

# 国立看護大学校 研究紀要

第12巻 第1号 2013年

## 原 著

- Role Model Behaviors of Nursing Faculty in Japan and the United States  
----- Tomomi Kameoka, Naomi Funashima, Patricia Ann. Gorzka,  
Kumiko Hongo, Nobuko Yamashita, Toshiko Nakayama, Mika Hattori 1  
認定看護師の併任状況と役割ストレスとの関係  
----- 宮首由美子, 亀岡智美 8

## その他

- 国立病院機構・国立高度専門医療研究センターにおける  
退院調整に関する実態調査  
----- 小宅比佐子, 佐藤則子, 間雅子, 小田勢津子, 木村弘江,  
武田淳一, 西純子, 永田郁子, 小澤三枝子 17  
国立がん研究センター中央病院における  
看護実践能力の向上をめざした看護学統合実習の展開  
----- 藤澤雄太, 外崎明子, 関奈緒子, 長岡波子 26  
バングラデシュ人民共和国  
グラミンカレドニア看護大学教員招聘研修  
(平成23年度国立看護大学校広報・国際交流委員会活動報告)  
----- 綿貫成明, 清水真由美, 飯野京子, 宮首由美子,  
須藤恭子, 能見清子, 池田菜奈 34

## 2011年度 活動報告

- 国立看護大学校FD活動報告 ----- 45  
教員の研究活動 ----- 47  
研究課程部看護学研究科修士学位論文一覧 ----- 56

- 国立看護大学校研究紀要 投稿規定および執筆要領 ----- 57



# Role Model Behaviors of Nursing Faculty in Japan and the United States

Tomomi Kameoka<sup>1</sup> Naomi Funashima<sup>2</sup> Patricia Ann. Gorzka<sup>3</sup>  
Kumiko Hongo<sup>4</sup> Nobuko Yamashita<sup>5</sup> Toshiko Nakayama<sup>2</sup> Mika Hattori<sup>5</sup>

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

2 Chiba University 3 University of South Florida 4 Saniku Gakuin College

5 Gunma Prefectural College of Health Sciences

kameokat@adm.ncn.ac.jp

---

**[Abstract]** To compare the self-evaluation of role model behaviors of nursing faculty in Japan and the United States, a cross-sectional research was conducted. Nursing faculty in Bachelor of Science in Nursing programs in both Japan (n = 328) and the United States (n = 307) participated. Originally developed in Japanese, the Self-Evaluation Scale on Role Model Behaviors of Nursing Faculty (RMBNF) was administered to the Japanese participants. The translated English version of the RMBNF was received by participants in the United States. Data were analyzed statistically. The mean score on the RMBNF of the United States participants was significantly higher than that of the Japanese participants ( $p < .001$ ). The mean score of each sub-scale showed that the participants of both countries gave the highest evaluation to "behaviors that show respect to students" and the lowest evaluation to "behaviors oriented to ongoing professional development. The factors that relate to the differences of the self-evaluations of the role model behaviors should be explored.

---

**[Keywords]** Role model behavior, nursing faculty, Japan, United States

## Introduction

In nursing education, students attempt to imitate the behaviors of members of the nursing faculty, as observed in the classroom or in a clinical setting (Campbell et al., 1994), and internalize the values and norms of these nursing professionals (Coats, 1997). Role model behaviors of nursing faculty members are defined as the behaviors that reflect the attitude of nursing professionals when performing various functions, including teaching activities and nursing practice. Students observe these behaviors and identify with them as their ideal status.

Girard (2006) points out that during the 1970s and 1980s, many studies were conducted and many articles were written on the importance of role models, or role model behaviors, and the concept remains important in nursing education today. It is common to all countries of the world. Therefore, the importance of the role model behaviors shown by nursing faculty to students is a global concern.

The present study details the first phase of an international cross-cultural research project examining the role model behaviors of nursing faculty members, which was conducted by

nursing faculty in the United States (US) and Japan, who were interested in the role model behaviors of nursing faculty. No cross-cultural research on role model behaviors of nursing faculty was found in the literature. The similarities and differences between the role model behaviors of such individuals in Japan and those in the US were explored. Social forces are in constant motion within social systems, and the interplay of these forces influences social behaviors, interaction, and perception (King, 1981, p.11). Therefore, cultural differences will have an impact on the differences of role model behavior in each country. The findings of this research will help nursing faculty in both countries to understand the uniqueness of their own role model behaviors toward their autonomous professional development.

## Methods

### *Participants*

Nursing faculty in Japan and the US participated in this cross-sectional study. For Japan, secondary data derived from randomly sampled nursing faculty (n = 328) in Bachelor of Science in Nursing (BSN) programs in Japan who had

participated in a project examining ethical behaviors from 2007 to 2008 were used (Murakami et al., 2010). For US, nursing faculty, who attended four international nursing conferences, were asked to collaborate the study, and they answered the questionnaire at there or distribute the instruments to their colleague or friends after coming back to their school from 2006 to 2008. After that, 307 US faculty participated in the study. Two instruments, the Self-Evaluation Scale on Role Model Behaviors of Nursing Faculty (RMBNF) and the Faculty Attribute Questionnaire (FAQ), were used. Fifty-three of the 307 US participants returned the RMBNF and FAQ documents via electronic mail after completion, while the remaining 254 participants completed these documents at four international nursing conferences, and returned them either on site or through the conventional mail.

### Measures

The original Japanese versions of both the RMBNF (RMBNF-J) and the FAQ (FAQ-J) (Funashima, 2002) were administered to the Japanese participants, while the English translated versions of the RMBNF (RMBNF-E; Funashima, 2009; Kameoka et al., 2007) and the FAQ (FAQ-E) were administered to the US participants.

The RMBNF-J was developed based on a qualitative research study (Funashima et al., 2002), in which 1417 Japanese student nurses were asked to answer the open-ended question, "Please write the behaviors used by your faculty that you aspire to." Qualitative analysis of the findings identified 35 categories, which were used as the basis of the items of the RMBNF-J. The 35 items of the RMBNF-J use a 5-point Likert-type scale (5=Always, 4=Almost Always, 3=Usually, 2=Occasionally, 1=Almost Never) grouped into five sub-scales, and scores are then reported by five sub-scales: "Behaviors that show social appropriateness," "Behaviors that show respect to students," "Behaviors that show the value of nursing practice and nursing profession," "Behaviors associated with enthusiastic and high quality teaching," and "Behaviors oriented to ongoing professional development." A high score on the RMBNF-J or E indicates that the nursing faculty self-evaluated their role model behaviors adequately. Cronbach's alpha coefficient of the RMBNF-J was .96, and that of each sub-scale ranged from .81 to .90 (Funashima, 2002).

The RMBNF-E was developed on the basis of the RMBNF-J. Back-translations were performed three times to obtain equality across the two versions. Cronbach's alpha coefficient of the RMBNF-E was .90, and that of each sub-scale ranged from .76

to .81. The results of factor analysis showed that factor structures of each RMBNF were almost identical, and suggested that the RMBNF-E had well-established construct validity and equality with RMBNF-J.

The FAQ is a questionnaire that examines the demographic characteristics of nursing faculty. Content validity was assessed by a panel of experts and use of a pilot study (Funashima, 2002).

### Data Analysis

The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows) was used to analyze the data. Normality of data was examined before statistical analysis was performed.

### Ethical Considerations

All recruitment procedures for the research were approved by the institutional review board of Gunma Prefectural College of Health Sciences in Japan and that of the University of South Florida in the US.

## Results

### Demographic Characteristics of Participants

The demographic characteristics of the participants are summarized in Table 1. Japanese participants ( $n = 328$ ) differed significantly from those in the US ( $n = 307$ ) in terms of age, academic degree, basic nursing education, years of clinical experience, years of teaching experience, job title, and nursing specialty ( $p < .001$ ). The members of the Japanese faculty were significantly younger than the members of faculty in the US. Approximately 61% of participants in Japan had a master's degree and only 18% possessed a doctoral degree, while in the US, 58% of participants held a doctoral degree and 40% had a master's degree. In Japan, 52% of participants had over 8 years of clinical experience and 50% had over 8 years of teaching experience. In the US, 83% of participants had over 8 years of clinical experience, while 70% had over 8 years of teaching experience. The highest percentage, or 38%, of the members of the Japanese faculty held the rank of instructor, while the greatest percentage of the members of the participating US faculty, 31%, held the rank of assistant professor. Both Japanese and US faculty had representation in every clinical specialty, with medical surgical nursing having the highest representation in the faculty from both countries.

### Role Model Behaviors

The scores of the RMBNF-J of the Japanese participants and

Table 1 Demographic Characteristics of the Participants

Demographic Characteristics	All participants N = 635	Japanese participants N = 328	US participants N = 307
Gender	N = 631	N = 325	N = 306
Female	609 (96.5%)	318 (97.8%)	291 (95.1%)
Male	22 ( 3.5%)	7 ( 2.2%)	15 ( 4.9%)
Age (years) *	N = 625	N = 320	N = 305
26 ~ 30	27 ( 4.3%)	24 ( 7.5%)	3 ( 1.0%)
31 ~ 35	54 ( 8.6%)	49 (15.3%)	5 ( 1.6%)
36 ~ 40	80 (12.8%)	65 (20.3%)	15 ( 4.9%)
41 ~ 45	86 (13.8%)	59 (18.4%)	27 ( 8.9%)
46 ~ 50	101 (16.2%)	46 (14.4%)	55 (18.0%)
51 ~ 55	122 (19.5%)	31 ( 9.7%)	91 (29.8%)
56 ~ 60	98 (15.7%)	25 ( 7.8%)	73 (23.9%)
Over 61	57 ( 9.1%)	21 ( 6.6%)	36 (11.8%)
Academic degree*	N = 624	N = 324	N = 300
None (Diploma graduate)	6 ( 1.0%)	6 ( 1.9%)	0 ( 0.0%)
Associate degree	8 ( 1.3%)	6 ( 1.9%)	2 ( 0.7%)
Baccalaureate degree	63 (10.1%)	56 (17.3%)	7 ( 2.3%)
Master's degree	316 (50.6%)	198 (61.1%)	118 (39.3%)
Doctoral degree	231 (37.0%)	58 (17.9%)	173 (57.7%)
Basic nursing education *	N = 629	N = 328	N = 301
Diploma	133 (21.1%)	113 (34.5%)	20 ( 6.6%)
ADN	72 (11.4%)	63 (19.2%)	9 ( 3.0%)
BSN	424 (67.4%)	152 (46.3%)	272 (90.4%)
Years of clinical experience*	N = 632	N = 328	N = 304
0 ~ 3	49 ( 7.8%)	34 (10.4%)	15 ( 4.9%)
4 ~ 7	157 (24.8%)	122 (37.2%)	35 (11.5%)
8 ~ 15	210 (33.2%)	132 (40.2%)	78 (25.7%)
Over 16	216 (34.2%)	40 (12.2%)	176 (57.9%)
Years of teaching experience*	N = 628	N = 327	N = 301
0 ~ 3	141 (22.5%)	100 (30.6%)	41 (13.6%)
4 ~ 7	113 (18.0%)	65 (19.9%)	48 (15.9%)
8 ~ 15	173 (27.5%)	90 (27.5%)	83 (27.6%)
Over 16	201 (32.0%)	72 (22.0%)	129 (42.9%)
Job title*	N = 609	N = 327	N = 282
Instructor	191 (31.4%)	125 (38.2%)	66 (23.4%)
Assistant professor	159 (26.1%)	70 (21.4%)	89 (31.6%)
Associate professor	141 (23.2%)	63 (19.3%)	78 (27.7%)
Professor/Dean/President	118 (19.4%)	69 (21.1%)	49 (17.4%)
Nursing specialty *	N = 616	N = 318	N = 298
Fundamental nursing	111 (18.0%)	79 (24.8%)	32 (10.7%)
Medical-surgical nursing	148 (24.0%)	68 (21.4%)	80 (26.8%)
Gerontological nursing	40 ( 6.5%)	23 ( 7.2%)	17 ( 5.7%)
Maternal/Child nursing	118 (19.2%)	78 (24.5%)	40 (13.4%)
Community nursing	75 (12.2%)	52 (16.4%)	23 ( 7.7%)
Psychiatric/mental health nursing	34 ( 5.5%)	18 ( 5.7%)	16 ( 5.4%)
Others	90 (14.6%)	0 ( 0.0%)	90 (30.2%)

Note. \* Chi-square test  $p < .001$  between the Japanese participants and the US participants.

those of RMBNF-E of the US participants are shown in the Table 2.

The mean item score of the RMBNF of Japanese participants (mean = 3.90, SD = .53) was lower than that of US participants (mean = 4.34, SD = .34), and there was a significant difference between them ( $p < .0001$ ). Each mean item score of the five sub-scales of the RMBNF was lower for the Japanese

participants than for the US participants, with significant differences observed between the participants of the two countries ( $p < .0001$ ).

Therefore, further analyses were conducted to explore whether the differences of the background of the nursing faculty participants in both countries influenced the scores of the RMBNF. An ANOVA was conducted to explore the demographic

attributes, which relate to the RMBNF scores. Results showed that there were significant differences of mean scores of RMBNF in age, academic degree, basic nursing education, years of clinical experience, years of teaching experience, and job title ( $p < .001$ ). The results of the *ad hoc* test showed that nursing faculty members aged over 41 years obtained higher scores of RMBNF than those with an age less than 39 years ( $p < .001$ ); the nursing faculty members who had a master's or doctoral degree obtained higher scores of RMBNF than those who had obtained less than a baccalaureate degree ( $p < .001$ ); nursing faculty members who graduated from a baccalaureate program in nursing obtained higher scores of RMBNF than those who graduated from an associate degree program in nursing or diploma program in nursing ( $p < .001$ ); nursing faculty members who had over 8 years of clinical experience obtained higher scores than those who had less than 7 years of clinical experience ( $p < .001$ ); nursing faculty members who had more than 16 years of teaching experience obtained higher scores than those who had less than 15 years of teaching experience ( $p < .001$ ); and nursing faculty members with a job title of professor/dean/president, associate professor or assistant professor obtained higher scores than those with the job title of instructor

( $p < .001$ ).

The mean item scores of the RMBNF were then compared between both countries with regard to the following categories: "over 41 years old," "obtained master's or doctoral degree," "graduated from a baccalaureate program in nursing," "had more than 8 years of clinical experience," "had more than 16 years of teaching experience," and was "professor/dean/president, associate professor or assistant professor." The results showed that the US participants obtained higher scores than did the Japanese participants in every category (Table 3).

Furthermore, the ranking of the RMBNF sub-scale mean scores was examined and compared between countries. Japanese participants obtained the highest score on sub-scale 2 "Behaviors that show respect to students." This was followed by sub-scale 3 "Behaviors that show value of nursing practice and nursing profession," sub-scale 4 "Behaviors associated with enthusiastic and high quality teaching," and sub-scale 1 "Behaviors that show social appropriateness." Sub-scale 5, "Behaviors oriented to ongoing professional development" was rated the lowest. The results pertaining to the US participants showed the same order of scores.

Table 2 Comparison of Mean Item Score of the RMBNF and Its Sub-scales between Participants from Japan and the US

	n of items	Japan (n = 328) Mean (SD)	US (n = 307) Mean (SD)
Total score	35	3.90 (.53)	4.32 (.34)
Sub-scale 1 Behaviors that show social appropriateness	6	3.75 (.60)	4.28 (.44)
Sub-scale 2 Behaviors that show respect to students	8	4.07 (.57)	4.48 (.42)
Sub-scale 3 Behaviors that show value of nursing practice and nursing profession	7	4.09 (.68)	4.47 (.43)
Sub-scale 4 Behaviors associate with enthusiastic and high quality teaching	5	3.78 (.70)	4.46 (.43)
Sub-scale 5 Behaviors oriented towards ongoing professional development	9	3.69 (.76)	4.00 (.59)

Table 3 Mean Item Score of the RMBNF between the Participants from Japan and the US, based on Personal Characteristics

Personal Characteristics	Mean item score of the RMBNF Mean (SD)		<i>t</i>	<i>p</i>
	Japan	US		
Age: Over 41 years old	N = 182 4.00 (.48)	N = 282 4.31 (.34)	-8.28	<.001
Academic degree: Master's or doctoral degree	N = 58 3.91 (.55)	N = 173 4.36 (.33)	-7.40	<.001
Basic nursing education: Baccalaureate program in nursing	N = 152 3.82 (.54)	N = 272 4.33 (.34)	-11.66	<.001
Years of clinical experience: Over 8 years	N = 172 3.93 (.50)	N = 254 4.33 (.34)	-10.43	<.001
Years of teaching experience: Over 16 years	N = 72 3.98 (.46)	N = 129 4.36 (.34)	-6.62	<.001
Job title: Professor/dean/president, associate professor, or assistant professor	N = 202 4.00 (.50)	N = 216 4.32 (.34)	-7.98	<.001

## Discussion

The findings showed that the total mean item score of the RMBNF of the Japanese participants (mean = 3.90, SD = .53) was lower than that of the US participants (mean = 4.34, SD = .34), and that there was a significant difference between them ( $p < .001$ ). Japanese participants obtained lower scores than US participants on all item mean scores of the five sub-scales of the RMBNF, and there were significant differences between the participants of the two countries ( $p < .001$ ). These results showed that the Japanese participants self-evaluated their role model behaviors lower than did the US participants.

There may be several reasons for this, the first being the differences in the background of the participants. The participants of the two countries were considerably different with regard to age distribution, years of clinical experience, years of teaching experience, job title, and academic background. The Japanese participants were younger and had less clinical experience and teaching experience than the US participants. Furthermore, the positions and academic backgrounds of the Japanese participants were lower than those of the US participants.

Faculty member characteristics, such as experience and educational preparation, are important to high quality teaching (American Association of Colleges of Nursing, 2009). If a nursing faculty member has lengthy clinical experience, teaching experience, and advanced educational preparation, then that individual can perform more adequately. In the present study, the US participants had the longer duration of both clinical experience and teaching experience, and higher educational preparation than the Japanese participants. These differences may have influenced the self-evaluation of the role model behaviors between the participants of both countries. However, the results also showed that the mean item scores of the RMBNF of the US participants were higher than those of the Japanese participants in the following categories: "over 41 years old," "obtained master's or doctoral degree," "graduated from a baccalaureate program in nursing," "had more than 8 years of clinical experiences," "had more than 16 years of teaching experiences," and was "professor/dean/president, associate professor or assistant professor." This suggests that the differences of the mean scores of the RMBNF in both countries do not always relate to the demographic background of the participants.

A further consideration is cultural background. Most people evaluate themselves favorably when comparing themselves with others (Brown & Kobayashi, 2002). However, the tendency is

different between people from the Western world and those from the East, and a number of investigations, using a variety of methodologies, have shown that many self-enhancement biases are less prevalent in Eastern cultures (e.g. China, Korea, Japan) than in Western cultures (e.g. America, Canada and the countries of Western Europe) (Brown & Kobayashi, 2002). This suggests the possibility that the Japanese participants self-evaluated lower than the US participants in the present study because of their cultural characteristics.

A third possibility to consider is the differences of the sampling methods of the participants in both countries. Most of the US participants were nursing faculty members who attended international nursing conferences, while all of the Japanese participants were randomly selected for the primary survey. When nursing faculty members attend such international conferences, it may mean that they are motivated for self-directed learning better than people who do not attend them. Not the difference of the countries, but that of the self-directedness may reflect it in the difference in result of the nursing faculty members of the two countries, because self-directed learning leads people to obtain higher professional competence (Snape et al., 2006). An exploration of the variables that influence the differences of the mean scores of the RMBNF between the U.S. and the Japanese participants is an issue for future research.

The mean item score for each sub-scale of the RMBNF for participants from both countries showed that their score order was identical. The participants of both countries obtained the highest score on sub-scale 2 "Behaviors that show respect to students." This was followed by sub-scale 3 "Behaviors that show value of nursing practice and nursing profession," sub-scale 4 "Behaviors associated with enthusiastic and high quality teaching," sub-scale 1 "Behaviors that show social appropriateness," and, finally, sub-scale 5 "Behaviors oriented towards ongoing professional development," which scored the lowest. This suggests that both the Japanese participants and the US participants perform well in behaviors that show respect to students and that the participants of both countries should improve the behaviors oriented towards ongoing professional development.

Sub-scale 2 had six items (e.g., "Listen earnestly to what students say," "Deal with each student in a sincere manner," "Answer students' questions even when the questions may seem trivial"). These six items express behaviors that are closely related to ethical behaviors. Respecting the life and dignity of people and reacting in faithful way are ethically important for nursing professionals (Henshow, 2008; Fry & Johnstone, 2002). Thus, the results of the present study suggest that members of

nursing faculty in both Japan and the US react to students in an ethical way as nursing professionals.

Sub-scale 5 has nine items (e.g., “Read the latest professional journals,” “Actively attend professional conferences,” and “Have clear professional goals”). There are several possible explanations for the low ranking of this sub-scale. Participants may have been influenced by their perception of time available for teaching students versus professional development; again placing more emphasis on interacting with students. Participants from both countries may actually place less value on professional development than behaviors involving interactions with students. This tendency may be similar in nursing faculty regardless of the cultural difference.

It is important for the development of nursing faculty in both countries to discuss the strategies for improving the behaviors oriented toward ongoing professional development. An awareness of how students perceive role model behaviors may encourage faculty to openly demonstrate and promote actions and behaviors based around professional development. The findings of similar faculty needs between Japan and the US suggest that the developmental needs of faculty must be identified at a global level. This implies that future research should examine the self-evaluation of role model behaviors by nursing faculty members in additional countries with cultural differences.

### Conclusions

Similarities in the ranking of role model behaviors exist between nursing faculty members in Japan and in the US, despite differences in demographic and cultural backgrounds. Nursing faculty members in both Japan and the US self-evaluated “behaviors that show respect to students” as higher and “behaviors oriented to ongoing professional development” as lower. However, demographic and cultural differences may account for results within item scoring in which nursing faculty members in the US were inclined to self-evaluate their role model behaviors higher than members of nursing faculty in Japan. Future research should examine, in detail, the relationship between role model behaviors and the cultural/demographic backgrounds of nursing faculty members. Including those from other countries is also the important issue. Replication of this research using a similar participant group from other countries will help to clarify the influence of culture and demographics on faculty role model behaviors and lead to strategies for the promotion of the desired such role model behaviors on a global level.

### References

- American Association of Colleges of Nursing (2009). Nursing faculty tool kit for the implementation of the baccalaureate essentials.
- Brown, J., & Kobayashi, C. (2002). Self-enhancement in Japan and America. *Asian Journal of Social Psychology*, 5, 145-167.
- Campbell, I. E., Larrivee, L., Field, P. A., Day, R. A., & Reutter, L. (1994). Learning to nurse in the clinical setting. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 1125-1131.
- Coats, G. (1997). Differences in perceived role modeling behaviors of clinical instructors and staff nurses by associate degree nursing students, Doctoral Dissertation, California State University Dominguez Hills.
- Fry, S., & Johnstone, M-J. (2002). *Ethics in nursing practice; A guide to ethical decision making* (2<sup>nd</sup> ed.), Blackwell Publishing Ames, Iowa, USA.
- Funashima, N., Sadahiro, W., Kameoka, T., & Suzuki, M. (2002). Development of Self-Evaluation Scale on Role Model Behaviors for Nursing Faculty; based on the qualitative research findings. *Journal of School of Nursing, Chiba University*, 24, 9-14. [In Japanese].
- Funashima, N. (Ed.) (2009). *Kangojissenn, kyouiku no tamenosokuteiyogu file; Kaihatsu-kateikarakatsuyou no jissai made [Instruments for nursing practice and nursing education; Development process and its utilization]* (2<sup>nd</sup> ed). Tokyo, Igaku-Shoin Ltd, 291-300.
- Girard, N.J. (2006). Like it or not, you are a role model. *AORN Journal*, 84(1), 13-15.
- Henshaw, C. M. (2008). Faculty-student boundaries in associate degree nursing programs. *Journal of Nursing Education*, 47(9), 409-416.
- Kameoka, T., Nakayama, T., Funashima, N., Miura, H., Yamashita, N., & Gorzka, P.A. (2007). Development of instruments for cross-cultural research on role model behaviors of nursing faculty in the United States and Japan. (<http://hdl.handle.net/10755/147690>, 2012/09/26)
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing; Systems, concepts, process*. New York: Delmar Publishers Inc.
- Murakami, M., Funashima, N., & Miura, H. (2010). The development of Self-Evaluation Scale on Ethical Behaviors for Nursing Faculty. *Journal of Research for Nursing Education*, 19(1), 35-45. [In Japanese].
- Snape, D., Tanner, E., & Sinclair, R., with Michaelson, J., & Finch, S. (2006). *National Adult Learning Survey (NALS) 2005* (National Centre for Social Research;

Report No. 815). Nottingham, UK: DfES Publications.

Wiseman, R. F. (1994). Role model behaviors in the clinical setting. *Journal of Nursing Education*, 33(9), 405-410.

