の解決に向けられているのではなく、入院や退院に関する事務手続きである。②医療相談室にソーシャルワーカーがいないため連携がとれない。③看護職が患者の経済・社会的側面のアセスメントに関心を持っていないため、医療相談室との連携をとっていないなどが考えられる。今回の調査では、看護職と医療相談室およびソーシャルワーカーとの連携までは明らかにしていないため、以上の点については検討していく必要がある。また、看護職が複雑に変化する医療福祉制度を詳細に把握することは困難である。そこで、医療福祉分野の専門的な知識をもつ医療ソーシャルワーカーが病院内に配置され、看護職がこれら他職種と連携をとりながら社会資源を活用できる体制づくりも必要となろう。

4. 訪問看護制度との関連

平成7年の調査時点では、京都府内の訪問看護ステーションは44カ所であった。本調査でも訪問看護制度がある者は4割で、20カ所中9カ所の病院で訪問看護室またはステーションを設けていた。訪問看護制度がある者で認知度が有意に高かったのは、ホームヘルパー・デイサービス・ショートステイ・介護支援センターの在宅ケアサービスに関連する項目であった。一方、ない者で認知度が有意に高かったのは、特定疾患・小児慢性特定疾患・育成医療・ライトハウスなどであった。ライトハウス以外の項目は医学研究や高度医療に伴う医療費公費負担制度である。これらの制度は、大学病院や研究機関（本調査の病院の内3カ所が該当）に入院している患者が対象となる場合が多く、該当の病院では訪問看護制度を設けていなかった。このことは、地域における病院の機能と役割が、看護職の社会資源の認知度に影響することを示唆している。

5. 入院経験との関連

約9割の対象者が、自分もしくは家族に入院経験がある者であった。特に、高額療養費・傷病手当金制度で入院経験のある者は認知度が高かった。これらは、疾患の種類に関わらない制度である。自分もしくは家族が入院したことにより、実際にこれらの制度を利用する機会のあった者が多かったと推測する。また、補装具交付修理、運賃割引制度でもある者に認知度が高かった。入院経験がこれらの制度の認知度を高めている背景については検討していく必要がある。

6. 福祉体験・学習との関連

本調査では、卒後の社会福祉の学習や福祉体験について、全ての項目でしている者は認知度が高かった。特にその福祉体験や学習が、在宅ケアサービスの認知度を高める要因となっていることがわかった。このことから、看護職の社会資源の認知度は、経験年数とともに個人の福祉体験・学習に大きく影響されていることが示唆された。医療ソーシャルワーカーの立場から藤平²⁷⁾は、看護職における社会資源の必要最低限度の知識は大切であり、医療福祉における社会資源の枠組みと、ある程度の内容を知識としてもっていることは重要であるとしている。看護職の社会資源の知識を高めるためには、個人の努力に頼るだけでなく、より組織的に学習する機会を設ける必要がある。そのためには、病院内での研修など卒後教育の一環として、実務と密接に結びつける形での看護に関連する保健医療福祉サービスの研修の機会を活性化させる必要がある。また、最近では、開かれた大学を目指し、看護系の大学においても公開講座を開催したり研修の機会を提供することが推奨²⁸⁾されている。このような機会も大いに活用されるべきであろう。しかし、社会資源の知識といっても多種多様であり、どの程度の知識があればよいのかは検討していく必要がある。

V. 結 論

病院に勤務する看護職の社会資源の認知度と医療相談室、訪問看護制度、入院経験、福祉体験・学習の関連を検討した。

1. 社会資源の認知度が高率だったのは、デイサービス・ショートステイ・高額療養費で、低率だったのは、ライトハウス・更生医療・在宅介護支援センター・老人■常生活給付であった。
2. 勤務先に医療相談室のある者はない者に比べ、小児慢性特定疾患・ライトハウスの認知度が高率であった。
3. 訪問看護制度のある者はない者に比べ、ホームヘルパー・デイサービス・ショートステイ・在宅介護支援センターの認知度が高率であった。一方、訪問看護制度のない者はある者に比べ、特定疾患・小児慢性特定疾患・育成医療・ライトハウスの認知度が高率であった。
4. 入院の経験のある者はない者より高額療養費・補装具交付修理・傷病手当金制度・運賃割引制度の認知度が高率であった。
5. 福祉体験・学習のある者はない者に比べ、全ての項目での認知度が高く、特にデイサービス・ショートステイ・高額療養費での認知度は50%を越え、ホームヘルパー・デイサービス・ショートステイでの福祉体験者と非体験者との認知度の差は20%であった。

謝辞

アンケートに御協力頂いた看護職の皆様へ深く感謝いたします。

本研究は、文部省科学研究費補助金（奨励研究 A07772282）によるものである。

要 約

看護職における社会資源の認知度とそれらに及ぼす要因を検討することを目的として、病院勤務者を対象とした調査を行った。そして、性、年齢の明らかな2,651名データから、

1) 認知度が高率だったのは、デイサービス・ショートステイ・高額療養費、傷病手当金制度で、低率だったのはライトハウス・更生医療・在宅介護支援センター・老人日常生活給付事業であった。

2) 勤務先に医療相談室のある者はない者に比べ、小児慢性特定疾患・ライトハウスの認知度が高率であった。

3) 訪問看護制度のある者はない者に比べ、ホームヘルパー・デイサービス・ショートステイ・在宅介護支援センターの認知度が高率であった。

4) 入院経験のある者はない者より高額療養費・補装具交付修理・身体障害者運賃割引制度の認知度が高率であった。

5) 福祉体験・学習経験のある者はない者に比べ、すべての社会資源の認知度が高く、特に、ホームヘルパー・デイサービス・ショートステイ・在宅介護支援センターに関する認知度は50%を越えていた。

以上より、病院に勤務する看護職での社会資源の認知度は、福祉に関する体験や学習経験、あるいは家族を含む入院経験などの個人的要因に加え、勤務先での医療相談室や訪問看護制度の有無など、環境要因の影響を受けていることが示唆された。

Abstract

Knowledge about social resources and factors that affect it were studied in 2,651 hospital nurses of known ages and sexes. 1) Of the social resources, day care, short stay, high-cost illness insurance, and cash benefit for sickness were known to high percentages of nurses, but the lighthouse, medical rehabilitation services for the adults handicapped, the home care support center, and the program for providing daily necessities to the elderly were known to low percentages of nurses. 2) Research into treatment for Specific child chronic diseases and lighthouse were better known to nurses working in hospitals with medical consultation rooms. 3) The home helper service, day care, short stay, and the home care support center were better known to nurses working in hospitals with visiting nurse stations. 4) The high-cost illness insurance, prostheses supply and repair service, and transportation fare discounts for the physically handicapped were better known to nurses with experience of hospitalization. 5) The knowledge about all social resources was better in nurses with experience of providing welfare services or an educational background about welfare. Especially, the home helper service, day care, short stay, and home care support center were known to more than 50% of them.

The knowledge of hospital nurses about social resources appears to be affected by

environmental factors including the presence of a medical consultation room and a visiting nurse station in the hospitals they are working in as well as personal factors such as experience and educational background concerning welfare and experience of hospitalization of nurses themselves or their families.

VI. 文 献

- 1) 荒井蝶子編：看護管理シリーズ6 看護管理その3 医療のしくみを知る第2版，1995.
- 2) 森山美和子著：退院計画とクリティカルパス，医学書院，1998.
- 3) 堀越由紀子：退院計画に必要な要素；退院に関する問題のアセスメントと社会資源，看護技術，44(7)，pp.14～18，1998.
- 4) 鎌田ケイ子：MDS／HCを用いた退院計画の作成，臨床看護，24(1)，pp.101～110，1998.
- 5) 千田みゆき：病院から在宅へつなぐ看護，臨床看護，24(1)，pp.9～17，1998.
- 6) 倉田和枝：退院改革を考える，臨床看護，24(1)，pp.88～95，1998.
- 7) 杉崎千洋：利用者・家族の行動に適合した社会福祉援助へのアクセス促進システム－ケアマネイジメント研究に欠けている視点－，日本福祉大学中央専門福祉専門学校紀要，第2号，pp.59～75，1997.
- 8) 冷水 豊他：老人介護サービスに対するニーズの測定と必要サービス量の推計－測定・推計方法の検討を中心にして－，社会老年学，37，pp.3～15，1993.
- 9) 山脇明美他：重症心身障害児（者）における在宅支援サービスに関する研究，日本公衆衛生雑誌，45(6)，pp.499～511，1998.
- 10) 百瀬由美子他：長野県老人大学受講生の世間体と保健・福祉・看護サービス利用に関する研究，日本公衆衛生雑誌，43(3)，pp.209～219，1996.
- 11) 赤木真寿美他：健康・福祉関連サービスの利用と利用要望の実態及び世帯ベースでみた在宅医療・福祉関連サービスの利用と利用要望，厚生生の指標，41(2)，pp.19～29，1994.
- 12) 延原弘章他：全■の市町村における人口規模別老人保健福祉サービスの利用状況の分析と評価についての検討，厚生生の指標，45(6)，pp.17～23，1998.
- 13) 山田ゆかり他：高齢者在宅ケアサービスの利用に対する態度に関連する要因，老年社会科学，19(1)，pp.22～28，1997.
- 14) 横山美江他：要介護老人における在宅福祉サービス利用の実態および介護者の疲労状態との関連，老年社会科学，15(2)，pp.136～149，1994.
- 15) 大友照彦他：高齢者の需要度からみた在宅福祉サービスの業務特性と関連要因，厚生生の指標，44(11)，pp.20～26，1997.
- 16) 武田順子他：老人介護に携わる介護者の現状と在宅介護サービス，厚生生の指標，43(10)，pp.17～22，1996.
- 17) 白鞘康嗣他：未熟児医療の費用便宜分析，■本公衆衛生雑誌，42(9)，pp.783～791，1995.
- 18) 柴崎智美他：難病患者の実態調査，難病医療公費負担制度による医療費受給者の解析，日本公衆衛生雑誌，44(1)，pp.33～46，1997.
- 19) 当日雅代他：看護婦（士）の社会福祉に対する意識調査，京府医大医短紀要，6(1)，pp.43～53，1996.
- 20) 岡本民雄：社会福祉の基礎知識，有斐閣，1973.
- 21) 社団法人京都府看護協会：知っておこう社会資源の活用，看護職のQ & A集，1995.
- 22) 児島美都子編：医療相談の手引き，公的に保障される療養費，日本看護協会出版会，1992.

- 23) 児島美都子他：三訂医療福祉相談百問百答，中央法規出版，1992.
- 24) 社会資源研究会編著：五訂版福祉制度要覧，理解と活用のための必携書，川島書店，1993.
- 25) 田村 誠他：老人保健計画の認知度とその向上策の検討，日本公衆衛生雑誌，43(11)，pp.994～963，1996.
- 26) 押川真喜子：継続した医療を保証するために看護職に求められるセンス，看護学雑誌，60(2)，pp.114～117，1996.
- 27) 藤平輝明他：看護における社会資源の活用法，臨床看護，24(5)，pp.683～693，1998.
- 28) 総務庁編：高齢社会白書平成9年度版，1997.
(平成10年10月2日受付)

M64 生体シミュレーター（心臓病用）A. V. P. トレーニングシステム

“イチロ”



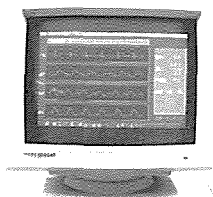
指導：臨床心臓病学教育研究会
東京工業大学

会長 高階 經和
教授 清水 優史

頸静脈波・動脈拍動・心音・心尖拍動・呼吸音・心電図がライブに再現!!

〈特 長〉

1. 心音については、患者から収録した心音をデジタル化して（A. P. T. M）の各部位から4チャンネルで実際に近い音を聴くことができます。
また、解説では（A. P. T. M）の心音図を見ることができます。
2. 動脈波形・頸静脈波形・心尖拍動波形がコンピューターのエア制御により、モニター上のECGと完全に同調した状態で触診できます。
また、解説ではECG・CAP・JVP・ACGの波形を静止画像として見ることもできます。
3. モニター画面では、シミュレーション中ECG・CAP・JVP・ACGの各波形が動画として描かれる他、心拍数・血圧・体温・呼吸数も表示されます。



（シミュレーション中はECG・CAP・JVP・ACGの波形が動画でモニターされます。）

MODEL 40 総合カタログ、
パンフレット進呈

SINCE 1891

医学・看護教育、理科・産業教育用

（標本・模型・シミュレーター・
実験機器・X線ファントム）

製造販売



株式会社 **京都科学**

本社／〒612 京都市伏見区下鳥羽渡瀬町35-1
教育機器部 TEL (075) 605-2510
FAX (075) 605-2519

東京支店／〒112 東京都文京区小石川5丁目20-4
教育機器課 TEL (03) 3817-8071
FAX (03) 3817-8075

父親と母親における子どもの誕生に伴う

「親性」の心理的変容 (1)

－「親性」尺度の作成と■子構造の検討－

Psychological Changes of Fathers and Mothers during Pregnancy (1)

－ Measurement of the Concept of “Parenthood” －

鮫 島 雅 子

Masako Sameshima

キーワード： 親性，父親と母親，心理的尺度

Parenthood, Father and Mother, Psychological scaling

I. 緒 言

1. 問 題

出産準備教育の目的のひとつは、妊婦や夫婦が心理的発達に関する適切な援助が受けられ、早期から親役割取得に取り組むことを可能にする方法や手段を提供することである¹⁾。このように健康教育を実践する上で、あるいは、対象者の心理的状态を看護アセスメントする根拠として、我が子の誕生に伴う父親や母親の心理的発達に関する基礎的知見の解明は重要である。しかしながら、従来の心理学領域において親研究は母親偏重であり、父親に関しては漸く研究の途についた段階である^{2)～4)}。一方、看護・医学領域における父性を対象にする研究も、1974年から行われはじめ1984年以降に急増しているが、その内容は「父性意識の影響■子」および「父性意識の実態」に集中し「父性の受容・形成過程」についての論文は少なかったと報告されている⁵⁾。以上のごとく、父親の心理に関する知見は乏しい状況でありながら、父親を対象とする健康教育や、夫立ち会い出産などはすでに実践されており^{6) 7)}、適切な看護が提

供されているか否かの検証も必要である。すなわち、父親への看護を展開する上で、わが子の誕生に伴う父親自身の心理的変容過程に関する基礎的研究の必要性は高い。

しかしながら、父親研究を行う際に問題となるのが、心理的変化を測定する尺度の選択である。既存の心理的尺度⁸⁾は母親を対象に作成されたものが中心であり、これらの尺度をそのまま父親へ用いるのは適切ではない。一方、子どもの誕生に伴い父親自身が、「赤ちゃんを慈しみ・赤ちゃんに夢中になる」などという母性的な感情を抱き、主体的に育児に関わっている知見^{9)～11)}も報告されており、父親も母親に類似した心理的変化を遂げる可能性が推測できる。つまり、父親を対象とする心理的尺度を作成するならば、父親に限定した尺度ではなく、父親と母親に共通する尺度が必要である。その意義として、両性に共通の尺度を作成することで、同一尺度による父母間の比較などが可能となり、その結果、父親と母親に共通する心理的特性と異なる特性が明らかになり、看護実践へも具体的な知見を提供できると考える。さ

らに、「親」を表現する概念構築にも示唆を与えられるものと思われる。

2. 研究目的

本研究は、わが子の誕生に伴い変化する父親と母親の心理的特性を「親性」(Parenthood)(鮫島, 1998)¹²⁾と概念規定し、「親性」尺度の作成を目的とする探索的な量的研究であり、縦断的調査の先行研究に位置づけられる。さらに、この尺度の構成因子の関係性を分析し、「親性」の因子構造を検討する関係探索研究でもある。

3. 概念規定

鮫島¹²⁾は、「親性」(柏木, 1993)²⁾と言う概念を検討し次のような示唆を得た。

「親性」には、‘親となることにより発達する、個人の人格的特性。’と言う意味が含まれており、性差を越えて両性にともに望ましいとされている認識が存在し、その方向性は、親自身に向いている視点と思われる。そして、この概念を参考に、心理的側面の「親研究」における概念規定を以下のごとく試みた。

「親性 Parenthood: 生物学的性差を認めた上で、両性ともに、親となることにより発達する個人の人格的特性。そして、親自身へ方向性のある概念。」

本研究では、この概念規定を用いる。

II. 研究方法

1. 対象者

対象者は114組(配布数150組, 回収率76%)の妊娠中期(妊娠12週以降妊娠28週未満)の父親と

母親228名である。対象者の背景は表1に示す。

妊娠中期を対象とした理由は、妊娠期間の中でも安定期であり、回答者の負担が少ないことや、今後、縦断的調査を実施する上で、調査開始の時期としても安定期の方が望ましいと考えるためである。

対象者の募集は次の通りである。F市にあるW産婦人科にて、妊娠初期あるいは妊娠中期に母親学級に参加し研究協力に同意した母親に対し、調査用紙を持ち帰ってもらい自宅で記入後に返送してもらった(33組)。また、妊娠中期に両親学級に参加し研究協力に同意した両親に対し、調査用紙をその場で記入してもらった(39組)。K市にあるK助産院にて、妊娠初期あるいは妊娠中期に母親学級に参加した母親と、妊婦健診にて外来受診中の母親で研究協力に同意した母親に対し、調査用紙を持ち帰ってもらい自宅で記入後に返送してもらった(23組)。また、両親揃って外来受診中の両親に対しても同様に同意を得た上で、調査用紙をその場で記入してもらった(4組)。筆者の知人についても同様の方法で協力を得た(15組)。

なお、母親に対しては全て筆者が説明を行い研究協力への同意を得たが、父親に対しては直接説明できたのは44組であり、その他の70組は母親から父親に対し説明を行ってもらい同意を得た。

2. 調査期間

調査期間は1995年8月～1996年2月であった。

3. 刺激語

刺激語は『男性性・女性性の2側面尺度』(山口, 1985)¹³⁾から引用した。山口は、性役割を測

表1 対象者の背景

父 親			母 親			mean (SD)
	年齢	妻の妊娠週数		年齢	妊娠週数	
全 体 (n=114)	30.27 (4.79)	22.11 (4.01)	全 体 (n=114)	28.37 (3.99)	22.05 (3.95)	
初産 (n=80)	28.99 (4.28)	22.20 (4.24)	初産 (n=81)	27.35 (3.89)	22.17 (4.17)	
経産 (n=34)	33.29 (4.54)	21.88 (3.38)	経産 (n=33)	30.88 (2.98)	21.76 (3.31)	

