

看護方式における“モジュール型継続受持方式”導入の試み

北村(安藤), 満代
九州大学医療技術短期大学

門田, 奈保美
福岡市民病院

満田, 幸枝
小野田心和園

<https://doi.org/10.15017/268>

出版情報：九州大学医療技術短期大学部紀要. 26, pp.31-38, 1999-03. Kyushu University School of Health Sciences Fukuoka, Japan

バージョン：

権利関係：

看護方式における“モジュール型継続受持方式”導入の試み

北村(安藤)満代* 門田 奈保美** 満田 幸枝***

A Test of Introduction of the “Continuous Case Method of Module Form” in Nursing Modality

Michiyo Ando-KITAMURA, Nahomi Kadota and Sachie Mitsuda

Abstract The methods used by nurses while working in a ward cause stress. And this stress seems to be an important factor. The purpose of this research was to investigate nursing methods and stress. We examined, ① the difference in stress between nurses who work in A ward for acute period patients, and nurses in B ward for chronic period patients after the Continuous Case Method was introduced in which nurses were fixed in one ward, ② the differences in the stress of nurses working in surgery and psychiatry, and what factors were main causes of stress for nurses. Eleven nurses were fixed in A ward and twelve nurses fixed in B ward in surgery, and they answered the stress questionnaire. Thirty-eight nurses in psychiatry also answered this questionnaire. The results showed that, there was no difference in stress between A ward and B ward. The stress factors were, “patients’ death or care”, “human relations with staff”, and “human relations with others” in surgery, and, on the other hand, “understanding patients’ mind and support”, “human relations with staff”, and “patients’ death or care” in psychiatry. The degrees of stress in surgery were found to be higher than those in psychiatry. These results showed that there is no difference in the stress between nurses working in a fixed ward, and that the pressure of work of the acute period or chronic period was not a factor of nurses stress caused by the Continuous Case Method. It can be concluded that a nursing method is needed which can be adapted to each ward situation.

アブストラクト 病棟で看護婦がどのように勤務するかという看護方式は、ストレスに関係する重要な要因と考えられた。そこで本研究では、看護方式と看護婦のストレスについて検討した。調査では、①急性期の患者が多いA病棟と、慢性期の患者が多いB病棟において、継続的に勤務するモジュール型継続受持方式を導入した場合、A病棟の看護婦のストレスとB病棟の看護婦のそれとでは違いがあるか、②看護婦のストレスは、各科(外科、精神科)によって異なっているかについて調べた。外科の看護婦11人がA病棟、12人がB病棟に固定され、ストレス評定用紙にチェックした。さらに精神科勤務の38人の看護婦が同じくストレス評定用紙にチェックした。その結果、A病棟勤務の看護婦のストレスと、B病棟勤務の看護婦のストレスとの間には差はみられなかった。また、外科の看護婦のストレスには、“患者の死やケア”、“スタッフ間の人間関係”、“他者との人間関係”などがあり、精神科では、“患者の心理理解と支え”、“スタッフ間の人間関係”、“患者の死やケア”があった。さらに、外科の看護婦のストレス評定値は精神科の看護婦より高かった。これらの結果から、病棟が固定された看護婦間にストレスの差がないことから、急性期や慢性期に関する業務の要因は、継続受持方式を導入したことによって導かれるストレスの要因ではないこと、さらに、外科と精神科ではストレスの要因に相違があることから、各病棟の状況に応じた看護方式が必要と考えられる。

* 九州大学医療技術短期大学

** 福岡市民病院

*** 小野田心和園

緒言

看護婦は日々の看護のなかで様々なストレスを経験しており、そのなかには“同僚や上司に関すること”，“患者に関すること”などが含まれている(土江ら)¹⁾。このことから、特定のスタッフや患者といかに関わるのかという看護方式は看護婦のストレスと関係すると考えられる。看護婦のスト