---

**【要旨】** 看護学教員のロールモデル行動に対する自己評価について、日本と米国の比較を行った。研究対象は、日本の看護系大学教員 328 名、および、米国の看護系大学教員 307 名であった。測定用具には、「看護学教員ロールモデル行動自己評価尺度」(Self-Evaluation Scale on Role Model Behaviors of Nursing Faculty: RMBNF) を用いた。これは、看護学教員のロールモデル行動の質を測定するための尺度であり、日本において開発された。そのため、日本の対象者には日本語原版を、米国の対象者には英語翻訳版を用いた。データ分析には、統計学的手法を用いた。その結果、RMBNF 総得点、および下位尺度得点の平均値は、全て、日米間に有意差があり、米国の看護系大学教員は、日本の看護系大学教員よりも高得点であった ( $p < .001$ )。また、下位尺度得点の平均値は、日米ともに、看護系大学教員が、「学生を尊重し、誠実に対応する行動」の質を最も高く、「職業活動の発展を試行し続ける行動」の質を最も低く自己評価していることを示した。日米看護学教員のロールモデル行動の差異に関係する要因を探究することは、今後の課題である。

---

受付日 2012 年 8 月 24 日 採用決定日 2012 年 11 月 14 日



# 認定看護師の併任状況と役割ストレスとの関係

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  
kqtcc270@yahoo.co.jp

## Current Status of Role Stress among Certified Nurses; Comparison among joint appointees, semi-joint appointees, and non-joint appointees

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 compare role stress among Certified Nurses (CN) in Japan who are joint appointees, semi-joint appointees, and non-joint appointees. A conceptual framework was constructed based on a literature review. Role stress was measured using a subscale of the Japanese Version of the NIOSH Job Stress Questionnaire. It has 14 items on a seven-point Likert scale. The CN Attribute Questionnaire was used to examine the 39 attributes of CN. One thousand and thirty one Certified Nurses were asked to participate in the survey administered by postal mail and 524 agreed. The answers were analyzed statistically. Four hundred and seventy eight (91.2%) CN responded, and 470 valid data were analyzed. Three hundred and fifty three (75.1%) were joint appointees, 53 (11.3%) were semi-joint appointees, 62 (13.2%) were non-joint appointees, and two (0.4%) did not respond. The results showed that there were significant differences in ten attributes between these three groups such as the clarity of their role, agreement on the role of CN with their superior, and satisfaction with their work ( $p<.05$ ). The mean score of role stress was 56.6 (SD=11.6) for joint appointees, 51.1 (SD=8.9) for semi-joint appointees, and 50.8 (SD=12.9) for non-joint appointees respectively. The results showed that the score of role stress for joint appointees was higher than semi-joint appointees and non-joint appointees, there was a significant difference between the three groups ( $p<.05$ ). To consider the cause of role stress for CN is an important issue for the future.

**[Keywords]** 認定看護師 Certified Nurses, 併任 joint appointment, 役割ストレス role stress

## I. 緒 言

日本看護協会は、1995年に認定看護師制度を発足させた。認定看護師の需要は診療報酬改定に伴う社会的なニーズによって増大している(洪, 2012)。2012年8月現在、認定看護師総数は21分野10,875名となり(日本看護協会, 2012a)、制度発足以来、初めて1万人を超えた。

しかし、認定看護師にとって、その役割遂行は必ずしも容易ではない。先行研究(濱口ら, 2010)は、対象者の88%が活動上の困難を知覚していることを明らかにした。活動上の困難の理由に、認定看護師としての活動よりも看護スタッフとしての業務が優先されること、師長業務との兼任であり、活動時間が確保されていないこと等を挙げている。これは、認定看護師が、他の役割を兼任しているためにその役割に専念することができず、十分に活動できていないと知覚していることを表す。

また、兼任による活動上の困難を理由に対象者の56.5%が「現在の所属施設にいても仕方がない」と知覚していることを示した調査結果も存在する(田中ら, 2012)。これは、自身が認定看護師として所属施設に存在する必要性に

疑問を感じていたりする状況にあることを表す。

役割理論は、役割を遂行しようとする個人が、その役割に対して知覚する否定的な感情を役割ストレスと定義している(Kahn, R.L., et al., 1964)。上述の状況から、認定看護師がその併任状況により活動上の困難を経験し、そのため、役割ストレスを強く知覚していることを推察できる。この役割ストレスの知覚の程度は、個人々の役割遂行に影響し(Kahn, R.L., et al., 1964)、その強い知覚は、自信の喪失、仕事への緊張の高まり、仕事に対する満足度の低下につながり、離職を引き起こす要因になる(Kahn, R.L., et al., 1964)。

認定看護師個々が臨床の場においてその機能を発揮するためには、活動の継続が大前提である。活動の継続のためには、認定看護師の離職を防止する必要がある。活動継続と機能発揮の推進に向け、個人々の役割ストレスに対する知覚を低減するための対策の検討が重要な課題になる。筆者らは、このような状況を背景とし、2008年から認定看護師の活動継続と機能発揮に向けての示唆を得るため、認定看護師の活動に関する研究を継続している(宮首ら, 2012)。本研究は、その一貫として、認定看護師の併任状

況と役割ストレスという観点から収集したデータを分析し、その解明を目指す。

先行研究を検討した結果、認定看護師の併任状況と役割ストレスとの関係を解明した研究はこれまでに行われていなかった。そこで、本研究は、認定看護師の併任状況と活動状況との関係および役割ストレスとの関係を解明する。本研究の成果は、認定看護師の活動継続とその支援のための基礎資料となり、認定看護師個々の機能の発揮に貢献する。

## II. 研究目的

認定看護師の併任状況と活動状況および役割ストレスとの関係を解明し、認定看護師の活動継続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、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と規定している（日本看護協会、2012b）。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。常勤・非常勤を問わない。

### 2. 併任状況

認定看護師の活動状況は、所属施設における立場から兼任、専任、専従の3種類に分類される。「兼任」とは、認定看護師としての業務が勤務時間の80%未満の者を、また、「専任」とは、勤務時間の80%以上を認定看護師としての業務に従事している者を、さらに、「専従」とは、勤務時間のすべてを認定看護師としての業務に従事している者を指す（日本看護協会認定部、2001）。

### 3. 役割ストレス

役割に関連する否定的な感情をいう（Kahn,R.L.,et al., 1964）。個々人が役割ストレスを知覚する要因として、役割葛藤と役割の曖昧さが指摘されている。役割葛藤は、2つの両立しえない要求を果たさなければならない状況、自らの資質や能力に合わない仕事をしなければならない状況を指す。役割の曖昧さは、自分の責任の及ぶ範囲がわからない、明確な目的がない、何をどこまですべきかが不明であるという状況を指す。

## IV. 概念枠組み（図）

認定看護師の併任状況は、その活動状況に関係する可能性が高い。文献検討（石久保ら、2002；安藤ら、2006；木下ら、2007；田中ら、2005；片岡ら、2008）の結果は、本研究の遂行に向け、3側面14変数を含む概念枠組みを導いた。

《I 活動に関する背景》は【活動内容の明確さ】、【活動時間の確保状況】等の6変数から構成される。《II 活動に関する他者との関係》は【認定看護師の認知度向上に向けた活動状況】、【他の医療従事者による理解獲得状況】等の4変数から構成される。《III 活動に対する評価》は【認定看護師としての活動に対する自己評価】、【仕事に対する満足度】等の4変数から構成される。

さらに、認定看護師の役割ストレスの知覚には、併任状況とその活動状況が相まって影響する可能性がある。

認定看護師の併任状況と活動状況および役割ストレスとの関係を探索、解明することは、併任状況による認定看護師の活動状況の特徴の検討に結びつく。また、それは、認定看護師が活動を継続し、機能を発揮すること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

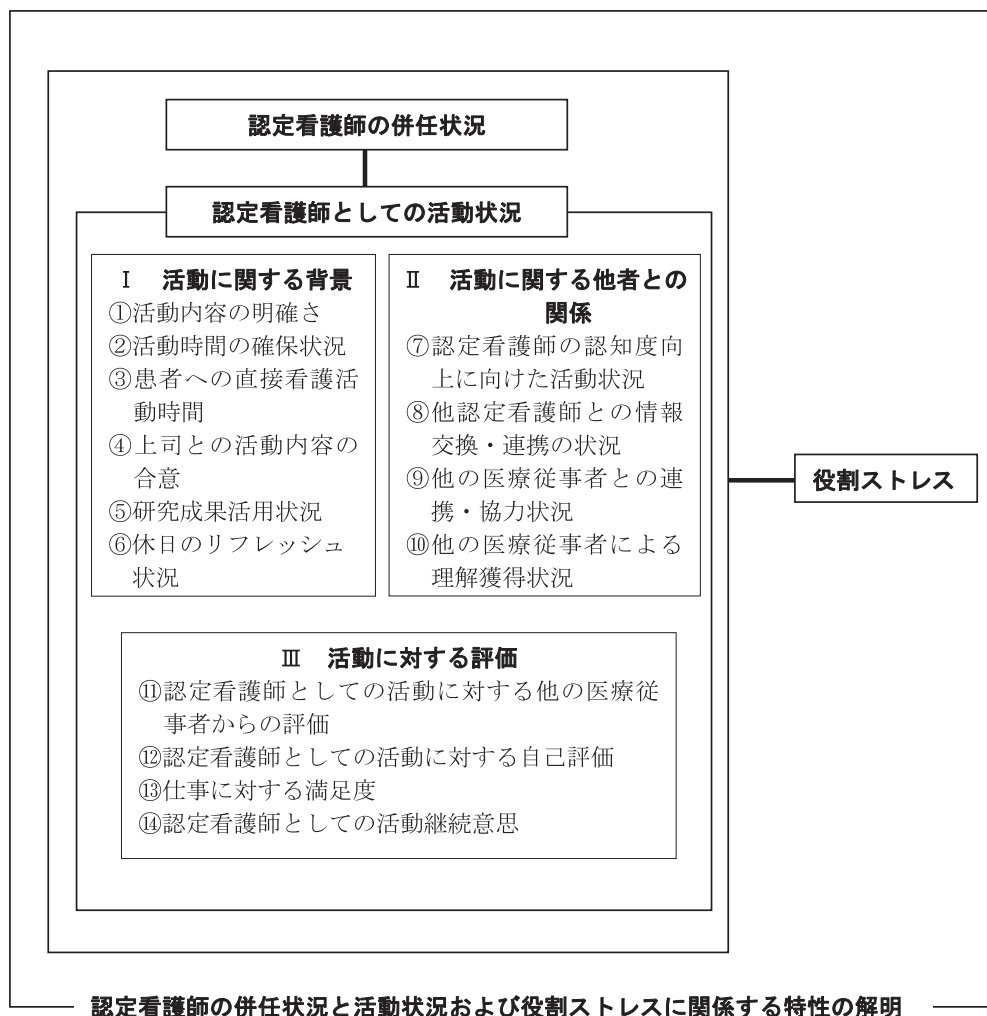
研究目的の達成に向け、2種類の測定用具を使用した。

第1は、日本語版NIOSH職業性ストレス調査票（原谷、1993）の下位尺度「役割ストレス」である。これは14質問項目から成る7段階リカート型尺度である。総得点範囲は、14点から98点であり、総得点が高いほど役割ストレスが高いことを示す。この調査用紙の構成概念妥当性は因子分析により、また、その内的整合性による信頼性はクロンバック $\alpha$ 信頼性係数の算出により検証されている（原谷、2004）。測定用具の使用にあたり、尺度開発者の使用許諾を得た。

第2は、本研究において作成した認定看護師特性調査紙である。これは、概念枠組みに含む認定看護師の併任状況との関係を探索する3側面14変数に加え、認定看護分野、職位等の人口統計学的特性を問う7質問項目を含む調査紙である。質問紙の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、2008）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



併任状況による認定看護師の活動状況の特徴の検討

認定看護師が活動を継続し機能を発揮することに向けての課題検討

#### 図 概念枠組み

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。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

対象者の背景と認定看護師の併任状況に関し、記述統計値を算出した。また、認定看護師の併任状況と活動状況に関わる14変数との関係探索に向け、 $\chi^2$ 検定、Games-Howellの検定を行った。有意水準5%とした。統計処理には、統計解析プログラムPASW statistics18を用いた。

### 4. 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、研究を実施した。対象者への倫理的配慮は、日本看護教育学会倫理指針（日本看護教育学会、2008）に基づき、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。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、これにより任意の研究協力を保証した。

## 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、有効回答470名分を分析した。

### 1. 対象者の背景(表 1)

調査を依頼した7分野すべての認定看護師から協力が得られた。認定看護師経験期間は、平均 2.8 年 (SD=2.3), 臨床経験年数は平均 16.9 年 (SD=5.4) 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. 認定看護師の併任状況(表 1)

対象者のうち, 「兼任」が 353 名 (75.1%), 「専任」が 53 名 (11.3%), 「専従」が 62 名 (13.2%), 不明が 2 名 (0.4%) であった。

### 3. 認定看護師の併任状況と活動状況との関係(表 2)

認定看護師の併任状況と活動状況との関係について  $\chi^2$  検定を行った。その結果, 認定看護師の併任状況は次の 3 側面 10 変数と統計学的に有意に関係し ( $p<.05$ ), 併任状

況により活動状況が異なることが明らかとなった。3 側面 10 変数とは, 《Ⅰ 活動に関する背景》のうち【活動内容の明確さ】, 【活動時間の確保状況】, 【患者への直接看護活動時間】, 【上司との活動内容の合意】, 《Ⅱ 活動に関する他者との関係》のうち【認定看護師の認知度向上に向けた活動状況】, 【他の医療従事者との連携・協力状況】, 【他の医療従事者による理解獲得状況】, 《Ⅲ 活動に対する評価》のうち【認定看護師としての活動に対する他の医療従事者からの評価】, 【認定看護師としての活動に対する自己評価】, 【仕事に対する満足度】であった。

### 4. 認定看護師の併任状況と役割ストレス(表 2)

対象者となった認定看護師の役割ストレス尺度得点は, 「兼任」が平均 56.6 点 (SD=11.6), 「専任」が平均 51.1 点 (SD=8.9) であった。さらに, 「専従」が平均 50.8 点

表 1 対象者の背景

N=470

項目	人 (%) 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. 施設の種類の	
がん性疼痛看護	75 (16.0)	一般病院	354 (75.3)
感染管理	74 (15.7)	特定機能病院	97 (20.6)
緩和ケア	73 (15.5)	訪問看護ステーション	8 (1.7)
がん化学療法看護	73 (15.5)	一般診療所	4 (0.9)
皮膚・排泄ケア	71 (15.1)	その他	6 (1.3)
救急看護	55 (11.7)	不明	1 (0.2)
集中ケア	48 (10.2)	5. 施設の設置主体	
不明	1 (0.2)	公的医療機関	192 (40.9)
2. 併任状況		医療法人	143 (30.4)
兼任 <sup>a</sup>	353 (75.1)	国	89 (18.9)
専任 <sup>b</sup>	53 (11.3)	社会保険関係団体	40 (8.5)
専従 <sup>c</sup>	62 (13.2)	個人	3 (0.6)
不明	2 (0.4)	その他	2 (0.4)
3. 職位		不明	1 (0.2)
看護部長	1 (0.2)	6. 認定看護師経験年数	2.8 ± 2.3
副看護部長	7 (1.5)	7. 臨床経験年数	17 ± 5.4
師長	63 (13.4)	8. 年齢	39 ± 5.5
副師長	86 (18.3)		
主任	137 (29.1)		
副主任	7 (1.5)		
スタッフ看護師	154 (32.8)		
その他	9 (1.9)		
不明	6 (1.3)		

a 兼任 認定看護師としての業務が勤務時間の 80% 未満  
b 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  
c 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

Ⅶ. 考 察

(SD=12.9)であった。認定看護師の併任状況と役割ストレスとの間に統計学的に有意な関係があり ( $p<.05$ ), 「兼任」の役割ストレス尺度得点は「専従」, 「兼任」よりも高かった。

1. 認定看護師の併任状況と役割ストレスとの関係

本研究の結果は, 対象者のうち「兼任」が 353 名 (75.1%) であることを明らかにした。これは, 認定看護

表 2 認定看護師の併任状況とその活動状況および役割ストレス尺度得点との関係

活動状況		兼任 <sup>a</sup>	専任 <sup>b</sup>	専従 <sup>c</sup>	P 値
		人 (%)			
活動状況	明確	100 (28.5)	22 (41.5)	42 (67.7)	< .000
①活動内容の明確さ	どちらでもない	148 (42.0)	26 (49.0)	16 (25.8)	
	不明確	104 (29.5)	5 ( 9.5)	4 ( 6.5)	
②活動時間の確保状況	十分	21 ( 6.0)	20 (37.7)	40 (64.5)	< .000
	不十分	332 (94.0)	33 (62.3)	22 (35.5)	
③患者への直接看護活動時間	十分	55 (15.6)	26 (49.1)	39 (62.9)	< .000
	不十分	298 (84.4)	27 (50.9)	23 (37.1)	
④上司との活動内容の合意	得られている	226 (64.4)	35 (66.0)	53 (85.5)	.005
	得られていない	125 (35.6)	18 (34.0)	9 (14.5)	
⑤研究成果活用状況	活用している	133 (37.8)	19 (36.5)	29 (47.5)	.329
	活用していない	219 (62.2)	33 (63.5)	32 (52.5)	
⑥休日のリフレッシュ状況	かなり／わりにリフレッシュできている	138 (39.2)	22 (41.5)	33 (53.2)	.230
	少しリフレッシュできている	121 (34.4)	18 (34.0)	20 (32.3)	
	ほとんどリフレッシュできていない	93 (26.4)	13 (24.5)	9 (14.5)	
⑦認定看護師の認知度向上に向けた活動状況	行っている／わりに行っている	159 (45.0)	22 (41.5)	37 (59.7)	.012
	少し行っている	146 (41.4)	28 (52.8)	24 (38.7)	
	ほとんど行っていない	48 (13.6)	3 ( 5.7)	1 ( 1.6)	
⑧他認定看護師との情報交換・連携の状況	かなり／わりにできている	163 (46.2)	29 (54.7)	35 (56.4)	.216
	少しできている	145 (41.1)	22 (41.5)	21 (33.9)	
	ほとんどできていない	45 (12.7)	2 ( 3.8)	6 ( 9.7)	
⑨他の医療従事者との連携・協力状況	かなり／わりにできている	174 (49.3)	29 (54.7)	49 (79.0)	< .000
	少しできている	139 (39.4)	20 (37.7)	13 (21.0)	
	ほとんどできていない	40 (11.3)	4 ( 7.6)	0	
⑩他の医療従事者による理解獲得状況	かなり／わりに理解されている	140 (39.7)	22 (41.5)	40 (64.5)	< .000
	少し理解されている	158 (44.8)	29 (54.7)	19 (30.6)	
	ほとんど理解されていない	55 (15.5)	2 ( 3.8)	3 ( 4.9)	
⑪認定看護師としての活動に対する他の医療従事者からの評価	非常に／わりによい	114 (34.0)	24 (48.9)	32 (54.5)	.023
	どちらともいえない	178 (53.1)	21 (42.9)	26 (42.6)	
	ほとんどよい評価を受けていない	43 (12.9)	4 ( 8.2)	3 ( 2.9)	
⑫認定看護師としての活動に対する自己評価	十分／わりに役割を果たせている	88 (24.9)	26 (49.1)	39 (62.9)	< .000
	少し役割を果たせている	194 (54.9)	24 (45.2)	22 (35.5)	
	ほとんど役割を果たせていない	71 (20.2)	3 ( 5.7)	1 ( 1.6)	
⑬仕事に対する満足度	かなり／わりに満足している	111 (31.8)	24 (46.2)	37 (61.7)	< .000
	あまり／ほとんど満足していない	238 (68.2)	28 (53.8)	23 (38.3)	
⑭認定看護師としての活動継続意思	次回の認定更新審査を受ける	272 (77.5)	45 (84.9)	50 (80.6)	.435
	受けない／わからない	79 (22.5)	8 (15.1)	12 (19.4)	
役割ストレス尺度得点	範囲	26-91	31-67	26-75	
	平均 (標準偏差)	56.6 (11.6)	51.1 ( 8.9)	50.8 (12.9)	

a 兼任 認定看護師としての業務が勤務時間の 80% 未満  
 b 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  
 c 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  
 $\chi^2$  検定  $p<.05$  (両側検定)  
 Games-Howell の検定 \*\* $p<.01$  \*\*\* $p<.001$

師の圧倒的多数が兼任であることを示唆する。

個々人は、その役割に対し、時間を十分に確保できない時、役割葛藤を覚悟する (Kahn,R.L.,et al., 1964, p.18-19)。本研究の対象者のうち、「兼任」の役割ストレス尺度得点は平均 56.6 点、「専従」が平均 50.8 点であった。一方、病院に就業する看護職者を対象に役割ストレスに着目した先行研究 3 件は、本研究と同様に役割ストレス尺度を用い、それぞれ平均が 49.2 点、48.3 点、46.1 点であったことを明らかにした (三木ら、1999；山田ら、2001；磯和、2004)。これらは、看護職者の中でも兼任認定看護師が役割ストレスを強く覚悟する傾向にあることを示唆する。

先行研究は、認定看護師が、認定看護師としての活動よりも看護スタッフとしての業務が優先されること、師長業務との兼任であり、認定看護師としての活動時間が確保されておらず、施設における必要性に確信がもてない状況にあることを示した (濱口ら、2010)。

これは、「兼任」が、役割ストレスを強く覚悟している状況を推察させた。本研究の結果は、調査対象となった認定看護師のうち、「兼任」が、役割ストレスを強く覚悟しているという推察を指示した。

役割ストレスに対する強い覚悟は、自信の喪失や仕事への緊張の高まり、満足度の低下につながり、離職を引き起こす要因になる (Kahn,R.L. et al., 1964, p.70-71)。

また、結果は、対象者の役割ストレス尺度得点の範囲は、「兼任」が 26 点から 91 点、「専従」が 26 点から 75 点の範囲であることを明らかにした。これは、兼任のなかに役割ストレスを強く覚悟していない者、専従のなかにあっても役割ストレスを強く覚悟している者も存在することを表す。

今後、認定看護師の活動継続とその機能発揮の推進に向けては、何が認定看護師の役割ストレスの覚悟に影響しているのかを検討する必要がある。「兼任」であっても、役割ストレスに対する覚悟の弱い者の特性や「専任」の立場にあってもそれを強く覚悟している者が存在する状況の原因を解明することが課題である。

## 2. 認定看護師の併任状況と活動状況との関係

結果は、認定看護師の併任状況と活動状況を示す 3 側面 10 変数との間に統計学的有意性があることを明らかにした。以下、側面ごとにその特性を検討する。

### 1) 活動に関する背景

結果は、概念枠組みに示した活動に関する背景に関わる 6 変数のうち、4 変数が併任状況に関係することを明らかにした。この 4 変数とは、【活動内容の明確さ】、【活動時間の確保状況】、【患者への直接看護活動時間】、【上司との活動内容の合意】である。また、各変数に関する結果は「専従」が「自分にとって認定看護師としての活動内容が

明確である】、【認定看護師としての活動時間を十分に確保している】、【患者への直接看護活動時間を十分に確保している】、【上司と活動内容の合意ができています】という特性を備えていることを明らかにした。

すなわち、本研究の結果は、「専従」が自身の活動内容を明確にし、上司と活動内容の合意を得、役割遂行のための時間をより多く確保していることを明らかにした。

本研究の対象となった認定看護師の約 75% は「兼任」であった。また、職位に着目すると、スタッフ看護師が 32.8% であった。組織における個々人の配置や役割は、その組織の方針に委ねられている (井部ら、2005, p.29)。また、一般に、組織の指揮命令系統にあつては、上司の決定は絶対的であり、部下は、それに従うことを前提とされている (田尾、2001, p.119)。このため、認定看護師のうちスタッフ看護師や、他の役割を兼務している者が、上司の理解なしに、活動のための十分な時間を確保したり、自身が必要だと判断する活動を行ったりすることは容易ではないことが推察できる。

先行研究は、認定看護師が、所属施設における役割や活動を明記した「役割規定書」の提出や、「学習会や研修報告会、管理会議等を通じた活動報告」を行い、管理者の理解を得、活動するための時間を確保していることを明らかにした (日本看護協会認定部、2001)。これは、認定看護師が、活動時間を確保するために、自己の役割を文書にして明示したり、成果を報告したりするという方法を通し、上司に働きかけていることを表す。このような働きかけは、上司の理解獲得につながり、「兼任」にとっても、活動に必要な時間の確保につながる可能性が高い。また、認定看護師が自己の役割を文書にして明示したり、成果を報告したりするためには、自己の役割に対する深い理解と価値づけが不可欠である。

認定看護師が、活動時間を十分に確保することは、その機能を発揮するためにも重要である。しかし、「兼任」は、所属するセクションの役割をも担っており、そのような者にとって、自らが活動時間を確保するには限界がある。組織における個々人の配置や役割は、その組織の方針に委ねられている (井部ら、2005, p.29)。上司や管理者には、認定看護師が計画的に活動できるように支援したり、また、認定看護師自身の裁量によって必要な活動が行えるような職位に位置づけたりする等の配慮を行うことが可能である。

### 2) 活動に関する他者との関係

結果は、概念枠組みに示した活動に関する他者との関係に関わる 4 変数のうち、3 変数が併任状況に関係することを明らかにした。この 3 変数とは、【認定看護師の認知度向上に向けた活動状況】、【他の医療従事者との連携・協力状況】、【他の医療従事者による理解獲得状況】である。ま

た、各変数に関する結果は、「専従」が〔他の医療従事者から認定看護師の役割を理解されている〕、〔他の医療従事者と連携・協力ができている〕、〔認定看護師の認知度向上に向けた広報を行っている〕という特性を備えていることを明らかにした。

すなわち、本研究の結果は、「専従」が自身の活動内容を他の医療従事者に理解され、連携・協力していること、自身の認知度向上のために広報を行っていることを明らかにした。

一方、結果は、「兼任」のうち、認定看護師の認知度向上に向けた活動を「行っている／わりに行っている」者が159名(45.0%)、「他の医療従事者からその役割をかなり／わりに理解されている」者が140名(39.7%)、「他の医療従事者との連携・協力がかなり／わりにできている」者は174名(49.3%)に過ぎないことを明らかにした。