定する上で、男性性を「父性性」「男性性(女に対する男として)」に、女性性を「母性性」「女性性(男に対する女として)」に分け、さらに大人として男女共通して求められる特性として「大人性」を考えて、性役割を5側面からとらえてこの尺度を開発している¹⁴⁾。この中で、「大人性」項目の内容には、子供の誕生に伴う父親と母親の心理的変化としては不適切と考えられる項目(例; 体が年老いていくことを受け入れる)が含まれているために、「大人性」項目を除外し、「父性性(9項目)」「母性性(9項目)」「男性性(9項目)」「女性性(9項目)」の各項目(合計36項目)を刺激語として用いた。質問文は親自身の心理的側面を測定するために、「現在あなたは、自分自身についてどのようなイメージをお持ちですか?」とした。そして評定法は、山[■]の尺度では7件法であるが、対象者の負担を考慮し、“あてはまる(5点)”～“あてはまらない(1点)”の5件法で評定を得て、得られた素点を「親性得点」とした。

今回、この尺度から刺激語を採用した理由は、①親的な側面を含んだ尺度であり、他に妥当な既存の尺度がないこと、②[■]答者の負担が軽いこと、などである。

4. 調査用紙

調査用紙は両面印刷のB4判1枚で、表紙は調査の実施内容と連絡事項を記載し、記入時間は5～15分程度であった。

Ⅲ. 結 果

1. 「親性」尺度の作成

1) 分析方法

父親と母親の両方に用いる同一の尺度作成を目的とするため、積極的な理

由で性差での区分を行わずに父親と母親を一つの集[■]として分析を行った。なお、分析にはHALBAU Ver.3を用いた。

「親性得点」を用い、まず因子数4を設定し、因子分析(主因子法、バリマックス[■]転)を行った。その結果、累積寄与率は32.74%であった。そこで、共通性が0.1前後であった項目(なお、各項目における『男性性・女性性の2側面尺度』での分類を()内に示す)、すなわち、‘子どもの独立を喜ぶ(父性性)’‘子どもを産んだことのある(母性性)’‘おしゃれな(女性性)’‘声が高い(女性性)’の4項目を削除した。

次に4項目を削除後の32項目の「親性得点」を用い、因子数4および5を設定し、因子分析(主

資料; 調査用紙(父親用)

お父様への質問(2)

現在あなたは、自分自身について、どのようなイメージを持っていますか。

下に説明を読んで、あなたのイメージを記入してください。

<左側の説明>

あなたは「自分自身を頭で思考するときに、どのような感じがしますか。

あなたを表す項目として、あてはまるかどうかを考えて○をつけてください。

とばさずに順番に答えてください。あまり考えずに、直観的に判断してください。

あうあ とりあ あ	あうあ とりあ あ
てして ちして て	てして ちして て
は は ら は は	は は ら は は
ま ま て ま ま	ま ま て ま ま
る る も ら ら	る る も ら ら
な な な	な な な
い い い	い い い
子供を育てる -----	おしゃれな -----
冒険心に みた -----	子どもに意見する -----
かわい -----	子供を産んだことのある -----
威厳のある -----	競争的な -----
つつみこむような -----	細やかな -----
勇敢な -----	子供の独立を喜ぶ -----
色気のある -----	ふくよかな -----
家族を養う -----	筋肉質のある -----
いっくしみ深い -----	声が 高い -----
エネルギーが -----	家族の生活を守る -----
しなやかな -----	献身的な -----
厳しい -----	はねばった -----
自己犠牲的な -----	従順な -----
たくましい -----	指導力のある -----
曲線的な -----	あたたかい -----
権威的である -----	行動力のある -----
かいかいしい -----	情緒的な -----
論理的な -----	家計を支える -----

因子法、バリマックス回転)を行った。その結果、因子数4では累積寄与率は35.68%で、固有値は全て1以上であった。また、因子数5では累積寄与率は38.83%で、固有値は全て1以上であった。これより、累積寄与率のより高い因子数5による結果を採用した。

なお、累積寄与率が低い理由は、今回の調査が
①自分のイメージを言葉で尋ねたものであること、
②あらかじめ統制された対象者ではなく実践的な対象者であること、などが挙げられた。しかし、こ

れ以上の項目の削除あるいは因子数増加による再分析は、本来、尺度として採用したかった因子構造をゆがめる可能性も考えられたために、累積寄与率が50%未満であったがこれ以上の分析は行わなかった。

2) 因子の解釈と命名

各項目の因子負荷量行列は表2に呈示した。以下に各因子の解釈を行う。

①第I因子

第I因子に分類された項目は、‘エネルギーシ

表2 「親性得点」項目とバリマックス回転後の因子負荷量行列

項目	F1	F2	F3	F4	F5
エネルギーシな	-0.6531	0.1381	0.0696	-0.2328	-0.1917
家族を養う	-0.6453	0.2567	-0.0067	0.204	0.2818
勇敢な	-0.6201	0.1348	0.0356	-0.2312	0.0091
行動力のある	-0.6149	0.0513	0.2397	-0.2098	-0.1531
たくましい	-0.5425	0.1912	0.2306	-0.0988	-0.3509
指導力のある	-0.5194	0.1903	0.3388	0.0171	-0.0066
家族の生活を守る	-0.4973	0.3915	-0.0086	0.0616	-0.03
家計を支える	-0.4483	0.2818	0.1006	0.2709	0.2237
冒険心に富んだ	-0.4466	0.0103	0.0258	-0.3808	-0.001
子どもを育てる	-0.3613	0.1768	-0.0669	-0.0587	-0.2892
筋肉質の	-0.2957	0.16	0.2295	0.0387	0.0876
献身的な	-0.2329	0.7408	0.1756	-0.031	0.0125
従順な	-0.0217	0.5889	-0.0133	-0.1064	0.1754
あたたかい	-0.2627	0.5511	0.0341	-0.0723	-0.3473
いっくしみ深い	-0.2223	0.5354	-0.1039	-0.1954	-0.0637
つつみこむような	-0.2764	0.5334	-0.1418	-0.2909	-0.2074
かいがいい	-0.103	0.4633	0.2414	-0.2878	0.0167
自己犠牲的な	-0.1818	0.3826	0.3199	0.0411	0.2748
情緒的な	-0.0547	0.235	0.1023	-0.2212	-0.1361
厳しい	-0.0455	0.1297	0.655	-0.068	0.0048
権威的である	-0.103	0.0562	0.6093	0.0044	0.0145
闘争的な	-0.3554	-0.1927	0.5363	0.0312	0.1013
子どもに意見する	-0.1402	0.0892	0.477	0.037	0.0381
論理的な	-0.0151	0.1317	0.3702	-0.103	0.276
威厳のある	-0.3082	0.0888	0.3662	-0.1486	-0.0336
しなやかな	-0.1283	0.2016	-0.0409	-0.7058	0.0745
色気のある	-0.2029	0.0752	0.1421	-0.4693	0.1132
曲線的な	-0.0194	0.0472	0.1421	-0.436	-0.2109
かわいい	-0.0264	0.1278	0.0854	-0.4266	-0.3334
ほねばった	-0.0005	0.0992	0.2269	-0.1466	0.5153
細やかな	-0.078	0.3448	0.1096	-0.113	0.3498
ふくよかな	-0.1167	0.1292	-0.0148	-0.0226	-0.5929
固有値	3.6564	2.9556	2.2436	1.8692	1.7006
累積寄与率(%)	11.4261	20.6625	27.6739	33.5152	38.8297

な(男性性)‘家族を養う(父性性)’‘勇敢な(男性性)’‘行動力のある(男性性)’‘たくましい(男性性)’‘指導力のある(父性性)’‘家族の生活を守る(父性性)’‘家計を支える(父性性)’‘冒険心に富んだ(男性性)’‘子どもを育てる(母性性)’‘筋肉質の(男性性)’の11項目であった。しかし、‘筋肉質の’は因子負荷量が0.2957と0.35以下のために削除した。従って、10項目を採用した。

この因子は、‘エネルギー的な’‘勇敢な’‘行動力のある’‘たくましい’‘冒険心に富んだ’などの行動的・活動的な項目と、‘家族を養う’‘指導力のある’‘家族の生活を守る’‘家計を支える’‘子どもを育てる’などの養育的な項目から成っている。そこで、『活動・養育因子』と命名した。また、この因子は『男性性・女性性の2側面尺度』における男性性項目と父性性項目の混在が顕著であった。

②第Ⅱ因子

第Ⅱ因子に分類された項目は、‘献身的な(母性性)’‘従順な(女性性)’‘あたたかい(母性性)’‘慈しみ深い(母性性)’‘つつみこむような(母性性)’‘かいがいしい(母性性)’‘自己犠牲的な(母性性)’‘情緒的な(女性性)’の8項目であった。しかし、‘情緒的な’は因子負荷量が0.235と0.35以下のために削除した。従って、7項目を採用し、『献身・慈しみ因子』と命名した。また、この因子は『男性性・女性性の2側面尺度』における6つの母性性項目が安定して抽出されていた。

③第Ⅲ因子

第Ⅲ因子に分類された項目は、‘厳しい(父性性)’‘権威的である(父性性)’‘闘争的な(男性性)’‘子どもに意見する(父性性)’‘論理的な(男性性)’‘威厳のある(父性性)’の6項目であった。いずれも因子負荷量が0.35以上のために採用し、『権威・厳しさ因子』と命名した。また、この因子は4つの父性性項目と2つの男性性項目から成っており、第Ⅰ因子と同様に、『男性性・女性性の2

側面尺度』における男性性項目と父性性項目の混在が認められた。

④第Ⅳ因子

第Ⅳ因子に分類された項目は、‘しなやかな(女性性)’‘色気のある(女性性)’‘曲線的な(女性性)’‘かわいい(女性性)’の4項目であった。いずれも因子負荷量が0.35以上のために採用し、『女性性因子』と命名した。また、この因子は『男性性・女性性の2側面尺度』における女性性項目が安定して抽出されていた。

⑤第Ⅴ因子

第Ⅴ因子に分類された項目は、‘ほねばった(男性性)’‘細やかな(女性性)’‘ふくよかな(母性性)’の3項目であった。いずれも因子負荷量が0.35以上のために採用し、『身体的特徴因子』と命名した。

3)「親性」尺度の確定

以上の因子分析の結果から、第Ⅰ因子、第Ⅱ因子、第Ⅲ因子を親に関連する因子として「親性」尺度と確定した。

2.「親性」の因子構造の検討

前述のごとく、「親性」尺度を確定したが、各因子の項目からは、第Ⅰ因子；活動・養育因子(以下；F1)が『親性』、第Ⅱ因子；献身・慈しみ因子(以下；F2)が『伝統的な母親性』、第Ⅲ因子；権威・厳しさ因子(以下；F3)が『伝統的な父親性』という表現も考えられる。つまり、本研究における「親性」の概念規定から考えると、‘生物学的性差を認めた上で、両性ともに’という特徴を有する因子はF1のみであり、F2とF3は性差が現れる因子で、F1の下位概念であると考えられる。そこで、この3因子の構造や関係性を明らかにするために、仮説を『F1が「親性」であり、F2とF3は、F1の下位概念である。』と設定し、「親性得点」を用いて以下の検討を行った。

分析は、親の性差と育児経験の有無の効果と、さらに、共働き家庭の方が専業主婦家庭よりも父

表3 各条件の得点の平均と標準偏差

F1; 活動・養育因子

要因	父 親				母 親			
	初 産		経 産		初 産		経 産	
	母無職	母有職	母無職	母有職	母無職	母有職	母無職	母有職
n	34	46	25	9	35	46	24	9
Mean	40.176	37.116	38.76	32.222	33	34.543	34.542	35.667
SD	5.067	6.257	5.908	7.771	7.026	7.131	4.555	8.353

表4 分散分析表

F1; 活動・養育因子

要 因	SS	df	MS	F	P
A: 親の性差 (父母)	273.178	1	273.178	6.474	0.012 *
B: 育児経験の有無 (初経)	32.785	1	32.785	0.777	0.379
C: 妊娠時の母親の就労	118.4666	1	118.4666	2.807	0.095 +
A×B	198.726	1	198.726	4.709	0.031 *
A×C	371.21	1	371.21	8.797	0.003 ***
B×C	37.443	1	37.443	0.887	0.347
A×B×C	23.0836	1	23.083	0.547	0.46
error	9283.6	220	42.198		

+ p<.10, * p<.05, *** p<.005

親の育児参加が高い¹⁵⁾という報告をふまえて、母親の就労の効果も検討するために、各因子ごとに「親性得点」を加算した合計点を用いて、親の性差 (以下; 父母) (2)×育児経験の有無 (以下; 育児経験) (2)×妊娠時の母親の就労の有無 (以下; 就労の有無) (2)の3要因2水準での分散分析を行った。なお、分析にはANOVA-4Ver .1.10β (Kiriki, 1991)を用いた。

①F1; 活動・養育因子

各条件の平均と標準偏差を表3に示す。分散分析の結果、表4の分散分析表に示すように、主効果は父母条件 ($F(1, 220)=6.474, p<.05$) で有意であり、就労の有無 ($F(1, 220)=2.807, p<.10$) で有意傾向であった。また、[父母]×[育児経験]の交互作用 ($F(1, 20)=4.709, p<.05$) と[父母]×[就労の有無]の交互作用 ($F(1, 220)=8.797, p<.05$) が有意であった。その他の主効果と交互作用は有意でなかった。

そして、[父母]×[育児経験]の交互作用を下位検定した結果、父母条件の単純主効果は育児経験なし (初産) 水準で有意であり、育児経験なし (初産) 水準では、父親条件の平均が母親条件の平均よりも有意に大きかった ($F(1, 220)=11.113, p<.005$)。他方、育児経験条件の単純主効果は父親水準で有意であり、父親水準では、育児経験なし (初産) 条件の平均が育児経験あり (経産) 条

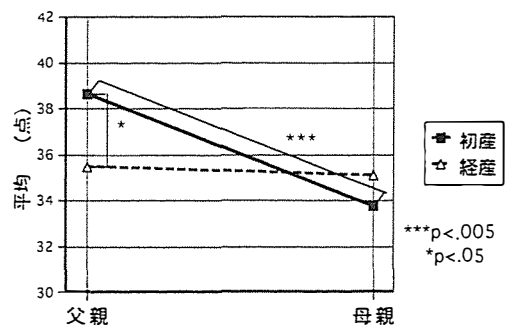


図1 F1; 活動・養育因子
〔父母×育児経験の交互作用〕

件の平均よりも有意に大きかった ($F(1, 220) = 4.656, p < .05$) (図1)。

次に, [父母] × [就労の有無] の交互作用を下位検定した結果, 父母条件の単純主効果は就労無し水準で有意であり, 就労無し水準では, 父親条件の平均が母親条件の平均よりも有意に大きかった ($F(1, 220) = 15.182, p < .001$)。他方, 就労の有無条件の単純主効果は父親水準で有意であり, 父親水準では, 就労無し条件の平均が就労有り条件の平均よりも有意に大きかった ($F(1, 220) = 10.772, p < .005$) (図2)。

②F2 ; 献身・慈しみ因子

各条件の平均と標準偏差を表5に示す。分散分析の結果, 表6の分散分析表に示すように, いずれの主効果と交互作用も有意でなかった。

③F3 ; 権威・厳しさ因子

各条件の平均と標準偏差を表7に示す。分散分析の結果, 表8の分散分析表に示すように, 父母条件の主効果 ($F(1, 220) = 6.208, p < .05$) が有意であった。その他の主効果と交互作用は有意でなかった。

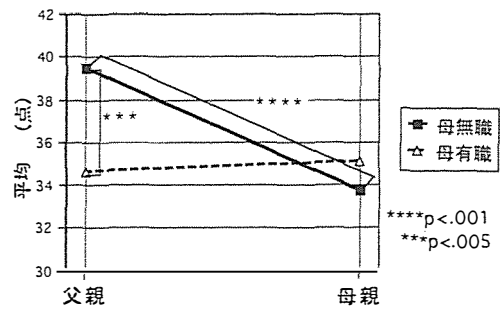


図2 F1 ; 活動・養育因子
〈父母×母就労の交互作用〉

表5 各条件の得点の平均と標準偏差
F2 ; 献身・慈しみ因子

要因	父 親				母 親			
	初 産		経 産		初 産		経 産	
	母無職	母有職	母無職	母有職	母無職	母有職	母無職	母有職
n	34	46	25	9	35	46	24	9
Mean	22.912	23.785	24.8	20.778	22.386	22.55	23.042	23.333
SD	4.847	6.982	3.15	7.33	5.425	4.997	3.769	4.397

表6 分 散 分 析 表
F2 ; 献身・慈しみ因子

要 因	SS	df	MS	F	P
A : 親の性差 (父母)	2.29	1	2.29	0.102	0.75
B : 育児経験の有無 (初経)	0.252	1	0.252	0.011	0.916
C : 妊娠時の母親の就労	17.883	1	17.883	0.794	0.374
A × B	16.14	1	16.143	0.717	0.398
A × C	32.064	1	32.064	1.424	0.234
B × C	56.101	1	56.101	2.492	0.116
A × B × C	62.234	1	62.234	2.764	0.098 +
error	4953.117	220	22.514		

+ $p < .10$

表7 各条件の得点の平均と標準偏差

F3; 権威・厳しさ因子

要因	父 親				母 親			
	初 産		経 産		初 産		経 産	
	母無職	母有職	母無職	母有職	母無職	母有職	母無職	母有職
n	34	46	25	9	35	46	24	9
Mean	19.882	17.761	18.68	19.778	16.771	16.457	18.25	17.778
SD	4.471	4.092	4.388	4.237	4.113	4.347	3.774	4.779

表8 分散分析表

F3; 権威・厳しさ因子

要 因	SS	df	MS	F	P
A: 親の性差 (父母)	115.598	1	115.59	6.208	0.0135 *
B: 育児経験の有無 (初経)	32.228	1	32.228	1.731	0.1897
C: 妊娠時の母親の就労	8.089	1	8.089	0.434	0.5105
A×B	9.823	1	9.7232	0.522	0.4707
A×C	0.123	1	0.138	0.007	0.9315
B×C	23.129	1	23.129	1.242	0.2663
A×B×C	28.126	1	28.126	1.511	0.2204
error	4096.53	220	18.62		

* p<.05

IV. 考 察

1) 「親性」尺度の各因子の考察

①F1; 活動・養育因子

F1は父親の方が母親より高く、しかも、初産や母親の未就労などの条件がその傾向をさらに強めている。しかし、経産であり母親が就労している場合には、父母間に逆転が見られる。つまり、夫婦間の役割分担のあり方や家事・育児の能力差に左右される因子と言える。具体的な例を挙げると、初産で母親が未就労の夫婦の場合のように、夫が働き妻が家事を担うという「伝統的な性役割」を実践している夫婦では、この因子は「父親>母親」であろう。一方、経産で母親が就労している夫婦の場合のように、夫も妻も共に働き家事・育児も担うという「非伝統的な性役割」を実践している夫婦では、この因子は「父親=母親」あるいは「父親<母親」と表現されるであろう。

