

国立看護大学校 研究紀要

第6巻 第1号 2007年

巻頭言	大学校長 田村やよひ	1
原 著		
新人看護職員研修の推進に関する研究	小澤三枝子, 水野正之, 佐藤工キ子, 高屋尚子, 正木治恵, 廣瀬千也子, 竹尾恵子	3
看護学教育機関と保健医療機関を併任する看護職者に関する研究の動向	中原博美, 亀岡智美	10
触法精神障害者の行動評価のためのBehavioral Status Index (BSI) 日本語版について	下里誠二, 松本賢哉, 森千鶴, 大迫充江, 原則夫, 猪股建一, 小川順子, 石川博康, 宇都宮智, 西谷博則, 山田洋, 比江島欣慎	18
乳幼児をもつ共働き夫婦のQOLとスピルオーバーの関係	岩崎孝子	35
総 説		
Examining Caring Theories in Nursing from Non-nursing Viewpoints	Rieko Matsuoka	43
報 告		
「小児救急医療を受ける子どもと家族の看護」に関する教育実践 - 成育看護実習における学生の学び -	小村三千代, 仁尾かおり, 平良七恵, 駒松仁子	52
その他		
Important Features of Academic Research Papers in English	David Richard Evans	61
看護職員の給与水準の変遷とその背景についての考察	森山幹夫	69
活動報告		
2006(平成18)年度 国立看護大学校研修部活動報告		79
教員の研究活動 2006(平成18)年1~12月		82



巻頭言

田村 やよひ

国立看護大学校長

Yayoi Tamura RN. Ph.D. / President of National College of Nursing, Japan

本学も創設して6年目を迎え、研究紀要も第6巻を発行できるようになりました。教官の研究活動がこのようにまとめられ、世に問うことは重要で意義深いことですし、大変うれしいことです。

昨春、創設期の重要な基盤づくりを終えられた竹尾恵子前大学校長からバトンを渡され、やがて1年になろうとしています。厚生労働省の看護課長時代と比べるとじっくり考える時間が特段に増加しました。そのなかで、日々考えることは、本学が他の看護大学とは異なるミッションをもっているということを教育、研究のなかでどのように具現化するかということです。国立高度専門医療センターの看護職員の育成を通じて、政策医療における看護サービスの向上を図ること、そのための臨床看護活動を支える知識の体系を構築することが本学の役割であることは明白です。このことを踏まえて、「何ができるか・できたか」が問われなければなりません。今年は研究課程部も完成年次を迎え、2年生は修士の学位取得につながる特別研究論文に取り組んでおり、それに伴って教官の教育研究活動もより活発になっています。やがてその成果が次々と生まれてくるものと期待しています。

超高齢社会を迎え、また人口減少が始まるなかで、わが国は社会システムを大きく改革している真只中にあります。国立高度専門医療センターも平成22年度には独立行政法人になるという方向性が決まっています。本学はどのような形になるか、まだ具体的には決まっておりませんが、影響を受けることは明らかです。そうしたなかでも、本学の設置の理念の旗は高く掲げて進まなければなりません。教職員一同、しっかりとした絆を結び合い、大きな変化に対処していきたいものです。

最後になりましたが、研究紀要の編纂は学術研究委員長以下、委員の皆様、そして査読を担当された教官など多くの関係者の協力によって行われました。ここに感謝の意を表して、巻頭の言葉といたします。

新人看護職員研修の推進に関する研究

小澤三枝子¹
正木治恵³

水野正之¹
廣瀬千也子⁴

佐藤エキ子²
竹尾恵子⁵

高屋尚子²

1 国立看護大学校；〒 204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1

2 聖路加国際病院 3 千葉大学 4 日本看護協会 5 国際医療福祉大学
ozawam@adm.ncn.ac.jp

Study on Improving the Clinical Training for New Graduates from Nursing Schools

Mieko Ozawa¹ Masayuki Mizuno¹ Ekiko Sato² Takako Takaya² Harue Masaki³ Chiyako Hirose⁴ Keiko Takeo⁵

1 National College of Nursing, Japan ; 1-2-1 Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒 204-8575, Japan

2 St. Luke's International Hospital 3 Chiba University 4 Japanese Nursing Association

5 International University of Health and Welfare

【Abstract】 It is clear that nursing knowledge and skills, especially invasive nursing skills, are difficult to master in under graduate basic nursing education in Japan. This study surveys and analyzes which type of hospital hired new nurses, and trained them for 11 nursing skills considered to be particularly related to patient safety. The eleven nursing skills decided upon are: injection procedure and skills, drip infusion procedure and skills, knowledge about drugs for injection, knowledge about oral dose drugs, transfusion procedure and skills, I.V. fluid pump manipulations, syringe pump manipulations, respiratory manipulations, care of emergency/critical patients, prevention of infection, and risk management. In 2005, we conducted a mailed questionnaire survey of all hospitals in four Japanese prefectures; Tokyo, Kanagawa, Osaka, and Hyogo. Our analyses focuses on 3 bed types; beds for routine care, beds for chronic care, and beds for psychiatric patients. Most hospitals, which have 200 or more beds and have 75% or more beds for general patients, have trained for 11 nursing skills.

【Keywords】 新人看護師 newly graduate nurses, 現職教育 postgraduate education, 侵襲性が高い看護技術 invasive nursing skills, 質問紙 questionnaire

はじめに

医療において、安全の確保は必須の課題である。新人看護職員が医療事故やヒヤリハット事例にかかわる率は高く(川村他, 2000, 2001), 文部科学省や厚生労働省は、看護学生の臨床スキルを全国規模で向上させるための検討を行ってきた。文部科学省(2002)の「大学における看護実践能力の育成の充実に向けて—看護学教育の在り方に関する検討会報告」では、学士課程のカリキュラムのあり方のうち、卒業までに少なくとも身につけておくべき技術学習項目をまとめ、到達目標を明確化した。厚生労働省(2003)の「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書」では、臨地実習において学生が行う看護技術についての基本的な考え方、身体的侵襲を伴う看護技術の実習指導のあり方が示されている。

身体的侵襲を伴う看護技術については、看護基礎教育の

実習だけで習得することは困難である(井部他, 1999, 2000; 川村他, 2000, 2001; 佐藤他, 2003)。臨床で求められる看護レベルと、実際の新人看護職員の看護レベルにはギャップがあり、看護基礎教育の充実および新人看護職員の教育が最重要課題となっている。新人看護職員研修については、厚生労働省(2004)「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書」において卒後1年目の到達目標および指導指針が示されている。このように、新人看護職員研修の必要性については社会的に認められてきているが、具体的な方策となると、多様な教育背景、施設の状況などにより、ばらつきが大きい。筆者らは、全国規模で確実かつ効果的に新人看護職員研修を行うために、施設が整えるべき要件などを具体的に提案するため、平成16年度から3年計画で調査・研究を行っている。

平成16年度研究(竹尾他, 2005; Ozawa, et al., 2006)においては、「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書」に示すような新人教育を行っている施設がど

のくらいあるのか、4 都府県（東京、神奈川、大阪、兵庫）と独立行政法人国立病院機構において郵送による質問紙調査を実施し、実態をもとに適正な研修が行えるための仮設評価基準を作成、それを用いた適合施設数を推計し、各施設での育成可能人数を試算した。本研究では 4 都府県の調査で得られた回答 440（回収率 22.7%）の分析を進め、看護基礎教育だけでは習得が困難とされる「身体的侵襲を伴う看護技術」について、新人看護職員研修を行っている医療施設はどのような施設なのか、その病院特性を見出すことを目的として分析を行った。

・ 調査方法

新人看護職員の研修状況を調査するため、独自の調査票を開発し、郵送留め置き法で調査を行った。調査票の開発に際してプレテストは行わなかったが、研究メンバーで回答の容易性や妥当性を検討し、非標本誤差が最小となるよう工夫した。調査期間は平成 17 年 1 月中旬～3 月上旬である。調査票および依頼文を各施設代表者と看護部長宛て連名で郵送し、同封の返信用封筒を用いて返送してもらった。主な調査内容は、①施設の特徴、②看護職員数・勤続年数、③新人看護職員（数、配置など）、④教育担当者、⑤新人看護職員の教育プログラム（内容、方法、他施設との連携など）である。

身体的侵襲を伴う看護技術の研修状況については、医療安全確保の観点から、ヒヤリハット事例の多い①注射（点滴も含む）業務の手順・技術、②注射薬の知識、③内服、④輸血、⑤輸液・シリンジポンプ操作、⑥人工呼吸器操作の 6 領域の 8 項目に、新人看護職員が卒後の 1 年間で備えるべき看護技術（厚生労働省、2004）のなかから、救急救命、感染防止、リスクマネジメントを加えた 11 項目について調査した。川村らは①～⑥の 6 領域について、エラーによって重大な結果を招く危険性があり、看護事故防止上最優先で取り組む必要があるとしている（川村他、2000、2001）。

倫理面への配慮については、調査票に同封した依頼文にて、回答の諾否は自由であり、拒否の場合にも不利益はないことを保証し、結果報告においても施設を識別できるような表現は用いないことを約束した。調査への同意については、調査票の返送をもって同意とみなした。また、国立看護大学校倫理委員会において、倫理面で問題がないことについて承認を得た。

調査終了後、調査対象全施設に、平成 16 年度および平成 17 年度総括研究報告書（竹尾他、2005、2006）を郵送し、分析結果のフィードバックを行った。

・ 本研究の分析対象

東京、神奈川、大阪、兵庫の 4 都府県の全病院に対し、調査票 1,935 部を配布、回収数は 440（回収率 22.7%）であった。回答全体の 45.0%（198 施設）が医療法人施設であった。設置主体別に回収率をみると、厚生労働省国立高度専門医療センター（80.0%）、独立行政法人（65.0%）、国立大学法人（57.1%）、公的医療機関（54.4%）、学校法人（51.9%）からの回収率は高かったが、母集団の 6 割弱を占める医療法人施設からの回収率が 17.5%と低かった。このことは医療法人施設の状況が実勢よりも小さく反映されていることを示している。病床規模別には、比較的小規模の施設（回収率 1 割）よりも、比較的大規模の施設（回収率 5 割）のほうが回収率が高かった。都府県別には回収率に大きな差はなく、21～24%であった。

侵襲性が高いケアについて、どのような病院が研修を行っているのか、また、どのような病院では侵襲性が高いケアを経験・習得できない傾向にあるのかを分析するにあたり、病院の特徴として許可病床の種別に焦点をあてて検討した。

1. 許可病床の特徴

各病院の全病床数に占める許可病床の割合を図 1 に示す。無記入の 1 施設を除く 439 施設の許可病床数合計は 126,932 床である。内訳は、一般病床 73.6%（93,370 床）、療養病床 9.1%（11,603 床）、精神病床 12.4%（15,711 床）、感染症病床 0.2%（243 床）、結核病床 1.4%（1,716 床）であった。

一般病床が 100%の病院が最も多く、全体の 47.2%（207 施設）であった。精神病棟を有する一般病院など、一般病床が 75%以上の病院を併せると、全体の 63.6%（279 施設）となる。これら 279 施設のうち 266 施設（95.3%）が、内科・外科・整形外科のいずれかを標榜していた。内科・外科・整形外科を標榜していない 13 病院の標榜科は、産婦人科（4 施設）、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科と皮膚

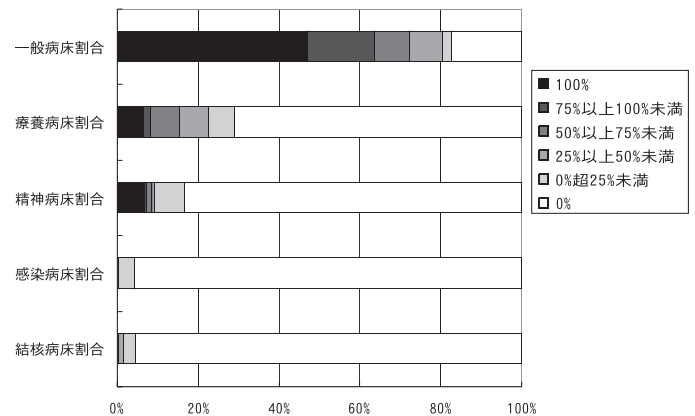


図 1 各病院の全病床数に占める許可病床の割合 (n = 439)

科&精神科，産婦人科&小児科（それぞれ 1 施設）で，無記入は 4 施設であった。

療養病床が 100%の病院は全体の 6.6%（29 施設），療養病床が 75%以上では全体の 8.2%（36 施設）となった。一方，精神病床が 100%の病院は全体の 6.8%（30 施設），精神病床が 75%以上では全体の 7.3%（32 施設）となった。

2. 分析対象の決定

許可病床の種別からみると，病院の特徴は主に①一般病床 75%以上の病院，②療養病床 75%以上の病院，③精神病床 75%以上の病院，の 3 群に大別できる。病院の特徴をパターン化する際に，許可病床の特徴からみた新人看護職員研修の特徴を分析したいと考えたため，今回は，一般病床・療養病床・精神病床が均等に混在する 92 施設（全体の 21.0%）は分析対象から除いた。

一般病床と療養病床，精神病床では必要とされる看護技術が異なっており，結果的に研修プログラムが異なっている可能性も否めない。看護基礎教育では習得が困難とされる侵襲的ケア（与薬の知識と技術，人工呼吸器の操作など）（井部他，1999，2000；川村他，2000，2001；佐藤他，2003）や，「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書」（厚生労働省，2003）で水準 2，3 に挙げられているケア（導尿，気管内吸引，創傷処置，検査時の援助など）を多く経験できるのは内科・外科・整形外科を主に扱う一般病床かもしれず，標榜科の分析で「単科」が多かった精神科や，療養型の病院ではこれらの経験が不足するかもしれない。日本医療機能評価機構の評価体系（Ver. 5.0）（2006）においては，許可病床に精神科病床あるいは療養病床が 1 床でもある場合には各々の固有項目の調査票が付加されており，固有のケアが示されている。

本研究では，①一般病床群（279 施設），②療養病床群（36 施設），③精神病床群（32 施設）の 3 群に分けて典型例を評価し，新人看護職員研修の特徴をみていく。この分類の大枠は，日本医療機能評価機構（Ver. 5.0）の許可病床内訳と一致している。分析の結果，3 群に差がないという結果であれば，許可病床や標榜科の特徴はさほど考慮しなくてよいということになる。しかしもし，3 群に差が認められれば，研修プログラムを画一化できるかどうか，あるいは院外研修の必要性についての議論が必要になると考える。

したがって，本研究の分析対象は，調査票に「許可病床数」と「看護職員数」が記載されていた施設のうち，3 群に属する 298 施設である。

・ 結 果

1. 病床の特徴と新卒者割合

許可病床割合や病床規模によって，新規採用者の状況が

どのように違うのかをみるため，病床規模ごとに新卒者割合と新規採用者割合を示したものが，図 2 である。横軸（x 軸）に新規採用者割合（新卒+既卒），縦軸（y 軸）に新卒者割合をとった。採用者の全数が新卒者の場合，新卒者数=新規採用者数となるので， $y = x$ （グラフ右上 45°の線）で示される。一方，新卒者を採用していない，つまり新規採用者の全数が既卒者の場合，新卒者数=0となるので， $y = 0$ （x 軸に平行の線）で示される。

まず，一般病床が 75%以上の施設において，病床規模別に新人看護職員の採用状況をみえる。病床数が 99 床以下の病院（48 施設，図 2-a）においては，新卒者だけを採用している病院は 15 施設，既卒者だけを採用している病院は 10 施設であり，両方のパターンがあることがわかる。病床数が 100～199 床においても両方のパターンがみられるが，新卒者を採用している割合が若干高くなる。病床数が 300～399 床では新卒者が多く採用される傾向がみられ，この傾向は病床数 400 床以上（73 施設，図 2-b）でも同様である。この分析から，99 床以下の病院のなかには新卒者がおらず，新卒者のための教育プログラムが不要である病院が 2 割程度あり，100～299 床の病院でも，既卒者を中心に採用している病院があることがわかる。一方で，300 床以上の規模の病院の多くは新卒者を中心に採用を行っており，新卒者教育を担っていることもうかがえる。なお，ここでいう「既卒者」であるが，他施設で育成された看護職員なのか，自施設を一時退職した看護職員の再雇用なのか，非常勤採用していた看護職員を正規採用に切り替えただけなのかについては，この集計からはわからない。

次に，療養病床が 75%以上の施設における採用状況をみると（図 2-c），新卒者よりも既卒者を中心に採用している施設が多いことがわかる。

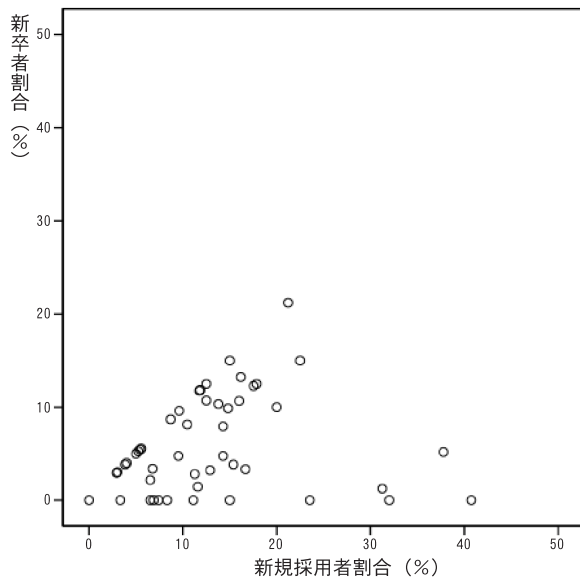
また，精神病床が 75%以上の施設における採用状況をみると（図 2-d），新卒者を中心に採用している施設と，既卒者を中心に採用している施設が混在していることがわかる。

2. 患者の安全性への影響が大きい看護技術 11 項目の研修状況

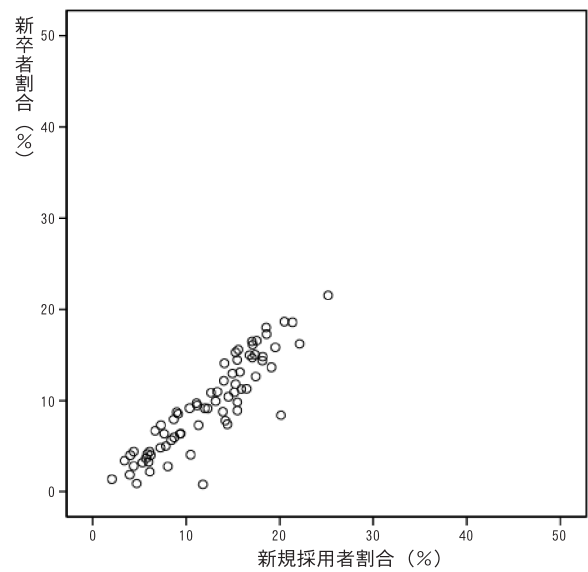
新卒者割合を算出できた一般病床群（242 施設）の病床規模と設置主体を示したものが表 1 である。他の 2 群は分析対象が各々 28 と少なく，特定されることを避けるためあえて表にはしなかった。療養病床群の設置主体は医療法人，その他である。また，精神病床群の設置主体は公的医療機関，医療法人，その他である。

1) 一般病床が 75%以上の病院において

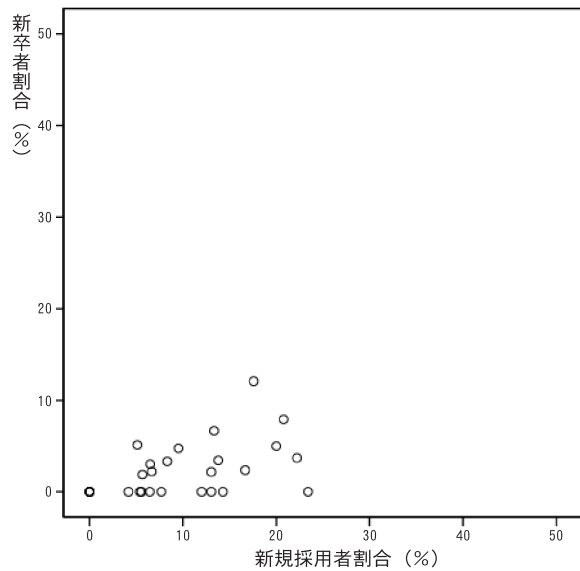
新人看護職員がミスを起こしやすく，しかも患者の安全性への影響が特に大きいと考えられる看護技術 11 項目の研修状況について分析した。各々の看護技術について「院内



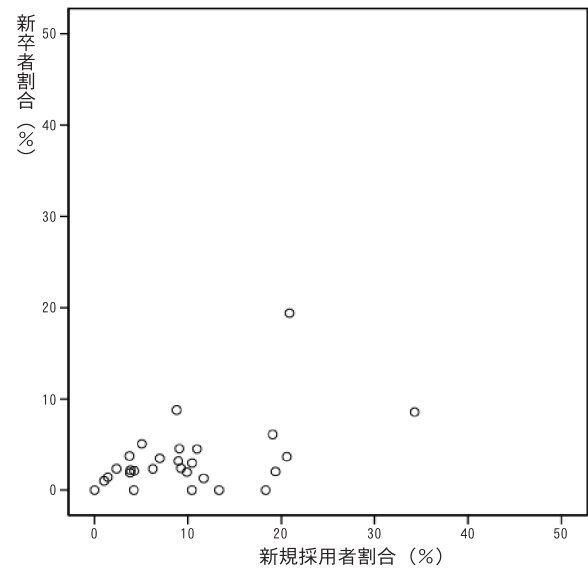
a. 99床以下の一般病床施設 (n = 48)



b. 400床以上の一般病床施設 (n = 73)



c. 療養病床群の施設 (n = 28)



d. 精神病床群の施設 (n = 28)

図2 新卒者割合と新規採用者割合との相関図

表1 一般病床群における病床規模と設置主体の分布

設置主体	病 床 規 模					合 計
	20～99床	100～199床	200～299床	300～399床	400床以上	
国					4 (100%)	4 (100%)
独立行政法人					8 (100%)	8 (100%)
国立大学法人	1 (33.3%)				2 (66.7%)	3 (100%)
公的医療機関	4 (6.0%)	11 (16.4%)	9 (13.4%)	16 (23.9%)	27 (40.3%)	67 (100%)
社会保険関係団体		2 (13.3%)	4 (26.7%)	5 (33.3%)	4 (26.7%)	15 (100%)
医療法人	32 (43.2%)	25 (33.8%)	7 (9.5%)	7 (9.5%)	3 (4.1%)	74 (100%)
学校法人	2 (8.7%)	1 (4.3%)		4 (17.4%)	16 (69.6%)	23 (100%)
その他 (個人を含む)	9 (18.8%)	14 (29.2%)	7 (14.6%)	9 (18.8%)	9 (18.8%)	48 (100%)
合計	48 (19.8%)	53 (21.9%)	27 (11.2%)	41 (16.9%)	73 (30.2%)	242 (100%)

表2 看護技術11項目を研修している施設の割合

a. 一般病床群 (n = 231)

	病 床 規 模					合 計
	99床以下	100～199床	200～299床	300～399床	400床以上	
	割合 (している施設/全施設)					
注射技術	67.4% (29/43)	83.7% (41/49)	100% (26/26)	100% (41/41)	100% (72/72)	90.5% (209/231)
点滴技術	67.4% (29/43)	83.7% (41/49)	100% (26/26)	100% (41/41)	98.6% (71/72)	90.0% (208/231)
注射薬知識	67.4% (29/43)	83.7% (41/49)	100% (26/26)	100% (41/41)	98.6% (71/72)	90.0% (208/231)
内服薬知識	65.1% (28/43)	83.7% (41/49)	100% (26/26)	100% (41/41)	98.6% (71/72)	89.6% (207/231)
輸血	67.4% (29/43)	83.7% (41/49)	100% (26/26)	100% (41/41)	100% (72/72)	90.5% (209/231)
輸液ポンプ	65.1% (28/43)	83.7% (41/49)	100% (26/26)	100% (41/41)	100% (72/72)	90.0% (208/231)
シリンジポンプ	60.5% (26/43)	81.6% (40/49)	100% (26/26)	100% (41/41)	100% (72/72)	88.7% (205/231)
人工呼吸器	53.5% (23/43)	83.7% (41/49)	96.2% (25/26)	100% (41/41)	100% (72/72)	87.4% (202/231)
救急救命	58.1% (25/43)	83.7% (41/49)	96.2% (25/26)	100% (41/41)	100% (72/72)	88.3% (204/231)
感染防止	65.1% (28/43)	83.7% (41/49)	100% (26/26)	100% (41/41)	100% (72/72)	90.0% (208/231)
リスクマネジメント	67.4% (29/43)	81.6% (40/49)	100% (26/26)	100% (41/41)	100% (72/72)	90.0% (208/231)

b. 療養病床群 (n = 24)

	病 床 規 模					合 計
	99床以下	100～199床	200～299床	300～399床	400床以上	
	割合 (している施設/全施設)					
注射技術	41.7% (5/12)	62.5% (5/8)	50.0% (1/2)	0% (0/1)	100% (1/1)	50.0% (12/24)
点滴技術	41.7% (5/12)	62.5% (5/8)	50.0% (1/2)	0% (0/1)	100% (1/1)	50.0% (12/24)
注射薬知識	41.7% (5/12)	62.5% (5/8)	50.0% (1/2)	0% (0/1)	100% (1/1)	50.0% (12/24)
内服薬知識	41.7% (5/12)	62.5% (5/8)	50.0% (1/2)	0% (0/1)	100% (1/1)	50.0% (12/24)
輸血	33.3% (4/12)	50.0% (4/8)	50.0% (1/2)	0% (0/1)	100% (1/1)	41.7% (10/24)
輸液ポンプ	33.3% (4/12)	37.5% (3/8)	50.0% (1/2)	0% (0/1)	100% (1/1)	37.5% (9/24)
シリンジポンプ	25.0% (3/12)	37.5% (3/8)	50.0% (1/2)	0% (0/1)	100% (1/1)	33.3% (8/24)
人工呼吸器	41.7% (5/12)	50.0% (4/8)	50.0% (1/2)	0% (0/1)	100% (1/1)	45.8% (11/24)
救急救命	41.7% (5/12)	62.5% (5/8)	50.0% (1/2)	0% (0/1)	100% (1/1)	50.0% (12/24)
感染防止	41.7% (5/12)	62.5% (5/8)	50.0% (1/2)	0% (0/1)	100% (1/1)	50.0% (12/24)
リスクマネジメント	41.7% (5/12)	62.5% (5/8)	50.0% (1/2)	0% (0/1)	100% (1/1)	50.0% (12/24)

c. 精神病床群 (n = 26)

	病 床 規 模					合 計
	99床以下	100～199床	200～299床	300～399床	400床以上	
	割合 (している施設/全施設)					
注射技術	0% (0/2)	50.0% (1/2)	71.4% (5/7)	40.0% (2/5)	80.0% (8/10)	61.5% (16/26)
点滴技術	0% (0/2)	50.0% (1/2)	71.4% (5/7)	40.0% (2/5)	80.0% (8/10)	61.5% (16/26)
注射薬知識	0% (0/2)	50.0% (1/2)	71.4% (5/7)	40.0% (2/5)	80.0% (8/10)	61.5% (16/26)
内服薬知識	0% (0/2)	50.0% (1/2)	57.1% (4/7)	40.0% (2/5)	80.0% (8/10)	57.7% (15/26)
輸血	0% (0/2)	0% (0/2)	42.9% (3/7)	20.0% (1/5)	60.0% (6/10)	38.5% (10/26)
輸液ポンプ	0% (0/2)	50.0% (1/2)	42.9% (3/7)	40.0% (2/5)	70.0% (7/10)	50.0% (13/26)
シリンジポンプ	0% (0/2)	50.0% (1/2)	42.9% (3/7)	20.0% (1/5)	30.0% (3/10)	30.8% (8/26)
人工呼吸器	0% (0/2)	50.0% (1/2)	57.1% (4/7)	20.0% (1/5)	30.0% (3/10)	34.6% (9/26)
救急救命	0% (0/2)	50.0% (1/2)	71.4% (5/7)	40.0% (2/5)	80.0% (8/10)	61.5% (16/26)
感染防止	0% (0/2)	50.0% (1/2)	71.4% (5/7)	40.0% (2/5)	80.0% (8/10)	61.5% (16/26)
リスクマネジメント	0% (0/2)	50.0% (1/2)	71.4% (5/7)	40.0% (2/5)	80.0% (8/10)	61.5% (16/26)

全体での集合教育研修」「病棟での集合教育研修」「実際の業務をとおして指導 (on the job training)」のいずれかの方法で研修している病院を「研修している施設」として集計した。新人看護職員研修プログラムが「ない」と回答した施設は「研修していない」と考え、11 項目の研修状況を示したものが表 2-a である。病床規模が 100 床未満の病院ではいずれの項目も 6 割程度、100～199 床未満の病院では 8 割程度において研修が可能であることがわかる。200 床以上の病床規模の病院においては、ほぼ全数において、11 項目の研修が可能であると推察できる。

2) 療養病床が 75%以上の病院において

同様に、療養病床群についても分析した (表 2-b)。分析対象数が 24 と少ないので一概にはいえないが、「シリンジポンプ」「輸液ポンプ」「輸血」の研修を行っている施設は 3～4 割であり、これは患者特性によるものと考えられる。他の 8 項目については、5 割程度の病院において看護技術研修が可能であると推察できる。

3) 精神病床が 75%以上の病院において

精神病床群においては (表 2-c)、「シリンジポンプ」「人工呼吸器」「輸血」の研修を行っている施設は 3～4 割であり、これは患者特性によるものと考えられる。分析対象数が 26 と少ないので一概にはいえないが、5～6 割程度の病院において他の 8 項目の看護技術研修が可能であると推察できる。

・考 察

分析の結果、新卒者を主に受け入れて、教育を行っている病院は比較的規模の大きい一般病床群に多いことがわかった。また、新人看護職員がミスを起こしやすく、しかも患者の安全性への影響が特に大きいと考えられる看護技術 11 項目については、200 床以上の一般病床群ではほぼ全数において研修が可能であった。筆者らが平成 17 年度研究 (竹尾他, 2006) で行ったヒアリング調査においても、施設側は新人看護職員研修を現場で必要とする臨床実践能力の基礎を習得する場として位置づけており、網羅的に侵襲性が高いケアの経験・習得ができるようには組んでいない。もし、調査時点の現状において「新卒者研修病院」を指定するならば、「200 床以上の一般病床群の病院」とすれば、国の方針と施設のニーズが比較的良好に一致すると考えられる。

新人看護職員研修を必修化し、すべての新卒者が「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書」(厚生労働省, 2004) で示された看護技術項目を習得できるような研修プランを考えるとすれば、200 床以上の一般病床群の病院を拠点として、各病院がネットワークを組んで補い合うようなシステムづくりが有効と考えられる。一般病

床群とは一般病床が 75%以上を占めている病院なので、一般病床と療養病床、あるいは精神病床が半々の病院、もしくは 200 床未満の病院にも、侵襲性が高いケアの経験が可能な施設が存在する。したがって、新人看護職員が研修するのにふさわしい施設を「侵襲性が高い看護技術をひととおり学ぶことができる施設」とするならば、199 床以下の一般病床群、療養病床群、精神病床群、および 3 群のいずれにも属さない病院においては個別に状況を調査し、体験不可能な看護技術だけを近隣の病院に研修させてもらうなどの対応も考えられる。

また、医療の高度化や複雑化、患者の高齢化・重症化、さらには入院期間の短縮などに伴い、臨床において必要とされる看護業務のレベルは高度かつ、看護業務量・密度ともに高くなっており、「看護基礎教育のレベル」と「新人看護職員に期待される看護能力のレベル」の差は大きくなっている。在院日数の短期化が顕著な米国においては事態はさらに深刻である。Goode と Williams (2004) によると、これまで新人看護職員がケアできていたレベルの「軽症な」患者はもはや病院には存在せず、求められる臨床レベルと新人看護職員の臨床能力には大きな開きがある。採用者の 42%を占める新人看護職員の能力は低く、患者に安全なケアを提供できていない。新人看護職員以外の退職率は 20%であるのに対し、新人看護職員は 36～55%である。新人看護職員は自分のケアに自信をもてず、知識も乏しく、看護管理能力(時間管理を含むマネジメントスキル、リーダーシップスキル、チームワークスキルなど)も低い。Goode と Williams はこのギャップを埋めるために 1 年間の residency program を開発、6 施設で実施、継続的・多角的評価を行っている (Goode & Williams, 2004)。

日本においても、「医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法のあり方に関する検討会報告書」(厚生労働省, 2005) において、新人看護職員研修の制度化の必要性が明示された。本研究で得られた結果をもとに特定病院、あるいは特定地域でモデル事業を行い、新人看護職員が到達目標に到達できるような研修体制を検討することも、新人看護職員研修推進のための選択肢の一つであろう。

・結 論

東京、神奈川、大阪、兵庫の 4 都府県から得られた回答を分析した結果、新人看護職員を主に受け入れて、教育を行っている病院は一般病床群に多いことがわかった。また、新人看護職員がミスを起こしやすく、しかも患者の安全性への影響が特に大きいと考えられる看護技術 11 項目について、200 床以上の一般病床群のほぼ全数が研修を行っていた。もし、調査時点の現状において「新人看護職員研修病院」を指定する場合、「200 床以上の一般病床群の病院」と

すれば、国の方針と施設のニーズが比較的良好一致すると考えられる。

謝辞：臨床のお忙しいなか、本研究にご協力くださいました医療施設の皆様に、深く感謝申し上げます。

本研究は平成 16～17 年度厚生労働科学研究費補助金の助成を受けて行った。本研究の一部は、平成 17 年度総括研究報告書（主任研究者：竹尾恵子）にて公表、平成 17 年度厚生労働省医療技術評価総合研究事業研究報告会にて発表した。

文 献

Goode, C. J., & Williams, C. A. (2004). Post-baccalaureate nurse residency program. *The Journal of Nursing Administration, 34* (2), 71-77.

井部俊子（主任研究者）他（1999）. 看護教育における卒業臨床研修のあり方に関する研究—新卒者の卒業臨床研修と臨床実践能力の実態（平成 10 年度厚生科学研究）.

井部俊子（主任研究者）他（2000）. 看護教育における卒業臨床研修のあり方に関する研究—新卒看護婦・士の臨床実践能力とその成長や変化に影響を及ぼした要因について（平成 11 年度厚生科学研究）.

川村治子（主任研究者）他（2000）. 医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究（平成 11 年度厚生科学研究）.

川村治子（主任研究者）他（2001）. 医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究（平成 12 年度厚生科学研究）.

厚生労働省（座長：竹尾恵子）（2003）. 看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書.

厚生労働省（座長：井部俊子）（2004）. 新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書.

厚生労働省（座長：山路憲夫）（2005）. 医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法のあり方に関する検討会報告書.

文部科学省（座長：平山朝子）（2002）. 大学における看護実践能力の育成の充実に向けて—看護学教育の在り方に関する検討会報告.

日本医療機能評価機構（2006）. 病院機能評価書面審査自己評価調査票（Ver.5.0）. http://jcqhc.or.jp/html/jikohyouka_v5.htm

Ozawa, M., Mizuno, M., Nakashima, K., Hirose, C., Masaki, H., Sato, E., Takaya, T., & Takeo, K. (2006). A trial calculation of how many newly graduated nurses can be trained at National Hospital Organization facilities that satisfy provisional standards on desirable educational systems. *The Journal of Nursing Studies NCNJ, 5*(1), 3-12.

佐藤エキ子（委員長）他（2003）. 2002 年度新卒看護師の『看護基本技術』に関する実態調査報告書（日本看護協会）.

竹尾恵子（主任研究者）、小澤三枝子、佐藤エキ子、廣瀬千也子、正木治恵、高屋尚子、水野正之他（2005）. 新人看護職員の推進に関する研究（平成 16 年度厚生労働科学研究）.

竹尾恵子（主任研究者）、小澤三枝子、佐藤エキ子、高屋尚子、廣瀬千也子、正木治恵、水野正之（2006）. 新人看護職員の推進に関する研究（平成 17 年度厚生労働科学研究）.

【要旨】 日本の現状においては、新人看護職員が看護基礎教育だけで侵襲性が高い看護技術を習得することは難しい。本研究では、新人看護職員を受け入れて、患者の安全に直結する看護技術 11 項目について研修を行っている医療施設はどのような施設なのか、その病院特性を見出すことを目的として調査・分析した。平成 17 年 1～3 月に、東京、神奈川、大阪、兵庫の 4 都府県の全病院を対象に、郵送留め置き法でアンケート調査を行い、許可病床の種別に焦点をあてて分析した。「一般病床群（一般病床が 75%以上の病院）」「療養病床群（療養病床が 75%以上）」「精神病床群（精神病床が 75%以上）」を対象に分析した結果、新卒者を主に受け入れて教育を行っている病院は一般病床群に多いことがわかった。また、患者の安全に直結する看護技術 11 項目について、200 床以上の一般病床群のほぼ全数が研修を行っていた。

看護学教育機関と保健医療機関を併任する 看護職者に関する研究の動向

中原博美¹

亀岡智美²

- 1 国立看護大学校研究課程部；〒204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1
国立国際医療センター
2 国立看護大学校
nakaharahi@m06.ncn.ac.jp

Trends of Research on Joint Appointees between Institutions for Nursing Education and for Health Care

Hiromi Nakahara¹ Tomomi Kameoka²

1 National College of Nursing, Japan. Master course ; 1-2-1 Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒204-8575, Japan
International Medical Center of Japan

2 National College of Nursing, Japan

【Abstract】 The purpose of this study was to reveal trends of previous research on joint appointees between institutions for nursing education and for health care, and to explore the direction for future research in this area. To search for such articles, computer data based software, IGAKU CHUOU ZASSHI and MEDLINE were used. Fourteen research articles were found from 1966 to 2006, and were analyzed. As a result, it was suggested that most of research had limitations in its generalizability. However, seven categories showing research content were formed. Those were, 1) stress / conflict resulting from the role / job of joint appointees and related factors ; 2) the perception of joint appointees on their role, the environment on job performance and performing condition ; 3) outcomes produced by joint appointees on nursing education, nursing research and clinical performance ; 4) the current status performance of joint appointees, and so on. There are no research articles on joint appointees in Japan. When conducting research in Japan, these seven categories can work as a guideline for the research.

【Keywords】 併任 joint appointment, 看護 nursing, 研究動向 trends of research

・ 緒 言

看護学教育機関と保健医療機関を併任する看護職者（以下、併任看護職者）の配置は、1959年に米国のフロリダ大学に始まり（Hutelmer, 1996）、その後、米国内はもとより、英国（Rmage, 2004）、カナダ（Acorn, 1988）、オーストラリア（Crane, 1989）などの諸外国にも広がった。この併任看護職者の配置は、看護学教育機関と保健医療機関が教育・実践・研究の統合に向けて連携するための一つの方法と位置づけられている（Cochran, et al., 1996）。また、その具体的な成果として、高い看護実践能力を備えた看護師の養成、実践に携わる看護師への効果的な教育的支援、臨床に根ざした研究の推進などが期待されている（仲井, 澤田, 綿貫, 2003）。

わが国においては、1970年代に併任看護職者の配置が始まった（成瀬, 1976）。また、近年は、看護系大学の増加に

関連し、この併任看護職者配置への取り組みが増加傾向にある。たとえば、いくつかの新設看護系大学は、設置主体を同じくする病院に併任する看護学教員を配置した（野村, 鈴木, 深瀬, 2003；小松, 2003）。さらに、この動きは、看護系短期大学や看護専門学校にも及んでいる（森内他, 2005；鈴木, 久保, 2005）。

教育・実践・研究の統合に向けた併任看護職者の配置が成功するためには、その体制整備を適切に行うとともに、併任看護職者自身が効果的に機能することが不可欠である。しかし、併任看護職者が、看護学教育機関と保健医療機関両者からの多重な役割期待を担い、それに伴う業務量過剰に負担を感じていること、役割や責任の不明確さにストレスを感じていることなども指摘されている（Ogilvie, et al., 2004）。このことは、併任看護職者にとって、効果的に機能することが必ずしも容易ではないことを示唆する。また、併任看護職者が教育・実践・研究の統合に効果的に機能するために活用できる研究成果の産出が必要不可欠である。

そこで、本研究においては、看護学教育機関と保健医療機関を併任する看護職者に関する研究動向を解明する。また、それを通し、併任看護職者が教育・実践・研究の統合に効果的に機能するための研究課題を検討する。

・研究目的

看護学教育機関と保健医療機関を併任する看護職者に関する研究動向を解明し、この併任看護職者が教育・実践・研究の統合に効果的に機能するための研究課題を検討する。

・用語の定義

「併任看護職者」(joint appointees)とは、看護学教育機関と保健医療機関の合意に基づき、両機関に所属し、その連携につながる役割を担うよう任命された看護職者である (Anderson, 1994, p.886; Acorn, 1988)。併任のあり方には、主として看護学教育機関に役割をもつ者が保健医療機関の役割を併任する場合と、主として保健医療機関に役割をもつ者が看護学教育機関の役割を併任する場合がある (Acorn, 1988)。

・研究方法

1. 分析対象とする研究の検索・選定

国内文献は、医学中央雑誌を用いて検索した。キーワードは「併任」「統合(教育)」「兼務」「多機関医療協力システム」「看護」とした。検索期間は、医学中央雑誌 Web 版によって検索可能な全期間である 1983 年から 2006 年とし、文献の種類は「原著論文」「会議録」に限定した。その結果、140 件の文献が検索された。

また、海外文献は、MEDLINE を用いて検索した。キーワードは“joint appointments”“hyphenated”“lecturer-practitioner”“teacher-practitioner”“practitioner-teacher”とした。検索期間は、MEDLINE によって検索可能な全期間である 1966 年から 2006 年とし、文献の種類は“journal article”に限定した。その結果、92 件の文献が検索された。

しかし、このようにして検索された国内文献 140 件、海外文献 92 件のなかには、看護学教育機関と保健医療機関の連携システム、看護学教員の臨床における実践活動に焦点をあてたものなど、様々な文献が含まれていた。そこで、論文のタイトル、内容を概観し、併任看護職者に焦点をあてた研究論文を選定した。その結果、14 件の文献が、併任看護職者に焦点をあてた研究論文であることを確認し、これらを本研究の分析対象として選定した。

2. 分析方法

1) データ化

データ化には、先行研究 (舟島, 安齋, 中谷, 1994; 吉富, 野本, 鈴木, 舟島, 2005) を参考に開発した分析フォームを用い、分析対象とする研究について、発表年、実施国、研究の種類、研究デザイン、研究対象、データ収集方法を整理した。また、各研究を精読し、その内容を簡潔に表す研究内容コードを作成した。その際、一つの研究に複数の研究内容が含まれる場合には、複数の研究内容コードを作成した。

2) 分析

発表年、実施国、研究の種類、研究デザイン、研究対象、データ収集方法については、記述統計値を算出した。また、研究内容については、Berelson の内容分析 (Berelson, 1957) の手法を用いて分析した。具体的には、作成した研究内容コードを意味内容の類似性に基づき分類した。また、形成されたカテゴリに対し、その内容を忠実に反映する命名を行った。

3. カテゴリの信頼性

カテゴリの信頼性を検討するために、内容分析に精通している 2 名の看護学研究者に、全対象文献の 20% に相当する 3 件の研究論文のカテゴリへの再分類を依頼し、スコットの式 (Scott, 1955) により一致率を算出した。なお、各研究者に再分類を依頼する研究論文は、重複しないように選択した。

カテゴリが信頼性を確保していると判断するためには、70% 以上の一致率が必要である (舟島, 2005)。したがって、本研究は、70% 以上の一致率を信頼性確保の基準とした。

・結果

1. 研究の発表年と実施国 (図 1)

併任看護職者に関する研究の初出は 1988 年であり、研究実施国はカナダであった。また、1989 年に米国、1991 年に英国における研究が発表され、これ以後 1992 年から 1995 年の 4 年間は全く研究が発表されなかった。さらに、1996 年以降、再び研究が発表されるようになり、その数は 2004 年までの 9 年間に総数 11 件であった。加えて、この 1996 年から 2004 年までに発表された 11 件の研究の実施国は、9 件が英国、1 件がオーストラリア、1 件がカナダであった。なお、日本において行われた研究は皆無であった。

2. 研究方法

1) 研究の種類

研究の種類は、質的研究が 7 件 (50%)、量的研究が 2 件 (14.3%)、量・質併用研究が 5 件 (35.7%) であった。

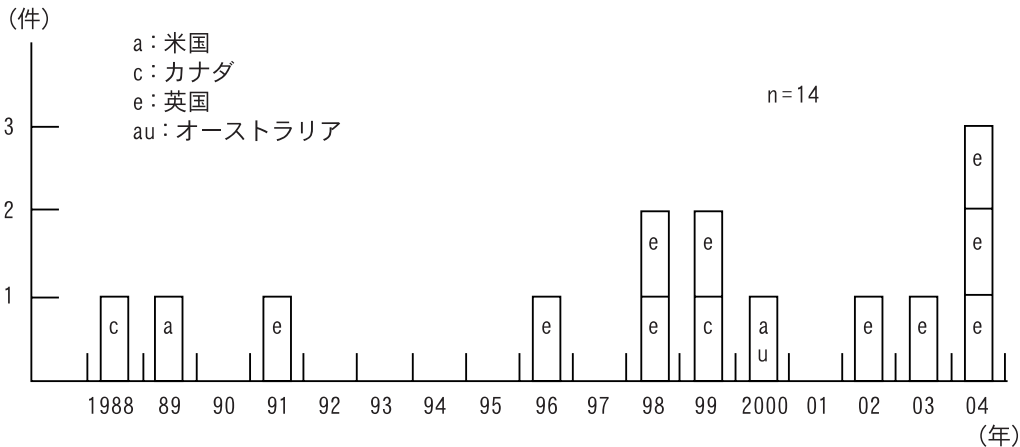


図1 看護学教育機関と保健医療機関を併任する看護職者に関する研究の年次別件数および実施国

2) 研究デザイン

研究デザインは、調査研究が9件、事例研究が1件、文献研究が2件、アクション・リサーチが2件であった。

3) 研究対象(重複集計)

