

# 国立看護大学校 研究紀要

第10巻 第1号 2011年

## 原 著

- Gender, power, and face in nursing communication: A sociolinguistic analysis of speech events in a Japanese healthcare manga series  
 ..... Rieko Matsuoka, Keiko Okabe, Gregory Poole 1
- 都市部急性期病院に勤務する看護職員を対象とした日本語版情緒的組織コミットメント尺度の検討  
 ..... 能見清子, 小澤三枝子 11
- Students' views on the advantages and disadvantages of Open Distance Learning versus traditional On-Campus Learning in a Master's degree course for language teachers in a British university  
 ..... David Evans, Terrence Shortall 21
- 認定看護師の研究成果活用の現状と学習状況との関係  
 ..... 宮首由美子, 亀岡智美 31

## その他

- 授業過程の質の日本・中国間比較－看護基礎教育課程の講義に焦点を当てて－  
 ..... 亀岡智美, 舟島なをみ, 趙秋利, 仰曙芬, 刘维维, 马金凤, 野本百合子, 中山登志子, 服部美香 39
- 転倒・転落の発生傾向および発生要因  
 －消化器科病棟の過去2年間のヒヤリ・ハット体験報告の分析－  
 ..... 水口京子, 榎本麻里子, 原美穂, 岡村翠, 小澤三枝子 44
- 二交替制勤務看護師の疲労度, 満足度に関する文献検討－三交替制勤務との比較－  
 ..... 佐々木ふみ, 萱沼さとみ, 川口智美, 佐藤圭子, 小澤三枝子 49
- 誤薬関連論文の検索方法に関する研究－医中誌web!による網羅的な文献検索を行うために－  
 ..... 小林友恵, 小澤三枝子 57

## 2009年度 活動報告

- 国立看護大学校FD活動報告 ..... 67
- 教員の研究活動 ..... 69
- 研究課程部看護学研究科修士学位論文一覧 ..... 79



# Gender, power, and face in nursing communication: A sociolinguistic analysis of speech events in a Japanese healthcare manga series

Rieko Matsuoka<sup>1</sup> Keiko Okabe<sup>2</sup> Gregory Poole<sup>3</sup>

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

2 National Cancer Center 3 Doshisha University

matsuokar@adm.ncn.ac.jp

---

**[Abstract]** This article addresses the ways in which gender is projected in the communication events of manga discourse, with a particular focus on nurses. Descriptions of the origin of nursing illustrate that being a nurse implies being a mother, a female parent (Osler 1932, 1961), and that both etymologically and culturally the profession is closely related to femininity (Jones 1988). In the Japanese healthcare context, nurses are 95% female.

In the popular imagination a kangofu (nurse, literally “a lady who cares for others”) is a motherly “angel in white.”

The purpose of this study is to explore these socially embedded images as expressed in manga discourse. The data were collected from the Japanese manga series entitled “Nurse Aoi,” popularized as a television series in 2006. Volumes one to twenty, consisting of 182 episodes, were used for this study.

After examining 3,792 pages containing these episodes, five communication events that included derogatory utterances directed towards the young Nurse Aoi were selected for in-depth micro-level analysis from three perspectives— gender, power, and face. The first event is a face-to-face interaction with a director of internal medicine, the second is a face-to-face interaction with two patients, the third and fourth are telephone interactions with a medical doctor, and the fifth event examined is one in which Nurse Aoi’s brother acts as interlocutor.

The interactions in these events project either directly or indirectly a gender issue related to the occupational hierarchy of nurses and doctors, orchestrated through the frames of power and face. These communication events also suggest that power relations motivated by gender are based on each actor’s performativity and positionality of identity, intertwined with the societal expectations of healthcare occupations. In conclusion, derogatory phrases generated from macro-societal power relationship can be interpreted as both gender and occupational bias.

---

**[Keywords]** gender, manga discourse, power, face, nursing

## Introduction

The 1989 British film *Scandal* is a fictionalized account of the Profumo Affair of 1963. The female protagonist is young and beautiful but totally lacking in social prestige. On the other hand, the main male characters are older and socially very powerful. John Profumo, in particular, enjoys one of the top positions in the British government as the Secretary of State for War. The power differential of the characters in this movie exemplifies a stereotypical societal image representative of gender bias. Beliefs surrounding gender are societal constructs — “man” and “woman” do not represent scientific, objective “fact,” but rather community norms (Tanesini, 1994). Studies of nursing experiences show how in the healthcare community, gendered discourse reveals norms that reinforce the silent oppression of nurses (Ceci, 2004).

In healthcare settings in Japan, 94.9 % of all registered nurses are female (Ministry of Health, Labour, and Welfare, 2010). Though there was a slight increase in the number of male nurses after the airing of the popular TV drama “Nurse-man,” as recently as 2001 the percent stood at only 4.2 (Ministry of Health, Labour, and Welfare, 2010). The small number of men in the nursing profession is not unique to Japan. In the UK, for example, male nurses have seldom exceeded ten percent of the profession (Whitlock, 2003). Indeed, as pointed out by Jones (1988), the origin of profession itself is closely related both etymologically and culturally to femininity or the female sex. Osler (1932, 1961), known as a father of medicine, also states that the origin of nursing dates back to the time when mothers cooled their feverish children using cold river water. Among other researchers on feminism in nursing (e.g., Ekstrom, 1999; Falk Rafael, 1996; Orr, 1989; Pannowitz, 2008, 2009),

Chodorow (1978, 1989) maintains that unlike boys, girls emerge from early stages of development with the socio-emotive construct of “empathy” built into their primary definition of self, reinforcing the theory that nursing is gendered as a feminine profession.

In the Japanese context as well, Naito (1994) maintains that femininity is represented as loving, faithful, sympathetic, ardent to heal hurt feelings, and having a motherly instinct toward the weak, which are all desirable qualities for nursing. Accordingly, as Muff (1982) suggests, social issues involving the nursing profession are largely issues of gender. A strong association of femininity has generated the representation of the nurse as a gentle “angel in white” and this has led to socially embedded images.

In terms of gender discrepancy, Japanese society is often characterized as male-dominant, influenced by a Confucian philosophy that instructs wives to follow their husbands with loyalty—“*yamato nadeshiko*” is the personification of an idealized woman in such a patriarchal society. However, in western studies on nursing as well, as Cummings (1995) argues, gender socialization of American nurses mirrors the socialization of woman, and gender differences related to power are of course apparent in healthcare organizations in the States. Although there is an active feminist movement in Japan (e.g., Ueno, 1994; Kobayashi, 2004), there still exists a substantial gap between societal perceptions and expectations of males and females, as indicated in the Saft and Ohara (2009) study of adultery, for example.

Building on such past research into gendered notions of the nursing profession in general and in Japan in particular, the research presented here further explores through the examination of manga how the socially-embedded perceptions of nurses are not only related to gender, occupational, and hierarchical power but are also constructed in face-to-face or telephone interactions in healthcare settings.

## Methodology

### *Data collection*

#### *Manga in Japan*

According to the Oxford Dictionary of English (2003), “manga” is defined as “a Japanese genre of cartoons, comic books, and animated films...,” and as pointed out in prior studies (Matsuoka, Smith, and Uchimura, 2009; Matsuoka and Poole, 2010), manga in Japan belongs to a different genre from that of comic books in western countries, with regard to both form and function. For this reason the indigenous label, manga, will be

used in this article in order to distinguish this literature from the more general category of “comic books.” Manga can be regarded as “graphic novels” and Natsume (2004), the grandson of the literary figure of Natsume Soseki, established *manga-gaku* (literally “the study of manga”) as an academic field. Some manga address healthcare. The main characters are usually doctors or nurses. Such comics have been popular in Japan and the genre of *iryō-manga*, or “healthcare manga,” is well established. Tezuka Osamu, widely regarded as an important figure in manga, was a medical doctor and wrote “Black Jack,” the first officially recognized medical or healthcare comic story in the 1970s. It has become commonplace for healthcare comic books to be supervised by healthcare professionals (Todai Byoin kanshū *iryō-manga*, 2007), which is in salient contrast to negative nursing images generated by American mass media (Darbyshire and Gordon, 2005).

Recently, obtaining raw data from healthcare sites such as hospitals has become increasingly difficult due to the strict code of ethics for protecting the rights of patients. Since manga are published for public consumption, the use of this data source requires neither approval from ethical committees nor informed consent paperwork. Manga, with speech-balloons accompanied by pictures, can be analyzed as a “spoken” data, of sorts. Compared with foreign comics, manga have fewer words or lines, emphasizing instead the unspoken forms of communication that are a ubiquitous feature of all actual speech, with abundant graphic images expressing non-verbal and paralinguistic communication behaviors, especially important to the so-called “high context” communication style of Japanese (Hall, 1977). Though manga authors in general attempt to present a reasonable reflection of the real world, their writing is of course fictional and so may be exaggerated. Even so, Maynard (2004, 2008) lists manga or comic books as a legitimate genre for data in discourse analysis. In prior studies of discourse analysis in Japanese, in fact, manga have been used as effective source material for analyzing feelings and emotivity (Maynard, 2005). In healthcare studies, attitudes towards smoking have been analyzed and discussed using manga as data (Kawane, Watanabe, & Takeshita, 2007).

### *Data*

The manga series entitled “Nurse Aoi” was selected as the data for this present study out of a number of possible series. Based on Okabe’s research (2009) on gender in three healthcare manga series focusing on nursing, “Nurse Aoi” provides the most scenes of gender bias out of three series: “Nurse Station”

(Shimazu, 1997-2002), "Otanko-Nurse" (Sasaki, 2000 & 2001), and "Nurse Aoi" (Koshino, 2004-2007). Okabe argues the differences may be because of the enactment of the "Revised Equal Employment Opportunity Law of 1999" and the subsequent change of the official title of "nurse" from *kangofu* to *kangoshi* in 2002. The suffix of "*fu*" indicates "lady, or woman," whilst that of "*shi*" is gender neutral. Ichinogawa (2002) points out the older version of *kangofu* evidenced the socially embedded power relations demanding nurses to be obedient to men. Of the three popular series, only "Nurse Aoi" began publication after this law and name change was enacted; male nurses appear only in "Nurse Aoi".

The series of "Nurse Aoi" was originally published in the weekly comic book "*Morning*" consisting of a compilation of manga series. The series gained in popularity and was independently published in book form beginning in 2004. "Nurse Aoi" has presently reached 31 volumes, the most recent coming out in August 2010. In 2006, "Nurse Aoi" was televised as a TV drama series and the average viewing rate of the twelve shows was 14.18% (ARTV, 2010).

Koshino Ryo, the author of this series has never worked as a nurse. However, he conducted interviews with nurses in order to acquire the resources for this manga series and to check the contents of his manga so that each fictional episode might be based on some reality. Partly because of this, technical healthcare terms appear in each episode, and the glossary at the end of every volume is helpful for general readers.

The main character, Misora Aoi, is twenty-four years old and came to work at the local hospital from a large-scale major hospital after violating the law prohibiting nurses from making incisions, even though her emergency operation saved a patient's life. She finished three years of nursing school and when she was 21 years old she started to work as a nurse, meaning at the time of the manga series she has three years of experience. She is from a rural area in Japan and both of her parents are dead. She has one younger brother, who is a baseball player at a high school. Her boss, Nurse Komine, is a single parent who has never been married and often uses the male register in her speech.

### **Procedure**

Out of the 20 volumes with 182 episodes consisting of 3,792 pages, the following five communication events including derogatory phrases were selected for in-depth micro-level analysis. As a result of marking all derogatory phrases and non-verbal behaviors towards a nurse in 182 episodes, eleven scenes

were selected. Eleven selected scenes were classified according to the actors— nurse, doctor, patient, or other party—and derogatory phrases used—*omae*, *kuseni*, *takaga*, and *konna*. Then the final five scenes were selected as excerpts for in-depth analysis. The interactions in these scenes project either directly or indirectly the gender issue related to the occupational hierarchy of a nurse and a doctor, orchestrated with power and face.

### **Data analysis**

The five excerpts are subject to analysis that focuses on three concepts—gender, power, and face. As suggested by Tannen (1986), languages carry polysemy or pluralistic implications and functions, which may make the discourse ambiguous to interpretation. For instance, "thank you," superficially the speech act of gratitude, could in a certain context mean "stop here," the speech act of request. Furthermore, Wittgenstein (cited in Pannowitz, 2008) argues that language is not only embedded in the background social life, but actually forms this life. Therefore, we suppose that in-depth, micro-analysis of the communication excerpts in this nursing manga reveals a social reality in healthcare discourse, even though the social figures are constructed in a fictional story.

#### **Gender**

The term "gender" is usually used to refer to the social or cultural aspect of "sex," the biological or physiological distinction between males and females. However, Butler (1990) argues that "sex" and "gender" are not so simply defined. According to her, in addition to social labeling, gender is "performativity", following the notion of Beauvoir's formulation that "one is not born but rather becomes, a woman." This, Butler argues, leads to the distinction between "sex" and "gender", which is that of an identity acquired. "Gender" used here is based on Butler's notion.

#### **Power**

The notion of "power" is a socially situated one, following Foucault's concept. According to Foucault (1978), power is the multiplicity of force relations. In other words, "power" is regarded as relative and does not exist alone. In terms of to power in communication, Bourdieu (1991) states that linguistic exchanges are relations of symbolic power. In this article, considering these perspectives, power is the multi-layering of relations actualized in language exchanges.

#### **Face**

For the following analysis, besides the main concepts of "gender" and "power", "face" is another important notion.

According to Goffman (1967), face is the self-image that has been established during a person's life history. Face-threatening acts, acts that negatively affect an individual's face, and politeness, the strategy for mitigating such face-threatening acts, are useful concepts to our analysis (Brown & Levinson, 1987). Another sociolinguistic theory we will draw on is the "grand strategies of politeness" employed by Leech (2003, 2005), consisting of generosity/tact, approbation/modesty, obligation, agreement, and feelings.

## Findings and Discussion

The first scene is from the first day for Nurse Aoi at the new hospital. She will be introduced to the director of internal medicine, Dr. Hamamatsu, by her boss Nurse Komine. Ms. Komine effects masculinity using a simple male register of language. In a different social setting, conceivably Nurse Komine would use a more formal register of language to introduce Nurse Aoi to Dr. Hamamatsu.

This scene is an event that involves primarily Nurse Aoi and Dr. Hamamatsu, who uses a speech register that effects a superior social position.

### Scene 1 1:71-73 (Nurse Aoi and Dr. Hamamatsu)

1. Nurse Aoi: *A. Ohayo gozaimasu.*  
(noticing the important-looking doctor is around)  
[Oh, good morning sir.]
2. Doctor H: *Umu.* [Oh].
3. Nurse Komine: '*Uchi*' no Naika-bucho Hamamatsu  
[Our director of internal medicine, Hamamatsu]  
*Sonzai-kan mo naiga, kami mo nai.*  
[(in whisper) He has neither presence of character, nor presence of hair!]  
(Looking around, Doctor H noticed Nurse Aoi who looks nervous.)
4. Nurse Aoi (bowing): *Misora to moushimasu.*  
[My name is Misora.]  
*Yoroshiku onegaishimasu.*  
[It is a pleasure to meet you.]
5. Doctor H: *Ja "omae" de iiya.* [OK, even "you" will have to do!]
6. Nurse Aoi (in shock): *O...* (*Omae?! [to herself, y..you?!]*)  
*Haa...* [Well...]
7. Doctor H: *KOOHII* [Coffee!]
8. Nurse Aoi (still in shock): ..... [.....]  
*Ha?* [What?]
9. Doctor H (looking annoyed): *Kikoenakatta no? KOOHII*  
[You could not hear me? Coffee!]

10. Nurse Aoi (exasperated, to herself):  
*(Koohee wo nani!? Katsura totte atamakara bukkakete yarooka!?)*  
[Coffee, what!? I'll give you coffee—take off your hairpiece and pour it on your (bald) head is what I'll do, ha!?]
11. Nurse Aoi: *Do...doozo.* [Here you are.]
12. Doctor H: *Umu.* [Yeah.]
13. Nurse Aoi (to herself): (*Irundayona- Kouyuuuyatsu* [There are always some jerks like this.])  
*(Nurse wa tsuma ya hisho ja naittsuuno!* [Nurses are definitely not wives or secretaries!])

Dr. Hamamatsu, the director of internal medicine, speaks impolitely even when Nurse Aoi introduces herself to him in a polite manner as shown in line 4. He does not pay any attention to her self-introduction, and calls her *OMAE* [you], a rude and derogatory form of address, which is normally used for children or adults of a lower social status. Sometimes *OMAE* is used by a husband when addressing his wife in the case of male-dominant couple. *OMAE* is also used by men when addressing partners to show intimacy, derived from a relationship of male dominance and paternalistic or chauvinistic feelings towards their female dates. *OMAE* as a form of address is therefore strongly colored with gender-motivated power projection. The particle *de* following *OMAE* is also derogatory and adds the nuance of being unimportant.

The manner of response, *UMU* in lines 2 and 12, also indicates the doctor's condescension towards Nurse Aoi, a young nurse. Through using this language he exercises "power" towards Nurse Aoi and indirectly Nurse Komine, who is very much accustomed to his impolite discrimination and therefore pays little attention.

In addition to the utterance *OMAE* and the response utterance *UMU*, the manner of request found in line 7 shocks Nurse Aoi and she appears annoyed as well as exasperated. However, on the surface she decides to accommodate this older doctor's request for coffee, as shown in lines 7 and 9. These acts by Dr. Hamamatsu are face-threatening and lacking in politeness as they exercise the symbolic power of being both male and the director of internal medicine.

The second scene is conducted between Nurse Aoi and an arrogant and spoiled patient. Mr. Tamaki is in the hospital for diabetes but in a child-like way he asks Nurse Aoi to bathe him as if he were a patient who cannot move his limbs.

### Scene 2 1:172-173 (Nurse Aoi and patient)



14. Patient Mr. Tamaki: *Hiiki da!!* [Not fair!!]  
(*Tamaki-san wa tohnyo-byo desu.* [Mr. Tamaki suffers from diabetes.])
15. Nurse Aoi: *Ha?* [What?]
16. Patient T: *Datte acchi-no jiisan zenshin fuiteirunoni ore fuite kurenai jan!!*  
[I mean you bathe the old guy over there but not me!]
17. Nurse Aoi: *Datte Tamaki-san hitoride ofuro haireru janai desuka!*  
[Because you can bathe yourself, right?]  
(*Soreni sonna jikan mo nain dayo.* [Besides, I do not have such a time!])
18. Patient T: *likara fuite yo.* [Just clean me, please.]  
***Ore datte nyu-in hi haratterun dayo....*** [I also pay hospital fees.]  
***HAKUI NO TENSHI DARO*** [You are an 'angel in white', right?]
19. Nurse Aoi: (looks astounded)
20. Patient Mr. Kimura: *Oi GAKI!* [Hey, brat!]  
***Aoi-chan wo komarasun ja ne-yo.*** [Don't bug Aoi.]
21. Patient K: *Soreni kangoshi-san wa tenshi ja nee.*  
[Besides, nurses are not angels.]  
*Datte shinde naishi.* [Because they are not dead.]

In this scene, the patient Mr. Tamaki, who appears to be not very old, is being overly demanding towards Nurse Aoi, the young nurse. Mr. Tamaki started the conversation by saying "hiiki da [not fair]." Presumably he would use the same language towards a veteran nurse such as Nurse Komine. Mr. Tamaki's request for bathing implies the expectation of mothering within the occupation of nursing.

Regarding line 18, Mr. Tamaki exercises "power" by being impertinent through the use of the expression ***likara***. In healthcare settings in Japan, as elsewhere, nurses are at the risk of becoming victims of sexual harassment. The first phase of line 18 might develop into an act of sexual harassment. Here, however, a second patient reprimands the first using humor to "save" Nurse Aoi. The positive language for nurses ***Hakui no tenshi*** [an angel in white] functions here in pluralistic manner. It is, in principle, not derogatory or negative, but can be used to express unwarranted demands, as in this instance. Uttered by Mr. Tamaki, ***hakui no tenshi*** has a derogatory effect as suggested in Darbyshire and Gordon (2005). Whether he intended it as a "compliment" or not is not entirely clear, but of course unrealistic compliments may be face-threatening. The image or expected features of an "angel in white" are "being gentle, compassionate, kind, and generous," which may be effective for

demanding difficult or irrational requests. Here, again, the second patient Mr. Kimura, who later utters nurses are not dead as a joke, blames Mr. Tamaki for being impertinent and for exercising symbolic power towards Nurse Aoi in his assertion of being a fee-paying patient. Even Mr. Kimura's manner of reprimanding Mr. Tamaki, however, can be interpreted as motivated by that fact that Nurse Aoi is a young female nurse. The form of address ***Aoi-chan*** could be viewed as inappropriate in that it is overly intimate. In this scene, power is exercised by gender and features attached to femininity, and money in the form of hospital fees. All these interactions are face-threatening and lack politeness.

The third scene is based on telephone conversation, instead of face-to-face interaction.

### Scene 3 2:120-121 (Nurse Aoi and Dr. Tadokoro)

On phone

22. Nurse Aoi: *Misora desu.* [This is Misora speaking.]  
*Noro-san no koto nanodesuga, fukubu ni shikori ga aruyou desu.*  
[As for Mr. Noro, there seems to be tension around his abdomen.]  
*Kensagono masui de ishiki wa hikuinodesuga, hanchoutuu ga aruyouni kanjimasu.*  
[Because of the anesthesia administered for his examination his level of consciousness is low, but I believe he is in pain.]  
*Ketsuatsu to shinpaku wa antei shitemasuga.*  
[But his blood pressure and pulse are stable.]
23. Doctor Tadokoro: *Sorenara toriaezu yoosu wo minasai.*  
[In that case, just wait and see.]  
*Watashi wa isogashiinda.* [I am busy, ok?]  
*Kiruyo.* [Let me hang up now.]
24. Nurse Aoi: (**Silence**)
25. Nurse Aoi: (in a serious manner) *Sugu kitekudasai.* [Please come here immediately.]  
*Jikanga nain desu.* [We do not have time.]  
*Moshi, Noro-san ga 'Senko' dato shitara....*  
[What if Mr. Noro has a case of perforation....]
26. Doctor Tadokoro: (with grimace) *Nani* [What]  
*Senko?* [perforation?]
27. Patient (company president): *Tadokoro-sensei, nanika attanodesuka?*  
[Dr. Tadokoro, did something go wrong?]
28. Doctor Tadokoro: (puzzled) *E!?* [What!?] *Iya iya* [No no]

- Nanimo arimasen yo.* [Nothing has happened.]  
*Ha ha ha.* [Ha, ha, ha]
29. Doctor Tadokoro (to Nurse Aoi): (exasperated)  
*Watashi wa toriaezu yousu wo miro to ittendayo.*  
 [I am saying we should wait and see for the present.]  
*Nurse no **kuseni** deshobarunjanai.*  
 [You are just a nurse, so be quiet.]  
 (Doctor Tadokoro hangs up the phone.)
30. Nurse Aoi (shocked): (Silence, hearing the hanging up sound of telephone.)

In this scene, Nurse Aoi noticed a serious error made by Dr. Tadokoro, who usually only cares for privileged patients. Mr. Noro, a pharmaceutical representative, has always treated Dr. Tadokoro as a privileged customer. One day, Mr. Noro was advised to have a thorough medical checkup and blood was found in his stool. The cause was hemorrhoids but in a surgical procedure conducted by Dr. Tadokoro, a polyp is found and removed. However, in doing so the doctor perforated Mr. Noro's intestine causing the patient pain. Even after Nurse Aoi pointed out that there exists the possibility of a gastrointestinal perforation, Dr. Tadokoro took no action. The pejorative word **kuseni** uttered by Dr. Tadokoro should be focused on in this scene. The core function of **kuseni** is as a concession or contrast such as 'despite of', but **kuseni** here implies multiple functions and is often derogatory in usage. Nurse Aoi's comments may have caused Dr. Tadokoro insecurity and so reacts with the comment "you are just a nurse, so be quiet." **Kuseni** here comes from the socially-embedded assumption that doctors are superior in diagnostic skill and that a nurse's role is only as an assistant to the doctor. The form of address **sensei** used by nurses when addressing all doctors of course reflects this assumption even though **sensei** may sometimes be used sarcastically. This word reflects the hierarchy of doctors and nurses, one in which doctors are more knowledgeable. Based on the concept that knowledge is power, doctors are in the position of enjoying "power"; however, doctors with this power may suffer more when they commit any serious error. This utterance **kuseni** implies power generated both from occupational hierarchy and gender to the lesser degree. The utterance as well as behavior by Dr. Tadokoro are face-threatening and lack politeness.

The fourth scene is the continuation of scene 3, and Nurse Aoi tries to persuade Dr. Hamamatsu and other doctors to help her out with Mr. Noro's case.

**Scene 4** 2:124-125 (Nurse Aoi and Drs. Hamamatsu, Takagi,

- and Kurusu)
31. Doctor Hamamatsu: (silence but looks puzzled.)
32. Nurse Aoi: (seriously) *Sensei!!* [Doctor!!]
33. Doctor Hamamatsu: *Datte akumade tantou wa tadokoro-sensei desho.*  
 [You know, Dr Tadokoro is his attending doctor anyway.]  
*CT no kensa datte tantou-sha no shiji nashini katteni yattara shitsurei desho.*  
 [It is rude to give a CT exam without his permission, isn't it?]
34. Doctor Kurusu: *Soreni onaji naika demo senmon wa chigau.*  
 [Besides, we all have different specialties even in internal medicine.]  
*Koko wa daigaku no youni ikyoku ga naikara senmon gotoni kojinde sekinin wo motte kanja wo tantou surukoto ninatte irundesu ne.*  
 [We here do not have sectional departments like university hospitals, so each individual doctor is supposed to take care of his patient according to his specialty.]
35. Doctor Takagi: *Hetani shinsatsushite makikomarerunowa gomen dashi, kanja nimo yokunai koto da.*  
 [I would like to avoid being involved in this case as there is the possibility that my examination would not be accurate. It is not fair to the patient.]
36. Doctor Hamamatsu: *Tadokoro-kun wo yobushika naidesho.*  
 [The only thing we can do is to call Dr. Tadokoro, I guess.]  
*Boku-tachi mo kakawaruhodo hima janaishi, izurewa gekano shochi mo hitsuyouni nattekuru daroushi.*  
 [We are not that free to be involved in this case, and also the surgical treatment will be necessary eventually.]
37. Nurse Aoi: *Sorenara, jikan mo nainode, sensei kara geka no sensei ni tanonde moraemasen ka?*  
 [In that case, we do not have much time, so would you ask the surgeons to take care of this case?]
38. Doctor Hamamatsu: *Nande boku ga geka ni atama wo sagenakya nannai no?*  
 [Why on earth do I have to kowtow to the surgeons?]  
*Soremo tanin no misu de dayo?*  
 [And this is someone else's error?]
39. Doctor Kurusu: *Kareni hetani kuchi wo dasuto, wareware no chiryouhoushin nimo kuchi wo dashikanemasenkara ne--*  
 [Well, if we should intervene carelessly, he will likely retaliate by interfering with our treatment policies--]
40. Doctor Takagi: *Hontou kare puraido takai kara.*  
 [You said it. He is really proud of himself.]
41. Doctor Kurusu: *Nurse **nanka** ni katteni shindan*

*sarechattara, kare mo tachiba naiyone!*

[He will surely lose face if **merely** a nurse makes the diagnosis, right?]

42. Nurse Aoi: (in a big voice)

Sensei, *chotto matte kudasai.*

[Doctors, please wait.]

*Jikan ga nain desu.* [We do not have much time.]

43. Doctor H: *Sonnani bokura wo semeraretemo komaru.*

[Stop blaming us.]

In the similar way of *kuseni* in the previous scene, *nanka* in the line 41 functions in a derogatory way. Compared with *kuseni*, *nanka* does not imply concession or contrast, but can be used in a self-degrading fashion when the speaker wants to appear humble, for instance. This word not only reveals the weaker position of nurses, but also shows how doctors' use their position of power when dealing with nurses. This power is derived in this case from both occupation and gender. This single word can work as a face-threatening marker and lacks in politeness.

In an ethnographic study based on actual narratives of the nurses, Pannowitz (2008, p.363) provides an excerpt from a nurse saying that she does not want to be in conflict with medical staff. The female nurse in Pannowitz' study wishes to collaborate with the other medical staff and so must gauge how to do this in a non-conflicting fashion. In this scene, Nurse Aoi has raised her voice in order to save the patient, even at the risk of confronting the medical doctors, until one of the doctors used a derogatory phrase *nanka*. Different from the actual voice from an existing nurse in Pannowitz' (2008) ethnographic research, the present data of manga discourse is fictional, and the main character, Nurse Aoi, is described as an ideal nurse who is willing to sacrifice herself in order to save her patients though she makes mistakes. Notice that the excerpts for analysis are from the earlier part of the series as Nurse Aoi has succeeded in developing a good relationship with medical staff through these difficult communications, projecting subjectivity of positionality that is motivated by gender and power in terms of macro-level hierarchy.

The last excerpt for this article is between Nurse Aoi and her younger brother, following his observation of what his sister is doing.

**Scene 5** 4:152-153 (Nurse Aoi and her brother, Souta)

44. Patient Mrs. Nishida: (desperately)

*Hontou no koto itte kudasai, Sensei.* [Doctor, please tell me

the truth.]

45. Patient Nishida: (with sad eyes) *Watashi no byouki mou wakatterundesho!?*

[You know my illness already, right?]

46. Doctor Etoh: (embarrassed) *Hai, a iya* [Oh, yeah, no...]

(While Dr. Etoh is struggling with Patient Nishida, Nurse Aoi is going to leave the room.)

47. Nurse Aoi: (in a whispering voice) *Shitsurei shimashita.* [I must be going now.]

48. Doctor Etoh: (running from the patient): (with tears in his eyes)

*Sonoken ni tsuite wa Misora-san (Nurse Aoi) ni itte arimasunode kanojo kara kiite kudasai!*

[Regarding that matter, I told Ms. Misora about that, so please ask her!]

49. Nurse Aoi: (surprised) *E?* [What!]

(From outside the room Nurse Aoi's brother Souta sees his sister Aoi lowering her head and explaining the situation to Patient Nishida)

50. Souta: (exasperated) *Bakkamitei-* [It is just silly]

*Anna WAGAMAMA na isha to kanja ni HEKOHEKO shitesa-*

[Why do you have to be so obedient to these selfish doctors and patients?!]

*Sassato yamechaeba? Konna shigoto.*

[Why don't you just up and quit this job?]

(Nurse Aoi looks sad hearing this.)

51. Nurse Aoi: *Onaka hetta ne-* [Aren't you hungry?]

*Nani tabetai?* [What do you want?]

*Tsukuru karasa.* [I will cook it for you.]

52. Souta: *Gaishoku de iiyo.* [Let's eat out.]

*Ne-chan no meshi wa mazui kara.* [Your cooking is terrible.]

*Konna* in the line 50 functions pejoratively in a fashion similar to that in scene 3 and 4.

Nurse Aoi's brother uses language in a sarcastic manner. Even if he suggests that his sister quit her job, his real thoughts may be more sympathetic. He may feel that nursing is too demeaning for his well-meaning sister who is not good at avoiding difficult situations. *Konna* qualifies the job of nurse as lowly and enhances the value of his sister Nurse Aoi, who he thinks needs not be engaged in such employment. *Konna* can be used both negatively and positively as a marker of emphasis, and here on the surface it is used negatively. However, it is possible to use this same word in another way, such as "*Konna taihen na shigoko yoku yatterune.* [You are great at doing **such** a difficult



job.] The following interaction seems to be done in the similar way; that is, on the surface, what her brother Souta is saying is scornful, but it is also possible to interpret his utterance as thoughtfulness. Such micro-level, face-to-face interactions construct macro-level, socially-embedded practices of gender and power inequity.

### Concluding Remarks

Through the excerpts given above, the present study suggests that power relations motivated by gender are intertwined with the status of both nurses and doctors in the society. That is, macro-level societal expectations are actually constructed through the performativity of face-to-face micro-level interactions. This is in contrast to Waugh's study (2010) which suggests that face-to-face interaction merely contributes to the construction of power and identity. The communication events evolve based on each actor's performativity and positionality of identity, one that is strongly affected by the gender and occupation of the interlocutors as suggested in Vickers and Deckert (2010). Derogatory expressions generated from macro-societal power relationship can be interpreted as both gender as well as the face-saving strategy of politeness. The insulting or derogatory language observed in the interactions exposes the socially-embedded identity of gender and occupation, and constructs the communication.

Though these data from fictionalized language in Japanese manga may represent exaggerated cases of interactions between a young female nurse and older doctors and patients, we argue that the features presented here may well reflect real problems in communication in healthcare settings. However, future studies drawing on actual data from real healthcare settings are necessary in order to both confirm the transferability of the findings in this present study as well as to more precisely analyze the face-to-face, micro-level interactions that work to construct, on a macro-level, socially-embedded notions of gender, power, and face.

### References

- ARTV: Audience rating TV (2010). <http://artv.info/ar0601-max.html>
- Bourdieu, P. (1991). Language and symbolic power. In J. Thompson (Eds., G. Raymond & M. Andmson/Trans.) Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Butler, J. (1999). *Gender trouble*. New York: Routledge.
- Brown, P., & Levinson, S. C. (1987). *Politeness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Chodorow, N. (1978). *The reproduction of mothering*. Berkeley: University of California Press.
- Chodorow, N. (1989). *Feminism and Psychoanalysis: Theory*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Ceci, C. (2004). Gender, power, nursing: A case analysis. *Nursing Inquiry*, 11(2), 72-81.
- Cummings, S. H. (1995). Attila the hun versus attila the hen: Gender socialization of the American nurse. *Nursing Administration Quarterly*, 19(2), 19-29.
- Darbyshire, P., & Gordon, S. (2005). Exploring popular images and representations of nurses and nursing. In J. Daly (Ed.), *Professional nursing: concepts, issues, and challenges* pp.69-91. New York: Springer Publishing.
- Ekstrom, D. (1999). Gender and perceived nurse caring in nurse-patient dyads. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1393-1401.
- Falk Rafael, A. R. (1996). Power and caring: A dialectic in nursing. *Advances in Nursing Science*, 19(1), 3-18.
- Foucault, M. (1978, 1990). *The history of sexuality*. New York: Vintage.
- Goffman, E. (1967). *Interaction ritual*. Garden City, NY: Anchor/ Doubleday.
- Hall, E. (1977). *Beyond Culture*. New York: Anchor Books.
- 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.
- Kobayashi, Y. (2004). *A path toward gender equality*. New York: Routledge.
- Koshino, R. (2004-2007). Nurse Aoi. Tokyo: Kodansha.
- Ichinogawa, Y. (2002). Kenryoku to kango-shoku [Power and nurses]. *Quality Nursing*, 8(12), 7-11.
- Jones, A. H. (1988). Images of nurses: Perspectives from history, art and literature. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Leech, G. (2003). Towards an anatomy of politeness in communication. *International Journal of Pragmatics*, 34(12), 1733-1756.
- Leech, G. (2005). Politeness: Is there an East-West Divide? *Journal of Foreign Languages*, 160, 1-30.
- Matsuoka, R., Smith, I., & Uchimura, M. (2009). Discourse analysis of encouragement. *NCNJ*, 8(1), 33-40.
- Matsuoka, R. & Poole, G. (2010). The use of politeness strategies in Japanese healthcare settings: Analysis of manga discourse between healthcare providers and a "difficult" patient. *NCNJ*, 9(1), 9-17.

- Maynard, S. K. (2004). *Discourse linguistics*. Tokyo: Kuroshio.
- Maynard, S. K. (2005). *Linguistic Emotivity*. Amsterdam: John Benjamin.
- Maynard, S. K. (2008). *Multi-genru no danwabunseki* [Multi-genre discourse analysis]. Tokyo: Kuroshio.
- Ministry of Health, Labour and Welfare. (2010). Heisei Nijunen HOKEN/EISEIGYOUSEIGYOUNUMHOUKOKU [Report of public health, medical and sanitary affairs on 2008]. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/08-2/index.html>
- Muff, J. (1982). Battle-axe, whore: An explanation into the fantasies, myths and stereotypes about nurses. In J. Muff (Ed.), *Socialization, sexism and stereotyping: Women's issues in nursing*. St. Louis MO: CV Mosby.
- Naito, K. (1994). *Joseigaku wo manabu* [Learn women's studies]. Tokyo: San-ichi Shobo.
- Natsume, F. (2004). *Mangagaku no chosen* [Challenge of comicology]. Tokyo: NTT Shuppan.
- Okabe, K. (2009). *Manga niokeru kangoshi no gender nikansuru koosatsu* [Study on gender in nurses in manga]. Graduation Thesis, National College of Nursing, Japan.
- Orr, D. (1989). Just the facts Ma'am: Informal logic, gender and pedagogy. *Teaching Philosophy*, *XI*(1), 1-6.
- Osler, W. (1932, 1961). *Acquanimitas*. Philadelphia: Blackiston.
- Oxford Dictionary of English. (2003). Oxford University Press.
- Pannowitz, H. K. (2008). 'Unsaid' voices of middle-level women nurses' experience of Western Australian public hospitals: An integrated feminist postmodern ethnography. PhD thesis, Southern Cross University. Lismore, NSW, Australia.
- Pannowitz, H. K. (2009). Resisting gender-bias: Insights from Western Australian middle-level women nurses. *Advances in Contemporary Nursing and Gender*, *33*(2), 103-119.
- Saft, S., & Ohara, Y. (2009). Men's adultery as sickness: Metaphor, gender categories and the discursive construction on gender differences on Japanese television consultation programs. *Critical Inquiry in Language Studies*, *6*(3), 113-147.
- Sasaki, M. (2000 & 2001). *Otanko Nurse* [Stupid Nurse], from an original story written and documented by Kobayshi, M. Tokyo: Shogakukan.
- Shimazu, K. (1997 – 2002). *Nurse Station*. Tokyo: Shueisha.
- Ueno, C. (1994). Women and the family in transition in postindustrial Japan. In J. Gelb & M. I. Palley (Eds.), *Women of Japan and Korea: Continuity and change* (pp. 23-42). Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Tanesini, A. (1994). Whose language? In K. Lennon & M. Whitford (Eds.), *Knowing the difference; Feminist perspectives in epistemology* (pp.203-216). New York: Routledge.
- Tannen, D. (1986). *That's not what I meant*. New York: Ballantine Books.
- Thomas, S. P. (2004). *Transforming nurses' stress and anger: Steps toward healing*. New York: Springer publishing.
- Vickers, C. H., & Deckert, S. K. (2010). Micro-interactional constructions of power and identity. *Critical Inquiry in Language Studies*, *7*(2-3), 83-87.
- Waugh, L. R. (2010). Power and prejudice; Their effects on the co-construction of linguistic and national identities. *Critical Inquiry in Language Studies*, *7*(2-3), 112-130.
- Whitlock, M., & Loenard, L. (2003). Stepping outside the stereotype: A pilot study of the motivations and experiences of males in the nursing profession. *Journal of Nursing Management*, *11*, 242-249.
- Today Byoin kanshu iryo-manga [Medical comics supervised by University of Tokyo Hospital] (2007). *The Yomiuri Shimbun*.

