

国立看護大学校 研究紀要

第8巻 第1号 2009年

原 著

看護活動におけるチームワークとその関連要因の構造

..... 高山奈美, 竹尾恵子 1

総 説

日本における医療関連感染サーベイランスと病院規模に関する文献検討

..... 西岡みどり, 森那美子, 坂木晴世, 藤田烈, 沼直美, 平松玉江, 森兼啓太 10

小児慢性疾患のキャリアオーバーと成育看護の課題

..... 駒松仁子 20

その他

Discourse Analysis of Encouragement in Japanese Healthcare Comic Books

..... Rieko Matsuoka, Ian Smith, Mari Uchimura 31

看護法人制度の可能性についての考察 ―公益法人改革に関連して―

..... 森山幹夫 43

心理学関連の体験学習によって学生の受容力を伸ばす試み

―他者理解と受容力の向上を目指す基礎教養科目での実践―

..... 鉦鹿健吉 49

小児慢性疾患のキャリアオーバーと成育医療・看護に関する文献目録

..... 駒松仁子 55

活動報告

国立看護大学校FD活動報告 2002～2008年 83

教員の研究活動 2008年 1～12月 91

研究課程部看護学研究科修士学位論文一覧 2008年 98



看護活動におけるチームワークとその関連要因の構造

高山奈美¹ 竹尾恵子²

1 順天堂大学；〒279-0023 千葉県浦安市高洲2-5-1 2 佐久大学
mt.nami@gmail.com

Structure of Teamwork and Relevant Factors in Nursing Activities

Nami Takayama¹ Keiko Takeo²

1 Juntendo University；2-5-1, Takasu, Urayasu-shi, Chiba, 〒279-0023, Japan

2 Saku University

【Abstract】 The objective of this study is to clarify the conceptual structure of action and recognition of so-called “team work” in clinical nursing and create an evaluation standard to clarify the relationship between the factors of these concepts and impacting factors. First, an evaluation standard for measuring team work and impacting factors in nursing was created using existing scholarship and clinical experiences. A paper-based survey was conducted with the nurses who were working in a ward. The results suggested six factors impacting team work: (1) attitudes of superiors, (2) relationships among colleagues, (3) desire for work, (4) job confidence, (5) job satisfaction, (6) confidence in team work. By creating a causation model, it was determined that the supportive action of superiors impacted positively on good relations among colleagues leading to an overall confidence in team work. Greater confidence in team work, the findings suggest, lead job confidence and a higher desire for work, which then resulted in greater job satisfaction.

【Keywords】 チームワーク team work, 看護者 nurses, 因子分析 factor analysis, 因果関係モデル causation model

I. 緒言

近年、医療は急速に進歩し、より高い専門性を求めて細分化されてきている。同時に患者の医療に対するニーズもさまざまに変化してきている。したがって、こうした高度の医療や患者の多様なニーズに対応するために、看護者に求められる役割や期待も、知識・技術・態度を含め高度化し、多様化してきている。また、医療における看護ケアの需要は高まり、これらのニーズを満たすためには、優れた能力をもつ看護者が多数必要とされてきている。しかし看護者が、日々進歩し続ける医療とともに学習を継続し、より質の高い看護の提供に向けて活動を遂行していくことは容易ではない。他方、看護者不足が深刻な問題（日本看護協会調査研究報告 2002 年, 2003）として存在しているが、この一因として、厳しい看護者の職場環境が指摘できるであろう。

このような状況のなか、臨床の現場において看護活動を遂行するとき、上司や同僚の支えが重要な鍵となっていることは日々実感されている。看護者間のチームワークのあり方如何により、つらい看護活動下の状況に直面してもそれを乗り越えられるからである。共に働く看護者が協力し合い、支え合って看護活動を展開していくとき、看護チー

ムの一員である看護者個々の志気は高まり、質の高い看護実践につながる。

看護者が職場でやる気をなくす状況を調査した研究を見ると、集団としてのまとまり・協力・意思疎通・チームワーク・対人関係などが不適（川崎、尾崎、二瓶、中村、望月、2001）であることとされ、他の要因に比して高い位置を示していた。さらに、看護者のストレス研究においては、「職場の人間関係」が大きなストレスサーとして指摘されている（谷口、2004）。病棟に勤務する看護者は、患者ケアという同じ目標をもつチームとして職務を遂行しているが、仲間との良いチームワーク、良い人間関係を得ることが、一貫性、継続性のある看護の提供において重要であることが示されている。また、チームワークあってこそ患者グループに対する効果的なケアの提供が可能になり、チームワークが乱れることは、継続した看護ケアが実施できなくなることを意味する（川崎、二瓶、中村、望月、尾崎、2000）と報告されている。

以上のような文献から、上司や同僚といったチームワークを構成する人たちとの良好な関係や協働が、看護者の仕事への意欲や職務満足をもたらし、患者ケアや看護の質に良い影響を及ぼすことが示唆された。しかし、病棟における臨床看護活動に焦点を絞ってチームワークに着眼した研

究、すなわち、看護者が看護者間のチームワークに対してどう認識しているのか、病棟における看護活動に密着したチームワークとは何か、またこれらを構成する行為や要因は何か、それら要因間の関連を解析した報告はなかった。そこで本研究では、上記課題について明らかにしていきたいと考えた。

II. 研究目的

病棟に勤務する看護者が認識している、看護者間のチームワークに関連する要因を測定する尺度を作成し、これらの要因間の関係を明らかにする。

III. 研究の背景

1. 文献検討

看護者のチームワークに関する近年の先行研究は、チーム医療を基盤として、看護者が、他機関や他職種とどのように連携しているか、ということに焦点をあてている研究が主流となっている（Rafferty, Ball & Aiken, 2001；草刈他, 2004；木暮他, 2005）。その背景として、患者は、より専門性の高い医療を受けるため自己の健康段階に応じて、多様な場所で治療・看護を受けており、医療従事者は、より良い医療の提供に向けて、他機関との連携が重要な課題となっていることが考えられる。そして看護者は、医療チームの一端を担う専門職としての役割が確立しつつあり、看護者の他職種との連携のあり方が、今後ますます重要な課題と考える。それらの研究においては、医療チームの一員として看護チームをとらえ、他職種との効果的なチームワークづくりの必要性が報告されている。

一方、看護者間の「チームワーク」は、看護者の仕事に対する意欲（尾崎, 二瓶, 川崎, 中村, 2003；宮腰, 2003；兵頭, 藤岡, 福島, 吉田, 2000）や、職務満足（小山, 2004；前山他, 2004；澤田, 羽田野, 酒井, 2002）に関する研究のなかの、影響要因の一つとして取り上げられている。看護者が職場でやる気をなくするのはどういうときかを調査した結果、集団としてのまとまり・協力・意思疎通・チームワーク・対人関係などが不適であることが、他の要因に比して、よりやる気をなくしているとの報告がある（川崎他, 2001）。また看護者が、職場でやる気を失った理由を自由記述により調査した結果は、1位が同僚との関係であった（山本他, 2003）。そして、上司である看護師長や同僚看護師同士との関係が、看護者の仕事を通じた精神的充実感（職務満足）に強く関係していることが報告されている（澤田, 羽田野, 矢野, 酒井, 2004）。

病棟に勤務する看護者は、患者ケアという共通の目標をもった集団であり、互いに協力し助け合って日々のケアを

実践している。病棟における看護者間の良好な関係形成要因は、個々の看護者の能力よりも、一人一人の看護者に対する支援体制や支援的態度、病棟に個人を尊重し合う雰囲気があるか否かが大きく影響する（佐々木, 2006）。

つまり、看護者間のより良い人間関係の構築や良好な連携のもと協働していくことが看護活動には重要である。協働とは、主張的、協力的で、共通の目標達成のために、自分自身の関心だけでなく、相手と一緒に創造的に問題解決を行うことである（松浦, 林, 2005）。看護チームの構築を促す介入を試みた研究（Amos, Hu & Herrick, 2005）では職務満足が高まり、また、病棟における看護者間の結束を促すような介入を試みた研究（DiMeglio et al, 2005）では、看護者間の相互作用が高まり、仕事の楽しさが向上すると、離職が減少することが報告されている。

また、職場において構成される組織集団の活動の成果と、それに対する評価は、その組織集団がどのようなかによって決められるところがないとはいえ、組織集団の人間関係に支障があると、サービスの質の低下、量の減少が起りうるとの報告もある（田尾, 1995）。

以上のような文献考察から、上司や同僚といったチームを構成する人たちとの良好な関係や協働が、看護者の仕事への意欲や職務満足をもたらす、患者ケアや看護の質に良い影響を及ぼすことが示唆された。しかし、病棟における臨床看護活動に焦点を絞ってチームワークに着眼した研究、すなわち、看護者が看護者間のチームワークに対してどう認識しているのか、病棟における看護活動に密着したチームワークとは何か、またこれらを構成する行為や要因は何か、それら要因間の関連を解析した報告はなかった。

以上のことをふまえ、本研究は、看護者が日常の臨床現場で遭遇する看護者間のチームワークに関する認識を明らかにし、それが仕事への意欲や満足、看護への姿勢とどのように関係しているかを検討する。これらを解明することは、臨床の場で看護者が成長していく過程において、チームワークの果たす役割や、看護者が互いに成長し合うチームワークのあり方について示唆を得るものと考えられる。

2. 看護活動におけるチームワークをめぐる概念枠組みの検討

看護者間のチームワークを構成する要因に関する文献検討から、看護チームを率いる『上司の態度』、チームワークを築く看護者間の関係を示す『同僚関係』の2要因が考えられた。また、看護の先行研究においてチームワークそのものに着眼した研究があまりなされていないのは、臨床における看護活動はチームで施行することが暗黙のうちに理解されている可能性もある。加えて看護者個々人の専門的能力の向上、実践力の向上が求められている現状において、チームワークを意識した看護活動を施行していくこと

の重要性に対する認識がやや欠けてきている傾向にある。自らの臨床看護経験から看護師一人一人がチームワークを意識し、チームのなかでの役割を果たし、そのなかで看護師同士が成長し合うことが重要であると考えた。そこで本研究は、臨床活動にかかわるチームワークに対する看護師の認識、すなわちチームワークについての感じ方、そして「チームワークを良い方向に導くことができる」という前向きな気持ちや行動などが、良いチームワークをつくり出すために必要であるといった考え方を取り入れることとした。よって前記、『上司の態度』『同僚関係』の2要因に『チームワークの認識』を加え、看護師間のチームワークを構成する要因とした。

また、看護師間のチームワークに影響する要因に関する文献検討から、チームワークが、看護師の仕事への意欲や職務満足をもたらすことが示唆されているため、『仕事への意欲』と『職務満足』、そして看護師個々人が実践している『看護への姿勢』の3要因を取り上げた。

看護師間のチームワークを構成する要因とした『上司の態度』『同僚関係』『チームワークの認識』と、チームワークが影響する要因と考えられた『仕事への意欲』『職務満足』『看護への姿勢』、これら6要因がどのように相互に影響しているか明らかにすることとした。

IV. 研究方法

1. 看護活動におけるチームワークおよび影響要因に関する評価尺度の作成

臨床における経験と文献検討から導いた看護師間のチームワークに関連する6要因に基づき、看護の臨床場面を想定し、看護師が日常の仕事の場面で現実遭遇する状況や場面を取り上げ、各要因の内容を具体的に表す看護師の行動や態度を導き、質問項目（以下、細目とする）を作成した。細目数は回答者の負担を考慮し、各要因4～6細目程度とし、結果的に計30細目とした。

尺度は、1「全くそう思わない」、2「あまりそう思わない」、3「そう思う」、4「大変そう思う」のリッカート法とし、ポジティブな反応に高い得点が得られるようにした。

作成した細目の内容は、調査用紙作成の経験者と臨床経験をもつ看護師で十分検討した。その後、この調査用紙を用いて、現在臨床で働いている看護師15人によって、プレテストを行った。その結果、指摘された点を再度検討し、回答者にとって理解しやすい表現への修正、質問者の意図が正しく伝わるように文言の修正を行った。

2. データ収集

1) 調査対象

関東にある2つの300床未満の総合病院において、病棟

に勤務している看護師（助産師、看護師、准看護師）である。

2) 調査期間

A病院 2006年2月8～22日

B病院 2006年5月11～24日

3) 測定用具

前述した看護活動におけるチームワークおよび影響要因に関する評価尺度（調査用紙）を用い、ほかに調査対象者の勤務経験年数、職位、年齢などを調査した。

4) データ収集方法

研究の趣旨に関する文書、調査用紙、返信用封筒を1セットとし、所属長より配布してもらった。研究への参加は自由意志とし、返信をもって研究協力の同意とした。調査は留め置き法とし、返送は、各病棟に設置した返信箱に参加協力者自らが封をした返信用封筒を投函してもらった。また、返信箱は、投入口以外は開けられないようにした。

5) 倫理的配慮

研究計画書と調査用紙を各施設に持参し、看護部長、教育師長などに説明のうえ、調査協力の同意を得た。調査用紙には、調査の趣旨とともに、研究への参加は自由意志であり拒否しても不利益を被ることがないこと、調査は無記名であり、個人が特定できないよう統計処理することを説明した文書を添付した。また、本研究は、研究参加者に対する倫理的配慮ならびに人権擁護について、調査協力していただく施設の所属長、あるいは倫理委員会の承認を得るとともに、国立看護大学校倫理審査の承認を得た。

V. 分析方法

本研究の調査対象者は、関東の2総合病院に勤める看護師306人（A病院=96人、B病院=210人）である。

統計処理は、統計解析プログラムSPSS（14.0J for Windows）を用いた。調査用紙の各細目への回答に関し、記述統計値（度数、平均、パーセント、標準偏差）を算出した。また、主因子法による探索的因子分析を行い、因子を抽出するとともに、因子構成に適切な細目を抽出した。また、I-T相関分析、クロンバック α 信頼性係数の算出を行った。さらに、統計ソフトウェアAMOS5.0を用いて共分散構造分析を行い、因果関係モデルを作成した。適合度は、標本数に影響されやすい χ^2 値を除き、説明力の指標としてGFI（Goodness of Fit Index）、AGFI（Adjusted GFI）、RMSEA（Root Mean Square Error of Approximation）の3つの指標を採用した。

VI. 研究結果

1. 調査対象者および回収率

調査対象の2施設間において、看護師間のチームワーク

に影響すると考えられる、職種 ($\chi^2=0.066, p>.05$), 職位 ($\chi^2=0.847, p>.05$), 現在の病院における臨床経験年数 ($\chi^2=6.047, p>.05$) に差が見られなかったため、分析は合わせて行った。調査対象である看護師 306 人 (A 病院

= 96 人, B 病院 = 210 人) のうち、回収数は 228 (A 病院 = 67, B 病院 = 161), 回収率は 74.5% で、有効回答数は 204 (A 病院 = 58, B 病院 = 146) であった。調査対象者の特性は、表 1 に示す。

表 1 調査対象者の特性 (N=204)

		A 病院 (n=58)		B 病院 (n=146)		合計 (N=204)	
		人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
職種	助産師	7	(12.1%)	7	(4.8%)	14	(6.9%)
	看護師	51	(87.9%)	138	(94.5%)	189	(92.6%)
	准看護師	0	(0.0%)	1	(0.7%)	1	(0.5%)
職位	師長	3	(5.2%)	7	(4.8%)	10	(4.9%)
	主任 / 副師長	5	(8.6%)	12	(8.2%)	17	(8.3%)
	スタッフ	49	(84.5%)	127	(87.0%)	176	(86.3%)
	その他	1	(1.7%)	0	(0.0%)	1	(0.5%)
雇用形態	常勤	57	(98.3%)	138	(94.5%)	195	(95.6%)
	アルバイト・パート	1	(1.7%)	8	(5.5%)	9	(4.4%)
勤務形態	日勤のみ	1	(1.7%)	8	(5.5%)	9	(4.4%)
	3交代制	35	(60.3%)	138	(94.5%)	173	(84.8%)
	2交代制 (変則を含む)	19	(32.8%)	0	(0.0%)	19	(9.3%)
	夜勤専従	1	(1.7%)	0	(0.0%)	1	(0.5%)
	当直制	2	(3.4%)	0	(0.0%)	2	(1.0%)
臨床経験年数	1年未満	3	(5.2%)	33	(22.6%)	36	(17.6%)
	1年以上～2年未満	3	(5.2%)	17	(11.6%)	20	(9.8%)
	2年以上～3年未満	5	(8.6%)	12	(8.2%)	17	(8.3%)
	3年以上～5年未満	11	(19.0%)	11	(7.5%)	22	(10.8%)
	5年以上～10年未満	19	(32.8%)	24	(16.4%)	43	(21.1%)
	10年以上	17	(29.3%)	49	(33.6%)	66	(32.4%)
							平均 8.1 ± 8.1 年
現在の病院における臨床経験年数	1年未満	9	(15.5%)	44	(30.1%)	53	(26.0%)
	1年以上～3年未満	19	(32.8%)	38	(26.0%)	57	(27.9%)
	3年以上～5年未満	13	(22.4%)	20	(13.7%)	33	(16.2%)
	5年以上	17	(29.3%)	44	(30.1%)	61	(29.9%)
							平均 4.4 ± 5.1 年
看護方式	チーム / 固定チームナーシング	57	(98.3%)	134	(91.8%)	191	(93.6%)
	モジュール型ナーシング	1	(1.7%)	12	(8.2%)	13	(6.4%)
最終学歴	大学卒	3	(5.2%)	4	(2.7%)	7	(3.4%)
	短期大学卒	5	(8.6%)	13	(8.9%)	18	(8.8%)
	専門学校卒	50	(86.2%)	128	(87.7%)	178	(87.3%)
	その他	0	(0.0%)	1	(0.7%)	1	(0.5%)
性別	男性	1	(1.7%)	2	(1.4%)	3	(1.5%)
	女性	57	(98.3%)	144	(98.6%)	201	(98.5%)
年齢	25歳未満	10	(17.2%)	59	(40.4%)	69	(33.8%)
	25歳以上～30歳未満	16	(27.6%)	21	(14.4%)	37	(18.1%)
	30歳以上～35歳未満	10	(17.2%)	23	(15.8%)	33	(16.2%)
	35歳以上～40歳未満	13	(22.4%)	16	(11.0%)	29	(14.2%)
	40歳以上～50歳未満	6	(10.3%)	16	(11.0%)	22	(10.8%)
	50歳以上	2	(3.4%)	8	(5.5%)	10	(4.9%)
	無回答	1	(1.7%)	3	(2.1%)	4	(2.0%)
							平均 30.9 ± 9.0 歳

2. 看護活動におけるチームワークおよび影響要因に関する評価尺度

1) 細目の選定と因子名の決定

作成した看護活動におけるチームワークおよび影響要因に関する評価尺度（30細目）の全細目に回答があった204人の回答を用い、主因子法によるプロマックス回転を用いて因子分析を行った。固有値1以上の因子を抽出した結果、6因子が抽出された。下位尺度については、因子負荷量0.35以上を基準として取り上げた。その結果、基準に満たなかった2細目を削除した28細目において、再度主因子法によるプロマックス回転を用いた因子分析を行った結果、6因子が抽出された（表2）。

したがって、抽出された因子は、第1因子『上司の態度』5細目、第2因子『同僚関係』6細目、第3因子『仕事への意欲』4細目、第4因子『看護への自信』4細目、第5因子『職務満足』5細目、第6因子『チームワークへの自信』4細目となった。これを看護活動チームワーク評価尺度（Teamwork Activity Inventory in Nursing: TAIN）とよぶ。

2) 看護活動チームワーク評価尺度(TAIN)の信頼性および妥当性

因子分析により得られたTAINのI-T相関は、0.376～0.688であった。また、クロンバック α 信頼性係数は全28細目0.92、下位尺度である第1因子『上司の態度』0.92、第2因子『同僚関係』0.84、第3因子『仕事への意欲』0.81、第4因子『看護への自信』0.80、第5因子『職務満足』0.84、第6因子『チームワークへの自信』0.70であった（Hatcher, 2005）。

また、本研究で作成したTAINは、主因子法によるプロマックス回転を用いた因子分析を行った（松尾、中村、2004）。因子負荷量0.35以上、さらに因子間における因子負荷量の差が0.1以上の細目のみで下位尺度が構成された。

3) TAINのスコア

各細目すべてに回答した、病棟に勤務する看護者204人のTAINの総スコアは、平均79.8 \pm 9.9（スコアレンジ28～112）であった。また各因子別スコア平均は、『上司の態度』平均13.9 \pm 2.9（スコアレンジ5～20）、『同僚関

表2 看護活動におけるチームワークおよび影響要因に関する評価尺度の因子分析結果（2細目削除後）

因子名	質問項目（細目）	因子					
		1	2	3	4	5	6
I 上司の態度	上司は、仕事の場で適切な助言を与えてくれる	0.873	0.006	0.041	0.024	0.006	-0.093
	上司は、仕事上必要な情報を、きちんと伝えてくれる	0.837	-0.131	0.017	0.018	-0.107	0.244
	上司は、看護チームをうまくまとめてくれる	0.832	0.070	-0.100	-0.029	0.163	-0.109
	上司は、スタッフの意見に耳を傾けてくれる	0.830	0.065	0.055	-0.048	-0.083	-0.002
	上司は、仕事の方針をはっきり示してくれる	0.826	-0.055	-0.003	0.089	0.068	-0.002
II 同僚関係	同僚とは、仕事上の情報交換ができています	-0.140	0.950	0.020	-0.010	-0.085	-0.071
	同僚とは、仕事で困ったとき相談し合っている	-0.015	0.810	0.170	0.032	-0.062	-0.151
	同僚は、助けを求めたとき、すぐに助けてくれる	0.132	0.703	0.189	-0.052	-0.160	0.105
	同僚とは、気持ちを通じ合っている	0.100	0.650	-0.039	-0.075	0.153	0.006
	私は看護チームの一員として、一体感を感じる	0.106	0.417	-0.281	0.024	0.318	0.146
	職場には、気軽に話し合える雰囲気がある	-0.013	0.393	-0.052	0.111	0.066	0.151
III 仕事への意欲	私は、良い看護を提供したいと思う	0.090	0.145	0.779	0.038	-0.042	-0.027
	私は、新しい知識や技術を知りたいと思う	-0.019	-0.013	0.740	-0.094	0.078	0.129
	私は、人の役に立ちたいと思う	-0.012	-0.042	0.571	-0.022	0.234	0.100
	私は、チームワークは大切であると思う	-0.032	0.134	0.519	-0.031	0.013	0.071
IV 看護への自信	私は、質の高い看護を提供していると思う	0.026	-0.020	-0.151	0.843	0.054	-0.081
	私は、患者に必要なケアを提供していると思う	0.022	0.015	-0.024	0.821	-0.084	-0.009
	私は、患者の状況に応じた看護を提供する自信がある	-0.015	-0.068	-0.024	0.662	0.005	0.129
	私は、患者の安全には十分留意している	0.037	0.046	0.302	0.602	-0.118	-0.059
V 職務満足	私は、今の仕事が気に入っている	-0.087	0.086	0.085	0.069	0.825	-0.070
	私は、今の仕事には将来性があると思う	0.055	-0.016	0.077	-0.148	0.758	-0.009
	私は、今の仕事にやりがいを感じる	0.080	-0.045	0.130	0.047	0.749	-0.104
	私は、努力すれば昇進できると思う	0.024	-0.080	-0.055	-0.075	0.548	0.132
	看護は自分を生かせる仕事だと思ふ	-0.107	-0.100	0.326	0.192	0.484	0.060
VI チームワークへの自信	自分は目標を達成するためにがんばるほうだ	-0.017	-0.167	0.269	0.013	-0.044	0.630
	自分が努力をすれば、目標は成し遂げられると思う	0.068	-0.047	0.113	-0.062	0.008	0.595
	私は、良いチームワークをつくれる自信がある	-0.065	0.258	-0.133	0.191	0.047	0.521
	自分が努力すれば、チームワークは改善できると思う	-0.020	0.137	0.057	0.045	0.025	0.430

*主因子法によるプロマックス回転（網かけ部分は因子負荷量0.35以上）

係』平均 17.7 ± 2.8 (スコアレンジ 6 ~ 24), 『仕事への意欲』平均 14.0 ± 1.8 (スコアレンジ 4 ~ 16), 『看護への自信』平均 10.4 ± 1.9 (スコアレンジ 4 ~ 16), 『職務満足』平均 13.0 ± 2.9 (スコアレンジ 5 ~ 20), 『チームワークへの自信』平均 10.9 ± 1.8 (スコアレンジ 4 ~ 16) となった。また, 各因子別に最高スコアを 100% として得点率を比較すると, 『仕事への意欲』が 87.5% と最も高く, 次いで『同僚関係』 73.8%, 『上司の態度』 69.5%, 『チームワークへの自信』 68.1% となった。最も低い因子は『看護への自信』『職務満足』で 65.0% を示した。

3. TAIN における各因子間の関係の検討

各因子間の関係を相関係数によって示す。『上司の態度』と『看護への自信』を除いて, すべての因子間に有意 ($p < .01$) な相関があり, 相互の関係図を図 1 に示す。相関係数 0.4 以上を示したものは, 『上司の態度』と『同僚関係』 ($r = 0.464, p < .01$), 『職務満足』と『同僚関係』 ($r = 0.438, p < .01$), 『仕事への意欲』 ($r = 0.560, p < .01$), 『看護への自信』 ($r = 0.412, p < .01$), 『チームワークへの自信』と『同僚関係』 ($r = 0.471, p < .01$), 『仕事への意欲』 ($r = 0.436, p < .01$), 『看護への自信』 ($r = 0.478, p < .01$), 『職務満足』 ($r = 0.503, p < .01$) であった。

次に因果関係モデルを作成して共分散構造分析を行った。当初の理論的知見と, 因子間相関から, モデルを導いた。まず, パス係数が有意に至らなかったのは, 『上司の態度』から『チームワークへの自信』と, 『仕事への意欲』から細目 15 の「私は人の役に立ちたいと思う」の 2 か所であった。その結果, 因果関係モデルが図 2 のように作成された。各種適合度指標値は, $GFI = 0.844$, $AGFI = 0.814$, $RMSEA = 0.041$ となり, モデルとデータ間との適合度もほぼ許容水準を満たした。

因果関係モデル内に示したパス係数は, 標準化したもので各因子間の影響の強さを示し, 決定係数 R^2 は因子をど

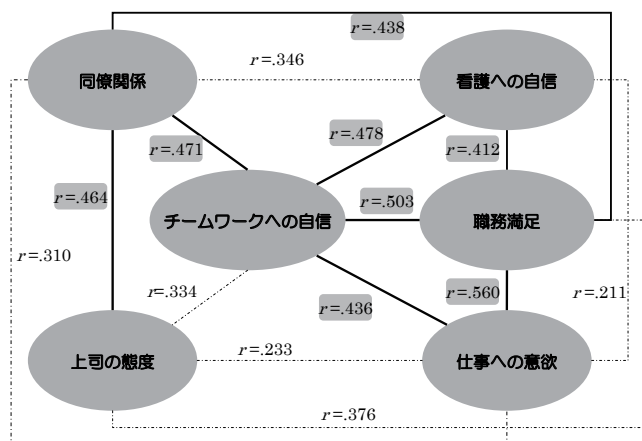
れだけ説明できるかを示す。パス係数は, どれも統計的に有意であった。直接効果として『上司の態度』から『同僚関係』は 0.53, 『同僚関係』から『チームワークへの自信』は 0.81, 『チームワークへの自信』から『仕事への意欲』は 0.57, 『看護への自信』は 0.57, 『仕事への意欲』から『職務満足』は 0.39, 『看護への自信』から『職務満足』は 0.22 である。また『チームワークへの自信』は, 『職務満足』へ直接的な影響も与えるが, 『仕事への意欲』および『看護への自信』を介して間接的にも『職務満足』に影響を与えている。よって『チームワークへの自信』から『職務満足』への総合効果は 0.63 であった。

また, 決定係数 R^2 から見ると, 『上司の態度』に影響を受けた『同僚関係』は『チームワークへの自信』を 66% 説明することができる。そして『チームワークへの自信』は, 『仕事への意欲』 32%, 『看護への自信』 32%, 『職務満足』を 54% 説明することができた。

Ⅶ. 考 察

1. 調査対象者全体の看護活動におけるチームワークと影響要因

調査対象者全体で見した場合の TAIN の総スコア平均は, 79.8 ± 9.9 点 (スコアレンジ 28 ~ 112) であり, 最高得点を 100% とした得点率に換算すると 71.3% であった。また各因子別のスコア平均は, 得点率に換算すると 6 因子すべて 50% を超えた。特に『仕事への意欲』が 87.5% と最も高く, 看護者個々人のもつ『看護』という専門性の高い仕事に対する意欲が高いことが示された。また, チームワークの要素として考えている『上司の態度』 (69.5%), 『同僚関係』 (73.8%), 『チームワークへの自信』 (68.1%) も高い。これに比べ『看護への自信』『職務満足』は 65% と, やや低めであった。看護者の働く厳しい現状を考えると, 実際の看護活動に関連しては, 自信や満足感がやや低



* 網かけ部分は相関係数 0.4 以上

図 1 TAIN の各因子間における相関図

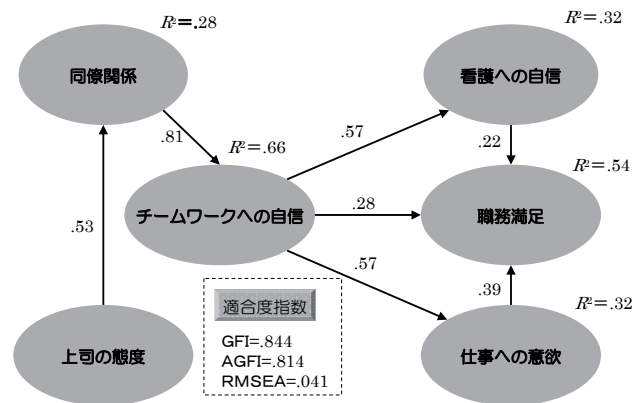


図 2 因果関係モデル

くなったのではないかと考えられる。

2. 看護活動におけるチームワークと影響要因の関係

1) 看護活動におけるチームワーク

看護活動のチームワークに関する因果関係モデルは、「上司からの影響」と、「同僚との関係」が、「チームワークへ向かう前向きな姿勢」をもたらすという当初予測していた知見に近いものとなった。しかし、『上司の態度』から『チームワークへの自信』に直接パスを加えることは統計的に有意ではなかった。

結果として『上司の態度』から『同僚関係』へ、『同僚関係』から『チームワークへの自信』にパスがひかれた。『同僚関係』が、『チームワークへの自信』を66%説明していることから、この関連は統計的にも支持された。

「上司の支持的行動」が、「同僚との良好な関係」につながるということは他の研究でも指摘されている(Sieloff, 2004; 藤野, 岡本, 城山, 高井, 2004)。

今回の因果関係モデルで中心的位置を占める『チームワークへの自信』は、『上司の態度』を除く、他の要因すべてに0.4以上の高い相関を示した。『チームワークへの自信』が、看護者が働く環境において最も大きく広く影響を及ぼしている因子であることを示している。文献上も「チームワーク」は、看護者の「仕事に対する意欲」(尾崎他, 2003; 宮腰, 2003; 兵頭他, 2000)や、「職務満足」(小山, 2004; 前山他, 2004; 澤田他, 2002)への影響要因として取り上げられている。今回は『チームワークへの自信』が『看護への自信』や『仕事への意欲』『職務満足』の方向へ向かう重要な因子として示された。

また、澤田ら(2004)は「上司である看護師長」や「同僚看護師同士との関係」が、看護者の仕事を通じた精神的充実感(職務満足)に強く関係していると報告しているが、今回のパス図を見るとその間には『チームワークへの自信』が介在していることがわかる。

2) 『仕事への意欲』や『職務満足』『看護への自信』に影響を与える『チームワークへの自信』

『上司の態度』『同僚関係』は『チームワークへの自信』をもたらす、『チームワークへの自信』は、『仕事への意欲』『職務満足』『看護への自信』に影響を与えることが共分散構造分析の結果で示された。そして、『チームワークへの自信』が『仕事への意欲』を32%、『看護への自信』を32%説明している。加えて『チームワークへの自信』と、この『チームワークへの自信』から影響を受けた『仕事への意欲』『看護への自信』が、『職務満足』を54%説明している。上司・同僚からの影響を受けた『チームワークへの自信』が、『仕事への意欲』『看護への自信』に強く影響し、また、『職務満足』に影響を与えるという状況が見える。

集団が何らかの目標に対して実行する能力に自信をもっている状態を「集合的効力感のある状態」という(Bandura, 1995)。また、集合的効力感はパフォーマンスの達成における重要な要素であるとし、集合的効力感を低めるような状況では悪い結果を出しやすく、反対に高い集合的効力感をもつことができる状況のもとでは目的を達成する確率が高いことが示されている(Bandura & Wood, 1989)。『チームワークへの自信』は、この「集合的効力感のある状態」であり、目的達成に向けて大きな力を発揮することができる状況を生むであろう。集合的効力感が高められれば、そこからもたらされる成功体験とともに、仕事への意欲や職務に対する満足が高くなるのであろう。

3) 看護者として互いに成長し合うチームワークの方策

本研究で最も重要な因子は『チームワークへの自信』であるが、そこに影響を与える「上司の支持的行動」や「同僚との良好な関係」とは具体的にどのようなものであろうかが問われるところである。こうしたことは集団の状況やグループダイナミックスのなかで考え、感じられるものであろうが、今回の細目にあるように、「仕事の場で適切に助言を与え」、「必要な情報をきちんと伝え」、「チームをうまくまとめ」、「スタッフの意見に耳を傾け」、「はっきりと方針を示してくれる」上司が求められるということである。こうした上司の行動は、同僚関係において「情報交換ができ」、「相談ができ」、「助け合え」、「気持ちがあまく通じる」関係を推進する。こうした人間関係や行動が「チームワークをうまく遂行していける」という自信につながり、そこで働く看護者を「新しい看護の知識や技術を学び」、「人の役に立ちたい」という気持ちにさせ、「質の高い看護を提供している」という看護への自信をもたらす、「仕事へのやりがい」や「将来性を信じる」という気持ちにさせるというプロセスがここに見える。

VIII. 研究の意義と限界

本研究は、関東にある2つの総合病院のみを対象とした。施設間における調査時期の違いやサンプル数の少なさなどの影響を受けている可能性がある。また、調査用紙(TAIN)は、対象数が限られているため、今後さらに信頼性・妥当性の検討を重ねる必要がある。さらに多くの対象に対して調査し、看護活動におけるチームワークについて検討していく必要がある。

また、本研究は実際の看護活動のなかに見られるチームワークについて、その概念、構造を明らかにし、看護者がチームワークをどのように認識しているか、また構成要因間にもどのような関連が見られるかに着目した研究である。今後は、こうした概念構造を基盤に、具体的に看護活動におけるチームワークを推進していくには、どのような具体

的介入が望ましいかを提言できるような研究を行い、実践的な効果を示すことが必要であろう。

Ⅷ. 結 論

1. 看護活動におけるチームワークの概念構造の解析と影響要因の関連を導いた。
2. 作成した看護活動におけるチームワーク評価尺度は、内的整合性による信頼性と、構成概念妥当性をおおむね確保していた。
3. 上司や同僚との良い関係がもたらす『チームワークへの自信』は、『仕事への意欲』や『看護への自信』『職務満足』に前向きの影響を与えることが明らかとなった。

この論文は2006年度国立看護大学校研究課程部に提出した特別研究論文の一部を修正し、まとめ直したものである。

■文 献

- Amos, M. A., Hu, J., & Herrick, C. A. (2005). The impact of team building on communication and job satisfaction of nursing staff. *Journal for Nurses in Staff development*, 21(1), 10-16.
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp.1-45). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandura, A., & Wood, R. E. (1989). Effect of perceived controllability and performance standards on self-regulation of complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(5), 805-814.
- DiMeglio, K., Padula, C., Piatek, C., Korber, S., Barrett, A., Ducharme, M., et al. (2005). Group cohesion and nurse satisfaction, examination of a team-building approach. *Journal of Nursing Administration*, 35(3), 110-120.
- 藤野美代子, 岡本時重, 城山博子, 高井富美代 (2004). 看護師の職務満足度に関する要因. 日本看護学会論文集第34回看護管理, 130-132.
- Hatcher, L. (2005). *A step-by-step approach to using SAS for factor analysis and structural equation modeling*. NCSAS Institute Inc, 129-140.
- 兵頭慶子, 藤岡智恵, 福島まきよ, 吉田なよ子 (2000). 看護職の職業意欲に関する研究—脳神経外科病棟における意欲を高める要因と削ぐ要因. 広島県立保健福祉短期大学紀要, 5(1), 19-24.
- 川崎久子, 二瓶恵子, 中村あや子, 望月綾子, 尾崎フサ

子 (2000). 看護婦の仕事意欲に関する研究—職場でやる気をなくす時の分析. 新潟大学医学部保健学科紀要, 7(2), 163-167.

川崎久子, 尾崎フサ子, 二瓶恵子, 中村あや子, 望月綾子 (2001). 看護婦の仕事意欲に関する研究—勤務経験年数及び職位との関連. 新潟大学医学部保健学科紀要, 7(3), 303-308.

木暮真実, 長谷川喜代美, 大澤真奈美, 齋藤基, 高原きよ美, 齊木京子 (2005). 未熟児支援における関係機関との連携—保健所保健師の役割に視点をあてて. 群馬県立医療短期大学紀要, 12, 69-81.

小山久子 (2004). 目標管理で看護組織は進化したか—臨床と教育の現場から—自己教育力と職務満足度の向上に影響を及ぼす目標管理. 看護管理, 14(7), 540-546.

草刈淳子, 俣田徹, 柳堀朗子, 大島弓子, 佐藤栄子, 橋本秀和 (2004). 看護職—医師の協働と医師および看護職の職務満足度との関連の検討—愛知県内の病院を対象とした調査の結果から. 愛知県立看護大学紀要, 10, 19-25.

前山直美, 北原和子, 齊藤京子, 酒井博子, 田村順子, 菅野八重子他 (2004). 看護師の職務満足度と離職との関係 (第一報)—満足度に影響している要因と改善内容. 日本看護学会論文集第34回看護管理, 136-138.

松尾太加志, 中村知靖 (2004). 誰も教えてくれなかった因子分析. 北大路書房, 京都.

松浦正子, 林千冬 (2005). 看護師長のコンフリクト対処行動. 日本看護管理学会誌, 8(2), 21-29.

宮腰美月子 (2003). より良い職場環境について—互いに生かさされ働くために—. 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 28, 292-299.

日本看護協会調査研究報告2002年 (2003). 病院看護職員の需給状況調査. 日本看護協会出版会, 東京.

尾崎フサ子, 二瓶恵子, 川崎久子, 中村あや子 (2003). 働きやすい職場環境への影響要因—自由記述からの分析. 日本看護学会論文集第33回看護管理, 305-307.

Rafferty, A. M., Ball, J., & Aiken, L. H. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in Health Care*, 10 (Suppl 2), 32-37.

佐々木祐美 (2006). 病棟における看護師間関係の形成要因. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録, 31, 25-32.

澤田忠幸, 羽田野花美, 酒井淳子 (2002). 女性看護師の職務満足とその影響因子—共分散構造分析を用い

- た因果モデルの検証. 愛媛県立医療技術短期大学紀要, 15, 1-9.
- 澤田忠幸, 羽田野花美, 矢野紀子, 酒井淳子 (2004). 女性看護師の職務満足と心理的 Well-Being に及ぼす個人特性要因の影響—中核的自己評価の役割. 日本看護研究学会雑誌, 27(4), 45-52.
- Sieloff, C. L. (2004). Leadership behaviours that foster nursing group power. *Journal of Nursing Management*, 12(4), 246-251.
- 谷口洋子 (2004). 看護師のストレスを考察する. 陶生医報, 20, 97-103.
- 田尾雅夫 (1995). ヒューマン・サービスの組織—医療・保健・福祉における経営管理. 95-122, 法律文化社, 京都.
- 山本恵子, 小川伸一郎, 倉重典子, 高津美鈴, 松尾小夜子, 村上良恵他 (2003). 看護師のモチベーションに関する実態調査. 日本看護学会論文集第33回看護管理, 85-87.

【要旨】 本研究の目的は、臨床看護活動において、「チームワーク」といわれる行動や認識の概念構造を明らかにし、チームワークに関連する要因から評価尺度を作成し、これらの概念構成因子および影響要因間の関係を明らかにすることである。まずチームワークについて先行文献と臨床経験から、看護活動におけるチームワークおよび影響要因に関する評価尺度を作成した。この評価尺度を用いて、病棟に勤務する看護師を対象に留め置き調査を行い、探索的因子分析を行った結果、①上司の態度、②同僚関係、③仕事への意欲、④看護への自信、⑤職務満足、⑥チームワークへの自信の6因子が抽出された。さらに因果関係モデルを作成した結果、上司の支持的行動は同僚との良好な関係に支持的に働き、チームワークへの自信を導くことが示唆された。またチームワークへの自信は看護への自信・仕事への意欲につながることで、そしてそれらは職務満足をもたらすという関係が見られた。

受付日 2008 年 9 月 4 日 採用決定日 2008 年 10 月 2 日

日本における医療関連感染サーベイランスと 病院規模に関する文献検討

西岡みどり¹ 森那美子¹ 坂木晴世² 藤田烈³
沼直美¹ 平松玉江¹ 森兼啓太⁴

1 国立看護大学校；〒204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1 2 東京大学大学院
3 国立病院機構名古屋医療センター 4 国立感染症研究所
nishiokam@adm.ncn.ac.jp

Healthcare Associated Infection Surveillance and Hospital Size in Japan: Review

Midori Nishioka¹ Namiko Mori¹ Haruyo Sakaki² Retsu Fujita³ Naomi Numa¹ Tamae Hiramatsu¹ Keita Morikane⁴

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

2 Graduate School of Medicine, the University of Tokyo 3 National Hospital Organization Nagoya Medical Center

4 National Institute of Infectious Diseases

[Abstract] **Background:** Although targeted surveillance is recommended as an effective method to combat healthcare-associated infection, data detailing the effect of hospital size on the appropriateness of surveillance types is scarce. **Objective:** To describe hospital size and surveillance methods in reported practice in Japan. **Methods:** The search terms, “nosocomial infection,” and, “surveillance,” were used to collect original articles published between 1996 and 2007 in the *Japana Centra Revuo Medicina (Igaku Chuo Zasshi, systematic literature search system for Japanese literature)*. **Results:** Assessment was conducted on 61 studies from 49 hospitals (median hospital size, 600 beds). Of these 49 hospitals, only 5 (10.2%) had less than 300 beds, although nationally this category accounts for 82% of Japanese hospitals. With regard to surveillance, besides the four recommended types, other methods such as hand hygiene surveillance and multi-drug-resistant organism infection surveillance were also being practiced. **Conclusion:** The results of this study suggest that the four types of targeted surveillance may not be suited for small-to-medium-sized hospitals. Further research is needed to identify the appropriate surveillance type for small-to-medium-sized hospitals and promote practice of surveillance at those hospitals.

[Keywords] 医療関連感染 healthcare associated infection, サーベイランス surveillance, 感染管理 infection control, 病院規模 hospital size

I. 緒言

サーベイランスを実践することで、医療関連感染の発生率を32%下げることができることが1980年代に明らかになった(Haley, et al,1985a ; 1985b)。以来、米国では疾病予防管理センター (Centers for Disease Control and Prevention : CDC) にサーベイランスデータベースが構築され、サーベイランスの実施は感染管理看護師の主要な業務となっている。

日本でも、サーベイランスの実施は日本医療機能評価機構の病院機能評価事業の評価項目に盛り込まれ、「病院機能や規模に応じて、主要な病院感染率を把握している」ことが求められている(日本医療機能評価機構, 2006)。評価スタンダードでは後述する4つの標準的な対象限定サーベイランス(targeted surveillance)が例示され、メチシリ

ン耐性黄色ブドウ球菌(Methicillin resistant *Staphylococcus aureus* : MRSA)感染数の把握のみでは不十分とされている(日本医療機能評価機構, 2006)。

すべての医療施設は2007年4月に施行された改正医療法で、「院内感染対策のための指針」を策定することが新たに義務づけられた(厚生労働省, 2007a)。同指針にはサーベイランスについて「感染症発生状況の把握・分析・報告の基本指針を記載すること」(厚生労働省医政局長, 2007)とされている。そして、指針のモデルとして示された「中小病院/診療所を対象にした医療関連感染制御策指針(案)」では、対象限定サーベイランスを可能な範囲で実施することが奨励されている(安全性の高い療養環境及び作業環境の確立に関する研究班, 2007)。

対象限定サーベイランスは、病院全体やすべての感染症を対象とする包括的サーベイランスとは異なり、対象を限

定して観察する方法である。対象限定サーベイランスの標準的な種類には中心静脈カテーテル関連血流感染（central line associated blood stream infection：CLABSI）、尿路カテーテル関連尿路感染（catheter associated urinary tract infection：CAUTI）、人工呼吸器関連肺炎（ventilator associated pneumonia：VAP）、手術部位感染（surgical site infection：SSI）サーベイランスの4つがあり、米国のデータベースでの手法が世界のスタンダードとして広く採用されている。わが国でも、これら4つの対象限定サーベイランスについては、標準的な手順書が出版され（青木，2002；小林，2003；森兼，今井，小林，広瀬，2005；牧本，2006；広瀬，渡邊，2006）、データベースも構築されつつあり、多施設データの分析も行われている（北島他，2005；須賀，吉田，武澤，2005；清水，宮本，梅下，小林，門田，2006）。

しかし、これら4つの対象限定サーベイランスの実施率は宮城県95施設の調査で29.5%（千葉，高橋，渡部，小松，早坂，2007）、臨床研修指定病院446施設でも20～31%（小林他，2006）などと、低いことが報告されている。

必須とされる対象限定サーベイランスの実施率が低い理由には2点考えられる。1点は必要な資源の不足であり、もう1点は対象限定サーベイランスの対象となるような患者が日本の多くを占める中小規模の病院の入院患者には少ないことである。4つの対象限定サーベイランスでは、中心静脈カテーテルや尿路カテーテルが挿入されていたり、人工呼吸器を装着していたり、外科手術を施行したりといった侵襲的処置患者における感染罹患率を算出する。したがって、これらは急性期の大規模病院向きのサーベイランスであり、慢性期患者が多い中小規模病院ではCAUTIサーベイランス以外の3つは対象が少なく、実施にそぐわないことが推測される。

中小規模施設を含めた日本の病院でのサーベイランスの実践率を上げるためには、中小規模施設にふさわしいサーベイランスの種類を特定し、推進することが効果的と考えられる。そのためには、実践されているサーベイランスの種類と施設規模についての現状を把握することが必要である。

これまで中小規模施設を含めた代表性のある全国の病院施設を対象としたサーベイランス実施に関する調査は行われておらず、実践の実態は明らかになっていない。また、国内のサーベイランス実践に関する系統的な文献レビューも行われていない。

そこで、本研究では、日本の医療関連感染サーベイランス実践施設の規模と実践されているサーベイランスの種類を明らかにすることを目的に文献検討を行った。

Ⅱ. 用語の定義

本研究では以下のように用語を定義した。

1. 医療関連感染

医療関連感染（healthcare-associated infection：HAI）とは、院内（または病院）感染（nosocomial infection：NI/hospital-acquired infection：HAI）に代わって近年用いられるようになった用語である。背景には在宅医療や長期ケア施設での感染管理の重要性が増したことがあり、「医療提供の場にかかわらず医療が提供された患者に発生する感染」と定義されている（Siegel, Rhinehart, Jackson & Chiarello, 2007）。なお、“acquired”ではなく“associated”が用いられているのは、在宅医療や外来医療で発生する感染はどこで獲得された病原微生物によるものか判然としないためである。

本研究では病院を対象とするため、医療関連感染を病院で医療が提供された患者に発生する感染とした。

2. サーベイランス

サーベイランスとは、結果を改善することができる人々に必要な情報を継続的に提供することを目的として、特定の疾患や事象についての発生分布や原因に関するデータを、収集、統合、分析する組織的な手法である（Lee & Baker, 1996；Gaynes, 1998）。いくつかの分類があるが、すべての患者やすべての事象を継続的に観察する包括的サーベイランス（comprehensive surveillance）と、特定の対象・事象・プロセス・病原体などに絞って観察する対象限定サーベイランスに分けられる（Lee & Baker, 1996；Gaynes, 1998）。本研究ではサーベイランスを医療関連感染の発症にかかわるデータを臨床職員と共有することによって、病院内の医療関連感染のリスクを下げていく組織的、継続的な活動とした。具体的には、中心静脈カテーテル関連血流感染サーベイランスなどの4つに限定せず、他の過程指標や結果指標を用いる多様な種類を指すものとし、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症法）で規定された感染症発生報告のみを目的とした活動は含まないものとした。

3. 中小規模施設

医療施設規模について法的な分類はない。2007年4月施行の改正医療法（厚生労働省，2007a）で新たに策定が義務づけられた「院内感染対策のための指針」のモデルとして示された「中小病院/診療所を対象にした医療関連感染制御策指針（案）（安全性の高い療養環境及び作業環境の確立に関する研究班，2007）」では、中小病院を300床未満としている。

本研究では中小規模施設を300床未満の病院とした。

Ⅲ. 目的

日本で実践が報告されているサーベイランスの種類と病院規模とを明らかにする。

Ⅳ. 方法

文献検討を行った。文献は『医学中央雑誌』より1996～2007年の原著論文を、キーワードに「院内感染」および「サーベイランス」を用いて検索した。抽出した論文の記述から、病院規模および実践されている医療関連サーベイランスの種類を検討した。

なお、論文中に病床規模の記載がない場合は、病院ホームページの公開情報から補足した。

論文にサーベイランス実践の記述があった施設の病床規模を、「平成18年医療施設動態調査報告」における全国8,942施設と比較した(厚生労働省, 2007b)。

Ⅴ. 結果

検索された101件の論文より、日常的な感染管理業務の一環としての医療関連サーベイランス実践が記述されていることを採用基準に検討論文を抽出した。会議録7件、データベースに関するもの10件、地域流行に関するもの9件、質問紙調査9件、介入研究に感染率を用いているが業務としてのサーベイランスでないもの2件、アウトブレイク事例報告2件、環境培養でありサーベイランスでないもの1件の計40件を除外した残り61件(付録:医療関連感染サーベイランス実践に関する国内原著論文61件一覧)を該当する論文として検討した。

61件は49施設の論文であり、10施設では複数の論文が発表されていた。49施設の病床数の中央値は600床であり、最小が100床、最大が1,185床であった。表1に、61件49施設における施設規模別サーベイランスの種類を示す。300床未満の中小規模施設では、4種類の対象限定サーベイランスのCLABSIサーベイランス、VAPサーベイランス、CAUTIサーベイランスの実践はなく、SSIサーベイランスのみが実践されていた。その他の種類では、包括的サーベイランス、手指衛生サーベイランス、MRSAサーベイランスが行われていた。

図1に示すように、300床未満の中小規模病院は日本の82%を占めるが、サーベイランス実践が発表されていた施設は、49施設中わずか5施設(10.2%)であった。

49施設で実践されていたサーベイランスの種類とサーベイランス指標を表2に示す。

サーベイランスの種類は包括的サーベイランスや対象限定サーベイランスが行われていた。対象限定サーベイラン

スでは、抗菌薬使用量や手指衛生遵守率などの医療サービスの過程指標を監視するプロセスサーベイランスも行われていた。また、結果指標を用いるアウトカムサーベイランスでは、実施が推奨されている4種類の他にも、MRSAや多剤耐性緑膿菌(multiple drug resistant *Pseudomonas aeruginosa*:MDRP)などの多剤耐性菌の検出率や感染率、末梢静脈カテーテル関連血流感染率、透析カテーテル関連血流感染率、血液曝露事故発生率などを監視するものなどがあつた。そのほか、呼吸器症候群サーベイランスや胃腸症候群サーベイランスなどの病原体が不明のまま一定の症状を監視する症候群サーベイランスも実施されていた。

