

VOL.15 No.1

平成4年3月20日発行

ISSN 0285—9262

日本看護研究学会雑誌

(Journal of Japanese Society of Nursing Research)

VOL.15 NO.1

日本看護研究学会

〈マット圧〉〈局所圧〉の ダブルチェックで褥瘡予防

床ずれの発生は、局所皮膚に加わる長時間の圧迫による阻血性壊死に起■するといわれ、長期臥床者の床ずれ予防に当っては、ベッド(マット等)上での皮膚に加わる体圧の分布とそれに伴う血流障害を把握してから予防具を選ぶことが大切です。

新発売のRBエアーマット(いたわり)は、新素材設計による「グリーンマット」と圧力計内蔵による新型送風装置「しずか」との組み合わせで、マット圧も巾広く設定・調整ができます。さらに、RB体圧計の併用により、患者の局所圧チェックができれば、褥瘡予防は万全です。

※詳しくは、カタログをご参照願います。



RB 200 一般用(グリーン)マット

感触・軽量・耐久性を満足させる強力レーヨン塩ビ張りを素材とし、保守のしやすいセル4本一体成型品です。

F91型発風装置 しずか

圧力計内蔵により常時
マット圧が表示されます。

標準セット価格 ¥82,000

新発売

RBエアーマット **いたわり**

RBエアーマット **テイゾー**

RB体圧計

発売元  帝国臓器製薬(株) 特販部医療具課 〒107 東京都港区赤坂2-5-1
☎ 東京(03)3583-8365〈直通〉

会 告 (1)

任期満了により、評議員互選の議を経て、下記の方々に日本看護研究学会理事を委嘱しました。

平成4年1月1日

日本看護研究学会

会 長 宮 崎 和 子

地 区	氏 名
北 海 道	山 田 要 子
東 北	木 村 宏 子
関 東	草 刈 淳 子 土 屋 尚 義
東 京	伊 藤 暁 子 内 海 滉 宮 崎 和 子
東 海	池 田 明 子 山 口 桂 子 吉 田 時 子
近畿北陸	金 川 克 子 玄 田 公 子 早 川 和 生
中国四国	大名門 裕 子 野 島 良 子
九 州	木 場 富 喜 佐々木 光 雄

会 告 (2)

役員の改選により、常任理事及び各委員が下記の通り決定致しました。

担 当	常任理事及 委員長氏名	委 員 理 事 氏 名			
総 務	土 屋 尚 義				
会 計	宮 崎 和 子				
渉 外	伊 藤 暁 子				
編 集	内 海 滉	池田 明子	大名門裕子	玄田 公子	
		木場 富喜	野島 良子	山口 桂子	
奨 学 会	佐々木 光 雄	金川 克子	木村 宏子	草刈 淳子	
		早川 和生	山田 要子	吉田 時子	

監 事	金井 和子 田島 桂子
-----	-------------

会 告 (3)

第18回日本看護研究学会総会を下記要領により、弘前市において開催いたします
のでご案内申し上げます。(第3回公告)

平成4年3月20日

第18回日本看護研究学会総会
会 長 木 村 宏 子

記

期 間 : 平成4年8月1日(土曜日)
平成4年8月2日(日曜日)

場 所 : ホテルニューキャッスル
〒036 弘前市上鞆師町24-1
TEL. 0172-36-1211
FAX. 0172-36-1210

テ ー マ : 高齢化社会と看護

参 加 費 : 7,000円 学生 2,000円

総会事務局: 〒036 弘前市文京町1
弘前大学教育学部看護学科教室内
第18回日本看護研究学会総会事務局
TEL. 0172-36-2111
(内線2702・2711)

第 18 回 日本看護研究学会総会

会 長 講 演 : 「看護に生きる — 臨床と教育の中から —」

会長 弘前大学

座長 千葉県立衛生短期大学

木 村 宏 子

宮 崎 和 子

特 別 講 演 : 「これからの看護と看護教育に望みたいこと」

弘前大学名誉教授

座長 弘前大学

品 川 信 典

木 村 宏 子

教 育 講 演 : 「看護基礎教育と臨床実習」

厚生省看護研修研究センター

司会 滋賀県立短期大学

田 島 桂 子

玄 田 公 子

「青年期の心理と看護

— 青年期の心理的特徴と近年にみられる変化 —」

弘前大学

司会 千葉大学

平 岡 恭 一

内 海 滉

「人間行動研究と看護学

— コミュニケーションの行動学的理解 —」

弘前大学

司会 熊本大学

北 村 光 二

佐々木 光 雄

「ターミナルケアからバリアティブケアへ

— QOLの維持向上をめざした看護の役割 —」

東札幌病院

司会 千葉大学

石 垣 靖 子

佐 藤 禮 子

シンポジウム : 「高齢化社会が求める看護の専門性

— 専門性発揮のための課題 —」

司会 熊本大学

藤田学 ■ 保健衛生大学

演者 在宅看護研究センター

東京白十字病院

埼玉県立衛生短期大学

千葉大学

弘前学院短期大学

木 場 富 喜

筒 井 裕 子

村 松 静 子

島 田 妙 子

大河原 千鶴子

吉 田 伸 子

大和田 猛

奨学会研究発表講演 :

「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」

金沢大学医療技術短期大学部

座長 千葉大学

泉 キヨ子

草 刈 淳 子

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 ■ 書, 看護医療用具・機器, 教育機器等の展示を行います。

懇親会 : 平成4年8月1日(土) 18:00~20:00 ホテルニューキャッスル 2F「曙」

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



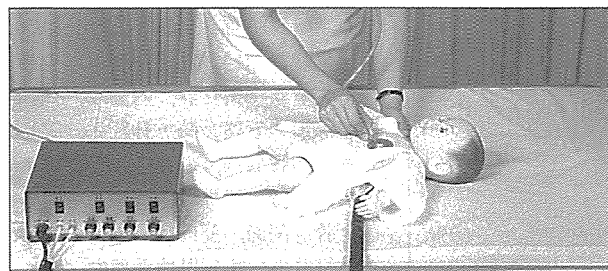
●自己紹介をします

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、いろいろなことができます。どうぞよろしくお願い致します。

詳しくは

パンフレットをご覧ください。

ご連絡頂ければ進呈致します。



◀バイタルサイン人形

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

株式会社 京都科学

本社 京都市伏見区下鷹羽渡瀬町35-1 (075)621-2225
東京支店 東京都千代田区神田須田町2丁目3番5号OSビル6F (03) 253-2861
FAX 京都(075)621-2148 ・ 東京(03)253-2866

臨床医学・薬学情報ファイル

ベッドサイド活用辞典

福山大学教授 菅家甫子／北里大学助教授 小宮山貴子 共著

新書判 290頁 定価3,914円(税込)〒260

◆収載用語・略語は、主として薬剤師やナースが医療の場にて疾患を理解するために必要なものをコンパクトに収載。

◆医学用語については頻用されるドイツ語やラテン語も含めてアルファベット順に収載し、ドイツ語に限り語尾(D)を付け、対応する英語と日本語を併用した。

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

OXFORD・HIROKAWA

ポケット看護辞典

オックスフォード看護辞典編集委員会

■本文2色刷 ポケット判 700頁 定価3,914円(税込)〒260

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

ナースのための

看護処置の実際

産業医科大学医療技術短期大学教授 松岡 緑 編集

B5判 280頁 定価3,605円(税込)〒310

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

ナースのための

臨床検査の実際

松岡 緑 編集 B5判 238頁 定価 3,090円(税込) 〒310

看護教育と看護実践に役立つ

行動形成プログラム

阪本恵子 編著 B5判 200頁 定価 3,605円(税込) 〒310

看護テキスト

総編集 須河内トモエ／鶴コトミ

西尾 篤人／山元 寅 男

衛生法規	1,442円
微生物学	1,751円
解剖学	3,090円
成人看護学総論	3,090円
薬理学・薬剤学	2,575円
臨床検査	2,575円
社会福祉・社会保障	2,575円
歯・口腔外科	1,751円
小児看護学	3,914円
呼吸器疾患患者の看護	1,751円
女性生殖器疾患患者の看護	3,090円
循環器疾患患者の看護	2,575円
生理学	2,884円
看護医学概論	1,545円
精神疾患患者の看護 精神衛生	2,884円
公衆衛生学	2,884円
地域看護学	3,296円
病理学	2,884円
耳鼻咽喉科疾患患者の看護	2,884円
眼科疾患患者の看護	1,854円
皮膚科疾患患者の看護	近 刊
	(税込)

続刊

生化学・栄養学／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／外科看護総論／母性看護学／老人看護学



廣川書店

HIROKAWA PUBLISHING CO.

113-91 東京都文京区本郷3丁目27番14号

振替 東京 4-80591 番・電話03(3815)3651

目 次

第17回日本看護研究学会総会演説記事

会長講演

看護記録改善の動向と展望	9
千葉県立衛生短期大学	宮崎和子

特別講演

旅があなたに与えるもの	19
旅行作家	杉田房子

原 著

精神病に対する看護学生の意識構造(2)	65
---------------------------	----

— 入学形態, 成績, 接触経験, 入学年度による検討 —

山口大学医療技術短期大学部	金山正子
	田中マキ子
産業医科大学医療技術短期大学	川本利恵子
千葉大学看護実践研究指導センター	内海 滉

乳房切除患者の意識	73
-----------------	----

1. 乳癌患者に影響を及ぼす言動

熊本大学教育学部特別教科看護教員養成課程	木原信市
	松岡聖子
	谷口まり子
熊道大学医学部附属病院	山本 治美

CONTENTS

..... Original Paper

The Consciousness to the Psychosis of the Students in a Nursing Colledge (2)	65
— The Study with Entrance way, Result of Lecture of Psychiatrics, Approach to Patient or Hospital, and the Year of the Class — The school of allied Health Science Yamaguchi University: Masako Kanayama : Makiko Tanaka 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	
A study of attitude in patients with mastectomy for cancer	73
1. Words and actions influenced on patients Department of Nursing, Faculty of Education, Kumamoto University: Shin-ichi Kihara : Shoko Matuoka : Mariko Taniguchi University Hospital, Kumamoto University School of Medicine: Harumi Yamamoto	

第 17 回

日 本 看 護 研 究 学 会 総 会

講 演 記 事 (1)

平成 3 年 7 月 27 日・28 日

会 長 宮 崎 和 子

於 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
千葉市中瀬 2 - 1

看護記録改善の動向と展望

千葉県立衛生短期大学

宮崎和子

はじめに

このたび学会員としてこのような講演の場を与えられ、まことに光栄であり、ご参会の皆様にご挨拶いたします。

私の看護記録とのかかわりは、東京看護学セミナー記録研究班における研究活動からである。1971年11月より今日にいたるまで、20年間記録の問題と付き合ってきたことになる。この機会に看護記録の問題点を整理し、真の意味で看護の質向上に役立つ記録にするためには、何をどうすべきか少しでも深めることができたいと思う。

看護記録は人間である看護婦が、人間である患者を対象に実践した看護について記録を残すというきわめて個人的かつ人間的営みであり、言葉の問題、記述される事柄の問題などなど、何一つをとっても評価の基準や尺度が曖昧で客観化されているとはいえない。また、記録の問題を研究するということは、きわめて場面的なことが多く、リサーチとなり難い。しかし患者のためのケアの質の向上、看護実践に役立つ道具であることは明らかであり、それをよりよい道具とするために改善すべきことについて歴史的経過、現状調査の結果を御紹介しながら、考察を加えるつもりである。

I. 看護記録改善の曙光（表1）

わが国では1971年東京看護学セミナー（代表川島みどり）において、安全性の事例検討のなかから、看護を振り返って考えようとしたとき、必要な情報が看護記録に書かれていないことに気が付き、看護記録は何のために書くのかという問に直面した。そこで文献を探索した結果、看護記録に関する関心は専ら記録時間の短縮のための省力化にあった。それは看護婦不足解消

表1 看護記録改善の曙光

- 1969 : L, L, Weed『Medical Records, Medical Education, and Patient Care』刊行—アメリカ。
- 1971, 9 : 東京看護学セミナー、安全性の事例検討よりケアに必要な記録がなされていない事実気付く。
- 1971, 11 : 同セミナー看護記録研究班発足。
- 1972, 5 : 同セミナー公開セミナーにおいて経過記録の量的分析の結果、看護補助に関する記載は看護婦の観察による記録の1/10にすぎないことを報告。
- 1972, 9 : 同セミナー上記研究班は第21回看護研究学会に上記量的分析を報告、看護記録は何のために書くのかという問題点を指摘した。
- 1973, 9 : 同セミナー上記研究班は第4回日本看護学会において記録の質的検討結果、看護過程に沿った5要素「観察・判断・目標・実施・評価」の記録が必要であると提案した。
- 1973, 10 : 紀伊国屋により上記ウィードのPOMR 翻訳『診療記録、医学教育、医療の革新—Problem Oriented Medical Recordによる試み—』医学書院より出版される。
 ≪日本語によるはじめてのPOSの紹介≫
- 1973, 11 : 日野原による『POS—The Problem—Oriented System—医療と医学教育の革新のための新しいシステム』医学書院より出版される。
- 1979, : POS研究会発足。～勢力的普及活動～。

の必要による看護業務の合理化の検討のために当時盛んに行われていたワークサンプリング法による業務分析の結果、記録時間の占める割合が非常に多いという報告¹⁾に基づいている。つまり看護記録に関する学会報告その他では、看護記録は何のために書くべきか、そのために何をどのように記録すべきかという本質的議論はなされていなかったといえるであろう。

東京看護学セミナー看護記録研究班（代表桑野タイ子）では、看護経過記録の記載内容の分析を行い、看護援助に関する記載は看護婦が観察した事項の記録の1/10にすぎないことを1972年5月公開セミナーにおいて報告し、さらに観察記録の占める割合が66%と非常に多く、看護援助の記録は各項目とも1%に満たない事実を1972年第21回看護研究学会に報告²⁾し、看護記録は何のために書くのかという問いを提出した。翌1973年看護に役立つ記録にするためには何が必要かについて観察、判断、目標、実施、評価という看護過程にそった5要素の記録を試行し、経過記録には5要素で記録する必要があるということを第4回日本看護学会³⁾に提案した。これら一連の学会報告は、記録は何のために書くのかを考えるインパクトとなったことは、当時卒後2年目の看護婦海野の論文⁴⁾に象徴されている。

上述のように日本においてこのような問題提起が行われた少し前の1969年、ウィードによって「Medical Records, Medical Education, and Patient Care」⁵⁾が医学教育の新しいシステムとして提案され刊行されている。医療各職種が協同して行う患者の問題指向のためのシステムであり、患者中心の医療をめざして医療の革新のために提案された。医学教育のため、また医療の刷新について看護婦その他の職種を含めた医療全体の有機的なつながりをシステム化するものである。このシステムの中核をなすものが、各職種間の共通の記録である。このPOSについて日本で最初に紹介したのは1973年10月、紀伊国⁶⁾らによるウィードの上述書の翻訳である。ついで同年11月、日野原⁷⁾の「POS—医療と医学教育の革新のための新しいシステム」が刊行され、医療チームメンバーである看護婦も看護記録を問題指向システムにしていこう方向づけられた。上述東京看護学セミナーの「看護記録は何のために書くのか」と「5要素で記録すべきである」という看護学会における問題提起と日野原のPOS刊行が同時期であったことは、看護記録改善の

強い動機づけとなったと思われる。この両者が相俟って、わが国の医療界に記録に関する認識、関心が徐々に高まり、ことに看護記録に関する関心は、日野原の前述書が大きく関与していると思われる。POSシステムによる記録が全国的に普及するようになったのは、1979年より充足したPOS研究会⁸⁾によるところが大きいであろう。

II. 看護記録改善の現状

表2 調査の概要

	回収数	回収率
1978年 A県：100床以上 全数調査	68	41.3%
1990年 B県：100床以上 ”	30	85.7%
1990年 全国：200床以上 無作為抽出	186	56.0%

1990年10月～11月、全国の200床以上の病院の内科病棟を対象に看護記録改善の現状について無作為抽出による質問紙調査を行ったが同時に看護計画、経過記録を送っていただき、その内容の評価を参照して記録改善の動向を考察した。なお1989年に行った関東地方A県および1990年に行った四国地方B県の全数調査によって、地域による取り組みのアンバランスが予測されたので、これらを参考にしながら、看護記録改善の現状と問題点を考える。

対象（図1）は、全国調査では300床以上が63.4%であること100床以上を対象としたA県B県とは定床数も異なる。基準看護をとっているのは全国で95.2%のうち特Ⅲ類、特Ⅱ類が87.1%と対象の条件が異なる。また設置主体も国公立で50%と、全国の結果は比較的大病院のものであることを考えておく必要がある。

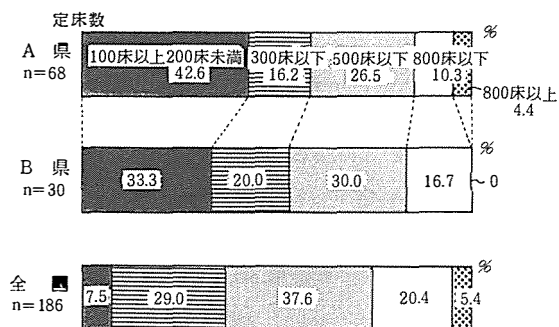


図1-1 対象

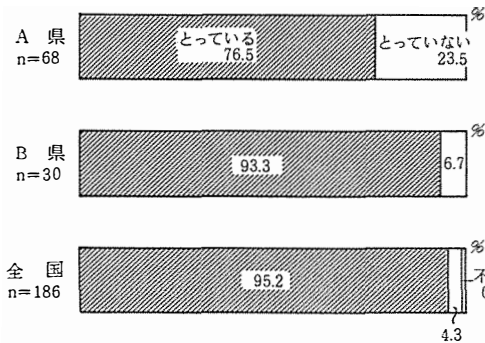


図 1-2 基準看護

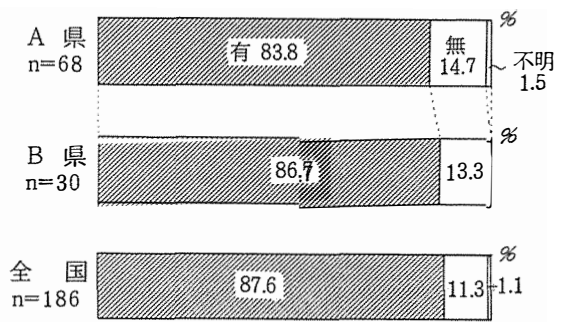


図 2-1 記録改善の有無

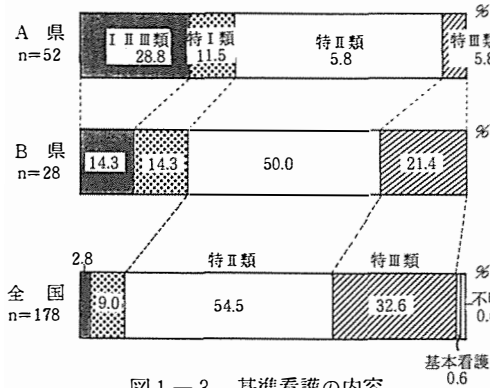


図 1-3 基準看護の内容

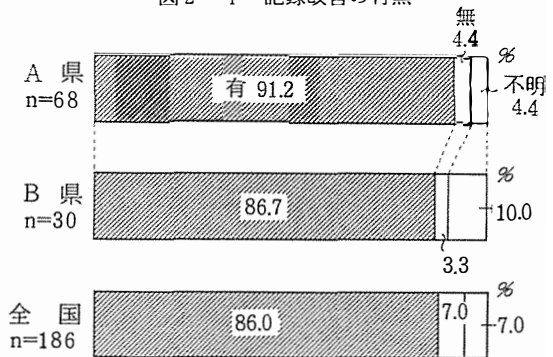


図 2-2 記録改善への要望

①看護記録の改善 (図 2)

