VOL.12 No.4
平成元年12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. 12 NO. 4

日本看護研究学会

ナースと本　新刊

〈JJN ブックス〉
疾患別 看護アセスメント
編集＝安部喬樹・安部千鶴
●AB判 頁168 1989 定価2,060円 〒300

病める子どもの入院生活と看護
著＝June Jolly
訳＝鈴木敦子
●A5 頁198 図27 1989 定価2,575円 〒300

〈ナーセス ポケット マニュアル〉
看護過程と看護記録
編集＝D. Hilton
訳＝本郷道夫・平澤頼久・長かおる
●新書判 頁194 図8 1989 定価1,133円 〒200

〈ナーセス ポケット マニュアル〉
与薬・注射と輸液
編集＝J. Robinson
訳＝山門　實・原　和弘・輪湖史子
●新書判 頁192 図23 1989 定価1,133円 〒300

看護過程にそつた臨床看護実習
責任編集＝越川良江
●B5 頁366 図80 写真16 1989 定価3,296円 〒300

新しい問診・面接法
よきPatient Careのために
著＝A. J. Enelow, 他
監訳＝津田　司
●A5 頁260 図11 1989 定価2,369円 〒300

遊びリテーション
障害老人の遊び・ゲームの処方集
竹内孝仁・稲川利光・三好春樹・村上重紀
(イラスト　三好　京)
●B5変型 頁202 図100 1989 定価2,575円 〒300

脳卒中 患者と家族の手引
編著＝Janice Frye-Pierson, 他
訳＝藤島正敏・長尾哲彦
●A5 頁236 図50 写真2 1989 定価3,708円 〒300

目でみる 褥瘡の予防と看護
木村哲彦・山田道廣・佐藤雅子
●B5 頁134 図64 写真139 原色図11 1989
定価1,957円 〒300

〈シリーズ 看護の原点〉
助産婦としての看護論
岡部恵子
●A5 頁188 1989 定価1,854円 〒300

〈*NE BOOKS*・看護教育ブックス〉
看護教育評価の基礎と実際
田島桂子
●A5 頁176 図19 表28 1989 定価2,369円 〒300

看護学生のための病理学
永原貞郎
●B5 頁364 図61 写真279 原色図18 1989
定価2,781円 〒300

看護にいかす物理学 第3版
前田昌信
●B5 頁228 図358 写真28 1989 定価2,266円 〒300

臨床看護研究の進歩 Vol.1
●B5 頁208 1989 定価2,266円 〒300

地域医療の拠点を創る
医師会型老人保健施設の展望
編集＝多田羅浩三・瀬尾　摂
●A5 頁224 図19 1989 定価3,090円 〒300

地域医療を始める人のために
増田　進
●A5 頁136 図11 写真6 1989 定価1,854円 〒300

性の臨床
患者の性的問題の理解とケアのために
河野友信
●A5 頁220 図14 1989 定価1,957円 〒300

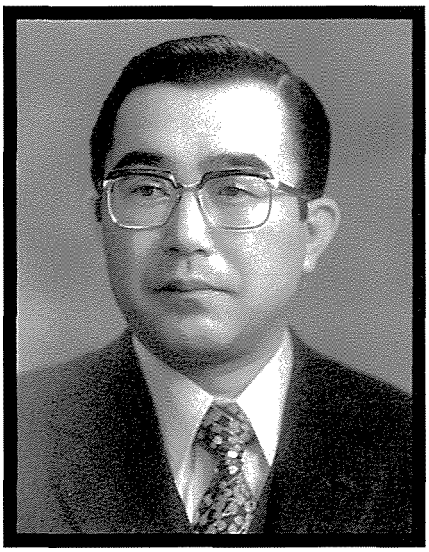
リハビリテーション機器
適応と選択
編集＝加倉井周一
●AB判 頁284 図215 写真274 1989 定価5,768円 〒300

脳卒中リハビリテーションへのチームアプローチ法
著＝Margaret Johnstone
監訳＝平井俊策
●A5 頁170 図4 色図66 1989 定価3,914円 〒300

新版 死の臨床
河野博臣
●A5 頁236 図18 写真5 1989 定価2,575円 〒300

医学書院　113-91 東京・文京・本郷5-24-3 ☎03-817-5657(販売部直通) 振替東京7-96693

［本広告に記載している定価は消費税込みです］



追　悼　の　辞

第15回日本看護研究会
会長　内　海　　滉

川上澄先生の御逝去の報に接し，謹しみて追悼の辞を捧げます。

澄みわたる秋空に紅葉の美しくはえる弘前に，幽明境を異にした川上先生をお偲び致すことになりましたことは，全く想像しなかった事であります。先生はつい半年も前までは，相変わらずの笑顔で，学会の議事に，研究の討議に骨身を惜しまず，細かい処まで種々御指導御助言下されました。

本年8月25日～27日に開催されました第15回総会には病をおして御参加下さいまして，教育講演の司会に，委員会のまとめ役に最後のご活躍をなされました先生の尊いお姿は今も目に浮かぶものであります。「先生，よくおいで下さいました！　お元気になられましたね。どうぞ，今後も頑張って下さい！　」と声をおかけ致しました時に，「いや，これが最後ですよ」とこともなげに微笑んでおられ，此方は次の言葉がみつかりませんでした。先生のその時のお声は神の声のようにすがすがしく天上から響いて来た感じでした。

先生は昭和49年より，弘前大学教育学部特別教科（看護）教員養成課程の教授として，われら看護学を研究する者と共に研究し，共に語らい，共に飲み，共に闘って参りました。先生の下で数多くの看護学の研究がみのり，幾多の学徒を世に送ることができました。先生の学識と教養とは，これから益々看護学の研究と発展に資することが期待されていましただけに，先生のご逝去は惜しみて余りあるものがありました。

先生は，昭和35年，弘前大学医学部をご卒業の後，母校第一内科にて松永藤雄教授の門下に加わり，わが国でも草分けとも言うべき消化器系心身医学の領域を拓かれ，美事にその業績を完成することが出来ました。大学院卒業と同時に助手となり，6カ月後には講師となり，赫々たるエリートコースを歩まれ，日本心身医学会を始め，数多くの学会の理事・評議員としてその発展に貢献し，とくにわが日本看護研究学会では，理事としての先生なしには学会が成り立たない程に重要な存在となっておりました。

先生は，心の明るく澄みわたる大空ほどに偉大な存在でありました。未だ発展の途上にある看護学を優しく暖かく包んで下さり，先生のレパートリィである心身医学をバックグランドに，人文科学，社会科学の学際的融合にいそしみ，時には烈しい毒舌を，時には酷しい批判をもって，常に看護の学徒をはぐくむことに情熱を傾けておられるご様子でした。先日の御葬儀の折には数多くの学者・臨床医家に加えて，全国から馳せ参じたおびただしい数のお弟子さんを目のあたりにして，先生の御仁徳を偲ばせるものがありました。

先生は無邪気でダンディで人なつっこく，からかうこともお好きでした。若い女子学生にはよくご自分の

洋服を自慢されて，「どうだい，いいだろう，この洋服は20万円もするんだぞ。もちろん，家にゆけば，30万円のも持っているけど」と，はしゃぐなど，まわりの人々に心をなごませ，自分の気持ちを自然に相手にとけ込ませるように心をくだくすぐれた心療内科医でもありました。

私共は，先生の御意向を体し，更に今後も看護学の構築のために研鑽を重ね，学徒の育成に邁進するように努力しますゆえ，何卒安らかに眠られますように心からお祈り申し上げます。

追悼のことば

A地区理事　弘前大学教育学部看護学科
木村宏子

故正四位勲三等瑞宝章，医学博士川上澄教授の御霊前に謹んで追悼のことばを申し上げます。

先生は，昭和49年4月，弘前大学看護学科（内科系）教授として迎えられ，以後15年間，看護学科教室の主柱として，看護教育の充実と発展に尽力されてきました。しかし，本年2月下旬，札幌でご講演中，突然全身の掻痒感と黄疸の出現で発病されました。帰弘後直ちに入院ということで3月6日に入院されました。あまりにも突然のご病気に教室一同大変驚きました。

先生は，日頃より大変健康で，私の記憶によりますと抜歯された時を除いては病気のお姿はみませんでした。その先生が入院，そして3月24日に手術をされたのです。入院の当初，先生は夜中でもいつでもベッドの上にテーブルを置き，その机の上でいつも考え込んでおられたそうです。そのご心中はいかばかりかと私共は察するにあまりあるものがありました。私達は，あとは現代医学と先生の生命力にすがるより外なく，毎日，毎日回復をお祈り申し上げました。手術後，先生はお痩せになりましたが体力も回復され，6月中旬に，無事退院され教室員一同ほっとしておりました。

そして，夏休みに入り，時々，大学に出てこられ，いつもの軽快なジョークが飛び出すようになり，やっと教室も明るくなりかけていました。先生は，みなさまもご存じのように日本看護研究学会を大変愛し大切にされていました。ですから内海先生会長の学会をたいへん楽しみにしておりました。

先生は，前日青森で開催された全国自治体病院教育研修会で特別講演をなされた体で上京されました。そして教育講演「人格研究と看護学 ― 青木孝悦先生」の座長の責任を果たされたのです。その時もいつものユーモアと人間性溢れる司会で川上先生健在をお示しになりました。しかし，ご聡明な先生は，ご自分のご病状を察知しておられたのでしょう。その日は，日頃親しくされていた会員のお一人，お一人に一生懸命にご挨拶をされていました。「もう会えないかも知れないよ。」の言葉に，私達は「先生の冗談はいつもシビアですね。」といって取りあいませんでしたが，心の中は万感迫る思いでございました。

帰弘後（8月28日），肺炎を併発し，直ちに入院となりました。その後，病状は次第に悪化し，とうとう10月8日，不帰の人となってしまいました。先生は，再入院された後も治療の合い間をみては，教室の先生方や学生の卒論の原稿のご指導をされていました。お亡くなりになる数日前まで机に向かっておられたそうです。

私は，看護学科教室の一員として15年間，そして日本看護研究学会の理事として12年間ご一緒させて頂きご指導を受けました。しかし，川上先生と最初にお目にかかったのは30年も前でございます。先生がまだインターンで私が看護婦の頃でした。その頃から先生は，いつも冷静沈着でポーカーフェイスで観察力が優れていました。しかし，何よりも印象に残っておりますことは，色が黒く健康そのものという感じです。その時は，10数年後に看護科でご一緒にお仕事をさせて頂くことになるとは夢にも思いませんでした。

私の印象の中での先生は，正義感に溢れ，いつも勤勉で努力家でありました。看護学においても，その真理を追求するために徹底的に学問をされました。そしてまた的確な判断力は，大変すばらしいものでした。このように優れた先生ですが，一方では，大変人情に厚く世話好きな面もありました。ですから，教室の先生方や学生達には尊敬され慕われていました。

このように教室の発展と充実に努力されてこられた先生に，これからは少し楽をして頂き，今迄のご恩返しをしなければならないと思っていました。その矢先にこのような悲しい事態を迎えることになり，私達は，深い悲しみと寂しさで途方に暮れております。

しかし，いつまでもこうしていてはいられません。先生が生前に心しておりました看護における大学院問題，看護学研究の確立，教室の充実と発展等々，問題が多々残されております。今後残された私達は，全員心を合わせて先生の意志を戴し，教室の発展と看護学の研究と教育に努力してまいりたいと存じます。

最後に先生のご生前のご指導とご好意に深く感謝し，ご冥福をお祈りして追悼のことばと致します。

会　　告

第１６回日本看護研究学会総会を下記要領により京都府において開催いたしますので御案内申し上げます（第３回公告）。

平成元年１２月２０日

第１６回日本看護研究学会総会
会長　　玄　田　　公　子

記

期　　日：平成２年８月４日（土曜日）
　　平成２年８月５日（日曜日）
場　　所：京都会館　第二ホール
　　〒６０６　京都市左京区岡崎最勝寺町１３
　　☎　０７５（７５２）０２２５

総会事務局：〒５２２　滋賀県彦根市八坂町１９００
　　滋賀県立短期大学　看護部
　　第１６回日本看護研究学会総会事務局
　　☎　０７４９－２２－１４３５（内）２７６，２７７

第16回　日本看護研究学会総会

会長講演

特別講演

シンポジウムI

「看護」のめざすものを獲得すめために

司会	千葉大学	草刈淳子
	近畿大学	早川和生
演者	聖隷学園浜松衛生短期大学	高野順子
	京都大学医学部附属病院	仲朝子
	聖路加看護大学	片田範子
	東京医科歯科大学	羽山由美子

シンポジウムII

『看護診断』とそれが看護に与える影響

司会	日本赤十字看護大学	井部俊子
	滋賀医科大学	中木高夫
演者	大阪大学医療技術短期大学部	松木光子
	滋賀県立短期大学	端章恵
	名古屋赤十字看護短期大学	阪本恵子
	滋賀医科大学医学部附属病院	櫻井律子

一般演題

展示会

理事会，評議委員会，各委員会，総会，懇親会

第１６回日本看護研究学会総会一般演題募集

第１６回日本看護研究学会総会（平成２年８月４日～５日）の一般演題を，下記要項により募集します。

平成元年１２月２０日

第１６回日本看護研究学会総会
会長　玄田　公子

一般演題募集要項

１）演題申込み：本誌12巻No.４号折込みの一般演題申込用，３連私製葉書に所定の事項及び，表の宛名を記入し，夫々の葉書に切手を貼った上で封筒に入れ，封書で会長宛に郵送してください。

発表演題１題につき，１組の一般演題申込用３連私製葉書を作成してください。

なお，演題が以下の分類のどれに該当するかを選び，その番号を葉書の所定欄に記入してください。但し，演題数の都合で分類が変更されることもあります。

１．看護教育　２．看護管理　３．看護基礎　４．臨床看護　５．その他

２）締　切　日：平成２年２月28日

３）抄録原稿：所定の抄録原稿用紙（本誌12巻４号に折込み）に，この用紙の注意書に従って標題，発表者（○印付記），共同研究者，及び夫々の所属を記入，本文（目的・方法・結果・考察）を記入して，その編集用のコピー１部を添えてお送りください。

この原稿はそのまま学会雑誌総会号の演説要旨として写真板で印刷しますので，タイプで記入してください。

郵送には原紙を保護して折目を所定のもの以外つけないように御配慮ください。

４）抄録原稿締切：平成２年３月31日

５）注意事項：発表者，共同研究者は統て会員であることが必要です。未入会の方は至急入会の手続きをしてください。もし入会出来ない方については，印刷の際，本部事務局において調査し，その方の氏名は削除されます。

６）演題申込宛先：

〒522　滋賀県彦根市八坂町1900
滋賀県立短期大学看護部
第16回日本看護研究学会総会
会長　玄田　公子　　宛

会　　告

日本看護研究学会規定に基づいて平成2年度奨学研究の募集を行います。

応募される方は同規定，及び平成2年度奨学研究募集要項に従って申請してください。

（第2回公告）

平成元年12月20日

日本看護研究学会

会長　内海　滉

日本看護研究学会奨学会
平成2年度奨学研究募集要項

日本看護研究学会奨学会委員会
委員長　土屋尚義

1．応募方法

(1) 当奨学会所定の申請用紙に必要事項を記入のうえ，鮮明なコピー6部と共に一括して本会事務局，委員長あて（後記）に書留便で送付のこと。

(2) 申請用紙は返信用切手62円を添えて事務局に請求すれば郵送する。

(3) 機関に所属する応募者は所属する機関の長の承認を得て，申請書の当該欄に記入して提出すること。

2．応募資格

日本看護研究学会会員として1年以上の研究活動を継続しているもの。

3．応募期間

平成元年11月1日から平成2年1月20日の間に必着のこと。

4．選考方法

日本看護研究学会奨学会委員会（以下奨学会委員会と略す）は，応募締切後，規定に基づいて速やかに審査を行ない当該者を選考し，その結果を学会会長に報告，会員に公告する。

5．奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

委員長　土屋　尚義（千葉大学看護学部教授）
委　員　木村　宏子（弘前大学教育学部助教授）
〃　佐々木光雄（熊本大学教育学部教授）
〃　村越　康一（元・千葉大学教育学部教授，武南病院内科顧問）
〃　野島　良子（徳島大学大学開放実践センター）
〃　宮崎　和子（千葉県立衛生短期大学教授）

6．奨学金の交付

選考された者には1年間10万円以内の奨学金を交付する。

7．応募書類は返却しない。

8．本会の事務は下記で取扱う。

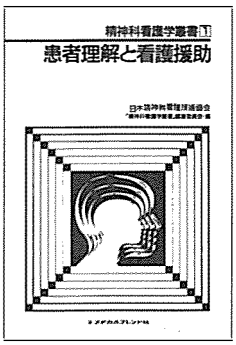
〒280　千葉市亥鼻1－8－1
千葉大学看護学部看護実践研究指導センター内
日本看護研究学会事務局

（註1）　審査の結果選考され奨学金の交付を受けた者は，この研究に関連する全ての発表に際して，本奨学会研究によるものであることを明かにする必要がある。

（註2）　奨学会研究の成果は，次年度公刊される業績報告に基づいて奨学会委員会が検討，確認し学会会長に報告するが，必要と認めた場合には指導，助言を行い，または罰則（日本看護研究学会奨学会期定第6条）を適用することがある。

精神科看護学叢書

全5巻



●編／日本精神科看護技術協会『精神科看護学叢書』編集委員会
●B5判・セット定価13,390円(本体13,000円)・分売可

本書は精神科を専門とする看護者が，専門知識と技術を学び，「精神科看護学」の実践能力をさらに培うために編まれた。精神科看護に携わる者の現任教育のテキストがなかっただけに待望の叢書といえるだろう。看護者の患者へのかかわり方，生活の場に視点を向けた患者への援助，精神障害とライフサイクル，法律，歴史など，精神科看護に欠かせない知識と技術を満載し，これから精神科領域を体系立てて学びたいと考えている看護学生にも恰好の書である。

第1巻　患者理解と看護援助
●定価 2,884円(本体2,800円)

第2巻　暮らしの場と看護活動
●定価 2,060円(本体2,000円)

第3巻　ライフサイクルと看護介入
●定価 2,884円(本体2,800円)

第4巻　看護実践と現任教育
●定価 2,575円(本体2,500円)

第5巻　精神科看護に必要な知識
●定価 2,987円(本体2,900円)

『新版 看護学全書』完全準拠——今秋刊行！

看護教育のための
カリキュラム・ガイダンス

編／メヂカルフレンド社編集部　　A5判・予価2,472円(本体2,400円)

◎新カリキュラムの基本的な理念と目的について詳述し，新カリキュラムと『新版看護学全書』との整合性につきわかりやすく解説した。
◎『新版看護学全書』の各教科の指導内容を基本に，以下の項目について教授上のポイントを解説した。

ⓐ教科の目的　ⓑ教育の到達目標　ⓒ指導上のポイント　ⓓ教授時間　ⓔ実習との関連事項　ⓕ学習課題　ⓖ教科間の関連事項　ⓗ副教材・文献・資料　ⓘ教授法，その他

株式会社 メヂカルフレンド社　〒102 東京都千代田区九段北3-2-4　☎03(263)7666　振替・東京0-114708

目　　次

原　著

咽頭全摘出術を受けた患者の心理状態 …… 9

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
東京医科大学病院　清川浩美

三交替制勤務をする看護婦の食生活について …… 15

千葉大学看護学部管理　阪口禎男
福岡大学病院内科病棟　吉川千鶴子

横臥体位の変換と呼吸型の変化について …… 22

順清高等看護学校　平松京子
千葉大学看護学部実践指導センター　松岡淳夫

第4回日本看護研究学会総会　近畿・四国地方会記事 …… 29

CONTENTS

····· Orignal Paper ·····

Psychological Condition Followed by Phonatory Dysfunction ····· 9

Department of Nursing Science, Faculty of Education, Hirosaki University
: Kimi Kimura
: Chikako Yonaiyama
: Kumiko Hanada
: Matsuro Fukushima
Tokyo Medical College Hospital : Hiromi Kiyokawa

The Acutual Condition of Food Live for Nurses to be Working in Three Shifts····· 15

Department of Nursing Management, School of Nursing, Chiba University
: Sadao Sakaguchi
Department of Medical Wards, Fukuoka University Hospital
: Chizuko Yoshikawa

Relation of Bed-Lying Position to Breathing Form ····· 22

Junsei Nursing School : Kyoko Hiramatu
Center for Research and Education in Nursing Practice,
Faculty of Nursing Chiba University : Atsuo Matsuoka

－原　著－

喉頭全摘出術を受けた患者の心理状態

Psychological Condition Followed by Phonatory Dysfunction

木村紀美* Kimi Kimura　清川浩美** Hiromi Kiyokawa　米内山千賀子* Chikako Yonaiyama
花田久美子* Kumiko Hanada　福島松郎* Matsurou Fukushima

Ⅰ　緒　　言

頭頸部腫瘍などにより，喉頭全摘出術を受けた患者（以下，無喉頭者とする）は気管呼吸となり，さらに発声機能を完全に喪失するため，患者の不安・苦痛は深刻なものであると考える。退院後も身体的・精神的に大きなハンディキャップを伴うことになるが，一方で発声リハビリティーションにより第2の声を獲得し，社会復帰している者が多いことも事実である。