Ⅵ. 考察

全国の8割以上を占める300床未満の中小規模施設でのサーベイランス実践に関する原著論文の発表が少なかった。論文発表は実践施設のすべてでなされているわけではないものの、300床未満の施設でのサーベイランスの実践率が低いことが推測される。

対象限定サーベイランスは侵襲的処置に関連した4種類以外にも多様な種類が実践されていた。慢性期患者が多い中小規模施設では推奨されている4種類以外のサーベイランスが適していると考えられる。たとえばMRSA感染サーベイランスや擦式手指消毒薬使用量を監視して手指衛生遵守状況を評価する手指衛生サーベイランスや末梢静脈カテーテル関連血流感染サーベイランスなどのほうが、CLABSIやVAPやSSIサーベイランスよりも実践的で、施設に応じた適切な種類である可能性がある。特に、耐性菌サーベイランスについては、米国の15施設データでの多変量解析を実施した研究により、200床以下の小規模病院入院がMRSAとバンコマイシン耐性腸球菌(*Vancomycin Resistant Enterococci*:VRE)のリスク因子となっていることが指摘されており(Polgreen, et al, 2006)、大規模施設よりも中小規模病院のほうが重要性は高いかもしれない。

これまで、サーベイランスの実施に関する調査は、1つの県(落合他, 2004; 國島他, 2005; 千葉他, 2007)、特定の専門職種(沼口, 洪, 広瀬, 2003; 小林, 2004a)、臨床研修指定病院(小林他; 2006)、大学病院など(江頭, 2002; 笹井他, 2004)、限られた対象に行われている。沼口ら(2003)により80施設の感染管理看護師を対象とした調査が行われているが、対象には日本看護協会感染管理認定看護師教育課程修了者を約半数含んでいるため、一般化には限界がある。全国の42の国立大学病院の感染管理看護師を対象とした調査では、MRSA感染、結膜炎、インフルエンザ、結核などのサーベイランス実施率は明らかになっているものの、資源との関連などは検討されておらず、また大学病院を対象としているため、中小規模病院に

表 1 医療関連感染サーベイランス実践に関する国内原著論文 61 件 49 施設における施設規模別サーベイランスの種類

施設規模 (病床数)	施設 No.	著者, 発表年 ^{注1)}	実践サーベイランスの種類									
			推奨されている4種類の 対象限定サーベイランス				耐性菌サーベイランス				抗菌薬 使用量	その他
			SSI ^{注2)}	CLABSI ^{注3)}	CAUTI ^{注4)}	VAP ^{注5)}	MRSA 検出	MRSA 感染	その他 の耐性 菌検出	その他 の耐性 菌感染		
~ 199	1	水谷他, 2004										医療従事者手指細菌検出
	2	坂井他, 1996						○				
	3	青木他, 2005	○									
200 ~ 299	4	山根他, 2005									○	包括的サーベイランス
	5	渡部他, 2001	○									
300 ~ 399	6	佐和他, 2003	○									
	7	水谷他, 2000						○				
	8	石倉他, 2000	○									
	9	今井, 2004		○								
	10	石坂他, 2006									○	
400 ~ 499	11	塚田他, 2003	○	○	○							包括的サーベイランス
	12	須々木他, 2000							○			
	13	高橋他, 2006	○									
	14	久保他, 2002		○								
	15	大重, 2003		○								
	16	佐野他, 2004; 佐野他, 2005									○	
500 ~ 599	17	笹岡他, 2004							○			
	18	岩田他, 2000										透析カテーテル関連 BSI
	19	長浜他, 1999; 遠藤, 1999; 前原他, 2003	○									末梢静脈カテーテル関連 BSI
	20	須賀他, 2002; 須賀他, 2003; 川崎他, 2006									○	包括的サーベイランス
	21	阿島他, 2005		○								
	22	土岐他, 2003		○								
600 ~ 699	23	前田他, 2006	○									
	24	浅本他, 1996						○				
	25	岸他, 1998										医療従事者手指の MRSA 検出
	26	久田他, 2003	○									
	27	土屋他, 2007		○								
	28	吉川, 2002; 吉川他, 2005	○					○		○		
700 ~ 799	29	富田他, 2005		○						○		抗菌薬長期処方患者数 症候群サーベイランス
	30	菊池他, 2007										
	31	加藤他, 2003	○									
	32	工藤他, 2004								○		
	33	小林他, 2004	○									
	34	樋口他, 2001			○							
800 ~ 899	35	長谷川他, 2003						○				
	36	竹内他, 2004						○			○	
	37	青木他, 2003										菌血症サーベイランス
	38	加治他, 2003; 尾山他, 2006	○									
	39	Naruhashi, et al., 2001; 古瀬他, 2006							○		○	
	40	大城他, 2004	○									
900 ~	41	信定他, 1999; 渡邊他, 1999								○		
	42	Kawana, et al., 2006										症候群サーベイランス
	43	荒木他, 2003; 久保他, 2005		○	○	○						針刺し・切創サーベイランス
	44	井上他, 2006; 笹川他, 2006	○									
	45	内田他, 2004		○								
	46	吉沢他, 1999; 田中他, 2001								○		疾患別臨床分離細菌
	47	阿部他, 2006							○			
	48	寺田他, 2006										アスペルギルス抗原陽性率
	49	宮下他, 1998	○									

注 1) 『医学中央雑誌』1996 ~ 2007 年の原著論文

注 2) 手術部位感染 (surgical site infection) サーベイランス

注 3) 中心静脈カテーテル関連血流感染 (central line associated blood stream infection) サーベイランス

注 4) 尿路カテーテル関連尿路感染 (catheter associated urinary tract infection) サーベイランス

注 5) 人工呼吸器関連肺炎 (ventilator associated pneumonia) サーベイランス

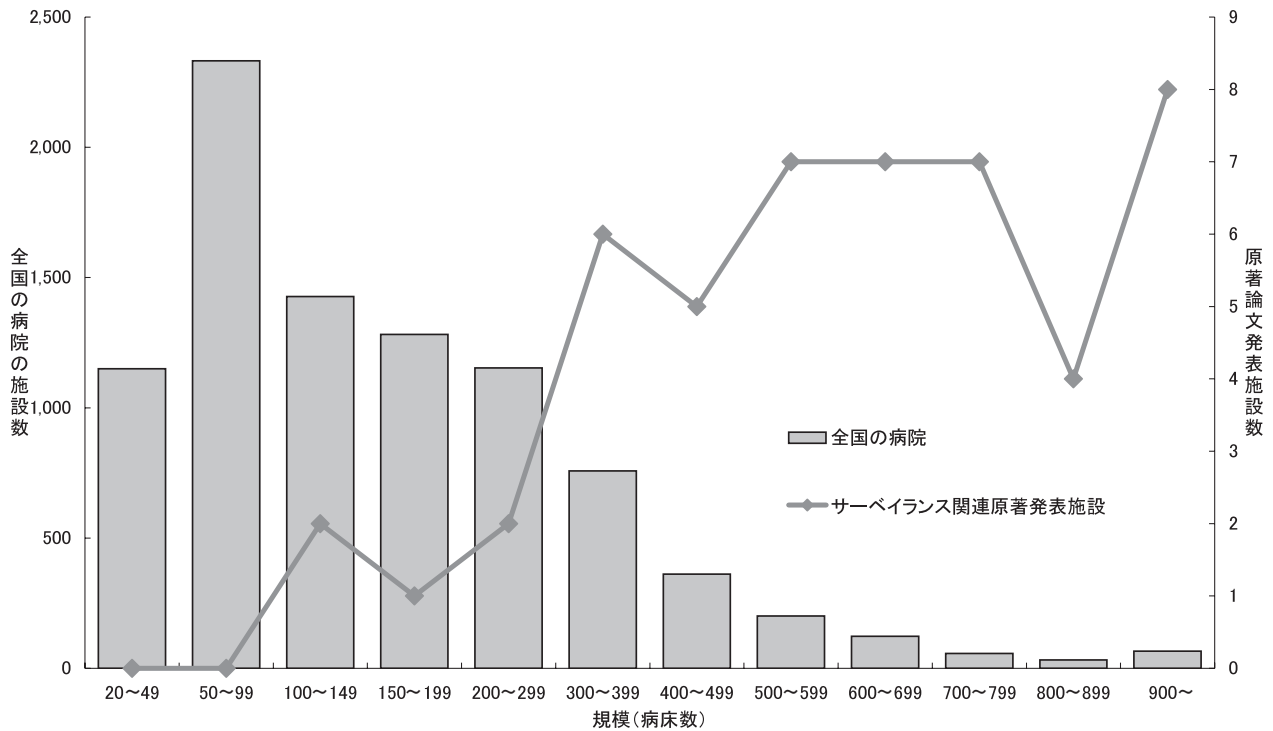


図1 全国の病院 8,943 施設（平成 18 年医療施設動態調査；2007.12 発表概要版）と医療関連感染サーベイランス実践に関する国内原著論文 61 件 49 施設との規模比較

表2 医療関連感染サーベイランス実践に関する国内原著論文 61 件 49 施設における実践サーベイランスの種類およびサーベイランス指標

サーベイランスの種類および指標	施設数（重複あり）
包括的サーベイランス	3
対象限定サーベイランス	
プロセスサーベイランス	
抗菌薬使用量	7
手指衛生遵守率	1
アウトカムサーベイランス	
実施推奨の 4 種類	
手術部位感染率	16
中心静脈カテーテル関連血流感染率	10
尿路カテーテル関連尿路感染率	3
人工呼吸器関連肺炎	1
その他の種類	
MRSA 検出率	9
MRSA 感染率	2
その他の耐性菌検出率	7
その他の耐性菌感染率	1
末梢静脈カテーテル関連血流感染率	1
透析カテーテル関連血流感染率	1
アスペルギルス陽性率	1
血液曝露事故発生率	1
症候群サーベイランス	2

結果を適応することは難しい(江頭, 2002)。サーベイランスについて手法を含めた調査は, MRSA 感染サーベイランスについては小林(2004b)によって5年間の調査が行われているが, 他の種類については行われていない。

これまで日本では, サーベイランスの種類別実施状況や必要な資源について, 代表性のある標本への詳細な調査は行われていない。

今後は, 中小規模施設を含めた全国の病院を代表できる対象へ調査を行い, サーベイランスに必要な資源と中小規模施設でも実践可能なサーベイランスを特定することが必要である。中小規模施設向けのサーベイランス手順書が策定され活用されれば, サーベイランスを推進できることにより医療関連感染リスク低減へ寄与できると考えられる。

Ⅶ. 結 論

本研究の結果より, 医療関連感染サーベイランスについて以下のことが明らかになった。

1. 全国の8割以上を占める300床未満の中小規模施設での実施率が低い可能性が示唆された。
2. 推奨されている4種類の対象限定サーベイランス以外にも多様な種類のサーベイランスが実践されていた。
3. 中小規模施設に適したサーベイランスの種類を特定して実践を推進するために, 全国の病院を対象とした詳細な調査が必要である。

本研究は, 平成19年度厚生労働科学研究費補助金による新興・再興感染症研究事業「医療機関における感染症伝播に関する研究(主任研究者:宮崎久義)」の分担研究「病院施設の規模別の感染対策の実態調査(分担研究者:西岡みどり)」の一部として実施した。

■文 献

安全性の高い療養環境及び作業環境の確立に関する研究班(厚生労働科学研究 主任研究者:小林寛伊)(2007). 中小病院/有床診療所を対象にした医療関連感染制御策指針(案). 2007年11月26日検索. <http://thcu.ac.jp/services/kansen-guide/index.html>.

青木真(2002). 明日からできる病院感染サーベイランス—研修用問題付き. メディカ出版, 大阪.

千葉博暁, 高橋敏紀, 渡部美帆, 小松真, 早坂正孝(2007). 宮城県における病院感染制御に関する実態調査—感染防止策に対する薬剤部の取り組みと今後の課題. 医薬品相互作用研究, 30(2), 69-75.

江頭輝枝(2002). 統一した病院感染対策サーベイランスを実践していくには—サーベイランス実施上の問

題点. INFECTION CONTROL, 11(5), 522-527.

Gaynes, R.P.(1998). Surveillance of nosocomial infections. In J.V. Bennet, et al.(Eds.), *Hospital infection* (4th ed., pp.65-84). Philadelphia: Lippincott-Raven.

Haley, R.W., Culver, D.H., White, J.W., Morgan, W.M., Emori, T.G., Munn, V.P., et al.(1985a). The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *American Journal of Epidemiology*, 121(2), 182-205.

Haley, R.W., Morgan, W.M., Culver, D.H., White, J.W., Emori, T.G., Mosser, J., et al.(1985b). Update from the SENIC project. Hospital infection control: recent progress and opportunities under prospective payment. *American Journal of Infection Control*, 13(3), 97-108.

広瀬千也子, 渡邊都貴子(2006). 病院感染サーベイランス. 感染管理 QUESTION BOX 4. 中山書店, 東京.

北島博之, 近藤乾, 志賀清悟, 側島久典, 中村友彦, 宮澤廣文(2005). 新生児集中治療室(NICU)における院内感染対策サーベイランス項目の検討. 日本未熟児新生児学会雑誌, 17(2), 247-255.

小林寛伊(2003). 今日から始める手術部位感染サーベイランス. メディカ出版, 大阪.

小林寛伊(2004a). 認定インフェクションコントロールドクターの日常業務に関する調査. 環境感染, 19(3), 404-408.

小林寛伊(2004b). メチシリン耐性黄色ブドウ球菌病院感染症発生状況に関する研究. 環境感染, 19(3), 401-403.

小林寛伊, 大久保憲, 木津純子, 藤井昭, 朝野和典, 尾家重治他(2006). 臨床研修指定病院における病院感染制御の取り組みの実態調査. 環境感染, 21(3), 200-208.

厚生労働省(2007a). 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律(法律第84号). 2007年11月26日検索. http://www.shugiin.go.jp/index.nsf/html/index_housei.htm.

厚生労働省(2007b). 平成18年医療施設動態調査概況版. 2007年12月1日検索. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/06/index.html>.

厚生労働省医政局長(2007). 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について. 医政発第0330010号. 2007年11月26日検索. http://www.hospital.or.jp/pdf/15_20070330_08.pdf

國島広之, 平真理子, 野津田志保, 金澤悦子, 佐藤カク子, 八田益充他(2005). 感染対策地域ネットワー

- クに関するアンケート調査. 環境感染, 20(2), 119-123.
- Lee, T.B., & Baker, O.G.(1996). Surveillance, Chapter5. In APIC(Eds.), *Infection control and applied epidemiology. Principles and practice.* (pp. 1-18). St Louis: Mosby.
- 牧本清子 (2006). 事例 de 学ぶ医療関連感染のサーベイランス—EBMに基づく感染管理のために. メディカ出版, 大阪.
- 森兼啓太, 今井栄子, 小林寛伊, 広瀬千也子 (2005). サーベイランスのための CDC ガイドライン—NNIS マニュアル (2004 年版) より (改訂 3 版). メディカ出版, 大阪.
- 日本医療機能評価機構 (2006). 病院機能評価事業. 評価体系 Ver.5.0 評価項目. 2007 年 11 月 26 日検索. <http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>.
- 沼口史衣, 洪愛子, 広瀬千也子 (2003). 感染管理看護師によるサーベイランス活動の現状と教育課程の課題. 環境感染, 18(2), 247-250.
- 落合恵子, 井村美代子, 本田美幸, 植木美津子, 市川祐子, 千葉妙子他 (2004). 院内感染管理体制の現状と課題—感染管理体制に関する実態調査から. 日本看護学会論文集 (看護総合), 35, 191-193.
- Polgreen, P.M., Beekmann, S.E., Chen, Y.Y., Doern, G.V., Pfaller, M.A., Brueggemann, A.B., et al. (2006). Epidemiology of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* and Vancomycin-Resistant *Enterococcus* in a Rural State. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 27, 252-256.
- 笹井啓史, 住友雅人, 河相安彦, 下坂典立, 有川量崇, 田口千恵子 (2004). 歯科大学附属病院等における院内感染対策の整備状況について. 日本歯科医療管理学会雑誌, 39(3), 243-258.
- Siegel, J.D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L.; the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2007). Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings 2007. cited 2007 Nov 26. available from:URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Isolation2007.pdf>.
- 清水潤三, 宮本敦史, 梅下浩司, 小林哲郎, 門田守人 (2006). 関西地区における多施設共同手術部位感染サーベイランス. 日本消化器外科学会雑誌, 39(4), 435-439.
- 須賀万智, 吉田勝美, 武澤純 (2005). 多施設共同研究による ICU の施設特性と院内感染の関係. 環境感染, 20(1), 24-30.
- 付録 医療関連感染サーベイランス実践に関する国内原著論文 61 件一覧
- 阿部哲士, 市川日出勝, 竹中信之, 丸山徹, 中村茂, 松下隆 (2006). 整形外科病棟における院内感染対策としての MRSA サーベイランスの現状. 日本骨・関節感染症学会雑誌, 19, 22-25.
- 阿島美奈, 岡垣篤彦, 西村美樹, 上平朝子, 山崎邦彦, 吉崎悦郎他 (2005). 院内 LAN システムを活用した中心静脈カテーテル関連血流感染サーベイランスシステム構築の試み. 環境感染, 20(2), 112-118.
- 青木泰子, 岩田敏, 荘司路, 小坂諭, 佐藤淳子 (2003). 血液培養陽性例を target とした感染症サーベイランス—1 年間の成績, 及び, 市中感染症と病院感染症の比較. 感染症学雑誌, 77(4), 211-218.
- 青木洋二, 齋藤崇, 松下明子, 野田さおり, 吉田雅春, 穴吹道代他 (2005). 当院における SSI サーベイランスの評価—スタッフの少ない小規模病院の試み. 共済医報, 54(1), 50-52.
- 荒木弥生, 片山茂子, 菊地京子, 飯沢若子, 長岡早苗, 千葉由美子他 (2003). EPINet 日本版による針刺し・切創の解析. 東邦大学看護研究会誌, 1(1), 1-9.
- 浅本仁, 村上え津子, 金井香鶴子, 坂本結美子, 城南雪野, 大藪定子他 (1996). MRSA 患者のサーベイランスとその臨床的ならびに細菌学的研究. 医療, 50(11), 776-780.
- 遠藤和郎 (1999). 新生児 ICU における血管カテーテル関連菌血症サーベイランスの試み. 環境感染, 14(2), 114-118.
- 古瀬裕, 伊藤さつき, 宮本謙一, 藤田信一 (2006). 抗生物質の使用状況—金沢大学医学部附属病院における注射用抗菌薬・抗真菌薬の使用状況. 化学療法の領域, 22(10), 1569-1577.
- 長谷川有子, 早野香代, 豊田めぐみ, 原田節子, 辻井久, 生田治康他 (2003). NICU, 未熟児センターにおける MRSA 対策—ハイリスクレベルと考え, 全例に接触予防策の必要性について. 環境感染, 18(3), 333-336.
- 樋口美智子, 鈴木幸子 (2001). 尿路感染対策—尿路感染症サーベイランスを実施して. 静岡済生会総合病院医学雑誌, 171, 53-57.
- 久田友治, 津波浩子, 佐久川廣美, 上原勝子, 大湾知子, 比嘉太他 (2003). 整形外科手術における手術部位感染サーベイランス. 環境感染, 18(3), 312-315.
- 今井玲子 (2004). 中心静脈カテーテル由来菌血症サーベイランス活動について. 岐阜県立下呂温泉病院・健康医療フロンティアセンター年報, 31, 66-68.

- 井上恭子, 松岡正美, 笹川寿美, 中川雅子 (2006). 消化器外科手術部位感染サーベイランスの試み—看護師の認識による評価とコストへの影響. 日本看護学会論文集 (成人看護 I), 36, 132-134.
- 石倉淳子, 熱田紀子, 加藤幸枝, 黒川計子, 藤井昭 (2000). 手術部位感染 (SSI) サーベイランス-1997. 日本手術医学会誌, 21 (3), 243-246.
- 石坂敏彦, 向井淳治, 福嶋誠, 高橋直継, 貴志麻由, 後藤則美他 (2006). 抗菌剤使用における薬剤師の能動的介入の評価. 医療薬学, 32 (7), 607-613.
- 岩田綾子, 島本貴子, 榊みのり, 柳橋礼子, 加曾利良子, 伊野恵子他 (2000). 透析用ブラッドアクセスカテーテル院内感染サーベイランス—マキシマルバリアプレコーションの有用性. 日本腎不全看護学会誌, 2 (2), 68-72.
- 加治正英, 渡辺智子, 井口雅史, 根塚秀昭, 藤田秀人, 山本精一他 (2003). 外科手術部位感染サーベイランスの経験. 北陸外科学会雑誌, 22 (1), 21-23.
- 加藤大三, 滝沢容子, 中村恵子, 鷺野恵一 (2003). 整形外科領域における対 MRSA サーベイランスの結果報告. 環境感染, 18 (3), 316-322.
- Kawana, A., Teruya, K., Kirikae, T., Sekiguchi, J., Kato, Y., Kuroda, E., et al. (2006). "Syndromic Surveillance within a Hospital" for the early detection of a nosocomial outbreak of acute respiratory infection. *Japanese Journal of Infectious Diseases*, 59 (6), 377-379.
- 川崎達也, 若松朋大, 廣瀬英治, 辻里美, 河野文夫 (2006). 院内感染症サーベイランス NC 調査 18 年間の成績と分析. 国立病院機構熊本医療センター医学雑誌, 5 (1), 34-38.
- 菊池清, 大日康史, 菅原民枝, 谷口清州, 岡部信彦 (2007). 院内感染早期探知のための症候群サーベイランスの基礎的研究. 感染症学雑誌, 81 (2), 162-172.
- 岸雅廣, 木下博之, 岡部忠志, 尾崎由基男, 塚原重雄, 金子誉 (1998). 山梨医科大学医学部附属病院における MRSA サーベイランス及び院内感染対策についての検討. 山梨医科大学紀要, 15, 5-11.
- 小林美奈子, 大森教成, 登内仁, 楠正人 (2004). Anti-SSI best practice 作成に向けての Surveillance の意義. 日本外科感染症学会雑誌, 1 (1), 61-63.
- 久保和子, 松田恵美子, 柳本尚枝 (2002). 当院における院内感染症のサーベイランス—IVH カテーテル由来の感染率について. 徳島赤十字病院医学雑誌, 7 (1), 18-21.
- 久保孝, 藤川範子, 西池清美, 片山茂子, 菊地京子, 飯澤若子他 (2005). T 大学 O 病院救命救急センターにおける感染管理のためのターゲットサーベイランスの試み. 東邦大学看護研究会誌, 2, 6-15.
- 工藤通明, 竹内邦夫, 金井伸行, 桑野博行 (2004). *Enterococcus faecalis* によるサーベイランスと院内感染対策について. 日本外科感染症学会雑誌, 1 (1), 65-69.
- 前田貴子, 福田ひろみ, 郷めぐみ, 古田明美, 菱田好恵 (2006). フィルムタイプの閉鎖ドレッシング材使用による手術部位感染サーベイランスと経済効果. 日本看護学会論文集 (看護総合), 37, 402-404.
- 前原美代子, 遠藤和郎 (2003). 中心静脈カテーテル挿入時におけるマキシマル・バリア・プリコーション施行サーベイランスとその効果について. 環境感染, 18 (4), 425-429.
- 宮下真実, 高鹿智子, 小山勇, 尾本良三 (1998). 外科病棟における感染対策と ICN の役割. 日本外科感染症研究, 10, 44-48.
- 水谷覚, 田中希久代, 八木利仁, 嶋田泰之, 鈴木誠, 早川和美 (2004). 環境細菌検査を利用した消毒剤の適正使用への取り組み. 通信医学, 56 (4), 261-266.
- 水谷哲郎, 奥村修一, 福西秀信, 二宮道人, 近藤りつこ, 田中美智男 (2000). 母子医療センターにおける MRSA 感染症の発生とその対策. 医療, 54 (11), 498-508.
- 長浜りか, 遠藤和郎 (1999). 末梢静脈カテーテル管理サーベイランスの試み. 環境感染, 14 (3), 192-195.
- Naruhashi, K., Asahi, M., Higuchi, Y., Matsushita, R., Shimizu, S., Kimura, K., et al. (2001). Individual patient-by-patient surveillance of the antimicrobial usage among inpatients in Kanazawa University Hospital. 医療薬学, 27 (3), 205-211.
- 大城知子, 橋本丈代, 向野賢治, 畝博 (2004). 手術部位感染 (SSI) サーベイランスとそのリスク要因の検討. 環境感染, 19 (3), 347-350.
- 大重育美 (2003). MRSA アウトブレイク時における ICT の対応—当院での取り組みの場合. 環境感染, 18 (4), 411-415.
- 尾山勝信, 山本精一, 加治正英, 前田基一, 藪下和久, 小西孝司 (2006). 大腸癌手術症例における手術部位感染の検討. 日本外科感染症学会雑誌, 3 (2), 143-146.
- 坂井朝子, 丹下正一, 市川秀一, 高橋征子, 原テツ子, 浜辺由利子他 (1996). MRSA 陽性率と交差感染発生率との関係. 環境感染, 11 (2), 128-133.
- 佐野美紀子, 真下恵子, 鈴木隆, 松本宏, 中鉢米子 (2004). 事例から学んだ院内感染対策—サーベイランスの有用性. 古川市立病院誌, 8 (1), 23-24.

- 佐野美紀子, 真下恵子, 中鉢米子, 鈴木隆, 松本宏 (2005). 事例から学んだ院内感染対策—サーベイランスの有用性. 古川市立病院誌, 9(1), 47-48.
- 笹川寿美, 中川雅子, 井上恭子, 松岡正美 (2006). 手術部位感染サーベイランスの経験—消化器外科病棟看護師の認識による評価. 京都府立医科大学看護学科紀要, 15, 81-85.
- 笹岡佳子, 森川良行 (2004). 現実的な院内感染対策は如何にあるべきか (連合会のガイドラインをめざして)—未熟児新生児室における MRSA 感染症発生率の低下について. 共済医報, 53(2), 151-153.
- 佐和章弘, 赤木真治, 神谷晃, 齊藤雄一郎 (2003). 手術部位感染サーベイランスシステム (NISDM-SSI) の開発とその運用について. 環境感染, 18(3), 299-304.
- 信定さおり, 上田真由美, 河田隆子, 安井晃榮, 佐竹幸子, 光畑律子他 (1999). バンコマイシン耐性腸球菌検出法の検討—同一病棟患者のサーベイランス. 医学検査, 48(12), 1684-1689.
- 須賀万智, 真鍋健一, 宮崎久義, 吉田勝美 (2002). 院内感染対策サーベイランスにおける Population at Risk の評価—薬剤耐性菌感染症発生率についての疫学的検討. 環境感染, 17(2), 187-194.
- 須賀万智, 真鍋健一, 宮崎久義, 吉田勝美 (2003). 院内感染対策サーベイランスにおける分母の Population at Risk の設定—薬剤耐性菌感染症発生リスクと入院期間の関係から. 環境感染, 18(3), 305-311.
- 須々木雄一, 安田喜美子, 依藤俊明, 田端省三, 古家泉, 玉川正秀他 (2000). 当センターにおける MRSA の疫学. 兵庫県立成人病センター紀要, 15, 39-42.
- 高橋直子, 関義信, 小山俊太郎 (2006). 新潟県立新発田病院における外科手術部位感染症 (SSI) サーベイランス. 新潟県立新発田病院医誌, 12(1), 13-18.
- 竹内一夫, 沼田修, 鳥越克己, 南雲みどり, 渡辺富貴子, 原佐良子他 (2004). 新生児集中治療室におけるメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染対策. 長岡赤十字病院医学雑誌, 17(1), 27-32.
- 田中秀治, 清水彰一郎, 山口芳裕, 村田厚夫, 島崎修次 (2001). 高度救命センターにおける感染症の分析と治療戦略. バイオメディカル, 11, 61-69.
- 寺田喜平, 黒川幸徳 (2006). 病院改修時におけるアスペルギルス抗原検査によるサーベイランス. 環境感染, 21(3), 175-179.
- 土岐昌世, 川勝奈美江, 藤田芳正, 山崎芳郎 (2003). 血管内留置カテーテル関連血流感染低減への取り組みと評価. 環境感染, 18(2), 235-239.
- 富田亜紀子, 篠田陽子, 菊池雷太, 小塚和人, 木村聡 (2005). 電子カルテを用いた当院における新しい院内感染対策とその効果. 昭和医学会雑誌, 65(6), 479-487.
- 塚田由美子, 北浦道夫, 吉野公博, 海野正俊, 石田佳代子, 林周児他 (2003). 香川労災病院における院内感染サーベイランスの報告と今後の課題. 香川労災病院雑誌, 9, 213-218.
- 土屋ゆき子, 谷村忍, 石黒千晶, 濱口一郎, 坂倉充, 坂部茂俊他 (2007). 当院で経験した Bacillus 属感染の検討. 日赤検査, 40(1), 24-27.
- 内田美保, 貫井陽子, 森屋恭爾, 新谷良澄, 森澤雄司, 新井晴代他 (2004). 介入によるカテーテル由来の尿路感染症の減少および費用効果. 環境感染, 19(3), 378-382.
- 渡部修一, 神尾幸則, 小山基, 大江信哉, 林健一, 稲葉行男他 (2001). 手術部位感染 Surgical Site Infection (SSI) における現状と対策. 山形県立病院医学雑誌, 35(2), 111-116.
- 渡邊都貴子, 安井晃榮, 信定さおり, 光畑律子, 狩山玲子, 公文裕巳他 (1999). バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE) の院内感染制御体制に関する報告—VRE 保菌患者の入院を経験して. 環境感染, 14(3), 200-204.
- 山根紀子, 中村洋之, 金丸トモ子, 松下恵子, 富木田地春, 堂尾律子他 (2005). 感染制御チームにおける医療情報 IT 化の活用とその意義. 環境感染, 20(1), 1-6.
- 吉川博子 (2002). インфекションコントロールチームの活動と感染制御. 新潟市民病院医誌, 23(1), 19-27.
- 吉川博子, 斎藤英樹, 内藤真一, 金沢宏, 今井由美子, 渋谷宏行他 (2005). 当院の Infection Control Team の活動について—感染症治療の観点から. 環境感染, 20(3), 210-214.
- 吉沢美枝, 尾造由美子, 田中秀治, 村田厚夫, 島崎修次 (1999). 当高度救命救急センターにおける各疾患別臨床分離細菌の動向. 日本外科感染症研究, 11, 65-70.

【要旨】 背景：医療関連感染防止に有効として4種類の対象限定サーベイランスの実践が推奨されている。目的：日本で実践が報告されているサーベイランスの種類と病院規模とを明らかにする。方法：検索語に「院内感染」と「サーベイランス」を用い、『医学中央雑誌』1996年から2007年の原著論文を抽出した。結果および考察：49病院（病床数中央値600床）の61件の論文を検討した結果、日本の82%を占める300床未満の施設は49病院中5病院（10.2%）と少なかった。サーベイランスは推奨4種類以外にも手指衛生遵守率サーベイランスや多剤耐性菌感染サーベイランスなどの多様な種類が実践されていた。結論：推奨されている4種類の対象限定サーベイランスは中小規模施設にはふさわしくない可能性が示唆された。中小規模病院での実践推進のため、全国の病院を対象とした調査を行い、規模に適したサーベイランスの種類を検討する必要がある。

受付日 2008年9月10日 採用決定日 2008年10月2日

小児慢性疾患のキャリアオーバーと成育看護の課題

駒松仁子

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

Maternal and Child Nursing for Continuing Pediatric Illness

Hitoko Komamatsu

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

【Abstract】 With the development of perinatal and pediatric medicine, the number of people who have reached adolescence or adulthood with continuing pediatric illnesses has increased. This paper provides a literature review on nursing articles regarding those who have chronic pediatric illnesses, and a discussion about the issues in maternal and child nursing. Thirty-nine articles between 1983 and 2008 in Japan were chosen from the literature database (Japana Centra Revuo Medicina) with a focus on the continuation of chronic pediatric illness. These articles were categorized into the following three groups: 1) sixteen articles on “continuing condition of chronic pediatric illnesses and maternal and child nursing;” 2) fourteen articles on “illness experiences of people with pediatric chronic illnesses;” and 3) nine articles on “transition from pediatric healthcare to adult healthcare.” This literature review suggested that nurses should: 1) understand the impacts of the chronic illnesses on children’s development and the psycho-sociological problems in their developmental stages; 2) interact appropriately with children while considering each child’s developmental stage and future development, and 3) support those living with illnesses and impairments by understanding their life experiences.

【Keywords】 小児慢性疾患 chronic pediatric illness, キャリーオーバー continuing condition, 成育医療 child and health development, 成育看護 maternal and child nursing, 青年期・成人期 adolescence

I. はじめに

周産期医療や小児医療の著しい進歩のもとに、小児難治性疾患（以下、小児慢性疾患とする）の子どもの長期生存が可能になった。その結果、小児医療の対象年齢である15歳を超えても、小児期に発症した慢性疾患を抱えてキャリアオーバーした人が増加している。

河西、北條、桑尾（1990）によれば、患者が小児科から成人の診療科によりスムーズに移行することの啓蒙をした最初の人にはJ.S.Cameronであり、このときは「トランスファー」という用語を用いていた（年代は記載されていないため、つまびらかでない）。「キャリアオーバー」とは、ある時期からある時期に繰り越すこと、すなわち病気が小児期から成人期にもち越すことを意味する。小児医療から成人医療への移行がスムーズに行われている国では、疾患のキャリアオーバーという表現の意味の理解に苦慮するであろうと述べている（河西他、1990）。

山口（1980）は、「小児期に発症し成人まで持続する腎疾患」と題する論文で、キャリアオーバーという用語は使用していないが、慢性腎炎で青年期に至った患者が小児科外来へ通院することは苦痛であるから、腎臓外来を内科医

とともにいき、症例により次第に移行していくのが望ましいと、移行のあり方について提言している。

わが国における臨床医学の領域で「キャリアオーバー」という用語が使用されたのは、『医学中央雑誌』（web版）で検索した結果では、1989年に日本小児科学会における「小児期IgA腎症の成人期へのキャリアオーバーについて」（宇田川、1989）と題する報告である。翌1990年には「小児期に発症してキャリアオーバーした糖尿病の管理」（丸山、1990）の論文が報告されている。

小児慢性疾患がキャリアオーバーすることを考慮すれば、小児看護と成人看護の境界領域にある思春期・青年期をも包括した「成育看護」が求められる（駒松、2005）。「成育看護」の対象は胎児期から成人期までと広範囲であるが、小児慢性疾患を抱えてキャリアオーバーした人は日常生活において、さまざまな問題に直面していることが予測される。それらの問題を明らかにすることは、胎児期から成人期までの成長過程を考慮した支援、さらには患児（者）がよりよい日常生活を営むための手がかりが得られると思われる。

本稿では小児慢性疾患を抱えてキャリアオーバーした人に関する、国内の看護研究や近接領域の論文を概観し、成

育看護の課題を検討したい。

II. 小児慢性疾患のキャリアオーバーと成育医療に関する文献の動向

『医学中央雑誌』(web版)を用いて、検索可能な1983～2008年の期間において、キーワードを「小児看護」「慢性疾患」「キャリアオーバー」「思春期」「青年期」「移行」「難病」として検索を行った。その結果、「小児看護・移行」が81件と最も多く、次いで「キャリアオーバー」が54件、「思春期・慢性疾患」が33件、「難病・移行」が25件、「青年期・慢性疾患」が17件あった。

次に『医学中央雑誌』(web版)を用いて、検索可能な1983～2008年の期間において、「小児医学」「小児看護」系雑誌で「思春期」「青年期」「キャリアオーバー」「成育医療」などのタイトルのもとに特集されている雑誌を検索した。「小児医学」系雑誌では、1995年に「小児疾患とキャリアオーバー診療」の特集があり、1997年に「思春期の医療」および「小児外科のキャリアオーバー診療」が特集されていた。1998年には「小児医療から成育医療へ」の特集がされていた。それ以降、「小児医学系」雑誌ではキャリアオーバーや成育医療についての特集が相次いでされていた(表1)。

「小児看護」系の雑誌では、国立成育医療センターが開設された2002年に「成育医療と看護」が特集され、2005年には「成育医療における思春期看護」「小児難治性疾患のキャリアオーバーと成育医療」が特集されていた(表1)。専門誌の特集はある主題が注目されていることを意味すると思われる。1990年代の半ば以降に、「キャリアオーバー」や「成育医療」が注目され、「成育看護」は2002年に入って注目されるようになっていた。

III. 小児慢性疾患のキャリアオーバーと成育医療に関する文献の概観

『医学中央雑誌』(web版)で抽出できなかった文献(筆者が専門誌から直接収集した文献や重要と思われる論文の引用文献)や近接領域の文献を加えて、「小児慢性疾患のキャリアオーバーと成育医療・看護」に関する文献目録(1983年以前を含む)を作成した(別稿「小児慢性疾患のキャリアオーバーと成育医療・看護に関する文献目録」参照)。その文献目録の論文タイトルに「慢性疾患」「キャリアオーバー」「成育医療」「思春期」「青年期」「慢性疾患の病気体験」「移行」が含まれている(この用語に近い表現がされているものも含む)文献を抽出して内容を検討した。その結果、「小児慢性疾患のキャリアオーバーと成育医療」に関する文献16件、「小児慢性疾患を抱えてキャリ

ーオーバーした人の病気体験」に関する文献14件、「小児医療から成人医療への移行」に関する文献9件が抽出できた。これらの文献を概観した内容を次に述べる。

1. 小児慢性疾患のキャリアオーバーと成育医療

政策医療の分野の一つである成育医療において、「キャリアオーバーとは、小児期の疾患を抱えた患者が大人になったときに受ける医療」(高山, 2003)である。小児慢性疾患のキャリアオーバーが問題になった背景は次のようである。

時代の変遷とともに小児の疾病構造は著しく変化している。わが国の小児外科の芽生えは1950年代の初めであり、小児に特有な体液管理や小児麻酔の進歩のもとに著しく発展した(岡田, 2000)。小児外科系の進歩と複雑化のもとに各科の総合的診療が必要となり(秋山, 土田, 佐伯, 角田, 1988)、1965年、わが国最初の小児総合医療施設である国立小児病院が開設された。

1970年ころより慢性疾患児の入院が増加した。公害的因子も関与して社会問題になった(村上, 1970)。1980年代には慢性疾患は多様化した。それは治療の進歩により生存率が高まる一方、完全に治癒しないで経過する症例が増加していること、小児の生活環境が生育に適しない状況にあり、心身にストレスが増大した結果であった(澤田, 1985)。

1980年代後半、社会情勢、疾病構造、医療環境などが著しく変化し、小児総合医療施設の見直しが求められるようになった。1989年、日本小児科学会は「わが国における小児病院のあり方について」の中間報告を提出し、「青年期を分担する医療はどうあるべきか」について問題提起した。そして心疾患、内分泌疾患、白血病のフォローなどが小児科の対象年齢を超えて診療していることが報告された(川田, 1989)。

1991年、第28回日本小児外科学会総会のシンポジウムで、「国立小児病院の外科の現状からみた小児病院医療の課題」(佐伯他, 1992)が報告された。国立小児病院の小児外科病棟にはキャリアオーバーした患者の入院が増加し続けていた(佐伯, 2001)。国立小児病院のみならず他の小児総合医療施設においても、成人期移行患者が多い傾向にあり、問題を抱えていた。その理由は、わが国の小児病院の多くは独立型の医療施設であり、成人期に至った患者の受け皿がないこと、さらには総合病院と連携があっても、そのような患者の豊富な診療経験がある医師が少ないことであった(伊藤, 1999)。

小児慢性疾患のキャリアオーバーを考慮すれば、思春期さらには成人期まで小児医療を展開せざるをえない状況となり、新しい医療体系が必要になった。その新しい医療体系が「成育医療」である(小林, 1998)。白木(2000)は

表1 「キャリアオーバー」「成育医療」「成育看護」に関する雑誌の特集

発行年月	特集のタイトル	雑誌名, 巻 (号)	内容	備考
1995年2月	小児疾患とキャリアオーバー診療	medicine, 32 (2)	小児期発症の疾患に関連する診療が成人期にもち越される場合, 総合的に診療することが課題であり, キャリアオーバー診療の問題について, さまざまな視点から論述している	
1997年4月	思春期の医療 基礎と進歩 I	小児内科, 29 (4)	思春期の医療, 成長・発達からみた思春期の特徴を, 心身両面から論述している	
1997年5月	思春期の医療 基礎と進歩 II	小児内科, 29 (5)	成育医療における思春期の位置づけ, 思春期における慢性疾患の管理について論述している	成育医療が初めて取り上げられた
1997年5月	小児外科のキャリアオーバー診療	小児外科, 29 (5)	小児外科疾患をもち成人に達した人の小児外科診療について論述している	
1998年6月	小児医療から成育医療へ	小児科診療, 61 (5)	先天性疾患, 慢性疾患, 低出生体重児, 肥満, ウイルス母子感染などについて, 成育医療の視点から論述している	
1999年7月	小児期からキャリアオーバーされる心疾患	ハートビュー, 3 (7)	先天性心疾患や成人になった川崎病の人の問題, 妊娠の問題などについて論述している	
1999年12月	成育医療	日本医師会雑誌, 122(9)	成育医療の展望と課題の座談会および成育医療の対象となる分野について論述している	
2000年12月	小児医療から成育医療へ	小児内科, 32 (12)	総論として小児医療の限界と問題点, 成育医療の概念と特徴, 各論として胎児・周産期から成人・生殖医療までのさまざまな疾患に関する成育医療, 移植と成育医療などを論述している	
2001年11月	成人に達した小児疾患児・者のケア その1	保健の科学, 43	てんかん, ダウン症, 先天性心疾患, 先天性代謝異常症, 膠原病, 慢性腎炎で成人に達した人のケアについて論述している	
2002年4月	成人に達した小児疾患児・者のケア その2	保健の科学, 44	低出生体重児, 低身長, 血友病, 原発性免疫不全症, 糖尿病, 小児気管支喘息, 夜尿で成人した人のケアについて論述している	
2002年11月	成育医療と看護 小児看護から成育看護へ	小児看護, 25 (12)	成育医療の概念とその背景や, 成育医療における看護の役割, さらには小児医療からみた成育看護, 母子医療からみた成育看護, 成人医療からみた成育看護について論述している	2002年3月, 国立成育医療センター開設
2003年7月	成人となった小児心疾患	小児科診療, 66 (7)	小児心疾患で成人に達した人の病態, 診断, 治療, 予後について論述している	
2003年8月	「成育医療」が目指す周産期のケア	助産雑誌, 57 (8)	国立成育医療センターにおいて周産期医療が目指す成育医療について論述している	
2003年9月	知っておきたい小児疾患のキャリアオーバー	治療, 85 (9)	キャリアオーバー患者を小児科医から内科など成人領域の医師に引き継ぐために必要な知識の共有を目指した内容を論述している	
2003年9月	思春期慢性疾患患児への対応	小児科, 44 (10)	思春期と慢性疾患, 学校における対応, 先天性心疾患, 膠原病, 転換, 糖尿病についての管理とケアを論述している	
2005年2月	成育医療における思春期看護	小児看護, 28 (2)	思春期看護を成育医療の視点からとらえなおし, 思春期の特性を踏まえたケアの実践をするため知識や事例を論述している	
2005年8月	小児難治性疾患のキャリアオーバーと成育医療	小児看護, 28 (9)	成育医療が提唱された背景と概念, 小児看護から成育看護へ, そして小児難治性疾患をもつ人の心理社会的支援や成育看護について論述している。成育看護の視点が明確になってきている	「小児看護」から「成育看護」の提言あり
2006年9月	小児から成人へのキャリアオーバー	小児科, 47 (10)	総論として慢性疾患のキャリアオーバーの問題点, 各論として先天性心疾患, 川崎病, 気管支喘息, 膠原病, 小児神経疾患, 腎疾患, 内分泌疾患のキャリアオーバーの諸問題を論述している	
2006年10月	成人期に達した小児外科術後症例の諸問題	小児外科, 39 (10)	小児外科疾患で手術を受けて成人期に達した症例の諸問題について論述している	

「成育医療」という言葉の使用において、「ライフサイクルをより重視した立場と、ヒトの一生の初めにあって、その後のライフステージを貫く医療の意味合いを重視した立場があるが、成育医療はこの両者を包含したものであるべきである」と述べている。ライフサイクルをより重視した立場の成育医療とは「ライフサイクルとしてとらえた医療体系、すなわち受精卵から出発して胎児、新生児、乳児、幼児、学童、思春期を経て生殖世代となって次の世代を生み出すというライフサイクルにおける心身の病態を包括的・継続的に診る医療」(柳沢, 2002)である。

ライフサイクルとライフステージを包含した成育医療とは、「高度に専門分科した医療体系のなかにおいて、ヒトの一生の時間軸に沿って成長・発達、成熟、生殖、老化といったそれぞれのライフステージと、次世代につながるライフサイクルとを見通した、個体と次世代のよりよいQOLを守る医療」(白木, 2000)である。小児慢性疾患を抱えてキャリアオーバーした人の医療・看護は、このような生涯にわたる視点が重要である。

小児医療の著しい進歩のもとに、小児疾患のあらゆる領域において、小児期の疾患を抱えて成人期を迎える人が増加し、キャリアオーバーが問題となっている(佐伯他, 1992; 佐伯, 2001; 伊藤, 1999; 石本, 2002; 鉦之原, 2004)。鉦之原(2004)の小児科各領域の専門医を対象とした調査によると、キャリアオーバーの年齢は20歳以上とする場合が36%, 18歳以上が26%, 16歳以上が11%であった。

石本(2002)は「キャリアオーバーとは、小児期に発症した当時は致死性であった病気を、治療の進歩により慢性疾患として抱えながら、また治癒しても『病気から発生した問題』を思春期や成人期にもち越すことである」と述べている。しかし、別所(2000)は小児期の疾患を成人期に「もち越す」という考えではなく、患者の生涯および次世代までを視野に入れた医療を考慮して、小児のとらえ方の見直しの必要性を主張している。すなわち「小児のがん医療は単に小児という年齢によって区切られた一時期にあるヒトに発生したがんを扱うにすぎない医療ではなく、患者の一生に世代を超えて責任を負う医療である必要がある」(別所, 2000)と述べている。

小児期の疾患を成人期に「もち越す」(キャリアオーバー)ことは、疾患によって表現が異なることもある。たとえば先天性心疾患を抱えた子どもが成人になった場合は「成人先天性心疾患」(坂崎、檜野, 2003)であり、小児がんの長期生存者の場合は「小児がん経験者」(当事者は長期生存者という表現を好まないため)(池田, 2004)と表現している。

近年、小児慢性疾患を抱えてキャリアオーバーした人への対応は重要な課題であり、相次いで報告されている(鉦

之原, 2004; 後藤, 2004; 村上, 2006; 武井, 白水, 佐藤, 加藤, 2007)。鉦之原(2004)の小児慢性疾患の専門医を対象とした調査によると、全国の専門施設でキャリアオーバー患者は一様に存在し、小児科専門医は転科を患者の家族に提案しても、転科を望まない場合が多かった。さらにキャリアオーバーした患者や親を対象とした調査では、学校や社会で問題があったと答えた人は70%以上であった。しかし、小児慢性疾患の専門医からみた患者の問題は、就職、出産、結婚であった。患者や家族は進学、就職、結婚、出産など、病気に関連することは医師に相談しているが、社会生活に関する問題は相談していなかった(鉦之原, 2004)。そこには病気に関すること以外の内容を、医師に相談することに遠慮があると推測される。また、将来の不安は病気の進行に関することが最も多く、次いで進学・就職、結婚、妊娠、出産などであった。この不安に対する相談は家族、主治医、友人の順に多く、看護師や教師は非常に少なかった(鉦之原, 2004)。後藤(2004)の調査においても、患者・家族の不安の内容は鉦之原(2004)と同様であった。看護師はこの実態を真摯に受け止める必要がある。

後藤(2004)は患者が20歳を過ぎても、家族や医療従事者は患者を子ども扱いする傾向にあること、さらに患者自身の病気に対する理解が十分に得られるような対応が必要であると述べている。村上(2006)は小児期から成人へキャリアオーバーした疾患について、成人にもち越した先天性の疾患と、小児期に発症し慢性の経過の後に成人に至った疾患を区別している。先天性の疾患を抱えて成人になった患者の成人医療機関への移行は容易ではない。小児期に発症した慢性疾患を抱えて、成人になった患者の診療において、成人医療の担当医が苦慮することは、患者の精神的未熟さ、治療に対する意欲、過度の依存性である。小児科医にとっては、キャリアオーバーした疾患を抱える患者に加齢に伴う症状が出現すると、適切な対応が容易でない(村上, 2006)と述べている。そして、内科医の協力のもとに、小児医療から成人医療への移行プログラムの確立の必要性を提言している。

佐伯(2001)は小児外科術後成人期へのキャリアオーバーについて、次のように述べている。直腸肛門奇形、ヒルシュスプルング病などで小児期に手術を受けて、成人期へとキャリアオーバーした人の場合は、成長に伴い性的問題が生じてくる。また、女性の場合はハイリスク妊娠となる可能性が高くなる。思春期から成人へと成長していく過程で、異性との付き合いにおける遠慮やもどかしさ、学校や仕事などの社会生活における適応障害、病気を受け入れることの困難さ、将来への不安などの問題に直面している。また、苦痛を伴った治療などの体験が心的外傷となってPTSD(心的外傷後ストレス障害)を発症した場合もあ

った。彼らが最もサポートを求めるのは小児外科医であるため、精神科との連携のもとに精神面への配慮もしながらフォローアップが必要である（佐伯，2001）。

成人期にキャリアオーバーした人が直面している社会経済的問題は、疾患管理に必要な経済的自己負担（小児慢性疾患事業による医療助成は20歳まで）が大であること、さらには患者の就労や自立をサポートする社会体制が十分に整っていないことである（武井他，2007）。

丹羽ら（2002）は先天性心疾患のキャリアオーバーの社会的自立を妨げる要因を、医師側、患者側、社会側の3側面から次のように述べている。医師側の要因は適切な医療、医療施設の提供、長期予後などに関すること、患者側は疾患の重症度、精神心理学的問題、術後の残遺症、合併症、継続的医療の必要性、病気の適切な理解などに関すること、社会側は心臓病の適切な理解、教育・就職の機会均等、社会保障などに関することである。「患者の社会的自立は、これらの因子の複合により影響を受ける」（丹羽他，2002）のである。

これらの要因は先天性心疾患のみならず、他の慢性疾患を抱えてキャリアオーバーした人にも共通する要因である。しかし、問題の内容は疾患の種類によって異なる場合もある。キャリアオーバーした人が抱えやすい心理社会的問題は、進学・就職、結婚・妊娠などに関することである。成人に至ってからの病名説明（子ども時代に本当の病名の説明を受けていない場合）、小児がんの場合の再発や晩期障害、二次がんに対する不安など、疾患に特有の問題もある（駒松，2004）。

2. 小児慢性疾患を抱えてキャリアオーバーした人の病気体験

小児慢性疾患を抱えて青年期・成人期を迎えた人が成長過程において、どのような体験をしたのかを検討することは、現在、小児慢性疾患で治療中の子どもの看護ケアや家族の指導に寄与できる。さらに青年期・成人期に至って直面する問題の軽減や予防の一助になると思われる。

林、石渡、杉澤（2004）の調査によると、小・中学校時代に困ったことは、「体育ができなかったこと」「いじめを受けたりからかわれたこと」「受診のために学校を休むことや早退」などであった。高校生以降になると、「自分の病気を自覚して悩み」「病気に関して理解を深めたい」と思うとともに、「周囲の目は気にならなくなった」など、病と正面から向き合う場合と、「就職やアルバイトに関する悩み」「自分の思いを誰にも話せない」など社会的な問題に直面して苦慮している場合があった。将来については、結婚・妊娠・出産への不安が最も多く、次いで病気が子どもに遺伝しないかなどの不安を抱いていた。患者が自ら不安や思いを話せる場所や時間の提供が必要であり、外

