

VOL.10 No. 1
昭和62年6月20日発行
ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

(Journal of Japanese Society of Nursing Research)

VOL. 10 NO. 1

日本看護研究学会

◆◆◆ ティゾーの看護用品 ◆◆◆

看護用品の選択には的確な看護診断と
看護技術の工夫が必要です。

● 看護の基本は体圧測定から。

寝返りがうてない患者、ギプス固定ならびに
麻酔下の患者の局所圧が簡単に測定できます。
看護実習から臨床の現場まで幅広く使用でき、
看護研究の基礎データを提供します。

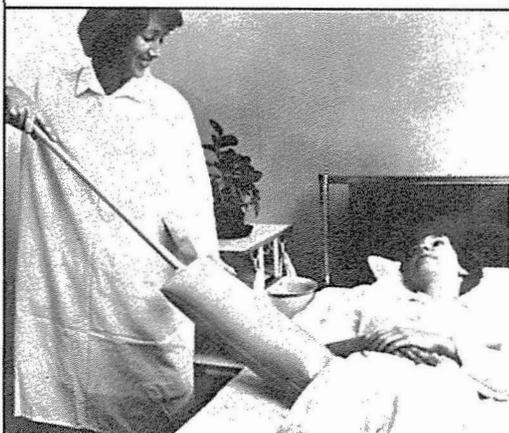
患者の体圧が簡単に計れる

RB体圧計

(旧名称：エレガ体圧計)



写真はエレガ体圧計



● 体位交換にも応用できます。

患者の苦痛を少なくし、看護者の労力を軽減
する新しい看護補助具です。
診察時、排泄介助ならびに重い患者の体位交
換にも応用できます。

使用上の工夫が求められる

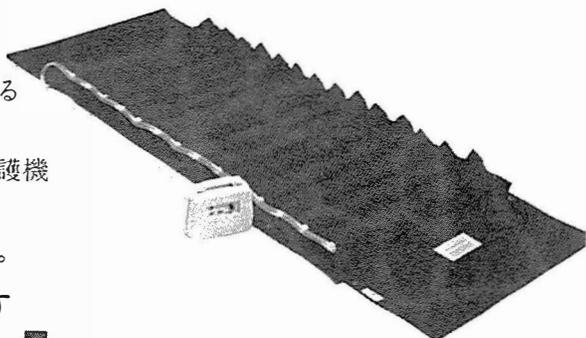
リフパッド

● 体圧変化と体交頻度。

どんなに優秀な看護者でも、一人でできる
患者の介護には限界があります。
特に、24時間の介助を求める患者には看護機
器の起用が必要です。
3種類の全身用マットがお役に立ちます。

《褥瘡》に的確な効果を示す

RBエアーマット



写真はRB110タイプと送風装置



帝国臓器製薬(株) 特販部医療具課

〒107 東京都港区赤坂2-5-1 TEL. 03-583-8361

メヂカルフレンド社の好評図書

“脳死”それは今や医療関係者間のテーマから、
 ■民全体のコンセンサスを結集すべき社会的
 課題にまで発展している

編集/日本移植学会

脳死と心臓死の間で 四六判 178頁
 ~死の判定をめぐって~ 定価1,500円

続：脳死と心臓死の間で 四六判 272頁
 ~臓器移植と死の判定~ 定価2,200円

続々：脳死と心臓死の間で 四六判 340頁
 ~明日への移植に備える~ 定価2,500円

日本の医療の未来を鋭く射るアンソロジー。
 医療オピニオン誌「医療'85, '86」に掲載された
 論稿より厳選。

日本の医療の行く手を読む

編集/メヂカルフレンド社編集部
 B5判/392頁/定価5,000円

<叢書>死への準備教育

編集/アルフォンス・デーケン(上智大学教授)
 メヂカルフレンド社編集部

近年、死についての関心の高まりとともに、「死への準備教育(Death Education)」の必要性も言われるようになってきた。けれども、わが国ではまだ死への準備教育について論じたり、実践したりする際の確かな手がかりとなる本格的な書物が、刊行されていなかった。本書はこの欠落を埋め、大方の需要に応えるとともに、医療・教育・その他の関係者への新たな刺激となっている書。

<第1巻> 死を教える
 B6判/374頁/定価2,000円

<第2巻> 死を看取る
 B6判/306頁/定価1,500円

<第3巻> 死を考える
 B6判/284頁/定価1,500円



第1回 渋沢・クロデル賞(特別賞)受賞 日本図書館協会選定図書

医学生物学大辞典

全6巻(日本語版4巻・仏和版2巻)

- ◆総頁4,950頁
- ◆24万項目(日本語版・50音配列, 仏和版アルファベット配列)
- ◆A4変型判・上製本・特装版・セットケース入り
- ◆セット定価240,000円(分売不可)

特色

- ◎日本語で引ける辞典
- ◎現代医学の成果を総結集
- ◎専門領域別辞典を超える内容
- ◎最新にして最大の収録語彙数: 24万語
- ◎英語・仏語・ラテン語からひける完璧な索引
- ◎「類義語」の関連を厳密に定義

医療の動きを正確に読み問題の焦点を鋭くえぐる

医療'87 B5判/96頁/1,000円(年間購読料12,000円)
 毎号前月15日発売

◆いま日本の保健医療をどうするか——を真摯に考えておられる方々に選りすぐった情報をお伝えし、わが国の保健医療の将来を共に考えていきたいと願っています。

- 1月号 特集/幸せのセンチナリアン
- 2月号 特集/保険でできること、できないこと
- 3月号 特集/サービスと医療
- 4月号 特集/医学会総会(予) 62年3月15日発売
- 5月号 特集/これからの歯科診療(予) 62年4月15日発売



株式会社
 メヂカルフレンド社

本社 東京都千代田区九段北3丁目2-4 ☎102 ☎(03)264-6611(大代表)
 (03)263-7666(営業部直通)
 大阪事務所 大阪市北区梅田1-2-21200 ☎530 ☎(06)344-9811

監修
森山 豊

日母会員ビデオシステム

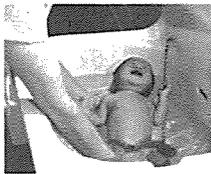
指導
日母幹事会

妊産婦さんも・看護婦さんもビデオで

第Ⅰ期シリーズ 全12巻



- 1 安産教室
- 2 妊娠中の生活
- 3 出産
- 4 妊娠前半期のころえ
- 5 妊娠後半期のころえ
- 6 産後の生活ところえ
- 7 妊娠中におこりやすい病気
- 8 新生児の育て方
- 9 受胎調節
- ⑩新生児の取り扱い方
- ⑪分娩介助
- ⑫新生児異常の見方



新 版 1巻

1 わたしの赤ちゃん

* 番号○印は看護婦さん用です
タイトル□印は改訂版です

第Ⅱ期シリーズ 全6巻



- 1 赤ちゃんの育て方
- 2 子宮がん
- 3 更年期
- 4 遺伝と先天異常
- ⑤看護婦さんのマナー
- ⑥救急処置

第Ⅲ期シリーズ 全6巻



- 1 妊娠中の栄養と食事
- 2 妊娠中の不快な症状
- 3 乳房の手入れとマッサージ
- 4 不妊症ガイドンス
- ⑤分娩第Ⅰ期の看護
- ⑥褥婦の看護

価 格 ビデオVHS・ベータ1巻 27,500円

◎6巻以上まとめてお買い上げの場合には
割引価格を設定しております。

性教育指導シリーズ

=正しい医学知識を正確に伝える=

中学生・高校生向け=文部省選定

1. **あなたは女性** 16% 90000円
V 20000円
女性の性機能の仕組みと生命の精巧さ (17分)
2. **妊娠と出産** 16% 100000円
V 20000円
生命創造に果す母性の役割とその偉大さ (20分)
3. **避妊の科学** 16% 90000円
V 20000円
避妊に対する正しい考え方と基礎知識 (17分)
4. **男性の生理** 16% 100000円
V 20000円
同世代の男子の生理的、性的な実態 (20分)
5. **青春の医学** 16% 100000円
V 20000円
相談しにくい女性の悩みへの解答 (20分)

働く婦人の健康管理シリーズ

=働く婦人の健康を守るための映像情報=

労働省婦人局婦人福祉課推薦

1. **生理日も快適に**
ある女性のオフィス・ライフを通して、月経の正しい知識と月経中の快適な過ごし方を解説
2. **現代女性の知恵—受胎調節—**
誤った考えや中途半端な知識が女性の心を陥れてきた事実を指差し、正しい避妊法を解説
各巻カラー22分VHS・ベータ¥16,000 16%¥100,000

発売元 毎日VTRシステム

東京都中央区日本橋3の7の20 DICビル
TEL. 03(274)1751
大阪市北区堂島1の6の16 毎日大阪会館
TEL. 06(345)6606

会 告

第13回日本看護研究会総会を下記により東京都において開催しますのでお知らせします。
(第3回公告)

昭和62年3月16日

第13回日本看護研究学会総会

会長 前原 澄子

記

期 日：昭和62年8月7日（金曜日）、昭和62年8月8日（土曜日）
場 所：日本都市センター 〒101 東京都千代田区平河町2-4-1
電話 03(265)8211
会場参加費：会員6,000円、非会員6,000円、学生3,000円

内 容

- | | | |
|--|--|--|
| (1) 会長講演
「学際的研究への志向」 | 座長 弘前大学教育学部
会長 前原 澄子 | 福島 松郎
前原 澄子 |
| (2) シンポジウム：「行動をみる」 | 司会 日本赤十字看護大学
千葉大学看護学部
神奈川県教育文化研究所
千葉少年鑑別所
千葉大学看護学部 | 中西 瞳子
石井 トク
斉藤 寛
吉武 光世
野■美和子 |
| 演 者「教育学の立場から」
「心理学の立場から」
「看護学の立場から」 | 座長 武南病院
社会福祉医療事業団 | 村越 康一
大谷 藤郎 |
| (3) 特別講演
「激動の社会と医療の行方」 | 座長 千葉県立衛生短期大学 | 富崎 和子 |
| (4) 将学会研究報告
「高血圧遺伝素因保有者の運動時の
■圧応答に関する研究」 | 東京大学医学部 | 野地 有子 |
| (5) 一般演題
(第1, 第2, 第3会場にてそれぞれ行います。) | | |

展 示 会 看護関係図書、教育機器等の展示を行います。
懇 親 会 8月7日(金) 18:30~20:00 都市センター内洋食堂
懇親会費5,000円

総会事務局 〒280 千葉市亥鼻1-8-1
千葉大学看護学部母性看護学講座
第13回日本看護研究学会総会事務局
電 話 0472(22)7171-(内)4117

看護テキスト

須河内トモエ／鶴 コトミ 総編集
西尾 篤人／山元 寅男

新しい視点に立った看護テキスト

衛生法規

公衆衛生行政の道を歩いて36年、
著者の長年にわたる豊富な体験を
生かして執筆。

鹿児島県環境センター所長 内山 裕 著 B5判 188頁 1,400円
鹿児島大学講師

ポイント ●保健婦助産婦看護婦法を詳述 ●医療法や老人保健法の改正など最新の情報
●関係法規を網羅しながら、法の趣旨をコンパクトに要約 ●平易で理解しやすい簡潔な記述。

主要目次 衛生法規総論／医務衛生法規／薬務衛生法規／保健予防衛生法規／生活衛生法規
／環境保全法規／関連法規／資料（保健婦助産婦看護婦法令）

続刊

- | | | | |
|-------------------|-------------|------------------------|----------|
| 1 看護医学概論 | 土山秀夫 著 | 16 消化器，内分泌，代謝 | 大津ミキ 編 |
| 2 解剖学 | 藤本 淳 編 | 17 脳・神経系，アレルギー，膠原病，感染症 | 松岡 緑 編 |
| 3 生理学 | 有田 真 編 | 18 腎・泌尿器系 | 野口絹江 編 |
| 4 生化学・栄養学 | 水上茂樹 編 | 19 女性生殖器疾患 | 深川ゆかり 編 |
| 5 薬理学・薬剤学 | 福田健夫，石橋丸應 著 | 20 骨，関節，筋肉疾患 | 嶋田ラク子 編 |
| 6 病理学 | 渡辺照男 編 | 21 皮膚疾患 | 石原敏子 編 |
| 7 微生物学 | 小田 紘 著 | 22 眼疾患 | 柏木睦子 編 |
| 8 公衆衛生学 | 石西 伸 編 | 23 耳鼻咽喉疾患 | 下河文子 編 |
| 9 社会福祉 | 古賀昭典 著 | 24 歯，口腔疾患 | 小西照美 編 |
| 10 衛生法規 | 内山 裕 著 | 25 精神疾患・精神衛生 | 永田美津子 編 |
| 11 臨床検査 | 只野壽太郎 編 | 26 外科看護総論 | 岡本陽子 編 |
| 12 看護学総論〔I〕 | 園田志津子 編 | 27 小児看護学 | 壁島あや子 他編 |
| 13 看護学総論〔II〕 | 荒井博子，岡本陽子 編 | 28 母性看護学 | 松尾寿子 編 |
| 14 成人看護学総論 | 河本令子，小中恵子 編 | 29 老人看護学 | |
| 15 呼吸器，循環器，血液，造血器 | 松岡 緑 編 | 30 地域看護学 | 山元郁子 編 |

廣川書店



113-91 東京都文京区本郷局私書箱38号
振替 東京 4-80591 番・電話03(815) 3651

目 次

第12回日本看護研究学会総会演説記事

会長講演

基礎研究と臨床研究	7
— 自験研究を省みて —	
第12回会長 福島 松 郎	
(弘前大学 教育学部)	

招聘講演

“Techniques for Teaching Nursing Reseaech in America”	17
Elizabeth A.Mottet	
Univ of California, San Diego Medical Center	

特別講演

欧米でみてきた心身医学	31
弘前大学教育学部 川 上 澄	

奨学会研究報告

タバコ主流煙成分が胎内細胞増殖に及ぼす影響	37
熊本大学教育学部 前 田 ひとみ	

シンポジウム

癌患者の看護における看護教育	41
司会 千葉大学教育学部 松 岡 淳 男	
熊本大学教育学部 木 場 富 喜	
1. 教育上の視点から	44
厚生省看護研修研究センター 田 島 桂 子	
2. 小児癌患児の看護の立場から	49
聖路加看護大学 常 葉 恵 子	
3. 看護婦の能力	51
— 看護婦の立場として、悪性脳腫瘍患者の退院の 是非を決める要因抽出にあたって —	
東京女子医科大学附属脳神経センター 川 野 良 子	
4. 呼吸器癌患者看護の立場から	54
熊本大学教育学部 木 原 信 市	
5. 消化器癌患者看護の立場から	58
— とくにストーマ造設患者を中心に —	
弘前大学医学部 今 充	

6. 切除不能, 再発癌患者立場から	64
国立ガンセンター 柿川 房子	
シンポジウム質疑応答	68
一般演題内容質疑応答	78
原 著	
デスポーサブル注射針の開封方法と汚染について	98
一めくり法とつき破り法の場合一	
聖母女子短期大学 小笠原 みどり	
千葉大学看護学部 松岡 淳 男	
学会紹介	
双生児研究会創立総会に参加して	103
近畿大学医学部公衆衛生 早川 和 生	
日本看護研究学会雑誌投稿現定	104

CONTENTS

..... Original Paper

Opening Methods and Contamination on Disposable Needless 98

— Using Peel-Open and Press-Open Methods —

Dept. School Affairs, Seibo Junior College : Midori Ogasawara

Faculty of Nursing, Chiba University : Atsuo Matsuoka

第 12 回

日本看護研究学会総会

講演記事 (1)

昭和61年7月30, 31日

会長 福島松郎

於 引前文化センター

弘前市下白銀町19-4

基礎研究と臨床研究 — 自験研究を省みて —

福 島 松 郎

私が本学会の会員になってから未だ日も浅く、看護学における系統立った研究はしていない。従って今回は一外科医としてこれまで自分自身で従事して来た研究を紹介し、基礎研究と臨床研究の係わり合いについて触れる事で、この責務を果たしたい。

1. 血中癌細胞に関する研究^{1,2)}

私が弘前大学第1外科の大学院に入学後、現¹川義信名誉教授から頂いた研究テーマである。先づ形の如く関連文献を集めてみると、血中癌細胞の回収方法が色々ある事を知り、いずれが臨床的研究に適すかを検討した。研究材料として自家血5ccにラット腹水肝癌細胞AH130, 1,000コを混入し、その回収率をみた所、ヘマトクリット法で65%の最も高い回収率をえた。然し本法は1検体当たり約2時間半の検索時間を要し、臨床医むきでないと判断、検索時間が約40分で42%の回収率をえたフィブリノーゲン法を用いる事にした(表1)。本法による各種癌患者、入院時の採梢血では43%に癌細胞が認められ、術中に採取した病巣部の局所静脈血では65%の陽性率であった(表2)。これら症例について術後経過を追って観察すると5つのTypeに分類出来、第3, 4型のように術後陰性化するものもあった(■1)。一方、多数の有核細胞の中に混在する血中癌細胞の同定はしばしば困難を伴うが、その

表1 血中癌細胞の回収方法の検討

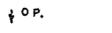
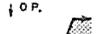
方法	回収率	1検体当たり 所要時間
ヘマトクリット法	65±13%	2.5時間
フィブリノゲン法	42±12%	40分
アラビヤゴム・シロップ法	16±5%	40分
ポリビニルピロリドン法	11±4%	35分
重層遠心沈殿法	21±12%	15分

材 料 : 人血 5 ml + 腹水癌細胞 AH130 1000コ

表2 癌進展度による血中癌細胞陽性率

癌進展度	局 所 血		時 静 脈 血	
	入院時	全経過	入院時	全経過
I度	2/28 7%	2/28 7%	3/10 33%	
II度	19/41 46%	29/41 71%	12/17 71%	
III度	31/51 61%	36/51 71%	13/16 81%	
計	52/120 43%	67/120 56%	28/43 65%	

註 分子は陽性例数 分母は検索症例数を示す

反 応 型	例数	癌進展度	I	II	III
	43	25	11	7	
	14	0	8	6	
	8	1	5	2	
	4	0	3	1	
	35	1	11	23	

■1 手術による血中癌細胞の消長

一鑑別法としてAcridin orangeで超生体染色後、至適条件としたリン酸緩衝液で一定時間脱色すると、癌細胞だけの原形質が赤橙色に染色されることが判明した。血中癌細胞のScreeningに極めて優れた方法であったが、蛍光顕微鏡の紫外線光源によると考えられる紅彩毛様体炎を患い、本研究は中断せざるをえなかった。研究器材の安全性を確認する事の重要性を痛感させられた研究であった。

2. 制癌剤の感受性試験に関する研究³⁾

メスの及ばない血中癌細胞を絶滅させる手段は有効な制癌剤を見つける事であろうとの単純な考えから、この仕事が始まった。研究方法は一定量の制癌剤を含ませた濾紙Diskを癌細胞と混和した寒天培地の上に

置き一定時間反応させ、Methylenblueで染色後その表面をカバーガラスで覆って更に培養を続け、脱色されない阻止円の大きさをみるDipaoloの細胞寒天平板法である。その基礎的検討の結果、ラットの実験腫瘍では腹水型は勿論、これを皮下移植して作った固形腫瘍でも、各種薬剤の薬剤濃度に平行した阻止円が得られ、又、MMCの耐性株では明らかにMMCの有効性が阻害されている(図2)。本法は再現性に富み優れた方法である事が確認出来たので、早速臨床応用を開始した。然し人癌の固形腫瘍から本法に必要な充分量の癌細胞浮遊液を得る事は仲々困難で、結局实用性を欠く事を思い知らされた。因みに臨床例における成功率は37例中8例(22%)に過ぎず臨床応用を断念したが、この中で同じ胃癌症例で同種の組織型を示す症例でも *in vitro* の薬剤感受性は必ずしも同じでない事を知りえた。

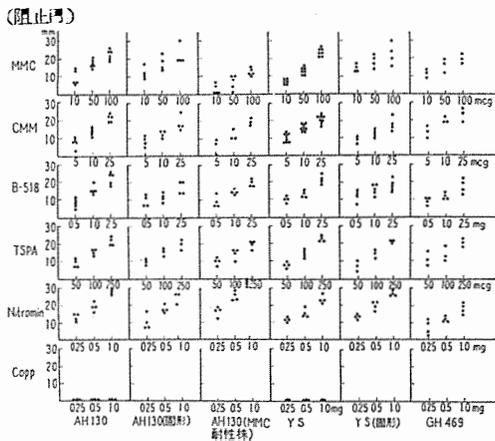


図2 AH 130, YSおよびそれらの亜型の細胞寒天平板法による各種制癌剤に対する感受性

3. 癌の免疫学的治療に関する研究^{4)~11)}

次に従事したのが癌の免疫学的治療に関する研究である。当時、弘前大学第1外科教室の三上、佐藤らは吉田肉腫(YS)を移植したラットをMMCで治療し、腫瘍が消失したラットに再びYSを移植してもラットは癌死を免れ元気に生きつづける事を認め、更にこのYS治療ラットの脾細胞、リンパ節細胞や骨髓細胞を取り出し、これを正常のラットに移植してからYSを移植するとラットは腫瘍死を免がれる事を確認していた。かかる養子免疫を司る免疫担当細胞の抗腫瘍性伝達の有効成分を知る目的でSchneider法を用い、腫

瘍免疫ラット脾細胞から細胞下分画、5,000g上清と105,000g沈渣を抽出した。これらの細胞下分画は電子顕微鏡学的にはmicrosome fractionであり、-80℃の超低温保存で長期間、活性を保ち続けることも確かめた。図3はYS免疫脾細胞5,000g上清および105,000g沈渣をラットに投与後、YSを移植した成績で、5,000g上清で33%、105,000g沈渣で50%の生存率をえた。

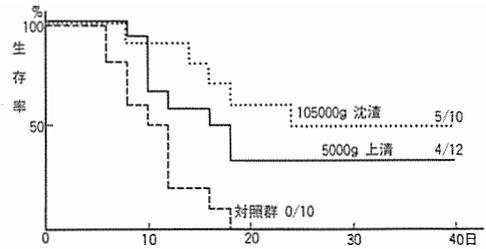


図3 YS免疫脾5,000g上清および105,000g沈渣の抗腫瘍効果

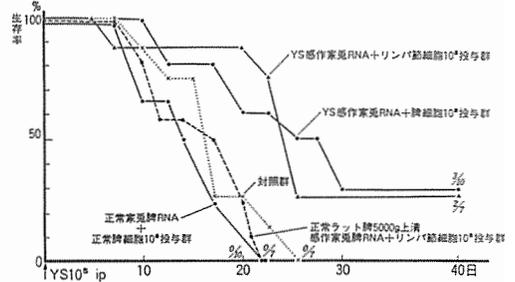


図4 YS感作家兎RNAと正常脾、リンパ節細胞 incubate 後の各細胞の移譲効果

即ち、生きた免疫担当細胞の移植と同様の効果が細胞の抽出成分でもえられたことになる。詳細は省略するが、これらの現象は発癌物質の1種であるMethylcholanthrene誘発腫瘍やC₃Hマウスの自然発生乳癌でも確認出来た。然し、これを直接臨床応用する事は極めて困難であった。当時、Alexanderらが腫瘍免疫動物の免疫担当細胞から核酸の1つであるRNAを抽出し、そのRNA(I-RNA)に抗腫瘍性が認められ、このI-RNAと正常脾細胞をincubateすると、その脾細胞に抗腫瘍性が発現することがPilchらによっても認められた。このことは抗腫瘍性の伝達を臨床応用する手段と

基礎研究と臨床研究

して極めて有望な方法と考え、以後I-RNAの研究に進んだ。種々の試行錯誤の末、RNAの抽出方法はRalph & Bellamyの方法を用いる事になった。図4はYSで家兔を免疫し、その家兔から抽出したI-RNAと正常ラットの脾、リンパ節細胞をincubate後正常ラットに移譲し、YSを移植してその抗腫瘍性効果をみた結果である。I-RNA感作脾細胞およびI-RNA感作リンパ節細胞だけが有効で、正常家兔の脾RNAや、正常ラット脾で免疫した家兔の脾RNAで感作した脾、リンパ節細胞は無効であった。以上の結果は臨床応用の可能性を示すもので、先ず人癌を用いてI-RNAを作製した。即ち、手術時摘出した癌組織から癌細胞浮遊液を作り、これとCFAを抗原として家兔を免疫、その脾、リンパ節等からRNAを抽出しこのI-RNAと患者自身のリンパ球あるいは血液型の同じ人のリンパ球とをincubateし、I-RNA感作リンパ球とした。先づ共同研究者の町田が樹立した人直腸癌細胞S-7612、人肺癌細胞K-7610で作ったI-RNAで感作したリンパ球のin vitroでの殺細胞性効果を見ると、いずれも正常リンパ球に比し高い殺細胞性効果を示すが、直腸癌S-7512由来のRNA感作リンパ球は肺癌細胞K-7610には無効で、K-7610由来のRNA感作リンパ球はS-7512に無効であり、又、非癌細胞SF(S-7512由来患者の線維芽細胞)には殺細胞性を示さなかった(表3)。

表3 人癌培養細胞に対するRNA感作リンパ球の殺細胞性効果

標的細胞	K-7610免疫RNA感作リンパ球	S-7512免疫RNA感作リンパ球	正常リンパ球
肺癌培養細胞(K-7610)	52.8%*	23.4%	18.2%
直腸癌培養細胞(S-7512)	18.5%	59.6%	24.0%
Fibroblast(S-F)	7.1%	12.9%	18.7%

$$\text{*減少率} = \frac{\text{標的細胞数} - (\text{標的細胞数} + \text{リンパ球})}{\text{標的細胞数}} \times 100$$

このように異種動物から作ったI-RNAを臨床応用するためには、その毒性をチェックする不可欠で、先ず人癌免疫RNAの生物、物理化学的性状を検討後、発熱試験、急性、亜急性毒性試験、アレルギー試験等を施行したが全て陰性でI-RNAの安全性が確認された。以上の結果に基づいて臨床応用は1971年から、胃癌で術後再発の可能性が大きい非治癒切除例を対象に始めら

れた。図5は1980年までに弘前大学第1外科入院の胃癌症例の手術成績を示し、この内手術直接死を除いた55例の非治療切除例が本法の治療対象である。但し、本免疫療法は種々の制約があり、randomized studyはしていない。その5生率をみると、I-RNAによる免疫療法群で22%、非併用群で3%である。詳細は省略するが、両群間の臨床病理学的な背景因子には差がなかった(図6)。

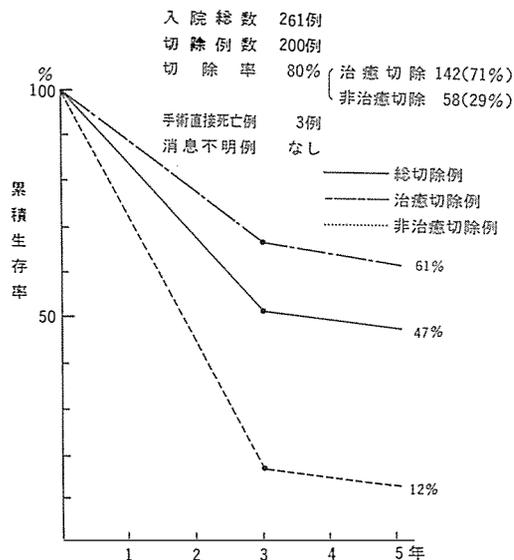


図5 教室における胃癌の術後成績(1971~1979年)

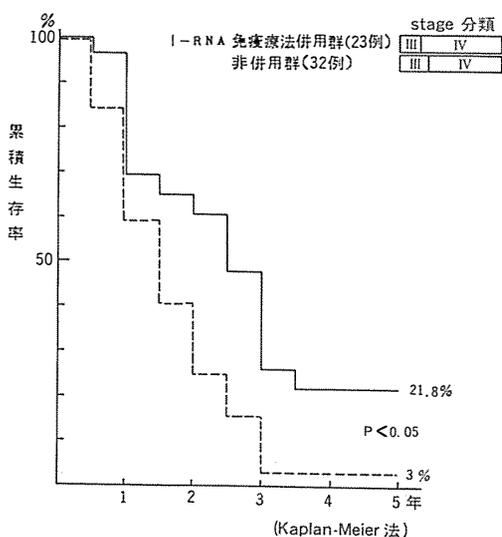


図6 胃癌非治癒切除の遠隔成績(1971~1979年)

基礎研究と臨床研究

又、第1外科入院の食道癌は166例であるが、進行癌が多く、切除率は48%に過ぎない。然もその70%はstage III, IVの進行癌でその5生率は17%となる(図7)。1972年以来、進行食道癌の術後にもI-RNAによる免疫療法を試みて来た。その遠隔成績をみると、免療群で28%、非併用群で0%となる(図8)。ここで両群の間にかかる生存率の有意差をもたらした背景因子を探るため、retrospectiveに種々の角度から比較検討した。先づ両群間の癌占居部位、X線所見、切除標本の肉眼所見等を比較しても腫瘍の大きさ、

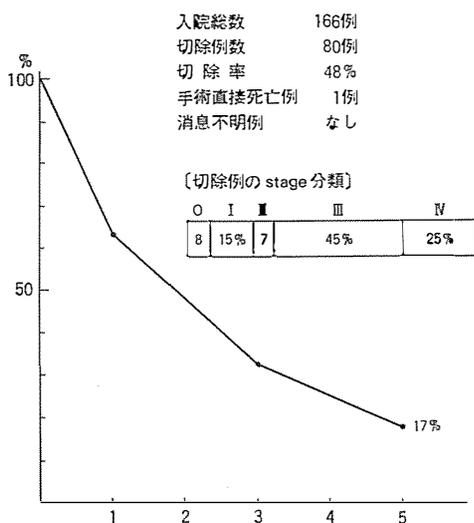


図7 教室における食道癌の術後遠隔成績

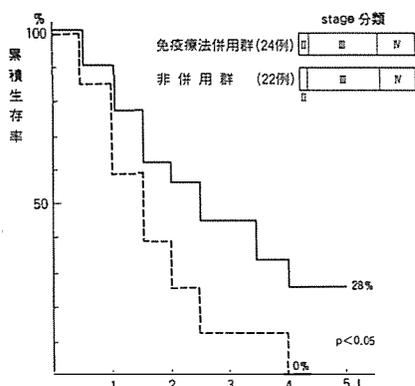


図8 stage II, III, IVにおけるI-RNA免疫療法併用群と非併用群の遠隔成績 (1972年~1985年12月)

形態等殆んど差がない(図9)。又、両群の病理学的所見を比較していても、癌の外膜浸潤程度(a因子)、リンパ節転移の程度(n因子)等、各項目別にみても免療群の高分化型がやや多い他、両群間に殆んど差がない(図10)。

項目	I-RNA免・療併用群 50%	非併用群 50%
占居部位	Ce 8%	4%
	Iu 8%	8%
	Im 41%	42%
	Ei 40%	42%
	Ea 11%	4%
X線所見	表在型 0%	0%
	腫瘍型 4%	5%
	鑷齒型 25%	23%
	漏斗型 17%	14%
	らせん型 54%	59%
肉眼的所見	< 3 cm 0%	5%
	3~6 cm 42%	50%
	6~9 cm 50%	40%
	> 9 cm 8%	5%
	隆起型 23%	16%
表層型 9%	16%	
潰瘍型 68%	68%	
肉眼的所見	境界明瞭型 47%	52%
	中間型 33%	29%
	不明瞭型 20%	19%
	最大長径 44 ± 12mm	41 ± 14mm
	横径 33 ± 13	29 ± 8
P 35 ± 11mm	30 ± 12mm	
D 57 ± 25	68 ± 28	

図9 食道癌の両群における癌占居部位、X線所見および肉眼的所見

項目	I-RNA免・療併用群 50%	非併用群 50%
a因子	a ₀ 4%	10%
	a ₁ 25%	18%
	a ₂ 54%	45%
	a ₃ 17%	27%
n因子	n ₀ 44%	48%
	n ₁ 16%	13%
	n ₂ 24%	23%
	n ₃ 8%	13%
PI因子	PI ₀ 100%	100%
	PI ₁ 0%	0%
M因子	m ₀ 96%	100%
	m ₁ 4%	0%
組織学タイプ	高分化型 53%	39%
	中+ 30%	29%
	低+ 13%	29%
	その他 4%	3%
I-N-F	α 6%	4%
	β 31%	29%
	γ 63%	67%
ly	(-) 54%	50%
	(+) 46%	50%
v	(-) 75%	78%
	(+) 25%	22%

図10 食道癌の両群における病理組織学的所見

食道癌では術前照射を始め、術後も種々の合併療法が行われるが、I-RNA療法以外の合併療法の頻度をみても両群間に殆んど差がない。術前照射の照射効果もEf 3はI-RNA療法群で7%、非併用群で11%に過ぎず、大差ない(図11)。近年、癌患者の免疫応答能と癌の進行度あるいは予後との関連性が色々論じられるようになった。図12は両群の入院時における各種リンパ球活性を比較したものであるが、PHA幼若化率で非併用群が若干高い他、両群間に殆んど差がない。又、その詳細は省略するが、我々は癌の特異的免疫能を知る一指標として、白血球遊走阻止試験(LMI)、白血球粘着阻止試験(LAI)を施行しているが、それぞれの陽性率も両群間に殆んど差がない。即ち、I-RNA療法群で有意に高い生存率を示したのは、非併用群との間の背景因子の差によるものではない事が明らかとなった。さて、在外研究員としてUCSD留学中の基礎研究の成績を示すと、BALB/Cマウスとその大腸

癌CT-26を用い、I-RNA感作脾細胞のin vitroでの抗腫瘍効果を確めた後、in vivoでI-RNAと脾細胞の他、3M KClの抽出癌抗原を併用する事により、establishedの腫瘍でも、その有効性が認められ、現在は、転移、再発例でもI-RNA感作リンパ球の他、自家癌抗原の併用も試みている。以下、これらの治療による長期生存例や興味ある症例について5例を呈示した(略)。それにつけても、Paramedicalの進歩が臨床研究に大きな影響を及ぼす。本療法が開始された1970年代初めはヘマセルによる赤沈促進法と云う誠に原始的な方法で白血球を分離し、I-RNA感作リンパ球を調整していたが、1978年にはHemonetex、1982年にはIBM2997型の血液成分の自動分離装置が設置され、リンパ球の採取は飛躍的に進歩した。最近では遺伝子工学等の進歩により大量生産が可能となったInterferonやIL-2等の併用でI-RNA療法がより強力な免疫療法となり得るか否かについても検討しつつある。以上述べた一連の研究は基礎研究と臨床的研究が比較的良く噛み合い、step by stepで発展して来たものの一つと云えよう。然し、次の人工食道に関する研究はその逆の例として呈示する。

4. 体内人工食道の移植に関する研究¹²⁾

本研究は食道癌手術の簡素化と手術浸襲の縮小化を目指して始められた。云うまでもなく、人工材料を体内に移植する場合、その材質に毒性、抗原性、発癌性等のない事が必須条件となり、このような材質自体に関わる研究は我々臨床医の域を遙かに越えたものであり、理工学系の研究者の研究成果を期待する以外ない。

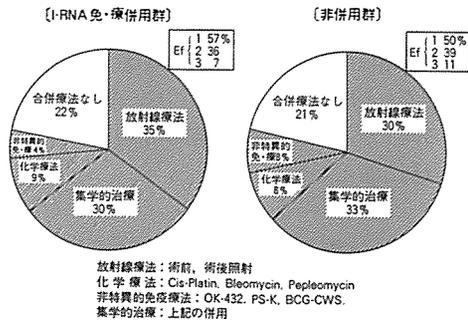


図11 両群における合併療法の頻度

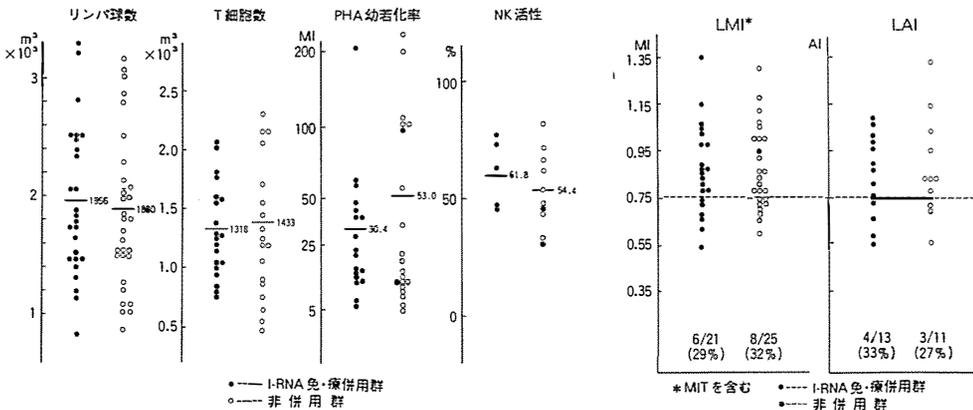


図12 両群におけるリンパ球活性, LMI, および LAI の比較 (入院時)

先づ体内移植の諸条件を殆んど満たすものとして開発された富士高分子工業社製のファイコンを原材料とし、吻合法を検討するため3種類の人工食道を試作した。研究は犬を用いて行われ、開胸後胸腔内食道を部分切除、その欠損部に人工食道を端々吻合で移植した。その結果、3種類の吻合法別では殆んど差がなく、1年以上の長期生存犬は16匹中7匹、44%の成功率であった。早期死亡例の死因の殆んどは人工食道吻合部の縫合不全による膿胸であった。長期生存犬は最長7年2カ月まで経過観察、何ら異常なく元気に生存したのを確認後、sacrificeし、人工食道移植部の所見を肉眼的並びに顕微鏡学的に観察した(図13)。

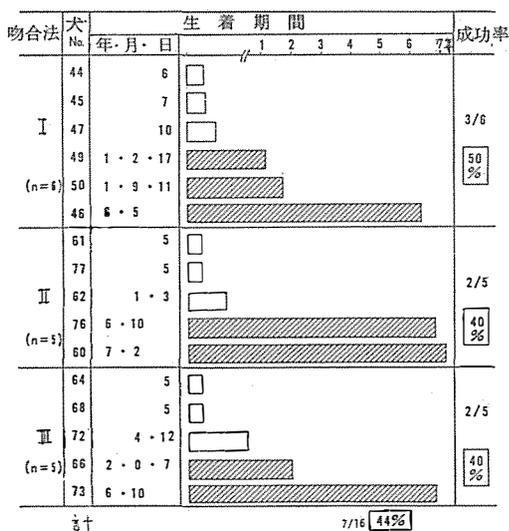
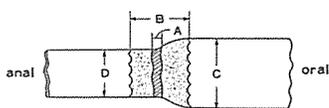


図13 胸腔内人工食道移植の吻合法別にみた成功率



犬 No.	吻合法	生存期間	びん	潰瘍	A	B	C	D	Sp. x m	成功率	脱落
48	重積	1年2カ月	-	+	7mm	40mm	58mm	45mm	29%		○
50	"	1年8月	+	+	10	55	65	50	30		○
76	全層	6年10月	-	+	6	38	50	42	33		○
80	"	7年2月	-	+	8	42	80	50	60		○
73	2層	6年10月	-	+	8	44	52	40	30		○
平均					8	42	62	45	36		

図14 人工食道移植後長期生存犬の剖検所見

なお人工食道は通常、術後3カ月頃までは生着状態も良く保たれるが、X線透視で見ると人工食道の外側を造影剤が薄く流れるようになり、かかる所見が出ると人工食道は早晚、嘔吐等により自然排出される。図13は長期生存犬の食道所見をまとめたもので、人工食道縫着部は線状の癒着形成を認める以外は正常の食道粘膜よりなり、癒着部の口側はやや拡張しているが、組織所見をみると、内面は粘膜上皮で完全に覆われ、両端からは筋層が延びて来ており、食道腺の形成も認められる。炎症性の変化は全く認められなかった(図14)。以上の結果から、44%と云う低い成功率を高める事が出来れば臨床応用も可能となる事が示唆された。その目的で新たに東レ中央研究所の試作品で、polyurethaneの内面に親水性 polymer を代用粘膜として貼りつけ、外面を、polyethylen mesh で被覆したものや、京・セラバイオセラム開発部で試作して頂いたものをDacron mesh で被覆したもの等を追試してみたが、その実験成績は前者で17例中9例(53%)、後者では14%の成功率より得られなかった(表4a,b)。以上の成績は長期生着さえ得られれば、充分臨床応用が可能である事は確かめられたものの、最も基本的な生着率の向上が未だ低いため臨床応用が出来ずにいる典型的な例と言えよう。

表4-a 東レ・製人工食道の胸部食道への移植成績

No.	材質	型	生存期間	死因	成着率	移植片の残存	
1	ウレタン+ヒドロ	内筒重積	44日	下痢	6/10	+	
2	"	端端2層	2カ月	解剖		+	
4	"	内筒重積	5・1カ月	"		+	
5	"	"	6カ月	"		+	
7	"	端端2層	5・2カ月	大動脈破裂		+	
8	"	端端1層	3・7カ月	栄養不良		60%	+
9	"	内筒重積	2・5カ月	膿胸		+	
11	"	端端2層	10日	縫合不全		+	
13	"	端端1層	7日	"		+	
21	"	内筒重積	4日	"		+	
3	ウレタン	端端1層	7・2カ月	解剖	3/7	+	
6	"	端端2層	1日	不明		+	
10	"	端端1層	2日	窒息死		43%	+
12	"	内筒重積	14日	縫合不全		+	
14	"	"	2カ月	解剖		+	
23	"	端端1層	1・2カ月	膿胸		+	
24	"	内筒重積	3カ月	縦隔炎		+	
計					9/17 (53%)		

表4-b 京・セラ製 アルミナセラミック H・D型人工食道の移植成績

成着率 1/7 14%

5. 癌患者の心理反応と免疫応答能

最後に極く最近開始され、看護研究と関わりを持つ研究について述べる。近年欧米において癌患者の癌に対する心理反応と予後との関連性を論じた文献が散見されるようになった。その一つとして New England Journal of Medicine に Greer らの報告したものを紹介する。それによると、stage I, II の乳癌患者で単純乳房切断術後、Hamilton rating scale, Cain & Foulds の hostility test, Eysenk personality inventory 等の心理テストを用い、各患者の自己癌に対する心理反応を表5のように4型に分類し、5年後の生存率をみた所、拒否群および積極的に闘う群では癌死したのはそれぞれ1例のみであったが、静かに受容する群、無力的・絶望的群では高い癌死率をみたと云う。我々の中枢神経系機能において、例えば自律神経調節機構における Catecholamine や Vasopressin 等、生理活性物質の関与が解明されつつあるものもあるが、精神活動を左右する生理活性物質については依然殆んど不明である。そこで客観的指標と成りうるものの一つとして癌患者の各種免疫応答能を入院時に測定し、これと癌患者の入院時の心理的背景因子との関連性を観察する

表5 乳癌患者の心理反応と術後5年の遠隔成績 (Stage I, II)

手術後3ヶ月目の 精神反応	5年後の結果			計
	生存 再発なし (n=28)	生存 再発あり (n=13)	死亡 (n=16)	
拒否	7	2	1	10
積極的に闘う	8	1	1	10
静か(ストイック) に受容	12	10	10	32
無力的、絶望的	1	-	4	5

(S.Greer, et al)

拒否 (Denial) :

自己疾患を悪性のものと認めない。手術は予防処置で行われたものと信じ、自己疾患についての話題を避ける。

積極的に闘う (Fighting spirit) :

高度な楽観性。乳癌についての情報を集め、癌征服に向けた生活設計。沈んだ様子は見せない。

静かに受容 (Stoic acceptance) :

自己疾患に無とん着、症状の無い限り質問もなく、常に平静。

無力的、絶望的 (Feelings of helplessness/hopelessness) :