This study was supported by a Grant-in Aid from the National Center for Global Health and Medicine.

---

看護コミュニケーションにおけるジェンダー、パワーおよびフェイスの研究：

日本の医療マンガにあるスピーチイベントの社会言語学的分析

Rieko Matsuoka<sup>1</sup> Keiko Okabe<sup>2</sup> Gregory Poole<sup>3</sup>

1 国立看護大学校 2 国立がん研究センター 3 同志社大学

**【要旨】** 本稿は看護師に焦点を置きつつ、ジェンダー観が漫画ディスコースのコミュニケーションにおいてどのような形で表出されているかについて論じる。看護職の起源に関して Osler (1932,1961) は、女性の親つまり母であることを含有していると述べている。実際、Jones (1988) が指摘するように、看護の起源は語源的にも文化的にも生物学的な女性性と深く関係している。日本の医療現場では男性看護師は僅か5%ほどであり、女性性の強いイメージは看護師が常に優しいことを要求する「白衣の天使」というものに表出されている。本研究の主要な目的は、漫画ディスコースにおいて表現されている、これらの社会的に刷り込まれたイメージを探求することである。データは、「ナースあおい」というタイトルの日本の漫画シリーズから収集した。この漫画シリーズは多くの読者に読まれテレビドラマ化されたほどである。182の挿話からなる1巻から20巻を本研究対象とした。これらの挿話を構成する3,792ページの内容を精査したうえで、ジェンダー、パワー、およびフェイスという3つの概念を用いてマクロレベルで解析する対象として5シーンを選択した。1つ目は内科部長との関わりで、2つ目は患者との関わり、3つ目と4つ目は、医師との電話でのやりとりで、5つ目は弟とのコミュニケーションである。これらのコミュニケーションの相互作用が、「力関係」や「フェイス」と統合的に作用しながら、看護師と医師といった職業的ヒエラルキーと関わるジェンダー問題を直接あるいは間接的に表出していた。また、マクロレベルの社会的構造における職業と絡み合ったジェンダー観に誘発された力関係が直面したマイクロレベルの相互関係に組み込まれていることが示唆されている。登場人物のジェンダーもしくは職業に影響されたアイデンティティの遂行性や立位置に基づいて、コミュニケーションのシーンが構成されている。結論として、マクロ社会的な力関係から作り出される軽蔑的表現はジェンダーおよび職業的偏見であると解釈できよう。

---

受付日 2010年9月3日 採用決定日 2010年12月16日

# 都市部急性期病院に勤務する看護職員を対象とした 日本語版情緒的組織コミットメント尺度の検討

能見清子 小澤三枝子

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

## Examination of scales for assessing the affective organizational commitment of Japanese nurses who work at urban acute-care hospitals

Kiyoko Nohmi Mieko Ozawa

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

**【Abstract】** Purpose: The Japanese version (translated by K. Takahashi [1999]) of the standard scale developed by Meyer et al. (1993) is commonly used in Japan for the measurement of affective organizational commitment. One item in the Japanese version of the standard six-item scale, "I would be very happy to spend the rest of my career in this organization", has been revised by Vandenberghe et al. (2004) to state "I am proud to belong to this organization". In this study, we compared the Japanese and revised versions to determine which scale is more useful to assess affective organizational commitment among nurses who worked for urban acute-care hospitals.

Methods: A self-administered questionnaire was distributed to 1,302 nurses who were not in managerial positions and simultaneously worked at three urban acute-care hospitals. The questionnaire contained translated versions of the standard and revised standard scales, and consisted of seven items in total.

Results: A total of 514 questionnaires were returned (39.5% response rate), and 510 valid responses were analyzed. The revised version of the standard scale had an internal consistency reliability of 0.83, factor contribution rate of 45.03, and a path coefficient of affective organizational commitment that ranged from 0.37-0.50. The Japanese version of the standard scale displayed an internal consistency reliability of 0.84, factor contribution rate of 47.42, and the path coefficient ranged from 0.38-0.53.

Conclusions: When the affective organizational commitment of nurses who work for urban acute-care hospitals was measured, the Vandenberghe version of the standard scale was found to provide a more useful assessment of affective organizational commitment.

**【Keywords】** 情緒的組織コミットメント affective organizational commitment, 看護職員 nurses, 急性期病院 acute-care hospital

## I. 緒言

都市部の急性期診療を担う政策医療の場では、常に専門性の高い看護の提供が求められ、新しい看護技術の開発研究、倫理的態度の育成など、その質の向上を図ることが責務とされている(大原ら, 2004)。一方、結婚、出産、育児を契機とする離職に加えて(日本看護協会, 2008)、医療の高度化、在院日数の短縮、患者の高齢化・重症化等により、看護職の職場環境は一層厳しくなっており、仕事を継続しにくい現状にある(岡戸ら, 2008)。看護管理者にとって看護職員の離職は、マンパワーに関わる問題であり、患者ケアにまで影響を及ぼすため(Aiken et al., 2002)、看護職員の定着や意欲の向上を促すことは重要である。これまで、離職意図や職務満足度に関連した研究は数多くある(加藤ら, 2008; 林ら, 2008)。しかし、離職

意図を測る良い指標が存在せず、職務満足度という指標も日々の看護業務に左右され安定しない(Ingersoll et al., 2002; 鈴木, 2007)。そこで近年、看護職員の離職意図を反映し、その要因を予測するための指標として、組織コミットメントという概念が注目されてきた(高木, 2003; 上野, 2005)。

組織コミットメントを、Mowday et al. (1979) は、特定の組織における個人の同一化と関与の強さであると定義した。組織コミットメントの要素とは、組織メンバーが、組織の目標や価値観を受け入れ信じること、組織のためにできる限り努力するという意志を持つこと、その組織内のメンバーであることを強く望むことである。このMowdayらの情緒的要素の考えを受け継ぎ、Allen & Meyer (1990) は、組織コミットメントを、個人を組織へ結びつける心理的な状態と定義し、情緒的要素に継続的要素と規範的要素

を加え、組織コミットメントを3つの心理的側面で捉えた。情緒的組織コミットメントとは、情緒や感情レベルで組織に対して、愛着や一体感を感じる程度と定義されている。継続的組織コミットメントは、組織を離れる際のリスクや、組織を離れた際の代替組織の有無を示すものである。規範的組織コミットメントは、組織への忠誠心、義務感を強調したもので、AllenとMeyerの独自の考えである。Allen & Meyer (1990) は、情緒的、継続的、規範的の3下位概念の24項目からなる組織コミットメント尺度を開発し、信頼性、妥当性を検証した。その後、Meyer et al. (1993) は24項目を18項目にした尺度に改訂した。この18項目の尺度も、信頼性、妥当性が確立されており、組織コミットメントを測る指標として現在最も多く用いられている(上野ら, 2005a; 2005b; Decicco et al., 2006; Cho et al., 2006; Chang et al., 2007)。

AllenとMeyerは、組織コミットメント尺度を得点化して使用する際には、情緒的、継続的、規範的の3下位概念を別々に集計する必要がある、3下位概念の得点を合計して、「組織コミットメント」の総合得点とすることはできないとしている。すなわち1下位概念ずつ得点化して用いることができるということである。この3下位概念の中で、情緒的組織コミットメント(affective organizational commitment:AC)は、離職意図と最も有意な負の関連にある(Meyer et al., 2002; Lynn & Redman, 2005; Snape et al., 2006; Chang et al., 2007)。

Meyer et al. (1993) は、看護師603名を対象にした質問紙調査を行い、看護職や病院を辞める意向、受け身的な態度と最も有意な負の関連にあるのは、情緒的組織コミットメントであることを明らかにした。また、情緒的組織コミ

ットメントが高い人は、組織への忠誠心が厚く、上司からの良い評価を得、他者への奉仕精神があり、専門的なケア行動を実施し(上野ら, 2005a)、学習への意欲が高い(中村; 2008)ことが明らかになっている。このように看護職員としての望ましい態度を予測する指標として、情緒的組織コミットメントが有用であることが示唆されている。

筆者らは、病院を辞めたら損であるといった感情(継続的組織コミットメント)や病院には所属すべきだという感情(規範的組織コミットメント)よりも、病院への愛着心や一体感(情緒的組織コミットメント)が、看護の質向上のために働こうとする看護職員の意欲に最も通じる指標であると考えた。急性期の臨床現場では、医療の高度化、複雑化等により、看護職員は日々の業務を遂行するのに精一杯で、やりがいや充実感を感じにくく、離職意図が昂じやすい現状にある。看護職員自身が元気に働くことができる病院、働きがいを感じられる病院が、医療・看護における質を高めることができる。病院が魅力のある職場であれば、看護職員の病院への愛着心、一体感、意欲の向上につながるのである。それは、仕事を継続することにつながり、看護の質向上、医療の質向上のために寄与することになるのである。したがって、本研究では、情緒的組織コミットメントに焦点を当てて研究を行う。

Allen & Meyer (1990) と Meyer et al. (1993) が開発した情緒的組織コミットメント尺度の信頼性については、複数の研究によって確認されている(表1)。

併存的妥当性については、看護師530名を対象とした研究で、職務満足度と情緒的組織コミットメントの間には、0.49 ( $p<.01$ )の相関があった(Meyer et al., 1993)。Weissらの作成したMinnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ)の

表1 看護職員における情緒的組織コミットメント尺度の信頼性を検討した研究

尺度	著者	年	国名 州(地方)名	対象者および 病院の特性	対象数	Cronbach $\alpha$
Meyer	Meyer et al.	1993	アメリカ オンタリオ州	看護師団体の会員	603	0.82
	Laschinger et al.	2000	アメリカ オンタリオ州	看護師団体の会員 都市部専門病院	412	0.74
	Cho et al.	2006	アメリカ オンタリオ州	看護師団体の会員 急性期病棟	226	0.79
	Chang et al.	2007	台湾	毎年認定されている30病院	177	0.82
高橋訳版 <sup>1)</sup>	上野ら	2005	関東7カ所 関西2カ所 九州北部4カ所	精神科病院の 法人11・公立2病院	1,313	0.81
	難波ら	2007	A県内	公立4病院 私立7病院 (精神科と産婦人科を除く)	318	0.77
Vandenberghe 改変版 <sup>2)</sup>	Vandenberghe et al.	2004	ベルギー	1病院	194	0.79

1) Allen & Meyer (1990), Meyer et al. (1993) を高橋が日本語に翻訳した。

2) Meyer et al. (1993) を Vandenberghe et al. が改定し、フランス語に翻訳した。



日本語版職務満足度尺度（高橋，1999a）20項目を使用した上野ら（2005a）の研究でも情緒的組織コミットメントとMSQは0.52 ( $p<.01$ )の相関が見られた。これらのことから、基準尺度との間に併存的妥当性が支持されている。

Mowday et al. (1979) が作成した Organizational Commitment Questionnaire (OCQ) を使用し看護師 530 名を対象とした研究では、情緒的組織コミットメントと OCQ の間には、0.83 の高い相関があった (Meyer et al., 1993)。これらのことから、類似の概念尺度との間に収束妥当性が確認されている。

Allen & Meyer (1990) と Meyer et al. (1993) の組織コミットメント尺度を、高橋は日本語に翻訳し（以下高橋訳版）、日本における信頼性、妥当性を検討している (1999b)。その際、高橋は Meyer より日本語版尺度使用許諾全権を委任されている。

看護職員の情緒的組織コミットメントについて、日本でなされた研究の多くは既存の尺度を参考に改変したり、独自に翻訳したもので、開発者の許諾等については特に記載がなかった (石田ら，2004，2006; 酒井ら，2004; 瀬倉ら，2007; 中村，2008)。日本における看護職員対象の研究の中で、Meyer et al. (1993) の尺度使用に際し、高橋に許可を得たと明記されていた研究は、上野ら (2005a, 2005b) と難波ら (2007) のみであった (表1)。

組織コミットメント尺度は、組織を捉えることから、その国の文化や組織形態に影響される。よって、Meyer et al. は自ら開発した組織コミットメント尺度について、その国の実情全般、組織・職業・業務的特異性により意味内容が対象者によって異なったり、対象者にとって意味をなさな

い場合には変更可能であり、全般的な書き換えでない限りは問題ないとしている (Meyer et al., 2002)。

筆者らは、プレテストにおいて高橋訳版「私の仕事生活（キャリア）の残りを、今の病院で過ごせたらとても幸せだ。」の項目は、政策医療を目的とする病院や都市部急性期病院で働く看護職員の現状に合っていないと考えた。その理由は、昇任時の転勤、結婚や出産など、一つの病院で定年まで働くことは不確定であると考えたからである。そこで検討を重ねた結果、Meyer et al. (1993) の尺度をベルギーの実情に合わせ改変した情緒的組織コミットメント尺度がこの問題を解決すると考えた (Vandenberghe et al., 2004)。この尺度も看護職員 194 名を対象に調査を行い、Cronbach  $\alpha$  0.79 と高い内的一貫性が確認されている (表1)。つまり、高橋訳版の「私の仕事生活（キャリア）の残りを今の病院で過ごせたらとても幸せだ。」を Vandenberghe 改変版の「私は、この病院に所属していることを誇りに思っている。」に変えた方が (表2)、より情緒的組織コミットメントを反映すると考えた。

本研究の目的は、両尺度を比較し、都市部における急性期病院に勤務する看護職員を対象として、情緒的組織コミットメントの調査を行う際に、より信頼性と妥当性を確保できる日本語版尺度を検討することである。看護管理者にとって、転勤を伴う施設や離職率の高い都市部急性期病院に勤務する看護職員の情緒的組織コミットメントをより反映する尺度を検討することは、離職意図や意欲の向上を予測する指標としての活用意義を高め、職場定着促進のための介入に期待ができると考える。

表2 情緒的組織コミットメント尺度の質問文

Meyer et al. (1993)	高橋訳版	Vandenberghe 改変版
I would be very happy to spend the rest of my career in this organization.	私の仕事生活（キャリア）の残りを、今の会社で過ごせたら、とても幸せだ。	
I really feel as if this organization's problems are my own.	私は、この会社の問題を、まるで自分自身の問題であるかのように感じている。	I really feel as if my organization's problems are my own.
I do not feel like "part of the family" at my organization. (R)	私は、会社という「家族」の一員になっっているように思う。	I do not feel like "part of the family" at my organization. (R)
I do not feel "emotionally attached" to this organization. (R)	私はこの会社に、愛着を感じていると思う。	I do not feel emotionally attached to my organization. (R)
This organization has a great deal of personal meaning for me.	この会社は、私にとって個人的に重要な意味を持っている。	This organization has a great deal of personal meaning for me.
I do not feel a strong sense of belonging to my organization. (R)	私は、自分の会社の一員なのだ、と強く感じることもある。	I really feel a sense of "belonging" to my organization.
		I am proud to belong to this organization.

\* (R) reverse (反転項目)

## II. 研究方法

### 1. 用語の定義

「看護職員」

本研究でいう「看護職員」は、看護管理者（看護部長、副看護部長、看護師長、副看護師長）以外の常勤の看護師、助産師、保健師、准看護師とする。

### 2. 研究対象

#### 1) 調査実施施設

急性期・高度医療を担う3施設で調査を実施した。3施設はいずれも関東圏にあり、病床規模450床以上の病院である。

#### 2) 調査対象

2008年7月1日の時点で3施設に勤務している常勤の看護職員1,302名を対象とした。

### 3. 調査方法

データ収集期間は2008年7月～8月末である。

調査票は各施設の看護部より、看護師長を通して配布してもらった。回答済みの調査票は、各人が返信用封筒を用いて、個別に直接研究者に郵送してもらった。看護部には、看護部調査票の記入を依頼した。

### 4. 調査項目

#### 1) 情緒的組織コミットメント尺度

Meyer et al. が開発し、高橋（1999b）が翻訳した情緒的組織コミットメント尺度（6項目）に、Vandenbergheら（2004）が用いた1項目を加えた7項目を調査項目とした。高橋訳版とVandenberghe 改変版の5項目は共通であるが、高橋訳版「私の仕事生活（キャリア）の残りを、今の病院で過ごせたら、とても幸せだ。」とVandenberghe 改変版「I am proud to belong to this organization」の項目だけが異なる。Vandenberghe 改変版6項目と高橋訳版6項目と比較し、より情緒的組織コミットメントを反映する尺度を検討することとした。追加した1項目については、バックトランスレーションを行なって意味の一致を確認し、同等性を確保した。なお、この手続きについては高橋の許可を得た。

#### 2) 情緒的組織コミットメント尺度の質問文の決定

上野ら（2005a; 2005b）は、組織コミットメント尺度の使用に際し、翻訳文の「会社」をすべて「病院」に変えて用いている。また、情緒的組織コミットメントの質問文には、否定文が3項目含まれているが、日々忙しく働く看護職員にとって、回答者の反応エラーが生じる可能性があるため、すべて肯定文として用いていた。筆者も翻訳者高橋の許可を得て、上野らと同様の変更を行なって調査を実施した。

情緒的組織コミットメントの評定法は4件法を用い「1. まったくあてはまらない～4. とてもよくあてはまる」とした。Meyer et al. が開発した組織コミットメント尺度は4件法から7件法まで自由に選択できることになっている。翻訳者高橋や上野ら（2005a; 2005b）は、4件法を用いており、5件法での回答は、中心化傾向が懸念されることから、本研究でも4件法を採択することとした。なお、各項目の合計得点が高いほど、情緒的組織コミットメントの程度が高いことを示す。

#### 3) 情緒的組織コミットメントの関連因子

情緒的組織コミットメントの関連因子として、筆者ら（2010）の研究で、信頼性・妥当性が確認されている5因子を用いた。これは、情緒的組織コミットメントの関連因子について文献検討を行い得られた49設問のうち21項目への回答に対し、探索的因子分析を行なったもので、モデル適合度も許容範囲内であった。5因子は「病院への評価」「能力開発のチャンス」「自己充実感」「組織公正知覚」「仕事量・給与評価」である（表3）。

#### 4) 個人属性

回収データの特徴を把握するために、年齢、性別、現看護単位勤続年数、現病院勤続年数、臨床経験年数、採用資格、配偶者の有無、を調査項目とした。

#### 5) 看護部調査票

回収データの等質性の確認および、属性毎の回収率を算出して結果を妥当に解釈するために、看護部に平均在院日数、看護単位数、看護配置基準などへの記入を依頼した。

### 5. 分析方法

情緒的組織コミットメント尺度と関連因子との関係を求め、2つの尺度を比較するために、共分散構造分析を行なった。情緒的組織コミットメント尺度は、記述統計量とitem-total 相関（以下IT相関）、Cronbach  $\alpha$  係数の算出、探索的因子分析を行なった。統計解析ソフトは、SPSS Ver16.0とAmos Ver16.0を用いた。検定は全て両側検定とし統計学的有意水準を5%とした。

### 6. 倫理的配慮

この調査は、国立国際医療センター倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号534）。研究実施機関である3施設を訪問し、看護部長に研究の趣旨、研究方法、解析方法、結果の活用、公表、対象者への倫理的配慮、調査票の配布方法などの説明を行い、調査協力を得た。

## III. 結果

### 1. 対象者の属性

調査実施施設の平均在院日数は14～15日の範囲であ

表3 情緒的組織コミットメントの関連因子の質問文

因子	質問文
1. 病院への評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護部の掲げる理念や目標に共感している。</li> <li>・この病院は、看護の質が高いと思う。</li> <li>・この病院は、評判のよい病院である。</li> </ul>
2. 能力開発のチャンス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・この病院では、能力を発揮するチャンスがある。</li> <li>・この病院では、自分の望む専門的知識・技術を十分に学ぶことができる。</li> <li>・この病院では、研修・勉強会・資格取得など自分の能力をのばす機会が充実している。</li> <li>・この病院での職務経験は、今後のキャリアをのばす上で有利である。</li> </ul>
3. 自己充実感	<ul style="list-style-type: none"> <li>・私の関わりによって、患者様がよい方向へ進むと思う。</li> <li>・私は、仕事を通して、自分の成長を実感する。</li> <li>・患者様は、いつも私に感謝してくれている。</li> <li>・私は、患者様と関わるのが楽しい。</li> <li>・医師は、看護職員に協力的である。</li> <li>・私は、医師との間で十分なコミュニケーションがとれている。</li> </ul>
4. 組織公正知覚	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護部が決定したことを看護職員に対して明確に説明している。</li> <li>・看護職員は看護部の方針決定（ケアの方針や手順、必要な備品の請求、看護業務など）に参加する機会がある。</li> <li>・看護部は、必要があれば、これまでのやり方や慣習を変更しようとする。</li> </ul>
5. 仕事量・給与評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者ケアを提供するのに十分な人数の看護職員がいる。</li> <li>・時間内に仕事が終わらず、負担である。</li> <li>・私は仕事に見合った給料をもらっている。</li> </ul>

る。看護単位数は14～28、看護配置基準は7:1もしくは10:1で、4～8分野の認定看護師が5～16名配置されていた。3施設はいずれも、病院機能評価を受けており、臨床研修指定病院である。

回収された調査票は514部（回収率39.5%）であった。分析対象は、調査票の半分以上の項目に無記入であった2部と情緒的組織コミットメント尺度の1項目に無記入であった2部を除く、有効回答510部（有効回答率99.2%）である。適合度検定の結果、各施設からの回収率には統計学的に有意な偏りがなかった（ $\chi^2=18, p=.913$ ）。

性別は、女性が496名（97.3%）、男性が13名（2.5%）であった。年齢の中央値は27歳（21～59歳）で、25歳未満が25.8%、25～29歳が32.8%、30～34歳が19.7%、35～39歳が10.6%であった。現看護単位勤続年数の中央値は2.25年（1ヵ月～21年）、現病院勤続年数の中央値は3.25年（1ヵ月～35.3年）、臨床経験年数の中央値は4.25年（1ヵ月～35.3年）であった。採用資格は、看護師472名（92.5%）、助産師37名（7.3%）、准看護師は1名（0.2%）であった。配偶者については、いる104名（20.4%）、いない403名（79%）であった。

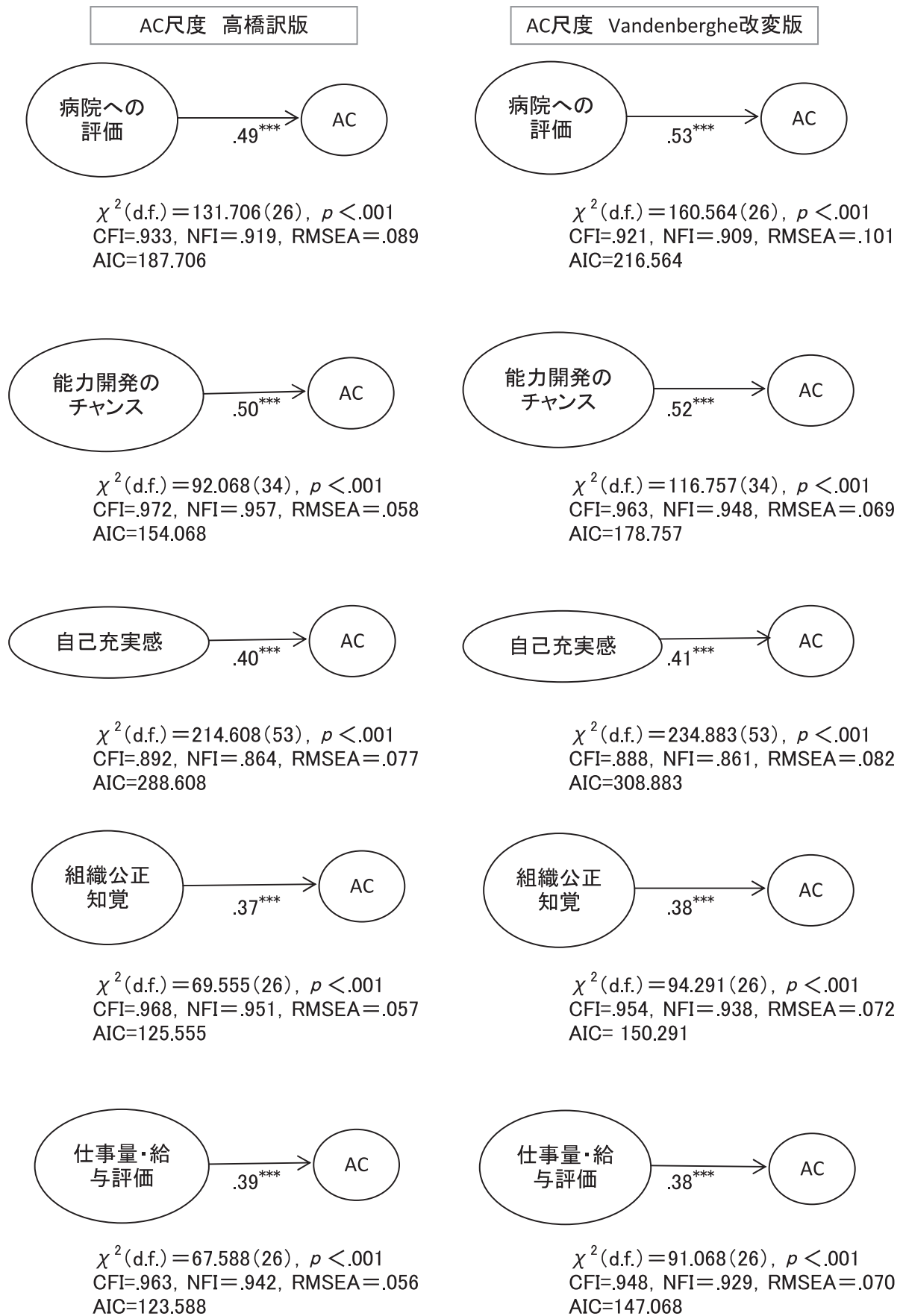
## 2. 情緒的組織コミットメント尺度と関連因子の共分散構造分析

高橋訳版とVandenberghe改変版では関連因子の強さに

違いがあるか比較検討するために、共分散構造分析を行った。「病院への評価」から高橋訳版へのパス係数は.49であり、Vandenberghe改変版は.53であった。「能力開発のチャンス」から高橋訳版へのパス係数は.50であり、Vandenberghe改変版は.52であった。「自己充実感」から高橋訳版へのパス係数は.40であり、Vandenberghe改変版は.41であった。「組織公正知覚」から高橋訳版へのパス係数は.37であり、Vandenberghe改変版は.38であった。「仕事量・給与評価」から高橋訳版へのパス係数は.39であり、Vandenberghe改変版は.38であった。パス係数はいずれも有意（ $p<.001$ ）であった（図1）。

## 3. 信頼性

高橋訳版とVandenberghe改変版についての信頼性を比較した（表4）。各質問項目の平均値、SDを確認したところ、項目3「私は、病院という「家族」の一員になっているように思う。」にフロア効果が見られたが、既存の尺度のため、このまま使用することとした。IT相関は全ての項目で $\gamma=0.3$ 以上あり、得点分布に大きな偏りがなかったことが確認された。Cronbach  $\alpha$  係数の算出をしたところ、高橋訳版とVandenberghe改変版共に高い内的一貫性が得られた。高橋訳版のCronbach  $\alpha$  は0.83であった。Vandenberghe改変版のCronbach  $\alpha$  は0.84であった。



AC : affective organizational commitment (情緒的組織コミットメント)

\*\*\*  $p < .001$

図1 情緒的組織コミットメント尺度と関連因子の共分散構造分析



表4 高橋訳版と Vandenberghe 改変版の情緒的組織コミットメントの信頼性の比較

項目	mean	SD	mean + SD	mean - SD	高橋訳版		Vandenberghe 改変版	
					I-T 相関	項目削除後 $\alpha$	I-T 相関	項目削除後 $\alpha$
1 私の仕事生活（キャリア）の残りを、今の病院で過ごせたら、とても幸せだ。	1.87	0.81	2.68	1.06	.54	.81		
2 この病院の問題を、まるで自分自身の問題であるかのように感じている。	1.90	0.73	2.63	1.17	.59	.80	.55	.83
3 私は、病院という「家族」の一員になっているように思う。	1.70	0.72	2.42	0.98	.63	.79	.62	.82
4 私は、この病院に、愛着を感じていると思う。	2.26	0.81	3.07	1.45	.69	.78	.68	.80
5 この病院は、私にとって個人的に重要な意味を持っている。	2.25	0.85	3.10	1.40	.58	.80	.61	.82
6 私は、自分の病院の一員なのだ、と強く感じることもある。	2.27	0.77	3.04	1.50	.57	.81	.62	.82
7 私は、この病院に所属していることを誇りに思っている。	2.39	0.77	3.16	1.62			.64	.81

N=510

#### 4. 妥当性

探索的因子分析で、Vandenberghe 改変版と高橋訳版の収束妥当性を比較検討した。因子の抽出法を主因子法、バリマックス回転とし、固有値 1.00 以上の基準を設けた（表

5）。その結果、両尺度とも抽出された因子は1つであり、1因子構造であることが確認された。因子寄与率は、高橋訳版では 45.03 であり、Vandenberghe 改変版では 47.42 であった。

表5 高橋訳版と Vandenberghe 改変版の情緒的組織コミットメントの収束妥当性の比較

項目	高橋訳版		Vandenberghe 改変版	
	共通性	因子負荷量	共通性	因子負荷量
1 私の仕事生活（キャリア）の残りを、今の病院で過ごせたら、とても幸せだ。	.36	.60		
2 この病院の問題を、まるで自分自身の問題であるかのように感じている。	.43	.66	.37	.61
3 私は、病院という「家族」の一員になっているように思う。	.51	.71	.47	.68
4 私は、この病院に、愛着を感じていると思う。	.59	.77	.58	.76
5 この病院は、私にとって個人的に重要な意味を持っている。	.42	.65	.46	.67
6 私は、自分の病院の一員なのだ、と強く感じることもある。	.40	.63	.47	.68
7 私は、この病院に所属していることを誇りに思っている。			.51	.71
	因子寄与	2.70	2.85	
	因子寄与率	45.03	47.42	

N=510

探索的因子分析（主因子法・バリマックス回転）

## IV. 考 察

### 1. 調査対象者の特徴

本研究の調査対象者の特徴を、2006 年度末の年齢階級別に見た就業看護師数（厚生労働省、2006）と比較した。日本における病院に就業する女性看護職員の割合は 93.8% で（日本看護協会、2009）、本研究の女性看護職員の占める割合は 97.3% であった。全国平均では、29 歳以下の就業看護師数が約 3 割を占めているのに対し、本研究の回答状況では 29 歳以下が約 6 割であることから、全国平均よ

りも若い母集団であることが推測された。また、急性期病院は 20 歳代の看護職員の最初の就職先として選択される（日本看護協会、2006）。本研究の調査実施施設も、20 歳代の看護職員が 58.6% を占めるということから、急性期病院の特徴を示していると考えられる。

### 2. 情緒的組織コミットメント尺度の信頼性と妥当性

共分散構造分析では、全ての結果において、高橋訳版と、Vandenberghe 改変版ともにパス係数は有意であった。モデル適合度についても、ほぼ同様の結果が得られた。信



## V. 結 論

頼性係数は高橋訳版と Vandenberghe 改変版ともに内的一貫性が高いことが確認された。探索的因子分析において1因子のみ抽出されたことから、収束妥当性が確認された。ただし、継続的組織コミットメントや規範的組織コミットメントなど、他概念との弁別妥当性については今回調査していないので、今後更なる研究が必要である。

情緒的組織コミットメント項目3「私は、病院という「家族」の一員になっているように思う」にフロア効果が見られた。アメリカの看護職員520名を対象とした Reilly & Orsak (1991) の研究では、項目3「I do not feel like “part of the family” at my organization」の平均値は3.24, SDは1.24であり、天井効果もフロア効果も見られていない。このことは、日本の看護職員の組織に対する価値観・考え方と北米の看護職員との価値観が異なることによるのかもしれないし、日本語の「家族」と英語の「family」の語感の違いによるのかもしれない。

高橋訳版の探索的因子分析において、項目1は共通性0.36, 因子負荷量0.60と、6項目の中で最も低かった。また、高橋訳版と Vandenberghe 改変版では、因子寄与率がほぼ同じであった。以上より、項目1を差し替えた Vandenberghe 改変版を用いても情緒的組織コミットメントを反映できるということが明らかになった。

昇任や転居時に他施設への転勤を伴うことや、都市部に急性期病院に勤務する若い女性の看護職員の特徴として、1施設で定年まで就業継続するかどうかは不確定であるため「私の仕事生活（キャリア）の残りを今の病院で過ごせたらとても幸せだ。」よりも「私は、この病院に所属していることを誇りに思っている。」に変えた Vandenberghe 改変版を用いる方が有用であると考えられる。

常勤看護職員の離職率は、東京や神奈川など都市部で高い（日本看護協会, 2008）。本研究の調査対象者の特徴として都市部急性期病院に勤務する若い年齢層の女性が勤務していることを明らかにした。つまり、若い女性の看護職員は、女性のライフステージである結婚・出産などに伴い、職場を変更する可能性のある集団であることを意味する。日本看護協会の調査（2006）でも、20歳代の看護職員の主な離職理由として、出産（23.5%）、結婚（17.6%）、転居（9.8%）が明らかにされている。また、全国的に医師不足、診療科や地域の偏在が生じている中で、病院の統合や再編成の動きが見受けられる。今後もこの動きが進むと予測されるので、転勤を伴う施設は増加する可能性がある。また、潜在看護師の復職支援、短時間正社員制度導入などの動きを考えると、ライフステージに合わせて就労を支援するという意味でも Vandenberghe 改変版の有用性が支持されるであろう。

転勤を伴う施設や都市部の急性期病院に勤務する看護職員の情緒的組織コミットメントを測定する際に、Vandenberghe 改変版を用いることは有用である。

## VI. 本研究の限界と今後の課題

セルフセレクションバイアスが生じないように3施設への全数調査を行なったが、自記式質問紙調査であり、回収率が39.5%であったため、セルフセレクションバイアスが生じている可能性は否定できない。今回の質問紙では、比較的好ましい職場経験や知覚を扱っているため、評定値が好ましい方に偏っていることも考えられる。また、性別について情緒的組織コミットメント得点に有意差は見られなかったが、回収率は女性40.4%、男性24.2%であり、男性看護職員の状況が反映されていない可能性もあり得る。

調査実施施設は、都市部にあり政策医療を担う急性期病院なので、中小規模の病院や地方に位置する病院にまで一般化の範囲を広げることは慎重であるべきである。

今後中小規模病院、地方病院についても調査を行い、結果の妥当性を検証することが望ましい。

## 謝 辞

お忙しい中、調査にご協力いただきました看護職員の皆様に心から感謝いたします。また、南山大学の高橋弘司先生からは、貴重なご助言を賜りました。厚く御礼申し上げます。

なお、本研究は国立看護大学校研究課程部特別研究論文の一部を加筆修正したものである。また、本研究の一部は、第29回日本看護科学学会学術集会（2009年11月）にて口頭発表した。

## ■文 献

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-1993.
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 1-18.
- Chang, H-T., Chi, N-W., & Miao, M-C. (2007). Testing the relationship between three-component organizational / occupational commitment and organizational / occupational turnover intention using a non-recursive model. *Journal of Vocational Behavior*, 70(2), 352-368.