来受診時や入院時には意識的に成人としての対応が必要である（林他，2004）と述べている。

小林、中井、武志（1997）による、慢性疾患や障害をもつ成人が小・中学校時代に体験したことに関する調査では、学習、体育の授業、学校行事、友人・教師、学校の設備、進学などに関する問題があった。その要因として、教師の無知・無理解、病児に対する学校教育制度の立ち遅れがあった。また、対象者の職業は、自らの病気体験が職業選択に影響を及ぼしたようで、看護師、看護学生、医療ソーシャルワーカー、幼稚園教諭が少なからずいた（小林他，1997）と述べている。

平出、北村（1997）は慢性疾患を抱える中学生と高校生の病気および入院体験について比較検討している。中学生は自分が病気になったことや入院の必要性に疑問をもっていたが、すぐに治るだろうと楽観的に受け止めていた。しかし、高校生になると再発を体験している場合が多く、葛藤しながらも病気である自分を受け入れて、前向きに生きようとする姿勢がみられたと述べている。

吉川、瀧口（2002）は成人を対象に、小児期に慢性疾患で入院した体験における思いや看護師のかかわりについて調査を実施している。それによると入院中は、自分の病気についての悩みや心配など多くの困難を抱えながらも、親に対する気兼ねや配慮をしていた。また、患児の多くは看護師を身近な存在で相談しやすいと思っていたが、「どちらともいえない」と回答した人も少なからずいた。その理由が「忙しそう」であるということから、看護師は患児の良き相談相手になる努力が必要である（吉川、瀧口，2002）。さらに看護師は医師とは異なった立場から、患児や家族に病気や療養生活について説明することにより、病気を理解し治療に励む姿勢を育むことが必要である。看護師は入院生活が患児の人生において有意義になるようなかわりが求められる（吉川、瀧口，2002）と述べている。

成長過程にある子どもにとって、病気体験や入院体験が及ぼす影響は著しいものがある。それゆえに看護師のかかわりの重要性を再認識する必要がある。

中内（2000）は小・中学生のときに慢性疾患を発病して、現在、青年期にある人の病気体験の語りにおける共通性について次のように述べている。疾患に関する情報提供の重要性、自己の病気をスティグマとして意識していること、病気のとらえ方は生活スタイルに反映していたことである。人間の健康の実現の心理的条件は、積極的な生き方、ソーシャルサポート、自尊感情、自己効力感などである。さらに中内（2001）は、発達段階によって病気体験の受け止め方は変化するので、発達段階に応じた心理的援助が必要であると述べている。すなわち小学校低学年では病気体験に対して否定的であったが、高学年になるに従って肯定的にとらえることが可能となる。中学生になると自意

識が高まり、病気を「私」との関係で考えるようになるため、病気とともに生きることを子ども自身が積極的に考える援助が必要である。高校生になると、病気が自分にとってどのような意味をもっていたのかを振り返ったうえで、今後の生き方を考えるようになるので、卒業後の進路や社会的自立を考えることができる援助が必要である（中内, 2001）。

中野（1994）はノーマリゼーションとは「病気とともにある自己を踏まえて個人が自らつくり出した判断基準に基づき現実を検討して、自らの生活を普通の生活に近づけ、社会的に生きていくための戦略を創造していく過程である」と述べている。慢性疾患を抱える青年のノーマリゼーションの特徴は、帰属感の希求を原動力としていること、将来の自分の生き方を模索していることである（中野, 1994）。

西田（2008）は先天性疾患で新生児・乳児期に手術を受けて、現在、思春期・青年期にある人が、成長過程で体験した事柄について次のように述べている。子どもがまだ親に依存したい時期に親が叱咤激励している。逆に自分を気遣う親に心配をかけないようにと、さまざまなことを一人で耐えていた。さらに、教師の患児への配慮が特別扱いと受け止められ、友人との関係に齟齬が生じて、いじめにつながっていることもあった。親や教師など子どもの周囲の大人たちへのケアが、ひいては子どもへの援助になるのである。

草野（2007）は、中学校時代に慢性疾患で入院体験がある青年は、当時のことについて病気や治療の苦痛よりも、友人に会えないことや生活の規制が苦痛であったと感じていたと述べている。さらに家族のサポートは、患児が将来に向かって生きる原動力であることを念頭にして、家族を支援することの必要性を述べている。

高谷、中野（2007）は慢性疾患を抱える思春期の子どものアドヒアランス行動について調査している。その結果、慢性疾患を抱える思春期の子どもは主体的に療養法に取り組み、病とともに生きることを学び取り、社会的に生きることを理解していた。さらに社会的支援を受け入れることを通して、社会的に生きることに主体的に取り組んでいると述べている。石浦（2005）は慢性疾患を抱える青年の自立にはソーシャルサポートが不可欠であり、それは主体性を育み、病状のコントロールをするうえで有効であると述べている。さらに青年期の発達課題であるアイデンティティの確立に重要な役割を果たすと述べている。ソーシャルサポートは慢性疾患を抱える青年の居場所の確保を可能とするが、そこは病状や療養行動に関係なく安らいで過ごせる場であった（石浦, 2005）。

川島（2005）は慢性疾患を抱える思春期の子どもは、入院による日常生活からの分離、家族関係、友人関係、さら

には病気であることなどにより、「居場所」の脅かしを体験していることをつまびらかにしている。思春期の子どもの「居場所」を理解したかわりは、将来を視野に入れた成長発達を促すために必要であると述べている。

川崎、牛尾、石田、尾瀬、郷間（2008）は、学童期に慢性疾患に罹患した大学生の自然体験の調査を実施し、自然体験が慢性疾患の子どもの成長過程に及ぼす影響について報告している。それによると、小学生時代は「草や花、木の実で遊ぶ」「昆虫を捕まえる」など、友達と身近な場所での自然体験が最も多く、それは友人関係を築くための契機となっていた。「体験を仲間とともに共有できるかどうかは、青年期に至る過程において重要な意義をもつ」（川崎他, 2008）のである。さらに慢性疾患を抱える子どもにとって、自然と触れ合う体験は一時的な楽しみや気分転換のみではなく、「他の生物も生きている、人間と同じだと学んだ」「自分を守ることの大切さを学んだ」など、生きていることの価値を肯定的にとらえる契機になっていた。さらに大学生は「生きる力」として必要なことは、「思いやりの心」や「自分で行動する力」などと答えていた。慢性疾患を病む体験は、「人間として生きるために必要な根源的なもの」（川崎他, 2008）を得る機会であり、自然体験は病気の回復に寄与するのみならず、生き方そのものにも影響を与える（川崎他, 2008）のである。

慢性疾患を病む子どもたちは、ともすれば野外生活の体験をする機会が失われる傾向にある。しかし可能な限り、その体験ができるような配慮と支援が求められる。たとえ入院中であっても、日常的に散歩などを通して、四季折々の自然の変化を味わう配慮を大切にしたいものである。

3. 小児医療から成人医療への移行

小児期の慢性疾患を抱えて成人期を迎えることにおいては、誰が診療を継続するのか、あるいは小児医療から成人医療にどのように移行するのかということが大きな課題である。看護の領域では移行に関する看護研究は端緒についたばかりであるが、いくつかの報告がされている（加藤、添田、片田, 2001；加藤, 2002；松森他, 2003；松森他, 2004；松尾、中野、来生、加藤、片田, 2004；杉澤、林、石渡, 2004）。

加藤ら（2001）はわが国の小児医療から成人医療への移行の実態について、文献検索を通して明らかにしている。さらに欧米の現状と課題の検討を通して、移行における看護の役割について言及している。それによると、小児慢性疾患を抱えて青年期にある人の問題は、社会生活、心理的問題、発達に関することであり、発達段階を考慮しながら専門的知識や技術の提供が重要である。さらに患者自身が自己の病気や障害を受け入れることができるように、本人や家族への指導（特に母親）に関すること、学習や就職な

どの問題についての相談・調整について、看護師の取り組みが重要であると述べている。

松森ら（2003）は小児慢性疾患を抱えて青年期にある患者と家族の、小児医療から成人医療への移行に対する意識について調査を実施している。それによると、患者・家族の約60%が移行の希望がないこと、また移行の希望があっても小児科での信頼関係のもとに申し出ることが困難な状況にあった。病歴や性差、個々の発達段階を考慮して移行を検討する重要性を述べている。さらに松森ら（2004）は小児医療から成人医療への移行に関する、医療者の意識についても調査を実施している。それによると、医師・看護師の約90%が移行を必要と考えていた。そして青年期にある患者と家族への移行の援助として、医療者側の十分な準備と小児医療者と成人医療者の連携が重要であり、移行前から移行後への継続看護は看護師の重要な役割であると述べている。この役割を果たすためには、移行期にある患者にかかわる看護師は、積極的に家族や医師と十分な連携をもつことが重要であると思われる。

患者や家族は看護師に相談することが少ない（鉾原，2004）との報告がある。患者の退院後は外来受診となるため、看護師は主治医と異なり患者と接する機会が非常に少なくなる。病棟と外来との十分な連携ができる体制を整える一方、外来の看護師は患者や家族に積極的にかわり、日常生活の様子や問題を把握することが重要である。それを意識的に行わない限りは、継続的なケアは困難になる。そのような意味からも、移行ケアにかかわる専門の看護師の存在が強く望まれる。

松尾ら（2004）は小児医療から成人医療への移行期にある患者の体験について報告している。それによると、成人への移行期にある患者は、発達段階と小児医療から成人医療への移行という二重の変化のなかで、自分を整理する過程があると述べている。さらに、看護師はいずれ訪れる患者の変化を予測し、それに気づいて対応できるレディネスが必要であり、年齢に応じた対応が重要であると述べている。

杉澤ら（2004）は、小児病院に通院しているキャリアオーバーした患者の成人医療施設への移行に対する思いについて調査している。約66%の患者が移行を希望していなかった。この結果は松森ら（2003）の結果と同様であった。移行を希望しない理由は、新しい環境に対する不安や、成人医療施設では親身にしてもらっていない、自分のことをよく知っている先生に診てもらいたいなどであった（杉澤他，2004）。

杉澤ら（2004）は、幼少期から患者にかかわってきた医療者の対応の振り返りを行い、次のように述べている。「患者の年齢をあまり意識せずに思いを受け止めたり、患者が話す前に予測してケアをしてきた結果、小児専門病院

の居心地がいいと思わせているのではないか」（杉澤他，2004）、さらに医療者も移行を積極的に勧めていなかったことも推測されると述べていた。成人医療への移行は疾患の種類や病状などにより、画一的にできない場合もある。個々の状況を本人・家族、医師、看護師で十分に検討することが重要である。

稲毛（2007）は移行期小児期医療が社会的、心理的安定のために指導すべきことは、セルフケアの情報・技術の習得、自分で意思決定ができること、職業選択に関すること、医療扶助を含む福祉制度の知識であると述べている。東野ら（2006）は欧米での小児・思春期医療から成人医療への「移行期のケア」のための「移行プログラム」の概念について検討をしている。そして、わが国の慢性疾患を抱えて成人になる子どものための「移行プログラム」の作成について具体的な提言を行っている。

加藤（2002）は小児医療から成人医療への移行ケアが急務であると述べている。移行ケアは「診療科に応じたケアではなく、患者の生活上の問題に対応できるケア」（加藤，2002）、すなわち「移行のための看護のアプローチ」（加藤，2002）の必要性を主張している。

Ⅳ. 成育看護の課題

「移行のための看護のアプローチ」（加藤，2002）は、成育看護の視点が重要である。成育看護とは「胎児期・乳幼児期から子どもと家族の将来をも見据えて、総合的、継続的にケアを行うことである。すなわちライフステージとライフサイクルを視野に入れて、その“ひと”らしい生き方ができるような支援をすること」（駒松，2005）である。総合的とは身体面のみならず、心理・社会的側面も積極的に支援することであり、継続的とは常に子どもと家族の過去・現在・将来を視野に入れた支援をすることである。

臨床看護の実践において、疾患の理解は非常に重要であることはいうまでもない。とりわけキャリアオーバーする疾患の場合は、その疾患が子どもの成長過程でどのような経過をたどるのか、さらには、その過程で派生する心理社会的問題についても十分に把握する必要がある。キャリアオーバーする疾患を抱えている子どもの看護では、現在のみならず将来を見据えた支援が重要である。具体的には病とともに生きることを受け入れる心の準備、発達段階に応じた看護ケアとともに、退院後の社会生活を視野に入れた支援、予測される問題（学校生活、きょうだいの問題も含む）への対応と家族指導が重要になる。二宮（2007）は家族への援助として、子どもの成長・発達に対する理解のもとに、過保護にならないようにすること、さらには子どもの将来に関する家族の不安を表出できることが重要であると述べている。

小児慢性疾患を抱えてキャリアオーバーした人の看護では、現在から過去および将来への視野をもつ必要がある。子ども時代の疾患が成長過程に及ぼす影響、さらには家族、特に母子関係が及ぼす影響は著しいものがある。先天性疾患や乳幼児期に発症した疾患を抱えている場合や小児がんなどの場合は、本人への病気に関する説明が十分でないために、自己の病気の理解や受け止め方が十分でないことがある。あるいは親の過保護により子どもの自立心が十分に育まれていないため、青年期・成人期を迎えても依存的な場合が少なくない。したがって、本人自身の病気の理解や病気の受け止め方（病名の説明を含めて）、そして生育歴の十分な把握をしたうえで支援が必要である。

すなわち、どのような環境で育ち現在に至っているのか、親子関係、同胞との関係、地域生活、学校生活、さらには職場の人間関係などを把握することが必要である。病とともに暮らす生活においても、子どもの各発達段階に応じた発達課題の達成を目指したかかわりが重要である。発達課題が達成されていない場合は、その後の成長に著しい影響を及ぼす。稲毛（2007）は青年期に形成されておくべき発達上の要点、すなわち心身のレジリエンスは自己の確立、家族以外の他者との付き合いができること、親離れができて、就職・進学が目途が立っていることであると述べている。

石渡、林、杉澤（2004）によると、外来に通院中のキャリアオーバーした患者が小児病院に望むことは、「大人になるまで通院しているのは信頼しているためであり、今後も診てほしい」ということが最も多かった。その反面、思春期以降に生活環境の変化などで体調を崩して入院したときに、自己管理の契機として看護師が指導したことに対して、「説教」や「干渉」と受け止めていた患者もいた。患者自身が病気と向き合って、自己管理することができる支援の必要性があると述べている。

今尾（2004）は慢性疾患を抱えている人は、病気と距離を置くというよりも、ある程度は現実として受け止めていると述べている。さらに慢性疾患を抱える人のモーニング・ワークは「受容・終結」という方向性を持ち、段階的に移行するプロセスであると述べている。すなわち「慢性疾患患者のモーニング・ワークのプロセスは、より長いタイム・スパンのなかでとらえる」（今尾、2004）ことが求められる。子ども時代から慢性疾患を抱えて成長していく過程では、人生の節目におけるライフイベントにおいて、改めて慢性疾患を抱えて生きなければならない現実に向き合わなければならない。そのプロセスを考慮すれば、モーニング・ワークの「受容・終結」（今尾、2004）に至ることは非常に困難なことであると思われる。

鈴木（2005）は慢性疾患の経験に関する社会学的研究を概観したうえで、「病い」の意味は社会関係のなかにおい

と、生活史的時間関係のなかでとらえることが必要であると述べている。慢性疾患の子どもたちは、高校生のころに改めて自己の病気を直視し、苦悩を超えて病とともに生きる心もちになる傾向にある。看護師はその傾向を心にとめて、思春期のころから心の準備ができる支援をする必要がある。子どもが前向きに「生きる力」（高久、1997）を育てるためには、「精一杯活動に携わるなかで充実感や成就感を存分に味わうという、いわば内的な体験」（高久、1997）が必要である。それと同時に、病とともに生きる子どもが「自分の存在を大切なものとする自己肯定感」（小林、2003）を育むことができる支援が家族や医療者に求められる。

ある青年は中学生のときに白血病を発症し、苦痛を伴う治療を乗り越えて退院した。しかし、その直後に再発した。「そのときは、『もうどうにでもなれ。死んでもいい』と思ったけど、一日一日の苦しさを耐えて乗り越えた今の自分をほめたい」と語った。そのような生きる力を生み出したのは、「毎日の母親の面会や医師や看護師の親しみのあるかかわりであった」と語った。慢性疾患を抱える子どもは、活動においてさまざまな制限があるが、日々の暮らしのなかで、精一杯頑張っているのである。その積み重ねが健康な子ども以上に「命の重み」を実感し、日々の平凡な営みのなかに喜びを見出しているのである。しかし、すべての病む子どもや青年がそのような体験をしているわけではない。医師や看護師はさまざまな機会に、病む“ひと”の心の叫びに耳を傾ける努力をすることが重要である。

黒江（2007）は看護に求められる「生活者」としての視点には、「自明視されてきた生き方と、オルターナティブな（もう一つの）生き方が包摂されている」と述べている。そして「生活者」という表現においては、個々の人がそれぞれの過去と経験を持ち、それが現在の考え方や生き方につながるため、看護において強調されている「個別性」につながりながら、それ以上に一人一人の思想を経験から見出していく存在という新たな認識が加わるのである（黒江、藤澤、三宅、普照、田内、2006）。成育看護は「生活者」（黒江、2007）としての視点のもとに、「個々の生活の文脈のなか」（鈴木、1999）で考えることにより、病む人がその“ひと”らしい生き方ができるような支援を可能にするのである。

小児慢性疾患を抱えて青年期・成人期にある人の支援には、成育看護の視点が不可欠である。看護師に何も訴えないから、あるいは特に相談されないから問題を抱えていないとは限らない。看護師は患者や家族が言語化しない、あるいは言語化することが困難な問題を心の奥深くに秘めていることも考慮して、意識的に深くかかわる必要がある。臨床心理士など心のケアを担当する専門家と連携をとりながらも、常に患者の身近に存在する、看護師の果たす役割

の重要性を再認識することが必要である。

V. 結 論

小児慢性疾患を抱えてキャリアオーバーした人々の日常生活がより豊かになり、その“ひと”らしく生きることが可能となる支援、すなわち成育看護の課題は次のようにまとめられる。

1. 疾患の理解を十分に深めるとともに、その疾患は子どもの成長過程において、どのような経過をたどるのか、さらには成長過程で派生する心理社会的問題について理解する。
2. 胎児期・乳幼児期から子どもの将来を見据えたうえで、各発達段階に応じたかかわり（疾患の理解、生活指導など）と、家族への支援をする。
3. 看護師は病や障害とともに暮らしてきた人と正面から向き合い、その人の生活体験を理解したうえで、支援する。

以上の視点を常に心がけることにより、よりよい支援の方向性が見出されると思われる。

本稿は国立看護大学校教育研究費の成果であることを申し添えます。

■文 献

- 秋山洋, 土田嘉昭, 佐伯守洋, 角田昭夫 (1988). 小児病院における小児外科. 日本小児外科学会誌, 24, 734-750.
- 別所文雄 (2000). 小児期から成人, そして次世代へ, 悪性腫瘍. 小児内科, 32(12), 2143-2148.
- 別所文雄 (2002). 長期生存している小児白血病患児の QOL の向上. 小児科, 43(8), 1076-1085.
- 後藤彰子 (2004). 20 歳を過ぎた慢性疾患を持ったキャリアオーバーの患者さんと家族. 日本小児科学会雑誌, 108(6), 843-849.
- 林洋子, 石渡祐子, 杉澤栄 (2004). 小児病院に外来通院を続けるキャリアオーバー患者・家族の思いと看護の役割 4—病気や症状についての体験および将来について. 神奈川県立こども医療センター看護研究集録, 28, 49-52.
- 平出さつき, 北村愛子 (1997). 慢性疾患をもつ思春期患児の病気・入院体験. 日本小児看護研究会誌, 6(2), 44-49.
- 鉦之原昌 (2004). 小児慢性疾患のキャリアオーバーと小児保健. 小児保健研究, 63(2), 85-91.
- 池田文子 (2004). がんの子供を守る会と小児がん経験者の会の活動. がん看護, 9(3), 230-233.

- 今尾真弓 (2004). 慢性疾患患者におけるモーニング・ワークのプロセス—段階モデル・慢性的悲哀 (chronic sorrow) への適合性についての検討. 発達心理学研究, 15(2), 150-161.
- 稲毛康司 (2007). 小児から成人への移行期小児医療の特性. 小児内科, 39(9), 1292-1296.
- 石本浩一 (2002). 小児がんとその後—キャリアオーバーのフォローアップ. つばさ, 37, 3-9.
- 石浦光世 (2005). 慢性疾患をもつ青年のソーシャルサポートの意味. 高知女子大学看護学会誌, 30(2), 2-11.
- 石渡祐子, 林洋子, 杉澤栄 (2004). 小児病院に外来通院を続けるキャリアオーバー患者・家族の思いと看護の役割 2—小児病院に望むこと. 神奈川県立こども医療センター看護研究集録, 28, 42-44.
- 伊藤拓 (1999). 小児難病とキャリアオーバー. 日本医師会雑誌, 122(9), 1351-1356.
- 加藤令子, 添田恵子, 片田範子 (2001). 小児特有の疾患をもつ患者の成人を対象とする医療への移行の実態と看護の役割—文献検索を通して. 日本小児看護学会誌, 10(1), 50-58.
- 加藤令子 (2002). 小児医療から成人医療への移行のための看護のアプローチ. 小児看護, 25(12), 1613-1618.
- 川田義男 (1989). 小児総合医療施設 (いわゆる小児病院) の現状と将来のあり方に関する中間報告概要. 日本小児科学会誌, 93(12), 250-258.
- 河西紀昭, 北條みどり, 桑尾定仁 (1990). 小児腎疾患の成人へのキャリアオーバー. 小児医学, 23(6), 927-938.
- 川崎友絵, 牛尾禮子, 石田喬士, 尾瀬裕, 郷間英世 (2008). 学童期に慢性疾患を罹患した大学生の自然体験の有用性に関する研究. 小児保健研究, 67(1), 81-88.
- 川島美保 (2005). 慢性疾患とともに生きていく思春期の子どもの居場所の脅かし. 看護保健科学研究誌, 5(1), 63-74.
- 小林登 (1998). 成育医療とは, life stage そして life cycle からみた小児医療の未来. 小児科診療, 61(6), 1057-1062.
- 小林信秋, 中井滋, 武志豊 (1997). 成人した難病児の小・中学校時代の体験に関する研究. 育療, 7, 45-49.
- 小林繁一 (2003). 慢性疾患の心身医学. からだの科学, 231, 67-70.
- 駒松仁子 (2004). 子ども理解を深める. 谷川弘治, 駒松仁子, 松浦和代, 夏路瑞穂編, 病気の子どもの心

- 理社会的支援入門. 41, ナカニシヤ出版, 京都.
- 駒松仁子 (2005). キャリーオーバーと成育医療, そして成育看護. 小児看護, 28(9), 1070-1075.
- 黒江ゆり子, 藤澤まこと, 三宅薫, 普照早苗, 田内香織 (2006). 看護学における「生活者」という視点についての省察. 看護研究, 39(5), 337-343.
- 黒江ゆり子 (2007). 病いのクロニシティ (慢性性) と生きることについての看護学的省察. 日本慢性看護学会誌, 1(1), 3-9.
- 草野ひとみ (2007). 中学時代に入院経験した青年期にある慢性疾患患者のアイデンティティ地位の実態と当時の入院状況. 第38回日本看護学会論文集 (小児看護), 248-250.
- 松森直美, 二宮啓子, 蝦名美智子, 森田裕美, 瀬戸美子, 竹内志津枝他 (2003). 青年期の慢性疾患患者と家族の小児医療から, 成人医療への移行に対する意識. 神戸市看護大学紀要, 7, 11-21.
- 松森直美, 二宮啓子, 蝦名美智子, 瀬戸美子, 森田裕美, 木田由里他 (2004). 小児医療から成人医療への移行に関する医療者の意識—小児医療者・成人医療者, 医師・看護師の回答を比較して. 神戸市看護大学紀要, 8, 9-23.
- 松尾ひとみ, 中野彩美, 来生奈巳子, 加藤令子, 片田範子 (2004). 小児期特有の疾患をもちながら生活してきた患者が, 小児期から成人期へ移行する過程の体験. 兵庫県立看護大学紀要, 11, 85-99.
- 丸山博 (1990). 小児期に発症してキャリーオーバーした糖尿病の管理. 小児内科, 22(2), 261-264.
- 村上勝美 (1970). 小児の慢性疾患をめぐって. 小児保健研究, 29(2), 68.
- 村上陸美 (2006). 慢性疾患のキャリーオーバーの問題点. 小児科, 47(10), 1429-1435.
- 中野綾美 (1994). 慢性疾患とともに生きる青年のノーマリゼーション. 日本看護科学会誌, 14(4), 38-50.
- 中内みさ (2000). 思春期以前に発病した思春期慢性疾患患者の病気体験の語りにおける共通性—人間の健康の実現に向けて. 教育実践学論集, 1, 13-22.
- 中内みさ (2001). 病弱児の病気体験のとらえ方の発達的变化と心理的援助. 特殊教育学研究, 38(5), 53-60.
- 二宮啓子 (2007). 小児病棟管理者に求められるキャリーオーバーする子どもと家族への介入の理解. 小児看護, 30(8), 1072-1077.
- 西田みゆき (2008). 小児外科疾患患児の疾患とともに生きる過程. 小児保健研究, 67(1), 41-46.
- 丹羽公一郎, 立野滋, 建部修介, 藤田佳奈子, 杉田克生, 寺井勝他 (2002). 成人期先天性心疾患患者の社会的自立と問題点. *Journal of Cardiology*, 39(5), 259-266.
- 岡田正 (2000). 小児外科概論. 岡田正, 伊藤康雄他編, 標準小児外科学 (第4版). 1-5, 医学書院, 東京.
- 佐伯守洋, 本名敏郎, 中野美和子, 羽金和彦, 上井義之, 杉山正彦他 (1992). 国立小児病院の現状からみた小児病院医療の課題. 日本小児外科学会誌, 28(4), 816-819.
- 佐伯守洋 (2001). 小児外科術後成人期へのキャリーオーバーについて. 日本小児外科学会誌, 37(7), 1009-1018.
- 坂崎尚徳, 槇野征一郎 (2003). チアノーゼ性心疾患心内修復術後成人先天性心疾患患者の就業. 日本小児循環器学会誌, 19(2), 76-78.
- 澤田俊一郎 (1985). 慢性疾患児. 小林登他編, 新小児医学体系 第26巻 社会小児医学・小児保健学. 143, 中山書店, 東京.
- 白木和夫 (2000). 成育医療の概念と特徴—三次元医療から四次元医療へ. 小児内科, 32(12), 2089-2093.
- 杉澤栄, 林洋子, 石渡裕子 (2004). 小児病院に外来通院を続けるキャリーオーバー患者・家族の思いと看護の役割 3—成人医療施設への移行について. 神奈川県立こども医療センター看護研究集録, 28, 45-48.
- 鈴木智之 (1999). 臨床領域におけるQOL概念の再検討. 第37回日本特殊教育学会自主シンポジウム, 病気療養児のいのちを輝かせる保育・教育の充実を求めて(5)—病気の子どものQOLとは何か. 報告資料.
- 高谷恭子, 中野綾美 (2007). 慢性疾患をもつ思春期の子どものアドヒアランス行動. 高知女子大学紀要 (看護学部編), 56, 11-21.
- 高山ジョニー郎 (2003). 成育医療における「キャリーオーバー」. 治療, 85(9), 2490-2492.
- 高久清吉 (1997). 「生きる力」再考. 教育展望, 43(5), 4-13.
- 武井修治, 白水美保, 佐藤ゆき, 加藤忠明 (2007). 小児慢性疾患におけるキャリーオーバー患者の現状と対策. 小児保健研究, 66(5), 623-631.
- 東野博彦, 石崎優子, 荒木敦, 竹村司, 多和昭雄, 岡田義昭 (2006). 小児期発症の慢性疾患患児の長期支援について—小児-思春期-成人医療のギャップを埋める「移行プログラム」の作成を目指して. 小児内科, 38(5), 962-968.
- 宇田川順子 (1989). 小児期IgA腎症の成人期へのキャリーオーバーについて. 日本小児科学会雑誌, 93

(1), 159.

柳沢正義 (2002). 成育医療の概念とその背景. 小児看護, 25(12), 1567-1570.

山口正司 (1980). 小児期に発症し成人まで持続する腎疾患—とくに慢性腎炎について. 小児内科, 12(3),

399-405.

吉川一枝, 瀧口京子 (2002). 慢性疾患患児の思いと看護婦のかかわり—成人期にいたった患児の入院体験を通して. 日本小児看護学会誌, 11(1), 31-36.

【要旨】 周産期医療や小児医療の著しい進歩のもとに、小児期に発症した慢性疾患を抱えて、青年期・成人期に達する（キャリアオーバー）人が増加している。本稿では小児慢性疾患を抱えてキャリアオーバーした人に関する、国内の看護研究や近接領域の論文を概観し、成育看護の課題を検討した。1983～2008年における小児慢性疾患のキャリアオーバーと成育医療に関する文献を検索した結果、39件が抽出された。それらの内容は「小児慢性疾患のキャリアオーバーと成育医療」に関する文献16件、「小児慢性疾患を抱えてキャリアオーバーした人の病気体験」14件、「小児医療から成人医療への移行」9件に大別できた。これらの文献の内容を検討した結果、成育看護の課題として次の3点が示唆された。①疾患が子どもの成長過程に及ぼす影響や成長過程で派生する心理社会的問題を理解する。②胎児期・乳幼児期から子どもの将来を見据えたうえで、発達段階に応じたかかわりと、家族への支援をする。③看護師は病や障害とともに暮らしてきた人と正面から向き合い、その人の生活体験を理解したうえで支援する。

受付日 2008年9月17日 採用決定日 2009年1月8日

Discourse Analysis of Encouragement in Japanese Healthcare Comic Books

Rieko Matsuoka¹ Ian Smith² Mari Uchimura³

1 National College of Nursing, Japan : 1-2-1 Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒 204-8575, Japan
2 University of East Anglia 3 Tokyo Medical and Dental University
matsuokar@adm.ncn.ac.jp

[Abstract] In this paper, the ways in which healthcare professionals, nurses in particular, use encouragement are examined, in order to explore how encouragement should be communicated effectively toward patients. Focusing on *GAMBARU* ['to try hard'] as the typical expression of encouragement in Japanese, forty-one scenes have been collected from comic books that use healthcare as their subject, though not comic books that focus on doctors. Firstly, each scene of encouragement is analysed and discussed as a discourse from three perspectives; (a) the contextual background of the communication, (b) the relationship with the patients and (c) the patients' response to the encouragement. The patients' response is evaluated by the imposition of face-threatening acts, social distance, and relative power according to Politeness Theory (Brown & Levinson, 1987), and by the degree of 'politeness effect' according to Discourse Politeness Theory (Usami, 2006). Secondly, the elicited encouragement utterances from discourse analysis are categorised into ten types based on their functions, such as 'cheering up' and 'relieving from anxiety', and the functions that succeeded in having politeness effects on the patients are examined. Thirdly, *GAMBARU* and its inflected forms, and other verbal encouragements, are compared in terms of the relationship between their functions and their politeness effects. Lastly, based on the results, some implications to enhance the quality of healthcare communication are suggested.

[Keywords] encouragement 励まし, healthcare communication 医療コミュニケーション, politeness theory ポライトネス理論, discourse politeness theory デイスクース・ポライトネス理論, face-threatening act フェイスを脅かす行為

Introduction

In healthcare communication, showing empathy and listening carefully to patients are regarded as important (Riley, 2000). However, the behaviour of showing empathy or listening carefully is not explicitly projected in verbal communication.

With regard to nursing communication, Henderson (1960, 1997) points out that the patients' needs for communication are satisfied if they can communicate their feelings, desires, fears or whatever exists in their minds. Following this principle, she states that nurses should adequately facilitate their patients' expression of their feelings, desires and so on. Therefore, from the first stage of interaction with their patients, nurses are required to attempt bilateral communication. They need to acquire communication skills that should lead to mutual trust and a therapeutic and supportive relationship between them.

Gambatte, the request form of *Gambaru*, is frequently used among Japanese speakers. The focus of this study is an examination of its effects in healthcare communication, which would help to clarify the in-depth interaction between healthcare professionals and patients. In the actual healthcare

communication, though vigorous encouragement is not always recommended in nursing communication, healthcare professionals such as nurses often need to encourage their patients. In such situations, the Japanese often say *Gambatte*, as *Gambatte* functions in a versatile way (Miura, 2006). At the same time, however, *Gambatte* sometimes fails to generate politeness effects. For instance, when we are already making efforts and someone says *Gambatte*, we may feel forced to make even more efforts, as is indicated in Okamoto, Sugimura, and Kamakura (2001), one of the few previous studies on *Gambaru*. Consequently, such communication cannot provide patients with appropriate quality care and comfort.

Although apparently sensitive encouragement such as *Gambaru* seems worthy of careful examination in healthcare settings, the research on communication of encouragement is limited for the present. Therefore, in this study, the authors have examined how verbal encouragement such as *Gambatte* was used and discussed whether or not *Gambaru* and its inflected forms like *Gambatte* are adequate encouragement speech acts. In addition, the authors have investigated what kinds of encouragement speech acts are available that might enhance

patients' comfort and confidence, in order for the quality of healthcare communication to be improved.

Accordingly, the research questions for this study are;

- a. In what way do healthcare professionals use verbal encouragement with their patients?
- b. What kinds of function and politeness effect does verbal encouragement have towards patients?
- c. How different are *Gambaru* and its inflected forms from other verbal encouragement in terms of their functions and politeness effects?

Definition of terms

Communication

The notion of communication has been discussed since the 1940s (Northouse & Northouse, 1998) in a variety of ways. For this study, communication is defined as the transactional and affective process of sharing information, feelings and attitude through the use of symbolic behaviour such as language (Northouse & Northouse, 1998). Healthcare communication is the communication conducted in healthcare settings such as in hospitals.

Encouragement

Based on the belief that both verbal and non-verbal communication for encouragement should be included in the mental and physical recovery of patients dealing with ill-health and misfortune, encouragement behaviour is defined as verbal and non-verbal behaviour to facilitate the mental and physical recovery of patients (Kurokawa, 2001). In this study, however, mainly verbal encouragement behaviours are examined.

Face

Face is a self-image that has been established in the person's life history. According to Goffman (1967), face means social value, or how importantly an individual is regarded by other people and by the outside society.

Face-threatening act

A face-threatening act is defined as an act negatively affecting the individual's face. The degree of this act is determined as high or low by the imposition given to the hearer, the social distance between the interlocutors, and their power relations.

Politeness

In this study, politeness is defined as the strategy for mitigating such face-threatening acts. In cases where the face-threatening degree is high, comfort levels in communication are

generally low. On such occasions, politeness should be carefully provided.

Politeness effect

This is the effect of politeness, that is, the strategy for reducing the impact of face-threatening acts. In cases where the politeness is successful in reducing the impact of face-threatening acts, the effect is positive. In cases where the politeness causes no reduction but also causes no increase in impact, the effect is neutral. In case of failure, where the impact of face-threatening acts is increased, the politeness effect is negative.

Method

Data collection

Comic books in Japan

Comic books in Japan should be treated as a different genre from the genre of comic books in western countries, in regard to both their forms and functions. They have been labeled as *Manga* in order to distinguish them from the general category of comic books. Japanese comic books, or *Manga*, may well be regarded as 'graphic novels'. Natsume (2004), the grandson of Soseki Natsume, established *Manga-gaku* as an academic field.

Healthcare comic books in Japan

Some comic books address healthcare issues and their main characters are doctors or nurses. Such comics have been popular in Japan and the genre of healthcare comic books, or *Iryo Manga*, is well established. Osamu Tezuka, who is regarded as an important figure in *Manga*, was a medical doctor and wrote 'Black Jack', the first officially recognised medical or healthcare comic story in the 1970s. Some other comic books have been supervised by healthcare professionals (Yomiuri shimbun, 2007), or based on factual accounts of healthcare settings, as has one of the comic books used for the present study (Sasaki, 2000, 2001, based on the account by Kobayashi).

Rationale for using comic books

Due to the strict code of ethics for protecting the rights of patients, raw data from clinical sites have become difficult to access.

Japanese comic books contain words or lines in speech-balloons in each picture, as do comic books in other countries; but they have fewer words or lines, which seems to reflect the communication style among Japanese people, who live in what has occasionally been referred to as a high-context society (Hall,

1977). Because of the abundant graphic images contained in comic books, they attract vast amounts of readers. In such circumstances, the authors of comic books in general attempt to be sensitive towards the needs of their readers and consumers, and their content, for the most part, is a reasonable reflection of the real world. Though they are fictional and some parts are overly exaggerated in order to seize the readers' attentions and to create dramatic impact that could generate sales, they would fail to get a sympathetic and empathetic reaction from their audience if they lost the reality of everyday life. Maynard (2004) lists comic books as a legitimate genre for data in discourse analysis. In prior studies of discourse analysis in Japanese, in fact, comic books have been used as effective source material for analyzing feelings and emotivity to use Maynard's term or emotionality (Maynard, 2005). In the healthcare studies, attitudes towards smoking in the healthcare comic books have been analysed and discussed (Kawane, Watanabe, & Takeshita, 2007).

Data for this study

Fifty-six titles of comic book series addressing healthcare-related subjects were listed (see the Appendix) as appropriate data via internet search engines, and these books were checked at the Japan's National Diet Library, in March, 2007. Among them, five titles were not found, even though the Japan's National Diet Library should store all the writings, including comic books, published in this country. The publishers of the missing five titles (7, 52, 53, 55, & 56 in the list) may have failed to give a copy to the Japan's National Diet Library.

The Japan's National Diet Library has 35,933 comic books published from 1993 to March 2007, and approximately one percent of these books are recognised as so-called healthcare comic books, though the Japan National Diet Library has not established the genre of 'healthcare comic books' yet (the Japan National Diet Library, personal communication, December 6, 2008). As some comic series have numerous volumes, there are roughly one hundred titles of comic book series involving the healthcare related matters.

After examining the fifty-five series of books stored at the Japan's National Diet Library, six comic series, a) to f) listed below, were chosen for this study, based on the criterion of whether or not they included verbal encouragement from healthcare professionals.

An additional series, g) *Hanagoyomi-byoin no hitobito* (56th in the list), was included because the last author owns copies, although the Japan National Diet Library does not have it.

The seven series used for the present study amount to sixty-five volumes, which range from 132 pages (Ns' Aoi 11, 2006)

to 362 pages (Nurse Station 6, 1999). They are as follows;

- a) Uehara, K. (1994-2006). *Inochi No Utsuwa* [A Vessel of Life] 9 volumes. Tokyo: Akita-shoten
- b) Kurita, R. (2003). *Puchi Nurse* [Petite Nurse]. Tokyo: Kodansha.
- c) Koshino, R. (2004-2007). *Ns' Aoi* [Nurse Aoi] 13 volumes. Tokyo: Kodansha.
- d) Sasaki, M. (2000-2001). *Otankonaasu* [Stupid Nurse], from an original story written and documented by Kobayshi, M, 19 volumes. Tokyo: Shogakukan.
- e) Shimazu, K. (1997-2002). *Nurse Station*, 20 volumes. Tokyo: Shueisha.
- f) Yoshizaki, S. (2004). *Open Mind 1*. Kodansha: Tokyo.
- g) Aimoto, M. (1993, 1994). *Hanagoyomi byouin no hitobito* [People in Hanagoyomi Hospital] 2 volumes. Tokyo: Kodansha.

Procedure

Discourse analysis

Based on the belief that all utterances can be face-threatening acts depending on their contexts, as Usami (2006) posits, verbal encouragement should be analysed in context instead of being removed and treated as a decontextualised utterance. Usami (2006) gives as an example the utterance 'Today is Saturday', which seems not to be a face-threatening act. However, if this is said to a person whose deadline for a submission was Friday, it will be a face-threatening act. In another interpretation, based on the assumption that people are off work during the weekend, the same utterance could also be face-threatening because it could function as a refusal in a context where someone has asked the interlocutor to do something.

Accordingly, in order to answer the first research question concerning the ways in which healthcare professionals use verbal encouragement towards their patients, the forty-one chosen scenes were subjected to discourse analysis using three perspectives.

The first perspective was the context of communication, or the situation where the given communication took place. The second perspective was the relationship or mutual trust between the healthcare professionals, mainly nurses, and their patients. The last perspective was based on the Politeness Theory of Brown and Levinson (1987) and the Discourse Politeness Theory of Usami (2006) who modified Brown and Levinson's Politeness Theory according to the Japanese context.

Specifically, taking the first and second perspectives into account, the patients' responses were analysed with regard to the degree of the face-threatening acts involved and the politeness

effects. The degree of the face-threatening acts was evaluated as high or low by three factors: the imposition of the given act; the social distance between the healthcare professionals, such as nurses and their patients; and the power or power relations between them in the given context, on the basis of the Politeness Theory. The politeness effect was evaluated using the framework of the Discourse Politeness Theory and was labeled as positive, neutral or negative. The criterion for the politeness effect was mainly based on the patient's response in each scene. Where the patient responded to the verbal encouragement offered by the healthcare professional in a preferable way, the politeness effect was labeled as positive; it was labeled as the neutral when no substantial differences were found before and after the verbal encouragement by the healthcare professionals; where the patient responded negatively or the relationship between the healthcare professional and the patient seemed to become worse, the politeness effect was labeled as negative.

By the same token of polysemy (e.g., Tannen, 1986), our discourses may carry plural implications and functions and may sometimes even be deceptive, which means that the audible verbal utterance cannot be taken at surface value. For instance, 'thank you', superficially the speech act of gratitude, could in a certain context mean 'stop here', the speech act of request. Furthermore, humans are equipped with a tacit knowledge (c.f., Polanyi, 1958, 1997), the underlying knowledge in our subconscious level. Therefore, labeling one function for each

utterance of encouragement seems illegitimate. Accordingly, the labeled functions need to be considered not as absolute but as relatively appropriate.

Taxonomy

In order to find out what kind of function the verbal encouragement had towards the patients, the functions that were elicited by discourse analysis in this study were categorised into ten types; a) cheering up, b) relieving from anxiety, c) voicing one's thoughts, d) formulaic expression of greetings, e) offering assistance, f) giving advice, g) praising the patients' good points, h) relaying the offer of assistance from the patient's family, i) empathising and j) joking, referring to the prior study (Kurokawa, 2001). Since Kurokawa (2001) deals with the discourse of daily life discourse instead of one related to the healthcare related one, there exist some differences. Seven types of functions out of ten types of functions that were taken from Kurosawa's taxonomy (2001) for this study were a) cheering up, c) voicing one's thoughts, e) offering assistance, f) giving advice, g) praising the patients' good points, i) empathising, and j) joking (the letters have been kept the same as above). Therefore, three more functions, which are b) relieving from anxiety, d) formulaic expression of greetings, and h) relaying the offer of assistance from the patient's family, were made especially for this study after scrutinising the data. Table 1 indicates the functions with examples of taxonomy in the present

Table 1 Taxonomy of encouragement in the present study

Functions	Examples	
	<i>Gambaru</i> expressions	Other expressions
Cheering up	"If you <u>try your best</u> , you will be able to take pictures again."	"You will be fine another 10 years."
Relieving from anxiety	None	"You will be fine. You won't die."
Voicing one's thought	"I think you need to be patient. You should <u>try your best</u> ."	"Yes, I am sure of it."
Formulaic expression of greetings	"Please <u>try your best</u> ."	None
Offering assistance	"It will be a long hospitalisation, but <u>let us try our best</u> ."	None
Giving advice	None	"Yes, take time and we will try it little by little."
Praising patient's good points	"You are doing great. Yes, you <u>have done so well</u> ."	None
Relaying the offer of assistance from patient's family	"Your husband said he will study about your disease and treatment (and will try his best helping you) so he would like you also to <u>try your best</u> ."	"He says he will come here to help you, Grandma, even a little."
Empathising	None	"It's all right to be afraid of your illness. You do not have to feel ashamed."
Joking	None	"Sorry, it's a joke. I know Ken will pay any attention to me. Right?"

study.

Each of the forty-one scenes that were analysed contextually using discourse analysis covered the given ten categorised types of functions. Whether or not positive effects in politeness were achieved was also examined, and the relationship between the functions and politeness effects was discussed.

Lastly, in order to find out how different *Gambaru* and its inflected forms were from other verbal encouragement, *Gambaru* and its inflected forms, and the other forms of verbal encouragement, were arranged out separately and were compared in their functions and effects.

Findings and discussion

In order to answer the research questions a) and b), discourse analysis was conducted to analyse and discuss the data. The data was collected from seven titles of healthcare comic book series chosen from among fifty-six series listed in the appendix. The seven series consisting of sixty-five volumes were examined in order to extract the scenes containing verbal encouragement given by healthcare professionals to their patients; as a result, forty-one scenes were elicited.

The forty-one scenes consisted of thirty-one scenes with nurses, seven scenes with doctors, two scenes with both doctors and nurses, and one scene with a physiotherapist. The seven exemplars given below indicate discourse analysis from three perspectives. Their functions are the top seven types among the ten categories identified in the section about taxonomy. Among the seven exemplars, five are conducted by nurses, one is conducted by a doctor, and the other one is conducted by a physiotherapist. The scene with a physiotherapist has two forms of verbal encouragement; as a result, there are forty-two cases from forty-one scenes. The numbers at the left of each line indicate the sequential numbers of all forty-one scenes.

Ns' Aoi Vol.2, p. 12

43 Nurse: *Gambarimasho* [Try your best] at today's rehabilitation again.

44 Patient: (His face becomes stiff.)

a. Situation and context: The patient has stayed in hospital and he fell over when his nurse did not pay him sufficient attention. In spite of this mishap, the nurse gathered all her courage and went to see and talk to him.

b. Relationship between the healthcare professional and his/her patients: Though an accident happened to the patient, his relationship with the nurse does not seem bad.

c. Patient's reaction toward the utterance by the healthcare

professional: The act of forcing the continued rehabilitation may provide the patient with some imposition or burden. The social distance between them is not close, since the nurse uses the polite form of *-masho* as explained below. In the power relationship the patient seems to have a little less power judging from the fact that he became stiff-faced instead of showing direct anger. Taking all these factors into account, the degree of the face-threatening act is considered high. As line 44 shows, the patient did not answer. From this, the politeness effect may be interpreted as negative. In addition, the nurse in charge admits her fault, and may think it is important for her patient to continue his rehabilitation. She encourages him to do so by cheering him up and saying *Gambarimasho*. Thus, this encouragement is categorised as a type of 'cheering up'. It needs to be noted that *Gambarimasho*, used here instead of *Gambatte*, can mitigate the degree of the face-threatening act, as the inflection of 'masho' here functions as both a mitigated request and an offering (Niwa, 2005).

Open Mind 1, p. 115

52 Patient: I am going to die...

53 Doctor: No, you aren't. *Daijobuyo* [You will be fine.]

a. Situation and context: The patient is a detective and is also described as a perfectionist. But when he has to make an important decision, he has a stroke. In this scene, he had just been listening to his boss in connection with his work, and had suddenly suffered the stroke. The doctor who happened to be near him came to help him out.

b. Relationship between the healthcare professional and his/her patients: They do not have any close relationship because they have met for the first time. It is difficult to decide how much they can trust each other, judging from only the scene described above.

c. Patient's reaction toward the utterance by the healthcare professional: As there is no specific description of the patient, the patient's reaction is unknown. Therefore, it is difficult to judge how much of the face-threatening act this communication has brought about and how much politeness effect this communication has generated. However, the doctor, who is female, tries to calm him down in a professional way; so he should receive a certain amount of the politeness effect. Going by the fact that this doctor said to the patient *Daijobuyo* [You will be fine], this communication may well be categorised as the 'relieving from anxiety' type.

Otankonaasu Vol. 5, p. 164

78 Patient: ..You still feel I will recover, don't you?

79 Nurse; ...Yes, **I am sure of it.**

80 Patient: ...thank you...

a. Situation and context: The nurse in charge of this alcohol-dependent patient has discovered a place where her patient is storing some liquor, and she has rushed to see him

b. Relationship between the healthcare professional and his/her patients: A favorable relationship with the patient had not been established for long; however, their relationship seems to improve and deepen after it is decided the patient will move to a different hospital. This scene of communication is from the day when the patient is to move; therefore, their relationship is regarded as good.

c. Patient's reaction toward the utterance by the healthcare professional: This patient's having to quit drinking seems to constitute a great imposition on him, judging from his act of concealing his drinking from his nurse. Their social distance seems to be moderate, which means neither close nor particularly remote. Regarding power, the patient is weaker as the nurse is more knowledgeable about health-related matters and is in a position to control the patient's lifestyle.

Considering these three factors, the degree of the face-threatening act towards this patient seems to be high. This patient has continued to drink while being hospitalised, is worried and wonders if he will recover; then he says line (78). Even in such circumstances, he says thank you in response to his nurse's utterance (79). Therefore, this communication succeeds in providing him with a 'positive' politeness effect, creating such feelings as relief and courage. Regarding the type of function, this one can be put into 'voicing one's thoughts'.

Puchi Nurse, p. 163

88 Nurse: We have done with Adriamycin. Now you are getting Taxol.

89 Patient: Well, how much... more time will it take?

90 Nurse: Let's see... another hour. **Gambarimasho.**[Let us try hard.] If something should happen, please call me.

91 Patient: (speaking mentally to herself) it will take another hour...

a. Situation and context of communication: The patient is now receiving chemotherapy for her breast cancer.

b. Relationship between the healthcare professional and his/her patients: The patient and the nurse know each other, and their communication goes smoothly. Therefore, they seem to have a good relationship.

c. Patient's reaction toward the utterance by the healthcare professional: The imposition towards the patient seems to be high as she has to continue her chemotherapy treatment; the

social distance between the patient and the nurse remains appropriate. Regarding the power relationship, in the same way as the preceding example, the nurse is more knowledgeable about healthcare-related matters such as the length of time for taking the medicine.

Therefore, the nurse may have control over the patient, and it can be interpreted that the nurse has more power than the patient. Taking these three factors into account, the degree of the face-threatening act towards the patient seems high. The patient does not say anything (91) in response to her nurse's utterance (90), and she just looks up at the ceiling absent-mindedly (repeating the line mentally). Therefore, the degree of the politeness effect may be 'neutral', neither positive nor negative.

Gambarimasho [Let us try hard] uttered by the nurse in charge here, as a result, can be placed in the 'formulaic expression of greetings' category, because she apparently does not seem to intend to imply any message. The *-masho*, which also appears in the utterance (43), is the polite form of volition and may function as a mitigated form of request (Niwa, 2005). In this scene, though the nurse will not have to take part directly in the act of anticancer treatment, she may want to show solidarity or the intention to work together with the patient by using the polite volitional form.

Hanagoyomi-byoin no Hitobito Vol. 1 Part 3

105 Doctor: (letting his patient listen to his heart beating with a stethoscope)

106 Patient: (.....)

107 Doctor: I do NOT want to treat any person who does not want to live. (Your heart) wants to die? It surely beats, doesn't it, NOW.

108 Patient: I do not want to die.....

109 Nurse: Together.... Together **Gambaro**[let us try our best] ... **Gambaro**[try our best].

110 Patient: (weeping) Yeah.....

a. Situation and context of communication: The patient had found out the name of his disease (cancer) from TV. After that, he desperately removed his intravenous drip as he was sure he would soon be dead. The communication scene above takes place during the next day's round.

b. Relationship between the healthcare professionals and their patient: The relationship between the doctor and the patient is an ordinary one and there is no special closeness between them. On the other hand, the patient and the nurse used to be classmates and their relationship can be considered close.

c. Patient's reaction toward the utterance by the healthcare

professionals: The imposition of the act of accepting he has a serious disease seems to be high, as he needs to continue the treatment. The social distance between the patient and the nurse is close as they were classmates. The power of the nurse may be stronger than that of her patient because she knows more than the patient. Therefore, the impact of the face-threatening act on the patient may be quite high. However, the social distance is much closer than in ordinary cases, so the impact may not be so very high.

The nurse in charge gave the utterance (109) while holding the patient's head. Then the patient started to weep and showed his understanding by saying yeah (110). This process indicates that the nurse's utterance of encouragement (110) obtained the desired effect of giving comfort. The form of *Gambaro* in (109) is a plain version of *Gambarimasho* in (43) and (90), and shows more closeness to her patients. The plain form has a stronger function of volition than the polite form (Niwa, 2005). Also, 'together' with *Gambaro* in (109) clarifies the function of offering assistance. Therefore, this encouragement may well be categorised as 'offering assistance'.