「あなたの病院では看護記録の改善に取り組んだことがありますか」に「はい」と答えた割合は全国で約 88%, A B 県でもあまり差はなく, 記録改善は非常によく行われているといえる。しかし, なお改善に取り組みたいと答えたのは, 無■答, 不明をのぞいて全施設であり, その内容は様式, 書き方, 内容, 用語の順であった。記録がまだまだ改善されていない部分があり, 改善したいと望んでいるといえよう。また記録改善に取り組んだのは, 10 年以上前からのもの 2.1%, 2 ないし 3 ■繰返し取り組んだものも 48 施設 25.8%, 5 年以内に取り組んだ施設は 64.6% である。「改善のために病棟から研修会に出したか」(図 3) では, 全国で 53.2%, A B 県とも差はみられない。

②記録の方式

POS をとっている病棟 (図 4) は全国 46.2%, A 県は 21.7% と少なく, B 県は 86.7% と多い。これらは地区別にみてもバラツキがある。全国はさきに述べたように大病院が対象であるため, 実際の実態とはかな

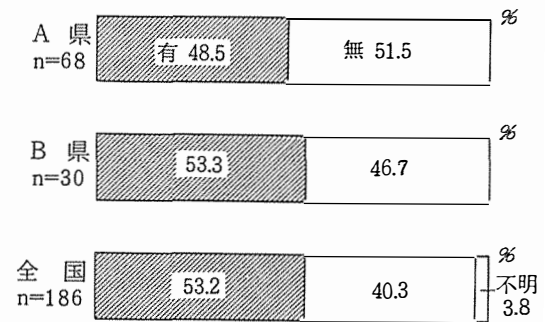


図 3 研修会の有無

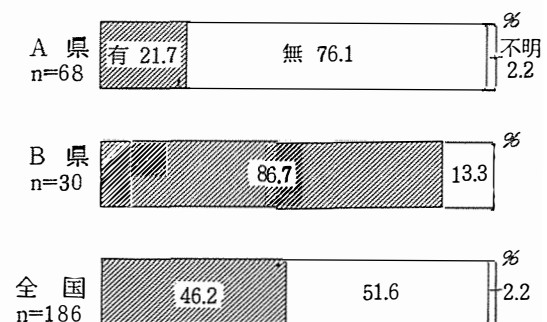


図 4 POS の有無

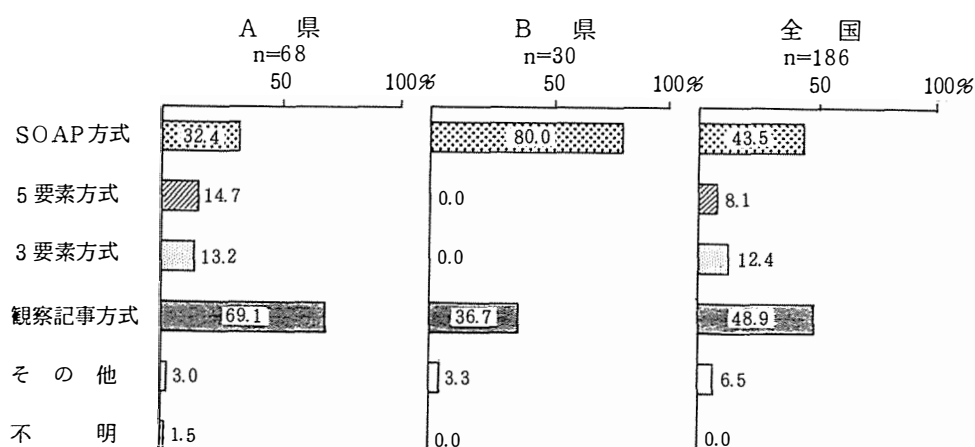


図5 経過記録 (MA)

り異なるであろう。

経過記録の様式は(図5)全国では観察記事方式つまり従来どおりの通話記述の方法が48.9%、SOAP方式43.5%であるが、A県とB県では逆の現象である。

③総括記録(図6)看護を振り返り、看護の質をあげるために必要欠くべからざるものとして認められている総括記録は80~90%となっている。ただし、患者全員ではなく、一部のみ使用が39.7%ある。総括記録を看護婦が書くようになったのは、POSの普及とともにであり、ここ10年くらいであろうと思われる。A県ではPOSをとっている施設が少ないにもかかわらず、約90%が総括記録を使用している。その内訳は退院時サマリーが多く、看護の中間サマリーは10.3%と少ない。POSをほとんどの施設でとっているB県では、中間サマリーが53.3%である。大病院を対象とした全国でも中間サマリーは32.5%と少ない。今後の努力が期待される。

④監査(図7, 図8)看護記録をよい記録にするためには、監査が大きな役割を果たす。多忙な看護現場において効果的に監査をするためには、記録監査委員会など、何らかの公的組織が有用である。記録委員会など記録検討のための組織を有するのは、全国65.5%と多いが、組織的に監査をしている施設は18.3%と少ない。記録の評価基準が確立されていないためであろうが、早急に監査の制度化がのぞまれる。

以上質問紙よりの現状調査の概要を述べた。

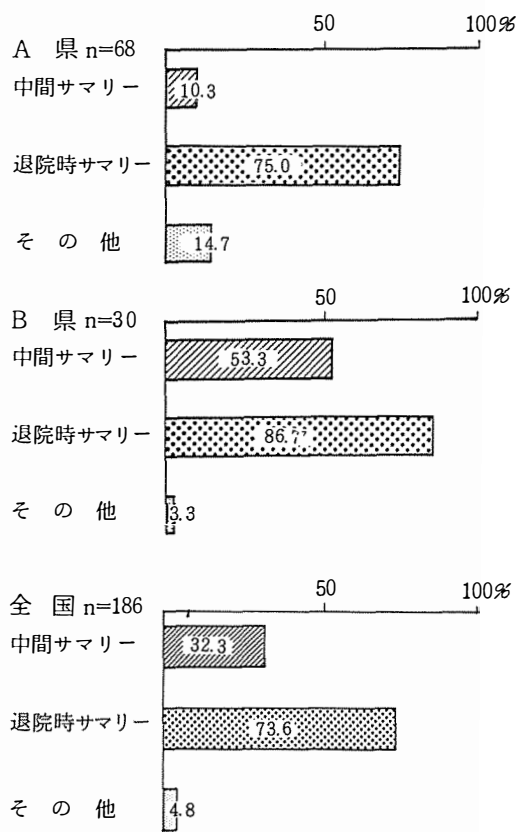


図6 総括の記録 (MA)

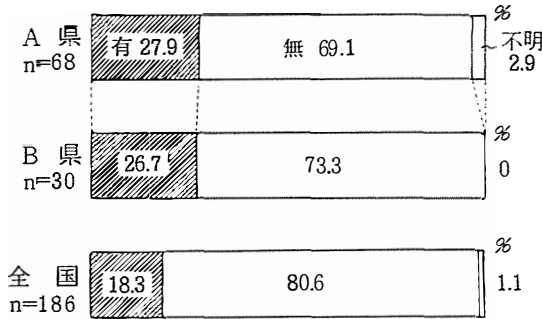


図7 看護記録の監査の有無

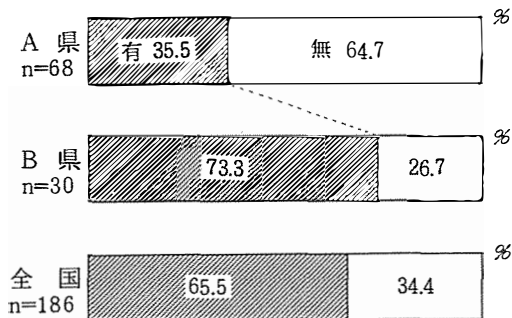


図8 記録検討のための組織の有無

■ 看護記録改善の問題点

以下、実際の経過記録についての評価と現状との関係を見ることにより、いくつかの問題を明確にしたい。

(1) 看護計画と記録のむすびつき

看護記録は患者のためのケアの改善、質の保障のために役立たなければならない。そのためには看護過程の展開が事実即して記述され、実践した看護や技術を客観的に評価できなければならない。つまり、看護計画は実践され、実践した内容が記録に残されているはずであると考えた。

1977年看護計画と記録のむすびつきを検討するために、看護計画51例について、計画立案の日から三日間の経過記録内容とカードックスの看護計画のむすびつきを検討した⁹⁾。

カードックスに多くの問題点が羅列されている場合、その問題に関する記録はほとんど書かれていないこと、また反対に記録に書かれていることで当然看護計画に載せなければならないであろう重要と思われる事項がカードックスに書かれていない、つまり経過記録とカードックスは別々に一人歩きをしている事実を指摘した。

PO システムでは情報の幅広い収集、患者の問題リスト、初期計画、経過記録その他システム全体として構成され、そのつながりが明確にされている。したがって正しくこのシステムを理解し、運用するならば、記録と看護過程のむすびつきがあり、看護の質向上のため、看護婦自身の能力開発のため有用なものといえよう。

(2) POS と問題番号

図4に示したように今回の調査では、POSをとっていると答えたものは186施設中、86施設46.2%であったが、経過記録の添附されていた101例についてみると、POSをとっていると答えたもの52例、そのうち40例はPOS方式と判定できたが、他は単なる経時記録で観察者が即時的にみた事実をただSOAPで羅列しているにすぎず、問題指向ではなく断片的記述であった。また52例中経過記録を#毎に書いていないもの31例59.6%である。ウィードも「経過記録は、はっきりと問題と関連づけた型式で書かれるべきである。まず最初に対応する問題の番号と表題を書いてから、それぞれの記入事項を書かなければならない」¹⁰⁾と述べている。ちなみに今回の経過記録に#とともに表題を書いている施設はなかった。そこで#の有無と記録の質との関係を見た。

記録の質の評価は、患者の年齢、病名、入院後の日数および看護計画、プロブレムリストを参照し、経過記録一日分を仮に(表3)のような観点からA、B、Cにランクづけた。より客観的な分析をするためには、評価基準の妥当性、信頼性の検討が必要と思われるが、今回はおおまかな傾向を示すにとどめた。

表3 経過記録評価の視点

1. 観察事項が断片的でなく第三者にも経過がわかる。
2. 表現が明確で曖昧さが無い。
3. 看護目標にしたがって必要な観察が行われている。
4. 判断の記述がある。
5. 判断に基づいた目標がある。
6. 実施内容が具体的で第三者にも評価できる。
7. 実施したことの結果、患者がどう変化したか反応の記載がある。
8. 患者の様子が生き生きと伝わってくる。
9. 患者の言葉がありのままに書かれている。
10. 要領よくまとめられ、伝えたいことがわかる。

表4 POS・#の有無と評価

	評価	A	B	C	合計 ()は%
POS(+)	・#あり	9(8.9)	10(9.9)	2(2.0)	21(20.8)
	・#なし	6(5.9)	12(12.9)	13(12.9)	31(30.7)
POS(-)	・#あり	1(1.0)	1(1.0)	0(0.0)	2(2.0)
	・#なし	3(3.0)	17(16.8)	26(25.7)	46(45.5)
NA	・#なし	0(0.0)	0(0.0)	1(1.0)	1(1.0)
合 計		19(18.8)	40(39.6)	42(41.6)	101(100.0)

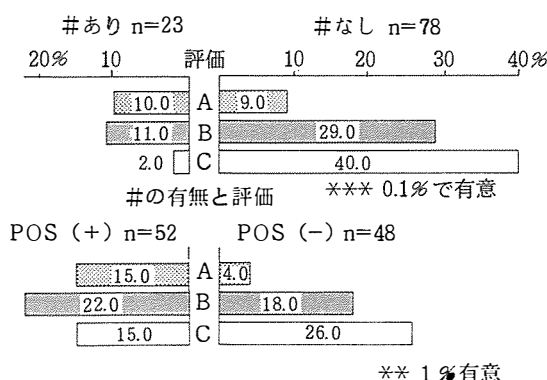


図9 POSの有無と評価

表4に見られるようにPOS有無と#あり・なしの評価との関係は χ^2 （以下検定は χ^2 検定）で1%水準で有意である。これをさらに分析する。（図9）

#の有無のみで評価との関係を見ると、上の図のように0.1%で有意であり、その関係は非常に高い確率で確かであるといえる。POSの有無のみと評価の関係は下の図のようであり、1%で有意である。#なしのみでPOSの有無を検討すると（図10-1）有意の差は認められなかった。#ありのみのPOSの有無と評価（図10-2）も同様であった。POSをとっているが#あり・なしと評価の関係は5%で有意である。

結論として、POSをとっていることは、よい記録と関係がある。しかしPOSをとっていても問題毎の記録をしていないときは、よい記録とならない可能性がある。よい記録にする一つの鍵は、問題毎に記録することであろう。問題ナンバーと表題をつけることは、問題を意識化させ解決への近道であろう。ウィードの原点（表5）に返れば、#毎に記載されていないものをPOSとはいえないのではないだろうか。

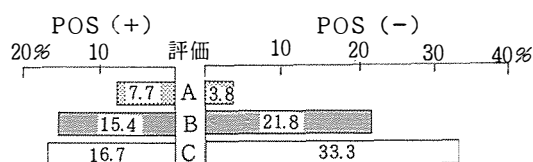


図10-1 #なし・POSの有無と評価

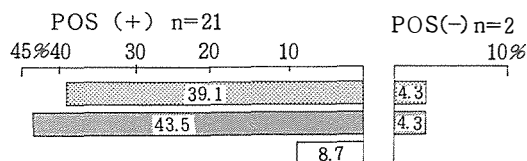


図10-2 #あり・POSの有無と評価

表5 L, L, WEED

経過記録は、はっきりと問題と関連づけた形式で書かれるべきである。まず最初に対応する問題の番号と表題を書いてから、それぞれの記入事項を書かなければならない。

表6 目標指向性（目標の意識化）

- ① 目標が具体的な表現であること。
- ② 目標とする意図が明らかで、誰にも理解でき、納得（了解）できること。
- ③ 予測できる結果とそれに要する時間（期間）が明確であること。
- ④ 目標はできるだけ焦点化し、現在の目標は1～2点にしぼること。

〔看護過程展開における看護計画立案とカードデックスの活用 P60〕

目標の指向性（目標の意識化）

看護援助の目標は、行為を指示するものとして、一人一人の看護婦の頭に残り（念頭におき）、患者の変化に直面したとき方針が明確になっていて、臨機応変に対処できる個々の看護婦の判断をたすけるものでなければならない。

〔看護計画・立案過程と実践・評価 P91〕

(1) 看護計画と記録のむすびつきのまとめ

①さきに述べたように東京看護学セミナーの記録の提案は、経過記録の疑問から出発している。経過記録は場面に対応して書かれる要素が強いので、計画と記録のむすびつきのためには、私が看護計画の著書¹⁰⁾その他¹¹⁾で強調したが、表6のように、看護目標を明確にして、チーム員すべてが目標を頭におけるような、その目標をもった意図が明確で、全員がその目標に向かって実際のケア場面で創意工夫を可能にする目標を掲げることが、記録と計画をダイナミックにむすびつけることになる考える。例を述べると、ただ感染予防とか異常の早期発見ではなく『骨髄抑制による白血球が1000/μlと少ない、徹底した感染予防で感染がなく、このクールを終了できる』と具体的に誰にも納得できる目標が必要である。

② POS では、システムとして提案され、プロブレムリストにすべての問題に番号を付して上げる。また観察計画、治療・看護・処置計画、教育計画と計画も細かく上げるシステムであり、正しく運用すれば計画と記録つまり実践に有機的につながるはずである。しかし POS をとっていると答えたうち、問題番号#のみで番号のないもの、すべてが一つの番号のみという記録ではプロブレムリストがどれだけ活用されているのか不明である。#番号のみならず表題をつけるというウィードの原点にかえれば、もっと問題点が明確にチーム員の頭に残り有効になるであろう。

(2) 経過記録について

① 5要素の記録について

5要素（3要素含）の記録は14例13.9%、評価はA 14.3% B64.3% C21.4%であった。Cの例は記録の様式のみの変更にとどまり、内容は5要素ごとに判断、実施の記録はほとんどない。また計画と記録のずれがみられた。

5要素の記録の提案の理論的背景は、武谷三男の自然認識の三段階説に発した技術論に依拠している。武谷氏の技術論は周知のように適用説と呼ばれるもので『技術とは人間実践における客観的法則性の意識の適用である』という技術規定である。先輩がカンやコツとして個人の技能として行ってきた技術や、場面場面でその人の為に創意工夫をして実践し患者から喜ばれた技術が、『他の患者にも有効か、有効ならば他の看護婦にも応用してもらいたいので記録に残そう』といっ

た看護実践の技術化の視点から、5要素の提案が生れたのである。この意味からすると、技術的に高める工夫や努力をした援助の実施内容を記録することは看護記録に必須の要件である。実施した方法のコツまで記録しておくことが、他の看護婦の実践を可能にし、有効なより高い技術を生み出す（技術化）ことができるのではなかろうか。したがって経過記録における実施の記載は、単に床上排泄介助と書くのではなく、その個人にとってどこに気を配ったら安楽に排泄できたのかについての記述が必要なのである。その積み重ねが床上排泄介助のプロとしての技術をよりよいものにすることができる。経過記録に判断の記録、評価の記録が少ないことは多く指摘されているが、それに加えて実施の具体的内容の記録は看護技術の質の向上に貢献するものである。5要素の記録が提案されて18年経つが、その意図が正しく理解され、実施方法（他とちがった方法をおこなったもの）を記録している例は非常に少ない。

