

VOL.14 No. 1

平成3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. 14 NO. 1

日本看護研究学会

基礎体温表作成に必要な基本条件 を満した———記憶装置&プリンター機能付電子婦人体温計

思春期から更年期まで使える **エルソフィア**

医療用具承認(63B)第2317号
特許第1465240号

Lsophia
Electronic Thermometer
〈新発売〉



1セット ¥32,000

高精度な検温機能を備えたエルソフィア/

エルソフィアは、測温精度が $\pm 0.02^{\circ}\text{C}$ と今までにない高精度な検温機能を備えた実測式電子婦人体温計です。

210日間の基礎体温が正確に連続測定され、測温データは「出血」「生理痛」など6項目のデータと同時に、すべてグラフ表示ならびにデジタル表示されます。

診断・予防・治療に役立つエルソフィア/

エルソフィアに記憶されたすべてのデータはプリントアウトできます。

自分でからだの異常に気がつくばかりでなく、生理不順・妊娠・不妊症・流産防止・出産後の回復・自律神経失調症・更年期症状などの診断・予防・治療に貴重な情報を提供します。

販売元  **帝国臓器製薬株式会社**

〒107 東京都港区赤坂二丁目5番1号(東邦ビル) ☎03(583)8361<代表>

* 詳しくは特販部医療具課 ☎03(583)8365〔ダイヤルイン〕へお問合せ下さい。

会 告 (1)

日本看護研究学会評議員の任期が平成3年10月31日で満了となります。

従って、平成3年度に於いて、次ぎに示す任期の評議員を選出のため、会則第8条及び評議員選出規定により選挙を行いますのでお知らせします。

評議員任期 平成3年11月1日 より
 平成6年10月31日 まで

平成2年12月20日

日本看護研究学会

会 長 玄 田 公 子

会 告 (2)

第17回日本看護研究学会総会を下記要領により、千葉市において開催いたしますのでご案内申し上げます。(第3回公告)

平成3年3月20日

第17回日本看護研究学会総会
会長 宮崎 和子

記

期 日 : 平成3年7月27日(土曜日)
平成3年7月28日(日曜日)
場 所 : 日本コンベンションセンター(幕張メッセ)国際会議場
コンベンションホール
〒260 千葉市★瀬2-1
TEL. 0472-96-0001
FAX. 0472-96-0529
テ ー マ : 看護ケアの質評価と看護記録
参 加 費 : 7,000円 学生 3,000円

総会事務局: 〒260 千葉市若葉2丁目10番1号
千葉県立衛生短期大学 看護学科
第17回日本看護研究学会総会事務局
TEL. 0472-72-1711
(内線259・253)
FAX. 0472-72-1716

第 17 回 日本看護研究学会総会

会 長 講 演 : 「看護記録改善の動向と展望」

会長 千葉県立衛生短期大学

宮 崎 和 子

座長 滋賀県立短期大学

玄 田 公 子

招 聘 講 演 : 「Trends and Issues in Qualitative Evaluation
Research of Nursing in U.S.A.」

看護ケアの質の研究 — アメリカの動向と展望 —

Faye G. Abdellah

Ed.D., LL.D., Sc.D., R.N., F.A.A.N.

前米国公衆衛生総局副局長・看護部長

フェイ G. アブデラ

座長 厚生省看護研修研究センター

田 島 桂 子

特 別 講 演 : 「旅があなたに与えるもの」

旅行作家

杉 田 房 子

シンポジウムⅠ: 「看護ケアに役立つ記録」

司会 熊本大学

成 田 栄 子

香川医科大学附属病院

田 間 恵 実 子

記録検討の歩みから 埼玉県立衛生短期大学

桑 野 タイ子

POS-弦楽四重奏モデルの実現

滋賀医科大学

★ 木 高 夫

研究の基礎としての看護記録

東京都神経科学総合研究所

川 村 佐和子

老人看護に役立つ記録 日本医科大学

竹 内 孝 仁

シンポジウムⅡ: 「看護ケアの質の測定」

司会 健和会臨床看護学研究所

川 島 みどり

金沢大学医療技術短期大学部

金 川 克 子

看護ケアの質向上にとりくんだ実践から

内灘温泉病院

天 津 栄 子

記録から看護の質評価は可能か

北里大学

ライダー 島崎玲子

看護の質向上を可能にする新しい病棟環境

名古屋大学

柳 沢 忠

研究所から臨床に移ってケアの質を考える

神戸大学附属病院

新 道 幸 恵

奨学会研究発表講演:

「食事摂取が循環系に及ぼす影響について」

千葉大学大学院

齋 藤 やよい

座長 武南病院

村 越 康 一

一般演題, 理事会, 評議員会, 各委員会, 総会

展示会: 看護・医療・教育関係図書, 看護医療用具・機器, 教育機器等の展示を行います。

親睦会: 平成3年7月27日(土) 18:00~20:00 国際会議場1F レストラン「NOA(ノア)」

次世代へ駆ける／

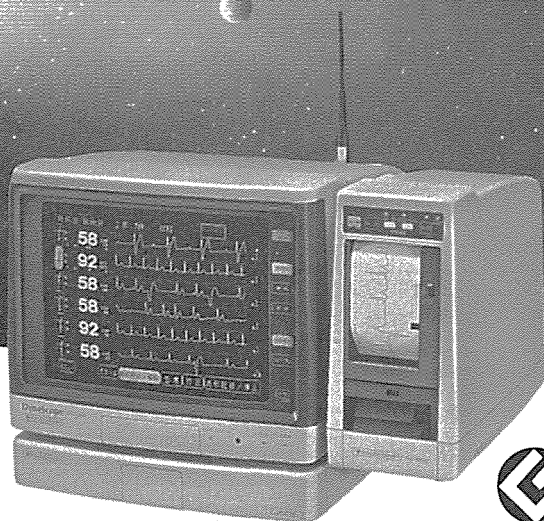
インテリジェント
モニタ

テレメータシステム

ダイナスコープ3000システム

DS-3300患者監視用装置

(新規格対応) 承認番号：第38-1770

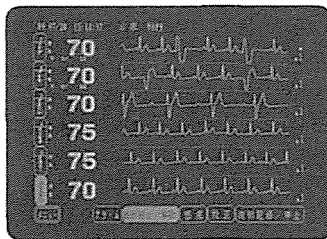
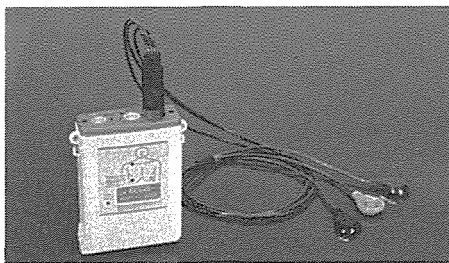


通商産業省選定
グッドデザイン商品

DS-3300の心電図セントラルモニタシステムは、テレメータで最高6人までの心電図を同時に監視できる患者監視装置です。不整脈検出やSTレベルの計測など最新の機能を装備し、軽快なタッチキー操作でおこなえます。

- タッチスクリーンキー採用で簡単な操作。
- 受信モジュール(WE-311)を追加すれば2人・4人・6人と患者監視人数が拡張できます。
- 不整脈検出機能を備え、不整脈発生時のアラーム・VPC発生数の表示・トレンドグラフ表示が可能です。
- アラーム発生時の心電図波形を患者ごとに32波形記憶し、表示および記録可能。
(オプションのICメモ리카ード使用で各患者117波形まで記憶)
- 各患者のSTレベル計測が可能で基準波形・加算波形・STレベルのトレンドグラフなどを表示できます。
- 患者名の表示ができます。

▼防滴心電テレメータ送信機 LX-3100



◀6人用標準画面
6人の心電図、心拍数などを同時に表示します。

●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)

健康な赤ちゃんは、ビデオから



毎日EVRシステムのビデオは、いつも先生をお手伝いしています。

日母会員ビデオシリーズ

妊産婦さん向け

わたしの赤ちゃん
妊娠中の生活
妊娠中の栄養と食事
妊娠中の不快な症状
妊娠中におこりやすい病気
安産教室
遺伝と先天異常
妊娠前半期のころろえ
妊娠後半期のころろえ
赤ちゃん誕生

母親向け

産後の生活ところろえ
新生児の育て方
乳房の手入れとマッサージ
受胎調節
赤ちゃんの育て方
ママの応急手当

婦人向け

不妊症ガイダンス
子宮がん
更年期

看護婦さん向け

分娩第Ⅰ期の看護
分娩介助
褥婦の看護
新生児の取り扱い方
新生児異常の見方
看護婦さん—勤務上のマナー
救急処置

その他のビデオシリーズ

新作品

ほくどこから生れてきたの?
大人になるってどんなこと?
驚異の小宇宙——人体
1 生命誕生
2 しなやかなポンプ——心臓・血管
3 消化吸収の妙——胃・腸
4 壮大な化学工場——肝臓
5 なめらかな連携プレー——骨・筋肉
6 生命を守る——免疫
たばこのはなし
母と子の記録
わが国の母子保健

日母企画

乳がん早期発見のために
咲希ちゃん—中村家の出産日記
日母医療セミナー・日母大会

手術編

腔式子宮全摘出術
子宮癌「準広汎全剝術」
卵管障害による不妊の管理

性教育指導

The 思春期 Part 1
The 思春期 Part 2
あなたは女性
妊娠と出産
避妊の科学
男性の生理
青春の医学
受胎 THE MIRACLE OF LIFE

06-345-6606

大阪市北区堂島1の6の16

大阪

お問い合わせ・お申し込み
毎日EVRシステム

東京

03-3274-1751

東京都中央区日本橋3-7-20

臨床医学・薬学情報ファイル

ベッドサイド活用辞典

福山大学教授 菅家甫子／北里大学助教授 小宮山貴子 共著

新書判 290頁 定価3,914円(税込)〒260

- ◆収載用語・略語は、主として薬剤師やナースが医療の場にて疾患を理解するために必要なものをコンパクトに収載。
- ◆医学用語については頻用されるドイツ語やラテン語も含めてアルファベット順に収載し、ドイツ語に限り語尾(D)を付け、対応する英語と日本語を併用した。

主要項目 臨床検査値一覧／薬物有効血中濃度モニタリングに必要な情報／急性薬物中毒治療／心臓の解剖と心電図／輸液

OXFORD・HIROKAWA

ポケット看護辞典

オックスフォード看護辞典編集委員会

■本文2色刷 ポケット判 700頁 定価3,914円(税込)〒260

英語発音=カタカナ表記／医学用語=ふりがな付／イラスト多数／基本語約9,000語／常用医薬品明記／生化学・血液学正常値データ／和→英対照

ナースのための

看護処置の実際

産業医科大学医療技術短期大学教授 松岡 緑 編集

B5判 280頁 定価3,605円(税込)〒310

本書は、看護婦が治療手技の目的・方法を十分理解することによって、患者の不安を少しでも軽減できるよう、治療・処置の目的・意義・適応・禁忌、処置前の看護、処置中の看護、処置後の看護などを中心にまとめた。処置中の看護では、術者(医師)によって行われる処置手順と看護婦のケアに分け、治療手技もわかりやすく、具体的に箇条書きに記述した。

ナースのための 臨床検査の実際

松岡 緑 編集 B5判 238頁 定価 3,090円(税込) 〒310

看護教育と看護実践に役立つ 行動形成プログラム

阪本恵子 編著 B5判 200頁 定価 3,605円(税込) 〒310

看護テキスト

総編集 須河内トモエ／鶴コトミ

西尾 篤人／山元 寅 男

衛生法規	1,442円
微生物学	1,751円
解剖学	3,090円
成人看護学総論	3,090円
薬理学・薬剤学	2,575円
臨床検査	2,575円
社会福祉・社会保障	2,575円
歯・口腔外科	1,751円
小児看護学	3,914円
呼吸器疾患患者の看護	1,751円
女性生殖器疾患患者の看護	3,090円
循環器疾患患者の看護	2,575円
生理学	2,884円
看護医学概論	1,545円
精神疾患患者の看護 精神衛生	2,884円
公衆衛生学	2,884円
地域看護学	3,296円
	(税込)

続刊

生化学・栄養学／病理学／看護学総論〔I〕・看護学総論〔II〕／血液、造血器疾患患者の看護／消化器、内分泌、代謝疾患患者の看護／脳・神経系、アレルギー、膠原病、感染症：疾患患者の看護／腎・泌尿器系疾患患者の看護／骨、関節、筋肉疾患患者の看護／皮膚科疾患患者の看護／眼科疾患患者の看護／耳鼻咽喉科疾患患者の看護／外科看護総論／母性看護学／老人看護学



廣川書店

HIROKAWA PUBLISHING CO.

〒113-91 東京都文京区本郷3丁目27番14号

振替 東京 4-80591 番・電話03(3815)3651

目 次

第16回日本看護研究学会総会演説記事

会長講演

- 看護教育：過去・現在・未来 11
 滋賀県立短期大学看護部 玄 田 公 子

招聘講演

- 「Theory and Research for Clinical Knowledge Development」 21
 Boston College Professor／Nurse Theorist Callista Roy

特別講演

- 「伝統を越えて」 30
 狂言役者・演出家 茂 山 千之丞

原 著

- 看護教育の進展と「よい看護」概念の変容について 41
 金沢工業大学経営工学科 小松原 明 哲

- 乳癌患者術後の上肢運動機能障害 55

弘前大学教育学部看護学科教室 花 田 久美子
 木 村 紀 美
 米内山 千賀子
 福 島 松 郎
 青森県立中央病院 田 中 克 枝
 旭川医科大学附属病院 吉 川 由希子

- 手術部における新人教育 ―新人看護婦の経験を調査して― 67

千葉大学看護学部実践研究指導センター 花 島 具 子
 千葉大学医学部附属病院 五十嵐 美知子
 鶴 岡 藤 子

主任業務の再検討	78
千葉大学看護学部看護実践・研究指導センター	阪 口 禎 男
福岡大学病院	江 口 智 子
看護度と看護行為の検討	86
千葉大学看護学部看護実践研究指導センター	阪 口 禎 男
近畿大学医学部付属病院看護部	浅 里 いさお
病棟内看護活動の分析 ―思考・情動を含めた調査より―	96
千葉県立衛生短期大学	加 藤 美智子
富山医科薬科大学付属病院	境 美代子
	堀 井 満 恵
千葉大学看護学部	川 口 孝 泰
	阪 口 禎 男
	松 岡 淳 夫

CONTENTS

..... Original Paper

Change of Image Structure of "Good Nurses" in accordance with Educational Progress on Nursing School	41
Dept. of Management Science, Kanazawa Institute of Technology: Akinori Komatsubara	
Arm Dysfunction After Mastectomy	55
Department of Nursing Science, Faculty of Education, Hirosaki University: Kumiko Hanada : Kimi Kimura : Chikako Yonaiyama : Matsuro Fukushima Aomori Prefectural Central Hospital: Katsue Tanaka Asahikawa Medical College Hospital: Yukiko Yoshikawa	
Education for Recruits in the Operating Room	67
—Investigate What Recruits Had Experienced— Department of Continuing Education in Nursing, School of Nursing, Chiba University: Tomoko Hanashima University Hospital, School of Medicine, Chiba University: Michiko Igarashi : Fuziko Tsuruoka	
A Re-Examination on Nursing Services of Chief Nurses	78
Division of Nursing Administration, School of Nursing, Chiba University: Sadao Sakaguchi Department of Nursing, Fukuoka University Hospital: Tomoko Eguchi	
Research on the relation between the nursing care level and the nursing care	86
Department of Nursing Management, School Nursing, Chiba University: Sadao Sakaguchi Department of Nursing, Kinki University Hospital: Isao Asari	

Analysis of Nursing Activities in a Hospital Ward.

— A Trial Plan Including Thinking and Emotion — 96

Bulletin of Chiba College of Health Science: Michiko Katoh

University Hospital, Toyama Medical and

Pharmacy University: Miyoko Sakaki

: Mitsue Horii

School of Nursing, Chiba University: Takayasu Kawaguchi

: Sadao Sakaguchi

: Atsuo Matsuoka

第 16 回

日 本 看 護 研 究 学 会 総 会

講 演 記 事 (1)

平成 2 年 8 月 4 日・5 日

会 長 玄 田 公 子

於 京都会館第 2 ホール・京都伝統産業会館

京都市左京区岡崎最勝寺町 1 3

看護教育：過去・現在・未来

滋賀県立短期大学看護部

玄 田 公 子

この度、先輩の中には沢山の適任者がおられるにも関わらず、第16回日本看護研究学会総会の会長を命ぜられ、会長講演の機会を与えられましたことを心から御礼申し上げます。

この学会の企画・運営にあたりましては、早川和生副会長、近田敬子副会長はじめ、C地区地方会の世話人の皆様のお力添えをいただき、また事務局として2年間、滋賀県立短期大学の皆様に支えていただきましたことを、講演に先立ちまして心から御礼申し上げます。

さて、会長講演として「看護教育：過去・現在・未来」のテーマをあげさせていただきましたが、私に出来ることはこれまでの実践を通して、看護教育を見つめることしかありません。過ごして参りました30年を振り返ってその責を果たしたいと思います。

看護学生のころ

私が、京都第二赤十字高等看護学院で、看護を学びましたのは、約30年前であります。当時のカリキュラムは、保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則にそってありました。特に専門科目の中の看護について、1967年の改正と比較して、その特徴を見ますと、表1¹⁾のとおりであります。改正では学科目の名称は、人間のライフサイクルに合わせた4本の柱に分類され、看護学総論、成人看護学、小児看護学および男性看護学となっております。旧カリキュラムでは、診療科別の学科目であって、名称も内科学および看護法でありました。また、実習については改正では時間数で示され、合計1,770時間ですが、旧カリキュラムでは実習は週数で示され、その合計は104週以上となっております。1,770時間を1週45時間として換算しますと

約40週となり、かなりの実習時間の減少となります。そこで成人看護学の中の内科系についてみますと、成人疾患と看護のなかに示され、学科目では、内科疾患と看護となり、備考には伝染性疾患および寄生虫疾患を含むとなっております。講義時間は135時間、実習時間は435時間で約10週間となります。旧カリキュラムでは、講義が170時間、実習33週で実習時間は約3倍も多かったのであります。旧カリキュラムでの学科目は3つに別れ内科学が60時間、看護法が30時間、計90時間と実習は病棟16週、外来3週で19週、伝染病学は50時間、看護法では30時間で計80時間と実習が10週、それに特別食調室の実習が4週加わっております。ここでの特徴は、伝染病学に内科学と同じくらの講義時間が当てられております。これは当時の疾病構造が感染症にウエイトを置いていたことを伺わせるものであります。私の体験では、内科病棟での実習は16週でその内、深夜実習が2週間、準夜実習が2週間計画され、夜勤の経験が出来るよう配慮されていたのであります。後の3週は内科外来でございました。

このように私が受けた教育は、確かに臨床実習にウエイトが置かれておりました。その実習は夜勤のように1週間すべて実習の場合から、週のうち午前中のみとか、週のうち2日間のみとか、講義の時間割との関連で行われていたように思います。それは多くの看護学院が病院の附属であって、その医療機関の看護要員を確保するための手段として存在していたことにも関連があると思われます。私の場合は赤十字の看護学院でしたから給費生であり、卒業後は9年間の救護出勤義務が負荷されておりました。一方、実習がこのような多く計画されていたのは、実習で看護者のしていることの経験を重ねてゆけば看護が体得できると考えて

看護教育：過去・現在・未来

表1 看護学内課新旧比較表

新					旧				
科 目	講義	実 習	計	備 考	講義	実習	科 目		
看護学総論	150	210	360	看護史及び看護倫理を含む	185		看護史 20 看護原理及び 実際 135 公衆衛生看護 概論 10 職業的調整20		
看護概論	60		60				185		
看護技術	90	90	180						
総合実習		120	120						
成人看護学	495	1,270	1,665		390	72週			
成人看護概論	30		30	精神衛生を含む	15		精神衛生		
成人保健	60		60						
成人疾患と看護	405	1,170	1,575	伝染性 瘵及び寄生虫疾患を含む	170	33週	内科学及び看護法 90時 19週 伝染病学及び看護法 80時 10週 特別食調理室 4週		
内科疾患と看護	135	435	570				170 33週		
精神科疾患と看護	30	90	120		25	2 週	精神病学及び看護法		
外科疾患と看護	90	330	420	救急処置及び手術室実習を含む	80	28週	外科学及び看護法80 18週（整形外科実習を含む） 手術室実習 10週		
整形外科疾患と看護	45	90	135		45		〔整形外科 35〕 〔理学療法 15〕		
皮膚科疾患と看護	15	45	75		15	2 週	皮膚泌尿器科学		
泌尿器科疾患と看護	15								
婦人科疾患と看護	30	45	75		40	6 週	（専性に含む）		
眼科疾患と看護	15	90	135						眼科学，歯科学，耳鼻咽喉科
耳鼻咽喉科疾患と看護	15								
歯科疾患と看護	15								
保健所等実習		45	45			1 週	保健所実習		
小児看護学	120	180	300		60	15週	小児科学及び看護法		
小児看護概論	15		15	保健所等実習を含む					
小児保健	30	180	285						
小児疾患と看護	75								
母性看護学	120	210	330		70	17週	（産婦人科学及び看護法）		
母性看護概論	15		15	保健所等実習を含む					
母性保護	75	210	315						
母性疾患と看護	30								
合 計	885	1,770	2,655		705	104週	看護学 690 精神衛生 15		
（備考）保健所における実習は，全体を通じて60時間間を標準として実施するものとする。				内科学及び看護法から皮膚泌尿器科学までの学科目については，保健予防指導を含むものとする。					

いたからであり、また、当時の看護者の役割としては医師の診療の補助者としての立場が強く、看護法、即ち看護の技術を中心に養成されていたと言うことでありましょう。

このように実習が多く、まして夜勤実習があったりしますと、何の楽しみもない灰色の学院生活ではなかったかと思われるかも知れません。私が卒業した翌年に始まる全■病院統一スト、それに続く2・8闘争、昭和40年に月8日二人夜勤の人事院の勧告、そんな時代背景を持っていましたから、当時教育を受けられた方の中には、その大変さを述べておられるのを伺いますが、この学院時代に何もできなかったかと言えば、決してそうではありませんでした。

当時の学院生活を振り返りますと、京都という土地柄のせいでしょうか、授業や実習を離れたところでの生活はかなり充実しておりましたし、それらを通して様々の事を学び見識を広められたと思っております。例えば個人的な興味ではありますが、高校時代からの続きでは山登りや演劇活動をサークルを作っていました。なかでも学院の先輩たちが作っておられたボランティアサークル、それは盲大学生へのリーディングサービスでありましたが、この活動を通しては、視覚障害者の方を知るきっかけとなりました。現在も関わりをもたせていただいている京都ライトハウスの点字図書館長は、30年前のリーディングサービスでの関わり以来、点字を教えていただいたり中途失明者のリハビリテーションに付いての意見交換をさせていただいたりしております。また、やはりライトハウスで、中途失明者への点字指導を担当しておられるNさんとは、彼女が事故で日赤へ入院してこられた30年前から一緒に点字を覚え、盲学校高等部へ入学し社会復帰されるまでの10数年にわたる月日を共に過ごした良き友達であります。そして卒業してから参加させていただいた点訳サークル（睦星会）を通して、愛生園に入園されている方との交流が始まりました。愛生園は昭和5年に開設され、本年60周年を迎えるその長い隔離の歴史の中の様々な移り変わりを学ばせていただいております。1988年長島に橋が架かり共に喜び合ったのはまだ記憶に新しいところであります。

看護学院の専任教員として

ところで、臨床から看護学院の専任教員に配置替え

になったのは、手術室勤務であった就職して4年目のことでした。本来、赤十字には1907年から、すでに婦長候補生のために1年コースが設けられていました。1952年からは「日本赤十字社幹部看護婦教育部（1964年より研修所と改名）」となって、当時の京都第二赤十字病院ではその終了者が学院の教員になることになっていました。ところが当時その終了者が誰も残っていないと言うことで、3ヶ月の専任教員の講習会（文部省・厚生省主催）を受けていた私に急な欠員補充のお話がありました。当時学院は全寮制でありましたから、専任教員が寮監をしておりましたので、学生寮へ住居を移し専任教員となったのであります。しかし、教壇に立って話すことのできたのは昨日まで働いていた臨床での経験、看護技術の方法でしかありませんでした。これでいいのだろうか。当時は苦しい思いを致しました。しかし、いろいろ考える中で大学の二部で勉強する道を選んだのであります。そうこうしている間に専任教員としての1年半が過ぎました。日本赤十字社幹部看護婦研修所での研修を終了して戻って来る人が出ました。そこで私は学院からの配置替えを希望したのであります。ところが、事はそう簡単には参りませんでした。と申しますのは専任教員の給与表が婦長クラスでしたので、学院から離れると降格になって履歴書に傷がつくと言うのであります。そして病院では、看護婦に戻らずに研修所へ入所することを薦めて下さったのでした。私はこれからも仕事を続けるのであればと、それをお受けすることにしたのであります。入所した日本赤十字社幹部看護婦研修所での1年間は、短い期間ではありますが、改めて専任教員および婦長としての研修を受け、多くの方々と出会うことができたのであります。

専任教員の資格って？

そこで、ここでは看護学院の専任教員としての不十分で惨めな教員経験から、看護学院の教員資格に付いて振り返ってみたいと思います。大正4年の旧看護婦規則では、主要な学科は適当と認める医師をして担当させることになっておりました。しかし、戦後GHQの指導によって1948年7月、保健婦助産婦看護婦法が制定されました。その目的は看護婦の資質の向上により、医療、公衆衛生の普及向上であります。この新しい制度は、「療養上の世話」に関する教育は経験のあ

る看護婦が専任教員となって指導させることを指示しているのです。先ほどの表1に示しました内科学（60時間）および看護法のこの30時間、これが看護婦が指導する教科となっていたのであります。

表2²⁾は1951年の指定規則に示されたものであります。看護婦学校養成所の指定基準の第7条であります。その4項に「別表3に掲げる各科目を教授するのに適当な教員を有し、且つ、その内4名以上は看護婦の資格を有する専任教員とし、その専任教員の内一人は教務に関する主任者であること」と教員の数について記されております。法律的にみますと、看護学院の教員に求められているのは看護者としての経験であったのです。しかし、実際に教員となった時、看護婦の経験だけでは教育が出来ないことを思い知らされたのであります。すなわち、教員になるための教育制度が確立されることがなく、さし当っては当時経験者であった看護婦が選ばれて、その任に当たったのであります。このような極めて貧乏な教育体制であったことが、そのまま今日まで続いているのであります。しかし、看護教育の成り立ちを歴史的にみて参りますと、これが自然な成り行きなのかも知れません。このように当初は、看護婦の資格だけを求めているのであります。

表3³⁾は1970年に初めて示された専任教員の資格であります。看護婦学校養成所の運営に関する指導要領の中の第4章であります。「専任教員となることの出来るものは、次の各号に該当するものである」と言うもので、ここにはじめて臨床経験が3年以上と明記されたのであります。そして本年4月の改正では臨床経験が5年以上と変わったのであります。表4⁴⁾の(ウ)にありますように看護婦として5年以上業務に従事した者と変わったのであります。しかし、看護婦の免許をもっておれば良いと言うことは、本質的に何ら変わっていないのであります。

短期大学へ移って一研究って？

ところで、滋賀県立短期大学2年課程の看護学科の新設にともなって就任したのは、1971年であります。実は、専門学校での専任教員としての資格も曖昧な中で、短期大学の教員としてのイメージも湧かないまま、専門学校と同じ様な認識で移動いたしました。短期大学へ来て分かったことでありますが、そこには短期大学設置基準と言うものがあって、教員の資格が明示さ

れていたのであります。

表2 保健婦助産婦看護婦学校
養成所指定規則（1951）

第7条 看護婦学校養成所の指定基準

4. 別表3に掲げる各科目を教授するのに適当な教員を有し、かつそのうち4人以上は看護婦の資格を有する専任教員とし、その専任教員の内一人は教務に関する主任者であること

第24条 看護婦の資格を有する専任教員の特例

看護婦の資格を有する専任教員については当分の間法第53条第1項（旧看護婦規則による）者をもってこれにあてることができる

表3 教員に関する事項

1. 専任教員

(3) 専任教員となることの出来るものは、次の各号に該当するものであること。

- ア. 高等学校もしくは旧制高等女学校を卒業した者又はこれと同等以上の学力があると認められる者
- イ. 看護婦学校養成所を卒業した者
- ウ. 看護婦として3年以上臨床看護に従事した者
- エ. 専任教員として必要な研修、講習を受けた者又は看護婦の教育に関しこれと同等以上の学識経験を有すると認められる者

表4 教員に関する事項

1. 専任教員及び教務主任

(1) 専任教員となることの出来るものは、次の各号に該当するものであること。

- ア. 高等学校もしくは旧制高等女学校を卒業した者又はこれと同等以上の学力があると認められる者
- イ. 看護婦学校養成所を卒業した者
- ウ. 看護婦として5年以上業務に従事した者
- エ. 専任教員として必要な研修を受けた者又は看護婦の教育に関し、これと同等以上の学識経験を有すると認められる者

表5 講師の資格

第22条 講師となることのできる者は、次の各号の一に該当する者とする。

1. 第20条または前条に規定する教授又は助教授になることのできる者
2. 特定の分野について教育上の能力があると認められる者

表5⁶⁾は短期大学設置基準 教員の資格第9章22条であります。講師となることのできる者は次の各号の一に該当する者とするあり、1項は教授または助教授となることのできるもの。2項は特定の分野について教育上の能力があると認められる者となっております。また、表6⁶⁾に示しますように、教授になることのできるものには、教育研究上の業績が求められております。教育研究上の能力があると認められることによって、講師、助教授となり、業績が出来た結果、教授として認められることになるのでありましょう。いずれにしましても、そこには教育・研究が必要であることが示されていたのであります。

以上のような事は、すべて短期大学へ来てはじめて

表6 教授の資格

第20条 教授となることのできる者は、次の各号の一に該当する者とする

1. 博士の学位（外国において授与されたこれに相当する学位を含む）を有する者
2. 研究上の業績が前号の者に準ずると認められる者
3. 芸術上の優れた業績があると認められる者及び実質的な技術の修得を主とする分野にあっては実質的な技術に秀で教育の経歴のある者
4. 大学（短期大学を含む 以下同じ）において教授の経歴のある者
5. 大学において助教授の経歴があり、教育研究上の業績があると認められる者
6. 高等専門学校において教授または助教授の経歴があり、教育研究上の業績があると認められる者
7. 研究所、試験所、病院などに十年以上在職し、研究上の業績があると認められる者
8. 特定の分野について、特に優れた知識及び経験を有し、教育研究上の能力があると認められる者

分かったのであります。その意味では教育経験も充分ではなく、まして研究については全く不十分な中で、きわめて悩み多い立場に置かれており、とても大変なところへ来たことが自覚されたのであります。このように大学では教育と研究のウエイトが半々だと教えられたのは、本学に就任してからの事でした。ところが医学系や一般教育系の先生方は、就任に当たって研究機器を購入されており、それぞれ研究が継続できるよう準備されていたのであります。しかし、私はと言えば研究についてはどこからどの様に手を付けて良いのかさえ分かりませんでした。

私の研究の第1歩は、専門の異なる先生の実験の手伝いをさせていただくことから始まりました。文献の収集の必要性、収集の方法、文献カードの作り方、データの読み取りや処理、学会発表の準備、スライドの作り方、抄録の書き方、発表の仕方、そして論文の書き方など、一つ一つ手ほどきを受けたのでした。幸いにも当時、生理学をご担当の故舟木広先生にご指導を受けることができ、また、舟木先生のお弟子さん達に支えられて今日まで参りました。当時舟木先生は、若くもない私に、必要なは実践であり取り組む姿勢が大切であることを、ことある毎に強調され、その事が今も脳裏を離れないのであります。最初に取り組んだ研究は、電法の実験でした。実験方法を簡単に申し上げますと、被験者は当時の女子学生でありまして、学生にはボランティアとしてずいぶん協力をしていただきました。各部位に氷嚢を貼用させて、その時の皮膚温の変化を追求したのであります。皮膚温は、銅・コンスタンタン熱電対を用いて測定いたしました。

図1⁶⁾には4名の皮膚温の平均値が示されております。貼用前の皮膚温は、膝部で30℃、腹部で34℃、前額部で36℃であります。氷嚢を貼用しますと膝部および腹部では15分まで単調な低下を示しており、膝部では6℃、腹部では7℃になっております。ところが前額部では貼用後5分で14℃と最低値を示し、以後上昇しております。回復期では前額部では15分で36℃となり元の値に戻っておりますが、膝部および腹部では23℃および27℃であって貼用前の値には戻っておりません。

次に図2⁶⁾には同一被験者で、今と同じ実験であります。6回の平均値であります。いずれの部位におきましても、皮膚温の変化は同じ傾向がみられます。

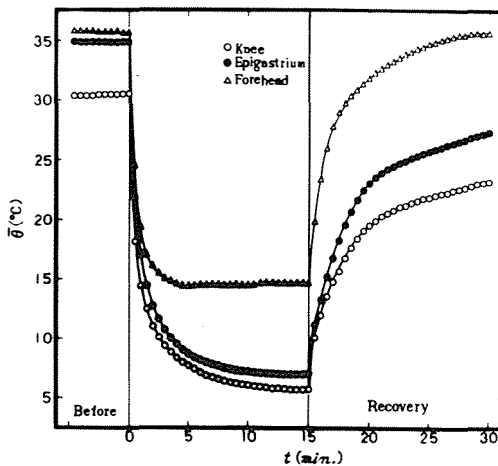
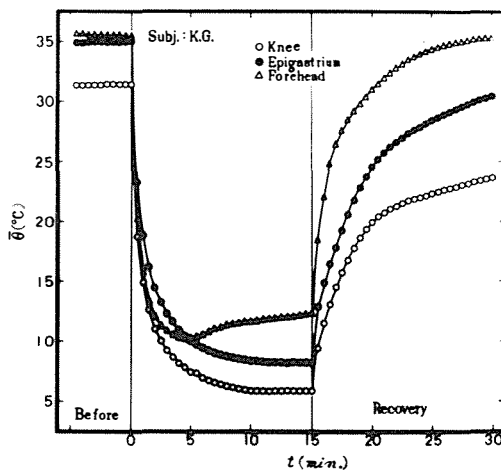


図1 各部位における皮膚温変化（4名の平均値）

図2 各部位における皮膚温変化
（同一被験者による6回の平均値）

特に前額部では、4分30秒で約 10°C と最低値を示し、以後明らかな上昇がみられております。三角のマークです。回復期では、それぞれ緩やかに上昇しております。前額部では元に戻っておりますが、腹部では約 30°C まで、膝部では 24°C までしか上昇しておりません。このように膝部や腹部への氷嚢を貼用する場合には、局所が緩やかに冷却されますと、氷嚢を取り除いてからも回復するのに時間がかかるため体温が奪われることのないよう配慮しなければならないのでありましょ

う。次に、我々は氷嚢を用いる場合、必ずカバーを用いております。そこで前額部において各種の枚数のガーゼを介して氷嚢を貼用した場合を見ますと、図3⁶⁾のようになります。

Nはガーゼの枚数を示しております。皮膚温の変化は、ガーゼなしの場合は急速に低下し、3分で最低となり、後は上昇しております。ガーゼ1枚の場合には12分まで緩やかに低下し、僅かですが上昇がみられます。一般に皮膚温の低下はガーゼの枚数の増加にともなって緩やかになっております。このときに皮膚感覚をたずねておりますが、このときの皮膚感覚は、ガーゼなしでは貼用直後に激しい痛みがあり、貼用中には感覚が麻痺し不快感を訴えています。ガーゼ1枚では、貼用直後に痛みを感じますが、ガーゼなしの場合より、その痛みは緩やかであります。従ってカバーを工夫することで、急激な冷却による疼痛の緩和が可能になるようであります。また、ガーゼ2枚あるいは3枚では、貼用直後は冷感を感じますが、後は快適であり、その時の平均皮膚温は 20°C 前後でございます。

次に各種水温の氷嚢を貼用し、その時の皮膚感覚を調べてみました。実験方法は同様であります。貼用された氷嚢の水温はおよそ 5°C 毎に変化させ、それぞれ日を替えて実施いたしました。それが図4⁷⁾であります。部位は、いずれも前額部であります。各種水温の氷嚢を貼用した時の皮膚温の変化、これは3人の

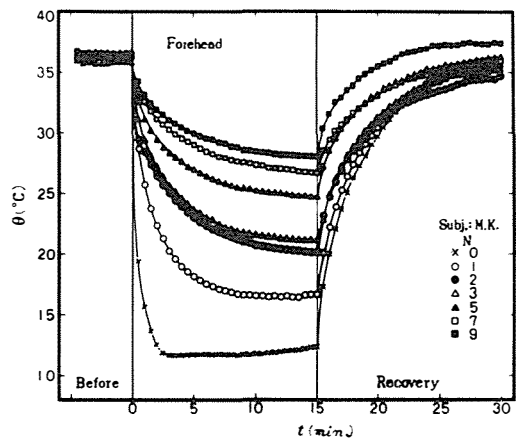
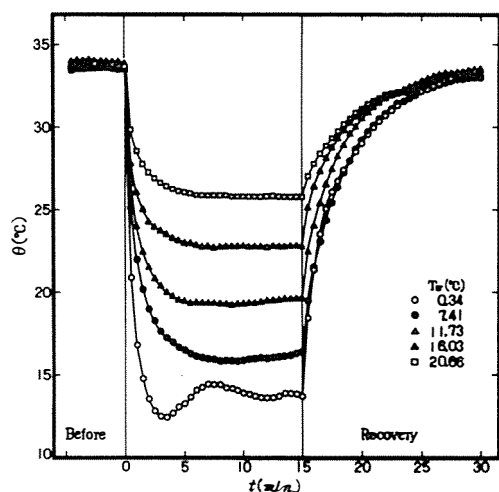


図3 前額部におけるガーゼの枚数による皮膚温変化



■4 各種水温における皮膚温変化（3名の平均値）

平均値でございますが、貼用前の皮膚温は約34℃の範囲であります。左端に氷嚢の温度を示しておりますが、水温0℃の場合には皮膚温は急速に低下し、3分30秒で最低値約12℃であります。その後上昇と下降を繰り返す、寒冷血管反応が発現しております。水温7℃の場合にも皮膚温は9分30秒で最低値となり、以後15分まで緩やかに上昇しております。水温16℃と20℃では貼用後6分ぐらいまで低下した後、15分まで緩やかな低下がみられます。回復期では氷嚢を取り除いた後、いずれも急速に上昇し15分後には、ほぼ貼用前の値に戻っているのです。この実験では、水温11℃と16℃において、貼用中には快適感が得られ、その時の平均皮膚温は約20℃および23℃でありました。この皮膚温は、先の実験でカバーとしてガーゼを2枚あるいは3枚用いたときの平均皮膚温とほぼ同じであります。氷嚢のカバーにはガーゼ2枚あるいは3枚が好ましいと思われます。これは教科書にもそのような指示がございます。カバーを用いるときには、水が熱の良導体であることから濡れていないカバーを用いると同時に、貼用部位の皮膚の色や感覚についても観察が大切です。

以上は、電法の基礎的な研究の一部であります。これらの実験によって教える場に立った時、氷嚢のあて方だけでなく、貼用によって生体にどのような変化があるのか、また、対象者はどの様に感じるのかなどを学ぶことの大切さを実感したのです。また、前額部

における氷嚢貼用の場合には、手指の寒冷血管反応の発現の時のように明確ではありませんが、同じメカニズムで寒冷血管反応が発現すると考えられます。このようなことから冷電法、ことに氷嚢貼用においては、氷の中の水温はより低いことが好ましいのでありますが、強い低温刺激では疼痛による不快感が伴いますので、カバーなどで不快感の緩和をはかる必要があります。また、発熱時では局所の皮膚温が上昇しておりますので、今回の実験のように水温0.34℃および7.41℃でみられた不快感と同じであることは限らないのであって、およそ5℃位の水温による貼用でよいのかも知れません。また、安楽を目的とする場合には、快適性が必要ですが、今回の実験では、水温11℃および16℃の氷嚢温度が快適とされました。その時の平均皮膚温は、20.11℃および23.02℃であり、この温度は先に紹介しました実験におけるカバーとしてガーゼ2枚あるいは3枚用いた時の平均皮膚温とほぼ同じであります。臨床においては、15℃前後の氷嚢を準備したり、15℃を長時間保つことは困難であります。従って、カバーの枚数を調節することによって貼用時の水温を調節することが考えられます。

ところで短期大学教員に要求される教育・研究の業績や能力は、研究を教育のなかへ返していくことによって出来上がって行くものでありましょう。私の短期大学での担当は、看護技術でございました。2年課程でありましたから、学生はすでに准看護婦の免許を持って入学しております。そこで技術項目の中から教育モデルとして有効なものを選んで授業を展開しておりました。例えばコミュニケーション、清拭、ボディメカニクス、リハビリテーション、電法、与薬、ターミナルケアなどがあります。看護過程を使って看護を展開するためには、問題解決法を身につける必要があります。そこで准看護婦として学んだ看護技術の中から疑問を見つけ出し、目標はどうあればよいのか、現状はどうなっているのか、問題はあるのか、問題の原因は何か、ということ調べる事と実習を組み合わせで展開して参りました。しかし、実際の授業では40人の学生が実習するための機材の数や、指導する側の人数や経験、取り組む姿勢など、いろんな要因が重なりますので、なかなか思うように参らないのが現状でした。

ところで本学は、1988年4月ようやく3年課程に移行いたしました。これまでの10年間の臨床経験と20年

に近い教育・研究を通して、赤十字の看護学院で専任教員になったときの困惑、短大へ就任したときの戸惑いから抜け出し、看護教育に携わる教員として何を教えればよいのか、どの様にすれば良いのかが少し明確になりつつあります。特に臨床実習では、講義・学内実習そして臨床実習を体系的に関連させ、単に看護者のしていることを実習させるのではなく、臨床で実習するのに有効なモデルを選んで、それぞれについて目標を示し、その内容を明確にした実習要項が作成されたのであります。30年が過ぎた今、ようやく教育とは引き出すものであるという、あの言葉の意味を実感する経験を少しではありますが味わっているのであります。

日本看護研究学会への参加

次に■本看護研究学会との関わりについてお話させていただきます。本会が四大学看護研究会から■本看護研究学会と名称を変えて、開かれた学会になることを知って1978年第4回千葉大学で行われた村越会長の時、初めて参加させていただきました。その後、1982年には「看護作業のエネルギー代謝に関する研究」で、■本看護研究学会奨学会賞をいただきました。これは私が年をとってから研究を始めたので、研究歴の浅かった私に奨励の意味でいただいたのでありましょう。その後1984年、第10回学会が熊本大学で木場会長のもとで開催された帰りのことでした。シンポジストとして参加されていた滋賀医科大学の中木先生から地方会を作ったらとお話がありました。それは関西には4年制の大学がなく、関東に比べて研究活動としての交流の場が少ないのではないかと、若い人達に育ってもらう場がほしいと言うような意味合いだったと思います。そこで翌年、第11回学会が国立看護研究研修センターの伊藤会長のもとで開催された折り、C地区理事である徳島大学の内輪、野島両先生のご了解をいただき、準備を始めました。世話人代表には近畿大学の早川先生に、第1回の学術集会実行委員長には京都医療技術短期大学の近田先生にお願い致しました。

C地区地方会は、表7に示しましたように実施されてきました。第1回は地方会の発足ということがあって、伊藤会長および事務局の松岡理事には多大のご協力とご指導をいただいたのであります。初めてでありましたが100人以上の方々が出席して下さり、若い人

達が何かを求めているなという手ごたえを感じたのであります。第2回は若手フリー討論で、ペンシルバニア州立大学、カリフォルニア大学、千葉大学、大阪市立大学、東京大学で、それぞれ大学院を修了された方々に自分の経験をとおして、看護系大学院のあり方⁸⁾を自由に討論していただいたのであります。そして第4回は、初めてのシンポジウムが「看護学への提言」と題して実施されました。周辺の学問から看護へ接近してみようと言うことであります。心理学、物理学および医学の立場から看護への接近について論じられ、看護者としては改めて看護を見つめなおしたのであります。このように地方会学術集会は、回を重ねることが出来、今■に至っておりますが、回を重ねる毎に演題数が増え、発表分野が拡がり参加者が増えているのであります。

表7 ■本看護研究学会近畿・四国地方会学術集会

回数	実行委員長	年 月 ■	場 所
第1回	近田敬子 京都大学医療 技術短期大学部	1986.3.16	京都教育文化センター
第2回	早川和生 近畿大学医学部	1987.3.22	立命館大学 末川記念館
第3回	秋吉博登 徳島大学教育 学部	1988.3.27	徳島県郷土文化 会館
第4回	森田チエコ 神戸市立看護 短期大学	1989.3.26	榎楽園会館

この間、New看護学セミナーが2回開かれました。第1回はびわ湖セミナーとして「看護研究の立案からパソコンによるデータ処理までの実際」⁹⁾をテーマに早川和生コーディネーターによって、滋賀県立短期大学で開催されました。パソコンの実際については、パソコン実習の関係から滋賀県立短期大学の工業部の先生方にご協力をいただきました。第2回は京都セミナーとして「看護診断を診断しよう」をテーマに野島良子コーディネーターで、立命館大学の末川記念館で行われました。この時には韓国でありましたICNへご出席の■r.マリア シュナイダー先生にお越しいただき、「看護診断の過去・現在・未来」を特別講演¹⁰⁾してい

ただいたのであります。このような5年間の地方会活動を振り返ってみますと、回を重ねる毎に主体的に関わりを持って下さる若い方が少しづつではありますが増えており、発会当初のねらいに向けて前進していることを実感いたします。そのような中で、今回の日本看護研究学会をC地区で担当させていただくことになったのであります。しかも、実行委員となって下さった皆さんがそれぞれの担当をうまく調整され、実行に移していただいている様子を見ておきますと、自ら求めて実践していく姿勢こそ地方会活動の意義と言えるのではないのでしょうか。

ナーシング滋賀から看護診断へ

ところで、県内の看護教員が集まって、中木先生を中心にナーシング滋賀というグループでナーシングダイアグノーシスについて勉強会を始めたのは1982年の秋でありました。その過程で出会ったのが、1980年アメリカ看護婦協会の発表した看護の定義であります。「看護とは実在あるいは潜在する健康問題に対する人間の反応を診断し治療することである」というものでした。健康問題に対する人間の反応を診断し治療する、そのためには患者さんを生活する全人間としてとらえること、その上で対象の状態を判断し、相手にあった看護が出来るような看護の見方、考え方をさらに拡げながら、看護の独自性、専門性を貫いていくためには、看護教育は4年制大学であることが必要あると考えました。4年制大学については、ここでは述べませんが今回のシンポジウムⅠでは、「看護」の目指すものを獲得するためにと題して4年制大学の問題を、明日行われますシンポジウムⅡでは、「看護診断」を教育と臨床の場にどう影響を与え、また、どう取り組んでいくかを明らかにしたいと思って計画いたしました。このナーシング滋賀の仲間であった若い人達は、一人は千葉大学の修士課程を修了し、今も研究を続けておられますし、後二人はその後、仏教大学の通信部を卒業され、一人はこの6月、まずは語学留学をとカナダへ旅立ちました。いま一人は専攻に招かれ研究を続けられ、今回の学会でも座長をお願い致しております。もちろん彼女達はナーシング滋賀との出会いがなくても自分の将来を切り開いて行かれたかも知れません。しかし、「看護診断」の学びを通してお互いを触発しあい、それぞれ自分にかかった学びの道を見だし、前

進しておられるのだと思います。日本看護研究学会のC地区地方会で出会った若い人達も、それぞれ自分にかなう学びの場を積極的に進んでおられるのを見て思いますのは、30年前には「白衣の闘争」として表出されたあの若者のエネルギーが、今やっと本来の「看護学」を造り上げる方向で、そのエネルギーを表出させようとしているのを感じるのであります。

これからの看護教育

しかし、若い人が育ちますにはサークル活動や地方会活動では間接的活動であり、やはり日々の大学の教育・研究の中でのみ可能性があると考えます。従って教育機関におります私達は、学生を育てることは勿論であります。若い教育者を育てること、それは自分を超えて大学へ移って行けるだけの力を付けられることが私達の使命であると考えております。他の分野においては、企業内の勤務の中で評価されるだけの研究業績を持っておられます。しかし、看護ではこれまでは病院に勤めながら研究業績を造り上げることは、なかなか少なかったのであります。他分野では大学教育、大学院教育を通して職場における姿勢が研究的職場環境を作っているのではないのでしょうか。看護にはそれがないのではないのでしょうか。そこで少なくとも今ある大学において、卒業生にその視点を持たせること、そしてその方々を教員としてまず育てていく事が私達の役割ではないのでしょうか。しかし、その人がやるかやらないかは、その人の自由であって、押し付けることはできません。私達に必要なのは育てていこうとする環境作りでありましょう。

今日の科学技術は、加速度的に進歩し、その過程では健康問題への対応がセルフケアへと異なって参りました。したがって、これからの看護の基盤には健康科学あるいは人間科学の領域の重要性が予測され、すでに到来している高齢化社会の中で社会の変容を見据えながら広い視野を持つ人材の育成が看護教育に求められることになると思います。

おわりに

看護学院を卒業して30年間、即ち26万2千800時間が余りにも長く、与えられた時間内に取り上げるものに迷って、今朝まで決めかねておりました。従ってずいぶん無理があり、また、多少自分勝手なことを申

し上げ、お聞き苦しいところがあったかも知れませんが、お許しいただいて課題に多少とも接近できたかどうか不安ではありますが、京都で看護を学んでいた30年前には、この地でしかもこのような立場でお話できるなど思っても見ませんでした。この事に対しては支えてくださった方々に御礼申し上げなければなりません。特に、滋賀県立短期大学に移ってからの同僚の先生方、関係機関の方々、そして今日お見せしたスライドの■では、言葉に現せない苦しさがありましたが、初めての研究の手ほどきをご指導いただいた故舟木先生、そしてそのお弟子さんの方々、最後に訳の分からないままに被験者としてご協力いただいた卒業生の方々に、本当に多くの方々に感謝申し上げ、閉じさせていただきます。ご静聴ありがとうございました。

文 献

- 1) 特集：保健婦・助産婦・看護婦学校養成所指定規則の改正について，看護教育，9(1)，1-35，1968.
- 2) 金子 光：保健婦助産婦看護婦法の解説，238，東京，1987.
- 3) 金子 光：保健婦助産婦看護婦法の解説，288，東京，1987.
- 4) 厚生省健康政策局看護課：看護婦学校養成所教育課程改正案の概要，看護教育，30(6)，363-371，1989.
- 5) 短期大学設置基準，解説教育六法 平成二年度版，三省堂，東京，1990.
- 6) 玄田公子：氷褌貼用による皮膚温変化について，第5回日本看護学会集録，教育管理分科会，日本看護協会出版会，195-198，1974.
- 7) 玄田公子：褌法に関する研究，ことに各種水温における氷褌貼用による皮膚温の変化，滋賀県立短期大学雑誌，19，102-105，1978.
- 8) シンポジウム：看護系大学院のあり方を考える－自己の体験を通して，看護教育，28(9)，522-535，1987.
- 9) 特集：看護研究の立案からパソコンによるデータ処理までの実際，看護教育，30(1)，6-41，1989.
- 10) マリア・シュナイダー：『看護診断 過去・現在・未来』，看護教育，30(3)，807-814，1989.

