

VOL.24 No.1
平成13年3月20日発行
ISSN 0285-9262

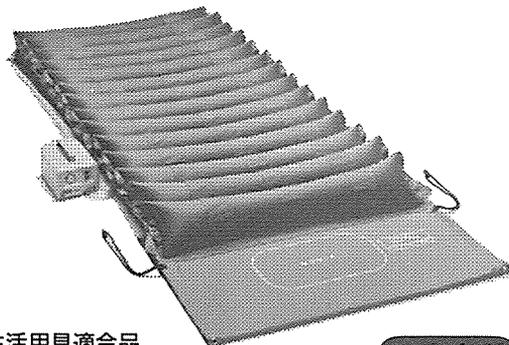
日本看護研究学会雑誌

(Journal of Japanese Society of Nursing Research)

VOL.24 NO.1

日本看護研究学会

お任せ下さい。
床ずれ予防の体位変換

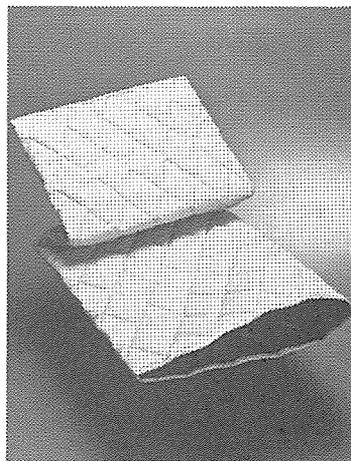


厚生省日常生活用具適合品

RBIエア-マット

いたわり
タイゾー

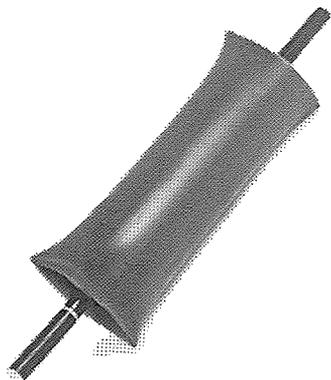
患者の体位交換や
移動が容易にできる



患者さんの腰を
らくに持ち上げる

帝国臓器の
介護用品

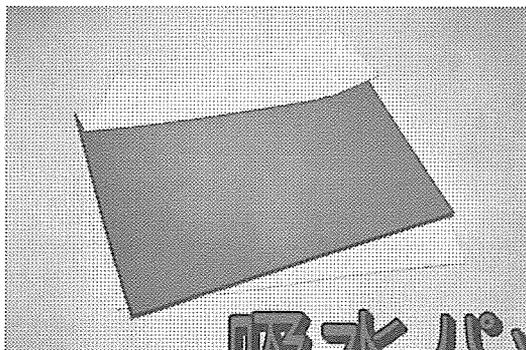
スライド
ヘルプ



厚生省日常生活用具適合品

リコパッド

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)

平成12年10月1日投票締切日，評議員選挙の結果を受けて，下記の方々に日本看護研究学会評議員を委嘱いたしました。

任期は，平成13年4月1日より平成16年3月31日までです。

平成13年3月20日

日本看護研究学会

理事長 草 刈 淳 子

記

評議員地区別名簿

(敬称略)

北海道地区 (9名)

氏 名	所 属	氏 名	所 属
石垣 靖子	医療法人東札幌病院	深澤 圭子	札幌医科大学保健医療学部
荻野 薫子	日本福祉看護学院	宮川 純子	北海道大学医学部附属病院
佐藤 洋子	北海道大学医療技術短期大学部	深山 智代	北海道医療大学看護福祉学部
手島 恵	医療法人東札幌病院	山田 律子	北海道医療大学看護福祉学部
野川 道子	北海道医療大学看護福祉学部		

東北地区 (10名)

氏 名	所 属	氏 名	所 属
工藤せい子	弘前大学教育学部	武田 利明	岩手県立大学看護学部
久米 和興	山形大学医学部看護学科	西沢 義子	弘前大学教育学部
小林 淳子	山形大学医学部看護学科	藤井 博英	青森県立保健大学健康科学部
新道 幸恵	青森県立保健大学健康科学部	三上 れつ	山形大学医学部看護学科
鈴木 光子	弘前大学教育学部	米内山千賀子	弘前大学教育学部

関東地区 (10名)

氏名	所属	氏名	所属
江守 陽子	筑波大学医科学研究科社会医学系	長友みゆき	千葉大学看護学部
大谷真千子	千葉県立衛生短期大学看護学科	野尻 雅美	千葉大学看護学部
茅島 江子	国際医療福祉大学保健学部看護学科	花島 具子	千葉大学医学部附属病院
小坂橋喜久代	群馬大学医学部保健学科	森 恵美	千葉大学看護学部
竹尾 恵子	筑波大学医科学研究科社会医学系	山口瑞穂子	順天堂医療短期大学

東京地区 (23名)

氏名	所属	氏名	所属
青木 康子	桐生短期大学	佐藤みつ子	山梨医科大学医学部看護学科
牛込三和子	東京都神経科学総合研究所	玉木ミヨ子	埼玉医科大学短期大学
大森 武子	東京女子医科大学看護短期大学	高橋 弘子	厚生省看護研修研究センター
大島 弓子	山梨県立看護大学	坪井 良子	山梨医科大学医学部看護学科
菅田 勝也	東京大学医学部	常葉 恵子	聖路加看護大学
川村佐和子	東京都立保健科学大学保健科学部	南野知恵子	参議院議員
金井バック雅子	東京女子医科大学看護学部	村嶋 幸代	東京大学医学部保健科学看護学科地域看護
金井 一薫	ナイチンゲール看護研究所	森山 弘子	東京女子医科大学附属病院
木下 安子	新潟青陵大学	楊箸 隆哉	信州大学医療技術短期大学部
小松 浩子	聖路加看護大学	吉田喜久代	全社連看護研修センター
小池 妙子	大妻女子大学人間関係学部人間福祉学科	和賀 徳子	厚生省看護研修研究センター
小山真理子	聖路加看護大学		

東海地区 (25名)

氏名	所属	氏名	所属
天野 敦子	愛知教育大学養護教育教室	桜庭 繁	浜松医科大学看護学科
天野 瑞枝	藤田保健衛生大学衛生学部看護科	七田 恵子	東海大学健康科学部
明石 恵子	三重大学医学部看護学科	関根 龍子	静岡県立大学短期大学部看護学科
伊藤 孝治	愛知県立看護大学	竹内登美子	静岡県立大学看護部成人看護学
石黒 彩子	名古屋大学医学部保健学科	高嶋 妙子	
大津 廣子	静岡県立大学看護学部	土井まつ子	静岡県立大学看護学部
大西 文子	藤田保健衛生大学衛生学部衛生看護学科	中野 正孝	三重大学医学部看護学科
岡崎寿美子	北里大学看護学部	西尾 和子	藤田保健衛生大学
川畑 安正	聖隷クリストファー看護大学	深瀬須加子	聖隷クリストファー看護大学
川出富貴子	三重県立看護大学	宮岡 久子	神奈川県立衛生短期大学
金城 祥教	静岡県立大学看護学部	村本 淳子	三重県立看護大学
倉田トシ子	神奈川県立衛生短期大学	渡邊 順子	名古屋大学医学部保健学科
佐藤 栄子	愛知県立看護大学		

近畿・北陸地区 (29名)

氏名	所属	氏名	所属
天津 栄子	石川県立看護大学	真田 弘美	金沢大学医学部保健学科
青山ヒフミ	大阪府立看護大学看護学部	櫻井 律子	滋賀医科大学医学部附属病院
稲垣美智子	金沢大学医学部保健学科	高橋 里亥	滋賀県立総合保健専門学校
池田 清子	神戸市看護大学	高見沢恵美子	大阪府立看護大学
上野 範子	京都府立医科大学医療技術短期大学部	種池 礼子	京都府立医科大学医療技術短期大学部
内布 敦子	兵庫県立看護大学	豊田久美子	滋賀医科大学医学部看護学科
奥宮 暁子	大阪大学医学部保健学科	西村真実子	石川県立看護大学
岡山 寧子	京都府立医科大学医療技術短期大学部	西元 勝子	固定チームナーシング研究所
川島 和代	金沢大学医学部保健学科看護学専攻	沼本 教子	神戸市看護大学
桂 敏樹	京都大学医療技術短期大学部	平田 雅子	神戸市看護大学短期大学部
勝田 仁美	兵庫県立看護大学	平河 勝美	大阪大学医学部保健学科
神郡 博	福井県立大学看護福祉学部	水谷 信子	兵庫県立看護大学
黒田 裕子	三重県立看護大学	森 圭子	大阪府立看護大学
玄田 公子	神戸市看護大学	横山 美江	京都大学医療技術短期大学部
坂井 靖子	滋賀医科大学医学部附属病院		

中国・四国地区 (18名)

氏名	所属	氏名	所属
東 玲子	山口大学医療技術短期大学部	菊井 和子	川崎医療福祉大学
伊東 久恵	香川医科大学医学部附属病院	阪本 恵子	愛媛大学医学部看護学科
池田 敏子	岡山大学医学部保健学科	田中マキ子	山口大学大学院教育学研究科
岡崎美智子	島根医科大学医学部看護学科	津島ひろ江	川崎医療福祉大学
尾方美智子	香川医科大学看護学科	成田 伸	広島大学医学部保健学科
太田 にわ	岡山大学医学部保健学科	深井喜代子	川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学
金山 正子	山口大学医療技術短期大学部	太湯 好子	川崎医療福祉大学
川田智恵子	岡山大学医学部保健学科	柳 修平	川崎医療福祉大学保健看護学科
梶本 市子	高知女子大学	渡辺 文子	岡山県立大学保健福祉学部看護学科

九州地区 (14名)

氏名	所属	氏名	所属
阿蘇品スミ子	久留米大学医学部看護学科	豊澤 英子	大分医科大学
岡本 陽子	九州看護福祉大学	中 淑子	県立長崎シーボルト大学
小田 正枝	西南女学院大学保健福祉学部看護学科	延近 久子	産業医科大学産業保健学部第2看護学
北原 悦子	九州大学医療技術短期大学部	花田 妙子	熊本大学教育学部看護学科
須永 清	宮崎県立看護大学	東 サトエ	鹿児島大学医学部保健学科
谷口まり子	熊本大学教育学部看護学科	前田ひとみ	熊本大学医療技術短期大学部
寺崎 明美	長崎大学医学部保健学科設置準備室	松岡 緑	佐賀医科大学医学部看護学科

会 告 (2)

任期満了により、評議員互選の議を経て、下記の方々に日本看護研究学会理事を委嘱いたしました。

任期は、平成13年4月1日より平成16年3月31日までです。

平成13年3月20日

日本看護研究学会

理事長 草 刈 淳 子

記

理事地区別名簿

(敬称略)

地 区	定 員	氏 名
北 海 道	2	石垣 靖子 手島 恵
東 北	2	新道 幸恵 三上 れつ
関 東	2	竹尾 恵子 森 恵美
東 京	2	川村佐和子 村嶋 幸代
東 海	3	七田 恵子 高嶋 妙子 中野 正孝
近畿・北陸	3	内布 敦子 黒田 裕子 玄田 公子
中国・四国	2	川田智恵子 深井喜代子
九 州	2	小田 正枝 松岡 緑

会 告 (3)

第27回日本看護研究学会学術集会を金沢市観光会館，他において開催いたします。メインテーマは、「新しい時代が問う看護研究の方向」と致しました。日程・プログラムは下記に示すとおりです。全国から多くの皆様をご参加くださることを心からお待ち申し上げます。

平成13年3月20日

第27回日本看護研究学会学術集会

会長 泉 キヨ子

記

会 期 2001年7月27日(金)，28日(土)

会 場 金沢市観光会館 他

〒920-0993 金沢市下本多町6-27

メインテーマ 新しい時代が問う看護研究の方向

第1日目 7月27日(金) 10:00～17:30

会 長 講 演 座長 草刈 淳子(千葉大学看護学部)

「人間の持てる力を引き出すリハビリテーション看護学の追求」

泉 キヨ子(金沢大学医学部保健学科)

奨学会研究発表

「温罨法が就床中の生体に与える影響に関する基礎的・応用的研究」

長谷部佳子(東京慈恵医科大学)

総 会

特 別 講 演 座長 山口 桂子(愛知県立看護大学)

「看護学の到達点と新世紀の課題－看護技術論の立場から－」

川島みどり(健和会臨床看護学研究所)

招 聘 講 演

座長 和田出静子(金沢大学医学部附属病院)

「臨床現場に活かせる看護研究」

Katsuko Tanaka, ARNP, CS, MN

Psychiatric nurse practitioner at Veterans Hospital

Mental Health Services/Addictions Treatment Center.

Clinical faculty at University of Washington School of Nursing/graduate program

シンポジウム1 「看護現象の着眼と研究の方法－質的研究を中心に－」
座長 天津 栄子（石川県立看護大学）
安酸 史子（岡山大学医学部保健学科）
シンポジスト 質的研究発展・充実のための課題から
中山 洋子（福島県立医科大学看護学部）
質的研究の実践と還元から
高山 成子（福井医科大学医学部看護学科）
水野 道代（石川県立看護大学）
他1人交渉中

一般演題
懇親会（18：30開会予定）
金沢東急ホテル

第2日目 7月28日（土）9:00～16:00

教育講演 座長 小山真理子（聖路加看護大学）
「新しい時代における看護研究の方略－日米の看護研究比較をとおして－」
牧本 清子（大阪大学医学部保健学科）

シンポジウム2 「看護学におけるエビデンス」
座長 粟屋 典子（大分県立看護科学大学）
稲垣美智子（金沢大学医学部保健学科）
シンポジスト 褥瘡ケア・研究からみたエビデンス
真田 弘美（金沢大学医学部保健学科）
臨床看護実践におけるエビデンス－呼吸ケアをとおして－
宮下多美子（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院）
医療経営学からみたエビデンス
松下 博宜（株式会社ケアブレインズ）
看護行為のエビデンスに迫る
黒田 裕子（日本赤十字看護大学）

ワークショップ1 「ITが看護学および看護研究に及ぼす影響」
川口 孝泰（兵庫県立看護大学）

ワークショップ2 「実践と研究における看護倫理」
宮脇美保子（鳥取大学医学部保健学科）

一般演題
閉会

【学術集会参加費事前払込みのご案内】

学術集会および懇親会参加費は郵便局にて事前払込みをお願いいたします。事前払込み振込み期限は6月22日です。

参加費：会員 9,000円

非会員 6月22日迄9,000円（但し、学術集会雑誌代金は含まない。）

6月23日以降は学術集会当日受付にて10,000円をお支払い下さい。（但し、学術集会雑誌代金は含まない。）

大学院生 会員または非会員のいずれかでお申し込み下さい。

学 生 2,000円（但し、学術集会雑誌代金は含まない。）

懇 親 会 6,000円

郵便払込先：口座番号 00780-5-48454

加入者名 第27回日本看護研究学会学術集会

参加手続き等に関してご不明の点がございましたら、下記までお問い合わせ下さい。

学術集会事務局：〒920-0942 石川県金沢市小立野5丁目11番80号

金沢大学医学部保健学科看護学専攻内

第27回日本看護研究学会学術集会事務局

TEL 076-265-2546, 2558 FAX 076-265-2513

E-mail: 27kenkyu@mhs.mp.kanazawa-u.ac.jp

URL <http://mhs3.mp.kanazawa-u.ac.jp/nurse/nurse27>

会 告 (4)

日本看護研究学会学会賞・奨励賞が平成12年度第26回日本看護研究学会総会において承認され、平成13年4月1日から施行となります。

次頁規程細則に基づいて平成13年度学会賞・奨励賞の募集を行います。

推薦をされる方は、規程および細則に従って申請して下さい。

平成13年3月20日

日本看護研究学会

理事長 草刈 淳子

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程

(趣旨)

第1条 この規程は、本学会の学術領域において優れた業績があったと認められる者の表彰および若手研究者の育成に関し必要な事項を定める。

(種類)

第2条 表彰および若手研究者の育成のために次の2つの賞を設ける。

- 1) 日本看護研究学会賞(以下、学会賞)
- 2) 日本看護研究学会奨励賞(以下、奨励賞)

(審査対象)

第3条 審査対象は次のとおりとする。

- 1) 学会賞
 - (1) 過去に本学会誌に優れた論文を発表し、その領域の発展に貢献した者。
 - (2) 本学会の学術活動に貢献した者。
- 2) 奨励賞
 - (1) 推薦年度を含む過去3年間に本学会誌に優れた論文を発表した者。
 - (2) 当該年度に本学会学術集会で優れた研究発表をした者。

(資格)

第4条 各賞は次の各号に該当する者に授与する。

- 1) 学会賞
 - (1) 15年以上日本看護研究学会会員であること。
- 2) 奨励賞
 - (1) 3年以上日本看護研究学会会員であること。
 - (2) 推薦時に45歳未満であること。
 - (3) 前条2号(1)の論文の筆頭者、または前条2号(2)の筆頭発表者であること。

(推薦)

第5条 各賞に対する推薦は、次のとおりとする。

- 1) 学会賞については、日本看護研究学会会員の推薦によるものとする。
- 2) 奨励賞については、理事長が委嘱した選考委員会によって推薦される。

(受賞者数)

第6条 各賞の授賞者数は、次のとおりとする。

- 1) 学会賞は毎年度1名以内。
- 2) 奨励賞は毎年度1名以内。

(選考)

第7条 毎年1回、理事長が委嘱した委員によって構成された選考委員会で各賞の候補者を審査選考する。

(決定)

第8条 前条により選出された候補者については、理事会の議を経て授賞者を決定する。

(表彰等)

第9条 各賞の授賞者には、賞牌および副賞を毎年総会時に授与する。なお学会賞受賞者は、表彰式が実施される学術集會会期中に記念講演を行う。

(規程の改正)

第10条 本規程の改定は、理事会の議を経て行う。

附則

(施行期日)

この規程は、平成13年4月1日から施行する。

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程細則

(趣旨)

第1条 この細則は、日本看護研究学会賞および奨励賞に関する規程において、学会賞および奨励賞の候補者選定に関する必要な事項などについて定める。

(選考基準)

第2条 各賞の選考は、次のとおりとする。

1) 学会賞

- (1) 論文の内容が、看護学または看護実践において有益で顕著な貢献が認められること。
- (2) 本学会の学術活動に顕著な貢献が認められること。

2) 奨励賞

- (1) 研究方法や成果に独自性があり、看護実践への示唆が大きく、十分な論理性を備えていること。

(推薦方法)

第3条 学会賞候補者の推薦依頼は、毎年度の本学会雑誌2号において行う。学会賞推薦書は毎年度本学会雑誌2号に綴じ込むものとする。奨励賞は、理事長から委嘱された選考委員会によって推薦される。

(申請手続)

第4条 各賞候補者の申請は、次のとおりとする。

- 1) 学会賞：本学会員の推薦によるものとし、次の書類を添えて9月末日までに理事長に申請する。
 - (1) 学会賞推薦書・申請書（所定の用紙）……6通
 - (2) 申請論文の別冊またはコピー……6通
 - (3) 共著の場合は共著他者の同意書……6通
- 2) 奨励賞：理事長から委嘱された選考委員会による推薦とし、選考委員会は、次の書類を添えて11月末日までに理事長に申請する。
 - (1) 奨励賞推薦書・申請書（所定の用紙）……2通
 - (2) 申請論文または講演抄録の別冊またはコピー……2通
 - (3) 共著・共同発表の場合は共著・共同発表他者の同意書……2通

(選考委員会)

第5条 各賞の選考委員会は、次のとおりとする。

- 1) 委員会は、理事長が理事の中から指名した5名によって構成する。なお委員長は、委員の互選とする。

2) 選考委員会の委員は、原則として被推薦者または推薦者の所属する所属機関および共同研究者以外から選出する。

3) 選考委員会は4月に設置する。

第6条 選考委員会は、提出された申請書類等を審査し、委員会の合議で各賞候補者を選考する。

第7条 選考委員会は、11月末日までに各賞候補者を選出し、推薦書を添えて理事長に報告する。

第8条 選考委員会は、候補者の選考経過および結果を本学会雑誌1号で報告する。

(その他)

第9条 副賞の内容については、当該年度の理事会において決定する。

第10条 提出書類(論文別冊を含む)は、返却しない。

(細則の改正)

第11条 本細則の改定は、理事会の議を経て行う。

附則

(施行期日)

この細則は、平成13年4月1日から施行する。

目 次

第26回日本看護研究学会講演記事（1）

会長講演

- 看護管理50年の歩みとこれからの方向 19
千葉大学看護学部附属看護実践研究指導センター 草刈 淳子

招聘講演

- Hospital Restructuring's Impact on Outcomes (HRIO) 35
Presentation by : Louanne Stratton, PhD, RN
Supported by : National Institute of Nursing Research
NIH Grant No : 1 RO1 NR04285-01
Margaret D. Sovie, PhD, RN, FAAN
Principal Investigator
Collaborating Investigators:
Audrey Gift, PhD, RN, FAAN
Abbas F. Jawad, PhD
Louanne Stratton, PhD, RN
Patricia L. Wallace, MSN, RN, CCRN
Linda Aiken, PhD, RN, FAAN
Project Director : Carole-Rae Reed, PhD, RN, CS

－ 原 著 －

- 青年期におけるコーピング、精神的健康に与える性役割の影響 57
広島県立保健福祉大学 加藤 知可子
- 看護学生の喫煙と学習意欲・精神的健康との関連 67
弘前大学教育学部看護教育学科 葛西 敦子
花田 久美子
米内山 千賀子
木村 紀美
東海大学医学部付属病院 本間 久美子

新人看護婦の職務ストレスに関する研究	77
--------------------------	----

－職務ストレッサー尺度の開発と影響要因の分析－

滋賀医科大学医学部看護学科	藤原千恵子
	本田育美
大阪府立看護大学医療技術短期大学部	星和美
	石田宜子
大阪市立大学看護短期大学部	石井京子
京都大学医療技術短期大学部	日隈ふみ子

精神分裂病患者の歩数と精神症状変化の関係	89
----------------------------	----

山形大学医学部看護学科	久米和興
	森文子

CONTENTS

..... Original Paper

Effect of Sex Role on Mental Health and Coping in Adolescence 57
Hiroshima Prefectural College of Health Sciences : Chikako Katou

Relationship among Smoking, Learning Motivation,
and Mental Health in Nursing Students 67
Department of Nursing Education,
Faculty of Education, Hirosaki University: Atsuko Kasai
Kumiko Hanada
Chikako Yonaiyama
Kimi Kimura
Toukai University Hospital: Kumiko Honma

A Study of Job Stress among Hospital Nursing Staff as
Advanced Beginner 77
Shiga University of Medical Science: Fujiwara Chieko
Honda Ikumi
Osaka Prefectural College of Health Sciences: Hoshi Kazumi
Ishida Yoshiko
Osaka City University College of Nursing: Ishii Kyoko
College of Medical Technology Kyoto University: Hinokuma Fumiko

Relationship between Number of Paces and Changes
in Mental Symptoms among Schizophrenics 89
Department of Nursing, Yamagata University
School of Medicine : Kazuoki Kume
Fumiko Mori

女性の看護学

母性の健康から女性の健康へ

編著／吉沢豊予子(長野県看護大学教授) 鈴木幸子(埼玉県立大学保健医療福祉学部助教授)

B5判 412頁 定価3,675円(本体3,500円)

ISBN4-8392-0914-6

Women's Health

女性を中心にすえた女性のための看護学

NEW

- | | |
|---|--|
| <p>第I章 女性を中心にすえた健康の概念</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 なぜ「女性の健康概念」が必要なのか 2 ウィメンズヘルスの発達 3 リプロダクティブ・ヘルス/ライツの考え方 4 日本・世界の女性および母子保健事情 <p>第II章 女性の理解</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 女性のライフサイクル 2 女性の成長・発達 3 母性性と女性性 4 女性と家族 5 女性の意思決定 6 女性のセクシュアリティと自己決定 <p>第III章 女性を取り巻く環境</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 女性を取り巻く環境とsocial-cultural-context 2 地球環境と女性の健康 3 少子・高齢社会と女性の健康 4 男性中心の社会と女性の健康 5 女性の健康に関する母子保健施策および今後の課題 <p>第IV章 女性のからだの特徴と健康</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 女性のヘルスプロモーション 2 ライフサイクルからみた女性の健康 3 女性と栄養 | <ol style="list-style-type: none"> 4 女性と運動 5 女性と月経 6 女性のセクシュアルヘルス 7 女性とメンタルヘルス 8 働く女性の健康 9 アルコール、喫煙、薬物と女性の健康 10 乳房の健康 11 妊娠・出産の選択 12 ハイリスク妊娠・分娩に関連する女性の健康問題 13 産む機能に関わる健康 14 生殖器以外の疾患をもつ女性の健康 15 不妊女性の健康問題 16 生殖医療技術と女性の健康 17 STDと女性の健康 18 障害者のセクシュアリティと健康 19 女性に対する暴力と健康 <p>第V章 女性の健康と看護の展開</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 フェミニズムの視点をもった看護実践への挑戦 2 女性の健康のアセスメント 3 女性のエンパワーメントに注目した援助方法 4 女性を中心にすえた看護の展開 |
|---|--|

フランクリンの英語で学ぶ看護

— Guide to Professional Nursing —

編著／Martha J. Franklin(静岡県立大学看護学部助教授)

B5判 424頁 定価2,940円(本体2,800円)

ISBN4-8392-0756-9

看護学生に最適の英語教材、待望の刊行!!

NEW

◎看護教育に携わってきたアメリカ人著者が、看護学生の英語教材として、看護の基本から最新の話題までを執筆している。本書英文・内容のレベルは、初級から上級へと、章が進むにつれて高度になるため、看護専門学校の学生から大学院の学生まで、学習者のレベルに合わせて使用できる。また、各章に設けられた「練習問題」を解くことにより、読解力だけでなくクリティカルシンキングの技法も身につけることができる。

- ／医療・看護特有の英語訳が充実
- ／各章末“コラム”でやさしい英語の医療場面での使い方を学習
- ／各章冒頭に英文要旨を掲載。

本書の構成

- Part1 Foundations of Nursing 看護の基礎 (Chapter 1~5)
- Part2 Ethical Issues in Nursing 看護における倫理問題 (Chapter 6~13)
- Part3 Nursing Practice 看護実践 (Chapter 14~19)
- Part4 Current Topics in Nursing 看護における最新の話題 (Chapter 20~24)



株式会社
メディカルフレンド社

〒102-0073 東京都千代田区九段北3-2-4 ☎(03)3263-7666 FAX (03)3261-6602 振替00100-0-114708

E-mail:mfeigyou@mb.infoweb.ne.jp http://web.infoweb.ne.jp/medical-friend/

第 26 回

日本看護研究学会学術集会

講演記事 (1)

平成12年 7月27日 (木)・28日 (金)

会長 草刈淳子

於 千葉市幕張メッセ, 国際会議場
千葉市美浜区中瀬 2-1

看護管理50年の歩みとこれからの方向

千葉大学看護学部附属

看護実践研究指導センター 草刈淳子

I. はじめに：「看護管理」の捉え方と看護の位置付けについての基本的理解

本年西暦2000年は、看護管理の立場からみると、1950年（昭25）に、国立病院・国立療養所に総婦長制度がしかれてから50年という1つの歴史的な節目である。

そこで、この50年の歴史的流れを、まず最初に保健医療政策に伴う「組織の再編」という面から捉え、看護の自立と看護管理の発展との関係で論じたい。

しかし、本論に入る前に、「看護管理」という言葉の捉え方について確認しておく必要がある。看護管理の思想が戦後日本に最初にもたらされたのは、昭和21年10月の看護学雑誌創刊号からであるが、適切な日本の著書がなかったため、アメリカの「病院婦長学」（第2版1945）が昭和24年に翻訳紹介された。あらゆる点で日本にぴったりとはいかないにしても「少なくとも日本の看護婦さんのうちの誰かが自らの経験に基づいて書くだけの資格がつくまでは指導書としてお役に立つと思います」¹⁾と序文でオルト看護課長は述べている。本のタイトルの印象が強いためか、いまだに「看護管理は婦長以上の方が学ぶもの」といった考え方が少なくない。しかし、「組織の時代は管理の時代」といわれる今日、組織に属する者全てが看護管理について理解している必要がある。

1982年（昭57）、千葉大学看護学部で全国共同利用の継続教育施設として「看護実践研究指導セ

ンター」が新設され、教育学部から当センター看護管理研究部に配置換えとなって私が最初に直面したことは、「看護管理」をどのように捉えるか？ということであった。

戦後の関係誌を隈無く調べた結果、看護管理の思想は、病院だけでなく、広く公衆衛生看護をも包含していることを確認した。例えば、「婦長」という雑誌は、昭和30年-31年の2年間だけの発行であるが、7月号には、創刊号には記されていない副題「総婦長、病棟婦長、主任、教務主任及び保健所婦長の総合雑誌」が、明記されている。また、昭和35年に訳出されたゴダードの「看護管理の原則」²⁾の目次にも、病院の看護管理と、公衆衛生の看護管理の項がある。表1は、昭和36年（1961）に東京で開催されたWHO西太平洋地域事務局主催の看護管理ゼミナールにおいて、会議に先立って示された看護管理の定義である。これらから、看護管理が病院に限定されたものでない

表1 看護管理の定義

看護婦の潜在能力や関連分野の職員及び補助職員、あるいは設備や環境・社会の活動などを用いて、人間の健康向上のために、これらを系統的に適用する過程である。

WHO西太平洋地域事務局主催
看護管理ゼミナール
昭和36年(1961.10.)

ことは明らかである。

そこで、現場実践としての狭義の「看護サービス管理」Nursing service managementと、現場の看護に何らかの影響を及ぼす行政上の制度や規則などの外部環境があり、それを含めて広義の「看護管理」Nursing administrationとして捉え、図1のように構造化した。

次に、重要なことは、医療における看護の位置付けである。欧米諸国と日本の病院の成立過程の根本的な違いを改めて実感させられたのは、1985年（昭60）に「病院の歴史：保健医療施設の発達：東と西」³⁾のテーマで国際医学学会のシンポジストとして参画した時であった。欧米諸国では英・米・独、オランダ、フランスなど国が違っても、看護婦が寺院で旅人や弱った病人の看護をしており、そこに医師が入る形である点で共通しているのに対し、日本では、医師が1人医業をしている処へ看護婦が入ったという歴史的経過があり、図2に示すように、主が逆となっている。従って、日本の看護婦の考え方の基底には、どこかに医師に従属しているという感覚がある。図2の中央は、患者を中心に三者が相互に双方向に関係する理想的な構造を示した。「看護婦の歴史ではなく、病院の歴史を」と、事務局の酒井ズ先生（順天堂医大）から再三いわれ、唯一人の看護職としてプレゼンテーションする私は苦慮した。幸い、英国のBrian Abel Smithが、「病院の歴史は、看護

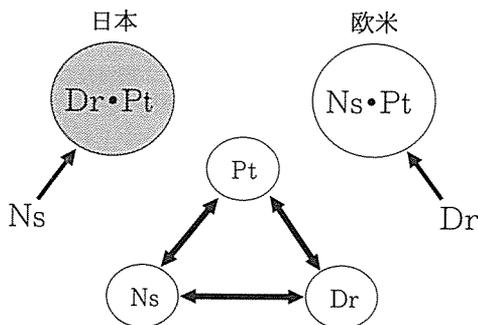


図2 日本の看護の成り立ちと欧米との違い

の歴史に先立つものではない」⁴⁾と述べていたことから、「病院の発達は組織の変化であり、看護組織の発達が影響している」ことに着目して、プロシーディングを纏めることができた。同席された医学界のオピニオンリーダーであられた故川喜田愛郎 元千葉大学学長、故中川米造 元大阪大学教授、池上直己 慶応大学教授らからは、看護のあるべき方向について多くの示唆を頂いた。

今回、過去50年の日本の看護管理の発展経緯を振り返るに当たって、「時代区分は、社会との関係の質が変わった時に把握される」という学説に従い検討した結果、表2のように7期に区分された。さらに後述するように、看護職が日本の保健医療政策の中に公式に位置付けられた1970年代半ば以前と、2000年まで、さらに2000年以降とで、

表2 看護管理の発展経緯
—発展段階からみた時代区分—

第I期：被占領期—独立経（昭20年終戦—35年まで：組織体制づくり）	第I段階
前期 1945—1952 GHQによる間接統治、改革の基盤整備	
後期 1952—1960 反動期	
第II期：1960—1970 病院ストを契機とした看護自立への道	第II段階
第III期：1970—1976 高度医療・患者の重症化の中での看護業務の確立	
第IV期：1976—1987 保健医療のシステム化に向けて	
第V期：1987—1992 高齢社会における保健・医療・福祉の連携	第III段階
第VI期：1992—2000 チーム医療を基盤とした長寿社会への再編 看護教育の急激な高度化（86大学）	
第VII期：2000—	第III段階
介護保険及び「健康日本21」の導入 新たな看護の位置付けと他領域との連携	

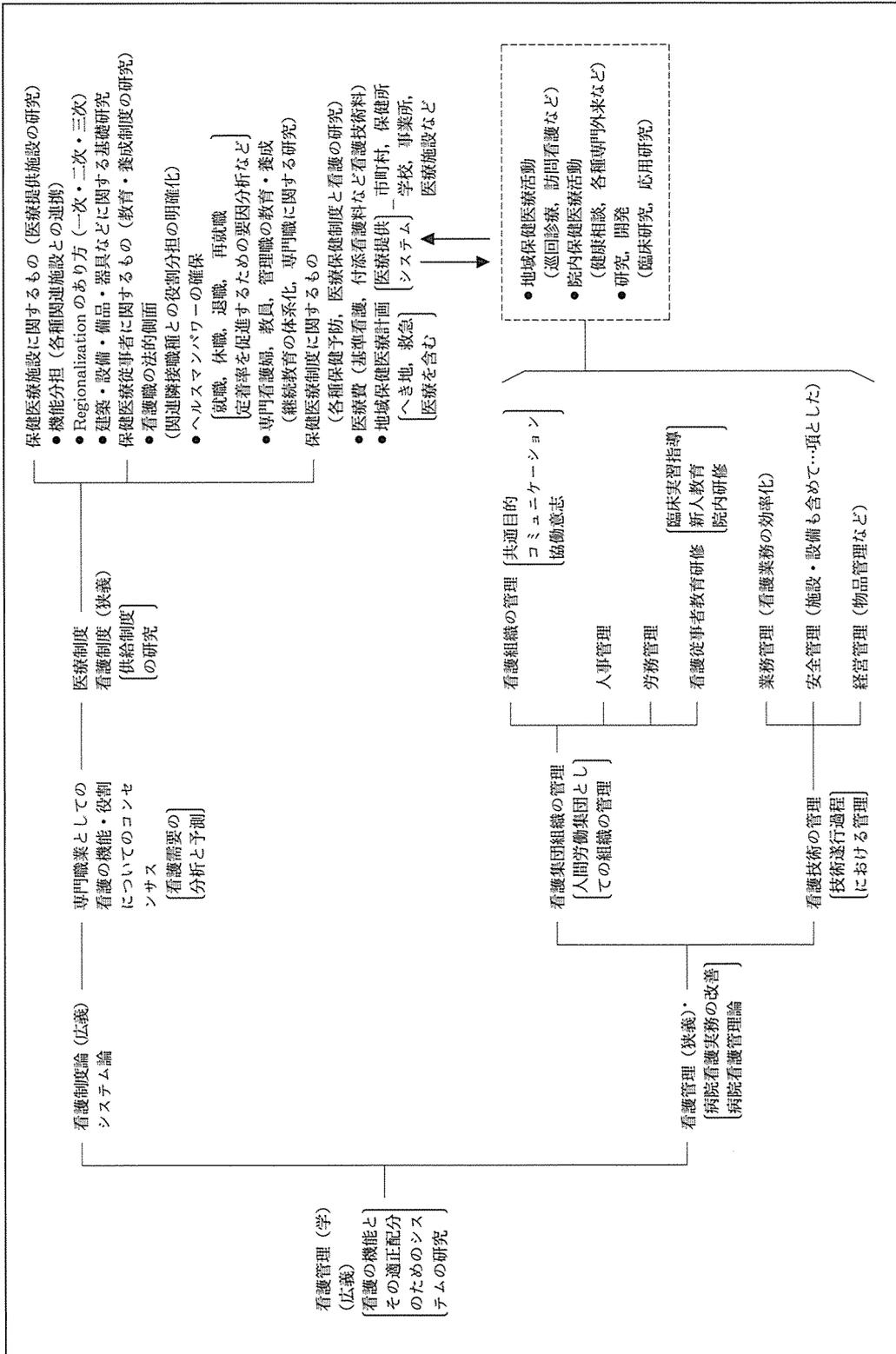


図1 看護管理 (学) の構成 (草案)
(看護研究, Vol.15, No.5 より)