自己疾患の診断に覆没、死への恐怖感大、全ての希望を捨てたような言動。

ことにした。特に最近定量的測定が可能となったリンパ球のsubsetをLeuシリーズの Monoclonal 抗体と FACSを用い測定した。心理テストとしては現在広く用いられている矢田部-Gilford 性格試験 (Y-Gテスト), Cornel Medical Index (CMI) テスト, および Manifest Anxiety Scale (MAS) テストを用いた (表6)。

表6. 免疫学的検査項目および心理反応テストの種類
免疫応答能

(リンパ球活性)

リンパ球数

PHA幼若化率

リンパ球サブセットの解析

1. 使用モノクローナル抗体

{ Leu-4, Leu-2a, Leu-3a
(Becton Dickinson社)
B1 (Coulter社)

2. FACS-analyzerにより解析

Monoclonal antibody	Predominant reactivity
Leu-4	T cell
Leu-2a	suppressor/killer T
Leu-3a	helper/inducer T
B1	B cell

NK細胞

(血清学的所見)

Ig G A M

IAP

CEA

(皮内反応)

ツ反

PHA

Su Ps

心理テスト

Y-Gテスト

CMIテスト

MASテスト

未だ始めたばかりで検索対象は各種癌患者53例 (表7) で、Y-Gテストの型分類に見られる如く、心理テ

トの面でも大きい片寄りがみられる(表8)。先ずY-Gテストで癌患者を情緒安定・社会適応群と情緒不安定・社会不適応群の2群に大別して各種免疫能と比較してみると、T細胞数は前者で低く、特にHelper/InducerT細胞の較差が著明であった。然しその他の免疫能では殆んど差がない(図15)。

表8 Y-Gテストによる性格特性

A型 (Average type) 平均型	16例
B型 (Blast type) 不安定, 不適応 積極型	6
C型 (Calm type) 安定, 適応 消極型	6
D型 (Director type) 安定, 積極型	22
E型 (Eccentric type) 不安定, 不適応 消極型	3

表7 心理テストの検索対象

	男性	女性	計
肺 癌	5例	例	5例
食 道 癌	2		2
胃 癌	5	5	10
肝・胆・膵癌	3	2	5
大 腸 癌	10	14	24
乳 癌		6	6
甲 状 腺 癌		1	1
計	25	28	53

- 情緒安定, 社会適応 (ACD) : n = 44
- 情緒不安定, 社会不適応 (BE) : n = 9

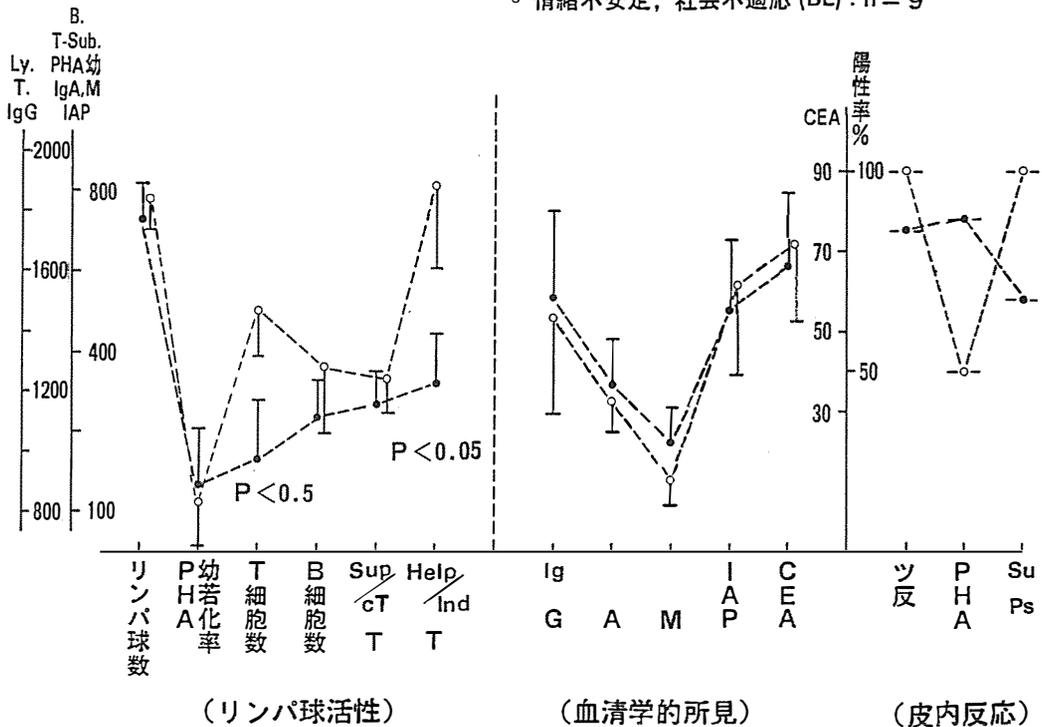


図15 癌患者のY-Gテストと免疫能

表9 癌患者のMASテストと免疫能

Group1: 低不安群 (13点以下), n = 4
 Group2: 中不安群 (14~29点), n = 38
 Group3: 高不安群 (30点以上), n = 11

Group	Ly.	PHA 幼若化	T- cell	B- cell	Sup cT	Help Ind	NK 活性	Ig G	A	M	CEA	IAP	陽性率 (ツ反PHA Su-Ps)
1	1703 ± 424	80	1151 ± 304	203	169 ± 304	284	22	1367 ± 223	283 ± 62	168 ± 54	114 ± 117	525 ± 257	91% 75 88
2	1886 ± 623	179 ± 81	1141 ± 546	279 ± 164	301 ± 164	446 ± 409	32 ± 9	1416 ± 375	308 ± 104	149 ± 87	43 ± 107	553 ± 373	71% 70 58
3	1564 ± 508	102 ± 83	786 ± 380	244 ± 198	168 ± 91	267 ± 140	25 ± 11	1485 ± 431	302 ± 97	135 ± 61	6 ± 10	525 ± 233	100% 100 100
			1, 2-3 P<0.25		2-3 P<0.25								

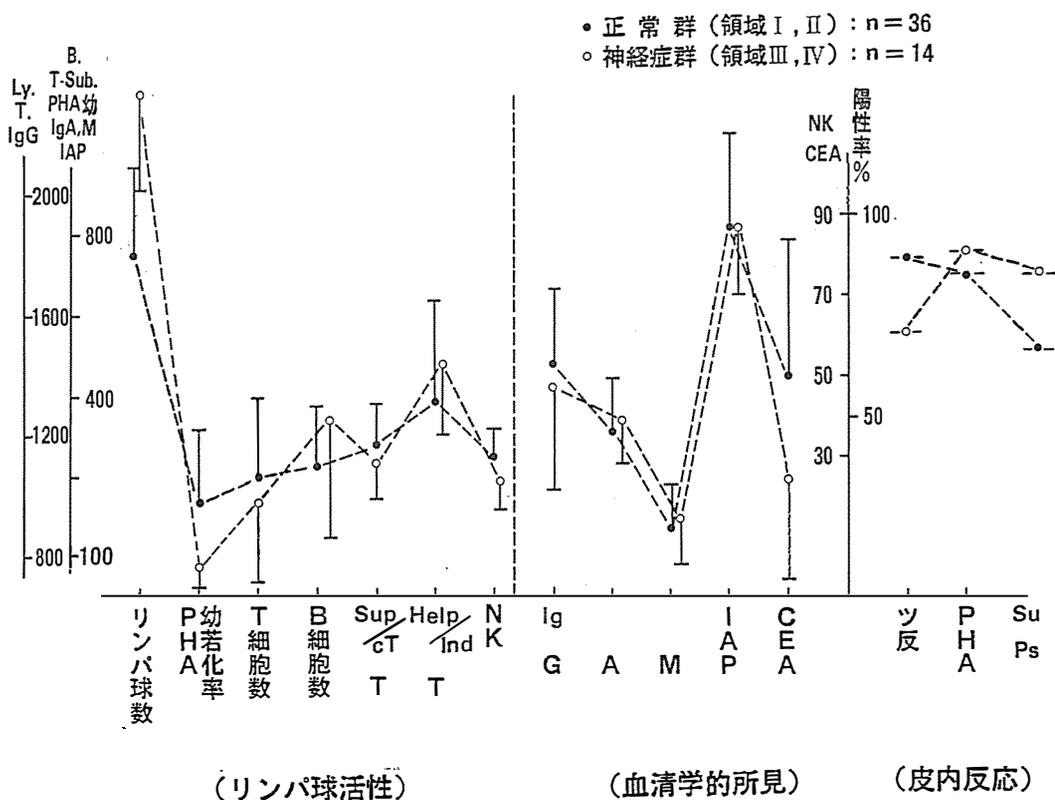


図16 癌患者のCMIテストと免疫能

次にCMIテストで癌患者を領域Ⅰ・Ⅱの正常群、領域Ⅲ・Ⅳの神経症群に2分して各種免疫能との関連性をみたが、ここでは両群間に有意差を認めない(図16)。MASテストで癌患者を3つのgroupに分けてみると、T細胞は高不安群で低い傾向にあり、supressor/cytotoxic killerT細胞は中不安群と高不安群の間に較差を認めたが、他の免疫能では大差ない(表9)。申すまでもなく、リンパ球のsubsetは癌腫によっても差があり、手術侵襲等によっても大きく影響される事も我々は認めている。従ってこれらの研究は今後症例数の増加や、検索時期をより細分化する事等により、より詳細な検討が可能となるものと考えている。以上、私が従事して来た自験研究のささやかな成績の大略を述べたが、一臨床医としてあくまで臨床応用を目指して進めた基礎研究も、臨床応用が可能となったものは極く一部に過ぎない。然し、臨床研究には基礎研究が不可欠のものであり、その地道な努力なしには臨床応用は不可能であると言う極めて常識的な結論となった。又、ここで自験研究を省みる時、石川名誉教授、鯉江教授始め、弘前大学第1外科の諸先輩の絶ゆまぬ御指導、御鞭撻、協同研究者の諸兄、学内の各教室、市内国・公立病院外科、各社の研究機関およびUCSD Surgical Oncologyの諸先生、Laborant、更には古くからの友人等の暖かい御協力、御援助なくしては到底遂行出来なかったものであり、この機会をお借りし、深甚の謝意を表する次第である。又、司会の労をお取り頂いた伊藤前会長に厚くお礼申し上げる次第である。

文 献

- 1) Studies on the estimation of cancer cells in blood by acridine orange fluorescence microscope method. M.Fukushima,et al. Tohoku J. exp. Med. 77: 164, 1962.
- 2) 血中癌細胞に関する研究。福島松郎 弘前医学19: 1, 1967
- 3) A study on the sensitivity test of cancer cells to anticancer drugs. M.Fukushima,et al. Tohoku J. exp. Med. 89: 251, 1966
- 4) Immunological response of splenic subcellular fraction obtained from induced Yoshida sarcoma-resistant animals. M. Fukushi-

- ma,et al. Tohoku J. exp. Med. 99:247, 1969
- 5) Passive transfer of the resistance to tumor with RNA. M.Fukushima,et al. Tohoku J. exp. Med. 112, 155, 1974.
- 6) Immunological responsiveness and adjunct immunotherapy in lung cancer. M.Fukushima,et al. Jap. J. Surg. 8: 300, 1978
- 7) Experimental and clinical studies on toxicity of xenogeneic tumor-specific immune ribonucleic acid. M.Fukushima,et al. Tohoku J.exp.Med. 128, 285,1979.
- 8) Antitumor effect of allogeneic lymphocytes sensitized with tumor-specific immune RNA on human cancer cells. M.Fukushima,et al. cell. Molecul.biolog. 25: 39, 1979.
- 9) Specific immunotherapy for non-curatively resected gastric cancer Y.Ishikawa, et al. Jap. J. Surg. 9, 180, 1979.
- 10) Immunotherapy of a murine colon cancer with syngeneic spleen cells,immune RNA and tumor antigen. M.Fukushima,et al. Int. J. Cancer 29: 107, 1982.
- 11) Antitumor effect of syngeneic spleen cells treated with immune RNA and tumor antigen. M.Fukushima,et al. Int. J. Cancer 29: 113, 1982
- 12) Seven-year follow-up study after the replacement of the esophagus with an artificial esophagus in the dog. M.Fukushima,et al. Surgery 70: 70, 1983

◆招聘講演◆

TECHNIQUES FOR TEACHING NURSING RESEARCH IN AMERICA

Assistant Director Nursing Research Education and Quality Assurance.

Elizabeth A. Mottet, R. N., M. S.

Univ of California, Medical Center, San Diego.

TECHNIQUES FOR TEACHING NURSING RESEARCH IN AMERICA

Good Afternoon. I am honored to be here today to talk to the Japanese Society of Nursing Research. I am especially happy to return to Japan after being away for 25 years. I lived here as a child from 1950 - 1953 and from 1957 - 1961. I have many fond memories of the time I spent growing up in Japan. My husband and I want to thank you or your warm hospitality. Dr. Fukushima, please accept my gratitude for the fine arrangements you have made for our stay here.

I am speaking today on "Techniques for Teaching Nursing Research in America." I will first speak on teaching nursing research in schools of nursing or the academic setting. I will discuss some of the controversies that exist and elaborate on methods used in some schools of nursing.

Secondarily I will describe how nursing research is taught and supported in the clinical setting. It will also be helpful for you to hear some information about "patient rights" in the United States and the affect on research projects.

In the past, research has been introduced at the master of science level and emphasized at the doctoral level. Nurses who graduated from a baccalaureate of science program received very little information on research. This has changed dramatically over the last several

years. Hesook kim reports in the Journal of Continuing Education that the last decade with its advancing technology and expansion of knowledge is marked by the incorporation of a scientist role into the view of the nurse and therefore the required preparation of the nurse for that role. The National League for Nursing advanced the idea in 1972 and reaffirmed it in 1977 that all types of nursing programs should provide opportunities for students to learn to interpret research, understand its methods and significance, assess its findings, and adopt those research findings which have value. In 1979, a statement describing the characteristics of baccalaureate nursing education was adopted. The statement supported requiring educational programs to provide opportunities for students to acquire ability to evaluate current nursing practice and to try new approaches. It also stated that students should have an understanding of research process and its contribution to nursing practice. The impetus for change is significantly enhanced when the standard setting organization for academic nursing makes clear its position that the research process and its contribution to nursing should be an integral part of the curriculum at the baccalaureate level of nursing education.

Now that the expectation of including research is clear, how have nursing schools responded to the task of incorporating research

TECHNIQUES FOR TEACHING NURSING

into the curriculum? Carnegie summarized in her editorial in Nursing Research 1978 that the diversity represented in formal courses at the baccalaureate level ranged from the basics of nursing research to the provision of opportunities for students to participate in various stages of the research process. Faculty may set up classes that provide the knowledge and skills to conduct certain types of research or may provide classes that focus only on the development of problem-solving skills and competency in reading research reports. Interpretation of how and what to teach nurses at the baccalaureate level is varied.

Oldfield and Duffy in the Journal of Advanced Nursing 1984 describes three major ways that baccalaureate nursing students learn research. Nurses can "learn by doing" by having students do an actual research study. Nurses can "learn by proposing to do" by having students write a research proposal but not be required to collect, analyze or report the findings. Nurses may "learn by critiquing" by having students read critically several research articles and as a final assignment produce a scientific literature review on a topic of their choice.

Teaching techniques for "learning by doing" include lectures, textbooks, and assignments directed toward teaching a student how to do a research study.

表 1, 2

- LEARN BY DOING
- PROBLEM STATEMENT
- LITERATURE REVIEW
- WRITTEN PROPOSAL
- DATA COLLECTION
- DATA ANALYSIS
- FINAL REPORT

STUDENT OUTCOMES

- ENTHUSIASM
- INCREASE CONFIDENCE
- APPRECIATES COMPLEXITY
- INCREASED INTEREST

The student must develop a problem statement, review the pertinent literature in the selected area, write a research proposal for faculty approval, collect data, analyze it, and write a final report of the findings. Oldfield and Duffey noted in a survey of the literature in 1984 that 7 of 11 programs discussed in the survey used this approach solely or in combination with other methods. In the authors opinions students learn a limited amount about research. The studies often suffer by being trivial, poorly designed and poorly executed.

Human subject review committees or institutional review boards play an important part in research in the United States.

表 3

HUMAN SUBJECTS REVIEW

- PROTECT
- REVIEW
- EDUCATE
- APPROVE

These committees are designed to protect patients and employees. The main functions of the review board are to review proposals, educate investigators, and identify potential problems in human subjects research. Concerns such as invasion of privacy, potential risks versus potential benefits, the cost to the patient or institution are subjects discussed by the committee. The student must obtain approval through these committees and agencies. Some review boards are more rigorous than others. The approval process can take several months in some cases. For undergraduates this may

TECHNIQUES FOR TEACHING NURSING RESEARCH IN AMERICA

prohibit beginning data collection till after the research course is completed. The time constraints and workload can dampen the students interest in research. However, for those highly interested in research or a particular area of study this method of learning can be very rewarding.

“ Learning byproposing to do” is usually taught using lectures, textbooks and assignments directed toward teaching the student how to do research, however the student only reaches the proposal stage.

表4,5

LEARNING BY PROPOSING TO DO

- PROBLEM STATEMENT
- LITERATURE REVIEW
- WRITTEN PROPOSAL

STUDENT OUTCOMES

IMPROVED ATTITUDE TOWARD
RESEARCH

INCREASED COMFORT WITH RESEARCH
TERMINOLOGY

VOLUNTARY IMPLEMENTATION OF
RESEARCH

VOLUNTARY READING OF
RESEARCH

In Oldfield's study 5 of 11 programs used this approach alone or in combination with another method. This method usually requires less student time, allowing more time for other teaching and learning activities. Research topics may be better conceived since they need not be carried out. The student, however, may never see an end result or validation of the work they have done because they may never do the research.

Those who teach research with the “learning by critiquing” method direct the lectures, readings and assignments toward teaching a student how to read and critique research art-

icles.

表6,7

LEARN BY CRITIQUING

- READ ARTICLES
- ANALYZE
- WRITE SCIENTIFIC REVIEW

STUDENT OUTCOMES

DECREASED ANXIETY ABOUT
RESEARCH

INCREASED INTEREST IN
RESEARCH

The final assignment may be the production of a scientific review in a area of the student's choosing. Six of the 11 programs from Oldfield's review used this approach, however only one used it alone.

Spector and Bleeks in 1980 described their technique for teaching research in Nursing Outlook. As teachers of medical-surgical nursing, they were dismayed by the bad attitude their senior level students had concerning research. They initiated a program for integrating research into their medical-surgical course. Using research articles for each segment of the course and identifying appropriate research questions at every opportunity, these faculty served as role models and questioned current nursing practices from a research point of view.

Attitudes about research receive significant attention at American universities. Many nurses perceive research as tedious and not relevant to practice. Faculty at schools of nursing often focus on creating a positive environment for research and give that objective a high priority in writing objectives for the courses.

Dr. Hesook Suzie Kim, Professor of Nursing, University of Rhode Island, describes another perspective on organizing knowledge, skills, and attitudes in the development of scientists. She developed a typology or organizing

TECHNIQUES FOR TEACHING NURSING RESEARCH IN AMERICA

表 8

PERSPECTIVES	BEHAVIORAL OUTCOMES
GENERAL PERSPECTIVE	<ol style="list-style-type: none"> 1. DEMONSTRATE INTELLECTUAL CURIOSITY. 2. DIFFERENTIATE TYPES OF KNOWLEDGE. 3. DIFFERENTIATE METHODOLOGIES OF KNOWLEDGE GENERATION. 4. USE INDUCTIVE AND DEDUCTIVE APPROACHES FOR PROBLEM SOLVING AND ANALYSIS OF IDEAS.

表 9

FORMAL PERSPECTIVE	BEHAVIORAL OBJECTIVES
FORMAL PERSPECTIVE	<ol style="list-style-type: none"> 1. IDENTIFY THE MAJOR ELEMENTS OF RESEARCH PROCESS AND INTERRELATIONSHIPS AMONG THE ELEMENTS. 2. DEFINE AND USE BASIS TERMINOLOGY IN RESEARCH. 3. IDENTIFY SIMPLE PROBLEMS FOR RESEARCH. 4. SELECT AND CRITICALLY REVIEW LITERATURE. 5. IDENTIFY BASIC QUALITATIVE QUANTITATIVE APPROACHES TO DATA ANALYSIS. 6. IDENTIFY IMPLICATIONS OF NURSING PRACTICE FOR NURSING RESEARCH. 7. USE NURSING PRACTICE AS A MEANS OF DATA GATHERING FOR REFINING AND EXTENDING NURSING PRACTICE.

表10

PERSPECTIVE	BEHAVIORAL OBJECTIVES
UTILITARIAN PERSPECTIVE	<ol style="list-style-type: none"> 1. READ RESEARCH REPORTS AND UNDERSTAND OVERALL MEANINGS OF REPORTS. 2. CRITICIZE RESEARCH FINDINGS WITH RESPECT TO THE MAJOR ELEMENTS OF RESEARCH PROCESS, MEANING, APPROPRIATENESS, AND VALUE. 3. IDENTIFY POTENTIAL APPLICATIONS OF RESEARCH FINDINGS IN NURSING PRACTICE.

TECHNIQUES FOR TEACHING NURSING RESEARCH IN AMERICA

framework to examine research related knowledge. The components of the body of knowledge are codified into 3 perspectives 1) the general perspective 2) the formal perspective and 3) the utilitarian perspective.

The general perspective encompasses the knowledge, skills and attitudes for developing the underlying qualities essential for using scientific approaches to problem solving. It includes logic that is involved in developing operations for solving problems, understanding of the ways knowledge is generated, and systems of thoughts and ideas.

The formal perspective refers to the knowledge, skills and attitudes related to the research process and research methods that are essential for conducting research.

It includes the content that deal with methods of scientific inquiry aimed at validations of theoretical conjectures and generalizations of the empirical world. Scientific methods in this perspective include procedures in description, explanation, validation and justification of knowledge.

The utilitarian perspective refers to the knowledge, skills and attitudes for effective utilization of research findings and for developing a competent consumer of research. It also provides the practitioner with information on how to communicate effectively in the area of research.

This typology allows the faculty to consider which emphasis and level of research training is appropriate. Behavioral outcomes can be developed using the framework. For example, the general perspective objectives could include: develop intellectual curiosity and differentiate methodologies of knowledge generation. For the formal perspective objectives could include: define and use basic terminology in research; identify basic qualitative and quantitative approaches to data analysis. For the

utilitarian perspective the objectives could include: read research reports and discuss meaning of reports.

This typology can also be used to differentiate what should be required of the nurse who goes on for graduate education at the master's degree level. There is general agreement that the study of research is essential at this level but again it can take many forms.

Dr. Mary Quayhagen, faculty advisor for nursing research at the University of San Diego states, "There is a trend away from expecting the master's student to complete a thesis as a requirement for graduation." There is increased focus on developing and completing a research project that can be published upon completion.

Scientific inquiry and full development of a chosen topic including a written master's thesis remains a popular requirement of master's level programs. In 1980, Donna Brogan, Associate Professor, Statistics and Biometry at Emory University described in The American Statistician a program of teaching and consultation in research methods and statistics for students in the master's of nursing program. The master's program at this school consisted of 4 quarters (approximately 1 year) of academic coursework, clinical practicums and research.

As a requirement of the degree, each student conducts a nursing research project and writes a master's thesis. The student attends courses on research and statistics and prepares to begin an independent research study of their choice in consultation with a faculty member. The major objectives of the 2-quarter sequence in research methods and statistics are 1) to enable each student to read and critique the nursing literature and 2) to enable each student to carry out his or her own research project.

Many nursing programs at the graduate

TECHNIQUES FOR TEACHING NURSING RESEARCH IN AMERICA

level require a statistics course prior to entry into graduate school, however, in this case the statistics course follows the research-methods course. This approach is intended to make the statistics more relevant for the student.

The two-quarter sequence is based on the conceptual framework for teaching which emphasizes that statistics and research are reasoning processes applied to some problem. The major topics in the research-methods course are:

- Definition of nursing research
- The research process and scientific method
- Selecting and stating a research problem - variables and hypotheses
- Use of statistical tests of significance
- Historical research
- Designs for descriptive research
- Designs for true experimental and quasi-experiment research-internal and external validity
- Questionnaire design and interviewing techniques
- Sampling methods
- Ethics of doing research
- Writing a research proposal
- Communicating research results
- Critiquing a research report

A favorite book for use in graduate level research courses is Polit & Hungler's Nursing Research: Principles and Methods, J. B. Lipincott Company.

The table of contents shown on the slide gives you an idea of the content students are receiving from the text. Coursework and reading is complimented by support from the faculty member during the consultation phase as the

表11

	POLIT & HUNGLER CONTENTS
	PART I. THE SCIENTIFIC RESEARCH PROCESS
	1. NURSING AND THE ROLE OF RESEARCH
	2. THE SCIENTIFIC APPROACH
	3. OVERVIEW OF THE RESEARCH PROCESS
	CONTENTS (CONTINUED)
	PART III. TYPES OF NURSING RESEARCH
	APPROACHES AND RESEARCH DESIGN CONSIDERATIONS
	CHAPTERS 8-13
	PART IV. DATA COLLECTION METH- ODOLOGY
	CHAPTERS 14-18
	CONTENTS (CONTINUED)
	PART V. MEASUREMENT AND SAM- PLING
	CHAPTERS 19-21
	PART VI. THE ANALYSIS OF RESE- ARCH DATA
	CHAPTERS 22-26
	PART VII. COMMUNICATION IN THE RESEARCH PROCESS
	CHAPTER 27

TECHNIQUES FOR TEACHING NURSING RESEARCH IN AMERICA

student proceeds with the research and the completion of the thesis.

Other techniques can be used to educate nurses in research at the master's level. One that particularly appealed to me was described by Selby in the Journal of Nursing Education. This program is called the guided design method. It is based on the theory that students learn more effectively by working through a series of well-designed problems that are relevant to real-life situations rather than by passively acquiring knowledge.

Learning occurs on three levels.

表12

3 LEVELS OF LEARNING

LEVEL	CONTENT
1	FUNDAMENTAL CONCEPTS PRINCIPLES SKILLS
2	CLOSED PROBLEM-SOLVING METHODOLOGY
3	OPEN PROBLEM-SOLVING METHODOLOGY

In the 1st level, the knowledge base is developed by learning fundamental concepts, principles and skills. An instructor-prepared study guide with exercises is supplemented with assigned reading.

In the 2nd level learning occurs on closed problems. Class discussion in conjunction with study guide exercises leads the student through problem solving methodology and opens their minds to other points of view.

At the top level, learning occurs on open-ended problems. It is guided by printed instruction-feedback material which models the step-by-step problemsolving process followed by professionals. Small group activity is used at this top level of learning. Students are guided step by step to 1) identify a researchable problem and 2) develop a research proposal

to address the identified problem in a hypothetical but reality-based clinical situation.

Learning goes from a low level to a high level. Transfer of learning occurs from the lower to higher levels as activities reinforce and clarify concepts introduced earlier. Selby measured the changes that occurred during a pilot study of this model. The study showed significant positive changes in students attitudes and knowledge at $p < .0001$. The scores were doubled between the pre and post tests. Student with previous knowledge scored better on the pre-test, however, there was no significant difference between the 2 groups of students on the post-test.

Doctoral programs in Nursing Science and nurses who have obtained Doctors of Philosophy or Doctors of Education have increased significantly in very recent times. The emphasis on research and the value of using research in clinical practice have supported opportunities for nurses with doctoral preparation. Dissertations developed from extensive (2-3 years) research are the expected outcome for these individuals.

Participation in research at the student level when one's motivation is guided by desires to complete requirements for coursework is one thing. Participation for more altruistic reasons is another. Let us turn our discussion toward the problem of supporting scientific inquiry by nurses who are busy caring for patients. Fostering research in the clinical setting is essential if the nursing profession is to fulfill its promise as a contributor to improvement of patient care.

Time, money and lack of knowledge and support from administration are barriers to performing research in the clinical setting. On the other hand, the environment provides a laboratory of incredible diversity and research pursued in this setting has immediate validity

TECHNIQUES FOR TEACHING NURSING RESEARCH IN AMERICA

for clinical practice. Creating an environment that reduces the impact of the barriers and takes advantage of the positive elements should be the goal of each nursing executive.

A program of great success was initiated at University of Arizona, University Hospital. It was described by Helen Chanca, the director of nursing at University of Arizona Hospital and by Ada Sue Hinshaw, Director of Research at the College of Nursing, University of Arizona in the Journal of Nursing Administration, 1980.

Chance and Hinshaw state, " Three critical factors facilitated the initiation of the research program: the research-oriented attitude of the nursing administrator the existence of a research environment in the nursing department, and the values and flexibility of both the hospital and the nursing department organizational structure."

表13

FACTORS AFFECTING RESEARCH PROGRAM
ATTITUDE OF NURSING ADMINISTRATOR
EXISTENCE OF RESEARCH ENVIRONMENT
FLEXIBILITY OF ORGANIZATIONAL STRUCTURE

Chance believes that accurate data is needed for decision making. The best way to provide such data is through research. The director laid the groundwork for bringing a research emphasis to the University Hospital by hiring temporary research consultants to work on specific projects. The nursing staff were involved in these projects in a variety of ways and became familiar with how research protocols were established. The experience with consultants reinforced the director's belief that research was necessary to the department.

Decentralization and redistribution of nursing management opened some positions and funds to support creation of a research

section. In addition the school of nursing agreed to fund a part-time position as a complement to the research position at the hospital. This merging of practice and education was very positive for the success of the program.

Establishment of the research section involved 3 important elements: 1) identifying aims and objectives, 2) defining the types of research programs to be conducted, 3) selecting initial research studies whose results would legitimate its existence.

To ensure its implementation and support its maintenance, the aims and objectives of the research section were taken from the broader philosophy and overall goals of the hospital. Therefore, the aims included:

1. Generation of knowledge to guide practice
2. Collaboration with clinical and administrative nursing staff in conducting research

The objectives were organized to reflect the problems and concerns of the practice setting that require systematically obtained data from objective sources. The objectives were:

1. Provide data for administrative decisions by investigating administrative factors basic to the delivery of quality nursing care.
2. Investigate clinical questions and problems confronting patients and nursing staff to provide data for clinical care decisions.
3. Initiate and foster staff involvement in the investigation of various clinical problems.
4. Evaluate the effectiveness of clinical management and staff education programs.
5. Promote application of research results to common clinical and administrative problems.

In order to legitimate the research section, the early studies were planned so that results would have implications for nursing adminis-

TECHNIQUES FOR TEACHING NURSING RESEARCH IN AMERICA

tration, clinical staff and hospital administration. For example, administrative decisions about continuing an all-RN staffing pattern were based on data from a study organized by the research section. Answering the questions of the involved groups and redefining what research could and could not do took many hours of discussion during the early state of implementation.

Placement of the research director in the organization hierarchy indicates its recognition and legitimation by the nursing director. It also clearly identifies the communication lines and the lines of accountability. The University Hospital model placed the associate director of research at a level equal to the heads of the staff development and the clinical nursing sections. The associate directors report directly to the nursing director.

Feedback channels both up and down the hierarchy are important for continued support of research. Chance and Hinshaw state, "The productivity of the section is judged in terms of ability to facilitate the major goal of the department, the continual improvement in the delivery of patient care." The contributions of a research section should be made explicit in all communication.

How to provide money for the research section was an important decision. Because the section was viewed as a long-term investment, it was to be maintained as a part of the organization as opposed to relying on transient grant monies. Though establishing its own budget would have been another method of legitimizing the section, it was decided that including it in the nursing department's general fund would allow more flexibility. The staff development fund was also used to supply resources to the research section.

Not all clinical settings have the structure or organization to support a research section.

There are other ways to foster research in a clinical setting.

Holly Skodol Wilson describes such a program in The Journal of Nursing Administration, June 1985. She writes, "Creativity, the process from which new and unique ideas emerge, is essential to worthwhile nursing research." Because of the demands of managing the nursing division of a hospital, nursing executives can be in the position of inhibiting creativity and innovation. Wilson suggests several techniques for supporting research.

1. Develop several long term research goals such as:
 - Increase resources available for research support, e.g. seed money, computer hardware, software, statistical consultation budget, etc.
 - Recruit new staff members who possess background in research
 - Negotiate for a seat on the Human Subjects Committee
 - Sponsor a research awards dinner
2. Establish mechanisms for communicating research-related information. For example:
 - Establish a centralized research bulletin board
 - Designate a library shelf for research journals and reference books
 - Develop a file containing application packets for grants
 - Meet over lunch with presentations on instrument development or other topics
 - Publish a column in the hospital newsletter on nursing research.
 - Organize a nursing research journal club
3. Specify research priorities in view of institutional mission, staff interest and likelihood for funding. Foster collaborative research.

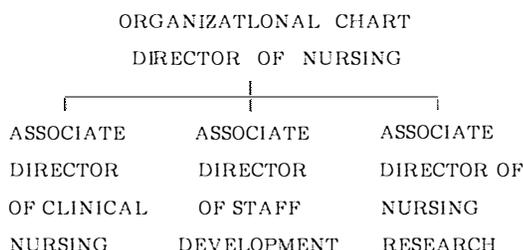
TECHNIQUES FOR TEACHING NURSING RESEARCH IN AMERICA

4. Participate in initiating research among nursing executives.

Another method for supporting research is described by Woldrum in the Journal of Continuing Education. New England Medical Center organized a research conference that brought together 3 hospitals to discuss ideas, share information and educate the conference attendees on research. Some of the presentations were reports on actual research and other presentations described were concepts and techniques for research. They found this provided the staff with increased impetus to participate in research at a variety of levels.

Marchette in the Journal of Nursing Administration March 1985, discusses the position of research in the hospital hierarchy. She agrees with Chance and Hinshaw that the person designated as responsible for developing and implementing a research program should report to the Director of Nursing so that the lines of communication and the lines of influence are direct.

表14



Marchette also formulates some questions to ask when research is suggested by clinical practitioners. The questions relate to the feasibility and productivity of the proposed research:

- Can it be completed?
- Can it be funded?
- Is there administrative support?
- Can variables be controlled?

Are the skills and commitment there to perform the research?

Can approval be obtained?

These questions are not intended to create barriers for the new researcher but are intended to enhance the success of the project. It is helpful to have some relatively positive experiences as individuals become participants in research. Also the nurse scientist must answer these questions as part of acquiring the discipline to become a good researcher.

Finally let me describe the program for supporting research at UCSD Medical Center. The position of director of research has been combined with the director of education and quality assurance. The director carries the title of Assistant Director of Patient Care Services, Director of Nursing Research, Education and Quality Assurance. She reports directly to the Director of Patient Care Services who is also the Director of Nursing.

Originally, the research director functioned independently, however, economics and budget constraints caused the combining of three departments under one administrative leader. This necessitates some reduction in the emphasis on nursing research, but allows an excellent collaboration between those involved in education and those involved in quality assurance. Evaluation studies in quality assurance have generated research projects. The results of these projects increases knowledge of how to improve the quality of care. The results have also been helpful in identifying areas needing inservice and continuing education.

Coordinated nursing research efforts began with the objectives of increasing the knowledge of basic research principles and providing a supportive environment for learning research by doing it. A research committee was initiated. Membership was open to all clinical and administrative nurses. The chair of the

TECHNIQUES FOR TEACHING NURSING RESEARCH IN AMERICA

committee was the director of nursing research who also solicited the involvement of nurses who were prepared at the master's level and were employed in clinical nurse specialists roles. Participating in nursing research was an expectation of their positions at the medical center.

Initially the committee selected a research project on which to work together various aspects of the project such as literature review, funding, data processing support, definition of terms, questionnaire development were divided up amongst the group. The committee met monthly and as necessary to complete the research. The director of research provided guidance throughout the process.

In addition to the research committee, a formal class in research was presented, again open to all nurses at the medical center. The course was a 2 hour class meeting once a week for 12 weeks. The objectives involved learning how to define a research project and to select appropriate methods for carrying it to completion.

表15

INTRODUCTION TO NURSING RESEARCH COURSE OBJECTIVES :

1. REVIEW THE BASIC STEPS IN THE RESEARCH PROCESS,
2. STATE A RESEARCH PROBLEM AND LIST ONE QUESTION TO BE ANSWERED BY THE RESEARCH,
3. EVALUATE PERTINENT LITERATURE FOR ITS RELEVANCE IN DEVELOPING A RESEARCH PROBLEM,
4. DISCUSS THE DIFFERENCES BETWEEN NOMINAL, ORDINAL, INTERVAL AND RATIO DATA,

INTRODUCTION TO NURSING RESEARCH COURSE OBJECTIVES :

(CONTINUED)

5. DEFINE THE TERMS INDEPENDENT AND DEPENDENT VARIABLE,
6. OUTLINE A METHOD FOR STUDYING THE PROBLEM,
7. EVALUATE IN-PROGRESS AND COMPLETED STUDIES,
8. IDENTIFY THE ETHICAL ISSUES INVOLVED IN THE CONDUCT OF RESEARCH.

The participants were required to write a critical analysis of a research article and to write a research proposal.

As the nursing staff interested in research have become more knowledgeable through course-work on research and the work of the research committee, interest in individual research has grown. The committee has completed its project and the members feel better prepared for beginning their own research. The committee purpose has shifted from group project to educational and individual support.

The committee now meets once a month for educational and consultative purposes. That is, information on a research topic is presented or the group consults with one another on their own research projects. For example, the members might be interested in having their peers review a research questionnaire which they have devised or ask if anyone is aware of additional literature resources.

To add to the purpose and direction of group. Two local research seminars have been targeted as excellent opportunities for presenting beginning research. One seminar occurs in October of each year and is held in the Los Angeles area about 120 miles north of San Diego. The other seminar is the UCSD Research Symposium established November of 1982

TECHNIQUES FOR TEACHING NURSING RESEARCH IN AMERICA

and held annually since then. Researchers can present at both of these conferences. Again, the research director is available for guidance with each person's project.

We have found this system very helpful in supporting research in the clinical setting. Key elements include the support of the director of nursing and a person knowledgeable in research methodology. That person must also be able to share that knowledge and be available to provide support to others.

This is an exciting time for nursing. Many challenges exist. Nurses must find a way to incorporate research into their daily thought patterns. Clinical and academic settings have the responsibility of providing the support, environment and preparation to meet the challenges. Additional support systems are increasing every year. Mosby company has created computer software that teaches basic nursing research concepts and methodology. Nursing organizations such as Sigma Theta Tau and the American Nursing Diagnosis Association are actively supporting nursing research.

There are many paths to take and the journey is never complete. A telling quotation from a writer in the last century stated, "In research the horizon recedes as we advance, and is no nearer at sixty than it was at twenty. As the power of endurance weakens with age, the urgency of the pursuit grows more intense. And research is always incomplete." I hope that the techniques for teaching I have described will assist you in continuing the journey of advancing nursing research in your lovely land.

- References -

- Akinsanya, J. (1984) . "Learning About Nursing Research, Nursing Times, Aug. 29 Sept. 4, **80** (35) : 59-61.
- Artinian, B. M. (1985) . "Guiding Students in Theory Development Through Conceptual Mapping," Journal of Nursing Education, **24** (4) : 156-158.
- Brogan, D. (1980) . "A Program of Teaching and Consultation in Research Methods and Statistics for Graduate Students in Nursing," The American Statistician, **34** (1) : 26-33.
- Carnegie, E. (1978) . "Quo Vadis? Nursing Research, **27**, 277-278.
- Chance, H. and Hinshaw, A. (1980) . "Strategies for Initiating a Research Program," Journal of Nursing Administration, Mar. 32-39.
- Donahue, M. P. (1985) . Nursing the Finest Art, St. Louis: Mosby.
- Kim, J. S. (1984) . "Critical Contents of Research Process for an Undergraduate Nursing Curriculum," Journal of Nursing Education, **23** (2) : 70-72.
- Larson, E. (1983) . "Combining Nursing Quality Assurance and Research Programs," Journal of Nursing Administration, **13** (11) : 32-35.
- Lowenberg, J. (1986) . Curriculum for University of San Diego Qualitative Research Course for Nurses(unpublished)
- Mackay, R. C. et. al., (1984) . " Building a Hospital Nursing Research Department," Journal of Nursing Administration, **14** (7-8) : 23-27.
- Marchette, L. (1985). " Developing a Productive Nursing Research program in a Clinical Institution," Journal of Nursing Administration, **15** (3) : 25-30.
- Niemeier, D. (1980) . Curriculum for UCSD

TECHNIQUES FOR TEACHING NURSING RESEARCH IN AMERICA

- Nursing Research Course (unpublished) .
- Overfield, T. and Duffy, M. (1984) .“Research on Teaching Research in the Baccalaureate Nursing Curriculum,” Journal of Advanced Nursing, **9** (2) : 189-196.
- Polit, D. and Hungler, B. (1983) . Nursing Research: Principles and Methods (2nd ed.) , Philadelphia: Lippincott.
- Selby, M. et. al. (1985) .“Teaching Nursing Research by Guided Design: A Pilot Study, ”Journal of Nursing Education, **24** (6) : 250-252.
- Shaffer, M. and Pfeiffer, I. (1986) .“Nursing Research ,and Patients’ Rights,” American Journal of Nursing, Jan. , 23-34.
- Wilson, H. S. (1984).“Research in Nursing Has a History,” Journal of Nursing Administration, **15** (6): 8-9.
- Woldum, K. M. et. al. (1984). Continuing Education Collaboration: Development of A Clinical Research Conference, ”Journal of Continuing Education for Nursing, **15** (6) 209-212.

“ TECHNIQUES FOR TEACHING RESEARCH IN AMERICA ”

- References -

Elizabeth A. Mottet
(continued)

- Shively, M. (1986). Curriculum for San Diego State University Nursing Research Courses (unpublished).
- Skalys, J.(1984).“Effects of an Undergraduate Research Course on Cognitive Development,” Nursing Research, **33** (5): 290-295.
- Spector, N. C. and Bleeks, S. L. (1980) “ Strategies to Improve Student’s to Research,” Nursing Outlook, **28** (5), 300-304.
- Spruck, M. (1980). “ Teaching Research at the Undergraduate Level.” Nursing Research, **29**: 257-259.
- Van Bree, N. S. (1985),“Preparing Faculty to Teach Nursing Research,” Journal of Nursing Education, **24** (2): 84-86.