「Theory and Research for Clinical Knowledge Development」

Boston College Professor/Nurse Theorist Callista Roy

IT IS INDEED ON HONOR TO BE HERE TO ADDRESS THE 16th ANNUAL MEETING OF THE JAPANESE SOCIETY OF NURSING RESEARCH. I thank you for your kind invitation to visit your beautiful country and to be with the nurse scholars here.

INTRODUCTION

The strength of nursing today comes partly from its numbers, nearly 2 million in my country, and for your country the number is as high as 430,000. But more significantly from this, our strength is from our unity in our common beliefs about people and beliefs about nursing and the purpose of our professional service. So many aspects of our global society today cry out with health care, economic, political, moral crisis to which each profession must respond. AIDS, as a worldwide epidemic, is a growing force that we contend with even more in the 90's than in the 80's, because of the nature of the disease we will still deal with it well into the next century. We see on the international scene, drugs, terrorism, and a polluted environment and even the sudden fall of whole nations in the American cities, homelessness and hunger ; in Japan, the decline of rural life. The ineffective social political structures to deal with these issues leave us feeling shocked, and at the times determined to make a difference. In

each of our countries, we have dealt with being disillusioned with the government, and confused by the fact that technology brings ethical questions beyond our moral capabilities to find solutions to them.

You may ask what does this have to do with nursing today ? And in particular, how are these issues related to the topic, theory and research for clinical knowledge development. As I read the literature in the field of nursing, perceive the cost cutting measure and other problems in the large city hospitals in the United States and in long term care facilities, and listen to colleagues from my country and around the world, I sense that this is truly a time of crisis ; a time of unparalleled opportunity.

I believe that the United States health care crisis, and the problems identified in the newspaper headlines, have common roots and can be solved with related approaches. A profession involves a group of people who use specialized knowledge for the good of society. Nursing can provide a centering point for dealing with the issues of our modern world. A western philosopher in the 17th century, Descartes, looked for one stable, immovable point on which to base a new philosophical system. He found this in the conscious self. Nurses turn not within ourselves, but to our common beliefs about persons in society

and to our specialized practice for the common good. Clinical knowledge based on these beliefs is, I submit, is the particular kind of knowledge most relevant in dealing with the global, social, and health concerns of the 21st century.

Secondly, as a practice discipline we have a pluralism of models for practice, and clinical specialization that makes our knowledge effective in responding to the contemporary needs. There are now 47 organizations for specific clinical groups in the United States. In addition, nurse theorists have developed ways of looking at the person, as an individual and as a member of society, and at how nursing as a scientific and practice discipline can make a difference in today's society. Your own nurse thinkers look at Japanese society, within the global scene, and also describe how to conceptualize nursing. Both nurses in speciality practice and those developing models derive the theories and research of clinical knowledge development.

This paper provides a discussion of an emerging common perspective of nursing. The overview perspective includes current beliefs about nursing science and its philosophical bases asserted by nurse scholars throughout the United States. The relationship between this emerging unity of assumptions and the values about nursing and the Roy Adaptation Model is noted. Theoretical progress and research studies using the Roy Model of nursing are described to illustrate one approach to developing the basic and clinical nursing science. Both the historical view and recent developments in the Roy model and its use in developing nursing knowledge out of, and in relation to, clinical practice are included. An agenda for future nursing science development based on the Roy Model is presented.

Current knowledge in North America is based upon the practice and education establi-

shed by Florence Nightingale in the last century. More recently, in 1977, Donaldson and Crowley summarized the commonalities of nursing reflected in writings. Three key points they identified place an emphasis on the processes and patterns that lead to health. The last decade and a half have provided a rich literature on nursing's basic beliefs and focus from which we can derive further areas of common agreement. Current commonalities of the discipline can be looked at related to our view of persons and environment interactions, and to our evolving concepts of health and nursing.

Looking at the scientific processes related to persons in the environment, the following principles are noted in summarizing the thinking of nurse scholars: Holism or integrality is assumed; secondly, open systems are exchanging energy; and thirdly, patterns emerge from basic life processes. Some shared concepts concerning health and nursing include: if, for people, life changes, yet aspects of stability are rooted in human nature, health, in the words of the Nursing Theorist Group of the National Conference on Nursing Diagnosis (Roy, 1982, 220), relates to the expression of full life potential; and third, we have a long tradition of caring that has been called the interpersonal process (by Peplau), empathy (by Travelbee), and now such terms as transpersonal caring (Watson) and transcultural caring (Lerninger).

Commitment to the good of the individual is expanded by our commitment as a profession to the good of society. A recent panel of educators described seven basic values in educating a nurse. In addition to liberal education and professional nursing practice, nursing education focuses on these essential values: altruism, equality, aesthetics, freedom, human dignity, justice, and truth. These

values then are noted in both the early development of modern nursing and in its expanding years in the United States. The common principles identified, then, together with a values basis, apply to nurses' responsibility to persons in a social context.

Based on the emerging common philosophical and scientific assumptions in nursing, and the needs of society, a common perspective of nursing has been outlined. Nursing focuses on persons within the total ecology, that is, their is, human and social context environments. At the core of the person is the human life processes, such as homeostatic regulation, thinking, feeling, and relating. Out of these processes, acting within a given environment, the person develops individual patterns, such as being a sensitive and thoughtful person, perhaps a person with high energy and always active, a person who has pattern of being late, or who takes care of his or her health in each aspect of life, nutrition, exercise, and recreation.

I propose, then, that there are two branches of nursing science. These two branches stem from the inner core of the person or group. First, the basic Nursing Science deals with understanding these human life processes. Secondly, Clinical Nursing Science, studies the diagnosis and treatment of the patterning of life processes. This perspective is at the highest level of abstraction where the discipline can have a common focus.

In addition, the conceptual models for nursing have developed over the past couple decades and have the task of proving the reality of nursing to provide direction to our practice, to add to our knowledge for practice through research, and to direct nursing education. Whether the framework be that of Peplau, Orem, Parse, Roy, King, Rogers, or others, each is a vehicle for developing the

basic science of nursing and the practice discipline. They help us see the whole picture and also each help us direct our perspective of each nuance of our art and our science. They help us define and describe how we see the persons and that we care for in practice and study in nursing research.

As one of the conceptual models developed over the last 25 years, the Roy Adaptation Model is congruent with the common perspective of nursing described. Furthermore, the model provides the basis for developing both basic nursing science and clinical nursing science. The model provides a view of the person and environment which identifies the basic life processes that enhance health. The concept of nursing and health, related to enhancing these life processes, are then the substantive knowledge used in the process of nursing diagnosis and intervention. Within the adaptation model, the key concept of basic nursing science is the life process of adaptation. For clinical nursing science, the central theme is enhancing patient adaptation. Let me describe now some of the theoretical work of the basic nursing science development based on this model.

The human life processes are the core of the basic nursing science. For developing nursing knowledge based on the Roy adaptation model, this means understanding the person as an adaptive system. As I began to work on the model, as a graduate student with Dorothy Johnson at the University of California in Los Angeles, my efforts were to understand adaptation as a life process. In my clinical practice with children, I had seen the great resiliency with which they respond to the changing environment. Even life threatening health situations could be quickly reversed. A crying child might be in consoling at one minute, and then, could be sleeping

quietly only a short time later, being held in the arms of the nurse who rocked and sang to the child. It seemed that the concept of adaptation was rich for study as a way of looking at and expressing this innate human trait that could be useful in promoting health.

Looking for a way to define adaptation, I discovered the work of a physiological psychologist, Helson. Adaptation level theory (1964) forms the basis for understanding that the individual has the capacity to adapt and to create changes in the environment. Adaptation is a process of responding positively to changes, and this ability is the function of the person's adaptation level. Adaptation level is a changing point influenced by the demands of the situation and the resources that the person brings to the situation, that is, life patterns, capabilities, hopes, dreams, and motivations toward mastery. Helson's work provides a way of taking into account both the internal and external determinants of adaptive behavior.

Helson's basic premise is that individual's attitudes, values, ways of structuring experiences, judgments of physical, aesthetic, and symbolic objects, intellectual and emotional behavior, learning and interpersonal relations all represent modes of adaptation to the environment and organismic forces. Helson (1964, 53) spoke of sympathetic and parasympathetic systems acting to energize both the normal internal activities and sudden emergency responses; neuro and circulatory mechanisms were seen as a source of internally initiated change often triggered and guided by sensory and cognitive processing.

My reading of Helson was timely, but to push these notions further, it seemed appropriate to use a systems approach to describe the person from an adaptation perspective. This model views the person or group as an

adaptive system with coping mechanisms manifested by adaptive modes. The person, then, receives input both from the internal and external environment and processes that input by way of regulator and the cognator processes. Responses are made and are fed back into the system as additional input. The coping mechanisms are broadly defined as innate and acquired ways of responding to the changing environment.

The person is an extremely complex being in how he or she interacts with the changing world. It seems useful to categorize some of this complexity so that it is meaningful for nurses. The regulator, then, is one way of describing how a person responds automatically to many changes in the environment. The regulator receives input from the external environment and from changes in the person's innate state. It then processes the changes through the neural-chemical-endocrine channels to produce responses.

The cognator on the other hand uses both conscious and unconscious, cognitive and emotive processes. It responds through complex mechanisms of perceptual information processing, learning, judgement, and emotion.

By the year 1970 the first educational program based on this model was implemented at my home institution, Mount St. Mary's College in Los Angeles. As teaching materials were developed, the need for finding a "window" on the inner coping mechanisms was recognized. Students needed tools for nursing assessment that were less abstract than cognator and regulator effectiveness. The four adaptive modes originally were identified by content analysis of 500 incidents of patient behavior in all areas of nursing practice. The resulting categories of the ways or modes by which cognator and regulator adaptation are expressed are: physiologic needs, self

concept, role function, and interdependence . These four adaptive modes are used to study types of human responses.

The person as an adaptive system takes in stimuli that are focal, contextual, and residual. These stimuli, whether internal or external, are processed by the cognator and regulator. The resulting behavioral responses are either adaptive or ineffective for the person in meeting the goals of adaptation. For the individual these goals include survival, growth reproduction and mastery. However, the person within society poses broader concerns. Difficult issues of the individual need and rights, and of the good of society as a whole, must be resolved.

Theoretical development has expanded to build adaptive systems on the group level such as the prototype of the Person as an Adaptive System. Publications included discussions of the family, community, and social organization as adaptive systems. For social organizations, such as a nursing service administration, it is suggested that the subsystem coping mechanism can be called the stabilizer and innovator subsystems.

To develop further basic nursing science derived from the Roy Adaptation Model, substantive knowledge related to each of the adaptive modes was developed and published in several text books, the latest of which will be available in November of this year.

Through many revisions, and with input from educators, clinicians, and theory critics, the following organization of the physiologic mode is the one that has proved useful for nursing assessment and for curriculum organization. There are Five Basic Needs : oxygenation, nutrition, elimination, activity and rest, and protection ; and Four Regulator Processes : the senses, fluid and electrolytes, neurological function, and endocrine function.

The self concept mode deals with psychic integrity. Self concept has been defined as the composite of feelings and beliefs that one holds about oneself at a given time. It is formed from internal perceptions and perceptions of others' reactions. A person's self-concept is significant in directing one's behavior.

Roles have been called the functioning units of society. To maintain social integrity, the person needs to know the societal expectations of the roles they have so that they can act appropriately.

Interdependence, after some revision of our view of this mode, it was defined as close relationships of people that involve the willingness and ability to love, and respect, and value others, and to accept and respond to love, respect and value given by others. The basic need underlying the mode is affectional integrity. We describe affectional integrity as a feeling of security in nurturing relationships with others. Nurturing means providing growth-producing care and attention. You will see that this notion is related to nursing's heritage of being the caring component of health care and of current emphasis in exploring further the concept of caring.

Concept and theory derivation based on the four adaptive modes has led to greater understanding of the patterning of peoples' adaptive responses and to useful ways to organize nursing knowledge for teaching.

For example, factors influencing each mode were described, that is, the focal, contextual, and residual stimuli most likely to be related to behavior manifested in the modes. As an illustration, note that factors influencing behavior in the sub concept mode includes : perception, learning, reactions of others, and growth and development.

In addition, Roy and Roberts have dev-

eloped a total of 97 propositions that described relationships between and among the concepts of the regulator and the cognator, and the four adaptive modes.

Our period of defining the adaptive moves seem to be complete. 1,500 faculty and students have used this approach successfully for 10 years. At the same time numerous other educational and practice institutions were implementing the basic model elements, including the four adaptive modes as organizing concepts. The current stage of development seeks to look further at the interrelatedness of the modes. Theories most relevant in understanding the core adaptive human life processes will then be further derived and tested for a basis for developing clinical nursing science.

We can summarize this section on the adaptive system as the core knowledge of the basic science of the adaptation model by listing the philosophical assumption that are used with the scientific assumptions of systems theory and adaptation level theory.

The philosophical basis for my later work was begun during baccalaureate studies including extensive course work in the liberal arts, philosophy and theology.

Likewise, my lifelong commitment as a Christian has imbued me with a deep belief in a loving, creator God and in the gospel message of the value of persons and our interrelatedness to each other. The opportunity to explicate more clearly the philosophical assumptions of the model came when I was asked to give a paper on values for science. This philosophical aspect of the development of the Model late was more clearly treated in a publication in *Nursing Science Quarterly*.

Humanism, as we have defined it, is a broad movement in philosophy and psychology that recognizes the person and the subjective

dimensions of the human experience as central to knowing and valuing as the basis of the four specific assumptions based on this knowing and valuing of the individual; we identify that the individual shares in creative power, behaves purposefully, not in a sequence of cause and effect, possesses intrinsic holism, and strives to maintain integrity to realize the need for relationships.

Veritivity is a term coined that pertains to the principle of human nature that affirms a common purposefulness of human existence, a unity in truth. In veritivity, it is believed that the individual in society is viewed in the context of the purposefulness of human existence, unity of purpose of humankind, and activity and creativity for the common good, and value and meaning of life.

The knowledge developed to understand the adaptive processes and the scientific and philosophical basis for the adaptive person in society is the foundation for the content and process for the teaching and practice of nursing based on the Roy Adaptation Model.

The practice of nursing uses the nursing process.

The nursing process within the Roy model relates directly to the view of the person as an adaptive system.

There are six steps of the process. They will be illustrated in one patient situation. The patient is a 30-year old woman whom I cared for in the neurosurgical ICU at the University of California, San Francisco Hospital two days after she had surgery for an arterial-venous Malformation. The first step of the nursing process is assessment of behavior, that is, the human responses noted within the adaptive modes. Behaviors noted for this patient included:

In the physiological mode, her B/P was 170

1/98 with uncontrolled even though she had a nipride drip, her pupils were sluggish to response, she had a facial droop on the left side, and she was oriented when she awoke but quite drowsy and sedated.

In the self concept role and independence made Self Role Independence, the patient requested her toilet articles and stated she wanted to be awake for her husband's visit.

Her husband requested clear information about his wife's recovery to provide to his Commanding Officer in the Army.

In the Roy Model, the second step of the nursing process is another stage of assessment, that is, assessment of stimuli; the focal, the most immediate, contextual, other influencing factors, and residual, potential, but unrelated influences. For the patient I cared for the physiological behaviors were affected by the following stimuli.

Focal 2nd day post op repair of AVM causing ICP pressure on cranial nerves

Contextual patient described her pre-op condition as "walking around with a time-bomb in my head". Nurse is constantly monitoring blood pressure and adjusting medications. Neurosurgeons and residents have 22hr. of surgery scheduled.

Residual Condition was created by developmental abnormalities.

For the other adaptive Modes the stimuli included:

Focal Desire to look her best and to interact with her husband.

Contextual Has been sleepy on all previous visits, Husband is in the Army on temporary leave Some supportive friends from Army base helped her during initial episode of illness one month ago.

Residual 30-year-old female. Family is out of state. Husband has been stationed in Korea prior to wife's illness.

Nursing diagnosis is the nursing judgement about the behavior and stimuli assessed. These can be adaptive or ineffective conditions. Two major diagnosis are made for the patient under consideration were:

Unstable neurological status related to her surgical condition. Stable B/P and no new neurological deficits.

Increasing awareness of self and the significant relationships. Positive self-image and satisfying interaction with husband.

Next, goal setting with the person or group involves setting expected behavioral outcomes. The two goals for this patient are: Intervention is carried out by managing all of the stimuli, influencing the situation according to the Roy Adaptation Model. In this case there are a number of interventions, and let me just mention a few.

Monitor blood pressure in confident, reassuring manner. Collaborate with M. D. on medication adjustments. Check cranial nerve q. 2 h.

Provide cosmetics and assist with accustomed use schedule pain medication to maximize alertness for visit. provide privacy. Facilitate visit of husband with surgeon.

Finally the step of evaluation compares the outcome behavior with the goals set. For this patient all the nursing actions contributed to maintaining neurologic stability in the post operative condition, however, blood pressure stability remained a problem, further medical intervention was needed.

Secondly, the patient expressed her appreciation in being able to get ready for and enjoy a visit with her husband. I want to point out the significance of nursing assessment in all four adaptive modes. Because the person is a whole being, the behavior of the partially sedated patient saying, "I wonder where my comb and lipstick are; I haven't really seen my husband yet," is as important as blood pressure reading if we believe that people have self concepts and interdependence relationships that affected as are physiological changes in health and illness. Recent theoretical development of the clinical nursing science includes: a typology of indicators of positive adaptation, and a revised typology of commonly recurring adaptation problems. Both are useful for nursing diagnosis.

In addition to theoretical development, a model has an important role in guiding research both for a basic science of nursing and a clinical science of nursing.

Given the generic perspective for nursing knowledge described earlier, a structure for knowledge based on the Roy Adaptation Model is derived. This includes the broad categories of the basic and clinical science of nursing. Major subdivisions of the basic science of nursing are the personal group as an adaptive system or adaptation related to health. In looking at the person or group, both adaptive processes and the adaptive modes are for side. Topics to consider within the adaptive processes are: cognator and regulator activity for the individual, and stabilizer and innovator activity for the group; stability of adaptive patterns in dynamic, evolving adaptive patterns. In looking at adaptive modes, one studies development, interrelatedness, and cultural and other influences. The second major category, adaptation related to health, is divided into research related to

person and environment interaction and integration of the adaptive modes.

The clinical science of nursing based on the Roy Model is divided into changes in cognator-regulator and stabilizer-innovator effectiveness, changes within and among the adaptive modes, and nursing care to promote adaptive processes. Studies in the latter category focus primarily on times of transition, during environmental changes, and during acute and chronic illness, injury, treatment, and technological threats.

The research that I have been involved in lately is clinical nursing science research. I will quite quickly summarize two studies in this area.

The clinical problems of recovery from head injury concerns me. We are seeing increasing incidents and I recognize the devastating effect that even mild injury can have. Understanding of cognator processes, including the complex organizations and functioning of the brain, can be used to provide new clinical knowledge for this patient population.

In the first study, the methodology involved descriptive repeated measures design. Data was collected for 50 patients at times that would maximize evidence of cognitive recovery from head injury, that is, when the patient was first verbally responsive, at one week, one month and six months. The data included seven valid and reliable tests on simultaneous and successive information processing. These were made simply for use at the bedside of an injured patient. There was support for the notion that the first month following head injury is a critical period.

The second study drew upon the first and used an information processing practice protocol, and used it with a group of patients who were compared with the patient who did not receive this.

The criteria for admission, they were matched on the same criteria.

The intervention protocol included the understanding of information processing and the processing practice sessions, using cognator skill, were held twice a day in the hospital for 10 to 20 minutes and twice a week at home for up to one hour. Each patient had at least 8 practice sessions were held during the first month, with a prescribed distribution of approximately 20 percent simultaneous tasks, 30 percent successive, and 50 percent planning tasks. The outcome measures of this were at the same points in time as the earlier study.

The next few slides are examples of the tasks. I will give simply their names. This is simultaneous. This slide shows the recovery over time of a memory task of remembering words which is a successive broad task. This is when the patient is first injured. At one month.

I will bring my remarks to a conclusion, by recalling the common perspective of nursing that I proposed, based on current beliefs in my country. Two branches of nursing science are included in this broad perspective, the basic science of nursing and the clinical science of nursing. The structure of knowledge based on the Roy Adaptation Model was derived from this perspective. Basic and clinical knowledge are the basis of nursing practice. These two branches of nursing science were illustrated by showing how the essential elements of the Roy Adaptation are used in knowledge development. Theory development and research have been the primary approaches; research continued in progress for knowledge development in specific categories, and also to show clinical studies related to basic nursing science understanding.

To place the role of theory and research for clinical knowledge development within the context of the issues of our society, I will tell you about a question I received recently

from a young nurse in Alabama. She asked what advice I had for maintaining the ideals of practicing nursing the way we believe it should be when she is so busy with many patients and many procedures. I suggested that she be reflective, that is, that she thinks about her practice when she has time. For example, I told her of one patient from my head injury study. He is a young man in his 20s, and as I worked with him on practicing cognitive task, I wondered if anyone had ever helped him use his mind. His mother told me he had only had 7 years of education. When it was time for the 6-month testing, he arrived a few days early to let me know where he could be reached because he lived on the streets of San Francisco. He showed me a small piece of paper he was in the adult education school taking reading and writing classes. This is no miracle. This young man still lives on the streets of San Francisco and faces many problems. However, perhaps he has a chance to use his own thinking processes in a better way. I invited this nurse and each of you to think about what it is you do in nursing. For example, on your commute, in the train or in the car, as you think of all the patients and so many needs of a busy day, remember the one patient for whom you helped one aspect of being a person to use human processes better.

Thus, I believe, that nursing's understanding of basic life processes and their clinical ability to enhance these processes is the knowledge most needed in today's world. Each nurse is called to make this commitment. Only then will we accept the accountability that is ours as a profession, to develop and use our knowledge for the common good.

We can then bridge the gap between theory and research and clinical practice, between what is and what ought to be in our world.

「伝 統 を 越 え て」

狂言役者・演出家

茂 山 千之丞

狂 言 の 歴 史

いまご紹介頂きました、狂言という日本で一番古い芝居を演じている役者で、他には何の取柄もない男です。貧乏暇なしと申しますか毎日あちこち走り回って狂言をやっておりますけれども、それほど偉い男でも、また変わった男でもございません。ありふれた役者の一人でございます。ただ、私のやっております狂言というのは、いま申しましたが日本で一番古いお芝居、あるいは世界でも最も古い演劇の一つに属するかと思えます。お集まりの皆様は、狂言についてはかなりいろいろ知って頂いているかと思うのですが、中には余りご存じない方もあるかと思えますので、最初狂言についてちょっとだけ説明させて頂きたいと思えます。

狂言というのは、生まれたのは今から600年以上昔だといわれております。室町時代の初め頃、あるいはもっとそれよりもさかのぼるのではないかと一般にいわれております。ともかく大変古いお芝居です。それが現代まで連綿と演じ続けられてきた。そこに狂言という芸能の中に、一つの伝統というものが生まれてきたわけでございます。しかし、狂言も生まれたときから伝統を持っていたわけではないし、生まれましたときには当時の現代劇でございました。室町初期の現代劇、ちょうど私たちがいま、テレビでドラマを見たり、あるいは劇場でいろんなお芝居を見ます、あるいはコントとか漫才で笑う、音楽を聞く、ロックを聞くと、それと同じように室町初期の方、中世の方は、狂言を見て笑い、かつ楽しんでいたわけでございます。だから元々古めかしいものではなくて、当時としては最もモダンな斬新なお芝居でございました。それが時代の流れの中で、次々と新しい芸能が生まれます。江戸時

代になって来ると歌舞伎とか、あるいは文楽とかいったお芝居が生まれてくる。そして明治以後になりますと、ヨーロッパのいろんなお芝居のやり方が入ってきて、いわゆる新劇という新しい演劇がおこってくる。

ところが横変わず狂言は、昔のやり方のままでずっとその間もやり続けられてきた。これは世界でも大変貴重なといえますか、珍しい例だと思えます。そういうことで狂言がそういう時代の流れの中で、古い形、古いやり方、古い精神といえますか、そういう物を持ち続けていまで演じられてきた。そこに狂言が、伝統演劇とか伝統芸能とか言われるいわれがあるわけでございます。元々がそういうふうに室町時代の庶民の人たちの中で生まれましたものですから、非常に庶民的な明るさを持っているのが、狂言の特徴でございます。

狂言をご覧になったことがないお方でも、あるいは学校時代、中学とか高校時代に狂言の台本を一つぐらいは勉強していらっしゃるかも知れません。太郎冠者というのが臺場いたしまして、そして笑いの種を蒔く、有名な曲では「すえひろがり」とか、ご婦人の前ではちょっと言いにくいですが、「ぶす」という作品が著名でございます。「すえひろがり」にしろ「ぶす」にしろ、それが演じ始められたのは、おそらく500年以上昔ということは間違いない、大変古いお芝居なんでございます。

私の家がいまご紹介がありましたが、私の四代前、初代茂山千作と申すのが井伊大老、井伊掃部頭直弼に気に入られて、井伊家のおかえ狂言役者でした。江戸時代は能とか狂言、能についての説明は時間もございませんので致しませんが、能と狂言は一般の庶民

から隔離されて、武士階級、江戸幕府を中心にする侍階級の中の、一式楽 儀式の音楽とされました。一般の庶民の演劇芸能としては、歌舞伎とか、文楽とか、その他の踊りとか、そういう物があったわけです。武士階級の中で式楽、一種の儀式の演劇とされたために、大変堅苦しいものになってしまったわけでございます。そういう物でしたので、当時の能とか狂言を演じます者は、侍の資格があります士分ということで姓字帯刀を許され、そして各地方のお殿様、藩主にサラリーで召し抱えられたのです。そしてそのお城の、その藩の行事、たとえば子供さんが生まれたとか、あるいは先代の殿様の13回忌だとか、あるいは代替りだとか、そういうときにお祝いの、あるいは法要のための能とか狂言の公演をやる。それにでること、それから藩主の人に能とか狂言とかお囃しを教える。そういう事が生活の糧になりまして、つまり侍として扶持をもらって生活していたわけです。私の家がたまたまその時に、彦根の井伊家に抱えられていたというわけです。

ところが、明治になりまして、新しい政治体制が出来まして、そういう古い封建的なシステムというものが、形の上で瓦解してしまいまして、能役者も狂言役者も一時路頭に迷った。サラリーマンでなくなったわけですから、わずかばかりの退職金をもらって、細々と生活していたのが、明治初年ごろの様子でございました。その当時こういう話がございました。遊んでいられませんか、能の役者も狂言役者も、他の仕事につきました。京都におりましたある能の役者が、当時警邏といいました今の巡査になりました。そして、こそ泥を捕まえた。こそ泥を捕まえてみたら、そのこそ泥も元能役者だった。こういう実話がございます。その当時、いろんな生活をしていました。

ところが私の家は、たまたま彦根藩に抱えられておりましたけれども、京都にずっと住んでおりました。350年前から京都に住んでいたであろうと思われます。私はいま茂山 千之丞という名前ですが、私の兄は、茂山 千五郎と申しまして、いま人間■室にして頂いております。私より4つ年上の兄貴、後から度々出てきますので、この4つ上だということを覚えておいてください。私が4つ下でございます。兄は昔からずっと年上です。不思議なものです。その千五郎が、茂山家の12代目の宗主ですから、ざっと310年

位になるのでしょうか。と申しますのは古い記録が例の戊辰戦争、蛤御門の変、あるいは鳥羽伏見の戦い、その時に家が全焼燬しまして、古い伝書が全部なくなったそうです。そこではっきりしたことが解りません。ともかく300年以上京都に在住して狂言をやっている。そして江戸の末期にたまたま、彦根藩に抱えられていましたが、京都にずっと住んでいたのです。京都という土地柄、あるいは京都、大阪、堺、こういう近畿地方の町は江戸時代でも特殊な生活、政治の様式を持っていた。幕府直轄の都市ですが、しかし、実際はその町の中で実質的な制度、■治権限が非常に強く行使されていました。特殊な雰囲気があったようです。私たちの狂言も江戸時代は、先ほどこっとふれましたが、江戸時代の狂言役者というのは全部、各藩主のお殿様のお抱えになって、武士階級に完全に組み込まれてしまっていたのですが、京都、大阪の狂言役者は、そうでなくて京都の町方の人、町衆という言葉がいま流行っておりますが、町衆の人たちのバックで狂言をやっていたのです。そういうために、明治の初期の世の中の急変にも関わらず、生活の基盤というものがほとんど変わらなかったのですから、京都では私の家なんかは、こそ泥にも警邏にもならず狂言をずっとやっていた。こういう訳でございます。それだけに、京都の私たちがやっている狂言というのは、あるいは江戸時代のもう一つ前の時代の、つまり狂言が生まれました時代のいろんな雰囲気、エネルギーとか、あるいはバイタリティを持ち続けていたように私は思われるのです。そういう中で私たちが、私が育ちました。

狂言というのは簡単に申しますと、笑いのお芝居、喜劇でございます。お芝居もいろいろ種類がございます。喜劇と悲劇の違いはよくお解りだと思いますが、お芝居をどういうふうにするかということで、大体大きな二つのやり方がある。一つは今のテレビとか映画がそうなんです、実際に我々が生活している日常の行動、たとえば家で寝起きし、ご飯を食べ、お風呂にはいる、会社に出勤し帰って来るという様な日常の行動、動作をそっくりそのまま役者はやる、そして一つのお芝居が出来上がっていく。これを写實的、リアリティなお芝居と言えるかと思います。たとえば物を食べる時には、映画とかテレビの中では本物を食べます。お酒を飲むときには、撮影の最中に酔っぱらって出してしまうと困りますので、本物という訳にはいか

ない。そこで鵜物を使いまして、お酒とか焼酎の場合にはお湯とか水で代用にいたします。それから色のついたお酒、たとえばブランディーとかウイスキーの場合は番茶で代用することが多い。ときどきウイスキーの中に酒柱が立っていることがございます。そういうふうにして鵜物を飲むわけですが、ちゃんとコップの中にはそれらしい物を入れて飲む。これがつまり日常的な、日常行動そのままそっくり演じる写実的なお芝居の一番代表的なものです。

芸 能 の 本 質

考えてみますと、お芝居というのはそういうお芝居だけでなく、むしろそうじゃないお芝居の方が多い。例えばこの京都会馆、この舞台ではしばしばいろんなお芝居が演じられますが、この舞台で役者が演じます時には、たとえば何か物を食べるときにも、コップはあります。お銚子を出します。ビールピンなんか出しますが、その中には何も入っていない。空のコップと空のビールピンの中から出てくる目に見えないと言うより、ないお酒を飲む。こういう違いがございます。物を食べる場合でも、どんぶり鉢があってお箸がある。そこまではありますが、そのどんぶり鉢の中にはご飯もお蕎麦も何も入っていない。それをお蕎麦を食べているように、ご飯を食べているように、役者がみせるわけです。お客に表現するわけです。お客様は、“あーあれは、どんぶり鉢の中からラーメンをすすって食べているのだ”という一つのイメージーション、想像をはたかせて、お芝居を見ていただく。つまり、役者というのは、そういう風にお客を騙す。一種の嘘をつく誤です。役者というのは全部嘘つきです。嘘のうまい人ほど上手だと言われています。私も役者のかたわれです。今日私の喋ることはたぶん、ほとんど嘘だと思しますので、今日の話を何処かよそに行ってお話にならないように、恥をおかきになるのは皆様でございますから。責任は一切もちません。そういう事で、実際の日常生活とはずいぶんかけ離れた事をやるお芝居の方がむしろ多い。舞台でやるお芝居というのは、ほとんどそうです。

例えばオペラというお芝居がございます。私はなぜか最近よくオペラの演出をやっておりまして、海外でもやったことがあります。去年はアメリカへ行きまして、日本のオペラを持って行ってやったのですが、そ

ういう事で最近はおペラとの関わりが深くなったのです。オペラという芝居も考えてみると変な芝居です。こうやって私がおしゃべりしている、日常喋っている事ではオペラとしては成り立たない。つまり喋る言葉を、せりふを全部歌にして歌うわけです。「うー」というような声を出しまして。しかし、あのオペラの歌手、どんな有名な歌手であっても、家へ帰ったら普通に喋っているわけです。表から「ただいま」（オペラ風に）と言って入って来るのではない。「ただいま」と言って入るのです。あんな事は日常生活には有り得ない。特におかしいのは、“アリア”というのです。一番の聞かせどころです。たいがい主役の人が歌います。私も演出したことがあります。オペラの中で有名な、日本を舞台にした“蝶々夫人、マダムバタフライ”という名作がございます。この中で大変有名な歌曲があります。“アリア”「ある晴れた日に」という名前で紹介されております。ピンカートン 蝶々さんが愛する夫、ピンカートンがアメリカに帰ってしまう。実はこのピンカートンは、アメリカ本国には、女房も子供もいるわけです。そういう事を隠して日本で蝶々さんと結婚してしまう。蝶々さんは、非常にピンカートンを愛している。本当に自分が唯一の妻だと信じているわけです。その夫がアメリカに帰ってしまう。そして、有名なバルコニーに出まして、長崎市にその跡があるというのは不思議なものです。嘘の物語にちゃんと場所が残っているというのは、おかしいものですが。そこに立ちまして、そして有名な時間にして約7分間ぐらいに及びます“アリア”を歌います。ピンカートンに対する想いのたけを、長々と歌い上げるのですけれども、しかし実生活の中で、あんな事は有り得ない。だいたいおかしいのです。長崎の海岸の方を向きまして、バルコニーに立ち、アメリカの方を向いて歌うわけですが。だいたい長崎の海の向いというのは、支那大陸、中国大陸です。ずっと地球を半周以上しなければアメリカに向けないのですが、まあ、それは良いとしまして。

しかし、例えば皆さんが、今日はいろんな、いろんなと言うのはおかしいですが、多岐にわたる年齢の方がいらっしゃると思いますが、今夜、ホテルか旅館に泊まっていられる方は、そのホテルか旅館の窓を開け、九州あたりから来ている方もいらっしゃるでしょう、愛する夫が九州にいらっしゃるでしょうね。愛してな

い方もあるかもしれませんが。その愛する夫に向かって、自分が「今、あなた寂しいでしょう。私が京都にきて寂しいでしょう。」という想いのたけを、5分、6分にわたって、歌にしてお歌いになる。京都にもちゃんと救急車というのがございます。ピーポーピーポーと、あなたを運ばにきて、しばらく九州にお帰りになれないだろうと思います。病院の鍵のかかったところに放り込まれるのは請け合いです。しかし、あのばかばかしいような“アリア”がなければ、あの名曲がなければ、おそらくあのバタフライというオペラは、上演されないだろうと思います。それほど素晴らしい歌曲です。しかも、その嘘のあといった歌を歌い上げることによって蝶々夫人がピンカートンに対する想い、夫を恋する想いというのが、普通に我々が喋っている以上に、あるいは数十倍の説得力を持って、お客に迫ってくる。こういったものが実はお芝居の本質であろうと思います。

つまり、お芝居というのはこしらえものです。嘘の世界、嘘の物でも本当らしく見せないで、嘘は嘘のままではあっと放り出してしまっ、そしてその表現の中で、お客様にリアルな演技、つまり日常生活のような表現だけでは、とうてい達し得ないような強烈なインパクトを観客に与える。こういう物がお芝居の本質だと私は思います。■本の古いお芝居も、みなそういうような嘘の虚構と申しますか、こしらえものが非常に多いお芝居、私のやっております狂言も、その中の一つで、とにかく狂言を一度ご覧になるとおかわりになると思いますが、狂言の舞台というのは何も舞台装置がございません。全部役者が自分の台詞としぐさの中で、自前で、自分でやってしまうのです。せりふで全部言ってしまいますので、昔からせりふサービスと言うのです。

伝統芸術の伝承

そういう特殊な芸能でございますから、これを伝承していく、受け継いでいく、そのためには今の教育、音楽教育なんかと違った独特の教育方法を使うわけです。私たちの家、狂言の家に生まれますと、否応なしに小さい時分から狂言の稽古をさせられて、そして稽古を積みまると、なるべく早く舞台へ出そうとします。これを初舞台と言います。普通は、昔からこれをお聞きになったことがあるかも知れませんが、■本では

芸事は6才の6月6日■から稽古を始めると上達すると、これは京都、大阪辺だけの伝えかも知れませんが、京都ではそういう風に申しました。だいたい私の家でも、6才と申しますのは昔の、つまり満ではございません。数え年の6才ですから、4才あるいは5才にかかる時分から稽古を始めるのです。私、実は孫が一人おりまして、今年小学校1年に入ったのですが、この孫も満4才の時分から稽古を始めました。4才半ぐらいの時に舞台に立ちました。普通そういった様に4才から5才ぐらいで初舞台を踏む。もちろん我々、子供は、その時分の事は覚えておりません。みんな自分が初舞台を踏んだときの記憶はないと思います。気が付いたらいつの間にか狂言をやっていたと、こういう様な境遇の中で狂言をやり始めるわけです。ところが私が初めて舞台に立ったのは、一般より少し早く、2才と8ヶ月で初めて舞台に立ったのだそうです。今言ったように私、記憶がないのです。全然覚えておりません。

なぜ私がちょっと早く舞台に立ったかと言いますと、ちょっとしたエピソードがございまして、私、先ほど申しましたが、ちょっと思い出して頂きたい。千五郎という兄がございます。何度も申しますが、4才上でございます。私は今、千之丞というのは、これは芸名でございます。税金を払うときに、この名前です。本名は、選挙権を行使するときには、千之丞じゃございません。政次（まさつぐ）というのが私の本名でございます。千之丞が芸名、私の兄貴はちょっと変な名前、本名を しめ と申します。漢字で七五三 と書く。これは話を聞きますと、私の家では昔から12月28日■に、しめかざりなど、全部終わってしまうのです。そのしめかざりが終わった途端、兄貴が生まれた。そこで、しめ という名前がついたのだと、嘘じゃなさそうなんです。その しめ、そして芸名が千五郎。だから子供の頃、初舞台を踏んでしばらくの間は、私は21才までは、政次という本名でやっておりました。兄貴の しめ というのは、35、6才頃まで しめ という名前です。そういう風に、はじめ初舞台以降は、本名でやっていたのですが、先ほど申しました通り、教え年の6つぐらい、兄貴は確か4才と3ヶ月ぐらいで初舞台を踏んでいますが、4才になる少し前ぐらいから稽古を初め、つまり私が生まれた時分にばつばつ、もう兄貴は稽古を始めていたのです。

これも関西、特に京都の一つの昔のしきたりかもわかりませんが、昔はおなごしさんと言っておりますが、女中さん、今はお手伝いさんと言わないと叱られます。お手伝いさんがいた。今はなかなかお手伝いさんが少なくなりましたけれども、私が子供の時は、どの家でもちょっとした家だと、お手伝いさんの一人か二人は居りました。私の家にはだいたい二人のお手伝いさん、私にはおなごしさんと、その方が親しみやすいと思いますが、おなごしさんが居りました。おなご衆と書くのだと思います。そのおなごしさんが、二人居りまして私の家ではどういう名前の女の人が家に奉公にきて、おなごしさんになりましても、いつも同じ名前と呼ぶのです。つまりおなごしさんの襲名と言いますか、それがあったわけです。私の家では“おなかどん”というのと“おうめどん”という二人のおなごしさんが居りました。だから、何とか壺子ちゃんというのが私の家に来ましても“おなかどん”、みゆきちゃんが来ましても“おうめどん”、となってしまうわけです。私の生まれましたときに“おなかどん”と“おうめどん”が居りまして、“おなかどん”の方が先輩だった。次々、“おなかどん”が辞めてしまって、誰かが入ってきて“おなかどん”になったわけです。その時に“おうめどん”が先輩だったわけです。今度、“おうめどん”が辞めまして次の“おうめどん”が来ましたので後輩になった訳です。

私、先ほど申しましたように、家が大変人の出入りが多い家庭でございますから、母親も手がまわらないので、子供のいろんな細かいことは全部女中さん任せ。その兄貴、つまり しめちゃんの方の係におなかどんがなった訳です。年が上ですから。当然私はおうめどんが係になった。しめちゃんの方は私が生まれた時分、もう狂言をやっており、稽古を始め、まもなく初舞臺を踏んで、豆狂言師と言われちやほやされる。私は小さいですから、おしめをして、ぴーぴー泣いていた頃でしょう。おなかどんの方は、しめちゃんが舞臺に立って鼻が高いわけです。人気があって。そうするとおうめどんとしてはおもしろくない。早く大きくなれ、早く大きくなれと言って育てられたらしいです。そのうちもう、とにかく早く舞臺にたたせたくて仕方がないわけです。

そこでおうめどんが、一大決心をいたしまして、私に狂言を教えだしたのです。と申しますのは、狂言の

稽古というのは、先ほど伝承、特殊な形だと申しましたが、つまり洋楽のように楽譜とかがない。台本らしいのはあるのですが、ほとんど台詞は口写しで教える。師匠と弟子とが向い同士で横の間に正座をしまして、タカタツと大きな声で一つの台詞を言いますと、こちらの弟子が同じようにその台詞を言い返すのです。ところがこれが、非常にでっかい声なんです。狂言を初めてご覧になる方は必ず質問されます。「どうしてあんなに大きな声が出るのですか。」「どうしてと言われても昔からこういう風に喋っているのです。」と答えるのです。これは元々、狂言も能もそうなのですが、野外劇だったわけです。先ほどちょっとお話がありましたが、薪能というのは全国いたるところで行われておりますが、実はこれははっきり言って、新しいイベントでもなんでもない。能とか狂言は元々あいった形、野外で演じられるもので、能とか狂言が屋内に入りますのは明治になってからなんです。それまでは全部野外だった。野外ですから小さな声ではお客に全く聞こえません。いま私はマイクの力を借りて、スピーカーを通して、皆さんの耳に私の声が達しているのですが、狂言の時にはこんな声は使いません。もっと特別な声、営業用の声を使います。営業用の声と言うのは大体出演料を頂かないと出さないのです。しかし、今日は皆さん大変たくさんお集まり頂いておりますので、特別スペシャルサービス。狂言の声をちょっと出してお覧にいたします。ちょっと離れます。

これはこの辺りに住まいいたすものでござる 太郎冠者あるか はあー、御前に

こういう声を出して喋ります。狂言というのは、特別な大きなレッスン場とかいうものはございません。家の中で教えるわけです。家の中でこの声を出して練習するわけですから、家の中だけじゃなく辺り近所、向う三軒両隣までピンピンと響きわたって、狂言師の家の■りの人は、大概狂言事は少し覚えております。まして同じ屋根の下で生活するおうめどんですから、兄貴を祖父が今のような形で、口写しで狂言を教える、それを全部聞いているわけです。その内に覚えようとしなくても全部覚える。