併任看護職者に関する研究全14件のうち、2件(14.3%)は文献を対象としていた。また、残る12件(85.7%)は、すべて便宜的に抽出された併任看護職者を対象とし、データを収集していた。さらに、この12件のうち、3件(25%)は併任看護職者のみを対象としており、3件(25%)は併任看護職者に加え、併任看護職者とかわりのある他の看護職者(看護学部長、看護部長、スタッフ看護師)、1件(8%)は併任看護職者とかわりのある他職種(医師、理学療法士)、2件(17%)は併任看護職者に実習指導を受けた看護学生からもデータを収集していた。加えて、3件(25%)は、併任看護職者との比較を目的として、看護学教育機関の専任教員からデータを収集していた。

4) データ収集方法(重複集計)

併任看護職者に関する研究全14件のうち文献を対象とした研究2件を除く12件は、すべて自己報告法を用いてデータを収集しており、その内訳は6件(50%)が面接法、2件(17%)が質問紙法、1件(8%)が面接法と質問紙法の併用であった。また、3件(25%)は、自己報告法により収集したデータに加え、勤務日誌の内容や参加観察によるデータも付加的データとして収集していた。

3. 研究内容

分析対象となった研究14件の内容を検討し、22研究内容コードを得た。これらのコードをBerelsonの内容分析(Berelson, 1957)の手法を用い、意味内容の類似性に基づき分類した結果、7カテゴリが形成された(表1)。なお、2名の看護学研究者によるカテゴリの分類の一致率は、100%、100%であり、信頼性確保の基準とした70%を超えていた。このことは、本研究が明らかにした7カテゴリが信頼

性を確保していることを示す。

以下、これら7カテゴリに関する結果を述べる。

1) 「1. 併任看護職者の役割や職務に起因する葛藤・ストレスとその関連要因」(6コード:27.3%) (以下カッコ内には、当該カテゴリを形成したコード数、およびそのコード数が全22コードに占める割合を示す)

このカテゴリは、併任看護職者の役割や職務に起因する葛藤・ストレスやこれらに関連する要因を解明したことを示す6研究内容コードから形成された。この6研究内容コードとは、「併任看護職者の役割葛藤と役割の曖昧さとの関連」「併任看護職者の職業ストレスとバーンアウトとの関連」「併任看護職者の役割葛藤・役割の曖昧さの両者とソーシャルサポートに対する知覚・職務満足・離職願望との関連」「併任看護職者の交渉能力と併任機関間の役割期待の一致に対する知覚・職務緊張との関連」「交渉能力・併任機関間の役割期待の一致に対する知覚・職務緊張に関する教育機関併任看護師と医療機関併任教員との比較」「医療機関併任教員と教育機関専任教員との役割葛藤と役割の曖昧さ・学術的生産性に関する比較」であった。

2) 「2. 自己の役割とその遂行環境・遂行状況に対する併任看護職者の知覚」(5コード:22.7%)

このカテゴリは、併任看護職者が自己の役割やその遂行環境、遂行状況をどのように知覚しているかを解明したことを示す5研究内容コードから形成された。この5研究内容コードとは、「地域看護領域に携わる併任看護職者が知覚する自己の役割とその遂行状況」「併任看護職者の自己の役割と役割遂行の現状に対する知覚」「併任看護職者の自己の立場に対する理解」「併任看護職者が知覚する達成すべき目標、障害、支援、成果」「併任看護職者と他分野併任職者との職務に対する知覚の比較」であった。

3) 「3. 併任看護職者が実践・教育・研究にもたらした成果」(3コード:13.6%)

このカテゴリは、併任看護職者を配置することが実践・教

表 1 看護学教育機関と保健医療機関を併任する看護職者に関する研究内容

研究内容コード	カテゴリ (コード数, %)
1) 併任看護職者の役割葛藤と役割の曖昧さとの関連	1. 併任看護職者の役割や職務に起因する葛藤・ストレスとその関連要因 (6 コード: 27.3%)
2) 併任看護職者の職業ストレスとバーンアウトとの関連	
3) 併任看護職者の役割葛藤・役割の曖昧さの両者とソーシャルサポートに対する知覚・職務満足・離職願望との関連	
4) 併任看護職者の交渉能力と併任機関間の役割期待の一致に対する知覚・職務緊張との関連	
5) 交渉能力・併任機関間の役割期待の一致に対する知覚・職務緊張に関する教育機関併任看護師と医療機関併任教員との比較	
6) 医療機関併任教員と教育機関専任教員との役割葛藤と役割の曖昧さ・学術的生産性に関する比較	
7) 地域看護領域に携わる併任看護職者が知覚する自己の役割とその遂行状況	2. 自己の役割とその遂行環境・遂行状況に対する併任看護職者の知覚 (5 コード: 22.7%)
8) 併任看護職者の自己の役割と役割遂行の現状に対する知覚	
9) 併任看護職者の自己の立場に対する理解	
10) 併任看護職者が知覚する達成すべき目標, 障害, 支援, 成果	
11) 併任看護職者と他分野併任職者との職務に対する知覚の比較	
12) 併任看護職者の配置と経時的な役割の発展が病院にもたらした成果	3. 併任看護職者が実践・教育・研究にもたらした成果 (3 コード: 13.6%)
13) 在宅看護領域に携わる併任看護職者がその実践と研究課題発見・学生の学習に及ぼす影響	
14) クリティカルケア看護領域に携わる併任看護職者がスタッフ看護師に及ぼす影響	
15) 配置 1 年後に併任看護職者が果たしていた役割	4. 併任看護職者の役割遂行の現状 (2 コード: 9.1%)
16) 併任看護職者の役割定義と実際に果たしている役割との比較	
17) 当事者・関係者が知覚する併任看護職者に求められる学歴・特性	5. 併任看護職者に求められる学歴・特性とその職務遂行を支える組織的・管理的要因 (2 コード: 9.1%)
18) 当事者・関係者が知覚する併任看護職者の職務遂行を支える組織的・管理的要因	
19) 役割開発過程における併任看護職者の経験	6. 就業を通じた併任看護職者の経験 (2 コード: 9.1%)
20) 併任看護職者が自己の職務を理解する経緯	
21) 文献が示す英国の併任看護職者「レクチャー・プラクティショナー」の概念	7. 英国の「レクチャー・プラクティショナー」の概念・役割に関する文献・研究の現状 (2 コード: 9.1%)
22) 英国の併任看護職者「レクチャー・プラクティショナー」の役割に関する研究の現状	

育・研究にどのような成果をもたらしたかを解明したことを示す 3 研究内容コードから形成された。この 3 研究内容コードとは、「併任看護職者の配置と経時的な役割の発展が病院にもたらした成果」「在宅看護領域に携わる併任看護職者がその実践と研究課題発見・学生の学習に及ぼす影響」「クリティカルケア看護領域に携わる併任看護職者がスタッフ看護師に及ぼす影響」であった。

4) 「4. 併任看護職者の役割遂行の現状 (2 コード: 9.1%)」

このカテゴリは、併任看護職者が実際にどのように役割を遂行しているか、その現状を解明したことを示す 2 研究

内容コードから形成された。この 2 研究内容コードとは、「配置 1 年後に併任看護職者が果たしていた役割」「併任看護職者の役割定義と実際に果たしている役割との比較」であった。

5) 「5. 併任看護職者に求められる学歴・特性とその職務遂行を支える組織的・管理的要因」(2 コード: 9.1%)

このカテゴリは、併任看護職者にどのような学歴や特性が求められるか、また、どのような組織的・管理的要因がその職務遂行を支えるかを解明したことを示す 2 研究内容コードから形成された。この 2 研究内容コードとは、「当事

者・関係者が知覚する併任看護職者に求められる学歴・特性」「当事者・関係者が知覚する併任看護職者の職務遂行を支える組織的・管理的要因」であった。

6) 「6. 就業を通じた併任看護職者の経験」(2 コード: 9.1%)

このカテゴリは、就業を通して併任看護職者がどのような経験をしているかを解明したことを示す 2 研究内容コードから形成された。この 2 研究内容コードとは、「役割開発過程における併任看護職者の経験」「併任看護職者が自己の職務を理解する経緯」であった。

7) 「7. 英国の『レクチャー・プラクティショナー』の概念・役割に関する文献・研究の現状」(2 コード: 9.1%)

英国においては、併任看護職者を「レクチャー・プラクティショナー」と称しており、このカテゴリは、この「レクチャー・プラクティショナー」の概念・役割に関する文献・研究の現状を解明したことを示す 2 研究内容コードから形成された。この 2 研究内容コードとは、「文献が示す英国の併任看護職者『レクチャー・プラクティショナー』の概念」「英国の併任看護職者『レクチャー・プラクティショナー』の役割に関する研究の現状」であった。

・ 考 察

1. 研究の発表年と実施国, 研究方法からみた併任看護職者に関する研究の動向と課題

「I. 緒言」に述べたとおり、看護学教育機関と保健医療機関を併任する看護職者の配置は、1959 年に開始された。しかし、本研究の結果は、この併任看護職者に関する研究が、その 29 年後の 1988 年になってようやく開始されたことを明らかにした。また、今日までの 47 年間に行われた研究の総数は、わずか 14 件であった。

併任看護職者は、看護学教育機関と保健医療機関の連携に貢献する役割を期待され、配置されている。同様に特定の役割を期待され配置される看護職者の一つは、プリセプターであり、プリセプターシップに関する研究の動向を解明した研究は、新人看護師の指導体制としてのプリセプターシップが 1970 年代後半に開始され、その後 2003 年までの期間に総数 67 件実施されていることを明らかにした(吉富他, 2005)。これは、プリセプターシップに関する研究に比較し、併任看護職者に関する研究の絶対数が少ないことを表す。

また、この 14 件の研究のうち 2 件は文献研究であり、残る 12 件はすべて便宜的に抽出された対象から、自己報告法を用いてデータを収集していた。便宜的標本抽出とは、研究者にとって最も得やすい人や物を研究対象とする方法であるため、その偏りに関連し、研究結果の一般化可能性に限界をもちやすい(Polit & Beck, 2004)。このことは、これ

までに行われた併任看護職者に関する研究の成果が、その一般化可能性に限界をもつことを示唆する。また、自己報告法は、面接や質問紙を通して情報を収集する方法である。これは、多くの情報を対象者から直接収集できるという利点をもつ一方、対象者の主観を反映するため、実際の行動の客観的な把握には限界を有する(Polit & Beck, 2004)。併任看護職者に関する研究のなかには、「3. 併任看護職者が実践・教育・研究にもたらした成果」「4. 併任看護職者の役割遂行の現状」を探求したものが存在した。しかし、このことは、それら併任看護職者の役割遂行の現状や実践・教育・研究にもたらした成果が、客観的な事実としては十分に把握されていないことを示す。

さらに、本研究の結果は、併任看護職者に関する研究 14 件の実施国について、英国が 10 件、カナダが 2 件、米国とオーストラリアが各 1 件であり、わが国において実施された研究は皆無であったことを明らかにした。

英国は、1980 年代半ばに「プロジェクト 2000」と称す看護学教育改革において、看護基礎教育課程の大学化などを行った(曾根他, 2005)。その看護基礎教育課程の大学化に伴い教育と実践の乖離が懸念され、各看護学教育機関は、高い臨床実践能力をもつ教員の育成に注目した。その結果、看護学教育機関を併任する高い臨床実践能力をもつプラクティショナーが誕生した(Elcock, 1998)。これは、併任看護職者に関する研究が英国において多く実施されたことこの背景であると推察される。

保健医療制度や看護教育制度は国によって異なり(曾根他, 2005; 洪, 2002)、これらは、各国における併任看護職者の配置のあり方、併任看護職者に期待する役割などに影響する可能性がある。上述した研究の絶対数の少なさ、成果の一般化可能性や客観的事実の把握における限界に加え、このことは、文化的相違という点からも、これらの研究成果のわが国への適用には限界があることを示す。また、わが国において研究を開始することが、教育・実践・研究の統合に向けた併任看護職者の機能促進に不可欠であることを示す。

米国の研究(Hoffart, 1989)は、併任看護職者の配置が、研究的な根拠なく開始され、普及してきたことを指摘している。また、そのような背景のもと、併任看護職者の配置開始から 30 年後に研究を行い、併任看護職者として就業している者が、「2 つの機関に所属している者」として自己を知覚し、果たすべき機能には着目していないことを明らかにした。これは、研究的な根拠なく併任看護職者の配置を進めることが、長年にわたり問題を放置することにつながる可能性を示唆する。

「I. 緒言」に述べたとおり、わが国における併任看護職者の配置は、約 30 年前に開始された(成瀬, 1976)。しかし、その後、研究的な探求がなされないまま時間が経過し

た。また、研究的な探求がなされていないにもかかわらず、併任看護職者を新たに配置する看護学教育機関・保健医療機関が増加している。

以上は、わが国においても、併任看護職者に関する研究に早急に着手する必要性を示す。

2. 研究内容からみた研究の動向と課題

本研究の結果は、看護学教育機関と保健医療機関を併任する看護職者に関する研究の内容が、「1. 併任看護職者の役割や職務に起因する葛藤・ストレスとその関連要因」「2. 自己の役割とその遂行環境・遂行状況に対する併任看護職者の知覚」「3. 併任看護職者が実践・教育・研究にもたらした成果」「4. 併任看護職者の役割遂行の現状」「5. 併任看護職者に求められる学歴・特性とその職務遂行を支える組織的・管理的要因」「6. 就業を通じた併任看護職者の経験」「7. 英国の『レクチャー・プラクティショナー』の概念・役割に関する文献・研究の現状」の7カテゴリに分類できることを示した。

まず第一に、この7カテゴリのうち「3. 併任看護職者が実践・教育・研究にもたらした成果」と「4. 併任看護職者の役割遂行の現状」に着目した。この2カテゴリは、併任看護職者が実際にどのように役割を遂行しているか、それにより実践・教育・研究にどのような成果が得られたかが、研究的に探求されていることを示す。

役割とは、「ある立場を占める人間に期待される一連の行動」(King, 1981, p. 183)である。個々人の役割遂行状況と成果は、その地位や関係する人々との相互行為に影響を受け(King, 1981, p. 183)、期待される行動と実際の行動は必ずしも一致しない。また、併任看護職者は、看護学教育機関と保健医療機関における役割遂行を通じ、実践・教育・研究の質向上という成果を期待されている。

期待する成果の獲得に向けて、併任看護職者の役割遂行状況を改善するためには、その現状とともに、実践・教育・研究に関しどのような成果を獲得できているかを把握することが不可欠である。このことは、カテゴリ3と4に該当する研究が、併任看護職者の役割遂行の現状とその成果改善のための基礎資料としての意義をもつことを表す。

第二に、「2. 自己の役割とその遂行環境・遂行状況に対する併任看護職者の知覚」と「6. 就業を通じた併任看護職者の経験」に着目した。

このうちカテゴリ2は、併任看護職者が、自己の役割やその遂行環境、遂行状況をどのように知覚しているかが研究的に探求されていることを表す。また、経験とは、「主体としての人間がかかわった過去の事実を主体の側からみた内容」(森岡, 塩原, 本間, 2000)であり、カテゴリ6も、就業を通じた役割遂行に伴う事実への個々人の知覚が研究的に探求されていることを表す。

知覚とは、個々人が実在をその心の中に組み立てることであり(King, 1981, p. 180)、個々人の知覚は、その役割や地位に影響を受けるとともに、役割遂行状況に影響を及ぼす(King, 1981, p. 26)。また、意義深い体験の知覚は、個々人が潜在能力を開花させ、自己実現に向けて発達していくことを促進する(King, 1981, p. 36)。

これらは、併任看護職者の知覚の把握が、併任看護職者として就業する個々人の発達支援、役割遂行状況とその成果改善のために不可欠であることを表す。このことは、カテゴリ2, 6に該当する研究も、カテゴリ3, 4に該当する研究と同様に、併任看護職者の役割遂行状況とその成果改善につながるとともに、併任看護職者として就業する個々人の発達支援のための基礎資料としての意義をもつことを表す。

第三に、「1. 併任看護職者の役割や職務に起因する葛藤・ストレスとその関連要因」に着目した。このカテゴリは、併任看護職者の役割・職務に起因する葛藤・ストレスの現状やこれらに関連する要因が、研究的に探求されていることを示す。

前述したとおり、役割とは、「ある立場を占める人間に期待される一連の行動」(King, 1981, p. 183)である。また、役割葛藤とは、期待される複数の役割に矛盾が存在するとき、あるいは他者から期待される役割と自己の知覚する役割に矛盾が存在するときなどに、個々人に生じる心理的緊張であり、それは、円滑な役割遂行を妨げる(森岡他, 2000, p. 1431)とともに、個々人のストレスを高める(King, 1981, p. 117)。

併任看護職者は、看護学教育機関と保健医療機関という目的や機能の異なる2つの機関に所属することに関連し、多様な価値観をもつ多様な立場の人々から、様々な役割期待を受ける(June, 2001)。そのため、併任看護職者は、役割葛藤やそれに伴うストレスをきわめて経験しやすい状況にあり、その現状や関連する要因の把握は、円滑な役割遂行の促進に向けて不可欠である。

このことは、カテゴリ1に該当する研究もまた、併任看護職者の役割遂行状況の改善に資するという意義をもつことを表す。

第四に、「5. 併任看護職者に求められる学歴・特性とその職務遂行を支える組織的・管理的要因」に着目した。このカテゴリは、併任看護職者にどのような学歴や特性が求められるか、また、どのような組織的・管理的要因がその職務遂行を支えるかが、研究的に探求されていることを示す。

看護職者は、複数の機関に併任しているか否かにかかわらず、それぞれの役割を適切に遂行するために、専門的な知識や技術を必要とする。また、学歴とは、学校教育に関する個々人の経歴であり(森岡他, 2000, p. 168)、それは、学校教育を通して個々人が獲得する知識や技術に影響す

る。さらに、組織において、ある役割を担う者に対する権利と義務の規定、役割を担う者と関係する者との相互行為は、役割遂行状況に影響し (King, 1981, p. 115), 組織や管理のあり方も、個々人が、期待される役割を適切に遂行するために重要である。

これらは、カテゴリ 4 に該当する研究が、適切な知識や技術をもった人材の併任看護職者としての配置、配置された併任看護職者の就業環境整備のための基礎資料となることを表す。

最後に、「7. 英国の『レクチャー・プラクティショナー』の概念・役割に関する文献・研究の現状」に着目した。このカテゴリは、英国の併任看護職者である「レクチャー・プラクティショナー」の概念・役割に関する文献や研究の現状が研究的に探求されていることを示す。

1980年代半ば、英国のオックスフォード大学は、看護学の理論と実践の統合を目指し、その附属病院との間に併任看護職者を配置し、この看護職者を「レクチャー・プラクティショナー」と称した (Elcock, 1998)。また、その後、「プロジェクト 2000」とよばれる看護教育制度改革を契機とし、このような「レクチャー・プラクティショナー」の配置は、他の看護学教育機関・保健医療機関にも普及した (Elcock, 1998)。しかし、この普及は、その役割についての社会的な合意がないままに進展し、このことは、各機関や個々人が「レクチャー・プラクティショナー」に期待する役割に混乱をきたした (Elcock, 1998)。

複数の機関に所属する併任看護職者が、適切な役割をこれらの機関やそこに所属する人々から矛盾なく期待されるとともに、自らも適切にその役割を知覚するためには、その立場や役割に対する社会的な合意を獲得することが不可欠である。また、そのためには、混乱の現状を正確に把握するとともに、方向性を見出していく必要がある。カテゴリ 7 に該当する研究は、まさに、複数の機関に所属する併任看護職者の立場や役割に対する理解状況の把握につながるという意義をもつ。

以上は、併任看護職者に関する研究が 7 カテゴリに分類でき、これら 7 カテゴリに該当する研究が、次の 5 点の成果獲得につながる可能性を示す。それは、①併任看護職者の役割遂行の現状とその成果の改善、②併任看護職者として就業する個々人の発達支援、③適切な知識や技術をもった人材の併任看護職者としての配置、④配置された併任看護職者の就業環境整備、⑤併任看護職者の役割に対する社会的合意の獲得である。

前項に述べたとおり、わが国においては、併任看護職者が初めて配置されて以降、研究的な探求がなされないまま、すでに 30 年以上が経過している。併任看護職者が適切に役割を遂行し、実践・教育・研究の統合に有効に機能するとともに、その任にある個々人の発達を促進するためには、早

急に研究に着手する必要がある。わが国においても、上述した 5 点の成果獲得は重要であり、このことは、本研究の結果が明らかにした 7 カテゴリが、併任看護職者に関する研究を構想するための指針となることを表す。

結論

本研究をとおり、以下の 3 点の結論を得た。

- ①併任看護職者に関する研究は、今日までに 14 件とその絶対数が少なく、しかも、ほとんどの研究が、その一般化可能性に限界をもっていた。
- ②わが国において実施された研究は皆無であり、早急に研究に着手する必要がある。
- ③併任する看護職者に関する研究の内容は、次の 7 カテゴリに分類できた。それは、「1. 併任看護職者の役割や職務に起因する葛藤・ストレスとその関連要因」「2. 自己の役割とその遂行環境・遂行状況に対する併任看護職者の知覚」「3. 併任看護職者が実践・教育・研究にもたらした成果」「4. 併任看護職者の役割遂行の現状」「5. 併任看護職者に求められる学歴・特性とその職務遂行を支える組織的・管理的要因」「6. 就業を通じた併任看護職者の経験」「7. 英国の『レクチャー・プラクティショナー』の概念・役割に関する文献・研究の現状」である。この 7 カテゴリは、わが国において併任看護職者に関する研究を構想するための指針として活用できる。

文献

- Acorn, S. (1988). Role perspectives of joint appointmees. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 20(3), 5-16.
- Anderson, K.N. (1994). *Mosby's medical, nursing & allied health dictionary* (5th ed.). St. Louis: M O. Mosby-Year Book.
- Berelson, B. (1952) / 稲葉三千男他訳 (1957). 内容分析. 48-70, みすず書房, 東京.
- Cochran, L.L., Ambutas, S.A., Buckley, J.K., D'Arco, S.H., Donovan, M.I., & Fruth, R.M., et al. (1996). ユニフィケーションモデル：コラボレーションの試み. *インターナショナル ナーシング レビュー*, 19(2), 25-32.
- Crane, S. (1989). Joint appointments : The Deakin experience . *Australian Journal of Advanced Nursing*, 6(3), 21-25.
- Elcock, K. (1998). Lecturer practitioner : A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 1092-1098.
- 舟島なをみ, 安齋由貴子, 中谷啓子 (1994). 過去 5 年間の看護学教育研究の動向と今後の課題. *看護教育*, 35(5), 392-397.
- 舟島なをみ (2005). 質的研究への挑戦. 44-49, 医学書院, 東京.

- Hoffart, N.B. (1989). *Organizational sense-making by nursing joint appointees*. University of Virginia Ph.D.Dissertation.
- Hutelmer, C.M. (1996). Joint appointments in practice position. *Nursing Administration Quarterly*, 20(4), 71-79.
- June, H.L. (2001). Achieving outcome in a joint-appointment role. *Outcomes of Management for Nursing Practice*, 5(2), 52-56.
- King, I.M. (1981) / 杉森みどり訳 (1997). キング看護理論. 医学書院, 東京.
- 小松美穂子 (2003). 大学付属病院でのユニフィケーションを実践して. *臨床看護*, 29 (8), 1179-1185.
- 洪麗信 (2002). 21 世紀における看護の継続教育: 諸外国の例. *大分看護科学研究*, 3 (2), 41-47.
- 森岡清美, 塩原勉, 本間康平 (2000). 新社会学辞典. 有斐閣, 東京.
- 森内みね子, 高橋久美, 若林健, 今井勉, 佐藤麗子, 高橋千佳夫他 (2005). 質の高い看護人材の養成をめざして. *看護教育*, 46 (4), 270-275.
- 仲井美由紀, 澤田かおり, 綿貫成明 (2003). アメリカにおけるユニフィケーションの歴史と動向. *臨床看護*, 29 (8), 1191-1197.
- 成瀬妙子 (1976). 婦長・看護教員併任制度下における臨床実習の受け入れ. *ナースステーション*, 6 (1), 16-21.
- 野村志保子, 鈴木恵理子, 深瀬須加子 (2003). 教育現場でのコアカリキュラムのための準備; 臨床教授制度導入の意義と課題. *臨床看護*, 29 (8), 1166-1172.
- Ogilvie, L., Strang, V., Hayes, P., Raiwet, C., Andruski, L., & Cullen, K., et al. (2004). Value and vulnerability: Reflections on joint appointments. *Journal of Professional Nursing*, 20(2), 110-117.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Rmage, C. (2004). Negotiating multiple roles: Link teachers in clinical nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 287-296.
- Scott, W.A. (1955). Reliability of content analysis: The case of nominal scale coding. *Public Opinion Quarterly*, 19, 321-325.
- 曾根志穂, 高井純子, 大木秀一, 斉藤恵美子, 田村須賀子, 金川克子他 (2005). イギリスにおける看護師の教育制度の変遷と看護職の現状. *石川看護雑誌*, 3 (1), 95-102.
- 鈴木妙, 久保かほる (2005). 臨床指導教員導入から教育と臨床のユニフィケーションについて考える. *埼玉医科大学短期大学紀要*, 16, 47-56.
- 吉富美佐江, 野本百合子, 鈴木美和, 舟島なをみ (2005). 新人看護師の指導体制としてのプリセプターシップに関する研究の動向. *看護教育学研究*, 14 (1), 65-75.

【要旨】 本研究の目的は、看護学教育機関と保健医療機関を併任する看護職者に関する研究の動向を解明し、今後の研究遂行上の課題を検討することである。医学中央雑誌、MEDLINE を用い、1966 年から 2006 年までの文献を検索した。その結果、14 件の研究を検索でき、これらの分析の結果は、併任看護職者に関し、一般化可能性の高い成果が産出されていないことを示した。また、併任する看護職者に関する研究の内容は、7 カテゴリーに分類でき、それは、「1. 併任看護職者の役割や職務に起因する葛藤・ストレスとその関連要因」「2. 自己の役割とその遂行環境・遂行状況に対する併任看護職者の知覚」「3. 併任看護職者が実践・教育・研究にもたらした成果」「4. 併任看護職者の役割遂行の現状」などであった。わが国においては、併任看護職者に関する研究が全く実施されておらず、考察の結果は、この 7 カテゴリーが、わが国において研究を構想するための指針として活用できることを示唆した。

触法精神障害者の行動評価のための Behavioral Status Index (BSI) 日本語版について

下里誠二¹ 松本賢哉¹ 森千鶴¹ 大迫充江² 原則夫²
 猪股建一² 小川順子² 石川博康³ 宇都宮智⁴ 西谷博則⁵
 山田洋⁶ 比江島欣慎⁷

- 1 国立看護大学校；〒204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1
 2 国立精神・神経センター武蔵病院 3 東京都立松沢病院 4 国立精神・神経センター国府台病院
 5 独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター 6 独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター
 7 東京医療保健大学
 shimosatos@adm.ncn.ac.jp

The Japanese Version of the Behavioral Status Index (BSI) for Mentally Disordered Offenders

Seiji Shimosato¹ Kenya Matsumoto¹ Chizuru Mori¹ Mitsue Osako² Norio Hara² Kenichi Inomata²
 Junko Ogawa² Hiroyasu Ishikawa³ Satoru Utsunomiya⁴ Hironori Nishitani⁵ Hiroshi Yamada⁶ Yoshimitsu Hiejima⁷

- 1 National College of Nursing, Japan ; 1-2-1 Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒204-8575, Japan
 2 Department of Psychiatry, Musashi Hospital 3 Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital
 4 Department of Psychiatry, Kounodai Hospital 5 National Hospital Organization Hizen Psychiatric Center
 6 National Hospital Organization Shimofusa Psychiatric Center 7 Tokyo Health Care University

【Abstract】 In nursing for mentally disordered offenders, it is necessary to support their return to society without repeating similar behaviors. In Japan, there is no evaluation scale for nurses that is suitable for measuring behavior-related skills. In this study, we developed a Japanese version of the Behavioral Status Index (BSI), originally developed in the UK, and investigated its reliability. Two or more nurses simultaneously evaluated the results of the BSI Japanese version and social life skills profile (LSP) for 40 patients. The BSI Japanese version was re-evaluated one month later by the same evaluator. The α coefficient of six subscales was 0.7 or higher and the interclass correlation was 0.6 or higher. The correlation coefficient with LSP was 0.68 or higher. In the re-test conducted one month later, the correlation coefficient was 0.7 or higher. However, the number of subjects was limited. Thus, it is necessary to standardize the test in further studies with larger numbers of subjects, as well as to study the expression of terms and to develop a shortened simplified version of the index.

【Keywords】 触法精神障害者 mentally disordered offenders, Behavioral Status Index (BSI), 行動スキル behavior-related skills

はじめに

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（心神喪失者等医療観察法）が施行され、わが国でも本格的な司法精神医療が開始された。この法律による入院処遇を行う指定入院医療機関では、「対象者自らが、他害行動を起こさず、症状管理や受療行動などの健康行動ができ、さらによりよい生活を送るための行動を維持できる」ことを目指して援助することが必要になる。そのためには看護師は社会的スキル、病識、自己効力感などについてエビデンスのあるツールをもとにアセスメント

を展開することが必要になる。病識の評価には病識評価尺度（The Schedule for Assessment of Insight）日本語版（SAI-J）（酒井他，2000）や服薬態度を評価する Drug Attitude Inventory（DAI-10）（渡邊，2000）、自己効力感については地域生活に対する自己効力感尺度（SECL）（大川他，2001）などが利用可能である。しかしながら、特に社会的スキルに関しては、REHAB-J（山下，藤，田原，1995）、LASMI（岩崎他，1994）などがあり、病棟看護師専用の評価尺度としては NOSIE-30（Honigfeld, Gillis, & Klett, 1966）があるものの、特に他害行為を行った精神障害者についての行動評価が行える看護師用の尺度はない。

特に重大な他害行為を行った精神障害者に対しては、ア

セサメントに必要とされる病棟内での安全や、共感、自己洞察 (Woods, Reed, & Collins, 2001) といった面を多面的にとらえる必要がある。

そこで本研究では、英国の司法施設で看護者が使用できる行動評定尺度として開発された Behavioral Status Index (BSI) (Reed, 1999) の日本語版の検証を行い、司法精神看護の看護過程に利用可能であるかどうかを検討することを目的とした。

1. BSI の概要

BSIは一般の精神障害者向けに開発されていた4つの領域、「コミュニケーションとソーシャルスキル (communication and social skills)」30項目、「洞察 (insight)」20項目、「セルフケアと家族のケア (self care and family care)」30項目、「仕事とレクリエーション活動 (work and recreational activities)」20項目 (Webb, Campbell, Schwartz, Sechrest, & Grove, 1981; Jacob, Brodbeck, & Clark, 1992) というサブスケールに加え、司法領域での特徴として「安全」20項目 (原語版でのこのスケールは social risk assessment となっているが、わが国では「リスク」という言葉が特に司法領域では危険性の評価というニュアンスを含みやすいために「安全」と表現している)、「共感 (empathy)」30項目を加え、行動評価を行う6領域150項目の行動評価尺度である。

BSIのサブスケールは以下のとおりに構成されている。

1) 安全

ここでは社会のなかで、自己と他者の安全を維持することについて評価をする。ここには、脅威を引き起こしている行動を含んでおり、生活史、暴力、自傷行為、規則の違反、行動パターン、性的逸脱行為、反社会的な行動、アルコール・薬物の使用、精神症状について全20項目で評価を行う。

2) 洞察

これは認知行動的、あるいは現象学的としての理論を基盤とし、不安緊張状態に至ることへの気づき、対処方法、治療に対する動機づけやコンプライアンス、対象行為についての責任、自己評価などについて20項目で評価する。

3) コミュニケーションとソーシャルスキル

ここでは包括的に社会適応できるための行動をみる。表情の印象や姿勢などの言語的、非言語的コミュニケーションスキル、あるいは社会的活動への参加や、社会生活に適応するための整容行為などを評価する30項目で構成されている。

4) 作業 (仕事) とレクリエーション (余暇活動)

ここでは責任をもつ作業と建設的、創造的な活動を評価する。参加の頻度や、時間、適応性、集中度、チームワークなどの作業のスキルと、余暇と気晴らしのために行う活動について20項目で評価する。

5) セルフケアと家族のケア

日常生活で重要なセルフケアまたは家族内で家事をしたり、家族と関係を保ったりすることについて評価する。食事、清潔、服装、金銭管理、外出、交通機関の利用、マナーなど30項目から構成されている。

6) 共感

これは特に司法精神看護で重要であるとされる、他者との関係のなかで他者に共感することについて評価する。他人のことを考え感じる、他人を助けること、虐待しないこと、心理的干渉などの30項目で構成される。

2. BSI の使用方法

BSIのアセスメントは患者の2週間の状態を観察して評価されるが、プライマリナースなど、患者と少なくとも30分以上面接するような密接にかかわるスタッフが、他のスタッフ、あるいは他患者からの情報や、記録類などすべての情報を加味して評定するものである。評価は「全くできない (1点)」から「支援がなくてもできる (5点)」までの5段階で採点されるが、この5ポイントのスケールは回復スケールとしての使用が可能である。また、6つのサブスケールはそれぞれ単独にも用途に応じての利用が可能である。

現在までに、英語版のほかドイツ語版、ノルウェー語版、オランダ語版などが作成されており、英語版での妥当性は内容妥当性および予測妥当性、信頼性は再テスト信頼性、評定者間信頼性が確認されている。

BSIは、司法領域でのアセスメントに適用され (Woods, et al., 2001)、「安全」「コミュニケーションとソーシャルスキル」「洞察」という3つの領域で司法患者で焦点とすべき問題があるという特徴が認められ、これらの領域については特にアセスメントの重要性が指摘されてきた。対象行為を再び行わないためには、「対象行為に対する病識あるいは内省」が必要であり、心神喪失者等医療観察法による医療において利用される共通評価項目でも、「共感性」は重要な評価基準とされている。

・ 方 法

1. BSI 日本語版の作成

まず、BSIを作者に許可を得て日本語訳を行った。訳に際してはまず原語にできるだけ忠実に翻訳し、その後、重大な他害行為を行った精神障害者の看護経験を有し、かつ看護学の修士号を有する看護師により、意味解釈に誤りのないことを確認しながら日本語表現を検討した。さらに完成した日本語訳を医学翻訳の専門家によりバックトランスレーションし、作者に内容を確認してもらった。

2. BSI 日本語版による調査

1) 対象

対象患者は単科精神病院のうちの 4 病棟に入院していた ICD-F2 カテゴリに分類され、心神喪失者等医療観察法に基づく医療・看護での使用を考慮し、法の対象行為と同等の行為、すなわち殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害とその未遂を行ったことにより入院となった長期入院患者 42 名である。

2) 方法

(1) 評定者間信頼性

対象患者 42 名のうち 15 名について、経験年数 2 年から 30 年の看護師 5 名がそれぞれの患者を別々に評価し、評価者間の級内相関を算出し一致度をみた。

(2) 信頼性係数の算出および併存妥当性

対象患者 40 名をそれぞれの受け持ち看護師合計 13 名が評価し、 α 係数を算出した。同時に社会生活プロフィール (LSP) (長谷川他, 1997) を評価した。併存妥当性については LSP との相関を分析した。

(3) 再テスト信頼性

対象のうち 15 名については、1 回目の評価後 1 か月後に再度同じ評価者が評価を行った。再テスト信頼性については 1 回目と 2 回目の得点を比較した。分析には SPSS11.0 for Windows を使用した。

. 倫理的配慮

本研究にあたっては、対象病院の倫理委員会で承認を受け行った。データ収集に際しては連結不可能な状態に匿名化し、コード化して対象者が特定されないように配慮した。研究にあたっては研究の目的と内容について揭示し、拒否できること、拒否しても不利益を被らないこと、守秘義務を徹底することを内容に加えた。さらに、対象者個人に口頭で説明し、拒否のあった者は対象から除外した。評価にあたった看護者には、研究の趣旨を説明し承諾を得た。

. 結果

1. 対象者の概要

対象患者の平均年齢 (カッコ内は標準偏差) は 47.3 歳 (11.2)、平均在院期間は 2830.8 日 (1984.8)、抗精神病薬のクロロプロマジン換算量は 228.1 mg/日 (753.0)、BPRS の総得点は 36.1 点 (14.3) であった。今回の対象者は長期に入院しており、評定のできない「非該当」の項目はなかった。

2. BSI 日本語版内容妥当性の検討

実際の臨床場面で評価を試み、その結果評点のつけにくい項目について表現を検討し修正した。また、原語版では評価するスコアシートは 1 ~ 5 点に○をつけるのみで評価基準は別冊として用意されていたが、日本語版ではスコアシートに各項目の採点基準を記入し評価しやすいように工夫した (文末資料)。

3. BSI 得点の概要

1) 安全 (表 1-a)

「安全」サブスケールの合計得点は 90.5 ± 5.2 点であった。特に「家族のサポート」(2.9 ± 1.3)、「混乱」(3.0 ± 1.2) では得点が低かったが、自傷行為、性的逸脱行動、アルコール・薬物乱用は得点がほとんどの場合「なし」の 5 点になっていた。

全体として「安全」の得点は高く、病棟内では問題のない患者が多いと考えられた。

2) 洞察 (表 1-b)

「洞察」サブスケールの合計得点は 56.2 ± 14.4 点であった。「治療到達目標へのプランができること」(2.1 ± 0.8)、「治療へのコンプライアンス」(2.1 ± 0.8)、「期待」(2.1 ± 0.8) と治療に対する洞察が低く、また、緊張に対処するスキルも 3 点台で援助が必要な状態であった。

3) コミュニケーションとソーシャルスキル (表 1-c)

「コミュニケーションとソーシャルスキル」サブスケールの合計得点は 91.1 ± 21.2 点であった。全体として 3.0 点台の項目がほとんどであり、社会生活を送るうえでコミュニケーションスキルの障害が認められた。

4) 作業とレクリエーション活動 (表 1-d)

「作業とレクリエーション活動」サブスケールの合計得点は 53.0 ± 13.9 点であった。全項目が 2 点台であり、作業能力の低下や余暇活動を適切に行うことに困難が認められた。

5) セルフケアと家族のケア (表 1-e)

「セルフケアと家族のケア」サブスケールの合計得点は 83.6 ± 25.9 点であった。病棟内での生活とリハビリテーション場面、あるいは外出場面での評価になっているが、食事や服装についてのセルフケアや医療を利用することについての得点が 2 点台であった。

6) 共感 (表 1-f)

「共感」サブスケールの合計得点は 76.3 ± 21.7 点であった。すべての項目において平均が 2 点台であり、他者との関係のなかで他者を受容し生活することについて困難であると考えられた。

表1 BSI サブスケールの得点

a. 安全 (n = 40)

	平均	標準偏差	分散	範囲
1 家族のサポート	2.9	1.3	1.75	4
2 誘因がない状況での他者への深刻な暴力	4.9	0.3	0.13	1
3 誘因がある状況での他者への深刻な暴力	4.8	0.5	0.19	1
4 誘因がない状況での他者への軽度の暴力	4.7	0.5	0.43	3
5 誘因がある状況での他者への軽度の暴力	4.7	0.5	0.43	3
6 深刻な自傷行為	5.0	0.0	0.00	0
7 表面的な自傷行為	5.0	0.0	0.00	0
8 誘因がない状況での言語での攻撃	4.7	0.5	0.28	2
9 誘因がある状況での言語での攻撃	4.4	0.6	0.29	2
10 誘因がない状況での物への攻撃	4.4	0.5	0.29	2
11 誘因がある状況での物への攻撃	4.4	0.5	0.29	2
12 セキュリティ上の違反行為	4.7	0.5	0.20	1
13 秩序を乱すことをする	4.2	0.9	0.76	3
14 秩序を乱すような真似	4.1	0.8	0.76	3
15 他者へのセクシュアルハラスメント, 他者を不快にする性的言動	4.8	0.4	0.15	1
16 サド, マゾヒスティックな行動	4.8	0.4	0.15	1
17 攻撃的なあるいは反社会的な印象を与える服装, 装飾	4.9	0.3	0.10	1
18 強迫的行動 (脅迫, 衝動性を含む)	4.8	0.5	1.18	1
19 アルコール・薬物乱用	5.0	0.0	0.00	0
20 混乱	3.0	1.2	1.47	4
合計	90.5	5.2	24.01	19

b. 洞察 (n = 40)

	平均	標準偏差	範囲	分散
1 緊張への気づき	3.0	1.0	4	1.05
2 緊張の言語的表出	3.1	1.1	4	1.23
3 緊張緩和の方法	3.0	1.0	4	0.97
4 否定的感情, 怒りの感情の自覚	3.3	1.1	3	1.13
5 緊張を高めてしまうような考え方	3.3	1.0	3	1.13
6 緊張を高めてしまうような出来事	3.6	1.0	4	1.04
7 緊張を緩和するための個人の方法	3.0	0.9	4	0.93
8 リラックスする考えについての気づき	2.8	0.8	3	0.60
9 リラックスする活動を見つけること	2.8	0.8	3	0.60
10 嫌いなタイプとその特徴	2.8	0.9	3	0.67
11 好きなタイプとその特徴	3.4	1.0	4	1.02
12 安全ではない/不安にさせるような出来事	3.0	0.9	4	1.15
13 安心感を得ることができるような出来事	2.8	0.8	3	0.76
14 治療に結びつけられるような成功体験	2.7	1.0	4	1.26
15 責任の帰属	2.5	0.9	3	0.81
16 自己評価	2.6	0.9	3	0.73
17 問題の優先順位	2.2	0.8	3	0.84
18 治療到達目標へのプランができること	2.1	0.8	3	0.82
19 治療へのコンプライアンス	2.1	0.8	3	0.82
20 期待 (到達目標)	2.1	0.8	3	0.82
合計	56.2	14.4	57	238.49

c. コミュニケーションとソーシャルスキル (n = 40)

	平均	標準偏差	範囲	分散
1 表情の印象	3.0	0.8	2	0.62
2 アイコンタクト (視線を合わせる)	3.0	0.9	3	0.78
3 他者に対するときの姿勢	3.0	0.9	3	0.66
4 姿勢	3.1	0.9	3	0.76
5 身振りでの表現	3.2	0.9	3	0.82
6 社会的距離 (対人距離)	3.2	1.0	4	0.99
7 声の調子	3.1	0.9	3	0.74
8 口調	3.1	0.9	3	0.69
9 言語の速さ	3.0	1.0	3	0.78
10 自発的な会話	3.0	0.9	4	0.87
11 会話の量	2.9	1.0	4	0.95
12 流暢さ	2.8	0.9	4	0.65
13 会話への割り込み	3.0	1.0	3	1.16
14 聞く技術	2.8	0.8	3	0.66
15 質問への反応	3.3	1.0	3	0.88
16 話題 (会話の内容)	3.1	1.0	4	1.11
17 自己中心的な会話	3.0	0.8	3	0.68
18 率直さ	2.8	1.0	4	0.95
19 意見を表現する	3.1	1.0	3	0.92
20 異議を唱える	3.2	0.9	4	0.92
21 議論する	3.3	0.9	3	0.74
22 依頼する	3.3	1.0	4	0.98
23 積極性	3.3	0.9	3	0.84
24 整容	3.0	0.9	3	0.69
25 社会的活動	2.8	1.0	4	1.17
26 感情のコントロール	3.0	0.7	3	0.51
27 他者との関係	2.9	0.8	3	0.68
28 コミュニケーションの容易さ	2.8	0.8	3	0.53
29 社交性とサポート	2.8	0.7	3	0.51
30 他人に従う	3.1	0.8	3	0.61
合計	91.1	21.2	84	455.84

d. 作業とレクリエーション活動 (n = 40)

	平均	標準偏差	範囲	分散
1 参加	2.1	0.7	3	0.56
2 時間を守ること	2.6	0.9	3	0.80
3 病欠	2.5	1.0	3	0.89
4 適応性	2.6	0.9	3	0.79
5 集中	2.6	0.9	3	0.72
6 チームワーク	2.7	0.9	3	0.88
7 興味	2.6	0.9	3	0.84
8 作業の質	2.4	0.9	4	0.74
9 自発性	2.6	0.9	3	0.81
10 反応性	2.9	0.7	3	0.56
11 余暇活動	2.9	0.9	4	0.66
12 余暇と気晴らし	2.8	0.9	4	0.61
13 余暇活動の計画	2.8	0.8	4	0.59
14 (余暇活動の) 選択の適切性	2.8	0.8	4	0.59
15 余暇活動への参加	2.8	0.8	4	0.59
16 趣味と興味	2.8	0.8	4	0.59
17 仲間との余暇の共有	2.8	0.8	4	0.59
18 余暇活動を仲間と共有しようとする	2.8	0.8	4	0.59
19 異性との交流	2.3	0.8	3	0.59
20 男女交際	2.6	0.8	3	0.79
合計	53.0	13.9	63	195.15

e. セルフケアと家族のケア (n = 40)