レスが少ない勤務体制や、効率的な病棟運営のためにも、どの看護方式をとるかは重要と考えられる。そこで本研究では、どの看護方式が病棟において適当であるかを検討するために、ストレスを指標として調査を行い、基礎的資料を得ることを目的とした。

各看護方式には長所や短所があり、歴史的に様々に変化してきた。以下に松木²⁾に従い、看護方式の種類を簡単に示す(図1参照)。

1. 受持方式 各看護婦が特定の患者を受け持ち、与薬、処置、診療介助など全てを行う。長所は、①ケアの責任が明白、②うまくいけば、よい人間関係が成立し、患者は安心感を持つことができる、③看護婦も患者理解が深まり、総合的、患者中心の看護を計画・実践できるなどであり、短所は、①看護婦の資質に差があるときは、人間関係がうまくいかなかったり、看護水準に問題が出てくる、②一人の受け持ち看護婦が24時間受け持つことは不可能なので、各勤務帯における受け持ちとなるなどが考えられる。

2. 機能別方式 検温、与薬、注射などの看護の業務をその日に勤務している看護婦に割り当てる。長所は、①業務が確実に実行される、②時間と労力が節約されるなどであり、短所は、①一人の患者に多くの看護婦が関係し、責任が不明確、②看護を行うのではなく、業務をこなすことが目標となる、③患者の個人的な相談や教育指導は行