大きく3段階に区分されると考えた。

今日、外部環境としての制度やシステムの動向は、その影響の度合いから法律及び経済の両面で決定的な意味を持ち、これらを踏まえない限り現場の看護管理をよりよくすることは不可能とさえいえよう。むしろ、今日のような変革の時代だからこそ、現場の看護管理をよりよく運営するためには、これら諸制度の仕組みをよく知り、積極的に提言し、環境条件を変革していく任務があるといえよう。以下、これら各期の特徴と看護管理上の問題を捉え、何が促進あるいは抑制要因となったのか? 外的・内的要因について分析する。

II. 看護管理の発展経緯

1.-1 第I期(前期 1945-52) 図3

終戦の1945年12月1日に陸海軍・傷痍軍人病院は国立病院・療養所として厚生省に移管され、GHQによるComprehensive Medicine & Nursing(総合医療・総合看護)の理念の下に、専門職としての看護のあるべき理想を目指して、国立東京

第一病院はモデル病院として、また、モデルスクール、モデル保健所を通して具体的に改善方向が示され、日本の保健医療の改革が実質的に推進された時代である。有資格看護婦による看護の提供のために早速、指導者講習会が開始され、看護管理の実際が国立東京第一病院において「病室管理」として具体的に米国の指導者によって指導された。職能団体が結成され、他方、厚生省から分離新設された労働省によって、病院診療所看護婦及び派出看護婦の実態調査が初めてなされ、報告された。初代婦人少年局長山川菊栄は「実態把握こそ行政の基礎である」とし、調査に並々ならぬ情熱を傾けられ、その序文の中で、「人命を預かる大切な仕事であり献身的なサービスを必要とするだけに、看護婦その人の健康や労働条件が充分に守られ、技術や教養を高めることのできる生活が保障されなければならない」⁵⁾と、ケアする者のケア、つまり、看護管理の重要な役割を指摘している。

また、日本の病院に、経営管理学の機能集中による効率化という面から「中央化理論」が取り入

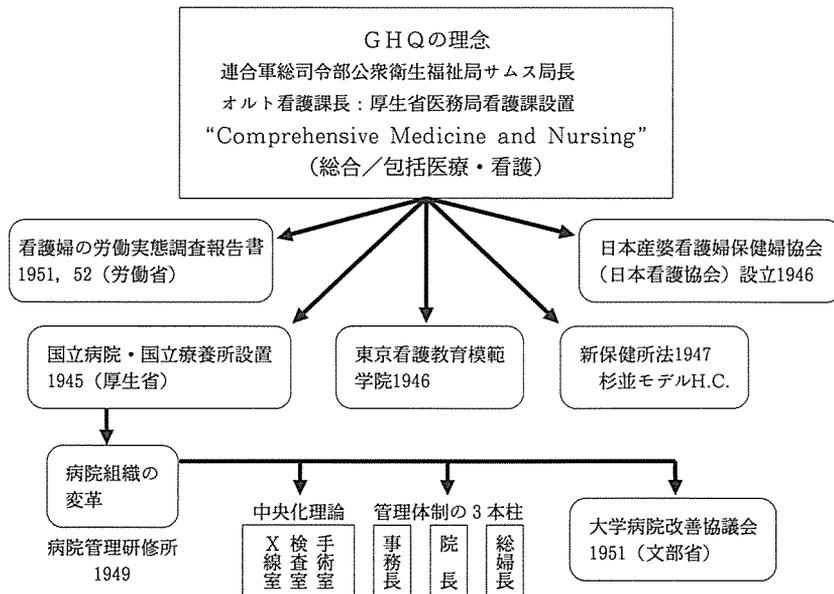


図3 第I期(前期) 1945-1952

れられ、1951年（昭26年）に文部省に「大学病院改善協議会」が結成され、「大学病院改善要綱」が公表された。さらに、翌1952年には国立大学病院を対象に「大学病院研究会」が作られ、そこで検討を経て昭和30年（1955）に東大病院に中央手術室が作られ、その後、全国の病院に広がった。管理体制は、院長・事務長・総婦長の3本柱となり、これら病院管理者を対象とした研修が、国立東京第一病院（昔は東一と略称）現在の国立国際医療センターの一角に開設された厚生省病院管理研修所でなされた。同所は厚生省医療・病院管理研究所となり、1昨年、創立50周年の記念を祝ったところである。

終戦からほんの数年間という短期間に、看護の基盤がほぼ形成されたということは驚くべき早さであり、この基盤がなければ、日本の「組織医療」への脱皮は困難であり、今日のような看護の発展もなかったであろう。

1.-2 第I期後期（1952-60） 図4

GHQが去った後、一方で看護の大学教育が発足し、病院の近代化・組織化・設備化に伴って、国立結核療養所では付添看護が廃止され、これまでの家族や付き添いに代わって、施設に属する国家資格免許の看護婦による看護の提供へと改革されたが、これらはGHQの外圧の残余で実現した

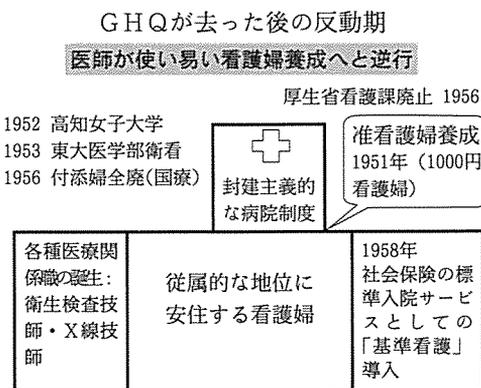


図4 第I期（後期）1952-60

といえよう。

他方、前期での急激な変化への反動として、1956年（昭31）に厚生省看護課は廃止されて医事課へ統合され、開業医にとって使い易い看護婦が求められた。またメイド看護婦の養成に戻ってしまうと、心ある医師達の危機感を募らされたのもこの時期である。しかし、看護職自体にも一半の責任はあったといえよう。当時、日赤の看護課長であり、後に日本看護協会会長となられた林 塩先生は、「封建的な思想の中で安住していたのは女であり、病院のその中で長い間安眠を貪っていた看護婦は、その間に知性を培わず責任を与えられないから真の意味の職責を自覚しない。いくら看護婦の再教育をしても旧態然とした様相を呈している。・・・看護婦を従属的存在として取り扱い、真の意味の看護を育ててこなかった病院の封建的思想の結果である。」⁶⁾と指摘した。こうした体質が、いまなお少しでも残っていないかよく点検し、21世紀には持ちこまないようにしたい。昭和25年に発足した完全看護は、昭和33年には「基準看護」として、給食・寝具とともに健康保険医療の標準的入院サービスに位置づけられ、日本人も入院時に煮炊き用の鍋、釜、七輪他、布団一式をリヤカーで運び込む姿からようやく解放された。

他方、新しい医療関係職の誕生と共に、それまで看護職がしていた仕事も、看護職の手から離れていった。それに伴い、看護とは何か？タマネギ論つまり、どんどん剥いていった後に何も無くなるのか、あるいは剥いたあとに大切な何かが出てくるというタケノコ論が盛んに論じられた。

2. 第II期（1960-70） 図5

国民皆保険が達成され、日本の医療界は新たな時代を迎えた。つまり、いつでも、どこでも、誰でも、必要な医療が受けられるという、医療保障制度が実現した。当時、市町村合併が進み、仕事を求めて人々は都市に集まり、過密・過疎問題が指摘され始めた。こうした社会経済状況を反映し

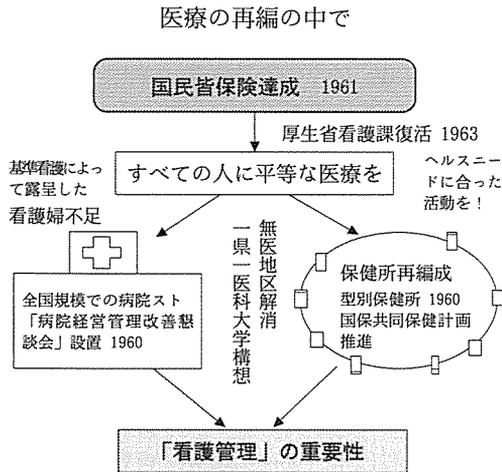


図5 第二期 1960-70

て地域毎に抱える健康問題が急速に異なってきた。「地区診断」が、地域のヘルスニードを捉えるための新しい手法としてなされた時期である。産業復興に対応する形で、新たにU、UR等の型別保健所が提示された。同年には、各市町村国民健康保険組合と保健所が共同で、地域の健康問題を把握し、それに対応した保健計画を立てて活動しようという、いわゆる二局長4課長通牒のもとに活動方針が示され「共同保健計画」が推進された⁷⁾。保険局、公衆衛生局、医務局など関係各課の法律事務官・医師・看護技官などがチームを組んで、全国8ブロックを回った。しかし、予防と医療のヨコの連携を重視し、市町村が独自の保健計画を立てるといふ、新しいやり方に不慣れであったため、「国の業務指針を出して欲しい」という保健婦がいて、病院看護婦のみならず自由な活動を自ら放棄している実態が地域保健婦にも存在する現実を知らされた。しかし、自ら積極的な改革を推進する先進市町村もあり、実態レベルは様々であった。

看護婦の絶対数の不足が明らかとなり、1960年の秋には全国的規模で病院ストが起こった。看護史上初めて、看護職が医療の封建制に対してより

よい看護を求めて立ち上がったとされる。急速、「病院経営管理改善懇談会」が同年12月、厚生省に臨時に設置され、また、医務局に新たに指導課が設置された。日本の病院経営を改善するのに、「日本の病院の質的差異をよく理解して独自のものを考え出さねばならない」とした上で、報告書は、経営方針と経営組織、人事管理、財務管理の各部分について述べている。人事管理には最も多くのページがさかれ、病院における近代的人事管理のあるべき姿が描かれた。

「人間関係は、日本の病院で新しく発見された重要な課題として今後の深い研究を望みたい⁸⁾と、小沢龍元医務局長は述べた。日本の医療界もついに、真の医療問題に直面したと云え、看護管理の重要性が初めて認識されたといえよう。全国的な無医地区解消のため、一県一医科大学構想が立てられ、高度経済成長の波に乗って、各地に病院が建てられ建築ラッシュが続いたのもこの時期である。

3. 第三期 (1970-1976) 図6

人口の高齢化を背景に老人10割給付、つまり、老人が医療を無料で受けられるようになり、患者が急増した。診療を受ければ病気が見つかり、治療すれば費用が掛かるということで、昭和50年代

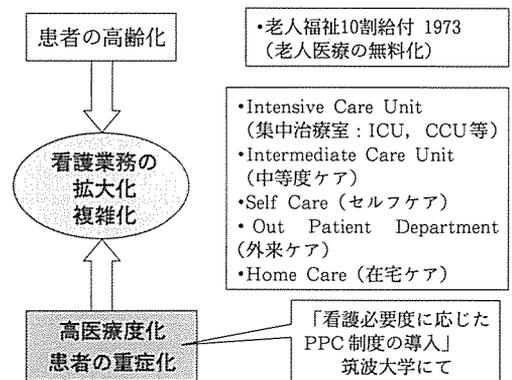


図6 第三期 1970-76

患者の高齢化・重症化と医療の高度化

は、医療技術の高度化と共に各地に新設医科大学が設置され、患者の重症化・多様化が進み、看護の多様化・複雑化の中で看護業務が拡大し急増した時期である。こうした変化に対応すべく、医療保険では重症加算や基準看護の特類設定がされた他、様々な名目で加算が設定された。筑波大学病院では、米国のコロンビア大学で考案した看護の必要度に応じた Progressive Patient Care を、初めて日本に導入した。この考え方の基本は、昭和28年（1953）頃、日本の国立結核療養所で安静度に見合っ看護婦を重点配置した「傾斜配置」と似ている。しかし、患者の症度に基づく病院システムとしてのこの PPC 構想はその後伸展はみられず、部分的に ICU, CCU, NICU, SELF CARE, HOME CARE として、展開されている。

4. 第Ⅳ期（1976-87） 図7

昭和51年（1976）に、国立学校設置法の一部改正で、国立大学病院に「看護部」ができ、「看護部長」が初めて誕生し、同時に厚生省の国立病院・国立療養所においては、総婦長が「看護部長」に名称変更され、看護部は6年後に設置された。

一方、地域では、市町村国保組合の保健婦が、第一次国民健康づくり政策の一環として、市町村衛生に身分移管されることとなり、国保保健婦40

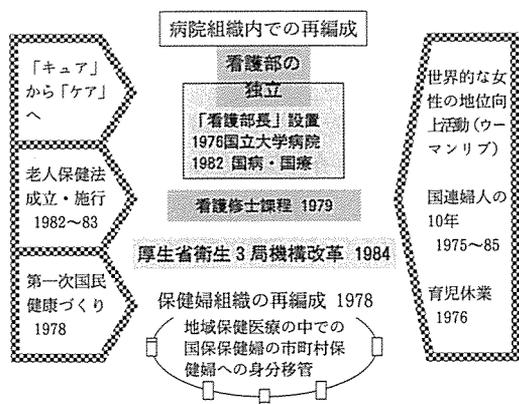


図7 第Ⅳ期 1976-87
女性の地位向上と看護職への期待

年の幕を閉じたのであった⁹⁾。

これらは、従来、各施設の自給自足に任されてきた看護職が、国の保健医療政策の下で、初めてヘルスケア・システムに公的に位置づけられたと云うことが出来る。つまり、公共のために看護を必要とした一連の社会政策であり、その点で、この時期はこれまでとは異なる段階に入ったと考えられる。看護管理コースが神奈川県立看護教育大学校に、第16回 ICN 東京大会開催、看護修士課程が千葉大学・聖路加看護大学に、さらに、厚生省の看護研修センターが、また文部省の全国共同利用施設として千葉大学看護学部看護実践研究指導センターが設置されたのもこの時期である。ケアからケアへと移行する時期にあり、新たに制定された老人保健法は、1つの法律の中で、保健と医療が統合されたと云う意味で特記される。昭和59年に厚生省は、それまでの医務局、公衆衛生局というタテワリ行政から、健康政策局、保健医療局、生活衛生局に大きく機構改革した。

他方、世界的なウーマンリブの流れの中で国連婦人の10年（1975-85）が示され、これを機に日本では1976年に教員、社会福祉と看護分野の女性に育児休業が適用された。これらの背景には、健康転換論（Health transition）の考え方があり、日本が明らかに急性感染症の第一相の段階から慢性疾患の第二相の段階を経て、1980年代は老人退行性疾患の第三相の時代へ突入するとの認識があったといえることができる。

5. 第Ⅴ期（1987-1992） 図8

昭和62年6月の国民医療総合対策本部の中間答申を受けて、良質で効率的・効果的な医療の提供が目標とされた時期である。ミンツバーグは、患者の満足度調査の結果、看護職が全調査項目に関与していたことを指摘している¹⁰⁾。従って、この目標は、良質で効率的・効果的な看護サービスの提供無くしては、達成できないといえる。看護の博士課程が聖路加看護大学に開設され、北海道麻

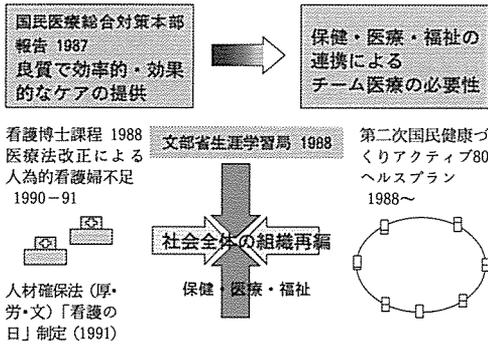


図8 第V期 1987-1992

高齢社会における保健・医療・福祉の連携

生脳外科病院の看護活動がメディアを通じて世間の人々に「看護の力」が目に見える形で示されたのもこの時期である。保健医療とさらに福祉の連携が推進され、第二次国民健康づくり政策や、ゴールドプランが展開された。医療法改正に伴い、「駆け込み増床」が人為的な看護婦不足を起し、30年前の病院スト以来初めて、白衣の抗議デモが世間の目を引いた。看護婦等人材確保法や「看護の日」の制定がなされたのは画期的なことであった。

6. 第VI期 (1992-2000) 図9

訪問看護の対象が拡大され、また、基準看護が

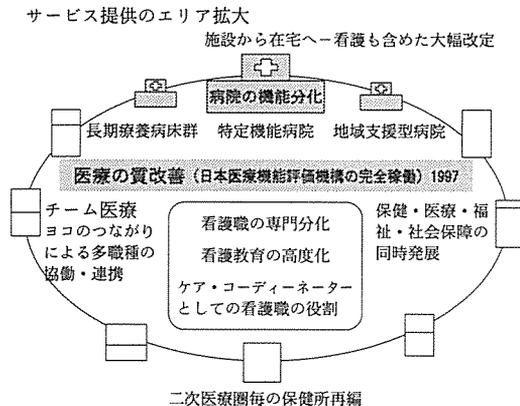


図9 第VI期 1992-2000

地域医療を基盤とした長寿社会への再編成

ら新看護体系への移行がなされ、看護技術の経済評価としての診療報酬点数が拡大された。1993年、総理府によって「看護に関する世論調査」¹⁰⁾がなされたが、看護に対するイメージは「優しい・思いやりがある」「親切」などで、看護婦についてのイメージは、「人命に関わる尊い仕事」が72%、次いで「夜勤があって生活が不規則な仕事」62%となっている。

これまで異なっていたサービス提供の圏域を、二次医療圏や老人保健福祉圏の圏域を勘案して管轄区域を定め圏域ごとに保健所を再編し、これを地域保健医療計画の基盤とした。また、医療法の改正により、チーム医療の文言や、病院の機能分類が行われ、戦後意図して来た政策が形としてほぼ整えられたといえる。施設から在宅へ向けて、多職種の協働と連携のあり方が一層問われ、在宅ケアにおけるケア・コーディネーターとしての新たな機能・役割が重要視されるようになった。医療の質向上へ向けて、日本医療機能評価機構が完全稼働し、看護管理者のファーストレベルの研修が開始され、セコンド、サードレベルが、また、専門看護師・認定看護師など看護の専門分化と看護教育の大学化や高度化が急速に図られた。かつてGHQのサ姆斯公衆衛生福祉局長は、予防・医療・社会保障・社会福祉のいずれもが車の四輪としてバランスよくなることを望んでいたが、ほぼ実現したといえる。

7. 第VII期 (2000-) 図10

2000年4月より介護保険が多くの問題を孕みながらも開始され、いよいよ保健医療福祉を統合した時代へと突入した。「健康日本21」が発足し、国民一人一人の健康への意識を高める動機付けに、評価可能な具体的な目標値と、また健康でいられる年齢を示す「健康寿命」という指標を取り入れた点で、新たな段階に入ったといえよう。先進諸国同様に、公的責任から自己責任へと政策の重点をシフトさせる中で、社会事業法も50年ぶりに

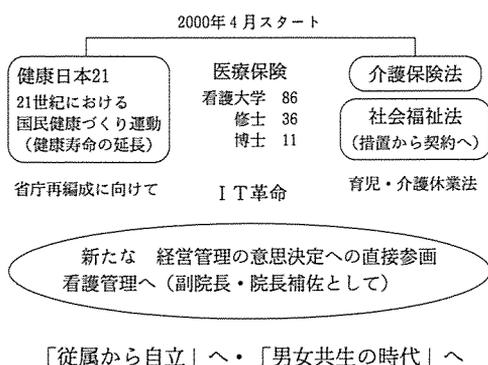


図10 第VII期 2000年～

新たなヘルスケアの段階

「措置から契約」へと変革された。2001年1月からの省庁再編を前に、すでに県レベルでは、衛生部と社会部を統合し健康福祉部とする等、新たな時代の到来を象徴している。IT革命と言われる情報技術の急激な発展の中で、医療情報開示が進みつつあり、医療情報は誰のものか、患者の意思決定、家族の意思決定代行、プライバシー、看護婦の守秘義務等、関係者間の慎重な検討が必要となってきている。

看護系大学はすでに医科大学の数を上回り、教育の高度化に伴い、こうした新たな問題に挑戦していく必要がある。看護職の副院長は、私立病院では1987年に、1997年には公立病院に、また、昨年来、国立大学病院でも院長補佐として、経営トップ集団の一員として組織の意思決定に参画し得る立場を獲得し始め、日本の医療界も組織変革の中で、変貌を遂げつつある。育児休業介護休業は今では男女の別なく全労働者がとれる時代となった。17年前、書店で見つけた「女性とリーダーシップ」²³⁾の副題「従属から自立へ」「男女共生の時代」に惹かれて、早稲田大学システム研究所の著者に当センターの講義を依頼したことがあるが、ついに医療界も「従属から自立へ」が実現される時代となった。

以上、過去50年余りを7期に分け、各時期における保健医療政策との関係をみてきたが、看護職がヘルスケアシステムの中に公的に位置付けられた1976年と2000年のこれらを境として3段階に大きく区分されることが理解されたと思う。1960年は病院ストを契機に、日本の医療界が初めて看護管理の重要性を自覚した年であり、日本の看護職にとって重要な出発点であった。

II. 私の関わった看護管理の主な仕事と研究の概要

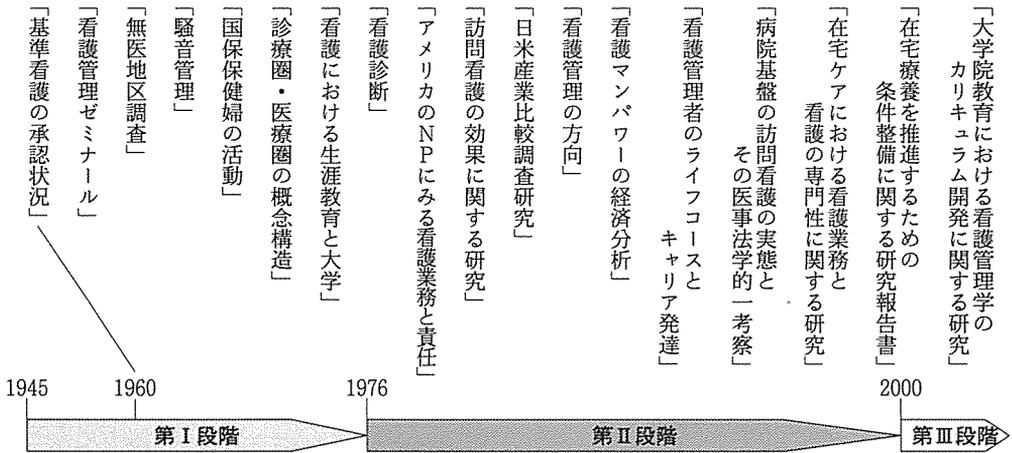
私の職業生活はこの年から始まったので、日本の看護の自立への過程が私自身の職業人としての成長発達過程と重なる。表3は、これまでの看護管理に関する私の主な研究テーマである。紙幅の関係で一覧に留め、詳細は、参考文献に当たっていただければ幸いである。

1961年開催のWHO看護管理ゼミナールでは、厚生省看護課の小林富美栄保健婦係長のもとで日本側資料(General Information about Nursing in Japan)の作成に関わった。「看護管理の定義」¹³⁾は、この会議が開始されるにあたって確認されたものである。WHO顧問として、Community Nursingで有名なルース・フリーマン女史が参加され、看護管理、看護サービスの質、教育と臨床の協力のあり方、業務範囲、他職種との連携など、看護管理の今日的課題が、すでに検討されている。

1969年、WHOフェロウシップにより6ヶ月の「社会保障制度下の看護サービス」について海外研修に行く機会があった¹⁴⁾。NZは、日本に似ており、また、女性参政権、看護業務法が世界で最初にできた国であり、施設の長が教養ある看護職であったことが印象的であった。

医師・歯科医師及び薬剤師調査の分析から、女性の結婚・出産・育児により就業率が25-34歳の年齢階層に低下する事を見いだした¹⁵⁾。一般女性

表3 看護管理に関する主な研究テーマ



ではいわゆるM型パターンとして認識されるが、医療職は免許資格が必須なため、卒業時の就業率は高く、逆Nパターンを示すこと、昭和40年代の5年ごとに低下の度合いが大きくなること等が明らかとなった。看護職については、年末現在の「就業届け」しか資料がなく免許所有者総数が判明しないため、就業率が算出できず、看護職に基礎的統計数値が欠落している実態を知らされた。

1982年昭和57年、看護実践研究指導センターへの異動に伴い、「職業人の成長のための継続教育のあり方」について研究することが新たな役割となった。

看護現象を共通の言葉で表現していく道具として、当時アメリカで研究されはじめたゴードンの「看護診断」は活用可能と考え、当センターに來校された共同研究員の有志で翻訳した¹⁶⁾。また、最初の看護診断マニュアル1981-82¹⁷⁾は、アメリカの看護事情に詳しい、樋口康子、南裕子両先生と、生理学に詳しい伊藤幸子先生及び野島先生と草刈の5人という珍しい顔ぶれで1985年に訳出した。1昨年「日本における看護診断20年のあゆみ」¹⁸⁾を纏め総括した。

1984年(昭59)日米産業比較調査研究(第12章医療/看護)¹⁹⁾で、当時日本経済研究センター主

任研究員をしていらした篠塚英子氏と、二木立、西三郎先生とご一緒した。米国では看護の費用は室料に含まれていた。看護サービスの経済評価について、日本経済全体をみる篠塚英子氏の現在の立場からはどのようにみえるのであろうか。

1985年(昭60)、第23回日本病院管理学会が筑波大学で開催され、石原信吾部長の司会で「看護管理の方向」²⁰⁾について課題報告をした。アメリカの看護部長の1880-1980年の100年の歴史と看護部長の1/3は副院長であることを紹介すると共に、今後ますます医療の中で管理が重要となる方向を示した。同時に21世紀の医療の姿として描かれた中央の円の中の医師：患者関係の図中に看護を位置付け、患者にも医師にも通訳者として双方が安心して診療し受診する関係を保持する看護の、補助者ではなく援助者としての役割、即ち冒頭の理想の3者関係を示した。

来日できずビデオ講演となったベス・イスラエル病院のRubkin 院長は、挨拶の中で、アメリカの看護問題を「眠れる巨人」²¹⁾と評していた。ちなみに、この時期には、日本には副院長は一人も存在しなかった。1986年WHO 地域事務局主催のPHCにおける看護の役割のWorkshopに参加するよう矢野看護課長から要請があり、マニラへいっ

た。看護教育の、臨床看護重点主義から地域看護重視への転換の必要性が強調された²²⁾。

1990-91 厚生省保険局医療課研究班（代表西村周三教授 京都大学経済学部）「看護マンパワーの経済分析」²³⁾では、緊急の社会問題となった看護婦不足が昭和60年末の医療法第一次大改正による駆け込み増床の結果、人為的に引き起こされた不足であることが分析の結果明らかとなった。男女雇用機会均等法成立後、実力ある看護職者は、条件の良い他領域の分野に移動することによって、自己のキャリアアップを図らざるを得ない状況で、このような職業定着による不足はアメリカでも観察され、ペンシルバニア大学の Dr. Aiken は New England Journal of Medicine の中で、“New Shortage” と表現した。わが国のこれまでの、数で補う対応では解決に至らず、余程、国がテコ入れしないと解決されない重大問題であるということを、分担した「第3章 看護労働」で解説した。数多くの研究から看護婦不足の原因がこれほど明確であるにも拘わらず解決できていないと云うことは、国が本気で解決に取り組んでいない証拠と言わざるを得ないと指摘した。

・1983-84の海外文献欄でソヴィエの病院看護婦のキャリア発達概念²⁴⁾を紹介したことを契機に、職業・家族・個人の3軸による「キャリア立体」概念をもとに、国公立大学病院看護部長・副看護部長を対象に1990-91年に全国調査した。看護職には婚姻・教育背景・年齢等により4つのパターンがあること、特に新設医科大学が急増した昭和50年代に看護の役職が急増した結果、就任時年齢の若年化と、部長への昇任期間の短縮化が認められ、また、婚姻と役職就任時年齢との関係では未婚者が有意に若く就任している実態も観察された。また、どの時代を生きたかによって「時代効果」「年齢効果」があることを発見すると共に、「看護管理者のキャリア発達曲線」²⁵⁾を描くことができ

た。世代の移行により、どのような変化を示すのか今後の研究が待たれる。川口孝泰、長友みゆきの両氏及び回答をお寄せ下さった方々の協力があったことで改めて関係各位に感謝したい。

他方、職務満足と希望配置の有無との関係については、希望配置で現病棟に適合しない者に最も職務満足度が低いという事実を明らかにし、管理者が希望配置を配慮したにも拘らず不満をもつ者を作り出す危険のあることを示唆した²⁶⁾。

昭和61-62年度の「訪問看護の効果に関する研究と訪問看護需要計測に関する研究」²⁷⁾では、海外文献研究を担当したお陰で、Rogatz と M. F. Drummond の概念枠組みに出会うことができた。患者が軽症であれば在宅ケアは安い、重症になると病院の方が安く在宅ケアは却って高く、状況に見合ったケアマネージメントの必要性が示唆された。医事法学会では、アメリカの Nurse Practitioner の各州における法的責任の動向について報告する一方、病院基盤の訪問看護の医事法学的考察について報告し、訪問看護婦の意見が一致した項目は包括指示で対応できるケースが多い実態を報告した。その中で、広井良典氏の「医療モデルと生活モデル」の両者間に看護が存在することを、Rogatz の図から確信し、修正案を提示した²⁸⁾。他方、大学病院における相対的医行為と医師の指示についての看護婦の意識調査の結果、国立K大学で4パターン²⁹⁾、私立F大学で5パターン³⁰⁾になることが確認された。つまり大学病院といえども設置主体、部署、年令等によって、何を看護婦が自ら判断して行うかについて見解が異なることを明らかにした。看護の役割拡大が進む中で、スタッフ間の「看護」それ自体についての合意が、必ずしも成立していないという実態が判明したわけである。管理すべき本体である「看護」が明確でない限り、よい看護管理が成り立つ筈もないので、まずは、看護部全体で確認する必要が

ある。

療養の場に関しては、工学部の中山茂樹助教授と共に「看護管理と病棟建築」、「在宅療養と療養環境」などについて、日本病院管理学会例会等で行っている。他方、厚生省看護課の要請で「在宅ケアにおける訪問看護婦の専門業務と看護の責任性」³¹⁾について、多くの訪問看護の専門家の協力の下に平成7/8年度長寿社会福祉事業の助成により、また、「医師の指示と法的責任」³²⁾は科研費により調査を実施し、研究結果は、各県看護協会図書館及び、看護系大学図書館に寄贈済みである。なお、「在宅療養を推進するための条件整備に関する研究」は、川村佐和子代表の下に引き続き研究しており、今春、「療養の世話の構造に関する研究」³³⁾及び「在宅療養を支援するための医療処置管理看護プロトコル作成に関する研究」³⁴⁾が川越、数間両教授と、現場の多くの臨床家の方々の協力によって出版された。臨床判断を確実にする際にこのまま使えるのか、修正が必要かの吟味、医師の反応、看護職の使い易さあるいは看護診断の面などから、今後さらに研究を進める予定である。また、大学院増設を機に、「大学院における看護管理カリキュラムの開発に関する研究」³⁵⁾を、科研費により現在纏めているところである。

Ⅲ. 看護の新たな役割認知

1. これからの看護のあり方

図は、1997年に千葉県で開催された管理学会シンポジウム（「ケアの時代：看護の質向上と経済評価をめぐる」³⁶⁾）において広井良典千葉大助教授が示されたものである。今回、看護は、この図の最も中心部の、全体が見渡せる場所に位置するとの解説がなされた。このことは、看護モデルが医療モデルと生活モデルの間に存在するとした私の指摘が了解されたことであり、なおかつ、看護が予防や心の問題等全てに関わるという、まさに人間を全体的にケアすることを視覚化し明ら

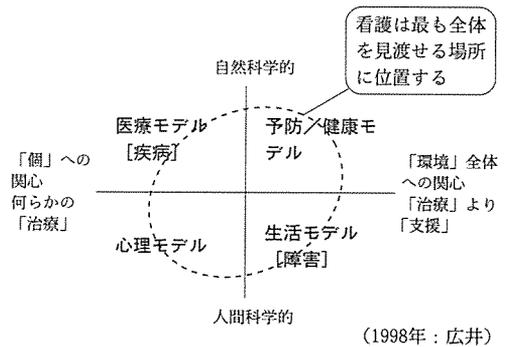


図11 看護の位置づけ

ーケアの科学に向けて②ー

かにしたものとして評価される。この看護独自の特性があるからこそ、ケア・コーディネーターとして、他の医療関係者との連携をとりながら、チーム医療を推進していくことが看護職者に期待されるわけであろう。

従って、看護職者は、広い視点にたち、人間の命と尊厳と権利を守るために、他のいかなる領域の人々とも連携・協力して、この期待に答えていくことが重要な役割となる。各自がこの図のどこに位置するのか、自分の位置づけを明らかにする必要がある。その位置づけが定まれば、自分の役割が明確に認知され、そして、そこでの責任ある実践を全うするために、自分が準備すべき知識・技術が何かははっきりする筈である。

2. 看護の真価が問われる時代

従来、教師と共に女性の仕事の代表と考えられてきた看護職にも、今日では男性である看護師・准看護師が増え、活躍している。組織メンバーが性・年齢・教育背景・社会体験などの面で多様化するに伴い、これまでのような一律の管理では対応仕切れなくなり、婦長の管理能力は、益々重要となる。病院のトップ管理者の一員として、経営に直接参画する看護管理者が増えて来た現在、看護管理者には、高い資質が求められる。

- 1) まず、将来へ向けて「こうありたい」という「理想」、夢を持つこと。「夢無きところ民は亡ぶ」といわれる。「昨日の夢は今日の希望であり、明日の現実である」ともいわれる。明日の現実へ向けて、制度を活かした理想を掲げると、組織の理念に繋がる。
- 2) 第二に、それを実現させていく「意欲」を持つこと。なぜそう考えるのかの正当な理由が明確であれば意欲は増す。
- 3) 第三に、改善へ1歩踏み出すためには、少しの「勇氣」が必要である。