	平均	標準偏差	範囲	分散
1 栄養	2.9	0.8	3	0.61
2 料理	2.2	0.8	3	0.68
3 規則的な食事	2.8	0.9	3	0.61
4 自分の食事の準備	2.6	0.8	3	0.54
5 他の人の食事の準備	2.7	0.9	4	0.65
6 食物の保管	3.0	1.1	4	0.98
7 食物の蓄え	3.0	1.1	4	1.02
8 個人の衛生	2.5	1.0	4	0.84
9 健康への注意	2.5	0.9	4	0.83
10 医療の援助を探す	2.5	1.0	4	1.03
11 天候に留意した服装	2.7	1.1	4	1.05
12 衣類と履き物	2.7	1.0	4	0.97
13 衣類の管理	2.7	1.1	4	0.95
14 衣類の保管	2.7	1.0	4	0.95
15 家庭内の危険物	2.7	1.1	4	1.16
16 お金の管理	2.8	1.1	4	1.26
17 節約	2.8	1.1	4	1.26
18 家の管理	2.7	1.1	4	1.16
19 食後の片づけ	3.3	1.1	4	1.17
20 洗濯	3.0	1.1	4	1.16
21 ベッドメイク	2.8	1.1	4	1.13
22 リネン交換	2.7	1.0	4	0.89
23 外出	3.0	1.2	4	1.39
24 交通機関の利用	2.9	1.2	4	1.47
25 買い物	3.1	1.2	4	1.50
26 身だしなみ	2.5	1.1	4	1.11
27 フェイシャルケア	2.8	1.0	4	0.99
28 状況に応じた服装	2.5	1.1	4	1.11
29 外食	3.4	1.0	3	0.74
30 テーブルマナー	3.2	0.9	4	0.85
合計	83.6	25.9	106	651.18

f. 共感 (n = 40)

	平均	標準偏差	範囲	分散
1 自分自身を「他人の生活」のなかで考える	2.4	0.9	3	0.62
2 他人の感情を理解し自分のものと区別する	2.2	0.6	3	0.45
3 他者への感受性	2.2	0.8	2	0.44
4 他者の希望や欲求に対する共感	2.5	0.9	3	0.92
5 他者の喜びを自分もうれしく思う	2.7	0.9	3	0.76
6 他人が自分自身を表現することを認める	2.6	0.9	3	0.74
7 社会的な関係のなかで意見交換することに興味をもつ	2.7	1.0	3	0.82
8 葛藤の対処	2.7	1.0	4	0.93
9 会話の共有	2.7	1.0	3	1.12
10 自己中心的な会話を抑える	2.6	1.0	3	0.86
11 他者の話を聞く	2.5	1.0	3	0.70
12 身体的「鏡映反応」	2.2	0.8	2	0.58
13 他人を助ける	2.3	1.0	3	0.92
14 虐待しない	4.8	0.5	1	0.16
15 聞く、質問する	3.1	1.0	4	1.10
16 過ちを認め、謝る	2.7	0.8	3	0.66
17 他者の考えを受け入れる	2.5	0.9	3	0.94
18 他者を励ます	2.3	0.8	3	0.88
19 被害者を認識する	2.8	1.0	3	1.00
20 他者にゆとりを与える	2.3	0.8	3	0.67
21 人としての犠牲者	2.2	0.8	2	0.65
22 他人の悩みについての心配	2.4	0.9	3	0.94
23 心理的干渉	2.7	0.8	3	0.72
24 他者の怖いと思う体験を分かち合う	2.2	0.7	3	0.77
25 思いやりを表現する	2.3	0.8	2	0.61
26 他者への興味	2.3	0.7	2	0.61
27 人に気分を尋ねる	2.2	0.7	2	0.55
28 視線	2.9	1.1	4	1.29
29 他者の興味とのバランス	2.4	0.9	3	0.78
30 他者のために何かする	2.2	0.8	3	0.73
合計	76.3	21.7	71	464.64

4. 評定者間信頼性の検討

1) 係数(表2)

各サブスケールの α 係数および、 α 係数では「安全」が 0.76 であったが、その他は「洞察」($\alpha = 0.97$)、「コミュニケーションとソーシャルスキル」($\alpha = 0.98$)「作業とレクリエーション活動」($\alpha = 0.96$)、「セルフケアと家族のケア」($\alpha = 0.98$)「共感」($\alpha = 0.98$)で高い信頼性を得た。

2) 級内相関(表3)

「安全」サブスケールのうち、項目1「家族のサポート」、項目2,3「深刻な暴力」、項目10「誘因がない状況での物

への攻撃」は全員が一致した評価であった。項目6,7「自傷行為」は本対象者に自傷行為が現在問題である者がいなかったためにすべてが5の評価であり、また項目19「アルコール・薬物乱用」では入院環境にあるため、すべてが5「なし」の評価であった。「セキュリティ上の違反行為」が0.69であったが、その他はすべて0.8以上であり、おおむね評定者間で高い信頼性が得られた。

その他のサブスケールでは、級内相関は0.63から0.97までの値をとっており、ほぼ良好な一致度であった。

5. LSP との併存妥当性について(表4)

LSPは身辺整理10項目、規則遵守12項目、交際6項目、会話6項目、責任5項目の合計39項目5サブスケールからなるライフスキルを測定するスケールである。これらのサブスケールと BSI サブスケールとの単相関係数を算出した。「安全」サブスケールは規則遵守、責任と関係が深い項目であると考えられるが、規則遵守($r = 0.85$)、責任($r = 0.80$)と高い相関を示した。

「洞察」サブスケールでは治療に対する認識などLSPでは責任と関係すると考えられるが、 $r = 0.86$ と高い相関を示した。

「コミュニケーションとソーシャルスキル」サブスケールは、LSPでは会話と身辺整理に最も関連すると考えられるが、会話($r = 0.80$)、身辺整理($r = 0.90$)であった。

「作業とレクリエーション活動」サブスケールは身辺整理と関係すると考えられたが、 $r = 0.88$ であった。

「セルフケアと家族のケア」サブスケールは身辺整理と最も関連すると考えられるが、 $r = 0.98$ と高い相関を示した。

「共感」サブスケールは規則遵守、責任と関連すると考えられたが、規則遵守($r = 0.98$)、責任($r = 0.98$)と高い相関を示した。

6. 再テスト信頼性

同一評価者による再テストでは「安全」($r = 0.94$)、「洞察」($r = 0.93$)、「コミュニケーションとソーシャルスキル」

表2 各サブスケールの係数(n = 40)

	α
安全	0.76
洞察	0.97
コミュニケーションとソーシャルスキル	0.98
作業とレクリエーション活動	0.96
セルフケアと家族のケア	0.98
共感	0.98

表3 評定者間の級内相関

項目	サブスケール					
	安全	洞察	コミュニケーション	作業	セルフケア	共感
1	1.000	0.954	0.932	0.898	0.790	0.631
2	1.000	0.877	0.767	0.860	0.761	0.717
3	1.000	0.940	0.774	0.756	0.822	0.725
4	0.968	0.942	0.729	0.809	0.703	0.738
5	0.968	0.952	0.719	0.846	0.714	0.778
6	—	0.952	0.791	0.720	0.714	0.869
7	—	0.840	0.847	0.831	0.722	0.794
8	0.918	0.862	0.875	0.897	0.786	0.865
9	0.918	0.822	0.772	0.656	0.682	0.856
10	1.000	0.940	0.810	0.819	0.782	0.815
11	0.918	0.890	0.833	0.773	0.786	0.803
12	0.697	0.905	0.817	0.877	0.822	0.793
13	0.940	0.814	0.844	0.890	0.786	0.905
14	0.940	0.948	0.858	0.842	0.791	0.858
15	0.875	0.931	0.752	0.703	0.881	0.692
16	0.920	0.945	0.819	0.894	0.838	0.705
17	0.801	0.955	0.783	0.847	0.854	0.803
18	0.852	0.925	0.805	0.844	0.780	0.762
19	—	0.910	0.722	0.690	0.853	0.669
20	0.926	0.886	0.834	0.756	0.900	0.727
21			0.734		0.895	0.823
22			0.847		0.970	0.729
23			0.954		0.955	0.763
24			0.941		0.954	0.710
25			0.912		0.804	0.737
26			0.958		0.710	0.734
27			0.886		0.757	0.729
28			0.900		0.742	0.717
29			0.971		0.779	0.754
30			0.925		0.717	0.939

※対象者15名、評定者5名によるもの

表4 LSP サブスケールとの相関(Pearsonの単相関係数)(n = 40)

	LSP				
	身辺整理	規則遵守	会話	交際	責任
安全	0.68	0.85	0.70	0.75	0.80
洞察	0.88	0.85	0.82	0.79	0.86
コミュニケーションとソーシャルスキル	0.90	0.85	0.80	0.78	0.86
BSI 作業とレクリエーション活動	0.88	0.78	0.68	0.68	0.76
セルフケアと家族のケア	0.98	0.82	0.76	0.71	0.80
共感	0.81	0.98	0.94	0.93	0.98

($r = 0.99$)、「作業とレクリエーション活動」($r = 0.83$)、「セルフケアと家族のケア」($r = 0.89$)、「共感」($r = 0.79$)と高く、再テストにおいて同様に評価できることが示された。

・ 考 察

1. BSIの信頼性について

BSIの評定者間信頼性は、BSIを5名の評定者で評価したところ、おおむね良好な一致度が得られた。これは対象者が慢性期の患者群であり、評価者が患者をよく知っていたことが考えられる。また、再テスト信頼性についても高い相関がみられたが、これも慢性期の状態の患者群であったためであると考えられる。急性期の患者であったり、患者との接触が少なかつたりする場合には、より評価にずれが生じることは十分考えられる。今回は全サブスケールで採点が可能なことを条件にしたために対象が限定されているが、急性の患者などにも今後検討が必要である。しかしながら、BSIは「すべての情報を総合して判断する」ものであり、患者を取り巻く全スタッフと評定について話し合うことそのものが、臨床では看護チーム全員で議論することの助けになるものであると考えられる。

サブスケールでは、「安全」サブスケールのみ α 係数が0.7台であり、かつ多くの項目で4点以上とほとんど問題ないと判定されていた。「安全」サブスケールでは、深刻な暴力行為は全員が状況を把握しており、評価は全くずれないものの、軽度な暴力、特に言語的な攻撃などではスタッフによって評価がずれることが考えられる。また、「セキュリティ上の違反行為」のような評価に「1年以上の違反なし」というような長いスパンでの評価を求められるような場合には、1年以上前のインシデントを把握しているかどうかによって評価が分かれるものと考えられる。こうした項目の評価では、十分に過去の履歴や看護記録を参照する必要があると考えられる。全体的な得点として「安全」サブスケールは得点が高く、問題がないと評価されているが、これは「安全」サブスケールでは希有な事象としての「危険な行為」を評価するためであると考えられる。しかしながら、病棟内で患者がいかに安全を維持しながら生活ができるかについては十分に吟味しなければ、重大な他害行為を行った患者の社会復帰のアセスメントは難しいと考えられ、このサブスケールの継続的な評価が必要になると考えられた。

「安全」以外の「洞察」「コミュニケーションとソーシャルスキル」「作業とレクリエーション活動」「セルフケアと家族のケア」「共感」では、 α 係数は0.9以上であり、評定者間での級内相関もおおむね良好な成績であった。BSI日本語版は一定の信頼性をもつと考えられた。しかしながら、わが国の触法精神障害者への専門的な看護としてそれぞれの

サブスケール領域で、他に患者にみられる注目すべき行動がないか、あるいは、今回のBSI日本語版の項目で、患者の回復にあたって変化がない、または変化する必要のない項目がないか、という検討は必要であると考えられる。これらは今後、心神喪失者等医療観察法での入院対象者が増えていくなかで検討を重ねる必要があると考えられた。

2. LSPとの併存妥当性について

LSPは主に地域における統合失調症者の機能としての健康な側面、障害としての支障をきたしている側面を測定しようとしたものであり、非専門家でも使用でき、簡潔でありながら妥当性を備えた(Rosen, Hadzi-Pavlovic, & Parker, 1989)尺度である。これに対しBSIは、入院患者に対して精神症状を測定する尺度は多いものの、客観的な観察に基づく行動評価に有効なスケールが少ないことから開発されたものである。BSIは行動学的に6つのサブスケールを構成している。しかしながら、これらのサブスケール間には共通する視点をもった部分があり、それらとの比較は可能であると考えられる。

BSIの「安全」サブスケールは、主に暴力など反社会的な行為を評価している。これに対してはLSPでは、「暴力をふるいますか」「アルコールや薬物を乱用しますか」という項目を含む責任サブスケールが該当する。「洞察」サブスケールでは自己についての認識を評価しているが、ここには治療コンプライアンスも含まれている。これにはLSPの「処方された薬を自ら保管しきちんと服用していますか」「医師が処方した薬を進んで服用しますか」「職員(医師、看護師、保健師など)と協力して治療を続けていますか」というような項目の含まれる責任サブスケールが該当すると考えられる。「コミュニケーションとソーシャルスキル」サブスケールは、社会に適応するためのコミュニケーションとそれを可能にする身だしなみなどを評価している。これはLSPの「人の話に割り込んだりさえぎったりすることがありますか」「相手の顔を見ながら話しますか」というような会話サブスケールや、「身だしなみがきちんとしていますか」というような身辺整理のサブスケールが該当する。また、「セルフケアと家族のケア」サブスケールはADLに関連する項目としての「身辺整理」が最も関連する。「共感」サブスケールは、人に対する受容的感情や対人関係上の他者の受け止め方を評価している。これは「人に思いやりを示しますか」というような「交際」と関連すると考えられる。

これらのサブスケール間でBSIは高い相関を示した。また、それ以外の各サブカテゴリ間でもほぼ高い相関を示しており、BSIが行動を評価するものとして妥当であると考えられた。BSIは評価の得点に回復スケールとしての利用が可能なように作成されている。この意味では看護過程のアセスメントに利用し、その評価から目標を次のステップに設

定してケアプランを作成する際に BSI は有効であると考えられた。

3.再テスト信頼性

同一評定者で行った再テストでは評価がずれることはなかった。これも対象が特に長期在院者で変動も少なく、評定者が対象患者をよく知っていたためであると考えられる。精神障害者のリハビリテーションにおいて、短期間では社会的スキルが劇的に変化することは少なく、むしろ長期的なスパンで改善していく。今後、回復スケールとしてこの尺度を利用した場合、長期的にどう変化していったかがより鮮明に示されると考えられ、看護が取り入れることには利用価値が高いと考えられた。

4.看護評価と BSI

BSI の各サブスケールそれぞれの合計点を 100 点満点に換算すると、「安全」(90.5)、「洞察」(56.2)、「コミュニケーションとソーシャルスキル」(60.7)、「作業とレクリエーション活動」(53)、「セルフケアと家族のケア」(55.76)、「共感」(50.8)であり、安全を除くすべての項目ではスキルのなかに援助すれば行えるものがあることがわかった。これらの項目を評価することで社会復帰に向けた援助が可能になると考えられる。

安全では全体としての得点は高いものの、本研究の対象者は慢性で長期入院の患者群であり、攻撃的行動が入院環境下で安定している場合もあると考えられる。重大な他害行為に及ぶ、行動化しやすいという特性を考えると、むしろ入院生活下での生活では大きな問題にならないが、ひとたび行動化すれば大きな事故につながる可能性があり、常に安全に関する評価は必要であると考えられる。また、BSI では家族に問題がある場合も評価するが、この項目では得点が低く、対象者が家族のもとに戻る場合も考えると家族がリスクファクターになるケースもあると考えられる。これは BSI で追跡可能である。こうした項目は臨床に必要な項目であると考えられ、今後その利用方法を検討する必要がある。

しかしながら BSI は合計 150 項目という膨大な評価項目があり、慣れれば 30 分程度で評価できるものの、臨床的に簡便であるとは言い難く、今後短縮版の検討も行う必要があると考えられた。

心神喪失者等医療観察法の下ではよりチーム医療が明確になり、多職種がチームで評価する視点が必要になるが、BSI は看護者の評価にエビデンスを与えうるものであると考えられる。特に司法領域の看護では、看護記録のデータベースに BSI を組み込むことで看護のアセスメントが標準化されていくものとする。

BSI での行動、スキルの評価に加え、病識や自己効力感を

評価することで対象者の行動支援を行うことができると考えるが、今後、社会的支援やそれについての対象者自身のニーズ、あるいは主観的 QOL についても検討する必要がある。

. 結論

BSI は入院中の精神障害者の行動スキルのアセスメントにある程度利用可能であるものと考えられた。しかしながら本研究では、対象者が慢性期の長期入院者に限定されており、さらに対象を増やしつつ検討を加え項目を厳選して短縮版を検討する必要がある。今後、BSI を看護過程に取り入れケアプランの作成、評価に利用することで、看護ケアのエビデンスを示す指標になることが期待される。

なお、本研究は政策医療財団の助成を受けて行った。

文 献

- 長谷川憲一, 小川一夫, 近藤智恵子 (1997). Life Skills Profile (LSP) 日本版の作成とその信頼性・妥当性の検討. 精神医学, 39 (5), 547-555.
- Honigfeld, G., Gillis, R.D., & Klett, C.J. (1966). NOSIE-30: A treatment-sensitive ward behavior scale. *Psychological Reports*, 19(1), 180-182.
- 岩崎晋也他 (1994). 精神障害者社会生活評価尺度 (LASMI) の開発—信頼性の検討 (第 1 報). 精神医学, 36 (11), 1139-1151.
- Jacob, R.G., Brodbeck, C., & Clark, D.B. (1992). Physiological and behavioral assessment. In L.K.G. Hsu, & M. Hersen (Eds.), *Research in psychiatry: Issues, strategies and methods* (pp.195-233). New York: Plenum Medical Book Company.
- 大川希, 大島巖, 長直子, 榎野葉月, 岡伊織, 池淵恵美他 (2001). 精神分裂病者の地域生活に対する自己効力感尺度 (SECL) の開発. 精神医学, 43 (7), 727-735.
- Reed, V. (1999). *Behavioural status index*. London: Psychometric Press.
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., & Parker, G. (1989). The life skill profile: Assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 325-337.
- 酒井佳永, 金良晴, 秋山剛, 立森久照, 栗田広 (2000). 病識評価尺度 (The Schedule for Assessment of Insight) 日本語版 (SAI-J) の信頼性と妥当性の検討. 臨床精神医学, 29 (2), 177-183.
- 山下俊幸, 藤信子, 田原明夫 (1995). 精神科リハビリテーションにおける行動評定尺度—REHAB の有用性. 精神医学, 37, 199-205.

渡邊 衡一郎 (2000). 服薬コンプライアンスに対する通院
精神分裂病患者の服薬観と病識の影響. 慶應医学, 77
(6), 309-317.

Webb, E.J., Campbell, D.T., Schwartz, R.D., Sechrest, L., &
Grove, J.B. (1981). *Non-reactive measures in the social
sciences* (2nd ed.). Boston: Houghton Mifflin.

Woods, P., Reed, V., & Collins, M. (2001). Measuring
communication and social skills in a high security forensic
setting using the behavioural status index. *International
Journal of Psychiatric Nursing Research*, 7(1), 761-
777.

【要旨】 触法精神障害者に対する看護では、再び同様の行為を行うことなく社会復帰できるように援助することが求められるが、わが国では看護者が触法精神障害者の行動スキルを測定するのに適した看護者用評価尺度はない。本研究では、英国で開発された Behavioral Status Index (BSI) の日本語版を作成し、信頼性を検討した。患者 40 名に対して 2 名以上の看護師が同時に BSI 日本語版および社会生活プロフィール (LSP) を評価し、BSI 日本語版については同一の評定者が 1 か月後に再度評価を行った。結果、6 つのサブスケールの α 係数は 0.7 以上、級内相関は 0.6 以上であった。LSP との相関では相関係数 0.68 以上であった。また、1 か月後の再テストでも相関係数は 0.7 以上であった。しかしながら対象が限定されていたこと、項目数が多いことなどがあり、今後さらに標準化を重ねるとともに、用語の表現の検討やより簡易な短縮版の検討が必要であると考えられた。

資料 Behavioral Status Index (BSI) スコアシート

1. 安全

N.B: このシートには記入時点での状態での採点を記入してください。1～5の適切な数字に○をつけてください。

1	家族のサポート	1: 家族の接触なし、かつ患者に虐待した過去あり	2: 家族の接触なし、患者に虐待したことはなし	3: 接触はあるが治療には拒否的	4: 接触はあるが治療には中立的	5: 接触があり治療に肯定的
2	誘因がない状況での他者への深刻な暴力 (かむ、たたく、蹴る、より重大なもの)	1: 常に (日常的)	2: 頻繁に (予測可能, 1か月以内の間隔, 定期的)	3: しばしば (1か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	4: まれに (3か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	5: なし
3	誘因がある状況での他者への深刻な暴力	1: 常に (日常的)	2: 頻繁に (予測可能, 1か月以内の間隔, 定期的)	3: しばしば (1か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	4: まれに (3か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	5: なし
4	誘因がない状況での他者への軽度の暴力 (押す、髪をつかむ、つねるなど)	1: 常に (日常的)	2: 頻繁に (予測可能, 1か月以内の間隔, 定期的)	3: しばしば (1か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	4: まれに (3か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	5: なし
5	誘因がある状況での他者への軽度の暴力	1: 常に (日常的)	2: 頻繁に (予測可能, 1か月以内の間隔, 定期的)	3: しばしば (1か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	4: まれに (3か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	5: なし
6	深刻な自傷行為 (治療が必要な外傷, 2度の熱傷)	1: 常に (日常的)	2: 頻繁に (予測可能, 1か月以内の間隔, 定期的)	3: しばしば (1か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	4: まれに (3か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	5: なし
7	表面的な自傷行為 (発赤, 疼痛, 1度の熱傷)	1: 常に (日常的)	2: 頻繁に (予測可能, 1か月以内の間隔, 定期的)	3: しばしば (1か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	4: まれに (3か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	5: なし
8	誘因がない状況での言語での攻撃 (怒声, 威嚇, 脅し, 威圧, 罵声など)	1: 常に (日常的)	2: 頻繁に (予測可能, 1か月以内の間隔, 定期的)	3: しばしば (1か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	4: まれに (3か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	5: なし
9	誘因がある状況での言語での攻撃	1: 常に (日常的)	2: 頻繁に (予測可能, 1か月以内の間隔, 定期的)	3: しばしば (1か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	4: まれに (3か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	5: なし
10	誘因がない状況での物への攻撃 (物を投げる, ドア蹴り, 物をたたくなど)	1: 常に (日常的)	2: 頻繁に (予測可能, 1か月以内の間隔, 定期的)	3: しばしば (1か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	4: まれに (3か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	5: なし
11	誘因がある状況での物への攻撃	1: 常に (日常的)	2: 頻繁に (予測可能, 1か月以内の間隔, 定期的)	3: しばしば (1か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	4: まれに (3か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	5: なし
12	セキュリティ上の違反行為 (犯罪行為, 離院, 放火, 他患者を扇動しての違反行為などを計画する, スタッフに敵意を示し無視して内緒話をするなど)	1: 過去3か月以内に違反行為	2: 4～6か月以内に違反行為	3: 7～12か月以内に違反行為	4: 1年以上違反なし	5: 違反歴なし
13	秩序を乱すことをする (嫌がらせをする, からかう, 音を立てるなど他者を不快にさせることを意図的に行う)	1: 常に (日常的)	2: 頻繁に (予測可能, 1か月以内の間隔, 定期的)	3: しばしば (1か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	4: まれに (3か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能)	5: なし

14	秩序を乱すような真似（スタッフや他者を妨害したり不快にさせたりするようなことを意図的に計画する）	1: 常に（日常的）	2: 頻繁に（予測可能, 1か月以内の間隔, 定期的）	3: しばしば（1か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能）	4: まれに（3か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能）	5: なし
15	他者へのセクシュアルハラスメント, 他者を不快にする性的言動, ハレンチ	1: 常に（日常的）	2: 頻繁に（予測可能, 1か月以内の間隔, 定期的）	3: しばしば（1か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能）	4: まれに（3か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能）	5: なし
16	サド, マゾヒスティックな行動（人間, 動物へのサディスティックな行動, ボディピアスなどで痛みを与え快感を得るような行動）	1: 頻繁に深刻な行動や言動がある	2: 時折深刻な行動や言動がある	3: 時折軽度な行動や言動がある	4: 時折サド, マゾヒスティックな考えがある	5: なし
17	攻撃的なあるいは反社会的な印象を与える服装, 装飾（威圧的なサングラス, チェーンやドクロの指輪, カミソリのピアス, 刺青, 刺り込みなど）をしている。あるいは興味をもって話をする。威圧的な印象・態度	1: 常に（日常的）	2: 頻繁に（予測可能, 1か月以内の間隔, 定期的）	3: しばしば（1か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能）	4: まれに（3か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能）	5: なし
18	強迫的・衝動的行動（特に潜在的に暴力的であるもの: 架空の敵に対してパンチする動作や誰かの首のかわりに膝を絞めつけていたりするような動作を繰り返すなど）	1: 常に（日常的）	2: 頻繁に（予測可能, 1か月以内の間隔, 定期的）	3: しばしば（1か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能）	4: まれに（3か月以上の間隔, 不定期, 予測不可能）	5: なし
19	アルコール・薬物乱用（使用, あるいは明らかに使用したと疑われる根拠がある）	1: 過去3か月間に与した根拠がある	2: 過去4～6か月に関与した根拠がある	3: 過去7～12か月以内に与した根拠がある	4: 1年以上関与の根拠なし	5: 病院内では関与なし
20	混乱（精神症状や気分, 感情などにより発言の内容がまとまらない, あるいは説明を理解しない, 幻覚妄想が活発, 不安が強い状態で自己, 他者に危険となる可能性がある行動）	1: 過去3か月以内にあり	2: 過去4～6か月以内にあり	3: 7～12か月以内にあり	4: 1年以上なし	5: 院内ではない

2. 洞察

1	緊張への気づき（緊張している, 緊張しそうだということがわかる）	1: 全くできない	2: 時々促しがあれば表現できる	3: 時々自発的に緊張増加がわかる	4: たいいてい感じることができる	5: 常に緊張増加を自覚し表現できる
2	緊張の言語的表出	1: はっきりと表現できない	2: 時々簡単にはっきりと促しがあれば表現する	3: 時々自発的に簡単にはっきりと表現する	4: たいいてい自発的に表現する	5: 常に自発的にその意味まで表現できる
3	緊張緩和の方法	1: 何もしない	2: 時々1つくらいならできる	3: 活動を創造することに協力する	4: サポートがあれば2つ以上の活動をする	5: 自発的に2つ以上の活動をする
4	否定的感情, 怒りの感情の自覚	1: 不快, 過敏, フラストレーションや怒りの感情を隠しているか否定している	2: 非常にまれに1の感情を治療者・友人に表す	3: まれに1の感情を治療者・友人に表す	4: 頻繁に1の感情を集団のなかで話す	5: 常に1の感情について話す
5	緊張を高めてしまうような考え方	1: 不快, 過敏, フラストレーションや怒りの感情の誘因となる考え方を特定できない	2: 時々強力に援助すれば治療者や友人と1について話すことができる	3: 時々少し援助すれば1について話せることができる	4: 通常ほとんど援助なしでも1について話すことができる	5: 常に自発的に治療の間に1について話すことができる
6	緊張を高めてしまうような出来事	1: 引き金となる出来事を特定できない	2: 非常にまれに1について特定できることがある	3: 時々1について治療者・友人と話せる	4: 促せば1について気づく	5: 自発的に1について特定できる
7	緊張を緩和するための個人の方法	1: イライラや怒りを予防/減少させる方法を思い描けない	2: 適切な援助があれば1の方法が実行できる	3: スーパーバイズするか継続して援助すれば1の方法を見つげられる	4: 最小の援助かスーパーバイジョンで必要時に1を行える	5: 1のための方法を自発的に身につけている
8	リラックスする考えについての気づき（落ち着いたりリラックスできるイメージを思い描くことができる。たとえば, 海や景色, 音楽など）	1: リラックスするための考えを見つげることができない	2: 治療者や友人に援助してもらえば2, 3つ思い描ける	3: 時々自発的に治療者・友人と1について話ができる	4: 通常自発的に集団のなかで1の内容を話せる	5: 常に自発的に集団のなかで1について話せる
9	リラックスする活動を見つげること（スポーツ, ゲーム, 読書, 芸術活動, 散歩など）	1: リラックスする活動を見つげられない	2: 治療者・友人と少なくとも1つの活動を見つげられる	3: 時々治療者・友人と1つか2つの活動について話せる	4: 集団のなかで最低2つの活動について話せる	5: 自発的に3つ以上の活動を見つげられる
10	嫌いなタイプとその特徴（嫌い, 存在そのものが不快と感じるような身体的, 心理的特徴がわかること）	1: 嫌悪感を引き起こすような特徴を特定できない	2: 治療者や友人の援助があれば最低1つは特定できる	3: 集団のなかで最低2つそのような特徴を見つげることができる	4: 自発的に最低2つそのような特徴を集団のなかで特定し, 話すことができる	5: 自発的に3つ以上集団のなかでそのような特徴を描くことができる
11	好きなタイプとその特徴	1: 好きになるような特徴を特定できない	2: 治療者や友人の援助があれば最低2つは特定できる	3: 集団のなかで最低3つそのような特徴を見つげることができる	4: 自発的に最低3つそのような特徴を集団のなかで特定し, 話すことができる	5: 自発的に4つ以上集団のなかでそのような特徴を描くことができる
12	安全ではない/不安にさせるような出来事	1: 不安にさせるような出来事を何も特定できない	2: 援助があれば最低1つのそのような出来事を特定できる	3: 最低2つの出来事を特定しそれに関連する特徴と結びつけることができる	4: 自発的に最低2つの出来事を集団での話し合いのなかで特定できる	5: 3つ以上の出来事を集団の話し合いのなかで特定できる

13	安心感を得ることができるような出来事（うれしくなるようなこと、安全だと思えるようなこと）	1:安心を生み出すような出来事を何も特定できない	2: 援助があれば1つは見つけられる	3: 援助があれば2つは見つけられ、それに関連する特徴と結びつけられる	4: 自発的に集団の話し合いのなかで最低2つは見つけられる	5: 自発的に集団の話し合いのなかで3つ以上は見つけられる
14	治療に結びつけられるような成功体験	1: 成功した事例を挙げることができない	2: 援助すれば1つは言える	3: 援助すれば2つは言える	4: 最小の援助で主要な出来事を挙げられる	5: 自発的に成功体験を挙げられる
15	責任の帰属（何かの出来事や入院の契機となった犯罪について）	1: 自分の行動が原因であることを認められない	2: はっきりしないものの原因になった行動を認める可能性がある	3: いくつかの自分の行動について原因になりそうなものをすべてではないが特定できる	4: 援助すれば原因となる自己の行動を主要部分で認識できる	5: 自発的にすべての原因となる行動について認識できる
16	自己評価（自身の行動、情動の問題についての現実検討能力）	1: 行動、情動の問題について全く現実検討できない	2: 援助すれば1つは言える	3: 援助すれば2つ以上言える。それに関連する特徴を挙げることができる	4: 自発的に2つ以上言える。問題を打開する病識をもち始める	5: 現実検討能力があり、問題を打開する病識をもっている
17	問題の優先順位	1: 緊急の問題に関して優先順位をつけることができない	2: 援助すれば、1つは初期の治療にかかわる問題を見つけれられる	3: 援助すれば2つ以上優先問題を特定しどちらが最優先かわかる	4: 自発的に2つの緊急の問題を見つけ、どちらが先かわかる	5: 自発的にいくつもの問題のうち緊急なもの最優先のものがわかる
18	治療到達目標へのプランができること（治療に関する理論的理解をすることができ、そして治療に満足して協力できるように適切に評価できる）	1: 現実的な計画ができない	2: いくらか自分でできる。現実的な計画を立てるためにスタッフに助言を求められることができる	3: 援助があれば、現実的な計画ができる	4: 援助があれば計画を決定し、それを続けていく努力を示すことができる	5: 自発的に計画をしてそれを続けていくことができる
19	治療へのコンプライアンス（薬物療法のみではなく、治療のかかわりや、治療やケアの計画に自身が参加することを含む。面接では患者は自分の治療を肯定的に話す。治療場面では患者の治療的関係の一部または別の治療が肯定的にかつ意図的に実行されている）	1: 問題を話し合ったり解決したりすることに協力できない	2: 常に援助があれば治療者に協力する	3: あまり援助しなくても協力し、いくつかは成功する	4: ほとんどの時間よく協力する	5: 常に治療者に協力する
20	期待（到達目標）（自分の治療結果に期待するものを示すことができる。個人の能力以上のことを望まず、最近の治療への反応や、回復の状況に気をつけていることができる）	1: 長期・短期的到達目標について現実的な見通しができない	2: 援助と助言があれば短期的到達目標を現実的につくれる	3: 援助と助言があれば長期的な到達目標を現実的につくれ、短期的な目標との結びつきがわかる	4: 最小限の促しを与えれば短期、長期の到達目標を設定し、再評価の後、自発的に修正する	5: 長期、短期的に到達できることについて現実的な期待ができる

3. コミュニケーションとソーシャルスキル

1	表情の印象	1: 不適切に固い、または極端に変動しやすい表情で促しにも反応しない	2: 促せば適切に変動する	3: 自発的で頻繁に適切に変化する表情	4: 大部分の時間、適切に変化する	5: 社会的な対人交流の間、適切に変化する
2	アイコンタクト（視線を合わせる）	1: 誰ともいつでもアイコンタクトしない	2: よく知っている人物に対してだけまれにアイコンタクトする	3: 時々適切な促しがあればアイコンタクトする	4: 通常系統的にアイコンタクトする	5: 常に妥当な間隔でアイコンタクトを維持する
3	他者に対するときの姿勢	1: 身体/頭を常に別の方向に向けたまま	2: 友人や知り合いに短く身体/頭を向ける	3: 身体/頭を少なくとも5分間は相手に向ける	4: 身体/頭を15分以上は相手に向ける	5: 身体/頭を大部分の社会的な対人交流の間、向けている
4	姿勢	1: 非常に緊張している。じっと座ったり立ったりしていられず、頻繁に姿勢を変える	2: 緊張しているが5~15分は集団で座っていられる	3: 敏感な部分での話し合いになると緊張する	4: 大部分の時間、姿勢はリラックスしている	5: 常にリラックスしている
5	身振りでの表現	1: 何の身振りもなし	2: わずかに示すが不適切	3: 時々適切なジェスチャーをする	4: ほとんどの時間、適切なジェスチャーをする	5: 常に適切なジェスチャーをする
6	社会的距離（対人距離）	1: 常に近すぎたり遠すぎたりする	2: 説得して5分以内は適切な距離にいる	3: 自発的に修正する。維持するのは5分以内	4: 快適な社会的距離を通常維持できる	5: 常に快適な社会的距離を保つ
7	声の調子	1: 常に平坦、無口またはわざとらしさがある	2: 常々平坦、無口またはわざとらしさがあり、声の調子はわからない	3: 時々平坦、無口、わざとらしさがある	4: 通常表現豊かで変化がある	5: 常に表現豊かで変化がある
8	口調	1: 完全に、口調が不適切	2: 短い時間、良好な口調で話す	3: 自発的に短い時間良好な口調である	4: 大部分良好(20分程度)	5: 常に良好
9	言語の速さ	1: 真似できないほど速いか何も話さない	2: 常々速すぎるか遅すぎる(20分以上)	3: 20分以上は適切な速さで話す	4: 常々適切な速さで話す。時々興奮したりストレスフルになったりする	5: 常に適切な速さで話す

10	自発的な会話	1:決して自分から話を始めない	2:時々自分から話を始める	3:友人とは話を自分からするが、知らない人と難しい	4:時々あまり知らない人でも話を自発的にする	5:適切に話を始める
11	会話の量	1:社会的に適切な量をコントロールできない	2:援助があれば5分ほどは適切な会話を保てる	3:援助すれば15分以上適切な会話を維持できる	4:通常自発的に適切な会話を維持できる	5:完全に会話を適切に自己コントロールできる
12	流暢さ	1:会話を維持するのは非常に困難	2:ストレス性の言語障害が友人と話すときでも目立つ	3:ストレス性の言語障害があまり慣れない人と目立つ	4:通常流暢に話す時々とぎれる	5:常に流暢に話す
13	会話への割り込み	1:他者への考慮なしにいつでも話す傾向	2:通常話しすぎるが、止められれば時々待つことができる	3:通常話しすぎるが、時々自発的に待つことができる	4:通常待つことができるが、時々ストレスや興奮により割り込む	5:いつでも話の順番が待てる
14	聞く技術	1:決して他人の話を聞かない	2:時々短い注意を向ける	3:自発的に15分は他者の話を聞いている	4:通常他者の言うことを注意深く聞いている	5:常に他者の言うことを注意深く聞ける
15	質問への反応	1:質問に全く答ええない	2:常に非常に短く不完全な答え	3:時々援助すればきちんと答える	4:通常きちんと答えるが時に遠慮がち	5:常に質問にきちんと答える
16	話題（会話の内容）	1:常に中心的な1つの話題しか話さない	2:援助があれば限られた数の話題について話す	3:援助すればいろいろな話題を話す	4:自発的にいろいろな話題を話す、時に限られる	5:常に自発的にいろいろな話題を話す
17	自己中心的な会話	1:常に自分のことしか話さない	2:ほとんど自分のことしか話さない	3:時々自分のことばかり話す	4:ほとんど適切に自分のことを話す	5:常に適切
18	率直さ（気分を尋ねたとき、患者は当惑したり、口ごもったり、あるいは乱暴になったりすることなく落ち着いて話ができること）	1:常に感情について話せないか避ける	2:治療者と感情について話すときは渋々話す	3:友人とは援助すれば個人感情について話す	4:自発的に集団で5分個人感情について話す	5:常に個人感情について話ができる
19	意見を表現する（自分の考えを話す）	1:決して個人の意見を言わない	2:援助すればまれに表現できるが、明らかにストレスになる	3:時々自発的にストレスなく友人に意見を言う	4:援助すればストレスなく意見を言う	5:自発的に意見を言う
20	異議を唱える（他人の話に対して反対のとき自分の意見を言える）	1:他者からの意見に反対することができない	2:援助すれば、非常に時々友人や治療者の意見に反対することができる	3:非常に時々自発的に友人や治療者に反対意見を言う	4:非常にまれに集団内で自発的に反対意見を言う	5:集団内で自発的に自信をもって反対意見を言える
21	議論する	1:通常非常に攻撃的になり、暴力になる	2:通常攻撃的な口調でアドバイスを聞かないが、暴力にはならない	3:援助があれば攻撃性を抑えられる	4:通常攻撃的になることなく議論ができる	5:完全に攻撃的にならずに議論ができる
22	依頼する	1:依頼や要求をすることはしない	2:時々援助があれば友人や治療者に依頼や要求ができる	3:時々自発的に友人や治療者に依頼や要求ができる	4:まれに集団内で自発的に依頼や要求ができる	5:自発的に集団内で依頼や要求ができる
23	積極性	1:全くはっきり言うことができない	2:うなずいたり首を振ったりするが、積極的に反対しない	3:時々援助があればはっきりものを言う	4:時々自発的にはっきりものを言う	5:集団内ではっきりものを言うことができる
24	整容（人と社会的交流をするのに適した整容ができること）	1:全く注意を払わない	2:時々援助があれば可能	3:援助があれば可能	4:最小限のサポートで可能	5:常に自分でできる
25	社会的活動（自分の行動や個性を自覚して社会的対人交流のなかで適切に活動することができる）	1:決して参加しない	2:援助があれば時々短時間参加する	3:時々自発的に短時間参加する	4:自発的に20分程度は参加する	5:自発的に参加できる
26	感情のコントロール	1:ほとんどコントロールしたり感情を表現したりできない	2:時々援助があれば感情をコントロールしたり表現したりできる	3:通常援助があればコントロール可能	4:通常自発的にコントロールするか適切に表現できる	5:常に感情をコントロールできる
27	他者との関係	1:他者と一緒にいることができない	2:他人とうまく過ごすことが困難	3:援助があれば30分は他人と上手に過ごせる	4:通常自然に他人と一緒にいることができる	5:常に他人と上手につきあえる
28	コミュニケーションの容易さ	1:常に他人とコミュニケーションをとることが難しい	2:治療者や友人と援助があれば短い間コミュニケーションできる	3:自発的に30分は友人や治療者とコミュニケーションできる	4:通常自発的に集団内で容易にコミュニケーションできる	5:常に自発的に他者とコミュニケーションできる
29	社交性とサポート	1:常に内気で静か、自閉的	2:通常内気で静か、時々友人に対して手助けする	3:援助があれば他者に対して援助しようとする	4:自発的に他者を援助しようとする	5:常に自発的に他者を援助しようとする
30	他人に従う	1:決して穏やかでなく攻撃的になる	2:通常穏やかではないが暴力はない	3:時々援助があれば穏やか	4:通常自然に穏やかに従う	5:常に穏やかに従うことができる

4. 作業（仕事）とレクリエーション活動（余暇活動）

1	作業	参加	NA	1:参加率<25%	2:参加率25~50%	3:参加率51~75%	4:参加率>75%	5:定期的に参加
2	作業	時間を守る（遅刻しないだけでなく、作業の予定に沿って参加できること）	NA	1:全く守れない	2:全援助があれば時間どおり	3:定期的観察で時間どおり	4:最小の援助で時間どおり	5:時間どおり

3	作業	病欠（本来なら出席できる程度であるにもかかわらず調子が悪いと言って休むこと、本当に調子が悪い場合は含まない）	NA	1:1週間に1度以上	2:1か月に1～3回	3:1か月に1度以下	4:1年に数回	5:なし
4	作業	適応性	NA	1:作業に適応できない	2:完全に援助すれば部分的に適応	3:完全に援助すれば適応可能	4:最小の観察で適応可能	5:適応可能
5	作業	集中	NA	1:集中できない	2:完全に援助すれば集中できる	3:定期的な観察で集中可能	4:最小の援助で集中可能	5:集中できる
6	作業	チームワーク	NA	1:チームで作業できない	2:完全に援助すればチームで作業する	3:定期的な観察があればチームで作業する	4:最小の援助で十分チーム作業ができる	5:援助なしでチーム作業をうまく行う
7	作業	興味	NA	1:作業に興味を示さない	2:完全に援助すれば時折興味を示す	3:完全に援助すれば毎回興味を示す	4:最小の援助で毎回興味を示す	5:援助なしで興味を維持する
8	作業	作業の質	NA	1:一貫して質が低い	2:完全に援助すれば質が改善する	3:定期的観察で適切な質を保つ	4:最小の援助で適切な質を保つ	5:援助なしで一貫した質を保つ
9	作業	自発性	NA	1:自発性を示さない	2:完全に援助すればある程度自発性を示す	3:定期観察があればある程度自発性を示す	4:最小の援助で適切な自発性を示す	5:援助なしで一貫した自発性を示す
10	作業	反応性（指示を聞きそれに従うこと）	NA	1:指示に対して反応しない	2:完全に援助すればある程度反応を示す	3:定期観察でかなり反応を示す	4:最小の援助で良い反応をする	5:援助なしで一貫した反応をする
11	余暇	余暇活動	NA	1:余暇活動の参加を楽しむことができない	2:事前に打ち合わせがあれば少し長く興味を示す	3:事前に打ち合わせがあれば少し長く興味が続く	4:最小の援助で自分の活動を楽しむ	5:援助なしで自分の活動を楽しむ
12	余暇	余暇と気晴らし	NA	1:余暇活動参加中、息を抜けないし緊張する	2:完全に援助すれば短い気晴らし（10分間）をする	3:完全に援助すれば30分気晴らしする	4:最小の援助で1時間気晴らしする	5:余暇活動参加中、援助なしで気晴らしする
13	余暇	余暇活動の計画	NA	1:余暇活動の計画に関し自発性がないことを示す	2:完全に援助すれば時折余暇活動を計画する	3:最小の援助で時折余暇活動を計画する	4:普段自発的に余暇活動を計画する	5:いつも自発的に余暇活動を計画する
14	余暇	（余暇活動の）選択の適切性	NA	1:明らかに自分の強さと弱さに気づいていない	2:説明があれば余暇活動を時折面白く味わう	3:完全に援助すれば適切に選択する	4:最小の手助けで適切に選択する	5:援助なしで適切に選択する
15	余暇	余暇活動への参加	NA	1:余暇活動に対して動機がない、もしくはやりすぎる	2:完全に援助すれば時折参加する	3:最小の援助で一つの活動をする	4:自発的に1つの活動をする	5:自発的に活動のいくつかの種目範囲内を行う
16	余暇	趣味と興味	NA	1:趣味や興味を示さない	2:完全に援助すれば一時的に興味を示す	3:完全に援助すれば規則的に興味を示す	4:最小の援助で規則的に興味を示す	5:援助なしで自発的に興味を持続する
17	余暇	仲間との余暇の共有	NA	1:集団余暇活動に興味がないか、やりすぎる	2:完全に援助すれば時折興味を示す	3:完全に援助すれば1つの活動に興味をもつ	4:最小の援助で1つの活動に興味をもつ	5:援助なしで1つの活動に興味をもつ
18	余暇	余暇活動を仲間と共有しようとする	NA	1:常に一人で余暇を過ごす（パズルや、絵画など一人での活動）	2:集団ではなく別に余暇活動に参加する	3:促されれば時折集団余暇活動へ参加する	4:一人の友人と一緒に集団余暇活動にすれば参加する	5:毎回友達と集団余暇活動に参加する
19	余暇	異性との交流	NA	1:緊張と神経をびりびりさせていることにより関係をうまくいかせることができない	2:緊張はないがまだうまくやっていくことができない	3:2, 3人の個人の知り合いなら緊張しない	4:たいてい仲良く緊張しない	5:常に仲良く緊張しない
20	余暇	男女交際	NA	1:はっきりした興味は全くない	2:(近づいたとき)少し消極的な興味を示す	3:(最初に動く)少し積極的な興味を示す	4:まれに関係を引き続き行う	5:交際するかもしれない人に普通に興味をもつ