- Cho, J., Laschinger, H. K. S., & Wong, C. (2006). Workplace empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses. *Nursing Leadership, 19*(3), 43-60.
- Decicco, J., Laschinger, H., & Kerr, M. (2006). Perceptions of empowerment and respect — effect on nurses' organizational commitment in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing, 32*(5), 49-56.
- 林有学, 米山京子 (2008). 看護師におけるキャリア形成およびそれに影響を及ぼす要因, *日本看護科学会誌, 28*(1), 12-20.
- Ingersoll, G. L., Olsan, T., Drew-Cates, J., Devinney, B. C., & Davies, J. (2002). Nurses' job satisfaction, organizational commitment, and career intent. *Journal of Nursing Administration, 32*(5), 250-263.
- 石田真知子, 柏倉栄子 (2004). 看護師の組織コミットメントとキャリアコミットメントの要因—2病院の比較から—, *東北大医保健学科紀要, 13*(1), 3-10.
- 石田真知子, 柏倉栄子 (2006). 病院看護師の組織コミットメントの変化—2時点の比較—, *東北大医保健学科紀要, 15*(1), 57-65.
- 加藤栄子, 尾崎フサ子 (2008). 看護職の職務継続意思と職務満足に対する関連要因—1997～2006年の文献検討—, *新潟大学医学部保健学科紀要, 9*(1), 215-225.
- 厚生労働省 (2006). 平成18年度保健・衛生行政業務報告(衛生行政報告例)結果(就業医療関係者)の概況, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/06/kekka1.html>.
- Laschinger, H. K. S., Finegan, J., Shamian, J., & Casier, S. (2000). Organizational trust and empowerment in restructured healthcare settings. Effects on staff nurse commitment. *The Journal of Nursing Administration, 30*(9), 413-425.
- Lynn, M. R., & Redman, R. W. (2005). Faces of the Nursing shortage influences on staff nurses' intentions to leave their positions or nursing. *Journal of Nursing Administration, 35*(5), 264-270.
- Meyer, J. P., Allen, N. J., & Smith, C. A. (1993). Commitment to organizations and occupations extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology, 78*(4), 538-551.
- Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L., & Topolnytsky, L. (2002). Affective, continuance, and normative commitment to the organization — A meta-analysis of Antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Vocational Behavior, 61*(1), 20-52.
- Mowday, R. T., Steers, R. M., & Porter, L. W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior, 14*(2), 224-247.
- 中村恵美 (2008). 小児領域で働く看護師の学習行動とワークコミットメントとの関係, *福岡県立大学看護学研究紀要, 5*(2), 80-88.
- 難波峰子, 矢嶋裕樹, 二宮一枝, 高井研一 (2007). キャリアステージ別にみた看護師の組織に対する情動的コミットメントの関連要因, *岡山県立大学保健福祉学部紀要, 14*(1), 63-71.
- 日本看護協会 (2006). News Release, 2005年看護職員実態調査「結果概要(速報)」.
- 日本看護協会 (2008). 協会ニュース, 2007年度病院実態調査速報, vol.489.
- 日本看護協会 (2009). 平成20年度看護関連統計資料集, 日本看護協会出版会, 東京.
- 能見清子, 水野正之, 小澤三枝子 (2010). 看護職員的情緒的組織コミットメントの関連因子—臨床経験年数別の分析—, *日本看護科学会誌, 30*(3), 51-60.
- 岡戸順一, 坪井塑太郎 (2008). GISを用いた都道府県単位の看護職員離職率の地図化および地域格差の検討, *厚生学の指標, 55*(7), 21-27.
- 大原まゆみ, 丸口ミサエ, 西尾和子, 田中優子, 平井さよ子 (2004). 高度専門病院に勤務する看護師の定着可能性, *国立看護大学校研究紀要, 3*(1), 75-82.
- Reilly, N. P., & Orsak, C. L. (1991). A career stage analysis of career and organizational commitment in nursing. *Journal of Vocational Behavior, 39*, 311-330.
- 酒井淳子, 矢野紀子, 羽田野花美, 澤田忠幸 (2004). 30歳代女性看護師の専門職性と心理的Well-being—組織コミットメントおよび職業コミットメントのタイプによる検討—, *愛媛県立医療技術大学紀要, 1*(1), 9-15.
- 瀬倉幸子, 尾崎フサ子 (2007). 中堅看護者における組織コミットメントへの影響要因, *日本看護学会論文集 看護管理, 38*, 193-195.
- Snape, E., Chan, A. W., & Redman, T. (2006). Multiple commitments in the chinese context testing compatibility, cultural, and moderating hypotheses. *Journal of Vocational Behavior, 69*(2), 302-314.
- 鈴木竜太 (2007). 自律する組織人—組織コミットメントとキャリア論からの展望—(初版)生産性出版, 東京.
- 高木浩人 (2003). 組織の心理的側面—組織コミットメントの探究—(初版), 白桃書房, 東京.
- 高橋弘司 (1999a). 第4章 態度の測定 (I) 職務満足(初版), 渡辺真澄, 野口裕之編, 組織心理測定論,

白桃書房, 東京.  
高橋弘司 (1999b). 第5章 態度の測定 (II) 組織コミットメント (初版), 渡辺真澄, 野口裕之編, 組織心理測定論, 白桃書房, 東京.  
上野恭子 (2005). 看護師における「組織コミットメント」の概念分析, 看護研究, 38(2), 53-65.  
上野恭子, 西川浩昭 (2005a). 精神科看護師の専門的ケア行動に影響を及ぼす組織コミットメントに関する

研究, 日本看護科学会誌, 25(4), 30-38.  
上野恭子, 西川浩昭 (2005b). 精神科看護師の組織コミットメントに影響を及ぼす看護師と病院の属性に関する研究, 日本精神保健看護学会誌, 14(1), 1-10.  
Vandenberghe, C., Bentein, K., & Stinglhamber, F. (2004). Affective commitment to the organization, supervisor, and work group — Antecedents and outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 64(1), 47-71.

---

**【要旨】** 目的：都市部急性期病院に勤務する看護職員を対象に日本語版情緒的組織コミットメント尺度を検討した。情緒的組織コミットメントの測定には、Meyer et al. (1993) が開発した尺度が用いられ、日本では高橋訳版 (6項目) が使用されている。高橋訳版と、この中の1項目「私の仕事生活 (キャリア) の残りを、今の病院で過ごせたらとても幸せだ。」を病院に所属していることへの誇りを問う設問に入れ替えた Vandenberghe 改変版 (6項目) について、看護職員の情緒的組織コミットメントの反映の程度を比較した。

方法：都市部の急性期病院3施設に勤める、管理職に就いていない看護職員1,302名を対象に質問紙調査法を実施した。

結果：回収された調査票は514部 (回収率39.5%) で、有効回答510部を分析対象とした。高橋訳版は Cronbach  $\alpha = .83$ , 因子寄与率 = 45.03, 関連因子から情緒的組織コミットメントへのパス係数 = .37 ~ .50 であった。一方、Vandenberghe 改変版は、 $\alpha = .84$ , 因子寄与率 = 47.42, パス係数 = .38 ~ .53 であった。

結論：都市部で急性期病院に勤める看護職員の情緒的組織コミットメントを測定する際に、Vandenberghe 改変版を用いることは有用である。

---

受付日 2010年9月3日 採用決定日 2010年12月16日

# Students' views on the advantages and disadvantages of Open Distance Learning versus traditional On-Campus Learning in a Master's degree course for language teachers in a British university

David Evans<sup>1</sup>      Terrence Shortall<sup>2</sup>

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

2 Former Hong Kong University

evans@adm.ncn.ac.jp

**[Abstract]** Open Distance Learning (ODL) is a growing force in the academic world. Both within and across national borders there is a demand from students to be able to improve their education without having to relocate and give up work. Especially for higher level qualifications it is not practical for married people, or people living overseas to abandon their careers, salaries and families to become a full-time On-Campus (OC) student. Whilst educational outcomes can be monitored to ensure there is no discrepancy between the standards achieved between the two modes of delivery, there remain lingering doubts as to whether the experience of ODL students is inferior to that of OC students.

This research seeks to compare the experiences of ODL and OC students who have completed what is essentially the same Master's degree programme in Teaching English as a Foreign Language at a British university. The research was conducted by a self-administered questionnaire which combined Likert style questions with open-ended sections. Although the population sample sizes are small (14 ODL students, 10 OC students), there are still some statistically significant differences revealed by a one-way ANOVA on SPSS. The results show that ODL students are as, if not more, satisfied than OC students with their mode of study. That is not to say that problems with ODL did not emerge, but that they were not significant barriers to studying in this way. The implication of this research is that especially in the case of mature students seeking higher qualifications; ODL is a viable way of course delivery.

**[Keywords]** Open Distance Learning, On Campus Learning, Learner autonomy

## Aim

Much has been written on the relative advantages and disadvantages of Open Distance Learning (ODL) and On-Campus (OC) Learning (e.g., McGrath, 1995; Broady, 1995; Cowan, 1995) from the perspective of academics in the field, but relatively little from that of students. ODL is becoming more and more necessary in providing education to those who cannot study in the traditional manner, so the experiences of those who participate in ODL are vital in improving later courses as continuing education becomes more main-stream.

The aim of this study is to compare the advantages and disadvantages of ODL and OC learning as perceived by students on the same Master's degree programme in Teaching English as a Foreign Language (TEFL). Do ODL students feel they are being disadvantaged?

## Introduction

### *Work and residence*

McGrath (1995, p.5) notes that "distance learners have greater freedom to choose what, when, where, and how to learn". For language teachers, lack of mobility may be a key issue. Often, teachers who have established roots in the country which they have moved to will be unable to take time off work for full-time study, or will be unable to study in other countries, because of family commitments, for example, and see distance education as a viable option for upgrading their knowledge base and qualifications. For the students in this study, i.e., language teachers, a Master's is imperative if the students harbour ambitions of working in higher education.

### *From theory to practice*

One of the difficulties for teachers studying full-time is that they sometimes return to their classrooms and use the same



methods they had used before going away to study, often because they have had no opportunity to teach whilst on campus. ODL students, on the other hand, remain in post and have greater opportunities to put theory into practice as they are “presented with opportunities to shape their learning so that it is relevant to who they are and where they are at any given time” (Aldred, 1996, p.65).

### *Learner autonomy*

Cowan (1995) notes the importance of autonomy, emphasising how students can concentrate on aspects of courses that are interesting and skip those sections that are not. Students can also progress at a pace they choose. However, Broady (1995) notes that there are difficulties in developing learner autonomy in isolated ODL situations, and that theory in particular is daunting when tackled alone, as is analysing one’s own teaching.

Despite Broady’s concerns, there is every reason to believe that modern ODL can encourage learner autonomy. The new technologies are a key influence in this, as they allow learners to carry out sophisticated worldwide online searches for learning material; in addition, the ease of communication by email allows for learners to consult quickly if they are having confidence problems.

### *Isolation, insecurity, and lack of communication*

Cowan (1995) feels that communication in the ODL environment is a poor second to the classroom when it comes to communication. Bolton and Unwin, (1996, p.40) agree, saying that ODL students “cannot benefit from learning directly from others through discussion”. Aldred says ODL learners often report “feelings of insecurity, lack of self-belief, and difficulty in assessing their own progress” (1996, p.68). At the same time, there are indications that this problem is not as widespread as suggested. In a survey of 100 ODL students Rangepcroft et al. (1999) found that opportunity for contact with other students was something students did not value as highly as the academics.

Lyall and McNamara (2000, p.107), in an investigation of Australian students, noted that ODL students “accepted isolation as a part of this choice, and had devised strategies to overcome this”, that “[i]solation from the university due to geographical distance and issues of time had made these students independent learners” (Lyall & McNamara, 2000, p.109), and that “lack of support from other students and teachers did not seem to be a great concern for interviewees, although they all felt that on-campus students ‘had it easy’” (Lyall & McNamara, 2000, p.113).

Probably the greatest sense of isolation is in academic terms: ODL students simply do not have access to the range of publications that an OC student can find on campus, although this situation is now improved by the ability of university libraries to make core readings available online, and to provide borrowing facilities for ODL students.

### *Structure of the OC and ODL Master’s course in Teaching English as a Foreign Language (TEFL courses)*

Although the course content for the OC and ODL versions of the MA TEFL are quite similar, the study and assessment systems are quite different. The most important differences relate to length of courses, degree of choice in both course selection and assignment topics, and assessment deadlines.

#### *Course duration*

Both courses involve completing six 20-credit course modules and a 60-credit dissertation. The OC course is taken full-time in one year, with two semesters for coursework, and one semester for the dissertation. The ODL courses takes a minimum of 30 months and a maximum of five years, with four months usually allowed for each of the six modules, and six months for the dissertation.

#### *Assessment*

ODL students receive assignment questions at the beginning of each 4-month module, and are expected to submit their assignments at the end of each module. OC students have tighter assignment deadlines for different modules, with some assignments having to be completed in four days. OC students can negotiate assignment questions for some modules whereas ODL students cannot, however they can choose from a list of pre-set questions that usually involve classroom research.

#### *Tutorial support*

ODL students are assigned a personal tutor. The tutor monitors their progress at least once a month, and comments on draft essays when students want this. Groups of up to 10 OC students have meetings with a tutor on campus, but the tutor is not allowed to comment on draft work.

#### *Course variety*

For modules 4-6, OC students can choose five courses from a list of thirteen (only three of these are assessed); ODL have no such choice and must follow the set three modules.

#### *Feedback*

Feedback on assignment for both OC and ODL courses comes in the forms of typed notes. The feedback for the ODL students is roughly three times as extensive as that for OC students; this is because the university believes that ODL students need more feedback as they cannot visit or talk with the lecturers.



ODL students receive feedback within six weeks of submitting an assignment; OC students receive it any time from one week to one month after submission. ODL students always receive feedback at least two months before the next submission is due; OC students often submit assignments before receiving feedback on previous assignments.

## Method

The first draft of the questionnaire was drawn up by the authors, choosing areas that both courses had in common, issues that the literature had highlighted as being problematic in some way, or from conversations with students. It was then amended after consultation with a professor from the university who was involved in both the ODL and OC programmes, so that the content was relevant and the format easily understandable. It was then shown to the head of the English program who approved its suitability. The draft questionnaire was then piloted with two students. A few minor changes were made as a result and neither student was asked to fill in the final version.

For the Likert scale questions a value from 1-5 was given to the answers, 'Strongly Disagree' receiving a value of 1 and 'Strongly Agree' a value of 5. The scores for rating the course content were already in numerical value so did not need to be changed. The results for these parts of the questionnaire were then entered into an SPSS (10.1) database and a One-way ANOVA run, to see if the difference in scores were significant. All tables are the result of a One-way ANOVA. Significance is marked at the 0.05 threshold.

The Likert scale statements were supplemented with an 'any other comments' section, as recommended by Stevenson (1998) as student feedback is more useful when open-ended.

The self-administered questionnaire was handed to OC students once the course work had been completed but before the dissertation was due to be submitted. Students were under no obligation to return the questionnaire; 10 out of 15 students returned it; a response rate of 67%. The questionnaire was completed once all courses had been taught, but not before all grading and feedback was received for modules 5 and 6. The dissertation had not been submitted. The OC students in this study were full-time Master's students at a British university. The students on the OC program all graduated in 2000.

The ODL students, who graduated in 1999 or 2000, were all resident in Japan, as this was the first country in which the ODL programme was run. Subsequently, the programme has become world-wide, but it was not at this time. It was sent as an attachment to 24 students, all of whom had completed the

programme in its entirety; 14 students responded, a response rate of 58%. The ODL students were comprised of eight women and six men.

There were some interesting differences between the two populations. In the OC population there were six students under 30 years of age (60%) compared with only one (7%) on the ODL course. There were no students aged 40 or over on the OC course, compared with six (29%) on the ODL course. In terms of teaching experience, none of the OC students had more than 10 years experience, and only one (10%) had more than six, whereas eight out of fourteen (57%) on the ODL course had more than 10 years experience and 29% had more than six years experience. In terms of place of work, only one of the OC students worked at university or college (10%), whereas five (36%) did so on the ODL course. A similar percentage worked at high school (50% OC, 43%, ODL). Six of the ten OC students (60%) were non-native speakers, but only four (29%) of the ODL students were. For a more detailed discussion of the populations of typical OC and ODL students and the impact this has on course design, see Shortall and Evans (2005). Generally speaking, the ODL populations on these two programmes over a 10 year period show that the OC population is younger, less experienced, more likely to be female and to be non-native speakers. The ODL population is older, more experienced, more likely to be male and more likely to be native speakers.

## Ethical Considerations

The researcher asked the students to participate in this research. The questionnaire was anonymous and participation was voluntary. The research was approved by the head of the English programme at the British university.

## Results and Discussion

Significant differences are marked with an asterisk in each table, and p values are indicated for each significant difference. Although the populations are small, some significant differences did emerge.

Despite having tighter deadlines, OC students were generally more satisfied than their ODL counterparts, although there were no significant differences between the two groups on this question (Table 1). This may be in part due to a 'halo' effect: OC students know their lecturers personally; ODL students often do not. OC students were unhappy with the tight deadline only for the Module 1 assignment, the following student comments being typical:

*Four days is too short a period to produce a quality essay. (Native speaker -NS)*

Table 1: Student evaluation of assignments for modules 1-6

Statement	Mode	1	2	3	4	5	6	Mean
I've had enough time to complete assignments	OC <sup>a</sup>	2.5	3.8	4.1	3.56	4.11	3.89	3.66
	ODL <sup>b</sup>	3.43	3.43	3.36	3.36	3.86	3.5	3.49
I've had sufficient choice of essay topics	OC	3.7	3.9	3.9	4.11	4.22	4.11	3.99
	ODL	3.86	3.71	3.79	3.86	3.71	3.62	3.76
The assignments are relevant to my teaching	OC	3.7	3.7	3.9	4.22	4.11*	4.11*	3.96
	ODL	3.64	3.58	3.71	3.71	3.42*	3.23*	3.55
Mean	OC	3.3	3.8	3.97	3.96	4.15	4.04	
	ODL	3.64	3.57	3.62	3.64	3.67	3.45	

<sup>a</sup>n=10 for all OC statements and modules

<sup>b</sup>n=14 for all ODL statements and modules

ANOVA\* p< 0.05

*Stop the one-week exam essay. The assignments would be quite enough for us.  
(Non-native speaker-NNS)*

As ODL subjects are in full-time employment, there are added time pressures:

*Here the phrase 'I've had enough time' implies 'I managed to spare enough time by grossly cutting down my leisure activities. (NNS)*

*I think it is very difficult for Japanese full-time workers to complete the course.  
(NNS)*

In terms of topic choice, OC students were often more satisfied than their ODL counterparts, particularly for modules 4-6, which allow for assignment questions to be negotiated. Aldred (1996, p.68) points out that negotiation is an advantage of traditional on-campus learning as it provides "more opportunities for individualisation and negotiation of content relevance than distance education". The popularity of assignment negotiation with OC students is evident in the following comment:

*The work I instigated was my favourite part. (NS)*

ODL subjects showed both positive and negative responses to the question of topic choice:

*I could always find one or two topics which I was really interested in and could relate to my teaching. So I really didn't have difficulties in deciding which topic to choose, and could always enjoy working on the assignments. (NNS)*

*I found it difficult to decide on the topics in the first year. Some seemed very interesting but in my case those topics turned out to be too theoretical and too broad to focus on, which resulted in the low points. (NNS)*

OC students rated assignments more relevant to their teaching than their ODL counterparts, perhaps not only because they can negotiate assignment questions, but also because they have a wider range of courses to choose from. This difference is

significant for modules 5 and 6. This is probably due to the fact that OC students can choose a course which is most relevant to their teaching and to their interests, while ODL students had no choice.

Hyland (2001, p.222) notes that feedback is very important to distance learners as it may be 'their only opportunity to get information on their performance'. OC students found feedback to be more helpful than did ODL subjects, although differences were not significant (Table 2). The more positive OC attitudes may again be due to a 'halo' effect, and also due to the face-to-face access they have to the lecturers who mark their work.

Only one OC student made an open-ended comment about the helpfulness of feedback:

*Again, varied and highly individualistic, though generally the comments were insightful and are a result of detailed analysis of the essays. (NS)*

Another OC student was critical of feedback:

*Most comments were too general and tutors didn't clarify much when asked to do so. (NS)*

There were twice as many positive comments than negative comments on the feedback for ODL students.

*Generally, I think I received useful and detailed comments which could improve my work. (NNS)*

*All the feedback was detailed and very helpful. (NNS)*

In terms of promptness of feedback, both groups gave relatively low ratings, with significant differences for modules 2 and 3. For ODL students, delays in receiving feedback are particularly problematic as "Failure to ensure rapid turn-around time in marking and feedback is one of the most common complaints made by open and distance learners" (Morgan & O'Reilly, 1999, p.55). Typically, it takes about six weeks for

ODL students on this programme to receive feedback, a problem identified by a number of ODL subjects:

*Very helpful feedback on all the assignments, but at the same time, late. (NNS)*

For OC students the turnaround time is faster, although they sometimes do not receive feedback on one module before having to submit another, a problem noted by one OC student:

*The marking system, where you do not get feedback on an essay, until you get three back together. (NNS)*

For detail of feedback, there is very little difference between ODL and OC students, with one positive OC comment:

*Feedback usually reflects content but not much about academic style. (NS)*

A number of ODL subjects emphasised the usefulness of the detailed comments:

*Feedback was good and thorough. (NNS)*

*All the feedback was detailed and very helpful. (NNS)*

As discussed earlier, much of the literature on ODL warns of the dangers of isolation. For this reason, the importance of tutorial support is seen as critical (Morgan & Morris; 1994, Stevenson, Sander & Naylor 1996). The difference in ratings for tutorial support was very nearly significant ( $p=0.08$ ), indicating that ODL students are more satisfied with their tutorial support

than OC students (Table 3). One OC student lamented receiving tutorials in groups, while two others questioned the dedication of some of the lecturers:

*I expected to receive personal tutorials but this was done in groups; therefore I don't feel my personal needs were catered for. (NS)*

*General feeling that teaching was, to some lecturers, not a priority. (NS)*

ODL students have a clearly more positive attitude to tutorial support:

*I think the success in the distance-learning mode depends on tutors very much.*

*I was very lucky and happy since I had a very good relationship with my tutor. (NNS)*

*I received informative and useful advice from my local tutor. The [university] system, which has local tutors to support distance students, has worked excellently for me. (NNS)*

As mentioned in the introduction, some studies found that ODL students did not feel at a disadvantage, and this is borne out with these students. For ODL students, contact with their peers can be made by e-mail, and the university has set up an automatic e-mail list that allows students to exchange ideas about academic matters and to aid one another in finding references (e.g., Ng, 2001). These relatively recent developments

Table 2: Student evaluation of feedback for modules 1-6

Statement	Mode	1	2	3	4	5	6	Mean
Feedback has been generally helpful	OC <sup>a</sup>	3.8	4.2	4.1	4.25	4.4	4.0	4.13
	ODL <sup>b</sup>	4.0	3.9	3.86	4.0	3.7	3.7	3.86
Feedback has been prompt	OC	3.3	3.9*	3.9*	3.25	3.8	3.25	3.57
	ODL	2.9	2.42*	2.86*	2.86	2.53	2.53	2.68
Feedback has been detailed	OC	3.7	4.2	4.0	4.0	4.2	3.76	3.98
	ODL	4.21	3.79	4.0	4.21	3.7	3.77	3.95
Mean	OC	3.6	4.1	4.0	3.83	4.13	3.67	
	ODL	3.7	3.37	3.57	3.62	3.31	3.33	

<sup>a</sup>n=10 for all OC statements in modules 1-4, n=5 for modules 5-6

<sup>b</sup>n=14 for all ODL statements in modules 1-6

ANOVA \*  $p < 0.05$

Table 3: Student evaluations of tutors/lecturers' helpfulness and the support of other students

Statement	OC <sup>a</sup>	ODL <sup>b</sup>
Tutors/lecturers have been helpful	3.8	4.42
Contact with other students has been helpful	4.1	4.21

<sup>a</sup>n=10

<sup>b</sup>n=14

have helped counteract what Tait (2000) refers to as the 'thinness' of ODL student experience, a point noted by some ODL students:

*I thank my course mates very much. One of the students suggested starting e-mail correspondence. We were totally free to ask for comments, help, useful books and articles, exchange information and encourage each other when we felt down or nervous. This feeling of connecting with others prevented us from feeling isolated in distance learning mode. (NNS)*

*I had some very helpful e-mail contacts. We discussed a little and shared*

*resources. I feel the amount of contact and what one gets out of it is completely determined by each individual. (NS)*

The courses listed in Table 4 are the courses that both ODL and OC students take; there are other courses which only one mode might study. At first glance, results here seem a little confusing: three courses scored significantly higher on presentation than their ODL counterparts, while one ODL module scored significantly better; for clarity of explanation, ODL significantly outperformed OC on three modules, while

Table 4: Student rating of shared courses by presentation, clarity of explanation, relevance to their own teaching and level of interest

Course title	Mode	N	Presentation of material	Clarity of explanation	Relevance to teaching	Level of interest
<sup>1</sup> LTM	OC	10	3.1	3.2*	3.8	3.6*
	ODL	11	3.9	4.36*	4.63	4.5*
<sup>2</sup> SLA	OC	10	4.8*	4.7*	4.3	4.7
	ODL	11	3.8*	3.91*	4.54	4.37
Pedagogic Grammar	OC	10	4.5*	4.4*	4.1	4.0
	ODL	11	3.5*	3.6*	4.18	3.81
Written Discourse	OC	10	4.4*	4.5	4.4	4.1
	ODL	11	3.63*	4.0	3.9	4.37
Socio-linguistics	OC	10	2.7	3.0	2.9	3.1
	ODL	9	3.56	4.11	3.67	4.11
Spoken Discourse	OC	10	4.1	4.1	2.9	3.1
	ODL	11	3.8	4.28	3.67	4.11
Lexis	OC	10	3.2*	3.1*	3.6	3.7
	ODL	11	4.1*	4.37*	4.28	4.18
Testing	OC	7	3.0	3.0*	4.0	3.14
	ODL	11	3.45	3.9*	3.8	3.7
<sup>3</sup> ELT Management	OC	5	3.6	3.8	3.2	4.0
	ODL	9	3.4	3.7	3.3	3.67
Syllabus and Materials	OC	10	4.1	4.2	4.7	4.3
	ODL	11	3.63	4.0	4.0	4.0
Mean	OC	10	3.75	3.8	3.5	3.78
	ODL	11	3.68	4.02	3.98	4.08

<sup>1</sup> Language Teaching Methodology

<sup>2</sup> Second Language Acquisition

<sup>3</sup> English Language Teaching

ANOVA\* p<0.05

OC significantly outperformed ODL on two; and for level of interest, ODL significantly outperformed OD on one module. There were no significant differences for relevance to teaching.

There are a number of reasons for these differences. ODL students receive bound written materials for each course, and all of these materials follow a standardised format, whereas OC students receive face-to-face lectures. This means considerable consistency in the ODL materials, at least in terms of presentation. It also means that OC ratings should vary considerably in accordance with the ability of each lecturer to present and explain materials. In essence, then, when face-to-face lectures do not go well, they get lower ratings than the ODL materials. ODL students graded the courses within a narrow range, usually a three or a four with an occasional five, whereas the OC students used the whole spectrum from one to five and were far more emphatic in their grading.

Juler (1990) also notes advantages for ODL, in that OC subjects in his study felt disadvantaged because they did not receive the ODL materials. The booklets can also provide interaction if well written. Subjects commented on how they could relate the materials to their own teaching, how they could interact with the materials, and the value of being able to study at any time they wanted:

*Booklets written by tutors and lecturers have been very informative and I enjoyed relating what were written there to my classrooms. I had written a lot of my questions and opinions in the margins of the textbooks, so it was like discussing with the textbook writers, and I used the ideas when I worked on the assignments. (NNS)*

OC students' comments reflect the wide ranges of opinions about the quality of face-to-face lecturing, and how this depends very much on the performance of individual lecturers:

*Disappointed more than anything, with the highly abstract and theoretical content of a majority of lessons. A general feeling that what was taught was not really applicable to the realities of teaching TEFL. (NS)*

*Very good course. I found the lecturer to be a highly engaging, serious-minded, and challenging instructor. His classes were well-prepared, organised and structured. I also found his handouts, to be extremely helpful as they contained personal commentary. Not only were they highly readable but opinionated! (NS)*

Access to books "is a problem at the heart of distance learning in the higher education context, and is acknowledged by many course providers and librarians" (Stephens, 1996, p.58). This study reinforces that impression.

ODL subjects clearly see this as a problem, and many of the students in Japan, regarded this as the single biggest drawback to ODL study (Table 5).

Table 5: Student rating of access to books and course practicality

Statement	OC <sup>a</sup>	ODL <sup>b</sup>
I've had enough access to books and materials	3.6	2.79
The course has been practical	3.2	3.9

<sup>a</sup>n=10    <sup>b</sup>n=14

*Access to books and other references for the first assessment task was very difficult for the first module. Access became easier as I proceeded with the course and made some contacts and learned where to look. (NS)*

*I would have dearly loved to have access to the library. I would have to say that no access to a 'real' library was the worst. (NS)*

Some OC students did mention the facilities available to them as being one of the best aspects of OC learning, although the library facilities were not exempt from criticism:

*The books in the library are not very up to date especially about CALL (Computer Assisted Language Learning). They are nearly 10 years old. (NNS)*

For ODL students, practicality is the greatest advantage of this mode of study. ODL students frequently commented on the fact that they could immediately put theory into classroom practice:

*We can apply what we learn in the course for our daily teaching easily and get*

*feedback to what is written from the facts in the classroom directly. I think this is the strongest point to take from the course in distance mode. (NNS)*

*I could relate what I had learned to my classrooms very easily. I often tried some of the new ideas which arose from my learning in my classrooms. It was possible that I read something in the textbooks in the morning and tested it in the afternoon classroom. Also, it was easy to collect classroom data when I did assignments. (NNS)*

For OC students the lack of a practical component is a serious drawback. Not having access to their own students they were unable to put into practice any of the theories they had studied:

*A teaching practice section should be introduced. (NNS)*

*No access to students. This would have been very helpful if we'd wanted to try out some tasks or activities that we'd done on the course. And it would have been helpful for our dissertation in getting data for experiments or surveys. (NNS)*



Table 6: Student satisfaction with the mode of study

Statement	OC <sup>a</sup>	ODL <sup>b</sup>
I'm glad I studied this way	3.7	4.36
I would recommend this course to others	3.7	4.36

<sup>a</sup>n=10

<sup>b</sup>n=14

Although the difference in student satisfaction between the courses was not significant (Table 6), it does indicate that ODL students were content with their course, and that they would recommend it to others.

### Conclusion

Despite expectations to the contrary, ODL students show overall contentment with their mode of study. Indeed, they generally value their studies more highly than do their OC counterparts. It is possible that this is because they began the programme with lower expectations than OC students, but the responses suggest that ODL is at least the equal of OC learning in terms of learning outcomes.

This questionnaire shows that most of the projected disadvantages of ODL can be overcome through careful planning, both by the course provider and the individual student. Isolation was not a huge problem, and the majority of students were able to form networks and get sufficient support from within their host country.

As far as academic support is concerned, the relationship between the ODL student and the tutor is perhaps an advantage of this mode of study. The tutor can become familiar with the work of an individual over all six modules of the course, so will be able to identify and correct weaknesses in an individual's work. In comparison, the OC student does not have one-to-one support, but the comments suggest that discussions with fellow students can fill this void.

As predicted in the literature, distance can be alienating when it means waiting for communication from the centre or from tutors. Any form of helplessness is frustrating and this shows how important it is that course providers respond promptly, be it to questions, sending materials or providing feedback to students. In developments on this program since this research was conducted, students are able to attach work to emails, so any delays are not attributable to the mode of study itself.

The human domain can be seen also in how students regarded the individual component courses. Whereas ODL students rated the individual courses quite consistently, there was great

variation in the OC section due to how the class was taught. This is both an advantage and disadvantage of ODL. Text can be examined and enhanced by many academics, so the end product is predictably high. However, in the classroom, there is a dynamic between one teacher and one class. The results showed clearly that when a teacher connects well with a class, the experience is better for a student than the written word, but if there is any problem with the teaching, then a text is preferable.

For the students, the most important aspect of ODL is that without it, they would simply not be able to pursue an MA. Married, older individuals in particular, can simply not quit work and study full-time. Access to literature remains a frustration. It is now possible to get almost anything that the OC student can access, but not with the same immediacy. Having to order or request someone to scan something for you is different to being able to browse a well-stocked university library. Therefore, although the problem is shrinking, it is still true that OC students are more content.

OC students were keen on having a practical component introduced to their Masters. Although it is not the fashion for an MA to have a practical component, it should be possible for a university in an international environment to organise such a component if there is a demand for it. Certainly, it would provide a focus for OC students, and the ODL students experience shows how valued the ability to turn theory into practice is.

The size of this survey of student views was small, so one should be careful not to extrapolate its findings too broadly. It should be noted that this research was on a Master's level course, so the population is older and perhaps more capable of meeting the challenges of ODL than a younger population might be. Indeed, Simpson (2006) sees older students and the pursuit of a higher level qualification as important predictors in a student's chance of successfully completing an ODL course.

Continuing education is a necessity of modern life, but as has been discussed, it is increasingly unfeasible to expect older workers with families to stop work while they update knowledge and skills. Within nursing, Schweitzer and Krassa (2010) find that cost, inability to get time off and childcare and family

responsibilities are the main barriers to continuing education. However, Jones et al. (2010) report on an off-campus international Master's program run out of California, USA, in which participants met for one month a year either in Thailand or Argentina. They experienced problems with poor internet connections, and differences in expectation of how to study (passive versus active) but they found that it was possible to deliver such a program to the satisfaction of both educators and students. In developed monolingual countries such as Japan, with reliable access to the internet, the greater problems facing ODL are more likely to come from changing the notion of how education is delivered. ODL is change and, therefore, is naturally resisted. A survey of the attitudes of academic staff towards ODL would be enlightening. Apart from key advocates who direct such courses, research on the attitudes of related faculty would be very helpful in understanding resistance to ODL.

In general, the results of this research support the notion that ODL is not an inferior form of study, and in no way should be seen as a second-rate option. Indeed, with the constant and ongoing growth in communication systems and means of access, the capacity of ODL courses provide valuable and worthwhile learning outcomes for those unable to be relocate. Research of this kind is important as it helps overcome commonly held beliefs and prejudices against ODL as a mode of study and it is to be hoped that research in this area will continue to shed light on the benefits and advantages of ODL as an important and invaluable tool of learning.

## ■ References

- Aldred, C. (1996). Looking into the middle distance: Enhancing the experience of teacher development at a distance by adopting a process orientation to materials design. In N. Hedge, *Going the distance*, (pp.61-76) Sheffield: University of Sheffield.
- Bolton, N., & Unwin, L. (1996). Encouraging the reflective learner: Distance learning as apprenticeship. In N. Hedge, *Going the distance*, (pp.39-49). Sheffield: University of Sheffield.
- Broady, E. (1995). You are your own best resource: Promoting confidence and autonomous learning in teacher education at a distance - a Case Study. In R. Howard & I. McGrath, *Distance education for language teachers: A UK perspective*, (pp.49-65). Clevedon: Multilingual Matters.
- Cowan, J. (1995). The advantages and disadvantages of distance education. In R. Howard & I. McGrath, *Distance education for language teachers: A UK perspective*, (pp.14-20) Clevedon: Multilingual Matters.
- Hyland, F. (2001). Providing effective support: Investigating feedback to distance language learners. *Open Learning*, 16(3), 233-247.
- Jones, P.S., Van Cleve, L., King, H.E., Bossert, E., & Herrmann, M.M. (2010). A bold adventure in innovation: An international off-campus Master's degree program. *Journal of Nursing Education*, 49(10), 587-591.
- Juler, P. (1990). Promoting interaction; maintaining independence: Swallowing the mixture. *Open Learning*, 5(2), 24-33.
- Lyall, R., & McNamara, S. (2000). Influences on the orientations to learning of distance education students in Australia. *Open Learning*, 15(2), 107-120.
- McGrath, I. (1995). Pre-service training for language teachers: Face-to face or at a distance? In R. Howard & I. McGrath, *Distance education for language teachers: A UK perspective*, (pp.66-77) Clevedon: Multilingual Matters.
- Morgan, C., & O'Reilly, M. (1999). *Assessing open and distance learners*. London: Kogan Page.
- Morgan, M., & Morris, G. (1994). The student view of tutorial support: Report of a survey of open university education students. *Open Learning*, 9(1), 22-33.
- Ng, K.C. (2001). Using e-mail to foster collaboration in distance education. *Open Learning*, 16(2), 191-200.
- Rangecroft, M., Gilroy, P., Long, P., & Tricker, T. (1999). What is important to distance education students? *Open Learning*, 14(1), 17-24.
- Schweitzer, D.J., & Krassa, T.J. (2010). Deterrents to nurses' participation in continuing professional development: An integrative literature review. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(10), 441-447.
- Shortall, T., & Evans, D. (2005). Demographic distribution as an influence on course content in distance and campus-based TEFL programmes. *System*, 33(2), 341-352.
- Simpson, O. (2006). Predicting student success. *Open Learning*, 21(2), 125-138.
- Stephens, K. (1996). The tale of the autonomous learner: Just another legitimating narrative? In N. Hedge, *Going the distance*, (pp.50-60). Sheffield: University of Sheffield.
- Stevenson, K. (1998). How do open university students expect to be taught at tutorials? *Open Learning*, 13(2), 42-6.
- Stevenson, K., Sander, P., & Naylor, P. (1996). Student perceptions of the tutor's role in distance learning. *Open Learning*, 11(1), 22-30.
- Tait, A. (2000). Planning student support for open and distance learning. *Open Learning*, 15(3), 287-299.

---

**【要旨】** オープン・ディスタンスラーニング（ODL）は、国内外を問わず移動や仕事の中断といったことをせずに学歴を高めることができるため、教育界で広範囲に行われるようになってきている。特に既婚者の場合など退職して正規のオンキャンパス（OC）の学生になるのは現実的ではない。学術レベルに関しては、ODLとOCに大きな差異は見られないが、ODLがOCに劣る点があるのではないかが問題になっている。

本研究では、実質的には同等の内容であるが、イギリスの大学で英語教授法の修士号をODLとOCで習得した学生の経験について、自由記載を含めたリカードスケールの質問紙を用いて比較検討する。研究参加者の数はODLの学生が14名、OCの学生が10名と少ないが、SPSSを用いた一元分散分析で統計的有意差を示した。参加者の満足度に関しては、ODLの学生がOCの学生と比較して劣ることはなく、特に成人学生が更なる学歴の向上を求める場合、OCに代わるものとして、ODLが有効な手段であることが示唆された。

---

受付日 2010年9月3日 採用決定日 2011年1月6日

# 認定看護師の研究成果活用の現状と学習状況との関係

宮首由美子<sup>1</sup> 亀岡智美<sup>2</sup>

1 自衛隊中央病院：〒154-0001 東京都世田谷区池尻1-2-24    2 国立看護大学校  
miyakubiyumiko@gmail.com

## The relations between the present condition and the learning conditions of the research utilization of Certified Nurse

Yumiko Miyakubi<sup>1</sup> Tomomi Kameoka<sup>2</sup>

1 Self-Defense Forces Central Hospital : 1-2-24 Ikejiri, Setagaya-ku, Tokyo, 〒154-0001, Japan    2 National College of Nursing, Japan

**【Abstract】** The purpose of this study is to clarify the present condition of research utilization in nursing practice by Certified Nurses in Japan, and to explore the learning attributes of those who do so. One thousand and thirty one Certified Nurses in seven areas were asked to participate in the survey, and 524 agreed. A questionnaire was sent to them by postal mail. The questionnaire included items to examine the frequency of research utilization in everyday practice of nursing care and 12 learning attributes of the participants. Four hundred and seventy eight (91.2%) responded, and 470 valid data were analyzed. The results indicated that 285 (60.6%) Certified Nurses did not use research outcomes for their everyday practice of nursing care. In addition, out of 12 learning attributes, expertise of certified nursing care and ability of searching and reviewing literature were indicated to be related to the research utilization in their everyday practice of nursing care. As a result of the discussion, it was suggested that their expertise and ability of searching and reviewing literature would need to be improved in order to further research utilization in their everyday practice of nursing care.