◆招聘講演◆

質疑応答

内海 (千葉大学看護学部)

看護研究の指導上、最も重要な必須事項はなにか。

E. A. モテット

一つは、研究方法と統計学に精通していること、もう一つは、研究者は自分のもっているものを共有する、お互いに交換できる資質をもっていることが重要である。

中西 (日赤看護大学)

病院の中のリサーチセクションのスタッフはなん人で、年間予算はどのくらいか。

E. A. モテット

リサーチ専門は自分一人である。しかしサービス管理の人も研究ができるし、継続教育の部門の人も修士号をもっており、合計3人の研究者がいるが、研究専門は一人である。

予算はゼロである。しかしサンディエゴ・メディカルセンターでは、いろいろの教育プログラムがあり、その会費として払われたものから、統計学の人を雇ったり、コンピューターの使用費に使ったり、看護学生とデータを共有することに使っている。

看護部長は病院の管理者でもあり、予算を出すことについては賛成でないがいろいろな方法で支持をしてきている。

伊藤 (厚生省看護研修研究センター)

一般のナースができるだけ研究に参加できるようにされている。またクリニカルナーススペシャリストはコンサルタントの役割をもつときいている。一般のナースとの研究能力の点で質的相違があるか。研究業績のある一般のナースがその立場につくことはあるか。

E. A. モテット

クリニカルスペシャリストはナースより高度の教育を受けており研究上にコーディネイターの役割がとれる。質的にはスペシャリストの方がより高度の洗練された研究ができる。しかしスペシャリストにとって研究は業務の一部であり、患者のケアにあたってコンタクトーションをすとか、独立して看護の仕事をするのが主要な業務である。またスタッフ

ナースがいくら研究業績の面で優れていてもスペシャリストの役割をもつことはできない。管理者はスタッフが研究をすることを奨励するし、研究ができる人には、もっと上級の学校へとすすめることもある。

『欧米で実践されている心身医学』

弘前大学教育学部看護学科（内科）
教授 川上 澄

はじめに

昨日（大会第1日目）の昼頃までは、少なくとも、私は本学会の最後を飾るカーペンター先生の特別講演『The Japanese Mind』を、司会者の席でゆっくり聞かせていただける筈であった。

それがとんだハプニングで、福島会長よりピンチヒッターとして、急きょ特別講演をするようにとの命令を受けた。

何にせ急な話であり、準備期間もないので、演題を表記のようにして、昨年3月25日から本年の1月24日まで、文部省の在外研究員（長期）として欧米に行って学んで来たことのうちから、心身医学に関することについて話すこととした。

心身医学、心身症とは

最近では『ストレスと病氣』とか『心身症（psychosomatic disease, PSD）』などと言う言葉が一般化して来ており、心理・社会的因子あるいは性格的因子が、いろいろの疾患の発生や経過の増悪に関与していることが、広く認められて来ている。

しかし、心身症と言う言葉が、時々われわれ専門医が用いているのと、違った用い方をされたり、誤って用いられたりしていることがある。

そこで本論に入る前に、心身医学および心身症の概念、およびそれらの言葉の正しい使い方について解説しておくことにする。

まず『心身症』という言葉であるが、これは決して独立した疾患単位（病名）を表わすものではない。すなわち、従来からの内科あるいは精神科、その他の臨床各科の診断学によって、診断された病名（診断名）の付けられた患者の個々の症例について、改めてその患者が心身両面からの治療が必要な症例であるか、どうか診断されて、その結果心身両面からの治療が必

要と診断された症例に、初めて心身症と言う名前が付けられるものなのである。

このようなわけで、日本心身医学会では心身症を『身体症状を主として訴えるが、その診断や治療に心理・社会的因子あるいは性格的因子についての配慮が、特に重要な意味を持つ症例（病態）』を定義している。すなわち、心身症という語は疾患単位ではなく「この患者は心理的面からの治療が必要です」ということを示すものなのである。

心身症とは換言すれば「この患者は心身症状態（psychosomatic condition）にある」ということを表わす言葉と言うことが出来る。

したがって、心身症という語は『胃潰瘍（心身症）』あるいは『過敏性腸症候群（心身症）』などとして用いるのが正しい。

心身症という語を、あたかも神経症（ノイローゼ）と同じような疾患単位と思込んで、それは神経症で心身症ではないとか、それはうつ病で心身症ではないなどと議論するのは、全く馬鹿げたことなのである。

また、心身症をあたかも神経症やうつ病のような機能的疾患と同意語的に用いて、『心身症の診断には、器質的疾患の除外診断（exclusive diagnosis）が大切である』などと書いている教科書もあるが、これもまた大きな間違いといえる。

次に『心身医学（psychosomatic medicine, PSM）』とは、従来からの身体医学的アプローチによって得られた所見や治療効果に加えて、個々の症例の心理・社会的因子および性格的因子の役割を正しく評価して、患者を心身両面から総合的に診療しようとする医学と定義される。

しかし、その歴史を振り返ってみると、かつての心身医学は精神分析的なアプローチを中心としたもので、1920年前後は身体医学的アプローチでは説明のできな

いヒステリー患者の身体症状の発生機序を、精神分析的に解明するのが心身医学であった。そして、無意識の心が象徴化されて身体症状を現わしているような患者のことを、心身症と言っていた。

次いで、1950年前後になると、対象範囲がやや広くなり、ヒステリー患者に限らず、心理的因子によって身体症状を現わしている機能的疾患患者、およびそれらが高じて器質的病変にまで発展したような患者のことを、心身症として取扱うようになった。

すなわち、ヒステリーを中心とした神経症（ノイローゼ）などの機能的疾患のみに限らず、胃・十二指腸潰瘍、気管支喘息、本態性高血圧症などのような器質的病変を有する患者についても、心理・社会的因子および性格的因子の関与の程度を詳しく検討し、その関与が強く疑われるものも心身症として取扱うようになった。

しかし、当時はまだ或る特定の疾患の発生には、或る特定の性格や心理的葛藤が関与するという考え方が強く、このような立場からの精神分析的な研究が多かった。

Alexanderの、怒りは心臓・脈管系の疾患を起し易い、依存性が大きいと消化器疾患になり易い、という説はその代表的なものである。

そして彼はこのような立場から、心身症として重要視される疾患として消化性潰瘍、気管支喘息、慢性関節リウマチ、潰瘍性大腸炎、本態性高血圧症、神経性皮膚炎、甲状腺ホルモン中毒症の7つを挙げ、これをseven chronic diseasesと命名した。

現在これらの7つの疾患のことを古典的心身症（classical psychosomatic diseases）と呼んでいるが、未だにこれらの7疾患のみを、心身症と呼ぶと考えている学者もいる。

その後1980年に、アメリカ精神医学協会からDSM-III（Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition）が出されるに至って、患者を診察する際には常に医師（看護婦も）は、①精神症状の有無、②性格異常の有無、③身体的疾患の診断、④心理・社会的ストレスの有無、⑤患者の社会的な適応性、の5つの側面から診断をし、全人的な立場から治療方針を立てなければならない、ということが強調されるようになった。すなわち、現代の心身医学はDSM IIIで示されている心身両面からの5つの異った側面からの診断によって、心身両面からの治療が必

要と診断された症例を、心身症として取扱うということになって来ているわけである。

リエゾン精神医学について

今回の私の在外研究の1つの目的には、欧米におけるリエゾン精神医学（consultation liaison psychiatry）、じっくり勉強して来ようということがあった。それは、欧米では心身医学の実践がリエゾン精神医学という形で、臨床の場で実践されているということを知っていたからである。

リエゾン精神医学といっても、精神科や心身医学を専門に実践しておられる人以外は、あまり聞いたことがない言葉で、ピンとこない人も多いと思われるので、まずリエゾン精神医学ということについて簡単に説明することにする。

リエゾン精神医学（consultation liaison service）ともいわれるし、西ドイツではpsychosomatic consultation serviceと呼んでいる）とは、総合病院における精神科医の精神科以外の患者に対する診断的・治療的・教育的・研究的活動の、全てを含んだ活動と定義される。

欧米ではリエゾン精神医学は臨床精神医学の一領域とされているが、これに従事している精神科医は、精神科の入院患者は受持っておらず、もっぱら病院中の精神科以外の患者の心理・社会的面あるいは性格的面からの診断・治療を主な仕事として、臨床各科の主治医と連携してチームを作り診療をしている。

すなわち、日本でいう心身医学の専門医あるいは心療内科医（正式にはこのような名称はない）が行っている心身医学的アプローチを、内科、外科の患者はもとより、救急部の患者、癌の患者、さらには人工透析をしている患者まで、病院全体の患者を対象として行っている医師達がいるわけである。

そして、全ての患者に対して心身両面からの全人的医療が行われている。

精神科医と他科の医師とのかかわり合には、表1のごときものがあるが、リエゾン精神医学とは上から3番目に分類されているようなかかわり合いといえる。

すなわち、リエゾン精神医学を実践している医師達は、火事が発生してから火事現場に行く消防士（consultation）ではなく、火事を起こさないように未然に処置をする（病気の経過に心理・社会的因子あるい

表1 精神科医と他科の医師とのかかわり

1) 他科の患者が精神症状を訴えている場合、あるいは他科の医師からノイローゼ、うつ病などの診断に関して意見を求められた場合
2) 精神分裂症やうつ病患者に身体疾患が合併した場合
3) 他科の患者の治療関係に精神科医の方から積極的に働きかけ、主治医、パラメディカルスタッフと協力・提携して、患者の心理・社会的問題や性格的問題を発見し、それらが顕在化しないうちに未然に解決する場合
4) 診療活動以外（カンファランスなど）で他科の医師と交流する場合

1)～2)は頼診による助言（consultation）

3)がリエゾン精神医学（消防士ではなく防火検査官）

は性格的因子が悪影響を及ぼさないようにする）防火検査官（ホテルの丸適マークを与える検査官）であるというわけである。

アメリカの心身医学

最初にアメリカはミネソタ州、ロチェスター市にあるMayo Clinic（メイヨ医科大学）で勉強をしたが、ここで印象的だったことは、良い臨床医を育てるためのトレーニングが徹底的に行われていると言うことであった。

わが国では医学部を卒業して、臨床医を目指して大学の臨床の科の医局に残っても、学位取得のからみもあって、臨床医としてのトレーニングを受けると共に、ある研究テーマを持って、医学者としてのトレーニングも受なければならない複雑な機構になっている。しかし、アメリカではともかく全人的な医療が行なえる良い臨床医を作るためのトレーニングが行なわれており、わが国の医師教育との間に大きな差が感じられた。

また、臨床場には医師以外にパラメディカルのスタッフが多く、例えば胃の内視鏡検査では、医師に専門の技師と看護婦の2人が付き検査が進められており、これが迅速な医療サービスに繋がっているように思えた。

Mayo Clinicには2つの付属病院があったが、各

ベットごとに電話、テレビ、血圧計などが付いており、アメリカの豊かさを感じた。また、その1つであるセント・メアリー病院は、1150の病床に対して1800人もの看護婦がおり、手厚いケアが行われていた。

Mayo Clinicではリエゾン精神医学がアメリカでも特に良く行われている施設の1つと聞いていたが、各主治医からの頼診の形でconsultationが始められ、それ以降はliaison（連携）の形で治療が進められていた。

さらに、Mayo Clinicでは精神科で運営している疼痛処置センター（pain management center）において、慢性疼痛に対する心身医学的治療についての勉強をした。

わが国でもっぱら麻酔科医が中心となってペイン・クリニックが開かれ、疼痛に対する処置が行われているが、このような対処の仕方では急性疼痛に対する処置はうまく出来ても、心身医学的な治療が必要な症例の多い慢性疼痛の患者（未熟な性格で、ヒステリー性の機序によって発症しているものが多い）に対しては、手を焼いてしまうことが多いものである。

ここでは朝の体操から始まり、理学療法、心理療法、心理療法などが、こまかいスケジュールに従って行われていたし、われわれがしばしば用いている自律訓練法なども、biofeed back療法として大いに活用されていた。わが国の麻酔科医にも心身医学に興味を持っている医師が多くなって来ている昨今ではあるが、心身医学を実践している診療部門として、極めて興味深いものであった。

さらに、短期間ではあったがシカゴ大学においても、リエゾン精神医学の実際を見学したが、消化器病科の総回診にもリエゾン精神医学の教授が一緒について回り、経過の慢性な患者などについて、回診後色々アドバイスをしていたのが印象的であった。

カナダの心身医学

次いでカナダに行き、オタワ大学医学部付属病院のオタワ・ゼネラル病院（心身医学）とオタワ・シヴィック病院（消化器病学）で勉強をした。病院の規模、設備、診療内容などは、ほとんどアメリカのそれらと変わらないものが多かった。

ここではリエゾン精神医学を精神科の専門診療チームに加わって学んだ。カナダでもアメリカと同様に、

一般の内科疾患々者の大部分に対して、リエゾン・サーヴィスが行われており、患者は常に心身両面から治療しなければならない、ということが実に良く実践されていた。また、consultation liaison serviceを行っている医師は、精神科に属しているというだけで、日本の内科医と同程度の内科の疾患に関する知識を持っており、よくトレーニングされているのに驚かされた。精神科医というよりは、日本でいう心療内科医に相当する医師達で、内科医としてのトレーニングを受た上に、さらに心身医学・精神医学のトレーニングを積んだ医師達という感じがした。

この他の、消化器科の主任である Thompson 教授のもとで、過敏性腸症候群 (irritable bowel syndrome, IBS) の勉強をさせてもらった。

彼は過敏性腸症候群 (IBS) に関しては世界的に有名な学者で、現在日本で手に入る 2 冊の IBS に関する英文の単行本のうちの、The Irritable Gut の著者であり、Read 編の Irritable Bowel Syndrome の主な部分を分担して書いている人である。

彼は IBS の診断に際して、器質的病変を除外するため、あるいは器質的病変を見落とさないために、器質的病変を有する患者の診断方法と全く同じ手順で、大

表 2 IBS の診断に用いることの出来る症状

-
- 1) 子供の時に腹痛を訴えた病歴がある
 - 2) 腹部の激痛のために、緊急治療を受けたことがある
 - 3) 以前より時々腹痛を訴えることがある
 - 4) 腹部を暖めると腹痛が軽減する
 - 5) 排便によって、腹痛が軽減する
 - 6) 腸管機能に異常がみられる
 - 7) 便秘によって、腹痛が誘発される
 - 8) 腹痛を伴う下痢がある
 - 9) 下痢と便秘との交替がみられる
 - 10) 下痢と便秘とが以前より時々ある
 - 11) 兎糞状の便である
 - 12) 兎糞状の便と腹痛とがある
 - 13) 兎糞中に粘液が見られる
-

(Grean G. P. , 1985)

腸の X 線検査・内視鏡検査に加えて DIP, US, ERCP, CTなどを routine に行うような shot gun approachは、cost benefit (恩恵), cost effective (効果) という立場から無駄が多いし、さらにこのようなアプローチでは、患者の信頼を失うことになる、ということ強調していた。

IBS のような、今のところ診断のための身体的面からのマーカーがない機能的疾患の診断に当っては、除外診断だけではなく、患者の訴える症状をマーカーとして、積極的に診断して行かなければならない、ということである。表 2 はこのような立場からの研究成績の 1 つにであるが、典型的な IBS 患者 100 人が訴えた自覚症状を統計的に処理して作られたものである。すなわち、ここに示した 13 の項目症状うち 6 項目以上の症状があり、発熱がなく、赤血球、白血球、Hb に異常がなく、大腸の X 線検査・内視鏡検査で異常がなければ、IBS と診断して良いということである。

癌の告知について

オタワ大学では、医学生に対して毎週 human dimensions (人間の次元) と言う臨床講義が、内科医とリエゾン精神医学の医師とによって開かれていた。

ここでは臨床医は身体的な病変の治療、あるいは人間生物学的な診療をするがけでは駄目で、心理的側面、社会的側面を含めた全人的な診療を行わなければならない、ということが具体的かつ徹底的に教育されていた。

癌の告知についてはわが国でも話題となっているが、先日新聞に出たデータによれば、日本でも癌であることを『知らせてほしくない』という人が、20.7%と少なくなって来ており、『知らせてほしい』という人が半数以上の 56.7%にもなっている。

この human dimensions の臨床講義では、癌であることを知らされている患者とその家族が講義室に来て、自らの体験や心身両面に生じた反応や行動の変化について話をし、その後学生がいろいろと質問をする、という形で進められていたが、日本では想像もつかない緊迫した内容の講義が毎回行なわれていた。また、癌患者以外でも糖尿病患者、外傷後の患者などに対する全人的なアプローチの具体的な教育も行われていた。

癌の告知については、患者の性格を十分に理解した

『欧米でみてきた心身医学』

上で、という条件はつけられていたが、癌の予後に悪影響をもたらすものは hopelessness から来るうつ状態であり、予後に良い影響を与えるものとしては、患者が癌に対して fighting spirit を持つことである（欧米には多くの文献がある）という。

このようなことから、癌患者には早い時期に癌であることを告知して、fighting spirit を持つように指導、援助することが最も大切である、ということであった。

さらに、癌の告知によって患者がうつ状態になった場合には、これこれの抗うつ剤を投薬すれば、何日間で何%の患者が良くなる、といった告知後に生じる患者の種々の心理的反応に対する処置・治療方法までが徹底に教育されていた。

癌の告知をすれば、患者は死に直面することになるが、医師・看護婦もいやおうなしに死に直面した患者に直面することになる。しかし、日本の多くの医師・看護婦は、癌であることを知らせることによって生じる、患者の心身両面にわたる変化についての、系統だった教育を受けていないので、十分な知識もなく、ましてやその処理・治療法を知らない者が多い。したがって、癌であることを患者に知らせて、自らが苦勞するよりは、告知しない方が無難でいられるといった理由から、日本では癌の告知が出来ないのではないかとさえ思えた。

癌の告知に関しては、欧米と日本の文化の違いを考慮する必要があるが、癌の告知をせずに、患者に無用の疑心暗鬼や不安を持たせることは、却って闘病意欲を失わせる結果となることが多いし、隠し事をするようでは、良い医師—患者関係が結べる筈がなく、良い治療・援助も出来るとはとても考えられない。

ただ単に『癌の告知』について論じるのではなく、その前にそれによって起こる種々の問題に対する処理方法・対策、技術教育などを、十分にしておく必要のあることを痛感した次第である。

ヨーロッパの心身医学

ヨーロッパではまずイギリスのロンドンに行き、大腸疾患の専門病院として世界的に有名なセント・マックス病院で見学をしたが、ここでも病室の回診には臨床心理士が同行しており、回診終了後に主治医らとカンファランスが持たれていた。

ロンドン大学の付属病院であるセント・メアリー病院においても精神科を訪れリエゾン精神医学の実際を専門医に同行して見学したが、アメリカ、カナダで見て来たリエゾン・サーヴィスと変わったところはなく、全人的医療を目標とした心身医学が、確実に臨床の場に定着していた。

その後西ドイツに行き1箇月間、ハンブルグ大学の心身医学科で、psychosomatic consultation service の実際を見学すると共に、医学生、若手レジデントに対する心身医学の教育、トレーニング方法などについて研修した。

西ドイツでは各医科大学に心身医学講座があり、医師国家試験にも日本の公衆衛生学のように必ず問題が出されるとのことであったが、講義のコマ数、スモール・グループ・ティーチングの回数なども多く、学部教育の段階から臨床医は人体生物学者ではいけない、ということが、理論的に教え込まれていた。

なお、ハンブルグ大学の心身医学科（心療内科）では、どのような患者の診療をしているのかを聞いてみたが、IBSのような機能的疾患が33%と最も多く、次いで胃・十二指腸潰瘍、潰瘍性大腸炎、本態性高血圧症などの古典的心身症と診断されるものが22%と多くなっていた。また、その他の内科的な器質的疾患も21%と多く、ノイローゼやうつ病患者の17%よりも多く取扱われていた。

この成績は、弘前大学第一内科の外来で開いている心身症外来の患者分布と比べて、機能的疾患の例数が少なく、これまで身体的な原因によって起こっていると考えられていた器質的疾患々者に対しても、西ドイツでは十分な心身両面からの全人的アプローチが行なわれていることを示しているといえた。

おわりに

わが国の臨床の場において、心身医学がどれ位実践されているかという点、欧米に比べれば、まだまだといわざるを得ない。

心身医学あるいは全人的医療というものは、医学の常識でやれば簡単に実践出来る、位に考えている人がいるかもしれないが、現代の心身医学はそれ自体が専門的になって来ており、非常にレベルの高いものになって来ている。

表 3

心身医学の変遷

㊦ かつての心身医学 (1930～1950年):

身体的疾患あるいは症状の心因性 (精神分析的) 発生に関する研究

特定の心理的葛藤 (性格特性) は、特定の身体的疾患を起こす

Dumbar, Alexander, ら;

怒り: 心臓・脈管系疾患

依存性: 消化器疾患

㊧ 現代の心身医学 (全人的医療をめざす, DSM-IIIの時代):

科学的側面; 実験的, 臨床的, 薬学的研究が盛ん

臨床的側面; 包括的・全人的医療としての診断, 処置, 予防

教育的側面; 医師・患者に対する心身医学の重要性の教育

したがって、それなりの教育、診療技術の訓練を受けなければ、それを臨床の場で実践することは出来ない。

わが国においても世界の趨勢に習って、早い時期に医学教育の中に心身医学という科目を取り入れ、その学問的レベルの知識・診療技術をあらゆる医師・看護婦に持たせるようにすると共に、心身医学を臨床の場に定着させなければならないと考えるのである。

タバコ主流煙成分が胎仔細胞増殖に及ぼす影響

熊本大学教育学部看護課程 前田 ひとみ
熊本大学医学部解剖学講座 桑名 貴

昭和59年と60年に妊婦に対して面接調査を行った結果、夫、妻共に妊娠中に喫煙のあった者に男児出生率が低いことがわかった。ただ、同時に、喫煙者は人工妊娠中絶の経験がある者や、食生活に問題がある者の率が高いことがわかり、喫煙と出生児に生じる諸問題とが直接的因果関係を持つかという点について、更に検討する必要があることを示すものである。

ヒトにおける妊婦の喫煙と胎児との因果関係を知るためには、研究対象としてヒトを用いることが、一見最も直接的かつ近道の様に思われる。確かに、ある場面では真に有効な手段である。しかしながら、^{*}ヒトを研究対象とすることには決定的に不利となる要素がある。

そこで我々は、タバコの煙成分が胎児に与える影響を知るために、実験動物であるニワトリ、マウス胚を用いて研究を行ってきた。

まず、妊婦の喫煙が生殖系の細胞に与える影響を知るために、タバコ主流煙抽出液（以下TS）と、タバコ主流煙に含有されると同量のニコチン水溶液（以下NI）をニワトリ白色レグホンR種の胚に投与し、in vivoにおいて始原生殖細胞の移住について検討した。その結果、TSやNIを投与すると、始原生殖細胞の移住は遅延し、特にTSを投与した胚の始原生殖細胞は正規の移住ルートから外れているものがかなり認められた。

次に、妊婦の喫煙が胎児の体細胞系に及ぼす影響を調べるためには、ニワトリ白色レグホンR種胚の腎細胞と肺細胞にin vitroでTSとNIを投与して、細胞の増殖について検討した。その結果、腎、肺細胞ともにTSの方がNIよりも細胞増殖に対する抑制効果が大きく、特に腎細胞に対するタバコ主流煙の抑制効果はニコチン以外の成分によって起こると考えられる。

以上、述べてきたように、ニコチンが与える影響の

みを議論しても、必ずしもタバコ煙が胎児に与える影響を反影することにはならないことから、今回は、タバコ主流煙成分中のニコチンおよびニコチン以外の成分が初期胎仔由来の組織細胞に対して及ぼす影響をさらに追究することと、よりヒト胚に近い動物実験系の検索を目的として培養系で以下のような実験を行った。

〔実験方法〕

培養細胞は、孵卵11日目の白色レグホンR種ニワトリ胚、妊娠10日目のICRマウス胎仔、妊娠12週目のヒト胎児の腎・肺細胞である。各々の組織をトリプシンで解離し、採取した細胞を牛新生児血清を10%含む培養液で2日間、単層培養する。その後、トリプシンで解離し、シャーレあたりの細胞数が一定になるように分注する。継代1日目から対照液（CT）、TS、NIを使用して、38℃、5%CO₂下で単層培養する。各培養液は2日毎に交換し、24時間間隔でRossman液固定し、hematoxylin染色を施して細胞数の変化を計測する。

一方、細胞表面の微細構造を調べるために、CT、TS、NI投与後4時間目に2% glutaraldehyde、1% O₃O₄で二重固定し、脱水後、酢酸isoamylに置換して、CO₂臨界点乾燥を行う。AuPdion-sputter coatingを施した後、走査型電子顕微鏡で観察した。

〔結果および考察〕

まず、肺細胞の増殖について、CT、TS、NIを比較してみる。三者の比較をわかり易くするために、CTの増殖率を基準として、これに対するTS、NIの増殖の相対率を示した。

ニワトリの肺細胞は、TSおよびNIの方がCTより増殖率が低く、時間の経過にともない減少する。また、NIよりもTSの方が増殖率が低くなる。このことから、TSおよびNIはニワトリ胚の肺細胞の増殖を阻害し、その阻害効果はTSの方がNIより大きい

ことがわかる。

次に、マウス胚の肺細胞についてみると、CT に対する相対率は、TS、NI ともに同様に減少する。また、NI は投与後 24 時間目の相対率が低下し、48 時間目は増加する。このことから、タバコ主流煙はマウス胚の肺細胞の増殖を阻害し、その阻害効果の大部分は煙中のニコチンによってもたらされると考えられる。また、NI 投与後 24 時間後に効果が強いことから、マウス胚の肺細胞は、cell cycle 上の特定の時期に NI に対する感受性があるのではないかとと思われる。

ヒト胚の肺細胞も、CT に対する相対率は、TS、NI ともに低くなっており、TS の方が NI よりも低い傾向にある。ヒト胚の肺細胞の増殖に対する TS と NI 投与の影響は、細胞増殖抑制効果を示し、その効果は TS の方が NI に比べ強い傾向にある。

次に腎細胞について、CT、TS、NI を比較する。

ニワトリ胚では、CT に比較し、TS、NI ともに増殖率が低下する。また、NI はタバコ主流煙 2 本分も 5 本分も差がないのに対し、TS は 5 本分の方が明らかに細胞増殖抑制効果が大きい。このことから、ニワトリ胚の腎細胞に対する TS、NI 投与は、細胞増殖抑制効果があり、タバコ主流煙の細胞抑制効果はニコチン以外の他の成分が関与していることが分かる。

次に、マウス胚の腎細胞では、タバコ主流煙 2 本分の TS、NI は同様に増殖率が減少するのに対し、5 本分では TS より NI の方が細胞増殖抑制効果が大きい傾向にある。

ヒト胚の腎細胞は、TS、NI が同様に増殖率が低くなる。

以上のことから、胚の肺細胞、腎細胞の増殖に対して、TS、NI は、動物種の違いにかかわらず抑制効果を示す。しかし、動物種や細胞の違いにより現れる影響には差が見られる。細胞の違いによる差は、肺が内胚葉、腎が中胚葉と、由来する組織の相違によるものかもしれない。

培養胚細胞を走査型電子顕微鏡で細胞表面の変化を観察した結果、ニワトリ・マウス・ヒト胚ともに CT に比べ TS、NI は、細胞表面の微絨毛様突起の数が少なく、コブ状の突起物が出現する。この傾向は TS の方が NI に比べ強い。

以上の結果から、TS や NI は培養胚細胞に対して細胞増殖抑制効果があり、その効果は TS の方が NI

よりも大きく、タバコ主流煙の胚細胞に対する毒性をニコチン単独で論じることは問題が多いという結論を得た。また、臓器の違いにより影響の大きさが異なり、特に、ニワトリ胚の腎細胞は、タバコ主流煙の持つ細胞増殖に対する抑制効果の強さを鋭敏に反映する。今後、これは様々な意味で有用な系となり得ると考えられる。全体的には、ヒトやマウス胚に比べ、ニワトリ胚の細胞が TS や NI に対する感受性は高く、ニワトリ胚よりもマウス胚の方が、ヒト胚により近い細胞増殖抑制のパターンを示す。ただ、ヒト胚よりもマウス胚の方が細胞抑制効果は過少に現れることを、今後、マウス胚を使用する場合、考慮するべきである。

質問応答

須永 (千葉大学看護学部)

- 1 主流煙成分の影響因子としてはニコチンの他に何が考えられるか。
- 2 酸素供給の面で何か異常が認められなかったか。

前田 (熊本大学教育学部)

- 1 今回は、ニコチンとタバコ煙についてのみの検証であるため、タバコ煙のどの成分ということは言えない。
- 2 O₂については検討していない。

佐々木 (熊本大学教育学部)

演者は本学会誌第8巻3・4合併号及び本学会総会の一般演題において、妊婦の喫煙と低体重児出産並びにその保健行動につき、保健統計的な調査研究報告を行っている。

統計的調査研究において或る事実が推定された場合、それが自然科学的現象であれば、これをより純粋な実験系に持ち込んで実証することは科学の常道である。演者は上記のような調査研究を踏まえ、細胞培養の手技を用いてタバコないしニコチンの胎児に対する経胎盤性の障害または毒性を検証しようとしているものと思われる。

本研究ではいろいろな示唆的事実を捉えているが、**■**でも実験動物の胎仔体細胞の、タバコないしニコチンによる増殖抑制作用をはっきり実証しており、ヒトの低体重児出生との関連性を想起させ得る。本実験系では恐らく仮説としては、タバコの経胎盤性毒作用による催奇形性、即ち、やゝ極端な例でいえばサリドマイドとアザラシ症のような関係も存在するか否かということまで想定しているのであろう。

約3000種といわれるタバコの成分の内、ニコチン以外にも毒作用の成分のあることが示唆されたが、実証は全て今後の問題である。又、動物種によって細胞の抑制効果が異るといったが、生物学ないし実験医学では常識である。曾て、山極勝三郎博士が世界初の実験発癌(兎耳のタール癌)に成功したのはウサギを使ったからで、それ以前に他の研究者がウサギ以外で行った同種の実験は全て失敗している。ウサギを使ったこと、タールを塗ったこと、忍耐的実験継続を行ったことが成功の原因であった。今後も充分これらのことに注意して効果的実験による検証をしてもらいたい。

感染防止の基本は手洗いです

アメリカ合衆国疾病管理センター「手洗いについてのガイドライン」/院内感染国際シンポジウム1980 アトランタ

手洗いは診療にかかせません
あらゆる交差感染の多くは手指を介して発生します

ヒビスクラブ250mlは手指の清潔を守ります
手指は全てのものに触れ菌を運んでいきます

1回2.5mlのShort Scrub(60秒)が大切です
汚れたと思ったらすぐ手洗いを

1回 **2.5ml**
60秒



④ ⑤ 手指用殺菌消毒剤
ヒビスクラブ 250ml

本剤は希釈せず、原液のまま使用すること。

効能・効果：

医療施設における医師、看護婦等の医療従事者の手指消毒

用法・用量：

- 1.術前、術後の術者の手指消毒の場合：
手指及び前腕部を水でぬらし、本剤約5mlを手掌にとり、
1分間洗浄後、流水で洗い流し、更に本剤約5mlで
2分間洗浄をくりかえし、同様に洗い流す。
- 2.1.以外の医療従事者の手指消毒の場合：
手指を水でぬらし、本剤約2.5mlを手掌にとり、
1分間洗浄後、流水で洗い流す。

●使用上の注意等については、添付文書をよくお読みください。



ICI Pharma

発売元

アイシーアイファーマ株式会社
大阪市東区高麗橋3丁目2B

シンポジウム

癌患者の看護における看護教育

司会

千葉大学看護学部 松岡淳夫

熊本大学教育学部 木場富喜

癌患者の看護における看護教育

司会者

木場 富喜

このシンポジウムにおいて、癌患者の看護における看護教育の専門的内容やあり方を考える機会が与えられた。

基本的には今後の研究や看護学の進歩にかかっていると言えよう。しかし一方では、医学の進歩特に癌治療における各臓器別の専門化は著しいものがある。そして現実には、看護においてもなんらかの形で、その医学の進歩に対応しながら多くの癌患者の看護に直面しており、また教育の内容にも当然癌患者の看護のことは含まれている。けれどもそれらの看護や教育内容は、癌の専門性をふまえ、系統性をもっているか、ということになると、まだその内容は、おおまかな一般論的状况にあると言っても過言ではあるまい。

一般的に癌患者における看護教育を考えると、大きくふたつの方向に分けて考えることも可能である。そのひとつは、専門家としての看護者の基礎教育や継続教育。もうひとつは医療を受ける側、つまり患者や

家族、あるいは社会に対する教育や啓蒙、という側面である。内容的には、癌の早期発見や早期治療、あるいは社会復帰や終末期の看護等に伴う総合的視点にたった内容も検討しなければなるまい。そしてその中には、臓器別、性別、年齢別あるいはその他の社会的背景等による癌患者やその家族の身体的、精神的苦痛やその特徴等をふまえ、その対象にとって最もいい状態をさぐる働きかけの能力を養うこと等も含まれよう。またその働きかけの過程においておこる癌の告知や転移に関すること、また末期における病院での転室に関すること等いくつかの癌患者特有の問題等も無視できないように思える。

このシンポジウムにおいて、各方面からの御発言の中から、癌患者の看護における専門的内容の深さや広がり、あるいは今後の研究や教育の方向をさぐる手掛りが得られるものと期待している。

癌患者の看護における看護教育

— 教育上の視点から —

厚生省 看護研修研究センター

田 島 桂 子

このシンポジウムのテーマは、「癌患者の看護における看護教育」となっております。この中の「看護教育」という言葉には、多様な意味をもたせることができます。そこで、最初に、この「看護教育」という言葉のもつ意味と、本日のテーマとの関係を考えておきたいと思います。

本日のテーマにおける「看護教育」の内容には、「癌疾患」のもつ性質と、これまでわが国において癌疾患に関する教育のあり方が必ずしも系統的に検討されていなかったことなどから、広い意味をもたせておいたほうがよいのではないかと考えております。つまり、具体的に検討された教育内容をもとに、教育の対象、教育の段階および教育方法を考えるのに役立つ議論がなされることを期待しているということです。

癌疾患は、一般の人々の間では、いまだ死につながる疾病というイメージがもたれております。しかし一方では、早期癌の治癒率は非常に高くなっており、10年後には予防の時期に入ると予測されているものもあります。その意味で、癌疾患に関する看護の領域は非常に広く、看護職者には、早期発見のための援助、治療に伴う直接的な援助、悪化防止のための援助、リハビリテーションおよびターミナルケアなどが求められることとなります。言い換えれば、国民1人1人に癌に対する感心をもたせ、早期発見に努めるかわら、罹患した患者および家族への直接的なケアを行い、社会復帰をめざした援助を積極的にしなければならないというわけです。

癌疾患の看護をこのように考えますと、その教育は、1)社会のすべての人々を対象とした癌の予防および早期発見に向けての教育と社会復帰した人々への配慮のしかたの教育、2)癌に罹患した患者および家族に対する治療過程から回復過程および社会復帰までの教育、それに、3)看護職者を志向する学生への教育および

4)癌疾患に関する看護と深く取り組み、その看護の質を高める専門家への教育を具体化し、その教育プログラムを作ることによって成り立つこととなります。

その際には、「癌疾患」について何を学習していればよいのか、看護職者に要求される態度はどのようなものか、要求される専門的な援助とは何か、ということを経験上の視点からとらえなければならないと思います。

では、その視点をどのようにして具体的な内容にしていくかということが問題になりますが、それには、次のような疑問に答えながら、癌疾患の看護の内容および特徴を把握し、その看護を考えていくのも1つの方法だろうと思います。

- 年齢による違いがあるだろうか
- 発生部位による違いがあるだろうか
- 病名告知の有無による違いがあるだろうか
- 根治療法の種類とその援助による違いがあるだろうか
- 根治療法ができるかできないかによる違いがあるだろうか
- 手術後の看護の方法はどのように類別されるだろうか
- 家族的背景による違いがあるだろうか
- 患者の疾病の受け入れ状況による違いがあるだろうか
- 社会の受け入れ状況による違いがあるだろうか
- 社会の変化はどのように癌疾患の看護に影響するだろうか

このような疑問は、教育内容を具体化する視点であると同時に、教育上の視点ともなります。

しかしながら、実際に教育プログラムを作っていくには、これらの視点で具体化された内容を、さらに、癌患者の看護とその他の疾患をもつ患者への一般的な

癌患者の看護における看護教育

看護との関係や、癌患者の看護のスペシャリストは存在しうるのか、もし存在するとすればどのような形か、といったこととの関係についても検討する必要があります。学習内容は、このような過程を経て精選され、特定領域の学習のまとまりを作ったり、学習の優先順位や段階を決めることになるからです。

このようにして教育プログラムを作っていく過程で最も問題になるのが、看護基礎教育の中で、「癌患者の看護」にどのような内容的な特異性をもたせて1つの学習領域を構成するかということと、看護基礎教育の内容と卒業後の教育の内容にどのようにして内容的な段階をつけるかということです。

ここで、臨床経験年数が平均約7年の背景をもつ、看護教員の経験者および看護教員を志向する、全国から集まった229名の指導者の看護基礎教育における「癌患者の看護」の教育に関する考え方を示してみたいと思います。

まず、国際疾病分類（ICD-International Classification of Diseases）を用いて、各分類による疾病をもつ患者の看護を、看護基礎教育の中で強化して教育したいものを選ぶように指示したところ、図1に示すように、60%以上の者が、「循環系の疾患」（79.5%）、「新生物」（68.6%）、「精神障害」（65.5%）を選んでいました。つまり約70%の指導者が、「新生物をもつ患者の看護」を強化して教育したいと考えているようです。

また、科目ないし単元を設定して「癌患者の看護」を教育する必要があるかどうかについて問うたところ、図2に示すように、約65%の者が「学習単元」レベルのまとまりを作って教育することを考えております。なかには、7.4%と数は少ないが、「特別視する必要はない」とする考えをもっている者もいます。

何らかの形で、「癌患者の看護」の教育を強化したいと考える理由は、図3に示す通り、「看護が難しいから」ということです。そして、教育の中で強調したいとする内容には、76.0%が「患者への対応のしかた」をあげています。

このような考えをもつ背景には、「癌患者の看護」が、「患者が病名・症状にうたがいをもち、いろいろな質問をする際の対処のしかた」、「死に不安を抱く患者への接し方」「病名を知らない末期患者への対応のしかた」「心身の苦痛緩和を図るための手だてがな

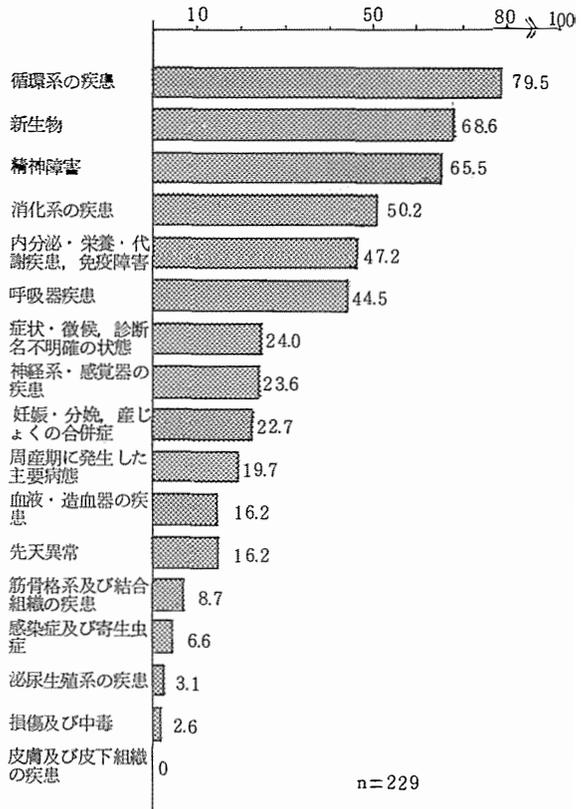


図1 看護教育上重視したい疾病（国際疾病分類による）

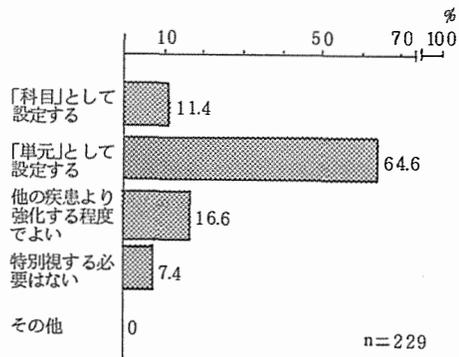


図2 「癌患者の看護」の科目設定の必要性

いこと」などで、看護上の難しさを感じていることがあるようです。現時点におけるこのような指導の認識は、臨床において、患者、看護者ともにとまどいを感じていることを裏づけるものだと思います。チーム・アプローチなどがさらに推進されれば、この種の問題は緩和されるのかも知れません。

癌患者の看護における看護教育

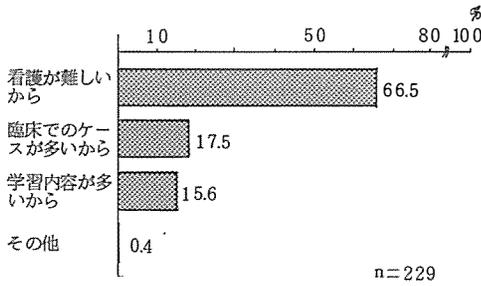
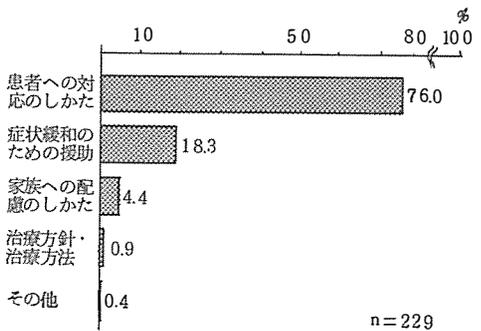


図3 「癌患者の看護」の教育を強化する理由



■4 「癌患者の看護」の教育の中で強調したい内容

一方、看護の役割は、自己管理で最適な生活ができるように、患者や家族に疾病や治療、生活のしかたについての知識を与えること、必要な生活上の援助を行うこと、それに治療への参加およびやすらかな死が迎えられるよう援助を行うこと、と要約することができます。この看護の役割に、先ほどあげた、指導者が問題としている「死に不安を抱く患者への接し方」や「末期患者への対応のしかた」を照らして考えてみますと、看護の難しさの原因は「癌疾患」に限ったことではありません。人は皆、多かれ少なかれ、病気になれば全快しないのではないかと、このまま悪化して死ぬのではないかという気持ちになるものだと思います。それなのに、どうして「癌」の場合はことさら問題になるのでしょうか。他と異なる点として、苦痛の期間が長いからでしょうか。ここに、癌患者の看護の教育を考える1つのポイントがあるようです。

看護基礎教育を例にとってその辺の問題を考えてみましょう。現行カリキュラムでは、「病理学」で腫瘍について学び、「成人看護学」ないし「小児看護学」の中の「疾患と看護」のそれぞれの領域で、診療科ないし器官系ごとの「癌疾患をもつ患者の看護」として

Course Content - U. of Louisville School of Nursing Cancer Nursing Elective

Topic	Class Hours
Personal attitude and feelings	1
Causation	2
Pathophysiology	2
Risk factors, early detection, screening	4
Treatment modalities	2
Rehabilitation	2
Psychosocial aspects	2
Nutrition	1
Protective mechanisms	1
Comfort	1
Mobility	1
Sexuality	1
Elimination	1
Ventilation	1
Community resources	2
Home care vs. institutional care	1
Terminal care	2
Administrative time	1
TOTAL	28

学習させるようになっていきます。このように、現行カリキュラムに「癌患者の看護」として学習のまとまりがないのは、看護が疾病の治療より健康の保持、患者やクライアントの健康上の問題を重要視するので、それに向けた援助を中心とすれば、疾患にまつわる種々の内容は、患者の状態ないし問題を判断するための情報の1つになってしまうことによることを意味していると思います。

したがって、癌患者の看護もその他の糖尿病や腎臓病の患者と同様に、慢性疾患をもつ患者としてセルフケアができるようにサポートすればよいわけで、特別視していないといえます。もちろん、その他に、癌患者の看護の独自性を明確化していないこと、看護の方法が確立されていないために、独立させていないこと、に原因があるとも考えられます。

理由はともあれ、このような実情に対して、「学習単元」として学習のまとまりを作りたいとする先に示した指導者の反応は、どのように考えるべきでしょう

か。具体的にその内容を考えるとすると、末期患者への対応を中心とした内容を盛り込むことになるのでよいか？ 癌患者に対する看護の主なる目的は、末期患者を作らないことにあるわけですから、末期患者への対応策を考えることが癌患者の看護のすべてとしてはならないと思います。

それでは、具体的にどのような教育内容にすればよいのでしょうか。それには、疾病の早期発見と予防への取り組み、早期発見された患者に対する手術の受容および術後の機能面の変化に適應できるようにするための援助などが、最優先すべき内容ということになるでしょう。しかし、これらの内容が、「癌疾患」に特有なものかどうかについては疑問は残ります。予防および早期発見にしても、すべての疾病で必要なことだといえるからです。この面に関して、強いて癌患者の特異性を出すとすれば、癌と対抗する気構えを作ることになるのでしょうか。

