

ユニフィケーションモデル(Unification Model)の検討

— 臨床と大学の連携と協働の可能性 —

呉大学看護学部

高田法子 平岡敬子

論文要旨 看護におけるユニフィケーションとは、看護サービスと教育ならびに研究の責任を一つの管理組織に所属させることを意味する。看護教育の大学化に伴い、教育と実践が乖離してきたと言われる今日、ユニフィケーションは、それを回避するのに有効なモデルである。しかし、ユニフィケーションは、コストや人材確保等の様々な課題を抱えているため実現するための課題は多い。

本稿は、アメリカや日本で取り組まれているユニフィケーションモデルを複数の文献より検討したものである。その結果、本大学のような付属の実習施設をもたない大学でどのような取り組みが必要かを検討し、次の6つの結果を導いた。①共同研究の促進、②実習施設と大学との調整、③臨地実習での役割の明確化、④臨床スタッフの継続教育、⑤臨床スタッフの供給、⑥施設間の情報共有、である。

キーワード：ユニフィケーション、臨床と教育の連携、協働

■ はじめに

平成11年4月、呉大学看護学部は広島県で3番目の看護系大学として開学部した。本学は付属の実習病院を持たない大学である。教育と実践が乖離していると言われて今日、臨床実習の充実が看護系大学にとって重要な課題である。特に付属の実習病院を持たず、臨地実習において多くの病院施設に頼らざるを得ない本学の場合、それらの実習施設との連携・協働こそが学部教育発展の大きな鍵を握っている。

そこで注目するのがユニフィケーション(Unification)である。ユニフィケーションとは、看護サービスと教育ならびに研究の責任を一つの管理組織に所属させることを意味し、1970年代にアメリカのいくつかの大学で取り入れられたものである。日本においても、1995年に茨城県立医療大学で初めてこのモデルが取り入れられ、注目を浴びた。

今回、MEDLINE、医学中央雑誌等より、ユニフィケーション、教育・実践・研究の協働等を

キーワードとする1980年代から2000年7月までの文献を検索し、ユニフィケーションについて調査した。これらの文献より、わが国でユニフィケーションが注目されるようになった看護教育の背景、アメリカにおけるユニフィケーションの展開、わが国でのユニフィケーションの展開等を検討し、それをもとに本学が取り組み可能なユニフィケーションモデルを考察するのが本稿の目的である。

■ 日本の看護教育の大学化

日本における看護教育の大学化は、ここ数年で飛躍的に進んでいる。15年前にはわずか10校であった看護系大学は、平成12年度には86校におよび、大学での看護婦養成数は定員の約11%を占めるといわれている。これは、看護学の発展、看護基礎教育の充実の他、時代・環境の変化や社会的ニーズの変化に伴い、より高度な知識と専門教育が求められる、その結果、大学に看護教育課が開かれるようになったのである。

大学基準協会が1994年に改定した「大学基準」に

においては、大学とは高度の教育機関として、また学術研究の中心機関として、学問の自由を基礎に、新たな知識を創造し、応用し、学術文化を伝承・開発させ、有為な人材を育成することを通じて、学問の進歩と社会の貢献する使命を果たす機関であるとされている。南はこれを看護教育に当てはめ、「大学教育は看護学の開智の場として、単に知識を伝授するのではなく、物事の本質を見抜き、知識を活用して判断する能力、新たな知識を開発する能力を学生が身につけることである」¹⁾と述べている。つまり、看護系大学は単に看護婦の養成機関ではなく、看護学の教育・研究機関であり、大学での教育・研究は社会(臨床)で貢献する使命を持っているのである。

しかし、実際のところ大学での教育・研究は臨床での実践とかけ離れているものが多い。学生は卒業して病院等に就職すると、大学で修得した教育とのギャップを感じる。また、臨床スタッフは、大卒の新人看護婦が即戦力として使えないことを痛感している。つまり、看護は実践の科学であると位置づけられながらも、それとは逆行するように、臨床と教育は乖離し、それぞれが独自の道を歩もうとしつつある。

