

VOL.14 No.2

平成3年6月20日発行

ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

(Journal of Japanese Society of Nursing Research)

VOL. 14 NO. 2

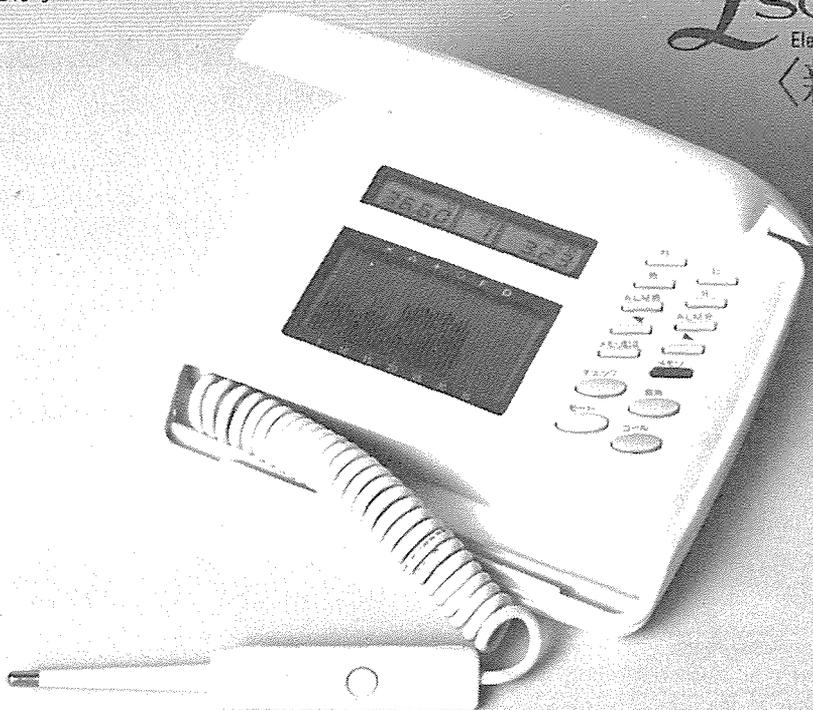
日本看護研究学会

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

Esophia
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■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)

日本看護研究学会選挙管理委員会について

平成3年3月20日付の会告で公示された日本看護研究学会評議員選出のため、本学会会則第8条及び評議員選出規定第6項に従って、下記の通り3名の選挙管理委員を委嘱し、選挙管理委員会を組織しました。

記

日本看護研究学会

選挙管理委員会

委員長 川野 雅資（東京女子医科大学看護短期大学）

委員 小山 幸代（神奈川県立衛生短期大学）

委員 楊箬 隆哉（千葉大学看護学部）

任期は平成3年度選挙に関する業務の完了までとする。

平成3年6月20日

日本看護研究学会

会長 宮崎 和子

会 告 (2)

選出する評議員定数について

平成3年度、施行する日本看護研究学会評議員選出選挙において、選出する評議員の定数は、本学会会則第8条2項及び評議員選出規定第2項に従って、下記の通りとします。

記

地区別評議員定数

北海道地区	9名	東北地区	10名	関東地区	22名
東京地区	31名	東海地区	26名	近畿・北陸地区	25名
中国・四国地区	16名	九州地区	16名	(合計 155名)	

平成3年6月20日

日本看護研究学会

会長 宮崎 和子

会 告 (3)

評議員選出選挙の投票締切日について

本学会会則第8条及び評議員選出規定第7項に従って、評議員選出選挙の投票締切日を下記の通りとします。

記

投票締切日 平成3年9月15日

(投票締切日消印の投票用封筒の到着をもって締切とする。)

平成3年6月20日

日本看護研究学会

選挙管理委員会

委員長 川野 雅 資

会 告 (4)

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4回公告)

平成3年6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 千葉市中瀬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 熊本大学 木場富喜
- 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
 座長 千葉県立衛生短期大学 渡邊誠介
- 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 田間恵實子
 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 中木高夫
 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）」

小外科看護マニュアル

●編著／鈴木 忠(東京女子医科大学救命救急センター・助教授)

●B5判・定価 3,400円(税込)

◎診療所や病院の外来で日常よく扱われる外科系疾患の看護マニュアル。わかりやすい2色刷で、354点の図表を収録するなどヴィジュアルな構成としました。包帯法や導尿法など看護に必要な基本的知識・技術を解説した「処置編」と、76の疾患をとりあげてそれぞれ治療法・術後管理・看護のポイントを詳述した「疾患編」の2編にわかれます。

■主要内容■

第1編 処置編

(減菌法, 消毒法, 外来における麻酔法, 止血法・駆血法, 外来における創傷の処置, 他)

第2編 疾患編

(頭部の打撲, 鼻出血, 魚骨の異物, 五十肩, 突き指, ガングリオン, 外反母趾, 带状疱疹, 食道異物, 腹部外傷, 痔核・裂孔, アテローム, 熱傷, 凍傷, 他)

ザ・ホスピス

—日米比較にみるターミナルケアの人間学

●編／長谷川 浩(東京女子医科大学看護短期大学教授)

Hessel H. Flitter(ハワイ大学名誉教授)

●A5判・定価 3,500円(税込)

◎わが国にふさわしい末期ケアのシステムや実践のあり方を、米国の主要ホスピスの実状調査や当事者のレポートに基づき、日米合同研究グループが比較考究しました。関係者必読の書です。

■主要内容

- 第1部 日米のホスピスケアの現状
- 第2部 一般病院(大学病院)における末期ケア
- 第3部 家族・遺族の心理と援助
- 第4部 末期ケア・ホスピスケアに関する諸問題
- 第5部 日米のホスピス・PCUプログラムから

好評発売中

臨床看護事典

—疾患・症状別ケアのすべて

- 監修／高久史磨(東京大学教授)
- 森岡恭彦(東京大学教授)
- 大國真彦(日本大学教授)
- 坂元正一(東京女子医科大学教授)

●A5判・1,552頁・上製函入

●定価10,000円(税込)

◎主要疾患・症候270項目を収録。“看護”に重点を置いて解説した最新の疾患別ケア・マニュアル!

最新

基本看護手順

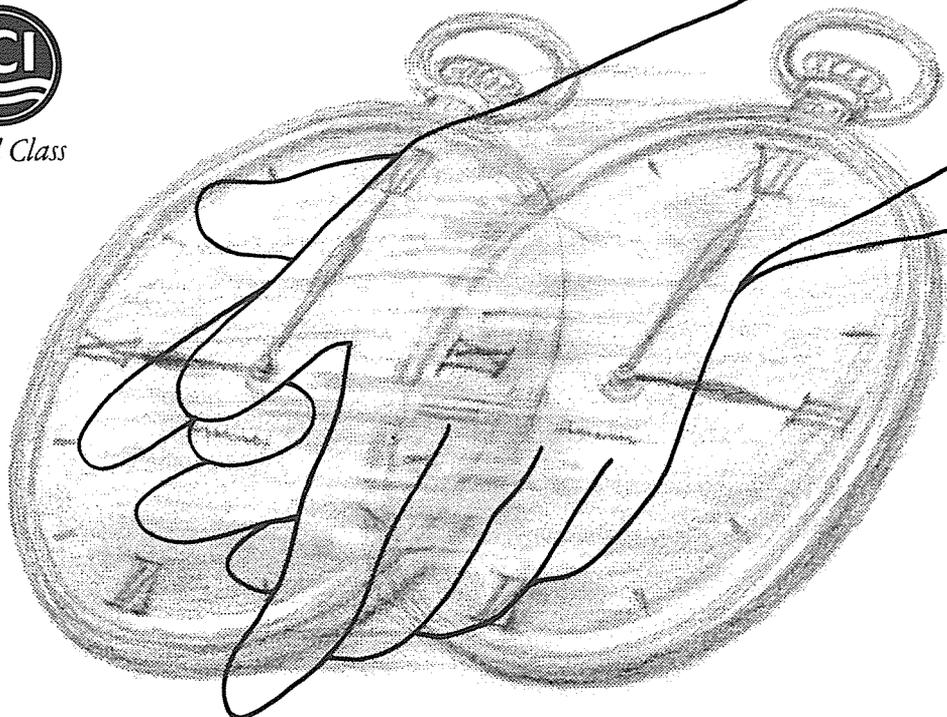
- 編著／聖路加国際病院看護手順委員会
- A5判・1,202頁・上製
- 定価8,800円(税込)

◎聖路加国際病院が新病院開設に伴って見直した、臨床全般にわたる看護手順のすべてを集大成!

◎看護業務の一つひとつを小項目に分け、実践の場ですぐ役立つように構成。



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。

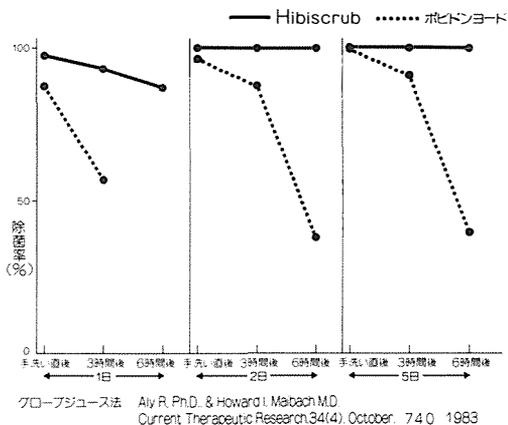
外用薬 手指用殺菌消毒剤

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



■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

目 次

原 著

学生の性格特性と初期の外科看護実習評価との関連	9
弘前大学教育学部看護学科教室	木 村 紀 美 米内山 千賀子 花 田 久美子 福 島 松 郎
心筋梗塞患者の日常生活の自己管理行動に影響する要因の研究	15
	花 田 妙 子
肝硬変合併肝癌切除後の看護情報	
— 呼吸ケアに関する看護基本情報の収集状況に関する考察 —	27
三重大学医療技術短期大学部	明 石 恵 子
千葉大学看護学部看護実践研究指導センター	草 刈 淳 子
外転枕使用による側臥位時の体圧と安楽に関する一考察	37
弘前大学教育学部看護学科教室	葛 西 敦 子 木 村 紀 美 花 田 久美子 米内山 千賀子 福 島 松 郎
筑波大学附属病院	山 形 賀津子
精神病に対する看護学生の意識構造（1）	53
山口大学医療技術短期大学部	金 山 正 子 津 山 和 子
産業医科大学医療技術短期大学	川 本 利恵子
千葉大学看護学部看護実践研究指導センター	内 海 滉
努責方法と腹腔内圧 — 30° 半座位において —	61
山口大学医療技術短期大学部	東 玲 子
千葉大学看護学部看護実践研究センター	松 岡 淳 夫

看護学専攻女子学生の自覚的疲労症状訴え数を規定する要因分析 69

千葉大学看護学部基礎保健学講座 桂 敏 樹

野 尻 雅 美

中 野 正 孝

日本航空客室乗員部 上 谷 幹 代

第16回日本看護研究学会総会演説記事 II

シンポジウム I

シンポジウム II

CONTENTS

..... Original Paper

- The Relationship between Characteristics of Nursing Students and
Evaluation of Primary Surgical Nursing Practice by Staffs. 9
Department of Nursing Science, Faculty of Education,
Hirosaki University: Kimi Kimura
: Chikako Yonaiyama
: Kumiko Hanada
: Maturou Fukushima
- The Factors Affecting The Self-Care Behavior of
Patients with Myocardial Infarction in Daily Life 15
School of Health Sciences, Faculty of Medicine,
University of Tokyo: Taeko Hanada
- Nursing Information of the Post-Operative
Patients of Hepatoma with Liver Cirrhosis 27
—from the aspect of data collection to provide nursing intervention
for the care on respiration—
College of Medical Sciences, Mie University: Keiko Akashi
Center for Educational Research of Nursing Practice,
School of Nursing, Chiba University: Junko Kusakari
- A Study on Body Pressure and Comfort
in Lateral Position with the Abduction Pillow 37
Department of Nursing Science, Faculty of Education,
Hirosaki University: Atsuko Kasai
: Kimi Kimura
: Kumiko Hanada
: Chikako Yonaiyama
: Maturou Fukushima
Medical Hospital of Tsukuba University: Katsuko Yamagata

The Consciousness to the Psychosis of the Students in a Nursing College (1)	53
The School of Allied Health Science Yamaguachi University	
	: Masako Kanayama
	: Kazuko Tsuyama
University of Occupational and Environmental	
	Health School of Nursing: Rieko Kawamoto
Faculty of Nursing, Chiba University, Center of	
	Education & Research for Nursing Practice: Ko Utsumi
Relation of Straining Styles at Defecation and Intraabdominal Pressuere	
— On the 30° Fowrer's position —	61
The School of Allied Health Science,	
	Yamaguchi University: Reiko Azuma
Center of Research & Education for Nursing Practice,	
	School of Nursing, Chiba University: Atsuo Matsuoka
A Study on Factors Affecting Subjective Feeling of Fatigue in	
Female Nursing Studebts	69
Department of Basic Health Science,	
	Faculty of Nursing, Chiba University: Toshiki Katsura
	: Masami Nojiri
	: Masataka Nakano
	Japan Air lines: Mikiyo Uetani

学生の性格特性と初期の外科看護実習評価との関連

The Relationship between Characteristics of Nursing Students
and Evaluation of Primary Surgical Nursing Practice by Staffs.

木村 紀美 米内山 千賀子 花田 久美子 福島 松郎
Kimi Kimura Chikako Yonaiyama Kumiko Hanada Maturou Fukushima

I 緒 言

看護実習は、教室での学習で得た知識、技術態度などを実戦できる能力を養うことを目的としたもの¹⁾で、看護を学んでいく上で大きな位置を占めるものである。実習指導は、多くの施設でグループ指導の型で行われているが、その内容、方法、評価などについては数多くの報告がされている^{2~9)}。

グループ実習を展開していく¹⁰⁾では、学生個々の性格を知り、それぞれの学生に応じた指導をすることも大切と考える。

しかし、看護学生の性格特性に関する研究は行われているが^{10~15)}、学生の性格特性と実習評価との関連性についての報告は少ない。

そこで、個々の学生の性格に合った指導方法をみいだすために、当課程学生の性格と看護実習の評価との関連について検討した。

II 対象および方法

対象は当課程の昭和55年度から62年度までの3年次学生140名(全員女子)である。まず、外科看護実習開始前に性格傾向をみる目的で矢田部-Guilford性格検査(Y-Gテスト)を、神経症的傾向をみる目的でCornell Medical Index(CMI)を行った。

そして、それらの成績と初期の看護実習評価(2単価90時間)との関係を検討した。なお、実習評価は実習終了後4人の指導教官の協議によりなされた。評価点は知識30点、技術30点、態度20点、記録20点の合計100点とした。

III 成 績

1. Y-Gテストの成績と実習評価

Y-Gテストの成績は、プロフィールから判定したが、平均型であるA型が34名(24%)、右寄り型で情緒不安定・社会的不適応・外向型のB型が20名(14%)、左寄り型で情緒安定・社会的適応・内向型のC型が24名(17%)、右下がり型の情緒安定・社会的適応・外向型のD型が49名(35%)、左下がり型で情緒不安定・社会的不適応・消極型のE型が13名(9%)と判定された。

Y-Gテストの成績と実習評価総合点との関係は、**■1**に示すように平均点は、A型が83.7±5.6点、B型が82.3±7.5点、C型が85.1±4.9点、D型が86.9±5.8点、E型が84.2±7.0点であった。

すなわち、総合点は情緒安定・社会的適応・外向型のD型が最も高く、平均型のA型、情緒不安定・社会的不適応・外向型のB型よりも有意に高かった(P<0.05)。

次に、Y-Gテストの成績と知識、技術、態度、記録の各評価項目との関係を見た。知識の評価は「受け持ち患者の理解」、「基礎知識」、「おもな一般外科疾患の理解」、「おもな一般外科疾患患者に対する共通の看護の理解」、「看護計画」について評価したが、A型は24.6±1.7点、B型は24.4±2.0点、C型は24.8±1.4点、D型は25.5±1.9点、E型は25.1±2.2点となった。

すなわち、知識の実習評価は、総合点と同様にD型がA型、B型より有意に高かった(P<0.05)。

技術の評価は「患者の観察と記録・報告」、「生活の援助」、「治療・検査の技術・その介助」、「患者

家族の援助および指導」, 「看護計画の実施」の項目について評価したものであるが, その実習評価の平均点は, A型が24.7±2.1点, B型が24.3±2.2点, C型が24.9±1.5点, D型が25.5±2.0点, E型が24.6±1.8点, D型がB型よりも有意に高かった (P<0.05)。

態度の評価は, 「責任感があり信頼できる」, 「誠実で努力する」, 「積極的に実習する」, 「円満で協調性がある」, 「礼節をわきまえて相手を尊重する」の項目について評価したが, その平均点は, A型が17.6±1.5点, B型が16.9±1.9点, C型が18.0±1.4点, D型が18.3±1.3点, E型が17.8±1.5点であった。すなわち, D型がA型 (P<0.05), B型 (P<0.01) よりも有意に高く, B型はC型より有意に低かった (P<0.05)。記録の評価は, 「期限を守る」, 「表現が適切であり内容が性格である」の項目について評価したが, その平均点は, A型が16.7±1.6点, B型が16.7±1.7点, C型が17.2±1.5点, D型が17.5±1.3点, E型が16.7±2.1点となり, D型がA型, B型より有意に高かった (P<0.05) (図1)。

さらに, Y-Gテストで情緒安定・社会的適応と判断されるC・D型と情緒不安定・社会的不適応を示すB・E型, および平均型のA型の3つに分類して, 実

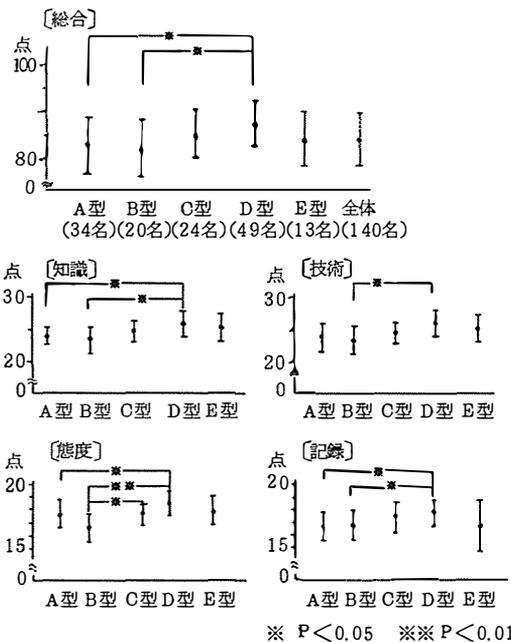


図1 Y-Gテストの成績と実習評価

習評価との関係のみた。

総合点の平均点は, C・D型が86.3±5.6点と最も高く, B・E型の83.1±7.3点, A型の83.7±5.6点よりも有意に高かった (P<0.05)。

知識の評価は, これら3群とも平均点がほぼ同じであった。しかし, 技術の評価の平均点は, C・D型が25.3±1.8点と最も高く, B・E型の24.4±2.0点に比べ有意に高かった (P<0.05)。また, 態度の評価の平均点でも, C・D型が18.2±1.4点と最も高く, E型およびA型よりも有意に高かった (P<0.05)。同様にC・D型の記録の評価も平均点がB・E型, A型に比較して有意に高かった (P<0.05) (図2)。

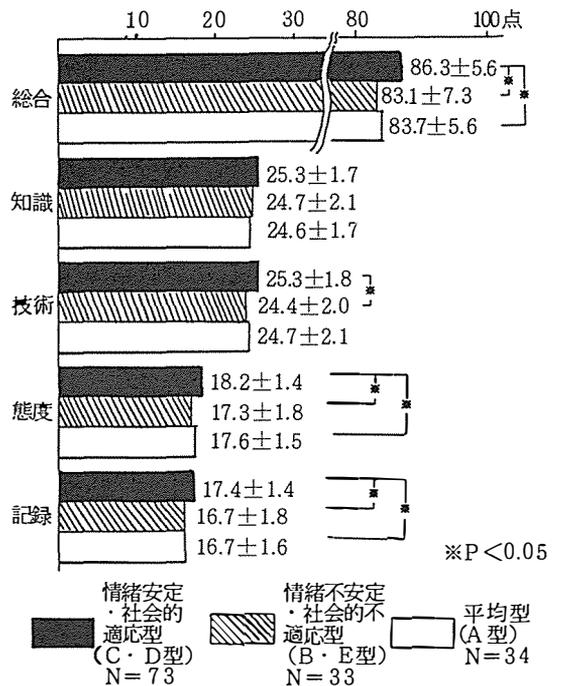


図2 Y-Gテストの情緒安定・社会適応性からみた実習評価

次に, Y-Gテストで外向性を示すB・D型と判定されるものと, 内向性を示すC・E型と判定されるもの, および平均型を示すA型と判定されるものの3つに分類して評価との関係のみたが, 3者の間にほとんど差はみられなかった (図3)。

CMIは深町¹⁶⁾の基準により判定したが, 領域I (正常) が81名 (58%), 領域II (ほぼ正常) が39名

学生の性格特性と初期の外科看護実習評価との関連

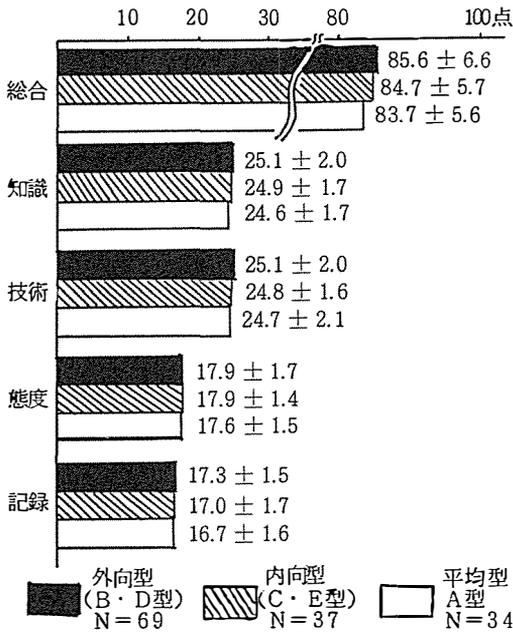


図3 Y-Gテストの向性からみた実習評価

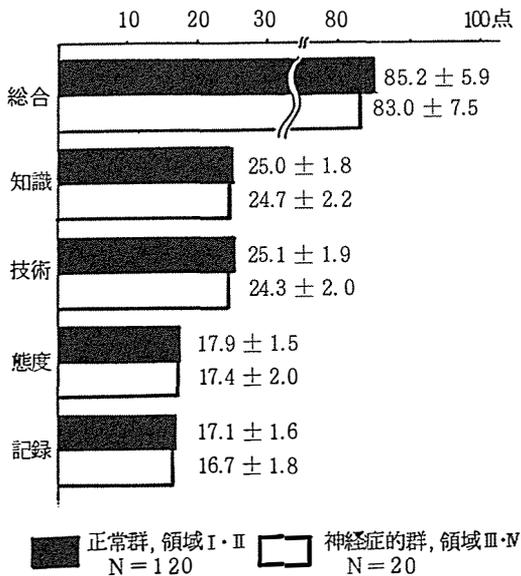


図4 CMIの成績と実習評価

(28%), 領域Ⅲ(やや神経症的)が16名(11%), 領域Ⅳ(神経症的)が4名(3%)であった。

領域Ⅰ・Ⅱを正常群, 領域Ⅲ・Ⅳを神経症的群として実習評価との関係を見た。総合点の平均点では, 領

域Ⅰ・Ⅱが85.2±5.9点, 領域Ⅲ・Ⅳが83.0±7.5点となったが, 両群の間には有意差は認められなかった。知識, 技術, 態度, 記録などの項目別の評価においても, 領域Ⅰ・Ⅱの正常群の方が領域Ⅲ・Ⅳの神経症的群よりもやや高いものの, 有意差はみられなかった(図4)。

IV 考察

初期の看護実習は, 主として受け持ち患者を中心に行われるが, 学生個々によって実習の展開に差が生じることがある。

その理由の1つとして学生の性格が関与するのではないかと考え, 実習学生にY-GテストおよびCMIの質問紙法による性格検査を行い, その成績と指導教官の行った看護実習評価との関連を検討してみた。

Y-Gテストは, そのプロフィールより, 平均型(A型), 右寄り型(B型), 左寄り型(C型), 右下がり型(D型)および左下がり型(E型)の5つに分類して判定したが, 今回対象とした学生140名は, A型34名(24%), B型20名(14%), C型24名(17%), D型49名(35%), E型13名(9%)と分類された。

この分布は, 高野ら¹⁰⁾の看護学生を対象としたY-Gテストの成績とほぼ同じで, 今回対象とした学生に特に異常な性格のものが多いことはなかった。

また, CMIも深町¹⁶⁾の判定基準に従い領域Ⅰ, Ⅱ, Ⅲ, Ⅳの4つに分類して判定したが今回対象とした学生は, 領域Ⅰ81名(58%) 領域Ⅱ39名(28%), 領域Ⅲ16名(11%), 領域Ⅳ4名(3%)と分類され, 大道¹⁷⁾の健常者4,689名についての成績とほぼ同じで, 今回対象とした学生に特に神経症的な性格のものが多くはなかった。

実習評価の平均点は, 右下がり型のD型が総合点, 知識, 技術態度および記録のすべてにおいて最も高いことが明らかとなった。

このD型は, 情緒的に安定しており, 社会的適応もよく, 活動的で対人関係もうまくいくタイプである¹⁸⁾といわれている。このタイプの学生は, 初期実習であるにもかかわらず, 短期間の実習場所である外科病棟の環境に適応でき, 受け持ち患者とのコミュニケーションもよく, 看護を円滑に展開できたものと考えられる。

これに対して右寄り型のB型は、総合点、知識、技術、態度におよび記録のすべてにおいて平均点が最も低いことが明らかにされた。

このB型は、情緒不安定、社会的不適応、活動性、外向的でパーソナリティの不均衡が直接外部へあらわれやすいタイプである¹⁸⁾といわれており、一見、活動的、外向的であるが外科患者の状況を把握して、看護を展開していく上で円滑性に欠けるのではないかと思われる。

また、平均型のA型においても、平均点が最も高かったD型に比較して、総合点、知識、態度および記録について有意に低いことが判明した。

このA型は“ありふれ型”とも呼ばれ、取りたてて特徴のある性格特徴を示さないタイプであるが、Y-Gプロフィールの右または左のどちらかの方向に片寄っているA'型、A''型も含まれており¹⁹⁾、それらの性格傾向が影響している学生もいたものと推察される。

次に、知識、技術、態度および記録の各実習評価と性格との関連をみると、知識の評価点は、D型が、A型、B型より有意に高いことが明らかとなった。

これは、講義や文献等からの知識、受け持ち患者に関する記録からの情報収集、患者とのコミュニケーションなどによる情報把握、さらに、それらを基に看護計画が作成できるかどうかを評価するわけであるが、D型の場合、情緒が安定しており、外向的で適応しやすいという性格特性から、受け持ち患者の状態と学習した知識や文献活用などを総合的に応用し、明確な看護計画が作成できたことによるものと考えられる。

技術の評価は、B型がD型より有意に低いことが判明した。

これは、主に知識に基づいたそれぞれの技術の他、常識的判断や感性なども含めて評価される。

看護技術は、人間を対象として行うため、単なる手先の技術だけでなく、受け持ち患者の状況をふまえながら展開していかなければならない。そのため、情緒が不安定で、適応しにくい性格特性のB型では、看護行為は積極的に行うことはできるが、一貫性のない理論的うらづけの乏しい結果となることもありえ、評価点が低くなったものと推察する。

態度の評価は、D型がA型、B型より有意に高いことが明らかとなった。

情緒安定・社会的適応・外向型のD型と、情緒不安

定・社会的不適応・外向型のB型では、他と協調しながらの積極性や目標に対しての学習意欲について、差がでたものとする。

しかし、学習意欲や協調性などのいわゆる情意領域の評価は、一般に評価基準が不明確である、といわれているように^{20~22)}評価者の主観がはいることは否定できない。したがって、態度の評価は、客観的・教育的観点から慎重な討議を要する部分であると考えられる。

記録の評価は、知識の評価と同じ結果となった。

記録は、客観的な観察、明確な判断に基づいた論理的な記録が要求されるため、知識の評価点の高かったD型が、記録でも同じような結果になったといえる。

さらに、Y-Gテストの情緒安定・社会適応性と実習評価との関連をみると、情緒安定・社会適応型のC・D型は、総合点、技術、態度、記録の実習評価が有意に高いことが明らかとなった。

看護実習は、人間を対象とした実習であることから、技術、態度、記録のような行動を伴うものについては、情緒的に安定しており、適応性のある者の方が、早期に適切な実習展開ができるためと考える。

また、Y-Gテストで内向性または外向性と判定された者と実習評価との関連をみると、それぞれの間に有意な差のないことが明らかとなった。

同様にCMIの正常群と神経症群においても両群の間に差がないことが判明した。

すなわち、看護実習評価は、単に外向的で積極的であるとか、内向的で消極的であるとか、神経症的であるとかによって影響されないことが示唆された。

以上のことから、看護実習評価は、情緒性および社会適応性との関連が明らかとなり、初期の実習においては、学生の性格を把握して実習開始時の導入の方法、受け持ち患者を選択するときの配慮、そして学生自身の自己の気付きなどを検討しながら学生個々にあった実習指導をしていく必要があると考える。

また、今後の課題として、この初期実習の評価が、実習の積み重ねにより、どのように変動するのか、その変動と個々の学生の性格特性との関連性についても検討していく必要があろう。

V 結 語

学生の性格と初期看護実習評価との関連を検討し、以下の成績を得た。

学生の性格特性と初期の外科看護実習評価との関連

1. Y-Gテストの成績で、情緒的安定・社会的適応・積極的外向型と判定されたD型が、実習評価の総合点、知識、技術、態度、記録のすべてにおいて評価点が高かった。

2. Y-Gテストの成績で、外向型、内向型と判定されたものでは、それぞれの間に実習評価点の差はみられなかった。

3. CMIの成績で正常と判定されたものと神経症的と判定されたものでは、実習評価点に差は認められなかった。

以上の成績から学生の性格特性を知って、学生個々に合った実習指導が必要であると考え。

(なお、本論文の一部は、昭和60年9月7日第11回日本看護研究学会(東京)において報告した。)

要 約

学生の性格と看護実習の評価との関連について検討した。当課程の3年次学生140名を対象に、外科看護実習開始前に性格傾向をみる目的でY-Gテストを、神経症的傾向をみる目的でCMIを行った。それらの成績と初期の看護実習評価との関係を検討した。その結果、以下の成績を得た。

1. Y-Gテストの成績で、情緒的安定・社会的適応・積極的外向型と判定されたD型が、実習評価の総合点、知識、技術、態度、記録のすべてにおいて評価点が高かった。

2. Y-Gテストの成績の外向型と内向型とでは、実習評価点に差はみられなかった。

3. CMIの成績で正常と判定されたものと神経症的と判定されたものとは、実習評価点に差は認められなかった。

以上のことから、学生の性格特性を知って学生個々に合った指導が必要であると考え。

Abstract

One hundred and forty of nursing students of the 3rd class of Hirosaki university school were evaluated with two kind of psychological test (Yatabe-Guilford test; Y-G test and Cornell Medical Index; CMI) before their surgical nursing practice in the university hospital.

The relationship between the type of student's characteristic and our evaluation mark for thier primary practice was compared.

The results were as follows:

1) According to the results of Y-G test, the students with D type (emotional stable and social adapted) were highly marked on the count of total evaluation, including of grade of nursing knowledge, technics and manner, but no co-relation of the evaluation type or introversion type.

2) There were no difference of the evaluation count between the students diagnosed to be in normal level and to be in neurotic tendency with CMI test.

Therefore, nursing staff need to know the characteristics of each student and to learn how to teach rationally according to their individuality.

文 献

- 1) 津島 律, 他:看護学実習の手引, 3, 弘前大学教育学部看護学科教室, 青森, 1982.
- 2) 熊谷智子, 中村真理子:成人看護学実習における看護過程展開の実際とその指導—成人看護実習の目標と実習方法—, 看護展望, 7 (9), 62~75, 1982.
- 3) 石崎智子, 山内 久子他:精神科実習における実習目標と実習形態についての考察, 看護展望, 14 (5), 55~61, 1989.
- 4) 山内 久子, 他:精神科実習におけ実習形態の評価—レクリエーションを企画・運営させることの教育的意義—, 看護展望, 14 (4), 73~88, 1989.
- 5) 江川隆子, 小平京子:看護基礎教育における地域看護実習, 看護教育, 30 (2), 99~104, 1989.
- 6) 原 肇子:臨床実習の展開と連携の推移, 看護教育, 30 (4), 198~207, 1989.
- 7) 元勝子:臨床実習, 学校と臨床の連携の具体策を探る, 看護教育, 30 (4), 208~215, 1989.
- 8) 木田静子, 水本栄子他:第 I 期基礎実習の展開方法—行動目標設定についての一考察—, 看護展望, 14 (3), 74~79, 1989.
- 9) 金川克子, 天津栄子他:臨床実習の学習効果に関する検討—学生の自己評価を通して—, 日看科誌, 6 (3), 66~75, 1986.
- 10) 高野裕子, 阪口禎男他:看護学生—特に専攻科の性格分類による検討—, 日本看護研究学会雑誌, 10 (臨), 77, 1987.
- 11) 藤野文代他:看護学生のエゴグラムと IE スケールに関する検討, 日本看護研究学会雑誌, 9 (臨), 95, 1986.
- 12) 新井治子, 福田春枝他:EPPS 性格検査による性格特性の研究—特に看護学科学生の性格—, 看護展望, 7 (4), 80, 1982.
- 13) 高橋峻江, 石井作他:看護学生のエゴグラムと精神科実習における学習過程に関する研究, 日本看護研究学会雑誌, 7 (臨), 40, 1984.
- 14) 藤田美津子, 内野幸子他:看護学生の性格特性に関する研究 (1), 看護教育, 28 (3), 167~171, 1987.
- 15) 藤野文代, 深川ゆかり:看護学生の心理的状況と臨床実習による変化, 日看科誌, 6 (2), 88~89, 1986.
- 16) 深井建, 金久卓他:コーネル・メディカル・インデックスその解説と資料, 増補版, 14~22, 三京房, 京都, 1976.
- 17) 深町建, 金久卓他:コーネル・メディカル・インデックスその解説と資料, 増補版, 103, 三京房, 京都, 1976.
- 18) 早坂泰次郎:人間世界の心理学, 第 2 刷, 80~82, 川島書店, 東京, 1979.
- 19) 辻岡美延:新性格検査法, 37~58, 日本・心理テスト研究所, 大阪, 1979.
- 20) 井上智子他:臨床看護実習における情意領域評価に関する研究, 千葉大学看護学部紀要, 8 (3), 37, 1986.
- 21) 近藤潤子:情意領域の評価方法の現状と課題, 看護展望, 11 (11), 11~14, 1986.
- 22) 小島操子:看護教育における〈評価〉を考えよう, 看護教育, 22 (13), 810~811, 1981.

(平成 3 年 1 月 8 日 受付)

心筋梗塞患者の日常生活の自己管理 行動に影響する要因の研究

The Factors Affecting The Self-care Behavior of
Patients With Myocardial Infarction In Daily Life

花 田 妙 子

Taeko Hanada

I 緒 言

心筋梗塞の危険因子は高血圧、高脂血症、喫煙、食事、運動不足、アルコール、タイプA行動パターン、肥満、糖尿病などがあげられている。心筋梗塞のリスクファクターの多くは食事や運動などの日常生活を自己管理することで除去できる。リスクファクターの除去に向けて生活を改善する自己管理行動を有効に継続するために、どのような心理社会的要因が作用しているか、まだ十分には明らかにされていない。

Rosenberg & Hovland (1960) は、態度を認知的成分、感情的成分、行動的成分の3成分からなるとしている¹⁾²⁾³⁾。この態度の概念から心筋梗塞患者の自己管理態度は、喫煙、飲酒、食事(コレステロール、塩分)、適度の運動、心身の安静、血圧、肥満、入浴、寒冷、定期受診など⁴⁾についてのその患者の認知的成分、感情的成分、行動的成分の統合されたものと考えられる。自己管理行動は日常生活で自己管理が必要な上記の内容の実践である。

Rosenman および Freedman は、冠動脈疾患の発症が多い行動様式としてタイプA行動パターンを指摘した。タイプA行動パターンは、競争心が強く、いつも時間に追われている感じをもち、絶えず物事を達成する意欲をもっているなどである⁵⁾。タイプA行動パターンの特性は明らかにされながらも、日常生活の指導が少ないのが現状である。

患者は自己管理に必要な内容を実行するためには、自分の病状、治療方法、日常生活の注意点などについて正確な知識を得ることが必要である。同時に、患者は支援(他の人からの精神的、物質的支え、援助)を

確保することが必然となる。心筋梗塞患者は自己管理行動をどのように認識し行動しているかは、個人の生き方にもなった考えに基づく行動である。

そこで、本研究は心筋梗塞患者を対象に日常生活において再発作を予防する自己管理行動の実行程度の良好な心筋梗塞患者は自己管理行動の実行程度の不良な患者に比べると、(1)自己管理態度も高く感情的成分の高さが他の2成分に比べて高い、(2)対人関係の支援が高い、(3)気ままに暮らすという考えよりも日常生活に注意して暮らすという人生観に基づいた自己管理についての考えが強い、(4)ストレスが低い、これらについて検討した。また、(5)タイプA行動パターンの傾向が強い患者は、自己管理そのものからくる心理的圧迫(ストレス)を強く感じているが、具体的な自己管理行動の実行程度はタイプA行動パターンの傾向の弱い患者よりも高いであろうと考え、タイプA行動パターンの総得点(Bortner 成人用タイプA尺度⁶⁾)を比較検討した。

II 研究方法

1. 調査対象

心筋梗塞患者102名(30~39歳4名、40~49歳7名、50~59歳24名、60~69歳37名、70~79歳30名)である。年齢は30~64歳の50名と65~79歳の52名の2群に分け分析した。

2. 調査期間

平成1年10月31日~平成1年12月22日

3. 調査方法

調査は質問紙調査法で、自分で読んで記入できる患

School of Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Tokyo

者は留置調査法で行った。それが困難な患者は面接を行い調査者が記入した。

調査内容は心筋梗塞のリスクファクターに関する自己管理行動の内容で、(1)喫煙、(2)飲酒、(3)食事のコレステロール、(4)食事の塩分、(5)運動、(6)怒り・いらいらについて行った。

各自己管理行動の内容が、自己管理態度の感情的成分、認知的成分、行動的成分、家族の支援、人生観に基づいた自己管理についての考えの両極性、ストレス等の各側面からどのように評価できるかを1～5点の5段階尺度で評定した。自己管理の対象に対しての各側面は、6種類の自己管理行動の内容に共通させて質問項目が作られている。例えば、自己管理態度の感情的成分の質問項目は、(1)喫煙に対してはたばこが好きか、(2)飲酒に対しては酒が好きか、(3)食事のコレステロールに対してはコレステロールの多い食べ物が好き

か、(4)食事の塩分に対しては塩分の多い食べ物が好きか、(5)運動に対してはじっとしてすることの方が好きか、(6)怒り・いらいらに対してはのんびりすることが好きかと感情のマイナス、プラス方向がわかるようになっている。

自己管理態度の認知的成分の質問項目は、たばこや飲み過ぎ、コレステロール、塩分のとり過ぎ、運動不足、怒り・いらいらが体に悪いと思っているかの認識をみれるようになっている。

自己管理態度の行動的成分の質問項目は、例えば塩分の場合であれば、これから先塩分をひかえた食事にしようと思っているかの行為傾向がみれるようになっている。喫煙、飲酒、コレステロール、怒り・いらいらについても同じようにこれから先どのような行動をとろうと思っているかの行為傾向がみれるようになっている。(資料1)。

資料1 調査項目(抜粋)

問4. 食事の塩分についておうかがいします。あなたにあてはまる番号または記号に○印をつけてください。

<1>塩分の多い食べ物を知っていますか。

1. よく知っている 2. まあ知っている 3. どちらともいえない
4. ほとんど知らない 5. まったく知らない

<2>あなたにあてはまる記号に1つ○印をつけてください。(前の質問<1>で5に○印をつけた方のみ以下の質問は答えずに問5に進んでください。)

- A. 塩分をいつもとりすぎる。
B. 塩分をひかえた食事をしているが、しばしばとり過ぎる。
C. 塩分をひかえた食事をしているが、ときにとり過ぎる。
D. 塩分をひかえた食事にもしている。

◇次の項目1-10各々についてあなたにあてはまる番号に○印をつけてください。

(1) 塩分が多い食べ物が好きですか。

1. 非常に好き 2. まあ好き 3. どちらともいえない
4. あまり好きでない 5. 嫌い

(2) これから先塩分の多い食べ物でも好きな物は好きだけ食べると思えますか。

1. 非常に思う 2. まあ思う 3. どちらともいえない
4. あまり思わない 5. まったく思わない

(3) ストレスのため食べ過ぎになり塩分をとり過ぎることがありますか。

1. よくある 2. ときどきある 3. どちらともいえない
4. あまりない 5. まったくない

(4) 塩分をひかえた食事にすることはストレスになりますか。

1. 非常になる 2. まあなる 3. どちらともいえない
4. あまりならない 5. まったくならない

- (5) 塩分のとり過ぎは体に悪いと思いますか。
1. 非常に思う 2. まあ思う 3. どちらともいえない
4. あまり思わない 5. まったく思わない
- (6) 家族はあなたが塩分をとり過ぎないように配慮してくれますか
1. 非常にしてくれる 2. まあしてくれる 3. どちらともいえない
4. あまりしてくれない 5. まったくしてくれない
- (7) 塩分をひかえる制限のある生活をするよりも好きな物を食べて暮らそうと思いますか。
1. 非常に思う 2. まあ思う 3. どちらともいえない
4. あまり思わない 5. まったく思わない
- (8) 体に悪くないよう塩分のとり過ぎに注意して暮らそうと思いますか。
1. 非常に思う 2. まあ思う 3. どちらともいえない
4. あまり思わない 5. まったく思わない

Ⅲ 研究結果

1. 自己管理行動と影響要因

1) 自己管理態度

自己管理態度の総点は管理対象(喫煙, 飲酒, 食事のコレステロール, 食事の塩分, 運動, 繕り・いらいら)に対する自己管理態度の感情的成分, 認知的成分, 行動的成分の総和とした。2 要因分散分析の結果, 「年齢」の主効果は有意ではなく, 「自己管理行動」の主効果は有意であった ($F=8.544, df=1/98, P<.05$)。30歳以上~65歳未満, 65歳以上~80歳未満共に自己管理行動が良好なほど, 自己管理態度の総和の平均が高くなっていった。つまり, 自己管理行動の良好な患者の方が全体的な自己管理態度が良いといえる。

自己管理態度の感情的成分は, 2 要因分散分析の結果「年齢」の主効果は有意ではなく, 「自己管理行動」の主効果は有意であった ($F=10.931, df=1/98, P<.05$)。30歳以上~65歳未満, 65歳以上~80歳未満共に自己管理行動が高いほど, 自己管理態度の感情的成分の総和の平均が高くなっていった。自己管理態度の認知的成分は, 「年齢」も「自己管理行動」の主効果も共に有意ではなかった。自己管理態度の行動的成分は, 「年齢」の主効果は有意ではなく, 「自己管理行動」の主効果は有意であった ($F=12.112, df=1/98, P<.001$)。30歳以上~65歳未満, 65歳以上~80歳未満共に自己管理行動が良好なほど, 自己管理態度の行動的成分の総和の平均が高くなっていった。

2) 家族の支援

家族の支援の総点は各自己管理行動の家族の支援の総和とした(得点幅は6~30点であり, 高得点ほど

家族の支援が高い)。30歳以上~65歳未満で自己管理行動の中程度の患者は平均値24.25 (SD=3.14), 自己管理行動の良好な患者は平均値24.65 (SD=4.21), 65歳以上~80歳未満で, 自己管理行動の中程度の患者は平均値24.00 (SD=3.46), 自己管理行動の良好な患者は平均値25.77 (SD=3.05)であった。

2 要因分散分析の結果は「年齢」も「自己管理行動」の主効果も共に有意ではなかった。つまり, 家族の支援は, 自己管理行動にはあまり関係なくどの群も高い方向にあるといえる。

3) 人生観に基づく自己管理の考え

「節制して生きるか」, 「気ままに生きるか」生き方に基づく自己管理の考えの総点は, 2 要因分散分析の結果, 「年齢」の主効果は有意ではなく, 「自己管理行動」の主効果は有意であった ($F=7.309, df=1/98, P<.01$)。人生観に基づく自己管理の考えの総和の平均点は, 自己管理行動の「中間群」より「良好群」の方が高くなっていった。30歳以上~65歳未満, 65歳以上~80歳未満共に自己管理行動が高いほど, 節制する生き方に基づく自己管理の考えの総和の平均が高くなっていった。

4) ストレス

ストレスの総点(各自己管理行動の「ストレスへの帰属」と「自己管理行動がストレスになる」の総和)は, 2 要因分散分析の結果「年齢」の主効果は有意であった ($F=4.966, df=1/98, P<.05$)。「自己管理行動」の主効果も有意であった ($F=59.647, df=1/98, P<.01$)。ストレスの総和の平均値は

心筋梗塞患者の日常生活の自己管理行動に影響する要因の研究

自己管理行動の「中間群」より「高群」の方が再発作
 予防に好ましい方の結果を示していた。30歳以上～65
 歳未満、65歳以上～80歳未満共に自己管理行動が良好
 なほどストレスが少ない。

2. 各自己管理行動と各影響要因

1) 「喫煙」;

「喫煙」についての平均値と標準偏差は表1-1の

通りであった(得点幅は1～5点)。2要因分散分析
 の結果は、表1-2の通り自己管理態度の感情的成分、
 認知的成分、行動的成分、家族の支援、人生観に基づ
 いた自己管理についての考え、ストレスのすべてにお
 いて、「年齢」の主効果は有意ではなく、「自己管理
 行動」の主効果は有意であった。

表1-1 喫煙の年齢、自己管理行動別の平均値・標準偏差

()内は標準偏差

項 目	30歳以上～65歳未満		65歳以上～80歳未満	
	低・中	高	低・中	高
1. たばこが好き (自己管理態度の感情的成分)	1.17 (0.37)	3.52 (1.60)	1.00 (0.00)	4.18 (1.39)
2. 喫煙しない (自己管理態度の行動的成分)	2.67 (1.49)	4.73 (0.75)	2.00 (0.00)	4.90 (0.30)
3. ストレスによる喫煙	2.00 (1.15)	4.14 (1.31)	2.33 (0.94)	4.65 (0.98)
4. 喫煙によるストレス	2.67 (0.94)	4.41 (1.05)	2.33 (0.47)	2.66 (0.87)
5. たばこは体に悪い (自己管理態度の認知的成分)	3.83 (1.34)	4.77 (0.67)	4.00 (0.00)	4.94 (0.24)
6. 家族が禁煙を望む	4.33 (0.75)	4.70 (0.84)	3.67 (0.47)	4.94 (0.24)
7. 喫煙して暮らす	2.83 (1.34)	4.70 (0.59)	2.33 (0.47)	4.88 (0.33)
8. 禁煙して暮らす	3.83 (1.07)	4.64 (0.98)	3.00 (0.82)	5.00 (0.00)
人 数	6	44	3	49

表1-2 喫煙の2要因分散分析の結果(F値を示す)

変 動 源	項 目 d f	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]
		F	F	F	F	F	F	F	F
年齢A	1	0.212	1.045	0.981	0.024	0.601	0.892	0.606	0.778
群 B	1	26.491***	104.427***	26.963***	32.064***	19.082***	12.846**	110.473***	27.797***
A×B	1	0.591	2.969*	0.046	0.607	0.001	3.863*	2.567	5.069
誤 差	98								

+P<.10, *P<.05, **P<.01, ***P<.001 注: 表中の項目の番号は、表1-1の項目番号を表している。

表 2-1 飲酒の年齢、自己管理行動別の平均値・標準偏差

()内は標準偏差

項 目	30歳以上～65歳未満		65歳以上～80歳未満	
	低・中	高	低・中	高
1. お酒が好き (自己管理態度の感情的成分)	1.50 (0.71)	3.21 (1.55)	1.50 (0.50)	3.58 (1.47)
2. 飲み過ぎないようにする (自己管理態度の行動的成分)	2.75 (1.20)	4.33 (0.86)	3.00 (0.71)	4.60 (0.57)
3. ストレスによる飲み過ぎ	2.75 (1.30)	4.26 (1.00)	2.75 (0.83)	4.69 (0.46)
4. 禁酒によるストレス	3.88 (0.78)	4.57 (0.62)	3.00 (0.71)	4.52 (0.79)
5. 飲み過ぎは体に悪い (自己管理態度の認知的成分)	4.13 (1.27)	4.69 (0.64)	4.50 (0.50)	4.92 (0.28)
6. 家族が飲み過ぎないことを望む	3.50 (1.32)	4.48 (0.85)	4.25 (1.30)	4.83 (0.51)
7. 飲みたいだけ飲んで暮らす	3.13 (0.93)	4.43 (0.85)	4.00 (0.71)	4.71 (0.58)
8. 飲み過ぎに注意して暮らす	3.63 (1.58)	4.69 (0.51)	3.75 (1.09)	4.90 (0.31)
人 数	8	42	4	48

表 2-2 飲酒の 2 要因分散分析の結果 (F 値を示す)

変 動 源	項 目	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]
	d f	F	F	F	F	F	F	F	F
年齢 A	1	0.152	1.053	0.617	3.773 ⁺	2.448	4.487 [*]	5.663 [*]	0.635
群 B	1	16.062 ^{***}	39.406 ^{***}	40.459 ^{***}	21.608 ^{***}	6.523 [*]	8.899 ^{**}	17.166 ^{***}	28.482 ^{***}
A×B	1	0.152	0.002	0.618	2.988 ⁺	0.150	0.565	1.503	0.037
誤 差	98								

+P<.10, *P<.05, **P<.01, ***P<.001 注: 表中の項目の番号は, 表 2-1 の項目番号を表している。

2) 「飲酒」

「飲酒」についての平均値と標準偏差は表 2-1 の通りであった(得点幅は 1~5 点)。2 要因分散分析の結果は, 表 2-2 の通り「自己管理行動」の主効果は各側面のすべてにおいて有意であった。

3) 「食事のコレステロール」

「食事のコレステロール」についての平均値と標準偏差は表 3-1 の通りであった(得点幅は 1~5 点)。2 要因分散分析の結果は, 表 3-2 の通り「年齢」の

主効果は有意ではなく、「自己管理行動」の主効果は「コレステロールのとり過ぎに注意して暮らす」以外はすべて有意であった。

4) 「食事の塩分」

「食事の塩分」についての平均値と標準偏差は表 4-1 の通りであった(得点幅は 1~5 点)。2 要因分散分析の結果は, 表 4-2 の通り「年齢」の主効果は有意ではなく、「自己管理行動」の主効果は自己管理態度の認知的成分以外はすべて有意であった。

心筋梗塞患者の日常生活の自己管理行動に影響する要因の研究

表3-1 食事のコレステロールの年齢、自己管理行動別の平均値・標準偏差

項 目	()内は標準偏差					
	30歳以上～65歳未満			65歳以上～80歳未満		
	低	中	高	低	中	高
1. コレステロールの多い食べ物が好き (自己管理態度の感情的成分)	1.77 (0.80)	2.07 (0.77)	2.50 (1.12)	1.57 (0.73)	2.50 (0.87)	1.57 (0.73)
2. コレステロールをとり過ぎない (自己管理態度の行動的成分)	3.62 (0.92)	3.96 (0.79)	4.20 (1.17)	3.57 (0.49)	3.92 (0.86)	3.57 (0.49)
3. ストレスによるコレステロールの とり過ぎ	2.69 (1.43)	3.93 (0.81)	4.30 (0.90)	3.29 (1.28)	3.88 (0.88)	3.29 (1.28)
4. コレステロールをひかえる ストレス	3.46 (0.84)	3.96 (0.84)	4.40 (0.49)	3.29 (0.45)	3.88 (0.44)	3.29 (0.45)
5. コレステロールのとり過ぎは体に悪い (自己管理態度の認知的成分)	4.62 (0.49)	4.26 (0.89)	4.70 (0.46)	4.00 (0.53)	4.33 (0.47)	4.00 (0.53)
6. 家族のコレステロールの配慮	3.31 (0.82)	3.93 (0.98)	4.10 (0.70)	3.29 (0.70)	3.92 (1.26)	3.29 (0.70)
7. コレステロールをひかえるより 好きな物を食べて暮らす	3.69 (1.07)	4.00 (0.90)	4.40 (0.49)	3.43 (0.73)	4.00 (0.71)	3.43 (0.73)
8. コレステロールのとり過ぎに 注意して暮らす	4.38 (0.74)	4.37 (0.82)	4.50 (0.50)	3.86 (0.35)	4.25 (0.66)	3.86 (0.35)
人 数	13	27	10	7	24	21

表3-2 食事のコレステロールの2要因分散分析の結果 (F値を示す)

変 動 源	項 目 d f	[1] F	[2] F	[3] F	[4] F	[5] F	[6] F	[7] F	[8] F
年齢A	1	1.321	0.353	1.079	0.717	1.766	0.068	0.321	1.301
群 B	2	8.783**	6.563**	14.079***	14.226***	3.107*	3.956*	5.733**	2.714*
A×B	2	1.100	0.701	0.792	0.031	2.201	0.037	0.166	1.493
誤 差	96								

+P<.10, *P<.05, **P<.01, ***P<.001 注: 表中の項目の番号は, 表3-1の項目番号を表している。

5) 「運動」

「運動」についての平均値と標準偏差は表5-1の通りであった(得点幅は1~5点)。2要因分散分析の結果は, 表5-2の通り「年齢」の主効果は有意でなかった。「自己管理行動」の主効果は自己管理態度の認知的成分, 家族の支援は有意でなかった。

6) 「怒り・いらいら」

「怒り・いらいら」についての平均値と標準偏差は表6-1の通りであった(得点幅は1~5点)。2要

因分散分析の結果は, 表6-2の通り自己管理態度の認知的成分は「年齢」の主効果は有意であった(F=6.097, df=1/96, P<.05)。「自己管理行動」の主効果は有意でなかった。

3. 自己管理行動の全体とタイプA行動パターン傾向
タイプA行動パターンの総得点の算出は, Bortnerの得点化にそって行った(最低13~最高221点⁶⁾)。30歳以上~65歳未満で, 自己管理行動の全体が中程度の患者は平均値123.20(SD=25.34), 自己管理行

表4-1 食事の塩分の年齢、自己管理行動別の平均値・標準偏差

項 目	()内は標準偏差					
	30歳以上～65歳未満			65歳以上～80歳未満		
	低	中	高	低	中	高
1. 塩分の多い食べ物が好き (自己管理態度の感情的成分)	1.62 (0.62)	1.96 (0.81)	1.93 (0.88)	1.00 (0.00)	1.58 (0.97)	2.07 (0.93)
2. 塩分をとり過ぎない (自己管理態度の行動的成分)	3.62 (0.74)	4.09 (0.58)	4.29 (0.59)	3.36 (0.88)	4.04 (0.44)	4.00 (0.89)
3. ストレスによる塩分 のとり過ぎ	2.92 (1.07)	3.70 (1.00)	4.00 (0.85)	3.18 (1.11)	4.23 (0.42)	4.40 (0.80)
4. 塩分をひかえるストレス	3.62 (0.84)	3.87 (0.99)	4.14 (0.52)	3.18 (0.72)	4.00 (0.28)	4.27 (0.44)
5. 塩分のとり過ぎは体に悪い (自己管理態度の認知的成分)	4.69 (0.46)	4.35 (1.05)	4.79 (0.41)	4.64 (0.48)	5.00 (0.00)	4.93 (0.25)
6. 家族の塩分の配慮	3.38 (1.15)	4.13 (0.80)	4.36 (0.61)	3.45 (0.99)	4.00 (1.04)	4.73 (0.44)
7. 塩分をひかえるより好きな 物を食べて暮す	3.31 (0.91)	4.13 (0.61)	4.29 (0.59)	3.45 (0.78)	4.27 (0.44)	4.07 (1.12)
8. 塩分のとり過ぎに注意し て暮らす	4.46 (0.63)	4.26 (1.03)	4.79 (0.41)	4.00 (0.60)	4.81 (0.39)	4.87 (0.34)
人 数	13	23	14	11	26	15