Persons, Y. & Bales, R.¹⁶⁾は、父親の役割を、家族が社会に適応するための道具的役割 (instrumental role)、母親の役割を、家族をまとめ調和をはかる表出的役割 (expressive role) と唱えており、この「活動・養育因子」は、「家族を養う」「家族の生活を守る」「家計を支える」などの項目を含んでいることから前者の道具的役割に対応する因子と考えられる。しかし、Persons, T. らは、両役割を「父親」「母親」という生物学的性差によって規定したが、「活動・養育因子」は各々の夫婦間の性役割のあり方に規定され、生物学的性差のみに規定されるものではないことが示唆された。

②F2; 献身・慈しみ因子

F2は性差・育児経験・母親の就労などの要因とは関係なく、対象者に共通して存在する特性であることが示唆された。つまり、「献身・慈しみ因子」は「伝統的な母親性」とも解釈できるが、

これは、女性もしくは母親に限定されたものではなく、男性もしくは父親にも同様に認められる特性であると言える。

「養護性」(nurturance) (小嶋, 1989, 1996)^{17) 18)} (Fogel, A. & Melson, G., 1989)¹⁹⁾ とは、「相手の健全な発達を促進するために用いられる共感性と技能」と定義され、生きとし生けるものに対する慈しみとはぐくみの心と行為が養護性の本質である。そして、養護性は男女に共通して認められる特徴であるとされている。従って、「献身・慈しみ因子」は、その項目内容から、また、男女に共通して認められる特徴であることから、この「養護性」に相応する因子であると考えられる。

父親が、子どもの誕生に伴い母性的な感情を抱きながら、主体的に育児に関わるという知見^{9~11)}などは、この「献身・慈しみ因子」を具現化するものであり、従来は母親の特性とされてきた「献身・慈しみ因子」は、実は父親にも本来存在する特性であると言える。

③F3；権威・厳しさ因子

F3は性差の影響を受けており、女性もしくは母親よりも、男性もしくは父親に存在する特性である。従って、「権威・厳しさ因子」は「伝統的な父親性」とも解釈できる。

佐々木²⁰⁾は、わが国[■]の戦前の父親が横柄な暴君であり、それが父親の権力の象徴とされるが、単に制度的に家長の権力が保証されていたにすぎないとし、情緒的な強さはなかったとしている。しかし、小野寺ら²¹⁾は、はじめて親になる意識を夫婦比較した結果、「一家を支えていくのは自分しかない」と強く感じる」という項目において夫の平均値が高く、妻子を養うのは男性の役割だとする日本社会の伝統的性別ステレオタイプが反映されていると報告している。このように、父親にとって「権威・厳しさ因子」は、伝統的性役割として強く意識される因子であり、父親になる、あるいは

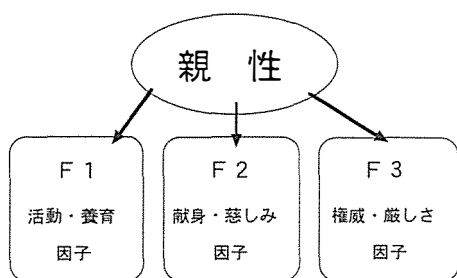
は、父親である自分のイメージとして抽出されたものと考えられる。

2)「親性」の因子構造の検討

因子構造の検討に先立ち設定した仮説は、『F1が「親性」であり、F2とF3は、F1の下位概念である。』であった。本研究では、「親性」を『生物学的性差を認めた上で、両性ともに、親となることにより発達する人格的特性。』と規定しており、「父親と母親に共通して認められる特性」、言い換えると、「性差の影響を受けない特性」と規定している。この規定から考えると、分散分析の結果から、性差の効果が認められなかったF2が「親性」に近似していると言える。つまり、F1を「親性」とする解釈は、妥当ではない。

また、前述の各因子の考察から、F1は「役割」を表現するが、F2およびF3は「特徴」あるいは「特性」を表現していると考えられる。「役割」と「特徴」の関係性は、上下関係とはいいがたく、F2とF3をF1の下位に位置づけるには無理がある。さらに、本研究は「妊娠中期」の1■のみのデータを扱っており、ここでいずれかの因子を「親性」と結びつけるのは時期尚早である。従って、仮説は支持しないこととする。

しかしながら、「親性」に類似の概念として、小嶋¹⁸⁾は「養護性」が「人間の母性」より広義のものであると述べ、大日向²²⁾は「育児性」が「子どもの心身の状態に即した適切で応答性豊かなかわり方」、「愛他性と包容力」、「共感性と感受性」、「幼い存在の発達を支援し保障しようとする責任感に裏付けられた愛情とそれを実行する技能」などを含むと述べている。すなわち、「養護性」、「育児性」とともに下位概念を統合する、より広義の上位概念であると理解できる。従って、本研究で抽出した3因子の関係性は階層構造ではなく、それぞれが独立した並列関係であり、いずれもが「親性」を構成する下位概念であると仮定できるが、さらなる検討が必要である(図3)。



■ 3 「親性」概念の構成因子

3) 「揺れ動く父親像・男性像」と「安定している母親像・女性像」

本研究は、初産の父親・母親が70%含まれている対象者に、これから「親になる」という「妊娠中期」に行った調査から得られた結果であり普遍性はないが、「揺れ動く父親像・男性像」と「安定している母親像・女性像」が対照的に表出されている。すなわち、F1とF3は、『男性性・女性性の2側面尺度』における「父性性」項目と「男性性」項目が混在しており、特にF1は、その傾向が明らかである。しかし、F2とF4はそれぞれ、『男性性・女性性の2側面尺度』における「母性性」項目と「女性性」項目が安定して抽出されている。このことは、従来の伝統的な父親像や男性性（男らしさ）が変革の時期を迎えており、これらの特性が一度壊されて再構築されつつある現象を現していると考えられる。

今日、伝統的な性役割は変革の時期にあり、昭和を女性問題の時代、平成を男性問題の時代ととらえ男女の関係性が模索されている^{23) 24)}。さらに、父親の役割を権威や力、男性性（男らしさ）の体現として把握する視点が一般化しているが、今日の日本社会の現実にはそぐわない²⁵⁾、母性原理である日本社会にはそもそも父性原理は存在しなかつ

た²⁶⁾、などとこれまでの父親存在そのものが基準軸を見失っている。その中で、汐見²⁷⁾は、現在の育児世代の父親は、幼い頃ほとんど母親に育てられており、モデルとしての父親による被育児体験が少なく、自らが親になったときモデルとなるのは、自分の父親ではなく母親となる可能性を指摘している。しかし、鹿嶋²⁸⁾は、父親が子どもとどう付き合うかの試行錯誤を繰り返している姿を、むしろ現代の父親感覚が健全であると述べている。以上のように、「揺れ動く父親像・男性像」とは、今日のわが国において父親モデル不在の中で、父親自身が「父親像」を構築してゆく方向性を模索している象徴と言えるであろう。

V. 結 論

「親性」(Parenthood) (鮫島, 1998) に焦点を当てて、「親性」尺度の作成と因子構造の検討を行った。

1. 「親性」尺度は、因子分析（主因子法、バリマックス回転）より抽出された5因子の中で、親を表現すると思われる3因子を採用し、「親性」尺度と確定した。3因子はそれぞれ、第Ⅰ因子；活動・養育因子、第Ⅱ因子；献身・慈しみ因子、第Ⅲ因子；権威・厳しさ因子と命名した。

2. 「親性」尺度の構成因子の関係性を、素点（「親性得点」）を用いて検討した結果、3因子は「親性」の下位概念として位置づけられた。

3. 伝統的な性役割は変革の時期を迎えており、「親性」を検討する上でも、「揺れ動く父親像・男性像」が明らかになった。

今後の課題として、今回作成した「親性」尺度を用いて、縦断的調査を実施していくこととする。また、同時に因子の解釈も行っていきたい。

要 旨

子どもの誕生に伴い変化する父親と母親の心理的特性を「親性」(Parenthood) (鮫島, 1998) と概念規定した上で、「親性」尺度の作成と「親性」の因子構造を明らかにすることを目的に、妻が妊娠中期の父親 (n=114) と妊娠中期の母親 (n=114) を対象に調査を行った。

36項目の刺激語を使用し、自分自身のイメージについて5段階評定を得た。素点を因子分析 (主因子法, バリマックス■転) し、5因子を抽出した。その中で、親に関する3因子 (F1; 活動・養育因子, F2; 献身・慈しみ因子, F3; 権威・厳しさ因子) を「親性」尺度に採用した。

各因子毎に素点を用いて分析した結果、F1; 活動・養育因子は、性差ではなく各々の夫婦間の性役割のあり方によって規定される因子、F2; 献身・慈しみ因子は男女ともに共通して認められる特徴であり「養護性」に相応する因子、F3; 権威・厳しさ因子は、父親にとって“伝統的な父親像”として強く意識される因子などと考察できた。また、F1は役割を表すが、F2・F3は特性を表していた。以上の結果により、3因子の関係性は階層構造ではなく、それぞれが独立した並列関係であり、いずれもが「親性」を構成する下位概念であると示唆を得た。

Abstract

The purpose of this study was to develop a measurement scale of “Parenthood” and examine its conceptual structure. In this study, “Parenthood” was defined as psychological features in changing of fathers and mothers in their experiences of having a baby. This study was conducted with 114 pairs of pregnant women and their partners in the second trimester of pregnancy. Thirty-six stimulating words were used. The subjects evaluated self-image about parenthood on the five-point Likert scale.

As a result of factor analysis, three factors were identified: activity and child rearing, devotion and affective feeling, and authority and strictness. After analyzing each raw score for three factors again, the first factor was defined as relating to sex roles in each parent. The second factor was recognized as a common characteristic among fathers and mothers and named “nurturance.” The third factor was described by a feature of traditional fatherhood. The first factor meant “role,” the others indicated their “feature.”

It was suggested that the conceptual structure of these three factors was parallel, not hierarchical, and the concept of “Parenthood” in this study consisted of these three factors.

VI. 文 献

- | | |
|--|--|
| 1) 柴■真聖子: 妊娠期の助産技術, 助産学大系 第2版 第7巻 助産診断・技術学 I (青木康子他編), 101~161, 日本看護協会出版会, 東京, 1996. | 在とその周辺一, 川島書店, 東京, 1993. |
| 2) 柏木恵子他編: 父親の発達心理学—父性の現 | 3) 牧野カツコ他編: 子どもの発達と父親の役割, ミネルヴァ書房, 東京, 1996. |
| | 4) 柏木恵子他: 「親となる」ことによる人格発達—生涯発達の視点から親を研究する試み—, 発達心理学研究, 5(1), pp.72~83, 1994. |

- 5) 臼井雅美他：父性意識に関する文献研究－看護・医学領域に視点をあて－，母性衛生，37(2)，pp.283～288，1996.
- 6) 杉本千代：江東区の「親学入門」－出産・子育てをふたりで迎えるレッスン－，助産婦雑誌，49(7)，pp.570～575，1995.
- 7) 小出晴美他：倉敷中央病院の両親学級・立ち会い分娩の実際と夫の意識変化，助産婦雑誌，49(7)，PP.564～569，1995.
- 8) 堀 洋道他編：心理的尺度フェイラー人間と社会を測る－，垣内出版，東京，1994.
- 9) Martin Greenberg & Norman Morris：Engrossment：The Newborn's Impact upon the Father，*American Journal of Orthopsychiatry*，44(4)，pp.520～531，1974.
- 10) Martin Greenberg，M.D.：The Birth of Father，Martin Greenberg，M.D.，1985，竹内 徹訳，父親の誕生，メデイカ出版，大阪，1994.
- 11) Rosenthal. K. M & Keshet. H. F：Father Without Partners，Rowman and Littlefield，1981，小池美佐子他訳，シングル・ファーザー，人文書院，京都，1988.
- 12) 鮫島雅子：「母性」「父性」に類似する用語の検討－心理的側面の親研究における概念規定への試み－，鹿児島純心女子大学看護学部紀要，3，pp.80～92，1998.
- 13) 山■素子：男性性・女性性の2側面についての検討，心理学研究，56(4)，pp.215～221，1985.
- 14) 上瀬由美子：自己，心理尺度フェイラー人間と社会を測る－（堀 洋道他編），17～108，垣内出版，東京，1994.
- 15) 尾形和男：父親の育児と幼児の社会生活能力－共働き家庭と専業主婦の家庭の比較－，教育心理学研究，43，pp.335～342，1995.
- 16) Parsons，T. & Bales，R. F：Family：socialization and interaction process，橋爪貞夫他訳，家族，黎明書房，名古屋，1981.
- 17) 小嶋秀夫：養護性の発達とその意味，乳幼児の社会的世界（小嶋秀夫編），187～204，有斐閣，東京，1989.
- 18) 小嶋秀夫：親となる過程の理解，母性の心理・社会学（武谷雄二，前原澄子編），88～124，医学書院，東京，1996.
- 19) Fogel，A. D. & Melson，G. F.（マカルピン美鈴訳）：子どもの養護性の発達，乳幼児の社会的世界（小嶋秀夫編），170～186，有斐閣，1982.
- 20) 佐々木孝次：父親とは何か，講談社，東京，1998.
- 21) 小野寺敦子他：父親になる意識の形成過程，発達心理学研究，9(2)，pp.121～130，1998.
- 22) 大日向雅美：母性をめぐる現状と課題，母性の心理・社会学（武谷雄二，前原澄子編），2～33，医学書院，東京，1996.
- 23) 伊藤公雄：〈男らしさ〉のゆくえ－男性文化の文化社会学－，新曜社，東京，1993.
- 24) 古橋エツ子編：男と女の周辺（上巻）（下巻），法政出版，京都，1991.
- 25) 大日向雅美：親としての発達，現代の発達心理学（藤永 保編），264～277，有斐閣，東京，1992.
- 26) 河合隼雄：子どもと学校，岩波書店，東京，1992.
- 27) 汐見稔幸：父親と育児，現代のエスプリ子育て不安・子育て支援（大日向雅美他編），157～164，至文堂，東京，1996.
- 28) 鹿嶋 敬：男と女 変わる力学，岩波書店，東京，1989.

謝 辞

本研究を行うにあたりご協力いただきました産婦人科および助産院，対象者の方々へ感謝いたします。

付 記

- ・本研究の一部は、第52回中国■国心理学会へ発表した。
- ・本研究は平成8年度修士論文として山口大学へ

提出したものの一部に加筆・修正を加えたものである。研究にあたり、山口大学教育学部熊谷信順教授、堂野佐俊教授にご指導を賜った。

(平成11年5月24日■受付)

辛らーい床ずれ・病臭の解消に!

特許 エアー噴出型

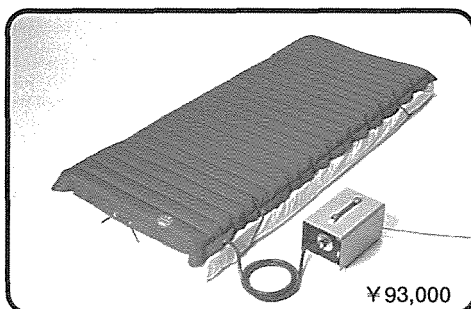
サンケンマット®

大臣賞 受賞品

床ずれ 治療に パイオニア
噴気型の

特許: エアー噴出型

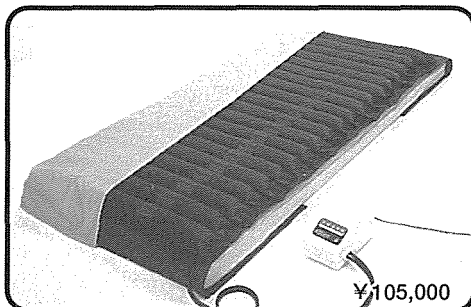
サンケンマット ギャヂタイプ



¥93,000

特許: エアー噴出・波動型 (エアーセルタイプ)

ハッピーフェイス 電子機能が自動調節

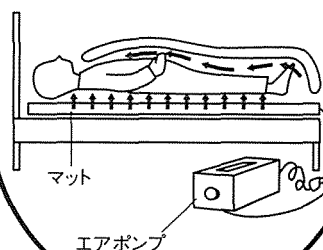


¥105,000

(製品についてのお問い合わせは、お気軽にお電話下さい。)

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。



厚生省日常生活用具適格品エアーバッド

サンケン

三和化研工業株式会社

本社 〒581-0039 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

温罨法が就床中の生体の快適感、体温、 皮膚血流量に及ぼす影響

Effect of Warm Compress on Thermal Comfort Sensation, Body Temperature,
and Cutaneous Blood Flow while Turning in Bed

長谷部 佳 子
Yoshiko Hasebe

中 山 栄 純
Eijun Nakayama

佐 藤 千 史
Chifumi Sato

キーワード： 温罨法、皮膚血流量、快適感

Warm compress, Cutaneous blood flow, Thermal comfort sensation

I. 緒 言

温熱療法は身体の一部に温・冷刺激を与えて苦痛の緩和を図る治療法を指すが、その一つである罨法は安楽や安静を目的として用いられることもあり、看護婦の判断で実施されることが多い技術である。

温刺激を与える温罨法は局所の疼痛緩和や外傷後の腫脹緩和等に用いられる以外に、低体温や末梢循環不全によって生じた冷感や不快感の訴えに対して、その改善や保温を目的として用いられることも多い。このような温罨法の実施は、対象の満足感の充足にとどまらず、低体温の予防といった観点からも意義が大きい。

温罨法に関する研究は、いわば変法に属するものが多い。足浴やシャワー浴等の湿熱をバイタルサインの変化から検討した報告^{1)~7)}が見られる。また、周術期ケアでは温罨法は体温管理のための方法^{8)~10)}として、重要な役割を果たしている。一方、日常的な看護において使用頻度が高い湯たんぽや電気あんか等の乾性温罨法に関する検討や、器具による違いを比較した研究は少ない。高木ら¹¹⁾は実際の条件下で皮膚血流量を測定して、

寝具のみによる保温と湯たんぽを併用した加温効果の違いを検討した。しかしこの研究は、温罨法に期待される快適感に焦点を当てたものではない。また、着衣状況や室内環境温度の調節等によって温冷感や快適感との関連を調査した研究^{12) 13)}は多いが、被覆内温度等の微小気候下にも適用できる知見かどうかは検討の余地がある。

周術期を含むあらゆる患者に対してより効果的、効率的な温罨法を看護技術として体系化するためには、評価のための指標を定める必要があり、対象の生理学的及び主観的な効果について基礎資料を得る必要がある。同時に、寝具による相乗効果を除いた温罨法そのものの効果、つまり保温と加温の違いについても調査する必要がある。

そこで本研究では、温熱刺激が就床中の生体に及ぼす効果について健康な成人を対象に、生理学的な指標である体温及び皮膚血流量の変化と、主観的な感覚の両面から検討した。

II. 研究 方 法

1. 対 象

対象は、研究内容の説明後に文書による同意を

得られた健康な女性19名（20～37歳）であった。高度の肥満、内分泌系疾患の既往、また定期的な投薬を受けてはいないことを予め確認した。その身体的特性を表1に示す。被験者には前日のアルコール摂取を控えて睡眠を十分取ること、実験当日は午前7時までに朝食を摂り、それ以降はカフェイン飲料を含め一切の経口摂取をしないように指示した。