施設内に同分野の認定看護師が複数存在する場合、全員を専従の立場に置くことができないことが推察される(洪, 2011)。そのため、認定看護師の役割に専念できない者にとって、他の医療従事者に向けて認知度向上のための活動を行ったり、理解を得たり、連携・協力をしたりするための活動を十分に行うことは容易ではない。そのことが原因となり、役割ストレスを強く知覚し、活動の継続を妨げている可能性もある。しかし、「兼任」のなかには、役割ストレスに対する知覚が弱く、活動継続と機能発揮につなげている者も存在する可能性がある。施設にその分野の認定看護師が1人しかいないにもかかわらず、兼務の立場にある場合もあり得る。その場合にも、認定看護師の認知度向上に向けた活動や他医療従事者との連携・協力を少しでも促進できるような活動を通して役割ストレスに対する知覚を低減すれば、その活動継続につながる可能性が高い。

### 3) 活動に対する評価

結果は、概念枠組みに示した活動に対する評価に関わる4変数のうち、3変数が併任状況に関係することを明らかにした。この3変数とは、【認定看護師としての活動に対する他の医療従事者からの評価】、【認定看護師としての活動に対する自己評価】、【仕事に対する満足度】である。また、各変数に対する結果は、「専従」が〔他の医療従事者からよい評価を得ていると知覚している〕、〔認定看護師としての役割を果たしていると自己評価している〕、〔認定看護師としての仕事に満足している〕という特性を備えていることを明らかにした。

これらの状況は、個々人が自己の役割遂行状況を肯定的に評価していることを表す。すなわち、結果は、「専従」が、自己の役割遂行状況を肯定的に評価していることを明らかにした。

一方、結果は、「兼任」のうち、「役割を十分／わりに果たしていると自己評価している」者が88名(24.9%)、「他

の医療従事者から非常に／わりにより評価を受けている」者が114名(34.0%)、「認定看護師としての仕事にかなり／わりに満足している」者が111名(31.8%)に過ぎないことを明らかにした。これらは、「兼任」のうち、自己の役割遂行状況を肯定的に評価している者が3割程度であるという現状を表す。

個々人の知覚は、その個々人の経験や行動によって規定される(細谷ら, 1990b, p.135-137)。また、成人期にある個々人は、自己の知覚に照らして現実を解釈することを繰り返し、客観的な評価を行うことが可能となる(細谷ら, 1990a, p.429-430)。組織において、個々人は、果たすべき役割を期待され、その期待に応えるように役割を遂行し(田尾, 2001, p.72)、役割が果たせない時には、役割葛藤を知覚する(森岡ら, 2000, p.1430)。

これは、自己の役割遂行状況を肯定的に評価している認定看護師個々が、役割を果たせており、このような状況が、役割葛藤の軽減に結びつき、それが役割ストレスに対する知覚の弱さにつながっていることを示唆する。自己の活動に関し客観的な評価を繰り返すことが期待に応える役割遂行に結びつき、役割遂行状況の肯定的評価につながる。そのような自己評価が役割ストレスに対する知覚を低減し、活動継続につながっている可能性が高い。

## VIII. 結論

1. 対象となった7分野の認定看護師のうち75.1%の者が「兼任」であった。
2. 認定看護師の併任状況と活動状況の10変数が関係することを示した。それは【活動内容の明確さ】、【活動時間の確保状況】、【患者への直接看護活動時間】、【上司との活動内容の合意】、【認定看護師の認知度向上に向けた活動状況】、【他の医療従事者との連携・協力状況】、【他の医療従事者による理解獲得状況】、【認定看護師としての活動に対する他の医療従事者からの評価】、【認定看護師としての活動に対する自己評価】、【仕事に対する満足度】である。各変数に関する結果は、「専従」が次の特性を備えていることを示した。それは〔自分にとって認定看護師としての活動内容が明確である〕、〔認定看護師としての活動時間を十分に確保している〕、〔患者への直接看護活動時間を十分に確保している〕、〔他の医療従事者から認定看護師の役割を理解されている〕、〔他の医療従事者と連携・協力ができている〕、〔認定看護師の認知度向上に向けた広報を行っている〕、〔上司と活動内容の合意ができている〕、〔認定看護師としての役割を果たしていると自己評価している〕、〔他の医療従事者からよい評価を得ていると知覚している〕、〔認定看護師としての仕事に満足している〕である。

3. 「兼任」の役割ストレス尺度得点は、平均 56.6 点 (SD=11.6) であった。これは、兼任の立場にある認定看護師の役割ストレスに対する知覚が強いことを示唆する。

本研究の一部は、Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International, The 23<sup>rd</sup> International Nursing Research Congress (2012 年 8 月) において示説発表した。

## ■文 献

安藤真理子, 上村直子, 山名敏子 (2006). A 県における認定看護師活動と管理職位についての実態調査, 日本看護学会論文集看護管理, 37, 103-105.

濱口恵子, 花出正美, 上杉宣江, 山根美代子, 佐藤禮子, 小松浩子他 (2010). 平成 18 年がん看護に携わる認定看護師の実態調査報告 - 3 つの役割と看護管理者からの期待 -, 日本がん看護学会誌, 24(3), 52-62.

原谷隆史 (1993). 日本語版 NIOSH 職業性ストレス調査票の信頼性および妥当性, 産業医学, 35, 214.

原谷隆史 (2004). NIOSH 職業性ストレス調査票の活用, 産業精神保健, 12(1), 12-19.

細谷俊夫, 奥田真文, 河野重男, 今野喜清編 (1990a). 新教育学大事典第 4 巻, 「成人期」の項, 429-430, 第一法規出版, 東京.

細谷俊夫, 奥田真文, 河野重男, 今野喜清編 (1990b). 新教育学大事典第 5 巻, 「知覚」の項, 135-137, 第一法規出版, 東京.

井部俊子, 中西睦子 (2005). 看護管理学学習テキスト第 2 巻, 看護組織論, 日本看護協会出版会, 東京.

石久保雪江, 岩田浩子, 野澤明子 (2002). 認定看護師の看護実践に関する検討. 日本看護学会論文集 看護管理, 33, 167-169.

磯和勅子 (2004). 看護師の職務ストレスサー, パーンアウトおよび身体的健康問題の関連: 質問紙および免疫指標からの検討, 行動医学研究, 10(1), 25-33.

Kahn, R.L., Wolfe, D.M., Quinn, R.P., & Rosenthal, R.A. (1964). *Organizational Stress: Studies in Role Conflict and Ambiguity*. New York: Wiley.

片岡ひとみ (2008). 「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」導入後の皮膚・排泄ケア認定看護師の活動の現状と課題に関する一考察. 日本創傷・オストミー・失禁ケア研究会誌, 12(1), 33.

木下千鶴, 中込さと子, 下田あい子, 横尾京子, 村上真理, 藤本紗央里 (2007). 新生児集中ケア認定看護師の活動に関する実態調査 - 新生児集中ケア認定看

護師への質問調査から -. 日本新生児看護学会誌, 13(2), 50-57.

洪愛子 (2011). 感染防止対策加算 - 感染管理認定看護師の今後 (育成・人材活動など) にどのような影響を与えるか -. INFECTION CONTROL, 20(3), 64-66.

洪愛子 (2012). 認定看護師の現状と課題. 看護, 64(1), 90-93.

三木明子, 原谷隆史, 川上憲人, 小林章雄, 石崎昌夫, 林剛司他 (1999). 労働省平成 10 年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレスおよびその健康影響に関する調査報告書 - 医療従事者 (医師及び看護職) のストレスとその問題点 -, 137-143.

宮首由美子, 亀岡智美 (2012). 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 - 看護教育学研究, 21(1), 25-40.

森岡清美, 塩原努, 本間康平 (2000). 新社会学辞典, 「役割葛藤」の項, 有斐閣, 東京.

日本看護教育学学会 (2008). 日本看護教育学学会研究倫理指針. 看護教育学研究, 17(1), 92-93.

日本看護協会 (2008). 認定看護師登録者一覧. 日本看護協会公式ホームページ, <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/touroku.html> 2008.6.9 検索

日本看護協会 (2012a). 認定看護師登録者一覧. 日本看護協会公式ホームページ, <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/touroku.html> 2012.8.1 検索

日本看護協会 (2012b). 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, <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/howto/pdf/censaisoku.pdf> 2012.8.1 検索

日本看護協会認定部 (2001). 2000 年認定看護師に関する実態調査, 4-19, 日本看護協会出版会, 東京.

田中彰子, 松下由美子, 吉田文子, 杉本君代, 雨宮久子, 山本寛 (2012). 認定看護師の組織コミットメントを阻害する要因 - 認定看護師を対象とする全国調査より -, 日本看護学会論文集 看護管理, 42, 163-166.

田中秀子, 溝上祐子, 田中純子, 廣瀬千也子 (2005). WOC 看護認定看護師の診療報酬改定に伴う実践活動状況. 日本看護学会誌, 14(2), 130-137.

田尾雅夫 (2001). 組織の心理学. p.72-82. 有斐閣, 東京.

山田修, 立森久照, 三木明子, 伊東弘人 (2001). 精神病院職員の職業性ストレスと職務満足, 病院管理, 38(2), 15-22.



---

**【要旨】** 研究目的は、認定看護師の併任状況と活動状況および役割ストレスとの関係を解明することである。文献検討に基づき構築した概念枠組みは、認定看護師の役割ストレスに関係する可能性の高い変数を含む。測定用具には、日本語版 NIOSH 職業性ストレス調査票の役割ストレス調査用紙と概念枠組みが包含する変数を含む認定看護師特性調査紙を用いた。7分野の認定看護師1,031名に研究協力を依頼し、承諾を得た524名に、郵送法による調査を行った。478名(91.2%)から回答を得、有効回答470部を分析した。対象者のうち、「兼任」が353名(75.1%)を占めた。また、併任状況と【活動内容の明確さ】、【仕事に対する満足度】等の10変数の間に統計学的に有意な関係があり ( $p<.05$ )、併任状況によりその活動状況が異なることが明らかになった。さらに、「兼任」の役割ストレス尺度得点は平均56.6点 ( $SD=11.6$ )であった。併任状況と役割ストレスとの間に統計学的に有意な関係があり ( $p<.05$ )、「兼任」が「専従」、「専任」よりも役割ストレスを強く知覚する傾向にあることを示した。

---

受付日 2012年9月3日 採用決定日 2012年11月14日

# 国立病院機構・国立高度専門医療研究センターにおける 退院調整に関する実態調査

小宅比佐子<sup>1</sup> 佐藤則子<sup>2</sup> 間雅子<sup>3</sup> 小田勢津子<sup>4</sup> 木村弘江<sup>5</sup>  
武田淳一<sup>6</sup> 西純子<sup>7</sup> 永田郁子<sup>8</sup> 小澤三枝子<sup>9</sup>

- 1 前 国立精神・神経医療研究センター；〒 162-0814 東京都新宿区新小川町 6-27-411
  - 2 前 国立病院機構下総精神医療センター
  - 3 国立病院機構久里浜医療センター
  - 4 国立病院機構小諸高原病院
  - 5 国立国際医療研究センター国府台病院
  - 6 国立病院機構さいがた病院
  - 7 国立病院機構下総精神医療センター
  - 8 国立精神・神経医療研究センター
  - 9 国立看護大学校
- oyake @krf.biglobe.ne.jp

## Discharge planning activities and systems at the hospitals of National Hospital Organization and National Centers

Hisako Oyake<sup>1</sup> Noriko Satou<sup>2</sup> Masako Aida<sup>3</sup> Setsuko Oda<sup>4</sup> Hiroe Kimura<sup>5</sup> Junichi Takeda<sup>6</sup>  
Junko Nishi<sup>7</sup> Ikuko Nagata<sup>8</sup> Mieko Ozawa<sup>9</sup>

- 1 Formerly, National Center of Neurology and Psychiatry ; 6-27-411 Shinogawa-cho, Shinjuku-ku, Tokyo, 〒 162-0814, Japan
- 2 Formerly, National Hospital Organization Shimofusa Psychiatric Medical Center
- 3 National Hospital Organization Kurihama Medical and Addiction Center
- 4 National Hospital Organization Komoro Kougen National Hospital
- 5 Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine
- 6 National Hospital Organization Saigata National Hospital
- 7 National Hospital Organization Shimofusa Psychiatric Medical Center
- 8 National Center of Neurology and Psychiatry
- 9 National College of Nursing, Japan

**【Keywords】** 退院調整 discharge planning, 地域連携部署 department for regional collaboration, 退院調整看護師 nurses for discharge planning, 国立病院機構 National Hospital Organization, 国立高度専門医療研究センター National Research Center for Advanced and Specialized Medical Care

### I. はじめに

2007年の医療法改正で、医療機能の分化・連携の推進による医療提供が示され、2008年の診療報酬改定では、退院時共同指導料が新設された。これは、病院が地域の医師や看護師と連携をもち退院調整を行うことが経済的に評価されたものである。退院調整加算では、退院支援計画を作成し、退院調整部門に十分な経験を有する専従の看護師または社会福祉士がいること、多職種協働で作成した退院支援計画書の作成が要件であった。このことが退院調整看護師の配置に大きく影響した。

著者ら（国立病院精神看護管理者グループ）は、精神病

床においても長期入院患者に対して退院調整看護師の配置や地域医療連携室が機能していけば、より効果的な退院調整ができるのではないかと考えた。精神病床においては、一般病院と比較すると、診療点数が低くなっている。その理由は長期入院者が多く平均在院日数が長いいため算定要件に組み込めないからである。

精神保健医療福祉の改革ビジョン（厚生労働省、2004）では、「既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、医療（社会復帰リハビリテーション等）と地域生活支援体制の協働の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促す」としている。

精神病床への長期入院患者の現状（平成17年患者調査）

によると、精神病床における入院患者は32.4万人で、1年未満35%、1～5年の入院患者は29%、5年以上の入院患者は36%である（厚生労働省、2009）。退院患者のうち在院期間が1年以上の割合は約13%であるが、5年以上で退院した患者は4%にとどまっている。そのうち受け入れ条件が整えば地域に移行できる可能性がある患者は5割程度といわれている。精神病床における2010年の平均在院日数は301.0日であり（厚生労働省、2011）、精神病床における退院の現状はかなり厳しい。

退院調整によって退院を円滑に進めるためには、地域連携部署の設置が有効と考えられ、調査研究が行われている。2011年に都内病院を対象に行われた調査（大倉ら、2011）では、病院の84%に退院調整部署が設置されていた。退院調整看護師は「急性期」を中心に配置されている一方、精神病院においては医療社会福祉士が多く配置されていた。2010年に全国の一般病床と療養病床の計150床以上の病院を対象に行った調査（日本訪問看護振興財団、2011）では、退院調整部門の設置率は67.1%であった。退院調整看護師は、病床規模が大きくなるほど配置率が高くなり、専従の比率も高くなっていった。

本研究では、国立病院機構と国立高度専門医療研究センター（以下、NC）の病院において、病院の機能特性別に退院調整の実態について明らかにし、より効果的な退院調整に向けて示唆を得たいと考えた。

## Ⅱ. 研究目的

国立病院機構とNCの病院における退院調整の実態、退院調整看護師の配置状況および組織的位置づけ、配置の効果を病院の機能特性別に分析することによって、看護管理上の示唆を得る。

## Ⅲ. 用語の操作的定義

### 1. 病院の機能特性別分類

「精神」：精神病床と医療観察法病床を合計し、100床以上の病床数を有する病院。

「重心・筋ジス＋一般」：重症心身障がい児（以下、重心）・筋ジストロフィー患者（以下、筋ジス）・難病患者等の病棟と一般病棟を有する病院。ただし、「精神」は除く。

「一般」：上記以外の病院。

### 2. 平均在院日数

「精神病床の平均在院日数」：精神病棟入院基本料が適用されている病床における平均在院日数。

「一般病床の平均在院日数」：障害者施設等一般病棟

を除く一般病床における平均在院日数。

## Ⅳ. 調査方法

### 1. 調査対象病院

国立病院機構およびNCの病院。

### 2. 調査回答者

調査対象病院の看護部長・総看護師長151名に依頼し、看護部で記入してもらった。

### 3. 実施方法

自記式質問紙調査。配布と回収は郵送にて行った。

### 4. 調査期間

2012年3月。

### 5. 調査内容

調査票は、看護管理者記入用質問紙調査票と地域連携担当者記入用質問紙調査票で構成した。病院を機能特性別に分類する際の質問項目を減らすため、調査票には病院コードを付して調査を行った。

#### 1) 看護管理者記入用質問紙調査

##### (1) 病院の特徴

病床数、一般・精神・その他病床数、平均在院日数、施設基準（入院基本料）、訪問看護実施状況等

##### (2) 退院調整の実態

地域連携部署の設置の有無、退院調整の状況等

#### 2) 地域連携部署記入用質問紙調査票

##### (1) 地域連携部署に配置された職種と人数

##### (2) 退院調整看護師や医療社会福祉士または精神社会福祉士の業務内容と課題等

### 6. 分析

病院の機能特性別分類は、病院コードを参考に研究者が行った。分析には、IBM SPSS Statistics ver.19を用いた。

### 7. 倫理的配慮

日本看護協会「看護研究における倫理指針」に準拠して倫理的配慮を行い、国立病院機構下総精神医療センターの倫理委員会の承認を得て調査を実施した。

## Ⅴ. 結果

本研究では、看護管理者記入用質問紙調査の結果を報告する。調査票配布数は151、回収数は123、回収率は81.5%であった。

## 1. 地域連携部署の設置の有無と病院の特徴について

### 1) 地域連携部署の設置状況

病院の機能特性別分類に地域連携部署の設置状況を見ると、「精神」16 (88.9%), 「一般」48 (100%), 「重心・筋ジス+一般」53 (93.0%) であり, 「一般」の全病院に地域連携部署が設置されていた (表1)。

### 2) 訪問の実施状況

訪問を実施していたのは, 「精神」では地域連携部署がある病院の15 (93.8%) と地域連携部署がない2病院であった。一方, 「一般」は, 地域連携部署がある病院の5 (10.4%) が訪問を実施し, 「重心・筋ジス+一般」では地域連携部署がある病院の17 (32.1%) で訪問を実施していたが, 地域連携部署がない4病院では実施していなかった (表1)。

### 3) 退院調整看護師の配置

退院調整看護師は, 「精神」3, 「一般」40, 「重心・筋ジス+一般」23 に配置されていた (無回答1)。これらの病院は, いずれも地域連携部署が設置されている病院であった (表1)。組織規定で配置されていたのは, 「精神」2, 「一般」27, 「重心・筋ジス+一般」15 であった (表1)。

## 2. 退院調整看護師の配置と病院の特徴・配置の効果について

「精神」18病院のうち退院調整看護師を配置していたのは3病院でその割合は16.7%であった。「一般」では48病院のうち40病院でその割合は83.3%, 「重心・筋ジス+一般」では56病院のうち23病院でその割合は41.1%であった (表2)。退院調整看護師配置の有無で, 平均在院日数, 訪問, 配置の効果を比較した。分析対象は, 無回答1を除く122である。

### 1) 退院調整看護師の配置の有無と平均在院日数

(1) 退院調整看護師の配置の有無と「一般病床平均在院日数」

「精神」における「一般病床平均在院日数」は, 退院調整看護師配置あり18.65日, 配置なし30.77日であった。「一般」においては, 配置あり15.11日, 配置なし18.69日であった。「重心・筋ジス+一般」では, 配置あり17.81日, 配置なし32.25日であった (表2)。

(2) 退院調整看護師の配置の有無と「精神病床平均在院日数」

「精神」における「精神病床平均在院日数」は, 退院調整看護師配置あり116.23日, 配置なし236.08日であった。「一般」においては, 配置あり45.78日, 配置なし45.50日

表1 地域連携部署の有無と病院の特徴

( ) 内は%

	「精神」		「一般」		「重心・筋ジス+一般」	
	連携部署あり n = 16	なし n = 2	連携部署あり n = 48	なし n = 0	連携部署あり n = 53	なし n = 4
訪問実施病院数	15 (93.8)	2	5 (10.4)	-	17 (32.1)	0
退院調整看護師配置病院数	3	0	40	-	23	0
うち組織規定で配置	2	0	27	-	15	0

表2 退院調整看護師配置の有無と病院の特徴

( ) 内は%

	「精神」		「一般」		「重心・筋ジス+一般」	
	退院調整看護師配置あり n = 3	なし n = 15	退院調整看護師配置あり n = 40	なし n = 8	退院調整看護師配置あり n = 23	なし n = 33
一般病床数 (平均)	190.50	109.75	404.21	416.86	170.43	176.44
(平均在院日数)	18.65	30.77	15.11	18.69	17.81	32.25
精神病床数 (平均)	170.67	233.67	46.20	48.00	-	-
(平均在院日数)	116.23	236.08	45.78	45.50	-	-
重心・筋ジス病床数 (平均)	-	-	-	-	136.65	118.24
訪問実施病院数	2 (66.7)	15 (100)	4 (10.0)	1 (12.5)	9 (39.1)	8 (24.2)
a 訪問診療実施	0	1 (6.7)	1 (2.5)	1 (12.5)	7 (30.4)	7 (21.2)
b 訪問看護実施	2 (66.7)	15 (100)	3 (7.5)	0	4 (17.4)	4 (12.1)
c 訪問リハビリ実施	0	0	0	0	0	3 (9.1)
地域連携部署あり	3 (100)	13 (86.7)	40 (100)	8 (100)	23 (100)	30 (90.9)

であった(表2)。なお、「重心・筋ジス+一般」では、精神病床を有する病院はない。

## 2) 退院調整看護師の配置の有無と訪問看護の実施状況

退院調整看護師の配置の有無別に見ると、「精神」では退院調整看護師配置のある病院の2(66.7%)が訪問を実施していたが、配置のない病院では15(100%)が実施していた。「一般」では、配置のある病院の4(10.0%)、配置のない病院の1(12.5%)が実施していた。「重心・筋ジス+一般」では、退院調整看護師の配置のある病院9(39.1%)、配置のない病院8(24.2%)で訪問が実施されていた(表2)。訪問を実施している病院は計39(31.7%)であった。

訪問診療実施は、「重心・筋ジス+一般」では退院調整看護師の配置の有無に関わらずそれぞれ7病院が実施していた。訪問看護実施は、「精神」の配置なしの15(100%)で実施されていた。訪問リハビリは、「重心・筋ジス+一般」の3病院のみで実施されていた(表2)。

## 3) 退院調整看護師を配置している病院における「配置の効果」

退院調整看護師を配置している66病院に、退院調整看護師の配置の効果を尋ねた。配置の効果が「大いにある」と回答したのは37(56.1%)、「少しあった」23(34.8%)、「不明・なかった」は5であった。「不明」の理由は、「退院調整看護師の欠員」、「配置期間が短く効果の判定はできない」等であった。機能特性別には、「精神」の3(100%)、「一般」の38(95.0%)、「重心・筋ジス+一般」の19(82.6%)で、効果があった(大いにある、少しあった)と回答している(表3)。

## 4) 退院調整看護師を配置している病院における効果・影響

退院調整看護師を配置している病院に「患者・家族にとって」、「病棟看護師にとって」、「病院にとって」どのような効果・影響があったと考えるかを質問した。回答は複数回答とした。

### (1) 患者・家族にとっての効果・影響

「精神」、「一般」、「重心・筋ジス+一般」ともに効果があったとする回答が多かったのは、「a 患者・家族の納得のいく選択が可能になった」で、「精神」では3(100%)、「一般」では34(85.0%)、「重心・筋ジス+一般」は15(65.2%)であった。次に多かったのは、「e ターミナル期でも自宅に帰る人が増えた」、「c 医療処置が必要でも自宅に帰る人が増えた」であった(表3)。

表3 退院調整看護師を配置している病院における「配置の効果」

( )内は%

	「精神」 n = 3	「一般」 n = 40	「重心・筋ジス+一般」 n = 23
配置効果 ① 大いにある	2	25 (62.5)	10 (43.5)
② 少しあった	1	13 (32.5)	9 (39.1)
③ 不明・なかった	0	2 ( 5.0)	3 (13.0)
無回答	0	0	1
①患者・家族にとって			
a 患者・家族の納得のいく選択が可能になった	3	34 (85.0)	15 (65.2)
b 家族介護者の負担が軽減した	1	11 (27.5)	7 (30.4)
c 医療処置が必要でも自宅に帰る人が増えた	0	16 (40.0)	8 (34.8)
d 家族介護力が弱くても自宅に帰る人が増えた	0	13 (32.5)	7 (30.4)
e ターミナル期でも自宅に帰る人が増えた	1	18 (45.0)	6 (26.1)
②病棟看護師にとって			
a 退院支援活動への理解が深まった	3	33 (82.5)	17 (73.9)
b 退院困難な患者に積極的に取り組むようになった	2	24 (60.0)	16 (69.6)
c 多職種間のチームワークが強まった	3	25 (62.5)	13 (56.5)
d 退院後の看護計画が立てやすくなった	1	6 (15.0)	6 (26.1)
e 病棟業務が忙しくなった	1	2 ( 5.0)	1 ( 4.3)
③病院にとって			
a 平均在院日数が短縮した	1	18 (45.0)	3 (13.0)
b 紹介率・逆紹介率が高まった	1	13 (32.5)	4 (17.4)
c 地域との連携がとりやすくなった	3	34 (85.0)	20 (87.0)
d 退院困難な患者の退院がスムーズにいくようになった	2	21 (52.5)	14 (60.9)

(2) 病棟看護師にとっての効果・影響

「精神」, 「一般」, 「重心・筋ジス+一般」ともに効果があつたとする回答が多かつたのは, 「a 退院支援活動への理解が深まつた」で「精神」3 (100%), 「一般」33 (82.5%), 「重心・筋ジス+一般」17 (73.9%) であつた。次いで, 「c 多職種間のチームワークが強まつた」, 「b 退院困難な患者に積極的に取り組むようになった」であつた (表3)。

(3) 病院にとっての効果・影響

「精神」, 「一般」, 「重心・筋ジス+一般」ともに一番多かつたのは, 「c 地域との連携がとりやすくなつた」で, 「精神」3 (100%), 「一般」34 (85.0%), 「重心・筋ジス+一般」20 (87.0%) であつた。次が「d 退院困難な患者の退院がスムーズにいくようになった」であつた。「一般」は, 「a 平均在院日数が短縮した」, 「b 紹介率・逆紹介率が高まつた」への回答も多かつた (表3)。

