

V O L . 2 3 N o . 2
平成12年6月20日発行
I S S N 0285—9262

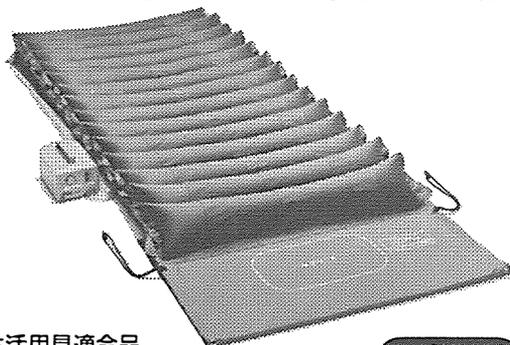
日本看護研究学会雑誌

(Journal of Japanese Society of Nursing Research)

VOL.23 NO.2

日本看護研究学会

お任せ下さい。
床ずれ予防の体位変換

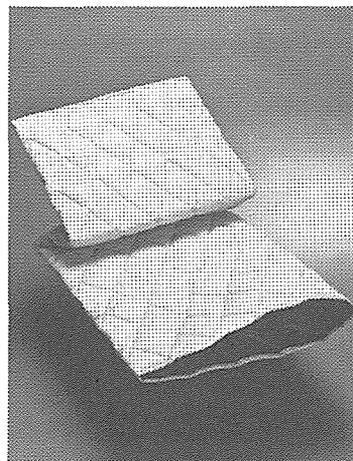


厚生省日常生活用具適合品

RBエアーマット

いたわり
タイゾー

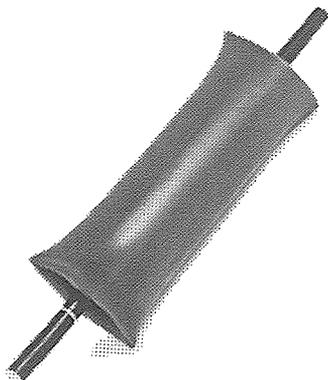
患者の体位交換や
移動が容易にできる



患者さんの腰を
らくに持ち上げる

帝国臓器の
介護用品

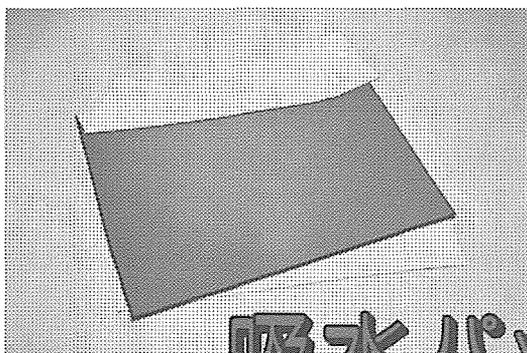
スライド
ヘルプ



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** 特品部メディカルグループ

〒107-8522 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)

日本看護研究学会選挙管理委員会について

平成12年3月20日付けの会告により公示された、日本看護研究学会評議員選出のために、本学会会則第17条及び評議員規定第6項に従って、下記の通り3名の選挙管理委員を委嘱し、選挙管理委員会を組織しました。

日本看護研究学会選挙管理委員会

委員長 大 森 武 子

委 員 阿 部 テル子

委 員 大 谷 真千子

任期は、平成12年度選挙に関する業務の完了までとする。

平成12年6月20日

日本看護研究学会

理事長 草 刈 淳 子

会 告 (2)

選出する評議員定数について

平成12年度に施行する日本看護研究学会評議員選出選挙において、選出する評議員の定数は、本学会会則第17条及び評議員選出規定第2項に従って、下記の通りとします。

地区別評議員定数

北海道 9名 東北 10名 関東 10名 東京 23名

東海 25名 近畿北陸 29名 中国四国 18名 九州 14名

合 計 138名

平成12年6月20日

日本看護研究学会

理事長 草 刈 淳 子

会 告 (3)

評議員選挙の投票締切日について

本学会会則17条及び評議員選出規定第7項に従って、評議員選出選挙の投票締切日
を下記の通りとします。

記

投票締切日 平成12年10月1日

(投票締切日消印の投票封筒の到着をもって締切りとする。)

平成12年6月20日

日本看護研究学会

選挙管理委員会

委員長 大 森 武 子

会 告 (4)

日本看護研究学会雑誌投稿規定及び執筆要項が変更になりました。(23巻2号に掲
載)論文の投稿に際し、ご留意下さい。

平成12年4月22日

日本看護研究学会

理 事 長 草 刈 淳 子

編集委員長 山 口 桂 子

会 告 (5)

第26回日本看護研究学会学術集会を千葉市幕張メッセにおいて開催いたします。メインテーマは、「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：組織の再編, 新たな役割, 責任ある実践)」といたしました。日程・プログラムは下記に示すとおりです。新しい分野で活躍している方々のPRの場として活用いただける「出会いの広場」も企画いたしました。全国から多くの皆様にご参加くださることを心からお待ちしております。

平成12年6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

会 期 2000年7月27日(木), 28日(金)
会 場 千葉市幕張メッセ, 国際会議場
〒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

第1日目 7月27日(木)

- 9:25～ 開 会 の 辞 副理事長 伊藤 暁子
- 9:30～10:30 会 長 講 演 司 会: 田島 桂子 (広島県立保健福祉大学)
「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)
- 10:30～11:20 特 別 講 演 司 会: 見藤 隆子 (長野県看護大学)
鶴沢 陽子 (前千葉大学看護学部)
「創造する日本の女性」
若桑みどり (千葉大学文学部)
- 11:30～12:00 奨学会研究発表 司 会: 木場 富喜 (鹿児島純心女子大学看護学部)
「脳卒中後遺症をもつ患者・家族の外泊における意味と看護の関わり」
豊島由樹子 (聖隷クリストファー看護大学)
- 13:00～15:00 招 聘 講 演 司 会: 濱野 孝子 (千葉大学医学部附属病院)
阿部 典子 (旭川医科大学医学部看護学科)
- 組織の再編 「病院再編による衝撃」 Margaret D. Sovie (ペンシルバニア大学, 看護管理)
- 14:00～17:00 一 般 演 題
- 15:00～17:00 パネルディスカッション 「様々な分野で活躍する看護職」
- 座 長: 早川 和生 (大阪大学医学部保健学科)
加納佳代子 (八千代病院)
- パネラー: ホルム麻植佳子 (ビジケアサービス(株))
鈴木夢都子 (みのりホーム施設)
松田 一美 (社会保険健康事業財団)
山元ひろみ (ユニチャームkk排泄ケア研究室)
吉田 千文 (セコメディック病院)
- 17:30～ 懇 親 会 幕張プリンスホテル, プリンスホール2階

第2日目 7月28日(金)

9:00~11:00 一般演題発表

9:30~10:20 教育講演

司会: 前原 澄子(三重県立看護大学)

「経済学からみた看護サービスの現状と展望」

篠塚 英子(日本銀行政策委員会審議委員)

10:20~11:15 鼎談

司会: 井部 俊子(聖路加国際病院)

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)

11:25~12:25 総会

昼休み

13:30~ シンポジウム

21世紀の看護を担うために

「拡大する看護職の役割と責任」

座長: 川村 佐和子(東京都立保健科学大学)

紙屋 克子(筑波大学大学院医科学研究科)

責任ある実践

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(東京大学大学院医学系研究科)

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)

16:00 全体討議会
閉会

【学術集会参加費前納のご案内】

本年度も、前年度同様当日の学会運営がスムーズにできますよう、参加費および懇親会会費の払い込みを前納でお願いしたいと思います。下記の要領にてお振り込み下さい。振込期限は6月30日までといたします。

参加費: 会員・非会員(大学院生含む) 9,000円

学生 2,000円(振り込みの場合: 学生証を 043-221-2332 にFAXして下さい)

懇親会費: 6,000円

参加費・懇親会費の問い合わせ先

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10 第26■日本看護研究学会学術集会

電話: 043-221-2331 FAX: 043-221-2332

その他の問い合わせ先

〒260-8672 千葉市中央区亥鼻1-8-1 千葉大学看護学部附属看護実践研究指導センター

電話 & FAX: 043-226-2471

目 次

— 原 著 —

障害のある多胎児を育てる母親の精神的負担と支援の現状	9
京都大学医療技術短期大学部	横 山 美 江
研究活動に関する看護職員の意識の因子	19
—北海道・東北6県について—	
弘前大学教育学部看護教育学科	木 村 紀 美
	大 串 靖 子
	阿 部 テル子
	鈴 木 光 子
	米内山 千賀子
	工 藤 せい子
	花 田 久美子
	葛 西 敦 子
バーンアウト傾向と性格特性, ソーシャル・サポートとの関係	29
—病院規模による比較—	
東北大学医療技術短期大学部看護学科	山 崎 登志子
看護実践からみた術前看護の明確化	43
■本赤十字愛知短期大学	白 尾 久美子

第25回日本看護研究学会講演記事（2）

シンポジウム 1

「看護教育の改革－自国の特色を生かした教育課程の構築と国際交流」

司会の言葉 57

三重県立看護大学 前原 澄子
新潟大学医学部保健学科 尾崎 フサ子

Health Care System in the United States :
Implications for Baccalaureate and Graduate Education 58

University of California,
San Francisco School of Nursing Maria R. Warda, RN, Ph. D.

Nursing Education in Korea 72

College of Nursing, Seoul National University
So Woo Lee, RN, Ph. D.

改革とは、何か別のものにすることではなく、目指すものに近づくこと 85

名古屋市立大学看護学部 小玉 香津子

特別発言 90

千葉大学名誉教授 吉武 香代子

特別講演

経済学者が見た日本の医療－中央医療審議会委員での経験から 93

京都大学名誉教授 伊東 光晴

CONTENTS

..... Original Paper

Emotional Distress among the Mothers of Handicapped
Multiple Birth Children and Community Health Services 9
College of Medical Technology, Kyoto University: Yoshie Yokoyama

The Factor in Nurses' Attitudes for Carrying out the Research of Nursing
— In Hokkaido and the Area of Northeast Japan — 19
Department of Nursing Education,
Faculty of Education, Hirosaki University: Kimi Kimura
: Yasuko Ohgushi
: Teruko Abe
: Mituko Suzuki
: Chikako Yonaiyama
: Seiko Kudo
: Kumiko Hanada
: Atsuko Kasai

The Relation among Burnout, Personality Trait and Social Support of
Nurses Investigated at Three Different Sized Hospitals 29
Department of Nursing, College of Medical Sciences,
Tohoku University: Toshiko Yamazaki

Clarification of Elements of Pre-Operative Nursing
through a Survey on Nursing Practice 43
Japanese Red Cross Aichi Junior College of Nursing: Kumiko Shirao

辛らーい床ずれ・病臭の解消に!

特許 エアー噴出型

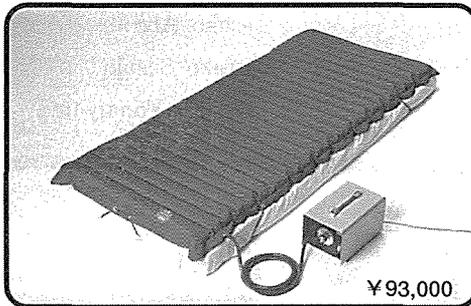
サンケンマット®

大臣賞 受賞品

床ずれ 治療に パイオニア
噴気型の

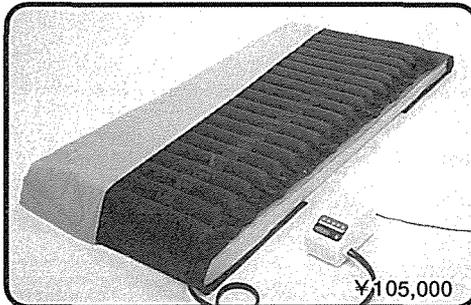
特許：エアー噴出型

サンケンマット ギャチタイプ



特許：エアー噴出・波動型（エアーセルタイプ）

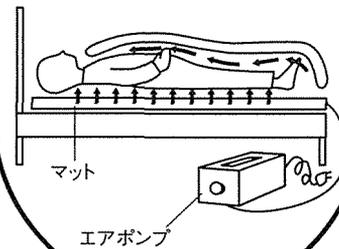
ハッピータイプ 電子機能が自動調節



(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パッド

サンワ  カケン

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

ナースのための

検査値マニュアル〔第2版〕

—アセスメント・ケア目標・ケア計画—

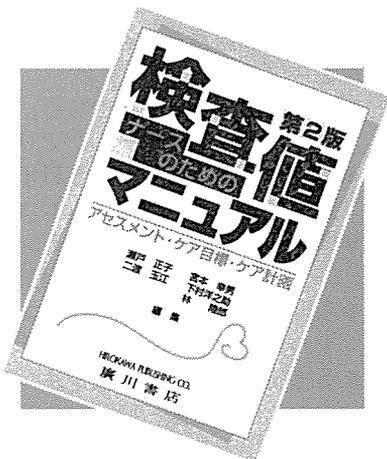
山形県立保健医療大学教授 瀬戸 正子
群馬県立医療短期大学教授 二渡 玉江
前群馬県立医療短期大学教授 宮本 幸男 編集
群馬県立医療短期大学教授 下村 洋之助
群馬県立医療短期大学教授 林 陸郎

B6判 300頁 1,800円

2色刷

〔第2版について〕

1. 構成を系統別区分にし、循環器系と脳神経系の2項目を追加し、全体の統合性を配慮した。
 2. 疾患の解説の部分をも、① 定義、② 症状、③ 検査所見の項目で箇条書きにしてわかりやすく記述した。
 3. 不足、または網羅しきれないと考えられる検査値・項目に関しては、巻末に基準値一覧表を添付補填した。
 4. 検査項目に関連の深い看護内容に関しては、アセスメント、ケア目標、ケア計画の3段階に区分し、箇条書きに要点を記述した。
- ◆ 看護者の理解を最優先した「生理機能」「疾患の解説」は、“項目立て”“箇条書き”“■素説明”とし、難解さをなくした。
 - ◆ 「基準値」→「生理的機能」→「異常値を示す疾患」の流れでイメージアップし、看護との関連性が理解できる。



主 要 目 次

★各項目の最初には“基準値、生理的機能、異常値を示す疾患の解説”があります。

I. 呼吸器系

血液ガス(PaO₂, PaCO₂, pH)/呼吸機能検査(肺活量, %肺活量, 1秒率)

II. 循環器系

心電■/心臓カテーテル検査(心臓各部の内圧)/右心房圧, 右心室圧, 肺動脈圧, 左心房圧, 左心室圧, 大動脈圧/心胸郭比(CTR)

III. 血液・造血器系

赤血球(RBC), Hb(ヘモグロビン), Ht(ヘマトクリット)/白血球(WBC)/血小板(PLT)/血清鉄, UIBC, 血清フェリチン/トロンボテスト(TT), プロトロンビン時間(PTT), ヘパラスチンテスト(HPT), 活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT), 出血時間, 凝固時間/赤沈

IV. 消化器系

血清蛋白/アルブミン/GOT, GPT/LDH, ALP/γ-GTP, CHE/血清ビリルビン(総ビリルビン, 直接・間接ビリルビン)/HBs抗原・抗体, HBe抗原・抗体, HCV抗体/血清アマラーゼ

V. 内分泌・代謝系

T3, T4, TSH(甲状腺ホルモン)/ADH/カテコールアミン/コルチゾール/副甲状腺ホルモン(PTH)/血糖, HbA1c/総コレステロール/HDLコレステロール/IDLコレステロール/トリグリセライド

VI. 腎・泌尿器系

尿比重, 潜血, 蛋白, 糖/ウロビリノーゲン, ビリルビン, ケトン体/尿沈渣(赤血球, 白血球, 円柱)/尿酸窒素, クレアチニン, クレアチニン・クリアランス/尿酸/電解質-Na/K/Cl/Ca/P

VII. 脳・神経系

脳脊髄液(量, 圧, 性状, 蛋白量, 糖量)/頭蓋内圧

VIII. 免疫・アレルギー

IgG, IgA, IgM, IgE, γグロブリン/CRP, ASLO, RF, 抗核抗体(ANF)/腫瘍マーカー(CEA, CA19-9, AFP, CA125)

付録：用語と略語の解説



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

障害のある多胎児を育てる母親の 精神的負担と支援の現状

Emotional Distress among the Mothers of Handicapped
Multiple Birth Children and Community Health Services

横山 美江
Yoshie Yokoyama

キーワード：多胎児，障害児，母親
multiple births, handicap, mother

I. 緒 言

近年，イギリス^{1, 2)} やアメリカと同様³⁾，本邦においても不妊治療の影響により，多胎出産は増加傾向にある。特に，三つ子以上の多胎出産は激増しており，三つ子では1951年に出産100万対58であった出産数が1994年には275に，四つ子では1951年から68年に出産100万対0.93であった出産数が1994年には26.7に，五つ子では1951年に出産100万対ほとんど0であった出産数が1994年には2.89に至っている⁴⁾⁻⁸⁾。

多胎妊娠は，単胎妊娠より母体への影響も大きく，妊娠中毒症，早産等の妊娠中における異常発生の危険が高い⁹⁾⁻¹³⁾。また，周産期死亡率も高く⁷⁾，多胎は母子ともに様々な危険にさらされている。加えて，出産後も多くの問題をかかえており¹⁴⁾⁻¹⁹⁾，特に障害児の問題は深刻である²⁰⁾⁻²²⁾。我々の調査においても双子家庭の7.4%，おおよそ13家庭に1家庭，三つ子家庭の21.6%，おおよそ4，5家庭に1家庭，四つ子，五つ子家庭のそれぞれ42.9%，50.0%，おおよそ2家庭に1家庭の割合で少なくとも1人以上の障害児がいることをこれまでも報告してきた²⁰⁾。さらに，双子，および三つ子における障害児の発生には集積性があり，1

組中1人が障害児であった場合，他児（多胎児）にも障害が発生する危険性はさらに高くなる²⁰⁾。

このような障害児のいる双子家庭の母親は障害児のいない双子家庭の母親に比べ健康状態が悪化しており，より重度の疲労感を感じている²⁰⁾。また，障害のない双子の母親は，双子が3歳以上になると疲労感や睡眠状態が改善するのに対し，障害のある双子の母親では双子が3歳以上になっても疲労感も睡眠状態も改善は認められず，障害のある多胎児をかかえる母親の身体的負担は多大であることが明らかとなっている²⁰⁾。本報では，障害のある多胎児（三つ子以上の多胎児を含む）をもつ母親の精神的負担，特に抑うつ傾向の実態と公的支援の現状を障害のない多胎児の母親との比較から分析し，今後の効果的な支援のあり方を検討した。

II. 方 法

1. 対 象

調査対象は，いずれも当研究室で把握している双子の母親818名，三つ子の母親151名，四つ子の母親12名，五つ子の母親2名，計983名の多胎児を抱える母親である¹³⁾⁻²¹⁾。なお，これらの多胎児

* 京都大学医療技術短期大学部 College of Medical Technology, Kyoto University

の母親は多胎児の育児指導を紹介した新聞記事や雑誌を見て自発的に連絡してきた者、あるいは助産婦や保健婦からの紹介により当研究室にて把握している者である。

2. 調査内容と分析方法

調査期間は1996年6月から1998年12月で、郵送質問紙法により調査した。多胎児をかかえる母親の精神的負担、特に抑うつ傾向の評価として、DSM-IVによる気分変調性障害の発生状況を調査し、さらに育児・養育に対する不安の程度についても把握した。また、その関連要因として、多胎児に関して障害児の発生状況を調査し、母親に関して多胎妊娠が分かったときの喜びと不安の程度、疲労状態、および睡眠状態（睡眠時間、夜間の起きる時間、睡眠不足の自覚の程度）等を把握した。

母親の疲労状態は、疲労徴候インデックスと疲労の5段階自己評定（身体的、精神的）を用いた。疲労徴候インデックスは、労働衛生の分野で用いられている蓄積的疲労徴候調査⁶⁾の身体的負荷を把握する3特性および精神的負荷を把握する4特性の質問項目のうち、身体的負荷を把握する一般的疲労および慢性疲労の2特性の項目を用いたものである。所定の自記式質問紙を用い、最近そのような症状があるかどうかを対象者に尋ね、各特性ごとにそれぞれの回答者が「最近そのような症状がある」と答えた項目の全項目に占める割合をもって、訴え得点とした^{6), 20)}。なお、これらの特性の信頼係数は、一般的疲労が0.78、慢性疲労が0.78であった。さらに身体的疲労、精神的疲労の5段階評定については、非常に疲れているを5点、疲れているを4点、少しは疲れているを3点、あまり疲れていないを2点、疲れていないを1点と得点化した。

睡眠不足の自覚の程度については5段階評定を用い、かなり睡眠不足であるを5点、まあまあ睡眠不足であるを4点、少しは睡眠不足であるを3

点、ほとんど睡眠不足でないを2点、まったく睡眠不足でないを1点と得点化した。

統計的手法については、平均値の差の検定にはt検定、質的変数の独立性の検定には χ^2 検定を使用した。また、気分変調性障害の発生状況における母親の疲労状態（疲労徴候インデックス、疲労の5段階評定）および睡眠状態（睡眠時間、睡眠不足の自覚の程度）の比較には一元配置分散分析を用いた。統計解析には、SPSS統計パッケージを使用した。

III. 結 果

多胎児を出産した時の母親の年齢は、25歳未満が96名（9.8%）、25歳以上30歳未満が460名（46.8%）、30歳以上35歳未満が359名（36.5%）、35歳以上が67名（6.8%）、不明1名（0.1%）で、平均年齢は 29.0 ± 3.81 歳（Mean \pm SD）、最低19歳から最高43歳であった。

多胎児983組のうち852組（86.7%）には障害児は認められなかったものの、94組（9.6%）の多胎児に1組中1人以上の障害児が認められた。37組（3.8%）の多胎児は障害児の有無については不明であった。障害が認められた多胎児110名の障害の内訳は、脳性麻痺が41名（1.91%）、聴覚障害が4名（0.19%）、視覚障害が5名（0.23%）内部障害が12名（0.56%）、精神発達遅滞が3名（0.14%）、肢体不自由29名（1.35%）、その他16名（0.75%）であった。

調査時点での多胎児の年齢は1歳未満が142組（14.4%）、1歳が233組（23.7%）、2歳が242組（24.6%）、3歳から5歳が309組（31.4%）、6歳以上が56組（5.7%）、不明1組（0.1%）で、平均年齢は 2.30 ± 1.93 歳（最低0歳～最高16歳）であった。なお、障害のない多胎児の年齢構成は、1歳未満が104組（12.2%）、1歳が205組（24.1%）、2歳が211組（24.8%）、3歳から5歳が277組（32.5%）、6歳以上が54組（6.3%）で、障害のある多

障害のある多胎児を育てる母親の精神的負担と支援の現状

胎児は1歳未満が11組(11.7%)、1歳が25組(26.6%)、2歳が27組(28.7%)、3歳から5歳が30組(31.9%)、6歳以上が1組(1.1%)であった。

表1は、障害児の有無別に多胎児を妊娠したと分かったときの母親の喜びと不安の程度を示したものである。多胎妊娠を知った時の喜びは障害児の有無で有意な差異は認められず、ほとんど嬉しくなかったあるいは全く嬉しくなかったと回答した者は、障害のない多胎児の母親で15.5%、障害

のある多胎児の母親で11.7%であった。また、多胎妊娠を知ったときの不安についても障害児の有無で有意な差異は認められず、非常に不安あるいはかなり不安と回答した者は障害のない多胎児の母親で58.8%、障害のある多胎児の母親で57.4%であった。

このような多胎児をもつ母親が妊娠中に感じた不安の内容を分析すると(表2)、妊娠中不安に感じたことが特にないと回答した者は障害のない

表1. 障害児の有無別多胎妊娠が分かったときの喜びと不安¹⁾

	障害のない 多胎児の母親 N (%)	障害のある 多胎児の母親 N (%)
多胎妊娠が分かったときの喜び		
非常に嬉しかった～まあまあ嬉しかった	568 (67.9)	72 (76.6)
少しは嬉しかった	139 (16.6)	11 (11.7)
ほとんど嬉しくなかった～全く嬉しくなかった	130 (15.5)	11 (11.7)
多胎妊娠が分かったときの不安		
非常に不安～かなり不安	496 (58.8)	54 (57.4)
少しは不安	246 (29.1)	25 (26.6)
あまり不安でなかった～不安はなかった	102 (12.1)	15 (16.0)

1) 不明の者は除外した

表2. 障害児の有無別多胎妊娠中に不安に思ったこと

	障害のない 多胎児の母親 N (%) N=844	障害のある 多胎児の母親 N (%) N=94
妊娠中不安に感じたことは特になし	19 (2.3)	7 (7.4)*
妊娠中不安に感じたことあり	825 (97.7)	87 (92.6)
妊娠中不安に感じた内容 ¹⁾		
健康に多胎児が生まれてくるか(障害がないか)	706 (83.6)	69 (73.4)*
出産後の多胎児の育児	464 (55.0)	45 (47.9)
経済的負担	286 (33.9)	35 (37.2)
上の子どもに手をかけられないこと	134 (15.9)	12 (12.8)
母体の健康状態(出産まで体がもつか等)	22 (2.6)	0 (0.0)
母体内で多胎児が正常に成長しているか、未熟児にならないか	19 (2.3)	2 (2.1)
流産・早産	19 (2.3)	1 (1.1)
多胎の分娩経過と方法	11 (1.3)	2 (2.1)
母親の仕事はどうするべきか(続けられるか)	10 (1.2)	0 (0.0)
多胎妊娠、あるいは多胎児に対する周囲の拒否的反応	9 (1.1)	2 (2.1)
育児協力者が少ない、あるいはいないこと	6 (0.7)	1 (1.1)
多胎児に関する情報不足	6 (0.7)	0 (0.0)
住居の問題(多胎児を育てるには狭い)	5 (0.6)	0 (0.0)
その他	10 (1.2)	4 (4.3)

1) 重複回答あり

*p < 0.05

多胎児の母親で2.3%，障害のある多胎児の母親で7.4%と，障害のある多胎児の母親の方が妊娠中特に不安を感じなかった者の割合が有意（ $p < 0.05$ ）に高かった。また，不安に感じた内容として，健康に多胎児が生まれてくるかという不安は，障害のない多胎児の母親の方が障害のある多胎児の母親よりも有意（ $p < 0.05$ ）に多かった。一方，多胎児の障害の有無にかかわらず，出産まで体がつまかなど母体の健康状態への不安，多胎妊娠あるいは多胎児に対する周囲の拒否的反應への不安，多胎に関する情報不足への不安等多胎妊娠特有の不安も認められた。

表3は，障害児の有無別に母親の気分変調性障害の発生状況，今後の育児・養育に対する不安の状況を分析したものである。障害児の有無で気分変調性障害の発生状況に有意な差異は認められなかった。しかしながら，障害のない多胎児をもつ母親では気分変調性障害の診断基準を満たした者が5.0%，気分変調性障害の診断基準を満たさなかったものの特定不能のうつ病性障害が認められた者が6.5%であるのに対し，障害のある多胎児の母親では気分変調性障害の診断基準を満たした者が8.5%，特定不能のうつ病性障害が認められた者が8.5%であった。

今後の育児・養育に対する不安に関しては，障害児の有無で有意（ $p < 0.001$ ）な差異が認められ

障害のない多胎児の母親では非常に不安あるいはかなり不安と回答した者の比率が23.3%であるのに対し，障害のある多胎児の母親では49.5%と高値を示した。

表4は，母親の気分変調性障害の発生状況別に母親の疲労状態，睡眠状態，および今後の育児・養育に対する不安を分析したものである。障害のない多胎児の母親において気分変調性障害および特定不能のうつ病性障害の認められた者は疲労徴候インデックスの一般的疲労および慢性疲労の特性で気分障害の認められなかった者よりも有意（ $p < 0.001$ ， $p < 0.001$ ）に訴え得点が高かった。身体的疲労，精神的疲労の5段階評定についても気分変調性障害および特定不能のうつ病性障害の認められた者の方が有意（ $p < 0.01$ ）に重度の疲労感を訴えていた。

また，睡眠状態では睡眠不足の自覚得点において気分変調性障害および特定不能のうつ病性障害の認められた者の方が気分変調性障害の認められなかった者に比べ有意（ $p < 0.001$ ）に重度の睡眠不足を自覚していた。さらに，今後の育児・養育に対する不安についても有意（ $p < 0.001$ ）な差異が認められ，気分変調性障害および特定不能のうつ病性障害が認められた者で強い育児不安を訴える者が多かった。

一方，障害のある多胎児の母親において気分変

表3. 障害児の有無別気分変調性障害の発生状況および育児不安¹⁾

	障害のない 多胎児の母親 N (%)	障害のある 多胎児の母親 N (%)
気分変調性障害の発生状況		
気分変調性障害等なし	754 (88.5)	78 (83.0)
気分変調性障害	43 (5.0)	8 (8.5)
特定不能のうつ病性障害	55 (6.5)	8 (8.5)
今後の育児・養育に対する不安		
非常に不安～かなり不安	198 (23.3)	46 (49.5) ^{***}
少しは不安	414 (48.8)	30 (32.3)
あまり不安ではない～不安はない	237 (27.9)	17 (18.3)

1) 不明の者は除外した

^{***} $P < 0.001$

障害のある多胎児を育てる母親の精神的負担と支援の現状

調性障害および特定不能のうつ病性障害の認められた者は疲労徴候インデックスの慢性疲労の特性で気分変調性障害の認められなかった者よりも有意 ($p < 0.05$) に訴え得点が高かった。精神的疲労の5段階評定についても気分変調性障害および特定不能のうつ病性障害の認められた者の方が有意 ($p < 0.05$) に重度の疲労感を訴えていた。

また、睡眠状態では夜間起きる回数において気

分変調性障害の認められた者の方が気分変調性障害の認められなかった者に比べ有意 ($p < 0.001$) に多かった。さらに、今後の育児・養育に対する不安に関して有意 ($p < 0.05$) な差異が認められ、気分変調性障害および特定不能のうつ病性障害が認められた者で強い育児不安を訴える者が多かった。

表5は、障害児の有無別に保健医療機関などに

表4. 母親の気分変調性障害の発症状況別、疲労状態、睡眠状態、および育児不安

	障害のない多胎児の母親			障害のある多胎児の母親		
	気分変調性障害なし N=754	気分変調性障害 N=43	特定不能のうつ病性障害 N=55	気分変調性障害なし N=75	気分変調性障害 N=8	特定不能のうつ病性障害 N=8
疲労徴候インデックス						
一般的疲労感	26.8	55.4	46.0***	27.9	36.4	33.0
慢性疲労	45.0	81.0	69.1***	46.3	54.2	77.1*
疲労の5段階評定						
身体的疲労	3.28	4.16	3.91***	3.35	3.75	3.38
精神的疲労	3.04	4.42	4.29***	3.21	3.88	4.00*
睡眠状態						
睡眠時間	6.67	6.36	7.01	6.51	6.57	6.31
夜間起きる回数	1.35	1.53	1.42	1.43	3.19	1.50***
睡眠不足の自覚得点	2.75	3.54	3.33***	2.87	3.38	3.00
今後の育児・養育に対する不安 ¹⁾						
非常に不安～かなり不安	147 (19.5)	25 (58.1)	26(48.1)***	33 (42.9)	7 (87.5)	6 (75.0)*
少しは不安	380 (50.5)	13 (30.2)	21(38.9)	28 (36.4)	1 (12.5)	1 (12.5)
あまり不安はない～不安はない	225 (29.9)	5 (11.6)	7(13.0)	16 (20.8)	0 (0.0)	1 (12.5)

1) () 内は%, 不明者は除外した

*P < 0.05, ***P < 0.001

表5. 障害児の有無別保健医療機関等による支援状況¹⁾

	障害のない多胎児の母親 N (%)	障害のある多胎児の母親 N (%)
保健医療機関等からの支援のなし	653 (91.2)	44 (72.1)***
保健医療機関等からの支援のあり	63 (8.8)	17 (27.9)
支援内容		
双子(多胎児)の母親教室	20 (2.2)	1 (1.1)
未熟児訪問	26 (2.9)	10 (10.6)
双子サークルなどの自助グループ	6 (0.7)	1 (1.1)
言葉の発達の遅れに対する指導	5 (0.6)	0 (0.0)
療育相談・指導	0 (0.0)	3 (3.2)
育児相談	2 (0.2)	1 (1.1)
ボランティアの支援	0 (0.0)	1 (1.1)
その他	4 (0.4)	0 (0.0)

1) 不明の者は除外した

***P < 0.001

障害のある多胎児を育てる母親の精神的負担と支援の現状

よる支援状況を分析したものである。保健医療機関による何らかの支援を受けている家庭は障害児のいない多胎児家庭では8.8%、障害児のいる多胎児家庭では27.9%と、有意 ($p < 0.001$) に障害児のいる多胎児家庭の方が何らかの支援を受けている家庭が多かった。支援内容としては、障害児のいない多胎児家庭では、双子の母親教室、未熟児訪問などがあげられており、障害児のいる多胎児家庭では未熟児訪問、療育指導、ボランティアの支援などがあげられていた。

表6は、保健医療機関からの支援の有無別に母親の気分変調性障害の発生状況、および今後の育児・養育に対する不安の状況を障害のない多胎児の母親、障害のある多胎児の母親それぞれについて分析したものである。障害のない多胎児の母親、ならびに障害のある多胎児の母親ともに、保健医

療機関からの支援の有無で気分変調性障害の発生状況、および今後の育児・養育に対する不安について有意な差異は認められなかった。

表7は、育児協力者の有無別に母親の気分変調性障害、および今後の育児・養育に対する不安の状況を障害のない多胎児の母親、障害のある多胎児の母親それぞれについて分析したものである。障害のない多胎児の母親において気分変調性障害の発生状況、ならびに今後の育児・養育に対する不安は育児協力者の有無で有意な差異は認められなかった。

一方、障害のある多胎児を育てる母親においても育児協力者の有無で気分変調性障害の発生状況は、有意な差異が認められなかった。しかし、今後の育児・養育に対する不安については育児協力者の有無で有意 ($p < 0.05$) な差異が認められ、