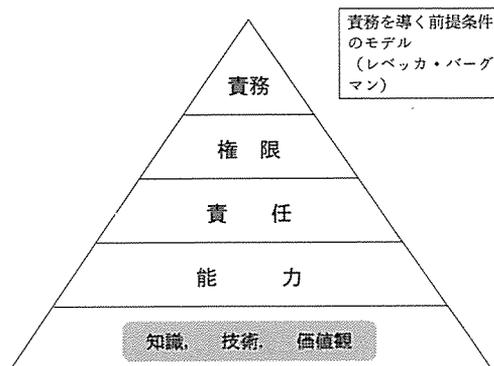


図12

3. 看護管理者に必要な能力 表4

環境に変化が起これば、当然現状とのズレが生じる。このズレが解決すべき「問題」であり、各々の状況に応じた対策により改善される必要がある。管理とは考える力であり、より実践的になるにはより理論的になる必要があるといわれる。問題解決のない看護管理はありえない。問題解決に必要な技術的能力とは、

- 1) まず、現状をしっかりと把握する「認識力」
- 2) 次に、何故そのような現状に至ったのか、原因を突きとめる「分析力」
- 3) さらに、原因を除去し、改善するための対策を言葉で表す「表現力・企画力」
- 4) そして、諸条件の制約の中で、何を優先するかについての「判断力」
- 5) また、いくつかの対策を比較し、どれか1

表4 管理者として必要な能力

1. 認識力
2. 分析力
3. 表現力・企画力
4. 判断力
5. 意思決定力
6. 行動力

つを選択し、決定する「意思決定力」と

6) 最後に、それを推進し実行する「行動力」

これらの能力は、管理者になってからでは遅いのであって、就職し、組織人となったその日から、意識して育てることである。現在、直面している最大の看護管理上の課題は、医療現場が忙しすぎて周辺の変化・社会の変化について看護職者がしっかり把握していないことである。また、現状も明確に把握できていない。従って、現状とのズレ＝問題がはつきり捉えられない、という実態がある。それ故に、第1部で保健医療政策の動向とその影響について述べ、現場に強く影響している外部環境としての保健医療政策の現状をよく認識することが重要であり、まずは、自分の現場の発生問題を切り出す訓練をすることである³⁰⁾。

4. 21世紀における「看護」を求めて

1984年の木場会長による本学会第10回学術集会で、「21世紀の看護を考える」というシンポジウムが持たれた。本学会が16年前に描いた夢は、果たして、どれだけ実現し獲得できたのであろうか。

今回、50年を振り返り、各時代それぞれに、変化に対応した政策により、組織の再編がなされ、その中で看護職は新たな役割認知をし、必ずしも充分とは言えないまでもそれに対応した実践を志向し乗り越えてきたことが確認された。私達はい

表5 -Three Ways to Growth-
成長のための3つの方策

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 組織の再編 2. 新たな役割認知 3. 責任ある実践 |
|---|

ま「看護部が変われば病院は変わる！」⁹⁾に見るように、日本の歴史と諸制度、さらには人々の価値観等を踏まえて、日本の土壌に合った看護管理のあり方を、内なる我が力によって創出する事が出来る時代に到達したといえる。看護サービスの提供が地域に広がってきた今日、看護職が責務を果たすには、それなりの権限が必要であり、医療における看護職の位置付けに適った法的検討が是非とも必要である。

今後、外部環境はさらに加速度的に、地球規模で変化していくであろう。今回のメインテーマである、「Three Ways to Growth 成長のための3つの方策：「組織の再編、新たな役割認知、そして責任ある実践」によって変化に立ち向かっていくことが期待される。

文 献

1. メリー・マーヴィン・ウェーランド他, 病院婦長学, メディカルフレンド社, 1949
2. ゴダード著, 小林富美栄訳, 看護管理の原則, 医学書院, 1960
3. Yoshio Kawatita et al ed., History of Hospitals- The Evolution of Health Care Facilities- Proceedings of the 11th Symposium on the Comparative History of Medicine- East and West, August 31-September 6, 1986, Ishiyaku EuroAmerica, Inc.
4. Brian Abel Smith著, 多田羅浩三他訳, 英国の病院と医療-200年のあゆみ-保健同人社, 1981

5. 労働省婦人少年局 山川菊栄, 病院診療所の看護婦-労働実態調査報告-, 1951, 現代日本看護名著集成, 大空社, 1992
6. 林塩, 病院看護と封建制, 病院, 9 (12), 1953 (この時期の関係論文は下記を参照)
(草刈淳子, 反動期の文献に探る看護婦問題の根源-問われる日本の戦後看護改革の真価, 看護44 (9), 1992
7. 草刈淳子, 地域看護の推進についての一提案, 看護展望, 2 (10), 1977
8. 小沢龍, 病院経営管理改善懇談会の答申, 1960
9. 小林富美栄, 鈴木一郎, 草刈淳子, 国保保健婦40年, 保健婦雑誌, 1981
10. 池上直己, 病院組織における管理姿勢- Performance との関係, 病院管理, 25 (1), 1988
11. 総理府内閣総理大臣官房広報室, 看護に関する世論調査, 1993
12. 稲毛教子, 女性とリーダーシップ-「従属から自立へ」「男女共生の時代へ」, 有斐閣, 1983
13. WHO 西太平洋事務局主催, 看護管理ゼミナール記録, 日本看護協会出版会, 1963
14. 岩佐(草刈) 淳子, オーストラリア・ニュージーランドにみる看護管理, 看護学雑誌, 29 (3), 1960
15. 草刈淳子, 保健医療専門職における女性就業のライフ・パターンの動向について-医師・歯科医師及び薬剤師調査から- 公衆衛生, 42 (3), 1977
16. マージョリー・ゴードン著, 野島良子/草刈淳子監訳, 看護診断-その過程と実践への応用, 医歯薬出版, 1988
17. マージョリー・ゴードン著, 訳者代表草刈淳子, 看護診断マニュアル1981-82, へるす出版, 1985
18. 草刈淳子, 日本における看護診断20年のあゆみと今後の課題-看護研究, 31 (6), 1998

19. 日本経済研究所, 日米産業比較調査, 第12章 医療, 篠塚英子, 二木立, 西三郎, 草刈淳子
20. 課題研究報告, 司会: 石原信吾, 草刈淳子, 看護管理の方向, 病院管理, 24 (4), 1986
21. Michell T. Rubkin, 21世紀の医療と教育病院, 病院管理23 (1), 1986
22. 草刈淳子, WHO 西太平洋事務局主催, ワークショップ“PHCにおける看護の役割”に出席して, 看護, 39 (5), 1987
23. 厚生省保険局編, 西村周三他, 看護マンパワーの経済分析, 社会保険福祉協会, 1992
24. 草刈淳子訳, 病院における専門職看護キャリアの促進, 看護展望, 8 (9), 1983 M. ソヴィー, Fostering professional nursing career in hospital, the role of staff development, JNA, 12 (12), 13 (1), 1982
25. 草刈淳子, 看護管理者のライフコースとキャリア発達に関する実証的研究, 看護研究, 29 (2), 1996
26. 仲村和子他, 看護職の職務満足と配置部署との関係, 看護管理, 6 (7), 1996
27. 松野かほる他, 訪問看護の効果に関する研究, 看護展望, 14 (2), 1989
28. 草刈淳子, 病院基盤の訪問看護の実態とその医事法学的一考察, 医事法学, 10, 1995
29. 桑原弓枝他, K 大学病院における相対的医行為に関する看護婦(士)の意識調査—相対的医行為に関する調査結果から, 日看研誌, 20 (3), 1997
30. 赤峰五月他, F 大学病院看護婦の職務意識—相対的医行為に関する調査結果から—, 日看研誌, 20 (3), 1997
31. 研究代表者 草刈淳子, 在宅ケアにおける看護業務と看護の専門性に関する研究, 社会福祉・医療事業団(長寿社会福祉基金)助成による研究報告書, 1997. 3.
32. 研究代表者草刈淳子, (良村貞子, 長友みゆき), 在宅ケアにおける医師の指示と訪問看護婦の業務範囲と法的責任, 平成7—9年度科研費による研究成果, 1998, 3.
33. 本委員会委員長 竹中浩治, 主任研究員 川村佐和子「療養上の世話」の構造化に関する研究, 在宅療養を推進するための条件整備に関する研究報告書, 全国訪問看護事業協会, 1999. 3
34. 本委員会委員長 竹中浩治, 主任研究員 川村佐和子, 在宅療養を支援するための医療処置管理における看護プロトコール作成に関する研究, 在宅療養を推進するための条件整備に関する研究報告書, 全国訪問看護事業協会, 1999. 3
35. 日本看護学会看護管理分科会, 草刈(司会), 紙屋, 岩崎, 大塚, 広井, ケアの時代: 看護の質向上と経済評価をめぐる, 看護, 特別臨時増刊号, 153—189, 1998
36. 草刈淳子, 看護管理の研究の現状と展望, 看護MOOK 40, 看護実践と研究, 1992
37. トップ・マネジメント研究会編著, 看護部が変われば病院は変わる!—創造的看護管理への挑戦, 日本看護協会出版会, 1998

ヘンダーソン・ゴードンの考えに基づく 実践 看護アセスメント [第2版] —同一事例による比較—

藤田保健衛生大学名誉教授 渡邊 トシ子 編集

B5判 210頁 2,500円

2色刷

★看護教育・臨床の現場に直結した、理論的でしかもわかりやすい看護アセスメントの視点を具体的に示し、さらに同一事例で、ヘンダーソンとゴードンの看護アセスメントにおける相違を示しました。

★事例のアセスメント方法を言語と実践の理解をさらに深めるために、多くのできるだけ詳しい注を付けました。

- ◆イラストを多用し、実践の理解を容易にし、さらに、付録に用語解説を入れました。
- ◆『ヘンダーソンの考えに基づく看護とは?』『ゴードンの考えに基づく看護とは?』の問いに答えています。
- ◆学生または臨床の看護婦が、具体的で科学的な看護を展開するために必要な、ヘンダーソンとゴードンそれぞれの考えに基づくアセスメントガイドを示しました。
- ◆現在看護診断を導入している方々や、これから導入を検討している方々に役立ちます。



主 要 目 次

第1編 総論

- I. 看護とは
- II. 看護過程とPOS
- III. 看護診断
- IV. ヘンダーソンの考えによる看護の展開
- V. ゴードンの考えによる看護の展開

第2編 事例展開

I. 事例紹介

入院までの経過／入院から受け持ちまでの経過／家族構成・家族歴／治療方針・内容／検査結果／社会的背景／生活背景／身体的特徴／心理的背景

II. アセスメントと看護診断

ヘンダーソンの考えに基づく事例展開／ゴードンの考えに基づく事例展開／関連図について／二つの事例展開を終えて

付録：用語解説



廣川書店

Hirokawa Publishing Company

☐ 消費税が加算されます。

113-0033 東京都文京区本郷3丁目27番14号

電話03 3815 3652 FAX03 3815 3650

◆ 招聘講演 ◆

Hospital Restructuring's Impact on Outcomes (HRIO)

Presentation by : Louanne Stratton, PhD, RN

Supported by : National Institute of Nursing Research

NIH Grant No : 1 RO1 NR04285-01

Restructuring and Reengineering (R2) have been underway in hospitals for the majority of the decade of the nineties. The objectives have been to reduce operating costs while maintaining and improving quality patient care. Managed Care, combined with the effects of The Balanced Budget Act of 1997, ensure that R2 activities will continue into the next millennium. The quest continues to be to reduce operating expenses while improving care and services to patients and families. Attracting patients and payers is important to the survival and success of hospitals in the managed care environment in which we all live.

Margaret D. Sovie, PhD, RN, FAAN

Principal Investigator

Collaborating Investigators:

Audrey Gift, PhD, RN, FAAN

Abbas F. Jawad, PhD

Louanne Stratton, PhD, RN

Patricia L. Wallace, MSN, RN, CCRN

Linda Aiken, PhD, RN, FAAN

Project Director :

Carole-Rae Reed, PhD, RN, CS

As the decade of the nineties began, hospitals searched for cost reduction strategies.

Consultants advised the hospital industry that their largest budget expense was labor and that the largest labor savings were to be found in the nursing budget.¹ One of their major recommendations for cutting hospital expenses was to reduce nursing budgets by reducing the number of Registered Nurses (RNs) and using more unlicensed assistive personnel (UAPs).² The outcome was purported to be lower costs with no reduction in quality. This strategy was widely adopted. However, while nursing budgets were being cut, other departments were restructuring and shifting increasing numbers of functions to patient care units and the reduced nursing staff. Simultaneously, managed care regulations resulted in controlling patients' admissions to hospitals as well as their lengths of stay (LOS). Thus, patients who were admitted had an ever-increasing acuity/severity of illness with the associated needs for complex nursing care. There has been no safety net that represents the minimal level of nursing care that patients in acute care hospitals require to assure quality. There are no universally accepted acute care industry standards for the hours of care or the mix of staff and support systems required to deliver care to various homogeneous categories of

patients. The urgency to reduce costs has not been coupled with an evaluation of the cost reduction's impact on patient care and health outcomes. Costs are being reduced but what price is being paid? What is the impact of these changes on patients and families, the quality and outcomes of their care, including satisfaction? What is happening to staff satisfaction?

Because R2 is continuous and additive, there is a growing uneasiness of their impact on quality care. Early in the decade of the nineties, the U.S. Congress was inundated with anecdotes of poor quality care from their constituents. Congress' response was to commission the Institute of Medicine (IOM) to do a study of staffing and quality care and report back their findings. The IOM study resulted in the report, *Nurse Staffing in Hospitals and Nursing Homes. Is it Adequate? (1996)*.³ and provided the context in which this HRIO study was funded by The National Institute of Nursing Research. The IOM Study concluded that there was a serious paucity of research on definitive effects of structural measures, i.e., specific staffing ratios on quality of care in terms of outcomes. The lack of systematic and ongoing monitoring and evaluation of staffing on patient outcomes was emphasized. The study commission concluded that high priority must be given to obtaining empirical evidence that permits conclusions about the relationships of the quality of inpatient care and staffing levels and mix. They also found that there has not been a thorough examination

of structural and process variables and their relationships to patient outcomes and costs. They concluded that it was imperative to extend research to multiple national sites that would collaborate and agree on definitions of variables and collect and report data in a uniformly consistent manner.

The HRIO Study Methodology

The HRIO Study Aims

- To describe the R2 changes in the organization and delivery of patient care.
- Determine the inter-relationships of selected structure, process and outcome variables.
- Evaluate relationships of skill mix and worked nursing hours per patient day (WNHPPD) to patient outcomes and determine if data suggest standards supportive of quality outcomes.
- Provide data to determine if mid-course corrections are advisable.

The HRIO Sample

The participants were a convenience sample of 29 University Teaching Hospitals (UTHs) that had greater than 300 operating acute care adult beds. These UTHs were all members of the University Health System Consortium and, when the study began, were all participants in a Mecon labor benchmarking program. The UTHs represent 8 of the 9 U.S. Census Regions. When the study began, there were 32 UTH participants with all census regions represented. However, 2 UTHs had executive level changes and withdrew from the study and 1 UTH was asked to withdraw

Hospital Restructuring's Impact on Outcomes (HRIO)

because they did not have the resources to meet the demands of the study.

The HRIO Study Design

HRIO was a 4 year descriptive study that began in 1996 and ended in 2000. Hospital data were collected in fiscal years (FY) 1997 and 1998. Each UTH was assigned a code number and confidentiality was assured. The study used a nested design, that is, the investigators collected data to view the hospital/nursing department (HND) macroscopically, as well as data to examine a designated medical (M) and Surgical (S) unit in each UTH for the microscopic view. To be designated as a study unit, the following criteria prevailed: the unit could be of varying size, determined by the site; may include

telemetry; may include intermediate/step-down beds; may not include intensive care beds; and cares for acute adult patients only.

The HRIO conceptual model was based on Avedis Donabedian's construct that structure affects process and structure and process combine to effect outcomes.⁴ The HRIO construct, as illustrated in Figure 1, modified the original linear construct of Donabedian and proposed that the structure, process and outcome variables interact and influence each other. The structure variables investigated were: the Stage of Marketplace Evolution (the extent of managed care penetration and consolidation of the hospital market in the respective geographic area); R2 Interventions

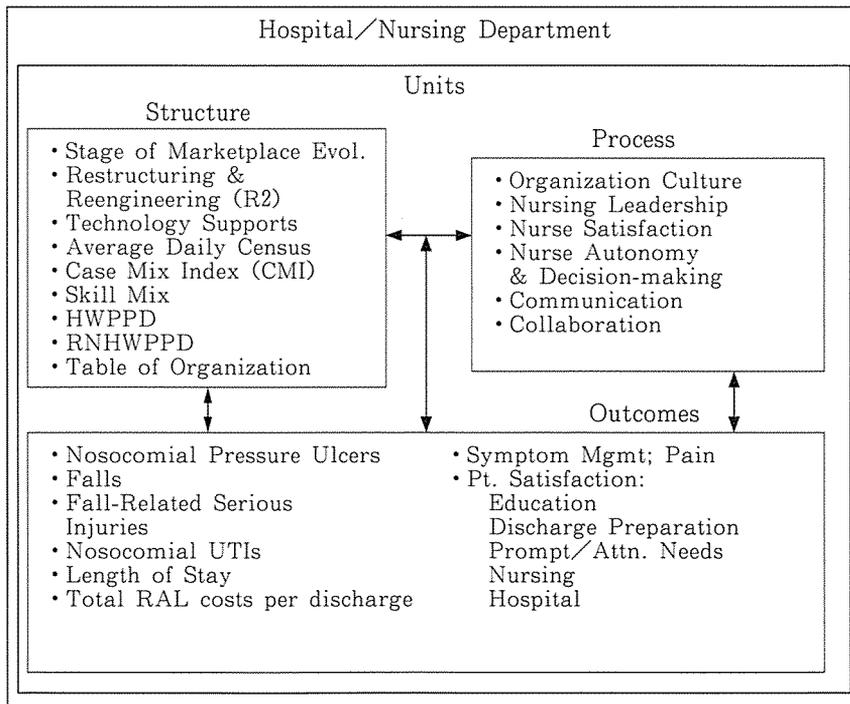


Figure 1. HRIO Conceptual Model

and Strategies ; Technological Supports available to caregivers ; Average Daily Census ; Case Mix Index (CMI), Skill Mix (per cent RN and other care giving staff) ; Hours Worked Per Patient Day (HWPPD) ; Registered Nurse Hours Worked Per Patient Day (RNHWPPD) ; and Table of Organization of the UTH. The process variables included the Organizational and Unit Culture, Nursing Leadership, Nurse Satisfaction, Nurse Autonomy and Decision Making ; Communication and Collaboration. The outcome variables were : Nosocomial Pressure Ulcers (NPU) ; Falls and Fall Related Serious Injuries ; Nosocomial Urinary Tract Infections (UTIs) ; Symptom Management-Patient Satisfaction with Pain Management ; and Patient Satisfaction with the Hospital, with Nursing, with Attention to Meeting Needs / Promptness, with Education Received while in the Hospital Regarding Care, Tests and Treatments, and with Education That Prepared Them For Discharge ; Length of Stay (LOS) ; and Total Regionally Adjusted Labor (RAL) Costs per Discharge. The latter is a revision in the study design since the original outcome variable, the Total Facility Expenses with Regional Adjusted Labor per CMI Weighted Discharge, was unavailable to the Study in the majority of sites. Since the study focus was on staffing and outcomes, using total RAL labor costs per discharge was evaluated as an appropriate substitution and data were readily available at the levels of the HND and study units.

Data were collected using a standardized

approach across all UTHs. Selected structure variables were collected from the UHC Mecon labor benchmarking data or equivalent data collection forms designed by the HRIO research team. In FY 1998, 18 UTHs had complete Mecon structure data and 11 used equivalent data collection forms. In FY 1999, 29 UTHs used equivalent data collection forms since none were participants in the Mecon program by that time period. The R2 Assessment Instrument, along with annual site visits that included 2 hour interviews with the Chief Nurse Executives (CNEs) also were used to collect selected structure and process variables. However, the Individual Nurse Questionnaire provided the majority of data for the process variables. Quality management data with agreed upon variable definitions and data collection procedures were the source for outcome variables, along with data from the respective financial offices. More will be said about each of these as the variables are discussed and data presented.

The R2 Assessment Instrument. The R2 Assessment Instrument is a 100 item survey of restructuring and reengineering interventions grouped into 8 areas: culture ; reorganization of nursing, expanded roles and functions ; technological supports ; centralized nursing support ; decentralized nursing support ; new / expanded patient care programs and hospital changes ; and hospital-wide management interventions. The R2 Assessment Instrument was developed by Sovie (1995)⁵ with the assistance of 15 CNEs. The R2

Assessment Instrument was completed by the CNE at each UTH and forwarded to the HRIO research office. When it was received, a site visit was scheduled that included a structured 2 hour interview with the CNE in which data were reviewed and elaborated upon and further information was elicited through the completion of the structured interview guide. In year 2, the CNE was given the completed R2 Assessment Instrument from the prior year and asked to indicate changes or additions only. A totally revised interview guide was used in year 2. All interview data were entered into a specially constructed data base to allow for aggregation of and analysis of replies. In year 2 site visits, presentations were made to the respective CNE and staff regarding the HRIO study's importance to the field and progress to date.

R 2 Assessment Findings

Nursing Departments had been involved in R2 activities longer than the hospitals as a whole. One-half of the sites had been involved in R2 activities for greater than 4 years.

Collective bargaining Collective bargaining existed in 22 of the UTHs, and 19/22 had nursing staff in unions. RNs and Licensed Practical Nurses (LPNs) were included in 14/19 collective bargaining agreements, and UAPs in 15/19. The union presence or absence was not a factor in the pace of R2 interventions or the changes in nursing care delivery. The union was considered another

stakeholder to be included as the R2 activities were planned and implemented.

Culture Culture was recognized as an important structure and process variable. The majority of CNEs (96%), along with their leadership staff were engaged in making deliberate culture changes designed to support R2 interventions. The culture changes were tailor-made for each institution and were dependent on the unique characteristics and particular challenges that the individual UTH faced. These academic teaching hospitals were in constant white water. Many confronted sentinel events that were defined as major changes in the organization with potential to affect structure, process and outcome variables. Sentinel events faced by UTHs included mergers, executive leadership changes, reductions in force, rapid restructuring, and relocating hospital services and units to other network facilities. Some of the cultural issues that resulted from the sentinel event of merger or changed ownership serve as an example of organizational turmoil that the leadership had to address through planned culture building. These issues included: culture clash when 2 different institutional cultures were forced to become one. In some instances, the culture became one of chaos and uncertainty with competing institutional orientations; employees grieving for losses in benefits and changed work relationships. Support system failures occurred in one merger with the loss of a functioning infrastructure. Decision making became more centralized in several UTHs.

Hospital Restructuring's Impact on Outcomes (HRIO)

Culture building strategies that were implemented by the leadership team included the creation of interdisciplinary teams at all levels of the organization. Attention was directed to increased and improved communications with the staff and the increased visibility of the CNE and other leadership staff. Participative management structures were reenergized or put in place where they did not exist. Improving nurse/physician relationships and collaboration received special attention along with efforts to overtly demonstrate valuing of the RN staff and their unparalleled contributions to patient/family care. Professional nursing practice/primary nursing became a focus along with leadership development and empowerment of the management and staff.

Major R2 Interventions Including The Structure Variables. Cost reductions drove the major R2 interventions and the interventions started at the top of the hospital nursing structure. The CNE responsibilities were expanded to include patient services in 97% of the UTHs. Nursing Departments were consolidated and the number of Nursing Directors reduced. The remaining Directors

had a broadened span of control. Management levels were reduced. Nurse Managers (NMs) were reduced in number and NM responsibilities were expanded to include multiple units in 91% of the sites. In 47% of the sites the NMs' span of control was increased to include unit based staff from Environmental Services, Dietary and Transport. Assistant NMs (ANMs) were reduced in number or eliminated in 68% of the sites. These management changes resulted in a reduction of direct management support in the patient units at the same time that reduced numbers of RNs were expected to supervise increased numbers of UAPs and care for sicker patient who had a reduced LOS. Table 1 displays summary statistics for RN skill mix, that is the percentage of RN staff in FY 97 and FY 98. UAPs were involved in patient care in all sites and their roles had been expanded in the majority of UTHs. Multi-skilling occurred with both RNs and UAPs.

Other staffing restructuring involved conversion, in FY 97, of many Clinical Nurse Specialists (CNSs) to Nurse Case Managers. This occurred in 88% of the sites. However, in FY 98, the CNEs wanted CNSs to function

Table 1. RN Skill Mix (Percentage of RN Staff)

Unit						
Analysis	FY	n	Range	Mean	Median	SD
HND	97	29	46.9-84.4	61.41	60.66	7.89
	98	28	44.0-75.4	60.30	59.78	6.77
M	97	27	39.1-73.3	56.07	55.47	10.22
	98	27	39.6-81.8	56.77	57.49	9.06
S	97	27	36.6-81.1	57.04	57.95	12.42
	98	27	33.6-83.6	56.02	56.10	10.83

in their classical roles as expert clinicians who deliver or manage specialized nursing care and develop nursing staff. This rebirth of the CNSs role occurred in 23/29 (79%) of the sites. Nurse Practitioners were functioning in all sites and Nurse Midwives were in 23/29 (79%) of the UTHs. Nurse Researchers were in 18/29 (62%) of the sites. It is interesting to note that the reduction in the number of nurse managers, and the responsibility for multiple units was a restructuring intervention that was reversed in 6/29 (21%) UTHs in FY 98. Four sites never implemented such reductions in NMs. When the latter are combined with the 6 reversals, the total is 10/29 (34.5%) UTHs who again have a nurse manager for each unit. Lack of the on-site NM led to lack of necessary support to staff and difficulty in succession planning according to many CNEs. In those sites where reduction in NMs was successful, a substitute role of nurse leader/manager was created to fill the void of the NM. Other R2 interventions that were implemented and their cumulative prevalence over the 2 data collection years are listed in Box 1.

Influence of Market Stage The market stage influenced restructuring. As the UTHs advanced in the market stage, that is, as they found themselves with a higher penetration of managed care and increased competition, management full time equivalents (FTEs) were decreased. This was true in both FY 97 and FY 98. HWPPD were lowest in those UTHs in stage 3 (Consolidation) mar-

ketplace, and in FY 98, 10 UTHs identified themselves in this stage, with 5 stating they were in stage 4 (Managed Competition) and 3 declaring they were in stage 5 (Hypercompetitive). Ten UTHs identified themselves as in stage 2 Loose framework in FY98. In Stages 4 and 5, UAP HWPPDischarge were greater than in other stages. RNHWPPD increased in stages 4 and 5 in FY 98. The investigators speculate that the manpower reductions, as a result of the threat of greater managed care penetration, were too severe and this became obvious while the institutions were in stage 3. By the time the UTHs had reached stages 4 and 5 they had added back HWPPD to help meet patient care demands.

Process Variables

The Individual Nurse Questionnaire (INQ) was used to collect the process variables. The INQ was excerpted, with permission, from Shortell & Rousseau's *The Organization and Management of Intensive Care Units* (Copyright 1989).⁶ Seventy-seven items with a 5-point Likert scale ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree) were taken from the latter. A 4-item subscale on decision-making was taken from *The Quality of Employment Survey* by Quinn & Shepard (1974).⁷ This subscale used a 4 point Likert scale ranging from 1 (a lot) to 4 (not at all). The reliability and validity of the selected items were established by the developers. Reliability (Cronbach's Alpha) for the 81 INQ items with the HRIO sample of FY 97 was 95%.

Hospital Restructuring's Impact on Outcomes (HRIO)

Box 1. R2 Interventions and Prevalence in UTH Study Sites

R2 in $\geq 90\%$ of Sites

1. Deliberate efforts to create culture changes in Nursing and in Institution to support R2
2. Nurse Managers span of control increased.
3. Selected nurse managers' controls include more than one unit.
4. Advanced Practice Nurse roles employed
5. Nurse case managers employed
6. Continuous patient satisfaction improvement activities ongoing
7. Clinical Pathways developed and implemented
8. Cost-effectiveness programs with mandated targets exist.
9. Personnel hiring controlled in hospital.
10. ETEs reduced without layoffs or terminations.
11. UHC purchasing program operational
12. Products evaluation committee operational
13. Direct deposit for employee paychecks

R2 in 70%-79% of Site

1. Multi-skilled workers employed
2. Advance Practice Nurses' roles expanded
3. Intermediate care units/beds expanded
4. Office of Outcomes Evaluation & management created to include all quality initiatives.
5. Employee satisfaction surveys done annually or periodically.
6. Indiscriminate use of medical / surgical supplies controlled
7. Employee suggestions used to reduce costs.
8. Employees on workers' compensation used as patient sitters or in alternative

R2 in 50%-59% of Sites

1. Nurse Managers supervise other than nursing staff, e. g., housekeepers, transporters
2. Nurse research position exists
3. Full time quality improvement coordinator supports unit-based QI
4. Nursing assistants roles expanded
5. Unit Secretaries/Clerks roles expanded
6. Centralized nursing support positions created, e.g., work redesign coordinator, professional practice coordinator
7. Decentralized environmental services dept. (housekeeping) to unit with reporting structure to Nurse Manager.
8. Short-Stay Centers developed
9. Home Health services operational
10. Palliative Care service operational
11. Career Transition Center established to assist employees involved in R2

R2 in 80%-89% of Sites

1. Nursing Depts. eliminated / combined to reduce number of directors/asst. directors.
2. Nurse Managers span of control increased
3. Nurse Managers roles expanded
4. Nursing responsible for off-shift weekend hospital supervision.
5. Nursing assistants employed
6. Forms Eval. & Standardization Committees.
7. Patient Units consolidated where feasible

R2 in 60%-69% of Sites

1. Assistant Nurse Manager positions reduced in number or eliminated.
2. RNs roles expanded
3. Nursing staff orientation decentralized to unit with designated staff development coordinator designated
4. Patients aggregated based on nursing and ancillary needs and continuum of care
5. Daily admissions/patient placement meetings held.
6. Volunteers integrated into work with patients.
7. Home infusion Service operational
8. Hospital supply use including laundered scrubs controlled
9. Policies and procedures for reducing workforce created
10. Just-In-Time Inventory program exists

Hospital Restructuring's Impact on Outcomes (HRIO)

The INQ was distributed to all RNs on the study medical and surgical units and a 20% sample of RNs working in other adult acute units of the respective UTH. Anonymity was assured and participation was voluntary. Answers were recorded by the participating RNs on scannable answer sheets that were forwarded to the HRIO research office for analysis. Responses were received from 1917 RNs (46%) in FY 97 and 1609 RNs (36.5%) in FY 98. In both years, the RN respondents varied in educational preparation. However, in each year, greater than 65% of the respondents had a B.S. or higher degree, with over 50% with a BS in Nursing. The INQ responses of FY 97 were factor analyzed and the result was 11 factors plus nurse satisfaction. Table 2 presents the named factors. The relationships of these factors with selected structure and outcome variables will be discussed after the outcome variables and their data are presented.

The Outcome Variables

Each of the nurse-sensitive outcome variables are defined and the associated data collection measures and summary data are presented in this section.

Patient Falls. Patient falls were defined as any slip or fall in which the patient comes to rest unintentionally on the floor. They included assisted and unassisted falls and witnessed and unwitnessed falls. The data source was incident reports and the data are reported in falls per 1000 patient days.

Fall Related Serious Injuries. Fall related serious injuries also used incident reports as the data source and included fractures, head injuries and major wounds requiring suturing or re-suturing. The data are reported as the per cent of patients who fall and experience serious injury or serious injury per 100 falls. Tables 3 and 4 present the summary data for these 2 outcome variables. The investigators have concluded that the fall related serious injury rate is more a condition of the individual patient's frailty than an outcome sensitive to nursing interventions. In future studies, this variable will not be included.

Nosocomial Pressure Ulcers (UPUs). NPUs were defined as any lesion greater than Stage 1, caused by unrelieved pressure resulting in damage of underlying tissue not present on admission.⁸ A point prevalence direct observation

Table 2. *Individual Nurse Questionnaire (INQ) 11 Factors Plus Nurse Satisfaction*

Factors	Factors
Communication	Achieving Quality Pt/Family Outcomes
Collaboration	Inter-Unit Relationships
Conflict Resolution	Nurse/Physician Recruitment & Retention
Leadership and Nursing Staff	Nurse Autonomy
Fiscal and Patient Care Authority	Nurse Decision-Making
Information Exchange	Nurse Satisfaction

Hospital Restructuring's Impact on Outcomes (HRIO)

Table 3. *Patient Fall Rate Summary Statistics (Falls per 1000 Patient Days)*

Unit						
Analysis	FY	n	Range	Mean	Median	SD
HND	97	29	.006-5.43	2.88	2.75	1.20
	98	29	1.20-5.02	2.95	2.79	0.91
M	97	29	0-8.46	3.97	3.49	2.10
	98	28	1.11-8.84	4.11	4.35	1.68
S	97	29	0-4.82	2.42	2.72	1.41
	98	28	0.88-4.47	2.69	2.79	1.19

Table 4. *Fall Related Serious Injury Rate Summary Statistics (Serious Injuries per 100 falls)*

Unit						
Analysis	FY	n	Range	Mean	Median	SD
HND	97	29	0-15.49	3.27	2.08	4.18
	98	28	0-24.05	4.20	2.35	5.81
M	97	29	0-23.33	4.38	0.00	6.39
	98	27	0-49.60	4.70	0.00	10.41
S	97	29	0-41.67	4.06	0.00	10.06
	98	27	0-37.50	5.88	0.00	10.65

Table 5. *Nosocomial Pressure Ulcer Rate Summary Statistics (Percentage of Patients with NPUs per Total Patients Evaluated)*

Unit						
Analysis	FY	n	Range	Mean	Median	SD
HND	97	29	0.53-8.42	3.53	3.23	1.82
	98	29	0.23-8.83	3.14	2.63	1.73
M	97	28	0 -9.87	2.61	1.81	2.56
	98	28	0 -8.28	2.23	1.71	1.94
S	97	28	0 -9.83	2.68	2.40	2.22
	98	28	0.35-5.35	1.88	1.43	1.33

data collection methodology was used. Data were collected one day each month on the 2 designated study units as well as on all adult acute care units throughout each UTH. The NPU rate was determined with the numerator as the number of patients with NPUs (Stage II, III, IV, or unstageable) over the denominator which was the total number of patients that were evaluated. All nurses who staged ulcers were certified after successfully completing an educational program created by an HRIO investigator that in-

cluded a set of 9 test slides illustrating different stages of pressure ulcers. Table 5 presents the NPU summary data.

Nosocomial Urinary Tract Infections (UTIs). UTIs were defined as a UTI identified greater than 72 hours post-admission. The standard definition of the Center for Disease Control (CDC), and National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS), was used and provided on the data collection form to each institution. Data were collected quarterly for each of the designated study units and all acute

adult units throughout the UTH. In some UTHs the data were provided by Infection Control or a similar department. In other UTHs, the data were collected by retrospective chart review using a random sample of 5% of the discharges from the respective study units and 2% of the discharges from all other adult acute care units in the UTH. The rate is the number of patients with UTIs per patients discharged or charts sampled. Table 6 presents the summary data.

Symptom Management: Patient Satisfaction with Pain Management. The single outcome variable in the HRIO study that related to symptom management was Patient Satisfaction with Pain Management. Patients were asked to evaluate their pain management with either of 2 questions, depending on the instrument used. The Press Ganey instrument asked the patient to evaluate how well pain was controlled. The Picker instrument asked the patient if he or she thought that the hospital staff did everything they could do to help control your pain. Institutions that used other instruments were asked to include a question similar to either of the above.