Puchi Nurse, p. 172

134 Physiotherapist: Hey, *Gambare* [keep it up]. Just a bit more.

135 Patient (Child): Wow, doctor. I made it!

136 Physiotherapist: GREAT! *Gambattana* [you DID great!] Hang in there.

137 Patient (Child): Sure!

a. Situation and context of communication: The rehabilitation aimed at making this patient walk again has just finished.

b. Relationship between the healthcare professionals and their patient: The relationship between the patient and the physiotherapist has not been described in the comic story, so it is difficult to judge. However, the elicited communication above suggests there exists good communication between them.

c. Patient's reaction toward the utterance by the healthcare professional: The imposition of the act (trying hard) on the patient seems low as he has received a compliment, and the social distance between the patient and the physiotherapist seems to be appropriate. Regarding power, the physiotherapist is in the position of instructing the patient. Taking these three factors into account, the impact of the face-threatening act towards the patient is low. Also, judging from the situation where the patient nodded and smiled at the utterance of (137), the communication succeeded in achieving a positive politeness effect in both cases. The function of encouragement in (134) can be categorised in the type of 'cheering up' ; and (136) as

'praising one's good points'. The particle 'na' is for affirming the statement (Niwa, 2005).

Ns' Aoi Vol. 5, p.22

142 Nurse: I think you will be pleased with the wedding. I am sure Takeshi will say something like 'My grandma has made me what I am now. Thank you, grandma.'

143 Patient: I may miss it if I am not attentive enough

144 Nurse: I called up Takeshi... and **he will be coming on the day of operation... he says 'he would like to help you any way he can.**

145 Patient: (starts to weep)

a. Situation and context of communication: While the doctor was explaining to the patient that she needs to have an operation, the nurse in charge stopped by the patient's room.

b. Relationship between the healthcare professionals and their patient: The nurse in charge and the patient are on good terms with each other and they sometimes talk about small things such as their hobbies. Also, that the nurse refers to the patient's grandson as Takeshi-san (144) implies they have a good relationship, as the nurses may well say 'your grandson' instead of using his first name when they have not established a close relationship. In the Japanese contexts, calling each other by one's first name shows people have established a close enough relationship as individuals.

c. Patient's reaction toward the utterance by the healthcare professional: The imposition of the face-threatening act towards the patient seems low as the nurse is just relaying the message to the patient from her grandson. The social distance between the patient and the nurse is quite close. The power of the nurse seems, as in other cases, stronger than that of the patient as she is in charge of her hospital life. Taking these three factors into account, the impact of the face-threatening act on the patient is considered low. Also, the patient's reaction of starting to weep after hearing the nurse's utterance (145) may be interpreted as showing that the patient feels happy and relieved. After this communication, in the comic story, the patient decides to have an operation that she had been afraid of. Therefore, this communication of encouragement (144) succeeds in providing the patient with the positive politeness effect. With regard to the type, this encouragement can be classified in the type of 'relaying the offer of assistance from the patient's family'.

The taxonomy of functions and politeness effects

In order to clarify the overall results of discourse analysis and to discuss the relationship between the functions and politeness effects, the taxonomy for functions and politeness effects of

Table 2 Taxonomy of functions and positive politeness effect

Functions	Frequency	Positive politeness effect
Cheering up	10 (22.0%)	8 (80.0%)
Relieving from anxiety	7 (17.1%)	3 (42.9%)
Voicing one's thoughts	5 (12.2%)	3 (60.0%)
Formulaic expression of greetings	4 (9.76%)	0 (0.0%)
Offering assistance	4 (9.76%)	2 (50.0%)
Giving advice	4 (9.76%)	3 (75.0%)
Praising patient's good points	3 (7.32%)	1 (33.3%)
Relaying the offer of assistance from the patient's family	2 (4.88%)	1 (50.0%)
Empathising	2 (4.88%)	2 (100.0%)
Joking	1 (1.44%)	1 (100.0%)
Total	42 (100%)	25 (58.5%)

encouragement was arranged as follows:

Functions of encouragement

Ten functions were identified amid the communication of encouragement from the studied healthcare scenes using the approach of discourse analysis, in reference to the prior study on encouragement (Kurokawa, 2001) as described in the previous section about methods. They are a) cheering up, b) relieving from anxiety, c) voicing one's thoughts, d) formulaic expression of greetings, e) offering assistance, f) giving advice, g) praising the patients' good points, h) relaying the offer of assistance from a family member, i) empathising and j) joking. It must be repeated, however, that utterances may carry plural functions.

The first numbers in Table 2 show the frequency of these functions from the 41 scenes. There were forty-two utterances of encouragement, as in one scene two encouragement utterances were found. The most frequent function is a) cheering up, the second most frequent is b) relieving from anxiety, and ranked third is c) voicing one's thoughts.

Politeness effect of encouragement

The right-hand column of politeness effect in Table 2 indicates the effects of each function of encouragement. The percentage means the ratio of positive politeness effects in the patient's response to encouragement from the healthcare professionals. The encouragements with the function of both empathising and joking achieve one hundred percent in positive responses from the patients, despite the small number of frequency and/or the small number of denominators. On the other hand, the encouragement with the function of formulaic expression of greeting has zero percent in positive responses from the patients. The second least successful function of

achieving positive politeness effects is praising their good points.

Gambaru expressions vs. other verbal encouragements

In order to find out the differences between *Gambaru* and its inflected forms, and other verbal encouragement such as *Daijobu* in terms of their functions and effects [research question c)], *Gambaru* and its inflected forms and other verbal encouragement were arranged separately.

Table 3 indicates the frequencies of functions and positive politeness effects that *Gambaru* has. They are in descending order of frequency with the number of frequencies in parentheses: a) cheering up (5); b) offering assistance (4); c) formulaic expression of greetings (4); d) praising the patient's good points (3); e) relaying the offer of assistance from the patient's family (2), and f) voicing one's thoughts (1). *Gambaru* expressions did not provide the functions of relieving from anxiety, empathising, and joking. In other words, the healthcare professionals use *Gambaru* expressions as cheering-up, as a formulaic expression of greeting and as offering assistance, in the data for this study. Regarding the positive politeness effects, *Gambaru* expressions achieved seven positive politeness effects from seventeen cases of encouragement, which count as 41.2%.

In contrast to the result shown in Table 3, verbal encouragement, other than *Gambaru* expressions, as found in the example of *Daijobu*, provided seven functions and the most frequent function was found to be relieving from anxiety (see Table 4), which *Gambaru* expressions did not provide (see Table 3). It must be noted here that the function of being a formulaic expression of greeting, did not even exist as a function in other encouragement expressions such as *Daijobuyo*, unlike *Gambaru* expressions, which showed the most frequency in a

Table 3 Functions and positive politeness effects of *Gambaru* and its inflected forms

Functions	Frequency	Positive politeness effect
Cheering up	5	3 (60.0%)
Relieving from anxiety	0	
Voicing one's thoughts	1	1 (100%)
Formulaic expression of greetings	4	0 (0.0%)
Offering assistance	4	2 (50.0%)
Giving advice	0	
Praising patient's good points	3	1 (33.3%)
Relaying the offer of assistance from patient's family	0	
Empathising	0	
Joking	0	
Totals	17	7 (41.2%)

Table 4 Functions and positive politeness effects of other verbal encouragement

Functions	Frequency	Positive politeness effect
Cheering up	5	5 (100.0%)
Relieving from anxiety	7	3 (42.6%)
Voicing one's thoughts	4	2 (50.0%)
Formulaic expression of greetings	0	
Offering assistance	0	
Giving advice	4	3 (75.0%)
Praising patient's good points	0	
Relaying the offer of assistance from patient's family	2	1 (50.0%)
Empathising	2	2 (100.0%)
Joking	1	1 (100.0%)
Totals	25	18 (72.0%)

formulaic expression of greeting. Regarding both frequencies and positive politeness effects, these other expressions exceeded *Gambaru* expressions, by eight cases in frequency and by 30.8 (72 – 41.2) in percentages of positive politeness effects. These results suggests that other encouragement expressions are more effective than *Gambaru* expressions, though *Gambaru* expressions may provide some inevitable functions in the Japanese socio-cultural contexts, such as being a formulaic expressions that occupy some verbal spaces as a discourse markers.

Concluding remarks

The present study was conducted in order to examine how healthcare professionals use verbal encouragement with their patients. First the functions and politeness effects that may be produced by verbal encouragement, were evaluated, using the approach of discourse analysis applied to the data from Japanese healthcare comic books. Then, based on the results gained from

the discourse analysis, *Gambaru* expressions that are frequently used in daily verbal interaction in Japanese were compared with other expressions of encouragement.

For instance, verbal encouragement was found to be used frequently in the scenes of 'cheering up', and its politeness effect was 80.0 percent. Examining the verbal encouragement used in the scenes of 'cheering up', '*Gambaru*' and its inflected forms were used with the same frequency as other verbal encouragement. However, as Tables 3 and 4 indicate, the percentage of the positive politeness effects achieved by *Gambaru* expressions gained was 60 percent, while other verbal encouragement achieved 100 percent; therefore, it is likely that other verbal encouragement may be more successful in achieving in the politeness effect of cheering patients up.

Moreover, the other verbal encouragement has functions of relieving patients from anxiety, giving advice and empathising, while *Gambaru* and its inflected forms do not have these functions. Therefore, when healthcare professionals need to relieve their patients from anxiety, *Gambaru* and its inflected

forms should be avoided.

Discourse analysis for the present study also revealed that the impact of face-threatening acts on patients in healthcare settings is generally high. In other words, there are three important factors affecting their impact; that is, the imposition towards the patients is high, the social distance between the patients and healthcare professionals is wide, and the relative power of the healthcare professionals over their patients is large. Under such tense circumstances, communication of encouragement should be provided in order to reduce the impact of these face threatening acts, and to provide the politeness effect.

The present study suggests that *Gambaru* may not offer effective communication and sometimes even fails to provide the politeness effect. Therefore, other phrases of encouragement may be preferable in the healthcare settings. Healthcare professionals should choose the phrases that are associated with 'empathy' and 'careful listening', and can produce politeness effects to reduce the impact of the face-threatening acts. In doing so, the high-quality communication that meets the patients' needs will be realised.

The present study may have two limitations. First, the authors chose seven comic series titles and 41 scenes of encouragement were elicited. Therefore, for the future studies, the data from the healthcare comic series titles that were not available or were not chosen for this present study should be included so that the analysis can make a thorough and in-depth examination of healthcare encouragement communication for more rigorous transferability. Data from doctor-centered comic series or other media such as TV dramas or movies would also enhance the research into communication. The second limitation concerns the validity of the categorization of functions. As mentioned in the section about discourse analysis, discourse or communication may carry multiple meanings and functions, influenced, for instance, by individual experiences and knowledge. Even though the authors checked the validity of the functions carefully, different interpretations are possible. For the future studies, the scenes of encouragement should be interpreted by researchers from various areas, including healthcare professionals, using peer debriefing in order to gain validity.

Note : This research is developed from the last author's graduation thesis, which was supervised by the first author at the National College of Nursing, Japan, as a partial fulfillment of the requirements for the Bachelor's Degree in Nursing in March, 2008.

References

- Aimoto, M. (1993, 1994). *Hanagoyomi-byoin no hitobito* [People in Hanagoyomi Hospital]. Tokyo: Kodansha.
- Brown, P., & Levinson, S. C. (1987). *Politeness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hall, E. (1977). *Beyond Culture*. New York: Anchor Books.
- Henderson, V. (1960, 1997). *Basic Principles of Nursing Care*. Geneva: International Council of Nurses.
- Goffman, E. (1967). *Interaction ritual*. Garden City. New York: Anchor/ Doubleday.
- Kawane, H., Watanabe, S., & Takeshita, N. (2007). *Isha/Iryo-Manga ni mirareru kitsuen byoshabamen nitsuiteno chosa* [Study on scenes of smoking in healthcare comic books]. *Nihon Ijishinpo [Japan Medical Journal]*, 4358, 81-83.
- Koshino, R. (2004-2007). *Ns' Aoi* [Nurse' Aoi]. Tokyo: Kodansha.
- Kurita, R. (2003). *Puchi Nurse* [Petit Nurse]. Tokyo: Kodansha.
- Kurokawa, N. (2001). *Nihongo bogowasha niyoru hagemashikoi no tokucho* [Characteristics of 'encouragement' acts by Japanese native speakers]. <http://sekky.tripod.com/0105kurokawa.html>
- Maynard, S. K. (2004). *Discourse linguistics*. Tokyo: Kuroshio Shuppan.
- Maynard, S. K. (2005). *Danwahyogen Handbook* [Handbook for discourse expressions]. Tokyo: Kuroshio Shuppan.
- Miura, T. (2006). *Gambare toiu kotoba* [Word of 'Gambare']. *Gekkan Gengo*, 2, 76-79.
- Natsume, R. (2004). *Mangagaku no chosen* [Challenge of comicology]. Tokyo: NTT Shuppan.
- Niwa, S. (2005). *Gendai nihongobunpo gaisetsu* [Overview of modern Japanese grammar]. <http://www.geocities.jp/niwasaburoo/index.html>
- Northouse, L. I., & Northouse P., G. (1998). *Health communication*. NJ: Prentice Hall.
- Okamoto, I., Sugimura, H., & Kamakura, Y. (2001). *Gambaru toiu kotoba no uketomekata* [The way of accepting Gambaru]. *Journal of Hokkaido Rehabilitation*, 29, 47-52.
- Polanyi, M. (1958, 1997). *Personal Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Riley, J. B. (2000). *Communication in Nursing*. St. Louis: Mosby.
- Sasaki, M. (2000, 2001). *Otankonaasu* [Stupid Nurse], from an original story written and documented by Kobayashi, M. Tokyo: Shogakukan.
- Shimazu, K. (1997-2002). *Nurse Station*. Tokyo: Shueisha.
- Tannen, D. (1986). *That's not what I meant*. New York:

Ballantine Books.
Uehara, K. (1994-2006). *Inochi no utsuwa* [A Vessel of Life].
Tokyo: Akita Shoten.
Usami M. (2006). *A preliminary framework for a discourse
politeness theory: Focusing on the concept of relative*

politeness. Tokyo: Kuroshio shuppan.
Yomiuri Shimibun (2007). *Todai Byoin kanshu iryo-manga*
[Medical comics supervised by University of Tokyo
Hospital]. p. 26, December 7th.
Yoshizaki, S. (2004). *Open mind 1*. Tokyo: Kodansha.

医療漫画における励まし表現の談話分析

Rieko Matsuoka¹ Ian Smith² Mari Uchimura³

1 国立看護大学校；〒204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1 2 イーストアングリア大学 3 東京医科歯科大学

【要旨】 本論文では、効果的な励ましを患者に提供するためにはいかなる励まし表現が推奨されるかを見つけ出すことを目的に、看護師を中心に医療専門家がどのように励まし表現を用いているかを考察する。日本語の「がんばる」という典型的な励まし表現に焦点をあてながら、医師がコミュニケーションの中心になっているものを除いた医療漫画のデータから41の場面を抜き出し、それぞれの場面について、コミュニケーションが行われている背景、患者との関係、励ましに対する患者の反応、という3つの視点から分析する。特に患者の反応に注目し、ブラウンとレビンソン(1987)によるポライトネス理論から「フェイスを脅かす行為の負荷量」「社会的距離」「相対的力関係」によって患者がフェイスを脅かされる程度を、ウサミ(2006)によるディスコース・ポライトネス理論から「ポライトネスの効果」の程度を評価し考察する。さらに、それらの場面において抽出した励まし表現を機能に従って「元気づける」や「安心させる」など10個のカテゴリーに分類し、機能とポライトネス効果の関係を考察する。また、活用形を含めた「がんばる」とそれ以外の「励まし」を比較検討し、その結果に基づき、医療コミュニケーションの質を高めるためにはいかなる励まし表現が望まれるであろうかについて提案する。

受付日 2008年9月18日 採用決定日 2009年2月6日

Appendix Healthcare related comic books (* shows 'chosen' for the study)

<u>Title of Series</u>	<u>Author</u>	<u>Publisher</u>
1* A Vessel of Life [Inochi no utsuwa]	Uehara, Kimiko	Akita Shoten
2 With Light [Hikari to tomoni]	Tobe, Keiko	Akita Shoten
3 Urologist Ippongi Mamoru [Hinyokikai Ippongi Mamoru!]	Takakura, Atsuko	Akita Shoten
4 Black Jack [Black Jack]	Tezuka, Osamu	Akita Shoten
5 Diagnoses of Surgeon Tomori Akira [Gekai Tomori Akira no shoken]	Ikeda, Satomi	Asahi Shimbun Shuppan
6 Doctor Chichibu-yama [Doctor Chichibu-yama]	Tanaka, Keiichi	Aspect
7 I am not an Angel [Tenshi ja nainoyo]	Fujita, Shoko	Kiri Shobo
8 Say hello to BJ [BJ ni yoroshiku]	Sato, Hideki	Kodansha
9 Dr. Kumahige [Dr. Kumahige]	Fumimura, Sho	Kodansha
10 Dr. Harley [Dr. Harley]	Uda, Manabu	Kodansha
11* Nurse Aoi [Ns' Aoi]	Koshino, Ryo	Kodansha
12* Open Mind [Open mind]	Yoshizaki, Seimu	Kodansha
13 Blue Sky Clinic [Aozora clinic]	Karube, Junko	Kodansha
14 Glittering [Kirakira hikaru]	Goda, Mamora	Kodansha
15 Doctor Kumano [Kumano sensei]	Yatsuki, Hiroshi	Kodansha
16 Psycho Doctor [Psycho doctor]	Agi Tadashi	Kodansha
17 Psycho Doctor, Kai Kyosuke [Psycho doctor, Kai Kyosuke]	Agi Tadashi	Kodansha
18 Super Doctor, K [Super doctor K]	Mafune, Kazuo	Kodansha
19 Letter to the Sky [Sora eno tegami]	Fukuda, Motoko	Kodansha
20* Petit Nurse [Puchi nurse]	Kurita, Ryo	Kodansha
21 Booking Life [Booking life]	Takada, Yuzo	Kodansha
22 I Live in a Doctorless Village [Ware muison ni ikiru]	Kawai, Hidenori	Kodansha
23 Nine-nine-nine Doctor (Kyu-kyu-kyu doctor)	Barmie Soroku	Jitsugyo-no-nihonsha
24 The Sun in Downtown [Shita-machi no taiyo]	Yashima, Masao	Jitsugyo-no-nihonsha
25 Jin: Hitoshi [JIN - Hitoshi -]	Murakami, Motoko	Shueisha
26 Dr. Blue Beard is Coming [Aohige wa iku]	Ogane, Toshihiko	Shueisha
27 Operation [Operation]	Kagami, Joji	Shueisha
28 Resident Dr. Kenichi Furutani [Kenshu-i Furutani Kenichi]	Nagai, Akira	Shueisha
29 Here is OB Doctor Tsubaki [Kochira Tsubaki Sanfujin-ka]	Amane, Kazumi	Shueisha
30 The Resident [The resident]	Ogane, Toshihiko	Shueisha
31 Sports Doctor [Sports-i]	Terajima, Yu	Shueisha
32* Nurse Station [Nurse station]	Shimazu, Kyoko	Shueisha
33 Popping in a White Robe [Hakui de pon]	Takasaki, Momoko	Shueisha
34 Scalpel, Glitter! [Mesuyo, kagayake!!]	Ogane, Toshihiko	Shueisha
35* Stupid Nurse [Otankonaasu]	Sasaki, Michiko	Shogakukan
36 Love of Kobayakawa Nobuki [Kobayakawa Nobuki no koi]	Saimon, Fumi	Shogakukan
37 Living, Dying, and Life [Sei-shi-meii]	Inamoto, Masayuki	Shogakukan
38 Very Much Clinic [Tottemo-iin]	Hanai, Hiroshi	Shogakukan
39 Doctor's Office is Closed Today Again [Honjitsu mo kyushin]	Mikawa, Taizan	Shogakukan
40 Whisper of Quack [Yabuisha no tsubuyaki]	Morita, Isao	Shogakukan
41 Advanced Lifesaving Medical Center [Kodokyumei kyukyu center]	Higuchi, Masakazu	Hakusensha
42 Budding Angel [Tenshi no tamago]	Kishi, Kaori	Seishun shuppansha
43 A Doctor Living off Another Person [Isoro]	Tsuchiya, Shigeru	Nihon Bungeisha
44 Hear Sward Doctor: Earnest Doctor [Shinken-i]	Kaminishi, Kazunori	Nihon Bungeisha
45 Artless and Flawless Doctor [Tenimuhou]	Izumi, Keigo	Nihon Bungeisha
46 Doctor Defiant [Doctor Hankotsui]	Kagami, Joji	Nihon Bungeisha
47 Entrust a Doc. [Doc ni makasero]	Mizutani, Ryuji	Nihon Bungeisha
48 Fugitive Doctor in Dark [Yami no toboi]	Takayama, Noriyoshi	Nihon Bungeisha
49 In the Glittering Season [Kagayaku kisetsu no nakade]	Okada, Megumi	Fusosha
50 Nurses' Jobs [Nurse no oshigoko]	Egashira, Michiru	Fusosha
51 Wiping Tears [Namida wo fuite]	Tsurugina Mai	Bungeishunjusha
52 Tomorrow is a Good Day [Asu wa iihida]	Maeda, Kazuo	Michi shuppan
53 Only Lives are Equal [Seimei dakewa byododa]	Maeda, Kazuo	Michi shuppan
54 Female Doctor Reika [Joi Reika]	Tsurugina, Mai	Riidoshia
55 Great to Have Met You [Anata ni aete yokatta]	Moritsu, Junko	Koike Shoten
56* People in Hanagoyomi Hospital [Hanagoyomi-byoin no hitobito]	Aimoto, Mizuki	Kodansha

看護法人制度の可能性についての考察

—公益法人改革に関連して—

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 Possibility of Building a New System of the Juridical Person for Nursing in the Period of Reformation of Public Interest Corporation

Mikio Moriyama

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

【Keywords】 看護法人 juridical person for nursing, 公益法人改革 reformation of public interest corporation, 医療法人 juridical person for medicine, 訪問看護 visiting nursing, 助産所 birth center

I. はじめに—在宅医療における訪問看護ステーションと助産所の課題

少子高齢社会が進展する現在、療養や介護が必要になっても住み慣れた地域や家庭で生活が送れる社会の実現に向かって保健医療福祉各制度の充実を図らなければならない。政府は、在宅医療の現状について国民の希望とは離れていることに問題意識をもっている。2009年度厚生労働省の別添資料のなかでもデータを挙げているところである。すなわち、2003年の国民生活基礎調査で終末期の療養場所に自宅を希望する者が22.7%もいるのに対し、実際に自宅で死亡した者の割合は2006年は12.2%であった。この割合は1996年の16.7%に比べても減少していることから、政府としては在宅療養の体制整備の必要性を感じている。しかし、これを支える訪問看護の現状については、2007年は訪問看護ステーションや病院などの事業所数は8,341か所であり、前年に比べて227か所減少しているのである。なお、2005年度の1事業所1か月当たりの利用者数は29.7人であり、最多は宮城県の70.9人、最少は奈良県の5.0人と差がある。なかでも訪問看護ステーションの看護職員数は1事業所当たり4.2人で、病院などを含めた全訪問介護事業所の8.0人と比べて小規模である（厚生労働省大臣官房統計情報部、2008）。

そもそも医療は地域性があり、年をとっても病気をもっても地域で生活したいという人々の基本的な願いがあり、

それを支える在宅看護が発展すれば国民にとってより満足のいく医療が提供されるのはもちろん、少子高齢化という時代背景とともに、医学医術の進歩が在宅での医療の可能性を広げ、医療は病院まで出かけるのではなく在宅でも受けられる、在宅のほうが自分の生活の延長でできるという考えが普遍的になりつつある。人々の願いは在宅医療である。その切り札の一つは訪問看護である。また、古くからある助産所は看護職が中心となるもう一つの機関である。これらの機関は十分に存在しているのであろうか、さらに普及が必要ならばどのような改善が必要であろうかというのが基本的な問題点である。普及するうえでの問題点は多くあろうが、なかでも重要な一つに経営形態の問題がある。今の日本では経営を安定させるために法人制度があるが、営利性を排除した医療にふさわしい医療法人や公益法人になるには高いハードルが必要であり、ハードルが低い法人では株式会社などの営利法人しかない。しかし、営利法人では事業の信頼性に疑問を抱かれてしまう。この問題解消のために、営利性を排除した看護法人という制度の可能性について考察してみたい。

II. 訪問看護ステーションと助産所の歴史的発展経緯

1. 訪問看護

訪問看護は、介護保険法第70条に基づいてその事業所が指定されることから始まるが、訪問看護ステーションから看護師、保健師などの看護職が在宅の高齢者などの療養

者を訪問し、看護する形態が多い。その他、指定を受ければ自動的に健康保険法により病院・診療所などから訪問することもできる。

訪問看護が広がった理由は、単に医療費削減のためではなく、住み慣れた地域で住み続けるという住民の願いを実現するためである。訪問看護は、政府も法律に位置づけて奨励している。その歴史をみると、1982年に老人保健法が成立し、退院患者へ継続看護の指導料が適応されるようになったことが初めである。当初は健康保険法により往診の一部として行われてきたが、1988年に「ゴールドプラン」といわれる「高齢者保健福祉推進10か年戦略」策定以来、その数は増加してきた。特に、1990年に老人保健法など福祉8法が改正され、在宅福祉サービスが積極的に推進されるようになったことが挙げられる。医療だけでなく福祉分野でも、社会福祉事業法（現、社会福祉法）改正による社会福祉事業のなかへの訪問看護の追加、在宅福祉サービスの市町村への一元化、市町村および都道府県老人保健福祉計画の策定の義務化のなかで訪問看護の位置づけが広く明確になった。さらに、1991年に老人保健法が改正され、老人訪問看護制度が創設された。また、1994年には健康保険法の改正により、在宅医療の位置づけが明文化され、それまで高齢者が対象であった訪問看護は、在宅で医療・療養を受けるすべての人を対象とするものへと変わった。また2000年からは介護保険法に基づく訪問看護へ移行し、2008年4月施行の高齢者の医療の確保に関する法律においても継承されていることが法律改正の流れである（菅野他、2008）。

2. 助産所

もう一つの地域の看護の大きな活動の場である助産所についても、国民の期待は高い。戦後は昔からの自宅出産から病院や診療所での出産へと大きく移行している。しかし、産科医療の危機といわれる最近では、正常分娩は助産所で担当してもらうとの人々の意識の流れが芽生えてきたように思われる。これから助産所の役割は大きくなるであろう。

3. 医療費と経営形態

訪問看護ステーションや助産所が看護界にとってもつ意味の一つは、医療費を看護が直接受け取れるという経済的な経営の自立が図られることである。

しかしながら、訪問看護は急激に増加したわけではない。ここ数年は頭打ちであり、ついに事業所総数としては、前述のように減少に至った。さらに助産所も減っている。このような理由の一つに、経営形態の問題もあると考えたのは前述のとおりである。訪問看護ステーションの経営形態では、医療法人や株式会社が多く、看護師が経営に

どのくらい関与できているのであろうか、一方で助産所は個人経営が多く、経営継続に難があるからではないかと考えた。

4. 訪問看護の運営主体

訪問看護ステーションを開設する主体は、医療法人が3,730、営利法人が1,211、社団法人等が870、社会福祉法人が524、市町村が414、個人が268、NPOが65などである。このように多くが医療法人か営利法人である。社団法人というのは各地の看護協会が開設するものである（厚生労働省大臣官房統計情報部、2008）。

5. 医療法人における訪問看護ステーションの位置

その医療法人は、病院、診療所または介護老人保健施設の開設と所有を主たる目的としており、訪問看護を目的につくられたものではない。

そもそも医療法第7条第5項に規定されているように、医療は営利を目的としてはならない。しかしながら、個人経営より法人経営のほうが安定性に優れているため、経営主体として同法の第39条において民法にならって社団と財団の2種類の医療法人が認められたのである。設立には都道府県知事の認可が必要であり、2つ以上の都道府県において病院等を開設する場合には、厚生労働大臣の認可が必要となる。

2種類ある医療法人のうち大部分を占める社団においては、社員とよばれる構成員からなる社員総会が最高意思決定機関となり、業務の執行にあたる理事の選任、予算決算の承認を行う。一方、財団である医療法人の場合、当初の寄附行為が最高の意思であり、その意を体した理事会が執行の意思決定を行う。寄附行為を担保するため、評議員会が置かれるのが普通である。

いずれも理事長は原則として医師または歯科医師でなければならない。看護師の役割は位置づけられていない。また、開設する病院の院長を原則として理事に加えなければならない。中小の医療法人ではこの院長たる理事が理事長を務めることが多い。このように医療法人は訪問看護ステーションの経営体となることはあるが、看護が中心的な役割を果たすわけではなく、訪問看護ステーションのみを開設するものではない。

6. 個人経営より法人経営が優れている点

個人経営の病院や診療所に比べて、医療法人によって経営が行われた場合、自然人である個人と比べ永続性があること、税制上の軽減措置があるなどのメリットがある。一方で医療法人の限界もある。公共性はあるが、公益性が低いとされていることである。そこで、公益性が高く税制上もさらに優遇される社団法人や財団法人による医療の経営

が考えられるが、そのための要件は厳しい。

社団法人等は、旧来の民法第34条に基づいて公益のために設立される法人の一つで、学術、技芸、慈善、祭祀、宗教その他の公益に関する社団であって、営利を目的としないものである。社団法人の運営にあたっては、定款を定め、社員が社員総会で最高意思決定をし、それを受けて理事が業務の執行と団体を代表して、対外的行為を行う。民法上の社団法人は、社員の総意であり、主務官庁の定款に基づき運営され、社員は公益目的達成のため不特定多数の利益を追求し、社会に還元する。社団法人では社員による行為そのものが公益活動であるとみなされてきた。

Ⅲ. 法人制度の変遷と将来考えられる看護法人

1. 新たな法人制度

国民のニーズの多様化や社会の複雑化が進み、この社団法人や財団法人では対応できなくなってきた。そこで特定非営利活動促進法（平成10年法律第7号）によるNPO法人や中間法人法（平成13年法律第49号）に基づく中間法人が出現した。これら新法人では、社員に共通する利益を図ることを目的とし、かつ非営利つまり剰余金を社員に分配することを目的としない社団であるが、公益性は求められない。なかでも中間法人には、有限責任中間法人と無限責任中間法人の2つがあったが、後述の公益法人制度改革に伴い、2008年12月の新公益法人法の施行後は一般社団法人に移行し、この中間法人制度は消滅した。一時期とはいえ中間法人が必要とされた理由は、営利を目的とする株式会社、旧有限会社、合名会社、合同会社などの法人、公益を目的とする社団法人、財団法人などの法人、特定非営利活動を目的とするNPO法人などのいずれにも該当せず、しかも個人もしくは任意団体ではなく法人格を要するときに、この法人形態が選択されたのである。

一方、NPO法人は公益性を認められている点で有利であるが、設立手続きが複雑である。一方で株式会社の長短については、設立が容易であることなど多くのメリットがあるが、株主のために利益を追求しなければ、株主に対する背信行為となる。

これらを、医療や看護を経営するときにあてはめると、NPO法人で訪問看護ステーションを開設するときに困難が多く、数も少ない。株式会社は、訪問看護ステーションの経営形態のうち1,200にもものぼる。

2. 看護法人による訪問看護ステーション等の経営の可能性

このようにいろいろな法人経営形態があるが、訪問看護ステーションや助産所を運営する形態として、どれがふさわしいのかを考察してみる。個人よりも法人のほうが永続

性に優れ、経営も安定する。法人のなかでも株式会社より医療法人、社団法人のほうが営利性を否定される医療のなかでは利用者に対する信用力で優れている。

しかし、既存の法人形態よりは、営利性が少なく利用者の信頼を得られ、看護が経営の主導であり、したがって看護を普及しやすく、看護分野の経営を主たる目的にした法人を設立できるとすれば、訪問看護ステーションや助産所の経営には最適ではないかと考える。これを仮に看護法人と名づけて考察する。言い換えれば看護法人とは、医師が医療法人をつくって医療活動を行うのと同様に、看護師が看護活動を独立して行うための法人といえる。訪問看護ステーションが5,000を超えている今、看護法人を創設することを論じる価値はある。それは、看護が医師からより独立して看護行為を行っている現状を補強するためにも有効であろう。

一つの案として看護法人の考えられる形態としては、医療法人に準じてみれば、看護師1名以上で、基本財産は訪問看護ステーションを設置できる程度をもつことになる。ただし、設立は医療法人のように主務官庁による認可主義とは異なり、準則主義という登記によるものとする。これは株式会社と同等に設立を容易にして、普及しやすくするものである。営利を目的としないので社会的信頼も得やすい。主たる業務として訪問看護ステーションの設置、訪問看護事業の実施、助産所の設置、助産業務の実施などが挙げられよう。

この考え方で、議論が深まっていくことを期待する。従来は新法人制度をつくるのはなかなか困難であったが、1998年以降、NPO法人や中間法人制度などができたことを考えれば、決して無理なことではないであろう。そのうえで公益法人制度自体が大きく変わったのであるから、法人制度は変わるものであり、決して不変のものではないという認識が国内に芽生えている。

Ⅳ. 公益法人制度改革と看護法人

1. 公益法人制度改革とその社会的背景

ここで看護法人制度を考えるうえで、社団法人、財団法人という公益法人制度が変わったことが、大きく有利になると思われるので考察してみた。これまでの社団法人・財団法人制度はその設立に高いハードルをもつことと、多様なニーズに対応できなくなってきたため、2003年の閣議決定により公益法人改革の方針が固められた。その結果、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律（平成18年法律第48号）および公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律（平成18年法律第49号）が成立した。これは、従来の民法の社団法人等を、非営利であるが公益性が低い一般社団法人等と公益性が高い認定社団法人等と

に分けるものである。

当該閣議決定によると、その理由はおおむね次のとおりである。すなわち、わが国においては、個人の価値観が多様化し、社会のニーズが多岐にわたっているのに対し、従来の民法による社団法人等では、画一的対応が重視される行政部門と、収益を上げることが前提となる民間営利部門の2つのカテゴリーのみであった。これでは、国民のさまざまなニーズに十分に対応することが困難な状況になっているからである。

従来の公益法人や株式会社に対して、両者の中間に存在する民間非営利部門は活動の制約が少なく、柔軟かつ機動的な活動を展開することが可能である。したがって、前述の行政部門や民間営利部門だけでは満たすことのできない多様化した社会のニーズに対応する多様なサービスを提供することができる新たな法人が必要と考えられた。新法人活動の促進は、21世紀のわが国の社会を活力に満ちた社会として維持していくうえできわめて重要である。この考え方を推し進めると、看護法人も決して可能性がないことではない。また、民間非営利活動は、提供する側からみても、一人一人に職場や家庭とは異なる多様な活動の場を与え、個人のさまざまな価値観を受け止める活動を促進することになる。個人の活動の選択肢も広がり、自己実現の機会が増加するものと考えられる。このように提供する側と受ける側の双方にとってメリットがあるとされたのであった。このため、同閣議決定によると、「民間非営利活動をわが国の社会経済システムのなかに積極的に位置づけ、その活動を促進するための方策を講ずる必要がある」として、従来は民法の社団法人等が占めてきた役割を変えていくこととなったのである。また、設立にあたっては民法の既存法人は主務官庁の許可主義であったことも改正された。また、従来の社団法人と財団法人は、公益性の判断基準が不明確であり営利法人類似ではないか、仲間内での共益的な法人ではないか、といわれてきたところであり、税制上の優遇措置や行政の委託、補助金、天下りの受け皿などになったとして批判と指摘を受けるに至っていたことも大きい。

2. 新たな公益法人制度の発足

こうした諸問題に対処し、さらに21世紀の社会経済の一翼を担う民間非営利活動の発展を促進するため、公益法人制度の抜本的改革により、新たな非営利法人制度をつくるべきとの国民的合意が形成され、前述の法人二法が成立し施行されたのである。前述のように、従来の公益法人制度は法人格の取得と公益性の判断や税制上の優遇措置とが一体となっており、これが問題の根源であった。これを解消するため新制度では、法人格と税制上の優遇措置とを分離し、公益性の有無にかかわらず新たに非営利法人をつ

ることができることとし、さらに民間の非営利活動を促進するため、官庁の認可を要せず登記だけで簡便に設立できるものとしたのである。

そのうえで、公益性の客観的で明確な判断基準を策定すること、それを実施する独立した判断主体を内閣につくること、経営・運営のあり方、残余財産のあり方、情報開示、プライバシーの保護などを含め公益にふさわしいものにする、新たな非営利法人に対する税制上の措置を講じることとされた。この非営利法人は、普遍的な国民の納税義務のもとで、公益性を有すると認められた場合に税制上の優遇措置が講じられることとされた。これらにより、一般社団法人と一般財団法人の設立が容易になった。

3. 新たな社団法人等の具体像

一般社団法人は、社員2名以上で設立可能であること、設立時の財産保有規制は設けないこととされた。一般財団法人は、純資産300万円以上または遺言でも設立可能となり、登記によって法人格を取得できる。さらに公益認定を受けても法人格は一般社団・一般財団法人全体に及ぶ法律があった場合、それは公益認定された財団法人にも及ぶものとなっている。

4. 公益性についての考え方の現状

一般社団法人より公益性が高い公益社団法人または公益財団法人になる場合、その認定は内閣総理大臣および都道府県知事により行われるとされている。従来の主務官庁制は廃止され、有識者からなる合議制の委員会がそれら行政庁からの諮問により、公益性を認定することになる。公益法人認定法第5条による公益認定の要件は、公益目的事業支出が全支出の50%以上であることなど17項目であり、公益目的事業の定義は、同法の別表に掲げられた23事業(表1)に該当し、なおかつ、不特定かつ多数の者の利益の増進に寄与するものとされている。そのなかには医療や看護は入っていない。看護のみでは公益性があるとはいえず、さらに要件が必要ということである。

看護と公益法人とのかかわりに関してもう一つ重要なことは、中央と都道府県の看護協会の対応である。看護協会のような既存の社団法人が新制度へ移行することについては、従来の公益法人は特例民法法人とし、2008年12月1日の法律完全施行日から5年以内に新制度の公益社団法人か一般社団法人か解散かの道を選ぶものとされている。公益認定を受けた場合は、公益社団法人へ移行となり、定款中の名称を「公益社団法人」と変更したものとみなされ、名称変更の登記手続きを経て、その名称を用いなければならない。一方、公益認定を受けず、あるいは受けられずに登記のみをした場合は、一般社団法人へ移行し、さらに5年以内に何もしなかった場合には解散となる。

表1 公益法人認定法別表の23事業

1	学術及び科学技術の振興を目的とする事業
2	文化及び芸術の振興を目的とする事業
3	障害者若しくは生活困窮者又は事故、災害若しくは犯罪による被害者の支援を目的とする事業
4	高齢者の福祉の増進を目的とする事業
5	勤労意欲のある者に対する就労の支援を目的とする事業
6	公衆衛生の向上を目的とする事業
7	児童又は青少年の健全な育成を目的とする事業
8	勤労者の福祉の向上を目的とする事業
9	教育、スポーツを通じて国民の心身の健全な発達に寄与し、又は豊かな人間性を涵養することを目的とする事業
10	犯罪の防止又は治安の維持を目的とする事業
11	事故又は災害の防止を目的とする事業
12	人種、性別その他の事由による不当な差別又は偏見の防止及び根絶を目的とする事業
13	思想及び良心の自由、信教の自由又は表現の自由の尊重又は擁護を目的とする事業
14	男女共同参画社会の形成その他のより良い社会の形成の促進を目的とする事業
15	国際相互理解の促進及び開発途上にある海外の地域に対する経済協力を目的とする事業
16	地球環境の保全又は自然環境の保護及び整備を目的とする事業
17	国土の利用、整備又は保全を目的とする事業
18	国政の健全な運営の確保に資することを目的とする事業
19	地域社会の健全な発展を目的とする事業
20	公正かつ自由な経済活動の機会の確保及び促進並びにその活性化による国民生活の安定向上を目的とする事業
21	国民生活に不可欠な物質、エネルギー等の安定供給の確保を目的とする事業
22	一般消費者の利益の擁護又は増進を目的とする事業
23	前各号に掲げるもののほか、公益に関する事業として政令で定めるもの

(公益法人認定法より)

5. 看護法人制度への影響

このような公益法人改革が看護法人の議論にどのように影響を及ぼすであろうか。これまでは、法人制度と税制上の優遇措置を一体で考えていたために議論ができなかったものが、これを切り離す先例ができたために議論がしやすくなり、看護法人制度の設立議論に弾みがつくと思われる。

社団法人の設立が一般であれ、公益であれば容易になったために、看護を法人が行うためのハードルが低くなったと考えられる。ならば、看護法人でなくとも一般社団法人となれば訪問看護を行えるのではないか、わざわざ看護法人制度を論じなくともよいではないかという指摘はあろう。加えて、一般社団法人は、公益性は低いとして税制上の優遇措置はないが、そもそも訪問看護では利益が多く出るとは思われなから税制上の優遇措置は関係ないとの主張もあろう。2008年の所得税法等の一部を改正する法律（平成

表2 日本国内の主な法人制度一覧

I 本論文で論じた法人			
法人種類	根拠法	備考	
医療法人	医療法		
公益社団法人	公益法人認定法	2008年から	
一般社団法人	一般社団・財団法人法	2008年から	
社団法人	民法旧条文	2013年までの暫定	
中間法人	中間法人法旧条文	一般社団等に転換	
株式会社	会社法		
II それ以外の分野別法人			
法人種類	根拠法	数	調査時点
社会福祉法人	社会福祉法	18,600	2007. 3
宗教法人	宗教法人法	182,868	2006.12
学校法人	私立学校法	671	2008. 4
社会保険労務士法人	社会保険労務士法	334	2008.11
弁護士法人	弁護士法	345	2009. 2
監査法人	公認会計士法	189	2009. 1
税理士法人	税理士法	1,548	2008. 3
行政書士法人	行政書士法	144	2008.10
農事組合法人	農業協同組合法	8,000	2008.10

(菅野和夫他(2008),平成20年度版六法全書I・IIの各条文をもとに作成。財団法人は社団法人に準ずるので省略)

20年法律第23号)において、新しい公益法人税体系が決められた。本来事業ではない収益事業等は法人税法上の収益事業として課税される。ただし税率は営利法人の40%より低い30%である。本来事業である公益目的事業については、非収益事業34業種にあつては非課税となるほか、収益事業でも、所得額800万円までは税率22%とすることなどとされている。なお、公益認定を受けない一般社団・財団法人については、完全非営利の収益事業と共益型の収益事業は低率課税とするが、それ以外は全部課税とされている。

このような議論のなかで、看護が医療法人や株式会社とは異なる分野であることを明らかにするために、一般社団法人とは別の非営利法人として看護を国民に明確に示すためにも、看護法人制度の検討は必要であると考えられる。法人制度が固定不変なものであったことから、表2のように多くの種別に分かれてきた現在では、看護法人制度を検討することにも意義がある。

V. まとめ

これまで論じたように、少子高齢社会において必要性が増大している訪問看護や助産所の運営について、その運営の持続性を確保するために法人化の可能性について論じた。その場合、医療法人でも株式会社でもない法人形態であり、かつ営利を目的としない看護行為であることを明ら

かにする法人，すなわち看護法人制度を創設することで看護が国民の信頼を得られ，看護の普及と向上につながるのではないかと考察した。これにより訪問看護や助産活動の推進にも結びつくだけでなく，それらをさらに発展させるために看護法人という制度を創設することは意義があると考えられる。

ただし，2008年の公益法人改革によって従来の民法の社団法人等がより容易に設立できる一般社団法人や財団法人となったことから，非営利法人の設立が容易になり，当面はこれが看護法人の代用となるとも思われる。しかし，医師中心の医療法人との均衡のうえからも，看護専門職が権限と責任をもつ看護法人制度は考慮に値する。

なお，看護界にとっては，従来の民法の社団法人である中央および地方の看護協会が一般社団になるか公益社団になるか，5年間の猶予期間のなかで決めることももう一つの重要な課題である。公益社団法人になるには高いハードルがあるので，少なくとも今から看護として医療法人や株式会社など他の法人とは異なる非営利性があることを明らかにしていく努力が必要である。

看護が国民医療の向上のために，そのもてる力を発揮するためには，看護事業を運営する形態にも光を当てて考えなければならない。そのための一つの大きな手段が看護法人制度の創設ではないかと論じるものである。

■文 献

- 第6次看護職員需給見通しに関する検討会（2004）．第1回資料．厚生労働省，東京．
- 菅野和夫，江頭憲治郎，小早川光郎，西田典之編（2008）．平成20年版六法全書Ⅰ・Ⅱ．有斐閣，東京．
- 国税庁（2008）．新たな公益法人関係税制の手引き．31-35，国税庁，東京．
- 厚生労働省（2008）．平成20年度版厚生労働白書．ぎょうせい，東京．
- 厚生労働省大臣官房会計課（2008）．平成21年度厚生労働省予算概算要求．厚生労働省，東京．
- 厚生労働省大臣官房統計情報部（2008）．平成20年4月介護保険事業所実績報告第23表請求事業所数．厚生労働省，東京．

【要旨】 少子高齢社会を迎え，多様な国民のニーズに応えるため，および医療技術の発展などのため，在宅での医療が広がりつつある。その大きな柱である訪問看護は，訪問看護ステーションが5,000か所にもなっているが，総数は減少傾向にあることが明らかとなった。また，安心・安全・快適な出産などのため，助産所への志向が高まっている。この訪問看護や助産事業の推進のためには，さまざまな問題を解決しなければならないが，訪問看護ステーションは経営形態が医療法人や株式会社などであることから，利用者からみて非営利で行っているのか，看護師にとってふさわしい活動しやすい経営主体なのか明確でないこともある。経営形態に焦点を絞り，組織の永続性を維持し看護師が事業を行いやすいように，医療法人の看護版とでもいべき看護法人を提案し論じるものである。一方で，2008年12月から民法の社団法人・財団法人制度が大きく変わり，税制上の優遇措置と切り離された一般社団法人設立が容易になった。しかしながら，看護の独自性を明らかにし，医療法人との均衡において看護法人制度創設を論じる意義は大きい。

受付日 2008年9月4日 採用決定日 2008年12月4日

心理学関連の体験学習によって学生の受容力を伸ばす試み —他者理解と受容力の向上を目指す基礎教養科目での実践—

鉅鹿健吉

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

Raising Student's Sensitivity through Psychology Workshops

Kenkichi Ooga

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

【Keywords】 受容, 他者理解, 自己理解, 体験学習, グループワーク

I. はじめに

大学での教育に携わるようになって久しいが、最近の学生は幼くなっている印象を受ける。もちろん、入学してくる学生は学力の面でも社会性の面でも個人差が大きく、一部の幼い印象を与える学生が目立っていることも事実であろう。しかしながら、思考や行動、感性の面でも、全体的に「自己中心的」な傾向が強まっているという印象をもつ。「他者にあまり関心をもたない学生」や「他者の心情を理解しない学生」が増え、他者を受容する力や人にかかわる会話力が低下しているようで、援助職に就くことに疑問を感じることもある。

国立看護大学校に着任してから7年余りが経過した。現在、1年次生の授業科目として、心理学、発達心理学、人間関係論などを担当している。それまでは臨床心理学やカウンセリング理論、社会人を対象にした心理的援助の現任教育を行っていたので、看護教育のなかで学生に広い視野を提供し、人間的にも成長してもらいたいと願う教養の授業には新しい工夫が必要であった。担当する授業では知識を習得させるほか、全体の半分近くに体験学習を取り入れて、「人の気持ちがわかる」「人にポジティブな関心を持ち、援助的にかかわれる」といった効果を期待した。この小論では、現在行っている体験学習の様子とその成果を報告し、どのようにすれば受容的な態度や価値観、そして人にかかわる能力を身に付けることができるのかについて考察を加えた。

II. 「心理学」のセルフチェックにみる 学生の心理と受容力

はじめに、本稿でいう「受容力」の概念について簡単に説明しておきたい。「受容」とは人を優しく受け入れることであり、誰もが好きな人や親しい人に対しては行っていることである。しかし、嫌いな人が多くてはあまり受容的だとはいえないし、相手に無関心であったり尊重をしていなければ、これも受容的だとはいえない。知らない人や考え方の違う人に対して、われわれはとかく距離をとり、拒否的、攻撃的になりやすい。そこで、本稿では、相手に対して無関心、拒否的にならず、相手を好意的に受け入れる態度を「受容的」とし、その能力を「受容力」と呼ぶことにする。意識的に自己をコントロールすることで、この能力は確かなものになり、将来援助職に就く人だけの課題ではなく、誰もが対人関係の基盤として必要なものである。

次に、「受容力」を向上させる体験学習の試みについて述べる。実施している体験学習の種類とそのねらいについて、表1に示した。

1. 心理セルフチェック

「心理学」の講義のなかで、自分の感情と人間関係を理解するために、2種類のセルフチェックを行っている。その概略を紹介する。「ストレス・コーピングのイメージチェック」は、ストレス状況をイメージしてもらい、どのような気持ちでどのような対処行動をとるかを選択肢のなかから選ぶものである。四者択一式のセルフチェックで、感

表1 体験学習の種類と受容に関するねらい

科目	体験学習	方法	ねらい
心理学	心理セルフチェック ク	ストレス・コーピングのイメージチェック 厳しさと優しさのバランステスト	自己の客観視 自己理解・他者理解
発達心理学	視聴覚教材 劇映画観賞	主人公への共感的理解 攻撃的・受容的なモデルの言動を観察	自己の課題を認識 受容のモデル学習
人間関係論	共同作業	共同絵画, 健康イベントの企画, 映画作成 (チームワークのなかでの協力と相互受容)	受容の試行
	グループでゲーム	NASA, 町の地図作り (各個人の価値観と行動をすり合わせる)	異文化の受容
	ロールプレイ	援助的な声かけ, 傾聴と助言	受容的言語表現
	シェアリング	プラスのフィードバック	ク

情レベルでは、不安、怒り、抑圧、親しさの4つの反応、行動レベルでは、逃避、攻撃、冷静、友愛の4つの行動から選択する。

一例を示すと、「お店で買い物をし、代金を払うとき、店員の計算ミスで100円多く請求された。あなたはどのような気持ちになり、どのような対応をしますか?」という設問がある。この4つの反応は次のとおりである(参考として筆者の経験した約1,000名のデータから、学生と営業を主とするサラリーマンについての回答割合を示した)。

- ①店員のミスとわかっていても、気弱に請求された金額を支払う<逃避反応>(学生15%:営業マン5%)
- ②不快に思い、高圧的な態度で相手の計算ミスを指摘する<攻撃反応>(学生25%:営業マン35%)
- ③冷静に、相手に「計算に間違いはないか」と問う<冷静反応>(学生50%:営業マン35%)
- ④相手に親近感を感じ、非難しない雰囲気の中で明るく笑顔で間違っていないかを確認する<友愛反応>(学生10%:営業マン25%)

この設問は、いわゆるアサーティブな対応ができるか、感情のコントロールと健康なストレス・コーピングができるかを問うものである。同じように「注文した料理が出てこない」「禁煙のルールを守らない人がいる」「一度購入した商品をクレームで交換する」などのストレス場面での対応をイメージして選択肢を選ぶ。一般的には、中学生には不安と逃避反応、青年期や反抗期には怒りと攻撃反応、成人以降には冷静と友愛の反応が多く見られる。もちろんイメージされた状況によって選択肢も変わるが、十数問をトータルしてみると、その人の回答傾向が個性としてよく表れてくる。攻撃(怒り)と逃避(不安)の反応が多い人は、相手を受容するという点では課題があるといえよう。