② POS における SOAP について

■. 実施 I（Intervention, Implementation）、評価（Evaluation）の必要性

ウィード、ハースト、日野原はともに医師であり、医師の立場からは SOAP で記録の必要事項、治療チームとして役割遂行は可能であろう。それは、Pで検査伝票を書き、処方箋を書くなど指示をすることにより100%実施される。しかし、看護婦のPはどのように具体的に実行したのか記述しないかぎり不明である。その結果患者に喜ばれた記録がSに表現されていても、その方法は他の看護婦に伝わらず、個人の技術に終わってしまう。喜ばれた方法は、他の看護婦に伝え他の患者にも適用されはじめて積み重ねられて、客観的な技術となる。したがって実施 I、評価 E を書くべきであろう。患者のうけるケアの質の向上に役立つため、つまりすべての看護婦から同じレベルのよいケアを受けることを保障するためには、技術レベルを若い看護婦に教育する機能としても記録に技術の実施方法を書き記録を活用すべきである。アメリカでも看護婦が POS を使うときは SOAPIE であるといわれている。今■の POS 記録中、I、E を使ったのは1件のみであった。POS 研究会でもこの件について検討されることを望みたい。

b. S『主観的データは何よりも先ず患者の立場を考慮に入れるために必ず最初に書かれる』（ウィード）¹¹⁾（表7）

表7 L, L, WEED

S：主観的データは何よりも先ず患者の立場を考慮に入れるために必ず最初に書かれる

このウィードの意図が理解されているだろうか。SがなくOから書かれていたり、Sを軽く扱っている記録（Sと関係のないOの記述とアセスメント）が多く見掛けられた。S患者の言葉を大切にしたい。

判断（アセスメントA）の記述は5要素、POS両者とも量・質ともに不十分であるが、これは基礎知識の不足および判断の訓練不足があるように思われる。牛込は「判断を生かす記録にするには一にも二にも実践の中での学習と訓練ではないか」と述べている。具体的症例から分析し、看護診断能力をつけること、日々の実践の中で判断を必ず書くことを義務付けるなどにより、訓練を積む必要があろう。

表8 総括の内訳
n=186（MA）

	中間総括(%)	退院時総括(%)	
患者全員	9 (4.8)	68 (36.6)	77 (41.4)
一部のみ	39 (21.0)	54 (29.0)	93 (50.0)
その他	10 (5.4)	14 (7.5)	24 (12.9)
N A	2 (0.5)	1 (1.0)	3 (1.6)
合計	60 (32.3)	137 (73.6)	197

(3) 総括記録について

①中間総括の必要性（図6，表8）

総括記録は全■82.2%と実施率が高い。内容は退院時総括が92.2%，中間総括は32.5%である。また患者全員に行っている施設は77件41.4%である。

POSでは、10日毎の総括など中間サマリーが活発に行われている施設があり、ダイナミックな運用が予測される。経過記録で#が一つのみであっても、総括で全問題についてチェックされており、全体としての患者像に迫る姿勢が感じられた。よいケアのために中間総括をする（カンファレンスですべての問題を振り返る）ことが質の向上に役立つと思われた。一部の患者ではなく全員について中間総括および退院時総括を

する努力をすることを期待したい。東京看護学セミナーでもPOS同様総括記録の必要性を早期から提案している。中間総括をすることは現在の患者のケアを振り返り、質のよいケアを保障するために有効であろう。

②経過記録の一勤務帯一記録と経時記録

東京看護学セミナーでは一勤務帯一記録を提案している。一勤務帯一記録とはその勤務時間帯の総括を意味する。一人一人の患者その人の一日を思いおこしながら、その人の治療過程、療養生活がスムーズに行われたか総括するつもりで書く。経時的な記録は、その人にとって特別な変化や反応があり、時間的経過の記録を残しておかなければならないと判断をした時のみ時間を付して記録する。他は一勤務帯一記録の方がまとまりがある。従来の経時的記録は断片的で無秩序であり無意味な記録であることが多い。今■の記録101例中8例が一勤務帯一記録であった。その評価はA6例、B2例と評価が良かった。経時的記録は92例と多く、POSをとっている施設でも経時的記録をしていることがわかった。ウィードの経過記録は問題ごとのSOAPであり経時的記録ではない。時間経過で経過をわかりやすくするために、フローシートを使用するように説明されている。経時的に書くよりも総括的でありやすい一勤務帯一記録を実施してはいかがであろうか。

(4) 監査（オーディット）について（図7）

『あなたの病棟では、看護記録の監査（オーディット）を単に指導ではなく組織的に行っていますか』という設問に対して、『はい』は18.3%と少なかった、A県、B県の調査では病棟で監査をしているのは、婦長・主任が多かった。婦長・主任の業務の性質上監査が不定期になりやすいので、特別な監査組織をもって定期的に監査を行うべきであろう。

現実妥当性のある評価基準・監査基準が確立されていないため、監査が行い難いかもしれない。本当に患者のために有効なケアがなされているか、観察は適当か、その観察から看護婦が考え判断したこと、計画したことは患者中心になっているか。適切に実行されているかなど、それぞれの施設で記録内容の充実のため、重点目標を決めて、その点についての監査を行い、監査を行いつつ基準を確立してゆくという方法もある。まず記録委員会65.5%を活用し、監査を定期的にかつ組織的に行うことが必要であろう。

(5) 看護記録と研究

記録は記述的研究のはじまりともいえる。綿密な観察を正確に記述しておくことから科学が発達してきたといっても過言ではないであろう。

実践の科学といわれる看護は毎日の実践そのものが、臨床研究の宝庫であるように思われる。日々の実践（問題解決過程）を正確に記述することは研究の第一歩であり、看護の質の評価、看護技術の質向上の材料としても記録は研究の資料であろう。

ここで、質問紙による看護記録の役立ちの度合いとその理由から、現状について述べる。

記録を研究に使ったことがあるのは124例66.7%，研究の種類（図11）は症例研究78.2%，調査・分析29.8%である。124例中、研究に役立ったのは63.7%で、

役立たない37.1%に比し多い。役立った理由（図12）は「患者の言葉がそのまま」「具体的事実が表現できていた」「経時的に書かれていた」「問題毎に書かれていた」「一日一日の総括が書かれていた」の順である。役立たなかったのは（図12）25.8%，その理由は「ほしい情報がない」「判断の記録が少ない、またはない」「援助の記録がない」「表現が抽象的なため」「表現があいまい」の順である。この両者の理由は裏表の関係にあり、看護研究ごとに症例研究や分析調査の対象として研究の資料とするための示唆となる。

①表現は、具体的事実をありのままに書く。

抽象化しないという点では専門用語の是非の問題がある。中途半端な専門用語は事実を曖昧にし、抽象化の要素があることを銘記すべきであろう。

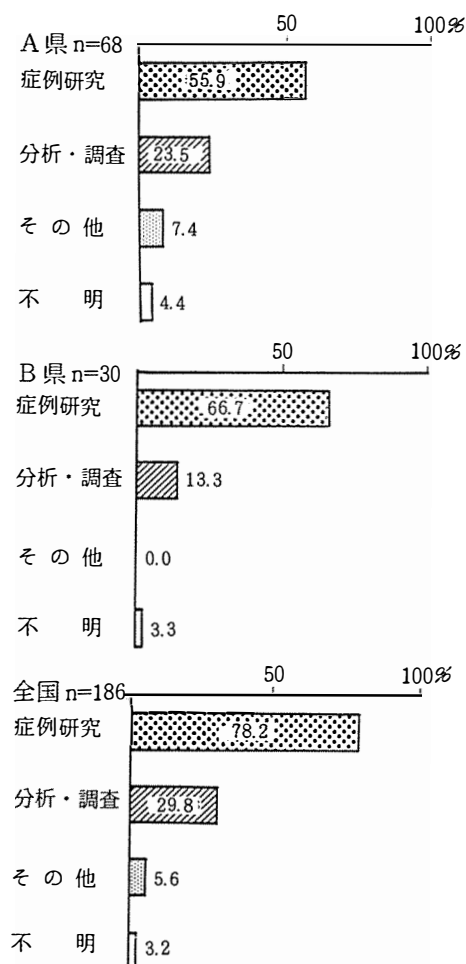


図11 研究の種類

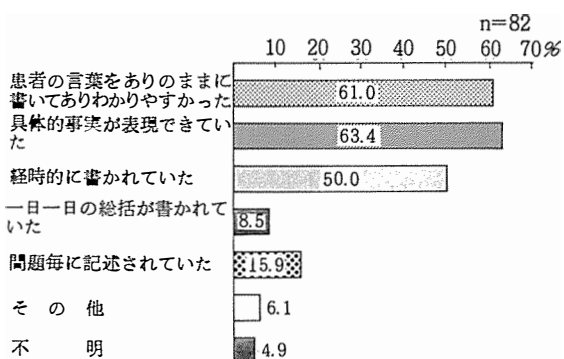
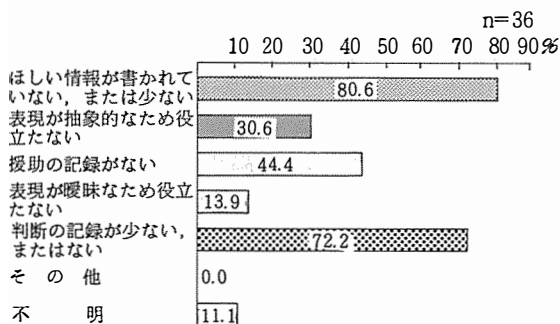


図12 役立った理由



②問題毎に記述し、判断の記述をしておくこと。

後の（他の）人にとってなぜそうしたか、行為の理由がわからないときは継続し難く、客観的評価もできない。

③ほしい情報（経過のわかる観察・援助の具体的内容）を記録する。

経時的記録か、一勤務帯一記録かは患者の状態にかかわらず、経時的記録はフローチャートに、経過記録は一勤務一記録で書くことにより内容が総括記録になるため評価しやすい。

IV. 展望

看護記録の改善に取り組んでいる施設は多く、患者の言葉を具体的に表現したり観察計画を綿密にしていることにより、経過がわかり研究にも使える率が高くなった。これらの現象は私が記録研究にかかわるようになった20年前には想像もつかないことであった。記録の改善は遅々として進まないように見え、もどかしい思いをしたものである。記載方法、記録用語の使い方、何を記載すべきか、記録の評価基準などまだまだ解決すべき問題は山積されているようにも思われる。いま東京看護学セミナーの出版した記録に関する提案、POS関係の数々の著書を読みかえす機会を与えて思うことは、POSを形式のみ取入れるのではなく、それを看護の視点で消化できるようにすべきであろう。内容的には東京看護学セミナーの記録の提案から学ぶことが多いと思う。またPOSでは何度も強調してきたが、ウィードの原点を見直してほしい。記録に関する2つの提案はそれぞれに長所、欠点があるが、両者をよく読み理解して使うことによって一つの記録として完成できるのではないだろうか。なお、シンポジウムⅠにおいて私の考察の足りない部分を深めていただき、シンポジウムⅡでは看護の質の道具としての記録の問題も深められるものと期待している。

おわりに

この調査にご協力くださった全国の看護部長様、看護婦長様をはじめ看護婦の皆様、千葉県、香川県の看護婦の皆様に心より感謝いたします。

引用・参考文献

- 1) 石井清子・窪シモ：日勤における看護業務量に関する研究 第20回看護研究学会集録 発行 日本看護協会出版部 1971年8月21日
- 2) 長谷川雅子他：看護記録の再検討 一現状の記録の傾向と問題点一 第21回看護研究学会収録 教育管理分科会 1972, 9, 15
- 3) 石鍋圭子他：看護記録の質的分析による再検討 第4回日本看護学会 看護管理分科会 1973, 11, 21
- 4) 海野多津子：看護記録についての一考察 看護 24 (13) 1972, 12
- 5) LAWRENCE. L. WEED, : Medical Records, Medical Education, and Patient Care 1969 Year Book Medical Publishers, Inc, Chicago
- 6) 紀伊国献三他：診療記録, 医学教育, 医療の革新 Problem-Oriented Medical Record による試み 医学書院 1973, 10
- 7) 日野原重明：POS 医療と医学教育の革新のための新しいシステム 医学書院 1973, 1
- 8) POS 研究会：POS 研究会特集 看護教育 医学書院 1980, 12
- 9) 富崎和子：看護計画と記録のむすびつき 1977, 看護実践の科学3(4) 看護の科学社
- 10) Weed 前掲書 6)
- 11) Weed 前掲書 6)
- 12) 川島みどり他：看護記録 看護の科学社 1979, 2
- 13) 村岡明子著：poNR の理解 日総研出版 1985, 5, 12
- 14) 吉利和監：看護記録ハンドブック メヂカルフレンド社 1981, 12

旅があなたに与えるもの

旅行作家

杉田 房子

本総会でお話する機会をお与えいただきありがとうございます。日ごろ看護という大事なお仕事をなさっていらっしゃる皆様に、今日は私が看護役として、おくつろぎいただきたいと思います。

世界の国々の美しい風景、料理、女性の姿など、スライドでごらんいただきながら、お話をお聞き下さい。最初、スライドは、お話のバックグラウンド・ミュージックのつもりでございましたが、「どこかしら」「なにかしら」と当然お考えになるスライドもあると思いますので、一応スライドにそってすすめます。

旅——日常の生活から旅に出ますと、気分が軽く爽やかになります。未知なるものへの憧れと、発見と、出会い。「アラ／」「マア／」の連続がよろこびを与えてくれます。旅に出ると、よく歩きます。土地の名物料理との出会いもあって、三度の食事もキッチンととり、健康的な日々。

私の好きなところは沢山ありますが、その中でも好きなのは南太平洋。いまスクリーンに登場しているのがそれ。最後の楽園と呼ばれるフレンチ・ポリネシアには、タヒチ、ボラボラ、ランギロワなど魅力的な島々が点在します。紺青の海、サンゴ礁に囲まれ、ラグーン（礁湖）は波もなく熱帯魚の泳ぐのが見える明るい海。一年中花が咲き続けるいい香りの白い花ティアナ・タヒチ（タヒチの花）をはじめ、■のさめるような真赤なブーゲンビリアの花など、美しい海、美しい花々に囲まれた南海の生活は本当に素晴らしい。夜、海につき出たコテージのベランダにつけられた灯が、海中に光の輪を描き、そこに沢山の魚が寄ってきます。夕方方は小さな熱帯魚から夜も更けるにしたがい“大物”が出現してきます。サメが三角の背ビレをナイフのよ

うにすうっと海面を切ってやってきたり、黒マントをヒラヒラさせるようにエイが灯の輪の中を舞を見せてくれます。そよそよとヤシの葉をそよがす心地よい風に吹かれ、満天の星をおおぎ、海中の女王の舞はどんなショーよりも心を奪われます。

このような島にいれば、慌てることなどなにもないわけですが、他の島とを結ぶ飛行機の出発時間がやけに早い便があるのです。タヒチアンダンスに魚の舞に、しかも心地よい夜風は、早寝など決して出来ません。そこでホテルのフロントにモーニングコールをお願いするのが安心、と思うのですが、これがまったく頼りになりません。早く■覚めてかろうじて間に合ったものの、フロントのタヒチ美人に文句をいいましたら、ニコツとしていう返事がスゴイじゃありませんか。「今日がダメなら、明日にしたら／」

たしかにその通りには違いありません。南海の孤島にいれば、今日の次に明日が朝の太陽と共にやってきます。なんでそうバタバタするのかしら……という顔さえされてしまいます。日頃の生活をふりかえり、ポリネシア風に物を見る方法を教えられました。

“旅は師”で、旅から教えられることは本当に多いですねえ。

次はソ連。常夏の島から一転、真冬のソ連に話は跳びます。新潟空港からたった2時間のフライトでシベリアのハバロフスクに到着します。シベリアは遠い遠い国と思っていましたのに、実際に飛んでみますと、ア然とする近さ。12月末のハバロフスクやイルクーツクは-30℃という寒さ。防寒服でも5分と屋外に立ってられません。服の上から寒さが針のように刺します。その中で、物不足のため買物をしようとすれば行

列。品物の溢れている日本では想像もつきませんが、この旅で私は「もったいない」という言葉が復活し、帰国後はやたらと「もったいない」と言うようになりました。自動車のタイヤは雪道でも普通のタイヤ。スノータイヤはない。野菜サラダは、小さな皿にほんの少し、それも日本だったら捨ててしまうようなところ。ボルシチの野菜もほんの少ししか入っていません。自分の庭でも野菜ができる夏だったら、様子は違っているかも知れませんが、雪に埋もれた日本の62倍の領土は、冬に見る顔が本当の素顔なのでしょう。

もう一つ驚いたのは、若いガイドの男性が「今年私の女の子が生まれました。子供にとり父親は大切な存在なので、出張はしません。夕方早く家に帰ります」という発言。ハバロフスクから始まった私の旅には、女性ガイドが2週間同行したというのに、若い男性が子供のために外泊しなければならない出張はしません、というのです。女性は夫がいても出張するというのに、男性は子供のために出張を拒否する。これがまかり通る不思議さ。日本のお父さんは、出張どころか単身赴任で子供から離れ、孤軍奮闘しているというのに。ソ連の経済がむずかしいのは、働き手のお父さんが仕事より子育ての方が大事と思うところにあり、日本の現状は働き者のお父さんたちによるところが多いのだ——と悟りました。

これらのことを知ったのも雪と寒さの中だから見えたので、花咲く夏の日でしたら暑い太陽にかくされて見えなかったかも知れません。寒さの国は、もっとも寒いときに訪れて本物の素顔が見えることをも悟りました。

次はアフリカの最南端、南アフリカの喜望峰にまいりましょう。クルーガー国立公園は野生動物の宝庫で、象、キリン、チーター等車の中からたっぷり動物にめぐり会えますが、ケープタウンの町からホーン岬にまいりますと、そこでもオストリッチ（ダチョウ）の親子をはじめ、亀や大きな猿なども目の前に現われます。欧米人に「どこに住みたいか」と質問すると「ケープタウンかバンクーバー」と答える人が多い。私は気候も良く、世界に咲く花の半分以上があるという南アの方がいいと思うし、寒くないのがいいです。

南アの最初の国造りをしたのはオランダ系の人たち。原住民との対立や、大変なご苦労をしましたが、それ

でも彼等は「文化的生活にワインは不可欠」として、ドイツから葡萄の苗を取り寄せ、ワインを造りました。ケープワインがそれで、大変美味。日本でも輸入して売り出しました。ケープタウンで飲むワインは安いので、輸出用も安く売ることができます。日本でも最初1本500円で売出したのに売れ行きがよくない。「日本は高くした方が売れる」とアドバイスした人がいて、それではと3倍の1,500円にしたらアッという間に売切れてしまったそうです。世界一の物価高に私たちは泣きますが、その原因をつくっている人たちがいるのも事実のようで、残念。

ケープワインと一緒につくるシャンペンがまた最高の味。「あなたは今アフリカ大陸の最南端に立っています。それを記念してシャンペンでお祝いをしましょう」。強風の吹きすさむ海岸で、冷えたシャンペングラスでいただいたシャンペンの美味なること、言葉ありません。遠い遠いアフリカの最南端に、喜望峰にきたのだ！わが人生をもふりかえり、感激のシャンペンでした。これは南ア政府のご案内して下さった方のアイデアだったので、思いがけなかっただけに、今でもあのシーン、あの味は忘れられません。