**【Keywords】** 認定看護師 Certified Nurse, 研究成果の活用 research utilization

## I. 緒言

看護学研究は、看護に関わる現象についての疑問に答え、問題を解決するために、組織だった科学的方法を用いて行う系統的探求である (Polit, D. F., et al., 2004, p.3)。また、研究成果は、看護を提供する時の根拠となり (Burns, N., et al., 2005/ 黒田ら訳, 2007, p.3)、研究成果の活用は、研究によって産出された知識を統合、普及、使用するプロセスである (Burns, N., et al., 2005/ 黒田ら訳, 2007, p.688)。そのような研究成果の活用は、看護の質向上に向けて必要である (舟島, 1995)。

日本看護協会は、1995年に認定看護師制度を発足させた。この制度は、特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用い、水準の高い看護実践を行う能力を有する認定看護師を育成し、現場において活用することにより、看護の質向上を図ることを目的としている (日本看護協会, 2010)。看護の質向上を担う認定看護師には、根拠に基づいた看護実践が求められている (廣瀬, 2008)。前述したとおり、看護の質向上に向けては研究成果の活用が必要である。

先行研究 (清村ら, 2004; 望月, 1996; 尾形ら, 2002)

は、病院に就業する看護職者の研究成果活用状況とそれに関係する特性を探索していた。いずれの研究も、病院に就業する看護職者の20%から30%が研究成果を活用していないこと、学会参加回数や論文閲読状況、論文読解力が研究成果活用状況に関係することを明らかにした。しかし、国内の認定看護師に限定した研究成果活用の現状やそれに関係する特性を解明した研究は存在しない。また、海外において認定看護師の研究成果活用状況を明らかにした文献は見あたらなかった。

認定看護師が、根拠に基づいた質の高い看護を提供するためには、日頃の看護実践に研究成果を活用することが必要である。そこで、本研究は、日頃の看護実践への研究成果活用の現状や研究成果を活用している認定看護師の特性を解明する。本研究の成果は、研究成果の活用促進やその支援のための基礎資料となり、認定看護師個々の科学的根拠に基づく看護の提供に貢献する。

## II. 研究目的

認定看護師による日頃の看護実践における研究成果活用の現状およびその学習状況との関係を解明し、認定看護師

による研究成果の活用促進に向けての課題を検討する。

### Ⅲ. 用語の定義

#### 1. 認定看護師

日本看護協会認定看護師認定審査に合格し、ある特定の看護分野において熟練した看護技術と知識を用い、水準の高い看護実践を行う能力を有すると認められた看護師である（日本看護協会，2010）。これを前提とし、本研究においては、認定看護師を「日本看護協会認定看護師認定審査に合格し、医療施設に就業している者」と規定する。なお、常勤・非常勤は問わない。

#### 2. 研究成果の活用

研究によって産出された知識を統合、普及、使用するプロセスである（Burns, N., et al., 2005/ 黒田ら 訳, 2007,

p.688）。本研究においては、研究を通して明らかになった科学的知識を日頃の看護実践に活用することと規定する。

#### 3. 学習

問題解決の1方法（森岡ら，2006，p.160）である。本研究においては、対象者が問題を発見したり解決したりするために取り組む手段や方法と規定する。

### Ⅳ. 概念枠組み（図）

本研究は、認定看護師の日頃の看護実践における研究成果活用状況と学習状況との関係を探索する。先行研究（清村ら，2004；望月，1996；日本看護協会，2008b；尾形ら，2002）の検討は、認定看護師による研究成果活用状況に関係する可能性の高い12変数を含む概念枠組みを構築した。それは、認定看護師の学習に関連する状況に包含される

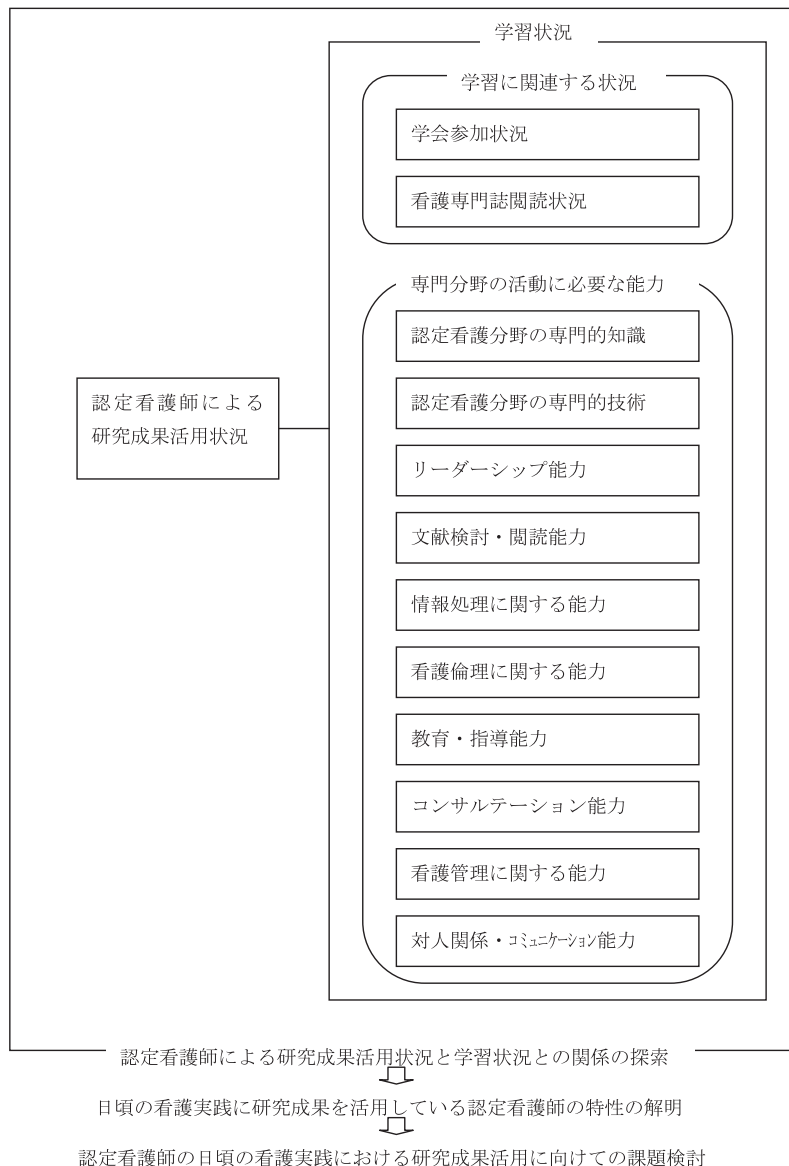


図 概念枠組み



「学会参加状況」等の2変数、専門分野の活動に必要な能力に包含される「認定看護分野の専門的知識」等の10変数から構成される。これら12変数は、認定看護師の学習状況に包含される。認定看護師による研究成果活用状況と学習状況との関係の探索は、日頃の看護実践に研究成果を活用している認定看護師の特性の解明に結びつき、認定看護師の日頃の看護実践における研究成果活用に向けての課題検討を可能にする。

## V. 研究方法

### 1. 測定用具

研究目的の達成に向け、質問紙を作成した。認定看護師の研究成果活用状況を問う質問は、「日頃の看護実践に研究成果を活用していますか」であり、選択肢は「かなり活用している」、「わりに活用している」、「あまり活用していない」、「ほとんど活用していない」である。また、質問紙には、研究成果活用状況との関係を探る概念枠組みが包含する対象者の学習状況に関する12質問項目、および対象者の人口統計学特性を問う「認定看護分野」、「職位」、「所属施設」、「年齢」等の8質問項目を含む。内容的妥当性は、専門家会議とパイロットスタディにより確保した。

### 2. データ収集

2008年12月現在、日本看護協会に登録され、日本看護協会公式ホームページ（日本看護協会，2008a）において氏名、所属施設名を情報公開している17分野の認定看護師のうち、救急看護、皮膚・排泄ケア、集中ケア、がん性疼痛看護、緩和ケア、がん化学療法看護、感染管理の7分野の認定看護師を対象とした。これらは、登録されている認定看護師数が、200名を超えている分野である。登録されている認定看護師数が200名を下回る分野からの標本抽出は、対象者の匿名性の保持に課題を残すと判断した。

抽出した認定看護師のうち、対象者の転属や退職による宛先不明者を除く1,031名に往復葉書により研究協力を依頼した。その結果、524名から承諾を得、郵送法を用いて、前述した質問紙を配布、回収した。データ収集期間は、2009年3月から同年5月であった。

### 3. データ分析

対象者の人口統計学的特性と研究成果活用状況に関し、記述統計値を算出した。また、研究成果活用状況と概念枠組みが包含する学習状況に関わる12変数との関係探索に向け、 $\chi^2$ 検定、尤度比による変数増加法を適用した多重ロジスティック回帰分析を行なった。有意水準5%とした。統計処理には、統計解析プログラムSPSS 17.0J for

Windowsを用いた。

### 4. 倫理的配慮

国立国際医療センター倫理委員会の承認を得て、研究を実施した。また、対象者への研究協力依頼、質問紙配布に際し、研究の目的、方法、プライバシー保護等について文書により提示した。特に、調査紙への回答に、対象者の所属施設の所在地および性別を求めないことにより、認定看護師個人が特定される可能性を排除した。また、質問紙の回収には、対象者が返信用封筒を用いて個別に投函する方法を用い、これにより研究協力の任意性を保障した。

## VI. 結果

質問紙を配布した認定看護師524名中478名（回収率91.2%）から回答を得、このうちの有効回答470名分を分析した。

### 1. 対象者の背景(表1)

対象者の認定看護分野は、がん性疼痛看護が75名（16.0%）と最も多く、次いで、感染管理が74名（15.8%）、緩和ケアとがん化学療法看護が各々73名（15.5%）、皮膚・排泄ケアが70名（15.1%）、救急看護が55名（11.7%）、集中ケアが48名（10.2%）、であった。勤務形態は、勤務時間の全てを認定看護師としての業務に従事する「専任」者が62名（13.2%）、勤務時間の80%以上を認定看護師としての業務に従事する「専任」者が53名（11.3%）、認定看護師としての業務が勤務時間の80%未満である「兼任」者が353名（75.1%）であった。認定看護師経験期間は、平均2.8年（SD2.3）、臨床経験年数は平均16.9年（SD5.4）、年齢は平均38.9歳（SD5.5）であった。職位、所属施設の種類、設置主体は様々であった。

### 2. 認定看護師の研究成果活用状況

対象者のうち、日頃の看護実践に研究成果を活用している者が182名（38.7%）、活用していない者が285名（60.6%）、不明3名（0.7%）であった。

### 3. 学習に関連する状況(表2)

対象者の1年間の学会参加状況は、0回から5回以上までと様々であった。また、1か月あたりの看護専門誌閲読状況も0冊から5冊以上までと多様であった。

### 4. 専門分野の活動に必要な能力(表3)

専門分野の活動に必要な能力のうち、認定看護分野の専門的知識に自信のある者が251名（53.4%）、文献検索・閲読能力に自信のある者が82名（17.4%）であった。

表1 対象者の背景

n =470

項目	度数 (%) または 平均 ± 標準偏差	項目	度数 (%) または 平均 ± 標準偏差
1. 認定看護分野		4. 施設の種類	
がん性疼痛看護	75名 (15.9)	一般病院	354名 (75.3)
感染管理	74名 (15.7)	特定機能病院	97名 (20.6)
緩和ケア	73名 (15.6)	訪問看護ステーション	8名 (1.7)
がん化学療法看護	73名 (15.6)	一般診療所	4名 (0.9)
皮膚・排泄ケア	71名 (15.1)	その他	6名 (1.3)
救急看護	55名 (11.7)	不明	1名 (0.2)
集中ケア	48名 (10.2)	5. 施設の設置主体	
不明	1名 (0.2)	公的医療機関	192名 (40.9)
2. 勤務形態		医療法人	143名 (30.4)
専従 <sup>a</sup>	62名 (13.2)	国	89名 (18.9)
専任 <sup>b</sup>	53名 (11.3)	社会保険関係団体	40名 (8.5)
兼任 <sup>c</sup>	353名 (75.1)	個人	3名 (0.6)
不明	2名 (0.4)	その他	2名 (0.4)
3. 職位		不明	1名 (0.2)
看護部長	1名 (0.2)	6. 認定看護師経験年数	2.8 ± 2.3
副看護部長	7名 (1.5)	7. 臨床経験年数	17 ± 5.4
師長	63名 (13.4)	8. 年齢	39 ± 5.5
副師長	86名 (18.3)		
主任	137名 (29.1)		
副主任	7名 (1.5)		
スタッフ看護師	154名 (32.8)		
その他	9名 (1.9)		
不明	6名 (1.3)		

注: <sup>a</sup>専従 勤務時間のすべてを認定看護師としての業務に従事  
<sup>b</sup>専任 勤務時間の80%以上を認定看護師としての業務に従事  
<sup>c</sup>兼任 認定看護師としての業務が勤務時間の80%未満

表2 学習に関連する状況

n =470

項目	度数 (%)
1. 年間学会参加状況	
5回以上	37 (7.9)
3～4回	200 (42.5)
1～2回	219 (46.6)
0回	13 (2.8)
不明	1 (0.2)
2. 月間看護専門誌閲読状況	
5冊以上	33 (7.0)
3～4冊	104 (22.1)
1～2冊	293 (62.3)
0冊	40 (8.5)

表3 専門分野の活動に必要な能力

n=470

項目	度数 (%)	項目	度数 (%)
1. 認定看護分野の専門的知識		6. 看護倫理に関する能力	
ととも／わりに自信がある	251 (53.4)	ととも／わりに自信がある	124 (26.4)
どちらともいえない	161 (34.3)	どちらともいえない	186 (39.6)
あまり／全く自信がない	58 (12.3)	あまり／全く自信がない	157 (33.4)
2. 認定看護分野の専門的技術		不明	3 (0.6)
ととも／わりに自信がある	240 (51.1)	7. 教育・指導能力	
どちらともいえない	164 (34.9)	ととも／わりに自信がある	182 (38.7)
あまり／全く自信がない	66 (14.0)	どちらともいえない	186 (39.6)
3. リーダーシップ能力		あまり／全く自信がない	101 (21.5)
ととも／わりに自信がある	191 (40.7)	不明	1 (0.2)
どちらともいえない	164 (34.9)	8. コンサルテーション能力	
あまり／全く自信がない	113 (24.0)	ととも／わりに自信がある	142 (30.2)
不明	2 (0.4)	どちらともいえない	193 (41.1)
4. 文献検索・閲読能力		あまり／全く自信がない	135 (28.7)
ととも／わりに自信がある	82 (17.4)	9. 看護管理に関する能力	
どちらともいえない	162 (34.5)	ととも／わりに自信がある	97 (20.6)
あまり／全く自信がない	226 (48.1)	どちらともいえない	146 (31.1)
5. 情報処理に関する能力		あまり／全く自信がない	226 (48.1)
ととも／わりに自信がある	98 (20.9)	不明	1 (0.2)
どちらともいえない	147 (31.3)	10. 対人関係・コミュニケーション能力	
あまり／全く自信がない	222 (47.2)	ととも／わりに自信がある	227 (48.3)
不明	3 (0.6)	どちらともいえない	176 (37.4)
		あまり／全く自信がない	67 (14.3)

### 5. 研究成果活用状況と学習状況との関係

認定看護師による日頃の看護実践への研究成果活用状況と学習状況との関係探索に向け $\chi^2$ 検定を行なった。その結果、研究成果活用状況は、学習状況に関わる12変数全てと統計学的に有意に関係していた( $p<0.05$ ) (表4)。

そこで、研究成果活用状況にとって特に重要な変数の解明に向けて多重ロジスティック回帰分析を行なった。その結果、4変数に統計学的有意性を認めた(表5)。結果は、研究成果を活用している者が学会に年間複数回参加し、看護専門誌を毎月複数冊閲読しており、認定看護分野の専門的知識や文献検索・閲読能力に自信を持っていることを示した。

## VII. 考 察

本研究の結果は、認定看護師の研究成果活用状況とそれに関係する学習状況との関係を明らかにした。

すなわち、結果は、対象となった認定看護師のうち、日頃の看護実践に研究成果を活用している者が39.0%に過ぎないことを明らかにした。看護職者にとって、研究成果の活用は、看護の質向上を図るために不可欠であり(舟島、

1995)、認定看護師には、根拠に基づく看護実践に対する期待が大きい。これは、日頃の看護実践への研究成果の活用が、看護職者にとって重要であり、認定看護師には特にそのことが期待されているにもかかわらず、行えていないことを表す。このことは、認定看護師にとって、研究成果活用の促進が課題であることを示唆する。また、これは、認定看護師個々が日頃の看護実践に研究成果を活用できていない要因を解明する必要性を示す。

結果は、研究成果を活用している者が学会に年間複数回参加し、看護専門誌を毎月複数冊閲読しており、認定看護分野の専門的知識や文献検索・閲読能力に自信を持っていることを示した。

看護師は、自主学習、院内研究、学会等の様々な学習機会を通して、活用してみたいと感じる研究成果に出会っていた(野本ら, 2004)。認定看護師にとっても、学会参加や看護専門誌の閲読は、認定看護師にとって看護実践に活用可能性を持つ研究成果に触れる機会となる。また、看護師は、活用しようとする研究を精読し、臨床の場への影響を考慮しながらその質を検討し、採否を決定していた(野本ら, 2004)。認定看護師にとって、専門的知識や文献検索・閲読能力は、関連する文献を検索し、読み、批評する

表4 研究成果活用状況と学習状況との関係

	学習状況	研究成果活用状況		p 値
		活用	未活用	
学会参加状況	5 回以上	25	12	0.001
	3～4 回	80	118	
	1～2 回	74	144	
	0 回	3	10	
看護専門誌閲読状況	5 冊以上	21	12	<0.001
	3～4 冊	57	46	
	1～2 冊	98	193	
	0 冊	6	34	
認定看護分野の専門的知識	自信がある	120	129	<0.001
	どちらともいえない	51	109	
	自信がない	11	47	
認定看護分野の専門的技術	自信がある	112	126	0.001
	どちらともいえない	54	109	
	自信がない	16	50	
リーダーシップ能力	自信がある	90	100	0.001
	どちらともいえない	64	98	
	自信がない	28	85	
文献検索・閲読能力	自信がある	52	30	<0.001
	どちらともいえない	70	89	
	自信がない	60	166	
情報処理に関する能力	自信がある	53	45	<0.001
	どちらともいえない	67	78	
	自信がない	62	159	
看護倫理に関する能力	自信がある	67	56	<0.001
	どちらともいえない	69	115	
	自信がない	45	112	
教育・指導能力	自信がある	85	96	<0.001
	どちらともいえない	78	106	
	自信がない	19	82	
コンサルテーション能力	自信がある	71	70	<0.001
	どちらともいえない	76	115	
	自信がない	35	100	
看護管理に関する能力	自信がある	54	43	0.001
	どちらともいえない	49	95	
	自信がない	78	147	
対人関係・ コミュニケーション能力	自信がある	100	126	0.018
	どちらともいえない	65	109	
	自信がない	17	50	

$\chi^2$  検定  
有意水準,  $p < 0.05$



表5 研究成果活用状況と学習状況との関係

学習状況	偏回帰係数	p 値	オッズ比	オッズ比の 95%信頼区間
看護専門誌閲読状況	0.622	<0.001	1.862	1.384-2.505
文献検索・閲読能力	0.607	<0.001	1.835	1.385-2.431
学会参加状況	0.395	0.011	1.485	1.096-2.012
認定看護分野の専門的知識	0.038	0.020	1.463	1.063-2.014

多重ロジスティック回帰分析

有意水準,  $p < 0.05$

モデル  $\chi^2$  検定,  $p < 0.01$  判別的中率 69.6%

という, 研究成果の看護実践への活用是非を検討するため  
に不可欠な能力である。

さらに, 本研究の結果は, 研究成果活用状況と学会参加  
回数, 看護専門誌閲読状況に統計学的に有意な関係がある  
ことを示した。このことは, 認定看護師個々が, さらに積  
極的に学会に参加し, 専門誌を閲読することにより, 日頃  
の看護実践への研究成果活用促進につながることを示唆す  
る。

加えて, 結果は, 対象となった認定看護師のうち, 文献  
検索・閲読能力に自信のある者が82名(17.4%), 認定看  
護分野の専門的知識に自信のある者が251名(53.4%)に  
過ぎないことを明らかにした。「文献検索・閲読」, 「専門  
的知識」は, 認定看護師の活動に必要な能力であり, 認定  
看護師教育課程において学習する科目である。これらの結  
果は, 対象者が6か月600時間をかけて資格取得に関わる  
学習を行なったにも関わらず, 自己の能力に自信を持って  
いない状況を示す。日頃の看護実践に研究成果を活用する  
ためには, 研究論文を検索し, 閲読する能力, 関心を持っ  
た研究成果を専門的知識に照らして検討する能力が不可欠  
である。このことは, 文献検索・閲読能力や専門分野の知  
識の向上が, 認定看護師個々の看護実践への研究成果活用  
を推進するために重要であることを示唆する。

## VIII. 結 論

1. 対象となった認定看護師のうち60.6%が, 日頃の看護  
実践に研究成果を活用していない。
2. 学会に参加し, 看護専門誌を閲読しており, 認定看護  
分野の専門的知識や文献検索・閲読能力に自信を持って  
いる認定看護師は, 日頃の看護実践に研究成果を活用して  
いる。
3. 認定看護師による看護実践への研究成果の活用促進の  
ため, 「専門的知識」や「文献検索・閲読能力」向上に向  
けた状況の改善が必要である。

本研究の一部は, 第41回日本看護学会看護教育におい  
て発表した。

## ■文 献

- Burns, N., Grove S.K. (2005) / 黒田裕子, 中木高夫, 小  
田正枝, 逸見功訳 (2007). 看護研究入門－実施・  
評価・活用－, エルゼビア・ジャパン, 東京.  
舟島なをみ, 望月美知代 (1995). 看護における研究成  
果の活用, *Quality Nursing*, 1(11), 10-16, 文光堂,  
東京.  
廣瀬千也子 (2008). 専門看護師・認定看護師における  
現状と課題, *病院*, 67(4), 307-311.  
清村紀子, 西阪和子 (2004). 臨床での研究成果活用に  
関する調査研究, *日本看護研究学会雑誌*, 27(1),  
59-72.  
望月美知代 (1996). 臨床看護実践における研究成果活  
用に関する研究－研究成果活用と看護婦の特性に焦  
点をあてて－, *看護教育学研究*, 5(2), 13-15.  
森岡清美, 塩原努, 本間康平 (2006). 新社会学辞典  
「学習」の項, 160, 弘文堂, 東京.  
日本看護協会 (2008a). 認定看護師登録者一覧, 日本看  
護協会公式ホームページ, 2008.6.9 検索, [http://  
www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/touroku.html](http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/touroku.html)  
日本看護協会 (2008b). 認定看護師教育基準カリキュラ  
ム, 日本看護協会公式ホームページ, 2008.7.3 検索  
[http://www.nurse.or.jp/nursing/  
qualification/nintei/pdf/  
katudo.pdf](http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/pdf/katudo.pdf)  
日本看護協会 (2010). 日本看護協会認定看護師規則,  
日本看護協会公式ホームページ, 2010.7.1 検索  
[http://www.nurse.or.jp/nursing/  
qualification/howto/pdf/  
censaisoku.pdf](http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/howto/pdf/censaisoku.pdf)  
野本百合子, 舟島なをみ, 定廣和香子 (2004). 看護実  
践場面における研究成果活用の概念化－病院に就業  
する看護師の経験を通して－, *看護教育学研究*, 13  
(1), 23-36.  
尾形直美, 伊藤万亀子, 加美山幸, 鈴木千恵子, 松浦由



紀子, 田中真由美他 (2002). 総合病院看護職員における研究成果活用の実態調査, 第32回日本看護学会論文集 看護管理, 201-203.

Polit, D.F., & Hungler, B. P. (2004). *Nursing research: Principles and Methods* (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.

---

**【要旨】** 研究目的は、認定看護師による日頃の看護実践における研究成果活用の現状およびその学習状況との関係を解明し、研究成果の活用促進に向けての課題を検討することである。7分野の認定看護師1,031名を対象に研究協力を依頼し、承諾を得た524名を対象に、郵送法による質問紙調査を行なった。質問紙には、日頃の看護実践への研究成果活用状況との関係を探索する12変数を調査するための質問項目を含めた。回収した質問紙478（回収率91.2%）のうち有効回答470を分析した。結果は、対象者のうち285名（60.6%）が、日頃の看護実践に研究成果を活用していないことを示した。また結果は、12変数のうち、認定看護分野の専門的知識、文献検索・閲読能力等が認定看護師の日頃の看護実践への研究成果活用状況に関係していることを示した。考察の結果は、認定看護師による日頃の看護実践への研究成果の活用を促進に向けては、専門的知識や文献検索・閲読能力向上に向けた状況の改善が必要であることを示唆した。

---

受付日 2010年9月3日 採用決定日 2010年12月16日

# 授業過程の質の日本・中国間比較 －看護基礎教育課程の講義に焦点を当てて－

亀岡智美<sup>1</sup> 舟島なをみ<sup>2</sup> 趙秋利<sup>3</sup> 仰曙芬<sup>3</sup> 刘维维<sup>4</sup>  
马金凤<sup>5</sup> 野本百合子<sup>6</sup> 中山登志子<sup>2</sup> 服部美香<sup>7</sup>

1 国立看護大学校：〒204-8575 東京都清瀬市梅園1-2-1 2 千葉大学  
3 哈爾濱医科大学护理学院 4 北京大学首钢医院 5 西安第四军医大学护理学院  
6 愛媛県立医療技術大学 7 千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程  
kameokat@adm.ncn.ac.jp

## Comparison of the quality of the teaching-learning process in lectures of basic nursing education in Japan and China

Tomomi Kameoka<sup>1</sup> Naomi Funashima<sup>2</sup> Zhao QiuLi<sup>3</sup> Yang ShuFen<sup>3</sup> Liu WeiWei<sup>4</sup>  
Ma JinFeng<sup>5</sup> Yuriko Nomoto<sup>6</sup> Toshiko Nakayama<sup>2</sup> Mika Hattori<sup>7</sup>

1 National College of Nursing, Japan ; 1-2-1 Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒204-8575, Japan 2 Chiba University  
3 Harbin Medical University 4 Capital Steel Hospital, Beijing university 5 Fourth Military Medical University in Xian  
6 Ehime Prefectural University of Health Sciences 7 Doctoral course, Graduate School of Nursing, Chiba University

【Keywords】 授業過程 teaching-learning process, 講義 lecture, 日本 Japan, 中国 China

### I. 緒言

日本と中国は、隣国にあり、両国の看護職者は、長年にわたり、学会の共同開催や講演者の招聘、留学生の受け入れ等、さまざまな機会を通し交流を深めてきた。このような交流は、今後もさらに進展することが予測され、両国の看護職者にとって、相互理解をさらに深めていくことは重要である。とりわけ、両国看護学教員が、教育活動やその特徴に対する相互の理解を深めることは、協力を通し、効果的なファカルティ・ディベロップメントを推進するために効果的である。

しかし、両国看護学教員の教育活動やその特徴を比較した研究はこれまでも行われておらず、ファカルティ・ディベロップメントに向けてどのような協力が可能かを検討するための資料は乏しい。日本と中国は、国の体制も、歴史や文化も異なる。しかし、看護師養成教育の大学化が急速に進展している一方、未だ専門学校が圧倒的多数を占めるという共通点も持つ (The International Nursing Foudation of Japan, 2008, p.35-41)。また、看護学教員に対する効果的なファカルティ・ディベロップメントの実現を両国ともに課題としている (亀岡ら, 2008; 趙, 2010)。

そこで、日中両国看護学教員の協力による効果的なファ

カルティ・ディベロップメントの可能性を探索する一環として、本研究に着手した。研究目的は、看護基礎教育課程の講義に焦点を当て、日本と中国の看護学教員が展開する授業過程の質の共通性と相違性を明らかにすることである。

授業は、教育目標の達成に向けて、「相対的に独立した学習主体としての学生の活動と教授主体としての教員の活動が相互に知的対決を展開する過程」(吉本, 1978, p.61)である。本研究の成果は、日本と中国の看護学教員にとって、教育活動やその特徴に関する相互理解を深めるための基礎資料になり、ファカルティ・ディベロップメントを通じた授業過程の質向上、さらには、その成果としての教育目標の達成度向上につながる可能性を持つ。

### II. 研究目的

看護基礎教育課程の講義に焦点を当て、日本と中国の看護学教員が展開する授業過程の質の共通性と相違性を明らかにし、両国の協力による効果的なファカルティ・ディベロップメント推進への示唆を得る。

### Ⅲ. 用語の概念規定

#### 1. 授業

授業とは、教育目標の達成に向けて、「相対的に独立した学習主体としての学生の活動と教授主体としての教員の活動が相互に知的対決を展開する過程」(吉本, 1978, p.61)である。

#### 2. 講義

講義とは、一人の教員がひとまとまりの学習者集団に対し、同一の教育内容を同一の時間内に同一の場所において体系的に教授する(細谷ら, 1991, p.116)授業形態である。

### Ⅳ. 研究方法

#### 1. データ収集

##### 1) 研究対象者

研究対象者は、便宜的に抽出した日本と中国の看護学教員であった。

##### 2) 測定用具

測定用具には「授業過程評価スケール-看護学講義用-」(舟島, 2009, p.99-108)(以下、授業過程評価スケール)と「教員特性調査紙」を用いた。

授業過程評価スケールは、学生が評価者となり、提供された講義の過程(以下、講義過程)を評価し、その結果を教員が解釈し、次の講義過程の改善に役立てるという目的を持つ測定用具である。講義に対する看護基礎教育課程学生の評価基準を解明した質的帰納的研究(中谷ら, 1998)の成果を基盤に開発された。7下位尺度38項目の5段階リカート型尺度であり、信頼性・妥当性を確保している。7下位尺度のうち【Ⅰ. 講義過程のダイナミクスと講義の意義・価値の伝達】は、講義の構成、講義の看護学的な意義や有用性の伝達を測定する全8項目から成る。【Ⅱ. 学生への対応】は、講義中の学生に対する質問方法や学生を尊重する態度といった、教員の学生への対応を測定する全6項目から成る。【Ⅲ. 教材の活用・工夫方法】は、教材の量や種類、資料の提示時間など、教材の工夫、活用、提示を測定する全7項目から成る。【Ⅳ. 具象と抽象の連関と教員意見の織り込みの程度】は、抽象度の高い内容や専門用語をわかりやすく説明しているか、また説明する際に教員個人の見解をどのように織り込んでいるかなど、教員の説明技術を測定する全5項目から成る。【Ⅴ. 内容の質と独自性】は、講義内容の深さ、新鮮さ、豊富さ、および講義の独自性を測定する全4項目から成る。【Ⅵ. 内容の難易度と時間的ゆとり】は、講義内容の難易度と学生の期待レベルの一致、および講義の進行速度や講義時間の適切さを測定する全5項目から成る。【Ⅶ. 教員の話術】教員

の声の大きさや話し方など、講義における話術の巧みさを測定する全3項目から成る。得点は、その講義が学生の評価視点に合致する程度を示し、高いほど、学生が講義過程の質を高いと評価していることを意味する。

この授業過程評価スケールの原版は日本語版であり、日本の看護学教員には日本語原版を、中国の看護学教員にはバックトランスレーションの手法を用いて作成した中国語翻訳版(Zao, 2009)を用いた。この中国語翻訳版は、信頼性と妥当性を確保しており、日本語原版との同等性も概ね備えていることが検証されている。

一方、教員特性調査紙は、研究対象者である教員の特性と評価対象となった講義の概要を問う22項目の質問紙である。日本の対象者には、専門家会議を通して内容的妥当性を確保した日本語原版を用いた。また、中国の対象者にはこのバックトランスレーションの手法を用いて作成した中国語翻訳版を用いた。

##### 3) データ収集のための手続き

研究協力への承諾が得られた日本と中国の看護学教員に対し、授業過程評価スケール、教員特性調査紙を郵送もしくは手渡しにより配布した。その際、研究目的・内容・方法・倫理的配慮等について記載した調査実施依頼状も同封し、学生から得た講義過程に対する評価結果を教員特性調査紙とともに返信用封筒を使用して返送するよう依頼した。

データ収集期間は、日本が1999年4月から2002年3月、中国が2007年12月から2008年4月までであった。

#### 2. データ分析

データ分析には統計学的手法(記述統計値の算出、Mann-Whitney U検定、カイ二乗検定、t検定)を用いた。

#### 3. 倫理的配慮

日本と中国の看護学教員に対し、研究目的・方法、任意の研究協力と匿名性の保証について説明し、同意を得た。また、データの返送を返信用封筒を用いた個別投函とするよう依頼した。さらに、学生には、研究協力に同意を得た看護学教員を通し、研究目的・方法、任意の研究協力と匿名性の保証とともに、研究協力の有無が成績評価等に影響しないことも説明し、協力を得た。なお、日本のデータ収集を行なった1999年当時、このような調査に際し倫理委員会の審査を受けることは一般的でなく、上述した倫理的配慮は行なったものの、倫理委員会による審査は受けていない。中国のデータ収集に関しても同様である。

### V. 結果

#### 1. 対象者の特性(表1)

研究に同意した看護学教員は日本が6名（以下、日本群）と中国が6名（以下、中国群）であった。

性別は、日本群・中国群ともに全て女性であった。年齢は、日本群が39歳から47歳の範囲であり、平均42.5歳（SD=7.7）、中国群が25歳から49歳の範囲であり、平均35.3歳（SD=8.5）であった。臨床経験年数は、日本群が4年から19年の範囲であり、平均9.7年（SD=6.3）、中国群が0年から30年の範囲であり、平均10.5年（SD=12.0）であった。教育経験年数は、日本群が3年から28年の範囲であり、平均11.8年（SD=8.6）、中国群が1年から20年の範囲であり、平均8年（SD=7.2）であった。

また、取得している学位は、日本群が博士1名（16.7%）、学士3名（50.0%）、短期大学士1名（16.7%）、不明1名（16.7%）であり、中国群が修士2名（33.3%）、学士3名（50.0%）、短期大学士1名（16.7%）であった。

## 2. 分析対象となった講義の概要(表2)

分析対象となった講義が行われた教育課程は、日本群が大学1件（16.7%）、短期大学・専門学校5件（83.3%）であり、中国群が大学4件（66.7%）、短期大学・専門学校2件（33.3%）であった。また、講義の対象学年は、日本群が1年生3件（50.0%）、2年生2件（33.3%）、3年生1件（16.7%）であり、中国群が3年生3件（50.0%）、4年生1件（16.7%）、5年生2件（33.3%）であった。

また、受講学生数は、日本群が40名から91名の範囲で

あり、平均59.0名（SD=22.0）、中国群が41名から107名の範囲であり、平均71.7名（SD=25.1）であった。

授業内容は、日本群にも中国群にも罨法、与薬、コミュニケーションが1件ずつ含まれた。また、残る3件は、日本群が、小児経過別看護、在宅看護、身体運動の変調をきたした人の看護であり、中国群が、鍼灸、神経系看護学、関節脱臼頸髄病患者看護であった。

## 3. 授業過程評価スケールの得点(表3)

### 1) 授業過程評価スケールの総得点

日本群の教員6名が総数354名の学生から得た授業過程評価スケールの総得点は、平均131.7点（SD=21.2）であった。一方、中国群の教員6名が総数430名の学生から得た授業過程評価スケールの総得点は、平均152.5点（SD=25.7）であった。t検定の結果は、両群の授業過程評価スケール総得点に有意差があることを示した（ $p<.05$ ）。

### 2) 授業過程評価スケールの下位尺度別得点

7つの下位尺度は、各々質問項目数が異なるため、1項目あたりの平均得点（以下、項目平均得点）を算出した。その結果、【I. 講義過程のダイナミクスと講義の意義・価値の伝達】は、日本群が平均3.57点（SD=0.61）、中国群が平均4.17（SD=0.64）であった。【II. 学生への対応】は、日本群が平均3.03点（SD=0.72）、中国群が平均3.81（SD=0.90）であった。【III. 教材の活用・工夫方法】は、日本群が平均3.73点（SD=0.66）、中国群が平均3.95

表1 対象者の特性（日本 n=6, 中国 n=6）

国	性別（人，%）	年齢（歳）	臨床経験年数（年）	教育経験年数（年）	取得学位（人，%）
日本	女性（6, 100.0）	範囲 39-47 平均 42.5 （SD=7.7）	範囲 4-19 平均 9.7 （SD=6.3）	範囲 3-28 平均 11.8 （SD=8.6）	博士（1, 16.7） 学士（3, 50.0） 短期大学士（1, 16.7） 不明（1, 16.7）
中国	女性（6, 100.0）	範囲 25-49 平均 35.3 （SD=8.5）	範囲 0-30 平均 10.5 （SD=12.0）	範囲 1-20 平均 8.0 （SD=7.2）	修士（2, 33.3） 学士（3, 50.0） 短期大学士（1, 16.7）

表2 分析対象となった講義の概要（日本 n=6, 中国 n=6）

国	教育課程（件，%）	学年（件，%）	受講学生数	授業内容
日本	大学（1, 16.7） 短期大学・専門学校 （5, 83.3）	1年生（3, 50.0） 2年生（2, 33.3） 3年生（1, 16.7）	範囲 40-91 平均 59.0 （SD=22.0）	・小児経過別看護 ・在宅看護 ・身体運動の変調をきたした人の看護 ・罨法 ・与薬 ・コミュニケーション
中国	大学（4, 66.7） 短期大学・専門学校 （2, 33.3）	3年生（3, 50.0） 4年生（1, 16.7） 5年生（2, 33.3）	範囲 41-107 平均 71.7 （SD=25.1）	・鍼灸 ・神経系看護学 ・関節脱臼頸髄病患者看護 ・罨法 ・与薬 ・コミュニケーション



(SD=0.77)であった。【IV. 具象と抽象の連関と教員意見の織り込みの程度】は、日本群が平均 3.56 点 (SD=0.69)、中国群が平均 4.15 (SD=0.75)であった。【V. 内容の質と独自性】は、日本群が平均 3.21 点 (SD=0.83)、中国群が平均 3.80 (SD=0.91)であった。【VI. 内容の難易度と時間的ゆとり】は、日本群が平均 3.42 点 (SD=0.76)、中国群が平均 4.08 (SD=0.76)であった。【VII. 教員の話術】は、日本群が平均 3.66 点 (SD=0.87)、中国群が平均 4.12

(SD=0.79)であった。t 検定の結果は、両群の 7 下位尺度の項目平均得点は全て有意差があることを示した ( $p<.05$ )。

また、群ごとに 7 下位尺度の項目平均得点を比較した。その結果、日本群は、下位尺度Ⅲが最も高く、以下、Ⅶ、Ⅰ、Ⅳ、Ⅵ、Ⅴと続き、Ⅱが最も低かった。一方、中国群は、下位尺度Ⅰが最も高く、以下、Ⅳ、Ⅶ、Ⅵ、Ⅲ、Ⅱと続き、Ⅴが最も低かった。