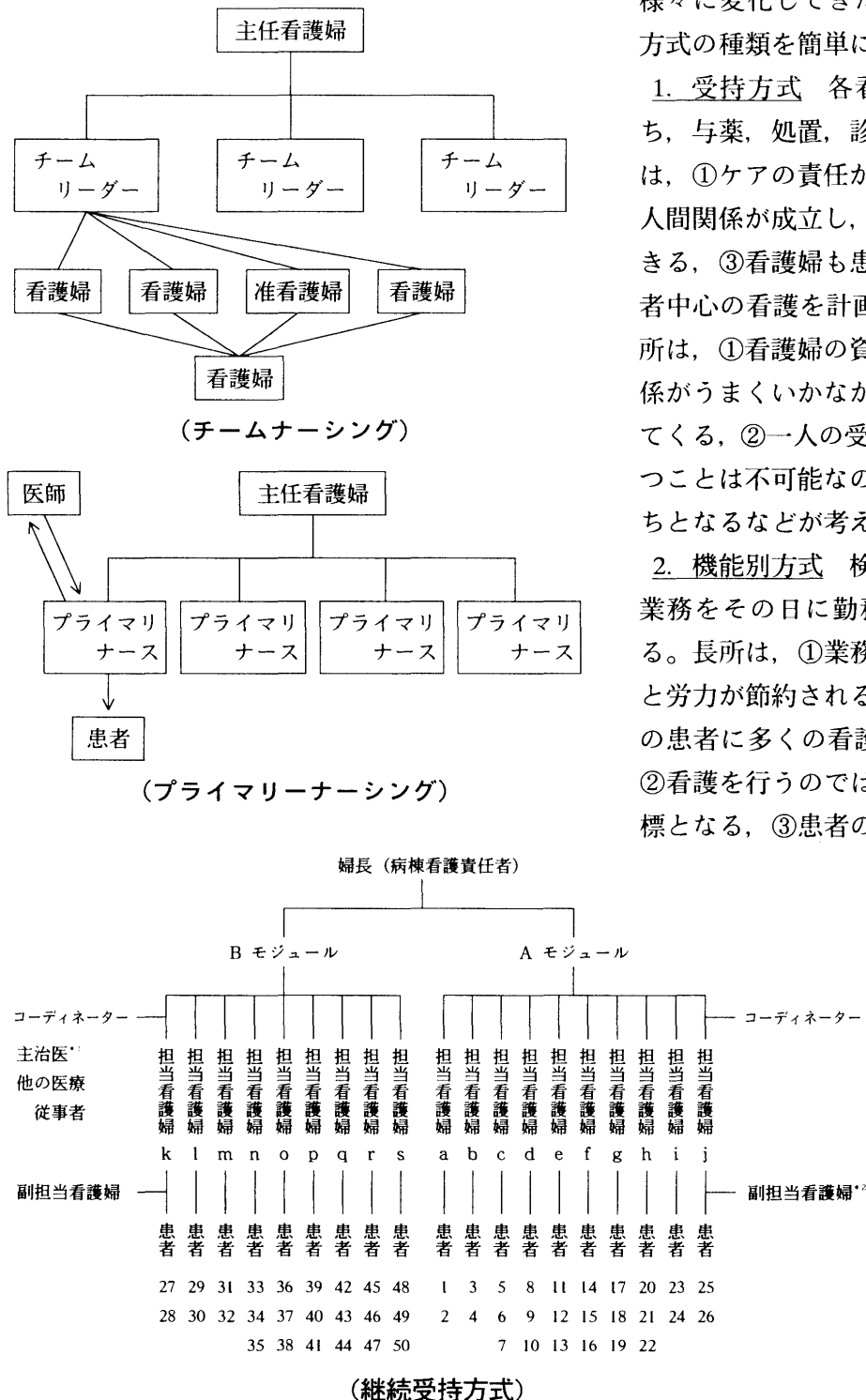


図1. 看護方式の例

われにくく、患者中心の総合看護の実践が困難、④看護婦は一日中、同じ業務をするので、それには習熟するが、ケアの満足が得られないなどがある。

3. チーム・ナーシング 受持看護方式と機能別方式の2方式を組み合わせたものであり、その日によってどのチームに入るかが決められ、日勤帯での受け持ち患者が決められると同時に、ある業務も担当するという方式である。機能の分担には、高度の技術と判断を要する複雑な業務を看護婦が担当し、技術とある程度の判断を要する中間の業務を准看護婦が行い、さらに一般的知識に基づく簡単な業務は看護助手が行うことになる(Lambertsen)¹⁾。長所は医療従事者の不足を補うために従事した職員の技能の差を一定に保つことができるであり、短所は三交代制と休みの関係から、チームリーダーもメンバーも変わらざるをえないこと、受け持ちといっても日勤帯だけであり、チームリーダー自身忙しく、実際の看護ができないという状況や、専門職としての判断と自律が生かせない問題がある。

4. プライマリ・ナーシング 一人の看護婦が特定の患者を受け持ち、24時間の看護の責任を持つ。長所は、受持方式よりも“私の看護婦”、“私の患者”という意識が強く、専門職としての1対1関係と責任性が重視されることである。短所は、看護の継続性と一貫性、患者ケアの責任性を明確にすること、さらに意志決定権の分散を目的としたが、看護婦の意志決定権の分散化はできなかったことである。

5. モジュール型継続受持方式 (A病棟あるいはB病棟などの単位をここではモジュールとよぶ。以下、継続受持方式) 上記の問題を解消することを目的としている。これはプライマリ・ナーシングでは依然として意志決定の階層構造を維持し、個々の看護婦の主体性が出されていなかったことの改善策として考えられた。日本の病棟構成は一般に50~60床と規模が大きく、さらに看護婦定数も、健康保険の基準看護により制限されていることが多い。このような日本の現状において、人間的・患者中心の総合看護を行い、かつ専門看護婦

としての自律活動のできる可能なものが、継続受持制といわれている。担当患者のケアについての権限、責任、責務を持つ方が、自律的活動ができ、効果もフィードバックできる。そして、基準看護特2類の定員枠でも、一人の看護婦が2~3人の担当患者を受け持つことにより、すべての病棟患者に、担当看護婦がついていることが可能になるという。

各看護方式の短所を最も少なくしたものが最も新しい継続受持方式であり、看護の質改善、看護婦の責任性、主体性意識の高まりなどの有効性が発揮されるという。しかし、その有効性を看護婦のストレスという視点から調べた研究は少ない。