表4-2 食事の塩分の2要因分散分析の結果 (F値を示す)

変 動 源	項 目 d f	[1] F	[2] F	[3] F	[4] F	[5] F	[6] F	[7] F	[8] F
年齢A	1	2.667	1.874	4.660*	0.172	4.064*	0.315	0.021	0.166
群 B	2	5.368**	8.343**	14.426***	10.890***	1.062	12.086***	11.741***	6.299**
A×B	2	1.617	0.271	0.188	1.700	2.927+	0.614	0.590	4.527*
誤 差	96								

+P<.10, *P<.05, **P<.01, ***P<.001 注:表中の項目の番号は、表4-1の項目番号を表している。

動の全体が良い患者は平均値127.00 (SD=27.57)であった。65歳以上～80歳未満で、自己管理行動の全体が中程度の患者は平均値127.40 (SD=12.17)、自己管理行動の全体が良い患者は平均値101.40 (SD=22.30)である。

2要因分散分析の結果は「年齢」の主効果は有意な傾向がみられた (F=0.723, df=1/98, P<.10)。「自己管理行動」の主効果も有意な傾向がみられた (F=2.930, df=1/98, P<.10)。

なお、「年齢」×「自己管理行動」の交互作用が5%水準で有意であった。

IV 考 察

1. 自己管理行動と自己管理態度

自己管理の対象に対する態度の感情的成分は、対象の如何を問わず自己管理行動の「良好」「不良」に密接なかかわりがある。認知的成分は理づめの納得づくという特性を有しており、感情的成分は情に訴える領

心筋梗塞患者の日常生活の自己管理行動に影響する要因の研究

表5-1 運動の年齢, 自己管理行動別の平均値・標準偏差

項目	()内は標準偏差					
	30歳以上~65歳未満			65歳以上~80歳未満		
	低	中	高	低	中	高
1. 運動が好き (自己管理態度の感情的成分)	2.71 (1.16)	3.50 (0.94)	4.15 (0.93)	2.00 (0.63)	3.60 (0.92)	4.46 (0.72)
2. 適度の運動をする (自己管理態度の行動的成分)	4.43 (0.73)	3.94 (0.90)	4.37 (0.87)	3.40 (0.80)	3.80 (0.75)	4.54 (0.50)
3. ストレスによる運動不足	2.71 (0.88)	3.25 (1.15)	4.11 (0.96)	3.00 (1.26)	3.30 (0.90)	4.35 (0.81)
4. 適度の運動を続けるストレス	3.86 (0.64)	4.06 (0.75)	4.48 (0.92)	3.80 (0.98)	4.10 (0.54)	4.49 (0.64)
5. 運動不足は体に悪い (自己管理態度の認知的成分)	4.86 (0.35)	4.63 (0.48)	4.33 (1.09)	4.40 (0.49)	4.30 (0.46)	4.65 (0.48)
6. 家族が運動を望む	4.43 (0.73)	3.81 (1.07)	4.26 (0.84)	4.00 (0.63)	4.10 (0.70)	4.35 (0.81)
7. 運動をしないで暮らす	3.43 (0.73)	3.75 (1.03)	4.30 (0.97)	3.60 (0.49)	4.00 (0.45)	4.24 (0.94)
8. 運動不足に注意して暮らす	4.71 (0.45)	4.44 (0.61)	4.41 (1.06)	4.00 (0.63)	4.30 (0.46)	4.65 (0.48)
人数	7	16	27	5	10	37

表5-2 運動の2要因分散分析の結果 (F値を示す)

変動源	項目 d f	[1] F	[2] F	[3] F	[4] F	[5] F	[6] F	[7] F	[8] F
年齢A	1	0.203	3.040 ⁺	0.611	0.000	0.762	0.005	0.279	1.245
群B	2	25.516 ^{**}	3.922 [*]	10.968 ^{***}	3.848 [*]	0.331	0.914	3.512 [*]	0.365
A×B	2	1.940	3.567 [*]	0.086	0.020	1.786	0.954	0.152	2.322
誤差	96								

+P<.10, *P<.05, **P<.01, ***P<.001 注:表中の項目の番号は, 表5-1の項目番号を表している。

域であり, 理性的な考え(認知)の良い悪いを越えてより直接的に自己管理行動と結び付いている。

自己管理態度の認知的成分は, 喫煙, 飲酒, 食事のコレステロールの3分野では, 自己管理行動を改善するように一貫性をもって関係しているが, 食事の塩分, 運動, 怒り・いらいらについては, それらの病気に対する関わり方の認識が高いことは必ずしも行動にあらわれていない。塩辛い食べ物は心筋梗塞の再発を予防するためには悪いと認識していても, 塩辛い食べ物が

好きという感情的成分がプラス方向であると自己管理行動は不良になってしまうと考えられる。

心筋梗塞患者に自己管理行動の禁煙や飲み過ぎないこと, 食事のコレステロールや塩分をひかえること, 適度の運動を続けること, 怒り・いらいらをひかえることなどを指導するときは, 再発を予防するための正確な知識を与えることが必要である。同時に, 患者の各自己管理の対象に対する感情面にまず注目しそれに基づいた指導を進めていくことが有効であろうと

心筋梗塞患者の日常生活の自己管理行動に影響する要因の研究

表6-1 怒り, いらいらの年齢, 自己管理行動別の平均値・標準偏差

()内は標準偏差

項 目	30歳以上~65歳未満			65歳以上~80歳未満		
	低	中	高	低	中	高
1. のんびりしていることが好き (自己管理態度の感情的成分)	2.63 (1.11)	3.33 (0.90)	4.00 (1.31)	2.40 (1.02)	3.42 (0.91)	3.78 (0.42)
2. 怒ったり, いらいらすることが多い (自己管理態度の行動的成分)	2.50 (1.00)	3.15 (0.70)	4.43 (0.49)	2.60 (0.49)	3.55 (0.64)	4.00 (0.00)
3. ストレスによる怒り, いらいら	2.00 (1.00)	2.81 (0.86)	4.43 (0.49)	2.40 (0.49)	3.34 (0.84)	4.00 (0.00)
4. 怒ったり, いらいらしないストレス	2.13 (0.86)	3.37 (0.73)	3.86 (1.25)	2.40 (0.49)	3.45 (0.85)	4.11 (0.31)
5. 怒り, いらいらは体に悪い (自己管理態度の認知的成分)	4.19 (0.81)	4.19 (0.61)	4.86 (0.35)	4.00 (0.00)	4.26 (0.50)	3.89 (0.31)
6. 家族の怒り, いらいらの気づかい	3.50 (0.87)	3.63 (0.55)	4.00 (1.31)	3.60 (0.80)	3.68 (0.73)	3.67 (0.47)
7. 気持ちのままに暮らす	3.06 (1.09)	3.30 (0.94)	3.71 (1.48)	3.40 (0.49)	3.47 (0.79)	3.89 (0.74)
8. 怒ったり, いらいらしないよう注意 して暮らす	3.94 (0.83)	3.70 (0.94)	4.43 (0.73)	4.00 (0.00)	4.16 (0.43)	4.11 (0.31)
人 数	16	27	7	5	38	9

表6-2 怒り, いらいらの2要因分散分析の結果 (F値を示す)

変 動 源	項 目 d f	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]
		F	F	F	F	F	F	F	F
年齢A	1	0.234	0.020	0.632	0.917	6.097*	0.092	0.899	0.144
群 B	2	10.479***	28.874***	30.946***	23.009**	1.227	0.704	1.977	1.488
A×B	2	0.176	1.847	2.043	0.088	4.665*	0.490	0.050	1.600
誤 差	96								

+P<.10, *P<.05, **P<.01, ***P<.001 注: 表中の項目の番号は, 表6-1の項目番号を表している。

いう重要な点を示唆されている。

2. 自己管理行動と家族の支援

心筋梗塞患者の家族は自己管理行動の「中間群」, 「良好群」ともに高い支援を示していた。患者が怒ったり, いらいらしないようにする家族の気づかい(家族の支援)は, 自己管理行動のどの程度においてもほぼ同じである。これは, 心筋梗塞が死, 生命に直結しているので, 患者を持つどの家族も等しく患者の気持ちについて敏感になるのではないかと考えられる。

3. 人生観に基づく自己管理の考え

「病気を悪化させないため, 自己管理を必要とすることがらを常に注意深く守って生活するのがよい」とする自己管理の考えと, 「それらにこだわらず気ままに暮らすのがよい」とする自己管理の考えの賛意を比べてみると, 自己管理行動が良好な患者は, 「気ままに暮らす」に反対の意向が強く, 自己管理の不良な患者は賛成の度合いが強かった。

これは, 無理をすることもあるくらいに頑張ってきた

て、その結果心筋梗塞になり命拾いしたのだから、もうのんびり暮らさなければという考えが面接時よく聞かれたが、そのことのあらわれでもであるとみられる。

4. 自己管理行動とストレス

ストレスが強い患者は、ストレスがたまると喫煙したくなり、飲み過ぎたり、食べ過ぎる結果コレステロール、塩分をとり過ぎることもある。運動に対してはおっくうになり運動不足になったり、精神面においては怒ったり、いらいらすることが多くなることもある。この場合、ストレスが強い患者は心筋梗塞を再び起こす要因を多く持つことになる。それとは反対に、ストレスの解消がうまく行われストレスが少ない患者は、ストレスによる喫煙、飲み過ぎ、食べ過ぎ、運動不足はなく、怒ったり、いらいらすることは少ない。個々の患者の自己管理行動の指導にかかわるときは、その個人が感じている自己管理行動に関連しているストレスの内容や程度、解消法などの把握が大切であることが示されている。

5. 自己管理行動とタイプA行動パターン傾向

30歳以上～65歳未満の心筋梗塞患者は、社会復帰し仕事をしている。すなわち、日常生活の自己管理行動に注意しながらも、Bortnerの成人用タイプA尺度項目に含まれる「競争的」、「いつも急いだ気分」、「全力を尽くす」、「一度に多くの用事をかたづける」などの傾向に近づきやすい日常生活行動である。仕事を退職したり、仕事の責任や量を減らしている患者が多くなる65歳以上～80歳未満の心筋梗塞患者は、反対の傾向に近づきやすい日常生活行動である。しかし、心筋梗塞発作予防のためにはのんびり過ごす方がよいと認識し、仕事を退職してのんびりできる状況にありながらも、長年の行動習慣でなかなかおられないという患者がいる。

心筋梗塞の再発作予防におけるタイプA行動パターン傾向の行動からタイプB行動パターン傾向の行動への変化は自分の行動パターンを認識することからである。特に30歳以上～65歳未満の仕事をしている患者において、日常生活の行動パターンの認識の機会をつくり予防の方向へ変容していく指導が大切になる。

V 要 約

心筋梗塞患者102名(30歳以上～65歳未満50名, 65歳以上～80歳未満52名)を対象として、質問紙調査法(留置調査法または面接)で、日常生活の自己管理行動(喫煙, 飲酒, 食事のコレステロール, 食事の塩分, 適度の運動, 怒り・いらいら)に影響している要因を明らかにした。

1. 日常生活において再発作を予防する自己管理行動の高い心筋梗塞患者は、自己管理態度も高い。態度の3成分(感情的成分, 認知的成分, 行動的成分)のうち感情的成分の高さが他の2成分に比べて高い。

2. 日常生活において再発作を予防する上での家族の支援は、自己管理行動の良好な心筋梗塞患者も自己管理行動の不良な患者も高い傾向にある。

3. 自己管理行動の良好な心筋梗塞患者は、日常生活に注意して暮らすという人生観に基づいた自己管理についての考えが強い。反対に自己管理行動の不良な患者は、制限のある生活よりも気ままに暮らすという人生観に基づいた自己管理についての考えが強い。

4. 自己管理行動の不良な心筋梗塞患者は、自己管理行動の良好な患者に比べてストレスを感じている。

5. タイプA行動パターンの総得点(Bortnerの成人用タイプA尺度)は、30歳以上～65歳未満の心筋梗塞患者で、自己管理行動の高い患者の方が自己管理行動の不良な患者に比べて高くなっている。65歳以上～80歳未満の心筋梗塞患者で、それとは反対に自己管理行動の良好な患者の方が自己管理行動の不良な患者に比べて低くなっている。

謝 辞

稿を終えるに望み、御指導を賜りました熊本大学教育学部の鈴木康平教授に深謝いたします。ご協力いただきました済生会熊本病院循環器科部長早崎和也先生、重松節美総婦長、医師、看護婦の皆様にも厚く御礼申し上げます。

抄 録

本研究は、30歳以上～65歳未満と65歳以上～80歳未満の心筋梗塞患者102名を対象として、質問紙調査法（留置調査法または面接）で、日常生活の自己管理行動（喫煙、飲酒、食事のコレステロール、食事の塩分、適度の運動、怒り・いらいら）に影響している要因を明らかにした。

1. 自己管理行動の高い心筋梗塞患者は、自己管理態度も高い。態度の3成分（感情的成分、認知的成分、行動的成分）のうち感情的成分の高さが他の2成分に比べて高い。
2. 患者は、家族から高い支援をうけている。
3. 自己管理行動の高い患者は、日常生活に注意して暮らしており、自己管理行動の低い患者は、制限のある生活よりも気ままに暮らしている。
4. 自己管理行動の低い患者は、自己管理行動の高い患者に比べてストレスを感じている。
5. タイプA行動パターンの総得点は、30歳以上～65歳未満の心筋梗塞患者で、自己管理行動の高い患者の方が自己管理行動の低い患者に比べて高くなっている。

Abstract

The purpose of this study was to identify the factors which affect the self-care behavior of myocardial infarction patients. In the study, specific areas of the patients' self-care behavior were studied, relating to smoking, drinking, cholesterol content of diet, salt content of diet, physical exercise, and levels of anger and irritation. One hundred and two patients with myocardial infarction, aged 30~65 and 65~80 years, participated in the study.

This study used a structured questionnaire and interview format.

The findings were as follows :

1. There was a strong tendency to self-care behavior manifesting itself in the emotional, cognitive, and behavioral realms. Emotional factors showed a tendency to predominate.
2. Patients in general received a high level of support from their families.
3. Patients exhibiting high levels of self-care behavior lived carefully. Those with low levels of self-care lived as they pleased and did not adhere to any specific regimes.
4. Patients who did not carry out self-care behavior, without doubt experienced more stress than those who exhibited high levels of self-care behavior.
5. Type A score was higher for the myocardial infarction patients aged 30~65 who carried out self-care behavior than for other groups of patients.

文 献

1) Rosenberg, M. J., & Hovland, C. I., Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes, In C. I. Hovland, & L. L.

Janis (Eds), Attitude organization and change, Yale University Press, 1-14, 1960.

2) 原岡一馬, 第5章 態度と態度変容, 古畑和孝, 鈴木康平, 他編, 現代社会心理学, 朝倉書店, 64

心筋梗塞患者の日常生活の自己管理行動に影響する要因の研究

- 80, 1989.
- 3) 猪股松登留, 第1章1節 態度の特性と形成, 態度の心理学, 培風館, 8-11, 1982.
- 4) 花田妙子, 心筋梗塞患者の看護, クリニカルスタディ, 3(7), 113-120, 1982.
- 5) 田川隆介, A型行動パターンと動脈硬化, 毎日ライフ, 78-81, 1987.
- 6) 岡本浩一, 心臓病・肥満と性格, こころの科学, 81-87, 1988.
- 7) 平山 雄, 喫煙と動脈硬化との関係に関する疫学的研究-約27万人の40才以上の成人の13年間継続観察成績を中心に-, 最新医学, 36(4), 798-809, 1981.
- 8) 日野原重明, 他, 循環器疾患予防のための生活習慣に関する研究(第1法)生活習慣の多変量解析による分析, 日本公衆衛生雑誌, 29(7), 309-319, 1982.
- 9) 加藤育子, 富永祐民, 松岡いづみ, 喫煙者および飲酒者の生活習慣の特徴, 日本公衆衛生雑誌, 34(1), 692-701, 1987.
- 10) 木全心一, 広沢弘七朗, 喫煙と心疾患, 呼吸と循環, 34(4), 385-392, 1986.
- 11) 木根潤英雄, 他, 都市住民の“成人病”などに関する意識と行動, 公衆衛生, 33(7), 412-415, 1969.
- 12) 前田 聡, 急性心筋梗塞再発症例における心身医学的検討, 心身医学, 6(5), 421-430, 1986.
- 13) 宗像恒次, セルフケアとソーシャルサポートネットワーク, 日本保健医療行動科学会年報, 4, 1-20, 1986.
- 14) 小川 浩, 喫煙習慣の社会的・心理的背景, 現代医学, 28(1), 119-126, 1980.
- 15) 大和田国夫, 他, 日本人の脳卒中と虚血性心疾患の発症要因に関する研究, 日本公衆衛生雑誌, 21(8), 425-434, 1974.
- 16) 長田洋文, 生活指導, 毎日ライフ, 22-27, 1986.
- 17) 長田洋文, 他, 急性心筋梗塞発症の実態-とくに発症のパターン別にみた心理, 生活要因の意義に関し, 心身医学, 26(5), 387-395, 1986.
- 18) Roy H. Rosenman, Meyer Friedman, Reuben Straus, Coronary Heart Disease in the Western Collaborative Group Study, JAMA 195(2), 130-136, 1966.
- 19) Roy H. Rosenman, Richard J. C. David, Meyer Friedman, Reuben Straus, Coronary Heart Disease in the Western Collaborative Group Study Final Follow-up Experience of 8 1/2 Years, JAMA 25(8), 872-877, 1975.
- 20) 篠原弘章, 行動科学のBASIC第2巻実験計画法, ナカニシヤ出版, 1984.
- 21) 鈴木康平, 看護における学びと人間関係, メヂカルフレンド社, 1985.

(平成3年1月8日受付)

肝硬変合併肝癌肝切除後の看護情報

—呼吸ケアに関する看護基本情報の収集状況に関する考察—

Nursing Information of the Post-Operative Patients
of Hepatoma with Liver Cirrhosis

— from the aspect of data collection to provide nursing intervention
for the care on respiration—

明 石 恵 子*

Keiko Akashi

草 刈 淳 子**

Junko Kusakari

I はじめに

看護ケアの質を高めるためにまず要請されることは、ケアの提供者が患者の症状や病態、表情、態度などを看護情報として正確にとらえることができることである。

肝硬変合併肝癌の肝切除後は、術前からの低酸素血症、長時間の麻酔、手術侵襲、術中・術後の大量輸液と大量輸血などによって肺合併症が起りやすい。さらに、術後の創部痛や疲労、不安、呼吸ケアについての患者の理解の不足は、術後の呼吸ケアプログラムへの患者自身の参加を消極的にする。従って肺合併症予防のための積極的な呼吸管理が重要となり、その管理は、24時間患者の側にいる看護婦の観察能力とそれに基づく対応に負うところが大きい。

肝硬変合併肝癌肝切除後の呼吸ケアに関する報告は多いとはいえ、大方は生理的ケア方法による対応に関するものであり、心理的社会的な面から看護のかかわる枠組みでアセスメントしている報告はほとんどみあたらない。そこで、生理的・心理的・社会的それぞれの側面からの正確な情報の把握と適切な対応をするために、肝硬変合併肝癌肝切除後の呼吸状態の経過が異なる事例の看護記録をもとに、看護診断類型から設定した基本情報を用いて、呼吸ケアに関する情報収集状況の実態を調査した。

II 研究方法

1. 対 象

肝硬変合併肝癌で肝切除を受けた患者で、術後の呼吸状態の経過が異なる4事例。

2. 方 法

1) 基本情報の設定

肝硬変合併肝癌肝切除後急性期の呼吸ケアに関する基本情報を24項目設定する。このうち21項目は、NANDA (North American Nursing Diagnosis Association 北米看護診断協会) の1982年会議で承認された看護診断類型を生活行動系の枠組みで松木が整理したもの¹⁾から選び、これに肝切除に伴う3項目を追加した。(表1)

2) 調査内容

- ① 経過記録における術後日数別、シフト別、看護婦経験年数別、基本情報項目別、情報収集率。
- ② 『看護上の問題の明確化』の過程で記載された情報。

3) 調査方法

基本情報の各項目について各シフトで記載の有無を調べる。記載の回数は問題にせず、各シフトで当該項目についての何らかの記載があれば1、なければ0とする。

4) 情報収集率の算出方法

1日3シフトにおける基本情報項目別、術後日数別

* 三重大学医療技術短期大学部 College of Medical Sciences, Mie University

** 千葉大学看護学部 看護実践研究指導センター Center for Educational Research of Nursing Practice, School of Nursing, Chiba University

表1 肝硬変合併肝癌肝切除後急性期の呼吸ケアに関する看護基本情報

看護診断類型	No.	看護基本情報
呼吸—循環—体温調節	1	気道確保困難
	2	非効果的呼吸パターン
	3	ガス交換障害
	4	体液量の変化：過剰
	5	体液量不足・体液量不足の予測
栄養—代謝	6	栄養の変化：必要より少ない
	7	代謝の変化：肝性昏睡
排泄	8	排泄の変化：下痢
活動—休息	9	活動耐性の低下・活動耐性の低下の予測
	10	セルフケア不足：衛生
	11	身体的可動性障害
	12	睡眠パターンの乱れ
皮膚—粘膜の安全性—生殖	13	口腔粘膜の変化
感覚—知覚	14	安楽の変化：疼痛
	15	安楽の変化：腹部膨満
	16	安楽の変化：疲労
自己像—自己実現	17	不安
	18	自己概念の動揺
	19	思考過程の変化
健康認識—健康管理	20	知識不足
	21	不従順
	22	健康維持の変化
	23	非効果的個人の対処
役割—関係	24	社会的孤立

松木による生活行動系の枠組みで整理したNANDA（北米看護診断協会）看護診断類型（1982年）から選んだ。ただしNo. 7, 15, 16は筆者が追加した。

の情報収集率を算出するために、まず、観察・記録が必要かつ収集の可能な情報の量をシフト数で表す。すなわち、各シフトで観察・記録する必要があると考えられる基本情報No. 1. 気道確保困難や2. 非効果的呼吸パターンは3とし、12. 睡眠パターンの乱れは準夜

勤および深夜勤の2シフトで観察・記録する必要があると考え2と定める。そして、各基本情報項目において、情報を収集することが必要かつ収集の可能なシフト数の0～3の数値に対して、シフト別の実際の情報の記載の有無から収集の割合を算出し、情報収集率とする。

III 研究結果

1. 対象事例の概要

対象4事例は、全例、肝血管腫と説明されて手術を承諾した。術前オリエンテーションの内容を理解し、術前訓練を自ら行う姿もみられた。呼吸機能上の問題はなく、また、術後急性期は、回復室で多臓器の集中管理を受けている。

事例1は、術後1日目にARDS（Adult Respiratory Distress Syndrome 成人呼吸窮迫症候群）を起こしたが、創痛を我慢して積極的治療に応えた結果、ARDSは術後20日目頃に改善した。家庭背景は仕事をもった妻との二人暮らしである。患者の手術後、妻が体調を崩したため、患者の姉の協力を得て交代で面会に来ていたが、二人の回復室への面会の回数は他の患者の家族と比べると少ないほうであった。

事例2は、術後2日目無気肺、4日目胸水が認められたが、共に術後10日目頃改善した。術前、患者の妻に、手術に対する不安の表情が見られた。しかし、それによって、手術に対する患者の不安が強くなるということとはなかった。術後、1日3回の回復室への面会時間に、妻は毎回面会し、患者を励ましていた。

事例3は、呼吸状態に特に問題は認められなかったが、術後2日目から不穏状態を呈した。妻、子供と離別後、アルコール依存症となり、その禁断症状であると考えられた。舅や姉の援助で手術を受けたが、彼らの面会は回復室入室中の1週間のうち数回であった。

事例4は、術後2日目から肝機能が悪化した。4日目、肝不全と呼吸不全のために昏睡状態になり、治療の効果なく術後13日目に死亡した事例である。（表2）

2. 調査結果

1) 経過記録における情報収集状況と情報収集率

① 事例別、術後日数別、基本情報別情報収集状況

事例1では、「肺雑音がある」「黄色で粘稠な痰を多量に喀出する」「右下肺野の呼吸音が弱い」など、

肝硬変合併肝癌肝切除後の看護情報

表2 事例紹介

	事例 1	事例 2	事例 3	事例 4
年齢・性別	51歳・男性	64歳・男性	56歳・男性	77歳・女性
既往症	肝炎 胃潰瘍	肝炎 高血圧症	アルコール依存症 胃潰瘍	胆嚢結石
術前の治療	肝動脈内抗癌剤注入 EIS TAE PSE	肝動脈内抗癌剤注入 免疫療法	肝動脈内抗癌剤注入 TAE	肝動脈内抗癌剤注入 E I S
生存率・1税率	113%・79%	81%・82%	119%・81%	116%・85%
術式 手術時間 術中出血量・ 術中輸血量	肝部分切除 7時間34分 1950 + α g・2600ml	肝部分切除・動注用リ ザーバー挿入 8時間47分 4761 g・3800ml	肝部分切除 6時間43分 2165 g・1960ml	肝部分切除 11時間30分 6254 g・7320ml
術後の経過	術後1日目ARDS発 生のため、術後3日間 人工呼吸管理および積 極的治療、理学療法施 行。術後20日目頃改善。 術後16日目、軽度の肝 障害。	術後12時間人工呼吸管 理。術後2日目、無気 肺、4日目、胸水が認 められたが、術後10日 目頃改善。栄養状態の 改善が遅れたため、経 口栄養剤投与。	術後12時間人工呼吸管 理。その後呼吸状態良 好。術後2日目、アル コール禁断症状による 不穏状態を呈したが術 後5日目に改善。	術後18時間人工呼吸管 理。術後2日目より、 肝機能悪化。術後4日 目、肝不全、呼吸不全 にて昏睡状態となり、 人工呼吸管理。治療の 効果なくMOF発生。
術後入院日数	68日間	104日間	51日間	術後13日目死亡

基本情報No. 1. 気道確保困難, 2. 非効果的呼吸パターンを示す情報が、術後1週間を通してほぼ毎日各シフトで記載されていた。その収集率は、それぞれ100%, 91%であった。17~19の自己像-自己実現, 20~23の健康認識-健康管理, 24の役割-関係の診断類型に属する項目の情報は、「吸痰を拒否するので吸痰の必要性を説明すると納得した」「自らすすんでネブライザーを行う」などであり、それらのうちいずれかが1日の経過記録の中でわずかに2~3回記載されていたにすぎない。

事例2では、1. 気道確保困難, 2. 非効果的呼吸パターンの情報収集率はそれぞれ96%, 91%であった。また、17~24の項目の情報の記載も少なく、事例1と同様の記載状況であった。

事例3では、呼吸状態に関する情報が全く記載されていないシフトがあり、1. 気道確保困難, 2. 非効果的呼吸パターンの情報の収集率は、それぞれ50%, 56%であった。一方、20~23の健康認識-健康管理の診断類型に属する「痛いから痰が出せないと言う」「酸素マスクを何度もはずしてしまう」「深呼吸やネ

ブライザーをすすめても上手にできない。手ではらいのける」「会話のつじつまが合わず、呼吸ケアの必要性を説明しても協力を得ることができない」といった患者の訴えあるいは行動を表す情報は、毎日各シフトでいくつも記載されていた。その情報収集率は20. 知識不足が83%, 21. 不従順が100%, 22. 健康維持の変化が50%, 23. 非効果的個人の対処が67%であった。

事例4では、術後3日目以後は、呼吸不全に対する呼吸ケアについての情報と共に、意識状態に関連する患者の反応や行動の情報がほぼ毎日各シフトで記載されており、7. 代謝の変化: 肝性昏睡に属する情報として分類した。その収集率は86%であった。また、21. 不従順を示す情報の収集率が57%と高かった。しかし、その他の項目では、1. 気道確保困難, 2. 非効果的呼吸パターンの情報収集率がそれぞれ91%, 70%であり、22を除く17~24の項目では情報の記載は少なく、事例1や2によく似た結果であった。

基本情報No. 3~16の各項目における情報収集状況は、どの事例でも同様の結果を示していた。(図1-1, 1-2)

肝硬変合併肝癌肝切除後の看護情報

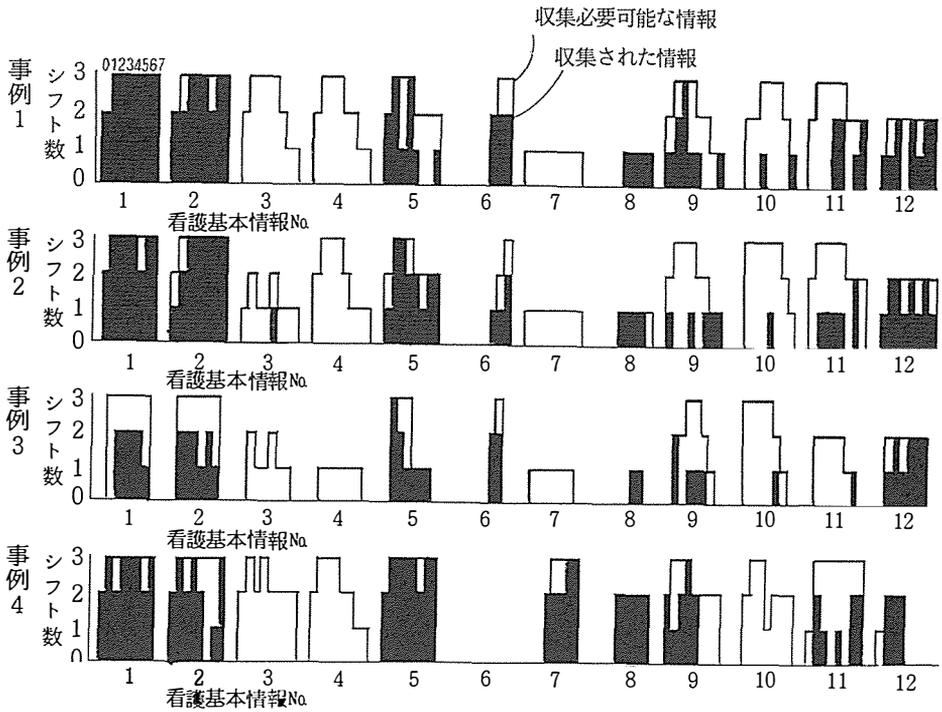


図1-1 術後日数別情報収集状況

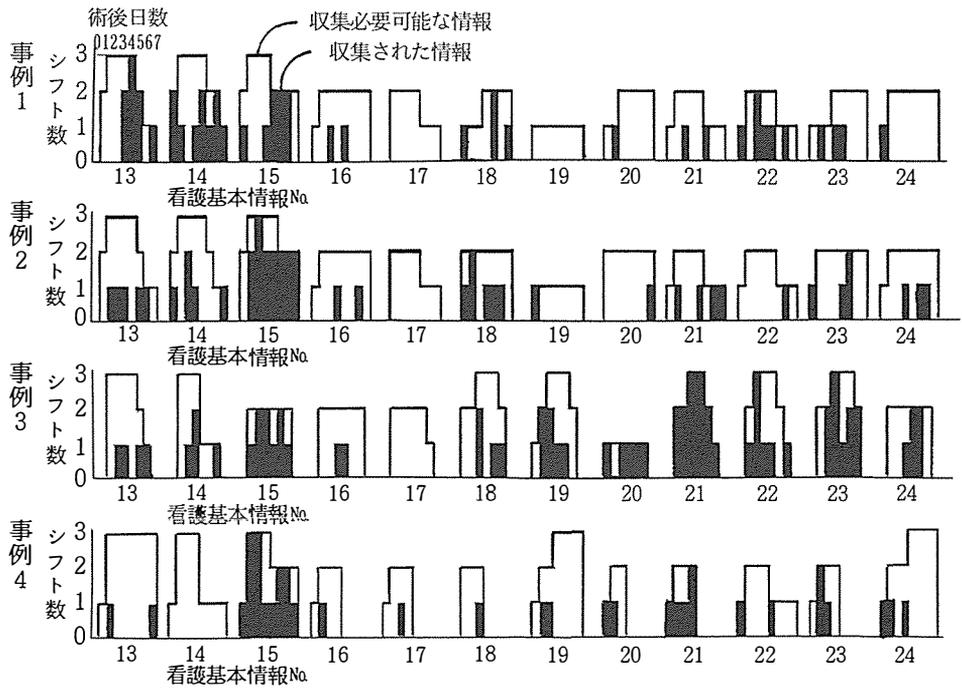


図1-2 術後日数別情報収集状況

肝硬変合併肝癌肝切除後の看護情報

② 各事例の手術当日から術後7日目までの全体の情報収集率

4事例すべてにおいて、50%以上の収集率を示した基本情報の項目は、1. 気道確保困難、2. 非効果的呼吸パターン、5. 体液量不足、8. 排泄の変化：下痢、12. 睡眠パターンの乱れ、15. 安楽の変化：腹部膨満であり、これらは、呼吸、循環、排泄、睡眠などすべて生理的側面についての情報であった。心理社会的側面で50%以上を示した情報は、事例3における20. 知識不足、21. 不従順、22. 健康維持の変化、23. 非効果的個人の対処、事例4における21. 不従順であった。また、4事例全体の生理的情報の平均収集率は46%、心理社会的情報では29%であった。(図2)

③ 看護婦経験年数別情報収集率

看護婦の経験年数の区分は、A：1～2年、B：3～5年、C：6年以上とし、それぞれに属する看護婦数は、Aが6人、Bが5人、Cが6人であった。情報収集状況を各シフト別の情報収集率で比較した。

全情報項目に対する情報収集率は、Aは29.8%、Bは28.4%、Cは30.1%でほぼ同程度であった。Bのシフト別情報収集率は、日勤37.6%、準夜勤23.3%、深夜勤24.6%であり、AやCの情報収集率と比べて日勤で高く、準夜勤、深夜勤で低い。しかし、 $p < 0.05$ において有意な差ではなかった。また、看護婦経験年数別によって収集率が異なる特定の情報項目はなかった。(表3)

2) 『看護上の問題の明確化』の過程で記載された情報

事例1は、肝硬変合併肝癌肝切除後の肺合併症の典

表3 シフト別 看護婦経験年数別情報収集率 単位%

	看護婦経験年数			
	A 1～2年	B 3～5年	C 6年以上	
日勤	28.2	37.6	30.5	31.3
準夜勤	30.8	23.3	29.0	28.4
深夜勤	30.1	24.6	30.9	29.4
	29.8	28.4	30.1	29.6

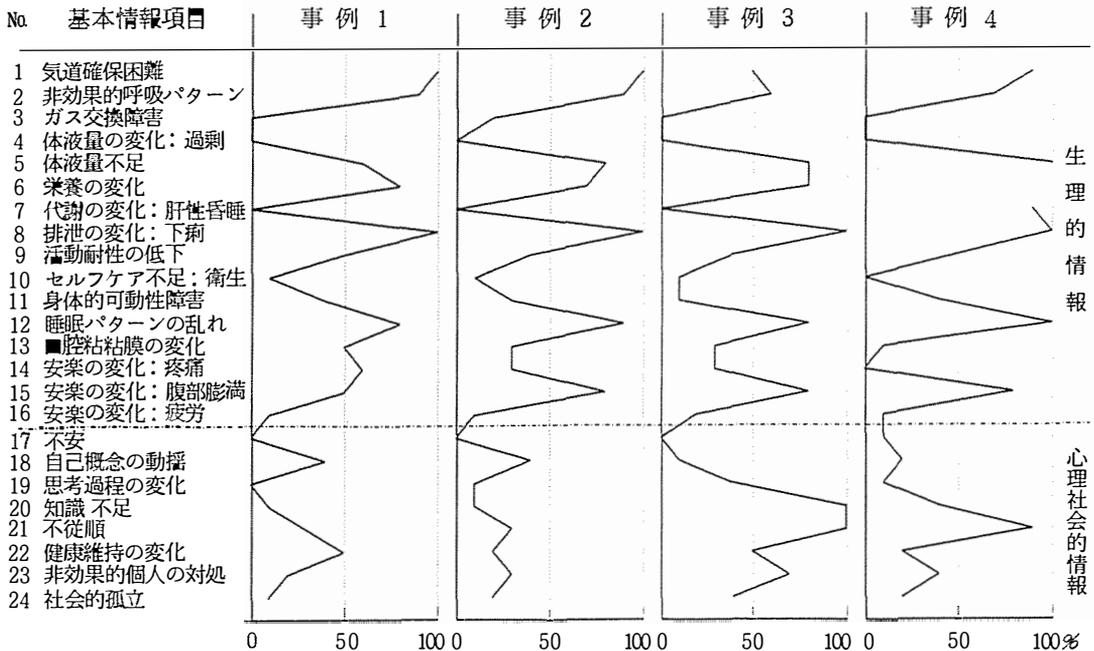


図2 各事例における基本情報項目別の情報収集率

肝硬変合併肝癌肝切除後の看護情報

看護診断	刺激となる情報			
気道確保困難	粘稠力の高い 気道分泌物	気道・口腔粘膜の変化	体液量不足	生理的 情報
		セルフケア不足・衛生		
	咳嗽力の低下			
非効果的呼吸パターン	安楽の変化・疼痛	創部の痛み ドレーン挿入部の痛み		生理的 情報
	活動耐性の低下	ガス交換障害	体液量の過剰	
			胸水の貯留	
			低い術前の呼吸機能	
	活動耐性の低下	安楽の変化・疲労	手術侵襲・麻酔の影響	
			発熱	
			下痢	
	活動耐性の低下	身体的可動性障害	行動の制限	
			チューブ抜去・出血への恐れ	
	活動耐性の低下	睡眠パターンの乱れ	夜間の処置	
安楽死の変化・ 腹部膨満	術後出血		生理的 情報	
	腸蠕動運動回復の遅延			
麻酔薬や鎮静剤による鎮静効果				
健康維持の変化	不安	慣れない環境		心理社会的 情報
		自己概念の動揺	悪い術後の経過や死の予測	
	非効果的 個人の対処	社会的孤立	身体的変化の非統合	
		呼吸に対する関心の欠如	重要他者からの支援不足	
	知識不足	術前訓練の理解不足		
		医療処置への依存		
思考過程の変化	肝性昏睡			

記載された情報 記載されていないが収集していると推測できる情報

図3 事例1：「看護上の問題の明確化」の過程で記載された情報

型的な例である。この事例の『看護上の問題の明確化』の過程で記載された情報を調査した。

図3は、肝切除後急性期の呼吸ケアにおいて必要な情報とその関連を、基本情報に基づいて記載したものである。事例1の『看護上の問題の明確化』の過程において記載された情報と、記載されていないが看護婦が把握していると推測できる情報－経過記録に記載があってもそれを『看護上の問題の明確化』の過程で情報として使用していない情報－を示した。

事例1は、入院前から咳嗽や喀痰が多かったため、肝切除決定後、ただちに気道浄化の必要性和その方法の説明を受け、それを十分に理解し、術前から積極的に喀痰喀出に努めた。しかし、術後も喀痰は非常に多く、術後1日目にARDSを併発した。3日間の人工呼吸管理とその後も積極的な理学療方が施行された。このような経過において、術後の『看護上の問題の明確化』の過程で記載された情報は、術後1日目は、「人工呼吸器使用中である」「痰の吸引状況」「血液ガス値」「絶対安静」「術後出血」であった。術後2日目は、「挿管中であるのでコミュニケーションがとれない」「ICU症候群を起こす危険がある」であった。術後3日目、抜管後は、「喀痰が非常に多い」「術前の痰の喀出状況」「術前の呼吸練習への参加状態」であった。その後は、「喀痰が非常に多い」「血液ガス値」「発熱」「坐位で呼吸練習をしている」などが毎日同様に記載されていた。アセスメントは、「積極的な呼吸練習をしなればすぐに肺合併症を起こす状態である」「呼吸練習を続けていく必要がある」と記載されていただけであった。また、看護上の問題は、術後1日目に「肺合併症を起こしやすい」と記載され、以後、修正されていなかった。

IV 考 察

看護のために必要な情報とは何かを知り、それを正確にとらえて記録していくことは、看護の質の向上につながる。そこで、看護婦の観察能力とそれに基づく対応に依存することが大きいと思われる肝硬変合併肝癌の肝切除後急性期の呼吸ケアにおける情報収集状況から、看護婦がどのような情報をとらえてケアしているかを調査した。

まず、経過記録に記載された情報の項目とその収集率から、患者の呼吸状態や呼吸ケアに関連する生理的

側面の情報で、呼吸、循環、排泄、睡眠、腹部膨満を示す基本情報の各項目では、すべての事例において情報収集率が50%以上であることが明らかになった。一方、呼吸状態や呼吸ケアに関連する心理社会的側面の情報で収集率が50%以上を示した基本情報は、事例3の不穏状態と事例4の昏睡状態の様子から観察された健康認識－健康管理の診断類型に属する項目であった。4事例全体の情報収集率の平均値では、心理社会的側面の収集率の平均は29%で、生理的側面における46%との間に統計的有意差が認められた。また、看護婦経験年数によって、情報収集率そのものには差はなく、その収集率が異なる項目も認められなかった。よって、心理社会的側面の情報に比べて生理的側面の情報の収集率が高いことは看護婦全体の傾向と考えられる。

これらの結果は、「術後早期は、出血やショック、肺合併症、肝不全に注意し、症状の観察や状態の把握に努める」(前野)²⁾、「術直後は異常の早期発見、合併症の予防、身体的苦痛の緩和に努める」(柳澤他)³⁾など肝硬変合併肝癌肝切除後の多臓器の集中管理の重要性と、その具体的な管理方法が一般化され、術後ケアとして確立されていることによると思われる。すなわち、術後管理における心理社会的側面のケアの重要性はいわれながら、現実臨床面では、明らかに生理的側面の情報の把握とそのケアに重点がおかれているといえる。

しかし、事例によっては、心理社会的側面の情報でも収集率が高率である項目があった。事例3、事例4において、健康認識－健康管理の診断類型に属する項目で情報の収集率が高かったことは、今回の調査の中では注目すべきことである。事例3は、アルコール依存症の既往があり、その禁断症状から不穏状態となった。事例4は、肝障害から肝不全となり肝性昏睡に陥った。この2つの事例では、不穏状態あるいは昏睡状態と共に、呼吸ケアに関する情報が、患者の訴えや行動、そして看護婦が行ったケアに対する患者の反応として、随時、詳細に記載されていた。これは、看護婦が患者の不穏状態や昏睡状態に注目していたので、それらについての情報の記載が多くなったものと予測できる。そして、その記載された情報は、今回の調査の中では20. 知識不足、21. 不従順、22. 健康維持の変化、23. 非効果的個人の対処、それぞれの項目に属する情報として分類され、それらの収集率が高くなったと考えら

れる。すなわち、看護婦は、患者の心理社会的側面の異常な状態に対しては関心を持ち、情報を集めて記載しているといえる。

もう一方の調査内容である『看護上の問題の明確化』の過程で記載された情報は図3のとおりである。「肺合併症を起しやすい」という問題に対して、「痰の喀出状況」「血液ガス値」「発熱」「絶対安静」「術前の痰の喀出状況」「術前の呼吸練習への参加状態」などが関連要因の情報として記載されていた。しかし、これだけの情報では、『看護上の問題』を導くための情報項目としては不十分であるといわざるをえない。たとえば、「創痛のために有効な咳ができない」「下痢や睡眠不足のために疲労している」あるいは、「自分の術後経過に対する不安」などは、患者の呼吸状態に影響を及ぼし、呼吸ケアにおいて重視すべき情報であると考えられるので記載される必要がある。そして、このような情報が記載されていれば、患者の状態に即した『看護上の問題』を導くことができると考える。

アメリカ看護婦協会によれば、「看護とは、現にある、あるいはこれから起こるであろう健康問題に対する人間の反応を診断し、かつそれに対処することである。」⁴⁾と定義されている。健康問題に対する人間の反応を診断し、対処するためには、健康とは、人間とは、を明確にとらえる必要がある。ロイは、「人間とは変化する環境と絶えず影響し合っている生物心理社会的存在である。」⁵⁾としている。肝切除は侵襲が大きい手術である。それゆえ患者にとっては生理的問題ばかりでなく、心理社会的問題も大きいといえる。特に肝切除後急性期においては、これら三側面の情報の収集とそのケアが一層要求されてくるものと考えられる。

今回の調査では、看護記録に記載された内容を資料としたので、経過記録から得た情報収集率は実際より下回っているものと思われる。また、『看護上の問題の明確化』の過程で記載された情報(図3)の「記載された情報」と「記載されていないが収集していると推測できる情報」からもわかるように、看護婦は把握している情報をすべての看護記録として記載しているとはいえない。現実の看護活動においては、看護婦はもう少し広く情報を集めて肝切除患者の呼吸ケアに当たっていると考えられる。したがって、看護婦各自が把握している情報から基本となる情報を決め、それらにつ

いてはもれなく観察し、その状況変化を明記していく必要がある。その情報収集と記載を重ねることによって、看護婦によってのみ成し得る患者への適切な対応が可能になり、看護の質の向上につながると考える。

V 結 論

看護婦はどのような情報をとらえてケアしているのか、看護の質を高めるために必要な情報とは何かを知る目的で、肝硬変合併肝癌で肝切除をうけた4事例を対象とし、呼吸ケアに関する基本情報を設定して調査した。その結果以下のことが明らかになった。

1. 患者の呼吸状態や呼吸ケアに関連する情報で、4事例すべてにおいて50%以上の収集率を示した情報項目は、呼吸、循環、排泄、睡眠、腹部膨満などの生理的側面の情報であった。
2. 事例によっては、心理社会的側面の情報でも収集率が50%以上を示す項目があった。
3. 4事例全体の情報収集率の平均値は、生理的側面の情報で46%と高く、心理社会的側面の情報の29%と比べて有意差が認められた。
4. 看護婦経験年数別による情報収集率そのものには差はなく、経験年数によってその収集率が異なる特定の項目も認められなかった。
5. 『看護上の問題の明確化』の過程で記載されていた情報は、呼吸ケアの関連要因としては不十分であった。

今回の調査では、看護記録に記載された内容のみを資料としているので、実際の看護ケアにおいて看護婦が把握しているすべての情報についての検討ができたとはいえない。しかし、看護情報は生理的、心理的、社会的三側面の情報が重要であるという認識は普遍化しているにもかかわらず、実務上は、生理的情報の収集が明らかに高率であったという結果は、看護婦全体の傾向としてとらえることができる。したがって、看護婦の呼吸ケアの質を高めるためには、今後、看護婦各自が把握すべきと考えるこれら三側面の情報から、スタッフの合意により基本となる情報を決め、それらについてはもれなく観察し、その状況変化を明記していく必要があるという具体的改善への示唆が得られた。

基本情報を用いることにより『看護上の問題』がみえやすくなり、ケアの提供者としての臨床看護婦が、健康問題に対する人間の反応についての診断能力を高め、適切な対処ができるようになると思われる。

抄 録

肝硬変合併肝癌肝切除後の呼吸ケアは、看護婦の観察能力とそれに基づく対応に依存するところが大きい。今回、看護情報の収集状況について、当該患者4事例で呼吸ケアに関する基本情報を用いて調査し、以下のことが明らかになった。

1. 基本情報項目別情報収集率は、呼吸、循環、排泄、睡眠などの生理的側面の情報で高く（対象4事例全体の平均46%）、心理社会的側面の情報の収集率（同29%）と比べて有意差が認められた。また、看護婦経験年数別による情報収集率そのものには差はなく、経験年数によってその収集率が異なる項目も認められなかったため、上述の現象は看護婦全体の傾向と考えられた。

2. 「看護上の問題の明確化」の過程で記載されていた情報は、呼吸ケアの関連要因としては不十分であった。

看護情報は生理的、心理的、社会的三側面の情報が重要であるという認識は普遍化しているにもかかわらず、実務上は、生理的情報の収集が明らかに高率であった。

看護婦各自が把握すべきと考える情報からスタッフの合意により基本となる情報を決め、それらについてはもれなく観察し、その状況変化を明記していく必要があるという具体的改善への示唆が得られた。

Abstract

The care of respiration for the post-operative patients of hepatoma with liver cirrhosis depends deeply on the nurse's perceptual ability of observation on human response. We had a study on the data collection in nursing notes using 4 different cases of hepatoma with liver cirrhosis. As a result, the followings became apparent.

1. The information collecting rate is high, especially in physiological aspect (average rate of all 4 cases is 46%), for example, respiration, circulation, elimination, sleep and so on. On the contrary, the collecting rate of psychosocial aspect, is low remarkably and the significant difference between them is conspicuous.

There is no difference in the collecting rate among each class of nursing experience years, nor the specific item which has significantly high or low rate. Therefore, this could be considered the general tendency for ordinary staff nurses.

2. The data which are collected in the process of clarification of nursing, is not enough for the related factors.

In spite of the importance of 3 aspects (physiological, psychological and social), only the collecting rate of physiological information is high distinguishably. It is necessary to acquire the essential information for patient observation to establish adequate and appropriate bed-side care for the patients as a whole human factor, and is suggested some concrete points to improve toward this direction.

引用文献

- 1) 松木光子：看護診断の実際－考え方とケーススタディー，P.15，南江堂，1998.
- 2) 前野明美：手術療法に伴う肝がん患者の看護問題－必要となる情報とその根拠，看護技術，34(4)，21～24，1988.
- 3) 柳澤ハシエ他：肝がん患者の看護計画，クリニカルスタディ，9(11)，20～23，1988.
- 4) 日本看護協会出版会編，小玉香津子，高崎絹子訳：いま改めて看護とは，P.24，日本看護協会出版会，1987.
- 5) Sister Callista Roy：Introduction to Nursing：An Adaptation Model，松木光子監訳：ロイ看護論 適応モデル序説，P.12，メヂカルフレンド社，1989.