3. 退院調整看護師を配置していない病院における配置の必要性と配置効果の見込み

退院調整看護師を配置していない病院は, 「精神」15,

「一般」8, 「重心・筋ジス+一般」33で, 計56 (45.5%) であつた。

1) 退院調整看護師配置の必要性

自施設への配置が「必要である」と回答したのは, 「精神」では13 (86.7%), 「一般」では5 (62.5%), 「重心・筋ジス+一般」では20 (60.6%) と, 「精神」において配置の必要性が最も高かつた (表4)。「あまり必要でない」, 「不要である」と回答したのは15病院であつた。「重心・筋ジス+一般」の3分の1は, 「配置の必要性はあまりない」と回答していた。これらの施設の自由記載には, 対象患者が少ない, 連携室と病棟で調整をしている, 人員的に余裕がなく優先順位として高くない等が記載されていた。今後配置を検討するという記載もあつた。

2) 退院調整看護師を配置した場合に見込まれる効果

退院調整看護師を配置していないと回答した病院に, 退院調整看護師を配置したら「患者・家族にとって」, 「病棟看護師にとって」, 「病院にとって」どのような効果が見込まれるかを質問した。回答は複数回答とした。

(1) 患者・家族にとって

患者・家族にとって効果が見込まれると回答が多かつた

表4 退院調整看護師を配置していない病院における「配置の必要性」と「効果見込み」 ( ) 内は%

		「精神」 n = 15	「一般」 n = 8	「重心・筋ジス+一般」 n = 33
配置の 必要性	① 必要である	13 (86.7)	5 (62.5)	20 (60.6)
	② あまり必要ではない	2 (13.3)	1 (12.5)	11 (33.3)
	③ 不要である	0	1 (12.5)	0
	無回答	0	1	2
配置したらどのような効果があると見込んでいるか				
①患者・家族にとって				
	a 患者・家族の納得のいく選択が可能になる	12 (80.0)	6 (75.0)	27 (81.8)
	b 家族介護者の負担が軽減する	9 (60.0)	3 (37.5)	14 (42.4)
	c 医療処置が必要でも自宅に帰る人が増える	4 (26.7)	3 (37.5)	12 (36.4)
	d 家族介護力が弱くても自宅に帰る人が増える	9 (60.0)	2 (25.0)	8 (24.2)
	e ターミナル期でも自宅に帰る人が増える	0	3 (37.5)	8 (24.2)
②病棟看護師にとって				
	a 退院支援活動への理解が深まる	13 (86.7)	6 (75.0)	26 (78.8)
	b 退院困難な患者に積極的に取り組むようになる	15 (100)	5 (62.5)	21 (63.6)
	c 多職種間のチームワークが強まる	13 (86.7)	5 (62.5)	20 (60.6)
	d 退院後の看護計画が立てやすくなる	8 (53.3)	3 (37.5)	16 (48.5)
	e 病棟業務が忙しくなる	0	0	1 (3.0)
③病院にとって				
	a 平均在院日数が短縮する	10 (66.7)	6 (75.0)	13 (39.4)
	b 紹介率・逆紹介率が高まる	9 (60.0)	4 (50.0)	13 (39.4)
	c 地域との連携がとりやすくなる	13 (86.7)	5 (62.5)	26 (78.8)
	d 退院困難な患者の退院がスムーズにいくようになる	12 (80.0)	5 (62.5)	21 (63.6)

のは、「a 患者・家族の納得のいく選択が可能になる」で、「精神」12 (80.0%)、「一般」6 (75.0%)、「重心・筋ジス＋一般」27 (81.8%)であった。次いで「b 家族介護者の負担が軽減する」、「d 家族介護力が弱くても自宅に帰る人が増える」であった (表4)。

(2) 病棟看護師にとって

病棟看護師にとって効果が見込まれると回答が多かったのは3項目で、「a 退院支援活動への理解が深まる」、「b 退院困難な患者に積極的に取り組むようになる」、「c 多職種間のチームワークが強まる」であった (表4)。

(3) 病院にとって

病院にとって配置の効果が見込まれると回答が多かったのは、「c 地域との連携がとりやすくなる」で、「精神」13 (86.7%)、「一般」5 (62.5%)、「重心・筋ジス＋一般」26 (78.8%)であった。次に多かったのは「d 退院困難な患者の退院がスムーズにいくようになる」であった。「精神」および「一般」では、「a 平均在院日数が短縮する」に高

い期待をもっていた (表4)。

4. 退院調整看護師の配置の有無と退院調整の現状

退院調整に関わる業務内容20項目の実施の状況について、実施していない(0点)、うまくいっていない(1点)～うまくいっている(5点)としてスコア化し、退院調整看護師配置の有無別に平均値を算出した。点数の高い方が退院調整がうまくいっていることを示す。平均値が4以上のものを下線で示した (表5)。

1) 「精神」における退院調整看護師配置の有無と現状

「精神」において退院調整看護師を配置している病院で、平均値が高く退院調整がうまくいっている(4点以上)は、「③退院調整スクリーニング」、「④意思決定支援のための面接」、「⑤患者・医療者間のカンファレンスの企画運営開催」、「⑥社会資源の活用についての相談・説明」、「⑦地域包括支援センター・ケアマネジャーの紹介調整」、「⑫地域との合同カンファレンスの企画・開催」、「⑭退院指導(介

表5 退院調整看護師の配置と退院調整の現状

	「精神」		「一般」		「重心・筋ジス＋一般」	
	退院調整看護師配置あり n = 3	なし n = 15	退院調整看護師配置あり n = 40	なし n = 8	退院調整看護師配置あり n = 23	なし n = 33
① 医療機関からの受け入れや入院依頼	2.67	3.73	3.44	<u>4.14</u>	<u>4.04</u>	3.53
② 入院ベッドコントロール	1.00	2.47	2.31	3.57	2.65	2.79
③ 退院調整スクリーニング	<u>5.00</u>	1.27	3.23	3.29	3.13	2.45
④ 意思決定支援のための面接	<u>4.00</u>	2.53	3.10	3.57	3.68	2.66
⑤ 患者・医療者間のカンファレンスの企画運営開催	<u>4.00</u>	2.73	2.85	2.86	3.52	2.53
⑥ 社会資源の活用についての相談・説明	<u>4.00</u>	3.47	3.78	3.57	<u>4.09</u>	3.66
⑦ 地域包括支援センター・ケアマネジャーの紹介調整	<u>4.00</u>	2.80	3.58	3.14	3.61	2.94
⑧ 地域かかりつけ医の紹介・調整	3.00	2.40	3.43	3.86	3.61	3.16
⑨ 訪問看護ステーションの紹介・調整	3.67	2.40	3.73	3.43	3.86	2.97
⑩ ホームヘルパーの紹介・調整(自費含)	3.67	2.13	2.55	2.71	2.61	2.39
⑪ 保健所・保健センターの紹介・調整	3.33	2.53	2.65	3.43	3.26	2.85
⑫ 地域との合同カンファレンスの企画・開催	<u>4.00</u>	2.80	2.88	3.17	3.64	2.58
⑬ 退院前訪問	3.33	3.00	1.21	1.43	2.18	1.81
⑭ 退院指導(介護技術・医療処置)	<u>4.00</u>	2.13	3.03	3.71	3.36	3.09
⑮ 医療物品の準備・供給ルート確保	3.33	1.27	3.25	3.29	3.68	3.18
⑯ 退院に必要な書類(訪問看護指示書)	3.33	3.40	3.63	<u>4.00</u>	3.95	3.44
⑰ 退院後訪問	2.33	3.33	0.55	0.67	1.14	0.68
⑱ 訪問看護ステーションからの退院後の状況の情報収集	2.67	1.79	2.77	2.57	2.86	1.76
⑲ 外来での療養相談	3.33	2.13	3.15	3.57	3.27	2.55
⑳ 転院支援(転院先探し・交渉・診療情報提供書のやりとり等)	3.00	3.07	3.48	<u>4.14</u>	3.64	3.34

注1) 表中の数字は退院調整に関わる事項について、実施していない:0、うまくいってない:1～うまくいっている:5としてスコア化した数値の平均値。

注2) 平均値が4以上のものを下線で示した。

護技術・医療処置)」の7項目であった(表5)。配置のない方に平均値が4点以上の項目はなかった。

### 2) 「一般」における退院調整看護師配置の有無と現状

「一般」において退院調整看護師を配置している病院で、平均値が高く退院調整がうまくいっている(4点以上)の項目はなかった。配置のない病院で平均値が4点以上だったのは、「①医療機関からの受け入れや入院依頼」、「⑩退院に必要な書類(訪問看護指示書)」、「⑳転院支援(転院先探し・交渉・診療情報提供書のやりとり等)」の3項目であった(表5)。

### 3) 「重心・筋ジス+一般」における退院調整看護師配置の有無と現状

「重心・筋ジス+一般」において退院調整看護師を配置している病院で、平均値が高く退院調整がうまくいっている(4点以上)項目は「①医療機関からの受け入れや入院依頼」、「⑥社会資源の活用についての相談・説明」であった。配置のない方に平均値が4点以上の項目はなかった(表5)。

## VI. 考 察

### 1. 地域連携部署の設置、退院調整看護師配置の実態と効果

地域連携部署が設置されている病院は117(95.1%)であり、ほとんどの病院に設置されていた。都内病院の84%に退院調整部署が設置されているとの報告(大倉, 2011)、および全国150床以上の病院の67.1%に退院調整部門が設置されているという報告(日本訪問看護振興財団, 2011)と比較すると、国立病院機構・NCの病院において地域連携部署の設置が進んでいるといえる。永田ら(2004)の調査結果では、設置主体が「国」の病院において退院支援部署を設置している病院は8%であったことが示されており、この10年間で、大きく変化している。

退院調整看護師の配置は「精神」(16.7%)、「一般」(83.3%)、「重心・筋ジス+一般」(41.1%)であり、大倉ら(2011)の報告と同様、急性期の「一般」に多く配置され、慢性期・精神病院に配置は少なかった。日本訪問看護振興財団の調査(2011)では、退院調整部門の配置職員のうち看護師の配置率は84.2%で、病床規模が大きくなるほど配置率や専従の比率が高くなると報告されている。本調査では、病院の規模別では区分していないが、病院の機能によって配置が異なっていた。

国立病院機構・NCにおける退院調整看護師配置への組織的な取り組みは、2007年度に退院調整看護師養成プログラム(篠田, 2010)による研修を開始し、2008年度に「一般」から配置が行われた。背景には、2007年の医療法改正、2008年の診療報酬改定がある。

「精神」における退院調整看護師の配置は3(16.7%)であった。配置病院の精神病床平均在院日数は116.23日で、配置のない病院の236.08日より120日短かった。退院調整看護師の役割には、入院時から患者のアセスメントに関わり、医師や医療職間の調整や地域との連携などを行って、退院困難患者がスムーズに退院して行くことも含まれる。この取り組みが短い在院日数に反映している可能性がある。

精神病床では2010年から入院基本料13対1が導入されたが、15対1が主流である(厚生労働省精神保健福祉資料, 2012)。国立病院機構・NCの精神病床でも入院基本料13対1は3病院で、全国と同じ傾向にある。

入院基本料15対1取得の病院の多くは、平均在院日数が短くなれば取得要件が整い、入院基本料上位基準取得が可能となり、病院経営に貢献すると考えられる。また「精神」は、退院調整看護師を配置している3病院全てが退院調整がうまくいっていると回答しており、配置していない「精神」でも配置を必要と回答している病院が86.7%を占めている。「精神」において退院調整看護師配置に大きな期待があることから、今後、多職種チームが機能するよう、院内体制・地域連携体制を整えることが必要であろう。

「重心・筋ジス+一般」の一般病床平均在院日数は、退院調整看護師の配置ありは、配置なしより14日短かった。平均在院日数の短い要因は様々考えられるが、退院調整看護師の配置の有無も関連しているかもしれない。

訪問を実施している病院は39(31.7%)であった。訪問は「精神」の17(94.4%)が実施していたが、「一般」では5(10.4%)、「重心・筋ジス+一般」では17(32.1%)と、実施率は低かった。「精神」において訪問看護の実施率が高い理由は、患者が安心して地域に移行するためと、退院後の病状悪化を早期発見するためである。訪問を訪問看護ステーションに依頼する事例もあるが、介護保険対応で精神科の患者の訪問にまで対応できない状況もあることから病院が訪問をしていることが多いと考える。

### 2. 退院調整看護師の配置の効果・影響

退院調整看護師を配置している病院の9割は効果があったと回答していた(表3)。退院調整看護師を配置している病院における患者・家族にとっての効果・影響は、「精神」、「一般」、「重心・筋ジス+一般」とともに「患者・家族の納得のいく選択が可能になった」が一番多かった。病棟看護師にとっての効果・影響では、「退院支援活動への理解が深まる」、「退院困難な患者に積極的に取り組むようになる」で、永田ら(2004)の結果と同様の結果であった。

急性期病院では、地域連携部署の設置が「平均在院日数短縮」に直接影響すると考えられているが、退院調整看護



師の配置の効果・影響は、直接見えにくい。しかし、院内および地域と連携をとることが、退院困難な患者への積極的な取り組みにつながり、患者・家族が納得のいく選択が可能となることによって、平均在院日数の短縮へとつながると考える。

退院調整看護師を配置している病院における配置効果と、配置していない病院における配置効果見込みを見ると、どちらも「患者・家族の納得のいく選択が可能になる」が最も多かった。病棟看護師にとっても「退院支援活動への理解が深まる」が最も多かった。今後、病院の機能分化により一層入院期間が短くなり、多くの不安や問題を抱えたまま退院していく患者・家族が増えていく可能性がある。患者・家族の問題を把握し思いを受け止め、退院後も責任をもって継続して対応していくことや看護師が連携に関心をもって関わっていくことの大切さが退院調整看護師の役割への期待としてうかがえる。

退院調整看護師を配置していない理由には、看護師の確保が難しい、定数がない等があった。永田ら（2004）は、「病院全体の人的資源にゆとりがないため国の配置が遅れている」ことを示唆している。また「日常業務にあたる医療スタッフが十分でなければ退院支援業務や体制の整備にまで手が回らないことも当然であろう」と述べている。退院調整看護師を配置していない病院の67.9%が配置を必要としていることから、不要だから配置していないわけではなく、むしろ配置の効果を期待しているようである。病院が何をめざすか、どこに優先して看護師を配置するか方策を立てる必要があると考える。

「重心・筋ジス＋一般」は、地域連携や平均在院日数が影響する一般の病床と重心・筋ジスなど障がい者病床の運営を行っている。最近では、神経難病患者の在宅療養へ向けて退院支援が進められており、今後退院調整看護師の需要は増えていくと考える。特に神経難病においては、医療ニーズが高い患者の退院調整として在宅医療や看護、身体介護、リハビリテーション、医療機器や材料の調達など多職種での連携が必須である。

これらの業務は、まさに退院調整であり、患者・家族の主体的な参加の下、病院内外の多職種と協働で進めていくケアマネジメントプロセスである（篠田，2010）。退院調整は多職種協働によるチームアプローチであり、院内外の専門職が知恵と力を合わせて問題解決するためのアプローチが出来つつあるといえる。

### 3. 退院調整看護師の配置の有無と退院調整の現状

退院調整看護師配置の有無で、退院調整に関わる業務内容の実施状況をうまくいっているか点数化したところ、「精神」と「重心・筋ジス＋一般」は、配置している方が平均値が高く「うまくいっている」傾向にあった。「一般」

において配置の有無による差がなかったのは、2008年の診療報酬改定に対応するため、専従の看護師または社会福祉士の配置が行われ、すでに地域連携が進んできたためと考える。「精神」では院内調整、院外との調整、退院支援・指導において効果が見込まれた（表5）。「一般」で「医療機関からの受け入れや入院依頼」、「退院に必要な書類」、「転院支援」において退院調整看護師の配置がない病院の方が「うまくいっている」のは、退院調整看護師以外の担当者が行っている病院が多いためかもしれない。

全国の退院支援の取り組みの実態調査で、精神科病院の49.3%においてはなんらかの退院支援体制を実施しており、なんらかの支援体制を実施している病院は、平均在院日数が「300日未満」の割合が50%を超えていた（末安，2008）。病院理念・方針や病院の管理者が退院支援の取り組みにどのような関わりをしているかがその病院の退院支援体制確立の推進に影響を及ぼすとしている（末安，2008）。退院調整看護師の配置を推進していくために看護管理者は、病院幹部・関係者に退院調整看護師の配置効果を積極的に示していく必要がある。

## Ⅶ. 本研究の限界

「精神」においては退院調整看護師の配置が退院調整の現状を改善する可能性が示唆されたが、配置していたのは3病院だけであり、横断調査でもあるため、因果関係を断定することはできない。

## Ⅷ. 結論

- 1) 地域連携部署を設置している病院は123病院中117(95.1%)であった。退院調整看護師は、「精神」の16.7%、「一般」の83.3%、「重心・筋ジス＋一般」の41.1%に配置されており、「精神」における配置率が低かった。
- 2) 退院調整看護師を配置している病院の8割が、退院調整看護師配置の効果として、「患者・家族の納得のいく選択が可能になった」、「(病棟看護師の)退院支援活動への理解が深まった」、「(病院にとって)地域との連携がとりやすくなった」を挙げていた。
- 3) 「精神」における退院調整の実態について退院調整看護師の配置の有無で比較したところ、配置している病院の方が「退院調整がうまくいっている」と回答する項目が多かった。

## 謝辞

業務ご多忙の中、本調査にご協力くださいました病院看護部およびご関係の皆様へ深謝いたします。

## ■文 献

- 厚生労働省 (2004). 精神保健医療福祉の改革ビジョン (概要).  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>
- 厚生労働省 (2009). 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf>
- 厚生労働省 (2011). 平成 22 年 (2010) 医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況.  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/10/>
- 厚生労働省 (2012). 精神保健福祉資料 平成 21 年度 6 月 30 日 調査の概要 [http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/data\\_h21/h21\\_630\\_sasshitai.pdf](http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/data_h21/h21_630_sasshitai.pdf)
- 永田智子, 大島浩子, 田畑まりえ, 村嶋幸代, 鷺見尚己, 春名めぐみ (2004). 退院支援の現状に関する全国調査－病院における退院支援の実施体制に焦点を当てて－. 病院管理, 41(4), 73-81.
- 日本訪問看護振興財団 (2011). 退院調整看護師に関する実態調査報告書 <http://www.jvnf.or.jp/taiin.pdf>
- 大倉美紀, 石原ゆきえ, 山内真恵, 安部節美 (2011). 東京都内の病院の退院調整部署に関する調査. 日本医療マネジメント学会雑誌, 11(4), 251-255.
- 篠田道子編 (2010). ナースのための退院調整. 日本看護協会出版会.
- 末安民生 (2008). 退院調整看護師の現状と課題. 精神科看護, 35(12), 12-17

---

**【要旨】** 国立病院機構と国立高度専門医療研究センターの病院において、退院調整の実態、退院調整看護師の配置状況および組織的位置づけ、配置の効果を調査し、病院の機能特別に分析した。病院看護部に質問紙への記入を依頼し、郵送にて回収した（配布 151, 回収 123, 回収率 81.5%）。地域連携部署を設置している病院は 123 病院中 117 (95.1%) であった。退院調整看護師は、「精神」の 16.7%, 「一般」の 83.3%, 「重心・筋ジス＋一般」の 41.1% に配置されており、「精神」における配置率が低かった。また、退院調整看護師を配置している病院の 8 割が、退院調整看護師配置の効果として、「患者・家族の納得いく選択が可能になった」, 「(病棟看護師の) 退院支援活動への理解が深まった」, 「(病院にとって) 地域との連携がとりやすくなった」を挙げている。特に「精神」では、退院調整看護師を配置している病院の方が「退院調整がうまくいっている」と回答する項目が多かった。

---

受付日 2012 年 10 月 9 日 採用決定日 2012 年 11 月 14 日

# 国立がん研究センター中央病院における 看護実践能力の向上をめざした看護学統合実習の展開

藤澤雄太<sup>1</sup> 外崎明子<sup>1</sup> 関奈緒子<sup>2</sup> 長岡波子<sup>2</sup>

1 国立看護大学校；〒204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1

2 国立がん研究センター中央病院  
fujisaway@adm.ncn.ac.jp

---

## Developing an integrated nursing practice to aim the improvement of actual clinical practice at National Cancer Center Hospital

Yuta Fujisawa<sup>1</sup> Akiko Tonosaki<sup>1</sup> Naoko Seki<sup>2</sup> Namiko Nagaoka<sup>2</sup>

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

2 National Cancer Center Hospital

---

**[Keywords]** 看護学統合実習 integrated nursing practice, 複数患者受け持ち multiple patients assignment, 多重課題 multi-tasking, 優先順位 priority of nursing problems

### I. はじめに

近年わが国では、医療の高度化、専門化に伴い、看護業務は複雑化している（日本看護協会，2007）。また、平均在院日数短縮の影響により1日あたりの看護業務の量は増加し、看護師の仕事内容は質・量ともに負担が増している（小島ら，2006）。その一方で、看護教育に目を向ければ、教育の内容は必ずしも現場の変化に対応しておらず、教育と臨床現場の乖離が指摘されている。たとえば、注射・点滴の与薬管理、心電図のモニタリング管理といった高度な看護技術の経験不足（厚生労働省，2007a）や、複数患者受け持ちに対する行動計画の立案といった判断力の養成不足（厚生労働省，2007a）により、就職後に複雑かつ高度な業務に直面した際に不安や自信の喪失を招き、離職の原因となることが考えられている。

厚生労働省はこのような現状を鑑み、新人看護師の臨床現場への適応や、効果的な看護実践能力の発揮をめざして、2007年に看護基礎教育の充実に関する検討会報告書において看護基礎教育のカリキュラム改正を発表した（厚生労働省，2007b）。具体的には、看護の知識と技術を統合させる「統合分野」（「看護の統合と実践」、「在宅看護論」）を新たに設定し、教育機関に対し複数患者受け持ち時の優先順位の判断や多重課題への対処を盛り込んだ実習を求めたものである。それぞれの教育機関では、教育内容や方法

を検討のうえ、2009年度より新カリキュラムとして実施している。

本学では、2008年度のカリキュラム改正により、「看護の統合と実践」の実習として「看護学統合実習」が開始となった。看護学統合実習は、1・2年次の基礎看護学実習および3年次に領域（「成人」、「老年」、「小児」、「母性」、「在宅」、「精神」）ごとに行われる実習を終えた4年生が履修する内容となっている。成人看護学領域としては、本学が実習病院とする国立高度専門医療研究センター病院のうち、国立国際医療研究センター病院、国立がん研究センター中央病院・東病院、国立循環器病研究センター病院の4施設を実習病院として展開している。本稿では、国立がん研究センター中央病院を実習病院とした看護学統合実習における実習概要ならびに学生の学びについて報告する。

### II. 本学における看護学統合実習

本学では、2011年度に看護学統合演習・看護学統合実習の科目を開講して以来、学習の発展的理解と実習における学習効果の促進を目指し、演習と実習が段階的に設定されている。看護学統合実習においては、これまでの看護学実習で学んだ知識・技術・態度を統合し、専門職として必要な看護実践能力を高めることを目的とし、1) 臨地における各勤務帯の状況と継続性をもった看護実践を理解す

る、2) 複数患者の受け持ちや多重課題において、優先順位の判断根拠を考え、看護を実践する、3) 施設・病棟部署における看護管理、および医療安全管理の重要性について理解する、4) 多職種医療チームにおける各構成員の役割を理解し、チーム連携・協働における看護師のメンバーシップおよびリーダーシップの実際を理解する、5) 上記1～4の学びを踏まえ、自己の課題を考察する、という5つの目標を設定している。また、2012年度の看護学統合実習は、6月13日～6月26日までの10日間行われ、2単位が割り当てられている。

### Ⅲ. 国立がん研究センター中央病院における看護学統合実習の科目内容と展開方法

#### 1. 実習における学習項目および実習の評価項目

国立がん研究センター中央病院において実施した看護学統合実習は、複数患者の受け持ち患者の特徴から起こり得るリスクを予測し、予防的な対処方法を計画することや、突発的に生じた問題に対して応援を要請したりケアの優先順位を変更するといった迅速な判断と対処行動の学習に主眼をおいている。そこで、本学の実習目標をもとに、1) 複数の患者を受け持つ際の優先順位の判断や多重課題への対処・看護実践を学ぶ「複数患者受け持ち」、2) 各勤務帯の特徴と継続性を学ぶ「看護の継続性」、3) 多職種チーム医療における構成員の役割やメンバーシップを学ぶ「チーム

医療看護」、4) 看護管理や医療安全の重要性について学ぶ「医療安全と看護管理者の視点」という4つの学習項目を設定し、実習を展開した(図)。

2012年度には、実習目標の明確化と学生と実習指導者が実習目標に対する共通認識を図ることを意図して、国立がん研究センター中央病院において実習する学生を対象とした評価表を著者らが作成した(表1, 2)。2012年度に当該施設における看護学統合実習を履修した学生は11名であった。

#### 2. 実習施設の概要

国立がん研究センター中央病院は、わが国のがん治療の中心的役割を担う特定機能病院である。600床を有する病院には、侵襲性の高い手術を受ける患者から術後短期間で退院する患者、化学療法や放射線療法といったがんの集学的治療を必要とする患者が入院している。当該施設における実習では、病棟の実習指導者をはじめ、がん看護専門看護師を含む専門看護師(6名)、がん化学療法看護認定看護師やがん性疼痛看護認定看護師などの認定看護師(23名)(2012年6月現在)といったがん看護の専門性を有する看護師が実習に関わり指導を行っている。