そこで、本研究では“継続受持方式”の臨床における有効性を査定するために、看護婦のストレスを指標にして検討した。

調査 1

調査対象病院の外科において、急性期や術後の患者は主にA病棟に、様態が落ち着いた慢性期の患者はB病棟に入院していた。従来はチームナーシングを行っていたが、看護婦自身の自律性を促すことと、特定の患者を継続的に看護していく総合看護を行うために継続受持方式の導入を試みることとなった。しかし、AとBとでは業務内容が異なるので、それを長期に固定することから看護婦のストレスに差が出てくるのではないかと、そのため必ずしも継続受持方式が真に適当であるか疑問であると考えられ、継続受持方式を導入した際のストレスの差を査定する必要があった。従来使用されていたチームナーシングでは、同じ個人がある週の約半分はA病棟、残りはB病棟に勤務しているので、各個人が受けるストレスはどの人も等しいものと考えられていた。そこで、調査1では病棟を固定することにより看護婦のストレスに差が生じるかを調べた。

目的 モジュール型継続受持方式を導入した場合、看護婦のストレスは、各モジュール(A病棟、B病棟)によって異なるのかについて調べた。

方法

調査対象 市内総合病院外科病棟の看護婦23名。

12名はAチームに、11名はBチームに継続的に配置された。

調査用紙 Gray-Toff, & Anderson⁴⁾, Kelly⁵⁾をもとにして土江・中村⁶⁾が作成したストレス調査用紙のうち、“医師との人間関係”および“その他”にまとめられる要因は除き、今回は特に、“同僚・上司に関わる要因”と、“患者に関わる要因”に絞り、それらに関する22項目からなる質問用紙を作成した。

調査手続き 継続受持方式導入から2か月経過後、質問用紙を各看護婦に配布して記入してもらった。

結果 各項目について、A、Bチームそれぞれについて看護婦の評定値の平均値を算出し、平均値間に差があるかの検定を行った。その結果、両チームの平均値間に差はみられなかった。そこでさらに、項目ごとに各チーム間に差がないかを検定したところ、“同じチームのナースと経験や感情を体験できない”という項目はBチームの方が高かった。

従って、固定チームにしたことによって、Aと

Bとの間には全体としてはストレスに差がみられず、個別的には、Bの方が高い項目がみられた。

調査 2

目的 もし、各科によってストレスの内容が異なるのであれば、どのような看護方式が適当であるかが異なってくると考えられた。そこで、まず各科(本研究では外科と精神科)において看護婦のストレスにはどのような要因があるのかを調べ、適切な看護方式を考える基礎データを得ることを調査2の目的とした。