表 3 「授業過程評価スケール—看護学講義用—」得点の日本と中国の比較

国	総得点 平均 (SD)	下位尺度別得点 1 項目あたりの平均得点 (SD)						
		I	II	III	IV	V	VI	VII
日本 (n=354)	131.7 (21.2)	3.57 (0.61)	3.03 (0.72)	3.73 (0.66)	3.56 (0.69)	3.21 (0.83)	3.42 (0.76)	3.66 (0.87)
中国 (n=430)	152.5 (25.7)	4.17 (0.64)	3.81 (0.90)	3.95 (0.77)	4.15 (0.75)	3.80 (0.91)	4.08 (0.76)	4.12 (0.79)

下位尺度Ⅰ (全 8 項目): 講義過程のダイナミクスと講義の意義・価値の伝達

下位尺度Ⅱ (全 6 項目): 学生への対応

下位尺度Ⅲ (全 7 項目): 教材の活用・工夫方法

下位尺度Ⅳ (全 5 項目): 具象と抽象の連関と教員意見の織り込みの程度

下位尺度Ⅴ (全 4 項目): 内容の質と独自性

下位尺度Ⅵ (全 5 項目): 内容の難易度と時間的ゆとり

下位尺度Ⅶ (全 3 項目): 教員の話術

## VI. 考察

本研究の結果は、授業過程評価スケールの総得点に関し、中国群が日本群よりも有意に高いことを明らかにした。また、7 下位尺度の項目平均得点も全て、中国群が日本群よりも有意に高かった。

授業過程評価スケールは、得点が高いほど、その講義が学生の評価視点に合致しており、学生が講義過程の質を高いと評価していることを意味する (舟島, 2009, p.99-108)。そのため、研究結果は、中国群の看護学教員が展開した講義が、日本群の看護学教員が展開した講義よりも、自国の学生の評価視点に合致しており、高い評価を得ていたことを示す。

これは、評価主体者である学生が、評価対象である「教員の展開した講義過程」を評価した結果であり、日中両国の得点の差異は、次の 2 点の影響を受けている可能性がある。

第 1 は、評価対象となった日本・中国両国教員の展開した講義過程の質それ自体の差異である。しかし、本研究の結果は、便宜的標本である日本群 6 講義、中国群 6 講義に関するデータを分析しており、データ数が少なくその一般化には限界がある。この第 1 の可能性については、今後、データ数を増やし、検討する必要がある。

また、第 2 は、評価主体者である日本・中国両国学生の状況の相違である。人間の知覚は、その人のそれまでの体験や帰属する社会の状況、教育的背景等と結びついており (King, 1980, p.146 / 杉森, 1985, p.181-182)、これは、日本と中国の学生が同一の講義を評価したとしても、それまでに受講してきた講義の状況、授業や授業評価、他者との関係性に関わる習慣や文化の影響を受け、異なる評価を示す可能性を示唆する。日本と中国の学生の授業過程評価に影響する要因の探索は、今後の課題である。

さらに、本研究において、群ごとに 7 下位尺度の項目平均得点を比較した結果、日本群の看護学教員が最も高得点を獲得した下位尺度は【Ⅲ. 教材の活用・工夫方法】、次いで【Ⅶ. 教員の話術】であり、中国群のそれは【Ⅰ. 講義過程のダイナミクスと講義の意義・価値の伝達】、次いで【Ⅳ. 具象と抽象の連関と教員意見の織り込みの程度】であった。これは、日本の看護学教員と中国の看護学教員の展開する講義過程の優れている点が異なることを示唆する。

異なる個性を持つ学習者は、相互学習を通し、各々、そのもてる能力を他者に伝え、長所をさらに伸ばすとともに、不足を補い、高め合っていくことができる (安彦ら, 2002, p.448)。これは、日本と中国の看護学教員が、相互学習を通し、互いの展開する講義過程の優れている点を学



び、それをいっそう高めるとともに、不足している点を補っていきけることを示唆する。日本・中国両国の看護学教員を対象に、このような相互学習を採り入れたファカルティ・ディベロップメント・プログラムを立案することは今後の課題である。

一方、日本群の看護学教員が最も低得点を獲得した下位尺度は【II. 学生への対応】、次いで【V. 内容の質と独自性】であり、中国群の看護学教員のそれは、【V. 内容の質と独自性】、次いで【II. 学生への対応】であった。これは、「学生への対応」と「内容の質と独自性」に関わる講義過程の質改善が、両国教員にとって、共通の課題であることを示唆する。共通課題の克服につながるファカルティ・ディベロップメント・プログラムの検討に向けて、この2側面に関わる講義過程の質に影響する教員特性を探索することも、今後の課題である。

## Ⅶ. 結 論

- ①授業過程評価スケールの総得点、7下位尺度の項目平均得点は、全て、中国群が日本群よりも有意に高かった。これは、中国群の看護学教員が展開した講義が、日本群の看護学教員が展開した講義よりも、自国の学生の評価視点に合致しており、学生から高い評価を得ていたことを示した。
- ②研究結果は、便宜的標本である日本群6講義、中国群6講義を受講した学生のデータを分析しており、一般化には限界がある。①の結果は、評価対象である日本・中国両国の講義過程の質それ自体の差異を反映している可能性があり、今後、データ数を増やし、検討する必要がある。また、①の結果は、評価主体者である日本・中国両国学生の状況の相違を反映している可能性もあり、今後、日本と中国の学生の授業過程評価に影響する要因を探索する必要がある。
- ③日本の看護学教員と中国の看護学教員は、展開する講義過程の優れている点が異なっており、相互学習を通し、互いの優れている点を学び、不足している点を補っていきける可能性がある。
- ④日本と中国の看護学教員は、ともに「学生への対応」と

「内容の質と独自性」に関わる講義過程の質改善を課題としている。効果的なファカルティ・ディベロップメント・プログラムの立案に向けて、今後、この2側面に関わる講義過程の質に影響する教員特性を探索する必要がある。(本研究の一部は第1回日中韓看護学会において発表した。)

## ■文 献

- 安彦忠彦他編 (2002). 新版現代学校教育大事典. ぎょうせい, 東京.
- 舟島なをみ監修 (2009). 看護実践・教育のための測定用具ファイルー開発過程から活用の実際までー (第2版). 99-108, 医学書院, 東京.
- 細谷俊夫他編 (1991). 新教育大事典 1. 第一法規, 東京.
- 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ー看護系大学・短期大学教員の面接調査を通してー 日本看護研究学会雑誌, 31(5), 57-62.
- King, I.M. (1980). *A Theory for Nursing, Systems, Concepts, Process*, Delmar Publishers Inc., Albany, New York, / 杉森みどり訳 (1985). キング看護理論. 医学書院, 東京.
- 中谷啓子, 舟島なをみ, 杉森みどり (1998). 授業過程を評価する学生の視点に関する研究ー講義. 看護教育学研究, 7(1), 16-30.
- The International Nursing Foudation of Japan (2008). *Nursing in the world; The facts, needs, and prospects*, Medical Friend Co., LTD.
- 吉本均編 (1978). 現代教授学 (講座現代教育学 5). 福村出版, 東京.
- Zao, Q.L. (2009). *Development of Teachers' Lecture Performance Assessment Scale in Chinese Version*. Thesis Completion, Centennial Celebration of Chinese Nursing Association, 39.
- 趙秋利 (2010). 中国における大学院教育の現状と大学院進学による看護職者のキャリア発達. 看護教育学研究, 19(2), 18-21.

---

**【要旨】** 研究目的は、看護基礎教育課程の講義に焦点を当て、日本と中国の看護学教員が展開する授業過程の質の共通性と相違性を解明することである。測定用具には、日本において開発された「授業過程評価スケールー看護学講義用ー」(以下、授業過程評価スケール)とその中国語翻訳版を用いた。研究対象は日本と中国の看護学教員であり、授業に参加した学生から、授業過程評価スケールを用いて授業過程の質に対する評価を受け、それをデータとして提供しよう依頼した。研究協力を得た看護学教員は、日本が6名、中国が6名であり、日本の学生354名、中国の学生430名による授業過程評価スケールへの回答を統計学的に分析した。結果は、総得点も下位尺度別得点も全て中国群が日本群よりも高いことを示した ( $p<.05$ )。また、日本と中国の看護学教員は、展開する授業過程の優れている点が異なる一方、改善を要する点には共通性があることも示した。

---

受付日 2010年10月8日 採用決定日 2010年12月16日

# 転倒・転落の発生傾向および発生要因 － 消化器科病棟の過去2年間のヒヤリ・ハット体験報告の分析－

水口京子<sup>1</sup> 榎本麻里子<sup>1</sup> 原美穂<sup>1</sup>  
岡村翠<sup>1</sup> 小澤三枝子<sup>2</sup>

1 国立国際医療研究センター病院；〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1    2 国立看護大学校  
mizkyoko@hosp.ncgm.go.jp

---

## Study of tendency and contributing factors to fall occurrences : The analysis of incident report in gastrointestinal ward for the past two years

Kyoko Mizuguchi<sup>1</sup> Mariko Enomoto<sup>1</sup> Miho Hara<sup>1</sup> Midori Okamura<sup>1</sup> Mieko Ozawa<sup>2</sup>

1 National Center for Global Health and Medicine ; 1-21-1 Toyama, Shinjuku-ku, Tokyo, 〒162-8655, Japan

2 National College of Nursing, Japan

---

【Keywords】 転倒・転落 fall, 入院患者 inpatient, ヒヤリ・ハット報告書 incident report, 消化器科病棟 gastrointestinal ward

### I. 緒言

医療者は患者が安心して医療を受ける環境を整え、提供する使命を担っている。その中でも転倒・転落は患者への身体的損傷や自信喪失など心理面への影響も少なくない。また、入院期間の延長やADLの低下など患者のQOLに大きく影響する。消化器科病棟では、肝硬変、がんなどの疾患により、肝性脳症や腹部膨満感、疼痛、貧血などの症状が出現している患者が多く入院している。平均年齢は67.5歳であり、75歳以上の高齢者が33.6%を占めている状況である。消化器科病棟に入院している患者の特徴を考慮しつつ、転倒・転落が起らないよう、看護師は細心の注意を払っている。対策として入院時にはすべての患者に対し、スコアシートを用いて転倒・転落のリスクについてのアセスメントを行なっている。転倒・転落のリスクが高い場合には、患者が触れると、体動を感知しナースコールに連動するタッチセンサーや患者がベッドから動こうとするときに看護師に知らせるセンサーマットなどのシステムを設置したり、ナースステーションに近い病室に配置したりするなどの工夫をしているが、それでも2008年度には転倒・転落のヒヤリ・ハットが45件報告されている。

考えられる対策は全て取ってもなお、転倒・転落が発生している現状を改善したいと考え、本研究を行なった。

### II. 研究目的

ヒヤリ・ハット体験報告を分析することによって、①転倒・転落の発生傾向の把握、②転倒・転落の発生要因の考察、③転倒・転落の予防対策の検討を行う。

### III. 研究方法

#### 1. 分析対象

消化器科病棟の2007年4月～2009年3月のヒヤリ・ハット体験報告のうち、転倒・転落に関する全報告書86件。

#### 2. 分析方法

転倒・転落に関する全体の傾向を把握するため、1事例ごとに、転倒・転落の発生時間、転倒・転落時の患者の心身状況、当事者（看護師）に関する要因をヒヤリ・ハット報告から抽出し、データとしてエクセルに入力し、集計した。

転倒・転落時の患者の心身状況のデータは、年齢、性別、意識障害の有無、視覚障害の有無、聴覚障害の有無、精神障害の有無、認知症・健忘の有無、上肢障害の有無、下肢障害の有無、歩行障害の有無、床上安静の有無、睡眠中か否か、せん妄状態の有無、薬剤の影響の有無、麻酔中・前後か否か、障害がないかどうかから構成される。また、当事者（看護師）に関する要因の抽出内容は、確認が

不十分であったか、観察が不十分であったか、判断に誤りがあったか、知識が不足していたか、報告等が十分であったかを抽出し、データとした。

### 3. 倫理的配慮

国立国際医療研究センター倫理委員会の承認を得て研究を行なった（承認番号 770）。消化器科外来・調査病棟に資料の収集・利用の目的およびその内容を記したポスターを掲示し、患者およびヒヤリ・ハット記入者（看護師）へ研究協力への理解を得た。

## IV. 結果

### 1. 転倒・転落の発生傾向(図 1)

転倒・転落患者の平均年齢は、72.3 歳（病棟平均 67.5 歳）、男性 66 例（76%）、女性 18 例（20%）、不明 2 例であった。

発生時間は、深夜帯（1 時～9 時）36 件（41.9%）、日勤帯（9 時～17 時）32 件（37.2%）、準夜帯（17 時～1 時）18 件（20.9%）であった。日勤帯 32 件の発生時間を見ると、11 時台に 6 件（32 件の 18.8%）、16 時台にも 6 件（32 件の 18.8%）であった。準夜帯で発生した転倒・転落は 18 件だったが、19 時～20 時台に 9 件（18 件の 50.0%）と多く発生していた。深夜帯では、36 件のうち、3 時～8 時台に 33 件（36 件の 91.7%）と集中していた。

患者の心身状況と転倒・転落発生件数との関係を見てみると、上位より、「薬剤の影響下」21 件（24.4%）、「歩行障害がある」19 件（22.1%）、「障害なし」17 件（19.8%）、「認知症・健忘がある」12 件（14.0%）、「意識障害がある」10 件（11.6%）であった。

「薬剤の影響下」21 件は、日勤帯で 4 件（32 件の 12.5%）、準夜帯で 6 件（18 件の 33.3%）、深夜帯で 11 件（36 件の 30.6%）発生していた。

「歩行障害がある」場合の転倒・転落は、19 件発生していたが、男性が 17 件（89.5%）と多かった。また、19 件のうち、深夜帯で 8 件（36 件の 22.2%）、日勤帯で 7 件（32 件の 21.9%）、準夜帯で 4 件（18 件の 22.2%）発生していた。

「障害なし」にチェックがあり転倒・転落した 17 件のうち、女性が 6 件（35.3%）と比較的多く、うち 3 件（6 件の 50.0%）は深夜帯に発生していた。

「認知症・健忘がある」12 件のうち、日勤帯が最も多く 7 件（32 件の 21.9%）であった。

「意識障害がある」10 件のうち、日勤帯が 5 件（32 件の 15.6%）、深夜帯で 4 件（36 件の 11.1%）であった。

転倒・転落発生に関する当事者（看護師）側の要因は、「観察が不十分であった」にチェックがついている転倒・転落は 64 件（74.4%）であり、うち深夜帯では 27 件（36 件の 75.0%）、準夜帯では 13 件（18 件の 72.2%）、日勤帯では 24 件（32 件の 75.0%）であった。

「確認が不十分であった」は 37 件（43.0%）であり、うち深夜帯で 11 件（36 件の 30.6%）、日勤帯で 18 件（32 件の 56.3%）であった。

「判断に誤りがあった」は 36 件（41.9%）であり、うち深夜帯で 14 件（36 件中 38.9%）、準夜帯で 12 件（18 件の 66.7%）であった。「知識が不足していた」2 件（86 件の 2.3%）は、準夜帯と深夜帯に発生した転倒・転落に関するものであった。「報告等不十分であった」2 件（2.3%）は、日勤帯と準夜帯であった。

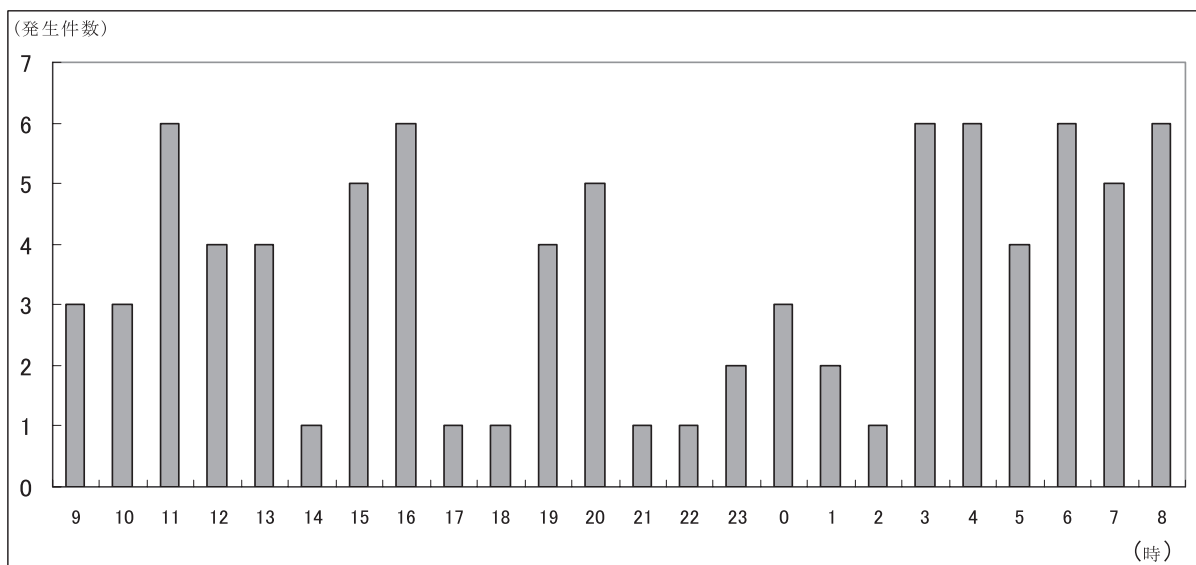


図 1 時間帯別転倒・転落発生件数



## V. 考 察

### 1. 性別による発生傾向

ヒヤリ・ハットで報告された性別は、男性患者が8割と多かった。調査病棟の男女比は男性が少し上回る程度であるが、それに比べても男性患者のヒヤリ・ハット報告件数が多いことがわかった。

歩行障害がある場合の転倒・転落についても、男性が約9割であり、歩行障害がある男性患者は特に配慮する必要性が示唆された。

また、障害がない場合でも17件の転倒・転落が報告されている。ヒヤリ・ハット報告件数に占める女性の割合は2割と少ないにも関わらず、障害がない場合のヒヤリ・ハット報告件数の約4割は女性であり、その半数は深夜帯に発生していた。このように性別によってヒヤリ・ハット報告件数に差が出る理由については、ヒヤリ・ハット報告からは特定できなかった。

### 2. 発生の時間帯

日勤帯に発生した転倒・転落(32件)のうち、11時台に発生したものは6件、16時台が6件であり、この時間帯にヒヤリ・ハット件数が多かった。この時間帯は看護師の休憩時間や勤務の交替時間にあたり、病室への訪室が比較的少ない時間帯である。休憩時間前や勤務交替時の情報共有や訪室の工夫、看護師の配置数の工夫により転倒・転落の防止につながる。

準夜帯に発生した転倒・転落(18件)では、19時から20時台に発生したものが9件と多く、この要因として就寝準備のためにトイレや洗面所まで歩行することが考えられる。また、日勤帯や深夜帯に比べ、準夜帯での発生件数が少なかったのは、面会者や日勤者の存在があったことも一因かもしれない。

深夜帯に発生した転倒・転落(36件)のうち、3時から8時台に33件(36件の91.7%)の転倒・転落が発生している。そのうち11件(36件の30.6%)が「薬剤の影響下」によるものであった。11件中10件は3時から8時台に発生しており薬剤の影響が強く示唆された。鳥津ら(2006)によると、睡眠薬服用患者(プロチゾラムM、アモバン、ロヒプノール等)は、服用直後と7～10時間後の転倒が多い。調査病棟の入院患者の中には睡眠薬を服用している者もあり、このことが深夜帯の転倒・転落の発生に影響している可能性があるが、服用していた薬剤や服用時間がヒヤリ・ハット報告からは特定できないため、推測の域をでない。

### 3. 患者の心身状況と転倒・転落の発生件数

転倒・転落に関するヒヤリ・ハット報告86件のうち、

最もチェックが多かったのは、「薬剤の影響下」だった。伊勢ら(2008)は、夜間(20時～7時)の転倒・転落に関するアクシデントレポート269件を対象に当該患者が使用している薬剤を調べ、転倒・転落に影響があると考えられる被疑薬を抽出し、関連性を検討したところ、転倒患者の約6割が中枢神経抑制薬(ベンゾジアゼピン系薬剤、抗精神病薬、抗うつ薬、オピオイド系鎮痛剤、抗パーキンソン病薬、抗ヒスタミン薬)を服用していた(伊勢ら, 2008)。

本研究の調査病棟にはターミナル期の患者や高齢の患者が多く、苦痛の緩和、不眠の解消のため、中枢神経抑制薬を使わざるを得ないという病棟の特徴があり、中枢神経抑制薬の服用による影響の可能性がある。しかしながら、服用していた薬剤について特定できないため、推測の域をでない。

また、伊勢ら(2008)によると中枢神経抑制薬を服用していなくても約4割の患者で転倒が発現していた。それらの患者では非ステロイド性抗炎症薬、プロトンポンプ阻害薬、血圧降圧薬の服用の割合が多かった。また、プロトンポンプ阻害薬を服用することにより、転倒確率が約1.8倍上昇する。さらに、ベンゾジアゼピン系薬剤は肝代謝を受けるものが多く、薬剤のクリアランスの低下や消失半減期の延長が転倒の原因につながったものと推測されたと述べている(伊勢ら, 2008)。

調査病棟は消化器科のため、プロトンポンプ阻害薬(パリエット、タケプロン、オメプラール)を服用している患者が多い。今回のヒヤリ・ハット体験報告の分析からは、どの種類の中枢神経抑制薬を何時に服用したか、プロトンポンプ阻害薬を服用していたかはわからないが、中枢神経抑制薬やプロトンポンプ阻害薬の服用している場合は注意が必要と考えられる。

今後、中枢神経抑制薬の種類とあわせて服用した時間やプロトンポンプ阻害薬服用の有無を把握しておく必要がある。看護師個々が中枢神経抑制薬やプロトンポンプ阻害薬の血中濃度変化や薬効時間に対する知識を深め、意識を高めることで、転倒・転落件数を減少させることが可能になると考えられる。

次に多かった要因は、「歩行障害がある」場合の転倒・転落である。川村(2001)によると、有目的行動における転倒・転落を排泄行動とそれ以外にあえて分ける意義は、排泄行動は他の意図的行動よりも行動そのものの転倒・転落リスクが高いからである。その理由は排泄だけは自力で行いたいと望む行動であり、自らのできる行動としたい行動に乖離が生じやすく、その分だけ行動の危険性もまた高いと述べている(川村, 2001)。本研究の場合も、歩行障害があるにも関わらず、自力で排泄を行いたいという気持ちから転倒・転落を招いてしまった可能性が高い。夜間の排泄方法について患者と一緒に検討し、頻回に訪室して声

かけを行うなど対策を講じる必要がある。さらに、中枢神経抑制薬の血中濃度が高い時間帯と排泄時間が重なる状況が予測できれば、深夜勤務者に確実に引き継ぐことが可能となり、注意喚起し、頻回に訪室するなど対策を講じることができ、転倒・転落の防止に寄与できると考える。

3番目に多かった要因は「障害なし」であり、17件中、6件は女性に発生、うち3件は深夜帯に発生していた。障害がない患者でも、特に女性は深夜帯の転倒・転落に注意する必要があることが示唆された。また、転倒・転落の原因として、オーバーテーブルの脚につまずいた、床が濡れていたなどの環境整備に関するものが多かった。この点に一層注意し、患者の療養環境を整備することで、転倒・転落の減少につなげることができると考えられる。

次いで多かった要因は、「認知症・健忘がある」、「意識障害がある」である。日勤帯での発生が多く、これは、調査病棟の入院患者の特性上、高齢者や肝性脳症などの意識障害が出現している患者が多く、日勤帯で活動するためであると考えられる。意識障害が出現している患者は危険に対する認知能力が低く、転倒・転落を起こすリスクも高い。これらの患者には危険行動の予測は困難であり、それを早期に発見し対応するため、ナースコール連動式センサーシステムの導入を考える必要がある。また、ベッド柵の工夫やベッドの高さを低い状態にすることも重要である。

#### 4. 看護師に関する要因

当事者（看護師）に関する要因は、多かった順に「確認が不十分であった」、「観察が不十分であった」、「判断に誤りがあった」であった。

「観察が不十分であった」は、64件と一番多く、転倒・転落の多くは、十分な観察によって防ぐことができると看護師は考えている。「確認が不十分であった」37件中11件は、深夜帯の3時から8時台に発生しており、夜勤勤務者数の影響による可能性がある。「判断に誤りがあった」36件中、14件は深夜帯、12件は準夜帯に発生しており、判断に迷いがあっても他の看護師が近くにいない、時間的に相談するなど確認する余裕がないという状況が推察される。「知識が不足していた」は2件であり、準夜帯・深夜帯で発生していた。夜間はアセスメントが難しいため、日頃より患者の状態をアセスメントし、夜間の転倒・転落の防止策を患者と一緒に考え、離床時の行動について説明しておく必要がある。「報告等不十分であった」は2件であり、日勤帯・準夜帯で発生していた。転倒・転落リスクの高い患者の情報は勤務開始時に口頭で周知されているが、自分が直接担当しない患者の情報も共有することが必要と考える。

この項目はヒヤリ・ハット報告記入者（看護師）の主観によるものが大きいですが、上記のような対応で、転倒・転落

の減少が見込めると考える。

#### 5. 転倒・転落防止対策

転倒・転落防止対策として、患者の心身の状況を把握し、アセスメントすることが重要である。それには、年齢、歩行障害の有無、意識障害、認知症・健忘の有無、薬剤（中枢神経抑制剤、プロトンポンプ阻害剤）の服用、服用から覚醒するまでの時間、中途覚醒の有無、排泄における行動状況、療養環境など個々の患者の状態を多角的に判断することである。松田（2010）は、転倒・転落のリスクを把握して適切な防止対策を実施するには、看護師のリスクマネジメント力の育成はもちろんのこと、回避行動をとるための患者教育も必要であると述べている。看護師のリスク感性を高め、アセスメント能力を向上できるように教育することや病棟内で情報共有できるように他職種も含めたカンファレンスを充実させることが転倒・転落防止対策のひとつと考える。また、退院に向けて、日頃から患者状態を把握し、転倒・転落の防止策を立てて、患者・家族に説明しておくことが有効であろう。

さらにアセスメントスコアシートの内容の検討を行うことや勤務者間の情報共有方法の検討を行い、看護師側の対策で予防できる方法の検討が必要である。また、休憩時間や勤務交替時の前に訪室するなどの工夫や勤務交替時や夜勤時間帯の看護師の配置の工夫も考慮しなければならないと考える。

#### VI. 研究の限界と今後の課題

ヒヤリ・ハット報告からは、転倒・転落した患者の情報しか得られないため、特定の要因となる項目の人数がわかって母集団に比べてどうであったかはわからない。例えば、転倒・転落した患者のうち男性が76%と多かったという結果を得たとしても、入院患者の8割が男性患者であった場合には、男性の方が転倒・転落のリスクが高いとは言えないからである。したがって、「どのような患者が転倒・転落するリスクが高いのか」という患者の特徴は、ヒヤリ・ハット体験報告だけの分析からは導き出すことができない。

しかし、今回の分析結果から、転倒・転落の発生が多い時間帯が明らかになり、深夜帯の転倒・転落には「薬剤の影響」がある可能性が示唆された。深夜帯の3時から8時台は、就寝時に内服した中枢神経抑制薬の血中濃度が高まり、しかもトイレに行く時間帯と重なることが原因と考えられる。本研究において、ヒヤリ・ハット体験報告のデータに、中枢神経抑制薬やプロトンポンプ阻害薬の種類や内服時間の記載欄はなく、関係を分析することはできなかった。ヒヤリ・ハット報告の書式を科学的に測定可能な情報



を記入できるようにすることも今後の研究には有用であると考える。

また、ヒヤリ・ハット報告を分析して、発生要因を特定しようと試みたが、いずれも推測の域を出なかった。発生要因を特定し、転倒・転落の防止策を検討するには、たとえば、深夜帯に転倒・転落した患者に焦点を当てて、中枢神経抑制薬の種類や服用時間、プロトンポンプ阻害薬の服用の有無、さらに服用から覚醒するまでの時間や中途覚醒時間、排尿パターンなどの情報について、詳細な事例分析を重ねることが必要である。また、検討した転倒・転落防止対策の有用性を確認するためには、介入研究を行い、本当に転倒・転落件数が減少したのか確認する研究が必要である。

## VII. 結 論

1. 転倒・転落は発生しやすい時間帯は、日勤帯では11時台と16時台、準夜帯では19時から20時台、深夜帯では3時から8時台であった。
2. 患者の心身状況と転倒・転落発生件数は、「薬剤の影響下」21件(24.4%)、「歩行障害がある」19件(22.1%)、「障害なし」17件(19.8%)、「認知症・健忘がある」12件(14.0%)、「意識障害がある」10件(11.6%)であった。
3. 当事者(看護師)に関する要因は、「確認が不十分であった」64件、「観察が不十分であった」は37件、そのうち11件は、深夜帯の3時～8時台に発生していた。「判断に誤りがあった」は36件、そのうち14件は深夜帯、12件は準夜帯に発生していた。
4. 転倒・転落防止のために、患者状態の把握とアセスメント能力を高めることが有効である。
5. 夜間の転倒・転落防止のために、夜間の排泄方法など

転倒・転落の防止策について患者や家族と共に検討し、離床時の行動について説明することが有効である。

6. 薬剤の影響による夜間の転倒・転落防止のために、中枢神経抑制薬やプロトンポンプ阻害薬の血中濃度変化や薬効時間に対する知識を深めることが有効である。

7. 転倒・転落防止のために休憩時間前や勤務交替時の患者情報共有や訪室の工夫、看護師配置の工夫、他職種も含めたカンファレンスを充実させることが有効である。

## 謝 辞

本研究の実施にご理解いただきました患者さまと、看護師の皆様へ深く感謝申し上げます。ありがとうございました。

## ■文 献

- 伊勢雄也, 島崎麻智子, 奈良弘恵, 片山志郎, 山本保博 (2008). 当院における夜間の転倒・転落のアクシデントと薬剤の関連性についての調査研究. 東京都病院薬剤師会雑誌, 57(2), 23-25.
- 川村治子 (2001). 医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究 病院における転倒転落発生要因の分析 -. 厚生科学研究費補助金, 平成12年度医療技術評価総合研究事業総括報告書, 31-53.
- 島津香織, 宇江末子, 坂本恵子 (2006). 転倒した高齢患者の服用薬剤と転倒日時の特徴 - 精神機能に影響を及ぼす薬剤に焦点をあてて -. 第37回日本看護学会論文集 (老年看護), 53-55.
- 松田恵美子 (2010). 急性期病院における入院患者の転倒・転落の現状と今後の課題 転倒・転落事故報告書の実態調査より. 徳島赤十字病院医学雑誌, 15(1), 139-143.

---

**【要旨】** 本研究の目的は、ヒヤリ・ハット体験報告を分析することによって転倒・転落の発生傾向を把握し、発生要因の考察をもとに転倒・転落の予防策を検討することである。分析対象は、消化器科病棟の過去2年間の転倒・転落に関するヒヤリ・ハット体験報告86件である。

分析の結果、転倒・転落は、日勤帯で32件、準夜帯で18件、深夜帯で36件発生していた。比較的頻度が高い時間は、日勤帯では11時台と16時台、準夜帯では19時から20時台、深夜帯では3時から8時台であった。患者の心身状況と転倒・転落の関係は、「薬剤の影響下」21件、「歩行障害がある」19件、「障害なし」17件、「認知症・健忘」12件、「意識障害」10件であった。看護師側の要因では、「観察が不十分であった」64件、「確認が不十分」37件、「判断に誤りがあった」36件であった。

夜間の排泄方法など患者と共に転倒・転落防止対策を立案し、カンファレンスの充実、情報の共有、休憩時間前や勤務交替時の訪室や看護師配置の工夫、薬剤の影響についてのアセスメント能力向上が転倒・転落の防止に有効であろう。

---

受付日 2010年10月8日 採用決定日 2010年12月16日

# 二交替制勤務看護師の疲労度，満足度に関する文献検討 －三交替制勤務との比較－

佐々木ふみ<sup>1</sup> 萱沼さとみ<sup>1</sup> 川口智美<sup>1</sup>  
佐藤圭子<sup>1</sup> 小澤三枝子<sup>2</sup>

1 国立国際医療研究センター病院；〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1    2 国立看護大学校  
fufumi1125@hotmail.co.jp

**Review of nurse fatigue, satisfaction and errors: Comparison between two- and three-shift nursing**

Fumi Sasaki<sup>1</sup> Satomi Kayanuma<sup>1</sup> Tomomi Kawaguchi<sup>1</sup> Keiko Sato<sup>1</sup> Mieko Ozawa<sup>2</sup>

1 National Center for Global Health and Medicine；1-21-1 Toyama, Shinjuku-ku, Tokyo, 〒162-8655, Japan

2 National College of Nursing, Japan

**[Keywords]** 二交替制勤務，三交替制勤務，看護師，疲労度，満足度

## I. 緒言

日本看護協会「2005年 看護職員実態調査」では、2000年頃から「3交代制・変則3交代制」が減少し、「2交代制・変則2交代制」は増加していると報告されている。また、看護系大学4年生に質問紙調査を行い、就職時の職場選択に関する調査を行なった結果、関東に就職を希望していた群では「二交替制である」の得点が有意に高かった(原, 2009), といったように、勤務形態は、看護職者の職場選択条件の一つとして重要視されている。二交替制勤務が普及し、二交替制勤務を希望している人が増えていく中で、長時間勤務に対する勤務体制の整備は今後重要な課題である。

先行研究では、二交替制勤務を導入したことにより、看護師の疲労度は三交替制勤務より低くなることが報告されている(中山ら, 2004)。二交替制勤務では夜勤後の疲労度が高く私生活の満足度は高くなかったが、6割以上の看護師は夜勤後、次の勤務までの間隔が長く、疲労が残らないと感じているという報告もある(小山ら, 2004)。また、Stampsらの職務満足度を用いた調査によると、二交替制勤務の方が職務満足度が高かったとの結果が得られている(柘植ら, 2007)。これらにより、二交替制勤務においては、看護師のライフステージに応じた仕事と仕事以外の生活の両立ができやすいようである。

しかしその一方で、二交替制勤務と三交替制勤務とを比

較すると、三交替制勤務の方が、精神健康状態(GHQ30)が高いという結果や(柘植ら, 2007)、二交替制勤務は長時間勤務により、看護職のストレスや疲労、休憩時間の確保が困難であることなどから事故の誘発といった安全面での問題があるという結果も報告されている(友納ら, 2003a)。看護師の疲労やストレスが増すと、医療事故が起こる可能性が高くなり、看護師が安心して働くことが難しい環境となる。本研究では、二交替制勤務に関する先行研究を検討し、看護師の疲労度(ストレス、眠気)や勤務体制の満足度を三交替制勤務と比較する。

また、変則二交替制勤務の導入で看護師の疲労度軽減に効果を出した先行研究では、食事休憩30分と2時間の仮眠をとり、夜勤翌日は必ず休みとし、夜間勤務者数を3人に増やして看護師1人あたりの受け持ち人数を減らしている(鈴木ら, 2005)。二交替制勤務導入時に、整えておくべき条件や着目すべき指標についても検討する。

二交替制勤務の呼び方には二交替、二交代、2交替、2交代など複数あるが、本論文では、これらを総称して二交替制勤務という。三交替制勤務も同様である。

## II. 研究方法

対象文献の選択基準 医学中央雑誌 ver4. を用いて「二交替/AL」or「二交代/AL」or「2交替/AL」or「2交代/AL」をキーワードに2004年～2010年7月について検索

し、看護原著論文 40 文献が得られた。そのうち、療養病棟または介護療養型病棟を除いた 28 文献を分析対象とした。

### Ⅲ. 結 果

#### 1. 三交替制勤務と二交替制勤務の疲労感の比較

自作式アンケートを用いて看護師の疲労感を測定した研究では、疲労感は二交替制勤務の方が低かった(玉井, 2003), という結果であった。また、二交替制勤務を導入するにあたり、人員配置の工夫(忙しい時間帯に人員増)、勤務パターンの工夫、業務改善を行なった結果、二交替制勤務の方が疲労度が低いという結果が多くあった(玉井, 2003; 村山ら, 2004; 溝口, 2007)。一方で、二交替制勤務時の急性期病棟は不穏患者の対応、夜勤帯での緊急入院があり、休憩時間の確保が困難なことがあった(村山ら, 2004)という結果もあった。

自覚症状しらべを用いた疲労度の調査では、16 時間の夜勤中に 1 時間 30 分の休憩はできるだけとるようにする、曜日の手術日・業務量によって人員調整を行なっているといた工夫の結果、三交替勤務時と二交替勤務導入後三ヶ月の夜勤後の疲労度に有意差はなく蓄積的疲労度は差がなかった(田村ら, 2006)というものであった。自覚症状しらべという尺度は、日本産業衛生学会産業疲労研究会新版(自覚症状しらべ)で 1970 年に作成された「自覚症状しらべ」を改訂し、5 尺度 5 項目を 5 段階評定で回答を行ない、慢性疲労の測定を可能にしたものである(山田ら, 2008a)。ほとんどの項目において変則二交替勤務の疲労度は均等三交替時を下回っていた(鈴木ら, 2005)というように、二交替制勤務の方が蓄積的疲労度が低いという結果が多くあった。勤務前疲労度においては、三交替制勤務と比べて二交替制勤務の方が勤務前疲労度は低い(若林ら, 2005)という結果があったが、勤務体制にかかわらず勤務前・中の休息感が得られた場合は疲労感が少なかった(菅原ら, 2006)という結果もあった。

また、導入後の調査時期においては、二交替制勤務導入前、導入後 1 ヶ月、3 ヶ月、12 ヶ月の調査では、自覚症状調べの 5 群すべてにおいて、導入前と比較し、12 ヶ月時が最も低値を示し、疲労が少ないことがわかった(山田ら, 2008b)。三交替制勤務、二交替制勤務時において自覚症状しらべを実施し、疲労感高群と低群に分けて腋窩温・血圧を休み明けの日勤前後に測定した結果、平均腋窩温は、二交替制勤務開始時の 12 月のみ疲労感高群が高い値を示し、このことは業務変更による作業に適応できない負荷が、疲労感高群にかかったためと考察している(小椋ら, 2005)。このことから、調査時期が、疲労調査の結果に影響することがわかった。

