

# 国立看護大学校 研究紀要

第1巻 第1号 2002年

創刊のことば .....	大学校長 竹尾恵子	
<b>総説</b>		
4年制大学教育で修得目標とされる看護実践能力 - カナダ, プリティッシュ・コロンビア州における新基準を分析して - .....	松井和子, 俵麻紀, 佐川美枝子	1
<b>原著</b>		
看護師のヒューマンケアリング行動に関する研究 .....	Puangrat Boonyanurak, 小澤三枝子, David R. Evans, 竹尾恵子	11
大学病院における看護業務時間の分析 .....	菅田勝也, 小澤三枝子, 入村瑠美子	17
心臓手術を受ける患者の手術決断の理由に関する研究 .....	山田巧	27
<b>報告</b>		
「うつ」に対する心理教育的カウンセリングの3事例 - 「I'm OK」「プラス思考」をキーワードにして - .....	鉅鹿健吉	35
わが国の小児看護の変遷 - 国立東京第一病院および国立小児病院を中心に - .....	駒松仁子, 佐々木和子, 伊藤愛子	41
成育医療と看護(1) - 成育看護学の構築を目指して - .....	佐々木和子, 伊藤愛子, 駒松仁子	51
厚生労働省国立病院部所管の医療施設における看護職の研修二ード .....	小澤三枝子, 鬼窪久美子, 西尾和子	59
厚生労働省国立病院部所管医療施設の附属看護学校教官の研修二ード .....	小澤三枝子, 鬼窪久美子, 西尾和子	67
<b>資料</b>		
循環器病の先端医療施設における看護研究の動向 - 国立循環器病センターの看護研究の分析 - .....	西尾和子, 飯野京子, 川畑安正, 山田巧, 笠岡和子	77
<b>活動報告</b>		
平成13年度 国立看護大学校看護研究プロジェクト .....		88
平成13年度 研修部活動報告 .....		89
平成13年1月~12月 教員の研究活動 .....		91



# The Journal of Nursing Studies

## National College of Nursing, Japan

Vol. I No. I 2002

---

Foreword .....	President	Keiko Takeo	
<b>Review</b>			
Nursing Competencies Required of a New Graduate in RN-BSN Program - An Analysis of the implementation in British Columbia, Canada - .....	Kazuko Matsui, Maki Tawara, Mieko Sagawa		1
<b>Original Article</b>			
An Investigation into Nurses' Behavior with regard to Human Caring ....	Puangrat Boonyanurak, Mieko Ozawa, David R. Evans, Keiko Takeo		11
Allocation of Nursing Time at University Hospitals in Japan .....	Katsuya Kanda, Mieko Ozawa, Rumiko Irimura		17
A Study on Reasons for the Decision Making about Surgery in Patients Undergoing Cardiovascular Surgery .....	Takumi Yamada		27
<b>Report</b>			
Case Reports on Psycho-Educational Counseling for Depressive Patients - Using Keywords, " I'm OK " and " Positive Thinking "- .....	Kenkichi Oga		35
Evolution of Pediatric Nursing in Japan - Through Practice of The First Tokyo National Hospital and National Children's Hospital - .....	Hitoko Komamatsu, Kazuko Sasaki, Aiko Ito		41
Toward Curriculum Innovation of Nursing for Child Health and Development .....	Kazuko Sasaki, Aiko Ito, Hitoko Komamatsu		51
Training Needs of the Nursing Staff of Medical Care Institutions under the Jurisdiction of the Department of National Hospitals of the Ministry of Health, Labour and Welfare .....	Mieko Ozawa, Kumiko Onikubo, Kazuko Nishio		59
Training Needs of the Nursing School Faculty of Medical Care Institutions under the Jurisdiction of the Department of National Hospitals of the Ministry of Health, Labour and Welfare .....	Mieko Ozawa, Kumiko Onikubo, Kazuko Nishio		67
<b>Materials</b>			
The National Cardiovascular Center : A Review of Its Specialized Research .....	Kazuko Nishio, Keiko Iino, Yasumasa Kawahata, Takumi Yamada, Kazuko Kasaoka		77
<b>Research Activities</b>			
Research Projects of the National College of Nursing, Japan in the Academic year of 2001. ....			87
NCN, J Training Center for Nursing Development report, 2001. ....			89
Faculties Research Reports, 2001. ....			91

## 4年制大学教育で修得目標とされる看護実践能力 —カナダ、ブリティッシュ・コロンビア州 における新基準を分析して—

松井和子<sup>\*1</sup>, 俵麻紀<sup>\*1</sup>, 佐川美枝子<sup>\*1</sup>

【要旨】 看護教育の現場で学生が看護実践能力をどこまで修得したらよいかと考える際に、カナダ、ブリティッシュ・コロンビア州（以下、BC州と略）登録看護協会が2000年12月改訂した新基準「新卒 Registered Nurse（以下、RNと略）に要求される看護実践能力」は示唆する点が多く、有意義な資料と考えた。そこで、新基準「新卒 RN に要求される看護実践能力」の意義と役割、基準改定の背景と関連要因などについて文献考察した結果、以下の点が明らかとなった。

BC州の新卒 RN は「新卒 RN に要求される看護実践能力」のみならず、その基盤に専門職として必要な看護実践基準を満たす義務を課せられていた。その看護実践基準とは、責任と説明、専門知識体系、知識の応用能力、倫理規定、市民へのサービス、自己啓発の6要素であった。

「新卒 RN に要求される看護実践能力」新基準作成の背景には、プライマリー・ヘルスケア政策、および公平かつ効率的なヘルスケア供給を追求するカナダ医療改革の推進があった。その医療改革を実現する一手段として RN 教育の最低基準を4年制大学教育とする、すなわち専門職団体、カナダ登録看護協会の「2000年までにすべての RN を看護学士（以下、BSN と略）へ」の運動があった。

「新卒 RN に要求される看護実践能力」新基準は、適切な専門職ケアの提供、市民と看護専門職へのサービス、アセスメントの熟達、クライアント中心のケアプラン開発、理論を行為へ適用した看護介入、クライアントとのコミュニケーション、クライアント教育と学習戦略、クライアントの経過観察、効率的ケア供給の組織化、医療システム内の協調的実践の10要素であった。

【キーワード】 新卒レベルの能力、看護大学教育、専門職によるケア、看護実践、医療改革

### 1. はじめに

わが国で、臨床看護職として働く4年制大学卒業者の増加に伴い、臨床現場から大学卒と専門学校卒による看護実践能力の差異について次のような指摘が目立つ。すなわち看護技術の面では専門学校卒業生が勝るが、創造的能力の点では大学卒業生が勝るという指摘である。大学で臨床看護教育を担当する教員としても、学生にどこまで看護実践能力を修得させたらよいのかという課題にしばしば直面する。わが国では履修単位数の必要基準は規定されていても、看護実践能力の修得目標に関する卒業要件は必ずしも明確でないからである。

その疑問に1つの解答を示したのが、カナダ、ブリティッシュ・コロンビア州（以下 BC 州と略）で入手した「新卒 Registered Nurse（以下 RN と略）に要求される看護実践能力〔BC州登録看護協会発行〕<sup>1)</sup>、および「2000年までにすべての RN を看護学士（以下、BSN と略）へ」というカナダ看護教育改革<sup>2)</sup>とその改革に連動した新基準「新卒 RN に要求される看護実践能力」の作成であった<sup>3)</sup>。

そこで本稿では、カナダ BC 州における新基準「新卒 RN に要求される看護実践能力」を中心に、次の3点を文献考察の目的とした。1つは、「新卒 RN に要求される看

<sup>\*1</sup> 国立看護大学校 国際看護学（在宅看護学）  
〒204-8575  
東京都清瀬市梅園1-2-1  
電話：0424-95-2211  
FAX：0424-95-2758  
メールアドレス：matsui@adm.ncn.ac.jp

看護実践能力」に関する基準作成の意義と役割, 2つは, 新基準で教育達成目標とされるBSNの新卒RNに要求する看護実践能力とは, その構造と機能はどのような特徴を持つか, 3つは, 旧基準から新基準の改定, およびその改定の背景に関する考察である。

## II. 「新卒RNに要求される看護実践能力」基準作成の意義と役割—「看護実践基準」との関係—

J.R. Kerrらによると, カナダ登録看護協会は1982年2月RN養成教育の最低基準をBSNと決定し, 2000年までにその目標を達成しようと, 各州登録看護協会に看護教育改革の運動を提起した<sup>4)</sup>. 1988年米国のBSNがRN200万人中25.1%<sup>5)</sup>に対し, 1989年カナダのBSNは13.1%(RN22万999人中)と米国の約1/2であった<sup>6)</sup>. このようにRN中BSNがわずか1割強の状況から約10年間ですべてのRNをBSNへという目標は一大教育改革を必要とする運動である。それは, プライマリー・ヘルスケア政策を推進するカナダ医療改革と国民の健康維持増進に看護職が専門職として責任を持つ運動と位置づけられた。

カナダの医療保障は国際比較において国民満足度がトップレベルであり, そのシステムは全国レベルで改革の理念を公平性と効率性に求めているが<sup>7)</sup>, カナダ医療保障といっても単一ではなく, 各州で独立したシステムが採用されている<sup>8)</sup>. カナダ最古の4年制看護大学教育<sup>9)</sup>を持つBC州では, 「2000年までにすべてのRNをBSNへ」の運動の一環として専門職団体, すなわちBC州登録看護協会が1997年, 「新卒RNに要求される看護実践能力」基準の改定作業に着手した。3年後, 2000年「新卒RNに要求される看護実践能力」新基準が公表された。それは, RN養成教育およびRN資格試験の実施を, 州政府から委託されたBC州登録看護協会が作成した基準である。その基準を同協会に達成可能と承認された看護教育プログラムの卒業生のみが, RN資格試験を受験できる<sup>10)</sup>。

新基準は2000年12月から実施された。したがって, その新基準は4年制看護大学教育の修得目標に活用する目的で制定されたとみなすことができる。しかもその新基準は, 専門職に重点をおく大学教育に必要な能力を示した点で注目される。

BC州でRN資格試験を受験できるのは, 州登録看護協

会が作成した基準「新卒RNに要求される看護実践能力」を達成可能と承認された看護教育プログラムの修了者のみである<sup>10)</sup>。州内の教育プログラムを承認するのも, またRN試験を実施するのもBC州登録看護協会である。BC州登録看護協会はそれら権限を州政府から委託された専門職団体であり, かつRNのみが会員の組織である。州内でRNとして就業するにはその会員であることが必要条件とされ, 非会員のRNに州内の就業を禁じる権限を持つ団体である。その理由は次のように説明されている。

「市民はRNであれば専門職にふさわしい看護ケアを供給するものと期待し, 信じている。しかしその看護実践が注意深く護られていなければ市民の信用は失墜してしまう。RNとして看護を実践することは権利ではなく, 義務であり, BC州の市民はその義務を護るよう州登録看護協会に要求する」<sup>11)</sup>

したがって, 同協会はすべての会員に専門職としてふさわしい看護実践供給の保障義務を課している。その評価を目的として協会は看護実践のスタンダードを設定, および自己評価ツールを開発<sup>12-13)</sup>し, 看護実践の基準を満たしているかどうか年1回の自己評価を全会員に義務づけた。同協会が会員に自己評価を要求する「看護実践基準」は表1に示す6項目である。なお, 各項目とも臨床実践者, 教育者, 管理者, 研究者と4職域に区分され, それぞれに「看護実践基準」が設定されており, うち表1は臨床実践者の「看護実践基準」を示す。

BC州登録看護協会が設定する「看護実践基準」は, 表1で明らかなごとく, ケアの質的レベルに関する基準ではない。その点について同協会は次のように説明する。『ケアの基準はクライアントが焦点となる。なぜならケアの基準は, クライアントがナースに期待, あるいは成果をもたらすケアの最適なレベルを規定するものである。他方, 「看護実践基準」は, 専門職団体であるBC州登録看護協会が会員各自に期待する専門職として看護行為に関する規定である<sup>14)</sup>』

表1の基準は, BC州で働く新卒RNにも適用される。すなわち新卒RNはBC州における看護実践の基準を満たすことを要求される。それは次の「新卒RNに要求される看護実践能力」とともにRN養成の看護教育を評価する基準としても活用されている。

表 1：看護実践基準：臨床実践者

	項目内容	指標
基準 1	専門知識体系：看護学および関連科学，人間性に基づく実践の基礎	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 必要な情報をいかに，どこで見出せるか知る</li> <li>2. クライアントや他者に看護知識を供給</li> <li>3. 知識と理論に基づく意思決定</li> <li>4. 看護専門職としての見解を他者に示す</li> <li>5. 治療的コミュニケーションスキルと社会的人間関係の区別を明確化し，それぞれを適切に活用</li> </ol>
基準 2	知識の応用能力：診断，積極的介入計画，計画化された介入の実施，介入結果の評価	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 観察，コミュニケーション，フィジカルアセスメントの技術を活用しつつ多様な情報源から必要なデータを収集</li> <li>2. 診断，報告，評価の際，適切な情報と不適切な情報を識別</li> <li>3. 看護診断は立証可能な情報に基づく標準化した書式で記述</li> <li>4. 看護診断に基づくケアプランを作成</li> <li>5. ケア計画とケア供給の優先順位を決定</li> <li>6. 政策，処置，ケア基準に基づいて計画化された介入を実施</li> <li>7. 介入時のクライアントの反応を評価し，必要があれば介入を修正</li> <li>8. 適切な観察の正確な報告と時機にかなった記録，そこから結論を導く</li> <li>9. 専門職の関係を主導，維持，合意</li> </ol>
基準 3	市民対象にサービス供給：看護サービスの提供，ヘルスケアサービス供給時，他職種と協調し，事業を調整	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. クライアントのケアについてヘルスケアチームの他職種とコミュニケーションし，調整</li> <li>2. 委任された業務や機能の実施に責任を持つ判断</li> <li>3. クライアントに対する他職種のヘルスケア供給を調整</li> <li>4. 看護チームへの業務委任，およびチームメンバーの監督</li> <li>5. 管理に参加し，質の維持に努力</li> <li>6. クライアントと他者にヘルスケアサービスを説明</li> </ol>
基準 4	倫理規定：看護専門職の倫理基準を護る	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. カナダ憲章の権利と自由に合致した看護理念を表明</li> <li>2. 専門職倫理規定を遵守</li> <li>3. 正直と誠実さを提示</li> <li>4. 安全性に欠く実践，あるいは職業的不正をしかるべき人，あるいは組織へ報告</li> <li>5. 自律，尊敬，プライバシー，尊厳，情報のアクセスに関するクライアントの権利を保護促進する代理人として行動</li> </ol>
基準 5	自己啓発：能力の維持，実践に応用，新知識とスキルの獲得に責任を持つ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 実践が要求する知識やスキルを維持するため時間と努力を投入，あるいは他の資源を活用</li> <li>2. 自己能力の範囲内で実践</li> <li>3. 現行の登録やライセンスを維持</li> <li>4. 自身の身体的，精神的，情緒的健康を維持</li> </ol>
基準 6	責任と説明：登録看護婦法，BC 州登録看護協会および実践場面で決定される専門職の行動と看護実践の基準を維持	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. いつでも自身の行為に責任を持ち説明</li> <li>2. 法的に認められた看護実践および関連法規の範囲内で機能</li> <li>3. 組織や部門が制定した方針や基準を遵守，あるいは援助</li> <li>4. 看護実践およびヘルスケアに関する改善を擁護</li> </ol>

III. 「新卒 RN に要求される看護実践能力」の新基準

1) 旧基準と比較した新基準の特徴

BC州登録看護協会は、カナダ看護婦法によってBC州における看護教育プログラムの認可権を持ち、その責任から新卒RNに要求する看護実践能力に関する基準を定期的に検討を行ってきた。目的は、クライアントの健康ニーズ、ヘルスケア政策および供給システムの改革、看護実践における発展などに柔軟かつ適切に対応することである。新基準は1997年から2000年にかけて検討され、新卒RNレベルの看護実践能力として開発された。2000年12月から実施された改訂版は新卒者に要求する看護実践能力第1部と第2部と、2部構成で公表された。第1部は看護実践能力の総論、第2部は各論、新生児から80歳以上の年齢を8区分し、各年齢層別事例別にコアとなる知識、判断、スキル、態度を列挙した。第2部で対象とした事例は169例であった<sup>15)</sup>。

本論で考察対象としたのは、総論編として出版された第1部である。まず新基準改定のポイントを明らかにする目的で旧基準と比較を示したのが表2である。表2をみると、旧基準の看護実践能力は、2つのカテゴリー、すなわち看護能力と看護技術に分類されていた。看護能力では、専門職の義務と責任のもとに、各年齢層のクライアントに共通する身体ケア、支援ケア、および急変時の看護能力、さらに施設の基準に即した看護ケアの供給管理とケア資源の管理能力が要求されていた。他方、看護技術は、新卒者に要求する能力を科学的思考能力、人間関係構築スキル、精神運動スキルと3つに分類された。

うち科学的思考能力で新卒者に要求されたのは、情報収集技術、フォーカススキル（問題の特定と目標設定）、記憶スキル、組織化のスキル（比較と対照、情報の分類、

優先順位の設定）、分析スキル、一般化するスキル、統合化のスキル、評価スキルである。

人間関係構築スキルで要求されたのは、基本的態度（ケアリング、尊敬、誠実さ、温かさ）、自己認識、傾聴し反応する能力であった。

さらに精神運動スキルとして要求された能力は以下の通りである：外来ケアスキル（ベッド、ストレッチャー、歩行補助具、電動リフターなど使用の援助）、感染予防、包帯法と傷のケア、フィジカルアセスメント、死後のケア、記録、ドレナージの管理、排泄ケア（浣腸、人工肛門ケア、カテーテル・ケア含む）、経管栄養、運動、栄養指導と食事管理、フットケア、体温調節ケア、清潔ケア、輸液 - 中心静脈ラインのケア、輸液 - 末梢静脈ラインのケア、挿管、洗浄（膀胱、直腸、眼、胃、膣、傷）、母性看護、新生児ケア、与薬、注射（筋肉注、皮下注、皮内注）、静脈注射、整形外科看護、隔離テクニック、移動介助と姿勢保持、保護具の選択と管理、呼吸管理（酸素療法、体位ドレナージ、排痰、気管切開ケア、加湿など）、蘇生法、検体の管理、吸引、持続膀胱洗浄の管理<sup>16)</sup>。

以上、精神運動スキルの詳細なリスト、および表2の看護能力7項目中5項目はケア供給で占めることでも明らかのように、旧基準は看護介入と臨床看護スキルに重点をおいた実践能力の要求といえる。他方、新基準は旧基準に比べ顕著な差異を示す。表2で明らかのように旧基準が看護能力と看護技術の2大カテゴリーに分類されたのに対し、新基準は、新卒者に要求する看護実践能力を10項目に分類する。

旧基準の「専門職の実践」は、新基準では「適切な専門職ケアの供給」と「市民と看護専門職へのサービス」と2分割されたと考える。旧基準における「専門職の実

表2：新卒RNに要求される看護実践能力の新基準・旧基準の比較

新基準	旧基準
1. 適切な専門職ケアの供給	新卒者に要求される看護能力
2. 市民と看護専門職へのサービス	1. 専門職の実践
3. クライアント・アセスメントの熟達	2. 身体ケアの供給
4. クライアント中心のケアプラン開発	3. 支援的ケアの供給
5. 看護介入：理論を行為へ適用	4. 急変時の対応
6. 看護介入：クライアントとのコミュニケーション	5. 安全かつ支援的な環境整備
7. 看護介入：クライアント教育と学習戦略	6. 看護ケアの供給管理
8. クライアントの経過評価	7. ケア資源の管理
9. 自己とチームメンバーに効率的ケア供給の組織化	新卒者に要求される看護技術
10. 医療システムにおける協調的実践	1. 科学的思考能力
	2. 人間関係構築スキル
	3. 精神運動スキル

践」では、看護倫理綱領と看護法を遵守、BC州看護実践基準に従う、看護知識とスキルの現行水準の維持に責任を負うこと、職場の理念や方針に従う、看護実践で自身の限界を知ること、地域の看護職とコミュニケーションしサポートする能力が要求されていた。他方、新基準は、旧基準の専門職実践能力に加え、「適切な専門職ケアの供給」で強調されたのは、健康の回復、維持、増進にクライアントの参加を促進する目的で、クライアントと効果的なパートナーシップを形成、クライアントがケアを自己決定できるようにサポートし、必要なクライアントに対するアドボケート（代理）機能の提供である。さらに「市民と看護専門職へのサービス」では、専門職の第一の目的が市民へのサービスという原則を確認し、健康な社会をめざし地域における専門職の活動をサポートし、地域、州、国レベルでヘルスケア組織を総合的に理解する、加えて継続学習と研究を発展する能力が要求された。

ついでアセスメント、ケアプランの開発、介入、評価と新基準の10項目中6項目は看護過程の展開で占める。旧基準でアセスメント、計画、評価が「看護ケアの管理」に含まれ、介入は身体ケアの提供、支援的ケアの提供、急変時の対応、安全かつ支援的環境整備とそれぞれ独立項目に分類されていた。それに対し、新基準はアセスメントから評価へと循環するプロセスと位置づけ、新卒RNに看護過程展開能力の修得を強化した。いい換えれば、旧基準が臨床看護スキルを重視していたのに対し、新基準はアセスメント、ケアプランの作成、ケアプランに基づく介入、評価と看護過程の展開能力を重視する方向への転換といえる。

さらに新基準の特徴は、クライアントの個性性を重視した看護実践能力が要求されたことである。また、新基準でクライアントは安定した状態と不安定な状態とに区分され、安定か、不安定かいずれの状態かを識別したクライアントを対象にアセスメント、ケアプラン、介入、および評価能力が要求された。

## 2) 新基準で要求される看護過程の展開能力

### A アセスメント能力

新基準が要求する新卒者のアセスメント能力は、一般的なアセスメント能力に加え、次の特徴を示す。

- (1) クライアントの基本的ニーズと個別特定ニーズに区分し、それぞれのニーズに対応したアセスメントツールを活用すること
- (2) 安定状態にあるクライアント（新生児から高齢者）および不安定なクライアント（新生児を除く）を対象に総合的全人的なアセスメントのために、多様な

資源からデータを収集し、クライアントの社会経済的情報（所得、社会的地位、教育、職業、労働条件）にも精通すること

- (3) クライアントの全人的ニーズ、すなわち身体的、情緒的、認知的、社会的、霊的、発達、文化、情報と教育に関するニーズをアセスメントするために、クライアントの協力を得ること
- (4) クライアントの潜在的健康問題をアセスメントすること

### B クライアント中心のケアプランの開発

新卒者に要求するケアプランの開発能力は、次のように規定された。

- (1) 安定した状態のクライアント（新生児から高齢者、家族、地域）、不安定な状態のクライアント（乳児、小児、青年、成人、高齢者、家族、地域）を対象とする。
- (2) クライアントの受入れ可能な最高と最低の健康目標を設定する。
- (3) クライアントと共同で以下のケアプランを開発する。
  - a. 期待される成果を明示
  - b. 組織的な管理によって複雑な健康問題を減少
  - c. 効果的な代替的ケアの開発
  - d. ケアの優先度を決定
  - e. 適切な資源からクライアントに有効な情報を収集
- (4) 活用可能な資源とクライアントのニーズに合致したケアスキルを選択する。
- (5) クライアントが他のケアシステムに移行するとき、継続可能なケアプランを開発する。

### C 看護介入

新卒者に要求する看護介入能力は、表2で示したように、1. 理論を行為へ適用、2. クライアントとのコミュニケーション、3. クライアント教育と学習戦略の3つに区分された。

- (1) 理論を行為へ適用する能力は、介入レベルを自立した実践と一定の条件下での実践に区分し、専門的ケア（疼痛や動脈ラインの管理など）や作成可能なケアプランを超えた創造的介入は特定された範囲に限定されるが、健康の維持増進、疾病・外傷の予防、リハビリテーション、緩和ケアは新卒者の自立した看護実践能力と要求された。さらに安全かつ効果的、効率的看護介入に適切なテクノロジーの活用、クライアントにとっての潜在的に危険な状況を報告、クライアントの健康や安全に影響する急激な状況変化

に対応することも自立的な実践能力とされた。

(2) クライアントとのコミュニケーションでは、以下の能力が要求された。

一般的な社会的交流と専門職のコミュニケーションの区別を維持すること

健康目標を達成するためクライアントとパートナーシップを形成すること

クライアントのニーズと適切な状況を満たすコミュニケーションの方法を選択

多様なクライアントに適切なコミュニケーションスキル（基本的スキルとより高度のスキル）を採用

クライアントの尊厳とプライバシーに配慮しつつ、クライアントのケアに関する適切な情報を共有

(3) クライアント教育と学習戦略では、つぎの能力が要求された。

まずクライアント教育では、個人、家族、住民、集団、地域を対象にした一般的健康情報の提供能力、さらにクライアントの特別なニーズを満たす健康情報の収集、および適切なメディアと学習戦略を選択する。クライアントの学習ニーズを明らかにするために、学習ニーズのアセスメント、学習プランの開発、開発した学習プランの実施、評価を行う。

#### D 評価

クライアントの安定した状態、あるいは不安定な状態をモニターしつつ、それぞれの状態別に目標と到達点を比較し、学習プランを含む看護介入の有効性を評価する能力が要求された。さらに評価の結果にしたがって学習プランを修正し、クライアントの状態に対応した学習プランを作成する能力が要求された。

以上、看護過程の各プロセスにおいて、安定したクライアントが対象の場合は新卒 RN の自立した実践能力として、また不安定なクライアントはピアコンサルテーションとともに、または特定条件の範囲内で、あるいは指示に基づいた実践として区別されている。

3) 医療チームメンバーとしての組織的ケア供給能力と協調的実践能力

カナダ医療改革の理念は公平性と効率性である。旧基準では「ケア資源の管理」がその理念を若干反映した能力ではないかと考える。しかしそこで対象とされた資源は看護領域に特定されており、ケアプランと介入に直接関連した資源（装置やサプライ、補助者など）に限定さ

れていた。他方、新基準では旧基準のように看護領域に限定せず、むしろ看護実践を医療保障の1つと明確に位置づけ、他の医療チームとの協調的実践能力を要求した。すなわち新基準の「医療チームメンバーとしての組織的ケア供給能力と協調的実践能力」はカナダ医療改革の理念を看護実践能力に反映させたものといえる。その2つの項目で具体的に要求されたのは以下の能力である。

まず医療チームメンバーとしての組織的ケア供給能力では、看護業務の組織化、優先度、効果的な時間管理能力、看護情報システムとコンピューターの活用、明解かつ正確でタイムリーな記録、効果的ケア供給を目的とした装置や資源管理能力などが組織的ケア供給能力として要求されている。さらに協調的実践能力としては、医療チームメンバーとのパートナーシップを形成し、様々な職種からなる医療チーム内での対話を促進するための葛藤解決（conflict resolution）スキルを活用しつつ、クライアントの健康目標を達成するために関連地域機関と協調し、調整する能力である。

#### IV. 新基準「新卒 RN に要求される看護実践能力」の構造と背景

図1は「新卒 RN に要求される看護実践能力」に関する基準改定のプロセスと新基準の構造的特徴を示した図である。その図をみると、看護専門職の役割を規定した BC 州看護実践基準は全 RN の指針であり、その基準は新卒 RN にも適用される。したがって図1に示すごとく旧基準、新基準ともに「新卒 RN に要求される看護実践能力」の基盤として影響力を及ぼす指針である。

さらに旧基準から新基準への改訂を必要とした背景には、プライマリー・ヘルスケア政策と公平かつ効率的なヘルスケア供給を追求するカナダ医療改革の推進があり、その医療改革を実現する一手段として RN 教育の最低基準を4年制大学教育とする、すなわちカナダ登録看護協会の「2000年までにすべての RN を BSN へ」の運動がある。

さらに図1の新基準「新卒者に要求される看護実践能力」をみると、クライアントとのパートナーシップを形成しつつ、かつ医療チームとの協調性を図り、看護過程を展開する能力が極めて重視された構造を示す。

新基準で要求された看護実践能力は、カナダ医療改革の推進メンバーの一員としての役割がより鮮明にされたといえる。したがってその看護実践能力の目標は図1に示すように、プライマリー・ヘルスケア政策の目標である「すべての人々に健康を」志向することである。



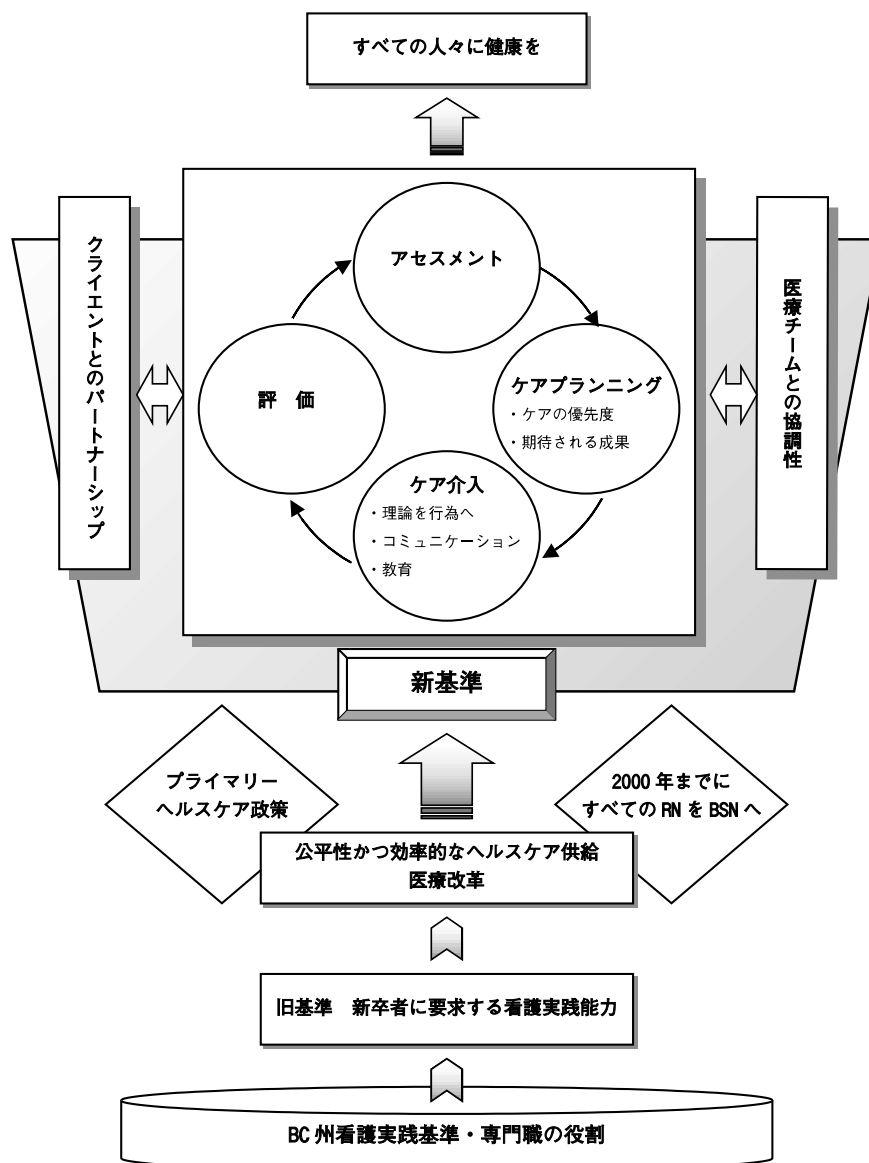


図1：新基準「新卒RNに要求される看護実践能力」の構造と関連要因

#### V. むすび

BC州における「2000年までにすべてのRNをBSNへ」という目標は、2000年夏時点でなお未達成であった。しかし、BC州登録看護協会幹部の予測によると、新卒RNの54%はBSNで占めることから、100%目標達成は時間の問題である。したがって、RN教育の最低基準をBSNにする教育改革は実現の方向へ大きく前進しつつあるとの見解であった。新卒BSNに要求される看護実践能力、いい換えれば、4年制大学教育で修得目標とされる看護実践能力の必要条件を規定したのが新基準であると、本

論の考察で明らかにできたと考える。さらに新基準は、看護職が「すべての人々に健康を」というプライマリー・ヘルスケア政策とカナダ医療改革を推進する専門職として必要な教育目標であることも明らかにされた。

そのような専門職団体の運動と新卒者に要求される看護実践能力の基準設定は、看護教育の大学化が急速に進展しつつあるわが国においても学ぶべき点は多いと考える。さらに新基準第2部が提起した年齢階層別事例で必要な知識、判断、スキル、態度の修得能力についても今後考察すべき課題と考える。

引用文献

- 1) RNABC(Registered Nurses Association of British Columbia) ed: Nursing Competencies and Skills Required of the New Graduate, 3-14, RNABC,1990
- 2) 松井和子：専門学校卒業者の大学編入に向けて - カナダ BC 州における看護学士拡大教育プログラムに学ぶ，看護教育，39（4），304-308,1998
- 3) RNABC ed.: Competencies Required of a New Graduate-Section One: Profile and Generic Competencies, 1-22, RNABC, 2000
- 4) J.R. Kerr & J. MacPhail: Concepts in Canadian Nursing, 99-115, Mosby, 1996
- 5) L.Y. Kelly & L.A. Joel: The Nursing Experience (3rd ed.), 180, McGraw-Hill, 1996
- 6) A.J. Baumgart & J. Larsen: Canadian Nursing Face the Future (2nd ed.) 53, Mosby, 1992
- 7) M. Stingl & D. Wilson ed.: Efficiency VS. Equality: Health Reform in Canada, 3, Fernwood, 1996
- 8) J.M. Hibberd & D.L. Smith(2nd ed.): Nursing Management in Canada, 5, W.B. Saunders, 1999
- 9) G. Zilm & E. Warbinek: Legacy- History of Nursing Education at the University of British Columbia 1919-1994, 1-265, University of British Columbia School of Nursing
- 10) RNABC ed.: Competencies Required of a New Graduate, 2, RNABC, 2000
- 11) RNABC ed.: Standards for Nursing Practice in British Columbia, 1, RNABC, 1992
- 12) RNABC ed.: Standards for Nursing Practice in British Columbia Education Sessions Facilitator's Guide, 1-37, RNABC, 1992
- 13) RNABC ed.: Continuing Competence Program-Professional Development Checklist, RNABC
- 14) RNABC ed.: Standards for Nursing Practice in British Columbia, 1, RNABC, 1992
- 15) RNABC ed.: Competencies Required of a New Graduate-Section Two: Practice Exemplars for Eight Age Groups, RNABC, 1999
- 16) RNABC ed: Nursing Competencies and Skills Required of the New Graduate, 10-13, RNABC,1990

## **Nursing Competencies Required of a New Graduate in RN-BSN Program -An Analysis of the Implementation in British Columbia, Canada-**

Kazuko Matsui<sup>\*1</sup>, Maki Tawara<sup>\*1</sup>, Mieko Sagawa<sup>\*1</sup>

**【Abstract】** The revised entry-level competencies in 'Competencies Required of a New Graduate' were developed over three years by Registered Nurses Association of British Columbia (RNABC) and completed in December, 2000. We think that competency requirements are very significant for Registered Nurse (RN) - Bachelor of science in Nursing (BSN) programs in Japan. The purpose of our study is to clarify the structure and the function of competencies, its significance, the roles and the characteristics of the revised competencies, and the factors related to the revision.

The results are as follows;

1. 'Competencies Required of a New Graduate' and 'Standards for Nursing Practice in British Columbia' are the fundamental requirements for a new nursing graduate in British Columbia.

The Standards are the professional practice requirements for a RN in British Columbia and have become the basis for the Competencies. Six standards for Nursing Practice are: Responsibility and Accountability, Specialized Body of Knowledge, Competent Application of Knowledge, Code of Ethics, Provision of Services to the Public, and Self Regulation.

2. Factors related to the entry-level competencies are: primary health care policy and health care reform in Canada in order to achieve just and effective "Health for All". As one of the means for the health care reform to succeed RNABC had set out the goal to have all new graduates in nursing in British Columbia be certified in Baccalaureate level by the year 2000.

3. The revised entry-level competencies have ten components: Provides competent professional care, Serves the public and the nursing profession, Performs and refines client assessments, Develops client -focused plans of care, Intervenes, Puts theory into action, Communicates with clients and teach clients then verifies learning, Evaluate client's progress, Organizes care delivery for self and team members, and practices collaboratively in the health system.

Thus the educational requirements for the nursing profession are the standards for the nursing professionals to become proponents of primary health care policy and health care reform in order to achieve "Health for All".

**【Keywords】** entry-level competency, RN-BSN program, professional care, nursing practice, health care reform

---

<sup>\*1</sup>National College of Nursing, Japan  
International Nursing (Home Care and Nursing)  
1-2-1, Umezono, Kiyose-shi, Tokyo,  
204-8575, Japan  
TEL:0424-95-2211  
FAX:0424-95-2758  
e-mail:matsuk@adm.ncn.ac.jp



## An Investigation into Nurses' Behavior with regard to Human Caring

Puangrat Boonyanurak<sup>\*1</sup>, Mieko Ozawa<sup>\*1</sup>, David R. Evans<sup>\*2</sup>, Keiko Takeo<sup>\*3</sup>

**【Abstract】** The purpose of this study is two-fold. Firstly, the concept of 'human caring' is examined by reviewing the literature and identifying the elements that constitute its' essence.