そこで筆者は、ユニフィケーションに着目した。ユニフィケーションとは前述したように、看護サービスと教育および研究の責任を一つの管理組織に所属させることを意味し、①学生に現実的プログラムを提供する、②看護実践の向上と患者ケアの改善をはかる、③適切な臨床研究を刺激する等の3つの目的を実現するために立案されたモデルである。このモデルは教育・実践・研究という3つの機能を連携・協働することにより、看護学を実践の科学と位置づけ、より質の高いものへと発展させることができるという考えからアメリカで誕生したものである。

■ アメリカにおけるユニフィケーションの展開

1929年グッドリッチ (Goodrich, A. W.) は、「良い教育は患者に適切で熟達した看護を提供している現場こそ可能である」という理論と実践の相関性を主張し、エール看護学校にニューヘブン病院との提携協定を作成した。そして教職員が看護学校での教育機能だけでなく病院の管理機能をも果たすという組織をつくった。これは一般病棟で臨床のスペシャリストと同時に、婦長あるいは

副婦長の役割を果たしながら、学生のインストラクターとしても機能する人材を配置するものである。つまりコインに両面があるように、教育と実践とを切り離さず、教員はこの両方の責任を果たすべきであり、これがユニフィケーションモデルの土台となっている。ユニフィケーションは、1960年代前半にはフロリダ大学やケースウェスタンリザーブ大学などで試みられ、さらに1970年代にはローチェスター大学とラッシュ大学で本格的なシステムとして起動した。

ユニフィケーションが採用された背景には、いくつかの要因がある。大学に看護学の教育課程が開かれるようになると、教育施設の増加に伴い教員が不足し、臨床経験の少ない教員増加したことから、学生にとって適当な役割モデルが減少したことや、看護教育が臨床と協力なくして大学教育を行ったことによる教育と臨床との間にギャップが生じたこと、看護ケアの質の低下したこと等が考えられる。これらのことは、まさに日本の看護教育における今日の問題と符合する。

1. ローチェスター大学におけるユニフィケーション

ユニフィケーションモデルは1970年代のはじめに、ローチェスター看護大学が完全に独立した大学として認可されたとき、フォード (Dr. L. Ford) によって始められた。同校では前身である病院付属の専門学校が、医学実践の一部の形として存在していたが、4年制大学へと移行するにあたり、教育が学究的になりすぎ、実践から離れてしまうのではないかという懸念もあり、教育・実践・研究の組織化が図られている医学部のモデル、つまりユニフィケーションが採用されるに至ったのである。ローチェスター看護大学のユニフィケーションモデルの大きな特徴は、学究的組織であるということである。医学や他の専門分野と同様に、どのように専門家を教育するかというだけでなく、どのように研究を発展させていくかという点で、実践が重要視されたのである。

その主な目的は、①看護教育と研究の能力を用いて看護ケアの質の向上をはかる、②ヘルスケアチームの連携を強める、③看護の新しい役割を試験的に行い、患者ケアの質を監視をする等である。ここでは学生の教育も看護ケアもチーム活動によって行われる。チームは、スタッフナース (Staff Nurse) とクリニシャン (Clinician)、ファカルティクリニシャン (Faculty Clinician) の肩書き

を持つ看護婦で構成されている。クリニシャンは看護学士を取得し、患者ケアを直接行うと同時に、スタッフナースの現任教育の責任も持つ。また学生指導を支援し、そこでの看護研究に加わり、研究課題の開発をするとともに、患者ケアについては医師への協力も行う。ファカルティクリニシャンは少なくとも看護修士を取得したクリニカルスペシャリストで、自分の専門分野に関する学生の教育指導にあたる。他の看護婦たちのコンサルトもつとめ、質の高い看護ケアを確保するためにクリニシャンとともに働き、スタッフの向上を助ける。そして研究も行い、大学の事業推進のために他の分野の専門家とも連携して活動する。