Patient Satisfaction. The study included 5 patient satisfaction variables sensitive to nursing. These were Satisfaction with: The Hospital; Nursing; Education received while in the hospital relating to tests and treatments and other care; Education preparing them for discharge; and Attention to Needs/Promptness. Tables 7 and 8 present the patient satisfaction summary statistics. These variables are presented as the percent satisfied.

The mean ratings of all the patient satisfaction variables measured indicated that much work remained to be done to realize the outcome of high levels of patient satisfaction in these measured areas. It is notable that patients rated their satisfaction with nursing the highest of all areas. Unit level patient satisfaction means were lower than those at the HND level.

Patient Satisfaction with the Hospital is an important outcome variable in the competitive marketplace. When patients are satisfied they and their family members or significant others will return when future care is required and they will also let friends

Table 6. *Nosocomial UTI Rate Summary Statistics*
(Percentage of UTIs per Patients Discharge or charts sampled)

Unit						
Analysis	FY	n	Range	Mean	Median	SD
HND	97	26	0-6.00	2.64	2.44	1.67
	98	27	0-4.72	2.02	2.34	1.43
M	97	26	0-7.92	2.17	1.63	2.49
	98	26	0-9.90	2.61	1.71	2.56
S	97	26	0-9.50	1.87	1.20	2.29
	98	26	0-7.40	2.45	1.86	2.24

Hospital Restructuring's Impact on Outcomes (HRIO)

Table 7. *Patient Satisfaction Summary Statistics HND*

Patient Satisfaction	FY	n	Range	Mean	Median	SD
Pain Mgmt	97	23	84.1	84.6	6.4	68.6-97.7
	98	25	83.9	84.5	5.9	69.2-94.7
Education	97	28	79.4	80.2	8.7	65.6-94.0
	98	26	79.3	80.7	7.8	64.6-93.8
Discharge Prep	97	27	80.2	80.1	7.4	66.1-94.0
	98	27	78.9	80.9	7.7	66.5-93.2
Prompt./Attn Needs	97	26	81.9	81.5	7.6	66.4-95.1
	98	26	80.5	81.3	7.8	64.8-96.6
Nursing	97	15	87.0	86.4	5.2	77.7-94.0
	98	16	85.3	85.8	6.5	71.5-95.7
Hospital	97	27	83.5	83.7	7.2	69.4-97.0
	98	27	81.9	83.0	7.6	68.9-96.3

Table 8. *Patient Satisfaction Summary Statistics for Study Medical and Surgical Units FY 1997 and 1998*

<i>Patient Satisfaction</i>	<i>FY</i>	<i>Medical</i>				<i>Surgery</i>			
		<i>n</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>	<i>n</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>
Pain mgmt.	97	21	83.04	9.92	50.00-97.09	19	85.55	6.77	72.30-98.21
	98	24	83.31	7.82	57.00-97.30	25	85.92	4.63	72.80-97.00
Education	97	23	77.88	8.43	58.20-87.40	21	78.59	6.78	64.89-95.00
	98	25	77.60	8.53	63.23-93.00	26	78.49	8.14	61.30-94.33
Discharge Prep	97	23	78.84	7.92	60.47-89.40	22	77.95	8.21	59.80-92.50
	98	26	78.73	8.29	59.25-94.12	27	79.14	7.71	63.70-92.00
Prompt./Attn to Needs	97	23	81.06	9.59	56.84-98.75	21	78.53	8.39	59.85-92.86
	98	25	78.41	7.78	60.39-91.43	26	79.95	6.14	64.43-93.60
Nursing	97	12	83.60	5.89	67.50-88.00	12	82.82	6.54	69.10-91.00
	98	15	83.82	5.67	72.25-94.44	16	84.90	6.99	66.18-92.94
Hospital	97	23	82.36	8.37	62.96-97.50	21	82.91	7.14	62.77-94.00
	98	25	81.89	5.43	69.42-90.50	26	81.79	8.48	59.58-93.67

and acquaintances know of the excellent care and service they received. When dissatisfied, the hospital has lost potential customers and many more individuals or groups who will be informed of the dissatisfaction and the reasons for same.

Nursing, as the discipline responsible for the majority of direct care the patients receive, is a key structural variable in effecting patient satisfaction. This was demonstrated

with the strong correlations of selected patient satisfaction variables with the variable Satisfaction with the Hospital. In both FY 1997 and 1998 Patient Satisfaction with the Hospital was positively and significantly correlated with the activities where nurses have primary responsibility. These include the education the patients receive while in the hospital that relates to their care, tests and treatments; the education that prepares them for discharge, and their satisfaction

with pain management.

HWPPD increased.

Structure, Process, and Outcome Relationships

Hours Worked per Patient Day (HWPPD), *RN% and Registered Nurse Hours Worked Per Patient Day (RNHWPPD)*. HWPPD, RN % and RNHWPPD were hypothesized as the structural variables that have significant impact on outcomes. RNHWPPD were calculated by multiplying the HWPPD and RN%. Table 9 presents the summary statistics for RNHWPPD.

Table 10 presents selected structure, process and outcome variable correlations with HWPPD, RN% and RNHWPPD using data from FY 1997 and FY 1998. HWPPD correlated negatively with the Fall Rate, NPU Rate, UTI Rate, Patient Satisfaction with Pain Management, Patient Satisfaction with Promptness and Attention to Needs and Patient Satisfaction with Nursing. As the HWPPD went up, the Fall rate, NPU and UTI rate went down. However, as HWPPD increased, Patient Satisfaction with Pain Management, Promptness and Attention to Needs and Patient Satisfaction with Nursing decreased. Nurse satisfaction increased as

RN% was evaluated in relation to other types of personnel resources involved in the patient care units. The findings were consistent across all categories of staff. As RN% increased, the other categories of personnel decreased.. These included HWPPD, Paid FTEs, LPNs, Other Professional %, UAP %, Other % and Management %. RN% had significant positive correlations with selected process variables. As RN% increased, Collaboration Nurse to Nurse (N-N) increased, as did Communication N-N, Communication Nurse to Physician (N-P) and Conflict Resolution N-N. RNs' confidence in Nursing Leadership and Achieving Quality Patient/Family Outcomes increased with the RN% as did Nurse Autonomy, Nurse Satisfaction and Nurse Decision Making (except in the Surgical Units where the correlation was positive, meaning that as RN % increased, Nurse Decision Making decreased). RN% also had significant positive correlations with several outcome variables. As RN% increased, the NPU rate decreased. Patient Satisfaction with Pain Management and Patient Satisfaction with Nursing increased as the RN% increased.

Table 9. *RNHWPPD Summary Statistics*

Unit						
Analysis	FY	n	Mean	Median	SD	Range
HND	97	28	8.45	8.20	1.49	6.41-13.75
	98	28	8.09	8.25	1.60	4.88-10.68
M	97	27	5.10	5.04	1.00	3.22- 7.20
	98	27	5.52	5.25	1.65	2.90-10.03
S	97	27	5.18	4.97	1.08	3.30- 7.48
	98	27	5.15	5.21	0.88	3.00- 6.62

Hospital Restructuring's Impact on Outcomes (HRIO)

Table 10. Selected Structure, Process & Outcome Correlations

Structure Variable	Structure/Process Outcome Variables	F Y	HND		C		M		S	
			r	p	r	p	r	p	r	p
HWPPD	Fall Rate	97	-.578	.001	-.300	.029				
	NPU Rate	98	-.350	.068						
	UTI Rate	97					-.345	.099		
		98			-.239	.094	-.416	.039		
	Pt. Sat. Pain Management	97			-.300	.029	-.655	.001		
		98							-.429	.036
	Pt. Sat. Prompt/Attn to Needs	98					-.387	.062		
	Pt. Sat. Nursing	98			-.330	.081				
	Nurse Satisfaction	98			.306	.035				.347 .089
	RN%	HWPPD	97			-.512	.000	-.556	.003	
		98			-.384	.004				-.554 .003
Paid FTEs		97			-.385	.004	-.370	.063		
		98	-.424	.028						
RAL Exp./CMI wtd. adj. Disch.		97	-.204	.339						
		98	-.032	.878						
RAL Exp. Per Disch.		97			.003	.986	-.065	.768	.067	.781
		98			-.158	-.267	-.184	.379	-.107	.603
Collaboration N-N		98					.339	.097		
Communication N-N		97	.573	.001						
		98	.319	.099						
Communication N-P		97	.339	.077						
Conflict Resolution N-N		97	.359	.061						
Achiev. Qual. Pt Fam. Outcomes		97	.488	.008						
Unit Nursing Leadership		97	.385	.043						
		98					.404	.045		
Nurse Decision Making*		97	-.344	.074					.338	.091
		98					-.374	.066	.352	.085
Nurse Autonomy*		97	-.323	.094						
		98					-.410	.042		
Nurse Satisfaction	97	.324	.092							
	98			.260	.069	.501	.011			
NPU Rate	97			-.247	.084					
Pt. Sat. with Pain Mgmt.	97	.380	.074	.420	.007	.619	.003			
	98			.284	.053					
Pt. Sat. with Nursing	97			.371	.090					
	98	.485	.057	.389	.037					
RNHWPPD	Fall Rate	97	-.381	.045	-.387	.004	-.422	.028	-.386	.052
	NPU Rate	97					-.406	.044		
		98	-.364	.057						
	LOS	98			-.414	.001	-.548	.004		
	Communication N-P	97			.306	.034				
		98			.296	.037				
Nurse Autonomy	97	-.384	.048							
Nurse Satisfaction	98					.466	.025			

*4 Point Scale Reversed : 1=A lot, 2=Sometimes, 3=A little, 4=Not at all.
revised 2-8-2000, M.D. Sovie, HRIO

Since the rhetoric with restructuring included the necessity to reduce RN staff to reduce labor expense, the investigators believed it was important to identify the relationship between RN% and RAL Costs per discharge. Table 10 includes these correlations. There were no significant relationships between RN% and Regionally Adjusted Labor (RAL) Expenses per Discharge at any level in the organization in either year of data collection.

The variable RNHWPPD provides the opportunity to identify specific correlations with the hours of care provided by Registered Nurses. As RNHWPPD increased, the Fall Rate and NPU rate decreased as did LOS. The process variables, Communication Nurse to Physician (N-P), Nurse Autonomy and Nurse Satisfaction also increased with the increase in RNHWPPD.

Nurse Autonomy and Nurse Decision Making are important process variables, as identified originally in The Magnet Hospital Study⁹ and subsequently in Aiken, Smith and Lake's research on Magnet Hospitals.¹⁰ In this HRIO study, there are mixed results with the correlation of Nurse Autonomy, Nurse Decision Making and outcomes. Table 11 presents the specific correlations as they were identified in each of the respective data collection years, i.e., FY 1997 and 1998. Nurse Autonomy increased as the NPU and Fall Rate increased on the Medical Units. In contrast, on the Surgical Units, a decrease in Nurse Autonomy was associated with an increase in the Fall, NPU and UTI rates.

With the remaining outcome correlations reported, the findings were consistent in all areas. As Nurse Autonomy increased, Patient Satisfaction with Pain Management increased as did Patient Satisfaction with Education and Nursing.

Nurse Decision Making increased as the Fall Rate increased in the Medical Units in FY 98. However, with FY 97 data, Nurse Decision Making at the HND level decreased as the Fall Related Serious Injury Rate increased; and in FY 98, the correlation was reversed, i.e., Nurse Decision Making increased as Fall Related Serious Injury Rate increased. Nurse Decision Making correlated positively with the NPU rate with Medical Units' data in FY 98. This correlation means that Nurse Decision Making scores decreased as the NPU rate increased. In all other outcomes, as Nurse Decision Making increased, Patient Satisfaction increased. This included Patient Satisfaction with Pain Management, and Patient Satisfaction with Education, Discharge Preparation, Nursing and the Hospital.

HRIO Study Limitations

- In FY 1997, three UTHs left the study. Two withdrew as a result of new Executive Leadership and one was asked to withdraw because it was unable to meet study participation requirements. The sample became 29 UTHs.
- In FY 1998, one UTH was in executive turmoil. The latter UTH's newly appointed CNE stated that there had been such extensive leadership turnover that there was no

Hospital Restructuring's Impact on Outcomes (HRIO)

Table 11. Selected Process & Outcome Correlations

Process Variable	Outcome Variable	FY	HND		C		M		S	
			r	p	r	p	r	p	r	p
Nurse Autonomy*	Fall Rate	97							.399	.039
	UTI	97					-.341	.089		
	NPU Rate	98			.384	.005	-.468	.016	.457	.022
	Pt. Sat. Education	98			-.317	.028			-.354	.090
	Pt. Sat. Nursing	98			-.385	.043	-.560	.037		
	Pt. Sat.: Pain Mgmt.	97	-.365	.095						
		98			-.254	.089				
Nurse Decision Making*	Fall Rate	98					-.351	.079		
	Fall Related SIR	97	.487	.009						
		98	-.484	.011						
	NPU Rate	98					.333	.097		
	Pt. Sat. Pain Mgmt.	98			-.276	.063	-.388	.067		
	Pt. Sat.: Education	97			-.349	.029	-.430	.066		
		98			-.249	.087				
	Pt. Sat.: Discharge Prep	97			-.365	.020	-.544	.016		
		98			-.236	.098				
	Pt. Sat.: Nursing	98			-.334	.083				
	Pt. Sat.: Hospital	97					-.439	.060		
		98			-.317	.028	-.367	.078		

*4 Point Scale Reversed: 1=A lot, 2=Sometimes, 3=A little, 4=Not at all.
2-8-00 © 2000, M.D. Sovie, HRIO

institutional memory and collectively, they were unable to complete parts of the data submittal.

- Different patient satisfaction survey instruments were used by the UTHs along with different scoring methods. The majority used either Press-Ganey or Picker. Scores were translated to equivalent scales for analysis.
- All stites did not report data for every variable.
- The only risk adjuster used was the UTH's Case Mix Index.
- There were only 2 quarters for concurrent data collection in FY 1997.
- The INQ rate of participation was 46% in FY 97 and 36.5% in FY 98.
- Changes were continuous during the period

of the study as would be expected in a dynamic health care environment.

HRIO Study Conclusions

- R2 interventions were extensive across the UTHs with many commonalities.
 - CNEs were responsible for Nursing and Patient Services.
 - Nurse Directors and Nurse Managers were reduced in number and spans of control broadened.
 - The number of RN staff nurses was reduced.
 - The number of UAPs was increased.
- The impact of R2 on quality of care or costs was not systematically evaluated by the UTHs.
- A variety of nursing care delivery models

were identified. These models included Professional Practice/Primary Nursing in 8 UTHs; no specific model in 7 UTHs; Team in 5 UTHs; Patient-focused Care in 2 UTHs; and Care Partners in 2 UTHs. In 1/3 of the sites the impact of the model of patient care delivery on outcomes including costs was not evaluated.

- Structure and process variables interacted to affect outcomes, and outcomes in turn affected structure and process.
- Patient Satisfaction with the Hospital was directly related to their Satisfaction with Nursing, Education received while in the hospital relating to their tests, treatments, and their Satisfaction with their Discharge Preparation.
- RN% was not the labor cost driver. FTEs and HWPPD drove labor costs.
- Optimal balance of RN%, UAP%, RNHWPPD and HWPPD were key structural variables influencing quality outcomes and controlled costs.
- Continuing education of all staff was essential to quality care and outcomes.
- Roles of CNSs in staff development and patient care were reaffirmed.
- UAP competencies have to match job functions. UAP preparation and continuing development varied widely and were important to achieving quality outcomes.
- Nursing Leadership was critical to required culture changes which included :
 - N/P and N/N Collaboration, Communication and Conflict Resolution
 - Nurse Autonomy and Nurse Decision Making

–Participative Management

–Teamwork

–Nurse Satisfaction

- Nurse Autonomy and Nurse Decision Making were important to decreasing adverse patient outcomes and increasing patient satisfaction.
- Nurse-Physician communication, collaboration and conflict resolution were essential to quality care and outcomes.
- Value in Patient Care equals quality/costs.¹¹ Value does not come in one size fits all.
 - No single manpower pattern resulted in best value
 - Patterns for value must be tailor-made for each institution/unit.
 - Institutional/unit support services affect the needed manpower pattern and the resulting outcomes

Value in Patient Care in this HRIO study has been identified using selected structure, process and outcome measurements and is illustrated in the Select Performance Profiles in Table 12, page 23.

- The structure variables used are the patient care staffing triad: HWPPD; RN%; and RNHWPPD. The staffing variable, RN%, is not sufficient by itself. The variables HWPPD and RN% are essential and together provide RNHWPPD. The 3 variables are necessary for a complete picture. Profiles S1 and S6 in Table 12 illustrate why RN% by itself is insufficient in providing useful staffing information, S1 has 83.60% RN and 4.96 RNHWPPD. S6 has 50.10%

Table 12. Select UTH Performance Profiles

UTH	Structure				Process					Outcomes								
	HWPPD	RN% HWPPD	RN Nurse Aut.	RN Sat.	Comm N-N	Comm N-P	Comm N-P	Conflict Resol. N-N	Conflict Resol. N-P	Nsg. Leader-ship	Fall Rate	SIR	UTI	NPU	Pt. Sat.	Pain Mgt.	LOS	RALCosts per Disch. \$
HND1	14.90	71.70	10.68	1.71	3.97	4.16	3.65	3.81	3.87	3.71	1.78	0.51	2.80	2.63	91.59	93.13	5.2	1754.60
HND2	16.58	64.00	10.61	1.91	3.69	3.73	3.48	3.68	3.87	3.38	2.63	0.48	-	2.23	91.20	89.00	6.6	1626.02
HND3	15.80	55.30	8.74	1.82	3.65	3.83	3.54	3.48	3.49	3.35	2.54	24.05	2.80	1.55	89.62	94.69	6.6	1068.97
M4	14.90	67.30	10.03	1.35	4.70	4.68	4.18	4.03	3.87	4.05	2.06	0.00	0.01	0.00	91.20	86.39	3.6	954.87
M5	8.77	60.19	5.28	2.00	3.82	3.76	3.16	3.30	3.36	3.19	1.11	0.00	0.01	0.01	85.44	85.00	4.8	812.63
M1	7.96	70.20	5.59	1.43	4.15	4.38	3.92	3.77	4.00	3.91	5.03	0.00	0.00	0.01	90.62	91.00	3.4	642.70
S1	5.93	83.60	4.96	2.17	3.56	4.13	3.76	3.67	3.89	2.76	1.34	0.00	0.01	0.01	86.80	92.00	4.0	638.00
S4	10.60	59.10	6.26	1.25	3.33	3.37	3.93	3.94	4.00	3.67	1.93	8.33	0.02	0.00	82.73	86.45	4.7	960.82
S6	9.80	50.10	4.91	1.85	3.31	3.64	3.17	3.61	3.75	3.50	2.22	2.78	0.01	0.02	83.02	86.53	4.4	893.00

HND1 1042.5 FTEs, 2.3% LPN, 3.3% NA, 2.2% Mgmt, 14.2% other
 HND2 1125.45 FTEs, 1% LPN, 9% SA, 15% NA, 3% Mgmt, 6% other
 HND3 713 FTEs, 1% other prof.; 3.8 % LPN, 20.3 Pt, Care Tech, 8.7 SA, 18.4% other
 M4 3.7% LPNs, 7.3% Pt. Care Tech; 5.9% Support Attd 4.2% NA; Cardiology incl. 4 intermediate beds
 M5 25.5% NA; 2.3% Mgmt; 11.95% other. Hem/Onc; Gyn; Internal Medicine
 M1 2.3% LPN, 18.6% NA, 8.8% other. General Medicine
 S1 3.3% LPN, 3.5% NA, 9.6% other, Ortho and General Surgery
 S4 18.7% LPN; 2.5% Pt. Care Tech; 8.2% NA. General Surgery and Trauma
 S6 2.7% LPN; 17.7% Pt. Care Tech; 6.4% Support Attd; 2.9% NA. Ortho, GU, Plastic

RN and 4.91 RNHWPPD. The profiles also underscore the importance of having both hospital/nursing department and unit level acute care staffing data. There are remarkable differences between each as is expected since HND acute care data include the intensive care units with their higher staffing levels.

- The nursing process variables used, as measured by INQ component scores, are Nurse Autonomy, Nurse Satisfaction, Nurse Leadership, Communication N-N and N-P, and Conflict Resolution N-N and N-P.
- All study outcome variables were used: Fall Rate; Serious Injury Rate; Nosocomial UTI and NPU Rates; Patient Satisfaction (the 5 patient satisfaction variables were averaged for this representation only); Symptom Management: Patient Satisfaction with Pain Management; LOS; and RAL Costs per Discharge.

These Select Performance Profiles are examples from 6 UTHs. HND1, M1 and S1 are data from the same institution. Study units M4 and S4 are also data from one institution. The other profiles are data from separate institutions. Together they represent varying value in patient care and illustrate that Value in Patient Care does not come in one size.

Policy Implications

Based on the findings from this HRIO Study, the investigators conclude that with the evidence known to date, there cannot be a single legislated staffing pattern that will assure quality patient care in all settings in

all University Teaching Hospitals. Another study needs to be done using Community Hospitals to determine if the findings are generalizable to all hospitals. However, in the interim, one can legislate that the staffing triad of HWPPD, RN% and RNHWPPD be made reportable data at both the acute care unit and acute care hospital level for every institution that receives state and federal health care dollars. In addition, an expanded set of outcome data that includes the following set of nurse sensitive outcome variables must be included as mandatory data reporting at the unit and hospital level. These data include at a minimum the nurse sensitive outcomes identified in this study and other recently published studies on the relationships of nurse staffing and patient outcomes.^{10, 12-18} The outcome variables are Nosocomial Pressure Ulcers and Urinary tract Infection; Fall Rate (Serious Injury Rate is not recommended for inclusion as it is more related to patient frailty than nursing intervention); Patient Satisfaction with Pain Management, and 5 specific areas of patient satisfaction including satisfaction with the education they received while in the hospital with their tests, treatments and care; discharge preparation; attention to needs/promptness; nursing; and the hospital. Mortality rate and LOS are data currently collected at the hospital level and should be continued. However, unit as well as hospital specific data also should be reported. All legislated data should be available to the public for evaluation and consideration in making their health care choices. Public

disclosure of these data elements, coupled with public education on their interpretation, will serve as the necessary catalyst to improve the care that all acute care hospital patients receive.

Abstract

Restructuring and Reengineering changes in patient care delivery in 29 University Teaching Hospitals in fiscal years 1997 and 1998 are described. Summary statistics and significant correlations of selected structure, process and outcome variables at the Hospital/Nursing Department and study Medical and Surgical units are presented. Hours worked per patient day (HWPPD), Registered Nurse (RN) per cent, and RNHWPPD are the structure variables correlated with process and outcomes. The process variables used are Culture, Nursing Leadership, Communication, Collaboration, Conflict Resolution, Nurse Autonomy and Decision Making, and Nurse Satisfaction. The patient outcome variables are Nosocomial Pressure Ulcers and Urinary Tract Infections, Falls and Fall Related Serious Injuries, Patient Satisfaction with Pain Management, Promptness/Attention to Needs, Education and Discharge Preparation, Nursing and the Hospital, Length of Stay, and Total Regionally Adjusted Labor Costs per Discharge. Value in Patient Care, Quality/Costs, did not come in one size fits all. No single manpower pattern resulted in best value. Policy Implications are presented.

References

1. The Health Care Advisory Board (1993). Cost savings strategy in University Hospital Consortium's competing in maturing health care marketplace. Strategies for Academic Medical Centers. The Health Care Advisory Board: Washington, DC.
2. Lathrop, P. (1993). *Restructuring health care. The patient focused paradigm*. San Francisco: Jossey Bass Inc.
3. Wunderlich, G.C., Sloan, F.H., Davis, C. K., Eds. (1996). *Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes. Is It Adequate?* Washington D.C.: National Academy Press.
4. Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 1. The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
5. Sovie, M.D. (1995). Tailoring hospitals for managed care and integrated health systems. *Nursing Economics* 13 (12), 35-42.
6. Shortell, S., Rousseau D., Gillies, R. Devers, K., & Simons, T. (1991). Organizational assessment in intensive care units (ICUs): construct development, reliability, and validity of ICU nurse-physician questionnaire. *Medical Care*, 29(8), 709-723.
7. Quinn, R.P., & Shepard, L.J. (1974). The 1972-73 quality of employment survey. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research.

8. Agency for Health Care Policy and research (1992). *Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
9. McClure, M., Poulin, M., Sovie, M., & Wandelt, M. (1983). *Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses*. Task Force on Nursing Practice in Hospitals. American Academy of Nursing. Kansas City, MO: American Nurses Association Publishers.
10. Aiken, L. H., Smith H.L., & Lake, E. T. (1994). Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care* 32(8), 771-787.
11. Nelson, E. C., Mohr, J., Batalden, P. B., & Plume, S.K. (1996). Improving health care, Part 1: The clinical value compass. *Journal on Quality Improvement*, 22(4), 243-258.
12. Kovner, C., Gergen, P.J. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-21.
13. Blegen, M. A., Vaughn, T. (1998). A multisite study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economic \$*, 16(4), 196-203.
14. Blegen, M. A., Goode, C. J., Reed, L. (1998). Nurse Staffing and Patient Outcomes. *Nursing Research* 47(1), 43-50.
15. Lichtig, L. K., Knauf, R. A., Milholland, D. K. (1999). Some impacts of nursing on acute care hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration*. 29(2), 25-33.
16. Pronovost, P.J., Jenckes, M.W., Dorman, T., Garrett, E., Breslow, M.J., Rosenfeld, B. A., Lipsett, P. A., & Bass, E. (1999). Organizational characteristics of intensive care units related to outcomes of abdominal aortic surgery. *Journal of the American Medical Association*, 281(14), 1310-1317.
17. Lewin-VHI, Inc. (1995). *Nursing Report Card for Acute Care*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
18. Lichtig, L. K., Knauf, R. A., Milholland, D. K. (1999). Some impacts of nursing on acute care hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration* 29(2), 25-33.

青年期におけるコーピング，精神的健康に 与える性役割の影響

Effect of Sex Role on Mental Health and Coping in Adolescence

加 藤 知可子
Chikako Katou

キーワード： 性役割，コーピング，精神的健康
sex role, coping, mental health

I. はじめに

生物的な性差は経験される仕事上のストレスを決定する上で重要である。一方，性別に応じて社会から期待される一定の行動，態度，性格である性役割¹⁾はコーピング（ストレス対処法）に対して影響を与えている。青年期では男性と女性では，性別によって選択するコーピングの方法が異なる報告がある²⁾。Korabik³⁾は，実際には性別によるコーピングの違いのいくつかは生物的な性差でなく，性役割によるものであると述べている。大学生は社会にでてから，ストレスが大きく対応が困難である。この問題点に関して大学教育では，学生に対して自己の精神的健康を保持，増進できる指導が重要である。なぜならストレスによる不適応に陥るか否かは，受けるストレスの内容，強さだけでなく⁴⁾学生が自己の性役割タイプにとって適切なコーピングを用いたかによる。そこで学生が，性役割タイプに応じた適切なコーピングを学習すれば，卒業後も社会で精神的健康を保ち環境に適応できると考える。以上のことにより，本研究の目的は，青年期においてコーピングおよび精神的健康に性役割がどのように関係しているかを明らかにする。

1. コーピングの定義

コーピングという用語はフロイトが最初に使用したとされ，当初は不安に対する無意識の防衛機制と定義されたが，最近のコーピングに関する研究の広がりにはコーピングの概念に混乱をもたらし，様々な定義が存在する結果となった。本研究ではコーピングはFolkman, S. & Lazarus. R. S⁵⁾ (1984) のある場面における情緒的苦悩や緊張感を予防あるいは解消しようとする，意識的で努力的な認知や行動であるとする定義を用いる。

2. 目的

- 1) 本研究は，男性性および女性性が共に高い両性具有型⁶⁾が性役割タイプ（両性具有型，男性型，女性型，未分化型）の中で最も精神的健康が良好であるという仮説を検証する。
- 2) コーピングに性役割が関係していることを検証する。
- 3) 精神的健康にコーピングが関係していることを検討する。

II. 調査方法

1. 調査対象

調査では大学生（C大学心理学科，D大学神学

科), 専門学校生(理学療法士養成), 大学院生(C大学心理学専攻)を対象とした。調査期間は1997年11月26日から12月18日である。調査票を被験者に配布し, 回収率は, 100.0%である。調査項目表のすべての項目に記入漏れのなかったものを有効回答とした。

2. 教示

調査にはBSRI日本語版(Bem Sex Role Inventory: ベム性役割目録), CISS日本語版(Coping Inventory for Stressful Situation, ストレス状況における対処行動目録), GHQ(The General Health Questionnaire(精神的健康調査票)日本語版を用いた。BSRI日本語版では, 「この調査の裏面には人の特徴を表す言葉が並べてあります。これらの言葉があなたにどの程度当てはまるかを7段階尺度で示して下さい」と教示した。CISS日本語版では, 「いろいろな出来事について対応のしかたは人によってさまざまです。苦しくて, つらい出来事が起こったときのいろいろな対処方法のリストを下に掲げました。苦しくて, つらい状況が起こったときに, それぞれの対処方法を自分がどれくらい用いるか, もっともあなたに当てはまる番号ひとつに○をつけてください」と教示した。GHQ日本語版では「この数週間の健康状態で, 精神的, 身体的問題があるかどうかをお尋ねします。次の質問を読み, 最も適当と思われる答えを○で囲んでください。この調査はずっと以前のことでなく, 2~3週間前から現在までの状態についての調査です」と教示し, 被験者に調査の記入が終った後に記入漏れがないかの確認を依頼した。

3. 測定

BSRI日本語版とは次のようなテストである。BSRIはBem, S. L. が1974年に開発した性役割尺度であり, 男性型, 女性型, 両性具有型, 未分化型の性役割タイプに分類できる。本研究では著者が作成したBSRI日本語版を使用した。BSRI

日本語版は, 表1に示すように20個の男性性の形容語(男性性尺度), 20個の女性性の形容語(女性性尺度), 20個の社会的望ましさの中立の形容語(社会的望ましさの尺度)で構成している。各性役割特性を表す形容語がどの程度自分自身に当てはまるかを, 全く当てはまらない, あまり当てはまらない, どちらかと言えば当てはまらない, どちらでもない, 少し当てはまる, かなり当てはまる, 非常に当てはまるの1~7までの7段階で評定する。BSRI日本語版の分析方法は次のとおりである。男性性得点, 女性性得点の採点は, 各被験者の男性性を表す形容語の20項目の平均を算出して男性性得点とする。次に女性性を表す形容語の20項目の平均を算出して女性性得点とする。社会的望ましさの中立の形容語は得点化しない。各被験者の男性性得点, 女性性得点を各々大きい数値から順に並べ中央値を求める。

更に中央値を境にした得点の高低により, 男性性, 女性性とも高い群を両性具有型, 男性性が高く, 女性性が低い群を男性型, 女性性が高く, 男性性の低い群を女性型, 両性とも低い群を未分化型とする(表2)。

CISS日本語版とは次のようなテストである。CISSはN. S. Endlerが1990年に開発したストレス状況に対する典型的なコーピングを測定する尺度である。本研究では古川ら⁷⁾が作ったCoping Inventory for Stressful Situation(ストレス状況における対処行動目録: 以下CISSと略す)日本語版を使用した。CISSは個人に特徴的なコーピングを, 課題優先コーピング(Task Oriented Coping 以下T尺度), 情緒優先コーピング(Emotion Oriented Coping 以下E尺度), 回避優先コーピング(Avoidance Oriented Coping 以下A尺度)で構成している。課題優先コーピングとは問題になっている出来事に対して冷静に判断したり計画的に行動するといった対処方法を示している。情緒優先コーピングは感情を発散した

表1 BSRI 日本語版の各尺度に示されている形容語

男性性尺度	女性性尺度	社会的望ましさの尺度
自分の信念を貫く	愛想がよい	臨機応変な
たくましい	繊細な	疑い深い
競争心がある	魅力的な	柔軟性がある
やり手の	子供好きな	短気な
指導力がある	言葉遣いが優しい	落ち着いた
荒っぽい	きれい好きな	独りよがりの
度胸がある	控えめな	礼儀正しい
決断力がある	上品な	おおげさな
勇気がある	同情心がある	もの分かりがよい
攻撃的な	面倒見がよい	気まぐれな
説得力がある	甘えた	協調性がある
頑固な	心が暖かい	悲観的な
頼もしい	茶目っ気がある	いきいきした
積極的な	気が利く	だまされやすい
大胆な	献身的な	人をひきつける
体力がある	優しい	秘密主義の
精力的な	おしゃれな	冗談が通じる
冒険心がある	セクシーな	軽率な
創的な	愛嬌がある	心が広い
発性がある	世話好きな	わがままな

表2 性役割タイプの種類

		男性性得点 (4.05)	
		高	低
女性性 得点 (4.15)	高	両性具有型	女性型
	低	男性型	未分化型

り、感情を変化させる対処方法を示す。回避優先コーピングとは問題となっている状況から逃げだし、考えないようにしたりするといった対処方法を示している。3種類の尺度は、互いに独立しており、各16項目であり、合計48項目である。回答は、苦しくて、つらい状況が起こったときに、それぞれのコーピングの方法を自分がどれくらい用いているかについて、したことがない、まれにそうする、ときどきそうする、だいたいいつもそうしている、いつもそうしているの1～5までの5段階

で評定する。CISS 日本語版は、各尺度の得点が高いほど、それぞれのコーピングをより多く使用していると判断する。

GHQ 日本語版は、Goldberg, D. P. が1970年から1974年にかけて開発し、主として神経症者の症状の把握、評価および発見のために有効な自己記入式スクリーニングテストである。被験者の2～3週間前から現在までの状態についての精神的健康に関する情報を把握し、その回答から精神的に健康であるかを判定する。GHQ 日本語版⁸⁾は身体的あるいは精神的な状態、感情等についての60項目の質問文で構成している。回答の記入方法は、自分の状態に合致するものを各質問項目の右に書かれた4種類の選択肢のうちから選んで○を付ける。この検査は質問文を理解できる者ならば、12歳以上の広い年齢層にわたって適用できる。

4. BSRI 尺度とコーピング尺度および精神的健康尺度の関係

図1は性役割とコーピングおよび精神的健康の概念図である。図1に示すように性役割はBSRI日本語版で性役割タイプに分け、コーピングはCISS日本語版にて課題優先コーピング、情緒優先コーピングおよび回避優先コーピングの使用頻度を測定し、GHQ日本語版にて精神的健康を計る。性役割によってコーピングが変わり、その結果、精神的健康が変わる。つまり、性役割タイプによってストレスに対処する行動様式であるコーピングが異なるために、精神的健康が変わると考える。あるいはコーピングが性役割に関係し、精神的健康がコーピングに関係するから、その結果性役割が精神的健康に関係すると考える。

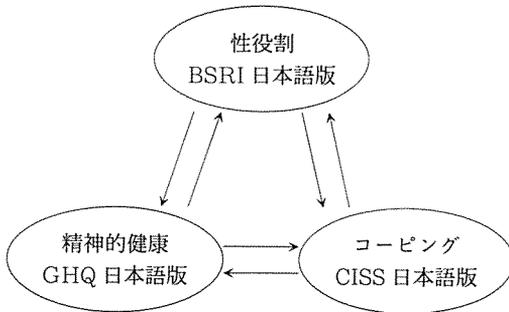


図1 性役割とコーピングおよび精神的健康の関係

III. 研究結果

1. 調査対象の属性

本研究の調査対象とした有効回答率は93.3%である。調査対象は男性95名（大学生80名，専門学校生12名，大学院生3名）女性100名（大学生81名，専門学校生19名）の合計195名である。調査対象全体の平均年齢は20.1歳（標準偏差2.4）であり，男性が21.1歳（標準偏差2.8），女性が19.2歳（標準偏差1.4）であった。