5. セルフケアと家族のケア

1	栄養（体重が正常に維持される程度に栄養摂取ができるか）	NA	1:体重の増減管理が非常に難しい	2:体重の増減を点検するのに協力する	3:完全に援助すれば徐々に改善する	4:最小の援助で正常体重を維持する	5:援助なしで正常体重を維持する
2	料理	NA	1:まるで料理できない	2:完全に援助すれば簡単なものならできる	3:定期的に観察すれば簡単な料理ができる	4:最小の援助で簡単な料理ができる	5:手助けなしで料理できる
3	規則的な食事	NA	1:規則正しい食事が確立できない	2:完全に援助すれば規則正しく食事する	3:定期的に観察すれば規則正しく食事する	4:最小の援助で規則正しく食事する	5:援助なしで規則正しく食事する
4	自分の食事の準備	NA	1:自分の食事を準備できない	2:完全に援助すれば飲料物やスープの準備ができる	3:完全に援助すれば簡単な食事を準備できる	4:最小の援助で簡単な食事を準備できる	5:援助なしで簡単な食事を準備できる
5	他の人の食事の準備（同居の家族の食事を作ることなど）	NA	1:他の人の食事を準備できない	2:完全に援助すれば他の人の飲み物やスープを準備できる	3:完全に援助すれば他の人の簡単な食事を準備できる	4:最小の援助で他の人の簡単な食事を準備できる	5:援助なしで他の人の簡単な食事を準備できる

6	食物の保管	NA	1:きちんと食べ物をしまっておくことができない	2:完全に援助すればきちんと食べ物をしまっておく	3:定期的に観察すればきちんと食べ物をしまっておく	4:最小の援助できちんと食べ物をしまっておく	5:援助なしできちんと食べ物をしまっておく
7	食物の蓄え	NA	1:必要なものを蓄えることができない、もしくは過剰な買い込みをしてしまう	2:完全に援助すればきちんと必要なものを蓄える	3:定期的に観察すれば必要なものを蓄える	4:最小の援助できちんと必要なものを蓄える	5:援助なしできちんと必要なものを保管する
8	個人の衛生	NA	1:個人衛生を維持できない、もしくはやりすぎる	2:完全に援助すれば個人衛生を維持する	3:定期的に観察すれば個人衛生を維持する	4:最小の援助で個人衛生を維持する	5:援助なしで個人衛生を維持する
9	健康への注意	NA	1:簡単に健康をないがしろにする、もしくは警戒しすぎる	2:完全に援助すれば適切な予防策をとる	3:定期的に観察すれば適切な予防策をとる	4:最小の援助で適切な予防策をとる	5:援助なしで適切な予防策をとる
10	医療の援助を探す	NA	1:医療援助を探せない、もしくは過剰に受診する	2:完全に援助すれば適切な医療援助を探す	3:定期的に観察すれば適切な医療援助を探す	4:最小の援助で適切な医療援助を探す	5:援助なしで適切な医療援助を探す
11	天候に留意した服装	NA	1:天候に合わせた適切な服を着ることができない	2:完全に援助すれば天候に合わせた適切な服を着る	3:定期的に観察すれば天候に合わせた適切な服を着る	4:最小の援助で天候に合わせた適切な服を着る	5:援助なしで天候に合わせた適切な服を着る
12	衣類と履き物	NA	1:服と履き物を清潔にできないか、逆に強迫的に服をきれいにする	2:完全に援助すれば適切に服と履き物をきれいにする	3:定期的に観察すれば適切に服と履き物をきれいにする	4:最小の援助で適切に服と履き物をきれいにする	5:援助なしで適切に服と履き物をきれいにする
13	衣類の管理	NA	1:服装を気かけないか、逆に過剰な服装をし続ける	2:完全に援助すれば適切な服装を維持する	3:定期的に観察すれば適切な服装を維持する	4:最小の援助で適切な服装を維持する	5:援助なしで適切な服装を維持する
14	衣類の保管	NA	1:服をしまえないか、逆に強迫的にしまう	2:完全に援助すれば適切に服をしまう	3:定期的に観察すれば適切に服をしまう	4:最小の援助で適切に服をしまう	5:援助なしで適切に服をしまう
15	家庭内の危険物	NA	1:危険物に対して用心しないか、逆に強迫的に用心する	2:完全に援助すれば適切に危険物に対して用心する	3:定期的に観察すれば適切に危険物に対して用心する	4:最小の援助で適切に危険物に対して用心する	5:援助なしで適切に危険物に対して用心する
16	お金の管理	NA	1:適切にお金を管理できない	2:完全に援助すれば適切にお金を管理する	3:定期的に観察すれば適切にお金を管理する	4:最小の援助で適切にお金を管理する	5:援助なしで適切にお金を管理する
17	節約(後で必要になるものに関してきちんと洞察しないで、電気や水道など家庭内資源を浪費してしまうこと)	NA	1:資源を節約できない	2:完全に援助すれば適切に資源を節約する	3:定期的に観察すれば資源を適切に節約する	4:最小の援助で適切に資源を節約する	5:援助なしで適切に資源を節約する
18	家の管理(家の掃除や整理、建物の保守点検など。ここでは食事や洗濯は含まない)	NA	1:家事をしない、もしくは強迫的にしすぎる	2:完全に援助すれば適切に家事をする	3:定期的に観察すれば適切に家事をする	4:最小の援助で適切に家事をする	5:援助なしで適切に家事をする
19	食後の片づけ	NA	1:食後の片づけをしない、もしくはやりすぎる	2:完全に援助すれば適切にきれいにする	3:定期的に観察すれば適切にきれいにする	4:最小の援助で適切にきれいにする	5:援助なしで適切にきれいにする
20	洗濯	NA	1:洗濯しない、もしくはやりすぎる	2:完全に援助すればきちんと洗う	3:定期的に観察すればきちんと洗う	4:最小の援助できちんと洗う	5:援助なしできちんと洗う
21	ベッドメイク	NA	1:ベッドメイクをしない、もしくは強迫的にする	2:完全に援助すれば適切にベッドメイクする	3:定期的に観察すれば適切にベッドメイクする	4:最小の援助で適切にベッドメイクする	5:援助なしで適切にベッドメイクする
22	リネン交換	NA	1:リネン交換しない、もしくは強迫的にする	2:完全に援助すれば適切にリネン交換する	3:定期的に観察すれば適切にリネン交換する	4:最小の援助で適切にリネン交換する	5:援助なしで適切にリネン交換する
23	外出	NA	1:家を出ることができない	2:完全に援助すれば外出する	3:定期的に観察すれば外出する	4:最小の援助で近くに外出する	5:援助なしで近所に外出する
24	交通機関の利用	NA	1:公的・私的交通機関を利用できない	2:完全に援助すれば公的・私的交通機関を利用する	3:定期的に観察すれば公的・私的交通機関を利用する	4:最小の援助で公的・私的交通機関を利用する	5:援助なしで公的・私的交通機関を利用する
25	買い物	NA	1:買い物ができない	2:完全に援助すれば買い物する	3:定期的に観察すれば買い物する	4:最小の援助で買い物する	5:援助なしで買い物する
26	身だしなみ	NA	1:身だしなみをいつまかまわらないか、もしくはやりすぎる	2:完全に援助すれば適切に身だしなみを整える	3:定期的に観察すれば適切に身だしなみを整える	4:最小の援助で適切に身だしなみを整える	5:援助なしで適切に身だしなみを整える
27	フェイシャルケア	NA	1:汚い顔ひげ、もしくは下手な化粧をする	2:完全に援助すれば適切にフェイシャルケアをする	3:定期的に観察すれば適切にフェイシャルケアをする	4:最小の援助で適切にフェイシャルケアをする	5:援助なしで適切にフェイシャルケアをする
28	状況に応じた服装	NA	1:状況に応じた服装ができない	2:完全に援助すれば状況に応じた服装をする	3:定期的に観察すれば状況に応じた服装をする	4:最小の援助で状況に応じた服装をする	5:援助なしで状況に応じた服装をする

29	外食(緊張してレストランなど見知らぬ人がいる場所では食事ができないということがないか)	NA	1: 外食できない	2: 完全に援助すればファーストフード程度の外食をする	3: 完全に援助すれば食堂で食事する	4: 最小の援助で食堂で食事する	5: 援助なしで食堂で食事する
30	テーブルマナー(手づかみ, 大きなグップ, 口から物をとぼしながら食べるなど不作法な振る舞いや, 逆に作法に過剰に厳格で他者の食べ方に口を出すなど)	NA	1: 全くテーブルマナーに欠けているか, もしくはやりすぎる	2: 完全に援助すれば適切なテーブルマナーをする	3: 定期的に観察すれば適切なテーブルマナーをする	4: 最小の援助で適切なテーブルマナーをする	5: 援助なしで適切なテーブルマナーをする

6. 共感

1	自分自身を「他人の生活」のなかで考える(他人のことを考え感じることで自分自身を認識できるということを表している行動)		1: 他人の生活を考える行動が見られない	2: 他人の生活を考える行動がまれに見られる	3: 他人の生活を考える行動が半分は見られる	4: 他人の生活を考える行動が半分以上見られる	5: 他人の生活を考える行動がいつもできる
2	他人の感情を理解し自分のものと区別する		1: 他人の感情を理解することが全くない	2: まれに他人の感情を理解する行動をする	3: 他人の感情を理解する行動が半分は見られる	4: 他人の感情を理解する行動が半分以上見られる	5: 他人の感情を理解する行動を常にできる
3	他者への感受性(他者の感情に敏感で気遣いのできることで, 冗談を分かり合う, 励ますなど仲間としての感情を表す)		1: 他者の感情を気遣う行動が全くない	2: 他者の感情を気遣う行動がまれに見られる	3: 他者の感情を気遣う行動が半分程度は見られる	4: 他者の感情を気遣う行動が半分以上見られる	5: 他者の感情を気遣う行動が常にみられる
4	他者の希望や欲求に対する共感(他者が必要とし, 希望していることに共感を表す)		1: 他者の希望や欲求に対する共感が全くない	2: 他者の希望や欲求に対する共感がまれに見られる	3: 他者の希望や欲求に対する共感が半分は見られる	4: 他者の希望や欲求に対する共感が半分以上は見られる	5: 他者の希望や欲求に対する共感が常にみられる
5	他者の喜びを自分もうれしく思う		1: 他者の喜びを自分もうれしく思うことが全くない	2: 他者の喜びを自分もうれしく思うことがまれにある	3: 他者の喜びを自分もうれしく思うことが半分はある	4: 他者の喜びを自分もうれしく思うことが半分以上ある	5: 他者の喜びを自分もうれしく思うことが常にできる
6	他人が自分自身を表現することを認める(自分と同じように他者を尊敬し受容することができる)		1: 他人が自分自身を表現することを認めることが全くない	2: 他人が自分自身を表現することがまれにある	3: 他人が自分自身を表現することが半分はある	4: 他人が自分自身を表現することが半分以上ある	5: 他人が自分自身を表現することを常にできる
7	社会的な関係のなかで意見交換することに興味をもつ(他者の意見に関心を示し意見交換することができる)		1: 意見交換することに興味をもたない	2: 意見交換することに興味をもつことがまれにある	3: 意見交換することに興味をもつことが半分はできる	4: 意見交換することに興味をもつことが半分以上できる	5: 意見交換することに興味をもつことが常にできる
8	葛藤の対処		1: 葛藤の対処が全くできない	2: 葛藤の対処がまれにできる	3: 葛藤の対処が半分程度はできる	4: 葛藤の対処が半分以上できる	5: 葛藤の対処が常にできる
9	会話の共有(他者が話している話題に入っていくことができる。他者の話に興味をもって耳を傾けることができる)		1: 他者と会話を共有することが全くない	2: 他者と会話を共有することがまれにある	3: 他者と会話を共有することが半分はある	4: 他者と会話を共有することが半分以上ある	5: 他者と会話を共有することが常にできる
10	自己中心的な会話を抑える(自己の興味だけを話すことを控える)		1: 自己中心的な会話を抑えることが全くない	2: 自己中心的な会話を抑えることがまれにある	3: 自己中心的な会話を抑えることが半分程度ある	4: 自己中心的な会話を抑えることが半分以上ある	5: 自己中心的な会話を抑えることが常にできる
11	他者の話を聞く(他者に注意を払い視線を合わせ, 聞く態度をもって話を聞く)		1: 他者の話を聞くことが全くない	2: 他者の話を聞くことがまれにある	3: 他者の話を聞くことが半分程度ある	4: 他者の話を聞くことが半分以上ある	5: 他者の話を聞くことが常にできる
12	身体的「鏡映反応」(他者の痛みなどの身体感覚を理解し自分のことのように感じる, すなわち他人の痛みがわかる)		1: 他人の痛みが全くわからない	2: 他人の痛みがまれにわかる	3: 他人の痛みが半分程度はわかる	4: 他人の痛みが半分以上わかる	5: 他人の痛みが常にわかる
13	他人を助ける(必要なときに相手に救いの手をさしあげる)		1: 他人を助けることが全くない	2: 他人を助けることがまれにある	3: 他人を助けることが半分程度ある	4: 他人を助けることが半分以上ある	5: 他人を助けることが常にできる
14	虐待しない(自分の利益のために他者をいじめたり不当に扱ったりすることをしない)		1: 虐待しないことが全くない	2: 虐待しないことがまれにある	3: 虐待しないことが半分程度ある	4: 虐待しないことが半分以上ある	5: 虐待しないことが常にできる
15	聞く, 質問する(話を聞く, 会話で事実を知ろうとする, 適切な質問をするよう配慮する)		1: 聞くことと質問することが全くない	2: 聞くことと質問することがまれにある	3: 聞くことと質問することが半分程度ある	4: 聞くことと質問することが半分以上ある	5: 聞くことと質問することが常にできる
16	過ちを認め, 謝る(自分が悪いこと, あるいは間違ったことをしたと気づいているときに, それを認め適切に謝ったり理由を説明したりできる)		1: 過ちを認め, 謝ることが全くない	2: 過ちを認め, 謝ることがまれにある	3: 過ちを認め, 謝ることが半分程度ある	4: 過ちを認め, 謝ることが半分以上ある	5: 過ちを認め, 謝ることが常にできる
17	他者の考えを受け入れる(考えが違うからといって接することをやめてしまうことをしない)		1: 他者の考えを受け入れることが全くない	2: 他者の考えを受け入れることがまれにある	3: 他者の考えを受け入れることが半分程度ある	4: 他者の考えを受け入れることが半分以上ある	5: 他者の考えを受け入れることが常にできる
18	他者を励ます(他人が失望や不安を抱いているときに人に励まし気持ちを和らげることができる)		1: 他者を励ますことが全くない	2: 他者を励ますことがまれにある	3: 他者を励ますことが半分程度ある	4: 他者を励ますことが半分以上ある	5: 他者を励ますことが常にできる
19	被害者を認識する(他者が患者から受けた待遇によって著しく影響を受けたことを認める)		1: 被害者を認識することが全くない	2: 被害者を認識することがまれにある	3: 被害者を認識することが半分程度ある	4: 被害者を認識することが半分以上ある	5: 被害者を認識することが常にできる
20	他者にゆとりを与える(他者が患者との関係のなかで患者によって威圧されたり, じゃまにされたと感じたりするのではなく自由だと感じる)		1: 他者にゆとりを与えることが全くない	2: 他者にゆとりを与えることがまれにある	3: 他者にゆとりを与えることが半分程度ある	4: 他者にゆとりを与えることが半分以上ある	5: 他者にゆとりを与えることが常にできる
21	人としての犠牲者(犠牲者が物ではなく「人」であることを受け入れていること。必ずしも自分の行動の結果犠牲者になってしまったことを受容している必要はない)		1: 人としての犠牲者であることを全く認識しない	2: 人としての犠牲者であることをまれに認識する	3: 人としての犠牲者であることを半分程度は認識する	4: 人としての犠牲者であることを半分以上は認識する	5: 人としての犠牲者であることを常に認識できる

22	他人の悩みについての心配（患者が他の人に関して強くまたは心から心配していることを示す行動。共感し、援助しようとする態度や実際に特定の手助けをすることを根拠にする）	1:他人の悩みについて心配することが全くない	2:他人の悩みについて心配することがまれにある	3:他人の悩みについて心配することが半分程度ある	4:他人の悩みについて心配することが半分以上ある	5:他人の悩みについて心配することを常にできる
23	心理的干渉（他者に自分の意見を押しつけ他者が圧迫されていると感じさせないことができる。つまり過干渉にならない）	1:他者に過干渉にならないようにすることが全くない	2:他者に過干渉にならないようにすることがまれにある	3:他者に過干渉にならないようにすることが半分程度ある	4:他者に過干渉にならないようにすることが半分以上ある	5:他者に過干渉にならないようにすることが常にできる
24	他者の怖いと思う体験を分かち合う（他者が体験のなかで怖いとか不安に思う感じを自分も同じように感じることができる）	1:他者の怖いと思う体験を分かち合うことが全くない	2:他者の怖いと思う体験を分かち合うことがまれにある	3:他者の怖いと思う体験を分かち合うことが半分程度ある	4:他者の怖いと思う体験を分かち合うことが半分以上ある	5:他者の怖いと思う体験を分かち合うことが常にできる
25	思いやりを表現する（他の人のことを考えて、尊重することを言語的、非言語的に表現する）	1:思いやりを表現することが全くない	2:思いやりを表現することがまれにある	3:思いやりを表現することが半分程度ある	4:思いやりを表現することが半分以上ある	5:思いやりを表現することが常にできる
26	他者への興味（他者に共感し興味をもつことを言葉や態度で示す。加えて他者が自分の意見をはっきり言うのを嫌がらない）	1:他者への興味を全く示さない	2:他者への興味をまれに示す	3:他者への興味を半分程度は示す	4:他者への興味を半分以上は示す	5:他者への興味を常に示すことができる
27	人に気分を尋ねる（感覚的、身体的な気分について他者がどう感じているか聞くことができる）	1:人に気分を尋ねることが全くない	2:人に気分を尋ねることがまれにある	3:人に気分を尋ねることが半分程度できる	4:人に気分を尋ねることが半分以上ある	5:人に気分を尋ねることが常にできる
28	視線（他の人と適切に視線を合わせることを示している行動で、明確で典型的なものを評価者が観察しなければならない）	1:適切に視線を合わせる事が全くない	2:他の人と適切に視線を合わせる事がまれにある	3:他の人と適切に視線を合わせる事が半分程度ある	4:他の人と適切に視線を合わせる事が半分以上ある	5:他の人と適切に視線を合わせる事が常にできる
29	他者の興味とのバランス（他者が興味をもっていることに自分の興味と平等に重きをおく。他者の興味のあることに気を配る能力があるかを判断する）	1:他者の興味とのバランスをとることが全くない	2:他者の興味とのバランスをとることがまれにある	3:他者の興味とのバランスをとることが半分程度ある	4:他者の興味とのバランスをとることが半分以上ある	5:他者の興味とのバランスをとることが常にできる
30	他者のために何かする（利己的興味ではなしに他の人のために実践的で手助けになることをする）	1:他者のために何かすることが全くない	2:他者のために何かすることがまれにある	3:他者のために何かすることが半分程度ある	4:他者のために何かすることが半分以上ある	5:他者のために何かすることが常にできる

乳幼児をもつ共働き夫婦の QOL とスピルオーバーの関係

岩崎孝子

国立看護大学校；〒204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1
国立国際医療センター
iwasaki@adm.ncn.ac.jp

Relationships between QOL and Work-family Spillover of Dual-earner Couples with Young Children

Takako Iwasaki

National College of Nursing, Japan ; 1-2-1 Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒204-8575, Japan
International Medical Center of Japan

【Abstract】 The purpose of this study was to examine the relationship between QOL and work-family spillover among dual-earner couples with young children and differences of them. The subjects were 123 dual-earner couples with young children. Data were collected by a questionnaire comprising WHOQOL26 and work-family spillover scale. The results were as follows: The total QOL scores did not differ significantly by gender. The men's domain of 'physical health' and 'psychological health' was significantly higher than women's, whereas the women's 'social relationships' was significantly higher than men's. There are few correlations between men and women. The QOL of men was determined on the basis of 'positive spillover from good relationships between work and family' and 'negative spillover from work to family'. The QOL of women was predicted by 'positive spillover from benefits of roles' as well as 'good relationships between work and family' and 'negative spillover from family to work'. These findings suggest that it is important to support dual-earner couples with young children reducing negative spillover between work and family and promoting positive spillover between work and family.

【Keywords】 多重役割 multiple roles, 乳幼児をもつ共働き夫婦 dual-earner couples with young children, QOL, スピルオーバー work-family spillover

．緒言

価値観の変化や男女共同参画社会の推奨などにより、乳幼児をもつ共働き夫婦は増加している(厚生労働省, 2005)。このような夫婦は社会における仕事役割と子育てを含む家庭役割の両者を期待されている。「仕事と子育ての両立支援」は少子化にも伴い、次世代育成支援対策推進法案でも主要な指針として取り込まれている。しかしながら、男性の長時間労働や性別分業観が根強く残る社会背景などから、依然男性は仕事役割が重視され、家庭役割の多くは女性に負荷されている状況にあり、乳幼児をもつ共働き夫婦を取り巻く環境は十分整っているとは言い難い(内閣府男女共同参画局, 2006)。

仕事役割や家庭役割など複数の役割をもつこと、すなわち多重役割への従事において、仕事と家庭の関係は一種のストレスラーとしてとらえることができる(MacEwen & Baring, 1994)。この領域での知見は、主に母親を対象に役

割葛藤や、その影響としての抑うつなどネガティブな側面をとらえたものが多いことが指摘されている(小泉, 1997; 福丸, 2003)。しかし、多重役割を担うことは必ずしもネガティブな影響ばかりを従事者にもたらすのではない。ポジティブな影響をもたらすという知見も海外では蓄積されてきている(Barnett & Hyde, 2001)。しかし役割は社会や文化の規範の文脈のなかで形成されることを考えると、日本における社会的・文化的状況を考慮する必要がある(小泉, 1997)。日本における多重役割を担う人々に関する知見は、たとえば多重役割の従事が、乳幼児をもつ共働き夫婦において抑うつ(福丸, 2000a, 2001)や母親の子育てストレスなど(小泉, 菅原, 北村, 2001)に及ぼす影響や、役割葛藤が抑うつや満足感に与える影響を検討した研究(金井, 2002)などがあるが、海外に比べて実証的研究は少ない(金井, 2002)。多重役割を同様に担っていてもその認知には個人差があり、太田(2000)が指摘するように、役割間の関係認知が心身への影響の重要な規定因になると考えられる。したがって、乳幼児をもつ共働き夫婦の適切な支援を

行うには、多重役割の関係認知の影響を多角的にとらえ、包括的な健康に及ぼす影響をみていく必要がある。しかし、これらの人々の包括的な健康の指標である QOL に関する知見や、多重役割の関係認知が QOL に及ぼす影響を明らかにした知見はほとんど得られていない。これらを妻からの視点からだけでなく、夫と妻双方の相違を検討することは、看護上意義があると考えられる。

そこで本研究の目的は、多重役割を担う乳幼児をもつ共働き夫婦の QOL の相違を明らかにすること、ならびに多重役割間に関する認知、すなわちスピルオーバーと QOL の関係を明らかにし、その夫婦間の相違を検討することとした。これらの検討によって、乳幼児をもつ共働き夫婦の QOL 向上への看護支援のための基礎資料が提示できるのではないかと考えた。

・用語の操作的定義と概念枠組み

1. 用語の操作的定義

多重役割：仕事（有給の職業に従事すること）と家庭役割（配偶者役割、親役割、家事役割）に従事する状態とした。

スピルオーバー：仕事役割と家庭役割の関係性に関するモデルの一つであり、一方の役割における状況や経験が、他方の役割における状況や経験に影響を及ぼすことと定義される（Crouter, 1984；小泉, 1997；福丸, 2000a）。スピルオーバーは仕事役割から家庭役割、家庭役割から仕事役割の双方向性をもつ。どちらの方向性においても、役割間のネガティブな関係を想定したネガティブスピルオーバー（例；仕事が忙しくて家族とゆっくり過ごす時間がない）と、ポジティブな関係を想定したポジティブスピルオーバー（例；仕事がうまくいっているので家にいるときも気分がいい）がある。本研究では、仕事役割と家庭役割間に対してネガティブな認知評価の場合をネガティブスピルオーバー、ポジティブな認知評価の場合をポジティブスピルオーバーとした。

QOL：WHO の定義に基づき、個人が生活のなかで自分自身の人生の状況に対して感じる満足感・不満足感とした。

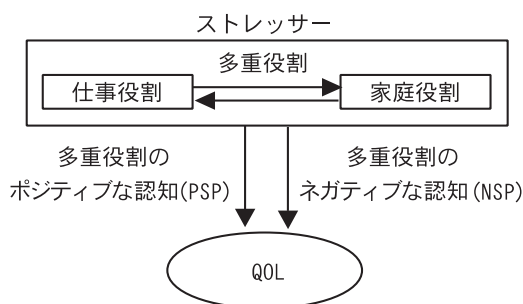


図 1 本研究の概念枠組み

2. 概念枠組み

概念枠組みを図 1 に示す。多重役割の従事をストレスサーとし、仕事役割と家庭役割の関係認知であるスピルオーバーが QOL に及ぼす影響を検討する。

・方法

1. 研究デザイン

本研究は質問紙法を用いた QOL とスピルオーバーの関連検証型研究である。

2. 調査対象および調査の実施

乳幼児をもつ共働き夫婦の夫と妻を対象とした。研究趣旨に同意の得られた関西圏 4 か所の保育園に通う乳幼児を養育する共働き夫婦に調査を行った。対象者に保育園を通し、紙面に記載した調査趣旨と無記名式質問紙を配布、自宅で夫婦別々に記入後、同封の返信用封筒にて郵送で回収した。調査期間は 2003 年 6～7 月である。

3. 調査内容

質問紙の構成は以下に示す WHOQOL26 尺度、改訂スピルオーバー尺度、対象者の背景要因に関する情報からなる。

QOL の測定には、WHOQOL26 尺度を用いた。これは異文化間の QOL の差異を調査する目的で WHO によって開発され、日本語版は田崎、中根（1997）によって邦訳、標準化されている。身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境の 4 領域 24 項目に、全体としての QOL を問う 2 項目を加えた 26 項目から構成され、5 段階のリッカート尺度で評価する（表 1）。得点が高いほど、QOL を高く認知していることを示す。

スピルオーバーの測定には仕事役割と家庭役割間関係を測定する福丸のスピルオーバー尺度（2000a）を著者の許可を得、改訂したものを用いた。改訂尺度は福丸の尺度の 12 項目を引用、新たな 6 項目を加えた 18 項目、5 段階リッカート尺度である。改訂箇所はポジティブな項目、ならびに予備調査で得られた知見などから新たな項目を加えたことである。因子分析（最尤法プロマックス回転）の結果、仕事役割から家庭役割へのネガティブスピルオーバー（以下、仕事役割から家庭役割への NSP）、家庭役割から仕事役割へのネガティブスピルオーバー（以下、家庭役割から仕事役割への NSP）、役割経験の恩恵によるポジティブスピルオーバー（以下、役割経験の恩恵による PSP）、役割の良い状態からのポジティブスピルオーバー（以下、役割の良い状態からの PSP）の 4 因子構造で、累積寄与率は 51.6% だった。NSP、PSP は独立に扱い、下位尺度で検討する。得点が高いほど、それぞれの NSP、PSP が高いことを示す（表 2）。改訂スピルオーバー尺度は内的一貫性と構成概念妥当性が支

表 1 WHOQOL26 尺度の構成

尺度名	項目数	領域	下位項目
WHOQOL26 尺度 (WHO,1997; 田崎, 中根訳) 26 項目 α 信頼性係数 = .873	7	(1) 身体的領域	日常生活動作, 医薬品と医療への依存, 活力と疲労, 移動能力, 痛みと不快, 睡眠と休養, 仕事の能力
	6	(2) 心理的領域	ボディイメージ, 否定的感情, 肯定的感情, 自己評価, 精神性 / 宗教 / 信条, 思考 / 学習 / 記憶 / 集中
	3	(3) 社会的関係	人間関係, 社会的支援, 性的活動
	8	(4) 環境	金銭関係, 自由 / 安全と治安, 健康と社会的ケア, 居住環境, 新しい情報と技術の獲得の機会, 余暇活動の参加と機会, 生活圏の環境, 交通手段
	2	(5) 全体	生活の質の評価, 健康状態への満足

表 2 改訂スピルオーバー尺度の構成

尺度名	項目数	α 信頼性係数	尺度の因子構造; 項目例
改訂スピルオーバー尺度	5	.826	(1) 仕事役割から家庭役割への NSP ; 仕事をしているので子どもの世話がいきとどかない, 仕事のために家事がおろそかになる
	4	.737	(2) 家庭役割から仕事役割への NSP ; 家事や育児のために仕事量を抑えなければならない, 家事や育児のために仕事役割を思うように果たせない
	5	.820	(3) 役割経験の恩恵による PSP ; 仕事での経験が家庭でも生かされる, 家庭での経験が仕事でも生かされる
	4	.756	(4) 役割の良い状態からの PSP ; 仕事があまくいっているので家にいるときも気分がいい, 家庭生活があまくいっているので仕事にも張り合いがでる

持され, 福丸のスピルオーバー尺度との併存妥当性は, 各下位尺度において $r = .81 \sim .933$ であった。

結果

4. 分析方法

分析は SPSS10.1 for Windows を用い, 統計的解析を実施した。スピルオーバーと QOL の関係の検討には Pearson の相関係数, 重回帰分析を行った。夫婦間の検討には, 対応のある t 検定を用いた。QOL と背景要因との検討は Kruskal Wallis 検定, Mann-Whitney 検定を用いた。有意水準は危険率 5%未満とした。

5. 倫理的配慮

神戸大学医学部倫理委員会承認後, 対象者に文書で研究目的と方法, 回答は無記名であり, 参加は自由意思であること, 結果は研究目的以外に使用しないことなどの説明を行い, 同意した場合のみ回答の返送を依頼した。

1. 対象者の背景

質問紙の回収数は妻 211 名 (回収率 41.1%), 夫 137 名 (回収率 28.2%) であった。そのうち夫婦ともデータのそろった 123 組 246 名を分析対象とした。

平均年齢は夫 35.7 ± 6.0 歳, 妻は 33.8 ± 4.5 歳, 子の人数平均 1.7 ± 0.7 人, 末子平均年齢 2.33 ± 1.7 歳, 核家族が 87% であった。夫の雇用形態はフルタイム就業が 90.2%, 労働時間は 50 時間以上が 55.3%, 妻の雇用形態はフルタイム就業 65.9%, パートタイム就業 30.9%, 労働時間は 40 ~ 49 時間が最も多く, 42.3% を占めた。配偶者以外の家事・育児サポートありは夫 31.7%, 妻 37.4% であった。

2. QOL およびスピルオーバー得点

1) QOL 得点

乳幼児をもつ共働き夫婦の QOL 得点と夫婦間の比較を表 3 に示す。総得点平均値は夫 $3.23 \pm .42$, 妻 $3.14 \pm .42$ で,

表3 乳幼児をもつ共働き夫婦の QOL 得点 (n = 123)

		夫 項目平均値±標準偏差	妻 項目平均値±標準偏差
領域	身体的領域	3.41 ± .51**	3.23 ± .52
	心理的領域	3.38 ± .53*	3.22 ± .53
	社会的関係	3.11 ± .60	3.25 ± .51*
	環境	3.02 ± .52	3.00 ± .51
	全体	3.10 ± .68	3.09 ± .66
総得点		3.23 ± .42	3.14 ± .42

対応のある t 検定 *p<.05, **p<.01

表4 夫および妻における QOL 項目別得点の下位 5 項目 (n = 123)

夫		妻	
下位項目 (領域)	平均値±標準偏差	下位項目 (領域)	平均値±標準偏差
余暇活動の参加と機会 (環境)	2.59 ± .91	余暇活動の参加と機会 (環境)	2.55 ± .91
睡眠と休養 (身体的領域)	2.63 ± .99	睡眠と休養 (身体的領域)	2.67 ± 1.04
金銭関係 (環境)	2.76 ± .90	健康と社会的ケア (環境)	2.67 ± .90
健康と社会的ケア (環境)	2.80 ± .79	日常生活動作 (身体的領域)	2.81 ± .93
性的活動 (社会的関係)	2.92 ± .76	交通手段 (環境)	2.85 ± 1.10

中程度を示す3をやや上回り、夫婦間に有意差はなかった。領域得点も夫婦ともすべて3以上であったが、「身体的領域」「心理的領域」がやや高めで、「環境」領域がやや低めだった。夫婦間の差異は「身体的領域」「心理的領域」で夫が妻より、「社会的関係」領域で妻が夫より有意に高かった。QOL が低い項目は、夫婦とも「環境」領域の「余暇活動の参加と機会」「健康と社会的ケア：利用のしやすさと質」、身体的領域の「睡眠と休養」で、さらに夫は「環境」領域の「金銭関係」、妻は「身体的領域」の「日常生活動作」だった(表4)。QOL 得点の夫と妻の相関は「環境」領域のみ弱い相関 ($r = .35, p < .01$) があった。

QOL 総得点において、背景要因による有意差が認められたものは、夫では子の人数が2人以上の群が1人の群より、週あたりの労働時間時間が50時間以上の群が49時間以下の群より有意にQOL 総得点が低かった(それぞれ $p < .05$)。妻では、労働時間が34時間以下の群が40～49時間の群より有意にQOL 総得点が低かった ($p < .05$)。夫の労働時間による妻のQOL の差異は認められなかった。

2) スピルオーバー得点

スピルオーバー得点と夫婦間の比較を表5に示す。得点は夫婦とも中程度を示す3前後であるが、「役割経験の恩恵によるPSP」が最も高く、「家庭役割から仕事役割へのNSP」

が最も低かった。特に夫の「家庭役割から仕事役割へのNSP」が2.11 ± .83と低い値を示した。夫婦間の比較では、「家庭役割から仕事役割へのNSP」「役割経験の恩恵によるPSP」が、有意に妻が高かった。夫と妻の相関は、下位尺度すべてで有意な相関はみられなかった。

3. QOL 得点とスピルオーバー得点との関係

QOL 得点とスピルオーバー得点との関係は、夫婦ともにQOL 総得点および領域得点のほとんどがスピルオーバー下位尺度の「仕事役割から家庭役割へのNSP」と有意な負の相関、また、すべてが「役割経験の恩恵によるPSP」「役割の良い状態からのPSP」と有意な正の相関を示し、特に「役割の良い状態からのPSP」では中程度以上の相関が多く認められた(表6)。

夫婦間の相違をみると、「仕事役割から家庭役割へのNSP」との負の相関はすべて妻より夫が高く、「役割経験の恩恵によるPSP」「役割の良い状態からのPSP」との正の相関は夫より妻のほうが高い傾向が認められた。また「家庭役割から仕事役割へのNSP」は、夫は総得点およびすべての領域で相関はなかったが、妻においては総得点ならびに「身体的領域」、「環境」領域、「全体」で有意な弱い負の相関が認められた。

表5 乳幼児をもつ共働き夫婦のスピルオーバー下位尺度得点 (n = 123)

スピルオーバー下位尺度	夫	妻
	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差
仕事役割から家庭役割へのNSP	2.96 ± .99	3.14 ± .79
家庭役割から仕事役割へのNSP	2.11 ± .83	2.88 ± .87***
役割経験の恩恵によるPSP	3.11 ± .75	3.51 ± .69***
役割の良い状態からのPSP	3.06 ± .68	3.13 ± .72

対応のある t 検定 ***p<.001

表6 QOL 得点とスピルオーバー下位尺度得点の相関関係 (n = 123)

QOL 総得点	領域	性別	仕事役割から家庭役割へのNSP	家庭役割から仕事役割へのNSP	役割経験の恩恵によるPSP	役割の良い状態からのPSP
			へのNSP	へのNSP	PSP	PSP
QOL 総得点		夫	-.422***	—	.312**	.553***
		妻	-.321***	-.215*	.463***	.652***
身体的領域		夫	-.416***	—	.225*	.467***
		妻	-.362***	-.267**	.254**	.483***
心理的領域		夫	-.291**	—	.308**	.488***
		妻	-.329***	—	.487***	.641***
社会的関係		夫	-.209*	—	.342***	.459***
		妻	—	—	.371***	.376***
環境		夫	-.326***	—	.209*	.393***
		妻	—	-.210*	.368***	.528***
全体		夫	-.358***	—	.203*	.352***
		妻	-.252**	-.221*	.352***	.506***

注) 有意な相関がみられたもののみ示す

Pearson の相関係数 *p<.05, **p<.01, ***p<.001

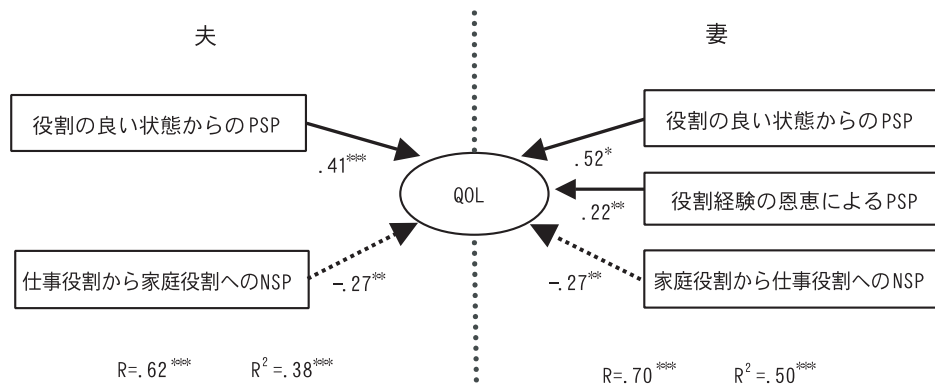


図2 重回帰分析 (ステップワイズ法) による QOL への予測因子 (n = 123)

p<.01, *p<.001

4. QOL へのスピルオーバーの影響

QOL へのスピルオーバーの影響を夫婦別に重回帰分析 (ステップワイズ法) で検討した (図 2)。基準変数は QOL 総得点, 説明変数は QOL と有意な相関 (r >.20 以上) のあるスピルオーバー下位尺度得点とした。その結果, 夫では「役割の良い状態からの PSP」が QOL を高め, 一方「仕事役割から家庭役割への NSP」が QOL を低めることに寄与していた。重相関係数は R = .62, 決定係数は R² = .38 で,

これらの 2 因子で夫の QOL の分散の 38% が説明された。妻では「役割の良い状態からの PSP」「役割経験の恩恵による PSP」が QOL を高め, 「家庭役割から仕事役割の NSP」が QOL を低めることに寄与していた。重相関係数は R = .70, 決定係数は R² = .50 で, これらの 2 因子で妻の QOL の分散の 50% が説明された。夫婦とも「役割の良い状態からの PSP」の標準偏回帰係数が高かった。

・ 考 察

本研究では、乳幼児をもつ共働き夫婦の包括的健康の指標としての QOL, および多重役割間の関係認知(スピルオーバー)と QOL の関係の夫婦間の相違について検討を行い、以下の知見を得た。

1. 乳幼児をもつ共働き夫婦の QOL の相違

乳幼児をもつ共働き夫婦の QOL の夫婦間の相違は、総得点では有意差はなかったが、「身体的領域」「心理的領域」で夫が、「社会的関係」で妻が有意に高かった。QOL 総得点、領域別得点とも中程度を示す 3 以上で、夫婦間の関連は「環境」領域のみ認められた。ここでは QOL の低かった下位項目に関する夫婦間の相違を中心に検討を行う。

QOL が低い項目において夫婦間で相違が認められたのは、夫は「金銭関係(環境)」, 妻は「日常生活動作(身体的領域)」であった。夫の経済状況に対する QOL が低かったのは、共働きによる経済的メリットを感じている(福丸, 2000b) 一方、夫が家計を支えるという性別分業感や、妻への両立負担に対する気兼ねなどが影響しているのではないかと推測される。妻の「日常生活動作」が低かったのは、限られた時間のなかで役割従事を行わなければならない、両立への調節などの毎日の活動能力の満足度が低く認知されたと考えられる。夫婦とも QOL が低い項目は、「余暇活動の参加と機会(環境)」「健康と社会的ケア: 利用のしやすさと質(環境)」「睡眠と休養(身体的領域)」であった。夫は仕事役割負荷により、妻は仕事役割と家庭役割負荷により、睡眠や余暇を楽しむ時間が十分とれず、身体的疲労やリフレッシュができていく状況が、QOL 低下の要因であることが考えられる。次世代育成支援推進法案は、男性を含めた働き方の見直しなどが含まれている。これらの施策の整備、推進とともに、個人に対する時間配分や役割分担の調整、両立サポート資源の情報提供・調整などの支援が必要である。また「健康と社会的ケア: 利用のしやすさと質」の項目も低かった。診療時間内の受診や、子の介護休暇の利用が難しいことが推測される。伊藤、瀧川、玉田(2000)によると、子が病気するとき、母親が欠勤して看護を行う場合がほとんどであり、子の病気を理由に仕事を欠勤することに心理的負担に感じていた。妻だけでなく夫も子の介護休暇を取りやすい環境整備、病児保育の充実、医療機関の外来受診時間検討や情報提供なども必要とされるであろう。

背景要因による夫婦別の QOL の比較では、夫は週あたりの労働時間 50 時間以上の夫は有意に QOL が低く、妻は労働時間が 40 ~ 49 時間の群が有意に 34 時間以下の群より QOL が高かった。夫婦間の家事・育児共有の現状調査(家事プロジェクト, 2003)において、妻が短時間労働の場合、

夫の家事・育児共有度は低く、妻が専業主婦家庭と差がなく、妻が常勤で働いている場合、家事・育児共有度は上がるという結果や、フルタイムの父母よりパートタイムの母親の子育てのストレスが高いという知見(初塚, 石田, 1996)もあり、妻の短時間労働のみが仕事役割と家庭役割負荷を軽減するとはいえないことが示唆される。今後、短時間労働に従事する妻の QOL に及ぼす要因に関しても、さらなる検討が必要と考える。

2. QOL とスピルオーバーの関係

QOL 得点とスピルオーバー得点との関係は、夫婦ともに QOL 総得点および領域得点のほとんどが「仕事役割から家庭役割への NSP」と有意な負の相関、またすべてが「役割経験の恩恵による PSP」「役割の良い状態からの PSP」と有意な正の相関を示した。特に「役割の良い状態からの PSP」では中程度以上の相関が多く認められた。これは Grzywacz(2000)も指摘するように、ネガティブスピルオーバーの増加はストレスと認知される一方、ポジティブスピルオーバーは心理・社会的な満足度を高め、QOL の資源となっていると考えられる。Neuman と Fawcett(2002)は、ストレスサーがシステムにポジティブまたはネガティブな影響を与える違いはクライアントの認知によると述べている。本研究でもこれらの認知の違いにより、QOL に影響を与えることが示された。つまり、仕事役割と家庭役割間の影響のネガティブな認知の軽減とポジティブな認知を高めることが、乳幼児をもつ共働き夫婦の QOL 低下の 1 次予防としての支援に有用なことが示唆された。

3. QOL とスピルオーバーの関係の夫婦間の相違

QOL とスピルオーバーの関係を夫婦別に検討する。「役割の良い状態の PSP」が QOL の向上に寄与していることは夫婦とも同様であった。これに加えて、夫は「仕事役割から家庭役割への NSP」が QOL の低下に寄与しており、妻は「家庭役割から仕事役割への NSP」が QOL の低下に、「役割経験の恩恵による PSP」が QOL を高めることに寄与しているという違いが認められた。

夫は仕事役割の大きな負荷がストレスと認知され、特に身体的領域の QOL 低下に影響を及ぼしていることが推測される。仕事役割から家庭役割へのネガティブスピルオーバーの先行要因として、小泉他(2003)や福丸(2001)の知見より労働時間や仕事ストレス、仕事役割の質が影響することが明らかになっている。これらの先行要因の軽減を図る職場環境整備と調整が必要であると考えられる。

妻は「家庭役割から仕事役割への NSP」が QOL 低下に寄与していた。夫のこの得点が著しく低かったことより、夫はネガティブスピルオーバーを認知しているほど家庭役割を担っていないことが考えられる。妻の得点は中程度以下

であったが、父親より母親のほうが家庭役割での負担が仕事役割に影響すると感じていること(福丸, 2003)や、時間的制約がQOLを低下する要因になると考えられる。QOLの向上には「役割経験の恩恵によるPSP」が寄与していたのは、山崎(1997)が育児期の女性は「母親としての自己」と、社会(職場)で必要とされる「母親として以外の自己」の2つの充実を望んでいると述べているように、日本のこの世代の女性が社会のなかでの自己実現を重視していることを反映しているためだろう。仕事役割と家庭役割を担うことによる相互の経験が有益であることを周囲の人々が肯定し、フィードバックすることが、妻自身の認知力を高め、妻のQOL向上につながるのではないかと考える。夫婦ともポジティブスピルオーバーの標準偏回帰係数が高かったことより、QOL向上にはネガティブスピルオーバーの軽減だけでなく、ポジティブスピルオーバーを高める必要性が示唆された。また、QOLに夫婦間の相関が環境領域以外ほとんどみられなかったことより、乳幼児をもつ共働き夫婦のQOL向上の支援のためには、QOLとスピルオーバーの関係におけるこれらの夫婦の相違を考慮した夫と妻それぞれへの支援の必要性が示唆された。

本研究の限界として、夫の回収率が低く、乳幼児をもつ共働きの夫全体が反映されているのか疑問が残る。今後の課題として、共働き家族の支援に資するためには、家族のQOLなど家族の枠組みを含めた視点と、またストレスの調節能力や、スピルオーバーの先行要因、これらがQOLに及ぼす直接的影響なども検討する必要がある。

・ 結 論

- ①乳幼児をもつ共働き夫婦のQOLは、総得点、領域得点とも中程度を若干上回っていたが、夫婦間の関連は「環境」領域以外はほとんど認められなかった。QOLが低い項目は、夫婦とも「環境」領域の「余暇活動の参加と機会」「健康と社会的ケア:利用のしやすさと質」,「身体的領域」の「睡眠と休養」で、さらに夫は「環境」領域の「金銭関係」、妻は「身体的領域」の「日常生活動作」だった。
 - ②QOLとスピルオーバーの関係の夫婦間の相違は、夫は「役割の良い状態からのポジティブスピルオーバー」がQOLを高め、「仕事役割から家庭役割へのネガティブスピルオーバー」がQOLを低めていた。妻は「役割の良い状態からのポジティブスピルオーバー」「役割経験の恩恵によるポジティブスピルオーバー」がQOLを高め、「家庭役割から仕事役割へのネガティブスピルオーバー」がQOLを低めることに寄与していた。
- 以上の結果より、乳幼児をもつ共働き夫婦のQOL向上には、夫婦ともネガティブスピルオーバーの軽減だけでなく、ポジティブスピルオーバーを高めること、およびQOLとス

ピルオーバーの関係におけるこれらの夫婦間の相違を考慮した夫と妻それぞれへの支援の必要性が示唆された。

謝 辞

ご多忙中、質問紙調査にご協力くださいました対象者の皆様、ならびに保育園関係者の皆様に心より感謝申し上げます。また、本研究をご指導いただきました国際医療福祉大学村田恵子教授、尺度の改訂と使用を快くお許しいただきました Cincinnati Children's Hospital Medical Center 福丸由佳先生に心より御礼申し上げます。

本研究は2004年神戸大学大学院医学系研究科博士前期課程の修士論文の一部を加筆・修正したものであり、第11回家族看護学会学術集会で発表した。

文 献

- Barnett, R.C., & Hyde, J.S. (2001). Women, men, work, and family: An Expansionist Theory. *American Psychologist*, 56(10), 781-796.
- Crouter, A.C. (1984). Spillover from family to work: The neglect side of the work-family interface. *Human Relations*, 37, 425-442.
- 福丸由佳 (2000a). 共働き夫婦世帯における多重役割と抑うつとの関連. 家族心理学研究, 14 (2), 151-162.
- 福丸由佳 (2000b). 乳幼児を持つ親の多重役割と抑うつ度との関連—父親を中心としたインタビューによる調査結果から. お茶の水女子大学大学院人間文化研究所論叢, 3, 133-143.
- 福丸由佳 (2001). 乳幼児を持つ父母における多重役割と抑うつ度との関連を示すモデルの検討. お茶の水女子大学大学院人間文化研究所論叢, 4, 11-21.
- 福丸由佳 (2003). 乳幼児をもつ父母における仕事と家庭の多重役割. 12-24, 65-95, 風間書房, 東京.
- Grzywacz, J.G. (2000). Work-family spillover and health during midlife: Is managing conflict everything. *American Journal of Health Promotion*, 14(4), 236-243 .
- 初塚真喜子, 石田雅人 (1996). 子育てにおける母親と父親のストレス比較—母親の就労形態による差異. 大阪教育大学紀要第IV部, 45 (1), 31-42.
- 伊藤智子, 瀧川すみ子, 玉田隆 (2000). 保育所に我が子を預ける保護者への意識調査—子どもの病気と小児医療について. 小児保健研究, 59 (3), 424-431.
- 家事プロジェクト (2003). 男は忙しいから家事できない? 男性の家事・育児を考える Vol.2. 22-25, 「男も女も育児時間を!」連絡会 家事プロジェクト, 東京.
- 金井篤子 (2002). ワーク・ファミリー・コンフリクトの規定因とメンタルヘルスへの影響に関する心理的プ

- ロセスの検討. 産業・組織心理学研究, 15 (2), 107-122.
- 小泉智恵 (1997). 仕事と家庭の多重役割が心理的側面に及ぼす影響・展望. 母子研究, 18, 42-59.
- 小泉智恵, 菅原ますみ, 北村俊則 (2001). 児童を持つ共働き夫婦におけるネガティブ・スピルオーバー: 抑うつ, 夫婦関係, 子育てストレスに及ぼす影響. 精神保健研究, 47, 65-75.
- 小泉智恵, 菅原ますみ, 前川暁子, 北村俊則 (2003). 働く母親における仕事から家庭へのネガティブスピルオーバーが抑うつ傾向に及ぼす影響. 発達心理学研究, 14 (3), 272-283.
- 厚生労働省雇用均等・児童家庭局編 (2005). 女性労働白書—働く女性の実情. 67, 21世紀職業財団, 東京.
- MacEwen, K.E., & Baring, J. (1994). Daily consequences of work interference with family and family interference with work. *Work & Stress*, 8, 244-254 .
- 内閣府男女共同参画局 (2006). 男女共同参画白書 平成18年度. http://gender.go.jp/whitepaper/h18/web/danjyo/html/honpen/chap01_03_01.html.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2002). *The neuman systems model* (4th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- 太田さつき (2000). 多重役割への従事とその結果—研究の現状と今後の方向性. 青山学院大学教育学会紀要, 44, 119-134.
- 田崎美弥子, 中根允文 (1997). WHO-QOL 短縮版—使用手引き. 金子書房, 東京.
- 山崎あけみ (1997). 育児期の家族の中で生活している女性の自己概念—「母親としての自己」・「母親として以外の自己」の分析. 日本看護科学会誌, 17 (4), 1-10.