表1 対象の身体的特徴

被験者 (n=19)	平均	S D
年齢 (歳)	27.4	5.8
身長 (cm)	157.2	6.2
体重 (kg)	49.7	5.7
BSA (m ²)	1.48	0.10
体脂肪率 (%)	23.7	3.8

BSA は DuBois ら (1916) の式より算出した。
体脂肪率は体重計 (BIA機能付) 表示値である。

2. 実験条件

温熱刺激として、電気あんか（松下電器；DW-75P、縦29×横39×厚さ3cm、重量500g）とプラスチック湯たんぽ（ミスズ；29×21×10cm、容量2,300ml）の2種類を用いた。乾性温熱刺激が生体へ及ぼす直接的な効果を測定する目的で、温熱源は被験者の踵から足弓部にかけて直接接触させた。そのため、電気あんかと湯たんぽの温罨法開始時の上側表面温度は通常よりもやや低めの温度（40±2℃）でほぼ同一に保った。この温度調整は予備実験を踏まえて、以下のように実施した。電気あんかは実験開始1時間前に電源を入れると同時にその設定を「強」とし、バスタオル1枚とビニール袋を被せて実験室内で1時間保管した。足底部への使用時にはバスタオルとビニール袋を除去して用いた。湯たんぽは空の状態で実験室内に50分間放置した後、足底部への使用開始10分前に62℃の湯2,250mlを器内に充填して、ネルカバー1枚を被せて使用した。

被験者の着衣は綿100%製の病衣とし、下着0.08clo（cloは衣服の保温力を表し、1cloは気温21℃、湿度50%以下、気流10cm/秒の室に安静にしている被験者が快適でかつ平均皮膚温を33℃に維持できるような衣服の保温力をいう）を含め約0.31cloとなるように統一し、被験者の頭部以外の体表面全てを綿カバー付きの毛布1枚（200×140cm、約1.8kg）で被覆した。

実施期間は平成9年7月1日～8月31日であり、エアコンで温度22～24℃、湿度51～60%に調整された実験室で行った。

3. 実験方法

温罨法を実施しない場合をコントロールとし、電気あんか、湯たんぽの2種の温罨法を日を変えて同一被験者に実施した。順番は無作為に割り付けた。またサーカディアンリズムの中枢温への影響¹⁴⁾を除外するために、実験は午前9時に開始した。

4. 実験手順

被験者を更衣させた後、被験者を実験室内のベッドに掛け物なしの状態に45分間安静臥床させ、この間に各種プローブを装着した。同時に常用薬がないことの確認、及び睡眠時間、水分摂取量、最終月経、温度感受性、居住歴についての聞き取り調査、体重測定を行った。順応滞在による被験者の冷感の自覚を確認後、毛布による被覆及び温罨法を開始した。2時間にわたる就床中は、仰臥位を保ち積極的な体動を控えるように指示した。実験終了時に再び体重測定を行った。

5. 測定項目

就床後2時間を経過するまで、体温（中枢温、皮膚温）、皮膚血流量、被覆内温度、及び主観的な快適度の測定を行った。

中枢温は鼓膜温を指標とし、サーモスキャンブ

ロ 1 (ブラウンジャパン) で15分ごとに3回ずつ測定、その平均値を解析に用いた。

皮膚温は、バイオパック基礎医学研究システムの皮膚温モニター (バイオパックシステム) で連続測定し、温電法開始後5分ごとの測定値を解析に用いた。皮膚温の測定部位は5点 (前胸・左上腕・左大腿・左下腿・左第2趾腹) とし、平均皮膚温 (T_{sk}) は、Ramanathan¹⁵⁾ の式により算出した。

$$T_{sk} = 0.3 (\text{前胸部皮膚温} + \text{上腕部皮膚温})$$

$$+ 0.2 (\text{大腿部皮膚温} + \text{下腿部皮膚温})$$

皮膚血流量は、レーザーメド (アドバンス; ALF21D) を使用し、左第3指腹と左第2趾腹の2ヵ所にプローブを固定して連続測定した。解析には温電法開始後5分ごとの測定値を用いた。

被覆内温度として、0.1℃の精度を持つデジタル温度センサーモジュール (マザーツール; DMA001C) を用いて寝具内部温を測定した。プローブは寝衣の表面と毛布の内側表面との間に留置し、皮膚温測定部位の対側に相当する右半身の7ヵ所に配した。被覆内温度については平均皮膚温と同様に Ramanathan¹⁵⁾ の式に準じて算出し、その平均を解析に用いた。また、持田¹⁶⁾ の式を参考に生体の放熱量を以下のように算出し、参考値とした。

$$\text{放熱量} = \frac{\text{平均皮膚温} - \text{被覆内温度}}{0.18 \times \text{clo 値}}$$

体重は脂肪計付ヘルスメーター (タニタ; TBF-531) で測定した。

主観的な温冷感と快適感については VAS (visual analog scale) を用いて評価した。温冷感の尺度は、大変温かい (3点)、温かい (2点)、少し温かい (1点)、何も感じない (0点)、少し冷たい (-1点)、冷たい (-2点)、大変冷たい (-3点) の7段階とした。快適感の尺度は、非常に快適 (2点)、快適 (1点)、普通 (0点)、

不快 (-1点)、非常に不快 (-2点) の5段階とした。なお、測定は15分ごとに行い、15分前の感覚に対しての比較で測定時の感覚を答えさせるようにした。

6. 統計解析

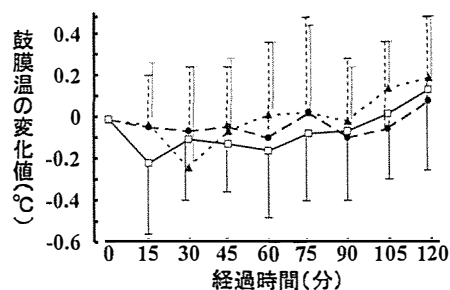
統計ソフトは SAS (SAS Institute Inc.) を用い、多重比較を考慮した分散分析 (ANOVA) を行った。Posthoc test は Tukey を用いた。

Ⅲ. 結 果

ベッド内に挿入した温熱源の上表面温度は電気あんか $39.2 \pm 0.5 \sim 41.7 \pm 2.6^\circ\text{C}$ 、湯たんぽ $41.7 \pm 2.7 \sim 41.0 \pm 1.3^\circ\text{C}$ で経過した。実験後の局所の皮膚に熱傷や発赤等は認められなかった。

被験者の実験開始前の水分摂取量や睡眠時間、実験前後の体重減少量 (コントロール $100 \pm 102\text{ g}$ 、電気あんか $105 \pm 133\text{ g}$ 、湯たんぽ $160 \pm 84\text{ g}$) に関して、3処置間での有意差を認めなかった。また、被験者各個の性周期変化、及び温熱刺激の割付順は各測定項目に対して交互作用を及ぼしてはいなかった。

図1に鼓膜温の温度較差を経時的に示した。温度較差は就床直後、つまり毛布による被覆開始後の測定値を t_c 、ある時点での体温測定値を t_t とし、その差分 $\Delta t = t_t - t_c$ を求め統計学的検定を行った。120分後の鼓膜温は、3処置とも就床直



■ 1 鼓膜温の温度較差

▲: 湯たんぽ, ●: 電気あんか, □: 温熱刺激なし

後の値よりも高値であった。しかし温熱刺激の有無にかかわらず、3処置間では経時的に有意な変化を示さなかった。

足趾皮膚温は32℃前後で推移し、温熱刺激の種類による有意差は認められなかった(図2)。また、平均皮膚温も温熱刺激にかかわらず、就床直後よりほぼ32.0℃を維持していた。

足趾皮膚血流量は実験終了までの2時間を通じて漸増し、温熱刺激により血流量は増加した。電気あんかでは経時的に緩やかに増加したのに対し、湯たんぽでは使用開始10分後までに急激に増加し、その変化量は電気あんかに比較して2倍以上であった。就床後から70分にかけては、湯たんぽ使用時に血流量は有意に増加した(図3)。

図4に被覆内温度の経時の変化を示した。どの位置でも就床後15分を経過する頃までに27.5~28℃から30℃前後と急激な上昇が認められた。その

後は緩やかに上昇し、就床後45分頃より30.5℃前後の定常状態を維持したが、処置による差は認められなかった。一方、図示していないが生体からの放熱量は被覆内温度の経時の変化と対称的に、就床後15分までに急激な減少を認め、就床直後の値の約1/2となった(40kcal/m²・h)。その後さらに減少して、就床後45分頃より定常状態となったが、処置による相異は認められなかった。

温冷感の経時の変化(図5)は、温熱刺激がある場合に温かいと感じ、就床中のほぼ全ての時間帯で湯たんぽが有意に高値を示した。さらに就床15分以降は、湯たんぽと電気あんか間にも有意差が認められた。コントロールが「何も感じない」(0点)に始まり、次第に改善されたものの「少し温かい」(1点)のレベルを僅かに上回る程度であったのに対し、湯たんぽでは常に「少し温かい」(1点)以上の回答を得ていた。また、電気

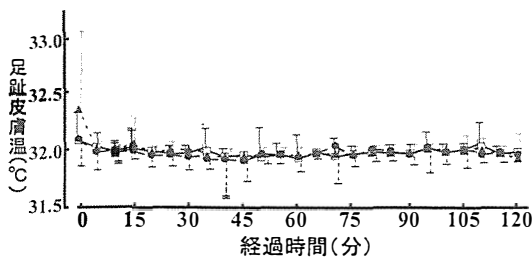


図2 足趾皮膚温の経時の変化

□: 温熱刺激なし, ▲: 湯たんぽ, ●: 電気あんか

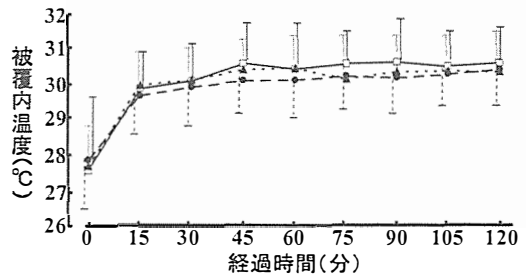


図4 被覆内温度の経時の変化

□: 温熱刺激なし, ▲: 湯たんぽ, ●: 電気あんか

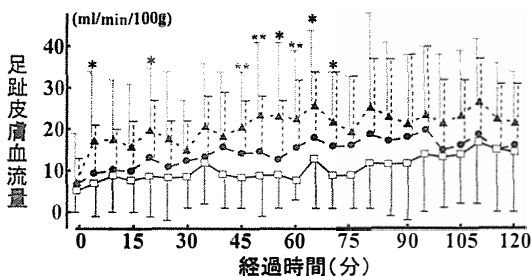


図3 足趾皮膚血流量の経時の変化

*: P<0.05 (温熱刺激なしに比較)

** : P<0.05 (電気あんかに比較)

▲: 湯たんぽ, ●: 電気あんか, □: 温熱刺激なし

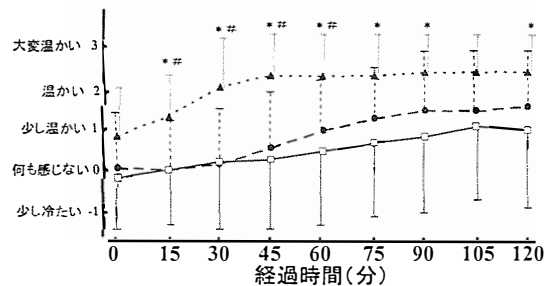


図5 温冷感の経時の変化

*: P<0.05 (温熱刺激なしに比較)

#: P<0.05 (電気あんかに比較)

▲: 湯たんぽ, ●: 電気あんか, □: 温熱刺激なし

あんかは就床後30分を経過するまでは「何も感じない」(0点)との評価でありコントロールと同様であったが、45分経過以降に改善されて「温かい」(2点)に徐々に達しつつあった。

快適感の経時的変化を図6に示す。就床後15～45分までは、湯たんぽで0.8～1.7点と有意に「快適」の評価が得られた。60分以降の評価に有意差は認められなかったが、「快適」の評価は持続していた。一方電気あんかでは、45分まではコントロールとほぼ同様の評価であったが、60分後より、快適感が増す傾向が認められた。しかし、有意な増加ではなかった。

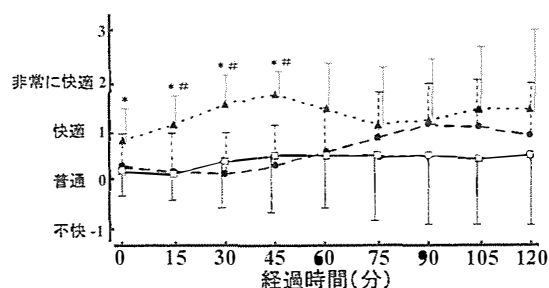


図6 快適感の経時的変化

* : $P < 0.05$ (温熱刺激なしに比較)

: $P < 0.05$ (電気あんかに比較)

▲ : 湯たんぽ, ● : 電気あんか, □ : 温熱刺激なし

IV. 考 察

本研究では温電法をより有効に活用するために、対象の主観と生理学的な指標の両面から検討した。

鼓膜温は有意な変化を認めず、Goudsouzianら¹⁷⁾が加温によっても中枢温は著しい変化を示さないと述べていることと一致していた。また中枢温が低値から上昇する過程では冷感を自覚しない¹⁸⁾という報告を支持する所見として、鼓膜温の温度較差は湯たんぽで就床45分値から上向きに、電気あんかと温熱刺激なしでは就床75分値より上昇傾向を示した。しかし一方で、Lopezら¹⁹⁾は鼓膜温の変動が 0.20°C を超えると発汗や末梢血管収縮、ふるえ等の体温調節反応が誘発されると報告

している。また深部体温変動が皮膚に与えられた温度感覚にもたらす効果として修飾の効果²⁰⁾、つまり快適にも不快にも感ずる^{21, 22)}可能性が指摘されている。本研究の鼓膜温は連続測定ではないため測定値にバラツキが生じた可能性があり、今回の結果から温冷感や快適感との関連性を否定することは尚早と考える。従って今後は、鼓膜温の測定及び解析方法に検討を加えて再評価を試みたい。

足趾皮膚温は就床中を通じて 32.0°C とほぼ一定の値を示し、処置による有意差を認めなかった。また、平均皮膚温も約 32.0°C と一定であった(図2)。いずれの値も、中枢体温が正常域にある場合に環境温度や温熱刺激に対して最も快適に感じると同時に、皮膚への温熱刺激にも敏感に反応する温度域($32\sim 33^{\circ}\text{C}$)にあった。この理由は、ホメオスタシスの維持に優れた健康な成人を対象にしたことに拠ると考えられた。さらに毛布で被覆された閉鎖環境が生体への気流の影響を遮蔽したこと、及び被覆と遮蔽により被覆内温度が早期に安定化したことも要因と推察された。皮膚温 $32\sim 33^{\circ}\text{C}$ では温感覚の低下が不快感を惹起する²³⁾とされている。したがって就床直後から15分までの温度較差は、就床時の寝具類の表面から受ける体表面の冷刺激と足弓面への温熱刺激の有無に敏感に反応した可能性がある。

足趾皮膚血流量は2時間を通じて漸増すると共に温熱刺激による有意差が認められた。さらに器具による差も顕著であり、湯たんぽの方が電気あんかよりも血流量が増加した。温熱源の温度が一定であるにもかかわらず湯たんぽと電気あんかに相異が認められたことについては、以下の可能性が考えられた。その1つは温熱源の質の違いであり、熱エネルギー量が同一ではない可能性である。電気あんかでは、就床後60分を経るまではコントロールと同様に「快適」のレベルに達していないばかりか、肌寒さによる不快感が実験中にしばしば表出されていたことから、電気あんかのサーモ

スタート機構が覚醒中の健康な対象に対しては生ぬるい温度感覚を惹起させて、不快感として知覚された可能性がある（図3，図6）。2つめは足底部と温熱源との接触面に関する違いである。湯たんぽは圧排した時に移動しにくいのに対し、電気あんかは移動しやすいため足底と温熱源との接触面に差が生じ、それが足趾へ向かう加温された動脈血流量に反映された可能性がある。

足趾皮膚温が不変であったにもかかわらず足趾皮膚血流量が変化するという本実験における結果（図2，3）の解釈であるが、局所に温熱刺激を与えた場合の皮膚血流量の増加はほとんどがAVA（動静脈吻合部）の拡張によってもたらされるものである。毛細血管血流量はほとんど変化せず、毛細血管血流量は局所皮膚温により左右される²⁴⁾。これを支持する研究として、Bornmyrら²⁵⁾はレーザードップラー流量計による皮膚血流量と足趾皮膚温とは関連しないと報告し、Sindrupら²⁶⁾も、局所皮膚血流量は局所皮膚温や鼓膜温等中枢体温の支配を受けるものではないと結論している。したがって、足趾皮膚温が不変であったことと足趾皮膚血流量の増加とは矛盾する結果ではないと考えられた。

就床後45分頃に被覆内温度がいずれの処置でも定常状態に達したこと（図4）は、毛布で被覆するだけでも、生体にとって安定した環境が経時的に作り出されることが推察される。この結果は同時に、温熱刺激は被覆内温度を上昇させるのではなく、身体に直接的に与えられる温刺激によって効果を発現するものであることを示している。

温冷感と快適感、湯たんぽにおいていずれも早期に高い値が得られるのに対し、電気あんかは45～60分経過後に高い値となった。Mower²⁷⁾によると、快適感、不快感、足趾皮膚温は中枢温の変動に影響される一方で、温冷感、足趾皮膚温は末梢の温熱刺激のみに依存する。温熱刺激による血流量の増加（図3）が温冷感、快適感の経時変化（図5，6）パターンと相似

性を示したことから、生理学的な指標である皮膚血流量と対象の主観との関連が示唆された。湯たんぽや電気あんかの温熱刺激による局所血流量の増加が温感をもたらし以外に、被覆という保温効果によっても身体全体は次第に温められる。この温冷感の改善が快適感に反映されたと考えられた。