方法

調査対象 チームナーシングを行っている精神科の看護婦38名が新たに参加した。

調査用紙 外科の看護婦のストレスと比較するために、調査1で用いたものと同じ調査用紙を用いた。

調査手続き 時間を特定せず、各自で記入してもらった。

結果 外科については調査1で調べた結果から、

表1 外科勤務看護婦のストレス要因

項 目	因子と命名	第1因子 (患者の死・ケア)	第2因子 (スタッフ間)	第3因子 (他者との関係)	共通性
13. 患者の気持ちの支えになってやれないと感ずることがある		0.8472	-0.0390	0.0066	0.7193
6. 患者の死を看取ることがある		0.6528	0.615	0.3031	0.5219
16. 患者のそばに十分いられないことがある		0.6185	-0.1011	0.1000	0.4027
2. 末期の患者をケアする際に無力感を感じることがある		0.5530	0.1530	-0.1366	0.3478
7. 患者のケアにミスしないかと恐れを感じることがある		0.5274	-0.2576	-0.0324	0.4245
9. 十分患者の家族の気持ちの支えになってやれないと感ずる		0.4413	0.0370	0.3794	0.3400
18. 同じチームに指導してくれるナースがいない		0.4509	-0.4068	0.3292	0.4771
15. 医者から不適当な処置を命じられることがある		-0.4223	-0.3753	-0.1145	0.3323
12. 患者が苦しんでいるのをみることがある		0.3386	-0.0576	0.2127	0.1632
11. 患者や家族から患者の症状についてわからない質問をされる		0.3077	-0.1147	-0.0097	0.1080
21. 上司が自分の気持ちを理解してくれない		-0.0164	-0.8806	0.1100	0.7877
17. チームと一緒に働きたいナースがいる		0.2037	-0.7198	-0.0097	0.5597
19. 協力的でないスタッフと一緒に働くことがある		0.3151	-0.6677	0.0366	0.5464
14. 上司から批判されることがある		-0.1282	-0.4962	0.0726	0.2679
8. 同じチームのナースと体験や感情を共有できないことがある		0.2896	-0.4728	-0.3349	0.4195
1. 患者に苦痛を感じさせる処置をしなければならぬことがある		0.2305	0.3922	0.1980	0.2462
10. 患者に対する不満を同じチームのナースに打ち明けられない		0.2315	-0.3688	-0.3177	0.2905
22. 患者の苦しみに自分の感性がマヒしていると感ずる		0.2067	-0.3420	0.2962	0.2474
4. 患者やその家族と患者自身の死について話さなければならない		0.0247	0.0494	0.6782	0.4630
5. 他のチームのナースと自由に自分のチームについて話せない		0.1416	0.1560	0.6704	0.4939
20. 要求が多い、気難しい患者をケアすることがある		0.1970	-0.0974	0.5610	0.363
3. 上司と考え方が食い違うことがある		-0.2886	-0.3642	0.5443	0.5122
寄 与 率		15.61(%)	14.61(%)	13.69(%)	
累 積 寄 与 率		15.61(%)	30.22(%)	43.9(%)	

精神科については調査2で調べた結果から、各項目に対する評定値を分析対象とした。外科のストレス評定値の平均値は3.84, 標準偏差は0.56, 精神科の平均値は3.02, 標準偏差は0.47であった。さらに各評定値を用いて因子分析(主因子法, バリマックス回転)を行った。その結果を表1, 表2に示す。

外科勤務看護婦のストレス

第1因子としては、“患者の気持ちの支えになってやれないと感じる”, “患者の死を看取ることがある”, “患者のそばに十分いられない”などの項目を含み, “患者の死やケア”因子と命名した。

第2因子には, “上司が自分の気持ちを理解してくれない”, “チームと一緒に働きたくないナースがいる”, “協力的でないスタッフと一緒に働くことがある”などを含み, “スタッフ間の人間関係”因子と命名した。

第3因子には, “患者やその家族と, 患者自身の死について話さなければならない”, “他のチーム

のナースと自分のチームについてオープンに話せないことがある”, “要求が多い, 気難しい患者をケアすることがある”などを含み, “他者との人間関係”因子と命名した。

精神科勤務の看護婦のストレス

精神科勤務の看護婦についても同様に分析を行った。その結果, 第1因子には, “患者のそばに十分いられないことがある”, “患者が苦しんでいるのを見ることもある”, “十分に患者の家族の気持ちの支えになってやれないと感じることがある”などを含み, “患者の心理理解と支え”因子と命名した。

第2因子には, “協力的でないスタッフと一緒に働くことがある”, “チームと一緒に働きたくないナースがいることがある”, “上司が自分の気持ちを理解してくれないことがある”などを含み, “スタッフ間の人間関係”因子と命名した。