2. BSRI尺度による性役割タイプと分布

BSRI日本語版による本調査対象者の性役割タ

イプの分布は表3のように男性型27名（男性12名，女性15名），女性型33名（男性19名，女性14名），両性具有型60名（男性31名，女性29名），未分化型59名（男性26名，女性33名）の合計179名（男性88名，女性91名）となった。ただし分類を明確にするため，男性性得点，女性性得点のいずれかが中央値の真上に位置する被験者は，分類の対象から除く（合計，男性7名，女性9名）。

表3 性役割タイプ別の人数分布
（全被験者179名，男性88名，女性91名）

性役割タイプ	全体	男性	女性
男性型	27	12	15
女性型	33	19	14
両性具有型	60	31	29
未分化型	59	26	33

3. BSRI尺度による性役割タイプとCISS尺度によるコーピングとの関係

CISS日本語版の課題優先コーピング，情緒優先コーピング，回避優先コーピングの平均得点，標準偏差を表4に示した。コーピング得点は高いほど，そのコーピングを多く使用している（使用頻度）と考える。表4に示すように全被験者のコーピングの使用頻度では課題優先コーピングの平均得点48.9（標準偏差10.8），情緒優先コーピング平均得点41.3（標準偏差11.4），回避優先コーピ

表4 平均CISS得点
（全被験者195名，男性95名，女性100名）

	全体	男性	女性
課題優先コーピング	48.9 (10.8)	52.3 (10.9)	45.8 (9.7)
情緒優先コーピング	41.3 (11.4)	40.8 (10.7)	41.7 (12.0)
回避優先コーピング	38.8 (9.7)	37.8 (9.3)	39.7 (10.0)

()は標準偏差

ング平均得点38.8（標準偏差9.7）の順番となった。次に図2の性役割タイプ別の平均 CISS 得点ではすべての性役割タイプにおいて、課題優先コーピングが最も高かった。

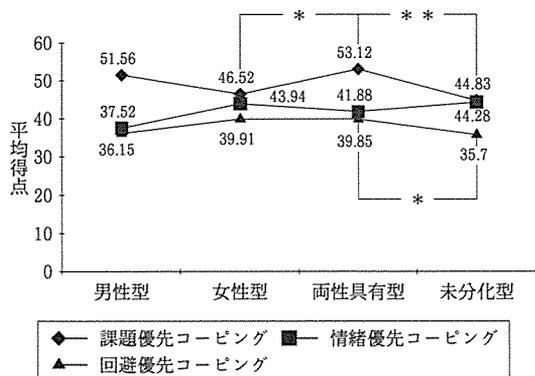


図2 性役割タイプ別の平均 CISS 得点
** P<.01, * P<.05

性役割タイプ別では、他の型に比べて両性具有型で課題優先コーピング、回避優先コーピングが最も高く、未分化型で情緒優先コーピングが最も高かった。つまりタイプによって多用されるコーピングの種類が異なることが示されていた。

次に性役割タイプによって3種類のコーピング平均得点に有意差があるかを Statview 統計パッケージを用いて一元配置分散分析を行った。性役割タイプ別の課題優先コーピング平均得点の多重比較では群間に1%水準で有意差があり、特定の群間では、両性具有型が女性型 (P<.05), 未分化型 (P<.01) より有意に高かった (F=5.429, df=3/175, P<.01)。性役割タイプ別の情緒優先コーピングの平均得点では、群間に5%水準で有意差があったが、特定の群間では有意差はなかった (F=3.623, df=3/175, P<.05)。性役割タイプ別の回避コーピングの平均得点では、群間に5%水準で有意差があり、特定の群間では両性具有型が未分化型より5%水準で有意に高かった (F=3.673, df=3/175, P<.05)。

つまり性役割タイプによって課題優先コーピ

ング、情緒優先コーピング、回避優先コーピングに有意差があり、性役割タイプがコーピングに関係することが示されていた。

4. BSRI 尺度による性役割タイプと精神的健康との関係

精神的健康の指標として用いた GHQ 得点は高いほど精神的健康が悪く健常群は25.0以下である。表5に示すように全被験者では平均 GHQ 得点は21.0（標準偏差13.3）だった。性役割タイプ別では図3に示すように両性具有型が最も GHQ 得点が低かった。性役割タイプ別の GHQ 平均得点の一元配置分散分析を Statview 統計パッケージにて算出した。その結果、性役割タイプ別の GHQ 平均得点に有意差が認められた (F=4.81, df=3/175, P<.01)。

表5 平均 GHQ 得点
(全被験者195名, 男性95名, 女性100名)

	全体	男性	女性
平均 GHQ 得点	21.0	19.4	22.6
標準偏差	13.3	13.3	13.1

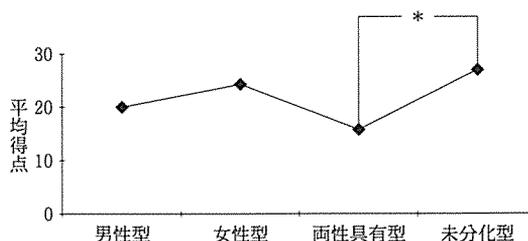


図3 性役割タイプ別の平均 GHQ 得点
* P<.01

したがって最も精神的健康が良好なのは両性具有型の性役割タイプであることがわかった。性役割タイプ別の GHQ 平均得点において差があるかを LSD (最小有意差) 法を用いた多重比較によって検討した。その結果特定の群間では両性具有型が未分化型より1%水準で低かった。しかしなが

ら、その他のどの群間にも有意差は認められなかった。

5. CISS 尺度によるコーピングと精神的健康との関係

性役割タイプ別の CISS 平均得点（コーピング得点）と GHQ 平均得点（精神的健康得点）の相関計数（ピアソンの相関計数）を SPSS 統計パッケージにて算出した。表 6 に示すように男性型は、情緒優先コーピング平均得点と GHQ 平均得点の相関については弱く、表 7 の女性型はどの CISS 平均得点とも GHQ 平均得点との相関は弱く有意差はなかった。両性具有型では表 8 に示すように情緒優先コーピング平均得点と GHQ 平均得点間では、 $r=0.495$ ($P<0.01$) であり正の相関があった。未分化型では表 9 に示すように情緒優先コーピング平均得点と GHQ 平均得点間では、 $r=0.661$ ($P<0.01$) であり正の相関があり、回避

表 6 GHQ 得点と CISS 得点の相関係数（男性型）
課題優先コーピング(T)
情緒優先コーピング(E)
回避優先コーピング(A)

	GHQ	T	E	A
GHQ				
T	-.053			
E	.321	-.051		
A	.094	-.215	.441	

表 7 GHQ 得点と CISS 得点の相関係数（女性型）
課題優先コーピング(T)
情緒優先コーピング(E)
回避優先コーピング(A)

	GHQ	T	E	A
GHQ				
T	.050			
E	.290	.037		
A	-.024	-.044	.372	

表 8 GHQ 得点と CISS 得点の相関係数（両性具有型）
課題優先コーピング(T)
情緒優先コーピング(E)
回避優先コーピング(A)

	GHQ	T	E	A
GHQ				
T	.070			
E	.495	.052		
A	.068	.002	.369	

表 9 GHQ 得点と CISS 得点の相関係数（未分化型）
課題優先コーピング(T)
情緒優先コーピング(E)
回避優先コーピング(A)

	GHQ	T	E	A
GHQ				
T	.170			
E	.661	.023		
A	.300	.100	.372	

優先コーピング平均得点と GHQ 平均得点間では $r=0.300$ ($P<.05$) であり弱い正の相関が認められた。

IV. 考 察

1. BSRI 尺度の信頼性と妥当性

テストには信頼性と妥当性が必要である。信頼性とはテストが目指すものを測定する道具として恒常的で一貫性がある時、つまりものさしとしてのびちぢみのない安定したものであるとき信頼性があると言う⁹⁾。妥当性とはテストが計ろうと目指しているものを計る時ができた時、そのテストは妥当性があると言う¹⁰⁾。

BSRI 原版（英語版）の信頼性については内部一貫性による方法と再テスト法を用いて検討している¹¹⁾。内的一貫性では Cronback の α 係数により算出している。被験者の男性性、女性性の得点

別に α 係数を求めた。その結果、スタンフォードのサンプルでは男性性 α 係数は0.86、女性性 α 係数が0.80であり、フットヒルのサンプルでは男性性 α 係数は0.86、女性性 α 係数が0.82であり、非常に信頼できるものであることを示した。再テスト法では再テスト法による信頼性係数を算出している。

BSRI 原版はスタンフォードの規範的サンプルから28人の男子学生と28人の女子学生である合計56名に対して2回調査された。2回目の調査は1回目から約4週間後に実施され、1回目のテストでどのように答えたかを思い出さないように指示された。その結果、男性性の信頼性係数が0.90、女性性の信頼性係数が0.90であり、非常に信頼性係数が高いことが証明された。

次にBSRI 原版の妥当性については測定領域がBSRI 原版と同じである複数のテストを同一被験者群に実施して、BSRI 原版と他のテスト成績の相関を調べる方法を用いた。BSRI 原版の2回目の調査時、性役割に関する先行研究において頻繁に用いられているカリフォルニア心理目録表(CPI)とギルフォード・ジンマーマン気質調査にて男性性、女性性を測定した。その結果、ギルフォード・ジンマーマン気質調査ではBSRI 原版のどれとも相関がなく、カリフォルニア心理目録表とは男性性、女性性に適度に相関があった。BSRI 原版がなぜギルフォード・ジンマーマン気質調査よりもカリフォルニア心理目録表(CPI)に高い相関があるかは明らかではないが、BSRI 原盤がこれら2つのテストによっても引き出されない、別の男性性、女性性を測定することを示している。

BSRI 日本語版の信頼性についてはCronbackの α 係数により内的一貫性を算出しており、男性性の α 係数が0.89(男性)、0.90(女性)、女性性の α 係数が0.83(男性)、0.85(女性)であり非常に信頼できるものであることを示した¹²⁾。

2. BSRI 尺度による性役割タイプとCISS 尺度によるコーピングとの関係

性役割タイプでは両性具有型が課題優先コーピング得点と回避優先コーピング得点が最も高いタイプであった。以上のことから、両性具有型はGHQ得点が低く精神的健康が良好なのは、課題優先コーピングと回避優先コーピングの高さによると推測した。しかし、両性具有型における課題優先コーピング平均得点とGHQ平均得点間、回避優先コーピング平均得点とGHQ平均得点間とも負の相関は全く見られず、因果関係の検証はできなかった。性役割タイプによって、3種類のコーピング平均得点に有意差があったことで性役割タイプとコーピング間に関係があることがわかった。

つまり、性役割タイプによって得意なコーピングが異なっていることがわかった。

特定の群間では両性具有型は、女性型、未分化型より課題優先コーピングが有意に高く、未分化型より回避優先コーピングが有意に高かった。

以上の結果から両性具有型と未分化型間のみ課題優先コーピング、回避優先コーピングの両方のコーピングが共通して関係している。男性性、女性性が共に低い未分化型にないものが両性具有型にある。つまり、男性性、女性性の両方の特徴を持っていることが課題優先コーピング、回避優先コーピングに関係していることがわかる。

以前の性役割研究では高い男性性がコーピングに関係があることが発見されている^{13) 14)}。本研究の結果が先行研究と一致しなかった理由は、初めに標本の大きさが小さいために検定力が不足し性役割タイプとコーピングの関係を弱めたと考える。次に、私たちの社会では男性性の高さに大きな価値をおいているため、男性性優位を支持する研究の制限のために、男性性だけでなく女性性の肯定的な結果も説明するような方向づけた研究がほとんどないためである¹⁵⁾。

今後は、標本数を増やすとともに、男性性だけ

でなく女性性の肯定的な結果を説明するように方向づける研究を行う。さらに男性型や女性型の個人に対する両性具有型の利点が男性性、女性性の両方に及ぶ従属変数であることを本研究とは異なる研究で明らかにする必要がある。例えば、Carverのコーピング尺度⁹⁾のような広い範囲のカテゴリーを含んだ調査票を使用するさらなる研究によってこの問題を提示するべきである。

3. BSRI 尺度による性役割タイプと精神的健康との関係

両性具有型は、GHQ 平均得点が性役割タイプの中で最も低く、また性役割タイプによって GHQ 平均得点に有意差があった。以上の結果から第1に両性具有型は性役割タイプの中で最も精神的健康が良好であること、第2に性役割タイプと精神的健康に関係があることがわかった。特定の群間では、両性具有型が未分化型より GHQ 平均得点が有意に低いのは、男性性と女性性の交互作用つまり本来は相関関係にない男性性と女性性が互いに関連し合っただけで精神的健康に何らかの影響を与えている可能性がある。中川、大坊⁸⁾ (1985) によって求められた大学生の GHQ 得点は13.9であった。しかし、本研究の結果では GHQ 平均得点は21.0と高い値となった。これについては、本研究での調査日が大学生の後期テストの3週間前であったことが、先行研究のデータと異なりやや高い得点になった要因とも考えられる。

4. CISS 尺度によるコーピングと精神的健康との関係

両性具有型、未分化型では情緒優先コーピング平均得点と GHQ 平均得点間に相関が認められた。つまり情緒優先コーピング平均得点が高いほど、精神的健康が悪い（あるいは精神的健康が悪いほど情緒優先コーピング平均得点が高い）結果となった。これは情緒優先コーピングの質問内容から、情緒優先コーピングはストレス反応に近いと考えた。GHQ 平均得点とコーピング平均得点の相関

では明らかな負の相関がなく、コーピング得点が高いから精神的健康が良いという結果にはならなかった。この理由はコーピングと精神的健康の関係を調べる上でストレス得点（ストレスの大きさ）を測る調査計画ではなかったためと考える。例えば、GHQ 得点と同じで精神的健康が良好な被験者でも、ストレス得点が高いためにコーピングを多く用いている場合と、ストレス得点が低く、コーピングを多く用いる必要がない場合が混同されていると考える。

つまり、コーピングの使用が異なっても、ストレスの大きさによっては GHQ 平均得点と同じになる可能性を検討しなかったためと考察した。

5. BSRI 尺度による性役割タイプと CISS 尺度によるコーピング、精神的健康との関係

研究結果から、どのようにして学生が性役割タイプに応じた適切なコーピングを学習するかについて考察する。両性具有型が最も適切なコーピングを用いていると考えると、両性具有型と比較してコーピングに有意差がない場合はコーピングを補う必要はなく、両性具有型よりコーピングが有意に低い場合はコーピングを補う必要があると考えた。具体的には男性型は補うコーピングはなく、女性型は問題になっている出来事に対して冷静に判断したり計画的に行動するという課題優先コーピングを補う必要がある。未分化型は課題優先コーピングと問題となっている状況から逃げたり考えないようにする回避優先コーピングを補う必要性がある。上記のように性役割タイプによって異なる不足したコーピングを学習すれば卒業後も社会で精神的健康を保ち環境に適応できると考える。

V. 結 論

性役割タイプの中では両性具有型の GHQ 平均得点が最も低く有意差があり、性役割タイプの中で最も精神的健康が良好であった。コーピング平均得点と GHQ 平均得点の関係では両性具有型で

情緒優先コーピング得点とGHQ得点 ($r=0.495$, $P<.01$), 未分化型で情緒優先コーピング得点とGHQ得点 ($r=0.661$, $P<.01$), 回避優先コーピング得点とGHQ得点 ($r=0.300$, $P<.05$) に正の相関があるのみで，コーピングと精神的健康では明らかな関係は証明されなかった。性役割とコーピングおよび精神的健康の関係では図4に示すように性役割とコーピング間，性役割と精神的健康間に関係があることはわかったが，コーピングと精神的健康間には関係が認められなかった。調査計画では，コーピングの使用が異なっても，ストレスの大きさによってはGHQ得点と同じになる可能性を検討しなかったため，今後はス

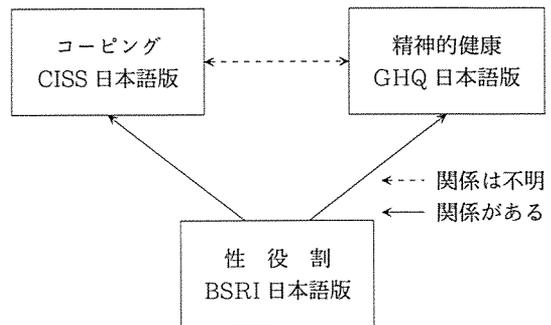


図4 性役割とコーピングおよび精神的健康の関係

トレス得点を測定したうえで性役割がコーピングと精神的健康に与える影響を再検討したいと考える。

要 旨

本研究では性役割がコーピング，精神的健康に及ぼす影響を検討した。被験者は専門学校生，大学生，大学院生の合計195名（男性95名，女性100名）であった。調査では，性役割尺度（BSRI 日本語版），コーピング尺度（CISS 日本語版），精神的健康調査票（GHQ 日本語版）を使用した。BSRI 日本語版にて被験者を男性型，女性型，両性具有型，未分化型の性役割タイプに分類した。結果から，第1には両性具有型は最も精神的健康が良好であること，第2には性役割がコーピングおよび精神的健康が関係することが証明された。

Abstract

This study examined the effect of sex roles in men and women on their mental health and their ability to cope. The subjects were 195 students (95 males and 100 females) from colleges and universities including post-graduate students. The Bem Sex Role Inventory for Stressful Situations (CISS) and the General Health Questionnaire (GHQ) were used in this study. The subjects were classified into four types of sex role such as masculine, feminine, androgynous and undifferentiated. The primary finding was that subjects classified as androgynous type of sex roles had the best conditions of mental health among all subjects in this study. A secondary finding of the study was that people's mental health and their coping abilities of subjects were relative to their sex roles.

VI. 引用文献

- 1) 柏木恵子：現代青年の性役割の取得，現代青年心理学講座4，現代青年の性意識，金子書房，101-139，1973.
- 2) Korabik, K., McDonald, L.M., & Rosin, H. M.: Stress, coping, and social support among women manager. In B.C.Long & S. Kahn (Eds.), Women, work, and coping:

- A multidisciplinary approach to work place stress, Montreal : McGill-Queens University Press. 135-153, 1993.
- 3) Korabik, K. & Kampen, V. J. : Gender, Social Support, and Coping with Work Stressors Among Managers. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10(6), 135-148, 1995.
 - 4) Lazarus, R. S. & Folkman, S. : *Stress, Appraisal, and Coping*, 1984. (本明寛他, ストレスの心理学, 実務教育出版, 183-185, 1992.)
 - 5) Folkman, S. & Lazarus, R. : An analysis of coping in a middle aged community sample, *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239, 1980.
 - 6) Bem, S. L. : The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155-162, 1974.
 - 7) 古川亮他 : CISS (Coping Inventory for Stressful Situation) 日本語版の信頼性と妥当性, 対処行動の比較文化的研究への一寄与, *精神神経学雑誌*, 95(8), 602-621, 1993.
 - 8) 中川泰杉他 : 日本版 GHQ 精神健康調査票手引, *日本文化科学社*, 8-23, 1985.
 - 9) 外林大作 : *心理学辞典*, 誠心書房, 240, 1991.
 - 10) 外林大作 : *心理学辞典*, 誠心書房, 300, 1991.
 - 11) Bem, S. L. : *Bem Sex Role Inventory. Professional manual*. Consulting Psychologist Press, Inc. 14-15, 1981.
 - 12) 加藤知可子 : BSRI 日本語版による性役割タイプの分類, *広島県立保健福祉短期大学紀要*, 4(1), 7-11, 1998.
 - 13) Long, B. C. : Sex-role orientation, coping strategies, and self-efficacy of women in traditional and nontraditional occupations. *Psychology of Women Quarterly*, 13, 307-324, 1989.
 - 14) Nezu, A. M. : Psychological distress, problem solving, and coping reactions, Sex role differences, *Sex Roles*, 16, 205-214, 1987.
 - 15) Korabik, K. : The contribution of femininity to managerial effectiveness, Paper presented at the annual meeting of the Academy of Management, Anaheim, CA, 1988.
 - 16) Carver, C. S. : Assessing coping strategies, A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283, 1989.

(平成12年 8 月22日受付)

看護学生の喫煙と学習意欲・精神的健康との関連

Relationship among Smoking, Learning Motivation,
and Mental Health in Nursing Students

葛 西 敦 子* 本 間 久 美 子** 花 田 久 美 子*
Atsuko Kasai Kumiko Honma Kumiko Hanada

米内山 千賀子* 木 村 紀 美*
Chikako Yonaiyama Kimi Kimura

キーワード：看護学生，喫煙，学習意欲
nursing student, smoking, learning motivation

I. 緒 言

平成10年の日本たばこ産業株式会社の全国たばこ喫煙者率調査によると，わが国の20歳以上の喫煙率は男性55.2%，女性13.3%であり，経年的にみて男性では漸減傾向であるが，他の先進諸国に比べて高率である。一方，女性の喫煙率は他の先進諸国と比べて低率であり，全体でみると横ばい傾向であるが，20歳代，30歳代の若い女性の喫煙率が近年増加している¹⁾ことが指摘されている。看護学生の喫煙者率をみてみると，4.5%²⁾，6.7%³⁾，29.0%⁴⁾，さらには48.5%⁵⁾という報告が見受けられる。さらにその将来の姿である看護婦についても，一般女性に比べて喫煙率の高いことが指摘されている⁶⁾。

教育の場においては，時として学生の学習意欲が話題となる。学習意欲とは，教育学では，学習動機の準備状態を指し⁷⁾，「積極的に学習しようとする気持ち」「種々の動機の中から学習への動機を選択して，学習することを目標とする能動的意志活動」ということになる⁸⁾。心理学では，

「学習意欲」とか「やる気」は動機づけと呼ばれ，学習に限らず行動を方向づける基本的な欲求をさす⁹⁾。

そこで本研究では，看護学生の喫煙状況を把握し，喫煙する学生と喫煙しない学生とで学習意欲に違いがあるかを検討することを目的とした。

さらに看護学生は，一般学生に比べ，過密なカリキュラムなため，身体的にも精神的にもストレス因子となりやすい要因をかかえている^{10), 11)}。ストレスはさまざまな刺激から生ずる体内の反応である¹²⁾。不安は欲求不満や葛藤・身体的状態など心身の健康に影響を及ぼす要因によって，自己イメージあるいは自己の存在が脅かされたときに引き起こされる。健康な精神生活のなかでは不安は対処機制によってうまく処理されるが，ストレスの多いできごとに遭遇すると不安はたかまってくる¹³⁾。神経症は不安の処理に失敗したときに発生する。神経症は身体的・社会的生命や個人の存在がおびやかされたときに生ずる不安が根底にあり，その不安が症状として出現したものである¹⁴⁾。そ

* 弘前大学教育学部看護教育学科 Department of Nursing Education, Faculty of Education, Hirosaki University

** 東海大学医学部付属病院 Toukai University Hospital

こで喫煙する学生と喫煙しない学生を精神的健康面からも検討を加えた。

II. 調査概要

1. 調査対象および方法

対象は、青森県内の大学・短大・看護学校・看護専門学校計11校に在籍する学生合計1,295名であった。回収数は1,257名（回収率97.1%）であり、そのうちの有効回答数は1,040名（男性77名、女性963名、有効回答率82.7%）であった。平均年齢は21.0±3.4歳（18歳～50歳）であった。なお、法律上は20歳未満は喫煙は禁止されており、対象から除外すべきところであるが、20歳未満の学生250名のうち65名（26%）が喫煙していることは問題視しなければならないことと受けとめ対象に含めた。

調査用紙は平成9年8月25日から11月15日までに各学校に郵送または持参し、集団で実施してもらうよう、教員に依頼した。学生には、本研究の主旨を説明してもらい、同意の得られたものに実施した。調査は無記名、自己記入方式、選択式・自由記述式併用であった。

2. 調査内容

調査内容は、喫煙に関すること、学習意欲に関すること、神経症の有無に関することであった。

1) 喫煙に関する調査

喫煙に関する調査は、片山¹⁵⁾、安栄¹⁶⁾、村松ら^{17), 18)}、渡辺ら¹⁹⁾、重信ら²⁰⁾、川畑ら²¹⁾、下西ら²²⁾の質問項目を参考にし作成した。内容は、喫煙に関する意識、ストレス、勉強前・中・後の行動に関することであった。

2) 学習意欲

学習意欲については、下山ら⁸⁾によって作成された学芸大式学習意欲検査：Gakugeidai Academic Motivation Inventory（以下、GAMIと略す）を一部修正したものを用いた。GAMIの質問項目は、8要素40項目となっている。8要素は①自

主的学習態度、②達成志向、③責任感、④従順性、⑤自己評価、⑥失敗回避傾向、⑦持続性の欠如、⑧学習価値観の欠如に分類される。各質問項目に対しては、「とても良く当てはまる」「どちらかといえば当てはまる」「どちらかといえば当てはまらない」「全く当てはまらない」に回答させ、この順に4・3・2・1点の得点とした。前者①～⑤の要素は学習活動を高める積極的あるいは促進的な側面（P傾向：促進傾向）を意味し、後者⑥～⑧の要素は学習活動を阻害する消極的あるいは抑制的側面（N傾向：抑制傾向）を意味している。促進傾向の①～⑤の得点を合計して促進の得点（P得点）とし、抑制傾向の⑥～⑧の得点を合計して抑制の得点（N得点）とした。そしてP得点とN得点から総合点Tを算出し（ $T = P \text{得点} + (75 - N \text{得点})$ ），“学習意欲の強さ”を判定した。“学習意欲の強さ”は1から5段階に分類され、40～75点は1で低い、76～91点は2でやや低い、92～111点は3で普通、112～121点は4でやや高い、122～160点は5で高いとなる。本研究においては、40～91点を学習意欲の低い者、92～111点を普通、112～160点を学習意欲の高い者とし判定した。

3) CMI－健康調査表

神経症の有無については、CMI－健康調査表（Cornell Medical Index-Health Questionnaire²³⁾）を使用した。CMIは、身体的・精神的自覚症状やライフスタイルに関する質問からなる一般健康調査質問紙である。1949年にニューヨークのコーネル大学のBrodman, Erdmann, LorgeおよびWolffらによって、患者の心身両面にわたる自覚症状を、比較的短時間のうちに調査することを目的として考案された質問紙法のテストである。情緒障害の判定は神経症判別図を用い、I, II, III, IVのいずれかの領域に分類される。そして、領域Iは心理的正常、領域IVは神経症者と判定し、領域IIはどちらかといえば心理的正常であ

る可能性が強く、領域Ⅲはどちらかといえば神経症である可能性が強いということになる。本研究においては、領域Ⅰ、Ⅱの者を心理的正常とし、領域Ⅲ、Ⅳの者を神経症とした。

4) 分析方法

分析方法はSPSS 6.1J for Macintoshにて、カイ2乗検定を行い、危険率5%、1%を有意とした。

Ⅲ. 結果

1. 喫煙者の割合

川畑ら²⁰⁾の喫煙者の概念規定を参考に、現在喫煙している者：①喫煙者群、喫煙経験はあるが現在吸っていない者：②試喫煙者群、喫煙経験のない者：③非喫煙者群の3群に分類した。その結果、1,040名中①喫煙者群328名(31.5%)、②試喫煙者群269名(25.9%)、③非喫煙者群443名(42.6%)であった。本研究では、たばこを吸っている学生と吸っていない学生の違いをより明確にするために、①喫煙者群と③非喫煙者群間のみ比較検討を行った。

2. 学習意欲の比較

喫煙者群(328名)と非喫煙者群(443名)とで学習意欲について違いがあるかをみてみた。喫煙者群と非喫煙者群では学習意欲の分布に有意な差があり(p<0.05, 図1), 喫煙者群に学習意欲の低い者の割合が多かった。

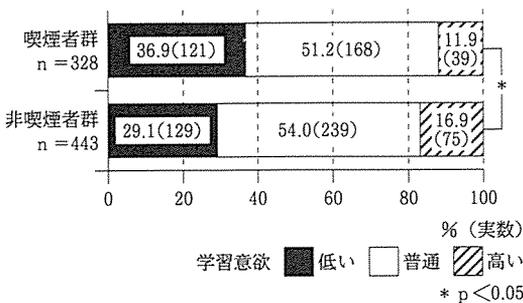


図1 学習意欲の分布の比較

3. CMIの比較

次に、喫煙者群と非喫煙者群とで神経症的傾向についての違いをみたところ、喫煙者群は神経症の者の割合が有意に多かった(p<0.01, 図2)。

4. CMIの結果と学習意欲の比較

喫煙者群の中で、CMIの結果により心理的正常群と神経症群に分類し、それぞれの学習意欲の分布に違いがあるかをみたが有意差はなかった。

また、非喫煙者群の中では、それぞれの学習意欲の分布に有意差がみられ(p<0.01, 図3), 神経症群に学習意欲の低い者の割合が多かった。

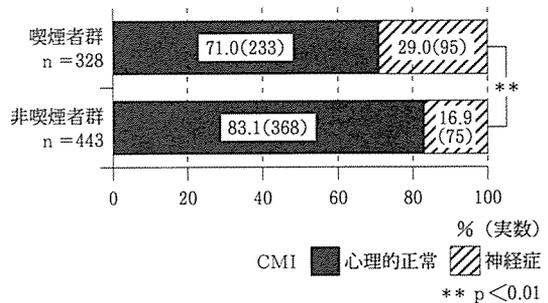


図2 CMIの比較

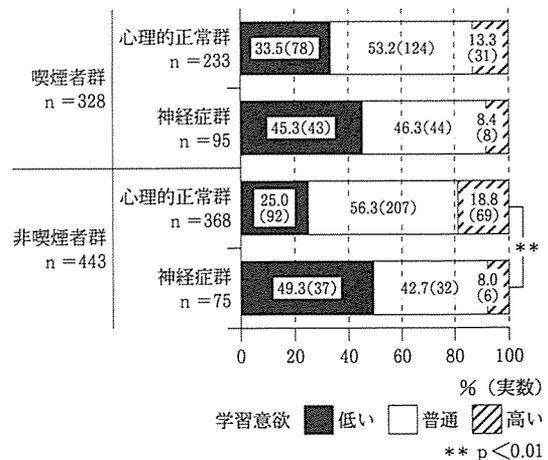


図3 CMI判定別の学習意欲分布の比較

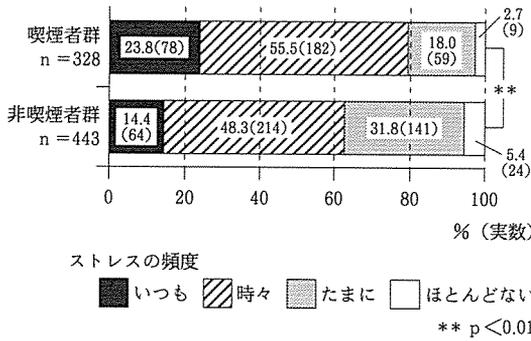


図4 ストレスの頻度の比較

5. ストレスに関する比較

1) ストレスの頻度の比較

「あなたはストレスを感じていますか？」の問に対し、回答は①いつも、②時々、③たまに、④ほとんどないとした。喫煙者群と非喫煙者群においてストレスの頻度を比較した結果、ストレスの頻度の分布に有意差があり ($p < 0.01$, 図4)、喫煙者群に①いつも、②時々と回答した者の割合が多かった。

2) ストレス解消法の比較

ストレスの解消法について、①たばこ、②飲酒、③カラオケなどで歌うなど18項目から選択してもらった(複数解答)。

喫煙者群では①たばこを選択した者は328名中210名(64%)いた。

他の項目については、喫煙者群は非喫煙者群に比べ、②飲酒 ($p < 0.01$)、③カラオケなどで歌う ($p < 0.05$)、⑬ドライブをする ($p < 0.01$) を挙げた者の割合が有意に多かった。また非喫煙者群では④寝る ($p < 0.01$)、⑤買物 ($p < 0.01$)、⑦何もしない、ぼーっとする ($p < 0.01$)、⑩音楽を聞く ($p < 0.01$)、⑪読書 ($p < 0.01$)、⑫映画・ビデオ鑑賞 ($p < 0.05$) を挙げている者の割合が有意に多かった(図5)。

6. 勉強の前・中・後の行動の比較

「勉強前に必ず何かすることがある」「勉強しな

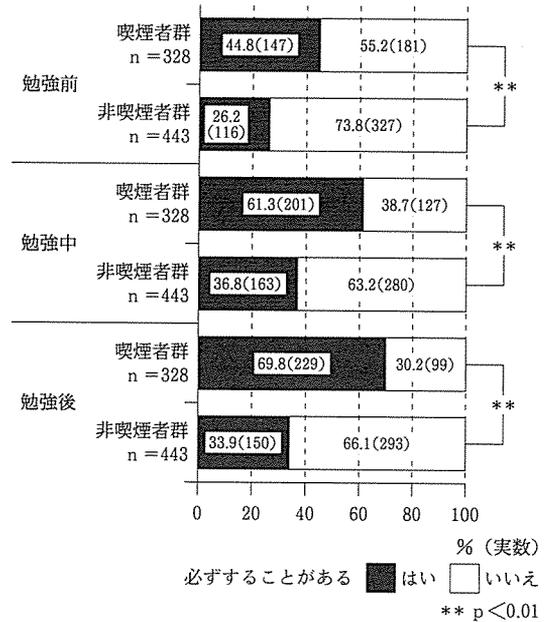


図6 勉強の前・中・後の行動の比較

から必ず何かすることがある」「勉強後に必ず何かすることがある」の問に対して「はい」と答えた者が、喫煙者群は非喫煙者群に比べいずれも有意に多かった。 ($p < 0.01$, 図6) があった。

7. 喫煙者群における勉強の前・中・後に喫煙をする理由

喫煙者群328名のうち、勉強前に必ずする行動に「喫煙」と答えた者は86名おり、その理由として「学習意欲を高めるため」、「勉強からの逃避」などがあつた。

また、勉強をしながら必ずする行動に「喫煙」と答えた者は131名おり、その理由として「学習意欲を高めるため」、「勉強からの逃避」、「考えをまとめるため」などであつた。

勉強後に必ずする行動に「喫煙」と答えた者は195名おり、その理由として「次への学習意欲を高めるため」、「リラックスするため」、「勉強からの逃避」、「考えをまとめるため」などであつた。

