

VOL.13 No.1
平成2年3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. 13 NO. 1

日本看護研究学会

生と死に向き合う看護

自己理解からの出発

鈴木正子

●A5 頁206 図2 1990 定価2,060円 千300

基礎看護技術 第3版

氏家幸子

●B5 頁656 図283 写真124 全頁2色刷り

1990 定価3,399円 千300

治療薬マニュアル

監修=織田敏次・高久史磨

編集=菊池方利・北原光夫・関 顕・松枝 啓

●B6 頁912 1990 定価4,120円 千300

〈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 千300

病める子どもの入院生活と看護

著=June Jolly

訳=鈴木教子

●A5 頁198 図27 1989 定価2,575円 千300

〈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 千200

〈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 寛・原 和弘・輪湖史子

●新書判 頁192 図23 1989 定価1,133円 千300

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102 図100 1989 定価2,575円 千300

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 千300

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 千300

〈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 千300

〈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 千300

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 千300

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 千300

臨床看護研究の進歩 Vol. 1

●B5 頁208 1989 定価2,266円 千300

疾患別在院日数データブック

編集=病院医療評価研究会

●B5横 頁330 図2 1989 定価4,532円 千300

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 千300

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 千300

新版 死の臨床

河野博臣

●A5 頁236 図18 写真5 1989 定価2,575円 千300

筋ジストロフィーは ここまでわかった

班研究20年の歩み

編集=筋ジストロフィー症研究連絡協議会

●A5 頁244 図36 写真38 1990 定価2,987円 千300



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4回公告)

平成2年3月20日

第16回日本看護研究学会総会

会長 玄 ■ 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(771)6051

参 加 費：7,000円 学生 2,000円

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

☎ 0479-22-1435 (内) 276, 277

第 16 回 日本看護研究学会総会

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13

TEL：075-6051

会 長 講 演： 「看護教育 過去・現在・未来」

特 別 講 演： 「伝統を越えて」 狂言役者・演出家 茂 山 千之丞

招 聘 講 演： 「Theory and Research for Clinical Knowledge Development」
Boston College 看護学部教授 Sister Callista Roy

シンポジウムⅠ：

『看護』の目指すものを獲得するために

司会	千葉大学看護学部	草 刈 淳 子
	近畿大学医学部	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	■ 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
	日本赤十字愛知女子暖気大学	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：

懇 親 会：平成 2 年 8 月 4 日（土）18：30～ 京都会館内 都ホテル「ランヂルーム」

会費 5,000 円

展 示 会：看護関係図書、看護用具・機器などの展示を行います。

各委員会、理事会、評議員会、総会

エア－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。

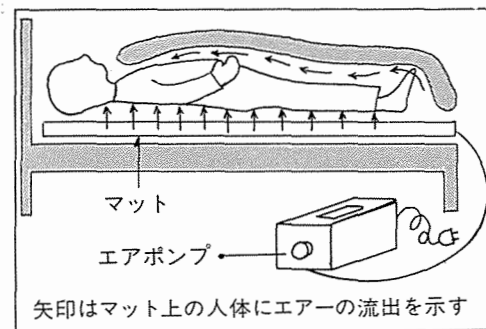


当マットはギャチベッド用

◇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

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(代)・FAX(49)0007



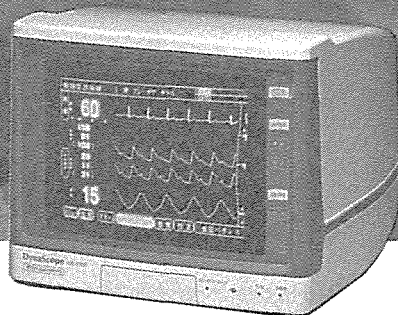
これからのモニタ!

ローカル・エリア・ネットワーク
(院内LAN)

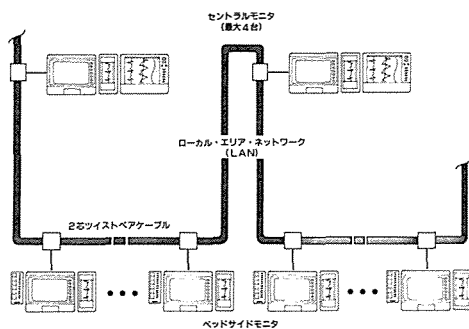
ダイナスコープ3000システム

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はそれ自身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ももちろん将来の増床やシステムの再築ができ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チャンネル、計測値、トレンドグラフを見やすく表示
- 画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)
- 画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



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)

目 次

第15回日本看護研究学会総会演説記事

会長講演

学際的な看護学の確立	9
第15回日本看護研究学会会長 内 海 滉	

教育講演

教育研究と看護学 — 教育学と看護教育 —	21
千葉大学教育学部 宇佐美 寛	
言語研究と看護学 — 医療の場の言語 —	25
筑波大学文芸・言語学系 芳 賀 純	
哲学研究と看護学 — 看護の学はいかにして学たりうるか —	30
徳島大学大学開放実践センター 野 島 良 子	
人格研究と看護学	34
千葉大学文学部 青 木 孝 悦	
人間工学研究と看護学 — 見直されるべき看護技術 —	39
千葉大学看護学部 松 岡 淳 夫	
教育心理学と看護教育 — 看護学生論の学的視座 —	45
神戸市立看護短期大学 森 田 チェコ	
歴史研究と看護学 — 看護歴史研究とその可能性 —	49
京都市立看護短期大学 亀 山 美知子	
症例研究と看護学 — 症例報告と症例研究の異同 —	53
千葉大学看護学部 横 田 碧	

奨学会研究発表要旨

患者のテリトリー及びプライバシーに関する研究	57
— 病床周辺を中心として —	
千葉大学看護学部看護実践研究指導センター	
川 孝 泰	
松 岡 淳 夫	

原 著

前屈位洗髪における貧血患者の脈拍・呼吸・血圧	63
------------------------------	----

北里大学病院	沼 田 華 識
弘前大学教育学部看護学科教室	工 藤 せい子
	津 島 律

体位と腹腔内圧について

—— 腹腔内圧形成と上半身挙上 ——	73
--------------------------	----

岡山大学医学部附属助産婦学校	白 井 喜代子
千葉大学看護学部実践研究指導センター	松 岡 淳 夫

病室におけるテリトリー及びプライバシーに関する検討

—— 多床室における患者の意識調査 ——	82
----------------------------	----

千葉大学看護学部実践研究指導センター	川 ■ 孝 泰
	松 岡 淳 夫

看護業務の検討

—— 受持制徹底を認めるための一試案 ——	95
-----------------------------	----

千葉大学看護学部看護管理	阪 口 禎 男
日本医科大学附属多摩永山病院	岡 野 節 子
	政 次 富美子

事例報告

不適応を示した学生の指導過程の分析

—— HTPテストを活用した学生理解 ——	105
-----------------------------	-----

産業医科大学医療技術短期大学	川 本 利恵子
山■大学医療技術短期大学部	金 山 正 子

CONTENTS

..... Original Paper

Vital Signs of Anemia Patients in Forward Bending

Position for Washing their Hair 63

University of Kitasato, Faculty of University Hospital. : Kaori Numata

Department of Nursing, Science, Faculty of Education

Hirosaki University. : Seiko Kudo

: Ritsu Tsushima

Relation of Intra-Abdominal Pressure and Position of Bed-lying

Formation of Intraabdominal Pressure and lifting up the upper half-body 73

School of Midwife, Okayama University. : Kiyoko Shirai

Center of Education and Research for Nursing Practice, : Atsuo Matsuoka

School of Nursing, Chiba University, (Nursing Administration)

A Study on Territory and Privacy in a Hospital Patients' Room

Study of the Patients' Feeling in Multi-bed Ward 82

Faculty of Nursing, Chiba University : Takayasu Kawaguchi

: Atsuo Matsuoka

A Study of Nursing Services

A tentative Plan to Carry out the Assign Patients System 95

Division of Nursing Management, School of Nursing,

Chiba University

Sadao Sakaguchi

Setuko Okano

Humiko Masatugu

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、造血管疾患／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	1,150円
		社会福祉 衛生法規	

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

廣川書店

消費税込の表示がない書籍は、消費税3%が加算されます。

113-91 東京都文京区本郷局私書箱38号

電話03(815)3651

第 15 回

日 本 看 護 研 究 学 会 総 会

講 演 記 事 (1)

平成元年8月26日・27日

会 長 内 海 滉

於 ■ 立 教 会 館

東京都千代田区霞ヶ関3-2-3

学 際 的 な 看 護 学 の 確 立

— 真の学際の意味するもの —

第15回日本看護研究学会会長

内 海 滉

初めに私を本学会会長に推挙して会長講演の機会を与えて下さいました本学会会員の皆さまに対し心からの感謝を捧げるものであります。私がこの会長講演のテーマであります「学際的看護学」に関して発表を行うことは、私がこの領域に参りまして以来の夢でありました。

この機会を与えて下さいました多くの方々に対しまして心からの御礼を申しあげます。

あわせて本学会に多数の演題をお寄せ下さいました皆さま、第1席の坪屋悦子さんから第176席の村上生美さんまで、そしてまた、お忙しい中をわざわざ本日此処にお集まりになった皆さん方に心からの感謝を捧げるものです。私はただ今座長の労を執って戴いております土屋教授から御紹介戴きました本学会会長の内海です。御紹介戴きましたように昭和30年千葉大学医学部を卒業後1年間のインターンののち、医師国家試験に合格しまして医者になりました。母校の附属病院でインターンをしている頃から興味を覚えた竹内教授の主宰する皮膚科・泌尿器科教室に入局して、皮膚科学・泌尿器科学を研修することが出来ました。

恩師竹内教授は皮膚科学の珍らしく研究領域の広い研究者で、ビタミン学、性病の疫学なども調べておられた関係上、私も学位論文をビタミン学でとらせて戴きました。また、Fulbright Smith-Munt Scholarshipにより米国に留学した折には、そのテーマを性病の疫学でえらぶなど、教室員の頃から既に私も皮膚科学・泌尿器科学・性病学・ビタミン学といういくつかの学問的領域の間をかけ廻らなければならない立場におかれていたわけでありました。学会も皮膚科学会・泌尿器科学会その他にビタミン学会、統計学会、不妊学会、夜尿症の学会にまで演題を出していました。また学生時代から興味を持っていた精神神経学会にも

友人の十束教授や小泉教授の紹介で、こっそり入らせて貰っておりました。アメリカでは大学院留学生として、公衆衛生学部で籍を置き、医学部の授業、理学部の授業、文学部の授業、教育学部の授業、音楽学部の授業、などに出席することが出来ました。私ほど沢山の授業に出て単位を取得した者は今までにはいないと言う話を聴きました。

同様の経験としては千葉大学医学部に入る前、一般教養におりました頃から総合大学の有難さで、園芸・工芸・薬学などの授業を聞くことが出来ました。特に文理学部心理学教室には親しく出入りさせて貰い、当時、盛永教授、塚田教授、望月教授、直接の御管咳に接することが出来ました。当時千葉大学で開催された第11回日本応用心理学会にも学生として出させて戴き、初めて心理学の学会発表の雰囲気を経験することが出来ました。

従って皮膚科に入りましてからもこれらの学問を何とか活用したいと考えていました。前にも述べたように、恩師竹内教授は皮膚科の中でビタミン学や性病学を、しかも、それも臨床を何年間も離れて基礎医学の教室にゆき、徹底的にやると言う生き方だったので、私も大坂や弘前で自分の領域を忘れるほどに専門的にやる態度を教え込まれたわけでありました。心理学や精神医学の知識は当時漸く誕生した精神身体医学すなわち心身医学において活用させ、更に研究を重ねる機会に恵まれたわけでありました。皮膚科医局12年のあと、市川市にあります国立国府台病院の皮膚科医長に就任致しまして、更に心身医学を研究する機会と人脈とに恵まれ、諸先輩・諸先輩より御指導を戴くことが出来ました。

一方、学生時代より趣味で続けた語学のクラブ活動から、留学生の試験に合格させて戴くなど益々やみつ

きになり、語学教師を憧れドイツ語の教科書やラテン語の教科書を作るなどして語学を教える満足感にひたらせて戴きました。アメリカの教育学部でもドイツ語の教育実習などにも出て、pattern practice や oral aural approach など語学教育にも実験研究や調査研究のあることを知りました。千葉大学の看護学校や国立国府台看護専門学校や東京都荏原病院看護専門学校でドイツ語を教えていたことが私のそもそもの看護学との出会いであったわけであります。アメリカでも、公衆衛生学部に来ている看護婦の大学院学生と数多く知り合い、当時、デトロイトで開催された看護の学会に出席し2〜3の演題を2〜3の友人と討議したり、テレビに出てしゃべったりすることも出来ました。千葉大学の杉森教授にもその当日会うことが出来ました。

看護学は私にとって研究の対象とする興味ある学科のひとつとなりました。

看護学校に一歩足を運べば、統計数学の先生あり、生物・物理学の先生あり、国語国文学の先生あり、音楽の先生あり、みんな顔を揃えている、まさに教養の天国でありました。大学の象牙の塔では絶対に経験することのない和気あいあいとした学問平等の世界の雰囲気ひたることが出来るのでありました。これが学問的でないのかと言うと全くその反対で国語の先生も音楽の先生もみなそれぞれ一流の業績をもってその学殖のゆえに看護教育に資するところ大なるものがあることを悟られた次第であります。私は斯界の権威者と看護学校の教室で知り合ったわけです。教務の越川良江先生から薄井教授の著書名を初めて聞いたのもその頃のことであります。千葉康則も読んでみました。千葉氏を知ったのは奇妙な話ですが、薄井教授の批判論文からでありました。

その頃の日本では英語不要論で参議院の平泉わたるが上智大学の渡辺昇一とわたり合っていました。その渡辺昇一が古代日本語の「火」の語源について大野晋と論争を駆け、その大野晋は安国徳太郎を批判していました。

曰く「素人は玄人の field に手を出してはいけない」と言っていました。

私はそれまでの経験から考えて学問に国境のないことを確信し、ただ本格的に勉強しさえすれば玄人に負けない研究者として専門家と互角で闘うことが出来るのであり、逆に言えば、玄人の陥りやすいあやまりに

客観的に気づき、門外漢なるがゆえの大発見をするのであると考えていたので、これらの論争にはむしろ素人の方に声援を送っていたわけであります。

その頃、私が習っていたドイツ語の先生には倉石五郎教授がおりました。倉石先生は工学部を卒業してから文学部に来られ、文法理論や言語学を研究した面白い先生でした。ほかにも工学部から文学部にかわった人には英語の斉藤秀三郎とか国文学の塩田良平、古くは堀内敬三などのいることを知りました。医学では木下杢太郎、森鷗外、ドイツにはさらに数多く Wundt, Helmholtz などいろいろおり、私は、そのもとなる知識が前に学習した領域の知識と融合して更に新らたなる科学を切り開いてゆく処に多大なる魅力を感じました。

すなわち倉石五郎は彼の専門であるドイツ語文章論に工業数学的思考を加え統辞論一般を数量的に把握しようとしたり、斉藤秀三郎は彼の作り出した idiomology に科学的解釈を施すなど、塩田良平も工業化学の御出身で匂いの研究から平安朝の文学においてはいりになられたとか聞いております。

心理学出身の精神医学者や精神医学出身の心理学者、医学出身の歯学者、薬学者、工学者、社会学者など数多くおられそのすべての人々が2つあるいは3つの学歴を重ねて研究に役立たせてゆく姿を大いなる尊敬と驚嘆と羨望のまなざしを以て眺めたわけであります。私共の頃、旧制度の高等学校ではクラスが文科と理科とに分かれておりましたが、そこでは毎年、文転試験と言うものがありました。これは理科に入った者が文科に転科する試験のことで、多くの人が文転をトライしていた時代がありました。私は文科にははいれませんでした、そうした事情から私にとっては文科が手の届かないものと言う憧憬の気持を生涯抱き続けることになったわけです。

そのような状況から、心身医学、言語心理学、生理心理学、計量行動学などに徐々に研究の方向をむけ、千葉大学教育学部に特別教科教員養成課程看護科が生まれた時には大きな夢を抱いてこれに加わって行ったわけでありました。看護課程にやって来た私が最初にやった仕事は日本看護協会の看護教育問題サブ研究班での看護学校入学者に対する調査研究でありました。西も東もわからずに看護教育の世界にとび込んだので当時の前原澄子講師や中島紀恵子講師には種々懇切な

る御指導を戴いたわけでありました。学生の実態調査はその後もうり返し行いましたが、心理テストや入試得点、就学動機などこの時の研究が大変に役立っていると今でも感謝しています。すなわち、看護学の研究の中には大きな部分を占めるもののひとつとしてこのような統計調査の部門があるかと言うことであります。看護学がどうなのか、看護婦がどうなのか、そのカリキュラムはどうか、その教師はどうか、その教師の教育はどうか、これが教育学の重要な課題であります。現在旺にやっておりますことのひとつに教育の効果、影響の調査があります。すなわち、とくに臨床実習の場で、困ったこと、嬉しかったこと、悲しかったこと、興味あることなど、学生に自由に書かせる方式で、長崎大学の草野美根子、独協大学の板橋イク子、熊倉みつ子などが協力しております。これは教育調査学、教育統計学の手法を看護教育のfieldに生かしたものと言えると考えます。また、本日、心理学の部門で発表された佐藤みづ子の「自己評価的意識」竹ノ上ケイ子の「母性性の意識」小池妙子グループの「実習態度意識」などは計量行動学的乃至は計量心理学的操作において意識構造を把握しようとした研究の一端として私の看護研究における最初のテーマから継続する調査手法の発展と言えるものかと思います。

話を戻します。当時の私は皮膚科の臨床以来、皮膚表面を流れる微小循環血流 cutaneous microcirculation に興味を抱いておりました。当時、学生の課外活動として活動しておりましたドイツ文化研究会で顧問教官をやられた脳研の萩原弥郎教授がドイツから持ってこられたものを戴いて皮膚科の患者に使っていたものであります。最初は、Erythema nodosum とかベチェット病の結節などに使ってその鑑別診断のデータを検討しておりましたが、これを看護の実験にも応用しようとしたわけです。皮膚血流の研究は皮膚の真皮浅層並に深層に横たわる毛細血管網の血流を加温して流れた血液の速度を皮膚温の上昇により測定すると言う原理に基づいております。最初は、腕のあげさげとか、衣服の緊張など直接に循環に影響するものを測定しておりましたが、その微妙な変化から各種の生活刺激による身体の影響を観察する目的に適用することが出来ることを発見したわけでありました。

すなわち、松永保子、岡田 静¹⁾は皮膚に風を当ててその影響を皮膚血流により観察しました。大変面白

いことには、風を当てた身体は風を当てた部分以外にも血流の変化が起こることです。また、風が止まったあとでも、その影響は残っていて、それはあたかも池の水面に石を投げた時のような法則的な現象が起こることがわかりました。逆に、身体条件により、その現象は影響を受け、たとえば布団を全身にかぶせた時と全く裸の時とでは血流の風に対する反応曲線にも差のあることがわかりました。図1は風刺激による血流の影響を示したもので、風刺激を60秒から120秒加えておきますと風刺激の当たった部位で皮膚温の下降と共に血流も下がり、逆に、風刺激の止んだ後も反射的に上がるという反応がみられます。図2はその現象を別の部位で調べたもので、風刺激を顔に当てる時には手を指先、腕、足の甲で血流が変化します。それが布団を首までかぶせた場合とかかぶせない場合とでは、血流の変化がかわって来ることが観察されました。図3は風刺激を足に当てた場合であります（勿論、風に当てる部分だけは布団をかぶせないように工夫しているのですが）。これにより、『布団をかぶっている場合の方が、かぶらない場合よりも、風の刺激を強く感ずる』と言う法則を見つけることが出来ました。

更にそのあと、お湯に手を入れた時、足を入れた時、冷水に手を入れた時、足を入れた時などの実験研究を稲見すま子、伊藤 泉、高木三保子らがやってくれました。とくに、市川順子をはじめとする横浜市立大学のグループでは、お湯の中に足を入れる刺激が最初くるぶしから次にふくらはぎを経てももまでつける場合と、いきなりももまでつけて、それからふくらはぎを経てくるぶしに戻るつけかたとでは centripetal centrifugal の差があることを発見しました。また、

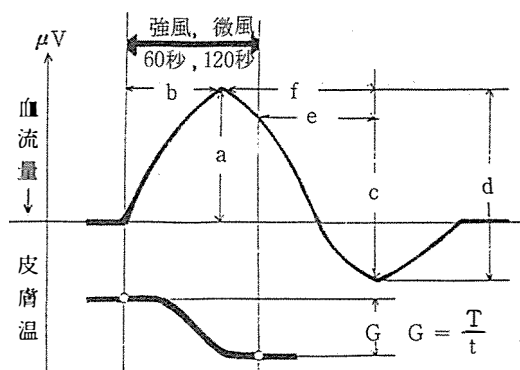


図1 風による皮膚温・皮膚血流の変化

布団と同じ重さの錘りを身体の表面に載せて血流の反応を観察すると、まるで布団をかぶせた場合のように血流が変化するなどの錯覚現象が起こることについても現在検討を重ねております。これは生理学の域をこ

えた心理学の分野での現象として解釈されるため、心理生理学、と言うよりは生理学をメルクマールにした心理学と言う意味で生理心理学的研究と見做しうると考えます。

そのような生理心理学の一環としましてはいろいろの研究がなされました。図4は医学書院の『看護研究』誌²⁾から引用させて戴きましたが、研究の構造を概念枠組で比較したものです。1986年、弘前大学の千葉由起子はいろいろな音響刺激により皮膚血流の変わることを実験しました。単調な音でも、強弱、長短、高低によって血流の変化に法則性があり、それを静かな処に住んでいる看護婦とうるさい処に住んでいる看護婦と比べてみたわけです。看護婦には音に耐える耐性をもっている看護婦とのどかで静かな所で能力を発揮する看護婦がいることがわかりました。日本医大の末田結美は同じく看護婦の被検者にガラス器具がこわれる音や手術場の床に膿盆を叩きつける音などを録音して片方の耳から聞かせ、もう片方の耳から美しい音楽を流してマスキングされることを血流で証明し、日本応用心理学会第54大会にも発表しました。同じく、東大の早川真由美は乳児啼泣音すなわち赤ん坊の泣き声を聞かせて

〈風に風を当てる〉

①	②	③	被験者(編)	人数
↑	↑	↑	4 6	2
↑	↑	↓	13 16 20	3
↑	↑	↓	15	1
↑	↑	↓	14	1
↓	↓	↓	7 9 10 11 18 21	6
↓	↑	↑	1 19	2

①	②	③	被験者(編)	人数
↑	↑	↑	6	1
↑	↑	↓	20	1
↑	↑	↓	14	1
↓	↓	↓	7	1
↓	↑	↑	1 14 11 15 18	5

①	②	③	被験者(編)	人数
↑	↑	↑	6 16 20	3
↑	↑	↓	14	1
↑	↑	↓	15	1
↓	↓	↓	5	1
↓	↑	↑	7	1
↓	↑	↑	1 11 15 19	4

図2 血流量の変化によるタイプ別分類 (No.1)

〈足に風を当てる〉

①	②	③	被験者(編)	人数
↑	↑	↑	20	1
↑	↑	↓	5 16 21	3
↑	↑	↓	2 10 13	3
↓	↓	↓	1 7	2

①	②	③	被験者(編)	人数
↑	↑	↑	14	1
↑	↑	↓	20	1
↑	↑	↓	21	1
↓	↓	↓	2 10 12	3
↓	↑	↑	1 4 7 19	4

①	②	③	被験者(編)	人数
↑	↑	↑	14 19	2
↑	↑	↓	15	1
↓	↓	↓	4 5 7 9 13 20 21	7
↓	↑	↑	10 12	2
↓	↑	↑	1 2 11 16 18	6

図3 血流量の変化によるタイプ別分類 (No.2)

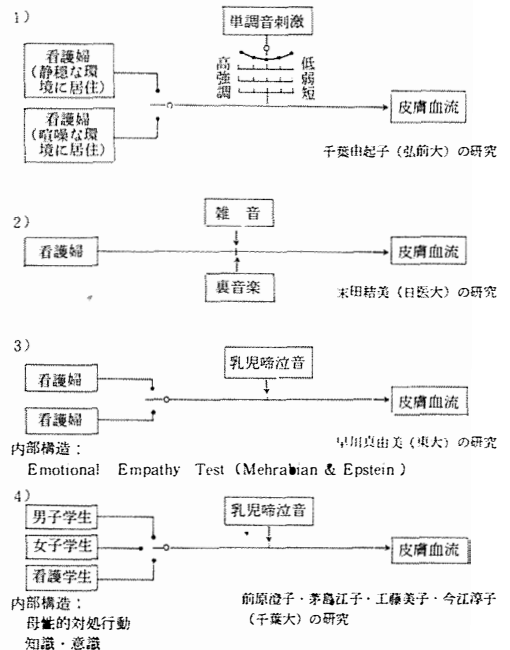


図4 皮膚血流による諸研究の概念枠組の比較²⁾

看護婦と助産婦との違いを比べることが出来ました。Mehrabian-Epsteinのエンパシテストで皮膚の血流がどの程度に心理的影響を受けるものかの妥当性を立証したわけでありです。第28回および第29回日本心身医学会総会で多数の理解者を得ることが出来ました。1987年に行った前原・茅島・工藤らの研究は多少デリケートな研究であります。乳児啼泣音を聞かせる点では早川の研究と同じですが、これを看護学生に聞かせ、更に看護行動が適切にとれるかどうかと血流の変化との相関を検討したものであります。

ひとりひとりの研究者がそれぞれにこうして築きあげた業績をかえりみると、これらの看護領域における研究には本当にいろいろの分野の学術的論理が集積されていると実感されるわけです。生理学的現象に音響心理学が加わり、さらには教育評価まで加わると言う学問のつながり、これを私は学際的研究と呼びたいのであります。学際的 interdisciplinary とはラテン語前置詞 inter「あいだ」と disciplina「学問」「学派」「学閥」が結合した形であります。原義「学問と学問との間」から「学問関係」「学問相互によく相談をして衝突しないようにとりきめること」となります。看護学をうち立てるためには看護学以外のいろいろな学問と手を結ばなければならぬと言うわけで、すでに第13回本学会総会で会長前原澄子博士の会長講演のテーマにも取り上げられたものであります。今なにゆえに再び学際という声も耳にしましたが、学際の問題は絶えずくり返すべき重要な問題と考えたからであります。今春わが日本看護研究学会の近畿四国地方会が開催されたおり会長の森田チエコ教授や物理学者平田雅子教授によっても大きく啓発された処でありました。

Max Planck が言うように：

“ Alle Wissenschaften entstehen, aus denen der Zwischengebieten. ”

「あらゆる学問はそれらの境界領域から発生する」と言う言葉から作り上げられた概念であります。私も看護学の構築と発展のためにはこの考えが絶対に不可欠なものであると久しく主張しているものであります。

ここで少しく看護学の概念に触れさせて置きます。私は看護学も、医学や工学や農学と同じように、大学の学部を命名するための名称と考えております。医学でいうならば、その中に、内科学、外科学、耳鼻科学というように、いろいろな領域の科がわかれており、

これがすなわち科学の特徴なのであります。工学でいうならば、建築工学、土木工学、造船工学、農学でも同じですが、私が言いたいのは、単独の「医学」とか「工学」とか「農学」という名称の学問は存在しないと言うことであります。いまい少しつこく言うならば、純粋な「内科学」や純粋な「外科学」は存在せず、それらが対象としている材料がそれらの診療の場で獲得されるにせよ、その方法の本質はあるいは病理学であり、あるいは薬理学であり、あるいは細菌学であるということになるわけでありです。この考えは私が学生の頃、細菌学の川喜田愛郎先生からおききしたものです。当時医学生であった私にとっては先生の言葉は我田引水くらいにしか思わなかったのを今にして反省しておる次第です。同様に、工学部や農学部においても、その方法の本質は数学は物理学や化学であるということになるかと考えます。これは学の本質的な定義の上で当然のことでもあらうかと思ひます。すなわち、応用の学は純粋の学の基盤の上に成立し、その基盤が十分にカヴァーし切れていない境界領域に力を注ぐほど新らたなる法則性の発見があり、理論体系がより緻密に完璧に構築されることになるということになるわけでありです。その意味で看護学を志す者は基礎的諸科学とその方法にすべからく目を向けるべきと確信します。錚々たる看護学者の中には、学際は看護学構築の途上でのみ必要であっても、やがて看護学完成のあかつきには看護独自の学が拓（ひら）け、その時には学際など無用のものであるとするご主張ももうけたまわっております。しかしながら、内科学が完成した後も、外科学が完成した後も（そもそも学間に“完成”はないと思うのですが）細菌学的内科学の研究は続いており、病理学的外科学の研究は続いており、蓋々内科外科教室の若い研究者を病理や細菌に派遣しているようですので、看護学も学際的な研究は発展の途上だなどとは断言らずにいつまでも続けて貰いたいものだと思うわけである。そうすれば、その逆に、相手のfieldでも研究生をどしどし送って来るし、当方の大学院の卒業生も大いに迎え入れられることになるかと考えます。

従来、ややもすれば看護の領域はその豊富な資料ゆえに種々の専門分野からの研究テーマが乱立し、しかもそれらは何一つ看護にもたらすことなく他処の専門領域の学問的知見にのみ貢献することが少なくなかつ

たわけであります。なにゆえにこのようなことが起こるのか。私は看護学が諸学に貢献し、かつ諸学が看護学の基盤となる鍵はかかって看護学の学際への取り組み方にあると考えます。すなわち従来のいわゆる“学際的研究”では看護側がその学問の内容方法を知ることなくただただ研究の場を提供するに過ぎないか、あるいは研究者を“外注”し、巧（うま）く研究の成果があがればその利益を共有しようとするいわゆる集学的な態度で他学の研究者の行うにまかせ、あるいは命令し、管理していたことにあったのではなかったかと感じられるわけであります。診療や実務には集学は効果を発揮しますが集学は真の学際的研究ではありません。

私のはじめて皮膚科臨床で心理学の研究を行った頃、今の言葉で言うならば心身医学なのですが、現在ほど普及しておらず、現在ほどその必要性も認められていなかった頃のことでしたので、医局の先輩たちからはうさん臭い目で見られ、特殊な患者のみ廻され誰にも理解しては貰えなかったことがありました。幸い主任教授は臨床を犠牲にしてまで基礎医学に熱中する研究者であったため、主任教授だけは私はバックアップしてくれて、シンポジストとして学会に送り込んでくれたり、留学の便宜を図ってくれたりして戴きましたが、ドイツの Siegfried Borelli も歎くように「即物主義の支配的な皮膚科学の領域で余にも豊富な臨床例を前にして皮膚科の心身医学者はまず皮膚科の医師たちの意識を乗り越えなければならない」と言っております。

同様のことは心理学の先生方との出会いにおいても経験しました。今日このように心理学の先生方を教育講演などにお呼びし、幸運な学会をもつに到るなど夢想だに出来なかったことでありました。数多くの基礎の学者は私たちのことを「お医者さん」と呼んでおりました。そのニュアンスの中には、あまり基礎の科学にはなじめない、いくら勉強しても基礎の学問が頭にはいらない、結局は臨床の利益に潰されて了う人とても言ったニュアンスが感じられたものです。「このテストをやっておいて下さい」「この本は、読めたら、読んで下さい」「データはこちらでまとめますから」など、結局われわれには研究の能力がないような感じ…断わっておりますが、本日この総会で教育講演をお願いしました私の教養学部以来の親友芳賀 純先生や青

木孝悦先生にはそのようなことは一度もありませんでしたので念の為つけ加えておきます（会場笑声）のみならずこのおふたかたが親身になって私を初歩の入門から順序だてて導いてくれたお蔭で私の学際性がはぐくまれたものと考えます。精神科にはもっと気むずかしい先生がおられて「心身医学？そんなものが学問ですか」「皮膚科の医者に出来るんですか」のようなおことばを戴いたこともありました。おそらく専門研究者の中には別の領域の人間が、自分の専門に立ち入って来るのに戸惑いを感じるのかも知れません。こちらに手を触れさせなかったり、齒が立たないような難解な理論で煙に巻くというように、学際的研究には非情な苦痛と困難を伴うものであります。現在でも「看護学がわかるんですか？」「心理学がわかるんですか？」と質問されることがあり、私はこの言葉を学際をやる者の受難として耐えることにしているわけです。学際的に研究をする為には、相手の field をまず学ばねばなりません。最初はどの field でも大歓迎で迎えてくれるわけですが、次第にこちらが乗り気になって、その知識を他人に教えたり、教科書を書いたり、その学科の名前で講義を始めたりすると「他の領域の人にはわれわれの苦悩がわからない」とか「自分の学問をやりながら、他の領域の学問など出来る筈がない」などと非難を受けることになるわけです。

しかしながら、私はあえて主張したい。学際的研究は決して片方の領域からおそろおそろ他領域の研究手法に手を出すのではなく、正面から、こちらの領域も、相手の領域も…というよりは2つの双方の領域共に正々堂々と初歩から入門して専門的に学ぶことでなければならぬと考えとおる次第であります。その意味では、さきほど申しあげました心理学的な調査研究では「自己評価の意識」にしましても、「職業的同一性」あるいは「HTP 描画テスト」にしましても発表者はみずから専門の研究に入門されておるようで甚だ結構なことを考えます。熊本大学の花田氏などは今一度専門の勉学を重ねるべく心理学の大学院に入学され、また、産業医大の川本氏は心理学の大学を卒業した後も大学院で学位をとらえておるやに伺っております。今■教育講演を戴きました森田教授も看護学を卒えてから心理学を専攻なされまさに学際戦士といえるものと考えます。2つの領域を専門的に学ぶためには両者共、大学院のレベルまで勉学を重ねねばならないと考えま

すが、しかもそれは学際的な立場から見る時、出来る限り異なる学部大学院に学ぶ必要があるのではないかと考えるものです。

しかしながら、私の申しますことは何も学歴を意味しているわけではありません。研究の程度を意味するものとお考え戴きたく思います。看護婦の中にすぐれた研究者が数えきれないほど多くおられますが、またその学歴の種類も教えきれないほど種々あり、決して画一的でない所にその特徴があると考えられるわけがあります。大学を卒業した准看護婦もいれば、中学卒の看護婦もおります。それらのすべてが本当によき研究者でありうるのであります。今回の学会において在学中の学生に対しても特に資格制限をしなかったことは看護婦の学歴が多種であり、研究者の能力が学歴ではおしはかれなかったからであります。

すなわち、研究に学歴の差別があってはなりません。研究はあく迄その人の学問に取組む姿勢で評価されるべきであり、とくにこのことは学際研究の面では強調されねばならない点であると考えます。

今ここで話題をかえて私たちが夙に続けて参りました言語の研究について少しくふれたいと思います。

私は高等学校（旧制）に在学していた頃からとくに英語、ドイツ語という語学にあこがれをもち、ドイツ語は常木 実、英語は佐山栄太郎などなどの面白い先生に恵まれました。大学の一般教授ではドイツ語研究会いわゆる独研を作り、ドイツ語だけの合宿をやったり、ESS では英語で debate や speech を楽しんだりしていたものでありました。医学部では細菌学の安村さんや薬理学の小林教授などに恵まれ、ギリシャ語やラテン語、フランス語のマニアだったわけですが、学部4年の頃から知識を一貫させる何か学問がなければ雑駁なる知識に終わると考えたわけであります。そこで、学生発表会の時に文理学部の田中康一教授や鈴木重威教授の御指導ではじめて言語学的にまとめた発表をしたのが最初であります。ロシア語の完了態と不完了態の比較からフランス語の時制の構造と語尾の形式のアナロジーを調べ zweite Perfektivierung 第2完了態形成なる言葉を拵えたものであります。これによってただ単に語学マニアの遊びではなく学問的な法則性を求めている姿勢を主張したかったわけです。残念乍皮膚科泌尿器科では言語の研究は出来ませんでした、同じ皮膚科医の中に前述の木下奎太郎や大矢全節、賀

川哲夫などの高名な詩人やレキシコロジストのいることがわかり勇気づけられたわけでした。さらに倉石五郎、妹尾泰然、尾田幸雄らが現われる及びドイツ語の辞書を書き、ラテン語の教科書を作り、私の人生も西千葉に向って大きく転回して行ったわけであります。

国立国府台病院皮膚科外来において私は3分間診療をしていました。これは望むと望まざるとらかかわらず3分間にならざる得ないのであります。1日の外来患者が100人以上も来て2人の医者でやってのけるためにはどうしても時間の制約があるわけです。いきおい、医者との出会いの3分間がきわめて重要な役割を果たすことに気づいたわけであります。医師と患者との言語行動が患者の治療の姿勢を決定的に左右することに気づいたわけであります。さらに奇妙なことに複数の医者に対し複数の患者の組み合わせに槽性があることを発見したわけであります。看護婦は巧くしたもので、そのことをもう久しく以前から気づいており（会場笑声）なかば自動的にそれを振り回していたのでありますが、しつこく質問する患者とそれをうるさがる医者との組み合わせはマイナスであります、しつこく注意する医者に対して薬だけを要求する患者の組み合わせも絶望的であります。やはり、よい組み合わせはしつこい患者にはしつこい医者、急ぎの患者には急ぎの医者がよいのか、これを数量化しようとして、こっそりとプロセスレコードをとってみました。第41回日本応用心理学会総会および第15回日本心身医学会総会において発表しました。時あたかも保健婦雑誌にて保健婦の面接がプロセスレコードで分析されていたので千葉大学教育学部特別教科看護教員養成課程の第1回の卒業論文のテーマにもこれをえらび有海哲³⁾は「言語計量の角度からみた看護面接場面の分析」を看護情報工学としてまとめることが出来ました。看護情報工学、これも私はひとつの学際的領域としてその entity を認めるものであります。

図5は、ひとりの看護婦がひとりの患者としゃべっている場合であります、横軸には1回1回の発言を並べたもので縦軸はその発言の時間的な長さをとりました。したがって短かい挨拶、長時間の話などがわかるわけです。図6は、それを全く違った角度から書いたもので、すなわち言語速度＝言語量／発言時間で、これはそれぞれの発言のコトバの数を所要時間で割ったものであります。カーブの低いところは遅くしゃべっ

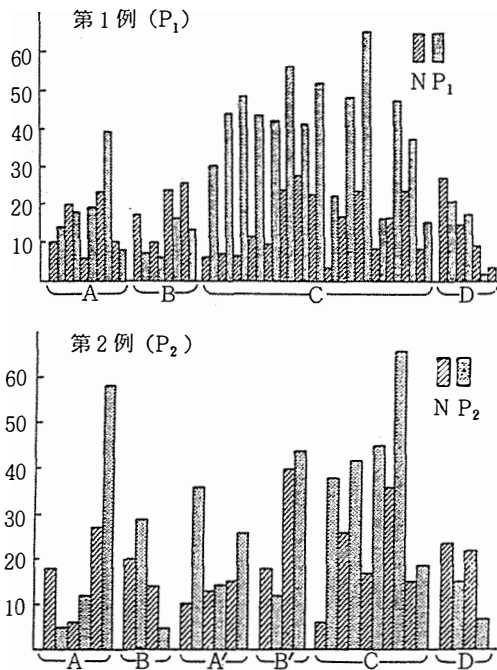


図5 話題の時間量経過 (時間)

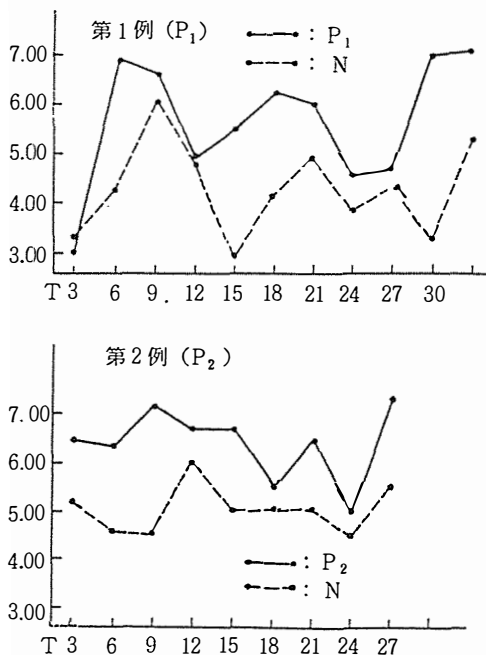


図6 言語速度 $\left[= \frac{\text{単位言語量}}{\text{発言時間}} \right]$ の経過

ていますが、カーブの高いところは早口でしゃべっているわけです。興奮すると速くしゃべるようで、この図でみると大体3回位興奮している姿がみられます。面白いことに患者が早口でしゃべり始めると看護婦も早口となりお互いに早口をきそい合うようになります。この波が患者の波と一致している、と言うか、この波が看護婦と一致しているのかも知れません。これはどちらが先かについても面白い問題であると思いますが、そこで相互速度比として患者の速度を看護婦の速度で割った値を出してみました。すなわち「相互速度比一定の法則」や「相互速度比増加の法則」というものを考えました。これらのことは言語心理学の教科書にも載せて貰えたので詳しくはそちらの方をご参照戴きたくと思いますが、ひと言つけ加えれば、医療に関する話の時には、スピードが速くなるのは若い看護婦で、遅くなるのは熟年の看護婦であることが調べられています。どちらがよい事か皆さんでも考えてみて下さい。

図7は、看護婦と患者が話をしている際に質問が何回出たかを算えたものです。大体20分ほど話をしまして第1例と第2例のそれぞれにN₁、N₂という2人の看護婦がそれぞれ2回ずつ面接したものをグラフにしました。線上の点のひとつがひとつの質問に当たります。図8では質問の現われる速度を患者と看護婦とで比べてみました。ここでも同様に2人の相互作用がみられております。これらは小笠原智恵子との共同研究⁴⁾ですが更に面白いことに質問には3つのパターンがあり、応答にも3つのパターンがあり(表1)、これがリズムカルに混合されているときにスムーズな面接が行われるように思われました。

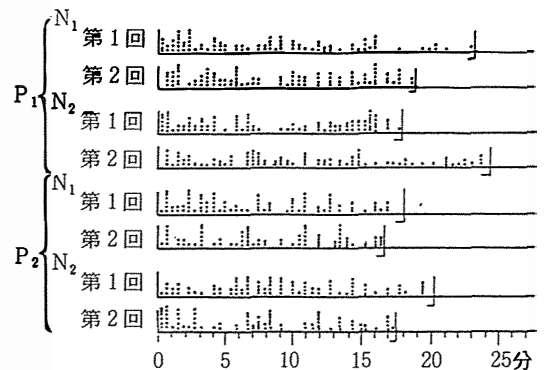


図7 単位時間における発問数

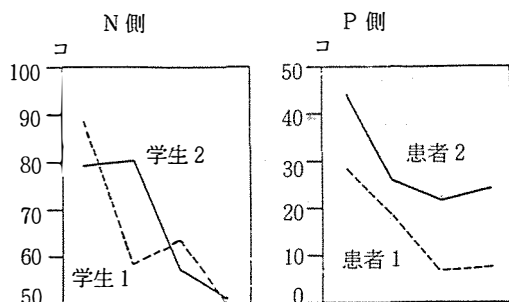


図8 面接経過における発問の変化

表1

質問の分類

- I型：未確認の情報を獲得する質問。その回答により確かに情報が増加する性質のもの。
- II型：すでに得ている情報に対して確認する質問。その回答により情報の増加がみられない性質のもの。
- III型：平叙文ではあるが、尻上がりの調子で情報を獲得するというよりは会話に相手をひきこむことを目的とする性質のもの。

応答の分類

- A型：質問の内容に対し、確実な応答の内容であるもの。
- B型：質問の内容に対し、応答の内容が多少ずれているもの。
- C型：質問されたことに対し、その内容は理解していないが、何らかの応答の意図を示す言動のみられるもの。

これらのことから考えて言語というものには実際に情報としての意味内容を伝える目的も勿論ありますが、場合によっては、うなずいたり、ほほえみかけたり、目くばせしたりするようないわゆる非言語的なコミュニケーションと同様の役割を果たしているのではあるまいかと考えるに到ったわけでありす。すなわち情報能率の研究とはうちはらに、とくに看護言語学的には無駄な言葉や無駄な話が一種のムードづくりとして、また友好の雰囲気醸し出すためになくてはならない技巧というようにも考えられるわけでありす。私はこれを、言語的非言語あるいは非言語的言語、すなわち従来の非言語的コミュニケーションの研究はすべて

言語ではないコミュニケーションのしかたを対象にして来たわけですが、まさに言語の中にもそのわずかのイントネーションやエロキューションを変えることによってひき起される非言語的效果があることを確信するに到りました。教育講演において戴いた筑波大学教授の芳賀先生は大学時代 ESS などと共に英語の勉強をした仲でしたが、私を語学から言語心理学へと導びき下さいました。この席をかりて感謝を捧げるものであります。先生は更にこの非言語的效果に比喩的言語行動の観察を勧められておられましたことを今後の宿題と考えとおります。図9は少しややこしい考え方なのですが鍵野清子との仕事(1980)⁵⁾であります。

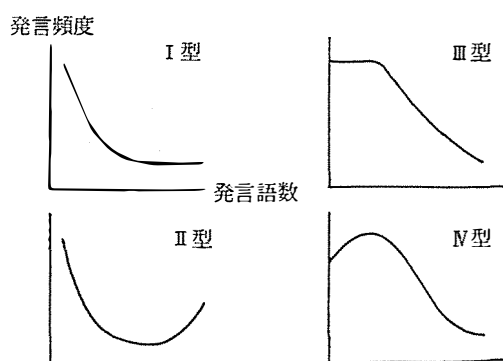
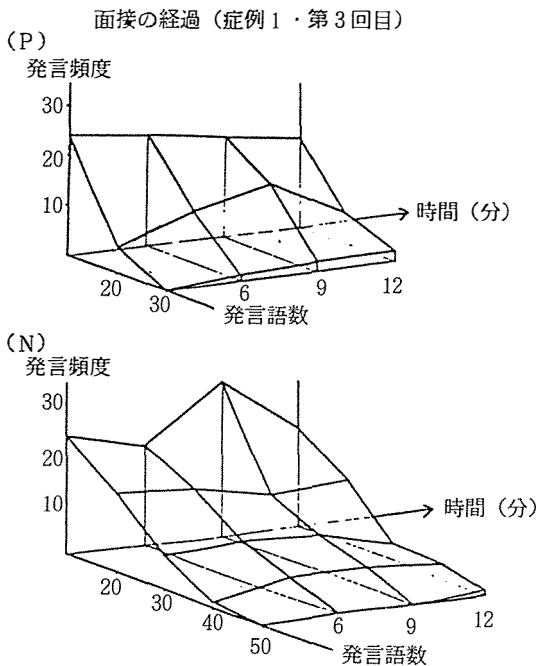


図9 発言語数分布曲線の分類(小■による)