表6. 保健医療機関の支援の有無別, 母親の気分変調性障害, および育児不安

	障害のない多胎児の母親		障害のある多胎児の母親	
	保健医療機関の支援あり N = 63	保健医療機関の支援なし N = 653	保健医療機関の支援あり N = 17	保健医療機関の支援なし N = 44
気分変調性障害の発生状況				
気分変調性障害等なし	56 (88.9)	579 (88.7)	14 (82.4)	36 (81.8)
気分変調性障害あるいは特定不能のうつ病性障害あり	7 (11.1)	74 (11.3)	3 (17.6)	8 (18.2)
今後の育児・養育に対する不安				
非常に不安～かなり不安	13 (21.0)	146 (22.4)	10 (58.8)	20 (45.5)
少しは不安	29 (46.8)	321 (49.2)	5 (29.4)	18 (40.9)
あまり不安はない～不安はない	20 (32.2)	185 (28.4)	2 (11.8)	6 (13.6)

1) () 内は%, 不明の者は除外した

表7. 育児協力者の有無別, 母親の気分変調性障害, および育児不安¹⁾

	障害のない多胎児の母親		障害のある多胎児の母親	
	育児協力者あり N = 711	育児協力者なし N = 134	育児協力者あり N = 80	育児協力者なし N = 13
気分変調性障害の発生状況				
気分変調性障害等なし	643 (89.0)	115 (85.8)	67 (82.7)	11 (84.6)
気分変調性障害あるいは特定不能のうつ病性障害あり	78 (11.0)	19 (14.2)	14 (17.3)	2 (15.4)
今後の育児・養育に対する不安				
非常に不安～かなり不安	159 (22.4)	37 (27.6)	35 (43.8)	11 (84.6)*
少しは不安	355 (50.1)	55 (41.0)	29 (36.3)	1 (7.7)
あまり不安はない～不安はない	195 (27.5)	42 (31.3)	16 (20.0)	1 (7.7)

1) () 内は%, 不明の者は除外した * P < 0.05

育児協力者のいない母親は強い不安を感じる者が多かった。

IV. 考 察

多胎児家庭は単に児の数が多いというだけではなく、低出生体重児および障害児の割合の増加、言葉の遅れ等の多胎児特有の問題を複数同時に抱えている¹³⁾⁻²¹⁾。特に、障害児の問題は深刻であり²⁰⁾⁻²²⁾、障害のある多胎児を養育する母親の心身両面での負担が懸念される。

本調査結果において、障害児の有無で気分変調性障害の発生状況に有意な差異は認められなかったものの、障害のある多胎児をもつ母親では気分変調性障害が8.5%、特定不能のうつ病性障害が8.5%と、約2割の母親に気分変調性障害、あるいは気分変調性障害に至らないまでも特定不能のうつ病性障害が認められた。また、気分変調性障害あるいは特定不能のうつ病性障害が認められた母親は、障害児の有無に関わらず一定の傾向が認められ、重度の疲労感、睡眠状態の悪化、および今後の育児・養育に強い不安を抱えていることが明らかとなった。

これまでの調査から、障害児のいる多胎児の母親は障害児のいない多胎児の母親よりも重度の疲労感や睡眠不足を感じていることが判明している^{23), 24)}。本調査結果は、このような重度の疲労感や睡眠不足が単に身体症状にとどまらず、精神面へも悪影響を及ぼすことを示唆しており、障害のある多胎児をかかえる母親の重度の疲労感や睡眠不足を改善できるような支援が、抑うつ傾向の発生を予防し、精神面での負担を軽減することを示している。

しかし、現状では障害児のいる多胎児家庭でも保健医療機関等の支援を受けている家庭は3割にも満たず、しかも母親の精神的負担の軽減という側面から支援の効果を分析すると、現行の支援だけでは効果がほとんど認められなかった。障害児

のいる多胎児家庭に対しては、母親の身体的、精神的負担を少しでも軽減すべく、保健婦による訪問、ヘルパーの派遣、ボランティアの斡旋、児へのデイケアおよび訪問リハビリなどの保健福祉サービスを早急に拡充することが望まれる。

ところで、多胎児の母親は多胎妊娠した時から不安を強く感じている¹⁶⁾。このような妊娠中の不安の程度は障害児の有無で関連は認められず、むしろ障害のある多胎児をもった母親では有意な差異はないものの妊娠が分かったときの喜びを強く感じる者の割合が高く、望んだ妊娠であったことが伺えた。しかしながら、出産後になると育児・養育に対する不安は、障害のある多胎児の母親の方が障害のない多胎児の母親に比べ強い不安を感じるようになることが明らかとなった。特に、障害のある多胎児をかかえる母親では育児協力者がいない場合にほとんどの者が非常に強い不安を感じており、このような傾向は障害のない多胎児の母親では認められなかった。

育児協力者のいない多胎児家庭は、双子家庭の約6%、おおよそ16家庭に1家庭、三つ子家庭の約8%、12家庭に1家庭に認められ、これらの家庭では育児を全て母親が担っていることがこれまでの調査でも明らかとなっている¹⁷⁾。妊娠したときに強い喜びを感じていた母親が、出産後育児・養育に対して強い不安を訴える背景には、母親へのサポート不足が大きく影響しているものと推察される。障害をもつ多胎児の母親、特に育児協力者のいない者に対しては、不安の軽減を計るべく、ヘルパーの派遣やボランティアの斡旋、多胎の知識を有する専門保健婦による定期的なフォロー、あるいは相談窓口の設置等の総合的な地域ケアシステムの構築が不可欠である。

また、障害のある多胎児の母親に限定した問題ではないが、多胎妊娠した妊婦は妊娠中から強い不安を感じる者が多く、その妊娠中の不安内容として、多胎妊娠あるいは多胎児に対する周囲の拒

奮的反応、多胎に関する情報不足、多胎の分娩経過や分娩方法に対する不安等の多胎妊娠特有の内容も挙げられていた。これらの不安は、専門家による情報の提供やアドバイスがあれば解決しうる内容も多い。多胎妊娠した妊婦に対しては、妊娠の届け出があった時点から多胎に関する情報の提供や保健婦等の専門家による相談の対応など継続的な支援が必要である。

本研究の限界として、障害のある多胎児の母親における抑うつ傾向および育児・養育に対する不安を中心に分析したため母親の精神的負担の分析が一面に限られ、ストレス状態等について検討が欠如していたこと、および精神的負担から派生する絶望感や食欲不振等の詳細な心理的影響の分析が不足していたこと等が挙げられる。今後、これらの要因についてもさらに調査・分析を重ねて行きたい。また、障害のある多胎児家庭へのより効果的支援については、今後介入研究等による検討が必要であろう。

V. 結 語

本調査において、障害のある多胎児をもつ母親の約2割に気分変調性障害、あるいは気分変調性

障害に至らないまでも特定不能のうつ病性障害が認められた。これらの抑うつ傾向が認められた母親は、重度の疲労感、睡眠状態の悪化、および今後の育児・養育に強い不安を抱いていた。また、障害のある多胎児の母親は障害のない多胎児の母親に比べ育児・養育に対する強い不安を感じており、特に育児協力者がいない者に顕著であった。

一方、保健医療機関等の支援を受けている家庭は、障害児のいる多胎児家庭でも27.9%にとどまっていた。これら保健医療機関の支援の効果を母親の精神的負担の軽減という側面から分析すると、現行の支援だけでは効果があるとは言い難く、より効果的なサービスを検討する必要性が示唆された。

本研究は、文部省科学研究費補助金基盤研究C(2)「多胎児家庭における障害児の発生状況からみたファミリーケアの検討：多胎児家庭2000例のコホート調査」(課題番号10672207)により実施した。

稿を終えるにあたり、お忙しい中調査にご協力いただきました多胎児のお母様方に心より御礼申し上げます。

要 旨

障害のある多胎児(三つ子以上の多胎児を含む)をもつ母親の精神的負担、特に抑うつ傾向の実態と、保健医療機関の支援の現状を障害のない多胎児の母親との比較から分析し、以下の知見を得た。

1. DSM-IVによる気分変調性障害の発生状況を分析すると、障害のある多胎児の母親では気分変調性障害の診断基準を満たした者が8.5%、気分変調性障害の診断基準を満たさなかったものの特定不能のうつ病性障害が認められた者が8.5%であった。気分変調性障害あるいは特定不能のうつ病性障害が認められた母親は、障害児の有無に関わらず一定の傾向が認められ、重度の疲労感、睡眠状態の悪化、および今後の育児・養育に強い不安を抱いていた。
2. 妊娠中多胎妊娠と分かった時の母親の不安は、障害児の有無で差異は認められなかった。しかし、出産後では育児・養育に対する不安は障害児の有無で差異が認められ、障害のある多胎児の母親は障害のない多胎児の母親に比べ有意($p < 0.001$)に強い不安を感じていた。

障害のある多胎児を育てる母親の精神的負担と支援の現状

特に、障害のある多胎児をかかえる母親では育児協力者がいない場合、84.6%の者が非常に強い不安を感じていることが明らかとなった。

3. 保健医療機関等の支援を受けている家庭は、障害児のいる多胎児家庭でも27.9%にすぎなかった。これらの保健医療機関の支援の効果を母親の精神的負担の軽減という側面から、母親の気分変調性障害の発生状況、育児不安の分析を用いて検討すると、現行の支援だけでは効果がほとんど認められず、より効果的なサービスを検討する必要性が示唆された。

Abstract

A mailed questionnaire survey was conducted on a population of 983 mothers of multiple birth children to study emotional distress among mothers of the handicapped multiple birth children and the tendency of use of community health services compared with mothers of the non-handicapped multiple birth children. The following results were obtained.

1. In this study, 8.5% of mothers with the handicapped multiple birth children met the DSM-IV criteria for dysthymic disorder and 8.5% met the criteria for depressive disorder not otherwise specified. The mothers who met criteria for dysthymic disorder or depressive disorder not otherwise specified showed severe physical fatigue and poor sleeping condition than the other mothers, and felt higher anxiety for childcare than the other mothers.
2. There was no significant association between anxiety during multiple pregnancy and handicaps. However, after delivery there was significant association between anxiety for childcare and handicaps. The mothers with the handicapped children showed higher anxiety for childcare compared with those of the nonhandicapped children. Among mothers with the handicapped children, 84.6% of mothers who received no cooperation from other family members or relatives for childcare felt higher anxiety.
3. Only 27.9% of mothers with the handicapped children relied on community health services. There were no significant differences in prevalence of dysthymic disorder, anxiety, or fatigue symptoms between the mothers who relied on community health services and those who did not. It was indicated that there was need to expand community health and welfare services for improving emotional and physical strain on mothers of handicapped children.

IV. 引用文献

- 1) Levene M J, et al. : Higher multiple births and the modern management of infertility in Britain, Br J Obstet Gynaecol, 99, 607-13, 1992.
- 2) Botting B J, et al. : Recent trends in the incidence of multiple births and associated mortality, Arch Dis Child, 62, 941-50, 1987.
- 3) Kiely J L, et al. : Triplets and higher-order multiple births: time trends and infant mortality, Am J Dis Child, 146, 862-68, 1992.
- 4) 今泉洋子 : 人口動態統計からみた多胎出産の

- 動向, 厚生指標, 40, 3-8, 1993.
- 5) 今泉洋子: 多胎妊娠の管理及びケアに関する研究; 多胎妊娠の疫学, 厚生省心身障害研究, 5-30, 1995.
- 6) Imaizumi Y: Recent and long term trends of multiple birth rates and influencing factors in Japan, *Journal of Epidemiology*, 4, 103-109, 1994.
- 7) Imaizumi Y: Perinatal mortality in single and multiple births in Japan, 1980-1991, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 8, 205-215, 1994.
- 8) Imaizumi Y: Twinning rates in Japan, *Acta Genet Med Gemellol*, 41, 165-175, 1992.
- 9) Sandbank, A C: The effect of twins on family relationship, *Acta Genet Med Gemello*, 37, 161-71, 1988.
- 10) Bryan EM: The loss of a twin, *Matern and Child Health*, 8, 201-6, 1983.
- 11) MacGillivaray I, et al.: Twinning and twin, 111-142, Great Britain, 1988.
- 12) Kauppila A, et al.: Twin pregnancy, A clinical study of 335 cases, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 44, 5-12, 1975.
- 13) 横山美江他: 双胎妊娠の比較からみた品胎妊娠における妊娠経過の異常および児の出生時体重, *日本公衆衛生雑誌*, 42, 113-20, 1995.
- 14) 横山美江他: 双子の一方の児に対する母親の愛情の偏りと育児環境上の問題, *日本公衆衛生雑誌*, 42, 104-12, 1995.
- 15) 横山美江他: 双胎, 品胎家庭における育児に関する問題と母親の疲労状態, *日本公衆衛生雑誌*, 42, 187-93, 1995.
- 16) 横山美江他: 双子, 三つ子における障害児の発生状況, *日本衛生学雑誌*, 49, 1013-1018, 1995.
- 17) 横山美江他: 多胎児をもつ母親の心身の疲労と育児協力状況, *日本公衆衛生雑誌*, 44, 81-8, 1997.
- 18) 横山美江: 多胎児家庭のかかえる問題点とその対策, *看護研究*, 31, 505-512, 1998.
- 19) Nelson M. H. B., Martin C. A.: Increased child abuse in twins, *Child Abuse and Neglect*, 9, 501-505, 1985.
- 20) Yokoyama Y, et al.: Incidence of handicaps in multiple births and associated factors, *Acta Genet Med Gemellol*, 44, 81-91, 1995.
- 21) Yokoyama Y, et al.: Prevalence of cerebral palsy in twins, triplets and quadruplets, *International Journal of Epidemiology*, 24, 943-948, 1995.
- 22) 金山学他: 名古屋市における双胎(多胎)の障害発生頻度, *日本新生児学会雑誌*, 31, 134-140, 1995.
- 23) 横山美江他: 双子家庭における障害児と母親の健康状態, *小児保健研究*, 57, 71-77, 1998.
- 24) 横山美江他: 障害児をかかえる双子家庭の育児環境と母親の疲労状態, *小児保健研究*, 58, 603-609, 1999.
- 25) 越河六郎: CFSI(蓄積的疲労徴候インデックス)の妥当性と信頼性, *労働科学*, 67, 145-157, 1991.
- 26) 横山美江: 在宅要介護老人の介護者における蓄積的疲労度と上気道感染易罹患性, および受療状況について, *日本看護研究学会雑誌*, 20, 49-56, 1997.

(平成11年11月5日受付)

研究活動に関する看護職員の意識の因子

—北海道・東北6県について—

The Factor in Nurses' Attitudes for Carrying out the Research of Nursing
— In Hokkaido and the Area of Northeast Japan —

木村紀美	大串靖子	阿部テル子	鈴木光子
Kimi Kimura	Yasuko Ohgushi	Teruko Abe	Mituko Suzuki
米内山千賀子	工藤せい子	花田久美子	葛西敦子
Chikako Yonaiyama	Seiko Kudo	Kumiko Hanada	Atsuko Kasai

キーワード：看護研究，看護婦研究意識，看護婦研究意識の4因子
nursing research, nurses' attitudes regarding the research,
four factors of nurses' attitudes regarding the research

I. 結 言

看護業務の一環として臨床現場において看護研究（以下研究）が定着していることは周知のとおりである。よって教育・研究機関に所属する筆者らは、医療機関に在職している看護職員に対して研究についての指導・助言を依頼されることが多く、受講者のニーズを考えながら研究の支援をしてきた。しかし、各施設の看護管理者の看護職員に研究を学ばせようとしている熱意と研修に参加する看護職員のニーズと学習意欲は高くなっていくにもかかわらず、施設内での研究に対する指導体制、研究そのものの質などを概観した時、研修を受講した成果が必ずしも臨床現場において反映されているとは言えない^{1)~5)}。

看護職員の研究活動に関する既存の調査報告では、研究活動推進の障害となる要因について報告されているが、限られた施設⁶⁾であったり、学会参加者を対象とした調査⁷⁾であるため、その要因を一般化することは難しいと思われる。そこで、

筆者らは、より効果的な支援活動ができるような方策を見いだすために、看護職員の研究に対する意識の因子を明らかにし、研究活動の障害となっていると思われる因子を探る目的で調査を行った。

II. 研究方法

1. 調査対象

医療機関に在職する看護婦（士）、准看護婦（士）、保健婦（士）、助産婦のいずれかの免許保持者（以下看護職員という）で、臨床経験年数5年以上の人2,240名であり、有効回答者数は2,177名（有効回答率97.2%）であった。

医療機関の範囲は、北海道と東北6県に所在するベット数300床以上の全病院とした。事前に調査依頼をして、看護管理者から了解の得られた施設は112病院（53.3%）であった。一病院20名分の調査用紙を郵送し、臨床経験5年以上の看護職員である他は当該病院の看護管理者に回答者の選任と回答への了承を得ることを依頼した。

臨床経験を5年以上とした理由は、P. Bennerによる中堅ナースのレベルを適用した。

中堅ナースは経験に基づき全体的な状況を把握する能力が特徴的とされ、通常3～5年間類似した患者集団を対象に働いてナースにみられる実践のなかにその特徴が認められるとされている⁸⁾。このことに基づき、臨床経験5年以上の看護職員が中堅に該当するものととらえ、研究活動についても経験を有するものと考えた。

2. 研究方法

研究方法は質問紙郵送調査法であり、回答は無記名、自記式、選択肢法とした。回答用紙は回答者各自が同封の回答用紙封筒に密封し、看護管理者が一括回収し調査者に返送するよう依頼した。

調査時期は、1997年2月中旬から3月末までであった。

質問紙は、看護職員への研究指導経験のある研究者2名が作成した。研究活動に関連した看護職員の考えに関する質問の内容は、看護研究の意識に関する先行研究^{9)~12)}を参考に検討した。

質問紙の内容は、1) フェースシート(施設の所在地: 道県別, 設置主体, 回答者の性別, 年齢, 所有免許, 臨床経験年数, 最終卒業学校: 看護基礎教育: 校種別, 職位), 2) 調査項目①看護研究活動(研究経験, 継続状況, 取り組みとメンバーの決定方法など), ②研究活動の条件, 背景要因(指導助言, 教育カリキュラムや研修, 専門雑誌購入, 学会加入など), 3) 意識に関する質問項目: 30項目(資料)であった。回答は「そう思う」「どちらともいえない」「そう思わない」の尺度とした。

用語の説明は、「看護研究とは、研究の計画から実施、また研究成果を学会や研究会で発表したり、書物や論文として発表すること」とした。

なお、本調査開始前に本調査の対象外医療機関の病院の看護職員20名を対象にプレテストを行い、修正後使用した。

データの分析は、質問に対する回答尺度を、意味の肯定、否定が同側に統一するように項目によって逆転させてから集計しSPSSを用いて因子分析およびt検定を行い、危険率5%以下を有意差ありとした。

III. 研究結果

1. 回答者の属性・背景

有効回答者2,177名の所属施設の所在地別割合は、北海道34.4%, 福島県15.3%, 青森県13.6%であり、他の4県はそれぞれ9%前後であった。

属性内訳は、性別では女性2,072名(95.2%), 男性105名(4.8%)であった。年齢は最低23歳, 最高65歳で平均37.5(±7.4)歳であった。年代別では30歳代が983名(45.2%), 40歳代が702名(32.2%)で、この2つの年代層が主流を占めていた。臨床経験年数は、最低5年, 最高39年で平均15.4(±7.0)年であった。

所有免許の種類別では、看護婦(士)1,955名(89.8%)で、多くを占めていた。看護基礎教育の最終学校の校種別では、専門学校1,959名(90.0%)で一番多く、大学卒(編入学含む)が12名0.6%であった。

職位別では、スタッフ1,360名(62.5%)が最も多く、主任看護婦(士), 看護婦(士)長, 副看護婦(士)長その他の順であった(表1)。

2. 質問項目の因子の構造

研究活動に対する意識を問う30項目の質問に対する回答(尺度1: そう思う, 尺度2: どちらともいえない, 尺度3: そう思わない)について因子分析を行った(主因子法, バリマックス回転)。因子負荷量0.5以上の18項目を再度因子分析した。その結果、4因子が抽出された(累積寄与率42.1%) (表2)。調査全体としてサンプリングの適切さを示すKMO (Kaiser-Meyer-Olkin 測度)は0.9185, 各変数のサンプリングの適切さを示すMSA (Measure of Sampling Adequacy)は

資 料

Q31 つぎに、研究活動に関連して、あなたのお考えをおたずねします。ご回答は横の尺度の数字を○で囲んでください。

	そう思う	どちらともいえない	そう思わない
1. 研究活動は専門職として当然の責任である	1 _____	2 _____	3 _____
2. 研究活動は難しい	1 _____	2 _____	3 _____
3. 研究活動は自分に向いていない	1 _____	2 _____	3 _____
4. 研究活動は自己啓発のため必要である	1 _____	2 _____	3 _____
5. 研究活動はあまり関心がない	1 _____	2 _____	3 _____
6. 研究活動は積極的に取り組みたい	1 _____	2 _____	3 _____
7. 研究活動の精神的余裕がもてない	1 _____	2 _____	3 _____
8. 研究活動についてもっと研修をつみたい	1 _____	2 _____	3 _____
9. 研究活動は性分にあっていて好きである	1 _____	2 _____	3 _____
10. 研究活動は義務としてやらねばならない	1 _____	2 _____	3 _____
11. 研究活動には満足している	1 _____	2 _____	3 _____
12. 研究活動は業績として認められるので励みになる	1 _____	2 _____	3 _____
13. 研究活動はチームワークが煩わしい	1 _____	2 _____	3 _____
14. 研究活動は自分に向いており得意である	1 _____	2 _____	3 _____
15. 研究活動は看護業務の改善に役立つ	1 _____	2 _____	3 _____
16. 研究活動はできればやりたくない	1 _____	2 _____	3 _____
17. 研究活動は精神的に負担である	1 _____	2 _____	3 _____
18. 研究活動は不満なことが多い	1 _____	2 _____	3 _____
19. 研究活動は疑問を解決するために必要である	1 _____	2 _____	3 _____
20. 研究活動は看護業務の一つなのか疑問である	1 _____	2 _____	3 _____
21. 研究活動は看護職の全員がやるべきか疑問である	1 _____	2 _____	3 _____
22. 研究活動は看護職にとって重要である	1 _____	2 _____	3 _____
23. 研究活動はやりがいがある	1 _____	2 _____	3 _____
24. 研究活動は時間的余裕がない	1 _____	2 _____	3 _____
25. 研究活動は悩むことが多い	1 _____	2 _____	3 _____
26. 研究活動はおもしろい	1 _____	2 _____	3 _____
27. 研究活動を通して仲間意識がもてる	1 _____	2 _____	3 _____
28. 研究活動は看護を学問として体系づけるため必要である	1 _____	2 _____	3 _____
29. 研究活動は研究者など一部の人が行えばよい	1 _____	2 _____	3 _____
30. 研究活動は指導を受けられないことが悩みである	1 _____	2 _____	3 _____

研究活動に関する看護職員の意識の因子

表1 対象者の属性・背景別内訳

n=2177

性別	女性 男性	2072名 105	95.2% 4.8
年齢	最低 最高 平均	23歳 65 37.5 (±7.4)	
年代別 人数	20代 30 40 50 60	360名 983 702 123 3	16.5% 45.2 32.2 5.6 0.1
臨床経験 年数	最低 最高 平均	5年 39 15.4 (±7.0)	
所持免許 のべ人数	保健婦(士) 助産婦 看護婦(士) 准看護婦(士) 不明・無答	72名 143 1955 175 1	3.3% 6.6 89.8 8.0 0.0
専門教育 本業学校	専門学校 短期大学 大学(編入含む) 高校(専攻科含む) 不明・無答	1959名 126 12 71 9	90.0% 5.8 0.6 3.3 0.4
職 位	看護婦(士)長 副婦(士)長 主任看護婦(士) スタッフ その他 不明・無答	258名 126 386 1360 36 11	11.9% 5.8 17.7 62.5 1.7 0.5

0.73786~0.95526で適切であった。

第1因子は、“性分にあっていて好き” “自分に向いており得意である” “自分に向いており好きである” など8項目が抽出され、「自分にとっての研究」と命名した。

第2因子は，“看護職にとって重要である” “看護を学問として体系づけるため必要である” など6項目が抽出され、「研究の必要性」と命名した。

第3因子は，“研究など一部の人が行えばよい” “看護職の全員がやるべきか疑問である” の2項目が抽出され、「全員参加への疑問」と命名した。

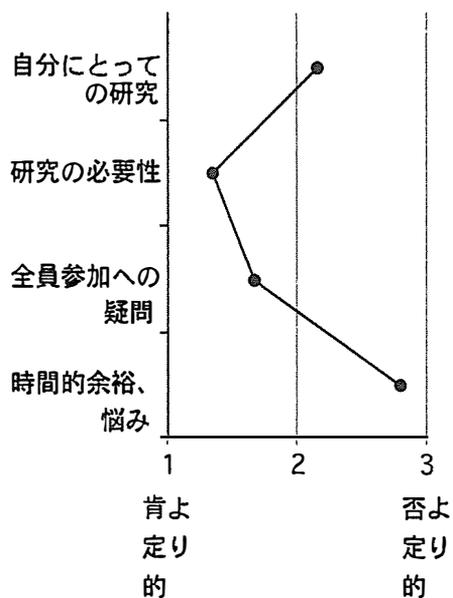
第4因子は，“時間的余裕がない” “悩むこと

が多い” の2項目が抽出され、「時間的余裕、悩み」と命名した。

3. 属性と研究活動の現状からみた研究活動に対する意識

1) 各因子の尺度得点(図1)

各因子について、回答の尺度得点の平均値から肯定的(尺度得点: 1)か否定的(尺度得点: 3)かをみたところ、第1因子「自分にとっての研究」はどちらともいえない(尺度得点2.15)という結果であった。第2因子「研究の必要性」は必要であるという肯定的(尺度得点1.35)な結果であり、第3因子「全員参加への疑問」は参加した方がよいという肯定的(尺度得点1.67)な意識であった。第4因子「時間的余裕、悩み」は、余裕がない、悩みがあるという否定的(尺度得点2.79)な意識であることがわかった。



■1 各因子の肯定・否定の程度

2) 各因子と属性・研究活動および職場環境との関係(表3)

第1因子「自分にとっての研究」は、対象者全体では、どちらともいえないという結果であった

研究活動に関する看護職員の意識の因子

表2 研究活動に対する意識の因子構造

	因子負荷量				
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	
因子1：自分にとっての研究					
性分にあっていて好きである	.7575	.2155	.0060	.0897	.6284
自分に向いており得意である	.6581	.1267	.0223	.1724	.4794
自分に向いていない	.6397	.1692	.1875	.1223	.4880
できればやりたくない	.5930	.2312	.2518	.2374	.5150
積極的に取り組みたい	.5647	.3269	.2038	.0790	.4736
おもしろい	.5556	.3307	.0941	.1646	.4540
あまり関心がない	.5023	.3415	.2919	.0243	.4549
精神的に負担である	.4650	.0777	.1135	.4292	.4194
因子2：研究の必要性					
看護職にとって重要である	.1778	.6660	.2124	.0308	.5213
学問として体系づけるため必要	.1728	.6155	.0839	.0214	.4163
疑問を解決するために必要	.1531	.5570	.0516	.0217	.3368
専門職として当然の責任である	.2036	.5345	.2204	.0618	.3795
自己啓発のため必要である	.2000	.5188	.1520	.0330	.3334
看護業務の改善に役立つ	.1158	.4937	.1181	.0194	.2715
因子3：全員参加への疑問					
研究者など一部がやればよい	.2150	.2559	.6247	.0473	.5042
看護職の全員がやるべきか疑問	.0837	.2015	.4565	.0790	.2623
因子4：時間的余裕、悩み					
時間的余裕がない	.1313	.0596	.0948	.5473	.3294
悩むことが多い	.1147	-.0204	-.0084	.5317	.2964
因子負荷量の2乗和	5.3110	1.2651	.5587	.4365	累積 寄与率 42.1
寄与率	29.5	7.0	3.1	2.4	

が、その中で有意に肯定的であったのは、職位別では主任以上の人、研究を継続的に取り組んでいる人、学会発表経験のある人、自分の意思で研究している人、卒後研修を受けた人、院内で研究についての講義がある人、雑誌を定期購読している人、複数の学会に加入している人であった。

第2因子「研究の必要性」は、必要であるという肯定的な結果であったが、さらにその中でも有意に肯定的であったのは、職位別では主任以上の人、研究を継続的に取り組んでいる人、学会発表経験のある人、自分の意思で研究している人、学生時代に研究の授業を受けた人、卒後研究の研修を受けた人、院内で研究についての講義がある人、雑誌を定期購読している人、複数の学会に加入し

ている人であった。

第3因子「全員参加への疑問」では、肯定的であったが、参加に有意に肯定的であったのは、主任以上の職位、研究を継続的に取り組んでいる人、学会発表経験のある人、自分の意思で研究している人、学生時代研究の授業があった人、雑誌を定期購読している人であった。

第4因子「時間的余裕、悩み」は、対象者全体では、時間的余裕がない、悩むことが多いという結果であったが、否定的な中で、有意な差がみられたのは、主任以上の職位、研究を継続的に取り組んでいる人、自分の意思で研究している人、雑誌を定期購読している人、複数の学会に加入している人であった。

研究活動に関する看護職員の意識の因子

表3 属性および研究活動や研究環境の実態からみた因子別尺度得点

*p < 0.05

因子 n		自分にとっての研究	研究の必要性	全員参加への疑問	時間的余裕, 悩み
主任以上	714	2.00	1.23	1.61	2.73
スタッフ	1238	2.24	1.42	1.70	2.83
研究経験あり	1926	2.15	1.35	1.66	2.79
研究経験なし	37	2.24	1.46	1.82	2.76
継続的に取り組み	401	1.91	1.26	1.56	2.73
継続的でない	1488	2.22	1.38	1.69	2.81
学会発表経験あり	1482	2.11	1.33	1.64	2.79
学会発表経験なし	437	2.29	1.43	1.73	2.81
自分の意思で研究	91	1.76	1.20	1.57	2.68
他からの指名・指示	800	2.33	1.44	1.74	2.84
学生時代に研究の授業あり	1394	2.14	1.33	1.63	2.79
授業なし	531	2.16	1.39	1.74	2.78
卒後研究の研修受けた	1190	2.09	1.29	1.65	2.78
研修受けない	755	2.26	1.45	1.69	2.81
院内で研究の講義あり	331	2.05	1.29	1.66	2.79
講義なし	1632	2.17	1.36	1.66	2.79
雑誌を定期購読している	906	2.02	1.26	1.63	2.75
定期購読していない	1045	2.26	1.43	1.70	2.83
研究学会, 科学学会	30	1.61	1.13	1.55	2.53
日本看護学会のみ	1535	2.14	1.34	1.66	2.80

その他, 経験年数, 所持免許, 卒業学校による検定では対象数のバラツキが大きく, 差を明らかにすることはできなかった。

IV. 考 察

看護職員に対して研究活動に関する考えについて調査した。30項目の質問から看護研究活動に関する意識の因子構造が, 「自分にとっての研究」「研究の必要性」「全員参加への疑問」「時間的余裕, 悩み」の4因子であることが明らかとなった。

これらの因子は, 看護研究が日常の看護業務の一環となって行われていることから, 多くは輪番制であるため, 研究をしなければならなくなった時, できればやりたくないとか, おもしろいとか色々研究について主観的な感じをもつであろうし,

また, 院内・院外での研修をうけていることから研究の必要性は十分に理解していると思われる。しかし, 看護職員全員が研究する必要があるだろうかと疑問に思ったり, 思うように研究の時間がとれなかったり, 色々悩んだりすることからこの4つの因子は, 研究活動に関して意識せざるを得ない主要な意識の根幹をなす因子であると考ええる。

4因子と属性や研究活動の現状との関連をみると, 第1因子「自分にとっての研究」は, 対象者全体では, 肯定的でも否定的でもない“どちらともいえない”という結果であった。阿部ら¹³⁾の報告でも研究に取り組む意欲に関して積極的に「自分から進んでやりたい」「条件を整えばやりたい」が合わせて47%, 一方, 消極的に「順番がきたらやるしかない」「できるだけやりたくない」

合わせて47%と肯定・否定が同率であった。地域も異なり、阿部らの調査後、約5年経ている筆者らの調査であるが同じ結果となった。

これは、「自分にとっての研究」の意識の構造因子が、“自分に向いており得意である”という肯定的因子と“自分に向いていない”という否定的因子、また、“積極的に取り組みたい”と“できればやりたくない”、“おもしろい”と“あまり関心がない”などそれぞれ相反する項目が含まれており、統計的にこのような結果になったものと考えられる。

また、どちらともいえないという結果であったものの、その中において有意に肯定的であったのは、職位別では主任以上の人、研究を継続的に取り組んでいる人、学会発表経験のある人、自分の意思で研究している人、卒後研修を受けた人、院内で研究についての講義がある人、雑誌を定期購読している人、複数の学会に加入している人達であった。このことは、過去に研究についての研修を数回受講していたり、継続的に研究に関わっており、発表の機会も多く、専門職者として当然のことながら専門雑誌の購読や複数の学会に加入しているなど研究について学習している機会が多い。このことはまた、因子構造の中の積極的に研究に取り組みたいと思ったり、研究をおもしろいと意識できる誘因になっているものと推察する。

第2因子「研究の必要性」は必要であると肯定的な結果であり、その因子構造は“看護職にとって重要である”“学問として体系づけるため必要”“疑問を解決するために必要”“専門職として当然の責任”“自己啓発のため必要である”“看護業務の改善に役立つ”であった。これらはいずれも研究の意識の基本を指すものである。特にその意識の因子構造の得点が高かったのは、主任以上の人、研究を継続的に取り組んでいる人、学会発表経験のある人、自分の意思で研究している人、卒後研修を受けた人、院内で研究についての講義