The HCMQ is a questionnaire that consists of seven elements of human caring; essence of person, relationships, choices, genuine dialogue, experiential process, healing, and human/economic resource exchange. Each element consists of 5 items; consequently thirty-five questions were developed into this questionnaire. Three nurse experts, who earned doctoral degrees from the United States, validated the content. The pretest was conducted and the reliability coefficient of this instrument is 0.94.

The English version of the HCMQ was translated into Thai, and pre-tested with 30 nurses. A reliability coefficient of 0.95 resulted for the HCMQ (Thai). The questionnaire was disseminated to the nurses working at six national centers belonging to the Ministry of Health in Thailand. Data was collected from 1,387 and the response rate was 84.6%. Completed questionnaires only (1,221) were used for the data analysis. There were no statistically significant differences according to work position, and gender. However, an ANOVA did show significant differences when the subjects were grouped according to educational background. Nurses who held a master's degree had the highest scores for practicing the meaning of human caring followed by those with a bachelor's degree, and the two-year program group had the lowest scores ( $p < 0.001$ ). Age also has a significant impact on HCMQ scores. For nurses who graduated from 2-year programs, the HCMQ score fell as the age of the respondents rose, but for nurses who attended 4-year programs the HCMQ score rose according to age.

**【Keywords】** human caring, questionnaire development, nurse, Thailand

Human caring is an important concept in nursing<sup>1)</sup>. The sense of healing, relief, peace of mind and mutual trust etc., are included in the concept of human caring. In a clinical setting, human caring will be achieved through the nurses' daily behavior towards patients' care. However, it might vary according to the nurses' cultural background or tradition<sup>2)</sup>, as in the differences between Asia and the West. This time, nurses' behavior with regard to human caring is investigated in Thailand, which has an Asian culture.

Firstly, the concept of human caring was examined by reviewing the literature and identifying 7 patterns of behavior (elements) that constitute its' essence. Each element was then sub-divided into 5 items of behavior. The second stage was to

ask practicing nurses and administrators to self-evaluate the extent to which they fulfilled these criteria in their working lives. These findings were then analyzed according to the subjects' educational background, age, experience, and work position, as human behavior or the way of thinking are influenced by such characteristics. The subjects of this research were nurses and nursing administrators working at six national health centers for the Ministry of Health in Thailand.

### 1. Developing a questionnaire for the investigation on the behavior of human caring:

The most important step for the development of this instrument was the identification and specification of the

---

<sup>\*1</sup>National College of Nursing, Japan( Fundamental Nursing )  
1-2-1, Umezono, Kiyose-shi, Tokyo,  
204-8575, Japan  
TEL:0424-95-2211  
FAX:0424-95-2698  
e-mail:ozawam@adm.ncn.ac.jp

<sup>\*2</sup>National College of Nursing, Japan( Human Science )

<sup>\*3</sup>President, National College of Nursing, Japan

concept of human caring. Ford's survey of 192 nurses identified two major categories for caring: genuine concern for the well-being of another and giving of yourself<sup>3)</sup>. From seventy-five behaviors, Wolf<sup>4)</sup> identified the five highest ranked caring behaviors as attentive listening, comforting, honesty, patience, and responsibility.

Howard<sup>5)</sup> pointed out eight theoretical components: inherent worth, irreplaceability, holistic selves, freedom of action, status equality, shared decision making and responsibility, empathy, and positive affect. Fenton<sup>6)</sup> developed the Scale of Humanistic Nursing Behaviors by observing nurses' activity in a clinical setting. This scale was based on four dimensions: shared decision making, holistic selves, empathy, and status equality. These four dimensions were based on Howard's<sup>5)</sup> eight components.

Lakomy<sup>7)</sup> examined the meaning of human caring by using qualitative methodology, and identified seven themes of human caring: essence of person/being; relationships/encounters; decisions/choices/judgments; genuine dialogue; experiential process; healing modalities; and human/economic resource exchanges.

Watson's caring concept and Lakomy's seven themes of human caring have been adapted for the questionnaire as a theoretical base to measure human caring.<sup>7,8)</sup>

Consequently, human caring is defined as 7 patterns of behavior (elements): essence of person, relationships, choices, genuine dialogue, experiential process, healing modalities, and human/economic resource exchange.

Five items were developed for each of these 7 elements. Consequently, the instrument consists of the following thirty-five items:

### 1. Essence of person

- Understanding and loving humanity
- Loving others as well as oneself
- Allowing others the freedom to be human
- Promoting and sustaining the human qualities of others
- Understanding the reality and the meaning of life and death

### 2. Relationships

- Being comfortable in developing friendship with others
- Being willing to develop companionship
- Being sensitive to the needs of others
- Providing support to others
- Recognizing the uniqueness of others

### 3. Choices

- Understanding the values of others
- Providing alternatives to others in their decision-making
- Respecting the opinions of others
- Respecting the rights of others
- Understanding the desires of others

### 4. Genuine dialogue

- Using warm and kind expressions
- Listening with understanding
- Expressing oneself
- Being able to communicate in a humanistic way
- Showing willingness to communicate with others

### 5. Experiential process

- Being open to others
- Being gentle and tender
- Willingly satisfying the needs of others
- Satisfying the extra needs of others
- Being sympathetic to others

### 6. Healing

- Using "touch" in a therapeutic way
- Believing in faith
- Believing in hope
- Being willing to help others without hesitation
- Showing empathy

### 7. Human/economic resources exchange

- Having a social network
- Having supportive exchanges
- Being satisfied with one's economic status
- Being friendly to others
- Having the ability to utilize supportive relationships with others

The following Likert scale was used to determine the extent to which the respondents behaved in the manner outlined in the elements described. For each item the respondents awarded self-evaluation grade as follows:

- Nearly always = 5 marks (76 -100 % acceptance)
- Usually = 4 marks (51-75 % acceptance)
- Sometimes = 3 marks (26-50 % acceptance)
- Seldom = 2 marks (1-25 % acceptance)
- Never =1 mark (0 % acceptance)

In order to keep the respondent's thinking within the meaning of each element of human caring, the headings for the

elements were included in the questionnaire. The items, then, were arranged in sequence under each element. Researchers indicated how the questionnaire should be completed. Completion of all items was requested.

This questionnaire, named The Human Caring Meaning Questionnaire (HCMQ), was written in English and reviewed by three nurse researchers who were interested in the concept of caring. Additionally, a panel of experts (Thai faculty members possessing a doctoral degree from the USA) was asked to review the questionnaire. As a result of their suggestions, some changes were made.

The pretest was performed by 15 staff nurses and nurse administrators who could understand English. The internal consistency of the test (Cronbach's alpha) was computed and the reliability coefficient was 0.94, which was considered to be quite high.

## II. Subjects and Method

To carry out this research in Thailand, the English version of the HCMQ was translated into the Thai language. The same panel of experts tested the content validity. (Reverse-translation was not performed). After making some amendments, the pretest was carried out with 30 staff nurses and nurse administrators. The reliability coefficient (Cronbach's alpha) was 0.95 in the Thai version of HCMQ (HCMQ-Thai).

*Setting and sample.* The target population for this study was staff nurses and nurse administrators employed by the government and working at the National Health Centers such as General Hospitals, Cancer Centers, Cardiovascular Centers, and Mental Health-Neuro-Psychiatric Centers. Confidentiality was maintained by the questionnaires being completed anonymously and by not using any form of coding. All the respondents were informed that if the results of the study were published, only group data would be unveiled.

*Data collection.* The HCMQ-Thai was distributed through the nurse supervisors of each center to 1,640 Thai staff nurses and nurse administrators in 6 national health centers (classified in 4 areas; general, cancer, cardiovascular, and mental health and psychiatric) belonging to the Ministry of Health. There were 1,387 respondents, a response rate of 84.6 %. The completed questionnaires (1,221) were used for the data analysis.

*Data analysis:* Each questionnaire was verified and a score was calculated. Percentages were used for demographic data analysis. Mean, standard deviation, t-test, and ANOVA were used for the statistical analysis.

## III. Results:

The sample consisted predominantly of females (92.5%) with the majority of the respondents being staff nurses (87.3%). The percentage of respondents holding a bachelor's degree was 64.9%, with 4.7% holding a master's degree. The average age and working experience were 36.0 years and 14.0 years respectively (See Table 1).

Table 1 : The characteristics of the sample

Characteristics	N	%	Max.	Min.	Mean	S.D.
<b>Center</b>						
General	441	36.1	-	-	-	-
Cancer	151	12.4	-	-	-	-
Cardiovascular	304	24.9	-	-	-	-
Mental health	325	26.6	-	-	-	-
Total	1,221	100.0	-	-	-	-
<b>Sex</b>						
Female	1,129	92.5	-	-	-	-
Male	92	7.5	-	-	-	-
<b>Position</b>						
Staff nurse	1,066	87.3	-	-	-	-
Nurse administrator	155	12.7	-	-	-	-
<b>Education</b>						
Technical nurse (two-year program)	365	29.9	-	-	-	-
Professional nurse Three-year program	799	65.4	-	-	-	-
Four-year program (Bachelor's degree)	6	0.5	-	-	-	-
793	64.9					
Master's degree	57	4.7	-	-	-	-
<b>Age</b>	-	-	61	20	36.0	9.54
<b>Working experience</b>	-	-	40	1	14.0	9.53

For all respondents, the mean score for all items was 139.31, which corresponds to a mean score of 3.98 for each item. This indicates that for 75% of their working lives, the subjects perform the items as outlined in the questionnaire. The mean score of the respondents holding master's degrees was 145.35, equal to 4.15 per item, which indicated that for approximately 80% of the time nurses performed behaviors consistent with the questionnaire (see Table 2).

There were no statistically significant differences in the means of the total scores when measured according to place of work, age, and experience (see Table 2). However, significant differences ( $p < 0.001$ ) were found in regard to educational background (see Table 2). Nurses with master's degrees had the highest score on the questionnaire (mean=145.35) followed by

Table 2 : Summary of the results of the analysis of variances

Source of variation	Mean	S.D.	F	P value
<b>Education</b>			13.302	.000
Two-year program (Technical nurse)	136.24 (3.89)	14.76		
Bachelor program and equivalent (Professional nurse)	140.29 (4.01)	15.61		
Master's degree	145.35 (4.15)	15.64		
<b>Age</b>			.797	.451
20-30 years old	138.60	14.67		
31-40 years old	139.87	15.98		
41-61 years old	139.58	16.02		
<b>Working experience</b>			.511	.600
1-10 years	138.86	14.86		
11-20 years	139.90	15.98		
21-40 years	139.26	15.95		
<b>Total</b>	139.31 (3.98)	15.52		

the bachelor degree group (mean=140.29), with the two-year program group having the lowest score for carrying out the items expressed in the questionnaire (mean=136.24). The relationship between age and the HCMQ score for each educational group was then analyzed. For technical nurses (graduates from a 2-year program), the score becomes lower as the nurses get older ( $p < 0.01$ ; ANOVA). However, for nurses who graduated from a 4-year program, the score becomes higher according to age ( $p < 0.01$ ; ANOVA) (see Figure 1). This pattern was also the case for nurses who have a master's degree. It is possible that the members of masters' group are comparatively older than the members of other groups. As the score becomes higher according to age, the higher scores of bachelors' and masters' groups might be due to the higher age of the members of this group. Therefore a comparison was made for all subjects over 31 years old. An ANOVA showed that for these comparable age-groups, the HCMQ score was still higher for those who had higher qualifications.

When the HCMQ score was analyzed according to length of work experience, the results were similar (see Table 3). For technical nurses the score decreases with more experience, whereas for the 4-year group the opposite is the case, and the HCMQ score increases (see Figure 2).

No significant differences were according to work position or gender.

Table 3 : Mean score for HCMQ according to length of work experience &amp; educational back- ground

	1-10 years	11-20 years	21-40 years	Significance
	mean $\pm$ S.D. (n=)	mean $\pm$ S.D. (n=)	mean $\pm$ S.D. (n=)	
2-year program	138.9 $\pm$ 13.9 (n=160)	135.8 $\pm$ 15.0 (n=76)	133.2 $\pm$ 15.2 (n=129)	$p < 0.01$ (ANOVA)
3-year program	-	-	138.7 $\pm$ 22.9 (n=6)	-
4-year program	138.8 $\pm$ 15.2 (n=337)	140.3 $\pm$ 16.1 (n=296)	143.4 $\pm$ 14.8 (n=160)	$p < 0.01$ (ANOVA)
Master's degree	139.0 $\pm$ 25.2 (n=4)	145.7 $\pm$ 14.9 (n=35)	146.0 $\pm$ 15.4 (n=18)	not significant

#### IV. Discussion:

The questionnaire was designed to measure the behavior of human caring by nurses who have been working in hospitals in Thailand. Significant differences were found between groups only for educational background, and age. Nurses with master's degrees demonstrated the highest score per item (mean score: 4.15), followed by those who hold a bachelor's degree (4.01), and the lowest (3.89) was found in technical nurses with 2 years of nursing education. Higher education may be effective in influencing the performance of actions consistent with human caring. However, it cannot be stated categorically that this is the case. It might be possible that highly-educated nurses wish to be more humanistic and convince themselves that they are; resulting in higher scores. As more highly motivated nurses gain higher qualifications to improve their ability, nurses who are more able to perform humanistic care might be concentrated in these more highly qualified groups. Reviewing the literature of human caring, Schultz et al<sup>9)</sup> investigated the perceptions of caring using the Caring Behavior Assessment instrument. They did not find any difference in scores between antepartum and postpartum participants. These results are for patients, not nurses. No articles relating to the direct influence of education, culture and age on nurses' behaviour of human caring could be found. In this study, it has been presumed that the concept of human caring consists of 7 elements or 35 items. A t-test showed no statistically significant differences between the 7 elements. From the factor analysis for the 35 items, no factors were recognized. This may mean that the concept of human caring cannot be divided into elements of behavior as in this framework. Each element is closely linked to every other element with a high correlation coefficient. However, the elements used in this study might be useful in helping nurses to achieve 'human caring' through actual behavior.



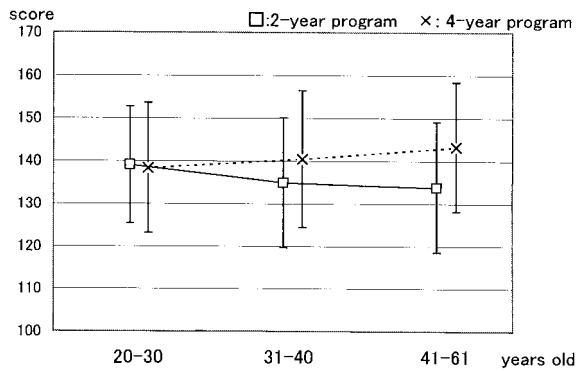


Figure 1 : Mean score for HCMQ according to age & educational back ground

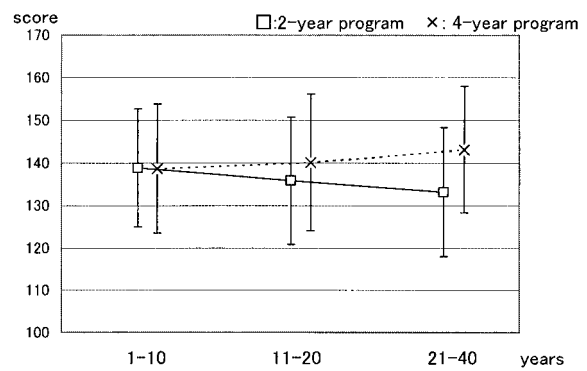


Figure 2 : Mean score for HCMQ according to length of work experience & educational back ground

V. Conclusion:

A questionnaire was developed to evaluate nurses' behavior of human caring in Thailand. Significant differences were found between groups only for educational background and age. Higher education might be effective in influencing the performance of actions consistent with human caring.

References

- 1 ) Watson, J. (2002). *Assessing and measuring caring in nursing and health science*, New York: Springer Publishing Company, 11-19.
- 2 ) Leininger, M. (1993). Cultural care theory : The comparative global theory to advance human care nursing knowledge and practice. In Delores A. Gaut (Ed.) *A global agenda for caring*. New York: National League for Nursing Press, 3-18.
- 3 ) Ford, M.B. (1981). Nurse professionals and the caring process. *Dissertation Abstracts International*.
- 4 ) Wolf, Z.R. (1986). The caring concept and nurse identified caring behaviors. *Topics in Clinical Nursing*, 8(2), 84-93.
- 5 ) Howard, J. (1975). Humanization and dehumanization of health care: A conceptual view. In J. Howard & A. Strauss (Eds.) *Humanizing health care*. New York: John Wiley & Sons.
- 6 ) Fenton, M.V. (1987). Development of the scale of humanistic nursing behaviors. *Nursing Research*, 36(2), 82-87.
- 7 ) Lakomy, J.M. (1993). The interdisciplinary meaning of human caring, In D.A.Gaut, (Ed.) *A global agenda for caring*. New York: National League for Nursing Press, 181-199.
- 8 ) Watson, J. (1999). *Nursing : Human science and human care : A theory of nursing*, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- 9 ) Schultz A.A., Bridgham C., Smith M.E., Higgins D. (1998). Perceptions of caring. Comparison of antepartum and postpartum patients, *Clin Nurs Res*, 7(4), 363-78.

## 看護師のヒューマンケアリング行動に関する研究

Puangrat Boonyanurak<sup>\*1</sup>, 小澤三枝子<sup>\*1</sup>, David R. Evans<sup>\*2</sup>, 竹尾恵子<sup>\*3</sup>

【要旨】 タイ国看護職の「ヒューマンケアリング」にかかわる行動を評価することを目的として、ヒューマンケアリングに関する調査票（HCMQ）を開発し、タイ国立ヘルスセンターに勤務する看護職を対象に、質問紙による調査を行った。質問紙では、「ヒューマンケアリング」の核となる7要素を文献に基づき採用した。7要素とは、人間性に対する理解、人との関係性、ものごとの決め方、会話のしかた、対応のしかた、癒し（ヒーリング）、人的・経済的資源の交換、である。要素ごとに5質問項目を作成し、全体で35項目からなる質問紙を作成した。質問紙の妥当性については、タイのエキスペートナース（3人）の協力を得て、慎重に検討した。また、HCMQ（英語）を用いて、タイの15名のナースにプレテストを行い、信頼性係数0.94を得た。

HCMQをタイ語に訳して、タイの30名の看護職を対象に行ったプレテストでは、信頼性係数0.95を得た。本調査での質問紙回収数は1,387で、回収率は84.6%であった。そのうち、35の質問項目のすべてに回答していた1,221を分析した。各看護職の職位、性別とHCMQスコアの間には有意な差はみられなかったが、看護教育背景（2年課程、4年課程、修士）とHCMQスコアの間には有意な差がみられ、修士号を持った看護職のHCMQスコアが最も高く、次いで4年課程、2年課程の順となった（ANOVA,  $p < 0.001$ ）。また、年齢とHCMQスコアの間にも有意な差がみられた。2年課程の看護職においては年齢が高くなるにつれてHCMQスコアは減少するが、4年課程のナースにおいては年齢が増すとHCMQスコアも増加した。

【キーワード】 ヒューマンケアリング、質問紙の開発、ナース、タイ国

---

\*1 国立看護大学校 基礎看護学  
〒204-8575

東京都清瀬市梅園1-2-1

電話：0424-95-2211

FAX：0424-95-2698

メールアドレス：ozawam@adm.ncn.ac.jp

\*2 国立看護大学校 人間科学（語学）

\*3 国立看護大学校 大学校長

## Allocation of Nursing Time at University Hospitals in Japan

Katsuya Kanda<sup>\*1</sup>, Mieko Ozawa<sup>\*2</sup>, Rumiko Irimura<sup>\*3</sup>

**【Abstract】 Objectives:** To investigate the current status of nursing care and services provided by nursing personnel working at university hospitals; and to obtain information to address nursing issues, such as reexamining the current and proposed nursing service systems and improving the delivery of nursing care at university hospitals.

**Sample and Method:** A convenient sample of 16 national university hospitals was selected after considering each hospital's regional location and year established. The data were collected between May and June in 1995 with a self-administered time survey on individual nursing personnel (conducted on two weekdays and one Sunday) and on individual patients (data included all inpatient direct care time on one weekday).

**Results:** The average bed size of the participating hospitals was 830. The average numbers of working nursing personnel and inpatients on the survey days were 296 and 719 on the weekdays, respectively, and 193 and 690 on the Sunday, respectively. The frequency of "the most critical" patients (who must always be on bed-rest and require continuous observation) comprised 10% on the weekdays and 8% on the Sunday. On the weekdays, the most frequently provided care was "taking care of patients," comprising 30% of total work hours, followed by "charting, reporting, and staff communication" (25%) and "assisting medical examination and treatment" (14%). The proportions of these types of care on the Sunday were 34%, 27%, and 16%, respectively. The average direct patient care time per inpatient on the individual patients-survey day was 107 minutes (work shift distributions: 55% [day]; 26% [evening]; and 18% [night]). Patients with a higher nursing acuity level had a smaller difference in direct patient care time between the day shift and the evening and night shifts.

**Conclusion:** Nursing personnel in university hospitals allocated nearly 50% of their nursing time to direct patient care, which is a favorable effect of the ongoing improvements in nursing care delivery systems. The survey results provide baseline data for future directions of improvements in nursing service at university hospitals and benchmark data to evaluate the current quality of nursing at tertiary care hospitals.

**【Keywords】** nursing time, university hospital, direct care, self-administered survey

### 1. Introduction

Nursing is one of the significant determinants that make an impact on the quality of care and patient outcomes in acute care settings<sup>1)</sup>. An effective use of nursing staff in acute care settings is one of the priorities in nursing management.

University hospitals provide opportunities for patients' health care and treatment, as well as health care professionals' educational and research endeavors. Therefore, university

hospitals serve a high number of critically or intractably ill patient populations<sup>2)</sup>. Nursing staff assignments in university hospitals are arranged in such a way that meets high demands for diverse patient care needs<sup>3)</sup>. An increased level of severity among inpatients at university hospitals in recent years has brought about an increased number of patients with multiple comorbidities, an increased complexity of patients' pathophysiology, and an advanced and complex diagnostic and

---

<sup>\*1</sup>Adjunct Lecturer, National College of Nursing, Japan  
(Associate Professor, Graduate School of Medicine,  
The University of Tokyo)

Correspondence:Katsuya Kanda, Department  
of Nursing Administration, Graduate School  
of Medicine, The University of Tokyo,  
Tokyo, 113-0033, Japan.  
e-mail:kanda-tky@umin.ac.jp

<sup>\*2</sup>Associate Professor, National College of Nursing, Japan

<sup>\*3</sup>Director of Nursing, The University of Tokyo Hospital

treatment technology. Given this context, an advanced and well-skilled level of nursing care is required in university hospitals.

A variety of political measures aimed at improving nursing services have been taken since the late 1980s when Japan experienced a serious nursing shortage<sup>4),5)</sup>. Several improvements in nursing services at university hospitals included: greater use of computers; introducing labor-saving machines and equipment; delegating some tasks to support personnel; and increasing the regular number of nurses.

The survey in this study was conducted with the following aims: to investigate the current status of nursing care and services performed by nursing personnel working at university-affiliated hospitals; and to obtain information to address nursing issues, such as reexamining the current and proposed nursing service systems and improving the delivery of nursing care at university-affiliated hospitals. The principal agent of the survey was the Committee of Nursing Directors at National University Hospitals (Hiroko Moriyama, Chair at the time of the survey in 1995) and the Subcommittee for the Survey of Nursing Care (H. Moriyama, Chair). The three authors were in charge of designing, planning, coordinating, conducting, and analyzing the survey in collaboration with the committees.

## II. Method

### Setting and Sample:

The sample of the study included 16 out of 42 main hospitals affiliated with national universities in Japan. This convenient sample was selected after considering each hospital's regional location and year established.

The data for the time survey of nursing care were collected from all individual nursing personnel in all units of the participating hospitals. This time survey of nursing care was conducted on two consecutive weekdays (Wednesday and Thursday, referred to as "the weekdays"), and one Sunday (referred to as "the Sunday") between May and June in 1995. The data for the time survey of patient direct care were collected from all individual inpatients and healthy newborn babies hospitalized in all units of the participating hospitals on one Wednesday in June 1995. Two hospitals needed to arrange different days for the surveys due to administrative reasons in each hospital. The investigators adhered to the pre-set principles in order to arrange survey days for these two hospitals (i.e., the time survey of nursing care is conducted on two consecutive weekdays and one Sunday; the time survey of direct care is conducted on a weekday).

### Procedures and Measures:

The data were collected with a self-administered survey that employed the authors' developed uniform record. A site coordinator at each participating hospital was asked to collect all completed records and mail them to the authors. The variables and measurements collected are described in the following sections.

The following variables related to each hospital's characteristics were collected on the survey days: the number of utilized beds; the number of inpatients; the number of healthy newborn babies; and the number of nursing personnel (including the frequency of job types [nurses, assistant nurses, and nurses' aids] and salary classifications). Individual nursing personnel's salary classification, age, and official work hours on the survey days (starting time to finishing time) were also recorded. The following variables were collected in relation to the characteristics of inpatients: the type of primary medical department responsible for the patients' treatment; gender; age; nursing acuity level (described below); the total number of patients admitted and discharged; the type of "special" beds (i.e., for aseptic treatments, infectious diseases, intensive care units, neonatal intensive care units and emergency rooms, etc.); an addition of reimbursement for high-acuity care; the number of beds in each patient's room; the number of family caregivers staying with their patients in hospitals; and reasons for the hospital-staying family caregivers.

The data for the time survey of nursing care were collected with a self-administered uniform record for individual nursing personnel, enabling each personnel to record her/his care performed in chronological order. Items recorded in this survey include: the starting and finishing times of each care performed; the types of care performed; the locations of care performed; and the recipients (patients) of care provided. The types of care were coded by the authors' modified (updated) version of the nursing care classification system originally developed for the survey on nursing care at national university hospitals in 1987.

The data for the time survey of individual patient direct care were collected with a self-administered uniform record for nursing personnel, the other healthcare providers and hospital employees (other than nursing personnel), and family caregivers who provided direct care to individual patients. They recorded the following items in chronological order: the starting and finishing times of each direct care provided to each patient; the type of care provided; the type of care providers/

caregivers; and the number of care providers/caregivers present at each patient's bedside at each care occurrence. The type of care was coded by the above-mentioned nursing care classification system.

#### Analysis:

The time of each care performed by nursing personnel was calculated from the time survey data of individual nursing personnel. The missing data on starting or finishing times were excluded from the analysis. The data for the weekdays were defined as the means of the two-weekday data in the individual nursing personnel's time survey.

The data from the individual patient's time survey were used only for the analysis in relation to the direct patient care time. Inpatients transferred to another unit or those inpatients temporarily staying at home on the survey days were excluded from the analysis of the individual patient's time survey. The total direct care time spent by nursing personnel and family caregivers was summarized, excluding direct care provided by physicians and other healthcare providers or hospital employees (other than nursing personnel). An unknown (or missing) duration of direct care was replaced with 0.5 minutes. The total amount of direct care time was also calculated from the time survey of individual nursing personnel. These times were calculated in two different methods and compared; possible reasons for the differences between the two calculated times were examined.

In this paper, "an average of 16 university hospitals" refers to a weighted mean of values obtained from the 16 university hospitals. The values shown in the tables were counted fractions of .5 and over as a unit and casted away the rest. Therefore, the total of each frequency may not be equal to the total number reported. The Statistical Package of Social Science (SPSS) for Windows version 6.1 was used for the statistical analysis of this study.

### III. Results

#### The Staffing of Nursing Personnel:

The average bed size of the participating 16 university hospitals was 830. The average numbers of nursing personnel working at the 16 hospitals on the days of the time survey on individual nursing personnel were 271 on the weekdays and 176 on the Sunday. The ratios of temporarily employed nursing personnel were 7% on the weekdays and 4% on the Sunday. The ratio of temporarily employed nursing personnel tended to

be high among large hospitals with a utilized bed size of 1,000 or more.

The average number of inpatients at the 16 hospitals on the weekdays of the time survey on individual nursing personnel was 719; the number of inpatients per nursing personnel working on the weekdays was 2.65. The average number of inpatients at the 16 hospitals on the Sunday was 690; the number of inpatients per nursing personnel working on the Sunday was 3.92.

#### Nursing Time per Day per Each Type of Care Services:

Table 1 shows the frequency of each nursing time spent by nursing personnel on the weekdays and the Sunday.

The most frequent type of care was direct care of "taking care of patients," comprising 30% of the weekday work hours (a range of 26% to 35%) and 34% of the Sunday work hours (a range of 28% to 40%). The second most frequent type of care was indirect care of "charting, reporting, and staff communication," comprising 25% of the weekday work hours (a range of 23% to 29%) and 27% of the Sunday work hours (a range of 21% to 30%). This was followed by direct care of "assisting medical examination and treatment," comprising 14% of the weekday work hours (a range of 11% to 18%) and 16% of the Sunday work hours (a range of 13% to 22%).

A nurse's work shift from 8:00 to 16:00 was designated as "the day shift." A work shift from 16:00 to 24:00 was designated as "the evening shift." A work shift from 24:00 to 8:00 was designated as "the night shift." The time spent for direct care of "taking care of patients" and "assisting medical examination and treatment" did not change significantly across the different work shifts. However, the time spent for "charting, reporting, and staff communication" during the evening and night shifts was longer than that of the day shift.

The time spent with individual patient direct care on the weekdays was longer than that of the Sunday, partly because of the higher number of nursing personnel at work on the weekdays than that of the Sunday. For example, the time spent for "taking care of patients" was 64 minutes per inpatient on the weekdays (a range of 55 to 76 minutes), whereas it was 47 minutes on the Sunday (a range of 38 to 61 minutes). The time spent for "assisting medical examination and treatment" was 30 minutes on the weekdays (a range of 26 to 35 minutes), whereas it was 22 minutes on the Sunday (a range of 18 to 29 minutes).

Table 1 : The percentage of nursing service time spent by nursing personnel: Distribution by the survey days, work shift, and types of care

Types of care	The total in 24 hours	Work shift		
		Day	Evening	Night
<b>The weekdays</b>				
<u>Direct patient care</u>				
Taking care of patients	30	31	29	32
Assisting medical diagnosis and treatment	14	15	14	14
<u>Indirect patient care</u>				
Charting, reporting, and staff communication	25	21	31	28
Clerical work	4	5	3	2
Messenger work	2	2	1	0
Administrative work	3	4	3	1
Staff education	2	2	2	1
Housekeeping	2	3	2	2
Maintenance of medical devise/equipment	3	4	3	2
<u>Miscellaneous</u>	5	4	5	6
<u>Meals or break</u>	9	10	5	11
Total (the weekdays)	100	100	100	100
<b>The Sunday</b>				
<u>Direct patient care</u>				
Taking care of patients	34	35	34	32
Assisting medical diagnosis and treatment	16	17	15	14
<u>Indirect patient care</u>				
Charting, reporting, and staff communication	27	24	31	27
Clerical work	2	2	2	2
Messengers work	1	1	0	0
Administrative work	1	1	1	1
Staff education	0	0	0	0
Housekeeping work	2	2	2	2
Maintenance of medical devise/equipment	3	4	3	3
<u>Miscellaneous</u>	4	3	4	5
<u>Meals or break</u>	10	10	7	12
Total (the Sunday)	100	100	100	100

Work shift: Day = 8:00 to 16:00; evening = 16:00 to 24:00; night = 24:00 to 8:00

#### The Distribution of Nursing Acuity Levels:

Table 2 shows the total number of patients at each of the nursing acuity levels. The nursing acuity levels are classified into 12 types, depending upon the required frequencies (the levels of needs) for nursing observations (levels "A," "B," and "C") and the levels of patient physical function and daily activities permitted (levels "1," "2," "3," and "4"). Level "A" means that a patient requires "continuous observation;" level "B" means that a patient requires "observation every 1 to 2 hours;" and level "C" means that a patient "does not require regularly scheduled observation." Level "1" of physical function and daily activities permitted means that a patient is

required to "rest in a bed constantly;" level "2" means that a patient "can assume an upright position in bed;" level "3" means that a patient "can walk inside a room;" and level "4" means that a patient "has no limitations on his/her daily activities."

The frequency of "the most critical" patients classified as the nursing acuity level of "A-1" comprised 10% on the weekdays and 8% on the Sunday. The frequency of the "A-1" patients in each hospital ranged between 4% and 16% on the weekdays and 3% and 14% on the Sunday, with a difference of more than 10% found among the sample hospitals. The frequency of "critical" patients, generally defined as patients with nursing

Table 2 : Patient distribution by nursing acuity levels

Nursing acuity levels	The weekdays	The Sunday
A-1	10	8
A-2	3	3
A-3	2	2
A-4	2	2
B-1	6	6
B-2	9	9
B-3	20	21
B-4	9	9
C-1	1	1
C-2	2	2
C-3	15	16
C-4	21	20
Unknown	1	1
Total	100	100

Nursing acuity levels: "A"= a patient requires continuous observation; "B"= a patient requires observation every 1 to 2 hours; "C"= a patient does not require regularly scheduled observation; "1"= a patient is required to rest in a bed constantly; "2"= a patient can assume an upright position in bed; "3"= a patient can walk inside a room; "4"= a patient has no limitations on his/her daily activities.

acuity levels of "A-1," "A-2," and "B-1," ranged from 11% to 29% on the weekdays and from 10% to 26% on the Sunday, with a difference of more than 15% found among the sample hospitals.

#### Direct Patient Care Time in Each of the Nurses' Work Shift:

Table 3 compares the direct patient care time (i.e., "taking care of patients" and "assisting medical examination and treatment") per inpatient per day from the time survey of individual nursing personnel and the time survey of individual inpatients. The time survey of individual inpatients included direct patient care provided by hospital-staying family caregivers, which comprised 7% of the total direct patient care time. After excluding this direct patient care time provided by family caregivers, direct patient care time per inpatient per day became 99 minutes, which was very close to 94 minutes of direct patient care time, according to the time survey of individual nursing personnel. A recent trend indicates a steep decrease in the number of family caregivers staying at hospitals. This trend needs to be clarified in future surveys.

The results of the time survey of individual inpatients were as follows: the average number of inpatients on the survey day was 712; the minimum and maximum direct patient care time

per day in each of the participating hospitals was 82 minutes and 152 minutes, respectively; the direct patient care time ranged from 43 to 80 minutes in the day shifts, from 22 to 39 minutes in the evening shifts, from 14 to 33 minutes in the night shifts; and direct patient care time spent during the evening and night shifts comprised between 40% and 48% of the total direct care time.

Each of the participating hospital's average direct patient care time ranged from 177 to 310 minutes for a group of "critical" patients with nursing acuity levels of "A-1," "A-2," and "B-1." Direct patient care time for "critical" patients ranged from 86 to 152 minutes during the day shift, 51 to 82 minutes during the evening shift, and 32 to 77 minutes in the night shift. Direct patient care time spent during the evening and night shifts was very high (between 43% and 51%).

The proportion of time spent during the evening and night shifts tended to be higher in the group of "the most critical" patients with a nursing acuity level of "A-1." Each of the participating hospital's average direct patient care time for patient groups "A-1" ranged from 233 to 413 minutes in a total of 24 hours. Direct patient care time in each work shift was as follows: 96 to 187 minutes during the day shift; 64 to 128 minutes during the evening shift; and 41 to 118 minutes during the night shift. The time spent for "the most critical (A-1)" patients during the evening and night shifts had a much higher range (from 44 to 59%) than that of the "critical (A-1, A-2, and B-1)" patients. Additionally, direct patient care time spent for "A-1" patients during the evening and night shift in 10 of the participating hospitals (out of 16 in total) comprised more than 50% of direct patient care time.

#### IV. Discussion

##### Time for Nursing Care and Services:

The ratios of direct patient care time, including "taking care of patients" and "assisting medical examination and treatment" in this study, were 45% on the weekdays and 50% on the Sunday. The duration of direct patient care time per inpatient was 52 minutes in the day shift, 25 minutes in the evening shift, and 17 minutes in the night shift in this study. The literature was reviewed regarding the ratio of direct care time in total nursing time at hospitals affiliated with universities or academic institutions.

An observational work sampling survey (recorded at intervals of 1 minute) conducted in 1992 at a university hospital in Japan showed direct patient care time of 34%<sup>6</sup>. An

Table 3 : Patient direct care time (minutes) spent per individual patient: Comparison by work shift and survey methods

Work shift	The data from the time survey of individual nursing personnel		The data from the time survey of individual inpatients		
	The weekdays	The Sunday	All patients	"Critical" patients <sup>a</sup>	"The most critical" patients <sup>b</sup>
The total in 24	94	69	107	237	297
			(8)	(23)	(23)
Day	52	31	59	122	145
Evening	25	21	28	66	86
Night	17	16	20	49	66

Note: Numbers in parenthesis are portions of total minutes spent for direct patient care provided by hospital-staying family caregivers.

Work shift: Day = 8:00 to 16:00; evening = 16:00 to 24:00; night = 24:00 to 8:00.

<sup>a</sup> Patients with nursing acuity levels of A-1, A-2, and B-1

<sup>b</sup> Patients with nursing acuity level of A-1

observational work sampling survey (recorded at intervals of 15 minutes) conducted at a tertiary care teaching facility in 1988 in the U.S. showed direct care time of 29% to 34% on weekdays and 34% on Sunday<sup>7)</sup>. The results of the same study also showed that direct care time per inpatient was 31 minutes in the day shift and 25 minutes in the evening shift. The results of another observational work sampling study (recorded at intervals of 10 or 15 minutes) conducted at two U.S. teaching hospitals around 1990 showed that direct patient care comprised 43% and 46% of the total nursing time<sup>8)</sup>.