2. ラッシュ大学におけるユニフィケーション

ラッシュ大学は、医学部、看護学部、保健学部および大学院より構成され、1970年代より大学と病院が一つの管理組織の中にあるユニフィケーションを取り入れている。同大学では、「看護における実践と教育はコインの両面の様に切り離すことはできず、看護婦は教育とサービスの二重の責任を持つべきである²⁾」という考えからユニフィケーションが始められた。これは大学と病院の機能を一つの組織で実践するという発想から成り立っている。主な目的は看護ケアの質を強調し、看護教育の予算を減らすことである。ここでは、ユニットリーダー (Unit Leader)、プラクティショナー教員 (Practitioner Teacher)、ティーチングアシスタント (Teaching Assistant) の3つの職種がユニフィケーションの中核となっている。ユニットリーダーは修士課程を修了した者で、基本的には病院で雇用されているが看護学部のメンバーでもある。主に自分の病棟の患者ケアについての管理上の責任を持つ。また、そのユニットにおける研究の支援やスタッフナースの継続教育、学生の教育、他職種との連携も行う。プラクティショナー教員は、修士課程を修了した者で大学に雇用された教員である。彼らはそれぞれ基盤となる病棟を持っているが、教育を第一の任務としており、病棟運営や患者ケアには責任を持たない。学生の講義や実習指導の他、専門領域におけるスタッフの指導、患者ケア、研究、学際的協力等の役割モデルを果たす。ティーチングアシスタントは、看護学士を取得した病棟スタッフで、主に患者のプライマリケアの提供者として働き、学生の臨床指導に携わる。

■ 日本におけるユニフィケーションの展開

日本にユニフィケーションが最初に紹介されたのは1981年である。この年、臨床と教育の統合について述べられた「看護のユニフィケーション」という、ドロシー・ネイヤー (Dorothy D. Nayer) の論文が小玉により紹介された。同年、聖路加看護大学同窓会はローチェスター大学のユニフィケーションモデルを視察し、翌年には聖路加看護大学同窓会にて詳しく紹介している。しかし、有能な人材の確保と病院設立等による多額の資金が必要であるなど様々な課題があり、このモデルは実現には至らなかった。

1990年、看護学校教育プログラムの改正により、臨床と教育がお互いの役割を調節し、互いに啓発していくことの必要性が訴えられるようになった。これを機に、再びユニフィケーションが注目されるようになった。これは、日本で看護教育の大学化が盛んになってきた時期と重なる。1995年には、日本で初の本格的なユニフィケーションモデルを取り入れた茨城県立医療大学が開学した。その後もいくつかの大学でユニフィケーションモデルが部分的に取り入れられ、1999年には青森県立保健大学がこのモデルを導入し、開学した。

このように、日本においてユニフィケーションモデルを採用している大学はいくつかあるが、そのシステムも様々で、前述のアメリカの大学のような比較的完全に近いスタイルで取り入れているところもあれば、一部のみ採用し機能させているところもある。以下では、日本でユニフィケーションモデルを取り入れている代表的な4つの大学を紹介する。

1. 茨城県立医療大学

茨城県立医療大学は、看護学科、理学療法学科、作業療法学科、放射線技術科学学科の4学科とそれらの支持組織である人間科学センターと医科学センターをもつ大学である。同校は大学開学に先立ち、教育と実践の乖離が看護教育の質の向上に悪影響を及ぼすことから、その問題の検討をし、解決するためにアメリカのいくつかの大学で取り入れているユニフィケーションモデルに着目した。そして1995年、医学部は持たないが付属病院を持つというわが国初の大学として開学した。

この大学の理念は次の3つである。①看護の専門性をリハビリテーションの部門で追求・確立す

るとともに個々の看護師の資質を高めること、②学生へ質の高い臨床教育を提供すること、③看護研究を行う際はリハビリテーション看護における先駆的研究をテーマとし、学内外および関連分野のメンバーを組織し系統的に研究を行うことである。これらの理念や目標は大学と付属病院の看護方針に統一性がなければならないという理由から教員と看護婦によって討論され決定された。