看護実践の中で温電法を活用する意義としては、電気あんかと湯たんぽのいずれの使用も局所血流量の増加という生理的な効果が生じ、それに伴う温冷感と快適感の改善が挙げられる。本研究の就床後15分後の生体の放熱量は $40\text{kcal}/\text{m}^2 \cdot \text{h}$ で、就床直後の約1/2と急激な減少の後にほぼ定常状態に達した。放熱量と不快感、足趾皮膚温は正比例関係にある一方で、放熱量が $40\text{kcal}/\text{m}^2 \cdot \text{h}$ 以上の範囲では、温度感覚は放熱量とほとんど相関を示さない²³⁾とされている。またHaywardら¹⁸⁾の予測式から算出した代謝量は、処置にかかわらず $1.7\text{W} \cdot \text{kg}^{-1}$ 前後推移するという放熱量の変化に一致する所見を得た。温電法がバイタルサインに有意な変化を与えないとの報告^{1)・26)}もあるため、健康な対象にとっても温電法は生理的負担を最小限に留められ、快適環境を提供できる処置であると考えられる。また統計解析では、対象の性周期変動²⁸⁾や生育環境、温度感受性といった個体差が交絡因子として温熱刺激の効果を相殺する傾向は認められなかった。以上の結果は、温電法が健康な対象のみならず文化的及び生理的体温調節に異常をきたした患者にとっても有効な処置である可能性を示唆するものであり、本研究の意義がここにあると考える。しかし、局所の皮膚血流量の増加によって組織の代謝が亢進する²⁹⁾ことから、末梢部位の虚血性血管疾患あるいは急性炎症等を患う者では、血流量の増加が患部症状を悪化させる可能性がある。一方で温電法には疼痛緩和効果³¹⁾も期待される。したがってこのような患者への適用も含めて、末梢皮膚血流の測定、温熱刺激の部位、あるいは温熱

源の性状²⁰⁾や器具の選択等、安全な温電法の実施に向けて観察ポイントや評価項目を整備する必要がある。

臨床における温電法の有効な活用に向けて今後は周術期の患者を対象に実験を行い、体温調節に変調をきたした生体に及ぼす効果についてもさらに検討を重ねていきたい。

V. ま と め

温電法が就床中の生体に与える影響について、湯たんぽと電気あんかを用いて実験を行った。就

床中の温熱刺激によって温冷感と快適感、足趾皮膚血流量が主に影響を受けることが示され、効果の迅速性に関して電気あんかに対する湯たんぽの優位性が示唆された。

VI. 謝 辞

稿を終るに当たり、御懇篤なる御指導を頂いた松岡たみ子助教授に心から御礼申し上げます。また本研究に御協力を頂いた被験者の皆様、ならびに御助言を頂いた三隅順子先生、小泉仁子先生に心から感謝致します。

要 約

この研究の目的は、寝具による相乗効果を除いた温電法そのものが生体に及ぼす影響について、対象の主観及び生理学的な指標に基づき評価することにあった。

温電法を電気あんかと湯たんぽの2種類に定めたクロスオーバーデザインを組み、健康な女性19名を対象として実験を行った。コントロールは毛布で被覆するのみとして、2種の温熱刺激物の表面温度は実験中40℃に保った。同一被験者に対する3つの温熱条件は日を変えて順番を無作為に割り付けて実施した。

実験結果より、就床中の温熱刺激によって温冷感と快適感、及び足趾皮膚血流量が主に影響を受けるとともに両者の密接な関連が示唆された。また、器具による相異としては電気あんかに対する湯たんぽの優位性が明らかにされた。温電法は空間内部を温めてはならず、身体に直接的に作用することで効果を発現すると考えられたため、対象の状況に即した器具の選択について更に検討が望まれる。

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effect of warm compress on human subjects while turning in bed by measuring subjective and physiological parameters.

Nineteen healthy women were enrolled in the study. A quasi-cross-over design was used, and they were assigned to all three treatments: hot water bottle, electric heating pad, and control at random. The surface temperature of the two warm compresses was held at about 40°C during the experiment. As a control treatment, the subjects received no extra warming except a blanket.

Thermal sensation, comfort sensation, and cutaneous skin blood flow were significantly increased by warm compress, which suggested there were close correlations among these three parameters. Furthermore, the effect of hot water bottle was more immediate and comfortable than that of electric heating pad. Warm compress had no

significant effect on the thermal microclimate inside bed, the temperature of the air space under the blanket. Thus, it appears that warm compress brings the effectiveness by carrying heat directly to the part of the body. A further study is needed to make a choice of tool in applying warm compress to patients.

VI. 文 献

- 1) 釣井美枝：湿性温罨法に関する実験的検討；
二期における湯の温度と効果持続時間をもとに
技法について考える。クリニカルスタディ，3
(4)，pp.452～456，1982.
- 2) Moore J, et al. : The case of the warm
moist compress. Can Nurse, pp. 19～21,
March 1975.
- 3) 近田敬子他：日常生活行動負荷に関する実験；
皮膚温の違いによる冬期洗足時の生体反応。京
都大学医療技術短期大学部紀要，2，pp.46～
55，1982.
- 4) 川本昌子他：体温・皮膚温と環境との関係；
足浴における熱流と皮膚温。看護技術，26(3)，
pp.378～381，1980.
- 5) 奥田泰子他：循環・呼吸機能に対する清拭と
シャワー浴の影響の比較。看護技術，43(7)，
pp.763～768，1997.
- 6) Katoh J, et al. : Physiological influences
on exercise and whole thermotolerance (sau-
na) stress with obese patients. (in Japanese,
English abstract). Rigakuryoho Kagaku,
11(2), pp.71～74, 1996.
- 7) Tochihara Y, et al. : Thermal responses
of 6- to 8-year-old children during immer-
sion of their legs in a hot water bath.
Appl Human Sci. 14(1), pp.23～28, 1995.
- 8) Eto Y, et al. : A forced-air system is
effective for warming postoperative hy-
pothermic patients. (in Japanese, English
abstract). ICU&CCU, 21(2), pp.159～163,
1997.
- 9) Oliver SK, et al. : Control of postoper-
ative hypothermia in cardiovascular sur-
gery patients. Crit Care Nurs Q, 12(4), pp.
63～68, 1990.
- 10) Giuffre M, et al. : Rewarming postopera-
tive patients; Lights, blankets, or forced
warm air. J Post Anesth Nurs, 6(6), pp.
387～393, 1991.
- 11) 高木三保子：四肢の皮膚血流からみた保温効
果の比較実験；毛布のみの使用と湯たんぽを併
用した場合。臨床看護研究の進歩，3，pp.135
～140，1991.
- 12) Uchimura Y, et al. : Thermal estimation
under various thermal conditions. (in Japa-
nese, English abstract). Jap J Ergonom,
10(3), pp.113～118, 1974.
- 13) Ogawa S, et al. : Experimental study on
the optimum thermal condition. (in Japa-
nese, English abstract). Bull. Inst. Publ.
Health, 23(2), pp.72～87, 1974.
- 14) Cabanac M, et al. : A study of the n-
ycthemeral cycle of behavioural tempera-
ture regulation in man. J. Physiol, 257, pp.
275～291, 1976.
- 15) DuBois D, et al. : A formula to estimate
the approximate surface area if height and
weight be known. Arch Internal Med, 17,
pp.863～871, 1916.
- 16) 持田 徹：着衣時の対流およびふく射熱伝達
率，空気調和・衛生工学会論文集，15，pp.1
～6，1981.
- 17) Goudsouzian NG, et al. : The effects of

- a warming blanket on the maintenance of body temperatures in anesthetized infants and children. *Anesthesiology*, 39(3), pp.351~353, 1973.
- 18) Hayward JS, et al.: Thermoregulatory heat production in man; prediction equation based on skin and core temperatures. *J. Appl. Physiol.: Respirat. Environ. Exercise Physiol.*, 42(3), pp.377~384, 1977.
- 19) Lopez M, et al.: Rate and gender dependence of the sweating, vasoconstriction, and shivering thresholds in humans. *Anesthesiology*, 80, pp.780~789, 1994.
- 20) Hardy, J.D., et al.: Man. In: *Comparative Physiology of Thermoregulation* (ed. Whittow, G.C.). Vol.2., Mammals. 327~380, Acad. Press, New York and London, 1971.
- 21) Chatonnet, J, et al.: The perception of thermal comfort. *International Journal of Biometeorology*, 9, pp.183~193, 1965.
- 22) Cabanac, M.: Thermoregulatory behavior. In: *Environmental Physiology*. MTP International Review of Science, Physiology series I, 7, pp.231~269, 1974.
- 23) Gagge, A.P., et al.: Comfort and thermal sensations and associated physiological responses at various ambient temperatures. *Environmental Research*, 1, pp.1~20, 1967.
- 24) Hales, J.R.S., et al.: Thermally-induced cutaneous sympathetic activity related to blood flow through capillaries and arteriovenous anastomoses. *Pflügers Arch*, 375, pp.17~24, 1978.
- 25) Bornmyr S., et al.: Skin temperature changes and changes in skin blood flow monitored with laser Doppler flowmetry and imaging: a methodological study in normal humans. *Clin Physiol*, 17(1), pp.71~81, 1997.
- 26) Sindrup JH., et al.: Nocturnal temperature and subcutaneous blood flow in humans. *Clin Physiol*, 15(6), pp.611~622, 1995.
- 27) Mower GD.: Perceived intensity of peripheral stimuli is independent of internal body temperature. *J Com Physiol Psychol*, 90(12), pp.1152~1155, 1976.
- 28) Nielsen R, et al.: Thermal sensation of the body as influenced by the thermal microclimate in a face mask. *Ergonomics*, 30(12), pp.1689~1703, 1987.
- 29) Bisdee JT, et al.: Changes in energy expenditure during the menstrual cycle. *Br. J.Nutr.*, 61, pp.187~199, 1989.
- 30) Tepperman PS, et al.: Therapeutic heat and cold. *Postgr Med*, 73(1), pp.69~76, 1983.
- 31) Halsell M.: Moist heat for relief of postoperative pain. *Am J of Nurs*, 67(4), pp.767~770, 1967.
- 32) Abramson DI, et al.: Comparison of wet and dry heat in raising temperature of tissues. *Arch Phys Med & Rehab*, 48(12), pp.654~661, Dec 1967.

(平成11年5月26日 受付)

▼南江堂発行 看護関連新刊および好評発売書籍のご案内



▼必要に応じてすばやくひととけ、活用できる、外科看護の実際を一冊に凝集したハンディマニュアル

フレッシュナース必携

【最新刊】

臨床看護実践マニュアル 外科編

編集●井部俊子・佐藤エキ子

■B6判／414頁 定価(本体3,800円＋税)



▼疾患や症候のみかたや的確なアクションの解説で看護に必要な課題をもれなくカバー

フレッシュナース必携

【好評発売中】

臨床看護実践マニュアル 内科編

編集●井部俊子・佐藤エキ子

■B6判／574頁 定価(本体4,600円＋税)



▼今日の精神科看護のニーズを満たすプラクティカルなガイドブック

DSM-IVに基づく

【最新刊】

精神科看護診断とケアプラン

監訳●岩瀬信夫

■A5判／334頁 定価(本体3,800円＋税)



▼本書一冊で看護のポイントがわかるナースのための病気の事典

【好評発売中】

疾患・症状別 今日の治療と看護

ナース・看護学生へ贈る専門医からのメッセージ

監修●水島 裕

■A5判・1,200頁 定価(本体8,500円＋税)



▼読み方に迷ったとき、耳から聞いてわからないとき、本書があれば疑問はすぐに解決

【好評発売中】

読み方つき 医学・看護略語辞典

編集●南江堂看護編集部

■新書判／392頁 定価(本体2,500円＋税)



▼介護に必要な知識と技術を豊富なカラー写真や要点を押さえた■み記事などでわかりやすく解説

ケアラズハンドブック

【新刊】

家庭でできる介護のてびき

監訳●初山泰弘

■A5判・192頁 定価(本体2,300円＋税)



精神看護学の技法

クリティカルシンキングの養成と精神看護の技術 ■B5判・196頁 定価(本体2,600円＋税)

プリセプター・臨床指導者のための

臨床看護教育の方法と評価

■B5判・176頁 予価2,500円＋税



南江堂

〒113-8410 東京都文京区本郷三丁目42-6
(営業) ☎ 03-3811-7239 FAX 03-3811-7230

筋肉内注射技術の学習方法と卒業後の 注射技術習得意識との関係について

－ 卒業後1～3年目の看護婦の認識より －

Relationships between their Learning Techniques of Injection
into the Muscle and their Consciousness on Mastering
the Techniques after Graduating from Nursing School :
One to Three Years after Graduation

臼 井 雅 美¹⁾ 渡 部 節 子²⁾ 鈴 木 良 子³⁾
Masami Usui Setsuko Watabe Ryouko Suzuki

南 雲 マリ子⁴⁾ 酒 井 恵 子⁵⁾
Mariko Nagumo Keiko Sakai

キーワード： 筋肉内注射技術 (Leaning Techniques of Injection into the Muscle),
技術習得意識 (The Consciousness on Mastering the Techniques)

I. 緒 言

近年、急速に進歩する医学と高度化する医療技術の中、看護婦の質も見直され、専門的知識をふまえた技術が実践できる、豊かな人間性を持った専門職が期待されてきている。そのような背景の中、看護基礎教育（以下、基礎教育とする）における看護技術に対する教育のニーズも高まってきているが、カリキュラム改正により、看護技術に対する内容とは逆に授業時間は減少し、その限られた時間内での精選された教育内容および基礎教育における看護技術の到達目標の見直しが必要な状況にある。

基礎看護技術における技術方法は、いずれの成書も基本的にほとんど変わりなく記述されている

が、その教育方法は学校により様々であり、技術の到達レベルにおいては教員・看護婦共に期待するレベルはだんだんと低くなってきている¹⁾。今回、われわれは看護技術の中で高度な看護技術として考えられる「注射」技術に着目した。「注射」は、速やかな効果が期待できる反面、直接体内に薬液を注入するため危険や苦痛を伴う行為であり、安全・安楽を重要視した教育がなされなければならない。これまで、原典・原則に基づいた「注射」に関する教育方法の報告はいくつかなされてきているが^{2)～6)}、それらの教育方法が卒業後の注射技術習得状況にどのように影響するかは明らかにされていない。

そこで本稿は、卒業後1～3年目の看護婦を対象に、注射技術の学習方法と卒業後の注射技術習

1) 東邦大学佐倉看護専門学校 Toho University Sakura Nursing School

2) 横浜市立大学看護短期大学部 Yokohama City University College of Nursing

3) 横須賀共済病院看護専門学校 Yokosuka Kyosai Hospital Nursing School

4) 元高津看護専門学校 Formerly of the Takatsu Nursing School

5) 神奈川県立厚木病院 Kanagawa Prefectural Atsugi Hospital

得意識との関連について検討し、注射技術の学習方法についての提言を加えることを目的とする。これより、看護基礎教育における注射技術の教育内容及び到達目標を考える上での基礎資料を得ることができると考えられる。

II. 研究方法

1. 調査の対象

調査の対象は、神奈川県・東京都における総合病院14施設に勤務する看護系学校卒業後1～3年目の看護婦又は看護師1,569名（保健婦・助産婦を含む）であった。調査期間は、1993年10月20日から30日間で、調査方法は留置法にて質問紙調査で行った。回収数は1,278名（81.5%）、有効回答数は1,188名（75.7%）であった。

2. 調査内容

1) 属性：年齢、性別、学歴、看護婦経歴

2) 「筋肉内注射」（以下、「注射」と略す）に関する学習方法と意識

①看護学生時代の「注射」に関する学習方法の実態

授業の時期・演習の有無とその内容や方法について、臨地実習（以下、実習とする）では患者へ「注射」を実施したかどうかとその回数等を、回答方法として選択肢または自由記載とした。

②卒業後の「注射」に関する意識について

卒業後、「注射」に対して自信を持って行えるようになった時期を、卒業直後・3か月後・6か月後・1年後・2年後・3年後・未だ自信がない・看護業務としてやっていないの8項目からの選択とした。

3. 分析方法

分析には、統計ソフト『HALBAU』を使用した。①看護学生時代の「注射」に関する学習方法と卒業後の「注射」に対して自信がもてるようになった時期、②実習における患者への「注射」回数と卒業後の「注射」に対して自信がもてるよう

になった時期に関して、一元配置分散分析を行い検討した。

III. 結果

対象者の属性については、表1の通りである。性別は、男性が37名（3.1%）で、女性が1,151名（96.9%）とそのほとんどを占めていた。年齢は、23歳が335名（28.2%）と最も多く、次いで22歳が280名（23.6%）であった。看護婦経歴は、看護系学校を卒業後2年目が452名（38.0%）と最も多く、次いで1年目が412名（34.7%）、3年目が324名（27.3%）であった。看護系の最終学歴は、専修学校1,101名（92.7%）が最も多かった。

表1 対象者の属性

n=1,188

項 目		人数 (人)	率 (%)
性 別	男 性	37	3.1
	女 性	1,151	96.9
年 齢	20 歳	81	6.8
	21 歳	136	11.4
	22 歳	280	23.6
	23 歳	335	28.2
	24 歳	214	18.0
	25歳以上	142	12.0
看護婦経歴	1 年 目	412	34.7
	2 年 目	452	38.0
	3 年 目	324	27.3
看護系の最終学歴	大 学 院	1	0.1
	大 学	11	0.9
	短期大学	75	6.3
	専修学校	1,101	92.7

1. 注射技術における学習方法の実態

1) 学内における学習方法（表2）

注射技術を学内演習で学習した者は、930名（78.3%）で、学内演習をしていない者は258名（21.7%）であった。演習をしている者の内、その演習方法の具体的な内容は、学生同士で部位を設定し、学生に注射する方法（以下、「患者体験

筋肉内注射技術の学習方法と卒業後の注射技術習得意識との関係について

表2 筋肉内注射の学内における学習方法

n=1,188

看護婦 経 歴	演習の有無	学 内 演 習 し た				学 内 演 習 しなかった
	演 習 内 容	患者体験学習	シミュレーター学習	混合型学習	小 計	
全 体		649 (69.8)	124 (13.3)	157 (16.9)	930 (100)	258 (21.7)
1 年 目		207 (50.3)	44 (10.7)	64 (15.5)	315 (76.5)	97 (23.5)
2 年 目		252 (55.7)	51 (11.3)	51 (11.3)	354 (78.3)	98 (21.7)
3 年 目		190 (58.6)	29 (9.0)	42 (13.0)	261 (80.6)	63 (19.4)

※ 人数, () 内は%

表3 筋肉内注射の臨床実習における学習方法

n=1,188

看護婦 経 歴	演習の有無	患 者 に 注 射 を 実 施 す る				実施しない
	群	A 群	B 群	C 群	A～C群 合 計	D 群
	実施回数	1～4回	5～9回	10回以上		0 回
全 体		615 (85.9)	62 (8.7)	39 (5.4)	716 (100)	472 (39.7)
1 年 目		230 (55.9)	29 (7.0)	12 (2.9)	271 (65.8)	141 (34.2)
2 年 目		217 (48.0)	18 (4.0)	16 (3.5)	251 (55.5)	201 (44.5)
3 年 目		168 (51.9)	15 (4.6)	11 (3.4)	194 (59.9)	130 (40.1)

※ 人数, () 内は%

学習」とする)で学習した者が649名(69.8%)で半数以上を占めていた。次いで多いのが、学生同士で注射部位の確認を行った後、注射の実施はモデル人形等に行う方法(以下、「混合型学習」とする)で157名(16.9%)であった。一方、注射部位の確認から注射実施までをモデル人形に行う方法(以下、「シミュレーター学習」とする)で、124名(13.3%)であった。