社会復帰に向けて継続看護の重要性が叫ばれている今日，無喉頭者が何を心配しているかについての研究はなされてきたが，個人個人の背景と不安・心配との関連を分析した報告は少ない。そこで，今回私達は，無喉頭者の心理状態と背景との関係を考察し，若干の知見を得たので報告する。

Ⅱ　研究対象および方法

対象は，青森県食道発声教室の会員33名と喉頭全摘出術を受け入院中の患者7名，計40名であった。男性37名，女性3名で年齢は46～79歳，平均年齢62.6歳であった。喉頭全摘出術後経過日数は19日～11年7か月で，平均2年2か月であった。発声法の種類は食道発声，電気式発声器，筆談・口話法であった（表1）。

方法は，食道発声教室の会員に対してはその練習時に，不安の程度を知るためにテーラ不安テスト（Manifest Anxiety Scale, MAS），精神的，身体的面から神経症的傾向の有無を見るためにCornell Medical Index（CMI），矢田部－ギルフォード性格検査（Y－Gテスト）を実施した。同時に，現在の心配の内容を知るために質問紙を用いて面接調査を行った。入院患者には，退院予定日5日以内に病室で同様に心理テスト・面接調査を行った。なお，MASの成績は水口の分類[1]に従って分類し，CMIの成績は深町の判別基準[2]により判定した。代用音声習熟度の判定は，本邦において統一した習熟度判定基準がないため小宮山の判定[3]に従いA，B，C級の3階級に分類した（表1）。

表1　発声法の種類と代用音声習熟度

発声法	例数（%）	代用音声習熟度
食道発声	21（53）	A級 16例 B　1 C　4（3名筆談併用）
電気式発声器	4（10）	A　1 B　2 C　1（筆談併用）
筆談・口話法	15（37）	
計	40例	

※A級：他人との意志の疎通を行うのにあまり不自由でない
B級：他人との意志の疎通を行うのに不自由ではあるが，ある程度理解できる
C級：何度聞き直しても仲々理解できない

＊　弘前大学教育学部看護学科教室　Department of Nursing Science, Faculty of Education, Hirosaki University
＊＊　東京医科大学病院　Tokyo Medical College Hospital

■ 成　績

1．心配の内容と無喉頭者の背景

質問紙により，現在「特に心配に思っていること」を記述式で質問したところ，無回答5例を除き35例の回答を得た。その結果，発声に関する心配が最も多く12例34%，次いで再発，随伴症状，社会復帰の順であった。一方，特に心配なしとする者が10例29%であった（表2）。

表2　現在の心配の内容

心配の内容	例数（%）	具体例
発声	12（34）	食道発声で話せるようになりたい もっと，食道発声（電気式発声器）による会話が上手になりたい もっと，大きな声を出せるようになりたい
再発	9（25）	
随伴症状	2（6）	気管孔が小さくなる 吃逆がとまらなくなることが多い
社会復帰	2（6）	
特に心配なし	10（29）	
計	35例	

そこで，心配の内容と術後経過日数との関連性をみた。術後経過日数は，食道発声の獲得期間[3)4)5)6)]を基準として，術後1年未満と術後1年以上に分類して比較した（図1）。発声，再発，随伴症状についての心配は，いずれも術後経過日数との関連は認められなかった。しかし，社会復帰についての心配は，術後1年未満が12例中2例17%であったのに対し，術後1年以上では23例中0と術後1年未満の方が有意に社会復帰を心配している者が多かった（P＜0.05）。また，特に心配なしとする者については，有意な差はなかったものの術後1年以上の方が23例中9例39%と多い傾向がみられた（P＜0.10）。再発の心配については，さらに術後5年未満と術後5年以上に分けて比較したが差はみられなかった。

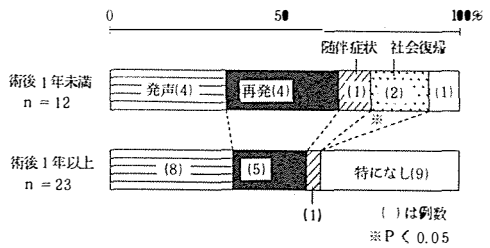


図1　術後経過日数からみた心配の内容

次に，心配の内容と代用音声習熟度との関連をみた。代用音声習熟度を代用音声で会話可能な者（習熟度A，B級）と筆談が必要な者（習熟度C級，筆談・口話法のみを用いている者）に分類し，それぞれの心配の内容との関連をみた。発声に関する心配は，前者で6例33%，後者で6例35%と大差はなかった。その他の再発に関する心配，随伴症状に関する心配，社会復帰に関する心配も同様に両者間で大差がなかった。しかし，特に心配なしとする者は，前者の方が18例中8例44%と後者の12%に比し有意に多いことが明らかとなった（P＜0.05）（図2）。

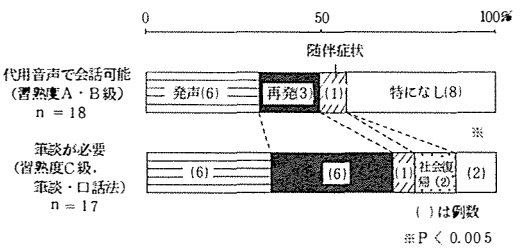


図2　代用音声習熟度からみた心配の内容

また，心配の内容と年齢，職業などとの関連をみたが，いずれも差は認められなかった。

2．不安の程度と心配の内容および背景

MASの成績は，13点以下を低不安群，14～27点を中不安群，28点以上を高不安群と判定した。結果は低不安群17例（43%），中不安群18例（45%），高不安群5例（12%）であった。この成績と心配の内容との関連をみると発声，随伴症状，社会復帰などの心配では差はみられなかったが，再発を心配している者が高不安群で5例中3例60%と，低不安群15例中1例7%より有意に多いことが認められた（P＜0.01）（図3）。

次に，不安の程度と神経症的傾向の有無との関連をみた。CMIの成績は領域Ⅰ（正常）が14例35%，領

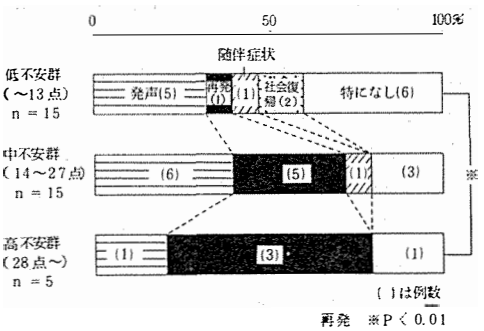


図3　MASの成績からみた心配の内容

域Ⅱ（ほぼ正常）が16例40%，領域Ⅲ（やや神経症的）が7例18%，領域Ⅳ（神経症的）が3例7%であった。なお，領域Ⅰ・Ⅱを心理的正常群，領域Ⅲ・Ⅳを神経症的群とした。不安の程度との関連では，高不安群5名全員が神経症的群であり，低・中不安の者より不安の程度の高い群に神経症的な者が有意に多いことが明らかとなった（$P<0.01$）（図4）。

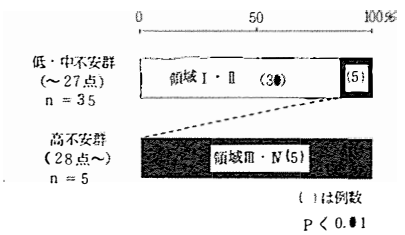


図4　不安の程度とCMIの成績

さらに，不安の程度とY－Gテストの成績との関連をみた。Y－Gテストの成績より情緒安定・社会適応型と判定されるA・C・D型と情緒不安定・社会不適応型と判定されるB・E型に分類した。その結果，低・中不安群より高不安群の方に情緒不安定・社会不適応の者が5例中3例60%と有意に多いことが判明した（図5）。なお，その他内向性と判定されるC・E型および外向型と判定されるB・D型との関連では明かな差は認められなかった。

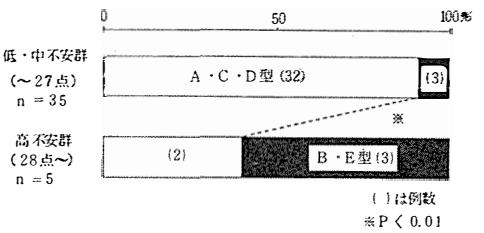


図5　不安の程度とY－Gテストの情緒安定・社会適応性

性別で不安の程度をみると，対象の性別は男性37例に対して女性3例と少なく，片寄りがあったが，男性では高不安群37例中3例8%，女性では3例中2例67%と高不安群の方に女性が有意に多かった。

次に，術後経過日数を入院という環境や退院後の社会復帰などを考慮して，術後3か月以内（9例），術後4～11か月（6例），および術後1年以上（25例）の3期に分類して不安の程度との関連をみた。その結果，術後4～11か月のものでは，高不安群が5例中3例60%で，低・中不安群の35例中3例9%より有意に多く，一方，術後1年以上の者では低・中不安群が35例中24例69%に対し高不安群は5例中1例20%と有意に少ないことが明かとなった（図6）。

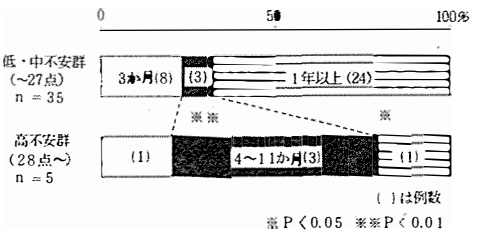


図6　不安の程度と術後経過日数との関係

また，不安の程度と代用音声習熟度との関連では，代用音声で日常会話が可能な習熟度A・B級と日常会話はほとんど筆談を併用している習熟度C級および筆談・口話法の群との間には，不安の程度に差は認めら

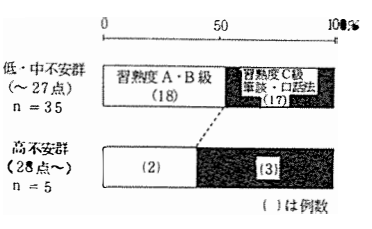


図7　不安の程度からみた代用音声習熟度

れなかった（■7）。

その他，年齢，職業の有無などと不安の程度との関連をみたが，いずれも差は認められなかった。

Ⅳ 考　察

喉頭を喪失したことによって生じる各種の心配事と無喉頭者の背景との関連，および不安テストによる不安の程度と背景との関連から無喉頭者の心理状態について検討した。

無喉頭者が現在特に心配していることは，発声，再発，喉頭喪失による随伴症状，社会復帰についての心配であった。特に発声について心配している者が最も多く，このことは無喉頭者特有のものではあるが，術後経過日数が経つにつれ少なくなるとか，代用音声が上達するにつれ発声に関する心配が減少するというような結果は得られなかった。代用音声で会話が可能になっても「もっと会話が上手になりたい」，「もっと大きな声を出せるようになりたい」などと発声についての欲求が高次になっていくため，明らかな減少がみられなかったものと考える。個人個人の代用音声習熟度の目標の相違によるものといえる。

再発についての心配を術後経過日数でみると，術後1年未満と術後1年以上の者とで差が見られなかった。小野ら[7]が喉頭癌は5年生存した症例を治癒とみなしていることから，術後5年未満と術後5年以上とに分けて比較してもみたが，有意な差は認められなかった。このことから，5年生存率を治癒とみなすのは，あくまでも医療者側の判断であり，患者は術後経過日数とは関係なく再発を心配していることが示唆された。

同様に，代用音声で会話が可能な者も筆談を必要とする者も再発を心配していることに変わりのないことが明らかにされた。

社会復帰についての心配は，現在ほとんど心配することはないとする者が多く，術後1年以上になるとほとんどおらず，代用音声で会話も可能になることから解決されていると考えられた。このことは，会話によってコミュニケーションがとれるようになり，心理的，社会的面からも日常生活が円滑に進められているためと考えられた。

随伴症状についての心配は，気管孔が小さくなることや吃逆が止まらなくなることに関してであり，これは器質的生理的要因もあることから，術後経過日数や代用音声習熟度そして不安の程度などの背景とは関連ないものと思われた。

次に，MASの成績から不安の程度をみると，その分布は健常者とほぼ同じ割合であった。これは，無喉頭者は健常者に比較して不安の程度の高い人が多いのでは，という予測を否定するものであった。喉頭全摘出術後は創部が治癒すれば運動制限もなく，術前とほとんど変わらない生活ができ，気管孔の開孔が見えなければ外見上も術前と同様である[8]。さらに発声リハビリティーションにより会話可能となり，社会復帰している者が多いためと考えられた。

MASテストによる不安の程度と患者の心配ごととの関連性を検討してみると，MASテストで高不安群と判定された者に，再発を心配している者が多かった。不安傾向の高い人は，状況の変化や圧力に敏感に反応しやすく，現実の状況を検討し吟味する働きが弱い[9]といわれている。このことから，不安の程度の高い人は，たとえ医師より喉頭を完全に摘出したと説明されても，「再発」という用語は，患者会などでもオープンに話題となることもあり，現状から望ましい方向へ容易に転換できず，術後の悲観的な条件の再発に絶えずとらわれていることが多いのではないかと推察する。

また，CMIで神経症的と判定された者が高不安群に多かったことは，不安得点の高いものに神経症的傾向のものが多いという報告と一致[2)10)11)]し，無喉頭者も変わらない分布を示したといえた。

不安の程度とY－Gテストの成績では，無喉頭者の多くは，外向性・情緒安定型に分布していたが，不安の程度と情緒安定・社会適応性との関連をみると，不安の高い群の方に情緒不安定・社会不適応と判定されるB・E型が多かった。前述したように，不安の高い人は状況の変化に敏感に反応しやすく，現実を検討し吟味することが弱い[9]といわれていることから，無喉頭となっての生活環境の変化や代用音声を習得するための訓練など種々の問題を受け止め，適応していくのに，ゆううつになったり，気分が変わりやすく感情的になったり，主観的で協調性に欠ける傾向のある情緒不安定・社会不適応型と判定されるB・E型が多くなったものと考える。

不安の程度と術後経過日数との関連性をみると，術後4～11か月経過した者に高不安群が多かった。この時期は，退院後社会に出て障害をもった現実の厳しさ

に直面するとともに，社会復帰や発声などの問題もあり，心理的に不安定な時期であることから，不安の程度の高い群に著明であったと考える。

一方，不安の程度と代用音声習熟度との関連性をみたが，代用音声で会話が可能となっても，40%は高不安群に属し，筆談が必要な群の60%と大差がなかった。発声は意志疎通の一手段であり，それぞれの目標やパーソナリティーなど複雑に関わりあっていることから不安の程度とは関連性がなかったものと推察する。

性別では，女性に高不安の者が多かったが今回は女性の例数が3例と極端に少なかったため，今後例数を増やして検討する必要があろう。

その他，不安の程度と年齢，職業から検討したが，いずれも関連性は認められなかった。

佐藤[5]は，音声言語を失った無喉頭者の心理は，癌患者の心理，喉頭癌患者のもつ性格，老人心理，無喉頭・無音声者の心理，これら4者が複雑に相加・相乗して形成していると説明している。看護者は，無喉頭者の現在おかれている立場・背景を把握し，さらに心理状態を理解する必要がある。また，発声リハビリテーションの要点を熟知し，できるだけ食道発声教室に参加することが望ましいと考えられた。そして，発声リハビリテーションを継続できるように励まし，意欲をもたせる看護が必要であろう。

V 結　語

無喉頭者の心理状態について，心理テスト・質問紙と患者の背景から検討した。

1．現在特に心配していることは，発声，再発，喉頭喪失による随伴症状，社会復帰についてであり，発声に関する心配が最も多かった。

2．社会復帰の心配は，術後1年未満の者に多かった。代用音声で会話可能な者では，特に心配なしとする者が有意に多かった。

3．MASの成績からみると，不安の程度が高いほど再発を心配している者が多かった。

4．MASによる高不安の者は，CMIで神経症的傾向の強い者，Y－Gテストで情緒不安定・社会不適応型性格傾向の者，および術後4～11か月経過した者に多かった。

（なお，本論文の要旨は1988年7月2日，第14回日本看護研究学会総会（千葉）において発表した。）

要　約

喉頭全摘出術を受けた40名を対象に，MAS不安テスト，CMI健康調査，Y－G性格検査の心理テストと質問紙による調査を行った。そして患者の背景から無喉頭者の心理状態を検討し，以下のような結果を得た。

1．現在特に心配していることは，発声，再発，随伴症状，社会復帰についてであり，発声に関する心配が最も多かった。

2．社会復帰の心配は，術後1年未満の者に多かった。代用音声で会話が可能な者では，特に心配なしとする者が有意に多かった。

3．MASの成績からみると，不安の程度が高いほど再発を心配している者が多かった。

4．MASによる高不安の者は，神経症的傾向の強いもの，情緒不安定・社会的不適応型性格傾向の者，術後4～11か月経過した者が多かった。

Abstract

With 40 laryngectomees, psychological condition due to phonatory dysfunction was evaluated with 3 kind of psychological test (Manifest Anxiety Scala; MAS, Cornell Medical Index; CMI, Yatabe-Guilford test; Y-G test) and a general questionaire con-

cerning their performance status.

From these results, the relationship between their individual background and psychological status was investigated.

The results were as follows;

1. As present fear, they complained of phonatory dysfunction, reccurrence of the disease, associated symptoms (hicupp or stricture of tracheostomy) and impossibility of return to office. In these problems, the most important problem was phonatory dysfunction.

2. Most important uneasiness in patients followed less than 1 year after surgery was impossibility of return to office. Laryngectomees being able to speak well with substitute phonation had no particular uneasiness.

3. Reccurrent fear of the disease was manifest in the patients with high level anxiety of MAS.

4. The group with high level anxiety of MAS was included in patients diagnosed of neurotic tendency by CMI, in patients with emortional unstable and social unadaptation by Y-G test, and in patient had a short postoperative term (less than 1 year).

VI 文　献

1) 水口公信：手術患者における不安尺度と精神運動学習に関する研究，心身医学，20（4），pp.293－298，1987.

2) 深町　健，金久卓也：コーネル・メディカル・インデックス，増補版，14－29，三京房，京都，1976.

3) 小宮山荘太郎：無喉頭者の発声法の選択はいかにあるべきか，耳鼻咽喉科臨床，71（11），pp.1443－1444，1978.

4) 佐藤文彦他：食道発声の習熟に影響を及ぼす2・3の因子，耳鼻咽喉科臨床，71（8），pp.1109－1116，1978.

5) 佐藤武男：食道発声法 ―その理論と実際― ，4－78，金原出版，東京，1974.

6) 高橋次夫：喉頭摘出後の発声訓練とリハビリテーション ―特に食道発声訓練法について― ，総合リハビリテーション，8（11），pp.865－869，1980.

7) 小野　勇他：喉頭がん症例の長期追跡調査，日本気管食道科学会報，32（1），pp.1－5，1981.

8) 山下とも子：同病者同士の支え合いと医療者のかかわり ―ケアの主体性をめぐって― ，クリニカルスタディ，7（1），pp.98－103，1986.

9) 大川正博：不安を理解する技術，臨床看護，7（6），pp.806－811，1981.

10) 阿部満州，高石　昇：顕在性不安検査（MAS）使用手引，1－17，三京房，京都，1983.

11) 大村政男：テーラー不安スケール．鳥園安雄，保崎秀夫（編）：精神科　MOOK　10，心理検査法，pp.99－107，金原出版，東京，1985.