たとえば、10年間癌とたたかい、「死を見つめる心」を著わされた岸本氏の言葉があります。「日本では、癌だと聞けば、あゝ、それではもう駄目だ、というのが、まず、一般的な民衆の反応であろう。アメリカでは、癌だといわれると、それは重大だが、どうすればそれを処理して、生きのびることができるか、と対抗の身構えをするのが民衆の態度だと思う。そのために、アメリカでは、癌の早期発見に対する宣伝啓蒙が非常に盛んである。ちょうど、ひと頃の日本の結核撲滅運動のように、アメリカの停車場には、到るところに絵入りのポスターがはられている。』¹⁾ ということです。この話は昭和29年、今から30年以上も前のことですが、癌撲滅の運動にとり組み、人々の間に、癌と対抗する心構えを啓蒙したという点ですばらしいと思います。癌疾患の場合、このことを単に国民性の違いとして片付けるわけにはいかないものがあると思います。

このように癌と対抗する身構えをもっているというのは、癌が発見された場合の手術の受容や手術後の機能面の変化に対してもスムーズに適應しようとする態度につながるからです。かなりマイナスイメージをもたれている癌疾患に対して、人々が癌と対抗する意識をもてるように仕向けるのは重要なことですから、この点が教育上のポイントになるのかも知れません。

それに、手術後の看護についてみれば、潰瘍による手術患者と早期癌による手術患者との看護上の違いは

見い出せない、また、悪性新生物による四肢切断と事故等による切断患者の看護の相違も見出しにくい。しかし、ストマ造設患者や乳房切断術を受けた患者等も加えて、身体の一部を切除し、それに伴う機能面の変化に対応する必要がある患者への援助という点で、その内容をクローズアップすることはできるでしょう。たとえば、消化器系では、栄養管理、ストマ管理、胸部では、上肢のリハビリテーションやボディ・イメージの損傷に対する配慮、泌尿生殖系では、人工膀胱の管理、性生活面への指導など、日常生活への段階的な適應のしかたをていねいに指導していくことです。

つまり、身体の一部の切除により、ボディ・イメージが変わる場合もあります。このような身体の一部の機能的変化をうまく克服して、日常生活に適應する方法を具体的に明らかにして教育上のポイントにすることです。

このようにして考えてくれば、先に、教育内容を具体化するための視点としてあげたいいくつかの項目のうち、その中核的な意味をもつのは、**癌**の諸点ということになるかと思えます。

- ・年齢による違いがあるだろうか
- ・発生部位による違いがあるだろうか
- ・根治療法の種類とその援助による違いがあるだろうか
- ・根治療法ができるかできないかによる違いがあるだろうか
- ・手術後の看護の方法はどのように類別されるだろうか

これらに関する具体的な内容については、それぞれにご発表くださいます諸先生方からくわしくお伺いすることができると思えます。

私は、教育上の視点という立場で、総論的に述べさせていただきます。

引用・参考文献

- 1) 岸本英夫：死を見つめる心，P.78-79，講談社文庫，1984
- 2) Bush, L. G, Muskovin, M. L. : The ONS-ANA Outcome standards for cancer nursing practice: use in oncology nursing education, Oncology Nursing Forum, 7 (2) , 34-36, 1980

癌患者の看護における看護教育

- 3) Given, B.: Education of the oncology nurse: the key to excellent patient care, Seminars in Oncology, 7 (1), 71-79, 1980
- 4) Henke, C. : Emerging roles of the nurse in oncology, Seminars in Oncology, 7 (1), 4-8, 1980
- 5) Johnson, J., Flaherty, M.: The nurse and cancer patient education, Seminars in oncology, 7 (1), 63-70, 1980
- 6) Kastenbaum, B. K., Spector, B. E.: What should a nurse tell a cancer patient? American journal of Nursing, April 1978, 640-641
- 7) Mc Corkle, R., Lewis, F. M.: Research in cancer nursing, Seminars in Oncology, 7 (1), 80-87, 1980
- 8) Michak, H. B.: Continuing Education in cancer nursing, Quality Review Bulletin, 5 (8), 8-9, 1979
- 9) Myers, W. P. L.: Academic programs at Memorial Sloan- Kettering Cancer Center- Part 1, Clinical Bulletin, 9 (2), 47-58, 1979
- 10) Myers, W. P. L.: Academic programs at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center- Part II, Clinical Bulletin, 9 (3), 107-116, 1979
- 11) Peterson, R. I.: Federal grants for education in Cancer nursing, Nursing Outlook, 4 (2), 103-105, 1956
- 12) Richards, D. B., Holcombe, J. K.: The nurse's role in screening and cancer detection, Seminars in Oncology, 7 (1), 56-62, 1980

小児癌患児の看護の立場から

聖路加看護大学
常葉恵子

“癌患者の看護における看護教育”と題するシンポジウムの中で、筆者に与えられた課題は、“小児癌患児の看護の立場から”の意見を述べることであります。この中で看護教育を看護の基礎教育ととらえ、学生にこの問題をどのように考え認識することが適切かと云う立場から述べることにします。

筆者は、小児癌患児の看護として単に悪性新生物に罹患している小児の問題としてとりあげるのではなく、予後不良の疾患、すなわち現産の医療では完全な治癒を期待することの出来ない疾患に罹患している小児を含めて「予後不良の疾患に罹患している小児の看護」として考えることとする。そのため疾病の個々の病態や、心身の変化、治療にともなう問題などにはふれないことにします。

近年、小児の健康上の問題は、著しい医療の進歩と、小児をとりまく社会環境、とくに家庭環境の変化に伴って大きく変化し多様となっています。また健康上の問題や疾病は、たんに身体的問題としては解決出来ないことが多くなっている。疾病の種類を考えても、従来は感染症や伝染病また栄養問題が中心で、おもに急性症状をとめないその経過は短期決戦であった。しかし現産はかつては生命の維持すら不可能であった先天異常や虚弱体質などによる疾病、またある程度まで治療が可能となり延命がはかられている悪性新生物による疾患、難病によるものなど、延命がはかられていることの幸せと同時に、病気との戦いや死への不安の長期化につながるものの存在が問題となっている。平和であった発育途上の小児が、ある日突然死を含む予後不良の疾患に罹患したことが明らかになり、闘病生活のはじまることになる、それは大きな悲劇であることを念頭におかなければならない。

このように大きな重荷を背負って生活をする小児の看護を考えることは、まず小児看護の理念が明確であ

り、それを土台として考えることが第一歩である。小児看護の理念の中で最も重要なことは、小児をどのように認識するかと云うことである。小児は将来にむかって無限の可能性をもちながら発達をつづけている発育途上にある一人の個性をもった人間であること。またその発達には環境因子が重要な影響を与えること、その環境の最も重要な部分は親であり、家族、友人、学校、地域社会であることを理解しなければならない。また小児はその年代、または発達の段階にそくした顕著な特徴を有していること、あるいは、その時期に乗り越えなければならない発達の課題をもち、そむかかって自力で挑戦し、それを克服することによって大きな喜びを学び、更に発展していくと云うことを忘れてはならない。自然の日常生活の中にこのことが営まれているのが小児の姿である。またこのような発達の課題に対する問題は、疾患に罹患している間にも休むことなく続けられている。小児が疾患に罹患している中においてもこの自然な姿が維持出来るように環境をととのえることは、小児を見まもる周囲の者の責任である。環境に影響を与えるもののうち、最も大きいものは親の態度である。小児にとって親は最も重要な人間である。

予後不良の疾患に罹患した小児の看護では、疾病からくる苦痛や症状の緩和やその発生を予防することは第一の目標におかれるが、それと同時に上記のように小児の特有の物の考え方、感受性を大切にすること、また小児をとりまく親への援助を行なわなければならない。

◎小児にとってその年代にあった生活を維持すること。

前述したように小児によっては各年代に発達をふまえた特徴とする生活の様式がある。小児の発達の特徴を正しく理解し、その知識を土台とした看護の計画を

たてなければならない。例えば、母子関係の重要乳幼児期、また友人やその関係を大切にしている学童や、自分自身の考えを確立しようとしている思春期など、それぞれ小児にとって大切なものを適確に把握した看護が考えられ実践されなければならない。

◎小児は死をどのように考えるか。

小児が、死をどのように考えるかと言うことは、いくつかの意見がある、一般的にMaria H, Nagyの考えが用いられるが、それによると9才～10才頃となると成人と同じように死を概念的に考えられ、生物としての共通の問題であり、不可逆的であり生命のあるものの停止であると認識すると云われる。しかし小児は、その生活体験から死に対する考えは多様であると言われる。年代から見て死の理解は無理であろうとする小児が、何か不安を感じ、母親をはじめ皆が、自分に何かをかくしていると言うことを漠然と感じ取って居ると言うことは報告され、実際に臨床的にもそのような状況を見ることが出来る。

学童や思春期になると更に周囲の人々の動きで言葉、態度によって何かを知り不安と孤独の中に閉ぢこもることが多いと云われている。小児と死についての会話はむづかしく多くの場合自然にさけることとなる。しかし小児は不安と孤独の中にあることを忘れてはならない。小児に何でも尋ねることが出来るように、感情の表出の出来る状況を作ることに心がけなければならない。また小児の不安の表出の様式は、年代によって異なり、非言語的な行動が重要な方法であることを理解する。

◎病名の告知について。

小児自身に対して、病名を告知することは、日本の場合には殆ど行なわれていないようである。親の考え、習慣、文化と種々の問題があり欧米のように直接小児に告知することは少ない。約20年前までは米国でも同じように小児に直接告知することは稀であったが、現在は日本とは全く異なり、概念的に物事が理解出来るようになってきた小児には直接病名をつけ共に闘病生活をがんばろうと言う姿勢を持たせると言う。このような考え方や態度が全て直ちに日本に導入することは無理であろうと考える。しかし忘れてはならないことは、小児はある年代に達していれば、自然に自分の

おかれている立場を知っていると云うことである。皆んなが何かをかくしていると考え、またそれを聞いてはいけないのだと考え、自分の殻の中に押し込め、不安の毎日にあると云うことである。感情の表出をうながし不安の軽減を計り一日一日を有意義に過ごせるように援助すべきである。

◎親に対して。

前にも述べたように、予後不良の疾患の治療の進捗により延命がはかられたことは事実であるが、苦悩の生活の延長となっている。親は小児の状況を見たり考えたりすることにより不憫に思い、その育児態度に不安と動揺をもつ。その態度がまた小児に反影することを知らなければならない、現状を正しく認識し受容し、その小児にとって何が最も大切なことかを共に考え、その方策を見出し実践することを支援することである。

紙面の制限があるため、小児癌患児の看護を、予後不良の疾患に罹患した児の看護として、看護の基本となることについてのべた。苦痛の緩和や症状の悪化の予防などへの対策や直接のケアについてふれなかったが、これらに対するケアは一時も欠かすことが出来ないことは言うまでもないことである。特に疼痛に対しては、つい小児は淋しさを痛みとして訴えたと云う見方をすることがある。小児であれ疼痛は苦しいものである。疼痛に対する処置は、計画的に疼痛の発生を予防すると云う考えのもとで計画的な処置と、それにともなう適切な観察、看護を実践しなければならない。

小児の看護は、如何なる状況下にあってもその小児の発達の段階をふまえた、その小児の生活の維持を念頭におきつつ看護にあたらなければならない。また小児と同じように親への支援を忘れないこと。このような態度を理解出来、また実践の糸目を見出せるように基礎教育の中での小児看護として教授しりければならぬと考えている。

看護婦の立場として悪性脳腫瘍患者の退院の 是非を決める要因抽出にあたって

東京女子医科大学病院脳神経センター

川野良子

はじめに

近年の医療技術のめざましい進歩と同時に、予防医学の発展に伴ないこれまで根治困難といわれてきた悪性新生物、いわゆる癌の治療が研究され、さらに新しい治療が実際に行なわれている。看護に於ても在宅ケア、訪問看護と病院の中だけの看護から地域への継続を考えた看護へとその範囲は大きく拡大されてきている。その結果、癌は治るという新たな認識さえ生まれてきている。しかし、現実にはまだまだ予後不良の疾患が多いことも事実である。

脳神経外科領域には癌ということばはないが、根治が不可能だったり、障害を残すという多くの問題をもつ悪性脳腫瘍の患者が当センター5階に於ても年間10例を下らない。その悪性脳腫瘍患者の看護は、疾患のもつ特徴も影響しており、日頃、私達は経験的にしかその看護を実施していないのが実状である。そしてあるひとりの悪性脳腫瘍患者が残された日々を家族と共に自宅ですごされたことがきっかけとなり、予後不良の患者や家族が有意義な生活ができるようにもっと意図的に援助する必要があると痛感した。その中で、患者の病状の寛解期に退院を考える時に判断の基になる因子があるのではないかと考えその因子の抽出を試みたのでここに報告する。

I 対象及び方法

対象は昭和60年4月から昭和61年3月迄に当センター5階に入院した多発性神経膠芽腫、転移性脳腫瘍患者10名である。対象となった各々の症例を性別、年齢、家族背景、治療の効果、病状の経過、症状、病状や症状に対する認識、これまでの生き方、家族の病状や疾病に対する認識、医療従事者との関係、経済から分析を行なった。

II 結果

対象患者の年齢は43才から67才であり男性6名、女性4名であった。その中で、病状の寛解期に退院し自宅ですごした患者は6名(症例1, 3, 4, 5, 6, 10)であった(表I参照)。また入院からの生存期間は、2ヶ月から1年5ヶ月であり平均生存期間は11.4ヶ月であった。経済的には全症例について困難や問題として取りあげることはなかった。

III 分析

●今回の対象10例とも病状や予後についてその家族は認識している。しかし、認識の程度や内容については充分分析できなかつた。しかしながら、病状や予後を認識し次の方向性まで考えられ判断している家族(症例4, 5, 10)とそうでない家族(症例1, 2, 3, 6, 7, 8, 9)があった。

②退院については病状の説明後や治療終了後にすでに寛解後の退院を考えていた家族は1例(症例10)であり、医師又は看護婦から退院という方向性を出され決定した家族が5例(症例1, 3, 4, 5, 6)であった。このことは退院については医療従事者の判断がひとつのきっかけになっていると思われる。

③退院した6例(症例1, 3, 4, 5, 6, 10)に共通しているのは入院時の症状が手術等の治療により明らかに軽快していることである。しかも、比較的短期間に治療効果を家族が認めているという特徴がある。逆に退院しなかつた4例(症例2, 7, 8, 9)は全て歩行入院や入院時日常生活に支障をきたす程の症状が出現していなかつたにも関わらず、治療後、結果として麻痺、意識障害等の症状が出現している。このことから、患者や家族が退院を決定する因子として治療の効果が考えられる。後者について更にいうならば、

表 I

No. 患者名	性別	年齢	入院時の症状	入院治療後の効果	病状や予後の認識(家族)	中心となる介護者	介護者へのサポート	介護の内容	病状や予後の認識(患者)	決定のしかた, 決定権	家族背景	医療従業者との関係
1 Z. K. 氏	M	55	嘔声, 複視, えん下障害	えん下障害改善, 術後首の不安定感出現	妻は認識しており自宅での療養を望んでいる。	妻	息子	寝起き時の首の支えと固定	良性腫瘍なのに仲々よくならない予後に対して不安感あり。	妻はすぐには決定できないが慎重に決定できる。	大学生, 高校生との2人の息子との4人暮らし	主治医とは必要時疎通とれていた。
2 Y. F. 氏	M	63	記憶力障害, 舌のもつれ, 頭痛	意識障害(Ⅲ)* 右完全麻痺出現	病状の理解はしているが期待をすてきれない。	妻	娘	全面介助		息子, 娘に相談しても妻が決定できない。	独立している息子, 現在社会人の娘との3人暮らし。	信頼している医師と看護婦を介して疎通をはかられている。
3 M. T. 氏	M	67	頭痛	見当識障害出現	病状の理解している。本人の性格を考えて自宅生活を考えている。	妻	自宅近くに兄妹, 息子がいる。	排尿介助 監視	家に帰りたい。毎日夕方になると帰したくをしている。	息子と相談し妻が決定できる。	3人息子あり。現在3男との3人暮らし。息子が熱心。	信頼している医師がおり看護婦にそのつど相談をもってくる。
4 Y. F. 氏	M	43	頭痛, 意識障害(Ⅱ)*, 半盲	脳圧亢進症状消失 半盲残る	理解している。子供が小さいので自宅での生活をさせたい。	妻	患者の兄妹	歩行介助 日常生活動作 部分介助	悪いものじゃないだろうか。よくならないなあ。	妹の援助で妻が決定できる。	小3, 1年の子供の5人暮らし。	医師に対して不信がある。看護婦とはその事も含め相談できていた。
5 K. E. 氏	F	48	頭痛, 歩行障害	頭痛, ふらつき消失	夫, 妹が理解している。本人の気持ち大切にしたい。	必要時実母	妹弟	主婦業の大部分に介助を要す	息子の大学受験が終わるまでは頑張る。家に帰らないと。	夫が決定できない。妹が患者の気持ちで決定している。	中3, 高3の息子との4人暮らし	信頼している医師あり。細かい相談もしている。
6 J. K. 氏	M	64	呂律がまわりにくい	右片麻痺, 運動性失語症出現	転移性のため妻も確悟している。今後どうしたらよいかまよいあり。	妻	なし	日常動作の部分介助	家がいい。	まよいながらも妻が決定できる。	3人息子。現在3男との3人暮らし。3男は仕事が不規則。	特定の医師とは信頼関係できていない。
7 M. C. 氏	F	55	歩行困難	かわらず 息苦しさ出現	娘, 息子理解している。	なし	なし	日常生活 部分介助	早くよくなって家に帰りたい。でも病院の方が人がいっぱいいて楽しい。	息子, 娘が迷いがあり仲々決定できない。	娘は嫁いでいる。	主治医ではないが信頼している医師あり。
8 K. T. 氏	F	65	けいれん発作	右完全麻痺, 見当識障害, 尿失禁	手術をして悪くなった。もとのようにならない。退院できない。	嫁	なし	全面介助	正月家に帰ってよかった。	夫が一方的に決定する。	息子夫婦孫2人(4才, 2才)の6人暮らし。夫が頑固。	特定の信頼できる医師はいない。
9 M. W. 氏	F	63	意識障害(Ⅰ)*	見当識障害著名 平衡機能障害	予後不良は理解している。住みなれた家につれて帰る。	息子	姉妹	排尿介助 日常生活動作 介助	病院にいることもわかっていない。	息子, 姉妹が個々におこないズレが生じる。	内縁の夫, 息子28才との3人暮らし。	信頼している医師あり。
10 Y. F. 氏	M	61	頭痛, 嘔気, 嘔吐	見当識障害出現 脳圧亢進症状消失	治療が終わったら家につれて帰りたい。	妻	妹姉娘	日常生活は困らない。	仕事が気になっている。家に帰りたい。	患者の今の立場, 考えを尊重し娘が決定。	娘(40才)の3人暮らし。かまぼこ製造業。	常に連絡をとっている。依頼している。

入院時は軽い気持ちで検査目的で入院したのに検査の結果悪性脳腫瘍だということが判明したために、当初の入院目的が入院後変わったということが影響している。言いかえれば、どのような入院目的をもっているかもひとつの大きな影響因子になると思われる。

④退院した患者6例（症例1, 3, 4, 5, 6, 10）のうち5例（症例1, 3, 4, 5, 10）は男性であり、その介護者はすべての症例において妻である。これは介護者がいることが退院のひとつの条件と考えられる。その点では退院時の症状にもよるが男性患者の方が女性患者よりも退院しやすいと考えられる。しかし、単に介護者がいるかないというだけでなく介護の内容との兼ねあいでそのことは大きく影響されると思われる。退院した6例（症例1, 3, 4, 5, 6, 10）の介護の内容は、食事介助排泄介助、声かけ、監視といった日常生活動作の部分的介助であり、退院しなかった4例（症例2, 7, 8, 9）は、体位変換、寝たまままで全てに全面的介助を要する専門的技術が必要な患者であることから、これらのことも退院を決める要因になるとと思われる。

⑤患者の意識状態にもよるが悪性とは説明をうけないまでも、患者自身がどのように病状や今後の見通しについて実感しているか、認識しているかをその家族がどうとらえているかが家族が決定する時に影響してくとと思われる（症例3, 5, 10）。

IV 結 論

悪性脳腫瘍患者の退院の是非を決める際に影響していると思われる因子は図Iで示したとおりである。この中でも、直接的に影響する因子A, Bと間接的に影響する因子Cとに分けることができる。さらにこの因子のひとつひとつが独立して影響するのではなく因子どうしが大なり小なりお互いからみあい影響しあっている。また影響している因子やその影響度は患者や家族によって当然差が生じるとされる。そしてそのからみあいの中で患者や家族の様々な迷いや葛藤があることも事実である。どんな症例でも最終的に判断を下し決定するのは患者、家族自身であるから、ゆれ動く患者や家族の気持ちははかりしれない。また、私達が援助を一言でいっているものにもその内容や深さの違いがあると思われるが、患者や家族の気持ちをうけとめ共に考え患者や家族にとって有意義な生活が送れるように援助することが、看護の大きな役割であることがこの分析により再認識できた。

V 謝 辞

私達臨床に携わる看護婦にとって、日々の看護活動の中で様々な経験を重ねていくことは比較的たやすいことであるが、その経験をまとめたり分析することは非常に不得手としている。今回、まとめる作業において適切なアドバイスを頂いた藤枝看護部長に深く感謝致します。

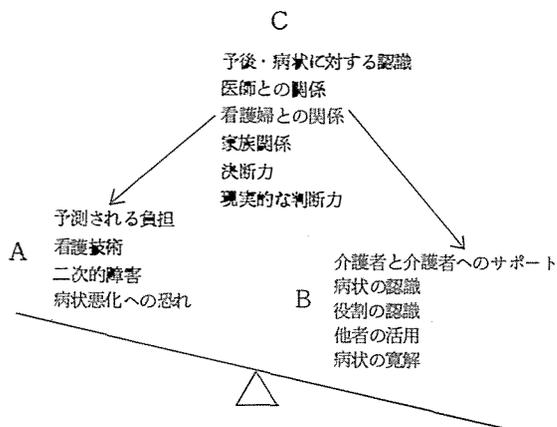


図 I

呼吸器癌患者看護の立場から

—特に、末期肺癌患者について—

熊本大学教育学部

木原信市

1. はじめに

近年、我が国における肺癌患者は、喫煙を含めた環境汚染の進展により増加傾向にある^{1),2)}。肺癌患者の癌死の順位からみると、男女とも胃癌について第2位³⁾で、しかも、この死亡率は年々急激に増加し、やがて肺癌の罹患率は男女とも第1位を占めることは明らかである。

また、集団検診の普及により肺癌の早期発見率が高まっている今日でも、末だに進行肺癌例が多く⁴⁾、それだけ肺癌患者での手術不能例、また術後再発例に遭遇する機会が多いのが現状である。したがって末期肺癌患者に遭遇する機会は今後、ますます増加し、末期肺癌患者への対策は我々医療スタッフにとって重要なことである。

最近の胸部外科領域の手術手技および術後管理の進歩により心臓、大血管、胸壁などの合併切除が積極的に行われている現在でも、おおよそ表1に示すような症例は、手術不能例として扱われる。

表1. 肺癌における手術不能例

1. 血行性転移例（骨、脳など）
2. 隣接臓器（心、大血管など）への高度浸潤例
3. 対側縦隔リンパ節への転移例
4. 胸水中の癌細胞陽性例
5. Poor Risk（高齢者、肺機能低下など）
6. その他

一方、肺癌は他の悪性腫瘍に比べて術後再発例が多いことも事実である⁵⁾。肺癌手術の内容としては、（1）根治手術、（2）非治癒切除術があり、（1）の根治手術は、さらに治癒切除、準治癒切除に分けることができる⁶⁾。治癒切除とは、リンパ節転移が肉眼

的および組織学的に無いが、あっても肺内リンパ節迄で、また肋膜に病変がおよんでいないが、あっても肺肋膜をこえていないものに対して根治手術が行われた場合である。準治癒切除とは病巣が肺肋膜を越えたり、気管分岐部・縦隔リンパ節に転移がおよんでいる症例で根治手術が行われた場合である。癌の残存が考えられる姑息切除例、あるいは縦隔廓清が行われなかった症例は、非治癒切除に分類される。

以上、手術不能例および非治癒切除のほぼ全症例、また根治手術例の過半数はいずれ末期肺癌の状態に陥るのである。

これら手術不能例および術後再発例などの末期肺癌患者に対して、何等かの治療が施されるのは当然のことである。

一昔前までは、末期肺癌患者の余命は3～5ヶ月以内とする考え方が一般的であったが、しかし、表2に示すような最近の癌治療の進歩により、1年およびそれ以上の延命例も確実に増えてきていることは周知の事実である。

表2. 末期肺癌患者の治療

1. 化学療法
2. 免疫療法
3. 放射線療法
4. 対症療法（特に栄養）

一般的に、末期肺癌患者の症状は、（1）癌の肺内進展および胸水貯溜による呼吸困難、（2）骨転移、貯水貯溜、癌の胸壁浸潤などによる疼痛、（3）脳転移による神経および精神症状、（4）胸水、癌悪液質による栄養障害、（5）傍脊椎領域、脳回神経、肺尖部の癌浸潤によるHorner症候群、嚔声、上肢の痺れ

および疼痛などである。

以下、肺癌、特に末期肺癌患者の治療および看護について、我々が日常、留意している事柄について述べる。

2. 対象

熊本大学第二外科および関連施設における末期肺癌患者42例について、まだ全身状態の低下していない時期の症状について検討した。42例の内訳は、手術不能例26例、術後再発例16例（術後平均3.6±1.5年）であり、平均年齢、性別、原発部位、組織型および手術不能の要因は表3に示す通りである。

表3. 末期肺癌患者の内訳

	手術不能例	術後再発例
例数	26例	16例
平均年齢	61.9±9.7 (S.D)	59.5±10.3 (S.D)
性別	男性16例 女性10例	男性10例 女性6例
原発部位	右上葉6例 右下葉2例 左上葉10例 左下葉6例 不明2例	右上葉6例 右下葉3例 左上葉5例 左下葉2例
組織型	腺癌12例 扁平癌6例 大細胞癌2例 小細胞癌3例 その他3例	腺癌12例 扁平癌4例
手術不能の要因	血行性転移11例 癌性胸水2例 リンパ節転移9例 臓器浸潤3例 肺機能低下例1例	

3. 末期肺癌患者の症状および対策

自験例の手術不能例および術後再発例の症状は疼痛、呼吸困難、神経・精神症状、栄養障害、Horner症候群、嘔声、上肢の痺れなどであり、その頻度は表4に示すとおりである。

表4. 末期肺癌患者の症状

症状	例数 (%)
呼吸困難	11 (26.2)
疼痛	28 (66.7)
神経・精神症状	4 (9.5)
栄養障害	1 (2.4)
horner症候群	3 (7.1)
嘔声	3 (7.1)
上肢の痺れ	2 (4.8)

圧倒的に多くみられる症状は疼痛で、28例、全体の66.7%に合併し、次いで呼吸困難の11例、26.2%となっている。末期肺癌患者の症状の内、意外と少ないものは栄養障害であり、消化器癌の末期患者との相違点である。このことは、肺癌患者はある程度の経口摂取が保たれ、また最近盛んに行われている高カロリー輸液(IVH)、経管・経腸栄養などの栄養補給に負うところが大きいと推察される。

以下、末期肺癌患者の訴えに対して、我々が日常施行している対策について述べる。

呼吸困難；呼吸困難の要因として、(1)癌細胞の肺・胸膜進展による呼吸床の減少、(2)癌性胸水による肺・循環器系の圧迫、(3)転移リンパ節による気道圧迫、または二次的感染、(4)脳転移による呼吸中枢障害などが主なものである。

これら呼吸困難の要因に対して根本的な改善方法はないのが現状である。しかし、呼吸困難は患者を苦しめており、少しでも呼吸困難および不安感が緩和するような治療および適切な看護を施すことは、我々医療スタッフの当然の義務である。

胸水に対しては穿刺による排除、または胸水貯溜防止として、制癌剤であるアドリアマイシン、マイトマイシンC、プレオマイシン、また免疫療法剤であるBCG-CWS、ノカルジア-CWSなどの胸腔内注入は効果的であり、肺癌そのものに対してもある程度コントロールできるとされている⁷⁾。

表5は、胸水のために呼吸困難を来した9例について、治療後の症状の推移を検討したものである。

胸水排除および胸膜癒着療法により全例とも胸水は減少し、呼吸困難の訴えは9例中7例(77.8%)が改善している。したがって胸水の排除または再貯溜防止策は、多くの呼吸困難の症状緩和に有効である。また、呼吸困難の原因として転移リンパ節による気道圧迫、二次的肺炎および無気肺などがある。これら症例に対する治療としては、リンパ節への放射線照射が一般的であるが、殆ど効果はなく、返って放射線肺炎などを惹起してますます呼吸困難が増加する傾向にある。したがって、以上のような症例に対しては、対症的に喀痰の排泄を促す方法、例えば、体位ドレナージ、吸入療法、去痰剤投与などを行う程度であり、この際重要なことは体位ドレナージ、吸入などの目的を患者自身および家族に十分説明すること、正しいやり方を看護

者が身をもって教えること、施行状態を観察すること、などである。

表5. 胸水対策後の呼吸状態

呼吸状態	例数 (%)
呼吸困難 (-)	7 (77.8)
呼吸困難 (+)	2 (22.2)

所謂、末期状態に陥ると下顎呼吸、間歇的無呼吸、精神的不穏状態が出現することは多くの看護者が経験するところである。このような場面に直面した時、常識的に口腔からの air way挿入、気管内挿管、気管切開などによる気道確保が行われる。しかし、口腔からの air way挿入、気管内挿管、気管切開などの処置は患者の会話を妨げ、不安感をますます強めるのみである。したがって我々は極限の状態まで気管内挿管などの処置を行わず、場合によっては経鼻的に air wayを挿入する方法だけにとどめている。

また、全経過を通じて、医師並びに看護者が患者の胸部に聴診器をあてるとゆう行為は、呼吸困難に対する患者の不安度を多少なりとも軽減させる。つまり、主たる治療および看護の他に些細な対応が不安感の緩和に意外と効果的であることを経験的に感じている。

疼痛；一方、末期肺癌患者の疼痛例は多く、自験例でも末期肺癌患者の66.7%に合併している(表4)。末期肺癌患者の疼痛の特徴は各種治療に対して抵抗性があり、疼痛の範囲、程度が徐々に増強する点で、呼吸器疾患領域における医師および看護者の適切な対応が要求される場面である。

末期肺癌患者における疼痛の種類には、(1)癌の胸膜、神経、気管支浸潤や胸水貯溜による胸部痛、および(2)血行性転移、特に、骨転移による局所痛、などが主なものである。

胸水による痛みに対しては、胸水排液法および抗癌剤による胸膜癒着法、また骨転移による痛みに対しては、局所への放射線照射などが効果的とされる⁸⁾。

ここで疼痛のために高度の不安感を抱いていた末期肺癌患者の一症例を提示する。症例は、40歳の女性で左上葉の肺癌例である。肺の腫瘤影は最大径 2.5cm で明らかなリンパ節腫脹もなく根治手術の予定で術前検査を進めていた。しかし、手術直前になって左骨盤

部の疼痛を訴えたため、骨盤のレントゲン撮影を行ったところ、既に骨融解が進んだ骨転移巣(骨盤)が発見された。また、同時期に頭痛を訴え、頭部の単純撮影およびCT撮影にて頭蓋骨の転移巣が発見された。肺癌の組織が小細胞癌であること、血行性転移が多発していること、などの理由で手術不能となり、抗癌剤の全身および局所(BAI; 気管支動脈内抗癌剤注入)投与や、肺および骨盤への放射線照射、対症的に経口鎮痛剤投与などの保存的療法が施行された。患者は、最初、手術しないことや骨盤痛および頭痛などに対して強い不安感を抱いていたが、医師と看護者が同一席で、手術しなくても治癒することを充分説明し、また痛みに対しては計画的に鎮痛剤を投与することによって除痛効果が現れ、不安感が解消した。やがて、胸水貯溜による呼吸困難が出現してきたが、抗癌剤の胸腔内注入により胸水は減少し、呼吸困難は軽減している。対症的に治療をはじめて10ヶ月目で脳転移のため死亡しましたが、最後まで我々医療スタッフのことを信頼し、医療行為に対して何ごとにも協力的であったことが印象的であります。この症例は医療スタッフと患者関係が非常にうまくいった例ではありますが、今、振り返ってみると、苦悩症状(呼吸困難、疼痛など)を軽減できたこと、医療スタッフと患者家族が協力して患者に対応したこと、担当看護者が勤務時間外でもよく患者訪問していたことなどが効果的であったと推察されます。

提示した症例からもわかるように、疼痛に対する患者の不安感はかなり強いものであり、疼痛のある患者に対しては常に除痛を試みることは、当然のことである。

一般的に、疼痛初期には経口鎮痛剤が第一選択となるが、肺癌による疼痛に対しては効果が少なく、また副作用として胃腸障害の起こる頻度が高いなどの理由で我々は、まず習慣性が少なく、取扱いも容易である pentazocine (ペンタジン、ソセゴン) と、鎮痛補助薬として hydroxyzin hydrochloride (アタラックSP)、deazepam (ホリゾン、セルシン) などの併用投与を行っている。さらに、癌の進行とともに鎮痛効果および作用時間が十分得られない場合には、最終段階として麻薬の使用を躊躇せず行う。実際の処方では、種々の濃度のモルヒネとコカイン、エタノール、香料シロップをクロロホルム水に加えた溶液、すなわ

ちブロンプトン・カクテルの型で行う。量の増減は年令、症状の強さ、全身状態などに応じて敵時行われる。

その他、局所の除痛のための放射線照射、局所麻酔剤による神経ブロックおよび硬膜外麻酔などの併用も効果的である。

鎮痛剤投与に際して重要なことは、疼痛時のみの投薬でなく、適切な量を一定間隔（例えば4時間毎）で投与することであり、痛む患者の要求に頼った頓服的な投与は避けなければならない。末期肺癌患者の疼痛は治療可能な症状であり、患者の不安感を軽減する意味から是非除かねばならない症状であるとする。

栄養障害；一般的に、末期癌における栄養障害はしばしば遭遇する状態であり、特に、消化器癌においては経口摂取不能、癌再発によるイレウスなどにより比較的早い時期から栄養障害に陥る傾向にある。一方、肺癌患者においてはある程度の食欲は保たれており、栄養障害は他の癌に比べて遅く出現することを特徴とする。しかし、末期状態に近づく、器質的障害による嚥下障害、またストレス、癌悪液質、疼痛などによる異化作用亢進、更には胸水中に蛋白を含めた各種栄養分の喪失などにより栄養障害が出現してくることも事実である。

この様な場合、積極的または半強制的に高カロリー輸液（IVH）、経管・経腸栄養などによる栄養障害の改善に努めるべきである。栄養状態の改善は、外見にも患者および患者家族に安心感を与え、内容的には細胞性免疫能の賦活⁹⁾および癌化学療法、放射線療法への効果増強をもたらす¹⁰⁾、延命効果が得られることは周知の事実である。

4. まとめ

末期肺癌患者への対応策として、私自身の少ない経験から次のような事柄が重要と考える。

(1) 末期肺癌患者の症状の内、特に多く見られる呼吸困難、疼痛などは、患者を不安状態に陥れるために最善を尽くして症状緩和に努めるべきである。

(2) 常に、積極的な治療および看護を試み、患者に希望を抱かせる。ある時点で、医療従事者である医師、看護スタッフが医療および看護行為に積極性を欠くと、その態度はすぐ患者に見抜かれて、患者を不安、恐怖、精神的抑鬱状態に陥れる。したがって、適り一編の看護は是非避けなければならない。

(3) 医師および看護スタッフは、治療および看護の場面において常に接触を保ち、協力して患者および患者家族に対応する。

文 献

- 1) 石川七郎：わが国における肺癌治療のトピックス、臨床と研究, 60(5) : 1407-1411, 1983
- 2) 倉垣匡徳：喫煙と肺がん、臨床と研究, 60(5) : 1412-1417, 1983
- 3) 厚生省統計局：昭和56年人口動態統計・第3表, 1982
- 4) 於保健吉：早期肺癌治療成績, 外科Mook, 25: 38-45, 1982
- 5) 橋本邦久 他：切除遠隔成績と予後に関する因子, 外科Mook, 25:156-162, 1982
- 6) 日本肺癌学会分類委員会：肺癌患者の記録と分類癌の臨床, 14:890, 1968
- 7) 大田満夫：癌性胸膜炎の治療, 外科Mook, 25: 114-121, 1982
- 8) 大田満夫 他：転移を伴う肺癌の集学的治療, 外科, 47(9) : 921-925, 1985
- 9) Yamada, N. et al: Effect of postoperative TPN as an adjunct to gastrostomy for advanced gastric carcinoma, Br. J. Surg., 70:267-274, 1984
- 10) Hugon, G. S. et al: Elemental diet in the management of the intestinal lesions produced by radiation in the mouse, Can. J. Surg., 15:18-26, 1972

消化器癌患者看護の立場から

—とくにストーマ造設患者を中心に—

弘前大学医学部第二外科
今 充

はじめに

消化器は口から始まり肛門に終る一本の管であり、そのほとんどが胸腔内、腹腔内に存することから、体表にある乳癌などのように、放射線治療を主体にするということはまず考えられず、悪性腫瘍治療一般の原則と同じく、早期発見、早期手術が大原則であることは云うに及ばない。

ところが、消化器の手術は一本の管の病変部を切除するので、どうしても再建術式が絶対必要となり、食欲を満たすことが出来ない経口摂取不可能な期間が比較的長いという、大きな障害と困難をとまなう場合にしばしば遭遇する。

消化器癌手術のなかでも、とくに腹壁人工肛門（以下単にストーマとも云う）は、ボディイメージの大きな変化をもたらし、生理的感覚因子も加味され、ストーマの受容、社会復帰へとその道程は険わしく、遠いことをよく日常経験する。

とくに基本的看護の一つである排泄に、直接かかわる援助ということで看護の占める役割のきわめて大きいストーマ造設患者の看護につき、ストーマケアを論点にしながら、一般的な消化器癌患者の看護を考えてみたい。

I. 大腸癌症例

弘前大学医学部第二外科のストーマ造設の主たる疾患である大腸癌症例数を5年毎にみたものを図Iに挙げた。昭和41年から45年までの5年間では96例、次に引き続き昭和50年までは191例と急激に倍増の線を示している。その最も大きな要因として、食生活の欧米化や生活環境の変化が指摘され、さらに診断技術の進歩なども云われている。

さて実際に人工肛門造設症例はどれ位の数にのぼる

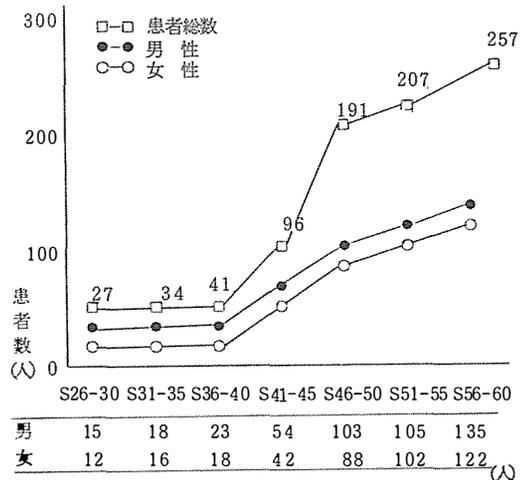


図1 大腸癌年度別患者数

のであろうか。わが国において年間1万数千例ともいわれている。厚生省消化吸収障害調査研究班（班長白鳥常男教授）に属し、主として消化器外科を担当している15大学の昭和54年（1979年）から5年間のアンケート調査結果を表1に示した。

表1 永久的結腸瘻造設例

疾患内訳	単孔式	%	双孔式	%
結腸癌、直腸癌	1,049	94.8	172	58.3
他臓器悪性腫瘍の転移・浸潤	24	2.2	86	29.2
放射線照射性大腸炎	2	0.2	30	10.1
炎症性腸疾患	13	1.2	1	0.3
複雑痔瘻	1	0.1	2	0.7
外傷	0	0	1	0.3
大便失禁症、重症便秘症	0	0	1	0.3
脊髄損傷	0	0	0	0
その他	18	1.6	2	0.7
計	1,107		295	

(1979～1983年、15施設アンケート調査)

永久的人工肛門の単孔式は1107例に造設されている。そのうち1049例、約95%は結腸癌、直腸癌によるものであり、他臓器悪性腫瘍の転移、浸潤、放射性大腸炎までを入ると、約97%までになる。すなわち結腸ストーマの原因疾患のほとんどが悪性疾患に関わることが知られる。

またストーマ管理としては、結腸ストーマと比べものにならぬほど面倒で、困難な永久的単孔式回腸瘻の原因疾患を表2に示した。

表2 永久的回腸瘻造設例

疾患内訳	単孔式 %	双孔式 %
(び慢性)大腸腺腫症	18 43.9	2 8.7
多発大腸癌	2 4.9	0 0
潰瘍性大腸炎	18 43.9	10 43.5
クローン病	1 2.4	0 0
び慢性大腸憩室炎	0 0	0 0
その他	2 4.9	11 47.8
計	41	23

(19799~1983年, 15施設アンケート調査)

炎症性疾患である潰瘍性大腸炎と腫瘍性疾患である大腸腺腫症が41例中36例、89%を占め¹⁾、結腸ストーマとは大きく趣を異にしており、その造設には極めて慎重でなければならぬことを喚起したい。

II. ストーマ造設に関する術前と術直後の問題

ストーマ造設が必要と判断された患者における術前看護のポイントは、ストーマの受容と手術にかかわる不安の解消、ストーマサイトマーキングが主たるものであろう。

1. ストーマにたいする拒否的行動

人工肛門に関する全国的アンケート調査を昭和53年および59年に行ない(弘前大学教育学部看護学教室木村紀美助教授, 米内山千賀子助手ら), 人工肛門に関する諸問題の変化につき比較検討を加えた^{2), 3)}。

人工肛門造設にたいしての拒否的行動を図2のごとく程度の軽いものから重度のものまでIからIV段階に分けてみた。なんらかの拒否的行動のみられたものは昭和53年度の調査で118施設中34施設29%, 59年度では259施設中150施設58%にみられ、拒否的行動のみ

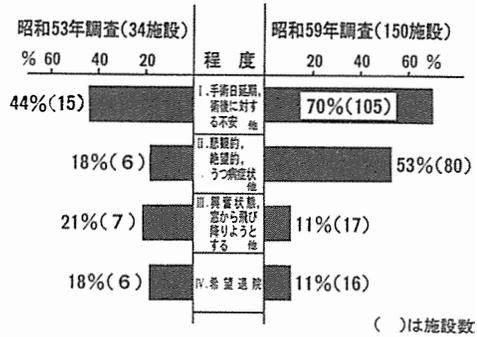


図2 拒否的行動の比較

れる患者数の増加が伺われた。しかし程度のIII(興奮状態, 泣いたり, 窓から飛び降りようとしたりするもの)と程度IV(希望退院)の高度の対策が必要なものは, 53年度13施設(13/34, 44%), 59年度は33施設(33/150, 22%)と拒否的行動内で占める比率は減少していた。

拒否的行動のみられるのは, ストーマ造設の必要性受容への理解を得なければならぬのに, 癌については患者自身に告げないという社会一般的な現況にも大きく関与しているものと思われる。実際患者自身にとっては生命と引き換えである人工肛門造設の必要性がどうしても一枚ペールで覆われ, 十分な理解に, 社会的医学知識レベルが高くなればなるほど困難が生ずるものと解される。