すなわちある単位時間における発言のすべての文章の長さを計測してそれを長いものの順序で並べたカーブなのであります。本学会でも、昨日加賀谷郁子が出しました。すでに精神医学の領域ではイギリスの Stirling や日医大の小■良彦氏の試みですがそれを看護の場面にも適用したわけす。図に示すようなカーブに従って比較的長い文章の多い人や短い文章ばかりを発する人などをわけて会話のやりとりから診断するわけす。この要素をとり入れて面接場面を眺める時、患者側および看護者側に3次元の立体構造が描けることになり、図形によって面接状況を叙述しようとした(図10)。その他、発言の文章を1人称2人称3人称を算えるなどアメリカの Sanford の研究に従ってみました。こうなると完全に発言の内容ではなく発言のムードの研究になるわけでありす。

今回のこの総会におきましても私共の処から言語に関する発表を2~3行い、宗像先生を座長にお願いし



■10 発言語数分布曲線の立体模型

て種々御高評を受けることが出来ました。すなわち、加賀谷郁子はいま上に述べた鍵野の研究を更に分割語数を変えることによってより劇然とするのではないかとこの発想から調査を続けております。国立国語研究所のデータなどにより更に明確に法則化することが出来ました。柴■弘子も同様の発想を情報の授受に向けそのカーブを曲線回帰する関数を求めています。指数関数や対数関数によってこの曲線が客観的に表現されれば更にこの解析は発展すると考えるものです。そのためにはどうしても曲線回帰の理論を時系列の方から学ばねばならない所と考えます。

山本勝則と行った共同研究もここ数年にわたって沈黙時間の法則性を追求して来ましたが、従来の情報工学や相談心理学ではみられない新らたなる角度からの解釈を応用心理学会などにもたらし、カウンセリング技法において特殊な効果の特徴づけているこの沈黙の現象を量的に処理し、新らたなる解析が可能となれば、新らたなる学の構築が見られるものと確信します。麻酔科の水口教授の指導を受けた吾郷久恵や■性大学院を卒えた森 恵美、いずれも疼痛の言語的表現からみた現象の把握を試み、心身医学的にも、言語科学的に

も、行動計量学的にも新らたなる学際的領域の拡大を考えております。当日御発言戴きました■勉教授にも心からの感謝を申し上げるものです。その中に心理学あり音声学あり言語学あり方言学あり、そして生理学・麻酔学・臨床の様々の医学の横たわり、何よりもそのすべてを包括する成人看護学や■性看護学があるものと確信します。

それでは、次に、（今回この総会において私共の処から発表しました）皮膚血流について学際的な立場からその概念枠組を少しく検討してゆきたいと思ひます。本学会総会では幸い皮膚■流の研究を8演題出すことが出来ました。■長の労を戴きました諸先生には深く感謝するものです。佐藤愛紀子、藤井玲子とこれに大阪の成■照子の仕事も含まれているのですが、洗髪行為を受ける被検者の血流、洗濯ばさみによる疼痛時の血流、いずれも単純そのものの実験ですが、従来医学の分野では見落されている要■に心理学が極めて重要な意味を有することを立証しようとした学際的な看護学の実験と考えます。佐藤の場合には洗髪の場合には洗髪そのものよりも湯の温度、実験時の疲労感、洗髪者との人間関係、藤井の場合には疼痛刺激時に同時に負荷した暗算行為、空腹感、温度感、性周期など種々の学習を要する諸科学にまたがる問題を含んでおるわけであります。三上貴代らは臥床持続刺激、渡辺笑子はストッキングによる圧迫、張替直美は下肢移動、稲見すま子・市川順子らは温度刺激、船倉厚子は光刺激ときわめて基礎的な単純な刺激を加えることによる皮膚血流の変化をきめこまかく徹底的に観察してむすびつけて行ったことは今後看護の基礎学である心理生理学的あるいは生理心理学的に貴重な資料となることを確信します。

われわれは“学際的”と言うとき、その功をあせるの余り、いきなり目的と利益とを意識した実用的な現象に目をむけたがちなのですが、他領域との出会いに当っては慎重に初歩から一步步歩を進めてゆくことが望ましいと思ふわけであります。音楽心理学などではベートーベンの刺激、モーツァルトの刺激などを対象として包括的に理解しようとしておりますが私はまず単純なる単調音の刺激が基礎となりその上の和音や旋律が構成されていると考えておるわけであります。

音楽刺激、文学刺激と並んで映画刺激も単純化されない刺激に属するものと考えます。すなわち刺激的な

映画を見せることによってどの程度に刺激を受けたのかを調べることになりますが、このような複雑な刺激においては具体的な測定値が得られないことが多く、また、ひとつの尺度では表わせない場合が屢々あり、そのようなときには多変量解析が定番となるわけがあります。多変量解析、因子分析に関しましては、本総会に教育講演をして戴いた千葉大学文学部教授青木孝悦博士からひとかたならぬお世話になりました。先生とは、私が半陰陽を研究していた医局員の時からつき合いです。総合大学の利点である学部間の交流の結果多くのブレーンに恵まれました。また、私は課外活動において千葉大学合唱団にはいついた関係で、現在も顧問教官をやらせて貰っておりますが、合唱団員には心理学、数学、物理学関係の学生もおり、藤川彰一君や兼宗 進君、瀬山喜彦君らにより、手をとるようにしてコンピュータや関数理論を教わったものでありました。今日、コンピュータは市販のプログラムを用いれば難解なる数式的操作も造作なくなしとげることが出来ますが、それゆえに反って危険なことが内在しているのであります。すなわち、何を計算しているのか皆目見当がつかずに全く誤った解答を得々としてかかげる危険性があります。分散分析、カイ2乗検定などはまず理論を知り、はじめの何回かは自分の手で手計算する量に用心深くなければなりません。回帰曲線や相関係数も最も危険なもののひとつであります。数量の処理をする時には自分の直観でまず考えて、経験的に予測することが必要であります。総会第1日、この会場で座長の労を戴いた江守陽子先生の御発言にもありました因子分析乱用の危険性を大いに戒めると共に、それゆえにこそ更に、大いに因子分析の練習に励み、自分でやる確固たる因子分析を身につけねばなりません。

抄録集にも書いたことですが、いかなる高度の計算を行っても当人がその数学的意味を理解しない限り、これは“集学”であって“学際”とは言えないことであると考えます。私は何も天文学をやるのに天体望遠鏡を作れと言うわけではありません。病理組織学を学ぶのに染色液まで作成する必要ありません。しかし、学際的にまたがる時にはその学問をよく理解してその学問にも貢献するような仕方でも共同研究をせねばならぬとする者です。そしてそれがまたがることによって両学共通の原理を発見し、看護学の市民権を獲得する

ことを可能とするものであると確信するわけです。

たとえば今回の総会で出された2～3の騒音の研究などにもその一つが認められるものです。横浜市大看護学校森山比路美らや日本医大柴田康子の研究では実際に騒音のレベルを測定している間は音響学的研究なのですがそれをアンケートにより患者の気になる音を調べ実際の音の強さと心理的な気になる度合いを測定し「心理的騒音認知度」の概念を確立したところに心理学との橋わたしが認められたと言わなければなりません。しかも、これを看護のかたがたが丁寧やってのけたわけです。

ある意味では、学際はすぐにでも出来る簡単な手続きなのかも知れません。しかしそれをやる時には互いに相手の学問的領域に対して敬意を払い、誠意を以て学び、入門し、出来ればその学科の大学院に入学して、初歩から教えを受け、しかも決してそちらの学問には逃げてゆかないで看護に戻り、やさしさと自己犠牲をもってその中間の領域をきわめこまかに作りあげ、両者ともに育ててゆくような態度が望まれるものであると思います。よき看護者にしてはじめてそれは可能でありましょう。

今回、看護学の学際へ向けての構築のため宇佐美教授をはじめとする8人の先生方に教育講演をお願いしました。とくに看護職にある方々で学際的活動をされておられる森田先生、亀山先生、野島先生、横田先生などに御登場戴きましたが、将来は更に数多くの学際研究者が看護職より輩出することを切に期待してやみません。

ご静聴ありがとうございました。

主要引用文献

- 1) 内海 滉：卒論論——看護研究と看護学研究との間にあるもの——，■大学看護学研究会雑誌，3；46—54，1980.
- 2) 内海 滉：考察論(2)，看護研究，20；231—242，1987.
- 3) 有海 哲：言語計量の角度から見た看護場面の分析——看護情報工学試論——，看護研究，10；54—79，1976.
- 4) 内海 滉，小笠原千恵子，倉持亨子，望月 昂：質問・応答の型からみた医療の人間関係，看護展望，7；986—999，1982.

学際的な看護学の確立

- 5) 内海 澁, 鍵野清子: 医療場面における言語の研究 — 発言語数の型からみた医療関係 —, 第47■
日本応用心理学会大会論文集, 73-74, 1980.
- 6) 内海 澁: 医療場面における言語活動の問題 (三
谷恵一, 菅 俊夫編: 医療と看護の心理学), ナカ
ニシヤ出版, 1979.
- 7) 芳賀 純: 言語心理学入門, 有斐閣, 1988.

教育研究と看護学

— 教育学と看護教育 —

千葉大学教育学部

宇佐美 寛

司会 厚生省看護研修研究センター

西村 千代子

特に、教育課程は具体的な例から成る内容を盛るべきだという主張をする。

I

初心者・入門者のレベルの学生には、まず広く基礎的な内容を教えるべきだという考えがある。この考えは、少なくとも高等教育界では常識として通っている。一般に常識というものは、正しいかどうか疑われ吟味される機会が無い。とにかく、何となく、正しいことになっている考えが「常識」なのである。

このような常識に基づいて教えられるのが、「……概論」「……総論」等と称される科目である。また、大学における一般教育科目の多くが、そうである。

広く浅く、もれなく教えようとする、たいていは講義の形になる。教えようとする内容は、教師の頭の中で整理され組織されている。少なくとも、教師自身は整理して頭の中に入れてあると思っている。このような内容を学生の頭に与えようすると、学生は受身になる。何をどう考えたらいかががわからない。教師の語るがままを頭に納めようと努めることになる。

初心者である学生には、整理され組織された学問内容の有り難さはわからない。教師が与えているのは、学問研究の結論である。学生は、いきなり結論を与えられるわけである。この結論に到るまでの苦労を学生は知らない。途中の混乱や錯誤は抜きにして、きれいに整理された結論だけが与えられるのである。学生には、考える材料が無い。学生の頭のエネルギーは、向かう所が無い。講義の実体は連続講演会である。聴衆である学生は、受身であり、あまりエネルギーを使わない。学生はたるむ。たるんでいてもすむ授業が良いわけではない。

講義などという授業形態が通用しているのが不思議である。教師が話して聞かせる内容ならば、印刷物にして読ませればよい。読むのならば、学生個々の頭に合わせた速さで読める。くり返し何度も読むことも出来る。書きこみをしながら読むことも出来る。講義では教師が定めた速さでの音声を一■聞くだけである。読む方が、ずっと多様な頭の使い方が出来る。講義をするから、学生はたるみ私語するのである。

講義は、単に教師が語るという行動の形式のみではなく、前述のように、ある内容と密接に関係している。言いかえれば、講義向きの内容である。つまり、前述のように、学問研究の結論の段階までが頭わになっているような内容である。秩序正しく、幹と枝とが区別され、理論的な順序で配列された内容である。そのような内容だから、教師が段階を追い順序正しく語って聞かせることになる。

講義を聞く学生の頭は、このような秩序を持っていない。講義内容の秩序と講義を聞く学生の頭の状態との間に差異がありすぎるのである。学生は、聞いた内容をそのまま受動的に受けとるしかない。

II

では、初心者である学生の頭に必要なものは何か。具体的な素材である。言いかえれば、まだ理論的に分析も整理もされていない事実である。教室での授業では、学生にわかり問題意識を起こさせるような事実の例が十分に与えられるべきである。事実を具体的に示し、時間をたっぷりとして検討させる。事実を詳細に見ると、学生は、教師も予想していなかったような問題を多様に考え出す。それらの問題にどう答えるかを学生は自ら考えるべきなのである。理論とは、そのよ

うな答えの集まりである。このような、事実から理論へ（また、特殊から一般へ）の頭の働きこそ、科学的研究の本すじである。学生の思考もこのすじ道にそって働くべきである。言いかえれば、基礎的段階での教室内の授業であっても、学生は研究の面白さを実感すべきなのである。授業を受ける学生の思考は、本質的には研究者の思考でなければならない。

このような授業観に対しては、次のような批判が呈されるであろう。具体的事実にいつまでもこだわって学生まかせで考えさせていたのでは、授業が進まない。時間がむだになる。一方、教えなければならぬ事項はあまりに多い。授業で扱わず教えないままにしてしまう事項が増えることになる。」

そのような批判において、「授業で扱う」とか「教える」とかの言葉は、どんな実態を意味しているのか。教師が、教えたい内容の終着点を音声化しているというにすぎないのではないか。つまり、内容を形よくまとめた言葉を手ぎわよく話しているにすぎないのではないか。そのような授業だとしたら、教師が話したということは、気休めである。前述のように、そんなことを講義するくらいならば、授業したい内容を印刷物にして渡し、授業の外で読んでおかせればいいのである。

学生の頭の中が重要なのである。講義において何が発声されたかが重要なのではない。

学生の頭の中がどのようなものになることが目標なのか。そして、その目標のために授業内ですべきことは何か。また、授業外ですべきことは何か。このように考えるべきなのである。発声しているのが教師だけという形の講義ならば、その内容は授業時間内に学ぶべきものではない。音声化されている内容を印刷して配り、各自が授業の外で読むことにすればいい。教室における授業が分担すべきは、具体的に示された事実の検討である。

もちろん、その授業科目の総時間は限られているのだから、多くの時間を使って事実を検討していれば、当然扱えない事項が有ることになる。つまり、「もれ」が有ることになる。しかし、それでいいのである。次の理由によってである。

1. 前述のように、「もれ」にはその授業の外の自習で対処すればいい。そのような自習向きのことは区別しておくのである。授業では扱わないようにして、

とっておくのである。

2. 具体的な事実というのは、細かく検討していると、今まで見えなかった意味が見えてくものである。単に特殊で小さなことと見えていた事実が、それを越えて他の様々な事実を見るのに役立つ一般的な意味を含むものになるのである。言いかえれば、ある事実を検討する能力は、他の事実の検討にまで転移するのである。

3. この能力は、1に述べたような授業の外で「概論」的・総括的な内容の印刷物を読む思考の能力でもある。抽象的な記述の文章を読む思考は、頭の中では、具体的な事実と結びつける思考であるべきである。つまり、抽象論が対応するはずの事実を具体的に想定し思い浮かべながら読むのである。そのような思考で読むのでなければ、抽象的な記述の意味はわからない。意味がわかったかどうかを意識して確かめようとする気にもなり得ない。思考は働かず、言葉は、す通りするだけである。

要するに、学習者の頭の中が重要なのである。学習者の思考において「もれ」が無ければいいのである。

西ドイツの教育学には、「すきまへの勇氣」(Mut zur Lücke)という言葉がある。「『すきま』と見えるものが授業内容に有っても、おそれてはならない。むしろ、教材を精選し数を減らして『すきま』を作るべきだ。」という意味である。

教材は、一見すると具体的な・特殊のであって小さい事実を扱っているものでもいい。詳しく検討すると様々な問題が見えてきて大きく拡がり一般的意義を持つものならば、いいのである。つまり、具体的な事実の記述なのだが、それがはるかに大きい事柄を考えさせるための事例になっているのである。このような教材は、西ドイツの教育学では「範例」(Paradioma, Exempel)と呼ばれている。

Ⅲ

上記のような論述がさらに具体的に意味するものは何か。それを以下に論ずる。

高等教育における「教養主義」を排除すべきである。私が「教養主義」と呼ぶ考え方は、大学の一般教育においては支配的である。つまり、学生が専門教育に入る前に、それに先だって、広く教養を身につけるべきだという考え方である。この考え方に含まれている前

提は、次のようなものである。

「専門教育は、看護教育の場合のように、実用のための教育である。学習者には実用のため以外は見えなくなる。つまり狭いのである。この狭い道を選ぶ前に、学生は実用にとらわれない広い教養を学ぶべきである。広い教養があってこそ、思考の広さ・柔軟さが保障されるのである。これは専門的知識の教育ではなく、自由な人格の形成である。自由な人格によって、専門的研究においても自由で独創的な発想が可能になるのである。」

これは、歴史的には、かなり古くからある考え方である。「一般教育」(general education)よりも古く使われていた「自由教育」(liberal education)という語が意味する考え方に通ずる。つまり、教養を得ることにより、精神は実用から自由になるのだという考え方である。生活の実用のための思考は低いものなのだという考え方である。

この考え方とⅠ節で指摘したような「広く浅く、もれなく」教える「講義」とは表裏一体である。実用や専門に先だつ広い知識がまず予め要るのだという原理に基いているからである。

このような考え方の授業においては、何の目的でそのような内容を講義されているのかが、学生にはわからない。「教養」や「一般教育」とかは、教師の方でつけた理由づけにすぎない。学生は、自分にはそのような教養が要るのだという実感が全く持てない。つまり、学生は目的意識を持ってないままに、講義を聞くことを強いられているわけである。この意味でも、講義を聞く頭は受身になる。これは、悪い人格形成である。受身でたんだ怠惰な人格を形成することになる。

自分の専門の観点での意義が明瞭な内容ならば、学生には、なぜそれを学ぶべきなのかわかる。学ぶための目的が明かならば、努力のしがいがある。一般に、専門の授業を受ける段階になると学生は緊張し努力するようになる。学ぶ目的を実感でき、エネルギーを注ぎ得るからである。だから、一年生の最初から専門の授業があるべきである。自分の学習が進んでいくべき方向が見え、その方向で成長していくことにあこがれ背伸びしてでも努力するという生き方を保障するのは、専門の授業である。それこそが人格形成なのである。

「教養」や「一般教育」は、専門的思考にとって必

要なかぎりでは学ばない。つまり、専門の学習をする過程で、それだけでは足りない、専門の領域だけでは解けない問題が生じたときに、その必要感に衝き動かされて学ばないものである。「教養」や「一般教育」は、専門の学習の過程を離れては、意義を失うのである。

「教養」や「一般教育」は、専門の補助であり基礎である。「基礎」は、何の基礎であり、どのように「基礎」として機能するのが明瞭でなければならない。常に専門のための基礎として使われなければならないのである。

いわゆる新しい看護教育カリキュラムが「専門基礎科目」という科目群を設けたのは、この理由により、賢明である。「基礎」とは「専門」の基礎であってはじめて基礎であり得るのだから、当然「専門基礎」なのである。

だから、この「専門基礎科目」とは別に単なる「基礎科目」という名称の科目群が設けられているというのは、首尾一貫性が弱い。全ての基礎科目は「専門基礎科目」であるべきなのである。看護は人間の心身に広く関わる実践である。そのような実践を扱う教育内容においては、「基礎」と「専門」は分裂してはならない。人間形成は専門人を育てることの中で行なわれるべきものである。

また、名称がどうあろうとも、看護関係以外と見える科目は、その内容においてはすべて看護の専門基礎であるべきである。それが看護のためにどう役立つのかが学生にとって明瞭な内容でなければならない。そのためには、前述のように、どの科目も概論の講義を排すべきである。

そのような授業は、Ⅱ節で述べたように、授業の外側での学生の自習を必要とする。特に概括的な整理は、学生が印刷物で読めばいいのであり、授業はそれを前提して行なわれるのである。

これを可能にするためには、学生の自習能力を育てることが必要である。特に読み書きの能力は自習能力の中心である。

名称を見ると読み書きの教育をするとは見えない科目でも、その授業内容は実質的に読み書きの教育の部分を含んでいる。学生は、資料や文献を読み、ノートを取り、レポートを書く。このように現在でも自然に広く行なわれている読み書きの教育を、もっと自覚的

に、力を入れて行なわなければならない。例えば、レポートは、どう改め今後どう努力すべきなのが学生にわかるような評価を記入して返すべきである。また、相当に多量の課題図書を読ませるべきである。さらに、

ノートについては、なぜ、何を書くべきなのか、事後にどう整理し、データとしてどう利用するかをも指導すべきである。

言語研究と看護学

— 医療の場の言語 —

筑波大学文芸・言語学系

芳賀 純

司会 千葉大学看護学部

前原 澄子

1. 言語研究と看護学

医療の場で治療を受けている患者（その家族も含む）の願いは健康を■復し、正常の生活に戻ることで、看護の目的は患者のそのような願いが達成されるのを援助することにある。従って言語研究と看護学の協力もこのような目的の達成の方向に向けられなければならないだろう。

言語研究において私が特に関心を持った問題は「ことばと伝達」についてで、この問題は色々な角度から研究できるということがわかった。たとえば教育の領域では「教師の発問」の仕方が研究の対象となっている。子どもの教育や指導を効果的にするため教師が使用することばはどのようなものであるべきかという問題である。ギャネ（Gagné, 1965）は、教師の発話が単に「教材内容を提示」したり、「子どもに指示」を与えるだけではなく、「子どもの注意を方向づけ」たり、「思考を補助」したり、「方向づけ」たり、「子どもに自己の反応を確認」させたり、「正誤を確かめ」させたり、「子どもが自己制御できるようにさせる」ような発言までが含まれている。教師の発話の分類の視点は研究者^{（芳賀 1988a）}によって異なる。しかし、そこには教師の発話内容は多様であり、その多様な内容が指導場面に応じて使い分けているという点では共通している。

効果的な伝達の目的にことばが専門的に使い分けられる領域は教育の場だけに限られていない。徳川夢声^{（1949）}は「ハナシの分類」として「日常話（座談、会談、業談）」と「演壇話（演説、説話、演芸）」に2分し、堀川は特に「面接（インタビュー）」をとり上げて、これを「情報聴取のための面接」「説得のための面接」「相談のための面接」に3分して示したが、

ことばが特定の日常のおよび社会的な場面で意識的に使い分けられていることは明らかである。

以上に■えて、カウンセリングや精神療法における言語研究もとり上げられなければならない。カウンセリングの場合、それは用いられる場所によって「教育的カウンセリング」、「医学的カウンセリング」、「宗教的カウンセリング」などと呼ばれ分けられるが、カウンセリングはすでに医療の場で用いられている。カウンセリングには「指示的カウンセリング」と「非指示的カウンセリング」の区別があり、それぞれがことばの用い方に特別な配慮をしている。非指示的カウンセリングでは、来談者には「自発的創造性」があるが、それが何らかの「障害」によってまたげられていると考え、カウンセラーは来談者に「指示」や「命令」などを与えることをできるだけ避けて、来談者の気持を理解しながら、来談者が自らの問題を解決するのを援助しようとする。従って発話の内容も指示的な表現をさせて、「簡単な受容」「感情の明確化」を助けるような形をとりやすい。指示的カウンセリングでは、カウンセラーが来談者とその問題について詳しく情報を得たならば、それに応じて「指示」や「命令」などを与えてもよいという立場に立っている。従って発話の内容では「感情の明確化」よりも「指示」や「助言」のような形のものが多く用いられる。カウンセリング研究の領域では、一時期指示的カウンセリングと非指示的カウンセリングの比較研究が行なわれ、非指示的技法が効果的な場合は感情や性格などに関する問題で、学習・進路などの知的な問題が主訴になっている場合には指示的技法も効果的だという指摘がなされたことがある。しかし、今日、現状としては、両者の技法は来談者やその問題に応じて使い分けられ、

カウンセリングの多くは折衷的な立場に立っていると言える。

精神療法におけることばの使い分けは、さらに複雑で専門化している(北山・妙木, 1989)。神経症や不安などの問題をかかえて治療を受けている患者は自分でその原因がわからず、またことばにして表わすこともできない場合が多い。このような状況のもとで患者と面接して原因を診断し、治療方針を立て、治療していく各段階で言語の効果的な使用が問題とされているのである。たとえば患者がある経験の結果を抑圧し、それを思い出すことは苦痛であるが、それを思い出し、そのことを解釈し直して自らの人間観や人世観を改めることが望ましいとする。このような場合、医師は患者との対話で得られた、その経験を間接に指す語句を積極的に用い、比喩的な表現もことば遊び的な方法で用い治療に役立てている。患者がまだ現実を直視するのに不安を持っている場合に、その段階に行きつく前に間接的な方法を用いているのである。

医療の場では、からだと心の病いの両方が看護の対象となる。従って以上述べてきた専門的なことばの使い分けは看護研究の中でも重要な領域を占めると言ってもよい。

2. 医療の場の言語分析

エンシンクラ(Ensink et al, 1986)は、最近医療の場での医師やカウンセラーの患者や来談者に対する言語を分析した論文を8編紹介している。これらの論文の1つは、キャンドリントルーカス(Candlin and Lucas)による「家族計画」に関する医学的カウンセラーの来談者に対することばを記録・分析したものである。この論文には、家族計画カウンセリングでは「情報のやりとり」「秘密を守りながらも積極的雰囲気の中で支持を与え、問題を明確にする」が、「強制を避け押しつけはしない(non-judgementalism)」という3つの役割が重要で、カウンセラーによる「助言」は言わば非指示的と指示的との中間にくるという主張がなされている。第2の論文は来談者に「口腔避妊薬」の摂取をすすめる場合の「友好的説得(friendly persuasion)」を分析したもので、そこではどの説得のパターンにも「科学的知識の選択」、「与える情報の選択」、「(医師の)権威の選択的行使」が含まれていることを指摘している。この方法も、折衷的

カウンセリングの形をとっていると言えよう。

第3の論文はヴァン・デル・ゲースト(van der Geest)による、「効果的な医師-患者コミュニケーションには2つの次元がある」ということを主張したものである。彼は医師-患者の相互作用が感情的に暖かく、権威主義的であっても間接的で、医師と患者がそれぞれの立場から相互に補完し合う(非対称的)」方が「非指示的で来談者中心となり、治療者の権威に葛藤や欠陥がある(対象的)」場合よりも効果的だという結論を出している。

以上、エンシンクラの編著から3つの論文を選び、その要点をまとめてみた。この本はオランダのグローニンゲンで開催された「言語学における談話分析(discourse analysis)と医学的カウンセリングの関連」を明らかにしようとするシンポジウムの結果をまとめたもので、結論の部分はまだ問題点の提起にとどまっている論文も多いが、医療の場の言語を研究する視点や方法を提供していると思われる。言語学において談話分析は比較的新しい研究分野である。従って談話分析自体の目標や方法あるいはその体系がどうあるべきかについては諸説があるが、医療場面の言語の研究から受ける利益も大きいと考えられる。エンシンクラの研究からは少なくとも、医療の場での面接は、一方では専門的な権威に支えられ、他方では暖かい雰囲気にも支えられたものであって、カウンセリングとしては折衷的なものであることがわかる。また、この形をとる研究がそのアプローチの方法として、「説得」あるいは「助言」といったように、面接あるいはカウンセリングのある局面に着目して研究していることもわかる。

3. 患者の願いと喜びの多様性

前項では主として専門的な言語の使用について述べたが、それはある時間、ある場所に限られるのであって、患者は日常的会話も望んでいるし、またその会話から満足を得ることも多い。次は、ある入院男性患者(肺ガン, 77才)がつけた4月の病床メモの1部である。残念なことに、この患者はやがて字も書けなくなり、2ヶ月後に亡くなったが、この時期にわずかではあるが思いをことばに書きとめている。4月23日(水)に「P.M. 1.00 36.0」とあるのは自分で計量した体重である(入院前は43kg)。この日のメモには、天候

20 _{SUN}	くもり 休養日 体調最低つらい 点滴 (P.M.6.00~21日A.M.6.00) どうやら下剤の作用は終わったようだ	
21 _{MON}	くもり 弱りきってしまった 昼食食べた直後はいてしまう 夜食は少しだが納まる 何とか助かりたい	
22 _{TUE}	小雨・P.Mくもり 先生回診 (昨日予定のところ本日に変更 体調次第に好天のきざし (少なし)	○ P.M.2.30
23 _{WED}	小雨のちくもり・午后晴天 体調最良好の方向に進むバンザイ	
24 _{THU}	くもり・時々晴 体調更に好転 散髪したのでサッパリする	○ A.M.7.00
25 _{FRI}	くもり 美・来院	
26 _{SAT}	晴時々くもり	○ P.M.1.40

の記録(病床からは窓の外には空しか見えない)と「体調最良の方向に進む。バンザイ」と書いてある。患者は本当に心から嬉しいのに違いない。もしそのとき患者の家族や看護婦さんがいて「よかったね」「がんばろう」などと声が掛けられたならば、それは専門的な会話ではなくて日常会話の1部であろう。このメモの部分には嬉しいこととして「下剤」のこと、「散髪」のこと、「家族の見舞い」のことなど、そして「点滴」、「昼食」など困ったことが、記されているが、これらはすべて日常会話の内容となると考えることができる。しかし、よく考えてみると、このような一見日常的に見える会話の内容も医療に関する専門的知識や技術に支えられている方がより望ましいのではないと思われる。というのは患者は治癒に向かっていとと信じている兆候に気付いて喜び、その逆の兆候を心配している。従って、たとえちょっとした会話の断片のように見えても、それはそうでなくて、患者の病気に立ち向かおうとする意欲や努力に働きかけているとも考えられ、そうであるならば、その会話は、日

常的であると同時に専門的理解にもとづいた会話でもありうるのである。

長く病床にあった明治の詩人正岡子規はその随筆「病牀六尺」の中で当時の看護のあり方について「病気の介抱に精神的と形式的との二様がある」と述べ、以下の文章を書いている(『現代日本文学全集6』筑摩書房、1956より)。

六十九

○病気の介抱に精神的と形式的との二様がある。精神的の介抱といふのは看護人が同情を以て病人を介抱する事である。形式的の介抱といふのは病人をうまく取扱ふ事で、例へば薬を飲ませるとか、繃帯を取替へるとか、背をさすとか、足を按摩するとか、着物や蒲團の工合を善く直してやるとか、其外浣腸沐浴は言ふ迄もなく、始終病人の身體の心持よきやうに傍から注意してやる事である。食事の獻立鹽梅などをうまくして病人を喜ばせるなどは其中にも必要な一箇條である。此二様の介抱の仕方が同時に得られるならば言分はないが、若し何れか一つを擇ぶといふ事ならば寧ろ精神的同情のある方を必要とする。うまい飯を喰ふ事は勿論必要であるけれども、其の介抱人に同情が無かつた時には甚だ不愉快に感ずる場合が多いであらう。介抱人に同情さへあれば少々物のやり方が悪くても腹の立つものでない。けれども同情的看護人は容易に得られぬ者とすれば勿論形式的看護人だけでもどれだけ病人を慰めるかわからぬ。世の中に澤山ある所の所謂看護婦なるものは此形式的看護の一部分を行ふものであつて全部を行ふものに至つては甚だ乏しいかと思はれる。勿論一人の病人に一人以上の看護婦がつきゝりになつて居るときは形式的看護の全部を行ふわけであるが、それも餘程氣の利いた者でなくては病人の満足を得る事はむづかしい。看護婦として病院で修業する事は醫師の助手の如きものであつて、此處に所謂病気の介抱とは大變に違ふて居る。病人を介抱すると言ふのは畢竟病人を慰めるのに外ならぬのであるから、教へることも出来ないやうな極めて些末なる事に氣が利くやうでなければならぬ。例へば病人に着せてあ

る蒲團が少し顔へかゝり過ぎてゐると思へば其れを引き下げてやる。蒲團が重たさうだと思へば軽い蒲團に替へてやるとか、或ひは蒲團に紐をつけて上へ吊り上げるとかいふやうなことをする。病人が自分を五月蠅がつて居るやうだと思へば少し次の間へでも行つて隠れて居る。病人が人慙しさうに心細く感じて居るやうだと思へば自分は寸時も其側を離れずに居る。或は他の人を呼んで来て静かに愉快に話などをする。或は病人の意外に出でて美しき花などを見せて喜ばせる、或ひは病人の意中を測つて食ひたさうなといふものを旨くこしらえてやる。箇様な風に形式的看護と言ふても矢張病人の心持を推し量つての上で、これを慰めるやうな手段を取らぬばならぬのであるから、看護人は先ず第一に病人の性質と其癖とを知る事が必要である。けれども是れは普通の看護婦では出来る者が少ないであらう。多くの場合に於ては母とか妻とか姉とか妹とか一家族に居つて平生から病人の癪癩の工合などを善く心得てゐる者の方が、うまく出来る筈である。うまく出来る筈であるけれども、それも實際の場合には中々病人の思ふやうにはならぬので、病人は困るのである。一家に病人が出来たといふやうな場合は丁度一團に戦が起つたのと同じやうなもので、平生から病氣介抱の修業をさせるといふわけに行かないのであるから、そこは其人の氣の利き次第で看護の上手と下手とが分れるのである。

(20目)

この文章から、子規が患者として願った看護は「少なくとも形式的なものでなくてはならぬが、それに精神的なものが加わると理想的なものとなる」というものであったことがわかる。しかし、今日の看護学はすでにそのいきに達しているのみではなく、それを科学的にも裏付けようとしていると言うことができよう。「病牀」とはベッドのことで「六尺」とはベッドが6尺の広がりを持つということの意味している。子規はこの病牀が「我世界」だと述べている。ヴァン・デン・ベルク (Van den Berg) も、かつて患者にとってベッドが重要な意味を持っていることを指摘しているが、「ベッドとベッドの間隔が何センチメートルがよ

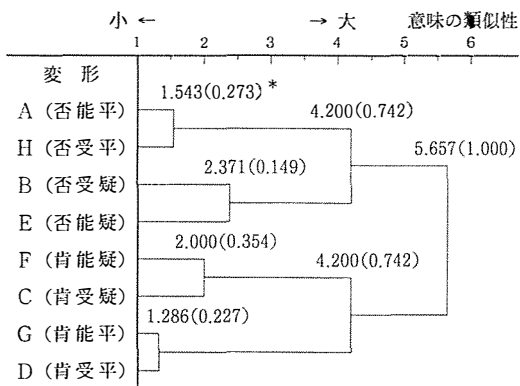
いか」あるいは「見舞の者がベッドのどの位置で何センチメートルの距離に来ると快適か」というような多くの研究が今日の看護研究の中で進められているのを見ると看護学の進歩は高く評価されてよいだろう (亀山, 1989)。

個人的あるいは社会的な場面では人と人がどのような距離をとり、それが相手にどんな影響を与えるかについては、距離学 (proxemics) がある。それは視線交叉や表情や身振りに関する「身体動作学 (kinesics)」などと並んで「非言語的コミュニケーション」の1部として研究されている (芳賀, 1988a)。たとえばホール (Hall, 1966) によると、合衆国の中産階級の白人の場合では0～1.5フィートは親しい者同志の「密着距離」で、1.5～4フィートは「個人的距離」、4～8フィートは「社会-相談的距離」そして10フィート以上は「公的距離」と呼ばれている。この距離は人間関係に様々な影響を及ぼしているが、同様に視線、姿勢、表情や身振の仕方もコミュニケーションに影響を及ぼす。またこの影響には文化的差もある。これらの非言語的コミュニケーションは多くの場合、ことばによる言語的コミュニケーションに伴っている。従つて医療の場の言語の使用にはこれらの非言語的コミュニケーションも合わせて考えなくてはならないだろう。

4. 言語分析の単位

談話分析では、2人あるいはそれ以上の人たちの対話の記録をとり、それを文やあるいはいくつかの文が

8文の意味の類似性を示す樹状図 (N=45)



* ()内はこの樹状図の高さ5.657を1.000とした場合の各枝分かれの高さの比率。

続く話題のレベルで分析することが多い。しかし、言語分析は音節や単語やその単語を構成する音素のレベルでも分析されている。分析のために言語のどの単位を用いるかは研究目的によるのである。たとえば、図は1つの文に3種類の統語的変形を加えたときに生じる意味の違いを数量化したもの（芳賀，1988b）だが、語句の表現のわずかな違いでも意味の差を生じることがわかる。この研究では「猫が鳥を追いかけています 図中Gの場合」という肯定・能動・平叙文を文法的に変換してAからDまでの8種の文を作り（たとえばDは「鳥が猫に追いかけてられています」となる）、大学生被験者45名に各文間の意味の違いを9段階法で評定させ、文間の意味の類似性を樹状図で示した。医療の場の言語にはこのような側面が多く含まれているが、談話文という比較的巨視的な単位だけではなく、それらの文に含まれる語句についての微視的な単位を用いた研究でもことばの意味にはそこで用いられる語句の

使用により微妙な意味の違いが生じることがわかる。

【文 献】

- T. Ensinketal. (eds). (1986) Discourse Analysis and Public Life. Papers of the Groningen Conference on Medical and Political Discourse. Foris Publications.
- 亀山美知子 (1989) 『ルポルタージュ看護婦』有斐閣新書.
- 北山修・妙木浩之 (編集) (1989) 『言葉と精神療法 (現代のエスプリ264)』至文堂.
- 芳賀純 (1988a) 『言語心理学入門』有斐閣.
- 芳賀純 (1988b) 「統語的変形が文の意味に及ぼす効果の測定『文藝言語研究 言語16篇14, 筑波大学文芸・言語学系.
- ヴァン・デン・ベルク (早坂泰次郎・上野蘆訳) (1975) 『病床の心理学』現代社.

哲学研究 と 看護学

－ 看護の学はいかにして学たりうるか －

徳島大学大学開放実践センター

野 島 良 子

司会 京都大学医療技術短期大学部

近 田 敬 子

哲学から看護学への贈物

真理を探究するには生涯に一度はすべてのことについて、できる限り疑うべきである¹⁾、というデカルトの言葉をよりどころにして、看護の学がいかにして学たりうるか、という課題にアプローチしてみようと思う。看護科学はナイチンゲール以来、看護とはなにかという問を問いつづけてきた、と私たちは信じている。はたしてそうだろうか？看護学と呼ばれる分野で、私たちは、真理をその最初の原因から認識する²⁾、作業をすすめてきただろうか？一度、看護学の態度を疑うところから出なおしてみよう。そうすれば、すべてを疑え、そして、すべてを疑ってのち、尚真なるものとして在るもの、それが精神である³⁾、というデカルトの命題も、人間を心身の統合された Total な存在として認識することを既に了解している現在の看護科学にとって、恵しき命題になるどころか、このうえない貴い贈物になるのではないか？

知恵に到達する道

デカルトは知恵に到達する道を5つの階程に分けて考えている。第一の階程は、「何の省察もなくしても得られるほど自明的な概念だけを會む」もの。第二の階程は、「感覚の経験が知らせる一切」のもの。第三の階程は、「他人との談話が我々に教える」もの。第四の階程は、「読書」。なぜならば「我々によき教えを与え得る人物によって書かれた書物を読む」ということは、「著者との間にもつ談話」に等しいから。しかしここまでは真理の追求とはあまり関係しない。デカルトも述べているように、誰でも、日頃このような方法で知恵を得ている。いま、ここで考えてみたいのは第五の階程である。デカルト流に言えば、そこから

我々が知り得るあらゆるものの根拠を、導き出し得るものになるもの⁴⁾、についてである。

看護理論の歴史を振り返ってみると、Nightingale 以来130年間、看護とはなにか、という問が専ら追求されてきた。戦後最初にあらわれた学派としての、Henderson に代表されるニード理論は“看護とは何か”を説明し、次に登場した相互作用理論派は看護を“どのようにするか”を説明した。このような What や How の理論のおかげで、私たちには看護というものゝの姿や働きがかなりはっきりと見えるようにはなってきた。けれども、私たちはいま、クライアントをケアするとき、なぜそうするのかを誰にでもわかるように説明できるだろうか？こうすればあのような結果が得られるはずであると、正確に予測できるだろうか？それらを説明したり予測する時に、誰が使っても同じ意味を伝えることができる言葉を、もっているだろうか？そして、看護学は、看護学固有の、と呼び得る知識を生みだすものを、いったい何処に、何に求めればよいかを、誰か知っているだろうか？

私たちが追い求めてきた、看護とはなにか、という問には2重の意味がある。1つは看護者が、何を、いつ、どこで、どのように、することが看護なのかという処方箋を書くこと。もう1つは、看護に関する一切の事象を根本原因にまで遡って記述したり、説明したりするために、“根本的な考え方的一般的な体系”⁵⁾を示すことである。そしてこの第2の意味の追求が看護の哲学の仕事ではないか。

現代看護学の位相

ここで科学と哲学の関係を整理しておこうと思う。科学も哲学も共に知を愛する、共に真理を探究する。

Ayer という哲学者は両者の違いを、扱う対象や素材の相違ではなく、真理に迫る方法の相違に見いだしている⁶⁾。具体的に言えば検証可能性ということである。ある命題の真偽を検証するときに、科学は観察によって検証していくが、哲学は与えられた命題が真ではないと思われる場合、論理によって反証していく。これが基本である。ところで現代看護学の状況についてであるが、看護学は他のいわゆる正常科学と呼ばれている諸科学からみれば、まだ何ほどの歴史があるわけではない。けれども、80年代に入ってから看護理論をみてもみると、それ以前のように新しいモデルを次々に提唱していくよりも、2つの方向をとって、既存の理論の整理を始めている。2つの方向というのは理論の統合と理論の検証である。アメリカの看護学の発達史にそう形で、ニード理論から相互作用理論へ、相互作用理論から目的理論から目的理論へとすすむ中で、看護とはなにか、看護をいかに実践するか、看護の対象となる人間とは誰(なに)か、が説明されてきた。理論が一通り出尽くした段階では、今度はそれらを検証しようという動きが現れてくるのは当然かもしれない。しかしこの動きには別の見方ができる。つまり論理実証主義の影響を強く受けて発展してきたのがアメリカの看護理論であるとすれば、既存理論の検証は新しく進むべき方向の模索として現れたのではなく、理論構築の過程にふえば当然踏むべき次の段階として予定されていた作業課題だと考えられる。現在アメリカの看護理論研究の中心にいて活動している Meleis は、「理論検証は静的過程でもないし、最終産物でもない。力動的な検証過程は理論構築と共に始まり、さらなる理論構築とともに継続していく」⁷⁾と述べている。看護理論の構築は検証の原理に支配されているのだといえないこともない。Meleis は理論検証の構成要素として、分析、批評、検証という3つのプロセスを確認したうえで、看護における理論検証を、1) 有用性の検証、2) 借用命題の検証、3) 関連命題の検証、4) 看護概念の検証、5) 看護命題の検証、の5つのカテゴリーに分けている⁷⁾。これら5つの検証カテゴリーの中で看護科学者が最も重視しているのが、有用性の検証である。Meleis の言葉を借りると、理論使用の実現性を見いだすこと、である。その理論は看護実践、研究、教育、看護管理の中で果して使えるのかどうか、と。

看護学のイドラ

看護科学はもともとより優れた看護実践を提供するためにあるわけであるから、看護科学者が看護理論の有用性の検証を第一義的に重要視するのは当然かもしれない。しかし、私たちはここで疑ってみよう、実践を前提にしないで、知識の起源をたずねることや、知識を体系化することを専らにする領野があってもいいのではないか、と。17世紀のイギリスの哲学者フランシス・ベーコンは、人間の精神は、種族のイドラ、洞窟のイドラ、市場のイドラ、劇場のイドラという4つの虚想に占有されていて、これらが私たちが真理に到達するのを妨げるという⁸⁾。私たち看護の市場にたむろしている人間は、誰もかれも実践ということを第一に考えていて、市場で人に出くわすと挨拶代わりに「実践のために」と言う。けれども実はこの考えは、私たちの精神に深く巣くっているイドラではあるまいか。

ある命題が真であるか、偽であるかを知ることとは、真理を発見することを第一の目的にしている。そして、これは、ある現象について、一定の条件のもとで観察をすれば、ということを経験にしている。それも個々の現象から始まって、最も低い命題へ、次いで中間的公理へ、そしてさらに上位の公理へ上り、最後に最も一般的な公理へと、ベーコンの「正しい梯子」を順序よく登りつめるという、一般に帰納法と呼ばれている方法によってである。ところが看護理論、とりわけグランド・セオリーのような理論の有用性の検証は、一定の条件のもとで観察して、ということにはならない。実際にとりうる方法としては、せいぜいその理論の有用性や影響範囲を、明晰性の程度や単純性の程度に照らしあわせながら、批判的に分析するということになる。つまり真か偽かという基準は看護の理論の有用性の検証にはそぐわない。ある命題が真である、ということは、事実に照らしてみてもその事実と一致しているということであるとすれば、看護の場合、事実なるものは1つではない。少なく見積ってもクライエントにとっての事実と、看護者にとっての事実とがある。どちらの事実と一致しているときに、その命題は真である、と言えるだろう？

看護の理論では検証という考え方は、少なくとも、ある命題を実際にある条件のもとで事実と照合して見る、という意味においては、成り立たないということ

きるのは、検証ではなく、確証である。つまり「かくかくの一連の事象を観察すれば、その命題が確証されるということを知っており、またそれとは異なったしかじかの一連の事象を観察すればその命題の否定が確証される」⁹⁾ことを知っていること。もともと検証ということがあてはまらない現象が看護であるのに、ロジャーズが述べているように、看護の概念体系の内容さえ豊かになれば、知的な看護ができるようになる¹⁰⁾、と皆が素朴に信じ合って、何か手本になるものはないかと一所懸命に辺りを見回したとき、そこにかにも科学的な香りを放っている検証の論理をふりかざした論理実証主義があった、ということではないか。

認識論から存在論へ

私たちは看護学に関して、「基本的な考え方的一般的な体系」をうち立てようと試みるとき、イドラを捨てて、実践に直接結びついた知識を求める学と、知識を知識として求める学とを分けて考えたほうがよさそうだ。さしあたって前者を看護実践学、後者を看護学と呼んでおこう。ところで論理実証主義の傘の下では、看護理論の目標はつまるところ、検証可能な仮説の明確化¹¹⁾、ということになるが、この図式で研究者と研究される事象、見る人と事象、看護者とクライアントの関係をみると、そこからはいうまでもなく、主観－客観、看護実践者－対象という対概念がでてくる。見る人は事象からできるだけ遠く離れて観察する、生の経験から十分に離れる。看護実践の場合には、看護する人は“対象”に“働きかけて”特定の変化をもたらす、これが基本的な図式になる。ところが、看護科学が研究の対象にする素材は、ベーコン流に言えば、星や磁気などという「自由で縛られない」素材ではなく、「強いられ縛られた自然」¹²⁾ばかりであるといえる。そのうえ、人間はみなひとりひとり違う。主観－客観、確率、単一性という概念よりも、多様性、相対性といった概念の方がよく以合うのである。看護において、仮に研究者や理論家のように知識の体系を形づくってゆくことを仕事としている人々を認識の実践者と呼ぶと、看護実践者の認識と認識の実践者の認識との間には本質的な相違はない、といえる。両者は同じパターンをもっていると言える。観る主体も見られる客体も、共に“社会的場”の中に含まれてあるものとして、対象界を見る¹³⁾。見る主体は同時に見られる客