#### 3. 事前課題

演習におけるディスカッションの活発化や実習における学びの深化を目的として、学生に事前学習を求めた。全領

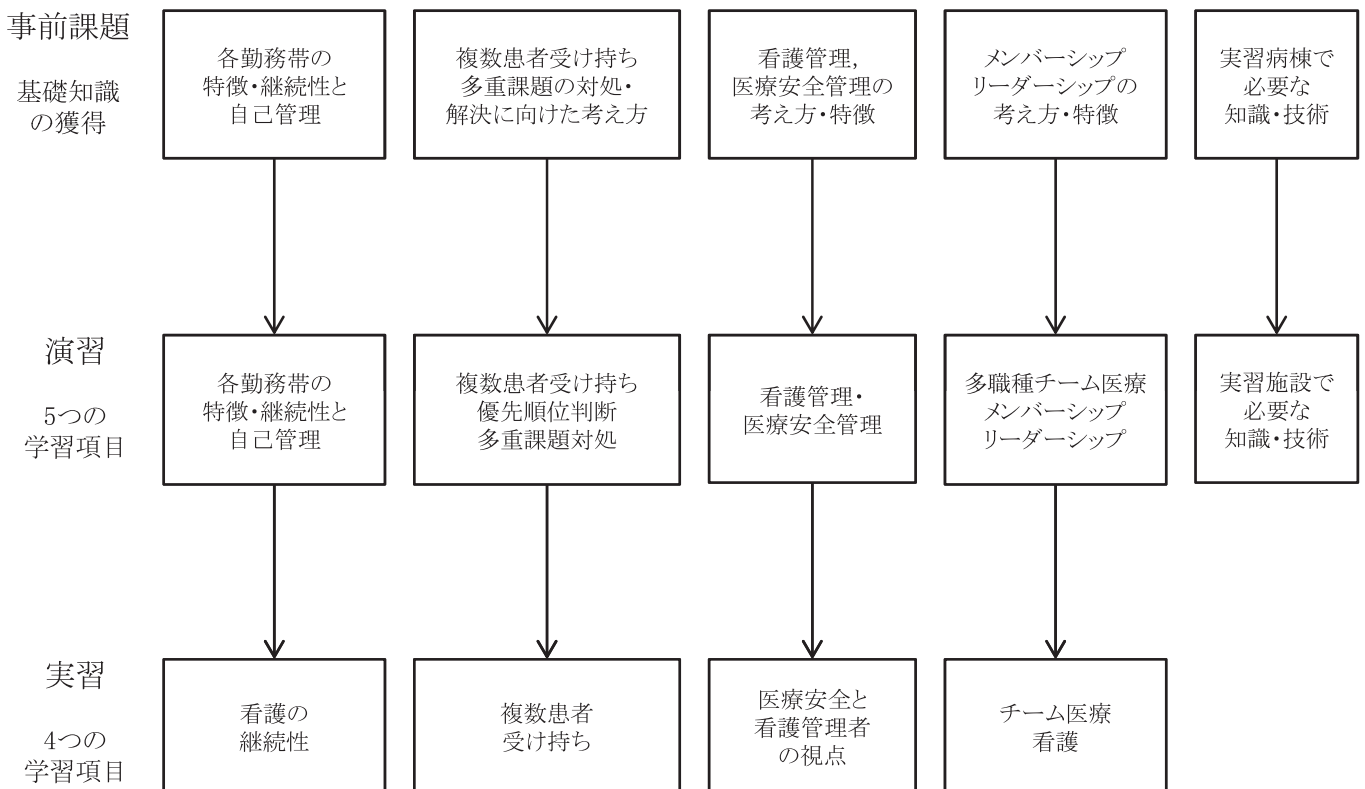


図 看護学統合実習の構成と演習の学習プロセス (2011年度より継続 ※作図は著者らによる)

域共通の実習要項に明示された看護学統合演習・実習の内容である「各勤務帯の特徴」, 「複数患者受け持ちにおける判断」, 「看護管理・医療安全管理」, 「チーム医療におけるメンバーシップ・リーダーシップ」に関して, テキストの活用や過去の実習体験の振り返りを通した基礎知識の獲得を事前課題とした。また, 実習病棟に特徴的な疾患, 治療, 看護に関する事前学習を求めた。

#### 4. 看護学統合演習の概要とねらい

本学における看護学統合演習は, 1) 各勤務帯の特徴と

その継続性, および各勤務帯の職務を遂行していくための体調管理をはじめとした自己管理の方法, 2) 複数患者受け持ちや多重課題のシミュレーション演習, 3) 看護管理, および医療安全管理, 4) チーム医療とチーム内でのメンバーシップ・リーダーシップ, 5) 実習施設で必要とされる看護の知識・技術, という5つの学習項目から構成されている(図)。本学では複数の特徴ある医療機関を実習施設としていることから, 演習の内容は実習施設の特徴を反映した内容となっている。

演習における指導では, 演習目標と5つの学習項目に基

表1 看護学統合実習における演習評価表

1 各勤務帯の特徴とその継続性, および各勤務帯の職務を遂行していくための体調管理をはじめとした自己管理の方法について理解する。
1) 日勤帯の患者の特徴(治療, 検査, スケジュール等)を理解することができる。
2) 日勤帯の看護業務の特徴(スタッフや患者へ配慮すること, 業務内容)を理解することができる。
3) 日勤帯の看護師が業務を行う際の視点(優先順位, 時間配分等)を理解することができる。
4) 勤務交代時の申し送りの目的を理解することができる。
5) 夜勤帯の患者の特徴(治療, 検査, スケジュール等)を理解することができる。
6) 夜勤帯の看護業務の特徴(スタッフや患者へ配慮すること, 業務内容)を理解することができる。
7) 交代制勤務をするうえでの自己管理の必要性がわかり, 自己の健康管理の方法を理解することができる。
2 複数患者受け持ちや多重課題に対処・解決していくための基本的な考え方を理解する。
1) 複数の患者を受け持つことによって生じる問題について理解することができる。
2) 複数の患者を受け持つことによって生じる問題の解決方法を理解することができる。
3) それぞれの患者に行われている治療, 検査, および患者の特徴を理解することができる。
4) 患者に関する効果的・効率的な情報収集および情報整理を実施することができる。
3 看護管理, および医療安全管理の基本的な考え方・特徴を理解する。
1) 看護部長・副部長の役割を理解することができる。
2) 医療安全管理者の役割を理解することができる。
3) 看護管理上の問題を理解することができる。
4) インシデントレポート・アクシデントレポートの意義を理解することができる。
4 多職種チーム医療とチーム内での看護師のメンバーシップ・リーダーシップについて, 基本的な考え方・特徴を理解する。
1) 患者の治療に参加・関連する医療者とその役割を理解することができる。
2) 患者の治療(退院後も含む)を支援するうえで, 看護師が他職種と情報交換を行なう目的および方法について理解することができる。
3) 1つの病棟で複数の患者を看護する方法について理解することができる。
4) 看護師間における情報交換の内容, 方法および必要性について理解することができる。
5 上記1-4の学習を振り返り, 自己の課題とその解決法を明らかにする。
1) 1に関する自己の課題とその解決法を考えることができる。
2) 2に関する自己の課題とその解決法を考えることができる。
3) 3に関する自己の課題とその解決法を考えることができる。
4) 4に関する自己の課題とその解決法を考えることができる。
6 演習において将来看護職者を目指す学生として, 責任のある言動をとることができる。
1) 演習を行うための心身の健康管理ができる。
2) 自ら課題を持ち, 積極的に課題に取り組むことができる。
3) 場に応じた礼節を考え, 行動することができる。

1-6の演習評価項目は, 2011年度から継続して使用した。各下位項目(片かっこ数字)は著者らが作成した。

づき、演習評価表（表1）の評価項目が達成されるよう学生を支援した。特に、複数患者受け持ちや多重課題に対処・解決していくための考え方の習得や1日の行動計画の立案を本演習の中心的内容と位置づけ、3日間にわたり演習を行った。演習では、実習室を使用して学生が看護師役と患者役を演じるシミュレーション演習を行いながら、実際の複数患者受け持ち場面、ならびに多重課題発生場面について学生間でディスカッションを行い、行動計画や対処

方法を検討できるよう支援した。

## 5. 看護学統合実習の概要とねらい

国立がん研究センター中央病院において実施した看護学統合実習は、「看護の継続性」、「複数患者受け持ち」、「チーム医療看護」、「医療安全と看護管理者の視点」という4つの学習項目から構成され、学習項目ごとに目的と方法を設定している（表3）。実習においては、特に「複数患者

表2 看護学統合実習における実習評価表

1 臨地における各勤務帯の状況と継続性をもった看護実践を理解する。
1) 日勤帯の患者の特徴（治療、検査、スケジュール等）を説明できる。
2) 日勤帯の看護業務の特徴（スタッフや患者へ配慮すること、業務内容）を説明できる。
3) 日勤帯の看護師が業務を行う際の視点（優先順位、時間配分等）を説明できる。
4) 日勤帯から夜勤帯（および夜勤帯から日勤帯）への申し送りの内容およびその目的が説明できる。
5) 夜勤帯の患者の特徴（治療、検査、スケジュール等）を説明できる。
6) 夜勤帯の看護業務の特徴（スタッフや患者へ配慮すること、業務内容）を説明できる。
2 複数患者の受け持ちや多重課題において、優先順位の判断根拠を考え、看護を実践する。
1) 複数の患者を受け持つことによって生じる問題を理解することができる。
2) 複数の患者を受け持つことによって生じる問題を解決する方法を学ぶことができる。
3) それぞれの患者に行われている治療、検査、および患者の特徴を理解できる。
4) 多重課題、複数患者の受け持ちを実施後に自らの行動を評価・修正することができる。
5) 患者に関する効果的・効率的な情報収集および情報整理を実施することができる。
6) 複数患者受け持ち（多重課題）を行う際に根拠をもって行動することができる。
3 施設・病棟部署における看護管理、および医療安全管理の重要性について理解する。
1) 看護部長・副部長の役割を理解することができる。
2) 医療安全管理における問題および対策を理解することができる。
3) 看護組織の運営上生じる問題および対策を理解することができる。
4) インシデントレポート・アクシデントレポートの意義を理解することができる。
4 多職種医療チームにおける各構成員の役割を理解し、チーム連携・協働における看護師のメンバーシップおよびリーダーシップの実際を理解する。
1) 患者の治療に参加・関連した医療者とその役割を説明することができる。
2) 患者の治療（退院後も含む）を支援するうえで、看護師は他職種と情報交換を行う目的および方法を理解することができる。
3) 1つの病棟で複数の患者を看護する方法について理解することができる。
4) 看護師間における情報交換の内容、方法および必要性を理解することができる。
5 上記1-4の学びを踏まえ、自己の課題と解決法を考察する。
1) 1に関する自己の課題とその解決法がわかる。
2) 2に関する自己の課題とその解決法がわかる。
3) 3に関する自己の課題とその解決法がわかる。
4) 4に関する自己の課題とその解決法がわかる。
6 実習において将来看護職者を目指す学生として、責任のある言動をとることができる。
1) 実習を行うための心身の健康管理ができる。
2) 自ら課題を持ち、積極的に課題に取り組むことができる。
3) 場に応じた礼節を考え、行動することができる。
4) 実習を通して、看護専門職者として新たな目標・課題を挙げることができる。
5) 看護師として心身における自己管理の必要性および方法を理解することができる。

1-6の実習評価項目は、2011年度から継続して使用した。各下位項目（片かっこ数字）は著者らが作成した。

受け持ち」と「看護の継続性」に重点をおいて展開した。本稿では主にこの2つの学習項目の特徴を述べる。

## 1) 複数患者へのケアの優先順位の判断を学ぶ「複数患者受け持ち」

### (1) 目的

複数患者の受け持ちや多重課題において、優先順位の判断根拠を考え看護を実践することを目的とした。

### (2) 方法

- ①実習指導者へのシャドウイング（参加観察）と看護ケアへの参加を行った。
- ②1病棟2～3人の学生に対して1人の指導者が指導を行った。
- ③シャドウイングによりケアの優先順位の判断根拠の理解を深めた後に、主に4名の患者を2～3名の学生で受け持ち、指導のもと看護ケアの優先順位を考え、看護を実践した。
- ④学生指導は、副師長や認定看護師が担当した。

### (3) 指導上の留意点

- ①患者の状態に急な変化が生じた場合の対処方法、ならびに行動計画の修正の必要性や修正方法を理解できるよう指導した。たとえば、患者の血圧低下、発熱といった急な容態の変化に対しては、患者への早急な対処のみならず、自分が属するチーム内での情報共有、他の受け持ち患者へのケアの実施時間変更やケア担当者の変更を計画し、患者へ伝える必要性を指導した。またこれら一連の判断を行うためには、担当患者の重症度や緊急度をもとに予めケアの優先順位をアセスメントしておくことが必要であることも指導した。

②自分が行うケアに要する時間を把握することで、行動計画における具体的な時間が調整できることを理解できるよう指導した。具体的には、看護師は自分の技術レベルやケアの所要時間に関するケアの実施可能性についてアセスメントを行い、自らの行動計画の調整をしていることを教授した。この理解を通じ、ケアの時間管理によって看護師1人あたりの業務量が増加する夜勤帯へケアを残さないといった勤務帯の特徴や医療安全への気づき、ならびにチーム内におけるメンバーシップについて考えるきっかけを提供した。

③患者の生活リズム、あるいは有害事象や疼痛の出現時間など、ケアを必要とする時間帯を予測し、ケアの重複回避や患者の安全・安楽確保のために“先回りをして対応する”ケアの必要性を理解できるよう指導した。たとえば、術後患者への清潔ケアや検査といった体動による疼痛の出現や増加が予測できる場合、疼痛時に使用する薬剤の最高血中濃度到達時間や患者の疼痛に関するアセスメントを行うことにより、最も安全で効率的な援助ができることを教授した。

④シャドウイング時の指導者の判断根拠の振り返りは、ケアの後もしくは時間の確保が可能な場面において行った。またその際には、学生に対して行動の根拠に関する説明を行うよう予め指導者に依頼した。複数患者受け持ちのシャドウイングにおいては、学生は指導者の複雑かつ高度な臨床的判断によるケアを観察しているが、目の前で行われているケアがどのような思考プロセスを経て実施されているのかを理解することは難しい。したがって、学生が振り返り可能なタイミングを設けて指導を行うことで学習が深められるよう計画した。これにより、

表3 看護学統合実習における4つの学習項目の目的と方法

学習項目名	目的 <sup>1)</sup>	方法 <sup>2)</sup>
複数患者受け持ち	・ 複数患者の受け持ちや多重課題において、優先順位の判断根拠を考え、看護を実践する	・ 複数患者受け持ち実習（日勤）
看護の継続性	・ 臨地における各勤務帯の状況と継続性をもった看護実践を理解する	・ 日勤帯シャドウ実習（8:30 - 15:00） ・ 日勤帯シャドウ実習（8:30 - 17:00）* ・ 夜勤帯シャドウ実習（16:00 - 22:00）* ・ 外来シャドウ実習* ・ 患者教室見学実習*
チーム医療看護	・ 多職種医療チームにおける各構成員の役割を理解し、チーム連携・協働における看護師のメンバーシップおよびリーダーシップを理解する	・ 病棟チームカンファレンス参加 ・ （組織横断的に活動する）認定看護師のカンファレンス参加 ・ シャドウ実習中に看護師間のメンバーシップ・リーダーシップ見学 ・ 他職種カンファレンス参加*
医療安全と看護管理者の視点	・ 施設・病棟部署における看護管理および医療安全管理の重要性について理解する	・ 看護部長講義「看護部長・副看護部長の役割」 ・ 医療安全管理担当副看護部長講義「医療安全管理者の役割」* ・ 病棟看護師長シャドウ実習

1) 2011年度に本学において作成された内容を継続

2) 2011年度実施内容を著者らが修正（追加修正した内容については\*を付記）

なぜ指導者がそのように行動したのかという指導者の判断根拠の推測や学生自身が立案した行動計画との比較を可能にし、能動的なシャドウイングを促した。

## 2) 各勤務帯の特徴と継続性を学ぶ「看護の継続性」

### (1) 目的

臨地における各勤務帯の状況と継続性をもった看護実践を理解する。「勤務帯の継続性」と「病棟と地域の継続性」という2つの継続性の視点を学習することを目的とした。

### (2) 方法

- ①実習指導者へのシャドウイングを行った。
- ②シャドウイングは、日勤帯（8時30分～15時※ただし、日勤帯から夜勤帯への申し送りを見学するために、8時30分～17時までの実習日を1日設けた）、夜勤帯（16時～22時）、外来の3種類のシャドウイングを行った。
- ③各種がん患者教室やがん患者と家族のためのサポートプログラムの見学実習を行った。

### (3) 指導上の留意点

- ①勤務場所（病棟／外来）および勤務帯の違いによる看護師の情報収集の方法、ケアの優先順位の判断を理解できるよう指導した。たとえば、夜勤帯においては1人の看護師が受け持つ患者数が増え、多くの患者情報の収集、指示の確認、そして行動計画の立案が求められる。学生には、夜勤看護師の優先順位の判断や実際のケアの見学に加え、点滴交換や転倒といった同時多発的に生じ得る課題に対して、看護師はどのように準備や対処を行うのかという視点をもってシャドウイングできるよう指導した。
- ②勤務帯によって異なる患者の様子を比較することにより、患者の生活リズムに合わせたケアの方法を理解できるよう指導した。たとえば夜勤帯においては、がんの罹患に伴う様々な不安が原因となり、不眠を訴える患者がおり、心理的なケアが必要となることがある。学生には、夜勤帯は暗く静かになり環境が大きく変化することや、医師からの治療経過の説明など、患者の不安を高める要因が複数考えられるため、患者側の視点を意識した患者アセスメントの必要性を指導した。ケアの効率性だけでなく、患者の療養生活を考える視点を提供した。
- ③外来シャドウ実習においては、病棟・外来看護師間の連携や看護の継続性を理解できるよう指導した。特に、病棟で作成した退院時サマリーの外来における活用を通じ、外来における看護の特徴や退院後の患者の不安の内容ならびに看護介入の効果を学習できるよう指導した。また、入院中の患者に対して病棟でどのような看護や患者指導を行い、退院後の生活につなげるのかということも意識させるよう、病棟と外来の見学内容の統合を図った。

## 6. 実習における学生の学び

学生は実習全体に関して、事前学習や演習を行うことにより、実習目標が明確になり、実習内容の理解が促進されたことを評価していた。各学習項目については「複数患者受け持ち」と「看護の継続性」に関して成果をまとめた。

複数患者受け持ちに関しては、看護師の業務が非常に多く、多様であることを体験し、患者の安全・安楽を確保しながら効率的にケアを行う必要性を理解していた。緊急性や重症度の他にも、患者のニーズや生活リズム、ケアに要する時間、ならびに効率的な動線への配慮の必要性を理解していた。また、実習施設では、本実習と時期を同じくして院内感染予防の強化月間であったことも影響し、看護師が手指消毒や手洗いをケアの前後に必ず行い感染予防の重要性を確認できたという意見も挙げられ、感染予防に関する学生の関心と学習効果を高めていた。

看護の継続性については、勤務帯によって異なる患者ニーズや危険について各勤務帯の特徴を捉えていた。特に夜勤帯での安全・安楽の確保のために、スタッフ間で情報共有を行う重要性を理解することができていた。また、患者にとって過ごしやすい環境づくりのための配慮についても学習していた。

一方で、病態生理学や薬理学等の知識を活用して患者のリスクが予測できることを理解したが、患者のリスクの予測に向けた基本的な医学的知識や看護学に関する知識の不足という課題が挙げられた。

## IV. 考 察

国立がん研究センター中央病院で行われた看護学統合実習は、臨床看護実践能力の向上を目指し、特に複数患者受け持ちにおけるケアの優先順位の判断根拠の学習に焦点をあてた実習とした。学生は実習を通じ、複数の患者に対して1人の看護師あるいは病棟全体として何に留意し、どのように看護を行っているのかという臨床的な判断と実践について、またそれらは勤務帯によりどのような違いがあるのかという看護業務の特徴について考察し、臨床現場において必要な知識・技術・態度への気づきを高めていた。臨床現場においては実習前の演習で提示した事例よりも多くの情報が混在しているため、複数患者受け持ちを行う場合にはその中から必要な情報を選択し、患者の潜在的な問題や自分が実施すべきケアを整理することの重要性を学んでいた。また、感染対策に関する学びが多く述べられていた理由としては、院内感染予防の強化月間であったことや易感染状態にある患者が多く入院するがん専門病院での実習であったことに加え、複数患者を受け持つうえで必要な感染予防の視点を病棟の指導者や教員が指導し、学生自身が行動計画の視点として日々取り入れた成果とも考えられ



る。学生の反応および自己評価からは、新卒看護師のリアリティショックの原因である「看護業務の多忙さ」や「複数患者へのケアの困難さ」(久保ら, 2007)を経験したことを確認することができ、本実習が複数患者受け持ち時の判断力の養成といった看護実践能力の向上に加え、リアリティショックの軽減に効果をもたらす可能性が考えられる。

さらに、実習内容を考察することにより、本実習がリアリティショックの問題を解決する可能性を有するだけでなく、看護師の専門性の向上や自律性の確立に寄与する学習方法を備えている可能性が考えられた。以下では、その理由を学習プロセスの点から説明し、最後に実習における課題を述べる。

複数患者受け持ち実習において行われた「指導者と学生が実際の看護場面について振り返る」という学習プロセスには、学生と実習指導者による「臨床知」の共有に加え、実習指導者の看護の専門性向上、という効用を有する可能性があると考えられる。学生と実習指導者による「臨床知」の共有とは、看護師が実践する“予測性に基づいた優先順位の判断”、そして予測性の背景にある“対象患者の疾患、治療、副作用・合併症、患者のニーズや行動パターン、患者の自立度、等々のアセスメント”を「臨床知」として言語化し、学生と実習指導者がともに振り返り、評価することである。瞬時に高度な判断を行う看護師の思考プロセスを言語化することは、学生が看護師の行動を理解することや望ましい行動の習得を助けてくれる。佐居ら(2007)は、新人看護師がリアリティショックを感じる複数患者受け持ちへの対応能力を向上させる方法として、先輩看護師の行動を学ぶことによりケアの選択肢を増やす方法を挙げている。したがって、臨床知の共有によって看護師の思考や行動プロセスを学生が学ぶことにより、リアリティショックに予め対処することができると思われる。

実習指導者の看護の専門性向上は、「臨床知」の言語化により、優先順位に関する指導者の判断を可視化し、客観的な評価を行うことで可能となる。看護の専門性は、患者の日常生活援助において看護者の独自の判断と責任のもとになされる援助である(中嶋, 1991)と言われているが、看護師の判断の質を高めるためには、思考や行動を言語化し、自己評価や他者からの評価を通じて判断の妥当性を高める必要がある。実習では、指導者が自らの判断や行動を言語化して学生と振り返ることにより、専門性が高められる可能性があると考えられる。

最後に、今後の看護学統合実習に向けた課題を3つ述べる。それは、基本的な病態生理学・薬理学的知識の充実および看護過程の学習、院内感染予防の意識向上、実習評価の実施である。

第一に、本実習で重点を置いた優先順位の判断をするた

めには、まず1人の患者への看護過程の展開が基本にあり、その応用として複数患者の優先順位の判断へとつながる。しかしながら、がんや手術の種類などによって異なる術後の生体反応、そして化学療法や疼痛管理の理解に必要な薬理学といった基本的な医学的知識の不足に気づいたように、学生は新人看護師にも求められる患者の病態生理を理解し対処すべき事柄の緊急性や重要性を考える(本田ら, 2010)といった優先順位判断の基本となる能力が十分とは言えない。指導者の説明を理解するためにも基本的な医学的知識や看護過程の理解は不可欠であり、看護師免許を取得し、臨床で看護業務にあたるためには、今後もさらに基本的な知識を積み重ねていく努力が求められる。

第二に、院内での感染予防は、演習と実習における複数患者受け持ちの際に考慮すべき項目となる。感染予防策は、チーム全体で取り組むことにより、入院期間の短縮化や医療費削減につながる医療行為であり、その習得と確実な実施は臨床現場で強く要求される技術である。たとえば外崎(2012)の米国看護師免許試験に関する報告からは、感染予防策が高い頻度で新人看護師によって実施され、かつ重要な技術であることを知る事ができる。全州看護協議会連盟(National Council of State Boards of Nursing)の調査結果にもとづいたこの報告では、新人看護師が実施する看護行為155項目のうち、「基本的な感染予防策を実行すること」に関する実施頻度および重要度はともに全項目中最も高い値を示し、新人看護師が最も習得すべき技術項目であることを示唆している。この報告は米国の現状を反映したものであるが、新人看護師の臨床現場への適応を見据えた本実習において、院内感染予防の視点を取り入れることは有意義であると言える。

第三に、本実習は新たな取り組みであることから、実習の効果を適切に評価することが求められている。そのため、実習のプロセス評価(実習目標や指導内容・指導方法の振り返り等)やアウトカム評価(評価表(表1・2)に基づいた学生の達成度)を用いて、実習の成果が実習計画や指導によってもたらされているのかを検討し、今後の実習内容の修正を行っていく必要があると考える。

これまで述べたように、本学では「看護学統合実習」を他の看護師養成機関に先駆け、2011年度より開講している。さらに本学の特徴を踏まえ、政策医療を担う国立高度専門医療研究センター病院の一つである国立がん研究センター中央病院において実習を展開していることに、本実習は大きな特徴を有する。本報告を通して今年度までの実習の実施状況を吟味し、今後さらに充実した教育内容となるよう、学内および実習施設や臨床指導者との連携を深め、学生の4年間の学びを統合し、臨床看護実践能力の向上に寄与するような実習内容としていきたい。

## ■文 献

- 本田由美, 松尾和枝 (2010). 急性期病棟におけるプリセプター看護師が捉えた新人看護師の看護実践上の問題. 日本赤十字九州国際看護大学 Intramural Research Report, 8, 61-69.
- 小島恭子, 中村秀代, 黒田裕子 (2006). DPC 導入前後の看護業務量の比較とその関連要因. 日本看護管理学会誌, 9(2), 14-21.
- 厚生労働省 (2007a), 看護基礎教育の充実に関する検討会 これまでの議論の中間的とりまとめ, 2007.2.5, [www.mhlw.go.jp/shingi/2007/02/dl/s0205-7e.pdf](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/02/dl/s0205-7e.pdf)
- 厚生労働省 (2007b), 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書, 2012.4.17検索, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf>
- 久保江里, 前田ひとみ, 山田美幸, 津田紀子, 串間秀子, 池田スエ子 (2007). 新卒看護師の仕事に対する予想とのギャップと対処の実態. 南九州看護研究誌, 5(1), 45-52.
- 中嶋カツエ (1991). 「専門看護婦制度」の動きを受けて, 看護の専門性と看護の専門分化を考える. 久留米大学医学部附属看護専門学校紀要, 11, 47-52.
- 日本看護協会, 看護業務基準 (2007:2006 年度改訂版), 2012.4.17検索, <http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2007/kangokijyun2006.pdf>
- 佐居由美, 松谷美和子, 平林優子, 松崎直子, 村上好恵, 桃井雅子, 他 (2007). 新卒看護師のリアリティショックの構造と教育プログラムのあり方. 聖路加看護学会誌, 11(1), 100-108.
- 外崎明子 (2012). 諸外国における看護師免許試験の現状. 厚生労働科学研究費補助金 保健師助産師看護師国家試験の出題形式の改善に関する研究 (研究代表者 田村やよひ) 平成 23 年度 総括研究報告書, 49-83.