がある人、雑誌を定期購読している人、複数の学会に加入している人達であった。これらの看護職員は、専門職者として新しい知識の探求、洞察力、判断力、創造力などを構築していこうとしている当然の結果であると思われる。しかし、研究経験の有り無しについてのみ「研究の必要性」に差がなかった。これは、対象者数の極端な違いと多くの病院において研究の方法が、割り当て制で行われていることから、継続的な取り組みをされていないため、主体的に自分の意思で研究に参加していないことや、研究経験があっても、因子構造に挙げた上記の新しい知識の探求などの事柄を自分の意識の中にしっかり取り入れることをしていないとか、あるいは、専門職者としての自覚に乏しい面などがあるのではないかと推測された。

第3因子「全員参加への疑問」は参加した方がよいという肯定的な結果であり、この因子構造は、‘研究者など一部がやればよい’‘看護職の全員がやるべきか疑問’であった。全員参加することに対しては、看護職員の学習にはなるが、研究の質を高めるには、希望者や意欲のある人のみでよいのではないかと、とする意見もある¹⁴⁾。しかし、看護基礎教育において看護研究が指導され、研究的な視点で日常の看護業務を展開する方向にある現在、専門職業人として、臨床現場における研究はごく自然のこととなっており、今回の結果が肯定的なものとなる。

また、有意に肯定的であった人達は、主任以上はさておき、自分の意思で継続的に研究し、発表の経験もあり、雑誌を定期購読しているという意欲的な人達であった。この人達は、研究の意味をよく理解していることから、看護の質をレベルアップする意味からも看護職員全員の参加を肯定的に考えたのではないと思われる。さらに、意外であったことは、学生時代研究の授業があった人が、全員参加を肯定的にとらえていたことである。これは学生時代、全員が課題を課すという形式の教

育をうけているので、全員参加に対しては、あまり抵抗がなく肯定したのではないかと思われた。

近い将来看護系大学の増加により、学士の学歴のある看護職員が多くなり、主体的に研究が行われていくであろうが、看護ケアの質を高めるためにも全員が参加することは望ましいと考える。

第4因子「時間的余裕、悩み」は時間的余裕がない、研究に関して悩むという否定的結果であった。その因子構造は“時間的余裕がない”“悩むことが多い”であった。筆者らの調査で、勤務時間外に居残ったり、代休・休日に出て行く人、夜勤明けに出て行くという結果であったが¹⁰⁾、時間の問題は多忙な臨床現場の日常の状況からみて意識の因子構造として明確に出てきて当然であろう。また、否定的な中でも主任以上の職位、研究を継続的に取り組んでいる人、自分の意思で研究している人、雑誌を定期購読している人、複数の学会に加入している人に差がみられたことは、時間的余裕、研究の悩みはあるものの、研究への意欲は十分もっていると理解される。将来臨床現場での研究活動のために時間の保証を検討していくことが重要な課題であろうと考える。また、研究についての悩みも同様に、手順・方法、指導者不足、経済的問題など研究支援体制など¹¹⁾の問題を抱えていることが多く、この因子は東北・北海道だけの地域的な問題ではなく、我が国の看護職全体で考えていかなければならない問題であると考えられる。例えば教育研究機関と臨床現場との連関・共同研究など人的資源を生かし、研究しやすい環境づくりも必要であろう。

この第4因子のみ全体で否定的であり、困難な課題ではあるが、この因子を肯定的なものにするには、どのような組織づくり、あるいは現状でできる工夫を検討していかなければならないと考える。

次に、看護職員の属性と意識の4因子の関係を全体で見ると、4因子全てが有意に肯定的であっ

たのは、職位の主任以上の人、継続的に研究に取り組んでいる人、自分の意思で研究している人、雑誌を定期購読している人であった。白田ら¹⁰⁾が、婦長・主任の役割にある人は、自分の時間を使っても研究したいとの意識が強いことを報告しているように、その努力、意欲が表れているように思える。また、研究を継続することにより、新しい気づきや実践しているケアの科学的な確認、振り返りの機会も多くなり、主体的に自分から研究する動機にもなっていると思われる。雑誌を定期購読することも、新しい情報、知識が増し、それも研究する意識を高める一助となっていると考える。

V. 結 論

北海道・東北地区の看護職員を対象に研究活動に関する意識について30項目の質問内容で調査し、分析した。その結果以下のことが明らかとなった。

1. 研究活動に関する意識の因子は、「自分にとっての研究」「研究の必要性」「全員参加の疑問」「時間的余裕、悩み」の4因子から成り立っていた。
2. 研究活動に対する意識は、因子「自分にとっての研究」では、“どちらともいえない”であった。
3. 因子「研究の必要性」は、“必要である”と肯定的であった。
4. 因子「全員参加の疑問」は、肯定的で看護職員全員参加は疑問ではないであった。
5. 因子「時間的余裕、悩み」は時間的余裕がなく、悩みも多であった。
6. 職位の主任以上の人、継続的に研究に取り組んでいる人、自分の意思で研究している人、雑誌を定期購読している人は、4因子全て肯定的であった。

以上のことから、自主的に研究活動に取り組み、継続して行っていくことが、研究活動を肯定的に捉えていく根本的な意識となり、そのことが研究

活動を促進させていく重要な要因であると思われた。そのためにも卒後教育としての研修機構の充実を図ることと時間的余裕がないことや研究で悩むことが多いという臨床現場の環境を整えていく

ことが重要であると示唆された。

(本研究の要旨は平成10年7月30日、第24回日本看護研究学会学術集会(弘前)において報告した。)

要 約

研究活動に関する看護職員の意識の因子を明らかにし、研究活動の障害となっていると思われる因子を探ることを目的に調査した。対象は北海道・東北地区の病院看護婦2,117名であり、方法は質問紙郵送調査法であった。30の質問項目で因子分析の結果、4つの因子が抽出された。それぞれを第1因子「自分にとっての研究」、第2因子「研究の必要性」、第3因子「全員参加への疑問」、第4因子「時間的余裕、悩み」と命名した。看護職員の意識と因子との関連は、第1因子はどちらともいえないであった。第2因子は必要であるという肯定的な結果であった。第3因子は、全員参加した方がよいとする肯定的な結果であった。第4因子は時間的余裕がなく、悩みも多いであった。第4因子についての解決に向けて、研究活動のための時間、設備、経済面の保証そして指導者の育成などの支援体制を整えていかなければならないと考える。

Abstract

The survey was carried out in order to clarify the factor affecting the attitudes of nurses working in general hospitals regarding the nursing research.

The subject was 2177 nurses in Hokkaido and the area of northeast Japan. Ninety percent of the subjects had graduated from nursing diploma programs.

We examined questionnaires by factor analysis. We sampled four factors and named them as "Research for Oneself", "Using the Research", "Doubts about participation in Research", and "Time and Troubles with Research".

Then we tried to identify the relation of each factor to nurses' attitudes. The first factor was ambiguity, the second factor was affirmation, the third factor was affirmation, and the fourth factor was negativity.

We need to consider how to solve negativity in the fourth factor.

VI. 文 献

- 1) 数間恵子他：院内研究の現状を斬る，看護管理，3(2)，64～72，1993
- 2) 祖父江育子：院内研究の評価方法，看護管理，7(4)，282～291，1997
- 3) 生駒智子他：看護研究評価内容の再考，第25

回日本看護学会集録(看護管理)，123～125，1994

- 4) 杉本定子他：年次別にみた看護研究経験と臨床における課題，第22回日本看護学会集録(看護管理)，93～96，1991

5) 近田敬子：看護研究史と将来の展望，JJN

研究活動に関する看護職員の意識の因子

- ブックス〈看護研究の進め方・論文の書き方〉, 1992
32, 医学書院, 東京, 1991
- 6) 成田 伸他: 看護研究における実態調査—倫理的側面から—, 日本看護研究学会雑誌, 13 (4), 20~26, 1990
- 7) 南澤汎美他: 臨床看護実施上の困難と克服課題, 第一次調査報告, 日本看護科学学会誌, 18 (1), 52~59, 1998
- 8) Benner P. 著, 井部俊子他訳: ベナー看護論—達人ナースの卓越とパワー—, 19~22, 医学書院, 東京, 1992
- 9) 武田宜子他: 研究成果の活用からみた新たな研究へ, 日本看護科学学会誌, 14 (2), 1~18, 1994
- 10) 市江和子他: 看護研究に対する意識と主体性との関連について, 日本看護研究学会雑誌, 15 (臨), 114, 1992
- 11) 渋谷幸子他: 臨床における院内看護研究成果の活用, 日本看護研究学会雑誌, 15 (臨), 114, 1992
- 12) 谷井千鶴子他: 当センターにおける看護研究に対する意識と問題点, 日本看護研究学会雑誌, 16 (臨), 96, 1993
- 13) 阿部洋子他: 臨床現場に看護研究が定着しないのはなぜか(1)—研究に関する看護者の意識—, 日本看護研究学会雑誌, 17 (臨), 132, 1994
- 14) 畑山とも子: 臨床における看護研究の取り組み, 日本腎不全看護研究会雑誌, 第6号, 3~10, 1987
- 15) 花田久美子他: 看護職の研究活動の現状についての調査(1)—北海道・東北地方における研究活動の現状—, 日本看護研究学会雑誌, 21 (3), 95, 1998
- 16) 白田久美子他: 臨床経験年数と看護研究に対する意識との関連, 日本看護研究学会雑誌, 18 (臨), 94, 1995

(平成11年11月15日受付)

バーンアウト傾向と性格特性， ソーシャル・サポートとの関係

—病院規模による比較—

The Relation among Burnout, Personality Trait and Social Support of
Nurses Investigated at Three Different Sized Hospitals

山 崎 登志子*

Toshiko Yamazaki

キーワード： 看護者のバーンアウト傾向，個人的要因，病院の規模
burnout among nurses, personal factors, size of hospital

I. はじめに

近年，病院で働く看護者の労働環境は整備されてきており，日本全体における看護者の離職率は減少してきている¹⁾。しかし，高齢化社会の進展や医療の進歩に伴って重症患者が増加してきていること，QOLの重要性が認識されてきていること，などから看護者の業務は高度化，複雑化しており，離職には至らないまでも病院に勤務する看護者のストレスは強まる傾向にあると考えられる。今後，看護の質を維持し高めていくためにも看護者が精神的健康を保持していくことは重要な課題である。

看護者の精神的健康に関する研究動向の一つとして，バーンアウト研究があげられる。バーンアウトの定義は様々であるが，Maslach, C.²⁾は長期間にわたり人を援助していく過程で，心的エネルギーが絶えず要求された結果，過度の心身の疲労と感情の枯渇を主とする症候群であるとしており，これは現在広く使用されている定義である。病院で働く看護者のバーンアウト研究を概観して

みると，川野ら³⁾は，看護者のバーンアウトの発生が病院のベッド数や設立主体によって異なるとしている。また，ソーシャル・サポートがバーンアウトの発生を抑制するかどうかは病院によって異なるとする研究⁴⁾をふまえると，職場環境である病院の規模がバーンアウトに影響していると考えられるが，病院規模のどのようなメカニズムがバーンアウトに影響するかについては明らかになっていない。病院は1996年の診療報酬制度の改正に伴って規模によって期待される機能の分化が推進されてきており^{5), 6)}，今後病院規模による看護者の精神的健康への影響の発生要因を理解することは重要な意味を持つと考えられる。

また，個人属性や性格特性，対人関係がバーンアウトに関連しているとされるが，結果は研究ごとに相違がみられ^{7)~10)}，これらの相違にも病院の規模が影響している可能性が考えられる。

そこで，本研究では看護者のバーンアウト傾向に影響を及ぼす病院規模のメカニズムについて検討すること，個人的要因として属性，神経症的性

* 東北大学医療技術短期大学部看護学科 Department of Nursing, College of Medical Sciences,
Tohoku University

格特性, ソーシャル・サポートを想定し, 病院の規模がバーンアウトとそれらの要因との関連性どのような影響を及ぼしているかについて検討を行った。

II. 研究方法

1. 研究対象

1) 対象病院

病院の規模の分類は先行研究^{3), 8)}や診療報酬体系を基に, 500床以上を大規模病院, 300~499床を中規模病院, 299床以下を小規模病院とした。S市内の5病院に調査を依頼し, 病院のベッド数に応じて大規模病院(L病院), 中規模病院(M病院), 小規模病院(S病院)に分類した(表1)。L病院のベッド数は1196床, M病院は385床, S病院は標本数を確保するため3病院を対象とし, ベッド数はそれぞれ207床, 194床, 160床で平均ベッド数は187床であった。

病院の特徴として, L病院は高次機能病院であり, さらに特定機能病院に指定されている。病棟の構成は消化器外科病棟, 呼吸器外科病棟, 循環器内科病棟というように細かく分類されている。M病院は高次機能病院である。病棟は疾患別にある程度分類されているが, ほとんどが内科・外科の混合病棟である。S病院は地域医療と高次機能との間に位置している病院であり, 病棟は内科・外科の混合病棟である。

表1. 病院の特徴

	大規模病院 (L病院)	中規模病院 (M病院)	小規模病院 (S病院)
設立主体	国	公益法人	公益法人・会社
病院の機能	特定機能	高次機能	地域医療型・高次機能
病棟の構造	外科・内科が独立	混合病棟	混合病棟
病院の病床数(床)	1,196	385	187
看護者数(人)	648	228	111.3
病床数100に対する看護者数(人)	54	59	59.5

2) 対象者

看護職の資格を有する者: 看護婦(士), 准看護婦(士), 保健婦(士), 助産婦を看護者とする。対象病院の看護者数はL病院648名, M病院228名, S病院はそれぞれ130名, 124名, 100名で, 平均看護者数は111.3名であった。ベッド数100に対する看護者数はL病院54名, M病院59名, S病院59.5名で, L病院がやや少ない傾向がみられた。

5病院のすべての看護者に質問紙を配布し, 有効回答の得られたものを対象とした。対象者はL病院515名, M病院150名, S病院299名であり, 回収率はL病院79.5%, M病院65.8%, S病院84.5%であった。

2. 手続き

各病院の看護部長に調査の主旨を説明し, 了承を得た。看護部を通じて各所属毎に配布を依頼し約1~2週間後に回収した。質問紙は無記名であり, 回答後は個人が密封するよう依頼し, 匿名性を保証した。

調査時期はL病院が1997年6月, M病院が1997年11月, S病院が1998年3月である。

3. 質問紙の構成

1) 個人的要因

(1) 個人属性

性別, 年齢, 婚姻の有無, 子供の有無, 同居家族の有無, 看護職経験年数, 勤務場所, 職位について質問した。

(2) 性格特性

まじめさ, 物事に一途に取り組む性格がバーンアウト傾向に陥りやすいとされている¹⁰⁾ことから, 神経症的性格特性がバーンアウト傾向に関連していると考え, モーズレイ性格検査(MPI)のN尺度を使用し質問した。この尺度は24項目の質問で構成されている。3段階評定で回答を得, 0~2点で得点化し, 合計得点が高いほど神経症的傾向が強いことを示す。

(3) ソーシャル・サポート

Cobb, S.¹²⁾はソーシャル・サポートを「愛され、尊敬され、ネットワークの一員であると信じさせてくれる情報」と定義しており、社会的適応を促すために他者から与えられる情報を意味している。また、ソーシャル・サポート研究は、社会的ネットワークとしてとらえる視点とサポートとして意図された行動としてとらえる視点とに大きく分類される¹³⁾。本研究では、「サポートとして意図された行動」とする立場からサポートをとらえ、受け手が悩み問題について相談できる人がいると認知した場合をソーシャル・サポートがあるとした。

① サポートの有無

職場での悩みや問題、職場以外での悩みや問題について相談相手の有無を質問し、それぞれ職場サポート、生活サポートとした。職場サポートは、さらに職場の中に相談相手がいる者、職場以外に相談相手がいる者へと分類し、それぞれ職場内サポート、職場外サポートとした。

② サポート源

それぞれの場面で最も重要な人物をサポート源とする。職場内サポートがあると回答した人には、同僚、上司、先輩、医師、他の医療従事者から重要な人物1名を選択してもらい、選択した1名を職場内サポートがあると回答した人には、親、きょうだい、友人・恋人、配偶者、親戚、隣人から1名を選択してもらい、選択した1名を職場外サポート源とした。生活サポートがあると回答した人には、職場内、職場外サポート源10種の中から1名を選択してもらい、選択した1名を生活サポート源とした。

2) バーンアウト傾向

これまで日本で多く使用されているバーンアウトスケールは、Pines, A.¹⁴⁾のバーンアウトの定義に従ったものである。このスケールは疲労感というバーンアウトの側面しか測定していない。そこで3次元でとらえることができるThe Maslach Burnout Inventory (MBI) を使用した。日本語

版については、田尾¹⁵⁾がMBIを翻訳修正したものをを用いた。この尺度は、脱人格化(DP)の6項目、個人的達成感の減少(PA)6項目、情緒的消耗感(EE)5項目の3つの下位尺度、合計17項目から成る。最近6ヶ月の間にどの程度経験したかを5段階評定法で問うものである。MBIは何点以上でバーンアウトに陥ったというような診断的尺度ではないため、下位尺度それぞれの得点が高いものをバーンアウト傾向が強いという表現をしていく。

4. データの処理

計算には統計解析パッケージSPSS (V.7.5) for windows95を使用した。

III. 結 果

1. 病院規模による比較

1) 個人属性と性格特性の比較

所属、職位、配偶者の有無、独身者における同居家族の有無、既婚者における子供の有無の各属性と病院規模との関連性について χ^2 検定を用い検討した(表2)。その結果、病院規模と所属($\chi^2=79.4, p<.001$)、職位($\chi^2=21.5, p<.001$)、配偶者の有無($\chi^2=23.4, p<.001$)との間に有無な関連がみられ、独身者の同居家族の有無、既婚者の子供の有無に有意な関連はみられなかった。

年齢、看護職経験年数、神経症的性格特性について病院規模による比較を一元配置分散分析にて行ったところ(表3)、病院規模によって年齢($F=7.1, p<.01$)、経験年数($F=6.1, p<.01$)、に有意差がみられた。TukeyのHSDの検定を行ったところ、M病院の看護者がL、S病院の看護者に比べ有意に若く経験年数も少なかった($p<.01$)。神経症傾向については病院規模間に有意な差はみられなかった。

2) バーンアウト傾向の比較

病院規模によるDP、PA、EE得点の相違につ

表2. 病院規模による所属・職・配偶者・同居家族・子供の有無の比較

所 属	L 病 院		M 病 院		S 病 院			
	N	%	N	%	N	%		
一 般 病 棟	内科病棟	170	33.0				***	
	外科病棟	176	34.2					
	混合病棟			116	77.3	182		60.9
	外 来	44	8.5	27	18.0	82		27.4
	手術部	42	8.2	5	3.3	24		8.0
	ICU	33	6.4	0	0.0	0		0.0
	精神科病棟	23	4.5	0	0.0	0		0.0
	周産母子センター	22	4.3	0	0.0	0		0.0
	その他	5	1.0	2	1.3	11		3.7
	合 計	515	100.0	150	100.0	299		100.0
職 職	スタッフ	392	76.1	137	91.3	233	77.9	***
	副婦長・主任	73	14.2	4	2.7	37	12.4	
	婦長以上	27	5.2	9	6.0	29	9.7	
	不 明	23	4.5	0	0.0	0	0.0	
	合 計	515	100.0	150	100.0	299	100.0	
配 偶 者	あ り	155	30.1	48	32.0	143	47.8	***
	あ な し	339	56.8	102	68.0	156	52.2	
	不 明	21	4.1	0	0.0	0	0.0	
	合 計	515	100.0	150	100.0	299	100.0	
同 居 家 族 (独身者)	あ り	87	25.7	23	22.5	30	19.2	
	あ な し	252	74.3	79	77.5	124	79.5	
	不 明	0	0.0	0	0.0	2	1.3	
	合 計	339	100.0	102	100.0	156	100.0	
子 供 の 有 無 (既婚者)	な し	30	19.4	11	22.9	26	18.2	
	あ り	125	80.6	37	77.1	117	81.8	
	合 計	155	100.0	48	100.0	143	100.0	

***p<.001

表3. 病院規模による年齢、経験年数、神経症傾向の比較

	N	Mean	SD
年 齢			**
L病院	494	33.1	10.3
M病院	148	30.2	9.3
S病院	294	33.9	9.6
合 計	936	32.9	11.1
看護職経験			**
L病院	491	11.7	9.6
M病院	149	9.0	8.8
S病院	299	12.2	9.3
合 計	939	11.5	9.4
神経症傾向			
L病院	502	17.8	10.9
M病院	150	18.0	10.8
S病院	298	18.6	11.2
合 計	950	18.1	11.0

***p<.01

いて一元配置分散分析を行ったところ、DP (F=5.5, p<.01), PA (F=3.4, p<.05), EE 得点 (F=4.2, p<.05) すべてにおいて有意差がみられた。Tukey のHSD 検定を行ったところ、DP (p<.01), PA 得点 (p<.05) ではL病院とS病院との間、EE 得点 (p<.05) ではL病院とM病院との間にそれぞれ有意な差がみられ、L病院がM、S病院に比べバーンアウト傾向が低い傾向がみられた(表4)。

3) ソーシャル・サポートの比較

職場内サポート、職場外サポートと病院規模との関連について χ^2 検定を行い検討した。職場内

表4. 病院規模によるバーンアウト傾向の平均値の比較

	L 病 院			M 病 院			S 病 院		
	N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD
バーンアウト得点 脱人格化(DP)	490	11.8	4.5	150	12.6	4.6	299	12.9	4.6
達成感の現象(PA)	490	21.9	4.2	150	22.3	4.5	299	22.7	4.1
情緒的消耗感(EE)	490	15.3	4.5	150	16.5	4.7	299	16.0	4.6

**p<.01 *p<.05

表5. ソーシャル・サポートの病院規模による比較

	L 病院		M 病院		S 病院	
	N	%	N	%	N	%
サポートの有無						
職場内サポート						
有群	430	83.5	123	82.0	240	80.3
無群	83	16.1	27	18.0	56	18.7
不明	2	0.4	0	0.0	3	1.0
合計	515	100.0	150	100.0	299	100.0
職場外サポート						
有群	453	88.0	133	88.7	264	88.3
無群	59	11.5	17	11.3	32	10.7
不明	3	0.6	0	0.0	3	1.0
合計	515	100.0	150	100.0	299	100.0
生活サポート						
有群	478	92.8	147	98.0	290	97.0
無群	34	6.6	3	2.0	9	3.0
不明	3	0.6	0	0.0	0	0.0
合計	515	100.0	150	100.0	299	100.0
サポート源						
職場内サポート源						
同僚	319	80.2	95	84.8	175	81.0
上司	26	6.5	4	3.6	15	6.9
先輩	53	13.3	13	11.6	26	12.0
合計	398	100.0	112	100.0	216	100.0
職場外サポート源						
親・きょうだい	57	13.0	16	13.4	29	11.9
友人・恋人	289	66.2	80	67.2	141	57.8
配偶者	91	20.8	23	19.3	74	30.3
合計	437	100.0	119	100.0	244	100.0
生活サポート源						
同僚	29	6.5	5	3.9	33	12.8
先輩	7	1.6	2	1.6	2	0.8
親・きょうだい	50	11.2	17	13.4	27	10.5
友人・恋人	284	63.4	83	65.5	140	54.3
配偶者	78	17.4	19	15.0	56	21.7
合計	448	100.0	126	100.0	258	100.0

*p<.05

サポート、職場外サポートともに病院規模との間に有意な関連はみられず、生活サポートと病院規模との間に有意な関連がみられた ($\chi^2 = 8.4, p < .05$)。

病院規模と職場サポート源、生活サポート源との間に有意な関連はみられなかった (表5)。

2. 病院規模別バーンアウト傾向と神経症的性格特性との関連

病院規模別にバーンアウト傾向と神経症的性格特性との関連について Spearman の相関係数を求めた (表6)。L, M, S 病院ともに神経症傾向が強いと、DP, EE 得点は有意に高かった ($p <$

表6. 病院規模ごとの性格特性とバーンアウト傾向との相関

	DP 得点が高い PA 得点が高い EE 得点が高い		
	DP 得点が高い	PA 得点が高い	EE 得点が高い
神経症的傾向が強い			
L 病院	.47 ***	.07	.50 ***
M 病院	.39 ***	.02	.44 ***
S 病院	.49 ***	.22 ***	.54 ***

***p<.001

.001)。さらに、S 病院では神経症傾向が強いと、PA 得点も有意に高かった ($p < .001$)。

3. 病院規模別バーンアウト傾向とソーシャル・サポートとの関連

1) ソーシャル・サポート有無群によるバーンアウト傾向の相違

ソーシャル・サポートの有無による DP, PA, EE 得点の相違をみるために、病院規模ごとに t 検定を行った (表7)。

L 病院では職場内サポート有無群間で DP ($t = -3.5, p < .001$), PA ($t = -4.4, p < .001$), EE 得点 ($t = -2.9, p < .01$) すべてにおいて有意差がみられ、いずれの得点も職場内サポート無群が高かった。職場外サポート有無群間に有意な差はみられなかった。生活サポート有無群間では DP 得点で有意差がみられ ($t = -2.2, p < .05$), 生活サポート無群の得点が高かった。

M 病院では職場内サポート有無群間で DP ($t = -2.3, p < .05$), EE 得点 ($t = -2.6, p < .05$) において有意差がみられ、サポート無群の得点が高かった。職場外サポート有無群間では PA 得点で有意差がみられ ($t = -3.2, p < .01$), サポート無群の得点が高かった。生活サポートでは有意な差はみられなかった。

S 病院では職場内サポート有無群間で DP ($t = -2.4, p < .05$), PA ($t = -2.6, p < .01$), EE 得点 ($t = -2.9, p < .01$) すべてにおいて有意差がみられ、いずれの得点もサポート無群が高かった。職場外サポート有無群間では PA 得点で有意差がみられ ($t = -2.4, p < .05$), サポート無群の得点が高かった。生活サポートでは有意な差は

表7. 病院規模ごとのサポート有無群別 DP, PA, EE 得点の比較

		DP			PA			EE		
		N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD
L 病院										
職場内サポート	有群	408	11.5	4.3	408	21.6	4.1	408	15.1	4.5
	無群	80	13.4 ^{***}	4.7	80	23.8 ^{***}	4.0	80	16.7 ^{**}	4.1
職場外サポート	有群	430	11.8	4.4	430	22.0	4.2	430	15.3	4.6
	無群	57	11.9	4.5	57	21.6	4.1	57	15.4	4.2
生活サポート	有群	456	11.7	4.3	456	20.9	4.1	456	15.3	4.5
	無群	32	13.9 [*]	5.6	32	22.9	4.1	32	16.7	4.5
M 病院										
職場内サポート	有群	123	12.2	4.3	123	22.0	4.3	123	16.0	4.5
	無群	27	14.4 [*]	5.3	27	23.9	4.9	27	18.6	5.1
職場外サポート	有群	133	12.5	4.5	133	22.0	4.5	133	16.5	4.8
	無群	17	13.2	5.0	17	24.9 ^{**}	3.3	17	16.5	3.7
生活サポート	有群	147	12.5	4.6	147	22.3	4.5	147	16.5	4.7
	無群	3	15.0	2.6	3	22.0	4.0	3	15.7	0.6
S 病院										
職場内サポート	有群	240	12.6	4.5	240	22.4	4.1	240	15.6	4.5
	無群	59	14.2 [*]	5.2	59	24.0 ^{**}	4.1	59	17.5 ^{**}	4.7
職場外サポート	有群	264	12.9	4.8	264	22.5	4.1	264	15.9	4.7
	無群	35	13.1	3.5	35	24.3 [*]	4.0	35	16.9	4.8
生活サポート	有群	290	12.9	4.6	290	22.7	4.2	290	16.0	4.6
	無群	9	13.9	5.8	9	23.4	3.4	9	17.6	5.1

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

みられなかった。

2) ソーシャル・サポート源別によるバーンアウト得点の相違

サポート源による DP, PA, EE 得点の相違について, 病院規模ごとに一元配置分散分析を行った(表8)。

(1) L病院の場合

職場内サポート源で PA ($F=6.7, p<.001$), EE 得点 ($F=3.7, p<.05$) に有意差がみられた。Tukey の HSD 検定を行ったところ, PA 得点では上司と同僚, 先輩との間に ($p<.001$), EE 得点では上司と同僚との間 ($p<.01$) にそれぞれ有意差がみられ, サポート源が上司の場合, 同僚, 先輩に比べ PA 得点は低く, 同僚に比べ EE 得点は低かった。

職場外サポート源では DP ($F=3.1, p<.05$), PA ($F=4.2, p<.05$), EE 得点 ($F=7.09, p<.01$) に有意差がみられた。Tukey の HSD 検定を行ったところ, PA 得点において配偶者と友人・

恋人との間に ($p<.05$), EE 得点において配偶者と親・きょうだい, 友人・恋人との間にそれぞれ有意差がみられ ($p<.01$), サポート源が配偶者の場合, 友人・恋人より PA 得点が低く, 親・きょうだい, 友人・恋人に比べ EE 得点が低かった。

生活サポート源では EE 得点に有意差がみられ ($F=2.1, p<.01$), Tukey の HSD 検定では EE 得点において配偶者と親・きょうだい, 友人・恋人との間に有意差がみられ ($p<.01$), 配偶者がサポート源の場合は親・きょうだい, 友人・恋人に比べ EE 得点が低かった。

(2) M病院の場合

職場内サポート源で PA 得点に有意差がみられた ($F=6.1, p<.01$)。Tukey の HSD 検定では PA 得点において上司と同僚との間に有意差がみられ ($p<.05$), サポート源が上司の場合は同僚より PA 得点が高かった。

職場外サポート源では DP ($F=4.3, p<.05$),

バーンアウト傾向と性格特性、ソーシャル・サポートとの関係

表8. 病院規模ごとのサポート源別 DP, PA, EE 得点の比較

		L 病 院								
		DP			PA			EE		
		N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD
職場内サポート源	同 僚	304	11.7	4.4	304	21.7	4.0	304	15.4	4.6
	上 司	26	10.3	4.7	26	18.8	3.9	26	12.8	4.7
	先 輩	49	10.9	4.5	49	22.1	4.3	49	14.8	4.8
職場外サポート源	配偶者	85	10.8	3.8	85	20.8	4.7	85	13.8	4.4
	親・きょうだい	56	12.4	* 5.1	56	22.5	* 3.9	56	16.3	** 5.1
	友人・恋人	275	12.0	4.5	275	22.2	4.1	275	15.6	4.4
生活サポート源	同 僚	27	10.9	3.2	27	21.2	4.0	27	15.0	4.5
	先 輩	6	12.8	6.7	6	23.2	2.9	6	14.5	6.9
	配偶者	75	10.6	3.5	75	21.0	4.3	75	13.6	** 4.2
	親・きょうだい	47	12.1	5.1	47	22.5	4.0	47	16.3	5.0
	友人・恋人	275	12.0	4.4	275	22.0	4.1	275	15.7	4.5

		M 病 院								
		DP			PA			EE		
		N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD
職場内サポート源	同 僚	95	12.0	4.4	95	22.4	3.9	95	15.9	1.6
	上 司	4	12.0	2.8	4	16.5	** 1.3	4	14.5	1.7
	先 輩	13	13.6	3.7	13	19.5	6.3	13	17.0	4.7
職場外サポート源	配偶者	23	10.3	3.6	23	20.7	4.8	23	13.5	3.6
	親・きょうだい	16	12.5	* 3.4	16	21.0	4.6	16	16.9	** 4.8
	友人・恋人	80	13.4	4.8	80	22.6	4.4	80	17.3	5.1
生活サポート源	同 僚	5	11.4	4.3	5	21.6	3.6	5	12.8	3.5
	先 輩	2	10.0	2.8	2	15.0	7.1	2	19.0	* 2.8
	配偶者	19	10.6	3.4	19	22.2	3.6	19	13.8	4.0
	親・きょうだい	17	12.6	4.5	17	22.4	5.2	17	17.2	4.6
	友人・恋人	83	13.0	4.9	83	22.6	4.6	83	16.9	4.8

		S 病 院								
		DP			PA			EE		
		N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD
職場内サポート源	同 僚	175	12.7	4.3	175	22.7	4.1	175	16.0	4.4
	上 司	15	9.8	* 2.9	15	22.3	3.5	15	12.3	** 3.7
	先 輩	26	13.9	5.5	26	22.1	3.8	26	16.9	5.0
職場外サポート源	配偶者	74	12.3	4.4	74	22.0	3.6	74	14.9	4.5
	親・きょうだい	30	14.2	5.4	30	23.6	3.4	30	16.5	5.2
	友人・恋人	141	13.0	4.7	141	22.7	4.4	141	16.5	4.5
生活サポート源	同 僚	33	13.4	4.0	33	22.7	4.7	33	16.3	4.3
	先 輩	2	13.0	2.8	2	23.0	1.4	2	15.5	2.1
	配偶者	56	12.5	3.9	56	22.6	3.7	56	15.9	4.7
	親・きょうだい	27	12.2	5.1	27	21.3	4.1	27	14.2	4.4
	友人・恋人	140	12.9	4.6	140	22.9	4.3	140	16.3	4.7

**p < .01 *p < .05

EE 得点 ($F=5.5$, $p<.01$) に有意差がみられた。Tukey の HSD 検定では配偶者と友人・恋人との間で DP ($p<.05$), EE 得点 ($p<.01$) に有意差がみられ、サポート源が配偶者の場合、友人・恋人より DP, EE 得点が低かった。

生活サポート源では EE 得点に有意差がみられたが ($F=2.8$, $p<.05$), Tukey の HSD 検定では有意差はみられなかった。

(3) S 病院の場合

職場内サポート源で DP ($F=4.2$, $p<.05$), EE 得点 ($F=5.7$, $p<.01$) に有意差がみられた。Tukey の HSD 検定では上司と同僚、先輩との間で DP ($p<.05$), EE 得点 ($p<.01$) に有意差がみられ、サポート源が上司の場合は同僚に比べ DP, EE 得点が高かった。