2. 厳しさと優しさのバランステスト

もう一つのセルフチェックは交流分析のエゴグラムをベースに作成したもので、「厳しさと優しさのバランステスト」と呼ばれるものである。これは「人のミスを見つけると指摘したくなる」「人の失敗をフォローすることが多い」「楽しいことをするのが大好きだ」「人の視線が気になるほうだ」などの40項目に、自分の傾向が該当するかどうかをチェックするものである。これにより、他者に対する厳しさと優しさのバランス、また、自分の楽しさと対人不安のバランスを見ることができる。「優しさ」が他者受容に相当するが、いずれの項目もその状況をイメージしたとき、相手に対して好意的、受容的であるかをチェックする。

2種類の心理セルフチェックから、学生は自分の性格と「受容力」を見ることができる。他者への優しさより厳しさが強いことになりがちだったり、また、楽しさよりも対人不安の傾向が強い結果に気づいたりする学生も少なくない。受容に関係する自分の傾向に気づき、それについて学生が書いたコメントの例を紹介すると次のようなものがある。

「他者に厳しくてあまり受容的ではない自分に気づいた」「対人不安が大きく、それをカバーするために明るく楽しく演じていることがある」「私の無関心や他者への攻撃心の裏には、不安の心理が存在している」「優しさや受容的な対応ができたときは、対人関係が滑らかになる」

学生がどのように、より受容的に自分を変化させていくのかについては、講義でも多少の説明をするが、実際には個人が自覚した課題を宿題として取り組む場合が多い。なお、セルフチェックであるので、結果はそのまま事実を示してはいない。特に新入生の場合、意識的にも無意識にも無難な回答を選択するのが普通である。その点を授業では説明して自己理解の一助としてもらっている。

Ⅲ. 「発達心理学」の視聴覚教材にみる 学生の共感的理解

1. ドキュメンタリー『大阪アトム共同保育所の子供たち』とドラマ『優しい時間』

「発達心理学」の講義のなかでは多くのビデオ教材を提示する。ここで学生は、ビデオ教材のなかに登場する主人公たちに共感したり、逆に共感しにくい場合を経験する。たとえば、幼児期の教材『大阪アトム共同保育所の子供たち』（NHK制作）では、みんなとよく喧嘩をするハヤト君や、みんなの遊びになかなか交ぜてもらえないユウキちゃんたちの姿がドキュメンタリーとして映されている。多くの学生はこの2人に深い共感的理解を示すが、共感的理解を示さない学生もいる。「自分とは違うから」「関心がもてなかったから」などの理由でこの2人に共感しない学生も見られる。

また、他の教材として、青年期と成人期の主人公が登場するドラマ『優しい時間』（原作・倉本聰）を提示する。喫茶店でバイトするアズの心の葛藤や、陶芸修行中のタクローの気持ちを理解することをテーマとしている。スクリーンに主演スターが登場すると教室には歓声が上がリ、どよめきが生じるが、しかしその割には主人公の気持ちを理解できない学生が増えている。この傾向は、中年の登場人物に対しては特に顕著に見られる。喫茶店主に借金を頼みにくる常連客のシーンでは、店主が客に説教をして、その気持ちは「怒り」を抑え込んでいるにもかかわらず、学生は店主が「申し訳ない気持ち」「冷静な気持ち」でいるなどと状況に合わない理解をすることが多い。学生は中年期以降の登場人物には共感的理解をしにくい傾向が見られる。

2. 『恋愛小説家』『12人の怒れる男』などの劇映画

援助的な対話の具体例を劇映画のなかに見ることができ。シナリオを見ながら受容的な態度や会話を観賞する目的で、劇映画を教材として提示している。映画は、『恋愛小説家』『小説家を見つけたら』『グッド・ウィル・ハンティング』『17歳のカルテ』『12人の怒れる男』などを用いている。さまざまな受容的な人物を映画のなかに見ることができるので、学生のコメントによれば、「映画の場面そのままに、受容的なシーンのコミュニケーションがしっかりと頭に残った」などと記されている。

『恋愛小説家』では、攻撃的で相手を尊重しない主人公が、次第に周囲の人を尊重する言動に変化していく様子が見られる。『小説家を見つけたら』では、出会った主人公たちが、日常生活のなかで次第に会話が友愛的に洗練されていく様子が見える。『17歳のカルテ』と『グッド・ウィル・ハンティング』では、医療スタッフによる援助的

な言動が描かれている。『12人の怒れる男』では、登場する陪審員たちが攻撃性の強い人から援助的で受容的な性格の人までいて、そのやり取りが印象的に描かれている。

3. 視聴覚教材についての話し合い

このように、映画やテレビドラマの一部を教材にして、人の気持ち（不安、不満、苛立ちなど）と、人の考え（思考のプロセス、価値観など）を理解するのであるが、登場人物についてどのように感じ、どう理解したかを学生同士で話し合ってもらうことは体験学習として大切なことである。劇映画の教材は、初めは単純に人の心の理解をねらいとしていたが、心を理解するにはそれに対する多様な意見や解釈に触れることも大事で、授業では各個人が感じ考えたことを少人数のグループのなかで伝え合うことが有効であった。これは学生同士がお互いの「言葉」「考え方」「気持ち」を理解することにもつながり、二重の意味で他者理解と受容を学ぶ機会になっている。

Ⅳ. 「人間関係論」での体験学習 にみる受容力

1. 絵画制作、イベント企画、映画作りなどの共同作業

「人間関係論」では、人間関係を実際に体験しながら理解する学習として、絵画制作、イベント企画、映画作りなどのグループワークや共同作業を行う。これにより、自分の作業能力、会話力、感情のコントロールなどとともに、他者を受容する経験をする。

「共同絵画制作」は3人で1枚の絵を合作するものだが、無言で行うのがポイントである。何も話し合わないでも気持ちを通わせて合作することができ、時には話し合っ合作するより心地よい満足感が得られる。

「健康イベント企画」の例では、予算100万円で地域での健康イベントを計画するものがある。講師や会場の交渉、広報担当、責任者などの役割分担をして丁寧に意見を交換し、最後に全員で企画書とポスターを実際に作成する。イメージによる架空の企画であってもチームワークの経験となる。

「映画作り」は10～15人程度の共同作業で、企画、シナリオ作成、出演、編集、音入れなどの作業を行って、十数分程度の作品を完成させて上映会を行うものである。このグループワークは充実感があるものの、作業量が多くて学生に大きな負担をかけるので最近では実施していない。

2. チームワークによるゲームの体験学習— NASA、マップ作りなど

「NASA」は、もし自分たちが月面に不時着した宇宙飛行士だとしたら、何を携行して基地までたどり着こうとす

るかを、グループで討議するものである。月面の状況を判断するには重力や外気に関する知識が必要であり、6人程度でもコンセンサスを得るには十分に意見交流をしないと結論は出ない。考え方や知識の違いから意見の対立や新しい提案と相互理解が繰り返され、メンバーが納得して合意に至るには約1時間が必要である(「NASA」という名称はアメリカ航空宇宙局の宇宙飛行士たちが、この問題に正解を提供したことによる)。

「マップ作り」は、グループの1人ずつに与えられた細かい地図の情報を全員で共有することによって、初めて町全体の地図を作成することができるというものである。このエクササイズも、各メンバーが協力して意見を出す、その判断と思考方法が違うところから、合意に至るまでには約40分が必要である。

これらのグループワークでは適度の緊張感と充実感を味わうことができるが、チームワークが苦手な学生も目立つようになった。面倒なことはやりたくない、共同作業は嫌いだという姿勢を見せるが、一緒に組んだメンバーとのかかわりのなかでお互いに不快な思いをしないように努力するようになり、最終的には受容的な関係を経験してゲームの完成を喜ぶことができる。

3. 対話の「ロールプレイ」

援助の必要な人々にかかわる会話として、友人の相談事を聴く「リスニング」「ミニ・カウンセリング」のロールプレイや、「声かけ」のロールプレイを行う。「声かけ」では、不安な患者に看護師として声をかける場面や、旅人にどこに行くのかと話しかける場面などで、アドリブで数分間の対話を演じる。自分の対話を豊かにしたり、上手なかかわりの練習をしたりする場にもなる。ここではロールプレイについて詳しい説明を省くが、会話のプロセスは、会話力と同時に相手を受容する能力を反映している。

4. シェアリングによるフィードバック

「人間関係論」では、グループ内で各人が体験学習を振り返ってのコメントを述べる。これは原則的にプラスのフィードバックに限定することが多い。その理由は、学生が他者の評価に敏感で、ネガティブな評価を受けて傷つくことがあるからである。グループのプロセスのなかでは対立して熱くなることもあるが、終了時にはお互いが相手の労をねぎらう形でセッションを閉じる。受容的な雰囲気のコミュニケーションを体験することは心地よく、まさに受容をシェア(共有)することになる。

5. 体験学習の理論的な背景

筆者は、心理学、発達心理学、人間関係論の授業の半分近くを体験学習にあてているが、そのねらいは人間関係で

の理解力、受容力、会話力を向上させることにある。学習方法の根拠としては、柳原(1985)の『人間のための組織開発シリーズ』、津村ら(1992)による『人間関係トレーニング』、文殊(1996)の『「人間関係論」の授業展開』などを参考にしてきた。また、平木(1993)の『アサーション・トレーニング』、竹内(1990)の『「からだ」と「ことば」のレッスン』なども理論的な背景として参考にしてきた。1年次でのこの体験学習は、2年次の「エンカウンター演習」(コミュニケーション演習)に引き継がれ、他者との「出会い」と「コミュニケーション」をキーワードに人間関係能力の学習が積み重ねられる。

V. 受容力と教育の可能性

1. 受容力の発達に影響するもの、阻害するもの

受容に関して、発達心理的に概観してみると、乳児期以来、人は周囲との関係において、受容されて心地よさを感じたり、受容されずに緊張感や不快感を感じて生活をしている。幼児期には、自分で人間関係を選べないので、受け身の人間関係のなかで喜怒哀楽の気持ちをため込むことになる。また、児童期・思春期になると人の好き嫌いがはっきりと自覚され、青年期以降は自分で人間関係を選択したり、相手に対する気持ちをコントロールしたりすることが可能になる。成人期には「受容してもらう」より「受容する」側へと移り、好きな人とだけでなく多くの人と良い関係を持ち、安心できる人間関係を維持してお互いが有意義な存在となることを知る。児童期以降、受容的な人間のモデルが周囲に存在することで本人は受容的になりやすい。それはテレビドラマや小説、新聞、漫画などの影響によることも多い。

「トラスト・ウォーク」という、目をつぶって歩く人の不安をできるだけ少なくするように配慮してガイドする援助者の演習がある。ここ2~3年、筆者はこの演習を学生に実施しなくなった。その理由は、相手を尊重できない(守れない)ガイド役の学生が増えたからである。相手に関心を向けられない、相手に怖さをわざと味わわせたい、相手に対して何とも言葉が出てこないで守れない…そんなガイドによって傷つくウォーカー役が出るからである。

学生はなぜ他者を受容できなくなったのか。まだ自分を守ってほしい、受容してほしいというレベルにとどまっているのか、それとも攻撃的な人間関係の反抗期を抜け切らずにいるのか。マスコミなどを通して煩雑な社会に接し、自己中心的なモデルに囲まれているせいなのだろうか。いずれにしても学生の受容力が低下していることは否めない。

2. 受容力を育む教育

受容力の低下については、情報化が進み経済的にも豊か

になった社会全体の影響も無視できないであろう。学生が自己中心的になったことについては以前からさまざまな意見がある。学生の言動については、宇佐美（1999）が『大学の授業』のなかで、言語能力の低さやマナー知らずの具体例を多く示している。また、中島（1997）は『対話のない社会』のなかで、「沈黙する学生の群れ」として、その未熟な例を多く紹介している。しかし、姜（2008）は『悩む力』のなかで、悩んで青春を過ごしている人に「自分でこれだと確信できるものが得られるまで悩み続ける。あるいは、それしか方法はないということを感じる」というように、「悩むこと」が人を受容することにつながることを説き、応援のエールを送っている。

そんな学生に対して、教師はどう教えるのか。明石（1996）は、ノートがとれない学生に「意欲、関心、態度」に着目する授業づくりを提唱し、学生が集中できるネタ探しの工夫について述べている。また、齋藤（2007）は『教育力』のなかで、「教師の教育力を見たいのなら、先生の言っていることよりも、教室の前のほうに立って生徒の顔を見ていたらわかる。生徒がどれくらい熱中しているかということで、その先生の教育力がわかる」と教育者の能力を見ている。一方、北川と平田（2008）によれば、『ニッポンには対話がない』のなかで、「最も恐ろしいのは、思考を停止させる教育」と述べ、「だめだと言われたからだめ、と思う人間を育ててはいけない。教える立場の人間が、教え込むことの誘惑を抑えることが大切」と述べている。教師のかかわり方についてはさまざまな可能性が指摘されているが、学生が自分のペースで考えるプロセスを重視し、教師は自分の後ろ姿を見せながら教育することなどが共通している。

今回の体験学習の結果を概観してみると、受容や共感の能力は、他者の気持ちの理解、他者への関心、共同作業への参加、対話の豊かさなどに表れている。受容力の向上のためには、①自分の受容能力の客観視、②受容的・援助的なモデルの視聴、③受容的かかわりの試行、④受容的会話の習得、というステップが効果的であるといえる。体験学習による振り返り（内省）は、受容的な態度を培うことにつながっている。

また、受容は教育の場の相互関係のなかでも発展し、体験的に学ばれていくものである。メイヤロフ（1971）は、『ケアの本質』のなかで、「ケアは伝染する。私が相手をケアすることは、その人が私をケアすることの活性化をたすけるのである。…私たちは友情についても、相手の成長を互いにたすけ合うような成熟した友情が、無限に続いてくれることを望むのである」と述べている。ここでケアや友

情として語られていることは、他者への受容とも置き換えられるし、学生同士、教師と学生との関係にもそのまま置き換えることができるであろう。

VI. おわりに

学生の成長を期待して「受容力」に着目した授業の実践報告として本稿を進めてきた。学生に「優しさ」が足りないと心配してきたが、彼らはちょっとスタートが遅れていただけかもしれない。「自己中心的」な学生たちがどのように変化して卒業していくのか、そして卒業後もしっかりと見守っていききたい。むしろ問題なのは、筆者のほうに気づかないうちに学生を受容できなくなっていることかもしれない。優しく援助的な人でいたいという願望と、自分らしく自由でいたいという気持ちは誰にでもある。勉強や仕事で多忙なときに、われわれは他者受容から離れて自己中心的になり、他者攻撃や他人無視にも陥りやすい。いつでも「受容的」であることは難しく、その時その場の状況に合った受容が大切なのである。人間の成長にとって本当に大事なことは何かという問題意識をもって、看護教育のなかで心理学の教育を行っていききたい。

■文 献

- 明石要一（1996）. 若者の心を捉えた授業の構築を. 看護教育編集室編, 新カリキュラムがめざす授業. 8-11, 医学書院, 東京.
- 平木典子（1993）. アサーション・トレーニング. 日本精神技術研究所, 東京.
- 姜尚中（2008）. 悩む力. 集英社, 東京.
- 北川達夫, 平田オリザ（2008）. ニッポンには対話がない. 三省堂, 東京.
- Mayeroff, M. (1971) / 田村真, 向野宣之訳 (2002). ケアの本質—生きることの意味. ゆみ出版, 東京.
- 文殊紀久野（1996）. 「人間関係論」の授業展開. 看護教育編集室編, 新カリキュラムがめざす授業. 18-22, 医学書院, 東京.
- 中島義道（1997）. 対話のない社会. PHP 研究所, 東京.
- 齋藤孝（2007）. 教育力. 岩波書店, 東京.
- 竹内敏晴（1990）. 「からだ」と「ことば」のレッスン. 講談社, 東京.
- 津村俊充, 山口真人編（1992）. 人間関係トレーニング. ナカニシヤ出版, 京都.
- 宇佐美寛（1999）. 大学の授業. 東信堂, 東京.
- 柳原光（1985）. 人間のための組織開発シリーズ（第4版）. 行動科学実践研究会, 東京.

【要旨】 大学の教養科目において、学生の他者受容を促す試みについて報告する。心理学、発達心理学、人間関係論の科目において、心理セルフチェック、グループワーク、視聴覚教材などを取り入れ、他者とのかかわりを向上させる体験学習を実践してきた。受容や共感の能力は、他者の気持ちの理解、他者への関心、共同作業への参加、対話の豊かさなどに表れる。そこで、①自分の受容能力の客観視、②受容的・援助的なモデルの視聴、③受容的かかわりの試行と実践、④受容的会話の習得、というステップを繰り返すことが受容力の向上に効果的であると推察された。個人の受容力には、他者に受容された経験、周囲に受容的なモデルがいたかどうかなどが影響しているが、大学の授業で他者受容について学習する体験によって、その発達を促進させることが可能であることが示唆された。

受付日 2008 年 12 月 9 日 採用決定日 2009 年 2 月 6 日

小児慢性疾患のキャリアオーバーと 成育医療・看護に関する文献目録

駒松仁子

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

Bibliography of Continuing Pediatric Illness and Child Health and Development

Hitoko Komamatsu

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

政策医療の一分野である成育医療には、小児慢性疾患を抱えてキャリアオーバーした人(青年期・成人期に至った患者)の医療が包含されている。小児慢性疾患の子どもがキャリアオーバーして、小児医療から成人医療に移行する過程に関する看護研究は、必ずしも十分とはいえない。別稿で「小児慢性疾患のキャリアオーバーと成育看護の課題」という題目で、小児慢性疾患、キャリアオーバー、成育医療に関する文献の概観をした後、成育看護の課題について述べた。

筆者は国立看護大学校に着任して以来、成育看護の課題を検討するために医学、看護学、さらには近接領域の学術雑誌などにおける、「成育医療」「キャリアオーバー」に関連した文献を収集することに努めてきた(学術雑誌などを直接手にして関連領域の文献を収集した)。さらに得られた文献の参考・引用文献に記載された重要と思われる文献も入手し、文献目録を作成した。

文献目録作成の手続きは、まず『医学中央雑誌』(web版)を用いて、検索可能な1983～2008年の期間において、キーワードを「小児看護」「慢性疾患」「キャリアオーバー」「思春期」「青年期」「移行」「難病」として検索した。検索から得られた文献(原著、解説)に、筆者が収集していた小児内科系疾患(主な小児慢性疾患の種類別)および小児外科系疾患、成育医療、さらには慢性疾患、思春期に関する医学、看護学および近接領域の文献を追加して文献目録を作成した。

この文献目録が、小児期に発症した慢性疾患を抱えて青年期・成人期に至る人の臨床看護実践や臨床看護研究に関する文献検索に活用され、成育医療、成育看護の発展の一助になることを願う次第である。

この文献目録は、国立看護大学校教育研究費による成果であることを申し添えます。

I. 成育医療・看護

- 川田義男(1989). 小児総合医療施設(いわゆる小児病院)の現状と将来のあり方に関する中間報告概要. 日本小児科学会雑誌, 93(12), 250-258.
- 佐伯守洋, 本名敏郎他(1992). 国立小児病院の外科の現状からみた小児病院医療の課題. 日本小児外科学会誌, 28(4), 816-819.
- 小林登(1997). 思春期の子ども達の医療は誰がどこでみるべきか—成育医療における思春期医療の位置づけ. 小児内科, 29(5), 633-637.
- 秋山洋(1997). これからの小児病院—成育医療を目指して. こども医療センター医学誌, 27(2), 75-79.
- 久保千春, 野崎剛弘(1997). ライフサイクルと心身発達課題. 臨床と研究, 74(11), 2663-2667.
- 秋山洋(1998). 成育医療の目指すもの(胎児から生殖可能年齢まで). IRYO, 52(2), 69-72.
- 小林登(1998). 成育医療とは, life stage そして life cycle からみた小児医療の未来. 小児科診療, 61(6), 1057-1062.

- 白木和夫(1998). 小児医療から成育医療へ— 21世紀へ向けての新しい展開. 日本小児科学会雑誌, 102(10), 1043-1047.
- 小崎武, 武田武夫他(1998). 国立病院における小児医療のあり方に関する研究. 厚生省小児医療共同研究, 平成8年度報告書.
- 伊藤拓(1999). 小児難病とキャリアオーバー. 日本医師会雑誌, 122(9), 1351-1356.
- 秋山洋, 西間三馨他(1999). シンポジウム, 小児医療と成育医療. IRYO, 53(1), 24-41.
- 小林登(2000). 序; 小児医療から成育医療へ— 21世紀こそ子どもの世紀にしよう. 小児内科, 32(12), 2081-2084.
- 白木和夫(2000). 成育医療の概念と特徴—三次元医療から四次元へ. 小児内科, 32(12), 2089-2093.
- 高橋滋(2000). 小児医療の限界と問題点. 小児内科, 32(12), 2085-2087.
- 池田信二, 猪俣裕紀洋他(2000). 移植と成育医療. 小児内科, 32(12), 2195-2199.
- 田原卓浩(2000). 成育医療と医療環境(アメニティ). 小児内科, 32(12), 2200-2204.
- 秋山洋(2001). 成育医療の臨床と研究. 日本小児外科学会誌, 37(7), 1030-1034.
- 宮本信也(2001). <小児期から成人, そして次世代へ>こころのサイクル. 小児内科, 32(12), 2179-2185.
- 柳澤正義(2001). 日本における小児医療のあり方. 小児科, 42(1), 10-15.
- 柳澤正義(2002). 成育医療の概念とその背景. 小児看護, 25(12), 1567-1570.
- 山元恵子, 地蔵愛子他(2002). 成育医療における看護の役割. 小児看護, 25(12), 1571-1577.
- 柳澤正義(2002). 21世紀の小児医療—成育医療センターの開院を目前にして. 小児保健研究, 61(1), 3-8.
- 田原卓浩, 柳澤正義(2002). 成育医療と国立成育医療センター. 小児科, 43(8), 985-992.
- 富沢修一, 早川広史他(2002). 成育医療ネットワークにおけるキャリアオーバー症例の状況について. 日本小児科学会雑誌, 106(1), 99.
- 田原卓浩, 高山ジョニー郎他(2003). 成育医療が目指すもの. 小児内科, 35(増刊号), 54-57.
- 松尾宣武(2003). 成育医療センターのめざす医療の方向性. 医学のあゆみ, 206(9), 682-685.
- 久保隆彦(2003). 「成育医療」とは何か—成育医療センターのめざす周産期医療. 助産雑誌, 57(8), 625-630.
- 高山ジョニー郎(2003). 成育医療における「キャリアオーバー」. 治療, 85(9), 2490-2492.
- 岡崎光洋(2003). 小児のキャリアオーバーにおける臨床心理士の役割. 治療, 85(9), 2594-2597.
- 駒松仁子(2005). キャリアオーバーと成育医療, そして成育看護. 小児看護, 28(9), 1070-1075.
- 川島憲子, 本名敏郎他(2005). 成育医療におけるキャリアオーバー患者の外科的診療. 小児外科, 37(5), 588-591.
- 平良七恵, 林真由美(2005). 国立成育医療センターにおけるキャリアオーバー病棟の看護の実践と今後の課題. 小児看護, 28(9), 1275-1280.

Ⅱ. 慢性疾患

- 渡辺信夫(1986). 思春期・青年期の看護—思春期慢性疾患. 周産期医学, 15(2), 154-158.
- 岡茂(1986). 病虚弱児・者の「生き方」に関する研究について. 特殊教育学研究, 24(1), 37-43.
- 坂上正道(1988). 小児難病の治療と倫理. 小児科診療, 51(4), 905-912.
- 阿部知子(1988). 小児難病の治療と医の倫理. 小児科診療, 51(4), 913-918.
- 中野綾美(1994). 慢性疾患とともに生きる青年のノーマリゼーション. 日本看護科学会誌, 14(4), 38-50.
- 山下淳, Dewaraja, R. D. 他(1994). 長期療養児の心理的問題とその解決法. 小児臨床, 47(4), 611-618.
- 小林繁一, 宮尾益知他(1995). 青年期慢性疾患患者の社会的自立に向けて. 小児保健研究, 54(5), 607-611.
- 桃井真理子(1995). キャリアオーバー診療の問題点. medicina, 32(2), 226-238.
- 弘岡順子(1995). 思春期の患者をどうみるか. medicina, 32(2), 260-261.
- 森崇(1995). 思春期特有の症状にどう対応するか. medicina, 32(2), 262-264.
- 宮本信也(1995). 思春期患者のメンタルヘルスケア. medicina, 32(2), 283-285.
- 船川幡夫(1996). 入院中の慢性疾患とその教育. 育療, 4, 62-67.
- 平出さつき, 北村愛子(1997). 慢性疾患をもつ思春期患児の病気・入院体験. 日本小児看護研究学会, 6(2), 44-49.
- 中村美保, 兼松百合子他(1997). 慢性疾患患者と健康児のソーシャルサポート. 日本看護科学会誌, 17(1), 40-47.
- 武田浮子, 兼松百合子他(1997). 通院中の慢性疾患患児の日常生活—学校生活および療養行動の実際と気持ち. 千葉看護学会会誌, 3(1), 64-72.

- 武田鉄郎, 原仁(1997). 慢性疾患で入院している子どものセルフ・エフィカシーに関する研究. 小児の精神と神経, 37(1), 71-78.
- 小林信秋, 中井滋他(1997). 成人した難病児の小・中学校時代の体験に関する研究. 育療, 7, 45-49.
- 岩本テルヨ(1997). 看護婦のケアリング行動と患者の反応—慢性難治性疾患患者の経験の分析. 山口県立大学看護学紀要, 創刊号, 9-20.
- 岩本テルヨ(1997). ケアリングを成立させる看護婦の要件—慢性難治性疾患患者の経験の分析. 北里看護学誌, 3(1), 12-19.
- 武田鉄郎(1998). 慢性腎疾患患児の自己効力感に関する研究から. 育療, 10, 48-54.
- 兼松百合子(1998). 慢性的な健康問題をもつ子どもの生活と援助. 小児保健研究, 57(5), 629-634.
- 村上由則(1998). 病・虚弱児. こころの科学, 81, 56-57.
- 片山美香(1999). 思春期の慢性疾患患児の心理的特徴に関する研究—ボディイメージの観点から. 看護学統合研究, 1(1), 68-74.
- 古屋真弓(1999). 思春期の慢性疾患患児の心理的特徴に関する研究. 看護学統合研究, 1(1), 68-74.
- 片田範子他(2000). 小児期特有の疾患を持ちながら生活してきた患者の小児医療から成人医療への移行の実態と看護の役割—文献検索を通して. 平成11年度兵庫県特別研究助成金交付対象研究報告書.
- 中内みさ(2000). 思春期以前に発病した思春期慢性疾患患者の病気体験の語りにおける共通性. 教育実践学論集, 1, 13-22.
- 田辺恵子(2001). 慢性疾患児のセルフケアに関する研究動向. 特殊教育研究, 38(4), 29-35.
- 中内みさ(2001). 病弱児の病気体験のとらえ方の発達の変化と心理的援助. 特殊教育学研究, 38(5), 53-60.
- 加藤令子, 添田恵子他(2001). 小児特有の疾患をもつ患者の成人を対象とする医療への移行の実態と看護の役割. 日本小児看護学会誌, 10(1), 50-58.
- 吉川一枝, 瀧口京子(2002). 慢性疾患患児の思いと看護婦のかかわり—成人期に至った患児の入院体験を通して. 日本小児看護学会誌, 11(1), 31-36.
- 黒江ゆり子(2002). 病の慢性性 *chronicity* と生活者という視点—コンプライアンスとアドヒアランスについて. 看護研究, 35(4), 3-17.
- 黒江ゆり子, 藤澤まこと, 普照早苗(2002). 病の慢性性 *chronicity* と個人史—わが国におけるセルフケアから個人史までの軌跡. 看護研究, 35(4), 19-30.
- 楠永敏恵, 山崎喜比古(2002). 慢性の病が個人誌に与える影響—病の経験に関する文献検討から. 保健医療社会学論集, 13(1), 1-11.
- 足立智昭(2002). 難病の子どもの将来について—成長・発達に伴う生活上の問題について, 心理学からのアプローチ. 小児看護, 25(12), 1596-1600.
- 田代弘子(2002). 難病の子どもの将来について—成長・発達に伴う生活上の問題について, 看護からのアプローチ. 小児看護, 25(12), 1591-1595.
- 石崎優子, 小林陽之助(2002). 慢性疾患の子どもの心理社会的問題. 小児科, 43(6), 812-816.
- 佐藤和久(2002). 医療人類学からみた慢性疾患と人間. 看護研究, 35(4), 337-344.
- 石渡優子(2002). 幼少期から思春期に至るまでの患者の病気に対する認識と母親の養育姿勢. 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 22, 343-350.
- 加藤令子(2002). 小児医療から成人医療への移行のための看護のアプローチ. 小児看護, 25(12), 1613-1618.
- 井上登生(2003). 地域におけるシステム. 治療, 85(9), 2590-2593.
- 岡崎光洋(2003). 小児のキャリアオーバーにおける臨床心理士の役割. 治療, 85(9), 2594-2598.
- 小村三千代(2003). キャリアオーバーした患者の増加. 看護学雑誌, 67(7), 650-651.
- 小林繁一(2003). 慢性疾患の心身医学. からだの科学, 231, 67-70.
- 谷川弘治, 松浦和代他(2003). 小児慢性疾患キャリアオーバーの社会的自立に関する研究—小児がん, 先天性心疾患, 小児期発症1型糖尿病専門医への調査結果から. 特別なニーズ教育とインテグレーション学会第9回研究大会発表要旨集録, 34-35.
- 谷川弘治, 稲田浩他(2003). 小児慢性疾患キャリアオーバーの社会的自立達成へのサポートシステム構築. 病気の子どもと医療・教育, 10(2), 84-89.

- 小林信秋, 二瓶健次(2003). 成人に達した病気や障害のある方の恋愛・結婚・妊娠・出産・子育てに関する調査研究. 育療, 28, 40-46.
- 小林信秋, 二瓶健次(2003). 成人に達した病気や障害のある方の恋愛・結婚・妊娠・出産・子育てに関する調査研究(第2報). 育療, 28, 47-53.
- 松森直美, 二宮啓子他(2003). 青年期の慢性疾患患者と家族の小児医療から成人医療への移行に対する意識. 神戸市看護大学紀要, 7, 11-21.
- 石崎優子(2003). キャリーオーバー患者を引き継がないケースにおける心理社会的問題の理解とその予防のために. 治療, 85(9), 168-171.
- 田中義人(2003). 思春期と慢性疾患. 小児科, 44(10), 1465-1468.
- 谷川弘治他(2004). 小児慢性疾患キャリーオーバーの社会的自立達成へのサポートシステム構築(2). 病気の子どもと医療・教育, 11(1), 33-48.
- 伊藤龍子, 及川郁子他(2004). 小児慢性特定疾患患者の療養環境の現状と課題—小学校・中学校・高等学校の養護教諭の面接調査. 第35回日本看護学会論文集(小児看護), 176-178.
- 加藤忠明(2004). 小児の慢性疾患について. 小児保健研究, 63(5), 489-494.
- 堂前有香, 中村伸枝(2004). 小学校, 中学校における慢性疾患児の健康管理の現状と課題—養護教諭を対象とした質問紙調査から. 小児保健研究, 63(6), 692-700.
- 小林信秋, 二瓶健次(2004). 成人に達した病気や障害のある方の恋愛・結婚・妊娠・出産・子育てに関する調査研究(第3報). 平成15年度成育医療研究(報告書9).
- 武田鉄郎(2004). 慢性疾患適応の支援. 育療, 30, 54-59.
- 黒江ゆり子, 藤澤まこと, 普照早苗(2004). 病の慢性性(chronicity)における「軌跡」について—一人は軌跡をどのように予想し, 編みなおすのか. 岐阜県立看護大学紀要, 4(1), 154-161.
- 黒江ゆり子(2004). 病の慢性性(chronicity)におけるアドヒアランス. Nursing Today, 19(11), 20-24.
- 銚之原昌(2004). 小児慢性疾患のキャリーオーバーと小児保健. 日本小児保健研究, 63(2), 85-91.
- 石渡裕子, 林洋子(2004). 患者の病気に対する認識と母親の養育姿勢の概念モデルから援助方法の検討—キャリーオーバー患者の事例から. 神奈川県立子ども医療センター看護研究集録, 28, 13-16.
- 杉澤栄, 林洋子他(2004). 小児病院に外来通院を続けるキャリーオーバー患者・家族の思いと看護の役割—初診時年齢別検討を中心に. 神奈川県立子ども医療センター看護研究集録, 28, 17-20.
- 石渡裕子, 林洋子他(2004). 小児病院に外来通院を続けるキャリーオーバー患者・家族の思いと看護の役割2—小児病院に望むこと. 神奈川県立子ども医療センター看護研究集録, 28, 42-44.
- 杉澤栄, 林洋子他(2004). 小児病院に外来通院を続けるキャリーオーバー患者・家族の思いと看護の役割3—成人医療施設への移行について. 神奈川県立子ども医療センター看護研究集録, 28, 45-48.
- 林洋子, 石渡裕子他(2004). 小児病院に外来通院を続けるキャリーオーバー患者・家族の思いと看護の役割4—病気や症状についての体験および将来について. 神奈川県立子ども医療センター看護研究集録, 28, 49-52.
- 今尾真弓(2004). 慢性疾患患者におけるモーニング・ワークのプロセス—段階モデル・慢性的悲哀(chronic sorrow)への適合性についての検討. 発達心理学研究, 15(2), 150-161.
- 後藤彰子(2004). 20歳を過ぎた慢性疾患を持ったキャリーオーバーの患者さんと家族. 日本小児科学会雑誌, 108(6), 843-849.
- 松尾ひとみ, 中野綾美他(2004). 小児期特有の疾患をもちながら生活してきた患者が小児期から成人期へ移行する過程の体験. 兵庫県立看護大学紀要, 11, 85-99.
- 松森直美, 二宮啓子他(2004). 小児医療から成人医療への移行に関する医療者の意識. 神戸市看護大学紀要, 8, 9-23.
- 谷川弘治, 永利義久他(2005). キャリーオーバーした人の社会的自立とQOL. 小児看護, 28(9), 1216-1226.
- 川島美保(2005). 慢性疾患とともに生きていく思春期の子ども居場所の脅かし. 看護保健科学雑誌, 5(1), 63-74.
- 石崎優子(2005). 思春期を迎える慢性疾患患児の心理的問題. 小児看護, 28(2), 190-193.
- 金丸友, 中村伸枝他(2005). 慢性疾患をもつ学童・思春期患者の自己管理およびそのとらえ方—質的研究 meta-study を用いて. 千葉大学看護学会誌, 11(1), 63-69.
- 古屋真弓(2005). 慢性疾患をもつ子どもの自立を考えた親への関わり. 子ども医療センター医学誌, 34(1), 14-16.
- 石浦光世(2005). 慢性疾患をもつ青年のソーシャルサポートの意味. 高知女子大学看護学会誌, 30(2), 2-11.

- 奈良間美保, 中村泰子(2005). 思春期における問題発生の予防—先天性疾患患者へのアプローチ. 小児看護, 28(2), 215-219.
- 柏木知子, 苗村光廣(2005). 小児慢性疾患患者の現状. 小児看護, 28(2), 227-231.
- 谷川弘治, 駒松仁子他(2005). 小児慢性疾患キャリアオーバーの社会的自立に関する研究—社会的自立意識の検討. 日本特殊教育学会第43回大会発表論文集, 176.
- 鈴木智之(2005). 生活史的時間の中の病—慢性疾患の社会学からみたキャリアオーバー. 小児看護, 28(9), 1091-1097.
- 中村恒子(2005). 慢性疾患のこどもを持つ親の体験から. こども医療センター医学誌, 34(1), 11-13.
- 黒江ゆり子, 藤澤まこと, 普照早苗(2005). クロニックイルネスにおける「二人して語ること」—病みの軌跡が形成されるために. 岐阜県立看護大学紀要, 5(1), 125-131.
- 谷川弘治(研究代表者)(2005). 小児がん等小児慢性疾患キャリアオーバーの社会的自立のサポートシステム構築. 平成14年度～平成16年度科学研究費補助金(基礎研究C(1))研究報告書.
- 田中千代(2005). 思春期患者における病状/治療方針の不確かさと看護のポイント. 小児看護, 28(2), 210-214.
- 石川陽子, 山田由佳他(2006). 対話的關係に基づいた慢性疾患を抱える思春期患者の看護. 第37回日本看護学会論文集(小児看護), 125-127.
- 村上睦美(2006). 慢性疾患のキャリアオーバーの問題点. 小児科, 47(10), 1429-1435.
- 松浦和代, 谷川弘治他(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講演集, 376-377.
- 黒江ゆり子, 藤澤まこと他(2006). 看護学における「生活者」という視点についての省察. 看護研究, 39(5), 337-343.
- 及川郁子(2006). 小児慢性疾患患者の療養環境向上に向けて. 小児保健研究, 65(1), 5-10.
- 伊藤龍子(2006). 小児慢性疾患患者の療養環境の現状と課題. 保健の科学, 48(7), 487-491.
- 東野博彦, 石崎優子他(2006). 小児期発症の慢性疾患児の長期支援について—小児-思春期-成人医療のギャップを埋める「移行プログラム」の作成を目指して. 小児内科, 38(5), 962-968.
- 柗中智恵子(2006). 小児期からキャリアオーバーした難病患者がかかえる看護問題と介入. 小児看護, 29(2), 174-179.
- 中村伸枝, 遠藤数江他(2007). 慢性疾患をもつ学童, 青年の食習慣の特徴. 千葉大学看護学部紀要, 29(21), 21-24.
- 二宮啓子(2007). 小児病棟管理者に求められるキャリアオーバーする子どもと家族への介入への理解. 小児看護, 30(8), 1072-1077.
- 高谷恭子, 中野綾美(2007). 慢性疾患をもつ思春期の子どものアドヒアランス行動. 高知女子大学紀要(看護学部編), 56, 11-21.
- 加藤忠明(2007). 難病の子どもたちへの医療の現状と今後のあり方. 小児看護, 30(1), 10-14.
- 草野ひとみ(2007). 中学時代に入院経験した青年期にある慢性疾患患者のアイデンティティ地位の実態と当時の入院状況との関連. 第38回日本看護学会論文集(小児看護), 248-250.
- 黒江ゆり子(2007). 病のクロニシティ(慢性性)と生きることについての看護学的省察. 日本慢性看護学会, 1(1), 3-9.
- 黒江ゆり子(2007). 「クロニックイルネス」とは何か?. 看護学雑誌, 71(12), 1062-1070.
- 稲毛康司(2007). 小児から成人への移行期小児医療の特性. 小児内科, 39(9), 1292-1296.
- 武井修治, 白水美保他(2008). 小児慢性疾患におけるキャリアオーバー患者の現状と対策. 小児保健研究, 66(5), 623-631.
- 川崎友絵, 牛尾禮子他(2008). 学童期に慢性疾患を罹患した大学生の自然体験の有用性に関する研究. 小児保健研究, 67(1), 81-88.
- 黒江ゆり子(2008). 現代人とクロニックイルネス. 日本慢性看護学会誌, 2(1), 4-7.
- 野並葉子(2008). 慢性看護における Advanced Nursing Practices—現象学的人間観にたつて「苦悩する身体」を理解すること. 日本慢性看護学会誌, 2(1), 8-12.
- 谷川弘治(研究代表者)(2008). 成人前期小児慢性疾患患者の社会生活支援システムの構築と検証. 平成18, 19年度厚生労働科学研究費補助金基盤研究(c)研究成果報告書.
- 東野博彦(2008). キャリアオーバー・イズ・オーバー. 日本小児科医師会会報, 32, 182.

Ⅲ. 思春期

- 河合洋(1980). 思春期をめぐる諸問題. 臨床精神医学, 9(7), 567-572.
- 神庭靖子(1991). 思春期の発達過程における心理的ストレスと病気. 小児看護, 14(3), 302-307.
- 野間口千香穂, 梶山祥子(1993). 小児病棟における思春期の子どもの看護. 思春期学, 11(4), 315-318.
- 上田禮子, 前田和子(1993). 青少年の自己概念とリスク児(者)のスクリーニング. 茨城大学教育学部紀要(人文, 社会科学, 芸術), 42, 163-171.
- 弘岡順子(1995). 思春期の患者をどうみるか. *medicina*, 32(2), 260-261.
- 森崇(1995). 思春期特有の症状にどう対応するか. *medicina*, 32(2), 262-264.
- 宮本信也(1995). 思春期患者へのメンタルヘルスケア. *medicina*, 32(2), 283-285.
- 落合良行, 佐藤有耕(1996). 青年期における友達との付き合い方の発達的变化. 教育心理学研究, 44(1), 55-65.
- 高野晶(1997). 青年期の慢性身体疾患. 思春期青年期精神医学, 7(1), 58-66.
- 衛藤隆(1997). 序: 思春期の医療とは. 小児内科, 29(4), 513-514.
- 大前康彦, 上地安昭(1997). 思春期の同胞葛藤に関する研究. カウンセリング研究, 30(2), 93-102.
- 榎本淳子(1999). 青年期における友人との活動に対する感情の発達的变化. 教育心理学研究, 47(2), 60-70.
- 宮本信也(1999). 思春期のころ. 日本医師会雑誌, 122(9), 1361-1365.
- 榎本淳子(2000). 青年期の友人関係における欲求と感情・活動との関連. 教育心理学研究, 48(4), 444-453.
- 鈴木龍(2000). 私たちの中の思春期青年期心性. 思春期青年期精神医学, 10(2), 115-123.
- 林洋子(2001). 思春期を迎えた入院児に見られる行動の特徴. こども医療センター医学誌, 30(2), 96-98.
- 加藤千津子, 芝木美佐子他(2002). 高校生の薬物使用の実態に関する調査(第一報) — 飲酒, 喫煙, および心理社会的変数との関連. 学校保健研究, 43, 482-494.
- 馬場礼三(2003). 学校における対応. 小児科, 44(2), 1469-1481.
- 丸光恵(2005). 思春期患者の発達課題と看護. 小児看護, 28(2), 137-144.
- 二宮啓子(2005). 思春期のセルフケア困難の特徴と看護. 小児看護, 28(2), 205-209.
- 松岡真里(2005). 思春期にある患者のインフォームド・コンセント, 意思決定と看護のポイント. 小児看護, 28(2), 220-226.
- 無藤清子(2005). 青年期における生涯発達の展望—エリクソン Erikson, E.H. の理論を背景に. 思春期青年期精神医学, 15(1), 15-24.
- 齋藤万比古(2005). 思春期のころの発達とその問題. 小児科診療, 68(6), 989-998.
- 堀川玲子(2007). 思春期医学—何が問題なのか. 小児科臨床, 60(1), 13-22.
- 関口進一郎(2007). 思春期の子どもたちの外来診療. 小児内科, 39(9), 1305-1309.
- 村市美代子, 肥田真理子(2007). 思春期・青年期患者への看護—発達課題を考えた取り組み. こども医療センター医学誌, 36(4), 196-200.

Ⅳ. 1 型糖尿病

- 丸山博(1985). 糖尿病—小児から成人へ. 小児科臨床, 38(2), 167-174.
- 一色玄(1989). 小児思春期糖尿病の管理における問題点. クリニカ, 16(10), 646-651.
- 新平鎮博, 一色玄(1990). 小児 IDDM の社会的・心理的問題—学校生活での問題点, 対処法を含む. *Diabetes Frontier*, 1(6), 756-760.
- 長谷川行洋, 土屋裕他(1990). 糖尿病患者の小児科から内科への移行—小児科の立場から. *Diabetes Frontier*, 1(6), 790-792.
- 武田倬(1990). 糖尿病患者の小児科から内科への移行—内科の立場から. *Diabetes Frontier*, 1(6), 793-794.
- 川田智恵子(1990). 思春期小児糖尿病患者の自己管理. 日本臨床, 48(増刊号), 1119-1125.
- 丸山博(1990). 小児期に発症してキャリアオーバーした糖尿病の管理. 小児内科, 22(2), 261-264.
- 松浦信夫(1991). 思春期糖尿病管理の問題点. 小児医学, 24(4), 599-613.
- 新平鎮博, 西牧謙吾他(1991). インスリン依存性糖尿病児の学校生活について. 小児保健研究, 50(6), 764-768.

- 松浦信夫(1992). 小児思春期糖尿病. 総合臨床, 41(9), 2570-2573.
- 兼松百合子(1993). 慢性疾患と思春期の看護—思春期の糖尿病を中心に. 思春期学, 11(4), 294-299.
- 松浦信夫(1993). 小児科から内科への患者の受け渡し方について. *Diabetes Journal*, 21(4), 19-21.
- 新平鎮博, 西牧謙吾他(1993). 糖尿病児の生活管理とその指導(1) —外来受診と心理相談. 大阪市立大学生生活科学紀要, 41, 121-128.
- 松浦信夫, 田嶋尚子(1993). ワークショップⅢ: IDDM をめぐる社会的問題, 司会の言葉: IDDM 患者をめぐる諸問題. 糖尿病, 36(増刊), 124.
- 青野繁雄, 一色玄(1993). ワークショップⅢ: IDDM をめぐる社会的問題 1, 小児期発症 IDDM の進学, 就職, 結婚の現状. 糖尿病, 36(増刊), 124.
- 内潟安子(1993). ワークショップⅢ: IDDM をめぐる社会的問題 2, 女性 IDDM の問題. 糖尿病, 36(増刊), 125.
- 武田倬(1993). ワークショップⅢ: IDDM をめぐる社会的問題 3, 中国地方の現状. 糖尿病, 36(増刊), 125.
- 渥美義仁(1993). ワークショップⅢ: IDDM をめぐる社会的問題 4, 小児期以降発症 IDDM の社会生活, 経済面の問題. 糖尿病, 36(増刊), 125.
- 三河誠(1993). パネルディスカッション: 糖尿病患者の小児科から内科への移行はどうあるのが理想的か 1 —地方病院小児科医からの意見. 糖尿病学会編, 糖尿病療養指導 '93, 219-222.
- 小野百合(1993). パネルディスカッション: 糖尿病患者の小児科から内科への移行はどうあるのが理想的か 2 —内科医からみた小児期発症糖尿病患者. 糖尿病学会編, 糖尿病療養指導 '93, 223-226.
- 青野繁雄(1993). パネルディスカッション: 糖尿病患者の小児科から内科への移行はどうあるのが理想的か 3 —大阪市立大学病院からの意見. 糖尿病学会編, 糖尿病療養指導 '93, 227-230.
- 前坂機江(1993). パネルディスカッション: 糖尿病患者の小児科から内科への移行はどうあるのが理想的か 4 —こども医療センターでの現状. 糖尿病学会編, 糖尿病療養指導 '93, 231-235.
- 武田倬(1993). パネルディスカッション: 糖尿病患者の小児科から内科への移行はどうあるのが理想的か 5 —小児科から内科まで一貫して診療している立場から. 糖尿病学会編, 糖尿病療養指導 '93, 236-239.
- 内潟安子(1993). パネルディスカッション: 糖尿病患者の小児科から内科への移行はどうあるのが理想的か 6 —東京女子医科大学糖尿病センターからの意見. 糖尿病学会編, 糖尿病療養指導 '93, 240-243.
- 新平鎮博, 西牧謙吾他(1994). 糖尿病児の生活管理とその指導(2) —思春期以降の現状; 進学・就職・転科・合併症. 大阪市立大学生生活科学紀要, 42, 135-140.
- 兼松百合子(1994). 糖尿病児の看護における成長発達の視点. 日本看護科学会誌, 14(1), 1-10.
- 今田進, 小林靖幸他(1994). 小児インスリン依存型糖尿病における血糖コントロールと成長率について. 日本小児科学会雑誌, 98(4), 849-855.
- 内潟安子(1995). <小児から内科へのキャリアオーバー診療>糖尿病. *medicina*, 32(2), 328-330.
- 中村伸枝, 兼松百合子(1996). 10代の子どものストレスと対処行動. 小児保健研究, 55(3), 442-449.
- 中村伸枝(1996). 10代の小児糖尿病患者の対処行動と療養行動, 血糖コントロールに関する縦断的研究. 千葉看護学会誌, 2(1), 23-29.
- 内潟安子(1996). キャリアオーバーした小児糖尿病の管理. 小児内科, 28(6), 853-857.
- 新平鎮博(1996). 小児 IDDM の社会的対応と問題点. 小児内科, 28(6), 849-852.
- 横田行史, 松浦信夫(1996). 小児期発症の思春期・青年期糖尿病. 診断と治療, 84(9), 1763-1767.
- 森朝子, 堀口真樹他(1996). 当院での小児期発症インスリン依存型糖尿病患者の内科転科後の経過について. *New Diet Therapy*, 12, 140-143.
- 青野繁雄(1996). IDDM 児の学校生活への対応. 小児内科, 28(6), 813-817.
- 浦上達彦(1996). 思春期以降の小児期発症 IDDM 患者の問題点と治療. 糖尿病, 39(1), 134.
- 内潟安子(1996). 小児科から転科した小児期発症 IDDM の特徴. 糖尿病, 39(1), 134.
- 松浦信夫, 青野繁雄(1996). 成人に達した小児期発症 IDDM の現状—全国実態調査の解析. 糖尿病, 39(1), 135.
- 武田淳子, 兼松百合子他(1997). 通院中の慢性疾患患児の日常生活—学校生活および療養行動の実際と気持ち. 千葉看護学会誌, 3(1), 64-72.
- 青野繁雄, 松浦信夫他(1997). 18歳以上に達した小児期発症インスリン依存性糖尿病患者の社会的適応および生活実態に関する疫学的検討. 糖尿病, 40(8), 547-554.

- 横田行史, 松浦信夫(1997). 思春期・青年期小児糖尿病の自己管理. 日本臨床, 55(増刊号), 460-464.
- 宮本茂樹(1997). 思春期における慢性疾患の管理—糖尿病. 小児内科, 29(5), 681-684.
- 佐藤明子, 内瀉安子他(1997). 精神的要因が血糖コントロールを困難にさせた思春期インスリン依存型糖尿病の2症例. プラクティス, 14(2), 192-196.
- 河口てる子, 丸山博他(1997). 青年前期・思春期インスリン依存型糖尿病患者の家族環境と糖尿病コントロール. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 1(1), 7-16.
- 赤澤昭一, 松浦信夫(1997). ワークショップ3: 座長のことば—小児期・思春期・妊娠期における糖尿病治療の問題点. 糖尿病, 40(suppl.1), 136.
- 青野繁雄(1997). ワークショップ3: 小児期・思春期・妊娠期における糖尿病治療の問題点1—小児期発症糖尿病を合併症から守る. 糖尿病, 40(suppl.1), 136.
- 内瀉安子(1997). ワークショップ3: 小児期・思春期・妊娠期における糖尿病治療の問題点2—ヤング糖尿病の問題. 糖尿病, 40(suppl.1), 137.
- 佐中真由美(1997). ワークショップ3: 小児期・思春期・妊娠期における糖尿病治療の問題点3—IDDM 妊婦の治療上の問題点. 糖尿病, 40(suppl.1), 137.
- 穴沢園子, 柰保敦子他(1997). ワークショップ3: 小児期・思春期・妊娠期における糖尿病治療の問題点4—IDDM 妊婦の特徴. 糖尿病, 40(suppl.1), 138.
- 酒巻行, 赤澤招一他(1997). ワークショップ3: 小児期・思春期・妊娠期における糖尿病治療の問題点5—糖尿病における奇形の発症要因とその予防. 糖尿病, 40(suppl.1), 138.
- 豊田長康(1997). ワークショップ3: 小児期・思春期・妊娠期における糖尿病治療の問題点6—産科から内科・小児科医への提言. 糖尿病, 40(suppl.1), 139.
- 田中克子, 上原優子他(1998). IDDM 児の学校生活への対応患者に対する医療関係者, 家族, 友人等の態度に関する調査. 小児保健研究, 57(4), 558-564.
- 中村伸枝, 兼松百合子(1998). 10代の小児糖尿病患者のストレスと飲酒・禁煙・食べて気をまぎらす対処行動—健康児との比較と縦断的变化. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 1(2), 76-83.
- 今野美紀, 兼松百合子他(1998). 日常生活において小児糖尿病患者の親が体験する困難なことについて—外来において親が看護婦に表現したことの分析. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 2(1), 4-11.
- 谷洋江(1998). 小児糖尿病患者の療養行動における主体性に関する研究. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 2(2), 88-96.
- 三木裕子, 村田敬他(1998). 思春期に血糖コントロールが改善した IDDM 患者の心理的要因. 日本小児科学会雑誌, 102(4), 483.
- 二宮啓子(1998). 思春期の糖尿病患児とその親の療養生活に対する認識の変化が療養生活・血糖コントロールに及ぼす影響に関する研究. 千葉看護学会会誌, 4(1), 39-46.
- 河口てる子, 伊達久美子他(1998). インスリン依存型糖尿病患者の自尊感情と糖尿病コントロールの関係. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 1(2), 104-110.
- 西村真実子, 稲垣美智子他(1998). 思春期における糖尿病児のセルフケア問題—親への質問紙調査を通して. 金沢大学医学部保健学科紀要, 22, 163-168.
- 二宮啓子(1999). 糖尿病を持つ中・高校生とその母親の療養生活に対する認識—健康な中・高校生とその母親の健康生活に対する認識との比較. 神戸市看護大学紀要, 3, 39-46.
- 秋本倫子, 篠原良江他(1999). 教育入院における糖尿病患者の心理的变化—グループ医療の内容分析から. 糖尿病, 43(1), 63-67.
- 二宮啓子(2000). 療養生活に対する親子の認識の相違に焦点を当てた看護援助による効果—思春期の IDDM 患児とその親の認識の変化. 神戸市看護大学紀要, 4, 39-47.
- 森田秀子(2000). 病を受け入れられない女兒の苦しみ—症状に感情表現を託した糖尿病思春期事例. 看護学雑誌, 64(11), 1008-1012.
- 浦上達彦, 藤井眞一郎他(2000). 小児インスリン依存型糖尿病(IDDM) と食行動異常. 子どもの心とからだ, 9(1), 43-47.
- 内瀉安子, 瀧井正人(2000). ヤング糖尿病の食行動異常. 糖尿病, 43(1), 21-23.
- 羽倉稜子(2000). セルフコントロール指導. 糖尿病, 43(1), 25-27.