---

**【要旨】** 2012年6月に実施した国立がん研究センター中央病院における看護学統合実習の実習概要と学生の学びについて報告する。本稿では、看護学統合実習について、特に「複数患者受け持ち」および「看護の継続性」に関連した項目を報告している。本学における看護学統合実習は、複数患者を受け持つ場合に必要で、ケアの優先順位の判断方法、ならびに同時発生した複数の問題への対処方法を学習すること、また、看護の継続性においては、勤務帯や病棟-外来間における看護の継続性を学習できるように計画している。事前課題、演習、実習への取り組みの結果、学生はケアの優先順位の判断の重要性を理解し、がん患者の個別性を考慮した行動計画を立案することができるようになった。

---

受付日 2012 年 10 月 9 日 採用決定日 2012 年 11 月 14 日

# バングラデシュ人民共和国

## グラミンカレドニア看護大学教員招聘研修

### (平成 23 年度国立看護大学校広報・国際交流委員会活動報告)

綿貫成明<sup>1</sup> 清水真由美<sup>2</sup> 飯野京子<sup>1</sup> 宮首由美子<sup>3</sup>  
須藤恭子<sup>1</sup> 能見清子<sup>1</sup> 池田菜奈<sup>1</sup>

1 国立看護大学校；〒 204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1  
2 元 国立看護大学校  
3 自衛隊中央病院  
watanukis@adm.ncn.ac.jp

---

#### An Invitation Program for the Faculty Development of the Grameen Caledonian College of Nursing in People's Republic of Bangladesh

(Year 2012's Activity Report from the National College of Nursing, International Affairs and Public Relations Committee)

Shigeaki Watanuki<sup>1</sup> Mayumi Shimizu<sup>2</sup> Keiko Iino<sup>1</sup> Yumiko Miyakubi<sup>3</sup> Kyoko Sudo<sup>1</sup> Kiyoko Nohmi<sup>1</sup> Nana Ikeda<sup>1</sup>

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

2 Formerly, National College of Nursing, Japan

3 Self-Defense Forces Central Hospital

---

【Keywords】 バングラデシュ Bangladesh, グラミン銀行 Grameen Bank, 看護師養成教育 nursing education, 教員招聘研修 invitation program for faculty development

#### I. はじめに

国立国際医療研究センター (National Center for Global Health and Medicine) は、バングラデシュ人民共和国 (以下、バングラデシュ) グラミン銀行グループと 2010 年秋に保健分野における共同事業のための調査を開始した。その一環として、国立看護大学校 (以下、本学) は、グラミンカレドニア看護大学 (Grameen Caledonian College of Nursing) に対して本学の教員を派遣すること、およびグラミンカレドニア看護大学教員を本学に招聘し研修プログラムを提供するなどの技術支援を行うこととなった (清水ら, 2012)。

実際的な共同事業の第一歩として、2011 年 1 月に本学の教員 2 名がグラミンカレドニア看護大学に派遣され、教員に対する授業計画書の作成、授業評価に関するワークショップなどの技術支援を行った (清水ら, 2012)。この技術支援のための継続的なフォローアップとして、このワークショップに参加した現地教員のうち、2 名を 2012 年 2 月に本学に招聘した。具体的には、看護基礎教育各科目の

目的・目標や構成、活動内容についての学びを深めることを目的として、講義・演習・臨地実習の実際と一連の看護教育の展開に関する研修を本学の広報・国際交流委員会活動の一環として実施した。

本稿では、グラミンカレドニア看護大学教員の本学における招聘研修の概要を紹介するとともに、今後の課題について報告する。

#### II. バングラデシュ人民共和国における看護教育の現状

バングラデシュでは、看護師の絶対数の不足が 6 万人とされている (Oulton, 2010)。同国の看護師と医師の比率は 1 : 2 であり、日本の状況とは逆転しており、また人口 10 万あたりの看護師登録数は 17.1 人と、日本における同数 687.0 人の約 40 分の 1 である (Government of People's Republic of Bangladesh, n.d.; 厚生労働省, n.d.)。夜勤という労働体系や身体の清潔ケアなども行うといった看護師の業務内容の特徴が、同国の社会規範と対立するために、看護師の社会的地位が低く見られ、社会的なスティグマとなっ

てきた経緯がある (Hadley et al., 2007)。

バングラデシュにおける看護師養成教育制度は、WHOの技術協力の下、2006年に Diploma in Nursing Science and Midwifery Curriculum という新カリキュラムに改正され、2008年1月から施行となった。新カリキュラムにおける入学資格として、入学前に必要な基礎教育は12年間であり、また入学後の就業年限は3年間とし、助産学も組み入れられている。さらに、同カリキュラムの修了後には、1年間の Post Basic Nursing & Midwifery Education を修了することで学士号を習得できる (Bangladesh Nursing Council, 2006; 清水ら, 2012; 橋本ら, 2012)。

グラミンカレドニア看護大学は、ソーシャルビジネスとして看護教育等にも取り組んできたグラミン銀行グループの、看護大学設置構想のモデル校として位置づけられている (Grameen Caledonian College of Nursing, 2010)。そのことにより、同国の看護師不足の解消に加え、優秀な人材 (同銀行から融資を受けている農村地帯の家庭の少女たち) に、専門的職業に従事する機会を提供し、経済的な自立を促進するとともに、家族・地域の支援、そして国レベルでの開発に貢献できる人材の育成を理念としている (Grameen Caledonian College of Nursing, 2010)。

### Ⅲ. 研修の概要

#### 1. 研修の目的

グラミンカレドニア看護大学から本学に招聘された教員が、看護基礎教育を中心とした講義・演習・実習の実際について、計画から実施・評価までの一連の看護教育の展開に関して学び、バングラデシュにおける教育方法に関する示唆を得ることを目的とした。

#### 2. 研修の目標

- 1) 日本の保健医療制度、看護学教育の概要を学ぶ。
- 2) 本学の看護学部 (各専門領域・分野)、研究課程部 (修士課程)、研修部等の基本計画、科目の体系化とカリキュラムを学ぶ。
- 3) 本学の看護学部教育における授業計画、学生の達成度評価、視聴覚機器・教材の活用等に関わる教授技術について学ぶ。
- 4) 本学の臨地実習の計画・実施・評価、指導体制 (教員・臨床教員と臨床指導者の役割と責任、活動内容の実際)、学生の学習環境等について学ぶ。
- 5) 本学の看護学部教育における筆記試験や臨地実習評価に関連した、採点や評価方法についての具体的な知識を得る。
- 6) 以上の目標に基づく活動を通して、グラミンカレドニア看護大学に適用できる、看護教育の質を高めるため

の示唆を得る。

### 3. 研修生と研修期間

グラミンカレドニア看護大学の Lecturer (講師) である Poly Immaculata Costa 氏 (看護師) と Director (運営部長) である Nazmul Huda 氏 (医師) の2名 (以下、研修生) を本学に招聘した。研修期間は、2012年2月16日 (木) から3月2日 (金) の16日間とした。

## Ⅳ. 研修に向けての企画・準備

### 1. 研修ニーズの把握と企画・調整

グラミンカレドニア看護大学学長の Parfitt 氏に要望を伺い、招聘期間中に本学が提供できる研修項目の例として、日本の医療保健看護制度、各領域の講義、および病院実習における管理・指導体制の見学などの研修案を提示した。研修生の職位としては、教育実務担当者の教員と、管理運営担当者の2名とすることとした。また研修生の資格として、英語で研修が受けられる能力を求めた。その上で、グラミンカレドニア看護大学からの招聘教員2名の決定後、個別に研修の目的を伺い、それらを加味した研修プログラムを企画・調整した (表1)。

### 2. 研修環境の準備

研修の受け入れに当たっては、研修内容の企画・調整ならびに関係機関との連絡について、国外招聘事業の経験がある教員を中心に、国立国際医療研究センター国際医療協力部と連携しながら進めた。渡航手続き、宿泊施設準備、研修環境の調整などを含め、多岐・細部にわたり準備を行った (表2)。

研修内容および講義資料については英訳し、専門用語を含めて専門領域の教員の確認を得た。研修生が滞在中使用する研究室を用意し、パーソナルコンピュータのソフトウェアを英語対応に切り替える手配も行った。さらに、広報・国際交流委員会で協議し、通訳者と日々の運営支援担当者を決め、研修全般が円滑に進むよう配慮に努めた。

研修の日程については、できるだけ余裕をもって計画し、睡眠・食事等の生活面にも留意しながら支援した。

## V. 看護基礎教育に関する研修の実際

研修プログラムは、日本における保健医療システムや看護師養成制度などの教育の背景とともに、看護学部教育に関する内容を中心とした (表1)。研修初日には歓迎昼食会を開催し、研修生と本学の教職員が一堂に会した (写真1)。

表1 グラミンカレドニア看護大学教員研修のプログラム概要

研修内容・日程

内容	方法	講師・担当者 <sup>注1</sup>	日程
日本の保健医療システム	講義	国立国際医療研究センター 国際医療協力部 明石派遣協力専門職	2月23日(木)
日本の看護人材開発政策の変遷	講義	田村大学校長	2月17日(金)
看護学部			
看護学部教育カリキュラムの紹介	講義	濱本看護学部長	2月17日(金)
実習計画・指導案について	講義	林教授	2月17日(金)
領域別の講義・演習・臨地実習とその評価方法			
基礎看護学 (生活援助論, 基礎科学実験実習)	講義・演習 見学	濱本教授・森講師・ 宮首講師・能見助教	2月29日(水)
成人看護学	講義	飯野教授	2月20日(月)
母性看護学	講義	佐々木教授・池田助手	2月28日(火)
小児看護学	講義	来生准教授・遠藤講師	2月28日(火)
看護学実習の実際 (成人看護学実習Ⅰ: 国立がん研究センター中央病院)	実習見学・ カンファレンス参加	成人看護学教員 広報・国際交流委員会	2月20日(月) ～22日(水)
研究課程部			
研究課程部の紹介	講義	佐藤研究課程部長	3月1日(木)
授業の実際 ヘルスアセスメント	講義・演習	飯野教授・綿貫教授・ 小山講師	2月27日(月)
臨床看護研究推進センター			
臨床看護研究推進センターの紹介	講義	小澤臨床看護研究推進 センター長	2月24日(金)
研修部			
研修部の紹介	講義	西岡研修部長	2月27日(月)
施設等見学			
国立看護大学校	見学		2月17日(金)
国立国際医療研究センター	見学	広報・国際交流委員会	2月23日(木)
国立がん研究センター中央病院	見学		2月20日(月)
日本看護協会看護研修学校	見学		2月29日(水)
最終評価	意見交換	田村大学校長 他	3月1日(木)
その他			
特別講演		広報・国際交流委員会 学術研究委員会	2月28日(火)
学生との懇談会		広報・国際交流委員会	2月24日(金)

注1. 機関名の記載がないものはすべて国立看護大学校の教員である。また 職位は平成23年度現在のものである。

1. 看護学部教育と各専門領域科目の概要

看護学部教育の内容として、日本における看護基礎教育のシステムとともに本学の教育課程の紹介を含め、基礎看護学、成人看護学、小児看護学、母性看護学に関する授業(講義・演習・臨地実習)の実施から評価に関する講義を計画した。各専門領域に関する講義内容については、各領域の科目構成、各科目の目的・目標、それに基づいた授業(講義・演習・臨地実習)の内容と展開方法、評価方法などを説明した。また、各領域の学内実習室において、演習に使用する物品を実際に提示しながらの見学・説明を行った(写真2, 3)。

研修生からは、バングラデシュに比べて日本は、より明確な看護教育システムをもっている点が印象的であるとい



写真1 歓迎昼食会の後、教職員とともに

表2 グラミンカレドニア看護大学教員招聘研修の準備活動の概要

項目	主な内容
渡航関連	航空券の予約・購入 査証取得のための書類作成，書類の内容確認，書類送付 短期滞在外国人向けの医療生命保険への加入手続き 預け入れ荷物の重量・個数制限の連絡
宿泊施設	宿泊施設の予約，宿泊施設の備品確認と調整（調達，研修生への連絡） 宿泊施設利用手続きの支援（鍵の準備，規定の説明等）
研修環境	研究室の手配・清掃依頼，備品・日用品の準備 コンピュータ端末の使用準備（英語版対応の準備，使用手続き）
研修内容	研修の目的・内容・スケジュールの調整と確定 派遣元および派遣受入れ機関の責任者・幹部・関係者への説明 講義担当者・担当領域への依頼，講義室の予約 研修病院との調整（目的・内容・スケジュールの説明・依頼） 研修の許可依頼および抗体価等の書類手続き 研修生による特別講義の企画・広報，会場予約，通訳手配，資料準備と当日運営 研修生によるプログラム評価（調査票およびヒアリング）
英文資料	日本の看護・保健システム関連資料の英語版準備 各講義資料および関連参考資料の英訳（業者手配，専門用語等の確認・修正）
生活関連	食品・薬物等によるアレルギーおよび宗教上の理由等，生活上の制約の確認 空港・研修宿泊施設間の交通機関の手配 食事の手配（食材の買出し，昼食の予約） 防寒衣類・日用品の寄付提供の呼びかけ 休日および観光の計画・手配
懇親会	歓迎会・送別会の企画・広報，参加人数の調査，会場・食事等の予約 当日のプログラム考案等
学生との懇談会	学生課との連携で学生の協力要請 文化系サークル（茶道，華道，コーラス等）の企画支援
日当・宿泊費	謝金・日当・宿泊費の計算および受け渡し 必要経費（交通費・研修謝金・手続き料金）の計算・天引き，領収書の作成
その他	寄贈物品のリストおよびレター（寄贈証明）作成，梱包材の手配 寄贈物品の確認，空港への発送・受け取り 預け入れ荷物の規定超過分の料金最終確認



写真2 基礎看護学(生活援助論)の講義・演習に関する説明



写真3 母性看護学の講義・演習に関する説明

う感想があった。

## 2. 講義における教授法の実際

バングラデシュの看護教育では、伝統的に教員の口述による講義と暗記を中心とした学習が主に行われてきたという現状があるが、その一方で教科書や視聴覚教材の活用、クリティカルシンキングに焦点を当てた教育的な取り組みが報告され始めている (Berland et al., 2010; Grameen Caledonian College of Nursing, 2010)。そのため、今回の研修において、教授法の工夫について学びたいという研修生のニーズがあった。学生の理解を効果的に高めるための工夫として、講義で使用する図書の選定や資料の準備において配慮や工夫をすること、学生の視覚的な理解を促すために図表を活用すること、学生の自己学習が促進できるように授業時間外に実習室・図書館・LL教室などを活用すること、視聴覚機材 (DVD, パワーポイント等) を活用することについて、研修生が実際に体験し見学できるようにした。

## 3. 演習科目の実際

授業科目において、認知領域に働きかける講義形式の授業のみでなく、精神運動領域や情動領域にも働きかける演習の実際についても紹介した。研修期間中に開講されていた看護学部の基礎科学実験実習 (1年次・選択科目) のうち、微生物学実習を見学する機会を得た。見学の当日は、手指の常在細菌採取と培養の演習が行われていた。寒天培地 (パームチェック) を用いることにより、手指の汚染状況を可視化し、手洗いの重要性について学生が具体的にイメージできるような工夫の実際を見学した (写真4)。

また、看護学部3年次開講のフィジカルアセスメントの教授法について紹介するとともに、研修期間中に開講されていた本学研究課程部のヘルスアセスメントの講義および演習にも参加する機会を得た。研究課程部生と研修生で、

両国の現状を情報交換しながら講義と演習を展開した。正常所見については学生同士で聴診などの具体的な診察技術を学ぶこと、また異常所見についてはシミュレータを用いて異常心音・呼吸音等を聴診する演習を行っていることを説明した (写真5)。日本では、患者の権利やプライバシー保障の観点から、これらの手技を臨床で実際に体験することが困難な昨今の状況があるため、学内の演習でこれらの学習をする重要性があることを説明した。

## 4. 臨地実習の実際

臨地実習に関する内容には、実習計画・指導案に関する講義、および成人看護学実習 I (国立がん研究センター中央病院での周手術期実習) の見学を企画した (写真6)。バングラデシュの現状として、臨地実習の学生が「労働力」の役割を期待されていると報告されており (宮本ら, 2005)、今回の研修生も同様の現状があると述べていた。そこで、日本における臨地実習は「学習の場」であることを説明し、科目の目的・目標に合わせた実習の内容と展開方法があり、学生のレディネスの把握、受けもち患者の選



写真4 基礎科学実験実習の微生物学実習の見学



写真5 研究課程部のヘルスアセスメントの講義・演習に参加





写真6 臨地実習カンファレンスの終了後、学生・指導者・教員とともに

定、指導上の工夫などの必要性を説明した。特に、実習という「学習」に必要な実習指導体制の組み方、病棟の実習指導者と本学の教員の役割についても説明した。また、実習記録用紙を用いた学生の学習状況を実際に見学し、実習環境の調整については、学生が学習しやすいスペースなどが確保されていることを確認した。カンファレンスの実際についても見学する機会が得られ、学生が患者の全体像をよく捉え、深く学んでいること、退院後と地域・在宅への看護の継続性について考察していることなどについて、研修生は深く感銘を受けていた。

その他、研修生からは、以下のような感想があった。

- 教職員の組織、特に臨床との連携が充実した実習指導体制がある。学生は、講義でも実習でも、人材面・設備面の行き届いた環境の中で学習しており、質の高い教育のための体制づくりをしている様子がわかった。
- 各科目の授業案が構造化されており、また演習・実習で学ぶ技術や行動目標については、チェックリスト等を用いた学生の自己評価と教員による評価が行われており、これらは、教育方法の改善のために必要である。
- 実習に関しては、バングラデシュでは病院の看護職員および看護教員の数が限られ、学生は実習で受けもち患者を通した学習も行うが、労働力としての役割も期待されている。一方、日本では実習目的・目標に沿った実習内容が展開されていた。たとえば、2～3週間の実習期間中に学生が受けもち患者数は1～3人であり、患者をより深く理解できると感じた。

## VI. その他の研修内容

本学は、看護学部以外に前述の研究課程部、その他に臨床看護研究推進センター、研修部等の組織をもつ。それらについても、各々の設置目的と活動内容の概要を理解でき

るよう、研修生に対する講義を設定した。バングラデシュでは、継続教育や大学院教育については、まだ十分な体制が整っていない。研修生は、今後、看護師の能力向上のための研修が必要であると考えており、グラミンカレドニア看護大学でも大学院教育や臨床研究、卒後の継続教育などに取り組んで行きたいので、大変参考になったと述べていた。

また、本学の Faculty Development 活動の一環として、グラミンカレドニア看護大学教員からの特別講演を、広報・国際交流委員会と学術研究委員会で開催した。Huda 氏から「バングラデシュ人民共和国の看護教育におけるマイクロクレジットとソーシャルビジネス—グラミンカレドニア看護大学の挑戦：Microcredit and Social Business—Promoting Nursing Education in Bangladesh」について話題を提供していただいた。また、Costa 氏からは「グラミンカレドニア看護大学の概要：Grameen Caledonian College of Nursing」について紹介があった（写真7）。講演後、学生・教職員との意見交換においては、看護教育上の問題として教員不足があること、地域により政治的対立があること、男子学生の制約があることなどが挙げられた。また、ソーシャルビジネスの投資企業など教育支援に関することや、今後のグラミンカレドニア看護大学の発展や同様の大学設立の予定などについての質問と説明があった。グラミンカレドニア看護大学の教員には英語能力の検定試験を課し、またバングラデシュの高等教育における教科書は英文であり、授業・カンファレンスは英語で行われることなども説明された。

学生との懇談会では、学生と研修生が相互交流をもてるよう、学生の自主的な企画を支援した。懇談会の日程は、本学の春休み期間中であったが、十数名の学生の参加があった。茶道サークルによるお茶会、着物の着付け体験、バングラデシュと日本の文化の紹介などもあり、相互交流を行った（写真8）。茶道、着物の着付けを得意とする学生や、海外協力事業の従事経験から、英語の堪能な学生などもおり、楽しくまた活発に交流が図られている様子がうかがえた。また、研修生からは、お茶会での落ち着いた雰囲気や「もてなし」の日本文化に癒やされたこと、バングラデシュの文化や宗教との共通する点も見出せたという印象を語っていた。

## VII. 研修全体の評価

研修最終日に、研修生と研修企画担当教員で意見交換を行い、研修の目標達成状況と評価を行った。研修内容について、「ニーズの適合度」と「理解度」の観点から研修生に評価を依頼したところ、評価の得点は全般的に高かった。また、評価表の自由記載を参照しながら、意見交換も





写真7 グラミンカレドニア看護大学教員による特別講演の様子



写真8 学生との懇談会に参加

行った。主な評価内容について、以下に述べる。

### 1. 研修目的・内容の適合性

研修生にとって、研修目的・内容は、グラミンカレドニア看護大学の教育の質をいかに向上させるかという点において非常に適切であった。また、複数の専門領域の内容について、深く学ぶ機会となった。

### 2. 研修資料・教材

研修中に説明する内容や講義内容については、可能な限り英語資料を準備した。一部の講義には英語資料を用いず、その場で逐次通訳することもあった。研修生は、英語の資料が揃っていれば、理解がより深まったであろうとの感想を述べた。

研修生が現地に帰国した後、すぐ活用できるように資料の電子データの希望があった。しかし、今回準備した資料は、電子版の公表を前提としておらず、公表するためには許諾等の手続きも必要なため、今後の検討が必要である。

### 3. 研修の成果の活用および今後の課題

以上のとおり、研修の内容に関してはいずれも概ね良好な評価が得られた。これは、事前調査を踏まえて、研修生のニーズに沿った研修が企画できた成果であったと考える。また、本学の多くの教員から研修生の日常生活に関する多様な支援があり、それらも含め効果的な研修になったのではないかと考える。

今後さらに取り組むべき課題として、以下の点が挙げられた。

#### 1) 継続的な相互交流

両国間の国際交流を深めるとともに、今後の両校の連携（共同研究、共同事業など）を継続したい。たとえば、若手教員の実践的な研修、グラミンカレドニア看護大学の学生の短期留学や教員の研修、これらの活動を支える企業の協賛などによる資金源の確保が挙げられた。

#### 2) 臨床研修の事前準備とサポート体制

臨床において患者のベッドサイドでの見学・活動も含む研修を企画する場合は、感染症に対する抗体価獲得の証明が必須であり、それにより研修生が立ち入ることのできるエリアが限定された。研修生が自国で抗体価検査を行うことが困難な場合もあり、研修計画の早期段階での検討が必要である。また、看護実践の内容、看護師の役割が日本と異なる文化背景の研修生にとって、どのような臨床研修を企画すると効果的でニーズに合致するかについては、今後引き続き検討が必要である。

## VIII. おわりに

以上、グラミンカレドニア看護大学の教員招聘研修の概要とその成果について述べた。研修生の具体的な要望を事前に伺いながら企画・準備し、双方にとってほぼ満足のいく状態で終了することができた。また、本学の教職員が、

バングラデシュにおける看護実践・看護教育の一端に触れて刺激を受けるとともに、多様な価値観や考え方で物事を捉える機会の一つとしても貴重な機会であった。今回の研修が、グラミンカレドニア看護大学のさらなる発展に寄与できれば幸いである。

## 謝 辞

本報告は、国際医療研究開発費（21指-8国際保健医療協力従事者の研究能力強化支援体制構築に関する研究：主任研究者 明石秀親，および22指-6我が国の国際保健協力人材の継続的確保に関する研究：主任研究者 仲佐保）による研究の一環として行われた活動成果である。

本プログラムにご参加・ご協力下さった方々、また様々な面で支援して下さいました方々に、この場を借りて感謝申し上げます。

## ■文 献

- Bangladesh Nursing Council (2006). Diploma in nursing science and midwifery curriculum 2006. Retrieved September 30, 2012, from <http://www.bnmcbd.com/files/diploma-curriculum.pdf>
- Berland, A., Richards, J., & Lund, K. D. (2010). A Canada-Bangladesh partnership for nurse education; case study. *International Nursing Review*, 57, 352-358.
- Government of People's Republic of Bangladesh, Ministry of Health & Family Welfare (n.d.). *Health Bulletin 2010*. Retrieved September 30, 2012, from [http://nasmis.dghs.gov.bd/dghs\\_new/dmdocuments/health\\_bulletin\\_2010%](http://nasmis.dghs.gov.bd/dghs_new/dmdocuments/health_bulletin_2010%20new(1).pdf)

20new(1).pdf

- Grameen Caledonian College of Nursing. (2010). *GCCN Newsletter*. Retrieved September 30, 2012, from [http://www.gcu.ac.uk/grameencaledonianpartnership/grameencaledoniancollegeofnursing/newsletter/gccn\\_newsletter\\_autumn\\_2010.pdf](http://www.gcu.ac.uk/grameencaledonianpartnership/grameencaledoniancollegeofnursing/newsletter/gccn_newsletter_autumn_2010.pdf)
- Hadley, M.B., Blum, L.S., Mujaddid, S., Parveen, S., Nuremowla, S., Haque, M.E., & Ullah, M. (2007). Why Bangladeshi nurses avoid 'nursing': Social and structural factors on hospital wards in Bangladesh. *Social Science & Medicine*, 64, 1166-1177.
- 橋本千代子, 松本康代 (2012). バングラデシュの看護・助産教育制度の現状と課題. *Journal of International Health*, 27(1), 87-92.
- 厚生労働省 (n.d.). 医療関係従事者 概要. Retrieved September 30, 2012, from <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/10-2/kousei-data/PDF/22010209.pdf>
- 宮本恵子, 山田巧, 稲岡光子 (2005). 開発途上国の看護基礎教育をとりまく状況調査：バングラデシュ. *国立看護大学校研究紀要*, 9(1), 77-81.
- Oulton, J. 著／穴吹章子, 岩國亜紀子, 濱吉美穂, 片田範子 訳 (2010). なぜグローバルヘルスが看護の重要な課題なのか？看護教育, 51(7), 566-571.
- 清水真由美, 亀岡智美 (2012). 活動報告：バングラデシュ人民共和国グラミンカレドニア看護大学との協力連携. *国立看護大学校研究紀要*, 11(1), 37-42.

