

大分看護科学研究

Journal of Oita Nursing and Health Sciences

Vol. 2 No. 1

December 2000

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

ISSN 1345-6644

「大分看護科学研究」編集委員会

編集顧問:	小泉 明 (日本医師会)
	近藤潤子 (天使大学)
	樋口康子 (日赤看護大学)
	見藤隆子 (長野県看護大学)
編集委員:	江崎一子 (別府大学)
	柏崎 浩 (国立健康栄養研究所)
委員長	草間朋子 (大分県立看護科学大学)
	太田勝正 (長野県看護大学)
幹事	稲垣 敦 (大分県立看護科学大学)
事務局:	山口真由美 (大分県立看護科学大学)

編集委員会内規

1. 投稿原稿の採否、掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集上の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。
2. 査読に当たって、投稿者の希望する論文のカテゴリーには受理できないが、他のカテゴリーへの掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を留保し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。あらかじめ複数のカテゴリーを指定して投稿する場合は、受理可能なカテゴリーに投稿したものとして、採否を決定する。
3. 投稿原稿の採否は、原稿ごとに編集委員会で選出した査読委員があらかじめ検討を行い、その意見を参考にして、編集委員会が決定する。委員会は、必要に応じ、編集委員以外の人の意見を求めることができる。

査読委員の数	原著論文:	2名
	総説:	1名
	資料・報告:	2名
	短報:	1名
	トピックス:	1名

大分看護科学研究投稿規定

1. 本誌の目的

本誌は、看護ならびに保健学領域における科学論文誌として刊行する。本誌は、看護学・健康科学を中心として、広くこれらに関わる専門領域における研究活動や実践の成果を発表し、交流を図ることを目的とする。

2. 投稿資格

特に問わない。

3. 投稿原稿の区分

本誌は、原則として投稿原稿及びその他によって構成される。投稿原稿の種類とその内容は表1の通りとする。

本誌には上記のほか編集委員会が認めたものを掲載する。投稿原稿のカテゴリーについては、編集委員会が最終的に決定する。

4. 投稿原稿

原稿は和文または英文とし、別記する執筆要項で指定されたスタイルに従う。他誌(外国雑誌を含む)に発表済みならびに投稿中でないものに限る。他の雑誌等に投稿していないことを確認するために、所定の用紙に署名する。

5. 投稿原稿の採否

掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。

6. 投稿原稿の査読

原則として、短報・トピックスは1ヶ月、その他の投稿原稿は2ヶ月以内に採否の連絡をする。査読に当たって投稿者の希望する論文のカテゴリー欄には受理できないが、他の欄への掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を保留し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。予め複数の欄を指定して投稿する場合は、受理可能な欄に投稿したものとして、採否を決定する。編集上の事項をのぞいて、掲載された論文の責任は著者にある。また著作権は、大分看護科学研究編集委員会に所属する。

7. 投稿原稿の修正

編集委員会は投稿原稿について修正を求めることがある。修正を求められた原稿はできるだけ速やかに再投稿すること。返送の日より6ヶ月以上経過して再投稿されたものは新投稿として扱うことがある。なお、返送から6ヶ月以上経過しても連絡がない場合は、投稿取り下げと見なし原稿を処分することがある。

8. 論文の発表

論文の発表は、以下のインターネットジャーナルWWW ページに公表する。

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

9. 校正

掲載を認められた原稿の著者校正は、原則として初校のみとする。

10. 投稿原稿の要件

投稿原稿は、以下の要件をふまえたものであることが望ましい。

- 1) 人間または動物におけるbiomedical研究(実験的治療を含む)は、ヘルシンキ宣言(以後の改訂や補足事項を含む)、その他の倫理規定に従い、関係する倫理委員会の許可を得たものであることを論文中に記載すること。
- 2) 調査研究などについては、調査・研究上の倫理的原則に則った発表であることを明示すること。
- 3) 資料の目的外使用については、調査などの責任者の許可を得たことを記載すること。

11. 投稿料

投稿は無料とする。

12. 執筆要領

投稿原稿の執筆要項は別に定める。

13. 原稿送付先

〒870-1201 大分郡野津原町廻栖野 2944-9

大分県立看護科学大学内

大分看護科学研究編集事務局

TEL 097-586-4472 (ダイヤルイン)

FAX 097-586-4393

E-mail journal@oita-nhs.ac.jp

表1

カテゴリー	内容	制限字数
1 原著 (original article)	独創的な研究論文及び科学的な観察	5,000~10,000
2 総説 (review article)	研究・調査論文の総括及び解説	5,000~10,000
3 短報 (short communication) /short note)	独創的な研究の短報または手法の改良 提起に関する論文	~3,000
4 資料・報告 (technical report)	看護・保健に関する有用な資料・調査報告	5,000~10,000
5 トピックス (topics)	海外事情、関連学術集会の報告など	~5,000
6 読者の声 (letter to editor)	読者からの掲載論文等にたいする意見など	~2,000

大分看護科学研究

Journal of Oita Nursing and Health Sciences

Vol. 2, No. 1 (2000年12月)

目次

原著

看護職者の勤務条件と蓄積的疲労との関連についての調査 1

佐藤 和子、天野 敦子

報告

看護実習における「看護アセスメント学実習」とその意義 8

三笥 里香、藤内 美保、佐藤 和子、山内 豊明

トピックス

大分県立看護科学大学 公開講義「保健医療ボランティア論」をきいて 16

大賀 淳子

看護職者の勤務条件と蓄積的疲労との関連についての調査

Investigation of relation between working conditions and accumulative fatigue in nurses

佐藤 和子 Kazuko Sato, RN, MA

大分県立看護科学大学 基礎看護学講座 看護情報学 Oita University of Nursing and Health Sciences

天野 敦子 Atsuko Amano, RN, RM

愛知教育大学 養護教育講座 Aichi University of Education

1999年9月29日投稿, 2000年12月22日受理

要旨

三交代制勤務に従事する看護職者の勤務条件と慢性的・蓄積的疲労の関連を検討するために、6つの病院1,574名の看護職者を対象に無記名式質問紙調査を行った。その結果、看護婦の蓄積的疲労は、職位、年齢、経験年数、家族の有無との関連が強いこと、とくに家族の存在は、労働の意欲を高める要因になっていることが明らかになった。勤務条件としては、勤務時間や超過勤務、週休の形態、週休や有給の取得状況、勤務場所との関連が深いことが確認された。中でも、超過勤務時間や週休の形態は看護職者の蓄積的疲労に深く関与しており、1日の勤務時間が長く連続した休日が規則的にとれない場合には、身体的な疲労だけでなく精神的・社会的疲労も強くなることが確認された。今回の調査対象の病院では、夜勤回数は人事院勧告通りに運用されており、夜勤回数の違いによる蓄積的疲労の差は認められなかった。調査結果から、超過勤務をなくす人員配置や、規則的で連続した休養がとれるような完全週休2日制の実施などに向けての改善の必要性が示唆された。

Abstract

A study of 1574 nurses in 6 hospitals was carried out using a questionnaire without respondent's name in order to examine the relation between working conditions and chronic, accumulative fatigue in nurses working in three-shifts. We recognized a strong relation between accumulative fatigue in nurses and work position, age, experience and marital status. In particular, having a family was an important factor in increasing motivation for work. The close relation between the number of hours worked, overtime, type of weekly holiday, and how days off and salary were obtained was also confirmed. There was an especially close relation between overtime work, type of weekly holiday and accumulative fatigue. Since the number of hours worked in a day was very long, without a regular schedule of two or more days off, an increase in the amount of mental, social and physical fatigue was confirmed. In hospitals where the number of night shifts was studied, a recommendation by the National Personnel Authority was being followed, and no difference in fatigue was seen based on the number of night shifts. The results of this study suggest that improvements aimed at implementing a full two-day weekly holiday system are necessary in order to ensure regular rests of more than one day and to improve personnel distribution to eliminate overtime.