来客をもてなすときの、アイデア、タイミングを教えていただいた旅でした。

ワインといえば地中海に浮かぶキプロス島が面白い。キプロスのワインは■約聖書の中にも出てきますし、そもそも葡萄の木を持ち込んだのは「ノア方舟」のノアの孫と伝えられる■緒つき。その誇りにかけて、大昔からのオリジナル種だけをかたくなに守っているそうですから、これはまさしく「本物のワイン」。あのローマ皇帝シーザーも愛飲し、割らない仲となったエジプトの女王クレオパトラになんと島をあげて「愛の贈り物」にしたそうです。だいたい、キプロスの名前自体、この島で生まれた愛の女神アフロディーテ（ローマ神話のビーナス）の別名キプリスからきている説があって、ワインこみの島ごとクレオパトラにプレゼントという話も、こうなると愛の島にまことにぴったりになってくるではありませんか。

■国の半分ほどの島に約70万の人口、そこを走る車の75%は日本車。TVも冷蔵庫も電気製品のほとんどが日本製。その対比は300対1。日本は1きり輸入していないので、貿易摩擦になりかねません。日本はもっ

とワインを買って下さい、観光にきて下さい——。300対1の数字をもっといい対比にするためには私たちはキプロス・ワインをもっと飲まなくてはならないのです。

キプロスのお隣りトルコは、トルコ系住民の住むキプロスの北半分をとってしまったので、キプロスではトルコの話はしない方がいいようです。しかし、トルコも面白い■で、「日露戦争以来日本と仲良し」とトルコ人はいいます。ロシアからいじめられていたトルコは、小さな■でありながら大きなロシアを敗った日本を尊敬し、偉大なる指導者ケマル・パシヤは日本の明治維新を学んで新生トルコをつくりました。

秋に庭で実をつける柿が、トルコにもありました。

やはり“カキ”と呼びます。日本から持っていった柿の木が根付いて、増えたもの。日本と同じように、温泉が沢山あって、日本人と共通するところが多いトルコ。日本を尊敬してくれる■の存在は、しっかりしなければ……と今の日本を考えさせられます。

旅に出られるのは、本人の健康と家族の条件が良くなければなりません。経済的余裕もなければいけません、人との出会いは前向きの人生、そして豊かさを与えてくれます。おいしいものに出会ったら、遠慮なく食べる幸を味って下さい。「今日食べ過ぎたら、明日食べなければいい」と世界の女性たち誰もがいうセリフです。“天気”と“元気”で旅に出かけて下さい。

司 会 の 言 葉

香川医科大学附属病院
田 間 恵 實 子
熊本大学教育学部
成 田 栄 子

看護に対する社会的要求や看護の科学的追究の現状の中で、今日ほど看護記録のあり方が、看護職の中で意識化され、改善への試みが模索されている時期もないのではないかと思います。

看護記録の目的を、患者によりよいケアをするための記録に焦点を当ててみた場合、客観化しにくい看護状況を一つの事象として捉え、それを正確に他者に伝えようとするとき、記録の重要性和難しさが浮彫になってきます。

その看護記録の現状に目を移すと、日常の看護業務の多様化、複雑化は、記録量を増加させ、記録に費す時間も莫大なものになりつつあり、内容の吟味もさることながら、記録の簡素化への要求も高まっている一面があることもいえませんが。

方法論についても、単に簡素化だけではなく、従来からの観察と実施内容を主とした記録様式の検討に加えて、看護過程に沿った記録やPOS記録の導入、コンピュータを利用したシステム化の試み等も加わって多様化を増し、方法論上の問題点も複雑化してきています。

また、記録内容の面についても、記録の目的を①患者ケアの継続に活かせる記録、②看護のプロセスがわかり評価できる記録、③教育・研究に利用できる記録としてみた場合、記録が断片的で一貫性に欠け、看護状況がわかりにくい、看護者の観察・判断・行為が関連性を以って記載されていないため看護過程がわかり

にくく評価に結びつかない、表現方法に個人差があり系統性がない等の問題指摘がされ続けながらも一向に改善の方向が見い出せないでいる実情ではないかと思っています。

看護記録の問題にかかるこのような状況の中で、学会のメインテーマ「看護の質の評価と看護記録」は、看護職にとって大きな関心事であり、時機を得たテーマであると思います。

只今、会長は、永年精力的に取り組んで来られました実績を踏まえられて「看護の質の向上をめざしての看護記録の改善の動向」の講演を終えられたところですが、その中で「看護記録は、看護の質を反映し、看護の評価に役立つものである。」と明快な研究結果を述べられました。

本シンポジウムでは、会長講演の主旨を受けて「看護ケアに役立つ記録」を目指して、日常の看護実践活動の視点から討論をすすめてみたいと思います。シンポジストの4名の先生方は、この道の第一人者ばかりでいらっしゃいますので、各々に「看護記録検討の歩みから」、「POS-弦楽四重奏モデルの実現」、「研究の基礎としての看護記録」、「老人看護に役立つ記録」の四つの側面から理論展開をいただき、フロアからの活発な意見を交えながら、現在の記録の問題解決のために具体的な方向性を一つでも導き出せることを願って討論を始めたいと思います。

看護記録検討の歩み

埼玉県立衛生短期大学

桑 野 タイ子

はじめに

東京看護学セミナーでは1970年頃から看護実践のプロセスを記録して“看護ケアと看護技術の改善に活用する”ことを目的に記録の検討を始めた。それから約20年経過しているが今日までの歩みについて述べてみたい。

最初に行ったことは当時の看護記録の現状分析であった。記載内容が看護技術の改善に活用できるものであるかどうかを量的側面並びに質的側面から調査し検討した。この結果は1972年、1973年の日本看護学会に報告している。（第21回看護研究学会：長谷川雅子他：看護記録の再検討－現状の記録の問題点と傾向。第4回日本看護学会看護管理分科会：石鍋圭子他：看護記録の質的検討による再検討－看護実践の技術化に役立つ記録とは）

学会報告では参加者の反響は少なく残念に思ったが、その数年後から看護記録に関する関心が急に高まってきた。丁度、この頃、ウイードのPOSがわが国に紹介されたが、われわれの報告も記録に関する問題提起となったものと考えている。

看護記録は看護実践を反映するものであるがその検討は記録作成に関して、なぜ、何を、誰が、何時、如何に記載するかが課題となる。私たちは、最初、なぜ何を記録するかを取り上げたが、これまでの記録の検討作業は記録そのものだけでなく看護実践過程の全体の検討することになってきている。

看護記録に“何”を記載していたか

最初に行った記録内容の量的分析の結果は、症状観察、バイタルサインの測定などの観察に関する記述が大部分を占め、ついで治療・看護処置などの実施に関する記述が多かった。生活行動援助に関する記述は少なく、心理、社会的な患者の状態とその援助に関する

記述は10%以下、1%に満たないものもあって極めて少なかった。患者の苦痛や変化に関する観察の記述も断片的であって、観察した内容に即して行った判断や援助との関連性を示す記録は1%以下で極めて少なかった。

記録の現状は、看護実践内容を検討し看護技術の改善に活用するには内容が不十分であった。記載内容は断片的・断続的で重複が多く、首尾一貫性を欠いていた。特に観察した患者の苦痛に対する看護婦の判断の記載がなく、行ったケア及び実施結果との関連性を読み取れる記載が極めて少なかったのは見逃せないことであった。これは看護活動の実態を反映しているものと考えられるが、一人の看護婦の行動経過の全体を忠実に反映していないとも考えられた。それは伝統的な看護記録に対する見方や慣習が影響して看護婦の活動状況の全容を記録できないのではないかということである。

看護記録は一行為一記録を原則として、行為した時刻に記載するものと考えられていたので殆どの看護記録は経時的記録であった。したがって看護婦が観察した時刻、処置を実施した時刻、看護婦が患者に何等かの関わりをもった時刻に直ちにその度毎に記録するものとされていた。この影響は根深いものがある。記載方法では事実を正確かつ客観的に、簡潔かつ明瞭に記載することが強調された。このことは今日でも記載作成上注意すべきことであるが、これまでは画一的な表現や文体からの脱出を阻む要因の一つになっている。

経時的に記載する慣習はPOS方式を採用する病院でもなかなか完全に払拭できないように見える。また、判断の記載も難しいということをししばしば聞くがその原因の一つは、事実のみを客観的に記載するということが重要視して、看護婦の意見を記載することが否定されてきたことがある。そして、書き手は没個性、没

主体的に記載するのがよしとされ、看護記録独特の慣用句、用語、■語体と文語体の混じる特殊な文章などが多く使用されるようになったのではないかと考えられる。

看護活動の全容を記録していないと言うのは、人が何であれ仕事をするときに行っている思考過程など実践行程の一部が抜けていて、記載が行為の結果に片寄っていることである。仕事というのは一つの問題解決である。仕事には手慣れて手順どおり行える仕事もあり、何等かの新しい工夫を必要とする仕事もある。いずれにしても、仕事（問題解決）は、まず、実態を明らかにするために必要な情報を集めることから始まる。そして、集めた情報を吟味して問題の性質や程度を明らかにし、問題解決プランを策定し、実施して、最後に問題が解決できたかどうかを確認する。看護活動も全く同様の問題解決行動である。看護婦は患者について、症状や日常生活行動における言動を見たり、聞いたり、感じたりして情報を集め、医学的、看護学的知識や経験に基づいて判断し、看護上の問題を決定している。次いで問題解決プラン（看護計画）を立て、解決のための援助行動を行っている。それは直感的にあるいは経験的に行っている場合があり、また、適切なことも不適切なこともあっても、とにかく看護活動は、そういうプロセスの活動を行っているということである。それを意識化して記録に残す必要があると考える。

看護記録は看護婦の問題解決プロセスを記載するものである。したがって①情報収集（観察）②判断（患者の苦痛や障害：看護上の問題）③看護計画④計画の実施⑤評価（問題は解決したか）の各プロセスは看護記録の構成する項目となる。そこで、この5項目を組み込んだ記録、即ち、看護過程にそった記録の作成の必要性を提案し、実際の記録に看護過程を記載しているかどうかについて検討した。（看護記録－看護過程にそった記録の提案、看護の科学社、1979）

東京看護学セミナーの提案したこの看護過程の記録は、丁度、同じ時期にわが国に紹介されたPOS方式と考え方が一致していた。POS方式は問題解決プロセスを論理的に記述し、そのプロセスが科学的、合理的に展開されたかどうかを実証するもので、様式と手順が具体的に示されている。すなわち、基礎データの収集と記述で始まり、問題リストの作成、初期計画の作成、問題解決に至る経過記録を様式にそって作成

する、問題が解決したらサマリーを作成して記録は完結する。残念ながら東京看護学セミナーでは記録を構成する5要素としてプロセスを記載することは提案していたが、その様式や手順を具体的に提示してはいなかった。しかし、POS方式の記録を臨床現場で取り入れるには問題があった。いくつかの課題があげられている。判断（アセスメント）を記載できない、問題リストの作成がむずかしい、経過記録が問題点毎に記載されていない等々である。

問題解決過程記録の中心テーマである“判断の記載”“看護上の問題点の明示”ができないというのは、POS方式で記録する場合も、看護過程を記録するにしても、いずれにしても実施を困難にする問題である。臨床現場における日常の看護活動は直感的あるいは経験的に行うことが多い。複数の患者に平行していろいろの援助行動を行うことも稀でない。その動きを一人一人の患者別に問題解決プロセスの段階にそって、意識化し記録するのは容易でない。中でも判断の記述が必要性は十分理解できるが実際には自信がないので書けないなどの声が少なくない。

そこで改めて記録内容である看護活動自体を振り返ってみると、看護的判断や看護上の問題点に関わる曖昧さがはっきりしてきたのである。そして判断の記述に関する検討、看護計画をめぐる課題についての検討を進めることになった。

看護過程の記録をめぐる

看護計画については、当時、忙しいので立案する時間がとれない、問題点のあげ方がわからないなど声が上がっていた。しかし、実際に調査してみると忙しさは必ずしも理由にならないことがはっきりした。（看護計画の現状と問題点－立案上困難なこと、特に多忙を中心に、第10回日本看護学会管理部会集録、1979）

だが、忙しいので計画できないとか、看護上の問題点の上げ方がわからないというのは、考えてみるとおかしいことである。だが、看護婦の多くは看護計画を立てても納得し自信をもてないでいるのは事実である。

看護上の問題点についての検討は、34の報告事例を素材に、3人のメンバーが1事例につき3つずつ看護上の問題点をあげるという調査を行った。結果は、3人のメンバーの取り上げた問題はいろいろで一致度は低かった。事例別に3人がとり上げた3つの問題が一

致したのは、34事例中1例のみであった。問題の種類では日常生活行動領域に関する一致度がやや高く、次いで身体的苦痛、障害に関する領域で、療養生活態度や療養条件などの領域に関する問題の一致度がやや低かった。（看護計画の現状と問題点—看護計画にみる看護問題点の傾向、第10回日本看護学会管理分科会、1979。看護計画—立案過程と実践・評価、看護の科学社、1981）

このように看護上の問題点の取り上げ方にばらつきがあるということは、看護上の問題点を看護診断とみなすと、一人の患者に対して看護婦によってばらばらの診断を下すことを意味する。看護診断の根拠となる看護知識が一般化されていないことを示すことである。この調査は1978年に実施したもので、それから10年以上経過しているが、今、同様の調査を行っても一致度はやはり低いのではないかと予測する。それは調査メンバーの間では、看護上の問題点の定義では概ね一致しているものの具体例に対する適用ではなお違いを生じるのではないか、取り上げた看護上の問題点に対する看護方法の確実性について成功例を経験しているかどうかなどでばらつきが生じると考えるからである。

私たちは看護上の問題点は患者の苦痛や障害について「看護婦が主体的に看護技術を適用して解決する問題」と定義している。看護上の問題点は診療助助的に関わる患者の問題は看護上の問題とは区別して取り上げることと考える。このことは実際の看護活動には医師の診断治療に協力する側面と看護上の問題点を解決する側面（療養上の世話）とがあるという自明のことである。

しかし、この看護上の問題点の定義について、臨床現場にはいろいろな見方があって混乱していると思われる。たとえば実際の看護活動においては注射、与薬、処置、モニター監視などの診療助助が相当部分を占めているが、この活動と看護上の問題点との関係をどうとらえるかがいろいろである。また、それぞれの看護チームの看護観、看護技術水準もいろいろである。さらに、看護援助による成功例の評価でも基準があいまいで形式的になされているものもあり、妥当性に疑問のあるものが少なくない等々の問題がある。

臨床現場で一人一人の看護婦の患者の見方が違っているのは困るので、看護チームではカンファレンスで統一するか、あるいは受持ち看護による責任体制を明らかに

するなどして看護上の問題点のとらえかたは統一する必要がある。看護上の問題点は今後更に論議される課題と考えている。

次に看護評価に関連する解決目標の設定に関する検討について述べたい。学会誌や看護専門誌の報告事例を対象に検討したところ、看護目標には合併症の予防、症状や苦痛の緩和といった抽象的、一般的なものが多かった。また、看護経過全体を通した看護方針と問題点毎の解決目標との違いのはっきりしないものが少なくなかった。例えば¹⁾の報告では合併症の予防を目標にあげているが、実際に合併症が生じた事例で看護かどうか関わって合併症が起こったかを明らかにしているものはきわめて少なかった。（看護計画の検討—看護目標は患者の必要度と対応しているか、第12回日本看護学会看護総合分科会、1981）

抽象的な看護目標では看護評価はできない。解決目標は一つ一つの看護問題を看護援助によって解決する内容とレベルを示すことで、実現可能な患者の状況を具体的に記述することである。看護評価は解決目標に対する到達度を確認するものとする。情報収集がなされたか、アセスメントが記述されているか、計画が立案され記述されているか、……などと看護過程の段階毎に記述の有無をチェックするだけの形式的な評価は、評価のための評価であって意味がないと考える。

看護の視点をもつ記録の提案

従来、看護計画は看護経過記録とは別にカードックスに記載し管理されていた。このカードックスは日常の看護活動に必要な不可欠な記録となっていたが、看護過程の記録という認識は薄く、むしろ業務管理的色彩の強い記録であった。このように看護経過記録と看護計画の記録が別々に記載され管理されていたので、一人の患者の看護経過全体に関する記録が残されない場合もあった。

そこで経時的記録のもつ欠点を修正して看護活動の全体を反映するとともに看護上の問題の解決プロセスを論理的に説明する記録の作成が求められる。これには看護上の問題解決プロセスに加えて、診療助助的活動をいかに記載するか、症状や生活状況等の観察をいかに位置づけして記載するかが問題となる。これまでカードックスに記載されていた内容も考慮し、“看護の視点をもつ記録”の作成を提案したい。（看護記録

パートⅡ－視点をもった記録の提案，看護の科学社，1989)

最後に看護婦の中にはうまく書けないと悩んでいるものが少なくないが，看護記録の用語と文体の検討について述べたい。前に述べたように慣用句，慣用文といえるような独特の表現が看護記録には多いのであるが，主観的な患者の訴えや看護ケアに対する患者の反応などの表現には不確実なものがある。そこで6事例の記録に用いられている看護用語の分析を行った。用語の種類は疾病の症状，治療などの医学用語と生活行動を説明する一般的な用語で占められており，看護計画，看護目標などの特殊用語を除くと看護の専門性を示す用語は殆どなかった。また，量や状態，頻度など

を示す用語に良好，不良，著明，多量，中等量，少量，頻■などの用語が，共通の理解をもって使われているかどうかが問題であった。看護用語の検討は看護表現を画一化するものではなく，看護に関する事実を正確に表現するために行うものである。看護現象を説明する看護固有の用語の検討が今後の課題である。

終わりに

看護実践の技術化に役立つ記録の作成を目指して今日まで記録と看護活動の実態を検討してきた。今後，看護上の問題点及び看護用語に関する課題について実践例を通して検討してゆきたい。

POS—弦楽四重奏モデルの実現

滋賀医科大学内科学第2講座

中 木 高 夫

I 看護記録は、記録としてだけ切り離すのではなく、プロセスの中でとらえる

看護記録は、当然のことながら、行った看護のプロセスを記録したものである。だからこそ、記録が看護の質の評価のための材料になる。今■の学会のメインテーマが「看護の質の評価と看護記録」と設定されたのは必然といえるだろう。

このシンポジウムは「看護ケアに役立つ記録」と名付けられているが、このコンテキスト（文脈）からは看護記録を単に行った看護のプロセスを記録したものにとらえるだけではなく、さらにその記録はよりよい看護ケアのための重要な道具（ツール）として機能するものであるとする意志が感じられる。

つまり、看護記録は、実施した看護ケアのプロセスという過去を、よりよい看護ケアという未来に受け継ぐという、大きな流れの中にあるものといえる。

筆者は滋賀医科大学医学部附属病院のナースたちの経験を踏まえ、POSがよりよい看護ケアへの道につながると信じて、POSの普及に力を注いできた。そうした中で多くの病院のナースに出会ってきたが、そこで気づいたことは、そうした病院では看護記録を単に記録としてだけとらえ、さきほど述べたような「流れ」の中のものとしてはとらえられていないということである。

看護記録を単に記録としてだけとらえ、その視点で細部をひねくりまわすと、いわゆる「記録のための記録」や「ベッドサイドに行かず、机にすわって記録ばかりしている」といった、方法が目的にすり替わるということになりかねない。