参考文献

- 1) Marjory Gordon：Manual of Nursing Diagnosis，草刈淳子他訳：看護診断マニュアル，ヘルス出版，1989.
- 2) 松木光子他：ロイの適応理論を学ぶ－I，II，III，IV，V，看護技術，26(1)，(3)，(4)，(5)，(7)，1980.
- 3) 松木光子：看護診断その本質と展開 第II部 3. 肝障害をもつ成人期男性の看護診断，看護，36(10)，129～141，1984.
- 4) 松木光子他：『ロイ看護論』を読む[1]，[2]，[3]，[4]，[5]，看護学雑誌，53(7)，(8)，(9)，(10)，(11)，1989.
- 5) 駒富子他：ICUにおける肝切除患者の受入れ態勢，看護技術，29(16)，37～44，1983.
- 6) 明石恵子他：肝切除の術前・術後看護のポイント，臨床看護，16(9)，1382～1394，1990

(平成3年2月28日受付)

外転枕使用による側臥位時の体圧と安楽に関する一考察

A Study on Body Pressure and Comfort in Lateral Position with the Abduction Pillow

葛西 敦子* 山形 賀津子** 木村 紀美*
Atsuko Kasai Katsuko Yamagata Kimi Kimura
花田 久美子* 米内山 千賀子* 福島 松郎*
Kumiko Hanada Chikako Yonaiyama Matsuro Fukushima

I はじめに

患者の体位は、疾病の治療および予後への影響が大きいため、その症状に適した体位への援助は重要な意義がある。股関節疾患患者の手術後においては、術後合併症である股関節の脱臼予防が看護の第一に挙げられる。そのため、股関節の外転位保持^{1)~3)}が必要とされ、外転枕が使用されることが多い^{4)~6)}。外転枕は両股関節を外転位に保持したまま側臥位をとれるという利点をもっており、外転枕使用が側臥位時患肢股関節の脱臼防止に大変有効とされているが、体位保持による蓄痛は大きい⁷⁾⁸⁾。このことより、股関節外転位保持が必要とされる患者の側臥位の安楽用具に関する報告⁷⁾⁸⁾がなされている。そこで従来より用いられている外転枕を使用し、外転枕使用時の側臥位の安楽について、体圧・自覚的訴え・心理テストの面から検討した。

II 研究対象および方法

1. 研究対象

対象は、18歳から24歳の健康な男性30名（やせ型10名、標準型10名、肥満型10名）、女性40名（やせ型10名、標準型20名、肥満型10名）の計70名であった。体型の分類は、実測体重と、身長から算出した標準体重（ブローカ変法）の差が標準体重の±10%以内を標準型、-10%以下をやせ型、+10%以上を肥満型とした。さらに、弘前大学医学部附属病院整形外科病棟にお

いて、股関節手術が施行され、手術後に外転枕が使用された患者4名を対象とした。

2. 研究方法

1) 健康者の外転枕使用時の右側臥位

① 90度側臥位時の体圧測定

研究は、室温22.0~30.0℃、湿度56~76%、風通しのよい状態で行った。下寝具は鉄製ギャッチベッドにスプリングマットレスを置き、綿入り敷布団（厚さ：6.0cm）とシーツを敷いたものとした。寝衣は、股関節疾患患者の手術後の条件と一致するようにショーツ一枚とし、浴衣式寝衣を身体の前面から掛け、側臥位時に身体右側面が直接下寝具に接触するようにした。

被験者の体位は、両下肢に外転枕（上底：17.0cm、下底：34.0cm、高さ：43.0cm、厚さ：13.0cm、重量：820g、写真1）を両股関節の外転角が35~40度となるように装着し、左側を患側と想定した90度の右側臥位とした（写真2）。そして、右側臥位を保持するため、羽毛枕（大）を敷いて背部を支えた。

体圧測定部位は、身体右側の肩峰部、上腕部、第7肋骨部、腸骨稜部、大転子部、大腿部、腓骨頭部、腓腹部、外果部、踵部の10か所とした（■1）。

体圧測定器具は、カフ内圧測定器（Mallinckrot社製）に気管内チューブの空気だめ（1.0×3.0×0.6cm）を空気もれのないように接続したもの（以下、カフ内圧測定器と省略する）を使用した（写真3）。カフ内圧測定器は、気管内チューブの空気だめを測定部

* 弘前大学教育学部看護学科教室 Department of Nursing Science,
Faculty of Education, Hirosaki University
** 筑波大学附属病院 Medical Hospital of Tsukuba University

外転枕使用による側臥位時の体圧と安楽に関する一考察

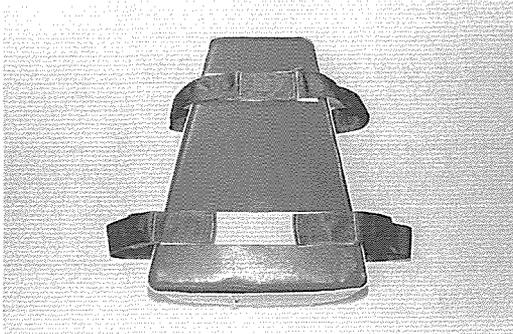


写真1. 外転枕

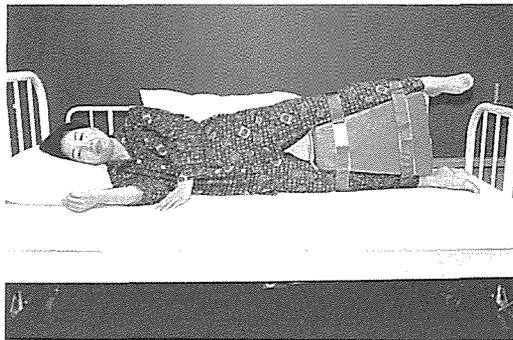


写真2. 外転枕使用時の右側臥位

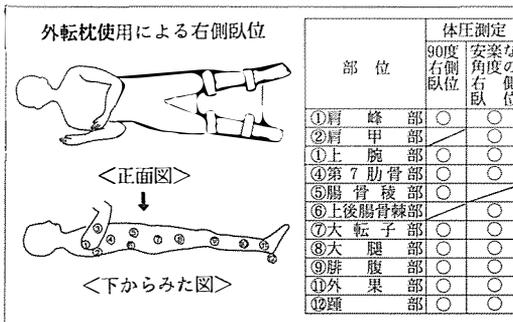


図1. 体圧測定部位



写真3. カフ内圧測定器

位に置くことで、体圧が本体に表示されるようになっており、測定面積が小さいため骨突出部位など限局した部位を測定するのに都合がよい。なお、カフ内圧測定器は「cmH₂O」で表示されるため、毛細血管圧と比較できるように、「mmHg」に換算した。

② 安楽と感じた側臥位時の角度測定

次に、前述の90度右側臥位の状態から、被験者が最も安楽であると感じた状態にまで側臥位の角度を変化させ、その角度（ベット面と身体背面のなす角度）を測定した。

③ 安楽な角度で安楽物品使用時の体圧測定

予備実験として、研究方法1)の②で被験者が最も安楽であると感じた角度の側臥位における体圧を測定した。背部は羽毛枕(大)数個で隙間ができないように支えた。その結果、肩甲部42.0±4.2 mmHg, 上後腸骨棘部40.0±6.6mmHgと高体圧を示した。そこで、この部位に小枕(小枕カバー素材:綿ジャージ,内容:青梅綿150g,大きさ:50.0×50.0×2.0cm)を挿入してみた。また、両大腿内側部の筋緊張緩和を目的として、股間にロール状に巻いた小枕(以下、股枕とする)を挿入した。股枕は被験者の体型に合わせて股間に隙間ができないようにした。さらに、外転枕に付いている固定バンド(4本)による圧迫を軽減する目的で、そのバンドをスポンジ(大きさ:230×7.5×30cm,重量:30g)で覆った(図2)。

体圧測定部位は、研究方法1)の①に準じ、肩甲部と上後腸骨棘部を加えた11か所とした(図1)。腸骨稜部については、安楽な角度にすることでベッド面とは接触しなくなった。

④ 側臥位持続による自覚的訴えの聴取

研究方法1)の③の体位において、側臥位持続時間

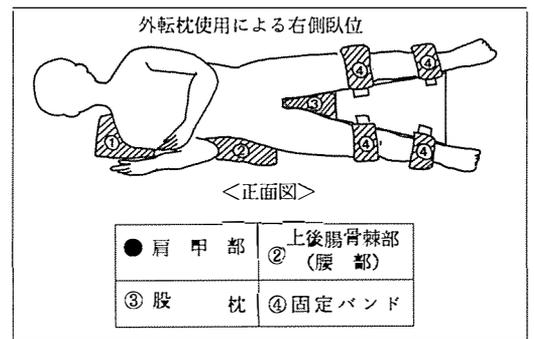


図2. 安楽物品使用部位

を1時間とし、5分毎に経過時間を報告し、自覚的訴えを聴取した。「自覚的訴え」は、「自分の身体に感ずる変化の状態を言語により表現した内容」⁹⁾とした。訴えは、被験者が感ずるままを詳細・明確に自由な語句で表現させた。また、実験中は股関節部の安静に影響しない範囲での頭部・上肢・足先部の体動と会話を許可した。記録方法は、被験者の訴える表現そのままの語句で記録し、不明瞭な点は確認をとった。

⑤ 心理テスト

自覚的訴えと心理テストの成績との関連をみるために、矢野部-ギルフォード性格テスト(以下、Y-Gテストとする)、Cornell Medical Index(以下、CMIテストとする)を行った。

2) 股関節手術患者の外転枕使用時の側臥位

① 体圧ならびに安楽と感じた角度の測定

股関節手術患者に対し術前に、研究方法1)の①、②、③に従い、体圧の測定と安楽であると感じた角度の測定を行った。体位は外転枕を装着し、健側下肢が下になるような側臥位とした。

② 術後の側臥位の観察

股関節手術患者の術後2日目、患者が安楽と感じた角度(術前に測定した角度)でかつ安楽物品を使用した側臥位において、自覚的訴えを聴取し、さらに側臥位持続時間を測定した。訴えの聴取方法は、研究方法1)の④に従った。また、術後1か月以降にY-Gテスト、CMIテストを行った。

Ⅲ 研究成績

1. 健常者の外転枕使用時の右側臥位

1) 90度側臥位時の体圧

① 各部位の体圧

90度側臥位における各部位の平均体圧は、体圧の高い順に、肩峰部48.6mmHg、大転子部48.2mmHg、腸骨稜部40.6mmHg、第7肋骨部37.3mmHg、外果部36.8mmHg、腓骨頭部36.6mmHg、腓腹部34.9mmHg、大腿部31.6mmHg、上腕部25.1mmHg、踵部21.2mmHgであった。これらの部位のうち、人の毛細血管圧とされている32mmHg¹⁰⁾より高い値を示したのは、肩峰部、大転子部、腸骨稜部、第7肋骨部、外果部、腓骨頭部、腓腹部の7か所であった(図3)。

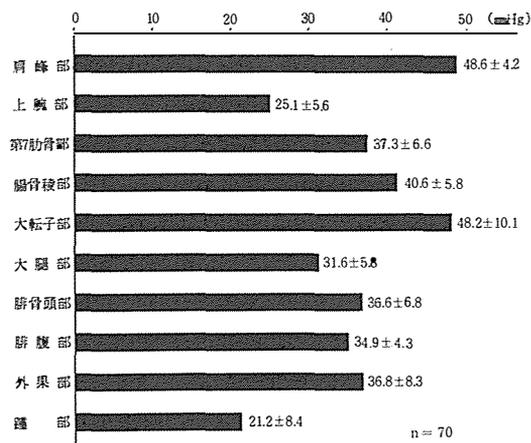


図3. 90度側臥位における各部位の体圧

② 性別による体圧の比較

男性が女性より有意に高い値を示した部位は、上腕部(男性27.9mmHg, 女性23.0mmHg, $P < 0.01$), 第7肋骨部(男性41.8mmHg, 女性34.3mmHg, $P < 0.01$), 大転子部(男性54.9mmHg, 女性42.7mmHg, $p < 0.01$), 大腿部(男性33.3mmHg, 女性30.4mmHg, $P < 0.05$), 腓骨頭部(男性39.3mmHg, 女性34.5mmHg, $P < 0.01$)の5か所であった。

女性が男性より有意に高い値を示した部位は、腸骨稜部(女性42.3mmHg, 男性38.3mmHg, $P < 0.01$)の1か所であった(図4)。

③ 体型別による体圧の比較

体型別に差があった部位は、肩峰部、第7肋骨部、大転子部の3か所であった(図5)。

肩峰部においては、標準型49.7mmHg、肥満型46.5mmHgとなり、標準型が肥満型に比較して有意に高値を示した($P < 0.05$)。

第7肋骨部においては、やせ型42.2mmHg、標準型35.7mmHg、肥満型34.8mmHgとなり、やせ型が標準型と肥満型に比較して有意に高値を示した($P < 0.01$)。

大転子部においては、やせ型54.9mmHg、標準型46.2mmHg、肥満型44.6mmHgとなり、やせ型が標準型と肥満型に比較して有意に高値を示した($P < 0.01$)。

以上を体圧と肥満度の関係からみると、肩峰部、第7肋骨部、大転子部の3か所において負の相関が認め

外転枕使用による側臥位時の体圧と安楽に関する一考察

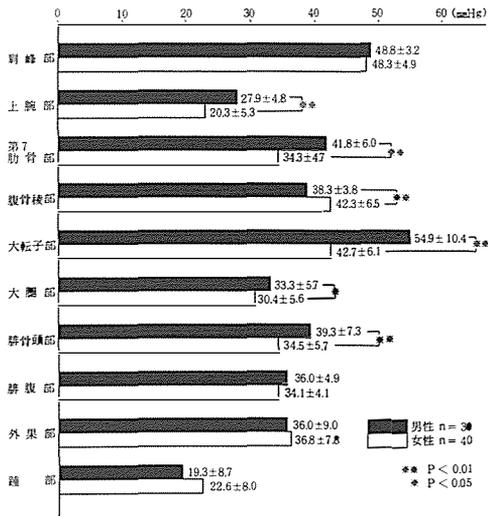


図4. 90度側臥位における性別による体圧の比較

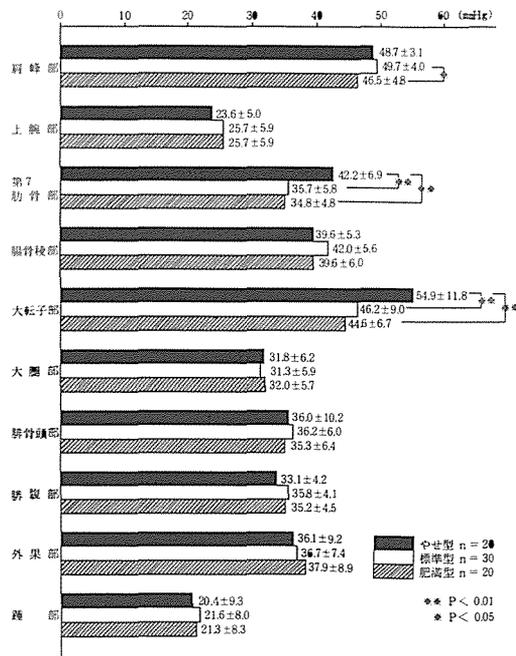


図5. 90度側臥位における体型別による体圧の比較

られ (P<0.01), 体型別による比較と一致した結果となった (表1)。

表1. 90度側臥位における体圧と肥満度の相関関係

測定部位	相関係数	有意差 (P<0.01)
肩峰部	-0.32	+
上腕部	-0.20	-
第7肋骨部	-0.44	+
腸骨稜部	0.10	-
大転子部	-0.37	+
大腿部	-0.04	-
腓骨頭部	-0.10	-
腓腹部	-0.09	-
外果部	0.16	-
踵部	0.08	-

2) 安楽と感じた側臥位の角度

被験者が安楽であると感じた側臥位の角度は60.1±2.1度であった。性別, 体型別の比較において有意な差はなかった (表2)。

表2. 安楽と感じた側臥位の角度

		角度 (度) Mean±S.D
全	体 n=70	60.1±2.1
性別	男性 n=30	60.5±1.7
	女性 n=40	59.9±2.3
体型別	やせ型 n=20	60.6±2.1
	標準型 n=30	59.5±2.0
	肥満型 n=20	60.6±2.0

3) 安楽な角度で安楽物使用時の体圧

① 各部位の体圧

各部位の平均体圧は, 体圧の高い順に, 上後腸骨棘部37.4mmHg, 大転子部35.3mmHg, 肩甲部34.9mmHg, 踵部29.3mmHg, 腓腹部27.7mmHg, 第7肋骨部26.8mmHg, 肩峰部25.5mmHg, 大腿部24.4mmHg, 上腕部21.3mmHg, 外果部19.9mmHg, 腓骨頭部16.0mmHgであった。これらのうち, 32mmHg以上の値を示した部位は, 上後腸骨棘部, 大転子部, 肩甲部の3か所であった (図6)。

② 性別による体圧の比較

男性が女性より有意に高値を示した部位は, 肩峰部 (男性27.4mmHg, 女性24.1mmHg, P<0.01), 上腕部 (男性24.3mmHg, 女性19.0mmHg, P<0.01),

外転枕使用による側臥位時の体圧と安楽に関する一考察

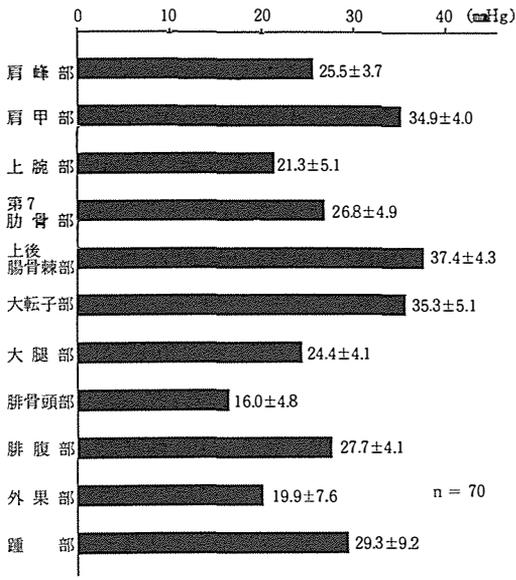


図6. 安楽な角度で安楽物品使用時の各部位の体圧

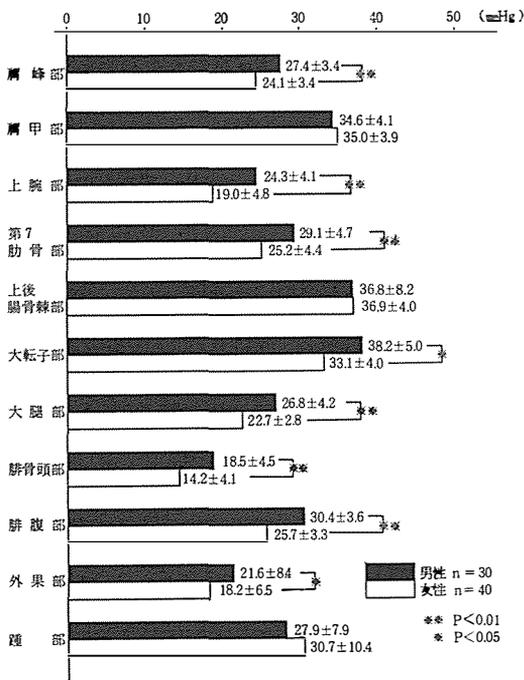


図7. 安楽な角度で安楽物品使用時の性別による体圧の比較

第7肋骨部 (男性29.1mmHg, 女性25.2mmHg, $P < 0.01$), 大転子部 (男性38.2mmHg, 女性33.1mmHg, $P < 0.05$), 大腿部 (男性26.8mmHg, 女性22.7mmHg, $P < 0.01$), 腓骨頭部 (男性18.5mmHg, 女性14.2mmHg, $P < 0.01$), 腓腹部 (男性30.4mmHg, 女性25.7mmHg, $P < 0.01$), 外果部 (男性21.6mmHg, 女性18.2mmHg, $P < 0.05$), の計8か所であった (図7)。

③ 体型別による体圧の比較

体型別に差があった部位は, 肩峰部と第7肋骨部の2か所であった (図8)。

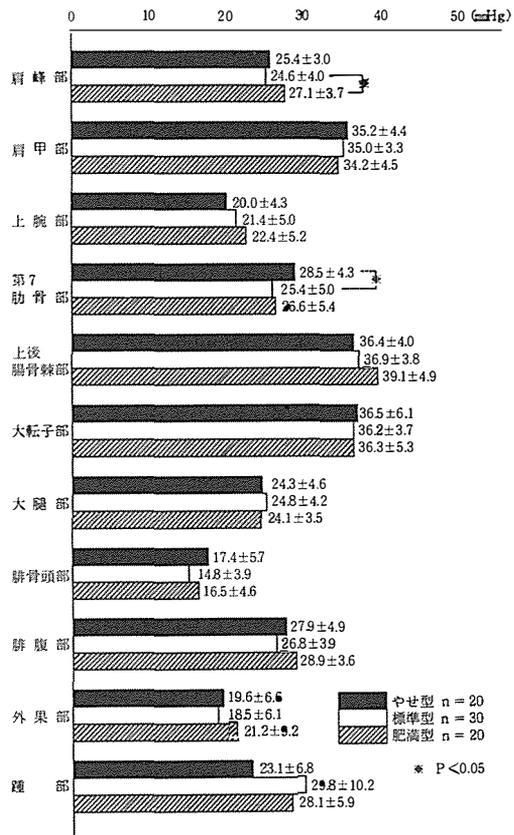


図8. 安楽な角度で安楽物品使用時の体型別による体圧の比較

肩峰部においては, 標準型24.6mmHg, 肥満型27.1mmHgとなり, 肥満型が標準型に比較して有意に高値を示した ($P < 0.05$)。

第7肋骨部においては, やせ型28.5mmHg, 標準

外転枕使用による側臥位時の体圧と安楽に関する一考察

型25.4mmHgとなり、やせ型が標準型に比較して有意に高値を示した ($P<0.05$)。

以上を、安楽な角度で安楽物品使用時の体圧と肥満度の関係のみてみたが、いずれの部位にも相関は認められなかった (表3)。

表3. 安楽な角度で安楽物品使用時の体圧と肥満度の相関関係

測定部位	相関係数	有意差 ($P<0.05$)
肩峰部	0.27	—
肩甲部	-0.14	—
上腕部	0.27	—
第7肋骨部	-0.18	—
上後腸骨棘部	0.27	—
大転子部	-0.02	—
大腿部	-0.04	—
腓骨頭部	-0.01	—
腓腹部	0.04	—
外果部	0.04	—
踵部	-0.02	—

4) 90度側臥位と安楽な角度で安楽物品使用時側臥位との体圧の比較

安楽と感じた角度でかつ安楽物品を使用した時の側臥位の体圧は、90度側臥位の体圧と比較し、肩峰部、

上腕部、第7肋骨部、大転子部、大腿部、腓骨頭部、腓腹部、外果部の8か所において、有意な減少 ($P<0.01$) がみられた。減圧率は腓骨頭部56%、肩峰部48%、外果部46%、第7肋骨部28%、大転子部27%、大腿部23%、腓腹部21%、上腕部15%の順となった。一方、踵部においては、体圧の有意な増加 ($P<0.01$) がみられ、増圧率38%であった (表4)。

5) 側臥位持続による自覚的訴え

① 訴え数

外転枕使用による右側臥位では、被験者全員が何らかの苦痛を訴えた。側臥位持続1時間の実験中、途中放棄したものはなかった。訴え総数は288で、1人当たりの訴え数は 4.1 ± 2.4 であった。性別でみると、女性の方が訴え数が有意に多かった ($P<0.01$)。体型別では、有意な差はなかった (表5)。

② 時間的推移による自覚的訴え者数

側臥位を開始してから最初の訴えがあるまでの時間は、 15 ± 11 分であった。また、側臥位を開始してから5分後に16人 (22.9%)、10分後で43人 (61.4%)、20分後で54人 (77.1%)、30分後で65人 (92.9%)、45分後で69人 (98.6%)、60分後には70人全員に何らかの訴えがあった (表6)。

③ 部位別にみた自覚的訴え

自覚的訴えを部位別にみると、表7に示したように、右側部位では腰部 (47%)、肩甲部 (43%)、足先部

表4. 90度側臥位と安楽な角度で安楽物品使用時側臥位との体圧の比較

測定部位	90度側臥位 Mean \pm S.D (mmHg)	安楽な角度で安楽物品使用時の側臥位 Mean \pm S.D (mmHg)	減圧率: - 増圧率: + (%)	有意差 ($P<0.01$)
①肩峰部	48.6 \pm 4.2	25.5 \pm 3.7	-48	+
②肩甲部		34.9 \pm 4.0		
③上腕部	25.1 \pm 5.6	21.3 \pm 5.1	-15	+
④第7肋骨部	37.3 \pm 6.6	26.8 \pm 4.9	-28	+
⑤腸骨棘部	40.6 \pm 5.8			
⑥上後腸骨棘部		37.4 \pm 4.3		
⑦大転子部	48.2 \pm 10.1	35.3 \pm 5.1	-27	+
⑧大腿部	31.6 \pm 5.8	24.4 \pm 4.1	-23	+
⑨腓骨頭部	36.6 \pm 6.8	16.0 \pm 4.8	-56	+
⑩腓腹部	34.9 \pm 4.3	27.7 \pm 4.1	-21	+
⑪外果部	36.8 \pm 8.3	19.9 \pm 7.6	-46	+
⑫踵部	21.2 \pm 8.4	29.3 \pm 9.2	+38	+

外転枕使用による側臥位時の体圧と安楽に関する一考察

表5. 訴え数

		訴えの総数	1人当たりの訴え数
全	体 n=70	288	4.1±2.4
性別	男性 n=30	87	2.8±1.4
	女性 n=40	201	4.9±2.7
体型別	やせ型 n=20	77	3.7±2.4
	標準型 n=30	126	4.1±2.7
	肥満型 n=20	85	4.1±2.0

※※ P<0.01

(39%), 殿部 (36%) の訴えが多く, 左側部位では足先部 (36%) の訴えが多かった。

④ 部位別にみた自覚的訴えの種類

訴えの種類は, 右側部位では「不快な圧迫感」, 「しびれ感」, 「倦怠感」, 「圧迫痛」, 「冷感」, 「つっぱり感」の順に多く, 左側部位では「しびれ感」, 「倦怠感」, 「不快な圧迫感」, 「冷感」, 「つっぱり感」の順に多かった。

訴えの数が10以上ある部位の訴えの種類をみてみた。右側の肩甲部, 肋骨部, 腰部, 殿部, 下腿外側部にお

表6. 時間的推移と自覚的訴え者数

時間 (分)	訴え者数 (人数)	割合 (%)
開始時	0	0
5	16	22.9
10	43	61.4
15	48	68.6
20	54	77.1
25	59	84.3
30	65	92.9
35	66	94.3
40	68	97.1
45	69	98.6
50	69	98.6
55	69	98.6
60	70	100

表7. 部位別自覚的訴え

		性別		体型別			合計	
		男性	女性	やせ	標準	肥満		
被験者数 (名)		30	40	20	30	20	70	100%
右側部位	頸部	1	1	0	0	2	2	3
	肩甲部	11	19	9	11	10	30	43
	肩部	3	2	3	2	0	5	7
	肋骨部	7	9	3	6	7	16	23
	腰部	19	14	11	11	11	33	47
	殿部	5	20	5	10	10	25	36
	大腿外側部	2	16	4	9	5	18	26
	大腿内側部	1	6	2	5	0	7	10
	膝外側部	0	5	2	1	2	5	7
	膝内側部	3	7	1	5	4	10	14
	下腿外側部	2	20	6	12	4	22	31
	下腿内側部	1	5	2	4	0	6	9
	外果部	1	5	2	1	3	6	9
	内果部	2	2	0	1	3	4	6
踵部	0	2	0	1	1	2	3	
足先部	12	15	8	12	7	27	39	
下肢全体	0	2	0	1	1	2	3	
小計 (右側)		70	150	58	92	70	220	
左側部位	頸部	1	0	0	0	1	1	1
	肩部	2	0	0	1	1	2	3
	腰部	3	1	2	2	0	4	6
	大腿外側部	1	6	2	3	2	7	10
	大腿内側部	0	4	1	2	1	4	6
	膝内側部	0	6	1	5	0	6	9
	下腿外側部	1	4	2	1	2	5	7
	下腿内側部	0	3	0	3	0	3	4
	内果部	0	3	1	1	1	3	4
	足先部	7	18	6	13	6	25	36
下肢全体	0	3	2	1	0	3	4	
小計 (左側)		15	48	17	32	14	63	
その他	背部全体	2	1	2	1	0	3	4
	息苦しい	0	2	0	1	1	2	3
合計	右側+左側+その他	87	201	77	126	85	288	

表8. 部位別にみた自覚的訴えの種類

種類		不快な 圧迫感	圧迫痛	倦怠感	しびれ 感	つっぱ り感	冷感	その他	合計
右 側 部 位	頸部			1	1				2
	肩甲部	24	3		3				30
	肩部			5					5
	肋骨部	16							16
	腰部	13	5	10	5				33
	殿部	11	6		6	2			25
	大腿外側部	8		3	6	1			18
	大腿内側部			4	3				7
	膝外側部				3	2			5
	膝内側部	2		2	6				10
	下腿外側部	10		1	11				22
	下腿内側部	3			3				6
	外果部	4			2				6
	内果部	4							4
	踵部	2							2
足先部				19		8		27	
下肢全体				1				2	
小計（右側）		97	14	27	69	5	8		220
左 側 部 位	頸部			1					1
	肩部			1		1			2
	腰部			2		2			4
	大腿外側部			1	4	2			7
	大腿内側部	2		2					4
	膝内側部	2		2	1	1			6
	下腿外側部				4	1			5
	下腿内側部	2			1				3
	内果部	3							3
	足先部				16		9		25
下肢全体			3					3	
小計（左側）		9	0	12	26	7	9		63
その他	背部全体					3			3
	息苦しい							2	2
合計	右側+左側 +その他	106	14	39	95	15	17	2	288

いて「不快な圧迫感」、右側の腰部において「倦怠感」、右側の下腿外側部と足先部において「しびれ感」が多かった。また、左側の足先部の「しびれ感」が多かった（表8）。

⑤ 自覚的訴えと体圧の関係

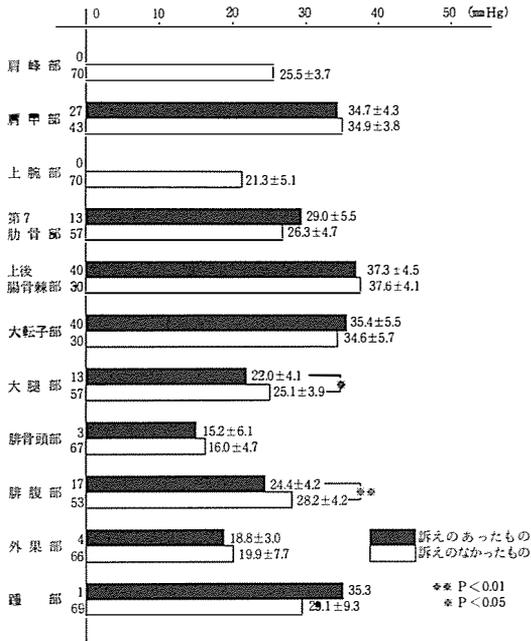
自覚的訴え（表8）を体圧（図6）の関係からみると、高体圧部位である右側の腰部（上後腸骨棘部）、殿部（大転子部）、肩甲部において苦痛の訴えが多く、苦痛部位と高体圧部位は一致した。

体圧と無関係な部位としては、ベットとの接触がない両足先部において、苦痛を訴える者が多かった。

⑥ 自覚的訴えの有無による体圧の比較

実験1時間の中でそれぞれの部位について、訴えのあったものと訴えのなかったものの体圧を比較してみた。前述の通り上後腸骨棘部（40人）、大転子部（40人）、肩甲部（27人）に対し訴えのあったものが多かったが、訴えのなかったものの体圧に有意な差はなく、どちらも32mmHg以上の高体圧となった。大腿部（ $P<0.05$ ）と腓腹部（ $P<0.01$ ）については、訴えのなかったものの体圧が訴えのあったものの体圧より有意に高値を示したが32mmHg以下であった（図9）。

外転枕使用による側臥位時の体圧と安楽に関する一考察



■ 9. 自覚的訴えの有無による体圧の比較

⑦ 自覚的訴えと心理テストの成績との関係

自覚的訴えとY-Gテストの成績との関係では、C型に自覚的訴えが少なかったが有意な差はみられなかった。また、CMIテストの成績との関係においても、それぞれの領域の訴え数には有意な差は認められなかった(表9)。

表9. 自覚的訴えと心理テストの成績

心理テスト	人数	訴え数: Mean ± S.D	
Y-Gテスト	A型	28	3.9 ± 2.4
	B型	8	4.0 ± 3.3
	C型	7	3.7 ± 1.4
	D型	27	3.9 ± 2.3
	E型	0	
CMIテスト	領域I	33	4.0 ± 2.7
	領域II	26	3.8 ± 1.5
	領域III	11	3.9 ± 2.9
	領域IV	0	

2. 患者の外転枕使用時の側臥位

1) 90度側臥位時の体圧

患者4例の内訳は、年齢55歳から68歳(平均年齢62

歳)までの男性1名、女性3名で、体型別ではやせ型1名、肥満型3名であった(表10)。

90度側臥位における患者の各部位の体圧は、表11に示す通りで、健常者との間に差は認められなかった。

表10. 症例について

患者No.	性別	年齢(歳)	体型(肥満度)	診断名	術式
1	女	68	肥満(+35.0%)	右変形性股関節症	右人工股関節全置換術(Charnley型)
2	女	63	肥満(+45.0%)	左変形性股関節症	左人工股関節全置換術(Charnley型)
3	男	63	肥満(+47.0%)	右変形性股関節症	右人工股関節全置換術(Charnley型)
4	女	55	やせ(-10.7%)	右変形性股関節症	右人工股関節全置換術(Harris型)

表11. 患者と健常者の90度側臥位における体圧の比較

測定部位	体圧: Mean ± S.D(mmHg)		有意差(P<0.05)
	患者	健常者	
肩峰部	46.1 ± 4.4	48.6 ± 4.2	—
上腕部	24.2 ± 3.0	25.1 ± 5.6	—
第7肋骨部	35.1 ± 12.0	37.3 ± 6.6	—
腸骨稜部	41.2 ± 7.2	40.6 ± 5.8	—
大転子部	46.2 ± 4.9	48.2 ± 10.1	—
大腿部	31.9 ± 8.7	31.6 ± 5.8	—
腓骨頭部	37.5 ± 8.8	36.6 ± 6.8	—
腓腹部	36.4 ± 9.1	34.9 ± 4.3	—
外果部	38.8 ± 6.2	36.8 ± 8.3	—
踵部	20.6 ± 7.8	21.2 ± 8.4	—

2) 安楽と感じた側臥位の角度

安楽と感じた側臥位の角度は、4名中3名(患者No. 1, 2, 3)においては、各60度、60度、62度であった。3名の平均値は60.7 ± 1.2度で健常者との間に差は認められなかった。残りの1名(患者No.4)は、安定性があるという理由で90度側臥位を最も安楽であるとした。

3) 安楽な角度で安楽物品使用時の体圧

患者No. 1, 2, 3における各部位の体圧は、表12に示す通りで、健常者との間に差は認められなかった。

患者No.4が安楽であるとした90度側臥位で安楽物品

外転枕使用による側臥位時の体圧と安楽に関する一考察

表12. 患者(Na 1, 2, 3)と健常者の安楽な角度で安楽物品使用時の体圧の比較

測定部位	体圧: Mean±S.D(mmHg)		有意差 (P<0.05)
	患者	健常者	
肩 峰 部	25.7±5.7	25.5±3.7	-
肩 甲 部	32.3±4.1	34.9±4.0	-
上 腕 部	19.9±1.7	21.3±5.1	-
第 7 肋骨部	25.1±2.1	26.8±4.9	-
上後腸骨棘部	35.8±9.8	37.4±4.3	-
大 転 子 部	35.1±5.5	35.3±5.1	-
大 腿 部	22.6±8.6	24.4±4.1	-
腓 骨 頭 部	16.7±6.6	16.0±4.8	-
腓 腹 部	25.0±2.5	27.7±4.1	-
外 果 部	21.9±3.5	19.9±7.6	-
踵 部	30.9±6.8	29.3±9.2	-

を使用した時の各部位の体圧は、表13のようになった。32mmHg以上の値を示した部位は、肩峰部、第7肋骨部、腸骨棘部、大転子部、腓腹部、踵部の6か所であった。

4) 股関節手術後の側臥位の観察

① 自覚的訴えと側臥位持続時間

患者について、股関節手術後の外転枕使用時側臥位の自覚的訴えと持続時間の観察結果は、表14のようになった。1人当たりの訴え数は、1.5±0.6であった。訴えの内容については、4名中2名が創痛を訴えた。また、創痛以外の訴えについては、4名中2名が患側の倦怠感を訴え、90度側臥位を安楽であるとした患者Na 4のみが健側腸骨棘部の圧迫痛を訴えた。訴え開始時間については、創痛の0分(側臥位開始前より持続しているもの)を除くと、38±21分となった。側臥位持続時間は、45±17分であった。

表13. 患者Na 4の90度側臥位で安楽物品使用時の体圧

測定部位	体圧(mmHg)
肩 峰 部	46
上 腕 部	27
第 7 肋骨部	46
腸 骨 棘 部	42
大 転 子 部	52
大 腿 部	20
腓 骨 頭 部	20
腓 腹 部	40
外 果 部	30
踵 部	32

表14. 自覚的訴えと側臥位持続時間

患者Na	訴え数	訴え部位(種類)	訴え開始時間(分)	持続時間(分)	理 由	Y-G	CMI
1	1	患側足先部(倦怠感)	55	60	患側足先部の倦怠感	A	I
2	2	患側大腿外側部(倦怠感)	45	50	患側下肢外側部の倦怠感	D	II
		患側下腿外側部(倦怠感)	45				
3	1	創 部 痛	0	50	創 痛	D	II
4	2	健側腸骨棘部(圧迫痛)	15	20	健側腸骨棘部の圧迫	A	II
		創 部 痛	0				

表15. 患者と健常者の自覚的訴えの比較

	患 者	健 常 者	有 意 差 (P<0.01)
一人当たりの訴え数	1.5±0.6	4.1±2.4	+
訴え開始時間(分)	38±21	15±11	+

② 患者と健常者の自覚的訴えの比較

患者と健常者の自覚的訴えを比較すると、1人当たりの訴え数は、患者が1.5±0.6であり、健常者に比較し有意に訴えが少なかった(P<0.01)。また、側臥位開始から最初の訴えがあるまでの時間は、患者が38±21分であり、有意に遅かった(P<0.01, 表15)。

IV 考 察

股関節疾患患者の手術後において、股関節の外転位保持の重要性については、前述した通りである。そのため、患者は股関節外転位保持のため外転枕を使用し、仰臥位・側臥位という限られた体位を強いられる。そのような状況の中で、外転枕使用時の側臥位をいかに安楽にするかが、看護の重要な役割となる。そこで、体位の安楽を体圧の面から検討してみた。

体圧の強さは、「加わる荷重」と圧迫を直接受ける「受圧面積」との関係で決る¹¹⁾と考えられ、加わる力に対して受圧面積が小さいときその部分の体圧は大きくなる。今回の実験では、側臥位の角度を変化させて基底面を広くし、高体圧部位に安楽物品を使用して「受圧面積」を広げることにより、点圧力を小さくし、体圧の分散を図り、側臥位の安楽を図るのではないかと、という仮説に基づいて行った。また、側臥位持続による自覚的訴えの面からも安楽について検討を加えた。

安静時の皮膚における毛細血管圧は、細動脈端で32 mmHg、細静脈端で15mmHgと言われている¹⁰⁾。すなわち、皮膚局所に加わる圧がこれらを上回る場合、当然その局所微小循環には障害を生じることになる。陳ら¹²⁾は皮膚脈波測定実験において、膝蓋骨上では20.8~25.9mmHg、第5腰椎部では31.2~36.4mmHgで脈波を測定できなくなったとし、皮膚血流の障害を体圧20.8mmHgを限界として発生するとしている。川口ら¹³⁾は人体の体圧分布での加圧の中心は、褥瘡好発部位に一致し、加圧の中心での皮膚脈流は約70~100mmHgで消失したという。褥瘡は皮膚と皮下組織の部分的な壊死と考えられ、毛細血管の上に長期にわたる圧迫が加わると生じるものである¹⁴⁾。皮膚に対する圧迫の程度は皮膚と骨の形状、および骨との間の組織構造に深く関係し部位によって必ずしも一律でないと考えられる。このような局所的発生因子に加えて全身的発生因子（全身的衰弱、栄養不良、老衰、知覚低下）が強く関与している¹⁵⁾。本研究では細動脈端圧とされる32mmHgを毛細血管圧とした。

まず、外転枕使用時の90度右側臥位における体圧が毛細血管圧とした32mmHg以上を示した部位は、肩峰部、大転子部、腸骨稜部、第7肋骨部、外果部、腓骨頭部、腓腹部、の7か所で、骨突出部に圧が集中し、

Bell¹¹⁾の報告と一致した。他の側臥位の体圧の実験でも、肩峰部、大転子部^{16) 17)}、胸部¹⁸⁾を高体圧部位と報告している。また、山田^{19) 20)}は大転子部を側臥位における最も褥瘡発生のリスク部位であることを指摘しており、同様の結果であった。一方、皮下脂肪厚の厚い腓腹部の体圧も高値を示したが、これは、腓腹部に左下肢の重量や外転枕の重量が加わったものと考えられた。

各部位の体圧を性別で比較してみると、上腕部、第7肋骨部、大転子部、大腿部、腓骨頭部の5か所において、男性が女性より高値となった。これは男性に比較し、女性の皮下脂肪が豊富なことが除圧効果を成したと考えられた。また、腸骨稜部の1か所において女性が男性より高値となり、骨盤の形態学的な違いによるものと推察した。

体型別比較では、肩峰部、第7肋骨部、大転子部の3か所において、肥満度と体圧の間に負の相関関係がみられた。「皮厚と体圧の間には負の相関がある」という山田¹⁹⁾の報告からもわかるように、肥満型では皮厚が増すことにより「受圧面積」が広がり、体圧が低くなり、やせ型では骨突出部に圧が集中する。しかし、肥満型では逆に広範囲に「加わる加重」が及ぼすため、広範囲に循環障害を起こす危険性もあり、肥満型もやせ型と同様に、何らかの除圧が必要となる。

以上のことより、外転枕使用時における側臥位での安楽を工夫する場合、高体圧部位（肩峰部、大転子部、腸骨稜部、第7肋骨部、外果部、腓骨頭部、腓腹部）の除圧が重要と考えられる。

そこで今回の実験では、側臥位の角度を変化させて基底面を広くし、さらに高体圧部位に枕などを使用することで、体圧の分散を図り、安楽を試みた。

被験者が安楽と感じた側臥位の角度は、60.1±2.1度であった。さらに安楽物品を使用した時の側臥位における体圧は、90度側臥位における体圧と比較し、肩峰部、上腕部、第7肋骨部、大腿部、腓骨頭部、腓腹部、外果部の7か所において有意な低下がみられ、さらに32mmHg以下となった。この角度での側臥位は、基底面が肩甲部や殿部などの広い部位になることで圧が分散し、さらに重心が90度側臥位に比べ低くなり、身体の安定性が得られたものと考えた。しかし、大転子部においては90度側臥位時と比較し有意に低下しているものの、依然32mmHg以上となった。肩甲部と

上後腸骨棘部に関しては、安楽物品を使用したにもかかわらず高体圧となり、さらに除圧の工夫が必要であると考えた。

側臥位持続による自覚的訴えについて、まず1人当たりの訴え数をみると、女性が男性より訴え数が多かった。時間的推移による自覚的訴え者の割合をみると、側臥位を開始してから30分後には70人中65人(92.9%)が何らかの苦痛を訴えた。また、最初の訴えがあるまでの時間が 15 ± 11 分であることから、側臥位を30分以上継続することは苦痛であることが判明した。松村ら²¹⁾は体圧と持続時間の検討より、側臥位の体位変換を30分が適当としている。

部位別に自覚的訴えをみると、体圧のかかる身体右側面(基底面)が左側面に比較し、訴え数が多くみられた。上後腸骨棘部(腰部)、肩甲部、大転子部(殿部)に訴えが多く、これは高体圧部位と一致した。訴えの種類は、「不快な圧迫感」、「しびれ感」が主であった。「不快な圧迫感」を「圧迫痛」の前駆状態として考えると、これら訴えは、本多²²⁾がいう「皮膚に生じた非生理的な状況からの脱出サイン」であるといえる。圧迫による組織変化は加圧の大きさのみならず、その加圧時間に比例して憎悪する¹³⁾ことから、時間的経過に伴う苦痛の訴えに耳を傾け、仰臥位への体位変換を行う必要がある。一方、左側面では、足先部に訴えが多く、内容は「しびれ感」、「冷感」が多かった。これは、足先部が股関節外転位により、心臓より高い位置にあるために生じると考えられる。また、右側の足先部でも、同様の訴えが多かったが、圧迫による循環障害と推察した。

それぞれの部位について自覚的訴えの有無により、体圧を比較してみた。骨突出部である上後腸骨棘部、大転子部、肩甲部に対し訴えのあったものが多かったことは、前述の通りである。しかし、訴えのなかったものとの体圧には有意な差はなく、訴えの有無にかかわらず高体圧を示していた。つまり、同一部位において訴えのあったものがより体圧が高いとは言えず、訴えないものに対してでも、高体圧であることを考慮し、安楽の工夫が重要であることが示唆された。

自覚的訴え数と心理テストの成績とをみてみたが、関連性はなく、川本ら¹⁷⁾の同一体位を継続する場合 Personality の影響はあまりないという報告と一致した。このことにより、訴え数の多さを単に性格が原因

であるとして捉えてはならず、訴えの一つ一つに耳を傾けて援助していく必要がある。

以上をまとめてみると、安楽な角度で安楽物品使用により、除圧効果は認められたが、肩甲部、上後腸骨棘部、大転子部は依然高体圧部位を示し、自覚的訴えも多く、さらに安楽の検討が示唆された。

次に、股関節手術患者と健常者について比較してみた。症例No.1, 2, 3に関しては、体圧ならびに安楽と感じた角度において健常者との差はなかった。しかし、自覚的訴えにおいては、一人当たりの訴え数が 1.5 ± 0.6 と健常者に比べ有意に少なく、また訴え開始時間も 38 ± 21 分と有意に遅かった。患者では、術後良肢位保持の目的のため体動・体位の制限がある。そのため、長時間の仰臥位安静による苦痛が強く、側臥位への体位変換によってそれまでの苦痛が一気に軽減したためと思われる。内容も健常者とは異なり、圧迫部位の訴えはなく、患側の倦怠感や創痛が主であった。術後2日目において当然の訴えではあるが、創痛のため側臥位を継続できない患者もいた。また、患者は平均年齢62歳であり、加齢による影響(皮膚の硬化、筋萎縮、循環系の障害)も考慮しなければならない。

次に、1名ではあるが患者No.4が、安定性があるという理由で90度側臥位を安楽であるとした。しかし、高体圧部位である腸骨棘部の圧迫痛を訴え、側臥位持続時間は20分と短いものであり、90度側臥位の苦痛が大きいことが伺えた。

今回の実験では、外転枕使用時の側臥位において、側臥位の角度を変化させ、安楽物品を使用することで、体圧の分散を図り、高体圧部位の除圧を試みた。しかし、患者は健常者とは異なった様々な条件を持っていることが改めて示唆され、個々の患者に合わせた安楽の工夫を考える必要性を再認識した。また、今回は患者が4例と少なかつたため、十分な検討ができたとは言えず、今後課題を残した。

V 結 語

健常者と股関節手術患者を対象に、外転枕使用時の側臥位における安楽を、体圧の面から検討した。

1. 90度側臥位時の体圧は、健常者では肩峰部・大転子部・腸骨棘部・第7肋骨部・外果部・腓骨頭部・腓腹部において毛細血管圧(32mmHg)以上であり、患者の体圧も差はなかった。性別と体圧では、上腕部・

外転枕使用による側臥位時の体圧と安楽に関する一考察

第7肋骨部・大転子部・大腿部・腓骨頭部において男性が有意に高体圧となり、腸骨稜部において女性が有意に高体圧となった。肥満度と体圧では、肩峰部・第7肋骨部・大転子部において負の相関を示した。

2. 安楽と感じた側臥位の角度は健常者 60.1 ± 2.1 度、患者 60.7 ± 1.2 度であった。

3. 安楽な角度で安楽物品使用時の体圧は、90度側臥位と比較し、いずれの部位においても有意な低下がみられたが、上後腸骨棘部・大転子部・肩甲部においては依然 32mmHg 以上であった。

4. 側臥位持続による自覚的訴え数は、健常者が患者より有意に多かった。健常者においては、女性が男性より有意に訴えが多かった。

5. 側臥位開始から最初の訴えがあるまでの時間は、患者が健常者より有意に遅かった。健常者では、30分

で9割以上の者に何らかの訴えがあった。

6. 上後腸骨棘部・大転子部・肩甲部に対し訴えのあったものが多かったが、訴えの有無にかかわらず高体圧を示した。

7. 自覚的訴えと心理テストの関連性は認められなかった。

8. 自覚的訴えの部位は、健常者では高体圧部位の上後腸骨棘部・大転子部・肩甲部の圧迫痛が多く、苦痛部位と高体圧部位は一致した。しかし、患者では高体圧部位の訴えはなく、患側の倦怠感や創痛が主であり、個々の患者の訴えに合わせた安楽の工夫が必要と考えた。

(本研究の要旨は第15回日本看護研究学会総会で発表した。)

要 旨

外転枕は、股関節疾患患者の術後において、術後合併症である股関節脱臼予防のため、股関節外転位保持の目的で使用され、そのまま側臥位に変換できる利点をもつ。そこで、健常者70名と股関節手術患者4名を対象に、外転枕使用時の側臥位における安楽を、体圧・側臥位持続による自覚的訴え・心理テストの面から検討した。

体圧は、90度側臥位と安楽な角度で安楽物品使用時の2法において、肩峰部・肩甲部・上腕部・第7肋骨部・腸骨稜部・上後腸骨棘部・大転子部・大腿部・腓骨頭部・腓腹部・外果部・踵部の12か所で、カフ血圧測定器を使用し測定した。

1. 90度側臥位時の体圧は、健常者では肩峰部・大転子部・腸骨稜部・第7肋骨部・外果部・腓骨頭部・腓腹部において毛細血管圧(32mmHg)以上であり、患者の体圧も差はなかった。

2. 安楽と感じた側臥位の角度は健常者 60.1 ± 2.1 度、患者 60.7 ± 1.2 度であった。

3. 安楽な角度で安楽物品使用時の体圧は、90度側臥位と比較し、いずれの部位においても有意な低下がみられたが、上後腸骨棘部・大転子部・肩甲部においては依然 32mmHg 以上であった。

4. 側臥位持続による自覚的訴え数は、健常者の方が患者より有意に多かった。側臥位開始から最初の訴えがあるまでの時間は、患者の方が健常者より有意に遅かった。

5. 自覚的訴えと心理テストとの関連性は認められなかった。

6. 自覚的訴えは、健常者では高体圧部位の上後腸骨棘部・大転子部・肩甲部の圧迫痛が多く、苦痛部位と高体圧部位は一致した。しかし、患者では高体圧部位の訴えはなく、患側の倦怠感や創痛が主であり、個々の訴えに合わせた安楽の工夫が必要と考えた。

Abstract

Abduction pillow is used to the patient treated with hip joint surgery in order to protect luxation of operated joint, and to keep the rest of both hip joint in abducent position. This pillow has also a merit to keep abducent position of hip joint in changing of patients to lateral without removal of lower extremities.

In this study, body pressure was measured in lateral position with abduction pillow, subjective complaints in this position was evaluated. Correlation between these complaints and the results of psychological test (Y-G and CMI) was also evaluated and the method to reduce of discomfort in this position was investigated.

In 70 healthy youths, body pressure of right 12 points (acromion, scapula, arm, 7th rib, iliac crest, posterior superior iliac spine, greater trochanter, thigh, head of fibula, sura, lateral malleolus, and calcaneus) was measured in right lateral position with abduction pillow. Similar examination was done in 4 patients received hip joint surgery whose position was contra-lateral of operated hip side.

The results were as follows;

1. The pressure of 7 points (acromion, greater trochanter, iliac crest, 7th rib, lateral malleolus, head of fibula and sura) was apparently higher than capillary pressure (32mmHg).

2. Discomfort in this position was reduced by changing to oblique-lateral position. Most comfortable angle in oblique-lateral position was 60 degrees in healthy youths and the patients.

3. Even though in oblique-lateral position, the pressure of the posterior superior iliac spine, greater trochanter and scapula was still higher than capillary pressure.

4. Number of subjective complaints of healthy youths was significantly more than that of the patients, and the interval until first complaint was short in the former.

5. Quantity of subjective complaints didn't correlate to the results of psychological test.

6. Main subjective complaint of healthy youths was pressure pain on high body pressure region, namely, the discomfort regions coincided to the region of high body pressure. On the other hand, patient's complaints was not in high body pressure region and their main complaint was fatigue or wound pain. So, nursing care of these patients should be done according to their individual complaints.

VI 文 献

- | | |
|---|---|
| 1) 赤松功也, 他: 人工股関節置換術; その方法と管理の要点, クリニカルスタディ, 3(7), 73~80, 1982. | 4) 金子 光, 他: 系統看護学講座16成人看護学6, 193~196, 医学書院, 東京, 1987. |
| 2) 大谷 清, 他: ベッドサイドナーシング整形外科, 106~108, 医学書院, 東京, 1980. | 5) 福田宏明, 他: 整形外科, 図説臨床看護シリーズ5成人整形外科・形成外科・リハビリテーション(正津晃, 他監修), 72~73, 学芸研究社, 東京, |
| 3) 稗田 寛: 変形性関節症の外科治療における術前・ | 後管理, 看護技術, 27(12), 26~32, 1981. |

外転枕使用による側臥位時の体圧と安楽に関する一考察

- 1987.
- 6) 廣谷速人：関節疾患，骨・関節疾患ハンドブック（吉利和編），279～294，メヂカルフレンド社，東京，1990.
- 7) 吉村ふき子，他：安楽位を保持した外転枕の考察，第15回日本看護学会集録成人看護，234～237，日本看護協会出版会，東京，1984.
- 8) 小林直美：股関節疾患患者の側臥位時における外転保持用具，臨牀看護，14(6)，855～856，1988.
- 9) 西村真実子，他：基本的体位の保持と生体反応の関係—仰臥位保持と自覚的訴え・皮膚温の関係—，第12回日本看護学会集録看護管理，168～174，日本看護協会出版会，東京，1981.
- 10) 長島長節：微小循環，生理学体系Ⅲ・循環の生理学（松田幸次郎編），660～680，医学書院，東京，1969.
- 11) F. Bell, et al. : Pressure sores their cause and prevention, Nursing Times, 16, 740～745, 1974.
- 12) 陳素卿，他：褥瘡予防に関する基礎的研究（第一報），千葉大学教育学部研究紀要，30(2)，243～255，1981.
- 13) 川口孝泰，他：褥瘡予防における体位変換時間の検討—家兎耳翼加圧による組織学的変化より—，日本看護研究学会雑誌，6(3)，51～62，1983.
- 14) 大井淑雄：褥創の発生機序，総合リハビリテーション，5(12)，166～172，1977.
- 15) 大谷 清：褥瘡の発生機序と治療の実際，看護技術，32(5)，17～26，1986.
- 16) 山口公代，他：基本的体位の体圧と枕によるその変化，看護研究，11(4)，38～44，1978.
- 17) 川本利恵子，他：同一位位の保持と生体反応の実験的研究<1>—物理的・精神的側面の検討—，看護展望，10(3)，24～35，1985.
- 18) 氏家幸子，他：姿勢とその安楽に関する検討—その1・基本的体位の体圧分布に関する考察—，看護技術，20(9)，114～121，1974.
- 19) 山田道廣：体圧からみた体位変換管理，看護技術，25(4)，148～160，1979.
- 20) 山田道廣：褥瘡の予防—特に生体に加わる圧迫の影響について—，理学療法と作業療法，11(1)，27～35，1977.
- 21) 松村久代，他：体圧分布と同一位位持続に関する検討，第13回日本看護学会集録看護総合，140～144，日本看護協会出版会，東京，1982.
- 22) 本多純男：褥創の発生機序とその治療，看護技術，23(7)，9～17，1977.