体である。このような図式のなかで全体的な存在としての人間を知ろうとすると、その間は、“人間とは何であるか？”から、“人間はどのように在るか？”という間に変わらざるを得まい。こうゆう理由で、Bennerは¹⁴⁾今やまったく新しい人間の見方－人間研究の学が構築されなければならないという。彼女は、私たちは単に心身が統合されてある存在であるというばかりでなく、自己がおかれてある状況に意味を見いだす存在、つまり、自己が“そこに”“おいて/in”“在る”ことに意味を見いだす存在だと考える。この意味というのは、現実としての自己の環境世界と自己とを結びつけているところの関係といってもよい。人間各個人は自己の身体をとうして、この関係をすばやく了解するのである。Bennerは従来の論理実証主義から抜けでて、ハイデッガーとメルロ・ポンティを基層において現象学的存在論の立場を鮮明にしながら、看護科学における真の知識の起源を、クライアントと共に在る「私」に求めようとしているといえる。看護学の新しい務めは人間ひとりひとりが健康や病気を生きる際の、“生かれた経験（the lived experience）”を記述することだと言える

（本講演は服部朝子氏（愛知県立看護短期大学）との対話によってすすめた。）

文 献

1. デカルト、桂 寿一訳、哲学原理、岩波文庫、1647年、昭和39年
2. デカルト、同上
3. デカルト、同上
4. デカルト、同上
5. ジャック・ブーヴェレス、論理実証主義の科学哲学における理論と観察、中村雄二郎監修訳、シャトレ哲学史Ⅷ、二十世紀の哲学、■水社、1975
6. Ayer, A. J., The Problem of Knowledge, Penguin Book, 1956
7. Meleis, A. I., 野嶋佐由美、野嶋良子訳、看護における理論検証：概念的・経験的検証過程、臨床看護12(6)：837-846, 1986
8. フランシス・ベーコン、桂 寿一訳、ノヴム・オルガヌム、岩波文庫、1978
9. ジャック・ブーヴェレス、同上

10. Rogers, M. E, 樋口康子, 中西睦子訳, ロジャーズ看護論, 医学書院, 1979
11. Rogers, M. E., 同上
12. フランシス・ベーコン, 同上
13. 野島良子, Human-Caring と看護
ー看護に学はどこに成り立つかー
14. Benner, P. and Wrubel, J., The Primacy of Caring, Stress and Coping in Health and Illness, Addison-Wesley Publishing Co., Menlo Park, California, 1989

人 格 研 究 と 看 護 学

千葉大学文学部

青 木 孝 悦

司会 弘前大学教育学部

川 上 澄

人格（パーソナリティ、性格）は大変複雑なものであるからその研究にはさまざまな手法が使われなければならない。性格心理学は何故その人がある事柄についてそのような体験をし、認識を作り、行動するかをその人の特徴から理解しようとする心理学の一領域であり、その形成と構造と力動とを取扱う。

性格は直接みたり測定したりすることはできない。我々がみることのできるのは絶え間無く続いている行動だけである。性格心理学はその行動のなかにある意味の一貫性から仮説的構成概念である性格を推定する。仮説的構成概念（体）は実例心理学事典によれば、「観察された現象を説明するために理論家を作った説明概念である。それ自体は直接観察されないし、ある人にはわからないから、仮説的である。またそれは理論家の心によって《構成》されたものであるから構成体」である。

この概念をどのように作ろうとするのかをふたつの方法を中心に話を進めよう

概念の作り方は又は作られ方は主観性が入る。日常誰しもがやっていることでもあるが、心理学で広く認められている方法は次のふたつに分けて考えることができる。

1) 私は人間集団の行動の因果関係を因子得点によって確率的に知りたい

2) 私はこの人の行動の因果関係をこの人の構造によって知りたい

1)の場合行動の違いを性格の変数で調べる方法がよく用いられるが、この場合既製のテストが利用されることが多い。心理テストは前にのべた仮説的構成体

（物）を調べる間接的な方法であり、その使用にあたってはテストの性質を十分に知っておく必要がある。

例を不安を調べる問題でみてみよう。不安を調べるテストは今思いつくだけでも

① *Personality Schedule* (サーストン)

② CMI

③ MAS

● GHQ

などがあり、これ等は同じ不安の測定でも内容が大きく違っている。そして不安を調べるのにどれを使ってもよいというものでなく目的によって内容をよくみてからでないとい何等有意な結果が得られないことになる。そこである群とある群でどのテストで差があるかの問題とは別に現在の患者集団にどのような不安の構造があるかを調べた研究を紹介したい。

この研究はもう10年以上になるが、小山（昭50）の卒業論文で取扱ったリハビリ病棟入院中の背髄損傷患者20名の不安を取扱ったものである。小山は入院患者に現在どのような不安があるかを訊ね、これ等を整理して60項目を選び出した。この60項目を被験者は最も自分にあてはまる（9）から最も自分にあてはまらない（1）に迄9カテゴリーに1枚（2枚）、4枚、7枚、12枚（11枚）、13枚（12枚）、12枚（11枚）7枚、4枚、1枚（2枚）の決められた枚数で分類する。（カッコ内は偏平化調整後の枚数）。

この種の分類はQ分類といわれるが、この分類を含む一連の手続きがQ-技法である。通常よく使用されるR-技法は個人間変異が資料であり、集団において多様な個人差を説明する因子を見ようとする。一方Q-技法における因子分析のものになる資料はその個人の平均のまわりのちらばりで項目がそれぞれどの位逸脱しているかをみる個人内差異を表わす得点であ

表1 調査に用いた60項目

1 漠然とした言葉で表わせないもの	32 病気の治療をしている間に時間が過ぎてしまう
2 将来の経済的な問題	33 運動ができないこと
3 症状が急に変わる事	34 身体的な病気で、精神的なショックを受けること
4 後遺症が残らないかということ	35 自分の気持ちをわかってくれる人がいない
5 長い期間の治療が必要なこと	36 医療費がかかること
6 生きる意欲が失われる	37 生活上の経済的な問題
7 家族や子供にかかる精神的苦痛	38 死に対する不安
8 人生というものに対する不安	39 自分はモルモットにされるのではないか
9 人に看病してもらうこと	40 家庭のいざこざ
10 退院したあと、家族にとけこめるか	41 自分の将来
11 健康な人からおくられてしまうこと	42 病気が再発すること
12 病院ではやりたいことが自由にできない	43 看護婦に対して
13 合併症がおこること	44 好きなものが自由に食べられないこと
14 いつも病気のことを気にしなければならないこと	45 健康な時にやっていたことが続けられない
15 健康な時の生活が続けられない	46 自由に人と会えないこと
16 やりたいと思っていたことが実現できない	47 注射や薬の副作用に対して
17 病気をしたことで、その後、無理なことができない	48 自分にされることが、何のためかわからない
18 家族から離れていること	49 自由に外に出られないこと
19 検査に対する不安	50 ずっと看病してくれる人がいるかどうか
20 手術に対する不安	51 他人に看病させる時の気づかい
21 環境が変わること(変わったこと)	52 どのくらいで治るかという見込み
22 医学的に知り尽くされていない病気ではないかということ	53 親や兄弟に経済的な心配をかけること
23 注射に対する不安	54 その病気に特有の症状
24 医者が自分の病気について、満足に話してくれないこと	55 身体的な苦痛
25 一生その病気につきまといわれる	56 退院後の社会生活
26 病気についての知識がないこと	57 かかった病気が完全に元通りに治るかどう
27 排便や排尿の始末をしてもらうこと	58 病気が進行することによって症状が悪化すること
28 周りの人に心配をかけること	59 痛みとか不眠とかの苦痛
29 病気のため、仕事や勉強が遅れてしまうこと	60 家族や子供の生活
30 医者が信頼できない	
31 処置に対する不安	

るから、いろいろな人の中に見出される個人内差異の共通なパターン、或いは個人内の体制の一貫性(類型)が因子となる。

解釈はそれぞれの因子を代表している人々が高い得点をQ分類において与え項目の内容によって行われる。

この結果別表にあるような6因子が得られ項目内容から表2にあるように因子を解釈した。

この手続きはさらに目的によって情報を引き出せる可能性をもっている。箇条書きにしてみる

- ① 手術後に同じ調査をし同じ分析をする。
- ② 手術前後の分類の得点差を資料として同じ分析をする。
- ③ 同一の資料を手術前後でR 技法による分析をする。

表2 得られた6因子

〈第Ⅰ因子〉 経済的不安

得点	項目番号と内容
9	2. 将来の経済的な問題
9	25. 一生、その病気につきまといわれる
8	36. 医療費が、かかること
8	37. 生活上の経済的な問題
8	41. 自分の将来を考えると
8	60. 家族や、子供の生活

〈第Ⅱ因子〉 治ゆ不安

得点	項目番号と内容
9	3. 症状が、急に変わること
9	57. 罹った病気が完全に、元通りに治るかどう
8	4. 後遺症が残らないか
8	25. 一生、その病気につきまといわれる
8	32. 病気の治療をしている間に、時間が過ぎてしまう
8	42. 病気が再発すること

〈第Ⅲ因子〉 自立不安

得点	項目番号と内容
9	27. 排便や、排尿の始末をしてもらうこと
9	28. 周りの人に心配をかける
8	16. やりたいと思っていたことが実現できない
8	25. 一生、その病気につきまといわれる
8	45. 健康な時にやっていたことが、続けられない
8	56. 退院後の社会生活

〈第Ⅳ因子〉 混合的不安

得点	項目番号と内容
9	42. 病気が再発すること
9	50. ずっと看病してくれる人がいるかどうか
8	28. 周りの人に心配をかける
8	29. 病気のため、仕事や勉強が遅れてしまう
8	57. 罹った病気が、完全に元通りに治るかどう
8	60. 家族や子供の生活

〈第Ⅴ因子〉 将来の生活不安

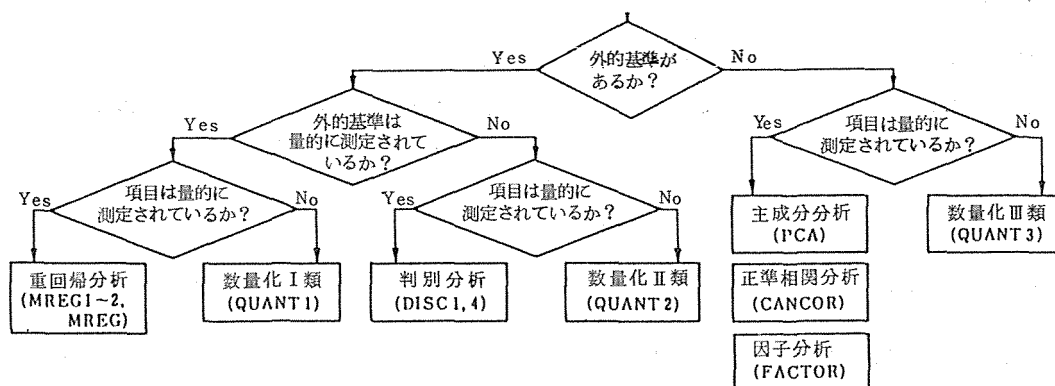
得点	項目番号と内容
9	41. 自分の将来を考える時
9	60. 家族や、子供の生活
8	2. 将来の経済的な問題
8	25. 一生、その病気につきまといわれる
8	27. 排便や排尿の始末をしてもらうこと
8	56. 退院後の社会生活

〈第Ⅵ因子〉 長期化不安

得点	項目番号と内容
9	25. 一生、その病気につきまといわれる
9	27. 排便や排尿の始末をしてもらうこと
8	2. 将来の経済的な問題
8	5. 長い期間の治療が必要なこと
8	41. 自分の将来を考える時
8	56. 退院後の社会生活

表3 さまざまな多変量解析

() 内は共立出版のプログラムソフト名



④ 同一の資料を手術前後の得点差を用いて分析する。

この方法も公共性のある仕方にするにはきびしい条件があることを記しておきたい。

上述の例でみたようにパーソナリティを研究する手法に近年表3にあるような多変量解析が大巾に導入されて来ている。なかでもテストの構成には因子分析がさかんに用いられている。しかし因子分析は信頼性の一種である項目の内約整合性(項目群を多次元に集約し項目の加算可能性を調べる)を見出す手段であって、妥当性(その次元が外部基準との関係で何を測定しているかの問題)にはふれていない。

従って外部基準のとれる資料に関しては、判別分析や重回帰、式は数量化Ⅰ類やⅡ類などの利用によって目的とする変数についての情報を十分引き出すことが必要であろう。

2)の私はこのひとを知りたいでは、この人のパーソナリティ構造をくり返される等価の行動の観察から作りあげなければならない。この際人間一般についての知識はたいへん参考になる。たとえばユングの類型論を知ることによってこの人はどのような体験をしがちな人か、又連想法を用いることで何がコンプレックスになっているかを理解するのが可能であるからである。この人を知るには観察する人(自分も含めての)の観察のくせを知らなくては理解の手段になり得ないだろう。以上のべて来たことを表4にまとめておいた。この人を知るには了解や共感という方法がその心約内

＜……自然科学の扱う世界が、外的知覚において感覚を通じて与えられるものとしての外界であるのに対して、精神科学の扱う歴史の世界は、根源的に心的事件と活動の内約把握(反省)を通じて表された内界である。……了解とは他者の表出を介してその内約なものを、自己の内約なものによって共感する方法であり、このためには了解にたずさわる者自身の内約経験の移入が要求される＞ (哲学理論の歴史) 山下より

＜感情移入または共感(Empathy) 感情移入とか、感情移入的であるという状態は、他人の内部約照合枠を正確に知覚することであり、それに付着している情動的要素や意味をも知覚することである。その際に、自分はあたかもその人であるかのようになるのだが、しかも決して“あたかも……のような”という条件を失わない状態である。したがって、感情移入とは、他人の苦しみや喜びをその人が感じているように感じ、その原因についても、その人が知覚しているように感じとることである。しかも、その時、あたかも自分が苦しんだり、喜んだりしているかのようなものであるという認識を決して失うことがない状態である。もし、この“あたかも……のように”という性質がなくなるならば、それは同一化の状態である。＞

(ロジャース全集)より

表4 行動研究の手法

群を対象にした研究 1

問題意識	対象選択	測定＝テスト	テストの実施	処 理	解 釈
日常経験又は 文献ヒント	何らかの 対象群	性格や不安を調べる測 定 MAS, CMI, CAS, YG, MMPI, 16PF	(おなじ) 対象群の (前後) テスト コントロール群テスト	差や相関の計算	性格の差は 不安の差は

群を対象にした研究 2

問題意識	対象選択	尺度選択構成	テストの実施	処 理	解 釈
日常経験又は 文献ヒント	何らかの 対象群	テストの知識 尺度の構成 項目収集 構造化	(おなじ) 対象群の (前後) テスト コントロール群テスト	データの加工に よる被検者群と の対応増	各変数の対応に 関する重みの解 釈

ケースを対象にした研究 3

問題意識	対象選択	データ収集	蓄積した専門的知識	特性の推定	解 釈
この人を知り たい	この人	場面別行動の重複デー タ 手紙, 日記, 行動観 察	性格形成成熟 自我防衛機制 自我の力動 etc.	絶対判断 性格表現用語 評定誤差 潜在人格論	性格構造の仮説 的認定 (等価の行動) (に基づく)
相談を受けたこの人		問題の内容 自己意識混乱 情報不足	問題再見直し Complex 整理	自己再構造化 情報提供	自己実現

人間工学研究と看護学

－ 見直されるべき看護技術 －

千葉大学看護学部

看護実践研究指導センター看護管理研究部

松岡 淳夫

司会 みさと健和病院臨床看護学研究所

川島 みどり

はじめに

今日、看護の科学として、看護学は目覚ましい発達発展の過程にある。この事は、数多くの学会や研究会に見るように、看護の解明を進める活発な研究活動が行われ、これを礎に看護学は発達していると考ええる。

この看護の解明の過程は、諸科学を活用した応用科学として、看護事象を網羅した原理原則を解明し、看護学を総合科学とし体系化する努力が積み重ねられている。

この過程を「応用科学である」と断じた場合、この言葉の持つ主体性のニュアンスが、社会的に看護の主体性を強く主張する立場から、違和を唱える向きも少なくない。

科学が目的とする領域に対する、実証された真理や、客観化普遍化された法則性の、領域知識体系とその方法、と定義されるが、この知識領域は、更に、その持つ方法論で、諸科学応用の錯綜の中に、新知識を加えて、発展、発達の勢いを加速している。

医学が、人間の生物科学を起点に、諸科学応用の上に基礎医学、臨床医学を発達させ、数学、物理、化学から工学の基礎が生まれて建築学、土木工学等、その領域科学を成立させている。

1. 看護について

1) 看護学と技術の科学

この様に見た場合、看護学が実践の科学と言う以前に、看護学は、「人の健康に関わる生活の諸問題」を起点に、その解決のため、「その生活に関わる意図的な介入として行われる、直接、間接的な援助、対処の方法」の科学であり、これを基礎に、その実践化、即

ち、技術の科学と言える。従って、「看護学は実践の科学」と言う、と考える。

看護学は看護の実践の科学故に、特殊性をその科学に唱えるものもいるが、看護学の発達の過程が、他の諸学と全く異なる過程では在り得ないと考ええる。

また、この技術という言葉が、看護の中で、必ずしも意識的に用いられているとは言えず、行われる手技、手段を、総称して技術とするものも多いようである。

熟練工の持つ優れた技能に対しても、一般では用いられるが、この技術の定義によると、その自然法則の知識体系を基に、判断、工夫された実践手段を言い、言い替えば、その科学知識の応用活用による実践的行動手段である。即ち、看護が技術として成立するには、看護を、この看護学に依拠した援助行動として組み立てる、知識および、意識の体系化が絶対条件と言える。そこに技術学およびその教育が成立する。

看護の技術化のために現在、太古以来の経験に集積された介護行為の伝承を離れ、また、その伝承を教育に言い替えた、単に先達者の直感的な判定による、手順を羅列した看護教本による、その熟達を求める立場を脱して、看護学は、看護の客観的概念を確立し、これを基に、諸科学を応用して客観化、法則化した看護の基礎知識（基礎看護学）を起点とした、その技術の体系化を目指し、総合科学として発達していると考ええる。

2) 看護の力学的構造

私は看護管理を学問領域として看護学に係わるが、管理の対象は、看護婦が行い、提供する看護の質、即ち看護の効果を基礎に、その効果的な看護の量と、その看護を取り巻く環境を制御することと考えている。

そこで、看護効果を生じる機構を、構造的に要約して、考える必要に迫られる。

私は、管理の対処は、図に示す、システム構造の作用力学と考えている。(図1)

図1 看護 CARE-DYNAMICSの構造

$$R = a E (N, C)$$

N: Client の Need

C: 看護の Care 技術

E: 取り囲む諸環境因子

a: 等号を成立させる為の関係係数

(松岡: 実験看護学成立のために; ■看護誌 V-1 1982)

この中で、看護技術(C)は、看護する技術者が行うものであるが、看護学をその内面で作動し(看護プロセス)、援助行動を出力する機能体と言える。

即ち、この機能体が、中にある看護学に依拠した、観察、評定診断、計画のプロセスを経て、その意志決定で生み出される看護行動を、対象に生じたニード(N)に、適正に出力することで看護が成立すると考える。

この為に、確認された看護ニードと、それに対する看護援助との予め確認された適合関係が、明白でなくてはならない。

この適合関係の基礎から実践に至る法則性の、体系化された知識が看護学と考える。

私はこの適合関係の実践に於ける状態レベルを、看護の効率と呼んでいる。

効率は、機械工学での用語であるが、効率の高い機械が、その工程効果を向上するように、効率の高い看護技術(C)の出力は、看護効果を向上する。この場合、機械と人の技術行為を、同一視できないと言う直覚的な誹謗を受けると思うが、看護婦の行なう技術を抽象化して、目的効率を生み出す機能システムと見ることが便利である。この様な、ニードと看護技術の効率関係に、更に、至適な環境(E)を与えることで、看護効果をより高め、確実とする事が出来る。

即ち、この図式システムの効率関係を、外的にコントロールして、夫々の効率向上を図って、看護効果を向上させるのが看護管理と考えている。

このシステム力学的、即ち工学的な考えの中に、私は看護管理に、看護工学、Nursing-Engineeringと

言う語意を考えている。この見方は、教育学での教育方法論を教育工学とするのときわめて似通った見方と言える。

2. 人間工学について

一方、工学の領域では早くから、人と機械や道具との関係、または、人と空間、環境との作用関係を人間工学の領域として解明してきている。

ボディーメカニクと言う言葉が、人間工学と、殆ど同義語として、看護でもよく使われる。これは人の動きや、働きについて、解剖生理学的な構造機能を動力機械として、その機械的能率を明らかにする領域で、人間工学の中の、人に係わる1つの領域である。

その人間工学は、テラーの工程課業管理(1885)に於ける作業研究として、時間研究や、その流れの中にある、ギルブレスの動作研究(1885)の理論や方法がその基礎をなし、これら研究の発展に、更に諸科学領域が加わって人間工学が生まれ、この人間工学という用語が広く用いられ、学問領域としての確立は1950年以降、今世紀後半と言える。(図2, 3, 4)

人間工学とは、人間の作業能力とその限界を知って、仕事を人間の解剖、生理、心理学的な諸特性にさせてゆく科学である。

(小原二郎: 建築・室内・人間工学より)

米 国: 工学に於ける Human Factors

→ Human (Factors) Engineering

欧 州: 医学より派生した、人-機械系での、人の出す力の法則

→ Ergonomicus

(大島正光: 人間工学より)

図2 人間工学の定義

＜作業研究の領域＞

テイラーに始まる課業管理に於けるの作業の時間研究(1881)、

ギルブレスの、工程分析の流れに於ける動作研究(1885)

これら作業研究の方法と理論が基礎を築いた。

＜医学領域から＞

解剖学, 生理学, 衛生学が古くから, 人間の係わりの分析の基礎的領域

特に, 運動生理学, 神経生理学, 人体計測学は重要な柱

《実験心理学の領域から》

戦時中軍事上, 兵器の設計に実験心理学の研究が必要となった。

時間, 空間等人間の能力を超える機械の設計にこの研究が必要となった。

製品の利用においてこの領域の研究が重要な位置づけ。

《制御工学領域》

自動制御, 手動制御機器の基礎は, 人間工学に於て, 最も重要な工学的基礎である。

《環境工学, 安全工学, 労働科学, 産業衛生学, 公衆衛生学等から》

《インダストリアルデザイン領域から》

単に美観や商業主義的なものから, 利用者の立場に立つ研究領域を築いた。

図3 人間工学成立母体となった学問分野

人間の特性を取り入れた,

- 1) 安全性の確保
- 2) 疲労の軽減
- 3) 信頼性の向上
- 4) 使い良さの確保
- 5) 快適さの確保
- 6) 能率の向上
- 7) 経済性
- 8) 保全性

(大島正光: 人間工学より)

図4 人間工学の目標

3. 看護技術と人間工学

看護学に於て, 人間工学研究として先ず考えられるものは, 看護用具や患者の療養生活用具の, 患者, 看護婦の使い勝手に関する, 合理性, 安全性や, 便利さ, 安楽さ, 疲労の軽減に関する研究になると思う。

私はこの様な考え方で, 私のグループと行ってきた, 人間工学的な研究と, それに関連した研究を紹介しながら, 看護技術の体系化への研究の道筋と, 考え方を述べたい。

1) 洗髪とその看護用具

高価な洗髪車は, ケリーパット (K. P) と共に臥床洗髪の看護用具とされ, 看護技術教本でも, 便利な用具とされているが, 患者からは, 洗髪車洗髪は好まれない様である。

人間工学的実験として, 条件を統一した臥床洗髪を, 洗髪車, K. P を用いて行い, 両者における被験者の関連諸筋の筋電図を比較検討した^{1, 2)}。

洗髪車の場合, K. P に較べ胸鎖乳突筋及び腹直筋に洗髪前の3~5倍の筋電図波棘が見られ, 強い筋緊張がみられた。これは, 被験者の実感調査と同じである。即ち, 洗髪車の構造が頭部の固定を不安定とし, 安定維持のための被験者の緊張と考える。

洗髪車は一見, 温水シャワーの備わった移動性の洗髪槽は施行者の便利はあるが, 患者にとって, 不安定性やそれによる苦痛に対する看護的, 人間工学的検討の未熟な看護用具が看護の中では推奨されていたといえる。

これに対し, 古典的なK. Pは, 構造の見掛けや, 水はけはともかく, 患者にとってより安楽, 合理的なことを, この結果から明らかにされる。

一方, この実験に同時に測定したエネルギー代謝や脈拍の変化から, 洗髪車の場合に負荷が多くなる傾向がみられた。

これらの一連の人間工学的実験は洗髪技術の効果に関する重要な基礎成績を提供している。

2) 包交車, 手術機械台

外科などで広く用いられる包交台や処置台, 機械台については, 作業台としての機能と, 物品材料を清潔不潔領域を明確に区分して整理収納して移動設置する機能を持つ用具である。これが現場の工夫によって仕様が多样で, 車台天盤の高さも種々となり, 作業台の高さの標準は工業規では75cmのものが, 時には95cmのものもある。また手術室などで高さに差がある状態で, 複数の機械台を用いて手術介助が行われている。

包交車の高さ, 作業台の高さの差による作業への影響を, 画像解析による作業姿勢研究として行ってきた。この天盤の高さが, その作業に不適合な場合, また,

その組合せによる高さの差は、台上の物品材料の取り出し操作、特に無菌的操作に影響を及ぼし、これを避けて、意識的、無意識的に努力操作となり疲労に連なる事となる。日常、不特定多数の看護婦による病棟での介助の場合の包交処置台は勿論、手術介助での2枚掛け、3枚掛け機械台が併用される場合の問題として考察する必要がある^{3, 4)}。

この様な平易運動域を超える運動や、固定した位置での姿勢の変動は、それが重なることで、疲労に連なり、行為の誤操作を生じる事となる。看護管理上、看護婦の疲労が重要な問題となっているが、看護に於ける技術の作業研究は乏しく、疲労原因の改善の根拠の得られないまま看護婦はそれらを受け入れ、耐えていると言える。

3) 褥創看護の基礎

患者の日常生活の場であるベッドと、臥床について、同様研究の対象とし、その一つに、褥創の形成とその予防具について検討したい⁵⁾。

先ず、褥創予防の基礎研究として、畳上を基準に、スプリングマット上、日本式木綿布団上での臥床時、ベッド寝具と体の間に生じる体圧を測定した。これと、実験的に仙骨部、膝蓋骨部に加重し、骨との間に挟まれて生じた皮膚血流の変化を、容積脈波計を用いて計測し、脈派の消失までの変化と加重を換算して、体圧と血流の関係を求め、これを基に褥創好発部位の意味を検討した。

褥創好発部位の体圧は、畳上での40～120mmhgの高圧が、布団、スプリングマットの順に低下するが、尚、体重の限局的支点となった後頭部、仙骨部、臀部、踵部では、尚高い体圧が残存し、これらは加重実験での血流脈波の消失した加重から換算した局所体圧、20.8～25.9mmhgを遥かに超えるものであった。

看護成書では、私の見た限りでは、褥創好発部位の記載と、その部位に加わる圧の軽減のため、良質のベッドの使用や、パットや円座の使用や、特殊につくられた空気マット等の勧めに終始しており、また、2時間を超えない頻回の体位変換の必要性和、局所の血行刺激、清潔維持に、アルコール清拭や、温湿布の有効性について、手技として説明されているに過ぎない。そして、褥創発生に関する診断的根拠としての、体圧についての記載はもとより、その測定器として既に市販されている体圧計について触れたものはない。

更に進めて、褥創予防具の円座と体圧の関係を同様、体圧測定と容積脈波を測定して、円座内圧との関係を実験的に検討した⁶⁾。

円座の内圧が高い状態では、そのドーナツ中心部の体圧は軽減されるが、円座の支持部での体圧は高くなり、20mmhgに近い値となった。この皮膚血流脈波には、波高の低下、波頂上部の平坦化をみるものがあり、末梢血管抵抗の増大または、細動脈管伸展抵抗の増大による血液流出速度の低下が窺われる。これと皮膚細静脈圧が12mmhg、と言われていることから、それ以上の体圧が円座によって皮膚に加わり、細静脈が圧平され、鬱血の状態が生じたと考える。

日常、褥創が発生し、円座を使用した場合、周辺の浮腫が進み、褥創の進行に遭遇することがあるが、この場合、看護技術として、円座の及ぼす影響とこの発生する機序を留意する必要がある。

これらは、褥創看護の基礎として、皮膚加圧装置を作り、家兎の耳翼皮膚に1～4時間の圧迫を加えた阻血実験で⁷⁾、圧迫部の組織像に早期から強度な浮腫像がみられたことに一致する。また、この家兎耳翼による実験では、阻血圧を境界域圧(20mmhg)、中等度(40mmhg)高度圧(60mmhg)とし、圧迫時間及び、解放時間の関係を検討したが、時間経過、圧迫強度に関連して、組織に炎症細胞の浸潤が進み、これは解放1時間後では全く修復しないことが明らかになった。看護技術での、2時間を限度とした体位交換は、単純に、体位交換のみでは、この非回復性の組織変化が反復累積することとなり、妥当性に乏しく、局所の循環刺激、マッサージ、温湿布の併用が不可欠といえる。

私達は、この褥創看護の研究の一連に、市販の波動型褥創予防用エアーマットの特性を、同様の人間工学的研究方法で明らかにしその問題点を、看護研究学会及び医療機械学会に報告したい^{8, 9)}。

また、寝具メーカーの予防マット新案に協力して、その素材や構造の確立に必要な資料を、この実験方式で、繰り返し行なって提供し、その成果についても同様に報告している¹⁰⁾。

4) 看護技術のシュミレーション

これらの成果は、単なる応用ではなく、境界領域研究として、人間工学領域に重要な資料を提供すると共に、シュミレートされた看護の目的からは、看護学に技術記載に重要な知見を提供している事が分かったと

思う。

更に進めて、看護が看護婦、即ち、技術機能体の出力とみて、その性能、出力と患者との影響関係として、この実験研究の組立が適用できる。

熟練看護婦を被験者に、頸椎術後等で頸部の安静固定患者に行う便器挿入時の、介護技術をシュミレーション実験し、その影響を検討した¹¹⁾。

頭頸部運動に関与する胸鎖乳突筋、頭板状筋、僧帽筋の筋電■を測定しながら、教本に従った便器挿入を1名及び2名介助で行わせ、その間の諸筋の緊張状態を見た。予め介助者は体の力を抜き、首を絶対に動かさないことを指示したが、腰の介助掌上時には、各筋に、その自由運動時のほぼ80%の筋活動電位が、腰掌上の高さとは関係なく、また、肘を曲げた場合、及び2人介助の場合に、諸筋の緊張が増した。被験者の暗黙の協力意志によるものと考えられる。被験者がこのシュミレーションの、理解できた看護婦であり、この筋緊張の出現は、患者に対しては、漫然とした説明による排便介助では、頸部安静固定に影響を及ぼすことが考えられ、術前の指導や便器挿入訓練等の必要性に連なる。

人間工学で作業心理の動きの指標に用いる、視線運動、瞬き、注視の測定をコミュニケーション要素の測定に使用して装置し、看護婦の面接位置の検討を行っている^{12, 13, 14)}。

ベテラン看護婦でのシュミレーション実験での、諸看護行動の効率解析の可能性を示唆している。

4. ま と め

人間工学と看護という大変な主題で、その関係の道標を述べてきたが、各々の学問領域には、その領域概念による方法論で体系が積み上げられており、その関係などはいくつかに述べることは許されない。

そこで、必要から、人間工学を垣間見た知識で、看護の技術の一端について、その効率を検証する研究を進めていることから、副題を“見直されるべき看護技術”としたが、現行の看護技術が間違っている等と言うつもりは、更々ない。技術化への視点を考えたいのである。

本学会での研究報告の多くは夫々、看護に科学のメスを加え、技術として客観的知識化する研究の集積で、私が紹介したもの以上に立派なものと考えられる。その中

で、あえて私の研究を羅列したのは、10年前、この学会シンポジウムで、「実験看護学成立のために」と題して、実験計画には、対象とする事象の、看護における座標位置を明確にした枠組みに従って展開しなくてはならないと述べた。これに従って行ってきた人間工学的な研究を示し、研究の方法の系列を述べたかったからである。

この様に検証すると、うかつにも未知なこと、更に理解を深めた事等、多くの知識が獲られ、この知識の集積が看護を技術を確立する基礎となる。

私達が看護技術とするものの中には、未知の部分が山積している。特に、看護に関わる器具、物品では、看護独自のもののみならず、看護の環境や、看護に介在する医療用品について、また、援助対処する方法についてもその関わりの中に、多くの問題点や、技術的未知な部分が多い。

もし、これらを解明しないまま漫然と関わって、感性だけでそれを行なう看護を、科学技術と考えることは、看護の一人よがりの誘いは免れない。この解明と、技術化を進める場合、人間工学的思索は、ひとつの応用する学問領域と言える。

人間工学は、機械、道具や工程での人の能力関係を中心に、諸科学の境界領域を集束した学問領域である。

病院設計に、病室空間の患者中心的な再検討が、建築計画学に於いて、最も新しい趨勢と聞いている。この人間工学に於いて、最も不足するのは患者の療養生活に於ける態度の科学的な情報で、これは当然看護学が提供すべきものと言える。看護の概念のない、工学における調査からは、また、再び現在見られている病院の再現に連なると考える。

工学系の人間工学から看護ロボットの発想もあり、これに協力する看護の研究者も見られるが、これは看護の概念からは程遠い、看護の研究者とは言えない者たちと考える。

また、看護学の研究者の中には、看護独自の科学を目指すあまり、諸科学の学際を恐れ、目を覆って逃避き、その利用できると思われる部分のみ、勝手につまみ食いの活用しようとするものがある。頭の中で、自分に言い聞かせるには十分ではあるが、諸科学の中に独自性の確立はおろか、看護の学問的孤立性のみを拡大する事となると考える。看護学における研究には、その思索を境界領域に求めて拡大することが、逆に看護

護独自の科学の充実発達に連なる事と考える。

謝辞：この教育講演の機会を与えられた，本学会会長
内海晃教授，司会の労を頂いた川島みどり先生に心か
ら感謝します。

参考文献

- 1) 望月美奈子，中村喜代美，松岡淳夫：洗髪機器に
於ける人間工学的考察（第1報），日看研誌 Vol
7-3，27，1983
- 2) 中村喜代美，望月美奈子，松岡淳夫：洗髪機器に
於ける人間工学的考察（第2報），日看研誌 Vol
19-2，82，1983
- 3) 伊藤すず子，松岡淳夫：包交時看護作業と回診車
の高さについて，日看研誌 Vol 10-1，80，1987
- 4) 横山はるみ，松岡淳夫：手術直接介助時の器械台
と2枚台高さとの姿勢－高さの差の影響について－，
日看研誌 Vol 11-1，2，21，1988
- 5) 陳 素卿，松岡淳夫：褥創予防に関する基礎的研
究（第一報），千葉大学教育学部紀要 30巻2号，
293，1981
- 6) 鈴木とよ子，松岡淳夫：円座使用時の局所に及ぼ
す影響－特に中心部血流について－，日看研誌
Vol 11-1-2，32，1987
- 7) 川口孝泰，松岡淳夫：褥創予防における体位変換
時間の検討－家兎耳翼加圧による組織変化より－，
日看研誌 Vol 6-3，82，1983
- 8) 川口孝泰，金子裕行，永井祐子，上野義雪，松岡
淳夫：褥創好発部位における寝具の温湿度変化に関
する検討，日看研誌 Vol 7-4，40，1985
- 9) 川口孝泰，松岡淳夫：褥創予防具RBエアーマッ
トの実験的検討，医器学会誌 Vol 56-3，12，
1986
- 10) 加藤美智子，川口孝泰，松岡淳夫：褥創予防用マッ
トレスに関する実験的検討，日看研誌 Vol 10-3，
24，1987
- 11) 皆川尚子，松岡淳夫：腰挙上が頸部固定に及ぼす
影響，日看研誌 Vol 12-3，52，1989
- 12) 渡辺英俊，川口孝泰，加藤美智子，松岡淳夫：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，日看研誌 Vol 10-1，81，1987
- 13) 伊井直美，川口孝泰，松岡淳夫：ベッドサイド面
接場面における対人距離の検討，日看研誌 Vol
12-臨増，101，1987
- 14) 大前旬子，川口孝泰，松岡淳夫：ベッド間隔が個
人空間の意識に及ぼす影響，日看研誌 Vol 12-臨
増，137，1987
- 15) 川口孝泰，松岡淳夫：病室におけるテリトリー・
プライバシーに関する検討，日看研誌 Vol 12-1，
74，1987

教育心理学と看護教育

－ 看護学生論の学的視座 －

神戸市立看護短期大学

森 田 チエコ

司会 金沢大学医療技術短期大学部

金 川 克 子

1. 看護学生論の学的視座の意義

一般に看護学生論は多く存在するが、科学的資料にもとづく論議はまだ十分ではない。すなわち、「～らしく」、「～であるべき」のような経験的、現象的認識による看護学生や看護教育論ばかりでは、時代の要請に応える多様な能力をもつ看護婦の教育論としては科学的論拠に乏しく、発展性が少ない。そこで、看護教育研究に教育心理学で開発された理論や知見を参考に独自の分野をもち、看護教育をより効果的、発展的にする必要がある。教育の主体である学生の特質を尊重し、そのレディネス（学習の準備状態¹⁾）やモチベーション（学習の動機づけ¹⁾）等を多角的に解明し、その実証的資料により学生の教育の方法や条件を調整して学習生活への適応を容易にするような看護教育の研究が、今後一層求められよう。そこでは、この看護学生論をめぐる研究が看護教育学研究の重要な分野ともなることであろう。今■は、看護学生論の研究の接近に焦点を置き、その工夫といくつかの提案を試みた。

2. 看護学生論にかかわる教育心理学のおもな領域と教育のプロセス

教育の場における教授・学習過程¹⁾²⁾⁵⁾¹⁴⁾（教育のプロセス；図1参照）をより効果的にするためには、教育心理学のおもな領域の概念¹⁾³⁾⁴⁾（発達、学習、人格、適応、教授・学習過程、評価など）を看護教育の研究に導入する必要がある。したがって、看護学生を中心とする教育の場における教育心理学的概念の構図は、図2のようになる。筆者らは、看護学生のもつレディネスやモチベーションを中心に研究的接近を試みた。（1）レディネスとしては、人格、認知、情緒、精神運動、学習能力、学習習慣、生活行動能力等

（教育における評価の位置づけ）

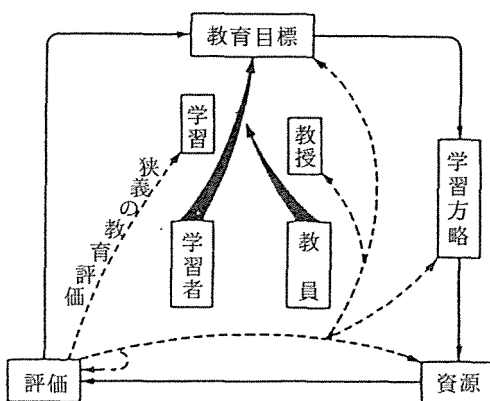


図1 教育のプロセス

（教育心理学的概念の構図）

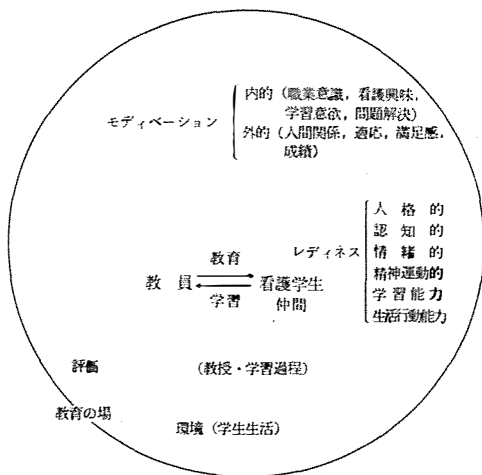


図2 看護学生に関する研究的枠組

が望ましく準備されること、また(2)モチベーションとしては、職業意識、学習意欲、看護の興味、問題解決への態度、人間関係、環境への適応、満足感、成績(評価)の結果などの内的、外的な学習の強化要因の状態を重視した。すなわち、教授・学習過程²⁾⁵⁾を中心とする教育の場の中で学生が良好な教育成果を修めるためには、看護学生をめぐるこれらの条件を明確にし、その状態に応じた教育の方略を探究しようと考えた。

3. 看護学生の研究への若干のアプローチとその技術的課題

看護学生がもつ教育心理学的課題を解明する手がかりとしてすでに試みた研究例の中で技術的に特徴のある3例を素材に看護教育学研究のあり方や今後の方向について発展的に探究してみた。

1) 学習意欲に関連する要因を縦断的に検討した研究例：看護学生の学習意欲の変化とそれに関連する要因の研究、第10回日本看護学会教育分科会集録、91-93, 1979。

本研究は⁶⁾⁷⁾、2年過程看護短大生147名の入学時(I)から2年次実習前(II)と卒業時(III)までの学生の学習意欲をめぐることがらを段階的に追跡した縦断的研究の例である。

また学習意欲、看護職への態度等の質問紙も文献をもとに独自に作成し、信頼性、妥当性を調べて用いた。さらに学習意欲に関連する要因の検討には多角的資料を統計的に処理し、ことに相関関係を重視した。

その結果、2年過程看護短大生の学習意欲は、学習途中の2年次実習前に低くなったが、卒業時には入学時よりさらに高くなり、看護職の方向に動機づけられていた。また学生の学習意欲は、(1)学校への期待、学習生活への適応や満足感、(2)看護職業意識と態度、(3)実習への不安などがより多く関連することがわかった。

2) 信頼可能な測定道具の引用と他集団との比較、および看護学生の学習習慣・態度の因子構造の解明の研究例：看護学生の学習生活の構造に関する研究、1. 一般大学生との比較、2. 看護短大生の学習習慣・態度、日本看護研究学会雑誌、6(1)、51, 1983; 8(臨)、62, 1985。

研究結果を一般化したレベルで検討するには、信頼

可能な測定道具(尺度)による実証が必要となる。この場合、追試研究によることも一案であろう。

林、滝本⁸⁾は、大学生の学習習慣・態度の構造を精選した69項目の質問紙を用いて首都圏の国公立、文・理系大学生男子、女子の計673名を対象に調査し、近年入学の大学生の学習技術(スタディ・スキルス)の問題に着目し、ことに学生生活に不応感をもつ学生にこの問題が多いことを報告していた。そこで本報⁹⁾¹⁰⁾は、この質問紙を引用し、看護学生の学習習慣・態度を比較した。(1)看護短大生(公立2校、219名)の学習習慣・態度は、学習の方法(第1因子)、学習興味と学習姿勢(第2因子)、学習意欲・計画性(第3因子)、情緒性(第5因子)については、大学生男・女子よりも低かったが、学習の手ぎわのよさ(第4因子)のみやや良好であった。(2)看護短大生の独自の学習習慣・態度を因子分析した結果では、11因子が抽出されたが、そのおもな因子は、第1因子(学習興味と姿勢)、第2因子(学習方法)、第3因子(学習に対する計画性と情緒性)、第4因子(情緒性)、第5因子(学習の手ぎわ)、第6因子(学習意欲と情緒性)であった。(3)看護短大生の学習習慣・態度の因子構造は、大学生女子よりも大学生男子の場合に類似していたが、情緒性がより多くかわった女子の特徴をも示していた。(4)短大女子学生間の学習習慣・態度の構造では、理系・資格型と文型・教養型の短大生のタイプに分れたが、看護短大生は前者の特徴を示していた。

3) 学生のレディネスを測定する道具を開発する研究例：看護学生の学習への適応の予測-入学時、生活行動能力調査による、日本看護研究会雑誌、11(臨)、100, 1988¹¹⁾。

学生の日常生活状況(衣食住、対人関係、健康生活の5領域)の質問紙(32項目、4段階尺度)を文献をもとに独自に開発し、他資料との関係を調べ、過去5年間実施した結果、入学後における看護の学習への適応の予測が可能となり、教育的対応に有効であることがわかった。すなわち、(1)生活行動能力調査の測定道具としての信頼性、妥当性、因子構造の確認などの検討を重ねた。(r=0.719)(2)生活行動能力の諸側面を①生活行動能力の経験度、②習熟度、③家庭生活の反映度、④感覚度、⑤自立度、の5側面について検討の結果、入学時学生の生活感覚は予想外によ

かったが、生活の経験領域は概して乏しく、また複雑な習熟を要することは不得手であり、生活面の自立はまだ不十分な段階にあり、入学後に徐々に自立へ向ったが、学生個人への家庭生活の反映は少なかった。(3)生活行動能力と他の関連資料との関係では、入試成績、高校の家庭科成績、入学後の生活科学、看護学概論などの知識面との関係は特になく、看護技術、臨床実習の行動面の成績とにきわめて低いながらも有意な相関関係が認められた。(r=0.171~0.226)

(4)学生生活行動能力の平均得点を中心に±10の4分領域に分け、上位I群と下位IV群の学生とを比較した。IV群学生は、入試成績では問題はなかったが、他の関連資料の結果は全体に低く、ことに看護技術等の行動面の学習が他群より著しく低く、休・退学の例も多い傾向にあった。(5)入学から卒業時までの追跡¹²⁾を看護実習を中心に検討したが、入学時の生活行動能力が看護の学習に影響を残すのは、2年次後期頃までであり、それ以後は各学生の多様な能力で学習を進展させていた。

以上より看護教育学研究の今後の技術的課題としては、(1)教育心理学の理論や知見を参考に看護教育学研究の展開、(2)研究計画における独立、従属変数の明確化と仮説検証の研究の試み、(3)研究方法の横断、縦断的企画による一般化、(4)研究結果の分析技術の多様化(信頼性、妥当性、相関関係、因子分析、要因分析、多変量解析など)、(5)教育効果等の測定道具(評価尺度)の開発などが期待されよう。

4. 看護教育学研究における看護学生論の研究の方向

看護教育が専門職業教育の側面をもつならば、学生の個別的習得能力差を最小にして有能で均質な水準の卒業生を多く輩出することにある。そのためには、伝統的な教育方法によるよりもBloom B. S.¹³⁾¹⁴⁾らが主唱する“完全習得学習”の方法が望ましく、注目されている。すなわち、この学習法は、対象学生の認知、情意、精神運動の各領域の均衡のとれた総合的発達をはかる方法であり、学生のレディネスを事前に評価(診断的評価)し、それによる学習を計画してその学習過程で中間テスト(形成的評価)をすることにより学習者に合わせた授業展開に調整し、最終テスト(総合評価)をすることにより図3²⁾に示すように

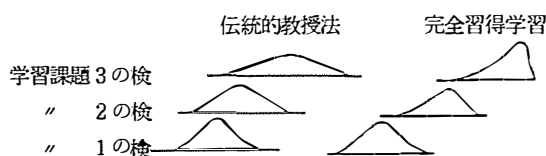


図3 伝統的教授法と完全習得学習の理論的な学業成績の分布 (Bloom, 1976)

“伝統的教授法”とは異った著しい達成度を目標としている。ことに“完全習得学習法”では、対象者のほぼ全員が高い習得度に達するには、個々の学生の特性に応じたA. T. I.¹⁾(Aptitude Treatment Interaction, 適合性交互作用:対象学生の能力や適性の型と教師の指導方法との関係がより効果的であるための確認)による指導方法のアプローチを行う学習の工夫が大切である。A. T. I.の機能を生かして学生のもつレディネスやモチベーション等を有効に測定・整理し、より学習者個人に適合した学習指導の方法(教授活動・計画)が工夫されることが、看護教育学研究¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾においてきわめて重要なことである。そこにおいては、この看護学生論の研究が教授・学習過程を中心に看護教育学研究の発展により期待されることであろう。

文 献

- 1) 波多野完治(監):学習心理学ハンドブック, 33-43, 361-404, 539-602, 633-648, 金子書房, 1968.
- 2) 松田, 松田(共):教授心理学, 62-157, 明治図書出版, 1984.
- 3) 飯田 新:教育心理学, 1-395, 金子書房, 1950.
- 4) 松山, 倉智(編):現代教育心理学要説, 76-200, 北大路書房, 1980.
- 5) 日本医学教育学会(監):医学教育の原理と進め方, 69, 篠原出版, 1978.
- 6) 森田, 小野寺, 波多野:看護学生の学習意欲とそれに関連する要因の研究, 第10回日本看護学会教育分科会, 91-93, 1979.
- 7) 波多野, 森田, 小野寺:看護学生の学習および看護職に対する態度の発達の变化, 看護教育, 23(8),

- 513-520, 1982.
- 8) 林・滝本：大学生の学習習慣、学習態度の構造と性格傾向との対応、*相談学研究*, 13(2), 18-25, 1981.
- 9) 森田, 西田, 志賀, 深瀬：看護学生の学習生活の構造に関する研究, 1. 一般大学生との対比, *日本看護研究学会雑誌*, 6(1), 51, 1983.
- 10) 西田, 志賀, 森田, 深瀬：看護学生の学習生活の構造に関する研究, 2. 看護短大生の学習習慣・態度, *日本看護研究学会雑誌*, 8(臨), 62, 1985.
- 11) 中村, 西田, 森田：看護学生の学習への適応の予測－入学時, 生活行動能力調査による, *日本看護研究学会雑誌*, 11(臨), 100, 1988.
- 12) 中村, 西田, 森田：看護学生の学習への適応の予測(2)－入学時生活行動能力と看護実習成績の追跡的研究, *日本看護研究学会雑誌*, 12(臨), 135, 1989.
- 13) Bloom B. S., 梶田(訳)：教育評価ハンドブック, 第一法規出版, 1973.
- 14) Dorothy E. Reilly, 近藤, 勲川(共訳)：看護教育における行動目標と評価, 34-76, 医学書院, 1980.
- 15) 波多野梗子(監)：看護教育学, 10-24, 医学書院, 1976.
- 16) 金川寛子：看護学生の教育に関する研究の実際, *日本看護科学学会誌*, 1, 10-11, 1981.
- 17) 杉森みどり：看護教育学, 149-187, 医学書院, 1988.
- 18) 遠藤辰雄：アイデンティティの心理学, ナカニシヤ出版, 1981.
- 19) Maslow, A. H., 小■(訳)：人間性の心理学－モチベーションとパーソナリティ, 産業能率大学出版部, 1987.
- 20) 永沢幸七：女子大生の生活と心理, 大日本図書, 1979.
- 21) 関, 返田(編)：大学生の心理－自立とモラトリアムの間にゆれる, 有斐閣, 1983.