私の母は、今年91才になりましたがまだ元気なんです。母は、狂言の家に嫁入りしましてから70年以上

になりますでしょう。18才で家に嫁いで来たそうですから。そうすると、大概の狂言は全部覚えております。私も舞台上でミスすることがあります。台詞を間違えたりいろいろしますと、楽屋へ入って行くとすぐ叱られる。母に叱られます。じゃ、母にやれと言っても出来ないのです。出来ないのですけれども、間違えるとすぐわかってしまう。恐い人なんです。そういう事でおうめどんも、全部それを覚えてしまった。覚えてしまうと、今度は僕に早くそれを教えたくなる。父や祖父に託せておくと、数え年の6才にならないとなかなか教えてもらえないというので、私に台詞をまず教えようとしたのですが、ところが昔の事ですから、狂言とか能とか言うものは女の人に教えてはいけなかった。大変な差別ですが、昔はそういうしきたりだった。昭和の初めごろです。大正の終わりですか。そういう世の中でした。まして家の女中さん、おなごさんたるものが、その家の大事なぼんぼんに、可愛い可愛いまあちゃん、私まあちゃんと言うあだ名なんです、まさつぐですから、まあちゃんに狂言を教えるなんて事は、もってのほか。叱られることは目に見えております。そこで私を家から連れ出しまして、別に誘拐した訳じゃありません。私の生まれましたのは、京都の、京都御所というのがございますが、そのつい東側ですが、そこにおりました関係で、子供たちの遊び場というのは、その京都御所の芝生の上、広い芝生がございます。そこへ出て、私たちは子供の時分、遊んでいました。そこへ私を連れ出しまして、その芝生の上に私をすわらせ、何メートルか離れた所に、そのおうめどんもちゃんと向かい合って座り、恐い顔をしながら、そのおうめどんが私に、“これはこの一”という台詞、狂言の一番最初に私たちは“いろは”という狂言がありますが、親が子供に、いろは四十八文字を教える。一番最初の狂言としては非常にふさわしい。時間も6分、7分で全部終わってしまうような、簡単な作品です。それを私の家の方でやるわけで、兄貴のしめも当然それを最初稽古した。だからその“いろは”の文句を全部、おうめどんは覚えていたわけです。その覚えた“いろは”を京都御所の芝生の上で私に、父や祖父が兄に教えていると同じような形で、口写しの形で、教えだしたのです。

ところが、私は当時非常に頭が良かった。天才少年と言われた。今はもうぼんくらでございます。すぐ覚

えちゃったのだそうです。3ヶ月ぐらいで全部覚えた。まあちゃんが台詞を全部覚えてしまうと今度は、大体狂言の稽古は台詞を覚えると今度は型と申しまして、仕草を手取り足取り教えるわけです。ひとつひとつ。ところが女中さんは稽古場に入れませんか、その仕草、型の方はわからない。これを教える訳にはいかないのです。どうしても祖父とか父に教えてもらわなければいけない。早くその仕草を稽古して、早く舞台上に立たせたい、早くまあちゃんの初舞台が見たいという一念からおうめどんは、恐る恐る父の前へ出まして、「まあちゃんは“いろは”のことは全部覚えてはります。」と報告した。大変祖父と父に叱られたそうです。叱られたそうですけれども、本当に言えるのかどうかということで、私は祖父の前に呼び出されて「いろはの言葉を言ってみろ」という訳で言われたのだそうです。そうすると、もう一度言いますが私は頭が良かった。ぜんぶ、全然間違いなしに、台詞を言ってしまったのだそうです。これは「ほんまものだ」ということで、あらためて台詞の稽古をしなおし、やがて型、仕草も習いまして、2才と8ヶ月で私は舞台を踏んだ、とこういう事になっております。私はそんな風にして、人よりは少し早く、舞台を踏んだ訳です。それからずっとこの年になるまで、狂言を演じ続けております。約64年ほど狂言をやっていることになるかと思います。

私はそういう家、つまり家全体が狂言だと言ってもいいと思いますが、狂言そのものの雰囲気を持った家、狂言の伝統の中にとっぷり浸かっていた家。めったにお出にならない方が、ときどき私の家に来られるとびっくりされることがあるのだそうです。私の兄、年上のしめさん、いま、千重郎さんと二人で喋っていると、ときどき狂言の言葉が日常会話の中に出て来るのだそうです。それは、自分たちは全然意識なしにやっているのですが。そういうような、文字どおり狂言にとっぷり浸かっている家に生まれてきました。日本の古典芸能の世界では、学校というような教育機関がないものですから、自然、家単位で、その家で祖父から父、父から子供、子供から孫へ、あるいは内弟子にそれを教えていって、それを伝承していくというのが従来のやり方でした。これは私、ベストのやり方ではないと思います。しかし、ベターなやり方と申しますか、いまの社会情勢ではやむをえない伝承の仕方、今もそういう伝承の仕方をしてしているわけです。

そういう事で、私は生まれながらの狂言役者であって、人よりちょっと早く舞台に立った訳ですが、ところがその伝承と云うもの、伝統と言うものの中におりますと、回りからご覧になる方とはまた違った伝統に対する見方、取り組み方と言うのが生まれて来るのだと思います。はっきり申しますと、人様から伝統、伝統と言って非常に崇められる、珍重される物の中には、とんでもなくわせ物が含まれている。とんでもない偽物が、伝統の中には、伝統と目されている中にはある。そういう事を私は、子供心で感じておりました。その疑問というのを解き明かしながら、自分なりに解釈しながら、あるいは、いろんな人に質問しながら、今日まで伝統の中に生活してきた訳でございます。

伝統芸能の新しい考え方

表題は「伝統を越えて」という誠にあつかましい題を付けているわけですが、私はまだ越えているわけじゃございません。越えようと思っているわけです。後50年ぐらい生きるつもりでおりますから、そのうち何とか越えられるのじゃないかと思うのですが。じゃあどういう所を越えていこうとするかと言いますと、なるほど狂言の持っている先ほどの声、あれも昔からああ言う声でやっていたわけで、稽古の時も全部あの声を出してやるわけです。これも一つの間違った伝説でございますが、こういう話をよく聞くのです。

と言うのは、私の家がそういう風に狂言を昔からやっていて、京都御所の近くの、もう少し東に行くところの鴨川がございます。今出川の橋があって、私たち子供の時分に、その鴨川の両岸に立ちまして、お弟子が鴨川の西側の岸に立って、先生が東側の岸に立って、そして大きな声でさっきのような台詞を言う。そしてそれに対して弟子の方は、鴨川の川ごしにそれを受け答える。特に寒中、寒いときに北風がびゅーびゅー吹きすさぶ鴨川の対岸同士で立っていて台詞を言っても、それがよく聞こえなきやいけないような、そういう様な練習の仕方をした。鴨川の両岸に立って台詞を練習するのが、茂山の家のやり方だと。こういう事を私はよく聞くのですが、そんなことは全然ないのです。嘘なんですね。伝説というのはいい加減なものですよ。しかし、あまりよくそんなことを聞きますと、何かこんな事をやったような気がするなあ、と思ったりするのです。これは、寒稽古というのがありまして、寒稽

古の寒い空気の中で声を出す練習などを致しましたが、ずっと昔は鴨川の所でやっていたかも知れません。しかし、いま鴨川でそんなことをやったら、それこそ人だかりが出来て大変なことになります。先ほどのピンカートンに対する蝶々さんみたいな事になってしまうかも知れません。そういう事はやりません。

しかし、そういう様な伝説が生まれるほど、私の家の狂言の伝承の仕方が非常ご大そうに世間では考えられるわけです。ともかくそういう伝説が生まれるほど、ああ言った大きな声といいますか、実はよく通る声だと私は思います。通る声を狂言師が出て台詞を言う。あるいは非常に明快な、はっきりした、大げさな、誇張されてしかも省略された仕草をやる。その表裏力というものは、なるほど私は大変なこれは技術だと思います。狂言の持っている素晴らしい伝統であり、伝承すべき、次に伝えなきゃいけない技術であろうと私は思います。なるほどそういう物は大変大事なのですが、そういう物を含めた伝統を一つの権威として、何か値打を付けようとするような構えみたいなものがあるわけです。つまり狂言というのは、「こんな素晴らしいものですよ、あなたがたにわからないでしょう。わからないほど素晴らしいのですよ。」と、こういう様な言い方がよくあります。

それから、こういう事を我々よく言われます。「狂言と呼び捨てにするといけない。」と言うのです。「お狂言」と、おの字を付ける。能もそうです。「お能」と言います。それから私たちがやっている芸も、おの字を付けて「お芸事」と、こう言う。何でも日本人はおの字を付けると、何か自分自身がちょっと上品に見えるのです。「お紅茶」、「お珈琲」。私このあいだ東京でおもしろい事を聞いて吹き出したのですが、ある銀座の喫茶店で、皆さんがご想像になるような御婦人です。その御婦人が「おコココー」とおっしゃったのです。これ、一回で言えませんか。今晚、練習してみてください。「おコココー」これはなかなか言えないですよ。あの御婦人、大変練習してきたのだと思います。一瞬、しかし耳を疑いました。そういうのと同じように、お狂言とかお能とかお芸事という事はおの字を付けて、我々は呼ばれる。

それから私は故意に、狂言役者という名前を使ってやっておりますが、我々の仲間では狂言役者という言葉は余り使わない。「狂言師」と言って、おっしょさ

んの師の字を書くのです。一般的には師を付ける。「能楽師」とか。私は余り好きな言葉じゃない。役者に徹したいと思って、狂言役者という言葉で自分を使っております。そういう風にして狂言と言うもの、あるいは能と言うもの、古典芸能と言うものを大変自分たちの生活とはかけ離れた、雲の上に置くような一般の見方、そしてそれと同じように、内部の人が余計そういった風に飾りたてて、これは大変なものなのだ、大変素晴らしいものなのだ、一般の方にわかるような物じゃない。皆さんの生活と違ったところに我々は居るのだ、と言うような構えをして、それが伝統だ、と言うような言い方をしばしばすることがあるのです。実は内容と何も関係ない。私は「お狂言」と言われるようなつまらない芝居はやりたくない。「お狂言」という時には皆さんは、お狂言を拝見するとおっしゃるのです。拝見されるのは大嫌いです。向こうが難しい顔をして頭を下げながら狂言を見られると、我々役者は、狂言は笑いの芝居ですからやっていられないのです。

具体的にこんな事がございました。私ずっと何十年かの間、できるだけ学校に出かけまして中学校、高校あるいは小学校の場合もございますが、学校の現場で、体育館のステージ上で狂言をやって生徒さんに直に見てもらう。そういう事をずっと30年近く続けておりますが、その中でこういう事が一度ございました。

ある山陰地方、山の中、小さな350人ぐらいでしたか生徒さんの数が。中学校でした。私たちが狂言を始める前に校長先生が私たちを紹介して下さった。非常に難しい顔をした謹厳実直を絵に書いたような先生でしたが、その先生がやおら壇の上に上がられまして、「えーこれから、はるばる京都からやって来てもらった狂言をみんなで見ることになる。狂言というのは大変崇高な芸術であって、いやしくもこれを見て笑うような事があってはいけない。」こうおっしゃったのです。

私、最初は「すえひろがり」という狂言をやったのですけれども、これは余りおかしい狂言じゃございませんけれども、やはり、時々は笑いがないとやってられないのです。笑いの芝居というのはお客様の笑い声をちゃんと計算して創られているのです。落語、漫才、あいうものが昔はラジオ、テレビのなかった時代です。ラジオでやるときには、スタジオの中で落語とか漫才をやった訳です。お客が全然いない。そこでやる

わけで、大変やる人はやりにくかった。そこで公開録音というのが始まった訳です。お客さんを実際に入れて、そして笑うべき時には、お客さんに笑ってもらって、その笑い声も入れて一つの雰囲気づくりをしていく。本来、笑いの芝居、笑いの芸と言うのは、お客の笑いと一緒にセットになって生きているもので、だから狂言も笑ってもらわなきゃいけないときに、お客の笑いがないと先に進まないのです。ぎこちなくなると、何かしらけた雰囲気になってしまう。

その時の「すえひろがり」がそうでした。子供たちは、その当時、今よりはだいたい素直な子供たちが多かったですから、ともかくおかしいでしょう。一生懸命笑いを堪えて、涙をいっぱい溜めて見ている子もいました。いたたまれなくなり、私は「すえひろがり」がすんだら、~~衣装~~を着たままで校長先生の側に行きまして、「狂言というのは笑って見て頂いて結構なんです。どうぞ生徒さんに笑って頂くように言って下さい。」と言ったのです。そうしたら「はい、わかりました。」と壇に立たれまして、「今、許可があったからこれから笑うように」。こういうような、それこそ笑えないエピソードがあるのです。

その先生は悪気があっておっしゃったのではない。おそらくその先生は、狂言と言うものを一度もご覧になったことがないのだと思います。しかし狂言と言うのは大変古い芸能で、大変難しい謹厳実直なものであると。だから生徒が笑うような事をすると失礼にあたると、そういう気持ちでわざわざそういう事をおっしゃったのだと思います。

一般的に狂言をそういう風に考えていらっしゃる。それが狂言というものの伝統だと思われる面も、非常に強いのではないかと思います。それが我々の仲間にもそういう事を、さっきも申しましたように狂言の■りにいろんな飾りを付けていく。そして自分は狂言をやっているから自分も偉いのだと、狂言という素晴らしいものをやっているから、自分は素晴らしいのだと言うような思い上がった考え方で、狂言に対して我々の仲間もたくさんございました。そういう事に対して我々は非常に反発をこの時分は感じていたわけです。

伝統芸能の開放

それからもう一つ、伝統らしき物を飾りたてるだけ

じゃなしに、それを私物化してしまう。あるいは営業の材料にしてしまう。こういう様な現象が、明治以後大変強いのでございます。別に狂言とか能とかを飯の種にしていると、いうことではありません。私自身、それを飯の種にしているわけですからそういう事を言っているのではないのです。狂言とか能とか、あるいは日本の伝統芸能というものを、本質とは何も関係のないところで、一つの組織をこしらえまして、それを売り物にする。はっきり申しますと、たとえば家元とか宗家、お茶やお花にもあります。我々狂言にも能にもあるわけです。実はこの能とか狂言というのは決して私物ではないのです。我々の祖先からずっと受け継がれてきた、**民族的な遺産**です。みんなの共有財産なのです。その共有財産を人に知らさない、自分たちだけで一つの、はっきり申しまして金儲けの元にするために、一つの組織作りをしてしまう。一つの企業としてその伝統を扱って、自分たちだけの伝統にしようとする部分が、明治以後に大変強く現れてきた。私は、その最も顕著なものが、家元と言われるものだと思うのです。

卑近な例でこれは申し上げると悪いかも知れませんが、家元という組織はどのようになっているか、皆さんも中にはお茶とかお花とか、三味線とかあるいは謡なんかもやっていらっしゃる方があるかも知れませんが、非常にわかりやすく、家元がいかに経済的な企業であるかと分かる例を一つだけ申しますと、京都にたくさんお花の家元があります。日本でも一番代表的な流儀に属する流儀の会館が京都にあります。名前は申しません。申すと私、叱られますので、実はあそこの人たちをよく知っていますのでね。そこに大きな会館があるのです。大変大きな殿堂です。そこへ入りますと、入ったところに大きな階段があります。その階段を上がりまして、その階段の上に踊り場があって、そして左右に、また階段があって二階に上れるようになっている。昔の王宮の建物を想像して頂くとよく分かる訳です。その階段を上りましたところに壁があります。石の大きな壁があるわけですが、その壁はいろんな大きさの石がはめ込みになっているのです。一番大きなのは1メートル半ぐらいあります。小さなのは煉瓦みたいな物、それがこうずっとはめ込んで一つの大きな壁になっているのですが、その壁に全部名前が一つづつ書いてある。あるいは何とか支部と書いて

ある。聞きましたら一番大きなのが、その会館が建ったのは、今から25年ほど前だと思いますが、一番大きな石に名前を書いてある人は、当時の金で100万円出しているのだそうです。一番小さなのは5万円だそうです。つまりその壁がその家元と言うものを象徴しているのではないかと思います。

そう言ったいろんな形で、お金を貰う。いろんな名目です。たとえば免許を与えとか、あるいは我々の所ですと、習い物と言いまして難しいものをやる時には、家元にお金を積まないとかやらせて貰えない。自分がやれるかやれないかの問題じゃないのです。金さえ出しゃ出来る。そう言った組織作りの中で、今の家元制度、つまり家元と言うのは伝統を日本では保持するために創られた組織のように皆さんお考えになりますが実は、そんなものじゃなくて、家元と言うのは、一種の家元という組織のピラミッド型の傘の下にいる人にとっては非常に大事な企業ですから、その中で経済的に活発にお金が動かないことには、生活が出来ないのでけれども、それと実際の我々の場合は舞台で表現する能とか狂言と言う芸、あるいはお茶とかお花の場合ですと、その人がお花を生けたり、あるいはお茶を点てたりする時の表現の力と言うものとは、組織そのものとは何にも関係がないのだと思います。現に100万円納めれば、とにかくその流儀の中では最高の、つまり師範のあれが貰えるわけです。いくらうまくても、いくら一生懸命頑張っても、金がなきゃそういう地位は生涯得られない。私たちの方でも、やはり私は茂山という狂言の家柄の息子ですから、私はある程度有利です。いろんな事をやりますので、こんな事は私だから喋れるので、私の弟子がこんな事を喋ったら明日から全部首になってしまう。そういうふうな制度、組織の中に我々はおかれているわけです。

先ほども申しましたが、私はそういう事に対して非常に子どもの時分から反感を感じていた。たとえばその伝統の中にこういう伝統もあるのです。つまり狂言役者は、我々ですね、我々は他の芸能のジャンルの人と一緒に仕事をしてはいけない。あるいは自分の持っている知識、技術を他の演劇のジャンルの人に、それを教えてはいけない。こういう様な厳しいタブーと申しますか、そういう物がずっと昔から厳として存在している。それを犯しますと、破門とか除名とか言う制度があるわけです。そういうだんばらを振り■して来

るわけです。除名とか破門をされますと、その仲間と一緒に付き合いが出来ない。私たち役者は、一人では狂言が出来ませんから何人かとやらなくちゃいけない。そうするとその人たちとは狂言をやれなくなっちゃう。例えば、一緒にやりたいと思っているのが私の兄であり父であっても、私が破門されてしまうと、私は父とは狂言が出来なくなってしまう。そういう様なことが事細かに決められていたわけです。これが太平洋戦争が始まる前までは、非常に厳格に行われていた。先ほどの女性に狂言を教えてはいけないのも、その一つのルールなのです。そういう事に対して私は非常に反発を感じまして、出来るだけ喧嘩してやろうという気持ちになりました。ともかく、だいたい昭和の25年から35年ぐらいにかけまして、いろんな事をやりました。やっちゃいけないことは全部やる。ともかく大変忙しかったですけれども、おもしろかったですよ。いろんな事をやりました。

例えばストリップというのがございますね。皆さんは余りご覧になったことがないと思うのですが、皆さんがご覧になったら、ちょっと気持ち悪いですが、私も割に好きでよく見ます。好きで見ただけではなくて、私の30才ぐらいの時ですか、そのストリップの振付けなんかをやりにして、えらい問題が起りまして、私は何度も何度も破門されかかって、首が幾つあっても足りなかったのですが、その都度、尻をまくったわけです。

つまり、狂言もストリップも芸能だ。それがどちらが上でどちらが下だなんて事はお客様が判断することで、我々自身が判断することではない。私はストリップは素晴らしい芸能だと思います。そのストリップをより良い芸能に創り上げるために、我々は自分の持っている狂言という技術を使って、それを舞台の効果をより高めるために、役者として芸能人として当然の事をやっているのだと。こういう事を言いますと、昔の年寄り、私はいま、もう年寄りになりましたけれども、その当時の年寄り、何の事か全然分からなくなっちゃうのですね。それで黙ってしまうのです。そういうおかげで私は、そういう事でいろんな人がやらないような事をやりました。

最後には私、葬式をやりました。自分の葬式。皆様の中で自分の葬式をやられた方ありますか。これは一つの世の中に対する抵抗でやった訳ですけれども、私

が還暦の年、今から7年前ですが、自分で葬式をやりました。ちゃんと死亡公告を出しましてね、そしてみんなに来て貰って、御香典をちゃんと貰って、お経をあげて貰って棺桶の中に入る。棺桶の中に入って、今度は赤いちゃんちゃんこを着て棺桶からとび出すのです。これは私が始めたのではなく、関西では昔よくやっていた事なのです。還暦と言うのは生まれ変わる訳です。60年、自分と同じ干支が回って来る訳です。そういう時に、1才から出直す、やり直す。還暦と言うのは、暦を還すと書きますから一生が終わって、そこからまた新しい一生をふりだすと言う意味で還暦というので、昔からよく洒落でやったのだそうです。

有名な大阪の噺家がそれをやりまして、棺桶の中に入ったのです。そうしたら友達がぞろぞろやってきて、香典をおいてお経を唱えるのですが、何人かやってこない。そこで棺桶から首を出しまして、「あいつ まだけえへんか」と言ったような亡者もあったそうですけれども。私それをやったり、これもつまり現代のお葬式というのが余りにも、それこそ妙な変な伝統で、形式的に流れすぎていて、仏様のためには、ちょっとっていないのじゃないかと思います。現在に生きている人のための葬式であって、死んだ人間のための葬式では決まてない。私はあんな葬式をされるのはかないませんから、自分で自分の葬式はちゃんと演出して、自分で好きなような葬式をするのだと言う気持ちで、その時やったのです。

万事、私はそういう風にして一般の世間の常識とか伝統を含みました我々の、いわば過去に足を引きずっているような世の中のいろんな仕組み、考え方、そういう物に対して、我々はまず疑ってかかるべきだと私は思うのです。能やら狂言の私たちは、その実際の型、技術にしましても、長年の流れの中でずいぶん変わってしまった。元の意味からはかけ離れた形だけが残っているものが非常に多いのですが、私はそのかけ離れた形だけの部分が、なぜそういう物が生まれたかという解釈が付くまでなかなかやれない。やっけてもいい気分になれないのです。そういう事を私は、かっこいい言葉でいいますと、「伝統の批判的摂取」という言葉を使っております。伝統は絶対的なものではないのだ。それは自分にとって、あるいは今の世の中にとってどういう意味を持っているのだ、それはどういう訳で生まれてきたのだ、ということを自分なりに見極め

「伝統を越えて」

て、そしてこれはやはり後に伝えるべきものであることを、確信を持って伝承していかななくてはならない。それを人に伝えていかななくてはいけないというような事を、私はいつも考えているわけです。それが言葉を変えますと、「伝統を越える」ということになるかと思えます。

私の好きな言葉、実は私がつくった言葉ですので、たいしたことはありませんが、「伝統はそれを越えて行くもののためにだけある」。伝統は伝統を越えてい

くもののためにだけある。決して伝統は商売のためにあったり、個人の私物化するためにあったり、そういうものではこれは伝統が非常にかわいそうだと思います。伝統の冒涜に私はなるのじゃないかと、そういう様なたいそれた発言をする訳ですが、先ほど申しました通り私は狂言役者です。嘘つきですから、どうかそのつもりで今日話を全部聞き流して頂ければ幸いです。つまらないお話でございました。どうもありがとうございました。

看護教育の進展と「よい看護」概念の変容について

Change of Image Structure of "Good Nurses" in accordance with
Educational Progress on Nursing School

小松原 明 哲*

Akinori Komatsubara

I はじめに

近年、医療あるいは病院はサービス業の一種であるとの認識が従来にも増して高まってきている。そこで病院経営（マネジメント）においては、患者に対してのよりよいサービス提供を念頭におき進められることが重要であるとの理解がますます高まってきている¹⁾。

ところで病院・医療は看護を抜きにして考えられない。ここで看護とは「心身ともに安定した状態を維持できるように援助すること（村上ら1987）²⁾」と考えると、よい看護とは単に医療面だけではなく、患者に対しての心理的援助も当然のことながら重視しなくてはならない¹⁾。従って看護教育の場においても、単に看護の技術的な面だけではなく、患者との心理的関係、あるいは心理的看護サービスを含む「よりよい看護」ということについて看護観を啓発し、適切な看護教育を行って行くことが強く要請されよう。

ここで看護学生が3年間の教育の進展と共に、よい看護に関しての概念（認知心理学で言うところのメンタルモデル³⁾）をどの様に変容させ、実際の看護婦のもつよい看護概念へと発達させて行くのかを明らかにすることは、看護教育の各段階での教育内容を検討したり、学生の職業意識の形成指導や修学意欲の向上のためにきわめて重要な示唆を与えることになると思われる。このような観点に立ち、例えば水野（1982）⁴⁾は連想詩画法を用いて、看護学生に対して看護に対する自己の考え方を洞察させ、学生に自己の内面において看護観を育成させることを試みている。また謝花ら（1984）⁵⁾はセマンティックディファレンシャル法を用いて学年別に看護婦イメージの検討を行っている。

小島（1975）⁶⁾は看護職の職業意識について5段階評定尺度質問紙法により検討を行い、1年生が看護職を憧れとして提えているのに対して、学年が進むにつれてより現実的な看護職意識が育って来ることを示している。

ところで看護は看護婦を通じて実際に患者に対して働きかけられることを考えると、看護教育の場においては、「よい看護」と言う抽象的な指導もさることながら、「よい看護婦とはどのような条件を備えていなくてはならないか」と言う、直接的な問いかけを行い指導して行くことも、高い教育効果をもたらすことができると考えられる。そこで当研究では前述の諸家の研究を踏まえ「よい看護婦」という概念において各教育段階の学生は具体的にどのような点に困惑し、またその概念はどのようにして形成されて行くのかを検討し、看護教育の一助とすべく考察したので報告する。

II 研究方法

1. 質問紙の作成

当研究ではよい看護婦の条件を質問紙法により検討することとした。即ちよい看護婦の条件として考えられる項目を予め列挙し、それらを7段階評定の評定尺度質問紙にまとめ、看護教育の各段階の学生に実施し結果を統計解析することで検討を進めた。

まず項目の列挙については、病棟看護に造詣の深い看護学系教員らのディスカッションにより、よい看護婦の条件として考えられる項目を自由に挙げてもらい、それを整理することにより質問項目を設定した。その結果100以上の条件項目が列挙された。これらを整理し多義的な理解がされやすい項目を除き全体的なバラ

* 金沢工業大学経営工学科 Dept. of Management Science, Kanazawa Institute of Technology

ンスを考え、最終的に表1に示す計73項目を今回の質問項目とすることにした(表1)。

質問紙ではこれら各項目を1枚の質問用紙に配し、これを回答協力者に配布し、7段階評定尺度法(非常に必要:7点~全く不要:0点)により、それら各項目ごとにより看護婦の条件としての重要度を評定してもらった。

表1 調査に用いた質問紙

＜良い看護婦に関するアンケート＞

このアンケートは俗に言う「良い看護婦」の条件を明らかとすることを目的としています。

あなたはいま、以下の各項目について「よい看護婦の条件」としては、どの程度の重要性・必要性を感じているでしょうか? 各項目の意味を余り深く詮索することなく、感じたままでお答え下さい。

結果は統計的に処理しますので、このアンケートの回答がそのまま公表されたり、評価されたりすることは一切ありません。ご協力よろしくお願い致します。

あなたの年齢 歳 男・女
(看護婦の方 経験年数 年)

＜答え方＞

以下の各項目について「良い看護婦」の条件としての重要性・必要性を、例にならって評定スケールに○をつけることによりお答え下さい。

(例) しおらしさ	全く 不要	無関係	非常に 必要
1 謙虚さ			
2 やさしさ			
3 親切さ			
4 慎重さ			
5 大胆さ			
6 厳しさ			
7 几帳面さ			
8 おおまかさ			
9 たくましさ			
10 のんきさ			
11 協調性			
12 責任感			
13 指導力			
14 独創性			
15 探究心			
16 公平さ			

17 礼儀作法	
18 独立心	
19 落ち着き	
20 神経質であること	
21 おっとりしていること	
22 テキパキしていること	
23 仕事がはやいこと	
24 仕事が正確であること	
25 きびきびしていること	
26 余裕があること	
27 患者に甘えられること	
28 患者を叱りつけること	
29 患者に信頼されること	
30 患者と仲間意識を持つこと	
31 患者の指導者となること	
32 患者に尊敬されること	
33 患者をなぐさめること	
34 患者の病気を治すこと	
35 患者の心の支えとなること	
36 患者の言いなりになること	
37 患者と一体感を持つこと	
38 患者に命令すること	
39 医学的知識があること	
40 医学的技術があること	
41 医学的経験があること	
42 看護の知識があること	
43 看護の技術があること	
44 看護の経験があること	
45 はきはきしていること	
46 あっさりしていること	
47 親しみやすいこと	
48 明かるいこと	
49 あたかいこと	
50 陽気なこと	
51 従順であること	
52 繊細であること	
53 ずぶといこと	
54 へこたれないこと	
55 感受性が強いこと	
56 楽天的であること	
57 にぎやかなこと	
58 おしゃべりなこと	
59 無■なこと	
60 物事をはっきり言うこと	
61 嘘をつかないこと	
62 正しい言葉づかいをすること	
63 こざっぱりとしていること	
64 化粧をしていること	
65 清潔であること	
66 色っぽいこと	
67 派手であること	
68 上品であること	
69 清楚であること	
70 おしゃれであること	
71 庶民的であること	
72 専門家であること	
73 体力があること	

以上で終わります。ご協力頂き、どうも有難うございました。

2. 実施対象

調査は九州地区の看護短大の協力により、短大入学直後、及び各学年の教育終了期（2月）の看護学生、並びに大学病院外科病棟看護婦（平均年齢25.7歳）の計5属性で行い、留置方式により回答してもらった。

ここで看護学生について入学時に実施した理由は、看護学科に進学して来る学生は漠然とした看護婦のイメージや憧れをすでに有していると考えられることから（小島1975）⁵⁾、この構造を明らかにするためである。また各学年終了時に実施したのは、各学年での看護実習を通じて看護経験が順次積み、その成果が回答に反映されたと考えたからである。病棟看護婦については、教育により形成されたよい看護概念と、実際の看護体験を経てから有する概念とのギャップを考察したいためである。

ここでこの短大においては表2に示す要領により病棟実習を行い、看護の実感を体験させている（表2）。

質問紙有効回答者数は表3に示す計264名であった（表3）。

表2 病棟実習の概要とねらい

1年次	5月	病棟見学（1時間）	病院の仕組み、病棟看護の実態を見学し、看護学生としての修学意欲を高める（講義の1時間分を当てる）。
	1月	看護技術実習（3日間）	病棟においての患者介護により、授業で学習した看護技術を医療の場において実践し、各論学習の動機づけを行う。また患者との人間関係、看護職としての節度ある行動について考察する。
2年次	7月	外来見学実習（2日間、午前中）	外来患者と病院内での行動を共にすることにより、病院の機能、医療チームメンバーの役割を学ぶ。また患者の受診行動を観察し看護上のニーズを考察する。
3年次	5月	基礎実習（1週間）	個々の患者に必要な援助の計画を立案し、実践することを通じ、看護の基礎的能力を身につける。また医療

スタッフの一員としての自覚を養う。

5月～1月	各論実習（月曜を除く毎日）	成人看護・小児看護・母性看護・精神看護の各論について順を追って学ぶ。
1月	リーダー実習（1週間）	看護チームの一員としてのリーダーシップ・メンバーシップの役割を理解し、積極的行動が出来るようになる。

表3 質問紙有効回答者数

入学時	57
1学年終了時	59
2学年終了時	63
3学年終了時	55
病棟看護婦	30

3. 解析方法

回収された質問紙を元にして、次の解析を行った。

(1) 項目ごとの評定分散の検討

ある回答属性において、ある評定項目について評定の標準偏差が大きいと言うことは、その項目については回答者個人個人まちまちの評価をしている、即ちその属性ではメンタルモデルが固まっていないと言うことを意味する。そこで各回答属性ごとに各評定項目ごとに、評定の標準偏差を求め、各回答属性ごとに標準偏差が大きくバラついた項目を検討する。具体的には標準偏差が1.5点以上にバラついた項目を調べた。

(2) 重要視されている項目・余り重要視されていない項目の検討

各回答属性ごとに、よい看護婦の条件としてきわめて重要視されている項目・余り重要視されていない項目を検討する。具体的には平均評定点が6.5点以上の項目、及び余り重要視されていない項目として平均評定点が4点未満の項目を調べた。

(3) 教育の進展と評定平均点の相違

各質問項目について、学年の進行に伴う評定平均点の違いについて、次の組合せにおいて統計的有意差を示す質問項目を抽出する。

①「入学時－1年終了時」：入学時の看護婦への憧れ

と、現実に病棟に出て看護に触れてからのギャップを探ることを目的とする。

②「1年終了時－2年終了時」「2年終了時－3年終了時」：看護教育の進展と共に、見方が変わって来る項目を探ることを目的とする。

③「3年終了時－病棟看護婦」：看護教育と、実際に看護婦となってからのギャップを探ることを目的とする。

検定は平均値の差の検定を用い、有意水準は5%とした。

(4) 因子分析によるよい看護婦に関する概念構造の検討

前項まではよい看護婦の具体的項目についての検討である。これに加え、よりよい看護婦についての内面的概念構造の変容を探るために、各属性ごとに質問項目の因子分析を行う。

因子分析は評定分散が大きい項目を除いた残りの51項目について主因子法により行った。共通性の推定はSMC (squared multiple correlation) を用いバリマックス回転をかけた。因子数は芝の基準⁷⁾を参考にして8因子まで(ただし第8因子以下であっても累積寄与率が70%を超えた場合には十分説明されたと考え、因子抽出を打ち切る)求めた。

■ 研究結果

1. 項目ごとの評定分散の検討

評定標準偏差が1.5点以上となった項目を表4に示す(表4)。

評価が安定していない項目を具体的にみると、患者との関係に関する項目(患者の指導者となる、患者の言いなりになる等)、及び外見に関する項目(色っぽいこと、派手であること等)が上がっている。このことは、外見や患者との関係については回答者個人個人考え方がかなり違っていることを示している。ただし学年が進むにつれて評価が安定していない項目は減少傾向にあり、看護経験が積まれるにつれて「外見」「患者との関係」についても、いかにあるべきか一定の見解が下されて来ることがわかる。ただし病棟看護婦であっても「患者に甘えられる」「患者の言いなりになる」と言う、患者からの一方的な感情関係については項目は標準偏差がやや大きく、評価が割れている。

2. 重要視されている項目・余り重要視されていない

項目

平均評定点が4点未満であった項目を表5に、評定平均点が6.5点を越えた項目を表6に示す(表5、表6)。

全体的にみて、経験が進むにつれ、きわめて重視される項目も余り重視されない項目も共に減少する傾向が見られる。経験と共に極端な重視・非重視がなくなり、まんべんない評価がなされて来ることが示唆されている。

次に重視されている項目を具体的にみてみると、全属性に共通して「やさしさ」「慎重さ」「責任感」等の看護婦としての基本的資質に関すること、「仕事の正確さ」、また「患者との信頼関係」「患者の心の支えになる」と言う患者との関係に関すること、「看護の知識」「看護の技術」等の専門性が、それぞれ重要とされている。さらに学生は「明るいこと」「あたたかいこと」などの態度性格についても重視している。

重視されていない項目については、「患者の言いなりになる」「患者に命令する」など、患者からの、あるいは患者に対する一方的な態度関係は重視されていない。前項で述べた評価が安定していない項目を考えると、看護婦と患者との関係は、どちらかが優位にたった一方的な支配関係や、甘えられると言ったウェットな感情関係ではなく、信頼や心の支えという理性的な関係が重要であることが示されている。

3. 教育の進展と評定平均点の相違

評定平均点についての平均値の差の検定の結果、有意差が見られた項目は表7に示す通りである(表7)。

(1) 入学時と1学年終了時の比較

入学時に比べ1年終了時には評定点が増大する項目がきわめて多い。これに対して評定点が低下する項目は皆無であった。

ここで評定点が増大する項目については、「厳しさ」「指導力」「探求心」などに加えて、患者との関係に関する項目が一律に重視されるようになっている。

前述のようにこの短大では、1年次ですでに病棟実習を行っているが、これにより入学時にはあまり意識していなかった患者との関係がきわめて強く意識されたものと思われる。ただし一律な重視の仕方であり、患者との関係に於て重視すべきことと重視すべきではないことの区別はつけられていない。

(2) 1学年終了時と2学年終了時の比較

種々の項目について平均評定点が増大しているが、

看護教育の進展と「よい看護」概念の変容について

表4 評定点の標準偏差が1.5点以上となった項目

カッコ内の数字は（評定平均点，標準偏差）を示す

一年入学時	一年学年終了時	二年学年終了時	三年学年終了時	病棟看護婦
患者の指導者となる (4.1 1.56)	おおまかさ (3.8 1.62)	おおまかさ (3.6 1.52)	おおまかさ (3.7 1.57)	患者に甘えられること (4.0 1.50)
患者の心の支えとなる (6.0 1.55)	のんきさ (3.7 1.60)	独立心 (5.2 1.56)	患者を叱りつけること (4.1 1.50)	患者の言いなりになること (2.7 1.50)
患者の言いなりになる (3.1 1.62)	患者の言いなりになる (2.9 1.54)	患者に甘えられること (4.2 1.60)	患者に命令すること (3.8 1.51)	
患者と一体感を持つ (5.3 1.59)	患者に命令する (3.1 1.67)	患者の指導者になること (5.6 1.56)		
患者に命令する (2.9 1.92)	色っぽいこと (3.1 1.60)	患者に命令すること (2.6 1.58)		
色っぽいこと (2.7 1.77)		派手であこと (3.1 1.57)		
派手であること (2.6 1.58)				
上品であること (4.4 1.52)				

表5 よい看護の条件としてあまり評価されていない項目（評定平均点が4点未満であった項目）

カッコ内の数字は（評定平均点，標準偏差）を示す

一年入学時	一年学年終了時	二年学年終了時	三年学年終了時	病棟看護婦
おおまかさ (3.4 1.26)	おおまかさ (3.8 1.62)	おおまかさ (3.6 1.52)	おおまかさ (3.7 1.57)	おおまか (3.8 1.37)
のんきさ (3.2 1.44)	のんきさ (3.7 1.60)	のんきさ (3.8 1.43)	のんきさ (3.7 1.34)	患者の言いなりになること (2.7 1.48)
神経質であること (3.7 1.44)	神経質であること (3.9 1.20)	患者の言いなりになること (2.6 1.49)	患者の言いなりになること (3.2 1.32)	患者に命令すること (2.9 1.29)
おっとりしていること (3.7 1.15)	おっとりしていること (3.8 1.21)	患者に命令すること (2.6 1.58)	患者に命令すること (3.1 1.51)	おしゃべりであること (3.5 1.07)
患者に甘えられること (3.9 1.29)	患者の言いなりになること (2.9 1.54)	おしゃべりなこと (3.8 1.33)	無口なこと (3.7 1.13)	無口なこと (3.4 1.29)
患者の言いなりになること (3.1 1.62)	患者に命令すること (3.1 1.67)	無口なこと (3.5 1.19)	色っぽいこと (3.8 1.19)	色っぽいこと (3.5 1.12)
患者に命令すること (2.9 1.92)	おしゃべりなこと (3.7 1.31)	色っぽいこと (3.3 1.46)	派手であること (3.4 1.17)	派手であること (2.8 1.38)
おしゃべりなこと (3.9 1.16)	無口なこと (3.3 1.28)	派手であること (3.1 1.57)		
無口なこと (3.1 1.25)	化粧をしていること (3.9 1.14)			
化粧をしていること (3.6 1.45)	色っぽいこと (3.1 1.60)			
色っぽいこと (2.7 1.77)	派手であること (2.9 1.35)			
派手であること (2.6 1.58)	おしゃれであること (3.6 1.39)			
おしゃれであること (3.4 1.34)				

看護教育の進展と「よい看護」概念の変容について

表6 よい看護の条件として重視されている項目（評定平均点が6.5点を越えた項目）

カッコ内の数字は（評定平均点，標準偏差）を示す

一年入学時	一年学年終了時	二年学年終了時	三年学年終了時	病棟看護婦
やさしさ (6.8 0.58)	やさしさ (6.6 0.55)	やさしさ (6.9 0.34)	やさしさ (6.7 0.50)	やさしさ (6.6 0.59)
親切さ (6.6 0.64)	親切さ (6.5 0.70)	親切さ (6.8 0.46)	親切さ (6.7 0.49)	慎重さ (6.6 0.56)
慎重さ (6.7 0.65)	慎重さ (6.8 0.41)	慎重さ (6.9 0.27)	慎重さ (6.8 0.49)	責任感 (6.8 0.49)
責任感 (6.8 0.48)	責任感 (6.8 0.41)	協調性 (6.6 0.91)	協調性 (6.8 0.53)	仕事が正確であること (6.8 0.57)
落ち着き (6.5 0.87)	指導力 (6.5 0.63)	責任感 (6.9 0.25)	責任感 (6.9 0.30)	患者に信頼されること (6.7 0.65)
仕事が正確であること (6.7 0.74)	仕事が正確であること (6.7 0.62)	公平さ (6.5 0.98)	指導力 (6.7 0.44)	患者の心の支えとなること (6.5 0.7)
患者に信頼されること (6.8 0.61)	患者に信頼されること (6.9 0.30)	落ち着き (6.6 0.63)	仕事が正確であること (6.8 0.42)	看護の知識があること (6.8 0.52)
看護の知識があること (6.8 0.61)	患者の心の支えとなること (6.6 0.60)	仕事が正確であること (6.9 0.35)	患者に信頼されること (6.7 0.50)	看護の技術があること (6.7 0.61)
看護の技術があること (6.8 0.60)	看護の知識があること (6.9 0.38)	患者に信頼されること (6.9 0.49)	患者の心の支えになること (6.7 0.50)	看護の経験があること (6.6 0.65)
看護の経験があること (6.5 0.85)	看護の技術があること (6.9 0.39)	患者の心の支えとなること (6.9 0.48)	医学的知識があること (6.5 0.69)	
明るいこと (6.5 0.76)	看護の経験があること (6.6 0.77)	医学的知識があること (6.9 0.50)	看護の知識があること (6.9 0.34)	
あたたかいこと (6.5 0.76)	あたたかいこと (6.6 0.57)	看護の知識があること (6.9 0.43)	看護の技術があること (6.9 0.31)	
清潔であること (6.5 1.18)		看護の経験があること (6.8 0.53)	看護の経験があること (6.7 0.50)	
体力があること (6.7 0.63)		親しみやすいこと (6.5 0.76)	親しみやすいこと (6.5 0.69)	
		明るいこと (6.6 0.58)	明るいこと (6.6 0.59)	
		あたたかいこと (6.8 0.46)	あたたかいこと (6.7 0.57)	
		体力があること (6.7 0.61)	体力があること (6.6 0.74)	

これらを概観すると「協調性」「探求心」等の医療スタッフとしての心構えや態度、「親切さ」「謙虚さ」「陽気である」など、患者との関係に於て要求される態度や性格に関する項目の他、「医学的知識があること」「専門家であること」等の看護婦としての専門性が重視されてきている。

重視されなくなる項目としては、「患者に命令する」のみが挙げられている。

(3) 2学年終了時と3学年終了時の比較

ここにおいては「おしゃべりなこと」「こざっぱりしていること」「色っぽいこと」と言う、外見に関する項目が重視されるようになっている。

一方において重視されなくなる項目が目立ってきている。特に「患者を叱りつけること」「患者と仲間意識を持つこと」「患者と一体感を持つこと」と言う、患者との関係については、評定は下がってしまっている。第1学年においては患者との関係がやみくもに重視されているものが、学年が進むにつれて重視すべき項目とそうではない項目の区別が出来るようになると言える。

(4) 3学年終了時と病棟看護婦との比較

卒業後、病棟看護婦となってから重視され出す項目は少なく、3年間の教育に於てよい看護婦の概念は完成してきていると言える。ただし「謙虚さ」はさらに

表7 平均値の差の検定結果（有意水準5%）

	平均評定点の増加項目	平均評定点の減少項目
入学時 ↑ ↓ 一年学 年終 了時	大胆さ 厳しさ おおまかさ たくましさ のんきさ 指導力 独創性 探求心 公平さ 独立心 余裕あること 患者に甘えられること 患者を叱りつけること 患者と仲間意識を持つこと 患者の指導者となること 患者に尊敬されること 患者をなぐさめること 患者の病気を治すこと 患者の心の支えとなること 患者と一体感を持つこと 繊細であること 感受性の強いこと 楽天的であること	
一年学 年終了時 ↑ ↓ 二年学 年終了時	謙虚さ 親切さ 協調性 探究心 落ち着き 患者をなぐさめること 患者の心の支えとなる 医学的知識があること はきはきしていること 陽気なこと 嘘をつかないこと 専門家であること 体力があること	患者に命令すること
二年学 年終了時 ↑ ↓ 三年学 年終了時	指導力 患者の言いなりになること 患者に命令すること おしゃべりなこと こざっぱりしていること 色っぽいこと	厳しさ たくましさ 落ち着き 患者をしっかりとつけるこ 患者と仲間意識を持つこと 患者と一体感を持つこと 医学的知識があること

三年学 年終了時 ↑ ↓ 病棟看護婦	謙虚さ のんきさ おっとりしていること	協調性 きびきびしていること 陽気なこと にぎやかなこと おしゃべりなこと こざっぱりしていること 派手であること
--------------------------------	---------------------------	---

重視される傾向があり、患者との関係での本質的理解がなされて来ている。また「のんきさ」「おっとりしていること」と言う、余裕やゆとりを示していると考えられる項目も重視される傾向にある。

一方「陽気なこと」「にぎやかなこと」「おしゃべりなこと」など患者との対応上の振舞いについては、3年終了時には重視されていたにもかかわらず、看護婦となると重視されなくなっている。

4. 因子分析によるよい看護婦に関する概念構造の検討

各属性において得られた因子負荷行列及び命名した因子名を表8～12に示す（表8～12）。

学生については第8因子まで、病棟看護婦については第7因子まで得られた。

各属性に共通した因子成分が見られているが、混合状態や出現状態は異なっている。また解釈可能な因子数も異なる。また固有値の集中化傾向も異なっている。

これらを概括すると、以下のようにまとめられる。

①入学時には医学看護専門性因子の固有値が群を抜いて高く、患者の病気や苦痛を直接的に治すと言う医療面に注目されている。これに対して患者との関係に関する因子は第4因子以降に現れ、固有値も低く余り重視されていない。

②1年教育終了時には、「医学看護専門性」因子は第7、8因子に下がり、代わって「患者との一体感」因子が第1因子として得られている。つまり患者の病気を直接的に治すことから、患者と共に病気と戦うと言う、患者寄りの意識が目覚めていると言える。しかし固有値は全因子に共通してほぼ一定しており、特別重視している因子があると言うわけではない。

③2年教育終了期では、第1因子に患者への保護的・指導的因子成分が現れ、1年終了期に見られた患者との一体感から180度転換したメンタルモデルとなっている。要するに患者と一線を画した上で、看護専門職