看護婦経歴別による学内における学習方法に、卒業後の年数による有意差はみられなかった。

2) 学習における学習方法(表3)

実習中に患者に注射を実施しないものは472名(39.7%)で、注射を実施したものは716名(60.3%)と全体の3分の2であった。患者に注射を実施した者の内、実施回数でみると、1回が239名、2回が213名で、20回以上のものが6名いた。以上より、実習で実施しない者を含め、注射の実施回数を1～4回をA群、5～9回をB群、10回以上をC群、0回(実施していない)をD群と分類し、検討を行った。その結果、表3に示す通り、注射実施回数の人数が多いのは、A群が51.8%と

約過半数を占めており、看護婦経歴別に比較をしてもA群が最も多く、卒業後1年目が55.9%、卒業後2年目が48%、卒業後3年目が51.9%と同様の結果が得られた。

2. 卒業後、注射技術に対する自信がついた時期（表4）

卒業後、臨床において注射を実施している者は1,105名（93.0%）、実施していない者は83名（7.0%）で、圧倒的に実施している者が多かった。臨床で実施している者の内、卒業後、注射技術に対する自信がついた時期は卒業後3か月が379名（34.3%）と最も多く、次いで6か月の268名（24.3%）で、卒業後6か月までには計802名（72.6%）の者が自信がついたとしている。

看護婦経歴別に見てみると、卒業後1、2、3年目の看護婦とも、臨床において、実施している者が90%以上と、実施している者が圧倒的に多かった。

実施している者の内、卒業後、注射技術に対する自信がついた時期を看護婦経歴別にみけると、最も多いのは卒業後3か月で、卒業後1年目は125名（32.9%）、2年目は157名（37.7%）、3年目は97名（31.4%）と、経験年数に違いはみられなかった。また、累積率に関しても各経験年数とも、卒業後6か月までには70%以上の者が自信がついたとしていた。しかし、臨床で実施している者で注射技術に自信がないという者は、卒業後1年目の看護婦が86名（22.6%）と、卒業後2・3年目に比較すると有意に多かった。（ $P<0.05$ ）。

表4 卒業後、注射技術に対する自信がついた時期

n=1,188

看護婦 経 歴	実施の有無 自信の時期	臨 床 で 実 施 し て い る							小 計	臨床で実施 していない
		卒業直後	3か月	6か月	1年	2年	3年	自信ない		
全 体		155 (14.0)	379 (34.3)	268 (24.3)	133 (12.0)	23 (2.1)	3 (0.3)	144 (13.0)	1,105 (100)	83 (7.0)
累 積 数			534 (48.3)	802 (72.6)	935 (84.6)	958 (86.7)	961 (87.0)			
1 年 目		62 (16.3)	125 (32.9)	100 (26.3)	7 (1.8)			86 (22.6)	380 (100)	32 (7.8)
累 積 数			187 (49.2)	287 (75.5)	294 (77.4)					
2 年 目		51 (12.2)	157 (37.7)	89 (21.4)	66 (15.9)	12 (2.9)		41 (9.9)	416 (100)	36 (8.0)
累 積 数			208 (50.0)	297 (71.4)	363 (87.3)	375 (90.1)				
3 年 目		42 (13.6)	97 (31.4)	79 (25.6)	60 (19.4)	11 (3.5)	3 (1.0)	17 (5.5)	309 (100)	15 (4.6)
累 積 数			139 (45.0)	218 (70.6)	278 (90.0)	289 (93.5)	292 (94.5)			

※ 人数、()内は%

3. 注射技術における学習方法と卒業後の注射に対する自信の時期

1) 学内における学習方法と卒業後の注射に対する自信の時期(表5)

学生時代に注射技術を学内演習で学習した者で、患者体験学習した者の内、卒業後臨床において注射を実施している者は表5に示す通り611名(94.1%)で、実施していない者は38名(5.9%)であった。臨床において実施している者の内、自信のついた時期は卒業後3か月が200名(32.7%)と最も多く、次いで6か月が162名(26.5%)で、卒業後3か月までには累計で279名(45.7%)、卒業後6か月までには計441名(72.2%)、卒業後1年までには計516名(84.5%)の者が注射技術

に自信がついたとし、自信がないという者は80名(13.1%)であった。

シミュレーター学習では、卒業後臨床において注射を実施している者は115名(92.7%)で、実施していない者は9名(7.3%)であった。臨床で実施している者の内、自信のついた時期は、卒業後3か月が42名(36.5%)と最も多く、次いで6か月が24名(20.8%)であった。卒業後3か月までには累計で60名(52.2%)、卒業後6か月までには計84名(73.0%)の者が注射技術に自信がついたとしている。一方、自信のない者は18名(15.7%)であった。

混合型学習で卒業後臨床において注射を実施している者は142名(90.4%)で、実施していない

表5 学内演習の方法と卒業後の注射に対する自信の時期

n=1,188

看護婦 経 歴	実施の有無 自信の時期 演習方法	臨 床 で 実 施 し て い る								臨床で実 施してい ない
		卒業直後	3 か 月	6 か 月	1 年	2 年	3 年	自信ない	小 計	
全 体	患者体験学習	79(12.9)	200(32.8)	162(26.5)	75(12.3)	13(2.1)	2(0.3)	80(13.1)	611(100)	
									(94.1)	38(5.9)
	シミュレーター学習	18(15.7)	42(36.5)	24(20.8)	13(11.3)	0	0	18(15.7)	115(100)	
									(92.7)	9(7.3)
	混 合 型 学 習	19(13.4)	44(31.0)	33(23.2)	20(14.1)	5(3.5)	1(0.7)	20(14.1)	142(100)	
									(90.4)	15(9.6)
	演習していない	39(16.5)	93(39.2)	49(20.7)	25(10.5)	5(2.1)	0	26(11.0)	237(100)	
									(91.9)	21(8.1)
1 年 目	患者体験学習	25(13.0)	60(31.1)	61(31.6)	3(1.6)			44(22.8)	193(93.2)	14(6.8)
	シミュレーター学習	11(26.8)	11(26.8)	8(19.5)	1(2.4)			10(24.4)	41(93.2)	3(6.8)
	混 合 型 学 習	8(13.8)	23(39.7)	13(22.4)	1(1.7)			13(22.4)	58(90.6)	6(9.4)
	演習していない	18(20.5)	31(35.2)	18(20.5)	2(2.3)			19(21.6)	88(90.7)	9(9.3)
2 年 目	患者体験学習	30(12.9)	80(34.3)	52(22.3)	38(16.3)	5(2.1)		28(12.0)	233(92.5)	19(7.5)
	シミュレーター学習	5(10.6)	20(42.6)	9(19.1)	7(14.9)	0		6(11.8)	47(92.2)	4(7.8)
	混 合 型 学 習	5(10.6)	14(29.8)	11(23.4)	10(21.3)	3(6.4)		4(8.5)	47(92.2)	4(7.8)
	演習していない	11(12.4)	43(48.3)	17(19.1)	11(12.4)	4(4.5)		3(3.4)	89(90.8)	9(9.2)
3 年 目	患者体験学習	24(12.9)	60(32.4)	49(26.5)	34(18.4)	8(4.3)	2(1.1)	8(4.2)	185(97.4)	5(2.6)
	シミュレーター学習	2(7.4)	11(40.7)	7(25.9)	5(18.5)	0	0	2(7.4)	27(93.1)	2(6.9)
	混 合 型 学 習	6(16.2)	7(18.9)	9(24.3)	9(24.3)	2(5.4)	1(2.7)	3(8.1)	37(88.1)	5(11.9)
	演習していない	10(16.7)	19(31.7)	14(23.3)	12(21.0)	1(1.7)	0	4(6.7)	60(95.2)	3(4.8)

※ 人数、()内は%

者は15名(9.6%)であった。臨床で実施している者の内、自信のついた時期は、卒業後3か月が44名(31.0%)と最も多く、次いで6か月が33名(23.2%)で、卒業後3か月までには累計で63名(44.4%)、卒業後6か月までには計96名(67.6%)の者が注射技術に自信がついたとしており、自信のない者は20名(14.1%)であった。

一方、学生時代に注射技術を学内で演習していない者で、臨床において注射を実施している者は237名(91.9%)で、実施していない者は21名(8.1%)であった。臨床で実施している者の内、自信のついた時期は卒業後3か月が93名(39.2%)と最も多く、次いで6か月が49名(20.7%)であった。卒業後3か月までには累計で132名(55.7%)、6か月までには181名(76.4%)の者が注射技術に自信がついたとしており、自信のない者は26名(11%)であった。学内における学習方法と卒業後の自信のついた時期を累積率で比較してみると、図1に示す通り、学内において3通りの演習方法で行った者及び演習しない者で、共に卒業後6か月までには約7割以上が自信を示しており、演習の有無に差はみられず、また、演習方法の3種類にも有意差はみられなかった。

次に、看護婦経歴別にみると、卒業後1年目の看護婦では、患者体験学習で卒業後6か月が61名(31.6%)と最も多く、シミュレーター学

習した者では、卒業直後と卒業後3か月が11名(26.8%)、混合型学習では、卒業後3か月が23名(39.7%)と最も多かった。また、演習をしていない者では卒業後3か月が31名(35.2%)と最も多かった。それぞれの累積率をみると、卒業後3か月までにはシミュレーター学習と混合型学習において50%以上のものが、卒業後6か月までにはすべてにおいて70%以上のものが自信がついたとしており、有意差はみられなかった。一方、注射技術に自信がないとした者は患者体験学習が44名(22.8%)、シミュレーター学習が10名(24.4%)、混合型学習が13名(22.4%)で、演習をしていない者では19名(21.6%)で、学習方法に差はみられなかった。

卒業後2年目の看護婦では、すべての学習方法において卒業後3か月に自信がついたとした者が最も多く、患者体験学習では80名(34.3%)、シミュレーター学習では20名(42.6%)、混合型学習では14名(29.8%)で、演習していない者では43名(48.3%)であった。累積率をみると、卒業後6か月までにはシミュレーター学習で70%以上が、卒業後1年までにはすべての学習方法で80%以上の者が自信がついたとしており有意な差はみられなかった。演習していない者では卒業後3か月までにおいて60%以上、卒業後1年までには90%以上の者が自信を示している。一方、自信のない者は患者体験学習が28名(12.0%)、シミュレーター学習が6名(11.8%)、混合型学習が4名(8.5%)で、演習をしていない者では3名(3.4%)で、学習方法に統計的に有意な差はみられなかった。

卒業後3年目の看護婦では、卒業後3か月において、患者体験学習が60名(32.4%)、シミュレーター学習が11名(40.7%)と最も多く、混合型学習では卒業後6か月と1年が9名(24.3%)で最も多かった。演習をしていない者では患者体験学習やシミュレーター学習と同様の傾向がみられた。

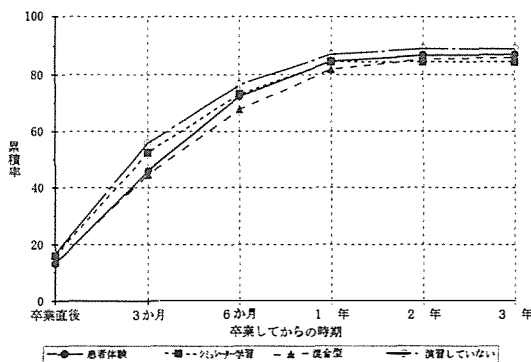


図1 学内演習の方法と卒業後の注射に対する自信の時期

累積率をみてみると、患者体験学習やシミュレーター学習、演習していない者では卒業後6か月までには70%以上の者が自信を示している一方、混合型ではこの時期にはまだ60%に満たないが、特に有意差はみられず、卒業後1年には8割以上が自信を示している。一方、自信のない者は患者体験学習が8名(4.2%)、シミュレーター学習が2名(7.4%)、混合型学習が3名(8.1%)で、演習をしていない者では4名(6.7%)で、学習方法に差はみられなかった。

2) 実習における学習方法と卒業後の注射に対する自信の時期(表6)

卒業後、臨床において実際に注射を実施している者は1,105名(93.0%)で、実施していない者

は83名(7.0%)であった。臨床において注射を実施している者の内、実習での注射実施回数をA群～D群別に、卒業後の注射技術に自信のついた時期とを比較検討すると、実習での注射実施回数が1～4回のA群では、卒業後3か月が218名(37.8%)と最も多く、次いで卒業後6か月が125名(21.7%)であった。累積数をみると卒業後3か月までには計298名(51.7%)、卒業後6か月までには計423名(70%)の者が自信がついたとしている。5～9回のB群では、卒業直後が19名(32.2%)と最も多く、卒業後3か月までには累計で32名(54.2%)の者が自信がついたとしている。10回以上のC群では卒業後3か月が17名(47.2%)が最も多く、卒業3か月までには累計

表6 実習での実施回数と卒業後の注射に対する自信の時期

n=1,188

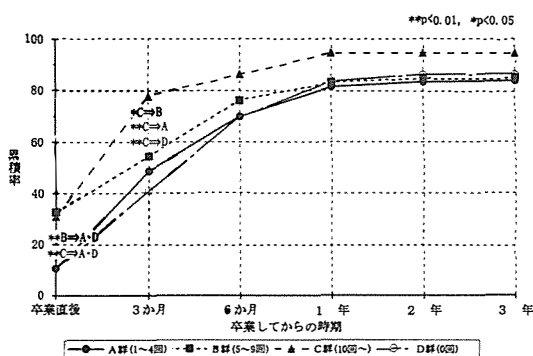
看護婦 経歴	実施の有無 自信の時期 演習方法	臨床で実施している								臨床で実 施してい ない
		卒業直後	3か月	6か月	1年	2年	3年	自信ない	小計	
全 体	A群(1～4回)	80(13.9)	218(37.8)	125(21.7)	66(11.5)	11(1.9)	2(0.3)	74(12.8)	576(100)	(93.7) 39(6.3)
	B群(5～9回)	19(32.2)	13(22.0)	13(22.0)	4(6.8)	1(1.7)	0	9(15.3)	59(100)	
	C群(10回～)	11(30.6)	17(47.2)	3(8.3)	3(8.3)	0	0	2(5.6)	36(100)	
	D群(0回)	45(10.4)	131(30.2)	127(29.3)	60(13.8)	11(2.5)	1(0.2)	59(13.6)	434(100)	
									(91.9)	38(8.1)
1年目	A群(1～4回)	35(16.1)	78(35.9)	51(23.5)	3(1.4)			50(23.0)	217/(94.3)	13(5.7)
	B群(5～9回)	13(46.4)	3(10.7)	6(21.4)	0			6(21.4)	28/(96.5)	1(3.5)
	C群(10回～)	3(27.3)	6(54.5)	1(9.1)	0			1(9.1)	11/(9.7)	1(8.3)
	D群(0回)	11(8.9)	38(30.6)	42(33.9)	4(3.2)			29(23.4)	124/(87.9)	17(12.1)
2年目	A群(1～4回)	25(12.6)	85(42.9)	38(19.2)	31(15.7)	4(2.0)		15(7.6)	198/(91.2)	19(8.8)
	B群(5～9回)	2(12.5)	6(37.5)	3(18.8)	3(18.8)	1(6.3)		1(6.3)	16/(88.9)	2(11.1)
	C群(10回～)	4(28.6)	7(50.0)	1(7.1)	1(7.1)	0		1(7.1)	14/(87.5)	2(12.5)
	D群(0回)	20(11.0)	59(32.6)	47(26.0)	29(16.0)	6(3.3)		24(13.3)	181/(93.5)	13(6.5)
3年目	A群(1～4回)	20(12.4)	55(34.2)	36(22.4)	32(19.9)	7(4.3)	2(1.2)	9(5.6)	161/(95.8)	7(4.2)
	B群(5～9回)	4(26.7)	4(26.7)	4(26.7)	1(6.7)	0	0	2(13.3)	15/(100)	0
	C群(10回～)	4(36.4)	4(36.4)	1(9.1)	2(18.2)	0	0	0	11/(100)	0
	D群(0回)	14(11.9)	34(28.8)	38(32.2)	25(21.2)	4(3.4)	1(0.8)	6(5.1)	118/(93.8)	8(6.2)

※ 人数、()内は%

で28名(77.8%)の者が自信がついたとしている。実習において実施しなかったD群では、卒業後3か月が131名(30.2%)と最も多く、次いで6か月が127名(29.3%)であった。卒業後3か月までには累計で176名(40.6%)、卒業後6か月までには計303名(69.9%)、卒業後1年までには計363名(83.7%)の者が注射技術に自信がついたとしている。一方、自信がないとした者は、A群が74名(12.8%)、B群が9名(15.3%)、C群が2名(5.6%)、D群が59名(13.6%)であった。

実習での実施回数と卒業後の自信の時期との関連を累積率でみると、図2に示すとおり、注射回数の多い者ほど有意に高く、卒業直後ではB群とA・D群、C群とA・D群とに、卒業後3か月まではC群とA群・B群・D群において1%の有意水準で差がみられたが、卒業後6か月以降には回数による有意差はみられなかった。

次に、看護婦経歴別にみると、卒業後1年目の看護婦において自信のついた時期で最も多かったのは、A群で卒業後3か月が78名(35.9%)、B群で卒業直後が13名(46.4%)、C群で卒業後3か月が6名(54.5%)、D群で卒業後6か月が42名(33.9%)であった。一方、自信のない者はA群が50名(23.0%)、B群が6名(21.4%)、D群が29名(23.4%)に対し、C群は1名(9.1%)と有意に少なかった。



■ 2 実習での実施回数と卒業後の注射に対する自信の時期

卒業後2年目の看護婦においては、A群で卒業後3か月が85名(42.9%)、B群で卒業後3か月が6名(37.5%)、C群で卒業後3か月が7名(50%)、D群では卒業後3か月が59名(32.6%)と最も多かった。一方、自信がないという者はA群が15名(7.6%)、B群とC群が1名ずつであったが、D群は24名(13.3%)であった。

卒業後3年目の看護婦においては、A群で卒業後3か月が55名(34.2%)と最も多く、B群では、卒業直後と卒業後3か月、6か月共に4名(26.7%)が最も多く、C群では、卒業直後と卒業後3か月で各4名(36.4%)が、卒業後1年目には全ての者が注射技術に自信がついたとしている。D群では卒業後6か月が38名(32.2%)と最も多かった。また、自信のない者はA群が9名(5.6%)、B群が2名(13.3%)、D群が6名(5.1%)であった。

IV. 考 察

1. 注射技術の学習方法と卒業後の注射技術習得意識との関連

学内における注射技術の学習方法は、患者体験学習が約7割と多く、看護婦経歴別に比較しても同様の結果であった。患者体験学習が多い理由として、鈴木ら⁷⁾は、「①痛みを体験することで慎重に行動することを学ぶ。②注射技術の上達を図りたい。③薬品の取り扱いと危険性について学ぶ。④無菌操作を体験する良い機会。」などを教員の認識としているように、患者体験学習は、患者理解や看護技術の向上を意図として多くの学校において行われていると考えられる。しかし、患者体験学習には、学生に強い苦痛を与えるという学生の心身への影響、また、「少しぐらいの痛さなら我慢しよう」というような、自分の苦痛を態度に示さないように努める態度など、学生の主体性を尊重するというよりも教育の強制により、受け身的な学習姿勢への影響、そして、不安感や