さらに、山田ら(2008a)は、二交替制勤務時と三交替制勤務時の主観的な眠気を比較した研究も行なっている。そこで用いられた眠気尺度(KSS)は、あらかじめ 0~7 の範囲で尺度値が与えられている 22 個の記述から被験者が該当する記述すべてを選択し、平均尺度値を測定時点での眠気とするもので、信頼性と妥当性の検証はなされている。結果としては、KSS も自覚症状しらべと同様、二交替制勤務導入後 1 ヶ月で有意差を認め、12 ヶ月が最も低値を示した。また、導入前の三交替制勤務は最も眠気の強い勤務であり、二交替制勤務は、三交替制勤務に比べ身体の影響は少なく疲労の蓄積が軽減できる勤務である(山田ら, 2008b)という結果であった。二交替制勤務の KSS は、勤務中の値は上昇するが、翌日の勤務開始時に値の改善が見られ、12 時間インターバルをおくことで、疲労が回復していた。一方、三交替制勤務では勤務中の KSS 変動は少ないものの、翌日の勤務開始時に値が上昇することがあり、疲労の蓄積を認めた(山田ら, 2008a)、とも報告されている。疲労の結果には、二交替制勤務の経験年数が関係しており、「1 年以上二交替制勤務に従事」「二交替制勤務に従事して 1 年未満」「三交替制勤務に従事」の 3 群に分けて検討したところ、「1 年以上二交替制勤務に従事」が、疲労が最も少なく、勤務日前日に半数以上の者が睡眠時間を 6 時間以上確保できていた(山田ら, 2008a)という結果であった。また、睡眠に関する結果として二交替制勤務者よりも三交替制勤務者に不眠や薬剤使用の割合が高い(小林ら, 2007)というデータもあり、二交替制勤務の方が不眠の訴えが少なかった。

夜勤中と夜勤後の生活における主観的な疲労感の変化について Visual Analog Scale (VAS) を用いて調べた研究では、二交替制勤務において仮眠時間が保証時間(120 分)未満の群・保証時間以上の群の間で夜勤から夜眠後の疲労感に有意差は見られなかった(松元ら, 2008)。また、夜勤後の自宅における昼眠と夜眠も両群で睡眠時間および睡眠時間開始時刻には差が見られず、16 時間夜勤時の疲労感、保証された 120 分の仮眠を取得した場合においても、それ以下の仮眠時間と差がなく夜勤後も疲労感が高い水準で推移した(松元ら, 2008)。

蓄積的疲労徴候インデックス(CFSI)を用いて蓄積的疲労度を測定した文献もある。CFSI は、心身の症状・状態などに関する 8 特性(不安感、抑うつ状態、一般的疲労感、イライラの状態、労働意欲の低下、気力の減退、慢性疲労徴候、身体不調)についての 81 項目で構成されており、信頼性・妥当性が検証されている。これらの質問について、対象者の最近の症状や体験を問う方式であり、一定の時点での症状ではなく、ときどき、または何日か停滞しているような症状・状態、違和感の有無をたずねているのである(越河ら, 2002)。調査結果において、二交替制



勤務と三交替制勤務との CFSI の平均訴え率を比較すると有意差は見られず (渡邊ら, 2008; 市江ら, 2008), 二交替制勤務導入一年後の調査においても同様の結果が得られた (渡邊ら, 2008) という文献があった。二交替制勤務の導入前と後における蓄積的疲労の相違を明らかにした研究では, CFSI の 8 特性中 7 特性には有意差が見られなかったが, 慢性疲労徴候は二交替勤務よりも三交替勤務の方が有意に高かった (Wilcoxon 符号付検定,  $p < 0.05$ ) (吉川ら, 2007)。二交替群と三交替群の慢性疲労徴候を比べても三交替群の慢性疲労徴候が有意に高い (中山ら, 2004) という文献もあるように, CFSI の調査においても二交替制勤務は, 疲労緩和に有効であることが示唆されていた。一方で, 三交替制勤務と二交替勤務を比較し, 二交替制勤務の方が CFSI の 8 特性中, 気力の減退を除く 7 特性において訴え率が高く, 特に CFSI (不安感) は基準値 18.8% に対し 2 倍以上の 44.8% と高く有意差が見られたという結果 (原田ら, 2007) が得られており, 先行研究の見解は一致していない。

病棟形態における夜勤形態別 (二交替と三交替) の比較では高谷らの「小児看護師の職務ストレス尺度」にて調査した研究もある。「小児看護師の職務ストレス尺度」とは 38 項目 8 下位尺度で構成され, 小児看護師が看護を実践するうえでのストレス認知を測定する尺度である (藤田ら, 2008)。小児病棟では職務ストレス下位尺度のうち「難しい対象への関わり」と「看護者間の人間関係」の得点が二交替群で有意に低く, 「子どもに適した設備・備品」の得点が三交替群で有意に低かった。混合病棟では「難しい対象への関わり」「看護者間の人間関係」「業務量」の得点とストレス合計得点が二交替群で有意に低く, 二交替制では多くの職務ストレスの認知が低い (藤田ら, 2008), という結果であった。

## 2. 看護師の満足度, 意見

### 1) 二交替制勤務のメリット

身体面では, 日勤 - 深夜, 準夜 - 日勤がないので楽であり (狩野ら, 2009), 精神面では時間的ゆとりや, 夜間の出退勤のストレスからの解放, 患者の状態が把握しやすい等, 精神的疲労の軽減につながっている (若林ら, 2005) という意見があった。また, 聞き取り調査の結果, 二交替制勤務では, 日勤から深夜勤務入りがなく, 夜勤明けに休暇が取れることにより時間にゆとりがもてる (柳田ら, 2008)。安全面では, ほとんどの人が三人夜勤のため, 勤務中に相談協力するスタッフが増え, 勤務に安心感がある (鈴木ら, 2005), 深夜の出勤・帰宅がないため安全である (鈴木ら, 2005; 若林ら, 2005) という意見があった。業務面では, 準夜勤で患者の状態をしっかりと把握できていることが, その後の勤務の安定につながるため朝の

ラウンドがスムーズになった (田村ら, 2006)。患者看護の視点では, 長く関わることで患者の把握が出来る (飯田ら, 2008), 夜間は就寝から起床まで継続して看護が提供できる, 患者の安心感が高まる, 申し送りや情報収集が 2 回となり, 患者の直接看護の時間となる (溝口, 2007; 田村ら, 2006) という意見があった。生活面では, 二交替制勤務の方が出勤回数が減り, 勤務パターンが日勤・夜勤・休みで夜勤が続かないため, プライベート時間が増え休日に十分に休息でき, 家族との団欒やスキンシップが持てる, 私生活が充実した (溝口, 2007; 村山ら, 2004; 若林ら, 2005) というもの, また, 旅行に行きやすくなり, 休日に何かをしようという気持ちになった (田村ら, 2006) という結果があった。今後の勤務体制については, 83% の職員が変則二交替勤務を希望し, うち, 60% は時間の調整も希望していた (山口ら, 2004)。「このまま二交替を続けたい」と答えた人が 88% であり, 「三交替に戻りたい」と答えた人はおらず, 「どちらともいえない」が 12% であった (菅原ら, 2009)。また, 変則二交替制勤務導入後の看護師とその家族の自作式アンケートによる意識調査の結果からは, 病棟スタッフの 95% が変則二交替制勤務を続けたいと思っており, 核家族の一部に三交替制勤務を望む意見があったものの 93% の家族から賛同が得られたという結果も報告されている (八坂ら, 2003)。

### 2) 二交替制勤務のデメリット

身体面では, 勤務時間が長くなり疲労の回復に時間を要する (鈴木ら, 2005), 風呂に入れられないため不快に感じる (田村ら, 2006), 二交替導入にあたり, ロング日勤 (8 時 30 から 19 時 45 分までの実働 10 時間 15 分の勤務形態) を設けたが, 看護師の考える主観的データと職場環境の変化における客観的データの比較により, ロング日勤における繁忙度が上がっていることが明らかになった。特に, 17 時から 19 時 45 分の勤務終了の時間帯に業務の密度が高く, 繁忙度が高いと感じており, 聞き取り調査の結果, 二交替制勤務ではロング日勤においては負担に感じていることが明らかになった (柳田ら, 2008)。他にも同様に長日勤の時間が長くてつらい (山口ら, 2004) が挙げられた。精神面では夜勤時間が長いと精神的負担や精神的疲労感がある, 重症患者がいると緊張感が強く精神的に負担, ストレスや疲労が強くなった (狩野ら, 2009; 田村ら, 2006; 若林ら, 2005), 勤務形態を変更したことで, 休憩時間の確保ができたが, 交替時の観察に対する不安や緊迫感がある (川合ら, 2005) という意見があった。業務面では, 夜勤時間帯での緊急入院や急変時には, 休憩時間の確保が困難なことがあった (村山ら, 2004)。生活面では, 夜勤手当が減り, 生活に影響がある (狩野ら, 2009) こと, 1 回の勤務時間が長くなることへの不安として, 子ど

もや家族と会えなくなる時間が長く不安である(狩野ら, 2009; 田村ら, 2006), 自分が体調不良になったときに長時間だとつらい, 自分の家庭に急遽何かが起こっても帰れない(菅原ら, 2009)という意見があった。安全面・患者看護の視点では, 長時間一人が担当するため, ミスに気づくのが遅れるリスクが増えた(田村ら, 2006; 飯田ら, 2008)という意見だった。

また, 二交替制勤務を導入したものの, すぐ三交替制勤務に戻した文献もある(柘植ら, 2007)。この文献では, 変則二交替制勤務導入前に看護管理的配慮の有無の記載はないが, 4ヵ月間の試行後の意見として, 「長時間の勤務は精神的に負担」「疲れるだけでメリットがない」「看護ケアの充実になってない」という否定的なものもあった。そこで, 三交替制勤務に戻し, 変則二交替制勤務の問題点を抽出, 検討, 改善し, 精神健康状態調査を行ない, GHQ30では二交替制導入後2ヵ月後には, 三交替制勤務の方が変則二交替制勤務に比べて得点が低くよかった, 感覚的な満足感で三交替制勤務に満足している, という結果が得られている。このGHQ30とは精神健康調査票で, 信頼性・妥当性は十分保証されている尺度であり, 30質問項目6構成要素から成っている。

### 3) 三交替制勤務のメリット

身体面で, 緊張感の持続は8時間が限界であり, 長い期間三交替制勤務を行なってきたので体が慣れているという意見があった(狩野ら, 2009)。

### 4) 三交替制勤務のデメリット

身体面で, 日勤-深夜, 準夜-日勤が辛い, 生活面では準夜明けの休みが損じた気分という意見があった(狩野ら, 2009)。

## 3. 二交替制勤務移行時の看護管理的工夫

二交替制勤務移行前には, まず, 現在ある業務の見直しを行い業務整理・業務改善を行うことが必要とされている(柘植ら, 2007; 玉井, 2003; 川崎ら, 2006; 川崎ら, 2007)。そして, それぞれの病棟の特性に見合った夜勤人員配置の工夫(玉井, 2003; 田村ら, 2006)と, 早出・遅出・中勤等の有無(玉井, 2003), 長時間の日勤の設定の検討が必要である(溝口, 2007; 山田ら, 2008a; 玉井, 2003; 村山ら, 2004; 川崎ら, 2006; 川崎ら, 2007)。また, 休息・休日に関しては, 仮眠時間2時間保証(松元ら, 2008)と, それに伴う仮眠場所の環境整備をしなければならない(渡邊ら, 2008; 菅原ら, 2009), 夜勤明けには休日が望ましい(溝口, 2007)とされている。

二交替制勤務を導入するにあたり, 28文献中13文献に看護管理的配慮を行なったことが記載されており, 人員の

配置(早出, 遅出, 中勤等), 勤務パターンの工夫を行なった(玉井, 2003; 溝口, 2007; 川崎ら, 2006; 川崎ら, 2007), 勤務パターンの基準を設定し連続日勤は4日以内とする, スーパー日勤の連続は2日間とする, 連続夜勤を最小限に抑える, 勤務時間帯の急激な変更は避ける, 勤務パターン・休日のとり方は各個人に差があるので確認する(玉井, 2003), 二交替制勤務時, 長日勤→夜勤→明け休日2回(長日勤:8:30~21:21, 夜勤:20:45~9:30)(溝口, 2007)という工夫をしていた。また勤務の希望について休日の希望は100%とする, チーム内で1日の中で休日希望は2名までとする, 月に1回以上は週末が過ぎせる計画とする, 年間に1度は必ず7~10日間の長期休暇をとる, チーム内で長期休暇は重ならないようにしていた(玉井, 2003)。勤務時間帯については, 三交替勤務は日勤8:10~17:00, 中勤13:40~21:30, 夜勤20:40~8:30, 二交替勤務は8:10~17:00, スーパー日勤8:10~20:30, 遅出10:00~20:30, 夜勤20:10~8:30としたものもある(玉井, 2003)。他にも, 調整休暇・年間長期休暇のとり方(玉井, 2003)などの工夫がなされていた。また, 二交替制勤務の方が疲労度が低いという11件の文献のうち4件が業務改善, 人員配置の工夫, 休憩時間の確保などの看護管理的配慮を記載していた。

## IV. 考察

今回の二交替制勤務と三交替制勤務の文献比較を行なった結果から, 疲労度には差がない, または二交替制勤務の方が疲労度は少ないという文献が多く得られた。これは, 三交替制勤務者はウルトラディアン周期成分が二交替制勤務者に比較して有意である者が多く, 生体リズムへの影響が大きいことが示唆された(友納ら, 2003b)こと, 三交替制勤務は生体リズムへの影響が大きいことが示唆されている(赤星ら, 1999)こと, 三交替制勤務はバイオリズムやサーカディアンリズムに逆行し, 慢性疲労になりやすい(溝口, 2007)こと, 他にも多くの文献が述べているように, 二交替制勤務の方が, 生体リズムを整えながら勤務を遂行できるようなのである。また, 1976年に夜勤の悪影響を予防する「ルーテンフランツの9原則」(森岡, 1977)のなかで, 次の勤務まで10時間以上あける, 日勤→夜勤より日勤→夕勤の循環がよい, 夜勤の勤務時間は短めに, とされていることから, 三交替制勤務では, 逆循環型勤務を避けることが課題であり, 二交替制勤務では, 長時間夜勤であるため, その中で仮眠・休憩時間をいかに確保していくかが今後の最大の課題であると考えられる。

疲労の回復に関しては, 疲労は時間の経過により次第に回復していくが, 確実に回復するのは翌日の夜であることが示されている(堀川ら, 2008)。「ルーテンフランツの9



原則」によれば、夜勤を伴う交替勤務者は生体リズムの乱れ防止や夜勤負担の軽減・疲労の早期回復のために、少なくとも2連休の週末を含む休日配置すべきである(佐々木, 2000), としていることから、勤務表作成時には、早期に疲労回復できるよう夜勤翌日は原則休日をとるなどの工夫が必要である。

勤務中の休憩時間、仮眠時間、夜勤人数、夜間の緊急入院状況の背景が明記された文献は少なかったが、勤務中の仮眠は可能であれば2時間前後の長い仮眠をとることが深夜勤務による疲労の軽減対策にとって重要である(斎藤ら, 1998) こと、16時間の夜勤で、60分、120分の仮眠をとった場合ととらなかった場合の比較では、120分の仮眠をとった場合にパフォーマンスの改善傾向が著しかった(上畑, 1998) と述べているように、業務調整して休憩時間・仮眠時間を2時間以上確保する必要がある。そして、夜勤人数(3名以上)を確保できれば二交替制勤務の夜勤の長時間労働と三交替制勤務の夜勤の疲労度に差がない(市川ら, 2003) ことから、二交替制勤務での仮眠時間は2時間以上、夜勤人数は3名以上の確保が必要であることが分かった。

ヒヤリハットに関しては、二交替制勤務導入後にヒヤリハットレポートが減少した(玉井, 2003), または、インシデント発生率に三交替制勤務時と変化はなかった(川合ら, 2005) という結果があり、勤務体制による安全性に差はなく二交替制勤務でも安全性は確保できると考える。

しかし、緊張・抑鬱・疲労などのストレスと関連する気分状態が高いものほど、年間の医療ミスを多く体験していることが明らかとなった(天野ら, 2009), という文献もあり、労働による疲労と医療ミスは関連性があるため、看護師の疲労軽減を考慮した勤務は必須であると考えられる。他にも、勤務中の眠気を比較すると、二交替制勤務の2時～8時(5時以外)が最も眠さが強く、生理学的機能において最も活動性が低下するのは2時～6時であり、この時間帯に事故や過誤のリスクが増加する(阿部ら, 2004) と言われていることから、二交替制勤務の場合にはこの時間帯に休息をとることが効果的であると考えられる。

二交替制勤務のデメリットとして、ロング日勤においては負担に感じている(柳田ら, 2008), 長日勤の時間が長くてつらい(山口ら, 2004) という意見があった。長時間の日勤で、どのような業務を行なっているかは不明だが、拘束時間が長いことが負担となっていると考える。長日勤・ロング日勤を設定する場合は、業務量の調整、時間設定などを検討する必要がある。また、夜勤業務のみならず、二交替制勤務の日勤業務に関しても見直しを行い、二交替制勤務継続できるよう調整が必要と考える。

二交替制勤務では、疲労、安全の視点で三交替制勤務と比較してみても大きな差がないこと、どの病棟においても

二交替制勤務導入前に病棟の特徴を分析し、仮眠が確保できる等の業務改善・人員配置を行うことにより二交替制勤務が可能となったことがわかった。また、柘植らの文献(2007)からも、二交替制勤務移行後に不備が生じすぐに三交替制へ戻した経緯があるように、二交替制勤務導入前には移行後考えられる問題点を抽出し、業務改善・看護管理的配慮を行わなければならないと考える。勤務満足度でも、二交替制勤務の方がメリットと感じている意見が多く、特に休息とプライベートに関する満足度が高く、二交替制勤務を希望している人も多かった。また、三交替制勤務のメリットの意見は少ないものの、病棟・家族・経験年数・年齢等の状況に関わらず人員配置や業務調整等の工夫次第で、どちらの勤務体制でも疲労度の軽減、安全性の確保につながるということがわかった。

二交替制勤務へ移行する際には、人員増、人員配置の工夫や入院・重症患者がいても休憩に入れるような工夫といった、病棟の特徴、問題に合わせた業務調整を行うこと、夜勤の際には仮眠・休憩が確保できるよう業務の見直しと共に、仮眠時間の確保、入るタイミング、仮眠環境の整備が必須である。夜勤明けの連日休日の取得も疲労を十分に回復するには必要である。

看護師の価値観、ニーズは一人一人違っており、結婚、子育て、介護などさまざまな環境の中で、仕事を続けている。安全で良質な看護を提供するためにも、看護職が健康で安心して働き続けることのできる労働条件や職場環境の改善が求められる。今後二交替制勤務が増えていく中で、ワークライフバランスに合わせて勤務体制が選択できるような体制や二交替制勤務のデメリットに対する対策を考えていく必要がある。

## V. 本研究の限界と今後の課題

今回の対象文献は、調査時期(二交替制勤務導入前～導入後1年)がさまざまであった。二交替制勤務は導入してから3ヵ月～6ヵ月で慣れるといった意見があること(溝口, 2007), 精神健康状態(GHQ30)においては、二交替制勤務と三交替制勤務とを比較すると、三交替制勤務のほうが、導入2ヵ月後は精神健康状態(GHQ30)が高いという結果が得られており(柘植ら, 2007), 導入後慣れるまでには時間が必要である。サーカディアンリズムは6ヵ月を経過しないと安定はしない(市川ら, 2003) など調査時期によって結果に影響がでることから、調査は少なくとも二交替制移行後3ヵ月～6ヵ月以降に実施し、12ヵ月後の追跡調査も必要である。また、今回は調査時期、状況、条件の明記がさまざまであり、また夜勤人数の詳細が記載されていない文献が多かったため、比較検討が難しかった。今後は本研究で明らかにしたような視点や条件を細

かく明記した研究が必要である。

今回の文献検討で、二交替制勤務を導入しても疲労、安全に三交替制勤務と差がない、または二交替制勤務の方が疲労度が低いということがわかった。また、二交替制勤務導入前に、業務改善し、体制を整えれば二交替制勤務、三交替制勤務でも、勤務は可能であることもわかった。しかし、急性期病棟における二交替制勤務では、夜間緊急入院、急変患者がいる際休憩がとれないという状況である(村山ら、2004)。患者の安全ならびに看護職の健康と安全を確保するためにも今後は、二交替制勤務導入後、定期的に疲労度が上がっていないか、ヒヤリハット件数が増えているか、超過勤務が増え、看護師のプライベート時間が減っていないか等、疲労度、安全の指標を見ていく必要がある。そして、それらの指標が悪化した場合には、二交替制勤務をすぐにやめるのではなく、夜勤人数、仮眠時間等の現状の環境で二交替制勤務を継続できるか、多面的に問題点の改善に向けた看護管理的工夫を検討していく必要がある。

## VI. 結 論

1. 三交替制勤務よりも二交替制勤務において疲労感は低いという文献が17件中11件、三交替制勤務の方が蓄積的疲労徴候(CFSI)が低い文献が1件、三交替制勤務の方が精神健康状態(GHQ30)が良いという文献が1件であった。疲労感の差はないものは4件であった。
2. 二交替制勤務の方が疲労度が低いという結果のうち4件が業務改善、人員配置の工夫、休憩時間の確保などの看護管理的配慮を記載していた。
3. 二交替制勤務導入にあたり病棟の状況を把握・分析し、休憩時間の確保等の業務整理を行う等の工夫が行われていた。
4. 交替制勤務に対する看護師の満足度については、二交替、三交替ともにメリット、デメリットがあることが示されていた。

### ■文 献(\*は分析対象文献)

- 阿部俊子, 友納理緒 (2004). 疲労とサーカディアンリズム. *EBNURSING*4(4), 13-19.
- 赤星秀子, 他 (1999). 交代制勤務に従事する看護師の疲労度調査. *看護技術*, 45(7), 780-787.
- 天野寛, 酒井俊彰, 酒井順哉 (2009). 看護師における医療ミス発生と気分状態の関連性について. *産業ストレス研究*, 16(4), 257-263.
- \* 藤田優一, 藤原千恵子 (2008). 夜勤形態による小児看護を実践する看護師の職務ストレス認知の違い - 病棟形態ごとの比較 -. *看護管理*, 39, 321-323.

- 原玲子 (2009). 看護師として病院に就職することを選択した看護系大学4年生の職場選択要因. *日本看護学会論文集：看護管理*, 39, 391-393.
- \* 原田智恵美, 森田里美, 渡邊美枝, 山縣志穂, 中山栄一, 中島美穂 (2007). 同一病院における看護師・介護士の年齢, 勤務形態, 職種による疲労の実態. *看護管理*, 38, 33-35.
- 堀川沙織, 佐久間夕美子, 洪井優 [他] (2008). 看護師における夜勤後の行動と疲労. *月間ナーシング*, 28(23), 130-135.
- \* 市江和子, 水谷聖子, 西川浩昭, 斉藤公彦, 小西美智子, 伊藤安恵 (2008). 総合病院に勤務する女性看護職の蓄積的疲労に関する研究(その2) - 要因別の分析 -. *日赤医学*, 59(2), 469-473.
- 市川幾恵 (2003). ナースが抱えている夜勤の問題. *エキスパートナース*, 19(13), 98-99.
- \* 飯田亜矢子, 可児みさ代, 佐伯洋子, 和下厚子, 松波美紀 (2008). 二交替勤務導入に伴う16時間夜勤について考える - 看護師の抱えている気持ちの実態調査を通して -. *看護管理*, 39, 134-135.
- \* 狩野真澄美, 井上真弓, 山崎君江, 尾西孝一 (2009). 当院における勤務体制の評価と課題. *砂川市立病院看護部*, 25, 40-45.
- \* 川合泰子, 村山貴美子, 堤恵美子, 金子美佐子 (2005). 変則二交替勤務2年目の評価. *米沢市立病院医学雑誌*, 25(1), 44-46.
- \* 川崎広子, 濱田智子 (2006). 二交替制勤務導入による時間外勤務時間縮減の効果と今後の課題. *日本手術医学会誌*, 27(2), 126-129.
- \* 川崎広子, 濱田智子 (2007). 二交替制勤務導入による手術室看護師の時間外勤務時間の縮減効果. *日本手術医学会誌*, 28(2), 75-78.
- \* 小林愛, 荻あや子 (2007). 急性期病院における看護師の不眠と薬剤使用の実態. *精神看護*, 38, 84-86.
- 越河六郎, 藤井亀著 (2002). 労働と健康の調和 CFSI (蓄積的疲労徴候インデックス) マニュアル. (財)労働科学研究所出版部, 神奈川.
- 小山和子, 尾崎彰江 (2004). 変則二交替制勤務に従事する看護師の夜勤に関する実態調査. *鳥取赤十字病院医学雑誌*, 13, 45-46.
- \* 松元俊, 佐々木司, 崎田マユミ, 内藤堅志, 青柳直子, 高橋悦子, 酒井一博 (2008). 看護師が16時間夜勤時にとる仮眠がその後の疲労感と睡眠に及ぼす影響. *労働科学*, 84, 25-29.
- \* 溝口葉子 (2007). 変則二交替制勤務の導入と評価. *鳥取赤十字医誌*, 16, 2-8.
- 森岡三生 (1977). 交替制に関する西ドイツ・ルーテン

- フランツの提言に思う. 労働の科学/労働科学研究所, 32(4), 4-6.
- \* 村山貴美子, 川合泰子, 堤恵美子, 金子美佐子 (2004). 集中治療科における変則二交替勤務の導入経過と評価. 米沢市病医誌, 24, 31-35.
  - \* 中山晃志, 佐藤和子 (2004). 看護職の交代勤務の形態と蓄積的疲労の関係. 看護管理, 14(5), 408-411.
  - \* 小椋さおり, 山本多恵子, 本間可南子, 国宗多恵 (2005). 勤務体制変更による病棟看護師の適応状況日勤時の疲労感の差異についての検討. 日本看護学会論文集:看護総合, 36, 214-216.
- 斎藤良夫, 佐々木司 (1998). 病院看護婦が日勤-深夜勤の連続勤務時にとる仮眠の実態とその効果. 産業衛生学雑誌, 40, 67-74.
- 佐々木司 (2000). 夜勤交代勤務の疲労対策. からだの科学, 230, 25-32.
- \* 菅原明子, 加藤明美, 市江和子 (2006). 看護師の夜勤における疲労感と仮眠・休息の関連 - 二交替勤務と三交替勤務を比較して -. 看護管理, 37, 472-474.
  - \* 菅原晴美, 経広円佳, 池上栄子 (2009). 二交代制の導入 - 実践とアンケート調査からみたスタッフの意識 -. 津山中央病院医学雑誌, 23(1), 105-108.
  - \* 鈴木鮎香, 戸辺嘉美, 松本由美子 (2005). 変則二交替勤務導入後の評価. 東京医科大学病院看護研究集録, 25, 51-5.
  - \* 玉井照美 (2003). 6階病棟における2交替制への取り組み. 小倉記念病院紀要, 36, 31-35.
  - \* 田村恭子, 山下順子, 櫻田陽子, 本田一雄, 松永須美恵 (2006). 特定機能病院外科病棟における二交替制勤務の評価. 山口県看護研究会学術集会プログラム・集録5回, 40-42.
- 友納理緒, 阿部俊子 (2003a). ヒューマンエラーを少なくする看護師の交替制勤務の検討. 看護展望, 6, 42-48.
- 友納理緒, 阿部俊子 (2003b). 二交替制と三交替制どっちが働きやすい?. エキスパートナーズ, 108-109.
- \* 柘植範子, 野澤里美, 遠藤里花, 塚本康子, 斎藤紋子 (2007). 勤務体制別にみた看護師の精神健康状態と職務満足度. 日本看護学会論文集:看護管理, 38, 30-32.
- 上畑鉄之丞 (1998). 看護婦のストレスとライフイベント - 他の女性職種との比較研究, 厚生科学研究費補助金 政策科学推進事業報告書「看護婦の交替勤務制の改善に関する研究」
- \* 若林陽子, 菅谷周子 (2005). 急性期病棟での二交替制勤務を導入して - 夜勤が心身に与える影響 -. 小児看護, 36, 149-151.
  - \* 渡邊由香, 吉川俊恵, 坂本麻衣, 雨宮昌美, 加藤京子 (2008). NICUにおける二交替制勤務導入後と蓄積的疲労の関係 - 二交替制勤務導入後1年が経過して -. 山梨県立中央病院, 62, 182-183.
  - \* 八楯明美, 遠藤明美, 中川里美, 吉岡あい, 保科有希, 伊藤順子, 佐々木恵子 (2003). 変則2交替制を導入して 看護師とその家族の意識調査. 古川市立病院誌, 7(1), 29-32.
  - \* 山田裕子, 石井英子 (2008a). 看護師の勤務体制と疲労・睡眠に関する研究. 医学と生物学, 152(5), 195-202.
  - \* 山田裕子, 石井英子, 赤井由紀子 (2008b). 3交替制から2交替制に転換した病棟に勤務する看護師の疲労に関する考察. 看護管理, 39, 128-130.
  - \* 山口和美, 松下奈美, 西阪登紀子, 西谷理絵子, 沖野智子, 西田宏美, 成川由貴子, 保条麻紀 (2004). 産科病棟における変則2交替制勤務への導入. 日本病院会雑誌, 51(3), 458-460.
  - \* 柳田真弓, 村本吉央, 藤本多喜子, 黒澤二三子, 天野綾子 (2008). 二交替勤務試行におけるロング日勤業務の繁忙度の分析. 川崎市立川崎病院院内看護研究集録, 62, 1-6.
  - \* 吉川俊恵, 渡邊由香, 雨宮昌美, 坂本麻依, 加藤京子 (2007). NICUにおける二交替制勤務と疲労との関係. 山梨県立中央病院年報, 34, 39-40.

---

**【要旨】** 二交替制勤務に関する先行研究について、看護師の疲労度（疲労感・眠気）、満足度を三交替制勤務と比較し、三交替制勤務から二交替制勤務に移行する際に整えるべき条件や、着目すべき指標について検討した。分析対象は、2004～2010年に急性期病院でなされた二交替制勤務に関する研究28件である。疲労の面からみると、二交替制勤務を導入しても三交替制勤務と差が見られず、むしろ二交替制勤務の方が疲労度は少なくなるという結果が複数あった。交替制勤務に対する看護師の満足度については、二交替、三交替ともにメリット、デメリットがあることが示されていた。二交替制勤務導入に際しては、事前に業務改善・人員配置の工夫・休憩時間の確保などを行えば導入が可能なようである。二交替制勤務にせよ三交替制勤務にせよ、疲労や安全に関する指標に着目し、多面的な看護管理的工夫を検討していく必要がある。

---

受付日 2010年10月8日 採用決定日 2010年12月16日



# 誤薬関連論文の検索方法に関する研究 - 医中誌 web による網羅的な文献検索を行うために -

小林友恵<sup>1</sup> 小澤三枝子<sup>2</sup>

1 国立看護大学校看護学部卒業生；〒 204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1 国立看護大学校小澤研究室    2 国立看護大学校  
ana720bin@ybb.ne.jp

## The recommended criteria when Ichushi Web users search Japanese articles about medication errors

Tomoe Kobayashi<sup>1</sup> Mieko Ozawa<sup>2</sup>

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

2 National College of Nursing, Japan

**[Keywords]** 医学中央雑誌, 文献検索, 検索語, 誤薬, 投薬ミス

### I. 緒言

医療・看護を安全に提供することは、医療従事者の切なる願いである。看護業務では、特に与薬事故（誤薬）が多く報告されており（日本看護協会，2009），与薬業務の安全性を高めようとする研究は数多くなされている。自施設における与薬業務の安全性を高めるために、これらの先行研究を参考にしたいと考える看護職も多い。

二次資料を用いて網羅的に文献検索を行うためには、事前に誤薬の類義語について調査し、その調査結果を踏まえて、適切な検索語を選択して文献検索を行うことが必要である。しかし、誤薬という事象やそれを包含する医療事故の関連語には類義語が多数存在する。そのため、的確に文献検索を行うためには、かなりの熟練を要する。

本研究では、誤薬の類義語や与薬の類義語、医療事故の関連語に関する調査を行い、用語を収集し整理する。さらに、それらの用語を使用して、医中誌 Web (Ver.4) (以下医中誌 Web という) を用いて、誤薬に関する原著論文の試行検索を行い、文献検索に最適な検索式を提案する。

本研究で提案する方法は、ブラウジングや文献レビューを行う場合を想定して、適合率の高い検索方法（精度の高い効率的な検索）よりも、再現率の高い検索方法（網羅的な検索）になるよう工夫した。本研究の結果を多くの看護職に活用していただくことによって、与薬業務の安全性に寄与したい。

### II. 研究方法

#### 1. 誤薬の類義語

まず、「誤薬」の定義を行い、次に、先行研究から誤薬の類義語を収集する。

#### 2. 医学用語シソーラスにおける誤薬に関するシソーラス用語の調査

医中誌 Web の検索支援用辞書である「医学用語シソーラス第6版カテゴリー別キーワードリスト（医学中央雑誌刊行会，2007）（以下シソーラス<カテゴリー>）」「医学用語シソーラス第6版50音順キーワードリスト（医学中央雑誌刊行会，2007）（以下シソーラス<50音順>）」を用いて、誤薬に関するディスクリプタ・非ディスクリプタ・ヒストリーを調査する。

#### 3. 国内文献における与薬の類義語と医療事故の関連語の調査結果

複合語である誤薬を2個の構成要素に分割し、「与薬すること」の部分すなわち与薬の類義語と、「間違えて」の部分すなわち医療事故の関連語を、国内文献を対象として多角的に調査する。

#### 4. 誤薬の類義語、与薬の類義語、医療事故の関連語に関するシソーラス用語の調査結果

収集した与薬の類義語と医療事故の関連語を、医中誌 Web の Mapping 機能を使用してシソーラス用語と自然語



に区別し、さらに、医中誌 Web の候補語辞書の参照機能と医学用語シソーラスを使用してより適切な検索語を収集した。

## 5. 医中誌 Web による試行検索

1～4 の調査結果を踏まえて、医中誌 Web を用いて誤薬に関する原著論文の試行検索を行い、網羅的に文献を検索できる検索式を立案する。

## Ⅲ. 結果

### 1. 誤薬の類義語

与薬エラー発生に関する研究動向を調べた研究（八代ら、2004）では、次の方法で文献検索を行なっている。まず、医中誌 Web を用いて、検索語に誤薬の類義語である「与薬エラー」「与薬ミス」「与薬事故」を使用し、検索期間を 1990 年から 2002 年として文献検索を行ない、検索された原著論文から与薬エラーに関する論文を抽出し、その論文に使用されている引用・参考文献から与薬エラーに関する国内論文を抽出する。さらに、職業団体や行政からの報告書・解説論文・書籍・その他を加えて、総計 43 件を国内の調査対象文献として選定する。この研究の引用文献リストには、論文タイトル内に、「与薬ニアミス」「与薬に関するヒヤリ・ハット」など、誤薬の類義語が多数存在していた。

看護学大辞典は、「誤薬」を「間違えて与薬すること。与薬の全過程での間違いを含む。」と定義しているが、文献上の表記において、この事象を指し示す類義語は多数存在する。

### 2. 医学用語シソーラスにおける誤薬に関するシソーラス用語の調査

医中誌 Web では、一件一件の文献に、専門の索引者が主題に沿ったシソーラス用語（ディスクリプタ・非ディスクリプタ）を付与している。

シソーラス<カテゴリー>には、ディスクリプタとして「誤薬」は収録されておらず、類義語である「投薬ミス」が収録されている。ディスクリプタとは、各種用語関連資料や頻度を参考にして選定されたもので、索引・検索に使用される用語である。ある概念を表す用語が複数存在する場合には、それぞれの用語で表現された情報を一カ所に集めるために、その概念を代表する表記として、ディスクリプタの選定が必要となる。医中誌 Web では、ディスクリプタは統制語・見出し語ともいい、「/TH」で表す。一方、ディスクリプタ以外の検索語（非ディスクリプタを含む）は「/AL」で表す。

ディスクリプタで検索をした場合、検索式は「ディスク

リプタ /TH or ディスクリプタ /AL」である。たとえば、投薬ミスの場合「投薬ミス /TH or 投薬ミス /AL」で検索される。

シソーラス<50 音順>の「投薬ミス」の項目には、非ディスクリプタとして「投薬過誤」が収録されている。非ディスクリプタとは、ディスクリプタの異表記や、索引・検索上で同義語とみなしている用語である。医中誌 Web では、同義語という。ちなみに「投薬過誤」は、第 5 版シソーラスまではディスクリプタとして収録されていた。

非ディスクリプタで検索をした場合、Mapping 機能（ディスクリプタに自動案内する機能）が働き、検索式は「ディスクリプタ /TH or 非ディスクリプタ /AL」である。例えば、投薬過誤の場合「投薬ミス /TH or 投薬過誤 /AL」で検索される。

シソーラス用語以外の検索語すなわち自然語で検索をした場合、検索式は「自然語 /AL」である。自然語とは、論文や記事などに著者が用いたそのままの学術用語で、ディスクリプタ・非ディスクリプタ以外の検索語である（鈴木ら、2006；田中、2004）。

Mapping はシソーラス<50 音順>に収録された非ディスクリプタにのみ機能し、他の自然語には機能しないのかを確認するため、八代らの研究（2004）を踏まえて「与薬エラー」「与薬ミス」「与薬事故」で文献検索を行い、その検索式の表示を調査した。その結果、「与薬エラー」と「与薬事故」はディスクリプタ「投薬ミス /TH」に自動案内されたが、「与薬ミス」は自動案内されなかった。

ADVANCED MODE の候補語辞書の参照機能を使用して、統制語リストの表示を調査したところ、「与薬エラー」「与薬事故」は、ディスクリプタ「投薬ミス」の同義語に位置づけられていた。

つまり、Mapping は自然語すべてに機能するわけではない。また、比較的新しい文献が「自然語 /AL」では検索できるのに「ディスクリプタ /TH」では検索できない場合もあり、Mapping 機能だけに頼るのは好ましくない。医中誌 Web は、シソーラス用語を活用することで、精度の高い効率的な検索をすることを可能にしているが、より網羅的な検索をするためには、自然語による検索を併用することが望ましい（表 1）。

### 3. 国内文献における与薬の類義語と医療事故の関連語の調査結果

#### 1) 誤薬の類義語の構造

誤薬の類義語である「与薬エラー」「与薬ミス」「与薬事故」は、誤薬の定義である「間違えて」の部分と「与薬すること」の部分の 2 個の構成要素の組合せとして構成される複合語である。そこで、複合語をこの 2 個の構成要素に分割し、国内文献 24 件（表 2）を対象として、構成要素