看護学科でのユニフィケーションの主な取り組みは以下のとおりである。

一つ目は看護部と看護学科運営に関する協働である。付属病院開院前より学科教員は、病院の設計、建設、人事、備品等全ての運営に参加し、病院開院後は、看護部に役割委譲されたが、定期的な会議を行い、調整をはかっている。次に看護実践の場における協働であるが、看護教員は交代で臨床に携わり、そのための研修を受けている。また、講師以上の教員は自分の専門性を生かし、臨床へ参加するとともに患者の看護相談や看護治療を行う。また病棟の教育プログラム案を作成する等の役割を果たし、これにより看護婦の継続教育の充実や臨床ケアの質の向上にも寄与している。3つ目は教育における協働である。実習での指導は臨床スタッフが中心となって行い、また学内での講義や演習には婦長が参加するなど、実践に即した教育を行っている。最後に研究における協働として、臨床スタッフの症例研究の指導を看護教員が行い、また大学における研究発表や研究紀要にも、臨床スタッフは自由に参加や投稿ができるというスタイルをとっている。これにより、臨床に適した研究の促進につながっている。

これと同様のスタイルをとっているのが聖路加看護大学である。しかし、その組織運営は、付属病院である聖路加国際病院とは別である。

2. 慶応義塾看護短期大学

慶應義塾看護短期大学は1988年の発足に当たり、臨床実習での学びは看護に必要なあらゆるものが統合的に学べる理論と実践の接点となる重要な場であるとして、「主体的な看護実践能力を高め、進歩の著しい保健医療の分野で柔軟かつ適切に対応するために必要とされる創造性を育成する」³⁾を目的に臨床実習を指導している。このために次のようなシステムを導入している。まず、専門領域別の教員担当制を導入することで、専門領域の実習における指導の効果を高めることができる。次

に慶応大学付属病院の婦長に実習病院として臨床実習の指導を委嘱することである。看護部長以下全ての婦長に臨床指導者を委嘱し、担当教員の役割調整を行いながら臨床指導にあたっている。さらに、病院側と大学側の代表により定期的会議を行い、実習に関する方針、計画、内容、評価等を兼ねた意見交換を通じて連絡調整を行っている。

これに似たシステムが川崎医療短期大学でも取り入れられている。ここでは新設以来、婦長・看護教員併任制度を採用している。

3. 青森県立保健大学

青森県立保健大学は1999年4月に開学した新しい大学であり、保健科学部の中に看護学科、理学療法学科、社会福祉学科の3学科がある。

「ヒューマンケア」を実践できる人材の育成を教育理念とし、①学生に現実的かつ実践的教育を提供する、②看護実践の向上と患者ケアの改善を目指す、③適切な臨床研究を刺激するの3つを教育目的としている。そして、同じ県立の施設であり、実習病院でもある県立中央病院とのユニフィケーションモデルの構築に取り組んでいる。この大学の大きな特徴は兼職辞令制度を導入していることである。教職員が病院で活動する際は病院職員と同等の責任と保障をもつのである。

ユニフィケーション担当教員は次の6つの機能を受け持つ。まず①臨床実践であり、これは、実践能力の維持向上や臨床を刺激することを目的に行われている。次に②臨床実習指導の促進であり、教員は臨床スタッフとの協力により実習内容の検討や実習施設の整備・調整を行っている。また③コンサルテーション機能として、教員の専門性を生かし専門分野における臨床や管理の面での指導や相談にのっている。さらに④臨床スタッフと合同で専門分野の事例検討を行い、それにより看護ケアの質の向上に努めている。その他にも⑤看護研究を臨床スタッフと共同で行うことで、臨床に即した研究を行うとともに臨床スタッフの看護研究能力の向上に貢献したり⑥臨床スタッフに対して専門分野に関する知識を提供することで継続教育の充実をはかっている。