看護学生の喫煙と学習意欲・精神的健康との関連

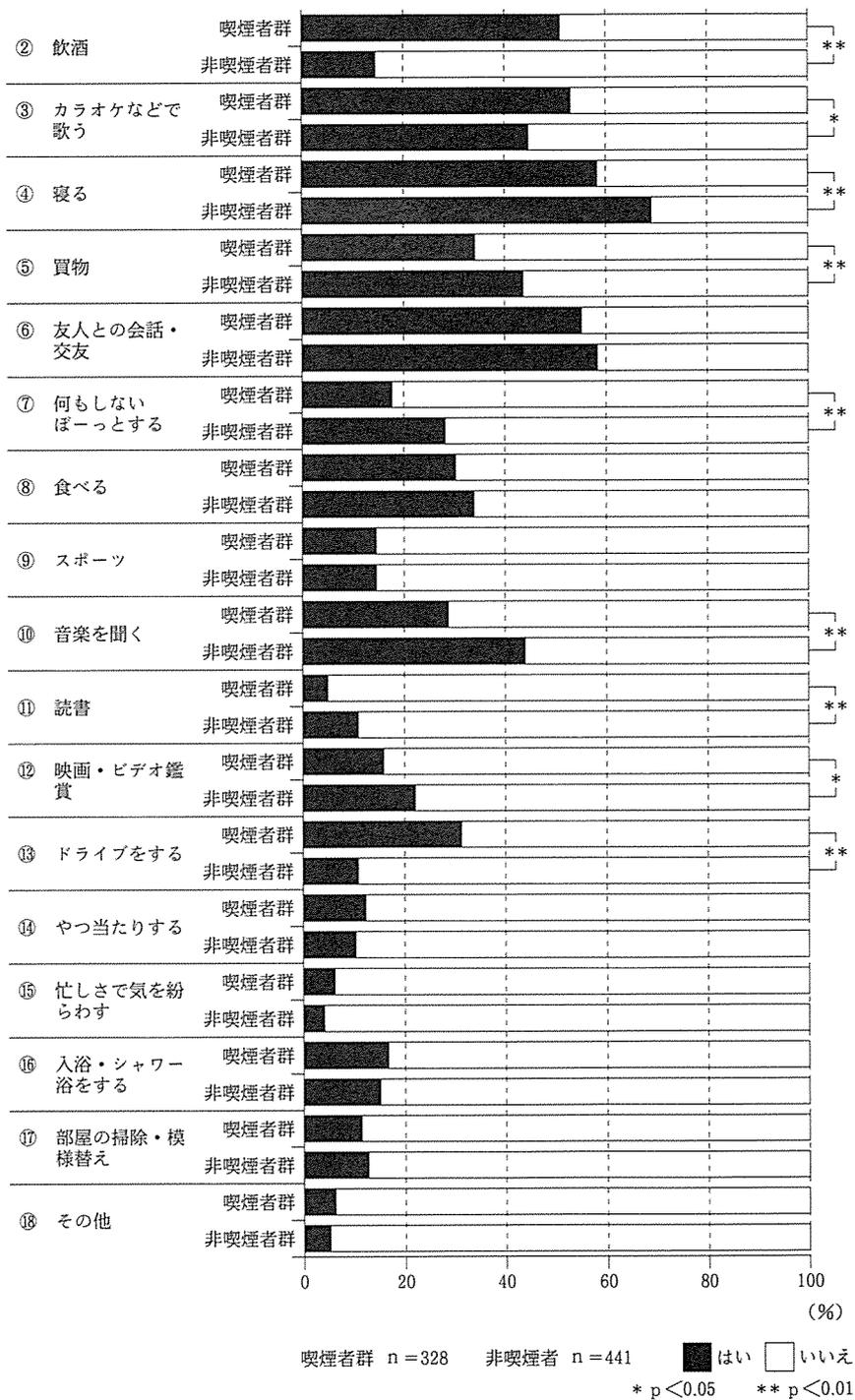


図5 ストレス解消法の比較

IV. 考 察

本研究では、看護学生1,040名のうち、喫煙者群328名(31.5%)、試喫煙者群269名(25.9%)、非喫煙者群443名(42.6%)であった。岡田²⁵⁾は、学生の喫煙行動について過去の調査結果をまとめ報告している。それによると一般女子学生は3.5%~25.6%であり、女子看護学生は4.5%~37.7%とばらつきがあったが、女子看護学生がやや高い傾向にあったことを指摘している。田中ら²⁶⁾の女子短期大学生を対象とした研究によれば、喫煙者率は1年生5.9%、2年生10.9%であった。また、渡辺²⁷⁾の家庭婦人の調査では、20歳代は23.2%であった。これらと比較しても、本研究の看護学生の喫煙者率が31.5%であることは高率であることが伺える。

看護学生としては臨床実習の場においてまた将来は看護職として、喫煙に関して1)禁煙支援、2)喫煙防止教育、3)禁煙環境の推進という役割がある²⁸⁾。看護学生は煙草の人体に対する弊害についての教育を受け、その専門的知識を身に付け、患者に対しては指導する立場にある。しかし現実的には、看護学生の喫煙者率が高率であるという、認識と行動の不一致をきたしている。そのため岡田²⁹⁾は看護学生の喫煙者率が上昇しないもしくは低下することと、看護学生が周囲の喫煙者や患者に対して行なう支援に関する目的で、看護学生を対象とした「喫煙に関する教育プログラム」を開発している。教育者としては、たばこを吸う看護学生への禁煙教育が重要となる。

本研究では、たばこを吸う学生はたばこを吸わない学生に比べ学習意欲が低いのではないかということからGAMIを実施した。その結果、喫煙者群は非喫煙者群に比べ、学習意欲の低い者の割合が有意に多かった。

渡辺³⁰⁾は大学生に一般健康調査質問紙(General Health Questionnaire)と喫煙状況調査票を実施したところ、喫煙者は非喫煙者に比べ、より精

神不健康であり、精神不健康に伴う不快感情を解消しようと喫煙することが多かったという結果を報告している。

そこで本研究でも、精神的健康を神経症の有無に着目し、CMI調査を実施したところ、喫煙者群は非喫煙者群に比べ、神経症の者の割合が有意に多いという結果であった。

「ストレスの頻度」をみても、喫煙者群と非喫煙者群では「ストレスの頻度」の分布に有意な差があり、喫煙者群は「いつも」「時々」と答えた者の割合が多かった。

それでは、神経症の有無で学習意欲に差があるのであろうか。喫煙者群の中では心理的正常群と神経症群とでは学習意欲に有意な差はなかった。すなわち、喫煙者群においては神経症の有無に関係なく、学習意欲の低い者が多いことが判明した。

しかし、非喫煙者群の中では、神経症群の方が心理的正常群に比べ学習意欲の低い者の割合が有意に多かった。

松崎ら³¹⁾は看護学生を対象に、精神健康度(General Health Questionnaireによる)と学習意欲の関係を見たところ、精神健康群では学習意欲の高い者の割合が精神不健康群より有意に多く、学生の精神健康度が学習意欲に影響していることを報告している。この報告は、本研究の非喫煙者群における心理的正常群に学習意欲の高い者の割合が多かったという結果と一致するものであった。しかし、喫煙者群においては神経症の有無と学習意欲には関連性はなかった。このことは、渡辺³⁰⁾が喫煙者の精神健康は性格特性からも考慮しなくてはならないだろう、と述べていることに繋がる。小田ら³²⁾も喫煙者の性格特性として外向性を挙げている。

本研究では性格特性については調査しなかったが、喫煙者の外向性を裏付けるものとしてストレス解消法についての結果がある。喫煙者群は「カラオケなどで歌う」「ドライブをする」といった

身体活動性の高いものをストレス解消法に挙げている者の割合が多かった。その反面、「寝る」「買物」「何もしない、ぼーっとする」「音楽を聞く」「読書」「映画・ビデオ鑑賞」といった身体活動性の低いものをストレス解消法にしている者の割合が少なかった。このことは、喫煙者の外向性を伺わせるものである。

また、勉強前・中・後の行動をみても、喫煙者群は「何かする」と答えた者は有意に多かった。そして、多くの者が勉強前・中・後の行動に「喫煙」を挙げ、その理由として「学習意欲を高めるため」や「考えをまとめるため」と答えた者が多かった。

小川³⁰⁾によれば、喫煙は学習によって習得される行動であり、本来の生得的欲求に基づく行動ではなく、かつては「習慣」(habituation)、「嗜癖」(addiction)と呼ばれ、最近では「依存」(dependence)と称されるようになったという。すなわち、喫煙はアルコール、覚醒剤、麻薬などの薬物使用と同類の依存行動の一つと扱われるようになった。たばこ依存の背景には、心理・社会的ストレスを生じやすい環境、あるいは心理・社会的ストレスに脆弱な性格の存在が伺えるということを描している。

将来、看護職に従事しようとしている看護学生は、喫煙の害についての知識は持っているながらも、禁煙できない。学習もやらなければならないのは十分理解しているが、学習への意欲が持てない。本研究において、喫煙者群には学習意欲の低い者の割合が多かったという結果を受け、教育者としては禁煙と学習への動機づけが課題となる。

V. 結 語

青森県内の看護学生を対象に、喫煙に関するア

ンケート調査、学習意欲検査、CMI健康調査表を実施した。

1. 看護学生1,040名中、喫煙者群328名(31.5%)、試喫煙者群269名(25.9%)、非喫煙者群443名(42.6%)であった。
2. 喫煙者群と非喫煙者群では学習意欲の分布に有意差があり、喫煙者群では学習意欲の低い者の割合が多かった。
3. CMIの比較では、喫煙者群は非喫煙者群に比べ神経症の者の割合が有意に多かった。
4. 喫煙者群の中では、神経症の有無と学習意欲の分布に有意な差はなかった。
5. 非喫煙者群の中では、心理的正常群と神経症群では学習意欲の分布に有意な差があり、神経症群では学習意欲の低い者の割合が多かった。
6. 喫煙の有無とストレスの頻度の比較では、喫煙者群は非喫煙者群に比べ「いつも」「時々」と答えた者の割合が多かった。

また、喫煙者群はストレス解消法に「煙草」「飲酒」「カラオケなどで歌う」「ドライブをする」といった身体活動性の高いものを挙げている者の割合が多かった。

7. 喫煙者群は勉強前・中・後に必ずする行動に「喫煙」を挙げており、その理由は「学習意欲を高めるため」「考えをまとめるため」などであった。

以上より、喫煙者群に学習意欲の低い者の割合が多かったという結果を受け、教育者としては学生への禁煙と学習への動機づけが課題となる。

(なお、本論文は平成10年7月31日第24回日本看護研究学会学術集会(弘前市)において報告した。)

要 旨

この研究の目的は、看護学生の喫煙状況を把握し、喫煙する学生と喫煙しない学生とで学習意欲および精神的健康に相違があるかを検討することにあった。

1,040名の看護学生を対象に、喫煙に関するアンケート調査、学芸大式学習意欲検査、CMI健康調査表を実施した。

その結果、喫煙者群328名(31.5%)、非喫煙者群443名(42.6%)であった。喫煙者群は学習意欲の低い者が有意に多く、勉強前・中・後に必ずする行動に「喫煙」を挙げており、その理由は「学習意欲を高めるため」「考えをまとめるため」としていた。

CMIでは、喫煙者群は非喫煙者群に比べ神経症の者が有意に多かった。喫煙者群の中では、神経症群と心理的正常群では学習意欲の分布に差はなかった。しかし、非喫煙者群の中では、神経症群の方に学習意欲の低い者の割合が有意に多かった。

喫煙者群に学習意欲の低い者の割合が多かったという結果を受け、教育者としては学生への禁煙と学習への動機づけが課題となる。

Abstract

The purpose of this study was to examine whether there is a difference between smokers and nonsmokers in terms of learning motivation and mental health on the basis of 1,040 nursing student respondents. The investigation included questionnaires regarding smoking, the Gakugeidai Academic Motivation Inventory as a measure of learning motivation, and the Cornell Medical Index-Health Questionnaire (CMI) as a measure of mental health. The rate of smokers was 31.5 percent and that of nonsmokers 42.6 percent. The level of learning motivation among smokers was significantly lower than that for nonsmokers. Many smokers reported that they always smoke before, during, and after studying. They also reported that smoking enhances learning motivation and aids organizing their ideas. Neurotic tendencies were identified more frequently in smokers than in nonsmokers by the CMI questionnaire. Among smokers, no difference in learning motivation was identified between the normal and the neurotic groups. However, among nonsmokers, the level of learning motivation in the neurotic group was significantly lower than that for the normal group. The findings suggest the importance of teachers encouraging students to quit smoking and raising learning motivation in students who smoke.

VI. 文 献

- 1) 厚生統計協会：健康に関連する問題1] たばこ、国民衛生の動向、厚生指標、46(9), pp. 91-93, 1999.
- 2) 水谷美穂子：看護学生の喫煙実態調査、看護学雑誌、47(8), pp. 916-922, 1983.
- 3) 村松園江：女子学生の喫煙行動と生活習慣の係わりに関する研究(第1報)生活習慣および喫煙に対する意識について、日本公衛誌、32(11), pp. 675-685, 1985.
- 4) 工藤千賀子：看護学生の喫煙行動と授業研究、弘前大学大学院教育学研究科授業実践研究研究集録、pp. 39-44, 1997.
- 5) 池見好昭、他：女子学生の喫煙および飲酒行動と自覚症状との関連について、日衛誌、50(1), pp. 396, 1995.

- 6) 斉藤麗子：医療従事者と喫煙，看護教育，38 (6)，pp. 432-436，1997.
- 7) 青木一，他編：学習意欲，現代教育学事典，65-66，労働旬報社，東京，1988.
- 8) 下山剛：やさしい心理学 学習意欲の見方・導き方，教育出版株式会社，東京，1985.
- 9) 市川伸一：学習と教育の心理学，岩波書店，東京，1997.
- 10) 岡田加奈子：喫煙に関する看護婦の役割と看護学生に対する教育，千葉大学教育学部研究紀要，43(Ⅲ)，pp. 75-81，1995.
- 11) 鳴尾悦子，他：看護学生のストレスについて，看護教育，32(8)，pp. 474-480，1991.
- 12) 峯徹哉：ストレスとは，ストレスと消化管疾患 (佐々木大輔編)，11-13，医薬ジャーナル社，大阪，1999.
- 13) 小島操子：心の健康：コーピング，系統看護学講座 専門4 成人看護学1，49-56，医学書院，東京，1995.
- 14) 宮岸勉，他編：神経症，標準精神医学，156-166，医学書院，東京，1986.
- 15) 片山美都子，橋本一代：看護学生と喫煙～看護臨地実習との係わりから～，東海大学短期大学紀要，26，pp. 7-13，1992.
- 16) 安栄鉄男：大学生の喫煙について，学校保健研究，11，pp. 317-321，1969.
- 17) 村松常司，他：喫煙の経験，習慣に影響を及ぼす諸要因の研究 第1報 大学生に関する基礎的研究，学校保健研究，17，pp. 539-544，1975.
- 18) 村松常司，他：喫煙の経験，習慣に影響を及ぼす諸要因の研究 第2報 男子大学新生生について，学校保健研究，18，pp. 34-39，1976.
- 19) 渡辺毅，他：一総合大学における学生の喫煙行動に関する調査研究，公衆衛生，46(8)，pp. 572-575，1982.
- 20) 重信卓三，他：大学生の喫煙 (1)男子学生の喫煙，広島医学，36(3)，pp. 94-100，1983.
- 21) 川畑徹朗，他：青少年の喫煙行動の定義の標準化—日本青少年喫煙調査 (JASS) の結果より—，日本公衛誌，33(11)，pp. 859-866，1991.
- 22) 下西久美子，他：喫煙に関するアンケート調査，看護技術，36(11)，pp. 57-65，1990.
- 23) 金久卓也，深町建：コーネル・メディカル・インデックス，三京房，東京，1988.
- 24) 川畑徹朗，他：青少年の喫煙行動測定の標準化—喫煙者の概念規定—，学校保健研究，31(8)，pp. 377-383，1989.
- 25) 岡田加奈子：一般学生と看護学生の喫煙行動と禁煙教育，帝京平成短期大学紀要，3，pp. 55-62，1993.
- 26) 田中純子，他：女子短期大学生における喫煙習慣の形成要因に関する研究，学校保健研究，30(4)，pp. 196-204，1988.
- 27) 渡辺登：喫煙婦人の精神健康，精神医学，32 (2)，pp. 193-195，1990.
- 28) 岡田加奈子：喫煙に関する教育の重要性看護者の役割と看護学生の喫煙行動，看護教育，38 (6)，pp. 422-425，1997.
- 29) 岡田加奈子：看護学生を対象とした「喫煙に関する教育プログラム」，看護教育，38(6)，pp. 414-421，1997.
- 30) 渡辺登：喫煙の精神保健に及ぼす影響—ある総合大学での解析，公衆衛生，57(1)，pp. 65-69，1993.
- 31) 松崎和代，他：看護学生の精神健康度と学習意欲の関係，第25回日本看護学会集録—看護教育—，pp. 17-19，1994.
- 32) 小田晋，他：喫煙と性格特性—筑波式喫煙者調査表による喫煙者・非喫煙者の比較研究—，臨床精神医学，20(6)，pp. 709-715，1991.
- 33) 小川浩：たばこ依存の疫学，臨床精神医学，20(6)，pp. 699-708，1991.

(平成12年9月8日受付)

辛らーい床ずれ・病臭の解消に!

特許 エアー噴出型

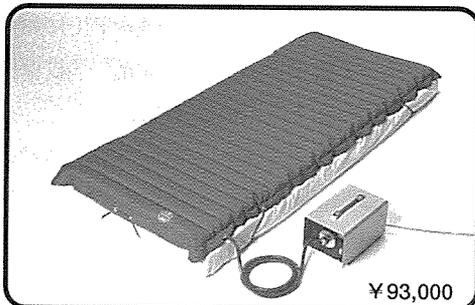
サンケンマット®

大臣賞 受賞品

床ずれ 治療にパイオニア
噴気型の

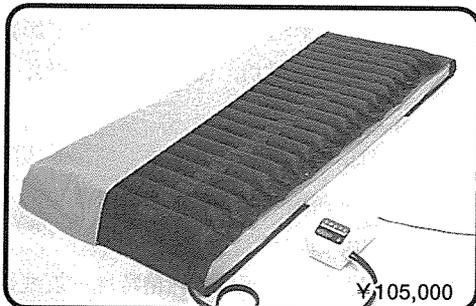
特許：エア－噴出型

サンケンマット ギャチタイプ



特許：エア－噴出・波動型（エア－セルタイプ）

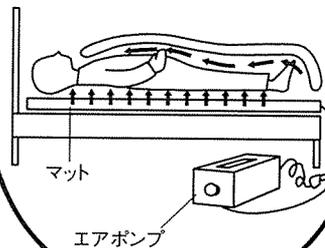
ハッピータイプ 電子機能が自動調節



(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－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－パッド

サンケン

三和化研工業株式会社

本社 〒581-0039 大阪府八尾市太田新町2丁目41番地 TEL.0729(49)7123(代) FAX.0729(49)0007

新人看護婦の職務ストレスに関する研究

—職務ストレス尺度の開発と影響要因の分析—

A Study of Job Stress among Hospital Nursing Staff as Advanced Beginner

藤原 千恵子* 本田 育美* 星 和美**
Fujiwara Chieko Honda Ikumi Hoshi Kazumi

石田 宜子** 石井 京子*** 日隈 ふみ子****
Ishida Yoshiko Ishii Kyoko Hinokuma Fumiko

キーワード： 職務ストレス，新人看護婦，職場環境
job stress, advanced beginner nurse, work environment

I. 緒 言

看護職は、医療の進歩に伴い、高度な技術や専門的な知識が要求され、ストレスが多い職種であるといわれている。多くのストレスに関する研究によって、看護職がバーンアウトをおこしている状況が報告されている^{1~5)}。特に、看護基礎教育を終えて、看護婦・士（以下看護婦とする）として就職した時期では、専門職としての期待に十分応じることができないことから、多大なストレス状態となることが予測される。この時期は、リアリティーショック（Reality Shock）に陥ったり^{7~9)}、やり甲斐や満足感が得られないことが離職願望に結びついてしまう^{8~10)}ことも少なくないと思われる。

新人の看護婦を対象とした研究は、一連のストレスに関する研究^{11, 12)}や、リアリティーショックに関する研究^{8~9)}、小児病院の新人看護婦の研究¹³⁾、職場適応に関する縦断的研究¹⁴⁾、他の職種との比較¹⁵⁾などさまざまな視点から取り組まれて

いるが、対象が1つの教育機関の卒業生に限定されていたり、卒業後1年目のみを対象にしている研究などが多く、さまざまな職場で働く新人看護婦のストレスとサポートを研究したものはほとんどないことがわかった。

Bennerは、一人前の看護婦になるには3年かかると述べている¹⁶⁾。われわれは、新人看護婦をBennerのいう「一人前になるまでの時期にある新人（Advanced Beginner）」と定義し、そのストレスとサポートに関する研究に取り組んでいる。その手始めとして、新人看護婦が認知する職務ストレスを把握する必要があると考えた。看護婦のストレスに関しては、近澤²⁾、久保ら⁵⁾、森ら¹⁷⁾、東口ら¹⁸⁾、Gray-Toftら¹⁹⁾などによって職務上のストレスを把握する尺度が開発されている。それらの職務ストレス尺度の構成は、仕事に対する責任や自己の看護技術力、患者ケアに関する内容、勤務条件などが含まれる看護ケアに関するものと、他の看護婦や医師などの職場の

* 滋賀医科大学医学部看護学科 Shiga University of Medical Science

** 大阪府立看護大学医療技術短期大学部 Osaka Prefectural College of Health Sciences

*** 大阪市立大学看護短期大学部 Osaka City University College of Nursing

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

人間関係に関するものの2つに大別できる特徴があった。

しかし、それらの尺度は、その対象が、さまざまな看護経験年数の看護婦や、1病院の看護婦のみであったりしていた。文献においては、本研究で求めている新人看護婦の職務ストレスを把握できる尺度で、しかも地域性や病院の個性による影響が少なく有効なものはいだせなかった。

本研究の目的は、第一段階として、新人看護婦の職務ストレスを把握できる尺度を作成することである。第二段階として、その尺度を用いて把握した新人看護婦の職務ストレスと看護婦の属性や個人特性の影響要因との関連を分析することである。今回の研究では、影響要因は、文献等を参考にして、年齢、看護経験年数、看護教育の最終学歴、勤務部署の種別、勤務部署の配属希望の5つの属性、さらに、個人特性としてセルフ・エフィカシー (Self-efficacy) を取り上げた。

II. 研究方法

1. 概念枠組み

本研究では、Lazarusら²⁰⁾の心理学的ストレス理論を概念枠組みとして用いた。図1はその概略

図である。この理論では、ストレスを「人間と環境との間の特定な関係であり、その関係とは、その人の原動力に負担をかけたり、資源を越えたり、幸福を脅かしたりすると評価されるものである」と定義している。そして特定の人と環境の関係がストレスフルなものかどうかの判断は、認知的評価に依存しているとされる。つまり人はある状況に直面した場合、その状況が自分にとってどのような意味があるかをまず評価する。これを一次評価と呼ぶが、それには、その状況が自分への害や喪失を意味するもの、将来的な害や喪失としての脅威を意味するもの、あるいは成長や発達のための挑戦を意味するものの3つがあるとされる。この一次評価の際に特定の感情が誘発されるが、害や喪失あるいは脅威の評価がなされた場合には、イヤだ、負担だなど否定的な感情が生じる。挑戦の評価がなされた場合には、楽しい、やりがいのあるなど肯定的な感情が生ずる。そして一次評価に基づいて、どの対処手段を選択するかという二次評価が行われるとされている。

新人看護婦のストレス研究における概念モデルは、Lazarusらの心理学的ストレス理論の概念枠組みをベースに図2のように想定した。本稿は、一次評価に結びつくストレスを明らかにする段階である。

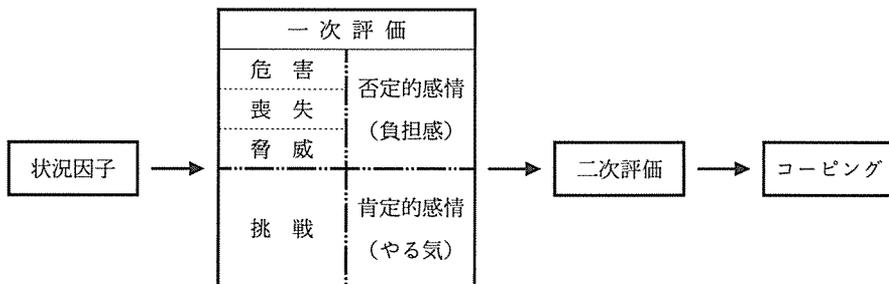


図1 : Lazarus の心理学的ストレス理論概略図*

* 近澤範子：看護婦の Burnout に関する要因分析，看護研究，21(2)，p160を改変

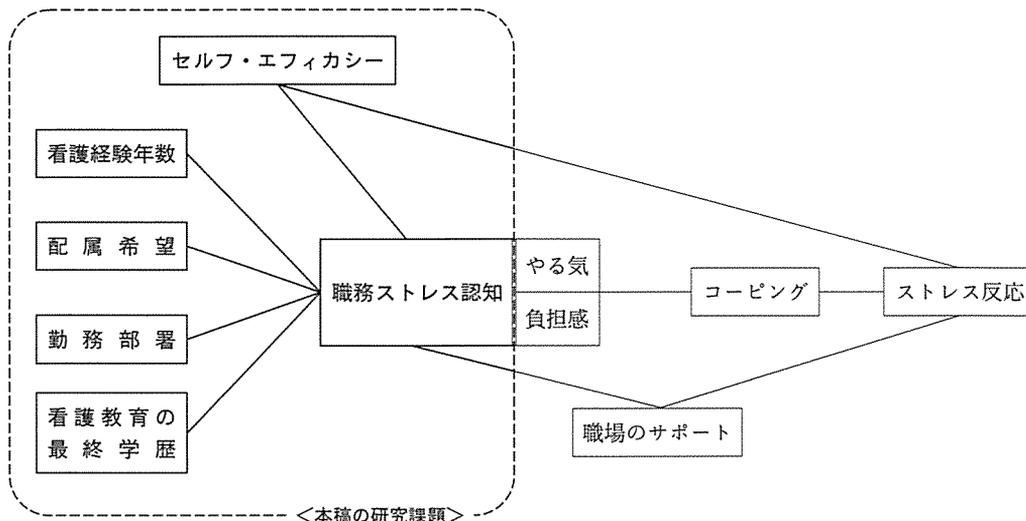


図2：新人看護婦職場ストレス仮説概念モデル

2. 本研究の仮説

本研究では、次のような仮説を立てて分析をすすめる。

①新人看護婦ストレス尺度は、看護ケアに関わる内容と職場の人間関係に関する内容で構成されている。

②職務ストレスは、セルフ・エフィカシーのような個人特性による影響を受ける。

③看護ケアに関わるストレスは、看護経験年数が増すほど減少し、ストレスの内容によって経験年数・配属部署などの属性によって影響される。

④職場の人間関係に関するストレスは、看護経験年数によって増加し、ストレスの内容によって、配属部署・希望の有無による影響を受ける。

3. 対象

対象の選出は、全国の約500床以上を有する150カ所の一般病院の看護部に調査を依頼した。調査対象は、承諾が得られた114カ所の看護部に1年目（看護経験年数1年未満の看護婦、以下1年目とする）・2年目（看護経験年数2年未満の看護

婦、以下2年目とする）・3年目（看護経験年数3年未満の看護婦、以下3年目とする）を各群5名ずつ、および10年前後（看護経験年数8年～13年未満の看護婦、以下10年前後とする）を5名選出してもらった。選出された対象は、計2207名である。本研究の分析対象は1年目・2年目・3年目の新人看護婦のみとした。

4. 方法

研究方法は、質問紙による調査で、調査票は看護部を通して配付し、無記名で記入してもらった後各自による郵送で回収した。

5. 内容

①職務ストレス

職務ストレスに関しては、新人看護婦のストレスに関する聞き取り調査と文献^{1～6, 17～19)}を参考に看護婦が職務上で経験するストレスフルな状況を示す項目作りを行った。さらに、プレテストにより35項目の独自の職務ストレス尺度を作成した。この職務ストレス尺度は、Holmesら²⁰⁾の概念にそって体験頻度が多い程ストレスになっていると仮定し、「よくある（5点）」から「全くない（1点）」までの5段階の体験度で回答

を求め、得点が高いほど認知している程度が多くなるように配点した。

②影響要因

対象の属性は、文献^{1~15)}等から年齢、看護経験年数、勤務部署の種別、看護教育の最終学歴、勤務部署の配属希望の5つを個人属性としてあげた。

また、個人のもつ特性もストレスを認識するうえで影響があると考え、本研究では、個人の特性として特性的セルフ・エフィカシーを取り上げた。セルフ・エフィカシー (Self-efficacy) は、Bandura²²⁾によって提唱された概念であり、やろうと思っていることの実現可能性に関する知識、自分にはこのようなことがここまでできるのだという考えを示している。セルフ・エフィカシーは、ストレスを認知する際のモデレータ的な意味づけがあり、情動反応を抑制する働きをすることもいわれている^{23, 24)}。しかし、情動反応を抑制するメカニズムはまだ明らかではなく、ストレスの認知の段階で作用することも予測されることから、影響要因の一つとして今回取り上げた。個人の特性としてのセルフ・エフィカシー (Generalized Self-efficacy) は、坂野ら²³⁾や成田ら²⁴⁾が一般性セルフ・エフィカシーあるいは特性的セルフ・エフィカシーと名付け、それを測定する尺度を開発している。これらの尺度のうち、さまざまな年齢層や性別からなる対象から作成し、年齢性別によ

る得点分布が検討されている成田らの特性的セルフ・エフィカシー尺度が、本研究の対象者にも使用可能であると考えた。この尺度の得点分布は、23~115点である。

6. 調査期間

調査は1998年9月~10月に実施した。

7. 分析方法

分析は、SPSSver 9を用いて、統計処理した。

III. 結 果

回収率は85.00%であった。分析対象の有効数は、新人看護婦1287名であった。

1. 対象の個人属性

対象は、1年目418名 (32.47%)、2年目447名 (34.73%)、3年目422名 (32.78%)であった。それぞれの平均年齢は、1年目22.02歳 (1.55)、2年目22.90歳 (1.47)、3年目23.69歳 (1.08)であった。年齢と看護経験年数とは強い相関関係がみられた ($r=0.981$) ため、以後の分析は看護経験年数で行うことにした。

勤務部署と看護教育の最終学歴は、表1のようであった。新人看護婦全体の勤務部署は、単科病棟、混合病棟、ICU等の特殊部署、外来等のその他の順になっていた。群別でも全体と同じ割合であった。看護教育の最終学歴は、全体では3年制専門学校卒が63.09%を占め、短大卒、2年課程

表1：対象の個人属性

		1年目		2年目		3年目		計	
		n=418 (32.47%)		n=447 (34.73%)		n=422 (32.78%)		n=1287 (100%)	
病棟の種類	単科	258 (61.72%)		255 (57.05%)		247 (58.53%)		760 (59.05%)	
	混合	105 (25.12%)		130 (29.08%)		120 (28.44%)		355 (27.58%)	
	特殊病棟ICU等	45 (10.77%)		47 (10.51%)		41 (9.71%)		133 (10.34%)	
	その他	7 (1.67%)		12 (2.69%)		11 (2.61%)		30 (2.33%)	
	無回答	3 (0.72%)		3 (0.67%)		3 (0.71%)		9 (0.70%)	
最終看護教育機関	看護系大学	38 (9.09%)		25 (5.59%)		9 (2.13%)		72 (5.60%)	
	看護短大	87 (20.81%)		77 (17.32%)		92 (21.80%)		256 (19.89%)	
	専門学校	259 (61.96%)		287 (64.21%)		266 (63.03%)		812 (63.09%)	
	2年課程	33 (7.90%)		56 (12.53%)		54 (12.80%)		143 (11.11%)	
	無回答	1 (0.24%)		2 (0.44%)		1 (0.24%)		4 (0.31%)	

卒，大学卒の順であった。大学卒の占める割合は、看護経験年数が若くなるほど多くなっていた。

勤務部署の配属希望は、希望あり722名（56.10%）、希望なし478名（37.14%）、無記入87名（6.76%）であった。看護経験年数による差はみられなかった。

特性的セルフ・エフィカシーは、平均得点が新人看護婦では70.65（10.59）であり、Cronbachの α 係数が0.874であった。看護経験年数では、1年目70.11（10.81）、2年目70.58（10.33）、3年目71.26（10.63）で、経験年数が増す毎に増加

しているが、有意差はなかった。

2. 新人看護婦職務ストレス尺度

職務ストレス尺度は、職場でのストレスフルな状況を示す35項目を共通性の推定値をSMCとする主因子法（バリマックス回転）によって因子分析し、因子負荷量が低い項目および複数因子で高い負荷量を示す項目の9項目を除外した。この残る26項目について、再度共通性の推定値をSMCとする主因子法で因子分析し、固有値1.000以上の6因子について、バリマックス回転した結果が、表2である。

表2：新人看護婦におけるストレスの認知の因子分析（主因子法，バリマックス回転）

項 目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	共通性
【自分の看護能力不足に関するストレス】							
他のNs.に頼らず自分で援助方法を考える自信がない	.738	.011	.099	-.002	.009	-.074	.560
判断した看護方法を具体的に実行する力量がないと感じる	.692	.073	.211	.041	.093	-.044	.541
患者のケアに際しミスしないかと恐れを感じる	.667	.064	.072	-.020	.023	-.010	.455
患者の状況を正確に理解できていないと感じる	.634	.082	.290	.033	.006	-.044	.496
患者への対処方法の判断に自信がない	.622	.031	.237	-.039	-.005	-.061	.449
器具の操作や機能がはっきり分からない	.574	.052	.133	.016	-.024	-.084	.358
期待されている役割が果たせていないと感じる	.545	.035	.348	.098	.010	-.058	.433
患者の心理的な状況を察知した援助ができていないと感じる	.542	.071	.352	.055	.165	.091	.461
看護業務として行ってよいか判断に悩むことがある	.516	.109	-.008	.003	.134	.162	.322
自分で判断できそうなことでも指示が必要なことがある	.403	.129	.023	.059	.203	.099	.234
【他の看護婦との関係に関するストレス】							
同じ部署と一緒に働きたいNs.がいる	.022	.714	-.049	.085	.065	-.003	.525
同じ部署のNs.と体験や感情を共有できない	-.068	.686	-.047	.062	.154	.199	.44
協力的でないNs.と一緒に働くことがある	.207	.624	.077	.142	.022	-.029	.458
相談や助言をくれるNs.がない	.099	.533	.046	.135	-.012	.074	.320
Ns.間でケアの意見交換が十分できない	.152	.438	.176	.100	-.004	.105	.267
【患者や家族へのサポートに関するストレス】							
家族の気持ちの支えになっていないと感じる	.358	.031	.732	.033	.039	-.002	.684
家族への対応を十分できないと感じる	.335	.050	.610	.042	.138	.038	.510
患者の気持ちの支えになっていないと感じる	.311	.069	.509	-.011	.076	.147	.387
【上司との関係に関するストレス】							
上司が自分の気持ちをわかってくれない	.079	.508	.025	.664	.069	.034	.712
上司の対応が期待通りではない	.061	.488	-.010	.597	.141	.127	.635
上司との考え方の食い違い	-.311	.399	.100	.571	.017	.263	.565
【看護援助のジレンマに関するストレス】							
患者の死を看取ることがある	-.074	.004	.035	.033	.646	.104	.436
予後が悪い患者の対応に困ることがある	.280	.025	.172	.041	.569	.031	.435
要求の多い気難しい患者をケアすることがある	.124	.125	.087	.035	.444	.186	.271
【医師との関係に関するストレス】							
医師との考え方の食い違い	-.076	.104	.066	.123	.129	.762	.634
医師に不適当な処置を命じられる	-.010	.137	.037	.061	.163	.542	.344
因子寄与	4.139	2.609	1.728	1.230	1.175	1.156	12.037
因子寄与率(%)	15.92	10.03	6.64	4.73	4.52	4.45	46.30