【要旨】 本研究の目的は、乳幼児をもつ共働き夫婦のQOL, および多重役割（仕事役割と家庭役割）の関係認知（スピルオーバー）とQOLの関係の夫婦間の相違を検討することである。乳幼児をもつ共働き夫婦123組にWHOQOL26, 改訂スピルオーバー尺度から構成された質問紙調査を実施し, 以下の知見を得た。①乳幼児をもつ共働き夫婦のQOLは総得点, 領域得点とも中程度を若干上回っていた。夫婦間の相違は, 総得点では有意差はなかったが, 「身体的領域」「心理的領域」で夫が, 「社会的関係」で妻が有意に高かった。夫と妻の相関は環境のみ弱い正の相関が認められた。②QOLとスピルオーバーの関係の夫婦間の相違は, 夫は役割間の状態に対するポジティブな関係認知がQOLを高め, 仕事役割から家庭役割へのネガティブな関係認知がQOLを低めていた。妻は役割間の状態に対するポジティブな関係認知と役割間経験のポジティブな関係認知がQOLを高め, 家庭役割から仕事役割へのネガティブな関係認知がQOLを低めることに寄与していた。以上の結果を考慮した看護支援の必要性が示唆された。

Examining Caring Theories in Nursing from Non-nursing Viewpoints

Rieko Matsuoka

National College of Nursing, Japan ; 1-2-1 Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒 204-8575, Japan
matsuokar@adm.ncn.ac.jp

【Abstract】 Caring is regarded as a fundamental concept to humans and in nursing, as Heidegger (1975) posits caring as an essential part in being a human. Accordingly, caring is a universal phenomenon that influences humans' way of living in relation to one another. This review article examines main caring theories in nursing, and compares them in terms of the meaning, the constructs of care, and the way in which caring is applied in nursing, from non-nursing perspectives with some attention towards communication, based on the belief that caring, which is relational and interactive, should arise in the relationship and/or communication between the nurse and patient. Furthermore, the supposition that caring should be the central part of nursing will be discussed.

【Keywords】 care ケア, caring ケアリング, caring theory ケア理論, phenomenology 現象学, carative factors ケアの要因

Introduction

Caring, which is regarded as a fundamental concept to humans based on the fact that humans are social beings, meaning that we humans are related to one another in our lives, is posited as an essential part in being a human by Heidegger (1975). Accordingly, caring is a universal phenomenon that influences humans' way of living in relation to one another, and has been studied and theorized by nursing researchers (e.g., Watson, 1985, 2005; Leininger, 1988, Benner & Wrubel, 1989, Roach, 1992).

Watson (2005), for instance, argues that caring should be a framework for research in nursing, while Leininger (1988) believes that caring has been the central part in nursing. By the same token, Benner and Wrubel (1989) take the position of viewing caring as primacy and as a concept central to their theory of nursing practice. On the other hand, Sumner (2006) in her concept analysis of caring claims that caring in nursing remains an unresolved topic, and that existing theories have limitations.

The author of this review paper, with expertise not in nursing but in communication, has been interested in caring theories in nursing partly because caring, which is relational and interactive, should arise in the relationship and/or communication between the nurse and patient. In fact, Sumner (2006) believes that caring in nursing is communication action as an ideal.

In this review article, main caring theories in nursing are examined and compared, in terms of the meaning, the constructs of care/caring, and the way in which caring is applied in nursing. Furthermore, the supposition that caring should be the central part of nursing (e.g., Watson, 2005) will be discussed.

Definitions of Care / Caring

In our social lives, 'care' has been one of the most frequently used words in verbal exchange, as its attribute of involving the other individual. According to Bevis (1988), the word care, as well as cure, is derived from the word cura, which has the dual meaning of anxious exertion, and carefulness and devotedness; these meanings influence the modern English use of these words.

May (1969) defines caring as 'a feeling denoting a relationship of dedication, taking the ultimate terms, to suffer for, the other'. Bevis (1988) further elaborates May's definition, stating that caring demands that feelings be converted into behaviors and that the behaviors and feelings be accompanied by thought constructively and positively, and in taking account of Heidegger's view (1975) seeing it as equivalent to the will or the motivating force of life.

Leininger (1988), whilst acknowledging that care and caring have multiple conceptualizations and characterization, defines care/caring as a generic sense of assistive, supportive, or

facilitative acts toward or for another individual or group with evident or anticipated need to improve the condition.

Mayeroff (1971) speaks about caring as the antithesis of simply using the other person to satisfy one's needs; it is not as an isolated feeling or a momentary relationship, but a process of helping another grow and actualize oneself through mutual trust and through a deepening and qualitative transformation of the relationship.

Watson (1985, 2005) defines caring as a science and her operational definition of caring science has been described as "an evolving philosophical ethical-epistemic field of study that is grounded in the discipline of nursing and informed by related fields" (Watson, 2005, p.63). Her philosophical metaphysical and empirical findings are as follows:

- a) Caring is a way of manifesting intentions,
- b) Caring is the way of appreciating patterns,
- c) Caring is a way of experiencing the infinite, and
- d) Caring is a way of inviting creative emergence.

Benner and Wrubel (1989) suggests that 'caring' is a word for being connected and having things work and a term for a wide range of involvements, such as from romantic love to parental love.

Roach (1992), on the other hand, has tried to define 'caring' from the theological point of view, related to love, putting an emphasis on involvement in the other individual.

A brief look at the literature for locating the definition has revealed the complexity and vastness of meanings in care/caring. However, the inevitable attribute in care/caring, can be found in the interactiveness or involvement with other individual(s); in other words, care/caring cannot be realized without the other existence. Though some researchers (e.g., Roach, 1992) have included 'love' in the notion of 'care'; the subtle difference between care/caring and love must be noted, that is, 'care' seems to be generated at the higher level in the emotional and cognitive structure than 'love' (c.f., Erikson, 1968).

This brief review of definitions from some literature has revealed the multiplicity within the notion of care/caring. Prior to viewing caring theories, phenomenology needs to be considered given that phenomenology offers a rich methodology to the science of caring and that the existential-phenomenological factors acknowledge the personal, subjective experience of the person as Watson (1985, 1988, 1999) asserts. Therefore, the following philosophical considerations will help to excavate and clarify the underlying meanings of care/caring, and the significance of care/caring in nursing, with communication being accordingly highlighted at the same time.

Philosophical perspectives about care/caring

Parse (1988) suggests that in order to understand caring from a human science perspective, it is important to explore the six basic tenets of it as an emerging theory about man, living, and health. The first tenet is 'living unity' referring to man's wholeness, which means that man and environment create patterns of expression with each other, and through the patterns man is recognized. The second one is negentropy, the concept of negative entropy, which refers to the growth as multidimensional and moving toward increasingly complex and heterogeneous dimensions. The third tenet is freedom in situation; Man chooses the place of existence from contextual nature based on multidimensional experiences. The fourth one is intersubjectivity i.e., an encounter between two human subjects. The fifth tenet is coexistence, meaning that humanness is confirmed only in relation with other human beings. The last one is co-constitution, i.e., making up relationships in which each individual chooses a way of being.

Leininger (1988) posits that a worldview approach is essential to conceptualize paradigms, theories, and models related to holistic caring. Kuhn (1970) has discussed the role and importance of paradigms in the evolution of the body of knowledge of a discipline, arguing the belief that knowledge and scientific fields have developed through steady increments of knowledge. He emphasizes the importance in relational ontology of being in relations and the worldview of unity and connectedness, which should support diverse paradigms about caring, rather than epistemology.

Heidegger (1975) used the term Dasein to designate "the being to whose being an understanding of beings belongs" (p. 312), though in German the word 'Dasein' means simply 'existence'; as in man's everyday existence (Drefus, 1987, p. 263). From a phenomenological viewpoint, the relationship of the person to the world, which has a fundamentally different meaning from our common understanding of world, constructs our existence. World, according to Heidegger (1975), is *a priori*, given in our cultural and linguistic practices and in our history. The world is constitutive in the self and shaped by it in a process that is not the causal interaction of self and world as objects, but rather the non-reflective taking up of the meanings, linguistic skills, cultural practices, and family traditions by which we become persons (Leonard, 2001). Heidegger (1975) argues that one can arrive at the view of the self only by passing over the world. Human existence is involved in the working-out of the possibilities that exist for us by virtue of our being thrown into a particular cultural, historical, and familial world (Leonard, 2001).

As Bevis (1988) explicates, Heidegger regards "care" (*Sorge* in German) as "the source of the will". For him, the will is the

driving force of life, and care is its source. Heidegger (1975) thinks care to be the basic phenomenon of human existence including the sense of selfhood. In other words, by not caring we lose our selfhood, our being, our will. In not caring our being disintegrates. Heidegger (1975) believes that conscience manifests itself as care.

Boykin, et al. (2005), following Heidegger's philosophy, state that the underlying structure of the nursing philosophical system is created by the belief that all persons are caring by virtue of their humanness, that to be human is to be caring. It is posited that all nursing takes place in nursing situations - shared, lived experiences in which the caring between nurse and nursed (patient) enhances personhood; therefore, all nursing exists in the special relation of caring between them. The nurse enters intentionally into the world of the other (patient) in order to come to know the other (patient) as person (Boykin, et al., 2005).

According to Watson (2002, 2005), a caring science perspective exists in a relational ontology of being, and a worldview of unity and connectedness of all. Furthermore, she added that caring science investigations are reflective, subjective and interpretative, including multiple epistemological approaches. Watson states that the inner and infinite nature of the reality of belonging and being is allowed for in caring science.

Following Heidegger's (1975) attitudes towards care/caring, most researchers dealing with caring theories seem to adopt phenomenological perspectives in viewing the notion of care/caring given that human existence itself come into existence through caring for the other. Accordingly, the elements featuring phenomenology such as intersubjectivity and/or connectedness, being relational, and/or relative, and being interpretative and reflective, in contrast with Cartesian's philosophy which allows for dichotomy, have been observed deep inside of each of the following theories of care/caring.

Caring Theories

Rationale

Leininger's (1988) rationale for studying caring in nursing research consists of the following four reasons. First, caring is the necessary ingredient for helping other people under the threat of illnesses or diseases in a humanistic and scientific manner. Leininger (1988) believes that humanistic caring is essential in helping people in the middle of stressful, most adverse and changing environments. Her second reason is to clarify the roles of caregivers and care recipients in various contexts as caring has interdependent relationships between people. Her third reason is to preserve and maintain the human attribute of caring and being

cared for in today's world devaluing and demeaning human life, which may lead human race to being belittled. The last one is to explore and define care *per se* because the nursing profession since Nightingale has not systematically studied caring.

On the other hand, Watson (1988), who believes that human life is " a gift to be cherished - process of wonder, awe, and mystery (p.17) ", holds the view that the humans are valued to be cared for, respected, nurtured, understood and assisted, as a fully functional integrated self based on the philosophical belief that the humans are greater than and different from the sum of their parts, instead of reducing the human to body systems.

Vance (2003) mentions that caring and nursing have been thought of synonymously, and many individuals choose nursing as their profession because of their desire to care for other individuals (cf. Roach, 1992); caring has been a central concept in nursing for many researchers.

Caring theories in nursing

Several caring theories in nursing, which have been established based on the beliefs that caring is a seminal part in nursing, follow, as indicated in Table 1.

Mayeroff (1971) observed that caring is more than merely interest, finding that essence of caring is a deep regard for another and that caring is a crucial and vital component in nursing. He regarded care/caring as a process that offers both carers and cared opportunities for personal growth. His caring process consists of a) getting knowledge, b) alternating rhythms, c) being patient, d) being honest, e) trust, f) humility, g) hope, and h) courage.

Leininger (1988) suggested that searching for the essence, nature, expression, and function of caring and its relationship to nursing care remains a major area of investigation, though admitting that caring should be the central, critical, and unifying domain and focus for nursing care knowledge. She holds that caring is the dominant intellectual, theoretical, heuristic, and central practice in nursing, and no other profession has paid such attention to caring behaviors, caring processes, and caring relationships. To endorse this claim, Leininger developed a classification of ethnocaring constructs based on her ethnoscientific research (Ray, 1988), as an evidence of her belief that caring behaviors should appropriate the ethno-cultural context.

Watson (2005) gave a credit to the theoretical and empirical work of Swanson (1991, 1999), as an important contribution to caring science knowledge and understanding. Swanson (1991) holds that caring is a nurturing way of relating to a valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility, with caring aspects of a) knowing, b) being with,

Table 1 Overview of Caring Theories

Researcher	Meaning of Caring	Constructs of Caring	Application to Nursing	Significance of Caring in Nursing
Mayeoff	Deep regard for another. The clue to understand ourselves; To find our stable place in the world.	a) Getting knowledge, b) Alternating rhythms, c) Being patient, d) Being honest, e) Trust, f) Humility, g) Hope, and h) Courage.	A crucial and vital component in nursing.	A process that offers both carers and cared opportunities for personal growth.
Leininger	The essence, nature, expression, function; needs investigation.	A classification of ethnocaring constructs from her ethnoscientific research.	The dominant intellectual, theoretical, heuristic, and central practice in nursing. *Nursing has the most direct and immediate relationship with caring.	The essence and a central, critical, and unifying domain and focus for nursing care knowledge.
Swanson	Nurturing way of relating to a valued other.	a) Knowing, b) Being with, c) Doing for, d) Enabling, and e) Maintaining belief.	Can produce emotional-spiritual well-being, physical enhance healing, trust relationship.	Central to understanding the way caring is related to issues of concern and significance.
Benner and Wrubel	Person, events, projects, and things matter to people; a wide range of involvement. Specific and relational, interpersonal interaction.	Lived experience of the illness, presencing, and the delicate use of humor as a means of relating.	Phenomenology based on abundant empirical data on real-world experience and experiments therefore, it describes, interprets, and explains actual expert nursing-context based and grounded in nursing practice.	Primacy in nursing. The power of caring. Nursing education needs reform that will enable nurses to critique organizational life based upon expert caring practice.
Roach	Fundamental phenomenon of constructing the human existence; Integration of inner self and harmony with the other.	Compassion, competence, confidence, conscience, and commitment.	Unique and attributive in describing nursing though other professions may implicate it.	Essence and core in nursing.
Watson	A word with multiple social usages; with symbolic and functional meanings.	a) Formation of a humanistic-altruistic system of values, b) Faith-hope, c) Sensitivity of self and others, d) Creation of a helping-trust human care relationship, e) Expressing positive and negative feelings, f) Using carative problem-solving in the caring process, g) Transpersonal teaching-learning,	Intrinsic to the actual nursing process. As the nurse's moral commitment to others and involves transpersonal caring relationship.	The core and basic foundation for nursing practice. [skills, techniques, specialized language are the trim]

Researcher	Meaning of Caring	Constructs of Caring	Application to Nursing	Significance of Caring in Nursing
Watson		<ul style="list-style-type: none"> h) Promotion of support, protective, and/or corrective mental, physical, societal, and spiritual environment, i) Assistance with the gratification of human needs, and j) Existential-phenomenological-spiritual forces. 		

c) doing for, d) enabling, and e) maintaining belief. In her 1999 study of Meta-analysis from 130 empirical studies, Swanson found that consequences of caring included emotional-spiritual well-being, physically enhanced healing, trust relationship, emotional spiritual sense of accomplishment, preserved integrity, whilst consequences of non-caring included humiliation, frightened feelings, despair, helplessness, alienation, vulnerability, lingering bad memories, decreased healing (Watson, 2005).

Benner and Wrubel (1989), who highlight stress coping as an embodied nursing context, also developed a caring theory with an explicit phenomenological stance from Heidegger and Merleau-Ponty, endorsed by abundant empirical data (Benner, 1984). Therefore, their theory is grounded on real-world experiences and experiments from their own data; consequently, it describes, interprets, and explains actual expert nursing, using specified paradigms such as the lived experience of the illness (Benner & Wrubel, 1989). As the title of their book *Primacy of caring* indicates, care/caring is regarded as primacy in nursing.

Roach (1992) reviews various caring theories and presents her theory from both philosophical and theological points of view; conceptualizing the notion of caring with five categories - ontological, anthropological, ontic, epistemological, and pedagogical. She proposes five C's - compassion, competence, confidence, conscience, and commitment - as attributes that care/caring may connote (Roach, 1992). She specifies that care/caring should be attributive in nursing and be placed as an essence and core in nursing.

Watson's caring theory (1985, 1988, 1999), which is regarded as the most comprehensive (e.g., Roach, 1992; Ryan, 2005), is based on the belief that human caring can be effectively demonstrated and practiced only interpersonally or intersubjectively. Her theory is organized by the following ten carative factors which combine science and humanities to form a structure for studying the caring process (Watson, 1985, 1988, 2002, 2005).

- a) formation of a humanistic-altruistic system of values,
- b) faith-hope,
- c) sensitivity of self and others,
- d) creation of a helping-trust human care relationship,
- e) expressing positive and negative feelings,
- f) using carative problem-solving in the caring process,
- g) transpersonal teaching-learning,
- h) promotion of support, protective, and/or corrective mental, physical, societal, and spiritual environment,
- i) assistance with the gratification of human needs, and
- j) existential-phenomenological-spiritual forces.

The first three factors interact to establish a philosophical foundation for the science of caring (Watson, 1985). Humanistic values and an altruistic approach to life bring meaning to one's life through relationships with other people as Adler (1927) believed that everyone tends to develop social interest as the individual outgrows egoism and strives for superiority over self. The formation of a humanistic-altruistic value system is considered the first and most basic factor for the science of caring (Watson, 1985, 1988, 1999), and enhances the other factors. The formation of a humanistic-altruistic value system and the third factor of instillation of faith-hope complement each other (Watson, 1985, 1988, 1999). The individual needs to recognize and have feelings in order to develop sensitivity to self and to others, which, in turn, provides one with a foundation for empathy with others (Watson, 1985).

Watson (1985) suggests that development of a helping-trust relationship (the 4th factor) depends on the first three factors as they may determine the quality of one's relationship. The other characteristics affecting the development of human relationships provided by Watson (1985) are; a) congruence, b) empathy, and c) non-possessive warmth. Watson (1985, 1988) also states that communication needs to be considered within the context of developing a helping-trust relationship. Communication consisting of all the cognitive, affective, and behavioral responses

has three basic types of communication: 1) the somatic level, 2) the action level, and 3) the language level consisting of denotative communication, the explicit meanings of words, and connotative communication, the implicit meaning, associated ideas, feelings, symbolic responses, and latent content of words. The three basic messages/requests of the other person are a) action, b) information, and c) understanding. A fourth is the ' inappropriate ' message/request, in which Gazda, et al. (1975) identified five categories, 1) rumor, 2) gossip, 3) chronic or inordinate griping, 4) inappropriate dependency, and 5) inappropriate activities, such as illegal, unethical, safety-risk, and seductive activities.

As Watson (1985) points out, the fifth factor of promotion and acceptance of the expression of positive and negative feelings is an inherent part of the development of a helping-trust relationship. Emotions, rather than cognition, play a central role in people's behavior as indicated by Izard (1977) who maintains that emotions constitute the primary motivational system of human beings. Though both cognition (thoughts) and affect (feelings) operate in an interpersonal situation, one's feelings and the ' non-rational ' emotional aspect of an event should be focused on in caring behaviors, as Watson (1985) states, because feelings alter thoughts and behavior, and they need to be considered and allowed for in a caring relationship. Feelings are thought to have a powerful effect on behavior and thoughts; for instance, a person's thoughts and behavior may be guided by certain emotions not entirely within his or her awareness or realm of recognition. Therefore, Watson (1985, 1988, 1999) argues that the expression of positive and negative feelings in self and others should be promoted and accepted in the science of caring. Rosenberg (1960) examined the precise relation between the affective and cognitive components, finding a consistency between the affective and cognitive components of an attitude, and that certain feelings can change the associated cognition. The theories and findings have supported the factor of acceptance and promotion of the expression of positive and negative feelings in caring.

Watson (1985) argues that the use of the scientific problem-solving method (the sixth factor) allows the nurse to draw on common principles.

Interpersonal/transpersonal teaching-learning is the seventh factor that involves processes engaged in by both the nurse and the patient. Watson (1985) explicates that it includes the issues of imparting information as well as consideration of the nature of learning and what interpersonal/transpersonal processes facilitate learning.

As Watson (1985) points out, a number of variables, which affect a person's life and wellbeing, should be considered in day-

to-day nursing care. Watson (1985, 1988) discusses those functions as the eighth factor: promotion of a supportive, protective, and (or) corrective mental, physical, societal, and spiritual environment, some of which are external, whilst others are internal to a person.

Assistance with the gratification of human needs involves a great deal of information and subparts, though conceptually it is only one broad carative factor (Watson, 1985). A psychophysiological view is also consistent with contemporary studies of the effect of stress on the body. The dynamic, symbolic meanings and concerns of human needs are easily understood from an interactional perspective. Based on the different human needs, Watson (1985, 1988) categorizes lower order and higher order needs. The lower order needs are 1) the biophysical food and fluid need, 2) the elimination need, and 3) the ventilation need. Although they are lower order biophysical needs, they are developed from a holistic, more psychological perspective relevant to health care. Human activity and sexuality needs are also classified as lower order needs, but they are labeled psychophysical rather than biophysical. The lower order biophysical needs are more fundamental for survival. The lower order psychophysical needs suggest not only simple survival but also satisfaction and quality of living brought about by the gratification of those needs. The higher order needs are designated as psychosocial. They include 1) the achievement need, 2) the affiliation need, and 3) the need for self-actualization. Practice of the factor of assistance with the gratification of human needs, combined with the other factors, helps gratify higher order needs and provide the essence of what nursing ultimately seeks for quality health care. Assistance with the gratification of human needs is important to nursing's role of helping persons in their growth and development. Even though it may sound all encompassing, the major function of the practice of caring is dependent on the success or failure of helping them in their efforts to gratify their human needs (Watson, 1985, 2005). In the development and practice of assistance with the gratification of human needs, a useful approach is to view the needs as belonging to and affecting individuals, not as isolated concerns. Keeping in mind the holistic-dynamic framework for viewing human needs, the factor of assistance with the gratification of human needs leads to a more complete development of each human need, which are all equally important for quality nursing care and the promotion of optimal health (Watson, 1985).

Discussion

It is apparent that there is an excessive asymmetry among the

theories in the previous section; namely, much more space is devoted to a single theory by Watson. This imbalance was caused by the belief that Watson's theory may be the representative of caring theories, because her theory appears in many articles as the most comprehensive and influential one (e.g., Sumner, 2006; Roach, 1992). Watson has also continued publishing articles and books on caring, and owns a homepage with abundant information (Resurrection Health Care, 2006). Her theory is, indeed, thoroughly organized as well as elaborative and interdisciplinary. However, Watson's theory appears to have limitations as Sumner (2006) claims. First, it seems like a guideline, possibly caused by the limited amount of empirical data, which may contrast with Benner and Wrubel's (1989) theory. Second, the way in which Watson seems to theorize care/caring is a pragmatic manner, even though she declares that she takes a stance of phenomenological approach.

On the other hand, Benner and Wrubel's theory is abundant with empirical data, with a finer phenomenological approach. For instance, the process that the expert nurse succeeded in communicating with the patient explicates how care/caring was established using real-world interactions between the nurse and patient, using a narrative account. However, it may lack in an organized system, which Watson has succeeded in. Leininger's theory seems to include ample data, with anthropological perspectives, based on the belief that considering varied cultures should occupy the vital position in caring. In her concept analysis of caring, Sumner (2006) designates Leininger's theory as a leading theory in caring. Swanson's theory, which Watson praises, is based on the empirical data using the approach of meta-analysis, proposing five caring aspects, in the similar manner that Watson has used. Mayeroff's aspects of viewing care/caring as a process seems to be beneficial in an actual nursing setting. Roach's theory, which has been introduced only briefly, uses multiple perspectives, orchestrating various theories from multiple disciplines, related to caring. Her in-depth theory may well be utilized in the real world of nursing.

As mentioned above, each caring theory projects varied meanings, different constructs in care/caring; however, all of them seem to agree that the notion of care/caring should be the essential and core part of nursing, with Heidegger's phenomenological approach, whilst the seemingly more immediately required condition in nursing practice, such as skills, techniques, and special language are qualified as the trim, as Leininger (1988) posits (see Table 1). The question may be which, care/caring or practical competency such as skills, should be seen as an essence or core and be regarded as more important in nursing. From a non-nursing point of view, care/caring should be a central part in

nursing from Heidegger's phenomenological positioning of care; however, a nursing profession devoid of nursing skills, for instance, would not function. A certain amount of skills required for appropriate nursing should be labeled as inevitable part or prerequisite in nursing profession for sure. It may be absurd to dichotomize nursing by care/caring and skills, since care/caring should coexist with skills or vice versa, because they interact with each other. In fact, Watson (1988) seems to include skills in the name of satisfying the needs of patients. Therefore, the practical competence such as skills should occupy the important part in nursing practice. On the other hand, Benner (1984) and Benner and Wrubel (1989) provide abundant examples indicating how care/caring enhances the quality of nursing. A dangerous possibility, from the non-nursing eye, is highly skilled nursing without care/caring. One colleague, who is a nursing researcher with nursing experience, pointed out that care/caring enables nursing practice more efficiently, giving the simple example of giving a glass of water to a patient. She explained that even difficult patients, who would trouble a nurse otherwise, will be satisfied with a glass of water when the nurse gives it to them with an appropriate amount of care, which eventually saves lots of time. As caring researchers reviewed in this article (e.g., Leininger, 1988) have posited, care/caring seems to be entitled to be positioned in a central part of nursing.

Concluding Remarks

In this review paper, main caring theories, with some emphasis on Watson's comprehensive theory, have been reviewed. In an actual nursing setting, however, it has not fully elaborated in what way caring theories should be applied. As one of the examples, Kleiman (2005) discusses humanism evolved within the context of an anamnestic voyage into the past consciousness of a nurse in her lived experiences. A structure of humanism in nursing is articulated from these concepts and their interrelationships. In the different context, Ryan (2005) explores the possible applications in clinical setting of Watson's nursing theory. For the future study, the way in which caring theories have been applied in actual nursing settings and pedagogical implications from non-nursing perspectives should be explored.

References

- Adler, A. (1927, 1998). *Understanding human nature*. Oxford: On world publications.
- Allport, G. W. (1961, 1963). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and*

- power in clinical nursing practice. Menlo Park, California: Addison-Wesley.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, California: Addison-Wesley.
- Bevis, E. O. (1988). Caring: A life force. In M. M. Leininger (Ed.), *Caring* (pp. 49-59). Detroit: Wayne State University Press.
- Boykin, A., Bulfin, S., Schoenhofer, S., & Baldwin, J. (2005). Living caring in practice. *International Journal of Human Caring*, 9 (5), 15-19
- Boyle, J. S. (1988). An application of the structural-functional method to the phenomenon of caring. In M. M. Leininger (Ed.), *Caring* (pp. 37-47). Detroit: Wayne State University Press.
- Drefus, H. L. (1987). Husserl, Heidegger and modern existentialism. In B. Magee (Ed.), *The great philosophers: Introduction to Western philosophy* (pp. 254-277). London: BBC Books.
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton and Company.
- Gazda, G., Walters, R. P., & Childers, W. C. (1975). *Human relations development: A manual for health sciences*. Boston: Allyn & Bacon.
- Heidegger, M. (1975). *The basic problems of phenomenology*. Bloomington: Indiana University Press.
- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum.
- Kleiman, S. (2005). Discourse on humanism in nursing. *International Journal for Human Caring*, 9(1), 9-13.
- Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolution*. Chicago: University of Chicago Press.
- Leininger, M. M. (1988). The phenomenon of caring: Importance, research question and theoretical consideration. In M. M. Leininger (Ed.), *Caring* (pp. 3-15). Detroit: Wayne State University Press.
- Leonard, V. W. (2001). A Heideggerian phenomenological perspective on the concept of person. In P. Benner (Ed.), *Interpretive phenomenology* (pp.43-63). Honolulu: University of Hawai'i Press.
- May, R. (1969). *Love and will*. New York: Dell Publishing Co. Inc.
- Mayeroff, M. (1971). *On caring*. New York: Harper & Row Publishers.
- Parse, R. R. (1988). Caring from a human science perspective. In M. M. Leininger (Ed.), *Caring* (pp. 37-47). Detroit: Wayne State University Press.
- Ray, M. A. (1988). A philosophical analysis of caring within nursing. In M. M. Leininger (Ed.), *Caring* (pp. 25-36). Detroit: Wayne State University Press.
- Resurrection Health Care. (2006). *Mission and core values*. Retrieved October 23, 2006, from [http://www/reshealth.org/aboutus/mission/](http://www.reshealth.org/aboutus/mission/)
- Roach, S. (1992). *The human act of caring*. Ottawa: Canadian Hospital Association Press.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality changes. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95.
- Rogers, C. R. (1967). *Person to person: The problem of being human*. California: Real People Press.
- Rosenberg, M. (Eds.) (1960). *Attitude organization and change*. New Haven: Yale University press. pp. 15-65.
- Ryan, L. A. (2005). The Journey to integrate Watson's caring theory with clinical practice. *International Journal for Human Caring*, 9(1), 26-30.
- Secord, P. F., & Backman, C. W. (1964). *Social psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Smith, M. (1999). Caring and the science of unitary human beings. *Advances in Nursing Science*, 21(4), 14-28.
- Sumner, J. (2006). Concept analysis: The moral concept of caring in nursing as communicative action. *International Journal for Human Caring*, 10(1), 8-16.
- Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle-range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.
- Swanson, K. (1999). What is known about caring in nursing research: A literary meta-analysis. In S. A. Hinshaw, S. Feetham, & J. Shaver (Eds.), *Handbook of clinical nursing research* (pp. 31-60). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Vance, T. (2003). Caring and the professional practice of nursing. *RN Journal*, from <http://www.rnjournal.com/journal/caring.htm>
- Watson, J. (1985). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boulder, CO: Colorado Associated University Press.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League for Nursing.
- Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Watson, J. (2000). Leading via caring-healing: The fourfold way toward transformative leadership. *Nursing Administration Quarterly*, 25(1), 1-6.
- Watson, J. (2002). *Assessing and measuring caring in nursing and health science*. New York: Springer.
- Watson, J. (2002). Metaphysics of virtual caring communities.

International Journal of Human Caring, 6(1), 41-45.

Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia, PA: FA Davis.

Watson, J. (2006). Jean Watson and the theory of human caring. Theory overview. Retrieved on August 24, 2006,

from <http://ww2uchsc.edu/edu/son/caring/>

Watson, J. & Smith, M. (2002). Caring science and the science of unitary human beings: A trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 452-461.

看護におけるケア理論の一考察

松岡里枝子

国立看護大学校；〒204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1

【要旨】 ケアリングとは、ハイデッガーが人間であることの本質であると唱えているように、人間にとって、そして看護にとって基本的概念であるといえる。したがって、ケアリングは、人間がお互いにかかわりながら生活を営む際、影響を与える普遍的な現象であるといえる。本論文では、ケアの意味やケアを構成している要因やケアが看護においていかに用いられているかについて、お互いのかかわり合いや相互作用であるケアが看護師と患者の関係やコミュニケーションから生じるものであるという観点に基づき、看護の背景をもたない者の見解から、主要なケア理論を検証し比較する。さらに、ケアが看護の中心となるという想定が妥当であるか否かについて考察する。

「小児救急医療を受ける子どもと家族の看護」に関する教育実践 — 成育看護実習における学生の学び —

小村三千代

仁尾かおり

平良七恵

駒松仁子

国立看護大学校；〒204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1
komuram@adm.ncn.ac.jp

Education Practice Related to Nursing of Pediatric Recipients of Emergency Medical Care and Their Families”: Learning by Students in Child Health and Developmental Nursing Practicum

Michiyo Komura Kaori Nio Nanae Taira Hitoko Komamatsu

National College of Nursing, Japan ; 1-2-1 Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒204-8575, Japan

【Abstract】 With the aim of elucidating student learning as basic resources for nursing required by children in pediatric emergency care and their families, we conducted this study of 69 fourth-year nursing students who selected child health and developmental nursing practicum after obtaining consent to use their practical training records. The results showed that the students learned “ the methods and contents of triage (100%) ”, “ approach of medical workers (34.7%) ”, “ the status of the emergency visit (59.4%) ”, and practical application of the activities (98.5%) ”, “ the psychology of children (55.5%) ”, “ the psychology of family members (98.5%) ”, “ necessary nursing care for children (47.8%) ”, and “ necessary nursing care for family members (86.9%) ”. With regard to “ the methods and contents of triage ” in particular, the students were studying mainly triage and the states before and after triage. With regard to the psychology of the family members, the students were studying “ anxiety ”, “ guilty conscience and a sense of having committed wrong ”, “ dissatisfaction and irritation ”, “ sense of powerlessness ”, and “ sense of security ”. With regard to the practical training at an emergency room for pediatric outpatients, the results indicated that many students were deepening their understanding of triage and patients ‘ families ’ psychology.

【Keywords】 小児救急医療 pediatric emergency medical care, 子どもと家族 child and family,

小児救急看護 pediatric emergency nursing, 成育看護実習 child health and developmental nursing practicum

はじめに

近年、少子化が深刻化するなかで小児病棟が縮小あるいは閉鎖し、基礎看護教育における小児看護学の実習状況は厳しさを増している（込山他，2001；飯村他，2001）。その一方で、小児看護の現場では子どもと家族の状況に応じた高い実践能力が求められ、その対応に苦慮している。

国が担うべき医療として掲げている政策医療の一つに成育医療があり、小児救急医療はそのなかに位置づけられている。小児救急医療は、急性・慢性を含むあらゆる疾患をもつ幅広い年齢層の子どもを対象としており、子どもと家族を含めた看護を学ぶことができることから、小児看護において救急医療を受ける子どもと家族を理解することは重要と考える。

基礎看護教育における救急に関する先行研究では、救急

法および救急処置に対する認識調査（八尾，田口，2005）や救急医療に対する学生の印象（門間，片岡，2005）が報告されている。しかし、学生が小児救急の実習を通してどのような学びをしているかは明らかにされていない。そこで本稿では、成育看護実習のなかの救急医療を受ける子どもと家族の理解を目指した実習である、「小児救急医療を受ける子どもと家族の看護」における学生の学びと課題を報告する。

研究目的

成育看護実習における「小児救急医療を受ける子どもと家族の看護」に関する学生の学びと課題を明らかにする。

「小児救急医療を受ける子どもと家族の看護」の 実習概要

1. 実習の位置づけ

4 年次に政策医療としての高度先駆的医療を学ぶために、政策医療看護学実習を行っている。そのうちの一つである成育看護実習は、「成育医療の場で看護を必要とする患者や家族を理解し、看護実践に必要な基礎的能力を習得する」ことを目的としている。学習項目は、「周産期医療・看護を必要とする患者と家族の看護」「不妊の患者の看護」「成人期への移行過程（思春期・青年期）にある患者と家族の看護」「小児救急医療を受ける子どもと家族の看護」としている。学生の約 2/3 が選択できる科目となっており、2 単位（90 時間）で 8 日間の臨地実習を行っている。

実習に先立ち、3 年次に政策医療看護論（1 単位、15 時間）において政策医療と看護について学び、4 年次には高度先駆的医療看護（3 単位、90 時間）において、高度先駆的医療として特徴的な看護について学習する。このうち、成育看護の時間数は 15 時間であり、実習で学習する 4 項目および「遺伝性疾患をもつ患者と家族の看護」「こころの医療を必要とする子どもと家族の看護」を学習している。

2. 実習目標

「小児救急医療を受ける子どもと家族の看護」の実習目標は、「小児救急医療を受ける子どもと家族に行われる医療の特徴と看護の役割を理解する」としている。この目標のもと、行動目標としては、①救急外来で行われるトリアージの方法と内容を述べる、②救急外来において求められる医療者の対応を述べる、③地域医療における救急外来の位置づけと活動の実際を述べる、④救急外来を受診する子どもと家族の心理状態について述べる、⑤救急外来を受診する子どもと家族に必要な看護について考える、の 5 項目を提示している。

3. 実習方法

学生は、A 施設の救急センターにおいて、1.5 日間（1 グループ 3～5 名）実習をする。実習方法は、小児看護の臨床経験が 5 年以上ある実習指導者から救急センターの概要や施設・設備のオリエンテーションを受けた後、トリアージ室、待合室、初療室、診察室、観察室において、事前に承諾が得られた子どもと家族のトリアージや救急診療と看護の実際を見学する。学生が見学する際、実習指導者は学生が立つ位置を子どもや家族の状況に応じて指導している。また、学生は同意が得られた非緊急の子どもの家族から、診察の待ち時間（5～10 分程度）に家族の思いなどを聞いている。

短い実習時間のなかで効果的に学習するため、両日とも実習終了時に、学生、大学教員、臨床教員、実習指導者でカンファレンスを実施し、その日に学んだことの共有や疑問点の解決に取り組んでいる。そして、成育看護実習の中間および最終日には、グループ（13～17 名）で学びを共有するため、学内でカンファレンスを開いている。また、実習終了後、実習中に経験したことや学んだことを行動目標に沿って実習記録用紙に記載している。

用語の定義

本研究において用いている「トリアージ」について定義する。トリアージ (triage) とは、「選り分ける」という意味をもつフランス語である。第一次世界大戦においてフランス軍が最初に用い、医療の優先度を定める目的で病状のタイプと緊急性により分類が行われていた。医療施設におけるトリアージは、戦場や災害現場のトリアージとは目的と機能の両面で異なり、緊急で生命の危険な状況にある患者を早急に見つけ出すこととされている (Grossman, 1999 / 2001)。藤井 (2001) は、トリアージを限られた人的・物的資源の状況のもとで、患者の緊急度と重症度を判断し、治療の優先度を定めること、と定義している。

したがって、本稿ではトリアージを「限られた人的・物的資源の状況のもとで、子どもの緊急度と重症度を判断し、治療の優先度を定めること」と定義する。

研究方法

1. データ収集方法

1) 調査時期

調査は、平成 17 年 6～9 月に行った。

2) 調査対象

平成 17 年度に成育看護実習を選択し、「小児救急医療を受ける子どもと家族の看護」を履修した学生 78 名とした。

3) 調査方法

実習記録を使用することの同意が得られた学生の、「小児救急医療を受ける子どもと家族の看護」に関する行動目標に記載された内容を分析の対象とした。データとする実習記録は、5 つの行動目標ごとに自由記載する様式となっている。また、実習記録に関する学生への説明は実習オリエンテーション時記載様式を提示した。

2. データ分析方法

5 つの行動目標ごとに記載された内容を精読し、内容の類似性・差異性により文脈を分け、意味のまとまりで分類した。また、記述者数を単純集計した。

3. 倫理的配慮

実習評価終了後、研究の趣旨を文書および口頭で学生に説明した。説明文書と同意書をともに配布し、同意書を回収し、同意が得られた学生の実習記録を分析の対象とした。また、個人の匿名性を保証し、データは本研究以外には使用しないこと、参加は自由であること、参加しなくても不利益は生じないことを伝えた。

結果

同意が得られた学生は 69 名 (88.5%) であった。「小児救急医療を受ける子どもと家族の看護」における学生の学びとして、①トリアージの方法および内容、②医療者の対応、③救急外来の位置づけと活動の実際、④子どもと家族の心理状態、⑤子どもと家族に必要な看護、に分類した。以下、各々について述べる。

1. トリアージの方法および内容 (表 1)

トリアージの方法および内容を学んでいた学生は 69 名 (100%) であった。その内容は、「トリアージ」52 名 (75.4%)、「トリアージ前」10 名 (14.5%)、「トリアージ後」7 名 (10.1%) であった。

「トリアージ」については、早い診療と待ち時間短縮のため

めにトリアージが 5 分以内で行われること、そのため子どもの状態に応じて問診やバイタルサイン測定の内容や順序が変わること、的確に迅速にトリアージを進めること、などを学んでいた。また、学生は看護師が子どもの意識レベルや呼吸・循環状態から、バイタルサインの基準値やトリアージ緊急度分類表とともに経験知により、「蘇生」「緊急」「準緊急」「非緊急」の 4 段階に緊急度を決めると理解していた。その一方で、看護師が子どもと家族の不安を和らげるために穏やかな表情で落ち着いた態度で接し、子どもや家族と巧みにコミュニケーションをとっていると認識していた。

「トリアージ前」では、トリアージ室をはじめとして蘇生をする初療室、診察室や救急カートなどがいつでもすぐ使える状態に準備・維持されていること、感染症対策としての個室隔離、初対面の子どもと家族の不安を和らげるために看護師が自己紹介をしていることを学んでいた。

「トリアージ後」は、看護師が子どもや家族に診察の順番や待ち時間を説明することや待ち時間の長さにより再トリアージをすること、トリアージをしながら五感を働かせて待合室の子どもを観察していること、トリアージの水準を保持するためカンファレンスを行っていることを学んでいた。

表 1 トリアージの方法および内容

(n = 69)