2. 術前説明との関係

拒否的行動は人工肛門造設の説明が行われぬ限り, 起り得ぬ現象なので術前説明の方法につき検討を加えてみた(図3)。59%の施設で「医師と看護婦」が, 96%の施設で「患者と家族に」説明するという方針を

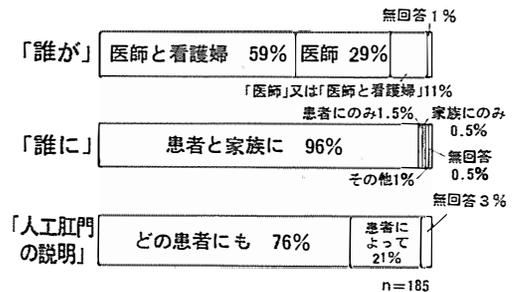


図3 術前説明の概況

とっていることが知られた。しかし「人工肛門」についての説明は「どの患者にも」は76%であり、「患者によって」説明するという施設が21%あることがわかった。つまり患者背景を考え、高令者や神経質な人、社会不適応、情緒不安定型やY-G性格テストなど客観性のある判断により、患者自身にたいする説明を行うか否かを決めているということになる。すなわち一律の医療看護ではなく、患者個々にあったきめの細かい対策がとられているということにもなるであろう。患者によってストーマに関する説明を行う群に拒否的行動の程度IVが少ないことも知られた。

患者に説明する内容は「人工肛門の名称のみ」というのは数%で少なく、「どういうものか、その必要性までも含めての内容」を説明する施設は63%にみられた。もっと増加しなければならぬ数字かと思われるが、患者個人個人の種々の背景因子を考えた上での結果でなければ意味は低くなる(図4)。

また「説明方法」にどのような工夫がされているかをみると、「口頭」、「パンフレット」によるが過半

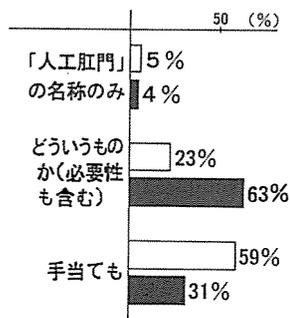


図4 説明内容

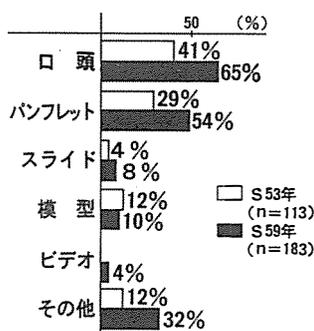


図5 説明方法の工夫

数を占めるが、その内容をみると患者によく理解出来るよう努力しているのがみられる。とくに53年度調査ではみられず、今回の調査(59年度)で登場したのは「ビデオ」の使用である。さらに「その他」の項に入れたが、参考書や同業者の訪問(オストミービクター)が挙げられている(図5)。

3. 術前ストーマサイトマーキング

術前におけるストーマサイトマーキングは、術後ストーマの主として管理、指導にあたる看護のみなさんの重要な仕事の一つである。もちろん、術者との連携プレーであることは他の医療の仕事と全く同じである。

エンテロスタマールセラピスト、ストーマ療法士の発祥の地であるアメリカ、クリーブランドクリニックのストーマ位置決定の原則を表3に挙げた。

表3 ストーマ位置決定の原則

1. 臍より低い位置
2. 腹部脂肪層の頂点
3. 腹直筋を貫く位置
4. 皮膚のくぼみ、皺、瘻痕、上前腸骨棘の近くを避けた位置
5. 本人が見ることができ、セルフケアのしやすい位置

(Cleveland Clinic)

2. 腹部脂肪層の頂点、3. 腹直筋を貫く位置、5. 本人が見ることが出来、セルフケアのしやすい位置の項などは、とくに近年まであまり意を拂わなかった事であり、大きく異なる点に注意していただきたい。医療の進歩にともない術後の日常生活の質向上をも十分に考えた看護が行われなければならぬ¹⁾。

4. 皮膚のくぼみ、すなわち臍はストーマ造設には最も邪魔になる場所の代表であるが、この臍の場所ですら症例によってはストーマ造設の最良の場所となり得ることも知らねばならぬ。

4. 術直後のストーマケア

ストーマの一期開口が原則となり、術終了直後から本格的なストーマケアが行われなければならない。

術直後手術室で用いられる装具は、皮膚保護剤としてのカラヤゴムと内容の観察出来るパウチを貼布すべきである。すなわちストーマからの出血や便性を管理

し、ストーマ自体の色、出血、陥没など十分に観察されねばならない(表4)。

表4 <術後パウチの観察>

1. ストーマの色
1. ストーマ周囲からの出血
1. ストーマの内容(出血、便など)
1. その他

とくに回腸ストーマではパウチの内容や量に注意し、水分、電解質の出納バランスを考えねばならぬ。

Ⅲ. ストーマケアに関する問題

私達は患者の背景とストーマの関連ということから、つまり性別、性格、年齢、神経症傾向の有無などに焦点をあて、人工肛門造設術後の状況を検索してみた。

1. ストーマを最初にみたときの反応。

ストーマを最初にみたときほとんどなにも感じなかった「楽観的」群、「びっくりした」群、「ショックを受けた」群に分け以後の精神的反応の有無につき調べてみた。「楽観的反応」の群は約13%、「ショックを受けた」群では約90%に変化がみられ、この両群間に有意差(P<0.01)がみられた(図6)。

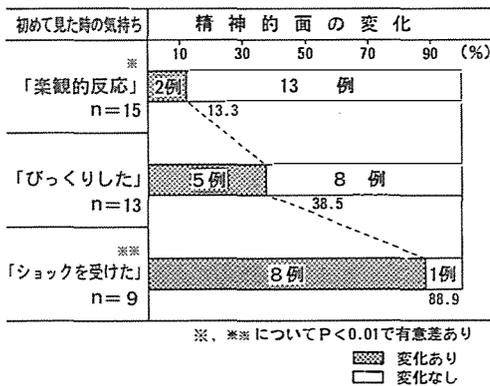


図6 ストーマ初回観察時と精神的面的変化

患者個人個人により全く異なる反応がみられるので、このことから患者を一律に取り扱うことの無理なことが知られる。

2. Y-G性格テスト

Y-G性格テストでみると、神経質な患者に精神的

面の「変化あり」とする患者が全員100%であり、神経質でない群の41%と比較し、有意に高率(P<0.05)であるという結果が得られた(図7)

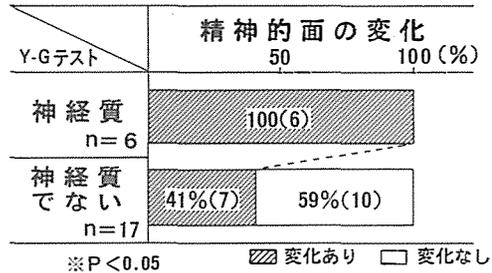


図7 神経質な性格と精神的面的変化

3. コーネルメディカルインデックス(CMI)

人工肛門の「手当て開始時期」を指標にCMIでみると、CMIの領域Ⅲ・Ⅳの神経症的傾向の患者の方に、術後1週間以内に手当てを開始した患者が有意に高率であることが知られた(図8)。

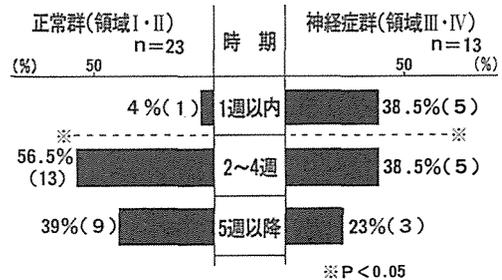


図8 神経症的傾向と手当て開始時期

4. 性別

性別と手当て開始時期を検討してみると、女性のほうが男性よりも、術後1週間以内に手当てを開始した患者が有意に高いことがわかった(図9)。

5. 年齢

年齢と精神的面的変化をみると、65歳未満の群では精神的面的変化は54%で有意に高くみられた(図10)

以上のように性格、性別、年齢などの違いによっても、それぞれ反応が異なることが、想定されたごとく知られた。それぞれの患者にどのように人工肛門造設を納得させるべきか、色々の因子をよく考えてきめ細かく行わねばならぬことが知られた。

消化器癌患者看護の立場から

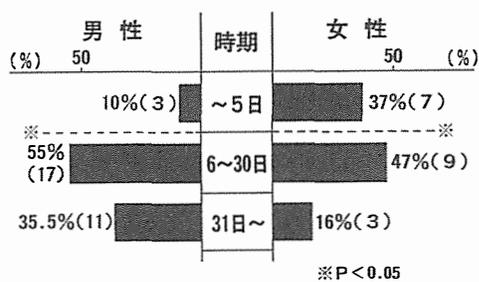


図9 性別と手当開始時期

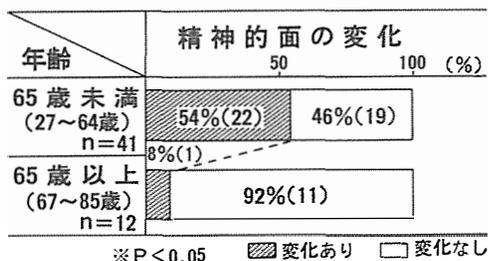


図10 年齢と精神的面の変化

IV. ストーマ外来

ストーマ造設患者が増えている現在、ストーマ外来の設置が望まれるところであるのでストーマ外来について少し触れたい。

ストーマ造設患者のほとんどは悪性腫瘍患者であることはすでに述べた。

したがってストーマ外来では、原疾患への治療、管理を疎かにすることはもちろん出来ぬが、その他ストーマに関わる管理とリハビリテーションは当然のこと、排尿、性機能障害などにたいし、専門的指導が出来るようにしなければならぬ(表5)。

表5 <ストーマ外来>

- 1. ストーマ患者のほとんどは悪性腫瘍患者
- 1. 原疾患への治療、管理
- 1. ストーマの管理とリハビリテーション
- 1. 排尿、性機能障害などへの専門的指導
- 1. その他

V. 症 例

43歳の主婦で下部直腸癌の症例を考えてみたい。自然肛門活約筋機能温存術式が計画され、低位前方切

除術が器械吻合(EEA式)にて行われた。しかしEEA器械の作動不良のため、縫合不全発生を警戒し、予防的横行結腸瘻造設が同時に行われた。

患者の家庭的事情により、医師らによる再三の手術のすすめにこたえず、約5年以上経過後に、横行結腸人工肛門が閉鎖され、現在約10ヶ月経過している。排便回数は一日、10回前後あるが、自然肛門からの排便の有難さは人工肛門をもったことのある人でなければ解らないと述べられ、自然肛門からの排便になってから一日一日の生活が全く明るく、活発になり、総てが楽しく本当によかったと、心底から喜んでおる。一日10回前後の排便回数に関わらずである。

医療従事者は自分の考え、立場からでなく、患者自身の立場、考えに則すべきであり、この点から医療が始まることを、改めて考えさせてくれた例である(表6)。

表6 症 例

佐○サ○エ 43, 主婦
 主 訴: 排便時出血
 診 断: 直腸癌(Rb)
 手 術: 昭. 55・7・24
 術 式: 低位前方切除術(EEA 器械吻合)
 +
 予防的横行結腸瘻造設
 組織診断: 高分化腺癌, p, m, n(-), PoHo, M(-), aw(-), ow(-)
 通 院: 昭55・10・4
 再手術: 昭60・9・3
 術 式: 横行結腸瘻閉鎖術
 退 院: 昭和60・9・15

VI. ストーマの受容

ストーマ患者にとってストーマを受容するという事は並大抵のことではない。しかしストーマ患者は、ストーマは自分にとってそれが生理的状态であるという受容と認識を持つべきことが最も大事なことである。そのように看護することが如何に面倒であっても、それを理解させるようなどんな努力も拂うことに吝かであってはならない(表7)。

表7 <ストーマ患者>

ストーマは自分にとって
 それが生理的状态であるという
 受容と認識が最も大事である

おわりに

以上ストーマ造設患者を主体に述べてきた。要は患者個々に適した看護とはなにかということであり、その患者にとって最善の看護とはなにかを、医療側からでなく患者の側になって行うことである。統計学的に考えられた看護は、その患者の看護の初期においての目安とはなるものの、その患者にとっての絶対条件とならぬばかりか、大多数の人にとって良い看護は或はその患者さんにとって大きくマイナスになることも深く知らなければならぬ。

消化器という、人間の三大欲望の一つである食欲に関する臓器のがん、とくに直腸のがんは、応々にして人工肛門造設が必要となり、全く異なるボディイメージと排泄という生理的嫌悪に関わることゆえ、最も強い拒否反応が示されるのが実情である。

とくにわが国においての一般論として、患者自身ががんは告げぬことになっているので、人工肛門造設の問題に、患者自身いまま一つ納得のいかぬのは当然のことかも知れない。

その大問題の解決に最も可能性を見出し得る方法があるとすれば、患者はもちろん、家族その他の関係者と医療担当者間との信頼関係と思われる。信頼関係は心の通うことが最も大事と思われるが、それを裏付けるものとして技術の良し悪しも大きく関係する。

私達医療関係者は心を養うことはもちろんであるが、患者個々の立場にたって信頼関係の裏打ちとなる技術の修得をも疎かにせず、真摯な姿勢で当たらねばならない。それが看護教育に通じる道であると思う。

本論文の要旨は第12回日本看護研究学会総会にて発表した。発表の機会を与えて下さいました福島松郎学会長に深謝する。また弘前大学教育学部看護学教室木村紀美助教授、米内山千賀子助手、東京慈恵会医科大学看護部櫛引みゆき氏の協力、援助に厚く御礼する。

文 献

- 1) 今 充, 土屋周二: 人工肛門に対するアンケート調査, 厚生省特定疾患消化吸収障害調査研究班昭和59年度業績集(班長白鳥常男), 1985, P 262-289
- 2) 木村紀美, 保坂範子, 五十嵐千賀子: 人工肛門造設術を受ける患者の看護, 臨牀看護, 5, 130 ~ 141, 1979.
- 3) 五十嵐千賀子, 木村紀美, 今充: 人工肛門造設患者の看護の問題点, 日本看護研究学会誌, 4, 5-13, 1982
- 4) 徳永恵子: ストーマの位置決定, ストーマリハビリテーション講習会実行委員会編, ストーマケア基礎と実際, 東京, 金原出版, 1985, P141~147

切除不能，再発癌患者看護の立場から

国立がんセンター病院
柿川 房子

がん患者は、その病名の認知はさておき、診断一病状の検索、治療方針の決定→治療→緩解 ↔ 治癒の期間を経て再発という問題に直面させられることが多い。

切除不能の状況は、癌の発生部位、広範囲な浸潤のため全く手術の対象にならないケースと、試験開腹、試験開胸等に終わったケースがある。

再発癌の場合も死に直結するケースから、ある程度の緩解期が得られ、家庭での日常生活はもちろん、まれには社会復帰、職場復帰するケース、あるいは、その後数年の生存、治癒の可能性が期待出来るケースまでである。

患者側の問題として、その病状の時期を大きく二つに分けて考えると、

1. 日常生活において、ある程度制限なく自立した行動が出来る時期と、
2. 日常の生活が制限され、家族や医療従事者に依存し、自立した行動が不可能な時期がある。

一般的な全身状態（Performance Status）をWHO癌治療結果報告基準（昭和59年10月版）の5段階分類をスケールにして述べると

段階 全身状態

- 0 すべて正常に制限なく行動出来る。
- 1 激しい運動は制限されるが歩行や軽い仕事は出来る。
- 2 歩行や身の回りのことは出来るが、どんな仕事も覚醒時間の50%以上は出来ない。
- 3 制限された身の回りのことしかできず、覚醒時間の50%以上は臥床あるいは椅子に坐っている。
- 4 完全に身の回りのことが出来ず、全日臥床あるいは椅子に坐っている。

前述の1の状況、すなわちある程度自立して行動出来る時期は、この5段階分類では、Performance St-

atus 0, 1, 2の段階までを意味し、患者とその家族にとっては、社会生活すなわち、職場や家庭からの撤退、離脱の始まりである。通院の間隔も短くなり、入院、退院をくり返す時期であり、身体的苦痛に優先してむしろ精神的社会的（経済的、家庭的）苦悩の深い状況である。

患者とその家族は、限定された短い期間を有意義に過ごすためにさまざまな問題を持ちこんでくる。仕事の整理、身の整理、家庭生活の限界について、入院の可能性、緊急時の体制、対応、転勤、出張、旅行等に関する相談、家族の将来、進路に関する事、就職、進学、家族が患者と共により密度の高い生活をおくるための環境づくりの相談、看護に専念するための看護者（家族）の仕事の縮小に関する事等々、多くの複雑な問題がもちこまれてくる。

主治医へはもちろんのことであるが、日常生活の細かい相談は、ナースの方へもってこることが多い。前回入院した病棟の旧知のナース、外来ナース、そして特に部長が立場上もこのような問題の対応についての役割をになっている。

がんの専門病院である当センターにおいては、外来の待合室で、あるいは病棟内、病室内で患者同志、家族間、患者と他の患者の家族間で非常に多くの情報を交換しあっている。一般的に医師は、家族の了解が得られれば特に神経質で自滅タイプや精神障害がない場合は、程度の差はあるがある程度真実を話していく姿勢になってきつつある。どちらかというと最近では、家族側の固定観念が強く、どうしてもがんの病名を告げることに否定的な反応を示すことが多い。しかし患者が自分の病状や、周囲の情報からすでに認知しているケースも度々みられるようになってきている。医療者側が真実を告げるの意味、重要性について家族に理解してもらうよう徐々に指導していくケースがみられ

るようになった。

大切なことは、この真実をどの程度話すかということ、患者や家族の情緒的反応を理解しながら話す時期を配慮する。数%の治療効果しかないことや、短い余命等が話されるときには、まれにはあるがある程度の緩解を得て数ヶ月、数年の延命を得られた例等も話して希望を完全に断たないように配慮して患者がその死の準備が出来るようにする。

自分の病状が深刻な状態であることを知った患者のほとんどが、生きるために勢いばいの努力を試みようとする。最善の状態に自己をおいて、治療をしたいと望む。

当センター、ターミナルケア研究会の調査（1982年死亡患者の調査）では、がんの病気や予後についての認知は、良く知っていた人が31%、何となく気づいていた人、46%まで入れると77%の人が認知していたということになる。

がんと宣告され、残りの人生をどのように過ごさせなかったか、そして実際にはどのように過ごして死を迎えたのか、ということでは、図1に示すとおりである。

この調査の1982年から3年後、1985年の死亡患者約453人、全員のデータを集計中であるが、この3年という期間は、癌について、終末期ケアについて一般社会の関心が強くなったこともあり、癌の認知に対する姿勢が、医療者側、患者、家族の側にも変化がみられてきたという感触を強くもっている。がんから逃げる姿勢が少しづつ変化し、患者自身、自分の直面する問題を受けとめて、出来る限り積極的に対応しようとしていること、死の近いことを認知して、準備が進められていたり、死の前に、医療者側や家族に現実的に別れや感謝の言葉を述べられる人間関係、そのような環境がもてるようになりつつある。

前述で2分した後者の方、自立して日常生活の行動が出来ない状況、WHO 5段階分類でのPerformance Status 3、4の状況を意味する時期、ナースの全面介助を経て死に到るまで個々、疾患臓器によっても長期、短期の入院期間がある。

1982年の調査では当センターの全患者入院日数が約51日、死亡患者（死亡時の入院のみ）は102.5日、Performance Status 3、覚醒時間の50%以上は臥床

I 患者さんが癌と宣告され余命が限定された時、残りの人生をどのように過ごさせたいと思いましたか。

II 実際には患者さんはどのように過ごされましたか。

〔統計〕

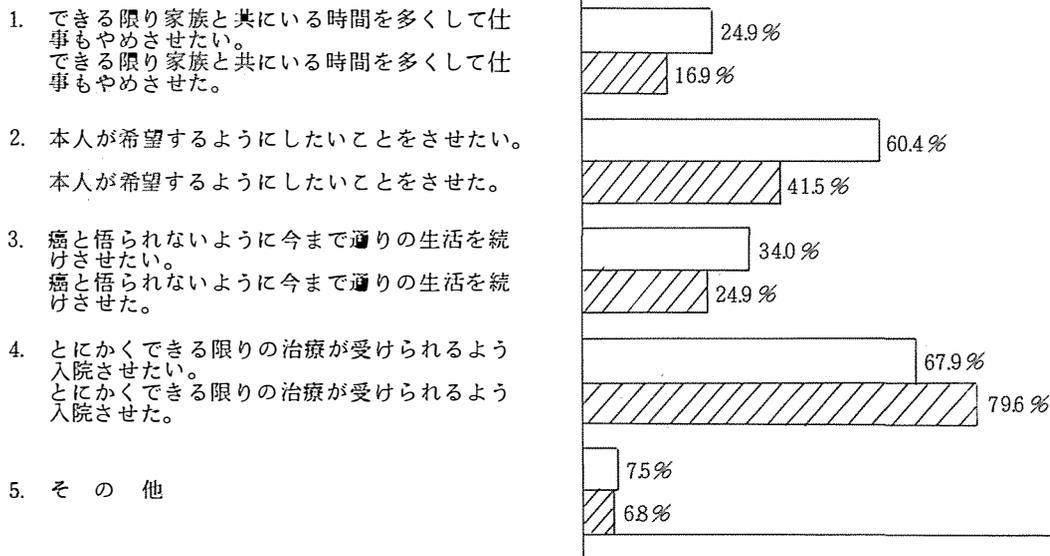


図1 家族に於ける問題 1982年 死亡患者の遺族の調査

—国立ガンセンターターミナル研究会—

切除不能，再発癌患者看護の立場から

あるいは椅子に坐っている状況，31日，Performance Status 4，完全に身の回りのことが出来ず全日臥床あるいは椅子に坐っている状況，46日，合計すると77日約2ヶ月半の期間患者はほとんど自立出来ないでベッドの周囲で死までの期間を過ごしていることである，この年の一般病院の在院日数は約40日弱である。

さらに1985年の調査を進めている段階であるが，当センターの専門分類別のP, S, 3, 4の状況での在院日数を（死亡患者）述べると，図2のごとくである。

主なものをあげると，

	<P,S4>		<P,S3>		<合計>
17, 内分泌系	279	+	0	=	279日
1, 脳神経	123	+	65	=	188日
3, 頭頸部	42	+	19	=	61日
5, 肺	28	+	13	=	41日
6, 食道	39	+	21	=	60日
7, 胃	29	+	35	=	64日
12, 乳房	103	+	46	=	149日
14, 女性器	21	+	33	=	54日
16, リンパ造血器	73	+	31	=	104日

がんの治療を優先する専門病院のデーターであることを認識してみても死亡にいたるまでの2, 3ヶ月余りを病院のベッドで，その生活のほとんどをナースの介助を必要として過ごさなければならないということである。

入院が必要な身体的状況であるので，もちろんのこと苦痛や症状のコントロール，日常生活の安楽についてもナースのケアが重要な意味をもつ時期であることはいうまでもない。この時期には患者の精神的，社会的 needsもその質が少しずつ変化していくことにも留意したい。職場の同僚，上司の面会が次第にもの憂く感じるようになり，逆に家族がそばにいることを望み，静寂を好み，頻回のナースの訪問，訪室を期待し，無念，残念な感情を訴え，わかれや感謝を告げる。このような人間の複雑な，深い感情が受けとめられる，すなわち，感情に焦点をおいた care が出来る人間関係，環境がつかれるように配慮していきたいものである。

マズローはその欲求の階層の理論において，生理的要因，すなわち①生活の維持を求める生理的欲求，②安全の欲求，危険災害から身を守るこのような基本的

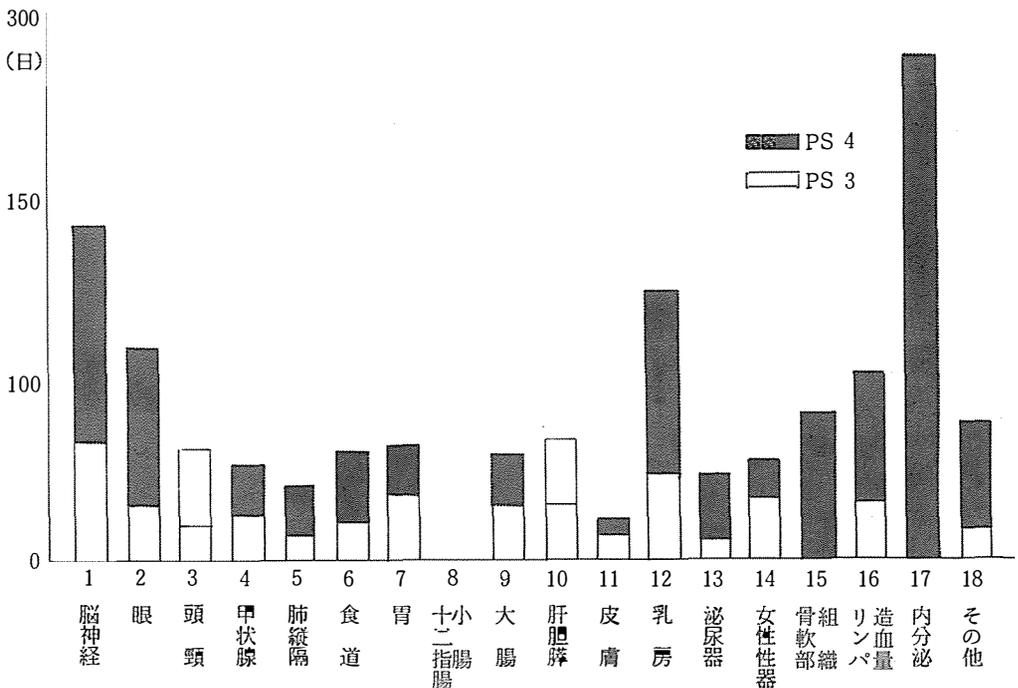


図2 死亡患者在院日数（P.S. 3, 4の日数）1985年死亡者—国立ガンセンター

切除不能、再発癌患者看護の立場から

な欲求がある程度満たされないと心理的欲求①愛と集団をつくり、同僚から受け入れられたいと考える社会的欲求、②自我、自立を求める欲求、③自己実現、自己の能力発揮、このような欲求は活性化しないと述べている。

限定された短い期間の生活をおくる場として、現実的には設備や体制を変える必要は多分にあるが、ここではナース自身の研鑽が必要な課題についてのべてみる。

1985年3月、看護協会が発行された「看護婦とジレンマ」の小冊子の報告のなかで、がん患者の問題も多く取りあげられ共感する点が多いのでここに示したいと思う。

患者をケアする場で特に医師、それから家族とナース間において生死観が個々に異なる時、生死観を人生観と置きかえても良いが、ナースがジレンマ、ストレスを感じる事が多い、そしてこの違いは具体的に意見の交換、状況、対応についての検討まではいかず、患者のためにより質の高いケアに結びつけられないままに終わってしまう。大抵くちをいうレベルで終わり、きちんとした形で表現されず、あるいは言葉になるほど意識化されず、表現すべきではないと思ひこみ心のなかにおさえこみ、また自分では表現したつもりが相手には内容そのものが伝わっていない、というような現状である。

特に今回あげられたテーマの患者のケアにおいて

は、個々のナースが、そのケアの場で生死観をきちんともって対応しなければならない状況にせまられる。

患者を主にして家族の生死観、医師の生死観が、当面おきている状況をどう理解し、判断し、最終目標をどこにおいているのか、個々の相違点は当然のこととして、その相違点を相互に明確に認識したうえで、患者、家族、特に家族には死にゆく患者を看取る体験の多いナースが具体的な情報を提供する必要がある。最終的に相互の理解をもって患者、家族の生死観に添ったケアができるように学習を積み重ねていきたいと考えている。今日のテーマである、切除不能、再発癌患者のような極限状況の人々の残された生がより充実したものであるために、その主たるケアのにない手であるナースの卒後教育、がん看護の専門的教育の実践、確立、ひいてはスペシャリストの育成など早急な対応、努力が必要であると考える。

文 献

- 1 フランク・ゴープル著 小■忠彦訳：マズローの心理学：産業能率短期大学部：1972、
- 2 柿川房子：ターミナル・ケアの現状と将来末期患者へのアプローチ、ナースの立場から：クリニカVOL, II N°6 1984
- 3 柿川房子：ターミナル・ケアにおける看護の役割：Oncologia VoL 8 : 134-136,1984
- 4 看護婦とジレンマ：日本看護協会：1985

シンポジウム 質疑応答

はじめに

松岡

ただ今から、福島会長のご指名によりまして、掲げました、シンポジウムの主題「癌患者の看護における看護教育」につきまして、これから、諸先生方のご高説を拝聴し、会場の皆様方とともに討論をかわし、この問題についてのあり方や方向性について考えてまいりたいと考えております。この大任をお与えいただきました、会長ならびに会員の皆様方に心から感謝申し上げます。さて、最近の医学の急速かつ高度な発達によりまして、我国の疾病構造や医療の内容に大きな変化がみられ、厚生省の示します死因統計にも、その首位を占めてきた脳血管損傷は、昭和56年以降では保健予防対策の成果として減少の傾向がみられ、かわって悪性新生物すなわち癌が首位をしめて今日にいたっております。(スライド)なお、この癌についてみた場合、その死亡率は年々増加の傾向をたどっており、10万対160弱となっております。この死亡率を、臓器別でみますと、かつては日本人で、特徴的に多くみられておりました胃癌が近年やや下降の傾向が見られるのに対しまして、肺癌では著しい増加になっております。このスライドは総論ですが、これを男でみますと、さらにこの傾向は著明であり、また、結腸・直腸癌増加等がみられております。女子では、子宮癌の死亡は急激に減少して、一方、乳房癌は増加の傾向がうかがわれるといわれ、また、白血病の増加も指摘されています。このような状況の中で国策として癌対策がうちだされておられ、癌の本体にいたる研究とともに、予防・早期診断・治療技術の向上を推進することがはかられておられ、これに合わせて医療施設体系の整備や医療専門技術者の養成や訓練が推進されております。そして、癌の早期発見の技術の進歩や、治療法すなわち、手術療法の発達・放射線療法の進歩・制癌剤の開発等によって、しだいに予後が改善され、胃癌や子宮癌等のように癌死の主要な位置づけにあったものが、死因統計の中では減少がみられる結果になってきているのであります。このようにして、早期治療によって治癒を期待できるものが、私達の周辺にふえてまいっております。しかし、一方では、急

速な進行性・転移性という癌の本質によりまして、この網をもれて、末期に移行するものも少なくなുക、ここに悲劇的な状況を見ることとなります。また、癌の第一義的治療法である治癒手術としての切除も、種々多くの障害を残し、患者の生活に影響を永続的に残すこととなり、これもまた一般的には、悲劇的な問題として患者に、その手術を与えております。このようなことが、結局、現在、癌というものに対する私達の1つの見方といえると思います。ここにおいて、癌の看護の要する役割は大変重大となっております。まず、看護が癌に立ちむかう立場を明らかにする必要があります。そして、医療場において展開される治療と協同して看護がその患者の受療効果をより向上させ、合わせて、その治療により広く生じているところの生活障害を克服する方策をうちたてることが必要となっていると考えております。そして、これらのことが、教育の根幹につながると思います。本日のシンポジウムの意圖するところもそこにあると考えております。これから、諸先生方のご高説を拝聴して、私達の糧にしたいと思ひこれからシンポジウムを開きたいと思ひます。

木場

6名の先生方が、大まかな配列としましては、最初に大きな総論的立場から各論へというふうには、全体としては流れたうに思われます。それでは、先生方の追加発言がございましたら、よろしく願ひしたいと思います。

常葉

小児看護のことで長くなりまして、どうしてもこれだけはお話しておきたいと思ひましたのは、小児癌患者の看護につきましては、その年代、病気のstage、親の問題、いろいろなことがからみあひまして、どこに焦点を合わせてよいのか、わからないのですが、1つは、子どもにとっての不安というふうなことについては、どうしても私は、看護としては、考えておきたいと思ひました。子どもの不安というのは、年代によって非常に違う、ということで、幼児期であれば、癌そのものについての不安、もしも痛みがなければ、要するに、親と離れること、家庭から離れること、あるいは親しい者から離れること、あるいは、自分が動きたいことが動けないというふうなことが大変不安になる。しかし、学童と

それから思春期になりますと、それはずっと違ってくる。親の問題ではなく、自分自身の問題になってくるということ。そして、特に共通していることは、非常に孤独になってくるという問題だと思います。幼児でも、ある意味で孤独性を感じることもあるのですが、学童期・思春期要するに孤独になるというのは、子どもにその病名を知らせていないというふうなこと、そして親はそれをうそをついているという形で、非常にガードをしている。子どもは親をかばうという感じになります。自分は、何か聞いてはいけないものを自分もっている、という感じで、かえって子どもは親をかばい、そして、非常にそこに不安とそれから孤独の中に入っていく。というふうなのを、私は実際の症例の中でいくつも見ております。その不安をどのように解消していくか、そして、その子どもは、その不安を言葉では言い表わせない、そして何かわからないものに、だんだんととりこになっていくという感じがございます。ということだけを、是否、お話ししておきたいと思えました。

木場

それでは、フロアの方に討議の焦点を向けたいと思います。

松岡（質問）

先生方のお話をお聞きしていて、私自身、医者立場から考えてみますと、いわゆる治療によって治るという癌というのがそうとうはっきりしてきているということ。癌というのが将来、大きく希望がもってきている。そういうことで、一つ癌というものを見直すというご意見がおありになったように思いました。一方では、患者にあるところの不安とか、生活の障害というふうな問題が、患者に対していろいろな問題を提起している。それに対する看護という問題が大変重要になってくる。というご発言だったように思います。まとめると、そういうふうになると思いますが。その場合、癌という立場で、治るという方向に希望がもてるということ、その問題と癌のいろいろな発生する生活の援助というものが、もてるということで、何か変わりは出てこないものだろうか。たとえば、告知の問題もそうです。今、医学の方で告知という問題がいろいろ論じられている原因も、癌には治る、治癒するという方向性も若

干見えるということで、告知論というものが、大部伝える方がいいというような形になってはいますが。その点では看護の方ではどんなふうにと考えたらいいか、ご意見をいただきたいと思いますが、まず、先ほどお話しいただきました、柿川先生あたりから、特に末期癌をお扱いになっている立場から。

柿川

治療がある程度できるから告知があるというのものは1つだと思いますが、決してそれだけではないような気がします。今日、私は、逆に、ある程度生命があるいは生活が限定されている状況の患者さん達を述べたつもりですけれども、その患者さん達が、ある程度、ある程度ではないほとんどシビアな状況で、余命が3か月、あるいは5%の治療可能な状況、だから、家庭で過ごした方がいいか、病院で積極的に治療した方がいいかということは、ご自分にも、ほとんどそういう状況を話されている状況、あるいは家族にももちろん話しておりますが、そういう状況になった患者さん達が、ほとんどが、積極的な治療を望んで病院に入ってきたということを言っていますので、逆に、そちらの方の、患者さん側の姿勢とか生死観というのも変わってきているのではないかと感じます。

松岡

今先生、ひとつ。

今

ストーマ造設ということから、病名を現在、一般論としては教えないということでございますけれども、なっておりますが、だいたい私は最近、口演する時に、まず癌になった時に、癌を教えてもらいたいか、教えてもらいたくないかということを知っているわけです。最近のいろいろな統計でも出ておりますが、医者だけの会とか、あるいはロータリーの会とか、あるいは町の公演会とかそういうようなもので聞いておりますが、だいたい6割位が知りたいたい。しかし、4割の人は絶対教えてもらいたくない、というようなことでして、この問題も、癌を本当に教えたなら好結果になるのかどうかという問題は、一概には言えない。やはり、その人の問題であるというようなことであると。その人の問題というのは、その人を含めて、回りのいろんな要素も加味されたもんだと思うんですけれども。教えて好結果が得ら

れたから、Bの人にまた教えればいかといいますと、それは全くそうではないということかと思えます。それは、川野さんがおっしゃいましたけれども、全く同じ病名で同じような経過をとる人であっても、その過程で非常に好結果も得られたし、また、入院してでも好結果であったというふうにですね。やはり、僕は、個々によって全く違うと思うんですね。従って、個々のきめ細かいものというのが、全く、全てに通ずるんじゃないかと、そういうふうなことを強調したい。

松岡

私、端的に告知の問題で申し上げてなんですが、そうしますと、結局、看護の面においても癌の予後が改善されたということによって、看護のあり方が、かってあったような悲劇的な癌に対する患者の受けとめ方というのに対する看護という状態とはまだ一歩も出られない状態だというふうにお考えですか。

今

そうではなくてですね、今の、柿川さんもおっしゃいましたけれど、要するに、末期癌であればあるほど、告知というものがですね、病名を知らせることが、大事じゃないかと私自身は思っています。それが、要するに、あとの限られた、全く先の見えた life というものをどのように過ごすかということが、たいてい決まってくるんじゃないかと思うわけですね。そして、実際、癌でもう私は余命がこれ位よりも、もうもうないんだとはっきり知っている人が、先ほどのいろいろなお話しがありましたけれども、僕はほとんどない場合が多いんじゃないかと思うわけですね。気づいてはおりますけれども、みんなそういうふうな、それを全くベールで包んでしまっているわけですね。従ってその後の生き方というものを有意義に過ごせない人が非常に多いんじゃないかと。たとえば極端に言うと、遺言を書けない人がいるわけですね。それが本当に自分の生命がもうこれ位だとわかった人であればですね、はっきり遺言も書くという状態になるんじゃないかと思うんですね。だから、治るというだけじゃないんじゃないかと。

松岡

私が諸先生方に、まず、1つの議論をぶっかけてまして、話題をまず起こしたつもりでこんなお話しをしておたわけでございます。会場の方からただ今

のような問題に対して、いわゆる癌の予後が改善されるというようなことがあっても、癌というものに対する看護のあり方というもの、姿勢というものはあまり変わらないだろうかという問題についてご意見たまわりたいと思います。会場の方のご意見を。

木場

いかがでございましょうか。癌患者の看護の1つの大きな問題である告知ということが、今焦点になっておりますけれども、そのことにつきまして、どなたかご質問ございませんでしょうか。

田島

今、告知っていう言葉を聞くたびに私は時々胸がドキドキするんですけども、告知っていう言葉自体が、どうも医療者側の独断の言葉のように思えてしかたがないんです。この問題はあくまで患者さん側の問題でありまして、そこが基本だということを忘れてはいけないんだと思います。こちらが告げる告げないの判断をするんじゃないかと、患者さんがどう生きたいかということが、まず base であるということは、避けて通れないんじゃないかと思えます。

木場

私も、最後に時間があつたら申し上げようと思ったことに、告知あるいは宣告という言葉が使われておりますけれども、看護としてそういう言葉が適切であろうかということも含めまして、いろいろ問題もあろうかと思えます。

いかがでございましょうか。時間も迫っておりますが、今、告知、宣告と、いろいろな言葉でございますけれども、要するに、患者あるいは家族にその病態・病名あるいは不治の病であるということを告げるか告げないかということも非常に大事な問題でございますが、演者の先生方が共通にふれられましたことの中に、今の問題がございましたし、それから、もう1つは、生活者である、そして、人間であり、個性をもったそれぞれの生活、癌であっても1人の生活者である、あるいはストーマ造設の状態、生活にどう適応し、受容されていくか、あるいは、この患者は退院させた方がいいかどうかというような問題を含めまして、生活ということも問題になっていると思っておりますが、その辺のことにつきまして、先生方あるいはフロアの方でご意見ございませんで

しょうか。

常葉

少し焦点がずれるかもしれませんが。子どもの場合には、今、子どもがその病気をもちながら、やはり先ほどからも言ってますように、時期によって問題があるわけですが、今のように長くそれが延命されているということになりますと、それ自体、本当にそれを抜きにして、それと知りながらも、それを克服して普通の生活をしていくというふうな形に、子どもも親も周囲も、そのことをしっかりとわきまえるということは必要だと思います。といたしますのは、白血病であることと、学校の先生がそれは何か移るということ、あるいは、何かをして悪くなりたくないか、というふうな形をとって、学校に復学をした時に、そこでもって非常にはれ物にさわるような形でその子どもを見ると、せっかく寛解期にあり、そして、あるところの状況にあって、それを乗り越えていこうとしているにもかかわらず、回りが無理解のために、それがうまくいかないというふうなことがあります。また、いろいろと治療をしているために、子どもとしては髪の毛が抜けるあるいは顔が丸くなる、いろいろなことでみんなと少し違うというふうな事柄に対して、同志が子どもを奇異の目で見るというふうなこと。そういうふうなことを非常に感じる年代の子どもに対しての取り扱いは、大変に親そして学校の教員というふうなことが、周囲がそのことを大切にしなければならぬと思っています。子どもの場合には、先ほどの話にちょっともどりますが、病名を知らせるか、知らせないかということは、年代によってはその必要がないわけですが、ある程度学童期になりました時には、やはり、それを克服していく、あるいは、これは、うまくいけば治るんだと、みんなと一緒にそれをやっけていこうというふうな形で将来へ向かっての説明をよくするならば、親をまず説得して、子どもに知らせるといふような形を年代によっては、積極的にやるというふうなのが、私達の周囲では行われています。今、明らかに患者側の立場であるということですが、やはり真実を知らせるといふ事柄については、こちら側の相当の意見と、こちら側がそれを受けて立つだけの準備を必要として、やはり積極的な、子どもの場合には積極的に進んで

いく。これはターミナルになりましてからその問題に取り組んでも、なかなか難しいということで、まだ、寛解期を迎え、いろいろなことがこれからある希望をもてるような時期に、ある時にそれについての積極的な姿勢を示すというふうな感じのようであります。

松岡

今までのお話し、ならびに主なご講演の中で、看護のあり方というものについての外観は皆様方の方にお伝えできたような感じがいたしております。そこで、このようにした癌患者に対する看護というものを教育の場面でどう処理していくか、どういふような教育体系の中で考えるか、これは総論的な初めの田島先生と常葉先生のお話の中におふれいただいた部分が大部ございますけれども、ここいらで、看護の癌の看護というものを、基礎分野・基礎的教育の中でどのように考えるか、または、専門としての分野でどのように考えるかというようなことに関する教育の面からのところへ少し進めていきたいと思えます。まず、田島先生、その辺先ほどちょっとおふれになりましたけれども。

田島

教育内容を、基礎と専門、まあ専門といいますが、基礎教育の内容と卒業・基礎教育終了者に対する教育の内容という形でもし分けるとすれば、基礎教育の中では、最終的には、生活の面でいろいろ機能障害がでてくる。それへの適応のさせ方、それらの具体的な技術ですね、先ほど、今先生のおっしゃいましたように、適応技術でストーマのケアをすとか、あるいは、乳癌術後の患者さんに対するリハビリテーションのさせ方あるいはそのし方みたいなものの説明をすとか、そういう生活の場に適応させる方法論をきちと教えるという、それが基礎教育に求められることじゃなかろうかと私は基本的に考えております。それから、家族の指導とか、それに深い精神的な面での援助ということまではおそらく基礎教育の中では十分カバーしきれないと。そのことの必要性などについては当然知らなければならぬし、その配慮をしようという試みはしなければならぬと思えますけれども、十分な家族への指導、あるいは、精神面へのカバーということについては、いくつかの教育は難しいのではないかと、基本

的にはそのように考えております。

木場

常葉先生、何かございませんでしょうか。

常葉

私は子どもの立場でございますので、子どもを、この癌患者のもつ問題点に非常に複雑なケースという形で、あるいは小児看護のいろいろな側面を全部網羅しているというふうな思いがいたしますので、取り扱いということよりも、やはり、子どもがどう反応するか、親がそれをどうとらえるかということ、やはりしっかりと理解するというふうに考えております。