（平成元年10月13■受付）

−原　著−

三交替制勤務をする看護婦の食生活について

The Acutual Condition of Food Lives for Nurses to be Working in Three Shifts

阪■　禎　男*　　吉　川　千鶴子**

Sadao Sakaguchi　　Chizuko Yoshikawa

I　はじめに

三交替制勤務は生活のリズムが乱れ，食生活への影響も大きいと考えられる。事実，久繁ら[1]は看護婦の健康状態に影響を及ぼす要因の一つに，交替制勤務に特徴的な食事の不規則性を挙げている。一方，最近の■民栄養調査で，若い世代の欠食率の増加が指摘されており，その結果として，貧血を主とする潜在的不健康状態を生み出していると報告されている[2,3]。これらの報告を考え合わせる時，交替制勤務で，しかも若い女性が多い職業である看護婦の食生活は，はたして，正常に営まれているのだろうかと危惧を感ずる。

そこで，今回，看護婦の食生活の実体を調査し，健康管理上の方向づけの一助とすべく，生活背景ならびに食生活への意識と栄養摂取の適否，また，勤務形態との関連性などについて検討したので報告する。

II　対象と方法

1．対　象：昭和63年9月29日から10月5日までの1週間，福岡大学病院内科病棟で三交替制勤務の看護婦59名を対象とし，看護大学生（3年生）13名をコントロールとした。

2．方　法：

(1)　アンケート調査：

a．食生活に関する意識調査として，身長，体重，生活背景をはじめとし，健康状態，生活習慣，勤務状況および食習慣などについての50設問項目にわたるアンケート調査を行った。

b．連続3日間の食物摂取量を朝・昼・夕別に分けて，秤量法を原則として自己記載させた（表1）。なお，記入方法については事前に詳細に指示し，記入漏れのないよう努めた。

(2)　栄養素量算定法：

記入された摂取食品を■訂日本食品成分表[4]を用いて，栄養素量を算定した。なお，目安量で記入されたケースもあり，目安量を重量に換算するに際し，料理換算表[5]を参考にして算定した。

(3)　栄養素摂取量：

これら栄養素摂取量を生活背景別，食生活に関する意識別，勤務形態別および欠食の有無別などについて比較検討した。

成　績：

1．調査対象者の背景：

まず，看護婦の年齢構成は21～25才が46名（78.0%），26～30才が13名（20.0%），これに対して，学生は13名全員が20～21才である。次に，体型をみると，学生，看護婦ともに身長156～160cm，体重51～55kgが最も多く，厚生省の63年度推計規準値の同年令体位とほぼ同程度である。しかし，看護婦の方がやや痩せ型の体型である。さらに，これを生活背景別にみると，家族と同居者が学生は4名（30.8%），看護婦7名（11.9%），また一人暮らしの看護婦52名のうち独居は30名（51.0%），看護婦寄宿舎に入居22名（37.1%）である。

＊　千葉大学看護学部看護管理　Department of Nursing Management, School of Nursing, Chiba University

＊＊　福岡大学病院内科病棟　Department of Medical Wards, Fukuoka University Hospital

表1　食物摂取量記載例

あなたの3日間の食事の内容をできるだけ詳しく書いて下さい。

	(9) 月 (21) 日　a. 日勤　b. 準夜勤　c. 深夜勤		
	食事時間 朝食　(7：00)	昼食　(12：20)	夕食　(19：30)
主食	ごはん　1杯	スパゲッティ　1皿 ミートソース	ごはん　1杯
副食	豆腐のみそ汁　1杯 納豆　1皿 生卵　1個	ツナサラダ　1皿 カフェオーレ　1杯	ビーフシチュウ　1皿 ポタージュスープ1杯 ポテトサラダ小鉢1皿 コーヒー　1杯
間食		キーウイ　1個	ヨーグルト　1個 チーズケーキ　1個

	(　) 月 (　) 日　a. 日勤　b. 準夜勤　c. 深夜勤		
	食事時間 朝食　(　)	昼食　(　)	夕食　(　)
主食			
副食			
間食			

2．栄養素別摂取状況：

学生と看護婦の平均栄養摂取量を昭和61年度■民栄養調査[6]の中から年令20～29才の独居婦人の1日の栄養摂取量と比較した（表2）。その結果，栄養摂取上問題と考えられるものとして，第1はエネルギー摂取量である。看護婦のエネルギー摂取量は1,469kcalで，独居婦人と比較して約450kcal（22.8%）少なく，学生と比較しても約250kcal（14.3%）少ない。第2はタンパク質の摂取量である。独居婦人および学生は，ともに所要量を上回っているのに対し，看護婦は51.5g（85.9%）と所要量にも満たない。さらに，第3としてカルシウムと鉄の摂取不足が挙げられる。このように，総体的に摂取不足がみられているが，中でも看護婦は低い値を示している。

3．栄養所要量充足率：

つぎに，栄養摂取量の充足度をみるために，栄養所要量を100とみなした充足率を表3に示す。なお，栄養所要量を学生は生活活動強度1，看護婦は生活活動強度2に相当するものとした。その結果，学生は独居婦人とほぼ近似値かそれを上回る値を示しているのに対し，看護婦は脂肪を除いて，全ての栄養素において，所要量を下回っている。即ち，エネルギーは73.4%，タンパク質は85.9%であり，さらに，ミネラルの摂取不足は特に低く，カルシウム55.5%，鉄55.6%と，およそ栄養所要量の2分の1の摂取に過ぎない。

3．食生活に対する意識と栄養摂取状況：

生活背景別やダイエット志向の有無別，健康観といった食生活に対する意識からみたエネルギー摂取量の比較を表4，5，6に示す。先ず，生活背景別では学生，看護婦いずれも家族と同居している方のエネルギー摂取量が約100kcal多い。また，一人暮らしのうち看護婦寄宿舎に入居している人の方が独居の人より摂取量が少ない傾向がみられた。つぎに，ダイエットに興味がある人は，学生9名（69.2%），看護婦32名（54.2%）と半数以上を占めており，この群のエネルギー摂取量は“興味がない”群に比し約100kcal少ない。また，「健康に注意していますか」との問いでは，学生全員が“はい”と回答しているのに対し，看護婦は35名

表2　栄養素摂取量

	エネルギー (kcal)	タンパク質 (g)	脂肪 (g)	糖質 (g)	カルシウム (mg)	鉄 (mg)	食塩 (g)
独居婦人	1,903	64.1	57.0	260.0	371.0	7.5	7.4
看護大学生	1,714	65.0	66.9	201.2	445.0	8.3	9.4
看護婦	1,469	51.5	55.1	182.2	333.3	6.7	8.2

表3　栄養所要量充足率（%）

生活活動度	エネルギー	タンパク質	脂　肪	カルシウム	鉄
強　度　1	1,800kcal	60 g	44～56 g	600 mg	12 mg
強　度　2	2,000kcal	60 g	44～56 g	600 mg	12 mg

	エネルギー充足率（%）	タンパク質充足率（%）	脂　肪充足率（%）	カルシウム充足率（%）	鉄充足率（%）
独居婦人	105.7	106.8	114.0	61.8	62.5
看護大学生	95.2	108.3	133.8	74.1	69.4
看　護　婦	73.4	85.9	110.1	55.5	55.6

表4　生活背景とエネルギー充足率

	家族と同居	一人暮らし	
		独　居	看護寄宿舎
	kcal　充足率(%)	kcal　充足率(%)	kcal　充足率(%)
看護大学生	1,771（98.4）	1,688（93.8）	—
看　護　婦	1,568（78.4）	1,464（73.29	1,441（72.0）

表5　ダイエット志向とエネルギー充足率

	ダイエットに興味ありますか	
	はい	いいえ
エネルギー総量kcal	1,418	1,526
充足率	（70.9）	（76.4）

表6　健康観とエネルギー充足率

	健康に注意していますか	
	はい	いいえ
エネルギー総量kcal	1,548	1,448
充足率	（77.4）	（72.4）

（63.6%）に過ぎない。やはり，この群のエネルギー摂取量は“注意していない”群に比し，約100kcal多い。さらに，偏食の有無別，食生活への注意の有無別といった食習慣における栄養素別摂取量の比較を表7に示す。偏食がある人は，学生2名（15.4%），看護婦25名（42.4%）と看護婦の方にやや偏食傾向がみられる。偏食の内容は，肉類，魚介類，海草，チーズなど主にタンパク源となるものであるが，栄養素別摂取量では両者間に大きな差異はみられていない。一方，「食生活に注意していますか」との問いに対して，学生は12名（92.3%）が“はい”と回答しているのに，看護婦は32名（54.2%）と約半数に過ぎない。さらに，注意している内容として「規則正しい食事」「過食をさける」「栄養のバランス」などを挙げている。これを栄養摂取状況との関連でみると“注意していない”群は脂肪を除く全ての栄養素において，その摂取量が平均値を下回っており，中でもカルシウムのそれは295.7g（充足率49.2%）と所要量の2分の1にも達していない。

4．欠食状況：

ここで，これら看護婦の低摂取エネルギーの原因は何か。まず，欠食を考えてみた。その状況を表8に示す。3日間のうち1回以上欠食した人の割合は，看護婦83.0%に対し，学生15.3%と，看護婦の欠食率の高さが際だっている。しかも，看護婦の欠食者のうち22名（37.3%）が3日間で3回欠食，また13名（22.0%）が2回欠食しており，これら合わせて，約6割の人がほぼ，欠食を常習化していると思われる。

次に，昭和61年度国民栄養調査の中で年令が類似の20～24歳の独居婦人の欠食率（3日間のうち1回以上の欠食回数）と今回の朝・昼・夕別の欠食状況の成績を比較してみた（表9）。独居婦人は朝食24.6%，昼食7.1%，夕食5.0%で，朝食の欠食率は4人に1人の割合である。これに対して，学生は15.3%に過ぎないが，看護婦は朝食74.6%，昼食28.8%，夕食6.7%と，夕食を除き圧倒的な欠食率の高さを示している。そこ

表7　食生活への意識と栄養所要量充足率

		エネルギー (kcal) (%)	タンパク質 (g) (%)	脂　肪 (g) (%)	カルシウム (g) (%)	鉄 (g) (%)
偏食がありますか	はい	1,447 (72.3)	50.2 (83.7)	53.9 (107.8)	314.6 852.4)	6.8 (55.5)
	いいえ	1,485 (74.2)	52.6 (87.69	55.0 (109.9)	347.5 (57.9)	6.7 (56.0)
食生活に注意していますか	はい	1,475 873.7)	52.1 (86.8)	54.6 (109.2)	364.6 (60.7)	7.1 (58.8)
	いいえ	1,460 (72.9)	50.8 (84.6)	55.5 (111.0)	295.7 (49.2)	6.2 (51.6)

表8　欠食状況（1）
— 3日間の欠食回数別比率 —

	看護婦 (人) (%)	看護大学生 (人) (%)
欠食なし	10 (17.0)	11 (84.7)
欠食あり	49 (83.3)	2 (15.3)
あり1回	14 (23.7)	2 (15.3)
2回	13 (22.0)	—
3回	22 (37.3)	—

で，看護婦の欠食率の高さは勤務と関係するのではないかと思われ，勤務形態別での欠食状況をみた（表10）。朝食の欠食率は準夜勤61.9%，日勤53.6%，休日48.7%の順で高く認められた。これに対して，昼食は深夜勤の53.8%が特に高い比率となっている。しかし，夕食の欠食率は勤務形態別での差異が認められず，しかも低率である。このように，朝食欠食の比率は，準夜勤で最も高く，昼食欠食の比率は，深夜勤で最も高い。さらに，勤務形態別のエネルギー摂取量の比較を表11に示す。即ち，準夜勤及び深夜勤のエネルギー摂取量

表9　欠食状況（2）— 朝昼夕別にみた欠食状況 —

	2日間の欠食回数	朝 (人)	(%)	昼 (人)	(%)	夕 (人)	(%)
独居婦人 (524人)	なし	395	(75.4)	487	(92.9)	498	(95.0)
	あり	129	(24.6)	37	(7.1)	26	(5.0)
	あり1回	56	8 10.7)	25	8 4.8)	21	(4.0)
	2回	29	(5.5)	9	(1.7)	5	(1.0)
	3回	44	(8.4)	3	8 0.6)		
看護大学生 (13人)	なし	11	(84.7)	—		—	
	あり	2	8 15.3)				
	あり1回	2	(15.3)	—		—	
	2回	—		—		—	
	3回	—		—		—	
看護婦 (59人)	なし	15	(25.4)	42	(71.2)	55	(93.3)
	あり	44	8 74.6)	17	(28.8)	4	(6.7)
	あり1回	17	(28.8)	13	(22.0)	4	(6.7)
	2回	14	8 23.7)	3	(5.1)		
	3回	13	(22.1)	1	(1.7)		

表10 欠 食 状 況（3） — 勤務形態別欠食状況 —

	日勤（人）（%）	準夜（人）（%）	深夜（人）（%）	休日（人）（%）	計
朝・欠食	37 (53.6)	26 (61.9)	2 (7.6)	19 (48.7)	34
昼・欠食	— —	4 (9.5)	14 (53.8)	4 (10.2)	22
夕・欠食	1 (1.4)	1 (2.3)	1 (3.8)	1 (2.5)	4 (2.5)
欠食なし	31 (45.0)	11 (26.3)	9 (34.8)	15 (38.6)	66
計	69	42	26	39	110

表11 勤務形態別エネルギー摂取状況

	日 勤	準 夜	深 夜	休 日
3日間の総エネルギー（kcal）	4,675	3,931	4,031	4,607
1日平均（kcal）	1,559	1,331	1,344	1,536
充足率（%）	77.9	65.6	67.2	76.8

は日勤，休日に比べ約200kcal少ないという結果を得た。

5．欠食の有無と栄養摂取量：

表12は3日間の食事を欠食の有無別，即ち，“欠食なし”と“3回欠食”の2群に分け，栄養摂取量の平均値を比較したものである。表8で示したとおり“欠食なし”の人は10名（17.0%），“3回欠食”の人は22名（37.3%）である。両群のエネルギー摂取量をみると“3回欠食”群は“欠食なし”群に比し326.8kcal少ない。また栄養素別でもタンパク質14.7g，脂肪6.1g，カルシウム14.7g，鉄2gと欠食による摂取量の低下が認められた。

表12 欠食と栄養摂取量及び充足率

	エネルギー（kcal）	タンパク質（g）	脂 肪（g）	カルシウム（mg）	鉄（mg）
欠食なしの摂取量…(1)	1,695.9	62.1	58.1	406.6	7.6
充足率(%)	84.7	103.5	116.1	67.7	63.8
3日間の欠食回数3回の摂取量(2)	1,369.1	47.4	52.0	268.2	5.6
充足率(%)	68.4	78.9	104.1	44.7	46.6
(1)—(2)	326.8	14.7	6.1	138.4	2.0

Ⅲ 考 察：

今回，三交替制勤務の看護婦の食生活に焦点を当てて調査，検討した。その結果，看護婦の平均的栄養摂取量は所要量を下回る状況にあり，栄養摂取の不均衡がみられることが明らかになった。昭和63年度の「国民衛生の動向」[7]によれば，日本人の栄養状態に関する問題点として，(1)食事の洋風化に伴い脂肪の摂取量が増加している。(2)過度の加工食品への依存により，栄養のバランスに偏りがある者が増加していることなどが指摘されている。本調査でも，同様の摂食パターンが見受けられるが，それに加えて外食やファーストフードへの依存度が高く[8]，これは食生活に対する安易な簡素化という考えを示すものと思われる。また，池田ら[9]の女子大生を対象にした食生活調査でも，栄養摂取上の問題点として，エネルギー，タンパク質，カルシウム，鉄の摂取不足が指摘されている。この傾向は，今回調査した学生，看護婦いずれにもみられたが，看護婦の日頃の労働負担を考えると，憂慮すべき重大な問題として懸念される。特に，エネルギーの摂取不足が著しいことは予想以上である。

次に，食生活を支配している要因について池田らは「生活背景や体型に対する考え方が，栄養摂取状況に反映される」と述べている。そこで，今回，生活背景別，ダイエット志向の有無別，健康観の違いによる摂取状況をエネルギー摂取量で比較したが，いずれも摂取量の差が約100kcalに過ぎず，エネルギーとして問題になるほどではないと思われる。むしろ問題になるのは，意

識調査の結果で“健康に注意している人”或いは“食生活に注意している人”の割合が学生に比べて看護婦が40%近く少ないことであろう。とりわけ食生活に注意するか，しないかでカルシウムの摂取量に差がみられており，この際，日頃の食生活への姿勢を，少し省みる必要があろう。また，これを意識することによって，栄養素摂取上の不均衡は，ある程度まで是正出来るのではないかと考えられる。

一方，看護婦の栄養摂取状況が予想以上に悪い結果を示したが，これは欠食による影響が大きいと考えられた。これまでに，20才代の欠食率が高いことは，■民栄養調査や石垣らの女子大生を対象とした調査などで報告されている。しかし，看護婦の欠食率が他の調査と比較して2倍以上であったことは，看護婦として，また，母性の観点からも重大な問題として受け止めねばならない。さらに武■ら[10]の看護婦を対象にした健康実態調査によると「看護婦は不規則な生活リズムのため，睡眠や食事への満足感が少ない」と指摘している。確かに，このことも欠食率の高さを反映していると言えよう。また，白木ら[11]の報告によると，欠食の理由として「作るのが面倒だ」「食欲がない」「時間がない」などの点を挙げている。これに対して，本調査での看護婦の欠食理由に「勤務が不規則」「食べるより眠っていたい」「倦怠感が強い」「食べると気分が悪くなる」などがあり，“痩せるため”というように，はっきりした目的をもって，欠食している者は少ないようである。明らかに，これらのことは交替制に伴う食生活への影響とみてよいだろう。事実，勤務形態別での欠食率をみると，さらに，明らかになる。即ち，朝食欠食は準夜で61.9%，昼食欠食は深夜で53.8%と最も高い比率を示しており，食事より睡眠不足の解消が優先されることを意味すると思われる。これに加えて，日勤および休日の朝食欠食率の高いことも見逃せない。これらは，不規則な生活リズムが欠食の常習化を助長しているのではないかと考えられる。さらに，勤務パターンとの関連も検討する必要があると思われるが，今■の調査が3日間のみに限られたので，今後の検討課題としたい。

さらに，欠食の有無と栄養摂取量との関連についてみると，朝あるいは昼の欠食者は欠食を意識して，その分，夕食や間食でより多くの量を摂取するのではないかと思われたが，“欠食なし”群と異なる栄養摂取傾向は認められなかった。前述したように，欠食により，すべての栄養素量の低下がみられたが，特に，その傾向は朝食欠食よりも昼食欠食において著しい。即ち，“欠食なし”群の平均摂取量と比較してみると，朝食欠食が18.0%，昼食欠食が26.0%と“欠食なし”群に比し昼食欠食による影響が大である。一方，看護婦の6割に朝食欠食が常習化していること，さらに，深夜勤の5割が昼食を欠食していることと考え合わせると，欠食による栄養摂取量の低下が看護婦の栄養摂取の不均衡を招いているものと思われる。石垣らは，「貧血と朝食抜きやエネルギー摂取量との間に有意差を認めた」と報告しているが，看護婦の栄養摂取上の問題点として，前に指摘したように，エネルギー摂取量に代表される低摂取状況は貧血などの不健康状態の土壌が存在しているのではないかと考えられる。

おわりに

以上，看護婦の食生活の実態について調査し，食生活を支配する要因として，交替制勤務による影響が大きいことを示した。さらに，その影響は欠食率に反映され，ひいては，欠食による栄養摂取の不均衡状態を招いていると言える。この様に，栄養摂取の充足度が低い食生活を，このまま慢性化するならば，ひいては，母性としての健康をも害する恐れが生じてくることにもなろう。従って，先ず欠食を少なくする努力をし，さらに，食生活の改善をも，はかることが急務であると考えられる。

抄　録：

三交替制勤務の看護婦59名を対象に，連続3日間の食物摂取状況調査と食生活に対する意識調査を行い，看護婦の食生活の実態を示した。即ち，交替制勤務の特性を考え，生活背景や勤務形態，及び食生活に対する意識と栄養摂取状況との関連性を検討した。

1．看護婦の栄養摂取上の問題点として，エネルギー，タンパク質，カルシウム，鉄などの摂取不足の著しいことが挙げられる。

2．食生活を支配する要因として，生活背景や食習慣よりも，勤務形態による影響が大きいことが示された。

3．看護婦の6割が朝食欠食を常習化しており，その欠食理由として不規則な生活リズムが要因として挙げられる。

4．勤務形態別での欠食率は，朝食欠食が準夜勤て最も高く，昼食欠食は深夜勤で最も高い。これは，交替制勤務による食生活への影響と思われる。

5．欠食により栄養摂取量は約20%減少しているが，それは，朝食欠食よりも昼食欠食によるものが大きい。従って，看護婦の栄養摂取上の不均衡は，欠食即ち，勤務形態によって大きく反映されているといえよう。

Summary

We investigated on the present state how 59 nurses on working on three shift system, took foods and drinks for their daily meal time and how they understood on their taking nutrition.

Especially, we examined the relationsip between the quantity of nutrition and knowledge of nutrition, as well as pattern of their works in the system.

1． Nurses, remakedly took less energies, proteins, calciums and irons than other women.

2． Their food-lives were not influenced by the life-back ground and eating habits, but by their working patterns.

3． About 60% of nurses were usually taking no breakfast, because they were forced by their irregular life rhythm of the shift working system.

4． The frequency of omitting the breakfast was higher in the evening shift workers, while omitting the lunch in the night shift workers.

5． Omitting meals caused approximately 20% of reduction of nutrition; usually omitting lunch much more reducing nutrition than omitting breakfast.

Thus, reduction of nutrition seems to be caused by the pattern of three shift working system.