歴史研究と看護学

－看護歴史研究とその可能性－

京都市立看護短期大学

亀山 美知子

司会 千葉大学看護学部

高橋 みや子

1. 歴史のもつ意味について

はじめにお断りしておかねばならないが、私は歴史の一研究者にすぎないのであって、いわゆる「歴史とは何か」といった歴史理論について述べる理論家ではなく、具体的な史料から歴史を解釈する実践家でしかない。この1、2の章で述べることは一般論の枠を出ることはないという点である。

日本では「歴史」と「史」は全く同義に扱われており、例えば「歴史観」と「史観」といった表現が混用されても何ら支障はない。しかし、西洋の場合、「歴史」の語源は2つある。その1つは、ギリシア語の *Histria* (同義語は動詞 *Historeo*) であり、英語の *History* にあたるものである。もう1つは、ドイツ語の *Geschichte* (これとは別に外来語である *Historie* がある) である。

Histria は動詞形では「尋ねて知る」という意味があり、調査・研究の積み重ねによって得られた知識や情報という意味につながる。だが、時代が下ると、*Histria* は記録という意味が加わったり、今日のような歴史研究や歴史叙述という意味にも使われるようになった。従って、これをいわゆる「書かれた歴史」として解釈するに至っている。

一方、*Geschichte* とは、生成する、生起するという意味から導かれた名詞であり、「発生した出来事」を意味する。このため、*Geschichte* は *Histria* に対して「生じた歴史」(起った事実としての歴史) という解釈がなされるに至っている。

このように、同じ歴史であっても、まったく異なる意味あいがある。現在、一般的に歴史とか歴史研究という場合は、*Historia* のもつ「書かれた歴史」が求め

られる。すなわち、単に生じた出来事を書きつらねるのではなく、生じた出来事を歴史を視る者である研究者がその史観に立って意味を解釈することが求められるのだ。

歴史の観察者は、単に歴史の流れを見ているのではなく、何らかの歴史認識に基いて、歴史上の出来事を注視しているのである。従って、ある1つの出来事についても、視座によっては、様々な解釈が成立つことになる。

例えば、1894年(明治27)の日清戦争に女性の看護婦による戦時救護活動が行なわれたという事実に対して、ある者は、富国強兵策に女性が組みこまれたと解釈(視る)し、また別の者は、当時の体力的にも社会的にも劣位にあった女性たちの活発化と捉えるかもしれない。この両者の違いは、歴史を視る者としての視点の違いによって生じたのであり、この視点こそ歴史観(史観)にほかならない。

以前、あるところから歴史研究を「記述的研究」として解説するよう依頼を受けたことがあったが、歴史は「叙述」であって、「記述」ではないとお断りしたことがあった。すなわち、ここで述べたように、歴史は語られるものではあっても、単なる事実の羅列に終始するものではないからだ。歴史は、それを掘り出した者の目によって、はじめて生きた歴史となるのであって、それは例えば、「真実」が「普遍的真実」と「哲学的真実」という両面性をもっていることにも通ずる。

歴史家ベルンハイムは、歴史観について次のように広義に分けている。

1) 物語風歴史

ホメロスの叙事詩などのように、歴史の素材となる出来事を、物理的(時間的・空間的)な

枠組で捉えて語ることに終始する。日本では記（『古事記』『日本書紀』）などが該当する。

2) 教訓的歴史

歴史は人事現象について語られるものであるから、過去に起ったことを知ることによって、将来の生活に対する洞察や規範を学ぶことにつながるという考え方である。「大鏡」「増鏡」などといった「かがみもの（鏡は姿見の鏡に通ずる）」が例にあげられることが多い。別に実用的歴史といわれる場合もある。

3) 発展的歴史

ある出来事が、どのように起こり、その時代に変化したか、さらにそれがどのように影響したのかといった因果関係を明確にすると、自者と他者、ある時代と他の時代、ある社会と他の社会の、有機的な相関関係が認識されるに至る。従って、影響作用は相互に関りあい、さらに「発展」するものであるという概念に到達することで、いわゆる「歴史科学」の段階に至る。

ベルンハイムのこの分類の方法は、いわば歴史の、時代的発達過程について述べたものともいえる。換言すれば、歴史の学問的発展の過程だともいえよう。一般的に歴史観というときには、唯神史観、唯物史観、ヘーゲルの「歴史精神の顕現」といったものがあげられるが、歴史観とは、歴史を研究する者、歴史を視る者が、個々にもっているものだといっても差支えないだろう。

2. 歴史研究について

歴史研究は歴史叙述そのものである。この点が他の学問領域と異なる点である。なぜなら、歴史と歴史学には境い目がないからであり、前述したように、歴史そのものが調査と研究に該当するためである。

歴史は「書かれるもの」であるとはいっても、「生じた事実」そのものを無視するものでは、決してない。学問の根本的命題である「真理の探究」から外れるものであってはならない。ここでは、まず、事実そのものを忠実に再現でき得るだけの史料を必要とする。事実とは、人間が捉えることできる真実であるからであり、これに基いた歴史認識というものは、蓋然性（確からしいこと、真実らしいこと）にとどまるのは、ある意味では止むを得ないことでもある。また、歴史を

認識する存在に、認識が先行することはない。歴史を視る者自体、歴史存在なのだが、歴史存在によって認識される出来事としての歴史は、ベルンハイムのいうように、他の出来事との関連で捉えられるものである。だが、単に史的関連のみでは、歴史的意義があるとはいえない。

ある出来事が起った「原因（≒因果）と目的」を明らかにしたうえで、認識された出来事を、その歴史を視る者の主観（主体的な見方）で叙述されるとき、客観的な史料が単なる物質の位置から、史料としての価値が付加するのである。

繰り返すが、歴史の客観的側面（生じた出来事）は、歴史の主観的側面（それぞれの史観に基いて、叙述されたこと）が加わることによって、はじめて歴史となり歴史研究となるのだ。

だが、この主観なるものは、あくまでも身勝手なものであってはならない、歴史研究は「批判」なくしては成り立たないよくいわれるが、歴史認識そのものが個別の、主体的な観察からなるものではあっても、自分自身の歴史認識の確実さについての批判もまた必要なのだ。それを確認する方法として、(1)自分自身で実験的に確実性を認知すること。(2)個別的な認識を全体の中に投じてみること。(3)他の研究者の判断とも一致すること、という手続きを踏まえることである。この批判の精神が歴史叙述に内在する限り、歴史もまた科学たり得るといえよう。近代科学とは疑うことから始まるといわれて然りなのである。

歴史は史料なくしては語られない。史料となるものとしては、伝承（言葉として語り継がれているもの、口碑。例えば、歌謡、伝説、流行語、諺など）、文字による伝承（歴史的碑文。回想録、伝記、年代記など）、遺物（言語、人体、人間の行為、慣習、記念物、科学、芸術作品など）、さらには地理、景観など、およそ人事に関するすべてのものは史料となり得る。

史料は、ある出来事とそれを取りまく事象のすべてが調羅されなければならないのだが、あらゆる史料のうちから純真性のある、来歴の十分なものを選び出す必要がある。そのために史料批判が行なわれなければならない。

史料の価値については、1等史料、2等史料といった等級で表わすことがある。等級の高いものほど出来事に関与した当事者の手になるものが多く、より信憑

性が高いといわれるのだが、ときとして偽りもあるということを見抜かねばならない。そのために、出来事の周辺の史料を十分に吟味しておく必要（これらを経称して史料批判という）がある。4等史料までを一般的には根本史料として扱う。歴史研究を評して、裁判のようだと評した人がいるが、それはこのような十分な手続きを要するからである。

歴史研究を概観すると、調査研究、文献研究に裏付けされたものにほかならない。ということが分ろう。最近、看護史関係でも史料集や、これに類似の書籍が出されるようになったが、本来、史料は自分の足で歩いて発掘するものであることであることを忘れてはならないと思う。また、聞き書きも流行する傾向にあるがそれだけに終始するのは、単なる「生じた歴史」か伝承（■伝）にすぎない。労なくして研究は成り立たないというのは、歴史研究に限ったことではない。

だからといって、いわゆる「史料の■人^{とらわびと}」の弊害に陥っても困りもので、あまり多くの史料を渉猟した結果、細部にとらわれすぎて全体が見通せなくなったり、史料の価値を正しく評価できなくなったりしては、自らの批判力を失ったことにほかならないと知るべきである。

また、近年、研究者としての基本的な態度が疑われるような、研究史の無視や、先行研究に対する客観的評価を怠ったとしか思えない研究報告例に接することがあるのは歎かわしいことといわねばならない。歴史研究者として、おやである。

3. 看護歴史研究の可能性

歴史研究の近接領域には考古学、民族学、民俗学（近年は文化人類学）、言語学、地理学など多岐のものがある。これらを十分活用してゆくことは重要で、ある意味では歴史家は、その時代の人事現象のありとあらゆることに通暁しているといっても過言ではない。だから、政治史の専門家が、その時代の神事や習慣、さらには衣服の様式や着付の仕方まで知っていたりすることが起るのだが、さしあたっては自分の研究課題から外れるものであるため、言及しないということもある。

ところで、私が関与しているのは看護婦史であり、女性史の分野ないしは職業史の分野に属する。後者はさておき、女性史は近年、世界的に飛躍したといって

よからう。かつての女性史といえば、北条政子やナイチンゲールといった、いわゆる女丈夫として名を成した人物の伝記が中心を占めていた。ところが、そのあり方が問われる時代になったのである。

従来の歴史がHistory（ヒズストーリー）に偏りすぎていたとして、Herstoryを提唱する女性歴史研究者が登場しはじめたのだ。Historyでは、上述のような女傑、女丈夫以外の女性の生き方は除外され、専ら、政治・経済・社会に関与する男性と、男性中心の社会・制度・文化が語られたにすぎない。一般女性はそれらの中に埋没して生きており、自らの歴史を述べたり伝えたりする手段さえも持てなかった。その埋もれた歴史を丹念に発掘することがはじまったのだ。それは、例えば■本の中・近世の■主の割合を当時の公文書から掘り起こす作業であったり、フランスの中世の墓■名を1つ1つ調査して家族形態を洗い出す作業であったりする。

これらの研究はアカデミックな歴史学の中では、（女性史といえば、それだけで）解放史としてのみ捉えられ、高い評価を受けているとは言い難い。だが、確実に、歴史学の領域の新たな分野を開拓し、幅をもたせることにつながっている点は見逃せない。女性史はまた、女性がかかわってきた“生活”そのものにも光をあてはじめている。

例えば、“主婦”といわれる女性たちの生活内容が刻明に掘り起こされ、評価されている。“主婦”という言語自体の来歴から、生活様式の変化や概念の変化といったものが捉えられる。このようなことは、従来の狭義の歴史学からは考えられないことである。そして、さらに、これらの研究は各時代の生活文化そのものについても洗い出しはじめる。しかし、多くの言語化ないしは記述化されていないものを対象とせねばならないため、研究は困難を極めることになる。生態学的且つ現象学的でさえある。

このような歴史研究の時代的変容の中にあって、看護歴史は時宜を得たものになる可能性をもっているといえる。すなわち、“看護”こそ、人びとのくらしの中に密着したものとして数千年来続いた人間の営みの行為そのものだからである。

例えば、食生活そのもの、清潔保持にかかわる行為（入浴、洗髪、洗濯料など）といったものの歴史的推移を丹念に掘り起こし、それを叙述するといったこと

は、明らかに看護の歴史そのものになる。また、単なる伝説ではなく、**名**もない人びとによって行なわれた看護の形態、理念について探究することもできよう。思想史、あるいは社会史としての看護史という捉え方をすることも出来よう。

このようにみてゆくと、女性史の広がりの影響は、看護歴史研究により多くの可能性をもたらすことになったといえる。だが、**論**がないわけではない。それは看護がくらしに密着したものだ、というとき、その評価基準を、どうしても看護概念にこだわって行なおうとするという弊害があることだ。過去の時代においてなされた看護は、その時代の文化尺度からいえば、そ

れ自体が看護なのである。現在の尺度で過去の出来事を評価するのはいかにも簡単であるが、それでは過去の時代そのものの捉え方（歴史認識）がなされていないということになる。これが民族間の文化の違いを指摘するといったことであれば、そのような評価の下し方自体が、いかに偏見に満ちたものかが分るだろう。

看護歴史研究の対象は、看護とかかわりのある出来事・人事現象である。そうである以上は、これもまた歴史研究である。歴史研究であるなら「理性認識」をもったものとして、その可能性を追求したいものである。さもなくば、看護歴史研究自体の可能性など存在しなくなってしまうのであるから。

症 例 研 究 と 看 護 学

一 症例報告と症例研究の異同 一

千葉大学看護学部

横 田 碧

司会 東京女子医科大学看護短期大学

川 野 雅 資

1. 看護研究の前提として考えている基盤

看護学は生活している人間をその対象としている。そこでまず、私が「生活している人間」をどのように捉えているのか大枠をの述べておきたい。

(1) 人間存在のありよう

人間のありようは、1つの小宇宙をなしている個人というシステムが、自然環境という大宇宙システムの中で、生命活動を行っているものであり、「環境－人間」間には相互交換関係が存在している。また小宇宙同士、つまり人間同士の間にも、「自己－他者」間の相互交流があり、それを媒介にして、大きな外部システムと関連し合っている。このように、各システムは独立・自律しておりながら、相互に関係し合い、交流し合い、交渉し合って、人間の生活というものが成り立っているのである。

そこで、各システム間の接点、もしくは接触面に生じる場面がどのようなありようをしているかによって、個人内システムは大きく変動する可能性を秘めており、この場面にこそ、看護の存在の意義があるのである。

(2) 「物事」という言葉

現象を表す日本語には「物事」という言葉がある。この言葉は「物」と「事」とから成り立ち、その中に森羅万象を含み込んでいる。

医学は、人体にいかにして「物」を加えたり、取り除いたり、取り替えたりするのがその中心課題となっている。それに対して、看護学は「事」を扱っていくウェイトが高いものである。「物」は空間的事象であり、「事」は時間を含んだ事象であると言える。つまり、時間事象は「過程」として捉える必要がある。

過程を研究するには「事例」の変化、ないし変容を研究の焦点とすることになり、事例なくして「看護

の研究」は有り得ないといってもよい。ただし「看護婦のした研究」は有り得ることはいうまでもないが。

「物の研究」と「事の研究」は、研究する領域や焦点が違うのだから、おのずからその方法論が異なるのは当然のことである。他領域の研究方法論を援用する場合には、この点での使い誤りに留意することが必要不可欠である。

(3) 看護現象の構造

看護という現象は複雑多様な要因を包含するものであるが、その必要最小限の単位要素は、①〔病む人〕（自力のみでは自己の課題を解決や解消、もしくは緩和しにくい状況になっている人）と、②〔看護婦〕（病む人の自力のみでは不足する部分を、ある期間にわたって補給する人）と、その両者が一定の時間・空間の中で接する関わり、つまり●〔交流する関係の過程〕の3つである。

そしてこの「関係」は、病者から看護婦へ、看護婦から病人へ、というような一方通行のみでなく、双方から内的状況を発出したり、受け取ったりし合う「相互交流」であり、その交流過程を通して、双方が共に変化・変容していく「相互関係」であるのである。

(4) 看護という実践の内容

看護の場面は一見すれば、医師の指示による「物」が、対象者である患者に、看護婦の「手」によって受け渡されていると見えることだろう。「物」は、たとえば病者の心・精神が働いていない場合でも、奮、活動していない時の方が、物である身体内から採取したり注入することが容易である。

「看護関係」においては、「物」は病者とかかわるきっかけとなるものであり、媒介物であるに過ぎない。それに対して「事」は双方が共にする過程の中で生じ

てくるもの、換言すれば病者と看護婦との間の、人間としての「心の交流」の積み重なりの中で、新たに生まれてくるものなのである。つまり「看護関係」は与えるものではなく、関係を通して共に生成されてくるものなのである。

このように考えると、「看護の研究」のポイントの置き場所としては、①看護婦、②病者、③関係過程、の3点となってくる。ただし、この3つの側面を一度に研究することは、かなり複雑多岐にわたる場合が多

いので、これらの一部分ずつを明らかにしていく過程を積み重ね、その上で総合を図るという必要が起こってくるわけである。

(5) 看護学の基盤は事例研究

看護関係を通しての病者および看護婦双方の変化・変容のプロセスと、そこに含まれている意味の吟味にこそ、看護活動の本質を明らかにする、つまり看護学を体系化していく素材となるものであり、宝庫であると言える。しかし、実践の現場が宝庫であり過ぎて、

〔表1〕

前提：看護は実践の学である。

〔実践者の研究過程の段階〕

やり続け (研究の種々相)	思いつき (予想・仮説)	日々の繰り返し (実行行為・実践)	経験の積み重なり (結果・有効性)
a) 記述研究	「こうやってみたらこうなりました」	「またやっています」	「うまくいった！がっかり！」
b) 知識－実践研究（追試）	「わからないから知識どおりに」	「知識を頼りにやってみる」	「やったら本当にそうだった」
c) 理論不備部分発見研究	「本当にそうかなあ」	「やってみても現実合わないところがある」	「こういうところは合わない」
d) 現象生理研究	「一体どうなっているのかしら？」	「記録に残っているものを整理してみる」	「こうなっているんだ」
e) 現象予測研究	「こうなるのではないかな？」	「そうなるかやってみる」	「やっぱりそうだった」
f) 現象理解研究	「こういうことでこうなるんだな」	「そのような理解をしてやってみる」	「やはりそうなる」
g) 意味関連発見研究	「これとこれとが関連しているらしい」	「実際に関連づけてやってみる」	「これとこれはこう関連している」
h) 予測確認過程研究	「意味関連から推察するとうなりそう」	「本当にそうか確かめる」	「予測はこの程度確かだ」
i) 予測方法探求研究	「事前に早めに予測できる方法はないかなあ」	「いろいろな予測方法を試してみる」	「これではこう、これではこうなった」
j) 予測対応研究	「意味からの予測はこう、予測法によってもこう」	「予測にもとづいてやってみる」	「そうだった、そうならない」
k) 方法予測研究	「このようにしてみたらどうだろう？」	「実践してみても記録する」	「やってみたら効果はこうだった」
l) 予測実証研究	「このようにすると効果的だと思う」	「効果的と思われる対応を試してみる」	「故にこれが効果的である」
m) 方法確定研究	「当てはまらないものはあるだろうか」	「いろいろな場合についてやってみる」	「当てはまらないものは見いだせない」
n) 体系化研究	「現象はこれこれのことで成り立っている」	「多くの現象に当てはめてみる」	「この現象はこのようにして成立する」
o) 理論化研究	「この現象の中にはこういう意味が含まれている」	「こう意味づけると多様な現象を理解できる」	「この現象にはこのような意味がある」

現実には室に押し潰されたり、室のもちぐされになってしまっていることが多いかもしれない。

そこで、看護婦の経験の中に雑然と蓄えられている重い宝箱の中から、その一部分ずつを取り出して、物事の筋道やことわりを明らかにしていく経過を〈表1〉を軸にしながら、「何を」ではなく、「どのように」を中心に置いて「事例」（当■配付資料）¹⁻³⁾に即して述べた。

2. 「事例報告」が「事例研究」になるには

看護の経験や過程をそのままに書きつらねた記述素材が、事例研究となっていくには、以下のようなことが必要である。①看護関係の出発点が明確に位置づけられ、②どのような予測をもって看護をしていったかが明らかになっており、③看護過程の中で、何がどのように変化・変容していったのかが、看護婦・患者・関係の3点にわたって、事実として記述してあり、④その変化の意味が明確に考察されていることにより、⑤それと似たような状況で看護をする人々にとって、活用し役立てられる知見が導き出されていることである。

(1) 関与者としての看護婦自身の吟味

看護研究としては、患者のことだけ、もしくは患者への物理化学的影響の研究のみでは不足の部分が生じてくる。看護過程の一部分である「看護婦」側の吟味も重要である。その一例として、看護婦-患者関係上に困難があったとき、看護婦の内面の検討によって、看護婦自身の物事の受け止め方・認識の仕方が変化した過程を吟味した研究¹⁾をあげて解説した。

(2) 生活者としての病者の内面の吟味

看護研究をするときの視点には「病者」の内側からの理解も重要な部分となる。生活者であった人が病を負って「患者」と呼ばれるようになったと考えるとき、「生活者から患者へ」「患者から生活者へ」もしくは「病をもった生活者へ」と、その社会生活の意味内容を変更していくプロセスのいずれかの時点において、各看護婦は各患者と出会うことになる。そこで、その患者が今、その生活のプロセスのどこに、どのような向きで位置しているかというのを理解することが必要になる。

そこで、病をもって生活するというもののプロセスと、その過程が停滞したり、横道にそれたりする流れ

〈表2〉

〔関係を通しての成長の実際の流れと←それが停滞する時〕

〔段階〕			
1)	↓出会い（双方のまさぐり合い）		(1) 関わり初期 ＜開始期＞
2)	←不安の防衛し続け	↓過去の反映による推測と新体験（確かめ合い）	
3)	←思い込みからの離脱困難	↓位置関係の成立（縦関係から横関係へ）	
4)	←依存・支配への安住と不満感	↓不明確部分の明確化と相互確認（汲みとり・読みとり）	
5)	←ぼやかし、あいまいさへの逃避	↓現実認識の一致への歩み寄り（共感的理解）	
6)	←課題への直面回避	↓基盤の一致による真実の余裕の形成（受容）	(2) 今困っていることへの対応 ＜具体的援助期＞
7)	←過緊張・エネルギーの空転	↓解決方法への求め（内発的動機づけの形成）	
8)	←1人相撲・自己の見失い	↓社会資源の活用（新知識・新情報の提示）	
9)	←無知・未知・偏見・未開発	↓メリット・デメリットの共同検討（現実検討）	
10)	←善悪・正否・上下などの悉無律へのとらわれ	↓選択権保持力への支持と自己決定（主体性への保証）	
11)	←主体性の放棄・あなた任せ・責任転嫁	↓実感的体験の集積・修正への同伴（見通しに立った一貫性）	(3) 生活体験過程への同伴 ＜内面化期＞
12)	←巻き込み・振り廻し・実体験からの離れ	↓自力と支持力の組み合わせの均衡（快い人間関係）	
13)	←関係の切り離し、押しやり・孤独への沈潜	↓不足の支持力の開発育成（サポートシステム・仲間づくり）	
14)	←あきらめ・断念・絶望	↓経験を通しての内面的能力形成の促進（自己への信頼形成）	
15)	←人間不信・自尊心（自己価値）の低下	↓繰り返しの自動化・自律化への支え（自助力開発と自信）	
16)	←言行不一致・有言不実行	↓分離への徐々に準備（自己価値観の育成）	(4) 主体的能力の育成 ＜内面化期＞
17)	←依存心の形成・自立心の喪失	↓救援の求めの必要の自覚と時期の見定め（自助能力への認識）	
18)	←劣等感・自己卑下・自己否定	↓サポートのある場での自律への試み（自他の関係認識と行動）	
19)	←見捨てられ感・羨望・怨念	↓自律の適切さ・安定性の確認（自立と他者への求めの調整）	
20)	←不安と固執・拒否としがみつき性の両価性	↓終結・人としての心のつながり（関係世界内での存在感）	
	←孤独・孤立・孤絶		

を〈表2〉に示し、病者の今いる「位置と向き」⁴⁾⁵⁾を見定めるときの大ざっぱな地図となるものとして解説した。これらのフレームを用いて、現実の看護関係の困難の所在を見当づけてみると、今、ここで、どのような性質の看護を提供してみたら、病者の実状とマッチするのかの方法選択の援けとなると考えている。

(3) 関係のありようの再吟味

病者のいる「位置と向き」によって、看護介入の方法もおのずから異なってくる。これらの見定めと、看護のアプローチの方法の選択との間のズレが大きいと、看護行為が患者にとって有効なものとなりにくいばかりでなく、患者の求めの表現の強烈さに看護婦があとずさりしたり、看護婦が熱心になればなるほど患者との関係が離れたり、患者の自立の妨げとなったりする。

看護婦－患者関係において、看護過程の停滞や進展の生じた事例の再吟味によって、関係のありようの意味を改めて見出すことが可能となった研究²⁾をとりあげてこの点を解説した。

(4) 生活の中に位置づけた看護の明確化

最後に、看護過程の積み重なりをレトロスペクティブに観て、看護が病者の生活の中でどのような意味を果たしてきたかを検討吟味した研究³⁾を用いて、生活経過の中での看護の位置づけを解説した。

このように、看護という現象を総括的な捉えた観点に立って、自己の研究している部分を明確に位置づけた上で、その細部を詳細に吟味した事例研究を積み重ねて、かつそれらを統合して、看護現象に関与する各要素と、その相互関連性を意味づけ⁶⁾、脱落部分の少ない看護学の体系化がなされていくことになるのである。

看護研究の発展には、看護過程に生ずる複雑多様な現象を誤りなく表現できる方法と、変容過程を測定し得るメジャーとなるものが必要である。それは、看護以外の学問領域にあるのではなく、看護実践の中にこそ存在しているのである。山のあなたに青い鳥を求めるのではなく、まず我々の看護実践の足跡の中から、看護研究の種を拾い集め、水と肥料と太陽によって育てていくことが、日本看護研究学会の重要な役割であると考えている。

〈参考文献〉

- 1) 平野晴美・横田 碧：患者－看護婦関係のTAによる一考察 ― 自己の再認識過程を通して、交渉分析学会第14回大会，1989.
- 2) 沢田いづみ：看護における精神療法的理解と接近 ― 医療拒否を訴えたH氏との関わりを振り返って，看護展望15-(3)，1990.
- 3) 田上美千佳：緘黙を主症状とする症例への援助に関する研究 ― 創作品の変化と生活場面での変化に焦点をあてて，日本看護科学学会誌，8-(3)，1988.
- 4) 横田 碧：精神科看護と精神看護の方法論2 ― 精神看護から精神科看護へ，看護教育，30-(7)，1989.
- 5) 横田 碧：コミュニケーションの技術，日本精神科看護技術協会編，精神科看護学叢書1「患者理解と看護援助」，メヂカルフレンド社，1989.
- 6) 横田 碧：支え合っている ― 「関係性」の視点から生活指導を考える，生活指導研究6，1989.

患者のテリトリー及びプライバシーに関する研究

ー病床周辺を中心としてー

千葉大学看護学部看護実践研究指導センター

川 口 孝 泰 ・ 松 岡 淳 夫

1. はじめに

医療技術の進歩により、多くの疾患が治療対象に加わり、効果的な治療が多様化して行われるようになってきた。このような中で、病院の病室は、増大する医療需要に対し、治療遂行の場としての進歩は目覚ましい。

しかし、一方では現在の病室環境が、機能化し、治療優先の空間になってきたことの弊害も見られ、患者に対し、ストレスから生じる療養上の問題をもたらしている。そこで、患者の環境整備を重要な要素に位置づける看護学がこの病室空間に関する研究に果たす役割は大きい。

2. 研究の経緯

図-1に示すように、病室を患者の療養生活の場として捉えてゆくために、以下の2種類の観点から検討を進めている。

1) 患者にとって安全な空間、医療者にとって援助、治療などがしやすい空間、等の物理的な面の環境への検討。

2) 患者の人間的な欲求の把握に基づいた、心理的な面から安寧な環境作りに関する検討。

この中でも、1)に関する研究は、近年多く行われ、その研究成果も期待されているが、2)についての研究は極めて乏しい。

そこで、我々は患者の生活の場としての病床・病室の環境整備の基礎資料を得ることを目的に研究を進めている。本報告では、その1部、病室を中心に人間が日常生活を送る上で、基本的な欲求と考えられるテリトリーとプライバシーの意識に関して報告した。

問題提起

病室には、患者が安心して治療・看護が受けられ、(正確な技術の実施)安らぎのある療養生活を送れるような環境づくり(病床生活の心理面への配慮)が必要とされる。

看護の目標

患者の健康回復に向けて患者を一番よい状態に保てるような環境作り(心理的・物理的)をおこなう。

心理的な環境づくり

・患者の人間的な欲求の把握と、これに基づく看護としての対応 etc...

<現在の研究項目>

* コミュニケーション距離の検討
* 個人空間意識の検討
* プライバシー意識の検討
* テリトリー意識の検討

物理的な環境づくり

・医療者の作業環境の確保
・患者の安全を考慮した生活環境の整備 etc...

<現在の研究項目>

* ベッド間への就床行為の検討
* ベッド間での作業スペースの検討

図1 研究の目的

3. 研究の概要

次の2項目について検討した。

1) テリトリー、プライバシーに関する基礎概念の検討。

2) この概念に基づいた、患者の病床周辺でのテリトリー及びプライバシー意識の調査。

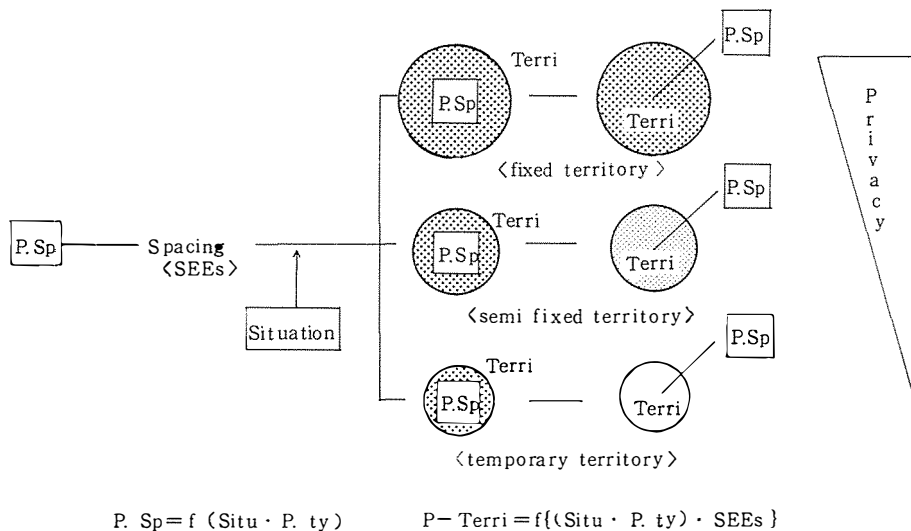


図2 個人空間の構造モデル化案

1) については、人間のテリトリー及びプライバシーに関する文献的な検討をおこない、人間の日常的な生活空間におけるテリトリー及びプライバシーに関する基本的な構造をモデル化して提案し、本学会誌Vol. 12 No. 1にすでに報告した。

2) では、1) に基づいて、入院中の患者に、テリトリー及びプライバシーに関する意識調査をおこない、現状の病室における患者の意識構造について考察した。

4. 基礎概念の概要

図-2 は、提案した個人空間の概念のまとめである。この個人空間は、Personalspace を、より人間の居住空間の概念に近付けた、質的な分類と定義される。

人間は一般的に個人の欲求に対して、場面に即した個人空間を、環境に積極的に働きかけることにより確保している。

一方、この個人空間は、プライバシーの意識と密接に関わっている。図-3 は、Westin, A. F. によるプライバシーの分類である。この分類でも示されるように、人間は、場面や状況に合わせて質的に異なるプライバシー意識を持っていると考えられる。

病院の病室で入院生活を送っている患者は、ベッド周辺の狭い空間の中で、このような質の異なるテリトリー及びプライバシー意識を持ち、様々な制約を受け

ながら生活を送っていることになる。

看護学において、これらを把握することは、看護における基礎的な知見として重要である。

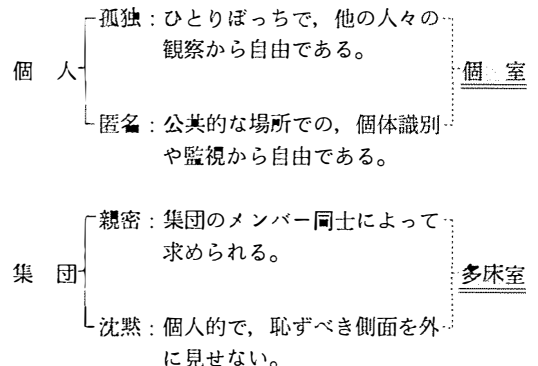


図3 プライバシーの分類 (Westin, A. F)

5. 調査の方法

図-4 に示すように、ベッド周りにおける患者のテリトリー及びプライバシー意識を目的変数として、患者の属性、療養の場所、療養の状況、患者の意識などを説明変数として調査項目を設定しておこなった。

特に、テリトリー及びプライバシー意識は、図-5のように調査項目を設定した。

患者の属性
1. 性別 2. 年齢 3. 自意識尺度 (A.H.Bussによる)
療養の場所
1. 病床数 2. ベッドの位置 3. ベッド間隔 (a. ベッドとベッド b. ベッドと壁)
療養の状況
1. 診療科 2. 病気の段階 3. 在院日数 4. 生活の自由度
患者の意識
1. プライバシー意識 (11場面の提示による気になり度とカーテンの使用の有無) 2. テリトリー意識 3. 隣のベッドの人との関係 4. 病室改善の必要性 5. 好きなベッドの位置・嫌いなベッドの位置

図4 調査項目

<プライバシー意識の質問項目>

ベッド上で、以下の行為をしているときの、隣のベッドの人に対する意識の度合 (気になる度合) を調査する。

1. 食事をしているとき
2. 衣服の着替えをしているとき
3. 体や顔を拭いたり、化粧などをしているとき
4. 大便や小便をしているとき
5. 診察、処置などを受けているとき
6. 昼間に、静かに寝ているとき
7. 昼間に眠っているとき
8. 夜間に眠っているとき
9. 読み書きをしているとき
10. 家族と会話しているとき
11. 医師や看護婦に相談しているとき

<テリトリー意識の質問項目>

以下の■に示す、6種類のテリトリーのタイプのうちから、一つを選んでもらう。網かけの部分は、「自分だけが自由に使用できを空間」であると、教示した。

1. ベッドのみ 	2. ベッドと片側半分 	3. ベッドと両側半分
4. ベッドと片側 	5. ベッドと片側+片側半分 	6. ベッドと両側

図5 プライバシー、テリトリー意識のアンケート内容

調査方法は、自己記載方式で回答してもらい、回答時に聞き取りで、回答内容の確認、補填をおこなった。

なお、調査対象としたT病院は、ベッド数、611床、12看護単位、の大学附属病院で、その4床室、6床室の入院患者についておこなった。

6. 調査結果

(1) 調査対象患者の特性

A. H. Bussによる自意識尺度を用いて、患者の属性分類をおこなった。

今回の対象患者は比較的自意識の低い人が多く、特に社会的不安度については、56.6%の人に低い値がみられた。

性別の違いによる自意識の程度は、女性にやや高い傾向がみられたが、顕著な差はみられなかった。

年齢別の自意識の程度は、公的自意識にのみ、若い人がやや高い傾向がみられたが、他は顕著な差はみられなかった。

(2) テリトリー意識について

図-6は、テリトリー意識の6タイプの割合である。これらのテリトリー意識のタイプは、療養している場所と関連がみられた。

また、同時に行った患者の好みのベッド位置の意識は、どの患者も同様の傾向で、好き嫌いを示した。

テリトリー意識のタイプと、他の属性とのクロス集計結果では、療養の場所との間に関連がみられたに過ぎなかった。

(3) プライバシー意識について

プライバシー意識については、11の質問項目のうち、特に関連のみられた6つの質問項目に絞り、調査結果を検討した。

患者の属性とプライバシー意識では、性別では、女性の方が高い傾向がみられた。

また年齢別では、若くなるほど、自意識得点では、高くなるほどプライバシーの意識は高い傾向がみられた。

療養の場所との関連をみると、4床室よりも6床室が、ややプライバシーの意識が高い傾向がみられた。

診療科別では、産婦人科がほとんどの項目で高くなった。

在院日数別では、在院日数が短いほどやや高い傾向を示した。

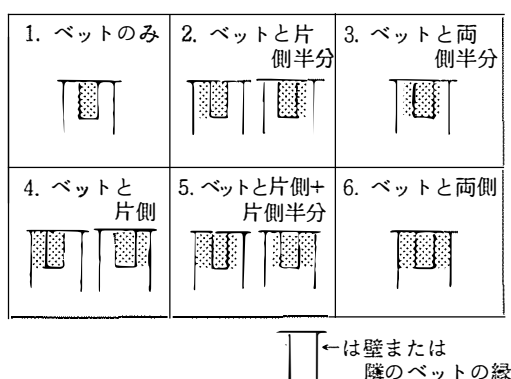


図6 テリトリー意識の分布

以上、プライバシー意識の単純集計の結果から、プライバシー意識は、患者の属性を中心に、患者を取り巻く様々な因子と関連をもって存在していることが明らかになった。

(4) 数量化による検討

単純集計データを参考に、図-7に示すようなアイテムおよびカテゴリーを設定し、数量化による多次元的解析をおこなった。

図-8は、大型コンピューターを用いて、全てのカテゴリーについて数量化Ⅲ類をおこなった結果である。

この図からも明かなように、プライバシー意識の程度（気になる度合）により、3群に分類して布置され、性別、年齢、在院日数、診療科などの属性との関連を捉えることができた。

また、病室の環境改善の必要性の意識についても、プライバシー意識の程度との関連がみられた。

テリトリー意識のタイプについては、この分布表でも明かな傾向をみることはできなかった。

以上、数量化Ⅲ類の検討により、患者のプライバシー意識は、今回の調査項目の多くの要因と関連をもっていることが明かとなった。

そこで、プライバシー意識の高低に、これらの要因が、どの程度影響を及ぼすかを、数量化Ⅱ類により検討した。

患者が清拭行為をしている、或は、されているときを想定して、どのカテゴリーが患者のプライバシーの意識に影響を及ぼすのかを、分析した結果では、プライバシー意識を高めている主な要因は、性別では女、年齢では40～59歳、ベット位置ではドア右側、診療

要員	No.	カテゴリー名
性別	1 2	男女
年齢	3 4 5	20～39歳 40～59歳 60歳以上
患者の属性	6 7 8	公的 私的 社会的
意識	9 10 11 12 13 14	低 中 高 低 中 高
療養の場所	15 16	4床室 6床室
ベット位置	17 18 19 20	ドア右側 ドア中央 ドア左側
診療科	21 22 23 24 25 26 27	内科 外科 整形外科 産婦人科 泌尿器科 眼科 その他
在院日数	28 29 30	0～2W 3～6W 7W以上

要因	No.	カテゴリー名
診療状況	31 32 33 34	I II III IV
プライバシー意識	35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52	着替え 清拭 大小便 診察 夜間 家族 低 中 高 低 中 高 低 中 高 低 中 高
テリトリー意識	53 54 55 56 57 58	1 2 3 4 5 6
改善	59 60	ある ない

図7 数量化のためのカテゴリー表

科では外科・産婦人科、そのほか自意識の高さ、などであった。

また、同様に大小便の行為を想定した場合のものである。

このときの、プライバシー意識の影響要因は、患者のテリトリー意識のタイプが、他の要因に比べてレンジの値もやや高く、第一の判別要因になっていた。

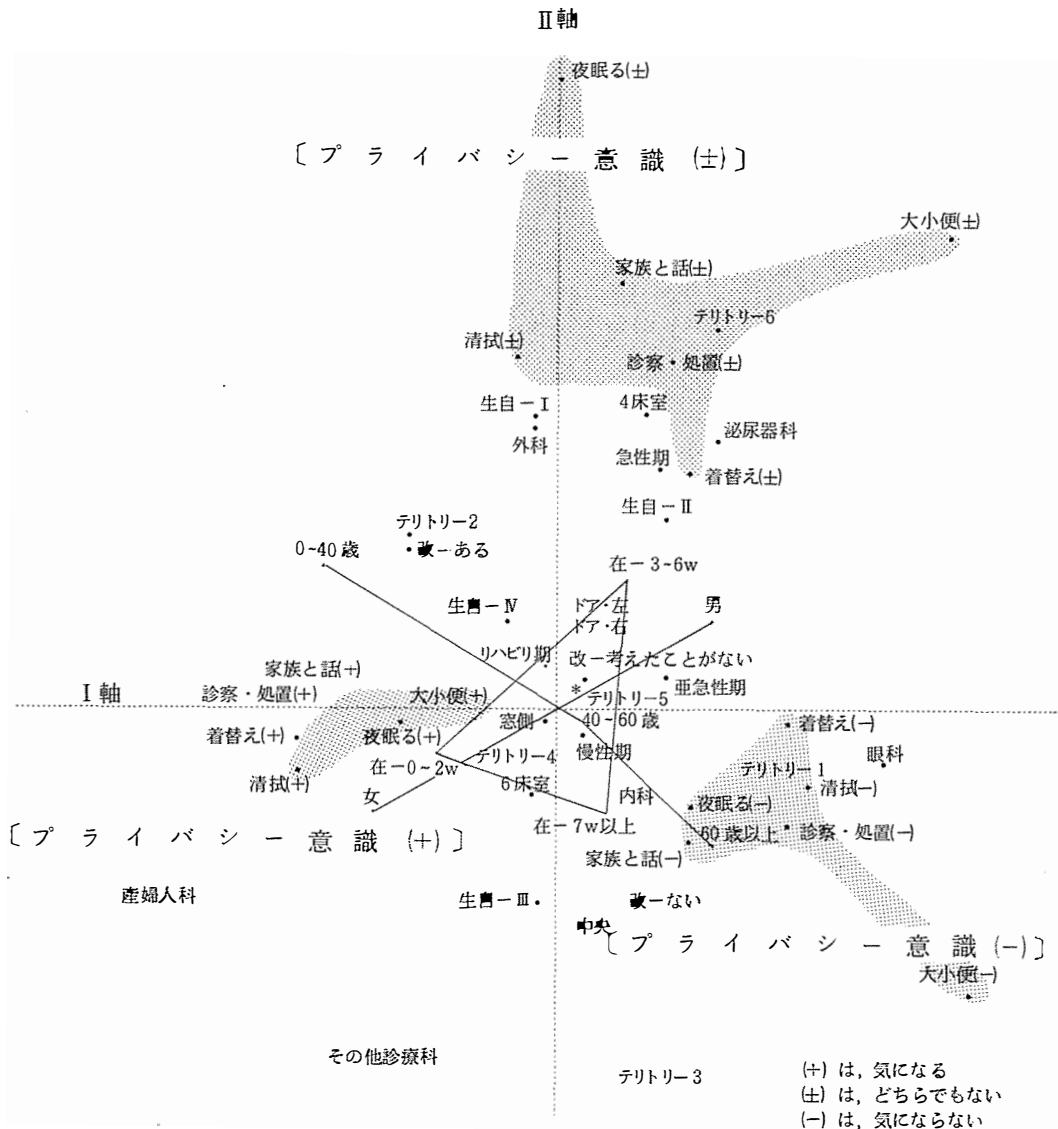
偏相関係数の値は低かったが、ある種の行為におけるプライバシー意識では、テリトリー意識と関連を持つことが示唆されたと言える。

7. ま と め

1) 患者のテリトリー意識は、患者の療養の場所と関連がみられた。

2) 患者の一番好きなベット位置と嫌いなベット位置については、どの患者も同様の傾向を示し、好まれるベット位置は一定と言える。

3) 患者のプライバシー意識は、患者の属性や患者を取り巻く多くの要因と関連する。



■ 8 数量化Ⅲ類によるカテゴリーの分布

4) 病床での行為の違いによってプライバシーの質が異なることが捉えられた。また、行為によっては、テリトリー意識とも関連する。

以上の結果により、入院患者のテリトリー意識は、与えられた療養の場所で、患者同士の契約のもとに、我慢し合い、助け合いながら、テリトリーを認知していることが示唆された。これにより看護者は、患者のこのような意識を十分考慮した、病床周辺への配慮が必要とされる。