Given these comparisons in the literature, the ratio of direct care time in total nursing time is larger, and direct care time per inpatient is longer as compared to those results of studies conducted in the past. The ratio of direct patient care time in this study was much higher than that of the above-mentioned relevant study conducted in Japan, which included only one university hospital as a sample. However, attention must be paid to regarding the difference of survey methods.

Prescott and colleagues<sup>9)</sup> compared the percentages of direct patient care in eight time allocation studies conducted in the past. Out of these eight studies reviewed, six studies with similar job classification methods revealed the following results. The ratio of direct patient care time obtained by a continuous observational method (43%) was higher than that obtained by work sampling methods (ranging from 31% to 36%). A self-administered survey with a continuous recording method employed in this study had no interruptions; therefore, this method is similar to the continuous observational method, which may be able to detect a record of longer direct care time than a work sampling method.

Another possible reason for the difference of the direct care time ratio may be attributed to the difference between observational and self-administered methods. According to Burke and associates<sup>10)</sup>, however, little difference of allocated time can be found between these two different methods, as long as the categories of nursing services and care are classified in a broad way.

#### Messenger Service:

The proportions of time spent for messenger services were only 1.6% on the weekdays and 0.6% on the Sunday; messenger service in nursing is ranked as the first thing to be discarded. When the condition of a patient seriously deteriorates, increased utilization of emergency messenger services can be expected, especially on Sundays or during night-time shifts (i.e., carrying emergency drugs or medical supplies, carrying specimens for emergency exams or lab tests). It may be surmised that such messenger services can be delegated to other hospital supporting staff. On the other hand, it may also be difficult to secure a certain number of staff members who are responsible for such messenger services during night-time shifts if such service demands are occasional, yet have emergency needs. However, an urgent demand of messenger services is created by a sudden and critical change in a patient's condition, which requires increased direct care time for the patient at the unit level. An introduction or improvement of automated messenger equipment may be warranted; such a support system for nursing personnel enables them to stay focused on direct patient care.



A Need to Improve Night Shift Nurse Staffing:

Currently, no national standards are available as to a safe and appropriate nurse staffing level. As is the case with other countries, Japanese university hospitals that provide the most advanced health care in the country assign a higher number of nursing personnel than other hospitals in order to take care of a higher number of critically ill patients<sup>2),3)</sup>. As is also the case with other developed countries, health care reform has been one of the major socio-political concerns in Japan. The major focus of the proposed health care reform includes shortening the length of hospital stay (which had tended to be longer than necessary) and functional differentiation of health care facilities (i.e., drawing a clear line among primary and preventive care clinics, standard health care facilities, and specialized/advanced health care facilities). Under such circumstances, momentum to shorten the average length of hospital stay is being promoted by university hospitals. The number of nurses assigned to each patient in hospital (acute care) settings is very low in Japan compared to the level of the U.S., where the average length of stay is the shortest in the world. The low number of nurses assigned to each patient (low nurse-to-patient ratio) is obviously problematic in terms of patient safety and efficacy of care. Shortening the length of hospital stay with the current low nurse-to-patient ratio in Japan is very difficult and dangerous to patients.

The results of the survey conducted at a tertiary care teaching facility in the U.S. in 1988 (as cited above) showed that the number of nurses at work during the day and evening shifts was a total of 9.18 in a unit, which held an average of 25.12 inpatients (i.e., 2.74 inpatients per nurse)<sup>7)</sup>. The number of inpatients per nursing personnel at work in this survey was 2.65. The results of the above-mentioned U.S. survey, however, may reflect the time of a significant nursing shortage, where the number of clinical support personnel (licensed practical nurses or nursing attendants) was less than one per each work shift. After considering these situations, the level of nurse staffing in this survey (which includes night shift nursing personnel) is not very high compared to that of comparable U.S. hospitals in that survey.

Patients with a higher level of severity apparently require a longer direct patient care time than those with a lower level of severity; such groups of critically ill patients also require longer direct patient care time during the night shift compared to patients with less severe condition. In other words, a group of severely ill patients require continuous observation and

nursing care, regardless of the time of day or night. Additionally, nursing units with a high demand for direct patient care obviously have a high demand for indirect patient care as well. Therefore, a higher number of critically ill patients bring about a rapid increase in nurses' workload during the night shift. If the number of critically ill patients keeps increasing in the future, a significant increase in nursing time during the night shift is expected; the system of nurses' night shift work has to be reexamined carefully.

Charting, Reporting, and Staff Communication:

"Charting, reporting, and staff communication" comprised the majority of indirect patient care time and 28% of the total nursing time. The item of "charting, reporting, and staff communication" included sub-items, such as "nursing record charting (writing cardexes, nursing summaries)," "nursing care planning (collecting information, conferences)," and "shift reporting." These three sub-items are the principal components in nursing, with the exception of mandatory documentation and communication required by law. A high quality of nursing care cannot be provided to patients unless individualized and appropriate nursing care plans are arranged. Additionally, collecting the necessary patient information through routine and daily assessments and interactions with patients, as well as evaluating this information from multiple nurses' perspectives, enables the appropriate arrangement of nursing care plans. Nurses' shift reporting is not meant to be a long one, conveying unnecessary information to other nurses. Instead, nurses' shift reporting can be utilized as an opportunity to educate new graduate nurses about effective care plans for patients or to convey main ideas of nursing care plans effectively to other nurses working in subsequent shifts. Therefore, these three sub-item activities (charting, nursing care planning, and reporting) should be evaluated in light of "improving the quality of patient care with the amount of time spent for these activities" instead of simply being evaluated regarding "the amount of time spent for these activities."

All of the participating hospitals allocated between 18% and 25% of the weekdays nursing time and between 17 and 27% of the Sunday nursing time to these three sub-item activities. We need to reexamine if arranged nursing care plans and recorded and conveyed patient information during this amount of time are effectively utilized for patient care that takes place afterward. There are many hospitals where nurses complain about the burden of spending a long time for "nursing record

charting" (e.g., cardexes, nursing summaries). We can assume a situation where nurses are taking care of higher numbers of inpatients than what they can handle within their official work hours; as a result of this, nurses have spent a considerable amount of time for "recording information that is necessary to simply fill out the forms for nursing care planning, charting/recording, and reevaluating" (i.e., charting for its own sake, rather than charting for the patients). It is suggested that nurses revisit the system of nursing records, documentation, and reporting in order to sort out unnecessary or redundant information critically. We can use this valuable one-quarter of nursing time efficiently in order to improve the quality of nursing by discontinuing ineffective activities (i.e., documenting or conveying information that will never be utilized for patient care afterward) or by modifying activities so that the utility of charting, reporting and staff communication can be improved. Additionally, it is greatly expected by nurses and hospital administrators that the advancement of computer technologies will improve the efficacy of nurses' charting, reporting, and information management, such as searching for and sorting out necessary information.

#### A Necessity for a Uniform Nursing Acuity Standard:

The majority of nursing personnel working at university hospitals recognize that patient acuity has been increasing in recent years. The proportion of "(the most) critically ill" patients with nursing acuity levels of "A-1" or "A-1, A-2, and B-1" in each participating hospital had a wide range of variations. Additionally, direct patient care time for such critically ill patients in each participating hospital also had a wide range of variations. Several reasons for this situation are described below.

First, for example, as a result of the advancement in high-tech medical treatment and early mobilization (getting patients

out of bed as early as possible), the length of continuous bed-rest after surgery has decreased dramatically. This kind of situation, therefore, may cause frequent changes in nursing acuity levels; thus, the current practice of evaluating nursing acuity levels "once-a-day" may not be sufficient to pick up such frequent changes. Another potential reason for the wide range of variation in the proportion of critically ill patients can be attributed to hospital-developed nursing acuity standards that are different from the above-described acuity standards utilized in this study. These hospitals may have employed their own hospital-specific standards for this survey.

In future studies of inter-hospital comparisons or trend analyses on patient acuity levels, we need to develop a uniform nursing acuity classification system and standards, and to make sure that each participating hospital uses that uniform system and standards.

#### V. Conclusions

Nursing personnel in university hospitals allocated nearly 50% of their nursing time to direct patient care. An increased proportion of direct patient care such as this can be interpreted as a favorable effect of the ongoing improvements in nursing care delivery systems at university hospitals. Nursing departments are expected to improve their services and quality of nursing care further in order to address the following current and future issues: the advancement of high-tech medical treatment; the increased severity of patients; the increased nursing service demands due to shortened lengths of stay; and expectations in economic efficiency and management competence of nursing departments. The results of this survey provide baseline data for future directions of improvements in nursing services at university hospitals and benchmark data to evaluate the current quality of nursing at tertiary care hospitals.

## References

- 1 ) Institute of Medicine: Staffing and quality of care in hospitals. In *Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is It Adequate?* 92-127, National Academy Press, 1996, Washington, DC.
- 2 ) Kanda K: [Proportion of high-acuity patients according to hospital characteristics,] *J Jpn Acad Nurs Sci*, 15(4), 9-14, 1995. (in Japanese)
- 3 ) Statistics and Information Department, Minister's Secretariat, Ministry of Health and Welfare: [*Survey of Medical Institutions and Hospital Report in 1996*,] 494-499, Kousei Toukei Kyokai [Health and Welfare Statistics Association], 1998, Tokyo. (in Japanese)
- 4 ) Takahashi M, Kanda K, Maitoko M, et al.: [*Schemes driving the project of improvements in nursing services. A Grant Report to the Ministry of Health and Welfare*,] 1993. (in Japanese)
- 5 ) Ministry of Health and Welfare: *Annual Report on Health and Welfare 1998-1999*, 369, Japan International Corporation of Welfare Services, 2001, Tokyo.
- 6 ) Matsuda A, Iwamatsu M, Saida A, Anzai M: [Time-study analysis on ward nursing in an university hospital,] *Hospital Administration*, 32(4), 353-360, 1995. (in Japanese)
- 7 ) Hendrickson G, Doddato TM, Kovner CT: How do nurses use their time? *J Nurs Adm*, 20(3), 31-37, 1990.
- 8 ) Quist BD: Work sampling nurse units. *Nurs Manage*, 23(9), 50-51, 1992.
- 9 ) Prescott PA, Phillips CY, Ryan JW, Thompson CO: Changing how nurses spent their time, *Image J Nurs Sch*, 23(1), 23-28, 1991.
- 10 ) Burke TA, McKee JR, Wilson HC, Donabue RMJ, Batenhorst AS, Pathak DS: A comparison of time-and-motion and self-reporting methods of work measurement, *J Nurs Adm*, 30(3), 118-125, 2000.

## 大学病院における看護業務時間の分析

菅田勝也<sup>\*1</sup>，小澤三枝子<sup>\*2</sup>，入村瑠美子<sup>\*3</sup>

【要旨】 目的：大学付属病院における看護要員の業務実態を具体的に調査し，大学付属病院における看護のあり方や看護業務改善など，看護に関わる諸問題に対処するための資料を得る。

方法と対象：自記式調査法により看護要員個別調査（平日 2 日，日曜日 1 日の全勤務者の業務時間）と患者個別調査（平日 1 日の全入院患者に対する直接ケア時間）を実施した。調査対象は全国 42 国立大学病院本院のうち地区や開設年次等を考慮して選んだ 16 病院で，調査時期は 1995 年 5 ～ 6 月である。

結果：16 病院の平均病床数は 830 床，看護要員個別調査日の 1 病院あたり看護要員勤務者数対入院患者数は，平日は 296 対 719，日曜日は平均 193 対 690 であった。最重症患者（常に寝たまま絶えず観察が必要）の割合は，平日 10%，日曜日 8% であった。看護要員が多くの時間を充てた業務は，平日は「患者の世話」に 30%，「診療介助」に 14%，「記録・報告・連絡」に 25%，日曜日は同順で 34%，16%，27% であった。患者個別調査日の患者 1 人あたり直接ケア時間は 107 分で，時間帯別割合は日勤帯 55%，準夜勤務 26%，深夜勤務 18% であった。看護度が高い患者群ほど直接ケア時間の日勤帯と夜間の割合の差が小さかった。

結論：看護要員の業務時間の半分近くが直接ケアに充てられていたことは，大学病院で進められてきた看護業務改善の成果とみることができる。この調査結果には，今後の大学病院の看護業務改善のベースラインという意味と，高次機能病院のベンチマークという 2 つの意味がある。

【キーワード】 看護業務時間，大学病院，自記式調査，直接ケア

---

\*1 国立看護大学校 非常勤講師（東京大学大学院）

〒 113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1  
東京大学大学院医学系研究科看護管理学分野  
電話：03-5841-3523  
FAX：03-5841-3376  
メールアドレス：kanda-tky@umin.ac.jp

\*2 国立看護大学校 基礎看護学

\*3 東京大学医学部附属病院看護部

## 心臓手術を受ける患者の手術決断の理由に関する研究

山田 巧<sup>\*1</sup>

【要 旨】 本研究の目的は、心臓手術を受ける患者が手術を決断する際に何がその決め手になったのか、手術決断の理由を記述し、それらをカテゴリー化することである。研究の対象者は、心臓手術を受けることが決定しており、術前1週間を心臓血管外科病棟で待機している患者とした。術前4日目または5日目に直接患者に面接を実施し、「手術を決断したその理由」について自由に回答してもらい非構成的面接法を用いてデータを収集した。その内容は患者の了解を得て録音し、次いで逐語録を作成した。そして、患者が回答した手術決断の理由を類似したもの同士にグルーピングするという質的な分析を加え、手術決断の理由をカテゴリー化した。対象者は男性20名(83%)、女性4名(17%)、総数24名であり、平均年齢は65.2 ± 10.2歳であった。予定術式は冠動脈バイパス術15名(63%)、人工弁置換術7名(29%)、胸部大動脈人工血管置換術2名(8%)であった。24名の患者から計35個の手術決断の理由が得られた。それらを類似したもの同士にグルーピングするという質的な分析を行い、最終的に以下の8つのカテゴリーに分類できた。病状悪化の回避、手術への期待、社会的役割の認知、手術の必要性の認知、家族の支持、医師への信頼、手術の成功体験者の存在、諦観

結論：手術決断は、手術を受け入れた方が有益であると認知すること(病状悪化の回避・手術への期待)、社会的な役割を遂行していくには手術が必要であると認知すること(社会的役割の認知)、手術の必要性を認知すること(手術の必要性の認知)、重要他者からの心理社会的支持を認知すること(家族の支持・医師への信頼・手術の成功体験者の存在)、手術をもう回避できないと諦観すること(諦観)、以上の要因に依存していた。

【キーワード】 心臓手術、術前看護、手術決断、質的研究

### 1. はじめに

心臓血管手術(以下、心臓手術と略す)を受ける患者が術前に抱いている最も多い不安は、「手術の成功に対する不安」といわれている<sup>1)</sup>。このことは、手術する部位が生命を左右する臓器ゆえの反応であり、心臓手術患者特有のものといえる。一方、心臓手術を受ける患者は、手術の危険性や術後の合併症といったリスクがあるにもかかわらず、手術を受け入れるかどうかを自分の意思で決断していかなければならない状況に立たされる。脅威の対象ともいえる手術を自分にとって最善の治療法として受容していかなければならないことから、手術待機中の患者は大きな精神的ストレスを抱えることになる。そのため、心臓手術を受ける患者の術前における心理学的評価を行った研究をみても、術前の患者の不安度

は高く、しかも、うつ傾向を示すという結果が得られている<sup>2)3)4)5)6)</sup>。

心臓手術に限らず、手術を受ける患者は、医学的評価のもとに手術適応という判断が医師から下ると、その後の早い段階で手術に同意するかどうかの決断を余儀なくされる。患者は心臓手術という未知なるものへの脅威を抱きながらも、これまでの人生で獲得してきたストレスコーピング資源を導入しながら手術受容、つまり心理的適応へと向かい、最終的に手術を決断していくことになる。心臓手術を受ける患者のストレスコーピングパターンについての研究<sup>1)7)8)9)</sup>、心臓手術を受ける患者の手術受容を促進する要因や阻害する要因についての研究<sup>4)10)</sup>はこれまでになされてきているが、最終的に手術を決断したその理由について調査した研究はない。

<sup>\*1</sup> 国立看護大学校 成人看護学

〒204-8575

東京都清瀬市梅園1-2-1

電話：0424-95-2211

FAX：0424-95-2758

メールアドレス：yamadat@adm.ncn.ac.jp

そこで、心臓手術を受ける患者が手術決断に至った経過を記述し、手術を決断するに至ったその理由を抽出することを目的に本研究を行った。

## II. 用語の操作的定義

手術決断：手術を受けた方がよいかどうかを熟慮し、手術することを最終的に決めること。

手術決断の理由：手術決断の決め手。

## III. 研究目的

心臓手術を受ける患者が手術決断したその理由を記述し、それらをカテゴリー化する。

## IV. 研究方法

### 1. 研究対象

- 1) 心臓手術を受けることを承諾している患者で、手術日が既に確定している患者
- 2) 術前 1 週間を心臓血管外科病棟で手術を待機している患者
- 3) 研究協力の同意が得られた患者

以上の 3 つの条件を満たしている患者を全対象とする非確率標本抽出とした。ただし、内科系病棟から手術室搬入となる患者、緊急手術、小児・精神疾患・痴呆患者など正確な情報が得られにくいことが予想される患者は除いた。

### 2. データ収集および分析の手順

- 1) 研究者が対象者と術前 4-5 日に直接面接を実施した。
- 2) 対象者には「手術を決断したその理由は何でしたか」という非構成的面接法を用いた。
- 3) 面接内容は対象者の承諾を得て MD (Mini Disk) に録音し、その後 MD から逐語録を作成した。
- 4) 逐語録から「手術決断の理由」にあたる意見をフレーズごとに分けした。
- 5) 4) で分けしたものを整理統合し、より抽象度を上げた表現でカテゴリー化した。

## V. 倫理的配慮

この研究は、研究対象施設の倫理委員会に代わる看護部による審査および許可という手続きを得てから行った。

まず、研究協力依頼書を手渡し、研究の主旨および調査内容に関して説明した。協力依頼をしたその場で研究の同意を得ることを避け、翌日もしくは半日後に協力の意思を確認した。患者が大部屋に収容されている場合、

プライバシーに配慮して病室では行わず、面会室にて行った。面接時間は 30 分以内とし、超過する場合は患者の体調を尋ねて患者の承諾を得た。面接中の録音に関しては、研究の目的以外には用いないことを告げ承諾を得た。また、面接および録音は途中で中止しても構わないことを告げた。

## VI. 結果

### 1. 対象者の属性

表 1 に対象者の属性を示す。本研究の協力が得られた男性 20 名 (83%)、女性 4 名 (17%)、総数 24 名を対象にした。年齢は平均 65.2 (標準偏差 SD ± 10.2) 歳であった。職業については、無職 13 名 (54%)、有職者 11 名 (46%) であった。

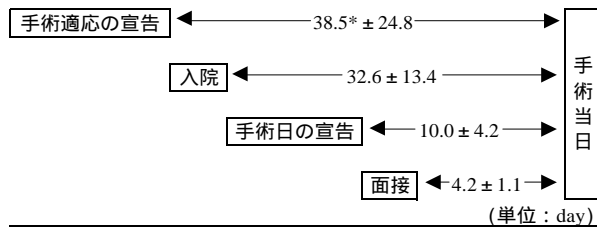
表 1：対象者の属性

対象者	男性	20 (83)
人 (%)	女性	4 (17)
年齢	平均	65.2
才	標準偏差	10.2
職業	無職	13 (54)
人 (%)	有職	11 (46)
予定術式	冠動脈バイパス術	15 (63)
人 (%)	人工弁置換術	7 (29)
	胸部大動脈人工血管置換術	2 (8)
過去の手術経験	有	10 (42)
人 (%)	無	14 (58)
現症状	有	7 (29)
人 (%)	無	17 (71)

予定術式は冠動脈バイパス術 15 名 (63%)、人工弁置換術 7 名 (29%)、胸部大動脈人工血管置換術 2 名 (8%) であった。過去に手術経験のある患者は 10 名 (42%)、経験のない患者は 14 名 (58%) だった。また、面接時点で心疾患による何らかの症状がある患者は 7 名 (29%)、症状のない患者は 17 名 (71%) だった。

### 2. 術前の経過

図 1 に術前の経過を示す。手術適応を宣告されてから手術日までの期間は、平均 38.5 (標準偏差 SD ± 24.8, 中央値 *Me* 33.0) 日、入院してから手術日までの期間は、平均 32.6 (SD ± 13.4) 日であった。手術日を宣告されてから手術日までの期間は平均 10.0 (SD ± 4.2) 日だった。面接は手術日の 4 日前もしくは 5 日前に行い、その平均は 4.2 (SD ± 1.1) 日であった。



\* Median33.0日

図 1: 術前の経過

### 3. 手術決断の理由のカテゴリ化 (表 2)

「手術決断の理由」にあたる意見をフレーズごとに区分けし、最終的に 35 個抽出できた。これらを整理統合した結果、病状悪化の回避し、手術への期待し、社会的役割の認知し、手術の必要性の認知し、家族の支持し、医師への信頼し、手術の成功体験者の存在し、諦観、以上 8 つのカテゴリが抽出できた。以下に各カテゴリの説明とそれに含めた手術決断の理由について、数の多かった順に示す。

#### 1) 病状悪化の回避

現在存在する身体症状を取り除くことと、今後起こりうる病状の悪化を防止するために手術を決断していた。これらを「病状悪化の回避」と命名した。このカテゴリには以下の 10 の理由が含まれる。

「脳溢血や心筋梗塞にはなりたくないで、それを回避する意味で手術を決めた」「放っておけば心筋梗塞になると医師から説明を受け心配になった。受けないとこれから何もできなくなる。だから決めた」「このまま放置すると心筋梗塞で死ぬことがあるといわれた」「手術をしないと発作を何回も起こし治らないといわれ、手術をするしか方法はないと思った」「外科医から 5 年ぐらいで寝たきりになる可能性が高いといわれ、それより手術がよいと考えた」「心不全 (以前に経験) や脳梗塞を起こさないよう (以前に発症)」「きつい症状からの解放」「きつい症状がなくなるのであれば」「手術しないと後半年で寝たきりになるといわれた。寝たきりにはなりたくない」「このまま寝たきり、心不全にはなりたくない」

#### 2) 手術への期待

手術を脅威的な存在と捉えず、手術を受けることのメリットがデメリットを上回ると判断し、手術そのものが利益をもたらす存在であると肯定的な存在として再

構成し直すことで手術を決断していた。これらを「手術への期待」と命名した。このカテゴリには以下の 8 つの理由が含まれる。

「ガンとは違って心臓の手術はすれば治るものである。他のどこも悪くなく心臓だけだからする」「放置すると寿命が 50 歳までといわれ、まだ生きたいと思い、手術を決めた」「手術をすればまた元気になれると言われて手術後の生活に期待感を持てた」「病気が心臓だから放置しているより手術にかけてみようと思った」「まだ自分の夢を達成してないので、それを達成させたい。それには手術が必要だ」「手術してまた元気になりたい」「一日も早く元気になりたい。そのためには手術が一番である」「元気になって長生きしたい」

#### 3) 社会的役割の認知

これまでの家族や社会における役割を今後も果たしていくためには手術が必要不可欠であると認識することで手術を決断していた。これらを「社会的役割の認知」と命名した。このカテゴリには以下の 4 つの理由が含まれる。

「家族のために自分が長生きしないといけない。そのために手術する」「家族や仕事などの役割があり、また元気にならなければいけない」「妻の介護もあるし自分が頑張らないといけないと考えた」「一家の大黒柱としての役割を果たしたい」

#### 4) 手術の必要性の認知

医師から疾患および手術・麻酔に関する知識を得たことで、医学的に手術適応であることを認識し手術の必要性を改めて実感することで、手術を決断していた。これらを「手術の必要性の認知」と命名した。このカテゴリには以下の 3 つの理由が含まれる。

「病気の説明を医師から受けて本当に手術が必要なんだと痛感した。病気が悪いんだという事実が決め手である。病気の説明が不十分ならする気になっていなかったかもしれない」「カテーテル検査で悪いといわれ必要性が分かったから」「肺の病気もあるし、今は心臓をまず治すしかないと思った」

#### 5) 家族の支持

家族もしくはその他の重要他者から心理社会的な支持をもらったことで手術を決断していた。これらを「家

表 2：手術決断の理由のカテゴリー

---

病状悪化の回避
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 脳溢血や心筋梗塞にはなりたくないで、それを回避する意味で手術を決めた</li><li>・ 放っておけば心筋梗塞になると医師から説明を受け心配になった。受けないとこれから何もできなくなる。だから決めた</li><li>・ このまま放置すると心筋梗塞で死ぬことがあるといわれた</li><li>・ 手術をしないと発作を何回も起こし治らないといわれ、手術をするしか方法はないと思った</li><li>・ 外科医から 5 年ぐらいで寝たきりになる可能性が高いといわれ、それより手術がよいと考えた</li><li>・ 心不全（以前に経験）や脳梗塞を起こさないよう（以前に発症）</li><li>・ きつい症状からの解放されたい。きつい症状がなくなるのであればと思った</li><li>・ 手術しないと後半年で寝たきりになるといわれた。寝たきりにはなりたくない</li><li>・ このまま寝たきり、心不全にはなりたくない</li></ul>
手術への期待
<ul style="list-style-type: none"><li>・ ガンとは違って心臓の手術はすれば治るものである。他のどこも悪くなく心臓だけだからする</li><li>・ 放置すると寿命が 50 歳までといわれ、まだ生きたいと思い、手術を決めた</li><li>・ 手術をすればまた元気になれるといわれて手術後の生活に期待感を持てた</li><li>・ 病気が心臓だから放置しているより手術にかけてみようと思った</li><li>・ まだ自分の夢を達成してないのでそれを達成させたい。それには手術が必要だ</li><li>・ 手術してまた元気になりたい。一日も早く元気になりたい。そのためには手術が一番である</li><li>・ 元気になって長生きしたい</li></ul>
社会的役割の認知
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 家族のために自分が長生きしないといけない。そのために手術する</li><li>・ 家族や仕事などの役割があり、また元気にならなければいけない</li><li>・ 妻の介護もあるし、自分が頑張らないといけないと考えた</li><li>・ 一家の大黒柱としての役割を果たしたい</li></ul>
手術の必要性の認知
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 病気の説明を医師から受けて本当に手術が必要なんだと痛感した。病気が悪いんだという事実が決め手である。病気の説明が不十分ならする気にならなかったかもしれない</li><li>・ カテーテル検査で悪いといわれ、必要性が分かったから</li><li>・ 肺の病気もあるし、今は心臓をまず治すしかないと思った</li></ul>
家族の支持
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 夫は病気なので息子と相談して決めた。息子が手術を勧めたので決心した</li><li>・ 家族に相談して賛同してくれたのでその気になった</li><li>・ 家族に相談して勧められて自分で決心した</li></ul>
医師への信頼
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 移植の時代であり医学の技術を信頼し安心している。だから失敗もまずないだろうと思った</li><li>・ 手術がベストだと医師からいわれたので、その医師を信じ、手術を受けるのが一番いいと思った</li><li>・ 医者が判断して決めたことだからその通りがいいのかなあ。医者が大丈夫というから安心して任せている</li></ul>
手術の成功体験者の存在
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 手術を終え元気になっている患者の励ましやよくなっていく姿を見て勇気が湧いた</li><li>・ 経過のよい患者と関わり自信がついた</li></ul>
諦観
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 医者がしないと助からないというから仕方ない。手術を決めたというより、するしか道はない、もう逃げられないと思ったから</li><li>・ やはりしたくないという気持ちが強かった。受け入れていかなくてはならないという気持ちになった</li></ul>

---



族の支持」と命名した。このカテゴリーには以下の3つの理由が含まれる。

「夫は病気なので息子と相談して決めた。息子が手術を勧めたので決心した」「家族に相談して賛同してくれたのでその気になった」「家族に相談して勧められて自分で決心した」

#### 6) 医師への信頼

医師への信頼を基盤とし、その医師からの勧め、またはその医師に一任することで手術を決断していた。これらを「医師への信頼」と命名した。このカテゴリーには以下の3つの理由が含まれる。なお、医師がいうので仕方がないという「あきらめ」の性質のものはこれに含めず、「8. 諦観」に含めた。

「移植の時代であり医学の技術を信頼し安心している。だから失敗もまずないだろうと思った」「手術がベストだと医師からいわれたので、その医師を信じ、手術を受けるのが一番いいと思った」「医者が判断して決めたことだからその通りがいいのかなあ。医者が大丈夫というから安心して任せている」

#### 7) 手術の成功体験者の存在

同じ手術を受けた患者から手術に関する情報および精神的サポートを得られたことで手術を決断していた。これらを「手術の成功体験者の存在」と命名した。このカテゴリーには以下の2つの理由が含まれる。

「手術を終え元気になっている患者の励ましやよくなっていく姿をみて勇気が湧いた」「経過のよい患者と関わり自信がついた」

#### 8) 諦観

手術を決断した理由を「あきらめ」で表現した患者が2名おり、あきらめ悟るという意味の「諦観」と命名した。手術を受けることに拒否的感情を抱きつつも、医療従事者および家族などの外部の影響により、仕方ないとあきらめて手術に応じていた。

「医者がしないと助からないというから仕方ない。手術を決めたというより、するしか道はない、もう逃げられないと思ったから」「やはりしたくないという気持ちが強かった。受け入れていかななくてはならないという気持ちになった」

## VII. 考察

### 1. 手術を受けた方が自分に利益をもたらすと認知することによる手術決断

Pender は、「ヘルスプロテクションとは、病的ストレスから積極的に身を守り、あるいは症状のない段階で健康問題を発見することにより健康問題を体験する可能性を低くすることを目指し、病気や障害というマイナスの状態を回避する努力に焦点がおかれるものである」と述べている<sup>11)</sup>。Shamansky らは、病気によって残った障害を最小限にし、その制約のもとで生産的な生き方ができるようにすることを目的とする行動をヘルスプロテクション行動とし、手術を決断することもヘルスプロテクション行動の一つであると述べている<sup>12)</sup>。つまり、医師から手術が最善の治療法として提示された患者は、疾患の悪化を防止し自分の健康を維持していくために手術を受け入れるという患者役割、つまりヘルスプロテクション行動が期待されるということになる。

ヘルスプロテクション行動の決定要因を扱った理論として、Becker らによる保健信念モデル(Health Belief Model: HBM)がある<sup>11)</sup>。HBM ではネガティブな出来事の回避が強調されているのが特徴で、ヘルスプロテクション行動の直接的な決定要因の一つとして「予防的行動をとることへの利益と負担の知覚の差」が挙げられている。手術を受ける患者にこの理論を応用すると、手術をした方が自分の利益につながると患者自身が認知することにより手術決断が促進されるということになる。

本研究で得られた「病状悪化の回避」は、まさにネガティブな出来事を回避したいという患者の意思そのものといえ、手術を受けることが自分に利益をもたらすと患者自身が認知することである。また、「手術への期待」は手術を脅威的な存在と捉えず、手術を受けることのメリットがデメリットを上回ると判断し、手術が将来自身に利益をもたらす存在であると結論づけることである。このように、手術決断は手術を受け入れた方が有益であると認知すること(病状悪化の回避・手術への期待)に依存していることが明らかになった。

### 2. 社会的役割を認知することによる手術決断

「家族のために自分が長生きしないといけない」という言葉に代表されるように、これまでの家族や社会における役割を今後も果たしていくためには手術が必要不可欠であると再認識することで手術を決断している患者がいた。Becker らによる保健信念モデルは、ヘルスプロテクション行動の媒介要因として社会的要因(デモグラフィック要因、社会階層、準拠集団からの期待など)を

挙げている<sup>11)</sup>。家族における役割，地域社会における役割，これらを遂行していくために手術は避けて通れず，社会的役割を遂行する手段として手術が位置づけられていた。このように，手術決断は，社会的な役割を遂行していくには手術が必要であると認知すること（社会的役割の認知）に依存していることが明らかになった。

### 3. 手術の必要性を認知することによる手術決断

医師から疾患および手術・麻酔に関する情報提供を受けることで，医学的に手術適応であることを患者本人が再認識し，このことで手術の必要性を実感し手術決断に至ることが明らかになった。実際，「本当に手術が必要なのか」というように自分の疾患の重症度を低くみている患者もあり，手術に対して否定的かつ拒否的な印象を抱いている患者もいた。これらの背景として，十分な情報が患者に提供されていないこと，提供されていても患者側が理解していないことなどが挙げられる。情報不足は患者の予期不安を増大させることにつながるため，患者のニーズに合わせて情報を提供していくことが求められる。Kimらは術前の情報量と術後の不安およびネガティブな感情の関係を調査し，患者が欲する情報を提供することで患者の術後の不安，治療に対するネガティブな感情が和らぐと述べている<sup>13)</sup>。Lynn-McHaleも同じく，患者のニーズに合った情報を術前に十分提供することは術後の不安を軽減する方法として不可欠であると示唆している<sup>14)</sup>。このように，手術決断は手術適応となった理由を患者が十分理解し，患者本人が手術の必要性を強く認知すること（手術の必要性の認知）に依存していることが明らかになった。

### 4. 重要他者の心理社会的支持による手術決断

「家族の支持」「手術の成功体験者の存在」「医師への信頼」，これらのカテゴリーは，第三者から直接的または間接的に影響を受けて手術決断に至るというものである。このように，重要他者からの心理社会的支持により手術決断に至っているケースがみられた。

根本の研究では，心臓手術を受ける患者の術前不安として「万一の場合の家族に対する心配」が挙げられている<sup>1)</sup>。実際，面接の際に家族の話題になると流を涙す患者もあり，家族に心配や介護・金銭面の負担をかけることに対して自責の念を抱いている患者がいた。このような心理状態の中，家族の手術への賛同や励ましという心理社会的な支持を得ることは手術決断に大きな影響を与えることが分かった。

Lepczyk や Kulic は，同じ手術を受けた術後経過がよい

患者の存在は，これから手術を受ける患者にとってモデルケースとなり，非常に重要であると述べている<sup>15)</sup><sup>16)</sup>。本研究においても，2名の患者が「手術の成功体験者の存在」を手術決断の理由に挙げていた。既に手術を受けた患者との交流から得られた情報により代行の体験（vicarious experience）をすることになり，手術を受ける患者の不安へのコーピング，および，自己効力期待や術後の活動性を改善することを助けると Parentらが述べている<sup>17)</sup>。同じ手術を体験した患者と術前に交流する機会を持つことで，術前術後に関する情報収集の機会となり，また，精神的励ましを受けることで心の励みとなっていた。このような意味からも，手術決断に向けて成功体験者と術前に交流を持たせる機会をつくることは，手術に対する心的準備には非常に有効な看護介入であるといえる。

患者にとってのキーパーソンは家族や同僚，他の患者だけではない。自分の生命を預ける医師も重要他者の一人といえる。トラベルビーは手術を受ける患者は「安心のニード」があると述べていた<sup>18)</sup>。本研究でも「医師への信頼」を手術決断の理由として挙げている患者があり，自分の生命を委ねる医師を信頼することで安心のニードを満たそうとしている患者の存在が明らかになった。

このように，手術決断は家族や同僚，目標とすべき成功体験患者，医師・看護者を中心とした医療従事者など重要他者からの心理社会的支持（家族の支持・医師への信頼・手術の成功体験者の存在）に依存していることが明らかになった。

### 5. 手術を回避できないと結論づけることによる諦観による手術決断

今回，手術を受けることに拒否的感情を抱きつつも，医療従事者および家族など外部からの影響力により，仕方ないとあきらめることで手術に応じていた患者が2名いた。このカテゴリーを手術決断に影響する要因として加えるかどうかは，さらに検討していく必要がある。しかし，実際「仕方ない」「もうどうしようもない」といった理由が手術に応じた最大の理由と答えていたのは事実であり，諦観することで手術を受け入れる患者の存在も明らかになった。

## VIII. 結語

今回，心臓手術を受ける患者が手術決断したその理由を記述し，カテゴリー化することを目的に研究を行った。その結果，病状悪化の回避，手術への期待，社会的役割の認知，手術の必要性の認知，家族の支持，

医師への信頼，手術の成功体験者の存在，諦観，以上 8 つが心臓手術を受ける患者の手術決断に至った理由であることが明らかになった。

#### IX. 本研究の実践への提言

看護者が患者の手術決断の理由を把握することで、術前にある患者の心理面のアセスメントの一助となり、患者個々の理由に基づいた個別的な看護介入が期待できる。その意味で、手術を決心したその決め手、つまり手術決断の理由について分析した本研究は意義深いものといえる。

#### X. 研究の限界と今後の課題

今回の研究の対象者は 24 名であるが、新たなデータ(手術決断の理由)がもう得られない理論的飽和に至ったと考えている。今後は施設および対象者を広げ、本研究の結果をさらに検証していく必要がある。また、第三者のスーパーバイズを受け、研究者の主観的な分析に偏っていないかチェックを受けるという研究方法をとる必要がある。

今回は心臓手術を受ける患者に限定した研究であるが、今後は本研究で得られた結果と心臓以外の手術を受ける患者を対象とした場合との違い、患者のデモグラフィック要因(年齢・性別・社会的背景など)と手術決断の理由との関係についても研究していきたい。

#### 謝辞

本研究のために手術を目前に控えた状況にも関わらず、研究に快くご協力いただきました患者の皆様には心からお礼申し上げます。

#### 引用文献

- 1) 根本良子：心臓手術を受ける患者の術前、術後のストレス・コーピング患者が遭遇している体験過程による分析，看護研究，28(1)，61-81，1995
- 2) 小野勝三，続池静子：STAI を用いた心臓手術患者の手術前の不安とその分析，日本看護学会 21 回集録成人看 1，191-194，1990
- 3) 眞嶋朋子，佐藤禮子：心臓手術を受ける患者の不安要因と看護介入，日本看護科学会誌，14(1)，11-18，1994
- 4) 根本良子：患者の術前不安と手術受容度の関連 尿中カテコールアミンと状態不安による分析，看護研

究，31(3)，207-220，1998

- 5) Burker EJ, Blumenthal JA.et.al：Depression in male and female patients undergoing cardiac surgery，Br J Clin Psychol，34(1)，119-128，1995
- 6) Vingerhoets G：Perioperative anxiety and depression in open-heart surgery，Psychosomatics，39(1)，30-37，1998
- 7) Crumlish CM：Coping and emotional response in cardiac surgery patients，West J Nurs Res，16(1)，57-68，1994
- 8) Crumlish CM：Coping strategies of cardiac surgery patients in the perioperative period，Dimens Crit Care Nurs，17(5)，272-278，1998
- 9) 浅沼良子：心臓手術患者の術前、術後の消極的感情調節的コーピング 術後回復への影響について状態不安と媒介因子による分析，東北大学医療技術短期大学部紀要，9(2)，187-198，2000
- 10) 長瀬輝誼：開心術に関する精神医学的研究，日本大学医学雑誌，37(12)，1515-1525，1978
- 11) Nola J.Pender:HEALTH PROMOTION in NURSING PRACTICE, 1996, 小西恵美子訳，ペンダーヘルスプロモーション看護論，5，日本看護協会出版会，1997
- 12) Shamansky SL, CLausen CL：Levels of prevention: examination of the concept，Nurs Outlook，28(2)，104-108，1980
- 13) Kim H, Garvin BJ, Moser DK：Stress during mechanical ventilation: benefit of having concrete objective information before cardiac surgery，Am J Crit Care，8(2)，118-126，1999
- 14) Lynn-McHale D, Corsetti A.et al:Preoperative ICU tours: are they helpful?，Am J Crit Care，6(2)，106-115，1997
- 15) Lepczyk M, Raleigh EH, Rowley C：Timing of preoperative patient teaching，J Adv Nurs，15(3)，300-306，1990
- 16) Kulik JA, Mahler HI：Effects of preoperative roommate assignment on preoperative anxiety and recovery from coronary-bypass surgery，Health Psychol，6(6)，525-543，1987
- 17) Parent N, Fortin F：A randomized, controlled trial of vicarious experience through peer support for male first-time cardiac surgery patients: impact on anxiety, self-efficacy expectation, and self-reported activity，Heart Lung，29(6)，389-400，2000
- 18) Joyce Travelbee：INTERPERSONAL ASPECTS OF NURSING, 1971, 長谷川浩他訳，人間対人間の看護，医学書院，287-289，1974

## A Study on Reasons for the Decision Making about Surgery in Patients Undergoing Cardiovascular Surgery

Takumi Yamada<sup>\*1</sup>

**【Abstract】** OBJECTIVE: To investigate the reasons for decision making about surgery in patients undergoing cardiovascular surgery. DESIGN: A descriptive qualitative design. PATIENTS: A purposive sample consisting of 24 adult patients (20 men and 4 women) who planned to have cardiovascular surgery. Age range was 41 to 86 years (mean 65.2 years). METHODS: Data were collected through unstructured interviews. Then they were analyzed using qualitative content analysis. RESULTS: 35 reasons were provided and classified into 8 categories.