文　献

1）久繁哲徳，大原啓志：病院看護婦の疲労と健康状態について，労働科学，61：517～528，1985

2）厚生省公衆衛生局編：国民栄養の現状，昭和61年調査成績，第一出版，1988

3）石垣志津子：女子学生の食生活実態調査，栄養学雑誌，37：139～146，1979

4）科学技術庁資源調査会編：四訂日本食品成分表，医歯薬出版，1988

5）阿部　裕，小坂樹徳：常用量目安食品成分早見表，医歯薬出版，1984

6）厚生省公衆衛生局栄養課編：昭和60年改訂，日本人の栄養所要量，第一出版，1984

7）厚生統計協会編：昭和63年度「国民衛生の動向」，35：90～99，1988

8）徳永幹雄，城田知子他：大学生の栄養素摂取状況と食物消費構造，健康科学，7：67～79，1985

9）池田順子，浅野弘明他：女子学生の食生活実態，栄養学雑誌，41：103～116，1983

10）武田明美他：看護婦の健康管理に関する実態調査，第17回日本看護学会収録（看護管理），1986

11）白木まさ子，岩崎奈穂美：大学生の食生活に及ぼす欠食の栄養について，栄養学雑誌，44：257～265，1986

（平成元年10月16日受付）

—原　著—

臥床体位の変換と呼吸型の変化について

Relation of Bed-Lying Position to Breathing Form

平　松　京　子*　　松　岡　淳　夫**

Kyouko Hiramatu　　Atsuo Matsuoka

1　はじめに

患者の臥床体位は，その呼吸，循環に及ぼす影響や安楽性に関して，看護ケアーの重要な課題である。特に術後の呼吸管理，疼痛対策として，呼吸の改善や去たんを容易にする体位，術創部の緊張を緩和安定させる体位を工夫することが基本とされている[1]。即ち，開胸や開腹術後等では，一般に早期より仰臥位から，ファーラー位，坐位に進め，そして早期離床が計られるが，この体位変換は離床の準備や生活機能の維持のみでなく，むしろそれによる呼吸管理や合併症の予防に，より重要な意味を持つものである[1]。

呼吸には，胸式型，腹式型の運動が見られ，体位との関係では，臥位では腹式，立位では腹式が増すとされている[5]。しかし，この運動により肺の換気機能について，臥床体位に関する研究は少なく，腹式呼吸に重点をおく呼吸訓練に関して見られるに過ぎない。更に，術後の看護で，その呼吸管理の安楽体位としてファーラー位が一括挙げられるが，その依拠する研究も見当たらない[2,3]。

そこで，仰臥位，ファーラー位，起坐位について，段階的体位変換とそれによる呼吸の変化を，呼吸型を中心に実験検討を行ない，術後等の呼吸管理における体位のあり方に若干の示唆を得たので報告する。

2　実験方法

被験者として健康な看護婦9名の協力をえてこの実験を行った。これら被験者の肺活量は2,860～3,250mlであった。（表1）

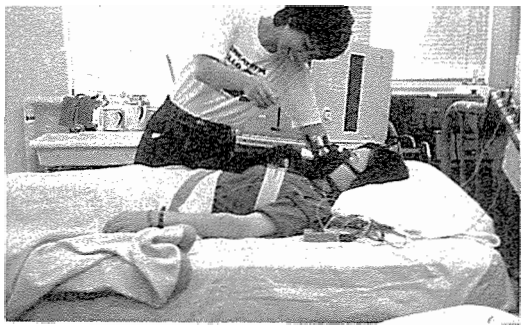
表1　被験対象

Case	年　令	身	肺活量
	35女	158	2.87
2	32女	155	2.86
3	28女	164	3.10
4	30女	155	2.89
5	31女	152	2.84
6	28女	159	2.77
7	30女	153	2.86
8	28女	162	3.25
9	30女	162	2.93

被験者を一般患者用ギャジベッド上に伸展水平仰臥させ，10分以上安静臥床させて呼吸が安定した後実験を始めた。仰臥位からギャジを用いて受動的に上半身を起こし，引き続いて水平仰臥位に戻して連続的に変換した。その間の体位を仰臥位，30°ファーラー位（30°位）及び，90°坐位（坐位）とし，起こす過程（前）と寝かす過程（後）とした。この各体位について，胸壁及び，腹壁呼吸曲線を同時記録して求め，これと並行して分時換気量，及び脈拍数を計測して各体位の比較検討した。測定は各体位の姿勢が安定した後，5分間づつ連続測定記録した。（写真1）

*　順清高等看護学校　Junsei Nursing School

**　千葉大学看護学部看護実践指導センター　Center for Research and Education in Nursing Practice, Faculty of Nursing Chiba University



胸壁，腹壁呼吸曲線は胸囲型呼吸曲線ピックアップ2個を用い，胸部では乳頭上1横指の高さに，腹部では臍の高さに装着固定して三栄測器社製ポリグラフの生体電気増幅ヘッドアンプ1272を用いて，1mV／cmに調整して同時記録した。この壁呼吸曲線の呼気ならびに，呼気開始時を明確にするため，鼻孔に気流センサーを装着して，気流型呼吸曲線を同様ヘッドアンプで同時記録に載せた。各体位での胸壁，腹壁呼吸曲線について，安定連続した呼吸波形で，3波形の振幅の平均値を，その体位における波高とした。（図1）

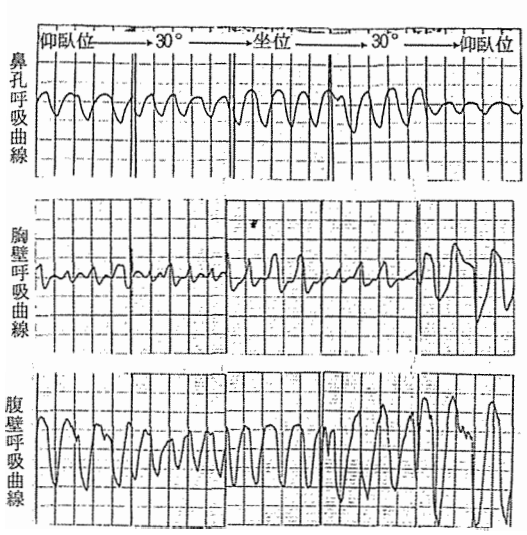


図1　呼吸曲線

分時換気量については三栄測器社製エアロビクスプロセッサーを用い，マスクで採気して10秒毎経時的に計数測定し，呼吸曲線での波高を計測した時点に一致する前後3回の計数値の平均値をその体位の分時換気量とした。また呼吸数は呼吸曲線周期で換算した。脈拍数についてはポリグラフで生体電気ヘッドアンプ1271による心電図のR棘波をトリガーとした瞬時計数ユニット1,321を用いて呼吸曲線計測時点の値を用いた。

また，実験直後に，被験者の各体位における呼吸についての実感を聴き取り調査し併せて検討した。

3　実験結果

1）呼吸数の変化

呼吸数については，仰臥位での11回／分から30°位，16回／分，坐位21回／分と著しく変動した1例以外での，各体位間の差は2～3回であった。これを9例の平均値でみると，12.6，30°位13.8，坐位15.2，後30°位では14.2，後仰臥位13.6回／分となった。この仰臥と坐臥位と坐位べは有意に増加しており（$P<0.01$），前，後の30°位ではそほ両者の中間にあって，それとの有意差はみられなかった。（図2）

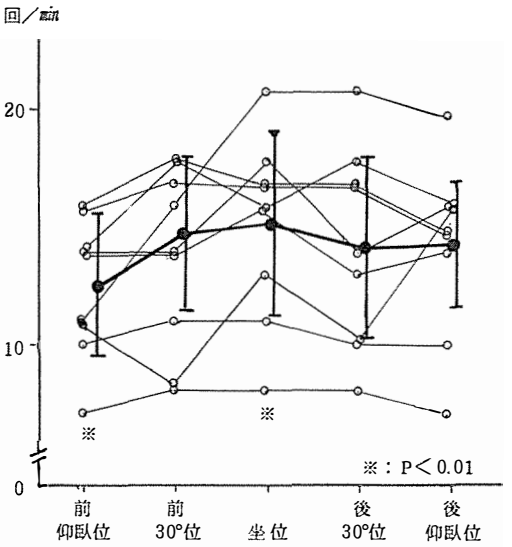


図2　呼吸数の推移

2）分時換気量の変化

分時換気量では，前仰臥位で2.91／minと低い値のものが1例あったが，各体位での平均値は前仰臥位5.01／min，30°位5.41／min，後30°位5.41／min，後仰臥位5.51／minとなり，坐位では他の体位に比べて分時換気量は有意に多くなった。（$P<0.01$）（図3）

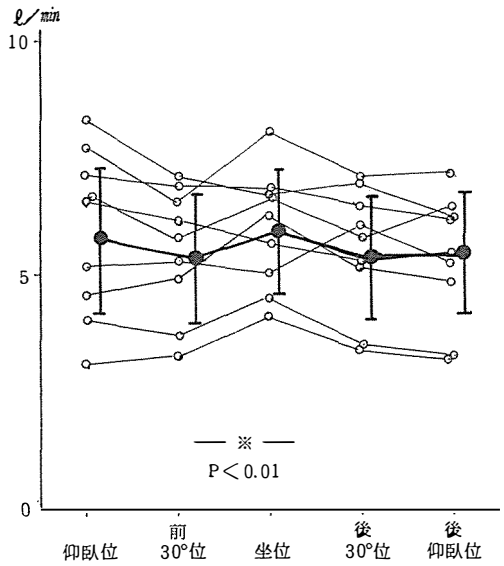


図3　分時換気量の推移

3）壁呼吸曲線の振幅（波高）の変化

a）胸壁呼吸曲線

前仰臥位から30°位への移行で波高が減少したもの5例，増加が4例で，前30°位から坐位では全例が増加し，その内4例では著明な増加がみられた。

続いて坐位から後30°位に移行した場合には，波高は全例が減少したが，特に前半の仰臥位から坐位の段階で増加が著明であった4例は著しく減少した。後30°位から仰臥位では，減少したもの2例増加したもの7例であった。

それぞれの体位での波高の平均値は，前臥位14.4㎜，前30°位13.6㎜，坐位23.3㎜，後30°位12.7㎜，後仰臥位17.6㎜で，坐位が最も高かった。前-，後30°位では何れも低い値となり，後30°位が体位の中での最小値となった。また，仰臥位では後-が高かった。前仰臥位に対して坐位，後仰臥位との間，及び前-，後30°位と坐位，後仰臥位との間での増減には有意差がみられた。（P＜0.01）（図4）

b）腹壁呼吸曲線

胸壁の場合に比べて波高値の大きなものが多く，最大値は坐位の48.7㎜である。波高の変化は前仰臥位から30°位の場合，5例が増加し4例が減少した。次いで坐位となった場合，前30°位より増加は3例，減少6例であるが，前仰臥位より更に減少したものがこの

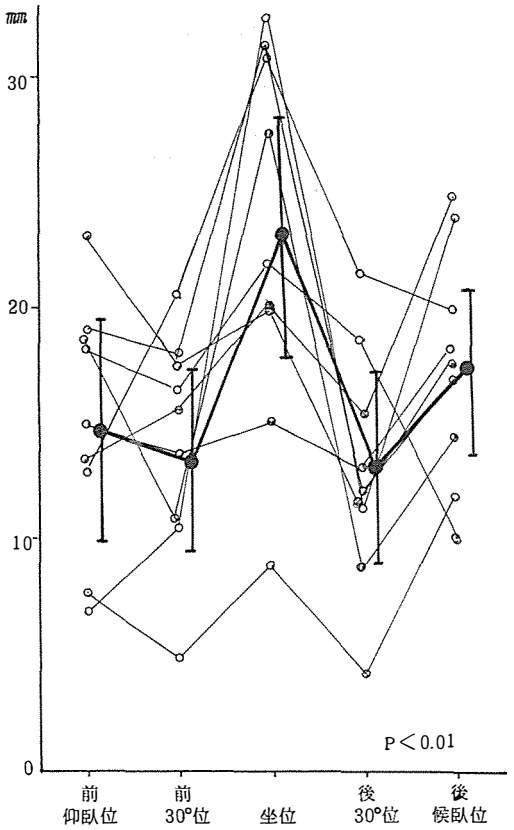


図4　胸壁呼吸曲線波高の推移

6例中4例みられた。また，坐位で増加した3例中2例は前仰臥位から30°位に挙状した時，波高が減少したものであった。坐位から後30°位とした場合では2例が減少し，7例は増加した。（図5）

これらの各体位での波高の平均値は，前仰臥位23.6㎜，30°位32.8㎜，坐位26.4㎜，後30°位32.8㎜，後仰臥位では31.4㎜となる。後30°位及び後仰臥位は他の体位に対して有意に波高が大きく，坐位から後仰臥位に向かっても有意差をもって増大した。（P＜0.01）

c）腹，胸壁呼吸曲線波高比（腹胸比）

各々の呼吸曲線における波高について，腹壁／胸壁の波高比と体位との関係をみた。箇々の被験者の比では，前仰臥では1.4～2.3で，腹式優位の呼吸型である。これが30°位とすると，比の増大した者4例，減少した者2例で，3例には変化は殆どみられなかった。30°位から坐位とした場合では，全例が腹胸比の減少をみ，その内4例では1.0以下となり胸式優位となった。こ

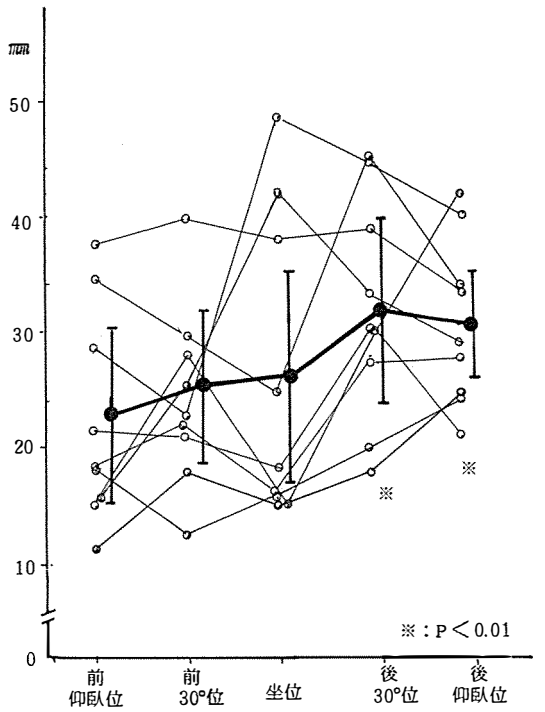


図5　腹壁呼吸曲線波高の推移

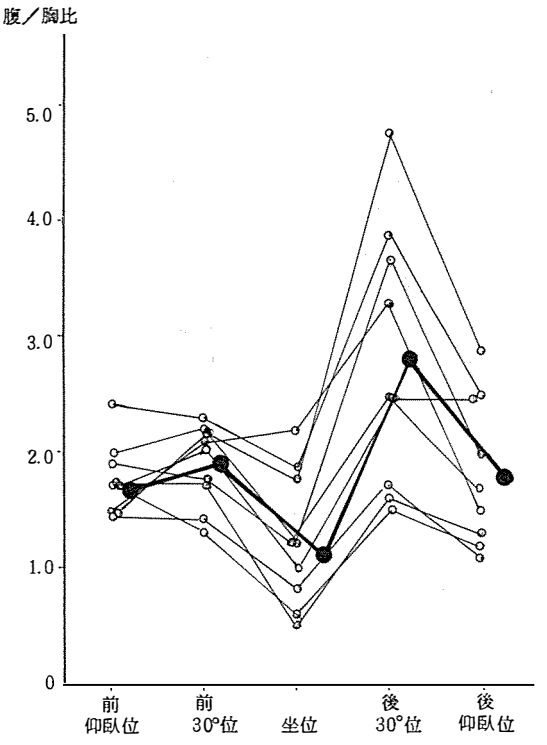


図6　腹／胸　波高比の推移

れが後半の，坐位から30°では，全例で再び比の増大がみられて腹式優位の呼吸型となったが，4例は前30°位に比べても著明に増大した。そして，後仰臥位では1例を除いて，ほぼ前仰臥位の腹胸比の範囲にもどった。（図6）

各体位における夫々の波高の平均値で腹胸比を見るとこの傾向は更に明らかとなり，前仰臥位1.64，前30°位1.97，坐位1.01，後30°位2.58，後仰臥位1.97となった。即ち，坐位では胸式が増したが，坐位から仰臥位へ移行する場合，その各体位の呼吸は前-における体位での呼吸以上に腹式優位となる傾向がみられた。

4）脈拍数の変化

前仰臥位における脈拍数54／minから86／min で，その平均値は平均値68.9／min であった。個々での変位変化による脈拍数の変動は1例を除いて，何れも10以下の増減で，平均値では前仰臥位68。9，前30°位及び坐位では70。9，後30°位68。4，後仰臥位68。3，となり，これらには有意差はみられなかった。（図7）

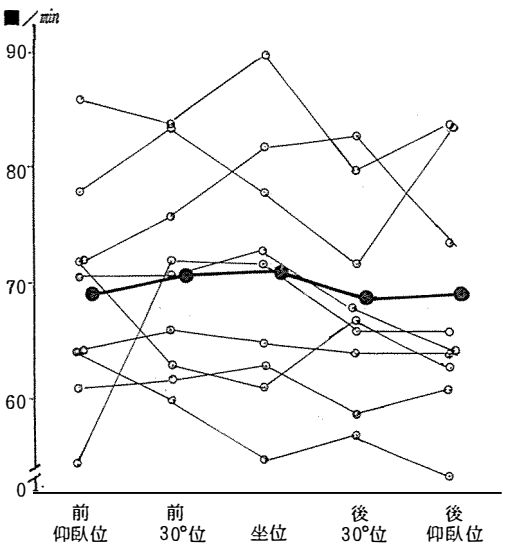


図7　脈拍数の推移

5）体位及び呼吸についての実感

各体位での呼吸のし易さと，体位の安楽性，胸鄰腹

部の違和感や突っ張り感その他の実感について実験終了直後，臥床位のまま聴き取り調査した。

前仰臥位では全員特に訴えの内容はなかったが，前30°位では4例が呼吸のし易さを感じるようになった。しかし，これを安楽な体位としたものは1例に過ぎず，2例は腹部が押される感じを訴えた。坐位では全例が腹部の重苦しさ，圧迫感を訴えたが，後30°位では，その7例が，腹部が楽になり息がし易い，呼吸が楽にできると訴えた。そして後仰臥位では，呼吸時に腹壁が引っ張られる感じ，腹が仰えられる感じを2例が訴えた。

4 考　察

肺の換気は胸郭を構成する骨格と呼吸諸筋による呼吸運動で行われ，安静呼吸時に関与する呼吸筋は助間筋と横隔膜であり，その収縮が吸息で，弛緩が呼息となる。即ち，安静呼吸は助間筋郭を前方向及び左右方向に，横隔膜が下方向に拡大，縮小して，その容積を変化させて，これに伴う肺の Compliance に応じた容量変化で肺内空気の換気が行われている。この事は，肺換気量は直接胸壁囲の変化でみられる胸壁運動と，横隔膜下の腹腔及び腹腔臓器と腹壁を胸腔下側壁系とする腹壁運動の効率に分画して見ることが出来る。この両者の運動効率は必要とする1回の換気量に能率良く相対的に協同し，その和の平衡によって必要とする換気量の恒常性が保たれている。この呼吸運動の比率における平衡が破れ，換気量が満たされなくなると補助呼吸筋を加えた努力呼吸となり，更には呼吸困難となる。

看護技術として，術後等の呼吸管理における体位変換は，侵襲により障害を受けた壁系の呼吸運動に代替して増強される健常壁系の呼吸運動をより容易，より効果的に行わす為の呼吸生理に基づく援助技術である。しかし，仰臥位，起坐の呼吸生理について，臥床体位の変換時，安静呼吸で見られる呼吸運度の変化と効率についての記載は殆ど見られない。

この中で看護の教科書では，ファーラー位を，一括して術後等の呼吸管理におけるの安楽体位としている事に疑問を持ち今回の研究をおこなった。

今回協力を得た被験者は若い健康な成人女子で，特に既往症や疾患等はなく，また，臥床安静時の分時換気量が健康成人の正常値3.2～3.61／min／㎡の範囲にることから，正常呼吸機能系のモデルとしてその壁に見る呼吸運動が，肺の換気効率に直接連なるものと考えた[4,5,9,11,12]。そこで，臥床安静呼吸における呼吸運動の壁系比率を，胸囲，腹囲の伸びで示す夫々の呼吸曲線の振幅より求め，他動的緩徐な体位変化によるその変化について比較検討した。

その結果，この体位変換による呼吸運動の比率の変化は，一般に言われる仰臥位での腹式から，坐位では胸式が優位になる傾向であったが，注目すべきは，ファーラー位は仰臥位と坐位の中間の体位であるが，その呼吸運動の構成は腹式優位から胸式優位に移行する中間型ではないこと，また，継続した仰臥位と坐位から復した仰臥位では，呼吸運動の壁系比率が異なる事が明かとなった。即ち，ファーラー位では，腹式の比率を増し，特に坐位後のファーラー位では著明に腹式優位となった。また，仰臥位間でみても，後者は前者に比べて腹式の増大したのに対して，坐位で増加した胸式呼吸は仰臥位に向かっては，その減少は少ない傾向を辿り，有意差はみられなかったが換気量の若干の増加がみられた。

これは，同一姿勢においても胸壁一腹壁系呼吸運動の比率は一定のものではなく，主として腹腔内臓器の懸垂方向や，腹腔容積の変化，腹壁の緊張等横隔腹運動に加わる影響が変化する過程で比率の変化が見られるものと考える。そして，その比率は坐位による腹壁系の微妙な抵抗変化に対し胸壁系の運動量を増して換気量が調節されている事がわかった。

健常者の立体での努力呼吸における胸郭容積の変化に及ぼす壁運動の比3：1と胸壁の運動が主要な部分となるが，仰臥安静呼吸では胸壁，腹壁系による容積の比は逆に29%：71%と言われ，それぞれの壁運動が肺換気の効率に直接連なるとされる。今回の実験における前臥床時の胸膜呼吸運動比，1.64はそれぞれの壁運動は妥当な比率での換気に在ったと言え，この前提に立って，体位変換過程で，後ファーラー位で著明に腹式が増加した事は，この体位が前ファーラー位よりも肺下部の換気に有効な体位と言える。

また，手術侵襲が胸壁または腹壁糸に加わった場合，その呼吸運動は健常壁系が増大して換気量の維持に代償されるが[5,9]，運動に影響する疼痛の対策と共に，健常壁系呼吸運動に抑制を生じない体位としてファーラー位が有用である。特に胸部手術後に生じた呼吸障