職場外サポート源、生活サポート源では有意な差はみられなかった。

IV. 考 察

1. 病院の規模におけるバーンアウト傾向の相違について

今回の調査では、大規模病院は小規模病院に比べ脱人格化が強く、個人的達成感が低い傾向がみられ、中規模病院に比べ情緒的消耗感が低いという結果が得られた。これは、病床数1,000床以上の病院では他の病床数の病院に比べバーンアウトに陥っている者が少ないという先行研究³⁾を裏付ける結果であり、病院の規模がバーンアウト傾向に関連していることが考えられる。

病院の規模とバーンアウト傾向との関連について、その発生要因を検討してみる。設立主体による相違が第一に考えられる。川野ら³⁾は病院の設立主体によってバーンアウトに陥る率が違い、国や市町村立の病院で働く看護師は、会社・公益法人の病院で働く者よりバーンアウトに陥る率が高いことを報告している。しかし、本研究では一番バーンアウト傾向の低いL病院が国立、M、S病

院は公益法人、会社が設立母体であり、設立主体の相違がバーンアウト傾向に関連しているとは考えにくい。

第二に病院の機能分類の相違が考えられる。診療報酬改定による病院の機能分類によれば^{5), 6)}, 200床以上の病院は急性期の高度医療を担うことが期待されており、特に300床以上は高次機能を期待されている病院群である。L病院、M病院がこの病院群に含まれる。さらにL病院は特定機能病院に指定されており、研究・教育機関としての役割も担っていることから特に重症度の高い患者が多いと推測される。重症度が高くなると日常生活上の問題より救命が第一に優先されるため、看護上の問題と医療の問題が一致しやすく業務内容が明確化されやすくなると考えられる。また、100~200床の病院は地域医療と高度医療との間に位置し、急性と慢性の両方を期待されている病院群であり、S病院がこの群に分類される。S病院では外来勤務者の割合が他の規模の病院に比べて多いことから、より地域に密着した病院を目指していることが伺われる。小規模病院では地域医療を目指しながら高度な医療もこなさなければならず、さらに急性期から慢性期に至るまで幅広い患者層を同時に扱う必要があると考えられる。また、看護上の問題が患者ごとに大きく異なるため、看護師は患者に合わせ対応の仕方を大きく変化させる必要性が生じる。従って、これらの病院機能の相違が看護師のバーンアウト傾向に影響していると考えられる。

第三に病棟体制の多様性や複雑さが考えられる。L病院では外来手術部の他、ICU、精神科病棟、周産母子センターなど多様な所属があり、さらに一般病棟は内科と外科が独立していた。これに対し、M、S病院はほとんどが一般病棟、外来、手術部で構成され、一般病棟は内科・外科の混合病棟であった。内科病棟の方が外科病棟に比べバーンアウト傾向が強いこと¹⁰⁾やICU、精神科病棟が

一般病棟に比べバーンアウトしやすいことが指摘されている^{17), 18)}。混合病棟と内科, 外科が独立している病棟との比較については明らかになっていない。しかし, バーンアウト傾向の低いL病院はベッド数に対する看護者の人員数が一番少ないこともふまえると, 人員的な問題ではなく, M, S病院では所属の細分化がなされていないことにより, 様々な患者を同時にケアしていかなければならず, L病院に比べ業務が多角的で複雑であることが関連していると考えられる。また, 病棟体制の多様性や複雑さは, 例えば一般病棟に集中的なケアの必要な患者が入室したり, 安静療法を行っている患者の隣に手術前後の患者が出入りするといった事態を頻発させると予想される。

仕事における役割の曖昧さがバーンアウト傾向を強めるとされる^{19)~21)}。役割の曖昧さとは, 果たすべき役割や仕事の内容, 責任の所在などが明らかではないことをいい, これから役割ストレスが生じるといわれている¹⁷⁾。病院機能や病棟体制の多様性や複雑さが看護者に役割の曖昧さをもたらし, 結果的に病院の規模とバーンアウト傾向との間に関連性が生じる一因になっていると思われる。

2. 性格特性とバーンアウト傾向との関連について

神経症傾向は, 生物学的に自律神経系が不安定で興奮しやすい傾向を指し, ストレス反応に過敏な性格特性である²²⁾。従って, この傾向を持つ人はストレスに敏感に反応し, バーンアウト傾向に陥りやすいと考えられる。情緒不安定性や柔軟性に欠ける性格特性がバーンアウトに影響を及ぼすことは先行研究において指摘されている^{17), 23)}。今回の結果では, どの規模の病院群においても神経症傾向が強いほど脱人格化, 情緒的消耗感の得点は有意に高くなっており, 神経症傾向のある人は病院の規模が違ってもバーンアウト傾向に陥りやすいと考えられる。さらに, S病院では神経症傾

向が強くなるほど個人的達成感は有意に減少していた。S病院は他の病院よりバーンアウト傾向が強いことから, 小規模病院では神経症傾向にある人のバーンアウト傾向が増強されていると考えられる。上記で述べたような病院規模の相違によって生じる看護者としての役割の曖昧さが, その一因になっていると思われる。

3. ソーシャル・サポートとバーンアウト傾向との関連

1) サポート有無群別バーンアウト傾向の相違について

職場内サポート有群ではいずれの病院群においても脱人格化や情緒的消耗感は有意に低下していたことから, 病院規模の相違に関わらず職場内サポートがバーンアウト傾向の発現を抑制していると思われる。しかし, M病院では個人的達成感に職場内サポートの有無による有意差はみられなかった。M病院では副婦長・主任の数が少ない上に, 上司をサポート源とする割合もL, M病院の約半分であった。山本ら¹¹⁾の研究でも, ソーシャル・サポートとバーンアウトとの間に関連性がみられなかった中規模病院では, 今回の結果と同様副婦長・主任の数が有意に少なかった。上野⁹⁾は上司のリーダーシップ機能の一つであるM行動が看護者の脱人格化や情緒的消耗感を低下させると報告している。M行動は集団の維持やメンバーの個人的満足を促進させる機能をもつ。副婦長・主任が少ないと看護を遂行する上での具体的なアドバイスを得る機会が減少したり, チーム間で看護遂行上の目標が不明確になるなどの問題が生じ, 結果として個人的達成感が低下していくと考えられる。

職場外サポート有群では, M, S病院においてサポート無群に比べ個人的達成感が有意に高くなっており, M, S病院では職場での悩みに対する職場外サポートがバーンアウト傾向を抑制していると考えられる。浦²⁴⁾はソーシャル・サポートを道具的サポートと情緒的サポートに分類している。

道具的サポートとは仕事を行う上での資源を直接あるいは間接的に供給する働きかけであり、情緒的サポートとはストレスに苦しむ本人の情緒面への働きかけを意味する。サポートの内容については今回調査していないが、職場外サポートは仕事に直接関連した道具的サポートというより、悩みを聞く等の情緒的サポートであると思われる。L病院に比べM、S病院では、職場内でのサポートが十分ではないため職場外にサポートを求めることで達成感を得ようとしていると考えられる。

生活サポートが脱人格化に関連していたのはL病院のみであった。脱人格化とはサービスを受ける人たちに対する人間性を欠くような冷淡な感情や行動を示している²⁾。すなわち、L病院では職場以外の悩みについて相談できる人がいると、より患者に対し思いやりのある行動ができると解釈できる。なぜ、L病院でのみ生活サポートがバーンアウト傾向を制御していたのか明らかではないが、職場以外の対人関係はバーンアウトの調節因子として働く^{3), 4)}ことが報告されており、直接的ではないにしろ職場以外の悩みに対する生活サポートもバーンアウト傾向に関連することを示している結果と思われる。

2) サポート源によるバーンアウト傾向の相違について

上司のサポートは、L病院では個人的達成感、情緒的消耗感に、M病院では個人的達成感に、S病院では脱人格化、情緒的消耗感にそれぞれ関連していた。ソーシャル・サポートは仕事環境の否定的側面に対する緩衝作用をもつとされる²⁹⁾。また、増田²⁹⁾は在宅福祉サービス専門職において業務の曖昧さが管理的なサポートと関連し、バーンアウト傾向に影響を及ぼすことを報告している。仕事環境の否定的側面としてストレスがあげられるが、ストレスの一要因として看護者の役割の曖昧さを考えることができる。職場内サポート、特に上司のサポートによって役割の曖昧さが減少し、

バーンアウト傾向が抑制されたと考えられる。また、上司のサポートとバーンアウトの下位尺度との関連性に病院の規模による相違がみられた理由の一つとして、組織風土の相違が考えられる。金井ら²⁹⁾は組織風土の中の精神的健康に関する社会的態度や規範部分をメンタルヘルス風土とし、これが職務満足度やストレスの解消に影響を与えている。組織サポートは上司のとするサポート行動を反映している²⁹⁾ことから、上司のサポートは組織風土を反映していると考えられる。

既婚者の方が未婚者に比べバーンアウトに陥りにくいことや配偶者のサポートがバーンアウト傾向を弱めることが報告されている^{8), 23), 30)}。本研究では、職場外サポート源としての配偶者はM病院、L病院ともにバーンアウト傾向を抑制していたが、配偶者のいる割合が多いS病院では配偶者とバーンアウト傾向との間に関連性はみられなかった。ストレスが高くなると夫婦の親密性の高低は抑うつ³¹⁾の程度に無関係になるとされる³⁰⁾。S病院では全体的にバーンアウト得点が高かったことから、ストレスが高いために配偶者のサポート効果が弱められ、バーンアウト傾向との間に関連がみられなかったと考えられる。

生活サポート源として、L病院のみで配偶者が情緒的消耗感を低くしていた。生活サポートの有無で述べたように、職場以外の悩みに対する配偶者のサポートはバーンアウト傾向の調節因子として機能していると思われる。

4. 本研究の課題と展望

本研究では、病院の規模によってバーンアウト傾向に相違がみられたが、あくまでも5病院のみでの結果である。従って、今後は対象数を増やし、母集団において今回の結果が適切なものであるかどうか検討していく必要がある。

また、病院規模の発生要因として病院機能や病棟体制の多様性や複雑さが看護者の役割の曖昧さを引き起こしバーンアウト傾向に関連している可

能性、ソーシャル・サポートとバーンアウト傾向との関連性に役割の曖昧さが関与している可能性が示唆された。今後はこれらの点について掘り下げて検討していく必要があると思われる。

V. 結 論

1. 大規模病院は中規模、小規模病院に比べバーンアウト傾向が抑制される傾向にあった。その原因として、病院機能や病棟体制の相違が看護者の役割の曖昧さを引き起こしバーンアウト傾

向に関連していると考えられた。

2. 病院の規模が違っても、神経症的性格特性を持つ人はバーンアウト傾向に陥りやすいことが示唆された。
3. 病院の規模に関係なく、職場での悩みに対する職場内サポート、特に上司のサポートがバーンアウト傾向を抑制していた。また、職場での悩みに対する職場外サポートや配偶者のサポートがバーンアウト傾向に関連するかどうかは病院の規模によって異なっていた。

要 約

本研究は病院規模によって看護者の精神的健康とその関連要因に生じる相違の内実について理解することを目的とする。大規模病院515名、中規模病院150名、小規模病院299名の看護者を対象にバーンアウト傾向、神経症的性格特性、ソーシャル・サポートについて検討した。その結果、以下の知見が得られた。1. 病院の規模とバーンアウト傾向との間に関連性がみられた。病院規模の内実として、病院機能や病棟体制の相違が考えられ、それが看護者の役割の曖昧さを引き起こしバーンアウト傾向に関連していると考えられる。2. 病院の規模が違っても、精神症的性格特性を持つ人はバーンアウト傾向に陥りやすいことが示唆された。3. 職場での悩みに対する職場内サポート、特に上司のサポートは、病院の規模に関係なくバーンアウト傾向を抑制していた。しかし、職場での悩みに対する職場外サポートや配偶者のサポートとバーンアウト傾向との関連は病院の規模で異なっており、これらの関連に看護者の役割の曖昧さが影響していることが考えられた。

Abstract

The purpose of this study is to clarify the meaning of the differences between mental health of nurses and its related factors, caused by size of hospital. We examined burnout, personal trait of neurosis and social support. The object of our investigation was on 515 nurses working at large sized, 150 nurses at middle sized, and 299 nurses at small sized hospitals. The results are as follows: (1) There was a relevance between size of hospital and a trait of burnout. Each sized hospital has a different function and/or system, respectively. This fact produces role ambiguity of nurses, and it relates to a trait of burnout. (2) Nurses with personal trait of neurosis get into a trait of burnout at three different sized hospitals. (3) Support to their distress inside of the hospital, especially from their superiors, inhibited a trait of burnout of nurses at every sized hospital. But the relation between burnout of nurses and support from outside of the hospital or from their spouse, showed differences in size of hospital. It suggested that this relation was influenced by role ambiguity of nurses.

VI. 文 献

- 1) 日本看護協会調査報告<No. 50>1995年病院看護基礎調査, 日本看護協会調査研究課編, 1997.
- 2) Maslach, C., et al: The Measurement of experienced burnout, Journal of occupational behavior, 2, pp. 99-113, 1981.
- 3) 川野雅資他: 背景別にみる医師, 看護者の燃えつきと精神的健康, 燃えつき症候群-医師・看護婦・教師のメンタルヘルス- (土居健郎監修), 55-65, 金剛出版, 東京, 1995.
- 4) 山本あい子: 看護婦の燃えつき現象に対する生活及び仕事ストレスとソーシャル・サポートの影響, 看護研究, 20 (2), pp. 225-230, 1987.
- 5) 広井良典: 今後の診療報酬体系と政策展開, 病院, 55 (9), pp. 873-877, 1996.
- 6) 濃沼信夫: 診療報酬からみた医療施設の機能分化, 病院, 55 (9), pp. 846-850, 1996.
- 7) 明神啓子ら: 看護婦の心の健康に仕事上のストレスとソーシャル・サポートが及ぼす影響, 東邦大医短紀要, 3, pp. 1-11, 1988.
- 8) 久保真人他: 看護婦におけるバーンアウト-ストレスとバーンアウトとの関係-, 実験社会心理学研究, 34 (1) pp. 33-43, 1994.
- 9) 上野徳美: 看護者のバーンアウトを予防するソーシャル・サポートの効果, 健康心理学研究, 9 (1), pp. 9-20, 1996.
- 10) 黒田浩司: 看護婦のバーンアウトとストレス, 対処行動, ソーシャル・サポート, 茨城大人文科論集, 29 (3), pp. 19-40, 1996.
- 11) 田尾雅夫他: バーンアウトの理論と実際, 47-74, 誠信書房, 東京, 1997.
- 12) Cobb, S: Social support as a moderator of life stress • Psychosomatic Medicine, 38, pp. 300-314, 1976.
- 13) 浦 光博: 支えあう人と人-ソーシャル・サポートの社会心理学-, 21-45, サイエンス社, 東京, 1994.
- 14) Pines, A., et al: Occupational tedium in social services, Social work, 23 (6), pp. 499-507, 1978.
- 15) 田尾雅夫: バーンアウト-ヒューマン・サービス従事者における組織ストレス-, 社会心理学研究, 4 (2), pp. 91-97, 1989.
- 16) Ogus, E. D: Burnout and Coping Strategies: A Comparative Study of Ward Nurses, OCCUPATIONAL STRESS: A Handbook, Edited by Rick, C. and Pamela, L. P., 249-261, Taylor & Francis, Washington, 1994.
- 17) 松田久美子: 看護者の Burnout とエゴグラムに示される個人特性との関連, 看護研究, 21 (2), pp. 61-68, 1988.
- 18) 田島長子他: 看護婦の精神保健に関する研究 (II) -精神科看護者の燃え尽き症候群-, 福井県立短大大学部論集, 1, pp. 75-86, 1994.
- 19) Rizzo, J. R., et al.: Role Conflict and Ambiguity in Complex Organizations, Administrative Science Quarterly, 15, pp. 150-163, 1970.
- 20) 田尾雅夫: 組織の心理学, 49-58, 有斐閣, 東京, 1996.
- 21) Clifton, E. B., et al: Role Conflict and Role Ambiguity as Predictors of Burnout Among Staff Caring for Elderly Dementia Patients, Journal of Gerontological Social Work, 26 (1), pp. 101-116, 1996.
- 22) MPI 研究会 (編): 日本版モーゼレイ性格検査手引, 211-224, 誠信書房, 東京, 1978.
- 23) 榊森とも子他: 看護婦の Burn out と職場環境・性格との関連について, 看護研究, 21 (2), pp. 189-197, 1988.
- 24) 前掲 13), 46-95.
- 25) 浦 光博: 職場と職場以外での対人関係が適

- 応に及ぼす影響の検討—看護婦における職場不適応と一般的適応—, 研究成果報告書, pp. 65—95, 1997.
- 26) Lynn, M., et al.: Nursing Burnout, Employee Assistance Quarterly, 10 (4), pp. 29—52, 1995.
- 27) 増田真也: 在宅福祉サービス専門職におけるバーンアウトの形成要因に関する研究, 健康心理学研究, 8 (2), pp. 20—29, 1995.
- 28) 金井篤子他: 企業内のメンタルヘルス風土に関する研究, 実験社会心理学研究, 38 (1), pp. 63—79, 1998.
- 29) 前掲 22), 104—113.
- 30) 稲岡文昭他: 看護婦にみられる Burn out とその要因に関する研究, 看護, 36 (4), pp. 81—104, 1984.
- 31) Hisata, M., et al.: Childcare stress and postpartum depression: An examination of the stress-buffering effect of marital intimacy as social support, Research in Social Psychology, 6, pp. 42—51, 1990.

(平成11年12月27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

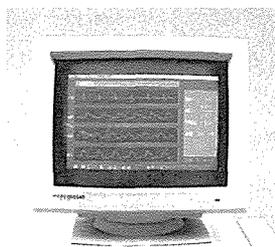
“イチロー”



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!!



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

〈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。

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

看護実践からみた術前看護の明確化

Clarification of Elements of Pre-Operative Nursing
through a Survey on Nursing Practice

白 尾 久美子

Kumiko Shirao

キーワード： 術前看護の項目、尺度構成、実施への影響要因
elements of pre-operative nursing, scaling,
influencing factors on nursing care

I 緒 言

術前看護とは、術後に体験が予測される情報や、患者に必要な行動を具体的に提示することによって、患者自身が術後に直面する自己の状態や問題を現実的に知り、術後の課題を克服できるように援助することである。

成人の手術患者に対して術前に準備を行うことの重要性を最初に示したのは、麻酔科医のEgbert et al.¹⁾の研究であろう。Egbert et al. は、患者に手術前夜、術後の創痛の程度やその持続期間についての情報を与えるとともに、簡単なリラクゼーション訓練の方法を教え、さらに、鎮痛剤の使用も可能であることを伝えた。その結果、これらの情報を与えられた患者は、より早い退院が可能となり、鎮痛剤の利用も少なかった。この報告を契機に、医師だけではなく、看護婦(士)による術前看護に関する研究も盛んに行われるようになった。

その後、アメリカの術前看護に関する文献は、かなり構造化されて取り組まれている。例えば、Devine et al.²⁾の術前の心理教育的介入は、①事象、手続き、感覚的なことを含む情報提供、②エクササイズ、合併症を防ぐ患者への技術指導、③不安緩和とコーピングを高めるための心理的サ

ポートの3つの領域から構成されている。Devine et al. の術前心理的教育的介入と同じように、共同研究者であるO'Connor et al.³⁾も、情報、技術訓練、心理社会的サポートの3つを中心に患者教育のプロトコルを開発した。そして、それらの術前看護の効果として、術後の合併症を予防し、回復を早め、入院期間の短縮につながる事が立証されている。

日本における術前看護の研究は、千葉他⁴⁾も述べるように、患者の不安について数多く行われている。その主な視点は、不安の内容(高山他⁵⁾、村山他⁶⁾長谷川他⁷⁾、千田他⁸⁾)と、不安緩和への取り組み(春原他⁹⁾、風間他¹⁰⁾、山本他¹¹⁾北村他¹²⁾、堤他¹³⁾)の2点である。不安緩和については、春原他⁹⁾などの5つの研究すべてが、術前オリエンテーションの改善や見直しを試みている。改善された内容は、患者に伝える情報の再検討とその提供の仕方についてである。

その他の術前看護の研究には、肺合併症を予防するための術前訓練に関するものが多い(本梅他¹⁴⁾、武田他¹⁵⁾、背戸他¹⁶⁾)。これは、相澤他¹⁷⁾の、術前オリエンテーションの現状に関する調査で、対象となった病院の96.8%が深呼吸法について指導しているという結果と一致する。

* 日本赤十字愛知短期大学 Japanese Red Cross Aichi Junior College of Nursing

さらに、1989年から1993年の術前看護に関する研究の動向を調査した千葉他⁴⁾の研究では、手順情報（患者に行なわれる様々な事柄とその順序）、感覚情報（処置で体験される感覚についての説明）および、行動訓練（術後の運動の指導）の情報提供が行なわれていることが明らかにされている。また、佐藤ら¹⁰⁾は、術前患者教育における情報提供の実態を調査するにあたり、その情報を、術後の状況に関すること、術後予測される装着物の必要性、術後状況の変化、術後鎮痛に向けての援助と、術後の運動機能訓練に分類している。しかし、上記の研究者らはいずれも、情報提供の明確な内容は明らかにされていないと報告している。

以上より、日本の術前看護は、表現は異なるものの、概ね情報の提供、術前訓練、不安への援助を中心とした心理的サポートの3つの領域から成り立っていると考えられる。しかし、それらの項目は、具体的に示されていない。また、アメリカと比較して、明らかに遅れている。その要因は、術前看護が術前オリエンテーションというルーチン化したケアとなっている一方で、全体的な項目の検討がされてこなかったことにある。そこで、術前看護をより効果的なケアに発展させていくための第一歩として、本研究では、術前看護の構成項目を明らかにする。その一つとして、必要と考える術前看護の中で、確実に実施されている術前看護の項目を明らかにする。さらに、実施はされているものの、実施度にばらつきがみられる項目を明確にし、それらへの影響要因を確認する。

II 研究方法

1. 測定用具

1) 術前看護に関する測定用具

(1) 術前看護の概念の定義と構成項目の設定

本研究が測定しようとする内容は、現実に実践されている術前看護の項目である。なお、本研究では、前提となる術前看護を、「患者自身が手術

に対して現実的に対処できるようにサポートすること」と定義する。術前看護の構成要素の主たる領域は、O'Connor et al.³⁾、Yount et al.¹⁰⁾らが提示した術前看護介入と、Rothrock²⁰⁾がまとめた術前の心理教育的介入を参考にし、さらにこれまでの日本の文献についての検討、本研究者の実践経験を踏まえ、「情報提供」、「心理的サポート」、「術前訓練」とした。「情報提供」は、手術にいたるまでのスケジュールの主な内容や術前に行われる処置などを含めた手続き的信息と、術後の処置や創部痛などの実際に体験する感覚、回復の状況などが含まれる感覚的信息を与えることである。手続き的信息や感覚的信息を提供することによって患者は、起こりうる状況の予測とそれに対する心構えや対処法を準備できることを想定している。「心理的サポート」は、患者と看護婦(士)との相互関係を基本に、患者自身が不安や恐怖を明らかにし、それらへの対処行動を高めるためのサポートを中心に構成されている。また、「術前訓練」は、患者の術後の回復を促進するための技術の説明や実施指導を含んでいる。

次に、これらを前提に、著者が各領域に含まれると考えられる術前看護の内容を具体化し、構成項目を設定した。さらには、構成要素の項目の内容が術前看護を測定するものとして適切かどうか、また、全体が正しいバランスであるかについての判断を、看護系の大学と短期大学の成人看護学を担当する講師以上の看護教員4名に依頼した。その結果に基づいて内容に修正を加え、術前看護の構成項目として最終的には3領域64項目を設定した。

(2) 測定用具の様式

本研究者が作成した術前看護の測定用具は、3領域64項目から構成される自己評定式質問紙である。この64項目は、先に述べたように3領域すなわち、「情報提供」33項目（手続き的信息20項目と感覚的信息13項目）、「心理的サポート」12項目

および、「術前訓練」19項目から構成されている。

それぞれの項目について、「実施度」を測定した。「実施度」は、「常に実施している」（4点）から「全く実施していない」（1点）の4段階評定法により測定した。

実施が確実であると判断する基準として、最高評定値4に対して平均値3.50以上を示す項目とした。また、実施がほとんどされていない項目の基準は、最低評定値1に対して平均値1.50以下を示す項目とした。

2) 個人要因と職場環境要因に関する測定用具

(1) 個人要因

個人要因は、年齢、学歴、外科系看護婦（士）経験年数、自己効力感、術前看護実施の達成感である。本研究では、自己効力感を坂野、東篠²⁰⁾らの一般性セルフ・エフィカシー尺度（General Self-Efficacy Scale, GSES）で測定する。GSESは、対象者が自らの行動の遂行可能性についてどのように見通しをもって行動を生起させているかの測度になる。

個人要因として設定した項目の回答は、年齢、外科系看護婦（士）経験年数については実数を記入し、学歴、看護体制と勤務体制は多肢選択法をとった。また、術前看護に対する達成感は、最高点を10点とし、1～10点の自己評定とした。GSESは、「はい」または「いいえ」の2件法で回答を求めた。GSESの信頼性と妥当性は、坂野・東篠^{20) 22)}によって確認されている。

(2) 職場環境要因

職場環境要因は、対象者の所属病棟の職員数、病床数、看護体制、勤務体制などの要因と、対象者が職場に対して認知している給料への満足度、勤務希望の通りやすさ、病棟での相談仲間の有無などの要因で構成した。

回答は、病棟職員数、病床数については、その実数の記入を求め、看護体制、勤務体制については多肢選択法をとった。勤務計画への希望の回答

は、「十分希望が通る」（4点）から「まったく希望が通らない」（1点）の4段階評定法とし、給料への満足度は、「大変満足している」（4点）から、「全く満足していない」（1点）の4段階評定表とした。病棟での相談仲間については、「いる」（2点）、「いない」（1点）の2件法とした。

2. 研究対象

中部・関東地方を中心に、300床以上の総合病院14施設の消化器外科病棟に勤務している493名の看護婦（士）を対象とした。看護婦（士）の経験年数、外科系看護婦（士）経験年数については制限を加えなかった。

3. 調査期間

本研究の調査期間は、平成9年7月20日から平成9年8月31日までであった。

4. 調査方法

1) 調査実施の手順

対象施設の看護部長または教育婦長に対して、研究の要旨を説明し、研究実施の許可を求めた。許可が得られた施設の看護部長または教育婦長に対して、対象者の抽出を依頼した。抽出された対象者に対して、研究の趣旨等を記入した研究依頼書と調査用紙を各施設ごとに郵送した。研究依頼書には本研究の趣旨、無記名による回答方式であること、研究協力者のプライバシーは守られること、質問紙についての不明な点への対応方法および研究者の身分を記載した。質問紙は、郵送法にて直接研究者の元へ回収した。

2) 質問紙の回収率

対象者493名に質問紙を配付し、413名から回答を得た（回収率83.8%）。そのうち、男性1名と無回答の多い者を除いた結果、有効回答は、389名（78.9%）であった。

3) 結果の整理

データの分析は、HALBAU Ver. 4.27統計パッケージとSPSS 9.0Jによって統計学的解析を行った。

Ⅲ 結 果

1. 対象者の背景

対象者の平均年齢、年齢層別の人数を表1に、また、看護婦（士）経験年数と外科系病棟勤務経験年数別の人数を表2に示した。年齢層は、20歳～29歳が273名と最も多く、全体の7割を占めていた。

看護婦（士）経験年数別の人数は、1年以上4年未満の者が129名と最も多かった。外科系病棟勤務経験年数が最も多いのは、看護婦（士）経験と同じく1年以上4年未満の185名であった。

2. 確実に実施された術前看護の構成項目

術前看護64項目の実施度平均値と標準偏差によれば、最高評定値4に対して、3.5以上の高い平均値を示す項目は、19項目認められた（表3）。

表1 対象者の年齢層別人数

年 齢 層	人 数 (%)	
20 ～ 29歳	273 (70.2)	n=389 平均年齢 28.23 (±6.68)
30 ～ 39歳	84 (21.6)	
40 ～ 49歳	29 (7.4)	
50 ～ 59歳	3 (0.8)	

表2 対象者の看護婦と外科系看護婦経験年数

経 験 年 数	看護婦経験人数 (%)	外科系看護婦経験人数 (%)
1年未満	36 (9.3)	61 (15.7)
1年以上～4年未満	129 (33.2)	185 (47.6)
4年以上～7年未満	81 (20.8)	92 (23.7)
7年以上～10年未満	49 (12.6)	31 (8.0)
10年以上～15年未満	51 (13.1)	13 (3.3)
15年以上～20年未満	20 (5.1)	4 (1.0)
20年以上～30年未満	21 (5.4)	3 (0.7)
30年以上	2 (0.5)	0 (0)

それらは、確実に実施されていると考えられる項目であると判断した。

これら19項目の内容をすでに述べた3領域ごとにみると、情報の提供からは、「術当日のスケジュール」、「患者の必要物品の説明」、「下剤投与や絶食の時間」など、手術を受ける患者のスケジュールに関する項目や、「術後の絶食期間の栄養補給」、「術後疼痛の鎮痛剤による緩和」などの術後の状況を説明する内容など、合わせて12項目あった。心理的サポートの領域は、「術前不安を聞く心構えを伝える」、「術前不安や心配を表出することの奨励」など、患者からの訴えや不安の表出を奨励する3項目がみられた。術前訓練に関しては、「深呼吸の有効性を説明する」、「深呼吸の仕方を説明する」などの呼吸訓練に関する内容の4項目がみられた。

3. 実施度にばらつきがみられる項目の実施への影響要因

設定した64項目の術前看護のうち、45項目は、実施度にばらつきが認められた。しかし、その中には、ほとんど実施されていない項目はなかった（平均値1.5以下の項目）。そこで、実施度にばらつきが生じる原因を探るために、45項目を尺度構成し、実施への影響要因を検討する。

1) 尺度構成のための因子分析と主成分分析の結果

(1) 因子分析

45項目の尺度構成を行うにあたり、これまでの手続きによって選定された術前看護の構成要素を再度確認するために、45項目について主因子法による因子分析を行った。回転前の固有値が1.0以上の条件で5因子を抽出し、バリマックス回転を実施した。その結果、5因子が抽出された（表4）。それぞれの因子は、第1因子：「術前訓練」の10項目、第2因子：「情報提供」の12項目、第3因子：「術前訓練」の下肢訓練に関する5項目、第

表3 術前看護64項目の実施度の平均値と標準偏差

項目内容	平均値 (標準偏差)	項目内容	平均値 (標準偏差)
情報の提供		心理的サポート	
1. 手術にかかるおおよその時間	3.0 (0.8)	1. 術前不安を聞く心構えを伝える	3.6 (0.6)
2. 術前検査について説明する	3.1 (0.8)	2. 術前不安や心配を表出の奨励	3.6 (0.6)
3. 患者の必要物品の説明	3.9 (0.5)	3. 患者の関心を言葉で確認する	3.1 (0.8)
4. 術前日の下剤投与の時間と作用	3.8 (0.5)	4. いつでも質問してよいことの奨励	3.6 (0.6)
5. 術前日の不眠時の眠剤投与	3.8 (0.5)	5. 何でも依頼してよいことの奨励	3.2 (0.9)
6. 術当日の絶飲食時間の説明	3.9 (0.3)	6. 術後何度も部屋を訪室すること	3.3 (0.8)
7. 術当日の前投薬の効果の説明	3.6 (0.6)	7. 患者の不安をとともに解決する	3.1 (0.8)
8. 術当日のスケジュールを伝える	3.8 (0.5)	8. 患者の回復の援助に責任をもつ	3.1 (0.8)
9. 入歯、装飾品の取り扱い	3.8 (0.5)	9. 患者の病識を患者の言葉で確認	3.0 (0.8)
10. 手術室までの移送の仕方	3.5 (0.8)	10. 患者の手術の知識を言葉で確認	2.9 (0.8)
11. 挿入するチューブ類の種類	3.5 (0.6)	11. 術後のイメージを言葉で確認	2.6 (0.8)
12. 術後のチューブの挿入理由	3.3 (0.7)	12. 回復の見通しを言葉で確認	2.5 (0.8)
13. 術後に帰室する部屋の説明	3.4 (0.8)		
14. 術後の部屋の様子	2.7 (0.9)	術前訓練	
15. 術後におおよそ動ける時期	3.1 (0.7)	1. 深呼吸の有効性を説明する	3.7 (0.5)
16. 術後の離床の順序を説明する	3.2 (0.7)	2. 深呼吸の仕方を説明する	3.6 (0.6)
17. 術後の排ガスの時期	2.4 (0.8)	3. 深呼吸を用いる時期を説明する	3.4 (0.8)
18. チューブ類が抜去されること	3.4 (0.7)	4. 深呼吸訓練を患者に勧める	3.6 (0.6)
19. 術後の絶食期間の栄養補給	3.5 (0.7)	5. 深呼吸訓練の成果を評価する	3.0 (0.9)
20. 手術中の家族の待機場所	3.6 (0.7)	6. 咳嗽の有効性を説明する	3.4 (0.7)
21. 胃チューブ挿入による違和感	3.2 (0.8)	7. 術後に咳嗽の用い方を説明する	3.6 (0.7)
22. 術直後の痛みの程度	2.5 (0.9)	8. 咳嗽訓練を患者に勧める	3.2 (0.9)
23. 術後の痛みが軽減する時期	3.2 (0.7)	9. 咳嗽訓練の成果を評価する	2.7 (0.9)
24. 術後疼痛の鎮痛剤による緩和	3.7 (0.5)	10. 体位変換の有効性を説明する	3.3 (0.8)
25. 尿ドレーンによる違和感	2.9 (0.9)	11. 体位変換の仕方を説明する	3.1 (0.9)
26. 前投薬を投与後の感覚の説明	3.2 (0.8)	12. 術後の本位変換の用い方の説明	2.9 (0.9)
27. 麻酔覚醒時の呼名の記憶	2.2 (0.9)	13. 体位変換の訓練を勧める	2.6 (0.9)
28. 術直後の咽頭痛について	2.5 (0.8)	14. 体位変換の成果を評価する	2.3 (0.9)
29. 術中の体位による筋肉痛	2.3 (0.8)	15. 術後の下肢運動の有効性の説明	2.1 (0.9)
30. 術後2～3日の発熱について	2.8 (0.9)	16. 術後の下肢運動の仕方の説明	1.9 (0.9)
31. 術後の点滴による拘束感	2.9 (0.9)	17. 術後に下肢運動を用いる時期	1.9 (0.8)
32. 術後の初めての立位の浮遊感	2.8 (0.9)	18. 下肢運動の訓練を勧める	1.9 (0.9)
33. 術後の腸蠕動回復時の蠕動痛	2.7 (0.9)	19. 下肢運動訓練の成果を評価する	1.9 (0.8)