表1 シソーラス語・自然語と類義語・同義語・関連語

シソーラス語・自然語		
シソーラス 用語	ディスクリプタ	各種用語関連資料や頻度を参考にして選定されたもので、索引・検索に使用される用語 医中誌 Web では、統制語・見出し語という
	ヒストリー	ディスクリプタの変遷
	非ディスクリプタ	ディスクリプタの異表記や、索引・検索上で同義語とみなしている用語 医中誌 Web では、同義語という
自然語		論文や記事などに著者が用いたそのままの用語
類義語・同義語・関連語		
類義語		意義の類似する用語
同義語		一般的には、語形は異なるが意義はほぼ同じ用語 本研究では、医中誌 Web 上の非ディスクリプタを同義語とする
関連語		与えられた用語とある特定の関係にある用語 たとえば、上位語・下位語（階層関係）や、同義語・類義語（同義・類義関係）や、反意語（反意関係）などであり、略語も含む

表2 文献一覧

	No.	書名・表題・文書タイトル
看護学辞典・ 事典	1	看護学事典
	2	看護大事典第1版
	3	看護学大辞典第5版
医学辞典	4	医学書院医学大辞典
	5	最新医学大辞典第3版
	6	南山堂医学大辞典第19版
医療安全に 関する事典	7	医療の質用語事典
	8	医療安全用語事典
	9	医療・病院管理用語事典改訂第3版
単行本	10	医療安全—看護の法と倫理の視点から第2版（石井，1999）
	11	系統看護学講座別巻16 医療安全（川村，2005）
	12	医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて「提言」：事故を未然に防ぐ方策から事故後の対応策のガイドライン （国立大学医学部附属病院長会議，2001）
	13	ナーシング・マネジメント・ブックス6「看護事故」防止の手引き（杉谷，1997）
原著論文	14	看護職における「与薬エラー発生」に関わる要因—国内外の研究動向と今後の課題—（八代ら，2004）
解説	15	医療安全管理の実践3 医療事故用語の定義（長谷川，2003）
特集	16	医療安全の新たな展望—総論—危機管理原論（長谷川，2002）
	17	医療安全の新たな展望—各論—ヒューマンファクターとエラー対策（石橋，2002）
電子文書	厚生労働省	
	18	医療安全推進総合対策～医療事故を未然に防止するために～
	19	患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書
	国立大学医学部附属病院長会議常置委員会	
	20	医療事故防止のための安全管理体制の確立について—「医療事故防止方策の策定に関する作業部会」中間報告—
	日本医師会	
	21	患者の安全を確保するための諸対策について
	日本看護協会	
	22	医療事故発生時の対応—看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン—
	23	組織でとりくむ医療事故防止—看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン—
日本医療機能評価機構		
24	医療事故情報収集等事業第17回報告書	

毎の類義語・関連語を調査した。

## 2) 与薬の類義語

国内の医学・看護学に関する辞典・事典6件を対象として、「与薬すること」の部分すなわち与薬の類義語を調査し、「与薬」「与薬法」「投薬」「薬物投与」「薬物適用」を収集した。看護学領域では、主に「与薬」が使用される(医学書院医学大辞典)。一方、医学領域では、「与薬」の他、「投薬」「薬物投与」「薬物適用」が使用される。

## 3) 医療事故の関連語

国内文献24件を対象として、「間違えて」の部分すなわち医療事故の関連語を調査した。

まず、長谷川(2002)は、①健康障害の有無、②過誤(Error)の有無の視点で、医療事故の関連語の分類を行っている。①では、健康障害がある場合を「医療事故」、ない場合を「ひやり・はっと事例」に分類する。「ひやり・はっと」は、他の調査対象文献において「ヒヤリハット」「ヒヤリ・ハット」「ヒヤリ、ハット」「ヒヤリ・ハット」など、ひらがなとカタカナ・読点の書き方による表記の揺れがある。さらに、②では「医療事故」を過誤の有無で分類を行い、過誤がある場合を「医療過誤」、ない場合を「その他の医療事故」に分類する。「ひやり・はっと事例」についても「(過誤の)あり・なしの双方があり得る」と説明しているものの、特別に用語の分類を行っていない。

「過誤」(Error)に関して、各々の文献で「エラー」の多様な定義・分類が行われている。また、複数の文献で「ヒューマンエラー」の省略形として「エラー」が使用されている(医療の質用語事典;石橋,2002;国立大学医学部附属病院長会議,2001;医療安全用語事典)。

医療安全用語事典は、「エラー」と「ミス」の関係について「日常的には、誤り、失敗、過失を意味する語句としてミスが用いられている。ミスとエラーは日常用語としては明確に区別する必要はないが、認知心理学的には、エラーという語句が適切である。」と説明している。

次に、国内の看護学に関する辞典・事典・単行本6件を対象として、看護事故の関連語を調査し、「看護事故」「看護過誤」を収集した。

杉谷(1997)は、「医療事故」の定義には、診療事故および看護事故を含めるものと、両者を区別するものがあるとし、後者の見解に立つ。さらに、「看護事故」を過誤の有無で分類を行い、過誤がある場合を「看護過誤」、ない場合を「不可抗力事故(偶発事故)」に分類する。

本研究では、誤薬すなわち「間違えて与薬すること」の類義語の調査を目的としている。そこで、「過誤」が存在する場合に限定して、医療事故の関連語を次の3群に大別した。

### ①健康障害が発生した状態を指し示す用語群

医療事故 事故 アクシデント 看護事故

医療過誤 看護過誤

②健康障害が発生するに至らなかった状態を指し示す用語群

潜在的医療事故 インシデント ニアミス

ヒヤリハット ヒヤリ・ハット ヒヤリ、ハット ひやりはっと ひやり・はっと ひやり、はっと ヒヤリ・ハット

③人間の行為に着目する用語群

過誤 エラー ヒューマンエラー ミス

## 4. 誤薬の類義語、与薬の類義語、医療事故の関連語に関するシソーラス用語の調査結果

### 1) 誤薬に関するシソーラス用語

「Ⅲ. 2. 医学用語シソーラスにおける誤薬に関するシソーラス用語の調査」で述べたように、ディスクリプタ「投薬ミス」には、シソーラス<50音順>に収録されている非ディスクリプタ「投薬過誤」以外に、複数の同義語が存在する。同義語の異表記間で検索結果に差が生じない場合は、代表する表記を選択する(表3 誤薬の類義語)。

ここで、ディスクリプタと医中誌Webの同義語と医学用語シソーラスの非ディスクリプタを検索語に使用した場合、各々の検索結果に差が生じるのかを確認するため、次の方法で文献検索を行なった。二次資料に医中誌Webを用いて、検索期間は2007年~2010年、論文種類は「原著論文」に限定する。ここに示す検索結果は、2010年9月22日現在のものをご了解いただきたい。

まず、ディスクリプタ「投薬ミス」で検索を行なった。その結果、Mapping機能を使用する(投薬ミス/TH or 投薬ミス/AL)と255件、Mapping機能を使用しない(投薬ミス/TH)と254件が検索された。

次に、同義語「与薬事故」で検索を行い、Mapping機能を使用すると254件が検索され、全件がディスクリプタ「投薬ミス」の検索結果と重複していた。非ディスクリプタ「投薬過誤」で検索を行い、Mapping機能を使用すると255件が検索された。しかし、Mapping機能を使用しないと2件が検索され、その内1件のみディスクリプタ「投薬ミス」の検索結果と重複していた。

### 2) 与薬の類義語と医療事故の関連語に関するシソーラス用語の整理

#### (1) 与薬の類義語に関するシソーラス用語の整理

##### (i) シソーラス用語と自然語に区別する

医中誌WebのMapping機能を使用して、「Ⅲ. 3.2) 与薬の類義語」で収集した与薬の類義語と医中誌Webにおけるシソーラス用語との一致・不一致を調査し、シソーラス用語と自然語に区別する。

(ii) ディスクリプタ・同義語・非ディスクリプタ・ヒストリーから適切なシソーラス用語を収集する

より適切な検索語を求めて、次の方法で調査した。前項のシソーラス用語と自然語について、医中誌 Web の候補語辞書の参照機能を使用して統制語リストの表示を調査し、候補語として挙げられた見出し語・同義語から適切な検索語を選択する。そして、上述の方法で収集した見出し語について、医学用語シソーラスを用いて昇格語・降格語・変更語リストと非ディスクリプタ・ヒストリーを調査し、収集した用語から適切な検索語を選択する。また、見出し語の階層構造の表示も調査する。同義語の異表記間で検索結果に差が生じない場合は、代表する表記を選択する(表3 与薬の類義語)。

(2) 医療事故の関連語に関するシソーラス用語の整理

前項と同じ方法で、収集した医療事故の関連語をシソーラス用語と自然語に区別し、ディスクリプタ・同義語・非ディスクリプタ・ヒストリーから適切なシソーラス用語を収集した(表3 医療事故の関連語)。

5. 医中誌 Web による試行検索

本項は、前項までにとりまとめた各々の調査結果を踏まえて、二次資料に医中誌 Web を用いて誤薬に関する文献検索を行う。検索期間は2007年～2010年、検索日は2010年9月22日、論文種類は「原著論文」に限定し、Mapping 機能を使用する。

1) ディスクリプタ「投薬ミス」による検索

「Ⅲ. 4.1) 誤薬に関するシソーラス用語」で述べたように、検索語に「投薬ミス」を使用して検索を行なった結果、ディスクリプタ「投薬ミス /TH」に自動案内され、255件が検索された。・・・①

2) 与薬の類義語と医療事故の関連語の論理積による検索

検索語に、表3に示す与薬の類義語と医療事故の関連語に関するシソーラス用語と自然語を選択し、次の方法で文献検索を行なった。なお、下線の検索語は現在の医中誌

表3 誤薬の類義語と与薬の類義語と医療事故の関連語に関するシソーラス用語の調査結果

誤薬の類義語

ディスクリプタ (統制語・見出し語)	医中誌 Web に おける同義語	医学用語シソーラスに おける非ディスクリプタ	ヒストリー	自然語
投薬ミス (変更語) <sup>注1)</sup>	投薬過誤 与薬エラー 与薬事故 誤薬	投薬過誤 (変更語)	投薬過誤 (変更語)	

与薬の類義語

ディスクリプタ (統制語・見出し語)	医中誌 Web に おける同義語	医学用語シソーラスに おける非ディスクリプタ	ヒストリー	自然語
薬物療法	投薬 与薬	投薬		与薬法 薬物投与 薬物適用

医療事故の関連語

ディスクリプタ (統制語・見出し語)	医中誌 Web に おける同義語	医学用語シソーラスに おける非ディスクリプタ	ヒストリー	自然語
医療過誤 事故	医療事故			アクシデント 潜在的医療事故 インシデント
医療ミス	ヒューマンエラー メディカルエラー メディカル・エラー			ニアミス ヒヤリハット
看護ミス (変更語)	看護過誤 看護事故	看護過誤 (変更語)	看護過誤 (変更語)	ヒヤリ・ハット ヒヤリ, ハット
医療事故防止 (変更語) 事故防止	医療過誤防止 事故予防	医療過誤防止 (変更語)	医療過誤防止 (変更語)	ひやりはっと ひやり・はっと
インシデント・レポート (昇格語) <sup>注2)</sup>	ヒヤリ・ハット報告 インシデントレポート ヒヤリ・ハット事故報告 病院事故報告	ヒヤリ・ハット報告	リスク管理 リスクマネジメント (昇格語)	ひやり, はっと ヒヤリ・ハット 過誤 エラー ミス

注1) 変更語とは、第5版におけるディスクリプタの表記を変更した用語である。

注2) 昇格語とは、第5版においてあるディスクリプタのもとで非ディスクリプタとして統制されていた用語が、第6版よりディスクリプタとして独立して扱われるようになった用語である。



Web の Mapping 機能では、ディスクリプタに自動案内されないため注意が必要である。

1 「与薬の類義語」を or で括る。

与薬の類義語は、以下の 6 語である。

薬物療法 投薬 与薬 /

与薬法 薬物投与 薬物適用

2 「医療事故の関連語」を or で括る。

医療事故の関連語は以下の 35 語である。

医療過誤 医療事故 事故

医療ミス ヒューマンエラー

メディカルエラー メディカル・エラー

看護ミス 看護過誤 看護事故

医療事故防止 医療過誤防止 事故防止 事故予防

インシデント・レポート インシデントレポート

ヒヤリ・ハット事故報告 病院事故報告

ヒヤリ・ハット報告

リスク管理 リスクマネジメント /

アクシデント 潜在的医療事故 インシデント ニアミス

ヒヤリハット ヒヤリ・ハット ヒヤリ, ハット

ひやりはっと ひやり・はっと ひやり, はっと

ヒヤリ・ハット

過誤 エラー ミス

3 「誤薬の類義語」を or で括る。

誤薬の類義語は、以下の 5 語である。これらはいずれも、ディスクリプタ「投薬ミス /TH」に自動案内される。

投薬ミス 投薬過誤 与薬エラー 与薬事故 誤薬

4 医中誌による試行検索

誤薬の定義である「間違えて」の部分と「与薬すること」の部分の 2 個の構成要素を組合せるため、「与薬の類義語」と「医療事故の関連語」を and で結ぶ。そして、この論理積と「誤薬の類義語」を or で括る。

(「与薬の類義語」and「医療事故の関連語」) or 「誤薬の類義語」

その結果、1,154 件が検索された。・・・②

「投薬ミス /TH」のみを使用する場合 (①) には、網羅的検索を行なった場合 (②) の 22.1% が検索されたことになる。

## IV. 考 察

### 1. 誤薬に関するシソーラス用語による検索

「Ⅲ. 4.1) 誤薬に関するシソーラス用語」で述べたように、ディスクリプタ・同義語・非ディスクリプタを検索語に使用した場合、各々の検索結果に差が生じた。以上の結果から、より網羅的な検索をするためには、ディスクリプタのみならず同義語・非ディスクリプタによる検索を追加することが望ましい。その準備として、適切な検索語を選

択するための様々な調査が必要とされる。

まず、非ディスクリプタ「投薬過誤」は、シソーラス <50 音順> の調査から収集した検索語であるが、「投薬過誤」は、ヒストリー (ディスクリプタの変遷) によると、第 5 版シソーラスまではディスクリプタとして収録されていた。医学用語シソーラスは、1983 年の第 1 版刊行以来ほぼ 4 年ごとに改訂されている。適切な検索語を選択するためには、非ディスクリプタ・ヒストリーを改定毎に調査することが必要であると考えられる。

次に、同義語「誤薬」は、看護学大辞典から収集した検索語である。また、同義語「与薬エラー」「与薬事故」は、八代ら (2004) の研究で使用された検索語である。辞典・単行本・原著論文等の文献を対象とする調査も、適切な検索語を選択するためには、必要であると考えられる。

しかし、医中誌 Web における同義語を文献調査からすべて見つけ出すことは不可能であり、網羅的な検索を行うには限界がある。

### 2. 与薬の類義語と医療事故の関連語の論理積による検索

自然語による検索の利点として、シソーラス用語にない新しい用語や特殊な専門用語で検索が可能であることが挙げられる。しかし、欠点として、一つの概念を表現する多数の類義語の存在や、「ヒヤリ・ハット」「ひやり・はっと」「ヒヤリ・ハット」などの表記の揺れを考慮しないと、検索漏れの恐れがあることが挙げられる。

重要なのは、自然語について、医中誌 Web の候補語辞書の参照機能を使用して統制語リストの表示を調査し、候補語として挙げられた見出し語・同義語から適切な検索語を選択し、さらに収集した見出し語について、医学用語シソーラスを用いて昇格語・降格語・変更語リストと非ディスクリプタ・ヒストリーを調査し、収集した用語から適切な検索語を選択することである。このように自然語をシソーラス用語に変換することと、見出し語の階層構造の表示を調査することの利点として、次の 2 点が挙げられる。第一に、シソーラス用語による検索は、自然語による検索では多数の類義語を必要とするのに比べて、少数のシソーラス用語で網羅的な検索が可能である。第二に、「医療事故防止」「事故防止」「インシデント・レポート」など文献を対象とする調査時には見落としていた用語を収集し検索語に追加できたことは、検索範囲を拡張することに役立ったと考える。

与薬の類義語と医療事故の関連語のシソーラス用語と自然語の併用による検索結果である②は、ディスクリプタ「投薬ミス」による検索結果である①を漏れなく包含している。以上の結果から、網羅的な文献検索のための検索式は「与薬の類義語 and 医療事故の関連語」or「誤薬の類義



語」であり、シソーラス用語と自然語を併用することが必要であると考え。

検索式立案の考え方は、上に示したとおりであるが、シソーラス用語は定期的に改訂されること、自然語もまた新しい用語や特殊な専門用語の出現により変遷することから、今後起こりうる用語の変化に対応できるわけではない。また、シソーラス用語は二次資料ごとに特徴があることから、JDream II や最新看護索引 Web など他の二次資料については別の検索式を立案する必要があると考える。本研究で示した検索方法を参考に、必要な自然語をシソーラス用語に加えて文献検索を行えば網羅的検索が可能となり、看護学への貢献度が高められると考える。

本研究は、2006年度国立看護大学校看護学部提出した卒業論文の一部を2010年9月現在の状況に合わせて加筆・修正したものである。

## ■文 献

- 長谷川友紀 (2002). 医療安全の新たな展望—総論危機管理原論. 保健医療科学, 51(3), 127-130.
- 長谷川敏彦 (2003). 医療安全管理の実践3 医療事故用語の定義, 病院 62(7), 590-596.
- 医学中央雑誌刊行会 (2007). 医学用語シソーラス第6版 カテゴリー別キーワードリスト. 医学中央雑誌刊行会, 東京.
- 医学中央雑誌刊行会 (2007). 医学用語シソーラス第6版 50音順キーワードリスト. 医学中央雑誌刊行会, 東京.
- 飯田修平, 飯塚悦功, 棟近雅彦 (2005). 医療の質用語事典. 日本規格協会, 東京.
- 石橋明 (2002). 医療安全の新たな展望—各論—ヒューマンファクターとエラー対策. 保健医療科学, 51(4), 232-244.
- 石井トク (1999). 医療安全—看護の法と倫理の視点から第2版. 医学書院, 東京.
- 伊藤正男, 井村裕夫, 高久史磨 (2003). 医学書院医学大辞典. 医学書院, 東京.
- 川村治子 (2005). 系統看護学講座別巻 16 医療安全. 医学書院, 東京.
- 国立大学医学部附属病院長会議 (2001). 医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて「提言」: 事故を未然に防ぐ方策から事故後の対応策のガイドライン. 日総研出版, 愛知.
- 国立大学医学部附属病院長会議. 常置委員会, 医療事故防止のための安全管理体制の確立について—「医療事故防止方策の策定に関する作業部会」中間報告—, 2009年8月10日検索, [http://www.umin.ac.jp/nuh\\_open/iryujiko.pdf](http://www.umin.ac.jp/nuh_open/iryujiko.pdf)
- 厚生労働省. 医療安全対策検討会議, 医療安全推進総合対策—医療事故を未然に防止するために—, 2009年8月10日検索, <http://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/tp1030-1y.html>
- 厚生労働省. 患者誤認事故予防のための院内管理体制の確立方策に関する検討会, 患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書, 2009年8月10日検索, [http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1105/h0512-2\\_10.html#no3-2](http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1105/h0512-2_10.html#no3-2)
- メヂカルフレンド社 (2002). 看護学大辞典第5版. メヂカルフレンド社, 東京.
- 見藤隆子, 小玉香津子, 菱沼典子 (2003). 看護学事典. 日本看護協会出版会, 東京.
- 南山堂 (2006). 南山堂医学大辞典第19版. 南山堂, 東京.
- 日本病院管理学会 (2004). 医療安全用語事典. エルゼビア・ジャパン, 東京.
- 日本病院管理学会 (2006). 学術情報委員会, 医療・病院管理用語事典改訂第3版. エルゼビア・ジャパン, 東京.
- 日本医療機能評価機構医療事故防止事業部, 医療事故情報収集等事業第17回報告書, 2009年8月10日検索, [http://www.med-safe.jp/pdf/report\\_17.pdf](http://www.med-safe.jp/pdf/report_17.pdf)
- 日本医師会医療安全対策委員会, 患者の安全を確保するための諸対策について. 2009年8月10日検索, <http://www.med.or.jp/anzen/data/anzen1308.pdf>
- 日本看護協会 (2009). 看護職が関与した医療事故報道について2008年(1/1~12/31)に報道された看護職が関与した医療事故の概要. 2009年8月10日検索, <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/pdf/2009/200904.pdf>
- 日本看護協会 (2002). 「医療事故発生時の対応」に関する検討WG, 医療事故発生時の対応—看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン—. 2006年11月30日検索, [http://www.nurse.or.jp/anzen/risk-guide/guideline/jikotaiou/04\\_05yougokaisetu.pdf](http://www.nurse.or.jp/anzen/risk-guide/guideline/jikotaiou/04_05yougokaisetu.pdf)
- 日本看護協会 (1999). リスクマネジメント検討委員会, 組織でとりくむ医療事故防止—看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン—. 2006年11月30日検索, [http://www.nurse.or.jp/jna/riskmanagement/001\\_2.html](http://www.nurse.or.jp/jna/riskmanagement/001_2.html)
- 最新医学大辞典編集委員会 (2005). 最新医学大辞典第3版. 医歯薬出版, 東京.
- 杉谷藤子 (1997). ナーシング・マネジメント・ブックス6「看護事故」防止の手引き. 日本看護協会出版会, 東京.

鈴木庄亮, 川田智之 (2006). 保健・医療・福祉のための論文のまとめ方と書き方改定第2版. 南江堂, 東京.

田中功 (2004). 情報管理の基礎知識2訂版. 海文堂出版, 東京.

和田攻, 南裕子, 小峰光博 (2002). 看護大事典第1版.

医学書院, 東京.

八代利香, 松成裕子, 梯正之 (2004). 看護職における「与薬エラー発生」に関わる要因—国内外の研究動向と今後の課題—. 日本職業・災害医学会会誌, 52, 299-307.

---

**【要旨】** 誤薬という事象やそれを包含する医療事故の関連語には類義語が多数存在するため, 二次資料を用いて網羅的に文献検索を行うためには, それらの類義語の知識が不可欠である。本研究では, 国内文献から誤薬の類義語や与薬の類義語, 医療事故の関連語を収集・整理するとともに, それらの用語を使用して, 医中誌 Web (Ver.4) を用いて誤薬に関する原著論文の試行検索を行い, 網羅的な文献検索のための検索式を考察した。検索語にディスクリプタ「投薬ミス」のみを使用する方法は, 検索漏れの恐れがある。検索式を (「与薬の類義語」and「医療事故の関連語」) or「誤薬の類義語」とし, 検索語にシソーラス用語と自然語を併用する方法は, より網羅的な検索を可能とする。

---

受付日 2010 年 10 月 8 日 採用決定日 2010 年 12 月 16 日



**2009年度  
活動報告**



# 国立看護大学校 Faculty Development(FD)活動報告

## 2009年4月～2010年3月

本学における教育の質の向上および改善を目指して、2009年度は、以下のとおり11回のFD研修会を開催した。

### 1. 「卒業研究の指導について」(2009年4月10日) 竹内文生教授

本学の卒業研究は、「文献検索の仕方、文献の論評」「論文講読(英語)」「研究方法」「研究計画書の書き方」および「ケーススタディ論文まとめ」から構成されている。4年次の卒業研究は各教員がそれぞれの担当学生に対して個別指導を行なっているが、より効果的な指導を目指して提案や意見交換がなされた。主に話し合われた内容は、政策看護実習との兼ね合い、学生のニーズ、自己学習、学生の自己評価および学生同士の評価、成績評価、経費、論文発表会、年間スケジュールなどである。

### 2. 「国際医療研究委託費の申請について」(2009年5月25日、26日) 佐藤鈴子教授

国際医療研究委託費の申請方法について、資料をもとに詳細な説明が行われた。

### 3. 「独法化に向けた本学の取組みについて」(2009年5月28日) 田村やよび大学校長

開学より10年経過した今日までの成果を評価したうえで、独法化に向けた今後の具体的な課題と取り組みについて説明がなされた。中期計画は「社会に対する契約」であり、本学の5機能(教育、研究、情報提供、研修、社会貢献)を中心に整備する方針が示された。

### 4. “Learning language (English) from different perspectives”

「言語(英語)習得について：具体的学習方法を含め様々な観点からの検討」(2009年6月25日)

松岡里枝子教授, David R. Evans 講師

英語習得(第二言語)を困難にしている要因について、Critical Period Hypothesis(臨界期仮説)とSocio-psychological factors(社会心理的要因)が紹介され、具体的な学習行動の提案や、有効なリソースの紹介がなされた。

### 5. 「国際医療研究費の研究課題に係る倫理委員会に関する説明会報告」(2009年7月1日) 小澤三枝子教授

「国際医療研究費の研究課題に係る倫理委員会に関する説明会」の説明内容について、配布資料に基づきながら重要事項に絞って説明がなされた。

### 6. 「SPSSの使い方について」(2009年7月9日) 柏木公一准教授

SPSS初級編として、入力方法や分析方法、基本的な検定について解説があり、操作練習を行なった。

### 7. 「成人看護学の教育について」(2009年8月27日)

久部洋子教授, 飯野京子教授, 石井智香子教授, 綿貫成明准教授, 遠藤晶子講師, 小山友里江講師

成人看護学の領域としての考え方の説明、講義と実習での実践内容や課題が報告された。課題については最近の試みや成果等が具体的に紹介された。また、教育活動を行っていく中で感じる最近の学生の傾向や現任教育を行う中で感じる本学学生・卒業生の特徴について説明がなされ、学生の成長や教育方法について様々な角度から考える良い機会となった。質疑応答では、科目や領域を越えて教育価値観を共有する時間を得ることができた。

### 8. 「老年看護学の教育について」(2009年11月6日) 林稚佳子教授, 三笠里香講師

老年看護学の科目の構成、科目の概要について説明があり、講義、演習、実習の教育活動状況や教育の課題について説明がなされた。また学生の主体的な学習態度の育成について意見交換がなされた。勉強の仕方が分からない学生には自分のやり方をつかむまでトレーニングする、主体的な学習を促すPBL(Problem-based Learning)を実施する、などの意見が出され、領域を超えた教員間で教育の課題を共有することができた。

### 9. 「臨床での研究と教育について」(2009年12月10日) 伊藤龍子教授

研究職と教育職の両立について、経験に基づいた説明がなされ、小児救急医療とトリアージ、成育医療における育児支援ネットワーク、小児看護学の教育など、多岐にわたる内容について議論の機会を得た。また、在宅看護の視点からの質疑応答もあり、領域を超えた教員間で様々な課題を共有することができた。



10. 「IMCJの国際保健医療協力」(2010年2月25日) 清水真由美准教授

IMCJの国際医療協力局の歴史, ミッション・活動目的, 具体的業務内容について, 数々の海外でのプロジェクトの経験などを交えながら紹介がなされた。国際看護学を目指して本学を選択する学生が多くいることもあり, 実際の国際看護(医療)の場で何がどのように行なわれてきているかについての情報共有は有意義であった。

11. 「平成22年度国際医療研究開発費に係る説明会報告」(2010年3月15日) 小澤三枝子教授

国際医療研究開発費を用いた研究の特徴や, 応募に際しての留意事項などについて, 説明会の内容が報告された。研究費申請の事前評価(5項目), 中間・事後評価(4項目)について説明がなされた。

## 教員の研究活動 2009年4月～2010年3月



### 大学校長

---

#### [著書]

田村やよひ編(2009). 看護教員必携資料集. メヂカルフレンド社, 東京.

清水嘉与子, 矢野正子, 久常節子, 田村やよひ, 野村陽子(2009). 保助看法 60 年を振り返る～歴代厚生労働省看護課長による座談会～. 保健師助産師看護師法 60 年史～看護行政のあゆみと看護の発展～. 10-25, 日本看護協会出版会, 東京.

田村やよひ(2009). 准看護師制度を巡る取り組み. 保健師助産師看護師法 60 年史編纂委員会編集, 保健師助産師看護師法 60 年史～看護行政のあゆみと看護の発展～. 270-276, 日本看護協会出版会, 東京.

田村やよひ(2009). 進む大学教育と教員養成. 保健師助産師看護師法 60 年史編纂委員会編集, 保健師助産師看護師法 60 年史～看護行政のあゆみと看護の発展～. 292-301, 日本看護協会出版会, 東京.

#### [誌上発表]

田村やよひ, 野地有子(2010). 政策医療を支える国立看護大学校の教育. 現代のエスプリ 510 看護という営み. 47-52, ぎょうせい, 東京.

田村やよひ(2009). ウズベキスタン共和国看護教育改善プロジェクト終了時評価調査報告書. 独立行政法人国際協力機構ウズベキスタン事務所.

#### [研究助成および研究成果報告書]

石井トク, 江守陽子, 大室律子, 小山真理子, 佐藤正美, 城丸瑞恵, 谷山牧, 田村やよひ, 森千鶴, 佐藤禮子, 阿曾洋子(2010). 看護教育の教育環境に関する実態と質向上に資するための提言. 日本看護学教育学会.

#### [講演・学会発表]

大室律子, 小山真理子, 佐藤正美, 城丸瑞恵, 谷山牧, 田村やよひ, 森千鶴, 石井トク(2009). 看護学教育の教育環境に関する実態調査報告. 日本看護学教育学会第 19 回学術集会, 北見, 9 月.

田村やよひ(2009). 看護の視点から政策を作り動かす. 第 7 回国立病院看護研究学会学術集会, 清瀬, 12 月.

田村やよひ, 山田雅子, 馬場敦子, 泉谷裕則(2009). 「評価される看護の専門性に向けて」. 第 14 回日本看護サミット北海道'09, 札幌, 10 月.

### 人間科学(情報学)

---

#### [研究助成および研究成果報告書]

柏木公一(2009). 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 21 年度科学研究費補助金.

#### [講演・学会発表]

Kashiwagi, K., Uto, U., Miyo, K., & Tsuru, S.(2009). A feature of Nursing Information Systems in Japan. Asia Pacific Association for Medical Informatics, Kobe, Japan, November.

Kashiwagi, K. (2009). An Ontological Approach for translating the ICNP. 10th International Congress on Nursing Informatics, Helsinki, Finland, June.

古庄夏香, 黒田裕子, 森山敬子, 小田正枝, 林みよ子, 中木高夫, 山勢博彰, 柏木公一, 伊東美佐江(2009). 看護の質向上を指した看護支援システムの機能と構造の探究 研究方法具体化のための予備調査. 日本看護研究学会雑誌, 32(3), 215.

柏木公一(2009). 新電子カルテシステムによるシミュレーション演習. 看護診断, 14(2), 115.

柏木公一(2009). これからの看護アウトカム評価. 病院設備, 51(5), 478.

### 人間科学(心理学)

---

#### [講演・学会発表]

鉦鹿健吉(2009). 援助のコミュニケーション. 第 25 回日本精神衛生学会, 清瀬, 11 月.

鉦鹿健吉(2009). 心を豊かにする関係性. 第25回日本精神衛生学会, 清瀬, 11月.

## 人間科学(語学)

---

### [論文]

- Matsuoka, R., Poole, G. (2010). The use of politeness strategies in Japanese healthcare settings: Analysis of manga discourse between healthcare providers and a “difficult” patient. *The Journal of Nursing Studies, National College of Nursing, Japan*, 9(1), 9-17.
- Evans, D. (2010). Peer and self evaluation in spoken English: The views of first and second years in a nursing college. *The Journal of Nursing Studies, National College of Nursing, Japan*, 9(1), 28-36.
- Matsuoka, R. (2009). Discourse analysis of encouragement in Japanese healthcare comic books. *JACET Summer Seminar Proceedings*, 26-34.

### [著書]

- Matsuoka, R. (2009). *Japanese college students' willingness to communicate in English*. Kohn, Germany: Lambert Academic Publishing.
- 松岡里枝子(2009). 看護大学の英語教育. アルク教育社編. 英語教育と e-learning. 48-50, アルク教育社, 東京.

### [講演・学会発表]

- Matsuoka, R. (2010). *Effect of conference participation on communication apprehension*. The 6<sup>th</sup> CamTESOL conference, Phnom Penh, Cambodia, February.
- Matsuoka, R. (2009). *Discourse analysis of encouragement using Japanese healthcare related comic books*. The 1<sup>st</sup> World congress of Nursing Science Association, Kobe, Japan, September.
- Matsuoka, R. (2009). *Discourse analysis of encouragement in Japanese healthcare comic books*. JACET Summer Seminar, Kusatsu, Japan, August.
- Matsuoka, R. (2009). *Discourse analysis of encouragement using Japanese comics*. F2009 Conference of International Society of Language Studies, Florida, U.S.A., June.

## 人間科学(保健行政学)

---

### [論文]

- 森山幹夫(2009). 看護法人制度の可能性についての考察. 国立看護大学校研究紀要, 8(1), 43-51.
- 森山幹夫(2009). 少子高齢化と医療保障政策, 日本大学総合研究報告書 2009 年号, 41-56, 2009.

### [著書]

- 森山幹夫(2009). 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普及版. 21-30, 日本染色体遺伝子検査学会, 東京.
- 森山幹夫(2010). 看護と法律. 新看護学(第5巻)専門基礎5. 131-230, 医学書院, 東京.

### [誌上発表]

- 森山幹夫(2009). 日本の人口は減少. 保育界, 419, 28-29.

### [研究助成および研究成果報告書]

- 森山幹夫(2010). 地域密着型医療における有床診療所の役割に関する研究(主任研究). 平成21年度厚生労働科学研究費補助金事業.

### [講演・学会発表]

- 森山幹夫(2009). 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(2009). 地域で生きる. 全国肢体不自由児者親の会連合会関東ブロック大会, 千葉, 8月.
- 森山幹夫(2009). 染色体遺伝子検査情報の分かりやすい普及方法について. 日本染色体遺伝子検査学会, 久留米, 11月.

## 人間科学(生命科学)

---

### [論文]

- Takemura, R., & Hamamoto, Y. (2009). Side effects of molecularly targeted drugs and their molecular mechanisms. *Journal of Health Science*, 55(3), 338-346.

## 基礎看護学(看護基礎科学)

---

### [論文]

森那美子(2009). 看護師の生物災害に対する準備性および継続教育に関する研究. 日本集団災害医学会誌, 14(2), 164-173.

### [研究助成および研究成果報告書]

森那美子(2009). 看護師の生物災害に対する準備性および教育に関する研究. 平成 18-20 年度科学研究費補助金(若手研究(B)). 研究成果報告書.

森那美子(2009). 病院機能特性に応じた医療機関および看護師の生物災害対応に関する研究. 平成 21 年度科学研究費補助金(若手研究(B)). 研究成果報告書.

森那美子(2009). 医療関連感染防止におけるリンクナースの準備性および教育に関する研究. 平成 21 年度厚生労働省国際医療研究委託費.

切替照雄(主任研究員), 吉倉廣, 加藤はる, 荒川宣親, 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, 谷口美由紀, 陰下敏明, 吉田弘之, 岡本英利, 下川晃生, 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, 平松玉江, 八木哲也, 前川裕子, 益田洋子, 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). 医療機関における感染症伝播に関する研究, 平成 21 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.

### [講演・学会発表]

森那美子, 西岡みどり(2010). 医療関連感染防止におけるリンクナースの準備性および教育に関する検討. 第 25 回日本環境感染学会総会学術集会抄録, 367.

## 基礎看護学(基礎看護援助学)

---

### [論文]

Kobayashi, H. (2009). Well-being and freedom of patients; comparison of nursing service between Sweden and Japan. *Report Series / Centre for Public Health, Umeå university*, 2009:29, ISSN: 1651-341X. 1-31.

### [誌上発表]

小林秀行(2009). スウェーデンの大学における試験の実際; 科目・学生双方の信頼性認証の鍵. スウェーデン社会研究所所報, No347.

小林秀行(2009). 学生の議論と主体性を引き出すスウェーデンの大学環境. スウェーデン社会研究所所報, No346.

### [研究助成および研究成果報告書]

Kobayashi, H. (2009). Dissipate isolation in Japan or open opportunity in Sweden? Nursing domains perceived by patients related to capability. 財団法人医療科学研究所第 17 回研究助成「看護サービスに対する患者の知覚の国際比較モデルの検討:日瑞 2 国間比較研究」. 研究成果報告書.

### [講演・学会発表]

Kobayashi, H. (2009). *Patients uppfattning av omvårdnad på hjärtavdelning: Hjärtcentrum och japanska lika avdelningar*. Hjärtcentrum, Norrlandsuniversitetssjukhus, Umeå, Sweden, July.

Miyamoto, M., & Sato, R. (2009). *Family caregivers' perceptions regarding caring for residents with dementia in long-term care facilities in Japan*. The 1st International Nursing Research Conference of World Academy of Nursing Science, Kobe, Japan, September.

松山友子(2009). 看護師の卒後研修制度への期待と課題; 新人看護師の研修制度に向けて 臨床と教育との連携強化への期待. 第 63 回国立病院総合医学会, 仙台, 10 月.

野元瑞穂, 松山友子(2009). わが国の看護師が実施する死後のケアの研究の現状と課題~2003 年から 2007 年の国内文献の分析を通して~. 第 7 回国立病院看護研究学会学術集会, 清瀬, 12 月.

今峰璃沙, 松山友子(2009). 看護師が捉える患者の『安楽』と実際の援助方法に関する文献検討~2003 年から 2007 年までの国内文献の分析を通して~. 第 7 回国立病院看護研究学会学術集会, 清瀬, 12 月.

小林秀行(2009). 患者にとっての看護の意義: 相違をもたらすのは文化か社会か? 日本・スウェーデン比較研究から. 第 29 回日本看護科学学会学術集会, 千葉市, 11 月.

能見清子, 水野正之, 小澤三枝子(2009). 看護職員対象の日本語版情緒的組織コミットメント尺度の検討. 第 29 回日本看護科学学会学術集会, 千葉市, 11 月.

能見清子, 水野正之, 小澤三枝子(2009). 看護職員の情緒的組織コミットメントの関連因子ー臨床経験年数別の分析ー. 第 29 回日本看護科学学会学術集会, 千葉市, 11 月.