トリアージ 52 名 (75.4%)	<ul style="list-style-type: none"> 早い診療と待ち時間短縮のために、トリアージは 5 分以内で行われる (20 名) 的確に迅速にトリアージを進めながら、穏やかな表情で落ち着いて接している (10 名) 必要最低限の情報で、短時間に緊急度を決定する (7 名) 入室時の歩き方、活気、表情など初期印象から退出までの子どもの様子を観察する (3 名) 主訴を中心とした問診とバイタルサインの測定をする 家族 (主に母親) と子どもの両者から情報を収集する 家族と子どもから、来院理由、病歴、病状を聴取する 子どもと家族から経過や症状の程度、自覚症状など主観的情報を得る バイタルサイン測定は、子どもの状態や疾患に応じて、内容や順序を変更する 子どもの意識レベル、呼吸・循環状態を観察し、蘇生・緊急・準緊急・非緊急の 4 段階に緊急度を定める 発達段階別バイタルサインの基準値やトリアージ緊急度分類表により緊急度を判断する トリアージは、緊急度分類表と看護師の経験知に基づいて行われる けいれんやショック状態の場合は、緊急度を蘇生と判断し初療室に運ばれる 非緊急のなかにいる緊急の子どもを見逃さない 虐待発見の役割も果たしている 短時間で子どもの状態を把握するために、子どもや家族と上手にコミュニケーションをとっている
トリアージ前 10 名 (14.5%)	<ul style="list-style-type: none"> 各室や救急カートの薬品・物品は、いつでも使えるよう準備している (5 名) 感染の可能性がある子どもは個室に隔離する (3 名) 子どもと家族の不安を和らげるために、自己紹介をしている (2 名)
トリアージ後 7 名 (10.1%)	<ul style="list-style-type: none"> 家族に対して、子どもの状態により診察の順番や待ち時間が異なることを説明する (3 名) 待ち時間によりトリアージの再評価を行う (2 名) 待合室での子どもの様子を、五感を働かせて観察している トリアージの水準を保つため、週 1 回トリアージカンファレンスを行っている

2. 医療者の対応 (表2)

医療者の対応を学んでいた学生は、24名(34.8%)であった。その内容は、「落ち着いた対応」(16名, 23.2%)と「迅速な対応」(8名, 11.6%)であった。

「落ち着いた対応」では、強い不安や呆然としている、あるいは遠巻きに見ている家族に対して椅子を差し出すこと、落ち着いた態度で穏やかに声をかけ子どものそばにいるよう促すことを学んでいた。その一方で、動揺し、興奮している家族に対しては、室外へ導く、子どもから離すなど子どもと距離をとることで家族が冷静になれるよう看護師が対応していることを学んでいた。

「迅速な対応」では、予備能力が少ないため変化しやすい子どもの特徴をとらえ変化を予測した迅速で的確な対応や、治療・処置時は子どもや家族に苦痛や動揺を与えない

よう静かにすばやく行うこと、子どもと家族の状況に応じて常に迅速に行うことなどを学んでいた。

3. 救急外来の位置づけと活動の実際 (表3,4)

救急外来の位置づけに対しては、約6割の学生が365日24時間どのような子どもでも受診できることや、かかりつけ医との連携と役割分担、事故防止に向けた情報発信を学んでいた。

救急外来の活動の実際については、68名(98.5%)の学生が学んでいた。その内容は、「かかりつけ医の紹介および連携」43名(62.3%)、「地域との連携」13名(18.8%)、「事故防止の教育・指導・情報発信」9名(13.0%)、「虐待防止」3名(4.4%)であった。

「かかりつけ医の紹介および連携」では、子どもや家族が

表2 医療者の対応

(n = 24)

落ち着いた対応 16名(23.2%)	<ul style="list-style-type: none"> 強い不安を抱えている家族には椅子を差し出し、子どものそばにいてよいことを伝える(6名) 子どもの急変で呆然としている家族には、子どものそばにいるよう勧める(4名) 遠巻きに見ている母親には「そばにいてあげてくださいね」と声をかけ、子どもの傍らに導く(3名) 家族が動揺しパニックに陥っている場合は、子どもから少しの間離れるよう促す 興奮している家族は、いったん室外へ落ち着いて誘導する きょうだいがいる場合、診察中は看護師がきょうだいを見守る
迅速な対応 8名(11.6%)	<ul style="list-style-type: none"> 子どもの状態は変化しやすいため、変化を予測して迅速かつ的確に対応する(5名) 治療や処置は、子どもと家族に余分な苦痛や動揺を与えないよう静かにすばやく行う(2名) 子どもと家族の状況に応じて、常に迅速に対応する

表3 救急外来の位置づけ

(n = 41)

救急外来の位置づけ 41名(59.4%)	<ul style="list-style-type: none"> 365日, 24時間, 地域, 緊急度・重症度によらず, どのような子どもでも受診することができる(33名) 地域およびかかりつけ医との連携と役割分担を行っている(5名) 事故防止に向けた, 情報発信をしている(3名)
-------------------------	---

表4 救急外来の活動の実際

(n = 68)

かかりつけ医の紹介および連携 43名(62.3%)	<ul style="list-style-type: none"> 子どもや家族が継続して診療を受けられるよう, かかりつけ医をもつことを勧めている(33名) 掲示板や開業医の地図を用いて, かかりつけ医の情報を提供している(7名) 救急医・かかりつけ医間で, 子どもの状態や検査結果, 処方の情報を交換している(3名)
地域との連携 13名(18.8%)	<ul style="list-style-type: none"> 外来・病棟・在宅の看護師と情報交換をし, IVH・人工呼吸器を装着し在宅で療養をしている先天性疾患や慢性疾患の子どもや, ターミナル期の子どもの緊急時のサポートをしている(7名) 緊急度・重症度により地域病院からの依頼に応じて, 地域に小児救急搬送チームが出動する(5名) 救急車や搬送ヘリコプターの受け皿になっている
事故防止の教育・指導・情報発信 9名(13.0%)	<ul style="list-style-type: none"> 事故で救急にきた家族に対してアンケートを行い, 事故防止プログラムを用いて子どもの発達段階に応じた事故防止を指導し, 再発防止に取り組んでいる(5名) 救急の日(9/9)に, 地域住民に向けて家庭での事故予防法セミナーを行っている(2名) 看護の日(5/12)に救急セミナーを開催し, 具体的な事故予防策やホームケアを紹介している(2名)
虐待防止 3名(4.4%)	<ul style="list-style-type: none"> 観察や不自然な傷, 骨折に気づいて虐待防止を早期発見できるよう取り組んでいる(2名) 発見時は, 虐待防止チームと連携をとり, 児童相談所への連絡や入院させるなど対応している

継続した診療を受けるためにかかりつけ医を推奨していること、掲示板や地図を用いてかかりつけ医の情報を提供していること、救急医・かかりつけ医間で子どもの状態や検査結果・処方などの情報交換をしていることを学んでいた。

「地域との連携」では、一般外来・病棟・在宅の看護者と情報交換をし、在宅で療養生活を送っている先天性疾患や慢性疾患の子どもやターミナル期の子どもの緊急時のサポート、地域への小児救急搬送チームの出動や救急車や搬送ヘリコプターの受け皿になっていることを理解していた。

「事故防止の教育・指導・情報発信」では、事故のために受診した子どもの家族に対してアンケートを行い、事故防止プログラムを用いて子どもの発達段階に応じた事故防止の指導や、地域住民に向けた事故予防法セミナーおよび救急セミナーを開催し、具体的な事故予防策やホームケアを紹介していることを学んでいた。

「虐待防止」では、不自然な傷や骨折に気づいて虐待を早期に発見すること、虐待防止チームと連携して児童相談所への連絡や入院への対応を学んでいた。

4. 子どもと家族の心理状態

1) 子ども心理状態(表5)

子どもの心理状態として「不安」を感じていることを学んでいる学生は、38名(55.0%)であった。学生は、子どもが感じている不安には「恐怖や緊張」「苦痛」が伴っていると理解していた。

「恐怖や緊張を伴う不安」としては、これから先の見通しが立たないことや、子どもが親の緊張や不安・動揺を感じ取ることだった。見慣れぬ環境のなかでうろろうし勝手に部屋から出てしまうなど落ち着きのない子どもの様子や、認知発達が途上であるため自分の状態をうまく言葉で伝えられないこと、入院経験のある子どもは入院するかもしれないことなどが挙げられていた。また、顔見知りではない医師や看護師に身体を触れられることや、処置中親が離れ

ていることも不安の内容として記述されていた。

「苦痛を伴う不安」では、発熱や倦怠感など病気や症状からくるつらさや苦しみ、採血や点滴など痛みを伴う治療や処置などが含まれていた。

2) 家族の心理状態(表6)

救急外来を受診する家族は、「不安」や「自責の念・罪悪感」「不満・苛立ち」「無力感」を感じていると68名(98.5%)の学生が学んでいた。その一方で、家族が医療者に対して「安心感」や「期待感」をもっていることも理解していた。

家族の「不安」では、初めて会う医療スタッフに対する緊張や子どもの病状の見通しが立たないこと、子どもに起こっていることや重症度が不明なこと、子どもの様子が普段と異なること、高熱や外傷後の後遺症や予想以上に状態が悪化していたこと、不慮の事故による子どもの急変、家に残してきた子どものことなどを学生は学んでいた。

「自責の念・罪悪感」としては、子どもに苦痛を伴う治療・処置を受けさせなければならないこと、家族の不注意により子どもが事故に遭遇し外傷を受けたことに対して罪悪感を感じていることを学んでいた。そのほかには、長い待ち時間に対する「不満・苛立ち」と、救急車を使ったという「後ろめたさ」や、子どもに何もできない「無力感」を挙げていた。

学生は、家族の心理状態として看護師のトリアージ後や医師の診察と説明により「安心感」や、専門病院だからという「期待感」を家族がもっていることも学んでいた。

5. 子どもと家族に必要な看護

1) 子どもに必要な看護(表7)

子どもに必要な看護を学んでいた学生は、33名(47.8%)であった。その内容は、「不安の軽減」16名(23.2%)、「迅速で的確なトリアージ」10名(14.5%)、「医療者間の連携」5名(7.2%)、「安全への配慮」2名(2.9%)であった。

表5 子ども心理状態

(n = 38)

恐怖や緊張を伴う不安 29名(42.0%)	<ul style="list-style-type: none"> これから何をされるかわからない不安や恐怖を感じている(9名) 見知らぬ医師や看護師に身体を触れられることで、不安や緊張状態にある(8名) 親の緊張や不安、動揺を感じ取って、余計に恐怖感をもっている(5名) 見慣れぬ環境のなかでうろろうし、勝手に部屋から出てしまうなど落ち着きがない(3名) 自分の状態がうまく言葉で伝えられない(2名) 入院経験のある子どもは、入院するかもしれないという不安がある 処置中、親が離れている
苦痛を伴う不安 9名(13.0%)	<ul style="list-style-type: none"> 病気や症状からくる痛みや苦しみに対する不安がある(5名) 発熱や倦怠感などにより、苦痛や恐怖を感じている(2名) 採血や点滴など痛みを伴う治療や処置などにより、苦痛や恐怖を感じている(2名)

表6 家族の心理状態

(n = 68)

不安 31名 (44.9%)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療スタッフとは初対面のため緊張している (8名) ・ 子どもがこれからどうなっていくのか見通しが立たない (6名) ・ 急に様々な機械や人に囲まれる (4名) ・ 子どもに何が起きているのか理解できない (3名) ・ 子どもが重症なのか軽症なのかかわからず、硬い表情をしている ・ いつ学校へ行けるのかわからない ・ 子どもの苦しんでいる様子や泣き叫ぶ姿を見て、普段との違いに戸惑っている ・ 子どもの突然の高熱により、後遺症が出現するのではないかと気になっている ・ 子どもの病状が予想していたより悪い ・ 不慮の事故で気持ちが動転している ・ 子どもの状態が急変し苦しんでいる ・ 外傷の傷跡が残らないか心配している ・ 家に残してきたきょうだいの世話をする人がいない ・ 帰宅後、子どもの症状が悪化するのではないかと案じている
自責の念・罪悪感 15名 (21.7%)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 子どもが、苦痛を伴う治療や処置を受けなければならない (6名) ・ 不慮の事故や外傷の場合、自分の不注意を責め、子どもに対する自責の念を感じ後悔している (4名) ・ 子どもが何度も治療を受けなければならないことに、罪悪感をもっている (3名) ・ 救急車で来院した家族のなかには、救急車を使ったという後ろめたさを感じている人もいる (2名)
不満・苛立ち 11名 (15.9%)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 後から来た子どもが先に診察し、早く診察してほしいのに診てもらえない (4名) ・ 診察までの待ち時間が長く、診察までの時間を子どもが何度も聞いてくる (4名) ・ 早く診察を受けたいが、待ち時間が長い (3名)
無力感 4名 (5.8%)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 子どもに何をすることもできない (4名)
安心感 4名 (5.8%)	<ul style="list-style-type: none"> ・ トリアージ後、整理がつきほっとしている (2名) ・ いつでも医師の診察を受けることができる ・ 子どもの状態について、医師から納得がいく説明が聞ける
期待感 3名 (4.4%)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門病院なら、確かな医療が受けられる (2名) ・ 専門病院だから治してくれる

表7 子どもに必要な看護

(n = 33)

不安の軽減 16名 (23.2%)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 治療や処置前に、子どもの発達に応じてわかりやすく伝える (6名) ・ 治療や処置中、乳児や幼児前期の子どもにはおもちゃで気をそらせる (4名) ・ 治療や処置中、必要に応じて家族に協力を依頼し、可能であれば子どものそばにいてもらう (3名) ・ 治療や処置終了後は、「痛かったけど、頑張ったね」など頑張ったことを認め、ねぎらう (3名)
迅速で的確なトリアージ 10名 (14.5%)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 子どもの救命と待ち時間の短縮のために、必要な場所ですぐ使えるよう万全の準備と点検をする (3名) ・ 早い診察と待ち時間の短縮のために、迅速かつ的確なトリアージをする (2名) ・ 乳幼児は言葉で伝えることができないため、常にアンテナを張り五感を働かせる ・ 乳幼児は自分の状態を言葉で伝えることができないため、必要な情報を家族からも得る ・ 急変しやすいので、詳細に観察する ・ 子どもは予備能力が低く、急変、重症化しやすいので、変化を予測する ・ 子どもの状態は変化しやすいため、迅速かつ的確に判断する
医療者間の連携 5名 (7.2%)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多くの子どもが迅速に治療を受けられるよう、スタッフ間で子どもの情報を共有する (3名) ・ 必要に応じて他科と連絡をとり、一般外来の再受診を勧める ・ 外傷や不自然な家族の態度から虐待を発見し、医師やソーシャルワーカーなどと連携する
安全への配慮 2名 (2.9%)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 子どもから離れるときは、必ずベッド柵を上げる ・ 感染症の疑いがある子どもや易感染状態にある子どもは、感染予防のために隔離する

「不安の軽減」としては、子どもが苦痛を伴う治療や処置を受ける際、子どもの発達に応じたわかりやすい説明をすることが挙げられていた。また、処置中は、おもちゃなどで気をそらせることや、子どものそばにいるよう家族に協力を求めること、治療や処置終了後は子どもの頑張りを認めることを学んでいた。

「迅速で的確なトリアージ」では、すぐ使える物品の準備、予備能力が低く言葉で伝えることができない子どもに対する観察力・予測力・判断力などを学んでいた。

「医療者間の連携」では、スタッフ間での子どもの情報の共有を、「安全への配慮」においてはベッド柵を上げることや感染予防としての隔離を学んでいた。

2) 家族に必要な看護 (表 8)

学生 (60 名, 86.9%) が学んでいた家族に必要な看護は、「不安の軽減」(20 名, 29.0%), 「情報提供・教育・指導」(19 名, 27.5%), 「不満の緩和」(12 名, 17.4%), 「自責感・無力感の軽減」(6 名, 8.7%), 「安全への配慮」(3 名, 4.3%) だった。

「不安の軽減」としては、家族が不安な気持ちを表出できるよう落ち着いた態度で温かく接すること、子どもの状態や治療・処置・今後の経過などを落ち着いてわかりやすく家族に説明し理解度を確かめること、強い不安や動揺、興奮や呆然としているなど家族の状況に応じて声をかけ、促し導くことなどを理解していた。

「情報提供・教育・指導」では、事故防止や帰宅後の対処方法、再受診方法、育児不安などに対して、パンフレット

などを用いて具体的に説明し理解しているかどうか確かめ、必要に応じて補足説明することを学んでいた。

「不満の緩和」については、診察の進行状況や待ち時間を伝える、子どもが待つことができる状態であることやトリアージの目的を丁寧に説明することを理解していた。

「自責感・無力感の軽減」に対しては、思いやりをもって家族に接すること、救急外来に来るまでの子どもへの対応を認め、ねぎらいの言葉をかけ、家族の頑張りを伝えること、子どもが診察や処置を受けるときに家族が子どものそばにいるよう促すことを学んでいた。

「安全への配慮」では、子どもから離れるときは必ずベッド柵を上げるよう伝えることや、子どもから離れるときは看護師に伝えるよう説明し、子どもを一人にしないことを学んでいた。

3) 子どもと家族に共通している看護 (表 9)

学生は、子どもと家族に共通している看護として「不安の軽減」34 名 (49.3%) を学んでいた。その内容は、子どもや家族が安心できる待合室の環境として絵本やおもちゃ、テレビなどが置かれていること、言葉や表情に十分配慮し落ち着いた態度で接すること、トリアージの目的や意義、診察の進行状況や待ち時間、検査・治療・処置などをわかりやすい言葉で説明することであった。

表 8 家族に必要な看護

(n = 60)

不安の軽減 20 名 (29.0%)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族が不安な気持ちを表出できるよう、落ち着いた態度で温かく接する (9 名) ・ 発熱の子どもには、子どもの状況に応じてクーリングや保温をする (3 名) ・ どこで何をするかなど、これからすることを説明する (3 名) ・ 子どもの状態や治療、処置を落ち着いてわかりやすく家族に説明し、理解度を確かめる (3 名) ・ 症状や今後の経過を正確に伝える (2 名)
情報提供・教育・指導 19 名 (27.5%)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 交通事故や不慮の事故の家族には、事故防止プログラムを用いて教育・指導する (10 名) ・ 帰宅後の発熱時の対応など、パンフレットを用いて具体的に説明する (5 名) ・ 帰宅後悪化した場合の対処法や、再受診方法を説明する (2 名) ・ 親の育児不安や不必要な救急外来の受診を解消するために、育児や病気に関する知識を提供する ・ 親がパニックに陥っているときは、医師からの説明の理解度を確認し補足説明する
不満の緩和 12 名 (17.4%)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 待ち時間が長い家族には、診察の進行や待ち時間を伝える (7 名) ・ 子どもが、待つことができる状態であることを説明する (3 名) ・ トリアージの目的を丁寧に説明する (2 名)
自責感・無力感の軽減 6 名 (8.7%)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 不慮の事故の場合、家族は自責の念をもっていることもあるので、思いやりをもって接する (3 名) ・ 自責の念に駆られている家族には、救急外来に来るまでの子どもへの対応を認める ・ 家族にねぎらいの言葉をかけ、家族の頑張りを伝える ・ 診察や処置時、可能であれば家族が子どものそばにいるよう促す
安全への配慮 3 名 (4.3%)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 子どもから離れるときは、転落予防のため必ずベッド柵を上げるよう伝える (2 名) ・ 子どもから離れるときは看護師に伝えるよう説明し、子どもを一人にしない

表9 子どもと家族に共通している看護

(n=34)

不安の軽減 34名(49.3%)	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもと家族が落ち着き安心できるように、言葉や表情に十分配慮し、落ち着いた態度で接する(12名) ・子どもと家族が安心できる環境として、待合室に絵本やおもちゃ、テレビなどを置く(8名) ・トリアージの目的や意義を、子どもと家族の理解力に合わせてわかりやすい言葉で説明する(6名) ・診察の進行状況や待ち時間を、「あと、何番目ですよ」と子どもと家族に伝える(5名) ・検査・治療・処置時は、必ず事前に子どもと家族にわかりやすい言葉で説明する(3名)
---------------------	--

・ 考 察

8割以上の学生は、「トリアージの方法および内容」や「家族の心理状態」「家族に必要な看護」を学んでいることが明らかになった。その一方で、「医療者の対応」を学んでいる学生の割合が低かった。一刻一秒を争う緊急を要する臨床で、学生がなぜこれらに関して学ぶことができたか、「医療者の対応」も含めてその理由を述べる。

1. トリアージに関する学生の学び

多くの学生が小児救急におけるトリアージを学ぶことができた背景としては、次の2点が考えられる。それは、①小児救急看護師が高い実践能力を有していたこと、②実践能力をもつ看護師が行うトリアージを小児救急の臨床現場で学生が実際に見学できたこと、である。小児救急の看護師は、来院した子どもと家族に最初に出会う医療者である。小児救急の認定看護師に求められる能力として、小児救急認定看護師の教育に取り組んでいる白石(2006)は、①緊急度の高い患児を見極めるトリアージ能力、②救命救急処置を含めた適切なケアを提供できる能力、③育児不安に対応し家庭における育児能力の向上に対する社会資源となりうる能力、④増え続ける子どもの虐待に対応する能力、を提示している。また、小児救急の現場で子どもと家族とかかわっている宮澤(2006)や林(2005)も同様に、看護師は上記の能力を培い、実践に取り組んでいると述べている。さらに、実践学としての看護学教育においては、第一義的に教師自身のケア能力が問われなければならないともいわれている(池川, 2000)。つまり、高い実践能力をもつ看護師のトリアージを実際に見ることにより、学生はトリアージについて学ぶことができたと考えられる。

また、実習指導方法として臨床に教員を配置し、臨床との連携を図っていることも考えられる。臨床では、毎日1名の実習指導者が専任で学生の指導を担当している。学生は、緊急を要する場での実習ということから初めは緊張し、見学する際は立つ位置に戸惑いをみせていたが、実習指導者は学生の立つ位置だけでなく気づいてほしい内容、学習してほしい場面などを瞬時に考慮し指導している。教育と臨

床との連携に関するこれらの実習指導体制や実習指導方法も、学生の学びに影響を及ぼしていると思われる。

2. 家族に関する学生の学び

家族の心理状態や家族が必要とする看護を学んでいる学生の割合が高かった背景としては、子どもの特性と小児救急の看護の特徴を考えることができる。子どもの特徴としては、認知発達が途上であることから、子どもは自らの身体症状を適切に表現することができにくい。そのため、子どもの年齢や状況にもよるが、看護師は子どもよりまず家族の訴えに耳を傾け、家族を中心としたかかわりをもつことになる。学生は、看護師が家族とかかわる場面を見ることによって、家族の心理や看護を学ぶことができたと考えられる。また、同意が得られた家族に対して、家族の心理を理解するために短時間であるが直接話を聞く学習の機会があった。これらの体験を通して、家族の気持ちや思いを理解することができたと考えられる。

3. 医療者の対応における学生の学び

「医療者の対応」に関して学んでいる学生の割合は、約3割程度と低かった。その理由としては、①実習時に医療者の対応を見る機会が限られている、②医療者の迅速な対応に気づきにくい、ことが考えられる。

実習時に医療者の対応を見る機会が少ない背景には、救急外来を受診する子どもの数には季節変動があることや、インフルエンザなど感染症が多発するのは冬であることが挙げられる。また、1日のなかでは家族が仕事を終えて帰宅する準夜帯(18～23時)に多いといわれている。しかし、実習時期(6～9月)や実習時間(9～15時)は上記と異なり、来院する子どもと家族が少なかったことも事実である。そのため、子どもと家族に応じた対応を学習する機会が限られており、学生の学びに影響していたのではないかと考える。

次に、なぜ学生は医療者の対応に気づきにくかったかについて述べる。「医療者の対応」とは、医療者がそのときその場での子どもや家族へのかかわりを指しているが、学生は子どもや家族への医療者のすばやい動きやその意味をとらえることが難しく、気づくことができなかったのではな

いかと考える。今後は、カンファレンスでの振り返りや対応場面の意味づけをすることで、学生が医療者の対応をとることができるよう取り組む必要があると考える。

・ 結 論

「救急医療を受ける子どもと家族の看護」において、8割以上の学生が、トリアージや救急医療を受ける家族の心理状態と看護を学んでいることが明らかになった。また、優れた実践能力をもつ看護師の看護の実際を見学することの重要性が示唆された。

しかし、そのときその場での「医療者の対応」を学んでいる学生は3割と低く、今後の課題であると考ええる。

文 献

- 藤井千穂監修 (2001). 救急外来ナースの疾患別ケアハンドブック. メディカ出版, 大阪.
- Grossman, V., G., A. (1999) / 高橋章子監訳 (2001). ナースのためのトリアージハンドブックー救急初療対応の手引き. 医学書院, 東京.
- 林幸子 (2005). 看護師によるトリアージ. 中澤誠監修, 小児初期救急への挑戦. 172, へるす出版, 東京.

- 飯村直子, 伊藤久実, 江本リナ, 安田恵美子, 阿部さとみ, 長田暁子他 (2001). 看護系大学における小児看護学実習の概要. 日本小児看護学会誌, 10 (2), 16-21.
- 池川清子 (2000). 「ケアの質を保証する看護基礎教育」基礎教育の立場から. 日本看護学教育学会誌, 19 (4), 36-39.
- 門間正子, 片岡秋子 (2005). 学部教育における救急医療教育の効果ー履修前後のアンケート調査から. 日本救急看護学会雑誌, 7 (1), 132.
- 込山洋美, 阿部さとみ, 渡部真奈美, 長田暁子, 飯村直子, 伊藤久美他 (2001). 施設における看護系大学小児看護学実習の受け入れ状況. 日本小児看護学会誌, 10 (2), 9-15.
- 宮澤桂子 (2006). 外来看護の今とこれからー小児外来トリアージ・ナースの取り組み. 臨牀看護, 37 (7), 1089-1096.
- 白石裕子 (2006). 誕生! 小児救急認定看護師. EMERGENCY CARE, 19 (10), 4-6.
- 八尾みどり, 田口豊恵 (2005). 看護学生の救急医療に対する印象・興味の実態. 日本救急看護学会雑誌, 7 (1), 132.

【要旨】 本研究は、小児救急医療における子どもと家族に必要な看護について、その基礎資料となる学生の学びを明らかにすることを目的としている。成育看護実習を選択し実習記録を使用することに同意が得られた4年生69名を対象とした。その結果、学生は「トリアージの方法および内容 (100%)」「救急外来における活動の実際 (98.5%)」「家族の心理状態 (98.5%)」「家族に必要な看護 (86.9%)」「救急外来の位置づけ (59.4%)」「子どもの心理状態 (55.0%)」「子どもに必要な看護 (47.8%)」などを学んでいた。特に、「トリアージの方法および内容」ではトリアージを中心にトリアージの前後を、家族の心理状態においては「不安」「自責の念・罪悪感」「不満・苛立ち」「無力感」や「安心感」などを学んでいた。小児救急外来における実習は、多くの学生がトリアージや家族に対する理解を深めていることが示唆された。

Important Features of Academic Research Papers in English

David Richard Evans

National College of Nursing, Japan ; 1-2-1 Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒 204-8575, Japan
evans@adm.ncn.ac.jp

【Abstract】 Writing academic papers in English can be very daunting, particularly for non-native speakers. However, there are some features that can be clearly identified, and once the writer is aware of these, the task becomes less difficult. This paper focuses on how to construct an Introduction, Methods, Results, Discussion (IMRD) paper and some more general academic conventions.

【Keywords】 introduction , methods , results , discussion , convention

Introduction

Writing an academic paper in English is a challenge for all but the most seasoned of native English speakers. For non-native speakers the challenge must be even more daunting. However, there are certain academic conventions and generalities, which, once understood, should enable writing to be approached with more confidence. The analysis of text patterns, known as written discourse analysis, is a growing area of research, and J.M. Swales, is the leading voice in the field of analyzing the text patterns employed in academic papers. Research papers in this field tend to focus on one particular aspect of the academic paper. This paper, by contrast, will look at the whole construction of a typical IMRD (introduction, methods, results, discussion) paper, firstly by synthesizing the combined writings of experts in the field as to common conventions, and by the individual sections of the IMRD paper. The features included in these sections are not meant to be exhaustive, but are selected for their importance and general application, regardless of the subject.

There is, of course, no one 'right' way to write a paper, and this paper is not meant to be overly prescriptive. The imagined audience for this paper is not the linguistic expert, but the novice writer, who might feel daunted at the prospect of writing research in English. It is hoped that it will be of some benefit for those contemplating such an undertaking.

The Style and Tone of Paper

Moxley (1992, p.13) notes, 'each rhetorical situation-that is, different audiences and purposes-will strongly affect how you compose.' For research papers, regardless of the discipline, the aim is to inform the audience, which is an academic one. Consequently, some generalizations can be made, and the essence of the academic writer's approach is, as noted by Clanchy and Ballard (1992), cited in Jordan (1997, p.244),

'analytical rather than impressionistic, objective rather than subjective, intellectual rather than emotional, rational rather than polemical. The academic writer's tone is serious rather than conversational, impersonal rather than personal, formal rather than colloquial.'

Deciding on the audience is a crucial decision for the writer. This paper is not aimed at academics in the field of linguistics, but instead at aspiring authors. The audience has a great bearing on the content of all papers, particularly in terms of what knowledge the author assumes the readership to possess. It also has implications as to the style of the paper. The relationship between a teacher and a student is markedly different to that between fellow academics. For example, whereas a teacher might use 'you' and 'I' when writing a textbook, an academic is more likely to use 'one' and 'the author' when addressing his/her peers. As with spoken English, academic writing is constantly evolving, albeit at a slower pace, so although there are exceptions to the following guidelines, they are best observed by the novice author.

Common Conventions in Academic Writing

The following is an amalgamated list from Swales and Feak (1994) and Jordan (1997) and the advice proffered is generally accepted in the academic community.

Avoid contractions

Although contractions are common in everyday English, and might become more acceptable in the future in academic English, currently they are best avoided.

Avoid run-on expressions such as 'and so forth' etc'

Even though these expressions are perfectly acceptable in conversation, and in academic presentations, it is still felt that they should not be used in academic writing. In the future it is possible that such a convention will become less enforced, but at present it is best observed.

Avoid addressing the reader as 'you'

Although this is very common in spoken English, and in most written English, including textbooks, it is regarded as too casual for academic writing. 'One' is preferred, and 'the reader' is possible.

Do not use direct questions

The practice of using direct and rhetorical questions is a common device in newspaper articles, both in titles and in the body of the text, but it is still not generally accepted in academic writing. Recognized experts might be able to breach this convention, but for a novice, it is wise not to do so.

Place adverbs within the verb

Swales and Feak (1994) note that adverbs are more usually placed mid-position rather than in the initial or final positions in a sentence. He gives these examples.

Then, the solution can be discarded.

*The solution can **then** be discarded.*

The blood is withdrawn slowly.

*The blood is **slowly** withdrawn.*

Avoid using too many phrasal verbs

It is best not to use phrasal verbs if possible. Jordan (1997, p.245) recommends using 'investigate' rather than 'look into' and 'discover' rather than 'find out'. Some phrasal verbs can sound too casual, such as 'Smith brings up some interesting points'. Others such as, 'Smith points out the problem of...' are becoming

increasingly common, though, Smith *notes...* 'would avoid the use of a phrasal verb. The key point here is to use phrasal verbs sparingly, if at all.

Avoid colloquialisms/slang/cliches

Jordan (1997) says expressions such as 'you know' 'lots' 'it's like' 'push the boat out' 'go the extra mile' should be avoided. Although these are very common in spoken English and are very natural, they have no place in academic English.

As a general rule avoid personal pronouns

This is a contentious issue, and is perhaps a convention that is becoming less strictly observed than it once was. In the main, personal pronouns, such as 'I' and 'we' are avoided in IMRD papers (although in other genres, they are acceptable), but Swales and Feak (1994) have found that there are particular situations in which they are not only permissible but necessary. They found that personal pronouns are used, but only in the introduction and discussion sections of papers, as the authors position themselves within the field of study. For example, if an author has a particular explanation, which is contradictory to mainstream thought, then it is fitting to use a personal pronoun to show that it is not part of the broader consensus. Similarly, if something unexpected arises, the author might feel it is necessary to give a personal explanation of the event, rather than present it in a way which suggests it is a commonly held belief. There is also some research to suggest that well-established researchers tend to breach this etiquette, perhaps because their voice is regarded as important within the academic community but for the beginner, it is best avoided. As noted earlier, some academics (Webb, 2002; Albarran & Scholes, 2005) are now questioning this practice, and recommend the use of the personal pronoun, so checking the usage of personal pronouns in the journal that one wishes to be published in is wise. Webb (2002) notes that in a small comparative study of medical and nursing journals, the use of personal pronouns appeared in 92% of medical articles, but only in 32% of nursing ones.

Avoid vagueness in word choice

'Thing' is an essential word in spoken language, as due to time pressure it is often difficult to find the precise word for a particular situation. However, in written language, we do not suffer from the same time constraints so precision should be possible.

Do not begin sentences with 'And' or 'But'

Although this is not mentioned by either Swales and Feak (1994), or Maher (1990), presumably because it is regarded as a basic point, it is sound advice for non-native speakers.

The Outline of an IMRD Paper

An academic paper has been described as being like an 'hour-glass' (or egg timer) in shape. This is because the introduction section starts by surveying the current state of knowledge in the chosen field. The author then links his or her own research to what is currently known in the field and shows how it adds to the current body of knowledge. In this respect the paper is beginning to narrow to the present research. This narrowing increases in the methods and results sections, which concentrate on that author's individual research. Then, in the discussion section it once again broadens out, like the 'hour-glass', to show the significance of the individual research to the wider field. Some of the more common patterns within these sections will be discussed later.

The Title

The title is the first chance to attract the interest of the reader, so it is important to make it precise. The title of a medical paper, according to Maher (1990), is not written as a complete sentence and is often completely without verbs. It should contain the key words of the paper and be as specific as possible. It is common to use colons or dashes in the title and occasionally question marks.

The use of a colon helps reduce a potentially long title into a shorter one, by introducing the broad topic before the colon mark and then specifying the aspect to be investigated. For example, 'Priorities and Challenges of Health System Chief Nursing Executives: Insights for Nursing Educators'. In the social sciences, it is often the case that titles are written in complete sentences, so it would be advisable to look at the style used in the journal to which the research is going to be sent. In nursing journals both styles tend to be used.

The Abstract

According to Moxley (1992), the abstract is the most critical part of the paper, for it determines whether or not a reader will read further. He points out that abstracts are often written by an exhausted author and that not enough care or attention is spent on crafting them. Although the abstract might not be responsible for the paper being published, it is the abstract that will determine whether the reader of the journal will invest the necessary time to read the published article. Just as a movie trailer will influence some movie-goers as to whether to see a movie or not, the abstract will determine how many people read the article. Maher (1990) believes that there are predominantly two main styles for writing

an abstract. One is to write a brief summary of the paper, with approximately two sentences for each of the four sections. The other is to focus on the findings and results. The latter approach is more likely to entice readers as the most interesting parts of the research can be highlighted. In contrast, the two-sentence approach is drier and less attractive. However, it is wise to check the usual style of the journal for which the article is being written.

The Introduction

Swales and Feak (1994) recommend writing the introduction after the methods and results sections have been written, as what needs to be said in the introduction is then much clearer. Similarly, Moxley (1992) advises the constant redrafting of the introduction, as it is not possible to know from the outset what shape the paper will take. In comparison with the methods and results sections, the introduction and discussion sections require more careful thought, as the other two sections are more formulaic.

Swales (1990) and Swales and Feak (1994), have conducted exhaustive research of the introduction section, has identified common components, which they term as 'creating a research space' (CARS). In short, this is a chronological sequence that many authors use to show why their research is important. Not all authors follow every stage, but some steps are essential, and others are likely to be done.

Move 1 Establishing a research territory

a) Claiming centrality (optional)

Although Swales and Feak (1994) classify Move 1a as optional, it is rare for this not to be done in a social science paper. Just as the abstract will determine if the paper is to be read, the introduction will decide for how long the reader will persevere. Without overstating the case, the author needs to show why this research is of importance, and why it should be read. One of the most common appeals the author makes to the reader is that his or her topic is of particular importance at the time of writing. This is called 'topicality'. Some examples Swales and Feak (1994) found are as follows;

The increasing interest in ...has heightened the need for...

Of particular interest and complexity are ...

Recently there has been a growing interest in...

The possibility of ...has generated wide interest in...

The development of ...is a classic problem in...

The development of ...has led to the hope that...

As can be seen in these examples, the author is telling the reader why his or her research is of importance, and why it is valuable.

Swales and Feak (1994) also note how most of the above examples use the present perfect tense, and suggests that this might be a feature of claiming centrality.

b) Reviewing previous research (obligatory)

Reviewing previous research is compulsory in academic texts. Usually, this is done chronologically, charting the key research papers that have been published in the field. This helps orientate the reader to the developments that have been made and, by using the more famous papers, the reader will be able to connect the author's research to his or her own knowledge of the field. The more famous papers are also those that have contributed most to the current state of knowledge within the field. Another unspoken function is to show the reader that the author is aware of what has been done and is an expert within the field. Equally, failure to note previous significant research may suggest that the author's knowledge is not as broad as it might be.

It does make a difference as to whom the writer perceives to be the audience. If the article is aimed at other experts within a narrow field then it is less likely to dwell on the history of the topic, as this will be shared common knowledge, but will focus on more recent research or on commonly known problems within the field. If the journal covers many topics and is not so specialised, then the author may need to cover more background than would be the case if the readership were more specialised. The topic will also have an influence. If it is topical or much written about, less background knowledge will be required. However, if it is not so well known, the author will need to provide more background knowledge so that it connects with the readership. The use of citations is how the author builds this shared knowledge with the reader.

Citations can be written in a variety of tenses and in a variety of styles; a good writer will vary this to make the article more interesting to the reader. Variety is an important factor in good writing. As can be seen by reading articles, authors will not, for example, use only one reporting verb for the duration of an article. The desire to avoid repetition is strong. There are many different verbs used to cite authors, and some of the more common ones are; X 'shows that'; 'reports that'; 'states that'; 'found that'; 'noted that' and 'believes that'. This list is by not exhaustive, and a quick perusal of any article will show different ways of reporting what authors have said. Similarly, there is a choice as to where the names of cited authors appear within a sentence.

The following example is perhaps most typical and is an example from a nursing journal.

Leape and colleagues (1995) reported that RNs intercept the majority (85%) of potential medication errors.

Alternatively, the names of the authors can occur at the end, as

in the next example.

Furthermore, between 44, 000 and 98, 000 patients die each year as a result of preventable medical errors, exceeding the annual mortality rates attributable to motor vehicle accidents, breast cancer, and acquired immunodeficiency syndrome (Berenholtz, Dorman & Pronovost, 2003).

It might be the case that more than one researcher has investigated a particular area, in which case it can be helpful to use multiple citations to save space. The following truncated example is taken from Moxley (1992, p.34),

'A number of researchers (Bellack, Kliebard, Hyman & Smith 1996; Cazden, John & Hymes, 1972; Barnes, 1969; Flanders, 1979; Sinclair & Coulthard, 1978) have analyzed the language of classrooms and have come to the conclusion that...'

Quotations in academic papers are less common than in student essays and are used sparingly. Moxley (1992) cautions that they detract from the voice of the author if overused.

Move 2 Establishing a niche

a) Indicating a knowledge gap (obligatory)

Having reviewed the previous literature, the author then needs to inform the reader why his or her research adds to the current body of research. This is typically done by indicating an existing knowledge gap in the field, which the author's work seeks to fill.

Pointing to this knowledge gap can be done in a variety of ways, but typically the author will show that there is a lack of knowledge or an existing problem that needs solving, and the research of the author will address those problems. There are many ways in which this is done. For a full range of indicators consult Swales and Feak (1994, pp.186-191). Verbs which indicate the limitations of previous research include;

concentrated on...
disregarded...
failed to consider...
ignored...
been limited to...

The second group show some of the more common adjectives used that fulfil the function of criticizing what has previously been written. It is unlikely that a novice writer would criticize previous researchers, but more experienced ones might do so. The adjectives include;

incomplete...
inconclusive...
questionable...
unconvincing...
unsatisfactory...

It would seem the best choice for a novice writer is not to

comment on previous authors' limitations, but instead to focus on the limited or restricted scope previous research.

little information

little research

few studies

few investigations

Some authors, Swales and Feak (1994) found, prefer to use comparatives to highlight a knowledge gap.

The research has tended to focus on ..., rather than on...

These studies have emphasized..., as opposed to...

Although considerable research has been devoted to..., rather less attention has been paid to...

These are particularly useful for topics that are not as fashionable as others, and consequently have been less explored.

Move 3 Occupying the niche

a) outlining purposes or stating the nature of the present research (obligatory)

Having identified a weakness in the current knowledge of the topic the author then needs to explain how this void is to be filled.

Swales and Feak (1994) list the following standard ways of outlining the purpose of the research.

The aim of the present paper is to give...

This paper reports on the results obtained...

In this paper we give a preliminary summary...

The main purpose of the experiment reported here was to...

This study was designed to evaluate...

When telling the reader the aim of the paper there is a choice as to which tense is employed. Swales and Feak (1994) favour the use of the present tense when there is a choice as it makes the research seem fresher. Furthermore, if one starts with 'the aim of this paper was to...'; there is a suggestion that the aim has since changed. He notes that when the author refers to his or her own paper, the present tense must be used, but if the type of investigation is referred to then there is a choice between the present and past tenses. To summarise, using the present tense would seem the better choice.

b) announcing principal findings (optional)

Although this is a possibility, it would not seem to be so common in the social sciences. The principal findings will be fully discussed later in the paper, and if they have also been highlighted in the abstract, there is a danger of being overly repetitive.

c) indicating the structure of the research paper (optional)

This would be most appropriate if the paper is in some way atypical and is different to how the reader might anticipate it to be. This is optional, and unless there is a pressing reason to tell the reader about a novel structure in advance it is probably

unnecessary.

Methods

In comparison with the introduction, the methods section is relatively straightforward to write, and most native speakers will find that one draft is often sufficient. As it is concerned with reporting how the research was conducted, there is usually little need for in depth analysis, unless the choice of method is unusual or novel in some aspect. The two most striking features of this section are the overwhelming use of the past tense and the abnormally high percentage of the passive voice. One study found that the simple past tense accounted for 94% of all verbs in both the methods and results sections, but for only 35% in introductions and 39% in discussion sections. The high use of the past tense is because the methods section details procedures which have been finished.

Although instances of the passive voice occur throughout research papers, research has shown it occurred in more than 80% of verbs in the methods section, which was more than twice as frequent as in any other section. Other researchers state that as the passive is used for human actions, all actions performed by researchers fall into this category. As it is obvious from the nature of a research paper that the researchers have done the actions, it is unnecessary for them to be named. In non-academic English, using the passive is not so common, and indeed, on software packages for computers, the use of the passive is often highlighted in the spell-check and grammar section, as if the writer had made a mistake. In other forms of writing, using the active is felt to be far more engaging for the reader, so writers generally use the passive sparingly.

By contrast, in academic writing, the main aim is not to entertain but to inform, and, the passive voice is one way in which the author can avoid using personal pronouns. It is interesting to note that the use of the passive is mainly limited to the methods section, and does not occur as frequently in the remaining sections as many writers would believe. Even within the methods section, writers do like to occasionally choose the active voice to break the monotony of the passive.

Some of the more common uses of the passive voice in medical papers according to Maher (1990) are listed below.

Questionnaires were sent...

Patients were interviewed...

Interviews were recorded...

The data was analysed... (British English)

The data were analyzed... (American English)

Results

The results section is primarily concerned with presenting the data. Not all data will be written about in the body of the article. Large amounts will appear in tables, graphs or other pictorial forms, and only those results that are of particular interest will be commented on. When doing so the writer will use different ways of relating this information, such as fractions, comparisons, percentages and multiples in order to keep the writing style fresh. The following examples are taken from a single nursing paper.

Approximately 33% of...

Almost one quarter (24.1%) of the medication errors...

Just under one fifth (19%) of...

Half of the participants were...

Intercepted the majority of potential errors...

Account for an even higher percentage...

Similarly, just over half of the near errors...

Depending on the amount of results generated by the research, it will be necessary for the author to decide which results merit comment as opposed to merely being recorded in the appendix. Any important tables or graphs should be presented in the body of the results section, not in the appendices, as the reader should not need to be constantly referring to the end of the article. The order in which one presents the results requires careful consideration. Unless a clear framework was decided upon before conducting the research, it is unlikely that the order in which the statistical analysis was done will be the best way to present the results. The author needs to consider whether the most interesting results should be discussed first, or, if some results link with others and can be grouped together. Anomalies in the results also need to be commented upon, as the author needs to anticipate questions that the readership might have and this will include any results that might not be consistent with what was expected or that are controversial in some way.

The second area of interest is the degree of claim that is made when interpreting results. This is an essential part of an academic writer's role, and maintaining a measured approach is vital. If the author is too emphatic as to what the results show, the readers may feel that such an injudicious approach undermines the author's work. On the other hand, if the author is too timid in the claim made, the editor of the journal may feel that nothing of interest has been revealed and the paper does not warrant publication.

This qualifying of claims is known as 'hedging', although some writers refer to it as 'comment'. The most frequent ways of qualifying claims are by using modal verbs, such as *might*, *may* and *could*; lexical verbs, such as *appear*, *suggest*, *seem*, and *imply*;

and modal adverbs, including *probably*, *possibly* and *apparently*. Modal adjectives such as *certain* and *probable* as well as modal nouns, including *possibility* and *estimate*, can be used. The following examples are taken from one nursing paper by Balas, et al. (2004).

These findings suggest a number of factors...

In this example, the use of "suggest" allows for the possibility of another explanation. If 'show' had been used, no other explanation is being permitted by the author.

...heavy workloads can result in stressed and fatigued workers...

Using 'can' in the above makes the claim less comprehensive, and shows that heavy work loads do not always result in stressed and fatigued workers. Similarly in the following example, using 'all' limits the claim made.