註) 下線を引いた項目は平均値3.5以上のもの

4 因子: 「心理的サポート」の9項目, そして,
第5 因子: 「情報の提供」の9項目で構成された。

(2) 主成分分析

次に尺度の内容整合性を明らかにするために,
各因子ごとに主成分分析を行った。主成分分析
による尺度の合格基準は, (1) 固有値1.0以上の主成
分が1個のみの尺度であること, (2) 各構成項目

の第1主成分負荷量はすべて0.5以上であること,
(3) 1つの下位尺度の構成項目数は4ないし5個
以上とすること, (4) 下位尺度の信頼性を表す
Cronbachの α 係数が0.75以上であることの4つ
の条件を全て満たすこととした。表5は, 確定尺
度, 固有値, 寄与率, 信頼性係数を示した。以下
各尺度の構成について述べる。

看護実践からみた術前看護の明確化

表4 赤銅構成のための因子分析：回転後の因子負荷量（主因子解・バリマックス回転）

項目内容	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5
訓11. 体位変換の仕方を説明する	.811	.166	.083	.049	.096
訓12. 術後の体位変換の用い方の説明	.752	.172	.116	.135	.084
訓13. 体位変換の訓練を勧める	.729	.274	.261	.046	-.022
訓8. 咳嗽訓練を患者に勧める	.706	.059	.092	.070	.040
訓10. 体位変換の有効性を説明する	.701	.010	.072	.169	.059
訓9. 咳嗽訓練の成果を評価する	.661	.237	.206	.189	.069
訓14. 体位変換の成果を評価する	.660	.264	.335	.176	.007
訓6. 咳嗽の有効性を説明する	.646	.022	-.016	.247	.156
訓3. 深呼吸を用いる時期を説明する	.572	.118	.025	.214	.266
訓5. 深呼吸訓練の成果を評価する	.552	.147	.083	.226	.168
情28. 術直後の咽頭痛について	.139	.695	.119	.051	.203
情33. 術後の腸蠕動回復時の蠕動痛	.089	.684	.174	.158	.185
情30. 術後2～3日の発熱について	.188	.641	.095	.102	.247
情29. 術中の体位による筋肉痛	.129	.608	.064	.163	.263
情27. 麻酔覚醒時の呼名の記憶	.191	.600	.142	.130	.140
情32. 術後の初めての立位の浮遊感	.139	.598	.072	.088	.269
情25. 尿ドレーンによる違和感	.040	.570	.090	.131	.459
情31. 術後の点滴による拘束感	.141	.482	.101	.157	.357
情22. 術直後の痛みの程度	.144	.478	.146	.195	.321
情17. 術後の排ガスの時期	.046	.461	.228	.091	.168
情1. 手術にかかるおおよその時間	.041	.289*	-.010	.156	.077
情2. 術前検査についての説明	.148	.274*	-.005	.113	.183
訓18. 術後の下肢運動の訓練を勧める	.149	.139	.915	.088	.032
訓16. 術後の下肢運動の仕方の説明	.219	.121	.903	.115	.038
訓17. 術後に下肢運動を用いる時期	.163	.152	.884	.069	.052
訓15. 術後の下肢運動の有効性の説明	.154	.120	.873	.143	.038
訓19. 下肢運動訓練の成果を評価する	.158	.221	.859	.151	.029
心11. 術後のイメージを言葉で確認	.132	.337	.092	.755	.070
心10. 患者の手術の知識を言葉で確認	.142	.143	.032	.753	.130
心12. 回復の見通しを言葉で確認	.154	.381	.142	.717	.046
心9. 患者の病識を患者の言葉で確認	.146	.091	.022	.645	.195
心8. 患者の回復の援助に責任をもつ	.249	.087	.147	.633	.261
心7. 患者の不安をともに解決する	.160	.133	.089	.603	.304
心3. 患者の関心を言葉で確認する	.178	.099	.144	.592	.220
心5. 何でも依頼してよいことの奨励	.236	.099	.114	.445*	.208
心6. 術後何度も部屋を訪室すること	.323	.174	.078	.398*	.340
情16. 術後の離床の順序を説明する	.216	.260	.027	.169	.609
情15. 術後におおよそ動ける時期	.132	.185	-.043	.159	.604
情18. チューブ類が抜去されること	.049	.328	.050	.111	.546
情23. 術後の痛みが軽減する時期	.134	.401	.095	.136	.490
情14. 術後の部屋の様子	.029	.272	.090	.105	.479
情21. 胃チューブ挿入による違和感	.104	.377	.076	.144	.469
情12. 術後のチューブの挿入理由	.102	.225	-.020	.205	.456
情13. 術後に帰室する部屋の説明	-.015	.129	-.036	.120	.429
情26. 前投薬を投与後の感覚の説明	.100	.197	.061	.219	.387
因子負荷量の2乗和	5.492	5.066	4.506	4.325	3.658
因子の寄与率(%)	12.205	11.257	10.014	9.610	8.130
累積寄与率	12.205	23.462	33.476	43.087	51.216

註) 訓：術前訓練 情：情報提供 心：心理的サポート

*はこのあとの主成分分析より除外された項目

表5 下位尺度の構成

下位尺度名	項目数	固有値	累積寄与率 (%)	Cronbach α
術前訓練と評価	10	5.699	56.99	0.92
感覚的情報の提供	10	5.121	51.21	0.89
下肢訓練	5	4.391	87.83	0.97
心理的サポート	7	4.313	61.61	0.89
イメージ化の情報提供	9	3.869	42.99	0.83

2) 下位尺度の構成

(1) 術前訓練と評価

第1因子に抽出された「術前訓練」について主成分分析を行なった結果、10項目全てが尺度として確認された。主な項目内容は、体位変換や咳嗽訓練の実施と評価に関する項目であるため、「術前訓練と評価」と命名した。

(2) 感覚的情報の提供

第2因子に抽出された「情報提供」の12項目について主成分分析を実施した結果、「手術にかかるおおよその時間の説明」、「術前検査の説明」の2項目は、因子負荷量が0.5以下であったため削除され10項目で構成された。その内容は、術後の痛みの様子やドレーンの違和感など、術後に体験する知覚に関する項目で構成された。そこで「感覚的情報の提供」と命名した。

(3) 下肢訓練

第3因子に抽出された「下肢訓練」は、主成分分析の結果、5項目全てが尺度として確認された。そこで「下肢訓練」はそのまま「下肢訓練」と命名した。

(4) 心理的サポート

第4因子に抽出された「心理的サポート」の9項目について主成分分析を実施した結果、2項目が削除され7項目が尺度として確認された。項目は、患者のイメージ・回復の見通しなどを言葉で確認しながら、不安を解決していく内容であるため、「心理的サポート」と命名した。

(5) 「イメージ化の情報提供」

第5因子に抽出された、「情報の提供」の9項目

は主成分分析した結果、9項目全てが尺度として確認された。構成項目の内容は、術後のおおよその臨床や痛みが軽減する時期、術後に帰宅する部屋の様子など術後の見通しを与える情報であった。そこで、「イメージ化の情報提供」と命名した。

3) 5つの尺度の実施を規定する要因の検討

「術前訓練と評価」、「感覚的情報の提供」、「下肢訓練」、「心理的サポート」、「イメージ化の情報提供」の5つの尺度を従属変数とし、個人要因5変数（年齢、学歴、外科経験年数、術前看護達成感、自己効力感）と職場環境要因5変数（勤務希望、給料への満足、相談仲間、職員数、病床数）を説明変数として強制投入法により重回帰分析を行なった（表6）。

1) 「術前訓練と評価」の分析結果

「術前訓練と評価」は、重相関係数0.308 ($p < 0.001$)、決定係数0.095と、10の変数によって約10%が説明された。影響を与えた変数は、職場環境要因のうち病棟職員数 ($\beta = 0.286$, $p < 0.001$) が最も高く、次いで、病床数 ($\beta = -0.212$, $p < 0.01$) と、個人要因の術前看護の達成感 ($\beta = 0.150$, $p < 0.01$) であった。

2) 「感覚的情報の提供」の分析結果

「感覚的情報提供」の分析結果は、重相関係数が0.229、決定係数が0.053と低い説明率であった。用意した説明変数では有意に影響を与える要因は確認されなかった。

3) 「下肢訓練」の分析結果

「下肢訓練」は、重相関係数0.177、決定係数

表6 実施度にばらつきのある術前看護の影響要因の検討：重回帰分析

要因	標準化係数				
	術前訓練と評価	感覚的情報の提供	下肢訓練	心理的サポート	イメージ化の情報提供
個人要因					
年齢	.083	.102	.043	.022	.016
学歴	.048	.023	.005	.008	-.007
外科経験年数	.005	.056	-.008	.035	.107
術前看護達成感	.150**	.025	.040	.073	.026
自己効力感	-.071	-.007	-.074	-.075	-.041
職場環境要因					
勤務希望	.036	-.047	.103	-.022	-.066
給料への満足度	.012	-.074	-.056	.001	-.012
相談仲間	.006	-.026	.009	.006	-.070
病棟職員数	.286***	.088	.103	.225**	.016
病床数	-.212**	.061	.004	-.247**	.076
R	.308***	.229	.177	.248*	.188
R ²	.095	.053	.031	.062	.035

*** : p<0.001 ** : p<0.01 * : p<0.05

0.031と非常に低い説明率であった。この結果より、「下肢訓練」も用意した説明変数では影響を与える要因は確認されなかった。

4) 「心理的サポート」の分析結果

「心理的サポート」は、重相関係数0.248 (p<0.05)、決定係数0.062と、7の変数によって低い説明率であるが6%が説明された。影響を与えた変数は、職場環境要因のうち病棟職員数 ($\beta = 0.225$, p<0.01) と病床数 ($\beta = -0.247$, p<0.01) であった。

5) 「イメージ化の情報提供」の分析結果

「イメージ化の情報提供」の分析結果は、重相関係数が0.118、決定係数が0.035と低い説明率であった。用意した説明変数では有意に影響を与える要因は確認されなかった。

IV 考 察

1. 確実に実施されていると考えられる術前看護の項目

術前看護は、パンフレットやチェックリストなどを活用し、術前オリエンテーションとしてルー

チンの援助となっている。今回の研究より、確実に実施されていると判断されたのは、19項目であった。それらの内容を事前に設定した3領域に照らしてみると、術前のスケジュールの内容や術後の状況の説明などの情報提供、不安への援助を中心とした心理的サポート、深呼吸訓練に関する項目が中心となった術前訓練であった。つまり、これらが現在、日本でルーチンとして実施されている術前看護である。

これらの19項目が平均値3.5以上という高い実施度になった背景には、次のことが考えられる。術前のスケジュールや術後の状況の説明などに関する情報の提供については、トラベルビー²⁰⁾が1974年に、「病人は、術前と術後の期間にどんなことがおきるのか、という点について詳しい情報を与えられるだろう」と述べているように、長年にわたり実施されてきた術前看護であり、そのために定着してきたと考えられる。さらに、術前の患者の不安緩和と、肺合併症を予防するための術前訓練に関する研究は多く、こうした関心の高い項目が、直接的に確実な実施につながっていると

も考えられる。

また、看護基礎教育で使用されているテキストの中で、術前看護として取り上げられている内容は、術前に行われる処置や手術当日までのスケジュール、手術直後の疼痛や留置物に関すること、術前の深呼吸訓練、不安緩和への援助などについてである²⁰⁾²⁶⁾。いずれも本研究で明らかになった19項目と、内容がほぼ一致している。つまり、看護基礎教育の教授内容が、臨床の実施に大きな影響を与えている可能性も高い。

2. 実施にばらつきが生じた術前看護の影響要因の検討

今回の実施では術前看護の中で、実施度の平均にばらつきのあった項目への影響要因の明確化を試みた。実施にばらつきが認められる45項目について、尺度構成を行うために、主因子法による因子分析を行い、抽出された因子について主成分分析を行った。確定した5つの尺度は、「術前訓練と評価」、「感覚的情報の提供」、「下肢訓練」、「心理的支持」、「イメージ化の情報提供」であった。5つの尺度の信頼性は、Cronbach α 係数が0.82~0.92と全体的に高い値を示し、内的一貫性が確認された。

術前看護の各下位尺度の実施への影響要因を検討するために、個人要因5項目、職場環境要因5項目を設定し、重回帰分析を行った。その結果、「術前訓練と評価」と「心理的支持」の実施への影響要因が明らかになった。「術前訓練と評価」の影響要因は、術前看護への達成感、病棟職員数と病床数であった。また、「心理的支持」は、病棟職員数と病床数であった。「術前訓練と評価」、「心理的支持」ともに、病棟職員数と病床数の要因は、一人の看護婦（士）に対する患者数の割合が低いほど、術前看護が実施されているという結果であった。また、術前看護の達成感が高いほど、「術前訓練と評価」が実施されてい

た。しかし、重回帰分析の説明率が、5尺度とも9.5%~3.1%と非常に低く、今回の結果からは、術前看護の実施に影響をおよぼす要因の十分な説明には至らなかった。

説明率が低かったことは、尺度化された構成項目と、影響要因の設定に起因していると考えられる。

実施への影響要因が明らかにされなかった尺度の中で「下肢訓練」は、実施度の平均値が1.9~2.1と他の尺度の項目と比較するとかなり低い値であった。アメリカの文献では、O'Connor et al.³⁾やYount et al.¹⁰⁾が提示した技術訓練にはもちろんのこと、他の研究者の提示した研究にも下肢訓練は含まれている²⁰⁾。しかし、日本においては、武田他¹⁵⁾、数間他²⁷⁾、奥川²⁸⁾らが、術前からの下肢運動の必要性を述べているものの、全体的な関心としては低い。このように、「下肢訓練」の実施度が低かったことと、さらにその背景にある「下肢訓練」への関心の低さが、実施度への影響要因が明らかにならなかったことに関連していると推察される。

「感覚的情報の提供」と「イメージ化の情報提供」の2つの尺度は、情報提供の領域から構成された。どちらの構成項目も、1項目を除いて実施度の平均値は2.5であり、実施度が低いとはいえない。感覚情報提供について井上は²⁹⁾、不安の強い患者ほど有効であるとする報告がある一方、あらゆる患者にとって有効とはいえないと述べている。したがって、「感覚的情報の提供」と「イメージ化の情報提供」は、患者の不安の程度や手術への認識の仕方により、提供する情報の内容にかなり影響してくると思われる。その結果、今回設定した個人要因や職場環境要因では、影響要因とはならなかったものと推察される。

実施への影響要因にならなかったものは、年齢、学歴、外科看護婦（士）経験年数、自己効力感、勤務希望、給料への満足感、相談仲間であった。

それらのうち、年齢、外科看護婦（士）経験年数については、看護技術や対象の理解と尊重などの看護実践能力の獲得と関連があるという報告があり³⁰、要因としては適切であったと考えられる。したがってこれらは、術前看護に対する影響要因としての意味は小さいものと思われる。しかし、自己効力感は、坂野²⁰によれば、成人女性の平均 GSES の平均得点が 9.12 (SD3.93) であるのに対して、本研究の対象者のそれは 7.37 (SD3.57) と有意に ($p < 0.001$) 低かった。今回の対象者では、自己効力感が著しく低い方に偏っていたために、影響要因として明確にならなかった可能性がある。また、勤務希望、給料への満足、相談仲間については、職場での働きやすさを測定することを意図した要因であったが、術前看護の実践には、影響をおよぼす要因とはならなかった。

影響要因が明確にならなかったことについては、今回の研究では、これ以上検討することは困難である。

V 今後の課題

本研究の目的は、術前看護の中で確実に実践されている項目を明らかにすること、さらに、実施はされているものの、ばらつきがみられる項目を明確にし、その実施への影響要因を確認することであった。その結果、確実に実施されている 19 項

目が明らかになった。さらに、実施にばらつきがみられる項目の尺度化を行ったが、実施に影響する要因については、十分に明らかにされなかった。

本研究は、術前看護に関する基礎的研究である。今回、明らかとなった結果をもとに、今後は、より効果的な術前看護を構築していくことが必要である。例えば、尺度化された 5 つのうち「下肢訓練」は、他の尺度の構成項目と比べると実施度が低かった。しかし、高齢者の手術適応が増加していく中で、早期回復に向けての術前からの下肢訓練は重要となってくる。そこで、臨床現場における実践を勘案しながら、今回得られた結果をもとに、理論に裏づけられた術前看護が、より具体的により確実に実施できるよう、さらに検討をすすめたい。

VI 謝 辞

本研究の調査にご協力いただきました病院の看護部長様はじめ多くの看護婦（士）の皆様には感謝いたします。また、本研究は、愛知淑徳大学修士課程の修士論文に加筆修正を加えた論文であり、ご指導いただいた愛知淑徳大学教授植村勝彦先生に御礼申し上げます。また、論文を作成するにあたり、ご指導下さいました名古屋市立大学看護学部教授小笠原昭彦先生に心より感謝いたします。

要 旨

本研究は、看護実践の実態調査から術前看護の構成項目を明らかにし、さらに実施度にばらつきがみられる項目の影響要因を検討することを目的とする。ここでは、術前看護を「患者が手術に対して現実的に対処できるようにサポートすること」と定義した。外科病棟に勤務する 493 名の看護婦を対象として、術前看護の 64 項目について実施度を質問紙法により調査した。その平均値から、確実に実施されていると考えられる術前看護の項目を明らかにした。さらに、実施度にばらつきのみられる項目に対して、因子分析、主成分分析を用いて尺度構成を行い、実施に影響を与えると予測される個人要因と職場環境要因との関連について検討し、以下の結果が得られた。

- 1) 確実に実施されていると考えられる術前看護は、19項目であった。
- 2) 実施度にばらつきがみられる45項目は、「術前訓練と評価」「感覚情報の提供」、「肢訓練」、「心理的サポート」、「イメージ化の情報提供」の5つの下位尺度に構成された。
- 3) 実施度にばらつきがみられる各因子への影響要因は、「術前訓練と評価」の病床数、病棟職員数、術前看護達成感と、「心理的サポート」の病床数、病棟職員数の関連性が明らかになった。

Abstract

This research examined elements of pre-operative nursing. In this study, pre-operative nursing is defined as giving support to patients to cope with post-operative situations. A questionnaire was given to 493 nurses working at surgery wards, asking them to indicate which of 64 items they performed during pre-operative care. The questionnaire was designed to help operationalize three dimensions of pre-operative nursing: *giving information*, *pre-operative skills training* and *psychological support*.

The main results were as follows:

- 1) Only 19 items related to pre-operative care were routinely performed, as shown by their high mean rating scores.
- 2) The item categories for *giving sensational information*, *leg exercises skills training*, *pre-operative skills training and its evaluation*, *giving information on imaging of post-operative condition* and *psychological support* received the lowest rating scores, as shown by their dispersed responses.
- 3) Three factors were most influential in pre-operative nursing: the number of word staff, the number of sickbeds and the sense among nurses that they achieved their pre-operative nursing objectives.

VII 文 献

- 1) Egbert, L. D. et al.: Reduction of post-operative pain by encouragement and instruction of patients. *England Journal of Medicine*, 270, 825-827, 1964.
- 2) Devine, E. C. et al.: Clinical and cost-saving effects of psychoeducational interventions with surgical patients: A meta-analysis. *Research Nursing Health*, 9, 89-105, 1986.
- 3) O'Connor, F. W. et al.: Enhancing surgical nurses' patient education. Development and evaluation of an intervention. *Patient Education and Counseling*, 16, 7-20, 1990.
- 4) 千葉京子他: 1994 過去5年間の術前看護に関する研究の動向と今後の課題, 日本赤十字武蔵野女子短期大学紀要, 7, 52-57, 1994.
- 5) 高山成子他: 手術前患者の不安の表現度について—アンケート調査より—, 日本看護学会集録 成人看護, 17, 119-121, 1986.
- 6) 村山こず枝他: 開心術をうける患者の術前の不安の程度とその要因の分析—心臓血管外科外来における入院当日の患者を対象として—, 日本看護学会集録 成人看護 I, 23, 8-10, 1992.
- 7) 長谷川真実他: 手術患者のもつ不安の経時的変化について, 日本看護学会集録 成人看護 I, 20, 192-195, 1989.
- 8) 千田好子他: 乳がん患者の手術前の心理的ス

- トレスとコーピング, 日本看護学会集録 成人看護 I, 20, 188-191, 1989.
- 9) 春原恵美子他: 術前オリエンテーションの改善-効果的な指導方法の検討-, 日本看護学会集録 成人看護学 I, 20, 30-32, 1989.
- 10) 風間美江他: 経皮的超音波碎石術を受ける患者の看護-術前オリエンテーションの効果を評価して-, 日本看護学会集録 成人看護, 18, 131-134, 1987.
- 11) 山本静代他: 術前オリエンテーション方法の改善を試みて, 日本看護学会集録 成人看護, 14, 5-8, 1983.
- 12) 北村実重他: 手術を受ける心臓疾患患者への術前オリエンテーションの検討, 日本看護学会集録 成人看護 I, 21, 99-101, 1990.
- 13) 堤明子他: 手術前後における精神的不安への援助-手術前オリエンテーションの見直しと術後 ICU 訪問を試みて-, 日本看護学会集録 成人看護 18, 151-153, 1987.
- 14) 本梅良子他: 術前呼吸訓練の効果と患者心理に及ぼす影響について, 日本看護学会集録 成人看護 14, 26-30, 1983.
- 15) 武田祐子他: 術後肺合併症を目的とした術前指導の検討-患者・看護婦(士)の呼吸練習に対する評価の分析を通して-, 日本看護学会集録 成人看護19, 213-216, 1988.
- 16) 背戸草代他: 術後肺合併症の予防に向けての一考察-術前リスク表の再検討, 日本看護学会集録 成人看護, 19, 217-219, 1988.
- 17) 相澤千草他: 術後疼痛に関する術前オリエンテーションの現状と課題, 日本看護学会集録 成人看護 I, 28, 146-148, 1977.
- 18) 佐藤正美他: 術前患者教育における情報提供の実態について, 川崎市立看護短期大学紀要, 2 (1), 39-48, 1997.
- 19) Yount, S. et al.: A description of patient and nurse perception of preoperative teaching. Journal of Post Anesthesia Nursing, 6 (1), 17-25, 1991.
- 20) Rothrock, J. C.: Preoperative nursing research Part I. Preoperative psychoeducational interventions. AORN Journal, 49 (2), 597-619, 1989.
- 21) 坂野雄二, 東篠光彦: 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み, 行動療法研究, 12 (1), 1986.
- 22) 坂野雄二: 一般性セルフ・エフィカシー尺度の-妥当性の検討-, 早稲田大学人間科学研究, 2 (1), 91-98, 1989.
- 23) Travelbee Joyce: Interpersonal Aspects of Nursing, 1971, 長谷川浩, 藤枝知子(訳) 人間対人間の看護, 医学書院, 300, 1974.
- 24) 青木照明(編): 系統別看護学講座 別巻1 臨床外科看護総論, 医学書院, 187-191, 1999.
- 25) 北原哲夫(編): 新版看護学全書 別巻1 臨床外科看護学1, メジカルフレンド社, 76-84, 1999.
- 26) Ziwner, M. M.: Effect of Information on Postsurgical Coping, Nursing Reserch, 32 (5), 282-287, 1983.
- 27) 数間恵子他: 術後老人患者の早期離床促進のための看護プログラム作成に関する研究 3. プログラム試案の効果の検討, 千葉大学看護学部紀要, 5, 29-34, 1983.
- 28) 奥川直子, 城戸滋里: 周手術期患者に実施される看護技術のポイント①症状運動 早期利用, 臨床看護, 19 (6), 804-805, 1993.
- 29) 数間恵子他編集: 手術患者の QOL と看護, 医学書院, 32-33, 1999.
- 30) 高井雅美他: キャリア発達からみた職場意識と看護技能発達に関する研究, 日本看護学会集録 看護総合, 24, 11-14, 1993.

(平成12年5月1日受付)

第 25 回

日本看護研究学会学術集会

講演記事 (2)

平成11年7月30日(金)・31日(土)・8月1日(日)

会長 田島桂子

於 アクトシティ浜松 大ホール・コンgresセンター
浜松市板屋町111-1 TEL 053-451-1111 (代)

◆シンポジウム1◆

「看護教育の改革－自国の特色を生かした教育課程の構築と国際交流」

司 会 の 言 葉

三重県立看護大学 前原 澄子
新潟大学医学部保健学科 尾崎 フサ子

いずれの国においても、保健医療福祉を取り巻く環境が激変している中で、期待される看護職を養成するための、看護教育の改革はどうあれば良いかを検討した。

改革に当たっては、自国の環境特性の理解の上になら、国際的方向性を見据えた教育課程の構築の主題のもとに、米国・韓国・日本からの報告を踏まえ5時間に及ぶ熱心な討論が繰り広げられた。

発達した科学技術の医療現場への導入と、病院中心・疾病治療のケアから、地域中心・ヘルスプロモーション・ケアへの変革に対応する看護教育、高齢化社会・国際化社会のニーズに応え得る看護教育がこれからの課題であるとの両国からの報告は、わが国に共通するものであった。

改革とは、“目指すもの”に近づくこととされた日本からの報告は、学生が看護を創り出していく過程で、“目指すもの”のために自己主張できるように導く教育を用意することの重要性の主張であり、印象的であった。

何を教育していくか。地域のなかで看護を提供

できるように、看護技術を学習する必要がある。大学教育においても看護実践の技術の学習が重要であり、その技術の科学的な考え方がしっかり身につくように、教育していくことが求められる。

また、自国の特色を生かした教育がどのような教育であるかについて、米国では多民族・少数民族が多く、患者の文化的背景を十分捉えて看護していく必要があり、学生には各患者の価値観、文化的習慣を捉えた教育をしている。

韓国からは、宗教に起因する生活及び生命の価値観をしっかりと捉えるように、学生に教育していくことが、今後の課題であると報告された。

日本からは、患者一人一人の命を尊厳し、権利の尊重を意識できる教育をすとの意見が出され、それぞれの国の特性を見ることができた。

今、看護は手を出すべき時である、手を出せる看護者を育てなければならない、看護教育者はもっと政治的関心を持つように教育していかなければならないとの活発な意見が出て最後を飾ったシンポジウムであった。

Health Care System in the United States : Implications for Baccalaureate and Graduate Education

University of California, San Francisco School of Nursing

Maria R. Warda, RN, Ph. D.

Abstract

Over the past 30 years, the health care system in the United States has grown to almost unmanageable proportions and complexity. A complicated mixture of social, technological and economic forces have led to the present crisis. While the need for health care reform is obvious, the shape of the reform is not yet clear. However, the movement from hospital-based and illness treatment care to community-based and health promotion care, is expected to continue into the next century.

As changes in health care delivery inform curricular decisions and challenge the historic emphasis on the acute care setting as the primary focus of clinical learning, faculty will need to reframe their thinking about themselves as nurse educators, about students, and about health care for communities of people. Nursing curricula must be geared toward the changing demographics of the population, new and expanded roles for nurses, and the escalating needs for an international/global focus to health care knowledge and innovations.

Health care in the United States (U.S.) is changing rapidly and will continue to change in the foreseeable future. Technological progress coupled with growth in scientific knowledge, have dramatically altered the way health care is delivered and practiced in the U.S. The free enterprise system of health care with its emphasis on competition and free-for-service payment, as well as the advances in medical science vastly affected the price paid for health care services. Since costs dictate access and quality, the issue most central to the nation's health is the effort to provide and finance adequate health care services equitably for all citizens. We will now look at the complex web of issues, policies, controversies, and problems that surround the U.S. health care system and its implications for nursing education.

Technology

The proliferation of medical technology has been a major factor in rising health care costs. Technological advances encourage a greater reliance on expensive tertiary care to the detriment of prevention and primary care. Since providers are paid according to what

they do, it is in their economic best interest to do more. Thus in the traditional fee-for-service model, the more care that is provided, the higher the level of reimbursement.

Demographics

Two major demographic changes in the composition of the U.S. population present challenges for health care providers well into the next century. First, Americans are living longer today than ever before in history. Improvements in living conditions and lifestyles, and advances in science, medical technology and pharmaceutical therapies have resulted in dramatic gains in life expectancy. Our population is aging and this demographic change has important implications for the nation's health, social and economic institutions.

Second, the racial/ethnic composition of the nation is undergoing a dramatic change. The state of California data serves as an early indicator of population shifts that are occurring across the country but at a slower pace. California accounted for 40% of the immigration for the entire nation in 1991. Projections for the years 2000 to 2050 indicate the U.S. population will be 48% white, 21% Hispanic, 16% African American, and 11% Asian (U.S. Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, Bureau of the Census, 1993).

The Impact of an Aging Population on the Health Care System

Improvement in mortality rates has resulted in increased longevity. The distribution of the

population in the U.S. has shifted with considerable rapidity in both the number and the proportion of the population aged 65 and over. By the year 2030, it is likely that one out of five Americans will be 65 years or older; and the total number is projected to 64.3 million, more than doubling in the 50-year period, 1980-2030. Within the age 65 and over, the number and proportion of the very old have also increased rapidly. Those 85 years and over are projected to be the fastest growing segment of the population (Rice, 1990).

The incidence of chronic illness increases with age and becomes a major cause of disability requiring medical care. Table 1 and Table 2 presents the estimates that have been made of the impact of changes in the age structure of the population on health status,

Table 1 Health Status by Age

Measure	All Ages	17-44 Years	45-64 Years	65& Over
Feeling fair or poor	11.8%	8.3%	22.0%	30.1%
Limited in Activity	14.4%	8.4%	23.9%	45.7%
Needs help in one or more basic physical activities per 1,000 pop.	22.5	5.1	520.6	90.2

Table 2 Utilization Measures by Age

Physician visits per person	4.6	4.2	5.1	6.3
Average length of stay in shortstay hospitals	7.2	5.2	8.0	10.5
Needs help in one or more basic physical activities per 1,000 pop.	22.5	5.1	20.6	90.2

health services utilization to the year 2040. The total population is expected to increase 41%, while the group aged 65 and over will increase 160%. The total number of persons limited in activities of daily living is projected to more than triple. Presently, 30% of total health care expenditures are attributed to the 65 and over population, by 2040 almost half of the expenditures are expected to be made in behalf of the 65 and over population (Rice, 1990).

Racial / Cultural and Socioeconomic Factors in Health Care

The concerns of health care providers is not simply the increasing number of ethnically /culturally diverse patients ; it is the challenge of providing appropriate and quality care to individuals representing an array of cultural values and economic dilemmas. In American society many health care inequalities exist along racial lines. Recent immigrants, members of ethnic minority groups, and the poor are adversely affected because they lack the income to purchase health services, the knowledge of which services to purchase, and the knowledge of how to use the services.

Achievement of a healthy population requires not only health care and preventive care, but also full employment, adequate family income, decent housing, good nutrition, improved opportunities for rest and recreation, and end of fear of violence and discrimination, among others. Studies have shown that there is a relationship between health status, income, and racial/ethnic group. In the United States, Hispanics and African Americans share high

rates of poverty. Prenatal care, obesity and diabetes are considered serious problems experienced by Hispanic women. The highest prevalence of diabetes among Hispanic females with low socioeconomic status may be related to the prevalence of obesity, which in turn is associated with poor diet and eating habits (Juarbe, 1995). African Americans are 1.3 times as likely to die of heart disease, 2 times as likely to die of a stroke, 2.2 times as likely to die of diabetes, 3.2 times as likely to die of kidney disease, and 6 times as likely to be murdered as their white counterparts (Funkerhouser, Moser, 1990).

Financing of Health Care

History reveals some dominant values underpinning the U.S. political and economic system. From its inception, the United States has had a long history of individualism, emphasis on freedom to choose among alternative options, and an aversion as a nation to large-scale government intervention into the private realm. Social programs have been the exception rather than the rule and have arisen primarily during times of great need, such as in the 1930s (the Great Depression) and the 1960s (heightened concern for poor and elderly populations). As costs surged in the 1970s and 1980s, the balance of power in the health care field, changed from the private sector to the government and private insurance companies. By the 1990s the health care arena had undergone radical changes that ultimately revolutionized the financing and delivery of health care.

Prior to the 1960s, most medical costs were

covered by insurance that was provided as part of the benefits package paid by employers for their workers. This system worked effectively for those who were employed and provided reimbursement to physicians and hospitals in a satisfactory manner. Over the years, however, and aging population, increased numbers of people who are not part of the workforce, and increasing costs of insurance to employers have resulted in a situation open for government intervention. With the enactment of Medicare and Medical legislation in 1965, the federal government became the insurer for vulnerable groups—the elderly and the indigent who were not covered by employer-provided health care insurance and were unable to pay for their own health care. Medicare is a federal program for the aged and disabled, and Medical is a jointly funded program of both federal and state governments, with eligibility determined by income and resources (Pulcini, Davis, 1993). Soon after the enactment of these programs it was realized that health care expenditures were rising much faster than the economy, and initiatives were undertaken to address the issue. Over the past 30 years a variety of legislative approaches have been taken to try to control escalating costs. These approaches can be classified as either *competitive*, describing a condition in which forces of supply and demand determine the most efficient allocation of resources, or *regulatory*, which assumes that market forces function imperfectly and that government intervention is required to control costs (Garg, Pinsker, Grace, 1997).