- 石井均(2000). 糖尿病の心理行動学的問題. 糖尿病, 43(1), 13-15.
- 本郷道夫, 内海厚(2000). 抑うつとインスリン抵抗性. 糖尿病, 43(1), 17-19.
- 津久井はるみ(2000). 糖尿病患者の心理ケア. 糖尿病, 43(1), 29-32.
- 松浦信夫(2000). 小児1型糖尿病のコントロールと長期予後. 小児科, 41(7), 1263-1271.
- 浦上達彦(2000). <小児期から成人, そして次世代へ>糖尿病—1型糖尿病. 小児内科, 32(12), 2170-2174.
- 中村伸枝, 出野恵子他(2001). 1型の小児糖尿病患者の肥満度とその関連要因および体重のとらえかた. 千葉看護学会会誌, 7(1), 1-6.
- 徳田友(2001). 診断後1年以内の10代糖尿病患者が知覚するソーシャルサポートについて. 千葉看護学会会誌, 7(2), 9-16.
- 稲田浩(2001). 内分泌疾患小児に対する教育と保健の課題. 病気の子どもと医療・教育, 9(2), 64-74.
- 白畑範子(2001). 小学校高学年・中学生・高校生の1型糖尿病患者のノーマリゼーションを促進する看護援助に関する研究. 千葉看護学会会誌, 7(2), 1-8.
- 三木裕子(2002). 1型糖尿病の子どもの小児医療から成人医療への移行—医学からのアプローチ. 小児看護, 25(12), 1623-1626.
- 菊池信行, 志賀健太郎(2002). 学校検尿による糖尿病スクリーニング. 小児内科, 34(11), 1615-1619.
- 二宮啓子(2002). 思春期の糖尿病患児と親の療養生活に対する認識の相違が血糖コントロールに及ぼす影響. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 6(2), 104-112.
- 内田雅代(2002). 1型糖尿病の子どもの小児医療から成人医療への移行—看護からのアプローチ. 小児看護, 25(12), 1627-1630.
- 銭淑君(2002). 台湾における思春期糖尿病患者のセルフケアと親子関係についての研究. 千葉看護学会会誌, 8(2), 1-8.
- 宮川しのぶ, 津田朗子他(2002). 1型糖尿病患児の学校における療養行動1—療養行動に伴う困難感. 小児保健研究, 61(3), 457-462.
- 関秀俊, 宮川しのぶ他(2002). 1型糖尿病患児の学校における療養行動2—病気公表の療養行動への影響. 小児保健研究, 61(3), 463-469.
- 稲田浩(2002). 内分泌疾患小児に対する教育と保健の課題—各論. 病気の子どもと医療・教育, 10(1), 1-10.
- 南昌江(2002). 思春期1型糖尿病患者に対する最新の考え方と対応. プラクティス, 19(6), 648-652.
- 丸山博(2002). 糖尿病. 保健の科学, 44(4), 270-274.
- 西田佳世, 田辺恵子(2002). 成人期に達するまでの1型糖尿病患者が病気とともに生きる力を伸ばすための支援—学校関係者への提言. 育療, 25, 21-27.
- 横田行史, 松浦信夫(2003). 糖尿病. 小児科, 44(10), 1504-1509.
- 酒井真由美, 澤田愛子他(2003). 青年期発症1型糖尿病患者における「希望」の構成要素と看護的支援. 富山医科薬科大学看護学会誌, 5(1), 49-59.
- 国吉緑, 具志堅美智子他(2003). 小児糖尿病患者の療養行動と学校生活の実際. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 7(2), 107-114.
- 銭淑君(2004). 青年期1型糖尿病患者に対するIT機器を活用したTelenursingの援助および評価. 千葉看護学会会誌, 10(2), 33-40.
- 内潟安子(2004). 糖尿病. 小児科臨床, 57(増刊号), 1417-1422.
- 内潟安子(2005). 1型糖尿病. 小児看護, 28(9), 1151-1154.
- 田中克子, 川村智行他(2005). 思春期1型糖尿病患者と保護者への性教育セミナーの効果. 小児保健研究, 64(3), 499-506.
- 宮本茂樹, 染谷知宏他(2005). 保護者の離婚, 死亡が血糖コントロールに与える影響およびひとり親家庭糖尿病患児の血糖コントロール状態について. 小児科臨床, 58(3), 339-341.
- 中村伸枝(2005). 1型糖尿病でキャリアオーバーした人の成育看護. 小児看護, 28(9), 1263-1267.
- 上野交代(2005). 1型糖尿病とともに歩んだ30年. 小児看護, 28(9), 1302-1307.
- 中野美代子, 穂坂真理(2008). 小児期・思春期に発症したキャリアオーバーした1型糖尿病患者の療養行動に対する感情. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 12(2), 145-151.

V. 小児がん

- 飯塚忠史, 番浩他(1989). 我が子の悪性腫瘍告知を受けた母親の反応. 日本小児血液学会雑誌, 3(2), 129-134.
- 恒松由記子, 熊谷昌明他(1990). 小児急性白血病長期生存と晩期障害. 小児科診療, 53(8), 1854-1860.
- 細谷亮太(1990). 小児白血病治療の倫理ならびに社会心理学的考察. 日本小児血液学会雑誌, 4(5), 413-419.
- 細谷亮太(1990). 白血病患児の心理的側面. 小児内科, 22(7), 99-102.
- 恒松由記子, 熊谷昌明他(1990). 両親へのアンケート調査による小児がん長期生存者の Quality of Life. 癌と化学療法, 17(4), 878-886.
- 桜井實, 加藤充子(1990). 長期生存者への生活指導—進学, 職業の選択, 結婚など. 小児科診療, 53(12), 2909-2914.
- 福士貴子, 松井一郎他(1991). 小児がん長期生存患者と治療期間中の教育措置問題. 小児がん, 28(1), 97-99.
- 駒松仁子, 井上ふさ子他(1991). 小児がんの子どもと家族の実態調査(第一報) —両親・子どもへの病名告知について. 小児保健研究, 50(3), 353-358.
- 佐野信也, 川村智範他(1992). 小児悪性疾患患者への心身医学的関与—無菌室における骨髄移植患者へのリエゾン精神医学の経験から. 子どもの心とからだ, 1(1), 44-53.
- 岡敏明, 鈴木豊他(1993). 小児癌出身者に対する病名説明の試み. 小児がん, 30(1), 53-57.
- 太田茂, 杉浦康夫他(1993). 小児がん患児の心理的側面について—特に病名告知について. 小児保健研究, 52(6), 579-582.
- 恒松由記子, 東山由実他(1994). 小児がん患者へのがん告知とインフォームド・コンセント. 小児内科, 26(4), 77-81.
- 稲田浩子, 藤丸千尋他(1994). 年長児(思春期) への告知とインフォームド・コンセント—小児がん家族へのアンケート調査を中心に. 小児内科, 26(4), 111-115.
- 金子安比古, 松下竹次(1995). 小児がん医療における病名告知, インフォームド・コンセント, サポートケアの現状. 日本小児科学会雑誌, 99(2), 534-539.
- 大平陸郎(1995). <小児科から内科へのキャリアオーバー診療>悪性疾患のフォローアップ. medicina, 32(2), 310-311.
- 古谷佳由理, 三宅玉恵他(1995). 病名告知された白血病患児の病気に対する認識. 第26回日本看護学会論文集(小児看護), 31-33.
- 古谷佳由理, 三宅玉恵他(1995). 病名告知された白血病患児の親が抱く思い. 日本小児看護研究学会誌, 4(2), 63-68.
- 別所文雄(1995). 白血病—小児白血病長期生存者の生殖機能と子どもへの治療の影響. 小児科診療, 58(1), 31-35.
- 山田さゆり, 本郷輝明他(1996). 小児がん患者に対する病名説明とその問題点. 小児がん, 33(2), 167-170.
- 森秦二郎, 花田良二他(1996). 小児白血病, 悪性腫瘍患者の QOL に関するアンケート調査—I. 病名告知, 学校生活について. 小児がん, 33(4), 499-506.
- 森秦二郎, 花田良二他(1996). 小児白血病, 悪性腫瘍患者の QOL に関するアンケート調査—II. 現在の健康状態, 将来の不安について. 小児がん, 33(4), 507-511.
- 細谷亮太(1996). 小児がん患児のストレスとその対応. ストレス科学, 11(1), 26-28.
- 駒松仁子(1996). がんの子どもと家族へのよりよい看護の提供をめざした研究. 臨床看護研究の進歩, 8, 10-19.
- 早川香(1997). 小児がん患児の発症から退院後現在に至るまでに母親が経験した葛藤について. 日本看護学会誌, 6(1), 2-8.
- 星順隆, 内山浩志他(1997). 白血病治療と精神的ケア—Self help group の関わりを中心に. 小児内科, 29(2), 311-316.
- 月本一郎(1997). 小児白血病の長期生存例の QOL と問題点. 小児内科, 29(2), 321-325.
- 内山浩志, 藤沢康司(1997). 思春期における慢性疾患の管理—悪性腫瘍. 小児内科, 29(2), 703-707.
- 駒松仁子(1997). 悪性腫瘍とともに生きるこどもの看護—学校生活の問題を中心に. 育療, 9, 21-31.
- 谷川弘治, 駒松仁子他(1997). 骨髄移植後の学校生活復帰に関する調査研究. 障害者問題研究, 25(1), 31-43.
- 石橋朝紀子(1997). アメリカの文献をもとに小児がん患者の QOL を考える. 看護研究, 30(6), 505-515.
- 古谷佳由理(1998). 健康な小児が抱くがん, 白血病のイメージについて. 千葉看護学会会誌, 4(2), 39-46.
- 柴田理恵, 細谷亮太(1998). 小児癌患者の治療後の QOL. 聖路加健康科学誌, 6, 38-40.
- 加藤裕子(1998). 色々な苦しみを乗り越えて—骨髄性白血病とともに生きて. 育療, 11, 31-35.
- 別所文雄(1998). 小児のがん医療にみる小児医療の変貌. 日本小児科学会雑誌, 102(8), 853-856.
- 平山雅浩, 桜井實(1998). 小児白血病長期生存例における問題点. 小児科診療, 61(6), 1105-1109.

- 竹中義人, 田中英高(1998). 過去 10 年間に経験した小児悪性血液疾患の心理社会的問題についての検討. 子どもの心とからだ, 6(2), 87-94.
- 小澤美和, 細谷亮太他(1998). 小児がん患者への真実告知の心理的影響. 日本小児科学会雑誌, 102(9), 990-996.
- 古谷佳由理(1999). 外来における小児がん患者への病名告知に対する看護援助. 千葉看護学会誌, 5(2), 55-60.
- 白畑範子(1999). 血液・腫瘍疾患患児の母親のノーマライゼーション状況に関する研究. 日本小児看護学会誌, 8(2), 38-45.
- 東間未来, 松藤凡他(1999). 小児悪性固形腫瘍長期生存例の晩期障害. 小児がん, 36(2), 203-206.
- 細谷亮太(1999). 悪性腫瘍の告知と医療. 小児科, 40(2), 163-167.
- 富岡晶子, 中久喜町子(1999). 子どもに対するインフォームド・コンセントの現状と課題. 川崎市立看護短期大学紀要, 4(1), 47-57.
- 新山裕恵(1999). がん患児を支える母親の内的過程—発病期から末期以前まで. 看護研究, 32(2), 105-118.
- 小澤美和, 細谷亮太(1999). 子どもと家族への精神的サポート. 小児科診療, 62(8), 1231-1236.
- 前田美穂(1999). 晩期障害と二次がん. 小児科診療, 62(8), 1223-1228.
- 寺島美紀子(2000). 思春期の悪性疾患患児の療養行動における自主性の検討. 東北大学医療技術短期大学部紀要, 9(2), 239-244.
- 麦島秀雄(2000). <小児期から成人, そして次世代へ>血液疾患—白血病. 小児内科, 32(12), 2133-2137.
- 別所文雄(2000). <小児期から成人, そして次世代へ>悪性腫瘍. 小児内科, 32(12), 2143-2148.
- 気賀沢寿人, 田淵健他(2000). 血液科の過去・現在・未来. こども医療センター医学誌, 29(4), 183-187.
- 堀浩樹, 駒田美弘(2000). 小児白血病・がん患児に対するトータルケア. 日本小児血液学会雑誌, 14, 110-116.
- 寺島美紀子(2001). 入院中の悪性疾患患児の自主性に関わる要因. 東北大学医療技術短期大学部紀要, 10(1), 65-70.
- 堀越泰雄(2001). 白血病治療終了後の外来管理. 小児内科, 33(11), 1491-1495.
- 恒松由記子(2001). 小児白血病長期生存者の晩期障害. 小児内科, 33(11), 1506-1510.
- 三間屋純一(2001). 小児血液腫瘍疾患におけるインフォームドコンセント—小児患者への対応. 日本小児血液学会雑誌, 15, 150-160.
- 松下竹次, 関口典子他(2001). 病名の告知と心理的なサポート. 小児内科, 33(11), 1559-1562.
- 沖本由理(2001). 就職, 結婚と妊娠・出産. 小児内科, 33(11), 1563-1565.
- 藤井裕治, 渡邊千瑛子他(2002). 病気説明を受けた小児血液・悪性腫瘍患児に対する病気の理解度. 小児がん, 39(1), 24-30.
- 気賀沢寿人(2002). 第 105 回日本小児科学会学術集会シンポジウム 1: 小児慢性疾患の長期経過とケア—成育医療の視点から, 血液・腫瘍科. 日本小児科学会雑誌, 106(11), 1594-1598.
- 泉真由子, 小澤美和他(2002). 小児がん患者の心理的晩期障害としての心的外傷後ストレス症状. 日本小児科学会雑誌, 106(4), 464-471.
- 石本浩市, 藤田浩夫他(2002). 小児血液悪性腫瘍患者の長期観察外来. 小児科診療, 65(2), 315-319.
- 別所文雄(2002). 長期生存している小児白血病患児の QOL の向上. 小児科, 43(8), 1076-1085.
- 石本浩市, 吉田雅子(2002). 小児期医療の継承—小児がんのキャリアオーバー. 小児看護, 25(12), 1619-1622.
- 石本浩市(2002). 小児がんとその後—キャリアオーバーのフォローアップ. つばさ, 37, 3-9.
- 小林正夫, 松原紫(2002). 血液・腫瘍性疾患患児のレジリエンス—入院, 両親のかかわりおよび年齢による影響. 日本小児血液学会雑誌, 16, 129-134.
- 加来昌子, 藤川貞敏他(2002). 悪性腫瘍患者への心理的援助—臨床心理士の役割とは何か. 子どもの心とからだ, 10(2), 107-112.
- 野村佳代(2002). ハイリスク治療計画への意思決定における子どもの参加を巡る親の考え方—造血幹細胞移植事例を通して. 日本小児看護学会誌, 11(1), 8-14.
- 石本浩市(2002). 小児がんのトータルケア. 日本小児血液学会雑誌, 16(5), 284-289.
- 前田美穂(2002). 小児白血病の晩期障害. 小児科診療, 65(2), 309-314.
- 谷川弘治, 松浦和代他(2003). 小児慢性疾患キャリアオーバーの社会的自立に関する研究—小児がん先天性疾患, 小児期発症 1 型糖尿病専門医への調査結果から. 特別なニーズ教育とインテグレーション学会第 9 回研究大会発表要旨集録, 34-35.

- 石本浩市(2003). 小児がん「より良い闘病・より良い支援」—キャリアオーバーのフォローアップ. 育療, 27, 36-41.
- 杉本陽子, 宮崎つた子他(2003). 小児がん経験者の学校問題に関する医療と教育の連携. 小児がん, 40(2), 192-201.
- 上別府圭子(2003). 小児がんの子どもに見る PTSD—回復過程と予防的介入の試み. 児童青年精神医学とその近接領域, 44(1), 49-63.
- 小柳恵子, 伊藤公子他(2003). 小児がんの子どもの保護者の不安について. こども医療センター医学誌, 32(1), 5-13.
- 小澤美和(2003). 悪性疾患の心身医学. からだの科学, 231, 71-74.
- 小田滋(2003). <系統別疾患のキャリアオーバー>血液疾患—フォローアップ外来の重要性: 白血病を中心に. 治療, 85(9), 2521-2525.
- 丸光恵(2003). 子どもへのインフォームド・コンセント, 治療の選択における家族の意思決定—思春期にある小児がん患者のターミナルケア開始を中心に. 家族看護, 1(1), 85-96.
- 中西大介, 山田美和(2004). 小児科研修医・小児リエゾン医として関わった17歳青年男子悪性腫瘍の一例. 児童青年精神医学とその近接領域, 45(5), 27-34.
- 小澤美和, 細谷亮太(2004). 小児がん患者の精神腫瘍学. 臨床精神医学, 33(5), 597-600.
- 遠藤恵美子(2004). がん生存者の社会的適応. 臨床精神医学, 33(5), 647-653.
- 小澤美和(2004). 小児癌患者のストレス反応. 日本小児血液学会雑誌, 18(1), 10-16.
- 岡村仁(2004). がんの遺伝カウンセリング. 臨床精神医学, 33(5), 693-697.
- 渡邊雅子, 天野高生他(2004). 座談会: 当事者の私たちの思い. のぞみ, 132, 1-8.
- 戈木クレイグヒル滋子, 寺澤捷子他(2004). 闘病という名の長距離走—病名告知を受けた小児がんの子どもの闘病体験. 看護研究, 37(3), 69-85.
- 池田文子, 近江恵子(2004). 成人に達した小児がん経験者の活動について. 小児外科, 36(1), 139-142.
- 池田文子(2004). がんの子供を守る会と小児がん経験者の会の活動. がん看護, 9(3), 230-233.
- 石本浩市(2004). 成人になった小児がん患者. がん看護, 9(3), 226-229.
- 石田也寸志(2004). 長期フォローアップシステムの構築に向けて—グループスタディの立場から. 日本小児血液学会雑誌, 18(2), 91-96.
- 掛江直子, 恒松由記子(2004). 長期フォローアップシステムの構築と倫理的配慮. 日本小児血液学会雑誌, 18(2), 105-107.
- 石本浩市, 吉田輝子(2004). 長期フォローアップシステムの構築に向けて—長期フォローアップ外来の実際. 日本小児血液学会雑誌, 18(2), 108-111.
- 菱木知郎, 齊藤武他(2004). 小児がん経験者の長期フォローアップ. 小児外科, 39(10), 1241-1245.
- 前田美保(2004). 小児がん長期生存者の QOL. 日本小児血液学会雑誌, 18(5), 535-547.
- 渡辺美穂, 細谷京子(2004). 血液・腫瘍疾患をもつ子どもにとっての学童期の入院体験. 日本小児看護学会誌, 13(2), 33-39.
- 古谷佳由理(2004). 小児がん患者への病名告知と家族への支援. がん看護, 9(3), 199-202.
- 谷川弘治(2004). 小児がんの子どもの教育支援. がん看護, 9(3), 207-212.
- 前田貴彦, 杉本陽子他(2004). 長期入院を必要とする血液腫瘍疾患患児にとっての院内学級の意義—院内学級に在籍した患児・保護者の調査から. 小児保健研究, 63(3), 302-310.
- 堀部敬三(2004). 小児急性リンパ性白血病の治療成績. 小児外科, 36(1), 26-31.
- 花田良二(2004). 小児急性骨髄性白血病の治療成績. 小児外科, 36(1), 33-39.
- 別所文雄(2005). 白血病児のキャリアオーバー. 小児看護, 28(9), 1131-1135.
- 菊田敦(2005). 固形腫瘍児のキャリアオーバー. 小児看護, 28(9), 1136-1141.
- 中島昌徳, 麦島秀雄(2005). 造血幹細胞移植後の患者. 小児看護, 28(9), 1142-1144.
- 佐藤典子, 金井幸代他(2005). 小児がんキャリアオーバー患者の進路. 小児看護, 28(9), 1227-1232.
- 古谷佳由理(2005). 小児がんでキャリアオーバーした人の成育看護. 小児看護, 28(9), 1259-1262.
- 淵本佳奈, 森山美智子他(2005). 家族の患児に対する診断名の告知に関する研究. 小児看護, 28(7), 923-931.
- 上別府圭子(2005). 子ども時代の健康障害に関連した医療 PTSD とその予防的介入. 小児看護, 28(9), 1233-1239.
- 戈木クレイグヒル滋子, 中川薫他(2005). 小児がん専門医の子どもへの truth-telling に関する意識と実態—病名告知の状況. 小児がん, 43(1), 29-35.

- 梅田英子, 藤村真由美他(2005). 小児がんで入院中の子どもをもつ両親の心理状態とコーピングの特徴. 大阪大学看護学雑誌, 11(1), 11-17.
- 谷川弘治, 駒松仁子他(2005). 小児慢性疾患キャリアオーバーの社会的自立に関する研究—社会的自立意識の検討. 日本特殊教育学会第43回大会発表論文集, 176.
- 多賀陽子, 余谷暢之他(2005). 思春期の血液患者・悪性腫瘍の子どもたちに対する「医学部学生ベッドサイドボランティア活動」の役割. 小児がん, 42(1), 42-48.
- 宮城島恭子, 大見サキエ(2006). 思春期の小児がん患者の日常生活における自己決定の患児と母親の捉えかた. 小児がん看護, 1, 1-12.
- 松尾ひとみ(2006). 小児がん経験者(Survivors of Childhood Cancer)の発達の移行の検討. 看護研究, 39(3), 205-213.
- 恒松由記子, 堀川玲子他(2006). 小児がん患者の成人移行と長期フォローアップの諸問題. 小児科, 47(10), 1485-1498.
- 石田也寸志(2006). 北米 Childhood Cancer Survivor Study による小児がん経験者の長期的な問題点—第1編. 日本小児科学会雑誌, 110(11), 1513-1522.
- 石田也寸志(2006). 北米 Childhood Cancer Survivor Study による小児がん経験者の長期的な問題点—第2編. 日本小児科学会雑誌, 110(11), 1523-1533.
- 尾形明子, 鈴木伸一他(2006). 小児がん患者の学校不適應と母親の子どもの健康に関する認知. 小児がん, 43(2), 180-185.
- 堀浩樹(2006). 小児がんの子どもへの病気の説明. のぞみ, 146, 15-20.
- 野村佳代, 村田恵子(2006). 子どものハイリスク治療受け入れに向けた促しのための親の方略. 日本看護科学会誌, 26(2), 3-11.
- 石井佳世子(2007). 小児がんを克服し青年期を迎えた小児がん経験者の社会生活に対する母親の願いとかかわり. 日本小児看護学会誌, 16(2), 1-8.
- 岩瀬貴美子(2007). 外来通院している思春期小児がん患者の自己効力感と健康行動. 日本小児看護学会誌, 16(2), 33-40.
- 山下早苗, 城下智世他(2007). 小児がんと診断されてから現在までの家族関係の変化. 小児がん看護, 2, 40-48.
- 岩瀬貴美子(2007). 外来通院中にある思春期小児がん患者の自己効力感の特徴とそれを形成・変化させる生活体験. 小児がん看護, 2, 1-10.
- 大園秀一, 石田也寸志他(2007). 小児がん長期フォローアップ調査報告. 日本小児科学会雑誌, 111(11), 1392-1398.
- 石田也寸志(2007). 小児造血器腫瘍患者の長期生存例での問題点. 血液フロンティア, 17(2), 209-218.
- 上別府圭子(研究代表者)(2007). 小児がんサバイバーと家族における晩期障害の実態と学際的介入プログラム. 平成16年度～平成18年度科学研究費補助金(基礎研究B)研究報告書.
- 松林由恵, 戈木クレイグヒル滋子(2007). 小児がんの子どもへの医療面談. 日本保健医療行動学会年報, 22, 148-161.
- 戈木クレイグヒル滋子, 畑中めぐみ(2007). 医師と小児がんで入院した子どもとの初めての面談の場におけるやりとり. 小児がん, 44(2), 143-149.
- 神道那美, 浅野みどり(2007). 小児血液疾患患児の療養行動における自主性の現状—病状説明と親の関わりが及ぼす影響に焦点をあてて. 日本小児看護学会誌, 16(2), 9-16.
- 森浩美, 嶋田あすみ他(2008). 思春期に発症したがん患者の病気体験とその思い. 日本小児看護学会誌, 17(1), 9-15.
- 三善陽子, 太田秀明(2008). 小児がん長期フォローアップの現状. 小児外科, 40(6), 697-702.
- 小澤美和(2008). 小児がん治療後の精神・心理的サポート. 小児外科, 40(6), 703-707.
- 石田也寸志(2008). 小児がん治療後のよりよい生活—Erice宣言の重要性. 小児外科, 40(6), 708-712.
- 井上富美子(2008). 小児がん治療後の子どもたちとともに. 小児外科, 40(6), 713-717.
- 多和田奈津子(2008). 思春期の私, そしてがん. 思春期学, 26(1), 21-25.
- 泉真由子, 小澤美和他(2008). 小児がん患児の心理的側面—心的外傷後ストレス症状発症の予測因子の検討. 小児がん, 45(1), 13-18.
- 泉真由子, 小澤美和他(2008). 小児がん患児の両親の心理的側面—心的外傷後ストレス症状発症の予測因子の検討. 小児がん, 45(1), 19-23.
- 山下早苗(2008). 子どもが「がん」と診断されたら. 小児がん, 31(11), 1491-1497.
- 多和田奈津子(2008). 小児がん経験者の知られざる悩み. 小児看護, 31(11), 1532-1535.

- 鷹田佳典(2008). 「診断過程」における親の経験—小児がん患者家族への聞き取り調査から. 法政大学大学院紀要, 60, 155-172.
- 石田也寸志(2008). 小児がん経験者の長期フォローアップ. 日本小児血液学会雑誌, 22(3), 144-155.
- 丸光恵(2008). 思春期・青年期のがん患者の家族への看護. 家族看護, 6(2), 65-74.
- 沖奈津子(2008). 白血病維持療法中の学童・思春期の患者が疾患をもちながら生活する姿勢. 千葉看護学会誌, 14(1), 71-79.

VI. 腎疾患

- 浅井昌弘(1973). 人工透析患者の精神医学的諸問題. 精神医学, 15(1), 4-15.
- 青木繁一(1976). 小児透析の精神医学的理解—親との関連において. 腎と透析, 1(3), 223-227.
- 佐藤喜一郎(1978). 腎移植後の精神医学的諸問題. 精神神経学雑誌, 80(2), 65-83.
- 北川照男(1979). 腎不全に基づく在宅心身障害児の調査報告—わが国の腎不全の実態. 小児保健研究, 38(2), 143-151.
- 山口正司(1980). 小児期に発症し成人まで持続する腎疾患—とくに慢性腎炎について. 小児内科, 12(3), 83-89.
- 酒井紀, 北島武之他(1981). 内科の立場からみた思春期の疾患—特に腎疾患を中心に. 小児科診療, 44(1), 49-53.
- 春木繁一(1983). 透析患者の心理的側面. 看護MOOK, 4, 128-133.
- 高木俊一郎(1983). 腎疾患患児とその母親の心理. 小児の精神と神経, 58(12), 137-143.
- 佐藤喜一郎(1984). 慢性透析患者と腎移植患者の精神医学的問題. 三浦貞則編, リエゾン精神医学, 85-91, 医歯薬出版, 東京.
- 伊藤克己, 永田道子他(1985). 透析療法を受けている小児・家族への精神的ケア. 小児看護, 8(5), 600-606.
- 伊藤克己(1985). 本邦における透析患者の現況. 小児腎不全研究会誌, 5, 212-217.
- 安村忠樹, 鈴木克好, 高田恒郎, 星野雅代, 春木繁一他(1986). パネルディスカッション: 小児腎不全患者の社会復帰の現況(1~5). 小児腎不全研究会誌, 6, 41-62.
- 福西勇夫, 久郷敏明他(1988). 人工透析患者の心理学的側面. 心身医学, 28(7), 602-607.
- 正木治恵(1988). 青年期透析患者の自立を促す看護に関する研究. 日本看護科学会誌, 8(2), 2-16.
- 伊藤克己, 甲能深雪他(1988). 小児期末期腎不全治療における腎移植の身体的, 精神的発達におよぼす影響. 透析学会誌, 21(7), 665-671.
- 岡隆弘, 安村忠樹他(1988). 腎移植後の長期予後と社会復帰の現況. 透析学会誌, 21(7), 665-671.
- 宇田川順子(1989). 小児期IgA腎症の成人期へのキャリアオーバーについて. 日本小児科学会雑誌, 93(1), 159.
- 村上睦美(1989). 小児腎炎・ネフローゼの成人へのキャリアオーバー—学校検尿発見腎炎例を中心に. 日本腎臓病学会, 31(12), 1238-1239.
- 広瀬栄子, 横山京子他(1989). 思春期の末期腎不全患者及び腎移植後患者が持つ諸問題の検討(その1). 小児腎不全研究会誌, 9, 115-117.
- 横山京子, 広瀬栄子他(1989). 思春期の末期腎不全患者及び腎移植後患者が持つ諸問題の検討(その2). 小児腎不全研究会誌, 9, 118-120.
- 本田雅敬, 横山京子他(1989). 小児末期腎不全患者の心理的諸問題. 臨床透析, 5(10), 1619-1626.
- 河西紀昭, 北条みどり他(1990). 小児腎疾患の成人へのキャリアオーバー. 小児医学, 23(6), 927-938.
- 佐藤喜一郎, 赤星恵子他(1990). 小児・青年期の生体腎移植の精神医学的問題. 児童青年精神医学とその近接領域, 31(5), 1-24.
- 正木治恵, 野口美和子他(1990). 慢性血液透析患者の透析ストレスとコーピング行動について. 千葉大学看護学部紀要, 12, 21-30.
- 福西勇夫(1991). 人工透析患者への家族を含めた心身医学的接近—透析の自己管理と失感情症の関連より. 心身医学, 28(7), 110-115.
- 福西勇夫(1992). 腎不全患者の心理・社会的問題—リエゾン精神医学の立場から. 腎移植・血管外科, 4(2), 161-165.
- 佐藤喜一郎(1992). 腎移植と精神医学的諸問題. 腎と透析, 32(1), 59-63.
- 安村忠樹, 岡隆宏(1992). 腎移植後の社会復帰. 腎と透析, 32(1), 75-79.
- 福西勇夫(1992). 臓器移植後の心身医学的諸問題. 心身医学, 32(8), 638-644.

- 佐藤喜一郎, 吉田芳子他(1992). 腎移植後の精神医学的問題とその予防. 心身医学, 32(8), 646-652.
- 佐藤喜一郎(1992). 臓器移植の精神医学的諸問題. 精神治療学, 7(4), 337-346.
- 小川修, 川村猛他(1992). 腎移植後小児の社会復帰とその問題点. 腎移植・血管外科, 4(2), 139-146.
- 村上陸美(1993). 小児から成人へキャリアオーバーする IgA 腎症. 現代医療, 25, 471-476.
- 伊藤拓(1993). 慢性疾患児のトータルケア—腎炎・ネフローゼ症候群. 障害者問題研究, 21(2), 143-150.
- 木村和正, 石川敏男他(1993). 透析患者の心理的適応. 心身医学, 33(7), 586-591.
- 中島光恵, 皆川美紀他(1994). 慢性腎疾患児の療養行動, ストレス, ソーシャルサポート—外来児と入院児の比較. 千葉大学看護学部紀要, 16, 61-68.
- 下田益弘, 飯高喜久雄他(1994). コンプライアンスの維持が重要と思われた IgA 腎症キャリアオーバーの 1 例. 小児腎不全研究会誌, 14, 45-47.
- 佐藤喜一郎(1994). 生体腎移植の光と影. 子どもの心とからだ, 3(1, 2), 12-18.
- 丸光恵, 早川香他(1995). 慢性腎疾患児の療養生活に関する知識と受け止め方について—退院直前の患児で母親の調査より. 千葉大学看護学部紀要, 17, 111-114.
- 五十嵐隆(1995). <小児から内科へのキャリアオーバー診療>慢性腎疾患のフォローアップ. medicina, 32(2), 302-304.
- 二宮啓子(1995). 腎疾患児の外泊中の生活に関する研究—入院中と外泊中の運動量の比較. 日本看護学会誌, 14(1), 30-39.
- 伊藤克己, 川口洋(1995). 総論—小児慢性腎不全の最近の動向. 腎と透析, 38(6), 769-774.
- 春木繁一(1995). 腎不全患児の精神療法. 腎と透析, 38(6), 869-874.
- 早川広史, 富沢修一他(1996). 小児期ネフローゼ症候群患者の長期予後—成人期キャリアオーバーについて. 日本小児科学会雑誌, 100(2), 424.
- 清保博, 多田勝他(1996). 小児 IgA 腎症の腎不全・腎死を規制する因子と, 成人期へのキャリアオーバーの問題点. 日本小児腎臓病学会雑誌, 9(2), 145-152.
- 佐藤喜一郎(1996). 行動化を繰り返した透析療法中の青年期の患者. 臨床透析, 12(9), 1263-1269.
- 中塚博勝(1996). 慢性疾患児の精神衛生に関する研究. 育療, 25-38.
- 春木繁一(1996). 腎移植患者の精神—看護の立場から. 透析ケア, 冬季増刊号, 186-201.
- 林優子(1996). 腎移植後のレシピエントの QOL に関する対処および対処に影響を及ぼす要因に関する基礎調査. 岡山大学医療技術短期大学部紀要, 7, 49-57.
- 木内亜矢子(1996). 元気に成長できたことへの感謝. 育療, 3, 53-54.
- 春木繁一(1997). 腎移植後の精神医学的アプローチ. 小児看護, 20(6), 756-760.
- 樋口恵美, 伊藤雄平(1997). ネフローゼ症候群の合併症とその対策—心理的問題. 小児内科, 29(11), 1590-1593.
- 吉矢邦彦, 飯島一誠他(1997). 腎移植術後の長期管理. 小児看護, 20(6), 750-755.
- 野嶋佐由美, 梶本市子他(1997). 血液透析患者の自己決定の構造. 日本看護科学会誌, 17(1), 22-31.
- 内山聖(1998). 小児慢性腎疾患のキャリアオーバー. 小児科診療, 61(6), 1085-1089.
- 丸光恵, 田中千代他(1998). 青年期慢性腎疾患児の喫煙・飲酒に関する実態とその関連要因に関する研究. 千葉大学看護学部紀要, 20, 49-57.
- 水野愛子(1998). 若年で透析導入された末期腎不全症例の長期予後と QOL. 日本小児腎臓病学会雑誌, 11(1), 97-102.
- 保科英子, 林優子他(1998). 腎移植を受けたレシピエントの QOL 構成要素. 第 29 回日本看護学会論文集(成人看護), 99-101.
- 保科英子, 林優子他(1998). 腎移植を受けたレシピエントの QOL 構成要素とレシピエント属性との関係. 岡山大学医療技術短期大学部紀要, 9, 9-14.
- 倉山英昭(1998). 小児慢性腎疾患児の生活管理. 育療, 11, 16-23.
- 相馬啓子, 老久保和雄(1999). 社会復帰を果たした慢性透析患者の喜びと悩み・ストレス—わたしにとっての社会復帰の意義. 臨床透析, 15(5), 615-617.
- 菅原文明(1999). 社会復帰を果たした慢性透析患者の喜びと悩み・ストレス—就労の喜びと悩み. 臨床透析, 15(5), 617-619.
- 星井桜子(1999). 社会復帰を果たした慢性透析患者の喜びと悩み・ストレス—小児腎不全患者の社会復帰を促進させるために. 臨床透析, 15(5), 619-621.

- 菅原剛太郎(1999). 社会復帰を果たした慢性透析患者の喜びと悩み・ストレス—長期透析患者の就労をめざして. 臨床透析, 15(5), 621-624.
- 成田悦雄(1999). 腎炎・ネフローゼ児の教育. 育療, 14, 36-41.
- 藤田富紀子(1999). 家族で歩む道. 育療, 14, 42-43.
- 渡邊久美, 林優子他(1999). 腎移植後に人生の受け止め方が低下した3事例の分析. 岡山大学医学部保健学科紀要, 10, 51-56.
- 吉川徳茂, 伊藤拓(2000). <小児期から成人, そして次世代へ>腎疾患—IgA腎症. 小児内科, 32(12), 2152-2156.
- 宮本茂子, 坂井瑠実(2000). 結婚・出産を希望する透析患者. 臨床透析, 16(10), 1611-1617.
- 平林優子(2001). ネフローゼ症候群の慢性期における看護ケアのポイント. 小児看護, 24(11), 1556-1562.
- 中野綾美(2001). ネフローゼ症候群の子どもと共に生きる家族のエンパワーメント. 小児看護, 24(11), 1563-1568.
- 天野里奈, 吉矢邦彦他(2001). 小児への生体腎提供者の健康関連QOL—SF-36による評価. 小児保健研究, 60(3), 427-431.
- 村上睦美(2001). <成人に達した小児疾患患児・者のケア>慢性腎炎. 保健の科学, 43(11), 852-857.
- 春木繁一(2001). 思春期腎移植レシピエントをめぐる心理的困難. こども医療センター医学誌, 30(2), 77-88.
- 林優子, 中西代志子他(2001). 腎移植を受けたレシピエントの背景とQOL. 岡山大学医学部保健学科紀要, 12, 37-44.
- 早川広史, 藤中秀彦他(2002). 小児腎疾患におけるキャリーオーバーの経過観察について. 日本小児科学会雑誌, 106(1), 99.
- 西本智恵(2002). 慢性腎疾患患児の疾患受容に関する一考察. 子どもの心とからだ, 10(2), 113-118.
- 丸光恵(2002). 10代の小児慢性腎疾患患者の問題. 育療, 25, 15-20.
- 江藤節代, 二重作清子(2002). 慢性腎疾患をかかえて生活する思春期の子どもの病気体験—面接調査による回想から. 第33回日本看護学会論文集(小児看護), 33-35.
- 平賀健太郎, 小林正夫(2002). 慢性腎疾患のストレス—への評価—ネフローゼ症候群と慢性腎炎の比較. 小児保健研究, 61(6), 799-805.
- 白髪弘司(2002). 小児期, 思春期, 青年期のレシピエントにみる精神心理学的問題. 腎と透析, 53(6), 755-759.
- 高橋昌里, 原田研介他(2002). 第105回日本小児科学会学術集会シンポジウム1:小児慢性疾患の長期経過とケア—成育医療の視点から, 慢性腎疾患の長期予後. 日本小児科学会雑誌, 106(11), 1578-1582.
- 佐藤喜一郎(2002). 小児期における臓器移植と発達に及ぼす影響・精神医学的問題. 小児看護, 25(12), 1585-1599.
- 大橋信子(2002). 腎移植医療において看護師が味わう精神倫理的問題. 腎と透析, 53(6), 761-764.
- 白髪宏司(2002). 日本の小児期腎不全管理—腎移植に至るアプローチとその問題点. 泌尿器外科, 15(5), 563-567.
- 服部新三郎, 吉岡加寿美他(2002). 日本における小児期末期腎不全の現況. 小児科, 43(1), 57-64.
- 富沢修一, 早川広史(2002). 小児慢性腎疾患患児のQOL. 小児科, 43(4), 434-440.
- 穴戸清一郎, 高田雅恵(2002). 小児腎移植後の患児・家族のQOL. 小児科, 43(4), 450-456.
- 岡田謙(2002). 腎炎, ネフローゼの時期—親の心理について. 腎と透析, 53(6), 707-710.
- 太田和夫(2002). わが国の腎移植と透析療法. 今日の移植, 15(1), 13-20.
- 岡茂, 生川善雄(2002). 人工透析者の生き方・価値観の構造をとらえる一つの試み—生活行動範囲との関連において. 社会福祉学, 43(1), 176-186.
- 江藤節代, 二重作清子(2003). 思春期の慢性腎疾患患児の自己決定に関する研究. 日本腎不全看護学会誌, 5(2), 52-57.
- 五十嵐隆(2003). <系統別疾患のキャリーオーバー>腎疾患. 治療, 85(9), 2515-2520.
- 星井桜子(2003). <系統別疾患のキャリーオーバー>腎疾患キャリーオーバー患者の紹介システム. 治療, 85(9), 2585-2589.
- シェリフ多田野亮子, 大田明英(2003). 血液透析患者の心理的適応(透析受容)に影響を与える要因について. 日本看護科学会誌, 23(1), 1-13.
- 奥原博子, 中村知史他(2003). 腎移植の看護を考える—生体腎移植と献腎移植の事例を経験して. 信州大学医学部附属病院看護研究集録, 31(1), 21-25.
- 長佳代(2003). 子ども時代に移植を受けた患者さんへのインタビューから浮かび上がったこと. 育療, 29, 26-31.
- 加茂登志子(2004). <疾患と子どもの心>腎臓病. 小児科臨床, 578(増刊号), 1423-1428.
- 江藤節代, 松永千絵他(2004). 思春期の慢性腎疾患の親の体験に関する研究. 家族看護学研究, 10(1), 32-38.

- 白髪宏司(2005). 慢性腎疾患. 小児看護, 28(9), 1163-1167.
- 丸光恵(2005). 慢性腎疾患でキャリアオーバーした人の成育看護. 小児看護, 28(9), 1268-1274.
- 小坂橋靖, 生駒雅昭(2005). 小児腎疾患のキャリアオーバー・クロスオーバーとその対策. *Nephrology Frontier*, 4(1), 22-28.
- 長佳代(2005). 小児腎移植後患者の思春期における療養行動の変化と関連する条件. 日本看護科学会誌, 25(2), 3-11.
- 長佳代(2005). 小児腎不全患者の良好な社会復帰への援助. 臨床透析, 21(10), 1389-1396.
- 大木聡子(2005). 透析を受けるキャリアオーバーした人の成育看護. 小児看護, 28(9), 1281-1285.
- 服部元史(2006). <小児から成人へのキャリアオーバー>腎疾患—特に慢性腎不全. 47(10), 1516-1525.
- 中島法美, 水内恵子他(2007). 末期腎不全とクローン病を抱える青年期の患者のストレスコーピング病みの軌跡モデルを用いて. 透析ケア, 13(4), 410-415.
- 後藤義光, 永井琢人(2007). 怠薬が原因で腎機能低下を来していると思われる青年期腎移植例. 日本小児腎不全学会雑誌, 27, 140-141.
- 齊藤陽, 小坂橋靖(2007). 小児腎疾患のキャリアオーバー. *Annual Review 腎臓*, 83-88.
- 瀧正史(2007). 小児科から内科, 泌尿器科へのキャリアオーバー. 日本医師会雑誌, 136(特別2), 140-141.
- 齊藤陽, 小坂橋靖(2007). 小児におけるCKD—小児腎疾患のキャリアオーバー. 臨床と研究, 84(11), 1483-1487.
- 渡部千世子(2007). 慢性腎疾患青年における病気の理解の様相—VASTを使用した調査から. 育療, 37, 27-31.
- 井上由起子(2008). キャリアオーバーしたネフローゼ症候群患者のステロイド治療に伴う体験. 小児保健研究, 67(2), 322-330.

Ⅶ. 先天性心疾患

- 安藤正彦, 高尾良他(1986). 心疾患のトータルケア. 小児科診療, 61(9), 1503-1508.
- 中島町子, 唐原優他(1991). 大学生の先天性心疾患の現況について. 全国大学保健管理研究集会 28 回報告書, 236-239.
- 五十嵐勝朗, 黒沼忠由樹他(1994). 重症先天性心臓病患者の職場参加への支援—QOL を高めるために. 小児科, 35(11), 1405-1407.
- 小池一行(1995). <小児から内科へのキャリアオーバー診療>先天性心疾患. *medicina*, 32(2), 289-291.
- 益守かづき(1997). 先天性心疾患の子どもの体験に関する研究—民族看護学の研究方法を用いて. 看護研究, 30(3), 233-244.
- 小川實(1997). 思春期における慢性疾患の管理—先天性心疾患. 小児内科, 29(5), 647-650.
- 手島秀剛, 中澤淳他(1997). 先天性心疾患成人の社会生活における問題. 心臓, 29(4), 303-310.
- 木村千恵子, 日沼千尋他(1998). 先天性心疾患患児への手術の説明(第1報) 一家庭内で患児に行われている説明内容とそれに影響する要因. 東京女子医科大学看護学部紀要, 1, 53-60.
- 日沼千尋, 阿部須麻子他(1998). 先天性心疾患患児への手術の説明(第2報) —パンフレットの郵送の試み. 東京女子医科大学看護学部紀要, 1, 61-68.
- 門間和夫(1998). 先天性心疾患のキャリアオーバー. 小児科診療, 61(6), 1071-1077.
- 松裏裕行, 佐地勉(1998). <外来での慢性疾患患児の管理>心疾患. 小児科臨床, 51(増刊), 1465-1474.
- 小川實(1998). 専門性をいかした外来—小児慢性心疾患. 小児科診療, 61(11), 2025-2028.
- 赤木禎治, 加藤裕久(1999). 先天性心疾患の妊娠. *Heart View*, 3(7), 750-754.
- 中澤誠, 太田真弓他(1999). 年長小児・思春期の心疾患への対処の仕方. 小児内科, 31(6), 819-825.
- 柳川幸(2000). <小児期から成人, そして次世代へ>先天性心疾患. 小児内科, 32(12), 2113-2117.
- 赤木禎治, 丹羽公一郎他(2001). 成人先天性心疾患診療における小児循環器医の役割. 日本小児科学会雑誌, 105(9), 954-963.
- 丹羽公一郎(2001). 成人先天性心疾患. 小児内科, 33(5), 616-621.
- 百々秀心, 石沢瞭(2001). 先天性心疾患とQOL. 小児内科, 33(5), 644-649.
- 柳川幸重(2001). 変貌しつつある小児循環器病学. 小児内科, 33(5), 597-598.
- 赤木美智男(2001). 先天性心疾患. 保健の科学, 43(11), 837-841.
- 松岡留美子(2001). 先天性心疾患の遺伝カウンセリング. 小児内科, 33(5), 633-639.

- 丹羽公一郎, 立野滋(2002). 欧米における成人先天性心疾患診療専門施設の運営実態と今後の日本の方向性. *Journal of Cardiol*, 39(4), 227-232.
- 丹羽公一郎, 立野滋他(2002). 成人期先天性心疾患の社会的自立と問題点. *Journal of Cardiol*, 39(5), 259-266.
- 石澤瞭, 百々秀心他(2002). 第105回日本小児科学会学術集会シンポジウム1: 小児慢性疾患の長期経過とケア; 成人医療の視点から—成人先天性心疾患患者診療の現状と問題点. *日本小児科学会雑誌*, 106(2), 145.
- 上田礼子, 石橋朝紀子(2002). 慢性疾患児の Resilience に関する測定尺度の検討—先天性心疾患児を中心に. *小児科臨床*, 55(10), 1985-1991.
- 水元淑恵, 赤木禎治(2002). 成人先天性心疾患患者の妊娠と出産. *小児科*, 43(5), 633-640.
- 高橋清子(2003). 先天性心疾患をもつ思春期の子どもたちの‘病気である自分’に対する思い. *大阪大学看護学雑誌*, 8(1), 12-19.
- 仁尾かおり, 藤原千恵子(2003). 先天性心疾患をもつ思春期の子どもたちのコーピング. 第34回日本看護学会論文集(小児看護), 65-67.
- 仁尾かおり, 藤原千恵子(2003). 先天性心疾患をもつ思春期の子どもたちの病気認知. *小児保健研究*, 62(5), 544-551.
- 姫野和歌子, 赤木禎治(2003). <思春期慢性疾患への対応>先天性心疾患. *小児科*, 44(10), 1482-1488.
- 坂崎尚徳, 鈴木嗣敏他(2003). 成人先天性心疾患の社会的自立の実際. *小児科診療*, 66(7), 1195-1199.
- 丹羽公一郎, 相羽純(2003). 社会的自立と問題点—自立を妨げる要因, 前置き. *日本小児循環器学会雑誌*, 19(2), 67-68.
- 赤木禎治, 日高淑恵他(2003). 成人先天性心疾患患者の社会的自立の現況と問題点—自立を妨げる要因; 結婚と妊娠(男女の違い). *日本小児循環器学会雑誌*, 19(2), 72-74.
- 丹羽公一郎, 立野滋他(2003). 成人先天性心疾患患者の社会的自立と教育, 保険, 社会保障体系. *日本小児循環器学会雑誌*, 19(2), 69-71.
- 百々秀心(2003). 医療サイドの患者自身の自立を妨げる要因とその対策—特に妊娠・出産に関して. *日本小児循環器学会雑誌*, 19(2), 74-76.
- 坂崎尚徳, 榎野征一郎(2003). チアノーゼ性心疾患心内修復術後成人先天性心疾患患者の就業. *日本小児循環器学会雑誌*, 19(2), 76-78.
- 唐澤賢祐, 原田研介(2003). 学校検診と循環器疾患. *小児科臨床*, 56(8), 1637-1645.
- 松裏裕行, 佐治勉(2003). <系統別疾患のキャリアオーバー>循環器疾患. *治療*, 85(9), 2506-2510.
- 仁尾かおり, 駒松仁子他(2004). 先天性心疾患をもつ思春期・青年期の患者に関する文献の概観. *国立看護大学校研究紀要*, 3(1), 11-19.
- 青木雅子(2004). 先天性心疾患の子どもたちのボディイメージ手術を終えて社会で生活する青年たちの語りから. *日本小児看護学会第14回学術集会講演集*, 98-99.
- 仁尾かおり, 藤原千恵子(2004). 先天性心疾患をもつ思春期の子どもたちの母親の思いと配慮. *日本小児看護学会誌*, 13(2), 26-32.
- 塚野真也(2005). 先天性心疾患. *小児看護*, 28(9), 1119-1125.
- 仁尾かおり(2005). 先天性心疾患をもちキャリアオーバーする人の成人看護. *小児看護*, 28(9), 1249-1253.
- 小山田文子(2005). 先天性心疾患とともに歩んで. *小児看護*, 28(9), 1308-1310.
- 伊庭久江(2005). 先天性心疾患をもつ幼児・学童の‘自分の疾患のとらえかた’. *千葉看護学会会誌*, 11(1), 38-45.
- 姫野和歌子, 赤木禎治他(2005). 肺高血圧のために手術不能と判断された先天性心疾患—成人期の問題と管理. *日本小児循環器学会雑誌*, 21(1), 2-7.
- 石澤瞭(2006). <小児から成人へのキャリアオーバー>成人先天性心疾患. *小児科*, 47(10), 1437-1446.
- 仁尾かおり(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.
- 服部元史(2006). <小児から成人へのキャリアオーバー>腎疾患—特に慢性腎不全. *小児科*, 47(10), 1516-1525.
- 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(2008). 先天性心疾患をもちキャリアオーバーする中学生・高校生の病気認知の構造と背景要因による差異. *日本小児看護学会誌*, 17(1), 1-19.
- 古尾谷侑奈, 仁尾かおり(2008). 先天性心疾患をもつ青年期の女性の就職・就労に対する思い. *国立病院看護研究学会*

誌, 4(1), 11-19.