...it is impossible for RN's to avoid all distractions

The use of impossible is a very strong claim but by using 'all' before distractions it allows the possibility that nurses can avoid some distractions, or even 'most' but not all. Making a realistic claim is extremely important; as if the author exaggerates it will make the reader unsure as to what extent the author is to be relied on. If a claim is clearly injudicious, not only will the reader doubt the particular claim made, but most probably he or she will become less confident about the whole article.

The Discussion Section

The discussion section is less formulaic than the introduction, and the choice as to what to include is freer. The main aim is to highlight the key points (rather than facts) from the writer's own study and then show how they relate to the field. This is the bottom end of the 'hour glass' figure mentioned before. The findings of the study once discussed are then assessed in terms of how they advance the state of knowledge within the whole field, and often point to which further studies are necessary to continue building the knowledge base. Swales and Feak's (1994) research found a greater variety of ways of writing the discussion section, but identified the following moves as being the more common features of research articles.

Move 1 Points to consolidate the research space (obligatory)

Swales and Feak (1994) found that 40% of authors started by highlighting what they felt to be the most significant points of their research. The very fact that the author chooses certain findings to use in the discussion clarifies to the reader as to what the author regards as being the most interesting revelations of the research. According to Swales and Feak (1994), 'phrases of generality' is a particular linguistic feature of the discussion

section. These include such expressions as;

On the whole,

Overall,

In the main,

With certain exceptions,

These are not restricted to this section, but they are most likely to occur in summation.

Move 2 Points to indicate the limitations of the study (optional but common)

As was mentioned in the results section, the writer will be anticipating readers' possible questions that anomalies in the data may pose. The author will also 'hedge' so as not to overstate what the study means. Likewise, the author will qualify, if necessary, how much weight can be attached to the findings. This is not meant to detract from one's own work, but to be a detached assessment of how significant the work is. For example, if the study were a questionnaire which produced strong results, but was conducted on a relatively small number of subjects, this would be acknowledged by the author. If there are significant areas that were not included in the research design, these too should be acknowledged. Swales and Feak (1994) divide the types of limitations into two categories, firstly the research scope and secondly the findings. Typical examples of a limited research scope include;

It should be noted that this study has examined only...

This analysis has concentrated on...

The findings of this study are restricted to...

This study has addressed only the question of...

The limitations of this study are clear:...

We would like to point out that we have not...

Some examples of limitations in research findings include;

However the findings do not imply...

The results of this study cannot be taken as evidence for...

Unfortunately, we are unable to determine from this data....

The lack of... means that we cannot be certain...

Move 3 Points to identify useful areas of further research (optional and only common in some areas)

Having done the research the author will be in a strong position to know the next logical step in terms of the research necessary to further understanding of the topic under investigation. The research may have found an area that has yet to be explored, or a problem might have presented itself that needs to be resolved before further progress can be made.

Conclusion

Getting published in English language journals is exceedingly difficult in some disciplines, with one study revealing that between 80–95% of all manuscripts in the Arts and Humanities are rejected. Of course, if the research is not of great significance, then no matter how well-written it is it will not be published. However, papers that are outside the mainstream, in terms of following certain conventions, need to be of exceptional brilliance to be accepted. It is hoped that this paper will arm novice and indeed more experienced ones with a better understanding of the IMRD genre. For example, many native speakers and experienced non-native speakers have a habit of overusing the passive voice when in fact it is mainly prevalent in the methods section. The features that have been concentrated on in this paper are those that the author feels are of particular interest and are ones on which there is a consensus in the academic community. There are many other features of academic writing that have not been covered here as the field is still in its infancy, and a consensus is yet to emerge on all aspects.

There have been many textbooks written for graduate students and for teachers, not only with advice on how to write, but also with exercises that build the necessary skills to do so, such as those by Coffin, et al. (2003); Rose and Kiniry (1998); Spencer and Arbon (1996); and Leki (1998). However, there is one book that I would strongly recommend which is 'Academic Writing for Graduate Students' by Swales and Feak (1994). Whilst most books of this nature are based upon an author's intuitive understanding of academic writing, this book is based on research of actual published papers. Despite this recommendation it is important to see their advice as a guiding framework, and not as a definitive plan that must be followed. Although there are conventions which are best adhered to, the advice on how to construct an introduction or discussion section should serve only as advice as to how these sections might be formulated.

References

- Albarran, J.W., & Scholes, J. (2005). How to get published: Seven easy steps. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 10(4), 72–77.
- Balas, M.C., Scott, L.D., & Rogers, A. E. (2004). The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses. *Applied Nursing Research*, 17(4), 224–231.
- Coffin, C., Curry, M.J., Goodman, S., Hewings, A., Lillis, T.M., & Swann, J. (2003). *Teaching academic writing: A toolkit*

- for higher education*. London: Routledge.
- Jordan, R.R. (1997). *English for academic purposes*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Leki, I. (1998). *Academic writing: Exploring processes and strategies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Maher, J.C. (1990). *International medical communication in English*. Ann Arbor: University of Michigan.
- Moxley, J.M. (1992). *Publish, don't perish: The scholar's guide to academic writing and publishing*. Westport: Greenwood Press.
- Rose, M. & Kiniry, M. (1998). *Academic thinking and writing*. New York : Bedford Books.
- Spencer, C.M., & Arbon, B. (1996). *Foundations of writing: Developing research and academic skills*. Illinois: National Textbook Company.
- Swales, J.M., & Feak, C.B. (1994). *Academic writing for graduate students: A course for non-native speakers of English*. Ann Arbor: University of Michigan.
- Swales, J.M. (1990). *Genre analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Webb, C. (2002). How to make your article more readable. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 1-2.

看護職員の給与水準の変遷とその背景についての考察

森山幹夫

国立看護大学校；〒204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1
moriyamam@adm.ncn.ac.jp

The Change of Nurses' Pay Level and Its Background

Mikio Moriyama

National College of Nursing, Japan ; 1-2-1 Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒204-8575, Japan

【Keywords】看護職員 nursing personnel, 保健師助産師看護師法 law for public health nurses, midwives and nurses, 給与 pay, 歴史 history, 需給 supply and demand

．はじめに

給与に関する問題意識は誰もがもつものであり、現状で満足している人はそういないであろう。それは給与が個人にとって経済的問題のみならず職務の評価にも密接に関係する問題だからである。看護職員あるいはそれを指す学生として例外ではなく、給与は基本的に需要が多ければ高くなるという法則に支配されるはずであるが、現実には必ずしもそのとおりではない。需給関係で律することが万端で良いことであるとは思わないが、それすら多くの要因が絡んで貫徹されていない。

看護職員の給与は、15年前の平成4年に制定された看護師等の人材確保の促進に関する法律（以下「人材確保法」という。）以降、大きく変化した。同法における処遇の改善という文言のなかから、法律上も国家の関心事であることがわかる。法は民間病院にも給与改善を求め、そのための仕組みを法律に基づいてつくった。

本稿は、このような背景を踏まえ、看護師の給与改善の経緯と現状に至った要因を概観したものである。

．人材確保法と給与

看護職員の給与改善に関して、国はどのような役割を果たしてきたのであろうか。国は、国家公務員給与法によって官民の給与体系をリードするとともに、国立病院において看護部門の職務内容を確立することにより民間をリード

してきた。たとえば、看護師を医師業務から独立させて看護部を独立した組織とし、看護の職務内容に合わせた職務職階をつくることによって合理的な看護職員の給与の改善にも寄与してきたのである。昭和30年代からの慢性的な看護師不足の状況のなかでも基本的な確保策を推進してきた。

さらに、昭和60年に医療法が改正され、地域医療計画制度が創設されてから、病床規制のなかで各病院経営者は病床確保のために看護師を実際に雇用しておくことが必要になり、一挙に看護師不足が表面化した。当然そのようなときには、看護職員の給与も上がるのが予想された。そこで、国はそれを宣言するとともに制度的に後押しするために、看護職員の確保のために、平成4年に人材確保法を制定した。また、この法律に基づき、厚生大臣、文部大臣および労働大臣（いずれも当時）が共同で告示をし、看護職員の処遇を改善するという政府の方針を民間病院をはじめ、広く国民に周知した。

それは、看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針（以下「基本指針」という。）と呼ばれ、そのなかで、給与水準については、個々の病院等の経営状況、福利厚生対策等を踏まえて、労使において決定されるものであり、病院等の労使にあつては、人材確保の観点に立ち、看護師等をはじめとする従業者の給与について、その業務内容、勤務状況等を考慮した給与水準となるよう努めるべきとの考え方を導入している。

実際にこのような観点から、厚生省医科診療報酬点数表（当時）の各年次版を見ると、平成4年の診療報酬改定においては、看護師等の処遇改善に資するため、看護料の大幅

な引き上げを図ったほか、勤務時間、夜勤体制を勘案した加算制度が創設されたところであり（厚生省、1992）、病院等の開設者はこれら改定の趣旨を踏まえた給与水準となるよう努める必要があるとしている。つまり、給与水準は労使の話し合いで決まることではあるが、政府としても診療報酬で配慮しているの、開設者すなわち使用者は給与の引き上げを行うべきであると述べている。

さらにこの基本指針は、国が、必要に応じて診療報酬改定の趣旨等を病院等の関係者に十分に説明するとともに、各病院等において適切な対応が図られるよう人材確保法と基本指針の趣旨の徹底について協力要請等に努める必要があるとしている。国は、これらの趣旨に従い、診療報酬における看護料の引き上げという形で側面から看護職員の処遇改善を支援してきている。

ただし、診療報酬はいったん受け取れば使途に制限はなく、看護料名目の収入であっても看護師の給与に使わなければならない性格のものではない。経営側の意思で自由に配分できるのである。

基本指針は、様々な条件のなかで、これらの努力を踏まえ、今後とも看護師等の給与について、国は適切な水準となるようにする必要があるとしている。なお、前述のごとく診療報酬以外でも、国家公務員については国家公務員給与法などにに基づき、給与改善が図られてきている。

・制度などの要因による看護職員給与の変遷

1. 終戦直後の看護制度創設による給与改革の始まり

厚生省 50 年史（厚生省、1988）によれば、看護職員給与の改革は終戦直後に連合軍司令部（GHQ）の指示により現在の看護制度が導入されたことから始まる（なお、この項では当時の呼称による）。GHQ と日本政府は、戦前の医師に所属した看護制度からの脱皮を目指し、大改革を行った。看護婦の資質と内容をより高度なものにするように指示を受けた日本政府は、戦前の流れをくみ終戦直後につくられたばかりの看護婦規則ならびに保健婦規則および明治以来の産婆規則を廃止して、保健婦助産婦看護婦規則に改めた。さらにその後、戦前の医療法制を廃止し、医師法や医療法などを制定した昭和 23 年の一連の医療制度創設に合わせて、保健婦助産婦看護婦法（以下「保助看法」という。）に改めた。その内容は、看護婦の資質の向上のために、教育や資格試験の内容を改革するものであった。保健婦、助産婦および当時の甲種看護婦を大学卒業程度の教育とし、国家試験により免許を付与することとするなど画期的なものであった。

この法律ができる以前は、看護婦は医師の補助者、介助者として個人の単位で医療を行っていた。その一環で、養成も職場における企業内教育として行われていた。それが、

保助看法によって、看護職員が職種としてまとめられ、病院組織の一部となり、医療チームの一員として、他の職種と協力して業務を行う専門職であることが理念として位置づけられた。国家公務員給与法制定当初は、国家公務員の給与表においては看護婦も医師も行政職（一）が適用され、大学卒事務官と同じ処遇であった（厚生省、1988）。

2. 昭和 26 年看護制度改革の方向性

昭和 23 年の看護制度改革が貫徹されていれば、今の看護師の給与の様相は変わっていたかもしれない。しかし、昭和 23 年の保助看法においても乙種看護婦という制度をつくったことは、看護職員養成のあり方から見て問題であった。しかもやがて、それを甲種看護婦にする道を安易に広げたこと、さらに従来の課程で養成された看護婦の救済、加えて看護婦の供給量不足の不安などから、昭和 26 年に一部の議員が提案して准看護婦制度を創設したことなどにより事態は急変したのである。

当初は、看護婦も大学卒行政職と同じ評価であったが、やがて昭和 32 年に行政職俸給表が細分化される際に、医療職俸給表（三）という別の給与表上の評価を受けることになった（人事院、2006）。

3. 看護婦不足が顕在化していく過程

その後、昭和 30 年代に入ると、戦後の経済復興と国民皆保険の完成などにより、国民の医療需要が急増し、さらに医療施設建設も進み病院病床も急増した。それらは昭和 35 年頃から看護婦不足の問題を顕在化させ、様々な看護職員確保対策がとられるようになった。昭和 32 年には准看護婦から看護婦になる 2 年課程ができたのをはじめ、給与の引き上げはもちろんのこと、養成力も拡充され始めた。たとえば昭和 37 年度から修学資金貸付制度が始まり、翌年には養成施設への整備補助、それへの年金積立金還元融資と当時の医療金融公庫貸付などが始まった。処遇の改善では、労働条件の改善、病院内保育所の整備も順次行われてきた。また、再就業の促進では、昭和 42 年度から未就業看護婦講習会も始まり、昭和 45 年度からは民間看護婦養成所への運営費補助、昭和 47 年度からは院内保育所への補助が始まるなど、今日の看護職員確保対策の原型ができ上がったのである。

しかし、10 年たっても慢性的な看護婦不足が続いていたため、厚生省は看護婦の確保を計画的かつ制度的に進めなければならないと考えた。これは、現在の看護職員需給見通しの原型となるものであり、昭和 49 ～ 53 年の 5 か年間の養成確保を進めることにした看護婦需給 5 か年計画を策定した。

このような国を挙げての確保努力の結果、昭和 29 年には 11 万 9,000 人であった看護職員は、昭和 35 年には 17 万

6,000 人に、昭和 39 年には 21 万 3,000 人に、昭和 49 年には 37 万 3,000 人となり、年間養成数も昭和 20 年代の 1 万人から昭和 40 年代には 1 万 6,000 人と増加している。

そのほか、看護に関しては、医療の高度化やシステム化の進展により、保助看護第 31 条の業務独占にかかわらず、診療の補助の一部を行うことができる新たな資格法がいくつかできた。理学療法士および作業療法士が昭和 40 年に、診療放射線技師が昭和 43 年に、臨床検査技師が昭和 45 年に、視能訓練士が昭和 46 年にできたところである。つまり法制的に看護職員の業務の一部を他の資格に移譲することにより、本来もっと看護職員を増員して対応すべきところ、数の不足を補ってきたことは否めない。

・看護職能団体の活動の成果

看護職員の給与の改善に努めてきたのは政府だけではなく、民間の職能団体である社団法人日本看護協会も大きな努力を払ってきた。日本看護協会史第 6 巻（日本看護協会、2001）によれば、会では、昭和 30 年代後半から経済上の問題の改善については専門職団体であっても取り組むべき課題との方針の下に、労働条件の改善、なかでも夜勤手当や夜間勤務体制の充実、保健婦の僻地勤務手当などについて厚生省や労働省に要請してきた。

しかしながら職能団体としての限度も考えざるを得なかった。つまり、開業助産婦など雇用主の立場にある者もいること、看護部長など管理的立場にいる者もいること、専門職や労働組合員でない者もいることなどから、看護職員の給与問題を雇用者と被用者双方で構成される日本看護協会では労使問題としてのとらえ方だけでは動けなかった。

そこで、職能集団としては個々の労使問題に立ち入るのではなく、国の制度を動かすことにより個々の看護職員の給与をはじめ処遇の改善を図ることにした（日本看護協会、2001）。

つまり、国家公務員である国立病院や国立大学附属病院、各省庁の病院などに勤める看護職員の給与を決定する人事院や各省庁に働きかけを行った。国家公務員である看護職員の給与を改善して、地方や民間に広げていくという作戦に出たのである。

国家公務員の看護職員は現在も全看護職員の 4% を占めている。さらに、国家公務員給与に準拠する地方公務員や日本赤十字社、済生会などの公的医療機関を併せれば、国家公務員看護職員の給与の動向は、全国の看護職員の 3 分の 1 近くの処遇を決定することになる。人事院が策定し、国会が決定する国家公務員の給与における看護職員の給与の位置づけは大きな意味をもつのである。国は民間の労使問題に直接働きかけることはできないが、このような方法によって処遇の改善も可能であった。したがって、看護職員の職務である医療職（三）俸給表の改善という形を中心に

進んできた。

このほかに、昭和 40 年の人事院の 2.8 体制判定により、勤務条件改善の動きがさらに高まり、昭和 43 年から国会でも多く議論され、人事院判定の実施や、深夜割増賃金引き上げ、夜間看護手当の引き上げ、夜間乳児保育所の開設、育児休業制度の確立、保育所の増設などが要望され、今日までに順次実現してきた。

特に医療職俸給表（三）については、昭和 48 年および翌年の 2 次にわたる勧告により、全面改定され、10.4% の大幅な引き上げと 4% の調整額をつけることになった。これは看護職員の給与の改善の第一期ともいえるべきものであった。

・最近の看護職員等給与の状況

1. 看護職員民間給与の現状

公務員給与の改善のために人事院が毎年行っている民間給与実態調査の平成 18 年 4 月の結果の要旨は表 1 のとおりである（人事院、2006）。これにより、医療関係職種の間でも民間に勤める看護師の平均的な給与の最新の実情が明らかになった。

この調査によると、看護師の給与月額額は 33 万 3,899 円であった。これは時間外手当 4 万 7,116 円を含んでおり、毎月決まって支給する額の平均である。

また、概括すると、まず年齢が高いほど給与が高い。これは、崩壊しつつあるとはいえ年功序列が当たり前の日本では、一定の年齢までは年齢とともに給与が上昇することを表す。そのため、平均年齢が高いほうが給与は高い。

同じ調査で、職位に着目すると、看護師長は 42 万 5,963 円になり、看護部長は 52 万 5,987 円になる。

表 1 平成 18 年 4 月分医療関係職種月給

職種	平均年齢	平均月給	定額部分
看護師	34.0 歳	33 万 3,899 円	28 万 6,783 円
看護師長	46.2 歳	42 万 5,963 円	39 万 4,395 円
看護部長	55.4 歳	52 万 5,987 円	51 万 6,654 円
医師	39.3 歳	90 万 7,938 円	79 万 5,740 円
医長	48.4 歳	113 万 7,734 円	101 万 2,686 円
副院長	53.7 歳	132 万 7,853 円	127 万 5,435 円
歯科医師	39.7 歳	74 万 9,406 円	72 万 8,328 円
薬剤師	34.6 歳	35 万 1,863 円	31 万 4,396 円
准看護師	43.4 歳	30 万 5,881 円	26 万 5,932 円
臨床検査技師	40.1 歳	37 万 6,903 円	34 万 2,067 円
理学療法士	30.7 歳	29 万 7,147 円	28 万 2,430 円
作業療法士	29.5 歳	27 万 5,528 円	26 万 7,156 円
栄養士	30.7 歳	28 万 2,946 円	26 万 5,818 円

出典) 人事院給与局 (2006). 平成 18 年度民間給与実態調査結果をもとに作成。

表 2 看護師と医師との月給の比較変遷 各年度の平均年齢と平均月給を比較

	看護師	医師	比率
平成 17 年度	35.3 歳 31 万 5,000 円	39.9 歳 78 万 8,000 円	— 2.50
平成 16 年度	35.8 歳 31 万 6,000 円	41.8 歳 91 万 8,000 円	— 2.91
平成 15 年度	34.9 歳 31 万 3,000 円	41.3 歳 89 万 6,000 円	— 2.86
平成 14 年度	34.6 歳 31 万 9,000 円	42.3 歳 87 万 2,000 円	— 2.73
平成 13 年度	34.7 歳 32 万 0,000 円	41.2 歳 92 万 0,000 円	— 2.88

注) 比率は看護師給与に対する医師給与の割合。

出典) 厚生労働省統計情報部 (2001 ~ 2005). 賃金構造基本統計調査 平成 13 ~ 17 各年度版をもとに作成。

ちなみに、看護師と医師や看護業務の一部を行うことができる関係職種との給与の違いを見てみると、たとえば同じ調査で、勤務医師の場合は 39.3 歳で 90 万 7,938 円で、看護師 (平均年齢 34.0 歳) の 2.72 倍であった。この勤務医師の給与は、時間外手当 11 万 2,198 円を含んでいる。また、歯科医師は 39.7 歳で 74 万 9,406 円で 2.24 倍、時間外手当を除くと 2.54 倍であった。薬剤師が 34.6 歳で 35 万 1,863 円で 1.05 倍であった。さらに、理学療法士および作業療法士は、理学療法士及び作業療法士法第 15 条が、「保健師助産師看護師法第 31 条第 1 項の規定にかかわらず、診療の補助として理学療法又は作業療法を行うことを業とすることができる」としており、理学療法士が 30.7 歳で 29 万 7,147 円となり看護師に比べて 0.89 倍、作業療法士が 29.5 歳で 27 万 5,528 円で 0.83 倍、臨床検査技師が 40.1 歳で 37 万 6,903 円で 1.13 倍であった。これらの職種は手当部分が少ないので本俸部分では差が縮まる。

なお、准看護師は 43.4 歳で 30 万 5,881 円で、0.92 倍であった。

毎年行われている厚生労働省の賃金構造基本統計調査をもとにした、看護師の月給の最近の動向は表 2 である (厚生労働省統計情報部, 2001 ~ 2005)。この 5 年間に於いて、看護師も勤務医師も月給は同じような傾向を示している。

2. 国家公務員の看護師の給与の改善状況

ちなみに、国家公務員である看護師などの給与体系を見よう。平成 18 年 4 月からは全公務員が号俸を細分化した新給与表体系になったが、そのなかで看護職員は、医療職俸給表 (三) の俸給月額で大学卒の場合、2 級の 9 号俸に位置づけられ、初任給 19 万 6,000 円となった。これは、同じように、昔の上級職試験合格相当の国家公務員 1 種採用

の職員の場合が行政職俸給表 (一) 2 級の 9 号俸で、初任給が 18 万 3,800 円であるのに比べると高く処遇されていることがわかる。ちなみに、大学卒でない 3 年課程卒業看護師の場合でも初任給は 2 級 1 号俸で 18 万 6,700 円と、行政職より若干高く遇されている。

なお、医師は、大学卒業後直ちに採用された場合、医療職 (一) の 1 級 1 号俸で初任給は 23 万 5,200 円となっている。これとの比較には 6 年間教育である要素を考慮しなければならないであろう。

. 男女共同参画社会未実現による問題点

看護職員の給与を考える際に、絶対額はもちろん、他の職種との比較だけでなく、男女共同参画社会が実現していないために、男女差があることを考えなければならない。男女共同参画社会を実現しなければならないにもかかわらず、男女の給与の差が歴然とそこにもち込まれているという問題である。

厚生省の平成 6 年の少子・高齢化看護問題検討会報告以来言われてきたことであるが、看護師と医師との関係のなかに、男性と女性の間にあるバタナリズムをもち込んでいないであろうか。96%が女性である看護師と 87%が男性である医師との間に男女の格差をつくらず、男女共同参画社会をつくらなければならない (厚生省少子・高齢社会看護問題研究会, 1994)。

厚生労働省の賃金構造基本統計調査 (厚生労働省統計情報部, 2001 ~ 2005) をもとに作成した表 3 により、現実の給与の男女差を見てみる。看護師だけでなくその他の医療職として医師も併せて見ると、平成 17 年度の全年齢層平均では、男性医師、女性医師、女性看護師、男性看護師の順で給与が高くなっている。看護師内で男女差を見てみると、男性は女性の 0.98 倍の給与となっている。一方で医師内部では、男性は女性の 1.25 倍と、女性のほうが低くなっている。ただし、女性の看護師と医師の給与の比較では医師は看護師の 2.09 倍であり、全体として見た場合の 2.50 倍より低い。看護職員に限らず医療全体でも男女差が生じている。

この格差は若年層では縮小する傾向が強くなっており、27 歳台と比較すると、男性の看護師は女性の 1.01 倍、医師間の男女比は 1.06 倍にまで縮小する。したがって、女性の医師と看護師の給与の比は 1.42 倍と少なく、女性看護師と男性医師の間でも 1.50 倍と低くなっている。

ただし、年齢が上がるに従って、給与差が大きくなる。高年層の 52 歳台では、看護師の給与の男女比は 1.03 倍で男性が上回ったが、女性の看護師と医師の間では、2.33 倍に広がっている。また、女性看護師と男性医師では 3.58 倍と広がっている (厚生労働省統計情報部, 2001 ~ 2005)。

表3 男女差が看護師と医師の給与関係に与える影響 若年層・平均年齢層・高年層に分けて比較

a. 若年層

	女性看護師；A	男性看護師；B	女性医師；C	男性医師；D
若年層平均年齢	27.4歳	27.3歳	27.3歳	27.8歳
平均月収	30万2,000円	30万6,000円	43万0,000円	45万4,000円
男女給与比	B : A = 1.01		D : C = 1.06	
女性間医師看護師給与比	C : A = 1.42			
男性医師女性看護師給与比	D : A = 1.50			

b. 全年齢層平均

	女性看護師；A	男性看護師；B	女性医師；C	男性医師；D
平均年齢	35.4歳	32.9歳	36.2歳	41.1歳
平均月収	31万6,000円	30万9,000円	66万1,000円	82万9,000円
男女給与比	B : A = 0.98		D : C = 1.25	
女性間医師看護師給与比	C : A = 2.09			
男性医師女性看護師給与比	D : A = 2.62			

c. 高年層

	女性看護師；A	男性看護師；B	女性医師；C	男性医師；D
高年層平均年齢	52.3歳	52.5歳	52.1歳	52.1歳
平均月収	37万0,000円	38万2,000円	86万3,000円	132万5,000円
男女給与比	B : A = 1.03		D : C = 1.54	
女性間医師看護師給与比	C : A = 2.33			
男性医師女性看護師給与比	D : A = 3.58			

出典) 厚生労働省統計情報部 (2006). 賃金構造基本統計調査 平成17年6月版をもとに作成.

これらは、給与の差が、職種の差だけでなく、男女の差をも反映していることを表す。

・ 考 察

看護師はじめ医療職の給与を制度創設からの背景をもとに考察したが、この点に関して過去に膨大な統計があるにもかかわらずなかなか実態に即した政策提言に向けての分析がなされていない。

一般的に、給与に影響を与える要因は、その職種に対する需要と供給の関係が基本になる。現実には様々な要因が働き、需要と供給のみによって決まっているわけではない。そのためここでは、背景にある要因を考えてみた。

1. 看護師の教育年数の幅の広さ

国家公務員給与法およびそれに準拠する各地方公共団体の給与体系や独立行政法人、公的諸団体の給与規定では、教育年数という明確な基準によって基本給与が定められる。そのため、6年制大学卒に対する給与上の評価と4年制大学卒に対する給与上の評価はおのずと差が生じる。また、同じ職種でも学士と博士とは差がある。看護師養成は4年制、3年制、2年、助産師は大学院までであり、これが看護師の給与評価の幅につながる。

2. 保健師助産師看護師法の置かれた位置

医師法第17条は、医師でなければ医業をなしてはならないと医行為の絶対を説いている。また、看護師は診療の補助という形で相対的医行為と療養上の世話ができるという法体系になっている。これは、医療の中心的な役割を果たすのが医師であるという一般的な理解につながり、それが看護師の給与に影響している。

3. 職務上の資格制限

看護師が施設長になれない場合がある。たとえば、病院長は医師でなければならないという医療法、あるいは保健所長は医師でなければならないという地域保健法など、看護職員が就けない職位の存在があり、それは職務内容の評価にもつながるであろう。

また、雇用されている者にとって雇用先の身分は給与に影響を与える。地位は施設長が当然高くなるので、病院の院長や保健所長などの職務による給与の差も起こってくる。

4. 活動の範囲と職域

活動の範囲が研究職などにも広がり、そのために多くのポストをもっていると処遇も高くなる。それが職階にも影響し、多様な処遇ができることは給与の円滑な改善の要因

となっている。

5. 看護職員養成の複雑さと幅の広さ

看護職員は養成が複雑である。4年制大学、3年制短期大学、4年制養成所、3年制養成所、高等学校衛生看護科の専攻科、2年課程養成所、准看護師養成所など多くの養成課程がある。しかし、それにもかかわらず、医療現場で行える行為には違いがない。したがって、教育歴による給与への反映という観点から評価はいちばん初歩的なレベルにおいて行われざるを得ない。

医師は戦後に現在の教育体制ができ上がって以来、長らく年間の養成数を3,000人に抑えてきた。ようやく昭和40年までに3,700人に増加させたが、国民皆保険や国民生活の向上、医療施設の整備などによって需要が増えたにもかかわらず、供給を抑制することにより給与と処遇を上げてきた面がある。

しかしながら、看護職員は医療に対する国民のニーズが高まるとそれによって供給を増やしてきた。過去における乙種看護婦問題の安易な解決、准看護婦制度の創設などにより供給を増やしてきたので、給与はさほど上がらなかった。

6. 診療報酬を直接受け取る職種の少なさ

診療報酬などの医療費は、基本的には病院や診療所を営営する法人あるいは個人開業する医師が受け取り、看護師が直接受け取ることはない。診療報酬を直接受け取り管理する者の立場が強いことは否めない。

なお、看護職員が医療費を直接受け取る職務としては、助産所の開設者と訪問看護ステーションの開設者がある。これはまだ数が少ないこともあり、看護職員の給与をリードするまでには至っていない。

7. 開業して自由に収入を得る職種の少なさ

自営業であれば自分で給与を決められ、働いた分だけ所得が増えるという単純な原理が働くものである。その結果、自営業として高い給与を得ることができる職種であれば、雇用される側の給与も同じ職種の開業者の高い給与に影響されるため、給与が高くなることがある。現実には医師は、初任給調整手当という形で本俸とは別に高い手当が支払われており、これはその表れである。本稿では本俸について多く論じたが、初任給調整手当という別の評価があり、これが給与表上の評価とは別に、若い人に厚く、年長者に薄く支給されていることにも注意しなければならない。

一方で看護職員が開業し、施設長となれるのは、助産所

と訪問看護ステーションだけである。平成16年度厚生労働省保健・衛生業務報告によれば、助産所は700、訪問看護ステーションは4,500であり、これらの施設長となる看護職員は5,000人強である（厚生労働省統計情報部、2006）。しかし、その給与の実態は明らかになっていない。そのため、これら自営業者の給与は高いはずであるが、看護職員の給与引き上げに影響を及ぼすまでには至っていないと思われる。

8. 男女共同参画社会の医療界への浸透状況

賃金構造で見て、医師は男性の賃金のほうが女性よりも高く、看護職員では若年層と高年層で男性のほうが高い。この構造が女性が95%を占める看護職員にも影響を及ぼしていると思われる。

・おわりに

看護職員の給与は医療職のなかでも、かなりの改善をみてきたといえる。先人の改革努力によることなど多くの要因がある。これからも残された課題をさらに調査していかねばならない。

文 献

- 人事院（2006）. 民間給与実態調査. 人事院, 東京.
- 人事院（2006他）. 給与小六法 昭和35～平成18各年版. 学陽書房, 東京.
- 看護行政研究会（2006）. 看護六法 平成18年版. 新日本法規, 東京.
- 厚生労働大臣（2006他）. 医科診療報酬点数表 平成5～18各年版. 社会保険研究所, 東京.
- 厚生労働省（2006）. 厚生労働白書 平成18年版. ぎょうせい, 東京.
- 厚生労働省統計情報部（2001～2005）. 賃金構造基本調査統計 平成13～17各年版. 厚生労働省, 東京.
- 厚生労働省統計情報部（2005）. 医療施設調査 平成16年版. 厚生労働省, 東京.
- 厚生労働省統計情報部（2006）. 平成16年度保健・衛生業務報告（衛生行政報告例）. 厚生統計協会, 東京.
- 厚生省（1988）. 厚生省50年史 記述編. ぎょうせい, 東京.
- 厚生省少子・高齢社会看護問題検討会（1994）. 少子・高齢社会看護問題検討会報告書. 厚生省, 東京.
- 日本女医会（2002）. 日本女医会百年史. 日本女医会, 東京.
- 日本看護協会編（2001）. 日本看護協会史 第6巻. 日本看護協会出版会, 東京.

【要旨】 看護職員の給与は近年改善の方向で進んでおり、国家公務員の初任給においては、大学卒であれば第1種試験採用職員行政職（三）よりも高い水準になっている。ここに至るまでの歴史を振り返り、看護職員の給与に影響を与える要因について考察した。主な要因は、第2次世界大戦後の看護新制度の発足、その直後の制度改革、昭和30年代および昭和40年代の医療現場での慢性的な看護師不足であり、それを背景に看護師の給与や処遇の改善がなされてきた。そして、その集大成ともいべき平成4年の「看護師等の人材確保の促進に関する法律」によって、今日のように初任給が改善された状態になった。このような経緯と最近の看護職員の給与の実態について最新データを検証し、影響を与える要因を論じた。今後とも看護職員の給与をはじめとした処遇の改善に資するために、これまでに至る背景、制度の変遷を踏まえて、基礎的な養成教育、業務と職務のあり方、男女共同参画社会の未成立などによって、給与が決定されているものではないかと考察した。その状況を踏まえて看護職員の給与を改善していく方策について、いくつかの提言をする。



活動報告

2006（平成18）年度

2006（平成18）年度 国立看護大学校研修部活動報告

研修部長 丸口 ミサエ

2006年度に研修部が行った研修は、表1のとおりである。内容は政策医療的な視点に加え、2004年11月に実施した研修ニーズ調査、および2005年度実施した短期看護研修後のアンケート調査を参考に計画した。また、2005年度から引き続き各ブロック事務所を介さず、直接、各施設から大学校に応募することとし、認定看護師教育課程においては、大学校において選考試験（筆記試験・面接）を実施した。

1. 看護研究法－実践コース－

施設内において看護研究を遂行できる人材を育成することを目的に、当研修部が主催した「看護研究研修基礎コース」の修了者を対象として募集した。その結果、10名の応募があり、選考の結果、ナショナルセンター3名、国立病院機構2名の計5名を受講生とした。

2006年度は、川畑助教授、遠藤講師、小西講師、上川助手、小熊助手、森助手にチューターを依頼した。受講生は、5月末から6月初旬にかけて大学校において3日間の研修を受けた後、チューターの指導のもと、各施設において、データ収集、データ分析、論文の作成を行っている。2007年2月2日には「研究発表会」を行い、各自の研究成果を発表した。

2. 看護研究法－基礎コース－

施設内において看護研究を遂行するために必要な基本的知識を備えた人材を育成することを目的に計画し、ナショナルセンター11名、ハンセン病療養所2名、国立病院機構30名、附属看護学校1名

表1 2006年度看護研修

研修名	応募資格	研修期間
看護研究法－実践コース－	看護師・助産師・教官で、 看護研究研修基礎コース 修了者	2006年5月31日～6月2日（3日間） 2007年2月2日：研究発表会
看護研究法－基礎コース－	看護師・助産師・教官	2006年7月24日～28日（5日間）
院内教育	看護師・助産師で院内教育 担当者	2006年8月9日～11日（3日間）
がん化学療法看護	看護師・助産師・教官	2006年8月30日～9月2日（4日間）
摂食・嚥下障害看護	看護師・助産師・教官	2006年9月12日～15日（4日間）
循環器（心不全）看護	看護師・助産師・教官	2006年11月13日～17日（5日間）
認定看護師教育課程 フォローアップ研修	「感染管理コース」 「がん性疼痛看護コース」 「がん化学療法看護コース」 修了者	2006年11月27日（1日間）
認定看護師教育課程 「感染管理コース」	看護師・助産師	2006年10月2日～ 2007年3月23日（6か月間）
認定看護師教育課程 「がん性疼痛看護コース」	看護師・助産師	2006年10月2日～ 2007年3月23日（6か月間）

の、計44名の参加を得た。

研修では、2005年度同様、西尾教授、竹内教授、中山助教授、柏木講師、小西講師、森助手を講師として5日間の研修を実施した。また、2005年度の研修実施後の調査において「文献検討の時間がもっと欲しい」といった意見が多く聞かれたため、文献検討の時間を多く設定するなどの変更を行った。その結果、2005年度より研修全体の満足度が高い結果となった。

3. 院内教育

2004年11月に実施した研修ニーズ調査において、院内教育担当者に対する研修ニーズが高く認められたため、2006年度初めて、亀岡教授、中山助教授の協力を得て、自施設の院内教育プログラムを評価・改善するために必要な基本的知識と方法を学ぶことを目的に、研修を計画した。募集の結果、全国から74名の応募を得たが、抽選の結果、ナショナルセンター5名、ハンセン病療養所2名、国立病院機構21名の、計28名の参加を得た。

研修では、院内教育に関する基礎的な講義の後、グループワークにおいて、院内教育プログラムを評価・改善していくための課題を明確にしていく過程を学習した。受講生からは、「院内教育についての基礎知識からプログラムの立案、評価までの一連の流れが理解できた」「現状の問題点、改善方法を明確にすることができた」などといった意見が聞かれ、研修に対する高い評価を得た。研修ニーズを考慮し、2007年度も実施する予定である。

4. がん化学療法看護

2004年度に開講した認定看護師教育課程「がん化学療法看護コース」は2005年度に引き続き休講したが、各施設から開講を望む声が高く、2006年度は飯野教授の協力を得て、短期看護研修として、がん化学療法薬の安全・確実な取り扱いおよび投与管理についての基本的な知識と、がん化学療法を受ける患者のQOLを向上させるための看護を学ぶことを目的に研修を計画した。募集の結果、全国から75名の応募を得たが、抽選の結果、ナショナルセンター6名、国立病院機構33名、附属看護学校1名の、計40名の参加を得た。

研修では、飯野教授をはじめ、国立国際医療センター薬剤部の斉藤真一郎先生、国立がんセンター中央病院がん看護専門看護師の森文子先生をお迎えし、講義・演習・グループワークを織り交ぜた3日間の研修を実施した。受講生からは、「あたりまえのように行っていることの根拠を知ること、正確に行うことの大切さを学んだ」「有害事象の発生機序や根拠に基づいたケアを理解することができた」などといった評価を得る一方、「研修期間が短く、時間をかけてじっくり学びたい」という意見も聞かれた。このため、2007年度は研修期間を4日間に延長し、さらに充実した内容で実施する予定である。

5. 摂食・嚥下障害看護

嚥下のメカニズムを理解し、摂食・嚥下障害のある患者に対する適切なりハビリテーション看護の能力を備えた人材を育成することを目的に、研修を計画した。募集の結果、全国から72名の応募があり、抽選の結果、ナショナルセンター6名、ハンセン病療養所3名、国立病院機構31名の、計40名の参加を得た。

研修では、2005年度に引き続き、講師として、「ナーシングホーム気の里」施設長の田中靖代先生、昭和大学歯学部口腔衛生学教室の弘中祥司先生、名古屋医療センター附属看護助産学校教育主事の浅野妙子先生をお迎えすると同時に、2005年度の当研修の受講生が、研修後1年間の成果をもとに演習時の講師として指導にあたった。研修期間は2005年度より1日延長して4日間の研修とし、プログラムの順序も2005年度の反省から組み替えて実施した。その結果、受講生からは、「摂食・嚥下に関する解剖、基礎から応用、演習と段階を追って教えていただき、とてもわかりやすかった」との評価を得た。なお、発達障害児(者)に対する研修は、例年、国立病院機構千葉東病院で実施していることから、2007年度は、研修目的を中途障害者および高齢者の摂食・嚥下障害に限定して実施する予定である。

6. 循環器（心不全）看護

循環器看護，特に心不全とその看護に関する基本的な知識と方法を学ぶことを目的に，石井教授，飯野教授，遠藤講師の協力を得て，2006年度初めて計画して募集を行い，ナショナルセンター5名，国立病院機構19名，附属看護学校1名の，計25名の参加を得た。

研修では，国立病院機構埼玉病院臨床研究部長の鈴木雅裕先生を講師としてお迎えし，心不全の概念，原因と病態，合併症，診断と治療に関する講義の後，循環器系のフィジカルアセスメント，心不全患者に対する看護介入などについて，講義・演習・グループワークをとおして学んだ。受講生からは，「基礎的な疾患理解から最先端の心臓移植まで幅広く学ぶことができた」「自分の行ってきた看護が看護だったのか，自分の看護とは何なのかという視点から日々の看護を振り返る機会になった」などの意見が聞かれ，研修をとおし新たな視点で看護にあたる意欲を与えることができた。

7. 認定看護師教育課程 フォローアップ研修

認定看護師としての活動の方向性を見出すことを目的に，現在，ナショナルセンター，国立病院機構に勤務している修了生149名を対象に募集し，141名の参加を得た。

2006年度は「感染管理コース」「がん性疼痛看護コース」「がん化学療法看護コース」の3コースの合同開催とした。前半は，厚生労働省医政局国立病院課看護専門官の菊池幸子先生を講師としてお迎えし，「これからの日本の看護界におけるスペシャリスト（認定看護師）の役割」と題した講演会を開催し，政策や診療報酬における評価，保健・医療・福祉の現場に必要とされる認定看護師，標準化された水準の認定制度の重要性といった視点からお話いただいた。後半は，各コースから2名，計6名のパネリストが「院内におけるスペシャリストの役割－多職種との協働を通じて」と題した発表を行い，その後，全体でのディスカッションを実施した。修了生からは，各施設における具体的な活動をとおして苦慮している点などが報告されると同時に，今後の活動に向けた建設的なディスカッションを行うことができた。

当研修は，各認定領域における学会，研修会，講演会などの充実が図れてきたため，2006年度をもって終了することとするが，今後も修了生の活動をバックアップしていく体制を継続しフォローしていきたい。

8. 「感染管理コース」（認定看護師教育課程）

院内感染サーベイランスの実践と感染防止技術の根拠の検討に必要な知識と技術をもって，組織横断的に感染管理を行える認定看護師を育成することを目的とした，講義・演習・実習を合わせ630時間の教育課程である。2006年度をもっていったん当コースを閉講することを周知し募集を行った結果，ナショナルセンター，国立病院機構から計45名の応募があり，選考試験の結果，第6期生として20名を迎えた。

研修生は，疫学・統計学，微生物学，感染症学といった，看護師としては慣れ親しむ機会が少なかった分野の講義に苦闘しながらも，院内感染対策チームのリーダー，あるいはリンクナースとしての資質を養うべく，日々，努力を重ねている。

9. 「がん性疼痛看護コース」（認定看護師教育課程）

がん性疼痛を有する患者の疼痛マネジメントおよび全人的なケアが実践できる能力と，他の看護師の指導・相談を行うことができる能力をもった認定看護師を育成することを目的とした，講義・演習・実習を合わせ630時間の教育課程である。ナショナルセンター，国立病院機構から計17名の応募があり，選考試験の結果，第4期生として16名を迎えた。

研修生は，がん性疼痛に苦しむ患者に良いケアを提供するために，専門的かつ高度ながん性疼痛緩和に関する知識・技術の習得に励んでいる。

教員の研究活動 2006（平成 18）年 1～12 月

大学校長

[著書]

田村やよひ (2006). 外国人看護師受け入れ. 日本病院管理学会 学術情報委員会編, 医療・病院管理用語事典 (改訂第 3 版). 58, エルゼビア・ジャパン, 東京.

[講演・学会発表]

田村やよひ (2006). 魅力ある国立病院機構の学校作り—今後の看護基礎教育が進むべき方向. 第 60 回国立病院総合医学会講演抄録集, 187. 国立京都国際会館, 9 月 22 日.

田村やよひ (2006). 保健師助産師看護師法等の改正と看護管理. 第 10 回日本看護管理学会年次大会講演抄録集, 40.

田村やよひ (2006). 医療制度・介護保険制度等の改革と看護職の役割. 第 8 回看護国際フォーラム, 大分県別府ビーコンプラザ, 10 月 14 日.

[その他]

田村やよひ, 大室律子 (2006). 医療制度改革に向けた看護の動向—2005 年「医療安全の確保に向けた保助看法等のあり方に関する検討会」から考える. 看護教育, 47 (2), 156-161.

田村やよひ (2006). 看護職員の需給に関する最近の動向. 看護教育, 47 (4), 330-334.

田村やよひ, 大室律子 (2006). 看護・医療・福祉に関する最近の動向—2006 年診療報酬改定・医療制度改革・看護基礎教育の充実に関する検討会など. 看護教育, 47 (8), 736-741.

人間科学 (情報学)

[著書]

柏木公一 (2006). 看護用語の標準化. 太田勝正, 前田樹海編著, エssenシャル看護情報学. 165-181, 190-191, 医歯薬出版, 東京.

柏木公一 (2006). 看護情報の管理. 永井良三監修, 数間恵子, 菅田勝也, 小出大介編, 看護と情報科学. 38-59, 杏林図書, 東京.

[研究報告]

柏木公一 (2006). NANDA-NIC-NOC の実用可能性—ICNP プロジェクトの立場から. 看護診断, 11 (1), 109-112.

柏木公一 (2006). 「看護」を表現する看護実践国際分類 (ICNP). 看護学雑誌, 70 (6), 529-533.

[講演・学会発表]

柏木公一 (2006). 医学用語集 SNOMED-CT・UMLS とオントロジー. オントロジー学際会議 (Interdisciplinary Meeting on Ontology 2006, focusing on Bio-Medical and AI-Informatic Ontologies).

柏木公一 (2006). SNOMED-CT にみる看護用語. 第 26 回医療情報学連合大会 (第 7 回日本医療情報学会学術大会).

[研究助成]

柏木公一 (2006). 電子カルテから有害事象を検出するためのオントロジー構築とその評価. 平成 18 年度文部科学研究費若手研究 (B) (課題番号: 18791651).

人間科学 (語学)

[著書]

Matsuoka, R. (2006). *Japanese college students' willingness to communicate in English*. Doctoral dissertation, Pennsylvania State Temple University.

[論文]

Matsuoka, R. (2006). Willingness to communicate among Japanese college students. *Proceedings of the 10th Conference of Pan-Pacific Association of Applied Linguistics*, 151-159.