表2

	呼吸数 (回/min)					分時換気量 (ℓ/min)					脈拍数 (回/min)				
	仰臥位	30°位	坐位	30°位	仰臥位	仰臥位	30°位	坐位	30°位	仰臥位	仰臥位	30°位	坐位	30°位	仰臥位
1	16.0	17.0	17.0	17.0	15.0	8.4	7.2	6.8	7.0	6.3	72.0	63.0	61.0	67.0	63.0
2	14.0	14.6	16.0	13.0	14.0	5.6	5.2	4.7	4.3	5.5	61.0	62.0	63.0	59.0	61.0
3	11.0	8.0	13.0	10.0	16.0	7.8	6.6	8.1	7.1	7.2	86.0	84.0	90.0	80.0	84.0
4	14.0	18.0	16.0	18.0	16.0	5.2	5.3	5.1	6,1	5.3	64.0	60.0	54.0	57.0	53.0
5	11.0	16.0	21.0	21.0	20.0	4.6	4.9	6.3	5.2	4.8	62.0	66.0	65.0	64.0	64.0
6	16.0	18.0	17.0	17.0	15.0	7.2	6.9	6.9	6.5	7.2	72.0	76.0	82.0	83.0	74.0
7	14.0	14.0	18.0	14.0	16.0	6.7	5.8	6.7	5.7	6.4	71.0	71.0	73.0	68.0	66.0
8	10.0	11.0	11.0	10.0	10.0	4.0	3.7	4.5	3.5	4.0	78.0	84.0	78.0	72.0	84.0
9	7.0	8.0	8.0	8.0	7.0	2.9	3.2	4.1	3.3	3.2	54.0	72.0	72.0	66.0	66.0
平均	12.0	13.8	15.2	14.2	14.3	5.8	5.4	5.9	5.4	5.5	68.9	70.9	70.1	68.4	68.3
SD	3.0	4.0	3.9	4.4	3.8	1.8	1.4	1.4	1.4	1.4	9.7	9.0	11.3	8.7	10.4

	胸壁呼吸曲線 (mm)					腹壁呼吸曲線 (mm)					腹壁胸壁呼吸曲線波高比 (腹/胸)				
	仰臥位	30°位	坐位	30°位	仰臥位	仰臥位	30°位	坐位	30°位	仰臥位	仰臥位	30°位	坐位	30°位	仰臥位
1	13.0	15.3	31.0	21.7	20.0	22.7	22.0	18.3	32.0	23.7	1.7	1.3	0.6	1.5	1.2
2	6.7	10.3	33.3	11.0	24.0	11.3	17.7	15.3	17.3	25.3	1.7	1.7	0.5	1.6	1.1
3	19.3	18.0	31.7	10.7	17.0	38.7	40.3	38.7	39.3	34.0	2.0	2.2	1.2	3.7	2.0
4	13.0	15.7	20.2	15.7	25.0	17.7	22.3	17.0	27.0	23.7	1.4	1.4	0.8	1.7	1.1
5	18.3	16.7	22.0	18.7	10.0	35.0	30.0	25.3	46.0	34.7	1.9	1.8	1.2	2.5	1.7
6	7.7	4.7	8.7	4.0	9.7	18.0	13.3	16.7	20.2	24.5	2.4	2.3	1.9	3.9	2.5
7	18.3	10.3	27.8	8.3	14.5	28.0	22.7	48.7	45.7	41.3	1.5	2.2	1.8	4.8	2.9
8	15.0	13.8	15.2	13.2	18.2	15.0	27.3	15.0	30.8	42.0	1.7	2.0	1.0	2.3	2.3
9	23.3	17.6	20.0	11.2	20.0	25.8	36.3	43.0	36.7	29.6	1.5	2.1	2.2	3.3	1.5
平均	16.4	13.6	23.3	12.7	17.6	23.6	25.8	26.4	32.8	31.4	1.4	1.9	1.1	2.6	1.8
SD	5.3	4.4	8.3	5.4	5.5	9.2	8.7	13.4	10.2	7.0	0.4	0.3	0.6	1.2	0.7

害の対処としてギャジを用いて一旦起坐後のファーラー位を取らせることが，安静呼吸でもより腹式優位の呼吸が得られ下部肺の換気を増し，術前の呼吸訓練と共に合併症予防にも連なる対処となると考える。

対象が健常者であるが，その実感調査で，ファーラー位での呼吸のしやすさがみられ，特に後ファーラー位は腹部の安楽と呼吸が楽に出来ると，殆どの者が感じたことはその裏づけと言えよう。

6 まとめ

臥床体位と安静呼吸での呼吸型との関係を検討し特にファーラー位の意義についての考察を行った。その結果，

1）仰臥位は腹式，坐位では胸式優位の呼吸型であるが，ファーラー位は単続なその移行型ではない。

2）ファーラー位では腹式呼吸の増す傾向がみられ，特に坐位から移行した場合この傾向が著しい。

3）仰臥位においても，前仰臥位に比べ坐位よりのものが，より腹式優位となった。

これらの傾向は，看護技術における呼吸管理で，体位選択に当たっての重要な示唆となる。

（この論文の要旨は昭和61年７月29日第12回日本看護研究学会総会に報告した。）

Abstract

Relation of Bed-lying Position to Breathing Form

The purpose of the study was to observe the relation of the bed-lying positition to the ratio of the costal respiration and abdominal respiration which was being of sufficient and perfect condition of ventilation.

The method : For each bed-lying position, the amplitude of respiratoion curve on chest wall and abdominal wall, the rate of puls and respiration, and the volume of minutes ventilation were measured. The experiments were performedby horizontal lying on back position, semi Fowlor' position (raised the trunk on angle of 30 degrees), and the sitting position, setting by the gagdet bed, as objects of 9 healthy nurses with the age of 28 to 31 years.

The results were as follows :

1) Regarding the ration of cost-abdominal respirations, slight predominance of the abdominal respiration by the horizontal position was observd, whereas by the sitting position the preminance was the costal respiration.

2) Changing into the 30° semi fowlor's position the abdominal respiration was remarkably predominant : from the horizontal position, there was almost same of the respiration by the horizontal position.

3) Changing the position from sitting to horizontal was more predominant of abdominal respiration than keeping the horizontal position.

参 考 文 献

1) 稲田　豊篇：呼吸管理ハンドブック。メヂカルフレンド社，1980

2) 児玉香津子：A，呼吸する，看護学総論。P139～159，医学書院，1985

3) 吉田時子：D，呼吸，看護学総論Ⅱ。P120～125，メヂカルフレンド社，1980

4) 天羽敬裕篇：2，呼吸器系，看護のための臨床医学大系。情報関発研究所，1980

5) 生理学大系，呼吸の生理学。P389～P1011，医学書院，1968

6) 原沢道美：慢性呼吸不全の呼吸管理。メヂチーナ，1632～1633，10：12，1973

7) 芳賀俊彦：呼吸不全の生活管理。メヂチーナ，1626～1629，10：12，1973

8) 成沢三雄：呼吸運動の調節と呼吸困難の発生のしくみ。看護技術，73～80，26：9

9) 井川幸夫他：体位と循環と呼吸。看護研究，176～180，8：3，1975

10) 木内妙子：臥位持続の生体機能に及ぼす。影響。看護研究，21－30，11：4，1978

11) 公木晋一：呼吸管理とリハビリテーション。からだの科学，108～112，108号，1982

12) Park. S. Set al : Effect of Thoraco-Abdominal Configuration on the Diaphragmatic Contribution to Rib Cage Motion. Lung, 205－221，162：4，1985

（結核文献抄録速報）

（平成元年10月23日受付）

おかげさまで 50 創業50周年
煌く生命のために。

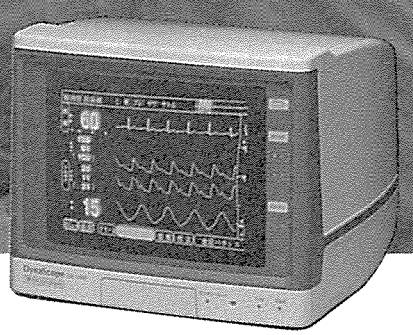
これからのモニタ!

ローカル・エリア・ネットワーク
(院内LAN)

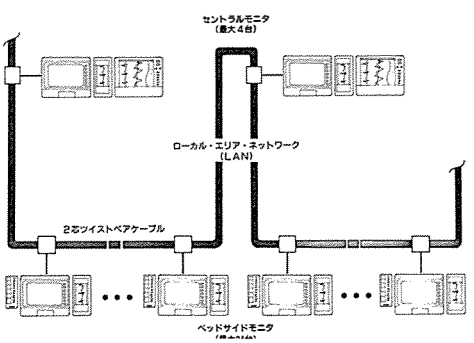
ダイナスコープ3000システム

DS-3300

患者監視用装置



DS-3300は，従来のモニタシステムとは異なり新しい視点から設計されたユニークなモニタシステムです。モニタ本体のDS-3300はそれ自体がセントラルモニタとして，またインプットボックスを接続すればベッドサイドモニタとしてそれぞれ動作します。このためシステムは柔軟に設計されており，CCU・ICUや手術室などで活躍するのはもちろん将来の増床やシステムの再築がでた場合にも充分に対応できます。



- ベッドサイドモニタとセントラルモニタは共通でプログラムにより指定
- 12インチブラウン管に波形6チャネル，計測値，トレンドグラムを見やすく表示
- 管面タッチキーの採用による簡単操作(電源スイッチを含み7ヶ)
- 管面は長時間監視もラクな目にやさしいアンバー色
- インプットボックス方式を採用し最大6種類の計測ユニットまたはアダプタを組み込むことが可能
- 心拍出量などユニットは豊富に準備
- 血行動態や呼吸動態のデータ入力，計算およびグラフィック表示が可能
- ローカル・エリア・ネットワーク（LAN）により他床表示やセントラルモニタと接続および通信が可能
- 1台のセントラルモニタに24台のベッドサイドモニタを接続可能
- ICメモリカードによるデータ保管やプリセットが可能
- 記録器はサーマル方式で2種類を準備，6ch仕様は心電図長時間圧縮記録が可能

●ME機器の総合メーカー

FUKUDA

フクダ電子株式会社®

本　社　東京都文京区本郷3-39-4　☎(03)815-2121(代)

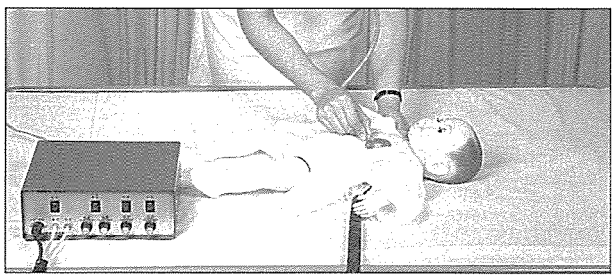
あくまでやわらかく自然な動きの

実習モデル〈 Kyoko(京子) 〉誕生

●自己紹介をします

私〈Kyoko〉は、身長158cm体重は約15kgです。〈ケイコ〉の妹として生まれ、姉よりもずっとソフトで人あたりがよく、いろいろな仕事ができます。どうぞよろしくお願い致します。

詳しくは
パンフレットをご覧下さい。
ご連絡頂ければ進呈致します。



◀バイタルサイン人形

- ●心音は音量も調節できます。
- ●脈博は左右こめかみ、頸動派、手首で触診でき、速度も調節可能です。
- ●温度調節もできます。

株式会社 京都科学

本　社　京都市伏見区下鳥羽渡瀬町35－1　(075)621-2225
東京支店　東京都千代田区神田須田町2丁目6番5号OS'85ビル6F　(03) 253-2861
FAX 京都(075)621-2148　・　東京(03)253-2866

第　4　回

日本看護研究学会総会

近畿・四国地方会記事

（一般演題・質疑応答）

1989年3月26日（日曜日）

神戸市立看護短期大学

実行委員長　　森　[redacted]　チヱコ

於　　相楽園会館大広間

神戸市中央区中山手通5丁目3番1号

看護学への提言

司会者
早川和生
（近畿大学医学部公衆衛生）

最近の経済関係領域では社会福祉士や介護士など，いろいろな職種が出来てきており，看護も当面する新たな問題を抱えることとなってきました。ここに再び，看護とは何かを明らかにし，看護学の位置づけについて今まで以上に考えなければならないこととなります。この意味で，色々な領域の先生方から，看護学に御提言を頂くことは非常に有意義な事と考えており，実行委員長もこの考えの元に，このシンポジウムを御計画になられたものと考えています。

看護という非常に間口の広い領域ですが，これを学問，看護学として体系的に考えた場合，少し足元が根づいていないような面があるように思えます。そこで，窓口が広いだけに，それに関連する学問領域も広くなっており，所存の心理学，社会学始め，自然科学の領域まで，広い範囲の諸科学から学ぶべきものは学んで，それを糧として発展の道を進む事が宜しいかと思います。

そこで，3人のシンポジストの先生方に夫々の領域からの御提言をお願いして，これからそのお話しをお聞きしたいと思います。

心理学と看護学の接近

新見女子短期大学
村中哲夫

ANA（アメリカ看護婦協会）によると，『看護とは，現にある，或はこれから起こるであろう健康問題に対する人間の反応を診断し，かつ，それに対処することである』。健康問題を基点として，人間の生活行動に援助をさしのべるところに，看護の特徴がある。

しかし，『健康』がWHOの概念で『身体的，精神的，社会的に完全に安寧である状態』とすれば，どうしても人間の全存在を捉えなければならないことになり，看護としての方法論を構築することは大変なことだと思われるが，人間の歴史とともに看護があったわけであるから，この事実から考えれば，看護者ひとりひとりの看護行為の中には，既になんらかの方法論があるわけである。この『なんらかの』の追究とともに，公共性を見い出していく方向で，おおいに討議を展開していくことが，看護が独立していく最短距離ではないかと思う。

さて，『安寧』を心理学の領域でみてゆくと，臨床心理学がもっとも近い。心理学における臨床とは何かと言うと，『社会的，心理的適応に苦しんでいる個人に対して，その行動能力や行動特性を明確にし，その人の適応に有効な示唆や勧告を与えること』とされており，この示唆や勧告というのは，心理的な苦しみにある人間の理解や救済に関係するものであり，問題解決に至ることが最終目標となっており，ただ単に，示唆や勧告を与えればよいということではない。

いわれれば，なるほどと合点がいくが，実践するに簡単なことではない。その人を理解するとか救済するとかというのは，その人にとってみれば，理解された救済されたという実感が伴っていなければならないので，いつも自分自身の人間性が問われているようでやる瀬ない気持ちに追いやられる。『安寧』とは極めて主観的な状態ではないかと私自身は考える。

特定の遺伝子の結合によって生まれた人間が成熟と学習を繰り返しながら現在に至っているのが，今の自分であり，また他人である。老若男女関係なくそうなっている。そして，そのひとりひとりが全く異なった発達のプロセスをもっている。つまり，世の中に同じ人間は存在しない。したがって，まずはお互いが異なった存在であるという認識が，自分も含めた人間理解の出発点になるのではないか。その人その人なりのヒストリイがあることを認識することは，必然的にその人の個としての存在を丸ごと認めることであり，そうしない限り相手を理解したことにはならない。

当然のことであるが，実行できなくて，やる瀬ない。ただ，どうしても認めざるを得ないことは確かである。

実は，仏教の中に『唯識』という教えがあり，人間のこころの姿を次のように捉えている。こころは，第一眼識（視覚），第二耳識（聴覚），第三鼻識（臭覚），第四舌識（味覚），第五身識（触覚），第六意識（知・情・意），第七末那識（自己中心性），第八阿頼耶識（貯蔵するこころ）から成っている。第一から第五までのこころは，感覚で環境からの情報は，この感覚をとおして第六の知・情・意のこころに入り，ここで感覚の世界を認識して対象を概念化する。概念化するときにはいつも『私』という存在を忘れずにいれている。概念化したものは，第七の自己中心性のこころ（劣等意識，優越意識，自己愛など）に入って，『私』にしつこく付きまとうことになる。このような『私』のいままでの行動の影響が，第八の貯蔵するこころに収納され，新たな情報が再び入ってくると，以前のものと影響しあって，別のかたちとしてまた貯蔵される。

この第一から第八へ向かう方向は，外の情報を受け入れていく受動的なこころの側面とされ，この側面からは内に蓄積している経験から物事を解釈してしまう傾向となり，対象を限局して意味付けてしまうという

落とし穴が待っている。その元凶が第七の末那識，自己中心性のこころとされる。私達は環境認知に対して，常に自分の位置をもっている。そして，つい自分の位置を固定化して，それにこだわり，それを信念だとか見識だとかという。

他方，唯識は認識を変えることによって，同じこころが能動的な側面をもつようになることも示し，より深部のこころが浅部のこころをコントロールする。浅部のこころが深部のこころを拠り所としているが，最も深い第八の貯蔵するこころは，その前の第七のこころ，自己中心性のこころを拠り所にしている。

つまり，人間はこの自己中心性からは逃れられない。このこころを背負って生きていく存在なのだという事実を示しているが，この強力なエネルギーを自我の崩壊によってそのまま価値のあるエネルギーに転換できるらしい。その崩壊とはなにか。それは第七のこころである自己中心性に面と向かってぶつかり，当惑し，混乱する体験を必要とする。実像だと思っていた物が，実は虚像だとしたならば，そのように捉らえていた自分が，どうも恥ずかしくなって来る。

看護の対象が人間であり，そして相手の『安寧』を目指すことであるかぎり，今■，臨床心理に携わる者として，自己存在，或は自己認識をどのように捉らえるかを最も共通する課題として，看護に提言したい。

物理学と看護学の接近

神戸市立看護短期大学
平田雅子

私が看護と関わりを持ちまして，これで17～8年になるのですが，年々，看護に対して親しみと尊敬を持つに至っております。ですからこういった場で話をする機会を与えて下さいましたことを大変光栄に思っています。

看護学が他の学問と比べて，非常に大きい特徴を2つ持っているように思えるのですが，1つは隣接分野が非常に多いということ。そして，もう1つは一般論で包括できず個別性も同時に尊重されなければならない所が多いということ。そういった2つの特徴をもっていると思うんです。看護学が隣接分野を大変多くもっているのは，やはり人間を対象としているからで，このことが同時に，看護学が一般論で包括できず個別性も尊重されないといけないという特徴も生むことになるのではないでしょうか。ただ，……例えば人間はO_2を吸って$C●_2$を出すとか，重心は大体身体の真ん中にある……，そういった非常に基本的なところは一般論として扱えるのでして，それらが先ず土台にあってその上に色んな個別性が乗っかっているんじゃないかと思います。そして特にその土台の部分を隣接分野が囲んでおり物理学もその一つである，というイメージをもっています。

次に，どのような態度でお互に接近したらいいか……ですが，看護側のもつべき基本的態度というのは，やはり裏づけを知り，さらに考えることの大切さ，だろうと思います。例えば，体位変換においてA．B．Cという三つの方法のうち誰がやってもCが一番効果的であるとします。このことは必ず何らかの力学的な裏づけがあるはずなのですが，もしも裏づけを知ったなら，さらにC′というもっといい方法があるんじゃないか，という風に発展させることができることになります。つまり，裏づけを知らなくても体位変換はできますが現状維持だけにとどまってしまい，さらに発展させようと思えば，やはりそれには裏づけを知りそして考えることが，……特にこれからの看護では必要じゃないかと思います。

次に物理側のもつべき態度ですが，これは理論に固執してはいけないということだと思います。例えば便器を当てる時，ベッドの挙げ方や足の曲げ方による臀部への体重のかかり方を計算で求めたとします。ロボットならそれでいいんですが，人間ですから腹圧のかけ易さとか身体を曲げることによる痛みとかも問題になるわけです。だから計算ではこうだ，理論上こうなる，……という風に固執してはいけないというのが物理側のもつべき基本的態度ではないでしょうか。

このような態度で接近していく上で最も大切なことは，お互の分野は白紙で未知でありますからお互に補い合って協力することによってしか発展は見られない……ということだと，私は今迄の経験から強く感じています。ここで，うまく協力がなされた実験例を一つ話してみたいと思うんですが……。

数年前，看護の方から，経管栄養時に術後の患者さんが下痢をするという相談がありました。それで模擬実験を試みまして栄養物を60℃に熱して滴下しました。栄養物が患者さんに届いた時，温度は下がっていてもまあなま温かいくらい，つまり体温くらいはあるだろうという予想だったのですが，大きく外れまして，殆んど室温近くまで下がっていて，室温に放置したものを用いても殆ど変らないという結果だったので非常に驚いたわけです。けれども，よく考えてみますと栄養物はゆっくりと滴下させます。それに液自身の粘調度，粘り気がとても大きいものですからよけいに流れが遅くて，一時止まることさえあったわけで，人体に到着するまで非常に長時間かかります。ですから60℃に温めましても人体に届くまでの間に室温に熱を取られて，室温と殆ど同じ温度になるということだったんですね。

だからこのことを裏返しますと，冷蔵庫の冷いものを用いましてもやはり人体に届いた時は室温と一今度は熱を取られるのじゃなくて室温からもらうんですが一殆ど同じ位まで上っているだろうという予想が立てれまして実際にそうでありました。つまり術後の患者さんの下痢をなくそうと思って温めても効果がなくて，腐敗を防ぐ点からもあまり温めない方がいいならば，じゃあ他に工夫はないだろうかということで私達は管に湯煎を行うことを考えたんです。そして胃に届いた栄養物をできるだけ胃内温度と変らないようにしたいということで，胃の中の温度を測りつつやりました。その結果，患者さんからどれ位離れた所の管を，どれ位の長さ，どれ位の温度で湯煎したら胃に届いた時に最も胃内温度と近い温度を与えることができるか，という結果を得て，臨床の場でも非常に効果を得たという報告も聞いております。