(平成3年3月1日受付)

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 菅家南子／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／緊用医薬品明記／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
女性生殖器官疾患患者の看護	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

精神病に対する看護学生の意識構造（1）

The Consciousness to the Psychosis of the Students in a Nursing Colledge（1）

金山正子* 津山和子* 川本利恵子**
Masako Kanayama Kazuko Tsuyama Rieko Kawamoto
内海 凜***
Ko Utsumi

I. 研究目的

日本の現社会では精神疾患患者に対する偏見がある。看護学生も例外ではなく、これまでの研究においては、精神疾患患者に対する偏見が報告されている。本学においても精神科実習前に看護学生の持つ偏見はさまざまであり、学習過程の障害となっている。また、実習で患者に接することにより偏見は変化しているが、卒業後の就業選択にも影響している。そこで今回、精神科の講義を受ける前の看護学生が精神疾患や精神疾患患者に対してどのような特定の意識を持っていつているかを明らかにしたいと考え、第一段階としてどのような意識構造を持っているかを把握する目的で本研究を行った。

II. 研究方法

1. 対象

対象は今までに精神疾患に関する知識のなかった学生とし、昭和60～62年度の山口大学医療技術短期大学看護学科2年生、総計232名とした。

2. 方法

方法は、2年次の精神科の講義開始前に「精神病と聞いて」のテーマで、自由記載法によりB5用紙に記述を求めた。この記載事項の内容を整理し、因子分析

を行い、各学生の因子スコアを入学形態別、成績別、精神病患者や精神病院との接触経験別、入学年度別、CAS不安得点別にし、平均値の差の検定を行った。

III. 結果および考察

調査用紙の回収率は100%、有効解答率は100%である。

1. 因子の抽出

調査用紙の記載事項の内容より、表1に示した24項目に整理し、因子分析（バリマックス回転）を行った。因子の抽出は、3因子抽出の場合（累積寄与率22.3%）と6因子抽出の場合（累積寄与率40.21%）の2とおりを行った。

3因子抽出の場合は、表2に示したとおりである。第1因子は「近づきにくい・差別・疎外」「かわいそうな」「気味が悪い」「患者を支えることが必要」等の項目であり、患者への同情が記載されている項目が多く、「同情因子」と命名した。第2因子は「怖い」「家族の負担・苦しみが大きい」「結婚の障害」「不安な」等の項目であり、病気に対する恐怖が記載されている項目が多く、「恐怖因子」と命名した。第3因子は「暗い・陰気」「隔離・柵・鉄格子」「冷たい」等の項目であり、精神疾患患者や精神病院に対する印象が記載されている項目が多く、「印象因子」と命名した。

* 山口大学医療技術短期大学部 The School of allied Health Science Yamaguchi University

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

*** 千葉大学看護学部看護実践研究指導センター Faculty of Nursing, Chiba University, Center of
Education & Research for Nursing Practice

精神病に対する看護学生の意識構造（1）

表1. 学生のレポートより整理した項目の平均値・標準偏差・記述件数

(N=232)

項目	M・S・D・記述件数	M	SD	記述件数
1	危険な・犯罪・事件	0.509	0.500	118
2	怖い	0.362	0.481	84
3	近づきにくい・差別・疎外	0.328	0.469	76
4	暗い・陰気	0.065	0.246	15
5	不安な	0.086	0.281	20
6	気味が悪い・嫌な	0.142	0.349	33
7	かわいそうな	0.091	0.287	21
8	敏感な・純粋な・弱い	0.121	0.326	28
9	心の病気・精神の異常	0.353	0.478	82
10	思考・行動の異常, 何をするかわからない	0.612	0.487	142
11	隔離・柵・鉄格子	0.185	0.389	43
12	遺伝する	0.086	0.281	20
13	身近な病気	0.147	0.354	34
14	治療・看護が難しい	0.388	0.487	90
15	社会・家庭等の問題により発病	0.246	0.430	57
16	家族の負担・苦しみが大きい	0.082	0.274	19
17	結婚の障害になる	0.017	0.130	4
18	知能障害がある	0.039	0.193	9
19	自分の世界に閉じ籠る・別世界	0.151	0.358	35
20	人間関係が困難	0.060	0.238	14
21	精神病への理解が必要	0.073	0.261	17
22	心と心の繋がりが必要	0.065	0.246	15
23	患者を支えることが必要	0.086	0.281	20
24	冷たい	0.004	0.066	1

表2. 因子分析の結果（3因子の場合）

項目	因子	f 1	f 2	f 3	
3	近づきにくい・差別・疎外	0.61	-0.02	0.05	同情因子
7	かわいそうな	0.54	-0.00	0.01	
6	気味が悪い・嫌な	0.51	0.19	-0.14	
14	治療・看護が難しい	-0.44	0.26	0.01	
19	自分の世界に閉じ籠る・別世界	-0.43	-0.01	-0.14	
13	身近な病気	-0.33	0.14	0.12	
23	患者を支えることが必要	0.32	0.26	0.00	
21	精神病への理解が必要	0.32	-0.09	-0.10	
9	心の病気・精神の異常	-0.22	0.21	0.13	
2	怖い	0.18	-0.60	0.06	恐怖因子
16	家族の負担. 苦しみが大きい	0.21	0.52	0.04	
17	結婚の障害になる	0.32	0.48	0.04	
5	不安な	0.00	-0.40	-0.08	
15	社会・家庭等の問題により発病	-0.11	0.39	-0.16	
12	遺伝する	-0.66	0.36	0.01	
1	危険な・犯罪・事件	0.14	-0.24	-0.04	
22	心と心の繋がりが必要	-0.03	0.20	-0.10	
18	知能障害がある	-0.00	-0.12	0.01	
4	暗い・陰気	-0.07	-0.09	0.73	印象因子
11	隔離・柵・鉄格子	-0.02	-0.02	0.62	
24	冷たい	0.02	-0.06	0.59	
20	人間関係が困難	-0.12	-0.08	0.42	
10	思考・行動の異常, 何をするかわからない	-0.01	-0.24	-0.30	
8	敏感な・純粋な・弱い	-0.01	-0.18	-0.19	

精神病に対する看護学生の意識構造 (1)

表3. 因子分析の結果 (6 因子の場合)

項目	因子	f 1	f 2	f 3	f 4	f 5	f 6	
3	近づきにくい・差別・疎外	0.58	0.09	-0.00	-0.14	0.18	-0.03	嫌悪因子
14	治療・看護が難しい	-0.53	0.06	-0.02	-0.07	0.20	0.10	
19	自分の世界に閉じ籠る・別世界	-0.51	0.08	-0.07	-0.03	-0.04	0.18	
7	かわいそうな	0.47	0.30	-0.07	-0.19	0.12	0.06	
6	気味が悪い・嫌な	0.44	0.12	-0.14	0.17	0.25	-0.11	
23	患者を支えることが必要	0.17	0.61	-0.12	-0.07	0.18	0.23	同情因子
13	身近な病気	-0.23	-0.46	0.09	-0.01	0.14	0.19	
1	危険な・犯罪・事件	0.25	-0.43	0.06	0.07	-0.08	-0.28	
20	人間関係が困難	-0.19	0.41	0.43	-0.07	-0.13	0.01	
4	暗い・陰気	0.02	-0.16	0.74	-0.03	-0.04	0.14	現実的 イメージ因子
24	冷たい	0.01	0.13	0.65	0.09	-0.04	-0.06	
11	隔離・柵・鉄格子	0.01	-0.18	0.62	-0.12	0.14	0.03	
15	社会・家庭等の問題により発病	-0.03	-0.24	-0.15	0.55	0.09	0.22	看護の目覚め 因子
2	怖い	0.31	-0.29	0.03	-0.53	-0.29	-0.10	
21	精神病への理解が必要	0.42	-0.01	-0.00	0.46	-0.23	-0.13	
5	不安な	0.14	-0.23	-0.16	-0.44	-0.27	0.14	
18	知能障害がある	-0.03	-0.00	-0.06	-0.41	0.06	0.03	
22	心と心の繋がりが必要	0.03	-0.10	-0.09	0.33	0.22	0.13	
17	結婚の障害になる	0.15	-0.06	0.01	0.01	0.71	-0.10	社会的 イメージ因子
16	家族の負担・苦しみが大きい	0.02	0.07	0.01	0.05	0.66	-0.05	
12	遺伝する	-0.04	-0.40	-0.08	-0.04	0.42	0.25	
9	心の病気・精神の異常	-0.11	0.08	-0.03	0.04	-0.12	0.67	学問的研究 因子
10	思考・行動の異常, 何をするかわからない	-0.18	0.03	-0.16	-0.25	0.09	-0.67	
8	敏感な・純粋な・弱い	0.02	-0.06	-0.06	0.27	-0.23	-0.31	

次に6因子抽出の場合は、表3に示したように第1因子は「近づきにくい・差別・疎外」「治療・看護がむずかしい」「自分の世界に閉じ籠る・別世界」「かわいそうな」「気味が悪い・嫌な」等の項目であり、精神疾患や精神疾患患者を嫌悪する意識傾向があり、「嫌悪因子」と命名した。第2因子は「患者を支えることが必要」「身近な病気」「危険な・犯罪・事件」「人間関係が困難」等の項目であり、精神疾患や精神疾患患者に対して同情しようとする意識傾向があり、「同情因子」と命名した。第3因子は「暗い・陰気」「冷たい」「隔離・柵・鉄格子」等の項目であり、現実のイメージが記載されているため、「現実的イメージ因子」と命名した。第4因子は「社会・家庭等の問題により発病」「怖い」「精神病への理解が必要」「不安な」「知能障害がある」「心と心の繋がりが必要」等の項目であり、精神科看護への動機づけとなるような意識傾向があり、「看護の目覚め因子」と命名した。第5因子は「結婚の障害」「家族の負担・苦しみが大きい」「遺伝する」等の項目であり、精神疾患患者の社会的なイメージについて記載されており、これを「社

会的イメージ因子」と命名した。第6因子は「心の病気・精神の異常」「思考・行動の異常, 何をするかわからない」「敏感な・純粋な・弱い」等の項目であり、精神疾患を医学的にとらえようとする意識傾向があり、これを「学問的研究因子」と命名した。

2. 因子スコアの群別の比較

次に、6因子抽出の場合について、対象の個人特性より、以下の群別に因子スコアを比較し、T検定を行った。

1) 入学形態別

まず、看護への動機づけや自覚における差を検討できるのではないかと考え、表4に示したように入学形態別に比較した。推薦入学の学生は、看護を志向し推薦を受けた学生である。その推薦入学の学生と一般入学の学生を比較すると、「看護の目覚め因子」に5%の危険率で有意差がみられた。推薦入学の学生の因子スコアの平均値はマイナスを示し、一般入学の学生の因子スコアの平均値はプラスを示した。このことより、精神疾患患者の看護への目覚め方は、看護にさほど関心を持っていなかった一般入学の学生の方がより大き

精神病に対する看護学生の意識構造（1）

表4. 入学形態別による因子スコアの比較

入学形態	因子 M・SD N	f 1 嫌悪因子		f 2 同情因子		f 3 現実的 イメージ因子		f 4 看護の 目覚め因子		f 5 社会的 イメージ因子		f 6 学問的研究因子	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
		推薦入試	108	-0.0289	1.000	0.0189	1.003	-0.047	0.709	-0.169*	0.913	0.030	1.095
一般入試	124	0.0253	0.999	-0.0165	0.997	0.041	1.195	0.147*	1.408	-0.026	0.908	-0.039	1.008

* : P<0.05

表5. 成績別因子スコアの比較

成績	因子 M・SD N	f 1 嫌悪因子		f 2 同情因子		f 3 現実的 イメージ因子		f 4 看護の 目覚め因子		f 5 社会的 イメージ因子		f 6 学問的研究因子	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
		成績上位	55	-0.105	0.822	-0.205	0.995	-0.039	0.851	-0.048	1.057	-0.054	1.076
成績下位	66	0.017	1.045	0.046	0.848	0.213	1.44	-0.053	0.843	-0.054	0.783	-0.141*	0.923

* : P<0.05

表6. 精神障害者・精神病院との接触経験の有無別因子スコアの比較

経験の有無	因子 M・SD N	f 1 嫌悪因子		f 2 同情因子		f 3 現実的 イメージ因子		f 4 看護の 目覚め因子		f 5 社会的 イメージ因子		f 6 学問的研究因子	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
		あり	53	0.237*	0.954	-0.019	0.679	0.464	0.912	-0.005	0.843	-0.124	0.845
なし	179	0.070*	1.002	0.005	1.077	-0.014	1.024	0.001	1.042	0.037	1.039	0.009	0.981

* : P<0.05

きいと考える。

2) 成績別

次に、学習態度により結果に差があるのではないかと考え、本調査後に行われた精神疾患・看護の科目成績を表5に示したように成績別に、上位の成績の学生と下位の成績の学生とで比較した。その結果、「学問的研究因子」に5%の危険率で有意差がみられた。すなわち、講義前に学問的に精神病をとらえようとする意識のあった学生の方が、講義終了後の成績が上位であるという結果が示された（ $r=0.18$ ）。この結果は、学習意欲と関連していると考えられる。

3) 接触の有無

次に、実際の患者への「接触」の有無は、看護学生

の持つ精神病のイメージに大きな影響を与えると考えた。そこで表6に示したように、精神疾患患者や精神病院と接触した経験のある学生とない学生を比較した。その結果、「嫌悪因子」に5%の危険率で有意差がみられ、接触した経験のある学生の方が、むしろ嫌悪する傾向を示した。このことは、接触したとはいっても、表面的な外見上の接触であり、知識がなかったためであると考える。

4) 入学年度別

次に、精神病に対する意識は社会状況によって変わることも考えられる。そこで、昭和60年度、61年度、62年度の3クラスについて年度別に比較した。表7に示したように、昭和60年度の学生とそれ以外の学生を

精神病に対する看護学生の意識構造 (1)

表7. クラス別因子スコアの比較

クラス	N	f 1 嫌悪因子		f 2 同情因子		f 3 現実的 イメージ因子		f 4 看護の 自覚め因子		f 5 社会的 イメージ因子		f 6 学問的研究因子	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
60年度	83	-0.070	0.859	-0.344**	0.950	-0.110	0.656	0.245**	1.029	0.192*	1.162	-0.052	0.979
61・62年度	149	0.039	0.975	0.192**	0.975	0.061	1.143	-0.136**	0.957	-0.107*	0.879	0.029	1.011

** : P<0.01 * : P<0.05

表8. 精神科実習前のCAS不安得点別因子スコアの比較 (1) Q3^(←)因子

不安 得点群	N	f 1 嫌悪因子		f 2 同情因子		f 3 現実的 イメージ因子		f 4 看護の 自覚め因子		f 5 社会的 イメージ因子		f 6 学問的研究因子	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
低得点群	14	0.808*	1.330	0.679*	1.090	0.082	0.816	-0.180	1.112	-0.010	0.793	0.279	1.016
高得点群	30	0.079*	1.079	-0.060*	0.795	-0.017	0.774	-0.258	1.155	-0.140	0.672	0.033	1.058

(注) 低得点群: 標準得点1~3点の者, 高得点群: 標準得点7~10点の者

* : P<0.05

比較すると、「同情因子」「看護の自覚め因子」に1%の危険率で有意差がみられた。また、「社会的イメージ因子」に5%の危険率で有意差がみられた。昭和60年度の学生の場合、近くで精神疾患患者の殺傷事件があり、そのことの記述が多く見られたことから、社会状況を反映してこのような意識の差が出たと考える。

5) C.A.S. 不安診断検査における不安得点別

次に、学生のパーソナリティの特徴の違いによる意識の差を比較することを考えた。そこで、3年次の精神科実習前にC.A.S. 不安診断検査(以下CASと略)を実施できた113名について、その結果を検討した。

CASは、Cattell.R.B. Scheier.I.H. (1957)により開発されたAnxiety Scaleを対馬、辻岡(1961)が邦訳、標準化したものである。Q3^(←)、C^(←)、L、O、Q4などにより、それぞれ自我統御力欠如、自我の弱さ、パラノイド傾向、罪悪感、衝動による緊迫などがあらわされ、高い信頼性を得ている。今回、精神病に対する意識構造との併存的妥当性を追求した。

まず、CASの5つの各因子の得点(標準得点)について、低得点(標準得点1~3点)の学生群と高得点(標準得点7~10点)の学生群に分類し、T検定を行った。その結果、表8に示したようにQ3^(←)因子(自我

統御力欠如)において「嫌悪因子」、「同情因子」に5%の危険率で有意差がみられた。つまり、自我感情を吟味する意識や、社会的基準によって、自己の行動を統御してゆこうとするモチベーションの不足を示している学生は、「嫌悪因子」、「同情因子」の因子スコアが低くなっている。したがって、自我統御力の欠如している学生は、精神病に対して嫌悪する意識と同情する意識とが低いといえる。すなわち、自我統御力の成熟は、かえって、精神病に対する嫌悪や同情的意識をもたらすものといえる(r=-0.33)。

また、表10に示したようにL因子(パラノイド傾向)においては、「嫌悪因子」に、5%の危険率で有意差がみられた。L因子の得点の高いものは、疑い深い、嫉妬心が強いなどのパラノイド的な傾向を示すといわれている。このパラノイド的な傾向の高い学生は、「嫌悪因子」のスコアがマイナスを示した。

次に表11に示したようにO因子(罪悪感)においては、「同情因子」に5%の危険率で有意差がみられた。つまり、自信のある、順応性に富む傾向のある学生は、同情する意識が高いと示された。

表9、表12に示したようにC^(←)因子とQ4因子では、有意差はみられなかった。

精神病に対する看護学生の意識構造 (1)

表9. 精神科実習前のCAS不安得点別因子スコアの比較 (2) C⁻因子

不安 得点群	因子 M. SD N	f 1 嫌悪因子		f 2 同情因子		f 3 現実的 イメージ因子		f 4 看護の 目覚め因子		f 5 社会的 イメージ因子		f 6 学問的研究因子	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
		低得点群	12	0.535	1.109	0.2000	0.894	-0.035	0.058	0.160	0.8000	-0.323	0.411
高得点群	26	-0.187	1.164	0.188	1.068	0.951	0.774	-0.235	1.049	-0.147	0.392	0.024	1.067

(注) 低得点群: 標準得点1~3点の者, 高得点群: 標準得点7~10点の者

表10. 精神科実習前のCAS不安得点別因子スコアの比較 (3) L因子

不安 得点群	因子 M. SD N	f 1 嫌悪因子		f 2 同情因子		f 3 現実的 イメージ因子		f 4 看護の 目覚め因子		f 5 社会的 イメージ因子		f 6 学問的研究因子	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
		低得点群	34	0.062 [*]	1.099	0.152	0.781	-0.0006	0.786	-0.016	0.832	-0.202	0.539
高得点群	14	-0.526 [*]	1.079	0.116	1.291	0.044	0.709	-0.311	0.872	-0.034	0.445	0.244	1.083

(注) 低得点群: 標準得点1~3点の者, 高得点群: 標準得点7~10点の者

* : P<0.05

表11. 精神科実習前のCAS不安得点別因子スコアの比較 (4) O因子

不安 得点群	因子 M. SD N	f 1 嫌悪因子		f 2 同情因子		f 3 現実的 イメージ因子		f 4 看護の 目覚め因子		f 5 社会的 イメージ因子		f 6 学問的研究因子	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
		低得点群	20	0.316	1.249	0.759 [*]	0.767	0.028	0.667	-0.109	0.777	0.144	0.659
高得点群	24	-0.277	1.027	0.128 [*]	0.978	-0.157	0.504	-0.148	1.049	-0.064	0.645	-0.028	0.818

(注) 低得点群: 標準得点1~3点の者, 高得点群: 標準得点7~10点の者

* : P<0.05

表12. 精神科実習前のCAS不安得点別因子スコアの比較 (5) Q₁因子

不安 得点群	因子 M. SD N	f 1 嫌悪因子		f 2 同情因子		f 3 現実的 イメージ因子		f 4 看護の 目覚め因子		f 5 社会的 イメージ因子		f 6 学問的研究因子	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
		低得点群	12	0.275	0.856	0.222	0.769	0.332	1.062	-0.446	0.429	0.003	0.639
高得点群	38	-0.284	1.119	0.044	0.807	-0.149	0.633	-0.111	1.043	-0.208	0.564	-0.044	1.066

(注) 低得点群: 標準得点1~3点の者, 高得点群: 標準得点7~10点の者

次に総合不安得点をみると、表13に示したように「嫌悪因子」に5%の危険率で有意差がみられた。不安得点の高い学生は、「嫌悪因子」「同情因子」「現実的イメージ因子」「社会的イメージ因子」「看護の目覚

め因子」がマイナスの値を示していた。不安得点の高い学生は、自分自身に関心が向いており、他人に関心を持つまで余裕がないと考えられる。その結果、嫌悪や同情などの意識が低く、看護への関心にまで至らな

精神病に対する看護学生の意識構造（1）

表13. 精神科実習前のCAS不安得点別因子スコアの比較(6)総合

不安 得点群	因子 M SD N	f 1 嫌悪因子		f 2 同情因子		f 3 現実的 イメージ因子		f 4 看護の 目覚め因子		f 5 社会的 イメージ因子		f 6 学問的研究因子	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
		低得点群	30	* 0.447	0.929	0.443	0.929	0.034	0.775	-0.106	0.872	-0.067	0.685
高得点群	26	* -0.231	1.217	-0.004	0.983	-0.264	0.503	-0.381	1.267	-0.127	0.650	0.090	1.050

(注) 低得点群：標準得点1～3点の者，高得点群：標準得点7～10点の者

*：P<0.05

かったと考える。このことは、精神病に対するイメージを持ってない学生が嫌悪や同情などの意識が低く、看護への関心が低いことを示唆していると考えられる。

IV. 結 論

精神科講義前の看護学生の精神病に対する意識は、3因子抽出の場合では、「同情因子」「嫌悪因子」「印象因子」で構成されていた。また、6因子抽出の場合では、「嫌悪因子」「同情因子」「現実的イメージ因子」「看護への目覚め因子」「社会的イメージ因子」「学問的研究因子」で構成されていた。さらに、6因子抽出の場合、個人特性による群別の比較を行った結果は、次のとおりである。

- 1) 一般入学学生は、推薦入学学生よりも精神科看護への目覚め意識が高かった。
- 2) 精神科講義の科目成績が上位の学生は、精神科講義開始前に精神病を学問的にとらえようとする傾向があった。

3) 精神病患者に接した、あるいは精神病院を見た経験のある学生は、ない学生に比べて嫌悪する傾向があった。

4) 昭和60年度のクラスは、61・62年度クラスと比較すると「同情因子」「看護の目覚め因子」「社会的イメージ因子」に差がみられ、その年の社会状況を反映していると考えられた。

5) CASの各因子の低得点群と高得点群で比較した結果、自我統御力の欠如している傾向のある学生は、精神病に対して嫌悪する意識と同情する意識が低くなっていた。自信のある、順応性に富む傾向のある学生は、精神病に対して同情する意識が高いと示されていた。そして、精神病に対するイメージを持ってない学生は、嫌悪や同情などの意識が低く、看護への関心が低いことが示唆された。

本研究の要旨は第57回日本応用心理学会総会において発表した。

要 約

本研究は、精神科講義前の看護学生の精神病に対する意識構造を明らかにすることを目的とした。本学の看護学生232名を対象に、精神科講義前に「精神病と聞いて」のテーマで自由記載法により調査した。この記載事項の内容を整理し、因子分析（バリマックス回転）を行った。因子の抽出は2とおり行い、3因子抽出の場合は同情因子、恐怖因子、印象因子と命名した。また、6因子抽出の場合は嫌悪因子、同情因子、現実的イメージ因子、看護の目覚め因子、社会的イメージ因子、学問的研究因子と命名した。6因子抽出の場合について、個人特性により群別に因子スコアを比較しT検定を行った。その結果、入学形態、科目成績、患者や病院への接触経験の有無、入学年度、CAS不安得点などで有意差が見られた。これらの個人特性は、看護学生の精神病に対する意識構造に関係していることが明らかになった。

Summary

The purpose of this study is to analyze the factor of consciousness to the psychosis of the students in a nursing college before the lecture on psychiatrics.

Objects of this study were 232 students in the school of allied Health science Yamaguchi University.

The way of this research was to write freely on a B5 sized paper the impression of patients with "psychosis". We classified the descriptions, and analyzed them by factor analysis. We picked up 3 factors, their names were sympathetic factor, fearful factor, and impressive factor. We also picked up 6 factors, their names were dislike factor, sympathetic factor, real imaginative factor, awaking factor for nursing, social imaginative factor, and interesting factor.

In the case of 6 factors, we compared the factor scores by the students' profile, such as entrance way, result of the lecture of psychiatrics, approach a patient or hospital, the year of class, and CAS-test. The result suggested students' profile related to the consciousness toward psychosis.

参考文献

- 1) 園原太郎監修：CAS不安診断検査解説書，改訂版，東京心理，1960.
- 2) 川本利恵子他：精神科看護実習の基礎的教育方法に関する研究；CAS不安診断検査による不安傾向の変化，日本応用心理学会第56大会発表論文集，P.64，1989.
- 3) 金山正子他：精神科実習の基礎教育方法に関する研究(1)－質問紙・CAS不安診断検査からの不安状況の検討－，第20回日本看護学会集録（看護教育），P.211～214，1989.
- 4) 森下節子他：実習の態度に関する看護学生の意識，－看護専修学校学生と看護短期大学学生との意識構造の比較－，第20回日本看護学会集録（看護教育），P.160～162，1989.
- 5) 森 千鶴他：精神科実習前の看護学生の意識，看護展望，15（11），P.84～87，1990.
- 6) 鶴田恭子：看護学生の精神障害者に対するイメージとその関連要因について，看護学雑誌，53(3)，P.273～277，1989.
- 7) 野田一男：精神衛生に関する意見・態度－昭和43年・48年の調査と昭和60年・61年・62年の看護学生への調査との比較について－，静岡精神衛生センター報，18，P.59～56，1988.
- 8) 藤田和夫他：精神科領域における看護学生の就職選択に関する研究，－学生たちはなぜ精神科施設に就職しようとしぬのか－看護，40(4)，P.121～144，1988.
- 9) 坂田三允：精神科看護教育の特性と学生の意識；実習で変わる学生の意識，看護教育，30(9)，P.526～530，1989.
- 10) 森 千鶴：看護学生の精神障害者に対する意識調査；文章完成法テストの分析をとおして，精神科看護，28，P.73～79，1989.
- 11) 柴田恵子他：精神障害に対する看護学生の意識（第2報）－第1看護学科と第2看護学科との比較，滋賀県立短期大学学術雑誌，第35号，P.81～86，1989.
- 12) 坂田三允他：CASを用いた実習前後の不安の分析，千葉大学看護学部紀要，vol. 8. P.27～36，1986.
- 13) 堀 信子他：精神科臨床実習の効果に関する検討(1)，看護展望，7(12)，P.1137～1147，1982.
- 14) 橋カズ子：精神科実習指導上における阻害因子の分析と実習指導の実際－看護学生の偏見調査から－，第10回日本看護学会集録，教育分科会，P.183～187.1979.

(平成3年3月11日受付)

努責方法と腹腔内圧

— 30° 半座位において —

Relation of Straining Styles at Defecation and Intraabdominal Pressures

— On the 30° Fowler's position —

東 玲 子*

Reiko Azuma

松 岡 淳 夫**

Atsuo Matsuoka

I はじめに

排便は生体の生命維持の基本的機能の1つであるが、この排便時の努責が循環動態に急激な変化を与え、時に、心疾患や脳血管障害をもつ患者に危険な問題を惹起するとの報告がみられる^{1, 2, 3)}。

看護において、これらの疾患を持つ患者、特に床上安静を必要とする重篤な患者の排便介助には、この危険を回避する、安全で安楽な排便援助が極めて重要なことである。

看護における排便の安全援助の研究には、排便姿勢に関して、各姿勢の生体への影響負荷を、心拍数、血圧、心電図変化、酸素消費量、カテコールアミン定量などで検討し、安全な排便姿勢を報告したものがみられる^{4, 5, 6, 7)}。しかし、排便時の努責の影響機序を中心に検討した報告は少ない。

排便の機能は腸蠕動により大腸下部まで到達した便塊を、直腸の排便運動によって対外へ排出するものであるが、これを努責によって生じた腹腔内圧（腹圧と略す）が、この直腸に生じた排便運動を助長して行われる^{8, 9, 10, 11, 12)}。この努責の息止め—腹壁緊張は、腹圧を上昇させると同時に、胸腔内圧をも上昇させて循環系へ影響を与えることになる。したがって、排便時における循環系に対する負荷については、努責による腹圧形成の検討が最も重要な課題と考える。

そこで、日常、床上排便の効果的な姿勢とされている30°半座位において、努責方法による腹圧形成の変化と、その循環系への影響を明らかにする目的で、実験を行い検討した。

II 実験方法

被験者に30°半座位で臥床させ、3種の床上姿勢をとらせて、指定した方法で努責を行わせ、そのときの腹壁筋の緊張状態と腹圧を測定した。同時にその努責による循環系への影響をみるために心拍数、収縮期・拡張期血圧の変化及び平均血圧の回復時間を求め、腹圧及び床上姿勢との関係を検討した。

1. 被験者

健康な成人女子として、看護婦10名（年齢27～43才）の協力を得た。

2. 臥床姿勢

ギャッジを用いて上半身を30°挙上したベッド上に被験者を臥床させ、30°半座位とした。

姿勢は上肢を体幹に沿う伸展位を基本とし

①下肢を伸展した下肢伸展群。

②膝関節、股関節を屈曲し、この足底部の支持として5kgの砂嚢をおいた、下肢屈曲群。

③下肢屈曲位で、腹部中央に被験者自身の片手を自然に置かせた、手置き。
の3群とした。

(2) 努責型式

努責形成の呼吸槽との関係で

①深吸気努責、

②普通吸気努責、

③普通呼気努責、

④普通呼吸での腹筋緊張のみ、の4種類の努責形式を、最大努力でいきむ訓練指導し、これを指示で行わせた。

* 山口大学医療技術短期大学部 The School of Allied Health Science, Yamaguchi University

** 千葉大学看護学部看護実践研究指導センター Center of Research & Education for Nursing Practice, School of Nursing, Chiba University

努責方法と腹腔内圧

実験では、各型式の努責を3秒間、連続2回ずつ行わせた。この場合、それぞれの努責型式を行った後、3分間の普通呼吸による安静時間をおいて、次の型式の努責を行わせた。

4) 測定方法

＜腹圧＞腹圧は、胃力テータル型圧センサーを胃内に挿入固定し、ストレンゲージ型圧増幅ユニット1257（日本電機三栄社製）を用いて測定した。

＜筋電図＞腹壁筋の緊張状態をみるために腹直筋、外腹斜筋の筋腹部に表面電極を貼着して、生体電機用増幅ユニット1253A（上記社製）を用いて測定した。

＜心拍数＞単極胸壁誘導により、生体電機用増幅ユニット1253Aを用いて心電図を記録し、同時にこれを

瞬時形計算ユニット1321で心拍数を測定した。

＜血圧＞フィナプレス2300非観血的連続血圧測定装置（オーメダ社製（米））を用いて、左中指にトランスジューサーを装着して収縮期・拡張期血圧を測定し、上腕動脈圧に校正した。

これらの測定値と、胸壁囲型呼吸センサーを胸部乳頭高に装着して、生体電機用増幅ユニット1253Aを用いた呼吸曲線とをポリグラフで同時記録した（図1）。

＜血圧回復時間＞測定した血圧値を用いて臨床的に用いられる平均血圧値を求め、呼吸による呼気-吸気槽での変動を考慮して、各努責前の2呼吸間の平均血圧値の最大値と最小値の範囲内に努責後、復旧するまでの時間を計測した。

各測定値は、2回行った努責時の各値の平均値を用いて検討した。

実験は、被験者に体を緊迫しない患者用寝衣“ねまき”を着用させ、測定器具装着後、実験ベッド上に臥床させて、10分間の安静を保たせ、安定後、実験測定を開始した。

III 結 果

1. 姿勢及び努責型式と腹圧（表1・図2）

努責型別での腹圧は、深吸気努責が最も高く、各姿勢では、それぞれ、16.3、18.2、19.5mmHgとなった。

普通吸気努責、普通呼気努責ではこれより3～5mmHg低く、手置きの呼気努責では14.2mmHgと吸気努責に比べて更に低値となった。

腹壁の緊張のみで、息止めをさせなかった場合には、最も低く、8.8、11.0、10.6mmHgであった。

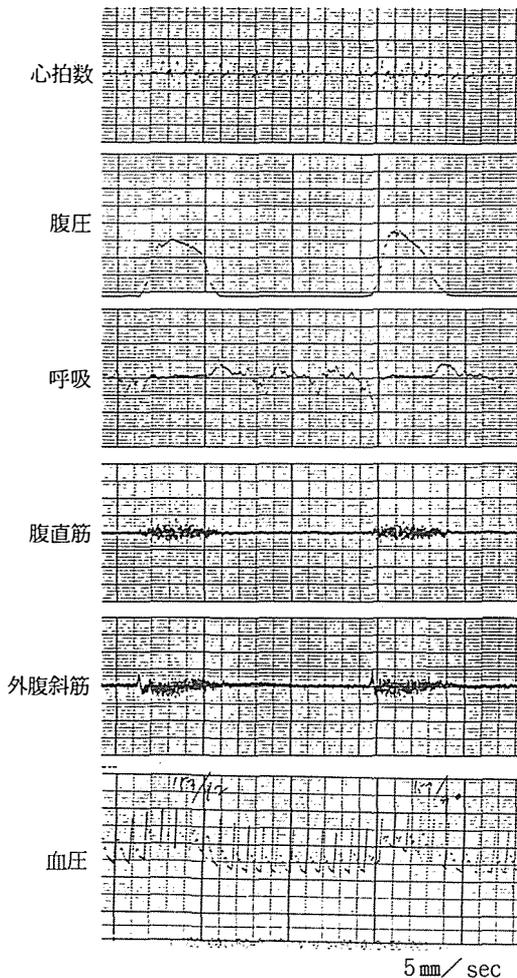


図1. 測定記録

表1. 姿勢及び努責型別の腹腔内圧

単位: mmHg

	下肢伸展 $\bar{X} \pm S.D$	下肢屈曲 $\bar{X} \pm S.D$	腹部手置き $\bar{X} \pm S.D$
深吸気努責	16.3 ± 6.6	18.2 ± 8.9	19.5 ± 12.2
普通吸気努責	13.2 ± 4.7	15.1 ± 8.7	16.8 ± 11.7
普通呼気努責	13.1 ± 4.3	14.4 ± 7.6	14.2 ± 8.6
腹壁緊張のみ	8.8 ± 4.0	11.0 ± 6.1	10.6 ± 5.5

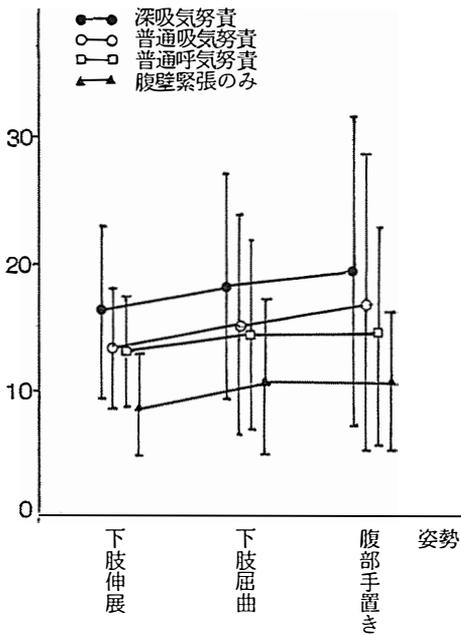


図2. 姿勢及び努責型別の腹圧

姿勢別では、下肢伸展姿勢に対して下肢屈曲姿勢での腹圧は、何れの努責型も高い傾向となった。また、手置きの場合、深吸気努責、普通吸気努責では他の姿勢に比べて最も高い腹圧となった。

2. 姿勢及び努責型式と腹筋の筋電図

各姿勢で、それぞれの努責型による腹筋の緊張を、外腹斜筋及び腹直筋の筋電図でみた。

外腹斜筋の活動電位は、努責した場合には下肢伸展で201~214 μV 、下肢屈曲で194~200 μV と殆ど変わらず、手置きでは、深吸気努責250 μV 、普通吸気努責256 μV と著明に高くなった。腹筋緊張のみの場合、それぞれ128, 123, 128 μV で、努責した場合に比べて極めて小さい電位となった(図3左)。

腹直筋では、各努責型とも外腹斜筋に比べて小さい電位であり、下肢伸展で80~94 μV となった。下肢屈曲では、普通吸気、普通呼吸時の努責では下肢伸展に比べ、何れも差は数 μV 以下の減少で、その間の差は殆どみられなかった。しかし、深吸気努責では、伸展位に比べて14 μV の増大がみられ94 μV となった。手

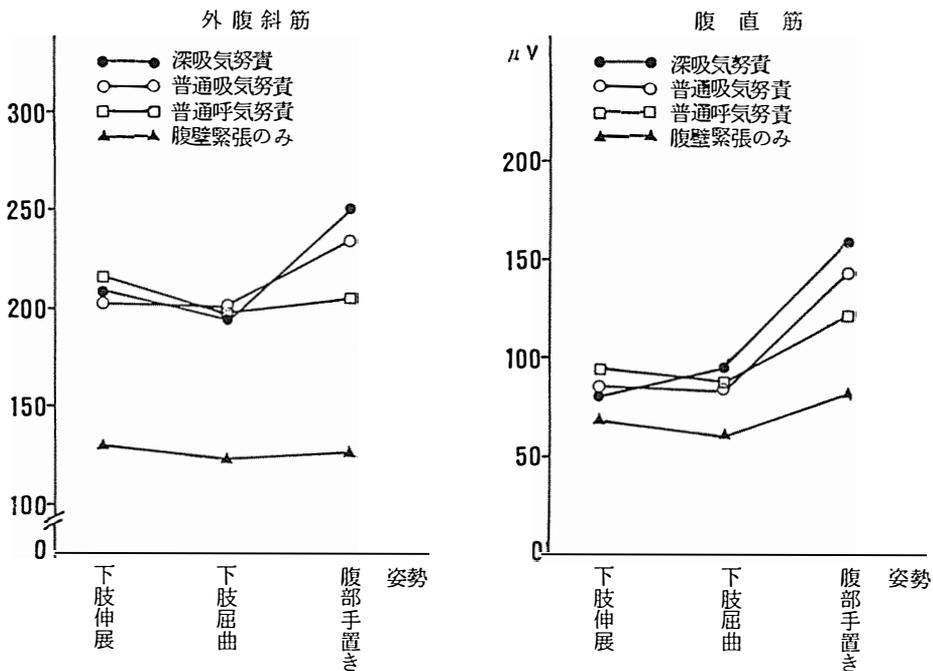


図3. 姿勢及び努責型別の活動電位

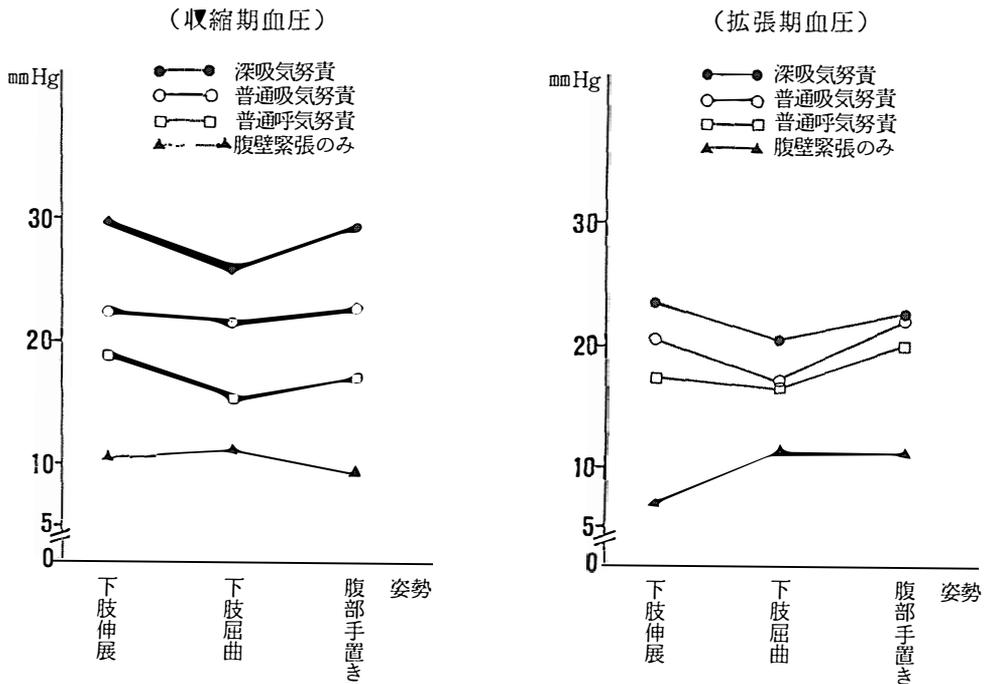


図5. 姿勢及び努責型別の血圧上昇値

置きでは、努責をした場合は各型とも著明に増加し、深吸気努責では $159\mu V$ となった。腹壁緊張のみでは、外腹斜筋と同様に、努責した場合に比べて極めて小さく、 $68, 61, 80\mu V$ であり、手置きで増加がみられた(図3右)。

3. 姿勢及び努責型式による血圧の変動

努責の循環系に及ぼす影響として血圧と脈拍数の変動をみた。脈拍数は、努責直後の数心拍に心電図のR-R間隔の変化がみられるものがあったが、数の変化として捉えることはできず、努責型による差も見い出せなかった。

血圧は、全例において努責時に収縮期・拡張期血圧ともに上昇がみられ、呼吸再開の吸気時に努責前値以下に下降し、その後、漸次元の値に戻った(図4)。

努責時の前値に対する上昇値でみると、努責型別の収縮期血圧では、深吸気努責が最も高く、次いで普通吸気、普通呼気努責の順に高い値であった。深吸気努責では、各姿勢それぞれで $29.6, 25.7, 29.1\text{mmHg}$ と最も大きくなった。拡張期血圧でも、上昇値はやや小さいが同様の傾向となった。

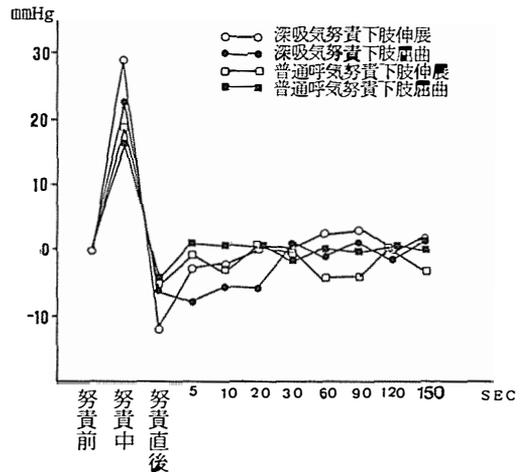


図4. 姿勢及び努責型別の血圧変動値の推移

姿勢別でみた上昇値は、各努責型とも下肢屈曲が最も小さく、手置きでは下肢屈曲より増大する傾向となった。腹壁緊張のみでは、下肢屈曲と手置きの場合は、下肢伸展よりも高値となった(図5)。

血圧の回復時間は、努責型別では深吸気努責の場合

平均血圧の回復時間

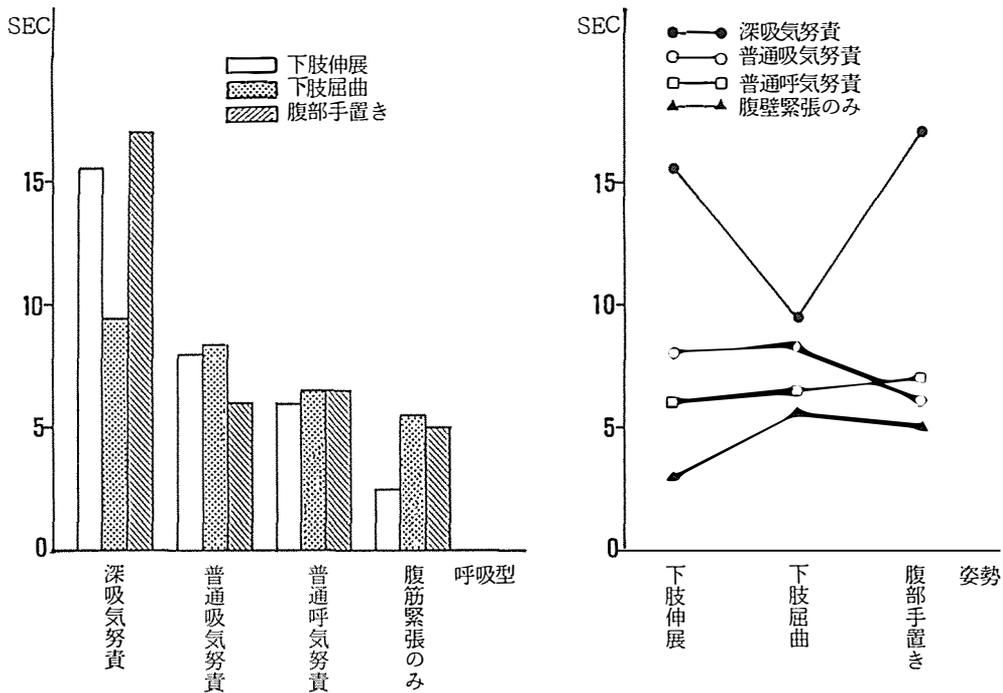


図6. 姿勢及び努責型別による平均血圧の回復時間

が最も長時間となり、中でも手置きの深吸気努責では17秒となった。以下、普通吸気、普通呼気努責の順となり、腹壁緊張のみの場合では、何れの姿勢でも最も短時間（2.5～5秒）に回復した（図6左）。

姿勢別では、深吸気努責の場合、下肢伸展手置き姿勢での回復時間は、それぞれ15.5秒、17.0秒と他の努責型の2倍以上に長くなっていたが、下肢屈曲では、9.4秒と著明に短縮し、他と殆ど差の無いものとなった。他の努責型と腹壁緊張のみについては姿勢による変化は殆どみられなかった（図6右）。

IV 考 察

排便は生体の生命維持の基本的生理的現象であり、食事内容や量、運動量、年齢、排便環境、心理的影響などの諸因子との関わりをもって排便機能が果たされている。この排便機能の要因の1つに努責がある。

努責は呼吸の吸息位で声門を閉じ、腹筋を緊張させ

て、胸腔及び腹腔内圧を高める呼吸運動であるが、排便時の努責では、この腹腔内圧の上昇が直腸内圧に影響して直腸の排便運動を助長するもので、これに着干の排出圧を直接加える効果が考えられている^{8, 9, 10, 11, 12}。

しかし、この努責による胸腔内圧の上昇は両肺内血管床における末梢循環抵抗を高め、また直接心筋に圧刺激を加えると共に、心拡張期相に影響して冠循環が抑制されて心機能に大きな負荷を与えることになると言われている^{1, 2, 3}。

排便時の努責で、これらの血行循環動態の変化を急激に來した場合、特に、心疾患や脳血管障害を有する患者に及ぼす危険性は極めて大きいと言える。

このことは看護において、この危険性を防止するために、日常的な排便の介助や指導に、その危険性のメカニズムを明らかにした、安全な援助方法を確立する必要がある。

看護におけるこの研究では、床上排便での体位、姿勢の安楽性、安全性に関した研究が多くみられ、その指標には脈拍、酸素消費量、血圧の変動などが用いられ、併せて実感調査による比較検討が行われている。しかし、これまでの研究では、一致した見解は得られていない。

これまで経験的に、床上排泄において上半身を軽度挙上することが効果的であるとされており、白井¹³⁾は臥床体位と腹圧をみた中で、30°~60°半座位での努責の合理性を述べている。そこで今回、30°半座位での四肢の諸姿勢において、努責による腹圧と循環系に対する影響を血圧、血圧回復時間を中心に検討した。

この結果、腹部に手を置き、深吸気努責の場合の腹圧が最も高く19.5mmHgとなった。これに対して息止めせずに腹壁緊張のみの場合でも8~11mmHgの圧となり、その中間が普通呼吸努責時の腹圧となった。腹圧は、努責での息止め時の肺内含気量と深い関係を持つことが明らかと言える。この場合、下肢屈曲姿勢では腹圧が上昇しやすく、腹部手置きでは肺内含気量の多い場合では腹圧を増し、少ない場合では下肢屈曲姿勢とほとんど差がなかった。

直腸内圧が15cmH₂O以下では、その粘膜刺激反射により逆蠕動を誘発するとどまり、排便を進行させる肛門方向への大蠕動の発生刺激には、その圧は特定できないが、より高い圧とも言われている¹⁰⁾。この実験で得られた圧はこれに優る圧がみられ、大腸内の便塊による伸展圧に加えて、大蠕動を誘発する刺激として、何れも十分な圧と言える。

筋電図の成績からみられる、下肢伸展姿勢と下肢屈曲姿勢の活動電位にほとんど差がみられないことから、下肢屈曲による腹壁の弛緩が腹筋の運動効率を高めたと言える。これに対して、手置きでは、腹直筋の緊張を高めたに過ぎず、置いた手の重さによる腹圧への直接の影響はみられなかった。

すなわち、これらより努責による腹圧は、肺内含気量と深く関係し、腹筋はその姿勢に従って効率的に緊張し腹圧を形成していると言える。

肺内含気量の多い状態での努責が循環系への影響を増すと言われているが、この実験での収縮期・拡張期血圧やその回復時間の成績にみられるように、深吸気努責の場合が最も血圧変動が大きく、回復時間も最も

長くなっていた。これに対して普通呼吸努責では、最も変化は少なかった。この肺内含気量の少ない努責時の下肢屈曲姿勢による場合が、最も血圧に対して影響が少ないことが明らかになった。

排便において、腹圧は、直接直腸、肛門を通過する便塊に対する排便圧に参与することより、腸粘膜の圧刺激による大腸の肛門方向への大蠕動で送られ直腸上部に到達した便塊が、その伸展圧による排便反射で、便意と共に排便運動を直腸に生じることが重要であることを改めて銘記しておく必要がある。

この実験での努責は、息止め後の努責に最大努力をさせて条件を統一したが、この中で息止めせず腹壁緊張のみ行った場合でも、10~11mmHgの大蠕動形成に必要な腹圧が得られたことからすれば、呼気時、特に息止め努責を意識せずに腹部に力を入れる排便指導でも十分と考える。

またこの呼吸努責で、ただ腹部に手を置く方法を行ったが、予期に反し、腹圧効果はみられず、努責軽減のための方法として提案するには至らなかった。今後、この点についての検討を更に進めたいと考える。

V ま と め

健康成人女子10名を対象に、床上排便の安楽体位として日常用いられている30°半座位での努責方法について、そこに生じる腹圧と筋電図による腹筋の緊張状態及び循環系への影響を脈拍数、血圧、血圧回復時間の変化として実験的に検討し、以下の結果を得た。

- 1) 努責時の橋内含気量が多いほど、腹腔内圧は高くなり、これは胸腔内圧に関連し、循環系への影響が大きかった。
- 2) 下肢屈曲姿勢での努責は、効率的に高い腹圧が得られた。
- 3) 下肢屈曲、呼気時努責が循環系への影響が少なかった。
- 4) 息止めせず腹壁緊張のみでも、排便誘発・促進に有効と考えられる腹圧が得られる。
- 5) 臥床排便介助時、下肢を屈曲させ、呼気時に努責を意識しないで腹に力を入れる、いきみ指導が合理的である。

要 旨

安全で、安楽な床上排便介助の方法を明らかにするための基礎的研究を行った。健康な成人女子10名を被験者として、排便の安楽体位として日常用いられている、30°半座位での努責方法について、そこに生じる腹圧と、筋電図による腹壁筋の緊張状態及び循環系への影響を脈拍数、血圧、血圧回復時間の変化として実験的に検討し、以下の結果を得た。

- 1) 努責時の肺内気量が多いほど、腹腔内圧は高くなり、これは胸腔内圧に関連し、循環系への影響が大きかった。
- 2) 下肢屈曲姿勢での努責は、効率的に高い腹圧が得られた。
- 3) 下肢屈曲、呼気時努責が循環系への影響が少なかった。
- 4) 息止めせず腹壁緊張のみでも、排便誘発・促進に有効と考える腹圧が得られる。
- 5) 臥床排便介助時、下肢を屈曲させ、呼気時に努責を意識しないで腹に力を入れる、いきみ指導が合理的である。

Summary

The purpose of this study was to find nursing intervention for the safe and comfortable defecation on the bed. Ten healthy female volunteers made maximal straining without real defecation on the 30° Fowler's position, which is common use for defecation on the bed. Before, during and after the straining several physiological factors, such as intraabdominal pressure (IAP), extent of muscle tonus of abdominal wall, puls rates, blood pressure and recovery time of the mean blood pressure after the straining were measured and analyzed.

Major findings obtained were as follow.

- 1) The greater the inspiratory pulmonary air volume could provide the greater the IAP on the straining. The straining in such a state yielded a marked influence on the function of circulatory system due to elevated intrathoracic pressure.
- 2) The straining with bending style of lower extremities was effective for making higher IAP.
- 3) The straining at expiration with bending style of lower extremities appeared to give less overload on the circulatory system.
- 4) It was found that efficient IAP to induce and promote the defecation can be made only by the abdominal wall contraction without stopping of breath.
- 5) Introducing patients to have the straining only by the abdominal wall contraction at expiration with the bending style of lower extremities seem to be rational nursing intervention for defecation on the bed.

参考文献

- 1) 田辺晃久他：日常生活動作とバイタルサイン，看護MOOK 7，バイタルサインの見かた考え方，pp 126-127，金原出版株式会社，1983.
- 2) 村島さい子：排便と心機能，看護MOOK13心不全と看護，pp117-119，金原出版株式会社，1985.

努責方法と腹腔内圧

- 3) 門脇麗子他：安全かつ安楽な浣腸を実施するために，月刊ナーシング：4(9)，pp1244-1281，1984.
- 4) 河瀬比佐子他：心拍数の変動から見た排便方法の検討，日本看護研究学会雑誌，9(3)pp51，1986.
- 5) 萩沢さつえ他：より心負荷の少ない排便方法の検討，日本の看護研究学会雑誌，9(3)pp50-51，1986.
- 6) 萩沢さつえ他：酸素消費量から見た排便方法の比較，日本看護研究学会雑誌，
- 7) 高木千草他：安全な排便方法についての基礎研究，日本看護研究学会雑誌，pp49-50(9)，3，1986.
- 8) 鈴木泰三他編：臨床生理学，下巻，pp134-143，南山堂，1970.
- 9) 名尾良憲他：便通異常の臨床，14-19，中外医学社，1977.
- 10) 吉村寿人他編：代謝の生理学1，生理学大系IV-1，79-90，医学書院，1970.
- 11) 星 猛他編：消化と吸収の生理学（第18巻），新生理学大系，256-307，1988.
- 12) 銭場武彦：胃・腸管運動の基礎と臨床，210-225，真興交易(株)，1979.
- 13) 白井喜代子他：体位と腹腔内圧について—腹腔内圧形成と上半身挙上—，日本看護研究雑誌，13(1)，73-81，日本看護研究学会，1990.
- 14) 森 於菟他：解剖学I，金原出版株式会社，1969.
- 15) Virginia Henderson：基本的ニードと援助看護の原理と実際Ⅲ，93-94，メヂカルフレンド社.
- 16) 高木永子監修：便秘・下痢，看護過程に沿った対症看護，72-78，学研，1985.