Matsuoka, R. & Evans, D. (2006). An analysis of motivational structure in learning English. *The Journal of Nursing Studies NCNJ*, 5(1), 27-36.

Herbert, J. & Evans, D. (2006). Using oral tests as a measure of English conversational ability: A retrospective analysis. *The Hiroshima Prefectural University Review*, 9(2), 17-30.

[講演・学会発表]

- Matsuoka, R. (2006). *Computer assessment system of English communication*. Presented at the 11th International Conference of Pan-Pacific Association of Applied Linguistics, Chuncheon, South Korea, July.
- Matsuoka, R. (2006). *Communication Apprehension and Willingness to Communicate*. Presented at the 4th Asia TEFL International Conference, Fukuoka, Japan, August.

人間科学(保健行政学)

[著書]

- 森山幹夫 (2006). 保健・医療・福祉の展望. 医療介護コーディネータ協議会編, 医療・介護経営用語事典. 4-11, 法研, 東京.

[論文]

- 森山幹夫 (2006). 途上国への適切な社会保障システム導入と各国間連携の推進方策に関する研究. 厚生労働科学研究社会保障国際協力推進研究報告書, 1-489.
- 森山幹夫 (2006). 看護職が医療安全に果たす役割に関する法的側面を含めた考察. 国立看護大学校研究紀要, 5 (1), 44-49.
- 森山幹夫 (2006). 子育て環境の充足度は低下しているという国民の不満. 保育界, 384, 11-12.
- 森山幹夫 (2006). 助産と看護の飛躍のために「出産育児一時金制度の改革」. ペリネイタルケア, 25 (12), 58-59.

[講演・学会発表]

- 森山幹夫 (2006). 利用者主役の染色体遺伝子検査に向けて. 日本染色体遺伝子検査学会総会, 天理, 11月.
- 森山幹夫 (2006). 日本の社会保障概略. 国連 ESCAP 主催高齢化問題に関する円卓会議, 東京, 3月.
- 森山幹夫 (2006). 厚生労働省社会保障国際協力推進事業「途上国への適切な社会保障システム導入と各国間連携の推進方策に関する研究」発表. 国際厚生事業団, 東京, 3月.

基礎看護学(基礎看護学)

[論文]

- Ozawa, M., Mizuno, M., Nakashima, K., Hirose, C., Masaki, H., Sato, E., Takaya, T., & Takeo, K. (2006). A trial calculation of how many newly graduated nurses can be trained at National Hospital Organization facilities that satisfy provisional standards on desirable educational systems. *The Journal of Nursing Studies NCNJ*, 5(1), 3-12.

[研究報告]

- 竹尾恵子, 小澤三枝子, 佐藤エキ子, 高屋尚子, 廣瀬千也子, 正木治恵, 水野正之 (2006). 新人看護職員研修の推進に関する研究 平成 17 年度総括・分担研究報告書. 厚生労働科学研究費補助金 医療技術評価総合研究事業, 1-95.

[講演・学会発表]

- 竹尾恵子 (主任研究者), 小澤三枝子 (発表者), 佐藤エキ子, 高屋尚子, 廣瀬千也子, 正木治恵, 水野正之 (2006). 新人看護職員研修の推進に関する研究 平成 17 年度総括報告. 平成 17 年度厚生労働省医療技術評価総合研究事業研究報告会, 42-47.

基礎看護学(基礎看護援助学)

[講演・学会発表]

- 穴沢小百合, 松山友子, 吉満祥子 (2006). 基礎看護技術演習における学生の心理的苦痛に対する看護教員の対応. 日本看護研究学会雑誌, 29 (3), 226.
- 一色美穂, 松山友子 (2006). 看護師が臨床で行っている清拭ケアに関するアセスメントー清拭に焦点を当てて. 第 4 回国立病院看護研究会学術集録集, 129.
- 三好みずる, 穴沢小百合 (2006). 看護学生の看護技術習得状況に焦点を当てた文献の研究内容に関する特徴ー 2000 ~ 2004 年に発表された文献の分析. 第 4 回国立病院看護研究会学術集録集, 107.

[その他]

- 松山友子 (2006). 活動・休息援助技術. 看護実践の科学, 31 (7), 86-89.
- 松山友子 (2006). 清潔・衣生活援助技術. 看護実践の科学, 31 (7), 90-93.
- 穴沢小百合 (2006). 環境調整技術. 看護実践の科学, 31 (7), 77-79.
- 穴沢小百合 (2006). 排泄援助技術. 看護実践の科学, 31 (7), 83-86.
- 吉満祥子 (2006). 食事援助技術. 看護実践の科学, 31 (7), 79-82.

基礎看護学（看護教育学）

[著書]

亀岡智美 (2006). 看護師目標達成行動尺度. 舟島なをみ監修, 看護実践・教育のための測定用具ファイル開発過程から活用
の実際まで. 63-74, 医学書院, 東京.

亀岡智美 (2006). Nursing Stress Scale 日本語版. 舟島なをみ監修, 看護実践・教育のための測定用具ファイル開発過程から
活用の実際まで. 176-187, 医学書院, 東京.

[論文]

亀岡智美, 舟島なをみ, 山下暢子 (2006). 看護学教員の教育ニーズの現状とそれに関係する特性の解明. 日本看護研究学会雑
誌, 29(5), 1-12.

舟島なをみ, 村上みち子, 亀岡智美, 三浦弘恵, 山下暢子 (2006). 教育ニーズアセスメントツール-看護学教員用- (FENAT)
の開発. 看護教育, 47(4), 350-356.

[講演・学会発表]

亀岡智美 (2006). 学生からの他者評価を活用した授業の改善-研究成果として産出された測定用具の活用を通して. 看護教育
学研究, 15(2), 24-25.

亀岡智美, 舟島なをみ (2006). 病院に就業する看護職者が職業上直面する問題の経験累積による変化-経験3年以下と4年以
上6年以下の比較を通して. 第37回日本看護学会抄録集(看護教育), 189.

亀岡智美, 舟島なをみ, 野本百合子, 村上みち子 (2006). 看護系大学・短期大学におけるファカルティ・ディベロップメント
の現状-11校の調査を通して. 第26回日本看護科学学会学術集会講演集, 411.

Kameoka, T., & Funashima, N. (2006). *Educational needs of nursing faculty in diploma programs in Japan*. The 19th Annual Pacific
Nursing Research Conference, Honolulu, Hawaii, U. S. A., February.

Kameoka, T., Funashima, N., Sugimori, M., & Yamashita, N. (2006). *Factors related to research activities of nursing faculty in Japan: A
secondary analysis*. 17th International Nursing Research Congress Focusing on Evidence-Based Practice, Sigma Theta Tau International,
Montreal, Quebec, Canada, July.

Nakayama, T., Kameoka, T., Funashima, N., & Sugimori, M. (2006). *Relationships between personal attributes and quality of clinical
teaching behaviors of nursing faculty in diploma program in Japan*. 17th International Nursing Research Congress Focusing on Evidence-
Based Practice, Sigma Theta Tau International, Montreal, Quebec, Canada, July.

Gorzka, P., Funashima, N., Kameoka, T., Hongo, K., Miura, H., & Yamashita, N. (2006). *Pilot study to test the face validity of the English
version of the Japanese self evaluation scale on role model behaviors for nursing faculty and faculty attributes questionnaire*. 17th
International Nursing Research Congress Focusing on Evidence-Based Practice, Sigma Theta Tau International, Montreal, Quebec,
Canada, July.

基礎看護学（看護管理学）

[著書]

高橋泰子 (2006). 感染看護のエビデンス. 深井喜代子監修, ケア技術のエビデンス. 197-204, へるす出版, 東京.

西岡みどり (2006). 感染管理に必要な統計学. ICP テキスト編集委員会監修・編, ICP テキスト-感染管理実践者のために.
65-79, メディカ出版, 大阪.

森那美子 (2006). ICPと臨床検査部門との連携. ICP テキスト編集委員会監修・編, ICP テキスト-感染管理実践者のために.
80-81, メディカ出版, 大阪.

[総説]

高橋泰子 (2006). 消毒薬への耐性菌の出現に対抗するには-消毒に潜む感染リスク. *Nursing Today*, 21(2), 10-11.

[講演・学会発表]

高橋泰子 (2006). 看護・介護・調理における衛生的な手洗い. 日本防菌防黴学会女性研究者の会主催 第1回学術講演会.

金沢小百合, 杉田美佳, 中田彩子, 紺野和子, 西岡みどり (2006). 「HIV患者のケアに対する看護師の不安」に関連する因子
の検討(第2報)-看護師におけるHIV感染症に対するイメージの質的検討. 第20回日本エイズ学会学術集会・総会, 東
京, 11月30日~12月2日.

[研究助成]

浅川久子, 池田みち代, 小野典子, 横川美代子, 渡邊節子, 岩田香代子, 吉田久美子, 若松順子, 塩森継紀 (2006). 国立病
院・療養所附属看護師等養成所卒業生の看護職への就業状況と社会的活動に関する研究. 平成16・17年度国立病院機構多施
設共同研究「臨床看護」研究報告書.

森那美子 (2006). 看護師の生物災害に対する準備性および教育に関する研究. 平成18年度文部科学省科学研究費補助金事業.

成人看護学Ⅰ（急性期）

[著書]

東玲子, 村上京子, 石井智香子 (2006). 尿失禁のケア. 深井喜代子, 前田ひとみ編, 基礎看護学テキスト. 301-305, 南江堂, 東京.

[論文]

西田友美, 立山莉紗, 平陽, 山領志奈, 石井智香子, 稲垣順子 (2006). 腹臥位保持中の苦痛に対する腰背部マッサージの効果. 第37回日本看護学会論文集 (看護総合), 182-184.

[講演・学会発表]

西尾和子, 馬場千恵子, 浅川久子, 吉田久美子 (2006). 旧国立病院・療養所の看護管理・教育に携わってきた人たちのライフコースから見た職業経歴の特徴. 第4回国立病院看護研究学会学術集会収録集, 67.

谷昭子, 堤隆子, 国安紀恵, 石井智香子, 稲垣順子 (2006). 上部消化管内視鏡検査を受ける患者への背部マッサージの効果. 第37回日本看護学会抄録集 (成人看護Ⅱ), 79.

野上祐子, 三好幸子, 弘中英子, 石合綾子, 東美幸, 石井智香子, 稲垣順子 (2006). 外来治療を受けている終末期肺がん患者の妻の体験. 第37回日本看護学会抄録集 (成人看護Ⅱ), 47.

上川智子, 泉キヨ子 (2006). 脳卒中後遺症者が継続して患者会に参加している意味. 日本看護研究学会雑誌, 29 (3), 176.

[その他]

渡辺重行, 新井恵美, 石井智香子 (2006). 心疾患患者における血管機能と運動耐容能・交感神経活性との関連. 循環器専門医, 14 (1), 41-47.

成人看護学Ⅱ（慢性期）

[著書]

小西敏子 (2006). 食道がん罹患の人の看護. 佐藤禮子編, 実践看護技術学習支援テキスト 成人看護学Ⅱ. 55-67, 日本看護協会出版会, 東京.

[研究報告]

丸口ミサエ (分担研究者) (2006). 高齢者のターミナルケアにおける問題点. 厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業 平成17年度総括・分担研究報告書, 24-27.

福室真理子, 石嶋みやこ, 小西敏子, 中野絹子, 太布和子, 高橋滝子 (2006). がん患者の治療法選択における看護一患者が受けたと認識する看護の実態と看護師に期待する役割. 平成17年度国立病院機構共同研究 (臨床看護研究) 報告.

[講演・学会発表]

増島麻里子, 眞嶋朋子, 佐藤まゆみ, 柴田純子, 神間洋子, 長坂育代, 片岡純, 小西敏子 (2006). 危機的状態にあるがん患者が安寧に至ることを促す看護援助 (Nursing intervention for cancer patients to overcome a critical situation and become well). 千葉大学21世紀COEプログラム (The 21st Century Center of Excellence Program the 3rd International Symposium).

Ito, M., Tajima, T., Sato, M., Masujima, M., Shibata, J., Kamma, Y., Kuwabara, M., Akimoto, N., Kataoka, J., & Konishi, T. (2006). *Nursing intervention for cancer patients to overcome a critical situation in Japan*. 14th International Conference on Cancer Nursing, Toronto, Canada.

土師菜緒子, 小西敏子 (2006). 国立高度専門医療センター・独立行政法人国立病院機構における看護師の政策医療看護に対する知識と役割意識の実態調査. 第4回国立病院看護研究学会学術集会収録集, 116.

[その他]

飯野京子, 篠道弘, 田中登美, 田端大祐 (2006). 入院から外来への流れをふまえて—安全・確実・安楽ながん化学療法のための看護師・薬剤師の専門性と役割. 看護学雑誌, 70 (10), 918-925.

飯野京子 (2006). がん患者の苦痛症状と緩和ケア—体動困難・しびれ. 看護技術, 52 (12), 1122-1126.

成育看護学（小児看護学）

[論文]

小村三千代 (2006). 進行性筋ジストロフィー症の子どもの意思と欲求への看護師の気づきと関わり. 日本看護科学学会誌, 26 (2), 31-38.

仁尾かおり, 藤原千恵子 (2006). 先天性心疾患をもつ思春期にある人のレジリエンスの特徴. 日本小児看護学会誌, 15 (2), 22-29.

仁尾かおり, 藤原千恵子 (2006). 先天性心疾患をもちキャリアオーバーする高校生の病気認知. 小児保健研究, 65 (5), 658-665.

鈴木遼子, 仁尾かおり (2006). 慢性疾患をもつ児童と級友の関係において学級担任が抱える困難. 第36回日本看護学会論文集 (小児看護), 268-271.

[研究報告]

藤原千恵子, 石井京子, 町浦美智子, 大平光子, 吉川彰二, 仁尾かおり他 (2006). 生涯発達過程で生じる危機に対する患者と家族のレジリエンスを高める支援システム研究. 平成15・16・17年度文部科学省科学研究費補助金報告書.

[講演・学会発表]

駒松仁子 (2006). 婦人共立育児会附属慈善小児病院について. 日本看護歴史学会第20回学術集会講演集, 76-77.

松浦和代, 谷川弘治, 駒松仁子, 仁尾かおり, 松下竹次, 稲田浩 (2006). 小児慢性疾患キャリアオーバーの社会的自立過程における相談概況. 第53回日本小児保健学会, 376-377.

奥坂貴美子, 工藤快枝, 小村三千代 (2006). 臨床実習指導者の指導理由に関する研究. 第26回日本看護科学学会学術集会講演集, 175.

仁尾かおり, 藤原千恵子, 平良七恵 (2006). 先天性心疾患をもつ高校生のレジリエンスに関する研究. 日本小児看護学会第16回学術集会講演集, 326-327.

佐藤麻衣, 仁尾かおり (2006). 入院している子どものきょうだいに対する母親の気がかりと対処. 日本小児看護学会第16回学術集会講演集, 110-111.

本沢侑奈, 仁尾かおり, 平良七恵 (2006). 先天性心疾患をもつ青年期の患者の就職・就労に対する思い. 第42回日本小児循環器学会・学術集会, 89.

上田恵子, 石井京子, 藤原千恵子, 河上智香, 新家一輝, 仁尾かおり他 (2006). 患者のレジリエンスを發揮させる看護援助の実践状況—看護職者の個人要因と職場要因による差異. 第37回日本看護学会抄録集 (看護管理), 345.

吉川彰二, 町浦美智子, 大平光子, 仁尾かおり, 上田恵子, 藤原千恵子他 (2006). 患者家族のレジリエンスを引き出す看護援助の実践状況—看護経験年数と職務キャリア・専門領域の有無による差異. 第26回日本看護科学学会学術集会講演集, 320.

河上智香, 新家一輝, 吉川彰二, 仁尾かおり, 町浦美智子, 藤原千恵子他 (2006). 患者家族のレジリエンスを引き出す看護援助の必要性の認識—経験年数, 職務キャリア, 専門領域による差異. 第26回日本看護科学学会学術集会講演集, 321.

新家一輝, 河上智香, 吉川彰二, 仁尾かおり, 大平光子, 藤原千恵子他 (2006). 患者のレジリエンスを引き出す看護援助の必要性の認識. 第26回日本看護科学学会学術集会講演集, 433.

[その他]

小村三千代 (2006). 子どもと家族の反応とその意味. こどもケア, 1(4), 50-55.

仁尾かおり (2006). ナーシングプロセス 川崎病患児の看護. クリニカルスタディ, 27(11), 50-60.

成育看護学 (母性看護学)

[著書]

中山登志子 (2006). 看護学実習カンファレンス教授活動自己評価尺度. 舟島なをみ監修, 看護実践・教育のための測定用具ファイル—開発過程から活用の実際まで. 114-123, 医学書院, 東京.

[論文]

中田かおり, 佐々木和子 (2006). 助産教育の学内演習における基礎・母性看護技術演習の必要性—学生への質問紙調査による学内演習の評価. 国立看護大学校研究紀要, 5(1), 37-43.

中田かおり (2006). HIV 母子感染予防のための AZT 療法を中心とした周産期管理. 助産師, 60(2), 38-42.

中田かおり (2006). カナダ ブリティッシュ・コロンビア州を中心に—自律した医療専門職としての苦情対応システム. 助産雑誌, 60(7), 580-585.

[研究報告]

中田かおり (2006). カナダ・アメリカの周産期医療に関する患者安全対策とリスク管理—助産・看護の視点から. 厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合保健研究事業「リスク管理を含めた諸外国の包括的産科管理のあり方に関する研究」(主任研究者: 松岡恵), 平成17年度分担研究報告書.

中田かおり (2006). 北米における周産期医療の安全管理に関する取り組み. 厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合保健研究事業「リスク管理を含めた諸外国の包括的産科管理のあり方に関する研究」(主任研究者: 松岡恵), 平成16・17年度総合研究報告書.

[講演・学会発表]

Nakayama, T., Kameoka, T., Funashima, N., & Sugimori, M. (2006). *Relationships between personal attributes and quality of clinical teaching behaviors of nursing faculty in diploma programs in Japan*. 17th International Nursing Research Congress Focusing on Evidence-Based Practice, Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing.

中山登志子 (2006). 目標達成に向けた看護学実習の展開—経験から研究へ, 研究成果から実践へ. 看護教育学研究, 15(2), 4-5.

- 山澄直美, 舟島なをみ, 亀岡智美, 中山登志子, 横山京子, 小川妙子, 鈴木恵子, 本郷久美子 (2006). 諸外国の看護継続教育に影響を及ぼした要因の解明—わが国の看護継続教育の検討に向けて. 第26回日本看護科学学会学術集会講演集, 413.
- 中田かおり, 佐々木和子, 伊藤愛子 (2006). 分娩介助の基本的技術習得のための「分娩介助手順」の作成と活用. 第20回日本助産学会学術集会, 東京, 3月.
- 中田かおり (2006). カナダ・ブリティッシュコロンビア州の助産師教育における患者安全対策. 第20回日本助産学会学術集会, 東京, 3月.

[その他]

- 森岡由起子, 佐々木和子 (研究協力) (2006). 不妊カウンセリングをするにあたってのアセスメント技法選択について. 厚生労働科学研究費子ども家庭総合研究事業, 生殖補助医療の安全管理および心理的支援を含む総合的運用システムに関する研究, 平成17年度総括・分担研究報告書, 148-173.
- 松岡恵, 谷津裕子, 戸田律子, 中田かおり (2006). 座談会 各国の報告から見えてきたもの. 助産雑誌, 60(7), 606-612.

精神・老年看護学 (精神看護学)

[研究報告]

- 中柴満里, 保刈啓子, 森千鶴 (2006). アルコール依存症患者の自宅退院を受け入れる家族の心理変化とその要因—妻と母を比較して. 第36回日本看護学会論文集 (精神看護), 160-162.
- 宇都宮智, 松本賢哉, 下里誠二, 森千鶴 (2006). 隔離を受けている患者に対する看護援助の実態. 第36回日本看護学会論文集 (精神看護), 195-197.
- 松本賢哉, 宇都宮智, 下里誠二, 森千鶴 (2006). 行動制限を受けている精神障害者の生活技能と援助時間との関連. 第36回日本看護学会論文集 (精神看護), 192-194.
- 浅沼瞳, 戸澤順子, 森千鶴 (2006). うつ病患者の行動変容を促す効果的な看護支援—服薬自己管理に対する患者の心理的変化から. 第36回日本看護学会論文集 (精神看護), 29-31.
- 多田貴志, 下方友子, 戸澤順子, 森千鶴 (2006). バーンアウトと性格特性との関連. 第36回日本看護学会論文集 (精神看護), 9-10.
- 森千鶴 (2006). 「行動」に着目する MORI 式看護過程が精神看護をとらえやすくする. 精神看護, 9(1), 48-68.
- 下里誠二, 西谷博則, 大迫充江, 猪股健一, 原則夫, 小川順子 (2006). 指定入院機関におけるケアプランニングの方法. 平成15～17年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価, 治療, 社会復帰等に関する研究 (主任研究者: 松下正明) 総合研究報告書 平成17年度総括・分担研究報告書, 610-618.

[講演・学会発表]

- 松本賢哉, 森千鶴 (2006). 視覚情報取り込みと心理状況の推察との関連—注視点毎の注視時間, 注視面積との分析から. 第26回日本看護科学学会学術集会, 神戸.
- 森千鶴, 下里誠二, 山田洋, 松本賢哉, 宇都宮智 (2006). 統合失調症者の社会参加促進プログラムの影響. 第26回日本看護科学学会学術集会, 神戸.
- 山田洋, 森千鶴 (2006). 統合失調症者を持つ家族への援助効果. 第26回日本看護科学学会学術集会, 神戸.
- 下里誠二, 森千鶴, 松本賢哉 (2006). 心神喪失者等医療観察法における対象者の入院初期の行動スキルと自己効力感の関連. 第26回日本看護科学学会学術集会, 神戸.
- 佐藤みつ子, 西村明子, 江口美子, 森千鶴 (2006). 大学生の「大学生活に対する不安感」および睡眠習慣に関する研究. 日本公衆衛生学会誌, 第65回学術集会講演集, 339.
- 鳥山絵美, 森千鶴 (2006). 痴漢被害における対処行動・気分とその後の影響. 日本公衆衛生学会誌, 第65回学術集会講演集, 38.
- 大森圭美, 森千鶴 (2006). 作業所に通所している統合失調症者の主観的満足感と生活リズムの関係. 日本公衆衛生学会誌, 第65回学術集会講演集, 844.
- 森千鶴, 江口美子, 西村明子, 佐藤みつ子 (2006). 看護大学生の抑うつ状態と関連する要因. 日本公衆衛生学会誌, 第65回学術集会講演集, 856.
- 鳥山絵美, 森千鶴 (2006). タッチにおける手の意義—手とタオルのタッチ時の心理・生理的影響の比較. 日本応用心理学会誌, 第73回学術集会講演集, 26.
- 小西奈美, 森千鶴 (2006). 手とタオルによるタッチングの評価—脳波の周波数解析を中心に. 日本応用心理学会誌, 第73回学術集会講演集, 34.
- 松本賢哉, 森千鶴 (2006). 心理状況推察のための情報取り込みに関する研究—眼球運動による分析. 日本看護研究学会誌, 29(3), 220.
- 森千鶴, 下里誠二, 松本賢哉, 宇都宮智, 佐伯幸治, 鈴木美穂, 山田洋 (2006). 統合失調症者に対する看護の評価と今後の課題. 日本看護研究学会誌, 29(3), 306.

下里誠二, 宇都宮智, 松本賢哉, 森千鶴, 山田洋, 佐伯幸治, 鈴木美穂 (2006). 精神科急性期閉鎖病棟における暴力とその誘因. 日本看護研究学会誌, 29(3), 308.

宇都宮智, 菅原美枝, 大川美津子, 海老根いく子, 森千鶴, 下里誠二 (2006). 統合失調症における集団基準作成の試み— Broset Violence Checklist を導入して. 第 37 回日本看護学会抄録集 (精神看護), 51.

森千鶴, 下里誠二, 松本賢哉, 宇都宮智, 小平智加, 山田洋, 藤森里実, 福士千代, 佐伯幸治, 浮ヶ谷幸子 (2006). 統合失調症者の自己効力感を高める援助の実践— 6 ステップ・メソッドを応用して. 第 37 回日本看護学会抄録集 (精神看護), 95.

国際看護学 (在宅看護学)

[著書]

松井和子 (2006). 脊髄損傷者の異常疼痛によせて. 脊損痛研究会著, 痛みと麻痺を生きる— 脊髄損傷と痛み. 221-230, 日本評論社, 東京.

[論文]

山田和子, 平野かよ子, 鳩野洋子, 島田美喜, 俵麻紀, 大竹ひろ子他 (2006). 失業者のメンタルヘルスの実態とその関連要因— 抑うつ状態とストレスを中心に. 和歌山県立医科大学保健看護学部紀要, 2, 27-35.

[その他]

岡美智代, 佐川美枝子, 山名栄子, 後藤真希, 鈴木直美 (2006). セルフマネジメントが必要な人とその家族への援助 第 1 回 透析の概要と患者・家族が抱える問題. 家族ケア, 4(9), 20-23.

山名栄子, 佐川美枝子, 岡美智代, 後藤真希, 鈴木直美 (2006). セルフマネジメントが必要な人とその家族への援助 第 2 回 行動変容プログラムで家族の問題を解決する その 1. 家族ケア, 4(10), 14-17.

佐川美枝子, 岡美智代, 山名栄子, 後藤真希, 鈴木直美 (2006). セルフマネジメントが必要な人とその家族への援助 第 3 回 行動変容プログラムで家族の問題を解決する その 2 各技法の解説と家族看護への応用. 家族ケア, 4(12), 10-14.

国際看護学 (国際看護学)

[論文]

Melby, C. (2006). Editorial, communicating in a global world. *Nursing & Health Sciences*, 7(1), 218.

[研究報告]

三枝清美, 石村由利子 (2006). 母乳育児推進に関する研究 (分担研究). 平成 17 年度 こども未来財団 児童関連サービス調査研究等事業報告書「授乳・離乳のための新たなガイドライン策定のための枠組みに関する研究」(主任研究者: 堤ちはる), 9-123.

[講演・学会発表]

Melby, C. (2006). Visiting Scholar, University of Western Sydney, Australia Conducted Workshop.

Melby, C. (2006). *Pedagogical and ethical dilemmas in cross cultural teaching*. The 8th World Congress of Bioethics, 6-9 August, Beijing, China.

Saegusa, K. (2006). *Role of a nurse in maternity ward in disaster situation*. Symposium of Disaster Nursing Management, Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia.

臨床教員

[論文]

大柄昭子 (2006). 精神科急性期閉鎖病棟の患者の語り. 日本精神保健看護学会誌, 15(1), 50-57.

大柄昭子 (2006). 苦痛の緩和・安楽の技術. 看護実践の科学, 31(7), 110-113.

奥坂喜美子, 木村弘江, 山西文子 (2006). 国立看護大学校の主たる実習施設としての環境整備— 実習指導者専任化による基礎教育への積極的参画. 看護展望, 31(3), 77-82.

松本賢哉, 宇都宮智, 下里誠二, 森千鶴 (2006). 行動制限を受けている精神障害者の生活技能と援助時間と関連. 第 36 回日本看護学会論文集 (精神看護), 36, 192-194.

宇都宮智, 松本賢哉, 下里誠二, 森千鶴 (2006). 隔離を受けている患者に対する看護援助の実態. 第 36 回日本看護学会論文集 (精神看護), 36, 195-197.

[講演・学会発表]

山下美智代, 奥坂喜美子 (2006). 新人育成に向けた臨床と看護基礎教育の連携. 第 4 回国立看護研究学会学術集会, 福岡.

奥坂喜美子, 工藤快枝, 小村三千代 (2006). 臨床実習指導者の指導理由に関する研究. 第 26 回日本看護科学学会学術集会, 神戸.

- 松本賢哉, 森千鶴 (2006). 心理状況推察のための情報取り込みに関する研究—眼球運動による分析. 日本看護研究学会雑誌, 29 (3), 220.
- 森千鶴, 下里誠二, 松本賢哉, 宇都宮智, 佐伯幸治, 鈴木美穂, 山田洋 (2006). 統合失調症者に対する看護の評価と今後の課題. 日本看護研究学会雑誌, 29 (3), 306.
- 下里誠二, 宇都宮智, 松本賢哉, 森千鶴, 山田洋, 佐伯幸治, 鈴木美穂 (2006). 精神科急性期閉鎖病棟における暴力とその誘因. 日本看護研究学会雑誌, 29 (3), 308.
- 佐伯幸治, 松本賢哉 (2006). 集団心理教育の参加中断の要因に関する研究. 日本看護研究学会雑誌, 29 (3), 313.
- 森千鶴, 下里誠二, 松本賢哉, 宇都宮智, 小平智加, 山田洋, 藤森里実, 福士千代, 佐伯幸治, 浮ヶ谷幸子 (2006). 統合失調症者の自己効力感を高める援助の実践—6 ステップ・メソッドを応用して. 第 37 回日本看護学会抄録集 (精神看護), 95.
- 藤田修, 佐伯幸治, 赤城いちよ, 浮ヶ谷幸子, 松本賢哉 (2006). 統合失調症患者の家族に関する個別心理教育の効果. 第 37 回日本看護学会抄録集 (精神看護), 92.
- 島田誠子, 等々力信子, 宮坂圭一, 川口千寿子, 松本賢哉 (2006). うつ病患者へのピアグループの有用性. 第 37 回日本看護学会抄録集 (精神看護), 85.
- 佐伯幸治, 浮ヶ谷幸子, 赤城いちよ, 松本賢哉 (2006). 集団心理教育の対象者の適応に関する研究 第一報. 第 37 回日本看護学会抄録集 (精神看護), 79.
- 平義光, 松本賢哉, 森千鶴 (2006). 精神看護学実習における学生による指導者評価—実習環境との関連を分析して. 第 16 回日本看護学教育学会学術集会講演集, 151.
- 松本賢哉, 森千鶴, 平義光 (2006). 精神看護学に対する興味の変化と学生による指導者評価との関連. 第 16 回日本看護学教育学会学術集会講演集, 150.
- 松本賢哉 (2006). 入院中の統合失調症患者の活動休息の変化と薬物療法との関連. 第 16 回日本精神保健看護学会抄録集, 64.
- 松本賢哉 (2006). 学生とともに育つ実習指導—臨床と教育の連携. 日本看護学教育学会第 16 回学術集会.
- 平野真美, 佐々木友紀子, 大迫哲也 (2006). 「本人の意に反した入院」経験のある精神障害者が語る入院体験—外来通院患者に入院体験が与えた影響を視点にして. 第 37 回日本看護学会抄録集 (精神看護), 127.

国立看護大学校研究紀要投稿規定および執筆要領

投稿規定

【名称】

本誌は国立看護大学校研究紀要（以下、紀要と称す）とする。

【目的】

紀要は本学における研究の推進と研究成果の発表の場の提供を目的とする。

【発行】

原則として年1回刊行する。

【掲載論文】

掲載論文は、未発表のものに限る。論文の種類としては以下のとおりである。

- 1) 総説……特定の主題に関連した知見の総括、文献レビューなど
- 2) 原著……学術的厳密さをもって研究が進められており、オリジナルデータに基づき独創的または新しい知見が示されている論文
- 3) 報告……ケースレポート、フィールドレポートなど、原著に準ずる論文または新たな知見を示唆する論文
- 4) 資料……学術的意義においてではなく、研究のデータなどを記録に残す価値がある論文
- 5) その他……学術研究委員会（以下、委員会と称す）が特に認めたもの

【投稿資格】

- 1) 本学教職員（学外者との共同研究も可）
- 2) 本学非常勤講師（学外者との共同研究も可）
- 3) 在職中の研究を発表する本学元教職員
- 4) その他委員会が適当と認めたもの

【論文の採否】

投稿論文の採否と掲載順は査読を経て委員会において決定する。

【原稿の提出】

- 1) 原稿は正本1部と副本（著者名や連絡先のメールアドレスなど、著者を特定できる情報を削除したもの）3部を提出する。さらに採用決定後、求めに応じて原稿のファイル（テキスト形式）を提出する。
- 2) 原稿の作成方法などの詳細は、委員会が定める執筆要領による。

- 3) 原稿の提出先および問い合わせ先

〒204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1

国立看護大学校学術研究委員会

電話：042-495-2211

- 4) 原稿は郵送するか直接持参するものとする。郵送する場合は、封筒に「投稿原稿在中」と朱書きし、書留郵便とする。

【著者校正】

著者校正は、初校のみとする。校正は印刷上の誤り程度にとどめ、内容の大幅な変更や加筆は認めない。

【インターネットでの公開】

掲載された投稿論文は、インターネット上での公開を前提とする。

【著作権】

投稿された論文が本誌に掲載された場合、印刷版面を利用して複写・複製・送信し（データベース化などの変形使用も含む）頒布すること、翻訳・翻案・ダイジェストなどにより二次的著作物として頒布すること、および第三者に対して転載を許諾する権利は国立看護大学校に帰属する。なお、これは、著者自身のこれらの権利を制限するものではない。

執筆要領

【原稿の様式】

- 1) 原稿はワードプロセッサを用いて和文または英文で作成する。引用や図表の複製・改変などに関する責任は、引用の許諾を含め、すべて著者が負うものとする。
- 2) 和文原稿はA4判用紙を用い、1枚あたり25字×32行（800字）横書きとする。和文要旨（400字程度）とキーワード（5語以内）を付記する。キーワードは本文中の語をそのまま用い、要旨の後に記す。総説、原著、報告には英文要旨（250語程度）およびキーワード（5語以内）を付記する。
- 3) 英文原稿はA4判用紙を用い、ダブルスペースで文字は12ポイント、文字はTimes RomanまたはCourier、余白は約2.5cm、1頁に入る行数は27行とする。総説、原著、報告には英文要旨（250語程度）および和文要旨（400字程度）を付記する。英文および和文にはキーワード（5語以内）を付記する。
- 4) 数字・欧文は半角を使用する。
- 5) 原稿の総頁数は800字×20枚以内とする。この場合、図表は1点につき0.5枚として計算する。
- 6) 図表の使用は最小限にとどめ、本文とは別に1表1図ご

とに A4 判用紙を用いて作成し、本文欄外に挿入箇所を朱書きする。原図は、そのまま製版が可能なものとする。

- 7) 原稿の構成は、表紙、要旨、本文、表、図の順とする。章立、項目番号は I → 1 → 1) → (1) とする。
- 8) 原稿は、余白を十分にとり A4 判用紙の片面のみに印刷し、表紙から本文まで頁番号を余白下中央に記す。図表には頁番号をつけない。
- 9) 原稿の表紙には、上半分に表題、著者名、所属機関名、5 語以内のキーワード（以上、英文付記）、英文原稿の場合は、上記各項の日本語を併記する。下半分には原稿の種類、原稿・図・表の枚数、連絡責任者の氏名・宛先住所・電話番号・FAX・e-mail アドレスを明記する。

【文献記載様式】

- 1) 文献の記載は以下のとおりとする。
 - (1) 文献については、本文中に著者名、発行年次を括弧表示する。部分的に引用する場合には、著者名、発行年次と併せてページ数を明示する。
 - (2) 著者が複数の場合の表記は以下のとおりとする。
 - ① 2名の著者の共著の場合、その文献が本文で出現するたびに、常に両方の著者名を表記する。
 - ② 3～5名の著者の共著の場合、初出の時点で全ての著者名を表記する。以降の引用では、最初の著者名のあとに「他」をつける。
 - ③ 6名以上の著者の共著の場合、筆頭著者名だけを引用して、「他」で締めくくる。
 - (3) 文献は、著者名のアルファベット順に列記する。ただし、共著者は6名まで表記し、7番目以降の著者は「他」として表記する。
- 2) 記載方法は下記の例示に従う。
 - ① 雑誌掲載論文の場合
著者名（発行年次）. 論文の表題. 掲載雑誌名, 巻(号), 最初のページ数 - 最後のページ数.

例) 佐々木和子 (2001). 「夫立会い分娩」に関する産科勤務者の意識調査. 医療, 55 (5), 419-423.

- ② 単行本の場合
著者名（発行年次）. 書名（版数）. 出版社名, 発行地.
例) 松井和子 (1996). 頸髄損傷 自立を支えるケア・システム. 医学書院, 東京.
著者名（発行年次）. 論文の表題. 編者名, 書名（版数）. ページ数, 出版社名, 発行地.
例) 駒松仁子 (1995). 臨床看護の視座—《ふれる》ことをめぐって. 山岸健編, 家族／看護／医学の社会学. 125, サンワコーポレーション, 東京.
- ③ 翻訳書の場合
原著者名（原書の発行年次）／訳者名（翻訳書の発行年次）. 翻訳書の書名（版数）. 出版社名, 発行地.
例) Smith, P. (1991) / 武井麻子, 前田泰樹監訳 (2000). 感情労働としての看護. ゆみ出版, 東京.
- ④ インターネット上の資料の場合
著者（可能であれば）, 文書タイトル, 日付（出版または更新もしくは検索の日付）, アドレス（URL）
- ⑤ 英文の文献は、英文用執筆要領（p.93）を参考にして記載する。

【文献の引用・転載】

文献を引用する際は下記を参考にする。

- ① 引用は公表された著作物である。
- ② 引用部分は他の部分と明瞭に区別される。
- ③ 引用の出典を明記する。
- ④ 引用する必要性、必然性があり、かつ引用の目的と照らして必要最小限である。
- ⑤ 他誌（書）からの転載は、原著者（または出版社）の許諾が必要である。

Information for Authors

Title: The Journal of Nursing Studies National College of Nursing, Japan (henceforth referred to as The Journal).

Aim: To encourage and support scholarly works and provide opportunities to report the research of all professionals related to the National College of Nursing, Japan (NCNJ).

Publishing: Issued once a year.

Manuscripts: Manuscript should not currently be under review or about to be published elsewhere before appearing in Journal of Nursing Studies NCNJ.

Type of contributions (manuscripts)

Review articles: integrates and synthesizes research findings in a specific area of nursing or relevant scientific field through a literature review.

Research articles: employs and follows strict scientific research methods and uses original data leading to new perspectives.

Case reports: case reports or field reports, with preliminary clinical findings which pursue and developed new perspectives.

Brief reports: description of noteworthy data.

Miscellaneous: any paper with insightful descriptions that are regarded as important by The Committee of Science and Research at NCNJ (henceforth referred to as The Committee).

Qualification

- 1) Faculty and staff of NCNJ (includes joint research with others).
- 2) Part time faculty of NCNJ (includes joint research with others).
- 3) Former faculty of the NCNJ whose investigation(s) started while had working at NCNJ.
- 4) Others whom The Committee considers acceptable.

Acceptance or rejection

Submissions will be peer-reviewed by The Committee. The Committee will make a final decision regarding acceptance or rejection for the submission. The Committee will be responsible for the order of articles in The Journal.

Manuscripts submission process

- 1) The original and three copies of each manuscript should be submitted. Once a manuscript is accepted, the manuscript may be submitted on disk (text style) if necessary.
- 2) The author must submit the paper in the style prescribed in "manuscript preparation."

- 3) Contact and mailing address:

Science and Research Committee

National College of Nursing

1-2-1 Umezono

Kiyose-shi, Tokyo, Japan, 204-8575

Tel: +81-42-495-2211

- 4) Manuscripts can be either brought in or mailed to the above address. In case of mailing, send via registered mail and write "contribution manuscript" in red on the envelope.

Proofreading: Corrections should be restricted to typesetting errors; any other amendments will not be accepted.

Public presentation on the internet: Manuscripts accepted for publication will be posted on the internet on the homepage of NCNJ.

Copyright: All rights are reserved to NCNJ.

Manuscript Preparations

Standard manuscripts form: Format and style of manuscripts should basically be according to *The Publication Manual of the American Psychological Association (APA), 5th Edition, 2001*. The following guidelines of the journal represent the elements of APA editorial style that should be followed, in addition to some exceptions from the APA guidelines.

Manuscripts should be typewritten on one side of white A4 size paper. Manuscripts should be double spaced and be unjustified (uneven) right-hand margin or left of the page. The preferred typeface is Times Roman or Courier and the size of the type should be 12 point. Each page should have at least a one-inch margin (recommended 1.25 inches) at the top, bottom, right, and left of the page, with no more than 27 lines on a page. Pages should be numbered consecutively with the first two or three words from the title in the upper right-hand corner, beginning from title page, excluding table(s) and figure(s). The content of a typical manuscript should include a title page, abstract, text, tables and figures.

Paper length: Papers must not exceed 20 pages, including a title page, abstract, text, tables, and figures. Each table and figure will be counted as half-page.

Title page: This is page 1 and should contain the following:

On upper half of the page:

Title

The author's (s') full name and affiliation(s) with address(es)

Keywords

* For English manuscripts it is necessary to attach the above information in Japanese.

On lower half of the page:

Type of manuscript

Paper length, total number of table(s) and figure(s)

Contact details of the corresponding author, including the name, address, phone number, fax number, and e-mail address.

Abstract: Should be approximately 250 words. These are required for review articles, research articles, and case reports. These papers in English require an additional abstract in Japanese approximately 400 characters.

Keywords: Up to five keywords should be listed at the end of abstract.

References: References list should be styled according to guidelines of APA format (APA, pp. 239–281). All Publications cited in text must be presented in a list of references, and all references must be cited in the text. The reference list should be on a separate page, and should be in an alphabetical order. References should be double spaced and have a heading indent. Examples of the most common styles are as follows.

Journal article:

Matsumoto, A., Kanda, K., & Shigematsu, H. (2002). Development and implementation of a critical pathway for abdominal aortic aneurysms in Japan. *Journal of Vascular Nursing*, 20, 14–21.

Journal article in a journal paginated by issue:

Stillman, F. A. (1995). Smoking cessation for the hospitalized cardiac

patients: Rationale for and report of a model program. *Journal of cardiac nursing*, 9(2), 25–36.

Book:

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.

Chapter of book:

Newton, K. M., & Froelicher, E. S. (2000). *Coronary heart disease risk factors*. In S. L. Woods, E. S. Froelicher, & S. U. Motzer (Eds.), *Cardiac nursing* (4th ed., pp. 739–756). Philadelphia: J. B. Lippincott.

Internet source:

Minimum references of an internet sources should provide:

1. document title or description
 2. date (either the date of publication or update or the date of retrieval)
 3. address (in Internet terms, a uniform resource locator, or URL)
- Whenever possible, identify the document (APA, p. 296). For each example of various types of documents please refer to APA book (APA, pp. 271–281).

For more detailed information refer to the APA book.

Tables and figures: These should be presented on a separate page following the references. Each table and figure should be numbered and placement of each should be noted in the text.

Releases

Quotations must be from published materials. The usage of quotation should be necessary and indispensable to the text. The quantity of quotations should be kept to an absolute minimum. The author is responsible for securing written permission from the copyright holder for quotations or for the reproduction of any prior copyright holder for any questions or for the any prior copyrighted material. This permission should be obtained before the time of submission.

編集後記

論文をご投稿いただいた皆様や査読をご担当くださった皆様をはじめ、多くの方にご支援・ご協力をいただき、ここに第6巻第1号をお届けできる運びとなりました。掲載論文数も、昨年度の第5巻第1号より2件増え、8件となりました。発行にあたり、お力添えいただきました全ての皆様に心より感謝申し上げます。

本学は、今年度末、初めての修士課程修士を送り出し、政策医療看護学に焦点を当てた研究活動のよりいっそうの活発化が期待されます。教官の皆様には、政策医療看護学に関する研究成果の発信拠点として、この国立看護大学校研究紀要を積極的にご活用いただければと思っております。

今後も、皆様のご投稿をお待ちしております。

学術研究委員長 亀岡智美

学術研究委員会

委員長 亀岡 智美
委員 石井 智香子 鉦鹿 健吉 松岡 里枝子 穴沢 小百合
遠藤 晶子 三枝 清美 俵 麻紀 仁尾 かおり
小熊 亜希子 森 那美子
事務局 齋藤 雅男 久米 俊 岡田 安生

国立看護大学校研究紀要 第6巻 第1号

2007年3月25日

編集 国立看護大学校学術研究委員会

発行 国立看護大学校

東京都清瀬市梅園1丁目2番地1号

電話 042-495-2211 (代) FAX 042-495-2758

印刷 株式会社コムラ

The Journal of Nursing Studies

National College of Nursing, Japan

Vol. 6 No. 1 2007

Foreword	Yayoi Tamura	1
Original Article		
Study on Improving the Clinical Training for New Graduates from Nursing Schools Mieko Ozawa, Masayuki Mizuno, Ekiko Sato, Takako Takaya, Harue Masaki, Chiyako Hirose, Keiko Takeo		3
Trends of Research on Joint Appointees between Institutions for Nursing Education and for Health Care Hiromi Nakahara, Tomomi Kameoka		10
The Japanese Version of the Behavioral Status Index(BSI) for Mentally Disordered Offenders Seiji Shimosato, Kenya Matsumoto, Chizuru Mori, Mitsue Osako, Norio Hara, Kenichi Inomata, Junko Ogawa, Hiroyasu Ishikawa, Satoru Utsunomiya, Hironori Nishitani, Hiroshi Yamada, Yoshimitsu Hiejima		18
Relationships between QOL and Work-family Spillover of Dual-earner Couples with Young Children Takako Iwasaki		35
Review Article		
Examining Caring Theories in Nursing from Non-nursing Viewpoints Rieko Matsuoka		43
Report		
Education Practice Related to“ Nursing of Pediatric Recipients of Emergency Medical Care and Their Families ” : Learning by Students in Child Health and Developmental Nursing Practicum Michiyo Komura, Kaori Nio, Nanae Taira, Hitoko Komamatsu		52
The Others		
Important Features of Academic Research Papers in English David Richard Evans		61
The Change of Nurses 'Pay Level and Its Background Mikio Moriyama		69
Research Activities		
NCN, Training Center for Development Report, 2006		79
Faculties Research Reports, 2006		82