また、患者のプライバシー意識は、入院環境の多くの要因と関連を持ち、看護者は、患者の情懷を十分に把握した上で、患者に対する心理面への接触が重要であることが示唆された。

参考文献

1. Florence Nightingale 著, 湯模ます他訳; 看護覚え書, 現代社, 1968
2. エドワード・ホール著, 日高敏隆訳; かくれた次元, みすず書房, 1970
3. 小川圭子; 患者のプライバシーと看護実践の科学, 12, 27-31, 1986
4. 小川圭子; 看護における患者のプライバシー尊重, 看護研究, Vol. 26 No. 8, 464-468, 1985
5. 寺島敏子; 看護婦のプライバシー保護意識の高揚と環境作り, 看護展望, Vol. 10 No. 12, 1144-1148, 1985
6. 広田伊蘇夫; 患者のプライバシーとは, 看護展望, Vol. 10 No. 12, 1138-1148, 1985
7. 村田明子; 現代人のプライバシー意識と病室空間, 看護展望, Vol. 12 No. 4, 412-416, 1987
8. 松岡淳夫; 入院環境についての基礎研究, 看護展望, Vol. 12 No. 4, 1987
9. R. ソマー著, 亀山貞登訳; 人間の空間, 鹿島出版会, 1972
10. Horowitz, M. J.; Duff, D. and Stratton, L.; The bodybuffer zone an exploration of personal space. Arch. Gen. Psychiat, 11, 651-656, 1964
11. 川口孝泰他; 病室の空間構成に関する基礎資料, 日本建築学会大会講演集, 5277, 1988
12. Jon Lang; Creating Architectural Theory, Van Nostrand Reinhold Company, 1987
13. イッテルソン, プロシヤンスキー他編著, 広田君美訳; 環境心理学 3 ー環境組織内の人間欲求ー, 誠信書房, 1974
14. Lyman, S. M. and Scott, M.; Territoriality A neglected Sociological dimension, Social Forces, Vol. 15, 236-249, 1967
15. Altman, Irwin, and Martin Chemers; Culture and Environment, Monterey Ca: Books 1-6, 1980
16. イッテルソン, プロシヤンスキー他編著, 亀山貞登訳; 環境心理学 1 ー概念と研究態度ー, 誠信書房, 1974
17. 堀部政男著; 現代のプライバシー, 岩波新書, 1980
18. 岡堂哲夫編; 現代のエスプリ ー患者の心理ー, 至文堂, 1979
19. 村田明子他; 患者のプライバシーをめぐる医療従事者の課題, 看護展望, Vol. 10 No. 12, 1156-1169, 1985
20. Westin, A. F.; Privacy and Freedom, New York: Atheneum, 1967
21. 亀山貞登著; 空間が人をつくる人が空間をつくる, 講談社, 1980
22. 望月 衛著; 個人空間の中で, ブレーン出版, 1983
23. Barker, R.; Ecological Psychology, Stanford Univ. Press, 1968
24. 灰山彰好; 個人領域の意味と表現, 日本建築学会大会講演集, 5132, 1984
25. 川口孝泰他; 病院の多床室におけるプライバシー確保に関する調査, 日本建築学会大会講演集, 5378, 1987
26. S. シヤマイエフ, C. アレクザンダー著, 岡田新一訳; コミュニティーとプライバシー, 鹿島出版会, 1977
27. 川口孝泰他; 病室におけるテリトリー・プライバシーに関する検討, 日看研誌 Vol. 12 No. 1, 1989

あくまでやわらかく自然な動きの

実習モデル〈^{京子}Kyoko〉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ください。
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。
- 脈搏は左右こめかみ、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 京都科学
会社

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'65ビル6F (03) 253-2861
FAX 京都(075)621-2148 ・ 東京(03)253-2866

新しいカリキュラムにのっとった授業展開の指針

看護教育のための カリキュラム・ガイダンス

編／カリキュラム・ガイダンス編集委員会 ● A 5 判 ● 予価5,000円(税込)

- 新しいカリキュラムに即した『新版看護学全書』を用いての授業展開の手引き。
- 看護教育にあたられるすべての方の座右の書として、おすすめします。

〈目 次〉

- 第Ⅰ章 教育課程改正の趣旨
- 第Ⅱ章 看護婦等学校養成所教育課程改正の概要
- 第Ⅲ章 各教育課程の改正内容新旧比較
- 第Ⅳ章 解 説
- 第Ⅴ章 授業科目とその教育内容
——「新版看護学全書」の構成との対比——
- 第Ⅵ章 基礎科目・専門基礎科目・専門科目
——学習の目標・ねらい・内容・要点の解説——

看護の基本を問い直す！

看護学叢書 (全三巻)

- 監修／千野 静香 埼玉県立衛生短期大学教授
- 各巻 A 5 判

第1巻 人間中心の看護

●定価1,300円(税込)

第2巻 病者の生活行動と看護

●予価2,000円(税込)

第3巻 看護における観察と評価

●予価1,300円(税込)

ケアの専門家にとって、疾患に対する知識をもつこと、癒しのための技術をもっていることは欠かせない要素です。しかし、それら知識や技術が効果を発揮するには、対象である病者を心身の統合した全体としてとらえることが前提になります。そこでこの叢書では、従来ともすると忘れられがちであった、病むその人を中心にした看護を問い直します。

人間中心の看護とは何か(第1巻)、病者の生活とはどんなものか(第2巻)、病者を観察するにはどうしたらよいか(第3巻)をテーマにしたこの叢書は、看護の道を歩きはじめてばかりの方々におすすめしたいものです。ここから看護することのすばらしさ、楽しさ、もちろん厳しさも知ることができます。

—原 著—

前屈位洗髪における貧血患者の脈拍・呼吸・血圧

Vital Signs of Anemia Patients in Forward Bending
Position for Washing their Hair

沼 田 華 識* 工 藤 せい子** 津 島 律**

Kaori Numata

Seiko Kudo

Ritsu Tsushima

I. はじめに

洗髪は、日常の看護場面で毛髪と頭皮の清潔・新陳代謝の促進・爽快感の回復などを目的として行われている。

洗髪に関する研究は、健常者を対象とした労作度^{1, 2)}や心拍数³⁾、脈拍数⁴⁾との関係などが報告されており、これらの中で、仰臥位洗髪に比較し前屈位洗髪において負荷が大きいことが指摘されてきた。さらに患者の疾患に応じて検討した例として、急性心筋梗塞患者では、PRP（最大血圧×心拍数）の変化⁵⁾が報告され、我々が貧血患者に対して、38℃、40℃の温度別に洗髪を行い、体温（深部体温：中枢温・末梢温）、脈拍、呼吸、血圧の変化を検討^{6, 7)}したところ、貧血著明な患者程、体温（深部体温）に影響を与え温熱刺激を受けやすいことが判明した。

現在病棟では、患者の安静度によって、洗髪車を用い床上仰臥位洗髪や、洗面所での前屈位洗髪、半坐位洗髪が行われている。そこで、これら前述の研究^{1, 3, 4, 5)}から、身体への負荷が大きいとされている前屈位洗髪を、体温（深部体温）に影響を与え温熱刺激を受けやすい貧血患者に対して、前回（貧血患者、仰臥位、38℃・40℃温湯使用）に引き続いて行い、体温（深部体温）・脈拍、今回は血圧に与える影響を検討した。呼吸・脈拍、呼吸、血圧について検討したので、報告する。

II. 対象および方法

1. 対 象

貧血患者は、WHOの貧血の基準⁸⁾により男性のヘモグロビン値（以下Hb値とする）13.0 g/dl未満、女性12.0 g/dl未満とし、弘前大学医学部附属病院内科病棟入院中の患者、男性8名、女性8名合計16名であった。年齢構成は、16歳から72歳の範囲にあり平均年齢は51.9歳であった。また、主な疾患は表1に示した通り腎疾患、虚血性心疾患等であった。

コントロール群として、前述同様、内科病棟に入院中の貧血のない患者、男性9名、女性8名の合計17名であった。年齢構成は、17歳から64歳の範囲にあり平均年齢は42.9歳であった。主な疾患は、高血圧、虚血性心疾患等で表1に示した。

2. 方 法

1) 洗髪の方法

洗髪の手順は、吉田の方法¹⁰⁾に基づいて前屈位で実施した。個別的な時間の差異を生じないために、あらかじめ手順を吹き込んだテープレコーダーに合わせて行った。作業は、常に二人で実施し、同一人が洗髪を行い、他の一人は記録、測定を分担して行った。施行場所は、■1に示したように病室で行い、体位は、■2に示したように前屈位とした。温湯の温度は最初38℃で行い3～5日の間隔をおいて40℃で行った。

実施した病室の室温は、24.0℃から29.0℃の範囲であり、湿度は、55%から90%の範囲であった。

* 北里大学病院 University of Kitasato, Faculty of University Hospital.

** 弘前大学教育学部看護学科教室 Department of Nursing Science, Faculty of Education
Hirosaki University.

前屈位洗髪における貧血患者の脈拍・呼吸・血圧

表1 対象者一覧

対象 性別	貧血患者 n=16			対照患者 n=17		
	年齢	ヘモグロビン値 (g/dl)	疾患名	年齢	ヘモグロビン値 (g/dl)	疾患名
男 性	18	10.5	全身性エリテマトーデス	17	15.6	起立性蛋白尿・慢性扁桃炎
	61	12.5	全身性エリテマトーデス	43	17.3	急性心筋梗塞
	68	12.8	狭心症	59	13.2	異型狭心症
	59	10.7	狭心症	53	14.1	高血圧
	61	12.6	陣旧性心筋梗塞	38	14.2	陣旧性心筋梗塞
	54	11.2	蛋白漏出性胃腸症	64	13.3	結核性胸膜炎
	52	9.8	糖尿病	47	15.6	大動脈弁狭窄症
	54	7.8	肺癌	17	15.6	ネフローゼ症候群
女 性				52	14.2	癌性胸膜炎
	59	11.0	進行性A-Vブロック	48	12.3	高血圧
	63	11.7	狭心症	59	13.1	高血圧
	16	10.8	全身性エリテマトーデス・ ループス腎炎	47	12.7	僧帽弁狭窄症 大動脈弁狭窄症
	54	11.6	高血圧	32	14.1	糖尿病
	34	11.7	ネフローゼ症候群	37	12.5	下垂体腺腫
	53	10.2	不整脈	58	12.3	ループス腎炎
	52	9.5	僧帽弁狭窄症・僧帽弁閉鎖 不全症(術後)	39	12.4	感染性腸炎
	72	7.6	糖尿病・高血圧・胸膜炎	20	13.4	全身性エリテマトーデス

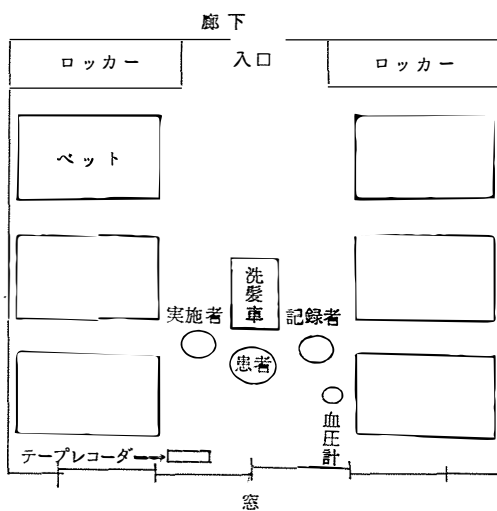


図1 洗髪施行場所

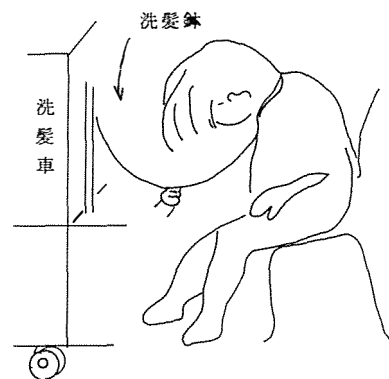


図2 洗髪時体位

前屈位洗髪における貧血患者の脈拍・呼吸・血圧

2) 脈拍, 呼吸, 血圧の測定方法

脈拍は, 左橈骨動脈において1分間測定した。

呼吸は, 胸郭の動きを見て1分間測定した。

血圧は, リバロッツ型水銀柱式血圧計を用い, 右上腕において測定した。

測定時間は, 表2の☆印のように, 洗髪施行直前を0分とし, 終了直後, 終了後2分, 終了後10分まで測定した。

表2 洗髪作業と経過時間

時間(分)	洗 髪 作 業
☆0	洗髪施行直前
2	1 ■目シャンプー終了
7	リンス終了
☆8	洗髪終了直後
☆10	洗髪終了後2分
☆18	洗髪終了後10分

☆: 脈拍・呼吸・血圧測定時間

Ⅲ. 研究成績

1. 脈 拍

1) 38℃温湯使用

対照患者0分の脈拍数は, 80から56の範囲にあり, 平均値および標準偏差(以下, $M \pm S. D.$ とする)は,

68.65 ± 5.84 であった(表3, 図3)。各測定時の脈拍数の平均値と0分時との間のt検定では, 8分(71.88 ± 9.40)に有意に増加した($t = 2.20$, $P < 0.05$)。その他の時間帯では, 有意な変化はなかった。

貧血患者0分の脈拍数は, 100から52の範囲にあり, $M \pm S. D.$ は, 74.07 ± 13.83 であった(表3, 図3)。各測定時の脈拍数の平均値と0分時との間のt検定では, どの時間帯においても有意な変化はなかった。

さらに, 貧血患者と対照患者を比較すると貧血患者は, どの時間帯においても脈拍数が多い傾向を示していたが, 両者間には有意な変化はなかった。

2) 40℃温湯使用

対照患者0分の脈拍数は, 94から60の範囲にあり, $M \pm S. D.$ は, 70.12 ± 9.49 であった(表3, 図3)。各測定時の脈拍数の平均値と0分時との間のt検定では, どの時間帯においても有意な変化はなかった。

貧血患者0分の脈拍数は, 86から54の範囲にあり, $M \pm S. D.$ は, 71.87 ± 8.74 であった(表3, 図3)。各測定時の脈拍数の平均値と0分時との間のt検定では, どの時間帯においても有意な変化はなかった。

さらに, 貧血患者と対照患者を比較すると, 両者間には有意な変化はなかった。

表3 脈拍数の経時的変化(t検定)

対象		温度 時間(分)		38℃ 温 湯		40℃ 温 湯					
		N, M, S.D.		0	8	10	18	0	8	10	18
貧血患者	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	M	74.07	75.93	74.27	74.27	71.87	73.07	73.27	73.73	73.73	73.73
	S. D.	13.83	11.59	13.68	13.90	8.74	9.56	9.51	10.87	10.87	10.87
	0(分)										
	8										
	10										
	18										
対照患者	N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
	M	68.65	71.88	71.76	70.12	70.12	72.76	72.41	71.06	71.06	71.06
	S. D.	5.84	9.40	8.89	6.67	9.49	9.69	11.56	10.52	10.52	10.52
	0(分)		2.20*								
	8										
	10										
	18										

* : $P < 0.05$, ** : $P < 0.01$, 空欄は有意差のないことを示す。

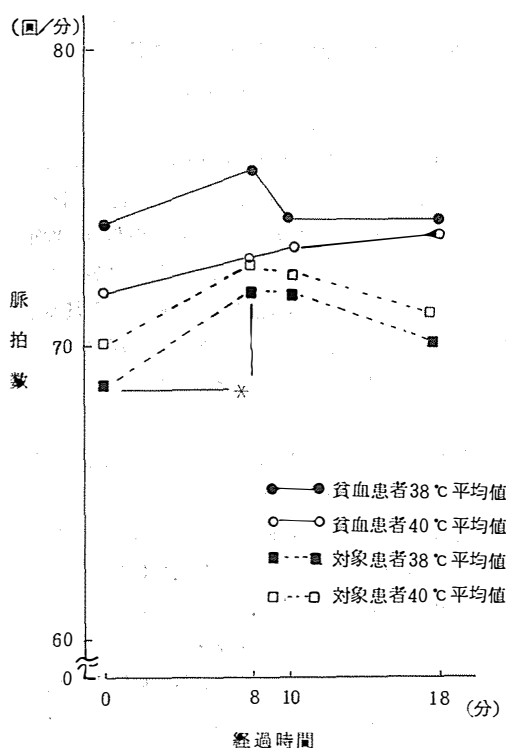


図3 脈 拍 数

2. 呼 吸

1) 38℃温湯使用

対照患者0分の呼吸数は、24から12の範囲にあり、 $M \pm S. D.$ は、 17.82 ± 3.25 であった(表4, 図4)。各測定時の呼吸数の平均値と0分時との間のt検定では、どの時間帯においても有意な変化はなかった。

貧血患者0分の呼吸数は、24から12の範囲にあり、 $M \pm S. D.$ は、 17.25 ± 2.98 であった(表4, 図4)。各測定時の呼吸数の平均値との間のt検定では、8分(18.69 ± 3.42)に比較して10分(17.44 ± 3.67)に有意に減少した($t = 2.83$, $P < 0.05$)。その他の時間帯は有意な変化はなかった。

さらに、貧血患者と対照患者の比較では、両者間に有意な変化はなかった。

2) 40℃温湯使用

対照患者0分の呼吸数は、23から14の範囲にあり、 $M \pm S. D.$ は、 17.35 ± 2.96 であった(表4, 図4)。各測定時の平均値と0分時との間のt検定では、どの時間帯においても有意な変化はなかった。

貧血患者0分の呼吸数は、22から13の範囲にあり、 $M \pm S. D.$ は、 16.88 ± 2.78 であった(表4, 図4)。各測定時の平均値と0分時との間のt検定では、どの時間帯においても有意な変化はなかった。

表4 脈拍数の経時的変化(t検定)

対象		温度		38℃ 温 湯				40℃ 温 湯			
		N.M.S.D.	時間(分)	0	8	10	18	0	8	10	18
貧血患者	N			16	16	16	16	16	16	16	16
	M			17.25	18.69	17.44	17.31	16.88	17.13	17.63	17.69
	S. D.			2.98	3.42	3.67	2.94	2.78	2.42	2.34	2.73
	0(分)										
	8					2.83*					
	10										
	18										
対照患者	N			17	17	17	17	17	17	17	17
	M			17.82	18.41	18.18	17.41	17.35	17.94	17.00	17.00
	S. D.			3.25	2.79	3.15	3.08	2.96	2.88	2.65	2.76
	0(分)										
	8										
	10										
	18										

* : $P < 0.05$, ** : $P < 0.01$, 空欄は有意差のないことを示す。

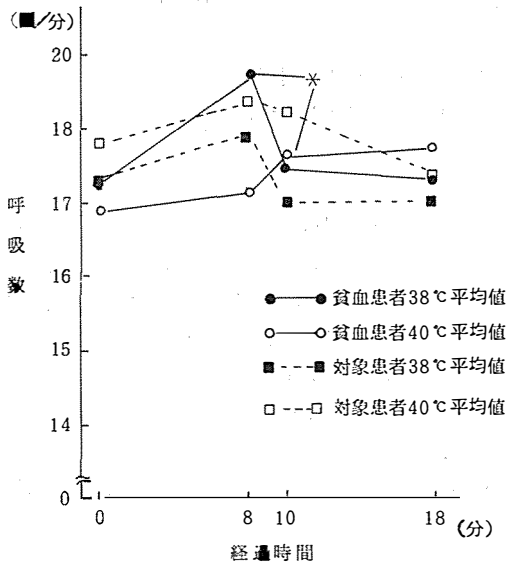


図4 呼吸数

さらに、両者間の比較では38℃同様有意な変化はなかった。

3. 最高血圧

1) 38℃温湯使用

対照患者0分の最高血圧は、166から96mmHgの範囲

にあり、 $M \pm S.D.$ は、 122.71 ± 17.82 であった(表5, 図5)。各測定時の平均値と0分時との間のt検定では、8分(126.82 ± 16.84), 10分(127.77 ± 17.15)に有意に上昇した(8分: $t = 3.52$, $P < 0.01$, 10分: $t = 2.86$, $P < 0.05$)。その他の時間帯においては有意な変化はなかった。

貧血患者0分の最高血圧は、166から84mmHgの範囲にあり、 $M \pm S.D.$ は、 116.80 ± 22.26 であった(表5, 図5)。各測定時の平均値と0分時との間のt検定では、どの時間帯にも有意な変化はなかった。

さらに、貧血患者と対照患者の比較では、すべての時間帯において対照患者が高値を示したが、有意な変化はなかった。

2) 40℃温湯使用

対照患者0分の最高血圧は、174から90mmHgの範囲にあり、 $M \pm S.D.$ は、 119.53 ± 23.66 であった(表5, 図5)。各測定時の平均値と0分時との間のt検定では、10分(124.06 ± 25.61)に有意に上昇した($t = 2.17$, $P < 0.05$)。また、10分(124.06 ± 25.61)に比較して18分(119.77 ± 23.37)に有意に下降した($t = 2.65$, $P < 0.05$)。

貧血患者0分の最高血圧は、182から88mmHgの範囲にあり、 $M \pm S.D.$ は、 116.25 ± 24.70 であった(表

表5 最高血圧の経時的変化(t検定)

温度 時間(分) N,M,S.D. 対象		38℃ 温 湯				40℃ 温 湯			
		0	8	10	18	0	8	10	18
貧 血 患 者	N	16	16	16	16	16	16	16	16
	M	116.80	118.25	119.25	117.00	116.25	121.00	121.00	121.13
	S. D.	22.26	23.46	23.70	24.00	24.70	28.02	27.69	24.61
	0 (分)						2.45*	2.16*	2.52*
	8								
	10								
	18								
対 照 患 者	N	17	17	17	17	17	17	17	17
	M	122.71	126.82	127.77	126.59	119.53	123.18	124.06	119.77
	S. D.	17.82	16.84	17.15	17.82	23.66	26.53	25.61	23.37
	0 (分)		3.52**	2.86*				2.17*	
	8								
	10								2.65*
	18								

* : $P < 0.05$, ** : $P < 0.01$, 空欄は有意差のないことを示す。

5, 図5)。各測定時の平均値と0分時との間のt検定では, 8分(121.00±28.02), 10分(121.00±27.69), 18分(121.13±24.61)に有意に上昇した(8分: $t=2.45$, $P<0.05$, 10分: $t=2.16$, $P<0.05$, 18

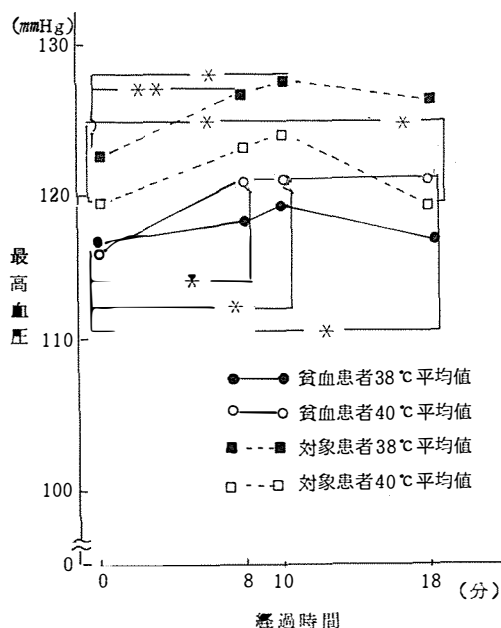


図5 最高血圧

分: $t=2.52$, $P<0.05$)。その他の時間帯には有意な変化はなかった。

さらに, 貧血患者と対照患者との比較では18分以外対照患者が高値を示したが有意な変化はなかった。4. 最低血圧

1) 38℃温湯使用

対照患者0分の最低血圧は, 100から130mmHgの範囲にあり, $M \pm S.D.$ は75.88±16.82であった(表6, 図6)。各測定時の平均値と0分時との間のt検定では, 8分(78.82±17.35), 10分(79.53±17.94), 18分(80.24±18.22)に有意に上昇した(8分: $t=2.13$, $P<0.05$, 10分: $t=3.16$, $P<0.01$, 18分: $t=3.45$, $P<0.01$)。

貧血患者0分の最低血圧は, 112から142mmHgの範囲にあり, $M \pm S.D.$ は71.25±16.72であった(表6, 図6)。各測定時の平均値と0分時との間のt検定では, 8分(78.63±15.12), 10分(79.75±14.59), 18分(80.88±14.53)に有意に上昇した(8分: $t=3.02$, $P<0.01$, 10分: $t=3.30$, $P<0.01$, 18分: $t=3.57$, $P<0.01$)。

さらに貧血患者と対照患者との比較では有意な変化はなかった。

2) 40℃温湯使用

表6 最低血圧の経時的変化(t検定)

対象	N, M, S.D.	38℃温湯				40℃温湯			
		0	8	10	18	0	8	10	18
貧血患者	N	16	16	16	16	16	16	16	16
	M	71.25	78.63	79.75	80.88	75.13	76.63	77.88	79.75
	S.D.	16.72	15.12	14.59	14.53	13.58	14.51	12.99	13.24
	0(分)		3.02**	3.30**	3.57**				2.67*
	8								
	10								
	18								
対照患者	N	17	17	17	17	17	17	17	17
	M	75.88	78.82	79.53	80.24	72.71	77.29	76.47	77.29
	S.D.	16.82	17.35	17.94	18.22	17.49	22.27	21.71	19.43
	0(分)		2.13*	3.16**	3.45**				2.92**
	8								
	10								
	18								

* : $P<0.05$, ** : $P<0.01$, 空欄は有意差のないことを示す。

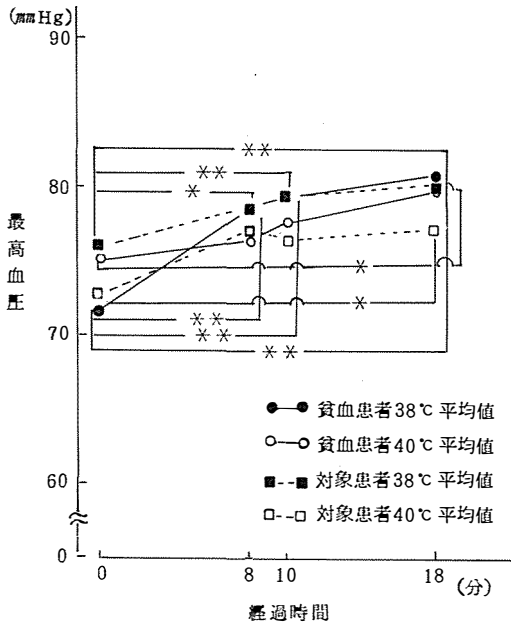


図6 最高血圧

対照患者0分の最低血圧は、104から30mmHgの範囲にあり、 $M \pm S. D.$ は、 72.71 ± 17.49 であった（表6、図6）。各測定時の平均値と0分時との間のt検定では、18分（ 77.29 ± 19.43 ）に有意に上昇した（ $t = 2.92$, $P < 0.01$ ）。

貧血患者0分の最低血圧は、112から60mmHgの範囲にあり、 $M \pm S. D.$ は、 75.13 ± 13.58 であった（表6、図6）。各測定時の平均値と0分時との間のt検定では、18分（ 79.75 ± 13.24 ）に有意に上昇した（ $t = 2.67$, $P < 0.05$ ）。その他の時間帯には有意な変化はなかった。

さらに、貧血患者と対照患者との比較では有意な変化はなかった。

IV. 考 察

脈拍についてみると、貧血患者、対照患者ともに経時的に有意な変化はほとんど示さず、38℃・40℃温度間でも有意な変化はなかった。しかしながら、0分時（洗髪施行直前）に比べ、8分時（終了直後）では、両者共に温度別いずれにおいても脈拍は増加する傾向を示した。これに対して、前回の仰臥位洗髪⁷⁾において、0分時から8分時の変化は、38℃、40℃温湯とも経時的に有意な増加はなく、むしろ全く変化がない

か、あるいは減少傾向を示していた。ということは、木戸上⁴⁾らが、健常者前屈位洗髪施行時の心拍数は、臥床安静時の22%増しであると述べているように、仰臥位洗髪で変化のなかった脈拍が、明らかに増加していることが判明したといえる。

つぎに8分時（終了直後）から、18分時（終了後10分）についての変化をみると、38℃、40℃において両者ともに0分時（施行直前）の値に近づいてはいるが戻っていない。ということは、両者共に、洗髪終了後10分経過しても、まだ前屈位による負荷が持続していたと考えた。施行前に回復するまでには、10分以上の時間を要すると推測された。

呼吸についてみると、貧血患者、対照患者ともに経時的に有意な変化はほとんど示さず38℃、40℃温度間でも有意な変化はなかった。しかし0分時（施行直前）に比べ、8分時（洗髪終了直後）に増加の傾向を示した。このことは、木戸上⁴⁾らが、前屈位洗髪に比べ、酸素消費量が約27%増加し、さらに体内の酸素消費量が増加することは、それだけ呼吸量も増加する必要があることから結果として呼吸数が増加するということになる一つの原因と考えた。また、呼吸には深さも関与するため、今度呼吸数だけでなく、呼吸量を知るための検討も必要と考えた。

つぎに、血圧についてみると、最高血圧においては、38℃貧血患者を除き、38℃、40℃いずれの対象者も0分時（施行直前）に比べ、8分時（終了直後）以後で有意な最高血圧の上昇を示した。

最低血圧では、38℃貧血患者、38℃対照患者とも0分時（施行直前）に比べ、8分時（終了直後）から有意に上昇を示した。40℃においては、貧血患者、対照患者ともに0分時（施行直前）に比べ、18分時（終了後10分）に有意に上昇を示した。

また、貧血患者、対照患者とも38℃、40℃温湯いずれにおいても、最高・最低血圧は上昇の傾向を示した。前回の仰臥位洗髪では、対象者（貧血患者、健常者）いずれも、38℃、40℃温湯ともに経時的に有意な変化はなかったが、最低血圧については、0分時（施行直前）に比べ18分時（終了後10分）には下降する傾向にあった。仰臥位洗髪時最低血圧が、施行直前に比べ終了後10分に下降する傾向を示したことは、最高血圧は、立位、坐位、臥位の順で高くなり、最低血圧は、この逆で立位がやや高く、坐位、臥位の順に低くなる^{11,12)}

ということから理解される。また、石井¹³⁾は、循環器疾患患者に微温浴(39℃~40℃)をさせた場合、温度刺激が少なく最もよい入浴方法であり、最大血圧の急激な上昇はほとんどなく、一般に下降するものがほとんどであると述べている。このことから、前回の仰臥位洗髪は、体位による負荷はなく、温熱刺激による血管拡張の結果最低血圧が下降する傾向にあったものと考えた。これに対して、今回は温熱刺激というよりは、前屈という屈曲した体位が、仰臥位に比べ負荷となり、すべての測定時間において血圧上昇の傾向を示したものと考えた。これを裏付ける一つとして、寺町⁵⁾は、心筋梗塞患者に対して前屈位洗髪は仰臥位洗髪に比べ、施行直後からPRP(収縮期血圧×心拍数)の著明な上昇があると報告している。これらのことより、前屈位洗髪は、血圧に対して影響を与える傾向が考えられ、貧血患者に対しては、慎重に仰臥位による洗髪を施行することが望ましいと考えた。

浅見⁸⁾は、血液疾患患者に対して安全な洗髪のあり方を検討する中で、施行後30分後にT、P、R、BPを測定し、その変化が生理的変動内であり洗髪による影響はなかったと述べているが、T、P、R、BPを測定する時間が洗髪施行前いつの時点か不明瞭であり、施行後の測定時間が、30分後と直後でなかつたりということから、たとえ生理的範囲内であったとしても安全とはいききれないのではないかと推測された。我々が、以前貧血患者に対して、仰臥位洗髪を施行した中で、Hb値6.8g/dlの男性患者において著明な体温上昇を示した例⁶⁾があったことなどからも、貧血の程度によっては変化がでてくることも考慮し、慎重に施行しなければいけないと考えた。今回はVital signs(T、P、R、BP)の観点から貧血患者、貧血のない患者に38℃、40℃の温湯を使用して検討したが、今後さらに温湯の温度を変えたり、測定時間を延長したり、体位の変化による血行動態の側面から詳細に検討を重ねていきたいと考えている。

V. 結 語

WHOの基準により貧血患者を選択し、弘前大学医学部附属病院内科病棟に入院中の貧血患者男性8名、女性8名、合計16名を対象とし38℃、40℃温湯で、洗髪車を用い前屈位洗髪を行った。対照群として、同入院患者で貧血のない比較的軽症な患者男性9名、女性

8名、合計17名を選択した。洗髪は、所要時間1人8分であり、終了後10分まで、脈拍、呼吸、血圧を測定した。その結果つぎの諸点を得た。

1. 脈拍：貧血患者群において、0分(洗髪施行直前)のM±S.D.は、38℃、74.07±13.83であり、40℃、71.87±8.74で、0分時と各測定時の平均値との間のt検定では、どの時間帯にも有意な変化を示さなかった。貧血患者群と対照患者群との間には有意な変化はなかった。しかし、0分時(洗髪施行直前)に比べ8分時(洗髪終了直後)において、仰臥位洗髪時は減少傾向を示していたのに対して、前屈位洗髪では増加の傾向を示していた。

2. 呼吸：貧血患者群において、0分のM±S.D.は、38℃、17.25±2.98、40℃、16.88±2.78で、0分時と各測定時の平均値との間のt検定では、どの時間帯にも有意な変化はなかった。また、温度間にも有意な変化はなかった。

3. 血 圧

1) 最高血圧：貧血患者群において、0分のM±S.D.は、38℃、116.80±22.26mmHgで、40℃、116.25±24.70mmHgであり、0分時と各測定時の平均値との間のt検定では、38℃は、どの時間帯にも有意な変化がなかったのに対し、40℃では、どの時間帯にも有意に上昇していた。貧血患者群との間には有意な変化はなく、温度間にも有意な変化はなかった。

2) 最低血圧：貧血患者群において、0分のM±S.D.は、38℃、71.25±16.72mmHgで40℃、75.13±13.58mmHgで、0分時と各測定時の平均値との間のt検定では、38℃においてどの時間帯にも有意に上昇し、40℃では18分時(終了後10分)に有意に上昇していた。また、貧血患者群との間には有意な変化はなく、温度間にも有意な変化はなかった。

(この研究の一部は、1988年7月2日、第14回日本看護研究学会総会(千葉市)において発表した)

要 約

貧血患者（WHOの基準でHb値、男性13.0 g/dl未満、女性12.0 g/dl未満）男女16名に対して前屈位洗髪を行いVital signs（脈拍、呼吸、血圧）に与える影響を貧血のない患者男女17名を対照として比較した。

洗髪は、38℃、40℃温湯で、洗髪車をうい病室で行った。体位は、椅子に腰かけ前屈坐位で、洗髪時間は1人8分で、テープレコーダーに吹き込み一定時間で行い、終了後10分までVital signsを測定した。この結果、脈拍・呼吸はともに検定で有意な変化はなく、38℃、40℃温度間でも有意差はなかった。最高血圧では、貧血患者が40℃で0分（施行直前）に比べ8分、10分、18分に有意に上昇した。最低血圧は、両群とも38℃で0分に比べ8分、10分、18分に有意に上昇した。両血圧とも温度間の有意差はなかった。

今回、38℃、40℃の温湯は、貧血患者に対して影響はなかった。しかし、貧血患者に対しては、貧血の程度によっては、仰臥位洗髪の方法で施行した方が安全と考えた。

Abstract

The comparisons of the vital signs (pulse rate, breathing, blood pressure) on the occasion of the washing hair in the forward bending style were performed between the 16 anemia patients (8 males with Hb-value of less than 13g/dl, and 8 females with Hb-value of less than 12g/dl according to the WHO criteria) and 17 normal controls without anemia (8 males and 9 females).

The patients had their hair washed in the warm water of 38℃ and 40℃ supplied from a washing car of the ward. They sat on a chair in the forward bending style, for eight minutes in each case.

There were no significant differences between the two groups in pulse rate and breath (by t-test). The changing of the water temperature condition did not produce any significant difference in those signs.

The comparison of the blood pressures between the groups with 38℃ and 40℃ of water did not produce significant differences.

However, by 8, 10, 18 minutes after the beginning of washing with 40℃ warm water the systolic blood pressure of the patient-group increased significantly. And also by 8, 10, 18 minutes after the beginning of washing with 38℃ warm water the diastolic blood pressure of both groups increased significantly. Therefore, the washing hair to the anaemia patient should be selected the laying style on the bed than the forward bending style.

文 献

- 1) 木戸上八重子, 他: 日常生活行動負荷に関する実験, 仰臥位洗髪, 半坐位洗髪および前屈位洗髪における労作度の比較, 第11回看護学会総合分科会集録, 241~245, 1980.
- 2) 木戸上八重子, 他: 日常生活行動負荷に関する実験, 仰臥位洗髪の労作度, 看護研究, 13(2): 156~163, 1980.
- 3) 横山文子, 他: 日常生活行動負荷に関する実験, 半坐位洗髪における心拍数の変化, 第12回日本看護

- 学会（看護総合）集録，90～93，1981.
- 4) 木戸上八重子，他：日常生活行動負荷に関する実験，前屈位洗髪による脈拍の変化，第12回近畿地方看護研究学会報告，77～79，1980.
 - 5) 寺町優子：急性心筋梗塞患者の日常生活労作におけるリハビリテーション＜その3＞－洗髪および歩行労作時におけるPRPの変化と看護への応用，看護技術，28(12)：129～135，1982.
 - 6) 山崎紀子，他：貧血患者に対する温度別洗髪における深部体温，臨床体温－深部体温計とその応用－，7(2)：209～217，1987.
 - 7) 津島津，他：貧血患者に対する洗髪の温度別および経時的観点から検討したVital signs，弘前大学教育学部紀要，58：57～65，1987.
 - 8) 浅見早苗，他：安全な洗髪のあり方について－血液疾患患者の洗髪基準作成を通しての一考察－，第17回日本看護学会集録（看護総合），85～87，1987.
 - 9) Report of a WHO Scientific Group：Nutritional anemias，WHO Tech. Rep. Ser.，405，1968.
 - 10) 吉田時子編著：看護技術学習書，201～205，2刷，日本看護協会出版会，東京，1981.
 - 11) 阿部正和：看護生理学，179，2版3刷，メヂカルフレンド社，東京，1985.
 - 12) 日野原重明，阿部正和，他：バイタルサイン，53，第一版，医学書院，東京，1986.
 - 13) 石井靖夫：循環器疾患と温浴，昭和医学会雑誌，30(11)：702～718，1970.

（平成元年12月1日受付）

体位と腹腔内圧について

－腹腔内圧形成と上半身挙上－

Relation of Intra-Abdominal Pressure and Position of Bed-lying
－ Formation of Intraabdominal Pressure and lifting up the upper half-body －

白 井 喜代子*
Kiyoko Shirai

松 岡 淳 夫**
Atsuo Matsuoka

はじめに

看護において、安楽その他の援助技術を行う際、患者の体位は、基本的な条件の1つで、適切な体位の設定、保持が、その援助効果に大きな影響を及ぼしている。

この場合の体位は、諸臓器の機能に加わる重力方向や、緊張の緩和を目的しており、呼吸、循環機能はその重大な影響を受けるとされている。この体位について、松平らは臥床、安静呼吸での臥床体位の変換と呼吸型を検討し、ファラー位の腹式呼吸に対する有効性について述べている。また、心不全を伴う循環器疾患において、臥床体位はその安楽や安全性の観点から、ファラー位が挙げられる。

一方、その患者の基本的日常生活の排便時等における奴責が、その息止めと、腹腔内圧の上昇による循環動態に影響が重大な危険を生じるとされている。

また、臥位、坐位による分娩時、呼吸法の指導や奴責の制御が行われるが、この場合においても、これらの体位との関係は重要である。

しかし、これらの行為や動作の、看護における適切な体位選択の基礎として、臥床体位と、腹腔内圧（腹圧）の変化との関係についての検討は殆ど見当たらない。そこで、臥床体位と努責を含めた呼吸運動による腹圧の変化との関係について実験的検討を行った。

1. 実験方法

健康な19才～39才の成人女子（看護婦）10名を実験

表1 被 験 者

症例	年令 才	身長 cm	体重 kg	胸 囲		腹 囲	
				吸気時 cm	呼気時 cm	吸気時 cm	呼気時 cm
1	39	151	45	80	77	68	72
2	31	162	55	87	84.5	74	75
3	20	156.5	50	80	77.5	73	74
4	20	161	50	83	79	70	70.5
5	19	149	48	82	78	67.5	66
6	20	163	54	83	79	63	66
7	39	157.6	64	98.5	94.5	93	91
8	20	157	52	86	83	75.5	76.5
9	30	163.4	62	86.5	83.5	64	64.5
10	29	150.7	58	87.5	84.5	88	88.5

被験者とした。（表1）

被験者をギャヂベッド上に仰臥させ、水平臥位から床上坐位迄の、15° 毎上半身を挙上した、7段階の体位（挙上位置）と、椅子坐位及び、直立位について、腹圧、胸壁－腹壁呼吸曲線、腹筋筋電図、及び、心電図を測定して検討した。

床上体位：下肢を伸展した水平位から、90° 坐位迄、ギャヂを用い他動的に、15° づつ挙上して、水平位、15°、30°、45°、60°、75°、90° 位の7段階の挙上位置とした。（図1）

測定基準：実験開始前、測定器具装着後10分以上、実験ベッド上で仰臥位で臥床させ、安静を保たせると

* 岡山大学医学部附属助産婦学校 School of Midwife, Okayama University

** 千葉大学看護学部看護実践研究センター（看護管理研究部） Center of Education and Research for Nursing Practice, School of Nursing, Chiba University, (Nursing Administration)

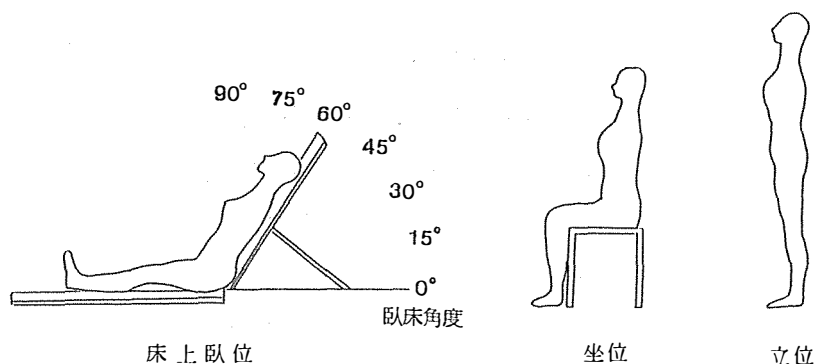


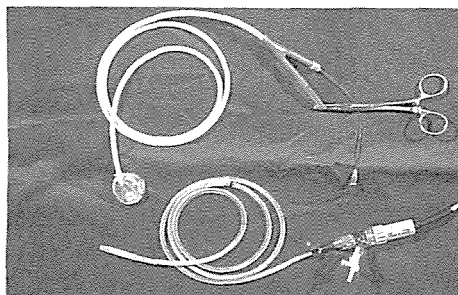
図1 測定体位

共に、器具装着とベッドに馴れさせた。また、ベッド上での各位置に移行後は、3分間、同様椅子坐位、立位では、変換後5分間を安定時間とした。

呼吸方法：モニターで各測定値の安定を確認して、各体位での普通呼吸時及び深呼吸時及び、奴責時の諸測定を行った。

奴責方法：日常行う奴責について、呼気奴責（普通呼吸の吸気後息止め—いきみ）、呼気怒責（吸気後息止め—いきみ）の2型を指示により行わせた。

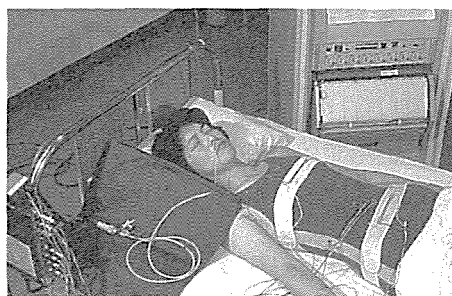
呼吸型の測定：胸一、腹壁呼吸曲線の振幅（波高）比を算定したが、各呼吸曲線は、胸、腹囲型呼吸ピックアップセンサーを、胸部では乳頭上の高さ、腹部では臍の高さに夫々装着固定し、生体電気増幅ユニットを用いて測定した。（写真1）そして、呼吸型の判定



は各呼吸曲線の振幅波高の平均値で、腹壁一／胸壁波高の比を求め、その1.0未満を胸式優位の呼吸とした。

筋電図測定：腹直筋、外斜腹筋の筋腹中央部に11電極を置き、生体電気増幅ユニットを用い表面筋電図を記録測定し、腹壁筋の緊張のレベルとして検討した。

腹圧測定：腹圧は胃腔内圧を測定した。考案した胃カテーテル型圧センサー（写真2）を、胃腔内に嚥下



挿入、その先端感圧部を門歯より45cmの位置に固定して、ストレンゲージ圧増幅ユニットに接続して圧を測定した。

脈拍測定：胸壁に単極誘導電極を置き、生体電気ユニットを用いて心電図を測定し、そのR棘波周波数から心拍数を計画した。

これらの各測定ユニットは日本電気三栄社製8チャンネルポリグラフで編成し、5mm/secの速さで連続同時記録し時性を一致させて比較した。（図2）

2. 結 果

1) 各体位での呼吸及び奴責による腹圧仰臥位、坐位、立位での呼吸、怒責による腹圧の平均値による変化を図3に示した。

水平臥位での腹圧は、安静呼吸時2.4mmHg、深呼吸時2.9mmHgで、その間の差はほとんど無かった。怒責を加えた場合は、吸気奴責時17.1mmHg、呼気奴責時では12.6mmHg、となり吸気時に高くなったが、何れも普通呼吸時に比べ、怒責時の腹圧は約10mmHg上昇した。