We obtained the following results:

- 1) Evasion of condition aggravation
- 2) Expectation to surgery
- 3) Perception of social role
- 4) Perception of necessity of surgery
- 5) Family's support
- 6) Confidence to doctor
- 7) Presence of the patient underwent the same surgery
- 8) Resignation

CONCLUSION: The reasons for the decision making about surgery in patients undergoing cardiovascular were classified into 8 categories. Decision-making about surgery are dependent on the perception of profits, psychosocial support from the significant others, the perception of necessity of surgery, the perception of social role, and resignation.

**【Keywords】** cardiovascular surgery, preoperative nursing, decision-making, qualitative study

---

<sup>\*1</sup>National College of Nursing, Japan (Adult Nursing)  
1-2-1, Umezono, Kiyose-shi, Tokyo,  
204-8575, Japan  
TEL:0424-95-2211  
FAX:0424-95-2758  
e-mail:yamadat@adm.ncn.ac.jp

## 「うつ」に対する心理教育的カウンセリングの3事例 — 「I'm OK」「プラス思考」をキーワードにして—

### Case Reports on Psycho-Educational Counseling for Depressive Patients — Using Keywords, "I'm OK" and "Positive Thinking" —

鉅鹿健吉<sup>\*1</sup>  
Kenkichi Oga<sup>\*1</sup>

【要 旨】「うつ」(うつ病, うつ状態, 抑うつ反応を含む)の社会人に対して行った心理教育的なカウンセリングの事例報告を行う。取り上げた3事例は, 医療機関で治療を受けた後, カウンセラーのもとを訪れ, 3 ~ 5回の面接で自己受容と他者受容を高めて心理的な問題の改善がみられた。教育のキーワードとしては「I'm OK, You're OK」「ストローク」「プラス思考」などを用いた。

事例1では, まず自己受容から始め, 他者受容の高まりとともに意識が変わり, 新たな人間関係での自信が本人の感じ方・考え方を変え, 症状が消失した。事例2では, 自己受容・他者受容にあまり変化がみられず, 心理教育の効果は顕著には現れていない。事例3では, 自分を受け入れ, 相手を受け入れること, 特に夫との関係をアサーティブにする努力によって少しずつ変化がみられ, 症状が軽減した。

受容能力の向上を目指す教育的カウンセリングのメカニズムは, 人間関係の理解 考え方が変わる 感じ方が変わる 気持ちと生活が変わる, というプロセスをねらっている。3事例からいえる効果的な方法とは, 内容がクライアントに適している, 内容が分かりやすく, 本人が自己理解を深めている, 変化の目標が具体的で, 変化が積み重ねられている, などがポイントになる。

また, カウンセラーによるクライアントの受容, 変化が有効であることの暗示, 具体的なプラス思考の例示などが大切であることも確認された。これらの点がうまく機能すれば, 2 ~ 3ヵ月の期間でも心理教育的カウンセリングは充分にクライアントに有効であることが示された。

【キーワード】 心理教育, カウンセリング, 自己受容, プラス思考

【Keywords】 psycho-education, counseling, self-acceptance, positive thinking

#### 1. カウンセリングと心理教育の併用

ここで取り上げる3人の事例は, うつ状態・情緒不安定・自殺念慮などの心理的問題を持って医療機関で投薬治療を受け, その後カウンセラーのもとを訪れたケースである。カウンセリングでは再発予防を目的に「I'm OK」「プラス思考」などをキーワードに3 ~ 5回の面接を行い, 受容能力を高めて症状の改善がみられた。どのような教育がどのようにクライアントの心を変えていくの

か, その経過を振り返ってみたい。

カウンセリングの効果は, 受容による安心, 明確化による気づきと変化, 教育・指導による考え方の変化, の3つのチャンネルが中心といえる。一方, 心理教育は患者およびその家族に対して病気についての知識や情報を与えることにより, 治療や再発防止に役立てるのである。「うつ」の場合は薬で症状を抑えた後, ストレスに対する弱さを補うべく, 回復期に精神療法や心理教育

<sup>\*1</sup> 国立看護大学校 人間科学 (心理学)

〒204-8575

東京都清瀬市梅園 1-2-1

電話: 0424-95-2211

FAX: 0424-95-2758

メールアドレス: oogak@adm.ncn.ac.jp

が行われることが望ましいといわれている。

心理教育を含めたカウンセリングは一般におよそ次のようなプロセスになる。

- 来談目的と主訴の確認，提供できる援助の説明
- 問題の背景・家族歴・生育歴・性格などについての質問と明確化
- 受容的信頼関係の確立と，状況・気持ちの明確化による気づき
- 必要と思われる心理教育の展開と，それによる考え方の変化
- 必要に応じて他の援助技法を導入，例えば，イメージトレーニングやアクションメソッド，フォローアップ面接など
- 実生活での心理的变化のフィードバック（問題の軽減・解消）

「心理教育」の効果を高めるためには，単に情報提供に留まらず，次のような点での配慮が必要であろう。まず，クライアントに適した内容の選択，そして，内容を分かりやすく丁寧に理解度を確認しながら伝える。教育内容に沿って自己理解を深め，自分を変えるための具体的な課題を決めて，生活の中で課題を達成する。変化を少しずつ確認して，それを繰り返していく。心理教育も効果的であるためには変化の確認が必要である。

## II. 「I'm OK, You're OK」などの用語について

今回行った心理教育の内容は，自己受容・他者受容を中心に，キーワードとしては「I'm OK」「プラス思考」「ストローク」などを用いた。まずそのアウトラインについて示しておく。

### 「I'm OK, You're OK」について

I'm OK は自己受容，You're OK は他者受容と置き換えることができる。自分自身や他人を受け入れ，優しくなればストレスが少なくなる。「好き」が多ければ悩むことが少なく，「嫌い」が多いと苦しい，「だから好きになるうよ」というのが趣旨である。

### 「プラス思考」について

「ポジティブ思考」とも同義語で，「病気になる・仕事で失敗する・競争で負ける」などの世間的にはマイナスにみられる出来事を，逆にプラスに利用しようという考え方である。いわゆる『転んでも，ただでは起きない』姿勢で，マイナスを機にプラスを掴む思考パターンといえる。例えば，注意不足で車を電柱にこすってしまったときに，修理代がかかるので自己嫌悪に陥るというのではなく，それを大きな事故の防止サインとみなして，以後はより一層安全に運転をするようになる。これは，車

をぶつけたマイナスを自分流にプラスに意義づけたプラス思考の例である。特に，「病気になることをプラスに生かせる」という考え方は大切である。

### ストロークについて

「Stroke」は本来「打つ」と「撫でる」の意味があるが，交流分析では「相手に快・不快・緊張を与える言動」によって「相手の心を撫でる」意味に使う。親が子どもに与えるストロークは重要で，例えば，誉めて（プラスのストローク）育てれば自信のある子に，叱って（マイナスのストローク）育てれば自信のない子が反抗的な子が育つ，というような使い方をする。プラスとマイナスのストロークのバランスはどうか，プラスをもらった人は自分からもプラスを出しやすく，マイナスで撫でられた人はマイナスを出しやすい，などとも使われる。

## III. 事例1 A子 21歳 女子事務員

<概要>うつ状態，情緒不安定などで心療内科に受診していたが，人間関係の改善を目的にカウンセリングを希望。過食・衝動買い・家族との口論などの問題もある。はじめの3回は1週間ごとに面接し，計5回面接する。

### （第1回面接）

産業医の紹介で社内の健康相談室に来談したA子は，職場での緊張と情緒不安定（うつ状態とかんしゃく）に対してこの1年，ほぼ毎日精神安定剤を常用してきた。その結果，「今は薬への依存が大きな悩みになっている」と来談動機を述べた。カウンセラー（筆者）は問題の経過を尋ね，その背景として生育歴と家族歴を把握した。その中で，クライアントは高校在学中に不登校だったことを語り，その話をカウンセラーに受容的に聴いてもらったことで安心感を得たようだ。筆者は面接の方針として，まず心理チェック（エゴグラム）で心のバランスを調べ，心をタフにするための心理教育（ストローク，I'm OK など）の話を数回して，あとは実生活で変化を目指すことを提案した。

家族構成は，父・母・本人・3歳下の妹の4人家族で，父親の職業は建設作業員。父の性格は短気でワンマン，母は気が弱く，妹はしっかり者が気が強いとのこと。家族がA子に与える影響の大きいことが予想された。エゴグラムの結果は，AC（不安・緊張）とCP（支配・攻撃）が高かった。

### （第2回面接）

対人関係のストレスが多いということで，どんなストレスがあるのか，なぜストレスを受けやすいのかについて話し合う。職場では頻尿で，これは高校時代から続い

ていて対人緊張の例だという。親からもらったストロークと、自分が同僚や家族に出しているストロークについて尋ねると、父親からも母親からもプラスのストロークはあまりもらったことはなく、自分もプラスを出すことは少ないという。また現在、家ではマイナスのストロークがあふれ、職場でもプラスのやりとりは少ないという。

「これからはプラスのストロークを意識して出してみようよ」と筆者がいうと、「優しい気持ちがなくても言っているんですか？」というので、「優しい言葉を使っていると優しい気持ちにもなれることもあるよ。試してごらん」と筆者は答えた。「I'm OK」について尋ねると、親から叱られてばかりだったせいか、自分が嫌いで容姿も性格も何もかもが嫌いだという。「顔もスタイルも格好いい方だよ」と筆者がいうと、本人は「目はぎょろ目だし、眉は太すぎる」という。いろいろ聞いても「自分のよいところはない」というので、「顔の中で比較的好きなところはどこ？」と聞くと、「ううん、目かな」とやっと答えた。そこで、「比較的好きなところを自分では大事にしようね。人には好かれなくとも、自分だけは好きだといえるのは素敵じゃない？」というので、「自分の好きなところを意識して見付けて大切にすれば、自分自身に優しくなれるっていいことですね」とA子は応えた。

自分を大切にしていける具体的な例として「『目はまあ好いかな』と思ったら、目に愛情を感じながら鏡を見てごらんよ」と話す。同様に自分の行動、物の考え方等も「『比較的好いかな』と思ったら誉めてやることで自分に優しくなれるよ」と具体的な方法を話し合う。「好き嫌いも自分でコントロールすることができるのですか」というので、「その通り。自分の好きな部分を見付けていくと、しばらくして人のいいところも見えてきて、随分、気分が違うよ」などと具体的な例を交えて話し合った。

(第3回面接)

親から受けた影響について、まとめて話してくれた。「高校までの自分は母親に似て、びくびくしていた。母親の影響で不登校になったと思う」とも話す。高卒で就職した時点で自分を変えようと思って、明るく社交的な自分を演じた。その時のモデルは父親だったので、「明るいよりは、わがまま・マイペース・攻撃的だった。この2年間、無理していたし、間違いだった」と語った。「そういう状態では当然疲れるだろうし、家に帰っても一層苛立つんだよね」というと頷いていた。

(第4回面接)

3週間ぶりの面接になる。この間、町の「ママさんサッカークラブ」のマネージャーを始めたといい、そこで年上の気の合う女性たちに出会ったという。「プラスの人間

関係を意識して接していると、家庭の自分とも職場の自分とも少し違う自分を出せた」と述べる。明るくてオープンな気分でいられてとても嬉しいと語る。「職場でも家庭でもそういう自分になれるといいね」というと、「妹を嫌だと思っていたことでも、妹のよい点に気づくようになり、最近、喧嘩はしない」という。「両親についても見えていないよいところが見えてくるといいね」とカウンセラーは話した。

(第5回面接)

1ヵ月後に来談。安定剤をほとんど飲まずにやれていると報告してくれる。表情が明るくなったのが印象的であった。最近の状況は、「家庭で喧嘩をしてもそうひどくはならないし、過食や衝動買いにも走らなくなった」という。職場でも無理しないで淡々と仕事ができているという。職場の上司に対しても「欠点はいくらでもいえるが、今はよいところを見付けよう」と意識すると結構よいところが見付かる」と、自分の心の変化を実感していた。「自分の気持ちをだいたいコントロールできるようになったね」というと嬉しそうに笑う。面接を始めて2ヵ月半が経過したので一応終了とし、半年たったらまた報告に来ることを約束した。

(A子のその後)

きちんと半年後に報告に来る。薬なしで元気に仕事を続け、サッカークラブのマネージャー役も楽しんでいるという。また、ボーイフレンドともうまくいっているとのこと。なお現在、当時から約3年が経つが、社内で出会うと軽い冗談をいったり、明るく声を掛けてくる。

#### IV. 事例2 B男 35歳 研究開発担当

<概要>うつ状態で3ヵ月休職したあと、リハビリとしてカウンセリングを3回(1週間間隔)行って復職したが、その後は全快しない状態が続いている。

(第1回面接)

産業医の勧めに同意して積極的に来談する。うつで休職に至った経過、生育歴、家族関係などを要領よく話す。高校まではおとなしい性格であったが、大学時代から性格が変わり、勉強も遊びも積極的に楽しむようになったという。大学院を経て、現在勤務する一流企業に就職。入社後、2度もプラント立ち上げのプロジェクトに参加するなど、エリートコースを突き進んできた。今年この工場に新しいプラントを建設するために本社から出向してきたのだが、超多忙の毎日で深夜まで残業を続けるうちに、体も心も動かなくなって、とうとう倒れてしまった。あせりの悪循環の中で退職や自殺も考えたという。1

～ 2週間休んで仕事に戻ったこともあるが、再び働けなくなり、今回3ヵ月、外来治療に専念するために休職した。

復職直前の3回だけの面接という約束であったが、彼はうつ病の再発を恐れていた。「仕事に戻ればいくらハビリ中でも残業をして頑張ってしまうそうだから」と仕事人間ぶりを告白し、「なぜこんなに挫折が恐いんでしょうかねえ。うつの原因も社内出世競争かなあ」とエリート社員の心の内をのぞかせた。「大学生までは遊び好き、結婚してから30歳までは家庭第一人間、30歳過ぎてからはワーカホリックですね」と淡々という。筆者は「病気になることで仕事人間から家庭人間にかわり、家庭を取り戻すことにしてはどうですか」と勧めたが同意は得られなかった。

家族は彼がうつ病になって、むしろ喜んだらしい。家には寝に帰るだけだった彼が一日家にいて、妻と二人の小学生の娘と一緒に時を過ごすからである。筆者は、次回にストレス解消の自分の楽しみ（音楽・スポーツ等）について話し合うので、CDなど何か具体的な物を持参するように話す。

(第2回面接)

ビートルズほか数枚のCDを大事そうに抱えて来室する。自分が撮影したハイキングや山の写真も持参する。CDを聞きながら、クライアントとカウンセラーは好きなアーティストの話など、昔話を花を咲かせた。ゆったりとした気分の中で、「I'm OK. You're OK」「ストローク」の話を出したが、現状の人間関係にはあまり問題はなく、参考にはならなかったようだ。楽しく話し合っただけで信頼関係は深まったといえるが、B男の現実生活でのストレス解消には結びつかなかったかもしれない。

(第3回面接)

現状の把握と昔話に終わった第1・2回面接を受けて、再発の予防には「考え方」の変化が必要だと感じた筆者は、私生活の大切さ、特に家族との絆を見直すことを重点に面接を進めた。まず、彼の生まれ育った家族との関係を探った。農村出身の彼だが、彼の出世をプライドにした実家の人たちは、現在あまり交流がない状態だという。「仕事での挫折を受け入れられずにうつ病にまでなったのは、何か家庭との関係はありませんか？」と筆者が尋ねると、「実家も今の家族もプレッシャーにはならないと思う」と彼は応える。家族を大切にをモットーにしていたが、ここ数年、家族との対話がめっきり減ったという。彼は声を落として「実はこの1年ぐらい、妻は宗教団体の活動に積極的に参加するようになって、少し嫌な気がしています」といい、「自分があまり相手にしてもらえないのは、自業自得ですけどね」とも述べた。「こ

れを機に以前のように家族と一緒に出来る趣味の世界を持ったら？」と筆者が水を向けても、彼は首を縦には振らなかった。

仕事より家族重視に考え方を移そうとした筆者は、最後に彼に冗談っぽくペンネームを進呈することにした。発音が本名に近い「暇だアホ氏」(ワーカホリックではなく仕事は二の次三の次にというイメージで)というネームを告げると、彼は大笑いをして「これは大切にいただきます」とペンネームを受け取った。筆者は彼がエリートコースからしばらく意図的に降りて「ひらき直る」のにこの名前(分身)を使ってもらい、それが自己受容にも結びつけばと期待した。B男は病気になることを一応プラスには考えたが、仕事への姿勢は変わらないまま面接は終了した。

彼にとっての面接の目的は、(1)うつになった原因を知る、(2)再発しないコツを知る、の2点だった。(1)については、親の期待からくる完全癖、挫折に慣れていなかったことなどで納得できたようだ。(2)については、仕事で燃え尽きても構わないというような彼の気持ちに対して有効な方法を見付けるには至らなかった。

(B男のその後)

産業医や保健婦からB男についての情報が入り、長期に仕事を休むことはないが、疲れて2・3日休むことが時々あり、うつは全快していないとのことである。面接から1年が経過したが、相変わらず仕事第一で短く病気になるしながら仕事と健康のバランスを保っている様子で、カウンセリングの効果はあまりみられていないといえる。

#### V. 事例3 C子 33歳 企画広報担当

<概要> 仕事でミスしてから約半年うつ状態が続く。1ヵ月の休職の後、復職し、その直後から再発防止に向けての保健婦同席面接を4回(3回までは隔週で)行った。

(第1回面接)

まず、保健婦からC子の問題の経過が説明された。半年前に業績不振からうつ状態で働けなくなったが、休職療養のあとも元気のない状態が続いているという。いかにも話す元気がないという表情の彼女の顔をのぞきながら、筆者は仕事の状況・家庭の状況などを尋ねた。仕事は普通の人の40%くらいの出来で、人に迷惑を掛けながら仕事をしていること、職場の人間関係は理解のある人と好意を示さない人とに二分されていること、仕事をやめて自由になりたいと思うこと(その後の生活は具体的に考えてはいないが)、小学校入学前のふたりの娘はかわ



いくて大事にできること、夫とは意見が対立して口論が絶えないことなどが語られた。筆者は彼女の現在のストレスは夫との関係によるものが大きいと判断して、その対応について話を絞った。

C子と夫は職場結婚で現在も同じ会社に勤めている。そのために便利なこともあれば逆に不便なこともある。常に前向きに進んできた夫は、妻が病気になっても「べき論」を押しつけ、C子を苦しめている。お互いに我が強く感情的になり、夫の暴力も時には生じるという。C子も時にはヒステリックになって、瞬間的に「死んでやる」とか「殺してやる」と思うこともあるという。

そこで、心理教育として「アサーティブな関係」について話をした。お互いの違いを認めて相手を尊重し、I'm OK. You're OK で歩み寄ることを話すと、「あまりにも二人とも攻撃的で対立が激しいから・・・ギャップが大きい・・・」と何度も溜め息をつく。「相手を変えようとする大変だから、まず自分を少しだけ変えてみましょう。例えばヒステリックになったとき、『今は感情的になっているから、少し冷静になってから話しましょう』と自分から必ずいうようにしてみてください・・・」などと筆者は具体的な会話でのセリフをいくつか示した。

(第2回面接)

カウンセリングを受けたことを夫に話したら、多少協力的な態度がみられたという。アサーティブについても説明すると、協力してくれるというが、実際には態度は変わらず支配的なままだという。「変化は急には生じません。まず自分が変わることで相手も少しずつ変わっていくことを信じてください」と述べておく。

「ストローク」の話をする、つくづく自分の家ではマイナスのストロークが多いのに気がつき、「ほんとに嫌になっちゃう」とまた溜め息をついた。自分がI'm NOT OKになった原因の一つは、二人姉妹の妹として育ったが、何でも上手で器量もよい姉に比べていつも劣等感に悩んでいたことを挙げた。また、何でも上手にできる夫に対しても劣等感が強いことも認めた。「いつも人に対して劣等感があり、それがI'm NOT OKとマイナスのストロークに結びついたと思う」と述べる。保健婦も「自分や人を責めないで！ お子さんのためにも自分を大切にしましょう！」とC子を励ましていた。

(第3回面接)

七五三の時に家族で撮った写真を持参し、二人の娘の話を中心に保健婦と軽いお喋りが続く。筆者も「これはどういうところ？」などとつき合っていると、C子は「七五三に関して夫との間でたくさんの誤解や衝突が起きた。たまたまうまくいったけれど、今までだったらとて

も写真なんか撮れなかった。今回はうまくいったので嬉しい。以前と比べて感情的になっても、短時間で元に戻れるようになった気がする」と、少し笑顔をみせた。しかし、子どもは父親が帰ってくると笑顔が消えるとも訴える。買い物や子どもの保育園への送り迎えを夫に頼むことが多いので、それがC子の強い自己嫌悪の一因になるとも話すので、「夫婦間で妥協や貸し借りは避けられない以上、肯定的に考えようよ」などとプラス思考について話し合う。

(第4回面接)

(3週間後)「以前より夫に対してあまり感情的にならなくなった。また、あまり深く落ち込むことや、落ち込みが長く続くことがなくなった」という。「うつ病になった以上、夫婦の関係ももっとよくなっちゃね・・・」というプラス思考がみられ、C子の表情もずいぶん明るくなったようにみえた。筆者はC子の報告にほっとして、面接を一応終了して様子を見ることにした。

(C子のその後)

その後、約1年が経過したが、C子は長く落ち込むことはなく、ほとんど休まずに勤めている。仕事の内容が変わり、不満も多いが、仕事に対しては割り切って距離を持っているようである。夫はまだまだ支配的な様子だが、C子は保健婦と時々相談しながらも、少しずつ夫へのアサーティブな対応に自信をつけてきているとのこと。保健婦の感想では、「仕事にも夫にもふっきれた感じで、以前のような暗さはみられない」という。

## VI. 考察

今回の事例では、クライアントの自己と他者への受容の能力を高めるために、「I'm OK」「ストローク」「プラス思考」などの考え方を教え、問題解決へ結びつけようとした。心理教育が問題解決に役立つメカニズムは、「人間関係の理解が変わる・考え方が変わる」ことから、「(好き嫌いの)感じ方が変わり、気持ちと生活が変わる」というルートをねらうものである。面接のプロセスを振り返り、方法と効果について考察してみる。

内容がクライアントに「適して」いたか。「変化の目標」は具体的か

A子・C子の事例では、自己受容・他者受容が増すことで「うつ」(うつ病・うつ状態・うつ反応を含む)の人の自信のなさ・劣等感・恐怖心などが改善されることが示された。その点で適した教育内容であったといえるが、B男にとっては、仕事の評価が生き甲斐という考え方に問題があったので、自己受容・他者受容を増そうとするアプローチは効果がなかったといえよう。仕事の成功以

上に魅力的なもの、エリートコースを降りるに値する何かを得られないかぎり、彼は病気を利用しながらもエリートコースを生きるのであろう。

A子・C子については、現状がNOT OKでマイナスのストロークがあふれ、プラス思考がなかったので変化の目標は立てやすく、生活の中での変化や課題の達成を繰り返していくことが可能であった。一方、B男にとっては、「家族と一緒に趣味を持つ」などの具体例を出しても、家庭人間になるという課題自体がそれほど魅力的でなかったのでインパクトがなかった。

理解度を確認しながら内容を「分かりやすく」伝え、自己理解を深めたか。変化する「動機を高めた」か。

教育的な話を一方的にしても効果は薄い。I'm (NOT) OK, You're (NOT) OKの場合も、それが具体的に示されないと印象が薄く効果が少ないものと思われる。例えば、A子の場合、自分が嫌いなことや、サッカーマネージャーとしてのいい感じを言葉にして理解を深めたし、C子の場合、「死んでやる」という夫への不満な気持ちなども、具体的な話でなければ効果は薄い感じがする。また、理解を自分のものにさせていくには、クライアントに質問させながら進めることも必要である。A子の場合、「優しい気持ちがなくても言っているんですか?」「好き嫌いもコントロールできるんですか?」などの質問が本人の理解を深めていくことになる。

なお、今回示したA子・C子の事例では、カウンセラーの「こうすれば楽になる」という暗示の効果もあった。理解するだけでなく、意図的に「駄目」を駄目でなくしたり、「嫌い」を嫌いでなくするような本人の努力が加わって考え方・感じ方が変わり、その結果、「明るくなる・自信を持つ・素直になる・優しくなれる」などの変化が生じ、病気に陥る脆弱性の解決に結びついたのである。「受容的になる」という動機を高めることも重要である。

面接場面での「We're OK」と「プラス思考」

I'm OK, You're OK を目指す面接の場で、カウンセラー

とクライアントの関係がWe're OKになっていかなければ教育の効果が薄いことは明らかであろう。面接の深まりによってWe're OKの状況は生じてくるが、面接の早い時期でも、A子が不登校だったことを受容したり、B男とではCDを楽しく聴いたり、C子の場合は一緒に写真を眺めて将来を語ったり、そんな時にちょっとしたWe're OKの感じが生じている。うつ状態の人とは楽しい関係を持ちにくかったり、彼らの気持ちの中に怒りや攻撃性(You're NOT OK)がみられることもあるので、We're OKの時間を大切に持ちたい。

プラス思考は、目の前にあるマイナスや損失に対して気を落とさずに前向きになれるコツである。マイナスの悪循環に陥りがちな「うつ」の人に対してカウンセラーはプラス思考を具体的に説明したり、目の前で見せる機会を持つ。なお、A子のいらだちやC子の溜め息など、クライアントが不機嫌な態度でカウンセラーの気をそぐような時、カウンセラーは「困難なクライアントとの出会いほど自分を育てる」というプラス思考と楽観性を思い出す必要がある。

今後に向けて

A子もC子も育った「家族」の中では心を強く鍛えられず、「会社」という社会の中で症状が出て、またそれを乗り越えて成長したといえよう。一方、B男の場合は生育史に問題はみられず、エリートという豊かで恵まれた環境が本人をうつに追い込んでいる。受容の能力を高めることは、B男にはあまり効果的ではなかった。しかし、こうして「うつ」の再発防止のための援助事例を概観してみると、いくつかのコツがあることが分かった。具体的な例を示して話し合い、特にクライアントの「変わる」動機を丁寧に高めることが大切なこと。また、カウンセラー自身の「I'm OK, You're OK」「プラス思考」が試されることなどである。すべてのマイナスはプラスに変わる可能性があり、プラスは次の落ち込みの原因にもつながる。「万事、塞翁が馬」のような柔軟な発想で、今後もカウンセリングの可能性と効果について考えていきたいと思う。

# わが国の小児看護の変遷 — 国立東京第一病院および国立小児病院を中心に —

## Evolution of Pediatric Nursing in Japan — Through Practice of The First Tokyo National Hospital and National Children's Hospital —

駒松仁子<sup>\*1</sup>, 佐々木和子<sup>\*2</sup>, 伊藤愛子<sup>\*2</sup>  
Hitoko Komamatsu<sup>\*1</sup>, Kazuko Sasaki<sup>\*2</sup>, Aiko Ito<sup>\*2</sup>

【要旨】 わが国の小児看護の歴史はつまびらかでないが、近代医学に基づく小児看護の発祥は明治期にまで遡ることができる。本稿は、戦前の小児看護に言及したうえで、戦後、国立病院で最初に小児病棟が開設された国立東京第一病院（現国立国際医療センター）と、わが国最初の小児総合医療施設である国立小児病院の看護の変遷を述べた。

国立東京第一病院は臨時東京第一陸軍病院を前身として、1945（昭和20）年に発足した。その翌年に小児科病棟が別棟として開設された。1951（昭和26）年、各科の小児はすべて一つの病棟に集められた。小児病棟の誕生である。小児病棟の誕生の背景には、小児医学の発展や国立病院の看護組織の確立、看護基礎教育のカリキュラムにおいて小児看護が「小児科学および看護法」として独立したこと、治療介助や対症看護が主であった小児看護に、入院中の子どもの成長発達を促す看護の視点が導入されたことがあると考えられる。1975（昭和50）年代に入ると、慢性疾患を持つ長期入院の子どもが増加したので、訪問教育を導入するなど子どものQOL（Quality of Life）を目指した医療・看護が受け継がれて現在に至っている。

国立小児病院は、東京第二陸軍病院を前身とする国立世田谷病院を廃止して、1965（昭和40）年に発足した。その背景には、小児医療の専門分化が進んだこと、看護教育のカリキュラムの改正などが準備されていたことなどがあり、医療・看護の転換期にあった。国立小児病院は、わが国の小児医療の中心的役割を果たしたが、高度医療を受ける小児と家族の看護においても、時代の要請に対応しつつ、先駆的役割を果たしてきた。

【キーワード】 小児看護, 弘田長, 三田谷啓, 国立東京第一病院, 国立小児病院

【Keywords】 pediatric nursing, Tsukasa Hirota, Hiraku Sandaya, The First Tokyo National Hospital, National Children's Hospital

### 1. はじめに

近年における周産期医療や小児医療の著しい進歩は先天性疾患や難病の子どもたちの長期生存を可能とした。その一方では、子どもの生活習慣病、アレルギー疾患、心身症、児童虐待などさまざまな問題が顕在化している。それにもかかわらず、少子化を理由に総合病院の小児病

棟が閉鎖されて成人との混合病棟になる傾向にあるが、その状況が病む子どもの成長発達に及ぼす影響の大きさを憂えずにはいられない。

総合病院の小児病棟とは対照的に、国立小児病院は国立大蔵病院との統合のもとに、平成13年度に高度先駆的医療を担う国立成育医療センター（仮称）となる予定で

\*1 国立看護大学校 成育看護学（小児看護学）

〒204-8575

東京都清瀬市梅園 1-2-1

電話：0424-95-2211

FAX：0424-95-2758

メールアドレス：komamatsuh@adm.ncn.ac.jp

\*2 国立看護大学校 成育看護学（母性看護学）

ある。小児医療は高度化の一途をたどっているが、それに伴い小児看護も幾多の変遷があった。わが国の小児看護の歴史はつまびらかでなく、一般的には1965(昭和40)年に設立された、わが国最初の小児総合医療施設の国立小児病院から述べられる場合が少なくない。しかし、近代医学に基づく小児看護の発祥は明治期にまで遡ることができる。

本稿は第二次世界大戦前の小児看護に言及したうえで、戦後、国立病院で最初に小児病棟が開設された国立東京第一病院(現国立国際医療センター)および国立小児病院の看護の変遷を明らかにして、今後の小児看護に役立てることを目的とする。

## II. 対象と方法

対象：戦前の小児医療に関する史・資料、国立東京第一病院および国立小児病院の史・資料、看護関係雑誌  
方法：文献研究

## III. 戦前の小児看護—明治・大正・昭和—

わが国において小児科学が最初に講義されたのは明治期である。1877(明治10)年、東京大学医学部が設立、1883(明治16)年に内科医の伊勢錠五郎が小児科講義を開始した。1888(明治21)年、ドイツ留学を終えた弘田長が東京帝国大学医科大学小児科外来で臨床講義を開始するとともに、弘田長著『児科必携』が出版された。1889(明治22)年に東京帝国大学医科大学小児科学教室開設、弘田長が教授に就任した。1891(明治24)年、弘田長は婦人共立育児会を設立し、貧困児童の保護と救済にあたり、1910(明治43)年、婦人共立育児会附属慈善小児病院を麹町飯田町に開設した<sup>1)</sup>。

1887(明治20)年、東京帝国大学医科大学附属第一病院において、官立で最初の近代看護婦教育が開始された。1889(明治22)年、同附属医院に看病法講習科が設置された。1891(明治24)年、看病法講習規則改正、「小児病看護法」として小児看護法が独立した科目となった。1896(明治29)年より看護の単位は組と呼ばれ、小児科組、小児伝染病室組と区分された<sup>2)</sup>。1898(明治31)年、看護婦長養成が高等看病法講習科で開始されたので、看護婦養成は普通看病法講習科と改正された。普通看病法講習科の看護の項目は、重病患者看護法、伝染病患者看護法、精神病患者看護法、小児病患者看護法であった。1900(明治33)年より、各診療科に婦長が配置され、診療科が看護単位となった<sup>3)</sup>。1914(大正3)年、看護法講習規則が改正され、小児看護の科目は「小児科病患者看護法及び育児法」となった<sup>4)</sup>。

1915(大正4)年、看護婦規則が制定された。同年、弘田長は『小児看護の菜』を出版した。それは「科学的発達に裏づけられて、小児看護教育のために書かれた最初の本<sup>5)</sup>」であった。弘田は「看護婦の観察は、患児の自訴を補ふものなるを以って、看護婦が此観察力を養成することは極めて必要のことに属す<sup>6)</sup>」と、看護婦の観察の重要性を述べている。さらに未熟児が生存した例を挙げて、「早生児の運命はかかりて小児看護の如何に存すと云うを得べし。この際、小児は人乳によって生くと云わんよりは、寧ろ看護婦の熱心によって生くと云うふを至当とすべし。若し看護婦が己の名譽に掛けて熱心保護するに非ずんば、医師の努力も成功する処無かるべし。唯普通の責任を尽くすと云う以上の熱心なき看護婦は、到底早生児を救助する事能はざるべし<sup>7)</sup>」と述べて、医療における看護の重要性を主張した。大正時代には乳児死亡率が著しく増加したので、乳児院や児童相談所が開設され、乳幼児保護が積極的に行われた。済生会や聖路加病院などによる訪問看護事業も開始され、母子衛生事業が拡大された<sup>8)</sup>。