木場

臨床の中で学生を受け入れるお立場にいらっしゃる先生といたしまして、川野先生、ございませんでしょうか。これだけはきちんと教えてほしいというようなど意見ございませんでしょうか。

川野

私も含めまして、先ほどの告知の話ができました時に、私の所では、まだ悪性っていうところまではお話ししないんですね。だいたい脳腫瘍っていうところまでは、近年きちんと話していく傾向にあるんですけど、それ以上のところまでは言っていないというのが事実なんですけれど。その時に、1つ、学生に対してっていうのではなくて、現場で働いているスタッフ、私も含めましたスタッフの蓄手とするところっていうのでは、そういう患者さんにどう対応していいかっていう時に、方法論ででているんでしょうけれど、根本になるものっていうものがはっきり自分の中にもないもので、その場その場で対処してる。それと、悩まれるのが恐いから、どうしても、そういう患者から避けていってしまう。そうすると、かかわってしまう人がだいたい決まってしまう。そういう意味では、精神的なかわりっていうんでしょうか。技術とかそういうこともそうなんですけど、そういう方達の受容とか、いろいろ話がありましたけれども、そういう方達に、本当にどうすることがいいのかっていう、その辺はもう学生さんではなくて、現場の教育っていうところでは、すごく、私自身も困るっていうか。どうしていいかわからないっていうのが現実です。ただ、看護そのものとしましては、以前と比べまして、寛解期に退院を

考えかきとか、少しでも、患者さんとか、家族にとっての生活っていうところでは変化はあるんだろうと思うんですけど、その辺の対応っていうところでは、まだ、進歩していないっていうのが、現実なんじゃないかと思うんですね。その辺が、基礎教育の問題なのか、それとも卒業教育っていうか、専門的な教育っていうところでの教育不足っていうのかしら、そういうものなのかっていうのがわかれば、少し、先のめどがたてられるかなっていう思いもあります。

木場

基礎教育というのは、やはり一口で言いますと、基礎的基本的な態度を養うかということになるかと思えますけれど、まだ、癌患者の看護と考えます時に、基礎的基本的項目は何かという見当と申しますか、そういうものが、まだ十分ではないということになりましょうか。そのあたり、柿川先生いかがでございますでしょうか。

柿川

私の所は、学生はおりませんで、ほとんど、卒業した研修生だけ受け入れているんです、けれども。ある程度、事例をふまえて基礎教育するっていうことも大切なんですけれども、私もうまく、答えを出せる、反応することはできないんですけども。最近、若い看護婦1年目の看護婦でこういうことがありました。右の肺の全摘をする患者さんがいまして、当人は、肺葉切除のつもりで入ってきたんですけども、まだ、30代の男性ですけれども、肺を全部とるっていうことで、その人にとっては大きなできごとですが、とにかく、癌の浸潤がある程度進行してるっていうこともあり、また、予後のこともあるのでっていうことで。家族は奥さんが、切に、癌とは告げてくれるなっていう反応を示しまして、じゃあっていうことで、主治医、その他してたんですが、たまたま、一緒についていた若いレジデントのドクターが、それをキャッチしていませんで、本人にシビアな状況であるから、本人も理解して協力してもらった方がいいだろうということ言ってしまったという事件がありました。その時に若い看護婦が反応した、もう卒業して、3月卒業ですから、ある程度年数がたってます。前は、あの先生が変なことをして、大変なことをしちゃったという衝撃が病棟の中を走っ

たんですけれども、ずい分かわってきたんだあって最近思いましたのは、その時一緒にいた先輩の看護婦と同時に、婦長さん、こういうことがあったんです、っていうことと同時に、まあ、それはそれで対応して、よく患者さんのケアをしていけば、奥さんにも、いろいろといい点もお話ししながら協力していけば、それはそれでいいんじゃないだろうかっていう反応を示してきましたので、ああ、前はその先生が悪者になっている状況があったんですけれども、最近はそのようなこともなくて、言ったから悪いっていうような反応は示さなくなってきていますね。

木場

看護というのは、只今の先生方のご発言からもわかりますように、まだ厳密な意味で分化していないと申しますか、非常に共通要素が多すぎると申しましょうか、そういう状況がありますけれども、今先生、木原先生、チームの立場から申しますと、先ほどの先生方のご意見というのは、むしろ、ケアの問題と申しますけれども、そういうお立場から看護の基礎教育というところに対しまして、何かご提言ございませんでしょうか。

今

今の質問とはちょっと離れるかもしれませんが、先ほどの問題ですが、小児の問題を言われましたんですが、常葉さんの話に戻りますが、癌だから特別なものではないというふうな考えもあると思うんですね。結局、命が限られたものは慢性疾患でも最後はそうなる。従って生命がですね、もう、はっきり予後がわかったということでは、癌であろうが何であろうか、慢性疾患でも同じだと思います。それに対して、生命はここまでですよ、ということを一般的に言わない、ということだと思っただけです。従って、癌だからこういうっていうふうなことでは、あるいはないのかもしれない。従って生命の予後に対して、我々は生命っていうものに対して、非常に恐怖を、死というものに恐怖を抱いているわけですが、その死の宣言をするかしないかということが、大きな問題だと思うわけです、従って、そういうものを言うか言わないかということをしていないもんですから、いろんな、言ってしまったとか、言わないとか、そういう問題がおきてきますし、患者側としては、それを知らうとして、いろいろな質問をし

てくるというようなことですから、小児の問題と大人はあるいは違うかもしれませんが、正直な態度で臨むという時代がきたんじゃないかなという気はしますけれども、先ほども言いましたように、その人の性格でいいますか、そういうようなもので、全く違う反応があるっていうことも、これ、考えなきゃだめだ。それを、それじゃ、どこで区別するかというようなことを教えますのが、あるいは教育なのかもしれないですね。それから、いまの質問に戻りますが、結局、看護の能力というようなことで、先ほどお話ししていただきましたけれども、これは、退院を決めるのではですね、ほとんど現在では、現段階では、医師だとは思いますが、医師も勝手に退院を決めるわけじゃなくて、やはり、総合的な判断で決めると思うんですね。従って退院を看護婦が決めたって僕はおかしいと思うんですね。従って、それは、医師、看護婦それから家族、そしてすべてのですね関連において、何がその人にとって一番いいかと、退院がやはり一番いいと判断した時に決めるべきものだと思うんですね。従って、それを看護婦の能力だけで決めるというのは、僕は非常におかしいと思います。それは、医師だけで決めるっていうのもまた、それもおかしいと。そういうようなことで、今質問ありましたように、この関係者すべての医療側、患者側、すべてのもので、すべてが進むという。たとえば、先ほどの、人工肛門の位置づけですね、サイト・マーキングなんかですね。これは、E. T. の仕事だとはなっていますけれども、E. T. だけが、勝手につけたって、どうにもならないんで、こういう場所ですとかということ、やはり術者と検討する。それは、すべての医療においてそういう問題であると思っただけです。従って、基礎看護では、そういうような、非常に大ざっぱな言い方ですが、そういうような連携プレーというようなものですね。医師側だけがやったって、看護側がやったって、患者側だけがやったって、どうにもならないんであって、すべての所における連携プレー、そしてそれは、やはり、お互いの信頼関係というようなものでまとめられなければですね、今のような、死という人間にとって最大の恐怖に対してのいろんな問題には対処できないんじゃないかと。

木原

卒業教育ってよくわからないんですけど、新人の看護婦さんが入ってこられたら、まず、その患者さんの把握を十分するように、それをまず第1に言います。それから、ケアの方に移っていくと、というような指導を私はしています。その中には、家族歴、既往歴、その患者さんが、どういう病態にあるか、ということをも十分把握してもらおう。それから、ケアしていくと。それから、診察時とか、家族へのメンテラ、そういう時も必ず同席させる、そういうことを日常行っております。それと、癌の告知、先ほどちょっと出ましたけれども、私は、言う場合もあるし、言わない場合もあると。もちろん、患者の性格とか、病歴、家族の構成そういう事を加味して合格した場合ですね。この患者さんには告げても大丈夫と、合格する、それが、第1条件。第2条件としては、その患者さんの癌を完璧に治してやることができると、そういう自信があれば。その2点が満足できれば、私は告げる。それで、甲状腺癌とか乳癌の患者さんには実際告げております。その場合もヘビーに言わなくて、良性悪性の境目で十分治ると言っております。まだ、肺癌とか、そういうところまでは正直に言っておりません。家族にはもちろん、正直に言ってます。家族は、やはり、患者さんには言えないから、家族に言う場合には、非常に精神的な支えをしてやると、そういうことを注意しております。

木場

フロアの方からどなたか、教育の立場におられる方もおいでと思われまますけれども、学生を実習指導しておられる方もあると思いますが、何か、ただ今の先生方のお考えに対しまして、何かございませんでしょうか。

中西（日赤看護大学）

先生方のお話、大変興味深く聞かせていただいたんですけど。私は、個人の興味から癌という病気を見ておまして、今日のシンポジウムのテーマ「癌患者の看護における看護教育」とうたっておりますが、田島先生の問題提起のように「癌患者の看護」というのが1つの specialized された領域としてあるのかどうか。この問題を考えていくのは非常におもしろいなと思っておりました。意見、質問ということではございませんが、ぼんやり、漠然と今、

こんなことを考えておりますということをおっしゃっていただきたいと思うんですけども。癌という病気を看護から見た場合の1つの病気群としての個性は、それが、非常に社会的色彩をおびている病気だということじゃないかと思えます。つまり、社会的に、あるいは文化的に色づけられた病気、ですから先ほど告知の問題が出てきましたけれども、おそらく、お医者さんの方は、1つの大変難しい、あるいは不幸な身体疾患として告げられるんだろうと思えますけれども、それを告げられた患者は、おそらく、癌という病の社会的文化的に色づけされた部分を一緒にしよこむんではないか。精神的ケアと一口で言ってしまうばそうなんですけれども、そういうところに、癌という病気をもった患者さんと看護することを問題にして論じていく意義があるんじゃないかと。ですから、「癌患者の看護」というものを基礎教育の中で教えていく時に、いったい自分だったらどこに、まさにここに看護プロパーの活動があるということをおっしゃるかとかを強調するかと考えていきますと、もちろん、身体的な問題は大きいんですけども、プラス・アルファとして色づけされた側面、そこにこそ問題というか、かかわりあう余地があるんじゃないか、という気がいたします。そこに、まさに癌看護の1つの看護の中の専門分野として位置づけていく価値というか、意義があるんじゃないかと思えます。と申しますのは、1つは、数年前に出ました、アメリカの女流ジャーナリストのスーパー・ソックが、かつては結核、そして今は癌がまさに1つの文明病だと。結核は、ソックによれば、時間の病であって、癌というのは空間の病だと、おもしろい分析をしておりますが、そこにかかわっていく、どうかかわっていくかということが問題であるし、そこが、まさに看護の専門的にチャレンジする契機になるんじゃないかと思えます。ちょっと、そんな面から、もし、先生方の中でご意見があれば、うかがわせていただきたいと思えます。

木場

どなたか先生方、今の中西先生のご意見に対していかがでございましょうか。田島先生、いかがでございましょうか。

田島

今、中西先生がおっしゃいましたように、将来は

かつての結核と同じように、問題にならない時代がくるのではないかというふうに、まず、基本的には考えているわけですね。結局はその間の、そうなるまでの間に、どんなふうなかかわり方をするかということだと思えます。そのかかわり方ということになりますと、私のつたない経験あるいは考え方から言いますと、やはり看護というのを、癌だからといって特別視する必要はないんじゃないかと。基本的には生活の援助をすればいいんですし、それはやはり、その面の機能低下を向上させるための援助と、その具体的な方法論を私達で考えていけば、それでカバーできるのではないかと、基本的に考えています。こういうことが、今の先生のお答えという意味になりますかどうか、わかりませんが、そのような考えをもっております。

木場

これまでに、社会的意味をもつ疾患がどう変化してきたかということも、それぞれの医学の発達あるいは社会の変化の中であつたわけですが、只今の意見は非常に貴重なご意見と思えますが、その他にフロアの方でご意見ございませんでしょうか。

佐々木栄子（都立府中看護専門学校）

具体的なレベルで先生方のご意見をお聞きしたいなと思ったんですけれども、私、病院は府中病院なんですけれども、外科看護を担当してます。府中看護専門学校は、学生とともに実習病院に行って、8時間つきっきりで指導しているっていうふうな、学校から病院に行って、看護の仕事しながら直接学生にhow-toレベルで実習指導してるっていうふうな特殊な立場があるんですけれども。その辺で私がいつも悩むのは、府中病院の外科系の患者さんは、ほとんど癌なんです。癌以外の疾患は、手術の対象にならないとか、ほとんどは内科的治療をする方向ですので、外科病棟に入院してくる患者さんは、癌患者さんが多いんですね。だから、受け持ちは、好むと好まざるとにかかわらず、癌の患者さんになってしまうんです。その時に、うちの学校の到達目標は精神的に問題あるいは病名に関する告知は、いっさい到達目標に入れていないんですけれども、学生は四六時中1人の患者さんを受け持って実習するわけですね。その時に、看護婦さんは病名を教えてください、先生方からも病名は聞いていない。う

ちの府中病院の場合には全面的に告知しないというか、疾患は知らせないという方向なんです。それが病院全体でコンセンサスを得ているかどうか、わかりませんが、少なくとも外科系では教えてないという方向です。乳癌にしる直腸癌にしる何にしる、いっさい教えていないという病院で実習しているという関係もありますけれども。そういう場合に、もろに疑問をぶつけられてくるのは、やはり学生という立場であり、学生のそばにいる私なんです。その場合に、到達目標に入れてないから、やるなというわけにはいかないわけで、そういう場合に、どういう方向で学生に考えさせるかということで、知識面・理論面ではこういう患者さんには言ってあげるべきだ、ということまでは言えるんですけれども、実際には言えない。言いたいというケアプランを立てて、主治医や看護婦さんにもっていくと、病院の方針だから、ダメというふうになるわけですね。そういう場合に、はたして、たとえば、学校の到達目標に入れた場合、あるいは看護教育の基礎教育として入れるべきだという方向でコンセンサスが得られた場合、病院の基本的な方向との接点をどういうふうにして、教育目標を到達させるかということについて、いったいどういうふうを考えていったらいいのかっていうのがわからないんですね。その辺についてお願いいたします。

木場

どなたのご意見いただきましょうか。

佐々木

今先生よろしく願いいたします。

今

教育目標に入っていない、それから、その病院の方針がそうであるというのであれば、そうやらざるを得ないんだと思うんですね。決まっているものを変にやりますと、いろいろトラブルがおきるわけですから。従って理論的にはですね、先ほどおっしゃったように、理論的にはできるわけですから、理論的に教えるということと、実際とはかけ離れることはいっぱいあると思います。その辺が教育では非常に大事なことだと思うんですね。質問があった場合に、答えなければだめだという感覚よりない人がいっぱいいると思うんですね。僕は、質問に対しては、答えない方がいいと思っています。ただ、答え

なくてもいいといってもですね、肝心なところにふれないで答えないんであって、それをうまく答えるということが教育されなければならないと思うんです。患者さんの信頼を得るように、言ってだめだということは答えないけれども、別なことは言う、というような格好にしなければ。そのような、従って応用ができるようになるにはどれ位年代がたつかどうか、学生には非常にめんどろなところかと思えますけれども。やはり、基本をちゃんと、決められたことを守らなければ、実習に来なくてもいいですよ、なんて言われますから、その辺は非常にめんどろなところかと思えますけれども。僕は率直な事しか言いませんもんですから。

木場

他に、田島先生、どのようなご意見でございましたか。

田島

私も、今先生と同じで、目標に入っている入っていないというのはまず問題にならないと思ひまして、そのものが問題であって、そして、そのことが学生に答えられないんだしたら、肩がわりをするという方法で学生の指導をしなければならぬというふうに思っております。基本的には、肩がわりする人、必ずしも学生は全面的にカバーできるわけではありませぬし、その過程の中でできるような範囲と、できるものということをさらに深める、ていうことを基本にするならば、できないものに対する挑戦をさせるということは無理ですし、そこまでは要求しなくてもよい、むしろそれがゆえに目標に入っていないんじゃないかっていう気がいたします。

木場

何かどうしてもお聞きしたいという方いらっしゃいますか。

村越康一（武南病院）

長いこと聞いてまして、私を感じましたことは、結局、生命の尊厳とそれから、その生命を患者がよくかみしめて、そして行くということじゃないかと思ひました。

木場

そろそろ、おしまいにしたいと思ひますけれども。今日のシンポジウムのテーマは「癌患者の看護における看護教育」と、非常に重要で、しばられている

ようでありながら、なかなか難しい多くの問題を含んでおりまして、私の能力でまとめることはとうていできないことでございますけれど、6人の先生方、あるいはフロアからのご意見などをきいておりますと、必ず共通するいくつかのポイントのようなものがあつたように思われます。それは先ほどから申しますように、癌を告げるかどうかという告知に関する問題の、家族・患者、あるいは、それに関する不安とか葛藤などの問題がございましたし、あるいは生活者として、人間の生活、残された生命の質をどういうふうにごさせていくか、ということもございました。それから、また、もう1つは、やはり、いろいろな意味での苦痛の緩和、ということがあるだろうと思われます。これもすべての先生方がおふれになったように思ひます。そういうことは、やはり、看護教育において、基礎教育はもちろん、基礎的基本的項目を十分に教育することでございますし、また、卒業教育におきましては、それをさらに深め、実戦の技術を高めていくと申しましうか。そういうことになると思ひますけれど、只今、先ほどいくつか申しましたような、各先生方がそれぞれの立場であっても、なお共通するいくつかの問題というのは、私は、教育ということを考える場合の1つの重要なポイントではないかと思ひます。そしてまた、研究ということにつきましても、もう少し私達は、先ほどから言われます癌看護の専門性の位置づけを、何らかの方向で見つけていくとするならば、ただ今のようなポイントなどを手がかりにいたしました、事実の集積あるいは研究というようなことも非常に重要かと思ひます。そして、研究の場合はどうしても数量化するということになります。このことにつきましては、先ほど、今先生もおっしゃいましたように、患者の立場・考へに、そくして個々に適する看護技術ということが、これは実践上非常に重要な視点かと思われます。しかし、教育におきましては、やはり研究の成果を手がかりにするということになりますので、両方相まって、重要かと思われます。最初に田島先生もおっしゃっておられましたが、癌に対応する態度、身がまえが教育のポイントじゃないか、ということを言われましたが、それぞれの先生方も、それぞれ希望をもたせる、あるいは生命の質を考える、あるいは苦痛の緩和、継続看

護といったような、いくつかの問題が出てきたと思います。そういったものを私は、基礎教育においても、卒業教育におきましても、本当に事実を見ていくことのできる科学的な目と同時に、それぞれの、一言で言いますと、精神的な問題と申しましょうか、個別の問題を感じることでできる柔軟な感受性、両方もった人達を育てていきたい、というふうに考えます。同時に、私達は、そう申しますけれども、私達自身の、フロアにおられる皆様方、お1人、お1人の、癌に対する身構えと申しましょうか、看護の心構えということ、1人1人が問われていることであろうかと思えます。まとめになりませんが、今後、この問題につきましては、十分、私達も、本当に専門性の位置づけができるかどうかも含めまして、研究・教育・実践をしていきたいと思っておりますので、今後ともよろしくご指導いただきたいと思えますし、頑張りたいと思えます。

松岡

私も、今、木場先生のおっしゃったように、癌という問題に関する見方というのは、単に疾病的な見方ではない、という立場、そして、癌というものを看護の立場の中で、どう見つめていくか、視点を定めていくかということに、今回のディスカッションの中心を絞ろうと思って、私、努力したつもりでございます。しかし、その中で、いくつかの、今、視点が現われてきたように思いますし、それが、教育の柱になっていくんだろうと思います。

本日は、本当につたない司会で失礼いたしました。

先生方、どうもご苦労様でした。ありがとうございました。

▶ 7月30日(水) ◀

第 1 会 場

第 1 群

座長 金沢大学医療技術短期大学部 金川 克子

(1) 看護活動解析(1) 活動空間と動作活動

千葉県立衛生短期大学 加藤美智子

富山医科薬科大学附属病院 境 美代子

出来田満恵

千葉大学工学部 川口 孝泰

千葉大学看護学部 松岡 淳夫

看護管理をすすめるにあたって、実際に行なわれている看護活動を量的・質的に把握していくことは重要である。昨年の本学会総会において川口は、看護活動解析の方法の試案を発表したが、これに引き続いて「看護活動は看護プロセス思考に制御された技術活動」であるという共通認識のもとに、病棟における看護活動について動作活動、思考及び情動の実態について検討した。

この看護活動調査は富山医科薬科大学附属病院において、昭和60年11月、平日5日間を選び、看護婦206人を対象に自己記載法で行なった。調査用紙は、ワークサンプリング法により、その時点の行動と共に、思考と感情を詳細に区分し記入するものである。調査時点は日勤帯の間で1日4時点を無作為法で抽出し計20時点について調査した。調査病院の総床数は611床で、2階から7階まで東西に分れた12看護単位からなっている。各単位の病棟数は約50床で看護婦は16~24名である。

作業構造については、活動場所についてみると、ナース・ステーション46%次いで病室が24%となっており、全体の7割を占める。次にその作業内容では、直接看護24%、間接看護28%、医療介助26%で、約8割を占めている。

活動場所における業務内容の頻度についてみると、病室では直接看護232、医療介助210、ナースステーションでは間接看護435、医療介助190、調整連絡106、そして廊下では、直接看護63、間接看護40などが主なものである。この内容を見ると、病室では、直接看護の中で清拭・シーツ交換、移動などの日常生活援助が多

く、医療介助では注射介助の割合が多くなっている。ナースステーションの間接看護ではナース間の情報交換、指示受け、申し送りなどの報告、医療介助では注射・与薬の準備が多い。廊下では、直接看護では移動・輸送、間接看護では、看護婦の移動が殆んどを占めた。

以上から、この病院での看護活動は、ナースステーションでの業務が最も多くの割合を占めており、その中でも記録・報告が最も多くの割合を占めており、その中でも記録報告の占める割合が多かった。そして病室での活動は直接、医療介助がほぼ同じ割合でみられ、廊下も患者の移送、物品の準備、他の業務への移行の場として業務が行なわれていた。また、診療科別での業務内容、活動空間滞在割合、あるいは重症度との関係にも特徴がみられていた。これらのことは、高度な医療の行なわれる国立大学付属の病院という特徴からの活動状況であるが、病室における直接看護が低率で、ナースステーションの記録・報告の業務の割合の大きいことについては、看護スタッフの指導に今後検討の余地あると思われる。また、これらの看護作業がどのような看護思考に基づいて行なわれているのかをとらえることも重要であると考えられる。

質疑応答

座長：1) 調査時点の選び方について妥当性があるのか。

2) ナースステーションでの看護作業量が多くなっているが、本来の看護活動からみて、どう評価するか。

演者：1. 調査時点については、ワークサンプリング法をもとに、乱数表を用い20時点延約2000時点行なっている。大分類での看護業務については偏りなくその傾向をつかめたと考える。さらに調査を進め、時点数を増やし細目にわたって分析していく。

2. 2席の発表と合わせて考えていただきたいが、NSでの滞在割合が多く、病室での直接看護が少ないのは、検討が必要。また、看護業務中に何を(どんな思考)をしているのか知ることが重要である。

松岡：共同研究者として答えます。

この方法は、ワークサンプリング法を用いており、2000時点となると、一応作業構造を示すものと考えます。

母集団、時点が少ないと偏りますが、これ位では、大分類では、その状況をなしていると考えます。

(2) 看護活動解析(2) 思考と情動について

富山医科薬科大学附属病院

境 美代子・出来田満恵

千葉大学工学部

川■ 孝泰

千葉県立衛生短期大学

加藤美智子

千葉大学看護学部

松岡 淳夫

前の演者にひき続き、富山医科薬科大学での調査による病棟活動中の思考活動と情動について報告する。

病棟における看護作業中の思考構造は、看護業務思考が、半数をしめ、この対象は、患者がほとんどであった。また、思考内容は、看護プロセスに基づく思考が半数以上をしめていた。

次に、この思考活動の傾向を、婦長とメンバーで比較すると、メンバーは婦長に比べ、看護業務思考、忘我が多くみられた。同様に経験年数との関係では、経験を増すにつれ、看護業務思考が減少し、外業務思考が増え、ポツとしていた者は減少の傾向がみられた。

次に、思考内容を、作業に関連した思考と関連しない思考に別けると、作業関連思考では、看護業務思考が94%、非関連思考では15%であった。また、看護外業務思考は逆の傾向がみられた。

その作業との関連・非関連の看護思考を、その時行っていた作業でみると、直接看護・間接看護・医療介助では、ともに関連思考が多く、私用・休憩中の割合では、逆の傾向がみられた。この関連をその思考の対象について割合をみると、ともに患者がほとんどをしめていた。同様に、看護思考の内容をみると、関連思考では、看護プロセス思考が65%で、非関連で33%と低くなり、逆に業務手順に関する思考が32%と多くみられた。

行動中の感情では、記載のあった657例について検討した。その内容は、表情に代表される感情区分を利用し、7つの項目に分類した。その結果、怒り・恐れ・喜びの3つの感情が全体の2/3をしめていた。さらに、原因となる対象では、対人が半数で、その中で患者が圧倒的に多くみられた。一方、事象を原因対象としたものが約30%で、時間や業務内容・量的な事などが含まれていた。

次に作業分類の大枠で、その時もった感情の出現割合をみると、直接看護・間接看護・医療介助の間で、感情構造は、ほとんど差はないが、私用・休憩中では、喜びがほとんどをしめていた。職位と人に対する感情

の比較をみると、婦長はメンバーに比べ、多くの医療関係者に怒りの感情をもち、メンバーは、自己及び患者に対する怒りがみられた。同様に経験年数との関係では、経験を増すにつれ患者・自己に対する怒りは減少し、また、5年経験で医師に対する怒りが50%と多く、10年以上ではNsに50%みられた。恐れでは、自己に対する感情が経験を増すにつれ、減少していた。

以上より、看護活動中の思考構造は、その75%が業務に関する思考で、その半数を看護プロセス思考がしめている。そして、作業行動と関連しない業務思考も存在することが明らかとなった。

看護活動での情動の中心は、私達の便宜的分類の中で、喜び・怒り・恐れ of 3つの感情構造にあるといえる。この7つの項目分けについてさらに検討を加え、次の段階で研究をすすめている。

質疑応答

野島：「忘我」と分類されたものが約8%認められるが、情動因子との関係で、この忘我の意義をどのように位置づけておられますか。

松岡：忘我は、その時間的経過因子はこの調査からは得られない。

野島：「忘我」の働きは、“ホッとする”という面と同時に、次の思考と行動の計画、構成、探索という働きが考えられる。経験年数が増すにつれて、忘我の割合が低下していることが、それを示しているのではないと思われる。新人には、次の行動、思考の計画、構成、探索のために必要な時間を構造的に準備してゆくことが必要だということではないかと思われるが、それを裏づけるDataが得るような研究につながってほしい。

(3) 看護とベッド間隔 一人の動きの実験より

千葉大学工学部

川口 孝泰・上野 義雪

千葉大学看護学部看護実践研究指導センター

松岡 淳夫

はじめに

病室は、患者が日常生活を営む空間として重要な意味を持っている。特に多床室の病室空間を決定する要因の一つであるベッド間の距離は、患者の行動面に関しては、十分に安全な距離を保つ必要があり、又、患者同志の関係においては、コミュニティー、プライバ

シー、あるいはテリトリー空間といった視点からも重要な意味を持っている。更に、このベッド間の空間は、患者の生活の場としての重要さばかりではなく、看護者にとっても、患者に対する看護作業を行う労働環境として重要である。

本発表においては、ベッド間の距離について、患者及び看護婦の行動面からの実験的な検討を行った結果を報告した。

実験方法

実験は、千葉県内の国公立5病院での実態調査結果に基づき、仮設病室実験室を設定して、ベッド-ベッド間、ベッド-壁間の2条件において、その間隔距離を変えながら、患者及び看護婦の行為実験を行った。

1. 患者行為実験

ベッド間の距離条件を、40~70cmの5cm毎の各条件において、上部よりビデオカメラ撮影により、ベッドへの着床、ベッドからの離床行為時の、歩行時の肩の振れ角度の変化、及び頭頂点の移動速度を0.2秒毎の画像解析により求めた。

又、ベッド間の距離条件を90cmにまで広げ、各距離条件毎における着床のしやすさと、その時点での広さに対する感じ方を5段階評価で答えてもらった。

2. 看護婦の作業行為実験

ベッド間の距離条件を、40~70cmの5cm毎の各条件において、シーツ交換作業及び背部清拭動作をシミュレートし、側面からのメモーション撮影により動作解析を行い、姿勢の変化を捉えた。又、この実験に合わせて、各距離条件ごとに、作業時における壁及びベッド側面への接触した回数と、作業時の作業のしやすさについて、感覚調査を行った。

結果のまとめ

患者や看護婦の、人の行動を中心に、ベッド間の距離を考えた場合でも、最低限70cm以上の間隔距離は必要であると考えられる。実態調査を行った病院の中には、この値も満たしていない病室がみられた。

今後更に、行動面からの検討に加え、ベッドの高さとの関係、器具や隣のベッド条件等も合わせて、この研究を進めてゆく考えである。

質疑応答

草刈：聞きもらったのかも知れませんが、この場合のBedの高さは何cmであったのか？作業者の身長につ

いては御発表の中でべられていたが、看護作業はBedの高さと非常に関係が深いと考える。老人Bedは45cm、一般65cm前後、ICU80~85cmということで以前ベッド作業の際に使ったが、今回はBedの高さを一定にしてのBed間隔距離のみについて研究なされたのか？もしそうであるなら今後Bedの高さとの関係についての検討を期待したい。

演者：今回は、ベッドの高さを変えた実験は、行っていません。65cmに統一して行いました。今後、ベッドの高さとの関連は重要な問題ですので検討を進めてゆきたいと考えています。

金川：対象（患者）が健康男子であるが、歩行障害や平衡機能など特に問題がなかったか。

演者：患者の行為実験においては、身体的障害のある人、及び、松葉杖、車いす等の検討に加え、物流の移動も考慮に入れ、今後検討してゆきたい。

(4) 包交時看護作業と回診車の高さについて

東北大学医学部附属病院看護部 伊藤すす子
千葉大学看護学部看護実践研究指導センター
松岡 淳夫

無菌的操作を原則として行なわれる包交時看護では、回診車が頻回に用られ、清潔・不潔区域を区分した使用がされている。従って、包交作業時円滑な無菌操作で行われるか否かは回診車の構造と深い関わりを持つと考える。回診車には種々構造の物が見られるが、今回はその高さ、包交作業における頭頭、肩、肘の動きとの関連について検討した。身長152~165cmの熟練看護婦8名を被検者として、一般の回診車を、天盤までの高さを75、80、85、90、95cmの5段階に足台で調節して、その上のガーゼ缶よりガーゼ取出し行為を反復行わせた。これを3方向同時VTR撮影を行い、画像解析装置を用いて頭頭、肩関節、肘関節角度を計測して検討した。また、被検者に対し各高さでの行為中、姿勢や行為の具合について意識にのぼる事項を聞き取り調査した。

結果

①包交車作業における右肩関節角度の推移をみると、台高75cmでは身長のもも高い165cmと最も低い152cmの両者で30度から45度の間に操作は終るが、台高が高くなるにつれて肩角度は増え、身長の高い者では著し

一般演題内容・

く60度を越している。特にガーゼを取り出した直後、
も大きくなる。

台高が高くなるにつれ、増大する傾向がみられ、75cmでは平均38度であったものが、95cmでは58.9度となった。

と肩関節の空間角度では、75cmで平均51.2度、95cmでは59.2度となった。

④X画像における肘関節角度では、台高が増すにつれ角度は減少し、平均99.5度から68.5度となっている。

⑤Z画面での頭部の傾きでは、平均28.8cmから18.9cmと減少した。比較的傾斜角度の少ない群（身長155cm以下）と大きな群（身長155cm以上）と2分された。

⑥回診車の高さと同被検者の実感の調査では、全員が75cm、80cmで、取り出しに意識する事はなかったが、85cm以上になると、ガーゼを持ち上げると意識が動き、また、膿盆中に置く時、ガーゼを降すのに注意が払われ、意識されたという感想が述べられた。

この実験による一連の動作解析で、頭部の前傾、肩関節角度、肘関節角度と同回診車の高さの間には関連がみられ、肩・肘の角度で調節しきれない場合、肘の位置が移動する傾向がみられた。

肩関節、肘関節の運動範囲を広くしないことが、包交作業に適合する回診車の高さを決定する1つの要素と考える。

質疑応答

座長：回診車の高さについて、動作分析以外の安全性の面からの検討はないのか。

松岡：この実験では作業解析をして行ったが、消毒行為の安全性は考えてみていない。しかし、画像上は、出し難さがみられた。これは、被検者がベテランであったため出来るが初心者では問題だと思う。

第2群

座長 神戸市立看護短期大学 森田チエコ

(5) ベッドサイド面接場面における

対人距離・相対角度の検討

千葉大学工学部 渡辺 秀俊・川■ 孝泰

千葉県立衛生短期大学 加藤美智子

千葉大学看護学部看護実践研究指導センター

松岡 淳夫

目的：ベッドサイドにおける患者と看護婦のコミュ

ニケーションを効果的なものとする際には、考慮されねばならない様々な問題がある。中でも、無意識に構成される、患者との対人距離・相対角度は、重要な問題のひとつである。本研究では、この2つの要素について実験的に検討することを目的とした。

：被験者は、あらかじめMASによる不安度調査を行った健康な大学生男女各5名。面接者は31才のベテラン看護婦とした。ベッドに仰臥する被験者に対して、面接者が距離の異なった5つの位置において、各々、立位・座位の2姿勢で面接質問を行う。また、一番遠い位置では、インターホンによる面接質問も行った。面接会話は各位置で、約1分を要するものとし、この間に患者・看護婦の相互のEye-Contact量、面接者に対する直視量、被験者右眼のサッケード回数・まばたき回数、被験者の左右の胸鎖乳突筋の筋活動を測定した。尚、面接終了後、調査票により各位置における面接の印象を5段階評価で答えさせた。

結果：面接者が被験者の近くに位置すると、EC量・直視量が増加した。これは感覚調査で「話し易い」と評価された位置と一致する。基本的には、この位置においてコミュニケーションが成立していると考えられる。しかし、極端に近い位置、即ち患者の枕もとで座位姿勢で面接した場合は、感覚調査で「干渉的」とする評価が、特に男子被験者において多かった。この距離は、文献にみるパーソナル・スペースの圏域に含まれることから、コミュニケーションは成立しても、男子被験者には内在する心理的不快感が生じているものと考えられる。

サッケード回数は、EC量・直視回数の多かった位置においては、必然的に増加したが、インターホンに対しては顕著に増加した。同様の傾向は、まばたき回数にもみられた。これらは、インターホンに対して被験者の視線が定まらない為の、眼球運動の不安定さによるものと考えられる。また、この時の面接の印象は、あまり良い評価ではなかった。

まとめ：今回の実験は例数も少ない為、この結果だけから面接場面における最適位置を断定することには無理がある。しかし、患者のパーソナル・スペースに過度に侵入しない程度に接近した位置において、効果的コミュニケーションが成立し易いことがわかった。また、インターホンによる面接の是非については、今後、更に検討する余地がある。

質疑応答

森田：面接における座位と立位の差はあるのか。

演者：面接の姿勢による違いは、感覚調査において、立位の方が座位よりも「誠実である」という、面接場所に対する良い印象が得られている。しかし、この結果は、被験者の社会通念による影響が考えられ、一概に、どちらがよいとは現段階では規定できない。
 演者：この実験は、私達が苦勞してICを含め、面接の要素を解明しようとしたものである。まだ、その関連について断言は出来ない。

(6) 患者と看護者の相互関係に関する研究

熊本大学医学部附属病院	○福原 泉
福岡県衛生部医務課	田中 明美
宮崎県立宮崎病院	柴内さとみ
城南病院	藤田 康乃
熊本大学教育学部	谷口まり子・木場 富喜

患者と看護者の相互関係に関する研究

患者と看護者の相互関係は、看護の重要な要素だ。私達は、これまで現実の患者・看護者関係の実態を明らかにし、その中に含まれる看護独自の関係の特徴や、影響を及ぼす要因を明らかにしてきた。本報においては、ケア時における患者の不安・緊張、相互の印象、ケアの評価の3つの角度から相互に評価し、その実態と経時変化、ならびにその要因を分析したので報告する。

〔対象と方法〕

K病院内科病棟の男女各3名、計6名の患者と看護者3名を対象とし、日常生活の援助を中心としたケア時の関係を、5段階得点法のSD表に患者、観察者、看護者がそれぞれ記入した。評価は5点が最もポジティブ、1点が最もネガティブで、期間は3週間、合計175の資料をもとに分析、検討した。

〔結果と考察〕

ケア時の患者・看護者関係の全体的傾向で最も得点が高いのは、患者4.4、ついで観察者4.0、最も低いのが、看護者3.0であり、患者との間に有意差が認められた。患者の得点が最も高いのは、看護してもらった患者の立場の表現と考えられる。看護者は、自分の行動に対する厳しい反省を伴った得点であることがうかがえる。

性別に得点の傾向をみると、男性4.1、女性3.7と男

性が高得点を示した。この結果は、女性患者が、同性の看護者に、また、女性の看護者が、同性の患者にむける評価の目が厳しい傾向にあることを示唆している。

次に、これらの相互関係の時間経過を示すと、ケア時の不安・緊張において、日を迫うにつれて、得点は高くなり、時間の経過と、ケアに対する不安・緊張の関係は深く、相関係数は、患者0.7、観察者0.8、看護者0.5となった。これは、患者・看護者相互の印象、ケアの評価においても同じ傾向をし、患者・看護者の相互関係は、時間経過とともに、不安・緊張は軽減し、相互の印象は好転し、ケアの評価も上昇しながら深められていくことがわかった。

状態の悪かった患者の1例をみると、病状が安定した状態から悪化すると、得点は低くなり、回復したあとの得点は、悪化前より高い値を示している。看護者は、患者の病状が悪化すると、それに影響され、患者を暗いイメージ、不安・緊張の強い状態としてとらえたり、あるいは、看護者自身の動揺を表現していることも考えられる。また、看護者としての経験の豊かさや未熟さとも関連しているといえる。

以上、患者、看護者の相互関係について、その実態と、両者の関係に影響を与える要因等について述べたが、今後とも更に検討していく予定だ。

質疑応答

川口：質的なものの評価を、SD法により解析されているようですが、これらの名義的尺度の中で、標準偏差や有意検定をして結果づけていくことを行ってよいのでしょうか。

演者：感情とか意味等の主観的な面も、できるだけ客観的に大きな傾向として捉えることも大事である。質的内容をSD法等で測定し検定等の解析をした例は多い。また測定方法を開拓する必要もある。数量化を拒否し、都合のよい主観的解釈を羅列するのみでは看護学の進歩は望めない。既存の解析法も利用し、結果を見、その解析法の長短まで見極められるようデータをふやししながら、看護に適した解析法を発見してゆくことが大切である。

野島：この研究では、不安・緊張をどのように定義されておられますか。

Grounded theoryの手法で、Data →理論化という道を辿ることを考えるならば、この研究のように

質的Dataが手がかりになる場合には、いきなり数量化へ入るよりも、まず、パターンで現象を整理してゆく方がよろしいのではない。

演者：最初から枠組をはめて研究を進めてゆくとそれしか見えない。むしろそれ以前の事実を集め逆に帰納的に現象を集め、目に見える形にしたものである。

(7) コミュニケーション技術をチェックする
尺度について

東京女子医科大学看護短期大学 川野 雅資

はじめに

看護は、患者や家族、あるいは地域社会全体がよりよい存在になる様に援助することを目ざしている。そのためには、最新の医療・看護の知識や技術を駆使するのは当然ながら、患者や家族の各々の生活状況や生活のし方に適した援助をしていくことが大切である。そのためには、お互いの意志を伝達しあうコミュニケーションは原点であり、最終目標である。

演者と、同僚の金井ヒロは、元ハワイ大学看護学部のパーモスク博士とホワイト博士が作成した「コミュニケーション技術チェック表」を改良した。チェック表は、「患者の困難な問題を理解する様に対応する」、「患者が表現できる様に促す」、「聴くわざ」、「患者の言語的反応を分析する」、「患者の非言語的反応を分析する」、「患者の緊張を和らげる」、そして「問題を解決するのに患者の自助力を高める」の7項目から成り立っている。この様に、この7項目は、問題解決のプロセスに基づいている。

各々の項目は5段階に分かれて、それぞれ得点化される。1番レベルの高い段階が5点で、1番レベルの低い段階が1点である。

方法

サンプルとして6名の看護短期大学3年生が選ばれ、精神科施設での実習をはじめた2週間後に、第一回目のロールプレイを行い、更に、2週間経た後に第二回目のロールプレイを行った。コントロール群として、6名の看護短期大学1年生が選ばれ、コミュニケーションについて学習していない6月初旬に第一回目のロールプレイを行い、2週間後に第二回目のロールプレイを行った。

チェッカーは5名で、5名の得点の平均値を出した。

結果及び考察

3年生6名の第一回目の平均点は3.35で第二回目は3.83である。1年生6名の第一回目の平均点は2.70で第二回目は2.80である。3年生は、1年生に比べて得点が高いばかりでなく、全員得点が上昇している。1年生は、6名中4名しか上昇しておらず2名は下降している。

チェック表の変動係数をみてみると、第1番と第2番は比較的一致率が高く、第7番目が比較的一致率が悪い。

この研究は、東京女子医科大学看護短期大学の金井先生と伊藤先生に大変御協力をいただきました。

(8) 「医療場面における言語活動」

－話題と医療用語の出現頻度について－

岐阜大学医学部附属病院 岡田 民子

千葉大学看護学都看護実践研究センター

内海 滉

医療の場面においては、ほとんどすべての医療行為は、患者または患者の家族とのコミュニケーションのもとで行われております。いかに正しい診断をつけても、いかに正当な治療方針をたてても、患者または患者の家族との理解と協力がなければ、よい効果を期待することは出来ません。その理解と協力は、医療を施す側と、医療を受ける側とのコミュニケーションの成否にかかっており、医療の場面における言語活動の研究は、看護学の上で重要なテーマであります。今回、言語活動の基礎的要因である話題について、高田・上条の手法にしたがい分類し、そのもつ意味と同時に、使用される医療用語の出現頻度を観察したので報告します。

実験の場面として、内科病棟に入院している患者3名に対し、演者を含めて、年齢は演者と同年令の手術室看護婦3名が、会話にあたりました。実施にあたっては、患者のベッドサイドにおいて、親睦と希望を持たせるために、目的にとらわれない自由な会話を、約20分間続行し、これを録音しました。まず各会話をプロセスレコード化し、そこより医療用語すべてを抽出しました。その医療用語をさらに、A、B、Cの3段階に分類しました。Aは医学辞典に収録されている純粋な医学用語であります。Bは、看護系の辞典に収録されている幅広い医療に関係した用語です。Cは、こ

これらの辞書には収録されていませんが、医療の関係で多く使われる特別な言葉であります。次に3つの症例を話題別に分類しました。それをさらに、高田の話題分類表により、話題分類を行いました。そして、話題毎に医療用語の出現率を観察しました。

症例Ⅰについて

症例Ⅰは、7つの話題に分類されました。そのうち入院経験、症状の2つの話題で全体の84.9%を示しました。話題の所要時間に比べて、医療用語出現頻度は高くなっています。