キーワード

看護職者、勤務条件、三交代制勤務、夜勤、蓄積的疲労

Key words

nurse, working conditions, three- shifts work, night work, accumulative fatigue

1. はじめに

労働時間の短縮や週休2日制が浸透した現在においてもなお、交代制勤務が不可欠である看護職者の労働条件の改善は今日的な課題である。

交代制勤務等に伴う看護職者の疲労は、日常生活や健康への身体的な影響だけでなく精神的な不安徴候や労働意欲の低下となり(越河, 1975) パーンアウト

シンδροームや離職の一因となっている(稲岡他, 1992)。

従来から看護職者の疲労に関する研究は数多く行われているが、勤務の前後や交代制勤務における日勤と夜勤の疲労の程度を比較した短期的な疲労徴候を調査したもので(猪下, 1984; 猪下, 1987) 勤務条件を包括して慢性的・蓄積的疲労に注目した調査は少な

い。看護職者の勤務の実績に即してみると、一回の夜勤の疲労もさることながら、交代制勤務の繰り返しにより蓄積された疲労を把握することが看護職者の労働条件改善のための基礎資料として重要と思われる。

そこで本研究では、病院で三交代制勤務に従事する看護職者の蓄積的疲労について、労働科学研究所が開発した蓄積的疲労徴候インデックス（以下CFSIという）を用いて調査し、看護職者の勤務条件と慢性的・蓄積的疲労の関連を明らかにすることとした。CFSI（労働科学研究所編，1993）は、ある時点の症状ではなく、何日間か停滞して感じる状態について質問していること、心身の状態だけでなく、仕事への心構えや対人関係等による負担の徴候を把握するなどの特徴があり、看護労働の特性からくる疲労をより客観的に把握できるとされている。

2. 研究方法

名古屋市内およびその近郊にある病床数500～1,000床の総合病院6施設（大学病院1施設、公立病院3施設、半官半民病院2施設）に勤務する看護職者を対象に、自己記入による無記名式の質問紙調査を実施した。調査は1993年10月に2週間の期間で行った。10月は新人看護者が業務に慣れ、看護職者の移動も年間を通して最も少ない時期であることから、平常の実態が把握しやすいと考え調査時期として選定した。

質問紙は郵送もしくは持参し、各施設の看護部の協力を得て病棟毎に対象者に配布した。配布総数は2,351、回収総数は2,106で、有効回答数は2,084（有効回収率は88.6%）である。

分析条件を統一するために、有効回答者数2,084名のうち対象を三交代制勤務に従事している看護婦に限定し、1,574名の回答を分析の対象にした。

質問内容は、基本属性（年齢、職種、職位、経験年数、勤続年数、家族の有無）に関する質問、勤務条件と意識（勤務形態、勤務時間と超過勤務、週休の形態、休暇の取得状況、夜勤の回数、職務への満足、転職願望の有無）に関する質問、および蓄積的疲労に関する項目で構成した。なお、勤務条件と意識に関する質問は直接回答法および多肢選択法で、蓄積的疲労に関する質問は労働科学研究所が開発した81項目から成るCFSIをそのまま用いた。

分析に際しては、CFSIの81項目を8つの特性項目群に分類し、各特性項目群の「平均訴え率」を算出し、それを各対象者の属性、勤務条件等に着眼して比較検討することとした。

各特性項目群の平均訴え率は次式で求めた。

$$\text{平均訴え率} = \frac{\text{当該項目群への訴え総数}}{\text{当該項目群の項目数} \times \text{対象人数}} \times 100$$

なお、8つの特性項目群は気力の低下（NF1）、一般的疲労感（NF2-1）、身体不調（NF2-2）、イライラ感（NF3）、労働意欲の低下（NF4）、不安感（NF5-1）、抑鬱感（NF5-2）、慢性疲労徴候（NF6）である。これらの8特性項目群のうち、一般的疲労感、身体不調、慢性疲労徴候は身体的側面を、不安感、抑鬱感、気力の減退は精神的側面を、イライラ感、労働意欲の低下は職場の雰囲気や不満など社会的側面の疲労を表わす指標とされている（労働科学研究所編，1993）。

回答者の属性、勤務条件等の違いによる8特性項目群の蓄積的疲労の比較検討にあたっては、クラスカル・ウォリスの検定を用いて多重比較を行った。

さらに、疲労に関わりの深い要因を明らかにするために、CFSIの8特性を目的変数に、回答者の属性（年齢、職位、経験年数、配偶者、子供、同居者）や勤務条件（勤務時間、超過勤務、週休の形態）、職業意識（職務への不満足、転職願望）の11項目を説明変数としてエンター法によるロジスティック回帰分析を行った。その際、共線性を避けるため、年齢と高い相関関係を示した経験年数やすべての目的変数に高い関連を示した勤務場所を分析から除いた。

3. 研究結果

(1) 対象者の属性と蓄積的疲労との関連

対象者の基本的な属性と蓄積的疲労度の関連は表1に示すとおりである。

i) 職位

8特性すべてにおいて、病棟婦長、主任・係長などの中間管理職に比べて非管理職の看護婦が高い訴え率を示していた。特に、一般的疲労感、身体不調、慢性疲労、抑鬱感、労働意欲の低下の5特性は、平均訴え率（以下、訴え率という）が統計的に有意に高かった（ $p < 0.01$ ）。調査対象地区の公的病院における中間管理職への登用は在職9年以後であるため、中間管理職の年齢は30歳代以上である。本調査では、管理職の平均年齢は41.3歳、非管理職の平均年齢は27.1歳で、非管理職の大部分は20歳代看護婦が占めている。

ii) 年齢

8特性ともに若い年齢層ほど訴え率が高く、高齢層になるに伴い訴え率が低くなる傾向が認められた。

表 1. 属性から見た特性別平均訴え率(%)

項 目	身体的側面			精神的側面			社会的側面		
	一般疲労感 (NF2-1)	身体不調 (NF2-2)	慢性疲労 (NF6)	気力の低下 (NF1)	不安感 (NF5-1)	抑鬱感 (NF5-2)	イライラ感 (NF3)	意欲の低下 (NF4)	
職位	中間管理職 (N=165)	26.4]**	14.9]**	38.8]**	30.2	22.5	23.2]**	18.9	17.9]**
	非管理職 (N=1392)	31.7	19.1	45.7]**	31.0	23.9	29.0	22.6	23.3
年代	20歳代 (N=1118)	31.7	19.4	46.7]***	31.3]**	25.0]***	29.7]***	22.2]**	23.8]**
	30歳代 (N=229)	28.9	16.5	43.7]**	32.8]**	22.0	28.3]**	25.0]***	21.5
	40歳代 (N=140)	32.1	17.8	41.5]**	30.4]**	22.7	23.3]**	21.3	19.1
	50歳代 (N=54)	28.5	14.6	29.9]**	20.4]**	13.8	15.6]**	11.6	15.0
経験年数	1年未満 (N=209)	33.6	20.4	48.2]**	29.4	26.7	30.4]**	16.7]**	20.8]*
	1-3年未満 (N=343)	30.7	18.7	45.8]**	29.9	23.3]**	28.7]**	21.9]***	23.5]**
	3-5年未満 (N=296)	29.5	18.3	45.2]**	31.5	24.9	29.4]**	25.2]**	23.4]**
	5-10年未満 (N=346)	32.4	19.7	47.0]**	33.6	25.4]**	30.6]**	25.6]**	26.4]***
	10年以上 (N=353)	30.1	17.0	40.3]**	29.8	20.3]**	24.0]**	21.0	19.0]**
配偶者	既婚 (N=314)	28.8	14.6]**	41.2]**	28.3	18.8]**	22.3]**	21.2]**	17.1]***
	既婚離死別 (N=21)	31.0	15.0]***	44.0]**	27.5]**	20.3]***	25.9]***	22.4]**	16.1]**
	未婚 (N=1218)	31.7	19.7	46.0]**	31.7]**	25.1]**	30.0]**	22.4]**	24.3]**
子供	あり (N=235)	29.7]**	15.3]**	41.8]**	28.7]**	19.8]**	24.0]**	21.9]**	16.9]***
	なし (N=1296)	31.4	19.2	45.6]**	31.2]**	24.6]**	29.2]**	22.2]**	23.7]**
同居者	あり (N=434)	29.6]**	17.2]**	44.0]**	27.7]**	21.6]**	27.0]**	22.2]**	20.6]**
	なし (N=1107)	31.7]**	19.1]**	45.3]**	32.1]**	24.6]**	28.9]**	22.2]**	23.6]**

** p<0.01 *** p<0.001

50歳代の看護婦は8特性とも最も低い訴え率を示していた。

20歳代の看護婦は、慢性疲労、気力の低下、不安感、抑鬱感、イライラ感、労働意欲の低下の6特性で訴え率が50歳代に比べて有意に高かった(p<0.01)。30歳代の看護婦は気力の低下、イライラ感が、40歳代では一般的疲労感の訴え率が、他の年代に比べて高くなっていた。

iii) 経験年数

「1年未満」と「5-10年未満」で訴え率が高く、「10年以上」は低い傾向が認められた。「1年未満」では慢性疲労、不安感、抑鬱感の3特性の訴え率が、「10年以上」に比べて有意に高いが(p<0.01)、イライラ感、労働意欲の低下は、「5-10年未満」に比べ有意に低くなっていた(p<0.01)。「5-10年未満」は、慢性疲労、不安感、抑鬱感、労働意欲の低下の4特性の訴え率が「10年以上」のそれに比べ有意に高かった(p<0.01)。

iv) 家族の有無

全体的に未婚者の訴え率が最も高く、特に身体不調、不安感、抑鬱感、労働意欲の低下の4特性の訴え率が既婚者に比べ有意に高くなっていた(p<0.01)。

また、子供や同居家族のいる看護婦は、いない看護

婦に比べイライラ感を除くすべての特性で訴え率が低くなっている。子供のいる看護婦は、身体不調、不安感、抑鬱感、労働意欲の低下の4特性の訴え率が、子供のいない看護婦に比べ有意に低くなっていた(p<0.01)。同居者のいる看護婦は、気力の低下の訴え率が同居者のいない看護婦に比べて有意に低くなっていた(p<0.01)。