第3因子には, “末期の患者をケアする際に無力感を感じることもある”, “患者に苦痛を感じさ

表2 精神科勤務看護婦のストレス要因

項 目	因子と命名	第1因子 (患者心理 理解)	第2因子 (スタッフ間)	第3因子 (患者の 死とケア)	共通性
16. 患者のそばに十分いられないことがある		0.7397	0.0241	-0.0084	0.6309
12. 患者が苦しんでいるのを見ることもある		0.7808	-0.0322	0.0417	0.6124
13. 患者の気持ちの支えになってやれないと感じることがある		0.7255	-0.0620	0.2762	0.6064
20. 要求が多い, 気難しい患者をケアすることがある		0.6321	0.2495	0.0123	0.4619
22. 患者の苦しみに自分の感性がマヒしていると感じる		0.6014	0.2244	0.2844	0.4929
9. 十分患者の家族の気持ちの支えになってやれないと感じる		0.5844	0.0703	0.2927	0.4322
11. 患者や家族から患者の症状についてわからない質問をされる		0.4908	0.3041	0.3371	0.4454
14. 上司から批判されることがある		0.4489	0.1876	0.2575	0.3030
3. 上司と考え方が食い違うことがある		0.3281	0.2966	0.2118	0.2405
19. 協力的でないスタッフと一緒に働くことがある		0.2392	0.8447	0.1178	0.7846
17. チームと一緒に働きたくないナースがいる		0.0485	0.6009	-0.1092	0.3753
21. 上司が自分の気持ちを理解してくれない		0.4134	0.5966	0.1806	0.5594
18. 同じチームに指導してくれるナースがいない		-0.0459	0.5783	0.0290	0.3373
15. 医者から不適當な処置を命じられることがある		0.4264	0.4457	0.3349	0.4926
2. 末期の患者をケアする際に無力感を感じることもある		0.0953	0.0651	0.7305	0.5470
1. 患者に苦痛を感じさせる処置をしなければならないことがある		0.1979	-0.0240	0.6876	0.5126
4. 患者やその家族と患者自身の死について話さなければならない		0.1511	-0.0292	0.5536	0.3302
5. 他のチームのナースと自由に自分のチームについて話せない		0.1841	0.2242	0.5418	0.3777
6. 患者の死を看取ることがある		-0.0299	0.2527	0.4625	0.2787
7. 患者のケアにミスしないかと恐れを感じることもある		0.1114	-0.0795	0.3228	0.1229
8. 同じチームのナースと体験や感情を共有できないことがある		0.0491	0.2890	0.2975	0.1744
10. 患者に対する不満を同じチームのナースに打ち明けられない		0.2050	0.1696	0.2621	0.1396
寄 与 率		17.79(%)	11.54(%)	12.38(%)	
累 積 寄 与 率		17.79(%)	29.3(%)	42.09(%)	

せるような処置をしなければならないことがある”，“患者やその家族と患者自身の死について話さなければならないことがある”などを含み，“患者の死とケア”因子と命名した。

さらに，外科と精神科との評定値間に差があるかを検定したところ有意差がみられた($t(22) = 5.82, p < .001$)。

考 察

I. 継続的受持方式と看護婦のストレス

外科において，AチームとBチームの看護婦のストレスの間に有意差はみられなかった。しかし，個別的には，“同じチームのナースと体験や感情を共有できない”という項目では，急性期の患者を含むAチームより，慢性期の患者を含むBチームの看護婦の方が高い得点になっていた。このことは，全体的には固定チーム間に差はないが，詳細にみれば，スタッフ間のコミュニケーションという内容において差が生じているといえる。すなわち，病棟が固定されることから，業務内容が固定されること以上にスタッフが固定されることがストレスの差と関係してくると考えられる。この結果から，継続受持方式を導入するには，スタッフ構成を十分配慮し，コミュニケーションの状態によっては継続性を途中で修正するなどの方法も必要であると考えられる。

II. 各科における看護婦のストレス要因

次に，外科と精神科における看護婦のストレスについて検討する。外科，精神科ともに，“患者の死とケア”および“スタッフ間の人間関係”という要因がストレスの要因として抽出されていた。