こうした落とし穴に落ちないためには、「看護記録を記録としてだけ切り離すのではなく、プロセスの中でとらえる」ことが必要となる。

プロセスの中で看護記録をとらえるということに関

しては2つの立場が考えられる。1つは「看護のプロセスの中で記録をとらえる」ということ、もう1つはさらに大きく「医療のプロセスの中で記録をとらえる」ということである。

II 看護のプロセスの中で記録をとらえる

では、まず「看護のプロセスの中で記録をとらえる」という点について考えてみることにする。

看護のプロセスという「ナースングプロセス（看護過程）」がその代表的なものである。

YuraとWalshによる看護過程は、(1)アセスメント、(2)計画、(3)実施、(4)評価の4段階で示されている。

最近では、これに「看護診断」のステップを加えて、(1)アセスメント、(2)看護診断、(3)計画立案、(4)実施、(5)評価の5つの段階で説明されるようになってきている。

こうした「看護過程」は、このままでは枠組みが大きすぎ、抽象度が高いので、もう少し実際の看護に近づける必要がある。現在、筆者は病院内のコンピュータネットワークシステムを作る仕事を行っているので、その作業をとおして看護過程をさらに細分化したのが表1である¹⁾。

1. アセスメント

情報の収集 「情報の収集」は看護過程の最初のステップである。収集する情報は、患者さんに関することなら何でもよいというものではない。看護を行うために収集するのであるから、おのずと一定の方向性が生じる。

ナースは患者さんと面接して、話を聞いたり、質問をしたり、観察をしたり、診察をしたりする。

情報の分析 次は「情報の分析」である。ここでは『看護』の専門的知識が必要となる。つまり、看護学や看護関連の学問である。

表1 細分化した看護過程

- | | |
|------------|---|
| (1) アセスメント | <ul style="list-style-type: none"> 情報の収集 情報の分析 情報の統合 |
| (2) 看護診断 | |
| (3) 計画 | <ul style="list-style-type: none"> 目標の設定 看護行為の選択 看護指示 |
| (4) 実施 | <ul style="list-style-type: none"> 実行計画の立案 実行 ケア計画の検証 継続的な情報収集と分析 記録 |
| (5) 評価 | |

情報の統合 情報を分析すると、患者さんのかかえる看護学的な問題が浮かび上がってくる。それが「情報の統合」である。

2. 看護診断

この健康上の問題は看護の専門的視点から明らかにしたものであるので、当然、看護の専門的用語で表現することになる。それが「看護診断」である。

以前は、看護には患者さんの看護学的状態を表現する専門用語がなかったが、1973年以来北アメリカ看護診断協会（North American Nursing Diagnosis Association, 略称 NANDA）の手によって看護診断用語の開発が手掛けられ、最近では看護診断体系ともいえるまで充実してきている。わが国でも、本年6月に第1回の日本看護診断研究会が開催されるに到っている。

3. 計画

患者さんの看護学的な健康上の問題、すなわち、看護診断が明らかになると、つぎにはそれらの問題を解決するための計画を立案する。

目標の設定 1つの看護学的な問題に対して、ナースはさまざまな看護行為のメニューを持っている。メニューが多様であるのは、問題の程度や目指す解決の姿に合う必要があるからである。

問題の程度については、すでに看護診断に明らかにされているので、計画の立案に際しては、まず、目指す解決の姿を設定する。それが「目標の設定」である。

看護行為の選択 そして、数ある看護行為の中から、その目標を達成するために適当なものを選択する。これが「看護行為の選択」である。

看護指示 どの看護行為を行うかを決定しても、すぐに実行に移せるものではない。たとえば、清拭。毎日するのか、隔日にするのか。全身するのか、半身ずつするのか。行動レベルとカレンダーに組み込んで、はじめて実行可能となるのである。これが「看護指示」である。

4. 実施

行動予定の細部が決定すれば、それらを実行に移す。**実行計画の立案** 実行は、予定表からその日の看護行動や検査・処置を抜き書きすることから始まる。そして、患者さんの身体の状態や心理状態を配慮して、それらを実施するか否かを判断する。さらに、1人の看護婦で何人かの患者さんを受け持っていることが多いので、いつその患者さんに実施するのか、スケジュールを考える必要が生じる。

予定されている看護行為や処置を、その日受け持つナースがこなせるかどうかとも問題である。■分では不可能な場合は応援を求める必要がある。以上が「実行計画の立案」である。

実行 そして、いよいよ「実行」。

ケア計画の検証 実施のときには、ただひたすらその行為をしていればよいというものではない。最初は手順とおりに看護行為を実施するが、細かいところで手順に工夫を加えなければならないようなことがよくある。「ケア計画の検証」である。

継続的な情報収集と分析 もうひとつ実施しながら気を配らなければならないことがある。実施している看護行為は、それまでに明らかになった患者さんの看護学的問題から導き出されたものであるもので、見逃したり、新たに付け加わったりした問題があるかもしれない。そうした問題をタイムリーに取り上げられるように、一般的な情報収集とその分析を行うことが必要となる。「継続的な情報収集と分析」である。

記録 実施後はそのことを「記録」する。したがって、記録には看護過程のすべてのプロセスを記載することが必要である。

通常は、ここからふたたび情報の収集にもどって、このプロセスをクルクルと回転させることになる。

以上のプロセスは、はじめてその患者さんに接した場合のプロセスを説明する場合に適しているが、毎日の安定した看護の場面ではアセスメント・看護診断・計画の段階は比較的簡単に済まされる場合が多く、そうした状況では記録は「実施」の最初のステップである「実行計画の立案」に直結することになる。

看護業務の構成要素の中で「申し送り」はその日の看護の「実行計画の立案」の上で重要なものであるが、その意味で記録は申し送りと同等のものといえる。記録によって申し送りを行い、■頭による申し送りを廃止している施設が最近増えてきていることは、このことを証明しているものと思われる。

5. 評価

残ったのが評価であるが、評価というのは、現実と基準との比較によって看護の質を測定することである。

基準を看護目標とすると、目標の達成度を測定することによって計画の質が評価できる。基準を看護業務基準とすると、業務基準のレベルの仕事をしているかどうかを測定することによって、看護の質が評価される。

評価は必要なときにタイミングを見計らって行うものである。

記録を考えると、記録がこのような看護過程の中にあってこそ、はじめてその存在の意義があることを認識する必要がある。

III POS と看護過程

POS も基本は看護過程と同じで、問題解決過程である。違いはただ1つ。問題解決過程ではそのなかで問題が明らかになるが、その後の過程を問題ごとに働かせて行くのがPOSである²⁾(図1)。問題解決過程と看護過程とは同じといってもよいので、POSとはプロブレム(問題)ごとに看護過程を働かせることであるといいかえることもでき、看護過程とPOSは情報処理の面から見るとよく似たものであるといえる。

POSは前述した情報処理のプロセスであるとともに、記録の形式という側面もある。POSのプロセスはそのままこの基本形式に沿って記録することができる(図2)。

この基本形式の弱点は、選択した看護行為を患者スケジュールのカレンダーに組み込み、さらに実施したことを記録することである。

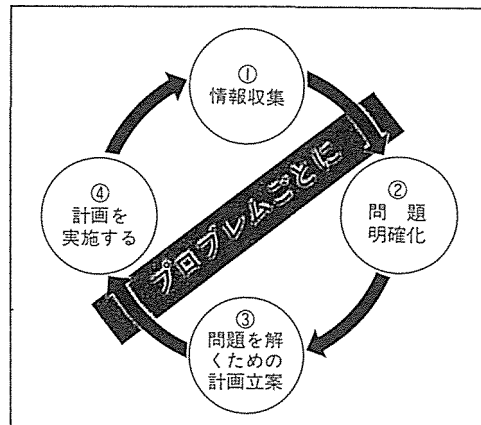


図1. POSの構造

1. プロブレム

S : このプロブレムに関してナースが着目したクライアントの主観的情報

O : このプロブレムに関してナースが着目したクライアントの客観的情報

A : (1) 上記の情報の解釈・分析・統合のプロセス

(2) 看護目標(期待される結果)

P : 実施する看護行為

図2. POSの基本形式

その点を補うために、滋賀医科大学医学部附属病院では週間予定表の形のフローシートを作成し、そこにあらかじめ看護行為を展開しておいて、(つまり、これが看護指示の具体的な姿であるが)実施したことはその項目の上に自分の名前のハンコを押すことで記録している。(余談となるが、このやり方は現在ではコンピュータシステムの上で実現している³⁾。もちろん、ハンコは使わないが)。

IV 医療のプロセスの中で記録をとらえる

記録は看護過程の一部を構成するものであったわけだが、看護はまた医療の一部を形作るものでもある。したがって、当然、記録も医療のプロセスの中でとらえる必要が出てくる。

1. 指揮者モデル vs 弦楽四重奏モデル

ここで問題になるのは、それぞれの保健医療専門職が、とくに医師-看護婦関係がどう絡み合って医療を成り立たせるかという点である。

医師はよくオーケストラの指揮者にたとえられる。指揮者というのは、オーケストラの前に立って、棒をブラブラさせて拍子をとっているだけのようであるが、じっと見ていると専門家にだけわかるやり方でさまざまなことを伝えている。もちろん、リハーサルでは言葉を使ったり、旋律を歌うなどして、本番以上に自分の意志を徹底させている。

このような役割を果たすために、指揮者にはどのような知識・技術・態度が必要であろうか。

指揮者はまず演奏する楽譜をよく知っている。つぎに、オーケストラのメンバーのことを熟知している。そして、楽器の特性や演奏方法についても、もちろんよく知っている。これだけの能力があるからこそ、指揮者はオーケストラに君臨できるのである。

これを保健医療の世界に置き換えると、楽器の特性や演奏方法は各保健医療専門職の学問体系や職務にあたる。医師が指揮者なみにそうしたことに精通しているかという点、答えはノーである。医学教育や卒後研修にはもちろん、そんな内容は含まれていない。また、臨床経験が長くてもただナースの横に立っているだけでは、このような能力が身につくものではない。したがって、医師が指揮者であると思いこんでいる医師には、指揮者の役割は果たせないといえる。結局は、まわりの保健医療専門職に医学モデルを押し付けてしまうことになるのである。

室内楽をモデルにとってみると、このあたりに変化が生じる。たとえば弦楽四重奏。ここには指揮者は存在しない。メンバーそれぞれが、ふさわしい場面ではふさわしいメロディを奏でている。

これを医療場面にあてはめてみると、まず緊急手術のような「急性期」の場合では、医師のリーダーシップのもとにナースも放射線技師も臨床工学士も、患者さんを助けるという一点に力を結集することになる。第1バイオリンが主題を奏で、他のパートがリズムや和音で支えている場面である。

次は「回復・適応期」。術後経過も順調で、医師の役割は1日1回程度回診して、治療が効を奏しているかどうかを確認する程度である。患者さんが療養生活

に適応し、確実な回復過程を過ごすときであるので、ここではナースがリーダーシップを発揮するべきである。チェロが第2主題を提示するような場面を思い浮かべてほしい。

最後は「社会復帰期」である。ここでは医師もナースもあまりすることがない。手術創も治り、退院後の指導も受け、問題があるとなれば長期の入院による社会的孤立ぐらいであろうか。必要なら、MSWの出番となる。ビオラが独特の音色で修飾してくるような場面か。

弦楽四重奏のそれぞれの奏者の楽譜にはそのパートのための音しか記譜されていない。しかしながら、それぞれの奏者の頭のなかには、他の奏者の音楽が入っているのである。つまり、医師が看護とは何かということを知って医療を行っているということと同じである。

指揮者モデルにおけるナースはもう過去のものにしたいと思う。今後は弦楽四重奏モデルにおけるナースである。

記録もこの弦楽四重奏モデルに合った形態をとる必要がある。そこで、ナースの行う業務を少し整理してみることにしたい。

ナースの活動には2つの領域がある。1つは看護固有の領域であり、もう1つは医師と共同する領域である。この2つの領域にまたがる活動を行うには、それぞれの領域のプロブレムを焦点とする必要がある。

看護固有の領域のプロブレムを表現するものが看護診断であり、医師と共同する領域のプロブレムを表現するものが共同問題 Collaborative Problem である。

こうした2つの焦点を意識して行う看護活動をカルベニートは“二重焦点臨床実践モデル The Bifocal Clinical Practice Model”と呼んでいる⁴⁾。弦楽四重奏モデルをナースの側から見るとこの二重焦点臨床実践モデルになる。

さて、弦楽四重奏モデル、あるいは二重焦点臨床実践モデルに合った記録とは、どのようなものであろうか。それは、保健医療専門職の間のコミュニケーションを、無理なく自然に保障する記録でなければ成らない。

各職種の固有の部分が強く出ているのは、看護過程でいえばアセスメント・看護診断・計画の部分である。

したがって、その部分は独立性をもたせ、それ以降の経過記録の部分を共同で使用することは可能である。

統合診療記録 Integrated Medical Records は保健医療にかかわる多くの職種の人たちが毎日の経過記録を共有する診療記録のことである。この方法をとることによって、職種間のコミュニケーションを確保するための正式なシステムを構築することができる⁵⁾。

POS は L.L.Weed が考案した当初から、職種別の記録ではなしに、統合診療記録を想定している。

2. 医療情報の「フロー」と「ストック」の原則

医療のプロセスの中で記録をとらえるとき、情報が医療の場でどのように取り扱われているかを意識しておく必要がある。つまり、医療情報の「ストック」と「フロー」の原則である。

まず、記録は情報をストックする性質がある。毎日の看護活動を記録しておく膨大な情報が蓄積される。これは、単に看護にかかわる情報だけをさしているのではない。コンピュータの仕事をしてきてわかってきたことであるが、誰が取り扱った情報であるかということで、それ以後の情報の取り扱い方を変える必要はない。どの職種からの情報も区別することなく、一元的に、平等に取り扱って行く。つまり、弦楽四重奏モデルはこういうところからも来ているのである。

さて、記録の別の性質として、情報を引き出し、明日の活動に利用するということがある。つまり、記録は情報のフローの原点ともなるものである。このことについては、看護過程を詳細に吟味したときにも明らかにになっていた。

つぎに、情報のストックの形態について考えてみることにする。看護に関する情報はチャートやカードックス、温度板などに分散している場合が多い。情報を分散させてストックすることは、情報の管理を複雑にし、質の低下の原因となる。診療記録を単一のデータベースとし、そこから情報をフローさせることで、看護活動には支障を来ささないはずである。

つぎに、英語のことわざに Garbage in, garbage out という言葉がある。屑をいくら貯めても、そこからは屑しか生まれないということである。情報を貯めて後で使おうと無目的にただ蓄積しても、その情報からはたいしたもののが引き出せないばかりか、いたずらに情報量が増加して、かえって判断を間違えることにつながることになる。目的を意識した記録の作成が重要

である。たとえば、看護モデルを意識して情報収集を行うといったことや、申し送りを意識して経過記録を記載するといったこと、また研究のデザインを意識して観察を精密に行うといったことである。

最後に、ストックした情報をフローさせるには、目指す情報を早く見つけ出す工夫が必要となる。ただ時系列に貯蓄して行くだけでは机の上に積み上げた書類と同じで、欲しいときに見つからないという結果になる。POS でのプロブレムあるいは看護診断名は、ストックした情報を検索するためのファイル名といった働きをする。

POS は以上のような情報のストックとフローの原則をも満足しているのである。

V パーツ化による記録と実態の一致

つぎに、記録にはなにもかもすべて叙述的に記載しなければならないかという点について考えてみることにする。

というのも、いちいちオーダーメイドで看護を考えることは非効率だからである。医学の場合、治療法は診断を精密に行うと必ずから決定される。看護でも同じではないであろうか。

看護診断ごとに看護目標・看護行為・達成期日などを、いわゆる「看護手順」としてメニュー化しておくことが可能はずである⁶⁾。

手順は最大公約的なものである。その患者さんに合うと思われるものをまず選択して計画立案し、実施するなかで検証した結果、細部の修正を加えて記録するとよい。看護診断が細密化するにしたがって、たとえば松竹梅というようにメニューの選択ができるように整備しておけば、この患者さんには「松のコース」というような記録だけで済むのである。

こうしたことは看護のパーツ化と呼べる。パーツ化することによって、記録はさらに実態に近づくと思う。

VI POS が看護に与えた影響

さて、POS が看護過程と決定的に異なる点は、やはり後で追加された「プロブレムごとに」ということである。

「プロブレムごとに」ということについて、最初は「プロブレムごとに SOAP で書く」という形式面が先行するが、形式のようなものはすぐに定着する。形式

のつぎには本質が問題となる。

つまり、POSはプロブレムが主導するシステムだということである。誤ったプロブレムは看護をとんでもない方向に導く。そこで、ナースに突きつけられた問題は、患者さんの看護プロブレムを正しく導き出し、それを正確に表現するということである。

POSを看護に導入した初期には、ナースたちは看護プロブレムとして医学診断を使用してきたが、これはあくまでメタファー（隠喩）である。医学診断の用語を用いながら、実は頭の中でボンヤリ浮かんでいる看護プロブレムに読みかえていたのである。そこで、メタファーではなく、看護プロブレムを直截に表現する用語が必要になってくる。

また、弦楽四重奏モデルもナースに要求を突き付けている。弦楽四重奏では各楽器の奏者の能力が均等に高くないと、よい演奏にはならない。弦楽四重奏モデルの医療でも同じである。したがって、弦楽四重奏モデルにおける医師は、医師が自分の専門分野で有するのと同程度の能力を、ナースにも専門とする看護の分野で持ってほしいと考えるようになる。

ところが、現状ではまだまだ満足の行くものではない。その最たるものが看護プロブレムである。現状は、患者さんが看護学的に正しく把握されているとは、とても理解できるものではない。

VII なぜ、記録は看護ケアに役立たないのか

さて、このシンポジウムは「看護ケアに役立つ記録」と題されているということは、記録は看護ケアに役立っていないということにつながる。

なぜ、役立たないのか。それはストックした情報をフローさせて利用していないからである。つまり、看護計画は立案するけれど、毎日の看護はアドリブ。せつ

かくの計画も『絵に描いた餅』になっているのである⁷⁾。計画は絶対にそのとおりに実施するべきものである。それでは不都合が生じるというのなら、つぎの段階で計画を修正するようになっているのが看護過程である。

そう考えてみると、毎日の記録に四苦八苦して悩むのはナンセンスで、大切なのはその患者さんに適した看護計画を立案することと、その計画をそのとおりに実施することになる。申し送りというような別の情報システムを併用することなどは、実施を計画とは異なるものにする原因の1つなのである。

やはり、プロセスからの発想が必要である。

文 献

1. 中木高夫：構造的看護過程論(5)、問題解決過程も看護過程もPOSもみんな同じものです、ナースプラスワン、1(2):82-85, 1991.
2. 中木高夫：POSをナースに、医学書院, 1989.
3. 櫻井律子他：看護のための情報システムをめざして、第52回医療情報システム研究会資料集, p. 57-62, 1988.
4. L. J. Carpenito (ed.): Nursing Care Plans and Documentation, Lippincott, 1990.
5. レベッカ・C・クーン（中木高夫訳）：看護婦と医師の連携、看護学雑誌, 54: 566-569, 1990.
6. S. P. Ulrich 他: Nursing Care Planning Guide, Saunders, 1986. (「最新看護計画ガイド」として『エキスパートナース』の1989年1月号より連載、現在連載終了)
7. 中木高夫：看護計画は絵に描いた餅!? その傾向と対策、エキスパートナース, 3(4): 16-20, 1987.