(平成3年3月18日受付)

看護学専攻女子学生の自覚的疲労症状訴え数を 規定する要因分析

A Study on Factors Affecting Subjective Feeling
of Fatigue in Female Nursing Students

桂 敏 樹*
Toshiki Katsura

中 野 正 孝*
Masataka Nakano

野 尻 雅 美*
Masami Nojiri

上 谷 幹 代**
Mikiyo Uetani

I 緒 言

健康管理は健康の成立条件に関する疫学的理論を基礎として、主体、環境、生活の3領域から展開されている。従来より、保健指導や生活指導を中心とした生活管理は学生の健康管理のうちでも重要な領域である。

大学生活では生活環境や教育環境が高校生活以前とは大きく変化する。こうした変化に適応し健全な大学生活を維持するためには各学生が自覚した生活様式を確立することが必要である。しかしながら、学生の生活意識や生活実態には生活指導や保健指導によって改善しなければならない心身両面の健康問題^{1, 2)}があることが指摘されている。

大学生は発達心理学上青年期後期にある³⁾。この時期は心理的に子供から大人への臨界地点であり、依存と独立の狭間に置かれた状況で人生などについて決断と選択を迫られる。同時に、アイデンティティ確立の時期でもある³⁾。大学生には精神衛生上の様々な問題^{4, 5)}が生じていることが指摘されている。学生相談のほとんどが修学相談、心理的不適応や性格に関する相談で占められ、それらは相互に絡み合っている。

また、大学生活への不適応、勉学意欲の減退、不健康な生活に起因する心身の不調、自覚的疲労症状（以下、疲労症状と略す。）や不定愁訴を訴える学生が多い^{6~14)}。近年、児童でさえ日常の学校生活時間内において疲労症状を訴える者が多く、軽い鬱症状を呈する

場合もある^{16~18)}。

近年疲労症状は学生の健康管理上重要な問題として扱われてきた^{6~14)}が、学生の疲労症状の訴えには種々の要因が関与している。これまでに学生の疲労症状に影響を及ぼす要因として住居や通学時間などの居住環境^{6, 9, 15)}、食習慣や睡眠などの生活行動^{6~9, 11~13, 15)}、大学生活への適応度や大学生活への満足度などの生活意識^{6, 8)}、主観的健康感や主観的ストレス感などの健康意識^{6, 10)}などが指摘されている。また、フリッカー値を用いた研究^{15, 17)}においても食習慣や睡眠などの生活行動との関連が示唆されている。

専門職を養成する大学課程においては学生の自覚的疲労症状の出現が大学生活、とりわけ、専攻学科への不適応に起因する場合、問題は大きい。大学生の疲労症状の特徴として精神的疲労症状の訴えが相対的に多いと指摘されており^{8~10, 12~13)}、健康管理上その要因を検討する必要がある。疲労症状の出現には種々の要因が関与している。疫学的観点から健康管理に役立てるためには主体、環境、生活に関する要因を含めて検討する必要がある。

そこで、今回女子学生の身体的、精神的、神経感覚的疲労症状を規定する生活実態、生活意識に関する要因についてその相対的影響力を検討したので報告する。

* 千葉大学看護学部基礎保健学講座 Department of Basic Health Science,
Faculty of Nursing, Chiba University

** 日本航空客室乗員部 Japan Air Lines

看護学専攻女子学生の自覚的疲労症状訴え数を規定する要因分析

表1 生活実態, 生活意識に関する説明変数, および, そのカテゴリ

変数		カテゴリー			
生 活 実 態	学 年	1. 1年生	2. 3年生		
	居 住 環 境	住 居	1. 自宅	2. アパート・マンション	3. 寮
		通学方法	1. 徒歩・自転車	2. バイク・バス電車	
		通学時間	1. 1時間未満	2. 1時間以上	
		部屋の広さ	1. 8畳未満	2. 8畳以上	
		部屋の様式	1. 和式	2. 洋式	
		風呂の有無	1. あり	2. なし	
		一人部屋	1. 一人部屋	2. 二人以上	
		日当たり	1. 悪い	2. 良い	
		風通し	1. 悪い	2. 良い	
生 活 時 間		勉強時間	1. 1時間未満	2. 1時間以上	
	趣味等の時間	1. 1時間未満	2. 1時間以上		
	家事の時間	1. 1時間未満	2. 1時間以上		
学 生 生 活	異性の友人	1. あり	2. なし		
	学内サークル	1. 参加	2. 不参加		
	学外サークル	1. 参加	2. 不参加		
	アルバイト	1. している	2. していない		
健 康 習 慣	生活費	1. 5万円未満	2. 5万円以上		
	睡眠時間	1. 約7時間以上	2. 約7時間未満		
	生活リズム	1. 規則的	2. 不規則		
	朝食摂取	1. ほぼ毎日	2. 時々食べる・食べない		
	間食摂取	1. 食べない	2. 時々食べる・毎日食べる		
	栄養のバランス	1. 良い	2. 少し良い・偏食		
	運 動 飲 酒	1. よくする 1. 飲まない	2. 時々する・しない 2. 時々飲む・よく飲む		
生 活 意 識	学 科 意 識	学科適応	1. 合っている	2. どちらともいえない	3. 合っていない
		転科希望	1. あり	2. なし	
		勉学意欲	1. 向上	2. 不変	3. 低下
		学科予想	1. 気に入った	2. 予想通り	3. 失望した
生 活 意 識	健 康 意 識	主観的健康感	1. 健康	2. まあまあ普通	3. 体調が悪い
		主観的ストレス感	1. 高い	2. まあまあ普通	3. 低い
		生理不順	1. あり	2. なし	
生 活 意 識	生 活 満 足	生活全般満足度	1. 低い	2. 高い	
		他者との比較	1. 不満	2. 満足	
		以前との比較	1. 不満	2. 満足	
		将来予想	1. 楽しいことなし	2. 楽しいことあり	
		現状維持傾向	1. 維持したくない	2. 維持したい	

Ⅱ 対象および方法

調査対象は千葉大学看護学部女子学生154名（1年生72名, 3年生82名）である。なお, 4年生は卒業研究時期で個人によって演習内容が異なるため対象から除外した。調査時期は疲労症状の日内変動および試験時期などの影響を考慮し, 12月中旬の午後1時である。

調査は自記式の調査票を用いて実施した。調査項目は1. 自覚的疲労症状（Ⅰ群・身体的疲労症状-むむけとだるさ, Ⅱ群・精神的疲労症状-注意集中の困難, Ⅲ群・神経感覚的疲労症状-局在した身体違和感の3群より構成される産業疲労研究会作成の「自覚症状しらべ」¹⁹⁾を用いた。質問項目は各群10項目計30項目で, おのおの「あり」あるいは「なし」で回答する。), 2. 生活実態 {①学年, ②居住環境, ③生活時間, ④

学生生活, ⑤健康習慣(星ら²⁰⁾に準拠し睡眠, 生活のリズム, 朝食, 間食, 栄養のバランス, 喫煙, 飲酒, 運動の8項目とする。), 3. 生活意識(①学科への適応度, ②健康意識(主観的健康感, 主観的ストレス感), ③学生生活の満足度), 4. 生理不順などである。

解析では身体的, 精神的, 神経感覚的疲労症状の訴え数をそれぞれ外的基準とし, 先行研究^{6~14)}より訴え数と関連があると思われる表1に示す各カテゴリを持つアイテムを説明変数として選択し, 一括して数量化理論第I類²¹⁾を用い解析した。なお, アイテムの再カテゴリ化に関しては各アイテムのカテゴリ数のバラツキを極力小さくすると共に, アイテムの各カテゴリサンプル数も極力小さくし, 最小でも10%以上を含むようにしたので, 各アイテムのカテゴリ数のバラツキや同一アイテムのカテゴリ間に著しい度数の偏りはない。

統計解析は千葉大学総合情報処理センターのHITAC M-680Dを利用し, SAS²²⁾(Statistical Analysis System)によって行なった。

Ⅲ 結 果

1. 疲労症状の訴え数

自覚的疲労症状の訴え数を表2に示した。疲労症状の全訴え数(以下訴え数と略す。)は15.9±6.3であった。訴え数の内訳をみると, I群は6.1±2.3, II群は6.1±2.9, III群は3.5±2.3でII群, I群, III群の順に多かった。

2. 身体的疲労症状

訴え数を規定する各アイテムのアイテムレンジ(以下レンジと略す。)および偏相関係数とそのカテゴリごとのカテゴリウエイト(以下ウエイトと略す。)を表3に示す。

表2 自覚的疲労症状訴え数

疲 労 症 状	MEAN ± S. D.
全訴え数	15.9 ± 6.3
I群訴え数	6.1 ± 2.3
II群訴え数	6.3 ± 2.9
III群訴え数	3.5 ± 2.3

レンジは各アイテムが外的基準の変動に関与している程度を示す。レンジでみると, 訴え数に対して最も強い影響力を示したアイテムは「主観的健康感」でレンジは1.845であった。2番目に強い影響力を示したアイテムは「運動」でレンジは1.373であった。3番目に強い影響力を示したアイテムは「主観的ストレス感」でレンジは1.188であった。4番目に強い影響力を示したアイテムは「学科予想」でレンジは1.085であった。5番目に強い影響力を示したアイテムは「アルバイト」でレンジは0.726であった。

なお, レンジの大きいアイテムは偏相関係数も高い傾向を示す。

次に, 訴え数に対する各カテゴリごとの規定力をみると, まず, 訴え数が多い方向について最も強い規定力を示すカテゴリは「主観的健康感」が「体調が悪い」でウエイトは1.548である。2番目に強い規定力を示すカテゴリは「学科予想」が「失望した」でウエイトは0.632である。3番目に強い規定力を示すカテゴリは「アルバイト」が「していない」でウエイトは0.561である。4番目に強い規定力を示すカテゴリは「通学時間」が「1時間以上」でウエイトは0.550である。5番目に強い規定力を示すカテゴリは「転科希望」が「あり」でウエイトは0.539である。

一方, 訴え数が少ない方向について最も強い規定力を示すカテゴリは「運動」が「よくする」でウエイトは-1.168である。2番目に強い規定力を示すカテゴリは「主観的ストレス感」が「低い」でウエイトは-0.891である。3番目に強い規定力を示すカテゴリは「間食」が「食べない」でウエイトは-0.634である。4番目に強い規定力を示すカテゴリは「学科予想」が「期待以上」でウエイトは-0.453である。5番目に強い規定力を示すカテゴリは「学内サークル」が「不参加」でウエイトは-0.417である。

なお, 重相関係数は0.563と比較的高い。

3. 精神的疲労症状

訴え数を規定する各アイテムのレンジおよび偏相関係数とそのカテゴリごとのウエイトを表4に示す。

レンジでみると, 訴え数に対して最も強い影響力を示したアイテムは「学科予想」でレンジは2.169であった。2番目に強い影響力を示したアイテムは「住居」でレンジは1.942であった。3番目に強い影響力を示したアイテムは「主観的ストレス感」でレンジは

看護学専攻女子学生の自覚的疲労症状訴え数を規定する要因分析

表3 身体的疲労症状の訴え数を規定する要因分析

	アイテ ム	カテ ゴリ	標本数	カテゴリ ウェイト	アイテム レンジ	偏相関 係数																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
学 年	学 年	1年生	72	-0.023	0.043	0.008																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		3年生	82	0.020			居 住	住 居	自宅	37	0.153	0.720	0.085	アパート・マンション	103	-0.207	通学方法	徒歩・自転車	83	0.130	0.282	0.049	バイク・バス・電車	71	-0.152	住 居	通学時間	1時間未満	123	-0.139	0.689	0.088	1時間以上	31	0.550	部屋の広さ	8畳未満	116	0.082	0.332	0.064	8畳以上	38	-0.250	環 境	部屋の様式	和式	98	-0.193	0.530	0.106	洋式	56	0.337	風呂の有無	あり	115	-0.042	0.167	0.028	なし	39	0.125	城	一人部屋	一人部屋	125	0.031	0.167	0.028	二人以上	29	-0.136	日当たり	悪い	53	0.296	0.451	0.089	良い	101	-0.155	風 通 し	悪い	43	-0.009	0.013	0.002	良い	111	0.004	生 活 時 間	勉強時間	1時間未満	59	0.384	0.623	0.126	1時間以上	95	-0.239	趣味等の時間	1時間未満	30	-0.393	0.488	0.086	1時間以上	124	0.095	家事の時間	1時間未満	66	-0.408	0.714	0.148	1時間以上	88	0.306	学 生 活	異性の友人	あり	114	-0.037	0.142	0.028	なし	40	0.105	学内サークル	参加	114	0.146	0.563	0.106	不参加	40	-0.417	学外サークル	参加	26	-0.326	0.392	0.063	不参加	128	0.066	生 活	アルバイト	している	119	-0.165	0.726	0.138	していない	35	0.561	生活費	5万円未満	51	-0.308	0.461	0.086	5万円以上	103	0.153	健 康	睡眠時間	約7時間以上	72	-0.205	0.385	0.079	約7時間未満	82	0.180	生活リズム	規則的	58	-0.348	0.558	0.116	不規則	96	0.210	習 慣	朝食摂取	ほぼ毎日	107	-0.085	0.123	0.025	時々食べる・食べない	47	0.038	間食摂取	食べない	17	-0.634	0.713	0.104	時々食べる・毎日	137	0.079	栄養のバランス	良い	30	-0.036	0.184	0.031	少し良い・偏食	124	0.148	健 康	運 動	よくする	23	-1.168	1.373	0.204	時々する・しない	131	0.205	飲 酒	飲まない	108	0.108	0.363	0.074	時々飲む・よく飲む	46	-0.255	学 科 意 識	学科適応	合っている	74	0.299	0.673	0.112	どちらともいえない	45	-0.202	転科希望	あり	16	0.539	0.601	0.081	なし	138	-0.062	勉強意欲	向上	30	0.087	0.111	0.018	不変	41	-0.015	学科予想	低下	83	-0.024	1.085	0.173	期待以上	34	-0.453	健 康 意 識	主観的健康感	健康	102	-0.065	1.845	0.199	まあまあ普通	40	-0.297	主観的ストレス感	体調が悪い	12	1.548	1.188	0.167	高い	76	0.297	生理不順	まあまあ普通	54	-0.022	0.416	0.091	低い	24	-0.891	生 活 満 足	生活全般満足度	低い	54	-0.139	0.214	0.037	高い	100	0.075	他者との比較	不満	67	0.137	0.243	0.088	満足	87	-0.106	以前との比較	不満	67	0.271	0.480	0.045	満足	87	-0.209	現 状 維持 指 向	将来予想	楽しいことなし	41	0.266	0.363	0.064	楽しいことあり	113	-0.097	現 状 維持 指 向	維持したくない	維持したくない	44	0.108	0.151	0.029	維持したい	110	-0.043	偏相関係数		
居 住	住 居	自宅	37	0.153	0.720	0.085																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		アパート・マンション	103	-0.207																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	通学方法	徒歩・自転車	83	0.130	0.282	0.049																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		バイク・バス・電車	71	-0.152																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
住 居	通学時間	1時間未満	123	-0.139	0.689	0.088																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		1時間以上	31	0.550																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	部屋の広さ	8畳未満	116	0.082	0.332	0.064																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		8畳以上	38	-0.250																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
環 境	部屋の様式	和式	98	-0.193	0.530	0.106																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		洋式	56	0.337																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	風呂の有無	あり	115	-0.042	0.167	0.028																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		なし	39	0.125																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
城	一人部屋	一人部屋	125	0.031	0.167	0.028																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		二人以上	29	-0.136																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	日当たり	悪い	53	0.296	0.451	0.089																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		良い	101	-0.155																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
風 通 し	悪い	43	-0.009	0.013	0.002																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	良い	111	0.004																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
生 活 時 間	勉強時間	1時間未満	59	0.384	0.623	0.126																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		1時間以上	95	-0.239																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	趣味等の時間	1時間未満	30	-0.393	0.488	0.086																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		1時間以上	124	0.095																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
家事の時間	1時間未満	66	-0.408	0.714	0.148																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	1時間以上	88	0.306																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
学 生 活	異性の友人	あり	114	-0.037	0.142	0.028																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		なし	40	0.105																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	学内サークル	参加	114	0.146	0.563	0.106																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		不参加	40	-0.417																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
学外サークル	参加	26	-0.326	0.392	0.063																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	不参加	128	0.066																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
生 活	アルバイト	している	119	-0.165	0.726	0.138																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		していない	35	0.561																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	生活費	5万円未満	51	-0.308	0.461	0.086																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		5万円以上	103	0.153																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
健 康	睡眠時間	約7時間以上	72	-0.205	0.385	0.079																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		約7時間未満	82	0.180																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	生活リズム	規則的	58	-0.348	0.558	0.116																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		不規則	96	0.210																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
習 慣	朝食摂取	ほぼ毎日	107	-0.085	0.123	0.025																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		時々食べる・食べない	47	0.038																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	間食摂取	食べない	17	-0.634	0.713	0.104																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		時々食べる・毎日	137	0.079																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
栄養のバランス	良い	30	-0.036	0.184	0.031																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	少し良い・偏食	124	0.148																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
健 康	運 動	よくする	23	-1.168	1.373	0.204																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		時々する・しない	131	0.205																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	飲 酒	飲まない	108	0.108	0.363	0.074																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		時々飲む・よく飲む	46	-0.255																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
学 科 意 識	学科適応	合っている	74	0.299	0.673	0.112																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		どちらともいえない	45	-0.202																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	転科希望	あり	16	0.539	0.601	0.081																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		なし	138	-0.062																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
勉強意欲	向上	30	0.087	0.111	0.018																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	不変	41	-0.015																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
学科予想	低下	83	-0.024	1.085	0.173																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	期待以上	34	-0.453																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
健 康 意 識	主観的健康感	健康	102	-0.065	1.845	0.199																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		まあまあ普通	40	-0.297																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	主観的ストレス感	体調が悪い	12	1.548	1.188	0.167																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		高い	76	0.297																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
生理不順	まあまあ普通	54	-0.022	0.416	0.091																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	低い	24	-0.891																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
生 活 満 足	生活全般満足度	低い	54	-0.139	0.214	0.037																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		高い	100	0.075																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	他者との比較	不満	67	0.137	0.243	0.088																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		満足	87	-0.106																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
以前との比較	不満	67	0.271	0.480	0.045																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	満足	87	-0.209																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
現 状 維持 指 向	将来予想	楽しいことなし	41	0.266	0.363	0.064																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		楽しいことあり	113	-0.097																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
現 状 維持 指 向	維持したくない	維持したくない	44	0.108	0.151	0.029																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		維持したい	110	-0.043																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
偏相関係数						0.563																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						

看護学専攻女子学生の自覚的疲労症状訴え数を規定する要因分析

表 4 精神的疲労症状の訴え数を規定する要因分析

	アイテ ム	カテ ゴリ	標本数	カテゴリ ウェイト	アイテム レンジ	偏相関 係数	
学 年	学 年	1年生	72	-0.153	0.288	0.046	
		3年生	82	0.135			
居 住	住 居	自宅	37	-0.103	1.942	0.157	
		アパート・マンション	103	0.265			
	通学方法	徒歩・自転車	83	0.230	0.499	0.077	
		バイク・バス・電車	71	-0.269			
住 居	通学時間	1時間未満	123	-0.146	0.724	0.085	
		1時間以上	31	0.578			
住 居	部屋の広さ	8畳未満	116	0.049	0.197	0.032	
		8畳以上	38	-0.148			
環 境	部屋の様式	和式	98	-0.357	0.982	0.159	
		洋式	56	0.625			
環 境	風量の有無	あり	115	-0.228	0.901	0.126	
		なし	39	0.673			
環 境	一人部屋	一人部屋	125	0.046	0.246	0.030	
		二人以上	29	-0.200			
環 境	日当たり	悪い	53	-0.319	0.485	0.080	
		良い	101	0.167			
環 境	風通し	悪い	43	0.029	0.040	0.006	
		良い	111	-0.011			
生 活 時 間	勉強時間	1時間未満	59	0.938	1.521	0.250	
		1時間以上	95	-0.583			
	趣味等の時間	1時間未満	30	-0.951	1.181	0.174	
		1時間以上	124	0.230			
生 活 時 間	家事の時間	1時間未満	66	-0.144	0.252	0.045	
		1時間以上	88	0.108			
学 生 生 活	異性の友人	あり	114	-0.035	0.134	0.023	
		なし	40	0.099			
	学内サークル	参加	114	0.334	1.285	0.203	
		不参加	40	-0.951			
学 生 生 活	学外サークル	参加	26	-0.584	0.703	0.097	
		不参加	128	0.119			
学 生 生 活	アルバイト	している	119	-0.080	0.353	0.056	
		していない	35	0.273			
学 生 生 活	生活費	5万円未満	51	0.172	0.257	0.042	
		5万円以上	103	-0.065			
健 康 習 慣	睡眠時間	約7時間以上	72	-0.208	0.391	0.062	
		約7時間未満	82	0.183			
	生活リズム	規則的	58	-0.227	0.364	0.063	
		不規則	96	0.137			
健 康 習 慣	朝食摂取	ほぼ毎日	107	-0.133	0.191	0.033	
		時々食べる・食べない	47	0.058			
健 康 習 慣	間食摂取	食べない	17	-0.254	0.286	0.036	
		時々食べる・毎日	137	0.032			
健 康 習 慣	栄養のバランス	良い	30	-0.444	0.800	0.133	
		少し良い・偏食	124	0.156			
健 康 習 慣	運 動	よくする	23	-0.375	0.441	0.029	
		時々する・しない	131	0.056			
健 康 習 慣	飲 酒	飲まない	108	0.050	0.167	0.074	
		時々飲む・よく飲む	46	-0.117			
学 科 意 識	学科適応	合っている	74	0.224	0.603	0.080	
		どちらともいえない	45	-0.074			
		合っていない	35	-0.379			
	学 科 意 識	転科希望	あり	16	1.471	1.642	0.178
なし			138	-0.171			
学 科 意 識	勉学意欲	向上	30	0.185	0.972	0.147	
		不変	41	0.606			
学 科 意 識	学科予想	低下	83	-0.366	2.169	0.250	
		期待以上 予想通り 失望した	34 64 56	-1.114 -0.332 1.055			
健 康 意 識	主観的健康感	健康	102	0.083	0.953	0.099	
		まあまあ普通	40	-0.383			
		体調が悪い	12	0.570			
	健 康 意 識	主観的ストレス感	高い	76	0.173	1.727	0.219
まあまあ普通			54	0.363			
低い			24	-1.364			
健 康 意 識	生理不順	あり	59	0.735	1.192	0.218	
		なし	95	-0.457			
生 活 満 足	生活全般満足度	低い	54	0.479	0.737	0.107	
		高い	100	-0.258			
	生 活 満 足	他者との比較	不満	67	-0.010	0.018	0.003
			満足	87	0.008		
生 活 満 足	以前との比較	不満	67	0.057	0.101	0.016	
		満足	87	-0.044			
生 活 満 足	将来予想	楽しいことなし	41	0.419	0.571	0.085	
		楽しいことあり	113	-0.152			
生 活 満 足	現状維持指向	維持したくない	44	0.376	0.526	0.085	
		維持したい	110	-0.150			

重相関係数 0.625

看護学専攻女子学生の自覚的疲労症状訴え数を規定する要因分析

表5 神経感覚的疲労症状の訴え数を規定する要因分析

	アイ テ ム	カ テ ゴ リ	標 本 数	カ テ ゴ リ ウ ェ イ ト	ア イ テ ム レ ン ジ	偏 相 関 係 数
学 年	学 年	1年生	72	0.002	0.004	0.001
		3年生	82	-0.002		
居 住	住 居	自宅	37	0.847	1.588	0.159
		アパート・マンション	103	-0.204		
	通学方法	寮	14	-0.741	0.807	0.144
		徒歩・自転車	83	0.372		
		バイク・バス・電車	71	-0.435		
通学時間	1時間未満	123	-0.075	0.371	0.049	
	1時間以上	31	0.296			
靴 部 履 の 広 さ	8畳未満	116	-0.008	0.033	0.007	
	8畳以上	38	0.025			
靴 部 履 の 様 式	和式	98	-0.373	1.025	0.205	
	洋式	56	0.652			
環 境	風呂の有無	あり	115	-0.106	0.419	0.073
		なし	39	0.313		
境 界	一人部屋	一人部屋	125	0.053	0.283	0.049
		二人以上	29	-0.230		
	日当たり	悪い	53	0.089	0.135	0.028
		良い	101	-0.046		
風 通 し	悪い	43	-0.064	0.089	0.017	
	良い	111	0.025			
生 活 時 間	勉強時間	1時間未満	59	0.165	0.267	0.056
		1時間以上	95	-0.102		
	趣味等の時間	1時間未満	30	-0.353	0.438	0.081
		1時間以上	124	0.085		
家事の時間	1時間未満	66	-0.229	0.401	0.086	
	1時間以上	88	0.172			
学 生 活	異性の友人	あり	114	0.043	0.166	0.035
		なし	40	-0.123		
	学内サークル	参加	114	0.187	0.721	0.137
		不参加	40	-0.534		
	学外サークル	参加	26	-0.040	0.048	0.088
		不参加	128	0.008		
アルバイト	している	119	-0.125	0.550	0.108	
	していない	35	0.425			
生活費	5万円未満	51	-0.180	0.269	0.053	
	5万円以上	103	0.089			
健 康 習 慣	睡眠時間	約7時間以上	72	0.179	0.336	0.070
		約7時間未満	82	-0.157		
	生活リズム	規則的	58	-0.115	0.185	0.040
		不規則	96	0.070		
	朝食摂取	ほぼ毎日	107	-0.262	0.858	0.180
		時々食べる・食べない	47	0.596		
間食摂取	食べない	17	-0.621	0.698	0.108	
	時々食べる・毎日	137	0.077			
栄養のバランス	良い	30	0.024	0.030	0.005	
	少し悪い・偏食	124	-0.006			
運 動	よくする	23	-0.242	0.284	0.045	
	時々する・しない	131	0.042			
飲 酒	飲まない	108	0.007	0.023	0.005	
	時々飲むよく飲む	46	-0.016			
学 科 意 識	学科適応	合っている	74	0.336	0.937	0.183
		どちらともいえない	45	-0.601		
		合っていない	35	0.063		
	専科希望	あり	16	0.440	0.491	0.069
		なし	138	-0.051		
	学 科 予 想	向上	30	0.057	0.092	0.014
不変		41	-0.035			
低下		83	-0.004			
学 科 予 想	期待以上	34	-0.188	0.970	0.175	
	予想通り	64	-0.399			
	失望した	56	0.571			
健 康 意 識	主観的健康感	健康	102	-0.174	0.945	0.122
		まあまあ普通	40	0.212		
		体調が悪い	12	0.771		
主観的ストレス感	高い	76	0.612	0.664	0.129	
	まあまあ普通	54	-0.283			
	低い	24	-0.352			
生 理 不 順	あり	59	0.331	0.537	0.122	
	なし	95	-0.206			
生 活 満 足	生活全般満足度	低い	54	0.653	1.003	0.177
		高い	100	-0.353		
	他者との比較	不満	67	0.142	0.252	0.049
		満足	87	-0.110		
	以前との比較	不満	67	-0.146	0.258	0.050
		満足	87	0.112		
将来予想	楽しいことなし	41	0.240	0.327	0.060	
	楽しいことあり	113	-0.087			
現状維持指向	維持したくない	44	0.006	0.008	0.002	
	維持したい	110	-0.002			

重相関係数 0.602

看護学専攻女子学生の自覚的疲労症状訴え数を規定する要因分析

1.727であった。4番目に強い影響力を示したアイテムは「転科希望」でレンジは1.642であった。5番目に強い影響力を示したアイテムは「勉強時間」でレンジは1.521であった。以下、「学内サークル」、「生理不順」、「趣味等の時間」などがレンジ0.1以上を示した。

なお、レンジの大きいアイテムは偏相関係数も高い傾向を示す。

次に、訴え数に対する各カテゴリごとの規定力をみると、まず、訴え数が多い方向について最も強い規定力を示すカテゴリは「転科希望」が「ある」でウェイトは1.471である。2番目に強い規定力を示すカテゴリは「学科予想」が「失望した」でウェイトは1.055である。3番目に強い規定力を示すカテゴリは「勉強時間」が「1時間未満」でウェイトは0.938である。4番目に強い規定力を示すカテゴリは「生理不順」が「あり」でウェイトは0.753である。5番目に強い規定力を示すカテゴリは「風呂の有無」が「あり」でウェイトは0.673である。

一方、訴え数が少ない方向について最も強い規定力を示すカテゴリは「主観的ストレス感」が「低い」でウェイトは-1.364である。2番目に強い規定力を示すカテゴリは「学科予想」が「期待以上」でカテゴリウェイトは-1.114である。3番目に強い規定力を示すカテゴリは「学内サークル」が「不参加」でウェイトは-0.951である。4番目に強い規定力を示すカテゴリは「趣味等の時間」が「1時間未満」でウェイトは-0.951である。5番目に強い規定力を示すカテゴリは「栄養のバランス」が「良い」でウェイトは-0.644である。

なお、重相関係数は0.625と比較的高い。

4. 神経感覚的疲労症状

訴え数を規定する各アイテムのレンジおよび偏相関係数とそのカテゴリごとのウェイトを表5に示す。

レンジをみると、訴え数に対して最も強い影響力を示したアイテムは「住居」でレンジは1.588であった。2番目に強い影響力を示したアイテムは「部屋の様式」でレンジは1.025であった。3番目に強い影響力を示したアイテムは「生活全般満足度」でレンジは1.003であった。4番目に強い影響力を示したアイテムは「学科予想」でレンジは0.970であった。5番目に強い影響力を示したアイテムは「主観的健康感」でレンジ

は0.945であった。

なお、レンジの大きいアイテムは偏相関係数も高い傾向を示す。

次に、訴え数に対する各アイテムごとの規定力をみると、まず、訴え数が多い方向について最も強い規定力を示すカテゴリは「住居」が「自宅」でウェイトは0.847である。2番目に強い規定力を示すカテゴリは「主観的健康感」が「調子が悪い」でウェイトは0.771である。3番目に強い規定力を示すカテゴリは「部屋の様式」が「洋式」でウェイトは0.652である。4番目に強い規定力を示すカテゴリは「生活全般満足度」が「低い」でウェイトは0.653である。5番目に強い規定力を示すカテゴリは「朝食」が「時々食べる・食べない」でウェイトは0.596である。

一方、訴え数が少ない方向について最も強い規定力を示すカテゴリは「住居」が「寮」でウェイトは-0.741である。2番目に強い規定力を示すカテゴリは「間食」が「食べない」でウェイトは-0.621である。3番目に強い規定力を示すカテゴリは「学科適応」が「どちらともいえない」でウェイトは-0.399である。4番目に強い規定力を示すカテゴリは「学内サークル」が「不参加」でウェイトは-0.534である。5番目に強い規定力を示すカテゴリは「適学方法」が「バイク・バス・電車」でウェイトは-0.435である。

なお、重相関係数は0.602と比較的高い。

IV 考 察

看護学専攻女子学生の健康管理に関する基礎資料を得る目的で身体的、精神的および神経感覚的疲労症状の訴え数を規定する要因の相対的影響力について検討を行なった。

いずれの疲労症状も、「学年」、言い換えれば、教養課程であるか専門課程であるかは訴え数を規定する要因として弱いことを示唆している。しかし、両学年とも臨床実習がほとんど体験していない学年であることは考慮しなければならない。

疲労症状3群のうち、精神的疲労症状の訴え数が最も多い。精神的疲労症状に最も強い影響力を示す要因は「学科予想」である。これは身体的疲労症状にも強い影響力を示す。「学科予想」が「失望した」者は訴えが多く、「期待以上であった」者は訴えが少ない。4番目に強い影響力を示す「転科希望」が「あり」の

場合や5番目に強い影響力を示す「勉強時間」が「一時間未満」の場合、訴え数が多い。また、「主観的ストレス感」も訴え数を強く規定する要因であり、「主観的ストレス感」が「低い」場合、訴え数が少ない。

これまでに、学部・学科への不適応が学生の心身両面で健康問題を生起させていることが指摘されている^{4, 6)}。今回の全対象を含んだ新入生に対して大学入学時に実施された調査²³⁾によれば、看護学部入学者は学部・学科の選択理由として「自分の興味を持つ専門分野に一致していたから」に回答した者が76.2%で千葉大学9学部のうち最高を占め、進学動機の専門志向も極めて高い。しかし、「学科予想」が「失望した」者は1年生で25名、3年生で31名であり、「転科希望」が「ある」者は1年生で9名、3年生で7名である。進学時の学科選択理由に示される看護学科への期待が入学後必ずしも満足されず、転科を希望する者が少なからずいることを示唆している。

女子学生では所属学科への適応、勉学意欲、学業の満足度などがCMIの選択数と関連が強いことが指摘されている^{4, 6, 13, 24)}。看護学科学生は進学動機が専門知識と資格取得であり、看護専門職としての就職志向が強い²³⁾。それだけに入学後の学科に対する失望感は学科への不適応や勉学意欲の低下などを招き易い。その結果、精神的疲労症状を訴え易いことが考えられる。

看護学専攻女子学生においても、「学科予想」、「転科希望」、「主観的ストレス感」などの心理的要因が訴え数に強い影響を及ぼしている。しかし、生活意識のうちでも大学生活への満足度は比較的影響力が弱い。自発的な来談を中心とする学生相談では修学相談や心理的不適応に関する相談が多いが、学生が抱えている悩みは潜在している^{4, 6)}。解決されない悩みなどが疲労症状の訴えとして顕在化していることが示唆される。看護学専攻女子学生の健康管理においてはこうした要因の関与を踏まえ疲労症状を理解し、きめ細かな精神衛生的アプローチが必要である。

生活実態は生活意識に比べ訴え数への影響力は比較的弱い。しかし、居住環境の「住まい」が訴え数に強い影響力を示す。「住まい」が「寮」の場合、訴え数が少ない。

寮生は自宅生や下宿生に比べて不定愁訴やCMIの選択数が多い^{6, 13)}。今回の結果は「住まい」が「寮」であることは「自宅」に比べて訴え数を少なくしてい

る。千葉大学女子寮は看護学生だけの全寮制とは異なり、他学部の学生が多い学生自治寮で自由意志による入寮である。学校生活と寮生活とが同一集団による連続的なものではないため比較的拘束力も弱いと考えられる。一方、自宅通学者は比較的通学時間が長く、帰宅時間などの規制が関与していると考えられる。

その他の生活実態のうち、「勉強時間」が「1時間未満」、「風呂」が「なし」などの場合、訴え数が多い。一方、「学内サークル」が「参加していない」、「栄養のバランス」が「良い」などの場合、訴え数が少ない。自宅での勉強時間が少ない者は学科への失望感などと関連して疲労症状を訴え易いと思われる。

女性では月経周期が疲労感や不定愁訴などに影響を及ぼしている⁸⁾。「生理不順」が「あり」の場合、訴え数が多く、生理不順が精神的疲労症状に影響を及ぼしていることを示唆している。

2番目に訴え数が多い身体的疲労症状をみると、訴え数に最も強い影響力を示す要因は「主観的健康感」である。「主観的健康感」が「体調が悪い」の場合、訴え数が多い。健康に関する主観的判断が身体的疲労症状に顕著に反映されることを示唆している。

2番目に強い影響力を示す要因は「運動」である。「運動」が「よくする」場合、訴え数が少ない。適度な運動は脳の活動水準を高め、心身の疲労を回復させる。一方、運動不足は筋力や心肺機能の低下を招き体力が減退し易い。運動部活動をしている学生では訴え数が少なく、体力と訴え数は関連する⁶⁾とされている。運動不足による体力の減退が身体的疲労症状の訴えを生じさせている可能性も考えられる。

3番目に強い影響力を示す要因は「主観的ストレス感」である。「主観的ストレス感」が「低い」場合、訴え数が少ない。ストレスに関する主観的判断もストレス反応の身体化として身体的疲労症状に顕著に反映されることを示唆している。

次に強い影響力を示す要因は「学科予想」である。「学科予想」が「失望した」場合、訴え数が多く、「学科予想」が「期待以上であった」場合、訴え数が少ない。看護学部学生は進学動機の専門志向が千葉大学9学部学生中最も高く、資格取得と看護職としての就職志向も極めて強い²³⁾。それだけに、学科予想がはずれ失望した場合、ストレスも強く身体的疲労症状として出現することを示唆している。

その他に、「アルバイト」が「していない」、「転科希望」が「あり」、「通学時間」が「1時間以上」の場合訴え数が多い。一方、「間食」が「しない」、「学内サークル」が「参加しない」の場合訴えが少ない。

神経感覚的疲労症状は身体的、精神的疲労症状に比較し訴え数が少ない。訴え数に最も強い影響力を示す要因は「住居」や「部屋の様式」である。「住居」が「自宅」や「部屋の様式」が「洋式」の場合訴え数が多い。一方、「住居」が「寮」の場合訴え数が少ない。居住環境が神経感覚的疲労症状に強い影響力を及ぼしている。

その他に強い影響力を示す要因は「生活満足度」、「学科予想」などの生活意識である。

疲労症状3群をみると、いずれの疲労症状の訴えにも共通して影響を及ぼしている要因は「学科予想」、「住居」、「転科希望」、「主観的健康感」、「主観的ストレス感」などである。看護学専攻女子学生では専攻学科への意識、健康意識などが疲労症状に関与している。ライフスタイルが身体的、精神的健康度に影響を及ぼしているとの指摘がある^{25, 26)}が、健康習慣の影響力は弱い。

専門性が強く、免許取得が専門職としての就職に直結する看護学科学生の健康管理においては、疲労症状を訴える背景を十分に検討する必要がある。訴えが専攻学科への不適応に起因する場合、精神衛生²⁷⁾を配慮したきめ細かな保健指導を展開していかなければならない。

V 結 語

千葉大学看護学部女子学生154名を対象として、身

体的、精神的、神経感覚的疲労症状の訴え数を規定する生活実態、生活意識に関する要因について多変量解析を用いて分析した結果、以下のことが明らかとなった。

1) 身体的疲労症状の訴え数に強い影響力を持つ要因は「主観的健康感」、「運動」、「主観的ストレス感」、「学科予想」、「アルバイト」などであった。

訴え数が多い方向に強い規定力を示すカテゴリは「主観的健康感」が「体調が悪い」、「学科予想」が「失望した」などであった。一方、訴え数が少ない方向に強い規定力を示すカテゴリは「運動」が「している」、「主観的ストレス感」が「低い」などであった。

2) 精神的疲労症状の訴え数に強い影響力を持つ要因は「学科予想」、「住居」、「主観的ストレス感」、「転科希望」、「勉強時間」などであった。

訴え数が多い方向に強い規定力を示すカテゴリは「転科希望」が「あり」、「学科予想」が「失望した」などであった。一方、訴え数が少ない方向に強い規定力を示すカテゴリは「住まい」が「寮」、「主観的ストレス感」が「低い」などであった。

3) 神経感覚的疲労症状の訴え数に強い影響力を持つ要因は「住居」、「部屋の様式」、「生活満足度」、「学科予想」、「主観的健康感」などであった。

訴え数が多い方向に強い規定力を示すカテゴリは「住まい」が「自宅」、「主観的健康感」が「体調が悪い」などであった。一方、訴え数が少ない方向に強い規定力を示すカテゴリは「住まい」が「寮」、「学科適応」が「普通」などであった。

要 旨

千葉大学看護学部女子学生154名を対象として、身体的、精神的、神経感覚的疲労症状の訴え数を規定する生活実態、生活意識に関する要因について多変量解析を用いて検討した結果、以下のことが明らかとなった。

1) 身体的疲労症状の訴え数に強い影響力を持つ要因は「主観的健康感」、「運動」、「主観的ストレス感」、「学科予想」、「アルバイト」などであった。

2) 精神的疲労症状の訴え数に強い影響力を持つ要因は「学科予想」、「住居」、「主観的ストレス感」、「転科希望」、「勉強時間」などであった。

- 3) 神経感覚的疲労症状の訴え数に強い影響力を持つ要因は「住居」, 「部屋の様式」, 「生活満足度」, 「学科予想」, 「主観的健康感」などであった。

Abstract

This study was performed for the purpose of finding the way to manage the health care of nursing students on the basis of actual living conditions and living awareness.

To elucidate the factors relating to subjective feeling of fatigue in nursing students, we analyzed the data of 154 students of School of Nursing, Chiba University, and studied the relationship between the number of subjective feeling of fatigue (physical, mental, neurosensory) and their living conditions, living awareness.

Therefore, we selected 34 items (factors) regarding actual living conditions and living awareness from preceding literatures, and we conducted multivariate analysis called the method of Quantification Theory (1st Theory).

According to the analysis of the method using 34 factors, the results obtained were summarized as follows.

1. The number of subjective feeling of mental fatigue was most of three feelings of fatigue.
2. The items affecting the number of subjective feeling of physical fatigue were self-evaluation of health, regular practice of sport, self-evaluation of stress, doing arbeit, and so on.
3. The items affecting the number of subjective feeling of mental fatigue were the anticipation of their course, their dwelling, self-evaluation of stress, studying hours, and so on.
4. The items affecting the number of subjective feeling of neurosensory fatigue were their dwelling, style of their room, life satisfaction, the anticipation of their course, self-evaluations of health, and so on.

VI 文 献

- 1) 福本静子, 他: 医・保健衛生系学生の食生活調査, 学校保健研究, 22, 46-51, 1980.
- 2) 黒沢和夫: 女子学生の生活と健康, 学校保健研究, 22, 96-100, 1980.
- 3) 野沢栄司: 青年期の心の病, 星和書店, 東京, 18-24, 1987.
- 4) 塚田浩次, 他: 大学生の精神医学的諸問題-健康管理センターの統計資料を中心に-, 臨床精神医学, 9(9), 965-972, 1980.
- 5) 平木典子: 学生相談室におけるカウンセリング, 臨床精神医学, 7(2), 193-198, 1978.
- 6) 門田新一郎: 学生の健康管理に関する研究 - CMI健康調査の選択数と生活行動との関連性について-, 日本公衛誌, 30(8), 368-378, 1983.
- 7) 門田新一郎: 中学生の健康管理に関する研究(第2報) - 疲労自覚症状と体力および生活行動との関連について-, 日本公衛誌, 34(10), 652-659, 1987.
- 8) 門田新一郎: 学生の健康管理に関する研究-学生生活の満足度と疲労感について-, 学校保健研究, 140-144, 1979.
- 9) 門田新一郎: 学生の健康管理に関する研究-生活条件と自覚的疲労症状について-, 学校保健研究,

看護学専攻女子学生の自覚的疲労症状訴え数を規定する要因分析

- 286-291, 1977.
- 10) 佐藤玲子：女子学生の自覚疲労についての研究，学校保健研究，236-243, 1978.
- 11) 東川泰之：高校生の不定愁訴に関する一考察，学校保健研究，274-281, 1983.
- 12) 門田新一郎：学生の健康管理に関する研究，広島大学医学雑誌，31, 241-255, 1983.
- 13) 渡辺紀子，他：鹿児島における女子学生の不定愁訴，保健の科学，23, 787-792, 1981.
- 14) 加納克巳，他：大学生の食事形態と身体症状に関する調査研究，学校保健研究，第24回学校保健研究会口演集，46, 1977.
- 15) 中永征太郎：疲労感ならびにフリッカー値による環境条件の影響について，日本公衛誌，25(2)，275-278, 1978.
- 16) 西都ベン，他：児童の疲労自覚症状調査と生活調査との関連，学校保健研究，23(11)，540-550, 1981.
- 17) 渡辺真弓，他：児童の疲労感に関する研究-長期的調査による自覚的疲労症状訴え数およびフリッカー値の検討，学校保健研究，25(6)，288-294, 1983.
- 18) 前田 昇，他：思春期の自覚症状に関する因子分析的な研究，学校保健研究，30(2)，86-94, 1988.
- 19) 産業疲労研究会：産業疲労の自覚症状しらべについての報告，労働の科学，25, 6, 12-61, 1970.
- 20) 星 旦二，他：日常生活習慣と身体的健康度との関連性，日本公衛誌，33(第45回日本公衛学会抄録集)，72, 1986.
- 21) 林知己夫，他：情報処理と統計数理，産業図書，1979.
- 22) 竹内 啓，他：SASによるデータ解析入門，東大出版会，1987.
- 23) 千葉大学広報委員会：大学進学動機に関する調査-3年間の調査結果-，千葉大学広報，52, 1-5, 1990.
- 24) 小倉 学，他：高校生の心身の健康に関連する要因の研究，健康教室，29(4)，25-40, 1978.
- 25) 森本兼曩：ライフスタイルと健康-身体的健康度と精神的健康度-，公衆衛生，51(2)，135-143, 1987.
- 26) 飯島久美子，他：ライフスタイルの健康影響評価-生活習慣，不定愁訴と精神的健康度との関連性，日本公衛誌，35(10)，573-578, 1988.

(平成3年4月19日受付)

次世代へ駆ける!

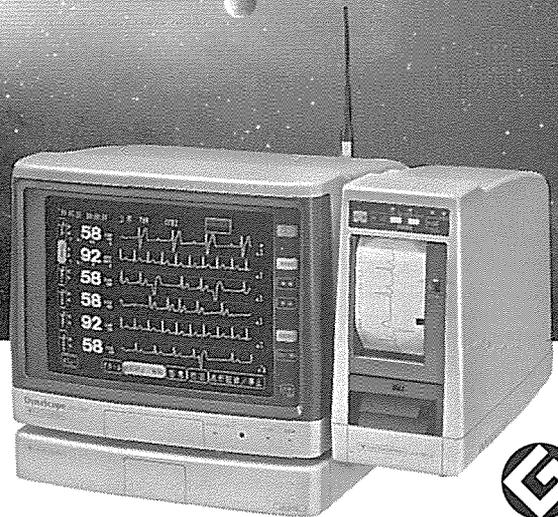
インテリジェント
モニタ

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: 63B-1770

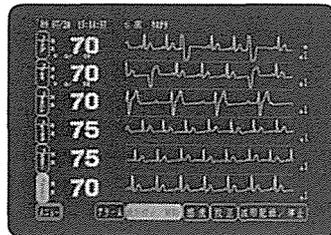
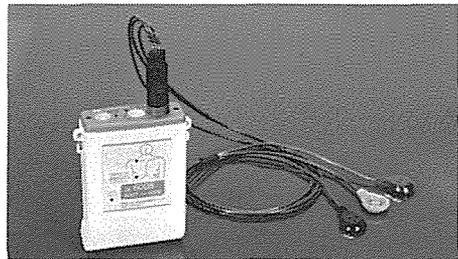


通商産業省選定
グッドデザイン商品

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)

第 16 回

日本看護研究学会総会

講演記事 (2)

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13

司 会 の 言 葉

千葉大学 看護学部 草 刈 淳 子
近畿大学 医学部 早 川 和 生

医療の世界は、医療法第2次改正（案）を始めとして正に激動の時代に突入と言っても過言ではないでしょう。看護を取り巻く環境は、急速に変化しつつあります。こうした時代の流れの中で、これからの看護学の展開を看護職は主体的かつ強力に進めていく必要があります。本シンポジウムのテーマ「看護の目指すものを獲得するために」は、こうした時代の流れを反映しています。

看護職の目指すものとは、我々多くの者にとって真のプロフェッショナル（専門職）としての地位の確立と言って良いでしょう。社会の中で自立した責任ある職業人として認知され、知的にも技術的にも信頼される存在になることと言えます。現在、この目指すもの

を獲得するため、職集団としての Strategy を活発に議論する必要があります。

本シンポジウムでは、特に看護の教育面（基礎教育および卒後教育）を中心に、「なぜ大学が必要なのか」「明日につながる継続教育はどのようなものか」、「看護大学院での教育について」および「アメリカの動向から学ぶもの」の4点について各シンポジストの方に自論を展開していただきます。更に、お二人の指定発言者からも御意見をいただき、看護の目指すものを獲得するために行うべきことについて討論していただく予定です。フロアからも活発な御意見を出していただきながら議論を煮つめていきたいと存じます。

なぜ四年制大学が必要なのか

聖隷学園浜松衛生短期大学

高野 順子

看護の大学教育は1952年に発足し、1984年の日本看護協会の総会において看護教育の四年制大学案は採択され、多くの国公立の看護短大が大学化へ向けて過去10年大きな努力を続けているにもかかわらず、1990年現在、看護の四年制大学課程はわずか11校に過ぎません。米国におきましては479校の大学が学士課程を開設しています（1988年のNLNにする報告）。

激変する社会の中で保健医療は21世紀—ケアの時代—へ向けて大転換をせまられています。看護は保健医療の一端を担う専門職として将来どのような役割を果たしていかなければならないか、又そのための看護教育のあるべき姿について考えを発展させる中で、先ず四年制大学教育の必要性を明確にし、次に現実的かつ望ましいと考えられる2つの異った大学課程の開設を提案致します。

現代の保健医療は高度に発展し続ける科学技術と、人々のニーズが複雑に多様化する社会の中で、さまざまな新しい問題を提起しています。例えば、異なった立場にいる人々の新しい保健医療費の権利と義務、そしてそこから起る倫理上の問題等です。非常に複雑な状況下で専門看護者は日々高度な判断を求められています。このような事態に直面した時、人とその社会についてヒューマンズムの精神に徹した深い理解がなければ、専門者としての的確な判断は下せないでしょう。又看護は対象との全人格的な関わりの中で展開される仕事ですから、専門者の人間としての成熟が問われます。

このような役割を担う看護専門者になる人達への教育には一般教養の科目が豊かに提供され、自由に選択することができ、十分な時間をかけて広い視野で学ぶことが保証されるべきです。広い視野での豊かな教養は学ぶ者に自我の発見を可能にし、高い人間性を育みます。このようにして育まれた余裕ある、独立した人

格をもって看護者が対象に向い会う時、看護が望む真の共生や共感が生まれると考えます。特に看護倫理に関しては専門者の人格が直接関与することもあって、豊かな教養は看護専門者に欠かせません。

又国際化時代を迎えて将来の専門者は世界的保健医療活動に参加していかねばならないと思われるので、その教育は国際色豊かな総合大学で行われることが望ましいと考えます。

21世紀に活躍する看護専門者の第2の課題は専門知識の開発と体系化です。看護科学は他の学問と比べ、体系化が遅れています。だから看護実践の場で現象を理論化すると共に理論を検証する努力も続けられなければならないと考えます。そして再び新しい知識の開発にむけて問題提起をし、研究を主体的におし進めていく能力と態度が専門者に求められるでしょう。高度な知識体系を確立するために専門者が主体的に知識を選択、探求し、積極的に研鑽を重ね、真理の発見のため研究に献身する場合は大学以外の教育機関では考えられません。ケアの時代を迎えて看護が前進すれば市民の健康生活の向上へ貢献するのですから、看護専門者の教育は国家の経費でなされるべきです。皆様もすでに御承知のように米国におきましては1950年代、国は看護の社会への貢献を高く評価し、巨額の予算を投入して看護基礎教育を一般教育システムへ移し、総合大学の一学部として位置づけ、看護教育の大変革をなし遂げました。

第3に考えられる将来の看護専門者に期待される役割は、複雑に巨大化する保健医療サービスの中で他の専門職の人と共にチームの一員として国の内外で活動できることです。例えばICNやWHOが提唱するプライマリー・ヘルスケアを達成するためには、看護専門者は独立して他の学問分野の人々と提携して機能できる能力が必要です。そのためには、看護教育者とそ

の学生は常に他の学問分野の人々と共に学ぶ中で協調体制を確立し、社会の動き及びヘルスケアについての広い視野を養う、即ち学際的な教育がなされる時はじめて専門者はこの役割を遂行することができると考えます。現^ニ短大で行われているような教育—青年期を生きる学生がゆっくり人生について語り明かす時間もなく、過密ダイヤの中で膨大な知識を断片的につめ込まれる—では将来求められる責任は果たせないでしょう。

以上述べましたように21世紀に看護専門者としてその権利と義務を遂行できる人の教育は四年制大学、いやもしかしたらインターン1年を入れて五年制大学でしかできないのではないかと考えます。1960~70年カナダのマギール大学における看護基礎教育は5年で行っていました。看護教育の一般教育制度への移管と、看護基礎教育は他の専門職集団と同じレベルのものでなければならないということに関しては、ILO、ICN、及びWHOも同じ見解を表明しています。結論として、看護基礎教育は国際色豊かな研究機関である総合大学の中でなされるのが望ましいと考えます。

さて四年制或いは五年制大学看護教育制度の確立を推進します時、私は二つの異なるプランを提案致します。一つは現^ニ開設されています学士課程、もう一つは正看護婦になられて数年以上の経験を持つ人（専門学校及び短大卒のナース）への学士課程です。

私は、看護教育に一般高等教育の基本が適用されなかった時代を生き、それを求めて外国に行き学問する機会を得ることができた者として、ぜひ両学士課程の実現を早急に希望します。日本の政府も国民への生涯学習の方針を強力に打ち出している折りから、これを実現するためには今が最良の時なのではないかと考えます。数年の臨床経験を持つ看護婦は、人として成熟し、看護者として重要な資質をそなえた人達です。この人達は大学で看護科学を究め、将来社会に貢献できる大きな可能性を秘めている看護者です。この人達に適切な教育制度が緊急に考えられることは、国の人的資源を有効に開発するための最も重要な対策と考えられます。何故なら今日大学に入学し看護学を選考する学生は、10年後には立派な専門者になって活躍されるでしょうがその間膨大な費用が必要とされます。一方、数年臨床で献身的な経験を持つ有能な看護婦は、明確な目的意識をもって看護科学を探求すると考えられま

すので、数年の大学教育で（約50単位）大きな成長を期待できると思います。

では具体的にどのような大学のプログラムが有資格ナースに望まれるのか、北米にあるモデルを紹介して考えたいと思います。北米における大学システムは非常に開放的ですから、同レベルの大学であれば、どこで必要な単位を取得しても単位は認められることになっています。一般教養と看護科学の欠けている専門学校及び短大卒の看護者は、入学時大学で査定を受け、まず教養学部で必要な自然科学、社会科学、人文科学、経営管理学等を学びます。その後大学への編入学を許可され看護学部で専門領域の各看護学、看護管理学、家族及び地域看護学、看護教育学等を学びます。臨床の単位は12単位です。各専門領域の看護学は試験に挑戦して単位を取得することも可能です。その他ビデオや自己学習用の資料が十分に整理・準備され、大学の^ニ書館はすべての登録ナースに開放されており、自由に自己のペースで学習ができる様教育的配慮がなされています。このシステムは学習者の経験が十分生かされ、学習者が主体的に選択して学習が進められるよう、成人教育の基本にもとづいて運営されています。

北米におきましては上記のような大学制度が1950~60年代に政府、看護職能団体（ANA）施設からの積極的な取り組みがあり、看護は著しい進展を見ました。それに比べて、日本の看護者は大学教育の機会に恵まれていません。他の学部で学位を取得するのも一方法ですが、卒後すぐ看護学に貢献するという意味では問題がある場合も多くございます。日本のナースがどんなに勤勉でも厳しい労働条件下で複雑に巨大化する保健医療の中で、効果的に対応することは難しくなってくるでしょう。臨床で豊かな経験をつみ、看護科学の真理を求めてやまない看護者のための大学課程を一日も早く、一校でも多く実現することを望んで止みません。

21世紀に期待される役割を遂行することができる看護専門者の教育は、世界平和と協調の中で大きな社会的責務が果たせるよう、国際色豊かな国公立の総合大学でなされる必要があります。又、急速な社会の変化に対応するための看護教育は、姑息的な改革では効果を期待できないと考えます。今までの枠組の内では考えられなく、新しい発想が必要です。新しい世紀へ向かって、私は看護学学士課程に二種の異なったプログ

「看護」の目指すものを獲得するために

ラムが開設されることを提案します。その一つは現行のプログラムであり、もう一つは登録ナースのために個人個人の教育、経験、能力に基づいた、成人教育の理念を生かした学士課程です。

明日につながる継続教育はどのようなものか

京都大学医学部附属病院

仲 朝 子

現在病院で勤務する立場から、シンポジウムに参加させて頂くことになった。

臨床の立場から、意見を述べたいと思う。各施設内での継続教育については、これまで様々な形で紹介され、実際に計画、実施されている。当施設においても現任教育という名称で実施している。内容については、この場で紹介できる程の、目新しい事を行っているわけではない。むしろ、日々これでいいのかと、自問自答しているのが実状である。

本日は当大学の新人教育の現状と、看護婦職員の教育背景、4年制大学への思いを紹介し、その中から、目指すべきものが少しでも明らかになり明日への前進に繋がればと考える。

医療を取り巻く環境が、刻々と変化し、看護婦の果たすべき役割も、ますます多様化、複雑化する傾向にある。高度の知識、と技術態度が求められていることは、衆知のことと思う。

又、一方一般社会の人々の医療に対する関心、メディア等を通しての情報の氾濫、知識の増大、高齢化社会へ向けての、医療、看護、福祉への期待感は図り知れないものがある。その中で看護婦としての、専門性を培い、幅広い人間性を持ち、他職種との連携を図り、社会の変化に対応できるよう、常に自己研鑽に努め、自他共に認められる、専門職をめざして努力する必要がある。

当大学病院は、医学教育、研究が最優先される状況にある。医療の内容はめまぐるしく変化し、高度先進医療のないてとして、臨床の場での治療内容は、多数の診療科で日々新しい治療法が開始され、看護婦もそれにともない、新治療法の知識の修得、看護マニュアルの作成、と共にチームメンバーの意識の統一、レベルの均一化が必要になる。当然、医療補助業務を優先せざるを得ない状況にあり、看護婦本来の業務内容

が見失われがちな環境にある。

医療現場は、最新機器に取り囲まれともすれば、データ処理、報告におわれ、ベッドサイドケアに費やす時間を縮小せざるをえない状況にある。そのような状況下で、看護婦の果たすべき役割、機能も拡大し、その対応に苦慮しているのが現状である。

しかし、臨床で看護する立場にある私達は、「患者の個々のニーズを把握し、患者の立場に立った質の高い看護が提供できる」を目標に日々の業務に取り組んでいる。

当大学病院は、1080床を有し、約520名の看護婦が勤務している。看護単位は、病棟20単位、外来、中央系8単位ある。毎年、看護婦の新採用者は、60~70名あり、看護単位によっては、新人看護婦が、30%を占める箇所もある。

4月には、約15%の新人看護婦を迎え日々の看護のレベルが低下しないよう、業務を遂行しながら、新人教育を実施しているのが、現状であり、「ゆとりある」環境ではない。

基礎教育を終えた時点では、看護婦としての、基本的な知識、技術、態度を身につけているに過ぎず、臨床現場ですぐ看護実践できる状態ではない。卒業後、臨床現場で新人教育プログラムに溶け、先輩ナースの指導を受け、実践活動する中で、臨床で必要な知識、技術を修得し、人間性豊かな、一人の看護婦として成長していくと思う。

従って、新人教育は、システムとしてその目指すべきものを明確にし、その人が自立して、ケアが出来るまで、日々の実践の中で、指導者が、その時々援助できる体制づくりが必要と考え実施している。その目指すものは、自己警養できる、能力の育成と考えている。

しかし、臨床の場は刻々と変化し、ゆとりを持って

「看護」の目指すものを獲得するために

待っていることが出来る状況ではない。現実的には、その日々の業務の中で、常に患者の問題点を見出せる観察力と、それを解決出来る判断力を身につけることを目指して指導している。

当院の現任教育は、看護部現任教育プログラムに添って、各看護単位別に、年間計画を立て実施している。集合教育と各看護単位別教育に区分している。一方指導者の育成と自己啓発を図るを目的に、院外研修への参加も積極的に推進している。

新人看護婦の場合、病院組織、他部局との関連を理解し、日常業務を把握し、三交替要員の一人として自立するには、かなりの時間を要する。新卒一年目の到達目標は、各科多少の表現の差はありますが、下記の内容である。

1. その科の特殊性を理解し、各疾患の治療介助、看護が展開できる。
2. 基本的な看護技術が正確にできる。
3. チームメンバーとしての役割を理解し、実行できる。
4. 個々の患者に応じた基礎的な、看護行為ができる。
5. 後輩の指導ができる。

その他、2年目、3年目、5年目、10年目と到達目標は設定しているが、3年目の到達目標は

1. チームリーダーとしての役割を果たすことができる。
2. 新人の指導が責任を持ってできる。
3. 日常業務を行う上で常に問題意識を持ち看護ケアができる。

そして3年目には、ジェネラリスト育成の目的で、外科系、内科系の勤務交替を実施している。

教育方法については、オリエンテーション、講義、実技指導、実践、研修会、自己学習等である。教育資料としては、看護手順、業務手順、標準看護計画、各科オリエンテーションプログラム、チェックリストによる自己評価、他者評価等である。

実際には、全体でのオリエンテーションの後、各科に配属され、マンツーマンで指導を受け業務内容を理解することから始まる。新人の資質は、社会全般的な傾向であるが、年々変化する傾向にある。「出来ない、知らない、教えて貰ってない」と言う、新採用者に当初、指導者はショックを受けていたが、現在では「出来ない、知らない、教えてもらってない」人達として

うけとめ指導しているが、それでもなおその戸惑いは、測り知れないものがある。

基礎教育の目指す内容と、臨床の場での思いが一致し、看護の向上を目指しての協体制と、全レベルでの継続教育のシステム作りが必要と考える。

当看護部は、昭和51年から部制がしかれ、看護部門として独立し、名称も総看護婦長から看護部長に変更になった。しかし極く最近まで、医師、看護婦の両者の中に、その講座の看護婦という意識が根強くあり、看護婦が医師と医療、看護について対等に議論できる素地がなかった。

医療の現場では、医師と看護婦は車の両輪であると言われて久しく、両輪として名実共に認められる必要がある。その為にも、専門職としての地位の確立と、教育体制、継続教育の充実とあわせて、看護婦の意識の改革が必要と考える。

次に

昨年度末、当院看護婦の4年制大学教育に対する、認識度を、把握する目的で、アンケート調査を実施した。その結果を紹介し、臨床で働く看護婦の教育に対する思いを知って頂き今後の参考にして頂きたいと思う。調査方法は、アンケート用紙を各看護単位別に配付、回収した。518名を対象に配付し、470名から回答を得ることができた。回収率は93%になっている。