(2) 勤務条件と蓄積的疲労との関連

勤務条件に着目した場合の8つの特性項目群の平均訴え率を表2に示す。

i) 勤務時間と超過勤務

勤務時間が「週40 - 44時間未満」の看護婦は、一般疲労感を除いた7特性の訴え率が一番低かった。「週44時間以上」の群は、気力の低下、イライラ感を除いた6特性の訴え率が「週40 - 44時間未満」の群に比べ有意に高い(p<0.01)。特に、慢性疲労の訴え率が50%を超えており、労働意欲の低下も他の2群に比べ有意に高くなっていた(p<0.01)。

超過勤務「なし」、「1 - 12時間未満」、「12時間以上」の3群に分けて8つの特性の訴え率を検討した。8特性すべてにおいて「12時間以上」の超過勤務の看護婦の訴え率が最も高いが、超過勤務時間の長さと言え率の関係は一定していなかった。しかし、慢性疲労

表 2. 勤務条件から見た特性別平均訴え率(%)

項 目	身 体 的 側 面			精 神 的 側 面			社 会 的 側 面		
	一般疲労感	身体不調	慢性疲労	気力の低下	不安感	抑鬱感	イライラ感	意欲の低下	
	(NF2-1)	(NF2-2)	(NF6)	(NF1)	(NF5-1)	(NF5-2)	(NF3)	(NF4)	
勤務時間	40時間未満 (N=645)	31.1	19.1	46.0	31.6	24.2	29.7	23.5	22.7
	40-44時間未満 (N=659)	29.6	17.2	41.1	28.4	21.7	25.5	19.6	20.5
	44時間以上 (N=210)	34.7	20.4	52.7	34.3	27.2	31.1	24.3	27.7
超過勤務	なし (N=71)	27.7	19.3	34.2	25.5	19.6	27.5	14.1	22.3
	1-12時間未満 (N=806)	30.4	17.8	42.6	29.5	22.7	27.3	21.6	20.6
	12時間以上 (N=594)	32.8	19.6	49.3	32.7	24.9	29.2	23.6	25.0
週休の形態	完全週休2日 (N=762)	29.9	18.2	43.3	29.5	21.6	26.6	21.1	20.5
	隔週週休2日 (N=652)	31.7	19.1	46.3	32.4	26.7	30.4	23.5	25.6
週休の取得状況	休める (N=1019)	29.5	17.8	42.3	29.3	21.8	26.3	20.5	21.1
	休めない事が多い (N=334)	32.8	19.8	46.8	32.0	26.4	30.4	23.3	24.0
	殆ど休めない (N=172)	37.5	22.0	55.5	35.9	29.7	35.3	28.0	29.4
有休の取得状況	なし (N=131)	33.7	18.6	45.0	28.2	26.1	29.1	21.4	22.5
	1-9日 (N=925)	30.9	18.5	44.9	32.6	23.9	29.0	23.0	23.7
	10日以上 (N=283)	29.7	18.1	42.2	27.8	20.2	24.5	21.3	20.1
勤務場所	産婦人科 (N=128)	24.9	14.6	34.6	23.2	17.6	24.0	17.7	18.6
	小児科 (N=111)	29.4	15.2	44.3	30.0	21.4	24.4	21.8	19.0
	内科 (N=413)	29.9	18.4	44.0	30.5	24.5	29.2	21.7	23.1
	整形外科 (N=72)	36.7	21.2	50.0	29.8	27.4	31.2	22.0	19.8
	混合科 (N=158)	33.9	21.2	44.9	34.4	27.3	30.6	22.7	24.5
	外科 (N=260)	32.8	20.1	50.1	33.5	24.2	29.4	24.4	24.7
	手術室 (N=32)	28.4	12.5	46.5	32.3	14.8	22.9	23.2	23.1
	ICU (N=205)	33.5	22.1	52.9	34.7	28.6	33.2	24.6	27.5

** p<0.01 *** p<0.001

の訴え率は、超過勤務時間が長くなるほど高くなっていった。また、超過勤務時間が「12時間以上」の群は、超過勤務が「ない」群に比べてイライラ感の訴え率が有意に高く (p<0.001)、「1-12時間未満」の群に比べて労働意欲の低下の訴え率が有意に高くなっており (p<0.001) 超過勤務が長くなると身体的側面だけでなく、社会的側面の疲労も高まることが示された。

ii) 週休の形態と週休および有給の取得状況

今回の調査対象者の週休の形態は、「完全週休2日制 (4週8日)」と「隔週週休2日制 (4週6休)」で9割を占めていたので、この二群で比較した。「完全週休2日制 (4週8休)」群は8特性すべての訴え率が低く、中でも不安感、抑鬱感、労働意欲の低下など、精神的・社会的側面の疲労が有意に低かった (p<0.001)。規則的に連続した休暇がとれることは、精神的な休養や労働意欲を高める上で有効であることが確認された。

週休の取得状況と訴え率の関連も、8特性すべてにおいて「予定通り休める」群の訴え率が低く、「ほとんど休めない」群の訴え率が高くなっており、身体不調を除いた7特性で有意な差があった (p<0.001)。特に、慢性疲労の訴え率は、「休めない」群ほど高値を示しており、週休が取れず、休養がとれない者ほど疲

労が高くなることが認められた。

有給の取得状況は、前年度の実績について聞いたもので、取得できた日数は、年間9日以下が全調査対象の6割を占めていた。有給休暇の取得日数が少ない群の訴え率が高い傾向がみられ、有給休暇が「1-9日」の群は、抑鬱感の訴え率が「10日以上」の群に比べ有意に高かった (p<0.01)。

iii) 勤務場所

ICU、外科病棟、混合病棟の看護婦が8特性とも高い訴え率を示し、中でも、ICUは一般的疲労感を除く7特性で最も高い訴え率を示した。産婦人科病棟は8特性とも訴え率が最も低く、ICUや外科、混合、整形外科、内科病棟との間に有意な差があった (p<0.01)。

iv) 夜勤の回数

今回の対象者の夜勤回数は、準夜勤、深夜勤それぞれ月あたり3~5回に集中しており、準夜勤、深夜勤を合わせた夜勤の月平均は8.1日であった。今回の調査結果からは準夜勤および深夜勤の回数による訴え率の間には一定の関係は認められなかった。

(3) 看護職者の疲労に影響する要因

ロジスティック回帰分析の結果を表3に示す。それぞれの特性群に影響している説明変数および変数間の比

重の違いをロジスティック回帰モデルから推定された相対危険度であるオッズ比で表した。蓄積的疲労を表す8つの特性群への有意な関連が推定された項目は、「配偶者」、「子供」、「同居者」、「職位」、「勤務時間」、「超過勤務」、「週休の形態」、「勤続年数」、「職務への不満足」、「転職願望」の10変数である。そのうち「職務への不満足」と「転職願望」の2変数は、8特性のすべてに高い比重で関与していた。

身体的側面の疲労を示す一般疲労には、影響の大きい順に「職務への不満足」、「転職願望」、「同居者」、「勤務時間」、「子供」の5変数が、身体不調には「職務への不満足」、「転職願望」、「週休の形態」、「職位」の4変数が、慢性疲労には「転職願望」、「職務への不満足」、「超過勤務」、「子供」の4変数が有意な関連を示していた。

精神的側面の疲労を示す気力の低下には、「職務への不満足」、「転職願望」の2変数が、不安感には「転職願望」、「職務への不満足」、「超過勤務」、「配偶者」の4変数が、抑鬱感には、「転職願望」、「職務への不満足」、「週休の形態」の3変数が有意な関連を示していた。さらに、社会的側面のイライラ感には「職務への不満足」、「転職願望」、「勤続年数」、「超過勤務」の4変数が、労働意欲の低下には、「職務への不満足」、「転職願望」、「週休の形態」の3変数が関連していた。特に「労働意欲の低下」には、「職務への不満足」と「転職願望」が他の特性群に比べて高い比重で影響していることが確認された。

4. 考察

(1) 属性と蓄積的疲労の関連

今回の調査で蓄積的疲労は、職位、年齢、経験年数、家族の有無との関連が深いことが確認された。

年齢では、20歳代の看護職者の疲労が高くなっているが、一般に若年者ほど高い訴え率を示す傾向にあり、越河らの行った調査(越河他, 1993)と同様の傾向が認められている。体力的に優れている若年看護職者の訴え率が高いのは、単にネガティブな感情を表出しているのか、実際に疲れているのか、今回の調査では断言できない。しかし、20歳代の看護職者の多くは非管理職であり、日常の看護業務の多忙さによる疲労が反映されているとも思われる。

経験年数では、「1年未満」と「7-10年未満」の看護職者に蓄積的疲労度の高いことが認められた。「1年未満」の看護職者は、経験の未熟さや職場環境に適応する上で強いストレスを受ける時期(伊藤他, 1989)で、看護職者としてのキャリアの不足や職場環境への適応度が疲労に関与していると思われる。また、「7-10年未満」の看護職者は、中間管理職に次ぐ中堅看護職者として、日常看護のリーダーシップをとりつつ後輩への指導にかかわる時期(竹谷他, 1992)であり、量的にも質的にも仕事の負担が大きいことが影響していると考えられる。したがって、今後、「1年未満」と「7-10年未満」に注目した継続教育や看護管理の必要性が示唆される。「1年未満」の看護職者には、職業への適応期をスムーズに乗り越えられるよう