研究資料としての日常看護記録

東京医科歯科大学

川村 佐和子

1. 日常の看護記録と研究

研究の方法を資料の収集と関係づけて分類すると、将来に向かって資料を収集し、分析を行う方法つまり、「PROSPECTIVE METHOD」と過去の資料を収集し、分析する「PERSPECTIVE METHOD」に分けることができる。

前者の方法では資料を収集する方法を吟味し、自らに資料内容の設計を行うことができる。しかし、後者ではすでに作られた記録を探しだし、資料としなければならない。このような資料として注目される一つが「日常看護記録」である。

「PERSPECTIVE METHOD」で、日常看護記録を研究資料として使用した例を紹介し、研究資料としての「日常看護記録」のあり方について論じることにする。

2. 研究体験

次の研究要約は重症心身障害児（者）施設で行われ、著者がその指導を行ったものである。

.....

重症心身障害に対する集団活動の検討

東京都府中療育センター 小林いくほ、他

研究目的：

知的レベルが低く、一般的な集団活動に参加できない入所者に集団活動参加の能力を育成することは大切である。しかし、その方法は未開発である。当病棟で3年間行った集団活動育成のための「たんぼぼグループ」活動の成果を分析、検討し、集団活動参加の能力の育成方法に関し、研究する。

研究方法：

A：「たんぼぼグループ」活動は脳性まひなどで発達月齢が移動運動で15カ月未満、言語理解で28カ月未満、他の項目が24カ月未満という重度心身障害をも

つ女性9人（24～41歳）に将来集団活動ができることを目的とし、次の活動を行った。

第1期（開始から1年1カ月）は入所者全員を一つマット上で場所を共有しながら、職員が入所者に1対1でケアし、入所者一人一人が遊びに集中するように支援した。

第2期（1年2月から1年4月）は職員が入所者から距離をおくが、同じ遊びを共有した。また、入所者が相互交流を自然にはかる遊びを取り入れた。実際には舟の形をした大型の用具に入所者をのせ、複数の職員がこれをゆすり、楽しみながら分離訓練をするという方法であった。

第3期（1年5月から3年1月：研究時点）は入所者を一人ずつマットの中心部に連れだし、大型のボール（バランスボール）にのせ、全員が歌を歌い、ボール上の入所者を励ますという方法であった。この合唱は他の入所者がまりの脇で手拍子指揮をとった。全員が集中し、一時を楽しめるようになった。終了後は一人一人の感想を言い合い、反省会をする。ここで職員は入所者が集団活動に参加できるようになったと評価した。（図1、2、3）

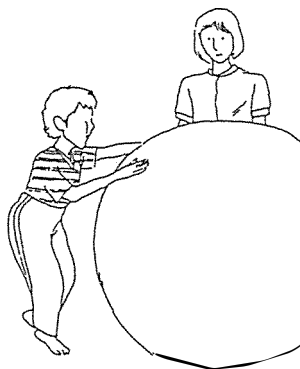


図1

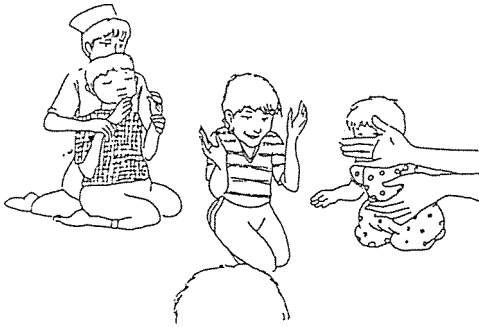


図2

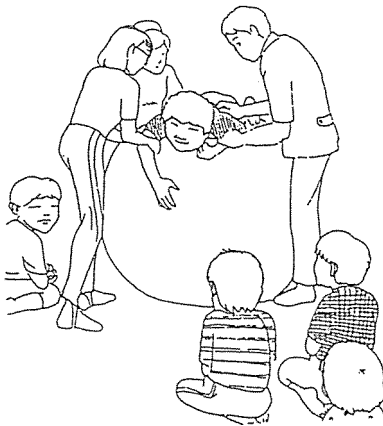


図3

B：資料は日時，参加者，実施内容，参加者の様子に関するB5版型の簡単な日誌（日常看護記録の一部としての記録用紙）が付けられていたので，これを中心に，日常看護記録全体とともに活用した。

結果：

入所者に下記の変化を見た。

1. 自傷など異常行動の変化は表1の通りに消失した。
2. 全員で場所を共有できるようになった。（同じマット上にいられる）（図4，5）
3. 同じ遊びをできるようになり，感想も順に表現できるようになった。（相互交流の実現）（表2）

以上の結果から，この集団は職員の支援を受けながらではあるが，集団活動を実現したと評価した。

この活動は見通しをもった計画を有していたわけで

はなく，実践しながら，実践結果を分析，検討して進めてきたのだが，重症心身障害で集団活動が不可能と予想されている人々に，その可能性を実証した。

（東京都神経科学総合研究所プロジェクト研究「重症心身障害の医学的，社会学的研究」第1年度報告書，p.78-87，1990年．）

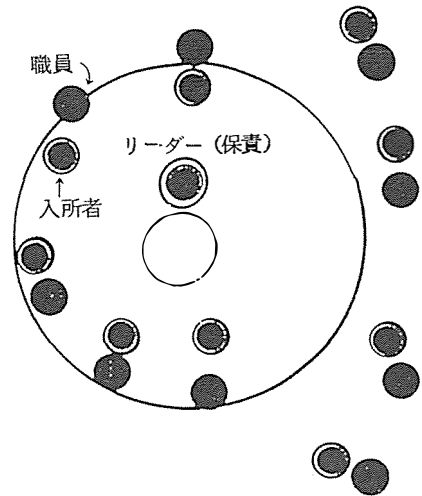


図4 バランスボール活動の実際
（入所者と職員の配置）
「開始時」

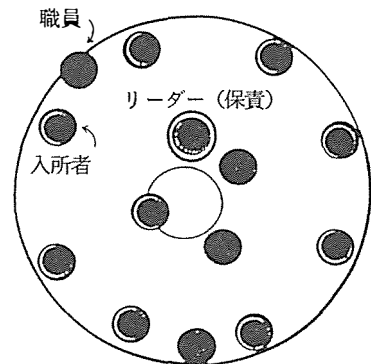


図5 バランスボール活動の実際
（入所者と職員の配置）
「1年7月経過時」

看護ケアに役立つ記録

表1 問題行動の変化

問題点	当初 人数	小麦粉粘土 最終回	ローリングカー 最終回	バ ラ ン ス ボ ール		
				1回目	25回目	50回目
自 傷	3	2	2	2	0	0 ときに1名あり
物への■執	5	5	4	4	1	0
人見知り拒否	2	2	1	1	0	0
啼 泣	2	2	2	2	0	0
興 奮	2	1	0	0	0	0
他 害	2	0	0	0	0	0
恐 怖 心	6	6	6 興味あり 3	5	0	0
脱 走	3	3	3	3	0	0 時にはなれてしま うこともあり 興味を長時間も たせるために最 後に乗るような 工夫をしている

表2 バランスボール活動状況の経時的比較

		開 始 時	1 年 7 ケ 月 後
	入所者 対 職員	1 対 1	1 対 0.5
入 所 者 側	集 合 の 仕 方	誘導、介助されてくる。	ニコニコしていきたがる。
	た の し み 方	職員に誘導されて 雰■気を楽しむ。	自分からボールに手を出して遊びた がる。
職 員 側	活 動	一緒に行動 動き促し、手足を動かしてあげる	時々 動き促す
	集 中 力	たえず身体に触れて声をかけてその 場にいるようにし向ける	声かけ
	危 険 防 止	1人1人 体に触れて自傷、他傷行 動を防ぐ	全体的に目くばりと声かけ
	た の し み 方	危険防止を優先しながら、楽しい雰 ■気をつくる	一緒になって楽しむ

3. 日常看護記録を資料とした研究を行って

(1) 記録用紙があったこと

1) 資料収集の効率化：記録用紙がきめられていたため、この活動の記録を収集するにあたって、すぐ必要な資料をとりだせ、効率的であった。

2) 記録の継続性：特に記録用紙があったために、記録が継続されていた。

3) 記載内容の評価：小型用紙であっても、日時と実施の確認など、資料としての最少要件を正確に判断できた。

記載内容がまちまちであったり、少量であったりしたものの、記録が継続されているため、トピックスや課題はきちんと記載されており、研究資料として重要な内容を有していた。

4) 仕事の継続性：職員の異動期には、それぞれの行事は熱心な職員の異動などで、不安定になりがちである。記録は新旧職員間の間に取り交わされ、仕事の引継に役だっていた。研究としてみれば、研究の継続性を保ったということが出来る。

(2) 研究資料としての的確性

日常記録は研究を目的としたものではないから、研究資料としての吟味が必要である。

1) 継続した記録：日常業務記録はどの職場でも必ず記載されている。継続された記録は研究にとって大切な資料である。

2) 記載項目：この活動は見通しをもった計画を有していたわけではなく、実践しながら、実践結果を分析、検討して進めてきたために、どのような記録をおこなっておくか、詳細な記載項目がなかった。毎回、異なる視点での記録になっているとさえ読めた。

しかし、今回の研究では記載内容がまちまち（多角的）であったために、研究資料としては、分類したどの時期にも検討した対象事項の内容が記載されていた。もし、記載項目を統一化していたならば、得られない情報もあったと推測された。

今回の研究では、記載項目を統一化しないために、多角的な記録内容を得られ、良かったが、同じ項目について毎回の観察記録が必要である場合にはこれでは資料としての価値が低くなるであろう。今回の研究においても、記録者が意識しない課題は全く記載されていなかった。おそらく観察

されてもいなかったのであろう。

記載項目を決めて置くことは、複数の職員による記載を統一する上で望ましいことである。

今回の研究対象となった「たんぼぼ」活動は時々検討されて活動内容を向上させていたわけだが、このような変化をもつ経過では変化によって、記載項目を変化させる場合がある。1期の観察項目と2期の観察項目が異なってもよい場合もあるが、支障が生じる場合もある。資料としては、基本的な記載項目は同じように継続することが望ましい。

3) 記載方法：今回の研究では記録から個々の入所者の参加状態や行動を読みとったのだが、「〇さんは楽しそうだった」というような記載が多かった。このことは「今日の担当職員が〇さんの好きな職員だったので、楽しそうだった」とも「他の入所者〇〇さんから声をかけられて、楽しそうになった」のか「楽しさがわかってきた」のか判断に困った。

また、研究中の討論で、場所を共有することは集団活動として重要な要素だと考えたが、入所者がマット上にいたかどうかの記載は極めて少なかった。

なお、自傷行為を完全に断ち切れない入所者がいるのだが、近年は自傷行為の時間が短時間になったと長年の職員が発言した。しかし、1回の行事時間中どのくらいの時間、自傷的行為を続けていたのかは記載がなかった。

記載は客観的に記しておきたい。

記載内容を客観化する場合には、それぞれの程度の評価を行う必要性も生じるであろう。必要であれば、これも定めて、記載者に周知しておく必要がある。

4. 研究資料としての記録

以上の検討から、研究のための資料として、日常記録に期待することを次にまとめてみる。

1) 事象が客観的に把握されていること

2) 事象の把握は適切な方法で、論理的に行われていること

3) 異常がない場合にも調べたことは記載を残すこと

- 4) 生じた事象とその原因や結果を示す事象との関係が明白になるような記載であること
- 5) 看護ケアも客観的な記載であること
 - A) 誰が
 - B) 何時
 - C) どんな目的で
 - D) 何を
 - E) どのように行ったか
 - F) 結果はどのようであったか
- 6) 継続的であること

5. 実践をよりよくする研究

今回紹介した研究課題は、「たんぼグループ」を担当していた一人の職員がある時期、担当をはずれたのち、再び担当に戻り、この活動に参加し、「以前と違っている」と感じたところから意識化されたものである。継続して担当していた職員は「3年もやっているんだから少しは成果があって当たり前」という先入観があったこと、少しずつの変化は気づきにくいことなどで研究課題としての意識が薄かったと考えられる。

研究には日常活動に漫然と参加しているだけではない視点、離れている時期があったからこそ、気づくような、覚めた視点も大切である。

課題である重症心身障害は人々の可能性を少しずつ少しずつの努力を蓄積させて、やっと効果を示すような地味な仕事である。そこには、何時、どのような可能性の実現が予測されるなどと仮定もできない困難な研究の領域がある。しかし、看護は困難をさけず、日々業務し続けるわけであるから、このような領域でこそ、日々の業務の記録が重要な資料であると言える。日々の業務を広い視野で見据えることも何気なく書き記す記録の意義を見直すことにもなろう。

日常記録を研究資料として役立つようにしてみたいと考える際には、従来の記録をまず、資料として有効活用してみること、つまり「まず、実践から」である。その上で、研究の目的ではなく作成される日常の記録を研究のためにも活用する知恵が向上すると考えられる。

記録は有効に活用されるためにある。仕事を発展させる、充実させる観点にたって行うことが大切である。

老人看護に役立つ記録

—その原点を探る—

日本医科大学リハ科

竹内 考 仁

1. 記録について

「記録」という言葉を聞くと、ただちに思い浮かべるのはその「形式」であり、情報の記載を伝達における「正確さ」あるいは「簡潔さ」になります。

しかし記録というときにもっとも根本的に求められているのは、状況（状態）を表現するときの「視点」「考え方」「思想」と呼ばれるもので、それが明確になっていてしかも全体の合意が得られていれば、記録の形式は自然に決まってくるか、あるいは形式は単に表現上の約束ごとに過ぎなくなって、つまりそれほど重大な意味はもたなくなる可能性があります。

なぜあえてこのようなことを主張するかといいますと、医者のカルテに現れているように、従来の「診断と治療」を基軸とした医療現場での記録は、多少のばらつきはあったとしてもほとんど一定の形になっているからであります。

しかし、このようなアカデミックな看護研究学会で記録の問題が取り上げられるのは、上に述べたような「診断と治療」を軸とした記録では十分に「状態」を表現できないからだと考えられます。冒頭の私の主張もまさにそこに発想するもので、結論的にいえば、従来の診断と治療の枠組みだけでは、すでに現代の医療に間に合わなくなっていることを示しており、それがどのようなものなのか、あるいはどのような視点に立つてとらえるべきかをまず論議しておく必要があります。

2. 疾病構造の変化がもたらしたもの

かつての医療モデルは、「治癒」を目標とし、あるいはそれを概念として取り入れたものであったことは明らかなだと思います。したがって記録も治癒させるべき病気の診断から始まり、広義の治療方針が計画され、その経過や途中で生じる問題点とその解決法、その結果などが時間的経過に従って連続していきます。とこ

ろが、リハビリテーションの世界でかなり前から登場してきたように、「障害」というそれ自体はもはや「治らない」もの、あるいは最近急速に増加している高齢者の疾病のように、根本的には治癒しない多くの病気、それどころか老化が進むにつれて悪化さえめずらしくはないものが現れてきて、つまりは医療そのものが、治らないことを前提とした活動に転化せざるを得なくなった事情があります。

一般的な表現をすれば、疾病構造の変化が従来の医療モデルの変更を強いている、ということになります。

予感しうることは、こうした現状に対して看護が第一層重要な立場に立つだろうということです。従来の看護は、その理念や思想とは裏はらに、実践としては「治療学」の一角に位置していた（あるいはいる）といつてよいでしょう。いいかえると従来の看護実践は、医師の治療と密着した位置にあったともいえます。

医療と福祉は元来、人の生活を脅やかす病いと飢えを解決する活動領域であります。病気の治癒とは病いから解放することで、再び生活に復帰することを保証するものでした。しかし医学・医療の歴史は疾病の治癒のみを自己目的化し、それを基盤とした枠組みを実践方法論をつくり上げ今日にいたっております。そこに「治らない病気」あるいは「障害」が登場し、患者はそれでも生活の回復を求め、しかし私たちの枠組みと方法論は従来のままという、すれ違いが生じております。

3. 「ADL」について

これまでの看護におけるADLの取扱いは、主対象である疾病の治療過程における脇役の位置でしかなかったと私は感じております。

看護の現場における、疾病や症候、状態に対する医学的に高度な看護活動に対する評価に比較して、

ADLは軽現はされないまでも相対的にあまり高い価値を与えていない風潮がたしかにあるようです。

このことは、ADLがあまりにも身近なものであるという原因も考えられますが、臓器主体の医学への伝統的な価値づけが主たる根拠とみられます。

ADL、というよりもそれを含む日常生活行為は、人間の生活の基本であると同時に、人間の生活をつくりあげるものであることは疑いありません。

人の生活とは「生活行為」の集積したものであり、個々の行為のあり方が生活の個性をつくり出しております。

またADLは、社会的な場に存在する個人にとって、社会集団（たとえば家族）との共同生活の維持に大きな影響を与えている点を見逃すわけにはいきません。

このことは、高齢患者が自宅への退院不能となる主要な要因として、「ADLの自立」が関与していることで明らかなと思います。

4. ADLの構造と病棟

まずはじめに、病棟はADLにとって真の「場」であることを強調しておきたいと思います。

看護と並んでADLにアプローチするリハビリテーション科では、主として訓練室でADLのための動作訓練が行われます。

これはしかしあくまでも動作訓練の域を出ないことは、訓練室はその場としての性格から、日常生活行為が（原則的には）生じないところだからです。患者は訓練室で食事をとるわけではありません。実際に排泄することもほとんどなく、ねまきからの着替えも、入浴もするわけではありません。これらはすべて生活の場である病棟において行われるものであります。

こうした事実は、病棟でのADLの重要性を物語っており、同時に生活の場という共通した性格から、退院後のADLへと自然な発想の流れをつくり出すことになります。そして訓練室でのADLは、病棟における真のADLに関係づけてこそはじめてその意義と効力を発揮できることも間違いないと思います。

ADLには古くから「できる（はずの）ADL」と「しているADL」がありました。私の所属しているリハビリテーションの世界では、当初から現在までこれをめぐる論議が行われ、ここ1～2年再びADL研究が盛んになっております。

よく知られているように「できる（はずの）ADL」とは、訓練室で、つまりは動作的には可能であることを示しております。一方「しているADL」とは、現実には（入院中であれば）病棟で、あるいは家庭で、つまり生活場面での実態を示しております。

くり返しになりますが、私たちの患者は生活の回復を望んでおり、それは日常の生活行為の遂行とその積み重ねにはかなりません。

ということは、その中核となるADLにせよ、家事や職業行為あるいは学習にせよ「実行する」ことでなければまったく意味はないといえましょう。「しているADL」こそが意味をもつことになります。