1927(昭和2)年、医師の三田谷啓が三田谷治療教育院を開設した。三田谷治療教育院は病院と学校と家庭を一体化したような医療施設で、身体虚弱など健康上の問題をもつ子どもが入園して治療教育が行われた。治療教育とは「心身欠陥児を医学と教育の両方面より善導し、もって児童の實際生活を幸福ならしめるもの<sup>9)</sup>」である。治療教育の意味するものは、健康上の問題を持つ子どもに単に「医療と教育」を施すという意味ではなく、子どもの日常生活の環境を整え、さらに子どもの将来を見据えた上での心身医学的アプローチであった<sup>10)</sup>。三田谷治療教育院の実践は、今日の小児看護が目指すものの萌芽形態であった。

1941(昭和16)年、保健婦規則が制定された。これにより、看護婦は病院における病児の看護へ、保健婦は疾病予防と健康保持の指導を目的に健康児(者)へのかわりへと分かれることとなった<sup>8)</sup>。

## IV. 国立東京第一病院における小児看護の変遷

第二次世界大戦後、旧陸海軍病院は厚生省の所管となった。「真に広く国民の医療を担う機関としては、実に厚生省の所管の国立医療機関をもって嚆矢とするものであり、この意味において国立医療機関の発足は、わが国病院史上画期的な意味をもつもの<sup>11)</sup>」であった。「戦後、病院も看護も大きな転換をした。その原動力の一つに国立東京第一病院がある。」<sup>12)</sup>

国立東京第一病院(現国立国際医療センター)の前史

は次のようであった。1929（昭和4）年10月に陸軍第一衛戍病院として創設され、1938（昭和13）年2月に臨時東京第一陸軍病院と改称された。1945（昭和20）年12月、臨時東京第一陸軍病院は厚生省に移管され、国立東京第一病院として発足した。国立東京第一病院は「一般国民への医療の普及と一般病院の模範となる病院を組織運営する使命」<sup>13)</sup>を帯びていた。連合国軍総司令部（GHQ）は日本の病院の改善に着手し、国立東京第一病院を国立中央病院（ナショナル・メディカルセンター）とする計画であったが、予算の都合でこの構想は実現しなかった。しかし、病院内に厚生省病院管理研修所が併置され、病院管理に関する調査・研究や全国の病院幹部に対する研修を実施するとともに、積極的に国立東京第一病院の改革が進められた<sup>13)</sup>。

国立東京第一病院の発足時には、外来診療設備を整備するとともに、小児科、産婦人科が設置された。1946（昭和21）年4月、国立東京第一病院二宮分院が併設され、同年9月、国立東京第一病院に小児科病棟が別棟として開設された<sup>14)</sup>。

国立東京第一病院二宮分院の前史は、1945（昭和20）年6月に軍事保護院相模保育所として発足したことに始まる。1946（昭和21）年1月より、戦没者の遺児や戦災者・引揚者等の虚弱幼児の収容保育を実施する傍ら、一般乳幼児診療保育相談にも応じていた。二宮分院となった後は、治療棟、幼児病棟等が増設された。医師・看護婦の他に保母もいた。対象年齢は2歳～6歳で、入院児は栄養障害、体質異常（喘息等）、神経症（精神散漫・食欲不振・偏食・嘔吐症・夜尿症等）、病気回復期（幼児結核後療養等）、結核初期感染（非開放）等であった。外来では一般診療および保育相談も実施していた。診療方針は「幼児は病気中であっても少し気分がよくなると思いのまま活動したがるもので、それを無理にベッドの中や狭い病室だけに行動を制限すると治療や回復に不適となることしばしばある。これは幼児が乳児や学齢以上の子どもと異なるからである。それ故に当院は特殊な設備と職員構成によって幼児の心身の発育を考慮しつつ適切な治療を行う」であった。入院児の日常生活は日課表に従って規則正しく営まれていた<sup>13)</sup>。

1951（昭和26）年、国立東京第一病院の小児科病棟は本館へ移転し、各科の小児はすべてこの病棟に集められた。小児病棟は「病院の中の小児を一つにまとめて、十分な小児看護を行うところ」<sup>15)</sup>である。すなわち、治療介助や対症看護が主であった小児看護に、入院中の子どもの成長発達を促す保育の視点を導入し、子どもにふさわしい生活環境を重視したことにより小児病棟が誕生し

たのである。

1954（昭和29）年、小児病棟に米国のオアシス・トリー・シュライナークラブからテーブル、テレビ、三輪車、ブランコなどの遊具が寄贈された。当時多く入院していた小児麻痺などの子どもたちが遊びながら治療や訓練を受けることができる「治療用娯楽室」（プレイルーム）ができた<sup>16)</sup>。

国立病院で最初の小児病棟が国立東京第一病院に誕生したことには、次のような社会的背景が関与していた。

1948（昭和23）年7月15日、厚生省医務局に看護課が設置された。同課においては、「保健婦助産婦看護婦法（昭23,7,30,法203）の施行による看護婦制度の画期的改正に応じ、わが国の病院において欧米先進諸国を範とする近代的看護管理を確立するために、国立病院課、国立療養所課の協力を得て、昭和24年9月、「国立病院療養所勤務看護婦の業務指針について」（医発第988号昭和24年12月10日）の通達により、看護組織と総婦長以下の各職務内容の指揮系統の大略を示すとともに、看護業務の内容を明らかにした」<sup>17)</sup>。そうして、「国立病院の看護体系の基礎が定められた」<sup>17)</sup>のである。すなわち、病棟は診療科別から看護単位病棟となった。さらに1949（昭和24）年5月20日、保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則が公布され、小児看護は「小児科学及び看護法」として独立した教科となった。

1956（昭和31）年5月30日、国立東京第一病院で、わが国で最初のポリオ・ソークワクチン注射が実施された。同年11月、診療各科の協力が必要な境界領域の診療体制を充実する目的で特殊小児センターが設置された。ここでは産科と小児科の密接な連携を必要とする未熟児医療が重要な課題の一つであった<sup>18)</sup>。

1956（昭和31）年、『小児看護学総論 保育と看護 -』（国立東京第一病院小児科医師 今村栄一著）が出版された。著者はまえがきで「小児看護は単に病児の看護をするというだけでなく、育児を基盤とすべきものであり、小児科学と小児看護学は小児保健という点でも結びつきが強いと考えています」<sup>19)</sup>と述べている。従来は看護技術に重点がおかれていたが、保育という視点を小児看護に導入し、病児の遊びの重要性を主張したことは画期的なことであった。さらに小児病棟の看護管理や小児科外来の看護に言及し、小児看護を強化する内容であった。

当時、国立東京第一病院小児病棟に勤務していた看護婦の山本は、次のように述べている。「東西に渡って83床の大病棟で、小児全科と“鉄の肺”の患者がいました。ランドリー型のポリオがまだまだ多発していた時代でしたので、“鉄の肺”も活躍しました。最初、米軍より寄贈

されたものだけだったようで、停電の時は看護学院の先輩方が寮から駆けつけ、手でモーターを動かし、患児の命を守ったと聞いていました。全国で唯一の“鉄の肺”を有する病院として、麻酔科・整形外科・小児科共同で考案された日本製のものも入り、“鉄の肺”の看護は一つの重要なものでした。<sup>20)</sup>「小児病棟には小児内科・整形外科・外科・耳鼻科・脳外科等全科の子供達が入院していました。白血病、腎炎、整形外科では先天性股関節脱臼等、1年間ぐらいの長期入院の子供が大勢いましたが、入院のときは親の後を追って泣く子供のために“おぶい紐”も常備されていました。(中略)抗がん剤もナイトロジェン・マスタードを使っていた時代で、その副作用も強く、看護する者にとっても辛いものがありました。ある白血病の子供が亡くなった時、Y 医師の『いつか画期的な薬ができる。それを信じてこんなに辛いこともやっていかなければならない』という言葉を、今でも鮮明に覚えています」<sup>20)</sup>と。

1962(昭和37)年、小児病棟は新装された病棟に移転した。病棟の様子を山本は次のように述べている。「各病室は年代別に分け、病室の壁の色、天井からはモービルの飾り、動物の形の看板、廊下の角の壁画等、小児病棟らしい工夫が凝らされ、ナースステーションの左隣には乳児室と幼児室を、右隣には1床分の観察室を置き、その境もガラス張りで観察しやすいようになりました。小児内科系は東病棟、外科系は西病棟と病棟単位も分かれました。この頃から新しいME 機器も入り始め、600リットルの酸素ボンベは相変わらずでしたが、レスピレーター、レサシテーター等の操作も勉強しました。保育器は観察室に入れて、未熟児センターができるまで、2～3床の未熟児室として利用されました。(中略)冷房の設備はまだなく、夏は1日2回の入浴、乳児にはいつも水枕をするなど、あせも対策には悩まされ、氷柱を室の数箇所に立てることもありました。学童高学年から中学生の子供達の悩みには交換日記で応えたこともありました」<sup>20)</sup>。

戦後、母親のつき添いは廃止の傾向にあった。しかし国立東京第一病院小児病棟では、病気と状態に応じて母親のつき添いは許可していた。すなわち、母乳の場合、母親指導(ポリオの回復期など)が目的である場合、母子分離が困難な場合などであった。母親がつき添う場合は個室とし、他の子どもたちへの配慮をしていた<sup>21)</sup>。

薬剤の進歩と小児科学の発展により、1960年代は小児の疾病構造が大きく変化した時期であった。松本は、小児科の変貌について、次のような旨を述べている。「1960年代以前の疾病は感染症や栄養障害が中心であったが、こ

の時期には慢性疾患が増加し始めた。さらに戦後、小児科で未熟児の問題への取り組みが開始されたが、この頃より出生前医学が取り上げられるようになった。出生前医学は胎児の環境面への関心を促すものであったが、戦後の精神身体医学の導入は子どもの健康な生活のためには、生後の子どもを取り巻く環境面への配慮が必要であることを気づかされる契機となった。すなわち、従来は器質的異常を病気の原因として求めていたが、心理的原因によっても疾病が生じることがあるということである。小児科と内科の境界領域としての思春期は両者から敬遠される傾向にあったが、戦後の成長加速化現象において思春期が早く訪れるようになり、思春期の子どもへの対応が不十分になり医原性疾患を起こしうることがないようにすることが小児科医の課題にもなった」<sup>22)</sup>。

小児医学の変貌に応じて、小児看護においても独自性が求められるようになった。今村は、疾病中心の看護のみでなく、子どもの成長発達を促す保育の重要性、病児の世話、診療の補助に加えて心身の発達を促すことに努める必要を主張した<sup>23)</sup>。

1965(昭和40)年7月、国立東京第一病院に未熟児病棟が開設され、独立の看護単位として発足した。同年、国立医療センターの構想委員会が開催され、以後、建築工事が進められた。1974(昭和49)年4月、国立東京第一病院は国立病院医療センターと改称され、臨床研究部が設置された。同年7月、特殊新生児病棟(未熟児、ハイリスク新生児)が独立した。

昭和50年代に入ると、白血病や慢性腎疾患などの長期入院患児が増加した。長期入院患児の教育がボランティアの援助のみでは補いきれないため、小児科の山口医長は院内学級設置を考え、1978(昭和53)年に厚生省に要望書を提出した。しかし、慢性疾患で長期入院の子どもは療養所に入所することが望ましいという理由で実現しなかった<sup>24)</sup>。翌年、小児がんの子どもへの回復に伴い、入院中の学校教育の必要性が切実となった。患児・家族、医師・看護婦の強い要望のもとに、教育委員会およびS区立養護学校の教師の理解が得られ、訪問教育が1979(昭和54)年より開始された。その年は障害児全員就学が実施された年でもあった。障害児の訪問教育を入院児にまで拡大して適用したことにより、病院内訪問教育が可能になった。「都内の病院での訪問教育の導入としては草分け的であった」<sup>25)</sup>

小児病棟の一室に机と椅子が準備され、ひまわり学級が誕生、週2日の訪問教育が行われた。長期入院の多くの子どもたちが、退院後の学校生活に支障なく復帰できたことはいうまでもない。

小児病棟では子どもの教育のみならず、子どもの日常生活が豊かになり、さらに癒しのひと時が過ごせるようにと‘遊び’も積極的に取り入れていた。しかし、看護婦のみで‘遊び’を提供するには限界があった。1989(平成元)年、全国に先駆けて病院内訪問保育が開始された。それはS区立心身障害児通所訓練施設「あゆみの家」の事業の一つである在宅障害児の発達支援を拡大して、「入院児」の発達支援に適用した実践であった。対象はS区民に限られていたため、1991年(平成3)年より、毎週1回ボランティアによる楽しい遊びの時間が入院児に提供されるようになった<sup>25)</sup>。

1980(昭和55)年、国立病院医療センターに小児外科が標榜された。1984(昭和59)年、特殊新生児病棟と小児病棟は合併して再編成された。小児病棟の構造上、乳幼児の入院は母親が付き添う場合が多かった。学童であっても化学療法など苦痛を伴う場合は母親が付き添った。医師や看護婦は日頃から小児がんの子どもと家族の日常生活がより豊かになるためには何ができるかを課題としていた。

1988(昭和63)年、小児がんで入院した子どもの家族を対象とした面接調査を実施して、その成果を発表した<sup>26)</sup><sup>27)</sup><sup>28)</sup>。それが契機となり、1989(平成元)年、小児科の医師、看護婦が家族に呼びかけるかたちで‘国立病院医療センター子どもと共に歩む会’が発足した。毎月の定例会、年数回の‘通信’の発行、総会と学習会が年2回開催と、現在まで継続して実施されている。この会の12年間の歩みが報告された<sup>29)</sup>。そこには、家族、医師、看護婦が子どもたちのために共に歩んだ軌跡が述べられていた。小児がんで子どもを亡くした母親、小児がんが治癒した子どもの母親が共にこの会の運営にかかわっている。母親たちは「この会での相互のかかわりにおいて癒されている」さらに「常に会の運営をバックアップする医師・看護婦の存在があって現在まで継続することができた」と語った。病む子どもと家族と医療者が常に向き合い、本音で語り合う姿勢を大切にされた医療・看護の実践がここにある。

1993(平成5)年10月、国立病院医療センターは国立療養所中野病院と統合、国立国際医療センターとして発足し、現在に至っている。

## V. 国立小児病院の開設

国立小児病院の前史は次のようであった。1899(明治32)年3月に東京第二衛戍病院として創設され、1938(昭和13)年2月に東京第二陸軍病院と改称され、1945(昭和20)年12月東京第二陸軍病院は厚生省に移管され

て国立世田谷病院として発足した。1962(昭和37)年2月、厚生省は国立世田谷病院を廃止して、国立小児病院の設置を計画した。1963(昭和38)年、国立世田谷病院存続のまま古い建物を改造して小児病棟が発足した<sup>30)</sup>。

国立小児病院の設立構想について、桑田総看護婦長は次のように述べている。「国全体としては、すくなくとも現在小児科を設けてある総合病院では、小児科病棟から小児総合病棟に発展して、各科の小児患者をここに収容し、小児看護を基礎として、各科の小児診療が総合的に行うようになっている現状です。しかし、これのみでは不十分であって、感染問題、小児に適した医療機器を始め、いっさいの器具設備などを、小児を対象とした専門技術、小児の育成に沿った養育、生活環境など、いわゆる小児の特殊な生活養護を中心とした小児病院がぜひ必要であるという点から、小児医療に関心の深い権威者の方々のご尽力もあり、医療行政の主管する医務局に於いて、最初の小児病院を、国立病院として設置することが決定され、東京の住宅地にある国立世田谷病院を全面改築して、国立こども病院にあてることが決定いたしました<sup>31)</sup>。

1964(昭和39)年2月、国立小児病院新築工事が着工された。1965(昭和40)年4月、わが国で最初の小児総合医療施設である国立小児病院が発足、同時に国立東京第一病院二宮分院は国立小児病院二宮分院となった。二宮分院には1964(昭和39)年、二宮小学校養護学級が開設され、長期入院患児に対して幼児教育および小学校教育が実施された。分院では気管支喘息を主としたアレルギー疾患の3歳から12歳までの患児が入院して、長期施設入院療法を受けている<sup>32)</sup>。

1965(昭和40)年8月、国立小児病院新築工事竣工、同年11月、国立小児病院は診療を開始した。同月、わが国で初めての国際小児科学学会が開催された。

国立小児病院開設の背景について、長畑は次のような旨を述べている。「わが国の高度経済成長の成果の一つという面もあったが、小児医療や看護が転換期にあったことが挙げられる。すなわち小児医療の専門分化が進み、小児科も新生児・未熟児科、小児循環器科、小児血液・腫瘍科などと分化し、外科領域においても一般外科より小児外科が分化、さらに小児脳神経外科、小児心臓血管外科など細分化される機運が強まった時期であった。看護教育の領域でも各科別の看護から、成人看護、母性看護、小児看護へと教育カリキュラムが変更することが決定されていた<sup>33)</sup>。

国立小児病院の桑田総看護婦長は「当院の最大の特色の一つは看護単位の構成が小児の生活と看護を前提とし

て区分していること、すなわち、未熟児病棟、新生児病棟、乳児病棟、幼児病棟、小学生病棟、中学生病棟、特殊病棟、伝染病病棟とし、内科系、外科系に大別してあって、15歳未満未熟児にいたる小児を収容し、5階建て、400ベッド、10看護単位になっています<sup>31)</sup>と述べている。各看護単位の構造、設備、色彩、照明、看護に用いるすべての器具類は、小児の背景を考慮したものであり、看護においては疾病の看護にとどまることなく保育面、さらには疾病が小児の心身の発達に及ぼす影響についてをも考慮されていた。親のつき添いなしで看護婦のみで小児看護を行うことが目指されていた<sup>31)</sup>。

国立小児病院が開設された1965(昭和40)年には、大阪市立小児保健センターも開設された。これは、乳幼児検診の精密検査とその後の指導に重点をおいたものであった。その後、地方自治体立の小児総合医療施設が設立されたが、それらの病院においても国立小児病院と同様に、親のつき添いはしないで看護を行う原則が受け継がれていた<sup>33)</sup>。

「国立小児病院はわが国の小児医療機関の中心として指導的役割を果たしてきた。しかし国民の小児医療の充実に対するニーズがますます増大したため、中心的小児医療機関として再発足するために、1973(昭和48)年度から国立小児専門医療機関としての整備が行われた。それは国立小児病院が小児難治性疾患を中心に高度な診療、臨床研究および医療等関係医療従事者の研修を実施する中枢施設として充実・強化するものであった<sup>34)</sup>」1979(昭和54)年7月、新病棟竣工、翌年の1月、新病棟に移転した。それを契機に、従来の年齢、系統別の収容形態から、系統別混合の病棟編成となった。この年は国連が国際児童年に設定した年でもあった。

1984(昭和59)年、国立小児病院に小児医療研究センターが併設された。1986(昭和61)年、国立小児病院に光明養護学校から教師が派遣されて訪問教育が開始された。それは小学校入学を迎えた長期入院児の親の強い希望で1名からスタートした<sup>35)</sup>。1990(平成2)年4月、院内学級設置検討委員会が発足、1992(平成4)年、国立小児病院内訪問学級が開設され、教室、教材室、教員室が確保され、教員が専任となった。1994(平成6)年10月、ICU・CCU・慢性呼吸管理病棟が開設され、1995(平成7)年4月、東京都立光明養護学校そよ風分教室が開設されて、高等部1学級が設置された。

## VI. 国立小児病院における看護の変遷

高度医療を目指した国立小児病院における看護の変遷を、「創立20周年記念誌」の中にたどってみる。

新生児・未熟児病棟の金田看護婦長は次のように述べている。「当院は産科病棟を持たないので入院依頼があれば医師が患児を迎えにいく。最近の入院患児は非常に重症で合併症を有する患児が多く、未熟児も極小未熟児・超未熟児が増加傾向にある。500g代の超未熟児も元気に発育し、院内で誕生日を迎えられるようになってきたが、反面、重症仮死などで人工呼吸器抜去困難の患児たちが、いつまでこの病院にいられるのか、入院依頼を受ける度にこの患児達の収容先を真剣に考えなければならない時期がきているように思われる。開設以来、新生児医療の最先端の場として数々の実績を残してきた(中略)。昭和57年～58年はNICUの充実をはかり、効率のよい看護や治療体制作りには医師や看護婦と話し合い、業務内容や勤務体制を組替えて、昭和59年1月には現在のNICUに重症患児を収容し、2月に母子室を設置し、授乳・沐浴・退院後の継続処置などの指導に使用、その雰囲気作りには、絨毯を敷き、籐の応接セット、水掃除機などを備えつけた(後略)<sup>36)</sup>」

循環器病棟の谷川看護婦長は次のように述べている。「心疾患児は昭和40年11月の開院当時は年齢別に入院目的により、内科系、外科系病棟にそれぞれが収容されていた。昭和43年6月に乳児の循環器病棟として5階東病棟が開棟され、昭和45年8月からは、乳児の心臓手術の患児も5階東病棟に収容されるようになった。昭和55年1月、病棟部門等の新築移転を機に、疾患別に病棟が編成されることになり、全年齢(未熟児・新生児の術前は除く)の心疾患児を収容する循環器・心臓血管外科の専門病棟が誕生したのである。(中略)昭和60年10月、病棟婦長として着任以来、今までの看護を継承するばかりでなく、術前オリエンテーションの充実、術前日の家族のつき添い導入による母子の精神的不安の緩和、退院指導の見直しなどを看護研究のテーマとして、それぞれのグループメンバーを中心にして、意欲的に看護の改善に取り組んでいる<sup>37)</sup>」

腎・消化器科、神経科、精神科の桜間看護婦長は次のように述べている。「乳児・幼児・学童・思春期の患児が入院している。年齢層が広く、慢性で入退院を繰り返す児も多いため、遊びや学習の援助なども積極的に取り入れる必要がある。季節の行事(ひなまつり、子どもの日、七夕、花火、クリスマス、もちつき大会)の他に、ミュージックセラピーによる音楽の日、学習ボランティアによる学習の日などを週間行事に加えている。(中略)腎透析、CAPD、血漿交換などの治療が積極的にすすめられている。その中でもCAPDは活動が広がり毎日登校できる、食事制限がないなどの利点がある。家族のみならず中学



生・高校生には自己管理が出来るよう、パンフレットなど作成して指導している。(中略)気管切開をした重症心身障害児、夜間のみ人工呼吸器を装着している患児なども、退院指導をおこない、積極的に在宅へと移行している。また昭和58年より重症心身障害児の訪問看護事業と連携して、継続看護をすすめている。反応のほとんどない全面介助の重症心身障害児が自宅に帰ることにより、表情が変わり、反応もよくなり、症状も落ち着いてくるのを見ると、両親の喜びが伝わってきて、私たちの励みとなっている」<sup>38)</sup>

その後、10年間の看護の変遷は次のようであった。国立小児病院では開設当初、面会日は週3日(時間は午後2時～4時)であった。その理由は医療の高度化、感染予防、遠隔地からの入院等の状況を考慮したものであった。しかし時代の要請のもとに、1994(平成6)年より毎日午後2時から5時までと緩和された<sup>39)</sup>。

面会に関する規制が緩和された経過について山元看護婦長は次のように述べている。「現在の小児医療や小児看護では、これまでの制限から、家族や母親とのふれあいの場をより多く持つことが奨励されるようになってきました。私達もまた、このような考えのもとに、患児にとって病院とは本来治療の場であるだけでなく、生活の場として家庭に近づけることが望ましく、人間として、子どもとして生活していく上で家族や母親とともに治療に参加していけるような環境を整え、母子を一単位と考えて看護することが看護の本質ではないかと考え、面会日や時間を検討してまいりました。一方、社会的には出生率が低下し、少子化の中で育っている児にとって『入院』という家族との別離は、処置や治療を受ける苦痛以上にストレスに満ちた体験となり、闘病意欲の低下を招いたり、情緒的に不安定な状態に陥ったりする要因ともなります。また、親側にとっても核家族化や権利社会化の進んでいる中で、面会日の制限や規制は受け入れられにくく、家族のニードにあわないことも、しばしば病棟では起こってまいりました」<sup>39)</sup>と。そのような経緯のもとに一部の病棟で面会時間の緩和を試行した結果、心配した問題は生じなかったことにより、全病棟で実施された。

1994(平成6)年10月、ICU病棟が開設された。開設当初は面会時間は14時～17時であった。しかし家族の不安や時間外面会が多いことから面会時間の検討を行い、翌年の11月から24時間面会を実施した<sup>40)</sup>。「世界保健機構(WHO)の『病院における子どもの看護』の勧告後、15年が経過したが、わが国の小児専門病院においても24時間面会の実施施設は少ないのが現状である」<sup>41)</sup>。国立小児病院のICU病棟では医療者および家族を対象に

調査を実施し、家族参加型のケアの充実を目指している。それは「子どもの最善の利益」<sup>41)</sup>を考慮した看護実践である。

1994(平成6)年2月、国立小児病院において初めての腎臓移植が実施された。移植後の看護を体験した看護婦の風間は、次のように述べている。「移植治療は現在の医療で欠かせない治療の一つであると思われます。当院でも腎臓移植がスタートしました。ドナーとレシピエントの受け入れ準備・治療体制、看護体制・スタッフへの移植講義や移植施設への見学など、薬剤・検査の協力体制について、小委員会を設けて検討を進めました。それにもとづいて当病棟では、オリエンテーション要項を作成し、看護手順・基準のマニュアルを決め看護の機能を十分に発揮し、さらに高いレベルの看護を提供していけるように検討を重ねていきました。(中略)私達、看護チームは自己管理を重点的に指導し、段階ごとに目標を立てて計画を進めました。また、その間、患者に無力感、孤独感、絶望感を持たせないように励ましながら闘病意欲を高めるように工夫しました。(中略)入院前の彼女は、自分の病気を自覚することなく、母親に頼るばかりでしたが、指導を進めていく中で、彼女の自覚を持とうとする気持ちの変化が感じられました。今では、外来に来た時、顔を見せてくれますが、教員の免許を取って教職になる夢に向かって生き生きと輝いています。今回の小児病院での腎臓移植は、血液透析や腹膜透析をしている子どもたちに希望と勇気を与えてくれました。私たち看護チームの役割は、患者の日常生活におけるセルフケア不足の援助と支援が一番重要であり、看護に課せられる責任の大きさを痛感しました」<sup>42)</sup>。

高度医療になればなるほど、心のケアが重要となる。常に子どもの将来を視野に入れ、退院後の社会生活がより豊かになるような支援を行う必要がある。

## VII. おわりに

国立東京第一病院に小児病棟が誕生した背景には、国立病院の看護組織が確立したこと、看護基礎教育のカリキュラムにおいて小児看護が独立した教科になったこと、さらに小児看護に保育の視点が導入され、子どもにふさわしい生活環境が重視されたことが関与していた。そして小児医学の発展とともに高度化する小児医療のもとで、小児看護も専門分化し、国立小児病院が誕生した。そこでは、高度医療を受ける子どもにふさわしい看護が実践されていた。

小児看護の専門性は、一人一人の子どもの成長発達が促されるようなケアを行い、入院中から子どもの社会生

活および将来を視野に入れた上で、子どもと家族の支援を行うことである。

引用文献

- 1) 東京大学医学部小児科学教室同窓会編：東大小児科の生い立ち，3-12，東京大学医学部小児科学教室同窓会，1959，東京。
- 2) 加藤光宝：近代看護教育の機構・制度整備，東京大学医学部附属病院看護部看護史委員会編，看護の歩み - 明治・大正・昭和を通して - ，11-36 東京大学医学部附属病院看護部，1991。
- 3) 加藤光宝：婦長の養成始まる，東京大学医学部附属病院看護部看護史委員会編，看護の歩み - 明治・大正・昭和を通して - ，37-67，東京大学医学部附属病院看護部，1991。
- 4) 鈴木一子：伝染病看護と震災救護，東京大学医学部附属病院看護部看護史委員会編，看護の歩み - 明治・大正・昭和を通して - ，68-96，東京大学医学部附属病院看護部，1991。
- 5) 森まさ子：解説 小児看護の礎，坪井良子編，近代日本看護名著集成，別巻，109，大空社，1989。
- 6) 弘田長：小児看護の礎，115，金原商店，1915。坪井良子編，近代日本看護名著集成，11 巻，大空社，1989。所収
- 7) 弘田長：同書，96。
- 8) 藤枝知子：小児看護の歴史的考察，小林登編，看護学双書小児看護〔1〕，1-6，文光堂，1987。
- 9) 三田谷啓：治療教育の実際，10，日本児童協会，1933。
- 10) 駒松仁子：昭和初期の一虚弱児施設，三田谷治療教育院の「治療教育」について，子どもの心とからだ，6(2)，95-102，1998。
- 11) 浅田敏男：国立病院・療養所 50 年史，79，財団法人政策医療振興財団，2001。
- 12) 今村栄一：病院管理からみた看護，国立病院医療センター 看護部編，看護のあゆみ，40，国立病院医療センター看護部，1993。
- 13) 国立東京第一病院編：国立東京第一病院概況 創立 10 周年記念，5-7，国立東京第一病院，1955。
- 14) 国立病院医療センター看護部編：看護のあゆみ，160，国立病院医療センター看護部，1993。
- 15) 今村栄一：小児病棟，看護学雑誌，19(5)，45-49，1956。
- 16) 病児の楽園 - 国立東京第一病院の治療用娯楽室，看護学雑誌，18(5)，1955。
- 17) 厚生省医務局編：国立病院 10 年のあゆみ，312-313，厚生省医務局，1955。
- 18) 山口正司：特殊小児センター，国立病院医療センター編，創立 30 周年記念誌，69，国立病院医療センター，1975。
- 19) 今村栄一：小児看護学総論 育児と看護 - ，メヂカルフレンド社，1956。
- 20) 山本ふみ：看護の原点，国立病院医療センター看護部編，看護のあゆみ，51-54，国立病院医療センター看護部，1993。
- 21) 今村栄一（司会），桑田起与，吉武香代子，寺田道子，壁島あや子：座談会 小児病棟と看護管理，病院，21(5)，54-68，1962。
- 22) 松本健次郎：小児科の変貌，看護技術，12(12)，9-16，1966。
- 23) 今村栄一：小児医学と小児看護 - 小児病院の基礎要件 - ，看護学雑誌，28(8)，10-15，1964。
- 24) 山口正司：国立国際医療センター小児科創立 50 周年の思い出，国立国際医療センター子どもとともに歩む会，通信 26 号，1996。
- 25) 斉藤淑子：病気の子をもつ家族にとっての「親の会」の役割と看護職への期待，村田恵子編，病と共に生きる子どもの看護，338-348，メヂカルフレンド社，2000。
- 26) 駒松仁子他：小児がんの子どもと家族の実態調査，第一報：両親・子どもへの病名告知について，小児保健研究，50(3)，353-358，1991。
- 27) 駒松仁子他：小児がんの子どもと家族の実態調査，第二報：付き添いが家族に及ぼす影響について，小児保健研究，50(4)，521-525，1991。
- 28) 松下竹次他：小児がんで死亡した子どもの実態調査 末期時の状況と死亡後の家族面接調査，生命倫理学会誌，1，144-155，1991。
- 29) 松下竹次，関口典子 他：国立国際医療センター「子どもと共に歩む会」の 12 年間の歩み，小児がん，38(1)，31-33，2001。
- 30) 高橋正巳：在職中の思い出，国立小児病院編，創立 30 周年記念誌，33，国立小児病院，1995。
- 31) 桑田起与：国立こども病院の構想，看護学雑誌，28(8)，20-23，1964。
- 32) 国立小児病院二宮分院：概況書，2001。
- 33) 長畑正道：小児総合医療施設からみた小児医療の現状と今後の課題，病院，51( )，29-33，1992。
- 34) 国際児童年の記録，134，総理府青少年対策本部，1980。

- 35) 三室玲子：院内学級 3 年の歩み，国立小児病院編，創立 30 周年記念誌，114-115，国立小児病院，1995 .
- 36) 金田ミチエ：3C のあゆみ，国立小児病院年報（20 周年記念），80-81，国立小児病院，1986 .
- 37) 谷川睦子：「5 東」から「4C」へ，国立小児病院年報（20 周年記念）83-84，国立小児病院，1986 .
- 38) 桜間悠子：5A 病棟の現状，国立小児病院年報（20 周年記念），84-85，国立小児病院，1989 .
- 39) 山元恵子：毎日が面会日となって，国立小児病院編，創立 30 周年記念誌，104-107，国立小児病院，1995 .
- 40) 伊藤好美，宮本佳奈美，白山明子，小野登志子：小児 ICU における 24 時間自由面会，第 8 回小児集中治療学会，2000 .
- 41) 小沼徳恵：患者家族の面会時間，第 9 会小児集中治療ワークショップ資料集，203，2001 .
- 42) 風間敏子：腎移植をふりかえって，国立小児病院編，創立 30 周年記念誌，103-104，国立小児病院，1995 .