表3. ロジスティック回帰分析を用いた属性と勤務条件及び意識と蓄積的疲労の関係(Odds 比)

説明変数	目的変数							
	一般的疲労感 (NF2-1)	身体不調 (NF2-2)	慢性疲労 (NF6)	気力の低下 (NF1)	不安感 (NF5-1)	抑鬱感 (NF5-2)	イライラ感 (NF3)	意欲の低下 (NF4)
年齢 (注1)	0.975	0.994	0.759	1.125	0.913	0.914	0.741	1.407
配偶者	0.704	0.515	0.638	0.920	0.435	0.801	1.047	0.537
子供	0.409	0.684	0.298	0.744	0.378	0.767	0.825	0.901
同居者	1.424	1.199	1.019	1.064	1.272	1.050	1.063	1.254
職位 (注2)	0.744	0.423	1.175	1.217	0.820	1.255	0.560	0.787
勤務時間	1.210	0.934	1.079	1.070	0.983	1.053	0.970	1.076
超過勤務	1.082	1.099	1.279	1.086	1.142	1.014	1.131	1.083
週休の形態	1.133	1.174	1.125	1.056	1.102	1.150	1.094	1.260
勤続年数	0.916	1.061	0.937	0.988	1.013	1.003	1.230	0.952
不満足感	1.889	1.901	1.925	2.555	1.927	2.274	1.950	4.017
転職願望	1.636	1.537	2.011	2.038	2.270	2.373	1.904	3.264

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

(注1) 年齢は10歳未満

(注2) 職位は非管理職に対する中間管理職のOdds比

な卒後教育を、「7-10年未満」には、専門性を重視したキャリアアップのための教育が必要であるといえよう。

次に、家族の有無と蓄積的疲労の関連では、看護職者は女性が多いことが職業の特性であり、他の職業婦人と同様、結婚・出産・育児というライフイベントを体験する。このことは家事労働と育児、仕事という二重、三重の負担を担うことにもなる。結婚・育児による疲労やストレスは、特に病院医療を支えている20歳代看護婦の離職の大きな要因となっているといわれている(日本看護協会調査研究室編, 1991)。しかし、今回の調査結果では、既婚者で子供や同居家族のいる者ほど疲労度は低くなっており、家族の存在は団欒により気分転換が図られることにもなり、仕事への意欲を支える重要な要因になっているとも考えられる。

(2) 勤務条件との関連

勤務条件と蓄積的疲労との関連を検討した結果、勤務時間、超過勤務、週休の形態や週休の取得状況、勤務場所との関連が深いことが明らかになった。

日本看護協会の病院看護基礎調査(日本看護協会調査研究室編, 1993)によると、病院に勤務する看護婦の一人あたり平均勤務時間は、1987年が42.3時間、1991年が41.2時間で、一般労働者の40.3時間に比べ0.9時間長くなっている。また、同調査によると、1991年9月の病棟勤務者の超過勤務時間は平均8.9時間で、1987年の調査と比較して平均0.4時間延長している。

看護職者の勤務時間は一般労働者並みに近づきつつあるものの、看護職者は超過勤務時間が長いほど疲労度が高いことが本調査の結果からも明らかであり、増員を伴わない勤務時間の短縮が超過勤務時間の増加を招いている看護職にとって、増員を伴う勤務条件の改善をしない限り、慢性的・蓄積的疲労度の減少にはつながらないと考えられる。

さらに、看護職の疲労に関しては、週休の形態やその取り方も考慮する必要がある。今回の調査結果から、「完全週休2日制(4週8休)」群ですべての訴え率が低く、特に精神的・社会的疲労が有意に低かったこと、週休の取得状況も、「予定通り休めない」者ほど慢性疲労の訴え率が高いことから、定期的に連続した休暇がとれる「完全週休2日制(4週8休)」の実施が必要であるといえよう。有給の取得状況においても、「なし」「1-9日」の群の訴え率が高いことから、週休の形態の改善に加え、連続した休日がとれるように有給を配置するなど、計画的に消化できるような配慮

が必要である。

勤務場所との関連では、ICU、外科病棟、混合病棟など急性期の患者や入退室の多い病棟が8特性とも高い訴え率を示し、業務の計画性や看護の自立性が発揮しやすい産婦人科病棟は、8特性とも訴え率が最も低くなっていることから、患者の特性や業務の質量を考慮した人員配置が必要なが示唆されているといえよう。

夜勤を中心とした交代制勤務は、看護労働の特性の一つであり、既婚・未婚を問わず、職業継続を阻む大きな要因の一つであったが、今回の調査結果では夜勤回数による訴え率の差がみられなかった。「病院基礎調査」(日本看護協会調査研究室編, 1993)によると、1991年9月の1人当たり夜勤回数は平均8.7回であった。本調査の結果では、夜勤の回数は7回~9回に分布しており、平均8.1回であった。本調査の結果から、現在一般化した月当たり8回の夜勤回数は妥当といえよう。

(3) 看護職者の疲労に影響する要因

ロジスティック回帰分析の結果、看護職者の疲労に影響を与えているのは、外的な要因としての勤務条件では、「週休の形態」と「超過勤務」が、内的な要因としての職業意識では、「職務への不満足」と「転職願望」が大きいことが明らかになった。看護職者の疲労は、これらの4要因が絡み合って形成され、それが持続すれば、疲労は蓄積され、やがて心身の過労状態へと移行して行くことが予測される。

Grandjean(1980)は、労働者の疲労の蓄積に関する水槽モデルを示し、疲労の発生要因として、作業負荷要因(作業強度、作業密度)、作業時間要因(作業時間、労働時間、勤務体制、夜勤交代制)、作業環境要因(物理的環境、職場の社会心理的条件)、休息要因、個人要因、社会生活要因をあげており、特に重要なのは、作業負荷と作業時間であると指摘している。「週休の形態」や「超過勤務」はいずれも作業時間や作業負荷要因であることから、これらの軽減への取り組みの必要性が示唆されているといえよう。

また、今回の調査から、勤務条件に加え「職務への不満足」や「転職願望」など職業への意識も疲労との関連が深いことが明らかになった。とくにこれらの2要因は、勤務条件よりも高い比重で身体的・精神的・社会的側面の疲労を促進することが示唆された。Fletcher(1988)は、職業ストレスのモデルにおいて責任、自律性のなさ、役割葛藤などの心理的ストレス

は疲労を発生・促進する要因になると述べている。したがって、看護婦の疲労の背景には「週休の形態」や「超過勤務」などの勤務条件による負担に加え、多忙な職務への「不満足感」などによるストレスがあり、これらが「労働意欲」や「退職願望」に影響を及ぼしていることを認識する必要がある。これらのストレスは、心理的疲労であるバーンアウトを促進する要因ともなり、さらには退職意志を喚起することにもなることから、労働負担要因だけでなく心理的要因も重視する必要がある。

最後に、本調査にご協力頂きました看護職の皆様
に深く感謝致します。

引用文献

Fletcher, B. (1988). The epidemiology of occupational stress: Causes, Coping and Consequences of Stress at Work, John Wiley. In C. L. Copper and R. Payne (ed.), 3-50.

Grandjean, E. (1980). In fitting the task to the man : An ergonomic approach. 11 Faitgue, Taylor & Francis Ltd, London, 167-196.

稲岡文昭他 (1992). N 系列病院看護婦の BURNOUT に関する研究 (その 1) - 病院の規模別・地域別による BURNOUT と離職の関係 . 日本赤十字社看護大学紀要, 6, 1-9.

猪下ひかり, 加藤香代子 (1984). 三交替制勤務における疲労について . 看護展望, 9, 10, 915-923.

猪下 光 (1987). 看護職の疲労 - 疲労自覚症状の訴え率と症状群の構成について - . 看護展望, 12, 4, 435-442.

伊藤聖子, 柿宇土敦子他 (1989). 新人ナースの離職願望とその要因 . 日本赤十字社幹部養成所紀要, 5, 29-42.

越河六郎, 藤井 亀, (1975). 蓄積的疲労徴候調査について . 労働科学, 30, 2, 20-25.

越河六郎, 藤井 亀, 平田淳子 (1993). 労働負担の主観的評価法に関する研究 (3) - 年齢段階と特性別平均訴え率 - . 労働科学, 69, 3, 79-100.

日本看護協会調査研究室編 (1991). 日本看護協会調査研究報告 31 号 89 看護職員実態調査 : 職場への定着をめぐる意識と実態 . 日本看護協会出版会 .

日本看護協会調査研究室編 (1993). 日本看護協会調査研究報告 (No. 39) 1991 年病院看護基礎調査 . 日本看護協会出版会, 17-48.

労働科学研究所編 (1993). 蓄積的疲労徴候インデックス 勤務と生活と健康の指標 . 1-16.

竹谷英子, 田中道子他 (1992). 名古屋市内公立病院看護職の退職に関する実態調査その 1. 名古屋市立看護短期大学部紀要, 4, 19-33.