看護教育の進展と「よい看護」概念の変容について

表8 入学時 因子負荷行列

因子名	第1因子 「医学・看護専門性」 「理想看護婦像」	第2因子 「仕事の速さ」 「楽天的性格」	第3因子 「看護職としてのとるべき態度」	第4因子 「患者との心理関係」	第5因子 「患者への優位的立場関係」	第6因子 「保護的性格」	第7因子 「身だしなみ」	第8因子 「基本的職業態度」
看護の技術があること	0.96	0.06	0.05	-0.13	0.17	-0.00	0.06	-0.00
看護の知識があること	0.96	0.04	-0.01	-0.11	0.21	-0.07	0.05	-0.06
看護の経験があること	0.92	0.16	0.08	-0.08	-0.09	0.03	-0.22	-0.18
体力があること	0.88	0.23	-0.20	-0.13	0.04	-0.04	0.30	0.05
医学的技術があること	0.88	0.03	-0.14	0.25	0.01	-0.34	-0.71	-0.09
清潔であること	0.75	0.27	0.15	-0.19	-0.19	0.24	0.29	-0.31
あたたかいこと	0.73	0.16	-0.28	-0.51	0.07	-0.06	0.25	-0.04
医学的経験があること	0.71	-0.06	-0.09	0.41	-0.23	-0.47	-0.14	0.05
へこたれないこと	0.69	0.33	-0.47	-0.24	-0.00	0.15	0.22	-0.22
医学的知識があること	0.59	0.03	-0.07	-0.55	-0.40	-0.39	-0.06	0.05
繊細であること	-0.00	0.91	-0.05	0.07	0.05	-0.22	-0.01	-0.33
テキパキしていること	0.12	0.87	0.25	0.13	-0.13	-0.29	0.10	-0.13
仕事がはやいこと	0.18	0.84	0.13	-0.00	0.19	-0.10	-0.14	0.40
楽天的であること	-0.06	0.74	-0.27	-0.20	0.07	0.15	-0.53	0.04
陽気なこと	0.30	0.74	-0.37	-0.39	0.07	-0.12	0.19	0.00
あっさりしていること	0.06	0.73	-0.35	0.24	0.46	0.12	0.14	0.10
余裕があること	0.38	0.66	-0.45	0.16	0.16	-0.27	-0.10	-0.30
従順であること	0.27	0.62	0.25	0.19	0.51	0.00	-0.26	-0.31
親しみやすいこと	0.26	0.62	-0.31	-0.45	0.00	0.44	0.14	0.14
独立心	0.10	0.20	-0.94	-0.08	-0.04	0.11	0.13	-0.11
物事をはっきり言うこと	0.06	-0.19	-0.89	0.10	0.11	-0.26	-0.13	0.24
嘘をつかないこと	-0.02	0.06	-0.75	-0.12	0.26	-0.19	-0.53	0.12
独創性	0.04	0.04	-0.66	-0.07	-0.19	-0.10	0.53	-0.45
探究心	-0.18	0.29	-0.64	-0.07	-0.33	-0.46	0.06	-0.35
協調性	0.38	-0.20	-0.63	0.17	0.36	-0.25	-0.20	-0.36
感受性の強いこと	0.13	0.37	-0.60	-0.04	0.10	0.53	-0.35	-0.23
患者と一体感を持つこと	0.03	0.36	-0.21	-0.86	0.15	-0.18	-0.05	0.12
患者の心の支えとなること	0.21	-0.16	0.18	-0.78	0.45	-0.20	-0.07	0.16
患者に信頼されること	0.50	-0.18	0.01	-0.76	0.20	-0.19	-0.18	0.01
患者に命令すること	-0.05	0.02	-0.23	0.72	0.59	-0.18	0.08	-0.09
患者の言いなりになること	0.05	0.35	-0.02	0.69	0.50	-0.17	-0.07	0.31
患者の指導者となること	0.02	0.09	-0.10	-0.08	0.97	0.04	-0.01	-0.14
患者に尊敬されること	0.02	0.13	0.16	-0.12	0.92	-0.10	-0.25	0.04
患者をなぐさめること	0.04	-0.05	-0.53	-0.02	0.79	-0.17	-0.05	0.19
患者と仲間意識を持つこと	0.03	0.14	-0.01	-0.43	0.60	0.35	0.40	-0.34
やさしさ	-0.19	0.12	-0.20	-0.13	0.22	-0.89	0.11	-0.11
親切さ	0.19	0.26	-0.02	-0.11	0.28	-0.85	0.23	0.00
礼儀作法	0.22	0.36	0.04	0.06	-0.10	-0.83	-0.02	-0.31
公平さ	0.12	-0.03	-0.25	-0.31	-0.04	-0.82	-0.20	-0.31
落ち着き	0.39	0.20	0.07	0.23	-0.07	-0.62	0.09	-0.57
色っぽいこと	-0.11	0.02	0.11	0.09	0.00	-0.06	-0.95	-0.19
おしゃれであること	-0.00	0.08	0.02	-0.00	-0.09	0.21	-0.91	-0.30
謙虚さ	0.04	0.15	0.19	0.45	-0.19	0.09	0.79	-0.22
化粧をしていること	-0.25	-0.30	0.00	-0.20	0.25	0.26	-0.74	0.31
慎重さ	0.09	-0.01	0.21	0.13	0.01	-0.14	-0.04	-0.95
責任感	0.11	0.00	-0.26	0.00	0.02	-0.21	-0.20	-0.90
指導力	0.19	0.00	-0.48	-0.15	0.39	-0.21	0.04	-0.70
仕事が正確であること	0.00	0.22	-0.47	0.18	0.50	-0.26	0.18	-0.57
明るいこと	0.41	0.57	-0.03	-0.19	0.11	-0.46	0.46	0.13
こざっぱりしていること	0.29	0.58	0.11	-0.05	-0.27	0.08	0.37	-0.58
上品であること	0.09	0.44	-0.48	0.12	-0.02	0.03	-0.71	0.19
固有値	6.24	4.66	3.89	3.71	3.66	3.66	3.38	3.19

表9 一年学年終了時 因子負荷行列

因子名	第1因子 「患者と の一体感」	第2因子 「仕事の 速さ」 「患者へ の優位的 位置関係」	第3因子 「看護職 としての 態度」	第4因子 「身だし なみ」	第5因子 「基本的 職業態度」	第6因子 「保護的 性格」	第7因子 「看護専 門性」	第8因子 「医学的 専門性」
あたたかいこと	0.85	0.21	0.22	-0.17	-0.00	0.22	0.28	0.01
明るいこと	0.85	0.05	-0.08	-0.10	-0.39	0.28	0.10	-0.02
親しみやすいこと	0.74	-0.17	-0.32	0.28	0.20	0.21	0.06	-0.36
清潔であること	0.74	-0.11	-0.26	-0.16	-0.55	0.09	-0.08	0.15
患者と一体感を持つこと	0.69	0.13	-0.31	0.22	0.51	0.18	0.17	-0.12
医学的知識があること	0.64	0.18	-0.55	-0.22	0.12	-0.29	0.05	-0.28
患者に尊敬されること	-0.09	0.92	-0.07	-0.11	0.16	-0.06	-0.03	-0.27
患者の指導者となること	0.01	0.89	-0.13	-0.39	0.05	0.05	0.16	0.08
患者をなぐさめること	0.19	0.84	-0.01	0.40	-0.02	0.12	-0.22	-0.11
患者と仲間意識を持つこと	0.17	0.73	-0.08	0.00	0.62	0.02	0.02	-0.18
患者に命令すること	-0.59	0.71	0.12	0.15	0.11	0.13	0.14	-0.20
テキパキしていること	0.39	0.69	-0.52	0.05	0.02	0.21	-0.10	0.17
指導力	0.46	0.67	0.27	0.08	0.01	0.48	0.09	-0.02
仕事がはやいこと	0.00	0.66	-0.65	0.15	-0.09	0.24	0.19	0.05
物事をはっきり言うこと	-0.05	-0.19	-0.95	0.16	0.11	0.03	-0.08	-0.01
余裕があること	-0.08	0.19	-0.83	0.13	0.23	0.32	0.16	0.21
へこたれないこと	0.05	0.14	-0.81	-0.14	0.33	0.20	0.34	-0.13
体力があること	0.40	0.29	-0.75	-0.15	-0.32	-0.16	0.00	-0.14
看護の経験があること	0.42	0.04	-0.72	0.32	-0.21	0.08	0.19	-0.29
協調性	0.32	-0.17	-0.72	-0.02	0.30	0.44	0.01	0.21
化粧をしていること	-0.17	-0.15	-0.02	0.93	0.07	-0.12	0.07	0.18
おしゃれであること	-0.18	0.06	-0.14	0.91	0.17	0.01	-0.06	-0.27
色っぽいこと	0.16	0.02	0.01	0.90	-0.08	-0.08	-0.33	-0.17
上品であること	-0.08	-0.14	-0.08	0.87	0.13	-0.10	0.35	0.22
落ち着いたこと	0.33	0.14	-0.17	0.80	0.19	0.33	0.19	0.06
患者の言いなりになること	0.10	0.17	0.28	0.63	-0.61	-0.30	0.04	-0.02
探究心	0.17	-0.04	-0.18	0.11	0.93	0.12	0.15	-0.07
独創性	0.03	0.10	0.08	0.42	0.93	-0.20	-0.24	-0.10
独立心	0.04	0.24	-0.24	0.24	0.85	0.08	0.04	0.26
感受性の強いこと	0.55	0.06	0.05	-0.11	0.72	0.02	-0.03	0.37
仕事が正確であること	0.04	0.02	-0.19	0.02	0.10	0.91	0.28	0.15
患者に信頼されること	0.09	0.26	0.09	-0.25	-0.02	0.91	-0.02	0.07
責任感	0.26	-0.01	-0.12	0.01	-0.06	0.88	-0.32	-0.12
やさしさ	0.03	-0.09	-0.55	-0.07	0.05	0.80	-0.08	-0.14
親切さ	-0.15	0.35	-0.42	0.25	-0.09	0.76	-0.10	0.03
慎重さ	0.35	-0.07	0.16	-0.14	0.15	0.68	0.54	-0.17
看護の技術があること	0.02	0.08	-0.20	-0.16	-0.05	-0.00	0.95	-0.02
看護の知識があること	0.30	-0.18	-0.14	-0.04	0.02	0.08	0.90	-0.17
謙虚さ	0.15	0.01	0.14	0.36	-0.02	-0.04	0.89	-0.16
繊細であること	-0.08	0.31	-0.34	0.30	0.37	-0.09	0.69	0.23
嘘をつかないこと	0.66	0.11	-0.03	-0.11	0.24	0.03	-0.68	0.02
従順であること	0.04	0.53	-0.52	0.06	0.08	-0.03	0.64	0.06
医学的経験があること	0.07	0.35	-0.06	0.12	0.03	-0.02	0.16	-0.90
医学的技術があること	0.26	0.31	-0.09	0.07	-0.09	-0.21	0.16	-0.85
こざっぱりとしていること	0.43	0.23	-0.07	0.47	0.08	-0.08	0.17	0.69
公平さ	0.20	0.16	-0.57	0.06	0.28	0.32	0.29	-0.56
礼儀作法	0.57	0.14	-0.02	0.53	0.43	0.25	0.30	-0.10
患者の心の支えになること	0.40	0.54	-0.27	-0.49	0.18	-0.06	-0.38	-0.17
あっさりしていること	0.27	0.40	-0.41	0.47	0.51	-0.06	0.23	0.20
陽気なこと	0.54	0.49	-0.44	-0.05	-0.11	-0.03	0.06	0.49
楽天的であること	0.53	0.32	-0.34	0.24	0.23	-0.17	0.08	0.58
■有値	4.66	4.25	4.07	3.98	3.76	3.59	3.33	3.17

看護教育の進展と「よい看護」概念の変容について

表10 二年学年終了時 因子負荷行列

因子名	第1因子 「仕事の速さ」 「患者への保護的・指導的関係」	第2因子 「看護職としてのべき態度」 「身だしなみ」	第3因子 「態度性格」	第4因子 「看護専門性」	第5因子 「医学的専門性」	第6因子 ?	第7因子 ?	第8因子 ?
患者の指導者となること	0.92	-0.29	-0.15	0.05	0.08	0.03	-0.01	-0.13
繊細であること	0.85	0.27	-0.16	0.00	-0.29	-0.24	0.06	0.13
余裕があること	0.84	0.24	-0.17	0.00	-0.09	-0.15	0.37	0.15
患者と仲間意識を持つこと	0.80	0.12	-0.36	-0.03	0.37	-0.02	-0.02	-0.23
物事をはっきり言うこと	0.80	0.33	-0.23	-0.07	-0.39	0.09	0.12	-0.08
テキパキしていること	0.79	0.02	-0.29	-0.14	-0.16	-0.45	0.10	0.13
仕事はやいこと	0.75	0.50	-0.33	0.03	-0.12	-0.03	0.18	-0.09
従順であること	0.75	0.13	-0.19	-0.04	-0.42	0.12	0.31	-0.27
感受性が強いこと	0.72	0.58	-0.23	0.15	-0.17	0.09	-0.09	0.02
患者をなぐさめること	0.69	0.33	0.28	-0.16	0.27	0.02	0.29	-0.36
患者に尊敬されること	0.67	0.46	0.01	0.12	0.16	-0.07	0.16	-0.50
患者と一体感を持つこと	0.64	0.28	-0.40	-0.36	0.35	0.13	-0.21	0.09
こざっぱりしていること	0.62	0.41	-0.48	-0.05	-0.32	-0.07	0.22	0.17
清潔であること	0.59	-0.35	-0.40	-0.04	0.49	-0.19	0.04	0.26
陽気なこと	0.59	0.16	-0.49	0.24	-0.40	0.25	0.28	-0.07
独立心	0.24	0.89	-0.27	-0.07	0.03	0.00	0.19	-0.12
独創性	0.19	0.89	-0.28	0.05	-0.06	-0.17	0.12	0.17
嘘をつかないこと	0.31	0.86	-0.16	0.02	-0.32	0.00	0.03	-0.11
おしゃれであること	0.16	0.76	-0.05	0.03	-0.29	-0.19	-0.26	-0.42
患者に信頼されること	0.12	0.76	-0.30	-0.10	0.05	-0.34	-0.38	-0.14
上品であること	0.27	0.74	-0.27	-0.01	-0.46	0.18	-0.03	0.21
色っぽいこと	-0.24	0.66	0.32	-0.06	-0.32	-0.32	-0.23	-0.35
あたたかいこと	0.04	-0.09	-0.94	-0.20	0.08	0.00	0.21	-0.00
明るいこと	0.26	0.22	-0.90	-0.04	-0.02	-0.02	-0.15	-0.20
親しみやすいこと	0.37	0.28	-0.82	-0.01	0.08	-0.20	-0.10	-0.17
体力があること	0.44	0.20	-0.76	0.19	-0.19	-0.30	-0.05	-0.00
あっさりしていること	0.37	0.25	-0.75	0.21	-0.10	0.15	0.36	-0.11
へこたれないこと	0.45	0.33	-0.71	-0.13	0.18	-0.26	-0.03	0.20
礼儀作法	0.05	0.41	-0.71	-0.36	-0.28	-0.24	0.16	0.12
看護の技術があること	0.06	-0.07	0.12	-0.97	-0.05	0.10	-0.13	-0.00
看護の知識があること	0.00	0.11	-0.28	-0.93	-0.02	0.09	0.12	0.01
看護の経験があること	0.11	0.16	-0.14	-0.90	-0.13	-0.05	0.15	0.28
協調性	-0.15	-0.07	-0.20	-0.89	-0.02	-0.12	0.16	-0.27
医学的知識があること	0.04	-0.02	0.14	-0.86	0.18	0.11	-0.18	0.37
医学的経験があること	0.02	0.27	0.04	-0.19	-0.85	0.11	-0.23	-0.29
医学的技術があること	0.42	0.04	-0.02	0.03	-0.82	0.03	-0.30	-0.20
公平さ	0.20	0.25	-0.04	-0.01	-0.72	-0.23	0.08	0.55
化粧をしていること	-0.15	0.63	-0.21	0.02	-0.70	0.04	0.13	0.00
責任感	-0.06	-0.07	-0.14	0.00	-0.09	-0.95	0.22	0.01
仕事が正確なこと	0.13	0.26	-0.12	0.00	0.10	-0.94	-0.04	-0.01
患者の心の支えになること	0.35	0.20	-0.23	0.37	0.22	-0.66	-0.37	0.00
やさしさ	0.14	-0.15	0.02	0.02	0.25	-0.09	0.91	-0.21
親切さ	0.23	-0.01	-0.16	-0.27	0.20	-0.01	0.84	-0.27
落ち着き	0.08	0.17	-0.59	-0.17	-0.29	-0.13	0.67	0.09
患者に命令すること	0.03	0.04	-0.08	0.13	-0.15	0.10	0.07	-0.96
患者の言いなりになること	0.24	0.19	-0.07	0.25	-0.09	-0.16	0.41	-0.79
謙虚さ	0.40	0.56	-0.00	0.05	0.07	0.29	0.59	0.25
慎重さ	-0.07	-0.07	-0.10	-0.69	-0.09	-0.50	0.47	0.06
指導力	0.33	0.47	-0.56	-0.25	0.04	-0.46	0.23	0.03
探求心	0.40	0.40	-0.54	-0.35	-0.37	-0.28	-0.07	0.15
楽天的であること	0.54	0.57	-0.16	-0.15	0.28	0.49	0.12	-0.00
固有値	5.40	4.13	4.08	2.60	2.51	2.35	2.07	1.88

看護教育の進展と「よい看護」概念の変容について

表11 三年学年終了時 因子負荷行列

因子名	第1因子 「患者への保護的 「関係」 「態度性 格」	第2因子 「看護職 としてと るべき態 度」	第3因子 「看護専 門性」	第4因子 「職業姿 勢」	第5因子 「患者への指導的 」	第6因子 「？」	第7因子 「？」	第8因子 「？」
親しみやすいこと	0.93	0.02	0.13	-0.23	0.00	0.16	-0.10	-0.11
親切さ	0.84	0.06	0.33	-0.09	-0.21	-0.25	0.15	-0.14
明るいこと	0.82	-0.23	0.28	-0.30	0.21	0.01	0.05	0.17
陽気なこと	0.81	-0.06	-0.02	-0.35	0.01	0.19	0.07	0.40
患者の心の支えとなること	0.74	-0.43	-0.06	-0.14	-0.41	0.08	0.15	-0.14
患者をなぐさめること	0.74	-0.07	-0.12	0.26	0.45	0.37	-0.09	0.08
やさしさ	0.71	-0.15	0.40	-0.14	-0.14	-0.19	0.17	-0.42
あたたかいこと	0.70	-0.19	-0.16	-0.55	0.25	0.10	-0.02	0.21
患者に信頼されること	0.62	-0.42	-0.08	-0.46	0.15	0.22	-0.37	-0.03
感受性の強いこと	0.21	-0.91	-0.02	-0.16	0.04	-0.06	0.21	-0.16
独立心	-0.20	-0.85	0.33	-0.21	-0.18	-0.12	-0.13	0.01
公平さ	0.34	-0.78	0.44	0.09	-0.04	0.04	-0.15	0.17
独創性	-0.32	-0.72	0.01	-0.25	0.33	0.18	0.40	-0.01
探求心	0.31	-0.70	0.53	0.06	0.23	0.13	-0.17	0.13
余裕があること	0.56	-0.70	-0.08	0.26	-0.11	0.21	0.08	-0.21
患者と一体感を持つこと	0.56	-0.71	-0.16	-0.11	0.19	-0.08	-0.25	0.12
礼儀作法	0.34	-0.61	0.59	0.17	-0.02	0.07	0.32	0.11
看護の知識があること	0.04	0.04	0.96	-0.15	-0.07	0.02	-0.05	-0.20
看護の技術があること	0.02	-0.02	0.95	-0.23	-0.06	-0.03	-0.06	-0.17
慎重さ	-0.05	-0.51	0.72	0.14	-0.27	-0.15	-0.26	0.14
医学的知識があること	0.53	-0.14	0.65	-0.02	0.26	0.03	0.39	-0.32
看護の経験があること	0.52	-0.19	0.60	-0.39	0.04	0.09	0.28	0.01
責任感	0.17	0.01	-0.04	-0.97	-0.00	0.06	-0.04	-0.11
指導力	-0.02	-0.16	0.17	-0.85	0.41	-0.18	-0.00	-0.02
体力があること	0.09	0.18	0.23	-0.80	-0.07	0.49	0.09	0.03
仕事はやいこと	0.46	-0.22	-0.03	-0.78	0.08	-0.08	0.12	0.29
協調性	0.24	-0.04	0.49	-0.72	0.02	-0.15	0.23	-0.28
患者に尊敬されること	0.03	-0.04	-0.12	-0.30	0.89	0.12	0.25	0.03
患者に命令すること	-0.21	0.26	-0.17	-0.20	0.84	0.16	-0.26	0.04
医学的技術があること	0.38	-0.22	0.35	0.20	0.78	0.00	0.07	-0.09
患者の指導者となること	0.40	-0.17	-0.30	-0.44	0.70	0.07	-0.05	-0.03
医学的経験があること	0.38	-0.20	0.51	0.25	0.61	0.05	0.28	0.15
おしなやかであること	0.31	0.04	-0.16	-0.01	0.07	0.91	0.04	-0.14
化粧をしていること	-0.23	0.15	0.27	0.21	0.19	0.82	0.21	0.18
楽天的であること	0.06	-0.36	-0.00	-0.41	0.05	0.76	0.31	0.12
患者と仲間意識を持つこと	-0.23	-0.61	-0.18	0.00	0.29	0.65	0.01	0.12
あっさりとしていること	0.54	-0.19	-0.04	0.22	0.15	0.66	0.20	-0.32
謙虚さ	0.00	0.14	-0.04	-0.02	-0.06	0.18	0.95	0.14
上品であること	0.08	-0.11	0.18	-0.02	-0.04	0.48	0.83	-0.08
繊細であること	0.08	-0.55	-0.18	-0.31	0.06	0.11	0.68	-0.23
嘘をつかないこと	0.20	-0.14	0.23	-0.49	0.23	-0.33	0.62	0.26
色っぽいこと	0.04	0.15	-0.26	-0.01	0.08	0.05	-0.02	0.94
従順であること	0.09	-0.29	-0.01	-0.52	-0.01	0.09	0.38	0.68
清潔であること	0.14	0.08	0.38	-0.43	0.04	0.41	-0.06	-0.67
落ち着き	0.15	-0.44	0.23	-0.15	-0.45	0.42	-0.51	-0.19
テキパキしていること	0.36	0.02	0.15	-0.43	-0.51	0.56	-0.00	0.25
仕事が正確であること	0.22	-0.50	0.35	-0.49	-0.12	0.06	-0.54	0.11
患者の言いなりになること	-0.43	-0.03	0.09	-0.05	0.53	0.27	-0.46	0.45
へこたれないこと	0.23	-0.69	-0.17	-0.02	0.13	0.28	0.07	-0.57
物事をはっきり言うこと	-0.13	-0.21	-0.23	-0.18	0.54	0.57	-0.12	-0.44
こざっぱりしていること	0.40	-0.16	0.52	-0.08	-0.32	0.45	-0.03	0.44
固有値	5.82	4.80	4.13	4.00	3.74	3.51	3.05	2.74

看護教育の進展と「よい看護」概念の変容について

表12 病棟看護婦 因子負荷行列

因子名	第1因子 「患者との信頼関係」 「態度性格」	第2因子 「内的性格」	第3因子 「患者への保護的指導的関係」	第4因子 「職業姿勢」	第5因子 「身だしなみ」	第6因子 「医学的専門性」	第7因子 「？」
親切さ	0.91	0.04	-0.21	-0.11	-0.03	-0.25	0.18
あたたかいこと	0.88	0.15	-0.31	0.05	-0.24	0.12	0.10
患者に信頼されること	0.86	0.38	-0.03	0.25	-0.14	0.02	-0.06
やさしさ	0.86	0.08	-0.18	-0.04	0.00	-0.32	0.31
明るいこと	0.84	0.17	-0.44	0.05	0.00	0.23	0.05
化粧をしていること	0.84	-0.01	0.16	0.20	-0.30	-0.21	-0.28
体力があること	0.76	0.22	0.27	0.29	-0.31	-0.23	-0.21
親しみやすいこと	0.73	0.22	-0.61	0.13	0.08	-0.06	-0.07
謙虚さ	0.69	0.27	0.46	0.18	-0.30	-0.30	-0.06
あっさりしていること	0.67	0.27	-0.25	-0.43	-0.41	0.09	0.19
清潔であること	0.64	0.21	-0.34	0.40	-0.36	-0.33	-0.12
従順であること	0.10	0.94	-0.14	-0.13	0.18	0.08	-0.08
楽天的であること	0.04	0.94	0.06	0.17	-0.25	0.01	-0.02
繊細であること	0.15	0.90	-0.13	-0.04	-0.26	0.26	0.04
感受性の強いこと	0.48	0.81	0.07	0.24	-0.09	-0.07	-0.16
へこたれないこと	0.32	0.74	-0.26	0.22	-0.36	-0.23	0.15
協調性	0.08	0.67	-0.32	0.62	0.11	-0.17	0.00
落ち着き	0.50	0.64	-0.13	0.18	-0.04	-0.22	0.46
余裕があること	0.27	0.63	-0.40	-0.46	-0.34	0.01	-0.14
陽気なこと	0.61	0.63	-0.21	0.19	0.02	-0.09	0.36
患者と一体感を持つこと	0.20	-0.09	-0.93	0.16	-0.01	-0.06	0.22
患者と仲間意識を持つこと	0.07	0.18	-0.89	-0.04	-0.36	-0.15	-0.08
患者の指導者となること	0.08	0.20	-0.88	0.07	-0.25	-0.31	0.03
患者をなぐさめること	0.37	0.26	-0.80	0.18	-0.24	0.23	0.03
慎重さ	0.09	0.45	-0.67	0.54	0.07	-0.10	-0.13
患者に尊敬されること	0.56	0.07	-0.59	-0.08	0.29	-0.45	-0.15
公平さ	0.07	0.10	-0.14	0.96	-0.08	0.04	-0.14
独立心	0.01	-0.14	0.06	0.95	-0.16	0.07	0.16
責任感	0.04	0.55	-0.24	0.75	-0.15	-0.19	0.04
礼儀作法	0.24	0.47	-0.32	0.71	-0.11	0.15	0.21
指導力	0.45	0.49	0.10	0.61	-0.36	-0.16	0.04
上品であること	0.20	-0.08	-0.03	0.05	-0.88	0.07	0.11
嘘をつかないこと	0.15	0.22	-0.19	0.20	-0.88	0.08	0.24
こざっぱりしていること	0.19	0.57	0.11	0.21	-0.71	0.23	-0.04
おしゃれであること	0.27	0.21	0.53	0.15	-0.70	-0.02	0.27
物事をはっきり言うこと	0.17	0.57	-0.45	-0.10	-0.63	-0.60	-0.13
医学的技術があること	0.10	0.04	-0.03	0.04	0.24	-0.95	0.13
医学的知識があること	0.15	-0.07	-0.33	0.21	-0.07	-0.89	0.04
医学的経験があること	0.22	-0.32	0.08	-0.12	0.14	-0.89	0.05
仕事がはやいこと	0.10	0.25	-0.02	-0.05	-0.41	-0.76	0.39
看護の技術があること	0.31	0.05	-0.16	0.39	-0.50	-0.59	-0.33
患者の言いなりになること	0.16	-0.26	0.11	0.23	0.02	-0.05	0.91
仕事が正確であること	-0.01	0.39	-0.42	0.06	-0.00	-0.33	0.73
色っぽいこと	-0.13	-0.01	-0.19	-0.40	0.27	-0.46	0.69
患者に命令すること	-0.21	-0.03	0.18	-0.03	-0.64	0.14	0.69
テキパキしていること	0.34	0.38	0.03	-0.01	-0.23	-0.54	0.61
探求心	0.14	-0.04	-0.16	0.58	-0.25	0.43	0.59
独創性	0.32	-0.27	0.27	0.58	-0.01	0.55	0.28
患者の心の支えとなること	0.30	0.48	-0.47	0.44	0.16	-0.15	0.44
看護の知識があること	0.33	0.12	-0.25	0.45	-0.56	-0.44	-0.28
看護の経験があること	0.40	0.17	-0.34	0.08	-0.57	-0.27	-0.52
■有値	6.82	6.03	5.32	4.89	4.63	4.57	3.44

として患者を保護し援助する立場が明確に意識されたと言える。

④3年終了期には基本的に2年終了期と同様な因子構成であるが、固有値は第1因子が大きく、患者への保護的關係と看護婦としての基本態度の重視がうかがわれる。

⑤病棟看護婦では、患者との信頼關係が第1因子に現れ、しかも固有値も群を抜いて高く、よい看護とは突き詰めれば患者との信頼關係が根本であると言う、抽象的本質的■解がなされていることが示されている。

IV 考 察

一連の分析をまとめてみると、以下のように考察される。

①全般的にみると、看護経験と共に評定の「標準偏差が大きい項目」「きわめて重視される項目」「それほど重視されない項目」いずれも減少する傾向がみられた。また因子分析によると固有値が第1因子に集中化する傾向がみられた。

これらのことは、看護経験と共に、よい看護に対しての極端な重視や非重視がなくなり、真に重要な項目のみが意識されるようになることを示唆している。

②評定平均値が高い項目によると、「看護婦としての基本的資質」「患者との関係」「看護・医学的専門性」については、看護経験にかかわらず重視されている。ただし因子分析によるとその重視程度は看護経験によって異なっており、入学当初は「患者の病気を治す」ことに注意が払われ、患者との心■的關係についてはそれほど重視はされていない。これが1年終了時には「患者と共に病気と戦う」と言う患者サイドに立ち、患者とのあらゆる関係がいわばやみくもであるが意識され出す。しかし学年が進むにつれて「患者に対して援助を与える専門職」として患者と立場を異にするようになり、重要な関係とそうではない関係との区別がつけられるようになっている。

患者との関係についてさらに詳しく見てみると、看護経験が浅いうちは、患者との関係に関しての直接的な評価項目が重視されており皮相的な見方であるが、経験が積まれ病棟看護婦に至るにつれて「謙虚さ」に見られるように、より内面的に深まった関係が■解できるようになっている。さらに患者に対してのあるいは患者からの一方的な優■關係、また患者との間のウ

ェットな感情關係は重視されず、「信頼關係」と言った■性的な關係が重視されている。

③学生時代は「にぎやかなこと」「陽気なこと」「おしゃべりなこと」などの患者を励ますかのような立居振舞い、外面的性格が重視されているが、看護婦ではこれらの評価はなされなくなっており、患者の状況にあった謙虚な振舞いが重視されるようになるようである。

④内面的性格の重視項目については、学生時代に「明るい」「やさしい」「あたたかい」などのいくつかの項目が重視されているだけで、特に評定に目だった傾向はみられない。また因子分析においては、入学時と病棟看護婦においてのみ内面的性格についての因子がみられる。これらについては入学時からある程度の重要性が自覚されており特別な注意は払われていないが、看護婦になって再度認識されているかのようである。

ところで謝花(1984)⁵⁾は2年生は看護観育成において混沌とした状態であり、精神的援助の必要性があることを指摘している。

当研究でも2年生は学年当初と学年終了期では全く違った看護観が示されており、学年終了期には、病棟看護婦の持つよい看護婦概念につながる概念が形成されてきていることが明かとなった。

即ち、2年生では看護観に関し大きな転換があり、かなりの精神的ショックを受けるのではないかと思われる。修学指導上十分な配慮が必要な時期と言えよう。

V むすび

当研究では看護教育の進展と共に「よい看護婦」概念がどの様に形成して行くものかを、各学年看護学生及び病棟看護婦に対して、よい看護婦の条件として考えられる項目を評定尺度法により評定させ検討した。

その結果、患者との関係以外については、入学時からほぼ安定した見方がなされているが、患者との関係については、教育の進展と共に大きく見方が変わることが明かとなった。

即ち、入学時には「患者の病気を治すこと」に注目されているものが、経験と共に患者との心■的關係が重視されるようになることがわかった。また1年生では患者側の視点に立っていたものが、学年が進むにつれて、看護専門職としての視点から、患者との信頼關係が重視される傾向がみられた。特に第2学年は看護

観の大きな転換があることが明らかとなった。さらに病棟看護婦においては、患者との関係はお互いの信頼関係にあること、患者の状況を見極めた上での謙虚な態度こそよい看護婦の本質であると言う結果を示した。

以上のことを基にすると、看護教育においては、とりわけ患者との関係構築をうまく指導し、患者との関係の本質的な理解に目を向けさせることが重要であると結論できよう。

なお本研究を進めるに当たりご指導・ご助言頂いた産業医科大学医療技術短期大学（現メルボルン大学）松田明子先生に厚く御礼申し上げます。また質問紙調査にご協力頂いた産業医科大学病院寺本和子病棟婦長、並びに同病院看護婦各位・同学学生各位、アンケートの解析に協力して頂いた金沢工業大学人間工学研究室各位に厚く御礼申し上げます。

要 旨

看護婦を目指す学生指導の一助とするために、各学年看護学科学生及び病棟看護婦に対して、「よい看護婦の条件」についての73項目からなる評定尺度質問紙を実施し、結果を統計処理して、看護経験によるよい看護婦についての概念変容について検討した。その結果、入学当初は、よい看護婦の概念の中には患者との関係は意識されていないものが、1年間の看護教育を受けると、患者と共に病と戦うと言う患者寄りの概念が発達して来ることが窺われた。更に経験を積むと看護を施す専門職としての意識が芽生え、最終的にはよい看護婦とは患者との信頼関係を結べることであると言う概念に至ることが明らかとなった。この結果に基づくと特に低学年に於て、患者との関係に関して適切な指導を行う必要があると考察された。

Abstract

In order to enrich the image of good nursing on nursing students, a questionnaire survey which asks the conditions for good nurse was conducted on each grade of students and hospital nurses. The questionnaire was consists of 73 items with 7 step evaluating scale. The results of the questionnaire were statistically analyzed to investigate the image of good nurses. It turned out that the human relationship between patients was little taken on newly entered students. After one year education, students seemed to develop the idea of fighters with patients towards illness. With more education and experiences, students develop the idea of nursing professions and the importance of trust with patient. Based on these results, education of human relationship with patient was considered to be of importance especially for lower grade students.

VI 文 献

- 1) 新村明 藤田真一：患者本位の病院改革，pp.11-17，朝日新聞社，東京，1987
- 2) 村上由紀他：患者と看護婦の人間関係についての現状調査，第18■看護管理学会予稿集，pp.113-115，1987
- 3) 大島尚編：認知科学，pp.18-21，新曜社，東京，1986
- 4) 水野芳子：連想詩画にあらわれた看護学生の看護婦像，看護展望 7（11），pp.1042-1051，1982
- 5) 謝花美佐子他：看護学生の看護婦イメージの学年別による検討，看護教育，25（2），pp.89-94，1984
- 6) 小島禮子：看護学生の職業意識の形成に関する研究，看護研究 8（1），pp.46-61，1975
- 7) 柳井晴夫他編：多変量解析ハンドブック，pp.191-192，現代数学会，京都，1986

（平成2年10月18日 受付）

乳癌患者術後の上肢運動機能障害

Arm Dysfunction After Mastectomy

花 田 久美子*

Kumiko Hanada

田 中 克 枝**

Katsue Tanaka

吉 川 由希子***

Yukiko Yoshikawa

木 村 紀 美*

Kimi Kimura

米内山 千賀子*

Chikako Yonaiyama

福 島 松 郎*

Matsuro Fukushima

I はじめに

わが国における乳癌の罹患率および死亡率は生活様式の欧米化に伴い、年々増加してきている。昭和62年には女性の悪性新生物の部位別訂正死亡率で第3位に上昇し¹⁾、疫学的推計では今後、他癌を抜いて欧米同様第1位になると予想されている²⁾。

乳癌の治療法として手術療法、放射線療法、制癌剤化学療法、内分泌療法や免疫療法があり、一般的には原発巣中心に根治的手術を主とする治療法が選択され、病期に応じて各種補助療法が加えられている³⁾。乳癌の基本的術式としては19世紀末に Halsted および Meyerにより創始された定型的乳房切断術があり、比較的早期の症例には美容的見地や術後の上肢運動機能面を考慮して、胸筋を温存した縮小手術すなわち非定型的乳房切断術が行われ、その適応は拡がりつつある。また、欧米ではより縮小した手術への方向が顕著である⁴⁾。

しかし、現状は Auchincloss 以上の手術がほとんどを占め、必然的に乳房欠損という肉体的障害を伴い、患者の身体的・精神的および社会的問題は大きく、これらに対する総合的なリハビリテーションの必要性が叫ばれている。

今回は、その基礎研究の1つとして乳癌患者術後の肩関節の拘縮・患側上肢の浮腫および日常生活の障害など、上肢運動機能障害を中心に検討した。

II 研究対象および方法

1. 研究対象

対象は昭和59年5月から昭和60年12月までに、弘前大学医学部附属病院第一外科・第二外科、弘前市立病院外科で乳房切断術を受けた入院患者37例と、外来通院中の患者130例の計167例である。

年齢は25歳から78歳で、平均年齢は入院患者、外来患者とも50.7歳であった。

患側は左側76例、右側77例、両側7例であった。

術式は単純乳房切断術（以下、単純乳切とする）3例、非定型的乳房切断術85例（うち Auchincloss 法17例、Patey 法48例、小胸筋温存法20例）、定型的乳房切断術（以下、定型的乳切とする）52例、拡大乳房切断術（以下、拡大乳切とする）27例であった。

TNM分類による肉眼的な病期分類はⅠ期53例、Ⅱ期71例、Ⅲ期32例（うちⅢa期20例、Ⅲb期5例）、Ⅳ期11例であった（表1）。

2. 研究方法

入院患者に対して術前・術後1週目・2週目・3週目に、次の項目について調査した。

1) 肩関節可動域（ROM）の計測

- a 肩関節屈曲（前方挙上）
- b 肩関節伸展（後方挙上）
- c 肩関節外転（側方挙上）
- d 肩関節内転

* 弘前大学教育学部看護学科教室 Department of Nursing Science,

Faculty of Education, Hiroshima University

** 青森県立中央病院 Aomori Prefectural Central Hospital

*** 旭川医科大学附属病院 Asahikawa Medical College Hospital

表1. 対象患者

		入 院	外 来
術式	単純乳房切断術	1	2
	非定型乳切		
	Auchincloss法	6	11
	Patey法	10	38
	小胸筋温存法	0	20
	定型的乳房切断術	15	37
病期分類	拡大乳房切断術	5	22
	I 期	13	40
	II 期	13	58
	III a 期	6	14
	III b 期	0	5
	III 期		7
※年代	IV 期	5	6
	30歳代以下	3	11
	40歳代	14	50
	50歳代	11	42
計		37	130

※ 入院で2例、外来で5例の両側症例あり

e 肩関節外旋

f 肩関節内旋

g 肩関節水平屈曲（水平内転）

h 肩関節水平伸展（水平外転）

肩関節可動域の測定は日本リハビリテーション医学会の関節可動域表示ならびに測定法に従って、東大式角度計を用いて自動可動域を測定した。なお、肩関節の水平屈曲・水平伸展については肩関節外転90度位で測定したが、肩関節外転が90度未満の患者には、その患者の最大外転位で測定した。

2) 上腕囲および前腕囲の計測

上肢の浮腫を観察する方法として上腕囲と前腕囲を計測した。肩峰下と肘頭の間接点の周囲径を上腕囲、肘頭と手関節の間接点の周囲径を前腕囲として計測した。

3) 握力の計測

握力の測定にはSmedley握力計を使用し、左右の握力を3回測定し、平均値とした。

4) 日常生活動作（ADL）の観察

日常生活動作については幸島らの7項目を参照し⁵⁾、それに書字の項目を加え、以下の8項目について、個

人面接を行った。

① 書字

② 帯・ひもを背中で結ぶ

③ 術側手で髪をとく

④ 髪を結う

⑤ かぶりシャツを着る

⑥ 洗濯物をほす

⑦ 棚の上の物を取る

⑧ ふとんをあげる

評価は、厚生省神経・筋疾患リハビリテーション調査研究班の4段階の評価基準を参照し、それに“できないがやらない、まだやっていない”を加えた、5段階評価とした。

外来患者には入院患者と同様の調査を、外来受診時に行った。

なお、肥満度についてはケトレー指数を用いて、33以下を標準体重群、34～37を過体重群、38以上を肥満群とした。

また、患者は術後の上肢運動訓練について術前に病棟の看護婦からパンフレットを用いて口頭指導を受けており、その実施は患者の自主性にゆだねられていたため、運動量等の詳細は不明であった。

III 研究成績

1. 肩関節可動域

1) 術後日数による肩関節可動域

(1) 術後早期の推移（表2）

a 屈曲（前方挙上）

平均値で術前の169°に比較し術後1週目で105°、2週目で123°、3週目で138°といずれも有意に減少した（ $P<0.01$ ）。

b 伸展（後方挙上）

術前は58°、術後1週目で43°と有意に減少した（ $P<0.01$ ）が、2週目で51°、3週目で53°と最大正常可動域に回復した。

c 外転

術前平均値169°に比較し術後1週目で93°、2週目で114°、3週目で123°といずれも有意に減少した（ $P<0.01$ ）。

d 内転

内転はいずれの時期においても障害されなかった。

e 外旋

表 2. 術後日数別肩関節可動域

正常可動域			屈 曲	伸 展	外 転	内転	外 旋	内旋	水平屈曲	水平伸展
測定時期			0~180°	0~50°	0~180°	0°	0~90°	90°	0~135°	0~30°
入院 外 来	術 前	29	169±19	58±14	169±20	0	79±15	90	115±16	32±15
	術後 1 週目	35	※※ 105±38	※※ 43±17	※※ 93±34	0	71±22	90	※※ 82±27	※※ 20±11
	“ 2 週目	34	※※ 123±25	51±10	※※ 114±26	0	71±20	90	※※ 95±22	※ 24±13
	“ 3 週目	14	※※ 138±22	53±11	※※ 123±30	0	83±12	90	※ 104±10	25±13
	“ 3 か月未満	25	※※ 132±25	53±11	※※ 130±31	0	74±16	90	※ 103±20	25±13
	“ 3 か月～6 か月未満	21	※※ 137±30	52±14	※※ 133±37	0	75±17	90	※ 104±16	26±11
	“ 6 か月～1 年未満	22	※※ 146±28	56±14	※※ 139±32	0	67±19	90	111±19	31±17
	“ 1 年～3 年未満	33	160±20	58±11	165±21	0	70±17	90	117±12	35±12
	“ 3 年～5 年未満	12	171±19	54±15	173±20	0	79±21	90	121±12	40±17
	“ 5 年以上	16	164±26	56±12	165±27	0	75±13	90	120±15	39±16

※※: $P<0.01$
※: $P<0.05$ ともに術前値との比較

術後 1 週目・2 週目でわずかに減少したが、3 週目には術前値に回復した。

f 内旋

内旋はいずれの時期においても障害がなかった。

g 水平屈曲

術前の平均値115°に比較し術後 1 週目82°, 2 週目95° ($P<0.01$), 3 週目104°, ($P<0.05$) と、いずれも有意に減少した。

h 水平伸展

術前の平均値32°に比較し術後 1 週目は20° ($P<0.01$), 2 週目は24° ($P<0.05$) と有意に減少したが、術後 3 週目では25°に回復した。

(2) 術後晩期の推移 (表 2)

外来患者においては術前に測定を実施していないため、入院患者の術前値と比較した。

a 屈曲

術後 3 か月未満で132°, 3 か月～6 か月未満で137°, 6 か月～1 年未満で146°と、徐々に回復しているが、術前値より有意に減少していた ($P<0.01$)。術後 1 年以上の患者では、術前値にほぼ回復した。

b 伸展

いずれの時期においても障害は認められなかった。

c 外転

術後 3 か月未満で130°, 3 か月～6 か月未満で133°, 6 か月～1 年未満で139°と、術前値より有意に減少し

ていた ($P<0.01$)。術後 1 年以上の患者では術前値にほぼ回復した。

d 内転

いずれの時期においても障害は認められなかった。

e 外旋

術後 3 か月未満の症例から、術前値にほぼ回復しており、日数の経過では変化がみられなかった。

f 内旋

いずれの時期においても障害は認められなかった。

g 水平屈曲

術後 3 か月未満で103°, 3 か月～6 か月未満で104°と、術前値より有意に減少した ($P<0.05$) が、6 か月以上ではほぼ術前値に回復した。

h 水平伸展

術後 3 か月未満の症例から、術前値と有意な差はみられず、6 か月以上では、最大可動域に回復した。

2) 術式による肩関節可動域

(1) 術後 1・2 週目

屈曲, 外転, 水平屈曲において, 定型的乳切が Patey法に比べて, 有意に減少した ($P<0.05$) (表 3-a, b)。

(2) 術後 3 週目

屈曲, 水平屈曲において, 定型的乳切が Patey法に比べて, 有意に減少した ($P<0.05$) (表 3-c)。

乳癌患者術後の上肢運動機能障害

表 3 - a. 術式別肩関節可動域 (術後 1 週目)

術 式	n	屈 曲	伸 展	外 転	内 転	外 旋	内 旋	水平屈曲	水平伸展
Auchincloss	6	111±19	50± 7	97±20	0	72±13	90	93±21	20±16
Patey	10	127±19 _※	39±15	112±27 _※	0	84±11	90	99±11 _※	21±10
定型的乳切	13	87±42 _※	47±19	79±31 _※	0	73±32	90	73±32 _※	22±14
拡大乳切	4	108±51	62±18	98±57	0	78±13	90	80±36	18±10

※ : P<0.05

表 3 - b. 術式別肩関節可動域 (術後 2 週目)

術 式	n	屈 曲	伸 展	外 転	内 転	外 旋	内 旋	水平屈曲	水平伸展
Auchincloss	5	119±27	59± 9	107±25	0	59±25	90	102±12	25± 9
Patey	9	140±20 _※	47± 7	127±26 _※	0	63±24	90	107±12 _※	26±10
定型的乳切	12	117±23 _※	53±11	105±20 _※	0	81±16	90	81±28 _※	22±14
拡大乳切	5	117±35	53±14	115±33	0	79±12	90	95±21	27±10

※ : P<0.05

表 3 - c. 術式別肩関節可動域 (術後 3 週目)

術 式	n	屈 曲	伸 展	外 転	内 転	外 旋	内 旋	水平屈曲	水平伸展
Auchincloss	1	120	55	125	0	65	90	111	25
Patey	5	151±16 _※	52±10	130±39	0	76±14	90	108± 8 _※	27±11
定型的乳切	5	123±18 _※	53±10	109±10	0	90± 4	90	95± 6 _※	17± 6
拡大乳切	3	145±28	53±21	133±45	●	90± 0	90	107±12	18± 8

※ : P<0.05

表 3 - d. 術式別肩関節可動域 (術後 1 年未満)

術 式	n	屈 曲	伸 展	外 転	内 転	外 旋	内 旋	水平屈曲	水平伸展
Auchincloss	5	137±31	59±14	140±38	0	57±21	90	102±18	20± 9
Patey	27	132±27	50±12	129±33	0	70±17	90	106±16	25±15
小胸筋温存法	9	148±26	58± 9	149±31	●	73±17	90	116±13	33±12
定型的乳切	16	147±27	55±12	138±31	0	74±17	90	108±23	29±17
拡大乳切	11	134±29	53±16	129±36	●	71±25	90	100±21	29± 9