これと似たモデルは神戸大学保健学科でもとりいれられており、ここでは一部の教員が外来でのケアを担当している。

4. 三重県立看護大学

三重県立看護大学は地域に開かれ、地域に根ざした地域住民のための大学を目指し、「地域の生活文化・歴史等を理解し地域特性に応じた看護実践を展開できる能力を養う」⁴⁾ことを目標に1997年開学した。この大学は目標を実現させるための具体策として、県民局担当事業と研究開発事業を担う地域交流研究センターを設置した。このセンターは、大学の教職員が運営に当たり、運営会議には県職員が委員となる、いわば大学と地域とのユニフィケーションという形を採用している。ここでは、①地域との連携強化を図るための保健医療専門家、行政、住民との関係づくり、②地域ケアの向上をはかることを目的とした教員の地域の教育活動へ参加、③地域でのフィールドを持ちながら、実践者としての技能を維持するなどの役割を果たす。また④研究開発事業にも参加し、地域に根ざした地域のための研究を行っている。

5. 日本におけるユニフィケーションモデルのメリットと課題

日本の看護系大学でユニフィケーションモデルを取り入れているところをいくつか紹介したが、完璧な形で取り入れているところは少なく、ほとんどがその大学独自のユニフィケーションモデルを採用している。これらのモデルを大きく分けると4つに分類される。看護教員－看護職併任型（以下A型とする）、婦長→看護教員兼任型（以下B型とする）、看護教員→看護職兼任型（以下C型とする）、大学－地域連携型（以下D型とする）の4パターンである。それぞれのメリットを教育、臨床、研究の側面より検討しまとめると表1のようになると考える。

教育という視点からとらえるとA・B型、臨床という視点からはA・C型、研究という視点からはA・C・D型がより効果的である。つまりA型（看護教員－看護職併任型）のユニフィケーションモデルを採用すると臨床と教育・研究の協働においては、大変効果的であると言える。しかしその反面、実現するには様々な課題と限界を抱えている。

まず、人材確保の問題である。大学と病院の全く異なった組織を1つの組織として統合し機能させるためには、その管理・運営可能な人材が必要である。しかもその調整には大学でも病院でもない第三者組織が担当することが望ましい。次に、ユニフィケーションの中核となる職員の確保である。つまり、大学教員として学生に教育を行いながら、臨床にも高い実践能力を発揮し、また研究能力にたけた人材でなければならない。しかし、今のところ各分野で高い水準の能力を有する者は多くいるが、3つの分野の能力を網羅している人材はそう豊富ではない。さらに、スケジュールや待遇の調整をする者が必要である。ユニフィケーションの中核となるスタッフは大学、病院の両機関に勤務するが、その予算に応じた給与配分も異なり、また職員一人一人の勤務形態も異なるため、その管理は難しい。

このモデルを起動させるまでに、高額な費用が必要であるという問題がある。つまり、大学はユニフィケーションを採用するに当たり、付属の病院をもたねばならず、その運営には莫大の費用と時間が必要である。教育・研究・臨床をこなすにはそれなりの時間的拘束や肉体的負担が大きく、個人的負担が大きいことも課題として残る。つまり、このシステムを取り入れるためには、人員確

表1 ユニフィケーションモデルの型とメリット

		A型	B型	C型	D型
教育	実習の質の向上	◎	◎	○	
	看護教育と臨地実習のずれの解消	◎	◎	○	
	臨床に即した教育	◎	◎	○	◎
	教員の臨床能力の保持・増進	◎		◎	○
臨床	看護ケアの質の向上	◎		◎	○
	臨床スタッフの継続教育の充実	◎		○	
研究	臨床に即した研究	◎	○	◎	◎
	研究におけるフィールドの確保	◎	○	◎	◎
その他	給与体制の明確化	◎			

◎…より効果的 ○…効果的（この表は筆者が検討し作成したものである）

保、予算、新たなカリキュラムの編成などの時間と労力と資金が必要となり、大きなメリットがあるにもかかわらず、実現するための課題は多い。実習施設と大学の運営母体が異なれば、極めて実現が難しいというのが現状であろう。