各因子について、因子負荷量が0.400以上となる項目を抽出した。第1因子では、「判断した看護方法を具体的に実行する力量がないと感じる」などの10項目を、『自分の看護能力不足に関するストレス』と命名した。第2因子では、「相談や助言をくれる看護婦がない」などの5項目を、『他の看護婦との関係に関するストレス』と命名し、第3因子では、「家族の気持ちの支えになっていないと感じる」などの3項目を、『患者や家族へのサポートに関するストレス』、第4因子では、「上司が自分の気持ちを理解してくれない」などの3項目を、『上司との関係に関するストレス』、第5因子では、「予後が悪い患者の対応に困ることがある」などの3項目を、『看護援助のジレンマに関するストレス』、第6因子では「医師との考え方に食い違いがある」などの2項目を、『医師との関係に関するストレス』と命名した。Cronbachの α 係数は、表3のように全項目では0.853であり、各因子から抽出した項目で構成された下位尺度それぞれでは、0.862~0.589であった。

各因子は、第1因子、第3因子、第5因子の3因子が看護ケアに関連した内容であり、第2因子、第4因子、第6因子の3因子が職場の人間関係に

関連した内容になっていた。

新人看護婦の職務ストレスの全項目および各下位尺度の構成項目について、それぞれの合計得点を項目数で割って経験年数別に表したのが図3である。全項目では、経験年数にかかわらず一定の値を示しているが、看護ケアに関する3つの下位尺度は、職場の人間関係に関する3つの下位尺度よりもどの経験年数においても、得点が高くなっていた。看護ケアに関するもののうち、看護能力不足は、経験年数を増す毎に減少し、人間関係のうち、医師との関係は経験年数を増す毎に増加していた。

表3：各ストレス下位尺度の信頼性係数

ストレス尺度名	Cronbachの α 係数
全項目(26項目)	0.853
自分の看護能力不足に関するストレス	0.862
他の看護婦との関係に関するストレス	0.751
患者や家族へのサポートに関するストレス	0.760
上司との関係に関するストレス	0.825
看護援助のジレンマに関するストレス	0.589
医師との関係に関するストレス	0.639

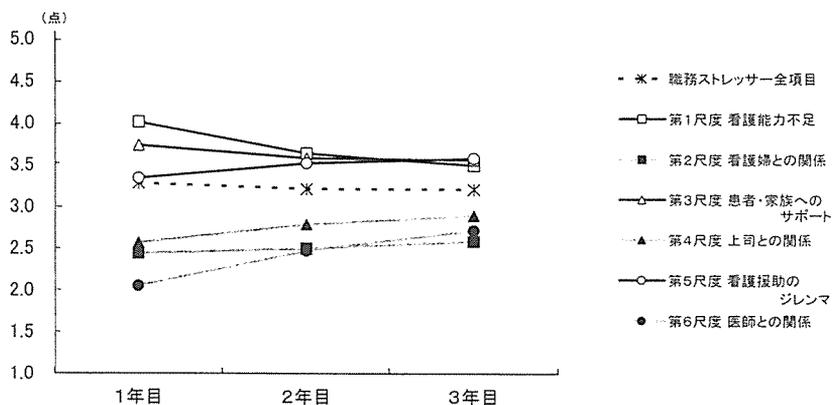


図3：経験年数群別の職務ストレス下位尺度の平均得点

3. 職務ストレッサー尺度の得点と個人的な要因との関連

職務ストレッサー尺度の全項目の合計得点を従属変数として、看護経験年数、勤務部署の種別、配属部署の希望、看護教育の最終学歴および特性的セルフ・エフィカシー群の5要因の分散分析を行った。なお、特性的セルフ・エフィカシーに関しては、新人看護婦の平均得点よりもISD以上を高得点群、ISD以下を低得点群、その間を中間群に分類したものを用いた。さらに、6つの下位尺度においても、同様に5要因の分散分析を行った。

ストレッサーの全項目では、主効果で特性的セルフ・エフィカシー群のみ有意差があり ($F(2,1257)=12.187, p<0.01$)、交互作用はなかった。LSD法による多重比較では、低得点群と中間群と高得点群のそれぞれで有意差があり、得点が低い程ストレッサーが多くなっていた。

『自分の看護能力不足に関するストレッサー』では、主効果で看護経験年数 ($F(2,1257)=23.083, p<0.01$)、特性的セルフ・エフィカシー群 ($F(2,1257)=21.253, p<0.01$) に有意差があり、交互作用はなかった。LSD法による多重比較では、看護経験年数1年目と2年目と3年目それぞれに有意差があり、1年目が最も得点が高く年数が増加する程減少していた。また、特性的セルフ・エフィカシー群では、低得点群と中間群と高得点群のそれぞれで有意差があり、セルフ・エフィカシーの得点が低い程ストレッサーが多くなっていた。

『看護援助のジレンマに関するストレッサー』では、看護経験年数 ($F(2,1257)=5.386, p<0.05$) と勤務部署の種別 ($F(3,1257)=5.789, p<0.01$) で有意差があり、看護経験年数と勤務部署の種別と配属部署の希望と特性的セルフ・エフィカシー群に交互作用がみられた。多重比較では、特性的セルフ・エフィカシー低得点群と中間

群において、看護経験年数2年目や3年目が1年目と比較してストレッサーが多く、ICUが他の部署よりも少なかったが、特性的セルフ・エフィカシーの高得点群では、経験年数や勤務部署の種別による差はなかった。

『患者や家族へのサポートに関するストレッサー』では、配属部署の希望 ($F(1,1257)=3.804, p<0.05$) と特性的セルフ・エフィカシー群 ($F(2,1257)=3.416, p<0.05$) で有意差があり、配属部署の希望と特性的セルフ・エフィカシー群で交互作用があった。特性的セルフ・エフィカシーの低得点群と高得点群では、希望部署である方がストレッサーが少なかったが、中間群では差がなかった。

『他の看護婦との関係に関するストレッサー』では、主効果で特性的セルフ・エフィカシー群のみ有意差があり ($F(2,1257)=3.342, P<0.05$)、交互作用はなかった。LSD法による多重比較では、低得点群と中間群と高得点群のそれぞれで有意差があり、得点が低い程ストレッサーが多くなっていた。

『医師との関係に関するストレッサー』では、主効果で看護経験年数 ($F(2,1257)=17.565, p<0.01$) と勤務部署の種別 ($F(3,1257)=4.850, p<0.05$) で有意差があり、看護経験年数と看護教育の最終学歴と特性的セルフ・エフィカシー群とで交互作用があった。短大卒の看護婦では、特性的セルフ・エフィカシー群のいずれも経験年数が多くなる程ストレッサーが多くなっていたが、大学卒では、特性的セルフ・エフィカシーの高得点群と低得点群が短大卒と同様に経験年数が増す毎にストレッサーが多くなっていたが、低得点群では2年目が多く、3年目には減少していた。専門学校卒では、高得点群が2年目は多いが3年目には減少していた。

『上司との関係に関するストレッサー』では、いずれにおいても有意差が見いだせなかった。

IV. 考 察

1. 新人看護婦の職務ストレス尺度

今回検討した新人看護婦の職務ストレス尺度は、対象を全国の病院から抽出していることから地域による差はないと考えられる。新人看護婦の職務ストレス尺度は、看護援助の自己能力評価、患者や家族への心理的なサポートの役割、困難な看護状況でのジレンマという看護の側面と、上司や同僚や医師との関係が要因となっていた。新人看護婦職務ストレス尺度は、看護ケアに関する内容と職場の人間関係に大きく分けられるという仮説は支持されたと考えられるが、それらはさらに細かな内容に分類できるものであった。看護婦の職務ストレスに関する他の尺度^{2, 17, 18)}と比較した結果でも、患者ケアや対人関係に関する因子という点では、ほぼ似かよった内部構造を示している。本研究の尺度は、構成概念妥当性があると考えられる。また、全項目のCronbachの α 係数が0.853で、各下位尺度も『看護援助のジレンマに関するストレス』のみが0.589とやや低いが、ほぼ信頼性は確保できていると思われる。これらのことから、基礎看護教育卒業後3年未満の新人看護婦の職務ストレスを把握できる尺度として使用できるとと思われる。

しかし、この尺度においては、近澤²⁾の「勤務体制」や東口ら¹⁸⁾の「仕事の量的負担に関するストレス」のような勤務条件に相当する項目が含まれていない。これは、当初「職場に十分な人手がない」などの項目があったが、最終的には除外されたからである。新人看護婦は、現在働いている病院あるいは病棟しか経験していない者が多い。新人看護婦は、他の勤務状態との比較ができない状況にあり、仕事の量的な負担を自分自身の能力不足からきてしていると捉えてしまい、勤務体制などに結びつきにくい傾向にあると考えられる。その点から、本尺度は、看護婦全体の尺度というより、新人固有の職務ストレス尺度とい

えよう。

また、ストレスを測定する場合、「どのくらいよくあるか」という頻度と「どの程度ストレスと感じているか」という強度のいずれで測定するのがよいか、あるいは両方を使用すべきであるかは、さまざまな議論がなされているところである^{17, 18)}。今回われわれは、頻度が多い方がストレスがあると仮定した考えに基づいて行った。森ら¹⁷⁾は、看護者のストレスを頻度と強度さらに両者の積の3通りの方法で検討してみたところ、解析過程で類似した結果を示したために、頻度得点のみを使用したとしている。今回の分析では頻度のみを使用しているが、この点については、次の段階の研究で検討を加える予定である。

2. 職務ストレスに影響をおよぼす要因

職務ストレス全項目では、看護経験年数や配属部署の種別などの個人属性とは関連がなく、ほぼ一定の値を示していた。看護経験年数とストレスの認知との関連は、ストレスと感ずる程度が看護経験年数が増す程増加する²⁶⁾や減少する³⁾、ストレスと感ずる程度が多い年代と少ない年代が2峰性を示す²⁷⁾などのさまざまな知見が述べられている。今回は新人看護婦の時期では、ストレス得点在一定であるが、すべての経験年数でも一定しているはまだ結論づけられない。この点に関しては、今回の研究対象以外の年代も加えて再検討する必要がある。

セルフ・エフィカシーは、ストレスの認知を緩衝する作用があることが示されており、仮説は支持されたと思われる。看護ケアに関するストレスでは、直接的あるいは間接的に作用して、緩和している。人間関係では、『他の看護婦との関係に関するストレス』のみに影響を与えている。このことから、セルフ・エフィカシーは、ストレスの認知を緩衝する作用があるが、ストレスの内容によっては、作用のしかたが異なっているといえる。また、看護婦の特性的セルフ

フ・エフィカシーは、成田ら²⁴⁾の研究結果による女性の平均得点75.31 (13.42)と比較すると70.65 (10.59)と低くなっていた。セルフ・エフィカシーは、自然発生的に生じるのではなく、自分で実際に行ってみて必要な行動を達成できたという経験、他者の行為を観察学習したり、自己教示や他者からの説得的な暗示、うまくできてよかったという情動反応などの情報源から個人が作り出していくものであるといわれている²⁵⁾。看護婦は、医療という人間の生死や苦悩の多い場面に遭遇する職種であり、達成感を保ちにくいことが予測される。こうした対処困難な場面での種々の体験が、自己の効力感を低下させやすい要因になっていると考えられる。こうしたことから、新人看護婦の場合は特に、セルフ・エフィカシーを高められるような要素が重要な意味を持つ。新人看護婦のセルフ・エフィカシーを高めるためには、直接的な評価につながるような看護ケアなどの実践を積み重ねて、自己に対する自信がもてるようにすること、生き生きと働く先輩看護婦のモデルからの学習の機会に恵まれること、周囲からの情報提供や適切なサポートが得られ、かつ有効に作用することが必要であると考えられる。

ストレスに関連する要因は、ストレスの内容によって異なっていた。『自分の看護能力不足に関するストレス』では、経験年数が増すほどストレスが少なく、『看護援助のジレンマに関するストレス』では経験年数が増すほど多くなる傾向にあった。このことは、技術の習得²⁶⁾とともに患者の心理や社会的側面への気づきが多くなり、より高度な内容の看護ケアへと自己の目標が高まり、ストレスになる内容が変化する^{26,27)}ためと考えられる。神郡ら¹²⁾も、1年目と2年目看護婦の比較からストレスの程度に差はないが、ストレスを感じる内容に差があることを示している。

職場の人間関係の中でも、医師との関係はさま

ざまな要因が影響していることが示唆されている。これは、経験年数が増加するに従い看護婦としての立場からの発言の機会が増えることや、配属部署での対応に違いがあること、自分が受けた看護教育からの影響などの要因が複雑に関連し合っているからと考えられる。

ストレスの認知は、個人属性に影響されるという仮説は支持されたが、その影響はストレスの内容によって、個々の要因が単独にというよりも複雑に絡み合って作用していると予測される。

3. 概念モデルの検討

今回の研究においては、ストレスの一次的評価に結びつくストレスを明らかにすること、ストレスの認知に影響する要因を分析することを目的としてすすめてきた。分析の結果から、概念モデルは、図2に示したように表すことができるが、新人看護婦の職務ストレスの認知は、ストレスの内容によって、看護経験年数や勤務部署などの個人属性、セルフ・エフィカシーのような個人特性が、直接的にあるいは間接的に複雑な影響をおよぼしていることが明らかになった。しかし、その影響の因果関係については、現段階ではまだ明確に分析できていない。今後の研究をすすめながら、その点についても検討していく必要がある。

V. 結 論

新人看護婦を、基礎看護教育を卒業後3年未満の看護婦と定義し、職務ストレス尺度の開発および個人的な要因との関連分析を目的に、全国114カ所の病院で働く新人看護婦を対象に調査を行い、次のような結論を得た。

①職務ストレス尺度は、26項目で、6つの下位尺度で構成され、構成内容の妥当性および信頼性も確保でき、今後使用することができるものである。

②職務ストレッサーは、全項目では看護経験年数による差がなく、一定していた。

③職務ストレッサーの内容によって、看護経験年数、勤務部署の種別、配属希望、看護教育の最終学歴による直接的にあるいは間接的に、複雑な影響を受けている。

④職務ストレッサーの内容によって、特性的セルフ・エフィカシーによる直接的・間接的な影響をうけている。

VI. 謝 辞

本研究は平成10年度文部省科学研究費基盤研究(C)(2)課題番号10672259の助成を受けて行った。

なお、本研究の一部は、第25回日本看護研究学会にて発表した。

調査にご協力いただきました病院の看護部ならびに看護婦の皆様にご心よりお礼申し上げます。

要 旨

本研究は、基礎看護教育卒業後3年までの看護婦の職務ストレッサーを把握できる尺度の開発と、その職務ストレッサーの認知に影響する要因を分析することを目的としている。自記式の質問紙を用いて、全国114カ所の病院の新人看護婦1287名から回答を得た。新人看護婦の職務ストレッサー尺度は、26項目であり、6つの下位尺度で構成されていた。それらの下位尺度は、看護ケアに関する3つと職場の人間関係に関する3つに大別できた。この尺度は、信頼性係数が全項目で0.853、各下位尺度では0.862～0.589であり、信頼性は確保できており、構成概念妥当性もあることから、使用できるものであると考えられる。

新人看護婦は、どの看護経験年数においても、看護ケアに関するストレッサーが人間関係に関するストレッサーよりも多いが、前者は年数が増すごとに減少し、後者は年数が増すごとに増加していた。新人看護婦のストレスは、看護経験年数以外に、勤務している部署、配属部署への希望状況、看護教育の最終学歴、個人特性として取り上げた特性的セルフ・エフィカシーによって影響を受けていることが明らかになった。

Abstract

The purpose of this study was to develop the measure of job stress among nurses that were defined as Advanced Beginner by P. Benner and to analyze the factor which influences job stress. The data were collected from a sample of nurses as Advanced Beginner (n=1287) whose nursing experience were under 3 years after the graduation and a sample of nurses (n=424) whose nursing experience were about 10 years. They were asked to answer a self-reported questionnaire.

The result of the factor analysis showed that it was composed of 26 items and consisted of 6 sub-scales. There were separated two meanings as 3 sub-scales about the nursing care and 3 sub-scales about the human relations of the workplace. This measure had validity, and Cronbach's α coefficients were 0.853 for the total items and from 0.589 to 0.862 for each factors. The degree of stress among nurses were found to influence the generalized self-efficacy, the years of the nursing experiences, hope for the assignment of the ward and the educational background of the nursing.

VII. 引用文献

- 1) 稲岡文昭他：看護職にみられるBurnoutとその要因に関する研究，看護，36(4)，pp.81-104，1984.
- 2) 近澤範子：看護婦のBurnoutに関する要因分析-ストレス認知，コーピングおよびBurnoutの関係，看護研究，21(2)，pp.157-172，1988.
- 3) 山本あい子他：看護婦の燃えつき現象に対する生活および仕事ストレスとソーシャルサポートの影響，看護研究，20(2)，pp.219-230，1987.
- 4) F. W. McCranie, V. A. Lambert, C. E. Lambert: WorkStress, Hardiness, and Burnout Among Hospital Staff Nurses 36 (6), pp.374-378, 1987.
- 5) 久保真人, 田尾雅夫：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連，実験社会心理学研究，34，pp.33-43，1994.
- 6) 上野徳美, 山本義史：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.
- 7) 宗像恒次, 及川尚美：リアリティショック；精神衛生学の視点から，看護展望，11(6)，pp.2-7，1986.
- 8) 難波 純他：短期大学看護学科卒業生のReality Shockの要因分析，日本看護学会誌，3(1)，pp.11-19，1994.
- 9) 井部俊子, 上泉和子：新卒看護婦のリアリティショック，看護展望，11(6)，pp.8-14，1986.
- 10) 伊藤聖子他：新人看護婦の離職願望と個人・職場に関する要因との関連，第20回日本看護学会集録看護管理，pp.107-110，1989.
- 11) 神郡 博, 田村文子：新卒看護婦にみられるストレスに関する研究I，群馬大学医療技術短期大学部紀要，11，pp.75-81，1990.
- 12) 神郡 博, 田村文子：新卒看護婦にみられるストレスに関する研究II，群馬大学医療技術短期大学部紀要，12，pp.75-79，1991.
- 13) 服部淳子他：小児病院新人看護婦のストレス反応を規定する要因の分析-認知ストレスの尺度構成-，日本看護研究学会雑誌，21(3)，p.149，1998.
- 14) 壇浦妙子他：職場適応に関する縦断的研究(第1報)-自己評価でみる新卒看護婦の6か月の変化と職場のサポート-，第24回日本看護学会看護管理，pp.158-161，1993.
- 15) 新城さつき, 長尾節子：看護職者の精神健康に関する研究-卒後3年以内の看護職と他職種との比較，看護，43(13)，pp.119-139，1991.
- 16) P. Benner: From Novice to Expert, 1984, 井部俊子他訳 ベナー看護論，医学書院，p.18，1992.
- 17) 森 俊夫, 影山隆之：看護者の精神衛生と職場環境要因に関する横断的調査，産業衛生学会誌，37，pp.135-142，1995.
- 18) 東口和代他：臨床看護職者の仕事ストレス-について-仕事ストレス測定尺度の開発と心理測定学的特性の検討-，健康心理学研究，11(1)，pp.64-72，1998.
- 19) P. Gray-Toft & J.G.Anderson: Stress among Hospital Nursing Staff: Its Causes and Effects, Social Science and Medicine, 15A, pp.639-647, 1981.
- 20) R. S. Lazarus & S. Folkman: Stress, Appraisal, and Coping, 1984, 本明寛他監訳，ストレスの心理学，実務教育出版，pp.3-51，1991.
- 21) T. H. Holmes & R. H. Rahe: The social readjustment rating scale, Journal of Psychosomatic Research, 11, pp.213-218, 1967.
- 22) A. Bandura: 祐宗省三他編著 自己効力(セルフ・エフィカシー)の探求，社会的学習理論の新展開，金子書房，pp.103-141，1985.

- 23) 坂野雄三, 東條光彦: セルフ・エフィカシー尺度, 心理アセスメントハンドブック, 西村書店, pp.478-489, 1993.
- 24) 成田健一他: 特性的自己効力感尺度の検討ー生涯発達の利用の可能性を探るー, 教育心理学研究, 43, pp.306-314, 1995.
- 25) 宮崎和子, 千田敏恵: 看護技術の卒業前学習と卒業後体験に関する研究, 看護教育, 32(1), pp.19-27, 1991.
- 26) 波賀由香理他: 看護婦のストレス認知と対処との関連, 日本看護研究学会雑誌, 20(3), p.283, 1997.
- 27) 市川真理他: 看護婦のバーンアウトに及ぼす仕事ストレスおよびソーシャルサポートの影響ー経験年数による差異に関する考察, 第28回日本病院管理学会抄録集, pp.118-119, 1990.
(平成12年9月22日受付)

精神分裂病患者の歩数と精神症状変化の関係

Relationship between Number of Paces and Changes
in Mental Symptoms among Schizophrenics

久米 和興 森 文子
Kazuoki Kume Fumiko Mori

キーワード： 精神分裂病，歩数，再発の予測
schizophrenia, number of steps, relapse prevention

I. 緒 言

従来前駆症状は明らかな分裂病の初発につながる変化であると考えられていた。前駆症状には、微妙な病理的变化、思考、感情、行動の変化などがあげられる。具体的には睡眠障害、落ち着きのなさ、集中困難、緊張、物事に関する興味の喪失、抑うつなどがあげられる¹⁾。前駆症状の把握は、精神分裂病の症状の悪化を未然に防ぐ方策として重要であり、精神症状の発現や悪化が顕著に現れる前のこの段階で、早期に介入することによって、重症化を防ぎ、再入院を減らすことが期待される^{2,3)}。

しかしながら前駆症状の把握には困難が指摘されている⁴⁾。従来の研究においては、前駆症状期間のばらつきの大きさや定義の不一致が指摘されている⁵⁾。再発の予測に対して、specificity はよいが sensitivity が悪いという指摘もある⁶⁾。さらには患者の状態は両者を明確に区別できるように変化するのではなく、連続的に変化するものと考えられることも前駆症状の捉え方を難しくしている。この変化を不安段階、抑うつ段階、精神病的段階などの3つに分類して検討を加えている研究では、3段階めの精神病的兆候が再発の予測

に対して一番信頼性があるという結論になっている^{7,8)}。しかしながらこの第3段階まで至ると再発との区別が難しく前駆症状としての価値が低くなってしまう。また軽減しながらも持続的に精神症状を持っている社会生活をしている患者においては、非精神症状としての前駆症状をみることは難しい。このようなことから前駆症状の把握がむずかしいのである^{9,10)}。

そのため前駆症状より広い範囲を含む早期警戒症状という概念が出てきた¹¹⁾。この概念は従来の前駆症状はもとより、すでに分裂病の診断を受けた患者の差し迫った再発前の状態を含むものであり、これらの症状の中には非精神症状と軽い精神症状の両方が含まれている(図1)。

患者の再発予防という観点からはこのような捉え方にたって介入を考える方が実践的であると思われる。そのため早期警戒症状を客観的に把握できる技術の確立が望まれる。とりわけ患者の状態を観察し続ける役割を担う精神科のナースにとっては、必要な技術であると考えられる。

しかしながら、前駆症状と同様に、早期警戒症状を示す微妙な変化や精神症状を客観的かつ連続的にとらえることには、一つの大きな困難がある。

第1段階

前駆症状は初発に限られる

前駆症状 (非精神症状)	初発: 精神症状の出現
--------------	-------------

第2段階

前駆症状の概念が拡大し再発時も含むようになる

前駆症状 (非精神症状)	再発: 精神症状の出現
--------------	-------------

第3段階

早期警戒症状 (前駆症状を非精神症状として取り出すことが実際上難しいということから考えられ、軽い精神症状の段階までを含む実践的な概念として示される)

前駆症状 (非精神症状)	再発: 精神症状の出現
早期警戒症状の範囲	

図1. 前駆症状と早期警戒症状の位置づけ

それはこのような諸症状を測定するためには何らかの段階尺度を用いなければならない現状があるからである¹²⁾。このような測定だけでは、患者の変化を客観的にとらえることは難しい。そのためこれらの評価手段を補足する、定量的に測定できる方法が求められていると考える。

そこで本研究では、精神症状の変動に対応すると思われる定量的に測定可能な患者の歩数に着目した。これは前駆症状の一つとして挙げられる落ち着きのなさを具体的にイメージして考えられた測定指標である。実際、病院やデイケア、作業所などの患者の中には、症状が悪化する前に、あるいはそれと同時に落ち着きがなく動きまわる者が少なからずいると思われる。

基礎的データとして精神症状の変動と歩数の変動の相互関係が成立するケースの存在が明らかになれば、精神症状が消失せず、持続的に精神症状を呈する患者の精神症状悪化を予測して早期に介入できることはもちろんのこと、早期警戒症状の把握にも応用できるのではないかと考えられる。

さらには地域で生活している精神障害者が、自分自身で歩数を測定することで精神症状の自己管

理¹³⁾を強化するためにも役立つのではないかと考えるからである。

以上のことにより、本研究では、入院中の患者の歩数の推移と精神症状の推移との関連を調査し、その結果を基に早期警戒症状を把握する方法としての歩数測定の有効性を検討した。

II. 研究方法

1) 対象

対象は山形市内の病院に入院中の精神分裂病患者で調査に対する同意が得られ、外出が許可されていた8名である。外出が許可されている患者にしたのは、ある程度行動に広がりを持った患者を調査対象にした方が、この測定法の適用範囲を広めて考えることができるからである。

2) 歩数の測定

歩数の測定は万歩計 (山佐電子製) によって行った。月曜日から金曜日までの平日に万歩計を装着してもらい歩数を測定した。土日は、病棟のナースの数が少なく観察にかける時間が取りづらいため除いた。朝の9時に装着し16時に回収し記録した。遠足や行事などの特別な日、外泊、祭日の測定は除外した。歩数は月曜日から金曜日までの歩数を合計して平均値を求めその週の歩数とした。測定及び記録は病棟のナースによって実施された。

観測期間はデータの信頼性を高めるために、患者の同意を得てほぼ1年間をめぐにした。

3) 精神症状の重症度測定

精神症状の測定は毎金曜日に主治医が面接を行い、Positive and Negative Syndrome Scale (以下PANSSとする)日本語版¹⁴⁾を使って評価した。PANSSの精神症状の評価項目は、7症状の合計得点からなる陽性尺度得点と陰性尺度得点、及び16症状の合計得点からなる総合精神病理尺度得点で構成されている。個々の精神症状の評価は、7段階評価であり得点が高いほど精神症状は重症になる。

4) 歩数と精神症状との関係

歩数と精神症状との関係を見るために、金曜日に求めた週の平均歩数と精神症状との順位相関を求め、同じ週に属する歩数と精神症状との関係を、現在の歩数と精神症状との関係とした。さらに症状の悪化を予測する早期警戒症状を示すものとして歩数変動の有効性を検証するために、1週間前、2週間前、3週間前、4週間前の歩数と現在の精神症状との順位相関関係を調べた。このような期間にしたのは、前駆症状の観察に関する前駆症状の観察期間発病に先立って、1カ月以内においている先行研究がみられたことと同時に¹⁵⁻¹⁸⁾、早期介入の時期という観点からもこのくらい前に把握することが、有効で迅速な対処につながると考えたからである。

5) 統計解析

統計解析はSPSS 6.1J for the Macintoshを用いて行った。相関関係はスピアマンの順位相関係数で求めた。相関係数の検定で有意なもの表現は、弱い相関がある(0.2以上~0.5未満)、かなり強い相関がある(0.5以上~0.8未満)とした。加えて相関係数の有意の判断は、現在の歩数から4週間前の歩数に至るまで有意な相関係数が連続的に出現しているところで判断し、孤立した有意な相関係数の出現は偶然性が考えられるので考察から除外した。

III. 研究結果

1) 全体的な結果

ほぼ1年を通した観察の中で、8人の患者のうち5人は、現在から数週間前の歩数と陽性尺度得点、陰性尺度得点、総合精神病理尺度得点のすべてあるいは一部の間に、有意な正の相関を示した。

残りの3名のうち2名(IさんとGさん)は相関係数の検定で有意を示さず、1名(Kさん)は示した部分はあったものの、精神症状の変動が乏しいため相関係数の出方が不自然であり、かつ測

表1. 歩数の精神症状との関係がみられなかった3人の患者の相関係数

	現在の歩数	1週間前の歩数	2週間前の歩数	3週間前の歩数	4週間前の歩数
Iさん					
陽性尺度得点	0.09	-0.01	-0.08	0.06	0.2
陰性尺度得点	-0.03	-0.04	-0.05	-0.11	-0.02
総合精神病理 評価尺度得点	0.08	-0.04	-0.08	0.01	0.17
測定週数	56	55	54	53	52
Kさん					
陽性尺度得点	-0.58*	-0.51	-0.31	-0.21	-0.09
陰性尺度得点	0.58*	0.51	0.31	0.21	0.09
総合精神病理 評価尺度得点	-0.58*	-0.51	-0.31	-0.21	-0.09
測定週数	14	14	14	14	14
Gさん					
陽性尺度得点	-0.02	-0.04	-0.16	-0.09	-0.11
陰性尺度得点	-0.02	-0.27	-0.29	-0.23	-0.29
総合精神病理 評価尺度得点	-0.15	-0.16	-0.2	-0.2	-0.24
測定週数	47	47	47	47	47

Spearmanの相関係数の検定 * : p<0.01

定週数が14週で他に比べてかなり短くなってしまったため、検討から除外した(表1)。

次に有意相関を示した患者の結果を示す。説明の中に正の相関とは、歩数が増加するとき精神症状が悪化することを意味し、負の相関係数とは歩数が増加すると症状が軽減することを意味する。

2) Tさんのケース

昭和25年生まれで46歳の男性である。発病は昭和47年頃と思われる。今回は5回目の入院で昭和60年7月より入院している。合計入院期間は約11年間である。現在の状態は、思考障害が目立ち、会話においてもなかなか言葉がでない。本人自ら「うまく考えがまとまらない」と話す。他の患者との交流はある程度保たれており、作業にも参加するが動作が鈍い。それを指摘されると参加をやめてしまう。調査期間は1996年5月17日から1997

精神分裂病患者の歩数と精神症状変化の関係

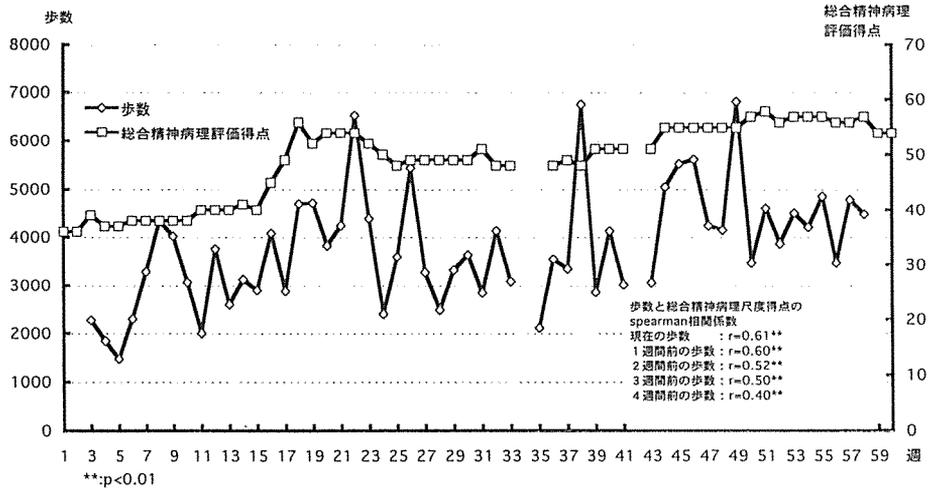


図2. Tさんの歩数と総合精神病理評価得点の推移

年6月27日まで行い、実質的な調査期間は54週である、平均歩数は3796歩(±1181)であった(図2)。

表2に示されるように、陽性尺度得点、陰性尺度得点、総合精神病理尺度得点のいずれにおいても、歩数と弱い正の相関ないし、かなり強い正の相関が示された。とりわけ総合精神病理尺度得点においては、現在の歩数から4週間前の歩数において、4週間前をのぞいていずれもかなり相関が示された(表2)。

表2. Tさんの歩数と精神症状との相関係数

	現在の歩数	1週間前の歩数	2週間前の歩数	3週間前の歩数	4週間前の歩数
陽性尺度得点	0.58**	0.53**	0.47**	0.42**	0.27**
陰性尺度得点	0.39**	0.37**	0.25	0.33*	0.3
総合精神病理評価尺度得点	0.61**	0.60**	0.52**	0.50**	0.40**
測定週数	54	54	54	53	52

Spearmanの相関係数の検定 ** : p<0.01 * : p<0.05

3) Kさんのケース

昭和29年生まれ43歳の男性である。発病は昭和43年である、今回の入院は7回目で昭和58年2月より入院している。合計入院期間は約19年である。現在の状態は連合弛緩が著しい。他人との交

流がほとんどなくノートに数字の羅列や絵を描いていることが多い。その説明はほとんど意味をなさない。調査期間は1996年5月17日から1997年6月6日までである。実質の観察期間は55週間である。その期間における平均歩数は4504歩(±1928)であった(図3)。

歩数と精神症状との関係については、陰性尺度得点だけが、現在から4週間前の歩数まで連続して弱い負の相関を示した(表3)。

4) Uさんのケース

昭和26年生まれ46歳の男性である。発病は昭和55年頃である。今回の入院は8回目で、平成7年11月頃から入院している。合計入院期間は4年である。現在の症状は、耳元でガワガワいっているがなにをいっているのか分からないという幻聴を訴えることがある。会話はまとまりがない。水の多飲傾向があり、水中毒の既往がある。調査期間は1996年6月14日から1997年7月18日までの57週間である。平均歩数は6567歩(±2294)であった(図4)。

表4に示されるように、U氏は陽性尺度得点、陰性尺度得点、総合精神病理尺度得点のいずれにおいても、歩数とかなりの強い正の相関が示された。とりわけ陽性尺度においては、現在の歩数か

精神分裂病患者の歩数と精神症状変化の関係

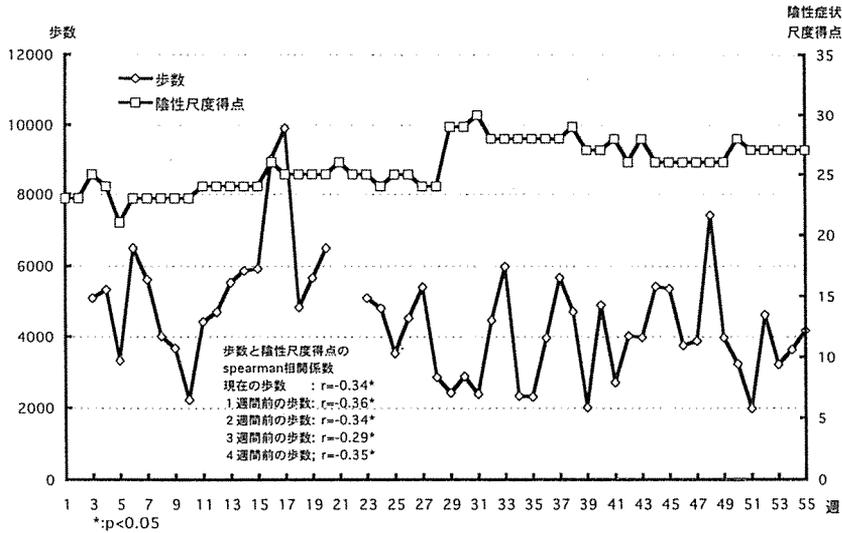


図3. Kさんの歩数と陰性尺度得点の推移

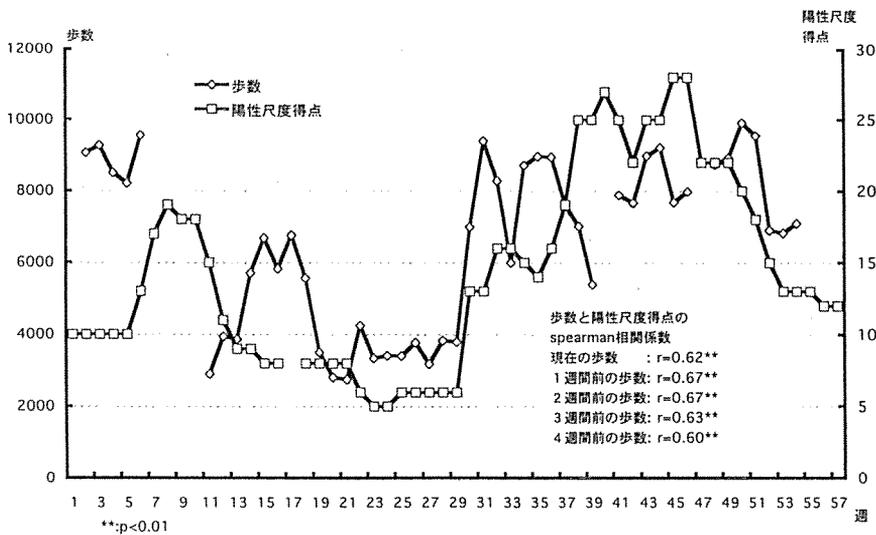


図4. Uさんの歩数と陽性尺度得点の推移

表3. Kさんの歩数と精神症状との相関係数

	現在の歩数	1週間前の歩数	2週間前の歩数	3週間前の歩数	4週間前の歩数
陽性尺度得点	0.02	0.04	0.03	0.23	0.29*
陰性尺度得点	-0.34*	-0.36*	-0.34*	-0.29*	-0.35*
総合精神病理 評価尺度得点	-0.09	-0.13	-0.16	-0.11	-0.05
測定週数	54	54	54	53	52