著者連絡先

〒 870-1201

大分郡野津原町廻栖野 2944-9

大分県立看護科学大学 看護情報学研究室

佐藤和子

satok@oita-nhs.ac.jp

看護実習における「看護アセスメント学実習」とその意義

Significance of the Clinical Nursing Assessment Practicum

三笥 里香 Rika Mitoma, RN

大分県立看護科学大学 基礎看護科学講座 看護アセスメント学 Oita University of Nursing and Health Sciences

藤内 美保 Miho Tonai, RN

大分県立看護科学大学 基礎看護科学講座 看護アセスメント学 Oita University of Nursing and Health Sciences

佐藤 和子 Kazuko Sato, RN, MA

大分県立看護科学大学 基礎看護科学講座 看護情報学 Oita University of Nursing and Health Sciences

山内 豊明 Toyoaki Yamauchi, RN, MD, ND, PhD

大分県立看護科学大学 基礎看護科学講座 看護アセスメント学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2000年8月24日投稿, 2000年12月1日受理

要旨

大分県立看護科学大学では、基礎看護科学講座に看護アセスメント学科目群が配置されている。看護アセスメント学科目群の一連の科目が終了し、初めて経験した「看護アセスメント学実習」について報告し、その意義について考察する。「看護アセスメント学実習」は、受け持ち患者の身体面・心理面・社会面の状態を総合的に捉え、健康に関わる問題を明らかにすることを目的とし、基礎看護学実習終了後から1週間あけて2週間の期間で、基礎看護学実習と同じ成人系病棟を実習場所として行った。学生にとっては患者を通して初めてのアセスメントであり、同期間には看護専門領域の学習はまだ十分進んでいなかった。そのため困難な点は見受けられたが、ほとんどの学生が受け持ち患者の問題を明らかにし、アセスメントプロセスを文脈において矛盾なく説明することができた。学生はこの実習を通してアセスメントをすることの意義を理解することができ、さらにアセスメントを行うためには知識と技術が必要であること、情報を正確に収集すること、患者との人間関係を成立することの重要性を理解することができた。今後の学習と実習へ「看護アセスメント学実習」を活かしていくことが期待できる。

Abstract

Oita University of Nursing and Health Sciences has an independent division of Nursing Assessment in the Department of Basic Nursing Sciences. This paper overviews the Clinical Nursing Assessment Practicum, introduced for the first time. The goal of this clinical practicum is to be able to regard their clients as whole, including emotional and social beings as well as physical beings, and be able to assess the health problems of their clients. The Clinical Nursing Assessment Practicum was conducted in the same wards as the Basic Nursing Practicum over a period of two weeks, one week after the Basic Nursing Practicum had been over. It was difficult for the students to assess their clients, because this was the first clinical practicum for the students. Moreover, they had not yet learned enough about professional nursing subjects at that moment. Even such circumstances, almost all the students finally assessed health problems of their clients and explained their own assessment processes without contradicting in the context. The students expressed that they realized the significance and the importance of assessment. Through this clinical practicum, they realized that to have adequate knowledge and skills, to gather information exactly from their clients and to establish trusting relationship with their clients were essential for assessing health problems. These students' achievement would promote their future learning.

キーワード

看護教育、看護実習、看護アセスメント

Keywords

Nursing education, Nursing clinical practicum, Nursing Assessment

1. 「看護アセスメント学実習」の位置付け

大分県立看護科学大学(以下、本学と略す)は1998年4月に開学した看護系の単科大学である。本学は大講座制を採用しており、人間科学講座、基礎看護科学講座、専門看護学講座、広域看護学講座の4つからなる。我々の看護アセスメント学科目群は基礎看護科学講座に属している。

看護アセスメント学科目群は、看護疾病概論、臨床看護総論、看護アセスメント方法論、病態アセスメント論、看護アセスメント学演習、看護アセスメント学実習の6科目を担当している。開学2年目に看護アセスメント学実習までの一連の科目を終了した。今回初めて経験した「看護アセスメント学実習」について報告し、その意義について主にファイナルレポートの結果から考察する。

2. 「看護アセスメント学実習」の

ねらいと実習目標

本学の看護学実習は、4年間を通して5段階に分けられ、学習レベルに応じた実習を段階的に行っていくように組み立てている。「看護アセスメント学実習」はその第3段階にあたり、2年次後期に第2段階の基礎看護学実習に引き続いて行われる。

「看護アセスメント学実習」の目的は、「受け持ち患者の身体面・心理面・社会面の状態を総合的に捉え、健康に関わる問題を明らかにするプロセスを学ぶ」としている。

「看護アセスメント学実習」では、先行する基礎看護学実習で学んだ生活援助技術を通して、健康問題を総合的にアセスメントするプロセスを学ぶことに主眼をおいている。さらにアセスメントしたことが看護活動にどのように反映していくかを考えることで、第

4段階の専門・広域看護学実習へとスムーズに移行していくこともねらいとしている。

3. 「看護アセスメント学実習」を効果的に実施するための学習

2年次後期に行われる「看護アセスメント学実習」までには、基礎看護科学の教科目は全て終了しているが、各看護専門領域の教科目はまだ一部の科目しか終了していない。看護専門領域で終了している科目のほとんどは、成人・老人、小児、母性、精神看護学の概論であり、そのうち成人・老人看護学だけは概論に続く看護援助論が進行中である。

看護アセスメント学に関する学習では、学生はまず、「臨床看護総論」で看護過程を行う基盤となる問題解決法について学ぶ。ここでは看護実践を意図的、系統的に行うための看護過程の概念、意義、構成要素とその関連について学習し、個人課題で看護過程を展開する。「看護アセスメント方法論」では看護に必要な情報の収集方法についてフィジカルアセスメントを中心に学び、後半は収集した情報の分類・整理について学ぶ。「病態アセスメント論」では症状や徴候を手がかりにその病態を追求するための思考過程を学ぶ。「看護アセスメント学演習」において、グループワークで紙上ケースを用いて看護過程の展開を行い、グループワーク終了後に個人課題に取り組む。これらの学習を終えて臨床において初めて患者の健康問題を明らかにする体験となる。この一連の科目では、情報収集の枠組みにはゴードンの11の機能的健康パターンを用いている。アセスメントについては、図1に示すシートを使用し、情報の分類、情報の分析、総合、看護の診断までの過程を行っている。

アセスメント				
情報	情報の解釈・分析	想定される問題	総合	看護の診断
主観的情報(S) 客観的情報(O)				

図1. アセスメントシート

実習前週 2月4日(金)	実習オリエンテーション									
1週目	8:30	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1日目 2月7日(月)	病棟実習			病棟実習			日々のカンファレンス	自己学習		
2日目 2月8日(火)	病棟実習			病棟実習			日々のカンファレンス	自己学習		
3日目 2月9日(水)	学内学習日(全日)									
4日目 2月10日(木)	病棟実習			中間カンファレンス; 病棟毎			自己学習			
2週目										
1日目 2月14日(月)	病棟実習			病棟実習			日々のカンファレンス	自己学習		
2日目 2月15日(火)	病棟実習			病棟実習			日々のカンファレンス	自己学習		
3日目 2月16日(水)	学内学習日(全日)									
4日目 2月17日(木)	病棟実習			{最終カンファレンス; 病棟毎 [臨床指導者+各担当教員+専任教員]}				自己学習		
5日目 2月18日(金)	病棟実習		最終カンファレンス; 病棟毎			病棟実習				

*学内学習日は原則として大学での学習日とし、週1回設ける。
中間カンファレンスは1週目、最終カンファレンスは2週目に行う。

図2. 実習スケジュール

4. 「看護アセスメント学実習」の実際

実習期間は2週間で、基礎看護学実習終了後から1週間の間隔をあけて行った。スケジュールは図2に示す。情報を整理・分析する作業は初学者にとってはかなり時間を要する上に、文献・図書等の利用や教員の助言指導等の教育効率を考え、1週間に1日、大学に戻り自己学習する日を設けた。

各学生は直前に行われた基礎看護学実習と同じ病棟に配置した。原則として実習期間2週間を通して学生1名で一人の患者を担当することとし、(1) 言語的コミュニケーションがとりにやすい者、(2) 症状が比較的安定しており生活援助が必要である者、を患者選定の基準とした。実習で受け持つ患者の基礎情報は、実習を開始する前週の金曜日には学生に提示し、各学生が予備学習ができるように配慮した。

指導体制は、今回については1病棟単位に学生8名を配置し1病棟ごとに2名の担当教員を配属した。さらに2名の専任教員が5病棟単位ずつを総括指導するという体制をとった。

5. ファイナルレポート

実習終了時に、実際の患者を通して行ったアセスメントプロセスから、どのようなことを学ぶことができたか、についてファイナルレポートに記すことを課題とした。ファイナルレポートの内容を

- 1) 情報収集
- 2) 情報の分析・総合・問題の明確

化 3) 看護の方向付け(目標・計画)