石河真紀(2008). 思春期にある先天性心疾患患児の自己開示と自尊感情およびソーシャルサポートの関連. 日本小児看護学会誌, 17(2), 1-8.

仁尾かおり(2008). 先天性心疾患をもち成長する子どものライフステージに沿った支援. 小児看護, 31(12), 1639-1645.

宮田純, 仁尾かおり(2008). 先天性心疾患をもちキャリアオーバーした女性の結婚・妊娠・出産に対する思い. 小児看護, 31(12), 1674-1679.

服部元史(2008). 小児腎移植の長期成績と問題点. 小児科, 49(13), 1975-1982.

全国心臓病の子どもを守る会『心臓をまもる会』編集委員会(2008). 先天性心疾患をもつ子どもと患者, 家族からのメッセージ. 小児看護, 31(12), 1681-1686.

仁尾かおり(2008). 先天性心疾患をもって成長する中学生・高校生のレジリエンス(第1報) —背景要因によるレジリエンスの差異. 小児保健研究, 67(6), 826-833.

仁尾かおり(2008). 先天性心疾患をもって成長する中学生・高校生のレジリエンス(第2報) —病気認知によるレジリエンスの差異. 小児保健研究, 67(6), 834-839.

Ⅷ. 川崎病 (心臓後遺症)

白石裕比湖(1995). <小児から内科へのキャリアオーバー診療>川崎病冠動脈瘤. *medicina*, 32(2), 292-295.

石井正浩, 衛藤元寿他(1997). 思春期における慢性疾患の管理—後天性心疾患. 小児内科, 29(5), 650-659.

太田八千雄(2001). 川崎病既往患者の長期経過観察と内科への移行—北海道および全国アンケート調査結果から. 小児科診療, 64(8), 1211-1217.

菅原洋子(2005). 川崎病. 小児看護, 28(9), 1126-1130.

藪部友良, 土屋恵司他(2006). 川崎病既往成人への対応. 小児科, 47(10), 1447-1454.

加藤裕久(2006). 川崎病: 成人領域の問題点, その1: 企画スタートにあたって—成人になった川崎病の問題点. 川崎病の子供をもつ親の会・会報やまびこ通信, 141, 2-6.

小川俊一(2006). 川崎病: 成人領域の問題点, その2: 川崎病と向き合うために—川崎病の心血管後遺症に対する内科的, 外科的治療の現状. 川崎病の子供をもつ親の会・会報やまびこ通信, 142, 2-7.

篠原徹(2006). 川崎病: 成人領域の問題点, その3: 川崎病と向き合うために—怠薬, ドロップアウト防止のために. 川崎病の子供をもつ親の会・会報やまびこ通信, 143, 2-6.

津田悦子(2006). 川崎病: 成人領域の問題点, その4: 川崎病と出産—川崎病による冠動脈障害をもつ患者の妊娠・分娩について. 川崎病の子供をもつ親の会・会報やまびこ通信, 144, 2-4.

西村恵子(2006). 川崎病: 成人領域の問題点, その5: 川崎病と私—「新しい命」. 川崎病の子供をもつ親の会・会報やまびこ通信, 145, 11-12.

濱岡健城(2006). 川崎病: 成人領域の問題点, その6: 川崎病と動脈硬化—川崎病は早発動脈硬化の危険因子となるか. 川崎病の子供をもつ親の会・会報やまびこ通信, 146, 2-8.

橋爪功明(2006). 川崎病: 成人領域の問題点, その7: 川崎病と身体障害者手帳. 川崎病の子供をもつ親の会・会報やまびこ通信, 147, 2-8.

川崎病の子供をもつ親の会(2007). 罹患した本人(16歳以上)へのアンケート調査—その②. やまびこ通信, 148, 6-9.

川崎病の子供をもつ親の会(2007). 罹患した本人(16歳以上)へのアンケート調査—その③. やまびこ通信, 149, 10-11.

御厨晶子, 宮澤佳子(2008). 川崎病慢性期看護ケアの実際—キャリアオーバーする川崎病患者・家族の看護. 小児看護, 31(3), 326-333.

浅井満(2008). 川崎病の子供をもつ親の会の活動. 小児看護, 31(3), 342-348.

Ⅸ. 免疫疾患

大国真彦(1985). 小児膠原病の成人への移行. 小児内科, 17(4), 481-484.

武井修二, 今中啓之他(1990). 若年性関節リウマチの経過と予後に関する研究—予後と risk factor の検討. 日本小児科学会雑誌, 94(11), 2342-2350.

- 矢田純一(1995). <小児から内科へのキャリアオーバー診療>免疫不全症候群. *medicina*, 32(2), 318-319.
- 田中信介(1995). <小児から内科へのキャリアオーバー診療>膠原病. *medicina*, 32(2), 331-333.
- 伊藤保彦, 福永慶隆(1999). 長期経過からみた自己免疫疾患の問題点—全身性エリテマトーデス. *小児内科*, 31(11), 1573-1576.
- 今中啓之, 鉦之原昌(1999). 長期経過からみた自己免疫疾患の問題点—若年性関節リウマチ. *小児内科*, 31(11), 1577-1580.
- 立澤幸(1999). 長期経過からみた自己免疫疾患の問題点—皮膚筋炎. *小児内科*, 31(11), 1581-1584.
- 横田俊平(2000). <小児期から成人, そして次世代へ>リウマチ・膠原病. *小児内科*, 32(12), 2138-2142.
- 崎山幸夫(2000). <小児期から成人, そして次世代へ>原発性免疫不全症. *小児内科*, 32(12), 2149-2151.
- 横田俊平(2001). 小児膠原病全国調査を終えて. *小児内科*, 33(6), 753-754.
- 相原雄幸(2001). 小児リウマチ疾患の長期管理と病状の変容. *小児内科*, 33(6), 760-764.
- 松山毅(2001). 若年性関節リウマチ—社会的・心理的サポート. *小児内科*, 33(6), 801-805.
- 稲毛康司(2001). 小児慢性関節炎患者の教育—思春期患者教育, 患者指導のワークブックなど. *小児内科*, 33(6), 839-844.
- 阿部香織(2001). リウマチ性疾患専門内科医からみた成人に達した JRA, SLE の引き継ぎのされ方. *小児内科*, 33(6), 845-848.
- 稲毛康司(2001). 小児期に発症した小児リウマチ性疾患のキャリアオーバー, 小児科から内科へ. *Prog Med*, 21, 874-877.
- 村上正人(2001). 小児リウマチ性疾患患児の精神・心理的サポート. *小児内科*, 33(6), 849-852.
- 藤川敏(2001). 小児リウマチ性疾患の疫学. *小児内科*, 33(6), 755-759.
- 相原雄幸(2001). 小児リウマチ性疾患の長期管理と病状の変容. *小児内科*, 33(6), 760-764.
- 渡辺言夫(2001). 膠原病. *保健の科学*, 43(11), 848-851.
- 鉦之原昌(2001). リウマチと生涯医療. *臨床リウマチ*, 13, 1-2.
- 今中啓之, 武井修治他(2001). JRA のキャリアオーバー—病態・治療・予後. *リウマチ*, 41(2), 316.
- 和田靖之(2001). 若年性関節リウマチ—日常生活の実際. *小児内科*, 33(6), 797-800.
- 島田廣子(2001). 若年性関節リウマチ—社会活動への参加. *小児内科*, 33(6), 811-814.
- 富板美奈子(2001). 全身性エリテマトーデス—日常生活の実際. *小児内科*, 33(6), 832-834.
- 金兼弘和(2002). 第 105 回日本小児科学会学術集会シンポジウム 1: 小児慢性疾患の長期経過とケア—成育医療の視点から, 免疫疾患. *日本小児科学会雑誌*, 106(11), 1589-1593.
- 伊藤繁(2002). 原発性免疫不全症候群. *保健の科学*, 44(4), 266-269.
- 松山毅(2003). 難治性 JIA 患児の心とケア. *リウマチ科*, 30(6), 531-537.
- 伊藤保彦, 五十嵐徹他(2003). 膠原病. *小児科*, 44(10), 1489-1496.
- 稲毛康司(2004). 若年性関節リウマチ(小児慢性関節炎)のキャリアオーバーへの対応—Adult JRA(JIA)への対応. *小児看護*, 27(8), 999-1006.
- 福田和明(2005). 全身性エリテマトーデス女性患者の他者との関係性における体験. *日本看護科学会誌*, 25(2), 56-64.
- 武井修治(2005). 小児リウマチ性疾患. *小児看護*, 28(9), 1177-1182.
- 野中由希子, 武井修治他(2005). 小児膠原病における難治例対策の現状と今後の展望. *小児科*, 46(1), 111-117.
- 今中啓之(2005). 膠原病患者の心理的・社会的サポート. *小児科診療*, 68(4), 731-736.
- 岩田力(2005). 原発性免疫不全症候群. *小児看護*, 28(9), 1183-1191.
- 横田俊平(2005). 全身性エリテマトーデスの考え方と治療法の進歩. *日本小児科学会雑誌*, 109(4), 459-467.

X. 気管支喘息

- 仲井美由紀(1994). 気管支喘息児の自己管理における認識にかかわる要因—学童後期から思春期前期の子どもたちとその家族との面接調査から. *岐阜大学医療技術短期大学紀要*, 1, 96-108.
- 勝呂宏(1995). <小児から内科へのキャリアオーバー診療>気管支喘息. *medicina*, 32(2), 306-308.
- 北栄子(1998). 小・中学校における喘息児の対応の現状と課題. *育療*, 12, 35-37.

- 玉田美希子(1998). 喘息と私. 育療, 11, 36-38.
- 小田嶋博(2000). 思春期気管支喘息についての現在の考え方—小児科から. アレルギー, 49(6), 459-462.
- 小田嶋博(2000). 思春期喘息. アレルギー科, 9(6), 554-559.
- 小田嶋博(2000). 小児—思春期喘息よりの検討. アレルギーの臨床, 20(5), 374-379.
- 駒瀬裕子, 中川武正(2000). 思春期喘息の問題点とその対策—特に内科に移行する際の注意点. アレルギーの臨床, 20(12), 939-945.
- 岩田力(2000). <小児期から成人, そして次世代へ>アレルギー疾患—アトピー性皮膚炎, 気管支喘息. 小児内科, 32(12), 2123-2128.
- 早川浩(2002). 小児気管支喘息. 保健の科学, 44(4), 275-279.
- 山田政功(2002). 小児期・思春期のストレスと気管支喘息. ストレスと臨床, 14, 24-27.
- 小田嶋博(2005). 思春期喘息. 日本小児科学会雑誌, 109(4), 468-477.
- 荒井康男, 荒井清美(2005). 気管支喘息. 小児看護, 28(9), 1168-1171.
- 赤坂徹(2006). 思春期喘息の問題点. 小児科臨床, 59(増刊号), 1299-1305.
- 釣木澤尚美, 秋山一男(2007). 小児喘息の成人へのキャリーオーバーの予防. 小児科, 48(1), 25-35.
- 増田敬(2008). 喘息を難治化させないために—キャリーオーバー. 日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会誌, 6(1), 60-65.

XI. 炎症性腸疾患

- 藤沢知雄, 蜂矢正彦(2000). <小児期から成人, そして次世代へ>消化器疾患. 小児内科, 32(12), 2166-2169.
- 濱田貴幸, 林奂他(2000). 小児潰瘍性大腸炎の長期予後. 小児外科, 32(11), 1183-1187.
- 山本隆行, 田中光司他(2000). 小児クローン病の長期予後. 小児外科, 32(11), 1188-1192.
- 高添正和, 酒匂美奈子他(2005). 小児IBDのキャリーオーバー. 小児看護, 28(9), 1145-1150.
- 吹田麻耶, 鈴木純恵(2007). クローン病者の食事を通じた他者との関わりの体験. 日本難病看護学会, 12(2), 147-154.

XII. 神経・筋疾患

1. 進行性筋ジストロフィー

- 仲谷剛, 井上謙次郎(1991). 筋ジストロフィー患児の quality of life. 小児内科, 23(8), 101-104.
- 浅倉次男, 鈴木亜紀他(1993). 進行性筋ジストロフィー症児(者)の生きがいを求めて. 特殊教育学研究, 31(3), 63-67.
- 近藤久央(1995). 進行性筋ジストロフィー児の自己形成に関する考察—思春期の子どもの「お話づくり」の分析を通して. 国立特殊教育総合研究所研究紀要, 22, 119-127.
- 岩井健次(1996). 筋ジストロフィー入院患児の病気に対する自覚の過程と心理的援助. 特殊教育学研究, 33(5), 1-6.
- 北川彰一(1996). 筋ジストロフィー入院患者に対する学校教育の課題とその一般的意義. 育療, 3, 20-24.
- 山田栄吉, 石川豊江他(1996). シンポジウム:筋ジストロフィー児の生活の充実に向けて. 育療, 5, 20-24.
- 深川常雄(1997). 在宅筋ジストロフィー児の生活の現状と課題. 育療, 7, 51-57.
- 上保隆夫(1999). 筋ジストロフィー生徒に対する本校高等部の取り組み—卒業後の生活の充実を図るための指導. 育療, 14, 28-32.
- 高橋淳子(2000). 進行性筋ジストロフィー児の生きる意欲と指導. 育療, 18, 2-9.
- 長尾秀夫(2001). 神経筋疾患をもった子どもが在籍する通常の学校への医学的・教育的支援のあり方. 脳と発達, 33, 307-313.
- 長尾秀夫(2001). 筋ジストロフィー児の療育について. 療育, 42, 8-12.
- 長尾秀夫(2002). 神経筋疾患をもった子どもが在籍する通常の学校への医学的・教育的支援のあり方. 小児科, 43(5), 661-667.
- 埜中柁哉(2003). 筋ジストロフィー研究から学んだこと. 療育, 3-15.
- 浅倉次男(2005). 進行性筋ジストロフィー. 小児看護, 28(9), 1209-1215.
- 曾我部由里, 高見沢智子(2005). 「ワークショップまごころ」の試み—筋ジストロフィーの卒業生の就労. 育療, 32,

10-14.

榎中征哉(2005). パソコン通信を通しての社会的自立—筋ジストロフィーの人達とのふれあい. 小児看護, 28(9), 1311-1314.

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. 日本看護科学会誌, 26(2), 31-38.

小長谷正明, 井上由美子他(2006). Duchenne型筋ジストロフィーの主観的QOLの変化—1992年と2004年の比較. IRYO, 60(2), 743-749.

山元恵子(2006). 筋ジストロフィー患者の病からの学びと障害受容との関連性—X氏の場合. 大阪府立大学看護学部紀要, 12(1), 103-113.

2. てんかん

笠松章, 平井富雄他(1968). てんかんの社会精神医学—昭和39年全国調査より. 神経進歩, 12(3), 175-182.

懸田克躬, 直居卓他(1969). てんかん患者の社会的背景について: その(1) —実態調査を中心として. 精神医学, 11(2), 117-124.

渡辺敏也(1974). 社会適応状況からみたてんかん患者の実態. 精神医学, 16(12), 1061-1070.

久郷敏明, 福岡満美他(1993). てんかん患者の結婚・就労状況. 精神医学, 35(9), 943-950.

橋本和明, 和田一丸他(1993). 通院てんかん患者の就労状況—とくに法的制限に注目して. てんかん研究, 11(2), 174-177.

佐伯祐一, 古賀寛他(1993). てんかん患者の社会生活の状況—九州大学附属病院精神科外来通院患者について. 臨床精神医学, 22(7), 1039-1045.

北原久枝(1995). 成人期へキャリアオーバーした小児てんかん診療のポイント. 小児内科, 27(8), 96-100.

山田哲也(1995). てんかんの病名告知—「てんかん」の病名を知らせるか否か. 小児内科, 27(8), 140-143.

三宅捷太(1995). てんかん児のより良い学校生活のための医療の役割—現状と展望. 小児内科, 27(8), 144-149.

久保田英幹(1995). てんかん患者に対する社会的援助. 小児内科, 27(8), 150-155.

小林繁一(1995). <小児から内科へのキャリアオーバー診療>てんかん. medicina, 32(2), 298-300.

伊藤美樹子, 山崎喜比古他(1998). てんかんをもつ人の「てんかんであること」に伴う経験の質的分析—病気を匿すことを中心に. 保健医療社会学論集, 9, 30-43.

椎原弘章(2000). <小児期から成人, そして次世代へ>神経・筋疾患—てんかん. 小児内科, 32(12), 2157-2161.

満留昭久(2000). <小児痙攣性疾患の最新の治療法>小児から成人に移行する場合の対策. 小児科, 41(8), 1427-1433.

原美智子(2001). <成人に達した小児疾患患児・者のケア>てんかん. 保健の科学, 43(11), 828-831.

麻生幸三郎, 祖父江文子他(2002). 第105回日本小児科学会学術集会シンポジウム1: 小児慢性疾患の長期経過とケア—成育医療の視点から, 小児期発症てんかんの長期経過とケア. 日本小児科学会雑誌, 106(11), 1583-1588.

原美智子(2003). てんかん. 小児科, 44(10), 1497-1503.

井上有史, 西田拓司他(2005). 小児てんかんの精神医学. 児童青年精神医学とその近接領域, 46(2), 69-87.

原美智子(2005). てんかん. 小児看護, 28(9), 1197-1203.

小国美也子, 斉藤加代子(2005). 慢性疾患を抱えた子どもたちの思春期—とくに, てんかんについて. 小児科診療, 68(6), 1081-1085.

3. 脳性麻痺

吉岡隆之, 落合幸勝他(1998). 脳性マヒ者の自殺5例の経験. 小児の精神と神経, 28(4), 271-273.

佐伯満(2000). 成人脳性麻痺のリハビリテーション—成人に至るまでの療育経過とその課題. Journal of Clinical Rehabilitation, 9(5), 437-442.

松本誠司(2002). 脳性マヒの私の生きる道—障害の受容・自立のプロセス. 障害者問題研究, 30(3), 231-235.

馬越裕美, 長尾秀夫(2004). 神経筋疾患のQOL(人生の質)に関する質問紙調査. 特殊教育研究, 41(5), 483-491.

馬越裕美, 長尾秀夫(2004). 神経筋疾患のQOL(人生の質)向上を目指した支援の実際. 特殊教育研究, 41(5), 493-502.

佐鹿孝子, 深沢くに子他(2005). 親が障害のあるわが子を受容していく過程での支援(第3報)—高等学校3年生の親への面接による考察. 小児保健研究, 64(3), 461-468.

穴倉啓子(2005). 脳性麻痺. 小児看護, 28(9), 1204-1208.

4. 重症心身障害

前田晶子(1996). 社会参加のために—重症心身障害児のこどもの場合. 育療, 3, 37-47.

栗秋美樹, 松石豊次郎(2003). 成人に達した発達障害児(者)への対応—現在そして未来. 小児科, 44(2), 263-270.

澤田法子, 井上みゆき(2006). 重症心身障害児(者)施設の看護師が語る小児期からのキャリアオーバーに関する問題. 第37回日本看護学会論文集(小児看護), 251-253.

5. その他

名倉由紀子(1996). 障害をもって生きること. 育療, 5, 48-49.

奈良間美保(2005). 二分脊椎でキャリアオーバーした人の成育看護. 小児看護, 28(9), 1254-1258.

XIII. 先天性代謝異常

松田一郎(1986). 慢性疾患管理の実際—フェニルケトン尿症およびその他の先天性代謝異常. 小児内科, 18(10), 141-146.

西垣敏紀(1998). 先天性代謝異常のキャリアオーバー. 小児科診療, 61(6), 1063-1069.

大和田操(2000). <小児期から成人, そして次世代へ>フェニルケトン尿症. 小児内科, 32(12), 2118-2121.

大和田操(2001). フェニルケトン尿症の長期予後. 小児内科, 33(7), 915-919.

大和田操(2001). 先天性代謝異常症の長期管理. 保健の科学, 43(11), 842-847.

XIV. 染色体異常

池田由紀江, 橋本創一(1992). 思春期以後のダウン症候群の発達心理. 小児内科, 24(11), 1691-1695.

山縣然太郎(1999). 特集:ダウン症候群, 成人期の課題. 保健の科学, 41(3), 196-201.

山縣然太郎, 武田康久他(2001). <成人に達した小児疾患患児・者のケア>ダウン症. 保健の科学, 43(11), 832-836.

岩本綾(2004). みんな同じ運命; 命の重さに変わりはない—Down症本人の立場から. 小児科診療, 67(2), 243-247.

藤村聡(2004). 染色体異常者の成人期の問題—成人期Down症の医学管理. 小児科診療, 67(2), 267-272.

長谷川知子(2004). <染色体異常の包括的ケア>本人への告知について. 小児科診療, 67(2), 235-241.

川目裕(2004). <染色体異常の包括的ケア>家族への告知と受容支援. 小児科診療, 67(2), 229-234.

泉川良範(2004). <染色体異常の包括的ケア>染色体異常児の療育的支援. 小児科診療, 67(2), 255-259.

岩本綾(2005). みんな同じ人間; 同じ運命—My Dream Came True. 小児保健研究, 63(2), 104-109.

XV. 内分泌疾患

新美仁男(1998). 小児内分泌疾患のキャリアオーバー. 小児科診療, 61(6), 1091-1095.

児玉浩子(2000). <小児期から成人, そして次世代へ>慢性甲状腺炎・Basedow病. 小児内科, 32(12), 2129-2131.

河野斉(2002). 第105回日本小児科学会学術集会シンポジウム1:小児慢性疾患の長期経過とケア—成育医療の視点から, 内分泌・代謝性疾患長期経過とケア. 日本小児科学会雑誌, 106(11), 1572-1577.

横谷進(2002). 低身長. 保健の科学, 44(4), 256-260.

堀川玲子(2005). 副腎疾患・性腺機能低下症. 小児看護, 28(9), 1155-1162.

XVI. 血友病

岡茂(1979). 血友病児の教育に関する意見と悩みについて—親および成人患者の見解. 大阪教育大学紀要, 28(1), 125-136.

飯塚敦夫(1995). <小児から内科へのキャリアオーバー診療>血友病. medicina, 32(2), 312-314.

別所文雄(2002). 血友病. 保健の科学, 44(4), 261-265.

紅林洋子(2005). 慢性疾患患者に対する心理的援助に関する一考察—血友病患児とのかかわりから. 児童青年精神医学とその近接領域, 46(2), 128-136.

XVI. 感染症

関矢早苗(1994). HIV・エイズ関係文献ガイド. 助産雑誌, 48(6), 490-494.

松岡弘(1994). 学校におけるエイズ教育<小・中・高>. 小児科臨床, 47, 57-62.

山田兼雄(1995). <小児科から内科へのキャリアオーバー診療> HIV 感染症. *medicina*, 32(2), 315-317.

田中雄二, 白木和夫(1995). <小児科から内科へのキャリアオーバー診療>肝炎ウイルスキャリア. *medicina*, 32(2), 320-322.

花房秀次(1999). 血友病と HIV 感染. 小児看護, 22(2), 193-198.

横田恵子(1999). 家族カウンセリング—HIV 感染児を抱える家族の特徴と心理・社会的援助のポイント. 小児看護, 22(2), 189-192.

稲垣稔(1999). AIDS とインフォームド・コンセント. 小児看護, 22(2), 183-188.

松本淳子, 武田敏(2003). 介入アプローチの差による HIV 感染予防行動における自己効力感の比較. 思春期学, 21(4), 379-387.

倉橋俊至(2003). 若年者における HIV/AIDS 感染の現状. 小児科, 44(12), 1997-2004.

國方徹也(2005). HIV 母子感染後. 小児看護, 28(9), 1192-1196.

佐藤武幸(2005). 学校, 親との連携とプライバシーの確保. 小児内科, 37(3), 354-356.

横田恵子(2005). 小児科における HIV カウンセリング—子どもと家族への心理社会的支援の枠組みを再考する. 小児内科, 37(3), 357-361.

栞原健(2005). 小児 HIV 治療におけるアドヒアランス. 小児内科, 37(3), 362-365.

野々山未希子(2005). HIV 母子感染者の援助. 小児内科, 37(3), 374-377.

外川正生(2005). わが国における小児 HIV/AIDS 診療の現況と問題点. 小児科, 46(4), 507-514.

XVII. 小児外科系疾患

小沼邦男, 梶本照穂他(1991). 思春期を迎えた鎖肛患者の QOL 評価. 小児外科, 23(12), 69-75.

羽金和彦, 佐伯守洋他(1991). 直腸肛門奇形症例の学校生活における諸問題. 小児外科, 23(12), 55-59.

岩井潤, 高橋英世他(1991). 鎖肛術後症例の排便状態と QOL. 小児外科, 23(12), 31-40.

宇津木忠仁, 土田嘉昭他(1991). 永久ストーマが必要となった小児外科患者の QOL. 小児外科, 23(12), 41-45.

駿河敬次郎, 宮澤隆一他(1991). 小児外科症例の術後 QOL に関する研究—主として患児の術後心理面および社会生活の面よりの検討. 小児外科, 23(12), 71-85.

小林昌和, 住山景一郎他(1995). <小児から内科へのキャリアオーバー診療>先天性胆道閉鎖症術後. *medicina*, 32(2), 324-327.

鈴木達也, 橋本俊他(1997). 鎖肛術後長期経過観察における問題点. 日本小児外科学会誌, 33(3), 495.

大島雅之, 吉永恵他(1997). 高位型直腸肛門奇形術後の長期予後—思春期から青年期をいかに過ごしてきたか. 日本小児外科学会誌, 33(3), 495.

後藤隆文, 青山興司他(1997). 鎖肛術後の長期フォロー(腎・尿路). 日本小児外科学会誌, 33(3), 496.

栗山裕, 川村健児他(1997). 小児期発症の思春期・青年期糖尿病潰瘍性大腸炎の経過. 日本小児外科学会誌, 33(3), 496.

長屋昌宏, 加藤純爾他(1997). 15 才以上に達した新生児期小腸大量切除症例. 小児外科, 29(5), 90-94.

鎌形正一郎, 林奥他(1997). 経過観察中に 16 歳を超えた症例をどうするか. 小児外科, 29(5), 73-76.

宮野武, 山高篤行他(1997). 先天性胆道拡張症—小児および成人例の検討. 小児外科, 29(5), 110-114.

真田裕, 平井慶徳他(1997). 成人に達した短腸症候群. 小児外科, 29(5), 95-100.

臼井規朗, 井上正宏(1997). 成人に達した食道閉鎖症例の検討. 小児外科, 29(5), 77-82.

西寿治, 山本弘他(1997). 高インシュリン血症に対する外科治療後の問題点. 小児外科, 29(5), 115-118.

岩淵眞, 内山昌則他(1997). 小腸超広範囲切除例の栄養管理の評価と問題点. 小児外科, 29(5), 83-89.

- 渋谷温(1997). 副腎原発摘出10年後に頭蓋内に再発した神経芽腫. 小児外科, 29(5), 119-124.
- 上井義之, 荒木夕宇子他(1997). IV期Wilms腫瘍の長期生存例—肝転移と肺転移のみられた症例の治療経過と晩期障害. 小児外科, 29(5), 135-139.
- 駿河敬次郎, 角田晋他(1998). 術後排便障害の長期フォローアップ—QOL特に人間学的検討. 小児外科, 30(1), 49-53.
- 中野美和子, 佐伯守洋他(1998). 20歳を越えた直腸肛門奇形患者のQOL. 小児外科, 30(1), 44-48.
- 小沼邦男, 谷内真由美他(1998). 直腸肛門奇形術後患児自らが評価するQOL—思春期を迎えた34名の検討. 小児外科, 30(1), 101-105.
- 仁尾正紀, 大井龍司(1998). 先天性胆道閉塞症のキャリアオーバー. 小児科診療, 61(6), 1078-1083.
- 中野美和子, 佐伯守洋他(1999). 思春期以降における胆道閉鎖症の諸問題. 小児外科, 31(3), 286-290.
- 仁尾正紀, 大井龍司他(1999). 胆道閉鎖症術後長期生存例の問題点—20歳以上症例の検討. 小児外科, 31(3), 291-296.
- 佐伯守洋(2001). 小児外科術後成人期へのキャリアオーバーについて. 日本小児外科学会誌, 37(7), 1009-1018.
- 中野美和子, 黒田達夫他(2001). 小児期に造設された永久ストーマ患者の思春期から成人期にかけてのケア. 日本ストーマ学会誌, 17(2), 6-12.
- 溝上祐子(2001). 成人期を迎える小児オスメイトの諸問題. 日本ストーマ学会誌, 17(2), 13-19.
- 松原康美(2001). 思春期にあるオスメイトの心の問題とケアの継続性. 日本ストーマ学会誌, 17(2), 20-26.
- 中野美和子, 黒田達夫他(2002). 小児外科キャリアオーバー患者の問題点. 日本臨床外科学会誌, 63(増刊), 199.
- 倉本秋, 北村聡子他(2002). 成人期を迎えるオスメイトのトータルケア. 日本ストーマ学会誌, 17(2), 27-33.
- 藤澤知雄, 乾あやの他(2002). 小児生体肝移植後の患児・家族のQOL. 小児科, 43(4), 441-449.
- 阿曾沼克弘, 猪俣裕紀洋(2003). 成人する小児外科疾患および肝移植術後症例のフォローについて. 治療, 85(9), 2579-2584.
- 岩村喜信, 青山興司他(2006). 直腸総排泄腔瘻術後長期経過観察—性機能について. 小児外科, 38(8), 994-997.
- 肥沼幸, 新井勝太他(2006). 胆道閉鎖症術後の妊娠症例の臨床経過とその検討. 小児外科, 38(10), 1195-1206.
- 小島祥敬, 林祐太郎他(2006). 男子不妊からみた停留精巣の妊孕性. 小児外科, 38(10), 1248-1251.
- 伊藤直樹(2006). 小児の性器異常と生殖予後—停留精巣症例における妊孕能の検討. 小児外科, 38(10), 1244-1247.
- 仁尾正紀, 大井龍司他(2006). 成人期に達した胆道閉鎖症術後の症例の問題点と対処について. 小児外科, 38(8), 1201-1206.
- 橋都浩平(2006). フォローアップの哲学. 小児外科, 38(8), 923-924.
- 石川真理子(2007). 小児期に鎖肛の治療を受けた患者の青年期移行の生活. 小児外科, 38(10), 1181-1189.
- 西田みゆき(2008). 小児外科の疾患患児の疾患とともに生きる過程. 小児保健研究, 67(1), 41-46.

ⅩⅩ. その他

- 澤田和美(2000). 'Resilience'の小児看護への適用—たくましく生きることへの支援. 臨床看護研究の進歩, 11, 20-26.
- 福嶋義光(2002). 第105回日本小児科学会学術集会シンポジウム1:小児慢性疾患の長期経過とケア;成育医療の視点から, キャリアオーバー患者の母性・父性医療—遺伝カウンセリングを中心に. 日本小児科学会雑誌, 106(11), 1599-1602.
- 野間俊一, 林晶子他(2005). 生体肝移植児童青年期症例に対する精神医学的サポート. 児童青年精神医学とその近接領域, 46(2), 20-29.
- 山本俊至(2006). 小児病院に通院を続ける青年期先天性奇形症候群者を対象とした在宅医療福祉の実態調査. 小児保健研究, 65(4), 600-604.
- 星野健(2008). 生体肝移植の長期移植と問題点. 小児科, 49(13), 1967-1973.

受付日 2008年9月17日 採用決定日 2009年2月6日

活動報告

国立看護大学校 Faculty Development(FD)活動報告

これまでの研究紀要には、国立看護大学校のFD活動について報告をする機会がなかった。しかし、教員のFD活動には教育研究活動が多く含まれているので、各種の活動をまとめてここに報告する。2002～2008年度の研修やセミナーを概観すると、長期間にわたる能力開発研修、学内講師による講演や研究報告、また、最近では昼休みに短時間の話題提供などがあり、多彩な内容である。今回、次のように大別して内容を簡略に記載した。

年度別FD活動実施状況

	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	計
学外講師による研修・講演	1	2	4	2			2	11回
学内講師による講演・報告			3	7	8		2	20回
自主グループによる研修					17	16	1	34回
ランチョン・ミーティング							5	5回

(2008年度は12月まで)

I. 学外講師による研修・講演

1. 「PBLを学ぶ—学習環境が作り出す問題に基づいた主体的学習」(2002年7月15日～19日)

講師：Basanti Majumdar (McMaster University, Canada)

教員の教育・指導能力の向上を図るため、カナダのマクマスター大学で開発された「Problem-Based Learning 問題に基づく学習」「Self-Directed Learning 主体的学習」をテーマにワークショップが開催された。授業に出る意味、どうしたら興味をもって学習に取り組めるか、応用の利く学習、どのような教育方法がよいか、こうした疑問に応える研修であった。元来、学ぶということは、新たなものへの探究心を刺激し、創造性や達成感を求めて次のステップへと人を動機づける力をもつ。さまざまな教育スタイルを学ぶことによって、時宜を得た適切な工夫をして実際の教育に導入することが望まれる。

2. 「アメリカにおける看護技術教育・フィジカルアセスメントの実際」(2003年6月10日、13日)

講師：Skhta Pradatasundarasar (Wayne County Community College, U.S.A.)

看護におけるフィジカルアセスメントは、健康について人の反応を確認し、看護介入によって問題を予防したり、問題を取り除いたりするアプローチである。フィジカルアセスメントは客観的なデータであり、看護のケアプラン・看護過程の要素にとって重要である。入院時や健診時の完全アセスメント、循環器や呼吸器などのシステムとしてのアセスメント、呼吸などの部分としてのアセスメントの3つのレベルのフィジカルアセスメントがあり、実際のアセスメントシートを用いて説明を受けた。

3. 「大学院教育の概念と教育内容」(2003年6月20日、24日)

講師：Puangrat Boonyanurak (Saint Louis College, Thailand)

大学院教育の目的や理念を理解するために、看護専門職としての大学院教育の重要性が解説された。専門知識の獲得とその発展、さまざまな種類の知識、看護実践の4つの次元、ヘルスケア・システムの関係者、社会化のプロセスなどである。また、カリキュラムデザインを概観し、教育プログラムの主な内容、プログラムに対応した理論、修了生に求められる能力と態度の関連、学習経験と教育方法、などの具体的な内容が示された。

4. 「大学院における教育と学習」(2004年6月23日)

講師：Puangrat Boonyanurak (Saint Louis College, Thailand)

大学院における教育の目的や理念、カリキュラムデザイン、主要な概念をおさえたうえで、critical thinking, problem-based learning, evidence-based teaching/learning, outcome-focused teaching/learning, theory-directed teaching/learning などの、大学院教育に携わる教員に必要な概念と手法について紹介された。また、教官の役割を、教育・研究・サービスの3つの側面から分析し、それぞれの責任について検討した。

5. 「アメリカにおける学士教育方法—障害をもった学生の受け入れについて」(2004年7月13日)

講師：Ratchneewan Ross (College of Nursing Kent State University, U.S.A.)

看護における効果的な教育の戦略として、専門職としての能力、学生との人間関係、個人の特性、実践の評価などの視点が紹介された。また、教育の実践方法として、実際の視聴覚教材の具体例「母性と出産」を見ながら説明を受けた。さらに、身体的障害をもった学生のために、コンピュータシステムを用いた遠隔授業や、インターネットにリンクする教育方法についても紹介された。

6. 「トランスカルチュラル・ナーシング」(2005年2月1日)

講師：Carolyn S. Melby(山口大学)

トランスカルチュラル・ナーシングの定義、トランスカルチュラル・ナーシングの利用、そのジレンマなどについて説明を受けた。看護教育のインターナショナル化とグローバル化、世界におけるクロスカルチュラル看護理論の利用、具体例として地震や津波への対応のケースが示された。グローバルな健康問題の解決、国際看護ケアの枠組みなど、新しいパラダイムについての解説を受けた。

7. 「東洋医学と国際保健」(2005年3月10日)

講師：津谷喜一郎(東京医科歯科大学難治疾患研究所)

伝統医療から、evidenceに基づいた伝統的補完代替医療への転換と、ランダム化比較試験の歴史について初めに概観した。また、東西両医学の特質を、健康に関するコミュニケーション、健康の概念、健康に対する費用などで比較し解説された。evidence-based medicine については、Cochrane, Feinstein, Sackett の考え方が紹介され、narrative-based medicine の考え方も示された。

8. 「厚生労働省の科学技術政策と科学研究事業の最新動向」(2005年9月21日)

講師：高階恵美子(厚生労働省大臣官房厚生科学課)

厚生労働省の科学研究事業は、行政政策研究、厚生科学基盤研究、疾病・障害対策研究、健康安全確保総合研究の4分野から構成されている。厚生労働省では、「安心・安全で質の高い健康生活を実現する先端科学技術の実用化」を基本に、「健康安心の推進」「健康安全の確保」「先端医療の実現」を2005年度の科学技術関係施策の重点事項としている。厚生労働科学研究費のあらましと、併せて健康フロンティア戦略の推進について説明を受けた。

9. 「子どもの虐待をめぐる保健福祉の多職種連携システムと評価」(2005年9月26日)

講師：Uma A. Segal(University of Missouri, U.S.A.)

子どもの虐待予防に向けて、保健、医療、福祉の専門職が連携するシステムについて、米国での実践と国際的な動向が話された。暴力の理由、身体的・精神的・性的な虐待、ネグレクトや子捨ての定義が示された。また、体系的な介入のアプローチとチームワークの必須要因が述べられ、成功するチームとして、ゴールの重要性、段階的なチーム展開、すぐれたチームの例などが示された。変革の鍵として、社会的な認識・加害者への介入・被害者への教育の重要性が示された。

10. 「タイ王国における看護師資格と看護教育」(2008年6月2日)

講師：Sakawduean Paiboon(Saint Louis College, Thailand)

タイ王国における看護師資格の種類、免許の更新、看護協会と看護カウンシルの役割、advanced practice nurse のシステム、看護教育と教育機関について説明を受けた。また、セントルイス大学の例を用いながら、看護教育の具体的なカリキュラムとその構成について、必要な単位数、評価方法などが示された。最後に、講師の専門である母性看護学分野の研究の例として、コンピュータを使用した助産教育法の効果について紹介された。

11. 「タイ王国における認知症の治療と看護」(2008年11月5日)

講師：Suwanna Anusanti(Saint Louis College, Thailand)

初めに認知症の事例の紹介があり、その徴候、原因、タイプが解説された。続いて、タイ王国における認知症の発生率などの統計、スクリーニングの方法、予防法について説明がされた。また、セントルイス大学の一部として機能しているケアセンターの理念や活動の実際についての紹介があり、行政的な面や宗教の差によってもたらされるケアの違いについても紹介された。

II. 学内講師による講演・報告

1. 「乳がん患者への継続的看護援助」(2004年9月9日) 講師：小西敏子

自ら治療法の選択を行った乳がん患者が、乳がんを自己の人生のなかに引き受ける姿勢を形成するための継続的な看護援助について紹介された。患者が新たな生活への意欲を形成するためには、選択への後悔がないこと、術後後遺症などによる痛み

から解放されていることが前提条件で、そのうえで自己決定と患者の有能さを刺激することにより、意欲が自然に開花していくことが示された。

2. 「更年期モデルマウスにおけるザクロジュースの影響」(2004年9月9日) 講師：濱本洋子

ザクロの果実や種子には女性ホルモンであるエストロゲンが微量ではあるが含有されている。本研究では、市販されている濃縮ザクロジュースが更年期症状を緩和する効果があるかどうかを、卵巣を摘出した更年期モデルマウスを用いて検証した結果が報告された。ザクロジュースによって、マウスは卵巣摘出による骨代謝異常、うつ症状が改善できる可能性が示唆された。

3. 「心臓移植の待機期間における看護師が認知した患者の心理的反応」(2004年12月9日) 講師：山田巧

心臓移植待機患者のケアに携わった経験をもつ看護師を対象として、フォーカス・グループ面接法を用い、看護師の認知した移植待機期間における患者の心理的反応について調査した結果が報告された。質的分析を行った結果、「心臓移植自体に対する思い」「長期療養によって引き起こされる思い」「人工補助心臓 VAS 装着に伴う思い」「移植後に対する思い」が抽出され、長期化する心臓移植待機期間の患者の複雑な心理的問題が明らかにされた。

4. 「看護の人員配置と質指標データの収集と分析」(2005年4月28日) 講師：柏木公一

米国では、看護師の受け持ち患者数が1名減るたびに患者の死亡率が減るといった研究が行われ、このようなデータは米国の公的保険の退院時データセットから作られた。このデータは州により研究者が利用できないこともある。そのため米国看護師協会は、1998年から全米の病院を対象に看護の質の指標について、インターネットを通じてデータを収集するシステム NDNQI を開始した。日本でも同様の研究が可能かどうかについて、これまでの知見が報告された。

5. 「緩和ケアと終末期がん患者のリンパ浮腫のケア」(2005年4月28日) 講師：丸口ミサエ

日本における緩和ケア病棟の現状が紹介された。緩和ケアの定義、内容、緩和ケア病棟の役割、緩和ケア病棟の入院料、病棟登録のガイドライン、これからの緩和医療提供体制について解説された。また、進行がん患者のリンパ浮腫のケアについて、複合理学療法などの具体的な方法が紹介され、ケアのガイドライン作成の経過についても紹介された。

6. 「コミュニケーション意欲について」(2005年7月11日) 講師：松岡里枝子

グローバル化した社会においてはリングフランカ(世界共通語)として英語を運用することは多くの分野で必須となっている。ところが、日本人の英語コミュニケーション能力は他の東アジア諸国と比しても劣るとされている。紹介された研究では、英語習熟度、モチベーションともに備わっているにもかかわらず、英語コミュニケーションを困難とする学習者に焦点をあて、個人差をもたらす諸要素とコミュニケーション意欲の関係についての結果が示された。

7. 「国際実習で4年生はタイの人たちとどのようにコミュニケーションしたか」(2005年9月14日) 講師：熱田泉

2005年の国際実習は、医療機関、高齢者ホーム、AIDS ホーム、コミュニティでの見学実習がデザインされている。学生たちは初め不安と緊張でいっぱい、話したいという気持ちはあるが、「聞き取れない」「文法を間違えないか」という思いで交流できないでいた。ベテランの先生方は、キーワード1つで質問を理解してくれ、寮生活ではタイの学生であるバディが親切に世話をしてくれた。そのなかでコミュニケーションは文法や言葉だけではなく、言葉は不自由でも気持ちを伝え合うことが本質だと学生たちは気づいた。

8. 「国際看護師協会第23回大会(台湾)の報告」(2005年9月14日) 講師：Carolyn S. Melby

国際看護師協会の第23回大会が2005年5月22日から台湾の台北で行われ、127以上の国から4,000人が参加した。カンファレンスのテーマは、「変動する看護：知と変革と活力」。基調講演では、高度な看護の実践、遠隔ケア、看護師としての新しい役割の獲得など、看護が大きく変わろうとしていることが示された。具体的には、看護師不足による看護の労働力の問題、伝染性疾患への対応、医療政策への関与、災害に対する看護職の役割などが報告された。

9. 「生涯発達ケアとエンパワメント—コホート研究と脳科学の新展開」(2006年3月16日) 講師：安梅勅江

科学技術振興機構と大学、医療機関との共同研究で、小児科学、脳科学、発達心理学、教育学など、分野を超えたさまざまな専門家によるコホート研究が紹介された。子どもの発達に影響を与える環境要因を解明し、子どもたちにとってふさわしい環境は何かを探り、子どもの発達上の問題に解決の糸口を探ることを目的とした研究である。地域・グループと末永く付き合い、研究者と協力者がお互いに成長するエンパワーの視点が重視されている。楽しく記入できる調査表の項目についても紹介された。

10. 「日本の経済・社会・政治の中で看護はどのような位置を占めているか」(2006年3月16日) 講師：森山幹夫
看護制度の現状について、経済的には医療に携わる250万人の半分以上の130万人が看護職であること、また、医療費32兆円のうちの半分が人件費であり、そのうち4分の1は看護職であること、看護職が中心となってつくった法律には高齢者虐待防止法など多くのものがあり、日本の法律1,840のうち50は看護師に関するものであることなど、看護の大きさが示された。高度医療のなかの看護から地域在宅福祉の看護まで、看護が幅広く国民に期待されていることが再認識された。
11. 「フィジカルアセスメント教材のデモンストレーション」(2006年4月13日)
フィジカルアセスメント教材・シミュレーターシステムのデモンストレーションがLMI職員によって行われた。触診、聴診を行えるトレーニング用のシミュレーターを実際に操作した。
12. 「診療報酬制度について」(2006年5月16日) 講師：森山幹夫
医療保険における診療報酬制度について、その制度の概要と問題点について紹介された。2006年4月に改定された新診療報酬体系のなかでは、従来の最高2対1看護が1.4対1看護に引き上げられた。その意味は、看護職が多ければ多いほど診療報酬が増えるという原則が貫かれていることを意味するものである。看護の質の向上に対する影響、今後の展望などについて参加者で話し合った。
13. 「中国の緩和ケア看護の現状」(2006年5月16日) 講師：陳秀琴(中国、日中友好病院からの研修生)
中国で緩和ケアは「姑息治療」と称されており、1980年代に緩和ケアが導入された。1994年には緩和ケア専門機構「姑息治療専門委員会」が発足した。現在、中国のがん患者は約200万人であるが、緩和ケア病棟は非常に少なく、また経営も困難であり、患者のニーズを満たせていないのが現状である。末期がん患者に対するスピリチュアルケアも提供されていない。緩和ケアに携わる専業看護師を育成する教育システムの整備が急務である。
14. 「保健医療制度改革と看護」(2006年7月26日) 講師：田村やよひ
2006年の通常国会で成立した保健医療制度改革の全体像について説明があり、教員の理解を深めた。なかでも特に、保健師助産師看護師法に関する改革と医療法については詳細な解説が行われた。①保健師、助産師免許の申請にあたって看護師国家試験合格を求めること、②名称独占の規定を整備したこと、③行政処分に新たな「戒告」の類型が定められ、被処分者には再教育が義務化されたこと、さらに、④助産所の規定に、嘱託する医療機関が追加されたこと、⑤医療法施行規則に病院における看護記録の保存が追加されたことなどである。
15. 「エンカウンター演習の現状と課題」(2006年9月13日) 講師：鉦鹿健吉
2年生の「エンカウンター演習」は、人にかかわる援助力を高めることを目的にして、主にスモールグループで演習が行われる。受容についてはセルフチェックとグループワーク、他者理解では映画を編集した視聴覚教材が使用され、会話力の向上のためにはロールプレイが行われている。効果を短時間で測ることは難しいが、過去のデータをもとに現状と課題について話された。
16. 「研究の倫理審査について」(2006年9月13日) 講師：石井智香子
研究の倫理審査を受けた経験から、申請書・研究計画書などの書類の記載留意点について説明された。特に研究計画書は、研究計画の文献レビュー、研究の目的と意義、方法論、研究の限界、倫理的配慮などを明解かつ論理的に記載することが重要である。また、倫理審査ではさまざまな視点からの質疑応答があり、計画の修正が求められるが、このようなプロセスを経て研究計画が承認されることに意義がある。
17. 「国立看護大学校における博士課程の設置一現状と課題」(2006年10月12日) 講師：田村やよひ、松井和子
本学の研究課程部修士課程は2005年4月に開設されているため、今後は博士課程の設置が望まれる。このことを踏まえ、その可能性について検討している経過が報告された。博士課程設置に向けた本学の課題として、教官の研究活動の活発化の必要性が説かれた。
18. 「新しい心肺蘇生法のガイドラインについて」(2007年3月14日) 講師：飯野京子
心肺蘇生に関する「国際ガイドライン2005(AHA)」が2005年に改訂され、2006年6月に日本語版である「救急蘇生法の指針改訂3版(市民用)」が出版された。今回は新ガイドラインに沿った心肺蘇生の内容について、実技を行いながら説明があり、また、学校や公共の場所に設置されるようになったAED(automated external defibrillator, 自動体外式除細動器)の操作方法についても紹介された。実技指導：川畑安正、岡本隆行、上川智子、小熊亜希子

19. 「SPSS を使って統計処理をする方法」(2008年8月18日) 講師: 柏木公一, 水野正之

情報処理室にて, SPSS16.0J を用いて統計処理を行う方法について, 演習中心の講義がもたれた。アンケートの調査表を実際に使用して, データの入力から始まり, 棒グラフなどの作り方, 記述統計値の計算, *t* 検定などの有意差検定などを含め, さまざまな例で演習を行った。

20. 「最近の若者の心理と行動」(2008年9月18日) 講師: 鉦鹿健吉, 松岡里枝子

若者の心理と行動について心理学的および社会学的な説明と討論が行われた。盗難事件やストーカー行為と関連して, 反社会的な行為に及ぶ心理状況について説明があり, 秋葉原事件を例に, 社会学的に「世間」をとらえた阿部の世間学を用いての分析が紹介された。若者にとっての「世間」が, 彼らのアイデンティティとどのようにかわるのか, また犯罪行為を引き起こす要因になるのかについて議論が交わされた。

Ⅲ. 自主グループによる研修活動

「教官研修の進め方についての全体討議」(2006年4月10日)

自主研修として取り組みたい課題が参加 31 名の教員から提出された。それをどのようにグループ分けして研修をするかについて話し合った結果, 下記の 3 グループに分かれて 2 年間の自主研修活動を進めることになった。

< A. 授業改善グループ: メンバー 10 名 >

A-1 「今後の方向性の検討」(2006年7月3日)

今後の活動について, ①教育スキルを向上させるための peer review をする, ②領域を超えた授業方法について検討する, ③一般教育と専門教育の連携を検討する, ④学生の自発性や自分で考える能力をどう形成するかについて検討する, が確認された。参加者 10 名は, メンバー相互間で授業の見学, 特定のツールの使用の工夫, 学生の特性についての意見交換, 授業の効果判定方法についても関心を示した。

A-2 「パワーポイントの使い方」(2006年9月5日)

柏木講師によりパワーポイントを使う講義方法について, パワーポイントを使った模擬授業の形式で研修が行われた。板書との比較, 学生の特徴をつかんだ資料作り, その例として, クイズ, 穴埋め, イラストの入れ方, 表の入れ方, 配色の工夫, アニメーション, 動くイラストなどについて, 具体例を示しながら説明がされた。

A-3 「授業見学の申し合わせと具体的な手続きについて」(2006年10月12日)

数名の授業担当者から, 見学を受け入れるとの申し出があった。日程と内容, また見学参加者に期待することが話し合われ, 見学会の計画表が作成された。

A-4 「学生の自発性・主体性を育てる」(2006年11月20日)

学生の自発性・主体性について, 授業の様子が話し合われた。学生は, 学習への意欲, 知識の量, 共感性, コミュニケーション能力に大きな個人差があり, これらが自発性にも影響する。主体性を育てる工夫例としては, プレゼンテーションをさせる, 読ませたい本のリストの提示, 学生の相互評価を成績の参考にする, グループディスカッションの活用などの例が報告された。また, 授業でのグループワークの利点と欠点についての具体例が報告された。

A-5 「授業見学会の結果報告」(2006年12月20日)

授業見学会の報告として, 見学した人・された人の意見を中心に話し合いが行われた。また, 前回のテーマの継続として, 学生の特性を理解した授業の工夫について, 出席カードの工夫・受講態度の指導の例などが話された。

A-6 「看護技術の重要度について」(2007年1月31日)

卒業生へのアンケート「看護技術の重要度」の結果について, 柏木講師から話題提供がされた。卒業生は, 学んでおきたかったことのトップに「疾患の知識」を挙げ, 学習した内容と臨床の現場に違いを感じたと回答していた。疑問をどうもたせるか, 看護のおもしろさをどう伝えるか, 実習の工夫, 実習の後に何が大切かなどが話し合われた。