Spearman の相関係数の検定 ** : $p < 0.01$ * : $p < 0.05$

表4. Uさんの歩数と精神症状との相関係数

	現在の歩数	1週間前の歩数	2週間前の歩数	3週間前の歩数	4週間前の歩数
陽性尺度得点	0.62**	0.67**	0.67**	0.63**	0.60**
陰性尺度得点	0.47**	0.61**	0.66**	0.57**	0.56**
総合精神病理 評価尺度得点	0.53**	0.61**	0.63**	0.63**	0.65**
測定週数	57	56	55	54	53

Spearman の相関係数の検定 ** : $p < 0.01$

精神分裂病患者の歩数と精神症状変化の関係

ら4週間前のほとんどの歩数において、かなりの強い相関が示された(表4)。

5) Nさんのケース

昭和27年生まれの45才の女性である。発病は昭和55年頃である。現在は2回目の入院で昭和61年2月から入院している。合計入院期間は13年である。現在の症状は、体系化された妄想を持っていることである。退院したら1000万円差し上げるとしきりにいってくる、一方トイレトペーパー、歯磨きなどが半分くらいになると、もうちょっとしかないから代わりのをくださいと切迫した表情で訴えてくる。他の患者との交流はほとんどなくナースステーションへの出入りが多い。図5からわかるように調査期間中は全体的に症状の変動が少ないが一貫して悪化傾向を示した患者である。調査期間は1996年7月24日から1997年9月24日までの56週間である。平均歩数は3347歩(±1648)であった。

表5-1, 5-2に示されるようにN氏は、調査期間56週間のうち前半の24週間目までは、陽性尺度得点、陰性尺度得点、総合尺度得点が現在の歩数から4週間前の歩数との間に、総じてかなり強い正の相関を示した。図5では、そのうちの陰性尺度得点の推移を示した(図5)。

反対に25週間以降56週間までは陰性尺度得点と総合精神病理尺度得点が、現在の歩数から4週間前の歩数との間に総じてかなり強い負の相関を示した。とりわけ陰性尺度得点がかかなり強い相関を示した(表5-1, 表5-2,)。

表5-1. Nさんの歩数と精神症状の相関関係 (1週間目から24週間目まで)

	現在の歩数	1週間前の歩数	2週間前の歩数	3週間前の歩数	4週間前の歩数
陽性尺度得点	0.54**	0.54**	0.63**	0.52*	0.36
陰性尺度得点	0.47**	0.61**	0.66**	0.57**	0.56**
総合精神病理評価尺度得点	0.53**	0.61**	0.63**	0.63**	0.65**
測定週数	24	23	22	21	20

Spearmanの相関係数の検定 ** : p<0.01 * : p<0.05

表5-1. Nさんの歩数と精神症状の相関関係 (25週間目から56週間目まで)

	現在の歩数	1週間前の歩数	2週間前の歩数	3週間前の歩数	4週間前の歩数
陽性尺度得点	0.11	0.03	0.26	0.31	0.54**
陰性尺度得点	-0.53**	-0.67**	-0.62**	-0.58**	-0.50**
総合精神病理評価尺度得点	-0.19**	-0.57**	-0.54**	-0.50**	-0.42*
測定週数	32	31	30	29	28

Spearmanの相関係数の検定 ** : p<0.01 * : p<0.05

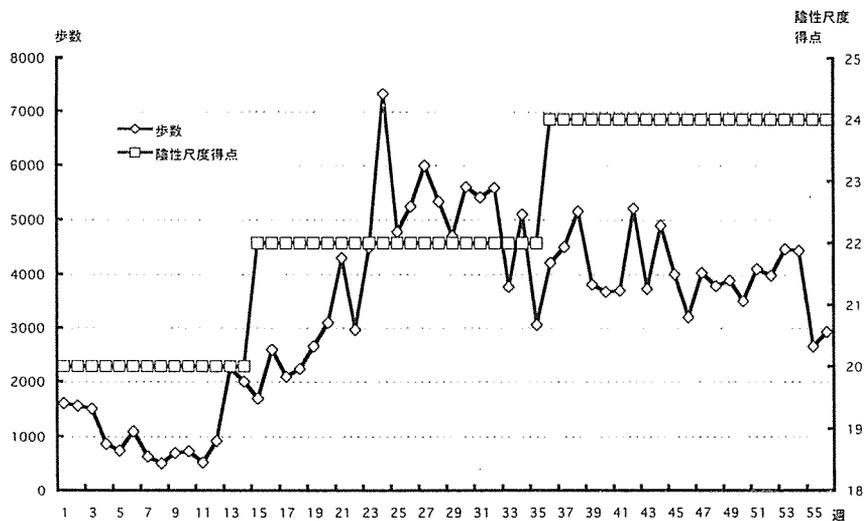


図5. Nさんの歩数と陰性尺度得点の推移

6) Hさんのケース

昭和22年生まれの50歳の女性である。発病は昭和41年頃である。現在は6回目の入院である。現在は意欲低下が目立ち自閉的傾向にあるが、接触性はそれほど悪くなく通常の日常会話は可能である。明らかな幻覚、妄想などの症状は目立たない。調査期間は他と比べて短く1997年7月17日から1997年9月12日までで実質35週間である。平均歩数は2997歩(±701)であった(図6)。

表6に示されるように、Hさんは弱いながらも、陰性尺度得点が現在の歩数から2週前の歩数と弱い負の相関を示している(表6)。

表6. Hさんの歩数と精神症状との相関係数

	現在の歩数	1週間前の歩数	2週間前の歩数	3週間前の歩数	4週間前の歩数
陽性尺度得点	-0.06	0.08	0.12	0.17	0.15
陰性尺度得点	-0.40*	-0.44**	-0.39*	-0.30'	-0.31'
総合精神病理評価尺度得点	0.17	0.39*	0.32'	0.31'	0.34'
測定週数	35	34	33	32	31

Spearmanの相関係数の検定 ** : p<0.01 * : p<0.05 ' : p<0.01

IV. 考 察

1) Tさんの結果について

総合精神病理尺度得点にかなりの強い相関を示したことで、歩数が精神症状の変化と関係していることを示している。さらに4週間前の歩数から現在の歩数にいたるまで相関係数が徐々に増加していることから、歩数測定が症状の変動を予測的に捕らえる方法として活用できると考えられる。

2) Kさんの結果について

歩数と有意な相関を示したのは、陰性尺度得点のみであった。弱い相関ではあるが全体を通してみると、歩数が減るにつれて陰性症状が悪化していく傾向がみられ、歩数の変動の観察が、ある程度予測的に症状の変動を予測するものになっていると考える。

3) Uさんの結果について

精神症状の全体の変動と歩数の変動が関係しているものと考えられる。4週間前の歩数においても強い相関を示していることから、精神症状の変動を予測する方法として歩数を観察することの有効性が認められる。

4) Nさんの結果について

この場合は陽性症状、陰性症状、総合精神病理

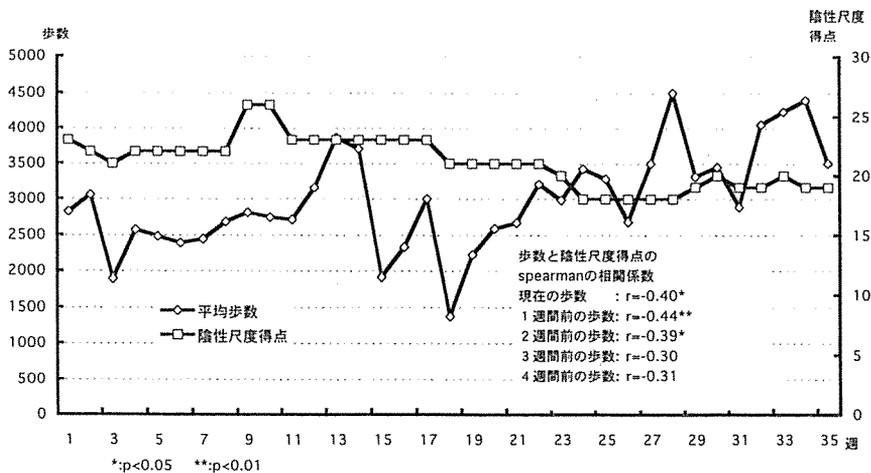


図6. Nさんの歩数と陰性尺度得点の推移

評価尺度があるレベルまでは正の相関を示し、それを越えて強くなると、歩数が逆に減少していくことを示していると考えられる。長期的に観察することでこの人の特徴的なパターンがあらわれたと考える。正でも負でも有意な相関が示され、さらに4週間前の歩数においても総じてかなり強い相関がみられることから、精神症状の変動を予測する方法として歩数を観察することの有効性が示されていると思われる。

5) Hさんの結果について

弱い相関ながらも、陰性尺度得点が有意な負の相関を2週間前から示したことは、精神症状の変動を予測する方法として歩数を観察することの効果がある程度認められたと考える。

6) 歩数測定の有効性について

測定対象者が8名と少ないので、統計的に有効性を主張するのは無理がある。しかしながら相関係数の出方や、グラフを視覚的に判断することで、歩数が精神症状に関係がありしかも精神症状の変動を予測的に利用できる患者がいることがわかった。以上のことから精神症状の変動を予測するために歩数を測定することには一定の有効性があると考えられる。

V. 結 論

精神病院に入院中の患者8名に同意を得て、万歩計を装着してもらい、歩数の変動と精神症状の変化との関係をみた。その結果以下の知見を得た。

1) 8名中5名が現在から数週間前の歩数と精神症状との間に有意な相関を示した。このことから精神症状の変動を予測する方法として歩数を測定しその変化を見ていくことが有効な患者がいることが示唆された。

2) 陽性尺度得点、陰性尺度得点、総合精神病理尺度得点それぞれと歩数の相関における正負は、個人の特性により決まると思われる。しかしながら、測定数も少なく統計的に言うことはできない。

また1人の患者においては歩数の推移のある段階で精神症状との相関の正負が逆転したことから、歩数と精神症状の関係は患者によっては必ずしも線形的に推移するものではないことが示唆された。

本研究は、平成7年度から8年度の文部省科学研究補助金の助成（基盤研究C(2)）を受けて行われた研究報告書の一部に加筆修正を加えたものである。

要 旨

前駆症状の定義は曖昧で、把握する事が難しい。そのため早期警戒症状という実践的概念がでてきた。これは、分裂病患者の再発前の差し迫った状態を含む。しかし、前駆症状と同様に早期警戒症状を確実に捉えるには困難がある。それは症状の測定に段階尺度を用いる必要があるためである。そのため評価手段の粗さを補うために、量的かつ連続的な測定方法が求められている。

本研究では、精神症状の変化に関係すると思われる歩数に着目した。入院中の分裂病患者8人に万歩計を装着し、約1年間歩数を測定した。そして週毎に平均歩数を求めた。同時に精神症状の重症度を測定した。その結果、5人が歩数の変動と精神症状の変動との間に有意な関係を示した。4週間前から1週間前までの歩数と現在の精神症状との間にも有意な関係がみられた。そのため歩数を測定することで、精神症状の変動を予測される患者の存在が示唆された。

この方法は分裂病の病状悪化に先立つ早期介入を判断する看護技術の一つになると考えられた。

Abstract

The prodromal symptoms of schizophrenia remain difficult to characterize. Interest is, therefore, being focused on the identification of early warning signs of a recurrent clinical episode in order to provide optimal care for such patients. However, as with the characterization of prodromal symptoms, identifying a stage scale for these early warning signs is difficult and another quantitative and continuous measuring method seems to be required. In an attempt to identify such a warning sign, we counted the number of paces of patients prior to a clinical episode, because we speculated that this factor correlated with changes in the severity of mental symptoms. We attached a pedometer to eight long-term hospitalized schizophrenic patients. The number of paces was measured daily from Monday to Friday for a period of about one year, with the average number of paces obtained from the total number of steps every week. Simultaneously, the severity of mental symptoms was measured weekly. Five of the eight patients showed a significant correlation between number of paces and increasing severity of schizophrenic symptoms. In addition, number of paces changed significantly from 4 weeks to 1 week before the manifestation of mental symptoms. Therefore, measuring the number of paces may effectively determine the probable onset of a deterioration in the mental state of certain schizophrenic patients and enable nursing staff to early intervention.

VI. 文 献

- 1) Gaber, W. et al.: Early Neuroleptic Intervention in Schizophrenia: Are Prodromal symptoms Valid Predictors of Relapse?. *British Journal of Psychiatry*, 163(supple 21), pp.8-12, 1993.
- 2) Jackson, H. J. et al.: Prodromal Symptoms of Schizophrenia in First-episode Psychosis: Prevalence and Specificity. *Comprehensive Psychiatry*, 36(4), 241-250, 1995.
- 3) O'conner, F. W. : Symptom Monitoring for Relapse in Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5(4), pp.193-201, 1996.
- 4) McGlashan, T. H. : Early Detection and Intervention in Schizophrenia: Research. *Schizophrenia bulletin*, 22(2), pp.327-345, 1996.
- 5) O'conner, F. W. : Symptom monitoring for Relapse in Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5(4), pp.193-201, 1991.
- 6) Gabel, W. et al.: Early Neuroleptic Intervention in Schizophrenia: Are Prodromal Symptoms Valid Predictors of Relapse?. *British Journal of Psychiatry*, 163(supple 21), pp.8-12, 1993.
- 7) Hamera, E. K. et al.: Symptom Monitoring in Schizophrenia: Potential for Self-Care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(6), pp.324-330, 1992.
- 8) Docherty, J. et al.: Stages of Onset of Schizophrenic Psychosis, *American Journal of Psychiatry*, 135, 420-426.
- 9) Herz, M. I. et al.: Prodromal Symptoms and Relapse Prevention in Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 21(4), pp.541-551, 1995.
- 10) Norman, R. M. G. et al.: Prodromal Symptoms of Relapse in Schizophrenia: a review. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4), pp.527-539, 1995.

- 11) Bustillo, J et al.,: Prodromal Symptoms vs. Early Warning Signs and Clinical Action in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2 (4), pp.553-559, 1995.
- 12) Edwards, J et al.,: Early Psychosis Prevention and Intervention: Evolution of a Comprehensive Community-Based Specialized Service. *Behavior Change*, 1(4), pp.223-233, 1994.
- 13) Hmera, E. K. et al.,: Self-regulation and Functioning in Schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(6), pp.630-631, 1991.
- 14) Kay, S. R. et al.,: Positive and Negative Syndrome Scale. Multi-Health Systems Inc, Toronto, 1991, 山田實, 増井實治, 菊暴弘次, 陽性・陰性症状評価尺度 (PANSS) マニュアル, 星和書店, 東京, 1991.
- 15) Malla, A. K. et al.,: Prodromal Symptoms in Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164, pp.487-493, 1994.
- 16) Jolley, A. G. et al.,: Trial of Brief Intermittent Neuroleptic Prophylaxis for Selected Schizophrenic Outpatients: Clinical Outcome at One Year. *British Medical Journal*, 298, pp.985-990, 1989.
- 17) Fox, J. C. et al.,: Schizophrenia. *Annual Review of Nursing Research*, 16, pp.287-322, 1998.
- 18) Birchwood, M., et al.,: Predicting Relapse in Schizophrenia: the Development and Implementation of an Early Signs Monitoring System Using Patients and Families as Observers, a Preliminary Investigation. *Psychological Medicine*, 19, pp.649-656, 1989.

(平成12年10月10日受付)

第944回 運営審議会の概要 (平成12年9月21日)

第944回運営審議会は、平成12年9月21日(木)に開催され、次のような審議がありました。

1 第134回総会日程について了承しました。

2 研連委員の指名又は委嘱

運営内規に該当し、研連委員の在任期間が3期9年を超える者の指名又は委嘱について、原案のとおり了承しました。

3 平成12年度代表派遣(12月分)

次の会議に代表派遣することを了承しました。

- ① 第3回持続可能な成長とエネルギー・環境技術に関する会議(12月3日～6日、香港/中国)
- ② 国際医学団体協議会(CIOMS)(12月15日～16日、ジュネーブ/スイス)

4 その他

(1) 日本学術会議が後援名義の使用を了承した国内会議

① 第11回クロマトグラフィー科学会議

日 時：平成12年10月26日～27日

場 所：京都工芸繊維大学

② 第13回国際長寿科学シンポジウム

日 時：平成12年10月19日

場 所：あいち健康の森 健康科学総合センター

(2) 第18期活動計画について

第18期の指針となる活動計画の素案について審議を行い、9月28日の連合部会・部会において討議することとしました。

第945回 運営審議会の概要 (平成12年10月12日)

第945回運営審議会は、平成12年10月12日(木)に開催され、次のような審議がありました。

1 研連委員の指名又は委嘱

運営内規に該当し、研連委員の在任期間が3期9年を超える者

の指名又は委嘱について、原案のとおり了承しました。

2 専門委員会の名称変更

基盤情報通信研究連絡委員会の「情報資源・マルチメディア専門委員会」を、「デジタルコンテンツ専門委員会」に変更することを了承しました。

3 その他

「第18期活動計画(素案)」について、審議を行い、一部修正を行うとともに、次回運営審議において審議することとしました。

第946回 運営審議会の概要 (平成12年10月20日)

第946回運営審議会は、平成12年10月20日(金)に開催され、次のような審議がありました。

1 第134回総会提案事項

次の案件について、総会に提案することについて了承しました。

① 「第18期活動計画(案)」について

② 「日本学術会議会則の一部改正について(案)」について

2 研連委員の委嘱

運営内規に該当し、研連委員の在任期間が3期9年を超える者の委嘱について原案のとおり了承しました。

3 平成12年度代表派遣(平成13年1月分)

次の会議に代表派遣することを了承しました。

- ・ 発展途上国科学技術及び国際生命科学連絡委員会・関連会議(1月10日～12日、広州/中国)

4 日本学術会議主催公開講演会について了承しました。

- ・ 「緊急シンポジウム 社会における科学アカデミーの役割と今後の展望」

※なお、後日、講演会のタイトルは「緊急シンポジウム 21世紀の科学アカデミーをデザインする」に変更されました。

平成13年度第1回油化学セミナー

— 健康で長生きするために（介護なしに生きて行かれるか）—

21世紀を迎え、日本は更に高齢化が進むものと思われまます。これまでは高齢化社会＝要介護、活力喪失などマイナスのイメージで捉えられてきましたが、近年、加齢研究の進展とともに、プラスのイメージで積極的に捉えようという動きが出てきました。本セミナーでは、加齢に対するそれぞれの分野での最前線の取り組み方を探してみたいと思います。

主 催：日本油化学会関東支部

協 賛：日本化学会，日本薬学会，日本生化学会，日本農芸化学会，日本薬理学会，日本生理（予定）学会，日本栄養・食糧学会，日本栄養改善学会，日本ビタミン学会，日本公衆衛生学会，日本家政学会，日本看護科学学会，日本看護研究学会，日本介護福祉士会

日 時：平成13年6月1日（金），10時～16時30分

会 場：昭和大学上條講堂（東京都品川区旗の台1-5-8）

交 通：東急池上線，大井町線 旗の台駅下車 徒歩5分

プログラム（演題と講師）

10:00～11:00

1. 加齢による身体面，精神面の変化 桜美林大学文学部健康心理学科 柴田 博氏

11:00～12:00

2. より良い介護保険制度に向けて 東京都高齢者施策推進室 金森順子氏

（昼の休憩：12:00～13:10）

13:10～14:10

3. 21世紀はシニアが消費を変える ㈱電通MP総括局コンシューマーインサイト部 桑原和彦氏

14:10～15:10

4. 生活改善栄養素（特にビタミンEを中心に）・生活改善薬の普及と生活変化
エーザイ㈱ 阿部皓一氏

（休憩：15:10～15:30）

15:30～16:30

5. ゲノム維持機構の破綻と老化・疾病 エージーン研究所 古内泰宏氏

参加費（テキスト代を含む）…当日会場でお支払い下さい。

日本油化学会正会員 10,000円 一般 20,000円

協賛学会正会員 12,000円 学生 2,000円

維持会員所属非正会員 12,000円

申込方法：「第1回油化学セミナー」と表記し，①氏名（ふりがな），②勤務先（学校名），③連絡先住所，電話番号，FAX番号，④所属学会名を明記の上，下記まで郵送，FAXまたはE-mailにてお申し込み下さい。申込締切は平成13年5月28日（月）です。

申込および連絡先：〒132-0035 東京都江戸川区平井7-13-12

ライオン株式会社ファブリックケア研究所 渡辺利幸

電話：03-3616-3372 FAX：03-3616-5376 E-mail：tosh@lion.co.jp

独立行政法人 放射線医学総合研究所

第21回 放射線看護課程研修生募集要綱

1 目的

本課程は、放射線医療に関係する看護婦（士）を対象として、1）放射線の基礎、2）放射線の人体に対する影響、3）放射線の防護、4）放射線診療患者の看護などについての、基礎知識と技術を与え、看護婦（士）が放射線に対する理解を深め、放射線に正しく対処することにより、放射線看護の向上を図ることを目的としています。

2 応募資格

看護婦（士）又は准看護婦（士）の資格を持ち、放射線診療の業務に従事し、又は従事しようとする人。

3 募集人員及び研修期間

- (1) 募集人員 約24名
- (2) 研修期間 4日間 自 平成13年5月14日（月）
至 平成13年5月18日（金）

4 実施場所

千葉県千葉市稲毛区穴川4丁目9番1号

※ 問い合わせ先

〒263-8555 千葉市稲毛区穴川4丁目9番1号
放射線医学総合研究所
人材育成開発センター教務室
電話番号 千葉 043-206-3048（ダイヤルイン）
FAX 千葉 043-251-7819
E-mail training@nirs.go.jp
ホームページ <http://www.nirs.go.jp/>

付記

当研究所は、平成13年4月1日より、独立行政法人 放射線医学総合研究所となります。平成13年4月1日以降の問い合わせ先は、独立行政法人放射線医学総合研究所 国際・研究交流部 研修課（電話番号などは上記と同じ）となります。

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。

■資料・その他

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 千葉市中央区玄鼻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」と朱書きし、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、各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，12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部を単位とする）。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），始ページー終ページ，発行年（西暦）

ー例ー

- 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ー終ページ，出版社，出版地，発行年（西暦）

ー例ー

- 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，始ページー終ページ，出版社，出版地，発行年（西暦）

ー例ー

- 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 単位系（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 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 | 12 ページ |
| (2) 研究報告 | 12 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。

日本看護研究学会査読委員

(アイウエオ順)

青木 和夫	青木 孝悦	秋吉 博登	飯田澄美子	石川 稔生
井上 郁	井上 智子	宇佐美 寛	鶴沢 陽子	内田 雅代
内海 滉	江上 芳子	遠藤恵美子	大串 靖子	小川 鑛一
奥野 茂代	桂 敏樹	金井 和子	鎌倉やよい	神郡 博
川野 雅資	木村 紀美	木村 宏子	玄田 公子	木場 富喜
斎藤 真	齋藤やよい	阪口 禎男	佐々木光雄	真田 弘美
鈴木 敦子	須永 清	高田 早苗	高橋みや子	高橋 泰子
筒井 裕子	土居 洋子	十束 支朗	泊 祐子	中木 高夫
中島紀恵子	中野 正孝	西垣 克	野島 良子	野尻 雅美
浜田 悦子	早川 和生	前原 澄子	松木 光子	宮島 朝子
村嶋 幸代	森田チエコ	安酸 史子	楊箸 隆哉	山本あい子
吉武香代子	吉田 時子			

(敬称略) (57名)

編集委員会からの委嘱による査読委員

(平成10年4月1日～平成13年3月31日)

粟生田友子	阿曾 洋子	阿部 俊子	天津 栄子	荒川 靖子
池田 明子	稲垣美智子	井上 悦子	植村 勝彦	小笠原知枝
木村留美子	河野 洋子	越川 卓	佐伯 由香	澤田 愛子
島田 啓子	嶋森 好子	塩飽 仁	陣田 泰子	鈴木 幸子
高波 澄子	高橋 真理	瀧川 薫	竹崎久美子	田中 京子
田辺美智子	塚田 縫子	西村真実子	西村 ユミ	根本 清次
長谷川高明	東 サトエ	福島 裕子	前田ひとみ	増井 孝子
増田 敦子	松浦 和幸	丸橋佐和子	宮崎 和子	村松 常司
矢田真美子	山内 一史			

(敬称略) (42名)

事務局便り

1. 平成12年度も残り少なくなりました。引き続き、会員として継続され、平成13年度の会費をお納め下さいますようご案内申し上げます。

尚、平成13年度より会費は、下記の通りとなります。平成12年度会費を納入した方で、24巻1号発行日(3月20日)までに「退会」のお申し出のない方には、引き続き会員として継続なさるものとして、平成13年度発行雑誌24巻1号からお送りいたします。

記

会費	7,000円	支払い方法	郵便振込
口座番号	00100-6-37136	加入者名	日本看護研究学会事務局

お振込みの際、会員番号を必ずご記入下さい。会員番号は、封筒のラベルに明記してあります。

2. 平成12年度の会費未納の方が約800名おります。これらの方々の中で平成11年度会費を納入された方で、「退会」のお申し出のない方には、平成12年度発行雑誌である23巻1号から5号までをすでにお送りしております。つきましては、平成12年度会費未納の方は、至急お振り込み下さい。平成13年度も会員を継続される場合は、平成12年度分と併せて2カ年分14,000円をお振り込み下さい。行き違いの節は、お許し下さい。

3. 送付先変更の場合は、会費お振込時の通信欄、又は葉書、FAX(043-221-2332)でお知らせ下さい。楷書でお書き頂き、難しい呼び名の場合には、ふりがなを付記して下さい。

4. 下記の方が住所不明です。ご存じの方は、本人、又は事務局までご連絡をお願いいたします。

あ-283 秋葉亜希子	あ-132 天野勢子	い-413 生駒和子	い-443 稲垣真穂
い-448 井上洋士	い-477 稲見綾子	い-503 糸原優子	え-035 榎屋真由美
お-445 沖田由花	か-370 香川純一	き-175 北原美紀	こ-257 小島美香
こ-265 小山恵理香	さ-297 斉藤リカ	た-444 多田敦子	た-486 高橋亜未
な-244 中井里江	な-356 内藤さゆり	は-141 長谷川ひろむ	は-235 林利子
ま-235 松清由美子	ま-245 榎本智子	み-173 三輪京子	も-094 森本由美子
や-340 安井真知子	わ-086 渡部恭子		

事務所の開所曜日と開所時間の変更について

平成13年4月1日より下記のように変更になりますので、ご注意下さい。
尚、下記開所日時以外のお問い合わせにつきましては、留守番電話、又は、FAXにてお願いいたします。

記

開所曜日	月・火・木・金曜日	電話	043-221-2331
開所時間	9:00~15:00	FAX	043-221-2332

日本看護研究学会雑誌

第24巻 1号

会員無料配布

平成13年2月20日 印刷

平成13年3月20日 発行

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)

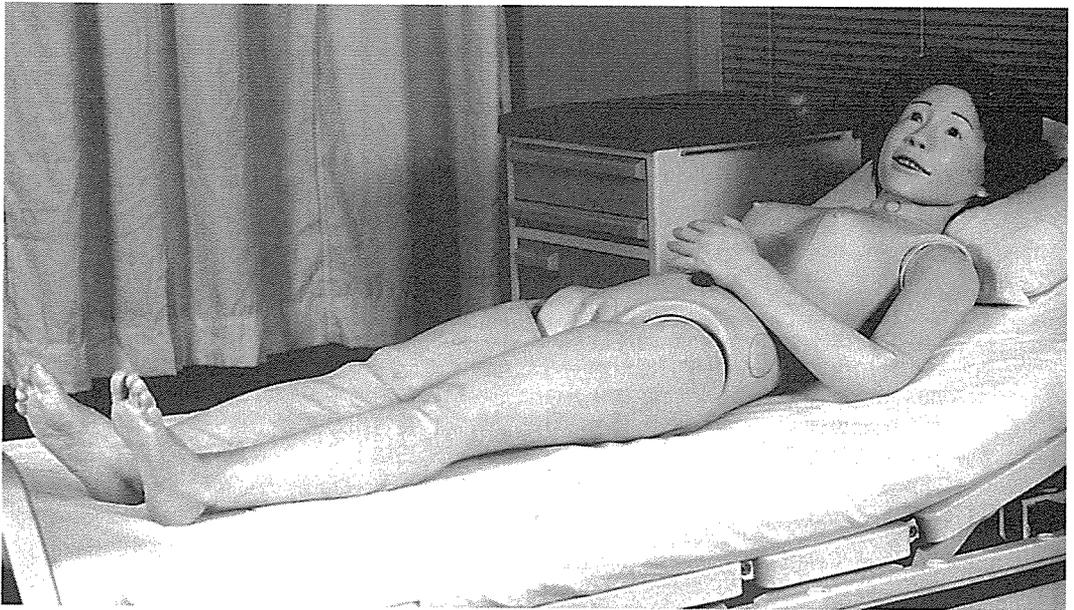
発行所 **日本看護研究学会**
〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10
☎ 043-221-2331
FAX 043-221-2332

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

座ることもできる手足につなぎめのない
扱いやすく新しいタイプの万能型看護実習モデル。

万能型実習モデル “さくら”



実習項目

- ① 体位変換
- ② 運動介助
- ③ 寝衣交換
- ④ 口腔内の清潔・義歯の脱着
- ⑤ 前身清拭
- ⑥ 洗髪
- ⑦ 胃洗浄
- ⑧ 腸洗浄
- ⑨ 人工肛門ケア
- ⑩ 気管切開患者のケア 等

2000年版医学・看護教育用モデル・
シミュレータ/VTR総合カタログ進呈



株式会社 京都科学

本社工場:京都市伏見区下鳥羽渡瀬町35-1
東京支店:東京都文京区小石川5丁目20-4

電話 本社:075-605-2510 Fax 075-605-2519
電話 東京:03-3817-8071 Fax 03-3817-8075

KYOTO KAGAKU co.,LTD

<http://www.kyotokagaku.co.jp>

日本看護研究学会 投稿原稿表紙

原稿種別 (番号に○)	1. 原著 (a. カテゴリーⅠ, b. カテゴリーⅡ, c. カテゴリーⅢ) 2. 研究報告 3. 技術・実践報告 4. 総説 5. 資料・その他 ()		
原稿送付年月日	_____年 _____月 _____日		
和 文 題 目			
英 文 題 目			
キーワード (5語以内, 日本語/英語)			
1. /	2. /	3. /	
4. /	5. /		
原 稿 枚 数			
本文: _____ 枚 図: _____ 枚 表: _____ 枚 写真: _____ 点			
著 者			
会員番号	氏 名 (日本語/ローマ字)	所 属 (日本語/英語)	
連 絡 先 住 所 ・ 氏 名			
住所: 〒 _____			
氏名: _____			
Tel: _____ Fax: _____ E-mail: _____			
別 刷 希 望 部 数			
_____ 部			

*受付年月日: _____年 _____月 _____日

看護学教育の評価における様々な活動を言語化する

Evaluation and Testing in Nursing Education

新刊

看護学教育における 講義・演習・実習の評価

著者 マリリン H. オーマン, キャスリーン B. ゲイバーソン

監訳 舟島なをみ 千葉大学教授・看護学部

訳 亀岡 智美 千葉大学・看護学部

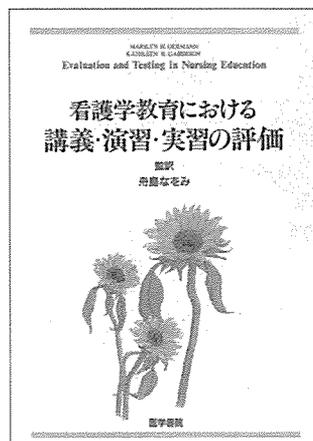
横山 京子 千葉大学大学院・看護学研究科博士後期課程

廣田登志子 千葉大学大学院・看護学研究科博士後期課程

松田 安弘 千葉大学大学院・看護学研究科博士後期課程

鈴木 美和 千葉大学大学院・看護学研究科博士後期課程

中谷 啓子 東海大学 医療技術短期大学講師



本書は、看護教育の評価についてテストの作成法から評価まで具体的に紹介したもの。また看護教育に多いレポートや記録の記述の評価などわかりやすく紹介している。さらに問題解決能力など、学生に持ってほしい能力がどの程度備わっているかをレポートの中から探り評価する方法にも言及している。

●A5 頁368 図9 表46
定価(本体3,500円+税) 送料実費
[ISBN4-260-33105-1]

■主要目次

1. 評価、測定、教育の過程
2. すぐれた測定用具の条件
3. 教室内試験の計画
4. 客観式試験問題：真偽式、組み合わせ式、短答式
5. 客観式試験問題：多肢選択式、多重選択式
6. 論文式試験問題と記述式課題の評価
7. 問題解決、意志決定、批判的思考の評価：状況設定問題とそのほかの評価方法
8. 試験の構成と実施

9. 試験の採点と分析

10. 看護学実習評価
 11. 看護学実習評価の方法
 12. 試験得点の解釈
 13. 成績評定
 14. 社会的、倫理的、法的問題
 15. プログラム評価
 16. 総合的質管理(TQM)と看護学教育 Theresa L. Carroll
- 付録A 実例：看護学実習評価表
付録B 試験および教育測定に関する倫理規定

◎看護教育の実践的知識を得るための指針となるシリーズ

〈看護教育講座〉

2. 看護教育のカリキュラム

編集 小山真理子

●A5 頁238 図14 表48 2000
定価(本体2,800円+税) 送料実費
[ISBN4-260-36722-6]

看護教育の基本を踏まえた上で、さらに実践的な知識を得るための指針となるシリーズ。新米教師のみならず、ベテラン教師にも参考となる。本書では、カリキュラムとは何か、どのような歴史的変遷を迎ってきたか、カリキュラムを作成する上で留意すべき点とは何か、などを簡潔に解説している。さらに、各教育課程の特徴まで述べている。



医学書院

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