その時，私達は同時に浣腸の石鹸液の落ちてくる温度も測定したんです。そうしますと石鹸液を40℃よりやや高い目に上げて流すわけですが，流れ方において栄養物と大きく異なる点はどこにあるかというと，石鹸液は自然落下ですから非常に速いです。おまけに40℃位に上げた石鹸液の粘稠度はかなり小さくなっていますので，さっと流れてしまいます。

つまり栄養物との非常に大きな違いというのは，人体に届く迄の時間が石鹸液の場合非常に短いということなんですね。ですから室温と熱をやりとりする暇がなくて，人体に届いた石鹸液は初めの30秒位は一旦温度が下りますが，約30秒過ぎますともう管が温まっていますのでそれ以後の液温は温いまま殆ど一定なのです。理由は熱を室温とやりとりする暇がない位早く石鹸液は落ちるからです。そういった結果を物理側からは「熱のやりとりに時間の長短が非常に大きく影響する，そして粘稠度がそこへ強く関わっている。」という風に見ますが，看護の方は「温度低下した約30秒の分を棄てて，その後の一定の温度の液を患者さんに用いたら患者さんは冷たい思いをしなくていい」という風に考えられるわけです。さらに「30秒の分を棄てるということは○mlを棄てることになるので，初めにこれこれだけの量の石鹸液を用意すればいい」と，そこまでパッパッともっていかれるんです。看護側の方は当り前のことと仰言るかも知れませんが，私なんかにはやはりできません。刻々と変る液体の温度や胃内温度の測定あるいは温度の下り方に対する解釈や適当な湯煎温度の算出ならば物理側ではできますが，それらの結果を死なさずどのように看護に生かし，また看護技術を発展させていくかということは看護の方の協力によってしかできないわけです。

看護学と物理学の接近においてお互に協力ができれば遅々とではあっても，少しずつ進歩がみられるのじゃないかという例を私の経験から述べましたが，私がそういったことに協力できる立場にありますことを今，非常に感謝しています。

医学と看護の接点

滋賀医科大学内科学第2講座
中木高夫

◆医学と看護の関係は？

看護論文の冒頭によく『近年，高度に専門分化され，機械化された医療……』というような決まり文句が書かれています。たしかに，取り扱う機械がつぎつぎと変化していくと，それを追いかけるだけでも大変な労力を必要とします。

しかしながら，医師の目から見て，ナースにまずマスターしておいてほしい医学的なことがらは，医師の不在時を埋めてもらうための事柄です。それらは，たとえば，バイタルサインの取り方とその意義，イン／アウトといった救命救急の際に必要とされるものです。

つぎに必要とされるのは，ナースが働く場に関連した医学的知識です。私は消化器と血液を主たる領域にしている内科に属していますが，そこの病棟なら消化器系と血液系の疾患，およびその診断法，治療法，副作用，予後に関する知識がそこそこあれば十分だと思います。

では，患者の目から見て，ナースに持っていて欲しい医学的能力は何でしょう。在宅医療に関わっているナースなどは，こうした場面にいつも直面しています。ナースで判断つかないこと，判断してはいけないことに関しては医師を引っ張ってくるそうです。もし，その医師がそのことを実施できない場合にはその医師を指導する医師をまた連れてくるということもあるようです。ナースはここではコーディネーター（調整者）の役割を果たしています。となると，コーディネーターの役割が果たせる程度の医学的知識があればよいということになります。医師が医師としての役割をきちんと果たしている場であるなら，ナースに求められるのはこの程度で十分です。

これ以上高度のものになると，機械がカバーしてくれたり，医師が全面に出るべきものでしょう。

◆ナースとは何をする職種なのか？

ナースは医師とほぼ一対といってもよいほど，切ってもきれない関係の職種だと思いますが，しかしながら，厳密にどういう職種であるかということを知っている医師はあまりいません。

看護基礎教育では『看護』について詳細に教えています。看護過程などは医師にも理解しやすい説明手段です。ところが，看護過程のうち，多くの医師が目にするのは『実施』の部分だけです。

ところが，実施の部分だけでは看護のつまらない部分だけが強調されて，ほんとうに大切なナースの専門性が見えてきません。私が看護を知るようになったきっかけは，滋賀医科大学医学部附属病院がＰＯＳを採用したことです。チャートを共有するＰＯＳでは，記録を通してナースがどのような情報を意図的に収集し，どのように分析し，どのような看護プロブレムに対して，どのような看護行為選択するのか，明らかになります。

ですから，医師や医学との関係をととのえるためにも，他の職種が読んでも理解可能な看護記録を作成し，それがシステムとして他の職種の目に触れるようにする必要があるでしょう。

◆看護は要素還元主義か，ホーリズムか？

医学をはじめ，一般に科学といわれているものは要素還元主義を土台としています。つまり，ものごとの認識する際に，細分し，細部を明らかにし，明らかになったこと細部を積み重ねることによって真実に迫ろうとするものです。

ところが，要素還元主義には大きな欠点があります。

認識した細部を積算して認識するという要素還元主義による方法がより完全なものに近づくためには，ものごとを細分する際に漏れることなく，偏ることなく

分けていかなければなりません。

ところが，細分した各部分を明らかにすること自体大変なことなので，そこに関わっている職種や人は，はたして漏れているのか，偏っているのか判断できなくなってしまいます。その証左が，専門化に呑みこまれてしまった医学なのです。

要素還元主義の対極にあるのがホーリズム（全体論）です。ホーリズムでの認識は，ものごとを分けません。対象をまるごと認識してしまうのです。

看護は以前から患者さんを全人的な存在としてとらえなければならないと主張してきました。全人的というのは英語の wholistic，全体を表す whole という言葉から発生してきたものです。ですから，このホーリズムこそ看護のめざすものという理論家もいます。はたして，ほんとうにそうでしょうか？

もしかして『多面的』と混同しているのでは。身体的な面だけではなく，精神的な面や社会的な面までも，グルッといろんな視点から患者さんを理解するということであれば，結局のところ患者さんを細分化していることと同じことです。なぜなら，いろいろな視点から明らかになった1つ1つの総和として全体を認識しているからです。

ホーリズムは専門分化によって袋小路に入った要素還元主義を超えるものといわれています。ホーリズムのもつ，理論としての魅力に捨てがたいものがあることも否定できません。

ところが，現実の看護はホーリズムを持ち出すほど専門分化をきわめてもいないし，袋小路に迷い込んだこともありません。

◆看護に欠けているものは？

ホーリズムに色目を使う前に，看護は要素還元主義を一度はきわめてほしいと思います。

看護は『現実の，あるいは潜在する健康問題に対する人間の反応を診断し治療することである』と定義されています（アメリカ看護婦協会）。これは看護過程を意味し，その基礎となる問題解決過程を意味しています。問題解決過程では『問題をどう認識するか』ということが重要なポイントです。

いま，ナースをみると，この『問題を認識する』能力に欠けていると思います。そのことは，患者さんがかかえる看護学的問題を，看護固有の用語で正しく表現できないという点に，端的に現われています。

◆問題を認識する能力を身につけるには？

いまの看護に欠けている『問題を認識する』能力を身につけるには，3つのことが必要です。

第1は，臨床看護婦と理論家が協力して，患者さんのかかえる看護学的問題の概念を正確に表現する用語を開発することです。そして，その概念の状態の診断と治療の体系を確立することです。

第2に，臨床看護婦はその用語とその診断治療体系を実際に使ってみて，検証し，発展させることです。

第3は，学生への教育です。すでにこうした用語はアメリカで開発されているので，これを使用するなら，むしろ，学生への教育が第1となるべきでしょう。

シンポジウム　追加発言

中村哲夫

看護の専門性の中には，相手を理解するとか相手の立場に立って考える，ということが相当に入っているように思うのですが，とても難しいことなので余り強調しないほうが良いのではないか考えたりします。それより，『自分はどうなのか』というように，自分の方にもっとそのエネルギーを注いでみるところから出発してみてはいかがでしょうか。

平田雅子

15年程前，ある医師から「看護婦はやさしい心があれば良い。そんな難かしい話は教えてくれるな。」と言われた事があり，心にひっかかっている。やさしさと，知識の深さは相反するものではなく，平行してあるもので，その上に看護が成り立っている事を再確認したい。

指定質問者　土居洋子

中木先生には手厳しいご批判を戴きましたが，看護過程の教育をしている者として，問題の認識ということに関する能力が欠けていると言われるのでしょうか。看護診断とも関連して，今少し具体的にお話を聞せて下さい。

中木高夫

看護過程というのは，患者の問題を１つ１つ取りあげて，その各々の問題解決として，看護介入の仕方を立案，実行する過程ですね。この患者の問題は，先ず患者は病名があって病院に来ます。そして，その病名のもとにいろいろな看護問題が含まれた情報がごった煮の状態です。アセスメントの能力レベルでその情報選別が出来ません。そこで記録されるものは病名に関することは何となく書けるが，他はということとなります。書いていてもＰＯＳの格好は取っていないこととなります。この看護問題を把えられなくてやっている事は誤診の連続で，何となく患者が病気だから看護についているといった型になるのではないでしょうか。

実際の記録の上で，問題の把握が弱いと言うか，または，それを表現するシステムがないと言えましょう。そこに，看護診断ハンドブックなどが意味を持ってきます。

指定質問者　服部朝子

質問というより看護教育の立場から感想を言わせて頂きます。村中先生のお話から，看護婦を立派な人間というイメージを強調し，そうあらねばならないという先入観教育の危険な事と考えさせられました。この事は，言葉だけが先走って，例えば，ホーリズムについても，それが先走って，その概念を確立しない先に，その言葉だけで教えたり，物事を見ようとすることがあったりしますが，看護とは何かという観点から，看護とは“裸の王様”のようなものではないだろうかと考え，その観点から看護を考え，その見直しこそ看護学への道と考えています。

司会者

ありがとうございました。

このあと，会場フロアーから会員による自由活発な発言質疑が時間いっぱい行なわれた。

（討論内容略）

第1群　看護技術の研究

座長　兵庫県立成人病センター　磯村須真子

(1) 閉鎖式持続導尿法に関する基礎研究－第一報－

神戸市立看護短期大学
森　一恵・池澤　佳美・阿曽　洋子
西田恭仁子・平田　雅子・高橋　令子

閉鎖式持続導尿が長期に用いられる場合，尿路感染には十分な注意が必要とされる。今回は管内感染予防の見地からチューブ内に貯留した尿について人為的外力を加えずに排出する方法をシュミレーターを用いて実験した。

閉鎖式持続導尿回路を流れる尿の速度には圧力・粘稠度・チューブの内径が影響すると考え，シュミレーターにおいてこの条件について比較した。また，臨床場面に近い状態で垂みを持たせてチューブをはわせた場合の流出状態を観察した。その結果，尿の流出には粘稠度が大きく関与し，チューブの垂みに対しては，人為的外力による流出効果はほとんどみられなかった。

つまり，尿の流出を効率よく行うためには，粘稠度の影響を最少にするため落差を生かす必要がある。また，チューブ内に貯留した尿を排出するためには，下垂したチューブをベッドサイドフレームまで上げることで十分有効であると考えられる。

(2) 水硬性キャストを浸す水温の違いによる皮膚感覚への影響

京都市立看護短期大学　西田　直子

水硬性キャストは，整形外科治療法の固定材料の1つである。このキャストはギブス包帯に比べ，非常に軽く，硬度や通気性及び耐水性に優れている。しかし，キャストが硬化する時に熱を生じるため，それを装着した場合患者に熱感を与える点で問題がある。そこで，このキャストのロールは，水に浸して作成されるが，このときの水温を20℃と40℃に設定し，それを装着した直後からの皮膚温，熱流量，皮膚温覚を調べた。また，キャスト装着前後の皮膚の色彩の変化についても調べた。

その結果，皮膚温，キャスト温及び熱流量において水温20℃より40℃の方が最高値に於いて有意に高値を示した。しかし，皮膚の色彩の変化では有意差がなかった。皮膚の温度感覚において20℃では“熱い”を訴えた例はないが，40℃では3例あった。またキャストの水分含有量において40℃の方が早く乾燥することがわかった。

(3) 在宅進行性筋萎縮症患者の排泄に関する実態調査（第一報）

愛媛県立医療技術短期大学
宮武　陽子・三重野英子
金野マサ子・鈴木ルリ子

筋ジストロフィー症に代表される進行性筋萎縮症患者は，骨格筋の脱力，萎縮を主徴とし，緩慢ではあるが絶え間ない病勢の進展により，移動動作を基盤とした日常生活動作が全般にわたって障害されてくる。

特に，排泄動作は日々繰り返され，その頻度も高く，移動に要する労作エネルギーも大きい。筋力の低下や萎縮は運動障害に留まらず体幹，四肢の変形，拘縮をも招き特異な姿勢，動作の様相を示す。そのため自助，介助にかかわらず排泄動作には更に多大な負担を強いられてくる。特に在宅での療養生活を送っている患者及び家族の心労，身体的疲労は計り知れない。

本研究は，これらの在宅療養患者の排泄に関する実態を知り，患者及び家族の排泄動作の負担の軽減を図ることを目的に取り組んだ。

その第一歩として愛媛県南予地区を中心に対象患者11名を選び，郵送によるアンケート調査，家庭訪問による聞き取り調査を実施し，実態からの問題点を明らかにすることを試みた。本調査から今後の看護活動の方向性を示唆する結果が得られたので若干の考察を加えて報告する。

結果とまとめ

- 排尿回数，便通ともに動作の困難，内部機能障害による異常は特に見られなかったが，⅔の人が何らかの大便の便通調整を必要としていた。
- 大便時は，障害の程度にかかわらず全患者がトイレを利用していた。小便の方法は男女差が見られ，男性はし瓶利用者が多く女性はトイレを利用していた。

  移動方法はトイレの位置，動作能力，家屋構造，車椅子などの補助具の有無，介護者の状態などによって個人差が大きいことが判った。
- トイレ，家屋の大規模な改造は少なく，患者及び家族の可能な範囲での努力に頼ったり，移動のための

設備，用具の小さな工夫が見られた。

・介護にあたる主な家族は，未婚者では母親，既婚者は配偶者が中心であった。介護上の悩み，不安は介護者の高齢，疲労に伴う介護力の低下と患者の将来，患者の病状の進展についてであった。

介護の中で負担の大きいのは排泄，入浴，高低のある場所間の移動動作の順序であった。半数の人が介護のために肩，腰，背中の痛みを持ち自分の健康状態を悪いと答えており，今後，患者の動作能力の低下とともに更に介護による負担が増すと考えられる。

これらの結果から患者の排泄動作を規定するのは，動作能力，介護者の身体的負荷の状態，家屋構造，患者及び家族の病気や療養生活に対する認識，排泄に対する意識であると考えられる。今後，更に実態を綿密に調べてそれらを評価し実状に即した有効な動作負担の軽減の方法を見出す必要がある。

第2群　看護教育の方法

座長　京都市立看護短期大学　村上　静子

(4) 沐浴技術における教育方法の検討

－練習群と非練習群との比較－

広島大学医学部附属看護学校　　道重　環

モデル人形を使った沐浴技術の演習を，練習群（湯を使わないで支える事前学習をした）と非練習群（練習群のような事前学習をしなかった）に分け実施した。その後，質問紙による調査と学生間評価における技術の達成度をもとに，両群を比較し，練習群に行った方法の有効性を検討した。

その結果から以下のことがわかった。学生の緊張度や不安と練習の有無との関連はなく，この事前学習の方法では，緊張や不安を軽減できなかった。また，難易な行動（片手で支える，向きを変える）と練習の有無との関連もなく，この事前学習により，困難さを軽減することはできなかった。練習の有無は技術の達成度に影響していた。しかし，これは，湯を使わない練習の効果なのか，あるいは，単純に練習を重ねることによる効果なのかが不明であり，今後の研究が必要である。

(5) 「コミュニケーションに関する教育方法について」

京都大学医療技術短期大学部

伊藤　好美・丸山　咲野

人間を相手にするとは，どういう事かを，学生に気づかせ，理解させることにより，今後の実習に活かして行けるよう，教育プログラムや方法を，考察した報告である。

本学，看護学科の学生83名を対象とし，1週間の中で，主に，“トラベルビーの位相の段階”にテーマを設定し，体験学習を中心に展開した。「初期の出会い」では，三種の出会いに於ける知覚・感情・行動の変化と自己紹介による相手への反映の体験学習を，「同一性の出現」では，一枚の絵からの連想，「共感」では，ペーパーシュミレーションの分析と，ロールプレイングの実施を行い，「同感」に付いては，各自が，実習の中で体験し築いて行くことを課題とした。

これらの体験学習を通して，学生の中に，普段見過ごされていた，非言語的コミュニケーションの大切さや，自分の物差しのみで測ることの危険性，相手の立場の尊重の必要性，自己実現の大切さへの気付きが見られた。

(6) 情報の共有化を進めるための一方法

－学生事例検討会の各種資料の分析から－

松精看護専門学校　　鈴木まゆみ
松山看護専門学校　　坪内千可子
愛媛県立医療技術短期大学　　伊藤　孝治
愛媛県立公衆衛生専門学校
青木　光子・古川　和代
聖カタリナ女子高等学校　　五百木洋子
愛媛県立中央病院　　飯野　信子・藤岡　明枝
日野　規子・岡崎百合子

患者について重要な情報を参加者全員が共有している事は，患者の全体像としてのイメージ化ができ限られた時間内での問題解決が可能となる。その為，当実習病院でも患者資料の活用を進めてきている。しかし，前回のアンケート調査で患者資料内容の適切さについて学生，臨床指導者の判断に差がある事がわかった。そこで，今回は患者像のどの部分の把握が不十分かを追求し，患者の全体像の把握と情報の共有化を図る方法を事例検討会チェックリストと2事例の患者資料内容で検討した。その結果，学生は患者像を把握しよう

とする時①人間像の把握が弱い，②各像に関係するある特定な項目，病像では検査内容，生活像では健康時の生活習慣，人間像では疾病に対する認識，家族的社会経済的な状況が弱い事がわかった。今後は学生が全人的な視点から系統的に対象をとらえ，個別的看護が展開できるような患者資料の枠組みの工夫や指導・助言を行っていきたい。

(7) 看護技術の指導方法
－三年課程の学生に看護過程の概念を導入して－

滋賀県立短期大学　太田　節子・北村　隆子

ヘンダーソンが，看護の対象について，不健康な者のみならず健康な者をも含むと，述べて久しい。つまり，「看護過程」も健康者に適応可能とかんがえる。この観点より，看護学生の看護技術の指導方法を検討した。

方　法

昭和63年度入学した本学看護学科一回生40名の学生を対象とし，授業の初めに「看護過程」の概念を講義，演習した。さらに，脈拍血圧等身体の測定技術を学生の体験学習で学ばせ，このデータと日常生活情報から，学生に自身の健康問題をアセスメントし，セルフケアプランの展開をさせ，指導後の学生に意識調査を行なった。

結果と考察

① 学生は，身体計測のデータと正常値との比較による体力低下等身体上の問題のみでなく精神や社会面の問題を取り出し，自身の振り返りをする傾向がみられた。② 自身の問題解決に学習が「役立った」とした者は，34名（85%）で看護技術を学ばせる導入として効果があったと考えている。

第3群　学生の学習生活

座長　神戸大学医療短期大学部　鈴木志津枝

(8) 学習意欲を阻害している要因の検討
－学生の学業における動揺－

京都大学医療技術短期大学部
大脇万起子・近田　敬子

目　的

学業における動揺の実態と学習意欲の阻害因子を明確にする。

方　法

約70項目の質問を作成し，本看護学科1～3回生の232名に，自記回答を求めた。

結果の概要

1）各回生とも，学習意欲をもつに充分な動機（看護職への魅力，やり甲斐など）をもって入学している。
2）学業が進むにつれて，理想と現実のギャップへの動揺から，看護職に対する将来目的の不明確者（志向無群）が増加している。
3）志向無群は志向有群に比べ，一般教養科目，専門教育科目ともにやる気も満足も低い。一方，やる気と満足のギャップは志向有群の方が大きく，やる気があるだけに期待はずれや難解さを強く訴えている。
4）学業が進むにつれ，睡眠等の生活への影響は強く，ゆとりの無さから人格的成長の歪みすら感じている。

以上，心身ともにストレスは閾値を越えつつあり，Burn Out 傾向にあることが解った。

(9) 看護学生の自尊感情と対人葛藤場面における対処様式－文章完成法による

神戸市立看護短期大学
近森　栄子・上月　頼子・大沢　正子

臨床実習が学習の大半をしめる看護学生の自尊感情の特徴を知り，実習で経験する患者との対人葛藤場面での学生の対処様式を文章完成法を用いて調査した。

看護学生としての役割遂行が妨げられる対人葛藤場面では，対処様式に自尊感情の高低によって有意な差は認められず何とかして役割を果そうとする積極的な反応が多かった。

学生の役割遂行の阻害にとどまらず自尊感情をも脅かすと思われる場面では，自尊感情の高さと対処様式に有意な関連性が認められた。それぞれの対処様式を分析し，高・中・低・自尊感情群の群間比較を報告した。

(10) 看護学生のコンタクトレンズ使用に関する研究

神戸大学医療技術短期大学部
渡辺　和子・祖父江育子
川畑摩紀枝　野崎・香野

はじめに

本学では毎年，定期健康診断時に視力測定を行っている。今回，看護学科学生の視力測定を行うと共に，

コンタクトレンズ使用に関して，使用年数・眼疾患・学習上の効果・使用上の不安感について，アンケート調査を行い検討を加えたので報告する。

結　果

近視者は228名中165名であった。近視の発症年令は中学生47.0%，小学校高学年30.5%，小学校低学年9.4%，高校生8.2%となっていた。コンタクトレンズ使用者は51.5%，眼鏡使用者は42.4%であった。コンタクトを始めた動機は容貌の為が最も多かった。コンタクト使用者の眼疾患の発生頻度は14.2%と高かったが，眼鏡使用者との間に有意差は見られなかった。