椅子坐位、立位でも同様な傾向であったが、仰臥位に比べ、坐位では腹圧の増加がみられ、特に深呼吸時

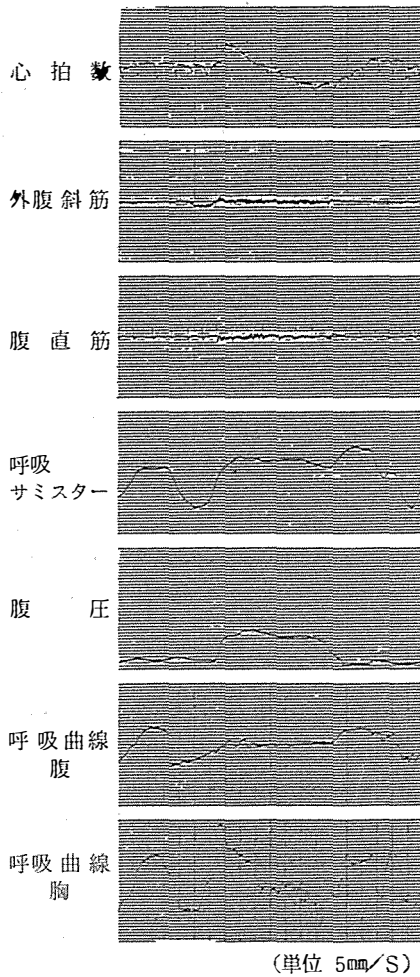


図2 測定記録

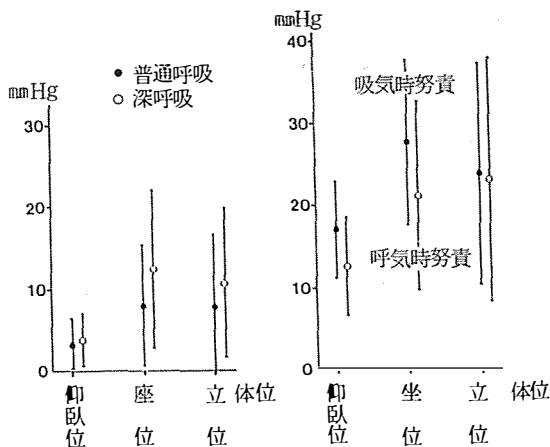


図3 床上臥位、座位、立体における腹圧

及び、各怒責時に著しかった。

立位では、安静呼吸時、呼吸怒責時の腹圧は座位と比べて殆ど変わらなかったが、深呼吸時と吸気時怒責では減少した。この各体位での腹圧の最大値は、安静呼吸と呼吸怒責では立位で、深呼吸時と吸気怒責では座位にみられた。

臥位で、上半身を15° 毎挙上して90° 位とした場合、各挙上位置での腹圧は、上体の挙上に従って、何れの呼吸、怒責とも、腹圧は段階的に増加する傾向がみられた(図4)。

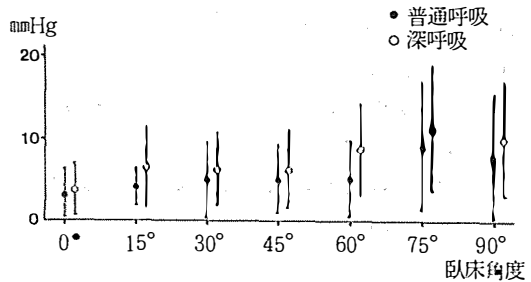


図4-1 挙上位置と普通呼吸、深呼吸時の腹圧

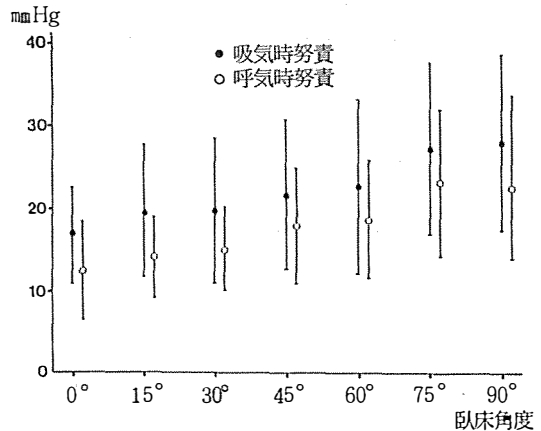


図4-2 吸気時努責及び呼気時努責の腹圧

即ち、各位置での腹圧の最大値は、90° 位での吸気怒責時28.3mmHgで、水平位普通呼吸時2.4mmHgの約12倍で、水平臥の吸気怒責時17.1mmHgの約1.7倍となった。また、同じ床上位置での吸気怒責と吸気怒責による腹圧の差は、3.6～5.6mmHgでほぼ一定していた。

2) 各体位、挙上位置での、呼吸と怒責の呼吸型

胸壁呼吸曲線の波高は、仰臥位では普通呼吸の8.9

体位と腹腔内圧について

mmが深呼吸時16.2mmとなり、坐位では8.0mmから19.2mm、立位でも9.8mmと、何れも普通呼吸時の約2倍になった。

腹壁呼吸曲線では、仰臥位では、普通呼吸時、15.2mmが、深呼吸時21.9mmに増大が見られたが、坐位及び立位では、普通呼吸時夫々5.6mm、

5.9mmから、深呼吸時には坐位が約2倍、及び立位約3倍となった。(表2)

これを腹/胸比で見ると、普通呼吸では、仰臥位は、1.72で、腹式優位であったものが、坐位0.7、立位0.61と胸式優位となった。

これに対し、深呼吸では、仰臥位は、1.35と腹式で、普通呼吸に較べてその優位傾向を増した、坐位0.7、立位0.87で、胸式優位である。しかし立位では、普通呼吸に較べて胸式の傾向が強くなった。(図5)

奴責を行った場合の胸壁呼吸曲線の波高では(表2)、仰臥位の吸気奴責では9.7mmで、普通呼吸時とほとんど変わらず、坐位、立位では、夫々13mmと、やや増大した。これに対し、呼気奴責では仰臥位で17.8mmと2倍となったが、坐位、立位ではやや増したに過ぎなかった。

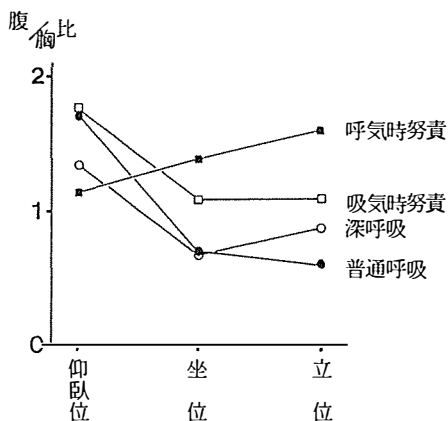


図5 呼吸曲線腹胸比

表2 床上仰臥位、坐位、立位における胸腹比

(単位 mm)

		仰 臥 位		坐 位		立 位	
		腹・波高	胸・波高	腹・波高	胸・波高	腹・波高	胸・波高
普 通 呼 吸	$\bar{X}$	15.2	8.9	5.6	8.0	5.9	9.8
	SD	6.8	4.2	4.2	4.7	3.7	5.1
深 呼 吸	$\bar{X}$	21.9	16.2	13.0	19.2	17.4	19.8
	SD	7.8	5.1	4.1	5.1	9.1	5.5
吸気時努責	$\bar{X}$	17.1	9.7	14.1	13.1	14.2	13.0
	SD	9.7	3.9	6.1	6.3	8.1	6.9
呼気時努責	$\bar{X}$	20.4	17.8	17.7	12.7	17.3	10.7
	SD	6.4	6.4	7.7	5.5	8.1	2.6

腹壁呼吸曲線の波高は、吸気奴責の仰臥位では、胸壁一の場合と同様、普通呼吸時とほとんど変わらなかったが、坐位、立位の波高では約2.5倍の14mmとなった。しかし、呼気奴責では増大が著しく、普通呼吸の約3倍の17mmとなり、深呼吸時と似た傾向となった。これを腹/胸比で見ると(図5)、吸気奴責、呼気奴責とも腹式優位の呼吸を基盤としているが、仰臥位では、呼気奴責は1.15と胸式基盤の傾向が、吸気奴責では1.86で腹式基盤の傾向が強かった。

坐位、立位ではこれが逆転して、吸気奴責では夫々1.08、0.92と胸式基盤傾向に、呼気奴責は1.39、16.1と腹式優位がベースとなった。

床上の各挙上位置での呼吸形式の変化を呼吸比でみた。(表3図6)

普通呼吸では、水平位の1.71が60°位では、0.99と胸式の比率を増し75°位では再び1.32と、腹式傾向を増す傾向となった。

深呼吸では、角度を増すに連れて、水平位の1.35から90°位1.02と、胸式の比率が増す傾向となった。

吸気奴責では、水平位の1.82から45°位の1.24の間で、胸式の比率が増しており、60°位で1.57と腹式が増した後、再び胸式を増して90°位では1.35となり、普通呼吸の場合と同じ推移と見られる。

これに対し呼気奴責の場合では、水平位では他に較べて最も胸式の傾向がみられ1.15であったが、30°位では1.51と腹式を増し、その後、腹式傾向は維持された。

即ち、床上、上半身のギャジ挙上でも、普通呼吸、深呼吸では、挙上と共に腹式優位の呼吸から、胸式を

体位と腹腔内圧について

表3 挙上位置と胸囲波高、及び腹囲波高

(単位 mm)

		0°		15°		30°		45°		60°		75°		90°	
		腹波高	胸波高	腹波高	胸波高	腹波高	胸波高	腹波高	胸波高	腹波高	胸波高	腹波高	胸波高	腹波高	胸波高
普通呼吸	$\bar{X}$	15.2	8.9	8.0	5.9	8.7	6.0	9.2	7.9	7.2	7.3	8.8	6.7	14.1	12.0
	SD	6.8	4.2	4.5	3.1	4.5	3.8	4.7	5.9	3.0	4.4	4.6	3.9	7.7	7.4
深呼吸	$\bar{X}$	21.8	16.2	18.2	13.9	18.6	14.8	18.5	14.4	18.0	15.7	17.1	15.8	19.5	19.8
	SD	7.8	5.1	6.2	4.5	9.0	5.7	8.7	5.3	6.3	6.3	6.2	6.1	7.5	7.0
吸気時奴責	$\bar{X}$	17.1	9.7	15.6	10.3	13.1	9.3	12.5	10.1	14.3	9.3	13.1	9.5	13.6	10.2
	SD	9.7	3.9	6.6	6.3	9.0	7.5	8.3	7.3	9.7	6.3	9.7	6.4	7.7	4.5
呼気時奴責	$\bar{X}$	20.4	17.8	21.1	17.3	21.8	15.8	19.3	16.3	19.6	15.2	17.8	14.1	18.7	15.4
	SD	6.4	6.4	7.3	6.5	8.0	7.7	9.1	7.3	7.7	8.4	8.7	7.7	8.0	7.1

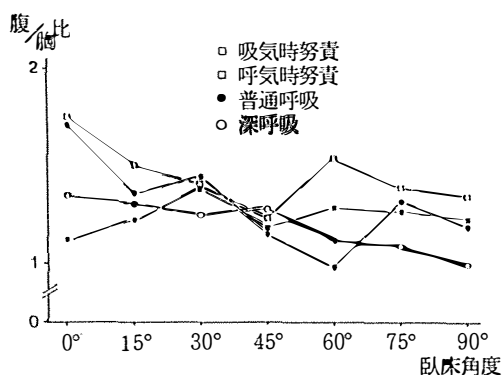


図6 挙上位置と胸腹比

増す傾向が見られるが、奴責の場合には、吸気奴責では胸式を増し、呼気奴責には腹式を増す傾向があると言える。

3) 各体位、挙上位置と呼吸及び奴責時に於ける腹筋の緊張

各体位及び床上挙上位置での、呼吸及び奴責時の腹筋の緊張を見るため、外斜腹筋と腹直筋の筋電図により、呼吸時、奴責時の最大活動電位を求めて検討した。

腹直筋では(図7右)、臥位、坐位、立位とも普通呼吸、深呼吸時の活動電位はほとんど見ら

れず、0.01mV～0.02mVに過ぎなかった。

外斜腹筋では(図7左)、普通呼吸時には、水平業臥位0.03mV、坐位0.02mV、立位0.02mVと呼吸への関与は少ないが、深呼吸時に夫々の体位で0.09mV、0.08mV、0.09mVの活動電位が見られた。

奴責を加えると、腹直筋でも、吸気奴責では仰臥位、坐位、立位夫々、0.07mV、0.06mV、0.07mVとなり、呼気奴責では更に高く、0.1mV、0.09mV、0.1mVとなり、奴責時の腹直筋の緊張は吸気奴責より呼吸奴責が高くなった。

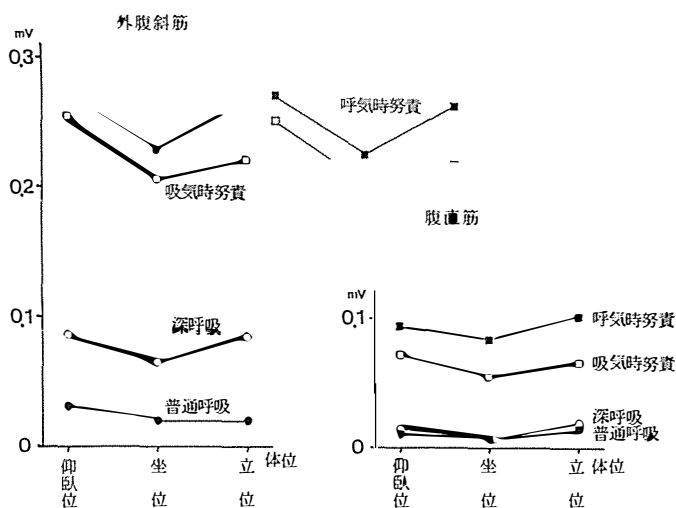


図7 臥位、坐位、立位における筋電位

外腹斜筋では、これが更に著しく、吸気奴責では夫々0.25mV, 0.21mV, 0.22mVで、呼気奴責0.27mV, 0.23mV, 0.27mVとなり、奴責時の外斜腹筋の興奮が最も顕著となった。そして、外斜腹筋でも呼気時に於ける奴責の場合が、吸気時に較べて高くなった。

床上での挙上位置との関係を見ると、普通呼吸、深呼吸とも(図8)水平仰臥位で腹直筋に見られた夫々0.01mV, 0.02mVの興奮は30°位では見られなくなった。

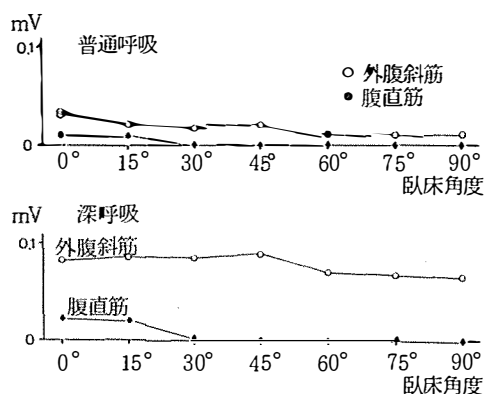


図8 挙上位置と普通呼吸及び深呼吸時の筋電位

外斜腹筋では、普通呼吸時、水平位0.03mVが漸減し、90°位0.01mVに減衰した。

深呼吸時には、水平位0.08mVが、45°位0.09mVとなった後、90°位0.06mVに漸減した。

奴責の場合でも同様な傾向で(図9)、腹直筋では、吸気奴責の水平位0.07mmV、から、90°位0.04mmVに、呼気奴責では夫々0.09mmVから0.04mmVと減衰した。

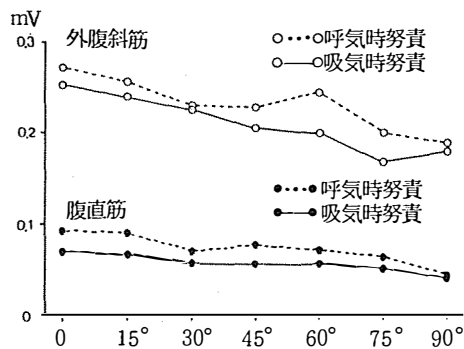


図9 挙上位置と呼吸時・吸気時努責の筋電位

外斜腹筋でも吸気奴責水平位0.25mVから90°位0.18mV, 呼気奴責でも0.27mVから0.19mVとなった。

即ち、床上挙上位置による呼吸時、奴責時の腹壁筋の緊張は上体挙上にしたがって減衰する傾向が見られた。

4) 体位と脈拍

同時測定した心電図により、R棘波間隔で脈拍数を算出して検討したが、仰臥位から坐位、立位の順に数心拍づつ増加したが特に述べるべき差は見出せなかった。また、記録速度5mm/secでの心電図からは変所見はつかめなかった。

5) 体位と奴責行為の実感調査

被験者に、各体位、挙上位置による実感と、怒責のし易さについて聞き取り調査を行った。上半身挙上に伴って、鼠径部の緊張感、疼痛を訴えたものが4名あったが、臥床位では下肢伸展位のままギャジアップした為であった。臥床体位で、怒責をし易い位置は、10名中8名が30°~60°の範囲にあった。

3. 考 察

呼吸機能は、普通呼吸では、胸壁、及び横隔膜の運動でその換気が支えられているが、努力呼吸では、これに腹壁筋その他の運動が加わってくる。この呼吸運動に於いて、機能的胸腔下側壁系に属し、横隔膜の運動に影響を与える腹腔内の諸条件は、呼吸機能の検討に当たって重要である。

一方、この壁系の腹腔内からの条件の悪化、即ち、腹腔内臓器の腫大や拡張、更には腹壁の圧迫、固定による腹腔内圧の上昇は、横隔膜の挙上や固定を生じ、呼吸機能のみならず、心、循環器機能に対しても重大な影響を与える。

この腹腔内は、平静時、腹壁の弾性により非圧縮性とされ、腹壁筋弛緩下での上腹腔の腹圧は、平静呼吸運動時0~20mmH₂O程度とされる。一般には0とされるが、この内圧は腹壁の弾性能の低下と、呼吸運動による横隔膜収縮によって腔容積が圧縮され、腹腔内ガスを圧縮して形成される。

体位による呼吸運動を含めた腹腔内圧への影響を検討することは、呼吸管理上は勿論、去たんの咳払いや、排便動作や分娩時の怒責が、この内圧を上昇させてその動作や、行為の効果に連なる事から、その安全な看

護上、姿勢決定に重要な資料を提供することとなる。

この腹腔内圧についての記載は少なく、その測定法についても確立したものは見あたらない。P. DAVIS, は胃内圧, 直腸内圧を用い, G. B. ANDERSSON, は胃内圧をもって腹腔内圧として測定している。

これに倣って、私達は胃カテーテル型ストレンゲージ圧センサーを考案し、これを用いて腹腔内圧を測定しその変化をみた。この測定法によって得られた仰臥位で普通呼吸時の腹腔内圧は、平均値で0~2.4mHgと、成書にみる値に対比して妥当な値であった。

この腹圧に関連を持つ呼吸運動について、立位、坐位、臥位についての呼吸型の比較は成書にも見られるが、ギャジベッドを使用し、仰臥位(0°位)から上体を段階的に挙上して90°位とする場合に於ける呼吸型の変化の記載は殆ど見られない。

今■の実験により、その呼吸型は、普通呼吸、深呼吸とも順次、腹式呼吸優位から胸式優位に移行する傾向が明かとなった。これについては、平松が、安静呼吸について報告したものと全く同様の傾向である。

この場合に於ける腹腔内圧は、臥床の体位では、その呼吸型とは関係なく圧の上昇がみられ、また、立位、椅子坐位では臥位に較べて高い腹圧となるが、その間に著しい差が無いことも明らかとなった。また、深呼吸時には普通呼吸時より高くなることが明かとなった。

この圧の上昇は外腹斜筋の筋電図に見る様にほぼ一定した腹壁筋の緊張が、腹壁の弾性による非圧縮性を低下させて生じたものと考え、努力呼吸筋の1つである外腹斜筋の緊張が高まる深呼吸時にこの傾向が更に強くなっている。

これを、意図的な腹筋緊張を伴う奴責を加えた場合でみると、臥床体位で上体挙上にしたがって奴責時の筋緊張は低下の傾向がみられるが、その息止め時期とは関係はみられない。この時の腹腔内圧は普通呼吸時の約7~6倍の高い腹圧が見られ、上体挙上と共に腹筋緊張に見られる減少傾向とは逆に、著しく増加した。これは息止め‘いきみ’による横隔膜■定が高度となり、これと挙上位置姿勢によって、腹筋の緊張、圧縮効率が上昇したことによると考える。

これらの事は、呼吸管理に於けるセミフェーラー位の選定や、咳嗽介助や去痰介助、または床上での排便介助に於ける姿勢体位の選定に重要な示唆を与えるものである。

即ち、高い腹圧を弛緩した横隔膜にくわえて爆発的な気流を気道に生じさせる咳や咳払いの場合、セミフェーラー位、坐位が効率的に腹圧が得られることが明かとなった。

また、排便において、直腸内圧15mmH₂Oを超える逆蠕動を越えて肛門側に向かう大蠕動が見られるようになり便意が高まるとされる。排便奴責は、この圧刺激の構成が主役で、臍圧による便秘圧出の意味は乏しいとされている。この実験から、床上排便において、患者の負担を軽減するため、胸腔内圧を上げず効率よく有効な腹圧をえる姿勢として、聞き取り調査の成績を踏まえて、30°~60°のセミフェーラー位での、呼吸奴責が示唆された。また、同様これらは分娩時の有効な腹圧をえる姿勢を考える1つの資料でもある。

ま と め

看護に於て、患者の臥症体位は、特に呼吸機能循環器能に問題をもつ場合には、その行うケアの基礎的な重要な課題である。その中で呼吸循環器能と関連の深い腹腔内圧と体位との関連を検討することは、効果的な看護ケアを提供する為の重要な課題である。そこで、この一連の実験的研究を行った。その結果、

- 1) 最も高かった腹圧は、吸気怒責時で、呼気怒責、深呼吸時、安静呼吸の順に低い腹圧となった。
- 2) 臥床時の腹圧は、各呼吸型、怒責方法とも、上半身を挙上することで増大し、最も高い腹圧は、上半身90°挙上位での吸気怒責時の28.3mHgであった。
- 3) 吸気時と呼気時の怒責による腹圧の差は、ほぼ一定に経過し、また怒責時の腹圧と安静呼吸時の腹圧との差も同様な傾向であった。
- 4) 呼吸運動による呼吸型は上半身挙上により、胸式優位から、腹式優位に移行した。
- 5) 各型の呼吸、各怒責時の腹壁筋の筋活動電位は、上半身挙上によって、低下した。

以上、上半身を挙上することは、咳や去痰、排便行為や分娩など、腹圧を必要とする行為や腹圧の制御が必要な看護の計画に於いて、患者の負担を軽減する姿勢として重要な意味がある。

SUMMARY

The purpose of this study is to obtain the relation of the bed-lying positions with intraabdominal pressure which is concerned to the respiratory and circulate function. The knowledge is important to select the bed-lying position for the effective nursing care to patient with the problem of respiration and/or circulation.

The method : For the chair-sitting position, standing position, and bed-lying positions holding by 15° , 30° , 45° , 60° , 75° , 90° , up the upper half-body to the horizon by the gadget bed, the intra-abdominal pressure, the amplified respiration curves on chest wall and abdominal wall, the electromyogram with electrode on the surface of M. obliquus ext. abd. and M. rectus abd., and the rate of pulse using E. C. G., were examined under the states of the quiet respiration, the forced respiration and the strains during inspiration and expiration.

The equipment to measure the intraabdominal pressure was consisted of the pressure-sensitive radio transducer and the gastric-tube type receiver which was devised by us. After the top of receiver was settled certainly on 45cm distance from the incisor, we measured the intragastric pressure which was approximately as the intra-abdominal pressure (P. R. DAVIS.).

The volunteer subjects were 10 healthy nurses with the age of 19~39 years.

The results were as follows :

- 1) The highest intraabdominal pressure was observed by the inspiration with strain, and the less higher pressure was seen by the expiration with strain, the forced respiration and the quiet respiration.
- 2) Under each type of respiration and strain form, the intraabdominal pressure increased according to the degree of holding up the upper half-body, and the highest was obtained 28.3mmHg by the inspiration with strain by 90° holding up position.
- 3) The difference of pressure between of the inspiratory and the expiratory strain by the every bed-lying position went down almost on the same way. The difference of pressures between the quiet respiration and those with strain, was tended to increase according to raising the upper half-body.
- 4) The type of respiration was observed as the chest type when the upper half-body was laid horizontally, but it came gradually into the abdominal type during the upper half-body was raised.
- 5) On the electromyogram, the action potential of the abdominal wall muscles tended to decrease according to lift up the upper half-body by each form of the respiration and the strain.

Holding the upper half-body with some angle to the horizon seems to be significantly effective for the nursing plan to control the intra-abdominal pressure such as by chance of cough, expectoration, defecation and labor.

参考文献

- 1) 井川幸雄：体位と循環と呼吸，看護研究，Vol. 8，No. 3，176～180，1975
- 2) 木内妙子，他：臥位持続の生体機能に及ぼす影響，看護研究，Vol. 11，No. 4，21～30，1978
- 3) 南沢汎美，他：体位と心拍数，看護，Vol. 33，No. 12，44～51，1981
- 4) 平松京子，松岡淳夫：臥床体位と呼吸，日看研誌，VOL. 12，No. 4，P22～28，1999
- 5) 森於菟，解剖学，金原出版，1973
- 6) 生理学大系Ⅱ，血液・呼吸の生理学：呼吸器械学，肺容量と換気，呼吸の反射，呼吸機能測定法，医学書院，1968
- 7) 生理学大系Ⅸ，適応協関の生理学：呼吸と循環，医学書院，1968
- 8) Davis P. R. et al. : The Causation of Hernia by weight-lifting. LANCET, Vol. 2, P155～157, 1952
- 9) GuNNAR B. J. et al. : Intradiskal Pressure Intraa-Abdominal Pressure and Myoelectric Back Muscle, Clinical Orthopedics and Reseach No. 129 Nov. Dec. 1977
- 10) Marras P. R. et al. : The Force-Velocity- and Intraabdominal Pressure during Lift-ing Activities, Ergonomics, Vol. 28, No. 3, P603～613, 1985
- 11) 清水徹男：起臥の病体生理学適研究，結核研究の進歩，P95～110，1953
- 12) 和田直，他：肺結核治療法としての人工気腹の価値，結核研究の進歩，P86～94，1953
- 13) 阿達和子，他：人間の基本的ニード，看護技術，Vol. 103，NO. 6，P45～54，1963
- 14) 大場千種，他：洋式便器の与え方，クリニカルスタディ，Vol. 6，No. 3，P49～62，1985
- 15) 佐藤郁男：分娩時の体位とその変化助産婦雑誌，Vol. 37，No. 4，P49～59，1983
- 16) 関場香，他：壓位分娩について，Vol. 11，No. 11 P1667～1672 1981

(受付平成2年1月10日)

—原 著—

病室におけるテリトリー及びプライバシーに関する検討

—多床室における患者の意識調査—

A Study on Territory and Privacy in a Hospital Patients' Room

— Survey of the Patients' Feelings in Multi-bed Ward —

川 口 孝 泰 松 岡 淳 夫

Takayasu Kawaguchi Atsuo Matsuoka

I はじめに

医療技術の進歩により、多くの疾患が治療対象に加わり、効果的な治療が多様化しておこなわれるようになってきた。しかし、一方では現在の病室における患者の療養環境は、治療優先に機能化し、療養生活のストレスから生じる療養上の問題も多くもたらしている。

このような問題に関して、患者の環境の整備を主要な位置づけとする看護学は、病室に関する患者の生活環境の整備において、重要な責務を担っている。

最近では建築家のあいだでも、病院建築にあたって人間味のある病室環境づくりを、設計の基本において考える者が多くなってきている。

そこで私たちは、病室の療養環境を看護学の立場から、次のような観点で検討を加えている。

① 患者にとって安全な空間、医療者が援助、治療などをしやすい、などの物理的な環境に関する検討。^{1) 2)}

② 患者の人間的な欲求の把握に基づく、心理的な面からの環境作りに関する検討。^{3) 4)}

本論文では、後者の患者の心理的な側面に焦点をあてた研究のなかで、人間が日常生活を送る上で、基本的な欲求と考えられるテリトリー及びプライバシーを中心とした調査研究をおこない、病室での患者の療養生活を援助してゆく為に必要な、看護としての基礎的な知見を得ることを目的としている。

なお、本研究を進めるにあたっての概念的な立場と、テリトリー及びプライバシーに関する用語法上の定義の詳細については、既に本学会誌Vol. 12, No. 1 に報

告した。⁵⁾

II 用語の定義

1. テリトリー (Territory)

人間の Territory は、様々に定義されている。多くの Territory の概念に共通した考え方は、地理的な場所の確保が Territory の成立に重要な要因であることが前提となっている。^{6) -10)} 本論のなかでは、多床室における患者の Territory を「ベットを中心とした自分だけの領域」と定義し、極めて身体に近い Terri-tory として扱った。

2. プライバシー (Privacy)

Privacy は、Territory と同様に様々に定義されている。

Ittelson は、Privacy を「与えられた環境の中で、個人が自分に関する事の中から何を伝えるべきか、誰に伝えるべきかを自ら選ぶ自由を持つ」¹¹⁾ と定義している。

また、Westin, A. F. は、Privacy に4つの基本的状態（孤独、匿名、親密、沈黙）と4つの機能（個人的自律性、情緒的な解放、自己評価、保護されたコミュニケーション）を定義し、Privacy をより具体化して提案している。¹²⁾

本論では、特に Privacy の意識を調査するために、Westin, A. F. が定義した4つの基本的な状態のなかで、沈黙 (Reserve : the state in which a patient employs psychological barriers to control unwanted intrusion) に視点を置いて検討を行った。

3. 個人空間

個人空間とは、＜基礎概念の提案＞⁵⁾において述べたように、「個人が与えられた環境の中で、物理的な環境の要素を操作的に扱いながら、Privacyの容器として自らの生活空間を得るために領域化したもの。」と定義する。この考え方は、多床室の患者の生活空間を考えてゆく際に重要な提案であり、TerritoryとPrivacyの両面から捉えた生活空間の概念と考える。⁵⁾

■ 調査の方法

1. 調査項目

調査項目は、ベット周りにおける患者のテリトリー及びプライバシーの意識を目的変数とし、患者の属性、療養の場所、療養の状況、患者の意識などを説明変数とした。(図-1)

患者の属性 1. 性別 2. 年齢 3. 自意識尺度 (A. H. Bussによる)
療養の場所 1. 病床数 2. ベットの位置 3. ベット間隔 (a. ベットとベット b. ベットと壁)
療養の状況 1. 診療科 2. 病気の段階 3. 在院日数 4. 生活の自由度
患者の意識 1. プライバシー意識 (11場面の指示による気になり度とカーテンの使用の有無) 2. テリトリー意識 3. 隣のベットの人との関係 4. 病室改善の必要性 5. 好きなベットの位置・嫌いなベットの位置

図1 調査項目

なお患者の属性を知るために用いた自意識尺度は、A. H. Bassらの考察したもので、これにより私的自意識、公的自意識、社会的不安の3側面を測定することができるものである。

またテリトリー及びプライバシー意識については、図-2に示すような項目を設定して調査した。

＜プライバシー意識の質問項目＞

ベット上で、以下の行為をしているときの、隣のベットの人に対する意識の度合(気になる度合)を調査する。

1. 食餌をしているとき
2. 衣服の着替えをしているとき
3. 体や顔を拭いたり、お化粧などをしているとき
4. 大便や小便をしているとき
5. 診察、処置などを受けているとき
6. 昼間に、静に寝ているとき
7. 昼間に眠っているとき
8. 夜間に眠っているとき
9. 読み書きをしているとき
10. 家族と会話しているとき
11. 医師や看護婦に相談しているとき

＜テリトリー意識の質問項目＞

以下の図に示す、6種類のテリトリーのタイプのうちから、一つを選んでもらう。網かけの部分は、「自分だけが自由に使用できる空間」であると、教示した。

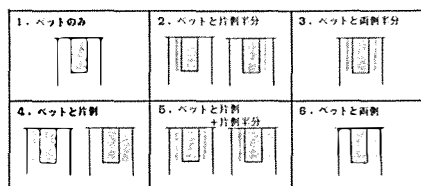


図2 プライバシー、テリトリー意識のアンケート内容

プライバシー意識は、多床室の対人間におけるプライバシー意識を調査するため、11の日常生活行為の場面における、隣同士の患者の＜気になる度合＞を調査した。以後、本論では、この＜気になる度合＞を、プライバシー意識の程度(高-低)として扱う。

テリトリーの意識は、患者のベットを中心としたテリトリーの範囲を6タイプ示して、患者に「自分だけが自由に使用できる領域はどのタイプか」を選択させた。(図-2)

2. 調査方法

調査用紙は、患者に記入してもらった患者用アンケート用紙の他に、患者の在院日数や診療科、病気の段階、看護度などの療養の状況を病棟看護婦に記入してもらった患者データ用紙の2種類を用意した。また、患者の個人特性を知るための、意識尺度も患者のアンケートと併せて調査した。

患者に対するアンケートは、留置き回廊時に回答内容の確認をしながら、補完的な聞き取り調査を併せておこなった。

3. 調査対象

調査は、ベット数611床、12看護単位、のT大学附属病院の4床室、6床室に入院している回答可能な患者計240名を対象としておこない、そのうち、精神科、小児科、脳外科、その他聞き取り調査が困難であった患者を除き、完全回答が得られた188名について分析をおこなった。

IV 調査の結果

分析には、年齢を3群、在院日数を4群に分類しておこなった。なお、この病院でのベット間隔は、現状の一般的な値であるといえる。(図-3)

1. 調査対象患者の特性(意識尺度)

調査対象の性別、年齢とともに、ほぼ均等なサンプルである。

意識尺度は、比較的意識の低い人が多く、特に社会的不安度の低い人は、56.8%であった。また、公的意識、私的意識の高低の関係は類似しており、両者には関連(クラメールの関連係数0.485)がみられた。(図-4)

性別では、男性で意識が低い傾向にあり、女性の方がやや高い傾向がみられた。年齢別では、公的意識で若い人がやや高い傾向がみられたが、他には顕著な差はみられなかった。

2. テリトリー意識

1) タイプ別の割合

提示した多床室での6つのテリトリー意識のタイプ別の割合は、最も多いタイプは、【ベットと片側】で41%、次いで【ベットと片側+ベット片側半分】で23%、【ベットと両側】で15%であった。

ベットを中心とした狭い範囲のテリトリーである【ベットのみ】2%、【ベットと片側半分】9%、

		サンプル
性別	男	79
	女	64
年齢	20歳未満	2
	30歳未満	16
	40歳未満	19
	50歳未満	23
	60歳未満	35
年齢	60歳以上	48
ベット位置	4床 ドア側	17
	6床	48
	4床 窓側	15
	6床	36
	4床 中央	0
	6床	26

(6床室ベット間隔)

ベットとベット…… 60cm

ベットと窓側壁……105cm

ベットとドア側壁…105cm

(4床室ベット間隔)

ベットとベット…… 45cm

ベットとベット…… 45cm

ベットと窓側壁……110cm

ベットとドア側壁… 90cm

		サンプル
在院期間	1w未満	22
	2w未満	31
	4w未満	32
	6w未満	20
	12w未満	17
	12w未満	21
診療科	内科	56
	外科	23
	整形外科	23
	産婦人科	19
	泌尿器科	8
	耳鼻科	4
生活の自由度	眼科	7
	I	17
	II	28
	III	58
生活の自由度	IV	40

図3 調査の有効サンプル数

【ベットと両側半分】11%の割合の合計は、22%であった。

2) ベット位置との関連

ベット位置別のテリトリー意識を比較すると、6床室では、ドア側、窓側で、ほぼ同様の傾向を示したが、ベット位置が中央の人では、テリトリー意識の範囲が狭くなった。

4床室では、ドア側の人に【ベット両側】をテリトリーの範囲としている人の割合が低い傾向がみられた。(図-5)

3) ベット位置の好み

患者の好きなベット位置は、6床室、4床室ともに窓側が多く、嫌いな位置は、6床室では中央、4床室ではドア側が多かった。即ち、患者のベット位置の好みは、同様の意向を持つことが、明確に示された。

この結果を、実際のベット位置別のテリトリー意識

病室におけるテリトリー及びプライバシーに関する検討

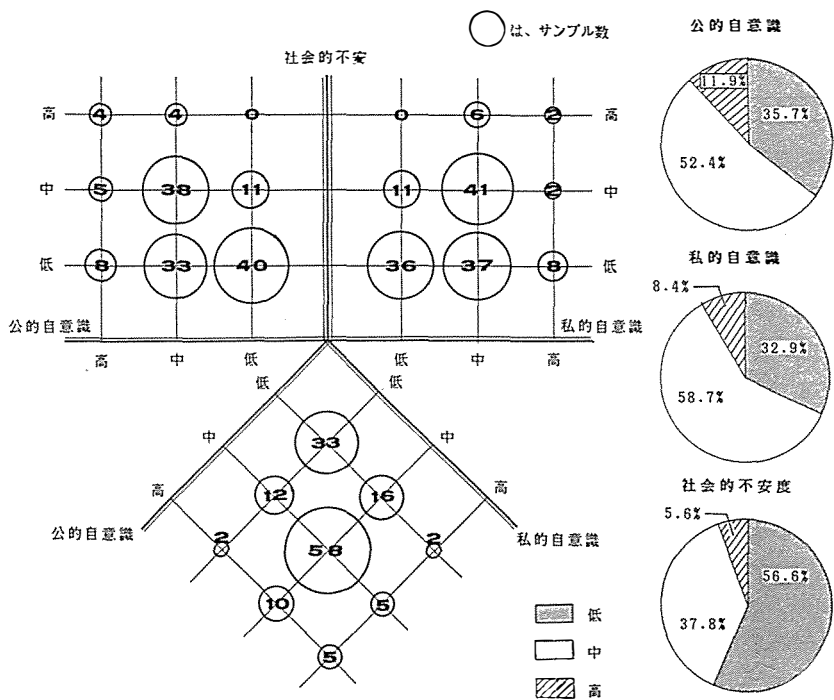
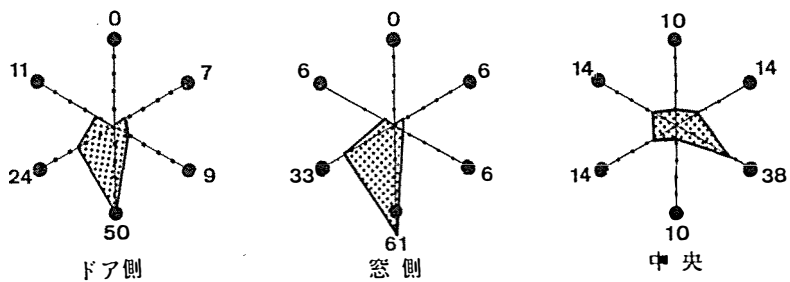


図4 対象患者の自意識・社会的不安度 (A.H.Buss による)

6 床室



4 床室

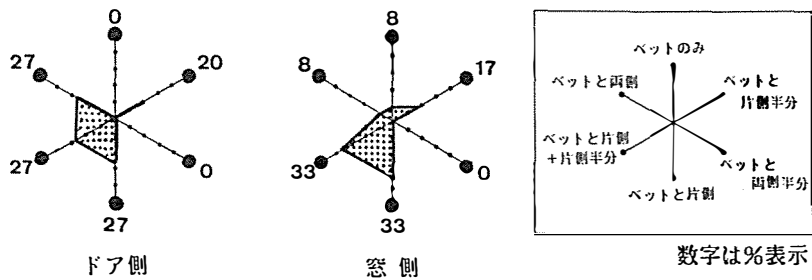


図5 ベット位置別のテリトリー意識

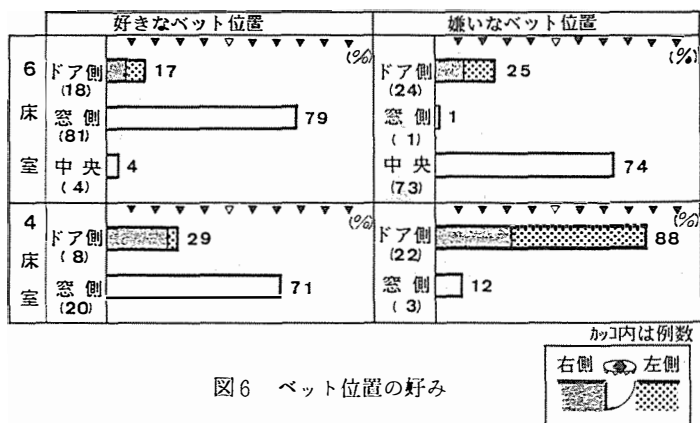


図6 ベット位置の好み

の範囲と比較すると、テリトリーの大きさとの間にはやや関連が見られたが、その他については、今回の調査の結果では相関のある傾向はつかめなかった。(図-6)

3. プライバシー意識

プライバシー意識については、11の質問項目のうち、特に関連のみられた6項目に絞って検討した。なお各項目について、その行為が気にならない(-)、気になる(+), どちらでもない(±)の3段階に分け、プライバシー意識の程度として検討した。

1) 患者の属性との関連

性別でのプライバシー意識は、女性が高く、男性が低い傾向がみられ、また年齢別でのプライバシー意識は、若いほど高い傾向がみられた。自意識尺度との関連では、得点が高くなるほどプライバシー意識は高い傾向がみられた。

この結果プライバシー意識は患者の属性と強い関連をもって存在しているといえる。(図-7)

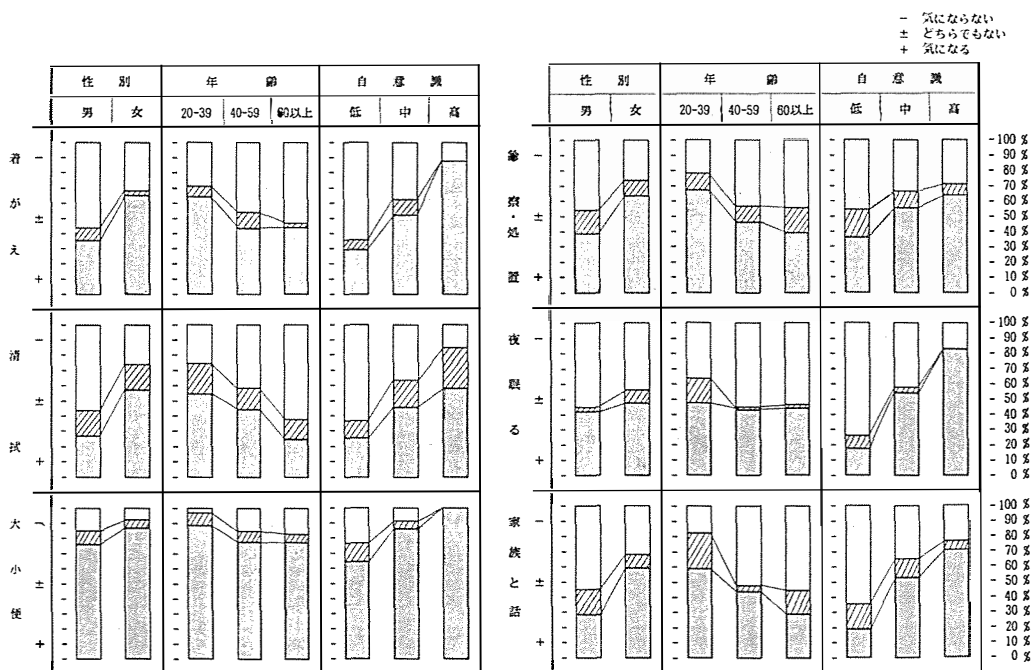
2) 療養の場所との関連

療養の場所との関連は、4床室より6床室が、ややプライバシーの意識は高い傾向がみられた。ベット位置との関連では、特に顕著な差はみられなかった。

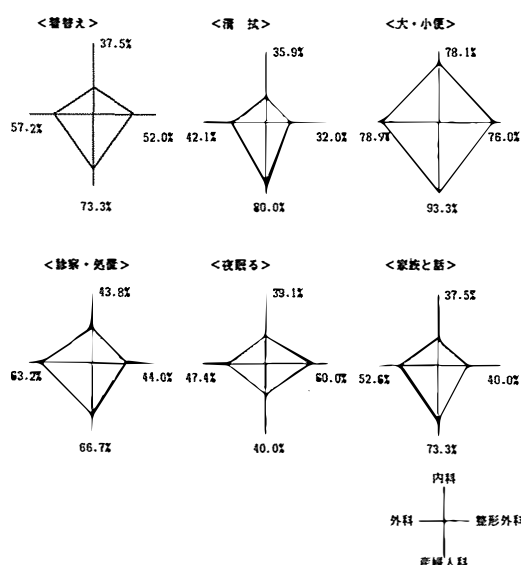
3) 診療科別との関連

内科、外科、整形外科、産婦人科について診療科別のプライバシー意識をみると、産婦人科では、ほとんどの項目でプライバシー意識が高くなった。

行為別にみると、【診察・処置】の項目で、産婦人科、外科に、【夜眠る】で整形外科に高い傾向がみられた。(図-8)



病室におけるテリトリー及びプライバシーに関する検討



■ 8 診療科別のプライバシー意識 (気になる度)

4) その他の属性との関連

在院日数別にプライバシー意識をみると、全体的な傾向として、在院日数が短いほどやや高い傾向でみられた。また、生活自由度別とプライバシー意識では、自由度が低い患者では、【診察・処置】、【夜眠る】に高い傾向がみられ、自由度の高い患者では、【拭】、【家族と話】で高い傾向となった。

以上、隣のベッドの人の【気になる度合】を指標とした、プライバシー意識単純集計から、プライバシー意識は、患者の属性を中心に、多くの因子と関連をもつことが明らかとなった。

4. 数量化による検討

以上を基に、調査項目より■-9に示すようなアイテムおよびカテゴリーを設定し、数量化による多次元的解析をおこなった。

1) 数量化Ⅲ類による検討

プライバシー意識項目を除いた、テリトリー意識との関連をみた場合、■有値、累積寄与率ともに低く、テリトリー意識の違いが、各因子を説明する決定要因にはならなかった。(■-10)

しいて言え、単純集計でもみられたように、テリトリー意識の【ベッドのみ】、【ベッドと両側半分】のタイプで、療養の場所や年齢とのあいだに、やや特

要因			No.	カテゴリー名	要因			No.	カテゴリー名
患者の属性	性別	1	男	診療状況	安静度	31	I		
		2	女			32	II		
	年齢	3	20~39歳			33	III		
		4	40~59歳			34	IV		
	自己意識	5	60歳以上	患者の意識	ブライバシ	35	着替え	低中高	
		6	公的自			36	替え	一十	
		7	低中			37	え	十	
		8	高			38	清拭	低中高	
		9	私的自			39	拭	一十	
		10	低中			40	拭	十	
		11	高			41	大	低中高	
		12	社会不			42	小	一十	
		13	中			43	便	十	
		14	高			44	診	低中高	
療養の場所	部屋	15	4床	45	中	一十			
	部屋	16	6床	46	察	高			
	ベッド位置	17	ドア右	47	夜	低中高			
		18	ドア左	48	眠	一十			
		19	中央	49	眠	高			
		20	窓側	50	家族話	低中高			
診療状況	診療科	21	内科	51	家族話	一十			
		22	外科	52	話	高			
		23	整形外科	テリトリ	53	1			
		24	産婦人科		54	2			
		25	泌尿器科		55	3			
		26	眼科		56	4			
		27	その他		57	5			
		在院日数	28		0-2W	58	6		
			29	3-6W	改善	59	ある		
			30	7W以上		60	ない		