Regulatory Approaches

The reimbursement systems of Medicare, and Medical created intense inflationary pressure on health care costs. Substantial reimbursement was available for increasing hospital revenue for additional procedures requiring new staff and equipment. By creating a surplus of income over revenues, this money went back into further expansion of facilities and staff, ultimately resulting in increased cost. The increased cost, which was not retrievable from public sources, was then passed on to private patients and their insurers, creating inflationary pressures on the entire system. From 1971 to 1983 the major efforts to control costs were through regulatory efforts. None has appreciably slowed the growth in total health care costs.

Two examples of these regulatory approaches are the Professional Standards Review Organizations and the Prospective Payment Systems. With the establishment of Professional Standards Review Organizations, the quality, and cost of hospital care provided under Medicare was to be monitored primarily through mandatory establishment of utilization review committees in participating hospitals. Through review processes conducted under the supervision of physicians, their function was to control medical services such as admissions, diagnostic investigations, and therapeutic interventions provided by physicians to their hospitalized patients. A 1970 Senate Finance Committee Report judged the utilization reviews to be ineffective as an approach to control unnecessary use of institutional care and services.

In 1983, Congress established the Medicare Prospective Payment system (PPS), which replaced retrospective cost-based reimbursement for hospital care with the primary objective of controlling escalating hospital costs. Under PPS, inpatient hospital services for Medicare eligible patients, were bundled into 468 diagnostic-related groups (DRG), with a fixed reimbursement scheduled and adjustments for important factors such as case severity, rural /urban cost differentials, teaching cots, and disproportionate shares of uncompensated care. Despite these major regulatory programs, health care costs continued to escalate at a higher rate than the general economy.

Competitive Approaches

As health care costs have continued to escalate in the past two decades, attempts to contain costs by restructuring the health care market to make cost-effective competition possible have supplemented the regulatory programs described above. The two most common competitive approaches are the use of managed care organizations (MCO). The main feature of managed care that distinguishes it from retrospective and fee-for-service payments is that payment under managed care is prospective and capitated (a fixed per person payment). Under such systems, the managed care entity bears the financial responsibility, as well as functioning as the patient care provider. This means that the organizational focus of care shifts from individual illness care to concern for the health of a defined population; namely the members of the health plan. Thus the in-

centives shift to a case management function in which primary care providers coordinate all care and limit access to costly specialization and hospitalization.

The actions of employers to pressure managed care organizations to constrain their premiums has, in turn, led MCOs, hospitals, and physicians to align themselves through various forms of affiliations into what have become known as integrated health systems (IHS). In general, IHS patients receive a full range of health care services from providers who are affiliated with the system, and there is a coordinated case management and information flow among the providers and health professionals. The services provided by IHSs may include well-ness programs, preventive care, ambulatory clinics, outpatient diagnostic, pharmaceutical, and laboratory services, emergency care, rehabilitation, long term care, psychiatric care, home health care, hospice care. Coordination is aimed at reducing duplication of tests and services and making sure that appropriate providers are used instead of more costly ones (for example, advanced practice nurses instead of physicians, and generalists instead of specialists).

There are limitations to the effectiveness of competitive approaches. It is not yet clear how much of the savings they achieve are due to higher levels of efficiency and how much is due to selection bias (enrolling healthier members). In addition, because the costs of health insurance have escalated, many businesses that once provided health insurance can no longer do so. An increasing percentage of the population has no health

insurance coverage. Of those earning less than \$10,000 per year, 32% are uninsured (Wicks, Curtis, Haugh, 1994).

Because our current health system is comprised of multiple insurers (insurance companies, and health care organizations), considerable administrative costs are incurred. Today 24% of health care dollars are spent on administrative costs.

Finally, one of the most commonly voiced concerns of the public is the lack of choice of plan or of provider. The rise of managed care systems, with restrictions on self-referral to specialists, negatively impacts the strong American value of individual choice.

Changing Nursing Education

As massive changes are occurring in the health care delivery system, nursing education faces challenges in preparing practitioners for the future. Over the past 50 years, much of the emphasis in nursing education has been on preparing nurses to practice in hospital settings. The impact of economics, technological advances, shift of care from hospital to community, the emphasis on health promotion and disease prevention, an increasingly diverse population, and the importance of interdisciplinary collaboration are new challenges and unique opportunities for nursing education. Perhaps the biggest challenge is applying very comprehensive and creative problem solving to the process of reforming and adjusting nursing education to thrive in the face of the ambiguities of the 21st century. The unique opportunity for nursing education is to collaborate with practice settings, to *shape*

practice, not merely respond to changes in the practice environment.

The American Association of Colleges of Nursing (1999) identified five priorities for nursing education within the next decade: 1) the development of skills in critical thinking and clinical judgment should be the top curricular priority; 2)nurses should be prepared to practice across multiple settings; 3)nursing curricula should include content on primary health care, patient education, health promotion, rehabilitation, self-care, and alternative methods of healing; 4)programs should strive for diversity among students and faculty that more closely mirrors society; and, 5)all curricula should focus, at appropriate levels, on case management, health care policy and economics, research methods, quality indicators, outcome measures, financial management, patient advocacy, and management of data and technology.

Development of Critical Thinking Skills

As the discipline of nursing continues to change, define its role in health care, and create nursing knowledge, there is an urgent need to accept critical thinking (CT) as an outcome of highest value for nursing education and practice. Defining CT has been problematic, some have defined it as a set of skills, while others describe it as a process, and others as a combination of skills and characteristics. Kurfiss (1988) views critical thinking as an investigative process that focuses on the goal of the investigation, in order to arrive at a hypothesis or conclusion that synthesizes all available information and

that can be justified.

Nurse educators and researchers have found little evidence to support the view that the nursing process is the most important approach to clinical reasoning, that care plans reflect that process, or that care plans reflect actual clinical performance (Diekelmann, 1988; Gould & Bevis, 1990; Tanner, 1993). In the future faculty must encourage students to participate in their learning process both individually and as a group. Coursework and strategies for teaching need to encourage students to think actively, explore situations and open their minds to new ideas and different perspectives. Students must learn to think conceptually and translate concepts into practical problem-solving. For example, several strategies for fostering CT are using case methods for presenting materials, role playing, group activities that encourage problem-solving, and using the debate forum for examining new ideas. Strategies for fostering independent thinking might include having students develop portfolios that incorporate their own goals and objectives for learning within each course and clinical setting, and developing their own topics for discussion that incorporate clinical problems from practice. Students come with a variety of experiences and knowledge and we need to build on these differences. By having the students take an active role in defining their own learning needs, the learning experience incorporates diversity of abilities and encourages the active sharing of knowledge. Faculty can then become facilitators of learning instead of “feeders”.

Focus on Community-Based Care

As community-based health care delivery becomes an increasingly prominent feature of the health care system, nursing education programs are being challenged to prepare students for a broader array of practice roles and responsibilities to meet the workforce demands of an ever-changing health care environment. As more health care-including high tech and invasive care-is delivered in community-based settings (e.g., schools, churches / temples, the workplace), nurse educators must ensure that students have a substantial portion, if not the majority, of their clinical learning experiences in such settings. A community-based nursing curriculum can provide the foundation for a thorough study of major family and community theories. This curriculum also provides opportunities for faculty and students to explore nursing interventions that consider the cultural, social, political, ethical, ecological, and economical factors affecting health in the U.S. and around the world. The development of nurses' community health knowledge must also include a global perspective, with an awareness of the health care needs, health care advances and trends in other nations.

Bellack (1998) described how community-based practice experiences offer a number of advantages that typically are not available in acute care settings. Specifically, community-based practice experiences provide students with:

- Greater autonomy and independence, thus fostering critical thinking, creative problem-solving, and professional role development.

- Greater opportunities for innovation and risk taking, less encumbered by the complexity and regulations of the hospital bureaucracy.
- Exposure to a wider array of nursing roles.
- More experience with primary care, with numerous opportunities to practice health promotion and illness prevention.
- Opportunities to "live" the cultural context of health and learn the realities of health care in the daily lives of people and communities.
- Experience with the ethical, economic, political, and social realities of health care, from which students may be insulated in acute care settings.
- Opportunities to develop broad competencies, such as effective communication skills, coordination and case management of care, interdisciplinary teamwork, patient advocacy, and a recognition of personal and institutional accountability for cost effectiveness and clinical outcomes of a defined population.
- Increased understanding and appreciation of the use of alternative methods of healing (e.g. herbal remedies, acupuncture).

Communities need ongoing, continuous, integrated health care. The advent of integrated delivery systems makes it more possible than ever to provide students with an integrated continuum of learning experiences with a given community or population. Nurse educators must rethink the usual ways of structuring learning activities, which often act as a barrier to effective partnership with communities. Faculty must let go of the

notion that every group of students must have the same prescribed experiences. For example, instead of requiring each group of students to conduct a comprehensive assessment of the same community or home health client, the learning experience could begin where the individual client or community is at that point in time and build on what has been assessed previously, updating and validating as needed. This would eliminate each group starting at the beginning, and consequently, no group getting much beyond the assessment phase in the space of an academic term. This standard of educational practice not only violates the best interests of the patient or community, it fails to provide students with opportunities to develop flexibility, adaptability, and teamwork that will be demanded of them in practice. The development of sustainable partnerships with communities offers ways to simultaneously meet the learning needs of students, the practice and research needs of faculty, and the health care needs of communities.

The Challenge of Increasing Diversity in Nursing

Leininger (1991) relate that each cultural group makes decisions regarding their health or well being; decisions about which food to eat, how to handle aches and pains, whom to consult when one does not feel well. Such decisions are strongly influenced by cultural values, traditions, and social structure. Presently less than 10 percent of the over 2 million nurses in the U.S. come from ethnic minority backgrounds. As a health care dis-

cipline, it is critical that nursing recruit individuals into the profession who reflect the population that nurses serve. Efforts by practicing nurses and nurse educators to understand the question, "Who is our consumer?" will lead to changes in educational programs, research strategies, and clinical practices to respond to the shifts that are occurring in the nation's population.

Nursing education programs must strive for an ethnic and racial diversity among students and faculty that more closely mirrors society. This will require more aggressive recruitment and retention programs. Such activities include early academic outreach programs targeting junior and high school students; financial assistance; access to mentoring and role modeling programs; recruitment and support into graduate programs in nursing; and support for entry and progression into faculty roles. Other types of diversity also need attention; for example, the entry of men into nursing is gradually increasing and should continue to be encouraged. Schools must produce nurses capable of providing care that is of high-quality, cost-effective, accessible, individual as well as population based, culturally relevant, and focused on the whole person across the life span.

New Teaching Strategies and Technologies

As nursing moves into the 21st century there are many instructional options potentially available for use in the classroom, in community settings (e.g., patients' homes), and in acute care centers. Effective use of tech-

nology places expectations on the teacher to serve as a facilitator or resource person. An understanding of the pedagogical advantages and disadvantages of the use of new technologies is imperative for the faculty to ensure that assignments are appropriate for meeting course objectives.

Computer conferencing has only recently gained momentum as universities increasingly seek efficient alternative ways to provide distance education to learners in rural areas. A question posed by the teacher is responded by all class members who will each have the opportunity to read their peers' answers. Dialogue across miles is thus facilitated as learners acknowledge and reply to one another's comments at times convenient to them.

Within an early decade of the 21st century it is realistic to expect that nursing education will incorporate virtual reality experiences into undergraduate and graduate curricula. Such opportunities will allow students to actually practice psychomotor nursing skills on a simulator using the exact motor movements they would in the clinical setting. These scenarios will provide learners with the stimulation of conversation with the patient in a replicated environment like that in which an actual clinical interaction would take place.

Many concerns have been generated by these nontraditional approaches to nursing education. When educational offerings are delivered off-campus, maintenance of program quality and integrity is always an issue. Another issue is the extent to which socialization toward role behaviors and values of the

profession can occur when students are not in residence and do not have regular, ongoing interactions with nursing faculty. It is clear that these issues will continue to challenge educational institutions and their faculty.

Issues in Undergraduate Education

Preparation of nurses at the baccalaureate degree level is the minimum qualification to function in professional practice roles. Baccalaureate students should be skilled in delegation as well as in case management and system management, should be provided with learning and practice experiences in diverse settings, and should acquire skills in planning and integrating care for patients across health care settings.

Leadership and organizational skills must be presented in an experiential context both within the classroom and in the clinical setting. The development of skills such as delegation and supervision, must begin in the entry level courses and strengthened throughout the program. For example, students need to learn through the use of patient vignettes (case examples) that focus on patient problem identification and identification of nursing actions/tasks. Then they need to decide what type of nursing staff is required to provide nursing care. Students must then learn the responsibilities involved in delegation for ensuring quality of care within ethical and legal frameworks. A supervised clinical experience should accompany this learning so students have an opportunity to practice the skills of delegation and supervision prior to graduation.

The model of case management is excellent to teach students to assess and provide patient care across the continuum. For example, clinical sites need to be arranged to allow for multi-level learning experiences. This would enable the student to remain in one setting and build on their expertise from pre-admission through post-discharge (homecare /community interventions).

Nursing students need to develop an understanding of healthcare costs and fiscal management, politics /policy development and ethics. Classes need to provide opportunities for analyzing current nursing and healthcare issues and their implications for the future. A political awareness must be installed while they are students in order for them to become involved in the political and policy development process. Opportunities for professional nurses in all areas of the healthcare spectrum must be explored, such as the insurance industry, health maintenance organizations, professional organizations, such as political action committees and community groups.

Issues in Master's Education

At the master's degree level, the issues closely reflect the rapid changes in the profession and in clinical practice. In addition, they reflect the social cultural, and technological transformations under way in society. The rapid changes in undergraduate nursing education as well as in advanced practice roles have resulted in many challenges to the content in master's degree programs. Given the agenda in the 1990s for reform in health care delivery, clinical practice in nursing has been

changing rapidly, especially for nurses in advanced practice roles. Increased opportunities for advanced practice have become available across the entire continuum of care. Nurse practitioners typically practiced in primary care settings but now are used in acute care settings. In response to increased opportunities, there have been dramatic increases in graduate enrollments for a variety of advanced practice roles. Yet consensus does not exist on the best approach for preparation of advanced practice nurses and the type of curricular content that is appropriate for specialization and practice.

The need for standardization in educational programs with a more uniform approach to preparation for advanced practice roles presents a major challenge to nursing education. The American Association of Colleges of Nursing, (1999) identified the chief priority for master's curricula to be the preparation of advanced practice nurses (APNs). However, schools should continue to offer specialization for students who choose to pursue indirect care roles—such as management, and informatics—to prepare leaders in systems of care.

As we rapidly move into a global community, program standardization becomes a challenge from another perspective. The need to consider standards beyond the United States must be dealt with as more international students seek education in American programs. Major variation exists in the health care and educational systems in the world community.

Another challenge relates to rapid scientific advances and technological changes and their

impact on both process and content in graduate education. For example, the breakthroughs in genetics for both diagnosis and treatment of a wide range of conditions present both challenges and opportunities for nursing education and practice. Certainly information technology continues to change the way we carry out our personal and professional responsibilities. One result, however, has been ongoing debate about how it should be incorporated into graduate learning experiences. The same challenges exist with all the enabling technologies that are available in the patient care environment. It presents major challenges in terms of curriculum content, faculty proficiency, and program resources.

Issues in Doctoral Education

At the doctoral level, the issues reflect the evolving trends in society, the field as a whole, and specially the changes in the discipline and science of nursing. The broad goals of doctoral education are to prepare nurses who will expand the scientific knowledge base for the field through research and scholarly activities, and serve in leadership capacities in a variety of arenas within society and nursing. Historically, the majority of doctoral programs have focused on teaching “process” courses such as research methods, statistics, and theory development. More recently, a distinct move is evident toward focusing on substantive courses in the discipline of nursing. This movement has been motivated by the expansion of the research base of nursing and the number of nurses

engaged in knowledge generation. The consensus within the field at present is to endorse diversity of theoretical and research approaches, because it is deemed premature at this juncture to dictate a uniform approach. It is felt that such diversity makes for richness and enhances the discipline (Redman & Ketefian, 1997).

In view of the rapidly diversifying population in the U.S. and the globalization of many universities and industries, doctoral educators need to ask themselves what the impact of these societal changes are for what they teach. Ketefian and Redman (1995) contend that U.S.-developed nursing science does not possess global characteristics, and international nursing issues and global content do not feature significantly in doctoral curricula. Another area of concern in doctoral education, is that while we do a good job in socializing doctoral students for careers in research and scholarship, we do not pay sufficient attention to providing experiences that will prepare students for faculty positions. These issues need to be examined in order to generate recommendations for addressing them at the national and individual program levels.

International Exchange Programs

International exchange is becoming a reality for many schools of nursing that would not have considered it as part of their scope 5 or 10 years ago. Rapid changes in our world are not only facilitating more international exchange but demanding it. Having fallen behind in meeting many basic needs of the population, we are increasingly forced to look

internationally for health care models. Nurses have a vital role to play in primary health care in both developing and developed countries. International exchange is a viable method of increasing our knowledge and ability to meet the needs of our population, and to educate nurses prepared to deal with nursing practice in the future.

International exchange activities may include faculty exchange or consultation, project and research collaboration on common problems, joint publications, sharing of ideas and resources, student exchanges and sharing of courses, materials, and resources from both institutions. Numerous models have been developed and implemented for international exchange in schools of nursing with various degrees of success. The most important concept is that the model be feasible, for no two institutions or schools will or should have identical programs.

In international faculty exchange programs between schools of nursing, knowledge acquisition and innovation in nursing education and practice approaches, occurs for both parties in the exchange experience. For example, the exposure to other countries' primary health care models and projects has influenced the development of both inner city and rural models in this country by U.S. nursing faculty and students, demonstrating the leadership of nursing in providing primary care. The testing of U.S. theories for relevance in other cultures and countries could also be a valuable step for developing more universal nursing theory related to health and responses to disease.

In 1994, 449, 749 foreign students were enrolled in U. S. universities, the largest foreign population of students in the world (Davis, 1994). Many of these students are supported by their government or home institutions in hopes that the education they gain will provide them with the professional, social, and personal skills required to play meaningful leadership roles in their societies. To ensure student retention and successful adaptation to the U.S. culture and educational system, educational exchanges must be planned carefully. The first step is to assess the needs of the international students, faculty, and school and to identify the necessary resources.

The effect of international exchange on schools of nursing in the United States is just beginning to be realized. International exchange programs have exposed students and faculty to other cultures' beliefs and health care models. They are having a major impact on developing a more culturally sensitive approach to health care around the world.

Summary

The challenges ahead for the nursing profession are plentiful. While our course is far from clear, we have a wonderful diverse supply of courses of action to pursue in meeting our challenges, and these will be tested in decades ahead. Because nursing needs to be responsive to the health care arrangements that come about as a result of societal trends, we cannot know today what the final shape of our nursing practice and education will be. With this in mind, let us remain open to a diversity of ideas and strategies

to succeed in our quest for accessible, quality, cost effective health care for all.

References

American Association of Colleges of Nursing (1999). A vision of baccalaureate and graduate education : The next decade, *Journal of Professional Nursing*, 15(1), 59-65.

Bellack, J. P. (1998). Community-based nursing practice : Necessary but not sufficient. *Journal of Nursing Education*, 37(3), 99-100.

Davis, T (1994). *Open doors, 1993-94*. New York : Institute of International Education.

Diekelmann, N. (1988). Curriculum revolution : A theoretical and philosophical mandate for change. In *Curriculum revolution : Mandate for change*. (NLN Publication No15-2224, pp137-157) New York : National League for Nursing.

Funkerhouser, S. W., Moser, D. K. (1990). Is health care racist? *Advances in Nursing Science*, 12(2), 47-55.

Garg, M. I., Pinsker, E., Grace, H. K. (1997). Controlling health care costs : Regulation versus competition. In J. M. McCloskey, H. K. Grace (Eds.), *Current issues in nursing*. (5th ed.), St Louis : Mosby.

Gould, J., Bevis, E. (1990). Here there be dragons, *Nursing & Health Care*, 13(3), 126-133.

Juarbe, T. (1995). Access to health care for Hispanic women : A primary health care perspective. *Nursing Outlook*, 43(1), 23-28.

Ketefian, S., Redman, R. W. (1995). Nursing science within the global community. *Proceedings of the National Forum on Doctoral Education*. Ann Arbor, MI : The University

of Michigan School of Nursing.

Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York : National League for Nursing Press. Pub. No. 15-2402.

Pulcini, J., Davis, C. K. (1993). Health care financing : Politics and policy. In D. J. Mason, S. W. Talbott, J. K. Leavitt (Eds.), *Policy and politics for nurses*. (2nd ed.), Philadelphia : W. B. Saunders Company.

Redman, R. W., Ketefian, S. (1997). The changing face of graduate education. In J. C. McCloskey & H. K. Grace (Eds.), *Current issues in nursing*. (5th ed.), St. Louis : Mosby.

Rice, D. P. (1990). The medical care system: Past trends and future predictions. In P. R. Lee, C. L. Estes (Eds.), *The nation's health*. Boston : Jones & Bartlett Publishers.

Tanner, C. A. (1993). Research on clinical judgment. In W. L. Holzemer (Ed.), *Review of nursing research in nursing education*. New Jersey : Slack.

U. S. Department of Commerce, Economics and statistics Administration, Bureau of the Census. *Statistical abstracts of the United States 1993*. (113th ed.), Washington, D. C. : Author.

Wicks, E. K., Curtis, R. E., Haugh, K. (1994). *Designing health purchasing alliances / cooperatives: Federal policy issues and options*. Washington, D. C. : Institute for Health Policy Solutions.

Nursing Education in Korea

College of Nursing, Seoul National University

So Woo Lee, RN, Ph. D.

Abstract

One of the primary goals of nursing education is to provide an environment in which the student can develop cognitive, affective, and psychomotor skills to practice professional nursing independently and collaboratively. Before 1945, Korean nursing education was far from reaching this goal. Concepts from modern Western nursing were introduced after the Korean War (1953) from the United States.

Developments in nursing service and education are complementary. One accomplishment of nursing education during the 40 years since 1953 is its independence from the medical faculty. The educational contribution to the clinical development of nursing is within the context of human resource development and the search for new knowledge and innovation in nursing.

The expansion of education set the pace for the growth of nursing and called for an increasing number of skilled practitioners. In qualitative terms, education in nursing improves nurse's innovations toward quality care.

But quality of education has not shown a

commensurate improvement. Quality of education depends on the conditions for education, which include educational content, teaching methods, and quality of the faculty, facilities, financing, evaluation methods, and research. Schools are evaluated in terms of how they balance these resources. Educational development of baccalaureate and graduate programs is contributing to the public image of nursing. The public is becoming aware of nursing as a profession as well as a science.

Studies of nursing education in Korea may be of great significance to highlight current problems in public health and the availability of personnel in the health sector in Korea. People increasingly value their quality of life. The scope of patients in the nursing field is broadening from maternal to terminally ill patients, from patients with preventive to rehabilitative needs, from adaptive to maladaptive patients in a stimuli environment. Nursing education creates not only the methodology of the patient's care, but also public awareness of the significance of health promotion and quality of life.

In relation to the nursing patient's needs for a healthy life, Korean nursing education

should provide contents based on the country's culture. Presently, the Korean curriculum contains characteristics closely related to the American's nursing curricula.

The rapid economic development, changes in people's health needs, an increasing number of elderly people, and rapid developments in technology and international relations have changed the concept of nursing education and nursing service in Korea. As we move closer to the 21st century, we are faced with not only changes in the quality of care and contents in nursing, but with a structural change as well. The new values we encounter epitomize the information society. We must prepare ourselves for the challenges of this new era.

The present system of clinical nursing and nursing education in Korea is not only unable to produce excellent manpower for the future, but is incapable of providing any solutions to the problems besetting the Korean nursing sector of today. There is an urgent need for restructuring the present clinical nursing system as well as redirecting the nursing education contents in a more productive direction.

I think the Korean experience with nursing education may be potentially valuable in appraising nursing of both developing and developed countries.

Introduction

I think nursing education in Korea is one of

the most conflicting science fields, influenced both by oriental and occidental ideas and values.

Modern nursing education in Korea has developed for over one century. Nursing science has been a special academic field, with education taking place both at school and training at practical settings.

In Korea most of the students in nursing schools are women. This is one unique characteristic of Korean nursing education. In the beginning of nursing education in Korea, women's social role was extremely limited. Women's activities were limited to household chores; any social "career" was prohibited. Women's education was facing great difficulties. In addition to this, nursing education had other problems: nursing science is based on the occidental culture, the ideology of freedom, and its basic contents are to provide humanistic care to everybody, not only one's own family but also others, men and women alike.

Influenced by Confucianism, having social occupations was prohibited for women. At that time, Korean society was based on a hierarchy of gender. This hierarchy of gender has greatly influenced the medical and nursing field. Now it is considered normal that women are taking up nursing care, whereas men will predominantly chose medical practice.

Considering people's health and quality of

life, education of health care professionals and their practical roles and capabilities should follow integrated guidelines with balanced progress.

Korean nursing education has been influenced both by the European and American systems. There have been great troubles in establishing a characteristic Korean education system for nursing.

Presently, we have 3 and 4-year (B.S.N) nursing colleges, which provide identical licenses for registered nurses. Therefore, integration of those two educational systems is one of our main goals. To do so, we have to assess the strong and weak aspects of both systems, have to evaluate graduated nurses, and also have to define their role function systematically. In order to achieve this goal, it is essential to grasp the needs and viewpoints of our people and professional health caregiver's opinions about the Korean nursing educational system. Nursing education should develop towards both academic accomplishment and practical experience in nursing.

1. General Background of Korea

Koreans have been a very homogenous people since ancient time, with no cultural or traditional deviations. Korea has a 5,000-year history as an independent nation, and has built her own tradition of society and culture. Confucianism became the guiding ideology of during the Yi Dynasty (1392-1910). This great code of human relationship and social structure set behavioral and traditional patterns which still greatly influence the

present day life in Korea.

Population Trends and Economic Overview

Korea's annual population growth rate in 1960 was around 3%. Since that time, the rate has been decreasing steadily due to economic development and a successful family planning program, which was started in the early 1960s. As a result, the annual growth rate has remained below 1% since 1985. Based on a 1994 census, Korea's growth rate is expected to decline further, reaching zero growth around the year 2020 with a total population of 50.58 million. The projected total in 2020 for both South and North Korea is 88 million (Table 1).

The mortality rate has been decreasing from 12.1 per 1,000 in 1960 to 6.7 and 5.8 per 1,000 in 1980 and 1990, respectively. Infant mortality has also been decreasing rapidly. There were 62.3 deaths per 1,000 newborns between 1955 and 1960, but this rate improved to 17.3 and 12.0 deaths per 1,000 in 1980 and 1990, respectively. The maternal mortality rate decreased from 8.8 per 10,000 in the 1960s, to 4.2 and 3.0 per 10,000 in 1980 and 1990, respectively. Following a decreasing birth rate since the 1960s, ratio of Korea's population under 15 years of age has decreased continuously from 42.3% in 1960 to 22% in 1998. 71.1% of the population is between 15 and 64 years old, and 25.3% is under 15 years old in 1995. The ratio of people over 65 increased from 2.9% in 1960 to 6.8% in the year 2000 (Table 1).

A graph depicting age distribution in the past, especially in 1960, was pyramid-shaped, a typical structure for less developed countries. However, the pattern has become bell-shaped as a result of low birth rates and low mortality rates. In the near future, this will change to a post-shape, like in advanced countries, which have a relatively low birth rate (Fig. 1). Reasons are developments in health and medical science, living standards, improvement in nutrition and an upgraded quality of health and medical care, resulting in a longer life expectancy.

With the declining death rate as a result of improved sanitary standards, advanced medical technologies, and economic growth, the average life expectancy of Korean has been increasing, reaching 68.8 years of age for male and 76.1 for Korean female in 1996 (Table 2).

As of 1997, the population in Korea was 46 million, with nearly one-fourth (10.47 million) of the people living in Seoul. As a result of higher life expectancy and sustained implementation of birth control, annual population growth has declined to 0.98 percent. Population density is one of the highest in the world, with 455 people per 1 km².

In 1995, out of 34,210,000 people aged 15 or older, 30.2% were single, 61.2% married, 7.5% widowed and 1.1% divorced (Fig. 2).

Korea has achieved remarkable economic and social progress through a series of five-year economic development plans launched

from 1962. The success of this approach is clearly shown by the fact that from 1962 to 1990, Korea's gross national product grew, in real terms, by an average of 8.5 percent p.a., and reached \$2.3 billion at the start of the first five-year development plan. During the same period, per capita GNP increased from \$87 to \$5,883 and an estimated \$10,000 for 1996 (Table 3).

Health Status, Health Care System and Health Manpower

The rapid economic development of Korea has brought about dramatic improvement in the health status of Koreans.

The leading causes of death in Korea were infectious disease such as tuberculosis, pneumonia, bronchitis, and gastroenteritis. The tuberculosis death rate, which was high in the past, has been dramatically reduced to 19.2 deaths per 100,000 persons for 1983. The current tuberculosis death rate is still high compared with developed countries and stands at 10.4 deaths for 1992 (Table 5). Current major causes of death are chronic diseases of the circulatory system and malignant neoplasm (Table 6).

In Korea, the mortality rate for coronary heart disease (CHD) is only 12.5 per 100,000 people in 1992. Korea has an unusually high mortality rate from liver and stomach cancer. For 1992, those rates stood at 30.6 deaths per 100,000 people for stomach cancer, and 23.7 deaths for liver cancer.

Due to industrialization, urbanization and aging of the population in the past years, the demands both in quantity and quality, for health and medical and nursing care services have increased. Health and medical care in Korea is unevenly distributed, depending on medical care resources. Mandatory health insurance for the whole nation increased demands for health care and revealed that more health manpower and facilities are needed. The crucial issue of the health care system in Korea is the improvement of accessibility, equality and availability of health care at lower costs for a majority of people.

At the end of 1996, there were 271 general hospitals, 516 hospitals, 30,175 clinics, 14 dental hospitals, 8,761 dental clinics, 81 oriental medical hospitals, 6,172 oriental clinics and 161 midwifery facilities in Korea (Fig. 4). There are classifications of medical qualification according to size and services (Table 7).

In 1998, there were 41 medical schools, 11 oriental medical schools, 11 dental schools, 113 nursing schools, and 20 pharmaceutical schools. There were 3,300 medical students, 760 dental students, 750 oriental medical students, 11,125 nursing students and 1,301 pharmaceutical students in 1998 (Table 8).

At the end of 1997, there were 507,315 licensed medical personnel. Of them, 59,399 were physicians, 9,299 oriental medical doctors, 14,371 dentists, 127,145 nurses, 197,788 nurse's aids, 8,447 midwives, 85,517 medical technicians and 5,349 medical record officers

(Table 9). At the end of 1997 one physician served 736 patients, one nurse served 372 patients, one oriental medical doctor served 4,999 patients, a dentist served 2,992 patients and a pharmacist served 1,004 clients.

Figure 5 shows the number of health related personnel per 100,000 people. The number of health related personnel has increased in the last decade, but is still lower than in developed countries.

The prevention of chronic diseases in adults is most important, because most chronic diseases exhibit no symptoms and are not detected until the terminal stage. Currently, the mortality rate from chronic diseases (or "non-infectious" diseases) show a rapidly increasing trend because of the aging of the population, change in dietary habits, an increase in the smoking population, and a decrease in physical activities. The crude mortality rate (per 100,000 population) for major chronic diseases in adults in 1996 were malignant neoplasm 111.9, cerebra-vascular 74.7, hypertensive diseases 13.8, chronic liver disease 27.3 and diabetes mellitus 17.4 (Table 10).

Therefore, our focus is on preventive treatment, public information campaigns, and the 13 chronic disease screening centers of the Korea Health Control Association (KHCA), where screening at low cost is offered, utilizing mobile screening teams.

2. General Education and Nursing Education

Since the Education Law was promulgated in 1949, a ladder-type school system has been in use (the current school system is 6 years of elementary school, 3 years of middle school, 3 years of high schools and 4 years of university or college). (Figure 6).

Even in the midst of the tragic Korean War, education continued incessantly in makeshift barracks and outdoor classrooms. While going through these dark days, education became inclined toward a functional orientation, emphasizing its role in the revival of Korean education to fulfil the missions of overcoming the national crisis and leading to reconstruction. The "Wartime Emergency Education Act." promulgated in 1951, showed Korea's strong will in continuing educating their children even in the confusion of war.

The 1970s are characterized as the "decade of fundamental reform" in education. In the educational sector, reforms were directed toward the major goal of producing self-directed and future-oriented Koreans.

The rapid process of economic and social change gave birth to new concepts such as lifelong education and adult education. The opening of the "Korea Air and Correspondence College" in 1972 was recognized and described as a delayed means of releasing a bottleneck on the way to tertiary education.

The bachelor's degree examination program for the self-educated, recognized as a college education equivalent, was formally launched in 1990. After a four-year study, in order to normalize high school education and extend university autonomy, a new system for college admission tests was announced in April 1991, and implemented in 1994. Riding on the ongoing wave of reforms and in response to aspirations of the people, the Commission on Educational Reform worked on the creation of the "New Korea".

In terms of the historical overview of Korean nursing education, I will present briefly here.

Historical Overview

Korea first became interested in Western medicine in the early 1900s. Medical care in Korea was available only to the wealthy and royalty and was administered in their homes by traditional medical practitioners. The vast rural population and ordinary people received care only from their families or traditional healers. The first modern Western hospital in Seoul, established in 1899 by the government of Korea, has developed mainly in urban areas. Health care for rural areas continued to be underdeveloped until the Ministry of Health and Social Affairs proclaimed the Mother and Child Health Law in 1973.

Between the early 1900s and the late 1940s, there were no major changes in the development of nursing education and practice. From the beginning of nursing education in Korea,

nurses and midwives were trained by Western missionary nurses at Christian hospitals or by hospital schools operated by the government. Nursing education development owed its impetus to efforts of two distinct groups: the government and Christian missionaries. In 1913 regulations concerning the education of nurses and midwives were proposed, and became law in October 1914. Qualification tests for nurses have been in place since 1914, testing both theoretical and practical knowledge (Table 12-1). Testing was done on a provincial level until 1962. In 1962, the law was revised to require licensing which could be obtained by passing a national examination after graduating from a nursing school in either a 4 or 3-year program.