---

**【要旨】** 国立看護大学校（本学）は、バングラデシュ人民共和国のグラミン銀行グループと国立国際医療研究センターとの共同事業の一環として、グラミンカレドニア看護大学（Grameen Caledonian College of Nursing, GCCN）と協力連携している。2011年1月、本学の教員2名がGCCNに派遣され、授業計画案の作成や授業評価に関するワークショップなどの技術支援を行った。その継続支援として、2012年2月、GCCN教員を本学に招聘し、フォローアップ研修を行った。その目的は、GCCN教員が看護基礎教育を中心に看護学教育に対する学びを深め、GCCNにおける看護学教員の能力向上、および教育への示唆を得ることであった。主な研修内容として、GCCN教員は本学看護学部の講義・演習・実習についての概要を把握するとともに臨地実習の見学を行った。また、本学研究課程部の教育・研究、臨床看護研究推進センターや研修部における看護師の継続教育・研究支援の概要についても学習した。以上の研修をもとに、GCCN教員と本学の研修企画教員は、GCCNにおける看護教育の充実への示唆について検討した。本研修は、GCCN・本学の双方にとって今後の相互交流と関係性の発展のための貴重な機会となった。

---

受付日 2012年10月9日 採用決定日 2012年11月14日





**2011年度  
活動報告**



# 国立看護大学校 Faculty Development (FD)活動報告

## 2011年4月～2012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、2011年度は8回（2回の共催を含む）のFD研修会を開催した。

### 1. バングラデシュ人民共和国グラミンカレドニア看護大学との協力連携

日時：2011年5月11日水曜日 16時～17時

場所：301教室

講師：亀岡智美教授，清水真由美准教授

内容：バングラデシュへ出張した講師から、バングラデシュの保健医療の現状，グラミンカレドニア看護大学の概要と特徴，同大学でのグループワーク・ワークショップなどの授業風景，ダッカ市内の街の様子，市民生活（食糧事情・大きな経済格差）などが紹介され，質疑応答が行われた。

### 2. 倫理審査申請について

日時：2011年6月8日水曜日 16時20分～17時

場所：201教室

講師：佐藤鈴子研究課程部長

内容：NCGMの倫理申請書が変更されたことを受けて，記入に関する諸注意のほか，これまでの実績から修正の指摘を受けやすい点についての紹介があり，倫理審査申請の要領を共有した。

### 3. 専門看護師教育の強化に向けた日本看護系大学協議会の取り組みについて

日時：2011年6月30日木曜日 16時30分～17時15分

場所：301教室

講師：田村やよひ大学校長

内容：6月20日に開催された日本看護系大学協議会総会において，専門看護師教育の強化に向けて，教育課程38単位の承認と現行26単位からの移行計画が承認された。そのことを受けて，教育強化の意義と具体性について話題提供があり，意見交換がされた。

### 4. エクセルで名簿や時間割などを効率よく管理する方法

日時：2011年9月9日金曜日 15時～16時30分

場所：情報処理室

講師：柏木公一准教授

内容：エクセルの基礎編として，計算・エクセル関数・文字の連結・連番を作る，などについて名簿を使って実習を行なった。また，オートフィルターを使つての並べ替え，抜き出しなども行なった。

### 5. 「知の探求」そのねらいと教育の効果について

日時：2011年10月12日水曜日 16時30分～17時10分

場所：301教室

講師：鉅鹿健吉教授

内容：「知の探求」は1年次前期の必修科目で，毎年，10名程度の講師がオムニバス形式で講義を行なっている。講師からその方法について，また，学生の自発的な学習態度の習得・情報の信頼性吟味・論理的な思考力の獲得などについて話題提供がされ，学生からのコメントや学生教師間のフィードバックが紹介された。

### 6. 短期看護研修「がん化学療法看護コース」フォローアップ研修（研修部との共催）

日時：2011年10月28日金曜日 1日研修

場所：講堂

講師：西岡みどり教授ほか研修担当講師

内容：研修部が開催する認定看護師コースの修了生を対象とした1日研修に，教職員が学術研修委員会FD研修として参加できるようにしたもので，広範囲のフォローアップ内容に対して部分的に参加する形とした。

#### 7. 卒業研究について

日時：2012年1月11日水曜日 14時50分～16時

場所：第2会議室

講師：竹内文生教授

内容：講師から平成23年度の卒業研究について、担当学生数の偏り、研究体勢の作り方と時期、研究の方法と内容、学生の発表などについて話題提供が行われた。参加者からは、査読および学生への質問・コメント、発表会の意義・方法・必要性・時期、学生の指導における工夫などについて、多くの意見が寄せられた。

#### 8. バングラデシュ人民共和国の看護教育におけるマイクロクレジットとソーシャルビジネス ～グラミンカレドニア看護大学の挑戦～（広報国際交流委員会との共催）

日時：2012年2月28日火曜日 16時～17時20分

場所：101教室

講師：Ms. Poly Immaculata Costa, Dr. Nazmul Huda（グラミンカレドニア看護大学）

内容：Ms. Poly Costaからは、“Grameen Caledonian College of Nursing”と題してグラミンカレドニア看護大学の特徴が語られた。Dr. Nazmul Hudaからは、“Microcredit & Social Business Promoting Nursing Education in Bangladesh”の紹介があり、参加者との意見交流が行われた。

## 教員の研究活動 2011年4月～2012年3月



### 大学校長

---

#### [著書]

田村やよひ(2011). 社会の変遷と看護の発展. 田村やよひ編, 看護学基礎テキスト(第3巻) 社会の中の看護. 30-64, 日本看護協会出版会, 東京.

#### [誌上発表]

田村やよひ(2011). No.53 守秘義務. 日本看護管理学会, 看護管理関連用語集. 2011/8, <http://janap.umin.ac.jp>.

田村やよひ(2012). No.23 看護職員需給問題. 日本看護管理学会, 看護管理関連用語集. 2012/3, <http://janap.umin.ac.jp>.

#### [研究助成および研究成果報告書]

田村やよひ, 外崎明子, 宮崎美砂子, 高橋眞理, 柳井晴夫, 伊藤圭(2011). 保健師助産師看護師国家試験の出題形式の改善に関する研究. 平成23年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業) 報告書.

#### [講演・学会発表]

田村やよひ. 国民の生命と生活を守る看護からの政策提言のあり方. 第31回日本看護科学学会学術集会教育講演, 高知市, 12月, 2011.

田村やよひ. 看護の今と取り組むべき課題. 社団法人静岡県看護協会 第60回通常総会特別講演, 静岡市, 2月, 2012.

### 人間科学(情報学)

---

#### [論文]

Olivares, P., Tamiya, N., Kashiwagi, M., & Kashiwagi, K.(2011). Predictors of the highest long-term care expenditures in Japan. *BMC Health Services Research*, 11, 103.

#### [著書]

柏木公一(2011). 保健医療分野の情報化推進に関する政策. 井部俊子, 中西睦子監修, 看護管理学習テキスト第2版 看護制度・政策論. 144-149, 日本看護協会出版会, 東京.

柏木公一(2011). 情報の分類とコード化の現状. 井部俊子, 中西睦子監修, 看護管理学習テキスト第2版 看護情報管理論. 43-57, 日本看護協会出版会, 東京.

柏木公一(2011). 病院・看護の管理システム構築・運営と情報活用. 井部俊子, 中西睦子監修, 看護管理学習テキスト第2版 看護情報管理論. 149-175, 日本看護協会出版会, 東京.

#### [誌上発表]

柏木公一(2012). 標準化の観点から看護必要度の妥当性を考える. 看護展望, 37(3), 262-268.

柏木公一(2012). 患者アウトカムと患者特性から看護配置基準を考える. 看護展望, 37(3), 269-274.

尾崎フサ子, 金井 Pak 雅子, 柳井晴夫, 上泉和子, 柏木公一(2011). 尺度開発の課題と今後の方向性. 日本看護管理学会誌, 15(2), 175-184.

#### [研究助成および研究成果報告書]

柏木公一(分担研究者)(2011). わが国における看護支援システムの評価に関する研究(研究代表者: 黒田裕子). 平成23～26年度科学研究費補助金(基盤研究(B)).

田宮菜奈子, 加藤剛平, 柏木聖代, 加藤剛平, 柏木公一. 福祉・介護サービスの質向上のためのアウトカム評価拠点—実態評価から改善へのPDCAサイクルの実現—中等度要介護者における要介護度変化に関連する居宅サービス利用頻度に関する研究. 福祉・介護サービスの質向上のためのアウトカム評価拠点—実態評価から改善へのPDCAサイクルの実現. 平成21～24年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業). 総括・分担研究報告書.

#### [講演・学会発表]

横田慎一郎, 今井健, 大江和彦, 岡峯栄子, 柏木公一. 看護プロフィール項目を元にした患者セルフケア・オントロジー構築フレームワーク. 第12回日本医療情報学会看護学術大会, 神戸, 7月, 2011.

柏木公一. 電子カルテ導入・更新における意思決定について 看護部トップマネージャーとシステム担当者の役割. 第15回日本看



護管理学会年次大会, 東京, 8月, 2011.

柏木公一. 運用マニュアル・操作マニュアル. 第5回医療情報ケアプロセス研究会, 東京, 9月, 2011.

加藤剛平, 田宮菜奈子, 柏木聖代, 柏木公一, 高橋秀人. 地域在住中～重度要介護高齢者の介護度変化に関連する居宅サービスの利用. 第70回日本公衆衛生学会総会, 秋田, 10月, 2011.

柏木公一. システム導入—あなたなら、どうする?. 第6回医療情報ケアプロセス研究会, 鹿児島, 11月, 2011.

柏木公一. 指示と実施～病院情報システムと実運用の違い～. 第7回医療情報ケアプロセス研究会, 神戸, 2月, 2012.

## 人間科学(語学)

---

### [論文]

Matsuoka, R. (2012). Effective SLA using CALL program with TLT software. *ELT Quarterly*, 12(3), 22-26.

Matsuoka, R., & Smith, I. (2012). Linguistic relativity in rakugo translation. *Translation Quarterly* 63, 27-49.

Matsuoka, R., & Smith, I. (2012). Linguistic relativity of zero pronouns in rakugo translation. *US-China Foreign Language*, 10(1). 825-836.

Matsuoka, R., & Evans, D. (2012). Analysis of an extensive reading approach with Japanese nursing college students. *Extensive Reading World Congress Proceedings, 1*, 131-134.

### [講演・学会発表]

(国際学会・研究会)

Matsuoka, R. Effective SLA using CALL program with TLT software. The 10<sup>th</sup> Pan-SIG International Conference, Matsumoto, Japan, May, 2011.

Matsuoka, R. Linguistic relativity: How to become a fluent speaker in JSL. The 10<sup>th</sup> Pan-SIG International Conference, Matsumoto, Japan, May, 2011.

Matsuoka, R. Effectiveness of TLT software program. JaltCALL 2011, Kurume, Japan, June, 2011.

Matsuoka, R., & Poole, G. Gender and power in the healthcare communication of Japanese *manga* discourse. International Society for language studies international conference, Oranjestad, Aruba, June, 2011.

Matsuoka, R., & Poole, G. Other-directedness in Japanese speakers of English: Effectiveness of classroom performance on communication apprehension. The 9<sup>th</sup> AsiaTEFL International Conference, Seoul, Republic of Korea, July, 2011.

Matsuoka, R., & Smith, I. Linguistic relativity of pronouns in *rakugo* translation. XIX World Congress of International Federation of Translators, San Francisco, the USA, August, 2011.

Matsuoka, R. Evaluation of TLT software program. The 16<sup>th</sup> Conference of Pan-pacific Association of Applied Linguistics, Hong Kong, China, August, 2011.

Matsuoka, R., & Poole, G. The use of politeness strategies in Japanese healthcare settings: Analyzing the discourse of specialized *manga*. The 18<sup>th</sup> World Congress of Applied Linguistics. Beijing, P. R. China, August, 2011.

Matsuoka, R. Linguistic relativity in personal pronouns in *rakugo* translation. The Summer Conference of Shonan Society of English Literature, Fujisawa, Japan, August, 2011.

Matsuoka, R. Analysis of an extensive reading approach with Japanese nursing college students. The First Extensive Reading World Congress, Kyoto, Japan, September, 2011.

Matsuoka, R. Does language form our sense of self? The 12<sup>th</sup> Annual Conference of Japan Association of Interpreting and Translation Studies, Kobe, Japan, September, 2011.

Poole, G., & Matsuoka, R. Politeness strategies of healthcare communication at disasters. The 3<sup>rd</sup> Japan Association of Health Communication, Fukuoka, Japan, September, 2011.

Matsuoka, R., & Poole, G. Socio-linguistic analysis of gender and power in the discourse of Japanese healthcare *manga*. Cognition, Conduct, and Communication 2011, Lodz, Poland, October, 2011.

Matsuoka, R., & Ikarigawa, T. Patient confidentiality in healthcare settings in Japan. The 26<sup>th</sup> Conference of the Society for Intercultural Education, Training, and Research, Hyogo, Japan, October, 2011.

Matsuoka, R., & Evans, D. Effects of in-class extensive reading: Should we include extensive reading in class? The 8<sup>th</sup> CamTESOL Conference, Phnom Penh, K. Cambodia, February, 2012.

## 人間科学(保健行政学)

---

### [著書]

森山幹夫(2011). 日本の社会保障制度と看護. 看護学基礎テキスト第3巻, 65-135, 日本看護協会出版会, 東京

森山幹夫(2012). 看護関係法令. 系統看護学講座, 医学書院, 東京.

[誌上発表]

森山幹夫(2012). 消費税と社会保障の関係. 保育界, 450, 56-57, 2012.

[研究助成および研究成果報告書]

森山幹夫, 梅津靖江(2011). 地域密着型医療の促進のための有床診療所の役割拡大に関する研究 各論研究報告 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発研究推進事業 地域密着型医療の促進のための有床診療所の役割拡大に関する研究 (主任研究者 森山幹夫), 総括研究報告書, 24-58.

[講演・学会発表]

森山幹夫. 日本の福祉. 財団法人アジア福祉教育財団, 東京, 4 月, 2011

森山幹夫. あなたが支える超高齢社会. 社団法人和歌山社会経済研究所, 和歌山, 2 月, 2012.

## 人間科学(生命科学)

---

[誌上発表]

竹村玲子, 飯野京子(2011). 抗がん剤の臨床薬理～抗がん剤を用いるときの薬物相互作用～. 症状マネジメントから学ぶ, *Oncology Nursing*, 2(3), 16-21.

## 基礎看護学(看護基礎科学)

---

[論文]

Kobayashi, H., Takemura, Y., & Kanda, K. (2011). Patient perception of nursing service quality; an applied model of Donabedian's structure-process-outcome approach theory. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 419-25.

Zhao, H., Zhang, C., Lu, T., Shi, Y., Zheng, J., Ding, Y., et al.(2011). Survey on career identity of nurses in 6 Class III Grade I Hospitals. *Journal of Nursing China*, 18(4A), 27-30.

[著書]

小林秀行(2012). 患者の経験に着眼した看護サービスの質評価. 菅田勝也編, 看護管理に活かすベンチマーキング; 看護サービスの質改善のために. 60-75, 中山書店, 東京.

能見清子(2011). 人権保障と児童権利条約. 星野政明, 真鍋頭久, 三友雅夫編, 子ども家庭のウェルビーイング. 23-26, 金芳堂, 名古屋.

村島さい子, 能見清子(2012). 看護と経営. 村島さい子, 加藤和子, 瀬戸口要子編, ナーシンググラフィカ 20 基礎看護学 看護管理 (第 2 版). 124-141, メディカ出版, 大阪.

[誌上発表]

能見清子(2012). 国立看護大学校研究課程部での学びを振り返って. 学位授与の 20 年. 43, 独立行政法人大学評価・学位授与機構, 東京.

[研究助成および研究成果報告書]

水野正之(2011). 人工呼吸器関連肺炎とヘッドアップ角度との関連に関する研究. 平成 23 年度日本学術振興会科学研究費補助金 (若手研究(B)).

森那美子(2011). 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 23 年度日本学術振興会科学研究費補助金 (若手研究(B)).

森那美子(2011). 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 23 年度国際医療研究開発費.

小林秀行 (研究代表者) (2011). ヘルス・ケイパビリティ向上のための看護支援により社会に創出される効果. 平成 23 年度学術研究助成基金助成金: 若手研究(B).

[講演・学会発表]

Kobayashi, H., Takemura, Y., & Kanda, K. Can inequity of nursing service be reduced by nurse staffing? An analysis based on the quality as perceived by patients. International Health Economics Association 8<sup>th</sup> World Congress on Health Economics, Toronto, Canada, July, 2011.

Kobayashi, H., Sahlén, KG, Takemura, Y., & Kanda, K. From hospital nursing to health capability; differences in impacting nursing domains perceived by patients in Sweden and Japan, 4<sup>th</sup> European Public Health Conference, Copenhagen, Denmark, November, 2011.

森那美子, 切替照雄, 荒川宜親. 中小規模医療施設における院内感染対策活動に関するアンケート調査. 第 27 回日本環境感染学会総会学術集会, 福岡, 2 月, 2012.

小林秀行. グローバル経済危機下における看護の役割. 第 15 回日本看護管理学会年次大会, 東京, 8 月, 2011.

小林秀行. スウェーデンに見る看護上位資格の創設とその運用; 医師業務を移転した麻酔看護師の業務独占に着眼して. 第 31 回

- 日本看護科学学会学術集会, 高知市, 12月, 2011.
- 能見清子. 看護学生の日常生活援助技術における臨地実習での経験と自信の程度. 第15回日本看護管理学会年次大会, 東京, 8月, 2011.
- 能見清子, 小林秀行, 水野正之, 宮本美佐, 濱本洋子. 地域住民の協力する模擬患者参加型演習の導入が基礎看護技術教育にもたらす効果. 第31回日本看護科学学会学術集会, 高知市, 12月, 2011.
- 上村一郎, 能見清子. 看護学生の日常生活援助技術における実習での経験の有無と自信の程度. 第9回国立病院看護研究学会学術集会, 千葉市, 12月, 2011.
- 吉野智佳子, 能見清子. がん終末期ケアに携わる看護師が捉える患者の死の受容とは—臨床経験7年目以上の看護師のインタビューを通して—. 第9回国立病院看護研究学会学術集会, 千葉市, 12月, 2011.

## 基礎看護学(看護教育学)

---

### [論文]

- 趙秋利, 仰曙芬, 舟島なをみ, 亀岡智美, 謝大明, 黄菲菲, 野元百合子, 中山登志子, 他(2011). Chinesization and Evaluation of Self-evaluation Scale on Role Model Behaviors for Nursing Faculty. *Nursing Journal of Chinese People's Liberation Army*, 28(5A), 1-4.
- 宮首由美子 (2011). 被災地への支援と情報—毎日の詳細な活動報告が, 後続派遣とのスムーズな連携のために必要—, *インターナショナルナーシングレビュー*, 34(5), 46-48.
- 宮首由美子, 亀岡智美(2012). 認定看護師の活動継続意思の現状と活動状況との関係. *国立看護大学校研究紀要*, 11(1), 1-9.
- 宮首由美子, 亀岡智美(2012). 認定看護師の役割ストレスに関する研究—現状および関係する特性に焦点を当てて—. *看護教育学研究*, 21(1), 25-40.

### [研究助成および研究成果報告書]

- 亀岡智美 (研究代表者), 舟島なをみ, 中山登志子, 鈴木美和 (研究分担者) (2011). 臨床看護師による実践への研究成果活用支援システムの開発—EBN 推進に向けて—. 平成 20-22 年度科学研究費補助金 (基盤研究(C)). 研究成果報告書.
- 橋本政典 (主任研究者), 亀岡智美 (分担研究者) (2011). 病院に就業する看護師の看護実践能力の向上に関する研究—効果的な看護継続プログラムの開発. 平成 22 年度国際医療研究開発費. 研究報告書.

### [講演・学会発表]

(国内学会)

- 亀岡智美, 舟島なをみ, 野本百合子, 中山登志子, 鈴木美和. 病院に就業する看護師の研究成果活用力に関する特性. 日本看護教育学学会第 21 回学術集会, 愛媛, 8月, 2011.

## 基礎看護学(看護管理学)

---

### [論文]

- 浦中桂一, 水野正之, 小澤三枝子(2011). 男性看護師の複数配置の評価—バーンアウトスコアを指標として—. *日本看護評価学会誌*, 1(1), 3-10.
- 水口京子, 佐藤朋子, 木村ひろみ, 及川桂, 泥谷雅子, 小澤三枝子(2012). 新人看護職員の臨床研修におけるローテーション研修の効果—看護技術経験状況および習得状況の分析—. *国立看護大学校研究紀要*, 11(1), 20-28.
- 稲川沙智, 河野知華, 六人部かおり, 峯真理子, 木村麻紀, 小澤三枝子(2012). 特別病室入院患者の療養生活への期待と満足の関係について. *国立看護大学校研究紀要*, 11(1), 29-36, 2012.
- 石井祥子, 西岡みどり(2012). HIV 陽性者の禁煙への関心度. *国立病院看護研究学会誌*, 8(1), 22-26.
- 黒田恵美, 西岡みどり(2012). 未知の感染症発生時のリスクコミュニケーション. *国立病院看護研究学会誌*, 8(1), 14-21.

### [誌上発表]

- 小澤三枝子(2011). 看護研究・テーマの見つけ方. *Expert Nurse*, 27(7), 53-61.

### [研究助成および研究成果報告書]

(研究助成)

- 西岡みどり(2011). 病院施設の規模別の感染対策の実態調査(分担研究). 新型インフルエンザ等の院内感染制御に関する研究(主任研究者: 切替照雄). 平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業. (研究成果報告書)
- 西岡みどり(2012). 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). 新型インフルエンザ等の院内感染制御に関する研究(主任研究者: 切替照雄). 平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業.

黒田恵美, 工藤宏一郎, 川名明彦, 西岡みどり(2012). 「新型インフルエンザパンデミックにおける感染管理看護師のリスクコミュニケーション」調査報告書. (病院施設の規模別の感染対策の実態調査(分担研究)). 新型インフルエンザ等の院内感染制御に関する研究(主任研究者: 切替照雄). 平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業.

#### [講演・学会発表]

水口京子, 木村ひろみ, 泥谷雅子, 及川桂, 佐藤朋子, 小澤三枝子. 新人看護師を対象としたローテーション研修の効果—看護技術の習得状況の分析—. 第9回国立病院看護研究学会学術集会, 東京, 12月, 2011.

石井祥子, 島田恵, 池田和子, 岡慎一, 西岡みどり. HIV 陽性者の喫煙に関する調査(第1報) 喫煙状況と喫煙に関連する因子. 第25回日本エイズ学会学術集会, 東京, 11月, 2011. (日本エイズ学会誌, 13(4), 357. 2011.)

石井祥子, 島田恵, 池田和子, 岡慎一, 西岡みどり. HIV 陽性者の喫煙に関する調査(第2報) 禁煙への関心度と禁煙に関連する因子. 第25回日本エイズ学会学術集会, 東京, 11月, 2011. (日本エイズ学会誌, 13(4), 358. 2011.)

黒田恵美, 工藤宏一郎, 川名明彦, 西岡みどり. 新型インフルエンザパンデミックにおける感染管理看護師のリスクコミュニケーションに関する調査. 第27回日本環境感染学会総会, 福岡, 2月, 2012. (環境感染, 27suppl, 137. 2012.)

坂木晴世, 立花亜紀子, 松本千秋, 水上由美子, 池田知子, 高見澤一穂, 西岡みどり, 他. 新生児集中治療室における手指衛生遵守率と擦式アルコール製剤使用量およびMRSA 検出率に関する多施設調査(第1報). 第27回日本環境感染学会総会, 福岡, 2月, 2012. (環境感染, 27suppl, 105. 2012.)