表3-e. 術式別肩関節可動域（術後1年以上）

術式	n	屈曲	伸展	外転	内転	外旋	内旋	水平屈曲	水平伸展
Auchincloss	5	175±9	66±13	180±0	0	83±11	90	123±12	42±13
Patey	12	157±23	52±9	159±24	0	68±16	90	120±15	34±12
小胸筋温存法	10	165±14	63±11	174±13	0	65±19	90	120±9	32±14
定型的乳切	20	162±28	56±12	162±31	0	78±14	90	117±13	42±17
拡大乳切	11	164±15	56±13	169±12	0	71±21	90	115±14	33±12

※：P<0.05

表4. 年代別肩関節可動域（外来患者）

年代	n	屈曲	伸展	外転	内転	外旋	内旋	水平屈曲	水平伸展
30歳代以下	11	164±23	66±10	161±35	0	79±15	90	118±17	33±15
40歳代	50	150±27	57±12	152±32	0	72±19	90	114±17	32±14
50歳代	42	147±30	54±11	146±31	0	74±15	90	104±25	34±16
60歳以上	22	146±29	49±11	145±34	0	68±19	90	103±19	26±13

※：P<0.05 ※※：P<0.01
(30歳代以下との比較)

(3) 術後1年未満例

いずれの術式でも差は認められなかった（表3-d）。

(4) 術後1年以上例

外転において、拡大乳切が Auchincloss法に比べ、有意に減少した。また、外旋において、小胸筋温存法が定型的乳切に比べ、有意に減少した（P<0.05）。その他の可動域では術式による差は認められなかった（表3-e）。

3) 年齢による肩関節可動域（表4）

外来患者を年齢別に30歳代以下、40歳代、50歳代および60歳以上の4群に分類した。

屈曲・外転・外旋では加齢とともに可動域は減少したが、明らかな有意差は認められなかった。

伸展では30歳代以下が66°と最も良く、それに比較すると40歳代（P<0.05）、50歳代・60歳以上（P<0.01）が有意に減少した。

水平屈曲では30歳代以下に比較すると、60歳以上で有意に減少した（P<0.05）。

水平伸展では50歳代に比較すると、60歳以上で有意

に減少した（P<0.05）。

内転・内旋における運動機能障害はいずれにも認められなかった。

2. 患側上肢の浮腫

入院患者の場合、術側の上腕囲・前腕囲を計測し術前との周径差が+1.1cm以上を浮腫があるものとした。外来患者の場合は両側の上腕囲・前腕囲を計測し、健側との周径差が+1.1cm以上を浮腫があるものとした。

1) 術後早期の浮腫（入院患者）

上腕で術後1週目には、29例中12例（41%）に浮腫が出現していた。術後2週目には、27例中4例（15%）に残存していたが、術後1週目に比べて、明らかに軽快していた（P<0.05）（図1）。

術後1週目に浮腫が出現していたものを、体重別でみると、標準体重群では29%、過体重群では63%、肥満群では43%であり、体重と浮腫の出現に関連はみられなかった。術式別では、Patey法が9例中3例（33%）、拡大乳切・Auchincloss法がともに4例中2例（50%）であった。病期分類別では、I期が12例中

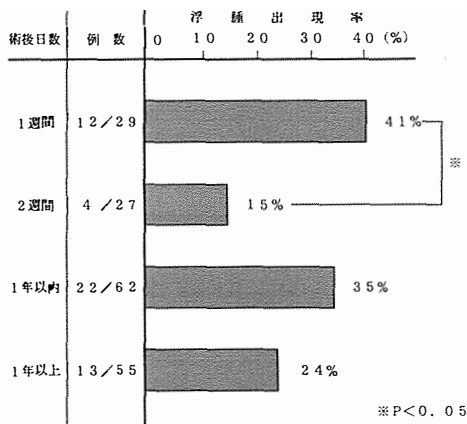


図1. 手術患者の上肢浮腫の出現率

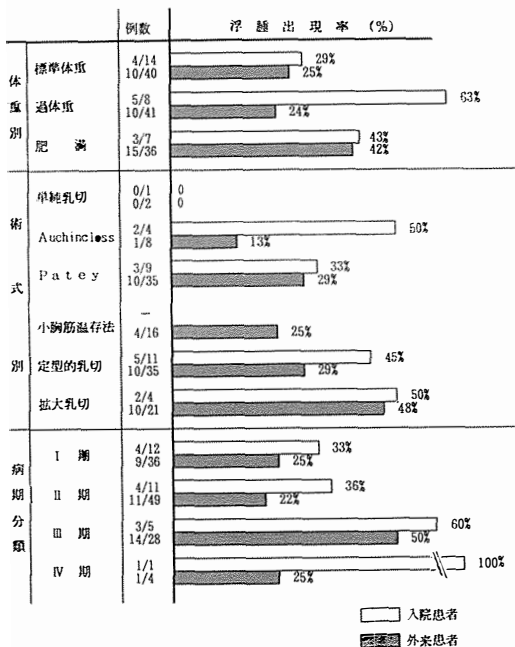


図2. 上肢浮腫の出現率

4例(33%), II期が11例中4例(36%), III期が5例中3例(60%), IV期が1例中1例(100%)であった。しかし、いずれの場合にも、推計学的な有意差はなかった(図2)。

また、前腕に浮腫が出現した症例は、術後1週目と3週目に、それぞれ1例であった。

2) 術後晩期の浮腫(外来患者)

上腕で、術後1年未満の62例中22例(35%), 1年以上の55例中13例(24%)に浮腫が出現していた(図1)。体重別では、標準体重群で25%, 過体重群で24%, 肥満群で42%で肥満群で高い出現率であった。術式別では、入院中の患者とほぼ同じ割合で出現し、拡大乳切が48%と高い出現率であった。病期分類別では、I期が25%, II期が22%, III期が50%, IV期が25%であった。しかし、いずれの場合にも有意な差は認められなかった(図2)。

前腕の浮腫の出現率は上腕に比べて低かった(図3)。経過日数別、体重別では上腕と同様の出現傾向を示した。

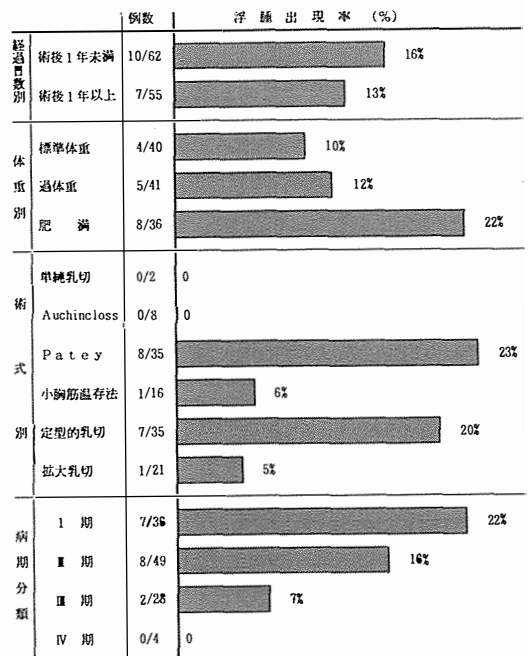


図3. 外来患者の前腕浮腫の出現率

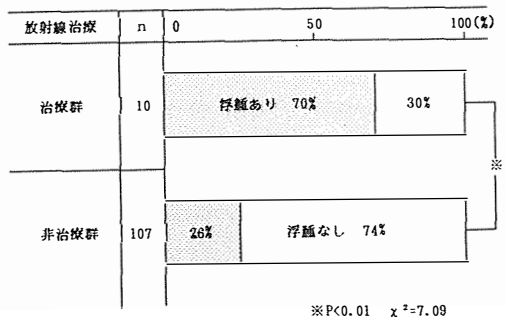


図4. 放射線照射の有無による上肢浮腫の出現率

表5-a. 肩関節可動域と浮腫の関係(術後1週間目)

単位は度

	n	屈 曲	伸 展	外 転	外 旋	水平屈曲	水平伸展
浮腫なし	16	111±31	45±14	95±30	72±16	87±17	20±10
浮腫あり	12	92±34	42 7	95±35	73±18	70±27	22±14

表5-b. 肩関節可動域と浮腫の関係(外来患者)

単位は度

	n	屈 曲	伸 展	外 転	外 旋	水平屈曲	水平伸展
術後1年以内	浮腫なし	40	139±28	54±12	134±32	72±16	107±18
	浮腫あり	22	135±32	52±14	129±38	74±20	98±21
術後1年以上	浮腫なし	43	163±23	57±10	166±24	73±17	120±12
	浮腫あり	13	161±22	55±13	163±23	68±17	113±15

3) 放射線治療と上腕の浮腫

放射線治療の有無と上腕の浮腫の出現率を比べたところ、放射線治療群では70%、放射線非治療群では26%と、明らかに放射線治療群で高い出現率を示した($P<0.01$) (図4)。

3. 肩関節可動域と浮腫の関係

入院患者の術後1週目、1年未満、1年以上の肩関節可動域を、浮腫の有無により比較してみた。いずれの時期においても浮腫のある患者で可動域が減少したが、外旋・水平伸展においては逆の場合もあり、浮腫による可動域の制限はあきらかでなかった(表5-a, b)。

4. 患側上肢の握力

入院患者において、術前から術後3週目までの、患

側の変化をみた。平均値でそれぞれ術前には24.3kg、術後1週目で18.6kg、2週目で20.8kg、3週目で23.6kgであった(図5)。

術後1週目には術前より明らかな減少が認められた($P<0.01$)。しかし、2週目には術前の86%にまで回復し、3週目にはほぼ術前値に達した。退院時に術前値まで回復した症例は29例中12例(41%)であった。5. 日常生活動作(表6)

入院患者では、術前においてすべての日常生活動作項目(以下、ADL項目とする)が正常(評価基準4)であった。ただし、術後の調査ではADL項目の中で入院生活において経験する機会の少ない、「書字」「ふとんをあげる」の2項目は削除した。

術後1週目では、患側に力が入らない・力を入れることができない、と訴える人がほとんどであった。ADL項目で自立以上(できるが時間が普通より余計かかる)の評価に達したのは、②帯・ひもを背中で結ぶが33例中28例(85%)、③術側手で髪をとくが33例中24例(73%)であった。その他の項目については、まだ経験していないと答える人が多かった(33~55%)。

術後2週目には、すべての項目で自立以上に回復した人がほとんどであった(67~100%)。

外来患者では調査時期にかかわらず、ほとんどの人がADL項目①~⑧は、自立以上で行うことができると答えた。しかし、力仕事は意識的に行っていないと

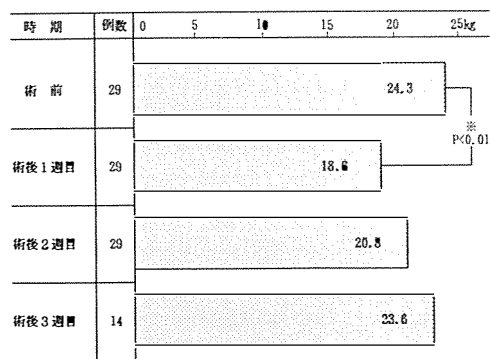


図5. 握力の変化

表6. 入院患者における日常生活動作

ADL 項目	時期 評価	術後1週目 (n=33)					術後2週目 (n=30)					術後3週目 (n=11)				
		4	3	2	1	0	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
帯を結ぶ		22 (67)	6 (18)			5 (15)	23 (77)	7 (23)				7 (64)	4 (36)			
術側手で 髪をとく		18 (55)	6 (18)	4 (12)	3 (9)	2 (6)	21 (70)	9 (30)				5 (45)	6 (55)			
髪を結う		13 (39)	3 (9)	1 (3)	5 (15)	11 (33)	21 (70)	4 (13)	3 (10)	2 (7)		8 (73)	3 (27)			
かぶりシャツ を着る		12 (36)	3 (9)		1 (3)	17 (51)	19 (63)	9 (30)			2 (7)	5 (45)	5 (45)			1 (9)
洗濯物をほす		5 (15)	9 (27)		1 (3)	18 (55)	10 (33)	10 (33)			10 (33)	2 (18)	9 (82)			
棚の上の物を 取る		4 (12)	3 (9)	7 (21)	1 (3)	18 (55)	14 (47)	7 (23)			9 (30)	1 (9)	3 (27)			7 (64)

数字は例数(%)

評価基準: 4 正常

3 できるが時間が普通より余計かかるか、またはやり方が普通でない。
しかし実用性はある。(自立)

2 なんとかできるが時間がかかりすぎる。

また、出来上がりが不完全で実用性がない。(半介助)

1 できない。(全介助)

0 経験せず、まだ行なっていない。

いう人がほとんどであった。そのうち、患側上肢が疲れやすい・はる・痛みを感じるなどと訴えた人が54名(34%)いた。また、かぶりシャツを着る時に不便を感じる・料理の時に包丁で硬いものが切れない・拭き掃除の時に力が入らないなど、関節可動域や筋力に関する訴えを示した人が34名(21%)いた。それ以外の人では、日常生活ではとくに困らないと答えた。

IV 考 察

乳癌の治療法は手術療法が中心であり、術後はほとんどの患者に、制癌剤・内分泌治療剤による adjuvant therapy 補助治療が実施されている^{6)。}

今回の調査においても術後の入院患者や外来患者のほとんどに内分泌・化学療法が実施されていた。このほか放射線療法もその適応により併用されている。これらは乳癌の根治手術後の治療であり、それぞれの手術は、腋窩リンパ節の郭清や大・小胸筋の切除、または、胸骨傍リンパ節の郭清も伴う手術侵襲の大きい手術である。その結果として、大・小胸筋の欠損症状や

術創部の皮膚および皮下組織の癒着性収縮が問題となる^{7)。}この手術侵襲の治療による癒着は2～3週で癒着性収縮を始め、約3か月間持続するものと考えられる^{8)。}また、術後の過度の安静による廃用性症候群としての可動域の制限や筋力低下^{9)。}も問題となる。

今回の調査で術後経日的にみた患側肩関節可動域の制限は、どの可動域項目でも術後6か月以降で術前値の80%以上に回復しており、術後1年以上では、術前値との有意差がなくなっていた。このようにリハビリテーションの実施が患者の自主性にゆだねられている場合について、鶴沢ら^{10)。}辛島ら^{11)。}の研究でも同様の結果が得られている。内旋運動については、内旋の主動作筋の中に大胸筋が含まれているにもかかわらず、制限の変化がほとんどみられなかった。その理由としては、特別な負荷を加えないで行う内旋時の筋活動が肩甲下筋によって行われるためと考えられた。水平屈曲運動についてはその主動作筋が大胸筋だけであるため、大胸筋を切除する定型的乳切・拡大乳切の症例で制限が現われ、術後早期における Patey 法と定型的

乳切との間に差が表れたものと考えられた。また、屈曲運動・外転運動の主動作筋が、乳房切断術の切除筋と関係がないにもかかわらず制限を受けていたことについては、大胸筋が補助筋として関連しているためと、術創部をかばっているためと考えられた。

術式別では、術後1週目から3週目にかけて、定型的乳切がPatey法に比べて肩関節の可動域に制限があり、非定型乳切・拡大乳切の順に回復が良かった。高嶋ら¹²⁾、内田ら¹³⁾、蜂須賀ら¹⁴⁾は、手術侵襲が大きくなるにつれて上肢の運動制限が増強するとしている。非定型乳切はその最大目的を上肢機能の保持と美容上の損失の軽減としている¹⁵⁾¹⁶⁾。非定型乳切が最も肩関節可動域の制限が少なかったことはその目的を達成しているといえた。しかし、拡大乳切が定型的乳切より回復が良かったことの原因は、拡大乳切の例数が少なく、しかもそのうちの1例が全く障害がみられず最大可動域に近い値であったためと考えられた。この1例を除いて平均値を求めること、定型的乳切よりも低い値となったことから、今後例数を増やし検討すべき点であると考ええる。

年齢別には内田ら¹³⁾も述べているように、40歳未満の患者では上肢の運動制限は少ないが、高齢になるほど制限されている。これは高齢化に伴う一般的な可動域の制限とともに、若い年齢の患者に比べ退院後の日常生活活動範囲が小さく、必要性が少ないためと考えられた。

上腕浮腫の発生は腋窩リンパ節郭清に起因するリンパ液循環障害が主因であり、粗暴な郭清操作・術後感染・術後照射などによる癰痕形成が、副経路の形成を妨げ浮腫を助長する⁷⁾。術後数か月のいわゆる elephantiasis・chirurgicaは、損傷や感染の結果おこる静脈狭窄による静脈系還流障害や感染などによるリンパ系還流障害が原因とされ、難治性である⁸⁾。

入院患者における術後1週目の浮腫は、体重・術式・病期分類別では差がなかったこと、術後3週目には1例にだけ浮腫が残存し他は軽快していたことなどから、術直後の一過性の組織反応性のものと考えられた。外来患者では健側と患側の周径差+1.1cm以上を浮腫ありとしたが、吉田¹⁷⁾が述べているように、一般的に利き腕の方が0.71cm大きいことを考慮すると、大部分は右利きであるので、右が患側の場合はその差を+1.8cm以上、左が患側の場合にはその差を+0.4cm以上を

浮腫があるとするなど、浮腫の判定基準の検討が必要であると考えた。

体重別・術式別で有意な差はなかったが、外来患者では高嶋ら¹²⁾、内田ら¹³⁾と同様に体重の増加、手術侵襲の増大に伴って浮腫の出現率が高かった。肥満患者の浮腫の発生について、内田ら¹³⁾は皮下脂肪が多いほど皮下脂肪を十分に剥離する必要があるため、より多くのリンパ管を切除してしまうためではないかと述べている。また、放射線治療を受けている患者群に浮腫の発生率が高く、高嶋ら¹²⁾、内田ら¹³⁾の報告と一致していた。外来患者で健側との差が+6cm以上の浮腫があった者3名のうち、2名が放射線治療を受けており、そのうちの1例は+13.0cmの差があった。これらの症例では肩関節可動域の障害もあり、放射線治療の影響が大きいと考えられた。

浮腫と肩関節可動域に関して木嶋ら¹⁸⁾は「強度な浮腫は、疼痛や運動制限を生じる」と述べている。今回の調査では周径差+4cm以上の高度な浮腫の患者4例のうち3例に強い運動障害を認めたが、例数が少ないためその関連性が明らかにはできなかった。しかし、高度な浮腫のある患者では「かぶりシャツを脱ぐ時に不便」などのA・L面での不便さが訴えられており、症例数が増せば浮腫との関連性が明らかにできるであろう。

入院患者の握力が術前に比べ術後1週目で明らかな減少が認められたが、3週目にはほぼ術前値に回復していた。把握に関与する筋が乳房切断術と関連がないことから、患者が握力測定による創部への影響を考えて自己規制した部分が影響しているのではないかと考えられた。握力は上肢運動に関連する日常生活動作に関与するものであり、握力の回復が日常生活動作の回復に影響することと考えられる。

入院患者の日常生活動作については、入院中の生活動作が評価項目の範囲より狭かったことや、評価は患者との面接により、実際にその動作を行わせなかったために、鶴沢ら¹⁹⁾の結果に比べると自立が遅れたことも考えられる。しかし、術後2週目ではほとんどの項目で自立している患者が多く、入院生活で支障になることはないと考えられた。

外来患者では、今回の調査項目ではほとんどが自立以上を行っていたが、生活範囲の拡大に伴って日常生活動作以外の行動における筋力障害を訴えていた。日

常生活動作（ADL）は関節可動域や筋力、筋の随意性、心肺機能などの加算された総合的な能力であり、食事や排泄、入浴、更衣などの誰もが共通に繰り返す動作で具体的に評価される¹⁸⁾。したがって、日常生活で経験する基本的動作を評価項目としてとりあげるべきであり、今回のように家庭の主婦である女性を対象にする場合は、家事に関連する動作の評価も加える必要があろう。

鶴沢ら¹⁹⁾、蜂須賀ら¹⁴⁾、辛島ら⁵⁾、吉田¹⁷⁾の研究によって乳癌手術後の上肢運動機能の回復は、早期リハビリテーションが有効なことが認められている。今回は、肩関節可動域、浮腫、日常生活動作、握力の点から上肢運動機能障害を調査したが、障害を及ぼす因子は種々あり、それらが治療上不可欠な場合も多いが、障害をできる限り最小限にとどめるような指導が重要であると考えられた。指導に際し回復の程度を知ることが大切であり、そのためには目安となる肩関節可動域、上腕周囲径、前腕周囲径を術前に測定しておくことが、術前の看護として必要であると考えた。

V 結 語

乳癌患者術後の上肢機能障害について、入院患者37例、外来患者130例を対象に調査・検討し、以下の結果を得た。

1. 患側肩関節可動域は術前値に比較し、屈曲・外転・水平屈曲・水平伸展で減少したが、術後1年以上経過するとすべての可動域に回復がみられた。
2. 術式別肩関節可動域では、術後3週目までは屈曲・外転・水平屈曲において、定型的乳切がPatey法に比べて悪かった。術後1年以上経過例の外転は、拡大乳切がAuchincloss法に比べて悪かった。
3. 年代別肩関節可動域では高齢になるにつれて、可動域の減少が大きくなる傾向がみられた。
4. 患側上腕の浮腫は術後1週目で41%に出現したが、術後1年以上経過すると24%に減少した。体重増加、術式の拡大、病期の進行にしたがって発生率が高くなる傾向があり、特に放射線治療群の発生率は明らかに高かった。
5. 肩関節可動域は浮腫のある群で減少が大きかったが、関連性は明らかではなかった。
6. 患側の握力は術後1週目で明らかに減少していたが、術後3週目ではほぼ術前値に回復していた。
7. 日常生活動作では術後2週目で、ほとんどの人が自立以上に回復し、外来患者でもほとんどの人が自立以上を行っていた。

要 約

乳房切断術を受けた入院患者37例、外来患者130例を対象に、上肢運動機能障害について調査した。入院患者は術前・術後1週目・2週目・3週目に、外来患者は外来受診時に肩関節の自動可動域・上腕周囲径・前腕周囲径・握力を測定し、日常生活動作について調査した。その結果、以下のような結論を得た。

1. 患側肩関節可動域は術前値に比較し、屈曲・外転・水平屈曲・水平伸展で減少したが、術後1年以上経過するとすべての可動域に回復がみられた。
2. 術式別で肩関節可動域をみると、術後3週目までは屈曲・外転・水平屈曲において、定型的乳切がPatey法に比べて悪かった。術後1年以上経過例の外転は、拡大乳切がAuchincloss法に比べて悪かった。
3. 年代別肩関節可動域では高齢につれて、可動域の減少が大きくなる傾向がみられた。
4. 患側上腕の浮腫は術後1週目で41%に出現し、術後1年以上経過すると24%に減少した。体重増加、術式の拡大、病期の進行にしたがって発生率が高くなる傾向があり、特に放射線治療群の発生率は明らかに高かった。
5. 肩関節可動域は浮腫のある群で減少が大きかったが、関連性は明らかではなかった。

6. 患側の握力は術後1週目で明らかに減少していたが、術後3週目でほぼ術前値に回復した。
7. 日常生活動作では術後2週目で、ほとんどの人が自立以上に回復し、外来患者ではほとんどの人が自立以上を行っていた。

Abstract

Arm dysfunction was evaluated in 37 in-patients and 130 out-patients who had gone a mastectomy. The action range of the shoulder joint, girth of the upper arm and forearm, and grasping power were measured. The patients were interviewed concerning their daily activities.

The results were as follows;

1. Postoperative dysfunctions of shoulder joint flexion, abduction, horizontal adduction and horizontal abduction were observed, but all ranges of motion recovered after one year.
2. In terms of operation method, limitation of flexion, abduction and horizontal adduction was greater in standard mastectomy cases than Patey's cases within 3 weeks after surgery. Abduction was more limited in standard mastectomy cases than in Auchincloss cases after one year.
3. In terms of age, older patients exhibited more shoulder movement limitation than younger ones.
4. Edema of the upper arm appeared in 41% of the patients, but this rate decreased to 24% after one year. Three factors that resulted in increased edema were obesity, extensive surgery, and the presence of advanced cancer. Edema appeared most frequently in patients undergoing radiation therapy.
5. Shoulder joint movement was more limited in patients with edema than in those without it, but the exact relationship between the two is unknown.
6. Grasping power decreased noticeably one week after surgery, but nearly recovered to the preoperative level after 3 weeks.
7. With respect to daily activity, most out-patients were able to resume a normal life-style after 2 weeks.

VI 文 献

- 1) 国民衛生の動向, 厚生省の指標, 36(9), 57~60, 厚生統計協会, 1989.
- 2) 泉雄 勝: 乳癌の病態生理. 臨床看護, 14(3), 342~346, 1988.
- 3) 泉雄 勝, 石田常博: 乳癌の標準術式と遠隔成績. 外科治療, 56(4), 403~409, 1987.
- 4) 石田常博, 泉雄 勝: 乳癌の標準根治手術, 拡大手術と縮小手術, 外科治療, 59(1), 42~50, 1988.
- 5) 辛島修二, 他: 乳房切断術後の理学療法の効果—肩関節可動域を中心にして—, 理・作・療法, 15(12), 1019~1024, 1981.
- 6) 酒井克治, 他: 乳癌の化学療法, 外科Month 19 乳癌, 188~203, 1981.
- 7) 久保完治: 根治術後の機能障害, 臨床外科, 30, 677~682, 1975.
- 8) Evans. P.: The healing process at cellular level, A Review, Physiotherapy, 66, 256~

- 259, 1980.
- 9) 服部一郎, 他: 第Ⅱ部疾患別リハビリテーションプログラムの組み方, 第21章乳房切除, リハビリテーション技術全集第2版, 1046~1049, 1984. 医学書院.
- 10) 鶴沢陽子, 他: 乳がん患者のリハビリテーションー患肢機能の回復過程を中心にー, 臨床看護 8(2), 270~287, 1982.
- 11) 辛島修二, 他: 拡大乳房切断術後患者の機能予後, 理・作・療法, 17(1), 51~53, 1983.
- 12) 高嶋成光, 他: 乳癌手術と術後機能障害, 医療, 36(12), 1233~1236, 1982.
- 13) 内田 賢, 他: 乳癌術後機能障害の検討, 日外会誌, 82(5), 456~460, 1981.
- 14) 蜂須賀研二, 他: 乳房切断者のリハビリテーション, 総合リハ, 8(11), 871~877, 1980.
- 15) 中村 譲, 他: 乳癌の非定型(保存的)手術, 外科Mook 19乳癌, 105~117, 1981, 医学書院.
- 16) 富田正雄, 他: 乳癌に対する縮小手術に関する臨床的検討, 外科治療, 59(2), 143~145, 1988.
- 17) 吉田 譲: リハビリテーションからみた術直後のケア, 外科, 47(8), 794~799, 1985.
- 18) 安藤徳彦, 大川嗣雄: ADLの評価, 総合リハ, 12(5), 353~360, 1984.
- 19) 木嶋陸子, 他: 乳房切断患者のリハビリテーション, 看護Mook 10手術患者の看護, 219~224, 1984.

(平成2年10月18日受付)

手術部における新人教育

— 新人看護婦の経験を調査して —

Education for Recruits in the Operating Room

— Investigate What Recruits Had Experienced —

花 島 具 子* 五十嵐 美知子** 鶴 岡 藤 子**
Tomoko Hanashima Michiko Igarashi Fuziko Turuoka

はじめに

全国100の病院における院内教育の実態を調査した伊藤は「看護継続教育の教育内容と看護婦に期待する実践力」¹⁾で言う。「内容の一貫性がない」「断片的な内容である」「総花的に無計画な内容」(P.26)

そして次の指摘をした。「あらかじめどんな力量が看護婦に必要なのか明らかにし明確な意図をもって内容を系統的に準備する必要があるのではなからうか」(P.33)

その通りである。これを可能にするのは各部署における教育である。「総花的な内容」であったとしても研修で得た情報を自らの知識としてとりこみ、さらにそれを技術として生かすことのできる看護婦を育てるためには日々の実践の場における指導にこそもっと配慮すべきなのである。本来看護婦は職務を遂行することを通して成長するのである。

特に新人看護婦は個人に焦点をあて、ていねいに育てるべきである。次のようにである。

1. 定性・定量的にその部署の看護量を分析する。
2. 1の分析から「何を、いつまでに体験させ、できるようにするか」を看護婦一人ひとりの個性に応じて明らかにする。
3. それぞれの達成を最適にするために、どんな方法で、どの水準から指導するのかを決定する。
4. 実際に即して指導する。
5. その方法でよかったのか評価する。特に指導の状況や、環境についての評価である。

当院手術部では、上記の手順で新人教育を行ってきた。しかし、教育計画がこれでよかったのか、方法はこれでよかったのかの評価は経験的には行っているも客観的には行っていない。そこで我々は新人がどのような実態の中に存在し、どのような経験を経て成長してゆくのかを調査した。その新人の経験内容の分析をもって現行の教育の方法の検討を試みた。そして新人教育についての原則を提言した。

手術室における新人教育についての報告は多くある。しかし、これらは視聴覚教育の導入について²⁾であったり、手術経験表³⁾についてであったりで方法論のみである。看護婦がどのように育ってゆくのかの報告は皆無である。

岩浅は「看護教育研究の発展のために⁴⁾」で次のことを指摘した。「学生がどのように学習したかを判断することのできる客観的資料」の必要性についてである。継続教育においても然りである。

I 調査方法

昭和62年6月～11月の6ヶ月間における当院手術部の手術実態と、新人3人の直接介助・間接介助経験の過程を、手術室看護記録を資料に調査し検討した。

この調査期間は新人にとっては次に述べる時期である。新人教育の初期の課程を終了した段階から、新人教育期間を終了し次へとすすむ移行期を含む期間である。

調査対象とした新人は、N1、N2、N3の3名である。3名とも自ら手術部勤務を希望している。同じ

* 千葉大学看護学部看護実践研究指導センター Department of Continuing Education in Nursing, School of Nursing, Chiba University

** 千葉大学医学部附属病院 University Hospital, School of Medicine, Chiba University

看護学校卒業者であり、N1、N2は同じ学年である。N1は病棟経験3年、N2は病棟経験2年、助産婦学校卒であり、N3は新卒である。

Ⅱ 手術部状況

1) 当院手術部の概要

当院手術部は昭和46年4月中央化し、昭和53年新病院へ移転した。

手術件数は全国一位（全国国立大学病院手術部調査⁵⁾）であった昭和54年に比すると徐々に減じてはいるものの、年間4000件をこえる手術を行っている。

手術内容は複雑・高度の症例が増加し、それらは複数診療科による手術や、長時間手術となって示される⁶⁾。

調査期間の手術件数は2135件であり、昭和62年度1年間の手術件数4095件の52%にあたる。

調査期間における月別手術件数は、平均355.8件である。7月が395件と多いが、他の月は平均的である。

診療科は外科系12診療科及び、麻酔、内科である。

2) 診療科別手術患者の年齢分布（図1）

調査期間における手術患者を性別・年齢別にみた。図1は、一診療科全患者を100とした場合の割合である。小児科を除き、すべての診療科にわたって小児から高齢者までいる。

男性は、55.7%で、うち35.2%を50～60才代で占めている。女性は、44.3%で、うち35.8%を40～50才代で占めている。

一外、二外、肺外科、耳鼻咽喉科では実年齢が多く、整形外科は若年者が多い。泌尿器科、眼科においては小児および高齢者が多いのが特徴である。

3) 診療科別手術件数及び手術時間（図2）

調査期間2135件の手術時間数は5152時間であった。患者が手術部へ入室してから退室するまでの時間（手術部滞在時間）は

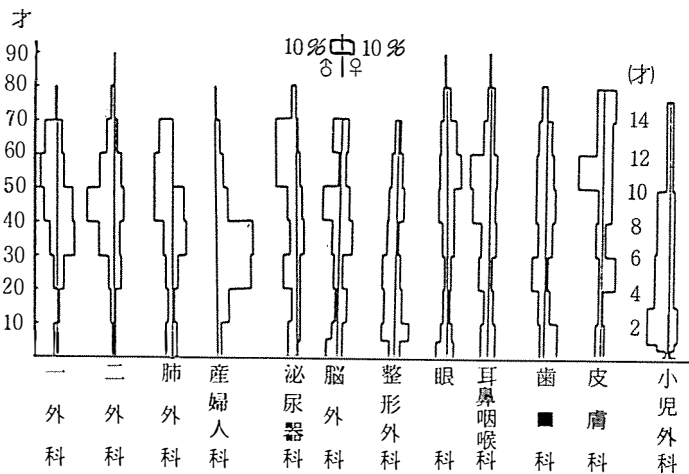


図1 診療科別手術患者の年齢分布

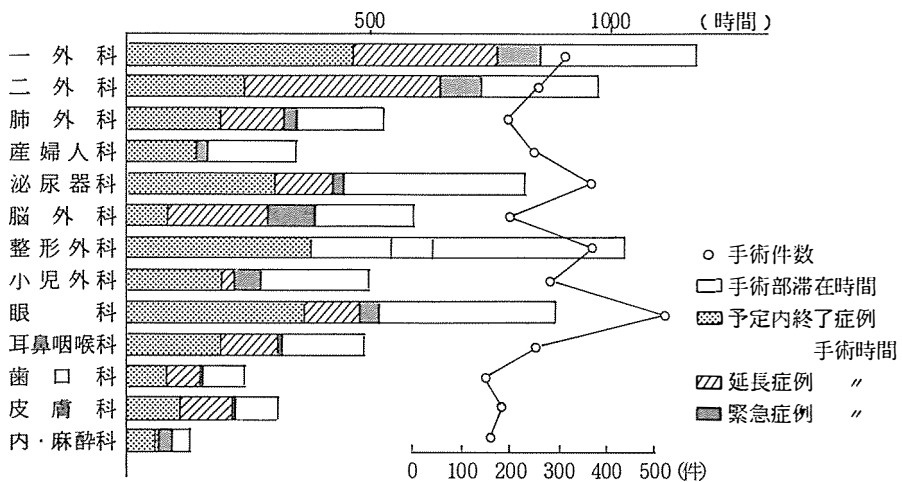


図2 診療科別手術件数及び手術時間

手術部における新人教育

(○：1件)

0		50		100
時間	8 : 00~16 : 00	16 : 00~23 : 00	23 : 00~8 : 00	
診療科	32.4%	56.1%	11.6%	
一 外 科	○○○○○ ○○○	○○○○○ ○○○○○ ○○○○○ ○○○	○○○○	
二 外 科	○○○○○ ○○○	○○○○○ ○○○○○ ○○○○○ ○○○○	○○○○○ ○○○○○	
肺 外 科	○○	○○○○○ ○○○		
産 婦 人 科	○○○○○ ○○ ○○○○○ ○○	○○○○○ ○○○ ○○○○○ ○○○○○ ○○○	○	
泌 尿 器 科	○○○○○ ○	○○○○○	○○○○○	
脳 外 科	○○○○○ ○○○○○	○○○○○ ○○○○○ ○○○○	○○○○○	
整 形 外 科	○○○○○ ○○○○○ ○	○○○○○ ○○○○○ ○○○○○ ○○○○○ ○○○○○ ○○	○○○	
小 児 外 科	○○○○○ ○○ ○○○○○ ○	○○○○○ ○○○○○ ○○○○○ ○○○○○ ○○○○○	○○	
眼 科	○○○○○ ○○○	○○○○○ ○○○○○ ○○○○ ○○○○○ ○○○○○	○○○○○ ○○	
耳 鼻 咽 喉 科	○○○○○	○○○○○ ○○○○		
歯 口 科	○	○		
皮 膚 科		○		
内、麻酔科	○○○○○ ○○ ○○○○○ ○	○○○○○	○	

図3 緊急手術の診療科別・時間帯別分布

7918時間で、手術時間を100とすると153.7となる。以下、主に手術時間をもって分析したが、看護婦が患者の援助にかかわる時間は手術部滞在時間である。

予定手術で、8時から16時までに終了した時間内終了症例は1440件（67.4%）、16時以降に延長した時間外延長症例は385件（18%）、緊急手術症例は310件（14.5%）であった。

手術件数が最も多いのは眼科の419件で次いで泌尿器科の259件である。

4) 緊急手術の診療科別、時間帯別分布（図3）

310件の緊急手術のうち、日勤帯における緊急手術は32.4%、夜間帯は67.6%であった。科別では整形外科、小児科、眼科が多い。

Ⅲ 手術部における新人教育計画

1) 手術部看護体制（図4）

当手術部の看護体制⁶⁾は、婦長以下27名の看護婦・

准看護婦と5名の看護助手が、A・Bの2チームに分かれた体制である。各チームから、手術材料管理、麻酔材料管理、手術器械のセット組みの係を出している。

患者の入室から退室まで1人の間接介助看護婦が受けもつ体制をとっており、小児と成人の一部において術前訪問を行っている。

手術室看護記録を用い、看護計画を立てて手術患者の援助をすることをめざしている。

勤務体制は、8時～16時30分を日勤帯としている。夜間は当直体制をとり、日勤者の3分の1程度の残業者を予定し、業務が終わり次第帰るという流動的体制である。

2) 新人受け入れ状況（図5）

調査期間前後の新人の受け入れ状況を図5に示した。個別指導であるため、3ヶ月位の間隔において1名あるいは2名を受け入れている。

手術部における新人教育

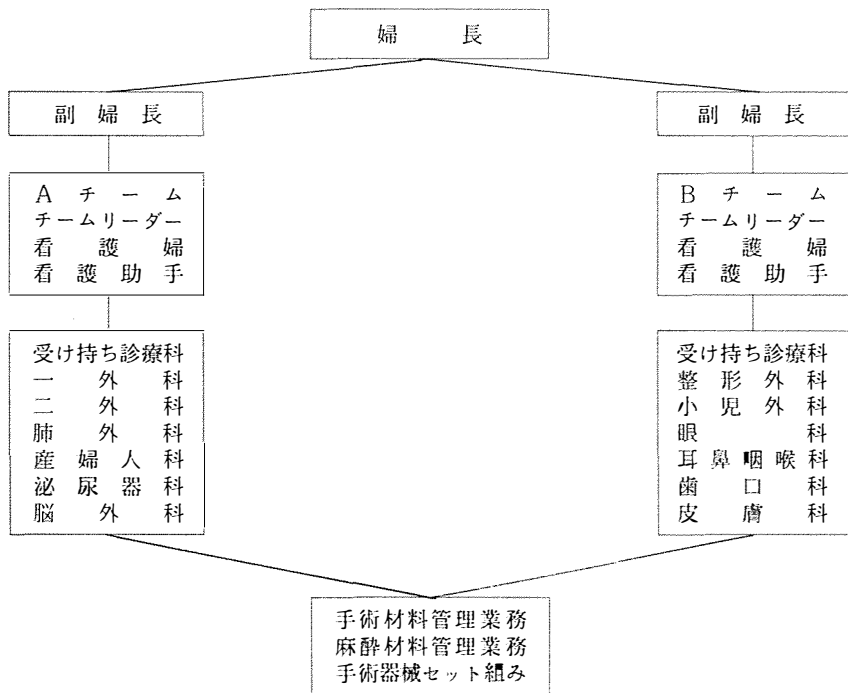


図4 手術部看護体制

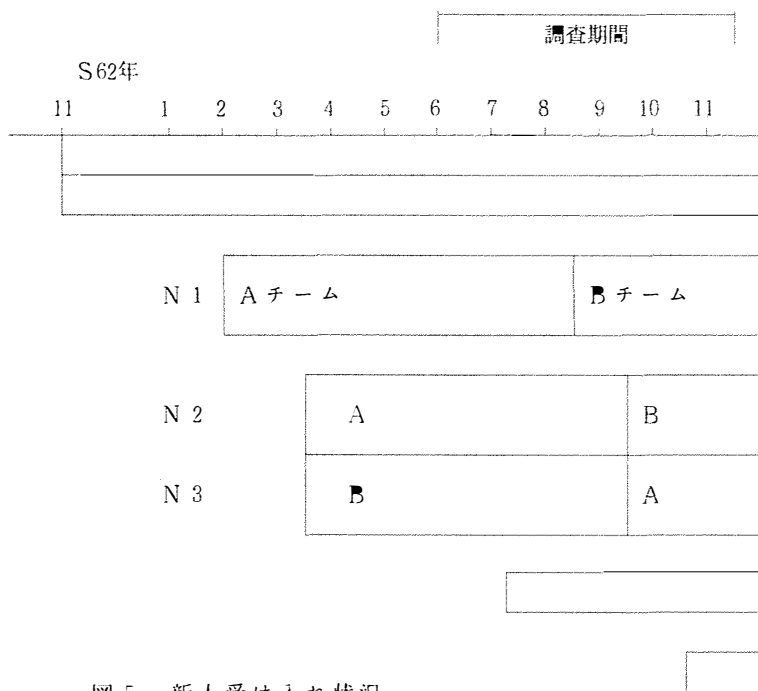


図5 新人受け入れ状況

3) 新人教育目標 (表1)

手術部看護婦の教育目標は次のとおりである。「安全な手術環境を確立・管理し、手術患者一人ひとりの個別性を考慮した看護を実践し、あらゆる緊急事態に対応できる。」

新人教育目標を表1に示した。

表1 新人教育目標

1. 受け持ち患者の安全な手術環境を確立し、管理できる。
 - a. 手術室の清潔・不潔がわかり、人的・物的構成を理解して行動できる。
 - b. 滅菌・消毒法がわかり、正確な取り扱いができる。
 - c. 感染症・未検患者に対応でき、他の患者や医療チーム全体の安全を考えた行動ができる。
2. 基礎的手術の直接・間接介助ができる。
 - a. 術中看護を計画・実践・記載し、継続看護に役立て、評価し、自らの看護を向上させる。
 - a-1 手術申し込み書や術前訪問を通して、手術患者の術中看護目標を明らかにできる。
 - a-2 全身麻酔や各種局所麻酔の特徴を理解して、術中看護が行える。
 - a-3 手術中の患者の体位については、術者には広い視野と安定した体位が得られ、患者には安全な体位が保持できるよう配慮できる。
 - b 緊急性の高い小手術を体験し、確実に行える。
 - c 体験した手術症例は、指導できるまで充実させる。
3. ルールやシステムを活用し、効果的な実践活動ができる。

4) 教育の内容と方法

当手術部の看護婦数・看護体制上から、新人といえども看護婦としての業務を果たすべく役割も要求され、6ヶ月でチームの一員として自立することが期待される。すなわち、新人教育期間を6ヶ月と設定している。

個別指導の方法は、エルダー方式をとっている。

婦長・副婦長・エルダーで新人個々の計画を立案する。具体的な指導はエルダー、副婦長を中心に看護婦全員があたる。エルダーは手術部経験3年目を婦長が任命する。

具体的な教育方法⁷⁾は次の通りである。

①1日目は婦長による手術部の設備・機能・運営状況など、全体的なオリエンテーションをし、その後、チームの副婦長・エルダーが細部について説明する。

②1, 2週目は手術室環境になれることに重点をおく。「手術用器械・器具・材料チェック表」を使用して、オリエンテーションを受けながら間接介助を中心に学ぶ。

③2週目後半より、手洗い・ガウンテクニックなどを実践し、基礎的手術の直接介助をエルダーと行う。

④一術式の習得の仕方は、間接介助をし、その後は一人で介助することを原則としている。

⑤症例体験の進め方を表2に示す。習得のさせ方の基本は、単数臓器から複数臓器へと進める。以下のようにである。

- a 器械になれる。
- b 開腹手術を体験する。
- c その後開腹手術の不潔操作を体験する。
- d 開胸手術を体験する。
- e a～dを習得してから開胸・開腹手術を体験する。

その進度は「直接介助・間接介助進捗表」に体験日を記入することにより、副婦長・エルダー・新人で確認し進める。

⑥2ヶ月目からの残業や、3ヶ月目頃から始まる夜間勤務に備えて、緊急性・頻度ともに高い手術例はその都度組み入れていく。

⑦1週1回のグループカンファレンスで進捗を明示し、メンバーの協力を得る。

⑧3ヶ月頃に婦長・副婦長・エルダー・新人でカンファレンスをもって今までの評価をし、新人の意見をもとに調整する。

IV 結 果

調査期間中に新人3人がかかわった患者数は各月ほぼ平均しており、月あたり手術患者数の22.8%～27.9%にあたる。1人の患者につき直接介助と間接介助との2つの役割を必要とするわけで、この比率は単純に

手術部における新人教育

表2 症例体験の進め方

□ は緊急手術例

チーム 診療科 期間	A					B
	一・二外科 (火・水・木・金)	肺 外 科 (火・木)	産 婦 人 科 (火・木)	泌 尿 器 科 (水・金)	脳 外 科 (火・木)	
一 三 カ 月	(器械になれる) ・甲状腺摘出術 ・単純乳房切断術 ・拡大乳房切断術 (術中不潔部位の 操作を学ぶ) ・胆嚢摘出術 ・胃切除術 ・半結腸切除術 ・イレウス解除術	(開胸手術介助を 体験する) ・腋窩開胸縫縮術 ・胸腺摘出術 ・肺葉切除術	(開腹手術介助を 体験する) ・腹式単純子宮摘 出術 ・腹式広範子宮摘 出術 ・帝王切開術	(泌尿器科の特徴 を学ぶ) ・停留睪丸固定術 ・睪丸摘出術	・脳室腹腔短絡術	
四 六 カ 月	・直腸切断 { 腹 式 } 術 { 会陰式 } (開胸開腹手術介 助を体験する) ・右開胸開腹胸部 食道噴門部切除 胸壁前食道胃 吻合術			・前立腺摘出術 ・腎・副腎摘出術 ・膀胱尿管逆流防 止術 ・経尿道的電気切 除術 ・膀胱全摘回腸導 管術	・減圧開頭術	整形外科 ・切除指再接着術 小児外科 ・人工肛門造設術 ・粘膜外齒門筋切開術 眼科 ・虹彩切除術 ・眼瞼形成術 耳鼻咽喉科 ・気管切開術
	・臍頭部十二指腸 切除				・脳腫瘍摘出術	

みれば手術部看護婦1人あたりの役割を各々遂行していることになる。

1) 月別診療科別経験症例

新人3人の調査期間における経験内容を個別に示す。教育計画の「症例体験の進め方」のねらいに基づいて分類した。泌尿器科以下は、初期の段階における「手術器械に慣れる」や「各疾患の特徴を学ぶ」「緊急手術に備える」のねらいをも含めている。

表3はN1の経験症例である。(以下直接介助を直接、間接介助を間接とする。)

6ヶ月目までに直腸切断手術、開胸・開腹手術の直接・間接を、また臍頭部十二指腸切除の直接を経験している。緊急手術症例は、6ヶ月以降、一外・二外科

の腹膜炎、イレウスをはじめ、肺外科、小児外科、眼科など広い領域にわたっている。

表4は、N2の経験症例である。3ヶ月目には胃切除術、開腹手術の直接・間接、脳外科、整形外科の間接を経験している。その後も同様の経験を重ね、6ヶ月目までに結腸右半切除、直腸切断手術、臍頭部十二指腸切除の直接・間接、泌尿器科、脳外科の直接・間接、そして食道癌の開胸・開腹手術、整形外科の間接を経験している。