■ 9 数量化のためのカテゴリー表

徴的な傾向がみられた。

テリトリー意識項目を除いた、プライバシー意識との関連では、累積寄与率ともにやや低い、I軸上に於てプライバシー意識の高低が説明されている。

プライバシー意識の高い(+)集団の近くに、自意識(+), 女性, 6床室, 在院日数0-2W, ベッド中央などの因子が布置され、プライバシー意識の低い(-)集団の近くには、ベッド位置がドア左, 年齢60歳以上, 内科, 在院日数7W以上などが比較的近くに布置されていた。(■-11)

更に、自意識を除くテリトリー, プライバシーを含む、全てについて、数量化Ⅲ類をおこなったところ、

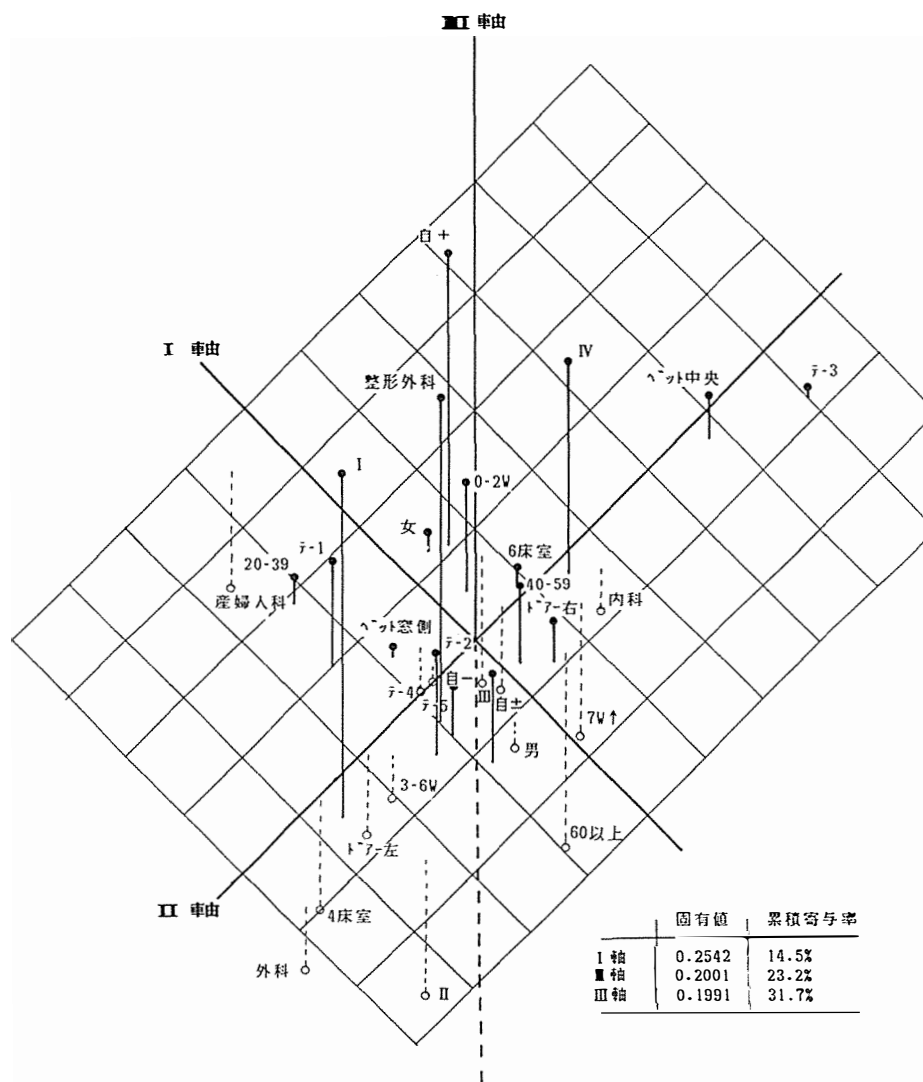


図10 数量化Ⅲ類によるカテゴリー分布表（テリトリー意識）

プライバシー意識の程度は、I 軸によって3群に分離して布置され、性別＜女性の方がプライバシー意識が高い＞、年齢別＜若い人ほどプライバシー意識が高い＞、在院日数別＜短いほどプライバシー意識が高い＞、診療科別＜プライバシー意識は、産婦人科では高く、内科では低い傾向がある＞などの属性との関連が明らかとなった。また、病室の環境改善の必要性の意識についても、プライバシー意識の程度との関連がみられた。

テリトリー意識のタイプについては、明らかな傾向をみることはできなかった。（図-12）

2) プライバシー意識の判別要因の検討

数量化Ⅲ類の検討によりプライバシー意識が、患者の属性や療養の場所、療養の状況、患者の意識などの多くの因子と関連を持っていることが明らかとなった。そこで、プライバシー意識に、これらの因子が、どの程度影響を及ぼしているのかを、数量化Ⅱ類により検討した。

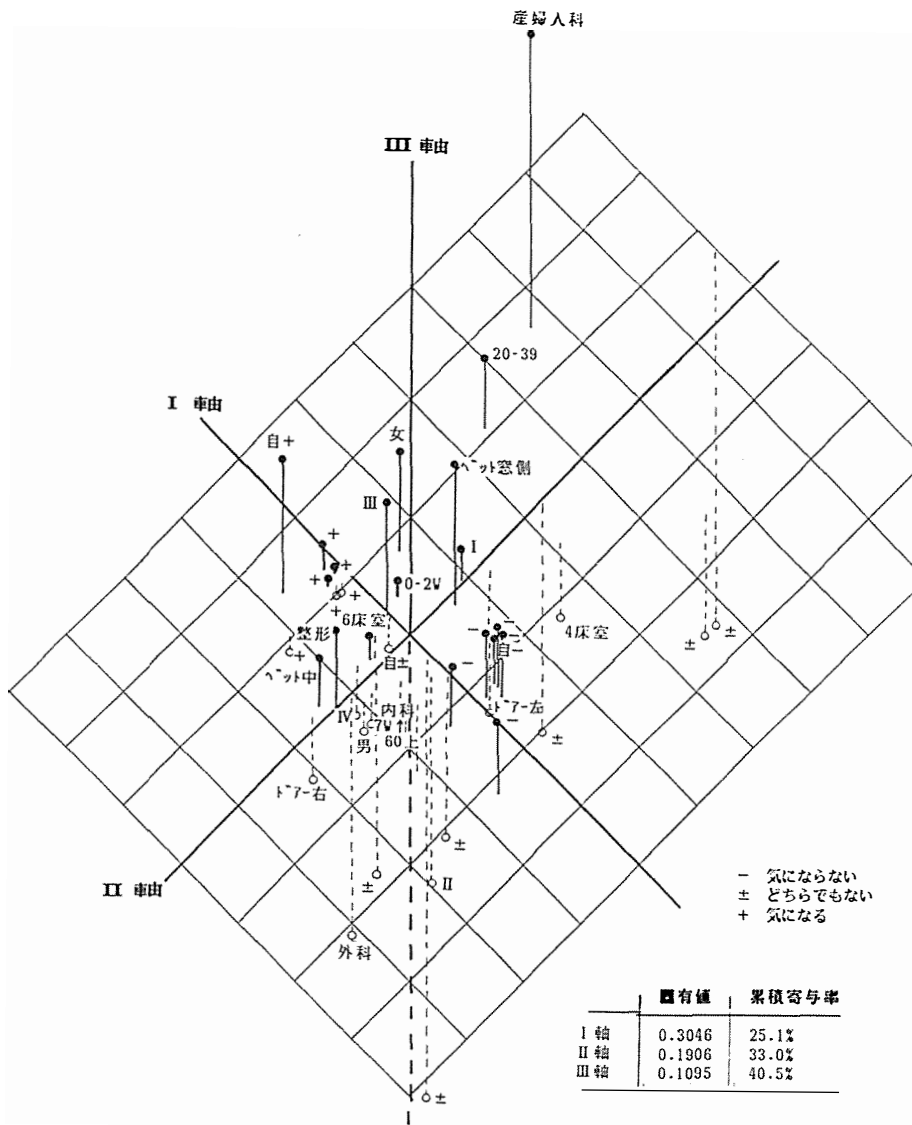


図11 数量化Ⅲ類によるカテゴリー分布表（プライバシー意識）

図-13（左）は、患者がベット上で清拭行為をしているときのプライバシー意識が、どの因子と関連するのかを判別したものである。プライバシー意識を高める要因は、性別では女性、年齢別では40-59歳、ベット位置別ではドア右側、診療科別では外科・産婦人科、その他自意識得点の高さ、などである。なお、これらの要因による判別の中率は81.4%であった。

また図-13（右）は、排便・排尿の行為をしているときのものである。テリトリー意識のタイプが、他の

要因に比べてレンジの値も高く、第一の判別要因になっている。偏相関係数の値は低いものの、排便・排尿のような、ある種の行為では、プライバシー意識とテリトリー意識の関連がみられることが示唆されていると考えられる。

今回は比較的判別の中率の高かった〈清拭〉、〈大小便〉の行為を取り上げたが、その他の行為についても、各々その行為を特徴づける傾向がみられた。

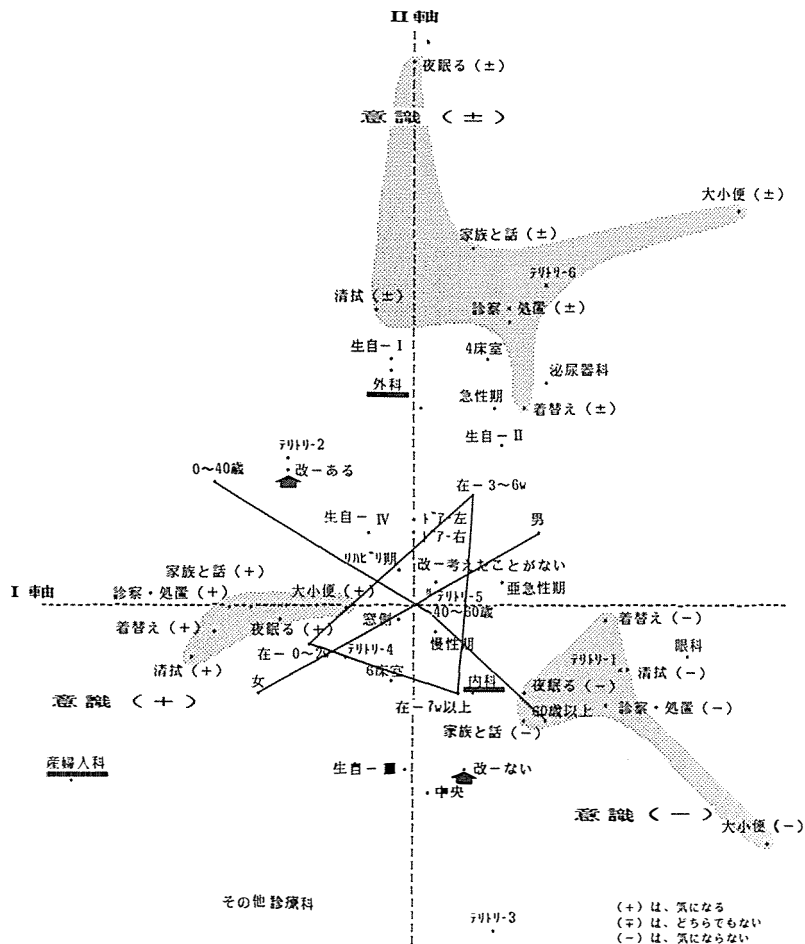


図12 数量化Ⅲ類によるカテゴリーの分布

V 考察

本研究は、病室を患者の療養生活の場として捉えて
ゆくために、プライバシー及びテリトリーの観点から
検討を進めた。

本論のような人間の生活空間における、プライバシーやテリトリーに関する問題については、1960年代に学際研究として成立した環境心理学のテーマとして、現在までに、いくつかの概念的な検討と、人間の行動観察を中心とした基礎的な研究が報告されている。¹³⁾

この環境心理の分野における、テリトリーやプライバシーに関する研究の引金にもなった基礎概念のひとつに、1950～1960年代に社会心理学の分野での、E. T. Hall の Proxemics Theory¹⁴⁾ や、その後

Sommar, R.が定義した Personal Space の概念が
挙げられる。¹⁵⁾

これらの概念は1970～80年代に入り、急速に進歩してゆく工業化社会に対する批判の動き（Post Modernism）ともあいまって、その研究範疇も基礎研究から、応用研究へと拡大し、環境心理学の成立につながったものと考えられる。

このような状況の中で、物理的な環境条件（SEEs：Space Establishing Elements）を整え、人間の生活空間を構築してゆく建築学は、環境心理学の成果をいち早く取り入れながら、建築空間への応用を検討し始めた。なかでも、病院の病室は、患者の精神生活の場として、まず最初に見直しが求められているものの一つで、病院建築家たちは患者の生活の場を築いてゆ

病室におけるテリトリー及びプライバシーに関する検討

< 清式 > の判別

判別の中率：81.4%
相関比：0.6244

< 大・小便 > の判別

判別の中率：84.0%
相関比：0.5518

要因	カテゴリー	PRIV(-)					偏相関係数	PRIV(+)					偏相関係数
		-2	-1	0	+1	+2		-2	-1	0	+1	+2	
性別	男	-0.0771					0.1900 (0.1784)						0.0371 (0.0237)
	女	0.1013											
年齢	20-39歳	0.0135					0.2167 (0.2094)						0.1295 (0.1038)
	40-59歳	0.0906											
	60歳以上	-0.1188											
部屋	4床空	0.0225					0.0271 (0.0285)						0.1930 (0.1506)
	6床空	-0.0060											
ベッド位置	1. 左	0.1834					0.2634 (0.2770)						0.1351 (0.1149)
	2. 左	-0.0793											
	3. 中央	0.0648											
	4. 中央	-0.0937											
診療科	内科	-0.0788					0.3008 (0.4532)						0.2235 (0.2448)
	外科	0.1251											
	整形外科	-0.1256											
	産婦人科	0.3276											
在日数	0-2W	0.0087					0.1524 (0.1678)						0.1850 (0.1318)
	3-6W	-0.0185											
	7W以上	0.0862											
安静度	I	-0.0906					0.0822 (0.1368)						0.1749 (0.1413)
	II	0.0039											
	III	-0.0124											
	IV	0.0462											
テリトリー	1	0.0886					0.1129 (0.1944)						0.2809 (0.3997)
	2	0.0784											
	3	-0.1058											
	4	-0.0102											
	5	0.0211											
	6	0.0571											
改善	ある	0.0299					0.1452 (0.1438)						0.0269 (0.0244)
	ない	-0.1086											
公的自	低	-0.0434					0.0982 (0.1445)						0.1101 (0.1016)
	中	0.0081											
	高	0.1011											
私的自	低	0.0113					0.1828 (0.3044)						0.2089 (0.2394)
	中	-0.0390											
	高	0.2645											
社会不安	低	-0.1177					0.2875 (0.3266)						0.2422 (0.2195)
	中	0.1361											
	高	0.2089											

< :1/10> , () はレンジ

図13 数値化Ⅱ類によるプライバシー意識の判別

くために、様々な検討を行いながらその改善を図ろうとしている。しかし、建築学の研究者が、患者の立場にたって研究を行う場合、限界があり、現状の病院環境には、まだ多くの問題が残されている。そこで、患者の病床環境の整備を学の重要な位置づけとする看護学に、病院建築家たちは多くの期待を寄せている。

看護学は、19世紀後半の F. Nightingale の論著以後、患者の病床環境の整備を、その学の重要な位置づけとしてきた。現在でも、Nightingale の残した著述は、多くの病院建築家や医療関係者達の必携として

読まれ、重要な参考資料となっている。

しかし、Nightingale 以後、看護学における、人間的な病床環境に関する研究成果は乏しいと言わざるを得ない。看護は、このような問題に関して、実践と試行錯誤による積み重ねの上に、人間理解に立つ看護実践を行ってきた。そこで看護学は、この歴史的な経験の蓄積を踏まえて、これらの問題の理論的な解明を推進してゆくことが、重要な使命と考えられる。

以上から本論では、看護学の立場から環境心理学などの成果を踏まえ、環境整備の一端を担う基礎概念と

して重要な、プライバシー及びテリトリーに関する検討を試みた。

今回の調査では、既に検討を行っている概念的な部分を基礎として、⁵⁾ これらを実証してゆくために、ベッド周辺に限定した入院患者のプライバシー及びテリトリー意識の実態把握をおこなった。調査内容については、提案した概念のほんの一断面の概略を捉えようとしたもので、まだ多くの問題点が残されている。しかし、本論で示されたプライバシー意識を中心とした結果は、非常に重要な問題を示唆したと考えられる。

即ち、患者の属性についてみると、性別では男性よりも女性の方がプライバシー意識は高い傾向がみられ、同様に、年齢別についても、若年者の方が高齢者よりもプライバシー意識が高い傾向がみられた。このことは、看護の実践では、性別や年齢の違いも十分に考慮して、援助を行うことが重要であることが示唆された。

また、これらの結果を今回行った自己意識尺度の調査結果と併せて考えると、患者のプライバシー意識に、患者の属性が大きく影響を及ぼしていることがうかがえ、看護実践においては、患者の属性を充分把握した上で、進めてゆくことが重要であると改めて示唆された。

更に、数量化Ⅲ類による多元的な検討の結果をみると、各項目に多くの重要な関連が推測し得る。たとえば、診療科別にみると、女性が全てを占めている産婦人科では、プライバシー意識が高い傾向を示したのに対して、長期療養を余儀なくされるような内科では、プライバシー意識は低い傾向を示した。その他、患者の属性や療養の状況、患者の意識などとの間にも多くの関連をつかむことが出来た。このことは、現状の画一化された病床・病室環境が、各診療科の特徴を持ちつつ改善されうら必要性があることを示すと考えられ、今後、建築学の分野との連携のもとで検討されてゆくべき重要な問題であることが示唆された。

一方、プライバシー意識の程度を外的基準とした数量化Ⅱ類による検討では、偏相関係数は低かったものの、判別要図の結果が、プライバシーの質的な面の違いを表した結果となった。つまり、看護実践においては、単にマニュアル通りの看護計画を実施することのみが肝要ではなく、本研究で検討したような、基礎的な知識に裏打ちされた上での、その場の環境に対応した援助行動が重要であると考えられる。

しかし、今回のような患者の意識調査の結果を考察してゆく場合に、調査結果の信頼性が重要な問題となる。つまり、入院患者は医療者に遠慮して、自分の意見を正直に答えない場合が多いこと、あるいは日本人の持っている特有の医療観によって、「病院とはこんなところだ」と始めからあきらめていることなどが、信頼性を低めているとも考えられるからである。

このことについても、検討を進めており、患者の生活面の欲求や、対人関係等から起こる心理的な面に、“あきらめ”の傾向が強くみられている。今後さらに、このような患者心理に関する検討を深めながら、個人の医療観が、患者の意識調査の結果に、どのように関連を持つかを検討し、更にプライバシー、テリトリーの問題を探求したいと考えている。

病院の病室では、様々な診療行為や患者の生活行為が錯綜して行われることが余儀なくされている。むしろ病室は、患者の生活の場合としての環境整備が重要であることは言うまでもないが、患者は自らの健康を回復するため、自己抑制をしながら治療環境を受け止めている状況にもある。

看護者が、このような自己抑制せざるを得ない環境に身を置く患者に対して、専門職として援助してゆくためには、患者の人間としての本来的な欲求と現在像を、本研究で示したような基礎的観点を踏まえた上で理解し、技術活動にむすびつけてゆくことが重要であると考えられる。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、ご協力を頂いた富山医科大学薬科大学附属病院の堀井満恵看護部長、境美代子婦長ならびに看護部の皆様にお礼を申し上げます。また、適切なご助言をくださった千葉工業大学の上野義雪先生にお礼申し上げます。

付記) 本研究は、第15回日本看護研究学会において奨励学会研究として助成を受け、発表したものを原著としてまとめた。

要 約

本論文は、本学会誌Vol. 12, No. 1で報告した「プライバシー及びテリトリーの基礎概念の提案」に引き続き、多床室における患者のテリトリー及びプライバシーに関する意識の実態を明らかにし、患者の療養生活を援助してゆくために重要な、看護としての基礎的な知見を得ることを目的としている。

本論の中で使われているテリトリー及びプライバシーは、
テリトリー；personalised spaceとして扱い、患者が自分だけの場所として認知している空間
プライバシー；自分の望んでいない侵入事物に対して、調整しようとする心理的な防壁（Westin. 1977）

として捉え、検討を行った。

結果は、以下のとおりである。

- 1) テリトリーの意識は、病室でのベット位置に影響を受けた。
- 2) ほとんどの患者のベット位置の好みは、ほぼ同様の傾向であった。患者のテリトリーの意識と、好みのベット位置との関連をみると、多床室では患者同志が、お互いに遠慮しあいながらテリトリーを認知していると考えられる。
- 3) プライバシーの意識は、患者の属性、病室の環境条件、患者の状態などの要因と関連がみられた。これにより、プライバシーは患者が入院生活を過ごす上で最も重要な事柄の一つであると考えられる。
- 4) プライバシーは、日常生活の場面状況によって、質的に異なることが明らかとなった。

Summary

This present research is the sequel of the report <Suggestion for a Conceptual Framework> which appeared in this journal 12 (1)1989. The purpose of this report is to make it clear how patients feel about their territory and privacy in their rooms, especially who are sharing the room with other patients, and is to obtain the few fundamental knowledge which is important subject to give support to patients' daily life for nursing care.

In this report we defined "territory" and "privacy" as follows :

Territory ; personalised space or extent of which patients feel their own space among others

Privacy ; the state in which a patient employs psychological barriers to control unwanted intrusion. (Westin. 1977)

The results are shown below :

1. How patients perceive their territory was affected by a location of beds.
2. There was a common tendency of preference about a location of beds. Compared with the relations between the patients' feelings about their territory and the preference about a location of beds, it has been considered that patients hesitatingly recognised their territory each other in their room.
3. Degree of privacy perceived by patients correlated with some factors such as patients' character, structure of their rooms, and states of patients. From the fact, it

can be considered that privacy is one of the most important to patients' life during stay in the hospital.

4. Quality of privacy varied according to the situation of patients' daily life from time to time.

参 考 文 献

- 1) 川口孝泰他；病院の多床室における部屋の広さとベッド間隔の検討，日本建築学会関東支部講演集，5，1987
- 2) 川口孝泰他；病室のベッドまわりに関する検討，日本建築学会講演集，5425，1989
- 3) 川口孝泰他；病室の空間構成に関する基礎資料，日本建築学会講演集，5277，1988
- 4) 川口孝泰他；病室の多床室におけるプライバシー確保に関する調査，日本建築学会講演集，5378，1987
- 5) 川口孝泰他；病室におけるテリトリー・プライバシーに関する検討，日看研誌，Vol.12, No.1，1989
- 6) Jon Lang；Creating Architectural Theor, Van Nostrand Reinhold Company, 1987
- 7) Altman, Irwin, and Martin Chemers；Culture and Environment, Monterey Ca：Books 1-6, 1980
- 8) 渋谷昌三著：なわばりの深層心理，創想社，1983
- 9) Lyman, S. M. and Scott, M. B；Territoriality-A neglected Sociological demension, Social Forces, Vol.15, 236-249, 1967
- 10) Altman, Irwin, and Martin Chemers；Culture and Environment, Monterey Ca：Books 1-6, 1980
- 11) イッテルソン，プロシャンスキー他編著，穂山貞登；環境心理学1－概念と研究態度－，誠信書房，1974
- 12) Westin, A. F；Privacy and Freedom, New York：Atheneum, 1967
- 13) イッテルソン，プロシャンスキー他編著，広田君美訳；環境心理学3－環境組織内の人間的欲求－，誠信書房，1974
- 14) エドワード・ホール著，日高敏隆訳；かくれた次元，みすず書房，1970
- 15) R.ソマー著，穂山貞登；人間の空間，鹿島出版会，1972

(平成2年1月16日受付)

看護業務の検討

—受持制徹底を認めるための一試案—

A Study of Nursing Services

— A tentative Plan to Carry out the Assign Patients System —

阪 口 禎 男*
Sadao Sakaguchi

岡 野 節 子**
Setuko Okano

政 次 富美子**
Humiko Masatugu

I はじめに

近年の日本の看護方式はその時代背景や看護理念の変化に伴って、大きな変化がみられてきた。即ち、1950年代の“完全看護”の名のもとに、流れ作業の考えにもとづく機能別看護¹⁾から、1960年代の“患者中心の看護”を目指したチームナースィング^{2) 3)}へ、さらに、1970年代から提唱され始めた“私の看護婦”という概念を持つプライマリーナースィング方式へと移行がみられている。^{4) 5)}しかし、その導入にあたっては、それぞれの国情、社会的、文化的背景、さらには保健医療体制などの特性が存在することから、その理論の機械的な導入には必然的に、色々な問題が起こり得る。また、病院自体の特性や地域性についても考慮する必要があろう。

今■、中規模で、しかも、人■流入の激しい大都市周辺に位置する1大学病院を対象とし、考えてみた。まず、その病院の背景をみると、昭和56年より看護体制としてチームナースィング系体を取りつつ、さらにプライマリーナースィングを志向した受持制を導入してきた。即ち、入院から退院まで、個々の患者のケアはもちろん、看護プロセスにおいても、一人の看護婦が責任を持ち、必要があれば退院後の継続看護にも関わることを目標としている。しかし、卒後1～3年目の看護婦がチームの主体をなし、それに加えて、業務の多様さや単発の三交代制勤務のために、受持患者へのきめ細かなケアを行うことがむずかしく、また、サマリーも十分に活用されていないのが現状である。

そこで、まず現在の看護業務量を分析し、さらに、患者および看護婦の意識調査を併せて行い、受持制を徹底させるためには、どのような方法をとったら良いか、検討を試みた。

II 対象と方法

1. 看護業務調査

日本医科大学附属多摩永山病院において、昭和63年7月11日より同17日迄の1週間日勤帯のみ、看護婦202名延べ467名を対象に、7国立大学附属病院看護業務内容調査（昭和62年度）⁶⁾の分類を参考に、75項目からなる業務内容分類コードを用いて、ワークサンプリング法に準じ、15分毎に自己記載で行った。これら総看護業務量21,942ポイントの業務分析にはHITAC-M280H大型コンピューターを用い、さらに、看護度との相関についても検討を試みた。

2. 入院患者のアンケート調査

各病棟約30名前後、計214名の入院患者を対象に、看護サービス、コミュニケーションなどについて30項目のアンケート調査を行い、年齢別、病棟別、入院期間別に比較検討した。

3. 看護婦の意識調査

看護職員（助手及び休職者を除く）209名を対象に、患者ケア、勤務体制、コミュニケーションなどに関する39項目の5段階法による満足度の調査を行い、これを年齢別、職位別、所属別などで比較検討した。

* 千葉大学看護学部看護管理研究部 Division of Nursing Management, School of Nursing, Chiba University

** 日本医科大学附属多摩永山病院 Nihon Ika University Hospital, Tama Nagayama

Ⅲ 成 績

1. 病院の現況

総病床数は326床で、看護に関係する部門は11部門からなる。即ち、看護部：10名のうち休職者5名(1)、以下看護助手を含む、内科(慢性)：24名(1)、内科(急性)：23名(2)、外科：21名(2)、脳・整形外科：24名(1)、産婦人科：25名(2)、小児・眼・耳鼻咽喉科：20名(1)、救急センター：30名(1)、手術室：17名(2)、外来：37名(5)、中材：6名(5)の計237名(23)で構成されている。なお、()内の数字は看護助手の人員を示す。

一方、調査期間中の入院患者数は延べ1,793名、外来患者数3,755名、手術件数30件、看護婦202名、延べ467名である。さらに、これを曜日別に示す。(表1)

表1 調査時の病院状況

(S. 63. 7. 11-7. 17)

項 目	日	月	火	水	木	金	土	計
入院患者数	252	264	254	252	255	257	259	1,793
外来患者数	669	682	585	523	621	675	—	3,755
手術件数	7	3	6	5	7	2	—	30
看護婦数	71	82	69	71	71	62	41	467

2. 病棟別・曜日別看護業務量(図1)

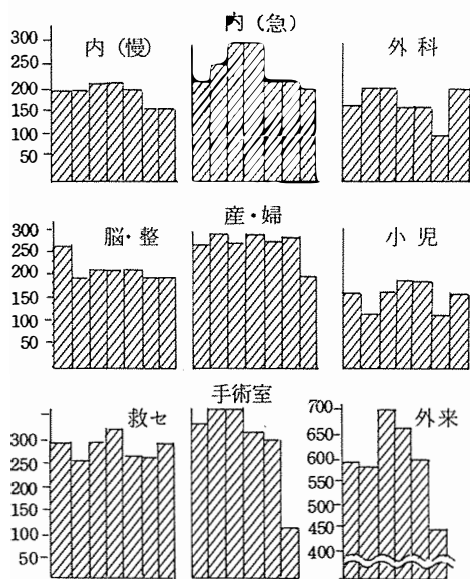


図1 曜日別看護業務量

病棟別・曜日別看護業務量を見ると、内科(慢性)、内科(急性)、外科病棟は週前半に多い傾向がみられる。これは検査・手術・ベット調整などが多いためと考えられる。これに対して、脳・整、産婦、小児・眼・耳、手術室(土曜日を除き)は一週間を通してほぼ一定しており、また救急センターは週全般を通して高い業務量を示している。一方、週の中間の水、木、金曜日には外来の業務が多くなっているが、特殊外来などのためと考えられる。

3. 病棟別業務内容

次に、業務内容75項目を療養上の世話、診療介助、記録・報告、事務的業務、メッセンジャー、管理、教育、環境整備、機械器具の整備および準備、休憩その他に10分類して、その頻度を病棟別で示す。(表2)

これを、さらに事務的業務・メッセンジャー、管理・教育、環境整備・機械器具の整備および準備を各々1分類とし、計7分類での病棟における療養上の世話の比率を100%として、他の業務との比率を図2に示す。脳・整、小児・眼・耳、産婦病棟は類似のパターンを示している。また外科、内科(急性)、救急病棟は診療介助率が高く、少し異なったパターンを示している。一方、手術室と外来は診療介助率を

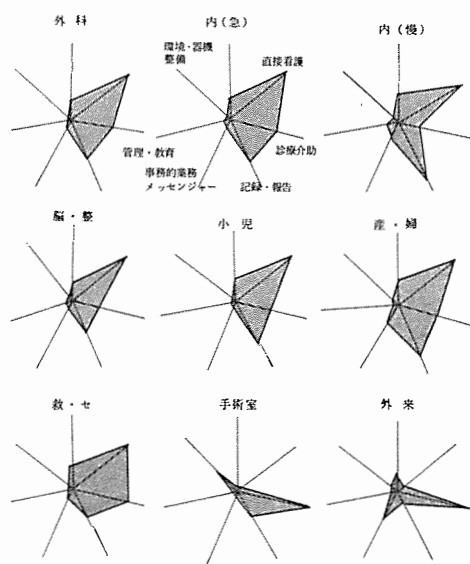


図2 病棟別業務内容分類

看護業務の検討

表2 病棟別業務内容頻度(10分類)

	直接看護	診療介助	記録・報告	事務的業務	メッセージ	管 理	教 育	環境整備	機器整備	食事・休憩	総 計
内 科	4 7 7	3 1 2	3 1 4	4 2	2 3	3	2 3	5	4	1 4 7	1,344
(急性期)	3 5.5	2 3.2	2 3.4	3 1	1.7	0.2	1.7	0.4	0.3	1 0 3	
内 科	5 4 4	2 9 0	4 9 9	7 8	2 4	1 0	4 0	1 6	1	1 9 4	1,696
(慢性期)	3 2.1	1 7.1	2 9.4	4.6	1.4	0.6	2.3	0.9		1 1.4	
外 科	4 7 0	2 8 5	2 4 3	1 8	4	2	2	7	2	1 1 8	1,151
	4 0.8	2 4.8	2 1.1	1.6	0.3	0.2	0.2	0.6	0.2	1 0.2	
脳・整形	6 7 5	2 6 4	3 2 4	4 1	5	3	2 7	1 1	5	1 5 9	1,504
	4 4.9	1 7.5	2 1.5	2 7	0.3	0 2	1.8	0.7	0.3	1 0 6	
産・婦人科	6 2 8	3 3 3	4 7 4	9 0	3 3	1 6	4	1 2	4 7	1 8 4	1,821
	3 4.5	1 8.2	2 6.0	4.9	1.8	0.9	0.2	0.7	2.5	1 0.1	
児・眼・耳	4 4 9	2 1 9	2 8 4	1 7	8	2	1 6	7	4	1 1 7	1,119
	4 0.1	1 9.6	2 5.4	1.5	0 7	0.2	1.4	0.6	0.3	1 0.4	
救急センター	7 1 2	5 5 5	3 2 7	5 5	2 2	1 3	3	1 4	3 2	2 1 4	1,947
	3 6.6	2 8.5	1 6.8	2.8	1.1	0.7	0.2	0.7	1 6	1 1.0	
外 来	1 2 4	1,838	2 3 3	6 8 7	6 2	5 2	4	4 7	2 1 6	3 4 8	3,611
	3.4	5 0.9	6.4	1 9 1	1 7	1 4	0.1	1.3	6.0	9.6	
手 術 室	4 2	8 8 8	3 2 3	1 2	4	1 5	3	4 0	2 6 2	2 1 8	1,807
	2 1.3	4 9.1	1 7.9	0.7	0.2	0.8	0.2	2.2	1 4.5	1 2.1	

各病棟の上段はポイント数、下段はその%を示す

100%として表わしており、病棟とは全く異なるパターンを示している。各病棟とも全体的に記録・報告の比率が高くみられているが、とりわけ、内科（急性）、内科（慢性）、産婦、小児・眼・耳病棟ではその比率が高い。

さらに、スタッフ以外の管理婦長、病棟婦長、主任の業務内容のうち、管理・教育、記録・報告、療養上の世話を、それぞれ100%とし、同様に、図示したのが図3であるが、当然、職位に特徴的なパターンがみられる。

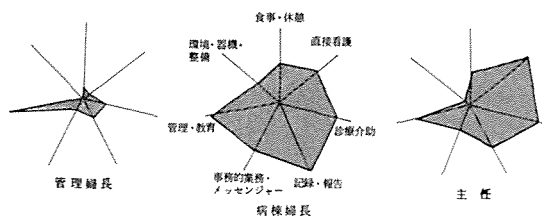


図3 職位別業務分類

4. 看護業務量と看護度

(1) 病棟別直接看護業務量と看護度

病棟と生活の自由度を示す看護度分類のA1からC4迄の12段階に、それぞれ点数を与え数量化を試みた。

7) 即ち、Aに6, 5, 4, 3, Bに5, 4, 3, 2, Cに4, 3, 2, 1点とした。(表3) これを用いて、

表3 看護度

	I	II	III	IV
A	6	5	4	3
B	5	4	3	2
C	4	3	2	1

病棟別の日曜日を除いた1週間の直接看護業務量と看護度との相関をみたのが図4である。なお、各病棟の看護度は各病棟看護婦1人当たりの受持患者数から算出した。その結果、相関係数0.71744, t値(自由度5)2.30288, また、単回帰式は $y = 0.1856x + 50.805$ で表された。

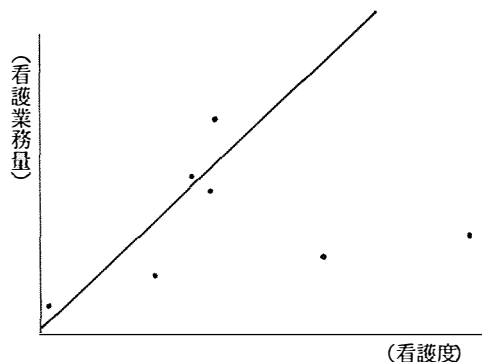


図4 看護業務と看護度

(2) 療養上の世話の頻度と看護度

さらに、診療介助率の高い内科（急性）、救せを除いた5病棟での療養上の世話の頻度と看護度との相関をみると、（図5）相関係数0.8645、 t 値（自由度3）2.97902、単回帰式 $Y = 0.4821x + 42.1979$ 、でより高い相関が認められた。

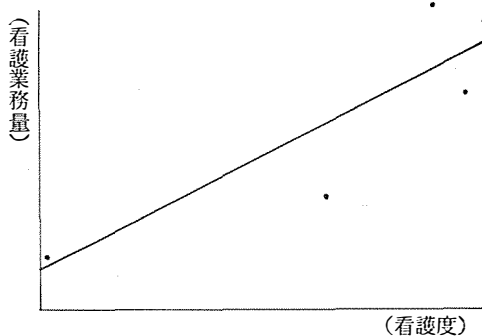


図5 看護業務と看護度

5. 入院患者のアンケート調査

(1) アンケートの設問項目の検討

患者への30設問項目の意識調査の回答をクラスター分析し、3つのクラスターを選び出した。即ち、第1群（8項目）を看護サービスに関するもの、第2群（8項目）をコミュニケーション、第3群（7項目）を看護婦に対する印象とした。

患者は、看護婦が患者ケアや看護体制と考えた設問項目を、看護婦とのコミュニケーションや印象と、とらえる傾向がみられた。例えば、食事の介助や安楽への援助は看護サービスと、とっているが、排泄介助は看護婦の印象と考えるといった具合に看護婦との間にギャップがみられる。その他、特に受持体制に関心が殆どないのか、または理解しにくいのではないかと、思われる回答が多くみられた。

(2) アンケートの年齢、入院期間、病棟別の検討（表4）

この3群について、年齢別、入院期間別、病棟別に分析した結果を表4に示す。まず、看護サービス全般では入院患者の約80%が満足と答えている。特に、年齢の高い人程評価が良く、また受持看護婦を知っている傾向がみられた。しかし、それでも全体の約30%に過ぎず、患者へのオリエンテーションが徹底していないことが窺われる。また、患者の入院期間が長くなれ

ばなる程、全般的な評価の低下傾向がみられる。一方、病棟別で看護婦の印象をみると同じ看護婦に世話を受けたいとする人は、外科、産婦、小児病棟に多くみられた。なお、年齢は19歳以下、20～39歳、40歳以上、入院期間は1W以内、1～3W、4W以上の3段階に分類し、病棟は6セクションとした。

6. 看護婦の意識調査（満足度）

(1) 意識調査の設問項目の検討

前と同様に、39設問項目の回答をクラスター分析して、4クラスターを選び出した。即ち、第1群（6項目）を患者ケア、第2群（7項目）勤務体制、第3群（8項目）管理、第4群（6項目）職場環境とした。

(2) 年齢、未・既婚、経験年数、職位、所属、家族の協力の度合い別検討（表5）

年齢は24歳以下、25～29歳、30歳以上、経験年数は2年以内、3～7年、8年以上、職位は婦長、主任、スタッフの3段階に、また所属病棟は7セクションである。表の右側からみると、先ず、職場環境では若い看護婦にやや不満傾向がみられるが、全体的にみると差が認められない。次に、管理では特に教育や研修計画に対して管理者側に満足がみられるのに対し、スタッフでは不満度が高くその間にギャップがみられた。（ $P < 0.05$ ）

一方、勤務体制に関する設問群では、スタッフの希望の休暇のみに高い満足がみられているに過ぎず、仕事の能率、勤務後の疲労度、またケアの継続に関しては、否定的な意見が出されており、現在の勤務形態にあまり満足しているとは思われない。

さらに、患者ケアについては、特に、年齢、経験年数が増すにつれて、その満足度が高くみられている。また、チーム全体の患者ケアについては、満足度が高く認められるが、受持患者への1対1の関わりになると、その満足度はかなり低いものとなる。（ $P < 0.05$ ）

この事は、患者と深く関わる事への不安と、患者ケアに対する責任の重さに逡巡があるためと思われる。しかし、病棟別にみると、脳・整、産婦、救せでは病棟に比較して、受持制での患者ケアに、やや満足がみられているが、産婦病棟での遷延指導や脳、救せでの看護サマリーなどに関して、やや高い値を示しているに過ぎない。

7. 受持制の徹底への要因

受持制を徹底させるためには、まず診療介助率が高

看護業務の検討

表4 入院患者のアンケート結果

項 目	看護サービス	コミュニケーション	看護婦の印象
年 令 別	年齢層の高い人ほど評価は良い	年齢の高い人ほど受持看護婦を知っており、評価も良い	全体的に評価良い
入院期間別	長期入院患者の評価はやや劣る	入院期間の短い患者ほど良い傾向あり	入院期間の長い人ほど低下する傾向あり
病 棟 別	全般的に良い評価 日常生活援助に関し 脳・婦やや低い	全般的には変わらず 脳のみ良い傾向あり	同じ看護婦に世話を 受けた人は外・産 婦・児に多い

表5 看護婦のアンケート結果（満足の度合）

項 目	患者 ケ ア	勤 務 体 制	管 理	職 場 環 境
年 令 別	30～50才代に高い傾向あり	変わらない	変わらない	20～30才代に不満傾向あり
結婚の有無別	既婚者に高い	既婚者に高い	外来・手術室との連携両者とも不満	変わらない
経 験 年 数 別	経験年数と共に高くなる	中間層に不満傾向	変わらない	変わらない
職 位 別	看護展開に間して 管理者は評価 スタッフは不満	休暇に関する以外 は全体的に不満	教育・研究に関し 管理者は満足 スタッフは不満	変わらない
所 属 別	受持患者への関わりは不満、脳・婦・救はやや高い	外・脳・婦・児では不満の傾向	教育・研究に関し 不満	変わらない
家 族 の 協 力	協力的であると高い	協力的であると高い	変わらない	変わらない

く、しかも看護度得点の高い内科（急性）、救セのような病棟を除いて、病棟単位で選択するか、或いは病棟の中で、患者と看護婦を選択して実施するか、の二つの方法が考えられる。今■は前者の選択規準の設定を試みた。

- (1) 診療上の世話の頻度、平均在院日数、看護度から
受持制を徹底するための一方法として、病棟選択条

件を表6に示す。まず、今回の看護得点は病棟間で相関が認められているので、その得点が最も高く、しかも診療介助率が他に比較して高いために、療養上の世話の比率がやや低下している救セを除いて、療養上の世話の頻度が高い病棟は外科、脳・整、小児・眼・■である。しかし、長期に患者を受け持つことは、看護婦のストレスが大きいと言われており、⁸⁾このことを考慮するなら、在院平均日数の比較的短い病棟であ

看護業務の検討

表 6 直接看護・在院平均日数・看護度

項 目	内 (急)	内 (慢)	外 科	脳・整	産 婦	児・眼他	救 セ
直 接 看 護 (%)	35.5	32.1	40.8	44.9	34.5	40.1	36.6
在院平均日数 (日)	41.3	54.8	26.1	32.2	12.2	14.9	15.3
看 護 度	542	118	393	430	280	416	897

る外科、産婦、小児を選びたい・しかし、短期の入院患者にも、問題がない訳ではないが、⁵⁾ 以上の結果、両者の条件を満たす病棟は取りあえず外科、小児病棟であろう。

(2) 患者のアンケート結果から (表4参照)

一方、同じ看護婦に世話を受けたいとする人は外科、産婦、小児病棟に多くみられたが、受持制に対する患者へのインフォメーション不足がみられる。

(3) 看護婦の意識調査結果から (表5参照)

一方、スタッフは受持制に関心はあるが、不満が高い。その点について、意識調査時の自由筆記で具体的に次の点を挙げている。

- 日勤でも当日の分業業務があり、受持患者をみる事がむずかしい。
- チームナースング併用では患者への責任が曖昧となり、誰かがするのではという気になる。
- 忙し過ぎて患者のはなしをゆっくり聴けず、受け持ち意識が薄くなる。
- 患者ケア上、問題が生じた時、それに対処する自信がない。また、気楽に相談できる場と時間がない。
- 病棟編成を単科にして欲しいなどである。⁹⁾

(4) 受持制を徹底させるための考慮点

従って、病棟を選んだ後、さらに次の点を考慮すべきであろう。

- 業務量調査で記録・報告の占める比率が高いので、その改善
- 話し合い、納得の上でのスタッフの意志統一
- 患者への受持制のオリエンテーションの徹底
- 患者とのケア上、生ずる諸問題に対処し、コーディネーターとなりうる婦長の姿勢などにより実施が可能と考える。⁵⁾

IV 考 察

今■, 1 大学病院の看護業務量を分析し、さらに、看護婦及び入院患者に対して意識調査を行い、受持制の徹底化を図るための検討を試みた。

1. 受持制について

PRIMARY NURSINGとは看護学大辞典¹⁾ によれば、「一人の患者のすべての看護が、一人の看護婦によって継続的になされるという看護方式の入院から退院までの全期間を通して受持ち、患者のニーズに応じて看護内容の査定、計画、実施及び評価を行うことである。この計画の実施に当たっては、他の看護婦によって行われる事もあるが、リーダーシップは一人の看護婦がとる。この看護婦の事を PRIMARY NURSEといい、十分な教育を受けた看護婦がこれに当たる」と定義している。これに対して、チームナースングや機能別の看護体制では、その日その日で受持ちが変わるため、患者の情報把握が充分出来ないこと、それに加えて、チームで患者と接するため、責任の所在も不明確になり勝ちとなる。従って、患者への一貫したケア計画立案と修正が難しく、その継続制が薄れてしまうといった欠点がある。¹⁰⁾

本病院では開設以来、チームナースングを行ってきたが、患者により良い継続したケアを提供するために、昭和56年度よりプライマリー・ナースングの理念を参考に、受持制を併用したシステムを試行してきた。まず、患者の入院時の情報、看護度並びにチームメンバー各自の受持患者数をも考慮し、翌日迄には受持看護婦が決定される。万一、決定当日勤務していない場合は、受持ちと決まった看護婦が勤務についた日の交代時に引き継ぎがなされ、その後ベッドサイドで患者に自己紹介をし、さらに、ベットについている自分の名札を確認することになっている。

また、夜勤明けや休曜時には、患者にそのことを話し、何か問題が生じた時、他の看護婦か又は病棟主任

に相談するように指導している。しかし、今回の看護婦の意識調査の自由筆記からも明らかなように、特定した患者を受け持つ事に負担を感じ、出来ればその責任から回避したいという傾向がみられている。一方、患者のアンケートからは、自分の受持看護婦を知っている人が全体の約30%、いつ、次に受持看護婦が来るかを聞いている患者に至っては、僅か5～15%に過ぎない。これは看護婦側にも責任があるが、患者自身の関心の薄さも関係しよう。若いスタッフ達はともすると断片的な、その場限りの看護になり勝ちで、患者を通じて得る看護の喜び、充実感、さらには達成感をも得ることが出来ずにいる。¹¹⁾ 従って、そのためには、入院時のオリエンテーションを統一することに加えて、看護婦の自信のなさや、患者のプライベートな問題への関わり方などに対処しきれないでいるスタッフに、中間管理者の調整的役割が不可欠なものとなる。¹²⁾