After Korea's liberation in 1945, the Nursing Bureau at the Ministry of Health and Welfare was set up to work toward the standardization of nursing education. However, until 1973, there was neither any standardization for entrance requirements, or for any course length for nursing education institutions. Until 1973, there had been two different educational systems for nursing: secondary school education and higher education. The former system was a high school nursing level (6-3-3), the latter system was divided into two levels: one a junior college level (6-3-3-3) and the other a university level (6-3-3-4). The nursing curriculum in high school and junior college was the same length and content, differing only in entrance requirements.

The first students in a bachelor's degree program in 1955 admitted at Ewha University in Korean graduate program in nursing started at the master's level at Ewha University in 1960 and at the doctoral level at Yonsei University in 1978. The first nursing educator completed a doctoral degree in nursing at Yonsei University in Korea in August 1982.

Concepts of modern nursing were introduced after the Korean War (1953), mainly from the United States. Nursing education based on modern concepts has stimulated the development of new nursing knowledge and clinical research. Since 1967, the Ministry of Health and Social Affairs initiated a preparatory program for nurse's aids.

Four-year Baccalaureate Programs in University

Higher education aims at conveying knowledge of fundamental academic theories and their various applications, as needed for the progress of society and the global community, thus fostering personalities capable of leadership. The period of study in a nursing college is four years.

As of Jan. 1999, there are 48 Bachelor's Programs (8 national and 40 private schools) in Korea (Table 13).

Three-year Diploma Program at Junior Nursing Colleges

High school graduates and those with an equivalent academic background may apply for junior vocational college. Admission to

junior nursing college is determined on basis of school achievements, scholastic achievement test scores, interviews and aptitude tests.

Although junior nursing colleges put emphasis on practical education aimed at producing mid-level technicians, this is not necessarily an end to schooling. It keeps doors open for students to continue education at universities: R.N., B.S.N. courses, the Korean Air and Correspondence University, and self-study as an alternative to a Bachelor's degree. At present, there are 65 Junior Nursing Colleges (4 national and 61 private schools) in Korea (Table 14-1 14-2).

Graduate School

There are 36 general graduate schools attached to general universities for a master degree in nursing and 15 schools have doctoral programs in nursing (Table 15). The goal of graduate schools is to pursue university education more deeply and to enhance the creativity and leadership of academic research.

With increasing demand for high-level manpower, the government has embarked on ambitious programs to advance graduate education by means of reforming curricula, teaching and evaluation, raising academic standards of dissertations, reinforcing the number of teaching staff, and recruiting qualified professors. Other measures include an emphasis on basic sciences and an increased number of scholarships in areas of strategic importance. At present, there are

about 340 nurses with a doctoral degree and about 3,000 nurses with a master degree.

3. Current Status of Nursing Education

General Characteristics of Nursing students

All applicants to a nursing university, college or junior college must be graduates from high school, have passed the qualifying examination for high school graduation, or be graduated of schools recognized by the Ministry of Education as being equivalent to high schools. All applicants must take the college entrance examination prescribed by the government after they have selected a college and submitted relevant application forms. Universities or colleges select their first-year students on basis of the composite score of the scholastic achievement examination for college entrance, high school grades, and an essay test conducted by each university or college.

Most students first apply for a 4-year college or university and then, if they fail, may decide to take the junior college entrance examinations. The junior college entrance examination is held after 4-year college entrance examinations are finished. Some students will wait to take university entrance examinations again the following year.

Nursing Faculty in Korea

Doctoral programs in nursing started to provide a qualified nursing faculty. According to 1987 Ministry of Education data, professors of nursing with doctoral degrees

account for 10 percent of the total faculty. However, there has been an increasing number of professors with doctoral degrees since 1990. As a 1998, almost 90% of professors in 4 year nursing schools are doctors.

There are almost 800 educators (included part-time instructors) in 4 year program schools, and about 1,300 educators in 3 year programs in nursing schools in Korea (Table 16).

The Learning Environment for Nursing Education

The Ministry of Education has evaluated nursing schools only for academic affairs, such as the number and qualifications of students and the faculty and for facilities for teaching nursing. However, the Ministry of Health has focused on licensing of registered nurses (RNs) and legislation of RN activities. All 4-year baccalaureate programs in universities use university hospitals for clinical practice in the medical-surgical sector, maternal childcare, and psychiatric care. Community health nursing practice takes place in public health centers operated by the government. There are many problems related to clinical experience for students of 3-year junior colleges. Many junior colleges were established without connection to a practice hospital. With the exception of several schools with good clinical experience, most of the 3-year program schools have major weaknesses in the provision of practical education. The faculty is continuously looking for government or private hospitals to provide

clinical experience. If the college can not find appropriate hospitals for practice, the students may not have the minimum experience necessary. Even if most clinical experience for physiological care can be found, psychiatric care experience is more difficult to obtain. Students use summer or winter vacations for 1 or 2 months of experience in psychiatric care at public or private psychiatric hospitals.

The 4-year bachelor program colleges, except the six colleges of nursing, are under control of the Dean of the College of Medicine, and thus do not have control over a budget for operating academic affairs. Requests for teaching equipment for the nursing arts laboratory and classrooms are handled by the university.

Continuing Education System for Bachelor's Degree in Nursing

1) Korea Air and Correspondence University (B.S.N. Program after R.N.)

In order to give opportunity for higher education based on the ideals of lifelong education; to expand social education for the promotion of the intellectual level of the nation and to offer chances for development, Korea Air and Correspondence University was established. The genesis of this university was a junior college established in 1972, which offered two-year post high school courses. By 1982, Korea Air and Correspondence University developed into a sprawling institute offering one junior college course and 8 bachelor's degree courses. The number of

admitted students in nursing program is 2,500 students p.a.

No examination is needed to gain admission. Entrants are selected through documentary screening and the period of study for graduation ranges from four to ten years.

For the convenience of provincial students, lecture applications can be made at 29 city and provincial education centers.

Since the beginning of the nursing program at the Korea Air & Correspondence University, 5,481 students graduated with a B.S.N. degree (Fig. 7).

2) Self-study as an Alternative to a Bachelor's Degree (after R.N.)

Through a standard examination conducted by the government, self-study has been recognized as a new way to a bachelor's degree for those young people and adults, who have a high school diploma but have missed the opportunity for higher education because of financial difficulties or lack of time.

The self-study system as an alternative to a bachelor's degree has been implemented since 1990 on the basis of the "Self-study as an Alternative to a Bachelor's Degree Law."

The nursing fields were set up by the implementation of the self-study system as an alternative to a bachelor's degree. The process of obtaining a bachelor's degree through self-study requires passing a four-stage examination. There are 120 nurses who earned a

B.S.N. degree from the examination since 1995 (Table 17).

3) B.S.N. Courses for R.N. at Universities

17 Universities have provided a different Bachelor's degree program in nursing for registered nurses that graduated from a 3-year program school from 1995 (Table 18). This program is one of the lifelong educational system for nurses who want to earn a Bachelor's degree. Since the establishment of Chodang University B.S.N. program for R.N. at the University in 1995, 17 Universities with an annual enrollment of 1100 students have been established. The students should take almost 70 credits for the degree. The number of nurses to earn the B.S.N. degree since 1995 is about 550.

Health Care Application and the Role of Nursing Personnel

There are two health care application systems in Korea. One is offered by the private sector, the other one is conducted by the public sector. The private health care system is mainly a hospital-based medical care service. The public sector provides community health services at health centers as well as medical care services at hospitals.

According to statistics of the Ministry of Health and Social Affairs from 1997, private clinics and hospitals account for more than 95 percent of all medical facilities, employ 72 percent of physicians, and hold 72 percent of total hospital beds. However, most private sectors are concentrated in urban areas. In

Korea, although only about 68 percent of the population live in urban areas, 92 percent of physicians and 86 percent of hospital beds are located in the cities. Thus access to medical care for the rural population is scarce. Moreover health care problems faced by the rural population are complicated by geographical and socioeconomic conditions. Significant health problems in rural areas are inadequate maternal and child care, low immunization levels, unsanitary living conditions, inadequate acute disease care, and inadequate care for the elderly.

Responding to these shortcomings, the government established a special law for rural health care in 1981. This legislation included support for the training and development of professional nurses as Community Health Practitioners (CHP) to deliver public health services in remote rural communities. According to this special law, the CHP was specified as a registered nurse with 6-months additional training as a community health practitioner. A total of 2000 CHPs has been recruited countrywide through local governments.

4. The Future of Nursing Education in Korea

More and more demands will be continuously placed on baccalaureate nursing programs to provide opportunities for diploma-prepared nurses to earn the baccalaureate degree. Demands could be met by chance, when many universities open nursing courses for registered nurses.

An increasing number of doctoral-degree courses will become available. University administrators and the public will understand nursing as a science and profession, but the clinical practice component may not be well understood unless nursing demonstrates quality care. Nursing education will develop as a community-oriented preparation, based on primary health care concepts as well as hospital practice. The nursing curriculum will focus on preparing professional nurses, who are concerned with the health of the individual, families and the community.

To provide adequate clinical education for nursing students, strong affiliations between academic institutions and practical settings must be developed. The faculty should maintain clinical expertise and come to some agreement on a common knowledge base for the development of nursing education, practice, and research. Private and public funds supporting nursing research should be expanded. The Korean Nursing Association (KNA) should seek to resolve the most pressing issues related to nursing education by obtaining a consensus among the public, those in national socioeconomic policy development, and relevant medical laws to support KNA's plan for the integration of the two levels of nursing education programs.

The new era of globalization holds several implications for the future direction of our nursing education. First, to meet the challenges posed by globalization, the quality of

our education should be raised to meet world standards. Second, in order for us to develop nursing science and to live in cooperation with other disciplines in the era of globalization, special emphasis must be placed on strengthening and deepening our understanding of our cultural heritage and newly acquired knowledge. Third, to become truly globalized citizens, we should not only keep our minds open and foster a multi-cultural perspective, but also develop cross-cultural communication skills. Fourth, the principle of autonomy and decentralization should also be observed in education.

For the quality of Korean education to reach international standards, it is essential that it break with the present emphasis on rote memorization of fragmentary information and shift toward fostering creativity. In this context, the institutions of higher learning should revitalize their role, not as a mere transmitter of knowledge, but as the cradle of new theories and inventions.

Conclusion

Korean nursing education is strongly influenced by educational models from the United States, and in the enthusiasm for developing nursing education, we would be unwise to adopt uncritically the system of another country. We must be selective to develop nursing education based on our country's culture, system of general education, economic and social development, system of medical and health service, and the needs of our communities. Moreover, the effectiveness

of the implementation of nursing education goals depends on the development of nursing as an independent discipline and on taking the initiative to solve health problems in a variety of practical settings. Professional and academic autonomy is essential to develop nursing education within the mainstream of higher education.

A new direction in Korean nursing should be oriented towards nursing as an attractive and necessary discipline to the public, second, nursing should be changing towards an autonomous, excellent, communicative service through information technology.

The principles for the establishment of the new nursing system are:

- Students are to choose nursing with commitment to their career rather than degree.
- Educators, as the agent for nursing reforms, participate in innovative undertakings at the grassroots level. They also serve to anticipate and open the way to the future for the next generation.
- The government evaluates nursing educational institutions, and provides necessary support for them, based on the evaluation results.

Hospitals and Health Institutions are strongly encouraged to treat nurses according to educational attainment; they are also to put more emphasis on their ability. The press, mass media, educators' organizations, social groups and nurse's associations need to

Nursing Education in Korea

take the initiative in changing the values of people and actively participate in the improvement of nursing conditions.

References

- Korea Institute for Health and Social Affairs, Health and Welfare Indicators in Korea, 1996.
- Ministry of Education and Welfare, Education in Korea, 1997-1998.
- Ministry of Health and Welfare, 1997 Major Programs for Health and Welfare, 1997.
- Ministry of Health and Welfare, Yearbook of Health and Welfare Statistics, Each Year.
- Moon Sil Kim and others, Korean Nursing, Korean Nursing Association Publishing Comp., 1998.
- National Statistical Office, 1995 Life Tables for Korea, 1996.
- So Woo Lee, Yang Sook Hah, Keum Soon Kim, Home Nursing Care Needs of the Elderly in Urban Areas of Korea, The Seoul Journal of Nursing, V.11, No.2, 1997.
- So Woo Lee, Nursing Education in Korea, Nursing Leadership; Global Strategies, by C.Fagin National League for Nursing, New York, p.89-98, 1990.

「看護教育の改革—自国の特色を生かした教育課程の構築と国際交流」

改革とは、何か別のものにするのではなく、目指すものに近づくこと

名古屋市立大学看護学部 小玉 香津子

“看護は社会のヘルス・ニーズに応える”という図式からすれば、その“社会のニーズ”が明らかに変わりつつあるいま、看護する者を育てる看護教育がそれに対応して変化するのは当然であろう。対応して変化を起さねばならないというべきかもしれない。しかし、それは看護教育についてのみならず、医学教育をはじめ各種のヘルスケア・ワーカーズの教育についてもいえることである。変わりつつある社会のヘルス・ニーズに応えるために、“看護教育の改革”だけを取り上げて論じるのは必ずしも効果的ではないように思う。

とはいえ、現にヘルスケアの場にはさまざまな問題状況が噴出している。“問題状況”と乱暴に一語を使うが、市場原理がはたらき、テクノロジーが人間的なタッチを追いやり、人口は高齢化した、そういう状況である。ここにおいて、状況改善のためにどこからか、何らかの行動を起さねばならないこと、自明ではないか。いざ、看護はどうするか、看護教育はどうか。

私の発言の要旨は次のようである。①看護はそもそも、今日の問題状況のかなりの部分に対応する力、あるいは今日の問題状況のかなりの部分を予防する力をもっている。②そうした力の知識基盤を相当に築き上げてきており、教育においてはそれを学生に伝えている。③しかし、その知識基盤を踏まえた、本来の力を発揮する看護の実践は十分なされているとはいえないのではないか。④知ってはいるけれども十分に行なってはいない看

護、つまり“目指すもの”に、行なうことをもって近づく、そのスピードを今こそアップしたい。看護教育の改革は、まずはその路線に乗せたい。

思うに、確かに看護は社会のニーズに応えるのであるが、看護がもっぱら時代に応じる、言い換えれば、社会のニーズの変化に対応していつも看護のほうが変わる、と私達看護職者は実のところ考えていないのではないか。時を超え国を超えて変わらない看護、という感触を私達は伝統的にもっているのではないか。

あのフロレンス・ナイチンゲールはこう言った。「看護婦に決して欠けてはならないこと、それは自分の根の底に、困難に出会っても決してくじけることのない原理をもつこと、つまり、私達看護婦の、よって立つ土台をもつこと、そして、むやみに枝を広げることよりも根を深く張らせることに打ちこむことである。」(“そして”までは『看護婦と見習生への書簡』4<1875>、後半は同6<1878>。“そして”でつないだ根拠は小玉香津子他、現代看護につながるF. ナイチンゲールについての総合的研究、その4『看護婦と見習生への書簡』について、総合看護 Vol. 26, No. 2を参照されたい。)

“よって立つ土台”とは、まわりがどうあろうともゆるがない土台、であろう。“枝よりも根を張る”は、目立たない土台をよりしっかりさせることこそ看護本来のありかたであり、かつ看

改革とは、何か別のものにすることではなく、目指すものに近づくこと

護のパワーの在りどころである、という含みであろう。

また、ヴァージニア・ヘンダーソンがしばしば引用する彼女の師アニー・グッドリッチは、看護は世界的社会活動の1つであるとし、それは社会における創造的にして建設的な力であると言った。“創造的にして建設的な力”が指しているのは、看護のもつ、社会を新しく創っていく能動性であろう。

これらが意味するのは、看護は社会の変化にいかに対応すべきか、したがって看護教育をいかに改革すべきか、と問う私達には、もっと根を深く張り、本来もっている看護の力で、今日の問題状況の緩和された新しい社会を創っていく、そういう道を進む可能性があるということである。「改革とは、何か別のものにすることではなく、目指すものに近づくこと」という私の表題は、その道を指している。

今日の問題状況の中の私達に、この“目指すもの”が何であるかを改めて納得させてくれるのが、国際看護婦協会の“看護婦の規律”の一節である。ICNはそこに、「看護には、人の生命と尊厳と権利の尊重が固有の特性として備わっている」とうたう。

その人の生命と尊厳と権利、この三つともを、どのような時にも尊重するという他に類をみない特性、これはナイチンゲールの言うゆるがない土台、グッドリッチを引いてヘンダーソンの言う究極的には社会をつくり変えていく本来の看護の力、の核心であろう。「看護は人の生命と尊厳と権利を尊重する」、これこそ、私達の目指すものの、今日の問題状況を意識しての雄弁にして端的な表現ではないか。私は、私達は、看護という職業は、これに照らして問うべきである。その人の生命と尊厳と権利の尊重を、三つともを尊重を、どのような時にも徹底して行なっているだろうか、教育

の内容と方法においてもそれを徹底させているだろうか、と。

徹底して行なっている、あるいは徹底して行なうことに努めてやまない、と答えることができるのであれば、看護という職業は、そして看護教育は、目の前のヘルスケア・ニーズの変化に対応して新たに、いわば戦略的な改革をこそ起こす時を迎えているのである。しかし、徹底してその人の生命と尊厳と権利を尊重しているとは言えない、と私達の声が小さくなるのであれば、徹底してそれを行なう方向に踏み出して、ほかに類をみない特性をもつ看護の力によって、すなわちその力を強化するような看護教育を行うことによって、今日の問題状況を改善に導く道を選ぶのが順序というものではないだろうか。

その人の生命と尊厳と権利を三つともにどのような時にも尊重する看護～それは、その人の病気や障害に目を奪われることなく、病気や障害を体験しているその人から目をそらさない看護である。その人がいかに病むかを、私達がその人をいかに看護するかの中に包み込み、その人の重荷をときに半分背負い、必要とあればその人を代弁する看護である。

それはまた、『ライフサポート』のスザンヌ・ゴードンによれば、看護婦の行為としては、世話をし、交わり、学ぶのを助ける、これらをとことん行うことである。世話をする～これは身体的ならびに心理社会的な人間の生活行動への援助であり、その人の生理的・心理的平衡を保ち基本的欲求を満たすように、その人の自由と自立を大切に、して過不足ないように、なされる働きかけである。交わる～その人の身になり、その人のその時々々の表現を感じとり、解釈判断し、一方私達看護婦も自らを表現して、その感じとりや解釈判断の誤りを正すとともにその人のさらなる表現を促す。ここでは active listening や presence などの看護行為が不可欠となる。学ぶのを助ける～その人がセ

セルフケアすることを動機づけられ、自分の健康についての情報を手に入れ、セルフケアするための技術を身につけて、要は自分の健康にとって好ましい生き方を自分のものとするのを助けることである。

言うまでもなく私達は、その人の生命と尊厳と権利を尊重するこのような看護をいまではよく知っている。その理論的根拠、すなわち看護学の知識が今世紀の半ば以来、主にアメリカにおいて開発されてきたこともよく知っている。その開発の一つには、生理学や心理学や社会学などの他の専門から最初は借りて使っていた知識を看護学の中に取り込み、位置づけるというルートでなされた。生理学的平衡、ストレス、欲求と行動の関係、対人関係、適応などが、そのようにして看護が自分のものにした知識の例である。

またその開発は二つには、ストレートに看護学の知識を生み出すための研究をすることによってなされてきた。三つには、看護の歴史は古いのだからと、今世紀初頭まで遡って看護の知識を探ることによってなされた。

そのようにして看護が看護特有のものとし、以来看護特有のものとして育てている知識基盤は大きく分けて二種類である。一つは、看護が関心を寄せる患者の体験、たとえば疼痛体験、疾病受容などを説明する知識である。この種の知識を手にする以前の看護婦は、患者の体験をではなく、患者の病気を説明する医学の知識を使っていたのだった。もう一つは、それら患者の体験をケアしたりコントロールしたりするための根拠を示す知識である。セルフケア、援助的關係、コーピングなどの知識がそれであり、この種の知識を手にする以前の看護婦は、ケアしたりコントロールしたりするための根拠をではなく、診断したり治療したりするための根拠を示す医学の知識をもっぱら使っていたのだった。

かくして私達は、いまでは目指す看護をよく知っている。この知識は世界的にほぼ平されている。私達の多くはこの知識をもはやあたりまえのことと思ひ、看護教育の場にはそれが飛び交っている。もっともここ20年ほどは、看護の知識の中でも、看護そっくり全体を説明する知識、つまり看護という分野の概念枠組なるものが優勢で、そうした看護学の知識基盤は意識されにくかったようではあるが、実際には着実に増えかつ確かなものになってきた。日本の看護はこの知識を、生み出すよりははるかに多く“輸入”したと思われるが、知識の検証には大いに貢献してきていること、学会活動の足跡に明らかである。地球上どこにおいても“人間性は変わらない、習慣が変わるだけ”であれば、看護学“先進国”からの知識の輸入にも、この知識が世界的に平されていることにも、異和感はない。

以上のしだいのもと、さて、“よく知っている、あとは実行あるのみ”というモードで私達は今日まで、どのくらいの年月やってきたのだろうか。気がつけば目の前に問題状況が迫り、実は私達はあわてている。いえ、あわてなければならないのである。

データは省くが、今日の主要な健康問題は、心臓病、脳卒中、癌、心因性の疾患、事故など、一人ひとりの不健康なライフスタイルや生活習慣に由来するもの、あるいは環境公害に由来するものである。加えて、高齢を生きる、障害をもって生きる、といった健康問題も目立つ。これらに対処するには、長い間行なわれてきたような、病気中心の、つまり医師中心の、したがって病気中心のセルフケアは適当ではなく、有効でもない。そのようなセルフケアはライフスタイル、生活習慣、環境公害、高齢などには対応しにくいのである。ということは、病気中心ではなく人間中心の、つまり医師中心ではなく看護をはじめいろいろなヘルスケア・ワーカーズ協力の、そして病院中心で

改革とは、何か別のものにするのではなく、目指すものに近づくこと

はなくいうところの地域社会中心のヘルスケアが必要なのである。そこでは診断・治療よりも、その人が自分の健康について学ぶのを助ける、その人の日々の生活行動を助ける、したがってその人と十分に交わる看護が、いろいろな専門が機能する中でもとくに有効であろう。私達はこれを徹底して行なわねばならない。

一方、そのようなヘルスケアのもとでは、病院等の施設には、非常に重症な方、学ぶのを助けるような働きかけがあまり有効ではない高齢の方や障害をもつ方が集まるであろう。現に集まっている。そこには、世話をする・交わるを中心とした、生命と尊厳と権利の三つともを常に尊重する看護が、これまで以上に不可欠である。全面的援助を含めて、私達は徹底して行なわねばならない。

また、ヘルスケア・コストアップという背景が、入院期間の短縮のような、その人に無理な自立を強いる様相を見せているが、これは、その人の重荷をときに半分背負い、必要とあれば積極的にその人を代弁する看護の“出番”が増えていることを意味する。私達はどしどし出て行かねばならない。

知識は現実より先を行くものであるとはいえ、“これが看護である”から“その看護をする”への移行は十分になされていないのである。ヘンダーソンも四半世紀前に著わした『看護論』に追い書きをして(1991年)、彼女が述べるような看護をアメリカ中の人々が享受しているわけではなく、むしろほんの一部の場所でしかそれは行なわれていない、と無念をもらす。同じく1991年にアメリカ看護婦協会が、20年前に作成した“看護実践の基準”を“臨床看護実践の基準”と改め、それまでの役割拡大的な看護の行く手を臨床にしぼり、なおかつ「実践基準の多くは時を超えて不変である」と声明したことも、“これが看護である”が“その看護をする”になりきっていない実態

をほのめかしているように思われる。残念ながら私達も身近かにその実態を見ているのではないだろうか。今日の問題状況のもとではその“する”の不足は一段と目立つのではないだろうか。

私達は目指すものについてはよく知っており、しばしば口にし、書きもし、教える。それを、今日の問題状況におおわれたヘルスケアのあらゆる場で、知っているのと同じほどに、言っているのと同じほどに、あたりまえに行なわれるようにする、そのようにしていくスピードを一気にアップする～私はそれをするのが現在おそらくは世界的にかなり共通で、急がれている看護教育の改革ではないかと思うのである。法律の山やマネジド・ケアを相手に、看護教育を戦略的に改革しようと奮闘することを決して否定はしないが、その人の生命と尊厳と権利を尊重する看護を徹底させることに看護教育がエネルギーを集中するのも看護教育の改革であり、今日の問題状況を改善するために私達が最初に取り道ではないかと思われてならない。

たとえば、これが看護である、とイメージを教えるのではなく、世話をし、交わり、学ぶのを助ける看護は現場で日々創り出されるものであることを教えるために、実習に重きを置く；

実習の場では、看護婦はあくまでもその人(患者)の延長線上にいる者であるという役割概念を学生に体得させる。医師の延長線上にいる者であるというような意識が学生の頭をかすめもしないうちに；

assertivenessの訓練を意図し、目指すものの実現のためには強引にさえなる必要のあることを教員が身をもって教える；

その人の生命と尊厳と権利を尊重することに焦点をあてたケース・カンファレンスを行う；

そして忘れてはならないのは、生命と尊厳と権利を尊重する看護の知識基盤の発達上の要となった書物や研究文献を、できるだけ数多く、ていね

改革とは、何か別のものにすることではなく、目指すものに近づくこと

いに読ませる授業をすることである。知識は口移しを重ねるうちにやせ細ることを銘記して、ペーパー、オーランド、リディア・ホール、外口玉子などを読ませる；

などなどにより、この改革は静かに進めること

ができるであろう。

言うまでもなく、看護教育を大学で行なえばこの改革路線が確実になるわけではない。しかし、大学における看護教育が率先してこれを進めずして何が大学か、と私は思う。

「看護教育の改革－自国の特色を生かした教育課程の構築と国際交流」

特 別 発 言

千葉大学名誉教授 吉 武 香代子

看護教育の改革についてのシンポジウムに、すでに看護教育の第一線を離れている私が発言致しますミスマッチを、まずお許し頂きたいと思えます。従って、教育課程の構築などについての発言は遠慮させていただきます。

シンポジストのご発言から、私たちはアメリカではすでに大学教育が確立されており、韓国では現在、看護学士号を与えるさまざまな方法が考慮されて居ることを知りました。

日本の看護教育は、現在驚くべきスピードで専門学校教育から大学教育への移行を進めています。看護大学は看護の指導者の養成を目標に掲げるべきであると、看護大学の認可に当たって監督官庁が強く主張していたことを思いますと、この10年間の看護教育を取りまく環境の激変に驚かされます。

この激変の中で、看護大学の卒業生が同年度の看護教育施設の新卒の1%にも満たなかった時代とは明らかに異なる環境が、教育施設側にも、卒業生を受入れ施設側にも生まれています。はっきりいえば、看護大学の卒業生に希少価値が付いて回り、時に実力以上に評価されていた時代は終わったのです。

折からの日本における経済不況とも相乗して、看護職の需給関係は微妙に変化しています。大学卒であるが故に何か許されたり免除されたりすることを期待する時代はとうに終わり、大学を卒業したのだから普通の看護婦にはならないなどと

いってれば、卒業生がどこからも歓迎されないという時代にやがて突入すると私は考えています。看護大学は14校、21校、30校、40校と、まるで階段を駆け上がるような勢いで増加し、本日の学会長のお話によれば本年は72校に達したとのことです。本年3月には平成7年度入学生、すなわち大学数が40校に達し、2630人余りが入学した平成7年4月入学の学生が卒業しました。入学者数と卒業生数とはイコールではないとしても、卒業生数はもはや希少価値を期待する数ではないことがよく分かります。

私は以前から世界に冠たる高学歴国日本において、大学卒看護婦だけが希少価値を云々されることはおかしいといってきましたが、ようやく大学卒看護婦も普通の看護婦として扱われる正常な環境が整ったと理解しています。この環境の変化、求められている卒業生像の変化を、看護大学の志願者もその両親も、看護大学の設置者も看護教員も、また保健医療施設の指導者・管理者も冷静に受け止め、現実を直視する必要があると考えています。

最近の日本の社会一般では、学歴不問などの考え方が台頭しています。現在の日本の看護の世界は、異常なまでに学歴を重視する世界であるように私には思われます。私は看護婦と准看護婦については、教育内容の明らかなレベル差から全く別の職種との考えを持っていますが、大学卒看護婦と専門学校卒の看護婦はともに看護職におけるファー

ストレベルの新人、昨日のご講演の英語によればエントリーレベルの新人であり、同一のスタートラインに立っての自由競争であるべきとの見解を持っています。自由競争という表現は争うという意味ではなく、大学卒であることによって何かが無効されたり、優遇されたりするべきではなく、地位も待遇も、同一のスタートラインに立っての公正な実力の評価によって獲得すべきものであるという意味です。

大学と専門学校の教育内容・教育水準に差があることは当然であり、差がないとすれば著しく不自然であると私は考えています。最近まで大学教育を行ってきたものとして、このことは自信を持って明言したいと思います。それでもなお、卒業生は大学卒という事実を評価されるのではなく、専門学校では学び得ないものを大学において学んだ結果として、大学卒に相応しいレベルの看護を行う能力を身につけ、現に行っていることを周囲に示すことによって、はじめて正当な評価を得るものと考えています。

もし大学卒看護婦に大学卒にふさわしいレベルの看護を行う能力が伴わず、それにふさわしい働きをしていないものが居るとすれば、昨日のご講演にありました経済効果、コスト効果の点からも、大学卒看護婦は歓迎されない存在になりかねないと思われまます。

看護婦になりたいという思いには、大学入学者も看護専門学校入学者も変わりはないと私は信じます。人間を愛し、看護を愛する志願者が、自ら求めて看護大学に入学し、看護婦以外の地位を得るためのステップとしてではなく、看護を愛するがゆえに自らの選択によって看護実践の場で働き、やがて周囲からその実力が評価されて自然に指導者となり、教育者となっていくこと、そのためにさらに学びたいと願うようになることが、大学卒看護婦の望ましい成長であると考えています。

看護大学の急速な増加と平行して、看護学修士

課程も急増の傾向にあります。少し遅れて、博士課程も増加しています。私はこれを望ましい傾向と受け止めながらも、看護教員のエネルギーの多くが一握りの修士課程・博士課程の学生のために費やされ、大多数を占める学部学生、すなわち大切な看護学基礎教育を受けている学生への教育が手薄になるかもしれないことに少々の危惧を抱くものですが、ここではこの話題は避けます。

私は修士課程への進学を、学部卒からのストレートである必要はなく、むしろストレートでないことの方を強く望むものです。看護実践の場での第一段階の看護実践の経験を経た後に、よりよい看護を求めている進学が増加することを強く願うものです。そのためにも、修士課程に専門看護婦育成の課程が増加することを願うとともに、このような課程で実践を通じてより深く看護を理解し、より高度の看護を実践できる能力を身に付けた修了者の多くが、それぞれの領域の看護のスペシャリストとして第一線で活躍することを願っています。同時に現在の日本の看護界においては、このような課程で本当にいい指導ができる教育者こそが最も不足しているのではないかと感じることもあります。

修士課程を経て博士課程に進む研究志向の進学者についても、看護研究の最終目的は研究を通してのよりよい看護による患者、あるいはもっとひろい意味での看護の対象である人々の幸せであってほしいと願っています。そのためにも、職業人としてのスタートの初期には、看護を実践する場で働く何年かの経験を持つことが、生涯にわたる看護学研究の原点として不可欠であると考えています。

このような研究者こそが、臨床的に価値あるテーマによる研究を行うことができ、またその結果が看護実践者に素直に受け入れられてかんごの工場に繋がっていくものと考えています。

41年前、アメリカ留学中に聞いた言葉で今にい

特 別 発 言

たるまで忘れられない言葉があります。看護婦の教育の高さと、看護婦と患者の間の距離とは比例するという言葉です。当時、アメリカで増加しつつあった大学卒看護婦への痛烈な皮肉と思われま
す。40年の間に看護の対象は大きく変わり、今や対象は決して入院中の患者に限定されるものでは

ありませんが、看護教育のレベルアップが決して看護婦と患者の距離を遠くするのではなく、病に苦しむ患者の幸せにつながり、日本国民全体の健康増進につながり、やがて世界の人類の健康増進につながる方向に発展することを願っています。

経済学者が見た日本の医療－中央医療審議会委員での経験から

京都大学名誉教授 伊東光晴

私がいろいろな電気やそのほか関係しましたものは医療を含めて、ことごとく、従来の経済学の理論では説けないもの、それを新しい理論を造りながら、現実をどう分析するかということに関心があったのです。医療について申しますと、これに関係するようになりましたのは、たまたま昭和40年代の半ばに、自動車強制賠償保険が大きな赤字になりまして、その再建のための委員として送り込まれたことであります。自動車強制賠償保険は、ご存じのように、健康保険と違いまして、自動車災害、その治療は自由診療であります。この状況の下で三千億の赤字を示した。調べてみますと、同じと思われるような治療でありながら、あまりにも治療費が自由診療の場合には、格差がありすぎるのであります。そのうち、通常の健康保険の請求の十倍以上請求しているの、最高は二十倍でありましたけれども、それを選び出しまして、それぞれ病院がどうしてこのような十倍から二十倍の請求をしているかという調査をいたしました。そして、自動車強制賠償保険のあるべき姿、それを考える、ということなのでありますが、自由診療制の下におきましては、治療費はものすごい格差になる。しかもそれは、それぞれの治療の質とは無関係に、そのこのような請求が行われるということを私は経験で知りました。当時、医師会の代表は武見太郎氏でありまして、武見さんは、「一部医療機関の行動によって、皆さん方に迷惑をかけている」というように非常にジェントルマン的なお話から始まりましたけれども、結果はな

かなか改善することはできませんでした。しかし、この自賠償、中立側委員の努力によりまして、今日は、著しく改善いたしました。この間、委員としては例外的に13年半、委員を手がけまして、そして、赤字を3年で解消し、以後、その死亡を大きく保障を上げるということをやりましたのが、第一の経験であります。