緊急手術の直接は、中垂炎、消化管手術の術後出血、帝王切開、小児外科を、間接は3ヶ月目ですでに小児の腹膜炎を、その後も眼科、整形外科、脳外科、小児のイレウスなど重篤症例も経験している。

手術部における新人教育

(N1)

上段：直接介助症例

下段：間接介助症例

*印：緊急手術症例

表3 月別診療科別経験症例 (N1)

チーム	A								B						
	一・二外科				肺外科	産婦人科	泌尿器科	脳外科	整形外科	小児外科	眼科	耳鼻科	歯口科	皮膚科	その他
ねらい	手術器械になれる	術中不潔操作	開胸開腹	より複雑な手術	開胸手術	開腹手術									
6月			4	1				1					3		1*1
		1	1			*1	6	2		3					
7月		3	1	1	2	1	1	1							
6ヶ月め	1	1				3	5	*1	3	1		1	1		1
8月					1		2	1		1		1			
	1			1		3	9		1		4			1	1
9月		*1								1*1	2	6		4	
							1	1		4		9*1	1	2	
10月	1								1		1	3			
		1*1		1	*1		3				1*2	9*1		4	1
11月											8			2	
		1*1					3		1	*1	1*1	2		2	

表4 月別診療科別経験症例 (N2)

チーム	A								B						
	一・二外科				肺外科	産婦人科	泌尿器科	脳外科	整形外科	小児外科	眼科	耳鼻科	歯口科	皮膚科	その他
ねらい	手術器械になれる	術中不潔操作	開胸開腹	より複雑な手術	開胸手術	開腹手術									
6月		4	*1	1	2	1	1								
	1	2			1		2	1	1	*1			2		2*1
7月	1	3		2		1		1			2		1		
	2	1	1	1	1	1	3		1		6*1				*1
8月		2			1	1	2	1						1	
		5			1		4	2	2*1			1			
9月		1	1	1		1	3	5					1		
6ヶ月め			1		1		2	2	2						1
10月	1	1*1				*1				4	11*1			2	
								1		6*1	3	1		4	*2
11月	1	2				*1				*1	2	1	1	2	
	1							*1		*1	12*1		3	2	

表5 月別診療科別経験症例 (N3)

チーム	A								B						
	一・二外科				肺外科	産婦人科	泌尿器科	脳外科	整形外科	小児外科	眼科	耳鼻科	歯口科	皮膚科	その他
ねらい	手術器械になれる	術中不潔操作	開胸開腹	より複雑な手術	開胸手術	開腹手術									
6月		2								2	6			5	
										4*1	9*1		1	2	1
7月	1					3*1			2	3	1		1	2	*1
	1	3			2				*1	3*1	8	1*1	1	2	
8月	1	2								3*1	5	2	3		
									2	5	7	1	1	5	
9月		1				2				5	2		2		
6ヶ月め		2			1	1				1	6			2	
10月		2*1	4*1		1	3	1					3	1		
		3	1			1	3			1		1	2		1*1
11月		1	1	2	3	1*1									
	1	1	3			3			2			1			2

表5はN3の経験症例である。Bチーム所属であったため、小児外科、眼科などの症例が多い。Aチームに移った7ヶ月日より開胸・開腹手術の直接・間接を経験している。脳外科の症例の経験は調査期間中ない。

緊急手術症例も直接ではイレウス、帝王切開を経験しているものの、間接では比較的风险の良い小手術である。

以上3人がかかわった患者の年齢は、次のとおりである。

8月は、夏休みという季節柄若年者の手術が増加しておりその影響を受けている。

N1は生後1ヶ月～82才と、6ヶ月を通して各月とも新生児から老人までである。

N2は、8月を除いて、Aチームに所属していた6ヶ月目までほぼ成人・老人である。

N3は、Bチームに所属していた6ヶ月目まで4ヶ月～81才と、乳児から老人までを含むが、Aチームに変わった7ヶ月目、8ヶ月目は1名を除き成人・老人となる。

2) 個人別経験症例数及びその手術時間数 (図6)

図6は、3人の月別経験症例数及びその手術時間数を示したものである。症例総数は、三者とも間接が多いが、総時間数でみると、N1は直接・間接ほぼ等しく (直接194時間20分・間接196時間27分)、N2は間

接が多く (直接232時間34分・間接246時間43分)、N3は直接が多い (直接251時間54分・間接200時間07分)。

時間数の月毎のパターンをみると次のようになる。N1は6ヶ月目を境に直接介助型から間接介助型へと変わる。N2は9月を除いて終始間接介助型である。N3は7月を除きほぼ直接介助型である。

3) 看護計画記載率

このような過程を経た3人がどのような術中看護計画を記載していたかをみた。その看護計画で妥当であったのかどうかの評価はしていない。記載していたか否かをみたのである。また、記載していなくても、基準に基づいた実践はしているのである。しかし、看護計画を記載すること自体に看護を意識していると考えた。記載率とは、かかわった患者数に対する看護計画記載有りの割合である。

記載されていた看護計画の内容を分類すると以下の7項目となった。

- 合併症への対処。
- ②術式に伴う対処。
- ③術中体温管理に関すること。
- ④身長、体重、身体的障害に対する体位工夫。
- ⑤患者の不安に対すること。
- ⑥高齢であることや、患者の現症状への対処。
- ⑦その他。

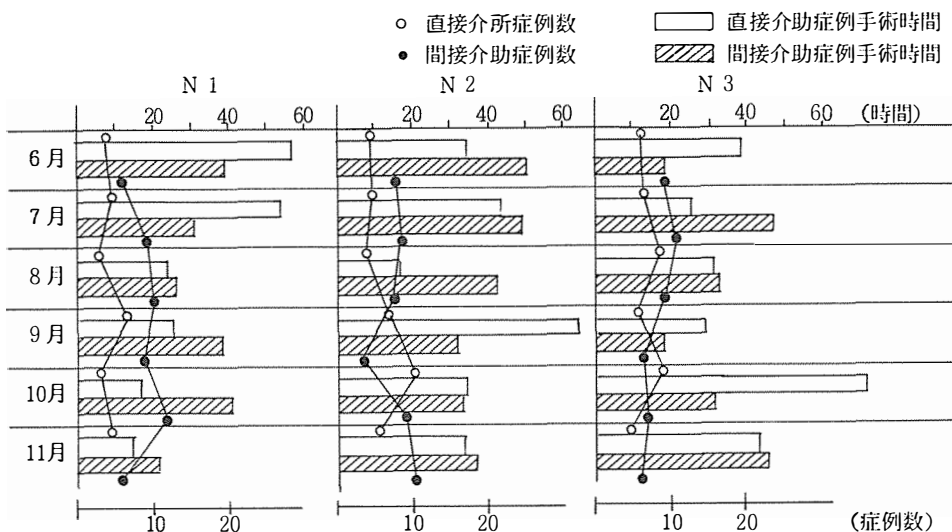


図6 個人別経験症例数及びその手術時間数

N1が間接介助を行った症例のうち、合併症保有患者は28.6%、病棟よりの術前問題点指摘患者は50.0%であった。これらを含めた患者に対し、看護計画記載率は50.0%で、その内容は①～⑦すべての項目にわたっていた。

N2については次のとおりである。合併症保有患者50.0%、問題点指摘患者71.4%、看護計画記載率は64.3%、内容は①～⑦の項目にわたっていた。

N3については次のとおりである。合併症保有患者35.0%、問題点指摘患者60.0%、看護計画記載率15.0%、内容は①、⑤、⑥の項目に限られていた。

また、新人教育に関する意識調査においても次の差が示された。N3は「ひとりで胃切除術の直接介助ができる」を3ヶ月、「適切な術中看護計画を立案、実施、記録し報告できる」を6ヶ月としているのに比し、N1、N2とも両方を3ヶ月としている。

V 考 察

以上の結果より三者を比較してみた。

N1は量的経験はN2、N3に比して少ないが、着実に基礎的症例を経験し、6ヶ月終了ごろより直接介助から間接介助へと、そして領域においてもひろがりを見せる。

N2は積極的に、しかも巾広く経験を重ね基本を確実に習得している。早い時期から、間接介助が多く、看護計画記載率もN1、N3に比して高い。

N3は小手術症例を数多く経験している。看護計画記載率は低く、術式に伴う対処や、術中体温管理や、体位の工夫など個別的・具体的な看護計画の記載はない。

このように新卒看護婦は個別な患者の問題点を把握し、看護計画を立案し、実施していくことに困難があった。

すなわち、病棟経験のある看護婦が手術部に配属された場合は、現在の方法で十分に目標を達成し、手術部にあっても主体的に看護を行おうとする姿勢はうかがえる。しかし、新卒新人の場合は、主体的に看護を行うという点において6ヶ月では困難であった。

このような差をもたらした要因を考案し、現行の教育方法を検討する。

病棟経験のある者は「看護をする者」という自覚をしっかりとっている。看護経験から得たこの価値観を

もとに、環境に順応し、積極的に自分が必要なものを獲得していく。職務を遂行するための職場側の要求に加えて、学習者自身の学習要求も明確になっているのである。

新卒看護婦は、何に重点をおくべきか、何が手術部における看護なのか把握できないでただ数を重ねるのである。

所属チームも経験の差をもたらした要因である。所属チームの決定は業務量の調整という管理上の視点での人員配置という事情もある。また新卒看護婦には小手術の方がショックも少いのではという配慮もあった。

指導者は、意図的にチームの担当診療科をこえて「症例体験の進め方」にもとづき教育的にかかわってはいても、結果として経験差が生じた。

手術部看護婦の一員として業務を遂行する必要もあるわけで、手術例数の多い症例、所属チームの診療科の症例が多くなることは必然である。

6ヶ月間にかかわった患者数は、N1：166例、N2：170例に比しN3：191例であり、直接介助時間もN3が最長であった。新卒看護婦のこのエネルギーを、間接介助を重視した手術部看護の習得に向けさせる必要があった。

その方法は、症例数を少なくし、考えるゆとりのある基礎的手術例を、特に間接介助に力を入れて指導するということである。

具体的方法を以下に述べる。

1) 手術部看護の基本の習得

手術部看護の基本を確実に習得させるには小手術を数多くよりも、基本を内包した症例をもって確実性を期した方が有効である。たとえば「手術器械に慣れる」のねらいであっても、小手術を数多くよりも開腹手術でもって習得した方がむだがない。開腹手術の開腹・閉腹の部分を最初の段階に、次に同じ開腹手術の「不潔操作」までというようにである。基本をくりかえし行い、更に複雑へすすむという習得のさせ方である。それを習得していれば他の手術への応用も可能なのである。

この方法は結果として患者の年齢にも影響してくる。基礎的な症例とは「成人の」ということである。成人期における手術患者の看護を習得してから小児へとすすむべきである。たとえば、そこにおいてはじめて、術中体温管理が小児においてはことさら重要であるこ

とに気づくはずである。

新人は、このような体験が無理なくできるような部署へ置くことである。

管理的視点での配置ではなく、教育的視点をもった配置が望ましい。職場環境そのものが新人の教育環境になるからである。

2) 間接介助指導

その教育環境である手術部とは、技術面が強調され、個々の能力や適性が即周囲から評価される現場である。このような職場にあって新卒看護婦には特に間接介助指導に力を入れるべきである。理由を次に述べる。

手術部における看護活動の現象的部分は眼につきやすい。直接介助技術は誰の眼にもあざやかである。しかし、間接介助における技術はそれに比べて地味である。

間接介助技術の意味は、病棟経験のある者ならば読みとれる。しかし、新卒看護婦には「看護とは」の認識の上に立った「主体的に看護する姿勢」はなかなか見えにくいのである。したがって新卒看護婦は直接介助技術の習得に自ら力点をおく。「患者の問題点を把握し、看護計画を立案し、実施する」訓練は指導者が強調しなければ力を注がない。

新卒新人の間接介助指導において、指導者は次のことに留意すべきである。

①要求される看護活動が基準どおりであると予測される症例においても、術中看護計画は自分のことばで立案させる。

②看護活動の根拠を考えさせる。たとえば体位の固定の仕方を、この患者の場合どうしてそのようにするかなどである。

③行った看護がそれでよかったかを考えさせる。

これら以前に、間接介助では、どの症例をもって何をどう教えるのかを明確にしておく必要がある。

「症例体験の進め方」は、間接介助における、その症例体験を通しての具体的なねらいは明確にはなっていない。

このように学習者である新人は、指導者を含めた職場環境の総体の中から、看護をする者としての自覚をもってゆくのである。

個別指導においてばかりでなく、看護体制、教育体制においても「看護」を強調するシステムになっていないと、新卒新人はそこに学習の価値をおかない。そ

のような看護環境づくりができないのであれば、新卒新人は配置しないことである。

3) 教育期間

新卒看護婦がAチームの所属であった場合そして間接介助にも力を入れた指導方法をとることができた場合に、どれほどの期間が必要であるかは断定はできない。

しかし、病棟経験のある看護婦にとって妥当であった6ヶ月を越えることは確かであろう。

教育課程である「症例体験の進め方」の内容の部分は同一であっても、それを習得するに要する期間、指導者、具体的指導方法は個別に考えるべきである。

受け入れた新人一人ひとりの個別的教育計画を立案することである。

以上、新人の教育に影響した要因と、あるべき指導方法について述べた。しかし、今回は三人の新人にかかわった指導者については述べていない。教育において指導者のありようは重要である。それは新人にとって「わざ」の習得プロセスにおける模倣⁸⁾の対象でもあるからである。また Preceptor は、指導業務における Key factor⁹⁾ であるからである。

これら指導者の分析のないところは、本調査の限界である。

VI ま と め

看護業務を質・量ともに把握しやすい手術部の6ヶ月間の実態を明らかにし、その状況の中に存在した新人の経験を調査した。

その新人の経験の分析をもって、当手術部の新人教育の方法の検討を試みた。そして、以下の結果を得た。

病棟経験のある看護婦は、現在の方法で十分に目標を達成し、手術部においても主体的に看護を行おうとする姿勢がある。しかし、新卒看護婦は、教育期間とする6ヶ月では、主体的に看護を行うという点において困難があった。

新卒看護婦が手術部のような高度医療・技術の強調される職場に配属された場合、指導者は特に「看護」を意識させる指導を行わなければ、新人は看護の主体者にはなりにくい。

いずれの場合においても、新人教育の原則は次の2点である。

1. 基本を学べる部署への配置

2. 看護の視点を重視した個別指導 本調査により、手順2「……看護婦一人ひとりの個性に
この原則のもとに、「はじめに」で述べた1～5の 性に応じて……」において、新卒看護婦の傾向・病棟
看護量の分析から評価までの手順で育てることである。 経験のある看護婦の傾向を明らかにし得た。

抄 録

6ヶ月間における当院手術部の手術実態を明らかにし、その状況の中に存在した新人看護婦3人の経験を調査した。その経験の分析をもって新人教育の方法の検討を試み、以下の結果を得た。

病棟経験のない新卒看護婦は、教育期間とする6ヶ月では主体的に看護を行うという点において困難があった。

いずれの場合においても、新人教育の原則は次の2点である。

1. 基本を学べる部署への配置
2. 看護の視点を重視した個別指導

Summary

We specified the real state of the operations for six months, and investigated what three recruits had experienced in that situation.

Based on the analysis of the investigation, we examined how to instruct recruits and derived the result as the following.

It is difficult for the recruits who had not worked in a ward to nursing spontaneously in six months that is a term of education

In any case, the principle of education for recruits is following two points.

1. To attach them to the department where they can the foundation.
2. To instruct them individually making much of the point of nursing.

文 献

- 1) 伊藤暁子 看護継続教育の教育内容と看護婦に期待する実践力 日本看護研究学会誌 13巻2号 p.21~37 1990
- 2) 佐藤和子他 新人オリエンテーションの一考察ーオリエンテーションにビデオを取り入れてー 日本手術部医学学会誌 10巻2号 p.345~347 1989
- 3) 進藤美智子他 手術部における新人教育 日本手術部医学学会誌 11巻1号 p.105~106 1990
- 4) 岩浅豊也 看護教育研究の発展のために 看護教育 31巻3号 p.134~141 1990
- 5) 古川梅 他 手術部看護婦の定員増について第19回全国国立大学病院手術部協議会 昭和57年
- 6) 五十嵐美知子他 手術部看護体制の検討 一時間外延長手術および緊急手術症例の分析から 日本手術部医学学会誌 10巻2号 p.330~332 1989
- 7) 五十嵐美知子他 私たちの新人教育ーエルダー方式を取り入れてー オペナーシング 4巻4号 p.313~319 1989
- 8) 生田久美子 「わざ」から知る 東京大学出版会 1987
- 9) Kim S. Hitchings, Preceptors Promote Competence and Retention: Strategies to Achieve Success, the journal of Continuing Education in Nursing, Vol 20, No.6 p.255~260 1990

(平成2年11月14日 受付)

主任業務の再検討

A Re-Examination on Nursing Services of Chief Nurses

阪 口 禎 男*
Sadao Sakaguchi

江 口 智 子**
Tomoko Eguchi

I はじめに

日本における大学病院看護部の組織は昭和51年“大学附属病院の看護部の設置について”の厚生省局長通達によって、ようやく独立した専門的機能として、確立された。¹⁾この通達には組織機構、所掌業務範囲、所属職員の勤務条件等、具体的な指導内容が示されている。しかし、各大学でその病院の運営に即した看護部組織を、規定するよう指示している。従って、病院における看護部組織は施設によって様々であり、特に、その組織の中に新たに設けられた副看護婦長の役割にも当然、違いがみられている。当初、婦長については、はっきりしたガイドラインが示されたのに対し、副婦長については「婦長の業務を補佐し、必要に応じてその業務を代行する」としたに過ぎない。

福岡大学病院においては、各病棟・手術部・材料部および外来に、各婦長（1名）、副婦長に相当する主任看護婦（1～2名、以下主任とする）がそれぞれ配置されている。まず、婦長の役割りとして「看護部長の指示をうけ、よりよい看護サービスの提供するために適切な管理を行ない、その責任を持つ」と規定されている。これに対して、主任の役割は、1）婦長の指示を受け、自ら看護業務を行なうと共に婦長を補佐し、婦長不在時その業務を代行する。さらに、2）治療上・看護上必要なコミュニケーションを医師と共に行なう。又、3）病棟管理のうち、特に、患者看護について、

業務内容を代行するとし、医師との連絡および患者看護についても示されている。

特に、後者については11項目、職員について2項目に亘り、具体的に、婦長のみならず主任の役割りについても明記されている。（表6参照）それにも拘はらず、その業務内容は、病棟により差が見られ、主任業務の役割の不明確さを感じられる。又、毎日を複雑な業務で過ごすためには、自分が行ないたいと思う、あるいは、計画した看護を充分に行なえていないと、感じる場合が多くあるようである。そこで、今回、主任を中心に、看護業務調査、並びに意識調査を行ない、現在の主任業務の役割りについての再検討を試みたので、ここに報告する。

II 対象と方法

福岡大学病院の外科系の1病棟婦長1名、看護婦16名及び全病棟の主任20名計37名を対象に、8時から17時までの日勤帯の業務をタイムスタディー法を用いて調査し、それぞれの業務内容を比較検討した。なお、調査期間は平成元年9月の1日のみで、業務は観察・巡視・診療介助など19分類とし、その内容は患者の世話をはじめとする136項目からなる。

一方、主任20名を対象に、日常行なっている主なる業務、業務に対する満足感、主任として自分に不足する点及び理由など、10設問によるアンケート調査を行ない、検討した。

* 千葉大学看護学部看護実践・研究指導センター

Division of Nursing Administration, School of Nursing, Chiba University Hospital

** 福岡大学病院 Department of Nursing, Fukuoka University Hospital

Ⅱ 成 績

1日の勤務時間内で業務内容別所要時間をみると、観察・巡視、管理業務、スタッフ・後輩の指導などといった管理的業務に婦長が300分（56％）と、当然のことながら約過半数の時間を費やしている。これに対し、看護婦の1人当たりの所要時間は身の回りの世話、患者の移送、検温、各種測定、診療介助、記録といった患者看護が中心で、その所要時間は357分（66％）である。一方、主任では連絡・報告・情報交換の業務が205分（38％）と、全分類中一番多くの時間を費やしている（表1）。次に、この19分類の業務内容を管理業務、患者管理、連絡・報告およびその他の4つに大きく区分して、各職種での一日の一人当たりの時間数の割合を示したのが図1である。即ち、婦長は管理業に時間を要し、看護婦は患者看護が一番多く、次に連絡・報告になっている。これに対して、主任は、ほぼ四区分、全てに関わり、特に、連絡・報告に時間を費している。

しかし、表1から主任業務と看護婦間および婦長間

表1 業務内容別所要時間

（単位分）

業 務 内 容	婦 長	主 任	看護婦
1 観察・巡視	45	26	6
2 身の回りの世話	20	61	86
3 療養上の指導	20	19	10
4 患者の移送	0	7	39
5 検温・各種測定	0	2	80
6 助産婦の行なう業務	0	4	0
7 与薬	0	10	13
8 診療の介助	0	48	65
9 環境の整備	20	15	20
10 記録	0	8	87
11 連絡・報告・情報交換	115	205	85
12 各所との連絡	10	22	4
13 管理業務	140	14	0
14 薬品・物品・機械の取り扱い	15	15	1
16 スタッフ・後輩の指導	115	30	1
17 会議	0	0	0
18 メッセージ・事務業務	0	2	4
19 その他	40	49	39
合 計	540	540	540

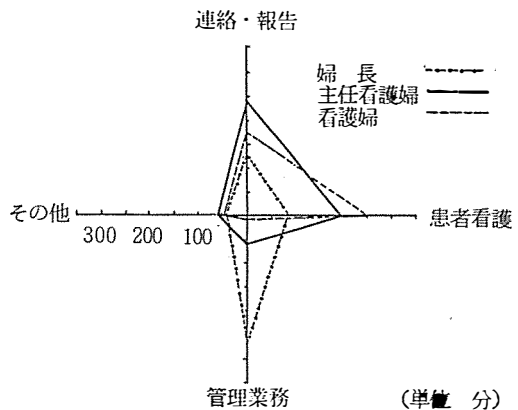


図1 各職種1日の一人当たりの業務時間

の業務内容時間をみると、前者では身の回りの世話が61：86、診療介助48：65、環境の整備15：20と主任もこれにかなり多くの時間を費やしている。これに対して、後者ではスタッフ・後輩の指導が115：30と約1／4に過ぎない。

一方、これを主任へのアンケートによる意識調査から見ると、まず、(1)各主任が行なっていると回答した主な業務内容を、1～3年目、4～6年目の2群に分けて比較すると、（表2）前者では、医師との連絡・調整が全員の100％、スタッフとの連絡・調整が87.5％、患者看護が75％となっている。しかし、後者では医師、スタッフ、他部門との連絡・調整が91.7％、患者看護が83.3％、上司との連絡・調整が75％となっている。即ち、連絡・調整に関しては、1～3年目が医師に重点を置いているのに対し、4～6年目では、全てに平均して高い割合を示している。又、患者看護、教育・指導についても、4～6年目の方が高い頻度を示している。次に、(2)現在の主任業務に対する満足感についても、経験年数別の3群（1・2年、3・4年、5・6年以上）に区分してみると、（表3）満足している人の割合は、20人中4人（20％）と5分の1に過ぎず、また、主任の経験年数からみても殆ど差が見られない。これに対して、不満を持つ人は1・2年目では40％、3・4年目では55.6％、5・6年目以上では83.2％と、経験年数が長くなるにつれて不満の割合が高くなっている。

しかも、5・6年目以上では、満足か不満足かのいずれかに、はっきり分かれているのが特徴的といえよう。

主任業務の再検討

表2 現在の業務に対する満足感

	満 足	どちらでも な	不 満	計
1・2年目	1(20.0%)	2(20.0%)	2(40.0%)	5
3・4年目	2(22.2%)	2(22.2%)	5(55.6%)	9
5・6年目	1(26.7%)	0(—)	5(83.3%)	6
計	4	4	12	20

表3 現在行なっている主な業務内容

(単位 %)

	1～3年	4～6年	全 体
医師との連絡・調整	100.0	91.7	95.0
スタッフとの連絡・調整	87.5	91.7	90.0
患者看護	75.0	83.3	80.0
他部門との連絡	62.5	91.7	80.0
教育・指導	62.5	75.0	70.0
上司との連絡・調整	50.0	75.0	65.0
診療助	62.5	58.3	60.0
物品・薬品管理	62.5	58.3	60.0
婦長代行	50.0	41.7	45.9

さらに、(3)満足している業務内容と不満な業務内容の具体的な項目について、同様に2群に分けてみると、(表4)満足している群では患者看護、看護婦間の人間関係を、まず挙げている。これに対して、不満な者では、患者看護、教育・研究であり、特に、4～6年目では業務内容が明確でないという回答も半数に見られた。就中、満足、不満足両方に患者看護が挙げられているが、患者看護については各主任とも重要な業務と考えており、自分が考えている患者看護が出来ているか否かで、満足、不満足を感じているようである。最後に、(4)各主任が自分に不足していると考えている内容と、その理由について示す。(表5)不足している内容は、指導能力、豊富な専門的知識、研究・学習意欲であり、不足している理由としては、学習不足、人間的魅力、多忙などを挙げている。

IV 考 察

全国の76施設に及ぶ大学附属病院看護部を対象とした調査で、副婦長の組織の位置付けとして、松岡ら²⁾³⁾はライン型およびスタッフ型の4つに分類している。この分類からみると、当院の主任業務はこの中、部分

表4 満足している業務内容と不満な業務内容

(満足な内容)	(不満な内容)
患者看護 (66.7%)	患者看護 (77.0%)
看護婦間の人間関係(66.7%)	教育・研究(41.7%)
(単位 %)	

経験年数	満 足	不 満
1～3年目	患者看護 看護婦間の人間関係 物品・薬品管理 教育・研究	①患者看護(100.0%) ②医師関係(50.0%) ②教育・研究(50.0%)
4～6年目	患者看護 看護婦間の人間関係 医師関係	①患者看護(62.5%) ②業務内容が明確でない(50.0%)

表5 主任として自分に不足している内容とその理由

(単位 %)

不足している内容	① 指導能力 (85.0%) ② 豊富な専門手は知識(70.0%) ③ 研究・学習意欲 (55.0%)
不足している理由	① 学習不足 (80.0%) ② 人間的魅力 (45.0%) ③ 多 忙 (45.0%)

ライン型に属するものと考えられる。⁴⁾即ち、福岡大学病院では、はじめに述べたように主任の役割が規定されているが、特に、患者看護の中で業務の割り当て、患者の把握、報告と連絡について明記されている。(表6)

さらに、これらに加えて、他の業務についても、代行する業務を明確化している(○印の項目)。これに対して、ある国立大学附属病院では「看護婦長の命をうけ、看護実践者のリーダーとして、当該看護単位における看護業務を掌握し、よりよい看護サービスを提供する。又、部下職員の看護に関する知識・技術の評価など指導監督する」とし、さらに、臨床指導への協力、看護器材の整備・保管、諸記録の作成報告等をその任としており、基本原則は変わらないが、細部において、違いがみられている。

今回の調査の結果、現在行なわれている主任業務は、前述した当院で掲げられている主任業務に相当し、業務内容も比較的整理されていると考えられる。⁵⁾即ち、

主任業務の再検討

表6 婦長・主任業務

内 容	婦 長	主 任
A. 患者看護について		
1. 看護単位の構成		
2. 看護体制		
3. 業務計画		
4. 業務の割り当て		
1) 患者の病状経過病室の選定 構造との関連で構成する。	1 日間業務計画 2 週間業務計画 3 月間業務計画 4 患者受持決定	主任の立場で業務内容追加
2) 看護職員の経験背景により考慮する。		
5. 患者の把握		
1) 巡回により 症状を観察し訴えをききニーズを把握する。必要に応じて療養の指導を行なう。	1 定期的巡回 2 要注意者巡回 3 回診介助	主任の立場で巡回
2) 情報交換により	1 カンファレンス 2 連絡及び報告から 3 記録物・検査結果から 4 医師より	○ ○ ○ ○
3) 面接	1 定期的 2 必要時	
6. 看護計画の指導		
1) 計画 実施 評価 修正のサイクルで継続した看護が出来るよう指導する	1 個別の指導 2 カンファレンス・業務の中で指導	○ ○
7. 看護内容の指導と評価		
1) 患者への援助が支障なく行なわれているか、継続しているか。	1 日常業務を通しての指導・評価	○
2) 望ましい看護観 信念をもって看護が出来るよう指導する。	2 定期的学習会の計画・指導	○
8. 患者家族の指導と連絡		
1) 健康回復のための諸問題を解決するため問題を分析し助言・指導を行なう	1 対外的な問題はケースワーカーやその他の社会資源を活用する	
2) 健康教育 疾病予防について助言・指導する	2 必要時面接 3 受持ナースの指導内容を確認補充	

主任業務の再検討

内 容	婦 長	主 任
9. 記録の点検と管理 1) 規定通りの方法で正しく記録されるよう点検指導する。 2) 規定通りの順序に綴じてあるか点検	1 入院カルテの保管 2 看護記録の定期的点検と指導 3 退院カルテの点検・返納 4 看護管理日誌の点検・捺印 5 看護要約の点検と指導 6 看護度調査用紙の点検と指導	○ ○ ○ ○ ○ ○
10. 患者の環境管理 1) 安全管理（危険防止・整理整頓）に注意する。 2) 環境衛生管理（温度・湿度・換気・採光） 3) 清掃状況の把握・指導 4) 患者の同室者との人間関係への配慮	1 毎日の巡視時に注意する 2 定期的点検を行なう 3 必要時すみやかに関係先に連絡し対処する	○ ○ ○ ○
11. 報告と連絡 1) 患者の看護上の問題をスムーズに解決するため各関係先に報告・連絡する 2) スタッフ —— リーダー リーダー —— 主任 —— 婦長 の報告・連絡を時間をきめて、又必要時行なう。	1 他 部門との連絡 2 看護部への報告 3 主任（リーダー）より報告をうける 又必要なものは伝達	患者の医療上に関する医師への報告・指示内容の確認を行なう 他 部門 部内は指示を受けておこなう
B. 職員について 1. 業務計画 経験年数 能力を考慮し均等に計画する。（夜勤回数・公休間隔など）	1 勤務予定表作成 2 週間予定表作成 3 日間予定表作成	○ ○
2. 勤務時間管理 定められた時間内で効果的な看護をおこなう。勤務時間の把握及び調整	1 タイムスリップ点検 2 勤務表点検 3 休憩時間の調整 4 出勤の指導と調整 5 産休・育児・授乳時間の調整	○ ○

主任業務は、連絡・報告・情報交換に多くの時間を費やしているように、各単位での連絡・報告の役割をもっている。⁶⁾そのなかでも、医師との関わりが強く、特に、指示受けに、多くの時間を費やしている。

一方、主任の立場、役割りとして「主任は、アメーバ的でありクッション的であり、なおかつ酵素の役割を持つことが、その存在の意味を高くする」と荒井⁷⁾は説明している。このアメーバ的立場の表現は、主任が看護ケアの隙間を作らないように、婦長と看護婦の間にあり、その隙間を埋めていく。しかも、その時々状況に応じて、その仕事のレベル、内容も変化するということであろう。つまり、婦長、看護婦の両者の間にあり、時により婦長の補佐を行なえば、又、直接に看護婦の援助も行なう。このことは婦長、看護婦の業務が非常に明確であるのに対して、主任業務そのものが、不明確さを持っていることばかりでなく、⁸⁾婦長業務にも精通していなければならない存在であり、しかも、その時々に応じて自分の仕事を調整していく能力を必要とされる。次に、クッション的であり、酵素の作用を持つということは、上意下達・下位上達の意味疎通があるように、婦長、看護婦、その他の職種との情報交換に際して、その間のクッション的役割を果たすことであり、又、互いの意思がうまく理解され働くように、調整する酵素の役割を持つことである。

このことは、婦長の看護方針や考え方を十分理解し補佐するとともに、一方で、看護婦それぞれの考え方を知り、しかも、スムーズに、それらを伝達する必要がある、コミュニケーション能力や調整能力が求められる。⁹⁾

特に、調整能力に関しては、医師や患者間との調整も必要であり、そのためには、平素から情報収集に心掛け、互いの信頼関係を作り上げる必要があり、また看護婦とも適切な情報交換を行なって行かなければならない。

即ち、当院における主任業務は、連絡・報告に多くの時間を使っており、主任の役割としてのクッション的役割を果たすとともに、また、患者看護・管理業務にも関わり、アメーバ的役割も持っている。しかし、主任の役割を組織において、アメーバ的、クッション的存在であるという、いわば緩衝剤的位置づけは、主任業務を組織の一員としてのみとらえたに過ぎず、かえって、一つの枠の中に閉じ込めた感がいえない。

しかも、今回の分析結果は当院の平均的な主任業務についてであり、当然、各病棟における主任により、その内容に違いが見られており、充分とは言えず、各主任とも不満を感じている。又、経験が増すにつれて不満も強くなっている。

これは、経験が増すにつれて、余裕が出来てくるに従い、周囲に目を向けることが出来、自分を客観的に振り返ることが出来るようになったからだとも考えられる。しかし、この年ともに生ずる不満は、むしろ、各主任の考え方にもよるが、病棟の直接上司である婦長の考え方に強く影響されているものと思われる。とりわけ、その病棟婦長の管理業務の委任、分担に対する考え方が大きな要因を占めていると思われる。婦長、主任、お互いの委任・分担については、今回の調査を含めて、これまで種々、改善がみられているが、特に、委任についての調査²⁾¹⁰⁾で婦長の委任しているとする度合いより、副婦長のほうが被委任と受け取っている業務が多くみられている。従って、このような意識のずれを修正するためにも、各病棟での主任の業務内容の整理を行ない、主任として何処に深く関わっていくべきかを考える必要がある。その上で、病棟間の違いをよく検討し、主任の役割りの一モデルを作成し、各婦長と話し合いをもつことにより、一層の委任・分担の明確化を図る必要がある。例えば、かなり委譲が行なわれているようであるが、前述した当院の患者看護の中の業務割り当てに、月間および週間業務計画があり、主任の立場で業務内容追加が認められている。月間業務計画は本来の管理面が多く、患者ケアとは直接関わりがない。これに対して、週間業務計画は患者のニーズに合わせた患者ケアを行なうこと、看護を行なう者の能力と意欲を考慮して作成されるものであり、これを作成し、実施評価することは、主任の役割りが発揮でき、リーダーシップの啓発、ひいては意欲の向上へと、つながるものと考えられる。¹¹⁾

従って、この計画に関しては、婦長はスタッフ的存在のみで、ほぼ完全な委譲が認められてもよいのではなかろうか。

また、主任－看護婦、主任－婦長間における業務内容別の時間的配分(表1)をみると、前者における身の回りの世話(61:86)、診療介助(48:65)および環境整備(15:20)の比率が高く、後者のスタッフ・後輩の指導(115:30)の時間が低い。せめて前者を

1 : 2 の比率まで下げ、その分、後者の業務に振り分けてもよいのではないだろうか。事実、現在行なっている主な主任業務についてのアンケート調査でも（表3）、4年以上の主任は1～3年目よりも医師との連絡調整、診療介助並びに物品・薬品管理が減少し、代わってスタッフとの連絡・調整、他部門との連絡、教育・指導、上司との連絡・調整の増加がみられている。これに対して、満足感の調査では5・6年目の主任の不満がかなり高い。従って、4年目という一つのラインを設けて、看護婦の業務の比率を序々に減少させて行くとともに、婦長のスタッフ・後輩の指導の時間を病棟内の事情、主任の能力などを考慮しながら、婦長から主任への委任・分担の明確化が行なわれてもよいのではなかろうか。

一方、現在、婦長、副婦長の高令化をたどる傾向がみられており、新設大学である当院も、いずれは管理者の高令化が進み、長期間その地位にとどまる事の可能性はある。これはやむを得ないことではあると思われるが、一層の不満の増大、さらには意欲の減退にもつながり、管理上、また看護の効率化からも支障を来たしかねない。そこで、今後、ますます看護の高度化に伴う専門性の発展が考えられ、その専門分野に対して、管理的技術スタッフの立場をとらせることも意義あることと考える。

さらに、管理者教育としての講習や研修状況を見る

と、婦長に対しては比較的質度の高い長期に亘る研修が行なわれているのに対し、副婦長では短期でしかも、地方的なものが大多数を占めている。今■の結果から、主任として不足しているものとして、指導能力、専門的知識の不足などが挙げられている。これらは自分自身で解決しなければならない問題であるが、将来管理者になる者としては重要な資質である。¹²⁾従って、各自が自分の現状をよく知り、問題解決はもちろんのこと、その前提である問題発見能力の育成にも努める必要があろう。しかし、自分自身の質の向上を個人で行なうのには、おのずから限度がある。一方で、これからますます、組織の分化が進み、そのはざまの中で、主任らは難しい局面を迎えることになる。

そのためにも、次代を担う婦長の人材を目途した質の高い管理素養を早い次期より研修させる必要性が考えられ、また、そのような全国的規模の研修会の開催が望まれる。

V おわりに

今■は、主任の視点での業務分析に終わり、婦長や看護婦から見た主任業務についての検討は行なえなかった。今後は視点を変えて主任業務をさらに検討したい。又、時間外の業務分析、外来・手術部を含めた主任業務についての検討をも行なっていきたいと考える。

要 約

福岡大学病院において、1病棟における婦長1名、看護婦16名および20人の主任看護婦を対象に■勤帯における看護業務をタイムスタディで調査し分析した。さらに、主任のみに、現在の主なる業務、満足感などの意識調査を行ない、以下の結果を得た。

- (1) 当院における主任業務は、組織のなかでの連絡・報告の役割を持つ。
- (2) 現在の業務は、当院で掲げられている主任業務に相当し、業務内容は比較的整理されている。
- (3) 各主任の業務に対する満足度は低い。しかも、経験年数が長い者ほど不満が強い。
- (4) 業務内容が明確でないとする者が1/4にみられた。

SUMMARY

We analyzed nursing services for a day, day works of a head-nurse, 16 nurses and 20 chief nurses at Fukuoka University Hospital. In addition, we investigated a consciousness to these chief nurses on their main patients care, a feeling of satisfaction to their jobs and others.

- 1) Chief nurses' jobs consist of connections and informations between doctors and nurses.
- 2) Present nursing services of chief nurses, correspond to this hospital rules in the chief jobs, and also, contents of their jobs are adjusted well.
- 3) They feel a low satisfaction for their jobs. And, they who worked for a long time, feel more unsatisfied strongly than those whom worked for a short time.
- 4) There is 25% of chief nurses who are thinking to their jobs contents, not clearly.

文 献

- 1) 佐野文一郎：国立大学附属病院看護部の設置について（通知），文部省，文大医，266，1976
- 2) 松岡淳夫，友藤敬子，太田君枝：病棟における副婦長の管理的役割，看護展望，1000：54～62，1985
- 3) 友藤敬子，太田君枝，他：看護部組織における副婦長の位置づけ，日看研誌，7(4)：47～52，1985
- 4) 宝珠山ウメ：ラインとスタッフ：人事管理をめぐる諸問題，看護展望，4(5)：25～30，1979
- 5) 越河六郎：病院看護業務の分析，労働の科学，64(4)：174～193，1988
- 6) 江副信子：主任看護業務：看護単位の把握の中で，看護展望，4(5)：21～24，1979
- 7) 荒井蝶子ら：今，主任に求められるもの，ナースデータ，56：1～33，1985
- 8) 高橋玲子：婦長の役割と主任の役割，看護展望，7(6)：488～493，1982
- 9) 中村志保子：主任の立場から見た看護管理，ナースデータ，73：12～16，1986
- 10) 浅野水器子ら：看護組織における「副婦長」の管理業務，ナースステーション，14(2)：55～62，1984
- 11) 佐藤幸子：業務遂行と主任の責務，看護展望，4(5)：392～397，1979
- 12) 富士夏子：主任看護婦に求められる役割と資質の一考察，第10回日本看護管理分科会集録，337～339，1979

（平成2年12月18日 受付）

看護度と看護行為の検討

Research on the Relation between the Nursing Care Level and the Nursing Care

阪 口 禎 男*

Sadao Sakaguchi

浅 里 いさお**

Isao Asari

I はじめに

近年の医療技術の急激な進歩、疾病構造の変化、さらには、患者のニーズのさまざまな変化などに伴って、看護業務の内容も大きな変化を示してきている。その中で、より質の高い看護を提供するためには、継続教育の充実をはかると共に、看護要因の効果的な配置が重要となってくる。

近畿大学附属病院では、昭和61年度より毎月1回、全病棟の看護度（看護体制委員会作成¹⁾）を用いて調査と同時に、当院独自の看護行為調査およびタイムスタディ法による看護業務量調査を行って種々検討を試みてきた。しかし、現在、人員配置のための看護業務分析までには至っていない。

そこで、今回、患者が必要としている看護ケアニーズが把握でき、しかも看護業務量の反映された看護度の作成を目的に、看護行為及び看護度の調査を行って検討し、看護度票の一試案を作成したので、ここに報告する。

II 対象と方法

近畿大学附属病院において、日勤帯のみの1日間、全20病棟、入院患者989名を対象に看護度と看護行為を調査した。

看護度は東海大学の看護度²⁾を参考に6分類を、また、看護行為は当院独自の看護行為10分類³⁾100項目を使用した。記入に際しては婦長会などで事前に詳細に打ち合わせを行い、看護度票は各婦長が、看護行

為はその日の受持看護婦が行った。

次に、看護度を得点化し、看護行為との関連性について検討し、調査用紙に簡略化を試み、一試案を作成した。更に、看護度からみた看護要因の病棟別配置の妥当性についても検討を試みた。なお、分析にはHI-TAC-360大型コンピュータを用いた。

以下に調査内容を示す。

1) 看護度（表1）

看護度は看護観察の程度、生活の自立度、意識レベルの程度、精神症状の程度、生活の自立の程度、およびその他の6分類で、更に、生活の自立の程度を4つに細分類した。

2) 看護行為（表2）

看護行為は呼吸、循環、代謝・栄養、排泄、休息・体位、清潔・衣類、安全・環境、活動、人間関係、指導の10分類³⁾から構成され、それぞれに10項目ずつ、具体的に看護行為が示され、全部で100項目からなっている。

3) 看護度の点数化^{4) 5) 6)}（表3）

看護度は看護観察の程度から、衣服の着脱までの5分類を患者の状態に応じて、AからEまで最高5つのレベルに区分し²⁾、それぞれに、1点から6点までを配点し、点数化した。6番目の“その他”の項目については、さらに7項目に区分し、患者がその状態に該当するか、否かで判別するようになっている。

なお、今回の看護度と看護行為の調査を行う前に、プレテストとして、外科および内科の2病棟で看護行為の点数をチェックした。その結果、看護度得点と看

* 千葉大学看護学部看護実践研究指導センター

Department of Nursing Management, School Nursing, Chiba University

** 近畿大学医学部附属病院看護部

Department of Nursing, Kinki University Hospital

看護度と看護行為の検討

護行為回数チェックしたものと、しなかったものとの 為の有無によるポイントのみのチェックで、今回は調査を行った。
増加頻度は外科が0.27、内科が0.27と同じ比例配分が
認められたので、回数のチェックを省略して、看護行

表1 看護度票

項 目		分 類
I. 看護観察の程度		A: 絶えず観察が必要である B: 1～2時間ごとの観察が必要である C: 観察を持続する必要はない
II. 生活の自由度		A: 常に寝たままである B: ベッドで自力で体を起こせる C: 病室内の歩行ができる D: 一人で自由に歩行ができる
III. 意識レベルの程度		A: 傷みを与えても反応しない B: 傷みを与えれば反応するが、呼んでも答えない C: 呼んでも答えはしないが、眼を開けたり、動かしたりして反応する D: 呼べば答え、命令に応じるがすぐボンヤリする
IV. 精神症状の程度		E: 正常 A: 妄想、幻覚、拒絶などあり、常に不安定 B: 時々不安定になり協調しなくなる C: 特に問題はない
V. 生活の自立の程度	イ. 食 事	A: 経管栄養、静脈栄養（禁食）をしている B: 食事介助が必要である（自分で摂取することが困難） C: 準備、後始末が必要である D: 一人で自由にできる
	ロ. 排 泄	A: カテーテル留置・オムツ交換をしている B: 介助が必要である（便器・尿器使用） C: 誘導・介助にてトイレまで行ける D: 一人で自由にできる
	ハ. 清 潔	A: 自分では全くできない B: 部分的な介助が必要である C: 入浴またはシャワー浴介助が必要である D: 一人で自由にできる
	ニ. 衣服の着脱	A: 自分では全くできない B: 介助が必要である C: 一人で自由にできる
VI. その他		1. レスピレーター装着中 2. 吸引 (1)持続吸引 (2)適宜吸引 3. 肺理学療法 4. モニター装着中 5. 持続点検 6. 各種チューブ・ドレーン留置 7. 感染症（隔離）

看護度と看護行為の検討

表2 看護行為

コード	実施した看護行為				
I. 呼吸	1. 呼吸異常 2. 気導確保	3. 酸素療法 4. 挿管・気管切開	5. 人工呼吸器 6. 気導内吸引	7. ネプライザー 8. 肺理学療法	9. 呼吸訓練 10.
II. 循環	1. 血圧異常 2. 心・脈拍異常	3. 体温異常 4. 体液不均衡	5. 代謝障害 6. 薬物による調節	7. 患者監視装置 8. 心蘇生	9. 変法 10. 輸血・除液の管理
III. 栄養	1. 消化機能障害 2. 食欲の異常	3. 経口食事介助 4. 摂食の工夫	5. 食事用具の工夫 6. 経管栄養	7. 持続点滴栄養 8. 与薬の介助	9. 10.
IV. 排泄	1. 排尿・排便介助 2. 排泄分泌物異常	3. 排泄介助と工夫 4. 留置カテーテル	5. ストーマ 6. 排泄訓練	7. 創部よりの排泄液 8. ドレナージ	9. 低圧持続吸引 10. 洗浄
V. 休息 体位	1. 睡眠障害 2. 情緒不安定	3. 苦痛の援助 4. 睡眠の工夫	5. 休息の工夫 6. 体位の工夫	7. 薬物依存 8. 褥瘡予防	9. 身体移動の工夫 10.
VI. 清潔 衣類	1. 皮膚異常 2. 清潔・部分浴	3. 入浴・シャワー介助 4. ■腔内保清	5. 毛髪の手入れ 6. 陰部洗浄・坐浴	7. 創部周囲の清潔 8. 寝具の工夫	9. 寝衣・着脱の工夫 10. リネン交換
VII. 安全 環境	1. 知覚異常 2. 感染の予防	3. 転倒・転落の予防 4. 誤嚥の予防	5. 熱傷の予防 6. 自殺予防	7. チューブの管理 8. 環境の調整	9. アレルギーへの配慮 10. クリーンルーム
VIII. 活動	1. 葛藤障害 2. 意思の疎通障害	3. 運動機能障害 4. 安静保持	5. 生への意欲欠如 6. ADLへの意欲欠如	7. 仕事への欠如 8. 運動機能訓練	9. 装具の工夫 10. レクリエーション援助
IX. 人間 関係	1. 患者－患者 2. 患者－家族	3. 患者－医療従事者 4. 患者－友人・異性	5. 患者家族－医療従事者 6. 患者－職場・学校	7. 患者－隣人 8. 患者－看護婦	9. 患者－ 10.
X. 指導	1. 疾患 2. 薬剤	3. 食事 4. 生活	5. 精神・心身 6. 妊娠・分娩	7. 育児 8. 性教育・家族計画	9. 医療福祉の活用 10.