## 成育医療と看護 (1) —成育看護学の構築を目指して—

### Toward Curriculum Innovation of Nursing for Child Health and Development

佐々木和子<sup>\*1</sup>, 伊藤愛子<sup>\*1</sup>, 駒松仁子<sup>\*2</sup>  
Kazuko Sasaki<sup>\*1</sup>, Aiko Ito<sup>\*1</sup>, Hitoko Komamatsu<sup>\*2</sup>

【要 旨】 2002年3月, 国立小児病院と国立大蔵病院との統合のもと, 国立成育医療センター(仮称)が開設される。そこでは, 従来の小児医療において生じてきた新たな問題に直面している人々への医療をさらに進歩させること, 次代を担う人々の健全育成を目指すために, 生涯を見通した新しい医療を求めることなど, 高度先駆的医療を目指している。成育医療は, 小児をライフサイクルの視点で捉え, 小児医療, 母性医療, 父性医療および成人医療を含め, 関連する領域を包括した構想のもとに展開される。

成育医療をめぐる問題には, キャリーオーバーに関することがある。アメリカにおいては小児医療から成人医療へと移行するプログラムが開発・実践されているが, わが国においても, その移行に関するプログラムが早期に開発されるべきであると考え, アメリカの文献をレビューし検討した。

国立看護大学校は, 2001年4月, 各国立高度専門医療センターで求められる高度な臨床看護実践能力と臨床看護研究能力とを備え, 国際医療協力に貢献できる看護職を養成することを目的として, 新しい教育を開始した。成育医療は高度先駆的な専門医療であり, 関連する看護学も新しく検討する必要がある。成育看護学には, 従来の教科内容にはなかった生殖医療や生命倫理の諸問題, 小児難病の子どものリプロダクティブヘルス・ライツ, 父性医療に関連する内容なども含め, 新しい科目として構築されるべきであると考えた。成育医療の概念およびキャリーオーバーに関する文献考察を踏まえ, 成育看護学が目指すものについて検討を試みた。

【キーワード】 成育看護学, 成育医療, 国立成育医療センター, 母性看護学, 小児看護学

【Keywords】 nursing for child health and development, medicine for child health and development, National Center for Child Health and Development, maternal nursing, pediatric nursing

#### 1. はじめに

医療技術の著しい進歩のもとに, 周産期医療および小児医療は新しい局面を迎えている。その一方で, 少子化の進行, 親の育児不安, 子どもの虐待, 先天性疾患児や慢性疾患児のキャリーオーバーなどの問題が顕在化している。わが国は国立病院・療養所の再編成計画と新エンゼルプランを受けて, 高度先駆的医療を担うナショナルセンターとしての国立成育医療センター(仮称)を国立

小児病院と国立大蔵病院との統合のもとに, 平成13年度に開院する予定である。そこでは, 「母性, 小児に対する高度な医療を行うとともに, 周産期, 小児期, 成人期と一貫した最先端の医療を提供することとしている。また, 再編成計画の見直しにおいても, 国立成育医療センター(仮称)を中心とした政策医療ネットワークを構築することとしている」<sup>1)</sup>とされている。

本報告は, 成育医療という概念が生じた社会的背景を

<sup>\*1</sup> 国立看護大学校 成育看護学(母性看護学)  
〒204-8575  
東京都清瀬市梅園1-2-1  
電話: 0424-95-2211  
FAX: 0424-95-2758  
メールアドレス: sasakik@adm.ncn.ac.jp

<sup>\*2</sup> 国立看護大学校 成育看護学(小児看護学)

踏まえ成育医療に関わる看護を成育看護学とし、その構築を目指し内容の検討を試みた。

## II. 国立成育医療センター(仮称)設立にいたる経緯

国立小児病院と国立大蔵病院の統合のもとに国立成育医療センター(仮称)が設立されるに至った経緯は、次のようであった。

「国立病院・療養所は戦後、国民医療の確保や国民病といわれた結核対策の推進に多大な役割を果たした。さらに国民のニーズの変化に対応し、国立がんセンター、国立循環器センターなどの整備もなされた。結核の減少に伴って国立療養所が病院に転換されるとともに、重症心身障害児(者)の国立療養所への受け入れや特殊疾病対策の推進など、疾病構造の変化に対応し、国民の医療施設として時代の要請に応えてきた<sup>2)</sup>」。

1984(昭和59)年10月、行革大綱を実施に移すために、保健医療局長の私的諮問機関として「国立病院・療養所再編成問題等懇談会」が設置され、1985(昭和60)年2月、「国立病院・療養所再編成等について」と題する意見書がまとめられた。厚生省(現厚生労働省)はその意見書に基づき、同年3月、「国立病院・療養所の再編成・合理化の基本方針」を策定し、厚生大臣は閣議の場において基本方針の内容について報告を行うとともに、関係者の理解と協力を求めた<sup>3)</sup>。1986(昭和61)年1月、「国立病院・療養所の再編成について」(再編成計画)が策定され公表された<sup>4)</sup>。

「国立病院・療養所の再編成・合理化の基本方針」により、国立病院・療養所には、計画的な再編成および公共性と効率性との両立の観点からの経営合理化が求められていた。厚生省は1991(平成3)年5月、保健医療局長の私的諮問機関として国立病院・療養所経営改善懇談会を設けて検討を委ねた。同懇談会は検討を重ねた後、1992(平成4)年6月に報告書を提出した<sup>5)</sup>。

その間、国立病院・療養所をとりまく環境は、高齢化社会、疾病構造の変化、医療技術の進歩などに伴い著しく変化し、再編成や経営合理化についても見直しが必要になった。そこで「国立病院・療養所の再編成・合理化の基本方針」や再編成計画の見直しの参考にするために、1995(平成7)年1月、保健医療局長の下に「国立病院・療養所の政策医療、再編成等に関する懇談会」が設置され、同年11月に最終報告がまとめられて保健医療局に提出された。最終報告のポイントの一つが、「医療サービスが多様な主体により供給されている状況を踏まえ、地域における医療供給体制の中で基本的・一般的医療の提供は公私医療機関に委ね、国立病院・療養所は広域を対象

とした政策医療、臨床研究、教育研修等の機能を果たしていくべきである<sup>6)</sup>」ということであった。

政策医療とは「その時代において国の医療政策として国立病院・療養所が担うべき医療<sup>7)</sup>」である。「懇談会報告」(平成7年11月)における政策医療の内容について、秋山<sup>8)</sup>は次のように述べている。新たな社会的ニーズに対応する医療、国際感染症への対応、国際協力の一環としての医療、都道府県を越えて対応すべき広域災害に対する医療、がん、循環器、神経・精神疾患、成育医療、腎疾患等の分野における高度先駆的医療、歴史的、社会的経緯からの医療の中心的役割を果たすことが要請されている分野(結核、重症心身障害、進行性筋ジストロフィ、ハンセン病)、難病、エイズ、難治性免疫異常、感覚器障害、代謝性疾患等に対する医療、精神疾患：他の設立主体では対応が困難な精神科救急、薬物依存や合併症を有する患者に対する医療、救急医療：他の設立主体が実施する医療を補完して行う高度(第三次)の医療の6分野である。

このように、国立病院・療養所は国の医療施設として、時代の要請や国民のニーズに応え、貢献しながら変化してきた。

## III. 国立成育医療センター(仮称)が目指す医療

成育医療における高度先駆的医療のための具体的な計画は、国立成育医療センター(仮称)の設立である。この国立成育医療センター(仮称)が設立されるに至る経緯には、すぐに対応すべき次のような問題があった。

「わが国の未熟児、新生児、乳児の死亡率は戦後著しく低下し続け、先進国と同じ高いレベルとなったが、妊産婦死亡率は先進国の中では比較的高く、顕著な低下は見られなかった。一方、胎児期の医療、思春期医療、小児期疾患の遷延や後遺症に対する成人医療、有病者のハイリスク妊娠・出産に関する医療などの医療は近年になって著しく進歩したが、従来の組織では対応が困難な局面も出現してきた。具体的には、一般の小児病院では産科と共同で治療を行う必要がある胎児医療の実施は困難であり、逆に一般病院のように各々が独立した小児科、内科、精神科などでは関連のある思春期疾患への対応が困難となるということである。いわゆる総合病院では、成人に達した小児難病患者、有病者の妊娠・分娩、不妊症などに対する総合的な指導、診療体制や保健指導は必ずしも整っているとはいえない現状にあった<sup>9)</sup>」

「医療が高い水準に達したがゆえに、新たな問題に直面している人々への医療をさらに進歩させ、次代を担う人々の健全育成を目指すために、生涯を見通した医療が

求められるようになったのである。すなわち、ライフサイクルという長期間からみた小児医療、母性医療、父性医療および関連・境界領域を包括する単一の医療組織の検討が必要になった。このような背景のもとに、小児・母性、父性を中心とした包括的な医療の概念が誕生して、『成育医療』と名づけられて議論が重ねられるようになった<sup>10)</sup>

1994(平成6)年7月、厚生省保健医療局長の私的諮問機関として「国立成育医療センター(仮称)整備基本計画検討会」が設置され、1995(平成7)年5月、「国立成育医療センター(仮称)整備基本計画検討会報告」<sup>11)</sup>が提出された。それによると、国立成育医療センターが特に充実すべき機能は、生殖医療、胎児医療、産科との連携による新生児医療、集中治療(NICU含む)、小児難病に対する高度かつ先駆的医療、思春期の特殊性を重視した医療、成育医療の一貫としての成人期医療、リハビリテーション医療、心の問題に配慮した医療である。

#### IV. 「成育医療」という概念

小崎は「成育医療」のルーツについて、「漢書に『全神全霊をこめて聖体を奉養したところの、その功德はすでににはかりしれない。当時、どうして(皇曾孫が後に)天下の福德を得るなどということをやめ知っていて、その報いを求めたりしたということがあるか』とあり、淮南子には『万物に具わる特性を斟酌しつつ、その万物の宜しきに従って息を吹きかけ、温め調えて、群生を成育する』とある。また王褒には『恩は飛鳥に及び、恵みは走獣に加わり、胎卵以して成育するを得、草木その零茂を遂ぐ』とあり、『成育』は政策医療である『成育医療』のネーミングに相応しいものと考え<sup>12)</sup>と述べている。秋山は「成育医療という医療体系の考え方は世界的に見ても統一されておらず、所謂先進国の模倣ではなく新しい医療体系を創造したところに大きな意味がある<sup>13)</sup>」と述べている。

「成育医療」の定義にはライフサイクルをより重視した立場のもと、ヒトの一生の初めに当たってその後のライフステージを貫く医療の意味合いを重視した立場のものがある<sup>14)</sup>。一方、小林は「小児総合医療は、従来単にライフステージの中のみで位置づけられていたが、時代の要請に依りて、それを越えライフサイクルを含めた立場で捉え直し新たに形成されたものが、成育医療である<sup>15)</sup>」と述べている(図1参照)<sup>16)</sup>。白木は、「成育医療とはヒトの出生から成熟に至る life stage に沿った『縦の医療』であり、その延長線上には老人医療 - 老化現象が

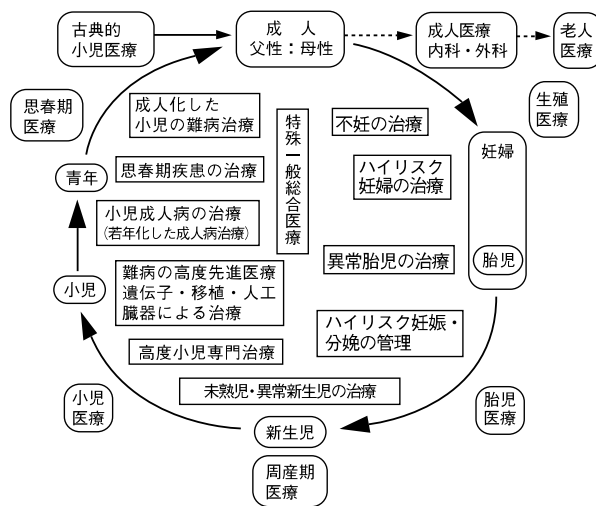


図1: 成育医療の概念

(小林 登<sup>16)</sup>より引用)

ある。アポトーシスの発見により、『成育』も『老化』も同じ延長上にあることがより具体的に示された。これらの『縦の医療』に対して、内科を中心とした各専門医療はいわば『横の医療』であり、両者が縦系と横系との関係を織りなして、互いに協力して全人的医療にあたるのが、患者を『疾患担体』としてではなく『人』として扱う、これからの医療の方向ではないかと考える<sup>17)</sup>と述べている。黒田は従来小児科・産婦人科と成人各科との境界領域として見過ごされてきた思春期・成人医療の分野が成育医療において新しい分野として確立される可能性を述べている<sup>18)</sup>。

高度先駆的医療のもとでは従来の専門分化がさらに進み、その状況において各診療科が並列的に診療するならば、患者の問題を統合的に把握することが非常に困難となる。各科の密接な連携とともに、小児医療にかかわる医師・看護職が中心となり、患者の問題を十分に把握してコーディネーターとしての役割を果たすことが重要である。さらに病院という施設内のみではなく、地域での生活を視野にいたった対応が求められる。すなわち、高度先駆的医療を受けた後、地域社会で生活することによって、当然生じてくる患者の問題を考える医療・看護の視点が必要となる。さらに保健・医療・教育・福祉の連携が重要となる。とりわけ小児難病の子どもは高度先駆的医療により長期生存・治癒が可能になっており、キャリアオーバーの問題が顕在化している。入院の早期から退院後に予測される問題を患児・家族・医師・看護職等関係者で十分に検討し、さらに外来には看護職による相談室

を設置する必要がある。また、医師、MSW(Medical Social Worker)等との連携のもとに支援するなど、さまざまな生活上の問題の相談や社会資源の活用に関する情報提供ができるシステムが求められる。そして初めて、地域社会での生活、さらには小児医療から成人医療への移行がよりスムーズにできるような支援が可能になる。

#### V. アメリカにおける小児医療から成人医療への移行について

わが国においては、小児医療から成人医療への移行に関する看護領域の研究は途についたばかりである<sup>19)</sup>。アメリカにおいては小児医療から成人医療の移行がシステム化され、移行プログラムが開発・実施されている。アメリカにおける小児医療から成人医療への移行について紹介する。

アメリカでは過去20年間で、生まれた時から慢性疾患を持つ子どもたちの平均余命が著しく伸びてきた。予防的な介入や医療技術の目覚ましい進歩により、慢性疾患を持つ子どもたちの90%が、成人期まで生きられるようになった。そしてある者は、さらに生存できる時代となってきた<sup>20) 21) 22) 23)</sup>。また、人工呼吸器の使用や酸素療法を受けながら学校に通う、あるいは就職することも可能になり、病院や施設内だけでなく、適切な支援のもとに家庭や地域で生活できるようになった。これらの子どもたちは、満足のいく生産的な生活・人生を送ることを望んでおり<sup>22)</sup>、医療者にもそのようなケアの提供が求められるようになってきた。

アメリカ小児医学界での小児の対象年齢の上限は、1938年には16～18歳までであったが、1972年には21歳まで含まれると再定義されている。しかし、最近の声明では、小児科医と患者・家族の同意があるなら、21歳を過ぎても小児科医が患者の診療を継続していくことが可能な特別な状況があるとしている<sup>22)</sup>。

慢性疾患や障害を持つ子どもの平均余命が延びたことで、医療職は新たな課題に直面するようになってきた。すなわち医療職は、患者の平均余命を伸ばすことだけでなく、患者のQOL(Quality of Life)に目を向けていく必要が生じてきた<sup>24)</sup>。

Schidlow&Fielは、「思春期から成人期への移行は、内的な混沌の時期であり、小児期の保護された環境から離れ、自立的な生活を達成していく必要がある。健常者にとっても痛みを伴う過程であるがゆえに、なおさら慢性疾患を持つ青年にとって、困難に満ちた過程である」<sup>23)</sup>と述べている。そして「従来では、慢性疾患や障害者を持つ青年は、ヘルスケアの消費者として見なされておら

ず、労働力にも組み込まれず、保険もなく、適切な社会保護を受けることが困難であった」<sup>23)</sup>と述べている。このような社会環境の中で慢性疾患を持つ子どもたちが大人になっていく過程において、さまざまな職種による移行への介入が必要になってきた。Pollackは、移行を成功させるためには、教育的・社会的なサービスやリハビリテーションシステムを必要とし、これらのシステムを調整することの必要性を述べている<sup>25)</sup>。患者にQOLの高いケアを提供するために、さまざまな職種からのシステムティックな介入が必要になってきたのだろう。そのような多くの議論の中で、小児医療から成人医療への移行のためのプログラムが検討されるようになった。

Nasr<sup>26)</sup>によると、ミシガン大学では1978年に成人CF(Cystic Fibrosis)センターが開設され、1980年に移行プログラムが実施されている。その目的は、患者を継続してフォローし、ヘルスケアシステムからの患者のドロップアウトを減らすことであった。17歳頃に移行プログラムを紹介し、準備ができた段階で呼吸器専門の内科医師を紹介し、1年間は小児病棟で呼吸器専門である小児科医師の指導のもとに内科医師が患者をフォローする。年度末に成人病棟に移動し、同じ内科医師の診療を継続して受ける。ソーシャルワーカーによる医療サービスの調整と心理社会的サービスが継続されるように援助される。Nasrは、「移行がスムーズに、ケアの過程の一部として行われるべきである」<sup>26)</sup>と述べている。

このように早い時期から移行プログラムが提供されてきたアメリカにおいては、ケアの移行に対して発達的な準備(身体的・心理的・社会的に)ができていた青年の場合、ヘルスケアを成人中心の環境で受け、明確なゴールを設定し、ケアを移行するべきであるという意見が一般的である<sup>20)</sup>。その理由は、青年が成人中心のケアを目指して励むという努力は、個人の責任や自立の意識を強めるからである。また徐々に、意志決定を親から青年・親の単位へ、最終的には青年へと移行することが期待されるということであった<sup>20)</sup>。

このような移行プログラムに関して、アメリカ小児医学界では以下のような提言をしている<sup>22)</sup>。

- 1) 移行プログラムは、自立への機会や健康、教育、社会的なサービスを最大限に活用しながら、早期から始めるべきである。
- 2) 移行過程において、患者自身と家族の積極的な参加が必要である。
- 3) 患者は、個別かつ現実的で、肯定的、機能的な自立と自己の価値観や人間関係への適切な態度を支援されるべきである。



- 4) 患者の自主性やプログラムを受容する能力を支援する。
- 5) 移行プログラムは、ある期間は小児と成人の医師が中心的な管理者としての役割を担うべきである。慢性疾患の子どもたちや家族に関心を持ち、成人期のケアの必要性に敏感な医師に役割を移行するべきである。

次に、小児医療から成人医療に移行する時にどのような障害があるのかを述べる。思春期は、病気の有無に関係なく不安定な時期であり、慢性疾患や障害はその複雑性と重要性を増強させる<sup>20)</sup>。Schidlow&Fielらは移行に対する障害が、患者・家族、小児科ケア提供者、成人ケア提供者、ヘルスケアチーム全体に存在すると述べており、移行を阻害する要因を以下のように述べている<sup>23)</sup>。

- 1) 患者：慢性疾患は、患者の依存的な行動を助長し、サポートシステムの欠如やケア提供者への信頼感の欠如や低い自己イメージは、新しい環境への適応や新しい関係性を築く意欲を阻害する可能性がある。
- 2) 家族：家族は患者に対して、強いサポートシステムを確立する。子育てのスタイルや子離れの能力、感情的な依存は、移行に大きな影響を与える。疾患の重症度や生存率は、家族の過保護や患者の自立に対する不安を助長する可能性がある。
- 3) 小児ケア提供者：小児科サイドのケア提供者が患者を手放したくない時もある。患者を小さい時から診療しており、患者に対して強い感情的な愛着を抱いている。
- 4) 成人ケア提供者：小児期の慢性疾患に精通していない。時間をかけて患者のケアに精通するのは経済的にもマイナスであると考えている人もいる。

では、このような移行において看護婦には、どのような役割が求められているのだろうか。Blumは、「移行の最適のゴールは、ヘルスケアが中断されず、移行がスムーズに行くよう様々な職種の関わりが調整され、身体的な成長に対して適切で、心理社会的な成長が逸脱しないように、包括的なヘルスケアを提供することである<sup>20)</sup>」と述べている。Carsonは、「移行期の患者への看護の目的は、将来や大人になることへの価値観や期待感を強めながら、社会性を促進し、年齢に応じて継続したケア提供を保証することである<sup>21)</sup>」と述べている。Schidlow&Fielは、「看護婦が移行チームメンバーとして、青年が自立して何を行い、何ができないか判断することから始まり、移行のヘルスケアに対する評価は、青年がセルフケアに関してより大きな責任を持つ、また、時には独自で責任を取るために必要な技術や知識の評価だけでなく、

それを実施するための発達的な準備状態の評価も含んでいる<sup>23)</sup>」と述べている。さらにBetzは、看護婦の役割について次のように述べている。「看護婦は、可能な限り患者がケアの管理の責任を負うことをサポートし、援助すべき主要な立場にいる。また、移行の立案に関係する際に、立案および意志決定のプロセスに慢性疾患や障害を持つ青年が積極的に参加するように励ますこと、雇用や職業の適性を探る時に、彼らの病態が職業にどのような影響を与えるか判断すること、学校環境における職業への関心や就職活動の中で、就職や雇用の可能性を探る必要がある時に、看護婦は彼らに必要とされる設備を見極めることによって、援助することができる。また疾病や治療の管理においても青年と親の両方が自立を拡大できるように励ますこと、セルフケアに対する責任で青年が負っている部分を把握し、必要性に対して彼らが自己満足が得られるように行動計画を展開することなどである<sup>27)</sup>」

このように看護婦について様々な役割が論じられているが、最終的には、Schidlow&Fielの「看護婦は、移行チーム間の連絡を取り、チームメンバー間の会話をスムーズにし、患者のケア管理プランへの責任を持つ<sup>23)</sup>」という言葉に集約されていると思われる。

## VI. 成育看護学とは

柳澤は「成育医療は小児医療の統合を目指したものであり、救急を含む小児総合医療は成育医療センターの大きな柱となる。それが21世紀の小児医療を転回させ推進させる契機となるためには、我々医療提供者側の意識の改革が必要であり従来の病院小児科の延長上で考えているのは困難であろう<sup>28)</sup>」と述べている。小林は、成育医療の具体的な領域として「生殖医療、胎児医療、周産期医療、専門分化した小児医療、思春期医療、小児成人病に対する医療、小児難病の成人化に対する医療、母性内科を中心とする特殊一般医療<sup>29)</sup>」を挙げている。秋山<sup>13)</sup>、黒田<sup>18)</sup>らもほぼ同様の概念で成育医療について述べている。前述のような、国立病院・療養所の再編成、医療や疾病構造の変化、経営の合理化などの視点に基づき、2002年3月に国立成育医療センター(仮称)が開設予定である。

2001年4月に国立看護大学校は、各国立高度専門医療センターで求められ高度な臨床看護実践能力と臨床看護研究能力を備え、国際医療協力に貢献できる看護職を養成することを目的として、新しい教育を開始した。成育医療は高度先駆的な専門領域である。成育看護学は新しい科目として構築されるべきであると考え、検討を試

みた。成育看護学は、生殖医療や生命倫理の諸問題、小児難病の子どものリプロダクティブヘルス・ライツの問題、および父性医療に関連する内容も含めていく必要がある。

カリキュラム作成にあたり新しい科目の構築を試みる場合には、その科目に対する社会的なニーズを明らかにすることが必要である。Petrini は、「看護学には多くの看護理論・哲学で論じられているような4つの概念だけでなく、看護実践に影響を及ぼすもっと多くの概念がある」<sup>30)</sup>と述べている。また、「例えば、疾病、予防、成長、発達、死、生命、悲しみ、怒り、空腹、動き、安全、心理的ニーズ、身体的ニーズ、酸素、慢性、空気、(筋肉や神経の)組織、アセスメント、培養、薬剤、評価、ケア、安らぎ、痛み、喜び、専門家、清潔、不安、虐待、充足、リハビリテーション、伝統、プライバシー、民族、マネジメント、擁護、コミュニケーション、役割などは無数にある概念のうちの一部にすぎない」<sup>30)</sup>と述べている。

成育看護学にはどの概念が必要で、既存の母性看護学、小児看護学および成人看護学等とはどのような関連を持てばよいのだろうか。成育看護学には既存の母性看護学や小児看護学の内容と関連の深い内容も含まれてくる。教科の狭間となり、欠落する内容や成育医療の概念との整合性についても検討する必要がある。前述の小林<sup>15)</sup>が述べている成育医療の具体的な領域で考えると、従来の母性看護学の教科内容に含めることが可能な内容は、生殖医療の中の不妊症に関連する内容、胎児医療の中の遺伝学や出生前診断に関連する内容、周産期医療の中のハイリスクな内容に関するもの、同様に小児看護学では専門分化した小児医療の中のハイリスクで高度な小児医療に関する内容、思春期医療、小児成人病に対する医療、小児難病の成人化に対する医療の中の長期的な経過をたどる子どもの思春期や成人期の医療に関するものがあるが、かなり高度な内容である。また、含みきれないものに、疾患経過の長期化とキャリアオーバー、このような子どもたちの思春期・青年期・成人期の看護、心身医学を重視した看護、対象を出生前から周産期、青年期、成人期への長期間のライフサイクルで捉える看護、そして、リプロダクティブヘルス・ライツに関する看護等がある。さらに、成育看護学と深い関連がある生命倫理に関する内容や、発達心理学、カウンセリング等も組み込んで構築されねばならないと考えると、既存教科の安易な拡大解釈は避け、成育看護学として新しく構築するべきだろう。

前述のPetriniは、「教育デザインで基本となるのは、こ

れから学習する内容を明確にし学生が自らの能力と弱点を診断できるような多彩な様式を用い、個人のペースを尊重して成長を促す機会を用意することである」<sup>31)</sup>と述べている。成育看護学の内容の明確化、新しいシステムといえる成育医療の臨床医学・臨床看護のもとでの足並みをそろえた教育的アプローチの工夫と教員の努力が重要である。小林桂子は、「小児医療と小児看護についてはこれまで築きあげた尊い財産としての資料や論文がある。これらを系統的に整理統合し国立成育医療センター(仮称)のオープンに備えたい」<sup>32)</sup>と述べている。これらの財産が臨床の看護実践へ活用され、国立看護大学校のユニフィケーションシステムと共に効果をあげていくことが期待される。井出は、成育医療センターの看護に期待されることとして、「科学的根拠に基づく看護(EBN)の推進、患者の安全への配慮、患者の人権を尊重し、人格を重視した看護、小児患者の学習(遊び)を支援した連携、患者・家族のアメニティに配慮した連携、情報システム・SPDシステムの円滑な活用、成育医療(看護)を推進するための人材育成、情報機能の強化・国際交流、実践的研究の推進、ボランティアの積極的な導入」<sup>33)</sup>の10項目を挙げている。具体的に示された看護のポイントとして、成育看護学の構築において参考にしていきたい。

## VII. 成育看護学と倫理をめぐる諸問題

国立成育医療センター(仮称)では、高度先駆的医療が行われ看護職も高度の知識と技術が求められることはいうまでもない。また一方で、高度先駆的医療の場であるからこそ、病む子どもたちと家族の精神面への細かな配慮も求められてくる。子どもと家族のQOLのさらなる向上を目指して教師、保育士、臨床心理士、PT、OTなど様々な職種の人々も成育医療に参加するであろう。多様な職種が協働する場においては、連携が不十分になることがある。看護職は子どもや家族のことをトータルに把握し、様々な職種のメンバーに情報を提供し、子どもの療養生活の調整に主導的役割を果たす必要がある。各職種が協働し共通のゴールを目指すには、看護職が自律したリーダーシップを発揮することが重要である。

生殖医療は遺伝子を操作する技術にまで到達している。成育看護に携わる看護職は、臨床で直面する事柄に対して判断や意見を求められる場合も出てくるだろう。看護職の責務を果たすには、議論を重ね的確な意見を述べること等においてバランス感覚が優れ、高度先駆的医療におけるモラル・ハザードを回避できる能力も求められる。

成育看護では、新しい看護学情報の入手、提供、活用が必須であり、エビデンスの明らかな情報をもとに看護が追求できることが重要である。そして、成育看護学の教育が国立成育医療センター（仮称）の高度先駆的な臨床看護と結びつき、さらに看護研究が臨床に還元されるという3側面のダイナミクスが成育看護学の最終目的となる。

#### VIII. 父性医療

国立成育医療センター（仮称）整備基本計画検討会報告書には、新しい概念ともいえる“父性医療”を重視する記述がある<sup>11)</sup>。しかし具体的な内容の記述は少ない。秋山は男性不妊にまつわる父性医療関係<sup>13)</sup>と述べ、黒田は環境ホルモンなどの影響による精子減少に関連して父性医療を取り上げ、現在の少子化問題での母性への対策のみが強調されていることを指摘している<sup>18)</sup>。成育医療における“父性医療”はまだ十分なコンセンサスが得られていないと推測される。成育看護学では“男性不妊と看護”の範疇からもっと広義に捉えるべきであると考えられる。現在の家族機能の低下を考える時、子どもの出産や育児、そして子どもの病気を重要な契機として捉え、家族全体を対象にした看護が求められてくる。母性の発達と同様に父性の発達を考え、母子関係の育成と同様に父子関係の育成を考え、同胞関係や家族関係を長期的に考えた看護が、成育看護に含まれるべきである。父性医療に関連する内容は、成育看護学の重要な内容になると思われる。

#### IX. おわりに

生命誌研究者の中村は、「生殖に関する最先端医療技術といえども可能なのは精子と卵子の受精とその時期をコントロールするにすぎない。ヒトは生命を“つくる”ことなどできない」<sup>34)</sup>と述べている。高度先駆的な生殖医療を受ける人々を対象とする成育看護学では、生命はかけがえのないものであり、生命を授かって大切に育むのがヒトであるというあたりまえの事実を見失わないようにしたい。また、成育看護学の喜びのひとつに、大切な子どもたちが成人し、次の世代を産むまで支え、みとどけることができることがあることも強調したい。看護は常に社会のニーズに合わせていなければならないが、ニーズがいつも明確であるとは限らない。新しいビジョンに基づく試みが求められることも多い。成育看護学構築の試みもそれに当たるだろう。今後、検討を重ねていきたい。

（国立成育医療センターは平成14年3月1日に開院した）

#### 引用文献

- 1) 霞が関の窓から ゴールドプラン21と新エンゼルプラン , 医療のひろば, 40(4), 8-16, 2000.
- 2) 浅田敏雄: 国立病院・療養所 50 年史, 102, 財団法人政策医療振興財団, 2001 年.
- 3) 浅田敏雄: 同書, 116.
- 4) 浅田敏雄: 同書, 118.
- 5) 浅田敏雄: 同書, 211.
- 6) 浅田敏雄: 同書, 124.
- 7) 国立病院部: 政策医療推進計画, 平成 13 年 3 月.
- 8) 秋山 洋: これからの小児病院 ~ 成育医療を目指して, こども医療センター医学誌, 27(2), 5-9, 1997.
- 9) 浅田敏雄: 前掲書, 163.
- 10) 浅田敏雄: 前掲書, 163.
- 11) 国立成育医療センター（仮称）整備基本計画検討報告会報告, 1995.
- 12) 小崎 武他: 国立病院における小児医療のあり方に関する研究, 厚生省小児医療共同研究 平成 8 年度報告書, 1998.
- 13) 秋山 洋: 成育医療の目指すもの（胎児から生殖可能年齢まで）, IRYO, 52(2), 69-72, 1998.
- 14) 白木和夫: 成育医療の概念と特徴, 小児内科, 32(12), 2089-2093, 2000.
- 15) 小林 登: 成育医療とは, life stage そして life cycle からみた小児医療の未来, 小児科診療, 61(6), 1057-1062, 1998.
- 16) 小林 登: 思春期の子ども達の医療は誰がどこでみるべきか - 成育医療における思春期医療の位置づけ -, 小児内科, 29(5), 633-637, 1997.
- 17) 白木和夫: 序文 小児医療から成育医療へ, 小児科診療, 61(6), 1998.
- 18) 黒田重臣: 成育医療における成人医療のかかわり, IRYO, 53(1), 38, 1999.
- 19) 加藤令子, 添田啓子, 片田範子: 小児特有の疾患を持つ患者の成人を対象とする医療への移行の実態と看護の役割 - 文献検索を通して -, 日本小児看護学会誌, 10(1): 50-58, 2001.
- 20) Blum, R. W.M., Garell, D., Hodgman, C. H., Jorissen, T. M., Okinow, N. A., Orr, D. P., & Slap, G. B: Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic condition. *Journal of Adolescents Health*, 14, 570-576, 1993.
- 21) Carson, A. R., & Hieber, K. V.: Adult pediatric patients. *American Journal of Nursing*, 101(3); 46-55, 2001.

- 22) Committee on Children With Disability and Committee on Adolescents: Transition of care provided for adolescents with special health care needs. *Pediatrics*, 98(6), 1203-1206, 1996.
- 23) Schidlow, D. V., & Fiel, S. B: Life beyond Pediatrics. *Medical Clinics of North America*, 74(5), 1113-1120, 1990.
- 24) Blum, R. W.: Transition to adult health care: Setting the stage. *Journal of Adolescents Health*, 17, 3-5, 1995.
- 25) Pollack, S. E.: Adaptation to Chronic Illness: A program of research for testing nursing theory. *Nursing Science Quaterly*, 6(2): 86-92, 1992.
- 26) Nasr, S.Z., Campbell, C.A., & Howatt, W.: Transition program from pediatric to adult care for cystic fibrosis patients. *Journal of Adolescents Health*, 13(2), 682-685, 1992.
- 27) Betz, C. L.: Facilitating the transition of adolescents with chronic conditions from pediatric to adult health care and community setting. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 21(2), 907-115, 1998.
- 28) 柳澤正義: 成育医療にかける夢, 医療の広場, 41(1), 42, 2001.
- 29) 小林 登: 来世紀の小児科学「成育医療」を語る, 週刊医学界新聞, No.2199, 1996.
- 30) Petrini, M.A.: 看護の基本となる理論と概念, クオリティナーシング, 7(8), 78-80, 2001.
- 31) Petrini M.A.: 看護の基本となる理論と概念, クオリティナーシング, 7(10), 67-75, 2001.
- 32) 小林桂子: 小児医療と成育医療における看護, IRYO, 53(1), 40-41, 1999.
- 33) 井出眞佐子: 国立成育医療センター(仮称)における看護, 第9回小児集中治療ワークショップ資料集, 1-5, 2001.
- 34) 中村桂子: 「生」を語る, 10代の君たちへ, 産経新聞, 2001, (9月3日, 9月20日).

## 厚生労働省国立病院部所管の医療施設における看護職の研修ニーズ

小澤三枝子<sup>\*1</sup>，鬼窪久美子<sup>\*1</sup>，西尾和子<sup>\*2</sup>

【要旨】 厚生労働省国立病院部が所管する国立高度専門医療センター，国立病院，国立療養所の看護部長・総看護婦長 207 名を対象に，郵送留め置き法による質問紙調査を行った。調査期間は，2001 年 7 月下旬から同年 8 月上旬である。回収率は，91.8%であった。

全施設の認定看護師は 11 名であった。今後，「感染管理」認定看護師を必要と考える施設が 133 施設（70.0%）と多く，次いで「WOC 看護」の研修ニーズが高かった。

「看護研究法」に対する研修ニーズも高く，94.7%の施設が研修が必要と考えていた。

「重度心身障害看護」の研修は，国立療養所の 52.6%の施設において「ぜひ必要」と考えられていた。この割合から，政策医療ネットワークで重度心身障害児（者）看護を担っているほとんどの施設において，当該研修が強く求められていると推察される。また，「精神保健看護」については 57.9%の施設で，また「災害医療看護」については 59.5%の施設で必要とされていた反面，「不妊治療の看護」や「臓器移植看護」の研修を必要とする施設数は少なかった。これらは特定の施設に特化された機能であるため，ニーズは少ないようにみえるが，政策医療としては重要な分野であろう。

その他の研修ニーズでは，高度先進医療と療養型医療それぞれのニーズが挙げられた。その内容は，政策医療ネットワークの各分野を反映しており，さらに長寿科学，リハビリテーションの分野を加えた内容となっていた。

この調査は，研修部が対象とする全施設を対象として行った調査である。得られた結果を参考に，政策医療がより効果的に行えるような人材の育成に寄与できる研修を企画していきたい。

【キーワード】 政策医療，政策医療ネットワーク，現任教育，研修ニーズ，認定看護師

### 1. はじめに

平成 13 年 4 月に国立看護大学校が開校し，看護学部と並んで研修部が設置された。「研修部」は，厚生労働省国立病院部が所管する国立高度専門医療センター，国立病院，国立療養所に勤務する看護職員を対象に，臨床看護実践能力や看護研究能力，看護教育能力の向上を図り，政策医療分野の看護において指導的な役割を担えるような人材を育成することを目的として，各種研修を行う部門である。

平成 13 年度には，認定看護師の教育機関認定を受け，感染管理認定看護師の研修を行っており，平成 14 年度以降の研修プログラムについても現在計画を立てているところである。

研修プログラムの立案にあたっては，政策医療的な意義と意図をもって研修を企画することが大前提である。しかしながら，研修対象施設あるいは研修対象者の研修ニーズも無視できない。政策医療ネットワーク<sup>1)</sup>の最前線で臨床看護ケアを国民に提供しているのは各医療施設であり，その看護の長である看護部長・総看護婦長は政策医療の現場でどのようなことが起こっており，政策医療上，自施設にどのような「看護の技」が必要か判断できる立場にいる。また，教育効果の側面から考えても，学習者（研修対象者・研修対象施設）のニーズが高ければ，学習レディネスも整っていると考えられ，研修で行う教育内容の習得効果も期待できる。そのような観点から，看護部長・総看護婦長を対象にこの調査を行い，研

\*1 国立看護大学校 研修部  
〒204-8575  
東京都清瀬市梅園 1-2-1  
電話：0424-95-2211  
FAX：0424-95-2698  
メールアドレス：ozawam@adm.ncn.ac.jp

\*2 国立看護大学校 研修部長

修の内容や優先度について慎重に検討したいと考えた。

この調査によって、臨床の場にとって優先的に求められている研修を明らかにし、今後の研修計画の参考としたい。

## II. 調査方法

厚生労働省国立病院部が所管する国立高度専門医療センター(6施設)、国立病院(69施設)、国立療養所(132施設)の看護部(看護部長、総看護婦長)207名を対象とした質問紙調査(郵送留め置き法)を行った。調査期間は、平成13年7月下旬から同年8月中旬とした。

質問紙を資料1に示す。主な調査内容は、認定看護師の配置状況、認定看護分野への研修ニード、高度な看護技術を必要とする分野への研修ニード、である。

については、各施設に各認定看護分野の認定看護師が何人配置されているかを回答してもらった。については、日本看護協会が認定している10の認定看護分野およびその他の分野の中から、必要性が高い順に3つ選んで、回答してもらった。については、研修部が企画していた10の専門看護分野の研修に対して、施設としてどの程度必要と考えているかを回答してもらった。

この論文では、「国立高度専門医療センター(以下、NCと略す)」「国立病院」「国立療養所」の別を「種別」と呼ぶことにする。

調査票の回収数は、国立高度専門医療センターが5(回収率83.3%)、国立病院が68(回収率98.6%)、国立療養所が116(回収率87.9%)、「種別」不明の1を合わせ、計190である。全体での回収率は91.8%であった。

## III. 結果

### 1) 認定看護師の配置状況

認定看護師の配置状況を表1に示す。回答があった施設全体で、認定看護師は11名であった。その内訳は、「創傷・オストミー・失禁看護(以下、WOC看護)」6人、「重症集中ケア」2人、「ホスピスケア」2人、「がん性疼痛看護」1人であった。認定看護分野のうち、「救急看護」「がん化学療法看護」「糖尿病看護」「感染管理」の認定看護師はいなかった。

### 2) 認定看護師を必要とする分野

認定看護師を必要とする分野(日本看護協会の認定看護分野)への研修ニードを図1に示す。最も研修ニードが高かったのは「感染管理」で、「最も必要」と回答した施設が75(全体の39.5%)、「2番目に必要」と回答した施設が36(全体の18.9%)で、必要順位1~3位までに

挙げた施設の合計は133(全体の70.0%)であった。必要順位3位までに「感染管理」を挙げた施設を「種別」で見ると、NCでは5施設中3施設(60.0%)、国立病院では68施設中52施設(76.5%)、国立療養所では116施設中78施設(67.2%)であり、いずれも高かった。

次いで、「WOC看護」の研修ニードが高く、必要順位3位までに「WOC看護」を挙げた施設の割合は、NCでは2施設(40.0%)、国立病院では27施設(39.7%)、国立療養所では46施設(39.7%)であった。

その次には、「がん化学療法看護」「糖尿病看護」「救急看護」が比較的ニードが高かった。

表1: 認定看護師配置状況(平成13年8月現在)

		(人数)		
分野	種別	NC	国立病院	国立療養所
		n=5	n=68	n=116
救急看護				
WOC看護		5	1	
重症集中ケア			1	1
ホスピスケア		2		
がん化学療法看護				
がん性疼痛看護			1	
糖尿病看護				
感染管理				

### 3) 高度な看護技術を必要とする分野への研修ニード

本学が準備室の段階で公表した政策医療上必要と考えている各分野(研修)および看護研究法に関する研修ニードを図2に示す。最も研修ニードが高かったのは「看護研究法」で、128施設(67.4%)が「ぜひ必要と考えている」と回答した。「ぜひ必要と考えている」「どちらかという必要と考えている」を合わせると、その割合は94.7%となる。

次いで研修ニードが高かったのは「重症心身障害看護」で、70施設(36.8%)が「ぜひ必要と考えている」と回答した。「どちらかという必要と考えている」の18施設を合わせると、46.3%が必要と考えていた。特に国立療養所では、61施設(52.6%)が「ぜひ必要と考えている」と回答しており、これに「どちらかという必要と考えている」の9施設を合わせると、60.3%の施設において研修ニードがあった。