症例Ⅱについて

症例Ⅱは、13の話題に分類されました。症状、入院経験、その他の3つの話題で、全体の63.8%を示しました。症例Ⅰと同様話題所要時間に比べて、医療用語の出現頻度が高くなっています。

症例Ⅲについて

症例Ⅲは8つの話題に分類されました。症状、食事、その他の3つの話題で全体の73.5%を示しました。症例Ⅰと同様に話題所要時間に比べて医療用語の出現頻度が高くなっています。

高田の分類により、話題を類別し、同時に医療用語の出現頻度を比較した結果、ある項目によっては、高度の比率で分布することがわかりました。すなわち入院経験、症状、与薬などに関しては、看護者側も患者側もABCの比率ともにきわめて高く出現するものがあります。しかし、看護者の話題の進め方により、3つの%は大きく変化するものでもあります。

質疑応答

小泉：言語が医療場面に関連するという視点はとてもおもしろいと思いました。興味深く聞かせていただきました。

医療用語を会話の中でお調べになったのは何故かということ、医療用語が会話の中に現われると、具体的にどうなったかということ、もう少し詳しく教えていただきたいと思います。

演者：これは千葉大学教育学部の上条さんのやった実験で見られたことなんです、患者と看護者との会話において医療用語が看護者の会話の中に現われますと新米の看護婦では、スピードがどんどん早くなりますが、ベテランの看護婦では、スピードがぐっと遅くなります。つまり新米の看護婦は知ってる事

をみな話そうとしますし、ベテランの看護婦はよく教えようとゆっくり話すわけです。これらが患者の場合には不安があると早くなり、もっと不安があると逆に遅くなるようです。つまり患者は低い不安では早口になり、高度な不安では無口になるようです。とくに医学の話題の場合に……医療用語の出現頻度と話題との関係は、この基礎的な裏づけをみたかったのです。

演者：知的・認知的側面であるべきはずの医療用語が、むしろ、患者、看護者関係では逆に情動的側面を支配する興味ある現象がみられたので、今回は、医療用語の濃度をA、B、Cに分けて、話題との関連を基礎的に観察した。

第3群

座長 厚生省看護研修研究センター 西村千代子

(9) 現職看護婦の継続教育に関する意識構造

札幌医科大学附属病院

●前田 良子

千葉大学看護学部付属看護実践研究指導センター

内海 混

はじめに

看護実践の質を高めるための、看護職者に対する、施設内外での継続教育は年々活発になり、充実する傾向がみられる。これは急激に変化する社会情勢の中で基礎教育に続く継続教育が現場で実施される必要が識されたこと、医療の高度化に伴い様々な場で高度で熟練した看護ケアを必要としているためである。そこで、現職看護婦が継続教育に対してどのような意識を持っているのか、現任教育に対するニーズと合わせて、今後の現任教育のあり方についての方向性を見出す手がかりとするために調査を行った。

研究方法

対象は、某大学附属病院の2施設、総合病院1施設より、卒後5年以上の看護婦60名に、質問紙を用い郵送調査した。回収率は96.7%、有効回答率73.3%であった。調査期間は1985年11月1日～1985年11月15日まで、アンケートの内容は継続教育に対する意識について、必要と思われる研修について、今まで受けた研修から気付いた点、研修に対する意見などであった。

結論

1. 大半の人々は何らかの継続教育を受けており、現在の看護業務の中で継続教育の必要を感じ、学習へ

の意欲がみられた。

2. 研修内容の希望順位は、疾患と看護、看護計画、心理学などが上位をしめていた。
3. 年代別因子分析では、各年代の時期において、第2因子の学習意欲、第3因子の継続教育志向がそれぞれ交替して消長する傾向があり、学習意欲と継続教育志向とが交互におこるものと思われる。
4. 病院別では、A病院は、第1因子の技術経験が低い傾向にあった。B病院は、継続教育志向は極めておおいであるが学習意欲は低い傾向にあった。C病院は、技術経験、学習意欲ともに大きかった。
5. 設問7では年齢、経験ともに高いほど積極的な学習志向を抱いており、その人々は、研修が臨床に生かされないという不満を訴えていた。学習意欲の強いものは、継続教育の必要を感じながらも学習環境に欠けていると批判を持つものが多くみられた。継続教育志向の強いものは、臨床に良き指導者がいないことを訴えるものが多かった。

(10) 看護実践に潜在している継続教育ニード(2)

産業医科大学医療技術短期大学 ○花田 妙子
千葉大学看護学部 内海 滉
熊本大学教育学部 木場 富喜

看護における継続教育の主目的は、患者がよりよい看護をうけることができるように、看護の専門性とその実践力を向上させることにある。私達は現状における看護実践の中に潜在している教育ニードを明らかにし、継続教育の方向などを探るために、調査を実施している。継続教育の内容として、何を求めているかについての知見を得たので報告する。

対象と方法

調査対象は看護婦で、看護の実践力を高めるための継続教育の内容について解答した228人、全看護婦数の64.7%に当る。分析は解答された367項目をもとに行った。

結果と考察

看護の実践力を高めるための継続教育の内容として、最も希望が高いのは、患者心理に関することで25.1%であった。ついで症例研究や自己学習の方法等22.9%、看護技術や心電図等に関する内容が20.7%と続き、その他医学知識や一般教養、リーダーシップ、救急看護などをあげていた。

勤務年数別にみると、勤務年数1年の人は、患者心理を第1位にあげているが、2年と4年以上は学習方法を第1位にあげ、3年は看護技術等が第1位であり、微妙なちがいが感じられた。

基礎教育の背景別にみると、3年課程の看護学校および短大、大学の卒業生は患者心理を第1位にあげているが、2年課程の卒業生は看護技術等に関する内容が第1位、ついで学習方法、患者心理となっていた。両者に有意差は認められないが、基礎教育の背景による看護の視点や看護観の違いとみることできる。

勤務場所別にみると、内科系では患者心理が最も多く33.6%で、それに比べ外科系は看護技術等に関する内容も希望が多く25.4%あった。処置や技術の多い外科系と、患者との関係が主となる内科系との特徴と考えられる。

継続教育の内容として希望しているのは、患者心理に関する内容、症例研究や自己学習等の方法に関する内容、看護技術や医療機器などに関する内容の3項目を中心として希望していることがわかった。なかでも患者心理に関しては、第1報で報告したように、実践上最も願ったこととして、患者の精神面の援助が一番多かったことともよく符合しており、看護の中心をなす最も重要な教育内容と言える。

また、学習方法などに関する教育内容の希望が多いことから、基本的には主体的に取り組む態度にかかわるものとも言えるが、単なる方法論としてではなく、訓練と蓄積を考慮した継続教育のあり方を検討する必要があると思われる。

看護婦の背景やニード、看護をとりまく社会的進歩や変化に対応しながら、より質の高い専門分野の生涯教育として、制度的にも組織化されてゆく必要がある。

質疑応答

内海：前田らの研究は20代、30代、40代、…と大きく区分したが、花田らの研究では1年、2年、3年と小さくわけた。これがlinearにつながるものと考えられる。継続教育のアンケートは、解答者自身の受けた継続教育の印象から考えているので、更に質の高い教育を与えることによって、希望項目も変わってあろう。一般教養はぜひ力を注いで、全人的把握の能力と興味をもつ専門職を期待する。

- (11) 保健医療専門職における女性の就業状況に関する
一考察 医師、歯科医師、薬剤師調査の分析から
日本医科大学付属第二病院 ○横葉 ヒトミ
千葉大学看護実践センター 草刈 淳子

I. はじめに

近年、女子の雇用労働者は着実に増加し続け、ついに家事専門業者を上回った。就業者の増加は、サービス業で顕著である。

昭和40年代における保健医療専門職の動向について、草刈は、「医師、歯科医師、薬剤師のどの職種においても、女性の占める割合が増加している」ことを報告している。

昭和50年に国内では育児休業法が施行され、国連では、国際婦人年（1985年迄）が提唱され、この十年間の女性の意識の高揚には目を見はるものがある。これらが女性の就業率にどのような影響を与えたのか、看護職に最も近い保健医療専門職の動向について、既存の資料を基に分析し、看護職の就業状況を類推する上での示唆としたい。

II. 資料

「医師、歯科医師および薬剤師調査」（届け出統計、厚生省統計情報部衛生統計課主官）

III. 結果及び考察

1. 就業率は、全体的に漸増傾向にあるが、医師が最も高く、次いで歯科医師、薬剤師の順である。
2. 就業率曲線は、35～40代と60～70代に山をもつ二峰性を示す緩やかなW型、あるいは逆N型である。
3. 女子の占める割合は、漸増傾向にあり、占有率曲線は、逆N型、あるいは変形W型である。また、経時的に5～10年の年齢階層の高齢化への移動を認めた。

女子就業率の漸増は、男子の漸減と比較した時に特記されてよく、これは、国際婦人年の提唱をきっかけに女性の意識や、社会の関心の高まりがあったことが、その一因として考えられる。

総体的にみて、女子の就業率曲線は、男子のほぼ平坦な曲線に対して、全体として二峰性を示すゆるやかなW型、あるいは逆N型である。30～40代に認められた第1の谷は、漸次消失傾向にあり、このことは、結婚、出産、育児による退職者の減少によるものと思われる。更に、時系列では、3職種とも昭和50～59年の間に年齢階層別において、年数が5～10年移動してい

ることが認められた。これは、総務庁統計局の「労働力調査」で一般女子の就業率の増加因子として指摘されている次に掲げる5項目が同様に関与して以下の1. ライフサイクルの変化、2. 高学歴化による就業意欲の向上、3. 中高年齢労働者の増加、4. 勤続年数の長期化、5. 世帯主所得の伸びの鈍化による追加所得の必要性の高まりがあり、若年未婚型から中高年齢既婚型への移行によるものと思われる。これらの要因は、本研究を通して、保健医療専門職においても同様にいえることがうかがわれた。

質疑応答

野地：引退年齢について、性別および、職種別の特徴がありましたらお教え下さい。

演者：まず御質問については、この研究で使った資料が演者が述べていたように、厚生省の医師、歯科医師、薬剤師調査を使っているため、自ら眼界があり、何才で退職するかということはないわけです。なお共同研究者としてつけ加えたいことは、看護について本当は知りたいのだが、今のところ看護免許所有者総数は得られないため、就業率が得られない。得られるのは就業状況のみである。従って看護に近い職種の女性の就業動向を観察した。

(12) 病棟における看護専門性の検討

一看護専門知識の再編に関する試案一

大分医科大学附属病院 渡辺美和子
千葉大学看護学部看護実践研究指導センター
松岡 淳夫

看護管理において看護の質的向上が急務となっている現在、医療が診療領域を中心に、専門分化し高度化する中で、看護もそれに即した高度な専門知識と技術が要求されている。米国では70年代後半に臨床看護専門家が設けられ高度な医療場面での指導的立場や、相談相手として看護組織内に位置づけられているものもみられる。我国でも特定分野における専門家の必要性や意義が述べられているが、具体的な手掛りとなるものはみられない。そこで臨床看護専門家に着目し、病棟での専門領域が成立する素地と、その育成の手掛りを得る為、病棟にある看護技術を基礎的、及び専門的領域に再編する方法で検討した。

この研究は大分医科大学附属病院で、担当する2個

病棟での看護を対象とした。病棟は診療科による混合病棟で主として外科系である。看護婦は基々婦長以下17名で、患者受持制をとっている。病棟特性として各科とも、腫瘍が多く、患者は成人男性が多く、老人層が特徴的である。この病棟における看護婦の看護技術に対する知識背景と優先性に関する意識調査を行った。この結果優先性が最も高く、高度な専門知識を必要とするものは、医療介助と間接看護に高い傾向がみられた。他の多くの看護技術は、一般的な専門知識の枠にとまっている。次に病棟での看護ケアの内容をみる為、アブデラの看護問題点を集約した4項目に疾患特有のニーズ、及び処置、治療に対応して生ずるニーズを加えた6項目を縦軸に、看護総論より引用した基本的欲求に基づく日常生活援助と医療介助の7項目を横軸にして調査用紙を考案した。この用紙を用いて、病棟での特徴的で看護記録状況の良い5症例について検討した。この症例において抽出された見落としと対応困難なケアは看護における問題点として整理し、これらの問題点を完遂する為の知識と技術を整理した。

看護の高度化を計る場合、これらの知識と技術により高度なものとして、看護婦に充電されなければならない事項と考える。それを全員の看護婦に要求し達成することは、困難なことと言える。そこで病棟課題として、学習意欲のある者に、また能力のある者に、この課題を選択的に深く学習することを勧め、修得した知識、技術を考查した上で、他の看護婦の相談相手とし、また指導者として積極的に活動させることが、看護の質の向上に連なると考える。またこれらの課題は、ペプローの臨床看護専門家の看護専門分野を分類したものの中にみることが出来る。このことは、米国にみる専門家の組織活動領域を病棟の中に確立する素地とも考えられる。病棟における看護の質の向上に専門看護婦の育成の素地を検討しその手掛りを得た。今後看護の質の点検を同様な方法で進めてゆきたいと考えている。

第 2 会 場

第 1 群

(13) 看護基礎教育における死の看護のあり方

滋賀県立短期大学看護部 ○玄田 公子
・福本 美鈴

近年、死の看護の教育的アプローチを望む報告が多い。我々は、前報の結果から死の看護の看護基礎教育における学習を考える場合、継続教育とのかかわりの中でその位置づけを明確にする必要があると考えた。そこで、今回は、卒業後1～5年目までの看護者を対象に死の看護について質問紙調査を実施し、看護基礎教育の中での死の看護のあり方を検討した。

方法：調査方法は、郵送法による質問紙調査である。対象は、近県26病院に勤務する卒業後1～5年目までの看護者1099名（有効解答率73.3%）で、調査時期は、昭和60年6月である。調査項目は、前報に合わせて死に出会った時期、死の看護体験、死の看護として、1）医師による延命処置の介助、2）延命装置の管理、3）身体的看護ケア、4）精神的な援助、5）家族への対応、6）死後の処置、に関して不安に思うこと、興味のあることなどの11項目である。なお、アンケートの集計には大型計算機を用いた。

結果及び考察：死との出会いの時期は、学生時代が542名（49.3%）で、仕事に就いてからが333名（30.3%）でそのうち93.5%が仕事について1年目であった。死の看護の体験は、学生時代が440名（40.0%）で、仕事に就いてからが545名（49.6%）でそのうち91.5%が仕事について1年目であった。死の看護に対して不安におもうことおよび興味あることの順位は、いずれも精神的な援助が1位で（523名 48.6%および619名 58.4%）であった。一方、就職時のオリエンテーションを希望する1位は、延命装置の管理（483名 45.3%）であった。死の看護の6項目を経験年数からみると、身体的看護ケア、家族への対応および死後の処置では、経年的変化は見られなかった。不安・興味とも医師による延命処置の介助および延命装置の管理では経年的に減少傾向を示し、精神的な援助では経年的に増加していた。一方、就職時のオリエンテーションでは、延命装置の管理および医師による延命処置の介助を希望するものが多いが、それは経年的に有意に減少しており明らかに経験による修得が伺える。しかし、

精神的な援助ではオリエンテーションの希望は少なく、不安・興味とも経年的に有意に増加しており、日常の看護の中での経験だけで修得されるものではないことが明らかであり、そこに教育的配慮が望まれる。

以上の結果から、死の看護として挙げた6項目は、看護基礎教育で学ぶことは当然であるが、さらに学生時代に体験の少ない医師による延命処置の介助および延命装置の管理と、不安・興味ともに経年的に増加していく精神的な援助については、継続教育との関連で検討を要するといえる。医師による延命処置の介助および延命装置の管理では、就職時教育に計画されることが望ましく、一方、精神的な援助については基礎教育および継続教育で一貫した教育計画が必要であろう。

質疑応答

飯田：①死の看護に関して不安に思うことの順位で精神的看護が1位であり、興味ある看護で精神的援助となっているが、その共通的なこと、相違は、何かあるか。

②精神的な援助に不安をもつものの割合は、経験が増すにしたがって増加していた、この内容は、どの様に考えられるか。

演者：①、②合わせて

日常の看護体験を重ねる中で、死の看護を体験する程に、ますます奥深いものを感じ、不安もあり興味も湧いてくると考えます。

金井：精神的な援助の学習内容として、どんなものと考えたらよいか、学習内容についておきかせください。

演者：文献学習、VTRあるいは臨床からケースを提供して頂いて、一緒に学習する。

(14) 死の限界状況における看護者の

態度についての検討

愛知県立看護短期大学 杉野 佳江

東京都立医療技術短期大学 大原 宏子

千葉大学看護学部 土屋 尚義・金井 和子

死の限界状況におかれた患者に対しては看護者もしばしば極限の対応を迫られる。この様な場合看護者のとる対応は、教育・経験と同時に、個々の性格特性にも基づくものと考えられる。この点を分析するために、看護者の言葉かけ(対応)と性格特性を調査し相互の

関連について検討した。

対象は、看護婦42名、看護短大生262名、一般短大生41名で、看護学生は3年課程3年生及び1年生、2年課程1年生の各群を選んだ。

方法は先ず深津の末期患者の事例を示し、死期を予感した患者の訴えに対して、看護者の立場からどの様に回答するかを自由に記述させた。その直後深津に準拠して予め設定しておいた5種類の回答標本(a~e型)を示し、其の中から自分の回答が当てはまるものを選択させた。更に自分がもし患者の立場であったら望むであろう回答タイプを同様に標本より選択させた。回答標本にはa:保護的, b:説明的, c:説得的, d:支持的, e:実存的とそれぞれの回答タイプの持つイメージ的表現を加えた。

性格特性については、田研式診断性向性検査を用いた。

成績および結論

1. 回答タイプについては、看護婦、一般短大生ともに、患者の立場、看護者の立場の場合とも共通して、看護婦は支持的が多く、一般学生はそれ以外の回答タイプにも分散し、両者ともに説得的は少なかった。3年課程3年生は看護婦に類似し、1年生は一般短大生に類似するが支持的がやや多かった。2年課程1年生は、看護者としての場合支持的が少なく、患者の立場では実存的が増加している点で一般短大生に類似していた。

2. 田研式診断性向性検査では、一般性向偏差値は各集団とも差異を認めず、各因子ともそれぞれの一般性向偏差値の範囲内にあったが、思想的向性、劣等感は、普通段階の偏差値に比べてやや高値の傾向を示した。また、社会的向性と神経質に関しては分布はやや内向に傾いていた。

3. 回答タイプと向性との関係では、看護婦及び看護学生は、患者の立場、看護者の立場ともに一定の傾向を見いだし得なかったが、一般短大生は、看護者の立場において、向性との関係が見いだされた。

(15) 分裂病者の注意・思考障害

— 認知心理学的検討 (第2報)—

滋賀医科大学附属病院 ○桂 敏樹
千葉大学看護学部

野尻 雅美・中島紀恵子・中野 正孝

我らは、分裂病の中心症候として不可解な言動、思考や行動の意味関連の欠如等を挙げ、これらを統合する概念は照合の障害であると指摘している。また、町山らも分裂病を特徴付ける認知障害の基礎には情報処理の欠陥があると述べている。

そこで、プロイラーが指摘した分裂病の基本症状である注意障害、思考障害及びその一次障害としての連合弛緩について、その背景にある脳機能の障害の理解を深めるために、脳内に情報処理モデルを想定し検討を試みた。これまでのモデルには、主体の意志や行動の回路が欠けていた。その点を補うために、プロトベントの感覚情報処理モデルに、プリプラムのプランの概念を補強したモデルに基づいて検討した。今回は、分裂病の経過と情報処理障害の関連について検討したのでここに報告する。

スライドをお願いします。モデルは図1の通りである。感覚諸器官から入力された情報は、意味の分析を受けていない生の感覚パターンとして感覚貯蔵庫に収まる。感覚パターンは特徴分析によって物理的特徴が抽出され、概念的パターンに置換されることで意味付けがなされる。図中Aでは、入力情報のうち主体にとって必要な情報のみが選択的に短期記憶に送られ、不必要な情報は減衰される。このように短期記憶以降の情報処理の対象とすべき情報を選択する過程をプロトベントはフィルターリングと呼び、この選択的注意の構えをスティミュラスセットと名付けた。これは受動的注意に対応する。

次に図中Bでは、短期記憶に送られた情報が長期記憶と比較・照合され貯蔵される。そして、入力情報に反応が要求される場合、入力情報の評価判断に基づいて妥当な反応を選択する過程へと続く。この過程における選択的注意の構えをプロトベントはリスボンセットと名付けた。これは連合に対応する。

図中下部のCは、行動を組織化するために反応選択過程、減衰機構、情報収集を制御するプリプラムの言うプランである。プランは反応選択過程を一方向的に制御するだけでなく課題解決にとってより妥当なものへ

と再編成される相互作用をも含む。これは、能動的注意に対応する。

実験手法としては、ダイコテックリスニング法等によって呈示した散文を追唱させ、その直後に散文を想起させた。課題テープはNHKと千葉大学工学部に依頼し作製した。

次のスライド。実験は5つのセッションより構成される。実験シエーマは、まず第1セッションで一方の耳に散文を呈示し追唱させることによって妨害のない場合の情報処理機能を検討した。第2セッションでは、一方の耳に散文、他方の耳に純音を呈示し、散文を追唱させることによって、純音妨害に対するS・Sの機能を検討した。第3セッションでは一方の耳に散文、他方の耳に別の話者による散文を呈示し、前者を追唱させることによって散文妨害に対するS・Sの機能を検討した。第4セッションでは、両方の耳に同一話者による2散文を呈示し、先に始まる散文を追唱させることによって文脈によるR・Sの機能を検討した。第5セッションでは、散文の要約を記憶させ確認した後、第3セッションと同様に散文を呈示し、要約に合った散文を追唱させることによってプランの機能を検討した。

次のスライド。対象は、慢性分裂病群20名、再発性分裂病群7名、及び、精神疾患既応歴のない健康な正常群8名である。年齢、入院期間、罹患期間、WAIS言語機能診断の成績は各群に有意差はない。

評価の基本単位として第1セッションから第4セッションでは文節数を用いた。追唱エラーは正しく追唱できなかった文節数を表し脱落型と誤唱型に分類した。正しい想起は同義異語を含み、正しく想起した文節数で表し、誤った想起は異義語を誤って想起した文節数で表した。第5セッションは追唱正答率によって評価した。

統計処理は千葉大学情報処理センターのハイタック・M-180によってSPSSを用いて行った。なお有意差検定は、マンリホイットニーのV検定及び、 χ^2 検定を用いた。

次のスライド。機能障害を一覧表にまとめたものである。妨害のない場合、各群追唱実行力に差はない。慢性分裂病群にはS・R、R・S、Planの障害が認められるが、再発性分裂病群にはR・Sの障害のみ認められる。

次のスライド。慢性分裂病群は妨害のない場合、正しい想起が少ない。純音妨害及び散文妨害がある場合、誤った想起が多い。再発性分裂病群には有意差はない。

寛解期のある分裂病者でも、R・Sの障害が認められることにより、分裂病の一次障害は、R・Sの障害であると推測される。

慢性分裂病者は、S・S及びR・Sの障害によって、短期記憶における言語情報の処理が不十分なため、長期記憶への入力情報が低下する。このような状況にもかかわらず、無理に想起しようとするために誤った想起が多くなるのではないかと推測される。

また、想起には名詞のみの羅列や意味関連のない断片的なものが含まれる。これは、R・Sの障害のため意味的な輪をつかって単語群を利用できないことをうかがわせる。

以上の知見は「相手の話がどうもピンとこない。」とかの理由で、自発的な思考の言語化が困難だと訴える患者の本質につながるものと考えられる。そして、この困難さが社会的場で働く道具としての言語やコミュニケーションの障害となり、社会的対人関係にまつわる異常体験を進展させる可能性が潜んでいるように思われる。

本研究にあたり、御協力頂きましたNHK永田幸三ディレクター、古屋和雄・山根基世両アナウンサー、並びに総武病院中村康一郎院長、鈴木秋津副院長、スタッフ、患者の皆様に深謝致します。

(16) 看護業務内容に対する患者および看護者の満足度
青森県基準看護研究グループ

細川 せい・成田 玉栄・三浦みや子
・牧野 晴子・菊池 寮子・鈴木 光子
・木村 宏子

I. はじめに

近年、医療の高度化に伴う診療補助業務、疾病像の変化に伴うケアの増加によって、患者のニーズに対応しきれない問題がある。このような現状で、私達は患者のニーズに応えるケアの提供を目指して最大限の努力をしている。しかし、患者は現在の看護に満足しているだろうか。また看護者自身はどうであろう。疑問は多々ある。そこで私達は患者と看護者の両面から看護業務内容に対する満足度について調査をした。

その結果、現行の基準看護と看護体制を考えるための若干の見解を得たので報告する。

II. 調査対象および調査方法

61年4～5月に県内医療機関50施設を対象に質問紙法による調査を行った。

III. 調査結果および考察

1. アンケート回収数は、看護職者1475名、患者2900名で回収率は92%。対象年齢は、看護者では20代が51%と最も多く、また患者では、60歳以上が57%で過半数を占めていた。

2. 看護ケアは誰が行っているか。

このことについては「清拭・洗髪」「食事の介助」「排泄の介助」の業務内容からみてみた。「清拭・洗髪」では『家族と看護婦』で行っているが857名(58%)と最も多く次いで『看護婦』の534名(36%)であった。このように何らかの形で家族の援助を得ていた者は61%と3分の2を占めていた。また、「食事の介助」については『一人で出来る』が87%、『介助を必要とする者』が12%であった。その介助の実際は誰か。については看護者側の回答では『家族と看護婦』が56%、『看護婦』が26%となっていた。また患者側では『家族』が74%、『看護婦』14%と答えていた。「排泄の介助」については「介助必要の者」は20%であった。その介助者は誰か。については看護婦側の回答では『家族と看護婦』65%、『看護婦』29%、また患者側では『家族』64%、『看護婦』27%でいずれも家族および付添の介助が3分の2以上を占めていた。このような結果から病院における患者の日常生活の実際は、何らかの形で家族および付添の協力を得て成立しているのが現状ではなからうかと推察された。

3. 1日の業務時間内に看護者が患者に接している時間について

このことについては、看護者側では4～5時間未満が305名(21%)と最も多くまた1人の看護者が1日の実働から患者と接する平均時間は4時間であった。しかし、これを患者側から『看護職者と接する時間』についてみると、1日に看護者と接する時間は10分しかなかったと受けとめている者が37%で第1位、次いで30分と答えた者が26%であった。

IV. まとめ

以上のことから、現行の『基準看護と体制』を再検討すると共に病院における患者看護の実際を検討する

必要があると考えられた。

質疑応答

伊藤：患者と看護婦の相互の認識において接触時間に両者に大きな認識の差がある。たとえば看護婦の方は4時間と■答しているのに対し、患者側は30分位である。この場合、看護婦の方は一人の患者への対応時間であるのか。

金井：悩み等の相談に関し、看護婦と患者側の答えに大きなずれを生じているが、このずれにはどんな因子がかかわっていると考えるか。

演者：1. 患者に接する時間について、看護者側への設問のしかたが、1人の患者に対してとしなかった。そのために患者からの解答とのずれがあったが、この点については、今後も追究していきたい。

2. 患者の悩みの相談をうける者が医師より低かったことについての因子については、実態のみを報告したが、今後追求していきたい。

福島：1. 対患者の時間を計測する場合、直接手技を行って援助、保護、観察を行う場合と、もっと間接的に表面に現れない裏面での観察、保護を行う場合とがある。直接的、手技的なものより裏で行われる間接的保護援助の方が時間が長いだけ大切である。

2. もし手技的、直接的なものに走っているといずれ看護婦はロボット化し、ロボットにとって代わられる時代が来るに違いない。

伊藤：患者側の認識が一人の時間であり、看護婦側が一日の■の全体の時間であるならば、両者をこの形で比較するのは問題なのではないか。

第 2 会 場

第 2 群

座長 金沢大学医療技術短期大学部 天津 栄子

(17) 看護教育に於ける研修病院の役割

(むつ総合病院方式供覧)

むつ総合病院 工藤トヨ子・出町ツネ子

・上野 一恵・福島 高文

県立田名部高等学校 西辺 緑

研修病院としての役割りを全うする為に、むつ総合病院では次の3点を実施している。

①実習者受入書類処理一覧表の実施

②実習現場での看護論善悪対比

③医療記録のPOMRに依る補完

①は学校から依頼書、計画書、内申書、検診録、履歴書の5つ、病院から許可証、検診録、日程表、実習細目の4つ、実習者から実習記録、実習日記、卒業論文の3つの書類提出を義務づけ、責任者に依るチェックと保管を行っている。これによって従来バラバラであった3者の責任分担が明確になってきた。

②は看護論の善悪対比を看護現場で実習者に教示する事である。従来から学校では看護理念をナイチンゲールの芸術(哲学)、天職(壽命)、科学(生命)、又ヘンダーソンの母親(思いやり)と女性(いたわり)、患者保護援助とプライマリケア5項目の実施、包括医療と公衆衛生及び看護教育の実施励行と最高の善、即ち理想のみを教えている。しかしむつ総合病院の実習現場では、「悪魔の哄笑」として悪の極限を実習者に示し、ナイチンゲールやヘンダーソンの最高の善と対比させている。「悪魔の哄笑」として挙げ対比したものは、人間喪失と人間疎外、教養主義と唯物史観、機械論的と専門馬鹿である。この善悪対比に依って実習者は実習体験のなかで、善の認識がこと更際立ってくるものと考えている。

③は医療記録のPOMRに依る補完である。これは現代看護教育の実際を帰還するとき、次に述べる3つの脱落があることに気がつく。即ち、1. 現代看護理念には理論追求、理想樹立に大きな脱落がある。又、2. 医学情報には質と量と時間的観察に脱落がある。更に3. 医療記録は現在尚雑記帳式であることから、POMRで補完する必要に迫られている。本学会では早急に補完する必要のある3. について、以下詳述する。

1964年、アメリカのWeedはPOS(The Problem Oriented System)の経過記録を発表した。この医療記録は叙述的経過ノートとしてSubject, Object, Assesment, Planがあり、次いでFollow Sheetsで整理される。しかしこのWeedの原法に依るPOMRの作成には、特別の医療人教育を必要とする。私どものPOMRは、患者の既往歴や患者の訴えなどのSubject, 又診察、臨床検査などのObjectはすべて伝票で操作し、評価を加えて一覧表にまとめ、その一覧表から診断、対策などのPlanをつくる。又PlanからAssesmentを行っている。次いでFollow Sheets

は Plan の実施とその後の Subject と Object について日記し、評価を加えて一覧表にまとめている。従って私どもの POMR は 2 枚の一覧表で、個人別に整理されている。私どもの POMR を従来の医療記録と比較するとき、1. 記録様式、2. Subject, Object の記載、3. 保健医療プラン、4. 患者への説明、チーム間の理解、5. Follow Sheets の整理、6. 医療チームの責任分担明確の 6 つの点で大きなメリットがある。

質疑応答

佐々木：「悪魔の哄笑」の理論に関する教育方法について。

1) 説明（講義、資料の提示を含む）レベルの教育か？

2) 行動（実際のナースの行動をみせる、或いは演技としてみせる etc）レベルの教育を含むのか？

演者：1. 勿論講義に止まる。実際の患者の前で又は講義室で、患者の診断、治療、経過説明の場で、或いは実際の看護手技が伴う場合、ナイチンゲール或いは、ヘンダーソンならばこうやったに違いない。しかしこれと反対に悪魔ならばきつこう考えたり行ったりするというを個々に就いて、或いは機会をとらえて説明する。

2. 悪魔の哄笑の各項目は別表の通りである。

参考資料

《現代看護論善悪対比》

1. 人間喪失：(p.160～162)

「生体実験」で代表される人間性の喪失。

2. 人間疎外：(p.158～160)

本来のものと異質な人間の姿（非人間化）。

バッテリーでプロイラーを密飼（非鶏化）。

3. 教養主義：(p.200～201)

教養の本来の意味は儒教的な自己の修養と鍛練。教養主義は俗化した趣味、娯楽、アルコール等を享受（エンジョイ）し、現実の苦悩から逃げようとする。

4. 唯物史観：(p.142～145)

本来はマルクスの歴史観。ここでは低俗な実利主義、即ち「俗流唯物論」、「人間の物化」、人間を「物」として操作し、統御する。

5. 機械論的：(p.77～80)

生気論の反対。デカルト等の物理医学派。

人間を精密な機械と見なし、疾患の治療は歯車の一つをとりかえればよい。

6. 専門馬鹿：一つの技術に長じているが、常識及び精神的な「思いやり」、「いたわり」の心を欠く。

東京女子大学教授

青木 茂：看護の思想、医学書院、東京、1973。

(18) 臨床実習指導に関する一考察

—看護職員の意識調査から—

青森県立中央病院 沢谷すみ子・千葉 照子

・増田乃ぶ子・大和 貞子

弘前大学教育学部看護学科教室 木村 宏子

I. はじめに

当院では、過去30年青森県立高等看護学院の学生の臨床実習を受け入れてきている。この度私達は、臨床実習指導者研修会に参加する機会を得た。この研修会への参加は、日頃の実習指導について不安や疑問を抱いていた私達に、臨床側に立った望ましい実習指導はどうあるべきかを考えさせる機会となった。そこで、今後の指導のあり方を検討するために当院の看護職員に臨床実習指導に関する意識調査を行った。その結果、若干の知見を得たので考察を加えて報告する。

II. 方法および結果

研究期間 昭和60年10月～61年2月

研究対象 当院看護職員409名

研究方法 アンケート用紙を配布し調査した。

回収率 89.9% (368名)

臨床指導の必要性については、積極的に指導すべきと答えた者は64.4%、仕方なく指導している25.5%、指導したくないは6.3%であった。積極的に指導すべきと答えた者の理由の第1位は「後輩育成のため」であり、仕方なく指導している者の理由の第1位は「指導者としての教育を受けていないので、指導方法がわからない」が34%で「業務の支障をきたすため」が第2位であった。また、現在の臨床指導に関して96%の看護職員が不満を抱いていた。「日常の忙しい業務の中では満足できる指導ができない」と答えた者が39.7%を占めていた。そこで私達は、多忙である日常の業務を整理する必要がある。また指導に関する学習会を開催すること。さらに指導手引を作成することが指導方法を明確にする第1歩と考えられた。

質疑応答

藤田：1. 看護学生指導に消極的な年齢層はどの年代なのでしょう。

2. 学生指導の統一されたものにするための工夫は、特別になされているのでしょうか。

演者：指導したくないについて年齢別にみると、30代では38%（65名）、20代では31.8%（36名）。

3交代の為学生指導には、同じスタッフとはいかない。そこで指導手引を作成して、同じレベルで指導がなされるようにしていきたい。

(19) 看護学実習における学生の性格と効果的な指導方法（第2報）

弘前大学教育学部看護学科教室

○木村 紀美・米内山千賀子・花田久美子
・福島 松郎・川上 澄

I. はじめに

我々は、第11回の学会において、当課程3年次学生の初期段階における学生の性格と実習評価の関連について報告した。今回は、その学生達が4年次の実習において、どのように変化したかを検討した。

II. 対象および方法

当課程の昭和56年度から59年度までの4年次学生62名を対象とした。まず、外科系看護学実習開始前にY-G性格検査、CMI健康調査を行い、その成績と4年次の実習評価との関連を検討し、さらに前回報告した3年次初期の評価との関連についても検討した。なお、実習評価は前回同様実習終了後に知識、技術、態度、記録について評価したものの合計点をもって総合点とした。

III. 成績

4年次学生の評価の総合点は、平均85.7±8.7点で、これを評価項目別にみると、知識30点満点中25.4±2.8点、技術30点満点中25.0±2.7点、態度20点満点中17.3±1.9点、記録20点満点中17.9±1.6点であった。Y-Gテストの成績と実習評価との関係を見ると、A、B、C、D、E型のいずれにおいても、評価との間に差はなかった。3年次に情緒不安定、社会不適応が強いため評価の低かった学生も、4年次では殆どその傾向がみられなくなっていた。これは知識、技術、態度、記録の各々の評価においても同様であった。

次に、CMIの成績と4年次の実習評価との関係で

は、領域Iの正常な群と領域IVの神経症的な群では、3年次と同様に評価の合計点、態度および記録の項目で有意な差がみられ、領域IVの学生の評価が低かった。

さらに、3年次から4年次にかけての成績の伸びを見ると、Y-Gテストの成績と実習評価との関係では、情緒的に不安定不適応積極型のB型の学生の評価が平均3.64±6.84点と最も高い伸びを示しており、安定適応消極型のC型が最も低く、-1.57±8.23点であった。しかし、両者の間の評価には有意差はなかった。CMIの成績との関係では、領域I、IIの正常群およびほぼ正常とされる群と、領域III、IVの神経症的な傾向にある群の評価の伸びは、各々1.0±6.34点、1.29±6.34点で両者の間に有意差はなかった。

以上のことから、3年次に情緒不安定、社会不適応が強いために、評価の低かった学生も、4年次では殆どその傾向がみられなくなっていた。これは、1年間で環境にも慣れ、適応ができてきたためと考える。また、CMIの成績で神経症的傾向にある領域IVの学生の評価は、4年次においても低い評価であった。これは、神経症的傾向の強い学生は、精神的拘束感も強い傾向にあり、自己の力を発揮できない面もあるのではないかと考えられる。さらに、評価の伸びは、外向的積極型の方が、内向的消極型より高い傾向にあった。

今後、今までの結果をもとに、効果的な指導方法を考察していきたい。

質疑応答

天津：実習評価を知識、技術、態度、記録の合計でみているが、実際にptとのかかわりでptによい変化がみえたという様なCareの評価は、ここではどの様にすくいあげられているのでしょうか。

演者：1. CMIの領域IVの学生数は2名です。

2. 学生の看護careの効果を見るには、どこの評価をみればよいか……答“知識、技術”です。病態生理、看護計画作成等を評価し、さらに技術で実施状態を評価しています。もちろん態度、記録も含まれますが。

②0 老人を対象とした看護臨床実習前および講義後に
おける生徒の心理状態

千葉県銚子市立銚子西高等学校 山下 朱美
弘前大学教育学部看護学科教室

工藤せい子・津島 律

はじめに

看護臨床実習において、基礎実習の前段階として、衛生看護科2年生が、養護老人ホーム、特別養護老人ホームで6日間の実習を行っている。しかし、老人との接触到に多様な不安を抱えていることが知られた。そこで、今回実習開始前（1ヶ月前）、講義直後（実習開始4日前）の心理状態を把握し分析した。

対象および方法

衛生看護科2年生42名を対象とし、実習指導面で役立てたいという主旨を十分説明し、実習前（A時点）に老人ホームの実習に際して思っていることを質問紙にありのまま自由記載するよう協力を求めた。また、老人に関する講義（校内実習も含む）終了直後（B時点）同様に質問紙に自由記載を依頼した。これらの記載事項を査読し項目別に小分類し整理統合して大分類した。

結果および考察

A時点では42名中41名の記載が得られ、項目別に小分類された総項目数は115項目であった。主な内容の多くは会話や老人に対する応対などの心配や不安を示していた。これらを大別したところ、会話及び応対、自己洞察、日常生活の援助など10項目に大分類された。つぎに、実習に備えて老人を理解するために成人看護の中で、老人の心身の特徴、老人期の生活と健康、オムツ交換などの生活の援助他の講義を行った。

その後、B時点では40名の記載が得られ、小分類の総項目数は101項目であった。その結果前述と同様の10項目に加え、知識不足、自己の健康状態、着干ではあるが前向きな意欲などが把握された。

以上から、初めて臨床実習を行う生徒は予測できない事態に適応できるだろうかという不安が多数把握された。教師側では、このような精神的動揺を十分理解し、生徒自ら前向きな姿勢で実習に臨めるように、講義では、外来や地域社会などで老人との接触の場を多くしたり、不安の多かった会話及び応対、日常生活の援助については、具体的事例をあげ、それについて討論、ロールプレイングなどを通して問題解決を企て

る。また、老人の特徴、痴呆については、各自生徒が調べるといふ、生徒自身の学習活動を行うことも有意義である。オリエンテーションの工夫としては、1日見学を行い、入所老人の背景や近況を含めた紹介、職員の紹介、施設内の構造などを前もって知らせ心構えをもたせるなど実感の伴った具体的な指導が重要であるといえた。

質疑応答

天津：講義、実習前・後で生徒の老人に対するイメージはどの様に変化したのでしょうか。

演者：高校生は、臨床実習に際して、多様な不安や心配を持ち、不安定な心理状況にあった。これを具体的に把握したことによって、今後は、これをふまえた、実習のオリエンテーションや講義、校内実習、見学、ビデオの利用、生徒の研究活動などと関連性を持った指導を、この揺れ動いている心理状況をイメージして行っていけるものと考えている。

大和：1. 老人ホームを見学実習される時期について。

2. 実習は、どの科目に入れているか。

演者：1. 2年生の6月上旬の6日間。この時、初めて臨床実習に出る。

2. 講義は、成人看護1の教科書を使い、成人看護の科目で行っている。時数にして、約17時間。実習は、臨床実習10単位の1単位を使っています。

第 2 会 場

第3群

座長 大阪府立看護短期大学 深瀬須加子

(21) 老人の主観的幸福感について(Ⅱ)

熊本大学教育学部 河瀬比佐子

大分東明高等学校 浦谷知佐子

小倉記念病院 木登 幸子

千葉大学看護学部 金井 和子・土屋 尚義

先にLawton, M. P. らのPGCモラル・スケールを用いて、老人の生きがい意識としての主観的幸福感について福祉センター通所老人（60名）と家庭奉仕員の派遣訪問をうけている老人（60名）を対象に調査し、センター老人>訪問老人と得点差があることを報告した。

今回は、それらのデータをもとに得点差の要因やモラルの因子構造などを探ることを目的に、因子分析法、重相関法を利用して検討した。

その結果以下のことが見いだされた。

1. モラル22項目の因子分析の結果、4個の因子が抽出された。それぞれの因子に高い負荷量を示す項目から第1因子は現在の健康と現状を受け入れる肯定的気分、第2因子は精神的不安や心配、第3因子は現在の生活満足感、第4因子は有用感対不安全感と名づけることとした。因子得点化したものをさらに偏差値に変換して、センター、訪問の男女グループに分け2要因分散分析法でみると、第1、第2因子はそれぞれ1%、10%水準でセンターと訪問グループに有意差がみられ、第4因子はセンター対訪問と性別との間に交互作用がみいだされ、訪問男性は有意に他のグループよりも低い得点を示した。4個の因子と基本的属性そのほかの変数との連関をみると、第1因子は健康感、友人の有無、医者にかかっているか否か、センター通所・訪問年数、配偶者の有無及び死別後年数、歩行能力、趣味の有無、第2因子はADL総得点、歩行、第4因子は趣味、健康感の有無、学歴、ADL総得点と有意の連関がみられた。第1、2因子にみられるセンターと訪問老人の有意差については歩行を含むADL能力の違いが大きく影響していると考えられる。第4因子については、訪問男性で学歴の高い者に因子得点の低い者が多くみられたが、社会の中で仕事を通して生きがいと自己同一性を得てきた男性にとって現状即ち、高齢で、ひとり暮らしや配偶者がいても病気がちであり、ADL得点も低く家庭奉仕員の訪問をうけている状況は、女性に較べ特に無用感、不安全感を強める結果になったと考えられる。高学歴者にとっては現役時との落差などがあるのかもしれない。
2. モラル得点を外的基準に用いてもとめた重相関分析の結果、 $R=0.698$ で、標準偏回帰係数が0.150以上の正の大きな重みを示した項目は、健康感、友人、配偶者の有無*及び死別後年数*、以前の職業*、趣味、仕事の有無*、視力・聴力*・会話能力の8項目で、学歴*は負の重みを示した。*印の項目はモラルとの単純相関が有意水準に達しなかったが、標準偏回帰係数で浮かびあがった項目で独自性が高く大きな重みを示したと考えられる。
3. モラル得点と有意な相関を示す要因をもとにし