ストレス要因の一つである，“スタッフ間の人間関係”については，バーンアウトに至る要因(ストレス)を調べた稲岡⁷⁾においても示され，“上司とスタッフ間に相互信頼・支持関係がない，看護婦間でチームワークがとれない”ということが，バーンアウトに関係するストレスであることが示されている。しかもこの人間関係は，病院の働きにくい構造，医療機器・器具の不備といった物理的要因よりも，仕事や職場と関係する看護婦自身

の心理的・対人的要因がストレスになるといわれている。これら先行研究の結果と本研究結果と合わせると，急性期の患者に対する看護という業務の多さや，医療機器・器具の不備といった物理的な要因より，スタッフ間の人間関係といった心的要因がストレスの要因であるといえよう。この対人関係を円滑にするためにも，コミュニケーションの重要性を認識する必要があると考えられる。

ストレス要因の2つ目である，“患者の死とケア”について，平松ら⁷⁾の“ターミナルに携わる看護婦のストレスに関する検討”では，自己の能力に関する項目が高く，医療スタッフとの人間関係は低くなっているという結果から，ことに死に関しては，看護者自身の技術的な面や，精神的な援助や対応の仕方といった，看護者自身の死生観が関係していると考えられる。

そこで次に以上2つのストレス要因と固定制について検討する。人間関係がうまくいかない患者と看護婦や，看護婦間が固定されることはストレスがもっと高まると考えられる。継続受持方式を導入し，さらに人間関係の問題が明らかになれば，その原因が何であるのか，例えば“患者と看護婦の性格の不一致”，“患者のニーズを十分把握できていない”，“看護婦の業務の多さや疲労”などをより明らかにすることは，より質の高い看護や効率的な病棟運営を促すことになると考えられる。

また，“患者の死とケア”と継続受持ち方式では，終末期患者に対応できないと感じる看護婦が継続的に固定されることは看護婦のストレスが高くなり，無気力からのバーンアウトを引き起こす要因になると考えられる。しかし一方では，固定であれば，患者と看護婦の人間関係がうまくいく場合は，頻繁に看護者が変わるよりも，落ち着いて終末期の患者の悩みなどを聴くことができ，固定チームの良さが発揮される。上司は看護婦のターミナルケアに対する考え方を把握した上で，スタッフの配属を考える必要がある。

III. 各科別のストレス評定値

ストレス得点が高い項目の上位5位を外科，精

神科ごとに表3に示す。外科では“患者の死に関する項目”が高く、精神科では“患者の心理理解”が高くなっている。このことは本研究の調査対象の外科では、末期の患者も入院していること、精神科では、慢性期の患者が多く入院しているという現状を反映していると考えられるが、一般的にこの傾向はみられるのではないかと考えられる。

さらに各項目ごとに、精神科と外科とでは差があるかを調べたところ、評定値間に差がみられるのは、“患者に苦痛を感じさせる処置”，“末期患者をケアする際の無力感”，“患者や家族と、患者の死について話すこと”，“患者へのケアでミスしないかの心配”，“症状について患者や家族から質問されること”，“患者が苦しんでいるのを見ること”，“患者のそばに十分いられない”，“同じチームに指導してくれるナースがいない”という項目であり、いずれも外科の看護婦の方が精神科よりも高かった。ただし、今回、外科では継続受持方式を導入しており、精神科ではチームナーシングを行っているという看護方式の違いが影響している可能性があること、また本研究の調査の質問項目は外科の看護の場面において多いことから、精神的援助を中心としたストレスを測定する調査用紙を用いた場合についても同様の結果が得られるかは明らかではない。さらに調査対象の病院数も少ないことから、今後調査項目を吟味し、同じ看護方式をとっている多くの病院において調べる必要があると考えられる。