表3 看護度

分類	A	B	C	D	E
I. 看護観察の程度	6	4	1		
II. 生活の自由度	6	4	3	1	
III. 意識レベルの程度	6	5	4	3	1
IV. 精神症状の程度	6	4	1		
V. 生活の自立の程度					
イ. 食事	6	5	4	1	
ロ. 排泄	6	5	4	1	
ハ. 清潔	6	5	4	1	
ニ. 衣服の着脱	6	5	1		
VI. その他					

VI. その他	点数
1. レスピレータ装着中	6
2. 吸引 (1)持続吸引	6
(2)適宜吸引	6
3. 肺理学療法	6
4. モニター装着中	6
5. 持続点滴	4
6. 各種チューブ・ドレーン留置	6
7. 感染症 (隔離)	6

III. 成績

1) 看護度

看護度の分類別での得点をみると、清潔が最も高く、続いて衣服の着脱、その他、食事、排泄、生活の自由度などとなっており、意識レベルの程度は最低値を示した(図1)。

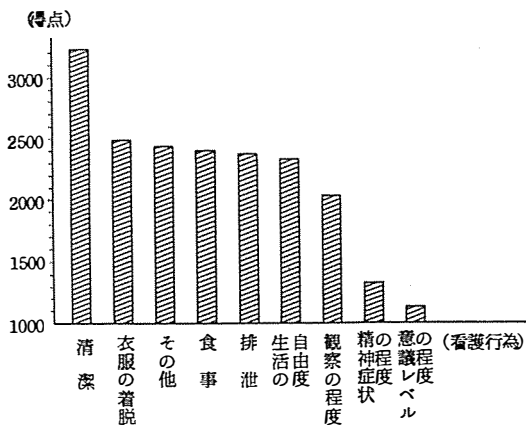


図1 看護度

これを病棟別の看護度総得点でみると、整形、心臓外科、1外科が高く、耳鼻科が非常に低くなっている(図2)。

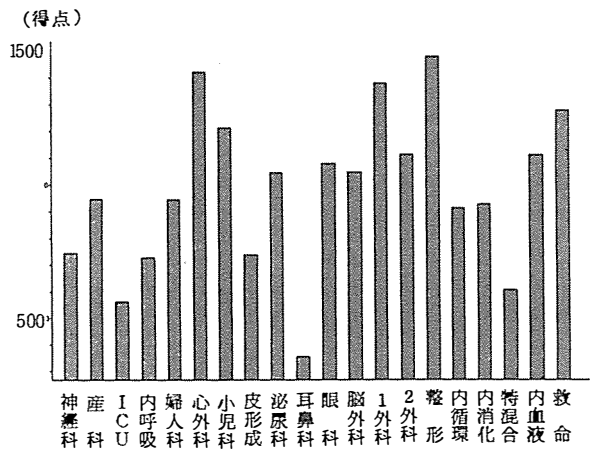


図2 病棟別看護度

2) 看護行為

看護行為の施行ポイントを分類別にみると、循環・代謝が高く、次いで清潔、衣類、安全・環境の順になっている(図3)。

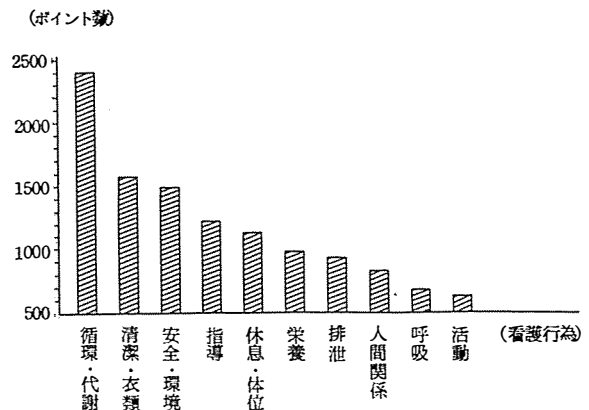


図3 看護行為

これを同様に、病棟別にみると、消化器内科、整形、2外科が高く、眼科が低くなっており、病棟の特徴がよく示されていると思われる(図4)。

3) 看護度と看護行為との関連性

次に、病棟別看護度総得点と看護行為の間の相関関係をみたが、相関は認められなかった(図5)。

看護度と看護行為の検討

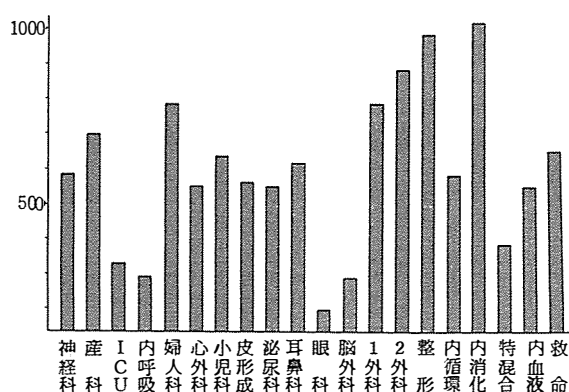


図4 病棟別看護行為

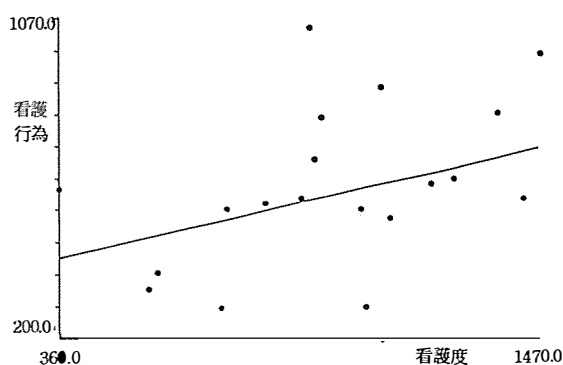


図5 看護度と看護行為

また、病棟別日勤看護婦一人当たりの看護度と看護行為についても、同様に、相関関係が認められなかった(図6)。

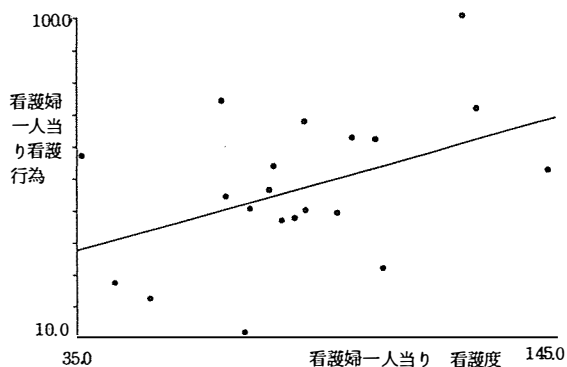


図6 看護度と看護行為(看護婦1人当たり)

しかし、病棟別患者一人当たりの看護度と看護行為についてみると、相関関係0.84、危険率1%以下と非常に高い相関が認められた(図7)。

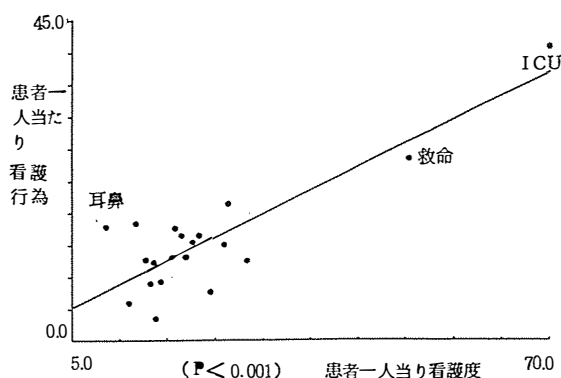


図7 看護度と看護行為(患者1人当たり)

そこで、さらに看護度のどの分類と看護行為のどの分類が相関が高いかを検討した。

前述したように、生活の自立の程度において、看護度及び看護行為ともに、高得点及び高頻度を示したことから、まず、それらの相関関係をみた。即ち、看護度の生活の自立の程度の4項目と看護行為のうち、生活の自立の程度に関連している項目を抜粋して、患者一人当たりについての相関関係をみた。清潔と衣服の着脱は相関関係0.63で危険率5%以下、栄養と食事は相関関係0.76で1%以下、さらに、排泄は相関関係0.79で危険率1%以下とそれぞれに相関が高く認められた。

このように、今回調査した看護度は看護行為のうち、生活の自立の程度でも高い関連性が認められた(図8)。

4) 看護度票の検討

以上の成績を参考にして、詳細に看護度票の検討を行った。まず、看護度票に看護行為の内容が網羅され、簡便で、しかもできるだけ業務量が反映されるように、看護行為の100項目と看護度とを比較検討した。即ち、各分類毎に関連性をみながら、消去法にて内容の整理を行い、一試案を作成した。

その結果、看護度の内容については「精神症状の程度」を一般患者にも適用しやすいように、「精神状態の中で大きな位置を占めている移動や治療・処置に対する項目が不足していると考えられるので、「生活の

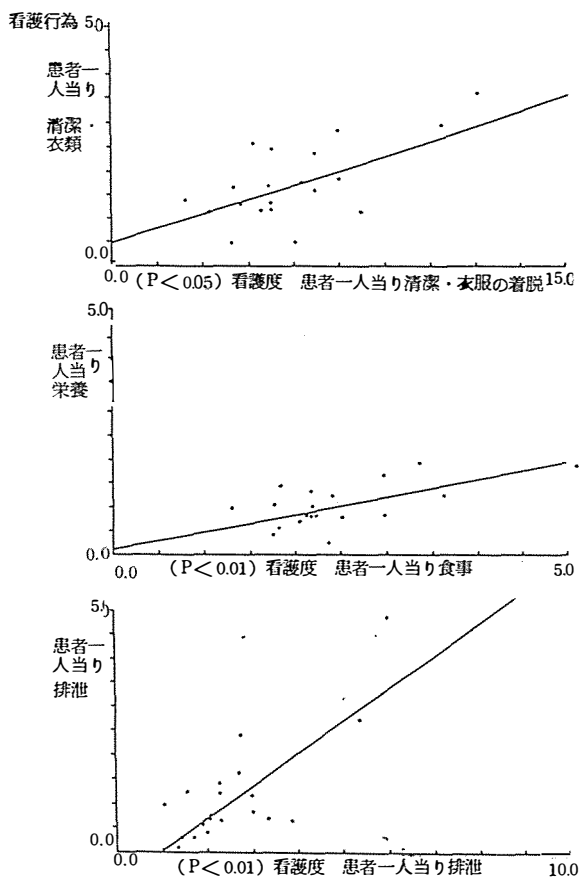


図8 生活の自立の程度

の自由の程度」を「日常生活行動の程度」と変更し、その中に「移動」を含めた。最後に、「その他」の項目は「治療・処置に対するケア」として、看護行為の残された42項目から内容の整理を行い、ここに追加した(表4)。

5) 看護度と看護要員との関連性

さらに、看護度と看護要員の関連性についても検討を試みた。まず、看護度と日勤看護要員との相関関係についてみたが、相関は認められなかった(図9)。また、同一日の日勤帯に調査した看護協会の看護度に点数化を行い^{4) 6)}、看護要員との相関関係をみたが、同様に相関は認められなかった(図10)。そこで、病棟別患者一人当たりの看護度と看護要員との相関関係をみたところ、相関関係0.45、危険率5%以下で相関が認められた(図11)。

一方、患者一人当たりの看護度と看護行為をみると、

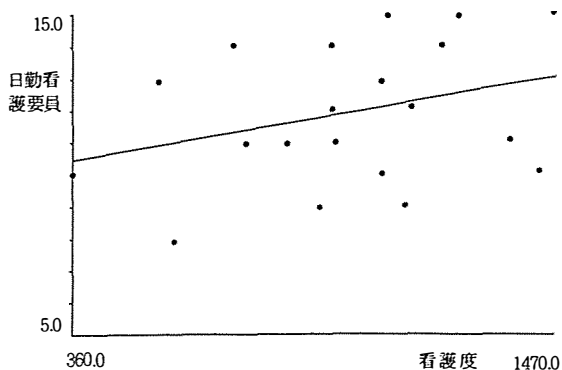


図9 看護度と日勤看護要員

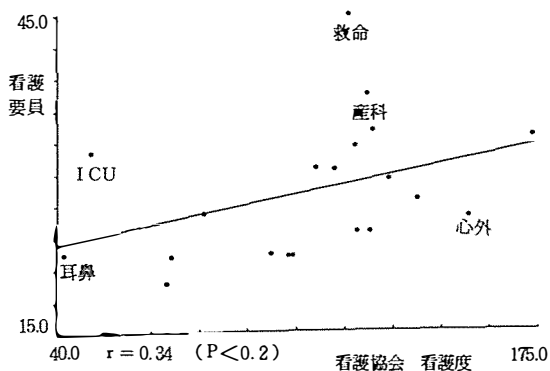


図10 看護度(看護協会)と看護要員

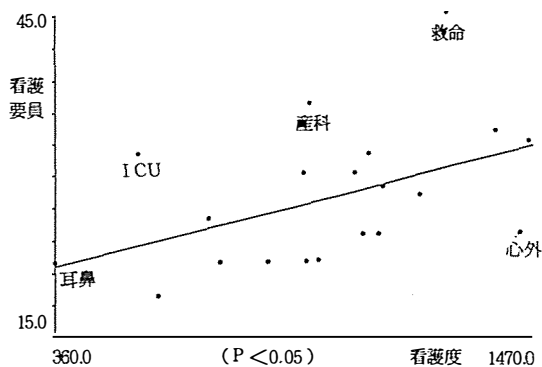


図11 病棟別看護度(患者1人当たり)と看護要員

ICUと救命救急は患者一人当たりの看護度が他に比し、突出して高く認められる(図12)。これはICUが術後患者や重症患者を収容していること、また、救命救急は三次救急を主体としており、一般病棟とは異

看護度と看護行為の検討

表4 看護度票

項 目		分 類
Ⅰ. 看護観察の程度		A : 絶えず観察が必要である B : 1～2時間ごとの観察が必要である C : 観察を持続する必要はない
Ⅱ. 生活の自由度		A : 常に寝たままである B : ベッドで自力で体を起こせる C : 介助にて歩行ができる D : 一人で自由に歩行ができる
Ⅲ. 意識レベルの程度		A : 傷みを与えても反応しない B : 傷みを与えれば反応するが、呼んでも答えない C : 呼んでも答えはしないが、眼を開けたり、動かしたりして反応する D : 呼べば答え、命令に応じるがすぐボンヤリする
Ⅳ. 精神状態の程度		E : 正常 A : 常に不安定である（妄想・幻覚・拒絶含む） B : 時々不安定になる C : 特に問題はない
Ⅴ. 日常生活行動の程度	イ. 食 事	A : 経管栄養、静脈栄養（禁食）をしている B : 食事介助が必要である（自分で摂取することが困難） C : 準備、後始末が必要である D : 一人で自由にできる
	ロ. 排 泄	A : カテーテル留置・オムツ交換をしている B : 介助が必要である（便器・尿器使用） C : 誘導・介助にてトイレまで行ける D : 一人で自由にできる
	ハ. 清 潔 衣服の 着脱	A : 自分では全くできない B : 介助が必要である C : 一人で自由にできる
	ニ. 移 動	A : 輸送車が必要である B : 車椅子が必要である C : 付添が必要である
Ⅵ. 治療・処理に対するケア		1. レスビレーター装着中 2. モニター装着中 3. 吸 入 (1) 酸 素 (2) 薬 液 4. 吸 引 (1) 持 続 (2) 適 宜 5. チューブ・ドレーン留置 6. 包帯交換 7. 電 法 8. 呼吸訓練 9. 特殊検査 10. 感染予防（隔離）

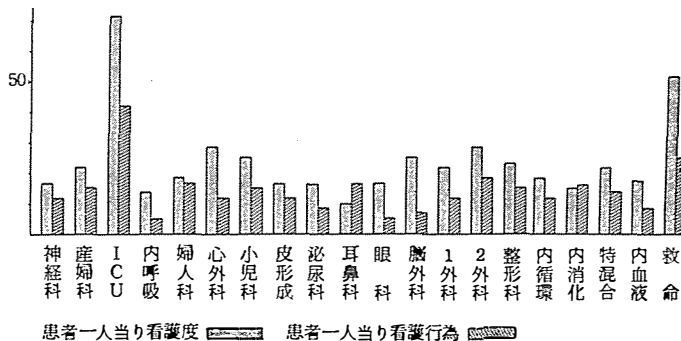


図12 病棟看護度と看護行為（患者1人当たり）

なっていることを示している。

そこで、特殊な病棟と考えられるICUと救命救急を除き、さらに産科と分娩育児室の2つの病棟に分かれて、それぞれ三交替勤務を行っている産科病棟をも除いて、相関関係をみた。その結果、相関関係0.66危険率1%以下と、さらに、かなり高い相関が認められた（図13）。

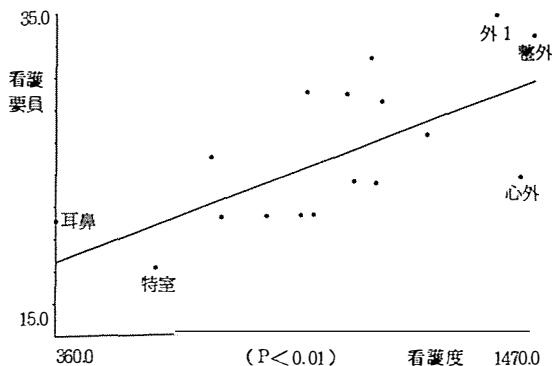


図13 病棟別看護度（患者1人当たり）と看護要員

そして、耳鼻科病棟は看護度に比べて看護要員が多く、心臓外科の病棟は看護度が高い割に、看護要員が少ないことが明らかになった。

IV 考 察

現在、看護要員の算定は基準看護の算定に基づいて行われているが、患者の重症度や供給された看護作業量が考慮されていない。

そのため、これ迄、看護度からみた人員配置が検討されてきている⁷⁾。即ち、東海大学⁸⁾や虎の門病

院⁹⁾では、それぞれ、独自の看護度を作成して、看護行為を客観的に評価するために、行為別に点数値で表わしていく方法を取り、人員配置の検討を行っている。

元来、看護度は患者の必要とする看護の程度を表わす概念であり¹⁰⁾、また、看護サービスに対する患者のニーズを査定するために考え出された患者分類法である³⁾。しかし、看

護体制委員会で検討された看護度は、各患者の状態を看護の必要性から分類する尺度として、「看護観察の程度」と「生活の自由度」の二つの側面からのみの検討で作成されている。従って、グローブな感はまぬがれず、しかも客観性に欠けるのではないかと考えられる¹¹⁾。今回の調査においても、事実、看護協会の看護度と看護要員との相関関係は認められなかった。これに対して、今回、作成した試案の看護度は患者が必要としている看護ケアニーズと看護要員の行った業務量を実施した看護行為から、という2面からみたものであり、しかも、この看護度と看護行為間に高い相関関係が認められたことから、業務量がより反映しているのではないかと考えられる。しかし、看護行為の中でも、無形の看護行為である人間関係や看護婦の能力についても、さらに、看護度票の中に含める必要がある。しかし、能力の評価は評価者個人の尺度で評価することになり、そこには当然、個人的な感情も入り、客観的な評価が難しい。即ち、能力を数量としてとらえるには、評価基準が必要となり、看護度票とは別に考えていかなければならない問題であると考えられる。従って、このような人間関係などの無形の看護行為については、今回は勘案せず、今後の課題とした。

これに対して、東海大学では看護実践能力の中の情意的なものをみるために、さらに情意的項目を盛り込んだ看護実践能力評価用紙を用い、その重みづけが試みられている¹²⁾。しかし、もし、看護婦の意欲までも取り込むと、意欲の低下している病棟では、場合によっては、本来看護婦数が満たされているにも拘わらず、その不足という結果を生じかねない⁷⁾。

一方、看護度の点数化について、虎の門病院の栗山は⁹⁾“行った看護行為を可能な限り客観的に評価するには、ある尺度をもって表わさなければならない。

そのためには看護の行為別に点数を用いることが妥当であろう”と述べている。同病院の看護度の点数化については、業務量調査による時間を基礎として、項目の平均値を出し、3.5分を1点としている。しかし、この点数は時間を基礎としているので、その点数そのものは絶対的評価ではなくて、相対的評価に過ぎない¹³⁾。これに対して、東海大学の点数化は^{9) 10)} 調査研究委員会の13名のメンバー（婦長、主任）により行われ、項目別にその平均値をとって決定点数としている。

今回、調査した看護度の点数化についても、著者の単独病棟および全病棟における業務量との相関関係からみた看護度の点数化^{4) 5)}の妥当性の検討、および松藤ら⁶⁾の病棟の特徴をよく示す看護度の点数化を参考に、婦長会などで協議の上、配点を行った。即ち、点数値は1点から6点までとした。その基準として、1点は、特に観察を持続する必要がなく、一人で自由に行動できるもの、そして観察を常に常時必要とし、常に寝たままの状態、さらには、高度な知識、技術を要するもの、生命の危険を伴う状態にあるものなどを最高の6点とし、それぞれに配点を行った。

しかし、前述したように、ICUや救命救急病棟は術後患者や重症患者を収容することから、患者一人当たりの看護度が高得点を示している。このような特殊な病棟と一般病棟の看護度について、看護度を別にする考え方と、ICUや救命救急における看護度の配点を考慮するという2通りの考え方がある。しかし、出来るだけ同じ看護度を用いた方が繁雑さが少ないのではないかと考える。そのため、今回試案の看護度は治療・処置に対する項目を設けて、ME機器や高度な知識・技術を要するものに対しての点数付けを考慮することによって、一般病棟との均衡が保たれるのではないかと考える。

一方、看護度と看護行為の相関関係において、今回の調査結果から、病棟別の看護度と看護行為、看護婦一人当たりの看護度と看護行為間には、相関関係が認められなかった。

このことは、患者数や看護要員数が考慮されていないこと、特に、看護婦一人当たりの看護度と看護行為については、勤務表で前もって勤務が組まれているため、患者の状態やその日の看護業務量が考慮されていないためと考えられる。これに対して、患者一人当たりの看護度と看護行為については、高い相関関係が認

められ、しかも、看護度と看護行為の高得点を示した項目は各々に高い相関が認められた。従って、患者の必要としている看護ケアニーズが今回の看護度から推定でき得るのと同様に、看護業務量も把握することが可能であると考えられる。なお、看護行為については、看護行為の回数のチェックを行わず、看護行為の有無によるポイントのみのチェックを行ったが、日常の多忙の勤務で、定期的に行う看護調査のために、業務量を増やさないためにも、妥当であると考ええる。

さらに、看護度と看護要員との相関関係については、特殊と考えられたICU、救命救急および産科病棟を除くと、高い相関が認められた。このことについては、これら病棟の看護度の配点に、さらなる工夫が必要であることを意味する。

結果的には、図13に示されているように、看護度に比べて看護要員が多い耳鼻科病棟、看護度が高い割に看護要員が少ない心臓外科病棟などが確認された。また、図中、回帰曲線より上に示された病棟は、すべて看護要員が多い病棟と考えられるが、これらは病床数が多く、3人夜勤をとっている病棟であるためと考えられる。

即ち、今回の調査した看護度から、看護要員が妥当と考えられる病棟、少ないと考えられる病棟が明示され、しかも現場の状況とよくマッチしている。従って、今回の看護度の各項目に対する配点に関しては、一応の妥当性が認められたと考えられる。

現在の看護婦不足の深刻さ、保健医療における財政的厳しさ、さらに加えて基準看護による看護要員の算定の矛盾など、多くの問題があるが、より良い人員管理は、より質の高い看護ケアへの提供へと結びつく。そして、このことは看護要員の仕事への意欲にもつながって行くことにもなる。従って、患者が必要としている看護ケアニーズの把握が容易で、しかも看護業務量の反映する精度の高い看護度の作成の必要性が痛感され、又、急務であると考ええる。

V おわりに

今回の調査は日勤帯の1日間のみに限られていたが、提示した試案の看護度を用いて、さらに長時間の調査を行い、より精度の高い看護度票の作成を試みていきたいと考える。（本論文の要旨は第16回日本看護研究学会で発表した。）

要 約

近畿大学医学部附属病院において、平成元年6月、日勤帯のみの期間、全20病棟入院患者989名を対象に看護度と看護行為の調査を行った結果を以下に示す。

1. 今回の看護度は看護業務内容をよく反映している。
2. 病棟間の比較ができる。
3. 各病棟の看護を客観的にとらえることができる。
4. 看護要員算定の際の基礎資料となり得る。

Summary

We studied of the relation between the nursing care level and nursing services, day-work, to 989 inpatients at 20 all wards, in Kinki University Hospital, June, 1989.

The results are following:

1. It seems that this nursing care level is well reflected in the nursing services.
2. It has a good chance to be able to compare with each wards by using this nursing care level.
3. It makes to be able to estimate the volume of nursing services at each ward.
4. It was suggested to become an elementary data in calculating the necessary number of nurses in a ward by using this nursing care level.

文 献

- 1) 厚生省健康政策局看護課：看護体制の変革をめざして、メディカルフレンド、1986
- 2) 坪井博之、前田マスヨ：看護要員適正配置のための業務量把握の試み、看護展望、9 (10) : 15~22, 1984
- 3) 山本俊夫、坂田峯子監修：新POSの実践マニュアル、日経研出版、1987
- 4) 阪口禎男、岩本仁子、松岡淳夫他：看護度による看護業務分析（産婦人科病棟）、日看研誌、11（臨時増刊）：63、1988
- 5) 阪口禎男、岡野節子、政次富美子：看護業務の検討－受持徹底を試みるための一試案、日看研誌、13（1）：95~104、1990
- 6) 松藤三千代、伊達保子他：看護度よりみた各病棟の特徴と将来に対する私見、第38回日本病院学会抄録集、314、1988
- 7) 池上直巳：基準看護精度の見直しと看護度、看護展望、12（13）：53~57、1987
- 8) 前田マスヨ他：点数法による適正人員配置、看護展望、12（13）：47~52、1987
- 9) 栗山やま：看護のケアに基づいた適正人員配置、病院、43（5）：32~36、1984
- 10) 橋本寿三男他：入院患者に対する看護量と看護婦の機能に関する研究、厚生指標、24（1）：3~11、1977
- 11) 前田マスヨ他：点数法による適正人員配置の研究、病院管理、22（1）：5~14、1985
- 12) 東海大学医学部付属病院看護部調査研究委員会：私立医科大学病院看護部長会調査、1990
- 13) 吉武香代子、野並葉子他：座談会、虎の門病院における患者分類システムをめぐって、看護展望、7（11）：1,013~1,020、1982

（平成2年12月20日 受付）

病 棟 内 看 護 活 動 の 分 析

—思考・情動を含めた調査より—

Analysis of Nursing Activities in a Hospital Ward.

—A Trial Plan Including Thinking and Emotion—

加 藤 美智子*

Michiko Katho

境 美代子**

Miyoko Sakai

堀 井 満 恵**

Mitsue Horii

川 口 孝 泰***

Takayasu Kawaguchi

阪 口 禎 男***

Sadao Sakaguchi

松 岡 淳 夫***

Astsuo Matsuoka

1. 研究の目的

近年における高度医療への急速な発達に伴ない、看護管理においても、提供する看護サービスはその量と質の確保が重要な課題となっている。

これに伴って、病院における看護の業務については、時間研究や稼働する業務の分析が行なわれ、質や量の点検、看護体制や所要人員の積算の基礎が検討されてきた。¹⁾²⁾

しかし看護の業務の内容は、極めて多岐な領域や種類の援助を、専門技術者として、教師や医師と同様に知的思考の下に判断し行なっている技術行動である。そこで工場等での一般工程作業と同じ観点で、単純に行為・動作をみた作業として解析を進めることには、極めて問題があると考ええる。

また同時に看護婦が、対象とする患者や、協働する医療スタッフとの、複雑な人間関係の中で、援助サービスを行なっていくことは、ストレスとして作業負担に加重し、身体影響を生じる可能性も考えられる。

すなわち、看護の業務について、質、量的に検討する場合、知的・情緒的な行動側面が重要な位置付けとなると考えている。

そこで今回我々は、看護活動は「患者のニーズに対し、看護学に基づいた専門的問題解決のもとに行なわ

われる連続した思考過程の〔結果〕、あるいはその〔経過〕による行動表出であり、これらが複雑に複合しあって日常の労働状況を呈している」という視点に立って、これまでの動作主体の手法に加えて、〔思考〕〔情動〕を含めた看護活動の実態を調査し、知的思考を表顯した作業研究を行なったので報告する。

2. 調査方法

調査は、1987年、T大学付属病院において日曜日を除く週日6日間の日勤帯に、全病棟看護婦を対象に実施した。

調査方法はワークサンプリング法を基礎とした調査用紙を用いて、無作為に抽出した5～10時点/日の、各時点に勤務している全看護婦の行動を自己記載法で記入させ、延べ2137時点の資料を得た。活動の記録は、院内放送でチャイム音楽を流し、その合図と同時に、その時点の行動状況等をできるだけ速やかに調査票に従って記載させた。

調査票の内容は、いつ（時間）、どこで（場所）、何にたいして（対象）、何をして（作業活動）いたか、また、そのとき何を考え（思考）、どんな感情（情動）を持っていたかを短文で記入できるように工夫した。

なお、思考については、看護との関連性の有無で大

* 千葉県立衛生短期大学 Bulletin of Chiba College of Health Science

** 富山医科薬科大学付属病院 University Hospital, Toyama Medical and Pharmacy University

*** 千葉大学看護学部 Faculty of Nursing, Chiba University

表 1 看護活動コード表

	大分類	中分類	小項目	関連項目
作業空間	東西棟 外 来 検査 X線室 給食棟 管理棟 中材棟 その他	自病棟 外 来 検査 X線室 給食棟 管理棟 中材棟 その他	病 ナース・ステーション 処 置 室 浴 室 …等	22-0 22-9 21-9
	7階	22-0	22-0	22-0
	22-0	22-0	22-0	22-0
	22-9	21-9	24-9	24-9
動作	看護業務 36-0	直接看護	観察・計画38-0 面談・会話39-0 日常生活援助	38-9 38-0 40-0 44-5
		間接看護	記 録 報 告 整理準備	45-0 45-2 46-0 46-8 47-0 47-8
		医療介助	37-1	48-0 49-8
		調整連絡	37-2	51-0 51-8
	看護以外 業務	事務業務	37-4	52-0 52-5
		管理業務	37-5	53-0 53-9
		雑 務	37-6	54-0 54-4
		教 育	37-7	55-0 55-5
	休憩	36-2	37-8	56-0 56-3
	私用	36-3	37-9	57-0 57-8
	その他	私 用	36-4	36-4
	思考	自己	59-0	59-0
		対人	59-1	60-0 61-9
		対物	59-2	62-0 63-9
		対事象	59-3	64-0 64-9
	看護業務 58-0	看護思考	アセスメント 診 断 計 画 実 施 評 価 業務手順 記 録 準 備 その他	65-0 65-1 52-2 65-3 65-4 65-5 65-6 65-7 65-8
		看護業務外思考	58-1	58-1
		私 用	58-2	58-2
		忘我・その他	58-3	58-4
情動	感情内容	喜び、怒り、悲しみ、恐れ、嫌悪、驚き、 軽蔑、その他	68-0 68-9	68-0 68-9
		対 人	69-0	70-0 71-3
		対 物	69-1	72-0 72-9
		対 事象	69-2	73-0 73-9
動	感情対象	その他	69-3	69-3
		その他	69-3	69-3
		その他	69-3	69-3
		その他	69-3	69-3

別させ、特に看護に関連した思考については、その内容を簡潔に記入してもらった。

調査の結果は、コード化したカテゴリーに基づいて(表. 1)集計、分析を行った。

なお、思考内容の判別にあたり、「直接看護」「間接看護」「医療介助」「調整連絡」に関する思考内容を【看護業務内思考】とし、それ以外の思考内容は【看護業務外思考】および私用、忘我、その他に文類しコード化した。また【看護業務内思考】の分類については<アセスメント><診断><計画><実施><評価>いわゆる看護プロセスの各段階の5項目と<ケアの手順><記録のこと><準備のこと><連絡のこと><教育>などの総計12項目に分類し、コード化した。

また看護プロセスのどの段階であるかについては、C. Campbell の分類に基づいて下記のように定義し、これに記載内容を照合して判別した³⁾

<アセスメント>: 直接観察やインタビューにより得られた情報、看護記録、理学的検査、臨床検査所見等を用い情報収集により情報を得た段階。

<診断>: 患者にあるニーズの諸問題の解決すべき見極めと判定を行なっている段階。

<計画>: 患者の持っている人間的ニーズや諸問題に関して、患者と看護婦が到達すべき目標と方法を定めている段階。

<実践>: 患者のニーズを解決、緩和、あるいは事前に解決するための手順の決定と実施の段階。

<評価>: 実際の成果がどの程度目標達成できていたかを評価している段階。

調査を行なったT大学附属病院は県都にある総合病院で、総病床数611床、12看護単位(看護婦数は16～24名)、各看護単位の病床数は約50床である。

3. 調査の結果

調査対象となった看護婦の平均年齢は27.6才であり、20才代～30才前半までの年齢階層がほとんどを占めている。(図. 1-a) また在職年数や看護婦としての経験年数を推測できる卒後年数の比率も、新人、中堅、熟練者がほぼ同じ割合であった。(図. 1-b, 1-c)

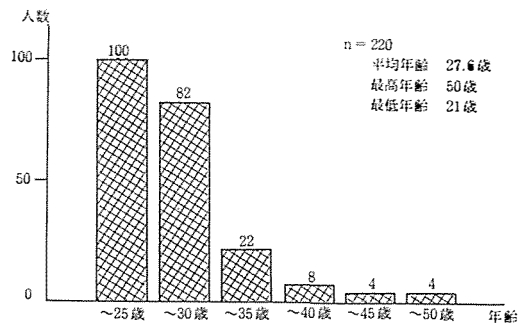


図. 1-a 年齢階層

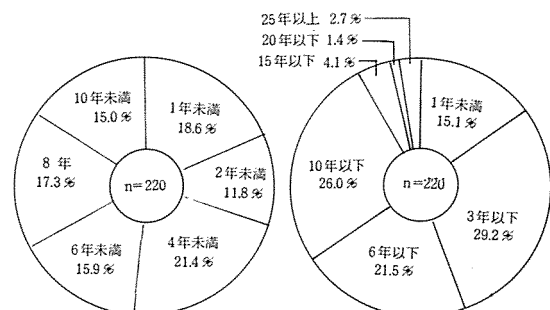


図. 1-b 在職年数

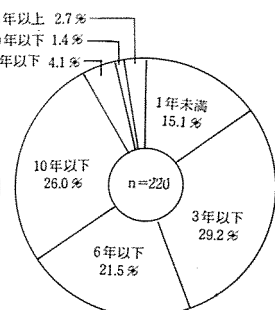


図. 1-c 卒後年数

1) 作業の内容

作業内容は、【看護業務内作業】では「直接看護」23.5%、「間接看護」28.1%、「医療介助」25.8%、「調整・連絡」6.2%であり、【看護業務外作業】としては「医療スタッフの管理」2.1%、「雑務」2.1%、「教育」1.3%、その他「私用・休憩」6.8%であった。(図. 2-a)

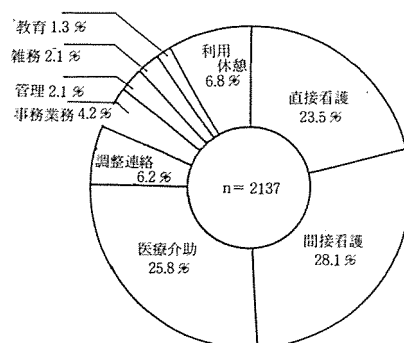


図. 2-a 作業内容

【看護業務内作業】の内容をさらに細かくみると、直接看護のなかでは＜日常生活の援助＞50.0%、＜観察・測定＞27.3%、＜面接・コミュニケーション＞23.1%となっている。間接看護の中では＜報告＞40.2%、＜記録＞31.2%、＜整備・準備＞28.6%であった。「医療介助」では注射・経口薬の準備や投与などの＜与薬業務＞が49.5%、＜包交・処置の介助＞が21.3%であった。「調整連絡」では＜指示受け＞41.3%、＜医師への報告・情報交換＞19.0%などが主に行なわれている業務であった。(図. 2-b)

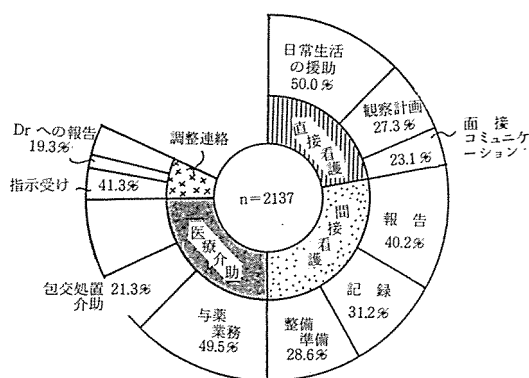


図. 2-b 看護業務内作業の主な項目の割合

2) 作業場所

業務を行なっている主な場所は＜ナースステーション＞45.6%、＜病室＞23.8%、＜廊下・エレベーター＞7.0%などであった。これにより、業務の約8割は、＜ナースステーション＞＜病室＞＜廊下・エレベーター＞で行なっていることがわかる。(図. 3-a)

これら3箇所での作業内容をみると＜病室＞では「直接看護」が264サンプル、「医療介助」が258サンプル、「間接看護」57サンプルであった。この中で直接看護では日常生活援助に関する業務が、医療介助では注射介助・与薬業務が半数近くを占めていた。

＜ナースステーション＞での作業内容は、「間接看護」518サンプル、「医療介助」269サンプル、「調整連絡」122サンプル、「直接看護」63サンプルの順であった。またその内容は、間接看護では記録・報告業務が約8割、医療介助では注射介助・与薬業務が約7割を占めた。

＜廊下・エレベーター＞では患者との会話や移動・輸送などの直接看護78サンプル、物品の整備などの間接看護が56サンプルであった。(図. 3-b)

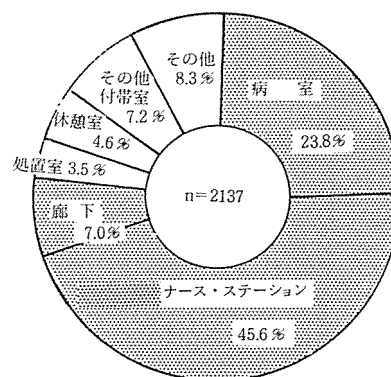


図. 3-a 主な作業場所

3) 思考活動

(1) 思考活動の内容

思考活動は、【看護業務内思考】が53.6%、次いで【看護業務外思考】が19.3%、＜ボーッとていた・何も考えていなかった＞という「忘我」10.6%、「私用」

に関すること3.8%、その他9.6%、不明3.1%となっている。(図. 4-a)

【看護業務内思考】の内容をみると看護プロセスの各段階に該当する思考は、＜アセスメント＞の割合が最も高く25.7%、＜診断＞＜計画＞＜実施＞はそれぞ

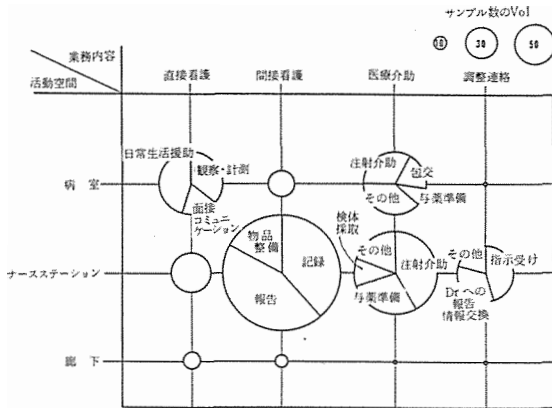


図 3-b 作業場所別多頻度看護作業内容

れ4.8%, 3.9%, 3.7%であり, <評価>は1.6%と低い割合であった。次いで<ケア・業務の手順>について12.9%, <準備>について6.8%, <連絡>について4.2%, <教育>に關すること2.0%, <記録>について1.3%となっており, <その他>12.2, <不明>21.0%であった。(図 4-b)

思考の対象は, 「ひと」を対象としたもの60.7%, 「事象」31.5%であった。なお「ひと」を対象としたものの91.6%は「患者」を対象としていた。また「事象」では<業務の内容>が約7割で, その他は<仕事の量><時間>に關することであった。(図 4-c)

(2)作業内容別, 思考内容の比較

各看護作業においては, <アセスメント>思考や, <ケアの手順>についての出現頻度が多い。次いで, 直接看護では, <診断><実施>, 間接看護では<計画><準備>について, 医療介助では<準備のこと><実施>について>の順になっていた。(図 5-a)

これらの各作業での看護業務内思考の頻度を母比率検定によりその有意性を比較すると<アセスメント>思考は, 直接看護において他の作業より有意に高く ($P<0.05$), <診断>思考は医療介助が, 直接看護・間接看護に比べて有意に低かった ($P<0.05$)。<計画>に關する思考は間接看護が他の作業より有意に高く, <実施>に關する思考は間接看護が有意に低くなっている ($P<0.05$)。<評価>はどの業務でも出現度が低く, 各作業間の有意差も認められなかった。(■ 5-b)

(3)作業場所別, 思考内容の比較

主な看護作業の場所である<病室><ナースステ

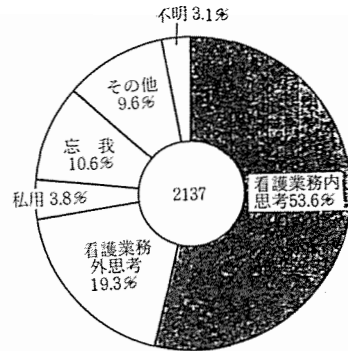


図 4-a 思考活動の内容

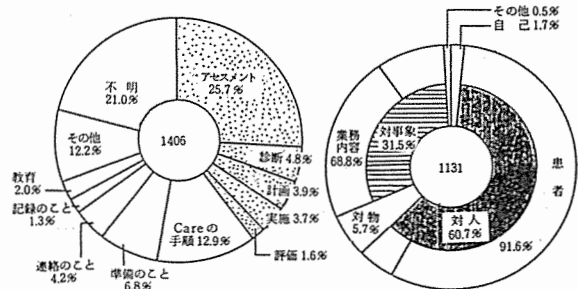


図 4-b 看護業務内思考 図 4-c 思考対象

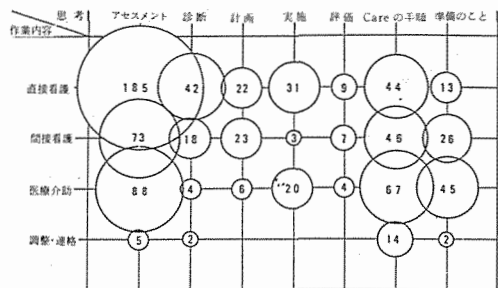


図 5-a 作業内容と思考

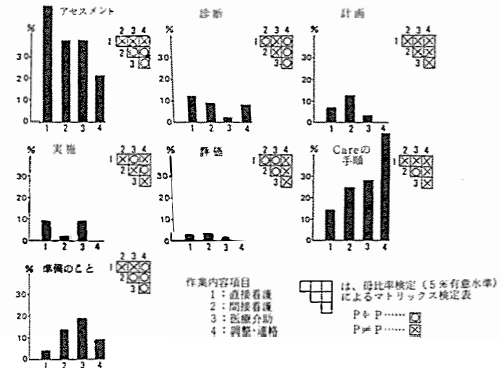


図 5-b 作業内容別の思考割合の比較

ション><廊下>における看護業務内思考は、いずれの場所でも<アセスメント>思考の出現がもっとも多く、ついで<ケアの手順について>の思考となった。また<病室>での<診断><実施><評価>が他の場所よりも出現頻度が高かった。(図. 6-a)

作業場所別の看護業務内思考の頻度を比較すると、<病室>ではアセスメント思考の出現頻度が有意に高く($P<0.05$)、また実施についての思考も<ナースステーション>に比すると有意に高い。<ナースステーション>ではケアの手順に関する思考や準備に関する思考が病室に比し有意に高かった($P<0.05$)。(図. 6-b)

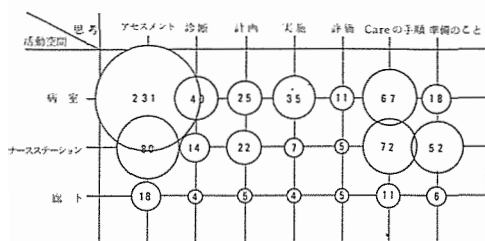


図. 6-a 作業場所と思考

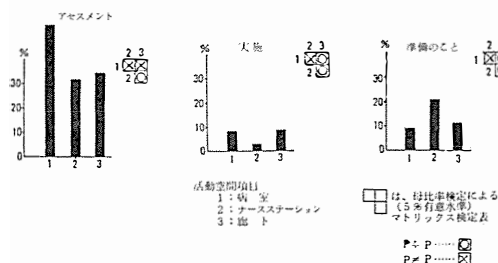


図. 6-b 作業場所別の思考割合の比較

(3)診療科別、思考内容の比較

診療科と看護業務内思考の比較では、内科、外科、小児科、精神科ともほぼ同じ傾向で、最も多いのは<アセスメント>思考で、次いで<ケアの手順>となった。(図. 7-a)

診療科別の看護業務内思考の割合は、精神科では<診断>が、他の3科に比し有意に高くなり($P<0.05$)、これに対し、<ケアの手順>は、内科に比べて有意に低くなっていた($P<0.05$)。<準備に関する思考>では、内科で小児科、精神科に対して有意に高く、外科でも精神科に有意に高くなった($P<0.05$)。(図. 7-b)

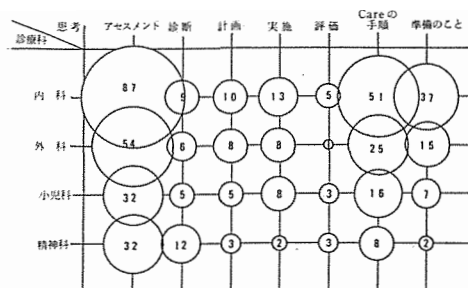


図. 7-a 診療科と思考

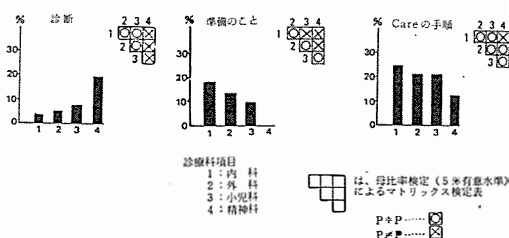


図. 7-b 診療科別の思考割合の比較

4) 感情

感情の記載のあったものは全体の33.2%で、感情なしと記載されたものは3.1%であった。(図. 8-a)

感情の内容は、いらいら、腹立ちなどを含む<怒り>31.4%、心配、不安を含む<恐れ>が29.8%でこれらで約6割を占めていた。その他、うれしい、楽しいを含む<喜び>が17.2%、同情、哀れみを含む<軽蔑>11.4%、<驚き>5.9%、<悲しみ>2.4%、<嫌悪>1.4%となった。(図. 8-b)