A-7, 8, 9 「講義の工夫例と受講態度」(2007年3月14日, 4月4日, 8月6日)

竹内教授から授業の工夫として, 学生の身近な題材を利用して簡単な調査を行い, そのデータを用いて統計計算を行う例が示された。また, レポートがコピーペーストにならない工夫と, 資料を丹念に作り直す効果などが話された。柏木講師からは学生の授業態度についての話題提供があり, たとえば遅刻などへの対応例と効果的な指導をめぐって意見交換がされた。ま

た、学生が研究室に来やすいような工夫についても話し合われた。

A-10 「講義の工夫」(2007年8月31日)

水野講師から「生活習慣と健康障害」の講義における工夫が紹介された。疾患にばかり注目しないで健康な側面に対するアプローチを重視することや、事例検討において学生に現実感覚がない場合、現実検討をするところから始める必要性について紹介された。後半は、受講態度についての話題提供があり、教員それぞれが問題意識をもって学生にかかわっていくことが話し合われた。

A-11 「学生の問題点と具体的な対処」(2007年11月9日)

遠藤講師から担当講義・実習についての報告があり、参加者から活発な発言が相継いだ。学生の基礎知識、事前学習の不備への対応として、小テストの工夫とテストの難易度の調整について話し合われた。また、身だしなみ、言葉遣い、服装への指導の方法が話し合われ、個人的な指導を要する学生には、繰り返し指導する必要があることなどの意見が出された。

A-12 「学生に必要なものと教員が提供できるもの」(2008年3月9日)

広い視野と関心、自発的な学習意欲、接遇の会話力などをどのように習得させるかが話題となった。教員がそれらを提供しようとする際には、教員の感性、問題意識と意欲、上手な会話力、カリキュラム全体を包括する視点など、教員が学生にかかわる力量を高めておく必要性が指摘された。

A-13 「学生の成長を求めて」(2008年3月25日)

熱田教授から、①何も知識をもたない学生は「白紙のノート」ではなく、とてもよく「知っている」こと、②正解を詰め込まれた学生はパターン化していて成長がしにくいこと、③学生が「感じることを大切にし、それを表現できる場を提供すること、④主体的に学びたいような刺激の工夫、などについて語られた。教育の価値観をめぐる興味深い質疑応答が行われた。

< B. 看護実践能力向上グループ：メンバー 11名 >

B-1 「グループの方向性について」(2006年7月5日)

グループの方向性として卒業時の到達目標や、実習の現場スタッフとのコラボレーションについて話題となった。また、成人看護学の実習内容や方法が報告され、実習での学生の実態が話し合われた。実習に対するスタッフ側の教育観の違いも指摘され、実習に至るまで学内でどのように授業と演習が積み上げられているのかについても話し合われた。

B-2, 3 「どのような講義や演習がされているか」(2006年8月23日, 10月18日)

基礎、成人、小児、老年の各領域の授業・演習の資料を参考に、どのように授業や演習を行っているのが報告された。その結果、それぞれの学習が学生のなかでうまく関係づけられていないという意見が出された。また、4年間の教育で知識や技術の習得以外にも、自分で判断できる能力、自分で考える力を身につけることの重要性が指摘された。

B-4 「実習・講義での事例」(2006年12月16日)

実習・講義のなかで、主に次の3点、①基本的な疾患、解剖生理についての理解、②看護計画の作成方法、③実習の目的と実習の評価、を中心に事例が話し合われた。臨床活動を意識して学ばせること、学生へのプラスの評価をすることなど、対応策が話し合われた。

B-5 「看護技術の習得について」(2007年1月23日)

資料をもとに、学生時に習得すべき看護技術について検討がなされた。卒業生の意見としては、働き始めて病態や薬剤などの知識が不十分であることを訴えるものが多いこと、清潔ケアなどの比較的安全なケアの実習が多く、吸引などの技術を習得する機会がなかったことなどが紹介された。後半は、実習の記録の持ち帰りについて、その利点・問題点が話し合われた。

B-6 「1年間のまとめと振り返り」(2007年3月1日)

1年間の自主研修のまとめとして、学生の実践能力を上げるためにどのような問題があるのかを整理し、対応について話し合われた。今後も継続して、知識、技術、態度の3点から検討していくこととした。

B-7 「活動報告とまとめ」(2007年4月4日)

学生に関する問題点と対応をテーマに話し合いがもたれた。その結果、①学生の知識の範囲、特に病態や解剖の知識について、②卒業時の技術のレベル、③学生の意欲、④学習態度、の4点を中心に話し合われ、これに対する対策について意見が出された。学生が正しい専門用語を使用し説明ができるように、指導を徹底することも話し合われた。

B-8 「人間関係能力の発達」(2007年6月7日)

看護実践の基礎となる学生の人間関係の能力について、理解力、受容力、会話力を中心に話題提供がされた。他者への無関心や自閉的な引きこもり、自己中心性、攻撃的・支配的な態度などを発達心理的な課題として説明された。その能力の向上には、セルフチェック、援助的なモデルの提示、チームワークの経験などが効果的であると報告された。グループワークを取り入れた授業では、具体的にどのような人間関係の問題が生じているのかが話し合われた。

B-9 「卒業生の状況から」(2007年8月23日)

臨床教員の奥坂講師から、卒業生(1～3期生)の状況についての報告があった。話題としては、①学生実習と仕事とのギャップ、②指導に萎縮する、がんばりすぎる、思い込みが強いなどの適応問題、③コミュニケーションスキルに差がある、④専門知識の不足、などが挙げられた。大学での教育に対しては、振り返りと自己評価を習慣化する、接遇を含めたコミュニケーションスキルの教育、総合実習の充実などが期待された。

B-10 「学生のマナー」(2008年3月12日)

参加者から学生のマナーと生活習慣の問題が挙げられ、意見交換がされた。一部の学生に見られる、挨拶をしない、時間を守らない、片づけができない、などの例が出された。学生と話してみると、他人に迷惑をかけていることに気がついていないことがわかり、改めてマナーなどを教えなくてはならないことを確認した。

B-11 「実習目標達成を支援する教授活動の展開」(2008年3月25日)

中山准教授から、質の高い教授活動の実現に向けての取り組みが紹介された。産出した成果による問題の解決、自己評価による課題の発見、新たな研究への着手という展開が示された。教員の行動を表す概念、実習カンファレンスを展開する概念などが具体的に説明され、学生を支援するには着実な自己評価が効果的であることが示された。

< C. 大学校は何ができるかグループ：メンバー 10名 >

C-1 「何ができるか・どうできるか」(2006年7月25日)

参加者一人ひとりからこのグループで何をしたいかについてさまざまな意見や提案が出された。地域の病院との連携、教育理念の確認、政策医療のテキスト作成など専門領域を超えての連携、災害時の援助体制や役割、継続教育の提供、などであった。提案されたなかから、教育理念、災害時の体制、政策医療については、話題提供者が選ばれた。

C-2 「ヒューマンケアの理念」(2006年9月27日)

本学の理念であるヒューマンケアとケアリングについて、話し合いがもたれた。看護理念(哲学)を確立したジーン・ワトソンを中心に、看護におけるケアとはいかなるものかについて、ハイデッガーの現象学にも触れながら話し合いが進められた。看護の場を周知している参加者からは、看護場面の具体例と理論を結びつけるコメントが寄せられた。

C-3 「災害時に看護大学校は何ができるのか」(2006年12月4日)

前半は亀岡教授により、阪神・淡路大震災でボランティアとしてかかわった経験をもとに、災害時の実際の活動についての紹介が行われた。後半は、西尾学部長、上川助手により、地域における災害時の具体的貢献についての提言が行われた。また、学生に対する災害時の対処方法・指導についても話し合われた。

C-4 「今年の進め方」(2007年7月30日)

2006年度に行った話し合いの内容を確認したうえで、発足当初からの活動を振り返って、グループとして再度意見交流をした。2006年度提案されたテーマについては引き続き2007年度に議論を進めていくことで合意した。

C-5 「政策医療について」(2007年8月10日)

森山教授から政策医療について、その概念と看護の方向性について説明を受けた。学生の教育に携わるものとして政策医療をどうとらえるか、その位置づけについて話し合われた。

C-6 「研修部について」(2007年8月30日)

継続教育の具体例として、研修部でどのような内容で指導しているのか、丸口教授、小西准教授から紹介された。看護師である研修生が受講できるシステムとして、どのようなカリキュラムで学び、いかなる資格を取得できているのかについて情報が提供された。

C-7 「地域連携の例について」(2007年11月19日)

自主グループ発足当初、他大学や地域と連携をして活動する可能性について提案されたが、その参考として実際に聖路加看護大学や群馬大学が、地域とどのような形で連携しているかについて資料をもとに説明がされた。本学が地域と連携をもつ可能性を探る議論へと結びついた。

C-8 「本学の英語教育について」(2007年11月19日)

松岡教授から本学での英語教育について説明があった。国際社会の一員となるのに必須であるリンガフランカとしての英語の教育が、どのような理念のもとに、4年間にわたりいかなるカリキュラムで行われているか、具体的に何を指して指導にあたっているのか、実際のコミュニケーション力がいかにほどであるかなどについて説明された。

「共同研究についての報告と打ち合わせ」(2008年8月27日)

2006～2007年度に行われた3つの自主研修グループの概要とその成果についての報告があった。参加者から、授業の工夫や最近の学生の様子などについて意見が出された。また、授業で困難を感じている点についての話題提供があり、それに対して熱心に意見が寄せられた。継続的に共同研究を行うことについては見送られた。

Ⅳ. ランチョン・ミーティング

1. 「今までのこと、これからのこと」(2008年8月21日) 綿貫成明准教授

せん妄の研究に取り組んだ経験と、看護師のアセスメントとケアの特徴について話された。また、NEECHAM Confusion Scaleを翻訳したことから、その活用についても説明を受けた。

2. 「科学研究費について」(2008年9月11日) 柏木公一講師

研究費の申請書類を具体的にどのように書くのか、研究費の使い方や注意を必要とすることなどが話された。研究費に関する各種マニュアルや参考になるガイドブックについても紹介があった。

3. 「タイの精神科看護について」(2008年10月9日) Suwanna Anusanti, Saint Louis College 准教授

スワナ先生の自己紹介の後、参加者9名が自己紹介に加え、スワナ先生への質問を行った。それにスワナ先生が丁寧に答えるといって形で、日本とタイの精神科医療の違いを中心に話が展開した。

4. 「薬物の問題と医療観察法」(2008年11月13日) 田中留伊講師

「覚せい剤精神病患者への援助」「鑑定入院における看護の役割」などの研究テーマが紹介された。2005年に施行された「医療観察法」の説明があり、薬物依存症者の治療にかかわった経験から、指定入院医療機関での効果的な看護について説明を受けた。

5. 「医薬品の安全性の研究」(2008年12月11日) 竹村玲子教授

海外の医薬品の安全性情報を医療者向けに情報提供した経験や、海外の主要な副作用のデータベースについて話題提供された。また、安全性の情報がどのように国民に知らされるのか、そのシステムは国による特徴があることも紹介された。

教員の研究活動 2008年1～12月



大学校長

[著書]

田村やよひ(2008). 私たちの拠りどころ保健師助産師看護師法. 日本看護協会出版会, 東京.

田村やよひ(2008). 看護制度のこれまでの重要な改革, 看護師不足と人材確保法の制定, 看護サービスの場の拡大と専門性の拡大, 国際機関との連携, 経済連携協定と看護の国際化. 日本看護歴史学会編, 川島みどり, 草刈淳子, 氏家幸子, 高橋みや子監修, 日本の看護 120年—歴史をつくるあなたへ. 44-47, 63-68, 日本看護協会出版会, 東京.

[論文]

田村やよひ(2008). 保健師助産師看護師法と看護教育の課題. 保健の科学, 50(5), 302-306.

[講演・学会発表]

古橋美智子, 田村やよひ, 平林勝政(2008). 保健師助産師看護師法を読み解く(鼎談). 第13回日本看護サミットとうきょう'08, 東京, 11月.

[その他]

清水嘉与子, 田村やよひ(2008). “私たちの法律”は, こうしてつくられた. 看護, 60(9), 50-54.

スザンヌ・ゴードン, シオバン・ネルソン, 井部俊子, 勝原裕美子, 川島みどり, 陣田泰子, 田村やよひ, 東めぐみ他(2008). 看護の危機についてコンセンサスはあるか?. 看護実践の科学, 33(9), 70-78.

田村やよひ(2008). No83 保健師助産師看護師法(保助看法). 日本看護管理学会編, 看護管理用語集. 2008/7/30, http://janap.umin.ac.jp/new_HP/yougo/mokuji.html.

人間科学(情報学)

[論文]

柏木公一(2008). 国際医療用語集 SNOMED-CT の成立と概要, 日本への影響. 情報管理, 51(4), 243-250.

柏木公一(2008). 電子カルテ導入の意義. 看護, 60(10), 40-43.

古庄夏香, 黒田裕子, 安藤敬子, 小田正枝, 林みよ子, 脇坂浩, 柏木公一, 山勢博彰, 伊東美佐江, 城戸滋里, 中木高夫, 棚橋泰之, 柳谷博幸, 岡崎寿美子, 中山栄純(2008). 電子カルテ稼働中の施設における看護師の思考過程の分析. 看護診断, 13(1), 5-12.

[講演・学会発表]

柏木公一(2008). 看護用語の標準化—最新の動向. 日本看護診断学会, 横浜, 7月.

柏木公一(2008). ISO TC215 WG3 の標準規格概説. 日本医療情報学会, 横浜, 11月.

[研究助成および研究成果報告書]

柏木公一(2008). 国際医療用語集を日本語で利用するための知識ベースの開発. 平成20年度文部科学研究費補助金.

岡田美保子, 横井英人, 小出大介, 柏木公一, 武隈良治, 土屋文人(2008). 国際化を踏まえた医薬品・医療機器の安全性情報の伝達に関する研究. 平成20年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業).

内藤智雄, 稲葉静代, 上野桂子, 柏木公一, 小島純司, 高田桂子, 中川奈緒美, 中安紘子, 野崎加世子, 荒川孝之(2008). IT活用による記録・帳票類の管理体制の在り方に関する研究. 平成19年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業).

人間科学(語学)

[論文]

Matsuoka, R., & Smith, I. (2008). Age effects in second language acquisition: Overview. *The Journal of Nursing Studies, National College of Nursing, Japan*, 7 (1), 33-40.

Evans, D. (2008). Reflections on peer evaluation in an English language course. *The Journal of Nursing Studies, National College of Nursing, Japan*, 7(1), 41-49.

[講演・学会発表]

Matsuoka, R., & Uchimura, M. (2008). *Encouragement in healthcare communication*. PanSIG conference, Kyoto, Japan, May.

Matsuoka, R. (2008). *Age effects in SLA*. AsiaTEFL conference, Bali, Indonesia, August.

Matsuoka, R. (2008). *Language relativity in RAKUGO translation*. The FIT World Congress, Shanghai, China, August.

Matsuoka, R. (2008). *Japanese and Thai college students' WTC and CA*. PAAL conference, HI, USA, August.

Matsuoka, R., & Smith, I. (2008). *Willingness to communicate and communication apprehension among Japanese college students*. AILA World congress, Essen, Germany, August.

[その他]

Matsuoka, R., & Smith I. (2008). Comparison of Japanese and Thai college students' WTC and CA. *Proceedings of PAAL*, 123-124.

Matsuoka, R.: reference reading (2008). An investigation of Chinese learners' English learning motivation. For *Asia TEFL journal*, 6(1).

人間科学(保健行政学)

[著書]

森山幹夫(2008). 法律と倫理. 日本染色体遺伝子検査学会編, 染色体遺伝子検査の分かりやすい説明ガイドラインⅡ. 21-30, 日本染色体遺伝子検査学会, 東京.

[論文]

森山幹夫(2008). 厚生省少子高齢社会看護問題検討会に示された改革方策の達成状況. 国立看護大学校研究紀要, 7(1), 65-69.

森山幹夫(2008). 資格と業務独占と名称独占. 保育界, 408, 32-33.

村上美佳, 森山幹夫(2008). 重症心身障害児(者)病棟における介護福祉職配置が患者の療養環境向上に与える影響. 医療の広場, 48(5), 18-21.

[講演・学会発表]

森山幹夫(2008). ゲノムから福祉と医療を語る. 独立行政法人国立病院機構香川小児病院小児医療学会, 香川, 2月.

森山幹夫(2008). 社会福祉と更生保護の連携. 法務省法務総合研修所, 東京, 6月.

森山幹夫(2008). 染色体・遺伝子検査分野における倫理と情報保護の見直しの動向. 日本染色体遺伝子検査学会, 香川, 11月.

人間科学(生命科学)

[講演・学会発表]

竹村玲子, 大塚文, 小嶋靖, 太田有子, 芦澤一英, 森川馨(2008). 海外の安全性情報にみられる市販後の医薬品の副作用. 第128回日本薬学会年会, 横浜, 3月.

芦澤一英, 小嶋靖, 大塚文, 太田有子, 竹村玲子, 森川馨(2008). 海外における医薬品安全性情報に関する最近の動向(2007医薬品安全性情報から). 第128回日本薬学会年会, 横浜, 3月.

今宮麻奈, 佐加野修一, 芦澤一英, 竹村玲子, 森川馨(2008). 自発報告に基づく大規模副作用症例データベース(AERS)を用いたHIV治療薬の解析. 第128回日本薬学会年会, 横浜, 3月.

森川馨, 廣瀬有紀子, 今宮麻奈, 高本哲義, 田崎武信, 竹村玲子(2008). 自発報告に基づく大規模副作用症例データベース(AERS)を用いた抗精神病薬の解析. 第128回日本薬学会年会, 横浜, 3月.

竹村玲子, 森川馨(2008). 海外規制機関情報における市販後の医薬品の副作用. 平成19年度厚生労働科学研究費補助金政策創薬総合推進事業研究成果発表会, 東京, 2月.

[研究助成および研究成果報告書]

竹村玲子(2008). 海外規制機関情報における市販後医薬品の副作用(分担研究). 医薬品の安全性監視と安全性監視計画立案のための医薬品安全性情報の解析, 評価に関する研究(主任研究者: 森川馨). 平成19年度厚生労働科学研究費補助金(政策創薬総合推進事業).

基礎看護学(看護基礎科学)

[論文]

陳秀琴, 小西敏子, 丸口ミサエ, 濱本洋子(2008). 中国におけるがん性疼痛専門看護師育成に関する一考察. 国立看護大学校研究紀要, 7(1), 60-64.

[講演・学会発表]

森那美子(2008). 看護師養成課程における生物災害教育に関する検討. 第13回日本集団災害医学会総会プログラム・抄録集, 403.

[研究助成および研究成果報告書]

森那美子(2008). 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19年度文部科学省科学研究費補助金(若手研究(B))研究成果報告書.

森那美子(2008). 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20年度文部科学省科学研究費補助金(若手研究(B)).

切替照雄(主任研究員), 工藤宏一郎, 加藤はる, 中村浩幸, 大久保憲, 河野文夫, 西岡みどり, 網島優, 掛水智子, 吉田真由美, 菊池ひで子, 菊池喜博, 三木祐, 田中征雄, 原かおり, 富成伸次郎, 阿島美奈, 陰下敏明, 吉田弘之, 乾宏行, 大谷久美子, 岩井朝幸, 高須賀久美子, 佐藤穰, 加藤由紀恵, 佐野ありさ, 鬼塚聖子, 斉藤昭彦, 小林信一, 平松玉江, 八木哲也, 鈴木奈緒子, 前川裕子, 藤崎浩太郎, 島田知子, 菅原美絵, 三浦祥子, 加藤康幸, 竹下望, 高崎仁, 森兼啓太, 藤田烈, 坂木晴世, 窪田志穂, 黒田恵美, 森那美子(研究協力)(2008). 医療機関における感染症伝播に関する研究. 平成20年度厚生労働省科学研究費補助金による新興・再興感染症研究事業.

基礎看護学(基礎看護援助学)

[講演・学会発表]

穴沢小百合, 吉満祥子, 松山友子(2008). 看護教員経験3年未満の看護教員が抱える教育実践上の課題. 第5回国立病院看護研究学会学術集会, 東京, 1月.

岸達也, 松山友子(2008). 新人看護師の職場適応の促進に焦点を当てた研究の現状—2002年から2006年までの国内文献の研究内容の分析を通して—. 第6回国立病院看護研究学会学術集会, 仙台, 12月.

小林咲子, 松山友子(2008). 実習指導者との関わり後の看護学生の受け止めと学習活動の特徴. 第5回国立病院看護研究学会学術集会, 東京, 1月.

松山友子, 穴沢小百合, 吉満祥子(2008). 看護師が看護記録の記載において直面する問題の解明—SOAP記録導入施設に焦点を当てて—. 第5回国立病院看護研究学会学術集会, 東京, 1月.

高橋智子, 田代公美, 角諒子, 松山友子(2008). 退院後のオストメイトが初回ストーマ外来受診までに直面した困難及びストーマケアの現状の解明—看護記録を用いた調査から—. 第6回国立病院看護研究学会学術集会, 仙台, 12月.

田島智子, 松山友子(2008). 看護学実習における実習指導者の関わりとそれによる学生の反応に焦点を当てた研究の現状—1997年から2006年までの国内文献の研究内容の分析を通して—. 第6回国立病院看護研究学会学術集会, 仙台, 12月.

土屋善規, 松山友子(2008). 生体を用いた注射の演習における看護学生の経験. 第5回国立病院看護研究学会学術集会, 東京, 1月.

吉満祥子(2008). 過去5年間のわが国の看護師が行う摂食・嚥下リハビリテーションの実践に関する研究内容に焦点を当てた研究の現状. 第5回国立病院看護研究学会学術集会, 東京, 1月.

基礎看護学(看護教育学)

[著書]

亀岡智美(2008). 看護学教員のロールモデル行動の日米比較. 国立大学法人千葉大学大学院看護学研究科千葉大学21世紀COEプログラム日本文化型看護学の創出・国際発信拠点(代表:石垣和子). 日本文化型看護学への序章—実践知に基づく看護学の確立と展開. 37-39, 国立大学法人千葉大学大学院看護学研究科千葉大学21世紀COEプログラム日本文化型看護学の創出・国際発信拠点(代表:石垣和子), 千葉.

[論文]

亀岡智美, 舟島なをみ, 野本百合子, 村上みち子, 鈴木美和(2008). FDの企画運営に携わる看護学教員が直面している活動上の問題—看護系大学・短期大学の面接調査を通して—. 日本看護研究学会雑誌, 31(5), 57-62.

亀岡智美, 舟島なをみ(2008). 病院に就業する看護職者が職業上直面する問題とその特徴. 国立看護大学校研究紀要, 7(1), 18-25.

[講演・学会発表]

- 中原博美, 亀岡智美(2008). 新人看護師の職業的成熟度に関する研究—現状および職業継続意思との関係. 日本看護研究学会雑誌, 31(3), 162.
- Kameoka, T., Funashima, N., Nakayama, T., Suzuki, M., Nomoto, Y., & Yoshitomi, M. (2008). *Problems that hospital nurses encounter in Japan from the viewpoint of work position: Toward developing effective continuing education programs in nursing*. 19th International Nursing Research Congress Focusing on Evidence-Based Practice, Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, Singapore, July.
- Miyashiba, T., Funashima, N., Miura, H., & Kameoka, T. (2008). *The relationship between personal attributes and quality of teaching behaviors of nursing faculty in nursing skills laboratories on campus in Japan*. 19th International Nursing Research Congress Focusing on Evidence-Based Practice, Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, Singapore, July.
- Yoshitomi, M., Funashima, N., Miura, H., & Kameoka, T. (2008). *The relationship between preceptor role performance for new graduate nurses and preceptors' attributes in Japan*. 19th International Nursing Research Congress Focusing on Evidence-Based Practice, Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, Singapore, July.
- Gorzka, P., Funashima, N., Hongo, K., Kameoka, T., Miura, H., Yamashita, N., Nakayama, T., Sugimori, M., & Murakami, M. (2008). *Role model behaviors of nursing faculty in the United States and Japan, toward enriching faculty development*. Education Summit 2008, National League for Nursing, San Antonio, TX, U.S.A, September.

[その他]

- 亀岡智美(2008). 「新人看護師支援のための研究成果活用と課題」—シンポジウムの司会にあたって. 看護教育学研究, 17(2), 17.
- 亀岡智美監修(2008). 「看護研究」の基本. Nursing College, 12(12), 86-90.

基礎看護学(看護管理学)

[論文]

- Chiang-Hanisko, L., Ross, R., Boonyanurak, P., Ozawa, M., & Chiang, L. (2008). Pathways to progress in nursing: Understanding career patterns in Japan, Taiwan and Thailand. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 13(3), Manuscript 4.
- 坂木晴世, 西岡みどり(2008). 先進国における臍炎予防に有効な臍帯脱落および臍窩の乾燥を促進する臍帯ケア方法に関する文献検討. 国立看護大学校研究紀要, 7(1), 26-32.
- 坂木晴世, 西岡みどり(2008). [小児科領域の院内感染]感染対策チーム, 感染管理看護師. 小児科, 49(5), 541-544.

[研究助成および研究成果報告書]

- 西岡みどり(2008). 分担研究報告書, 病院施設の規模別の感染対策の実態調査(分担研究). 医療機関における感染症伝播に関する研究(主任研究者:宮崎久義). 平成19年度厚生労働科学研究費補助金による新興・再興感染症研究事業.
- 西岡みどり(2008). 病院施設の規模別の感染対策の実態調査(分担研究). 医療機関における感染症伝播に関する研究(主任研究者:宮崎久義). 平成20年度厚生労働科学研究費補助金による新興・再興感染症研究事業.

[その他]

- 西岡みどり(2008). [総説 周産期医療における感染対策] 2 看護の立場から. *CARLISLE*, 13(3), 2-3.

成人看護学

[著書]

- 綿貫成明(2008). せん妄. 金川克子監修, 田高悦子, 河野あゆみ編著, 老年症候群別看護ケア関連図&ケアプロトコル. 168-185, 中央法規出版, 東京.

[論文]

- 飯野京子, 岡本隆行, 小熊亜希子, 小西敏子, 島崎たか子, 鈴木真理子, 須原弥生, 瀬戸てるみ, 丸口ミサエ(2008). 看護基礎教育における「がん看護学」に関する教育評価. 国立看護大学校研究紀要, 7(1), 50-59.
- 陳秀琴, 小西敏子, 丸口ミサエ, 濱本洋子(2008). 中国におけるがん性疼痛専門看護師育成に関する一考察. 国立看護大学校研究紀要, 7(1), 60-64.
- Koyama, Y., Miyashita, M., Irie, S., Yamamoto, M., Karita, T., Moro, T., Takatori, Y., & Kazuma, K. (2008). A study of disease management activities of hip osteoarthritis patients under conservative treatment. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 12(2), 75-83.
- 浅野友美, 三好茂奈, 瀧典子, 石井智香子, 稲垣順子(2008). 糖尿病性腎症で透析導入期にある患者の体験. 第38回日本看護学会論文集(成人看護Ⅱ), 163-165.

河田美絵子, 植田奈々, 藤田佳子, 稲垣順子, 石井智香子(2008). 糖尿病性腎症で透析をしている患者の配偶者の体験. 第38回日本看護学会論文集(成人看護Ⅱ), 138-139.

[講演・学会発表]

綿貫成明(2008). エビデンスに基づいたせん妄ケア—予防法と対処法. 広島大学医学部附属病院看護部研修, 広島, 8月.
綿貫成明(2008). せん妄ケア—有効な予防法と対処法. 石川県看護協会, 8月.
綿貫成明(2008). せん妄ケア—有効な予防法と対処法. 鹿児島県看護協会, 9月.
綿貫成明(2008). せん妄ケア—有効な予防法と対処法. 新潟県看護協会, 11月.
平木尚美, 大町弥生, 綿貫成明, 坂東正己, 山田一郎(2008). ヒーリングベビーを用いたコミュニケーション場面におけるスタッフの介入内容と認知症高齢者の反応. 日本看護研究学会雑誌, 31(3), 305.
綿貫成明, 酒井郁子, 松川仙奈(2008). 成人老年期にある患者の術後せん妄に関連する素因子・直接因子・誘発因子と発症パターン. 第28回日本看護科学学会学術集会講演集, 264.
山川聖史, 小山友里江, 穂積高弘, 宮山祐, 秋山宏一郎, 田中健之, 飯島準一, 五嶋孝博, 近藤泰児(2008). FACT-Gを用いた転移性脊椎腫瘍に対する術中照射療法のQOL調査. 第57回東日本整形災害外科学会雑誌, 20(3), 389.

[研究助成および研究成果報告書]

小山友里江(分担研究者)(2008). 運動器機能障害の評価に関する研究. 平成19年日本メディカルマテリアル株式会社受託研究報告書.

[その他]

小山友里江, 宮下光令, 数間恵子, 高取吉雄(2008). 変形性股関節症のADLとQOL 寛骨臼回転骨切り術(RAO)を受けた患者の生活. *Journal of Clinical Rehabilitation*, 17(4), 344-349.

成育看護学(小児看護学)

[著書]

駒松仁子(2008). 小児の発達課題と小児生活習慣病指導の基本. 松下竹次, 萬弘子編, 生活習慣病ナーシング7. 269-275, メヂカルフレンド社, 東京.
駒松仁子(2008). キャリーオーバーと成育医療, そして成育看護. 松下竹次監修, 駒松仁子編, キャリーオーバーと成育医療—小児慢性疾患患者の日常生活の向上のために. 2-7, へるす出版, 東京.

[論文]

中村伸枝, 遠藤数江, 荒木暁子, 小川純子, 佐藤奈保, 金丸友(2008). 幼児と母親の生活習慣の実態と, 母親の健康に関する認識. 千葉大学看護学部紀要, 30, 25-29.

[講演・学会発表]

金丸友, 中村伸枝, 出野慶子, 遠藤数江(2008). 糖尿病をもつ学童後期・思春期の子どものフットケアに対する支援の検討. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 12(特別号), 226.
中村伸枝, 遠藤数江, 荒木暁子, 小川純子, 佐藤奈保, 金丸友, 出野慶子(2008). 子育て支援センターを利用した幼児をもつ母親の健康・生活習慣への関心を高める看護活動. 第55回日本小児保健学会講演集, 121.

[その他]

駒松仁子(2008). 小児慢性疾患のキャリーオーバーと成育医療そして成育看護. 岡山県小児科医会会報, 29, 46-53.
駒松仁子(2008). 「母と涙の二等分」がモットーの三田谷啓. さぼーと, 620, 46-50.

成育看護学(母性看護学)

[論文]

Sawai, S., Takai, Y., Saegusa, K., Yoshioka, T., & Fukunaga, T. (2008). Levels of muscular activity in different parts of the body during basic nursing action. *International Journal of Sport and Health Science*, 6, 1-14.

精神看護学

[著書]

天谷真奈美(2008). 医療保険制度の仕組み. 訪問看護. 在宅サービス. 野中猛監修, 植田敏幸, 佐々木明子編, 精神保健制度ガイド. 26-27, 56-57, 78-79, 中山書店, 東京.

阿部由香(2008). 診療報酬の体系. 診療報酬の決まり方. 診療報酬制度. 支払い方式. 野中猛監修, 植田敏幸, 佐々木明子編, 精神保健制度ガイド. 28-35, 中山書店, 東京.

田中留伊(2008). 初診料. 再診料. 調剤料. 紹介状. 入院基本料. 特定入院料. リハビリテーション料. 野中猛監修, 植田敏幸, 佐々木明子編, 精神保健制度ガイド. 36-47, 中山書店, 東京.

田中留伊(2008). 行動制限. 川野雅資編著, 精神科看護ケア関連図. 208-215, 中央法規出版, 東京.

[論文]

天谷真奈美, 鈴木麻揚, 柴田文江, 阿部由香, 田中留伊, 大迫哲也, 板山稔(2008). 統合失調症者の社会参加自己効力感を促進する要因. 国立看護大学校研究紀要, 7(1), 1-8.

三津山恵子, 古澤典子, 鬼塚希, 古川真理, 春山知子, 千田真子, 篠原美智子, 福田紀代美, 阿部由香(2008). 内科病棟におけるせん妄患者の実態調査. 第38回日本看護学会論文集(看護総合), 228-231.

小林久美子, 大谷津香, 増田圭子, 田島美奈子, 吉田美代子, 阿部由香(2008). 血液疾患患者との関わりの中で看護師が抱く不全感の緩和を目的とした取り組み—事例検討会開催による検証. 第38回日本看護学会論文集(成人看護Ⅱ), 368-370.

[講演・学会発表]

Amagai, M., Suzuki, M., Shibata, F., Abe, Y., Kobayashi, N., Sekine, T., Campbell, K., & Kayaba, K. (2008). *Standardization of the self-efficacy for social participation for people with psychiatric disabilities (SESP-27)*. The 10th International Congress of Behavioral Medicine, Tokyo, Japan, August.

Suzuki, M., Amagai, M., Shibata, F., Abe, Y., Kobayashi, N., Sekine, T., Campbell, K., & Kayaba, K. (2008). *Comparison of self-efficacy for social participation between competitively and non-competitively employed consumers with psychiatric disabilities*. The 10th International Congress of Behavioral Medicine, Tokyo, Japan, August.

山口朝子, 天谷真奈美, 関根正(2008). 精神疾患患者が認識するよい看護に関する研究. 第39回日本看護学会(精神看護), 兵庫, 8月.

阿部由香(2008). 内科系疾患患者の健康維持行動に関連した7つの観念についての面接調査. 第18回日本医学看護学教育学会学術学会抄録集, 22.

阿部由香(2008). 精神障害者通所授産施設利用者の日常生活における困難さに関する認識. 第16回精神科リハビリテーション学会学術学会, 東京, 11月.

高橋久美子, 千田貴子, 小西奈美, 板山稔, 久保田東司, 森田慎一, 田中留伊(2008). 医療観察法鑑定入院における看護の現状と役割—病棟看護師間での話し合いの内容から. 第5回国立病院看護研究学会学術集会, 東京, 1月.

田中留伊, 森千鶴(2008). 覚せい剤精神病患者に対する断薬への援助—6ステップメソッドを応用して. 日本看護研究学会誌, 31(3), 250.

須藤淳, 石崎有希, 山田洋, 藤森里美, 田中留伊, 森千鶴(2008). 医療観察法における看護師による疾患教育導入プログラムの効果. 日本看護研究学会誌, 31(3), 250.

田中留伊, 瀧口宗宏(2008). 高等学校における規制薬物を乱用する生徒への対応の現状. 日本アディクション看護学会第7回学術大会, 東京, 12月.

緒方正通, 田中留伊, 板山稔(2008). 精神看護学実習の満足感とその影響因子に関する研究—アンケートによる成人看護学実習との比較. 第6回国立病院看護研究学会学術集会, 仙台, 12月.

佐藤靖子, 田中留伊, 板山稔(2008). 児童精神科病棟の看護師が子どもとの関わりで抱く感情と関連要因. 第6回国立病院看護研究学会学術集会, 仙台, 12月.

[研究助成および研究成果報告書]

天谷真奈美, 鈴木麻揚(2008). 精神障害者の社会参加効力感尺度簡易版の開発と日米間比較. 平成20年度科学研究費補助金事業.

田中留伊(2008). 規制薬物を乱用する生徒への対応における学校と警察の連携(分担研究). 薬物需要削減対策における関係機関の連携(班長: 富永格, 統括責任者: 平井慎二). 平成20年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業).

[その他]

瀧口宗宏, 田中留伊, 乗田朋英(2008). 規制薬物を乱用する生徒への対応における学校と警察の連携(分担研究). 平成19年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)薬物需要削減対策における関係機関の連携(班長: 富永格, 統括責任者: 平井慎二)公開検討会, 東京, 2月.

老年・在宅看護学(老年看護学)

[論文]

佐藤鈴子, 林稚佳子, 濱本洋子, 会田玲子, 住垣千恵子, 水野正之(2008). 地域居住の自立高齢者における体力と体力自覚・主観的幸福感. 国立看護大学校研究紀要, 7(1), 9-17.

老年・在宅看護学(在宅看護学)

[論文]

佐藤鈴子, 林稚佳子, 濱本洋子, 会田玲子, 住垣千恵子, 水野正之(2008). 地域居住の自立高齢者における体力と体力自覚・主観的幸福感. 国立看護大学校研究紀要, 7(1), 9-17.

[その他]

俵麻紀, 高井綾子, 高井直子(2008). 教育実践 患者に学ぶコミュニケーション ALS患者・家族とともに行なう文字盤を用いた授業の実際. 看護実践の科学, 33(11), 68-75.

Young, L. E., & Hayes, V. (2001) / 高野順子, 北山秋雄監訳, 川井八重, 北山秋雄, 北山三津子, 嶋澤順子, 高野順子, 俵麻紀, 坪内美奈, 永島すみえ, 原大介, 福元ゆみ, 松下光子, 安田貴恵子(2008). ヘルスプロモーション実践の変革—新たな看護実践に挑む. 日本看護協会出版会, 東京.

国際看護学

[著書]

樋口まち子(2008). 災害看護と異文化理解. NPO 災害人道医療支援会(HuMA)災害看護研修委員会編, グローバル災害看護マニュアル 改訂版. 真興交易医書出版部, 東京.

[論文]

Higuchi, M. (2008). Integration complementary medicine into community health system. *Proceeding of Qualitative Health Research, 1*, 37.

[講演・学会発表]

樋口まち子(2008). 保健師助産師看護師学校養成所の指定規則等改正に向けて—統合分野(国際看護)について. 平成19年度専任教員再教育研修, 水戸, 3月.

樋口まち子(2008). シンポジスト, 看護実践能力の向上をめざした看護教育: 国際看護. 平成20年国立病院機構付属看護助産学校副学校長・教育主事・教員夏期研修会プログラム, 東京, 8月.

樋口まち子(2008). 国際協力と異文化理解. 国際災害看護研修, 東京, 11月.

樋口まち子(2008). 国際看護教育の目的と意義について. 国際看護交流協会国際看護教育コース, 東京, 11月.

樋口まち子(2008). 国際看護活動と異文化理解. 国際看護交流協会国際看護教育コース, 東京, 11月.

Higuchi, M. (2008). *The case of low birth rate in Japan*. The 17th International Council on Women's Health Issues, Botswana, July.

Higuchi, M. (2008). *Primary health care through nursing perspectives*. Joint Conference of the 49th Annual meeting of Japanese society of tropical medicine and the 23rd Annual meeting of Japanese association for international health, Tokyo, October.

Higuchi, M. (2008). *Integration of complementary medicine into community health system*. The 14th Qualitative Health Research Conference, Alberta, October.

[研究助成および研究成果報告書]

樋口まち子(2008). 高齢化に応じた地域医療システムにおける代替医療プログラム開発. 平成17～19年度文部科学研究費補助金(萌芽研究)研究成果報告書.

樋口まち子(2008). 開発分野におけるケースメソッドの展開—ニーズに基づく国際連携を目指して(分担研究). 文部科学研究費補助金基盤研究(平成18～20年度).

樋口まち子(2008). 発展途上国の看護職等人材養成及び看護サービスの実態調査(分担研究). 平成20年度厚生労働省国際医療協力研究委託事業.

国立看護大学校研究課程部看護学研究科修士学位論文一覧（2008年）

国際看護・看護教育学

- ・ WHO の勧告と女性の満足度評価からみた正常分娩ケアの検討 橋 本 麻由美
- ・ 新人看護師の職業的成熟度とそれに関する因子 中 原 博 美

看護情報・管理学

- ・ 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の歩行能力回復に関する研究 池 西 和 哉
- ・ 男性看護職員の複数配置とその心理との関連
—800床以上の病院に勤務する男性看護職員を対象として— 浦 中 桂 一

成人看護学

- ・ 成人期2型糖尿病患者の自己管理行動に関連する要因 藤 田 宏 美

精神看護学

- ・ うつ病高齢者のストレス・マネジメントの構造
—健常高齢者との比較から— 浅 沼 瞳
- ・ 統合失調症者を持つ親の自己効力感を高める援助の開発とその効果に関する研究 山 田 洋
- ・ 中学生における摂食障害傾向と感情表出との関連 中 村 裕 美

成育看護学

- ・ 不妊治療を受ける女性の思いと看護者のかかわり 川 崎 有 可

長寿看護学

2008年該当なし

以上の論文は、本学研究課程部の論文審査、および独立行政法人大学評価・学位授与機構の審査に合格した。

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。ただし、学会発表など、学術論文ではない形で公表した研究については、その旨（学術集会名、発表日など）を明記すれば掲載可能とする。

原稿の種類は、原著、総説、その他であり、それぞれの内容は以下のとおりである。

- 1) 原 著……独自のデータに基づき、独創性が高く新しい知見が論理的に示されている学術論文
- 2) 総 説……特定のテーマについて、文献のレビューなどを通して知見を多面的に概観し総合的に概説した学術論文
- 3) その他……1) 2) に該当しないが、記載に値すると学術研究委員会（以下、委員会と称す）が判断したもの
※学術論文とは、論文の構成に、緒言・目的、研究方法、結果、考察を含むものとする。

【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

【原稿の受付および採否】

- 1) 受付日は、紀要の提出要件を満たしている原稿の委員会への到着日とする。
- 2) 投稿原稿の採否、原稿の種類、採用決定日、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電子（Microsoft Word）ファイルを提出する。
- 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) 原稿は郵送・メール・直接持参のいずれかの方法で提出する。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。メールの場合は、原稿を添付し、kiyo@ncn.ac.jp宛て送付する。委員会がメールを受信後3日以内に、投稿メール送信元に確認のメールを送信する。確認メールが届かない場合は、問い合わせ先まで連絡すること。
- 4) 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

【著者校正】

著者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、著作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

【和文原稿の執筆要領】

和文原稿の執筆要領は以下のとおりとする。なお、英文原稿の執筆要領については、英文用投稿規定 (Information for Authors) の執筆要領 (Manuscript Preparations) の項に従うこと。

- 1) 原稿は MS Word を用いて作成する。
- 2) 原稿は A 4 判用紙を用い、余白を十分にとり 1 枚あたり 25 字× 32 行 (800 字) 横書きとする。原稿の総ページ数は 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。
- 3) 原稿は A 4 判用紙の片面のみに印刷し、表紙から本文、文献までページ番号を余白下中央に記す。図表にはページ番号をつけない。
- 4) 数字・欧文は半角を使用する。
- 5) 原稿の構成は、表紙、要旨、キーワード、本文、文献、表、図の順とする。本文の章立、項目番号は I. → 1. → 1) → (1) とする。
- 6) 正本原稿の表紙には、上半分に表題、著者名、所属機関名、5 語以内のキーワードを記載し、それぞれに英文を付記する。下半分には希望する原稿の種類 (「原著」「総説」「その他」)、原稿・図・表の枚数、連絡責任者の氏名・住所・電話番号・FAX・e-mail アドレスを明記する。副本 3 部の表紙については、著者を特定できる情報をすべて削除すること。
- 7) 要旨は、和文要旨 (400 字程度) および英文要旨 (250 語程度) を記載し、それぞれ日本語のキーワード (5 語以内) および英語のキーワード (5 語以内) を付記する。ただし、希望する原稿の種類が「その他」の場合は、英文要旨および英語のキーワードを省略することができる。
- 8) 本文中の文献の記載方法、および文献リストの記載様式は下記に別途定める。
- 9) 図表は、図 1、表 1 など通し番号をつけ、本文とは別に 1 表 1 図ごとに A 4 判用紙を用いて作成し、原図は、そのまま製版が可能なものとする。本文欄外に挿入希望位置を朱書きすること。

【文献の引用および記載様式】

文献を引用する際は、公表された著作物からのものであり、その出典を明記し、引用する必要性と照らして必要最小限の引用であること。

1) 本文中の文献の記載方法

- (1) 文献の本文中の引用は、著者の姓、発行年を括弧表示する (佐々木, 2001)。部分的に引用する場合には、著者名、発行年と併せてページ数を明示する (駒松, 1995, p.155)。

(2) 2名以上の著者の共著の場合は、筆頭著者の姓だけを引用して「ら」または“et al.”をつける(竹田ら, 2002) (Woods et al., 2001)。

(3) 同じ著者の複数の文献を同一箇所引用したり、異なる著者による複数の著作を同一箇所引用したりする場合には、同じ括弧の中に筆頭著者の姓のアルファベット順で文献を並べ、セミコロンで文献を区切る。
例) (安藤, 1991, 1993; 野村ら, 2000a, 2000b; Woods et al., 2001; 米田ら, 2005)

2) 文献リストの記載様式

文献リストは、本文末尾に「文献」として、和文、英文を分けずにすべて筆頭著者の姓のアルファベット順に並べる。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。

記載方法は下記の例示に従う。なお、英文の記載様式については、英文用執筆要領を参考にすること。

(1) 雑誌掲載論文の場合

著者名(発行年). 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) 國島広之, 平真理子, 野津田志保, 金澤悦子, 佐藤カク子, 八田益充他(2005). 感染対策地域ネットワークに関するアンケート調査. 環境感染, 20(2), 119-123.

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.

(2) 単行本の場合

著者名(発行年). 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.

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

著者名(発行年). 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/医の社会学. p.155, 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)/訳者名(翻訳書の発行年). 翻訳書の書名(版数). 出版社名, 発行地.

例) Smith, P.(1992)/武井麻子, 前田泰樹監訳(2000). 感情労働としての看護. ゆみる出版, 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)

【図表などの他誌(書)からの転載・改変】

図表などの他誌(書)からの転載・改変などに関する責任は、すべて著者が負うものとし、下記を参考にすること。

- 1) 転載・改変の際は、原著者ならびに出版社の書面許諾が必要であり、許諾書を委員会に提出すること。
- 2) 転載・改変は、必要性、必然性があり、かつその目的と照らして必要最小限である。
- 3) 出典および許諾を得た旨を図表などの脚注に明記する。

The Journal of Nursing Studies : National College of Nursing, Japan 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).

Published: Once a year.

Type of contributions (manuscripts): Manuscripts should not currently be under review or about to be published elsewhere before appearing in The Journal. Manuscripts deriving from oral presentations at conferences or those which have previously appeared in conference proceedings are eligible if basic details with respect to the presentation, such as the name of the conference and the date of presentation, are noted.

Data-based, theory-based, and review articles are welcomed and The Journal Committee (henceforth The Committee) will accept them for publication after a double-blind peer review. Type of contributions (manuscripts) include scientific research papers (original articles or review articles) or other articles as follows:

- 1) **Original article:** provides new knowledge and perspectives that are presented in a logical manner based upon originally collected data.
- 2) **Review article:** integrates and synthesizes research findings in a specific area of study through a literature review.
- 3) **Others:** other manuscripts which do not fulfill the above criteria but are thought to merit publication in The Journal by The Committee.

The research paper should include introduction, methods, results, and discussion.

Authorship qualification

- 1) Faculty and staff of the NCNJ (includes joint research with other institutions).
- 2) Part time faculty of the NCNJ (includes joint research with other institutions).
- 3) Former faculty and staff of the NCNJ whose investigation/s was/were conducted while working at the NCNJ.
- 4) The Committee may solicit contributions from other institutions.

Reception and acceptance/rejection

- 1) The received date is the arrival date of manuscript to The Committee; the manuscript must comply with the requirements of manuscript preparation and submission.
- 2) Submissions will be peer-reviewed by The Committee. The Committee will make a final decision regarding acceptance or rejection for the submission, and the type, the accepted date, and the order of articles in The Journal.

Manuscripts submission process

- 1) The original and three copies of each manuscript should be submitted. Three copies are needed for the review process, and therefore, information regarding the authors, such as names, affiliations, or addresses should be deleted from the title page. Once a manuscript is accepted, the manuscript should be submitted in Microsoft Word file.
- 2) The author must submit the paper in the style prescribed in "manuscript preparation."
- 3) Manuscripts can be delivered by hand, mailed to the below address, or e-mailed with Microsoft Word file attachment to kiyo@ncn.ac.jp. In the case of mailing, send via registered mail and write "contribution manuscript" in red on the envelope.

In the case of e-mail, contact us if the confirmation message has not been sent in three days.

4) Contact and mailing address:

The Journal Committee National College of Nursing, Japan
1-2-1 Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 204-8575, Japan Tel: +81-42-495-2211

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: Once a manuscript is accepted for publication, all rights are reserved to the NCNJ.

Manuscript Preparations -----

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.

Standard manuscripts form: Manuscripts should be typewritten on one side of white A4 size paper. Manuscripts should be double-spaced and be unjustified. 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 a half-page.

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

On upper half of the page:

- Title
- Full name(s) and affiliation(s) of the author(s)
- 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 tables and figures
- Contact details of the corresponding author, including the name, address, phone number, fax number, and e-mail address.

Abstract: Should be approximately 250 words. A Japanese-written abstract of approximately 400 characters should be also submitted.

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

References:

Reference citations must be made from published materials. The usage of reference citations should be necessary and indispensable to the text. All publications cited in text must be presented in the reference list that should be styled according to the guidelines of APA format (APA, pp. 239-281).

The reference list should be on a separate page, and should be in an alphabetical order. References should 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:

At a minimum, a reference of an internet source should provide:

author(s) (if possible), document title or description, date (either the date of publication or update or the date of retrieval), address (a uniform resource locator, or URL)

Whenever possible, identify the author of document (APA, p. 269). 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.

Copyright Permission:

The author is responsible for securing written permission from the copyright holder for the reproduction or adaptation of any copyrighted materials such as tables or figures. This written permission should be obtained and submitted to The Committee.

The reference and a notice of permission should be written in a footnote of tables or figures.

編集後記

ここに、国立看護大学校研究紀要第8巻第1号をお届けできますことを、学術研究委員一同、嬉しく思っております。発行にあたっては、多くの方々のご協力をいただきました。深く感謝申し上げます。

今年度より、紀要の構成に少し工夫を加えました。まず論文の種類についてですが、これまでの5分類をまとめ、原著・総説・その他の3分類にいたしました。これによって、投稿者も査読者も、論文の種類分けに労力を費やすことなく、論文自体の質を高めることに時間をかけていただけるのではないかと考えています。また、FD(ファカルティ・ディベロップメント)活動報告の掲載を始めました。ご活用いただけましたら幸いです。

本紀要はオンラインジャーナルです。国内外からインターネットを通してアクセスできるため、情報発信の場としては最適です。本学卒業生・修了生からの投稿も増えてきており、心強く思っています。臨床からの投稿も大歓迎です。ぜひ、本紀要をご活用ください。

国立看護大学校研究紀要が、臨床や教育の質向上に寄与できますことを、学術研究委員一同、心より願っております。

学術研究委員会副委員長 小澤三枝子

学術研究委員会

委員長	鉦鹿 健吉	副委員長	小澤 三枝子		
委員	石井 智香子	竹村 玲子	松岡 里枝子	俵 麻紀	
	綿貫 成明	阿部 由香	遠藤 数江	田中 留伊	
	西内 清美	水野 正之	小熊 亜希子		
事務局	古閑 洋佐	谷本 和則	伊藤 健一		

国立看護大学校研究紀要 第8巻 第1号

2009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. 8 No. 1 2009

Articles

Structure of Teamwork and Relevant Factors in Nursing Activities	Nami Takayama, Keiko Takeo	1
Healthcare Associated Infection Surveillance and Hospital Size in Japan: Review Midori Nishioka, Namiko Mori, Haruyo Sakaki, Retsu Fujita, Naomi Numa, Tamae Hiramatsu, Keita Morikane		10
Maternal and Child Nursing for Continuing Pediatric Illness	Hitoko Komamatsu	20
Discourse Analysis of Encouragement in Japanese Healthcare Comic Books	Rieko Matsuoka, Ian Smith, Mari Uchimura	31
The Possibility of Building a New System of the Juridical Person for Nursing in the Period of Reformation of Public Interest Corporation	Mikio Moriyama	43
Raising Student's Sensitivity through Psychology Workshops	Kenkichi Ooga	49
Bibliography of Continuing Pediatric Illness and Child Health and Development	Hitoko Komamatsu	55

Research Activities

Faculty Development 2002~2008		83
Faculties Research Reports 2008		91
Masters Thesis Titles 2008		98