能見清子, 小澤三枝子(2009). 看護職員の情緒的組織コミットメントの傾向ー政策医療を担う関東圏・急性期病院における調査

よりー。第7回国立病院看護研究会学術集会，清瀬，12月。

## 基礎看護学(看護教育学)

---

### [論文]

中原博美，亀岡智美(2009)．新人看護師の職業的成熟度に関する研究ー現状及び関係する特性に焦点を当ててー．看護教育学研究，19(1)，21-34．

### [著書]

亀岡智美(2009)．看護実践の卓越性自己評価尺度ー病棟看護師用ー．舟島なをみ監修．看護実践・教育のための測定用具ファイルー開発過程から活用の実際までー(第2版)．63-73，医学書院，東京．

亀岡智美(2009)．看護師目標達成行動尺度．舟島なをみ監修．看護実践・教育のための測定用具ファイルー開発過程から活用の実際までー(第2版)．74-85，医学書院，東京．

亀岡智美(2009)．Nursing Stress Scale(日本語版)．舟島なをみ監修．看護実践・教育のための測定用具ファイルー開発過程から活用の実際までー(第2版)．221-232，医学書院，東京．

亀岡智美(2009)．看護学教員ロールモデル行動自己評価尺度(英語版)．舟島なをみ監修．看護実践・教育のための測定用具ファイルー開発過程から活用の実際までー(第2版)．291-300，医学書院，東京．

### [講演・学会発表]

Cox, K.S., Lacey, S., Messmer, P.R., Teasley, S.L., Kameoka, T., Yan, M., Yan, L., Gregg, M.F.(2009). *A Survey of Asian Nurses Perception of their Work Environment*. 40<sup>th</sup> Biennial Convention, Sigma Theta Tau International, U.S.A.

Yamashita, N., Funashima, N., Murakami, M., Miura, H., Kameoka, T., Nakayama, T., Hongo, K., Hattori, M., Sugimori, M. (2009). *Comparison of Role Model Behaviors of Nursing Faculty Between BSN/ADN and Diploma Programs in Japan*. 40<sup>th</sup> Biennial Convention, Sigma Theta Tau International, U.S.A.

Kameoka, T., Funashima, N., Zao, Q., Shufen, Y., Nomoto, Y., Miura, H., Nakayama, T., Hattori, M., Xie, D., Liu, W. (2009). *A Comparison of Quality of Teaching-Learning Process in Japan and China; Focusing on Nursing Lectures*. 第1回日中韓看護学会, 43-46, China.

Kameoka, T., Funashima, N., Ueda, T., Yokoyama, K., Nomoto, Y., Mochizuki, M., Sugimori, M. (2009). *Hospital Nurses' Self-Evaluation of their Excellence in Nursing Practice in Japan*. 20<sup>th</sup> International Nursing Research Congress Focusing on Evidence-Based Practice, Sigma Theta Tau International, Canada.

宮首由美子，亀岡智美(2009)．認定看護師の活動に関する研究の現状ー1997年から2008年までの文献の分析を通してー．第7回国立病院看護研究会学術集録集，91．

亀岡智美，舟島なをみ，上田貴子(2009)．病院に就業する看護師の看護実践の卓越性ー臨床経験年数との関係に焦点を当ててー．第29回日本看護科学学会学術集会講演集，420．

亀岡智美(2009)．「研究成果活用能力自己評価尺度ー臨床看護師用ー」開発の意義と展望．看護教育学研究，18(2)，24-25．

## 基礎看護学(看護管理学)

---

### [論文]

Sakaki, H., Nishioka, M., Kanda, K., Takahashi, Y. (2009). An investigation of the risk factors for infection with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* among patients in a neonatal intensive care unit. *American Journal of Infection Control*, 37(7), 580-586.

### [著書]

小澤三枝子(2010)．リーダーシップ．和田攻，南裕子，小峰光博編，看護大事典(第2版)．p.2915-6，医学書院，東京．

小澤三枝子(2010)．状況的リーダーシップ．和田攻，南裕子，小峰光博編，看護大事典(第2版)．p.1430，医学書院，東京．

小澤三枝子(2010)．変革型リーダーシップ．和田攻，南裕子，小峰光博編，看護大事典(第2版)．p.2641-2，医学書院，東京．

小澤三枝子(2010)．交流型(取引型)リーダーシップ．和田攻，南裕子，小峰光博編，看護大事典(第2版)．p.1065-6，医学書院，東京．

小澤三枝子(2010)．PM理論．和田攻，南裕子，小峰光博編，看護大事典(第2版)．p.96，医学書院，東京．

西岡みどり(2010)．個体要因(属性)．和田攻，南裕子，小峰光博編，看護大事典(第2版)．1100．医学書院，東京．

西岡みどり(2010)．ボタン熱．和田攻，南裕子，小峰光博編，看護大事典(第2版)．2705-2706．医学書院，東京．

西岡みどり(2010)．発疹チフス．和田攻，南裕子，小峰光博編，看護大事典(第2版)．2709．医学書院，東京．

西岡みどり(2010)．末期感染．和田攻，南裕子，小峰光博編，看護大事典(第2版)．2738．医学書院，東京．

西岡みどり(2010)．マールブルグ病．和田攻，南裕子，小峰光博編，看護大事典(第2版)．2725．医学書院，東京．

西岡みどり(2010)．手洗い．和田攻，南裕子，小峰光博編，看護大事典(第2版)．2040．医学書院，東京．



西岡みどり(2009). 6. 感染予防の看護技術. 竹尾恵子監修, 看護技術プラクティス(第2版). 88-114. 学研メディカル秀潤社, 東京.

[誌上発表]

西岡みどり(2009). 中小病院のサーベイランスはどうあるべきか. 感染と消毒, 16(2), 138-142.

西岡みどり(2009). 日米の SSI 国家サーベイランスとその現状. 感染対策 ICT ジャーナル, 4(4), 419-422.

[研究助成および研究成果報告書]

西岡みどり(2009). 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: 切替照雄). 平成 21 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(2009). 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: 切替照雄). 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.

[講演・学会発表]

Mizuno, M., Kinoshita, Y., Nishioka, M. (2009). *Backrest elevation for the prevention of ventilator-associated pneumonia in ICUs in Japan*. The 8<sup>th</sup> East Asian Conference on Infection Control and Prevention, Tokyo, Japan, November.

浦中桂一, 小澤三枝子(2010). 男性看護師の葛藤や困難に関する文献検討. 第 7 回国立病院看護研究学会学術集会, 清瀬, 12 月.

西岡みどり, 水野正之, 木下佳子(2009). ICUにおける人工呼吸器関連肺炎(VAP)防止に関する実態調査. 大磯フォーラム感染防止と医療器材を考える会第 15 回研究フォーラム平成 20 年度分科会研究発表, 東京, 4 月.

西岡みどり(2009). SSI サーベイランスとフィードバック. 第 2 回東北感染制御フォーラム, 東京, 8 月.

西岡みどり, 水野正之, 木下佳子(2010). 集中治療室における人工呼吸器関連肺炎 ventilator-associated pneumonia(VAP)防止に関する実態調査. 第 25 回日本環境感染学会総会, 東京, 2 月.

平松玉江, 烏田香織, 西岡みどり(2010). 食道癌手術患者における外来看護師によるケアバンドルを用いた術前介入の術後肺炎防止効果. 第 25 回日本環境感染学会総会, 東京, 2 月.

沼直美, 和田典子, 石田康子, 西岡みどり(2010). 同種造血幹細胞移植患者における中心静脈カテーテル由来血流感染発生のリスク因子の探索. 第 25 回日本環境感染学会総会, 東京, 2 月.

---

## 成人看護学

[論文]

Fujisawa, D., Park, S., Kimura, R., Suyama, I., Koyama, Y., Takeuchi, M., Yoshikawa, H., Hashiguchi, S., Shirahase, J., Kato, M., Takeda, J., & Kashima, H. (2009). Unmet supportive needs of cancer patients in an acute care hospital in Japan: A census study. *Supportive Care in Cancer*, Published online October 21, 2009, DOI:10.1007/s00520-009-0761-9.

外崎明子, 佐藤正美, 今泉郷子, 小泉佳右, 高橋恵子(2009). がんサバイバーの健康生成のための運動プログラムの開発—文献レビュー—. 日本がん看護学会誌, 23(1), 3-20.

酒井郁子, 湯浅美千代, 島田広美, 末永由理, 遠藤淑美, 綿貫成明, 杉田由加里, 山本雅子, 染谷さち代, 広瀬穂積, 吉本照子, 周宇形 (2010). 脳卒中患者の自我発達を促進する看護援助理論を用いた看護師学習プログラムの開発と評価. 文化看護学会誌, 2(1), 27-39.

[著書]

Watanuki, S., Tracy, M. F., Lindquist, R. (2009). *Therapeutic listening*. In M., Snyder, & R., Lindquist (Eds.), *Complementary and alternative therapies in nursing* (6th ed., pp. 47-59). New York: Springer.

[誌上発表]

久部洋子(2009). 医療人の育成を考える 看護師の卒後教育の現状と課題—臨床現場で活躍する専門看護師・認定看護師の育成. 日本病院会雑誌, 56(11), 1285-1292.

綿貫成明, 大町弥生, 辻村史子, 伊藤良子, 中山由美, 宮地真澄, 平木尚美, 表澄子(2010). 成人看護学実習および老年看護学実習において看護学生が見学または実施した看護基本技術の実態—学生による自己評価調査の分析より—. 藍野学院紀要, 22, 101-115.

[研究助成および研究成果報告書]

小山友里江(2010). リウマチ患者の手術療法前後の Quality of Life に関する研究. ストライカー整形外科看護研究助成金制度報告書.

外崎明子(研究代表者), 佐藤正美, 小泉佳右, 七澤朱音(連携研究者)(2010). がんサバイバーの身体活力回復プログラムの構築と評価研究. 平成 20-24 年度科学研究費補助金(基盤研究(B)).

[講演・学会発表]

Iino, K. (2009). Educational evaluation of a cancer nursing education. *The 1st International Nursing Research Conference of World Academy*

*of Nursing Science: Program and Abstracts*, 202.

- Koyama, Y. (2009). The experiences of living with rheumatoid arthritis and surgeries: A descriptive qualitative study. *The 1st International Nursing Research Conference of World Academy of Nursing Science: Program and Abstracts*, 241.
- Sakai, I., Watanuki, S., Torita, M., Kawasaki, M., Matsukawa, K. (2009). Nurses' assessment and interventions for adult and elderly post-operative patients who are at high-risk for developing or presently experiencing acute confusion. *The 1st International Nursing Research Conference of World Academy of Nursing Science: Program and Abstracts*, 238.
- Tonosaki, A., Inoshita, K., Motoi T., Araki, M., Ogami, Y., Kondo, S. (2009). Recent research trends and issues in hematopoietic stem cell transplantation nursing in Japan: Reviewing a decade of published research. *The 3rd AASCT Nurses Symposium 10 Years Anniversary of Korean Blood and Marrow Transplant Nurses Society*, 11(1), 21-25.
- Watanuki, S., Sakai, I., Torita, M., Kawasaki, M., Matsukawa, K. (2009). Patterns and risk factors of acute confusion among adult and elderly patients undergoing general surgeries at a university hospital. *The 1st International Nursing Research Conference of World Academy of Nursing Science: Program and Abstracts*, 237.
- Iino, K., Koyama, Y., Watanuki, S., Sueyoshi, M., Suzuki, C., Kato, Y., Nishikimi, N., Chikamasa, A., Suhara, Y., Hisabe, Y. (2010). Communication skills of students training in cancer nursing in Japan. *The 16th International Conference on Cancer Nursing: Abstract Book*, 123.
- Koyama, Y., Watanuki, S., Iino, K. (2010). Emotional feelings with metastatic spinal cord compression among long-term survival cancer patients. *The 16th International Conference on Cancer Nursing: Abstract Book*, 131.
- Tonosaki, A. (2010). Changes and issues in nursing care for hematopoietic stem cell transplantation in Japan based on a review of research from 1999-2009. *The 36th Annual Meeting of the European group for Blood and Marrow Transplantation 26th Meeting of the EBMT Nurses Group, Abstract Book*, 1205.
- Watanuki, S., Iino, K., Okamoto, T. (2010). Association between adverse events and adherence of patients with gastric cancer who underwent gastrectomy and adjuvant chemotherapy with an oral fluoropyrimidine (S-1). *The 16th International Conference on Cancer Nursing: Abstract Book*, 119.
- 不破理映, 遠藤晶子, 飯野京子(2009). ペグインターフェロンとリバビリン併用療法を受ける C 型慢性肝炎患者が治療開始に至るプロセス. *日本慢性看護学会誌*, 3(1), A51.
- 船生昌美, 近政彩子, 久部洋子, 小山友里江, 和田徳昭, 酒村智子, 向井博文, 向原徹(2009). 乳がん術後リンパ浮腫に対する患者自身による複合的理学療法の効果. *日本乳癌学会総会プログラム抄録集* 17 回, 281.
- 辻哲也, 田沼明, 吉原広和, 増田芳之, 岡山太郎, 石井健, 安部能成, 田尻寿子, 安藤牧子, 栗原美穂, 飯野京子, 石川愛子, 松本真以子(2009). コ・メディカル教育—がんのリハビリテーションに関する教育研修の取り組み. *日本癌治療学会誌*, 44(2), 333.
- 西堀光重, 河村知代, 濱田佑美, 小山友里江(2009). 電子カルテ導入に対する S 病院看護師の負担感に関する検討. *第 40 回日本看護学会抄録集看護管理*, 341.
- 須賀一恵, 綿貫成明(2009). 領域別看護学実習中における看護学生のストレスとコーピング—フォーカス・グループインタビューを通して. *第 7 回国立病院看護研究学会学術集會集録集*, 49.
- 村松夕妃, 遠藤晶子(2009). 虚血性心疾患患者の復職の現状・看護に関する文献検討. *第 7 回国立病院看護研究学会学術集會集録集*, 65.
- 栗原美佳, 小山友里江, 石井智香子(2009). 階段昇段中の小休止の取り方の違いが心拍数に及ぼす影響. *第 7 回国立病院看護研究学会学術集會集録集*, 66.
- 久部洋子, 飯野京子, 小山友里江, 加藤陽子, 錦見直子, 末吉真由美, 鈴木慈子(2009). 看護基礎教育におけるがん看護学教育の実際. *第 7 回国立病院看護研究学会学術集會集録集*, 100.
- 遠藤晶子, 綿貫成明, 石井智香子, 時廣亜希子, 應武園子(2009). 政策医療における「呼吸循環ケア」の教育の現状と今後の課題. *第 7 回国立病院看護研究学会学術集會集録集*, 101.
- 岡本隆行, 飯野京子, 綿貫成明(2009). S-1 による術後補助化学療法を受ける胃がん患者の困難の分析. *第 7 回国立病院看護研究学会学術集會集録集*, 138.
- 飯野京子, 小山友里江, 小西敏子, 丸口ミサエ(2009). 高齢者がん患者のターミナルケアにおける問題点に関する研究—山間へき地におけるがん終末期患者の緩和ケア体制、鎮痛薬の使用の実際. *第 7 回国立病院看護研究学会学術集會集録集*, 140.
- 綿貫成明(2009). 日本の組織文化におけるワーク・ライフ・バランスとキャリアデザイン(リレー講演)—仕事役割と私生活役割のヘルシー・バランスの模索. *第 29 回日本看護科学学会学術集會講演集*, 144.
- 小山友里江(2009). 転移性脊椎腫瘍で手術療法を受けた患者の不安に関する研究. *第 29 回日本看護科学学会学術集會講演集*, 201.
- 丸口ミサエ, 小西敏子, 飯野京子, 小山友里江, 上原ます子(2010). 山間へき地におけるがん終末期患者の緩和ケアおよびがん性疼痛緩和の現状. *第 24 回日本がん看護学会学術集會講演集*, 24, 191.

- 磯野寿美枝, 小山友里江(2010). 外来で化学療法を受ける女性乳がん患者へのメイクケアの効果. 第24回日本がん看護学会学術集会講演集, 24, 92.
- 岡本隆行, 飯野京子, 綿貫成明(2010). S-1による術後補助化学療法を受けるⅡ・Ⅲ期胃がん患者の困難への対処. 第24回日本がん看護学会学術集会講演集, 24, 209.
- 野崎悦代, 小山友里江, 石井智香子(2010). 拡張型心筋症を基礎疾患にもつ慢性心不全患者の療養行動の実態. 第74回日本循環器学会総会・学術集会講演集, 144.
- 山岸暁美, 久部洋子, 山田雅子(2009). 「在宅の視点のある病棟看護尺度」の開発. 第29回日本看護科学学会学術集会講演集, 489.

## 成育看護学(小児看護学)

---

### [論文]

- 遠藤数江, 小川純子, 中村伸枝, 小俣智子, 佐藤奈保(2010). 小児がん経験者における日常生活の実際と踵骨の骨梁面積率に関連する要因の検討. 国立看護大学校研究紀要, 9(1), 1-8.
- 松下ゆかり, 井比舞子, 伊藤龍子(2010). 手術や検査を受ける思春期早期にある患者の意思表明のための看護. 国立看護大学校研究紀要, 9(1), 18-27.
- 中村伸枝, 遠藤数江, 出野慶子, 荒木暁子, 佐藤奈保, 沖奈津子, 三瀬尚子, 小川純子, 金丸友(2010). 子育て支援センターを利用する母親の生活習慣・BMI・骨量と幼児の生活習慣. 千葉大学看護学部紀要, 32, 1-5.

### [著書]

- 伊藤龍子, 矢作尚久編著(2010). 小児救急トリアージテキスト. 医歯薬出版株式会社, 東京.

### [誌上发表]

- 伊藤龍子(2009). 小児救急医療におけるトリアージシステムの動向. こどもケア, 4(1), 94-100.
- 来生奈巳子(2009). 実践に活かせる子ども虐待防止対策. 小児看護, 32(5), 544-550.
- 来生奈巳子(2009). 行政機関との連携に必要な法制度の知識. 小児看護, 32(7), 970-980.
- 来生奈巳子(2009). こんにちは赤ちゃん事業と養育支援訪問事業. 子どもの虐待とネグレクト, 11(3), 313-321.

### [研究助成および研究成果報告書]

- 伊藤龍子, 加藤忠明(2010). 有機酸・脂肪酸代謝異常症患者家族と医師とのグループインタビュー. 平成21年度厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)「新生児マススクリーニングの臨床的効果に関する研究」分担研究報告書.
- 伊藤龍子(2010). 小児看護の観点から一医師、看護師、ご遺族・ご家族のグループインタビュー. 平成21年度成育医療委託研究事業「小児における看取りの医療に関する研究」実績報告書.
- 伊藤龍子(2010). 延命治療に関する質問紙調査の自由記述の分析. 平成21年度成育医療委託研究事業「小児における看取りの医療に関する研究」実績報告書.
- 伊藤龍子(2010). 小児看護の視点からの提言. 平成21年度成育医療委託研究事業「超重症児の在宅医療における地域資源開発」実績報告書.
- 佐藤拓代, 上野昌江, 山田和子, 来生奈巳子, 毛受子, 秋末珠実, 鈴木信恵, 露詰公子, 桑田俊子(2010). 妊娠・出産・育児期の要支援家庭への訪問指導のあり方に関する研究(分担研究). 医療ネグレクトにおける医療・福祉・司法が連携した対応のあり方に関する研究(主任研究者; 宮本信也). 平成21年度厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(H21-政策-一般-003)総括・分担研究報告書.
- 中村伸枝(研究代表者), 荒木暁子, 佐藤奈保, 遠藤数江, 小川純子, 金丸友, 沖奈津子, 三瀬尚子, 出野慶子, 御園愛子(2010). 母親の健康への関心を高め生活習慣改善を促す支援が, 幼児の生活習慣に与える影響. 平成18年度～平成21年度科学研究費補助金(基盤研究(C)). 研究成果報告書.

### [講演・学会発表]

- 伊藤龍子, 林幸子(2009). 「講義」+「ペーパーシミュレーション」で学ぶ. 小児救急医療におけるトリアージ. 日総研グループ/日総研出版, 東京, 4月. 名古屋, 5月.
- 伊藤龍子(2009). 小児救急医療におけるトリアージ. 第8回北陸小児救急・集中治療研究会, 石川, 11月.
- 伊藤龍子(2010). 小児医療における看護の立場と意思決定. 第7回日本小児科学会倫理委員会フォーラム「これからの小児医療と意思決定」シンポジウム, 東京, 3月.
- 来生奈巳子, 西田志穂(2009). 交流セッション児童虐待防止と小児看護. 第19回日本小児看護学会学術集会, 札幌, 7月.
- 来生奈巳子(2009). シンポジウム医療依存度の高い子どもの「生活の質」を保証する支援; 小児在宅医療の課題と今後, 第19回日本小児看護学会学術集会, 札幌, 7月.
- 福田清香, 小穴慎二, 阪井裕一, 賀藤均, 伊藤秀一, 齋藤昭彦, 阿部淳, 伊藤龍子(2009). 解熱後も症状が遷延した13症例の報

- 告. 第 24 回関東川崎病研究会, 東京, 6 月.
- 宮本圭奈美, 西海真理, 伊藤龍子(2009). 在宅自己導尿患児の就学時の管理に向けた就学前支援のあり方. 第 19 回日本小児看護学会, 北海道, 7 月.
- 松原夏苗, 伊藤龍子(2009). 化学療法を行っている患児と家族への外泊指導の検討. 第 41 回日本看護学会. 小児看護, 高知, 9 月.
- 麻下恵理, 田中なを子, 青木雅, 遠藤真理, 伊藤龍子(2009). 先天性股関節脱臼患児の在宅大矢式牽引療法導入の家族指導. 3 症例を振り返って. 第 41 回日本看護学会. 小児看護, 高知, 9 月.
- 緒方志穂, 林和美, 宮本圭奈美, 村山由里子, 玉城久美子, 西海真理, 伊藤秀一, 伊藤龍子(2009). 血液透析を受ける子どもと家族への支援. 乳幼児期の成長発達に合わせた環境への配慮. 第 31 回日本小児腎不全学会, 新潟, 10 月.
- 福田清香, 植松悟子, 阪井裕一, 伊藤龍子(2009). 小児救急医療における救急搬送の実態. 第 56 回日本小児保健学会, 大阪, 10 月.
- 西海真理, 伊藤知亜紀, 伊藤龍子(2009). 新生児の適切なスキンケア普及のための教材開発. 第 56 回日本小児保健学会, 大阪, 10 月.
- 中村伸枝, 佐藤奈保, 出野慶子, 金丸友, 遠藤敦江, 荒木暁子, 小川純子(2009). 子育て支援センターを利用する幼児をもつ母親の生活習慣・BMI・骨量と、幼児の食習慣・肥満度. 第 56 回日本小児保健学会, 大阪, 10 月.
- 徳山奈美, 萩原絵里, 丸本幸枝, 伊藤龍子(2009). 超低出生体重児における経鼻的陽圧管理時の固定方法の検討. 第 19 回日本新生児看護学会, 神奈川, 11 月.

## 成育看護学(母性看護学)

---

### [誌上発表]

中田かおり, 江藤宏美, 片岡弥恵子, 八重ゆかり, 堀内成子, 松本直子(2010). 妊婦の水分摂取は、羊水量の増加と関係があるか? ペリネイタルケア, 29(3), 64-67.

### [講演・学会発表]

- 岩田裕美, 森岡由起子(2009). 日本版 I FEEL Pictures : 産後の母親の抑うつ状態と反応特性について. 日本心理学会ワークショップ, 日本版 I FEEL Pictures 研究: 諸領域での臨床的応用, 京都, 8 月.
- 酒井未央, 佐々木和子(2009). 子どもがいる続発性不妊症女性の治療過程における体験. 第 7 回日本生殖看護学会学術集会, 三重, 9 月.
- 小谷真知子, 佐々木和子, 真島愛子, 山内愛, 中田かおり, 小松契(2010). 硬膜外麻酔による無痛分娩を予定している妊娠後期の女性 —背景—. 第 24 回日本助産学会学術集会, 茨城, 3 月.
- 山内愛, 佐々木和子, 小谷真知子, 真島愛子, 中田かおり, 小松契(2010). 硬膜外麻酔による無痛分娩を予定している妊娠後期の女性 —出産に対するイメージ—. 第 24 回日本助産学会学術集会, 茨城, 3 月.
- 佐々木和子, 真島愛子, 中田かおり, 山内愛, 小谷真知子, 小松契(2010). 硬膜外麻酔による無痛分娩を予定している妊娠後期の女性 —愛着・母性の心理状態—. 第 24 回日本助産学会学術集会, 茨城, 3 月.
- 橋本麻由美, 佐々木和子(2010). WHO の勧告と女性の満足度調査から見た正常分娩ケアの検討. 第 24 回日本助産学会学術集会, 茨城, 3 月.

## 精神看護学

---

### [論文]

山口朝子, 天谷真奈美, 関根正(2009). 精神疾患患者が認識するよい看護に関する研究. 第 39 回日本看護学会論文集(精神看護), 24-26.

### [著書]

- 天谷真奈美(2010). 高齢者と心の健康. 吉松和哉, 小泉典章, 川野雅資編, 精神看護学 I 精神保健学. 175-181, ヌーヴェルヒロカワ, 東京.
- 阿部由香(2009). 口頭発表. 松本孚, 森田夏実 編集, 新版 看護のためのわかりやすいケーススタディの進め方. 126-132, 照林社, 東京.
- 阿部由香(2009). 精神看護のケーススタディ(1)うつ病性障害のある患者. 松本孚, 森田夏実 編集, 新版 看護のためのわかりやすいケーススタディの進め方. 221-232, 照林社, 東京.

### [研究助成および研究成果報告書]

天谷真奈美, 鈴木麻揚(2009). 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 21 年度科学研究費補助金事業.



鈴木麻揚, 天谷真奈美, 柴田文江(2009). 精神障害者社会参加効力感尺度の関連因子の検討. 21年度木村看護教育振興財団看護研究助成.

[講演・学会発表]

Amagai, M., Suzuki, M., Itayama, M., & Shibata, F.(2010). *The social participatory processes of schizophrenic people and their influencing factors*. The Joint Scientific Meeting of IEA Western Pacific Region, Saitama, Japan, January.

天谷真奈美, 高橋万紀子, 田中留伊, 阿部由香, 板山稔, 本部薫(2009). メンタルヘルス活動における地域住民ボランティアを主体とした地域づくりの効果. 第68回日本公衆衛生学会総会, 奈良, 10月.

天谷真奈美, 阿部由香, 本部薫, 板山稔, 田中留伊(2009). 地域で精神保健活動を協働する在宅精神障害者と精神保健ボランティアの意識. 第7回国立病院看護研究会学術集会, 清瀬, 12月.

榎藤真由美, 天谷真奈美, 板山稔(2009). 統合失調症患者の禁煙認識と禁煙阻害因子. 第68回日本公衆衛生学会総会, 奈良, 10月.

板山稔, 高橋万紀子, 田中留伊, 阿部由香, 本部薫, 天谷真奈美(2009). 地域住民ボランティアとともに精神保健活動を行うことによる精神障害者の認識の変化. 第68回日本公衆衛生学会総会, 奈良, 10月.

田中留伊, 板山稔, 森千鶴(2009). 薬物関連精神疾患治療病棟に勤務する看護師のストレスとバーンアウトに関する研究. 日本看護研究会誌, 32(3), 342.

田中留伊, 板山稔(2009). 薬物関連精神疾患治療病棟に勤務する看護師のストレスとバーンアウトの現状. 日本アディクション看護学会第8回学術大会, 埼玉, 11月.

田中留伊, 板山稔, 阿部由香, 本部薫, 天谷真奈美(2009). 精神科病棟に勤務する看護師のストレスとバーンアウトに関する研究. 第7回国立病院看護研究会学術集会, 清瀬, 12月.

松岡和沙, 板山稔, 田中留伊(2009). 医療観察法で働く看護師の配偶者の感情に関する研究. 日本看護研究会誌, 32(3), 343.

山川友里亜, 板山稔, 田中留伊(2009). 精神科新人看護師が体験した暴力とそれに対する対処および受容過程. 日本看護研究会誌, 32(3), 343.

細谷和夫, 堀部泰治, 若林幸久, 小出浩史, 笠原智樹, 小林佳恵子, 関幸司, 石崎有希, 岩崎富子, 田中留伊(2009). 精神科における包括的暴力防止プログラム研修導入の試みー研修導入前後の暴力に対する看護師の意識の変化ー. 第63回国立病院総合医学会, 仙台, 10月.

中井川尚子, 山中守, 山田哲, 乗田朋英, 清水清子, 田中留伊(2009). 精神科看護師のストレスの要因と職場適応. 第7回国立病院看護研究会学術集会, 清瀬, 12月.

荒木京子, 田中留伊(2009). 大学生の飲酒行動と親の飲酒行動に関する研究. 第7回国立病院看護研究会学術集会, 清瀬, 12月.

阿部由香(2010). 精神障害者通所授産施設利用者の疾患に関する自己管理の認識とその支援. 第20回日本医学看護学教育学会学術学会, 出雲, 3月.

橋本(太田)晶乃, 本部薫, 阿部由香(2010). ペアレントトレーニングに関する文献的考察を通して看護における患児への関わり方、および、病院・地域での活用を考える. 第20回日本医学看護学教育学会学術学会, 出雲, 3月.

菅谷智一, 阿部由香(2009). 登山における心理的影響とそれに関連する因子 -青年登山愛好家を対象とした面接調査-. 第68回日本公衆衛生学会, 奈良, 10月.

## 老年・在宅看護学(老年看護学)

---

[論文]

伊藤豊美, 住垣千恵子, 後藤友美, 岩崎孝子, 林稚佳子(2010). 老年看護学実習における看護学生の高齢者に対するイメージの変化. 国立看護大学校研究紀要, 9(1), 37-42.

[講演・学会発表]

福島千春, 林稚佳子(2009). 高齢者の経管栄養に対する看護師の認識ー高齢者の食事への思いに寄り添う. 第7回国立病院看護研究会学術集会, 清瀬, 12月.

伊藤豊美, 住垣千恵子, 後藤友美, 岩崎孝子, 林稚佳子(2009). 老年看護学実習における看護学生の高齢者に対するイメージの変化. 第7回国立病院看護研究会学術集会, 清瀬, 12月.

鈴木未来, 三笠里香(2009). 不眠改善を目的として行うアロマセラピーの効果的な方法の検討. 第7回国立病院看護研究会学術集会, 清瀬, 12月.

## 老年・在宅看護学(在宅看護学)

---

### [研究助成および研究成果報告書]

平野かよ子, 斉藤真理子, 成木弘子, 中板育美, 泉峰子, 俵麻紀他(2009). 保健師の活動方法の明確化と継承方法の開発(分担事業者; 平野かよ子). 平成 21 年度地域保健総合推進事業.

### [講演・学会発表]

山名栄子, 岡美智代, 佐川美枝子(2009). 透析自己管理教育の高度専門看護実践アルゴリズムに関する研究. 第 35 回日本看護研究学会学術集会, 横浜, 8 月.

## 国際看護学

---

### [論文]

野中(杉本)千春, 樋口まち子(2010). 在日外国人患者と看護師との関係構築プロセスに関する研究. 国際保健医療, 25(1), 21-32.

樋口まち子(2009). スリランカにおけるプライマリ・ヘルスケア看護の立場から. 国際保健医療, 10(23), 54-55.

樋口まち子(2009). タイ国東北部地域における高齢者の伝統的健康行動. 国際保健医療, (24)2, 87-95.

### [誌上发表]

樋口まち子(2009). 「国際看護授業案作成」についての国際看護教育コース. 国際看護, 9, 1-2.

清水真由美(2010). 開発援助プロジェクトの光と影. 開発分野の教育と研修のための事例教材 平成 20・21 年度 ケース・ライティング研修 作成ケース集. 67-76, (財)国際開発高等教育機構(FASID), 東京.

清水真由美(2010). 開発援助プロジェクトの光と影 ティーチング・ノート(指導要領). 開発分野の教育と研修のための事例教材 平成 20・21 年度 ケース・ライティング研修 作成ケース集用 ティーチング・ノート(指導要領). 31-34, (財)国際開発高等教育機構(FASID), 東京.

### [研究助成および研究成果報告書]

樋口まち子(2010). 開発途上国の PHC における看護教育の効果に関する研究(主任研究). 平成 21 年度厚生労働省国際医療協力研究委託事業.

樋口まち子(2010). 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 21 年度厚生労働省国際医療協力研究委託事業.

清水真由美(2010). セネガル共和国の PHC における母子保健サービスに関する研究(分担研究). 平成 21 年度厚生労働省国際医療協力研究委託事業.

### [講演・学会発表]

Sudo, K.(2009). *Comparison of Thai and Japanese mothers' perception of the health status of their young children with asthma symptom*. The 1<sup>st</sup> International Nursing Research Conference of World Academy of Nursing Science, Kobe, Japan, September.

肥後恵美子, 樋口まち子(2009). II 型糖尿病患者 A 氏の食べることの意味の記述—食べることのライフスタイルとその解釈—. 日本地域看護学会, 千葉, 8 月.

高城智圭, 金子仁子, 標美奈子, 須藤恭子, 加藤敦子, 中島健一郎他(2009). 乳幼児虐待発生予防のための保健師と研究者との協働事例検討会(その 1・A 市). 第 68 回日本公衆衛生学会, 奈良, 10 月.

玉水里美, 江口晶子, 三輪眞知子, 岩清水伴美, 高城智圭, 金子仁子, 標美奈子, 須藤恭子他(2009). 乳幼児虐待発生予防のための保健師と研究者との協働事例検討会(その 2・B 市). 第 68 回日本公衆衛生学会, 奈良, 10 月.

須藤恭子, 樋口まち子, 清水真由美(2009). 国立看護大学校における国際看護学実習の実績. 第 7 回国立病院看護研究学会, 清瀬, 12 月.

# 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

## 国際看護・看護教育学

- ・ HIV/AIDS 外来患者の二次感染予防に関する看護援助の実施状況とその関連要因 川井田 恭子
- ・ 認定看護師の役割ストレスに関する研究  
—現状及び関係する特性に焦点を当てて— 宮 首 由美子

## 看護情報・管理学

- ・ 外来における食道癌患者へのケアバンドルを用いた術前介入の術後肺炎防止効果 平 松 玉 江
- ・ 同種造血幹細胞移植患者における中心静脈カテーテル由来血流感染発生のリスク  
因子の探索 沼 直 美

## 精神看護学

- ・ 精神科病棟から初回退院した統合失調症者と暮らす親の在宅移行期の体験  
—地域生活を続けている統合失調症者の親のインタビューから— 高 橋 万紀子

## 成育看護学

- ・ 小児期に腎疾患を発症し腎移植を受けた患者が体験していることの意味  
—病を抱えながら成長していく子どもたち— 御 厨 晶 子

## 長寿看護学

- ・ 回復期リハビリテーション病棟から退院した脳血管障害療養者の在宅初期における  
排泄の援助 浅 野 均
- ・ 前立腺癌患者の性に関する看護援助経験をもつ看護師の特徴 酒 井 綾 子

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(2010年)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。

#### 【倫理的配慮】

人が対象である研究は、倫理的に配慮され、倫理審査委員会等の承認を得たことが明記されていること。

#### 【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。
- 10) 図表および統計数値の記載は原則として APA (アメリカ心理学会) 論文作成マニュアル (原書第 5 版) に従うこと。

## 【文献の引用および記載様式】

文献の引用は、公表された著作物からのものに限定し、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に留めること。

### 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* (6<sup>th</sup> 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、下記の事項を守ること。

- 1) 転載・改変の際は、原著者ならびに出版社に書面許諾をとり、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こと。
- 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こと。

(2009年12月10日改訂)

## 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.

### Ethical considerations

Authors must state that research has been undertaken with proper ethical consideration, or approved by a suitable research ethics committee.

### 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](mailto: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), 5<sup>th</sup> 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, if it is an original or review article.



**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* (6<sup>th</sup> 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* (4<sup>th</sup> 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.

(revised December 10, 2009)

## 編集後記

ここに国立看護大学校研究紀要第10巻1号をお届けいたします。本学教員の多岐にわたる研究領域の活動について、8本の論文を掲載することができました。大変お忙しい中にもかかわらずご投稿いただいた方々はもちろんのこと、査読、校正、編集作業等に誠心誠意対応して下さり、より良質の研究論文の完成をめざしてお力を注いでくださいました多くの教職員の皆様にも、心より感謝申し上げます。

この春、本学は開学10周年を迎えます。さらなる飛躍をめざし、学内の研究活動を推進していくための情報の記録と公開、共有の場として研究紀要がますます活性化されますよう、今後とも引き続き、皆さまのご支援とご協力をよろしくお願い申し上げます。

学術研究委員 外崎 明子

## 学術研究委員会

委員長 小澤 三枝子

委員	伊藤 龍子	外崎 明子	森山 幹夫	来生 奈巳子
	上野 里絵	佐川 美枝子	水野 正之	宮本 美佐
事務局	古閑 洋佐	谷本 和則	伊藤 健一	渡邊 咲子

## 国立看護大学校研究紀要 第10巻 第1号

2011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 株式会社コームラ

# The Journal of Nursing Studies

## National College of Nursing, Japan

Vol.10 No.1 2011

---

### Articles

- Gender, power, and face in nursing communication: A sociolinguistic analysis of speech events  
in a Japanese healthcare manga series  
..... Rieko Matsuoka, Keiko Okabe, Gregory Poole 1
- Examination of scales for assessing the affective organizational commitment of Japanese nurses  
who work at urban acute-care hospitals  
..... Kiyoko Nohmi, Mieko Ozawa 11
- Students' views on the advantages and disadvantages  
of Open Distance Learning versus traditional On-Campus Learning  
in a Master's degree course for language teachers in a British university  
..... David Evans, Terrence Shortall 21
- The relations between the present condition and the learning conditions of the research utilization of Certified Nurse  
..... Yumiko Miyakubi, Tomomi Kameoka 31
- Comparison of the quality of the teaching-learning process in lectures of basic nursing education in Japan and China  
Tomomi Kameoka, Naomi Funashima, Zhao QiuLi, Yang ShuFen, Liu WeiWei  
..... Ma JinFeng, Yuriko Nomoto, Toshiko Nakayama, Mika Hattori 39
- Study of tendency and contributing factors to fall occurrences :  
The analysis of incident report in gastrointestinal ward for the past two years  
..... Kyoko Mizuguchi, Mariko Enomoto, Miho Hara, Midori Okamura, Mieko Ozawa 44
- Review of nurse fatigue, satisfaction and errors: Comparison between two- and three-shift nursing  
..... Fumi Sasaki, Satomi Kayanuma, Tomomi Kawaguchi, Keiko Sato, Mieko Ozawa 49
- The recommended criteria when Ichushi Web users search Japanese articles about medication errors  
..... Tomoe Kobayashi, Mieko Ozawa 57

### Research Activities

- Faculty development ..... 67
- Faculties research reports ..... 69
- Masters thesis titles ..... 79