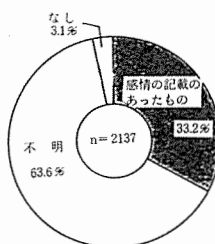
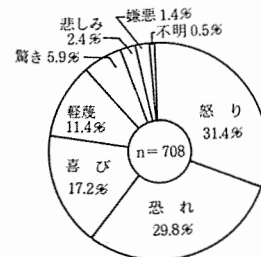


図. 8-a 感情の記載の有無



8-b 感情内容

次に感情原因となる対象をみると「ひと」に対するものの52.9%と最も多く、「事象」に対してが29.5%、「自己」に対して10.2%、「物」に対して7.5%であった。「ひと」の中でも「患者」に対するものが75.3%であった。(図. 8-c)

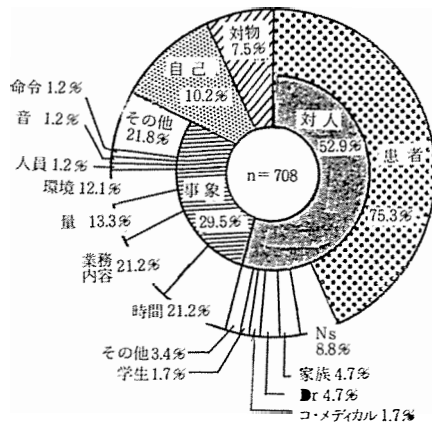


図. 8-c 感情対象

対象別に感情内容をみると、患者に対しては＜恐れ＞が42.2%と最も多く、次いで割合の多いものでは＜軽蔑＞26.9%、＜喜び＞13%の順となった。（図. 9-a）同僚の看護婦に対しての感情の主な内容は、＜怒り＞26.9%、＜喜び＞と＜恐れ＞が同じ割合で23.1%であった。（図. 9-b）また「自己」に対しては＜怒り＞40.0%、＜恐れ＞28.1%、＜喜び＞24.6%の順であった。（図. 9-f）

また＜時間＞＜業務内容＞＜量的なこと＞などの「事象」に対しての感情内容は＜怒り＞が最も強く、＜時間＞77.1%、＜業務内容＞45.7%、＜量的なこと＞45.5%であった。（図. 9-c, 9-d, 9-e）

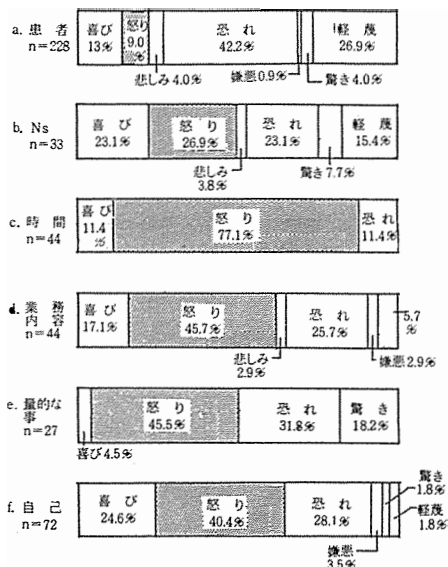


図. 9 対象別感情分布

4) 看護業務内思考の質的分析

以上のようにして得られたデータをもとに、看護のプロセス思考をとりまく因子との関連性について分析した。

クロス集計の結果より思考と関連がみられる項目について、4 アイテム、28カテゴリーを抽出し、これを変数とした。（表. 2）サンプルは、各病棟から看護の思考がみられた254サンプル、“思考なし”50サンプルをランダムに抽出し、総計305サンプルについて数量化Ⅲ類によって質的分析を行なった。

表. 2 アイテムおよびカテゴリー

作業場所	看護思考
病室	アセスメント
ナースステーション	診断
移動空間	計画
	実践
	評価
	思考なし
動作活動	感情
直接看護	喜び
間接看護	怒り
医療介助	悲しみ
調整・連絡	恐れ
事務業務	嫌悪
管理	驚き
雑務	哀れみ
教育	その他
休憩	感情なし
私用	

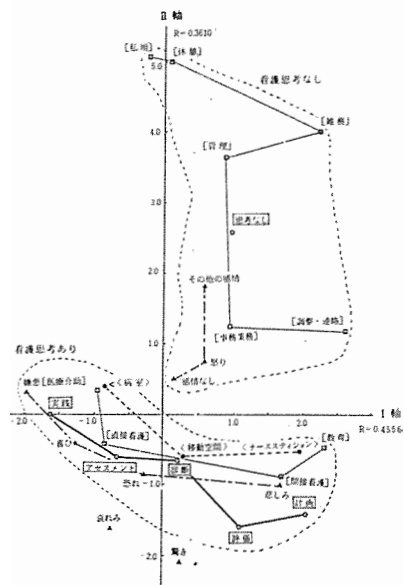


図. 10 数量化Ⅲ類によるカテゴリーの布置

看護思考の各段階は、Ⅰ軸上において他のアイテムと相互に関連を持ちながら分布した。すなわち、作業場所では、＜病室＞から＜移動空間＞さらに＜ナースステーション＞が、＜実践＞－＜診断＞－＜計画＞と並列に分布した。同様に作業内容についても「医療介助」から「直接看護」「間接看護」「教育」が、また感情でも、＜嫌悪＞＜喜び＞＜恐れ＞＜悲しみ＞が、プロセス思考の段階と相関を持つ分布がみられた。一方“思考なし”は看護業務内思考の集団から明らかに離れて分布した。

これらから＜実践＞、＜アセスメント＞においては病室、医療介助、直接看護、喜び、恐れとの間に、＜評価＞＜計画＞ではナースステーション、間接看護、悲しみとの間に相関を持つ分布がみられた。＜診断＞はこの2つの思考集団の中間的位置に分布した。“思考なし”については、Ⅱ軸に沿って私用・休憩・雑務などと、感情なし・怒りとの間に相関を持つ分布がみられた。(図. 10)

4. 考 察

よりよい看護サービスを提供するために、看護婦の業務内容や業務量を明確にし、その適正化を図ることは重要である。我が国では1950年代頃から看護業務内容の把握や、看護作業時間の測定などをとおして、作業の標準化や適正人員配置などの試みがされ、業務の改善が行なわれてきた。⁴⁾⁵⁾⁶⁾⁷⁾これらを検討するための手順として、基礎とされてきたものにタイムスタディー法やワークサンプリング法による作業研究がある。

このタイムスタディー法とは、各作業者の作業内容を経時的に調査することによって、作業の標準時間を決定してゆくとともに、作業速度や能率、稼働率などを明らかにする手法である。またワーク・サンプリング法とは、作業断面を捉えてゆくことで全体の作業構造を把握してゆく方法で、調査断面の頻度を増せば連続写真の様に作業工程の構造を明かにすることができる手法である。⁸⁾

これらの手法はそもそも工場等の稼業管理を進めて行くための作業研究として発達したものである。このことから看護業務の検討にこれらの手法を使ったこれまでの研究では、多くの場合、診療科別の特徴分析を加えたり、看護度を指標とした業務分析、あるいは養

労度の測定を行なう等によって、臨床の実態や患者のニーズを考慮した分析方法を加えて行なっている。

そこで、本研究ではこれらの試みに加えて、看護者の思考活動に注目した業務調査をおこなった。この際に用いた看護の思考活動の抽出については、看護の問題解決思考として理論的に確立し、かつ広く教育されている「看護過程」を前提としてカテゴリー設定をおこなった。看護の労働調査の中で看護過程に基づいた思考を捉え、客観化してゆくことは、看護の知的活動の指標として非常に重要であると考えたからである。

また、看護婦の連続した知的活動に影響を与えらると思われる情動との関連をも考慮し、患者や同僚、医師などとの様々な人間関係に対しどのような感情構造を持っているかについても分析した。

この様な観点から、今回の調査結果をみると、作業中の思考活動では、思考ありとしたものは直接看護、間接看護、医療介助、調整・連絡など、ほとんどが病棟内の患者、あるいは患者にかかわる業務に関することを考えていた。また人員の管理や看護学生・院内教育などについて考えていた看護外思考が約4割あった。何も考えていない、ボツとしていたとするものも全体の1割あった。

看護業務内思考の対象の多くは患者であり、思考内容を大枠で見るとアセスメント思考の頻度が最も大きく、次いでケアの手順、準備のこととなり、診断・計画・実施の頻度は低く、中でも評価は一番低い割合であった。これらの思考の出現頻度は看護婦の卒後年数、経験年数によって比較してみても有意差は認められず、年齢や経験に関わりなくT大学附属病院の看護婦全体の思考活動の傾向であるといえる。

また、これらの思考活動に伴って現れる看護作業中の情動は“怒り”“喜び”の2つの感情構造であるといえる。これらは、＜ひと＞が原因となる場合だけでなく、看護婦をとりまく環境や業務の流れなどの事象も原因となっており、忙しく時間に追われる業務や予定どおりには進まない膨大な業務量にいらいら、はらはらしている場面が多いことがわかる。

看護作業と看護業務内思考の関連をみると、どの作業においてもアセスメントが思考の中心となっているといえる。さらに各作業間の思考の特徴をみると、直接看護で他の作業に比べ有意に高かったものはアセスメント思考であり、計画やケアの手順、準備のことに

関する思考は有意に低い。間接看護は計画に関する思考が他に比べ有意に高い他、ケアの手順や準備についての思考の頻度が多く、実施については有意に低い。医療介助で診断や計画の思考が有意に低く、ケアの手順や準備のこと、実施についての思考の頻度の高いのが特徴的であった。これらをみると作業内容と看護プロセス思考とは密接な関係があるといえ、看護作業は全体として広いアセスメント思考を基盤としながら、直接看護ではアセスメント・診断・実施、間接看護では計画・診断、医療介助では実施が思考の中心となっているといえる。

次に主な作業場所と看護業務内思考の関連についてみると、病室ではアセスメント・実施の思考が、ナースステーションではケアの手順・準備のことが、中心的な思考となっている。

診療科別では、精神科で診断思考が有意に高い他は、どの診療科もアセスメント思考、ケアの手順、準備に関する思考が出現頻度が高いという同様の傾向を示しており、診療科による特色は認められない。

またこれらのデータを基に、数量化Ⅲ類によって看護プロセス思考の各段階とそれを取り巻く因子との関

連の質的分析を行ない評価した。これによるとⅠ軸に沿って強い相関をもつ看護思考ありの群は、アセスメントを基盤とした看護プロセス思考系の中にあることが、さらにこの群は2つの思考の群に分けて捉えることができることがわかる。すなわち病室における直接看護、医療介助を中心とするアセスメント・実施中心の思考群とナースステーションにおける間接看護を中心とする計画・評価中心の思考群に分離して考えることができ、これらの群の中間的な位置に診断が位置しているものと考えられた。

Ｔ大学付属病院において以上のような知的・情緒的活動を付加した看護活動調査を試行的に行なったが、看護婦の経験年数や診療科の違いよりも作業内容や作業を行なっている場所によって看護業務内思考の内容が一定の特徴を持ってとらえられた。このことは、看護業務の業務時間の測定や調査によって作業の標準化や合理化など表在的技術の向上を計っていくとともに、看護学に基づいた専門職としての思考活動の分析を行なって行くことが看護サービスの質的向上にも繋がって行くものとする。

要 約

看護活動は、患者のニーズに対し、看護学に基づいた専門的問題解決のもとに行われる連続した思考過程の結果、あるいは経過による行動表出であり、これらが複雑に複合し合って日常の労働状況を示している。

よって看護活動を解析する場合、従来行なわれてきたような動作活動主体の作業研究と同じ視点で解析するのではなく、看護の知的思考活動を表顕した作業研究をすすめる必要があると考える。

今回私たちはこのような視点にたち、〔思考〕〔情動〕を含めた看護活動解析をＴ大学付属病院において試行的に行なった。

その結果、

1. 看護作業は間接看護28.1%、直接看護23.5%、医療介助25.8%であり、これで全作業の8割をしめた。
2. 主な作業場所は、ナースステーション45.6%と病室23.8%であった。
3. 看護業務内思考の主な内容は、アセスメント思考25.7%、ケアの手順12.9%、準備のこと6.8%の順であり、診断4.8%、計画3.9%、実施3.7%、評価1.6%は低い割合であった。
4. 看護業務内思考の割合の変化は看護婦の経験年数や診療科の違いなどよりも、作業内容や作業場所によって特徴的であった。
 - 1) 病室においては、直接看護と医療介助を中心としたアセスメント、実施中心の思考群としてとらえられた。
 - 2) ナースステーションでは、間接看護の中心とする計画、評価中心の思考群としてとらえた。

Austract

Nursing service is a behavioral expression of continuous thoughts formulated to solve technical problems of nursing science in relation to patients' needs, and the outcome of an intricate interplay of such thoughts and actions taken to solve the problems constitutes the daily nursing service.

In the true sense of analysis, therefore, such an approach to analysis of mainly physical activities as has generally been employed does not seem adequate, but it seems necessary to include intellectual thinking activities of nurses in analysis of nursing service.

Based on this notion, a trial analysis of the nursing activities including "thinking" and "emotion" was undertaken at the T University hospital, and the following results were obtained.

1. Indirect nursing accounted for 28.1% of the whole nursing service, direct nursing, 23.5%, and assistance in medical care, 25.8%. These activities represented 80% of the whole nursing service.

2. Of the whole nursing activities, 45.6% occurred in the nurse station and 23.8% in the patients' wards.

3. Assessment constituted 25.7% of the nursing staffs thinking, caring procedures, 12.9%, and preparations for caring, 6.8%. Diagnosis, planning, execution, and evaluation represented a small percentage of the nursing staffs thinking, at 4.8%, 3.9%, 3.7%, and 1.6%, respectively.

4. Percentage nurses' thinking characteristically varied not so much with the length of their experience and department, as with the content and place of their activities.

1) In the patients' wards assessment and action oriented thinking centering around direct nursing and assistance in medical care constituted the major fraction of nurses' intellectual thinking activities.

2) In the nurse station planning and evaluation oriented thinking centering around indirect nursing represented the main nurses' intellectual thinking activities.

参 考 文 献

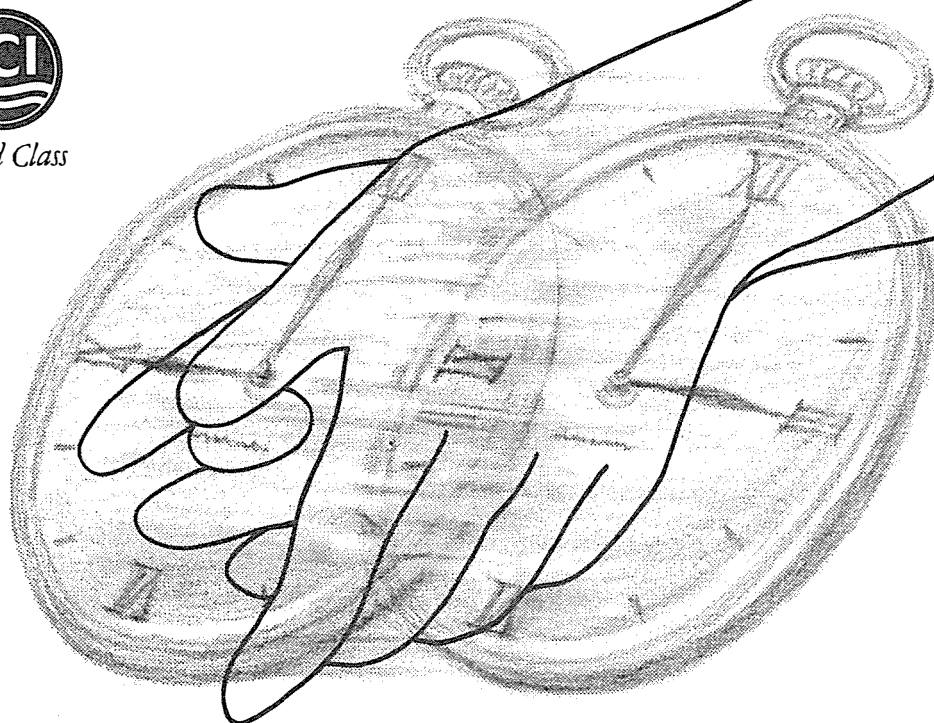
- | | |
|--|--|
| 1) 高橋令子他; 病棟における看護要員の算定に関する研究, 自治体病院共済快編 | 1981 |
| 2) 前田マスヨ; 看護業務遂行の適正化を目的とした業務分析, 看護展望, Vol. No3, p. 218~230 | 4) D. A. Stubbs et al; Frequency of sickness absence at worksite clinic visits among nurses as a No. 2, p. 79~85, 1979 |
| 3) Campbell著, 大谷杉士他訳; キャンベル看護百科マニュアルー新しい看護診断の実際, 広川書店, | 5) D. A. Stubbs et al; Back pain in the nursing profession 1. 2. Ergonomics Vol. 26, No. 8, p. 755~799, 1983 |

- 6) Simon Folkard et al ; Short and Long-term Adjustment of Circadian Rhythms in Permanent Night Nurses, Ergonomics VOL. 21, No.10, p. 785~799, 1979
- 7) M. Fordham et al ; The cost of work in Medical Nursing, Ergonomics Vol.21, No. 5, p.331-342, 1978
- 8) 池永謹一；作業研究, 森北出版, 1977
- 9) 長倉康彦；病棟部における看護婦の業務と動きに関する調査・分析, 日本建築学会大会, 5219~5220, 1982
- 10) Carlson他著, 日野原重明監修；看護診断, 医学書院, 1983
- 11) 松岡淳夫；看護管理学とその周辺, 日看研誌, Vol. 7, 1984
- 14) 日本建築学会協議会編；調査方法と分析方法, 1984
- 15) B・ベレルソン他著；稲葉三千男他訳；内容分析, 社会心理学講座Ⅶ-3,
- 16) B・ベレルソン他著；南博他訳, Human Behavior, 誠信書房, 1986,
- 17) 阪口禎男他；看護業務の検討－受け持ち性徹底を認めるための一試案－, 日看研誌Vol.13, No.1, p.95~104, 1990
- 18) 広瀬チワ子；ワーク・サンプリング法による看護業務の分析, 看護展望, Vol. 10, No. 12, p. 1198~1203,
- 19) 師岡孝次；経営工学的手法と看護作業への適用例, 看護展望, Vol.9, No. 2, p. 120~126
- 20) 萩原康子；今日における看護業務の分析の必要性, 看護展望, Vol. 4, No3, p. 202~207, 1979
- 21) 寺沼幸子；看護業務と勤務スケジュールについて, 労働の科学, Vol. 43, No. 9, p. 9~16, 1988
- 22) 越河六郎；病棟看護における直接的看護とケア, 労働の科学, Vol.43, No. 9, p. 17~18, 1988

(平成3年1月14日 受付)



World Class



優れた殺菌効果が持続します。

ヒビスクラブは速効性、持続性に優れ、有機物による不活性化の少ない消毒剤です。その効果は多数のデータにより検証され、英・米での感染防止ガイドラインにも紹介されています。

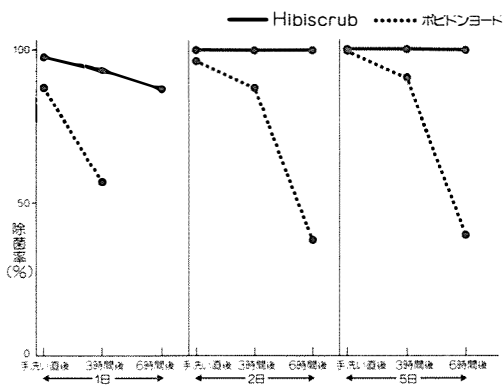
外用薬 手指用殺菌消毒剤

ヒビスクラブ®

組成：グルコン酸クロルヘキシジン4%(W/V)

- すぐれた除菌効果を発揮します。
- 持続効果にすぐれ、長時間作用し続けます。
- 血液、体液などの影響が少ない消毒剤です。
- MRSAへの有効性が評価されています。

術前手洗いの除菌率 3時間後と6時間後の手洗い効果の研究報告



グローブジューズ法 Aly R. Ph.D. & Howard I. Mabbach M.D.
Current Therapeutic Research 34(4), October 740 1983

■効能・効果■医療施設における医師、看護婦等の医療従事者の手指消毒 ■使用上の注意■(1)次の場合には使用しないこと 既往のクロルヘキシジン製剤に対する過敏症を起こした者 (2)次の場合には慎重に使用すること 薬物過敏体質の者 (3)副作用 過敏症：ときに発疹等の過敏症状があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には使用を中止すること。他のクロルヘキシジン製剤の投与によりショック症状を起こしたとの報告がある。(4)適用上の注意 1)手指消毒以外の目的には使用しないこと。2)本剤の使用中に誤って眼に入らないように注意すること。眼に入った場合は、直ちによく水洗すること。

※その他の取扱い上の注意等については添付文書をご参照ください。



発売元(資料請求先)
アイ・シー・アイファーマ株式会社
〒541 大阪市中央区今橋2丁目5番8号

製造販売元
住友製薬株式会社
〒541 大阪市中央区通修町2丁目2番8号

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

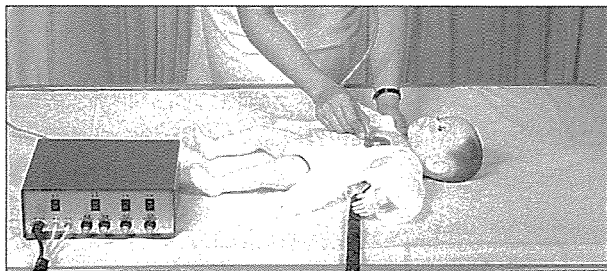


●自己紹介をします

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。



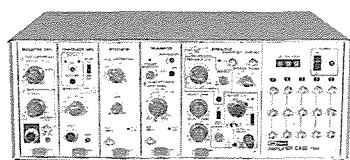
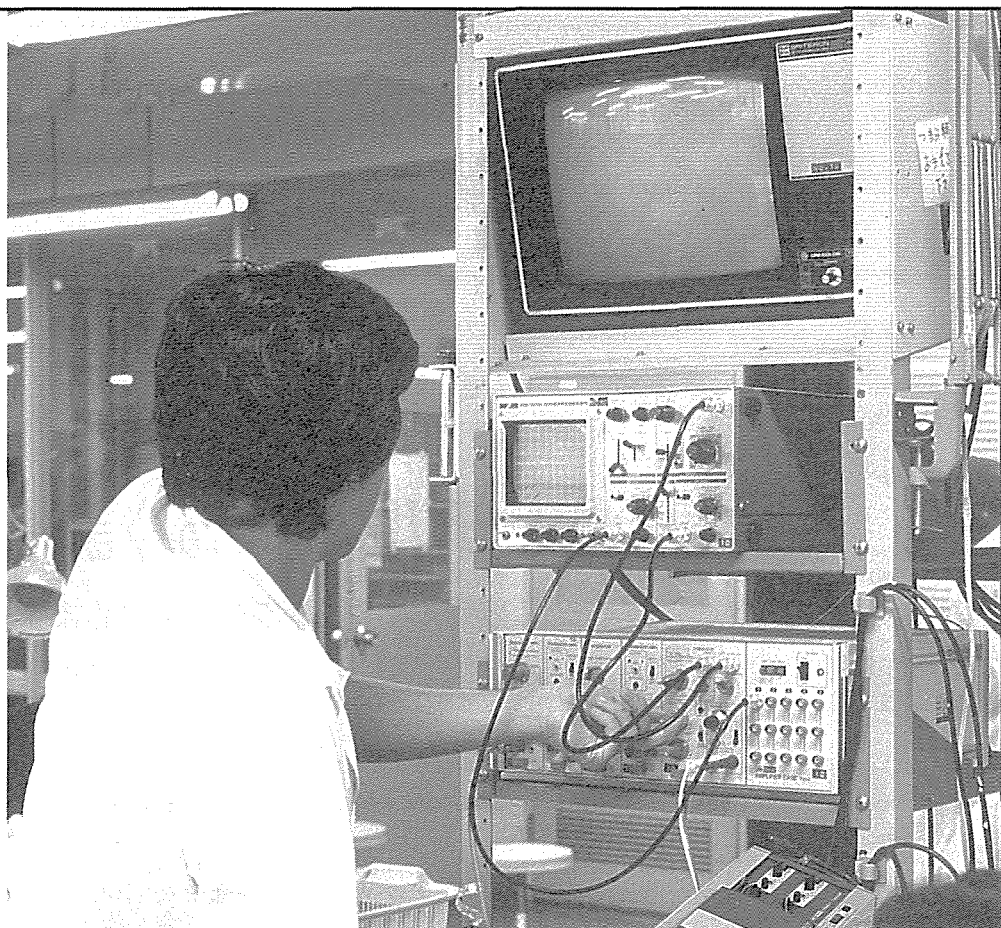
◀バイタルサイン人形

- 心音は音量も調節できます。
- 脈搏は左右こめかみ、頸動脈、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

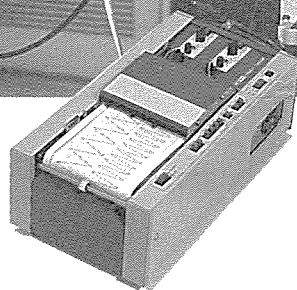
本社 京都市伏見区下鳥羽渡瀬町35-1 (075)621-2225
東京支店 東京都千代田区神田須田町2丁目6番5号Q'S'85ビル6F (03) 253-2861
FAX 京都(075)621-2148 ・ 東京(03)253-2866

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円とお求めやす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

日本看護研究学会会則

第1条（名 称）

本会は日本看護研究学会（Japanese Society of Nursing Research (J.S.N.R)）と称する。

第2条（目的及び活動）

本会は広く看護学の研究者を組織し、看護学の教育、研究及び実践の進歩発展に寄与することを目的として次の活動を行う。

- 1）研究会の開催。
- 2）学術講演会の開催。
- 3）学会誌の発行。
- 4）奨学会事業。
- 5）関係学術団体との連絡、提携。
- 6）その他、目的達成に必要な活動。

第3条（会 員）

本会の目的に賛同し、評議員の推薦をえて、所定の手続きと、会費の納入を完了した者をもって会員とする。

2）（賛助会員）

本会の目的に賛同し、本会に寄与するために入会を希望し、理事会の承認を得たものを賛助会員とする。

- 3）特別の理由なく、引き続き2年以上、会費を納入しない者は、会員の資格を失う。

第4条（名誉会員）

本学会に永年に亘る貢献の認められた会員を理事会の推薦により、評議会、総会の議を経て名誉会員とする。

- 2）名誉会員は本学会の諸会費を免除し、学会機関紙を送付する。

第5条（会 長）

会長は本会を代表し会務を総理する。

- 2）会長は理事会の推薦により、評議員会の議を経て、総会で決定される。
- 3）会長の任期は1年とし、再任を妨げない。
- 4）会長に事故ある場合、評議員会の決議により会長の交代をすることができる。この場合の任期は残余の期間とする。

第6条（理事及び理事会）

本会は、会長を補佐し、会務を掌理するため、理事をおき、理事会を組織する。

- 2）理事は別に定める規定により評議員の中から選出し、会長が委嘱する。
- 3）理事の中から常任理事若干名を互選し、本会の総務、会計、渉外、編集、奨学会、などの企画運営を担当する。
- 4）企画運営に当り、必要に応じて委員会を組織する。この委員会規定は別に定める。
- 5）理事会は会長が必要に応じて招集し、議長は会長があたる。

6) 理事の任期は3年とし、再任を妨げない。

7) 理事の任期中の欠員は補充しない。

第7条 (監 事)

本会の会計、資産を監査するため監事を2名おく。

2) 監事は評議員の中から互選し、総会の承認を経て会長が委嘱する。

第8条 (評議員及び評議員会)

本会は、会長の諮問に応じて重要事項を審議するため、評議員をおき評議員会を組織する。

2) 評議員は別に定める規定により、会員の中から選出し、会長が委嘱する。

3) 評議員の任期は3年とし、再任を妨げない。

4) 評議員の任期中の欠員は補充しない。

5) 評議員会は年1回定例に会長が招集し、議長は会長があたる。

6) 評議員の3分の2以上から請求があり且つ、理事会が必要と認めた場合は、会長は臨時に評議員会を招集しなくてはならない。

7) 評議員会は評議員の過半数以上の出席がなければ議事を開き、議決することができない。

第9条 (総 会)

本会の総会は毎年1回会長が招集して開催する。

2) 理事会が必要と認めた場合、評議員会により開催の議決のあった場合、及び会員の過半数以上から目的を示して総会の開催の請求のあった場合には、会長は臨時総会を開催しなくてはならない。

3) 総会の議長は会長があたる。

4) 議事は出席者の過半数をもって決し、賛否同数の場合は議長が決する。

第10条 (地 方 会)

本会の目的に則して、地方活動を行うために、地方会を組織することができる。

2) 地方会の名称は日本看護研究学会を冠した地方会とする。

3) 地方会の運営については、夫々において別に定める。

第11条 (会 計)

本会の運営は会費及び本会の事業に伴う収入等によって行う。

2) 会計年度は年度4月1日より翌年3月31日までとする。

第12条 (会 費)

会費は次のとおりとする。

年会費	理事, 評議員	10,000円
	会 員	5,000円
	賛助会員(1口)	30,000円

2) 納期は年度初めとする。

第13条 (事 務 局)

〒280 千葉市亥鼻1丁目8番1号

千葉大学看護学部看護実践研究指導センター内におく。

第14条 （会則の変更）

会則の変更は評議員会の議を経て総会の議決によって行う。

付 則

この規則は、昭和57年5月10日から実施する。

- 1）昭和58年6月1日 一部改正（会費）実施する。
- 2）昭和58年5月1日 付則1～4項削除
- 3）昭和59年7月23日 一部追加改正（理事会）実施する。
- 4）昭和60年9月7日 条項追加改正（名誉会員），（地方会）実施する。
- 5）平成2年8月4日 一部改正（理事会），（評議員会），（会員）実施する。

評 議 員 選 出 規 定

1. この規定は会則第8条2項による評議員の選出に関して規定する。
2. (地区・定数)
全国を付表に示す地区に分け、夫々登録した地区の会員数の約10% (四捨五入とする) を地区の評議員定数とする。
3. (被選出者資格)
評議員の被選出者となる資格は、会員となって5年以上の者で選挙公示の日までに会費を完納している者。
4. (選挙者資格)
会員で選挙の公示の日までに会費を完納した者とする。
5. (選挙公示)
評議員の任期満了の1年前の会長が評議員就任の期間を明示して、評議員選挙を公示する。
6. (選挙管理委員会)
評議員の互選により選挙管理委員3名を選出し、会長が委嘱し選挙管理委員会を組織する。
2) 互選により選挙管理委員長を選出し会長が委嘱する。
7. (投票締切日の公示)
選挙管理委員会の協議により投票締切日を決定し、会員に公布する。
2) 投票締切日は年度末3カ月以上前に決定することとする。
8. 選挙管理委員会は地区別に選挙人登録者名簿及び被選出者名簿を作成し、定めた締切日前1カ月までに選挙人である会員に配布しなくてはならない。
9. 投票は郵送により行い、投票用紙、投票用紙入れ密封封筒及び返送用封筒を各選挙人に配布し、定められた投票締切日までに投票を完了するよう文書で徹底周知させる。
2) 投票締切日消印は有効とする。
10. 規定による投票用紙は登録地区評議員定数による連記制とする。
11. (投票締切)
投票締切日消印の投票封筒の到着をもって締め切る。
12. (開 票)
開票は選挙管理委員全員が立ち合いの上行う。
13. (無効、有効票)
投票用紙に地区定数以上の者に○印を記入したものはその投票用紙について全員無効とする。
2) ○印が地区定数に満たない投票用紙についてはその○印を付したものの得票として有効とする。
3) ○印以外の印 (例えば×印、△印等) が記入されたものは、そのものについては無効とする。○印のほかに称号、敬称等の記入は有効とする。
14. (得票、及び名簿作成)
各地区毎、得票数上位の者により定数枠内の者を該当者とし、これに次点者を明示して加え

て、票数を記載せずに名簿を作成し、理事会に提出する。

2) 最下位得票者に同数のもののある場合は同得票である旨明示して名簿に加える。この場合は次点者を設けない。

3) 次点者に同得票数のもののある場合も同様、明示して名簿に加えて記載する。

15. (会長推薦)

会長は必要に応じ、この選出方法とは別に若干名を評議員として理事会に推薦することが出来る。

16. (評議員の決定)

理事会は選挙管理委員会の報告と、会長による推薦者について地区毎に審査し、評議員を決定する。

17. この規定は、昭和57年5月10日より発効する。

付 則

1) 平成2年8月4日 一部改正実施する。

<付 表>

地区名	都 道 府 県 名
北 海 道	北海道
東 北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島
関 東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟
東 京	東京, 埼玉, 山梨, 長野
東 海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重
近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川
中国・四国	島根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知
九 州	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄

<投票用紙書式>

						投票欄	評議員投票用紙(○地区) 投票締切り日 年 月 日 消印有効 日本看護研究学会 選挙管理委員会 印
	大 和 撫 子 殿	日 本 太 郎 殿	時 代 曙 和 殿	神 社 礼 子 殿	秋 野 冬 子 殿	候補者氏名(アイウエオ順)	

(投票する候補者の頭の投票欄に○印を記入)

理 事 選 出 規 定

1. この規定は本会会則第6条2項による理事選出に関して規定する。
2. 全国を付表に示す地区に分け、夫々の登録した地区の評議員数の約10%（**■**捨**五**入とする）を地区の定数とする。
3. 互選の方法は、新評議員が各地区の新評議員の**★**から理事定数の連記とする。
4. 投票締切日は会長が決定し、投票は郵送により行う。
 - 2) 投票締切日消印は有効とする。
5. 開票は選挙管理委員（評議員選出規定による選挙管理委員が兼ねる）全員の立**合**いの上行う。
6. 投票用紙に地区定数以上の者に○印を記入した者はその投票用紙については全員が無効とする。
 - 2) ○印が地区定数にみたない投票用紙についてはその○印を付した者の得票として有効とする。
 - 3) ○印以外の印（例えば×印，△印等）が記入されたものは、その者について無効とする。
○印の他に称号、敬称等の記入は有効とする。
7. 本規定は平成2年8月4日より発効する。

日本看護研究学会奨学会規定

第1条 (名 称)

本会を日本看護研究学会奨学会（研究奨学会と略す）とする。

第2条 (目 的)

本会は日本看護研究学会の事業の一つとして、優秀な看護学研究者の育成のために、その研究費用の一部を贈与し、研究成果により看護学の発展に寄与することを目的とする。

第3条 (資 金)

本会の資金として、前条の目的で本会に贈与された資金を基金として、その金利をもって奨学金に当てる。

会計年度は4月1日より翌年3月31までとする。

第4条 (対 象)

日本看護研究学会会員として1年以上の研究活動を継続している者で、申請または推薦により、その研究目的、研究内容、審査の上適当と認めた者若干名とする。

2. 奨学金は対象研究課題の1年間の研究費用に充当するものとして贈る。

3. 研究が継続され、更に継続して奨学金を希望するものは、改めて申請を行うこととする。

第5条 (義 務)

この奨学金を受けた者は、対象研究課題の1年間の業績成果を次年度日本看護研究学会総会において口頭発表し、更に可及的早い時期に日本看護研究学会誌に論文を掲載し公刊する義務を負うこととする。

第6条 (罰 金)

奨学金を受けた者の負う義務を怠り、また日本看護研究学会会員として、その名誉を甚だしく毀損する行為のあった場合は、委員会が査問の上、贈与した奨学金の全額の返還を命ずることがある。

第7条 (委 員 会)

本会の運営、審査等の事業にあたり、日本看護研究学会理事会より推薦された若干名の委員によって委員会を設ける。

2. 委員会に委員長を置き、本会を総務する。

3. 委員会は次の事項を掌務する。

(1) 基金の財産管理及び日本看護研究学会会長への会計報告

(2) 奨学金授与者の選考、決定及び会長への報告

(3) 授与者の義務履行の確認及び不履行者の査問、罰則適用の決定及び会長への報告

第8条

委員会より報告を受けた事項は日本看護研究学会会長が総会に報告する。

第9条

奨学金を授与する者の募集規定は委員会において別に定め、会員に公告する。

第10条

本規定は昭和54年9月24日より発効する。

付 則

1) 昭和59年7月22日 一部改正（会計年度の期日変更）実施する。

日本看護研究学会雑誌編集委員会規定

1. (目 的)

この規定は会則2条による学会誌の発行に関わる企画運営のため、会則第5条3項、4項に基いて置かれる、日本看護研究学会雑誌編集委員会（編集委員会と略す）の運営について規定する。

2. (委員, 定数)

委員は理事評議員の中から互選により9名を選出する。うち1名を委員長とし、編集担当常任理事となる。

3. (任 期)

委員の任期は3年とし、再選を妨げない。

4. (委員会開催)

委員は必要に応じて委員長が招集し開催する。また、文書に依る回議を、これに代えることもできる。

5. (掲載論文選考)

別に定める投稿規定に従って投稿された論文は、委員会の審査を経て、その掲載を決定する。特に審査上、問題あるものについては委員長の依頼した複数名の委員の査読による意見を聴いて決定する。

6. (手 当)

査読に当たった委員に委員会運営費より手当を支給することができる。

7. この規定は昭和59年12月1日より発行する。

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
■本看護研究学会事務局、雑誌編集委員会係
13. 封筒の表に、「■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。

原稿執筆要領

1. 原稿用紙B 5版横書き400字詰めを使用する。
2. 当用漢字、新かなづかいを用い、楷書で簡潔、明瞭に書くこと。（ワープロも可）
3. 原著の構成は
I. 緒言（はじめに）、II. 研究（実験）方法、III. 研究結果（実験成績）、IV. 考察、
V. 結論（むすび）、VI. 文献とし、項目分けは1. 2…、1), 2)…、①、②…の区分とする。
4. 数字は算用数字を用い、単位や符号は慣用のものを使用する。特定分野のみで用いられる単位、略号、符号や表現には註書きで簡単な説明を加える。
ローマ字は活字体を用い、出来ればタイプを用いること。mg, Eq 等イタリックを用いる場合は、その下に朱のアンダーラインを付すること。
5. 図表、写真等は、それを説明する文章の末尾に（表1）のように記入し、さらに本文とは別に挿入希望の位置を、原稿の欄外に（表1）のごとく朱書する。
図表は原稿本文とは別にまとめて、巻末に添えること。
6. 文献記載の様式
文献は本文の引用箇所の肩に¹⁾、²⁾のように番号で示し、本文原稿の最後の一括して引用番号順に整理して記載する。文献著者が2名以上の場合は筆頭者名のみをあげ、○○他とする。
雑誌略名は邦文誌では、医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUS 及びINTERNATIONAL NURSING INDEX に従い、頁表示は各号ページとする。
【記載方法の例示】
 - ・雑誌；近澤範子：看護婦の Burn Out に関する要因分析—ストレス認知、コーピング；及び BURN OUT の関係—看護研究, 21 (2), pp. 159~172, 1988.
；Henderson, V. : The Essence of Nursing in High Technology, Nurs. Adm. Q., 9 (4), pp. 1~9, Summer 1985.
 - ・単行書；宗像恒次：行動科学からみた健康と病気, 184, メヂカルフレンド社, 東京, 1987.
；分担執筆のものについては：安藤格：心身の成長期の諸問題, 健康科学（本間日臣他編）, 214~229, 医学書院, 東京, 1986.
 - ・訳書；Freeman&Heinrich：Community Health Nursing Practice, W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1981, 橋本正巳監訳, 地域保健と看護活動—理論と実践—, 医学書院サウンダース, 東京, 1984.
7. 表 紙
原稿には表紙を付し、上半分に標題、英文タイトルの最初（文頭）及び前置詞、冠詞、接続詞以外の単語の最初の文字を大文字とする。著者氏名（ローマ字併記）、所属機関名（英文名称併記）を記入する。（上記英文雑誌の例示を参照）
そしてその下に本文、図表、写真等の枚数を明記し、希望する原稿類別を朱書すること。下半分に連絡用住所、氏名、電話番号を記入すること。
8. 原著投稿に際しては、250語程度の英文抄録（Abstract）および、その和文（400字程度）を付けること。

日本看護研究学会査読委員名簿

(アイウエオ順)

青木 和夫	青木 孝悦	秋吉 博登	飯田澄美子	石井 トク
石川 稔生	伊藤 暁子	鷺沢 陽子	内海 滉	大串 靖子
金井 和子	金川 克子	川島みどり	川野 雅資	木村 紀美
木村 宏子	草刈 淳子	玄田 公子	小島 操子	木場 富喜
今 充	阪口 禎男	佐々木光雄	須永 清	高橋みやこ
近田 敬子	土屋 尚義	十束 支朗	中木 高夫	中西 睦子
中島紀恵子	中野 正孝	成田 栄子	西垣 克	野口美和子
野島 良子	野尻 雅美	芳賀 純	波多野梗子	浜田 悦子
早川 和生	福島 松郎	前原 澄子	松岡 淳夫	松木 光子
宮崎 和子	宗像 恒次	村越 康一	森田チエコ	山口 桂子
吉武香代子	吉田 時子	渡辺 誠介		

事務局便り

1. 平成3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3年3月31日までとさせて頂いておりますので、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(理事, 評議員) 10,000円
2. 地区の指定について、昨年11月30日付で往復葉書を送付致しましたが、まだ地区登録を済ませていない方がおります。至急登録をして下さい。
3. 会員増加により同姓、同名の会員がおりますので、事務局にご連絡、及び会費納入の場合は、必ず会員番号を記入してください。
住所、所属変更、改姓の場合も葉書か、封書でご連絡下さい。
4. 下記の方が住所不明です。ご存じの方は、本人又、事務局までご連絡をお願い致します。
石田 君代 市川 順子 酒井 正子 指原 栄子
竹熊 千晶 早田 キヨ 松田 明子 松本 恵里
宮川 美和子 安川 静子
5. 事務局の電話番号が下記の通り変わりました。
0472(22)7171 内線 4154

お詫びと訂正

本誌 VOL. 13 No. 4 15頁右段の1番下の行の続きに次の1行が欠落しておりましたので、お詫びの上訂正致します。
「障害が生じるとともに、運動の抑制に対する心理的蓄」

日本看護研究学会雑誌

第14巻 1号

平成3年2月20日 印刷

平成3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(近畿大学医学部講師)
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4154

発行
責任者
印刷所

松岡 淳夫

(有) 正文社

〒280 千葉市稲町 2-5-5
☎ 0472-33-2235

エアー噴気型
特許

サンケンマット®

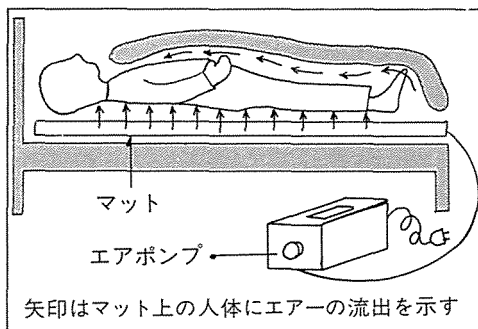
◇寝たきり病人や看護者に朗報◇

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



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■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 **エアーパット**

特長

- ①調節器も特許の防音装置で25ホーンと無音状態です。
- ②一日の電気使用代は約5円と最も格安です。
- ③マットは一般の敷布団は不要で、硬軟が出来ます。
- ④汚れにはブラシ水洗が可能で、防水速乾性です。

特許 サンケンマット

医理化機
器製造元



特許 試験管立

三和化研工業株式会社

本社工場 〒581 大阪府八尾市太田新町2丁目41番地
TEL 0729(49)7123代・FAX (49)0007

臨床看護事典

主要疾患・症候270項目を含む570の事項索引で知りたい項目がすぐ引ける

振替・東京0-114708

クリニカルナースィング 全17巻

編集

June M. Thompson
Gertrude K. McFarland
Jane E. Hirsch
Susan M. Tucker
Arden C. Bowers

監訳

石川稔生 千葉大学看護学部教授
樋口康子 日本赤十字看護大学教授
小峰光博 群馬大学医学部講師
中本高夫 滋賀医科大学第2内科

■本書の特色

- ①看護過程と看護診断にもとづいて最新の知識を集大成した臨床看護の決定版。
- ②第1巻『看護診断』では、看護診断の分類の背景となった様々な理論について解説し、それぞれの看護診断の定義上の特徴、看護援助、評価を述べている。看護診断の確定、ケアプランの作成・実施に役立たせることができる。
- ③第2巻以降は系統疾患別に16巻にわけて発行。各系統の解剖・生理、診断検査などの基礎知識から、各疾患をもった患者、および検査・治療をうける患者のアセスメント・看護診断・看護援助・患者教育・評価を看護過程にそって解説する。看護援助の記述では、その根拠も含めて具体的な行動を指し示している。
- ④教科書、実習の参考書、臨床のレファレンスに最適の書。
- ⑤本文全頁2色刷り。

●全17巻の構成

- ①看護診断—診断分類の理論的背景と診断名一覧
●B5 頁494 図9 写真1 表17 1990 定価3,914円 千300
- ②呼吸器疾患患者の看護診断とケア
●B5 頁218 写真12 表14 色図51 1990 定価2,472円 千300
- ③循環器疾患患者の看護診断とケア
●B5 頁206 写真28 表6 色図36 1990 定価2,472円 千300
- ④血液疾患・癌患者の看護診断とケア
●B5 頁206 表3 色図1 1990 定価2,472円 千300
- ⑤消化器疾患患者の看護診断とケア
●B5 頁302 図8 表3 1991 定価3,296円 千300
- ⑥内分泌・代謝疾患患者の看護診断とケア
●B5 頁202 写真18 表11 色図16 1990 定価2,472円 千300
- ⑦神経疾患患者の看護診断とケア
●B5 頁266 写真1 表6 色図38 1990 定価2,987円 千300
- ⑧免疫疾患患者の看護診断とケア
●B5 頁212 図12 表22 1990 定価2,472円 千300
- ⑨感染症患者の看護診断とケア
●B5 頁290 図2 表28 1990 定価3,090円 千300
- ⑩腎疾患患者の看護診断とケア
- ⑪泌尿生殖器疾患患者の看護診断とケア
- ⑫女性生殖器疾患患者の看護診断とケア
●B5 頁154 図12 表10 1990 定価2,060円 千300
- ⑬皮膚疾患患者の看護診断とケア
- ⑭骨・筋肉疾患患者の看護診断とケア
●B5 頁182 写真8 表7 色図63 1990 定価2,266円 千300
- ⑮眼疾患患者の看護診断とケア
●B5 頁174 図21 表5 1990 定価2,266円 千300
- ⑯耳鼻咽喉疾患患者の看護診断とケア
●B5 頁134 図27 写真2 表2 1990 定価2,060円 千300
- ⑰精神疾患患者の看護診断とケア
●B5 頁140 表2 1990 定価2,060円 千300



医学書院

1113-911

東京・文京・本郷5-24-3

☎03-3817-5657 (お客様担当)

☎03-3817-5650 (書店様担当)

振替 東京7-96693

(定価は税込みです)