ま と め

1）本集団の近視者の割合は（72.3%），全国平均（40～59%）に比べて高かった。2）本集団の近視者は98.9%が本学入学前に発症していた。3）コンタクトレンズ使用者が（51.5%）他の報告に比べて多かった。4）眼疾患の発生率はコンタクトレンズ・眼鏡使用者間に有意差はない。

⑾ 学科別にみた女子短大生の職業意識についての研究(1)

滋賀県立短期大学　泊　祐子・端　章恵
筒井　裕子・北村　隆子

1．目　的

専門教育を受けている女子短大生の職業意識と自己の健康管理についての関連を検討し，教育指導への資料を得る。

2．対　象

S短期大学　昭和62年度看護学科2■生40名
食物栄養学科2■生37名
幼児教育学科2■生46名　　計123名

3．調査方法及び期間

昭和62年1月に，研究者が一斉に説明をし，その場で解答してもらい■収する質問紙法で行った。

4．結　果

職業意識を学科別や母親の就労との関係で検討したが，はっきりとした結果は得られなかった。しかし，次の傾向がみられた。

① 職業意識の形成に母親の就労の影響は直接見られなかった。

② 卒業時の専門職につき，将来仕事を継続していこうという意志は，すでに入学時の学科選択の理由によって関与されている。

③ 幼児教育学科と看護学科では，働くことへのイメージや専門職につき仕事を継続したいという意識が一致しており，食物学科の学生とは相違が見られた。

第4群　看護実践と管理

座長　藍野学院短期大学　赤沢　弥子

⑿ 急性心筋梗塞患者の安静が守れないことと，ステージⅠ度の期間との関係について

兵庫県立姫路循環器病センター　池田　美保

我が国における成人病の死亡順位のうち，虚血性心疾患は脳血管疾患を抜いて第2位となった。虚血性心疾患のうち，急性心筋梗塞の急性期は，さまざまな合併症による生命の危険性が高い。合併症を予防するためにも安静が重要であるが当院では，絶対安静の期間中に自力による体位交換や坐位などをとり安静が守れていないものが多い。そこで今■，安静が守れないのは，絶対安静の期間が長いことが原■なのではないかと考え研究を行った。研究は，ステージⅠ度の期間は自力による体位交換を規制したものと，自力による体位交換を許可したものの2グループにわけて観察した。我々の観察では，前者は後者にくらべ安静が守られにくいという結果を得た。

そこで医師の許可のある患者に対しては，自力による体位交換を許可していく方がより安静が守れるという考察を加え報告した。

⒀ 外来白内障手術患者の看護
ーパンフレットを用いて不安の軽減を図るー

神戸市立中央市民病院　橋田たや子

外来で白内障手術部門を開設したおり看護面の援助として，パンフレットを作成した。

外来で白内障手術を受ける患者は，このパンフレットに基づいて指導している。

しかし，白内障手術の主流は，入院して手術を受ける治療であるため外来で白内障手術を受けることに不安をあらわしている。

そこで，入院白内障手術患者と外来白内障手術患者この両者の不安度について，自己評定質問用紙を不安尺度の判定に用いて調べた。

分析の結果，①入院白内障手術患者とパンフレット

指導前の外来白内障手術患者との状況不安には有意差を認めた。②外来白内障手術患者のパンフレット指導前後の状況不安には有意差を認めた。③入院白内障手術患者とパンフレット指導後の外来白内障手術患者との状況不安には有意差を認めなかった。

以上の結果から，パンフレットでの指導効果が認められたので報告する。

⑭ 看護婦の配置換えに関する一考察

神戸大学医学部附属病院

杉野　文代・高林　澄子

はじめに

看護婦の配置換えは，①最初の配置の不適正を是正，②配置後の労働力の調整，③マンネリの防止，④教育等を目的として，行なわれていると述べられている。今回，本院在籍看護婦の内，153名を対象に，配置換えに関するアンケート調査を実施したので，その結果について報告する。

結果とまとめ

意識調査では，75%が配置換えは必要であるとし，明確な基準に基づき，且つ，希望を考慮した交替を望んでおり，教育の為には卒後10年間に教科を経験すべきだと考えている事が明らかになった。実態調査では，3年での交替が多く，交替が決った時の気持は，期待と失望がほぼ同数を占めていた。交替後良かった事は，知識や技術が向上した，悪かった事は，質，量共に激務になったとしており，勤務年数による有意差を認めた。これらの結果から，現在の配置換えに於ける問題点，並びに，今後改善すべき事項について検討し，考察を行なった。

日本看護研究学会会報

第29号

（平成元年12月20日発行）

日本看護研究学会事務局

目　次

第15回日本看護研究学会総会を終えて …… 1
第16回日本看護研究学会
総会の開催によせて …… 3
第15回日本看護研究学会印象記 …… 4
平成元年度第1回理事会報告 …… 7
平成元年度第1回評議員会報告 …… 8
第15回日本看護研究学会総会議事録 …… 10
第15回日本看護研究学会総会会務報告 …… 12

第15回日本看護研究学会総会を終えて

第15回　日本看護研究学会総会
会長　内海　滉

平成元年8月26日，27日の両日，第15回日本看護研究学会総会が東京都千代田区霞が関の国立教育会館において開催され，無事，終了することが出来ました。ひとえに，学会会員皆様の御協力の賜物であると心からの感謝申上げる次第であります。

今回，数多くの演題を寄せられ，176演題にも及びましたこと，また，当日は暴風雨の天候であったにもかかわらず，多数の参加者をお迎えすることが出来ましたことは，会員の御支援のいかに大きかったかを改めて考え，益々，本学会の使命の重要さを痛感致しております。

理事・評議員・事務局の諸氏，教室の諸兄姉，アルバイトに御協力戴いた卒業生・学生の諸君，その他，会場の設営など裏方をつとめられた大ぜいの皆様，日本コンベンションサービス㈱の方がたにも，本項をかりて，厚く御礼の辞を申し上げます。

今回，ひとつの試みとして，看護学の学際化を図る意味において，教育講演をふやし，各領域の専門家にそれぞれの立場から，看護学研究の示唆になるような研究方法の論議を展開して戴きましたが，各講演者ともに，極めて高度に洗練された諸学の粋を将来の看護学の礎石として提供され，その可能性と具体的方針とを余す所なく討議されましたことを感謝するものであります。

シンポジウムは，古くて新らしい問題，何度くり返しても必要不可欠な問題である「看護継続教育の諸問題」について，更に検討を重ねて戴きました。幸いにして，各シンポジストは，それぞれの施設での体験を活用して，詳細に現場の事情より論をおこし，フロアの発言にも熱がこもり，時刻の迫るのをおしむものがありました。参加シンポジスト，フロアの諸氏，座長

の諸先生のご努力の結実として，拍手を送ります。

一般演題は，とくに学際的な研究を奨励する意味で，種々のジャンルの研究を許しましたが，その数においても，種類においても，充実したものであると感じました。時としてあまりにも専門的に過ぎ，演者自身さえも，未だ充分には消化し切れない点も稀にはみられましたが，その成長発展をこそ願って，今後の継続研究に期待するものであります。“徒らな”数量化もそれなりに，将来の研究の資料となり，技術の修得ともなるであろうと考えます。討議では，歯に衣を着せない烈しい発言もあり，演者の応対も丁々発止手に汗を握るほどの場面にも恵まれました。およそ，学問的研究とは反論なくして進歩がないものであり，大いに論争を盛んにすることを望むものであります。フロアからの発言も，よく自らのデータに基づいた建設的意見を述べられ，満足なディスカッションが行われ，また，座長もよく演者の経歴と業績を理解し，演者の指導と鞭撻に努めている姿には頭の下がるおもいが致しました。心からのその労をねぎらうものであります。

川口氏の奨学会研究報告は正に今回の会長の会長の理想とする学際的研究の実現をまのあたりみる観がありました。川口氏自身，看護学を修めた後に工学部修士課程を卒えられた由，今後の活躍が期待されます。

総会，懇親会，委員会，理事会，評議会などのすべてが大いにみのりある議事をまとめ得たことは，委員長，議長，司会役の労苦をも忘れるべきではないと考えます。

とくに，弘前大学教授川上澄先生は，病をおして御参加下され，見事に教育講演の司会役をつとめあげ，地区委員会においても，遅くまで親身になって，ご討議下されましたが，弘前に戻られて程なく熱発され，10月はじめ御逝去されました。本学会のためにも誠に痛恨のきわみであります。

看護学は，伝統的な看護技術の枠をこえて，学としての存在を論ぜられる程に発展途上をゆく，若き未熟な領域と考えております。しかしながら，未熟なるがゆえにこそ，更に強烈なる増殖力を有する領域であり，あらゆる学問に関連するレパートリィを誇りうる綜合の学と言えるでありましょう。その範囲の広汎にして，諸学をあまねく包含することまさに，農学や工学や医学にもたとえられるものを感じさせる処であります。諸学の研究者はこぞって看護の領域に侵入し，その学的現象の掠奪をほしいままにしている現状を考える時，貴重にして豊富なるわが学的資源の自己の領域への活用をはかるためにも，まず看護領域に生きるわれら自らが，現場に閉じこもることなく，諸学の研究方法をマスターせねばならぬと思うわけで，その理論的構築の学的大系を夢みる会長の精神を快く許して下されたすべての学会員の諸氏に対しても深甚なる感謝を捧げるものであります。

今ひとつ，１条校のみを研究資格者としたり，同一職業団体のみを資格者とするなどの一群の専横に抗する会長が，今回の総会においては，准看出身者も，高卒者も，医師も，心理学者も，工学者も，演題の発表を同列に扱い，学問の世界には国境のないという自由の雰囲気を作ることの我儘を許されたことも，ここに記してわが学会の歴史にとどめたいと存じます。

第16回日本看護研究学会開催によせて

第16回日本看護研究学会
会長　玄田公子

第15回日本看護研究学会総会は，千葉大学教授内海滉会長のもとで，成功裡に終了致しました。これはひとえに内海会長の綿密・周到なご準備・ご努力の賜と心からお慶び申し上げます。

この度，先輩の中には沢山の適任者がおられるにもかかわらず，不肖，私が第16回日本看護研究学会総会会長を命ぜられ，厚顔無恥にもお受けし，今その責任の重大さを改めて痛感致しております。幸い，早川和生先生（近畿大学）および近田敬子先生（京都大学医療技術短期大学部）のお二人に副会長としてご協力を頂いており，事務局一同とも力を合わせて努力する所存でございます。

歴代会長はじめ会員の皆様のご指導とご協力を頂きながら準備を進めたいと考えております。どうぞ，よろしくお願い致します。

さて，第16回日本看護研究学会総会は，平成２年８月４日(土)，８月５日(日)，京都に於て開催する予定に致しております。本学会では，メインテーマを「看護診断」と致しました。看護診断について，看護でいまだコンセンサスが得られていないこともあって，時期尚早との意見もありましたが，看護診断は看護の体系の中で主要な位置を占めるものであり，そのリストは看護実践の範囲を明確に提示するものですので看護研究学会と致しましては何よりもまず取り組まなければならない大きなテーマと考えました。そして，看護診断のできる看護者を得るには，４年制大学の教育が必要と考えられます。そこで，シンポジウムⅠでは，４年制大学の必要性について，シンポジウムⅡでは看護診断が教育と臨床の場にどう影響を与え，またどう取り組むかと言う点を明らかにして行きたいと思います。また，外人招聘講演はメインテーマである「看護診断」に関連のある方を交渉中です。特別講演は，看護関係以外の分野の方にお願いする予定です。また，会長講演は，地方会のことに関連してお話する予定です。

これまでＣ地区では，世話人代表の早川和先生を中心に世話人によって独自の地方会活動を実施して参りました。この間に会員が力を持ち寄って，手作りで学会活動を行う協力体制を培って来ました。本学会もこうしたＣ地区地方会があってこそ実現できるものと考えております。

今後，学会プログラムについては，会誌の会告でご連絡申し上げます。どうぞ，会員の皆様の多数のご参加を賜りたく，Ｃ地区一同心よりお待ち申しております。

学 会 印 象 記

厚生省看護研修研究センター 伊 藤 暁 子

内海会長のもと，第15回日本看護研究学会が盛会裡に開催された。年毎に発展する本学会の躍進振りを改めて印象づけられる学会であった。

学会全体の流れとしてまず感じた事は，学際的な看護学への志向が急濃いということである。このことは会長講演が「学際的な看護学の確立—真の学際の意味するもの」とするテーマからも推測できるように，内海会長のお考えが反映しているのであろう。看護学の確立は，他の学問との共同によって実現しうることを示唆された会長の講演は，会長の深い識見を披瀝する格調の高いものであった。免角・他の学問分野の研究者の発言を封じたり排除したりする傾向のある視野狭窄的な一部の看護関係者に対し警鐘を鳴らした講演ともいえよう。バライティに富む内海会長のご生活を垣間見み心暖まる思いで拝聴した。

8つの教育講演は，正の本学会の学際志向という特徴を具体化した典型的な企画と思われかねてから注目していた。看護学と他の学問分野からの講師が，それぞれのテーマについて薀蓄を傾けての話が期待され，どの講演を選ぶか迷った末，結局，芳賀先生の「言語研究と看護学」と松岡先生の「人間工学研究と看護学」をきかせていただくこととした。

芳賀先生のご講演では，看護の場のコミュニケーションに日頃から関心をいだいていたので先生の医療の場の対話を中心としたお話から幾つかの重要な示唆をいただいた。松岡先生のご講演は，多様な研究のデータを提示されつつ，独創的で論理性に裏打ちされた誠に説得力のある内容であった。看護管理に関する研究の方向性を示すと共に経験とか直観のような掴みどころのない基準だけで看護学研究をしがちな私共への鋭い警告をも含むと私は受けとめさせていただいた。たまたまきくことができた教育講演は，いずれも看護学への限りない可能性を感じさせる意義深いものであったので大変勇気づけられた。しかし同じ時間帯にも是非参加したい教育講演があったものの身一つではこれもかなわず如何にも心残りである。

今年の奨学会研究報告は，千葉大学看護学部川口孝泰氏による「患者のテリトリー・プライバシー意識に関する研究－病床周辺を中心として－」であった。この研究の基礎概念については，既に学会誌で述べられていたので，以前から注目していたが，予想通りユニークで重厚な興味ある内容であった。川口氏の研究を始め，看護学と他の学問の知識を合体させた貴重な学際的研究が若い人達により数多く探究されることを願ってやまない。

一般演題数は174にのぼり，会長の意図にもあるように看護のあらゆるジャンルに及ぶ発表であった。会場の都合で全てをきくことは不可能であるが，私が参加した会場では，活発な質疑が出され，参加者の真摯な姿勢がうかがえた。

あらかじめ参加すべき会場と時間帯を計画しても廊下トンビのように各会場を動き廻らなければ関心のある発表がきけない苦労があるのは例年通りで，これもこの学会の盛況を物語る一つの特徴なのかもしれない，唯，中には研究手法や論理性にまだまだ問題がある発表が見受けられたのが気になるところである。

今年のシンポジウムは，第9回学会で取りあげられた看護継続教育における諸問題を再び討議するもので私自身もスピーカーとして参加した。病院や看護協会が実施している教育の実情紹介と調査により得た院内教育のデータなどが提示されたが前回より6年経過した今日にいたっても依然，継続教育の課題は山積みであることがわかった。特に背景の異なるさまざまな人達を対象とした教育の具体的な方法に質問がなされ実践面での悩みの大きさがうかがえた。シンポジウムからも幾許かの示唆が得られたが，特定の施設の実態報告の羅列であったこともあり，普通化したり思考を拡大できなかったのではないかと気にかかるところである。スピーカーの一人として責任を痛感している。

「およそ看護学ほど学際的研究の可能性の多い領域は他にない」…会長が明白にお出しになったこの発想は，学会のいたるところに脈々と流れていたように思う。かつて本学会誌の巻頭言で学問の何たるかを知らないままに研究者の業績を批判したり，他の学問分野の研究を排除する風潮が，看護学研究の発展を大きく阻んでいると結論づけ他の学問分野への接近を強調したことがある（四大学看護学研究会雑誌，Vol.3，No.3，1981）。今回の学会は，もはやこれが杞憂になったといえるほど自由で開放的で心和む学会であった。会長始め関係者の皆様に心から御礼申しあげる。最後に次なる世代を担う若き人達のますますの活躍を期待すると共に，他の学問を専攻された会員の看護への情熱がほとばしる熱気あふれる学会としてさらに飛躍することを祈ってやまない。

（学会印象記）

変勇をふるって明確な主張を

千葉大学教育学部教授　宇佐美　　寛

主として看護教育関係の一般演題発表を聞いた。そのかぎりでの感想である。

どの発表もつまらなかった。印象がうすかった。「ああ，ありがたいことを知り得た。」という感動を味わい得なかった。

これは，私だけの反応ではないはずである。発表を聞いていた人の多くが，私と同じような受けとり方をしていたと思う。もし，そうでないならば，つまり強い刺激を受け「ありがたい」と思っていたならば，質問や意見がもっと有ったはずである。（実際は，何も発言が無いので，

司会者が質問するということが何度もあった。）

なぜ，これらの発表はそのようにつまらないのか。

本来，研究発表とは，新しい発見・発明を知らせることである。つまり，自分は，今までだれも知らなかった事柄を見つけた，あるいは考え出したので，ひとに知らせたいのである。その逆に，すでに知られていることならば，聴衆を拘束して聞かせる根拠は無い。

だから，研究発表の内容は，新しい発見・発明を主軸にしていなければならない。どこが新しいのかを思い切って強調しなければならない。

発表を聞く人は，その新しい発見・発明をはじめて聞くのである。発表者は，自分の発見・発明なのだから，当然すでによくわかっている。わかっている者がわかっていない者に対して語るのである。すでにわかっている自分の頭を基準にした速さではいけない。それでは聞く方の頭はついていけない。重要な部分に思いきって時間を当てる。そのような部分はしつこく詳しく述べるのである。しかも，十分にゆっくり読み上げるのである。

私が聞いた一般演題発表は，いずれもこのような望ましい理想的状態とは正反対であった。何が最も重要な結論なのかは不明確であった。だから，当然，その研究のどこが新しく独自なのかは，わからない。調査をし数を示し統計的整理をしても，そこから言い得ることにどんな価値があるのかは，不明である。

「こんな当り前の，常識でもわかる変わりばえのしないことを言うために，なぜ，わざわざ調査をするのか。なぜ，やたらに数値を示そうとするのか。」と思う。「調べるべきは，これよりも突っこんだ先のことなのに。」と思う。まるで数値を示せば，研究が「科学的」であることの保証になると思っているようである。

ひとに対してどうしても言いたくてたまらない主張が有るべきなのである。それが無ければ，研究発表は成り立たない。

強い主張だけをむき出しに述べる発表があればいいとさえ思われた。一般に，そのような発表があったとしたら，批判・非難を受けるであろう。主張の証拠を具体的に示せと要求されるであろう。それでいいのである。証拠は，要求に応えて示せばいい。もちろん，その主張に反対する方向での主張をする側も証拠を示さざるを得ない。どちらの主張が勝つかを決めるのは，示された証拠である。

「証拠」とは，この場合，調査（あるいは実験）の結果，得られたデータである。調査は，主張を根拠づけ論争に勝つデータを得るためだと割り切る方が的確である。

研究とは，旧い主張に対する新しい主張の争いを基礎とするものである。争いになり得ないような主張ならば，新しい主張ではない。

調査は，このような新しい主張によってつき動かされていなければならない。つまり，調査に先立って，ある予見が要るのである。「思惑」と言ってもいい。「実態は……ということで

あろう。この予見が正しいということを調査によって示そう。」という思惑で調査するのである。換言すれば，仮説を立てるのである。調査は，この仮説を検証するためのものである。

面白い，有意義な研究は，このように仮説（主張，思惑）が明瞭なものである。思いきって突き出した仮説による研究である。観念が先行した，個性的な，人間くさい研究である。

変勇をもって思い切った主張をしてもらいたい。研究とは，そのように観念的なものであるべきである。この観念が独走していて実証が欠けているならば，学会の場で批判を受けるのだから，それでいい。これと反対に，観念を欠いた，当り前の調査結果を示すだけの研究は，批判しようもない。無難にそのまま通ることになる。矮小で無個性な同じような研究が数多く並ぶことになる。