看護職員の年齢構成は、25歳までが、145名32%、30歳までが79名17%で両者併せて約50%になる。すなわち30才までの看護婦が全体の半数をしめている。

平均年齢は、全体で34歳、婦長33名で50歳、副婦長37名で43歳、看護婦369名で31歳、准看護婦27名で47歳となっている。なお、婦長は、40代、50代が占め、副婦長は、20代から50代まで分布しているが、20代は1人であり、官職と年齢層のカイ2乗検定では、1%の有為差を認めている。かなり高齢の組織であることが、成熟度が高く、組織のプラスに作用してるか、それともマイナスに作用しているかは大いに議論のあるところです。

次に、最終専門学歴は、看護婦数470名中、4年制看護大学卒業生は、わずか4名であり、助産婦学校卒業生、27名。保嬰婦学校卒業生6名で全部をあわせても37名であり、全体の8%にしかならない。短期大学卒業生168名(37%)、看護学校卒業生は、2年制の進学コース卒業生も含めて229名(50%)になる。当院

「看護」の目指すものを獲得するために

では、短期大学卒業生と、看護学校卒業生が87%を占めている。

一般最終学歴でみると、4年制大学卒業生は、15名である。

又、進学希望状況は、現在通信教育で学んでいる人、2部進学中を含めて11名あり、将来看護大学、修士課程、博士課程への進学希望者は9名あり、進学希望はあるが、実現は難しいと答えた人は、127名（30%）いる。

しかし229名約半数の人は、考えていないと回答している。

「看護学校卒と、短大卒、或いは、4年制卒（助産婦、保健婦学校を含む）等、学校教育課程の差により、現場で指導する場合、又指導される場合、差があると思いますか」という問いに対しては、「ある」と答えた人は、約30%で、このことは、年齢層別、最終専門学歴別でも同じ傾向がみられる。しかし、官職別にみると、カイ2乗検定で危険率1%で有為差が認められ、婦長、副婦長、特に副婦長は約50%が「あり」と、回答している。このことは、日常直接指導の中で、学力差をより身近なものとして、感じているのではないかと思う。又、「差がある」と答えた回答者に、「何年目位で差が出ると思いますか」という問いに対しては、3～5年目と答えた人が多い傾向にある。

記述式で書かれた意見としては、「必ずしも現時点では、卒業内容によって、全ての人に差があるとは思わない」「学力があっても看護婦としてのその人の適正、看護に対する姿勢により能力がより活かされる場合と、能力の開発されない場合がある」「看護観が異なる」「日常業務の中で治療介助、看護ケア、看護技術に占める割合に個人差がでる」等の意見がある。特に、「個人の能力と向上心による差がある」という意見が多くあり、自己啓発を促す必要があることがうかがえ、継続教育がいかに重要であるかを痛感している。

又、「看護婦の教育は4年制大学が望ましいと思

いますか」という問いにたいしては、約70%が「思う」と回答している。

「学歴差が有る」と、答えた人が、約30%であったのに比べ、優位の差を示している。「学歴差がない」と、回答した人の中にも、看護婦には、4年制大学教育が必要であると考えの人がいることが推察出来る。

これは、一般社会の通念として、短大、大学進学が当然のこととして認識されている中で、看護婦も又、大学教育が不可欠と考える為か、専門職を目指す上で大学教育が必要と考えているのか明確ではない。又、現状では、4年制大学の卒業生が少なく、実際一緒に勤務し、お互いを知る機会がきわめて少なく、現実問題として、相違点を見出し意見を述べられる状況ではない。しかし、多数の看護婦が4年制大学教育が必要と考えていると解釈しても良いと思う。

確かに、臨床の場でも、優秀な人材、学職豊かな人を必要とはしている。

しかし現実問題として、果たして、4年制大学卒業生が看護婦として臨床の場で活躍することを希望するのでしょうか。現在短期大学卒業生の看護婦としての就業率を明確な数で提示できるわけではないが、減少傾向にあることは事実だと思う。

臨床の場としても、4年制大学、修士課程卒業生を受け入れる体制の整備と、魅力ある職場作りが必要と考える。一方、看護婦の業務内容の明確化も不可欠の事と思う。

拡大する領域での、看護婦の力量を示す事が今こそ求められているのではないのでしょうか。

その為にも、専門職としての位置づけを獲得する必要があり、4年制大学を、修士課程、博士課程を出た多くの人材の育成を切望する。

最後に、看護婦の4年制大学教育を推進すると共に、今更、言うまでもないとは思いますが現行の複雑な看護教育課程の整備も、同時に推し進める必要があることは忘れてはならないと思う。

看護学○大学院教育

聖路加看護大学

片田 範子

アメリカで大学・大学院を看護学生として過ごし、日本で教師としてかかわっている体験を通して、今持っている看護学の大学院教育について感じているジレンマ2点について述べさせていただきます。その第1点とは、現在かかわっている修士レベルの教育の焦点の置きかた、あるいはウエイトの置きかたです。どういう意味かと言いますと、実践で活動出来るエキスパート；クリニカルスペシャリストの育成を目指すのか、博士課程の準備として理論や研究の基礎に重点を置くかのジレンマです。第2点はクリニカル指向にせよ、アカデミック指向にせよ、看護教育や研究の中での援助論の立ち遅れについてです。

1970年代からすでにアメリカにおける修士レベルでの教育は一般的に臨床領域でのスペシャリストとして機能できる人を育てることを目指していました。修了して出ていく現場は必ずしも臨床ではなく、教育・管理の分野も勿論含まれています。どこに出ていくのであったとしても、理論を踏まえ、研究結果を活用しながら現場へ還元していく人達を育てること目的を置いていました。そのために理論や研究の意味理解することを修士修了者には期待されています。また、教育や管理の領域へ戻る人達も自分の持つエキスパートとしての臨床領域を大切にしていたようです。

1970年代から1980年代にかけてアメリカでは看護教育の体系化がめざましく進みました。それは学士・修士課程へ進む人の数が増え、それと同時に臨床側で、課程を修了した人達を受け入れていく素地が出来上がった事も見逃せません。なんとと言っても物事を動かしていくためには数が必要で、一塊として、学士卒業の看護婦や修士修了の看護婦が日新しくなく臨床や他の領域に進出していくレベルになったことはうらやましくまた、すごい事だと思います。管理レベルでの思考の変遷があったこともこの動きに対する大きな影響で有っ

たのでしょうか。在学中、同級生の中に、教育経験者や管理経験者が多く、その人達が学部の教育や病院管理のポジションを取り続けるためには、最低修士を出ていなければならないという危機感を抱いていたように思います。

このように修士課程修了としての目的があり需要が明確に存在するわけです。博士課程では理論構築や研究活動を通して看護学の体系化を目的にしていますと、決して修士課程が博士課程への単なる通過点では無い訳です。それゆえに、アメリカでは博士課程に4～5年かかることが普通な状態なのです。

それでは日本の現状はどうかという事ですが、前にシンポジストの方々が発表されていますように、大学の数を増やしたいという現状が1つにはあります。その為には何としても修士課程を終了した人が必要になります。そうすると、修了後に求められるのは教育の現場へ行くことなのでしょうか。

しかし、看護学は実践科学です。理論も研究も実践の場で役に立つことが重要です。そこで、2つ目の現状として理論や研究を**使**いこなせる人を現場に送ること、現場で人材を活用して、社会の人達に満足し納得してもらえるように看護のレベルを上げることが現在の急務でも有る訳です。そうなりますと、看護教育自体も実践にある現象との触れ合いを大切にしながら、何がそこにあるのかを見いだしていくような教育をしていなければなりません。看護研究にしても理論にしても頭の中だけでは**使**いこなせません。臨床の現象を吸い上げるためには臨床指向性がないと感受性が育ちません。

以上のようなことから考えますと、臨床でのベテラン看護婦が持つ言語化出来にくい体で覚えている知識や技術と系統的に伝承しうる手段を持って体系化していく学問の発展とを結び合わせる軸になる人達を育て

「看護」の目指すものを獲得するために

ることが、今、必要とされていると思います。

これに続いて第2のジレンマに入ります。昨年から聖路加看護大学では大学院の自治会が作られています。その自治会が主催して昨年在校生、修了生、教師を交えて大学院教育についてのシンポジウムを開きました。その中で、臨床に就職した修了生が、臨床に出て困ったことは具体的な援助方法についての教育が不足していた、臨床でエキスパートとして動けるだけの方法論について教育されなかったということです。とっさには、自分が修士課程を修了して就職したときには、それなりに動けたのという思いがしました。しかし、しばらく考えてみますと、確かにアセスメントをするにどのような用具を使ったらよいか、どのようにアセスメントし、問題を見付けるのかといった事は細かに主体的に取り組めた。具体的な援助方法は、明確にされた問題に即して考えて実践する。ですから、援助

はしているのですが、それぞれが援助論としては伝承されていないのです。対象論としてアセスメントを通して、対象を捕らえることでおのずから何をしたら良いかが出てくるという考えが前提にあります。

今のアメリカの研究でも、日本の研究でも対象理解の研究が主流で援助についての研究が少ないですし、援助論としての理論化も少ないとおもいます。現場で、なされている様々な援助を、体系化された援助論に結びつけていかないと、何が看護として専門性なのか明確にならないままなのではないかと考えています。これは教師・研究者としての責任であると同時に、教育内容の見直しを計らなければならないと思います。既存の教科書に書かれているものが本当に看護の現象から導き出されたものなのか、現実を見直しながら、検証を続け、発展に結び付ける努力をする時のように思います。

『アメリカでの動向から学ぶもの』

東京医科歯科大学

羽山 由美子

私は、アメリカの動向から学ぶことは何かというテーマをいただきましたので、6年半にわたる留学生活と、学士課程開設準備に携わってきたなかで考えたことをふまえて発言させていただきます。看護の目指すもの、という本シンポジウムのテーマについては、抄録にも記したように、専門職化への努力と理解したいと思えます。というも、看護界のみならず、医療界そのものが医療法の改訂をひかえて変わりつつある時代であって、看護の専門職化を実現するために何をなすべきか改めて考えることは、時機にかなっていると思うからです。

ところで、私たち看護職は、かなり以前から看護は専門職であると主張してきています。現在の看護状況を振り返って、はたしてその目標に到達しているといえるでしょうか。専門職養成にふさわしい教育体制を整備し、専門知識に基づいた独自の判断と決定によって実践し、かつ、その実践に対し社会からふさわしい評価と尊敬を得ているといえるでしょうか。

残念ながら、私には、看護はまだそのような段階に達しているとは思われません。昨今、新聞・テレビなどのマスコミでも取り上げられている看護婦不足問題、そしてその背景ともいえるきびしい労働条件と低い給与水準（他職種における大学卒業者と比較して）、これらは昭和40年頃から指摘されていることで、その改善はきわめて遅々としています。

当時と比べ、確かに看護の短期大学の数は増え、学士課程も若干増えました。しかし、看護の役割・機能と社会における看護職の評価は、25年を経てもそれほど変わっていないように思えます。その端的な例が、俵助看法における看護の規定（とくに業務規定）が、相変わらず昭和22年当時制定されたままであることがあげられます。医師の行う診療の補助と療養上の世話（看護婦）以外に、看護婦であるからこそできる内

容の記載がありません。

専門職であるためには、独自の機能が確立し明文化されていることが必要です。少なくとも、現行法の規定では、それが明確に打ち出されていません。

それでは、いち早く看護の専門職化に取り組んできたアメリカではどうでしょうか。

留学生の誰もが目を見張ることの一つに、看護の大学教育の層の厚さがあげられると思います。一大学の修士課程の学年定員が200名というのは珍しいことではなく、修士課程だけでも150に近い数（1987年で144課程、ちなみに同年の博士課程の数は44）があります。教育体制の面からみると、アメリカの看護は、専門職養成にふさわしい大学教育がかなり整備されていると思われれます。

例えば、クリニカルスペシャリストと呼ばれる修士課程を終えたナースが、大学で教えながら個人開業をしたり、セラピストとして単独で機能しています。臨床でも婦長職以外に、独自の役割（例、臓器移植コーディネーターなど）を開発しています。また、大学における教員層の豊かさ、特に博士課程を終えたナースが教育現場で活躍している点は、教員人材の乏しい日本の現状を考えると、羨望の念を禁じえません。看護研究も、主として博士号を持つナースが中心になって、場合によっては修士・学士課程卒業のナースと共同で行われています。

けれども、このような看護における大学教育の発展は、一朝一夕にしてできたものではなく、歴史的な歩みがあります。看護史をひもとくと、アメリカでは第一次大戦前から大学における看護教育を目指していたことが分かります。そして、連邦政府レベルで予算が投入され、ことに第二次大戦の時期には、ボルトン法その他の法律により、看護婦養成のため巨額が予算化されています。大戦後、1950年代から、コロンビア大

学ティーチャーズ・カレッジで大学院教育が推進され、そのための奨学金制度も整備されました。

そして、すでに1950年代半ばには、看護婦の専門職能上の業務と実務上の業務を区別する試みをしています。1970年代にはいと看護婦の役割拡大が論議されています。学士課程および修士課程教育が普及するにともない、ナースプラクティショナー、クリニカルスペシャリストなど、看護婦の専門性をより明確化する動きが出てきて、機能が多様化しつつあります。

とくに、スペシャリストの資格認定については、各州によってその種類も内容もさまざまですが、数十種類にわたる資格があります。それぞれの専門性を活かした看護婦が現場で活躍しています。また、資格取得によって昇進の道が用意されているなど、専門化を促進する体制もあります。

では、大学教育が臨床現場をどのようによくしているかという点、個人的な見解ですが、必ずしも問題がないわけではないのです。

まず、州レベル、連邦政府レベルで、医療関係の予算削減があると、その影響はクリニカルスペシャリストの解雇とポスト減として現れます。病棟管理や直接的な患者ケアにたずさわるディプロマや学士課程卒業ナースよりも、修士課程修了のスペシャリストは余分な存在として医師・病院管理者には見られているようです。私が滞在していたサンフランシスコでも、博士課程の同級生が数名、予算削減によってスペシャリストの職を失い、学業を継続するのに困難をきたすということがありました。

他方で、看護婦不足はアメリカでも深刻な問題となっています。看護婦有資格者が、ナース以外のいろいろな職業につく機会がありますので他領域への流出は免れません。その結果、外国人ナースの雇用が進み、最近ではケアテクニシャンと呼ばれる新たな補助職の導入まで論議されています。

看護職の高学歴化が進んだアメリカでは、看護婦といっても実に多様です。大学や研究所で教育・研究に携わる博士課程修了のナースから、ディプロマ卒の看護婦まで、それぞれの役割機能を一括して述べるわけにはいかないほどです。ですから、看護婦の専門職化についても、すべてを一般化して判断することは難しいと思われます。

ところで、日本の現状を振り返ると、専門職化を推

進していくためにどのようなことが必要でしょうか。まず、教育の問題があげられると思います。やはり、なんといっても大学卒のナースを増やすことが先決ではないでしょうか。これは、アメリカの動向から学ぶというより、やはり日本独自の問題として考えていかなければならないと思います。

日本では、えてして、高学歴化（学士課程教育が高学歴といえるかどうかは別として）のもたらす弊害が指摘される傾向にあります。例えば、新卒ナースはすぐに現場で役にたたないとか、教育内容が実践から離れているといったことから、大学教育への批判をします。

当然、問題点は改善していく必要はあると思いますが、それだからといって大学教育そのものを否定したのでは、いっこうに前進しません。他領域では、すでに大学院での教育を基本とする以上、看護でも専門職化を押し進めていくためには、大学教育にしていく必要があります。

ところが、学士課程の数自体が、相変わらず11校のみでなかなか増えそうにありません。ですから、看護婦有資格者のうち、短大卒の人がなるべく学士をとれるよう、編入制度の枠を拡大することが重要であると思います。現在、編入制度を実施しているのは2校（千葉大学、聖路加看護大学、東京医科歯科大学が平成2年から募集予定）のみです。受験倍率が非常に高く、ニーズに答えるためには他大学もぜひ編入制度の開設を考慮してほしいところです。

看護婦の学習意欲は高く、短期の講習会や半年・1年コースなどの卒業後教育は結構、人気があります。夜間大学、放送大学、社会人入学制度などもあるので、できれば資格取得につながるコースを選択してほしいものです。

現状では、毎年500人弱の大卒者しか送り出していないので、過去10年間では4千数百人程度にしかありません。37万人の看護婦のなかでは、まだまだ現場を改善するパワーにまでなっていないだろうと思われます。ですから、看護婦有資格者の中から、1人でも多くの大卒者が生まれることが必要です。ある程度の数に達して、はじめて影響力を発揮できるようになるのではないのでしょうか。

次に、学士課程を増やすためにはどのようなことが考えられるのでしょうか。この数年間で、北里大学、日

「看護」の目指すものを獲得するために

赤看護大学、東京医科歯科大学と3つの課程が誕生し、また、近々に数校が開設予定であると聞いています。短大から4年制へ移行計画のところもいくつかあるそうです。

早くから短大制を採用しているところでは、もっとスムーズに4年制へ変わることができないものでしょうか。

安直に数ばかりを増やすことは、確かに後々へ問題を残すことになるでしょう。しかし、国レベルで何らかの施策を取らない限りなかなか大学教育化へは移行しないのではないのでしょうか。設置基準の緩和ということではなく、ある期間を限定して短大から4年制へ移行するための特別措置が取られてもいいのではないかと思います。

その際に、看護系の教員数や設備等の基準などを、例えば、日本看護大学協議会のようなところでモデル案として出していることが望ましいと考えます。

臨床検査技師、放射線技師、作業療法士、理学療法士等の教育が、同じく大学教育を指向していますので、それらと抱き合わせて設置されるようなときに、看護教育課程の基準をもってすることは重要です。

教育に従事している人には熟知された問題ですが、医師をはじめ他領域の教官と看護系教官の人数割合のアンバランスと、看護系教官の少なさは今に始まった問題ではありません。国立医療短期大学では、ことに看護系の教官数が他の短大に比して低めに抑えられています。

「医療科学部」構想のように、コメディカルの総合教育が企画される場合には、看護学科として、少なくとも学科レベルで看護教育が独立していることが望ましいと考えます。そうでないと、4年制への移行が行われるときにも、相変わらず、医師中心の教員構成になる危険性があります。もちろん、看護学部として位置づけられることがより望ましいわけですが、特に短

大から移行するような場合には、そういう訳にもいかない場合があるかと思えます。ですから、学部であれ、学科であれ、あるいは学科のなかの一教室・一専攻であれ、看護基礎教育を行う場合の最低限のラインがあることが、医師過剰の教員構成を防ぐ手だてになると思います。

他領域の専門職と総合的（あるいは学際的）に教育が行われることは、決してマイナス面ばかりではありません。そのプラス面が積極的に活かされるためにも、最低限必要な看護教員が確保されていることが重要です。

また、看護サイドの課題として、これから大学教育をさらに目指すのであれば、種々の教員審査に耐えられるだけの人材を用意することが最重要課題であると考えます。他領域の候補者に負けないだけの人材を用意していなければ、教員の確保といってもなかなか実現されません。

アメリカの例を述べるとすれば、1950-60年代に大規模な奨学金制度を設けて、コロンビア大学ティーチャーズカレッジの修士・博士課程で教員養成を行っています。その卒業生が全国に分散して、60-70年代に修士・修士課程を設置するときの原動力になったことはよく知られています。まず、人材養成を今まで以上に急ぐ必要があるのではないのでしょうか。

おわりに、専門職化への努力は、もちろん教育体制の整備だけでは不十分です。学士・修士課程を設けて卒業生を送り出しても、力を発揮できる適切な役割につかなければ看護に定着しないと思います。現場の方にも、大卒ナースを活用する工夫が必要かもしれません。教育と実践の両サイドから、専門職化を推進することが必要だと考えます。「看護の目指すものを獲得するために」ということで、看護職全体が、今、何を獲得しなければならぬのか、本シンポジウムだけでなく、今後も議論を重ねることを希望いたします。

◆シンポジウム I ◆ (質疑応答)

渡辺 (藤田学園)

ただ今ご紹介頂きました藤田学園の渡辺でございます。シニアクラスからここに堯言を許された事を大変光栄に存じております。シニアと言いますと少し乱暴なことを申しても許されるかしらという様な認識を持ちまして今ここに立った訳でございますが、私は昭和31年に国立栃木病院附属高等看護学院を卒業いたしました。何かこう4人の先生方のシンポジストの話を聞いてまして、何か暗いなあというイメージで聞いていたのですけれども、私の学生時代は看護婦というのが大変暗いイメージでございました。例えば私とつき合っている男性は、看護学生だという事を堂々と言いに来、今私の夫は、私の妻は看護婦でございますということを堂々と言ってくれている。私も信じております。今着い皆さん、ここにいらっしゃる方は私の恋人も堂々と言ってくれているという方がほとんどではないかと思うのです。それはアメリカに比較いたしまして大変遅々としてではありますけれども、ここでこういう事を考えようと言うこの今回の会長のお考えに大変私は同感しております。これまでの歴史からどう脱皮するかという所で、今の時点に立って考えなければいけない問題ではないかなと思います。私の勤めております藤田学園は医療圏の総合大学という事で医師、看護婦、診療放射線技師それから検査技師という事で短大も含めまして、専門学校も含めましてあらゆるレベルの学校を持っているわけでございますけれども、私もそこにおまして先ほど仲先生からお話がありましたけれども、今私のような人間がシニアとして、教師として存在するのが本当にいいのか、功罪を私自身自身が毎日の問う生活でございます。ですから看護学校教育と言いましても、じゃ看護大学になったらいいと誰も認めますけれども、今の日本で急に看護大学卒業の看護婦を増やすことがそうすぐ出来るでしょうか。出来なかったところに問題があるわけですから、今私はここで二つ考える側面として申し上げたいのは、今自分が教育の場にありましても、自分自身が本当に看護の質を上げる、または看護の中で本当に何を努力し、何を考え何のために汗を流しているのだろうかという事をまず一人一人が考え

るべきではないかと、それからもう一つは、看護システムを伝統的な方法を余り後生大事にせず新しい看護システムを何とか開拓する方法はないものだろうかと言うこの二点を感じております。大学でありましても専門学校でありましても、私たちの教育後は、患者さんに喜ばれる看護、または健康増進のために地域の人びとに支えられる看護ケア、または看護教育がどれほど普及できるかという事に本来あるはずだと思うのです。ですから看護の4年制大学を卒業して求められる、いわゆる臨床看護能力とは何かというような事をもう少し臨床の方の現場とそれから教育の方にある人間が共通項を見いだして、共通の中で考えたら良いのではないのでしょうか。例えば私がドイツにおりました時、ドイツの看護学校では高校で家政学を専攻しないと看護学校に入る資格がございませんでした。そして元々ドイツ臨床の教育から始まりましたから臨床の場において学校に教育を受けに行くというような事で、ある時期看護婦不足で1969年前後でございましたけれども看護学生にもペイを払っていたというような歴史がございます。そういうことを考えますとやっぱり、臨床の現場の中で仲先生などの努力が大変私は感銘的でそういう中で努力されている人たちをもう少し何とか勉強したいと言う者に答えられるシステムが日本に出来ないものと本当に腹立たしく考えるような毎日でございます。看護婦一人一人は、卒業して何年か過ぎて、臨床の場でまたは教師として更に勉強したいのだと言うことはゼミナーに参加する数を見ましても、土曜日・日曜日かけて勉強する数を見ましても、これは多くの人間が考えていることではないかと思うのです。その辺りの所で例えば臨床と教育がもう少し一体となれないか。どうも私たち教師の方も何か紙に書いた餅みたいな事を、言えばパッチワーク形式で学生に教えているかも知れないというような反省とか、それから実践の中で働いている人たちの、そういう何が卒後の臨床能力として要求するのか。その臨床能力としても基礎知識ですとか判断能力などは、やはり求められることでしょうし、それ以外の人間関係の技能ですとか、それからやっぱりチーム医療としての組織を育てていくという技能、諸々要求されると思うのですが、そういう事を学校側それから臨床側、合わせて何をどの様に段階

的な能力を育てて行くのかという考え方がもう少し出てきているのではないかなと、私は考えております。学部卒業だけで本当のところ言いますと、研究能力まで私は無理ではないかと思えます。ですから修士課程ぐらいで臨床のある程度のスタイルが出来、それから博士課程ぐらいで看護教育学的な基礎学的な一つの理論が打ち立てられて、それを実践現場に持っていけるような事が、また学部で教育されてというサイクルを確立しなければいけないのではないかと考えております。京都大学の仲先生は現場の中でご苦労の毎日かと思いますが、何とかもう少し臨床現場と、それから教育にあるものの共通項を見いだすような方法はないのでしょうか。教育も現場の方もしたいけれども業務に追われるという事を私も十分分かりますが、では教育の方にいる人間が本当に時間が有り余って臨床にもっともっと出なければいけないのに、その時間をサボタージュしているのかというと、そうでもない。いろいろそう言う問題があるのですが、やっぱり生涯教育として育てていくためにどのようにするかと言うことを、看護のシステムとして考えるという方法と、個人の努力で考えるという方法と、二方向から考えなければいけないかなと思うのです。これは私は日頃考えていることでございますけれども、どうしても看護には創造性ですか、ナイチンゲールもアートといった様な部分が期待されると思うのですが、私自身の日常生活の中になんか科学的思考をするような部分が存在すると私は信じているのです。私も主婦ですのでいわゆる台所の中に毎日の生活の中に科学的思考というような物が存在するというような事を考えていけば、もう少し我々の今の状態で看護の質を上げ患者さんに最終的には支持される看護教育が、これだけ高いものが必要なんだという何かを足場として残して行って看護婦というイメージをもっともっと高める一人一人の努力も必要なのではないかなと、思っております。その辺の所で仲先生のご意見を頂きたいという事でございます。どうもありがとうございました。

司会（早川）

どうも渡辺先生ありがとうございました。長いキャリアを元に含蓄のある指定発言を頂きましてありがとうございました。今、仲先生の方にちょっとコメ

ントをとという事でしたが、先にジュニアの方から看護学部を卒業して1年半という筒井さんにフレッシュな所で意見を一つお願い致します。

筒井（滋賀医大）

今ご紹介に預かりました筒井です。ただ今ジュニアの方からおっしゃいまして、まだ臨床に出てから1年半と経験の方は減くて、毎日が業務に手いっぱいという状態なんですけれども、その中で気づいたこととか、自分の体験を元に感想みたいなものを話すという事なので、それを少しお話したいと思います。まず、私は千葉大学看護学部を卒業しましたが、その中で大学で学んで良かったという点と、あと少しこれは不満だったという点に付いてお話をさせて頂きます。まず学んで良かったなと思う点は、他の学部の人と一緒に学ぶ機会があったという点です。教養学部が2年あってその後専門があるのですが、その教養学部の間と同じ生物をとるにしても、教育学部の方か文学部の方、一緒に授業を受けることになります。そういう意味で、その学部独特の視点とか、やっぱり私は看護学部だとか、その方は教育学部だなどと思うような気づきというものもありました。また今まで看護というのは独自の世界をつくってきたように思います。看護婦さんというと、看護学校に通って看護婦さんになられたというイメージがどうも強くて、私が千葉大学の看護学部ですと言うと、千葉大の看護学校という感じで、学部といっても看護と言うと■文学の漢語ですかとそういう様な感じで余り分かって頂けなかったというような点がありますが、千葉大の看護学部で同じ学部として入っていく中では、教育学部の人でも看護学部という学問が存在して、そういう学部があるのだと言うこと一緒に授業をやっていく中で分かって頂けたかと思えます。そういう点ではすごく良かったと思えます。今の世の中で3人に一人は大学に行かれている様な世の中ですけれども、その中で看護はまだまだ大学教育が主流となっていない訳で、これはやっぱりちょっと異常な状態じゃないかなと私は考えます。そういう点で学部で学んだという事は非常に良かったと思えます。また二十歳前後というと自分の立場の確立と自己のアイデンティティーを追求するというような大切な時期だと思うのですけれども、そういう時代に大学で学ぶという事によって、自分が一

体どういう人間であるのかということを考えるよいチャンスに恵まれたと思います。看護というのは相手、対象があってその人がその人らしく援助をとかいろいろ言われますけれども、その人が言う前にまず自分がどういう人間で、どういう事をして行きたいのかという事が分かっていなければ、他人のその人がという事も分からないと思いますが、そういう意味で自分を確立する機会を得たという点では非常に良かったかと思えます。後ちょっと不満、そういう点なんですけれども、先ほどもちょっと触れましたが教養と専門の方に分かれてたという事で、教養が先に2年間ありまして後専門の方があったのですけれども、専門課程になってから教養の大事さということが分かることがしばしばありました。1, 2年生の間は授業に出ることしか余り考えていないのですけれども、専門を学ぶにつれて、その専門の中で実は心理学が必要であったりとか、あと生物学が必要であったりとか、そういう気づきをする事が多いのですけれども、日本の大学というのは大体2年教養、後が専門というふうに分かれていまして、そういう点でもう少し専門のときに教養に戻ってみればまた新しい学びがあるのじゃないかというような事を感じることがありました。後、実習がやはり少なくて今現在大学病院の方に勤めている訳ですけれども、ほとんど何も出来ないような状態で、入った当初本当に呆れられていましたけれども、そういう様な状況でやっている訳なんです、そういう点でもっと専門と、大学が4年間でいいかということも関わってくると思うのですけれども、そういう大学教育をちょっと改善した方がよいのではないかという点を感じました。それで先ほど高野先生もいろいろ広い視点でものを見ていく上で大学教育というのは、非常に必要だということをおっしゃいましたけれども、ご自身の学ばれた、アメリカで学ばれたと思うのですけれども、そういう時に確かに自分の人間性とか視野の拡大につながったという体験があればお聞かせ頂きたいと思えます。以上です。

司会 (早川)

どうもありがとうございました。仲先生が先ほど最近の若い世代は知らない、出来ない、教えて貰っていないという事をすぐに言うとおっしゃいましたが、何かそのジェネレーションからの筒井さんの発

言。一応先ほど渡辺先生の方から仲先生に教育と現場のコラボレーションと申しますか共同という事に関して、コメントをという質問がありましたので一応その辺からとっかかりにしてシンポジウムのフロアとシンポジストのディスカッションを進めていきたいと思えます。仲先生では、お願いします。

仲 (京都大学)

渡辺先生、大変ありがたいご意見を頂きありがとうございました。確かに臨床の現場で能力として何が求められているかという辺りを明確にしていく必要があると思うのですけれども、ぜひ先生方に臨床の場に気軽に外向いて頂いて一緒に臨床を良くしていくという事に協力して頂きたいというふうに思えます。それと先生の方が常に科学的思考をもって日常おこなわれているというふうに言われましたが、確かに業務に忙しい中、追われているのですけれども少し立ち止まって、これでいいのかという事を考えていく必要があるのではないかなと思っております。これでよろしいでしょうか。

司会 (早川)

今の事に付いて何か。はいどうぞ。

門田 (音羽病院)

音羽病院の門田と申します。私は12年間卒後の教育に携わっておりまして、ただ今4年目看護管理者として勤務しているもので仲先生の応援発言をさせて頂きます。基礎教育が本当に良くなりまして、ただ今新卒の方を受け取りましても看護の言葉が通じますし、考え方が通じますし本当に昔日の感に堪えません。これはみんなの先輩方のご努力のおかげだとは思いますが、いかんせん現場は量の世界だと、思い至りました。基礎教育は質をあくまでも追求されます。しかし現場は限定された人数で量を追求していかななくてはならないので、質を仕込まれた方をいかに量的にこなしていく人にするかという所が継続教育の非常に大きな任務だというふうに思い至りましたのと、看護界はあえてこの量に切り替えるときにいかにその量が今、保険制度で限定されて少なすぎるかという所にしっかりと数字を出していかななくては行けないと思うのです。官僚制度の国ですから優秀な官僚が保険制度で病院の質は、看護婦の数だと言いながら、たった二人に一人を特三だという事を決めたということを決めた大きな旗印にしております

が、特三類看護と特二類看護で保険課の監査の時には看護の質を変えなさいと言われますけれども、どうして変えられますか。そういう所が非常に我々の大きな問題でございます。但し私どもは毎日毎日、看護日誌の中で看護業務内容をずっと集計しておりまして月集計、年集計を出しているのですけれども、これは看護の中で“あっこういうふうに清拭を沢山しているみたいへんだね”と言うことはお互いの中では分かりますけれども、他職種には分かり得ないのです。それがいかに人数的にいるか、そしてどうしたら良いかと言うことの言えるような数字をぜひ、大学教育、大学院、博士課程でやっていらっしゃる方が、現場へ返して頂きたい。私どもは理論家は居ながら現場のどろどろした所で頑張っていくときに非常に、理論に立ち戻るときに看護の本質が分かったり、喜びがあったりそしてこんなに魅力的な仕事はないと思いつながらやる訳なんですけれども、その現場でいかにお金になった、お金になると言うのですか、経済界にペイして医療経済が非常に逼迫している時に、看護の役割は果たしている分が非常に大きいのです。それから他職種が沢山は入りますといっそう看護はその他職種の職務内容を理解しながら患者さんの動向を決めないといけないというふうにして、一層高度な知識と判断を要求されてくるのです。その辺りの所をぜひ基礎の所と、それから接点の所で頑張っている研究者の方が出して頂けたら、そして現場の苦労は、要するに量の苦労だ、そして大学卒業生の方は、私ども350人ぐらいのナースの中でただ今二人おられます。確かに何年かたつと優秀にられますので、そしてその方は患者さんが満足する説明が出来るのです。自分の行為の。それから今おっしゃったように自己を知らなきゃならないとおっしゃった辺りが非常に結優秀なんです。そういうふうな方を育てながらやっているという所で、ちょっと奮足らずになりましたが仲さんの追加発言という形でお話ししたいと思います。

司会（早川）

今現場から大学への期待というような思いが伝わって来るようなご発言を頂きました。それで先ほどの筒井さんの質問もありましたので、一応高野先生の方に教育ということで、視野の拡大というような面を含めまして一つご発言をお願いしたいと思います。

高野（聖隷学園）

視野が総合大学であれば、どうして広まった教育が受けられるのかということだと思っておりますが、私は単科もいくつか見て参りましたが単科では看護の文化というのがあると思っております。それで看護の文化に対しては非常に徹底して良く理解できた人たちが教育できると。但し他の学問分野の文化というのは余り理解できないというふうな状況に多々出くわしました。そういう意味で私は視野の広まり、例えば学問を受けます時に筒井さんもおっしゃいましたが、心理学を受けるにいたしましても、心理学専攻の方もいれば哲学専攻の方、いわゆる物理専攻の方も皆、一緒の教室にはいるわけです。そうしますとそれぞれの視点というのが比較的出て参ります。そのひどいのが管理学でございます。特に経済あたりを専攻なさっている管理学の方と、看護というヒューマンの世界を管理して行かなければならない管理学的視点と申しますのは大きな隔たりがございます。そこで経営学を専攻なさっている方はよく私たち看護を専攻している人間におっしゃったのですが、どうしてあなたたちはそうもたまたして、はっきり経済的な利益の追求と申しますか、そういうことが出来ないのですかというふうにおっしゃったのですが、それは大きな視点の違いだと思っております。そういう事は総合大学であるからこそ学べるのではないかと思います。それから教室内だけではなく外に行きましても、キャンパスでいろいろな見方をする方、それから行動する方とつき合うことによって、その人たちをより広く理解することができる。受容することができる。それからその人たちから自分たちが受容されるという状態も経験するということがございます。もう一つ研究ということにいたしましても同じ事です。私は地域老人というのを修士で専攻した訳ですが、その時に研究の中で入っていたチーム、研究のチームというのが組まれまして、その中で入っていたチームメンバーは、医師それから心理学者それから生理学者それから看護です。もちろん。多くの職種の方がチームを組みまして一つのテーマに取り組みます。それも私は総合大学であればこそ出来るのだと思っております。そういうふうな大きな研究に取り組む場合も広い視点で取り組むことが出来る。社会科の課程でも自分が一人の人間として育つとき

にも、そういう時点の違う方たちと交わることによって、自分の人間としての成熟ができる。そういう意味では私は総合大学、特にそれも国際色豊かな総合大学で学ばれるのが良いというふうに考えています。それでよろしいでしょうか。

司会（早川）

ではこれからはフロアーからのご発言も自由にして頂いてかまいませんので、どんどん先ほどの4人のシンポジストのおっしゃった事、それから指定発言のお二人のかたのおっしゃった事、等に関して自分の体験ではこうだとか、私はこう思うといったようなことをご自由に出して頂けたらと思います。

川島（健和会）

健和会臨床看護学研究所の川島でございます。大変自分の中の問題意識を触発されるようなシンポジウムを聞かせて頂きましてありがとうございました。最初に草刈先生もおっしゃってましたように、現代は大変かつて誰も体験しなかったような高齢化時代を向かえると同時に高度医療という点でも非常に厳しい状況のもとで看護婦が働かされているわけです。そして働かされているという受身の言葉を使いましたけれども、ご承知のように今、看護婦問題が急浮上して参りまして、いろいろな意味で社会的にも発言をしていかなければならない状況に立っている訳なんです、今日のシンポジウムのテーマ「看護の目指すものを獲得するために」と言う言葉をずっとさっきから見てまして、「看護の目指すもの」看護婦、看護学とも書いていない意味をちょっと考えていたのですけれども、ですから非常にも曖昧ではっきりしないのですが、その中で期せずして4人の発言者の内の3人の方がアメリカの看護の教育を引き出されて非常に私たちに学ばなければならない側面を教えて頂いた訳なんですけれども、私は確かに今、ほとんどの人たちが大学を目指している状況の中で何故看護職だけが今更大学大学と言わなきゃいけないのかなと言う思いがある反面、多くの看護以外の所で、この学歴社会の中での大学教育の弊害とか、あるいは受験の競争の熾烈さの中での若い世代の人間性の歪みといったようなことが問題になっている時に、大学大学と言っているいいのかなと言う思いが一つあります。それともう一つは、先ほど片田先生がおっしゃっていた修士の方たちが理論を作り上

げること貢献したり、あるいは研究をするという事以外にその理論をいかに現場で活用するかということが非常に大事であるとおっしゃいました。私はこの考えが今までの日本の、まだ過渡期でありますので全部の大学の方たちにそれを期待する訳には行かないかも知れませんが、一番欠けていた視点ではないかと、もちろんそういう風に心で思っている方は沢山いらっしゃるんでしょうけれども、私は今日大学の教育に携わっている方から、その言葉を伺って大変嬉しかったんですね。それで何故かと申しますと、とかく理論の構築という点は非常にレベルは高いけれども、じゃそれを具体的に看護の現場でどう援助、使っていくかという辺りの所では一段と低いというふうには言わないけれども、そういう印象を受けています。それがその意義を良く考えてみますと、対象論というのは確かに科学的に追求することは大変可能ですが、援助論と言うのはどうしても科学としてはなかなか成り立ちにくい要素があるのではないかと思います。その辺で片田先生のもうちょっと突っ込んだ援助論を理論として大学教育の中で確立して行くためにはどうしたら良いかという事について伺いたいことと、それからもう一つちょっと、大変おがましいのですけれども、私も戦後ずっと自分で生きてきたと言うか、オールドに属する40年の看護経験を持っておりましてその内の20年を卒後教育に携わっているものなんですけれども、やはり何か分断されていると言うか、大学教育を目指すことによって大学で教育を受けた者、あるいは大学で現在教職についていらっしゃる方たちと現場の看護というのが何か分裂をしているのじゃないかなという感じがするんです。おそらく大学の中にいらっしゃる方たちは今看護婦が抱えているどろどろした、先ほど門田さんもおっしゃってましたけれども、どろどろした状況を非常に客観視していらっしゃるって、同じ看護婦としての問題というふうに、受け止め方が弱いんじゃないかなと、こういう事は大変おがましいのですけれども思っております、その辺についてどなたでも結構ですが大学の立場からそういった70数万の看護職が抱えている問題、その中で大学教育を終了した人たちは何%かにしか過ぎないわけで、仕事は毎日過ぎて行っているわけですから、全部が大学卒になるまでには

後何十年かかるか分からないわけで、患者さんのためにはやはり今をどうするかということも当然考えて行かなければいけないのでその辺の所どなたでも結構です。お聞かせ頂きたいと思います。長々すみませんでした。

司会（早川）

どうも川島先生ありがとうございました。ただ今は、シンポジストの方は大学大学と言うけれども大学教育一点張りでいいのかというアンチテーゼのご意見と片田先生に対して援助論をもう少し持論を展開してくれと言うことがありましたので羽山先生も先ほどナースセラピストの事にちょっと言及されましたので、その援助論の所を片田先生と羽山先生に少しづつお願いしたいと思います。

片田（聖路加大）

一番模索しているところを突っ込まれたというような気がしています。ご質問ありがとうございます。実際の所、本当は2点目と重なって来るのだらうと思っっているのですけれども、援助論というのは、私は今本当に自分自身の課題だなというふうに思っているところです。先ほど申し上げたようにアセスメントする事、それから、例えば私は小児看護の領域なんです。小児看護に本当に援助論があるのだらうか。それを具体的に、例えば先ほど言ったテキストブックを見ていただければ援助論が浮かび上がってこないのです。実際に現場に出て行って、例えば付添いの問題ですとか、小児看護ですから母子分離という形の事がこれだけ言われているのに何故に動いていないのだらうか。それは伝承側の理由がある。その所を自分で見て自分を吸い上げて行かなければ、あるいは、その自分でというのはもちろん臨床の中に入りながら臨床科の実情というものを聞きながらという意味なんです。自分一人でどうのこうのと言うのではなくて、本当にそこの中に何が起きているのかという事を捉えないと、例えば私たちは付添いの事に関して言いますと、いわゆる母子分離性を推進してきたある時代というのがあって、そしてそれではない母親が必要なんだからつかなければならぬと言っている付添いの必要性であって、昔から日本で行われた付添いの事ではないのだと言うきれいな事を言います。だけど実際今行われている看護の現状の中での付添いというものは、昔やってい

た付添いではないかと思うのです。もうすでに我々がみんな一緒に年をとって来ている訳で、だから今ある現在の状況というものを明確に我々が見て行かなければいけない。それが私が援助論と言うのは実際なんなのかなと言ったときに先に枠組みだけがあって、それを試行錯誤していくのは、与えられて、だから漠然として行ってしまふ。それが見えるのは、やはり臨床の中に入って行きながら患者がどんな時に満足を感じているのか、その時に何を看護婦はやったのか。それからそこの中に流れてくる根底にある共通性、そういう様な形のこの現場の中からの吸い上げというものがやはり大切なんじゃないかなと今の私は思っています。それをどういうふうに吸い上げるのかと言ったら、やはり教育者あるいは研究者というのが現場の中に入って行くというやり方、それから現場の人たちと一緒に物を見て行く時間というものが大切なんだなという事を思っています。具体的に本当に援助論とは何なのかと言ったとき、たとえば指導があるとか、モニター機能があるとか言うのです。あるいはビエビエモディフィケーションを用いるとか。だけどそれはあくまでも借り物の言葉でしかないと思うのです。それをどんなふうに見ようとする努力をしようと思っております。

司会（早川）

どうも片田先生ありがとうございました。かなり先生の奮闘ぶりがわかるようなお話でした。片田先生に小児科看護の領域についてして頂いたので続いて、精神科領域での援助論という意味を含めて羽山先生お願いします。

羽山（医歯大）

基礎教育課程で教えるようになってまだ間もないのです。ですから駆出しの教師がこういう事を言いますと、他に今この会場にいらっしゃるベテランの短大あるいは大学の先生から怒られそうなんですけれども、かなり乱暴なことを言いますと、おそらく今の4年制の教育課程、あるいは3年制の短大レベルの教育課程の基礎教育で行っている教育内容と言うものが、臨床の場を変えるだけの力を持っていないだろうとなという気がいたします。ですから先

ほど川島先生から二点ほど援助論の重要性とそれを大学教育の中でどの様に確立していくかと言うご質問と、それから大学の場にいるものと現場にいるものとの間の介意と言うこと二点、ご指摘がありましたけれどもその両方にかけてお答えをするとすれば、おそらく私は片田先生がテキストブックを少し見直す必要があるのではないかと言うところも重なっているのだらうと思うのですけれども、今の基礎教育課程で行っている教育内容と言うものが現場に何かを返すだけの、あるいは現場に影響力を及ぼすだけの進取性とか、あるいは現場の実践に影響力を及ぼすだけのそういった理論に基づいている、あるいは更に今の状況を変えるだけの良いモデルを持っている、そういうところがないだらうと思います。ある意味で教育の方が現場よりも遅れているのではないかと思います。ですから逆に今度は大学短大等に居る教員層が現場に入って現場の人たちと共同して何かをやって行くという時に、もちろん忙しい、追われる、それはありますけれどもその所がいつも弱いのだらうなという、これは自己反省もふまえてなんですそう思います。もし今後援助論を看護教育の中で確立していくとすれば、それは大学の中、あるいは短大の中だけでは絶対できないことだらうと思います。ことに対象論のレベルまでは、ある程度現場からはなれていても客観的に、あるいはいろいろなディファレンスの手法を使って研究することが出来ますけれども、援助論と言うことになれば、その援助を実践して行かなければならないわけですから、もう大学・短大教育の場にいるものだけの力では出来ないことなんです。そうなると私たちが行える事と言うのは、ある部分現場の片たちから学び、かつ現場にいないと言うことのメリットを活かして現場で臨床実践していくいろいろな限界だとかいろいろな制限等で見えなくなっている所を、そこから解放されているものの立場で少し幅広くみる努力を私たちがして、その中で臨床の方たちと協力して実際に行ってみる。そこなんだらうという気がいたします。精神科領域での援助論ということですがけれども日本の精神科医療は、たぶん他の医療の領域よりも、もっともっと混沌とした状態が続いているだらうと思います。ようやく精神保健法が改正されて、かなり解放化運動も実を結びつつありますけ

れども内科外科や小児母性等の他領域から比べると精神科はまだ混沌とした状況にあるだらうと思われるのです。そうした中で大学とか研究所とかに居るものだけが援助論というのとはとてもじゃなくて出来なくて、何とか、仲先生も先ほど大変嬉しいインビテーションをされてましたけれども、やはり私たちが努力して現場の中に入って、トライをして行くしかないだらうなと思っています。その点について援助論ということでは他の領域以上に精神科の方は難しい状況にあると思います。

司会（早川）

どうもありがとうございます。では他にフロアーからご意見ありましたら受け付けますがいかがでしょうか。はいどうぞ。

山内（千葉大）

千葉大学看護学部の山内と言うものですが、大学で一応教えている立場で、特に先ほど羽山先生の所で編入生のお話があったので、それをからめてお話ししたいと思って発言いたしたいと思います。二つについて話をしたいと思います。一つは大学が本当に看護界で必要かどうかと言うこと、このフロアーの皆様の一つは質問という形なんです、それは何故かと言うと今のお話であったのですが、たぶん大学を出るといわゆる専門馬鹿になると思うのです。そういう方はひょっとすると臨床に出られて何も役に立たない。だからジェネラリストではない。このことだけは知っているけど他は何も知らない。そういう人を本当に看護界で必要としているのか、と言うか、そういう人を看護の実際に管理されている方が使いきることが出来るかどうか、と言うことが一つ問題、ここの会場にいる管理職にある方に対する質問なんですけど。たぶん大学が出来ると大学という所ではそういう方が出来ると思うのです。そういう方がもし必要としないのなら、それはそのどんな大学で一生懸命大学の教員が教えたとしても、その教わって大学なりに出来た人と言うのは看護界で必要でない人材になってしまうと思うのです。そこが一つ大きな問題だと思うのです。それからもう一つそれから始めてなんです、例えば短大から編入で入ってきます。それから大学を後2年間やります。と言うことは普通の大学より1年間長く教育制度の中にいる学生の方で、それから例えばもっと研

究がおもしろいと思ってマスターコースに行きます。2年たちます。と言うことは、もっと例えば何処かのドクターコースに進まれると思います。研究をどうしてもしたい。その自分の問題が困難であればあるほど解決には時間がかかると思うのです。と言うことは、そういう研究者と言うのは、自分の研究が困難でそれを本当にすっきりと解決しようと思えば思うほど、きっと臨床と言うことには接する機会がなくなってしまう。そういうトウトメリーのものが出来てしまう。そういう人たちが本当に看護界で生かせるか。先ほどキャッチフレーズと言うことがあったので、例えば自分なりにキャッチフレーズをたてると、お寿司のわさびみたいです。だから研究者わさび論みたいなものです。わさび自身を食べてもちょっと役に立たないけれども、全体の本当のお寿司の中にちょっと入れると味が出て来る。そういう味が必要かどうかと言うことを看護界、というか、ここにいる皆さんでしようけれども、本当に必要としているかどうかと言うことを一つ伺いたい。それからもう一つなんです、演台にいらっしゃる先生方で、思うのですが大学でやると専門馬鹿が出来ると思うのです。その専門馬鹿という人は臨床に行ったら役に立たない。ところがいま言われていたのは、臨床でも役に立つという人はたぶんジェネラリストだと思のです。ある程度の。そういうゼネラリストをどうしても必要だと思するのであれば、大学の所でどういうレベルで、そのスペシャリストをつくるシステムの中でどうやってジェネラリストをつくらせて行くかというトウトメリーがあると思うのですが、それをどう処理されるかということ演台にいる方に、全ての人に質問したいのですが。以上です。

司会（早川）

どうもありがとうございました。ジェネラリスト vs スペシャリストというパラドックスをいかに処理するか。かなり大きな問題が出てきました。ただ今の質問に対しては、それぞれご意見を持っておられると思いますが、もう一人質問者の方、同時に立たれた方がいらっしゃいましたので、お受け致したいと思います。

金川（金沢医短）

金沢大学の医療短大の金川と申します。いろんなお話を伺わせて頂きましてありがとうございました。

先ほど川島先生もちょっとシンポジウムのテーマの「看護の目指すものを獲得するために」という事でどう考えたら良いかと言うこともありましたが、今日のお話の中では、かなり高等教育、しかも4年制の必要性と言うことがかなり大きなテーマになってきております。そういう意味で看護の目指すものを獲得するための手段としての高等教育、4年制の位置づけなのか、あるいは看護の目指すものを、また別に、まさか看護の目指すものが4年制と言うよりも、目指すもの手段としてという風には考えるのですけれども、看護の目指すものがどういうふうに見えるのかなという、そこをちょっと感じました。それでちょっと三点お話を伺いながらどの先生かなと思うのですが。先ほどから学士号の問題もちょっと出ておまして、これは羽山先生もお話されましたけども、質よりもまず量の問題ということなんですけども、この中で出来るだけ学士号をもって行くと言うお話の中で、例えば看護以外の領域の中での学士号の獲得の問題というのが、例えば例として放送大学とかあるいは夜学の問題とだとかと言うような事で、他の看護圏以外、関係ないとは申しませんが看護圏以外の領域の中での学士号の獲得、そこら辺りをどういう風に考えているのか。やはりそれは一つ的手段として進む方がいいのかなということが一つ。それから高野先生がかなりこの一般教養のお話も言われましたけれども、最近の文部省辺りの考え、大学審議会ですか、考え方の中で一般教養と専門家目の単位は全体として行くけれども、枠の取り外しの問題が出てきております。そういう中で看護の一般教養の位置づけとか、どのようなものを一般教養的、あるいは看護の基礎としておいた方がよいのかなという事に関して、もしお考えがありましたらお話願えればと思います。それから三点目は、これは先ほど川島先生もおっしゃいましたけれども、片田先生が援助論が少ないという中で私も、ご質問の通りぴったりという思いがいたしました。ただ最近ではアメリカの看護の考え方がいろいろ入ってきた中で、看護学と言うのは対象論、アセスメントあるいはそのアセスメントのスケールの導入、その日本化というようなところが、すごく大きく出ているような錯覚さえ覚えるという事で、そういう中で援助論が少ないという片田先生のお話で、

大変私も嬉しい思いなんですけれども、ただ援助論が少ないと言うよりも私は、援助そのものは教育の現場あるいは臨床の場の中で非常にあり、あります。それが多いと思うんですけれども、それが一つのセオリーとしての、それが少ないという意味かなとちょっと思いました。余りに援助論が少ないと言いますとケアが余りやられていないような錯覚には、むしろその臨床に或は教育の現場にとっては大変ショックな発言のようにも思いましたので、援助そのものは多いけれども、援助のセオリーとしての確立というふうに解釈させて頂いていいのかなとちょっと思いましたけど。以上三点感じましたので関連でお話して頂ければと思います。

司会（早川）

どうもありがとうございました。ただ今フロアからお二人の方にご質問、各シンポジストもしくはフロアの参加者と言うことで頂いたのですが、時間がちょっと遅れておまして懇親会の関係もあって、それほど時間が許されていません。大変大きな問題をフロアの二人の方から頂いたのですが、各シンポジストの方それぞれからご意見頂く時間的余裕がありませんので司会者側の草刈先生の方から質問をふまえてまとめという様なことを少しして頂きたいと思っておりますので宜しくお願い致します。

司会（草刈）

大変大きな問題をぶつけられてまとめなんて言われると相反することにとどきとする訳ですけども、現実問題と時間的问题がございますので一応シンポジストの先生方ありがとうございました。そしてそれぞれの先生が大変貴重なことをおっしゃって頂いております。ただこれを伺っておましていつもこれは私感じる事なんですけど、いま今までになく看護は非常に大切な機転の転換期にあると言う事の切実さですね。その辺をもうちょっと持たないといけないのではないかとすること私自身非常に痛切に感じております。というのはどういう事かと言いますと、戦後の看護教育が昭和27年に高知女子大、翌年に東京大学に出来ましたけどもそれは何ゆえに出来たかと言いますと、▲領軍の強力な指導があったからなんです。それで日本の看護の世界が看護大学が良いと言って出来たのではなくて、アメリカの▲領軍の中で教育の強力な民主化政策の中で、それ

はもう看護だけに限らず一般日本の教育行政全てですけれども、その一環として特に看護は教育の強力なその指導の元に5年間も基礎教育が上がったと言うこと、その事の意味をやはりしっかり踏まえなれないかと思えます。先ほどジュニアの筒井さんの方から一般がもう、最高は昭和51年に38.6%の大学進学率を示しておりますけれども、いまやや少し下がって36.何%かになっておりますけれども、一般がその位なのにまだ看護界はわずかであると言う非常におかしいじゃないかと言いましたけども、見方によってはようやくそこまで来たかと言う、そういう見方もあるわけです。そういう意味で、逆にそういう時代的な40年の流れというのをしっかり見つめて、逆にあの時には看護は科学であり技術であり芸術であると言ったのは、オルトをはじめとしたGHQの看護界の見識ある看護指導者たちが掲げたものなのです。今私たち日本の看護婦が、この大転換の中にあって何をしなければいけないかと言うのは、21世紀に向けて我々日本人のナースが看護職が、しかも冒頭に申しましたように戦後の新しい教育を受けたものによって、トップからボトムまで▲められたこの看護組織集団が職能集団として何を求めるか。これは先ほど山内さんの方からご意見もありましたけれども、本当に日本の看護は大学教育を求めるのか。この事も含めて日本の看護が今後如何なるものを看護として目指すのか。看護が社会のニーズに対して目指すものもあるかも知れません。それをどう獲得して行くか。様々な側面があるわけです。それを日本の看護は選択をしなければならぬ大切なときにある。どちらでもないと言うことは許されない。今までは誰かが選択してくれた訳です。これは今後私たち看護職が自らの意志でどちらかを選択しなければならぬわけです。アメリカの看護界が実は1972年にNursing at the crossroads 岐路に立つ看護と言うことで選択を迫られている。そこでアメリカの看護は教育界を挙げて、あの時のMedical crisis 医療の危機の中を突破するために医師がいなかったところに、ある意味では冒険かも知れませんが医学の方に行ったのです。ところが1980年になって、医師の過剰というものになって看護とは何ぞや、今改めて看護とは、また看護に戻ってきた。そういう揺れ動きの中で看護は看護の選択をアメリカ