以上検討した、外科および精神科に共通した2

つのストレス要因の他にも、ストレスとして“現在の職場では自分の能力が発揮できない”，“自分の存在価値が認められない”といった自己実現に関すること，“仕事上の悩みや問題，葛藤を気軽に話し合える雰囲気がない”といったストレス解消法に関することが稲岡⁶⁾から示されている。また、看護婦のストレスと一般勤労者のストレスの比較を行った日浦ら⁹⁾の研究から、看護婦の方が意欲や、やりがい・充実感を求めていることが示されている。これらのことは、看護婦という職業においては、一般勤労者以上に自己実現感の有無が不満と関係しやすく、これが満足されないときには、バーンアウトへも至ると考えられる(Kanner⁹⁾)。このことを看護方式との関連からみると、継続受持方式では特定の患者を継続的に看護できるので、従来の方式より意欲ややりがいを持ってやすいと考えられる。しかし、前述したように継続的に特定のスタッフ、患者に関わることのストレスについても考慮する必要がある。

まとめ

本研究では、継続受持方式の効果を査定するために、看護婦のストレスを指標として調査を行い、以下の結果が得られた。

① A, Bチームの看護婦のストレス評定値に差がなかったことから、継続受持方式を導入することによる看護婦のストレスに差はなかった。

②外科と精神科とでは看護婦のストレスの要因が異なっていた。

表3. ストレス得点の高い上位5項目

	得点	項目
外科	4.63	末期の患者をケアする際に無力感を感じることもある
	4.63	患者の死を看取ることがある
	4.50	要求が多い、気難しい患者をケアすることがある
	4.40	患者やその家族と患者自身の死について話さなければならない
	4.38	患者の気持ちの支えになってやれないと感じることがある
精神科	3.92	患者のそばに十分いられないことがある
	3.92	要求が多い、気難しい患者をケアすることがある
	3.79	患者の気持ちの支えになってやれないと感じることがある
	3.74	患者が苦しんでいるのをみることがある
	3.53	十分患者の家族の気持ちの支えになってやれないと感じる

継続受持方式を導入したことによって看護婦のストレスに差がみられないことから、病棟を固定することによる弊害はこの調査からはみられなかったといえる。また、各科によってストレスの内容が異なることが示唆されたので、ストレスの内容に対応した看護方式を検討していく必要があると考えられる。

謝 辞

調査に協力していただきました、福岡市民病院および小野田親和園のスタッフの方々に深く感謝致します。

引用文献

- 1) 土江淳子・中村弥生:看護婦の職務意識とストレス,バーンアウトとの関係,日本看護研究学会雑誌, Vol.16(4), 9-20, 1993
- 2) 松木光子:クオリティケアのための看護方式—プライマリーナーシングとモジュール型継続受持方式を中心に, 南江堂, 1994
- 3) Lambertsen, E.C. /村上豊美 他訳:チーム・ナーシング—その組織と機能—, 医学書院, 東京, 18, 1962
- 4) Gray-Toff, & Anderson, J.G.: Stress among hospital nursing staff, Its causes and effect. *Social, Science & Medicin*, 639-647, 1981
- 5) Kelly, G.K.: Stress Coping Behaviors, and recommendation for intensive care and medical surgical ward nurses, *Research in Nursing & Health*, 8, 321-328, 1985
- 6) 稲岡文昭:保健医療従事者のストレスと燃え尽き予防:中川米造・宗像恒次(編):応用心理学講座13 医療・健康心理学, 福村出版, 1989
- 7) 平松恵子・金井和子・土屋尚義:ターミナルケアに携わる看護婦のストレスに関する検討. 日本看護研究学会雑誌, Vol.20(2), 55-56, 1997
- 8) 日浦美保他:看護婦のストレスに関する研究. 第2報:看護婦と一般職のストレスの実態の比較. 日本看護研究学会雑誌, Vol.20(2), 54-55, 1997
- 9) Kanner, A., Kafry, D. & pines, A. : Conspicuous in its absence : The lack of positive conditions as a source of stress. *Human Stress*, 4, 33-39, 1987