平成元年度第1回理事会報告

日　時　　平成元年8月25日(金)　　15:00より17:00

場　所　　国立教育会館　506会議室

出席者　　石川，内海，木村，草刈，玄田，木場，佐々木，土屋，成田，野島，早川，松岡，前原，宮崎，村越

欠席者　　伊藤，川上

事務局　　高橋，中嶋

議　題

1．昭和63年度事業報告及び会計報告，監査報告
　－63理事会文書第5号の書面会議を再確認した。

2．平成元年度事業計画について
　－63理事会文書第5号の書面会議を再確認した。

3．平成元年度予算案について
　－63理事会文書第5号の書面会議を再確認した。

4．地区検討委員会（仮称）について
　－総務担当理事より委員会設置について説明あり了承され，平成元年度第1回評議員会に提案する事になった。

5．平成2年度（16回）会長の選出
　－滋賀県立短期大学教授　玄田公子理事を選出した。

6．平成3年度（17回）会長について

－B地区の宮崎和子理事を理事会として推薦することに内定し評議員会に諮ることにした。会長選出規定を将来検討する。

報告事項

1．委員会報告について

1）奨学会委員会－奨学委員長より

a）平成元年度奨学研究について－該当者なし

b）昭和63年度奨学研究発表について

－川口孝泰　－患者のテリトリー・プライバシー意識に関する研究－

千葉大学看護学部

c）平成2年度募集は例年通り。

2）編集委員会－編集委員長より

a）論文の投稿は順調。

b）次会編集委員会迄に編集委員が会員の中より査読適任者を選出し名簿作成後理事会で承認する。英文査読者についても今後検討する。

2．学会員の動向について

－会計担当理事より資料に基づき報告。事務局員の高橋さんを紹介した。

3．その他

1）地方会報告

a）近畿・四国地区地方会

－C地区早川理事より平成元年3月28日神戸市立短期大学に於て森田チエコ実行委員長で行われたと報告。

2）次年度（平成2年度）第16回総会会長玄田理事より報告。

－平成2年8月4日（土曜日），5日（日曜日）京都会館にて行う。

平成元年度第1回評議員会報告

日　時　　平成元年8月25日(金)　　17時より19時まで

場　所　　国立教育会館　504会議室

出席者　　55名　　委任状 36名　　無回答13名

議　題

1．昭和63年度事業報告及び会計報告，監査報告

－事業報告は総務担当理事が資料に基づき報告。

－会計報告は会計担当理事が資料に基づき報告。

－監査報告は会計監査委員が報告。

2．平成元年度事業計画案について－総務担当理事より資料に基づき報告。

3．平成元年度予算案について－会計担当理事より資料に基づき報告。

4．地区検討委員会（仮称）について。

－総務担当理事が委員会設置について説明し了承され，各地区理事1名評議員2名を選出した。

1）各地区理事委員

A地区	川上　澄	B地区	伊藤　暁子
C地区	玄田　公子	D地区	木場　冨喜

2）各地区評議委員

A地区	山田　雯子		大串　靖子
B地区	川野　雅資		富腰由紀子
C地区	近田　敬子		泊　祐子
D地区	大津　ミキ		喜多　泰子

5．平成2年度（第16回）会長の選出について

－会長より理事会に於て，滋賀県立短期大学教授　玄田公子理事を推薦したことを報告。

6．その他

－会長担当理事より総会資料の一部訂正について，次号雑誌に於て訂正するとの報告。

以上の協議を承認された。

報告事項

1．委員会報告について

1）奨学委員会－奨学会委員長より報告。

a）平成元年度奨学会研究について－該当者なし。

b）昭和63年度奨学研究について

川口孝泰　千葉大学看護学部

－患者のテリトリー・プライバシー意識に関する研究－

c）奨学会の見直しについて－検討していく。

2）編集委員会－編集委員長より報告

a）査読委員を選出し査読名簿を作成することを検討する。

b）英文査読者を検討していく。

2．平成2年度（第17回）会長について

－会長より理事会に於て，B地区理事の宮崎和子先生を推薦したことを報告。

3．学会員の動向について－会計担当理事より資料に基づき報告された。

4．その他

a）第16回総会について－玄田次期会長より計画について報告された。

日　時　　平成2年8月4日（土曜日），5日（日曜日）

場　所　　京都会館第二ホール

b）C地区地方会報告－C地区早川理事より報告

平成元年3月28日，神戸市に於て森田チエコ実行委員長により開催した。

第15回日本看護研究学会総会議事録

日　時　　平成元年8月26日　　13:00より

場　所　　国立教育会館

議　長　　日本看護研究学会会長　　内　海　　滉

議　題

1）昭和63年度事業報告及び会計報告，監査報告

1）事業報告

－総務担当理事より事業計画に基づき，第14回日本看護研究学会総会が，土屋尚義会長によって千葉市に於て開催された。年4回の機関誌を発行した。

拍　手　　承　認

2）会計報告

－会計担当理事より資料に基づき，昭和63年度収入，支出報告。

－奨学会担当理事より奨学会の昭和63年度会計について報告された。

－監事より監査報告。

拍　手　　承　認

2．平成元年度事業計画について

－総務担当理事より，資料に基づき事業計画案の説明。

拍　手　　承　認

3．平成元年度予算案について

－会計担当理事より資料に基づき平成元年度収入，支出予算案を説明。

原案通り　　拍　手　　承　認

4．地区検討委員会（仮称）について

－総務担当理事より主旨説明。

地区検討委員会設置　　拍　手　　承　認

5．平成2年度（16回）会長の選出について

－第16回会長に，理事　玄田公子（滋賀県立短期大学教授）

拍　手　承　認

6．その他

報告事項

1．学会員の動向　（報告者　会計担当理事）

63年度会員数		1,112名
内　訳	一　般	844名
	理　事	14名
	評議員	53名
	新入会	200名
	名　誉	1名

2．平成元年度奨学研究について　（報告者　奨学会委員長）

該当者なし。

3．昭和63年度奨学研究の発表について　（報告者　奨学会委員長）

－患者のテレトリー・プライバシー意識に関する研究－　川口孝泰　殿

4．その他

（附）

1．次期会長（平成元年度第16回）　玄田　公子　氏　挨拶

2．昭和63年度奨学研究者表彰

第15回日本看護研究学会総会会務報告

1．会　期：平成元年８月26日(土)，27日(日)

2．場　所：■立教育会館

3．参加者：会員421名　　非会員267名　　学生159名

4．内　容：第15回総会

一般演題	174題（５会場　35群）
奨学会研究報告	1題
シンポジウム	1題
教育講演	8題
会長講演	

5．会計報告

収　入		支　出	
参加費	4,816,000	会場費	4,230,182
本部補助金	300,000	謝金・記念品	365,000
展示・広告	1,494,588	印刷費	418,380
懇親会費	345,000	会議費	133,086
寄　附	686,069	懇親会費	500,158
		食事費	160,900
		人件費	1,319,371
		通信費	148,758
		写真代	198,275
		当日運営費	142,137
		事務費・雑費	25,410
計	7,641,657	計	7,641,657

以上報告します。

平成元年10月１日

第15■日本看護研究学会
会　長　内　海　　滉

事　務　局　便　り

1）下記の方が住所不明です。ご存じの方は事務局までご連絡下さい。

尾　石　仁　志

2）平成元年度会費の納入について

平成元年度も残すところ3カ月となりました。本学会は会員皆様の会費で運営されております。

平成元年度会費未納の方約２００名おります。至急納入して下さい。

平成元年度　一般会費　　5,０００円

役員会費　１０,０００円

郵便振替口座：東京０－３７１３６　日本看護研究学会事務局

送金は郵便振替口座を利用して下さい。

通信欄には**会員番号**を必ずご記入下さい。

お　知　ら　せ

第１５回日本看護研究学会総会会場に，下記の忘れ物がありました。お心当たりの方は第１５回日本看護研究学会総会事務局まで御連絡下さい。

宇佐美　寛　編著「看護教育の方法」　１冊

第１５回日本看護研究学会総会事務局

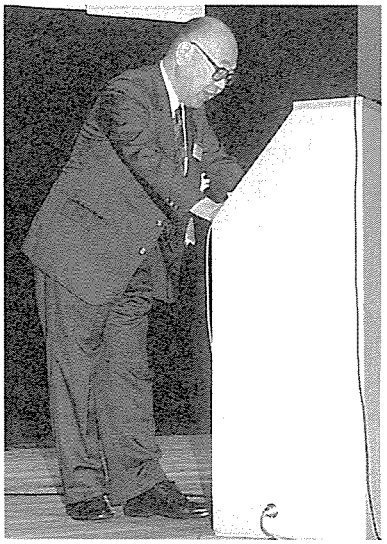
〒 280　千葉市亥鼻１－８－１

千葉大学看護学部看護実践研究指導センター　継続教育研究部

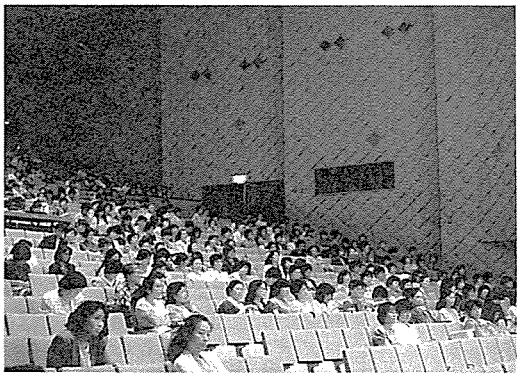
☎　０４７２－２２－７１７１　内線　４１５３

第15回日本看護研究学会総会のスナップ

総 会 議 事



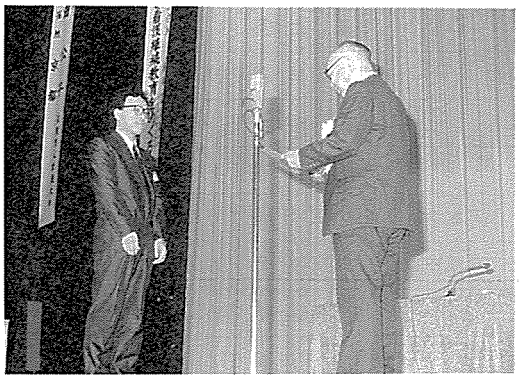
会 長 講 演



熱心に聴き入る参加者

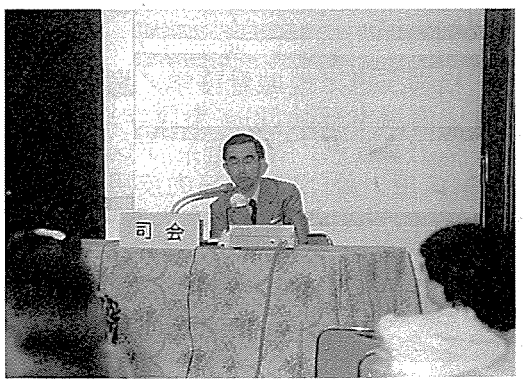
学会会場正面

にぎわう受付ロビー



奨学会研究発表賞状授与

シンポジストの先生方



教育講演の司会をなさる故川上澄先生

真剣なまなざしの会員たち

和やかに懇親会

看護テキスト 全32巻

須河内トモエ　鶴 コトミ　総編集
西尾 篤人　山元 寅男

看護医学概論	土山秀夫 著	82頁	1,500円
解剖学	藤本 淳 編	270頁	3,000円
薬理学・薬剤学	福田健夫／石橋丸應 著	290頁	2,500円
微生物学	小田 紘 著	130頁	1,700円
社会福祉・社会保障	古賀照典 編	240頁	2,500円
衛生法規	内山 裕 著	200頁	1,400円
臨床検査	只野 壽太郎 編	176頁	2,500円
成人看護学総論	河本令子／小中恵子 編	270頁	3,000円
呼吸器疾患患者の看護	宇津典彦／野口房子 編	128頁	1,700円
循環器疾患患者の看護	上田一雄／松岡 緑 編	248頁	2,500円
女性生殖器疾患患者の看護	深川ゆかり 編	272頁	3,000円
歯・口腔外科疾患患者の看護	小西照美 編	100頁	1,700円
小児看護学	壁島あや子/瀬川和子/田中久美子/広重 都 編	490頁	3,800円

続刊

精神衛生・精神疾患／地域看護学／病理学／生化学・栄養学／公衆衛生学／看護学総論(I)／看護学総論(II)／血液,造血器疾患／消化器,内分泌,代謝疾患／脳・神経系,アレルギー,膠原病,感染症疾患／腎・泌尿器系疾患／骨,関節,筋肉疾患／皮膚科疾患／眼科疾患／外科看護総論／母性看護学／老人看護学／耳鼻咽喉科／生理学

メモリーノート　これだけはおぼえてほしい

既刊

看護・薬理学	1,150円	看護・歯科 口腔外科	1,150円
看護・内科学	1,150円	看護学総論	1,150円
看護・解剖学 生理学	1,150円	看護・微生物学	1,350円
看護・小児科	1,350円	看護・病理学・臨床検査	950円
看護・皮膚科	1,150円	看護・眼科	950円
看護・泌尿器科	950円	看護・生化学 栄養学	1,250円
看護・精神科	1,350円	看護・公衆衛生 社会福祉 衛生法規	1,150円

続刊

看護・整形外科／看護・外科／看護・母性看護学
看護・婦人科／看護・耳鼻咽喉科

消費税込の表示がない書籍は，消費税３％が加算されます．

廣川書店
113-91　東京都文京区本郷局私書箱38号　電話03(815)3651

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は，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（含図表）	原稿用紙（４００字詰）
原著	１０頁	約 ４５枚	５枚弱で刷り上り１頁
総説	１０頁	約 ４５枚	といわれている。図表
論壇	２頁	約 ９枚	は大小あるが，１つが
事例報告	３頁	約 １５枚	原稿用紙１枚分以上と
その他	２頁	約 ９枚	考える。

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部を単位とする）

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（各単語の頭文字を大文字とする），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２部を添えて提出のこと。

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
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。

わが国における文字組版は、活字による縦組からはじまった。と
5号あるいは4号活字による4分あき組は、和文縦組におけ
すい代表的な組方として、長くその生命を保ってきた。こ
単純明解な組版ルールは、今なお生きつづけている
の進歩にともなって誕生し、[illegible]組の急激

誠心誠意

印刷・・・

有限会社 正文社

千葉市都町2-5-5 ☎0472(33)2235

仕事であり、日夜異なった多くの体裁が
れにも共通しているのは、目的に合った「読みや
かならない、原稿内容を表現するのにふさわしい書体、
さ、字詰、行間、行どりの指定などとともに、周囲の余白
ン）は「読みやすさ」に大きく影響するものであり、さらに印
る組版ルールに忠実であることが、「読みやすさ」を助けるポイ
トであるとともに、和文組版の場合はとくに字体の混乱などもない

日本看護研究学会雑誌

第12巻 4号

平成元年11月20日 印刷
平成元年12月20日 発行

会員無料配布
会員外有料配布

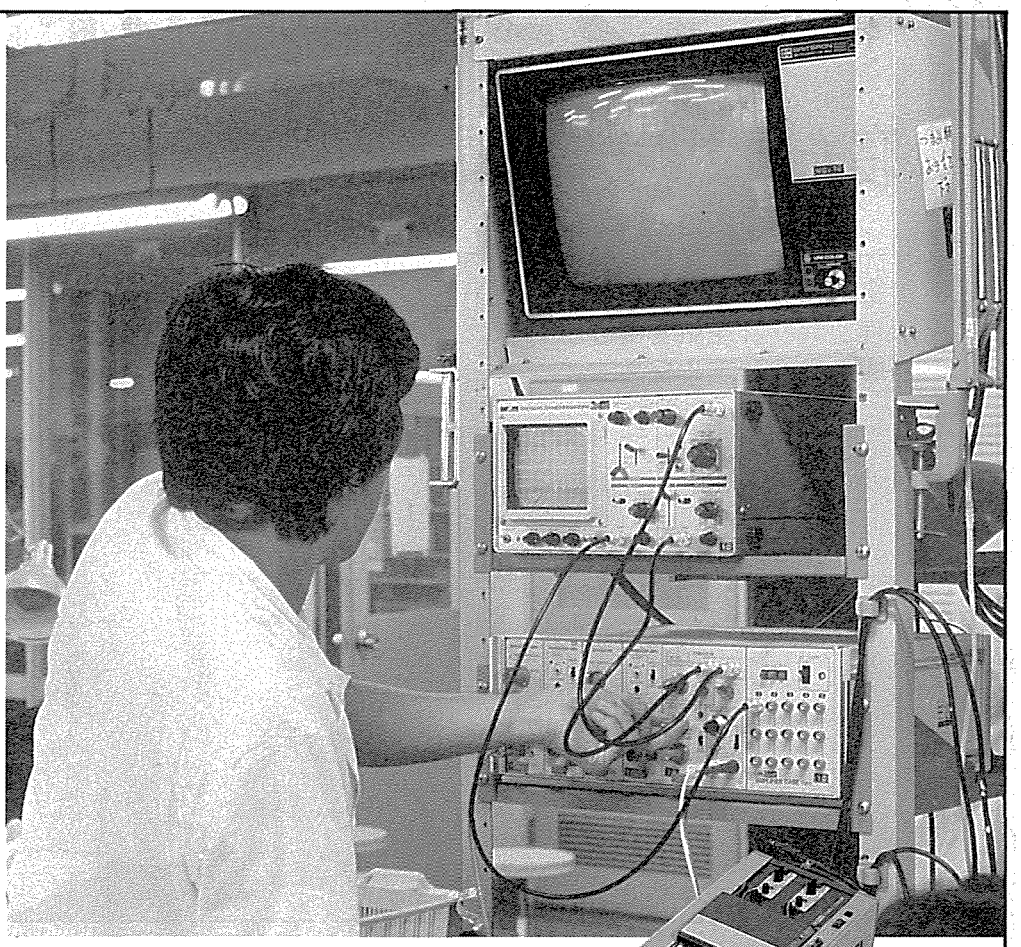
発行所 日本看護研究学会
〒280 千葉市亥鼻 1－8－1
千葉大学看護学部看護実践研究
指導センター内
☎ 0472－22－7171 内4145

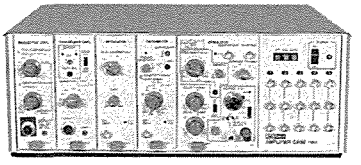
発行責任者 松岡淳夫

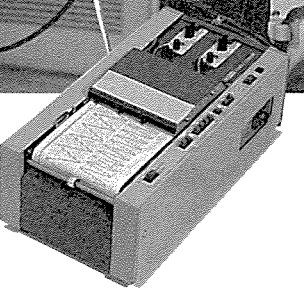
印刷所 （有） 正文社
〒280 千葉市都町 2－5－5
☎0472－33－2235

編集委員
委員長 内海 滉（千葉大学看護学部教授）
草刈 淳子（千葉大学看護学部助教授）
早川 和生（近畿大学医学部公衆衛生学）
成田 栄子（熊本大学教育学部助教授）

目的に合わせて、最適な計測システムを構成！







ポリグラフ 366

多用途・多機能で学生実習や実験研究用として操作を容易にし、さらに経済性に優れたアンプシステムです。専用の増幅・処理・電気刺激のプラグイン式ユニットを用意し、目的に応じたシステムを構成できます。

ハンディコーダ 8K31

大幅な小型・軽量化を実現したインクレスレコーダです。

2チャネルのシャープな波形記録が得られ、価格も445,000円とお求め易い価格になっています。

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㈹

エアー噴気型 特許 サンケンマット®

◇寝たきり病人や看護者に朗報◇

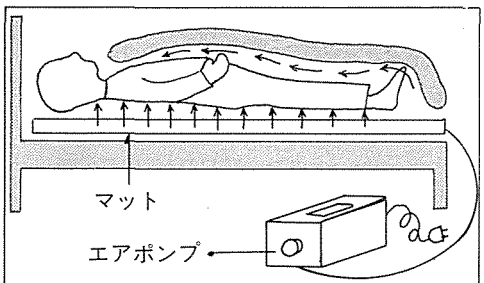
※従来の床ずれ治療器と根本的に
原理が異り、**空気を噴き出し、**
皮膚を乾燥状態に保ちます。

※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。



矢印はマット上の人体にエアーの流出を示す

厚生省日常生活用具適格品 **エアーパット**

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
医理化機器製造元

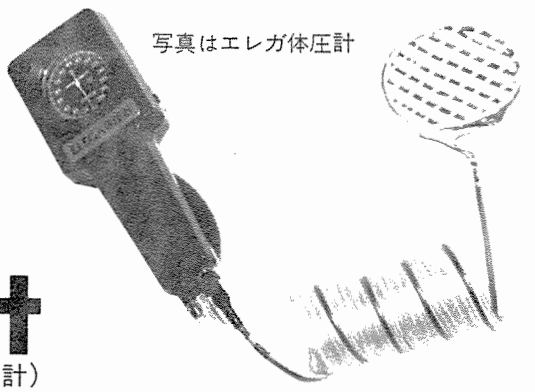
特許　試験管立
三和化研工業株式会社
本社工場　〒581 大阪府八尾市太田新町2丁目41番地
TEL 0729(49)7123㈹・FAX(49)0007

テイゾーの看護用品

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ーを提供します。



写真はエレガ体圧計

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）

●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

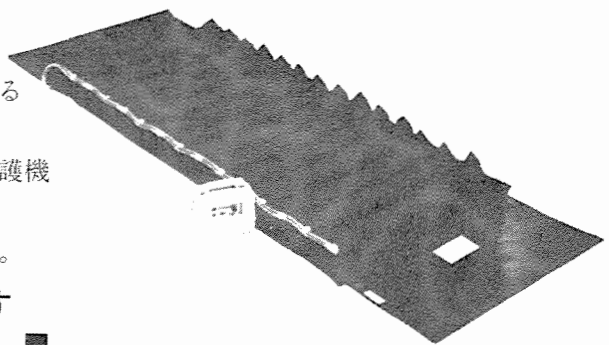
リフパッド

●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㈱　特販部医療具課
〒107 東京都港区赤坂2-5-1　TEL. 03-583-8361