の実習目標に照らして整理し、表1にまとめた。

6. 学生のアセスメントプロセスについての考察

ファイナルレポートの結果より、学生のアセスメントプロセスについて考察する。

1) 情報収集

看護アセスメント学実習は基礎看護学実習に引き続き行われるため、学生には先行の実習で学んだ援助技術を活かして情報収集することを期待している。

表1. 1. 3) (1), (2)より、コミュニケーション技術、生活援助技術ともに未熟であるため、確実に情報を得ることができない場合もある。しかしながら、ほとんどの学生が患者とのコミュニケーションは基礎看護学実習中よりも緊張せずに行えるようになったと述べており、言語的な訴えや反応が乏しい患者の場合にはじっくり観察し、患者の表情や声の調子等の情報にも目を向けることができるようになっている。また、学生は患者への援助を通して身体面の情報を得たり、援助中の会話を通じて情報を得ることができるようになっている。このような患者との関わりを通して、学生の多くが情報を得るには患者との信頼関係の形成が大切であることを学んでいる。患者とのコミュニケーションのなかには、病気、検査、薬のことが話題になることも少なくないようで、質問に答えられたほうが患者の信頼を得ることができるため、これらの医学

表1. アセスメントプロセスから学生が感じたこと・学んだこと

目 標	Final Report に学生が記載した内容
<p>1. 情報収集 患者を理解しケアするために必要な情報を、適切な方法で意図的・計画的・系統的に収集できる</p>	<p>1) 情報の内容 (1) 収集することが難しかった情報 (i) 社会背景 (ii) 患者が感じている不安 (iii) 患者が疾患についてどのように理解しているのか (癌告知をされていない患者も含む) (iv) 患者が話したがらないだろうと思われる情報 (2) 理解したこと・学んだこと (i) 主観的情報を重視したが、本人が自覚しない症状も多いので客観的情報も大切である (ii) 最初は必要な情報が判断できず情報収集の枠組みに沿って集めていたが、患者とふれ合い、しっかり向き合うことによって、自ずと必要なものや知らなければならぬ情報が明らかになってくることわかった</p>
	<p>2) 情報源 (1) 活用できた情報源 (i) 記録からだけでなく、患者本人の言葉からも情報を得ることができた (ii) 同室の患者からの情報収集もできた (iii) 精神面・社会面の情報は患者だけからではなく、家族からも収集することができた (iv) 看護婦・医師に情報を確認することができるようになった (2) 活用できなかった情報源・反省点 (i) カルテや看護記録から情報を収集することが多かった (ii) 家族と関わりながら情報を得ることは難しくできなかった</p>
	<p>3) 情報収集の方法 (1) コミュニケーションを通して (i) 実際に患者との会話のなかから情報を得ることは初めてで予想以上に難しかった (ii) コミュニケーションは基礎看護学実習の経験からあまり緊張せずに行えた 患者との信頼関係が徐々に築けたように感じた (iii) コミュニケーションをとりながらカルテや看護記録にも記載されていない情報を得ることができた (iv) 患者の表情や声の調子など会話以外での情報収集もできるようになった (v) 目的を持って会話をし、情報を集めるためには技術が必要であることがわかった (vi) アセスメントをするうえで、真実生の高いデータが不可欠であるが、真実性の高いデータを収集していくためには、看護者・患者の結び付きが大切だとわかった (vii) 患者との信頼関係を築くことは難しいと感じた (viii) 病気について聞かれた時に説明できたほうが信頼関係を得ることができる (ix) 患者の信頼を得るためには看護技術を自信もって行なえる必要がある (2) 生活の援助を通して (i) 援助を行う際には援助に集中してしまっ患者の反応や観察をするのを忘れてしまうことがあった (ii) 援助しながら患者とふれ合うことで、自然に患者とさまざまな話をするのができた (iii) 生活援助を行い身体面の観察ができ、患者の身体に触れることで情報が得られた (3) その他 (i) 患者に感情移入し冷静さを失いそうになったが、客観的にみることを忘れてはならないと思った (ii) 患者の体調に合わせて情報収集の方法を変更した</p>
	<p>4) 情報収集の機会・場所 (1) 難しかったこと (i) 大部屋の患者に人前では答えにくい質問をするときの配慮が難しく、情報をうまく収集することができなかった (ii) 計画的に情報収集ができず情報の不足があり、何度も同じことを聞いてしまった</p>

目 標	Final Report に学生が記載した内容
<p>2. 情報の分析 科学的・専門的知識を活用して情報を解釈・分析し、健康に関する問題を推理することができる</p> <p>総合 想定される問題を全体にフィードバックすることよりその問題について確認することができる</p> <p>問題の明確化 アセスメントの結果、健康に関する問題を判断し、表現することができる</p>	<p>(1) 難しかったこと</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) 主観的情報と客観的情報を結び付けて分析すること (ii) 身体的な情報を心理面の情報と結び付けること (iii) 知識不足のために情報を解釈・分析することができなかった (iv) 検査データ・症状・観察から得た情報を疾患と結び付けること。さらに必要な情報を判断すること (v) 情報が不足していたり、情報が具体的になっていなかったために分析ができないことがあった (vi) 術後の回復過程を理解していなかったため、予測ができなかった (vii) 患者の状態変化が著しいと、変化に沿って情報を収集し問題を導くことは困難である (viii) 頭の中ではわかっている、考えたことを言語化することは難しい <p>(2) 理解したこと・学んだこと</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) 患者の言葉の真実性については、他の情報も合わせて裏付けていく必要があることがわかった (ii) 患者とのコミュニケーションから得た情報を記録、看護婦・医師から得た情報と照らし合わせて判断することで、患者の様々な健康問題を明らかにできることがわかった (iii) 疾患・薬・検査の正常値に関する知識を得る必要があると感じた (iv) 患者を通して病気に関する理解が深まった (v) 心理面の問題を知るにはコミュニケーション、信頼関係が必要であると実感した (vi) 心理面の問題を明らかにするには時間をかけないと難しいことがわかった (vii) 関連図を作成することで患者の病態を理解すること、情報を関連づけて整理することができた (viii) 患者は日々変化しているため、いつの時点での問題なのか明確にする必要があることがわかった (ix) 実際に体験する学習では、頭の中に入ってくる情報量が非常に多いことがわかった (x) 十分な情報を収集しておかないと解釈・分析が偏ったり十分な分析ができなかったり、問題を明確にすることができず、優先順位も不適切になることがわかった (xi) 実習前は患者を特別なものと捉えていたが、アセスメントを通して社会の中で暮らしている普通の人として捉えることができた (xii) 患者と接するだけでは見えてこなかったことが、アセスメントすることで見えてきたことで、アセスメントの大切さ・意義がわかった
<p>3. 看護の方向付け (目標・計画) 患者の健康に関する問題解決に向けての方向付けができる</p>	<p>(1) 理解したこと・学んだこと</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) アセスメントにおいて判断を間違えると、患者の持っている力を引き出せなかったり、できるはずのこともできなくなったりすることがわかった (ii) 無意識に頭の中で行っている判断や既に行っていることが、予測された問題に対する対応策であるということがわかった (iii) アセスメントをすることで、ケアの理由付けを説明でき患者の協力を得ることができる (iv) 情報収集しただけでは意味がなく、その情報を正確に判断して対象者のケアに活かしてこそ意義のあるものになることがわかった <p>(2) その他</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) 「実習なのだから何かしなければ」という気持ちで自分のために援助を行っていたように思う患者が自分でできることの判断も必要であることがわかった (ii) 援助がない患者を受け持ったので、自分は何もしていないことに焦りを感じた

的・基礎的知識の必要性も感じている。また、援助技術に関してもコミュニケーションを有効にするための技術や知識を十分に身につけると同様に、患者の信頼を得るためにはそれらを確実に身につける必要があると感じている。

情報源としては、表 1. 1. 2) (1)より、患者だけでなく、家族、医療スタッフ、診療録からも情報を得ることができた学生も多い。一方で表 1. 1. 2) (2)にみられ

るように、学生によっては、患者に関わることで精一杯であったり、患者にも接近できないと記録物からの情報収集に終始することもあり得る。このような学生に対しては、患者に接近できるきっかけをつくるなどの支援が必要となる。

これらの情報収集の過程を通して、学生は最初は必要な情報が判断できず、単に情報の枠組みに沿って情報収集していたようであるが、実習後半では、患者

としっかり向き合うことができ、そのことによって優先的に必要となる情報がみえるようになったと感じている。(表 1. 1. 1) (2))

2) 情報の分析・総合・問題の明確化

ほとんどの学生が情報を解釈・分析するために文献・図書を調べることにかなりの時間を要した。表 1. 2. (1)より、学生にとっては、情報を関連づけること、関連づけた情報を分析することが難しいようである。しかしながら、表 1. 2. (2) (vii)より、関連図の利用によって情報の分析・総合の段階が容易になったことが学生の経験からわかる。

表 1. 2. (1) (vii)については、この段階の学生にとって、急性期や急変した患者は、状態が刻々と変化していくため、その場その場での情報をうまく捉えることができず問題を導くことが困難であることはやむを得ない。また、表 1. 2. (1) (vi)については、看護専門領域の科目が終了していないため、術後の患者の回復過程を理解していなかったため予測することが難しいことも当然であるといえよう。

情報収集から問題の明確化までの過程を通してみると、学生が一番苦労するのは社会面・心理面に関するところであることがわかる。特に、身体的な要素に心理面、情緒的な要素が複雑に絡んでいる場合には、患者との関係を形成しなければ患者から真の情報は得られない。そのため、学生が感じているように、この段階の実習で心理面に関する問題を明らかにすることは難度の高い課題であるといえる。