ここで私たちは、「しているADL」あるいは一般に人間の行為が、どのような要素から成り立つかを分析していかねばなりません。その構造がはっきりしていれば、看護的アプローチも自然に生まれてくると同時に、動作としてのADL（できるはずのADL）との関係も明らかとなってきます。

図はその構造を描いたものです。

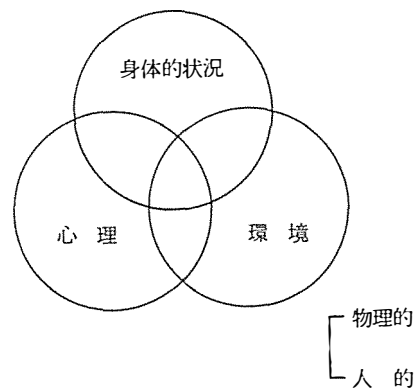


図 ADLの構造

人間の動作、あるいは所作とよばれるものは、多かれ少なかれ体の動きを伴うので、患者の身体的状況がひとつの要素となることは疑いのないところです。身体状況には、身体（■肢）の機能のほか、心肺や内臓諸器官の機能、あるいは認知や言語といった機能も含まれてきます。要するに患者の物理的な動作に関与するすべての身体的基盤がここに含まれます。リハビリテーション科のPTやOTがこれらと密接に関わっており、「できるはずのADL」とは、主としてこの

要素から見ていることは理解できると思います。

しかし、人は身体的状況が可能であれば行為するかということ、そんなことはないことは私たち自身を振り返るだけで明かとなります。「心理状況」がどうかであるかが、人の行為を具現化する2つ目の要素となります。

行為、ADLの実行と「心理」との関係では、私たちはよく「意欲」ということばを口にします。意欲はその奥にある複雑な心的メカニズムの集約されたものとして、行動を促す心的エネルギーとでもいえます。

患者の心理状況をつくり出すものとして、障害や病気あるいは老いや死といったものへの「受容」の仕方、また、周囲の人の態度の中に映し出される自分自身の価値意識、さらに直接的には病院のスタッフのもつ、間接的には病院の占める文化的位置づけからくるものなどがあるようです。この最後のものは、日本の病院が伝統的に「安静をとるところ」病人は「ただ寝ているところ」との一般的な認識と深い関係をもっています。日本人のもつ歴史的な疾病観といってよいでしょう。これに対して「訓練室」は文字どおり「訓練」を行う特殊な空間であって、患者ははじめからそのように振舞い、その後は本来の病人として病棟では終日静臥するという行動をとります。

さて、人間の心理と密接にかかわるものに「環境」があります。一般に環境とよばれるもの、自分以外の他の人びとや物の配置されている空間は、ただ物理的である以上に心理的なものです。“空間は心理空間である”とは社会心理学のレヴィンのことばですが、このことは私たち自身が、場所によって心理（気分）が変わることをみればはっきりしています。

病院の壁の色、置かれている物品、消毒薬の臭いなどが病院の雰囲気をかもし出し、人を病人の気分になせします。白衣を着た医師や看護婦も同じ気分をつくり出します。

環境が人の心理に反映するという事実は、とりわけ「人的環境」のあり方に負うところが大きいといえます。このことは患者に対して、スタッフがどのように接していくかといった問題の重要性を示唆すると同時に、

積極的な動きかけが行われなければ患者は病院のもつ歴史的な「文化」の中でひたすら安静に終始することを示しております。私たちがつねに念頭においておかねばならないことは、私たちの存在そのもの、それは多かれ少なかれある種の態度を伴っているものですが、それが患者にとっては「人的環境」を形成し、その中でいろいろな心理状態が生まれてくるという事実です。いうまでもなくADLという行為については、それを実行に移す心理状況をつくり出すような接し方がなされる必要があります。

物理的環境もまた軽視することはできません。ADLを行いやすいようなベッドの高さや、器具の配置や設備などに注意がはられる必要があります。これらは動作上の使いやすさや便利さばかりでなく、すでに述べたように心理にも強く影響をしていきます。

一般に操作のしにくい物に囲まれていると、環境全体があたかも敵対しているかのように感じられるからです。

5. 人間学的看護の原点

私たちは「単なるADL」ととらえがちですが、その構造はすべての人間の行為に通ずるもので、従ってそれへの洞察は、疾病から生活者としての患者への接近を意味することになることはお分かり頂けたと思います。

ADLの構造を別のことばで表現すれば、「身体」「精神」「社会」という人間の存在様式そのもので、結局は人をそのようなものとしてトータルに見ていくことに他なりません。

さらにいえば、こうした人間把握こそが人の生活を正面に捉え、QOL（生活の質）へと私たちの活動を導いていくものと考えます。

この総会の基調講演で宮崎会長が述べられた、「ものの見方、考え方」の原点を探り、そこから看護実践を構築することが何よりも大切かと思えます。またすでに述べたADLの観点は、従来の医学にはなかった独自性を生むものとして、看護の主体性と患者さんたちの生活とを結びつけるものと考えます。

◆シンポジウム I ◆(質疑応答)

司会(成田)：現状の記録が持つ問題点について十分な討議をしたいと思っていたが、時間が少なくなってしまったので、シンポジスト以外にもフロアーからのご意見を「よりよい看護ケアを行うための記録の活用」ということで、いただいきたい。

国立鯖江病院 神林ふさ江：中木先生に質問致します。鯖江病院においてもPOSシステムを採用しているところですが、誤薬の場合を含めて医療事故が起こった場合の記録について伺いたい。

中木：事故を発見したところから書くしかない。

経時記録とか、各勤務帯ごとの総括記録とか言われているが、「何も書くことがないときはどうすればよいか」と悩んでおられる場合には、書く必要はないとお答えしております。おそらくそういったことと絡み合っただけの時どうすればいいのかという疑問をもたれるのでしょうか。

記録というのはそもそも後追いですから、起きたときに書けばいいのです。

誤薬の場合も、どの程度まで患者の記録に書くかは問題であるが、誤ったのであれば正直に書くしかないでしょう。

竹内：(高木先生への質問に追加発言)

ご質問のように、事故の時どうすればいいかといった現実的な問題をもっと論議すべきだと思います。

千葉社会保健病院 加納佳代子：現在臨床で、少しでもPOSの理念をとり入れた記録をと、あえてPOSもどきと称して実践しています。

その中で、問題リストにはまだ言い現せない、看護婦が患者とのかかわりの中で気になることがある。これがどうして気になるのかすぐには明らかにならないが、看護の質を高める宝物になるかもしれないし、ならないかもしれない。問題リストとして記録に書きにくいですが、しかし記録にとどめておきたい。これがもしかすると看護にとって一番大切なことかもしれないと思い、POSもどきの記録の中にも「自分のまともない思いを好きなように書くように」とスタッフに話しています。

先生方のご意見を伺いたい。

桑野：POSで書ききれないと考えていらっしゃるところが理解しがたい。

私は、POSでなければと考えてはおらず、看護の視座を持った記録ということを考えています。というのは、問題点の設定というのはまだ難しいのではないかと考えるからです。患者によっては、問題点を明らかにできにくい人もいます。

ですから、患者ごとに視点を明確にして、視点中心にしてまとめて、勤務帯ごとに記録していく方法を考えております。

気になることというのはぜひ記載して意識的にアプローチをしていくことが大切ではないでしょうか。

中木：桑野先生のおっしゃる通りです。

気になれば書けばよい。問題はPOSの形式上どこに書くかですが、形式からはずれば「気になること」とはずれて書けばよいのではないかと。見逃したり埋もれてしまったりは何もならないのであり、後で見返せるようになっていけばいいのではないかと。

もう1点は、患者を前にして特に若い人、卒業後まもない人には有効な方法ではないかと思います。つまり、気になっているけれどもそれを診断する能力があるかないかを見極める必要があります。

川村：POSは体系的にきちんとしているが、外[?]の土壌で生まれたものであり、日本の患者が持つ問題や日本の患者に適した看護診断の枠組みを私たちが持っていないこと、さらに医療の内容自体が異なっているということが問題なのではないか。

もう1点は、ご質問の方がPOSを越えた何かを持っていられるのではないかと思います。それがいったい何なのかを吟味していく、すなわち今日のテーマである研究の基礎として看護記録を検討していくということが大切なのではないかと思います。

竹内：私はPOSをそれほどよく勉強した訳ではありませんが、医師がPOSを使うのは簡単だろうと思います。なぜかと言うと、医学はヒトという生物の生物科学であり、たとえば誰の胃ガンであっても胃ガンということでまとめられる。

ところが看護は、バイタルサインというように一方で生物学よりながら、一方で人間学の領域を取り扱っている。看護婦の全人格と、患者の全人格がぶつかる人間的な分野は情報が多く含まれていて、非常に書き表しにくいと思います。ですから、POSで処理できないことがあると悩んだり無視するの

ではなく、そういうことがあるということをまず確認することが重要です。けれどもなく表現されていくことで進歩が生まれるのではないのでしょうか。

司会（成田）：時間を超えて話し合いを深めていただいた。事象についての人によって、うけとめ方のあいまいさやバラツキがあることも合せて考えながら、今後も学びを続けていかなければならないと思う。明日はこのシンポジウムを踏まえて看護ケアの質の例害について共に考えていきたい。

司 会 の 言 葉

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

看護と看護婦をとりまく環境の変化ならびに、人々の健康ニーズの多様化と顕在化は、看護の専門性の方向にさまざまな刺激をもたらしている。新しい時代に向かって看護職の果す役割の重要さと、求められる変化について、看護婦自身が認識を新たにしなければならないであろう。だが、何時の時代にあっても変化しないただ1つのこと、それは、「満足なケアを十分に提供できにくい」看護婦の思いではなかっただろうか。看護の受け手の人々も、自分や家族の病氣や入院によって、期待通りのケアの提供を受けた人ばかりではあるまい。

このように、ケアの提供者も受け手もともに求めている「よりよいケア」自体が極めて主観的であり曖昧である。投入した看護量とケアの質のレベルは、もたらされる患者の健康レベルの望ましい変化によって部分的に測定できる一面もある。しかし、ターミナルケアや、予後不良患者の場合の評価をどうするのか。総合的な評価はどうすれば可能であろうか。

現実のケアに影響する諸々の因子を考えて見ても、
①ケアの受け手の条件 ●ケア提供者の哲学、実践に適用できる看護理論、技術水準、人員、体制問題 ③施設や環境の条件など、対象のケアそのものの質に影響する因子と、得られた結果に導くまでに投入した看

護量や費用など、経済性から見た質の問題があることに気づく。

したがって、質の評価の研究や、その評価の尺度を作る研究の困難さにも目を向けなければならないだろう。すなわち、研究対象の条件を人為的にコントロールしにくい状況のもとで、ケアの質にかかわる多様な変数の組合せを、どのように分析的に見ていくのかということである。質的レベルを量に換算する場合に陥りやすい主観性をどう克服するかという課題もある。

一方、「良質で効率的なケア」や「病人や高齢者のQOL」が叫ばれ、他方、増大する医療費抑制策が検討されている。昨年来社会的な話題を提供している看護婦マンパワー問題も無視できない。

そこで、本シンポジウムでは、これらの複雑な現状を背景にしつつ、受け手も提供者もともに納得できるようなケア推進の1つの手がかりをつかみたい。そのために、看護ケアの質とは何か、質に影響する因子にはどのようなものがあり、それを測る基準や尺度があるとすればそれは何か、また、適切なスケールがないとすれば、それを作るための研究はどのように行うべきかなどについて、多面的なアプローチをして頂き討論を深めたい。

看護ケアの質，向上に取り組んだ実践から

内灘温泉病院

天 津 栄 子

私は現在、石川県の小さな規模の病院で、病気や障害をもった老人の看護を考え、実践する立場におります。

看とりの社会的ニーズは量と質の双方からその需要はますますふえ、看護の専門職として、提供するケアの味が厳しく問われています。

老人看護の現場に入ってまだ3年余りの短い経験ですが、ケアを提供する立場から、1つは、看護ケアの質をどうとらえるかという視点で、2つ目に、臨床現場で取り組んでいるささやかな実践から得た意味を通して、本日のテーマを考えてみたいと思います。

1. まず、看護ケアの質を問う時には、単に看護部門だけの問題ではなく、病院の質や医療の質をベースにみていく必要があります。

本来、病院は医療の場と生活の場という二重構造をもっていますが、日本の病院のあり方は、主に疾病治療中心の医療の場という発想が主で、どちらかといえば、看護の分野から患者の生活の場という考え方を打ち出していると思います。よく「あそこの病院はいい」とか「どこそこの病院の看護はとてもよかった」等と聞きますが、「いい」とはどの様なイメージを描いているのでしょうか。

病院の質は、病院の機能や規模それに理念、建物や空間などハード面での療養環境、アメニティーの分野、マンパワーやサービス、システム面などがその質を左右すると思われます。

医療の質には適正な医療の選択や医療技術のレベル、インフォームドコンセントに関すること等があげられるのではないかと思います。

病院の質や医療の質は看護ケアの質に間接的に、時には直接的に有形、無形に影響するものであります。医療の質を問う時に「よい医療とは何か」を基

本にすることが重要であるのと同様に、看護の質を考える際にもその前提としての「看護の目的は何か」という看護の理念をイメージしておくことが必要でありましょう。なぜならば、看護婦のおこす行動は、その看護婦の頭にある看護へのイメージの豊かさによってその質が左右されるからであります。

看護は人々が“健康を回復するために”あるいは“健康に生きるために”時には安らかな死に向けて働きかける仕事であり、どんな状況においても、ひとりひとりのもてる力を信じて、つまりナイチンゲールの言う“自然治癒力”へのゆるぎない信頼が基本にあります。

そして、その治る方向へのあらゆる力が最大に発揮できるように“患者さんがbest conditionにいる状態”をコーディネートするには、いかに豊かな専門的知識や技術、態度を必要とするかは、論を待たないでありましょう。

看護ケアの質について私は2つの側面からみたいと思います。

- 1つはミクロな視点として直接看護の質であり
- 2つ目はマクロな視点として間接看護の質であります。

後者は実践の質をささえる骨格であり、

- (1) 看護部の理念や、マンパワーを含めた看護体制の問題
- (2) 看護基準の作成や、情報のシステム化
- (3) 看護本来の業務の見直しと他部門への業務の返上
- (4) 看護の安全性や経済性の問題
- (5) 記録システムの問題
- (6) “物”の流れやメンテナンスの問題
- (7) 医療、看護の倫理に関する問題

(8) 看護婦の能力開発の教育や研究

(9) 看護の量と質の評価や看護を発展させる研究など、多くの間接看護の機能が看護婦を支え、よい直接看護を可能にする環境をととのえています。

さて、実際の臨床場面での直接看護を考えますと、患者さんのニーズをアセスメントするまでの判断過程と、ケアに移す実践過程があります。

この看護婦の判断過程は、これに続く実践を規定するものとして、まさに専門職としてのケアの質に直接かかわるものです。患者の全体性のなかから、看護問題を相手の立場から引き出す臨床判断能力の重要性を問われるゆえんだと思います。

次に実践過程のケアのひとつに実体的、具体的な技術があり、これは目に見えるものとして実感できます。

例えば、褥創のケアであり、清潔へのケアであり、排泄へのケアなどがあります。これらのケアの成果は現象として見えやすく、基準や尺度を用いて評価、測定できるものとして多くの研究が積み重ねられています。

もう一つに、医療処置、介助などへのいわゆる診療のケアであり、新しい技術や治療の導入に伴い、この分野のケアに関する基準づくりは比較的行なわれ易いと思います。

一方、実践過程のケアには患者との人間関係的なかわりのケアがあります。患者が自分の健康問題に関心をもち、主体的に自己の生活をより健康的なものに創り変えるために患者の表現をたよりに看護婦が意図的なかわりをもちます。例えば、患者が心理的な問題を抱えている時や、闘病意欲が低下している時など、患者が自己をみつめるために看護婦の存在や看護婦との関係がよいサポートとなり、回復への best condition をつくり出すことがあります。

この種のケアの質は実体的なケア技術のように評価のための基準や、尺度づくりにはそぐわないものがありましょう。従って、このケアの成果として患者の変化を見るために、かわりの過程を記述し、看護婦の考え方や表現の意味を浮き彫りにして、目に見えないケアの実態が見えるケアへ変える努力がなされています。

前者と後者は、患者の必要性に応じて提供するケアのちがいであり、性質の異なるケア技術の質をみるものとしては、ケアの性質に応じた評価が必要であると思われます。

2. 当院での看護実践をご紹介します。ケアの質について考えてみたいと思います。当院は100床で脳血管障害やその後遺症、虚血性心疾患、骨粗しょう症、変形性腰椎症などの慢性疾患が中心であり、年齢は50代から90代、平均年齢72才という状況です。

老人医療、老人看護にとっての大きな課題は、生活行動の自立と社会関係を含めた生活の質の保証をいかに高めていくかということです。老人の寝たきりは、生活の質そのものをおびやかすことになりかねず、寝たきりへの引き金は基礎疾患の悪化や排泄障害、転倒骨折などで、床上生活を余儀なくされた場合に多く発生するのは周知のことです。

在宅看護を困難にしている要介護にも排泄障害と入浴介助があげられます。このような老人の特性を背景に、臨床で看護ケアの質の向上を考えますと、1つに、老人の動的生活を保証していくことの最短距離にあるのが排泄に関するケアです。その一例をご紹介します。

69才、男性のO氏は脳卒中後遺症の片マヒ患者で、35年間看護士を勤め、在職中に倒れ、当院入院時すでに発症から10年を経過し、病院を転々とし、当院は6つ目の病院でした。下着装具をつけての座位や起立にも介助を用い、リハビリはマット上での基礎訓練からのスタートでした。

便、尿意はまったくなく、排泄後の感覚や意思表示もなく、常にオムツ内失禁で、当院で作成した「排泄行動レベルの評価基準」においても最も低いレベルでした。本人も長期オムツ使用が習慣となって排泄の全介助にゆだねていました。この患者へのケアのアセスメントとして考えたことは、「健康の法則に合致した生活の仕方は患者の回復につながる」ということを手がかりに、例えば、尿意がなくても、トイレという排泄環境の中で座位の姿勢で重力と腹圧をかけるという“人間にとってのふつうの排泄行動”は、患者の排泄感覚を刺激し何らかの反応を呼び起こすだろうと予測し、そのケアを試みま

した。

「そんなこと無理や」といていた患者も、積極的になり、数日後にトイレで自力排便があり、「あーすっきりした」と感動の大声と満足そうな表情に力を得て、以後、食後のトイレ誘導へとケアがすすみました。それに伴い不確実ながら尿感覚も出現しはじめ、患者の排泄への努力や自立心を促す方向へと進展していきました。

自然の排泄がいつも成功するとは限りませんが、トイレでの患者の快感的実感の効果は大きく、より健康的な排泄習慣が“できるリハビリ”から“しているリハビリ”へ量的訓練もふえ、起立や移動レベルも上昇し介助がとても楽になりました。これがきっかけとなって、患者の意思やADLが徐々に自立の方向に向き始め、O氏に適した排泄グッズの使用で長期外泊が可能となりました。外泊時の介護量の軽さに家族も安心されて、遂にO氏の最終目標であった退院へのキップを手に入れることができました。