西岡みどり. 倫理的課題について. シンポジウム8 感染制御大学院教育の将来. 第27回日本環境感染学会総会, 福岡, 2月, 2012. (環境感染, 27suppl, 48. 2012.)

## 成人看護学

---

#### [論文]

Tonosaki, A. (2012). The long-term effects after hematopoietic stem cell transplant on leg muscle strength, physical inactivity and fatigue. *European Journal of Oncology Nursing*, [Epub ahead of print], 19 January 2012, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2011.11.005>.

Ishii, N., Arai, M., Koyama, Y., Ueno, M., Yamaguchi, T., Kazuma, K., & Muto, T. (2011). Factors affecting encouragement of relatives among families with Lynch syndrome to seek medical assessment. *Familial Cancer*, 10(4), 649-654.

飯野京子, 綿貫成明, 佐川美枝子, 鈴木八千代, 廣門三千代(2012). 国立病院看護研究学会学術集会における研究の動向. 国立病院看護研究学会誌, 8(1), 51-59.

小山友里江(2011). 人工膝関節全置換術を受けたリウマチ患者の手術療法前後の Quality of Life. 日本整形外科看護研究会誌, 6, 30-35.

前場康介, 満石寿, 飯尾美沙, 藤澤雄太, 竹中晃二(2011). 中・高齢者の運動停止を導くハイリスク状況への対処方略とセルフ・エフィカシーとの関連. 老年社会科学, 33(3), 417-425.

飯尾美沙, 藤澤雄太, 満石寿, 前場康介, 竹中晃二, 大矢幸弘(2011). 小児気管支喘息における患者教育に関する国内文献レビュー. 小児看護, 34(7), 925-930.

#### [著書]

飯野京子, 小山友里江(2011). がん化学療法を理解するポイント. 飯野京子編, オンコロジーナースのためのがん化学療法ハンドブック. 7-10, 医薬ジャーナル社, 東京.

飯野京子, 竹村玲子(2011). 抗悪性腫瘍薬一覧. 飯野京子編, オンコロジーナースのためのがん化学療法ハンドブック. 11-15, 医薬ジャーナル社, 大阪.

飯野京子, 綿貫成明(2011). パフォーマンスステータス. 飯野京子編, オンコロジーナースのためのがん化学療法ハンドブック. 20-21, 医薬ジャーナル社, 大阪.

飯野京子, 小山友里江(2011). 抗がん剤の血管外漏出. 飯野京子編, オンコロジーナースのためのがん化学療法ハンドブック. 36-37, 医薬ジャーナル社, 東京.

飯野京子, 小山友里江(2011). 副作用の基準. 飯野京子編, オンコロジーナースのためのがん化学療法ハンドブック. 38-43, 医薬ジャーナル社, 東京.

飯野京子, 竹村玲子(2011). 抗がん剤の薬物相互作用. 飯野京子編, オンコロジーナースのためのがん化学療法ハンドブック. 48-49, 医薬ジャーナル社, 大阪.

飯野京子, 綿貫成明(2011). がん医療に関する制度, 診療報酬. 飯野京子編, オンコロジーナースのためのがん化学療法ハンドブック. 50-53, 医薬ジャーナル社, 東京.

飯野京子, 綿貫成明(2011). 医薬品情報の収集. 54-60. 飯野京子編, オンコロジーナースのためのがん化学療法ハンドブック. 医薬ジャーナル社, 東京.

大西和子, 飯野京子編(2011). がん看護学 臨床に活かすがん看護の基礎と実践. ヌーヴェルヒロカワ, 東京.  
藤澤雄太(2012). 第7章個別コンサルテーション. 竹中晃二編, 朝倉実践心理学講座9 運動と健康の心理学. 81-92, 朝倉書店, 東京.

#### [誌上发表]

飯野京子(2011). 終末期のヘルスアセスメントー看取りを支える看護ー. ホスピスケア, 23(1), 10-17.

#### [研究助成および研究成果報告書]

外崎明子(2011). 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). (研究代表者). 研究報告書.

外崎明子(2011). 乳がん化学療法を受ける患者のバイオマーカーを指標とした運動の効果検証. 平成22~24年度科学研究費補助金(挑戦的萌芽研究). (研究代表者). 研究報告書.

小松浩子, 飯野京子, 小山友里江, 綿貫成明, 久部洋子, 丸口ミサエ, 他(2011). 上部消化器術後障害をもつがん患者の活力とQOL向上をめざす<食>リハビリテーション開発. 厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業. QOLの向上をめざしたがん治療法の開発研究. 平成22年度 総括・分担研究報告書(研究代表者 江角浩安), 33-40.

#### [講演・学会発表]

Tonosaki, A. Impact of daily activity and physical condition on QOL of women receiving cancer chemotherapy. Global Breast Cancer Conference 2011, Symposium; Impact of Nursing Care on the QOL of Women with Breast Cancer, Seoul, Korea, October, 2011.

栗原美穂, 岡田教子, 市川智里, 市橋富子, 飯野京子, 綿貫成明, 小山友里江, 他. 食道がん根治術後に体験する症状の術後2ヶ月目までの発生状況及び生活への影響. 第26回日本がん看護学会学術集会, 島根, 2月, 2012.

石井宏明, 栗原美穂, 清野幸子, 小原真由美, 小山友里江, 飯野京子. がん専門病棟の終末期における倫理的ジレンマの分析. 第26回日本がん看護学会学術集会, 島根, 2月, 2012.

山田真由美, 小山友里江, 飯野京子. 成人同種造血幹細胞移植患者における移植片対宿主病に関するセルフケア行動. 第26回日本がん看護学会学術集会, 島根, 2月, 2012.

山田真由美, 小山友里江, 飯野京子. 成人同種造血幹細胞移植患者におけるGVHDセルフケア行動への影響要因. 第34回日本造血細胞移植学会総会, 大阪, 2月, 2012.

石井宏明, 栗原美穂, 小原真由美, 清野幸子, 小山友里江, 飯野京子. デスカンファレンスについての実践報告. 第65回国立病院総合医学会, 岡山, 11月, 2011.

飯野京子. がん終末期患者のヘルスアセスメント. ホスピスケア研究会, 東京, 7月, 2011.

飯野京子. がん化学療法看護実践にいかす基礎的知識. 第3回がん薬物療法研修, 兵庫, 12月, 2011.

飯野京子. がん化学療法の基礎知識. がん支持療法勉強会, 東京, 9月, 2011.

宮東里恵, 遠藤晶子, 石井智香子. 健常女性を対象とした首都圏のラッシュ時および非ラッシュ時の電車通勤中の心拍数変化. 第75回日本循環器学会総会・学術集会, 横浜, 8月, 2011.

藤澤雄太. 心と身体と健康と教育 学生を対象とした身体的健康教育 新たな取組みの提案. 第24回日本健康心理学会大会, 東京, 9月, 2011.

斎藤めぐみ, 藤澤雄太, 竹中晃二. iPadを用いた健康行動の計画作成プログラムの開発と評価ー特定保健指導に用いる対象者を行動変容に導くプログラムの効果検証ー. 第24回日本健康心理学会大会, 東京, 9月, 2011.

藤澤雄太. 看護師による動機づけ面接の動向および課題の検討. 第31回日本看護科学学会学術集会, 高知, 12月, 2011.

## 成育看護学(小児看護学)

---

#### [著書]

伊藤龍子(2012). 152 小児救急医療におけるトリアージとは?. 道又元裕監修, ケアの根拠(第2版)看護の疑問に答える180のエビデンス. 164, 日本看護協会出版会, 東京.

伊藤龍子(2012). 154 小児患者のためのプレパレーションは効果的か?. 道又元裕監修, ケアの根拠(第2版)看護の疑問に答える180のエビデンス. 166, 日本看護協会出版会, 東京.

伊藤龍子(2012). 155 小児の痛みのアセスメントとは?. 道又元裕監修, ケアの根拠(第2版)看護の疑問に答える180のエビデンス. 167, 日本看護協会出版会, 東京.

伊藤龍子(2012). 159 小児医療における看取りとは?. 道又元裕監修, ケアの根拠(第2版)看護の疑問に答える180のエビデンス. 171, 日本看護協会出版会, 東京.

来生奈巳子(2012). 小児と家族を取り巻く社会. 奈良間美保, 丸光恵, 堀妙子, 新家一輝, 富岡晶子, 大須賀美智, 他, 系統看護学講座小児看護学I小児看護学概論. 168-194. 医学書院, 東京.

#### [誌上发表]

伊藤龍子(2011). 小児看護と学校保健の連携と協同. 保健の科学, 53(5), 324-329.

来生奈巳子(2011). 入院患児の親への子育て支援. 小児看護, 34(7), 871-879.

#### [研究助成および研究成果報告書]

伊藤龍子(2011). 小児の看護の視点からの提言ー在宅医療における地域資源の検討. 平成 23 年度成育医療研究開発費事業「超重症児の在宅医療における地域資源開発」実績報告書.

伊藤龍子(2011). 小児医療施設における看護師のキャリアパス開発とキャリアトレーニングプログラムのあり方. 平成 23 年度成育医療研究開発費事業「成育看護に従事する看護職員の人材育成のキャリアパスの構築と具体的研修プログラムの開発」実績報告書.

#### [講演・学会発表]

来生奈巳子. 養育支援訪問事業の意義と目的. 平成 23 年度清瀬市養育支援訪問事業初期研修及び育児支援ヘルパースキルアップ研修, 東京, 2 月, 2012.

西田幹子, 玉城久美子, 宮本圭奈美, 村松恵, 西海真理, 伊藤龍子, 他. 外来における在宅腹膜透析患児の看護介入方法の検討. 第 33 回日本小児腎不全学会, 静岡, 10 月, 2011.

日沼千尋, 西田志穂, 来生奈巳子, 萩原綾子, 関森みゆき, 石井由美子. 小児救急トリアージの実態とトリアージナーズの教育に関する調査ー日本小児看護学会小児看護政策委員会報告ー. 第 21 回日本小児看護学会学術集会, 埼玉, 7 月, 2011.

### 成育看護学(母性看護学)

---

#### [誌上发表]

佐々木和子(2011). 硬膜外麻酔使用による無痛分娩ー産後 1 年経過した母親が語るその体験を聞いてー. 助産雑誌, 65(5), 418-423.

#### [講演・学会発表]

岩田裕美, 森岡由起子. 出生早期の母子相互作用に影響を及ぼす要因について. ー親の抑うつ状態およびこどもの気質(易刺激性)と母子相互作用についてー. 第 21 回日本乳幼児医学・心理学会, 東京, 11 月, 2011.

### 精神看護学

---

#### [論文]

Suzuki, M., Amagai, M., Shibata, F., & Tsai, J. (2011). Factors related to self-efficacy for social participation of people with mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 359-365.

柴田文江, 鈴木麻揚, 天谷真奈美(2011). 精神障害者の「社会復帰」と「社会参加」ー用語に関する諸問題. 病院・地域精神医学, 54(1), 100-109.

新田真由美, 板山稔, 天谷真奈美(2011). 統合失調症患者の禁煙認識と禁煙阻害因子ー禁煙支援のための課題を考えるー. 日本看護研究学会雑誌, 34(5), 31-40.

Ueno, R., & Kamibeppu, K.(2012). Perspectives of Japanese Mothers with Severe Mental Illness Regarding the Disclosure of their Mental Health Status to their Children. *Archives of Psychiatric Nursing*, in press.

#### [誌上发表]

(書評)

上野里絵(2011). 私はこれでいいんだー母の病・葛藤・体験を力に変えて. 心と社会, 42(3), 106.

#### [研究助成および研究成果報告書]

天谷真奈美, 鈴木麻揚, 小林悟子(2011). 精神障害者の社会参加効力感とその関連因子の国際比較. 平成 23 年度科学研究費補助金(基盤研究(B)).

上野里絵(2011). うつ病を有する親の子どもへの家族を中心とした予防学的介入プログラム日本版の開発. 平成 23 年度科学研究費補助金(若手研究(B)).

#### [講演・学会発表]

(国内)

川内健三, 天谷真奈美. 精神科訪問看護において病棟看護師が感じる困難. 第 37 回日本看護研究学会学術集会, 横浜市, 8 月, 2011.

高橋万紀子, 天谷真奈美, 田中留伊, 板山稔. 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, 第 70 回日本公衆衛生学会総会, 秋田市, 10 月, 2011.

(国外)

天谷真奈美. 日本精神科康復. 鄭州第八人民医院 (鄭州市精神衛生中心), 鄭州市, 中国, 8月, 2011.

Ueno, R., & Kamibepu, K. Perspectives of Japanese Mothers with Severe Mental Illness Regarding the Disclosure of their Mental Health Status to their Children. 10<sup>th</sup> International Family Nursing Conference, Kyoto, Japan, June, 2011.

## 老年・在宅看護学(老年看護学)

---

### [論文]

小林咲, 綿貫成明 (2012). 一次救命処置教育の反復受講と手技の実施に対する自信と不安の関連—受講者の教育進度に合わせた効果的な指導に向けて. 国立病院看護研究学会誌, 8(1), 37-50.

### [誌上発表]

竹内沙織, 綿貫成明 (2012). 入院中にせん妄を発症した患者の家族の心理的な変化や反応とそれに対する援助—1983~2010年の文献の検討から. 国立病院看護研究学会誌, 8(1), 27-36.

### [講演・学会発表]

守田恵理子, 小熊亜希子, 綿貫成明, 林稚佳子, 中村仁美, 岩崎孝子. 高齢者の特徴をふまえた看護学統合演習・実習の展開—複数患者受け持ちにおける多重課題の解決について. 第9回国立病院看護研究学会学術集会, 幕張, 12月, 2011.

平岡光枝, 野口貴史, 河村木綿子, 木下舞, 萬弘子, 綿貫成明. 急性医薬品中毒患者に対する救急病棟看護師の心理・態度. 第9回国立病院看護研究学会学術集会, 幕張, 12月, 2011.

岡田教子, 栗原美穂, 市川智里, 市橋富子, 飯野京子, 綿貫成明, 小山友里江, 他. 食道がん根治手術直後の嚥下障害の発生状況とケアの実態. 第26回日本がん看護学会学術集会, 島根, 2月, 2012.

## 老年・在宅看護学(在宅看護学)

---

### [論文]

浅野均, 林稚佳子, 三笥里香, 濱本洋子, 佐藤鈴子(2012). 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排泄の援助—在宅療養初期において家族介護者が行う援助内容の質的分析—. 国立看護大学校紀要, 11(1), 10-19.

川井田恭子, 小澤三枝子, 西岡みどり, 佐藤鈴子(2011). HIV/AIDS 外来患者の二次感染予防における看護援助の実施状況. 日本看護科学会誌, 31(4), 64-74.

宮下裕江, 佐川美枝子, 佐藤鈴子(2011). 訪問看護師が退院時サマリーに求める情報, 国立病院看護研究学会誌 7(1), 52-60.

飯野京子, 綿貫成明, 佐川美枝子, 鈴木八千代, 廣門美千子(2012). 国立病院看護研究会学術集会における研究の動向, 国立病院看護研究学会誌, 8(1), 51-58.

### [講演・学会発表]

高頭悠, 佐川美枝子. 在宅における看取りでの訪問看護師の看護活動. 第9回国立病院看護研究学会学術集会, 幕張, 12月, 2011.

土屋麗, 佐川美枝子. 在宅における末期がん療養者の家族の肯定的感情とそこから考察する訪問看護師の役割. 第9回国立病院看護研究学会学術集会, 幕張, 12月, 2011.

## 国際看護学

---

### [論文]

Higuchi, M. (2011). Motivational factors that influence work activities by Auxiliary Nurse Midwives in India. *Proceeding of Qualitative Health Research*, 1, 32.

清水真由美, 亀岡智美(2012). 活動報告: バングラデシュ人民共和国グラミンカレドニア看護大学との協力連携. 国立看護大学校研究紀要, 11(1), 37-42.

田村豊光, 小林誠子, 清水真由美, 松本安代(2011). セネガル共和国における看護教育の歴史の変遷. 国際保健医療, 26(4), 341-348.

### [著書]

樋口まち子(2011). 看護の国際協力活動—歴史・現状と課題. 田村やよひ編, 看護学基礎テキスト第3巻, 社会の中の看護. 159-189, 日本看護協会出版会, 東京.

樋口まち子(2011). 社会と開発「生活スタイルを変えることは可能か」. 山口しのぶ, 毛利勝彦, 国際開発高等教育機構編, ケースで学ぶ国際開発, 90-98, 252, 東信堂, 東京.

樋口まち子(2011). タイとスリランカの継続的なフィールド調査. 鴨川明子編, アジア地域統合講座, アジアを学ぶ—海外調査研究の手法. 161-176, 219-220, 勁草書房, 東京.

須藤恭子(2011). 子育て家庭の子育て不安. 星野政明編, 子ども家庭のウェルビーイング. 6-11, 金芳堂, 京都.  
須藤恭子(2011). ”何か”を求めて. JOCV看護職ネットワーク, 世界を駆けたナースたち-その後-. 57-59.

[研究助成および研究成果報告書]

樋口まち子(2011). 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 21~23 年度 国際医療研究開発費.

樋口まち子(2011). 途上国における生活習慣病 (糖尿病) 対策の看護の人材養成のモデル構築に関する研究 (分担研究) 平成 22~24 年度国際医療研究開発費.

[講演・学会発表]

Higuchi, M. Motivational factors that influence work activities by Auxiliary Nurse Midwives in India. The 17<sup>th</sup> Annual Qualitative Health Research Conference, Vancouver, Canada, October, 2011.

落合治, 井田佳緒里, 清水真由美, 小澤三枝子. 精神科の患者の身体拘束を一時解除できるかどうかの判断の視点. 第9回国立病院看護研究学会, 東京, 12月, 2011.

井田佳緒里, 落合治, 清水真由美, 小澤三枝子. 精神科における身体拘束に対する看護師のジレンマに関する文献研究. 第9回国立病院看護研究学会, 東京, 12月, 2011.

土井和子, 徳田直子, 吉野尚子, 木下千衣, 高崎寛子, 谷口史代, 石戸瑞恵, 田原恵美子, 宮本久美, 森由起子, 清水真由美. 鎮静剤使用下で内視鏡検査を受ける患者の転倒・転落防止への取り組み. 第9回国立病院看護研究学会, 東京, 12月, 2011.

林友紗, 標美奈子, 江口晶子, 三輪眞知子, 須藤恭子, 金子仁子. 乳幼児の虐待予防のためのソーシャルキャピタル創出に関する基礎調査 虐待認識. 第70回日本公衆衛生学会総会, 秋田, 10月, 2011.

金子仁子, 林友紗, 標美奈子, 江口晶子, 小川真美, 須藤恭子. 乳幼児の虐待予防のためのソーシャルキャピタル創出に関する基礎調査 きずな. 第70回日本公衆衛生学会総会, 秋田, 10月, 2011.

標美奈子, 林友紗, 江口晶子, 三輪眞知子, 須藤恭子, 金子仁子. 乳幼児の虐待予防のためのソーシャルキャピタル創出に関する基礎調査 活動実態. 第70回日本公衆衛生学会総会, 秋田, 10月, 2011.



## 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

- ・二国間経済連携協定による外国人看護師候補者の研修期間における体験に関する研究 山本 佐枝子
- ・新人看護師が支持的・非支持的と知覚する先輩看護師の行動 長岡 波子

### 看護情報・管理学

- ・ヒト免疫不全ウイルス陽性者の喫煙の現状と禁煙への関心 石井 祥子
- ・新型インフルエンザパンデミックにおける感染管理看護師のリスクコミュニケーション 黒田 恵美

### 成人看護学

- ・成人同種造血細胞移植体験者の心理的適応質問紙の開発と心理的適応要因の検討 近藤 美紀
- ・乳がん術後化学療法中の患者の日常生活活動量と全体的健康観との関連の検討 菅沼 みはる

### 成育看護学

- ・慢性疾患のある学童期の子どもに対する自己管理指導における看護師の認識と実践 堀田 昇吾

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(2012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、学术论文ではない形で公表した研究については、その旨（学会名、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术论文
  - 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术论文
  - 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
- ※学术论文とは、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ファイル(Microsoft Word)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。

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に留め、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。

- 1) 原稿は Microsoft Word を用いて作成する。
- 2) 原稿は A4 判用紙を用い、余白を十分にとり 1 枚あたり 35 字×28 行 (980 字) 横書きとする。本文、文献、図表の総ページ数は、980 字×16 枚以内とする。図表は 1 点につき 0.5 枚として計算する。
- 3) 原稿は A4 判用紙の片面のみに印刷し、表紙から図表までページ番号を余白下中央に記す。
- 4) 数字・欧文は半角を使用する。
- 5) 本文の章立、項目番号は I. →1. →1)→(1)とする。
- 6) 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。
- 7) 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 A4 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。
- 8) 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に従う。
- 9) 正本原稿には、表紙をつけ、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 部については、表紙、本文等から著者を特定できる情報をすべて削除する。
- 10) 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。
- 11) 投稿に際し、原稿は、表紙、要旨、本文、文献、表、図の順に重ねて提出する。

**【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。

## 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び，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。

### (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。

- 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。
- 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とする。
- 3) 出典および許諾を得た旨を図表などの脚注に明記する。

(2011年11月9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).

**Publication:** Issued once a year.

**Types 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. Types of contributions (manuscripts) include scientific research papers (original articles or review articles) or other articles as follows:

- 1) **Original article:** Articles which provide new knowledge and perspective that are presented in a logical manner based upon originally collected data.
- 2) **Review article:** Articles which integrate and synthesize 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 (including joint research with other institutions).
- 2) Part time faculty of the NCNJ (including 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.

### Receipt and acceptance/rejection

- 1) The date of receipt will be the date on which it was delivered 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, c/o National College of Nursing, Japan  
1-2-1 Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 204-8575, Japan    Tel: +81-42-495-2211    Fax: +81-42-495-2758  
E-mail: [kiyo@ncn.ac.jp](mailto:kiyo@ncn.ac.jp).

**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 shall belong to the NCNJ.

## **Manuscript Preparation** -----

Format and style of manuscripts should basically be according to the Publication Manual of the American Psychological Association (APA). The following guidelines of the journal represent the elements of APA editorial style.

**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 should be numbered page 1 and should contain the following:

On the 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 the 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:** Approximately 250 words. A Japanese-written abstract of approximately 400 characters should also be 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.

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:

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. For each example of various types of documents refer to the APA book.

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 November 9, 2011)

## 編集後記

ここに国立看護大学校研究紀要第12巻1号をお届けいたします。今号には原著2本、その他3本の計5本の論文を掲載することができました。投稿していただきました皆様と、投稿論文を丁寧に査読していただいた査読者の皆様に心より感謝申し上げます。また、編集作業等に当たって下さった教職員の皆様にも感謝申し上げます。

昨今は各看護専門分野の学会や学術雑誌が充実してきたことから、今号の紀要担当者は、編集以前に投稿論文の募集に苦慮しました。しかしながら、本学が日本において唯一政策医療看護の研究を担っているという独自性を考えると、オンラインジャーナルとして全国にその成果を発信する本紀要の存在価値は大きいと思われます。

本紀要が本学の研究の推進にとどまらず、連携している国立高度専門医療研究センターの臨床看護実践および臨床看護研究の質の向上、ひいては国民の健康の維持増進と国際協力にも貢献できれば幸いです。

次号への皆様のご投稿を心よりお待ちしております。

学術研究委員会 来生奈巳子

## 学術研究委員会

委員長	亀岡智美	副委員長	林稚佳子		
委員	来生奈巳子	外崎明子	柏木公一	上野里絵	
	佐川美枝子	宮首由美子	能見清子	不破理映	
事務局	国松孝成	石井克治	関根昇	上野弘昭	

## 国立看護大学校研究紀要 第12巻 第1号

2013年3月25日

編集 国立看護大学校学術研究委員会

発行 国立看護大学校

東京都清瀬市梅園1丁目2番地1号

電話 042-495-2211(代) FAX 042-495-2758

印刷 株式会社コムラ



# The Journal of Nursing Studies

## National College of Nursing, Japan

Vol.12 No.1 2013

### Articles

- Role Model Behaviors of Nursing Faculty in Japan and the United States  
----- Tomomi Kameoka, Naomi Funashima, Patricia Ann. Gorzka, 1  
Kumiko Hongo, Nobuko Yamashita, Toshiko Nakayama, Mika Hattori
- Current Status of Role Stress among Certified Nurses;  
Comparison among joint appointees, semi-joint appointees, and non- joint appointees  
----- Yumiko Miyakubi, Tomomi Kameoka 8
- Discharge planning activities and systems at the hospitals of National Hospital Organization  
and National Centers  
----- Hisako Oyake, Noriko Satou, Masako Aida, Setsuko Oda, Hiroe Kimura,  
Junichi Takeda, Junko Nishi, Ikuko Nagata, Mieko Ozawa 17
- Developing an integrated nursing practice to aim the improvement of actual clinical practice  
at National Cancer Center Hospital  
----- Yuta Fujisawa, Akiko Tonosaki, Naoko Seki, Namiko Nagaoka 26
- An Invitation Program for the Faculty Development of the Grameen Caledonian College  
of Nursing in People's Republic of Bangladesh  
(Year 2012's Activity Report from the National College of Nursing, International Affairs  
and Public Relations Committee)  
----- Shigeaki Watanuki, Mayumi Shimizu, Keiko Iino, Yumiko Miyakubi,  
Kyoko Sudo, Kiyoko Nohmi, Nana Ikeda 34

### Research Activities

- Faculty development ----- 45
- Faculties research reports ----- 47
- Masters thesis titles ----- 56
- The Journal of Nursing Studies : National College of Nursing, Japan — Information for Authors ----- 57