しかし、これらの学習を通して最終的には、情報収集が正確にできないとその後に続くプロセスに影響を及ぼすことに気づいており、アセスメントの最初の段階である情報収集の重要性を理解することができている。表 1. 2. (1) (xi)より、アセスメントプロセスにおいて健康に関する問題を明らかにすることだけでなく、患者をどのように捉えるかについても注目することができている。アセスメントプロセスが患者を理解する過程でもあることを認識できていることは評価できる。

3) 看護の方向付け (目標・計画)

看護計画は余裕がある場合のみに立案することとしていたが、約4割の学生が計画を立案していた。表 1. 3. (1)より、計画を立案した学生はアセスメントの目的を理解することができている。

表 1. 3. (2)にあるように、「実習だから何かしなければいけない」と思った学生や、行う援助がなく困

った学生もいる。この実習では先行の実習で学んだ生活の援助を必要な患者には行いながら、最終的に患者の健康問題を明らかにする。そのため、生活の援助を必要としない患者を受け持った学生は、一見何もしていないように見え不安を感じるかもしれない。学生にとっては、生活の援助を行うことが患者へ接近する機会となり患者との関係づくりにも役立ち、アセスメントも行いやすくなる。このことから、この段階の学生にとっては患者選定の配慮が重要であると言える。

4) 言語化し、他者に伝達する

今回の実習では、実習終了時に実習中の「サマリー」として、アセスメントプロセスをまとめることを課題とした。これは言語化し他者に伝えることができるという実習目標に対応させたものである。

ほとんどの学生がアセスメントプロセスを文脈において矛盾なく説明することができている。しかしながら、アセスメントプロセスを矛盾なく表現することができなかった学生も数名おり、特に急性期の患者を受け持った学生に多かった。

ゴードンの11の機能パターンごとに挙げられた問題の分布は表2の通りであった。初学者にとって捉えやすい健康パターンは、健康認識-健康管理、栄養-代謝、排泄、活動-運動、自己認識-自己概念であることがわかった。自己認識-自己概念で挙げていた問題のほとんどは「不安」であった。この段階の実習で心理面の問題を明らかにすることに学生は困難を感じていることから、「不安」が問題であることを推理してはいるものの事実に基づく検証は十分ではないと考えられる。一方、問題が挙げられていなかった健康パターンは、役割-関係、性-生殖、コーピング-ストレス耐性、価値-信念であった。

問題の明確化までの思考過程が短絡的なものもあり、複数の情報を関連づけて問題を判断し正確に説明できているものは少なかった。健康に関する問題の表現が適切でないものは11あった。それらの内容をみると、看護婦が専門的に関わって解決できるかどうかという視点において判断ができていないもの、病態に関する知識不足により表現が不適切であるもの、医学的診断であるもの等がみられた。

7. 実習成果と意義

今回の実習では、ほとんどの学生が少なくとも一つは患者の健康に関する問題を明らかにすることができている。「健康に関わる問題を明らかにするアセスメントプロセスを学ぶ」という点においては到達でき

表2. 挙げられた問題の分類（ゴードンの11の機能パターンによる分類）

ゴードンの機能パターン	学生が挙げた問題の数（のべ229）
1. 健康認識－健康管理パターン	40
2. 栄養－代謝パターン	32
3. 排泄パターン	24
4. 活動－運動パターン	56
5. 認知－知覚パターン	14
6. 睡眠－休息パターン	17
7. 自己認識－自己概念パターン	24
8. 役割－関係パターン	3
9. 性－生殖パターン	0
10. コーピング－ストレス耐性パターン	5
11. 価値－信念パターン	0
12. 感染－防御	14

たといえる。

実習目標が達成できた要因には、まず基礎看護学実習に引き続いて同じ病棟で行われたことが挙げられる。学生は、大学とは全く異なる環境の中で学ぶことになり、その環境に慣れるだけでも大変である。その点から考えると、1週間の基礎看護学実習で環境に慣れていることは利点となる。また、基礎看護学実習と同じ患者を受け持った学生もあり、これらの学生は患者との関係も形成されており、情報の整理、アセスメントが有効に進められていたことは有利な点であったといえる。

次に実習スケジュールに学内学習日を設けたことが挙げられる。問題を予測する段階、問題を確認する段階、に分けて得た情報を論理的に組み立てていくために学内実習日を設けたが、学生達は文献や図書を最大限に活用したり、教員と話し合い指導を受けるなどして、この時間を有効に活用していた。学内学習の時間は学生の思考を整理し、認識や理解を深めるためにも必要であり、この時間の活用が実習目標達成に大きく影響してくるといえる。

さらに指導体制を学生8名につき教員2名にしたことも実習目標達成に影響した要因のひとつといえる。毎日の病棟実習終了後個別指導の時間を設けており、必要に応じて担当教員は個別指導を行った。さらに学内学習日にも担当教員は個別に指導を行っている。学生自身が、情報の分析から問題を判断するまでの過程を途切れることなく繋げていくこと、自分の思考を論理的に言語化することにはかなりの時間を要するため、1人の教員が責任を持つ学生数は少ないほうがよりよいことは言うまでもない。

学生はアセスメントプロセスを経験するだけでなく、自分が考え判断したことが妥当であるかどうか

を他者に説明することで確認する

ことも必要である。この面につい

ては、学生はプライマリーナースと患者に関する情報交換や健康問題について話し合う機会を持つことができ、プライマリーナースは「患者について一緒に考える機会を持てた」とよい評価を示している。カンファレンスでは関連図を用いて説明した学生が多く、臨床指導者からは論理的に説明することができているという評価であった。

一方、「患者の身体面・心理面・社会面の状態を総合的に捉える」という点においては、到達できたとは言い難い。しかし、今回の実習を通して、学生にとって取り組み難い健康パターンは何であるかを明らかにすることができたので、今後は総合的に捉えることができるように学生が注意を向けていない健康パターンにも目を向けるように指導をしていく必要がある。

「看護アセスメント学実習」において、初めて患者に接しながら健康問題を明らかにする作業は学生にとってたいへんであったことは言うまでもないであろう。しかしながら、学生はレポートのなかで、「実習前に紙面上で行った際にはアセスメントの大切さはよくわからなかったが、実際に患者を受け持ち自分で情報を集めアセスメントしたことで、そのことが患者への必要な援助を明確にするために大切な土台となる作業であることが実感できた」と述べている。このように、学生は実際の患者に働きかける体験を通して、既習の知識・技能を組み合わせ、統合し、深めていくことができるのである。アセスメントをするうえでの困難が生じるのは、初めての経験であることはもとより、看護専門領域の学習が進んでいないためやむをえないこともある。しかしながら、学生は自分自身の課題を明確にしており、このことより今後の学習に意欲的に取り組み、次の第4段階の実習へと繋げていくことが期待できる。

8. まとめ

今回の実習で学生は、アセスメントを行うことの意義を理解することができた。アセスメントを行うためには知識と技術が必要であること、情報を正確に収集すること、患者との人間関係を成立することの重要性を理解することができた。

アセスメントは、患者に必要な看護ケアを決定する思考のプロセスであり、この段階が正確に行なえる

かどうかが患者に提供する看護にも大きく影響する。
このことを考えると、看護の基盤となるアセスメント
に限定して2週間という時間をかけて実習を行うこと
の意義は大きいと思われる。

著者連絡先

〒 870-1201
大分県大分郡野津原町廻栖野 2944-9
大分県立看護科学大学 基礎看護科学講座 看護
アセスメント学
三笥 里香
mitoma@oita-nhs.ac.jp

大分県立看護科学大学 公開講義「保健医療ボランティア論」をきいて

大賀 淳子 Junko Oga, RN

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 精神看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2000年8月7日投稿, 2000年9月26日受理

キーワード

ボランティア、保健医療、プライマリヘルスケア、住民参加、地域資源、適正技術

Keywords

volunteer, health, primary health care, community participation, community resource, appropriate technology

はじめに

大分県立看護科学大学では、3年次生の選択科目として「保健医療ボランティア論」が開講されている。講師は、大阪大学 中村安秀先生(ボランティア人間科学 国際協力論講座)である。この講義は、公開講座として一般の方々にも開放され、一般の方々、医療・保健・福祉関係者などが参加された。小児科を専門とされる中村先生の国内外でのボランティア体験に基づいた貴重な提言をうかがい、ボランティアの本質について考える機会となったので、講義の概要を紹介する。

講義に先だて、ボランティア学(あるいはボランティア論)は学問としてはまだ体系化されていないと前置きをしたうえで、ボランティア活動とボランティア学の違いについて阪神・淡路大震災の体験を通して次のように説明した。阪神・淡路大震災はボランティア活動への関心を高め、多くのボランティア活動の体験記が残された。しかし体験記がどんなにたくさんあっても、次に災害がやってきたときに役立つわけではない。大切なのは、体験の中で何が良くて何が悪かったのか、そして何が変わったのかを分析し普遍化していくことであり、これがボランティア学(あるいはボランティア論)として体系化するための基本的な姿勢である。また、国内外の研究者との協力体制もようやく整ってきたところであるとのことであった。