■ 考 察

ユニフィケーションモデルは、学生の教育においても、臨床においても看護学の発展に大いに貢献するモデルであるにも関わらず、付属病院をもたない本学の場合、完全な形でのユニフィケーションモデルを取り入れることはほぼ不可能である。しかし、このような現状にあるからこそ、実習施設との連携・協働が重要な課題でもある。そこで、本学において実現可能なユニフィケーションモデルを提案する。

1. 共同研究の促進

教員と臨床スタッフが共同研究することにより、臨床スタッフは日常業務の中で感じる疑問や気づきを科学的に追求し、分析する機会を得ることになる。教員もまた、多くのフィールドを得ることで、臨床に即した研究を行うことができ、これにより患者ケアの質の向上にもつながるであろう。

2. 実習施設と大学との調整

大学の教育方針、実習における学習プロセスとその実習の到達目標を明確に示し、臨床スタッフと目標を共有することで、効果的な実習を展開することができるであろう。そのためには、定期的に大学と実習施設との調整を行い、教員と臨床スタッフとのコミュニケーションを密にする必要がある。

3. 臨地実習での役割の明確化

臨地実習においては臨床スタッフの意見・意向を尊重し、教員は学生と臨床スタッフの橋渡しの役割を果たす。そして臨床スタッフとともに、学生にとっての看護者モデルとなる努力が望まれる。

4. 臨床スタッフの継続教育

実習施設での教育に関するカリキュラムの作成や教育指導へ看護教員が直接参加することで、臨床スタッフの継続教育の充実をはかることが可能である。また、実習施設からの編入学生等を受け入れることで、臨床スタッフの生涯教育に貢献することもできる。

5. 臨床スタッフの供給

実習施設に本学の卒業生を送り出すことで、大学と施設間の関係をより強化にすることが可能である。つまり、本学の教育理念のもとで学習した学生が実習施設に就職することで、後輩の学生が実習に行ったとき指導しやすく、また学生も親近感を持って実習に参加できるであろう。

6. 施設間の情報の共有

多くの実習施設を持つため、大学は実習施設の多くの情報を得ることになる。そこで大学が施設間の媒体となって情報を交換し、また施設間の橋渡しの役割を果たすことにより、患者ケアの向上につながるであろう。つまり、各施設での質の高い看護ケアを他の施設にも紹介することで情報を共有し、ひいてはそれが呉・広島地域の患者ケアの向上にもつながるであろう。

■ おわりに

ユニフィケーションは、看護学の発展においては効果的なモデルである。しかし多くの課題を抱えているためそれを完全な形で取り入れるのは難しい。したがってその大学の特徴や個性にあったユニフィケーションモデルを構築していくことが必要である。

本学は平成11年に開学したばかりで、今年の10月から基礎実習が開始された。臨地実習に関してはまだ模索の段階であり、解決すべき問題も多く抱えている。今後もさらに実習施設との連携・協働に関する検討・修正を重ねていく必要があると考える。

引用文献

- 1) 南祐子：「今、なぜ大学教育なのか」に改めて応える。看護教育, 35(10)：731, 1994.
- 2) Dorothy D. Nayer 小玉香津子訳：看護のユニフィケーション, 看護, Vol.33, No.2, p.34, 1981.
- 3) 内藤寿喜子：臨学共同をめざして, 看護, Vol.43, No.5, p.24, 1991.

- 4) 川野雅資他：開学と同時に地域交流研究センターを開設した三重県立看護大学の構想, *Quality Nursing*, Vol.4, No.4, p.297, 1998.