でも求められているのです。しかもアメリカでいろいろあれがありましたけれども、メディケアと言うもの、私はちょうどアメリカに、1965年でメディケア法が通過した年です。それを目の前で見ていました。それ以後アメリカの医療はうんと変わってきているわけです。ですからそういう社会のシステムというものが、いかに医療にそして看護に過半数を占める看護職に影響があるかと言うことを、もっと看護職は目を見開かなければいけないと思う。先ほどお話がありましたどろどろした現実が、何によって来ているのか。それから優秀な官僚が、厚生省で云々という話もありましたけれども、優秀な官僚の中に、保健局医療課の中にかつて私もおりましたけれども看護の代表がいるのです。ですからその看護の代表にちゃんと看護の方のいろんなデータを出して、ちゃんとそのようになるようにして貰うというような事もして行かなければならないと思います。また看護の人ですからその点は通ずると思うのです。そういう事もありまして、やはりその辺を本当にどちらかを選択しなければなりません。その時に看護職が一樣でないと言うことです。先ほど仲副部長さんがおっしゃったように、半数は、大学へ行かなくてもよいと言う、これはある意味では健全かも知れませんが。他のデータによっても全員とはいかない。それから専門職化しようというグループと、それからこれでいいと言うパラライゼーションを職能が起こすわけです。その時にどうするかと言うその事も含めて今、看護職能団体は選択を迫られているのではないかと思います。それから今非常に大切なことは、こういうトランジショナルな時期においてとても大切なことは、一つは法的な問題です。法律上の規制の重要な二つの側面として、教育基準と言うものがあります。それは大学も含めて如何なる教育基準がこれからの日本の社会のニーズに合った看護をしていく上にはかくべからざるものであるかという、どういう教育の準備がなされればその職務を責務として果たしていけるかと言うことを看護が実践現場から言っていかなければいけないと思います。その教育基準を明記しなければいけない。それから同時にそれは裏腹なのですけれども業務範囲をどうするかと言うこの規律をしなればいけないわけです。この二つは法律にどう規制するかという事は非

常に大切な問題ではないかと思います。その業務範囲は誰かによってされるのではなくて、看護職自らが自分たちの実際の実務を通してやらなければならないと言う事です。それから今現在看護が過渡期にあるということ。それで今医療法が問題になっております。医療法は医療の提供の基本理念を示すと言うことで非常に文句が出ております。しかし、病院という定義がどうなっているか、皆さん方ご覧になったでしょうか。看護職の実に85%が病院で働いております。その病院が如何なる規定になっているか。病院医療法の第一条に書かれている病院の定義は、病院とは医師または歯科医師が医業をすることとなっております。そのまま21世紀へ向けて医療の看護でよろしいでしょうか。その辺も含めて看護が医療の中で果たす役割、今まで実際に果たしてきている、現に果たしている役割を踏まえて、それが本当に今後も、それは昭和17年戦前からの国民医療法の中の規定がそのまま戦後、昭和23年に医療法の中に入った。それがまた今後21世紀に向けてそのままこの看護の医療法の基本理念が変わる時においてもなお、そのまま存続するのかどうか。この事も含めてやはりもっと現実の問題に目を向けなければ行けないのではないかと思います。今非常に大切なことはこの移行期において変化を起こす必要があるわけですけれども、その時に如何なる変化を起こすかという事こそ問われるわけです。現実には教員が少なくなった時に果たした、また6ヶ月の教員養成を何故また元に戻すのか。歴史から私たちは何か学ばなければいけないと思うのですけれども、その点を少し話したいと思います。やはりいま大学が設立されようという、いくつかの大学がこれから設立を目前にしているのですけれども、その時にやはり一番問題になるのは何かと言いますと、看護教師がいないという現実問題なんです。「まる合」と言いつて資格にたえる看護教師がいない。それは何かと言うと、言ってみれば過去の40年間に、もう不足不足で一生懸命やってきたのではあるけれども結果的に今までの看護界がやってきたつけがいま来ていると言う事も現実ではないかと思ひます。何が一番いけなかったかと言うと、羽山先生がおっしゃいましたけれどもアメリカで一番大切だったことは、やはり将来の長期展望を持っていたと言うことです。

1923年のゴールドマークレポートも1948年のブラウンレポートも長期展望を持って未来の看護と将来の看護ということに対していろんな準備をしてきた。そういう意味で私たちは、これからの看護の目指すものへ向けて如何なる長期展望を持てるか。そしてこれは一つだけで何か出来るわけではないと思いますので、いま今回シンポジストの様々な方が様々な立場から、それからフロアからのいろんなご指摘がありましたけれども、それぞれが本当に看護に自分が何が出来るのか。ちょうどケネディーがアメリカが何かをあなたたちにするのかではなくて、あなたたちがアメリカに何が出来るのかと言ったのと同じに、看護に私たち一人一人がそれぞれのレベルで何が出来るのかという事を考えたいと思います。現実に臨床と教育の場の接点という意味で、私ども千葉大の看護実践研究指導センター等では、共同研究施設として現場の方がいろいろいらしてやっているわけです。そういう事も可能だと思いますし、先ほど金川先生もおっしゃったように出来るところか

ら教育準備をしていくと言う事も必要だと思います。つくづく思います事は、10年ほど前に私は看護に於ける生涯教育と大学というものを書かせて頂きました。いまこうして見ます時にほぼ大学にと言うことが論議されていると言うことは、言ってみれば一般のレベルでの高学歴社会の大学というエリートからマスへと言う本がありますけれども、まさに看護界も遅ればせながらエリートからマスへの段階に入ってきたと言うような感じがいたします。そういう意味で今後解決ではありませんけれどもいくつかの多くの問題が見えて来たように思いますので、非常に残念ではございますけれどもこの問題を各自が胸に秘めてこれからの看護の向かうべき、目指すものに向かってそれぞれが何が出来るかと言うことを考えて頂ければ幸いだと思います。大変ぶつつかない司会者でございましたけれども時間の問題もありますのでこの辺で終了させていただきます。どうもありがとうございました。皆様どうもありがとうございました。

司 会 の 言 葉

聖路加看護大学大学院博士課程

井 部 俊 子

滋賀医科大学内科学第2講座

中 木 高 夫

看護過程が「看護実践の核心であるとともに欠くことのできない本質であり」、「あらゆる看護活動の中心となり、どんな場合にでも、どんな準拠枠内でも、どんな概念や理論にでも応用することができる」(YuraとWalsh)のものであることについては、ほぼ異論のないところだと思います。この看護を過程システムとしてながめるとき、その背景に問題解決過程が浮かびあがってきます。

問題解決過程は簡略化すると、(1)情報の収集、(2)情報の分析(問題の把握)、(3)問題解決策の立案、(4)実施の4つのステップを繰り返すものといえます。私たちは問題解決過程を、日常生活において、ごく自然に身についたシステムとして用いています。専門的職業においても、問題解決過程はごくあたりまえのこととして行われ、ステップを意識することもなくらいです。

情報の収集から計画の実施まで、それぞれの段階で専門性が反映されますが、なかでも重要なのは情報分析をした結果の表現です。たとえば、医師は身についた専門性である医学を駆使して、患者さんの医学的狀態を分析し、そのためのテクニカルターム(専門用語)である「病名」を用いて表現します。

看護においても、当然、患者さんの看護学的狀態の表現としての専門用語が必要になってきます。それが、本学会のメインテーマである「看護診断」です。

Ann Marrinerは看護過程をつぎのように分けています。

1. アセスメント

- (1) 情報の収集
- (2) 情報の分析
- (3) 看護診断

2. 計画

- (1) 優先順位の設定

- (2) 看護目標

- (3) 看護介入の選択

3. 実施

- (1) 看護行為の実行

- (2) 情報収集と分析の継続

- (3) 看護計画の検証

4. 評価

- (1) 目標達成の評価

- (2) ケア計画の再アセスメント

最近では、これこそ看護の専門性を具現化したものとして看護診断の重要性が認識されるようになり、アセスメントの最終産物といった捉えかたから、アセスメントと計画との間の独立した看護過程の一段階と捉えられるようになってきています。

この看護診断の段階は、当然、看護過程の前後の段階、すなわち「アセスメント」と「計画」に大きな影響を及ぼします。アセスメントに関しては、患者の理解ということが基礎教育における大きな教育目標の1つですので、臨床の場でも発展させるべき課題ですが、基礎教育により重要性が見いだせる問題でしょう。

計画については臨床の場のほうが、必要性を迫られていると思います。繁雑になる一方の臨床現場を看護の専門的立場から整理する鍵として、看護診断に熱い眼差しが送られています。

看護診断の開発が進み、そのリストが充実してくると、そのリスト全体は看護の範囲を表すものとなり、ときとして不明確なものになりがちだった「看護」の姿が、明瞭な形に焦点を結んでいきます。当然、看護教育の場にも、臨床の場にも、看護診断の影響が現れるはずですが。

本シンポジウムの目的は、その変化に積極的な意義を見出すことです。

看護診断は教育にどんな影響を与えるか

大阪大学医療技術短期大学部

松木光子

はじめに

看護診断の教育への影響という課題を頂いた。しかし、わが国では看護診断そのものの受取り方や理解が極めてまちまちで、看護婦各位により異った認識があるようである。そこで、まず看護診断そのものについて少し言及し、その上で私への課題に入っていく予定である。

I 看護診断というもの

1. 看護診断とは

看護独自の機能は、すでに1950年頃、看護問題を診断しその解決にあたることと考えられていた。実際に、毎日の日常的な看護の中にこの機能は受けつがれてきている。

1980年、米国看護婦協会（ANA）はそのSocial Policy Statementの中で、“看護は健康問題に対する人間の反応を診断し対処すること”と定義した。これは過程的表現できわめてわかりやすい定義であり、今日世界的に受け入れられているものである。

表1 最近の代表的看護診断の定義

定義の著者と発表年	定義
ゴードン, 1976年	看護婦がその教育と経験によって扱うことができ、かつそのように免許が与えられている顕在的・潜在的な健康問題の記述
北米看護診断協議会、協議団の看護理論家グループ, 1978年	統合枠としての人間の諸パターンを示す一群の経験や観察から得られた指標を要約した簡潔な節または語句
米看護婦協会（ANA）, 1980年	診断とは、感知されている困難ないし必要に名前をつけることによって客観化し、その問題を解決するための行為を推測し、実際に行うにあたっての基盤しようとする最初の作業である

また、近年の著明な看護診断の定義は表1に示す通りである¹⁾。これらは近年の看護診断に関する知識体系開発に呼応して提出されたものである。いずれにしても、看護診断とは、“看護婦の管理できる範囲の診断であり、アセスメントの結論としてクライアントの問題状況を示す簡潔な要約記述”¹⁾である。それはまた、アセスメント、看護診断、計画、実施、評価という看護過程のステップとして位置づけられているものである。

2. 今までの看護過程の状況とこれから

看護過程は看護をやっていく工程で、方法論である。しかし、一般の受取りは方法論だけ知っていても動くとした理解があるようである。また、看護概念や理論を使っているといっても、それは頭の上の方であって実践は全く別ものとして動いている様子もみられている。

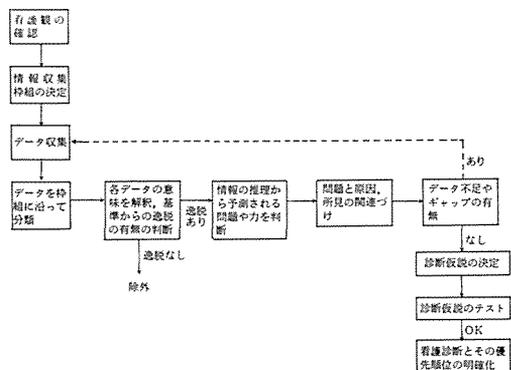
また、看護診断は看護分野の診断といっても、看護分野自体が不明瞭であり、さらに診断類型も開発されていなかったりで、これまでは仮の診断のままにとどまっていたといえよう。このあたりに現在研究の焦点があたっていて、北米看護診断協会（NANDA）はこの診断類型とそのよって立つ概念的枠組を検討している。NANDAのこの活動は、看護の概念的守備範囲を明確にし、看護の責任をもつ診断類型を確定しようとしているので、看護個々の領域の明確化につながっていく。

3. 診断過程と看護知識

診断過程は図1の通り¹⁾、看護分野の診断であるからまず、看護観を確認し看護の情報収集枠組を決定する。その上で個々のクライアントとのかかわりの看護過程が動いていくのである。つまり、看護過程とは、看護の考えや知識、技術を使いこなしていく方法であり、看護婦のもつ考えをのせていくことによって、そ

「看護診断」とそれが看護に与える影響

の看護婦の看護観がクライアントの状況に適切に反映されていくのである。看護観を看護過程に入れこまないと、理念として描く看護と実際の看護との間は乖離してしまう。つまり、看護過程には中身が必要である。この中身を各看護婦は看護過程とともに身につける必要がある。



看護診断過程のフローチャート

しかしながら、この中身の看護の体系的知識はまだ十分に整理しつくしえないまま雑然として存在している。特に、看護の扱う患者の状況に対して未整理であって、看護診断をして対処しようとする場合、使いやすいうように体系化されなかったといえる。前述のNANDAの活動は、看護診断とその対応にとって行動しやすい形に知識を整理し直していると受取ればよいものと、私は思っている。これを1つの標準的知識として、図1に示す診断過程の仮の診断後、照合体として活用して専門職としての診断をしようとするのが、昨今の看護診断なのである。

この動きは、単に看護過程の看護診断のステップにおいて、共通のある用語を与えて表現するといったものだけではなく、看護知識体系と方法論の確立につながっていくものと、私は理解している。

II 教育にどのような影響を与えるか

上記課題については次の4つの影響があるように思う。

1. 看護概念と看護過程を結びつけて系統だった教育が可能になり、理念と実践の乖離を防ぐ。

ケアを行う看護婦の育成という視点では、看護観を反映した看護を行うことができるよう育成される。考

えや知識を判断根拠として看護を行っていくことを身につけているので、理念と実践の乖離を防ぎえる。看護観をどのようにみがくか、培っていくか、どのように方法論を身につけていくかについては、各教師の努力が影響するであろう。しかし、教師の意図が伝わると、学生や卒業生達はその後自己推進力で培っていくことができる。それは彼らが問題解決能力やのびる力を持っているからである。

2. 看護の概念的枠組やその診断類型は看護の守備範囲を明確にするので、看護学、特に臨床看護学の教育分野の設定が容易となる。

看護専門職の所備範囲の中で教育の到達レベルを設定し、その目標達成に必要な内容を精選し教育内容とすることができる。特に臨床看護学は、概念的枠組のもとで診断類型によって精選できる。それも従来の医学モデルによって内容を設定するのではなく、看護というものをよく考えた枠組と看護の診断類型という具体的内容によって精選し設定できることになる。

3. 看護カリキュラムも看護診断の概念的枠組みで看護学を編成し、各看護学は看護診断とそのアプローチで構成できる。

看護学教育の全体計画に影響を与えることができる。各施設では、カリキュラム検討に際し、看護の哲学や信念を現在も十分に討議し教育目標を設定しておられるであろう。その理念のもとで看護の専門教育をめざすことを目的に、看護診断とその対応を看護学教育のコアと考えるのであれば、この看護学の体系によって教育カリキュラムを設定することができる。科目編成も看護概念とその診断類型によって編成すればよい。特に、概念的枠組によって診断類型が整備されてくると、教育目標にそった科目編成やコース編成が極めて容易となろう。

現在NANDAは、“unitary man”の考え方に基づいて枠組を構成し、現在までに承認されている診断類型をその枠組で整理している。この枠組の検討は、NANDAの中の“理論家グループ”が行っている。この集団を作ったのは、Dr. C. Royが各理論家1人1人に呼びかけ、それに応じて集ったことで構成されたという由来がある。そのチャアは長らくRoyが務めていたが、現在はM. Newmanに交代しているようである。かの著明なM. ロジャーズを始めとする名だたる理論家集団となっている。

しかしながら、各々の施設ではそれぞれ独自の看護の考え方やとらえ方があるだろう。その考えのもとで枠組を構成し、診断とそのアプローチを整理することは十分可能である。事実、ロイモデルでは、ロイモデルによる問題類型を提出している¹⁾。私の場合は、私の枠組で整理している。また、Gordonは自己の機能的枠組で診断類型を整理していることはよく知られていることである。

こうして、教師が看護モデルや看護の考え方のもとで枠組を編成し、診断類型を目的にそって編成して、看護学教育のカリキュラムを構成することができる。

しかしながら、まだ看護の本質や概念をふくみ、そして看護診断とそのアプローチで構成された看護の知識体系は、まだまだ研究・組織だてられる必要があらう。各教師がその努力をしながら、カリキュラム編成をすることは現段階でも可能であらう。

4. 看護教育において看護過程、特に診断過程を強化することによって、看護を追求する姿勢や方法を身につけ、将来種々の状況に対応でき問題解決のできる看護婦を育成できる。

よく考えてみると、今日のように情報が巷にあふれ、科学や技術の発展のめざましい時、教育は教師のもてるものを伝えるのが教育との考えでは、次第に追いつかなくなっていくように思う。基礎的知識や技術とともに、物事の追求方法や態度を十分に身につけさせていくことが、これからの人々には何よりも重要であらう。

自分のわからないことを見出し、それを追求することによって知識を得、未だ世に未知のものを見出していき、そして障害や葛藤がある場合、周到に問題解決でき克服していく、対処していくといった態度や方法の育成ができてくると考える。

伝受つまり教育では、学校時代に教ったものはそのうち有益なものではなくなる可能性がある。将来のびる看護婦養成をめざすならば、看護の追求方法や態度を養成することを主眼におき、その過程に基礎的知識や技術を入れこんで、両者を身につけさせていくことが肝要のように思える。

このような意味で、看護過程、診断過程の強化は追求方法や態度を身につけさせるので有意義であらう。

おわりに

主題に関連して、今日の看護診断の意味や意図を論じた上で、教育への影響を4つの可能性という視点から提出した。

それは、①概念と実践の乖離を防ぐ、②看護の守備範囲が明確となるので教育分野が容易に設定できる、③看護学のカリキュラムもこの診断類型と概念枠組で設定できる、④看護の追求方法を身につける、の4つを提出した。

文 献

- 1) 松木光子編、看護診断の実際、南江堂、1988

看護診断をどう教えるか？

滋賀県立短期大学
端 章 恵

はじめに

わが国はいま、超高齢化社会を迎え、社会のニーズはめまぐるしく変化してきています。昭和62年には「21世紀に向かって期待される看護婦像」が提唱され、平成2年には国家試験の見直し、カリキュラムの改正と看護界にも大きな変貌の波が押し寄せています。

このような中で21世紀の看護を担う学生に社会のニーズの変化に対応でき、問題解決のための方法を的確に判断できる専門職者としての能力が求められています。その中でいま最も期待されているのが、看護診断能力といっても過言ではないと思います。したがって卒業までに看護診断にいたる過程をしっかりと身につけてもらおうと苦心しています。しかし、思うように成果があがらず、苦慮しています。

そこで、成人看護学、その中の精神看護学における取り組みについて報告し、ご意見、ご助言を頂きたいと思っています。

看護過程について学習するにあたって「看護診断」という用語を使い始めたのは3年ほど前からですが、同様の思考過程を導入して10年近くになります。

1. ヘンダーソン理論の活用期

初期の頃は、問題の抽出にあたってヘンダーソンの「基本的看護の構成要素」をベースにして、情報収集項目を中木先生を中核にして集まった看護教員らと検討を重ね、内科および精神科実習用の「POSを導入した患者記録」を作成しました。その結果は昭和57、58年の日本看護学会の教育分科会で報告しましたように、学生の収集した情報量は増し、患者の問題を捉えられる学生が多くなり、記録の内容に学生間の差が少なくなるという成果はみられました。しかし、捉えた問題が的確な問題といえるか、どうか、的確な診断名がつけられているのか、どうか、学生、教員ともに確

信が持てないこともしばしばでした。

2. ゴードンの「機能的健康パターン」の活用

1) 受持患者のニードを復習

カールソンら¹⁾は看護診断について「クライアントの潜在的に、また現に変化している健康状態についての記述であり、それは看護介入を必要とするもの」と定義しています。この定義にある看護介入を必要とする潜在的に、また現に変化している健康状態とは看護介入を必要としない健康な状態と比べて何らかの変化がある状態と解釈できます。

では、看護介入を必要としない健康な状態とは、どんな状態かを考えてみますと、マズロー²⁾は「総合的なニードの充足と理想的な健康とは理論的には同義である」と述べています。したがって看護診断の前の段階で、先ず、患者のニードが充足されている状態とはどのような状態かをしっかり把握しておく必要があります。

ニードについて知る手がかりとして、学生たちはヘンダーソンの基本的看護の構成要素、ロイの看護アセスメント³⁾、マズローのニードの階層づけ、など学んでいます。それに加えてこれまでに学んできた知識を総結集すれば生理的・精神的・社会的側面のニードが充足されている状態とはどのような状態かの答えが出てくるはずですが、しかし精神科看護に特に重視される精神的・社会的側面のニードは、人間の成長、発達の過程に深く関わるニードだけに理解するのに大変困難を極めます。

そこで、看護過程展開の学内での授業に入る前に人間の心のメカニズムを知る一つの方法として交流分析の概念を導入しています。一方、学内実習の初めには人間のニーズが充足されている状態を復習しながらまとめ直すことから始めています。その際、学生はゴードン³⁾

の「機能的健康パターン」を活用した様式1〈受持患者のニーズの充足されている状態〉の左欄に、受持患者（紙上患者）の性別、年齢に応じたニーズについて記載します。対象の学生は3学年ですからこの作業は既に学んだ知識の復習になります。かなりの時間を要します。マズローの自己実現する人間、ロジャーズの十全に機能する人間、エリクソンによる人の心理的社会的発達段階と課題、交流分析などを参考にしながら演習しています。

次にメイ・M. ジョンソンら⁴⁾が挙げている「ニードに影響する諸因子」を参考にして受持患者の疾病のレベル、生活環境、肉体的・知的・感情的能力などに応じてニーズの充足されている状態を右欄に修正します。この部分は紙上患者では疾患のレベル、家庭環境、本人あるいは家族の能力などの情報に限度があり、臨床実習時に個別指導が必要と考えています。

2) 情報の整理

実習の目標の一つに「PONR（問題志向型看護記録）が作成できる」をあげています。そこで、収集した情報を様式2〈受持患者の情報〉に主観的情報と客観的情報に分け記録します。

その際、クラスタリングのことを考え、情報を「機能的健康パターン」別に整理しておきます。ところが学生は「看護診断マニュアル」を片手に情報を整理するのですが、収集した情報をどのパターンに入れるかで悩みます。そこでアメリカ看護婦協会の声明書に提示されている「看護介入の焦点となる事柄のリスト」を参考にして、看護とは何かを確認し直します。その上でどのパターンにどの情報を入れるのかを考えています。

3) 機能的健康パターン別にクラスタリング

看護診断に至る過程の中で、学生が悩む部分の一つにどう関連情報を見つけ出すか、つまりクラスタリングの部分が挙げられます。3年前からゴードンの「機能的健康パターン」に添って情報を整理することを試みていますが、その結果クラスタリングが容易になってきています。とくにこころを病む患者の問題を見いだす際に、ヘンダーソンの構成要素に基づいて精神的・社会的側面で関連情報を選び出すには枠組みが大き過ぎます。しかし、機能的健康パターンでは「自己認識-自己概念」・「役割-関係」・「性-生殖」・「コーピング-ストレス耐性」・「価値-信念」パターンに

分類されていることで、情報収集の焦点が明確となると同時に、関連のありそうな情報を探しだす苦勞が軽減されています。

情報の解釈にあたっては、様式3〈受持患者の情報の解釈〉の用紙を今年度の学内実習において2事例目で使ってみました。用紙の両端に11の機能的健康パターンをおき、その中寄りに各パターン別の情報のもつ意味を考えて記載します。この際、整理した情報と「ニーズの充足されている状態」および「看護介入の焦点となる事柄のリスト」とを照らし合わせながら、現在、生活行動のどの部分が自分の力でできないか、その程度はどの程度かなど、洗い出した情報の意味をじっくりみます。そして関連のありそうなパターンのいくつかを線で結び、その結果読み取れたことを中央の空欄に記載し、学生の記載例のように一重の四角で囲みます。そしてその四角内に記載された内容を表わすネームをつけ、つけた看護診断名を二重の四角で囲みます。情報の解釈にあたって様式3のように一覧にしたことで情報の関連が容易になってきたように思います。

4) ネーミングに診断マニュアルを活用

看護過程の中で学生が最も苦慮するところはネーミング、つまり「看護診断名」をつける部分です。そこで中木先生⁵⁾の「『看護診断マニュアル』を用いて適切な看護診断名を見つけだす方法」に添って実施することにしています。昨年は、ゴードンの「看護診断マニュアル」とリピンコットの⁶⁾「精神障害者のケアのための看護診断」を、今年度はさらに1988年第8回全米看護診断分類会議⁷⁾で検討された「看護診断名リスト」を併せて活用してみました。この3つのマニュアルに示された診断名リストの中から、これに近いと思う診断名の定義や特徴、診断基準と学生が得た患者の情報を照らし合わせて可能性のある診断名を選択する方法で演習してみますと、活用前の学生に比べて患者の反応がより明確に伝わる表現になってきています。

昨年度の臨床実習の際、学生からはリピンコットの看護アセスメントをみて情報不足に気づき、マニュアルを活用することで自分のとらえた患者の問題（看護診断）がピントはずれでないことが実感でき、不安が軽減したとの感想が述べられています。

今年度の3年課程の学生にも2事例目を個人で展開させましたところ、2～3名に医学的な診断名が挙げ

られていたり、適切でない表現があったほか、ほとんどが表現の違いはあったものの看護診断名が挙げられています。

3. 今後の課題

いままで述べてきたように、機能別健康パターンの活用の有用性は大きいのですが、「パターン」に焦点があてられる傾向がつよく、心を病む人に全く接したことがない学生は患者をイメージできず、患者の全体像が見えにくい学生が多いように思えます。このあたりをどう指導するかが今後の課題で、どう統合させていくかが臨床実習での指導のポイントになると考えています。

精神看護での紙上患者での展開は、患者の反応が得られないので情報の解釈が他科に比べて主観的になりがちで、学内での初期計画立案の演習に限界を感じています。

今年度の学生に関してはこれから学外実習に臨みますので、学内で学んでいる知識をどう統合して個の患者を理解して行くかが大きな課題と考えています。

文 献

- 1) カールソン他, 日野原重明監訳: 看護診断, 医学書院サンダース, p. 6, 1983.
- 2) W. J. フィブス他, 高橋シュン監訳: 臨床看護学I, 新臨床看護学大系, 医学書院, p. 5, 1983.
- 3) M. ゴードン, 伊藤幸子他訳: 看護診断マニュアル, へるす出版, 1985.
- 4) メイ. M. ジョンソン他, 矢野正子他訳: 看護アセスメントと問題解決, メヂカルフレンド社, p. 27, 1981.
- 5) 中木高夫: POSをナースに, 医学書院, p. 94~95, 1989.
- 6) L. S. ブランナー他, 和田攻他監訳: 臨床看護マニュアル, 医学書院, p. 1126~1169, 1984.
- 7) 中木高夫: あすかちゃんのPOS, 照林社, p. 164 ~165, 1990.

受持患者のニーズの充足されている状態（様式1）

受持患者氏名

年齢

性別

No. 1

機能的健康パターン	受持患者の年齢・性別に応じたニーズが充足されている状態	疾病のレベル，生活環境等に応じて修正したニーズが充足されている状態
健康知覚－健康管理		
栄養－代謝		
排泄		
活動－運動		
価値－信念		

「看護診断」とそれが看護に与える影響

受持患者の情報（様式2）

受持患者氏名

年齢

性別

機能的健康パターン	主観的情報（S）	客観的情報（O）
健康知覚 -健康管理		
栄養-代謝		
排泄		
活動-運動		
認知-知覚		
睡眠-休息		
自己知覚 -自己像		
役割-関係		
性欲-生殖		
コーピング -ストレス耐性		
価値-信念		

受持患者の情報の解釈（様式3）

受持患者氏名	年齢	性別	看護診断名		パターン間の関連と解釈		機能的健康パターン
機能的健康パターン	パターン毎の情報の解釈	パターン間の関連と解釈	看護診断名	パターン間の関連と解釈	パターン毎の情報の解釈	機能的健康パターン	
健康知覚 －健康管理							睡眠－休息
栄養－代謝							自己知覚 －自己像
排泄							役割－関係
活動－運動							性欲－生殖
認知－知覚							コーピング －ストレス耐性
							価値－信念

「看護診断」とそれが看護に与える影響

<記載例>

受持患者の情報の解釈 (様式3)

受持患者氏名 奈良 文子 年齢 38歳 性別 女性

機能的健康パターン	パターン毎の情報選択	看護診断名		パターン毎の情報選択	機能的健康パターン
		パターン間の関連と解釈	パターン間の関連と解釈		
健康知覚 —健康管理	抗精神薬長期服用 長期入院	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"># 3 基本的信頼感の未確立に関連した非効果的な コピーング</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">愛情 (ストローク) を得られず、基本的信頼感を確立することができず、人のせい (I'm OK, Y're NOT OK) にして苦痛を軽くしているのではないか</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">長期入院で外界からの刺激が少なく、興味を持てるものがないため、活気がなく活動が不足しているのではないか</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"># 1 長期入院による刺激不足 入院生活の単調さに関連した 娯楽活動の不足</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"># 2 信頼感の不足 他者への関心の減退に関連した 社会関係の障害</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"># 4 支援的能力の消耗に関連した 家族の非効果的な コピーング</div>	<p>眠剤服用で睡眠は十分とれており問題はない。</p> <ul style="list-style-type: none"> 昼間眠いの興味を示すことや趣味がなく、やることがないためではないか 	睡眠—休息	
栄養—代謝	標準体重に比べ2.2kg少ないが、ふつうのランクにあり、食事も7~8割食べられているので問題はない。			<p>結婚願望、家庭に対するあこがれを持っていると思われる。発病前に結婚に対する強い思いがあったのではないか。他者を罵下し、自分を良く見せようとする傾向がうかがえる。自分の年齢を実際より若く見せたいと思っている様子。</p>	自己知覚 —自己像
排泄	特に問題は認められない			<ul style="list-style-type: none"> 幼い頃に母と死別、叔母宅に預けられ、十分に愛情が得られなかったため、愛情に飢えていたのではないか。 家庭が安定しておらず、常に周囲の者に気を遣い、落ち着ける場所がなく、気分的に抑圧されて育ったと考えられる。 積極的に他者と交流をもとめずしない。 入退院を繰り返す中で義理の仲である文子さんのいない家族関係ができていであろう。実父も60歳を越え、支援的能力の消耗が考えられる。 	役割—関係
活動—運動	行動に活気がない。運動不足になる恐れがある。セルフケアには問題はなく、清潔にも気をつけており、きれい好き。				
認知—知覚	自分の年齢を実際より若く見せたいと思っている様子。現実を否定し、自分自身の世界を作り出して、結婚に強い願望を抱いていると考えられる。医師、看護婦に丁寧、患者に乱暴な口のきき方から信頼感をもっている相手にはやや打ちとけられると思われる。				<p>愛情を自分から求めることを断念せざるを得なかった苦しさを軽くするために相手のせいにして自分を守ろうという対処法をとっていたのではないか。</p>
					性欲—生殖
					価値—信念

「看護診断」とそれが看護に与える影響

“臨床の現場で看護診断をどう学んで行くか”

滋賀医科大学医学部附属病院看護部

櫻井 律子

I. はじめに

シンポジストの中では、私だけが臨床現場からの参加ということになる。

「看護診断」という看護の世界では現在最先端の領域と言える。そして一般に、臨床は忙しい現場であるので、最先端のものは教育や研究の場にお任せしてしまう傾向にある。しかし、こと「看護診断」に関しては、臨床現場で働く看護婦にとっても、単なる知的興味以上のものになっている。なぜなら、私たちが現場で日々の看護ケアを向上させてきた途上に、「看護診断」との出会いがあったからである。

そこで今回のシンポジウムでは、3つの点から話題を提供したい。第1は、どのようにして私たちが「看護診断」に行きあたったのかということ。第2は、臨床の場で「看護診断」を学習するうえで、何が困難であったかということ。最後に、「看護診断」に関して基礎教育でどのように教育してほしいかということの3点である。

II. どのようにして「看護診断」に行きあたったか

私たちが臨床の現場に「看護診断」を取り入れたのは、POSを行っていたからである。

私の勤務する滋賀医科大学医学部附属病院は、昭和53年10月の開院以来POSを採用し、当然看護の実践もPOSに沿ったものを目指してきた。開院直後の混乱期は、ともかく日々の看護記録をSOAPで書くことだけで精一杯で、それもAPが書けずSOSの記録といえる状態であった。その後、POSの本質が「プロブレムごとに」ということであることに気づき、記録の体裁は急速にPOSに近づいて行った。

記録の体裁が整うにしたがって、看護内容およびその水準の向上と維持管理が問題となり、POS自体へ

の取り組みに加えて、種々のサポートシステムを開発した。ここでそれを列挙してみることにする。

- ・患者データベースに看護概念枠組みを反映させる
病棟での事例検討会で、評価基準がないことが検討を困難にしていることが明らかになり、ヘンダーソンの14項目をその基準とし採り上げた。その結果、情報の欠落が看護問題に影響していることが明らかになったので、ヘンダーソンを枠組みとした患者プロフィール用紙を作成した。

- ・計画立案のプロセスを記載する

従来のPOSの形態では、初期計画はプロブレムごとに計画だけを記載することになっていたが、これではプロブレムを明らかにするプロセスと看護行為の選択理由が理解できないという不都合が生じた。そこで、POSの基本形式通りに初期計画もプロブレムごとにSOAP形式で記載する方法を定着させた。

- ・看護計画の通りに実施する

初期計画の立案に力を注いでも、その後は看護計画が立てっぱなしになっていて、実際の看護をアドリブで行っている傾向が見られた。評価を実のあるものにするためにも、看護計画と実施を一致させるようにした。具体的には、その日看護を受け持つ患者の看護計画用紙を手元に置き、それを見ながらケアをすることにした。

さて、ここまでは私がスタッフとして関わってきたことであったが、次に病棟看護管理者として関わった範囲について述べることにする。

私は昭和58年2月に病棟看護管理者として配属を変わり、POSを違う視点から再び見直す機会を得た。

看護単位を変ってみて、私は「同じ病院で、同じようにPOSに沿った看護を目指しているにもかかわらず、その取り組みかたに違いがありすぎる」ことに驚き、以前の病棟と比較しながら、利点を伸ばし欠点

「看護診断」とそれが看護に与える影響

を補うために、しばらく静観して情報を収集することにした。収集した情報がある程度自分自身で整理してから、問題を徐々にスタッフに投げ掛けた。解決策はスタッフ全員で考え実行した。これは管理面へのPOSの技法の応用といえる。

では、この期間のPOSに関わる改善について話をもどすことにする。

・患者-看護婦関係を強化する

患者のケアに対する責任の所在が明確でないと、プロブレムや看護計画が患者に合わなくなってくる。これを補うものに他の病院でも行われている「受け持ち制」などがあるが、私たちは責任の所在を一層明確にするために、プライマリナースの理念を取り込むことにした。看護婦の十分な配置が望めないわが国の看護環境では、アメリカで行われている通りにプライマリナースを行うことは不可能であるので、患者-看護婦関係の強化だけを目的とした「プライマリナースもどき」を実施した。「プライマリナースもどき」を正式の呼称とするのも具合が悪いので、現在滋賀医大ではこれを「担当看護婦制度」と呼んでいる。

プライマリナースもどきとは、つぎのようなものである。

入院時のオリエンテーションから情報収集→初期計画の立案→中間サマリーの記載→退院指導を含めた退院サマリーの記載まで看護計画の整備と記録の管理に対して一貫した責任を持つことに加えて、

- (1) 入院時オリエンテーションで患者に自分が担当ナースであることを紹介し、その役割を説明する。
- (2) 担当ナース名をベッドネームやチャートの背表紙の主治医欄の下に表記する
- (3) 勤務しているかぎり1日1回は患者の所に顔を出して、担当ナースであることをアピールする。

このことで、責任の所在が明確になり、退院後も担当ナースに健康相談をするなど、患者-看護婦関係はよいほうに強化された。

・新採用スタッフ等の指導看護婦をきめる

患者さんに担当ナースがいるように、新採用等のナースに対しても指導を担当するナースを1人決めるものである(プリセプターシップ)。指導担当者にはグループで年度計画の立案・実施・評価を行わせている。これは担当看護婦制度のサポートシステムとしても機能

するものである。

・オーディットのプロセスをシステム化する

結果のオーディットはカンファレンスや事例検討会を通して同僚間監査で実施した。オーディットのプロセスはオーディットサイクルと呼ばれるシステムで表すことができる。そのサイクルでは、カンファレンスの準備として中間サマリーを作成し、カンファレンスの後ではその記録と看護計画の追加・修正を行う。こうしたオーディットに関連する記録は、診療記録の1カ所に集約すると全体の把握が容易になり、申し送りやサマリー作成など、いろいろな場面で利用することができる。

このように、私たちはよりよいケアを目指して各種の改善を行っていったのであるが、それではPOSを通して行う看護に問題がないのかということ、これだけ努力しても問題はどっかりと居座っているのである。

初期の頃のAやPが書けないということが少なくなると、今度は看護のプロブレムが書けないという問題に直面するようになった。このあたりを、少し詳細に振り返ってみたい。

自分たちだけで行う学習会に行き詰まると、困ったときの神だのみの存在である中木先生に登場していただいている。先生には私の病棟のスタッフを対象とした講義を何度かお願いした。

第1回目は昭和59年10月30日でPOSの基本からの講義であった。当日の資料を取り出してみると、POSのネーミングの項に、すでに「看護診断」がきちんとあげられていた。しかし、私たちが病棟で「看護診断」の学習をしたいと思うようになったのは、その1年後であった。

当時、「看護診断」というと、昭和58年4月から中木先生を中心に、今回の学会の実行委員の数人の先生がたのグループ“ナースング滋賀'83”が連載された「ナースングダイアグノース」を『看護学雑誌』(医学書院刊)で目にする程度で、現場での利用などまだ考える余裕もなく、遠い存在のものである感がしていた。

その後、昭和59年に入って日野原先生が監訳され、司会の井部先生も訳者として参加されている「看護診断」(医学書院サウンダース刊;当時)の書評を依頼されたのを機に、その本を読ませていただいたが、“診断”という言葉に多少の抵抗を感じながら、とり

あえず“診断”を“判断”という言葉に置き換えて読むことにした。読み進むうちに“診断”という言葉に対する違和感はなく、それと同時にPOSで日々スタッフを悩ませているプロブレムがこの「看護診断」であることを理解し、何か日の前が明るくなってきたのを覚えている。しかし、それでも「看護診断」を実践の場ですぐに利用することは困難であった。なぜなら当時はまだスタッフが学習するのに適した十分な教材もなく、現場の状況もそれを欲するほどの環境になっていなかったからである。

このようにして、私たちは「看護診断」に出会ったのであるが、実態は端っこをかすめた程度のものであったようである。

そして昭和60年になり、7月13日にプロブレムのネーミングに悩んでいるスタッフに対して「看護診断」の勉強会を開催した。もちろん講師は中木先生であったが、この日の私のノートに記された勉強会の感想は次のようなものであった。『スタッフの反応は悪い。プロブレムの抽出に役立てばと考え、勉強会をもったが、かえって混乱させる結果となってしまった。現在の私の病棟の問題は、計画されたことがケアで実施されないことにあると思う。まずはこれから解決していく必要がある。中木先生の助言をもとに来週より申し送り方法を変えてみることにしよう』

やはりまだ早かったようである。「看護診断」の概念そのものはPOSをやっていたので容易に理解できるが、診断名の訳語がなんとなく現実の感覚にマッチしないというようなことが敬遠される原因のようであった。私は焦らず時期を待つことにした。

・申し送り方法をチャートと口頭の2本立にする

「看護計画が頭に入っていないことに関連したケアのアドリブ化」という問題に対して、以前の病棟では看護計画用紙を抜き出して持つことで解決したが、今■の病棟では朝の申し送り時間を二分し、前半にその日受け持つ患者のチャートから情報■集を行い、後半で深夜のナースからの口頭の申し送りを受けるというようにした。

Ⅱ. 臨床の場で「看護診断」を学習するうえで、何が困難であったか

「看護診断」の学習はいったん失敗したかのようであったが、もともとこの病棟のスタッフの学習意欲は

旺盛であったので、時間外に開催される症例検討会も比較的定期的に行われ、昭和61年7月にはスタッフ自らの希望で「看護診断の勉強会」を毎週火曜日に開催するようになった。やはり、看護プロブレムをどう表現するかという点が、大きな悩みとなっていたからである。しかし、毎週となると負担は大きく、学習方法に問題があったのかも知れないが、3カ月もすると参加者はせいぜい5人と、少なくなっていた。

そんな時に中木先生から提供されたのが、アメリカのサウンダース社から出版されている“看護ケア計画ガイドー看護診断的アプローチ”という本である。その本の『心筋梗塞』の一部を先生が訳して下さったのを見て、スタッフたちは「これだ!」と思った。

この本は「動けない患者」と「手術を受ける患者」など看護の基本となるような状態の患者に加えて、主要な疾患や状態別に、よくみられる看護診断名、期待される結果、看護行為の項目がリストアップされたマニュアルである。内容は実際のでお看護的にも高度で、スタッフたちが日常計画としてあげていないけれど、実際のケアでは実践していることも、具体的な看護行為として書かれていた。

さっそくこの「心筋梗塞」の部分を、スタッフ全員が手分けして翻訳することになった。この日が私たちにとって「看護診断」と本当に出会った日といえるかもしれない。

スタッフたちが決めた翻訳期限は1カ月後と厳しいものであった。研修医に協力してもらっているナースがいるかと思えば、英語教師である婚約者に協力を依頼した結婚間近のナースもいるし、意地でも独力でというナースもいた。ともかく多少期限をオーバーしたもののなんとか訳は完成した。中木先生に監訳していただいたあと、ピンクの表紙のポケットマニュアル「循環系の障害のある患者の看護ケア：心筋梗塞」ができあがった。

このマニュアルは心筋梗塞の事例だけでなく、他の疾患の看護計画にも利用された。それだけ現場にマッチした内容で、有効利用できるものであったと言える。その後も「高血圧」「ペースメーカー装着」と翻訳は続けられた。自分の自由な時間を犠牲にして彼女たちはよく頑張ったと思う。（「心筋梗塞」と「高血圧」は後に『エキスパートナース』（照林社刊）に掲載されたので、みなさまのお目にとめていただけたかと思

います。)

看護ケア計画ガイドの訳はこの病棟だけでなく、後に私が異動した耳鼻咽喉科病棟や泌尿器科病棟など、他の病棟でも手がかけられるようになった。やはり自分たちが学習したいという欲求にかられることが、一番大切なことであったようである。

「看護診断」の学習は、病棟スタッフだけでなく、それを指導する婦長にとっても必要なものである。婦長副婦長で構成される看護部教育委員会では、昭和61年に定例会議の後で中木先生に「看護診断」の指導をお願いしたが、ケアの実践をしていない婦長にとってはなかなか身につくものではなかった。

翌昭和62年12月には、婦長レベルだけではなく、こうした学習の機会を院内全体に持つことにして、今■のシンポジストのおひとりである松木先生に「看護診断」の講演をお願いした。しかし、やはり全体としてはまだ十分に環境が熟していなかったためか、スタッフの反応はあまりよくなかったように記憶している。その後教育委員会は、下部組織である研修委員会を啓発して、徐々にスタッフレベル全体に「看護診断」を導入していくことにした。POSを充実させることを目標に今日もそれは続いている。

さて、蓄手な英語の文献であっても必死の思いで翻訳するかと思えば、困っているはずの看護プロブレムの表現のために「看護診断」の講演会を開いても、いま一歩踏み込めないというのはなぜなのであろう？

「看護診断」は往々にして「診断をつける」という側面に重点が置かれる。しかしながら、臨床では、なにより患者さんをどう援助するかということに目が行くようである。診断をつけたからといって、それだけではどうケアするのか見えてこない。そこに原因があるようである。

アメリカで「看護診断」の開発を呼び掛けたセントルイス大学のナースたちも「何をすればよいのかわかっていないけれど、それをどう表現すればよいのかわかっていない」という主旨の文章を残している。

「看護診断」の導入は、私たちの経験から言うと、看護介入行為の側からアプローチすると入って行きやすい。その意味で、極めて具体的なマニュアルである“看護ケア計画ガイド”に出会えたのは幸運だったと言える。これは「いま、自分が行っている看護行為は、どのような期待される結果のためにしているのか、

どのような看護プロブレムに対して行っているのか」を考えることによって、自分の中にある看護の方法論を再構築できる、よい機会を与えるものと確信している。

さらに、これに加えて段階的に「看護診断」そのものの学習を重ねれば、「定義上の特徴」で示される症状や徴候と看護診断名との理論的関連の理解へと、深いレベルまで身につけることができるのではないだろうか。

IV. 基礎教育で「看護診断」をどう教育してほしいか

毎年採用される新卒ナースを見ていると、指導ナースの助言を得ながらも、患者をケアしたその日から形式通りの記録ができていて、POSの形式面をマスターすることはそれほど困難なことではないようである。

しかし、つまりくのは看護プロブレムの表現である。「看護診断」を活用するようにと指導されても、基礎教育の過程で「看護診断」を十分学んできているナースはほとんどいない。毎年、新卒ナースを受け入れている立場から言うと、基礎教育の段階でこそ「看護診断」を十分に学習し、その能力を身につけて臨床の場に求められることを熱望する。

そして、看護教師には「看護診断」を表面的にとらえた教育をするのではなく、それにまつわる理論をしっかり和押さえ、臨床現場で応用できる教育を実践していただくことを要望する。

V. おわりに

以上3つの点から話題を提供したが、さらに「看護診断」に取り組んで、少々気になる点が1つある。それは私たちが「看護診断」として用いようとしているのは、北アメリカ看護診断協会で開発された「看護診断」であって、米国直輸入の、いわば借りものの「看護診断」をとりあえず有効利用している状態といえる点である。こうした米国の「看護診断」が有効であるかどうかは日本のナースの手によって十分に研究されなければならないし、また日本に住む患者さんのためには、米国とは異なった「看護診断」が必要であることが明らかにされた場合には、日本の看護界で十分に検証を積んだ、わが国固有の看護診断が登場してくる

「看護診断」とそれが看護に与える影響

ことを期待するものである。

さらに夢を付け加えるなら、現在私は滋賀医大でコンピュータを用いた看護システムの開発にたずさわっているのです。こうした「看護診断」の体系をコンピュータに組み込み、多くの施設に提供できるようにすることによって、よりよい看護計画の立案を支援するシステムが構築できるようになればと思っています。

いままで「看護診断」の臨床での学習や利用にとどまらず、くどいほどPOSの充実に絡む各種のサポートシステムの改善を紹介してきた。それは、「看護診断」を学んでくる学生や新採用看護婦に対して、その

能力が十分に発揮できる環境に職場を整えていくことが婦長としての私の義務であると考えているからである。いくら知識があっても、それを生かす環境がなければ何もならない。■々のケアの向上には何の役にも立たない。ここで紹介できたことは私の狭い経験にしか過ぎないし、広く有効性のあるものという自信はないが、何かのヒントになれば幸いである。

そして最後に、私は、臨床の現場で一番必要なものはそこに働くスタッフの向上心である、と考えていることを付け加えて発言を終わることにする。

◆シンポジウム II◆

看護実践に役立つ診断・目標・計画の記述
看護診断・共同問題に対する過渡的措置としての展望

日本赤十字愛知女子短期大学

阪本 恵子

はじめに……問題の所在

問題解決法にもとづいて展開する看護過程は、4段階(表1)から5段階(表2)への整理が一般的になってきた。5段階の看護過程では、看護独自の守備範囲の確立をめざし、‘看護診断’をアセスメントと計画の間に位置づけている。とすれば、医師と共同してとりくむ‘共同問題’は、‘看護診断’とは区別する必要がある(問題解決過程であることには変りないが、表3のように区別しておくほうが思考の整理がつく)。

表1 看護過程 Nursing Process : 4段階

1. Assessment	2. Planning	3. Implementation	Evaluation
データ収集、データの分析・総合、問題の明確化または看護診断	計画立案(目標・計画)	実施	評価

表2 看護過程 Nursing Process : 5段階

1. Assessment	2. Nursing Diagnosis	3. Planning	4. Implementation	5. Evaluation
アセスメント データ収集、データの分析・総合	看護診断(問題の明確化)	計画立案(目標・計画)	実施	評価

表3 問題解決過程……共同問題・医学診断

1. Assessment	2. Diagnosis	3. Planning	4. Implementation	5. Evaluation
アセスメント データ収集、データの分析・総合	共同問題 医学診断	計画立案(目標・計画)	実施	評価

共同問題について「はじめて耳にする」という人もある。また、共同問題や看護診断を明確に区別してと

りくんでいる現場は少ない。さらに、共同問題・看護診断、目標、計画の記述(看護婦間で不一致がないよう概念統一した記述)に苦慮している。一方、共同問題や看護診断に関してどうとりくむのか、職能団体としての「日本看護協会」や「看護系の各学会(研究会)」も北米看護診断協会 NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) のような統一した方向性は出していない。重点課題としての小委員会企画等の見解もうちだしてはいない。

本来、看護実践は、アセスメントの結論としての看護診断・共同問題、計画立案(目標・計画)にもとづいて実施していくものである。‘#2の〇〇’に対し、目標達成に向けて、計画の2番目のこのことを実施しているのだ。その結果、目標達成できたかどうか評価する’という。まさに、問題解決法を意識しながら、看護過程を展開していくわけである。しかしながら、上述したように、これらの記述に苦慮している現状では、不十分な記述のまま(中には記述が無いまま)、看護婦1人1人の過去の経験をよりどころに看護している。とくに、看護診断に関する内容はそうである。共同問題に関しては、その性質・特徴から、計画の一部や目標は医師の提示(すなわち記述→医師のオーダー)があるので、それをよりどころに、明解な問題解決法でもってとりくんでいる(まかされた医療・処置の実施→診療補助業務)。

医学は、概念統一・体系化、記述化した歴史があり、看護は、そういった意味での歴史の積み重ねが無い。だから、現在に至るまで、‘何が看護独自の守備範囲のものか’について混沌としているのである。北米看護診断協会は、組織的に看護診断カテゴリーの開発(看護独自の守備範囲)にとりくみ10年以上の歴史をもつ。我が国も、重点課題として組織的にとりくむ必要がある。なお、医師と看護婦が共同してとりくむ共

「看護診断」とそれが看護に与える影響

同問題も、医師側の記述はあるが、看護の記述を含めた問題解決過程の記述は、明確になされていない。共同問題に関連した診療補助業務の占める割合の多い我が国の実情を考慮し、過渡的措置として、共同問題の問題解決過程の記述も検討を要する。上述の問題提起のもとに、看護婦諸姉との意見交換

を参考にし、看護診断と共同問題に関する私見を何点か提言したい。

1. 看護診断と共同問題

共同問題の問題解決過程を表3に、看護診断と共同問題の相違を表4^{1)~3)}に示した。

表4 看護診断と共同問題の相違

医師独自の守備範囲 <医学診断> Medical Diagnosis	医師看護婦がオーバーラップする範囲 (看護婦:診療補助業務) <共同問題> Collaborative Problem CP	看護婦独自の守備範囲 <看護診断> Nursing Diagnosis ND
定義 各段階	合併症、診断検査治療などにより、実際に起きている問題、または起こる可能性のある問題であり、共同の看護介入により予防・解決・緩和し得るもの(カルペニート・1985) ¹⁾ 。看護婦が独立して介入できない問題、他の職種(とくに医師)と共同してとりくむ問題のことである。	看護婦がその教育と経験によって扱うことができ、かつそのように免許が与えられている顕在的潜在的健康問題の記述(ゴードン・1976) ²⁾ 。看護婦の扱う範囲の診断であり、アセスメントの結論としてクライアントの問題状況を示す簡潔な要約記述である(松木・1988) ³⁾ 。
アセスメント ↓ 診断	看護婦独自ではできない(△)。共同の介入。どちらかといえば医師が主導権。	看護婦独自でできる(○)。独自の介入
目標設定	看護婦独自ではできない(△)。共同の介入。どちらかといえば医師が主導権。一般化されたものもある(例:術前の貧血→Hb値10↑)。	看護婦独自でできる(○)。独自の介入
計画 (O・T・P) (-Plan)	看護婦独自ではできない(△)。共同の介入。とくに、T-Planの一部は医師のオーダーによる(まかされた医療・処置)→約束指示の工夫もある。	看護婦独自でできる(○)。独自の介入
実施	看護婦独自ではできない(△)。共同の介入。一部は医師のオーダーのもとに実施(まかされた医療・処置の実施)。	看護婦独自でできる(○)。独自の介入
評価	看護婦独自ではできない(△)。共同の介入。どちらかといえば医師が主導権。	看護婦独自でできる(○)。独自の介入

2. 看護診断 ND Nursing Diagnosis

看護診断とは、看護婦の扱う範囲の診断であり、アセスメントの結論として、クライアントの問題状況を示す簡潔な要約記述である(松木による)³⁾。要するに看護独自の守備範囲の診断のことである。とりあげ

た問題は、予防・解決・緩和の過程において、看護婦が独自に介入し責任をもつものである(表4)。診断・計画・実施・評価は表5^{4)~8)}に示した。

以下に、具体例を示し記述(表現)について検討してみよう。

表6 看護診断 (ND) と目標の記述……例

# A ^①	乳房切除術(右): ・大胸筋切除 ・神経損傷 ・リンパ節郭清 ・浮腫・痛み	運動制限による	右側, 上肢・肩関節の機能障害 (運動障害)	のおそれ					
従来の筆者の記述 ↑ ↓ NANDA承認の看護診断カテゴリーと照合した記述									
# A ^②	乳房切除術 (右) に関連した	身体可動性の障害予測 (右上肢・右肩関節)							
Goal 長期目標: 術後5週間までに右上肢・肩関節の機能を正常な状態に保つことができる。 あるいは, 右上肢・肩関節が可動し, 日常生活に支障がない。 短期目標 (日々の目標): 乳房切除術後の患側上肢のリハビリテーションプログラム (表A) どおり実施することができる。									
表A 乳房切除術後の患側上肢のリハビリテーションプログラム									
経過	手術当日~第3病日								
	1日目(4/18)			2日目(4/19)			3日目(4/20)		
項目	AM	PM	夕方	AM	PM	夕方	AM	PM	夕方
肘の屈伸									
じゃんけん									
ボール握り									
O-planの期待される結果参照 (入れたほうがよい場合加える)									
※ ○○の経過に沿ったプログラム									



(深呼吸とともに)
肘の屈伸



総指の屈伸 (I)
5指同時に
5指次々に
じゃんけん



総指の屈伸 (II)
直径6.5cmのやわ
らかいボール
ボール握り



親指の屈伸
(手掌を上)
して
おやゆび体操

表7 看護診断 (ND) と目標の記述……例

B 排尿障害対策としての清浄間欠自己 (ND) 導尿法に関連した知識不足
↑NANDA承認の看護診断カテゴリーの「パターン6: 知覚・認知」の項の「知識不足」の概念で使用した。
Goal 退院までに清浄間欠自己導尿の方法を習得 (実施) できる (表B)。

表7は直腸癌手術に関する看護診断の記述である。#BはNANDA承認の看護診断カテゴリー(リスト)の「パターン6: 知覚・認知」の項の「知識不足」の概念で, '排尿障害対策としての清浄間欠自己導尿法に関連した知識不足'と記述した(診断名をつけた)。直腸癌根治手術による骨盤内結合組織とリンパ節の郭清, 下腹神経, 骨盤神経, 陰部神経等, 膀胱を支配する神経系の損傷が原因の排尿障害(この問題は別に共

同問題としてとりあげるとよい) 対策としての清浄間欠自己導尿法に関して知識が無いことを問題とした。目標は '退院までに清浄間欠自己導尿の方法を習得 (実施) できる' とした。このことは, 表Bの1番から17番までのことができることである。表Bのプログラムは, 表A同様, 計画であり, 患者教育の教材資料である。実施結果の評価や記録としても使用できる。