失敗・事故などにより看護に対するマイナスイメージを与えてしまうという問題もある。

さらに、実習における学習方法については、3分の2の者が、実際に患者に注射を実施していた。奥宮⁸⁾の調査によると、筋肉内注射は他の皮内注射や皮下注射と比較すると、63%の者が臨床の場において実習体験があるという。実習での実施は、学校の教育に対する考え方にもよるが、実習の現場で実際に注射を看護婦が行う技術として、多く実施されていることも関連していると思われる。

実習中の筋肉内注射の実施回数は1～4回の者が多く、看護婦経歴に差はみられなかった。鎌倉ら⁹⁾の調査から、成人看護学の実習において、筋肉内注射は外科系実習で77%実施しており、このことから、1～4回の注射実施は、受け持ち患者の手術時の前と薬投与などの実施と推測される。

注射技術は、その手順をまねだけではなく、対象の状態に合わせて行うというかなりの判断力と技術が必要であり、特に時間的に切迫している前と投薬与の場合はより慎重を期する必要がある。

また、卒業後、筋肉内注射を実施している者の内、注射技術に自信のついた時期は、看護婦経歴に関係なく、卒業後3か月が多く、累積率でみると卒業後6か月までには7割以上の者が自信がついたとしている。卒業後3か月という時期は、一般的に日勤・夜勤共にプリセプターなどの指導役との勤務から離れ、ほとんどの仕事に関して独り立ちを行う時期である^{10)~11)}。その中で職場や仕事などにも慣れ、責任感を伴いながらも今までの経験が自信につながっていくものと考えられる。宮崎ら¹²⁾の調査においても、筋肉内注射は卒業後3か月までで81.0%、卒業後6か月までで100%の者が1人でできるとしている。また、同調査によると、看護技術全項目を平均してしてみると、卒業後6か月は“1人でできる”が92.2%と高く、このことから卒業後6か月には看護技術の多くの項目が習得されることを示している。本研究に

においても7割以上が自信を表していることから、卒業後6か月という時期は、卒業後3か月で独り立ちを始め、それから3か月がたち、注射技術ははじめ看護技術において習得に対する自信がついた時期と考えられる。

学内の学習方法と卒業後の注射に対する自信の時期との関連については、“体験学習”，“シミュレーター学習”，“混合型学習”，また，“演習をしていない”のどの方法であっても、卒業後に自信のつく時期は卒業後3か月が最も多くみられ、卒業後6か月までには約7割の者は自信がついたとしており、学内の学習方法と卒業後自信のつく時期とは関連性がみられていない。このことは、学内での注射の学習時期は一般的に1年次の後半から2年次の前半にかけて行われることが多いために学内の学習から卒業までの期間が長いこと、さらに、学内で演習を行ったとしても、後に実習で実施されることが多いことから、学内演習よりも実習での影響が大きく、学内での学習方法が直接的に関連していない結果と考えられる。

次に、実習における学習方法と卒業後の注射に対する自信の時期との関連については、実習での患者への注射実施回数と卒業後の自信の時期とを比較し累積率でみると、卒業直後と3か月までという卒業後早期の時期において、実習での注射実施回数が多い者の方が有意に自信を示していた。これは卒業後早期の時期は、実習で患者に実施した経験回数が注射に対する自信に影響しているが、その後、臨床で経験をより積んでいくうちに学生時代に患者に実施した回数が少ない人でも卒業後の臨床経験から自信がついていき、卒業後6か月には差がなくなっていくのではないかと考える。このことは、木村が「スタッフに新人時代のことを尋ねると“6か月目でようやくまわりが見えてきた”という答えが返ってきた¹³⁾」というように、卒業後6か月においては、実習での経験の影響というよりは臨床での技術の積み重ねが「心の

ゆとり」を生み、技術への自信にもつながったものと思われる。

2. 注射技術の学習方法についての提言

看護技術を教授するにあたり、その教授方法には“患者体験学習”“シミュレーター学習”，そしてその両方の“混合型学習”など様々にある。中でも“患者体験学習”のような「体験学習」は前述のように、患者理解や看護技術の向上を意図し、実施されていることが多く、情意¹⁴⁾における効果がいくつも報告されている^{14)~16)}。「注射」技術における体験学習は、看護教育界では、採血や注射のように古くから実践されているが意識的に教育方法として報告されてきたのは1970年以降である。そのため、従来の基礎教育において行われてきた学生同士がお互いに行う技術演習という形態は、練習用の適切なモデルの不備などのため必然的にとられていた方法である。

また、奥宮は「注射」はただ手順だけでなく、対象の状態に合わせて行うのでかなりの判断と技術が必要であり、難度が高い割には教員・看護婦共に期待するレベルは低い¹⁷⁾としている。

そして、山本らは学生の不安として、「初めて人体に注射する学生の反応は“痛みを与え責任の重い行為である”という観念が強く示され、“安全・正確にまた痛みを与えないように実施しよう”とし、針の刺入から抜去まで常に緊張状態に陥り、また、実施後も患者役の学生の状態を心配する¹⁸⁾。」と注射行為の全般にわたり緊張感の強いことを述べている。

さらに、注射は医師・歯科医師の指示のもとに保健婦・助産婦・看護婦が行うことができる相対的医療行為である¹⁹⁾。しかし、有資格者であっても医師の指示のもとでなければ実施できない注射技術は無資格者の学生がどのような法的根拠のもとに実施できるのか疑問である。南雲ら²⁰⁾の調査においても実際に学内演習で事故が起きている事実もあるが、その法的な責任は不明確なままであ

る。

以上のことから、法的な根拠が曖昧な上、学生に対する緊張や不安が強い注射技術は、教材が豊富にある現在、特に基礎教育における学内演習では原理・原則を十分押さえ、実際の薬液注入に関してはシミュレーターを活用し、患者体験学習に関しては慎重に考えることが必要である。

看護婦という職業人を育てるための基礎教育はすぐ役立つ看護婦を教育するのではなく、知識と技術の活用による適切な看護が行える看護婦を育てることにある。つまり、看護技術は、基礎教育で習得した看護の基礎技術を土台に、現場での経験を積んでいく内に対象に適切な看護技術へと習熟されていくものである。そのため、ただ手順を追うのではなく、対象の状態に合わせて技術を実施するというかなりの判断や技術が必要な「注射技術」は、卒業後6か月での技術の習得意識に基礎教育の教育方法による差がみられなかったことから、実際の人体への実施は卒業後の現任教育に委ね、基礎教育においては判断能力を養い、技術の原理・原則を十分に指導する必要があると考える。

V. 結 論

今回、注射技術の学習方法を検討するにあたり、卒業後1～3年目の看護婦を対象に注射技術習得意識を調査を行い、基礎教育での学習方法との関連性を検討し、以下のことが明らかになった。

1. 注射技術の学内演習の方法は患者体験学習が約70%と多く、卒業後1, 2, 3年目の看護婦経歴別にみた学習方法の差はみられなかった。

2. 臨地実習では、3分の2の者が、実際に注射を実施しており、その回数は1～4回という者が多く、看護婦経歴別にみた実施回数の差はみられなかった。

3. 卒業後、筋肉内注射に自信のついた時期は、看護婦経歴年数に関係なく、卒業後3か月が最も

多く、累積率で見ると卒業後6か月までには7割以上の患者が自信がついたとしている。

4. 学内演習の方法と卒業後、注射に自信のついて時期との関連はみられなかった。

5. 臨地実習において、患者に実施した回数が多い者ほど、卒業後3か月までには注射技術に自信を示し、卒業後6か月までに自信がついたとする場合は実習での注射実施回数による差はみられ

なかった。

今後は、卒業後の注射技術の習得状況について、職場内での指導者や管理者の評価を含めて検討を行い、さらに注射技術だけではなく、他の技術にも着眼し、基礎教育での看護技術の学習方法について検討していきたいと考える。

本研究を行うにあたり、ご協力くださいました皆様に厚く感謝申し上げます。

要 約

基礎看護教育における筋肉内注射技術の学習方法と卒業後の注射技術の習得意識の関係について検討するために、神奈川県・東京都における総合病院14施設に勤務する看護学校卒業後1～3年目の看護婦・看護士1,188名を対象に質問紙調査を実施した。その結果、学内演習では患者体験学習が約70%を占め、臨地実習では約2/3の者は実際に患者に筋肉内注射を実施し、その回数としては1～4回が最も多かった。そして、卒業後6か月までに約70%の者が筋肉内注射技術に自信がついていた。ついで学習方法と卒業後の注射技術に自信がついた時期との関連については、学内の学習方法と自信がついた時期とでは有意差はみられなかった。更に臨地実習において、患者への注射を実施した回数が多い者ほど有意に注射技術に自信を示し、卒業後3か月までは差がみられたが、卒業後6か月には差がみられなくなっている。これらのことから卒業直後の注射技術の習得意識は、卒業後早期には臨地実習における患者への実施が影響するが、卒業後6か月後には影響がみられないことが明らかになった。

Abstract

Our research group sent out questionnaires to 14 general hospitals in Kanagawa and Tokyo prefectures. The target group were nurses who have been practicing for one to three years after their graduation from nursing schools. A total of 1,188 nurses answered the questionnaire. The content of our questionnaires pertained to their learning techniques of muscle injection and their confidence level of its operation. The results of the questionnaires stated that 70% of the group conducted injection on patients as part of their school seminars, as well as 2/3 of the nurses who actually conducted muscle injection during their clinical residency. The average amount of their actually performing muscle injections were from one to four times. To no surprise, 70% of the nurses said that they felt basically confident administering muscular injections within a six month period following their graduation. The results also showed that there was no correlation between their actual training sessions, while in school and the increase of confidence after graduating from school. The results also implied that during the first three months after graduation, there were some differences in their confidence levels among nurses who gave injections to patients and

those who did not perform injections during their clinical residencies. However, there were no differences in the confidence levels after six months following graduation. In summary, the results would indicate that confidence levels were negatively affected during the first six months by months by only those who had not performed the injections during their clinical residencies.

VI. 文 献

1. 奥宮暁子：基礎看護技術教育のあり方（その2）、基礎看護技術、看護教育、32(2)、pp.73～78, 1991.
2. 大城満寿子：看護実習の効果的な指導法（2）－「基礎看護」における皮下注射の学習指導例について－、産業教育、36(9)、pp.51～56, 1986.
3. 安部喬樹：注射技術についての基礎学習、看護教育、26(12)、pp.780～783, 1985.
4. 安部喬樹：注射技術演習の実際、看護教育、27(2)、pp.128～131, 1986.
5. 成田 伸：「注射」をどう教えるか、看護展望、19(5)、pp.35～39, 1994.
6. 鎌田ミツ子他：看護教育における注射の位置づけ、看護 MOOK, No.38（馬場一雄他編）、pp.192～200, 金原出版、東京、1991.
7. 鈴木良子他：排泄介助、筋肉内注射の演習での患者体験に関する意識調査－神奈川県内3課程看護学校の実態－、第22回日本看護学会集録（看護教育）、pp.104～107, 1991.
8. 前掲書1、pp.73～78.
9. 鎌倉やよい他：成人看護学における技術教育についての一考察、愛知県立看護短期大学誌、22、pp.25～38, 1990.
10. 氏家幸子：新人教育における技術指導の今日的意義、看護展望、18(4)、pp.18～22, 1993.
11. 木村敦子：看護技術の習得は現場での体験が支える、看護展望、18(4)、pp.48～55, 1993.
12. 宮崎和子：看護技術の卒業前学習と卒業後体験に関する調査研究、看護教育、32(1)、pp.19～27, 1991.
13. 前掲書11、pp.55.
14. 山本よしえ他：学内実習（臀部への筋肉内注射）における看護学生の反応、第15回日本看護学会集録（看護教育）、pp.254～261, 1984.
15. 福田春枝他：学内実習における基礎看護技術の展開－注射実習の例を通して－、看護教育、28(13)、pp.774～781, 1987.
16. 鹿村真理子他：学生の注射に対する感情と態度の変化に関する調査、群馬大学医療技術短期大学部紀要、7、pp.95～100, 1986.
17. 前掲書1、pp.73～78.
18. 前掲書14、pp.95～100.
19. 前掲書6、pp.192～200.
20. 南雲マリ子他：注射の患者体験学習について－実態とその問題点－、日本看護研究学会雑誌第20回日本看護研究学会総会－プログラム及び内容要旨－、17、pp.69, 1994.

（平成11年5月31日受付）

日本健康科学学会15周年記念シンポジウム

テーマ：21世紀：健康を取り巻く社会・政策環境の変化と健康科学の対応
ーリエンジニアリングと健康マネジメントー

会 期：平成11年1月31日（月）

会 場：グランドヒル市ヶ谷 瑠璃（西）の間 （JR市ヶ谷駅下車 徒歩約3分）
東京都新宿区市谷本村町4-1、TEL:03-3268-0111、FAX:03-3260-3527

主 催：日本健康科学学会、共 催：日本病院管理学会

参加費：会員2,000円（15周年記念特集号を含む）、一般3,000円（15周年記念特集号を含む）
学生無料、15周年記念特集号2,000円

懇親会費：無料

事務局：杏林大学医学部医療科学教室内
日本健康科学学会15周年記念シンポジウム事務局
〒181-8611 東京都三鷹市新川 6-20-2
TEL:0422-47-5511 内線 3551、FAX:0422-47-9855

日本健康科学学会15周年記念シンポジウムプログラム

9:50~9:55 開会挨拶 信川 益明会長・組織委員長・実行委員長

10:00~12:30 シンポジウムI

21世紀における健康を取り巻く社会・政策環境

共催：日本病院管理学会（日本病院管理学会第182回例会）

司会 吉田 勝美先生（聖マリアンナ医科大学教授）

- | | |
|------------------------------|---------------------------------------|
| 1. 健康リスク評価 | 鈴木 庄亮先生（群馬大学医学部教授） |
| 2. 健康リスク（医学の立場から） | 佐々木和郎先生（明治鍼灸大学助教授） |
| 3. 健康リスク（看護学の立場から） | 金川 克子先生（東京大学医学部教授） |
| 4. 健康リスク（栄養学の立場から） | 杉山みち子先生（国立健康・栄養研究所成人健康・栄養部成人病予防研究室長） |
| 5. 健康リスク（体力科学の立場から） | 大山 良徳先生（大阪工業大学情報科学部教授） |
| 6. 保健医療福祉政策と健康リスク
コメンテーター | 長屋 憲先生（埼玉県狭山保健所長）
小泉 明先生（日本医師会副会長） |

14:00~14:30 基調講演 日本健康科学学会 ー過去、現在、未来ー
～15年間の流れとこれからの役割 信川 益明会長
司会 青木 和夫副会長

14:40~17:10 シンポジウムII

21世紀における健康科学、変化への対応

司会 石川 澄先生（広島大学医学部教授）

- | | |
|-------------------------|--|
| 1. 医学の立場から | 太田 壽城先生（国立健康・栄養研究所健康増進部長） |
| 2. 看護学の立場から | 中村 恵子先生（青森県立保健大学健康科学部看護学科長・教授） |
| 3. 栄養学の立場から | 細谷 憲政先生（東京大学名誉教授） |
| 4. 健康管理学の立場から | 川久保 清先生（東京大学医学部助教授） |
| 5. 伝統医療の立場から | 上月 節子先生（神戸女子大学文学部教授） |
| 6. 健康行政の立場から
コメンテーター | 山本 光昭先生（厚生省保健医療局国立病院部運営企画課課長補佐）
信川 益明会長 |

17:10~17:20 記念シンポジウムに関する特別発言 大島 正光先生（健康科学研究所長）

17:20~17:25 閉会挨拶 青木 和夫副会長

17:30~19:30 懇親会 瑠璃（中）の間

褥そう予防国際シンポジウム 2000

日時：平成 12 年 3 月 10 日(金), 11 日(土)

場所：障害者職業総合センター ホール (千葉県千葉市)

主催：日本リハビリテーション工学協会 SIG 褥そう防止装置

シンポジウム内容

・講演

Martin Ferguson-Pell Ph.D (University College London) I S O 車いすシーティング英国代表。

Krzysztof S Gebhardt PhD (St George's Hospital)褥瘡予防専門看護師。

木之瀬隆 (東京都立保健科学大学)

真田弘美 (金沢大学)

竹田和博 (株式会社ケーブ)

廣瀬秀行 (国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所)

・ポスターセッション、展示

参加費用：15,000円

実行委員長：萩沢さつえ (大分医科大学看護学科)

事務局 (参加申込) 国リハセンター研究所 廣瀬、新妻

電話 0429-95-3100 FAX:0429-95-3132

Email:hirose@rehab.go.jp niitsuma@rehab.go.jp

日本看護研究学会雑誌投稿規定

1. 掲載された原稿の著作権は本会に属するものとする。但し、著者本人に関しては、この制約を免れる。
2. 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。
3. 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) 4枚強で刷り上がり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	12頁	約45枚	
総 説	12頁	約45枚	
論 壇	3頁	約9枚	
事例報告	4頁	約15枚	
その他	3頁	約9枚	

4. 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)
5. 図表は、B5判用紙にトレースした原図を添える事。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。
6. 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)、希望する原稿種別(朱書)、キーワード(和文・英文とも3つ以内)、著者氏名(ローマ字氏名併記)、所属機関(英文併記)を順に記入する。
 - 2) 下段欄は、本文、図表、写真の枚数を明記すること。
 - 3) 別刷りを希望する場合、別刷*部と朱書すること。
7. 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。
8. 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。
9. 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。
10. 原稿執筆要項は、別に定める。
11. 原稿送付先
〒260-0856 千葉県中央区亥鼻1-2-10
日本看護研究学会 編集委員会 委員長 山■ 桂子 宛
尚、封筒の表には、「日看研誌原稿」と朱書し、書留郵便で郵送の事。
12. 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。
 - 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
 - 3) 平成10年7月30日 一部改正実施する。
 - 4) 平成11年7月31日 一部改正実施する。

原 稿 執 筆 要 項

1. 原稿用紙B 5判横書き400字詰めを使用し、本文にページを明記する。
2. 当用漢字、新かなづかいを用い、楷書で簡潔、明瞭に書く事。(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. 考察、Ⅴ. 結論(むすび)、Ⅵ. 文献、とし、項■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れる単位、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事。
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、更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、巻末に添える事。
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、本文原稿の最後の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: 近澤範子: 看護婦の Burn Out 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
; Henderson, V.: The Essence of Nursing in High Technology. Nurs. Adm. ●., 9(4), pp.1~9, Summer 1985.
 - ・単行書: 宗像恒次: 行動科学からみた健康と病気, 184, メジカルフレンド社, 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 Nursing Practice, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1981, 橋本正巳監訳, 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)を付ける事。
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。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成10年7月30日 一部改正実施する。
- 4) 平成11年7月31日 一部改正実施する。