この医療機関を知るという経験を基にいたしまして、昭和52年ぐらいから、虎ノ門の沖中研究所、そこに加わりまして、なぜ日本の医療費は年々上昇するのか。その問題を中心に研究を進めたのです。それは、報告書になって現れておりますけれども、こうした報告書が5冊ほど出ております。この研究は、ある意味で今日の先進国の医療問題の本質を突いていると思います。私とししばさんが中心になりまして、これはお医者さんであります。いま虎ノ門の副院長でありますけれども。中心になってやりましたところの研究は次のようなことをやったのです。高度成長前、昭和34年の時点。それから調査時点。昭和53年までの時点を取りまして、4つの時点に分け、それぞれの時点において、同一病症において、最適な診断、最適な治療をしたならばどうなるであろうか、いうことをモデル的に考えたのであります。虎ノ門のスタッフの協力を得ました。私個人としましては、それを千葉大学に持ち帰りまして、学長が招集してくださいました各科の教授たち、それで検討してもらったのであります。そして、34年時点、これは日本の医療がまだ古い医療の状態でありまして、

日本の医療が大きく変わるのは、昭和40年頃であります。こっから非常に重装備になってくるわけでありまして、それぞれの時点で最適な診断、最適な治療、どのようなものかということをはっきりと明らかにしまして、それを調査時点の健康保険の点数によって表現することによって、物価上昇の影響を除去するというをやったのであります。そうすると、主要な病症事例について、非常にはっきりしていることは、この年度毎によって、診断方法の違い、治療方法の違いによりまして著しく医療費上昇曲線が描かれたことでもあります。このことは、日本の医療費上昇の背後にあるものが、少なくとも医学の進歩、医療技術の進歩にあるということが明確であるということをはっきりといたしました。医療費上昇が、それが別の要因であり、たとえば、それは過大な請求その他であるとするならば、問題は簡単であります。しかし、こうすることのできない医学の進歩、医療費の上昇が、医療技術の進歩がその背後にあるとすると、これに対処することは非常に難しいことになるのであります。そして、この医療費上昇曲線をさらに解析いたしますと、第一次医療については緩やかな上昇であります。第二次医療についてはやや急になり、高次医療である第三次医療は、著しい上昇傾向を示しているということになってまいります。この医療費曲線、上昇曲線、現実の医療費というのを対比するというを行いますと、幾つかの問題が現れてまいります。もちろん、これは最適な診断、最適な治療でありまして、現実ではありません。現実の場合は、たとえば、入院する場合においては、その病気以外のものについて、いろいろな検査をしなければならぬので、約1000点を付加しなければならぬだろうという具合に推定いたしますが、そのようなものを考慮した上で、現実の治療費と、それとこの頭の中で考えた最適な医療費というのを比較いたしますと、昭和40年までは、日本の医療費の無駄が、薬多投が中心で

あることが描き出されてまいります。そうして40年以後になりますと、機械多用になってくるというのが一つの特徴であります。この報告書は、翌年開かれましたところの世界の経済学者の会、インターナショナル・エコノミック・アソシエーション、パリ招待会、それが共通論題が「医療と経済」でありますけれども、その日本代表の報告として報告されました。この報告の結果は、先進国一様の共通の姿としてクローズアップされまして、仏訳および英訳がOECDによって配布されるという形になったわけでもあります。アメリカの代表も、私たちと同じような医学の進歩、医療技術の進歩が先進国の医療費の上昇であるということを確認しました。日本代表を驚かせたのは、イギリス代表の発言であります。イギリスと健康保険制度によって提供されている医療水準を1とするならば、最高の医療は100であり、そのくらいの格差がある。イギリスの医療政策にとって必要なことは、この1の水準を5の水準に上げることである。このまま放置するならば、1対100は1対300になるであろう。医学の進歩、医療技術の進歩は必要ない。既にある知識を国民健康保険のために適用して、1の水準を5に上げるべきであるという発言でありました。日本代表は非常に驚いたのです。少なくとも日本は、最高の医療が虎ノ門においては、日本の内科医として、最高に置かれているであろうところの委員長が、第一線に出て健康保険、それで診断にあたっているというように、最高の医療が健康保険で第一線に出ておりますけれども、階級社会であるイギリスにおいては、そのようなことがないという報告は、私たちを非常に驚かせたものであります。

ところで、この実証以後、これをもちまして、私は、中医協に入って8年間日本の医療問題をやるのでありますけれども、このような傾向は、まず第一に、高次医療へのソフトが年々、年々続いているということを示す結果になりました。日本

の医療費のうち、どこがいばん使っているかという、年々、年々高次医療のウェイトが拡大することになるのです。もちろん、中医協は、高次医療に対してある種の制約を行っております。たとえば、私が自動車強制賠償保険に関係したとき、CT スキャンが登場し、日本においては1台しかありませんでした。このような高額な機械というものを医療費の中において負担をさせるべきではないと考えまして、強制賠償保険の滞留資金のマグ利子から、三十数台のCT スキャンを第一年度病院に寄贈するというを行いました。このような高額機械は健康保険の費用の中に入れるべきではなくて、これは、寄付に依存すべきであるという考えでありまして、それは、経済学的には、このような費用、■定費は補助してかまわないという限界費用原理に基づくものなのでありますけれども、二年度もさらにこれを大きくするというのをやりました。高額医療、そこが年々、年々、高次医療が、それがウェイトを増していくという形で、高次医療は、CT スキャンの点数というのは、ある意味で現実には成り立たないような点数を付けているのです。それは、利用度が少ないから当然なんです。利用度がかかなり行ったときの点数を付けているのです。私が付けましたときには、CT スキャンは1万円ほどでありました。1万2,000円ぐらいでしたか。そして、映像剤を入れるともう少し高くなる。これは、かなりの回転数でなければ、それは成り立たないものなのです。そして、これを抑えるという形をやっておりましたから、高次医療病院というのは、赤字になるのは当然なのでありますけれども、しかし、それにも関わらずこの高次医療に対するウェイトが年々、年々増大していくという傾向を持ちました。第二は、この傾向は診療所から病院へという医療費のシフトを引き起こします。特にこれは外科が中心でありまして、病院の外科が拡大してくるという形になってまいります。1991年、日本の医療費の

うちの約6割が病院でありまして、診療所のウェイトは、その私が医療問題に関係したときから年々、年々落ちてくるという形になってまいります。技術革新の進まない医療技術の進歩がない分野においては、医療費のウェイトはどんどん落ちてくるという形になるのであります。歯科と医科、その格差が生じてくる一つの原因は、これでありまして。医科のほうにおいては、医療技術の進歩が甚だしいのですが、歯科はそれが少ないために、医療費が、ウェイトが落ちてくるという形であります。中医協での経験は、治療する側、診療側も、お金を出すところの支払側も、非常に理想主義に燃えていると思います。最高の医療を健康保険で提供する。これは我が国の誇るべきその健康保険制度であります。制度的には一定量行われるようなものは、これは健康保険の中に組入れるという形になるのです。その結果は何であるかという、高次医療、病院へのシフト、それをどんどん、どんどん促進するのです。そして、そういうような治療と関係のない、医療技術の進歩、そういうもの、機械多用、そういうようなものと離れている分野は、ウェイトが落ちるといってまいります。医師会が採りました戦術は、最高の技術、どんどん健康保険の中に入れ込むという戦術であります。これに対して歯科医師会の採った態度は、入れない。そして、新しいものは自由診療制にしていくという戦術を採ったのであります。その結果がどうなったかといえば、いっしーいっばんいっか、これのウェイトが増してくるという形になります。医師会は、たとえ最先端の技術を健康保険の中に入れて、現在は成り立たなくても、それを定着させながら、医療費を上げ、こじ開けながらこれを成り立たせていくというような戦術を採ってまいりました。これが医療のウェイトを増していくという形になっていきます。この医療技術の進歩、これは老人医療費、高齢化とともに老人医療費を増大させていきます。先進国一様に、医療技

術と高齢化が進んでおります。日本ほど急速に高齢化が進んでいる国はありません。高齢化の進展は、高次医療をこの分野に集中させ、医療費を増大するという形になってくるのであります。一生の治療費のうち、60歳以上が使うのが、62%。70歳以上が45%というのが、私が中医協を辞めるときの状況でありました。もっと端的に言えば、一生の医療費の半ばが、今日死ぬ前の6ヶ月に使われているという状況であります。我が国の健康保険制度は、非常に世界的に誇るものだと私は思っておりますけれども、1日300万円を超える治療費を支出する、そういう分野も存在しているのであります。私は、中医協の委員をしているとき、非常に悩みました。この医療費、それを最先端の高次医療に、このように投入していくのがいいのか。それとも、それを抑えて、最先端の分野は研究機関の研究費を委ねる。そうして、庶民にとっていちばん身近な第一次医療を手厚く充実させる。そういうような方向に持っていくべきかどうか。これは、政策選択として非常に迷うことであります。現実には、最先端というところに行くのです。しかし、私個人の考えであります。中医協の医院の時はそのようなことは言えないのでありますけれども、私は、自分が死ぬそのときですね、あの末期治療で医療費の、巨額な医療費を投入するということのようなことは、少なくとも私にとって無駄であるという具合に考えざるを得ないので。特に意識がなくなって、あのいろんなチューブやなんかこうなってきた、私のような俗物は意識がなくなったとき何を言うかわからない。本当に、もう人間性に反するような、もう死にたいと思っているんだからと。だから、私は、うちの妻に、どうか末期治療だけは私にやらないでくれ。そして、静かに死なせてくれ。そして、日本の医療費を軽減するように、少しでも役立ちたい。私の信念としては、イギリスのように、高次医療は、ある一定年齢以上にはやらない。そういう原則を採

るべきである。そういう具合に思っております。私も既に70歳を超えました。もう私に高次医療をやるということは全く無駄であるというのは、私の信念でありまして、対、それよりも、その第一線の治療、それを充実させるべきだ、という具合に思わないわけにはいかないのであります。

アメリカの医療教育、その華やかなりしのは、1950年代から60年代でありまして、今やそれは崩れ去ったと私は思いますけれども、そのアメリカ。そこで、非常な金が末期医療に投入されている。それよりも、遥かにあしたの専門医、高額を取る専門医を養成するシステムよりも、一般医で、非常に質の高い人たちが初期の第一次医療で、それ以後の病気を食い止める。そういう戦術を採るべきであろうという具合に、私個人としては考え、専門医重視、それよりも、一般医に新しい教育方法を採るべきではないかという具合に考えざるを得ないのであります。

さて、このような高次医療の進展は、医学の分野に何をもたらしたか。医療の分野に何をもたらしたかといいますと、医療行為の分解が生じたのであります。約20年ほど前に、私はこの学会、千葉大学で行われたときのシンポジウムに加わりました。そのとき申し上げたことでありますけれども、そのときアメリカにおいては、ドクター課程を持つ看護大学が10校存在した。日本においては、なかなかそうした充実がなかったのでありますけれども、大学に看護学部が置かれ、大学院が置かれ、そして、博士課程が置かれた。それはいったいなぜであろうかということなのです。それは、高次医療の進展とともに、医療行為の分解が起こったのです。従来までは、医者が担当していたものが、医者以外の職業を持っている人たちがそれを担当する。そしてそれが研究の新しい分野を切り開きながら、医者ではできないような分野を切り開いていったということなのです。少なくとも、大学にその学問が置かれるというときには、3つ

の条件がなければなりません。置かれる前に在野に知識が蓄えられておること、これが第一であります。第二に、研究対象の無限性が独自の領域として存在していることが二番目であります。第三番目に、それを学んだものと学ばないものが、違いがはっきりするというでなければなりません。そして、高次医療の進展が、新しい分野の看護学部の必要をこの分野に迫ったのであります。もちろん、高次医療は、検査という分野については、同じような問題を引き起こしたのであります。たとえば、私たちのこの研究の共同研究者北村さん、虎ノ門のこの検査の部長でありまして、亡くなられましたけれども、彼が、検査をすることによりまして、新しい病気が発見されていくという形になります。虎ノ門がある水準、高い水準を保ち得たのは、各地方の県立病院その他において、わからない患者が送り込まれたとき、いったいなぜかということを担当医師と討論しながら、おそらくこうであろうとして、新しい検出装置を作りまして、検出するということをやったのが北村さんであります。私は、十万枚の虎ノ門のカルテ、それを基にして、誤診研究というのをやりました。虎ノ門に来る前に、どこの病院でどういう診断をやっているか。その誤診はどういうものであるかということをやりましたけれども、そういうことをやった結果、私は、病院に対する信頼が著しく低下いたしました。そして、それが、検査をしたとき、一様に、下請けに皆出すからなんです。それではわからないというものがたくさんあるんです。そして、それは独自の検査装置を作り、検査に挑むという、未知の分野に挑むという検査が、医学から独立する、非常に微妙なる検査をしよう。それは特殊な技能であります。公害問題におきまして、その東大のとしこうにおいて二人の助手が異常なる能力を持っておりまして、教授で検出はできない。助手が、一人はういじゅんであります。あれだけの力を持ったのは、異常な

る検査能力を持っているのでありまして、北村さんも、東大の理科出身の博士でありますけれども。それを実際に虎ノ門で私は知りまして、そうして、医学の医療行為の分解、そういうものが生じたということが時代の大きな流れのようだと。看護について言うと、この高次医療とともに、訪問看護というもう一つの分野が独立をさせてくる要因になってまいります。日本、今、看護大学が次々出て、大学院ができておりますけれども、その必然性があるのかどうか。私は、考えてみなければならぬ問題だと思います。私もテレビで紹介したし、書きましたけれども、それは、北海道の麻布、札幌の麻布脳外科病院、紙屋さんの行いましたところの看護、それは、こうしたことを裏付ける一つであろうという具合に思います。今日、厚生省の田村さんが来ておられますから、私よりも田村さんのほうがご存じでありますけれども。私も関係し、田村さんも関係したある厚生省の会議で、この紙屋さんがやられましたところの看護をスライドで説明していただきました。プールへ飛び込んで、酸欠で、そして駄目になった子供。これは、酸欠で運動機能を失っている。交通事故で、そして、寝たきりの運転手さん、こうした運転手さんが3ヶ月経ちまして、意識が回復しないと、医者はこれを治療を止めるという形になっております。その脳の断層写真、そういうのを示すのです。会議におりましたとき、いました一人、高次医療研究会の会長さんであります。そのスライドを見て私に、「この人が回復するはずはない。脳がこうだ」こう言うのであります。しかし、紙屋さんを中心とするグループのその看護の新しい方法は、次第、次第にこの人たちの意識を回復させ、そして、その自分で自分のことを始末することができるようにさせ、子供は学校に通うことができるようにするという形であります。こうした新しい分野、医学では対処できない分野というものが、看護の新しい研究分野として切り開かれ

ていく。それが社会の中に存在している。そういうことゆえに、これを採り入れ、そしてそれを新しい研究分野として切り開いていくというこの大学のあるべき姿が、看護学として登場してきたのではないかという具合に思うのです。医療行為の分解、これは、今日、非常に重要なことであります。

こうしたことにやや離れますけれども、中医協の委員として幾つかの誤解を解いておきたいことがあります。それは、診療報酬について、自分の行っている診療に対する点数が適正ではないという批判がたくさん受けるのであります。しかし、中医協の医療費の点数付けは、決してその行為に見合った点数を付けてはいないのです。そういうことはそもそもできないのです。上げることができるその幅を、それを一つ一つの診療行為、それに合わせて配分するというようなことは、技術的に不可能でありまして、病院、診療所、それぞれの外科とか内科とか、眼科とか、それぞれ詳しいものの所得、医療費、それを推計するのです。非常に詳しい実証的なランダムサンプルによるところの調査をいたします。そして、いま大きく言えば、診療所の経営が悪くなっている。診療所にすこし治療費を増やすためにはどうしたらいい。なんでやるか。何々の経営が悪い。だったらならば、そこを増やすにはどうしたらいいか。ということを配分しているのです。ですから、個々の看護婦さんの報酬についてそれがきちんと入っていないというのは、実は他に入れているということをやっているということ。決して、それぞれに合うように、その診療報酬はやっていないのでありまして、全体としてのバランスをとっているということでもあります。そして、私が入るまでは、日本の医師の収入は、欧米に比べてきわめて低いということを中医協で言われておりましたけれども、このようなことは実証できない。日本の医師の収入は極めて高い。以後、今日では、中医協の場に

において、診療側から異常に低いということが言われることはなくなったのは、これは国際比較をやったからであります。アメリカについて、ヨーロッパについてはもちろん日本のほうが高いと決まっているんですけども、アメリカについても、比較がいちばん高い収入を得ている専門医の完成された人、それとの比較を、日本の医師の平均とやっても意味がないのであります。余談ですが、その調査の原票を見ますと、その医師の収入にしろ、あるいは、医療機関の収入にしろ、あまりにも較差がありすぎる。平均値はほとんど意味がないというのが現実であります。

さて、日本の医療費、それはどうなっているか。医療、恵まれた時代、それは、58年、これはそうじゃない。実はそうなんです。その前なんです。こっちを使います。昭和42年から50年代の半ばまで、医療費の状況を見てください。医科も歯科もかなりの上昇を示しています。医科が7.68%、42年12月。歯科が12.65。ここで、おわかりになるように、かなりの改訂の度の上昇率が高いと同時に、医科よりも歯科のほうが高くなっております。この医科は、病院と一般診療所とを合計したものでありますが、歯科は、診療所が主体であります。診療所について言うと、医科よりも歯科のほうが恵まれているという状況が続いております。これは、私が関係しなかった前であります。私が関係するようになって、どうなるかということ、58年からなんと医療費は非常に抑制されます。座長がご高齢であったので、副座長である私がいろいろなことをやったせいですか。医療費が上がらないのは、伊東光晴が抑えてるからという、非常にあらぬ嫌疑を受けましたけれども、実はそれは、日本の国家財政の赤字によりまして、医療費の伸びを、それを国民所得の伸びにリンクさせるという政府の政策がここに入ったからであります。そうして、歯科が医科に比べて落ちてくるという形であります。その理由は明快なのです。いちばん

右側に、薬が年々下がるという、薬の薬価ベースの低下があります。それを医療費の上昇、医療費ベースに組み入れる。これは厚生省の自由でできる。大蔵省に言わなくても。これが進んだのです。そうして、私は絶対認めなかったわけでありませうけれども、その医師会と歯科医師会とが合意いたしましたして、医科で下がった薬は医科に、歯科で下がった薬は歯科へと。医科が薬を大きく使います。その結果、医科の上昇が増え、歯科が上がらないという形で冬の時代が出現したのであります。医科歯科の恵まれた時代があります。実は、医科もそんなに恵まれなかったわけではありませんけれども、その結果何が生じたかというのは、歯科において明確であります。昭和35年に戦前からの歯学科は、大学は7校でありました。いちばん左です。それが現在29校。医学部もものすごい増加なのであります。その結果はどうなってきたかというと、このような、下が年齢なんです。50歳以上は少ない。これは歯医者さんが極端ですから歯医者を出しておりますけれども。そして、それ以下が、歯学部ができたところは増えているんです。この増えたものが、どんどん、どんどんこちらに押し寄せてくるのです。こうしてですね、歯科過剰時代が来る。医科過剰時代が来る。医者の。このあとを一般の医者が追っているのです。そうして、そのために、どんなに過剰になるかというと、これは複雑であります。この一番下が需要でありまして、現実はいくらよりもっと落ちると私は思っております。そして、いちばん上が今を放置したならば、医者の数であります。こうして、医者の過剰がでてくるという形でありまして、この歯科と医科、ともにかなりの過剰時代が21世紀に出現するだろうと思っております。何せ、21世紀の最後には、日本の人口は現在の6割になるのです。需要が減るに決まっている。それに対して、医者も歯科のほうも、どんどん数が増えている。こうしたことは、過剰問題を引き起こさずにはおられないだろう、

と私は思います。それが事前に調整できるかどうか。アメリカは自由放任の国であるなどという俗説がありますけれども、アメリカは、将来の需要を見込みまして、歯科がまず過剰になるということを知っておりまして、90年代の初めに伝統を誇る歯学部を廃校にしています。ドイツの場合においては、歴史を誇る歯学部が51%に学生定員を減らすという形になっておりまして、WTOは、各国がそういうことをしているのに日本はやっていないのではないかと。これは大変な問題を将来に引き起こすぞということ述べているのです。しかし、現実はいくらよりもっと怒るべきことは、日本の医学教育の水準が著しく低下していることです。それは、新しい大学が、どこに設置されているかということ、土地の安いところに設置させる。地方都市の郊外へ設置されるんです。そこには患者が来ないのです。そして、実技試験というのが、たとえば歯科は重要だ。これは廃止されたのです。実技のことをやらない。名前を言ってもいいですが、国立大学のある地方大学の前の学長が、私に委員会で、医師過剰問題の私は座長をやったのです。来てもらって話を聞いたところが、うちの大学の卒業生に関わるものではありません。歯を実技で触ったことのない奴が医師免許を取って歯科を開業し、千本の歯を駄目にして一人前になっております。あのさっきの絵のこちら側は、実に危ない。私は、その話を聴いて、恐れ入った。東京医科歯科、東京医科歯科のですね、それに頼まれて、在校生と卒業生同窓会に話をしたのでありますが、そのとき、実技をちゃんとやっているのは戦前からある学校数校であるということなのです。そうして山の如く医者が出ている。世の中は進歩するか。進歩するとは限らない。医療教育は退歩しているかもしれない。というのは、私の実感であります。そういうことがないように、私は、この前の厚生省の会で、実技の復活、そうして、医師免許を取っても、それから実習をかなり

長時間、長期間やらねばならない。ドイツの歯科のように長期間やるべきである。そういうことをしないと日本の医療の質は、大きな犠牲の上に立つであろうということを考えざるを得ないのであります。

最後に、医療問題というのは各国とも非常に歴史制度の違いによって多様でありまして、外国のことが我が国でそのまま役に立つと思ったなら、とんでもないものであります。その国その国なりの歴史と習慣、それがあつたのです。そして、イギリスの医療制度について言うならば、非常にいいように思いますけれども、ウェイトィングリスト、一般医が、ホームドクターが病院に来る。その送られた人間がずっと待っているという、ウェイトィングリスト、これがイギリスの健康保険制度の最大の弱点であります。そして、アメリカについて言えば、国民皆保険でない。それだけではないに、ジョンソン大統領の時に於いて、老人と低所得者

に公的保険を入れましたけれども、これが猛烈な勢いで費用支出が増大し、これによる高額所得者がこの経営者として現れてくる。アメリカの最大の恥部は、ナーシングホームであります。これによって富を蓄えた者がたくさんいる。そしてそのベッド数が、今や百四十万人を超えている。アメリカの医療水準というものは、ほとんど同じ水準であるところのカナダと比べてなぜこんなに高いのか。国際的な経済学者の集まりにおいては、アメリカの医療は今日批判される対象でありまして、日本ではなくなっているのです。日本は、それなりの歪みを持っております。質を考慮しない点数制度であります。にもかかわらず、国際的比較をした場合に、決して私は悪いものではないということを考え、そして、これを改善するためのその知恵を個々に投入すべきであるという具合に考えております。時間ですね。どうも失礼いたしました。

日本看護研究学会雑誌投稿規定

1. 投稿者

本誌投稿者は、著者及び共著者すべて本学会員とする。ただし編集委員会により依頼したものはこの限りではない。

2. 投稿の種類と内容

投稿内容は、看護に関する学術・技術・実践についての論文とする。投稿者は、投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。投稿論文は未発表のものに限る。

■原著論文（カテゴリーⅠ：量的研究、カテゴリーⅡ：質的研究、カテゴリーⅢ：その他）

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述した論文。

投稿時にカテゴリーⅠ、Ⅱ、Ⅲ、のいずれかを選択する。

■研究報告

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で、前掲「原著論文」ほどまとまった形ではないが、これだけでも早く発表する価値のある論文。

■技術・実践報告

技術的な問題についての実践結果の報告で、その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できる記事。

■総説

特定の問題に関する文献を集めて分析検討した論文。

投稿者は、投稿時に上記論文種別のいずれかを申告する。

3. 原稿の送付

投稿原稿は、所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれている）に必要事項を記入の上、本文、図表、写真等、を綴じたオリジナル原稿、およびオリジナル原稿のコピー2部（査読用）を添えて下記に送付する。

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会 編集委員会 委員長 山口 桂子 宛

（封筒の表には、「日看研誌原稿」と朱書し、書留郵便で郵送すること。）

事務局に到着した日を原稿受付日として誌上に明記する。なお著しく執筆要項を逸脱したものは事務的に返却し、形式が整った時点を受付日とする。

4. 原稿の受付（締め切り）

原稿の受付は年4回（4月、7月、10月、1月、各月の10日）とし、毎回ごとに受理手続きを行う。

5. 投稿の採否

寄稿の採否は、規定の査読を経たうえで本誌編集委員会が決定する。場合により著者に内容の追加あるいは短縮を求めることがある。また著者に承認を求めたうえで寄稿の種類を変更することがある。

査読の結果、「再査読」の場合には修正された原稿について改めて査読を行う。査読の結果が「不採用」の場合で、その「不採用」の理由に対して論文提出者が明らかに不当と考えた場合には、不当とする理由を明記して本会編集委員長あてに異議申し立てをすることができる。

なお原稿は原則として返却しない。

なお原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総 説	資料・その他
独 創 性	○	○	○		
萌 芽 性		○	○		
発 展 性		○	○	○	
技 術 的 有 用 性			○	○	
技術的価値性・有用性	○	○		○	
信 頼 性	○			○	
完 成 度	○				

〔凡例〕○：評価の対象とする，空欄：評価するが過度に重視しない。

6. 原稿の校正

校正にあたり，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。
なお校正の際の加筆は一切認めない。

7. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで，10頁以下（400字詰原稿用紙45枚（図表含む））の場合は，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。

図表は，A4判用紙にトレースした原図を添える事。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。

別刷については，あらかじ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部を単量とする）。ただし本会より執筆を依頼したものについてはこの限りではない。

8. 著作権

会員の権利保護のために，掲載された原稿の著作権は本会に属するものとする。他者の著作権に帰属する資料を引用するときは，著者がその許可申請手続きを行なう。

9. 原稿執筆要項

別に定める。

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12年4月22日 一部改正実施する。

原稿執筆要項

1. 原稿の書き方

原稿は簡潔でわかりやすいように重点を強調して記述すること。書籍・雑誌などの図、表を引用するときには必ず出典を明記すること。

- 1) 所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれているものをA4判に拡大コピーして使用）に、原稿の種類、和・英（JAMAの書式）の論文題名、およびキーワード（5語以内）著者氏名、所属団体・部署とその英訳、原稿枚数、別刷部数を明記する。
- 2) 本文は原則としてワードプロセッサなどによる機械仕上げとし、書式はA4判の用紙に文字数800字（40字詰め20行）、左右余白30mm、上下余白50mmとする。本文には必ず中央下にページ数（本文のみ）を記すこと。
- 3) 英文抄録は200語以内A4判の用紙にダブルスペースで印字する（原著論文、研究報告のみ）。
- 4) 和文抄録は400字以内とする。
- 5) 図表は一つずつA4用紙に配置し、それぞれに通し番号を付して図1、表1などとする。
- 6) 図表は、白紙または青色の方眼紙に、黒インクで仕上り寸法の約1.5倍の大きさに描く。提出された原図はそのままオフセット印刷する。
- 7) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える事。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。
- 8) 文献は、本文の引用箇所の肩に1)、2)のように番号で示し、本文原稿の最後に一括して引用番号順に整理して記載する。文献著者が3名以上の場合は筆頭者2名のみをあげ、○○他とする。文献の記載方法は以下の通りである。

①雑誌の場合：

番号) 著者名：表題、雑誌名、巻(号)、始ページ-終ページ、発行年(西暦)

-例-

- 1) 日本太郎, 看護花子, 他：社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴, 日本看護研究学会雑誌, 2(1), 32-38, 1998
- 2) Nihon, T. Kango, H. et al. : Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service, J. Nursing, 2(1), 32-38, 1998

②書籍の場合：

番号) 著者名：書名、引用箇所の始ページ-終ページ、出版社、出版地、発行年(西暦)

-例-

- 3) 研究太郎：看護基礎科学入門, 23-52, 研究学会出版, 大阪, 1995

③編集者の場合：

番号) 著者名：表題、編集者名(編)：書名、始ページ-終ページ、出版社、出版地、発行年(西暦)

-例-

- 4) 研究花子：不眠の看護, 日本太郎, 看護花子(編)：臨床看護学Ⅱ, 123-146, 研究学会出版, 東京, 1998
- 5) Kimura, H. : An approach to the study of pressure sore, In : Suzuki, H., et al. (Eds) : Clinical Nursing Intervention, 236-265, Nihon Academic Press, New York, 1996

なお、雑誌略名は邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUS および INTERNATIONAL NURSING INDEX に従うものとする。

9) 用字・用語は、現代かなづかいとする。アラビア数字を使い、SI単量系 (m, kg, S, A など) を用いる。

2. 原稿用紙および原稿の長さ

所定の原稿用紙2.5枚が刷り上がり1ページに相当する。刷り上がりが下記のページ数を超過しないように配慮すること。ただし、表題、図表等の一切を含むものとする。

- | | |
|-------------|-------|
| (1) 原著論文 | 10ページ |
| (2) 研究報告 | 10ページ |
| (3) 技術・実践報告 | 8ページ |
| (4) 総説 | 8ページ |

3. フロッピーディスク

原則として、原稿のフロッピーディスクを添付する。3.5インチフロッピーでMS-DOS上のテキストファイルが望ましい。ラベルには著者、表題、使用機種、使用ソフトウェアを明記すること。

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12年4月22日 一部改正実施する。

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必ずご記入下さい。

新入会の場合は、入会金3,000円が必要です。ご推薦下さる場合、その旨説明して下さいようお願い致します。

巻末にとじこまれております、入会申込書が22巻4号から一部変更になりましたので、お確かめの上ご記入下さい。

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)で楷書でお願いいたします。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。

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。

い-449 石川 明美 さ-365 佐藤 咲子 す-117 鈴木 育子 つ-085 津田 典子
と-119 富安 純子

日本看護研究学会雑誌

第23巻 2号

平成12年5月20日 印刷

平成12年6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(石川県立看護大学)
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1-10-6

☎ 043-233-2235

FAX 043-231-5562

臨床看護研究の進歩

新刊

VOL. 11

編集 「臨床看護研究の進歩」編集室

臨床看護の問題意識に密着した研究の進歩発展を願って刊行を続けるわが国唯一の年刊誌。レビューや原著など掲載論文の一篇一篇が看護のいまの成果を伝えるとともに、鋭く問題を提起する。Vol.11は新たにシンポジウム企画や最新の文献集・臨床看護研究SELECTION in 1999を加え、大幅に誌面を刷新、読者にはいっそう役立つ1冊となった。

主要内容

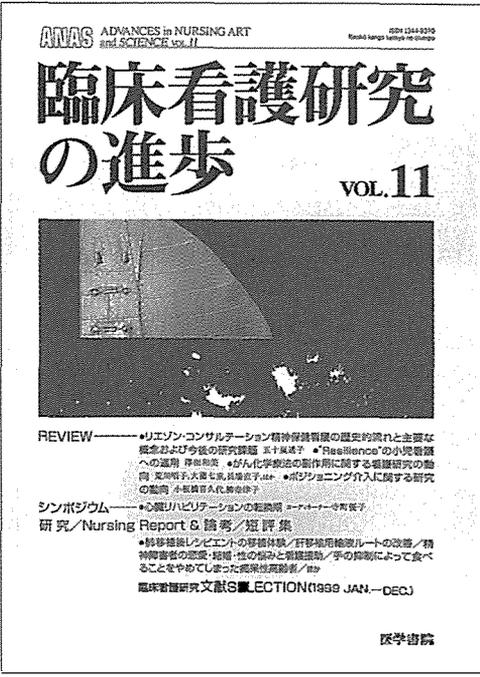
I. REVIEW
リエゾン・コンサルテーション精神保健看護の歴史的流れと主要な概念および今後の研究課題
「Resilience」の小児看護への適用 たくましく生きることへの支援
がん化学療法の副作用に関する看護研究の動向 文献(1977-1997)調査
ポジショニング介入に関する研究の動向 仰臥位、側臥位、腰臥位に焦点をあてて

II. シンポジウム/心臓リハビリテーションの転換期
心臓リハビリテーションプログラムと看護の現在までの歩み 早期化の意義と研究課題
緊急PTCA後のリハビリテーションプログラムの改良 心理的側面を重視して
虚血性心疾患患者に対する心臓病教室の意義 退院後の非監視的リハビリテーション

III. 研究(総説・原著)
肝移植後レシピエントの移植体験
看護婦の末梢静脈内留置カテーテル管理の実際
中高齢者の日常生活における24時間血圧測定の意義
精神障害者の恋愛・結婚・性の悩みと看護援助

IV. Nursing Report & 論考
著名な改善がみられた遅延性意識障害患者の看護事例
進行性筋ジストロフィー症児の反抗的態度と向き合って
手の抑制によって食べることをやめってしまった痴呆性高齢者

V. 短評集
VI. 臨床看護研究文献SELECTION (1999年1-12月)
1. 成人看護 選/鎌倉やよい、井上 智子
2. 小児看護 選/濱中 響代、堀田 法子
3. 老人看護 選/沼本 教子、小野 幸子
4. 精神看護 選/阿保 順子、田中美恵子



B5 頁200 2000
定価(本体3,600円+税) ¥400
[ISBN4-260-33067-5]

「臨床看護研究の進歩」バックナンバー

- VOL. 1 1989年発行 ●絶版
VOL. 2 1990年発行 定価(本体2,800円+税)
VOL. 3 1991年発行 定価(本体3,500円+税)
VOL. 4 1992年発行 定価(本体3,500円+税)
VOL. 5 1993年発行 定価(本体3,500円+税)
VOL. 6 1994年発行 定価(本体3,500円+税)
VOL. 7 1995年発行 定価(本体3,600円+税)
VOL. 8 1996年発行 定価(本体3,600円+税)
VOL. 9 1998年発行 定価(本体3,600円+税)
VOL. 10 1998年発行 定価(本体3,600円+税)