参考文献

- 1) 野々村典子：看護における臨床・研究・教育の統合, *看護学雑誌*, 62(1), pp.52-57, 1998.
- 2) 阿部俊子：大学教育と臨床指導, *看護教育*, 37(13), pp.1146-1149, 1996.
- 3) 小松美穂子：大学附属病院でユニフィケーションを実践して, *Quality Nursing*, Vol.4, No.4, pp.292-296, 1998.
- 4) 新道幸恵：ユニフィケーション導入のいきさつと準備, *看護教育*, 41(7), pp.494-496, 2000.
- 5) 板橋玲子, 阿部俊枝：病院側から見たユニフィケーション, *看護教育*, 41(7), pp.497-499, 2000.
- 6) 上泉和子：組織づくりと関係者への働きかけ. その実際, *看護教育*, 41(7), pp.500-505, 2000.
- 7) 大室律子：看護系大学と臨地実習の連携, *看護教育*, 41(4), pp.294-295, 2000.
- 8) 津田紀子：看護教育と看護実践の統合化を目指して, *Quality Nursing*, Vol.4, No.4, pp.302-308, 1998.
- 9) 小松美穂子他：看護教育におけるユニフィケーションの実践に向けて, *Quality Nursing*, Vol.2, No.2, 1996.
- 10) Virginia M. Ohlson, 前田アヤ他：アメリカ看護の動向, *看護展望*, Vol.7, No.8, pp.84-88.
- 11) Junko M. Mills, Sheila A. Ryan：ローチェスター大学看護大学におけるユニフィケーション, *Quality Nursing*, Vol.4, No.4, pp.278-291, 1998.
- 12) 海上美美子, 太田容子：「何が看護になったか」を実感できる実習をめざして, *看護教育*, 40(6)1999.
- 13) 岩井郁子：聖路加看護大学と聖路加国際病院のユニフィケーション, *看護管理*, Vol.6, No.9, pp.634-637, 1996.
- 14) 日沼千尋：実習指導に直接関わる, *Quality Nursing*, Vol.4, No.4, pp.318-323, 1998.
- 15) 川島みどり：今, 求められる基礎教育の質, *看護教育*, 38(11), pp.874-886, 1997.
- 16) 佐藤洋子：欠かせない, 実習病院とのよりいっそうの機能連携, *看護教育*, 38(9), pp.767-770, 1997.
- 17) 祖父江育子：教員と臨床スタッフによる参画型共同研究の推進, *看護展望*, Vol.23, No.11, pp.33-35, 1998.
- 18) 金升子, 後藤光代：臨床と教育の接点を求めて, *看護展望*, Vol.23, No.11, pp.24-25, 1998.
- 19) 山崎美恵子：大学病院をもたない我が校の実習認識, *看護教育*, 35(11), pp.838-842, 1994.
- 20) Lynn Leach Cochran et al.: The Unification Model; A Collaborative Effort.. *Nursing Connections*, 2(1)5-17, 1989.
- 21) Dan E. Benor & Iris Leviyof: The development of students' perceptions of effective teaching; The ideal, best and poorest clinical teacher in nursing, *Journal of Nursing Education*, 36(5), 206-211, 1997.
- 22) Maur:een Rehwaldt et al.: Collaborative Research under the Unification Model, *Nursing Connections*, 4(1)29-35, 1991.

英文抄録

The examination of Unification Model — The possibility of connection and cooperation between Clinic and University —

Noriko Takada

The Unification of Nursing means that nursing service, nursing education and responsibility of search belong to one management system. It's said the more education programs of nursing are introduced in Universities, the bigger gaps between education and practice become.

The Unification can be effective model avoid it. However, it is not so easy to realize Unification of nursing, because it has various subjects to solve so as, to cost performance, needs many talented persons and so on.

This study examined Unification Model of United States of America and Japan from some articles.

In the case of Kure University, which doesn't have any attached hospital or facilities for nursing practices, we considered what we needs kind to do, and researched six effects, 1)Promoting on joint study. 2) Coordinating of practice between institutions and University. 3)Making clear to role of practice between two facilities. 4)Going on education for clinical staffs. 5)Supplying of clinical staff. 6)Sharing information between two facilities.

Key Words: Unification, the connection and cooperation, clinical practice and education