て、それらの要因とその他の基本的属性などとの関係を示す図を作成した。要因や項目の配置はクラスター分析によるデンドログラムの結果を参考にした。

質疑応答

深瀬：センターは、一般的なセンターか。デイケア対象者か。

演者：対象について

センター老人：社会福祉センターへ、踊りや生け花、碁などを楽しむため通っている老人。

訪問老人：ひとりぐらしか又は老夫婦の世帯で配偶者はあっても病気がちで、ADL能力も低い人が多く、希望により家庭奉仕員の派遣をうけている老人。

(22) 高齢者の排尿パターン

神奈川県立衛生短期大学 山田 泰子

千葉大学看護学部 土屋 尚義・金井 和子

聖マリア医療技術短期大学 大津 ミキ

武南病院 村越 康一

花王栃木第2研究所 吉川 政彦・水谷 浩

高齢者では、運動機能や排泄機能の低下、疾患の後遺症により、おむつ使用に移行する者が多くなる。おむつ使用は生活意欲の低下につながり易い為、おむつはずしの援助が行われるが、一方おむつの必要なものもあり、適切なおむつの開発も待たれる。何れにしても、まず高齢者の排尿パターンの把握が必要であり、今回はこの点について検討した。

対象ならびに方法

1. 外来および入院高齢者(60才以上)72名、平均年齢 70.5 ± 6.7 才、対照として、同中年患者74名、平均年齢 49.0 ± 7.7 才に24時間Holter心電図を施行し、行動記録から排尿時間、回数の調査。

2. 養護老人ホーム入所者10名、平均年齢 78.2 ± 4.9 才に24時間直接観察による排尿時間、回数および排尿量の調査。

成績ならびに結論

1. 外来および入院患者では、中年者の排尿回数は一日 5.8 ± 2.2 回で、 \pm SD内に83.8%が含まれる。ホームを含む高齢者では 7.0 ± 2.2 回で \pm SD内は68.4%であった。排尿回数一日9回以上は中年者6.7%に比し、高齢者29.2%であった。80才以上は一日 7.8 ± 2.5 回と最も多かった。

2. 6時間毎の排尿回数は、中年者と高年者はパターンが異なり、特に70才以上では、0-6時の割合が著しく多い。夜間就床中は0回は中年者では58.1%、高年者では極端に少ない。80才では2回以上が66.6%と著しく多くなる。

3. 高年者は、中年者に比し、特に夜間就床中、明らかに排尿回数は増加し、逆に排尿間隔が短縮した。

4. ホーム高年者の分時尿量は一日平均0.66±0.23 ml、一回排尿量は127.2±67.8ml、起床中、夜間就床中で明らかな差を認めなかった。

質疑応答

深瀬：性差について。

演者：日常生活を営んでいるいわゆる比較的健康高齢者の排尿状態については定量的な検討が少ないようです。今回の成績は今後の排泄援助の基礎的な資料となり得るものと考え報告しました。

(23) 老人患者の退院に関する問題

大分東明高等学校 東 豊子
熊本大学教育学部看護課程

田崎 幸恵・栄 唱子・木場 薫喜
熊本理学診療科病院 富田マリ子・山辺 和代

人■の高齢化は重要な社会問題であるが、それに伴う老人患者によるベッドの独占状態は、医療社会に新たな問題を提起している。

この問題は単に老人患者の増加による影響のみでなく、高齢者である為に速やかに退院できない問題が背景にある事を見逃す事はできない。そこで今■、患者、家族、医師・看護婦を対象にそれぞれの立場から老人患者の退院に関する問題を調査した。

対象はK病院循環器内科の退院可能な患者とその家族59名、医師・看護婦16名、計75名である。調査は患者、家族、医師・看護婦から退院に関してどのような問題があるかを詳細に聞き取り、患者カルテから必要事項を収集し得られた情報271項目を分類し検討した。

患者、家族、医師・看護婦から得られた退院に関する問題は、大きく8項目に分類する事ができた。即ち「疾患に関する問題」「人間関係に関する問題」「介護に関する問題」「住宅に関する問題」「病院側の指導・連絡に関する問題」「社会資源の活用に関する問題」「病院に対する認識の問題」「経済的問題」であ

る。

これらの退院に関する問題の発現頻度を全体としてみると、疾患に関する問題が29.2%で最も多く、次いで人間関係、介護と続く。また患者からみると最も多いのが疾患に関する問題で44.7%、次いで人間関係、介護と続き、家族からだされた問題では、退院後の介護に関する問題が44.9%と最も多く、次いで疾患と続いている。医師・看護婦から出された問題は全体の50.6%を占め、中でも人間関係に関する問題が最も多く30.7%、次いで疾患、介護となる。

更にこれらの退院に関する問題について詳細に見てみる。

疾患について三者の相違をみると、患者は自己の欲求と現実とのギャップが最も多く、家族は主として患者を抱えこむ事への不安をあげている。医師・看護婦は専門家の立場から、患者や家族の問題を客観的に観察していることが伺える。

人間関係に関して相違をみると患者は何よりも心の支えを求めており、家族は患者に対する不満の様なのが感じられる。

介護に関して相違をみると、患者は介護してもらえようかといった不安をあげ、家族は、介護上の負担をあげている。

老人患者の退院に関する問題には多くの複雑な要因があり、それも三者間に微妙な違いがあることがわかった。この違いが退院問題を混沌とさせる大きな要因とも考えられる。

質疑応答

近藤：退院を巡る人間関係について具体的に示らせてほしい。

演者：人間関係と分類したものの内容として例えば患者から収集したものでは「配偶者の様な心の支えの存在」「家族の態度及びその変化」「親子間の考え方の相違」「家庭内の話し相手の存在」等があげられます。患者、家族、医師及び看護婦の三者間の精神的な相互関係を主として考え取り上げました。

筒井：退院に関する問題の中で人間関係が多いと述べているが、退院した後の世話を受ける側は世話をしてもらえるかなどと考えるのは介護者との人間関係に基因していると考え。そこで、介護者と日頃どのような人間関係なのかを調べたのでしょうか。そ

の点をどのように考慮して介護（世話）の項目とを分けたのかなどを聞きました。

演者：人間関係については様々な考え方がありますが、今回私達は、患者、家族、医師及び看護婦の三者からそれぞれ気持ちを聞き取るにより、例えば、患者は、家族についてどう思っているのか、看護してもらった医療者側についてどう思っているのかという具体的内容を分析、評価しました。三者の意見のうち退院に関して問題となり得る可能性のあるものを調査者が取り上げました。

(24) 肺癌患者の看護計画における「目標」と「問題点」に関する考察

弘前大学教育学部看護学科教室

○津島 律・工藤せい子

はじめに

患者の個別性に基づいた看護計画について一連のその過程を学生に理解させることは、看護の本質や専門性を習得させる上で極めて重要である。看護の目標について、第13回日本看護学会（教育分科会）において報告したが、今回は、さらに、「目標」と「問題点」について関連性や共通性などを文献例と対比し、肺癌患者の看護計画について分析し検討した。

方法および対象

3年次学生が、成人看護学Ⅰ実習（内科病棟）で前期前半に受け持って看護を実施した肺癌患者の看護計画10例を中心に、看護の「目標」と「問題点」を分析した。受持日数は12日間から15日間（240～300時間）であった。患者は、安静臥床にあり、ほとんど、日常生活の援助を必要としていた。対比した文献例5例も、同様の患者を選んだ。

結果および考察

「目標」数は、1事例当り、2～8で総数44項目であった。重複を除いたとき52項目となり、この上位を占めたものは、精神面15項目（29%）、二次感染・合併症、症状に伴う苦痛の緩和が各9項目（17%）、体力保持8項目（15%）であった。文献例では、「目標」が19項目あげられ、重複を除いたとき32項目となった。この上位は、前述同様に、精神面、二次感染・合併症の予防が各7項目であり、骨折、褥創などの予測された事柄5項目などであった。前者は、症状に伴う苦痛の緩和が上位であったが文献例では2項目のみであっ

た。「問題点」は、事例では78項目で、重複を除いたとき91項目となった。この主な内容は、症状、23項目（25%）、精神面15項目（17%）、合併症・感染症11項目（12%）などであった。文献例では、55項目が列挙され、重複を除いたとき62項目となった。この上位は、症状、日常生活、精神面などであった。

症状については、両者とも倦怠感、胸痛、呼吸困難、咳嗽、背部痛、嘔気、嘔吐など多様な症状に伴う問題点が把握され、また、精神面では、疾病に対する疑問、不安、生活の空虚、死の不安、医師・看護婦への不信任感など深刻な心理状況が把握された。

事例では、「目標」と「問題点」の重複や関連性、個別性に基づいた表現などに問題があり、文献例では、当然の看護行為として行われるようないわゆる一般的な事柄が列挙されていたり、医師の指示による指示簿によって行為できる事柄が看護計画の中に記載されており、看護計画の形式や構成などについて共通した方策を検討していく必要があると考えた。「目標」、「問題点」については、両者において、かなり共通した内容を把握することができ、肺癌患者の看護計画において予測性を持ち対応できると考えた。

ディスポーザブル注射針の開封方法と汚染について

—めくり法とつき破り法の場合—

Opening Methods and Contamination on Disposable Needles

—Using Peel-Open and Press-Open Methods—

小笠原 みどり* 松 岡 淳 夫**
Midori Ogasawara Atsuo Matsuoka

法と指定部剥し法で開封し、取り出した滅菌注射針の汚染の状況を実験的に検索した。(表1)

I はじめに

看護の臨床において、注射準備における注射針の扱いには、その無菌性への考慮が重要である¹⁾。近年、この注射針には包装滅菌されたディスポーザブル針が広く用いられている。その包装構造は、プラスチックフィルムと紙を使用した、ブリストア方式のものが大半である。

この針の無菌性については、厳重な検定のもとに保証されているが、その開封方法については統一されたものがみられない。すなわち、製造メーカーによっては開封方法を指定したり、または、構造上開封箇所が明示されたものがみられるが、これを使用する看護婦の側では、その方法には種々みられている。

作業能率からみた場合、現在多く行われるのは、包装の注射針基部を押しつけ、紙を押し破り、そこから取り出す方法で、指定された開封部をめくり剥して開く方法は、あまり行われていないようである。

この場合、その開封、取り出し方で、内容物である滅菌された注射針が汚染されるとなれば、注射準備時の無菌性の維持は、基本において危険にさらされることになる。

そこで、ディスポーザブル注射針包装の開封方法と、その注射針の汚染との関係を明らかにする目的でこの実験を行った。

II 実験方法

注射針汚染の指標として、包装部に細菌懸濁液を塗布した、市販のディスポーザブル注射針を、つき破り

表1 実験方法

- 1 表皮ブドウ球菌懸濁液を作成
A菌液：1白金耳/10ml生食水
B菌液：2白金耳/10ml生食水
- 2 注射針包装紙面に菌液塗布
0.04ml/11.6cm²
- 3 指定開封方法で無菌的に針を取りだす
a) めくり法
b) つき破り法
- 4 針をブイオン培地に投入
- 5 37°C24時間培養
- 6 ブイオン培地の混濁陽性判定

1) 注射針の汚染指標

市販の滅菌包装ディスポーザブル注射針の包装の紙部、2cm×5.8cmの範囲に、表皮ブドウ球菌懸濁液0.04mlを塗布して汚染した。

菌懸濁液は、表皮ブドウ球菌をハートインフュージョン培地上で培養した菌株を、滅菌生理食塩水10ml中、1白金耳(A菌液)および2白金耳(B菌液)懸濁したものを用いた。

この場合の塗布菌量は、それぞれ無作為に取り出したサンプル5個ずつの、洗い出し試験によって測定したが、それぞれの平均値はA菌液2479/cm²、B菌液4475/cm²となった。(図1、表2)

* 聖母女子短期大学 Dept.School Affairs, Seibo Junior College

** 千葉大学看護学部看護実践指導センター Faculty of Nursing, Chiba University

表2 包装紙塗布菌数

	A菌液	B菌液
菌数/cm ²	2479	4475

(抜き取り試験 N=10)

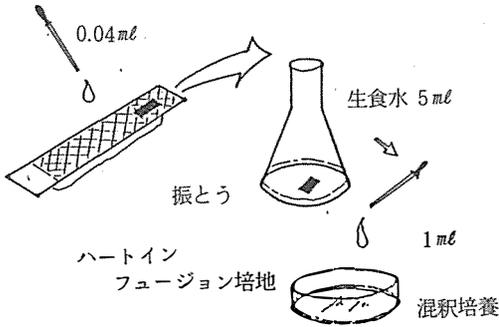


図1 包装紙塗布菌数測定方法

2). 開封方法 (図2)

a. めくり法

包装の一端にある開封の指定された部分で、プラスチックフィルム部分と紙部分を剥し、その開口部から注射針を取り出す方法で行った。

b. つき破り法

包装された注射針の基部を、プラスチックフィルム上から押し、紙部をつき破り、その開口部から取り出す方法で行った。

3). 注射針の無菌試験

開封の二方法により、それぞれ50本宛の汚染包装の

ディスポーザブル注射針を開封し、その開口部から注射針を無菌的に取り出した。この注射針をキャップのついたまま、ブイオン培地20ml中に投入し、5分間振盪後、増菌培養した。

37℃、24時間後、培地液の混濁をもって菌陽性とした。

この実験に使用した滅菌包装注射針には、テルモ社製19Gディスポーザブル注射針を用いて行った。

III 実験成績 (表3)

開封による注射針の菌陽性数は、A菌液塗布の場合、めくり法では2本、つき破り法では26本となった。この陽性率はそれぞれ、4%、52%となった。菌濃度の高いB菌液で汚染した場合は、めくり法では5本、10.4%、つき破り法では45本、90%であった。

すなわち、包装汚染の菌濃度と相関をもって、内容物の滅菌注射針は、取り出す過程で汚染されることが明らかで、さらにつき破り法の場合、めくり法にくらべて、その汚染は約9倍となった。

表3 開封方法と汚染率

	A菌液		B菌液	
	めくり法	つき破り法	めくり法	つき破り法
検体数 (本)	50	50	48	50
陽性 (本)	2	26	5	45
陽性率 (%)	4.0	52.0	10.4	90.0

IV 考察

この実験における注射針の汚染は、包装開封から注射針を取り出す過程において生じたものである。

すなわち、開封の際に汚染した紙部に針が接触することによって、汚染されたものといえる。また、つき破り法とめくり法では、その機会がつき破り法の場合に、非常に多く、汚染の危険性も高いことが明らかとなった。

私たちが日常、滅菌材料の包装を開く場合、内容物の汚染については、その無菌的な操作に十分な注意が払われている。ディスポーザブル製品の開封の場合でも、その内容物と包装表面との接触について、慎重に扱ってはいるが、注射針の取り出しの場合には、その

a) めくり法

b) つき破り法

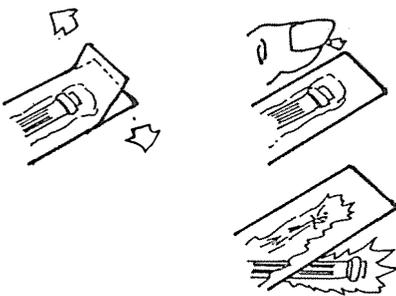


図2 開封方法

針部分がキャップで覆われていることもあり、さほど注意を払わない場合が少なくない。

この実験で、その開封、開口部において汚染部との接触の機会が稀でないことが明らかになった。

これは、その針の取り出しにあたって慎重さが必要なことを示唆している。

この開封方法についても氏家は、「上からめくる」「切り口から切る」²⁾と、二つの方法を図示しているが、この切り口から切る方法は、操作上汚染部分に接触する機会は、つき破り法と同様に高いものといえよう。

つき破り法では、注射針基部で汚染紙部を押し破るため、基部の汚染は当然生じることとなる。

今回の実験は、その標示に1白金耳/10ml ($10^{4\sim7}$ /ml)、2白金耳/10ml ($2 \times 10^{4\sim7}$ /ml)と、高濃度の菌液を用いており、日常的な包装汚染とは、かけ離れた菌汚染による実験であるが、この成績は、もし開口部に細菌の汚染が少量でもあった場合の、滅菌内容物の汚染の可能性を示唆したものである。

取り出す注射針はキャップを被り、露出部はその針基部である。そのため、日常臨床的には、汚染はこのキャップ部分と、操作上無菌的でないこの部分であるとして、これらの汚染に対して留意しない場合が多い。

しかし、手術や腰椎穿刺等、滅菌手袋が装着され、高い無菌性が求められる場面では、このようにして取り出された注射針が、滅菌野に菌を運び込み、重大な結果を招来する原因ともなり得ると考える。

ディスポーザブル製品の取り出し方について村上らは、「滅菌バッグの切り口は汚染の区域として扱い、十分に広げ、滅菌器具が接触しないように取り出す」³⁾と注意している。これによれば、つき破り法は禁じられることになる。にもかかわらず、製造メーカーの指示を無視してまでも、臨床で実施されている理由のひとつには、めくり法に比べて、作業が能率的であることがあげられる。

市販のディスポーザブル注射針で、広く一般的に使用されている、製造メーカー三社の開封方法について比較してみると、次のようにさまざまである。すなわち、めくり法を図示して指定しているもの。指定はしていないが、その包装構造上、めくり法を考慮しているもの。そして、めくることもできるが、切り口もつくられており、意図的にはどちらの方法でも行えるも

のがみられる。

これらのディスポーザブル製品は、その作製から包装構造まで、看護者以外の手でなされている。そのため看護場面からみて、作業性にも有効性にも合理性に欠ける場合が生じていることがある。

注射針についていえば、看護上要求される条件、作業能率を考慮した手技で開封できるような合理性をもった包装構造が望ましいといえる。

ディスポーザブル製品の包装材の汚染に関して、包装材の材質がプラスチックフィルムにくらべて、その一部に紙をもちいた場合、付着菌数が多い傾向がみられるという。

今回の実験にみられる、汚染濃度と汚染機会の相関をもった増大からみても、製品の保管場所や方法、期間などによる、包装紙部分の付着菌数の増大の可能性は考慮すべきである。

ディスポーザブル注射針の取り出しに、つき破り法をとり入れるならば、製品の保管場所や方法について、消毒物の標管に準じた、包装紙面の汚染を極めて最少限度とする扱いが、必要となる。

包装滅菌された製品の開封については、正確におこなうということを基本として、その保存方法について無菌的な概念を徹底することが大切である。

V 結 論

以上の結果、完全な無菌が要求される場合には、つき破り法は危険である、という結論に達した。

VI おわりに

今回は、菌液濃度が二種類で、しかも菌量が多く、実際の場面とは、かけ離れた汚染下の実験であるが、開封方法と汚染の関係を明らかにすることができた。

今後、標示菌の濃度を下げた実験や、標示菌の種類を変えた実験等を加えて、さらにこの関係を明らかにしていきたいと考える。

最後に、本研究をすすめるにあたりご協力頂いた、加藤美智子先生に深く感謝いたします。

要 約

臨床で広く用いられているディスポーザブル注射針は、プラスチックフィルムと紙を使用したブリスター方式のものが大半である。

注射準備における無菌性への考慮は重要であるが、ディスポ針の開封方法には統一されたものがない。臨床において作業上、能率的で多く行われているのは、針基部を紙部分に押しつけて、つき破る方法で、指定場所からフィルムを剥す方法は、あまり行われていないようである。そこで、この開封方法と汚染との関係を明らかにする目的で、包装紙面に菌液塗布による汚染を施し、上述の二方法で開封したのち、取り出した注射針について無菌試験を行った。

実験成績は、つき破り法ではめくり法の約9倍の汚染率で、しかも包装汚染の菌濃度と相関をもって、汚染されることが明らかとなった。以上より、完全な無菌が要求される場合には、つき破り法で開封し針を取り出すことは危険である、という結論を得た。

SUMMARY

A disposable needle for hypodermic injections has adopted a blister form which is wrapped in a plastic film and paper. It has been widely used among clinicians and practitioners in the medical field.

Though it is of course necessary that preparation and procedures must be carefully conducted to maintain aseptic conditions in using hypodermic needles, a uniform methodology or the directions for proper use of such needles has not been established yet. For the purpose of operational efficiency in actual medical practice, the "Press-Open Method", in which the hub or base of the needle is pressed down through paper, is used instead of the "Peel-Open Method", in which a plastic film is peeled away from a specified place on the needle casing.

The purpose of this study was to identify the relationship between these two methods of opening needles and, to determine the degree of contamination inherent to both. This was accomplished by employing both types of removal methods in a controlled environment that was purposely contaminated with a culture of pathogenic bacteria. Then the degree of bacteria present was measured.

The result of this experiment was that the "Press-Open Method" was found to lead to a contamination level that was nine times as much as the "Peel-Open Method". It also indicated that there is a significant correlation between the degree of fungi present in the needle casings or packages and the contamination of needles.

The main conclusion of this research is that there is no doubt a danger of bacteria contamination that may be attributable to the "Press-Open Method", and that this danger increases proportionately as the necessity of aseptic conditions rises.

Ⅶ 参考文献

- 1). 2). 氏家幸子, 基礎看護技術, 医学書院, 1982, P402~403 .
- 3). 村上生美他, 消毒法/滅菌物の取り扱い/ガウンテクニック, 月刊ナーシング, 6 (6) : 131 ~132 , 1986.
- 4). 佐藤健二他, 各種ディスポーザブル医療用具の滅菌前の汚染菌数の測定, 医科器械雑誌, 43 (8) : 400 ~402 , 1973.
- 5). 高田節子他, 注射器カストの無菌管理に関する研究, 日本看護学会集録, 6回 P268 ~270 .
- 6). 林滋子他, 手術室の環境管理に関する研究-空中落下菌について-, 看護研究, 5 (3) : 304~313 , 1972.
- 7). P. シングルトン他 (中谷林太郎訳), 細菌学入門-生命科学系学生のために-, ワイリージャパンインコーポレイテッド, 1982. P1~51.
- 8). 前島健治他, 病院における滅菌・消毒の実際, 菜根出版, 1979, P164 ~165 .
- 9). 綿貫詰他, 滅菌法・消毒法第3集, 文光堂, 1980.
- 10). ロマリング大学病院看護部編 (筒井トキ訳), ロマリング大学病院看護手順, 医学書院, 1980.
- 11). 戸田忠雄他, 戸田新細菌学, 南山堂, 1974, P247 ~252 .

双生児研究会創立総会に参加して

近畿大学医学部公衆衛生

早川和生

わが国の双生児研究に携わる人々の間で双生児研究会の創立が論議され、準備会を経て創立総会が昭和62年1月17日、東京大学山上会館にて開催されました。私もこの会の創会に携わった1人として総会に出席しましたが、その印象を述べながらこの研究会を紹介したいと思います。

この会は、学際的な研究会であることから参加した者の専門分野は様々で、看護学、産婦人科、小児科、公衆衛生、遺伝学、発達心理学、教育学、人類学、歯学など、幅広い分野の人々が集まりました。双生児に接する機会の多い助産婦や小児看護婦にとって、興味深い研究会の1つと考えられます。

創立総会では、岡島道夫教授（東京医歯大、法医）が議長となり、規約、人事等が検討され、引き続いて、初代会長に選出された井上英二氏（東京大学名誉教授）により『日本におけるふたご研究の歴史』と題する講

演が行われました。

会場は参加者の人数に比較して余裕があり、最後列の座席からでも自由に発言でき、会員相互が親密感の持てる大会でした。この研究会の会員数は、当初100名程で出発し漸次発展させていくことになっています。

この会の会員資格には制限はなく、双生児研究に携わるものばかりではなく、双生児自身の入会も積極的に進めていくことになっています。

なお、事務局は東京大学医学部精神衛生学講座（東京都文京区本郷7-3-1）に設置し、次年度大会は吉田啓治氏（東京医大、産婦人科）を大会長として開催することになっています。

双生児のみならず多胎児全体の健康や出産、育児、発達に深く関係する看護学は、この分野においても多大な貢献ができそうな印象を受けました。

（以上）

日本看護研究学会雑誌投稿規定

1. 本誌に投稿するには、著者、共著者すべて、本学会員でなくてはならない。但し、編集委員会により依頼したものはこの限りでない。
2. 原稿が刷り上りで、下記の論文類別による制限頁数以下の場合、その掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は所定の料金を徴集する。

論 文 類 別	制 限 頁 数	原稿枚数 (論・図表)	原稿用紙 (400字詰)
原 著	10頁	約 45枚	5枚弱で刷り上り1頁といわれている。図表は大小あるが、1つが原稿用紙1枚分以上と考える。
総 説	10頁	約 45枚	
論 壇	2頁	約 9枚	
事 例 報 告	3頁	約 15枚	
そ の 他	2頁	約 9枚	

超過料金は、刷り上りで超過分、1頁につき7,000円とする。

別刷については、予め著者より申込をうけて有料で印刷する。

別刷料金は、30円×刷り上り頁数×部数(50部を単量とする)

3. 原稿用紙は原則として、B5版、400字詰横書原稿用紙を用いること。
4. 図表は、B5版用紙にトレースした原図を添えること。印刷業者でトレースが必要になった時にはその実費を徴収する。
5. 図表・写真等は原稿本文とは別にまとめて巻末に添え、本文の挿入希望箇所はその位置の欄外に〔表1〕の如く朱記すること。
6. 原著として掲載を希望する場合は、250語程度の英文抄録、及びその和文(400字程度)を添えること。英文抄録はタイプ(ダブルスペース)とする。
7. 原稿には表紙を付け、
 - 1) 上段欄に、表題、英文表題(すべて、大文字)、著者氏名(ローマ字氏名併記)、所属機関(英文併記)を記入のこと。
 - 2) 下段欄には、本文、図表・写真等の枚数を明記し、希望する原稿種別を朱記すること。また、連絡先の宛名、住所、電話番号を記入すること。
 - 3) 別刷を希望する場合は、別刷*部と朱記すること。
8. 投稿原稿には、表紙、本文、図表、写真等すべての査読用コピー1部を手添えて提出のこと。
9. 投稿原稿の採否及び、原稿の類別については、編集委員会で決定する。
10. 原稿は原則として返却しない。
11. 校正に当り、初校は著者が、2校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。なお、校正の際の加筆は一切認めない。
12. 原稿の郵送先は

千葉県文鼻1-8-1 千葉大学看護学部 看護実践研究指導センター内
日本看護研究学会事務局、雑誌編集委員会係
13. 封筒の表に、「日看研誌原稿」と朱記し、書留郵送で郵送のこと。
14. 原稿が到着後、速やかに原稿受付票を発行し郵送する。

日本 看護
研究 学会
会報

第 22 号

(昭和62年 6 月20日発行)

日本看護研究学会事務局

目 次

会 議 録 1

会 議 録

会 議

昭和61年度第 2 回理事会

日 時 昭和62年 3 月31日 15時～21時

場 所 東京都千代田区九段北 4-2-25 私学会館

1. 奨学委員会

出席者 土屋委員長, 川上, 木場, 野島, 宮崎, 村越 各委員

議 題

1. 昭和62年度奨学研究の選考
2. その他

2. 理 事 会

出席者 福島会長, 川上, 木村, 伊藤, 草刈, 土屋, 松岡, 前原, 宮崎, 村越, 内輪, 野島, 木場, 佐々木 各理事

欠席者 石川理事

議 題

1. 昭和61年度会計決算見込について
資料に基いて事務局より報告了承された。
2. 昭和62年度事業計画について
 - イ. 62年度事業計画案

a) 年 1 回の総会を行なう。	b) 機関誌を発行する。
c) 地方会の運営をする。	d) 奨学会を運営する。

 事務局より提案, 了承された

ハ. 地方会運営について

- a) 宮崎理事より B 地区において地方会発足の推進を計りた

- い旨提案があり、B地区での地方会の意義等が検討された。
- b) B地区での推移に従って地方会のあり方等全体的に調整し再検討する。
- c) B地区地方会の設立への動きを承認した。
3. 昭和62年度予算案について
- イ. 評議員辞退者の取扱の再確認
規則により欠員のままとする。
- ロ. 評議委員会欠席者の扱い
懲罰処置提案されたが結論は得られなかった。
- ハ. 入会基準の再確認
期定では、役員の推薦とあるが理事会の申し合せで会員の推薦としていることが再確認された。
- ニ. 賛助会員の取扱について
賛助だけを目的とすることが確認された。
4. 第13回学会総会の事業計画について
- イ. 62年8月7日・8日、都市センターホールで行なわれる総会の計画及びその進行状況が前原理事より報告され了承された。
- ロ. 演題増加傾向のためプログラム委員会の必要性が話題となった。
5. 昭和62年度奨学研究の選考結果について報告
母乳の保存方法：
弘前大学教育学部看護学科教室 鈴木光子
6. 次次期会長（64年度）について話し合い、検討した。
7. その他
- イ. B地区の再編成について
B地区会員数の増大（全会員の過半数）に伴ない分割の必要性が問われたが結論はでなかった。
- ロ. 雑誌に投稿された論文等の採否について
査読による採否決定を原則的に行なうことが編集委員会より提案され確認された。

報告事項

1. 会員数の現況と会費納入情況
事務局より報告
2. 次期（63年度）総会開催計画について
日 時 昭和63年8月20・21日
場 所 千葉県文化会館
にて行なう計画であることを、土屋理事より報告

以上

事務局便り

住所変更、改姓の御連絡について

改姓、住所変更等の御連絡等の御連絡が皆様の御協力により徹底してきて、郵便物が返送される件数も減って参りました。会費による運営での冗費を減らすことが出来ました。

下記の方々が、現在の住所不明者です。御承知の方は本人、又は事務局迄御連絡下さい。

おー65 岡本ひとみ いー32 井上麻里

うー9 上田邦代 いー76 岩田弘子

みー37 水谷はるか

2) 62年度会費の納入について

62年度会費をお納め下さい。

61年度会費の未納の方には、雑誌等の発送を4月以降停止しております。

62年度より退会の場合は、61年度会費をお納めの上、退会届けを提出して下さい。

会員を継続される場合は62年度会費も併せてお納め下さい。

お納め頂いた時点で、保留しておりました雑誌等を選んで、御届けします。

62年度会費	一般会費	5,000円
	役員	10,000円
	賛助会費	30,000円

郵便振替口座：東京 0-37136

日本看護研究学会事務局

返金は郵便振替口座を利用して下さい。

通信欄に必ず会員番号を御記入下さい。

日本看護研究会雑誌

第10巻 1号

昭和62年5月20日 印刷

昭和62年6月20日 発行

会員無料配布
会員外有料配布
(¥2,000)

編集委員

委員長 草刈 淳子(千葉大学看護学部助教授)
内輪 進一(徳島大学教育学部教授)
川上 澄(弘前大学教育学部教授)
木村 宏子(弘前大学教育学部助教授)
木場 富喜(熊本大学教育学部教授)
佐々木光雄(熊本大学教育学部教授)
前原 澄子(千葉大学看護学部教授)
富崎 和子(千葉県立衛生短期大学教授)

発行所

日本看護研究学会

〒280 千葉市亥鼻 1-8-1
千葉大学看護学部看護実践研究
指導センター内

☎0472-22-7171 内4136

発行

松岡 淳夫

責任者

印刷所

(有) 正文社

〒280 千葉市都町 2-5-5

☎0472-33-2235

会員の皆様の紹介，推薦によって会員を拡大して下さい。

入会する場合はこの申込書を事務局に郵送し，年度会費5,000円を郵便為替（振替）東京0-37136により，
日本看護研究学会事務局 宛送金頂ければ，会員番号を御知らせし，入会出来ます。

尚振替通信欄に新入会と明記下さい。

(き り と り 線)

(保 存)

入 会 申 込 書

日本看護研究学会長 殿

貴会の趣意に賛同し会員として入会いたします。

年 月 日

ふりがな			
氏名	勤 務 先		
住 自 所 宅			
〒			
住 連 絡 所 先	自宅の場合記入いりません。	T T L	() () () 内線
推 せ ん 者 所 属		会 員 番 号	
		氏 名	Ⓜ

特

エア-噴気型
許

サンケンマット®

◇寝たきり病人や看護者に朗報◇

※従来の床ずれ治療器と根本的に原理が異り、空気を吹き出し、皮膚を乾燥状態に保ちます。

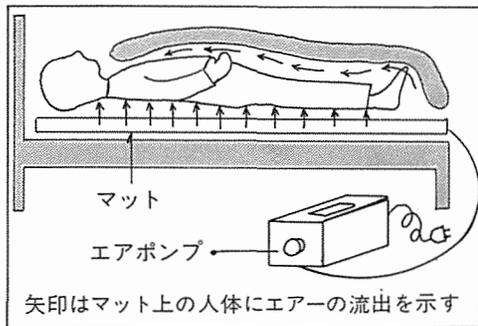


当マットはギャチベッド用

◇病人独特の悪臭を追放することが認められた。

◇一般の健康人の使用にも寝具がむれず衛生的で、特に寝返りの不能な幼児や老人の **あせも、しっしんの防止** に大役を果たして居ります。

◇重症の長期床ずれ患者で御使用後早い方は5日位より患部の乾燥と回復徴候が発見でき、便通も良くなり、その実績は医師、看護婦の方々より高く評価されました。



厚生省日常生活用具適格品 **エア-パット**

特長

- ①調節器も特許の防音装置で25ホーンと無音状態です。
- ②一日の電気使用代は約5円と最も格安です。
- ③マットは一般の敷布団は不要で、硬軟が出来ます。
- ④汚れにはブラシ水洗が可能で、防水速乾性です。

特許 サンケンマット

特許 試験管立

医理化機
器製造元



三和化研工業株式会社

本社工場 〒581 大阪府八尾市太田新町2丁目41番地
TEL 0729(49)7123代・FAX (49)0007

実用性を追求すると
シンプルになります。



通商産業省選定
ソフトデザイン賞



価格97万円(送信機1台付)

無線式心電図モニタ

バイオビュー
Bioview E
2E61

コンパクトでシンプルなデザインの、高い実用性を備えた
テレメータ心電図モニタです。

- 8インチのワイド画面にクッキリ表示。
- 最長24時間の心拍数トレンド機能。
- ナースコールや受信状態を日本語で表示。
- 誤まって水に落しても安心、タフな送信機。
- VPC検出機能を追加可能。
- 自動記録もできる専用レコーダを追加可能。



単3乾電池1本で連続7日間使用
できる送信機により、ランニングコスト
を大幅に節減できて経済的です。

明日の健康と福祉を守る



日本電気三栄

〒160 東京都新宿区大久保1-12-1
☎03(209)0811代



の技術が創る医学看護教材

血圧測定トレーナ

- ▼自分で測った血圧が正しく測れているかどうか自分でチェックし確認できる装置。
- 外形寸法 30(巾)×12(高)×28(奥行)cm
- 本器重量 5.6kg



生

ま

れ

か

沐浴人形

- ▼首のすわり具合、耳たぶ、手足の関節が赤ちゃん本来の自然な動きができるよう工夫されたモデル。
- A形 体重約3kg 哺乳、排尿、検温、洗腸が可能
- B形 〃 〃 検温、洗腸が可能



わ

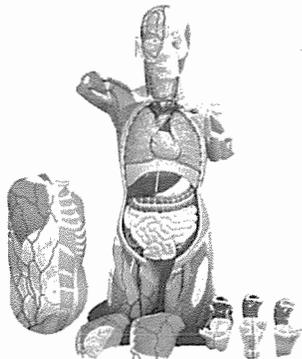
る

モ

デ

人体解剖模型 M-100形

- ▼京都府立大 佐野学長ご指導。
- 世界的に珍しいトリプルチェンジトルソ高さ1m
- 分解数30個 回転付。



ル

た

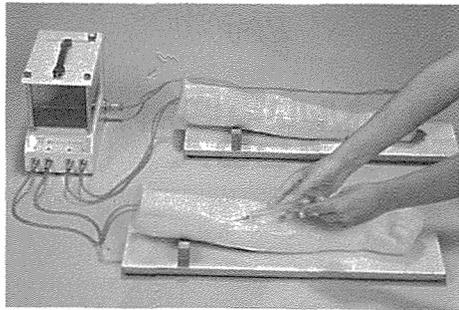
ち

!

[各種パンフ・総カタログ進呈]

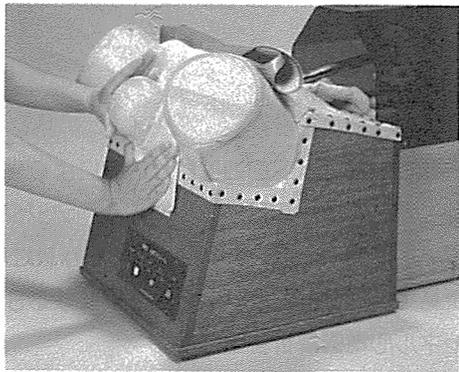
N採血・静注シミュレーター(電動循環式)

- ▼数多い実習に耐え静脈注射や採血・点滴の実習がよりリアルで能率的になりました。
- A形 腕2本付
- B形 〃1本付



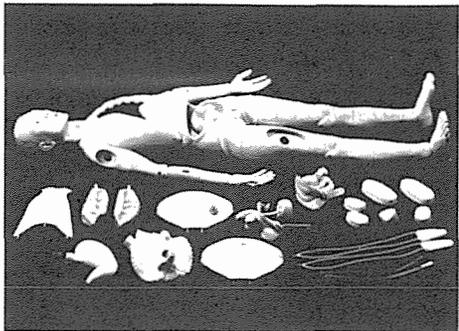
分娩ファントム(電動式)

- ▼胎児を支持具に固定すると自動的に廻旋しながら出てくる分娩助産の実習用装置。



万能実習用モデル

- ▼高度な柔軟性をもつ軟質特殊樹脂製、注射、採血、洗浄、套管の挿入、清拭、人口呼吸など。男女両用、実物大。



お問い合わせは



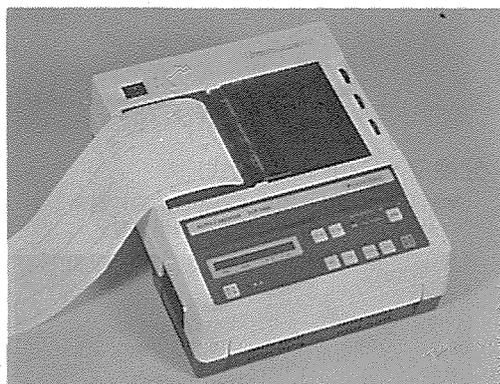
京都科学標本株式会社

本社 京都市伏見区下鳥羽渡瀬町35-1 (075)621-2225 教育機器部
 東京営業所 東京都千代田区神田須田町2丁目6番5号0585ビル6F (03) 253-2861 営業へ
 福岡事務所 福岡市中央区今川2丁目1-12 (092)731-2518

健康生活に注目!!

ドリフト・ノイズを
シャットアウト!

3チャンネル心電図解析装置 FCP-130A

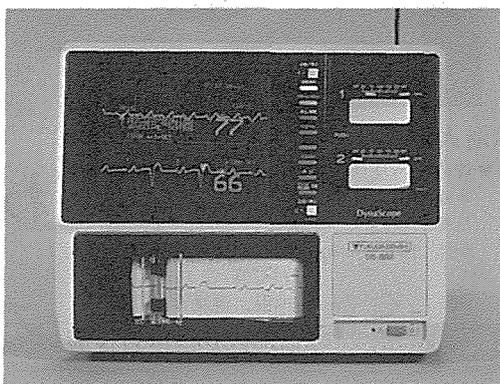


内蔵されたマイクロコンピュータにより心電図を自動解析し、ドリフト補正や、デジタルフィルタ機能を備え、145mm幅の記録紙に解析結果、詳細計測値などを印字記録する3チャンネル心電図解析装置です。

■ワンタッチ操作 ■鮮明な記録 ■集検に最適 ■ドリフト、筋電図をカット ■読みやすい漢字 ■負荷後解析機能 ■コピー機能 ■詳細計測値出力 ■折畳記録紙の使用も可能 ■自律神経検査機能 ■カートリッジ方式の解析プログラム

不整脈検出機能付き
優れたコストパフォーマンス

ダイナスコープ DS-882



2人の患者の心電図、心拍数を同時に表示し、さらに不整脈検出など最新機能を完備しているハイレベルな無線式の心電図モニターです。

- 2人(切換えで最大8人)の心電図、心拍数を表示し、2人同時の不整脈検出が可能です。心室性期外収縮などが頻発した場合アラームを出します。
- アラームが発生した波形を8回記憶しており、リコール波形として必要に応じて管面に表示し、また記録することができます。

● ME機器の総合メーカー



フクダ電子株式会社®

東京都文京区本郷3-39-4 ☎ (03)815-2121(代) ㊟113

CHECK it UP[®] 日常ケアを

見直そう あなたの職場の看護チェック

編集=日常ケア研究会(代表 川島みどり)

●A5 頁190 図45 1987 ¥1,800 千250

ナースのための「医療過誤」の

はなし

鈴木峰三郎

●B6 頁154 図11 1987 ¥1,200 千250

看護技術ノート

永井敏枝

●A5 頁344(カード式) 図58 1987 ¥2,500 千300

看護臨床指導のダイナミックス

効果的な臨床実習の展開

西元勝子・杉野元子

●A5 頁188 図18 写真12 表31 1987 ¥2,000 千300

POSの原点と応用

アメリカにPOSを普及させた

ハースト教授の書

J. W. Hurst・他著/監訳=日野原重明・他

●B5 頁324 図112 1987 ¥4,500 千300

ICU看護入門 第2版

田島桂子

●A5 頁166 図4 写真11 1987 ¥1,500 千300

新しい放射線看護の実際 第4版

山下久雄・他

●A5 頁206 図13 写真45 1987 ¥2,000 千300

臨床検査の知識と介助 第5版

編集=柴田 進・日野原重明・小酒井望

●B6 頁674 図102 写真181 1987 ¥3,400 千300

ベッドサイドの栄養管理

編集=田中武彦・岡田 正

●A5 頁268 図62 写真1 1987 ¥4,800 千300

慢性疾患を生きる

ケアとクオリティ・ライフの接点

監訳=南 裕子

●A5 頁320 1987 ¥3,000 千300

ぼけの臨床

症状の正しい理解とケアのために

井上 修

●A5 頁170 図5 写真1 1987 ¥1,300 千250

がん死 ケアマニュアル

編集=飯尾正宏・河野博臣

●A5 頁170 図3 1987 ¥1,800 千300

末期癌患者の診療マニュアル

痛みの対策と症状のコントロール

R.G.Twycross・他 著/武田文和 訳

●A5変型 頁236 図8 1987 ¥2,100 千300

NURSE'S CLINICAL LIBRARY 循環器

日本語版監修=小峰光博・他/福井次矢 訳

●A4変型 頁190 図22 4色図36 2色図144 1987
¥3,600 千300

NURSE'S CLINICAL LIBRARY 免疫

日本語版監修=小峰光博・他/隅谷護人 訳

●A4変型 頁190 図12 写真12 4色図37 2色図56
1987 ¥3,600 千300

絵でみる輸血

J.G.Kelton,他 著 清水 勝 監訳 田村 真 訳

●A4 頁174 図352 1987 ¥3,500 千300

脳卒中の早期リハビリテーション

これからの考え方と進め方

二木 立・上田 敏

●A5 頁290 図26 1987 ¥3,700 千300

車いす

大川嗣雄・伊藤利之・田中 理・飯島 浩

●B5横判 頁158 図89 写真185 1987 ¥3,700 千300

人類遺伝学入門 第3版

大倉興司

●A5 頁300 図84 写真6 1987 ¥2,800 千300

看護学生のための生物学 第2版

堀 輝三・巨智部直久

●A5 頁270 図150 写真16 1987 ¥2,300 千300