第923回

運営審議会の概要 (平成11年7月29日)

第923回運営審議会は、平成11年7月29日（木）に開催され、次のような審議がありました。

1 対外報告

次の報告について、担当委員長から説明があり、対外報告として了承しました。

- (1) 第4常置委員会報告「我が国の大学等における研究環境の改善について（最終報告）」
- (2) 芸術学研究連絡委員会報告「国立博物館（芸術系）・美術館の今後の在り方について—独立行政法人化に際しての調査研究機能の重視、評価の適正化など—」

2 平成11年度民間学術研究振興費補助金の交付についての答申

文部大臣から諸問のあった審査の方針及び対象の範囲について、答申することを了承しました。

3 平成11年度代表派遣（10月分）

次の会議に代表派遣することを了承しました。

- (1) 第7回太平洋地域新第三系国際会議
(10月3日～6日、メキシコシティー／メキシコ)
- (2) 第3回世界睡眠学会連合国際会議
(10月5日～9日、ドレスデン／ドイツ)
- (3) アジア社会科学研究協議会連盟第13回総会
(10月18日～22日、ソウル＝韓国)
- (4) 第34回海洋研究科学委員会執理事会
(10月25日～29日、ゴア／インド)
- (5) 地球温暖化国際連合枠組み条約会議
(10月25日～11月5日、ボン／ドイツ)

4 共同主催国際会議委員会の設置及び同委員会委員の選任

平成12年度に共同主催する次の8会議について、国際会議委員会を設置し、委員を選任することを了承しました。

- ・国際放射線防護学会第10回国際会議
- ・第30回高エネルギー物理学国際会議
- ・第9回数学教育世界会議
- ・第25回半導体物理学国際会議
- ・第23回国際病理アカデミー国際会議および第14回世界環境病理会議
- ・2000年IEEE計測制御・情報システム国際会議
- ・CIGR（国際農業工学会）2000年記念世界大会
- ・西暦2000年酸性雨国際学会

5 その他

日本学術会議が後援名義の使用を了承した国際会議

- (1) 第9回世界肺癌会議
日 時： 平成12年9月11日～15日
場 所： 京王プラザホテル（新宿区）
- (2) 国際純正・応用化学連合2001分析科学国際会議
日 時： 平成13年8月6日～10日
場 所： 早稲田大学新14号館（新宿区）

保健医療行動科学事典

本事典の特色

解説しています。

的にも換算的・実質的にも満足のできる状態」としている。

ところで、QOLに人々の関心が増えつつあるようになった背景には、めざましい経済成長の結実として先起してきた量から質への価値の転変がある。すなわち、量的な充足はある程度達した国々ではそれに続く国家政策の一環として「人々の良い暮らし」をめざし、質的な側面を重視するようになる。20世紀になってQOL概念が興

(注)

1. 原著目録

日本看護研究学会雑誌に掲載された原著論文および総説について巻号別，掲載順にまとめた。

原著者名：標題，英文標題，巻（号），掲載頁，発行年（西暦）。の順に掲載した。

*印は総説を表わす。

2. 原著者索引

原著論文および総説の著者名をあいうえお順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。なお，筆頭著者の巻（号）はゴシック体にした。

3. 事項索引

論文ごとに，その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順，次に欧文をアルファベット順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。

1. 原 著 目 録

第 22 卷

森 文子, 久米和興: 痴呆患者介護者の介護負担と外来看護に求められる機能, The Burden of Caregiver of Patient with Dementia and the Necessary Role of Outpatient Nursing, 22(1), pp27-37, 1999.

休波茂子, 荒尾博美, 脇 幸子, 島田達生: 絆創膏貼付によって剥離された皮膚組織の走査電子顕微鏡的観察, Scanning Electron Microscopic Observation on the Skin Tissues after Removing the Adhesive Plasters, 22(1), pp39-45, 1999.

* 竹内登美子: 看護のためのCAI, CAI for Nursing, 22(1), pp47-58, 1999.

前田ひとみ, 木村真知子: 血液製剤による HIV 感染者の看護, Nursing for the Persons with HIV infection by the Blood Transfusion, 22(2), pp5-13, 1999.

楊箬隆哉, 小林千世, 篠原千津, 木村貞治, 大平雅美, 藤原孝之: 移動技術に関する生理的・心理的負荷量の検討-2つの移動方法における看護者の負荷量の違い-, Physiological and Psychological Assessment of Transfer Techniques -Differences of Nurses' Load between the Two Transfer Methods-, 22(2), pp15-23, 1999.

大脇万起子: Nursing Interventionとしての神経性症状を示す子どもへの看護的遊戯療法 English Approachについて, Effect of "English Approach" as a Psychotherapeutic Nursing Intervention, 22(2), pp25-34, 1999.

* 塚本尚子: 主観的統制感と健康, Perceived Control and Health, 22(2), pp35-44, 1999.

草野恵美子, 依藤史郎, 早川和生: 背部における交感神経皮膚反応 Sympathetic skin response (SSR) -体位変換が及ぼす影響-, The Influence of the Postural Change in Sympathetic Skin Response (SSP) on the Back, 22(4), pp9-15, 1999.

竹内博明, 三野満子, 國方弘子, 藤本さとし, 伊東久恵: パーキンソン病患者の主観的 QOL 評価, Evaluation of the Subjective Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease, 22(4), pp17-26, 1999.

真壁五月, 野島良子: 看護学臨地実習における学生の行動型と成長発達過程, Behavior Patterns and Developmental Process of Nursing Students in Clinical Learning, 22(4), pp27-47, 1999.

坂江千寿子, 安川揚子, 富腰由紀子, 富田美加, 野々村典子: 内容分析方法を用いた実習レポート評価に関する基礎的研究, A Content Analysis of the Effectiveness of Clinical Practice Studies by using the Word Frequency Method, 22(4), pp49-61, 1999.

当目雅代, 上野範子, 木村みさか: 病院に勤務する看護職における社会資源に関連する認知度, Knowledge of Hospital Nurses about Social Resources, 22(5), pp9-21, 1999.

鮫島雅子: 父親と母親における子どもの誕生に伴う「親性」の心理的変容 (1) - 「親性」尺度の作成と因子構造の検討 -, Psychological Changes of Fathers and Mothers during Pregnancy (1) - Measurement of the Concept of "Perenthood" -, 22(5), pp23-35, 1999.

長谷部佳子, 中山栄純, 佐藤千史: 温電法が就床中の生体の快適感, 体温, 皮膚血流量に及ぼす影響, Effect of Warm Compress on Thermal Comfort Sensation, Body Temperature, and Cutaneous Blood Flow while Turning in Bed, 22(5), pp37-45, 1999.

臼井雅美, 渡部節子, 鈴木良子, 南雲マリ子, 酒井恵子: 筋肉内注射技術の学習方法と卒業後の注射技術習得意識との関係について - 卒業後 1 ~ 3 年目の看護婦の認識より -, Relationships between their Learning Techniques of Injection into the Muscle and their Consciousness on Mastering the Techniques after Graduating from Nursing School: One to Three Years after Graduation, 22(5), pp47-58, 1999.

2. 原著者索引

あ

荒尾 博美 22(1) 39

い

伊東 久恵 22(4) 17

う

上野 範子 22(5) 9

臼井 雅美 22(5) 47

お

大平 雅美 22(2) 15

大脇万起子 22(2) 25

き

木村 貞治 22(2) 15

木村真知子 22(2) 5

木村みさか 22(5) 9

く

草野恵美子 22(4) 9

■方 弘子 22(4) 17

久米 和興 22(1) 27

こ

小林 千世 22(2) 15

さ

酒井 恵子 22(5) 47

坂江千寿子 22(4) 49

佐藤 千史 22(5) 37

蛟島 雅子 22(5) 23

し

篠原 千津 22(2) 15

島田 達生 22(1) 39

す

鈴木 真子 22(5) 47

た

竹内登美子 22(1) 47

竹内 博明 22(4) 17

つ

塚本 尚子 22(2) 35

と

当目 雅代 22(5) 9

富田 美加 22(4) 49

な

中山 栄純 22(5) 37

南雲マリ子 22(5) 47

の

野島 真子 22(4) 27

野々村典子 22(4) 49

は

長谷部佳子 22(5) 37

早川 和生 22(4) 9

ふ

藤本さとし 22(4) 17

藤原 孝之 22(2) 15

ま

前田ひとみ 22(2) 5

真壁 五月 22(4) 27

み

三野 満子 22(4) 17

宮腰由紀子 22(4) 49

も

森 文子 22(1) 27

や

安川 揚子 22(4) 49

楊箸 隆哉 22(2) 15

休波 茂子 22(1) 39

よ

■藤 史郎 22(4) 9

わ

脇 幸子 22(1) 39

渡部 節子 22(5) 47

3. 事 項 索 引

い			自律神経	22(4)	9
移動技術	22(2)	15	心理的尺度	22(5)	23
え			せ		
英語	22(2)	25	成長発達	22(4)	27
HIV 感染者	22(2)	5	そ		
お			走査電子顕微鏡	22(1)	39
親性	22(5)	23	た		
温罨法	22(5)	37	体位変換	22(4)	9
か			ち		
介護負担	22(1)	27	父親と母親	22(5)	23
快適感	22(5)	37	痴呆外来看護	22(1)	27
看護	22(1)	47, 22(2)	痴呆患者介護者	22(1)	27
看護職	22(5)	9	と		
学習性無気力	22(2)	35	統制の所在	22(2)	35
き			な		
基礎実習	22(4)	49	内容分析	22(4)	49
技術習得意識	22(5)	47	に		
教育	22(1)	47	認知度	22(5)	9
筋電図	22(2)	15	は		
筋肉内注射技術	22(5)	47	絆創膏	22(1)	39
け			パーキンソン病	22(4)	17
血友病患者	22(2)	5	ひ		
こ			ヒト皮膚	22(1)	39
交感神経皮膚反応	22(4)	9	皮膚血流量	22(5)	37
行動型	22(4)	27	ゆ		
し			遊戯療法	22(2)	25
自己効力感	22(2)	35	り		
実習効果	22(4)	49	臨地実習	22(4)	27
社会資源	22(5)	9			
社会資源サービス	22(4)	17			
主観評価	22(2)	15			
小児看護における看護介入	22(2)	25			

欧文

adhesive plaster	22(1)	39	locus of control	22(2)	35
autonomic nerve	22(4)	9	nurses	22(5)	9
behavior patterns	22(4)	27	nursing	22(1)	47, 22(2) 5
burden of care	22(1)	27	play therapy	22(2)	25
CAI	22(1)	47	parenthood	22(5)	23
caregivers of patients with dementia	22(1)	27	parkinson's disease	22(4)	17
clinical learning	22(4)	27	pediatric nursing intervention	22(2)	25
clinical practice studies	22(4)	49	postural change	22(4)	9
content analysis	22(4)	49	psychological scaling	22(5)	23
cutaneous blood flow	22(5)	37	QOL	22(4)	17
dementia outpatient nursing	22(1)	27	scanning electron microscope	22(1)	39
education	22(1)	47	self-efficacy	22(2)	35
educational benefit	22(4)	49	social resources	22(5)	9
EMG	22(2)	15	social resource services	22(4)	17
english	22(2)	25	sympathetic skin reponse	22(4)	9
father and mother	22(5)	23	the consciousness on mastering the techniques	22(5)	47
growth and development	22(4)	27	the persons with HIV infection	22(2)	5
hemophiliacs	22(2)	5	thermal comfort sensation	22(5)	37
human skin	22(1)	39	transfer techniques	22(2)	15
knowledge	22(5)	9	visual analog scale	22(2)	15
learned helplessness	22(2)	35	warm compress	22(5)	37
leaning techniques of injection into the muscle	22(5)	47			

事務局便り

1. 平成12年度会費の納入について

平成12年度も引き続き会員を継続される方は、お早めにお納め下さるようご案内致します。

平成12年度会費 一 般 7,000円

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 00100-6-37136

通信欄に会員番号をご記入下さい。

巻末にとじこまれております入会申込書が22巻1号より一部変更になっております。ご確認の上、ご記入下さい。

尚、新入会の場合、入会金3,000円が必要です。

2. 学術刊行物となり、個人宛にお送りするようになりまして3年目となりました。

改姓及び送付先変更の場合は、ご多用とは思いますが、お早めに必ず葉書か、FAX（043-221-2332）で楷書でお願い致します。尚、難しい呼び名の場合ふりがなをご記入の上、事務局迄お知らせ下さい。（楷書でご記入下さい。）

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。

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

とー115 戸田久美子 たー286 高村 悦子

日本看護研究学会雑誌

第22巻 5号

平成11年11月20日 印刷

平成11年12月20日 発行

会員無料配布

編集委員

委員長 山口 桂子（愛知県立看護大学）

副委員長 川島みどり（健和会臨床看護学研究所）

石井 トク（岩手県立大学看護学部）

泉 キヨ子（金沢大学医学部保健学科）

金川 克子（東京大学医学部健康科学看護学科）

紙屋 克子（筑波大学社会医学系医科学研究科）

河合千恵子（久留米大学医学部看護学科）

川口 孝泰（兵庫県立看護大学）

近田 敬子（兵庫県立看護大学）

発行所 日本看護研究学会

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

☎ 043-221-2331

FAX 043-221-2332

発 行 草 刈 淳 子

責任者

印刷所 （株）正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町2-5-5

☎ 043-233-2235

FAX 043-231-5562

入会申込書記入の説明

- ・大学、短期大学、専修学校在学中の学生は入会できません。ただし、学生である以前に本学会会員である場合はこの限りではありません。
- ・入会する場合は評議員の推薦をえて、この申込書を事務局（〒260-0856 千葉県中央区亥鼻1-2-10 日本看護研究学会）宛に郵送し、入会金 3,000円と年会費 7,000円、合計 10,000円を郵便振替 00100-6-37136 日本看護研究学会事務局宛に送金して下さい。
- ・氏名の「ふりがな」を忘れないでご記入下さい。
- ・ご記入の際、すべて楷書でお願いいたします。

専門区分の記入について

- ・専門区分のいずれかに○印を付けて下さい。尚、その他の場合は、（ ）内に専門の研究分野を記入して下さい。

地区の指定について

- ・勤務先又は、自宅住所のいずれかに○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区にいたします。

（ き り と り 線 ）

入 会 申 込 書

日本看護研究学会理事長 殿

平成 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し会員として 年度より入会いたします。

ふりがな			専門区分	看護学・医学・その他（学）	
氏名			生年（西暦）	年生れ	
勤務先					
勤務先住所	〒				
	TEL			FAX	
自宅住所	〒				
	TEL			FAX	
推薦者氏名	㊦		会員番号	—	
推薦者所属					
事務局記入欄	年度入会 会員番号 —		巻 号～ 送付		

地区割	
地区名	都 道 府 県 名
北海道	北海道
東北	青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島
関東	千葉、茨城、栃木、群馬、新潟
東京	東京、埼玉、山梨、長野
東海	神奈川、岐阜、静岡、愛知、三重
近畿・北陸	滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山、福井、富山、石川
中国・四国	島根、鳥取、岡山、広島、山口、徳島、香川、愛媛、高知
九州	福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄

書類等送付先はどちらを希望されますか（勤務先・自宅）

■医療経営・運営のための活用方法を徹底的に検討、あるべき医療を探る

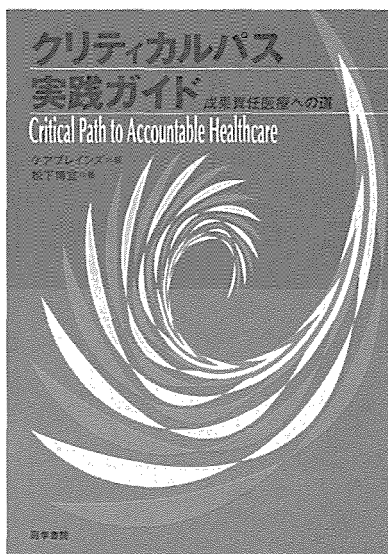
クリティカルパス 実践ガイド

成果責任医療への道

新刊

編集 ケアブレインズ 著 松下博宣 ケアブレインズ代表

クリティカルパスは単に在院日数短縮のための道具ではない。本書では、インフォームドコンセント、EBM(Evidence Based Medicine: 根拠ある医療)、チーム医療、そして効率的な医療といった、医療への今日的な要請に応え得る新しい手法としてクリティカルパスをとらえ、医療経営・運営のための活用方法を徹底的に検討。従来の医療と、あるべき医療としての「成果責任医療」を比較しつつ、後者への転換を図る道筋を示した。



■目次

第1章 クリティカルパスとマネジドケア

- A. クリティカルパスをめぐる日米の違い
- B. 標準原価なき日本の医療のジレンマ
- C. 点数差益、薬価差益、そしてDRG差益
- D. マネジドケアとクリティカルパス

第2章 クリティカルパスの科学的背景

- A. オペレーションズ・リサーチの系譜
- B. ガントチャート
- C. プロセス・フロー・チャート
- D. 本来のクリティカルパスの背景
- E. PERT/CMPの目的

第3章 根拠のある医療

- A. 根拠のある医療 (EBM) の背景
- B. EBMの完全実行は容易ならざること
- C. 行動様式としてのEBMの実践と手順
- D. エビデンス・ベースド・ヘルスケアのすすめ

第4章 クリティカルパスとベンチマーキング

- A. ベンチマーキングとは
- B. マルコム・ボルドリッジ賞の審査領域
- C. クリティカルパスのベンチマーキングは必要不可欠

第5章 クリティカルパスと10のキーワード

- A. クリティカルパスを正確に定義する
- B. クリティカルパスを理解するための10のキーワード

第6章 クリティカルパス導入のステップ

- A. さまざまな「標準」のレベル
- B. クリティカルパスの5つのレベル
- C. クリティカルパスのつくりこみには異職種間の本質的論議が必要
- D. クリティカルパス導入・実施に不可欠な3つのアプローチ
- E. クリティカルパス導入・定着のワークフロー

第7章 クリティカルパスと医療組織

- A. あなたの病院は共同体組織か機能組織か
- B. 成果責任による医療経営のすすめ
- C. クリティカルパスはネットワーク組織で生きてくる

第8章 クリティカルパスと情報システム

- A. コンピュータ化でクリティカルパスはさらに進化する
- B. 意思決定支援、ドキュメンテーションの統合化へ
- C. クライアント・サーバシステム
- D. クリティカルパスと電子カルテ
- E. クリティカルパスとコンピュータ

●B5 頁176 図26 資料・表10 1999 定価(本体2,400円+税) ¥400 [ISBN4-260-33021-7]



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷5-24-3 (販売部) TEL 03-3817-5657 FAX 03-3815-7804
E-mail sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替 00170-9-96693