「精神保健看護」については、45施設(23.7%)が「ぜひ必要と考えている」と回答し、「どちらかという必要と考えている」の65施設を合わせると、57.9%の施設で研修ニードがあった。

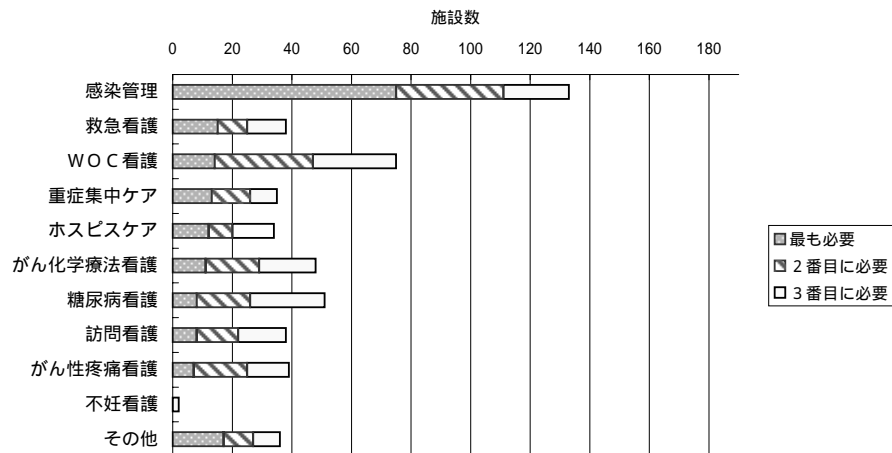


図1：認定看護師を必要とする分野への研修ニーズ

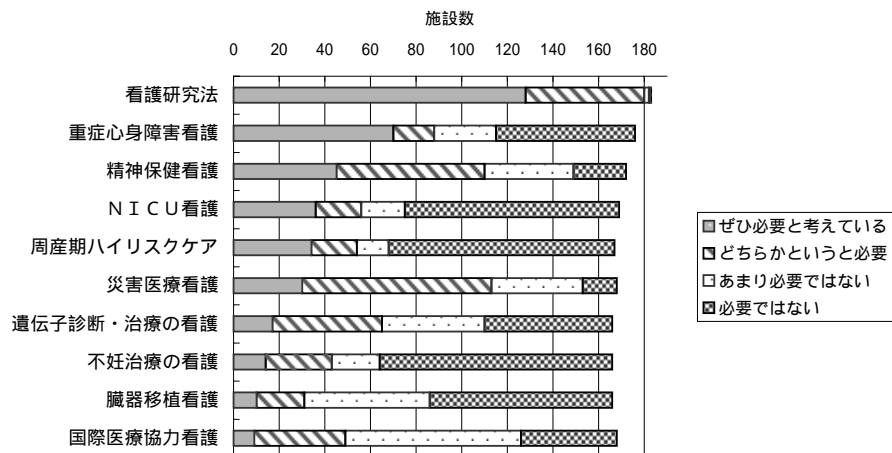


図2：高度な看護技術を必要とする分野への研究ニーズ

「災害医療看護」は、「ぜひ必要と考えている」は30施設（15.8%）と目立って多くはないが、「どちらかという必要と考えている」の83施設を加えると、59.5%の施設において研修ニーズがあった。

4) その他の研修ニーズ

その他の研修ニーズについて、自由記載で回答してもらったところ、以下の通りであった。

精神看護（リエゾン）、精神科救急、アルコール依存症のケア、カウンセリング、ターミナルケア、インフォームドコンセント  
 系統的な重度心身障害児（者）看護、筋ジストロフィー看護、生活技能訓練

小児看護、未熟児看護、NICU、家族看護  
 呼吸療法、肺理学療法、難治性結核  
 HIV看護  
 腎疾患  
 長寿医療、痴呆看護  
 リハビリテーション看護、外来看護、循環器看護  
 治験コーディネーター

これらの内容は、政策医療ネットワークの各分野を反映しており、さらに、長寿科学、リハビリテーションの分野を加えた内容となっていた。また、それ以外にニーズがあった研修は、看護管理者研修（看護部長・総看護婦長、婦長対象）、現任教育担当者の研修、実習指導者のフォローアップ研修、情報管理研修；記録の開示、倫理

など、ディスチャージプラン研修、EBN（エビデンス・ベースド・ナーシング）、リスクマネジメントなどであった。卒後研修のシステムをつくって欲しいという意見もあった。

#### 5) その他、各種要望・意見

研修部に寄せられた各種要望のうち、今後の研修に反映できそうな内容は、小規模の施設も出られるようにして欲しい、研修参加の機会を公平に与えて欲しい、地方や各施設に講師を派遣して欲しい、短期の研修を回数多く行って欲しい、研修に参加できる人数枠を増やして欲しい、研修時期は代替要員を採用しやすいときに、などであった。

また、国立看護大学校への要望になるかもしれないが、データバンクとしての役割を期待する意見、大学校の図書館の利用（インターネット利用、文献複写サービス）を望む意見、全国での卒業生の活躍を期待する意見などがあった。

### IV. 考察

#### 1) 認定看護師の配置状況

調査で分かった認定看護師の配置状況は、調査時点（平成13年8月）で4分野11名であり、NCに集中している。日本看護協会によると、平成13年8月1日現在、全国の認定看護師は546人が登録されている<sup>2)</sup>。この実情から考えると、少ない配置数である。代替要員の予算化もされていない状況では、看護職員を研修に長期派遣（認定看護師教育の場合は6ヵ月以上）することは困難であり、これまでは退職して教育を受けざるを得なかった。今回の研修部の設置によって、この状況は近い将来改善されていくものと考えられる。

#### 2) 認定看護分野への研修ニード

各施設は、それぞれの機能に応じた認定看護師を望んでおり、認定看護師コースも幅広く求められていた。その中でも、特に「感染管理」認定看護師の教育に対するニードが極めて高いことが分かった。現在、研修部で行っている認定看護師教育課程「感染管理コース」の養成数は、6ヵ月間に20名である。必要順位1～3位までに「感染管理」を挙げた施設は133施設で、それらの施設に感染管理認定看護師が全数配置されるまでには、定員を20名として単純計算すると6.7クール必要ということになる。必要順位1位に挙げた75施設についてだけでも3.6クール必要であり、「感染管理」の分野の研修を優先的に行うことは各医療機関のニーズにも合致していると考え

られる。

他の認定看護分野については「WOC看護」「がん化学療法看護」「糖尿病看護」「救急看護」が比較的ニードが高かった。これらは国立病院、国立療養所に共通して必要な内容と考えられ、研修の規模等を考慮して、計画を立てる必要がある。

#### 3) 高度な看護技術を必要とする分野への研修ニード

ほとんどの施設（94.7%）において、「看護研究法」に対する研修ニードが高かった。各医療施設は、研修の中でも、特に看護研究の分野で国立看護大学校に期待していることがうかがえ、この期待に応えるような研修を企画することが急務であると考えられる。臨床における看護職にとって、研究を進めるにあたって困難な問題は山積している。川島みどり<sup>3)</sup>、上谷いつ子<sup>4)</sup>によると、

研究の方法論が身につけていない、手近に文献を参照できる条件や環境がない、研究計画の立案や研究の途上でぶつかる疑問を解明したり、方法上のアドバイスを身近で得るのが困難である、などである。これらの解決のための1方法として、大学校の図書館利用などの要望もあるであろう。したがって、実際の研究テーマに対して、研究計画書の段階からプロセスを踏んで、研究に取り組めるようなサポートも考えていかなければならない。

次いで、「重症心身障害看護」への研修ニードが高かった。窪田<sup>5)</sup>によると、78の国立療養所が重症心身障害児（者）の病棟（定員7,880人）を有している（平成13年6月1日現在）。国立療養所全体の約6割が重症心身障害児（者）のケアを担っているわけであるが、時代の流れとともに、さまざまな問題を抱えている。特に、対象の重症化に伴う濃厚な看護ケア、在宅重度障害児や家族への支援など、医療施設としての役割がより強く期待されてきている<sup>6)</sup>。国立療養所の61施設（52.6%）が重症心身障害看護の研修を「ぜひ必要」としているということは、回収率が100%であった場合132施設×52.6%=69.4施設となり、これは重症心身障害児（者）のケアを担っている国立療養所の数（78）に近い数値である。つまり、このネットワークのほとんどの療養所が研修を強く希望していると考えられる。この研修に関しても準備を進めることが必要であろう。

「精神保健看護」「災害医療看護」についても研修ニードが高かったが、一方で、「不妊治療の看護」や「臓器移植看護」の研修を必要とする施設数は比較的少なかった。これらは、特定の施設に特化された機能であり、全体から見るとニードは少ないようにみえるが、政策医療とし



て、先端的な医療における看護としては、今後重要になってくる分野である。

#### V. おわりに

全施設の認定看護師は11名であった。今後、「感染管理」認定看護師を必要と考える施設が全体の70.0%と多かった。「看護研究法」に対する研修ニーズも高く、98.4%の施設が研修が必要と考えていた。

「重度心身障害看護」の研修は、国立療養所の52.6%の施設において「ぜひ必要」と考えられており、政策医療ネットワークで重度心身障害児(者)看護を担っているほとんどの施設において、当該研修が強く求められていることが推察された。「精神保健看護」については57.9%の施設で、また「災害医療看護」については59.5%の施設で必要とされていた。その他の研修ニーズは、政策医療ネットワークの各分野を反映しており、さらに長寿科学、リハビリテーションの分野を加えた内容となっていた。

この調査は、研修部が対象とする施設全数を対象として行った調査であるため、研修部の研修を企画する際には重要な参考資料となる。得られた結果をもとに、研修の内容や優先順位、研修期間等を考慮して、政策医療がより効果的に行えるような人材の育成に寄与できる研修

を企画していきたいと考えている。

最後になりましたが、調査にご協力いただきました各施設の看護部の皆様に、厚く御礼を申し上げます。

#### 引用文献

- 1) 政策医療課：政策医療推進計画（最終案），2001．
- 2) 日本看護協会看護教育・研究センター，専門看護師・認定看護師認定部ホームページ  
<http://www.nurse.or.jp/kiyose/nintei/nintei4.html>
- 3) 川島みどり：看護実践者と研究とのかかわり，看護MOOK，No.40，36-43，1992．
- 4) 上谷いつ子，伊藤喜代，土田幸子：当院における看護研究に対する意識と研究の阻害要因，日本看護学会集録，第20回看護管理，70-73，1989．
- 5) 窪田勉：入所施設 - 設備の基準と施設の紹介 - ，小児看護重症心身障害児へのアプローチとトータルケア，24(9)，1318-1325，2001．
- 6) 岡田喜篤：重症心身障害児の歴史，小児看護 重症心身障害児へのアプローチとトータルケア，24(9)，1082-1089，2001．

# 資料 1

## 施設における研修ニーズ調査

問 1 あなたの施設が該当するものを 1 つ選び、 を付けてください。

- 1. 国立高度専門医療センター
- 2. 国立病院
- 3. 国立療養所

この欄には何も記入  
しないでください

 1

問 2 あなたの施設には、認定看護師がいますか？ 該当する番号に 印を  
付け、( ) 内に人数を記入してください。

- A. 救急看護 0. いない 1. いる ( 人)
- B. 創傷・オストミ-失禁(WOC)看護 0. いない 1. いる ( 人)
- C. 重症集中ケア 0. いない 1. いる ( 人)
- D. ホスピスケア 0. いない 1. いる ( 人)
- E. がん化学療法看護 0. いない 1. いる ( 人)
- F. がん性疼痛看護 0. いない 1. いる ( 人)
- G. 糖尿病看護 0. いない 1. いる ( 人)
- H. 感染管理 0. いない 1. いる ( 人)
- I. その他 ( ) 0. いない 1. いる ( 人)

 2 A

 3 B

 4 C

 5 D

 6 E

 7 F

 8 G

 9 H

 10 I

問 3 あなたの施設に今後必要なのは、どの分野の認定看護師でしょうか。  
下記 ~ の認定看護分野から必要性が高い順に 3 つ選んで、( )  
内に記入してください。新しい分野が必要な場合には その他 を  
選択し、< > 内に希望分野を具体的に記入してください。

最も必要 ( ) 2 番目に必要 ( ) 、 3 番目に必要 ( )

救急看護	糖尿病看護
創傷・オストミ-失禁(WOC)看護	感染管理
重症集中ケア	訪問看護
ホスピスケア	不妊看護
がん化学療法看護	その他
がん性疼痛看護	< >

 11

 12

 13

 14

**問4** 以下の研修について、貴施設としてはどの程度必要とお考えでしょうか。あなたのお考えに最も近い番号を( )内に記入してください。  
 「ぜひ必要と考えている」研修については、どのくらいの期間の研修を期待しておられるか、参考までにお聞かせください。

ぜひ必要と考えている  
 どちらかという必要と考えている  
 あまり必要だとは考えていない  
 必要ではない

この欄には何も記入  
 しないでください

	必要度	期間		15 国	16
「国際医療協力看護」	( )	[	]	<input type="text"/>	<input type="text"/>
「臓器移植看護」	( )	[	]	<input type="text"/>	<input type="text"/>
「災害医療看護」	( )	[	]	<input type="text"/>	<input type="text"/>
「重症心身障害看護」	( )	[	]	<input type="text"/>	<input type="text"/>
「精神保健看護」	( )	[	]	<input type="text"/>	<input type="text"/>
「遺伝子診断・治療の看護」	( )	[	]	<input type="text"/>	<input type="text"/>
「周産期ハイリスクケア」	( )	[	]	<input type="text"/>	<input type="text"/>
「不妊治療の看護」	( )	[	]	<input type="text"/>	<input type="text"/>
「NICU看護」 (新生児集中治療室)	( )	[	]	<input type="text"/>	<input type="text"/>
「看護研究法」	( )	[	]	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**問5** その他、必要な研修領域があれば、期間と併せて御記入下さい。

35	<input type="text"/>	36	<input type="text"/>
----	----------------------	----	----------------------

最後に、国立看護大学校研修部に期待することがありましたら、具体的にご記入ください。

ありがとうございました。予算や講師の関係ですぐには御希望の研修を開催できないかもしれませんが、みなさまに必要としていただける研修を企画していきたいと思っております。

## Report

# Training Needs of the Nursing Staff of Medical Care Institutions under the Jurisdiction of the Department of National Hospitals of the Ministry of Health, Labour and Welfare

Mieko Ozawa<sup>\*1</sup>, Kumiko Onikubo<sup>\*1</sup>, Kazuko Nishio<sup>\*2</sup>

**【Abstract】** A questionnaire survey of 207 nursing division directors and general nursing service directors of highly specialized national medical centers, national hospitals, and national sanatoria was conducted by the general delivery mail method. The period of the survey was from late July 2001 to early August 2001, and the reply rate was 91.8%.

There were 11 certified nurses in the institutions as a whole. The largest number of institutions, 133 (70.0%), think that they will need certified "infection control" nurses in the future, and the second highest training need was for "WOC nursing".

Training needs in regard to "nursing research methodology" were also high, with 94.7% of the institutions thinking that training is needed.

Training in "nursing of the severely handicapped" was thought to be "definitely" needed in 52.6% of national sanatoria. This percentage suggests that such training is in strong demand by almost all of the institutions engaged in nursing of the severely handicapped in the Policy-based Medical Services network. Moreover, while 57.9% of the institutions indicated a need for training in "mental health nursing", and 59.5% said there was a need for training in "disaster care nursing", few institutions considered training in "infertility nursing" or "organ transplantation nursing" necessary. There appears to be little need for them because they have become specialized functions in specially designated institutions, but they seem to be important fields as Policy-based Medical Services.

Needs for highly advanced medical care and sanatorium-type medical care were mentioned among other training needs. Their content reflects the individual fields of the Policy-based Medical Services network, and it has even come to include the fields of gerontology[longevity science] and rehabilitation.

This survey was conducted on all institutions targeted by our Training Center for Nursing Development. We wish to plan training that is capable of contributing to the fostering of nursing personnel so that Policy-based Medical Services can be carried out more effectively by using the results of this survey for reference.

**【Keywords】** Policy-based Medical Services, Policy-based Medical Services network, in-service education, training needs, certified nurse

---

<sup>\*1</sup>National College of Nursing, Japan  
Training Center for Nursing Development  
1-2-1, Umezono, Kiyose-shi, Tokyo,  
204-8575, Japan  
TEL:0424-95-2211  
FAX:0424-95-2698  
e-mail:ozawam@adm.ncn.ac.jp

<sup>\*2</sup>National College of Nursing, Japan  
Director of Training Center

## 厚生労働省国立病院部所管医療施設の附属看護学校教官の研修ニード

小澤三枝子<sup>\*1</sup>, 鬼窪久美子<sup>\*1</sup>, 西尾和子<sup>\*2</sup>

【要 旨】 厚生労働省国立病院部が所管する医療施設の附属看護学校教官（副学校長，教育主事，教官）416名を対象に，郵送留め置き法による質問紙調査を行った．主な調査内容は， これまでに受講した看護教員養成課程， 政策医療，教育・指導方法，看護研究の研修への受講希望， 研修の時期， などである．調査期間は2001年7月下旬から同年8月上旬，回収数は317，回収率は76.2%であった．

教官全体の97.8%が，何らかの看護教員養成課程を受講していた．受講者が最も多かったのは「看護教員養成課程（6ヵ月コース，10ヵ月コース）」で155名（48.9%），次いで「看護教員養成課程（1年コース）；看護婦養成所教員専攻」136名（42.9%）であった．2種類以上の看護教員養成課程を受講している人は36名，うち33名は「幹部看護教員養成課程」を併せて受講していた．

研修部企画の研修へのニードについて，最も多かったのは「教育・指導方法コース」で，「ぜひ受講したい」と回答した者は215名（67.8%），「条件次第では受講したい（61名）」と回答した者と合わせると87.0%であった．次いで，「看護研究コース」（「ぜひ」59.9%，「条件次第では」22.4%），「政策医療コース」（「ぜひ」40.1%，「条件次第では」22.4%）であった．その他の研修ニードについては，「学校経営」について14名（4.4%）の記述があり，副学校長，教育主事の約半数が記入していた．

研修の時期については，「夏休み（長期休暇）」の希望が多く，240名（75.7%）であった．

この調査は，研修部が対象とする附属看護学校の全数を対象として行った調査である．得られた結果を参考に，看護教官が真に必要としており，看護基礎教育の質を向上させることができ，将来的には卒業生たちが政策医療ネットワークをより活性化していけるような研修を企画していきたい．

【キーワード】 看護専門学校，看護教員，継続教育，研修ニード

## 1. はじめに

平成13年4月に国立看護大学校が開校し，看護学部と並んで研修部が設置された．「研修部」は，厚生労働省国立病院部が所管する国立高度専門医療センター，国立病院，国立療養所および附属の看護専門学校に勤務する看護職員を対象に，臨床看護実践能力や看護研究能力，看護教育能力の向上を図り，政策医療分野の看護において指導的な役割を担えるような人材を育成することを目的として，各種研修を行う部門である．

看護専門学校の教員に対する研修の代表的なものに，看護教員養成課程がある．看護教員養成課程にはいわく

る1年コースの他に，厚生省（当時）の委託を受け都道府県で行っている6ヵ月コースがある<sup>1)</sup>．1年コースのカリキュラムは，時間にすれば年間900～1000時間であり，看護基礎教育と同様，極めて過密である<sup>1)</sup>．6ヵ月コースも，期間が短縮される分，教育内容は圧縮され，受講生としては習得にかなりの努力を要することが推察される．

看護専門学校の教員の定員については，平成元年3月に改正された保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則の中の看護婦学校養成所の指定基準，第四条の四に「別表三に掲げる各教育内容を教授するのに適当な教員を有

\*1 国立看護大学校 研修部  
〒204-8575

東京都清瀬市梅園1-2-1  
電話：0424-95-2211  
FAX：0424-95-2698

メールアドレス：ozawam@adm.ncn.ac.jp

\*2 国立看護大学校 研修部長

し、かつ、そのうち八人以上は看護婦の資格を有する専任教員とし、その専任教員のうち一人は教務に関する主任者であること<sup>2)</sup>とされている。一方、平成8年の通達では、施行期日等の経過措置として「専任教員の数については、当分の間、六人とすることとし、また、一部改正省令の施行の際現に指定を受けている学校又は養成所については、五年間の経過措置を設けることとした<sup>2)</sup>とある。現在は、大型校以外は専任教員4名で看護教育にあたっているという現状であり<sup>3)</sup>、少数精鋭とはいっても、かなり厳しい状況の中、看護教育、看護研究、自己啓発に励んでいることが推察される。

近い将来、専任教員の数が増員されることが予測され、これまで業務に忙殺されてなかなか自己研鑽できなかった状況が多少なりとも改善されることが期待できる今、教官たちが本当に必要としている学習ニードを満たし、政策医療看護を将来的には担う看護学生たちの教育にあたることは、極めて有益であると考えられる。

上記の状況を踏まえ、平成14年度以降の研修プログラムについて現在計画を立てているが、看護教官にとって、特にニードが高い研修を確認したいと考え、この調査を行った。この調査によって、教官の研修ニードを明らかにし、今後の研修計画立案の参考としたい。

## II. 調査方法

厚生労働省国立病院部が所管する附属看護学校(88施設)の副学校長、教育主事、教官の全数(416名)を対象とした質問紙調査(郵送留め置き法)を行った。調査期間は、平成13年7月下旬から同年8月中旬である。

質問紙を資料1に示す。主な調査内容は、これまでに受講した看護教員養成課程、研修部企画の研修への受講希望、研修の時期などである。については、看護教員養成課程(1年コース、6ヵ月コース)の5コースを受講したかどうかをそれぞれ回答してもらった。8ヵ月コース、10ヵ月コースの受講は、6ヵ月コースと合わせて分析した。については、研修部企画の「政策医療コース」「教育・指導コース」「看護研究コース」について、受講希望をそれぞれ回答してもらった。なお、このコースの企画にあたっては、田村<sup>4)</sup>、吉田<sup>5)</sup>らの文献を参考にした。については、どの時期に研修を組むのが望ましいかについて回答してもらった。

調査票の回収数は317、回収率は76.2%であった。

## III. 結果

対象者の「看護教員としての経験年数」は、0.25 ~ 26.42年、平均6.82年(SD5.93)であった。(表1)

表1: 看護教員としての経験年数

(n=317)

教員経験年数	人数(%)
0~3年未満	99(31.2%)
3年~6年未満	70(22.1%)
6年~9年未満	60(18.9%)
9年~27年未満	87(27.4%)
不明	1

表2: 臨床経験年数

(n=317)

臨床経験年数	人数(%)
0~5年未満	3(0.9%)
5年~10年未満	116(36.6%)
10年~15年未満	135(42.6%)
15年~33年未満	60(18.9%)
不明	3

「臨床経験年数」については、0.83 ~ 32.42年、平均11.34年(SD4.32)であった。(表2)

### 1) これまでに受講した看護教員養成課程

これまでに受講した看護教員養成課程について表3に示す。「幹部看護教員養成課程」を受講した人は36人(11.4%)であった。その内訳は、副学校長2名(副学校長9名の22.2%)、教育主事29名(教育主事52名の55.8%)、教官5名(教官252名の2.0%)であった。

「看護教員養成課程(1年コース)」については、「看護婦養成所教員専攻」136人(42.9%)、「保健婦養成所教員専攻」0人(0%)、「助産婦養成所教員専攻」22人(6.9%)であった。「看護教員養成課程(6ヵ月コース、10ヵ月コース)」の受講者は155人(48.9%)であった。

2種類以上の看護教員養成課程を受講している人は36名、うち33名は「幹部看護教員養成課程」と他の教員養成課程とを受講していた。いずれも受講していない、あるいは無記入の人は7名(2.2%)であった。

### 2) 研修部企画の研修への受講希望

各研修への受講希望を図1に示す。最も研修ニードが高かったのは「教育・指導方法コース」で、「ぜひ受講したい」と回答した者は215名(全体の67.8%)、「条件次第では受講したい」と回答した者は61名(全体の19.2%)で、両者を合わせると87.0%であった。

次いで、「看護研究コース」の研修ニードが高く、「ぜひ受講したい」と回答した者は190名(全体の59.9%)、「条件次第では受講したい」と回答した者は71名(全体

表3：これまでに受講した看護教員養成課程

(n=317)

	受講者数 ( % )
幹部看護教員養成課程	36 ( 11.4% )
看護教員養成課程 ( 1年コース )	
看護婦養成所教員専攻	136 ( 42.9% )
保健婦養成所教員専攻	0
助産婦養成所教員専攻	22 ( 6.9% )
看護教員養成課程 ( 6ヵ月コース )	155 ( 48.9% )
いずれも受講していない ( 無記入 )	7 ( 2.2% )

の22.4%)で、両者を合わせると82.3%であった。

「政策医療コース」については、「ぜひ受講したい」と回答した者は127名(全体の40.1%)、「条件次第では受講したい」の87名(全体の27.4%)を合わせると67.5%であった。

「条件次第では」の「条件」としては、「内容・日程をみてから」「出張扱いでなら」「通常業務に支障のない範囲でなら」「場所(地元での開催,講師派遣)」「やさしく教えてくれるなら」などが挙げられていた。

### 3) 上記以外の研修へのニーズ

「教育・指導方法コース」「看護研究コース」「政策医療コース」以外の研修希望を自由記載で回答してもらったところ、「専門領域」の研修ニーズが比較的高く、27名(全体の8.5%)が記入していた。次いで「教育指導法」に関する研修ニーズが17名(5.4%)、「実習指導」に関する研修ニーズは7名(2.2%)であった。

「学校経営」に関する研修ニーズは14名(4.4%)であり、副学校長、教育主事の約半数が記入していた。

表4：本学での講習を受講するか

(n=317)

	人数 ( % )
希望の講習であれば、ぜひ受講したい	208 ( 65.6% )
受講したいが、見合わせる	88 ( 27.8% )
受講したくない	10 ( 3.2% )

### 4) 研修時期の希望

研修の時期については「夏休み(長期休暇)」の希望が最も多く、240名(全体の75.7%)であった。次いで、「5,6,7月」24名、「10,11,12月」12名、「土日」1名であった。

### 5) 本学での講習を受講するか

国立看護大学校(清瀬市)で希望の講習を開いた場合に受講するか、率直な気持ちを記入してもらった(表4)。その結果、208名(全体の65.6%)が「希望の講習であれば、ぜひ受講したい」としていた。その理由としては、「自己啓発・向上のため(63名)」「受講機会が少ないためぜひ(9名)」「教育の中で活用・展開していきたいので(8名)」などであった。

その一方で、88名(全体の27.8%)が「受講したいが、見合わせる」と回答していた。その理由としては「遠方のため(24名)」「忙しい、余裕がない(23名)」「育児(7名)」などが挙げられていた。

地区別でみると、東京(清瀬市)にアクセスしやすい東北(82.4%)、関東信越(81.9%)、近畿(72.5%)で「ぜひ受講したい」と回答した者の割合が比較的高かったが、他の地区でも53~63%くらいの者は「ぜひ受講したい」と回答していた。

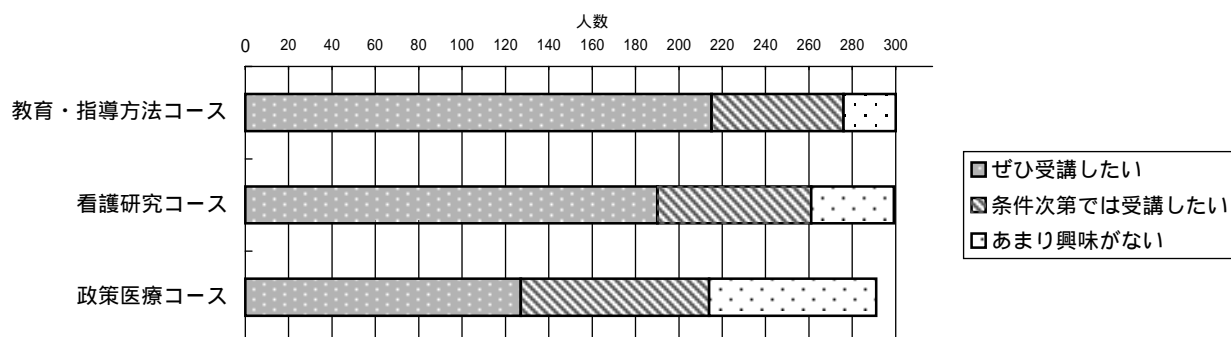


図1: 「教育・指導方法」「看護研究」「政策医療」各研修への受講希望

#### IV. 考察

##### 1) これまでに受講した看護教員養成課程

この調査に回答した教官のほとんど(97.8%)は、なんらかの看護教員養成課程を受講しており、33名は幹部看護教員養成課程も併せて受講していた。他の設置主体の看護学校の教員に比べ、国立病院・療養所附属の看護学校の教員の看護教員養成課程の受講率は高く<sup>6)</sup>、教育経験も平均約7年と安定しており、臨床経験も平均10年以上であることから、豊富な実践を教育に生かすことができ、一定の質は確保できていると考えられる。しかし、9割方の教官にとって、看護教員養成課程の受講は1回限りのものであり、教員を対象とした研修機会も少ない。研修部で看護教員向けの研修を企画する際には、このことを念頭において、教員養成課程のフォローアップ研修、あるいは、教員養成課程の教育内容に含まれていないような内容を盛り込んだ研修を企画することが必要であろう。

##### 2) 研修部企画の研修への受講希望

最も研修ニードが高かったのは「教育・指導方法コース」であった。各教官の自由記載からは、「これでいいのか、自信がなくて」「新しいことを盛り込んでいく方法がよく分からない」など、現実の教育活動に直面して困っているケースもあった。屋宜ら<sup>7)</sup>は看護教員がどんな支援を望んでいるかについて「教員の資質向上」「変化する医療・看護についての学習」「専門分野の教材研究」などを挙げている。このことから、教員の自己学習の限界もあり、教育内容や指導方法などの研修が、教員養成修了後の研修として望まれていると考えられる。

附属看護学校教官の定員は、大型校以外では、ほとんどの場合1学校あたり4名(平成12年5月現在)であり<sup>3)</sup>、事務や学生指導、学校行事の支援など多くの仕事をしながら教育にあたっているのが現状で、かなりの科目を非常勤で回しても、余裕がない、精一杯といった自由記載もある。余裕がない中で、模索し、自信がないまま教育活動を続けることが求められているわけで、教育の質を向上させるためにも、このコースの開催は優先度が高いと思われる。

「看護研究法」に対する研修ニードも高かったが、「分かりやすく教えてくれるなら」「やさしく教えてくれるなら」など、既存の研修の中には「難解で」「不親切」な研修があったことが推察される。研究は、日常の教育の質を向上させるために必要なものであるため、対象のニードやレベルに合わせて、無理のない学習目標に基づいて研修を行うことが効果的であろう。

「政策医療」を担う各施設(国立高度専門医療センター、国立病院・療養所)に就職する看護職を育成する各看護学校が看護の基礎教育を行う際には、多少なりとも「政策医療」を念頭において教育に携わる必要がある。したがって、政策医療の動向や医療の最前線で取り組んでいる新しい情報、専門的な看護の内容などを「政策医療コース」で学び、看護基礎教育の中へ取り込むことができれば、卒業後の活動にもよい影響を及ぼすと思われる。

##### 3) その他の研修へのニード

「専門領域の研修」や「実習指導」に関する研修のニードが比較的高かったが、研修希望を記入した人数としては14~30名と少なかった。「実習指導」に関する研修ニードがさほど高くないのは、専任教員のほとんどが教員養成課程を受講し、その中で実習指導に関する学習も終えているからであろう。「専門領域の研修」については、「専門」の分野も多様であるので、専門分野別にみると、希望数は少ないのであろう。教官だけを対象とした専門領域の研修を企画するというよりは、国立病院部所管の各医療施設の専門看護研修などと併せて企画し、国立病院・療養所の看護職と合同の研修の中で、新しい知識や情報を得、それを教育内容に反映できるような機会にしたいと考える。

「学校経営」については、副学校長はじめ教育主事の半数が望んでおり、人材確保やカリキュラム運営、さらには学生指導など小規模であっても効率的な学校運営について日々頭を悩ませている課題であることがうかがえる。この研修については、ワークショップ形式など、研修の形態を工夫しながら、研修を企画していきたいと考える。

##### 4) 研修時期の希望

研修時期については、「夏休み(長期休暇)」の希望が全体の76%と最も高かった。日々教育活動に追われている現状の中で、長期休暇を活用して学習を深めたいという思いの現れであり、研修を実施する際には、この時期に企画することが効果的であろう。

##### 5) 本学での講習を希望するか

地域によって多少差があるものの、全体の65.6%が「希望の講習であればぜひ受講したい」と回答していた。研修の時期を選び、事前アナウンスを早めに行えば、受講できる教官の数は多くなるであろう。講師を地方へ派遣して欲しいという希望もあるが、当面は難しいので、研修の時期等を慎重に検討することによって対応したい。



## V. おわりに

教官全体の 97.8%が、何らかの看護教員養成課程を受講していた。2 種類以上の看護教員養成課程を受講している人は 36 名、うち 33 名は「幹部看護教員養成課程」を併せて受講していた。

研修部企画の研修へのニーズについて、最も多かったのは「教育・指導方法コース」で、全体の 9 割が希望していた。その他の研修ニーズについては、「学校経営」について 14 名(4.4%)の記述があり、副学校長、教育主事の約半数が記入していた。

研修の時期については、「夏休み(長期休暇)」の希望が多く、240 名(75.7%)であった。

この調査は、研修部が対象とする附属看護学校の全数を対象として行った調査であるので、研修部の研修を企画する際には重要な参考資料となる。得られた結果を参考に、看護教官が真に必要としており、看護基礎教育の質を向上させることができ、将来的には卒業生たちが政策医療ネットワークをより活性化していけるような研修を企画していきたい。

最後になりましたが、調査にご協力いただきました教官の皆様は厚く御礼を申し上げます。

## 引用文献

- 1) 鈴木文江：看護教員養成の今とこれから 看護教員養成の課題，看護展望，20(13)，1426-1429，1995。
- 2) 看護行政研究会監修：平成 13 年度看護六法，新日本法規。
- 3) 厚生省保健医療局国立病院部政策医療課看護婦等養成指導室：国立病院・国立療養所附属養成所要覧，平成 12 年 5 月，2000。
- 4) 田村やよひ：看護教員養成の質について，教員養成において強化されるべき 3 つの事柄，看護，50(15)，102-109，1998。
- 5) 吉田喜久代：看護教員に求められる授業の実践力の強化，看護展望，20(13)，1468-1472，1995。
- 6) 森山節子，笠井勝代，三谷悦子，須藤知子，山下正子，馬場千恵子，児玉洋子，政本好子，西岡洋子：看護婦学校・養成所(三年課程)の運営および教育活動 看護学校の自己評価を通して，医療の広場，36(5)，8-28，1996。
- 7) 屋宜譜美子，松田慶子，大野美知子，清水奈緒美：看護教員は研修でどのように学び，何を期待しているか，看護教育，39(4)，273-277，1998。

## 資料1 附属看護学校における研修ニード調査

問1 あなたが勤務する学校が所属する地方厚生局に 印をつけてください。

- |            |              |
|------------|--------------|
| 1. 北海道厚生局  | 6. 中国四国厚生局   |
| 2. 東北厚生局   | 7. 四国厚生支局    |
| 3. 関東信越厚生局 | 8. 九州厚生局     |
| 4. 東海北陸厚生局 | 9. 九州厚生局沖縄分室 |
| 5. 近畿厚生局   |              |

この欄には何も記入し  
ないでください

 1

問2 あなたが主に担当している教育課程を選んで、 印をつけてください。

- |            |
|------------|
| 1. 看護婦3年課程 |
| 2. 看護婦2年課程 |
| 3. 准看護婦課程  |
| 4. 助産婦課程   |

 2

問3 あなたの職位について、あてはまるものに 印をつけてください。

- |         |
|---------|
| 1. 副学校長 |
| 2. 教育主事 |
| 3. 教官   |
| 4. その他  |

 3

問4 看護教員としての経験年数を御記入ください。  
通算( )年( )ヶ月

4	5	6	7

問5 看護職としての臨床経験年数を御記入ください。  
通算( )年( )ヶ月

8	9	10	11

問6 これまでに受講した研修に、 印をつけてください(複数可)  
\* 1年コース

1. 幹部看護教員養成課程
2. 看護教員養成課程(看護婦養成所教員専攻)
3. 看護教員養成課程(保健婦養成所教員専攻)
4. 看護教員養成課程(助産婦養成所教員専攻)

12	13	14	15

\* 6ヶ月コース

5. 看護教員養成課程

 16

**問7** 国立看護大学校研修部では、看護教員を対象とした研修として「政策医療コース」「教育・指導方法コース」「看護研究コース」等を検討しています。各コースに対してどの程度の受講希望があるか、記入してください。( )内に から までの数字を記入し、条件については < > 内に記入してください。

この欄には何も記入し  
ないでください

ぜひ受講したい  
条件次第では、受講したい  
< > 内に " 条件 " をご記入ください  
あまり興味がない

受講希望      条件

「政策医療コース」 ( ) < > 17 18  
期間 3 ~ 5 日間  
社会の変化を捉え、これと看護教育とを結びつけて考える力を身につける。

受講希望      条件

「教育・指導方法コース」( ) < > 19 20  
期間 3 ~ 5 日間  
研究を基盤とした新たな知識・技術を教育の中に取り込む力を身につける。

受講希望      条件

「看護研究コース」 ( ) < > 21 22  
期間 3 ~ 5 日間、その後 1 年間は、電話、FAX、E-mail 等でフォローする。  
先行研究をクリティークして、正確な情報を得るための手法(文献検索法、文献抄読法を含む)、コンピューターを利用した分析方法について学ぶ。1 年間を通して、看護研究のプロセスについて学び、新たな知見を見いだすための基礎的な能力を身につける。

**問8** 上記以外に、国立看護大学校研修部で開催して欲しい研  
がありますか？ もしあれば、具体的に御記入ください。

23

**問9** 1 年のうち、いつ頃研修を開催することが望ましいですか？  
具体的に御記入ください。

24

**問 1 0** 国立看護大学校（清瀬市）で希望の講習を開いた場合、受講しますか？ あなたの気持ちに近いものを1つ選んで印をつけ、( )内に理由を記入してください。

この欄には何も記入しないでください

1 . 希望の講習であれば、ぜひ受講したい (理由 ; )
2 . 受講したいが、見合わせる (理由 ; )
3 . 受講したくない (理由 ; )

<input type="checkbox"/>	<sup>25</sup>	<input type="checkbox"/>	<sup>26</sup>
--------------------------	---------------	--------------------------	---------------

**問 1 1** 現在、取り組んでおられる研究テーマがありましたら、ご記入ください。

--------------

<input type="checkbox"/>	<sup>27</sup>	<input type="checkbox"/>	<sup>28</sup>
--------------------------	---------------	--------------------------	---------------

**問 1 2** 国立看護大学校研修部に対して、ご意見・ご要望があれば、ご記入ください。

--------------

<input type="checkbox"/>	<sup>29</sup>
--------------------------	---------------

ありがとうございました。予算や講師の関係ですぐには御希望の研修を持ってないかもしれませんが、みなさまに必要としていただける研修を企画していきたいと思っております。

## Report

# Training Needs of the Nursing School Faculty of Medical Care Institutions under the Jurisdiction of the Department of National Hospitals of the Ministry of Health, Labour and Welfare

Mieko Ozawa<sup>\*1</sup>, Kumiko Onikubo<sup>\*1</sup>, Kazuko Nishio<sup>\*2</sup>

**【Abstract】** A questionnaire survey of 416 members of the nursing school faculties (vice-deans, education directors, instructors) of medical care institutions under the jurisdiction of the department of national hospitals of the Ministry of Health, Labour and Welfare was conducted by the mail-collect method. The principal survey items were as follows: 1) the nursing- instructor training courses in which they had previously taken, 2) desire to take courses for training in Policy-based Medical Services, education and guidance methods, and nursing research, 3) the timing of training, etc. The period of the survey was from late July to early August 2001, and the replies were 317(reply rate ; 76.2%).