2. 勤務体制について

各病棟とも、夜勤体制は日勤2～3日に引き続き深夜勤、準夜勤、そして振替休日（振休）または日勤というパターンが殆んどで、夜勤回数は一ヶ月平均9日～11日である。

今回の意識調査から、業務の能率、患者ケアの継続、そして、次の夜勤迄の疲労の回復度などについては、不満と考えている者が50～60%と半数以上を占めている。東ら¹³⁾の多方面よりの人間工学的研究によれば、「不規則な勤務パターンや単発的な振休の組み方よりも、一定の勤務パターンを継続し、勤務間隔は最低16時間以上の振休を組む方が、次の勤務時までの疲労回復は容易である」と報告している。そこで、半日勤、深、深、準、準、振休という組み合わせを1クールとすれば、日勤が4～5日間連続も可能となり、受持制の充実にもつながるのではなかろうか。¹⁴⁾ しかし、その一方で夜勤連続についての問題点が挙げられている。¹⁵⁾ ¹⁶⁾ 一、二の病棟でスタッフの了解のもと2～3ヶ月実施し、より良いパターンを模索していきたいと考える。

3. 看護業務量について

看護業務内容をみると、外科、脳・整、小児病棟の療養上の世話の占める比率が40%と高く、診療介助率は約20%である。これに対して、内科（急性）、救急病棟では診療介助率が25～30%とやや高い。これらは

いずれも他施設の報告と同様である。¹⁷⁾ ¹⁸⁾ 一方、職種別分類でみると、病棟婦長は全ての業務を平均的にやっているが、スタッフと同様に記録・報告や事務的業務の比率が高く、従って、ナースステーションにすることが多く、電話受け、他部署への伝票書きなど、クラークに委譲すべき雑務に追われており、本来の業務である病棟運営、管理業務は、今回データで示さなかったが、時間外迄延長しているのが現状であり、その点についての調整が必要となる。

また、スタッフの記録・報告に要する時間は、病棟間でやや差があるが、全体の20～30%も占めている。その主な内容は看護記録、申し送り、ケア計画立案、修正等のカンファレンス、医師への報告などの順となっている。他の多くの施設でも、しばしば問題となり、この申し送りが取り上げられ検討されている。¹⁹⁾ 本病院でも過去数回、課題として検討、工夫しているが、殆どの病棟で30～45分間費やされているのが現状である。これも、当日患者を担当する看護婦とチームリーダーだけが受け手となる方法をとれば、チームメンバーは環境整備、患者のケアに移れるのではないだろうか。全患者の申し送りが終わってからでないとベッドサイドへ行けないのは何故か、単に時間短縮のみでなく、可能と思われる方法を取り入れる柔軟さが必要であろう。今回の成績から受持制徹底のために病棟を選択し、さらに、夜勤体制の変更を行い、■定チームリーダー制をとれば、当然引き継ぎでの内容も少なくなり、交代時に要する時間も短縮され得る。一方、看護記録に関しては、数年前よりP●NR学習会を卒業年度別に行っており、かなり定着してきているが、経時的記録も多く時間を要している。患者の状況によっては、経時記録が必要な場合もあるが、フローシートを活用すれば、かなりの時間短縮につながる。また、優先度の高い問題に対するアセスメントおよび実施を簡潔に表現するには、このシステムを活用出来るような訓練と、絶えずそれを意識した記録を一人一人が行う必要がある。

4. 教育・研修

教育訓練、研究などに関しては、管理者側（主任～婦長）とスタッフ間にかなりのギャップがみられた。即ち、意識調査から管理者側の満足度は40～50%（不満足15～25%）に対して、スタッフは15%（不満足35～50%）となっている。しかし、看護職に限らず専門

職としての学びは不可欠であり、現代技術の最先端にいる医療職にあたっては当然の事であり、単に研修そのものを嫌っているとも思えない。事実、自由記載からも教育、研修に関する意見が多く出されている。即ち、教育の必要性は認めるが、休日に亘る時間外研修や日勤について深夜勤務の場合、その間の研修は半強制的であり、体力的に無理といった意見が多くみられた。しかし、卒後1～2年目が過半数を占める病院にとって、最低限の教育は続けざるを得ないが、どのような方式をとったらよいか、今後の課題と考える。また、本病院では、卒後1年目の後半より、リーダー業務体験を目標としており、それを負担に思う反面、自分でもやれるという自信と、自己成長に繋っていくというメリットはあるが、今以上の看護婦の増員が望めない現状を考えると、修正を余儀なくされるといった厳しい状況下にある。従って、そのためにも、前述したような固定チームリーダー制を提案したい。即ち、1～

2年目の年度別到達目標をチームメンバー業務の徹底化とし、リーダー業務は卒後3年目以上を中心とする方式である。

V おわりに

今回、看護度を得点化することにより、⁷⁾各病棟の看護業務量との関連性が認められて、基礎資料となり得た。一方、ワークサンプリング法による時点の取り方について、先般の本学会で報告したが、²⁰⁾看護度との関連からみると、30分毎を越えると全く意味が認められない。(図6)従って、病棟の看護業務の大よその傾向をみるためには、15分毎のワークサンプリング法による分析でも充分と考えられる。しかし、今回使用した看護度では、夜間の業務との関連が認められておらず、²¹⁾また、人員配置などの参考にも、無理があり、看護度自体の再検討の必要性を感じ、目下検討中で、いずれ報告する予定である。

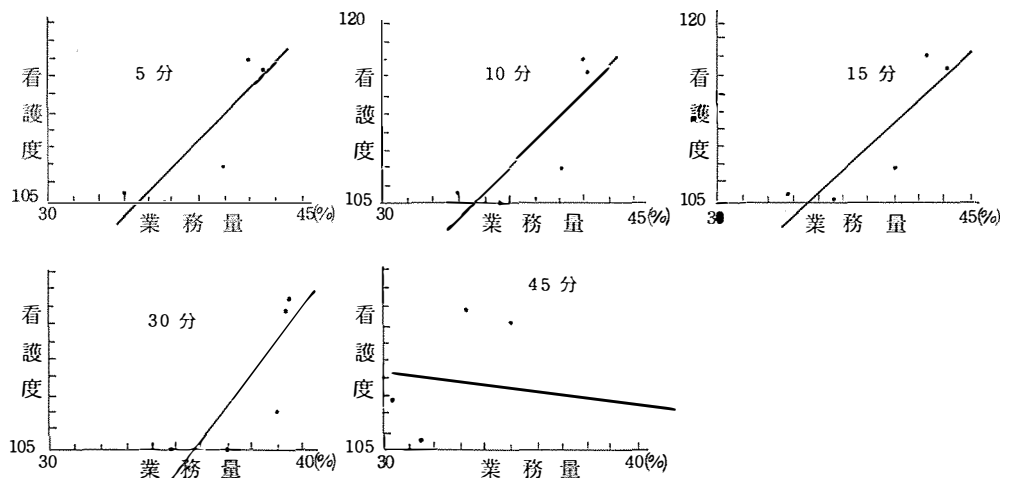


図6 看護業務と看護度

まとめ

1週間の日勤帯における業務量の分析を行い併せて、看護婦には患者ケア、勤務体制について、また患者に対しては看護サービス、看護婦の印象といったアンケートを行い、その結果をふまえて、受持制を徹底するためにはどうするか、試案を提供した。

1. 入院患者のアンケートから、受持制の患者へのオリエンテーションの徹底化をはかる。
2. 看護婦の意識調査からは、現在の単発の夜勤形態を好む傾向があり、受持患者への積極的な関わり

看護業務の検討

を持つこと、及び看護展開に責任を持つことに躊躇がみられるので、その対応として研修の目標と対象の変更、さらには、固定チームリーダー設置の考慮。

3. 看護業務量、平均在院日数、看護度の分析結果および、入院患者のアンケートを参考にして、受持制を徹底させるために、外科、小児病棟のどちらかを選び、モデル病棟とし、同時に夜勤体制を前述のパターンに変更し、試行する。

Abstract

We analyzed nursing services for a week, day works, at one university hospital. In addition, we investigated a consciousness to the patients from the viewpoint of nursing services and impression of nurses, and also, to the nurses on the patients care and the existing care delivery system and others.

From these results, we offered a tentative plan that nurses have to be made as to how they should carry out the assign patients system.

1. As the patients do not know the assign patients system enough, nurses must orient it to the inpatients well-known.
2. As nurses tend to like the existing night-work system and they hesitate about having to do with assign patients and taking their nursing developmental responsibility, we consider that we must change the goal and objects of their training and it is necessary to provide a fixed team-leader.
3. In consideration of the nursing services, hospitalization and needs of care, we should like to select either a surgical or pediatric ward to carry out the assign in-patient system positively and to examine it by a modified night work system ; night, night, evening, evening work and day off.

文 献

- 1) 看護大辞典：メジカルフレンド社, 1978
- 2) E. C. LAMBERTSEN (村上, 吉武訳)：チームナースング, 医学書院, 1962
- 3) T. CLONE (都留伸子訳)：ナースングチームリーダーシップ, 医学書院, 1964
- 4) GERALDENE FELTON (内海渥訳)：Increasing the Quality of Nursing Care by introducing the Concept of Primary Nursing : A Model Project, 看護研究, 8 : 74~82, 1975
- 5) MARCIA ANDERSON : Primary Nursing in Day by Day Practice, AMERICAN JOURNAL OF NURSING, 5 : 802~805, 1976
- 6) 全国国立大学病院長会議常置委員会：大学附属病院看護業務内容調査, 1987
- 7) 阪口禎男他：看護度による看護業務分析（産婦人科病棟），第14回日本看護研究学会発表, 1988
- 8) 塩沢洋子他：当時における透析の受持ち体制，看護実践の科学, 3 : 65~68, 1987
- 9) 向井ルミ子他：混合病棟の管理の実情，看護展望, 13 : 26~28, 1988
- 10) 川島みどり：看護におけるチーム制と担当制—主体的な看護方式の検討を—，看護展望, 4 : 11~16, 1979
- 11) 松本登美：看護体制の変遷と婦長の機能の変化，看護展望, 7 : 22~28, 1982
- 12) 岸信行他：特集・看護の場における達成感，看護展望, 13(3) : 17~33, 1988
- 13) 東亮子他：交替制勤務の人間工学的研究，看護展望, 12(6) : 68~73, 1987
- 14) 山口桂子，阪口禎男他：看護方式に関する研究：日本看護研究学会誌, 6(1) : 46, 1983
- 15) 関文子他：特集 夜勤・看護が試される時—夜勤の辛さとおもしろさ，看護学雑誌, 50 : 1029~1037,

看護業務の検討

- 1986
- 16) 石原信吾：看護夜勤体制変革の必要性和意義，病院，42：381～384，1983
- 17) 梁瀬度子他：奈良県立医科大学附属病院看護婦業務の分析，看護教育，19：492～499，1978
- 18) 三浦享江他：業務分析と業務改善，看護管理，第14回看護管理学会集録，92～95，1983
- 19) 前田マスヨ他：看護業務遂行の適正化を旨とした業務分析，看護展望，4：27～38，1979
- 20) 阪口禎男他：ワークサンプリング法による時点の有効性，第15回日本看護研究学会発表，1989
- 21) 阪口禎男他：産婦人科病棟の夜間における看護業務分析，第14回日本看護研究学会発表，1988
- (平成2年1月17日受付)

不適応を示した学生の指導過程の分析

—HTPテストを活用した学生理解—

Analysis of process counselling a student with maladaptation

— Understanding of student using HTP test —

川 本 利恵子*

Kawamoto Rieko

金 山 正 子**

Kanayama Masako

1 はじめに

近年、不適応行動を示したりあるいは落ち込みを体験する学生が増加の傾向にある。特にその傾向は、臨床実習において顕著である。久保¹⁾は、臨床実習の場で経験する看護の専門性が要求するものは、人間としての学生の心を不安定にする要素をもっているといっている。実習ということで不安・緊張している上に実習でさまざまな精神的体験をし、心的エネルギーを消耗した場合、不全感・無力感におそわれた不適応行動を示すわけであるが、このような場合、我々はいかに対応、教育していくべきであろうかと考える。我々の目標としては自己の内面の考察(洞察)をさせ自分の力ではいあがってくることをかけけるが、基本的には自我の強さ(ego strength)つまり自我の健康度、成熟度が関与してくる。特に青年期は課題としても自己の成長、つまり親からの精神的離脱、自我理想の形式を求められている。我々は、このような段階にある学生を自我の健康度、成熟度から理解し、教育することに限界を感じている。川島²⁾もやはり学生を理解することは現実になかなか容易なことではない。尊重しすぎると脱線し、脱線の前の心づかいは思いすごしとなるといっている。このような状況を解決するために理解の方法の検討を試みた。そこで、今回、我々は不適応行動を示した学生にHTPテストを用い自我状態、成熟度、無意識の側面に情報を得ることに努め、その経過を分析したので報告する。

2 不適応行動を示した状況

実習前から患者の前にでると緊張する、上手に話せない、行動に自信がもてなく、不安でいっぱいだった。受持患者から、予診時の行動(何度も聞く、唐突に聞く)を見て「あなたを見ていると不安になる」「ナースにむいていない」といわれ、患者に拒否されたと思いきなしてしまった。その時以来、受持患者のところにはいかず、詰所で泣きながら指導教官に受持患者の変更を申し出る。と同時に自分はナースにむかないのではないかなどと自分自身の問題をも語り、実習困難な状況となった。

3 不適応行動を示すまでの学生の状況

1) 学業成績(1, 2年次)

クラス平均よりもやや下位であった。

2) HTPテストの結果(実習開始前)

結果を述べる前にHTPテストの概略と結果の整理の仕方について述べる。

表1 HTPテスト

(H: House 家屋画)
成長してきた家庭状況
(T: Tree 樹木画)
基本的な自己像
(P: Person 人物画)
自己像や重要な人物の認知の仕方

* 産業医科大学医療技術短期大学 University of Occupational and Environmental Health
School of Nursing

** 山形大学医療技術短期大学部 The School of allied Health Sciences Yamaguchi University

不適応を示した学生の指導過程の分析

表2 Buck, N. の H. T. P 評価表

具 体 例 (屋 根)	スコア	知 的 レ ベ ル	IQとの対応	
なし		D 3	Very Inferior 愚劣	～24
一次元		D 3	Imbecile 痴愚	25～45
		D 1	Moron 軽愚	50～60 (わるい)
逆V		A 1	Borderline ボーダー	70～75
短・棚形 半だ円		A 1	Dull Average 平均下	80～90 (よい)
2ケの梯		A 1	Average 平均	95～100
逆Vと梯		S 1	Above Average 平均上	115～120
		S 2	Superior 優	125～

I. PRG (Percent of Raw Good Score)

$$= \frac{A+S}{D+A+S} \times 100$$

II. WGS (Weighted Good Score)

$$= (A1 \times 1) + (A2 \times 2) + (A3 \times 3) + (S1 \times 4) + (S2 \times 5)$$

III. WFS (Weighted Flaw Score)

$$(D1 \times 1) + (D2 \times 3) + (D3 \times 5)$$

IV. NWS (Net Weighted Score)

$$= WGS - WFS$$

HTP テストは、社会的成熟度の問題、無意識の自己像、対人関係の問題を把握しやすいといわれている投影法検査のひとつである。HTP テストは3つの課題 House, Tree, Person を描かせることから頭文字をとって HTP 法と呼ばれている。それぞれの課題で示される内容は表1に示した。結果は、Buck, J, N の HTP 評価表に基づいた。表2のように、D₃からS₂までのスコアをBuckの量的分析項目77項目、およびバウム、人物画テストなどの解釈項目116項目、合計193項目全てにわたってチェックし、数量得点化を行なう。そして表2に示す計算方法により PRG, WGS, WFS, NWS を求める。PRG は情報の貯えと基本的空間関係についての理解力の評価、NWS は知的機能のうちでもっとも洗練された抽象型の評価を表わしているといわれている。次に3つの分析的側面である Details, Proportion, Perspective を求める。Details は日常生活の基本的側面への具体的関心と処理能力、Perspective は物事、状況、人物等に割りあてる価値、Perspective は環境との複雑な関係に対する態度と処理方法を示すといわれている。次

に質的分析を行なうが、各描画の解釈法は図1に示した。

実習前に試行したテスト結果は、図2表3に示した。total PRG 値は74.2%であり、成人IQに換算する90であり平均知よりやや下である。このことはなんらかの情緒的なバイヤスを受けているかあるいは知的に劣っていることが予想される。次に描画別に PRG 値を検討すると、H で55.6%と低値を示していた。このことは家庭状況に何らかの情緒的問題をかえてるかと考えられる。Details, Proportion, Perspective の結果は表4に示した。Perspective は66.7%と低値を示している。環境に対する処理能力、対人関係など

表3 足掻画別 PRG 値の変化 %

テスト回数 描画別	1 (実習前)	2 (実習終了時)	3 (卒業前)
Total	74.2	86.7	77.8
H	55.6	87.5	70.0
T	80.0	87.5	85.7
P ₁	87.0	85.0	77.8

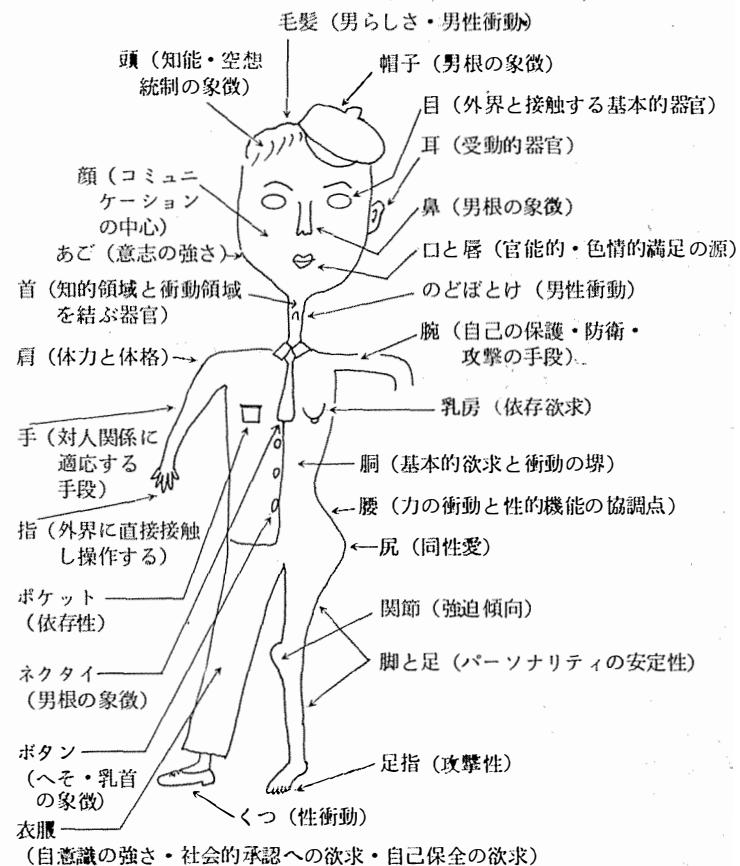
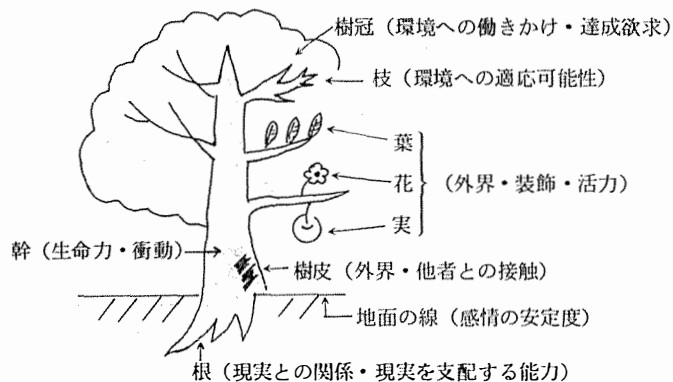
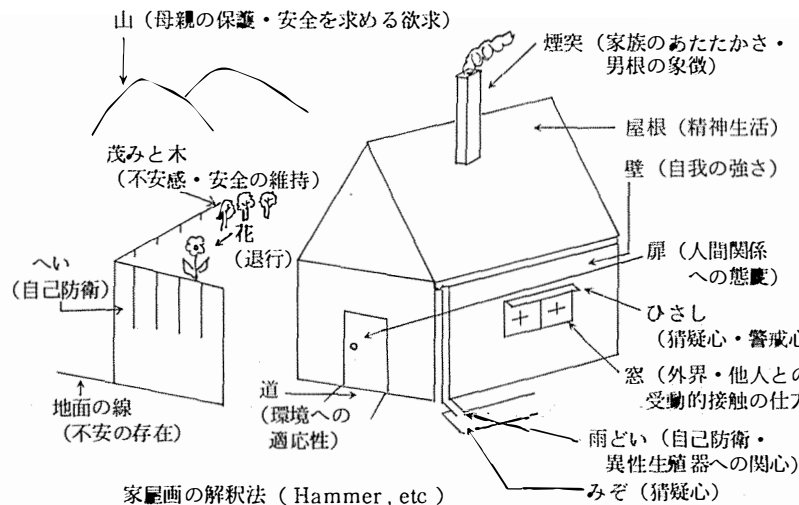


図1 各描画の解釈法

不適応を示した学生の指導過程の分析

の複雑な関係に対する処理能力にやや劣ることが示唆された。質的分析では、図2のように描かれた描画を基に表5に示すような解釈を行った。

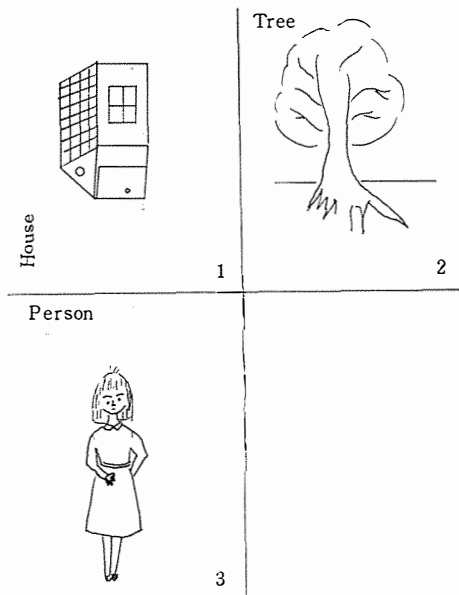


図2 HTPテスト結果(第1回)

表4 3つの分析的側面における変化 %

テスト回数	1	2	3
分析的側面			
Details	79.9	96.3	87.8
Proportion	73.0	52.8	72.2
Perspective	66.7	100.0	50.0

表5 第1回テスト結果の解釈

項目	解釈
大きな扉	・積極的な社会接触によって自分を他人に印象づけようという欲求を持っていると考えられる。
地面をすき通した根	・現実吟味力の障害
上部のあいだの幹	・知能と感情のバランスを失っている。自我の防衛が破れて内的衝動が外界に流れ出る危険を感じている。
うしろに隠された腕	・仲間と妥協できず、攻撃的で敵意のある衝動を統制しようとする欲求

きっちりと
つけ合わせ
た脚

・精神的緊張が強すぎる場合や、性的な接近に対して自分を守ろうとし、性的不適応な場合

以上のような結果から、援助を必要とする学生であることが示された。

3) 不安調査の結果

不安内容と得点については表6に示した。全ての項目に高得点をチェックしており、学生の不安状態が示された。また性格等に関しても、全て該当すると答えており、対人関係でのトラブルが予想された。

表6 不安内容と不安得点

項目	不安得点
・実習に際して漠然と不安がありますか？	5
・受持患者に対して、漠然と不安がありますか？	5
1) 性別に対して	3
2) 年齢に対して	5
3) コミュニケーションに対して	5
4) 疾患および重症度に対して	5
5) その他	—
・患者の付添・家族に対し、漠然と不安がありますか？	5
1) 家族に対して	4
2) 職業付添人に対して	5
・看護婦に対して不安がありますか？	4
・医師その他医療スタッフに対して不安がありますか？	5
・指導者に対し、漠然と不安がありますか？	5
1) 病棟指導者に対して	5
2) 短大教官に対して	4
・知識不足ではないかと思い、漠然と不安がありますか？	5
1) 疾患に対して	5
2) 一般的看護に対して	5
・援助に対する学習不足ではないかと思い、漠然と不安がありますか？	5
1) 日常生活の援助に対して	5
2) 診療時の援助に対して	5
・既習した学習を実習でいかせるかどうか不安がありますか？	5
・看護過程の展開に対して、漠然と不安がありますか？	4
1) 情報収集に対して	5
2) 看護目標に対して	5

不適応を示した学生の指導過程の分析

3) 問題点に対して	5
4) 計画立案に対して	5
5) 実践に対して	5
6) 評価に対して	4
・健康上に不安がありますか？ 〔具体的内容〕	1
1) 寝れやすい	頭痛時々
2) 眠れないことが多い	
3) 感冒にかかりやすい	
4) 過去に病気をしたことがある	
5) 現在の状態	
・自分の性格が気になりますか？ 〔具体的内容〕	5
1) 緊張しやすい	全 て 該 当
2) 臆々である	
3) 落ちこみやすい	
4) 決断力に乏しい	
5) 人見知りしやすい	
6) 新しい環境に慣れるのに時間がかかる	
・記録・提出物が多いことに對し、不安がありますか？	5

注) 不安得点 5 : ある, 4 : かなりある, 3 : 少しある, 2 : ほとんどない, 1 : ない

4 不適応場面後の経過

表7に示すように、事前のテスト・調査より不適応を起こす状況は予測可能であった。我々も心構えができていたため、学生の訴えに呼応して直ちに第2回目の個人面接を行った。面接の場面では、学生の感情表出の場にするように努め、さらには学生自身の問題を焦点化するように意識的に関わった。と同時に、全ての看護行為には付き添い、患者の信頼感を得ることができるように支持的に関わった。一方ではコミュニケーションに自信をなくした学生のために、学習課題である情報収集に役立つ話題づくりに努めた。

以上のような状況が1週間続いたが、その後2週目より学生の行動に変化が認められた。そこでそれまでの濃度な関わりをやめて、グループの他の学生と同程度の関わりに切り替えた。この時期での意識的関わりは、その変化を学生の中で内省化させることにあった。カンファレンスの場面を設定し、テーマを“コミュニケーション”とした。そして、学生を話題提供者とし、その過程を言語化させる試みをした。その際注意した点は、学生の表現を大切にすること、表現できない場

面のみ学生の自信喪失につながらないように意図的にサポートしたことである。学生は、カンファレンスの中で自分の内面をグループメンバーに伝達することができ、自信となった。または付随的な効果として、グループダイナミックスに変化を生じた。

その後、実習はスムーズに経過し、グループメンバーと楽しく会話している場面をみるようになった。特に問題場면을再発生することなく、実習終了時点で第2回目のHTPテストを実施し、定例の個人面接を行なった。第2回目のHTPテストは図3に示すとおりである。結果は、表3、4に示したが、PRG値が上昇し、Proportionを除いて2つの分析的側面の値も上昇した。描画内容も歪みを示していた家・木の扉、人物画の腕の項目が消失した。このように不適応を示していた状態時にくらべ、かなり安定した状態であると判断した。最後に確認の目的で、“実習を終わって”というテーマのレポートを提出させた。この課題は、学生の内的変化を記述させ、葛藤の解決過程を自分の中に確立させる効果をねらったものである。

その後、一部の指導者から声が大きすぎる、元気がよすぎてわざとらしさを感じるという指摘を受けることはあったが、無事実習を終了し、卒業が可能となっ

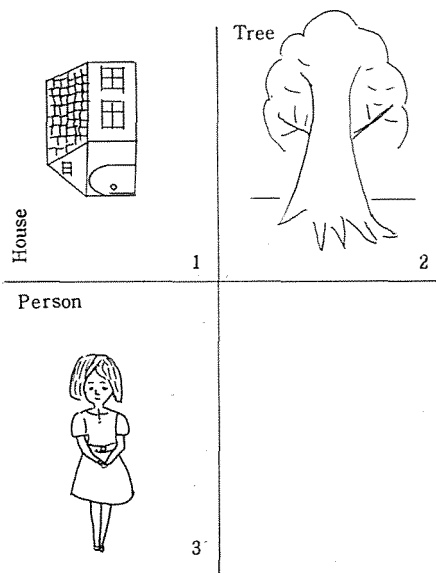


図3 HTPテスト結果〔第2回〕

表7 指導過程

	学生 の 状 況	教 官 の 認 識	具 体 的 指 導 と 留 意 点	結 果
実 習 開 始 前		①より、対人関係(交流面)、 自我の強さに問題を示して いる。 ②より、不安感が強く、実習 中に困難を伴うことが予想 される。	①HTPテスト(第1回)の結果整理を行う。 ②実習開始前の個人面接(第1回) 1) 実習に際しての不安内容の明確化をする。 2) 指導上特に希望する内容の確認をする。	図2, 表3, 4, 5 参照 面接中落ち着きなく、教官と視線があわせられ ないが学習意欲がある点については熱心に語る。 不安内容は表6に示す。
不 適 応 場 面 (実 習 開 始 時)	予診聴取中、緊張した言動が 患者に不安を与え「あなたを みていると不安になる。ナース にむいていない。」といわれ、 ショックを受けた。涙ながらに 教官に受持ち患者の変更を申し 出た。 実習に少し自信がない、どう してよいかわからない。	学生自身の自我の強さの問題 である。受持ち患者を変更し ても問題解決しない。むしろ、 変更することが挫折体験とな る可能性があるため、希望は 保留にする。	③第2回個人面接 1) 学生の感情表出に努める。 2) 学生自身の問題を明らかにし、学生自身の問題として内省 させる。 ④学生の自信がとり戻せるまで、また患者の信頼が得られるまで 今後の援助行為などの行動は教官と共に行動することによって、 患者との関係修復に努めるとともに、技術の指導を行う。 1) 学生の行為の中で良かった点を患者の前で努めてほめる。 2) 患者とのコミュニケーション場面では、学生が情報収集し やすい話題を意図的にする。 ●安定するまで毎日面接を行う。(支持の目的)	多面的に情報を得たので、学生の状況を把握で きた。当初、患者は、技術、コミュニケーション などすべての面で不安があると教官に訴えて いたが「あの学生さんは本当は熱心なのね。口 下手なだけです。」と受け入れられた。 けれども、学生自身はまだ自信を喪失しており、 重い足どりで実習場に来ていた。
適 応 過 程 の 場 面	実習2週目頃より、教官に声 をかけないで自分で病室に行 くようになり、表情も明るく なった。	受持ち患者との関係はよい。 実習する楽しさを理解し始め た。	⑥グループの他の学生と同程度の指導教授とする。 } ⑦上記の他に学生が困って時適宜指導する。 } ⑧相談を受けていた「コミュニケーション」のテーマで臨時のカ ンファレンスを開催する。	実習2週目頃より、初期の暗い表情は消え、活 き活きとして実習をしはじめた。教官に声をかけ る回数が減少した。 自分の葛藤の過程を言語化し、チームメンバー に伝達することによって、問題を共有化した。
実 習 終 了 時	笑顔で教官に「患者」に率直 にいてもらってよかった。 気負いすぎたが、気負っても 仕方がないと気持ちにゆとり ができた」と語った。	適応していると判断できるが、 客観的にも確認すべきである。	⑨HTPテスト(第2回)を実施する。 ⑩最終面接(実習反省の目的)をする。 ⑪レポート提出(自己の問題の記述化による明確化)を求める。	図3, 表3, 4, 参照。 レポート内容には、これまでの自己の問題解決 すべき方法などが整理されて記入されていた。 今後はまだ問題をかかえているが、実習に適応 している。
卒 業 前	就職試験に失敗し、自信を再 度喪失していた。	不適応をおこした状況と類似 しているのでテストで確認す る。	⑫HTPテスト(第3回)を実施する。	図4, 表3, 4, 参照。

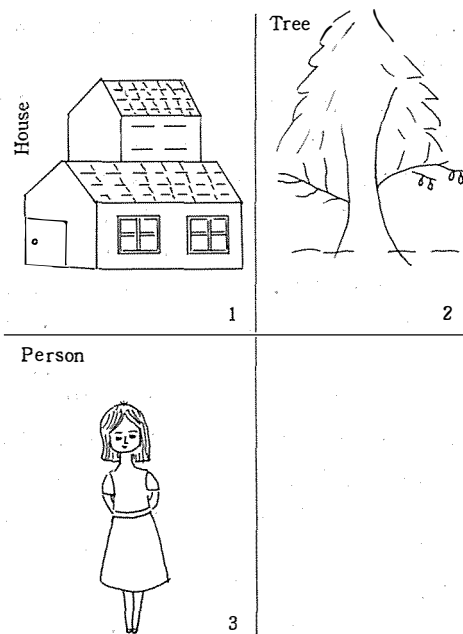


図4 HTPテスト結果〔第3回〕

た。このような指摘を受けたのは、学生が完全に適応した状態となったと考えるよりは、適応過程の段階と考えるのが妥当である。実習も終了し、我々も安心していましたが、希望していた保健婦学校への受験を全て失敗してしまった。その後の学生の表情・態度が不適応を示した時に類似しているため、再度 HTP テストを実施し、面接を行なった。その時のテスト結果は図4表3、4に示すとおりである。PRG値、分析的側面である3領域の値にはとりたてて変化は認められないが、樹木画の樹冠の下で幹の低い場所からふつり合いの枝が描かれている、また人物画の腕の位置（うしろに隠されている）が目すべき項目である。この項目から、退行現象を示している。逃避的な状態にあると考えたが、学生の状況を考えて納得できるものがある。一時的な不適応状態とみなされるが、以前に比べて樹木画に地面をすき通した根を描いていない、図5に示されるように樹木画・人物画の歪みの項目の出現率が低下しているなどの点から、自らの力で再修復できると判断した。家屋画の歪みの項目の出現率が増加したのは、家族の期待にそえなかったのではないかと考えた。また、面接の中でも、学生は今ではまた落ち込

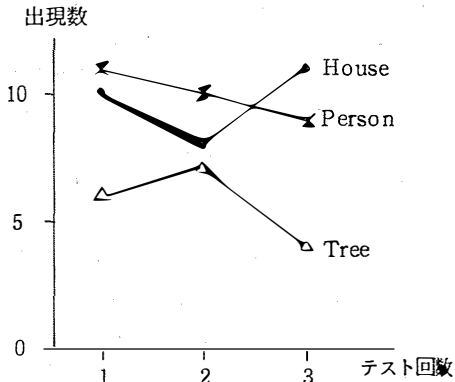


図5 歪みの項目出現数の変化

んでいるが自分なりに解決できそうだったといった内容の話題が中心であった。

5 考 察

これまでは、学生の状況と指導過程に解釈を加えながら、詳細に説明してきた。そこで、その経過をふり返り、学生が不適応を示すにいたった要因と、このような学生を理解する方法と、指導方法の効果についての3つの観点から検討する。

1) 不適応を示す学生の問題要因について

看護教育における臨床実習の意義は、和田によると、①学習が統合できる。②患者を理解する。③看護とは何かがわかる。④看護活動を評価する機会となる。以上4点にあると述べている。つまり、机上の学問で得た知識を活用・統合し、患者を理解してゆかなければならず、さらにその理解を基盤に直接的に看護行為を患者に実践し、評価してゆかなければならないわけである。よって、永井は、「実習からしか学べないもの」として、①自我の同一性を育てあげる（実習において、人間的成長をみてゆく）②対象者の認識、③今まで学習した看護技術の習得、④教育機関で教えることのできない、それ以上のそれ以外の新しいものをあげている。その結果、対象のありのままの姿をみることによる気づきという学習をする、客観的なものをみるプロセスを学ぶ、認識過程と思考過程を発展させると述べている⁴⁾。総括すると臨床実習の意義は、実体験を通して人間対人間の看護を学ぶ、さらに一回に立ち向かう技術を学ぶ点にあるといえる。ところで、以上の点から学習の成果を決定する要因は、学生自身の人

間的成長の側面、客観化のプロセスという側面、認識過程・思考過程という側面、看護技術という側面と考えられる。よって私達は、この4側面に学習成果を期待しているのが現状である。つまり、看護教育の究極の目標は、人づくりである。結論的にいえば、その教育の評価は、学生その人の“あり方”を投影した結果としてあらわれてくる。

以上のように、看護教育における臨床実習は人間の成長をめざした高度な学習プロセスである。そこゆえに、学習内容についていけず不適應を示す学生が出現してくるわけである。そこで、不適應を示す学生の要因を以下の決定要因から整理した。

まず、臨床実習に独得な要因があげられる。つまり、客観化のプロセス、看護技術という側面である。例えば、机上の知識と現場の相違（ズレ）の問題である。臨床場面は、機敏性と応用を求める場である。知識で得た原則通りの手順・技術ではなく、応用を求められる場面が多い。またスピードも求められ、結果的に学生と教師や看護婦の求めるニーズに差がでてくる。また、机上で学習した患者像の一般論と実際の患者が概して一致しないという問題もある。このズレは、対象の認識のズレを生じ、それが思考過程への障害となってくる。このズレの経験が落ち込み・落胆・自信喪失などへと波及する。

次に、学生自身の要因である青年期特有の成長・発達段階の要因があげられる。この要因に関しては、実習からしか学べないといわれている自我の同一性を育てるという課題そのものである。この課題は二律背反性があり、自我の弱い学生の場合は前述した臨床実習独得の問題が誘因となり、問題を浮き彫りにする。その上学生の問題状況を複雑にし、指導者の対応を困難にするので重要な要因である。

以上のように、学生の状況は各種の要因が関連している。そのため状況理解と判断は、学生個人に焦点をあて、その背景を総合的に把握することが必要である。そこで、学生をより客観的に理解することが重要になってくる。

2) 学生理解の方法について

これまで指導者は自分の教育経験などを基に、試行錯誤しながらこのような学生に対応してきた。しかしながら客観的に理解することが可能であるならば、その方法を検討すべきである。客観的な理解を深めなけ

ればならない点は、前述したように教授・指導だけでは対応できない青年期の発達の課題の問題である。臨床心理学のカウンセリング場面においては1980年代から、人間性の成長と健康を重視する立場からの心理アセスメントが強調されてきている。心理アセスメントとは、個人または集団の心理学的諸特徴を心理学的方法によって把握することをめざしている。特に健康な面や成長の可能性に注目し、治療教育上の方針を決定するのに必要な情報を求める場合に活用するのに必要な情報を求める場合に活用される。精神測定的な厳密さは期待できないが、個人データの分析・解釈を重視するため、被検者についてのトータルな理解に寄与する面が大きいといわれている³⁾。なぜならば、人間の特質は比較的恒常的なものと考えられているからである。具体的には、話し合いや自己理解、十分な資料がない場合などに行なわれる。またこのアセスメント結果は将来の計画の上で非常に重要になってくる。今■、私達は以上の考え方を学生理解の方法に応用した。この学生の場合は、心理アセスメントのためHTPテストを活用した。HTPテストは、テストの性質上、社会的成熟度の測定、基本的な自己像、対人認知の仕方を量的に質的に分析できる。以上の点は、学生の発達・成長的問題を客観的に整理する上での有効な資料となった。さらにこのアセスメント結果を次の面接場面に活用したが、この方法は学生を理解する過程において、また学生を指導する上での資料となり、人間性の成長を促進させるために有効であったと考える。

3) 指導方法について

私達はこのような学生に対応した場合、その立場に当惑する。指導者であるべきか、相談者であるべきかというところの態度の問題である。それによって、かわり方のレベルの深さが決定されている。本学生の場合は、折衷的な態度をとる立場を選択した。つまり、質問紙のアンケート結果・面接の結果をもとに、さらにはHTPテストを活用した心理アセスメントの結果を総合的に判断しながら、その態度を変容させていった。学生の問題レベルが深い場合には、相談者の態度をとり、解決方向にあると判断した場合は、他の学生と同じレベルの指導者としての態度をとった。このように学生の状態に応じた態度の変容、つまり指導方法の変容はきめ細かなかわりとなり、有効であったと考える。

6 おわりに

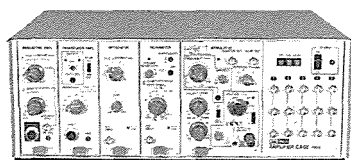
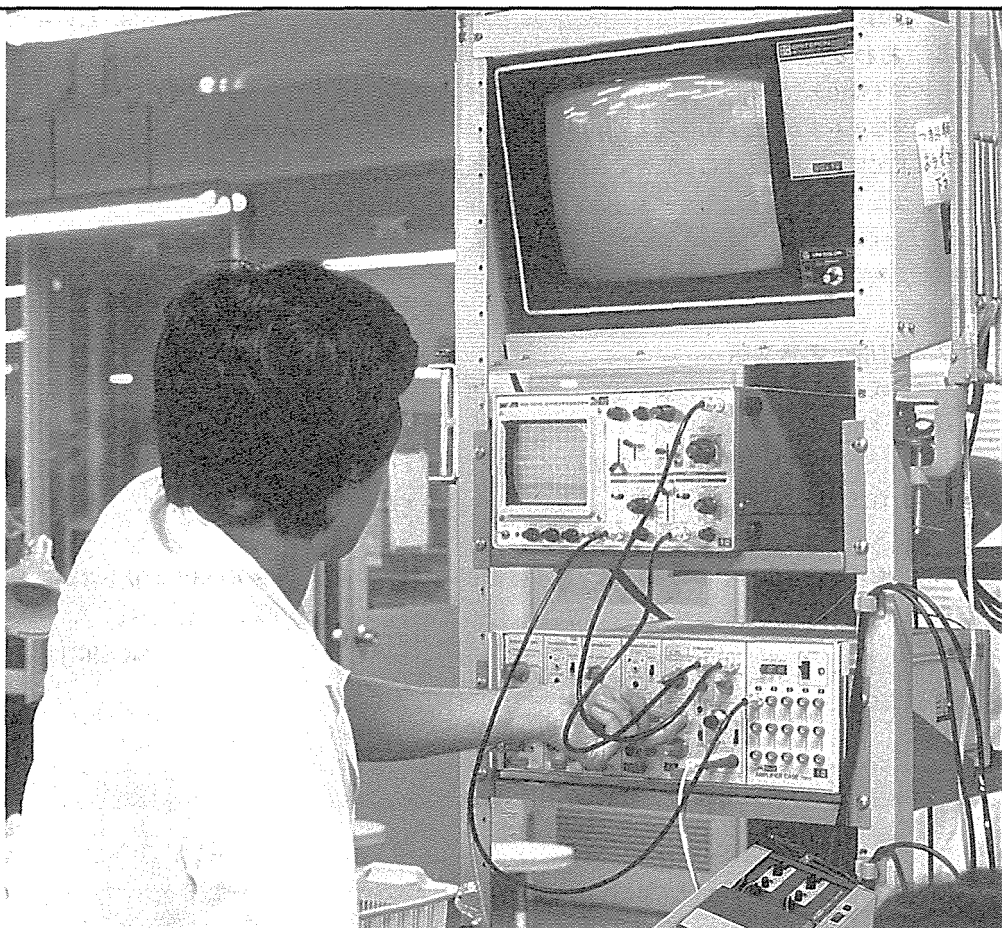
この学生は山あり谷ありの経過をとりながら、卒業した。卒業後もまた一度挫折体験をしたが現在は順調に過ごしている。そして本稿を発表する旨を伝えたとこ、~~快~~よく承諾を得ることができた。その勇氣に感謝すると同時に、今後も不適応を示す学生を客観的に理解し、適切な指導を実戦できるよう精進したい。

7 引用・参考文献

- 1) 久保成子：看護教育哲学はなぜ必要なのか。看護教育25(10)：601-610, 1984.
- 2) 川島佳千子：挫折する学生への指導過程を考える。看護教育25(11)：661-664, 1984.
- 3) 和田素子、森田なつ子：臨床実習の問題と課題—本校における基礎実習の問題と課題、看護展望6(3)：274-286, 1981.
- 4) 永井敏敏：実習からしか学べないもの、臨床実習指導1(1)：4-9, 1981.
- 5) 岡堂哲雄：心理テストとは—その意義と限界、こころの科学, 3：34-40, 1985.
- 6) 前田重治：心理療法の進め方—簡易精神分析の実際、創元社, 1981.
- 7) J. N. バック：HTP診断法, 新曜社, 1982.
- 8) 高橋雅春：描画テスト入門—HTPテスト—, 文教書院, 1979.
- 9) 村田恵子：看護学生の学習意欲の深まりと看護観の変容, 看護展望5(4), 18-23, 1980.
- 10) 松木光子・丸橋佐和子：看護学生の臨床実習における精神安定と看護観の変容について, 大坂大学医療技術短期大学部研究紀要, 自然科学, 医療科学篇, 第5号, 85-101
- 11) 伊藤育子：最近の学生に接しながら感ずること, 看護展望10(5)：27, 1985.

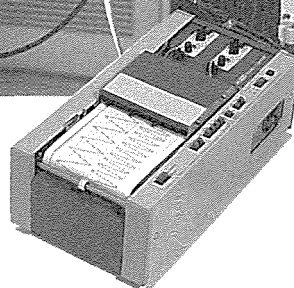
(平成元年11月21日 受付)

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チャン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(代)

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。

事務局便り

1. 平成2年度会費をお納め頂く時期になりました。納入締切は、平成2年3月31日までですので、継続される方は、下記金額を至急お支払い下さい。

一般会費 5,000円

役員会費 10,000円

2. 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。

向笠和子, 杉野昭美

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。

日本看護研究学会雑誌

第13巻 1号

平成2年2月20日 印刷

平成2年3月20日 発行

会員無料配布
会員外有料配布

編集委員

委員長 内海 澁（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）

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

発行者

松岡 淳夫

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			勤 務 先	
氏 名				
住 自 宅 所				
〒				
主 連 絡 所 先	自宅の場合記入いりません。		〒	
			TEL	()()() 内線
推 せ ん 者 所 属		会 員 番 号		
		氏 名 ㊟		

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。

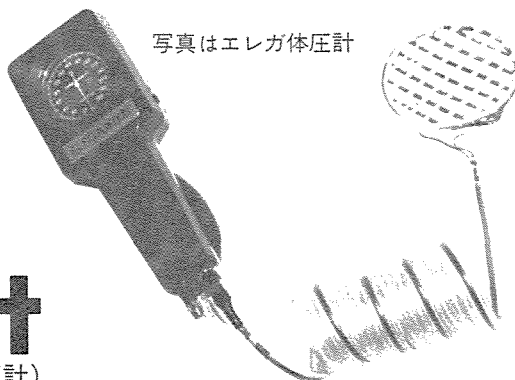
●看護の基本は体圧測定から。

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。

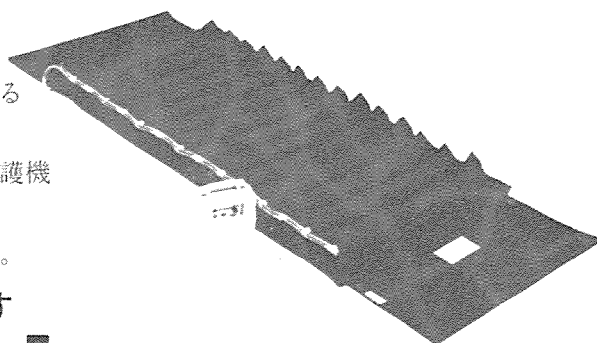
どんなに優秀な看護者でも、一人でできる
患者の介護には限界があります。

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