3. 共同問題 CP Collaborative Problem

共同問題に対して, 「看護婦は, 観察を計画し実施する (結果基準や目標は省略する)」⁹⁾ とある。一方, 我が国の実情は, 共同問題に対し, Goalと対比しながら●-PlanのみならずT-Plan(医師のオーダー: まかされた医療・処置の実施)やE-Planも実施している。しかも, 共同問題の占める割合(診療補助業務)は多い。実際問題として, 看護婦(とくに新しい部署

「看護診断」とそれが看護に与える影響

へ配置されたときなど)は、共同問題関係・病態生理・検査・治療の勉強に多くの時間を費している。この実状。'診療補助業務中心ではなく、本来の看護(看護独自の守備範囲)がしたい'と願ってはいるが、現状は急には解決できえない。そこで、筆者は、共同問題に関する問題解決過程：情報・アセスメント・診断(共同問題)・目標・計画のスタンダード・ケアプラン(この表現が不適切なら「共同問題に関するケア基準」)一看護独自の守備範囲ではないがを一覧表に整理した(阪本：看護実践の科学, Vol. 13, No. 1

~12,1988)。このような整理をしておけば、看護婦がこれらの勉強のために多くの時間を費すのを省き、その分看護診断の勉強にあてることができる¹⁰⁾という筆者の苦肉の策である。

表8に具体例(記述)を示した。なお、記録は、コード化—フロー・チャート—できるものは体温表などの頁に列記すればよい。できれば、共同問題は医師と看護婦共有の頁に目標・計画・実施・評価を両方で記述していくことが望ましい(本来POSはそのように志向したはずである)¹⁰⁾。

表8 共同問題(乏尿)と計画

アセスメント Assessment		診断 [看護診断 共同問題]	計画 Planning	
分析	総合		目標	計画
情報 (データ)	解釈・逸脱の判断	5つの視点		
術後の乏尿に関する情報を記述	<p>1) 問題の種類と程度(症状・徴候) 種類：乏尿 乏尿：500ml/day 無尿：100ml以下/day 程度：□ ml/kg/h (一般に成人の1日尿量は1,000~1,500mlである。術直後は下記の原因により1日尿量は500~700mlに減少)</p> <p>2) 問題の原因・誘因(関連性) ①腎前性(循環血流量の減少や心不全) ②腎性(急性腎不全) ③腎後性(尿管や尿道の通過障害) ④神経因性膀胱(直腸癌や子宮癌などで、排尿機能と関連する神経の存在する骨盤内操作を必要とする拡大郭清根治術)→臓器別手術の合併症：排尿障害を照合のこと</p> <p>3) 問題の発生時期と経過 術後1~3日間の24時間尿は減少し、約1週間くらいで正常(術後の1日尿量)に回復する</p> <p>4) 問題に対する患者の力</p> <p>5) 問題のなりゆき ①1日500ml以上の尿量があれば、老廃物の排泄は可能(ただし、腎機能に異常がある場合は別) ②1日500ml前後の尿量が2~3日つづいても、その後1日尿量が増せば心配ない ③乏尿が続くと、老廃物の排泄ができなくなり、尿毒症に移行し死にいたる危険性がありうる</p>	<p>Goal: 目標 尿量を0.5ml/h/kgあるいは25ml/h以上 ↳体重60kgの人：0.5×60=30ml/h</p> <p>計画 Plan 1) O-Plan (Observation Plan) ①尿量：1時間値] 必要に応じて1回/h ②尿の性状、比重 ③24時間尿 P.S. [尿量=20ml/hが2時間つづく→ドクターコール 尿量=10ml/h,あるいはこの状態が2時間つづく →ラシックス1/2A, IV (ラシックス1A=1ml=10mg)]</p> <p>④循環系の関連要因 ・BP, P, CVP, 輸液量, 発熱と発汗 ⑤尿留置カテーテルのトラブルの有無 ・抜けていないか ・折れ曲がっていないか ・カテーテルの閉塞はないか</p> <p>2) T-Plan (Therapy Treatment Plan, Management Plan) ①循環系の管理 ②術中からカテーテルを膀胱内に留置(乏尿に関連する問題が解決されるまで留置しておく) ③必要に応じて薬物療法や透析療法(上記P.S.参照)</p> <p>3) E-Plan (Education Plan) ①尿量測定の意義について説明 ②尿留置カテーテルの必要性和自己抜去しないよう説明 ③カテーテルの抜去時期について説明</p>		
	<p><CP, 共同問題> # 手術に関連した乏尿 程度：500ml/dayまたは25ml以下/h</p>			

「看護診断」とそれが看護に与える影響

表B 間欠的清浄自己導尿法の行動形成プログラム

氏名		A◎：できる		
目標：清浄間欠自己導尿の方法を習得（実施）できる。		B○：だいたいできる		
※二分脊椎や人工肛門患者の排尿障害対策		C△：努力を要する		
達成度				
№	項目	月	日	／
1	尿路系の解剖を言える（図1）			
2	必要物品を準備する： カテーテル（シリコン製，7～8号），消毒綿，ちり紙，潤滑油（清潔に保つため，専用のふたつき容器に入れておく），尿器あるいは尿を受ける器（尿の色などが観察できるようなものがよい）。			
3	石けんと流水でよく手を洗う。			
4	使用するカテーテルをよく洗い管の中に十分水をとおす。			
5	石けんと流水でよく手を洗い，乾いたきれいなタオルでふく。			
6	座位になる（図2）。			
7	手指を消毒綿でふく。			
8	陰部を消毒する（図3，図4）。汚れがひどいときは前もって洗い流しておく。			
9	カテーテルに潤滑油をぬる。			
10	カテーテルを尿道から膀胱へ入れる（図5）。 女性：片手で陰唇を開き約5cm入れる（図4）。 男性：ペニスを上向きに持ち約20cm入れる（図6，図7）。			
11	尿が出てきたところで，カテーテルを手で■定し，尿を全部出しきるまで，そのまま保持する。			
12	腹圧（う～ん，といきむ）と手圧（下腹を手で圧迫）を加えながら完全に排尿する。			
13	カテーテルを抜く。			
14	下着がぬれないよう陰部の水分をちり紙でふきとる。			
15	尿の観察をする（量，色，にごりの有無）。			
16	後片づけをする（カテーテルの管の中に十分水をとおしておく）。			
17	記録をする（表1）。			

表1 記録例

項目	月日	8月1日	月日	月日	月日
尿意の有無		無			
自尿の有無		有			
自尿のあった時間と （その量と性状）		7.00 (50. にごっている) 10.00 (40. きれい) 12.15 (30 きれい) 4.00 (70. きれい) 20.00 (50 きれい) 1.00 (30. きれい)			
自尿回数と（量の合計）		6 (270)			
自己導尿の時間と （その量と性状）		7.00 (400. にごっている) 12.20 (200. きれい) 17.30 (200. にごっている) 20.00 (250. きれい) 1.00 (100. きれい)			
導尿回数と（量の合計）		5 (1150)			
尿の1日量		1420			
備考（できれば水分摂取量）		汗多く水たくさん飲む			

尿は腎臓でつくられ，尿管を通して膀胱にたまる。膀胱にたまった尿は，一般的に無菌状態であるので，膀胱にカテーテルを入れるときは，できるだけ清潔に操作することが大切である。

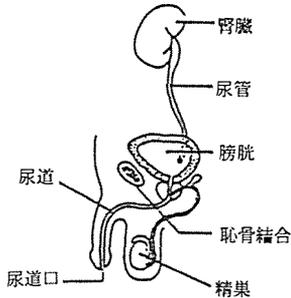


図1 尿路系の解剖

鏡で尿道口と膣口を区別し片手で外陰部を開き前から後へ向けて1回ごとに消毒綿を交換して4回（回数は1つのめやす）ふく。

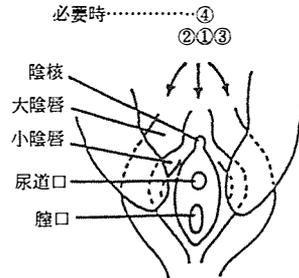


図4 陰部の消毒（女性）

尿器あるいは安定性のある目盛付容器。座位の場合，膝を立てる。慣れてくれば立位で中腰で行うのが一般的

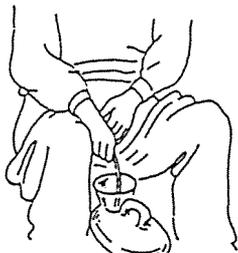


図2 カテーテルの挿入時の体位

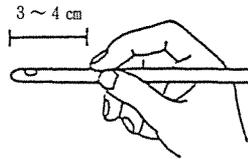


図5 カテーテルの持ち方

④の方向が一般的。ときに④，⑤の方向を交互に動かしてみることで，膀胱外括約筋の部分に楽に通過することがある。

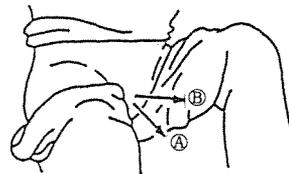


図6 導尿時のペニスの方向

ペニスの先端を持って①尿道口～亀頭の周りをふき，最後に新しい消毒綿で②先端（尿道口）をふく。

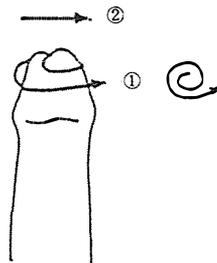


図3 陰部の消毒（男性）

②この指でペニスの先端を固定しながらこの指を下に引っ張るようにして尿道口を出す



図7 ペニスの固定法

4. 過渡的措置としての展望

臨床現場では、アセスメント・診断・目標・計画などに苦慮している（とくに記述）。この一因は、我が国には NANDA 承認の看護診断カテゴリー（リスト）のような概念統一したものが無いことにもよる。したがって、使用している用語は看護婦間での不一致は避けられない。→我が国の実状を分析し、看護独自の守備範囲の看護診断に関して、「日本看護協会」や「看護系の各学会」が、統一見解をうちだせるよう、重点課題としてとりくむことが早急に必要であろう。

我が国独自のものができるまでの間は、とりあえず、NANDA 承認の看護診断カテゴリー（リスト）を、使える内容（‘セルフケア能力の不足’‘知識不足’などは異和感なく使える）から使ってみる。将来、日本の文化に合ったもの（松木による診断カテゴリー¹¹）などの開発がなされていくであろう。なお、計画立案の看護援助のための‘患者の目標 Patient Goal’‘看護援助 Nursing Intervention’、評価のための‘目標とする患者の状態 Patient Outcome’‘目標に到達したことを示す情報 Data Indicating That Outcome is Reached’なども開発されている¹²⁾ので、当面はこれらを活用することもできる。

共同問題（診療補助業務）に大半の力を費している実状を無視できない。共同問題も問題解決過程で展開していくわけである。したがって、共同問題もスタンダード・ケアプラン（不適切な表現であれば‘共同問題に関するケア基準’）を一覧表（例：表8）に整理しておく。このような整理は、多くの時間を共同問題にあてている現状を解決し、その分看護診断志向にあてることができる。医師の同意を必要とするが、共同問題は医師と看護婦共有の頁に記述できないか、今一度検討を要する。

なお、共同問題に関する診療補助業務の占める割合は大きいですが、そのみに追われていたのでは、いつまでたっても医師の診療補助業務の域を脱することはできない。看護独自の守備範囲である看護診断に目を向け、一つ一つ努力していくことが重要である。

（本稿は、第16回日本看護研究学会シンポジウムⅡでの発表をもとに修正・加筆した。）

引用文献

- 1) Alfaro. M, 江本愛子監訳：基本から学ぶ看護過程と看護診断, 第1版, P.54, 医学書院, 東京, 1987.
- 2) 松木光子編：看護診断の実際, 第1版, P.7, 南江堂, 東京, 1988.
- 3) 前掲2), P.8.
- 4) 阪本恵子：POS思考によるアセスメントとプラン：看護過程, 看護実践の科学, 13(2):10-11, 1988.
- 5) 阪本恵子：看護診断（含・一部共同問題）と計画, 月刊ナースデータ, 12(6): 60-63, 1991.
- 6) 前掲2), P.29.
- 7) 前掲1), P.66.
- 8) Thompson. J. M. et al, 石川稔生他監訳：クリニカルナーシング1；看護診断—診断分類の理論的背景と診断名), 第1版, P.476, 医学書院, 東京, 1991.
- 9) Carpenito. L, 土居洋子他訳：臨床に生かす看護診断(3), 看護技術, 36(4): 413, 1990
- 10) 前掲5), P.62.
- 11) 前掲2), P.15.
- 12) 前掲8), P.124~125.

◆シンポジウム II◆ 質疑応答

中 木

それではディスカッションに移りたいと思います。最初は看護診断と教育に関して話し合うことにします。いまは臨床側からの熱い要望がありましたが、教育畑におられるシンポジストの先生がた、それに応えてもう一言ずつお願いします。

●看護診断と基礎教育

松 木

看護過程を充分にしておりましたら、かなり看護診断はできるわけです。看護過程はその人にあった看護ができるように、つまり個々の患者にあった看護をするために動きますし、また診断もその中でやるわけです。看護診断は、その患者の看護的狀態に診断名をつけますけれども、それは次のステップを踏み出すためのものであるということ、それから、ただステップを教えるだけでなく、考えを使う過程であるので、考えを使うやり方で教えて頂きたいということが当面の大きな問題であろうと思います。

それから、カテゴリー（診断名）は、必ずしも北アメリカ看護診断協会のカテゴリーを使えとっているわけではありません。北アメリカ看護診断協会は北米だけではなく、現在ではいろいろな国々から集まって、かなりのカテゴリーを開発しております、多くの国々でこの診断カテゴリーを実際に使っておりますけれども、日本でもこれを元にして、日本で使えるような研究開発をそれぞれの所でおやり頂けたら良いのではないかと考えております。

中 木

端さん。先生のところでは、いろいろな文献を教育に持ち込んで、だいぶ苦労なさっているようですけれど。

端

そうですね。もう本当に、今の私も含めましてですけれど、生活体験そのものがやっぱり数々狭くなって来ていると思います。兄弟の数も少なかったり、テレビなどの普及で家族で話し合うというようなこ

論

とが少なくなったり、若い人たちの生活体験がかなり狭いというか、いくつかの情報を組み合わせて読んでいくというときにずいぶんしんどさを感じます。

たとえば、お年寄りの人です。いくつも年が変わらない状況で7人も8人も兄弟がいるということになりますと、3番目4番目である患者さんがどういう生き方をしてきたのか、その中でいろんなそうならざるを得ない状況を、今の人たちが理解しようとするときに大変困難な状況があるのではないかと考えています。

ですから、そういう情報をいかに読み取るかということ、かなり発達課題というあたりと深く関わってくるし、今もいろんなお話の中で看護概念という言葉が出てきましたけれども、そういう所をどういうふうに学生と共に学んでいくかというところが大変難しいように思っております。

自分自身の持っているそういうものの狭さをひしひしと感じながら、いま苦慮しています。ですから、そういうものを勉強するためのいろんな参考資料や図書などを、経験豊かな松木さんをはじめとする講師のみなさまに教えて頂けたらありがたいなと思っています。

松 木

看護問題を記述しますのに、現象をそのまま書いて、つまり看護過程の中でデータを読んで正常/異常の判断をして、その現象を「これが看護診断」ということでやってしまっ、その現象を起こしている原因の追求やデータ間の関連づけが余りなされないまますぐ具体的計画に行く、こういう傾向がかなりあるのです。

個別化した看護計画をするという事は、現象を起こしている因子をかなり追求しませんと出てきません。いまいったような傾向にある看護計画を、看護婦が勝手に個別化した計画と思っておりましても、原因の追求のステップを踏みませんと、おそらくその人にあった計画というものは出てこないだろうと思いますね。

最近、いろいろなマニュアルが、この看護診断に伴ってずいぶん出ておりますね。翻訳がずいぶん雑誌にも本も出るようになりました。私が非常に懸念しておりますのは、診断過程を十分に踏まないで、

いち早くマニュアルに当てはめて、すぐ対策に流れる。そのあたりを私は一部懸念しております。

慎重に分析・総合をしていただかないと、個別化したものは出てきません。病態を持っていますときには、その病態の患者であれば同じような対応が可能で、その基準として開発されたものが有効に働く場合がありますでしょうけれども、真の意味の個別化した計画は十分に分析・総合しませんと出てこないのです。

分析・総合をしますのは、その人にあった計画を引き出すためです。何もネーミングの問題じゃない。そういった意図を、目的を見失わない教え方というものを、基礎教育の教師は非常に気をつけなければならないだろうと考えております。

中 木

端さんのお話を聞いてましたら、確かに「どの診断名を選びとるか」、つまり「選ぶ」というような言葉がかなりあったような感じがします。端さんの場合、診断の定義上の特徴から診断名を絞り込んでくるのですね。そこの理論的背景などはどう教えていくのか、あるいは何処で教えていくのか。そのあたり何かアイデアがありますか。

端

そうですね。そこがものすごく難しいと思っています。

私たちが反省しているのは、看護教員全体がどのような考えを持って、どこで、どう教えていくかという立場でカリキュラムを構成し、その中で互いに切磋琢磨しながらやっていくという関連のもちかたが希薄だということです。

今■、滋賀県立短期大学看護部が新しく3年課程になるなかで、みんながかなりディスカッションしまして、お互いの考えのずれがあるということを認識しましたので、今後ちょっと期待しています。

中 木

松木さんがさっきカリキュラムの編成のところで、看護過程を使ったならうまく行くのじゃないかといわれましたが。

松 木

そうですね。看護学全体を考えた方が重複が少なく構成できるだろうと思います。一部でこれをやりますと他でも同じことを行うということになりかねません。例えば、現在指定規則にあります成人・母性・小児・老人のそれぞれのところでそれぞれやってもおそらくは可能でしょう。それぞれの中で各診断学と介入学といえますか、そういう形でもできます。内容も看護診断カテゴリーなんかを参考にして選ぶことができます。ただ、このようなわけ方でしたらかなりの時間数があるだろうと思います。

老人と小児はそれぞれ違うというところもありますが、同じような面もあります。全体的な構想の中で、自分のところの看護観に基づいた枠組みを出しますと、(たとえばロイ適応様式と同じように)それに合った構成でカリキュラムを作ることができます。

あるいは、それほどたくさんの概念的枠組みにいらなくても、抽象度の高いくり方によって構成しますと、あまり重複がなくカリキュラムが組めるだろうと思います。

中 木

例えば、NANDA でいくのならば、NANDA の診断名をうまく散らばらして行くような格好で診断と介入とを分けて行くというような感じですか。

松 木

そうですね。ここではこういうものが入る、ここではこういうものが、というように。

基礎教育の中で、必要なものはどれかというのは教育目標によって選ぶことができますね。その中で、これはここで教える、これはここで教えるというようなことで構成することができるだろうと思いますので、それによって科目あるいはコースの構成が実践できるだろうと思います。

中 木

阪本さんの学校ではどうなっていますか。

阪 本

学校統一とかはまだです。私は個人的には全部を

討 論

統一してというような考えは持っていないのですけれど。

自分の教科の中で、成人看護概論とか成人看護学外科系内科系の看護の中で、こういう枠組みとか、使えるものを使いながら、例えば先ほどのシンポジウムの中でいきました術後の痛みであるとか、術前の手術を受けられるに当たっての不安であるとか、受容過程であるとか、そういうふうな問題をPOSしながら展開をしています。

だから、その中では、北アメリカ看護診断協会の枠組みで全部するとかじゃなくて、使えるものはそれを使うということです。要するに、いわゆる手術を受ける前後の患者さんの問題ということに関して、北アメリカ看護診断協会の枠組みの看護診断が使いやすければそれを使って展開しますし、他のPOSのものが、使いやすければそれを使うというようなことで展開しております。

学生が混乱を起こすようなことは、何らかの配慮が必要ですが、絶対こうしなければならないということじゃなくて、いろいろな先生がいろいろな教えながら、使えるものを活用していけばよいと私自身は考えています。看護診断の考えかたなど、いろいろな案が出てくるので、そのつど目を向けて勉強しつづける卒業生（ナース）であってほしいわけです。

中 木

臨床側の要望としてはどのように教えてほしいですか。櫻井さん。

櫻井

臨床側としては、基礎教育の場で十分理論を学んできていただいて、現場ではそれをうまく応用できるところあたりまで教育してほしいですね。ほんとうは臨床にきてから実践に応用するということなのでしょうけれども、基礎で学んだことだけじゃなくて、応用して個々の患者さんに当てはめて行くものだという辺りまで教えてもらえたらと思います。

●基礎教育を伸ばす臨床の場

中 木

臨床側で、それをうまくのせていってあげる場が

提供できるかという問題は……。

櫻 井

難しいです。それはやっぱり臨床がもうちょっと考えなくてはいけないと思います。今学会は臨床の方の参加が多いようですが、またご意見を頂ければと思います。

中 木

看護記録を見ていると、学校でたぶん習っているだろう専門用語、たとえば「患者役割」というような言葉を習ってきていると思うのに、それが一言もないですね。

櫻 井

そうですね。なかなか出てきませんね。

中 木

それは何故でしょうか。

櫻 井

阪本さんがそんなことはないとおっしゃっておりますが。

阪 本

はい。私、現在は日本赤十字愛知女子短期大学ですが、前は産業医科大学医療短大に7年いました。その体験からですが、病院がPOSをしていましたから学校もPOSという方針で、学校で用いる用語、看護診断に関係するものは、臨床の婦長さんやナースもおおいに使って下さっていました。ですから、そうずれることなくスムーズにいったのですが。

中 木

そのために、先生どんな苦労をされておりましたか。何かきっかけがあったのでしょうか。

阪 本

婦長さん方も臨床のナースもよく勉強して下さいましたと思います。そして卒業生が毎年出て行きますので、同じ教育を受けた卒業生がかなりたくさんになります。卒業生のパワーは大きいと思います。

教員側は年々歳々少しづつ授業も工夫していき、教え方も上手になります。あのころの学生には、あのこと、このこと、教えられなかったなと反省もします。ときどき、院内研修会の講師になり、新しく追加します。ですから、学校で学んだ用語と臨床とがちぐはぐにならないように、教員の院内研修講師としての協力が役にたったなと思っております。

櫻 井

今の件ですけれども、滋賀医大は附属の看護教育施設を持ってなくて、全国から一人、二人という単位で就職してきますので、教育背景が全然違うのですね。

だから、産業医大は同じ教育を受けてきた人たちがいらっちゃって、先輩もその視点から指導できるからうらやましいなと思いました。そこに差があったのかなと思います。

松 本

学生の看護診断能力といいますが、あるいは看護過程の能力はどの程度かということをちょっと言っておきたいと思います。

私は、この点に関しては学生の能力を信頼しております。

最初の実習から、私と同じ位のレベルにできる学生もおります。もちろん、できない学生も一部必ずいるわけです。かなりの学生が、それほど実習を積まない初期の実習のなかでもやります。それは熱意いかんによって可能になっているというような所もありますけれども、よく理解して、よく調べて、非常にうまくやっていると私は思っております。

櫻 井

先生質問してよろしいでしょうか。その方たちが現場に行かれるとどうなるのでしょうか。(笑い)

松 本

看護学生のときに受け持っておりますのは、多いところで同時に二人です。4週間の長期実習の場合は二人持たせておりますので。その程度でしたらうまくこなしております。

阪 本

また前の職場での実践ですが、それは意図的な対策だったか分かりませんが、卒業生を受けてくださった婦長さんたちが素晴らしいかった。ほめてくださるわけですね、「看護診断や表現、記述が良くできる」と。「私たち古い教育を受けた者よりも良くできる、短大を出てきた卒業生は」というように。

技術面は「良くできない、だから3カ月は使い者にならないけれど、じっと我慢の子で3カ月すれば技術面は何とかできる」とおっしゃいました。

そのことがまた卒業生を良い意味で刺激して、一所懸命勉強して、看護診断をしていく力をつけていくのに役だったかなと私は思います。もちろん、看護技術面は日々がトレーニングですから、繰り返し繰り返しやっていく中で身につくわけです。3カ月もすれば。その期間をじっとあたたかく先輩ナースたちが見守ってくださるかどうかです。

●看護診断と臨床

中 木

だいぶ臨床の方に話が変わってきましたので、視点を少し教育から臨床の側に移していきたいと思えます。臨床側は井部さんにバトンタッチします。

井 部

臨床で記録に使う時間って非常に沢山あるんですね。昔のワークサンプリングでは20%の時間を記録に費やしているということですし、今は超過勤務のほとんどが記録に費やされていると今回の発表の中にもあったように思うのですが。

そういうことからすると、要するに何を書けば一番役に立つのかということ、もうちょっと臨床では精選して行かなければいけないのじゃないかと思えます。で、何がいったい看護診断として挙げておいたら一番効果的なのかというあたりは、櫻井さんどういうふうにお考えになりますか。

櫻 井

記録に時間がかかるというのは、うちも開院以来ずっと問題になっていることですが、やはりそれは看護婦側の能力にも問題があって、新採用者

の場合、そういうものが身につくまでしばらくは退勤時間が9時頃になっても、慣れないということとか、能力がないということに関して、やむを得ないと思います。

10年選手のお姉さまがたは早く帰っていると思うのですけれども。かといって、記録を手抜きしているわけではない。

私たちがやった方法の一つは、看護診断とケアに関して初期計画をパターン化することを試みています。

よくある疾患とか、よくある手術に関してはある程度パターンを使います。パターンはワープロのファイルに記憶させておきます。Sは患者さんから聞かないとわかりませんのであけておいて、あとで書き込みます。Oについても観察してきたことを、あけてある場所を書きます。計画はワープロ出力したものに個別のものを付け加えたり、アセスメントも付け加えたりして、ある程度省力化を狙ってやっています。

そういうふうには、一つずつ工夫して行くことで、記録時間というのはちょっとずつでも短くできるのではないかなと思っています。

井 部

そうすると実際に看護診断として一人一人のナースに書きおこす必要のある内容というのは、どういう側面になるわけですか。

櫻 井

私の病棟は耳鼻咽喉科と齒科■腔外科という外科系ですので、手術患者が工場のように次々と出入りします。手術して2、3日で退院する患者さんに関しては入院時の主訴であるとか、その疾患によくある看護診断にある程度パターン化してまとめてしまっても良いと思っています。

ただし長期入院の患者さんに関しては、その途中で見直して、追加修正をしていくということをやっています。私たちは今のところ、とっかかりとしてそんなことしかやれていません。診断が正しいかといわれると、今だそこまで振り返ってられないような状況にいるということです。

井 部

さっき松木さんがおっしゃったように、看護診断だけを取り上げてどうこうするということが自体はナンセンスなこと、そのプロセス全体に関わってくるべきであると思うのですけれども、そうするとどういふ情報収集をするかということなどが関連してきますね。

情報収集をしているナースが、いかに頭を使ってその期間にその患者と向かい合っているかということが、その診断の質に非常に大きく影響すると思います。例えば、留置カテーテルが入っているという現象面だけを書いて診断とするというようなこともあったりするので。

それで、看護婦が患者と向かい合って、どういふ情報を得なければならないか。それから、さっき診断仮説の話がありましたが、その看護婦が情報を収集しながら、その情報から診断仮説をつくり、さらに検証して、最終的に洗練された診断が出てくるということが非常に重要だと思うのです。

そのあたりのトレーニングというのはどのようにして臨床でやっていけばよいのでしょうか。

櫻 井

今のところまだ十分にできていません。データベースのガイドもまだ十分なものを使っていませんので、中木さんがいろいろ資料はくださるのですが、なかなか全部を「じゃ現場で使ってみます」というところまでやれていません。実際、きちんとした診断をやるうと思えば、かなりデータを取らないとやれないと思うのですが、現実はまだそこまで行っていないので、今後そういうことも手がけて行かなければいけないと思います。

●看護診断と医学的診断

櫻 井

それともう一つ現場では、医学的診断とのからみで迷います。看護診断というどうしても看護独自のものを思い浮かべてしまいますね。看護診断が目されだすと、それだけが看護業務だと誤解が生じているようなことを、よその病院でお聞きしたことがあります。共同問題だとか依存的な問題に関する

処理を現場でどうするかという点について、何かヒントを頂けませんでしょうか。

井 部

今、櫻井さんが使われた共同問題とか、依存的な問題とか、独立した問題というものは、カルペニートという人の著書の中に出てくるのですけれども、混乱するといけないのでそれぞれの用語の定義を中木さんにして頂きます。

中 木

『看護診断—臨床実践への応用 Nursing Diagnosis, Application to Clinical Practice』(Lippincott)という本のなかで、カルペニートは「看護婦が意思決定に関与する度合」でもって看護を分類しました。

原著第一版(1983)では三つの次元に分けています。依存型と相互依存型と独立型の三つの次元ですね。依存型というのは医師が判断する情報を取り扱う看護。患者さんの経過を見るために術後15分おきに血圧測定をしたり、ハートスコープの心電図波形を見たりというような、モニタリングのようなのがイメージとしては一番びったりくるのではないのでしょうか。そういう情報は、手術がうまくいっているかどうかを医師が判断するためのものですね。

だいたいのところはこれでわかっていただけのかもしれませんが、相互依存型になってくると治療に関連するものが多い。治療をする、それに伴う合併症をどう早く見つけるか、そういう視点がだいたい相互依存型です。つまり、医師の判断とナースの判断が協力してはじめてうまく行く看護です。

それから独立型の看護の対象が看護診断です。看護独自の判断で、独自の権限でやって行けるようなものだというわけですね。

さて、第二版(1987)になるとそれが変わって、三つが二つになりました。つまり依存型と相互依存型というのは、依存の程度の違いはあっても、看護婦の立場からいうと医師と共同して働くものなので1つにまとめようということです。そして看護婦独自のものは、それだけで1つですね。

看護婦独自のものを「看護診断 nursing diagnosis」、医師と共同して働くものを「共同問題

collaborative problem」と呼ぶようになったわけですね。

井 部

というわけで、看護業務には臨床では保助看法というところの二つがありますが、そのどちらかというところと診療の補助に関する部分が依存型の問題、もう一つの療養上の世話というのが看護診断ということですね。

私たちの日常の業務は複雑であるといえます。ドクターが意思決定者にならなければならない部分と、それからナースが独立して判断をして行っていい領域と、二つ掛け持っているのですから。

いま、私たちが問題にしている看護診断は、看護婦が独立して意思決定を行う領域ということに焦点をあてようとしていると考えていただきたいと思います。

くっきりと線を引けるかどうかというのは疑問ですけれども、一応理論上はそういうふうにいわれています。

●臨床で役立つ看護診断関連のツール

中 木

臨床の方でだいぶ苦労してきたという話がさっきあって、何度も僕の名前が出てきて恐縮だったのですが、POSを売り物にしている大学病院です。POSを一所懸命やってきた。それをうまく行かせるために、看護診断というニーズが出てきた。それを解決するために、ツールがないのでとりあえず自分たちで翻訳しようかというような話になったのですが、他に何かツールはないのでしょうか。

松 木

現在、働きやすいように、いろんなところで看護基準とか手順書を作って、病棟に置いていらっしゃいますが、各病棟や病院の看護基準をこの看護診断とその対応に従ってお作りになれば、非常によいツールになるだろうと思います。看護診断でやっていく場合には、看護診断に合うように編成し直せばいいんじゃないかと思っています。

中 木

阪本さんの話を聞いていると、看護診断を使ってやっていくと看護の構成する因子、要素がはっきりしてくるから、パンフレットから何からそれに従って全部整備していくと楽になる、というような印象を受けたのですが、どうでしょうか。

阪 本

はい。問題リスト用紙、計画を記述した用紙、リハビリテーションのプログラム、実施の記録用紙と、あちこちに頁をめくって、見たり記録したりするわずらわしさを指摘する看護婦もいます。これに関しては、看護診断を行い、問題点を記述したなら、どこかに、#C. ○○については表Aの○○のリハビリテーションプログラム参照と記述しておきます。そして、このリハビリテーションプログラムに実施結果を記入できるように工夫しておく、あっちを開きこっちを開き、あっちに記録こっちに記録するというわずらわしさは解消するわけです。要するに、従来の手順書（パンフレットなど）（私自身はパンフレットと呼ばず、○○プログラムと呼称していますが）をもう一度見直して、これらのプログラムを便利なひとつのツールとして用いていこうというわけです。

もちろんパンフレット化したりしますと画一的でパターン化するという恐れがありますから、それは皆さん十分に考慮に入れてくださればよいわけです。乳房切断後の患側上肢のリハビリテーションプログラムを、ある患者は3日遅れで進めるとか、早めるとか、個々に合わせて用いればよいわけです。また、自己導尿のプログラムでも、あれでは小さくて見にくいという方には二倍に拡大するとか、個々の行動はもう少し再分解して図解した方が分かりやすいとか、というようにちょっとバリエーションできるようにしておけばいいわけです。

それを使って実施・記録が可能です。「○○による○○、程度○○」とアセスメントしたあと問題点をネーミングし、ゴールとO・T・Eプランを示し、実際に看護し、それを記録するところまで一連の流れでもっていきける。……。

中 木

チェックリストみたいなものということですね。

阪 本

チェックリストとはまた少し違います。（詳しくは、阪本恵子編：看護実践と看護教育に役立つ行動形成プログラム。廣川書店、1989）なお、よくある問題点に関するアセスメント→Oプラン（観察計画）、Tプラン（ケア計画）、Eプラン（教育計画）、そしてゴール（目標、期待する結果）というような形で、皆さんの病棟にあるマニュアル（看護手順）を整理整頓される作業をされ、改訂されると、日々の看護に役立つかなと思います。

●看護診断と研究

中 木

この学会は日本看護研究学会というように「研究」という名を冠していますので、看護診断と研究の関係ということで少しずつお話下さい。

松 木

臨床の現場で、実際に診断類型なんかを使っているのですが、まだこれらは十分に検証されているわけではありません。こうした診断類型がちゃんとした根拠から出ているのか、その辺りがまだ不明確です。

従ってこの看護問題一つ一つに関する研究が非常に必要になって来るわけです。それぞれのカテゴリーについて、臨床研究が本格的に必要です。つまり、臨床研究課題が歴然と目の前に出てきたと私は思います。

端

先ほど松木さんから出てもいましたけれども、今後、借り物でなくて日本の生活文化に合わせて、いろんなマニュアルとして出ていますものを、さらに研究して、日本独自なものに完備されたらなあと思っております。

阪 本

私は、問題点別に、帰納的に看護診断を整理をす

る必要があると思います。整理されれば演繹的に臨床現場で実践活用ができ、役に立つと思うのです。

「研究は仮説の実証」ですから、看護実践における仮説は、要するに、プラン＝看護目標・看護計画ですから、とりあげた問題は、このような看護（O・T・Eプラン）をする（実践）とこうなる（目標）というように仮説（看護目標・看護計画）の実証（看護実践）し、そして、考察を看護実践レポートが出てくるのが大切であると思います。

櫻井

研究というところがちょっと弱いのですが、松木さんがいわれた「診断の検証」ということが、現場では研究材料としてやろうと思えばやれると思いますので、いろんな病気で一つづつの病院が一つでもやれば、すぐにでも検証ができるのかなと期待しています。

●看護診断の発展のきっかけに

中木

フロアの皆さんの発言をお聞きしないまま終わりの時間になってしまいました。

最後に、今日は井部さんの発言が余りなかったので、研究ということを中心に浮かべながら、このシンポジウムをまとめていただきたいと思います。

井部

今回のシンポジウムの意図とするところが「司会の言葉」の最後に書いてありますが、看護診断をすることに積極的な意義を見つけるという非常に肯定的な見方でこのセッションが行われたというように思います。看護診断ということについて余り関係がなかった方、臨床の方あるいは教育現場の方々、それから研究をテーマにしていらっしゃる方々にも、看護診断に積極的な意義を見つけていただいて、この看護診断がさらに発展して、患者のケアにとって役に立つというようなどころまで到達できるように、今回のシンポジウムがそのきっかけになればよいのではないかなと思っています。

それで私は臨床では、先ほど櫻井さんとちょっとお話をしたように、そのプロセスが非常に重要だと思えます。院内の看護診断の勉強会では演繹的に

NANDAのリストについて「なんだかんだ」というふうに、演繹的に入っていく方法もあるとは思いますが、私はどちらかというと一人一人の患者の情報をいかに丁寧に考察を加えていくかというようなアプローチの方が、当面は、必要ではないかと思っています。

従って、看護婦がどのようにして臨床判断をつけて行って診断に到達するのかというようなプロセスを、もう少し究明していく必要があるのではないかと思います。

一つの方法として聖路加の公開講座であったのですが、「thinking aloud」（考えていることを声に出す）」という方法を取り入れて、一人のナースが一人の患者について情報を取ってきて看護診断まで導いてきたとすると、そのプロセスをもう一度レビューして、声を出して言ってもらおうという方法で、どこがどういうふうにしてどういう道筋をたどったのか、あるいは、どういう知識が不足していたからそっちの道筋に行ったのかというようなプロセスを、もう少し掘り起こして行くということが、臨床では非常におもしろいのではないかなと思っています。

私は基礎教育に関して、看護診断リストというのが開発されていますので、それをしばらくは藪にらみしながら、それぞれの患者の前に立って、いかにその患者の言っていることを聞くかというようなことが、学生には必要だと思ったのです。学生は知識を教えられていくと、それに当てはめることに汲々としてしまって、その人をその人としてみるということが欠落してしまうような気がするのです。そういう点では帰納的なアプローチを私たちはもう少し重要視してもいいのかなと思っています。

いろんな思いがおりだと思えますが、今回のシンポジウムをきっかけにして看護診断がいかに意義があるのか、あるいはひょっとしたらないのかということについて、それぞれの方々の課題にしていたければよろしいかと思います。

中木

ありがとうございました。このシンポジウムでは看護診断にまつわるいろいろと有意義なお話がかえりました。看護診断に関しては、初期の概念にまつわる本の出版から、診断マニュアルを経て、看護

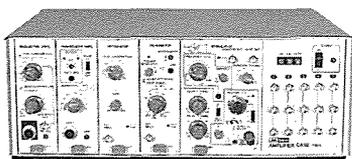
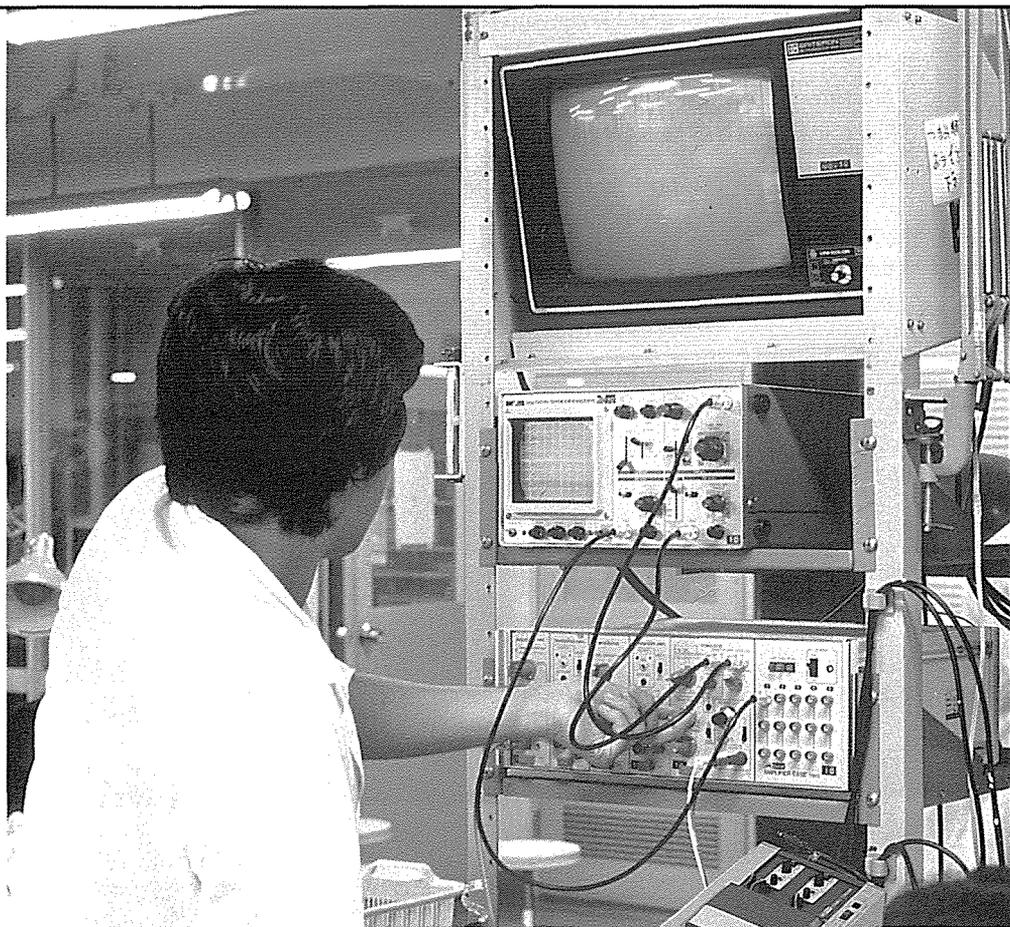
討

過程をカバーする壮大な本まで出版されるようになってきつつあります。だんだんとツールが整備されてきていますので、そういうものを教育にも臨床にもうまく利用しながら、よいケアに反映されるきっか

論

けにこのシンポジウムがなればいいと思います。十分に討論ができませんでしたが、これでシンポジウムを終わりたいと思います。

目的に合わせて、最適な計測システムを構成！



ポリグラフ 366

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



ハンディコーダ 8K31

大幅な小型・軽量化を実現したインクレスレコーダです。

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

明日の健康と福祉を守る



日本電気三栄

〒160 東京都新宿区大久保1-12-1 ☎03(209)0811(代)

エアースプレー型特許 **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。

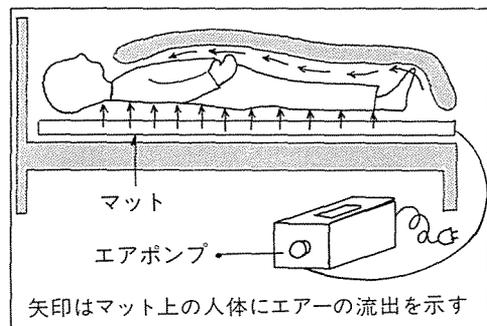


当マットはギャチベッド用

◇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** に大役を果して居ります。

◇重症の長期床ずれ患者で御使用後早い方は5日位より患部の乾燥と回復徴候が発見でき、便通も良くなり、その実績は医師、看護婦の方々より高く評価されました。



厚生省日常生活用具適格品 **エアーマット**

特長

- ①調節器も特許の防音装置で25ホンと無音状態です。
- 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

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

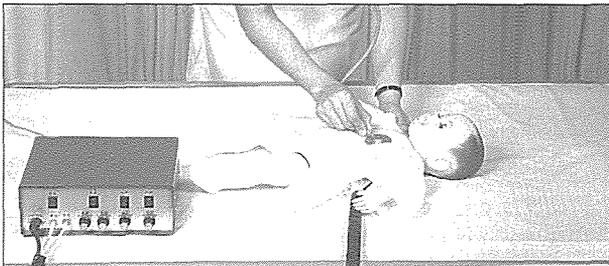


●自己紹介をします

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。
- 脈博は左右こめかみ、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。

株式会社 **京都科学**

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

日本看護 研究学会 会報

第 33 号

(平成3年6月20日発行)

日本看護研究学会事務局

目 次

平成3年度第1回理事会議事録	1
平成3年度第1回奨学会委員会議事録	4
平成3年度第1回編集委員会議事録	5

平成3年度第1回理事会議事録

日 時 平成3年4月20日(土) 14:50～18:30
 場 所 医学書院 会議室
 出席者 石川、~~藤~~藤、内海、木村、玄田、木場、~~佐~~々木、早川、松岡、宮崎、村越、
 宮腰(オブザーバー)
 欠席者 草刈、土屋、成田、野島、前原
 事務局 ~~中~~嶋、高橋
 議 長 宮崎会長

議事にはいる前に、玄田前会長より御礼の挨拶がありました。

宮崎会長より評議員の宮腰由紀子氏(千葉県立衛生短大)をオブザーバーとして同席させたい旨申し出があり了承された。

議 題

- 平成2年度事業について(石川総務担当理事)
 - 年1回の総会を行う。
 - 機関紙を発行する。
 - 奨学会を運営する。
 - 地方会を運営する。
 - 地区検討委員会を行う。

(承認)
- 平成2年度会計決算について(松岡会計担当理事)

資料に基づき説明

(承認)
- 平成3年度事業計画(案)について(石川総務担当理事)
 - 年1回の総会を行う。
 - 機関紙を発行する。
 - 奨学会を運営する。
 - 地方会を運営する。
 - 役員選挙を行う。

(承認)

尚、「1)年1回の総会を行う。」の表現が不適當ではないかとの意見が出されたが、総会の中に学術集会等が含まれていると言う解釈で、このままとし、平成4年度以降協議することになった。

4. 平成3年度予算案について(松岡会計担当理事)

資料に基づき説明

(承認)

尚、印刷費の高騰で現在の会費では、来年度から会計状態が苦しくなるとの説明があった。

5. 役員選挙について(宮崎会長)

資料に基づき説明

(承認)

6. 第17回(平成3年度)学会総会の事業計画について(宮崎会長)

宮崎会長から下記の内容の説明があった。

記

期 日 平成3年7月27日(土), 28日(日)

場 所 幕張メッセ 国際会議場

参加費 会員, 非会員共 7,000円 学生 3,000円

懇親会費 5,000円

尚、演題数は200題、非会員の参加申込数約1,200人(4月20日現在)

当日、受付の混雑が予想されるので事前に会員から参加費を納入して頂くために払い込み用紙を送付する。

(承認)

7. 平成4年度奨学研究的選考について(佐々木奨学会委員)

2件応募があり下記応募者が選出された。

金沢大学医療技術短期大学部 泉 キヨ子

「人工股(膝)関節全置換患者の回復過程および生活の満足度に関する研究」

(承認)

8. 各委員会報告について

(各委員会報告事項の内、理事会承認事項についての討議)

a) 奨学会委員会(佐々木委員)

1) 奨学金の増額について

平成4年度より15万円にしたい。あくまでも基金の利息で行う。

2) 学会賞(仮称)について

今後検討する。

b) 編集委員会(内海委員長)

1) 総会関係原稿(発表内容要旨, 質疑討論内容等)について

会長の責任で編集する。

- 2) 総会発表後、要旨原稿提出について
未提出の場合は機関紙に掲載しない。
- 3) 海外滞在中の会員に対する機関紙等の送付について
原則として国内の連絡先とする。

(承認)

9. その他

- a) 理事会開催について
今後、年2回(4月、総会時)
- b) 会費値上げについて
次の理由により会費の値上げが必須であり、第17回総会に於て提案する。
 - 1) 今後、学外に事務所を設置する状況を考慮して、その予算化の必要がある。
 - 2) 印刷費高騰のため(部数増、消費税等)

(承認)

報告事項

1. 会員数の現況と会費納入状況について(松岡会計担当理事)
資料に基づき報告
2. 第18回(平成4年度)学会総会開催計画について
平成4年8月1日(土)、2日(日) 弘前市に於て
3. 各委員会報告
 - a) 奨学委員会報告について(佐々木委員)
 - 1) 平成3年度奨学研究選考について(課題7)
 - 2) 奨学会事業の今後について
 - 3) 奨学会会計報告について
 - b) 編集委員会報告について(内海委員長)
 - 1) 平成2年度機関紙発行について(議題8)
投稿原稿は12編で、原著11編、事例報告1編、査読後平成2年度機関紙13巻1号より13巻4号に掲載しました。
 - 2) その他
 - ① 総会関係原稿(発表内容要旨、質疑討論内容等)について(議題8)
 - ② 総会発表後、要旨原稿提出について(議題8)
 - ③ 海外滞在中の会員に対する機関紙等の送付について(議題8)
 - ④ 論文以外の情報掲載について
 - ⑤ 国外学会等の紹介について
 - ⑥ 学会抄録の掲載について
 - ⑦ 雑誌送付先について
4. その他
 - a) 役員の定年制について
総務担当理事が、今後検討する。
 - b) 機関紙発行責任者について
松岡理事定年退官のため14巻2号より内海滉理事に交代する。

平成3年度第1回奨学会委員会議事録

日 時 平成3年4月20日(土) 13:30~14:40
場 所 医学書院 会議室
出席者 木村, 佐々木, 宮崎, 村越,
欠席者 土屋, 野島
事務局 中嶋, 高橋
議 長 佐々木

議事にはいる前に、佐々木委員から土屋委員長より議事の進行を依頼された由説明があり出席者全員に承認され議事にはいる。

議 題

1. 平成3年度奨学研究選考について
 - 2件応募があり下記応募者が選考された
金沢大学医療技術短期大学部 泉 キヨ子
「人工股(膝)関節前置換患者の回復過程および生活の満足度に関する研究」
2. 奨学会事業の今後について
 - a) 現在の奨学研究制度に関して
 1. うまく(大体うまく)運用されている。
 2. 奨学金の額は平成4年度より15万円に増額する方向で進める。
 - b) 既発表の優秀な研究業績に与える学会費(仮称)に関して
対象は、日本看護研究学会雑誌に限り、原著以外(総説等)も含める、授賞対象者でグループの場合は代表者にしてはどうか、該当する賞が日本公衆衛生学会、電気泳動学会にあると意見が出されたが、その他いろいろ難問があるので早急に結論は出せない。
今後引き続き検討する。
3. 奨学会会計報告について
資料に基づき報告
4. その他

平成3年度第1回編集委員会議事録

日 時 平成3年4月20日(土) 13:30～15:00まで
場 所 医学書院 会議室
出席者 早川, 内海, 木場 (オブザーバー)
欠席者 草刈, 成田
議 長 内海

議 題

1. 平成2年度機関紙発行について
資料に基づき, 第13巻1号から4号までの査読者との交渉経過状況について説明された。
尚, 第14巻1号と2号の進行状況も併せて説明された。
2. その他
 1. 論文以外の情報掲載の件
 2. 国外学会等の紹介
 3. 学会抄録の掲載
 4. 雑誌送付先について
以上の件話し合われ, 今後の課題とした。

日本看護研究学会雑誌投稿規定

1. 本誌に投稿するには、著者、共著者すべて、本学会員でなくてはならない。但し、編集委員会により依頼したものはこの限りでない。
2. 原稿が刷り上りで、下記の論文類別による制限頁数以下の場合、その掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は所定の料金を徴集する。

論文類別	制限頁数	原稿枚数(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. 校正に当たり、初校は著者が、2校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。なお、校正の際の加筆は一切認めない。
12. 原稿の郵送先は
千葉市亥鼻1-8-1 千葉大学看護学部 看護実践研究指導センター内
日本看護研究学会事務局、雑誌編集委員会係
13. 封筒の表に、「日看研誌原稿」と朱記し、書留郵送で郵送のこと。
14. 原稿が到着後、速やかに原稿受付票を発行し郵送する。

原稿執筆要領

1. 原稿用紙B5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。

事務局便り

1. 年度も変わり雑誌等送った物が返送されたり旧所属から苦情を頂くことが多くなっています。事務局で調査の上出来る限り再発送しておりますが、住所不明となる方も少なくありません。改姓、住所、所属 変更の場合は、必ず葉書又は、封書でご連絡下さい。
2. 平成2年度、平成3年度会費をまだ納めていない方は至急お納め下さい。

平成2年度より未納の方 13巻2号より

平成3年度より未納の方 14巻2号より

雑誌発送を停止しております。入金次第発送致します。

納めて頂く金額は下記の通りです。

一般会費 5,000円 役員会費(理事、評議員) 10,000円

支払い方法 郵便振込

振込先 郵便振替 東京 0-37136

3. 役員改選の選挙事務を進めています。選挙人名簿を作成しておりますので、民主的学会運営のためにも、会員の欠落のない名簿作成にご協力下さい。
4. 下記の方が住所不明です。ご存じの方は、本人または事務局までご連絡をお願い致します。 江口 智子 船倉 厚子
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
6. 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。

日本看護研究学会雑誌

第14巻 2号

平成3年5月20日 印刷

平成3年6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 内海 澁

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

入会申込書記入の説明

- ・入会する場合はこの申込書を事務局に郵送し、年会費5,000円を郵便為替（振替）東京0-37136日本看護研究学会事務局宛に送金して下さい。
- ・氏名の「ふりがな」を忘れないで記入して下さい。
- ・機関紙等の送料節約のため、所属一括送付をお願いしておりますので勤務先住所は、必ずご記入下さい。

地区の指定について

- ・勤務先と自宅住所の地区が異なる場合は、地区の指定をして下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区にいたします。

(-----きりとり線-----)

入 会 申 込 書

日本看護研究学会会長 殿

平成 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し会員として _____年度より入会いたします。

地区割

ふりがな		自宅〒
氏名		所属〒
勤務先		
勤務先住所	〒	
自宅住所	〒	
推薦者氏名	㊦	会員番号 -
推薦者所属		
事務局記入欄	年度入会 会員番号 -	

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

日野原重明著作・講演集①

医学・医療の方向転換—私の提唱

●A5 頁284 図27 1991 定価2,575円 千300

日野原重明著作・講演集②

病み, 老いる人間へのケア
—私のアプローチ

●A5 頁284 図3 1991 定価2,575円 千300

看護過程にそった

看護実践マニュアル

編集=Dolores F. Saxton, 他
日本語版監修=庄司 佑・小島操子・田中茂夫
●A/B変型 頁1124 図175 写真3 1991 定価12,875円 千400

看護過程ハンドブック

著=Patricia W. Hickey
訳=兼松百合子・数間恵子
●A5 頁188 図5 1991 定価1,648円 千300

《シリーズ看護の原点》

人間科学としての看護学序説

看護への現象学的アプローチ
高橋照子
●A5 頁248 図5 1991 定価2,472円 千300

それいけ! フレッシュナース

プロへのチェックポイント25
原作=勝田仁美・他 作画=藤田梯子
監修=西元勝子
●B5変型 頁164 1991 定価1,442円 千300

《JJNブックス》

絵でみる脳と神経

しくみと障害のメカニズム
馬場元教
●A/B判 頁184 図151 原色図6 1991 定価2,266円 千300

《JJNブックス》

看護研究の進め方・
論文の書き方編集=早川和生
●A/B判 頁148 1991 定価2,266円 千300

母親の英知

母乳哺育の医療人類学
著=Dana Raphael, Flora Davis
監訳=小林 登
●A5 頁186 写真20 1991 定価3,090円 千300

乳幼児の発達相談

編集=小嶋謙四郎
●A5 頁242 図41 写真11 1991 定価3,502円 千300統計学者としての
ナイチンゲール多尾清子
●A5 頁142 図21 写真26 1991 定価1,854円 千300

看護史年表 第3版

新納京子・山口花江・雪永政枝
●A5 頁166 1991 定価1,648円 千300

カラーアトラス 人 体

解剖と機能 第3版
横地千仞・J.W. Rothen・E.L. Weinreb
●A4 頁156 図4 写真16 原色図262 色図71
1991 定価4,944円 千300

微生物学 第6版

森 良一・中山宏明・三淵一二・光山正雄
●A5 頁424 図139 原色図11 1991 定価4,326円 千300

アメリカ心臓学会

ACLSテキスト

心臓病の二次救命処置法
編集=American Heart Association
監訳=福原俊一・福井次矢
●B5 頁338 図174 写真1 1991 定価7,210円 千300

はじめての心電図

兼本成斌
●B5 頁240 図163 写真8 1991 定価3,090円 千300

癌患者の症状のコントロール

編集=武田文和・石垣靖子
●A5変型 頁174 図11 1991 定価2,575円 千300

イラストでみる手術体位の基本

著=J.M. Anderton, 他 訳=一柳邦男
●B5 頁156 図159 1991 定価3,296円 千300

神経性過食症 その病態と治療

編集=末松弘行・河野友信・玉井 一・馬場謙一
●A5 頁302 図21 写真4 1991 定価5,562円 千300

一般外来における

精神症状のみかた

浜田 晋
●A5変型 頁262 図11 写真1 1991 定価3,811円 千300

医学書院

1113-91

東京・文京・本郷5-24-3

☎03-817-5657 (お客様担当)

☎03-817-5650 (書店様担当)

振替 東京7-96693

[定価は税込みです]