以下、講義の概要を紹介する。

1. ボランティアの本質

ボランティアという言葉は広辞苑(98年版)によれば、「志願者。奉仕者。自らすすんで社会事業などに無償で参加する人。」と定義されている。キーワードは3つ、すなわち自発性、対象は社会事業であること、そして無償である。日本ではこの無償という言葉がボランティアに対する一般的なイメージのようである。ところで厚生省の中央社会福祉審議会(93年)では、「個人の自由意志に基づき、その技能や時間をすすんで提供し社会に貢献すること」としており、ここでは無償かどうかについては問われていない。

(1) ボランティア概念の変遷

i) イギリス

「エリザベス救貧法(The Poor Law)」(1601年)に基づいて博愛、慈善の精神のもと教会によるチャリティ活動を基本にした様々な救済活動が行われてきた。19世紀には労働者に対するセツルメント運動が起こり、労働者福祉への関心も高まっていった。有名な「ベヴァリッジ報告」(『社会保険および関連サービス』: 1942年)ではボランティアな社会サービスの必要性、すなわち一般市民が参加するサービスの必要性を謳っている。また1980年代初頭にサッチャー首相は、ボランティア活動は公的サービスの不足した部分を補うものではなく、公的サービスがボランティア活動の範囲を補完すべきであると発言している。

ii) アメリカ

50年代後半から黒人公民権運動、ベトナム反戦運動などが高まった。1961年にJFケネディの提唱に

よって結成された「平和部隊 (Peace Corps)」は国際保健の分野で有名であり、日本の海外青年協力隊はこれに影響を受けたものである。

「国内ボランティア法」(1973年)、「ボランティア振興法」(1990年)などが制定されているが、アメリカにおけるボランティア団体の活動は国あるいは地方自治体の出す補助金によって行われるというのが基本である。例えばニューヨークのスラム街などでは結核の患者にまとめて薬を渡すと、それを売って換金してしまい治癒率が上がらない。そこでWHOのガイドラインによる短期直接監視化学療法 (DOTS: directly observation therapy short course 一人一人の患者について投与を直接確認する方法)を採用しているが、この仕事をボランティアが受け持っており、その活動は政府の補助金によって支えられている。

iii) 日本

他国のボランティア活動がいかに優れたものであっても、ヒントにはなるがそのまま自国にあてはめて使うことはできない。その国の文化と社会システムが密接に関係しており、歴史的なことをおさえておく必要がある。

日本の場合、まず仏教の影響を考えるべきである。鎌倉時代、仏教界の人たちによって非人(貧者、病人を指す)救済活動が行われた。中でも律宗の僧、忍性がハンセン病患者の治療を行った北山十八間戸が有名である。ほかには地域の相互扶助システムによる活動があげられる(講、寄り合い、沖縄の結マールなど)。例えば、現在クローズアップされている独居老人の問題も、昔は地域における相互の助け合いによって解決できていた。しかしこのシステムは時代とともに崩壊してきており、今後は別の形を考えなければならなくなっている。

わが国におけるボランティア活動は歴史が浅いものと思われがちであるが、実はそうではない。「赤い羽根募金」(1948年~)が多額の募金を集めてきたことを見ても、募金や寄付といったボランティア精神が早い時期から根付いていたことがわかる。これを社会的システムとしてつくっていくべきであるという考え方になっているのが最近の動向であり、そのひとつの例がNPO法案である。

(2) プライマリヘルスケア (PHC: Primary Health Care) とボランティア活動

プライマリヘルスケアは1978年WHOのアルマタ宣言の中で明確にされ、世界中に広がっている理念

であり、保健医療に関わる者として押さえておかなければならない基本的な考え方である。

i) キーワードは公平さ (Equity) と住民参加 (Community Participation)

最初のキーワード「公平さ」は、あまねく全ての人々にサービスが提供できることである。

もう一つは住民参加 (Community Participation) である。このコミュニティとは、地理的コミュニティだけでなく共通の利害を持った集団としてのコミュニティという概念を含んでいる。そして参加という言葉には、参加するか否かについて選択の自由があること、自らの意志をもって参加すること (自発性)、そして参加することにより何らかの利益があること、この3つの概念が含まれる。

ii) 4つの原則

- ・住民参加 (Community Participation)
- ・地域資源の有効活用 (Community Resource Mobilization)
 - どんなに貧しい土地でも人が住んでいる限り、様々な資源がある。住民、農産物、建物などそこにある資源を全て活用しようという考え方。
- ・適正技術 (Appropriate Technology)
 - その地域に適した技術を採用すべきであり、最先端の技術がよいとは限らない。例えば大分の一村一品運動は、その地域の人たちが今までの自分たちのやり方で製品を作ることができるという意味で適正技術の最もよい手本である。

- ・各分野との協調 (Intersectoral Cooperation)
 - 保健医療ボランティアには保健医療関係者だけが関わるという考えは誤りである。その地域に住む様々な職種、年齢層の人々を巻き込んで彼らの知恵を活用し、一緒に住民の健康を守っていこうという考え方。

このようなPHCの理念に立脚したボランティア活動の実践が数多く紹介された。その中の2つをここに紹介する。

- ・インドネシアにおける乳幼児検診など
 - 住民の栄養相談を行うのは、保健所職員ではなく講習を受けたヘルスボランティア (17~18歳) である。住民が自分たちの力で健康を守っていけるようにマネジメントすることが行政や国際協力の重要な役割である。また衛生教育を受けた小学校の5・6年生 (small doctor) が、家庭や地域における衛生環境改善に一役買っている。子供は教えられる対象ばかりでは

なく、教える側にもなる(child to child)。

・アフガン難民キャンプにおける障害者ケア

センター中心主義の反省から生まれたシステムで、3ヶ月～半年の養成期間を終えたボランティアに自転車を提供され、障害者のいる家庭を訪問しリハビリを行う。ボランティアはさらに、地域への啓発活動も重要な役割として担っている。地域リハビリテーションの主体はその地域の住民であり、このような人材を地域に持たない限り地域リハビリテーションは進んでいかない(CBR: community based rehabilitation)。

2. 日本のボランティア活動

今、特に注目を集めているのが福祉分野であり、ボランティア活動がシステムの中にとりこまれつつある現状である。ボランティアとの協力を柱のひとつにしている理由として次の3点が考えられる。

- (1)あまりにも福祉の部分での仕事が広がりすぎたため、専門職だけでは対応ができなくなっていること。
- (2)保健医療福祉は画一サービスでは対応できないので、きめの細かいボランティア活動が必要であること。
- (3)当事者の well being を重要視するという視点に立つと、市民社会が支えていくようなシステム作りが必要であること。サービス提供者(専門家)の満足が必ずしも当事者の満足につながるわけではない。

3. ボランティア活動にあたって

(1)ボランティア活動団体としての視点

- i) 最初(どんなケアを提供するかを決定する時点)から当事者を巻き込み、彼らからのフィードバックを受けつつ活動を進めていくことが重要である。(People's organization)
- ii) ボランティア活動ではいろいろな能力を持った人に活躍の場を提供することが大切で、必ずしも専門家が前面で活動するのが適切とは限らない。マネジメントやコーディネイトは、専門家の重要な役割である。(Management)
- iii) ボランティア活動には特別な知識は不要であると考えるのは誤りである。特に保健医療分野では、安全で質の高いケアを提供するために一定の専門的知識を備えておく必要がある。(Professionalism)

- iv) ボランティアの人たちと行政が共同で活躍するときは、行政がボランティア活動のための場を提供することが重要である。また両者の活動をどこで分担するか、ボランティアと行政の役割を最初に決めておくことが大切である。

(2)ボランティアに参加するときの心構え(学生への提言として)

- i) 参加にあたっては、必要な知識を予習するなど自分なりに工夫して準備をすること。
- ii) 現場では指示を待つのではなく、自分の発想や考えで動くこと。
- iii) 参加後、自分の体験を記録にまとめること。文章化する過程で次の活動への提言が見えてくる。

おわりに

講義の中で印象深かったのは、ボランティア活動自体にももちろん価値があるのだが、実はその先に重要かつ興味深い作業が存在するという指摘である。ボランティア活動は困っている人を助けたいという動機で始まるのだろうが、「助ける」と「助けられる」ことが厳然と分かれた関係ではないことに気づくとボランティアの本質が少しずつ見えてくるのかもしれない。ここには看護者-患者関係について考える時の貴重なヒントがありそうだ。「相手に起こっている(困難な)状況を自分と関わらせて捉える」、「その状況を改善するために相手に働きかけ、つながる」、「評価は相手に委ねる」ことなどがポイントであろうか。つまりボランティア活動は、「人とのつながり」のプロセスを学ぶ機会でもあると思う。ボランティアについて実に楽しそうに語り続ける中村先生にひきつけられ、豊かなものを胸に刻んだ講義であった。

著者連絡先

〒870-1201
大分県野津原町廻栖野 2944-9
大分県立看護科学大学
精神看護学研究室
大賀 淳子
oga @ oita-nhs.ac.jp