The results showed that 97.8% of all instructors had attended some form of course on the nursing-instructor training process. The greatest number of those who had taken classes, 155 (48.9%), had attended classes in the "nursing-instructor training process (6-month course, 10-month course)", followed by the "nursing-instructor training process (1-year course): nurse-training institution instructor major", taken by 136 (42.9%). Two or more different classes in the nursing-instructor training process had been attended by 36, of whom 33 had also taken classes in the "nursing-instructor management training process".

The greatest number of replies in regard to the need for training in the training division program was given in regard to "education and guidance methods courses" by 215 (67.8%) who replied "definitely want to take them", and together with those who replied "depending on the conditions, would like to take them" (61 subjects), they accounted for 87.0% of the total. They were followed by "nursing research courses" ("definitely" 59.9%, "depending on the conditions" 22.4%) and "Policy-based Medical Services courses" ("definitely" 40.1%, "depending on the conditions" 22.4%). In regard to other training needs, 14 (4.4%) made statements about "school management", and approximately half of the vice-deans and education directors had made entries.

In regard to timing, 240 subjects (75.7%) wanted to attend in "summer (long vacation)", the most frequent time requested.

This survey was conducted on all affiliated nursing schools targeted by our Training Center for Nursing Development. Using the results of this survey for reference, we wish to plan a training program that nursing instructors truly consider necessary, a program that will make it possible to increase the quality of basic nursing education so that graduates in the future will be able to revitalize the Policy-based Medical Services network.

**【Keywords】** nursing schools, nursing faculty, continuing education, training needs

---

<sup>\*1</sup>National College of Nursing, Japan  
Training Center for Nursing Development  
1-2-1, Umezono, Kiyose-shi, Tokyo,  
204-8575, Japan  
TEL:0424-95-2211  
FAX:0424-95-2698  
e-mail:ozawam@adm.ncn.ac.jp

<sup>\*2</sup>Training Center for Nursing Development  
Director of Training Center



## 循環器病の先端医療施設における看護研究の動向 —国立循環器病センターの看護研究の分析—

### The National Cardiovascular Center : A Review of Its Specialized Research

西尾和子<sup>\*1</sup>, 飯野京子<sup>\*1</sup>, 川畑安正<sup>\*1</sup>, 山田巧<sup>\*1</sup>, 笠岡和子<sup>\*2</sup>

Kazuko Nishio<sup>\*1</sup>, Keiko Iino<sup>\*1</sup>, Yasumasa Kawahata<sup>\*1</sup>, Takumi Yamada<sup>\*1</sup>, Kazuko Kasaoka<sup>\*2</sup>

【要 旨】 循環器病の専門医療施設である国立循環器病センターにおいてこれまでに取り組んできた看護の特徴を知る目的で、看護研究の動向を分析した。

研究方法は、同施設の開設以来 23 年間に院外発表された 315 題の看護研究を対象とした。研究の主要課題を抽出し、類似の課題毎に分類し、見出しをつける質的分析を行った後、課題の年次推移の分析を行った。

研究の主要課題を類似の内容で分類した結果、大項目として『先端医療に伴う看護』『重篤な病態を有する患者の看護』『リハビリテーションプログラムの開発』『機能訓練に伴う看護』『セルフケアを促進する患者指導』『ストレス緩和への援助』『高度な判断を伴う日常生活援助』『高度な判断を伴う診療の援助』『高度なフィジカルアセスメント』『検査および周手術期の患者指導』『インフォームドコンセント』『感染管理』『看護用具の工夫』『看護管理』『現任教育』の 15 項目が抽出された。

特に、『先端医療に伴う看護』は、心臓移植や人工心臓装着中の看護など本邦での先駆的な事例の紹介等、先端医療施設における看護の特徴がみられた。『リハビリテーションプログラムの開発』は、創設以来継続的に研究が行われており、積み上げた研究成果をもとに、院内の基準の改定等を行うなどケアへ結びつけていた。

一方では、『機能訓練に伴う看護』『ストレス緩和への看護』『高度なフィジカルアセスメント』『高度な判断を伴う日常生活援助』『高度な判断を伴う診療の援助』等、クリティカルケアやリハビリテーション看護など循環器病を有する患者に対する特徴的な看護の課題もみいだせた。

これらの主要課題は、今後専門的に行うケア・研究の焦点として取り組む看護の特徴として活用できるであろう。

【キーワード】 心臓病の看護, 脳血管疾患の看護, 国立循環器病センター, 看護研究の動向

【Keywords】 cardiac nursing, brain nursing, National Cardiovascular Center, trend of nursing research

#### 1. はじめに

戦後、疾病構造の変化により、がん、心臓病、脳血管疾患が 3 大死因として 40 年以上にわたり国民を脅かしてきた<sup>1)</sup>。この間、これらの疾病に対しては成人病対策、生活習慣病対策等が講じられ、予防、診断、治療とも進歩してきたにもかかわらず、現在も死亡率、医療機関受診

者数、医療費ともトップを占めている<sup>2)3)</sup>。国の循環器病対策の中心的施設として 1977 年に国立循環器病センターが設立され、先端的医療を担ってきており、看護職は時代とともに変化している先端医療を受ける患者に対して専門的なケアを展開してきた。

循環器病に関する看護は、クリティカルケア、リハビ

\*1 国立看護大学校 成人看護学  
〒204-8575

東京都清瀬市梅園 1-2-1

電話：0424-95-2211

FAX：0424-95-2758

メールアドレス：nishiok@adm.ncn.ac.jp

\*2 国立循環器病センター

リテーション看護等それぞれに専門分野が確立され、認定看護師等専門家を育成するための系統的な教育も行われている。国立循環器病センターは世界に類をみない研究所と病院が密接につながっている循環器の画期的な医療施設であり、そこで行われている看護も創設以来特徴的で専門的な看護が展開されてると考えられる。

看護実践と臨床における看護研究とは密接に関連しているといわれている<sup>4)5)</sup>。看護研究は看護場面での疑問が出発点であり、その内容は看護職者が日々みたり、聞いたり、考えたり、実践したりしたことそのものである。そのことから、われわれはその施設の看護研究を分析することにより、その施設の看護職者が実践している看護が分かり、その領域の専門性がみえてくるのではないかと考えた。そこで、国立循環器病センター看護部において行われてきた研究、特に、学会発表が行われ質的に高いと思われる研究に焦点を当てて分析することで、これまでに取り組んできた循環器病領域における看護の特徴が明らかになると考え、本研究を行った。

## II. 目的

国立循環器病センターの看護研究の課題に関する動向を分析することで、循環器病の先端医療施設における看護の特徴を明らかにする。

## III. 用語の操作的定義

### 循環器病看護

心臓・血管疾患、脳血管疾患等の循環器病を有する患者の看護のことである。

## IV. 国立循環器病センターの概要

国立循環器病センターは、1977年に国立がんセンターに次ぐ国立高度専門医療センターとして創設され、循環器病に関する先端的な治療と研究を行っている施設である。

入院病床数は640床。うち一般病棟が480床、特殊病棟(CCU, ICU, SCU, NCU, 乳幼児, 周産期, 緊急)が160床である。病床数の25%が特殊病棟であり、高度で専門的な治療・看護が行われている。対象とする疾患は心臓疾患、脳血管疾患、大動脈を含む血管疾患の他、循環器病の危険因子となる高血圧症、腎疾患、糖尿病、肥満などで、循環器病全体にわたってその原因の究明、予防、診断、治療をしている。循環器病の専門病院としてはその規模、組織ともに世界に類をみないもので、診療・研究についてもわが国はもちろん世界の最先端に行くものとして広く認められている。1997年の「臓器の移植に

関する法律」施行に伴い、国立循環器病センターはいち早く心臓移植の施設として指定され、1999年5月にはわが国2例目の手術に成功している。

また、医療従事者(医師、看護婦、その他のコメディカルスタッフ)の教育・研修の場としても重要な役割を果たしている。

## V. 研究方法

1. 対象:国立循環器病センター看護業績集第1巻(1977年～1979年発表分、発行1980年)から21巻(1999年発表分、発行2000年)までに収録された院外の学会集で一般演題として発表された研究を対象とした。

### 2. 方法

- 1) 研究のテーマおよび本文から研究の主要課題を各研究1課題抽出し、類似の課題毎に集め、分類し見出しをつける質的分析
- 2) 上記の課題の年次推移(学会発表年)の分析
- 3) 分析は、循環器病、成人看護学を専門領域とする教員および臨床看護婦5名で、内容と見出しからの研究課題の抽出とその分類をダブルチェックし、一致しなかった項目は、再度テーマ、本文から検討し、再度ダブルチェックを行い、全員が一致するまで繰り返した。

## VI. 結果

院内外発表を総合すると728題であり、そのうち、研究対象である院外発表は315題(43.3%)であった。発表病棟は、ICU, CCU等の特殊病棟が315題(42.9%)、一般病棟は109題(34.6%)、その他の部門が71題(22.5%)であった。

研究課題は各研究1つずつ合計315題が抽出でき、類似の内容で分類した結果、15題の大項目、48題の中項目が抽出された。

大項目は、『先端医療に伴う看護』『重篤な病態を有する患者の看護』『リハビリテーションプログラムの開発』『機能訓練に伴う看護』『セルフケアを促進する患者指導』『ストレス緩和への援助』『高度な判断を伴う日常生活援助』『高度な判断を伴う診療の援助』『高度なフィジカルアセスメント』『検査および周手術期の患者指導』『インフォームドコンセント』『感染管理』『看護用具の工夫』『看護管理』『現任教育』の15項目が抽出された。中項目、小項目を含めた研究主題の分類を表1に示す。

演題の数では表2に示すとおり、大項目では『先端医療に伴う看護』58題、『セルフケアを促進する患者指導』



40題、『高度なフィジカルアセスメント』28題、『看護管理』28題、『ストレス緩和への援助』26題、『重篤な病態を有する患者の看護』26題、『リハビリテーションプログラムの開発』22題の順であった。

中項目を年次推移でみると、創立当初は「手術後合併症の看護」「ICU・CCU 症候群における看護」「呼吸・循環のアセスメント」等の集中治療の一般的な内容が多かったが、「補助人工心臓装着患者の看護」「心臓移植の看護」の循環器病の先端医療に伴う看護に関する内容等が次第に多くなってきている。また、1巻から23巻まで継続的にみられる研究は、「心筋梗塞患者のリハビリテーションプログラムの開発」「生活指導」「心負荷の管理が必要な日常生活援助」である。

以下に大項目別の特徴について記述する。

#### 1) 先端医療に伴う

先端医療に伴う看護とは、国立循環器病センターで先駆的に取り組んできた医療に伴う看護に関することであり、「心臓移植の看護」「補助人工心臓装着患者の看護」「腎移植の看護」「心疾患の特殊な治療の看護」「脳血管疾患の特殊な治療の看護」「フォローアップシステムの開発」が中項目として挙げられた。「心臓移植の看護」と「補助人工心臓装着患者の看護」は、循環器病センターで行った先駆的医療に携わった看護の経験等を急性期から回復するまでフォローして報告していた。そして、先端の医療を受ける患者の合併症予防等の身体的側面、免疫抑制療法中の患者教育、精神・心理的問題、家族の問題等、多面的に看護の視点で課題を分析し、リハビリテーションプログラムの構築にまで発展させている。

#### 2) 重篤な病態を有する患者の看護

重篤な病態を有する患者の看護とは、治療や合併症によって生じた病態の急激な変化や強い苦痛を和らげるために取り組んだ集中的な看護に関することであり、「手術後合併症の看護」と「病態の変化に伴う看護」が中項目として挙げられた。「手術後合併症の看護」では、大血管の手術後の看護、心臓の手術後の看護、脳血管疾患の手術後の看護等、侵襲の強い手術に伴う看護の課題が抽出された。「病態の変化に伴う看護」では、心疾患の患者の看護が最も多く、多様な病態に伴う困難な看護について取り上げられていた。

#### 3) リハビリテーションプログラムの開発

リハビリテーションのプログラムの評価・開発に関することであり、「心筋梗塞患者のリハビリテーションプログラム」「解離性大動脈瘤患者のリハビリテーションプロ

グラム」「弁膜症患者のリハビリテーションプログラム」が中項目として挙げられた。リハビリテーションプログラムの開発に関する研究は、病院創設以来、継続的に行われている。特にCCU在室中からの急性期における研究は、数年かけて積み上げて行っているのが特徴で、演題数も多い。リハビリテーションの内容は、安全性の面に焦点を当て、体位変換時、排泄時、入浴時など患者の生体動作や援助時の心負荷の状態を観察し、リハビリテーションプログラムの評価と改訂につなげている。

回復期のリハビリテーションに関する研究は、主に病棟と心臓リハビリテーション部門で行われている。維持期に関する研究は外来と心臓リハビリテーション部門が中心となって行われており、運動療法に継続され、生活習慣への影響などに関するものがみられた。

#### 4) 機能訓練に伴う看護

急性期からの機能回復訓練に伴う看護に関することであり、「脳血管障害患者リハビリテーション」と「高齢者のリハビリテーション」が中項目として挙げられた。「脳血管障害患者リハビリテーション」では排泄に関する早期機能回復に関する研究が特徴であり、「高齢者のリハビリテーション」ではADL拡大に伴う援助が多かった。

#### 5) セルフケアを促進する患者指導

循環器系の機能低下等を有した状態で、生活に適応し、病態を悪化させないための様々な患者指導に関することであり、「生活指導」「家族指導」「服薬指導」「禁煙指導」「退院指導」が中項目として挙げられた。「生活指導」が最も多く、食事や運動療法に関する指導方法、評価、要項の作成等が挙げられた。

#### 6) ストレス緩和への援助

循環器病特有の治療環境・検査等に関連した精神・心理的問題に関することであり、「ICU・CCU 症候群における看護」「治療・検査に伴う不安・緊張に対する看護」「小児・家族に対するストレス緩和への援助」が挙げられた。「ICU・CCU 症候群における看護」では、不眠、不安、せん妄等の特有な症状、およびいくつかの症状が複合した場合の看護の課題について取り上げられていた。

#### 7) 高度な判断を伴う日常生活援助

食事や排泄等の日常生活援助を行う時に循環動態等をモニタリングし、身体の負荷について判断を行いながら、ケアを進めること等に関することであり、「脳圧の管理が必要な日常生活援助」「心負荷の管理が必要な日常生活援

循環器病の先端医療施設における看護研究の動向

表 1：国立循環器病センターにおける看護研究の主要課題の分類

大項目	中項目	小項目
先端医療に伴う看護	心臓移植の看護	事例分析, 脳死患者の家族の看護, 合併症予防(感染, 拒絶), リハビリテーション精神・心理
	補助人工心臓装着患者の看護	事例分析, リハビリテーション, QOL, 精神的動揺
	腎移植の看護	事例分析, 術前の看護, 合併症予防, 合併症併発事例の看護, 精神・心理, 生活指導, 特殊な移植の看護, 再移植の看護
	心疾患の特殊な治療の看護	事例分析, 小児
	脳血管障害の特殊な治療の看護	低体温療法, 薬物療法, 事例分析, 嚥下訓練
	フォローアップシステムの開発	出生児フォロー
重篤な病態を有する患者の看護	手術後合併症の看護	大血管の手術後の看護, 心臓の手術後の看護, 脳血管障害の手術後の看護, リハビリテーション, 心理社会的援助, 家族援助, 合併症の早期発見
	病態の変化に伴う看護	心臓疾患の看護, 周産期の看護
リハビリテーションプログラムの開発	心筋梗塞患者のリハビリテーションプログラム	急性期, 回復期, コンプライアンス, セルフケア意識, プログラム改訂, プログラム評価
	解離性大動脈瘤患者のリハビリテーションプログラム	プログラム作成改訂
	弁膜症患者のリハビリテーションプログラム	プログラムの開発
機能訓練に伴う看護	脳血管障害患者リハビリテーション	嚥下訓練, 早期離床, 排尿自立
	高齢者のリハビリテーション	早期離床, 意欲回復
セルフケアを促進する患者指導	生活指導	生活指導全般, 食事指導, 運動指導, 身体症状マネジメント, コンプライアンス, 指導教室, 指導要項作成, 教育の評価, 社会復帰状況
	家族指導	マニュアル作成, 要介護者, 意識障害者, 糖尿病, 腎不全教室
	服薬指導	服薬の自己管理
	禁煙指導	指導方法, 喫煙依存行動の実態, 喫煙に対する意識
	退院指導	乳幼児, 高齢者の術後, 指導方法, 退院後の生活調査
ストレス緩和への援助	ICU・CCU 症候群における看護	不眠, 不安, せん妄, 複合した症状
	治療・検査に伴う不安・緊張に対する看護	術後不穏, 不安, カテーテル検査時の緊張, 音楽療法
	小児・家族に対するストレス緩和への援助	隔離, 手術に伴うストレス, 終末期の患児
高度な判断を伴う日常生活援助	脳圧の管理が必要な日常生活援助	行動拡大
	心負荷の管理が必要な日常生活援助	排泄, 清潔, 活動
	人工呼吸器装着中の日常生活援助	口腔ケア, 小児のケア
	特殊な環境における日常生活援助	酸素テント
	褥瘡のケア	褥瘡処置, 褥瘡発生因子の分析
高度な判断を伴う診療の援助	苦痛の緩和が必要な日常生活援助	術後の創痛
	高度な判断を伴う吸引の援助	人工呼吸器
高度なフィジカルアセスメント	透析時の循環動態の管理	血圧変動, 返血速度の心負荷
	透析時の循環動態の管理	検査の合併症予防, 検査に伴う苦痛の緩和, 小児の検査
	侵襲的な検査に伴う看護	血圧, 体温, 心電図, 肺動脈, 血液ガス
	呼吸・循環のアセスメント	意識レベル
高度な検査および周手術期の患者指導	中枢神経のアセスメント	妊娠周数診断
	周産期におけるアセスメント	乳幼児の発達
	精神発達のアセスメント	術前・後の栄養, 消費エネルギーの評価, 舌苔のケア
	栄養状態のアセスメント	安静
	苦痛のアセスメント	狭心症
	病態のアセスメント	検査前オリエンテーション
	検査に伴う指導	術前後訪問, 呼吸訓練
周手術期の指導	小児, 周産期	
インフォームドコンセント		
感染管理	集中治療室の感染予防対策	手洗い方法, 環境, 点滴ルート, 吸引チューブ
	MRSA 感染予防対策	環境, カテーテル, 保菌者のケア, 外来
看護用具の工夫		衛生材料, ブランケット, 吸入器等の開発
看護管理	特殊病棟における看護管理	集中治療室における業務分析, 集中治療室における看護の評価, 周産期病棟における業務分析
	面会	集中治療室の面会
	勤務割	コンピューターの活用
	記録	記録の改善, 看護診断の導入
	申し送り	申し込みの短縮, 方法の検討
現任教育	専門的な現任教育	救急看護
	現任教育	新採用者教育

表 2：国立循環器病センターにおける看護研究の主要課題の年次推移

発表年 大項目 / 中項目	巻																					小計	計
	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99		
先端医療に伴う看護																						6	6
心臓移植の看護								2							1	1	3	2	2				11
補助人工心臓装着患者の看護																							16
腎移植の看護					1		1	3		2	3	2	2	2									11
心疾患の特殊な治療の看護			2									1	2	1	1	1					3		12
脳血管障害の特殊な治療の看護		1	3					1							1	1	1				2		10
フォローアップシステムの開発				1							2												3
重篤な病態を有する患者の看護																							
手術後合併症の看護		1		2	3	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1								22
病態の変化に伴う看護				1		1							1							1			4
リハビリテーションプログラムの開発																							
心筋梗塞患者のリハビリテーションプログラム		2	1	1				1				1	1	2		1	3		1	1	1	1	17
解離性大動脈瘤患者のリハビリテーションプログラム													1		1	1	1						4
弁膜症患者のリハビリテーションプログラム															1								1
機能訓練に伴う看護																							
脳血管障害患者リハビリテーション			1										1	1					1				4
高齢者のリハビリテーション							1				1	2											4
セルフケアを促進する患者指導																							
生活指導	1	1						2	2	2	2	2	2			5	2	2	1	1			25
家族指導								1	1			1			2	1	1						7
服薬指導																	1				1		2
禁煙指導												1	1				1	1			1		5
退院指導													1										1
ストレス緩和への援助																							
ICU・CCU 症候群における看護		1	1		2	1	1	2	1							2				1			12
治療・検査に伴う不安・緊張に対する看護						1	1			1		1		1	1	1							7
小児・家族に対するストレス緩和への援助													1	1		1	1	2			1		7
高度な判断を伴う日常生活援助																							
脳圧の管理が必要な日常生活援助						1				1		1											3
心負荷の管理が必要な日常生活援助			1			1		1	2		1		1	1	1	1					1		11
人工呼吸器装着中の日常生活援助																1					1		2
特殊な環境における日常生活援助													1										1
褥瘡のケア						1											1						2
苦痛を緩和の管理が必要な日常生活援助																					1		1
高度な判断を伴う診療の援助																							
高度な判断を伴う吸引の援助			1						1				1										3
透析時の循環動態の管理	1	1	1											1		2				1	7		7
侵襲的な検査に伴う看護						1				1							1	1	2	2			8
高度なフィジカルアセスメント																							
呼吸・循環のアセスメント	2		3	3					2		1		3								1		15
中枢神経のアセスメント													1	2									3
周産期におけるアセスメント							1																1
精神発達のアセスメント																1							1
栄養状態のアセスメント		1				1	1							1	1	1							6
苦痛のアセスメント								1															1
病態のアセスメント						1																	1
検査および周手術期の患者指導																							
検査に伴う指導												1											1
周手術期の指導						1			1	1		1				1	1						6
インフォームドコンセント													1						1				2
感染管理																							
集中治療室の感染予防対策	2			1	1			1					1		1								7
MRSA 感染予防対策														1		3	1				2		7
看護用具の工夫	1								3		2	3	1										10
看護管理																							
特殊病棟における看護管理		4	1		1								1		1					2	1		11
面会								1			1	1	1										5
勤務割															1	1							2
記録	1		1						2		1					1							6
申し送り									1				1	1	1								4
現任教育																							
専門的な現任教育																					1	1	8
現任教育								1	1	1							1			1	2	7	
小計	8	13	15	9	13	9	12	23	12	12	22	21	19	16	22	24	16	9	12	13	15	総数	315

\* 第 1 巻の発表年は '77-'79

助」「人工呼吸器装着中の日常生活援助」「特殊な環境における日常生活援助」「褥瘡のケア」「苦痛の緩和が必要な日常生活援助」が中項目として挙げられた。心負荷と関連する日常生活援助には便秘、清拭、行動拡大等が挙げられ、脳圧と関連する日常生活援助には複数の日常生活援助が挙げられていた。いずれも、モニターの観察等を密に行いながらの日常生活援助等が報告されている。「特殊な環境における日常生活援助」とは酸素テント内の生活にすることであり、「苦痛の緩和が必要な日常生活援助」とは術後の行動拡大にすることであった。

#### 8) 高度な判断を伴う診療の援助

診療の援助時に循環動態等の患者の状況をモニタリングし、身体の負荷について判断を行いながらのケアにすることであり、「高度な判断を伴う吸引の援助」「透析時の循環動態の管理」「侵襲的な検査に伴う看護」が中項目として挙げられた。「高度な判断を伴う吸引の援助」は、人工呼吸器装着中の患者の吸引と循環動態の変化に関するもの等であった。「侵襲的な検査に伴う看護」は、主に心臓カテーテル法による検査に伴う合併症に関すること、苦痛に関すること等であった。

#### 9) 高度なフィジカルアセスメント

患者の生理的・機能的状況をアセスメントする手法に関することであり、「呼吸・循環のアセスメント」「中枢神経のアセスメント」「周産期におけるアセスメント」「精神発達のアセスメント」「栄養状態のアセスメント」「苦痛のアセスメント」「病態のアセスメント」が中項目として挙げられた。この課題は創立当初から数年間に特に多く見られていた。アセスメントの項目は「呼吸・循環のアセスメント」が多く、血圧、体温、心電図、肺動脈、血液ガス等の測定方法の工夫等が挙げられていた。

#### 10) 検査および周手術期の患者指導

特殊な検査や侵襲を伴う手術の前後における患者指導に関することであり、「検査に伴う指導」と「周手術期の指導」が中項目として挙げられた。「周手術期の指導」では、術前後の手術室看護婦による指導、呼吸訓練等が挙げられた。

#### 11) インフォームドコンセント

周産期の看護および小児看護におけるインフォームドコンセントに関する課題であった。

#### 12) 感染管理

感染管理に関することであり、「集中治療室の感染予防対策」と「MRSA 感染予防対策」が挙げられた。「集中治療室の感染予防対策」としては、塵埃のレベルを低く保つための清掃の方法、手洗いの方法等が挙げられた。『感染管理』に関する演題は創立当初よりみられたが、第14巻(1994年)からは「MRSA 感染予防対策」が主となってきており、集中治療室が多く発表していたが、一般病棟における発表もみられた。

#### 13) 看護用具の工夫

手術室で用いる衛生材料や新型の吸入器等に関することである。

#### 14) 看護管理

病棟の管理体制等看護管理に関すること、「特殊病棟における看護管理」「面会」「勤務割」「記録」「申し送り」が中項目として挙げられた。特に集中治療室に関する研究が多かった。

#### 15) 現任教育

施設内の現任教育に関すること、「専門的な現任教育」と「現任教育」が中項目として挙げられた。「現任教育」に関しては、新人指導が大半を占めた。「専門的な現任教育」は、看護職員を対象とした専門的な知識・技術を習得するものであり、循環器病センターの高度な医療に対応するための特殊な教育プログラムであった。

### VII. 考察

循環器病の専門医療施設である、国立循環器病センターの院外発表された看護研究の主要課題と年次推移について分析したところ、看護部で行った研究のうち、院外研究の割合が43.3%と多かった。施設内で行った研究のうち、院外に発表されるのは1割から3割だと報告されているが<sup>(6)7)</sup>、研究結果からは1巻から継続して院外発表の率が高いことがわかった。これは、新しい領域の看護を報告しようと看護部挙げて研究熱心であることが反映されていると考えた。

研究では15の主要課題が抽出されたが、「先端医療に伴う看護」と「リハビリテーションプログラムの開発に伴う看護」は、循環器病の先端医療を担う施設として位置づけられている国立循環器病センターにおける看護の特徴が特に反映されていると考え、以下に細かく分析した。

### 補助人工心臓に関する研究

心筋梗塞や心臓手術に続発する急性重症心不全や心筋症等の慢性重症心不全の患者に対し、心臓ポンプ機能そのものを代行する手段が求められたため、国立循環器病センター研究所は1978年に国産の補助人工心臓の実用化に着手している。1987年に薬事法に基づく臨床試験が開始され、1990年には世界に先駆けて医療用具としての認定を受けた。1994年には保険が適用されるに至っている<sup>8)</sup>。

今回の調査では、補助人工心臓をテーマにした研究が1986年に2題、1993年に1題発表されており、1994年の保険適用以前から補助人工心臓装着患者の看護について研究し発表していたことが確認された。このように、国立循環器病センターは先駆的な補助人工心臓装着中の看護の成果を積み上げてきた。

### 心臓移植に関する研究

1997年6月に「臓器の移植に関する法律」が成立し、1996年頃から、心臓移植を受ける患者の心理面の理解、術中看護、術後管理など「心臓移植」をテーマにした国内の看護の文献がみられている<sup>9)10)</sup>。1999年には脳死ドナーからの心臓移植が3例、2000年には3例、2001年にはこれまで5例行われてきている。1999年5月、「臓器の移植に関する法律」の施行後第2例目の心臓移植が国立循環器病センターで実施された。本調査によると、国立循環器病センターから1999年に6題の研究が行われ発表されており、そのテーマは心臓移植を受けた患者の術後の看護、回復期におけるリハビリテーション、患者のストレス緩和への援助、免疫抑制療法中における患者教育などに及んでいる。このように、日本一の心臓移植件数を持ち、国内における心臓移植の中心的役割を担う国立循環器病センター看護部で行われた研究は、先駆的な心臓移植患者の看護の成果を積み上げてきた。

### リハビリテーションプログラムの開発に関する研究

急性心筋梗塞に対するリハビリテーションは、発症からの時期により、急性期(CCUから一般病棟へ転棟し廊下歩行程度まで1~2週間)、回復期(院内歩行から退院後自宅療養を経て社会復帰まで)、維持期(その後の生涯を通じた期間)の三つに分けられる<sup>11)</sup>。

急性期リハビリテーションは、段階的負荷による早期離床の安全性と長期臥床に伴う深部静脈血栓症(特に肺血栓塞栓症)や身体的・精神的・社会的適応能力の低下等の弊害が報告され始めた1960年前後から、欧米を中心に次第と早期化・短縮化が進んだ。この理由としては、

再還流療法の普及に伴う梗塞後狭心症を中心とした早期合併症が減少してきたことが挙げられる。国立循環器病センターのCCUでも、発症後24時間以内の症例には可能な限り緊急冠動脈造影を行い、発症後6時間以内の症例を中心に適応があれば積極的に経皮的冠動脈形成術、冠動脈内血栓溶解療法等の再還流療法を行うことを基本的な治療指針としている。これに合わせて急性期リハビリテーションプログラムとその選択基準の改訂を行ってきた<sup>12)13)</sup>。

このような新しい治療法に対応して、看護としては急性期における心臓リハビリテーションに注目した研究が開設以来、継続的に行われ、演題数も多い。しかも入院期間の短縮等に合わせ、評価改善を加えている。看護の研究として取り上げたりリハビリテーションの内容は、患者の生活動作や援助時の心負荷の状態を観察し、リハビリテーションプログラムの評価と改訂につなげている。特に急性期における心臓リハビリテーションはCCUに在室中から始め、一定の基準を満たして一般病棟へ移動する基準にもなっており、看護の必要度を定める目安となっている。

また、解離性大動脈瘤術後のリハビリテーションや、最近では補助人工心臓装着患者、心臓移植後のリハビリテーションに関する研究も行われており、先端的な医療に対応した看護の特徴として今後も検討を重ねていくべき重要な領域と考えられる。

回復期、維持期のリハビリテーションに関しては、病棟や外来等の当該看護単位で研究を行いながら、リハビリテーションプログラムの改訂を積極的に行っている。

### その他の主要な研究課題

前述以外に、国立循環器病センターの特徴を示していると思われるのが、『重篤な病態を有する患者の看護』である。これは、侵襲的な手術や病態の悪化した患者の看護について取り上げたものである。国立循環器病センターは紹介型施設であり、全国から難治性の患者が集まるといふ診療体制の特徴が現れていると思われる。

また、高度な技術で生命操作を行う先端医療施設では、常に科学の進歩と医療のあり方、人間の生き方について問われている。倫理的課題の最前線で患者と接している看護では、『インフォームドコンセント』の課題は避けられず、今後さらに専門的な姿勢が問われる分野である。

循環器病は、回復の促進および再発予防のために食事や運動等の生活習慣の変更が必要となり、機能障害を有しての生活も余儀なくされるため、リハビリテーションに関するケアが重要となっている。それを反映してい

たのが、『リハビリテーションプログラムの開発』『機能訓練に伴う看護』『セルフケアを促進する看護』であろう。研究数も多く、看護の課題が多いということがうかがえる。

循環器病の医療は、生命維持に必須な心臓、脳などに直接治療を行うために、周手術期は特に日常的なケアの場面においても循環動態や意識レベル等の高度な観察を行う能力が看護婦に求められる。研究の動向からは、創立初期の頃は、『高度なフィジカルアセスメント』に挙げられているような呼吸・循環のアセスメントの方法を検討する生理学的な研究が多くみられたが、徐々にそれらを応用し、効果的な日常生活の援助等の研究を行う『高度な判断を伴う日常生活援助』がみられるようになってきている。循環器病の臨床において心電図等を分析し、ケアに生かすことは看護の基本である。このようにフィジカルアセスメントを効果的に看護援助に活かす高度な看護実践が展開されてきている状況が反映されていると考える。

#### VIII. おわりに

戦後から罹患率が高く、国民的課題である循環器病における看護には、長年の普遍的な課題と、急速に変化している治療技術に対応するための課題がある。特に先端医療施設においては、科学技術の進歩に対応するケアが求められる。

循環器病の先端医療施設である国立循環器病センターの看護の特徴を分析するために、これまでに看護部で行われてきた研究の主要課題を分析したところ、課題は15に分類され、先端医療に伴う看護、重篤な病態を有する患者の看護、リハビリテーションプログラムの開発等、先端医療施設ならではの特徴的な課題がみいだされた。一方では、機能訓練に伴う看護、ストレス緩和への看護、高度な判断を伴うフィジカルアセスメント、日常生活援助や診療の援助技術等、クリティカルケアやリハビリテーション看護など循環器病特有の看護の課題もみいだされた。

これらの主要課題は、今後専門的に行うケア・研究の焦点として取り組む看護の特徴として活用できるであろう。

#### 引用文献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向，年次別死因順位・死亡率，47(9)，412，2000.
- 2) 大臣官房統計情報部：平成11年度患者調査，2001.
- 3) 厚生統計協会：国民衛生の動向，47(9)，95，2000.
- 4) 川島みどり：看護実践者と研究のかかわり，看護MOOK，40，36-43，1992.
- 5) 高橋千枝子：効果的な院内研究の実践「患者の見える」研究を進めて，看護管理，3(2)，88-92，1993.
- 6) 落合清子：静岡県下における看護研究の実態 臨床の場における看護研究の問題点と今後の方向，聖隷学園浜松衛生短期大学紀要，17，49-55，1994.
- 7) 祖父江郁子：院内研究の評価方法，看護管理，7(4)，282-291，1997.
- 8) 国立循環器病センター：国立循環器病センター創立二十周年記念誌，1998.
- 9) 堀由美子，水上ちえみ，中谷武嗣，他：心臓移植手術後急性期の看護，ハートナーシング，9(3)，242-245，1996.
- 10) 水谷綾子，中田精三；OR ナースのための脳死臓器移植の今心臓移植第1例目を経験して看護婦の立場から，オペナーシング，15(2)，160-167，2000.
- 11) 後藤葉一：HN レクチャー，急性心筋梗塞症回復期リハビリテーション，ハートナーシング，11(5)，29-34，1998.
- 12) 後藤葉一：HN レクチャー，心臓リハビリテーションとは，ハートナーシング，11(1)，16-20，1998.
- 13) 森井功：HN レクチャー，急性心筋梗塞症急性期リハビリテーション，ハートナーシング，11(3)，29-34，1998.