このO氏の変化のきっかけは、普通の排泄のあり方、つまり“健康的”とか“正常さ”を例え部分的にでも患者の生活に取り入れていくという“回復へのケアの挑戦”を試みたことだと思います。それを可能にしたのは、

1つに、看護の目的に支えられた看護婦の認識と行動力であり

2つに、看護チームの目標の共有化であり

3つに、評価しながら継続する力であったと考えられます。

また、O氏に投入した看護量は、一時期の集中的なトイレ誘導、移動時のケアなど大幅に増加しましたが、成果として、健康のレベルアップや介助量の軽さ、患者の自立となって戻ってきたわけで、ケアの経済効率といえましょう。

次に、老人は骨の老化や病気の進行による運動機能等の障害が多く見られます。

82才、女性、Sさんは喘息と心肥大、骨粗しょう症で、入院時辛うじて歩いておられた方ですが、高度のポロージスの進行で現在は歩行困難となりベット上での生活やむなしの方です。整形のドクターからは「まるで全身ガラス細工のようなからだ」と評され、治療として有効な手段なく対症療法によると

いう状況です。

この患者の「痛くて動きたくないの」「眠れないので、お薬頂だい」とか「頭がいたい」「食欲がない」などの訴えと頻回のナースコールという問題に対して、それらを個々に取り上げると場当たり的な対応になり、現象にふりまわされて問題の性質がみえにくくなるおそれがあります。

そして、医師は、睡眠剤や鎮痛剤と症状に対して次々と手を打ちます。こういう状況に対して、反射的、手順的なケアの提供では、患者の訴えを一向に軽減させることはできず、悪循環となり、患者は満たされないニーズのなかで訴えの多い困った患者として看護者の足が遠のく結果になりかねません。

24時間の生活の中に動きを取り込まないと頭への刺激や生活全般にわたる質の低下をきたすであろうと予測すると、運動と休息のバランスへ向けてケアの手だてがたてられます。(問題のみきわめ)

↓

可能な限りの動きを創り出す。運動と休息のアンバランスをととのえれば、訴えやコールは減少するであろう。“唄が好き”は刺激のキーワード。(ケアの方向性とケア結果の予測)

↓

ベットごとの移動と病院の周りの散歩を毎日。動く外気を肌で感じ、胸一杯に吸い込み、小鳥のさえずりを聞き、動く雲をみつめ、歌をうたい、行きかう人々との談笑。(ケアの実践)

↓

さまざまな刺激が五感をとおして頭に届き、会話も多く、表情は活気に満ちている。ポロージスの痛みは軽減し、痛みの訴えがないので、聞くと我慢できるといふ。熟眠がえられる「散歩に出ると、ぐっすり眠れるの」「少し、座ってみようかしら」など。(ケア結果=患者の変化)

以上、実践から看護ケアの質を考えると、個々の患者に、ケアによって回復に向けてのよりよい変化が創り出せているかどうかでありましょう。

ナイチンゲールは“健康の法則は病人のなかにも、健康人のなかにも共通して働いているのであり、この法則が守られなかった時、病人は極端な影響を受

けるものだ”と述べております。

人間は本来、動くものであるのに動かさなかった時、人間は目標をもって生きるものであるのに小さな目標さえない時、病人のうける影響はさまざまな形の症状や言動となって現れてくることが考えられ、それは病気そのものからくる症状ではなく、回復へのベストコンディションにおかれていない、患者からのサインであるといえましょう。

3. 最後に日頃の看護実践の取り組みを通して、臨床現場から看護ケアの質に影響を及ぼすと考えられる要因に、次の様なものがあります。

- 1) 看護婦の質 — 個人レベルの質と集団としての質
- 2) 看護上の問題の発生頻度 — 問題の早期発見と対応、予防的、先手ケアがよく機能

3) 難しい看護上の問題への取り組みや行動するパワー — 看護ケアの質をあげる機会

4) ケアの受手の患者・家族の満足度 — 提供するケアが受手の条件を満たすものであるか

5) ケアの成果（回復への役立ち）を、医師や他の医療専門職に納得してもらう努力 — 患者のよりよい変化を客観的に立証

また、看護ケアの質の向上に関するマクロな視点からの最近の問題に以下のようなものがあります。

- 1) 医療の高度化、ニーズの多様化に対応しうる看護の専門分化
- 2) 患者看護の質への責任、よりよいケアの継続という観点からプライマリ・ナーシング
- 3) 夜間及び早期の看護ケアの質をあげるために、看護のマンパワー導入

記録から看護の質の評価は可能か

北里大学

ライダー 島崎 玲子

I はじめに

米国の看護のリーダーが患者に行なった看護をどのように評価すべきかということを論議し始めて、約20年の歳月が流れようとしている。米国ではすでに各病院で質的保証プログラム（Quality Assurance Program）をつくり、1つのシステムとして医療サービスや看護の質を評価している。日本では数少ないながら、このテーマに熱心に取り組んでいる病院があると聞いているが、まだ病院全体を評価する1つのシステムとして取り上げている所はないようである。

今回のテーマは記録によって看護の質を評価することが出来るかということに焦点をあてているが、まずテーマから逸脱するかも知れないが、ではなぜ看護の質を測定すべきか、測定すべきであるならば、記録の調査や看護行動の直接観察評価以外に、もっと適切で正確にできる評価の方法があるのかということについて、考えて見たいと思う。

II 看護の質はなぜ評価すべきか

看護はartといわれ、創造的なものである。絵画、彫刻等のartの作品は、視覚とか触覚等の感覚を通して評価をすることが出来るが看護行為は瞬時的であり、後に実体を残さない。そこで患者に行った看護ケアについては、振り返って見直しをすることは出来ない。実際に患者にとって助けとなったか、或は医師の治療に看護がどれだけ寄与しているかも実証することは困難である。患者が瀕死の床から回復した時、医師の役割の重要性は直ちに社会が認める。しかし、看護婦がその患者の回復のために、どのような緻密な計画をたて、愛情を持ってきめ細かな看護をしたか社会の人は知る由もない。そして日本人は今まで、自分が行なった善行を人の前で表現することを、はしらないと思っていて、看護婦も医者影でひっそりと看護に尽

くしていたわけである。大衆に看護の役割と重要性を理解させるためには、看護を評価し必要に応じて社会に紹介アピールすることが必要である。

看護業務の保険の支払いは、米国でも、Room and Boardといって部屋代と食事代の中に含まれていた。これもやはり看護業務の評価が正確に出来ていなかったために看護料の適切な価値が大衆に検証されなかったことに起因する。この検証のためにも看護記録の中にしっかりとした看護の決断過程や看護活動が明確に記録されるべきである。又看護活動の評価は、看護の受け手・患者の安全性をはかるために必要である。

1. 専門職者としての責務としての看護の評価

第一に看護は専門職であるということである。米国の看護協会では看護を専門職にそだてる過程のなかで、各看護婦は、自分自身の行なった看護行為にたいして全責務をもつべきだと主張してきた。不幸にして病院や施設の中で医療過誤が発生した場合、厳しい記録の調査や事情聴取が行なわれ、それによって当該看護婦の不注意によるものであると判断されれば、その看護婦は患者の要求する経済補償に応える義務を持つ。又裁判になった場合、記録が重要な証拠となり、そのために正確な時間、正確な描写という完璧なチャートが要求される。監査は医療事故防止のための対策でもある。

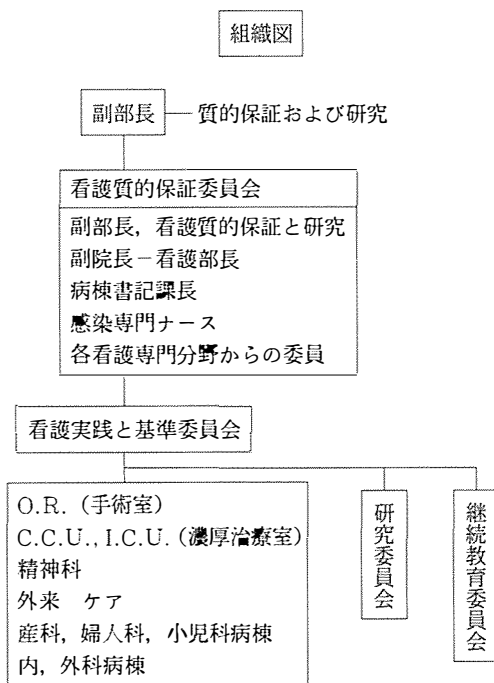
2. 専門職としての看護ケアの質の維持：看護基準の作成と基準の維持

看護が専門職であるならば、看護婦は専門職としてふさわしい看護行為をすることが必要である。看護婦がある看護処置をするにあたって、安全で効率的に実施されているかを見るためには、一定の基準に添って行なわれているかを観察するとわかる。従って米国の各病院の看護部では処置手順委員会（Policy &

Procedure Committee) をもうけ、それぞれの処置基準を作成したり、修正したり常に基準が最新であるように努めている。

看護婦がその基準に即したやりかたで処置をしているかどうかを看護婦同志でチェックするピアレビュー、記録の調査をする看護過程監査、又、組織を観察調査をして患者の環境の安全性をはかる監査等から構成されている質的保証プログラム (Quality Assurance Program) を設置するようになった。しかし、監査は単に調査を実施するだけではなく、監査の目的は、これによって得た結果を分析し、看護職員の教育ニーズを把握し、院内教育のプログラムを作成し実施したり、基準の修正や設定、研究の素材とし、将来の看護の質の向上をはかることである。(表1)

表1 看護質的保証中央委員会



Ⅲ 記録による評価方法

看護を評価するためには、まずそれに必要な道具・ツールをつくる必要である。この監査のツールは看護の基準となるもので、これと看護記録とを照らし合わせて評価をすれば、患者によいケアができたかどうかを推察することが出来る。記録による評価には

現在進行中の過程監査と、ある計画した看護活動が実際に実施されているかを数日たってから記録を見て調査する短期のレトロ監査法や退院後のチャートの記録を読んで入院時にたてた退院目標が達成されたかどうかを調査する長期のレトロ・■顧的監査の方法がある。

1. 看護過程の評価

過程監査とは看護婦の知識や看護活動の妥当性を評価するものである。看護婦の役割は個々のクライアントの健康状態に関わる情報を収集、アセスメントし、望ましいゴールを設定し実施、達成状況を評価することで、この一連の思考過程を考察すれば患者に適した看護が出来たか、又看護婦の看護に対する問題解決の能力を評価することができる。このために開発されたのが過程監査である。

過程監査は、通常、病棟全体を対象として実施する。無作為で患者数名を選び、過程監査のツールを用いて病棟の看護の質を評価するものである。その結果は婦長に報告され看護婦の教育の資料になる。

(1) 過程監査のツールと記録

過程監査に必要なものは監査ツール及びカードックスカードのアセスメント、問題及び対策を示す記録の部分、看護ケアの実施を証明する看護日誌や看護活動を示すチェックリスト等である。過程監査のツールは、その病院の規定の看護記録の書式に添うもので入院時の情報収集用紙、カードックスカードの書式、看護日誌の書式等によってツールは変化する。(表2, 3参照)

表2はN.Y.市の聖ロカ病院の内科外科病棟の監査ツールであり、病棟の全般的な状態を調査するものである。表3のツールは、機械的、アセスメント、計画、実践の4つの部分から成立している。実際の監査のやり方は、ある患者の入院時のアナムネの記録の要約がカードックスカードのアセスメントの部分に書かれ、それによって患者のニーズが把握され、対策が計画の部分に書かれ、次に実践の部分では看護日誌と比べ、計画が実際に行なわれたかを調査する。

監査終了後「はい」「いいえ」の数を調べ数的評価をだす。(表4)

(2) 過程監査の実際の例:

ツール (表3) 使用

監査委員は必ず、前もって当該病棟に監査の予告を

看護ケアの質の測定

表2 看護システムツール

A) 入院（入院、転送、退院）記録 (1) 入院時の記録は当病院の規定に沿っていますか (2) 看護面接の情報は含まれていますか B) 転 床 (1) 病院の規定に定められている情報を含んでいますか C) 看護のアセスメントと看護介入（intervention） （看護日誌、処置記録） (1) 身体的症状と徴候の観察についての記録はありますか (2) 情緒面の観察についての記録はありますか (3) 少なくとも1日に1回の記録はありますか (4) 術後および重症患者の場合▲少なくとも4時間おきの記録がありますか (5) 患者のニーズに沿った指導がありますか D) 処置（医師の指示） (1) 当院のやり方で処置が行われていますか (2) 術前の記録は当院の規定に沿っていますか (3) 術後のケアは記録されていますか E) 与 薬 (1) 適宜（PRN）与薬の理由と与薬の効果は記録されていますか (2) すべての与薬は正しく記入されていますか F) 退 院 (1) 当院の規定に沿った情報が包含されていますか G) 死 亡 (1) 最後の観察は記入されていますか (2) 死亡診断に医師の名前が記入されていますか H) 一般的な考慮 (1) すべての記入はAM（午前）PM（午後）が記入されていますか (2) 当院の規定に基づいた略語が用いられていますか	は	い	いいえ	該当なし	コメント
--	---	---	-----	------	------

表3 過程監査ツール：看護評価ツール

月 日 平成3年3月30日

病棟名 内科病棟4西

患者名 山 ○ 進

	監 査 内 容	は	い	いいえ	該当なし	コメント
機 械 的 監 査	1. 読み易い字できちんと書かれていますか 2. 誤字、脱字はないですか 3. マニュアルに規定されていない略語を使っていませんか 4. 文字はわかり易く表現されていますか 5. 目標の到達日は記入されていますか 6. 初期の計画は24時間内に書かれていますか 7. 問題点の把握はアブテイトされていますか 8. 記録者のサインがありますか	✓		✓		修正液使用 後訂正なし
看 護 過 程 ・ ア セ ス メ ン ト	I 情報収集 1. 既往症 (1) 疾患の経過が記入されていますか (2) 転帰が記入されていますか 2. 主 訴 (1) 明確に書かれていますか (2) 入院の目的、或は動機が記されていますか 3. 現在の経過 (1) 診断の根拠となる症状が記入されていますか (2) 現在の自覚症状が記入されていますか 4. 入院時の身体的状況 (1) バイタルサイン (2) 身体検査	✓	✓		✓	健診による 発見

看護ケアの質の測定

(表3つづき)

	監 査 内 容	は い	い い え	該当なし	コメント
看護過程・アセスメント	5. 家族の状況と援助				
	(1) 家族構成	✓			
	(2) 社会的状況	✓			
	6. 患者の基本的ニーズ				
	(1) 食 事	✓			
	(2) 嗜好品		✓		
	(3) 睡 眠	✓			
	(4) 保 清	✓			
	(5) 排 便	✓			
	(6) 排 尿	✓			
	7. 患者の心的状態				
	(1) 理解力		✓		
	(2) 疾病に対する態度		✓		
看護計画	(3) 生き甲斐について			✓	
	(4) 態 度	✓			
	(5) マナー	✓			
	II 看護診断				
	(1) 適切な診断	✓			
	III 看護指示録				
	1. 問題点の中に次の事項が含まれていますか				
	(1) 肉体的	✓			
	(2) 生理的	✓			
	(3) 心理的	✓			
	(4) 社会的			✓	
	(5) 指導的	✓			
	(6) 処置検査			✓	
看護の実践	2. 問題の中に合併症の予防が含まれていますか		✓		
	3. 問題に対して予想される結果が書かれていますか		✓		例 最終目標が書かれていない
	4. 予想される結果に対しての対策が書かれていますか		✓		
	5. 状態の変化に応じて具体策が変更修正されていますか		✓		
	6. 治療方針は記入されていますか			✓	全チャート評価していない
	IV 看護経過				
	1. 入院時の記録は病院のしきりにそって書かれていますか	✓			
	2. 患者の状態に関して次のことがらが書かれていますか				
	(1) 肉体的	✓			
	(2) 生理的	✓			
	(3) 心理的	✓			
	(4) 社会的			✓	
	(5) 指導に対する反応	✓			
	(6) 処置、検査に対する反応			✓	
	3. 期待される結果への患者の示す進歩の度合い	✓			
	4. 退院計画はされていますか	✓			
	5. 与薬された薬の効果が記録されていますか			✓	
	数 的 評 価 計 73	31	11		

表4 数的計算法

$$\text{質的スコア} = \frac{\text{Yes (A)}}{\text{Yes} + \text{N} \bullet (\text{A} + \text{B})} = \%$$

$$\begin{array}{lcl} \text{例} & \text{Yes} = 12 & \frac{12}{14} = 85\% \\ & \text{Yes} + \text{N} \bullet = 14 & \end{array}$$

1 病棟の質的スコア = 5 冊の質的スコアを加算 ÷ 5 =

$$2 \text{ 病棟の量的スコア} = \frac{\text{計画のかかっている数}}{\text{患者類 (センサス)}} = \%$$

例 センサス15名, 計画されている数が10とすると

$$\frac{10}{15} = 66\%$$

しておく。その病棟の患者数の1/4 或は1/5の患者を無作為で選び、患者の記録をツールに照らし合わせて調べその比較検討する。ここに一人の患者の例を挙げて説明するが、記録は看護日誌とカードに限定している。正確な監査をする場合はもっと多くの記録をチェックする必要がある。

例

38歳の男性、社内健診で糖尿病と診断され、自己管理の為の教育を目的として入院。

カードックス カード (表5, 2枚) 看護日誌 (表6, 全体の看護日誌の中から抜粋) を監査した。ここでは、どの様に監査をするかそのテクニカルティを紹介する。(監査結果はツール表3の用紙を参照) 監査ツールの結果分析は次のようなものであった。

結 果

数的評価 : 73パーセント

機械的監査 :

- ① 看護記録は法的文書である。所々、記録を修正液で消し、そのまま記録を忘れているところがあった。
- ② 記録者のサインがない。従って責任の所在が明確でない。

アセスメントの部分 : (アナムネの記録を評価)

- ① 大変よく情報が収集され、アセスメントが簡潔明瞭に描写されている。
- ② 糖尿病患者の食事に関する情報が取れていない。

患者の理解度や疾病に対する態度に関する情報に欠けている。

計画の部分 : (カードックス カードの評価)

- ① 糖尿病患者は手足の清潔、爪のケアが必要である。この患者は1週間に1回の入浴しかしていない。又手指のあかざれという問題があるにも拘らず清潔に関する指導計画が出来ていない。
- ② 教育に関しては具体的に綿密に書かれている。(VTR 視聴のプロトコール用紙評価)

実 施 : (看護記録の評価)

- ① 糖尿病患者のビデオ視聴による教育が綿密に計画されているにも拘らず、効果的な学習は出来ていない。この患者は試験による最終評価は比較的良好だと判断されているが、糖尿病の自己管理に到達できず退院している。

プロトコールによるビデオ視聴の自己学習だけでは効果的な成果は得られていない。個々の患者に関心を持ち、動機づけたり個々の患者の能力に従って個別的な指導が必要であることが判明した。

患者が実際に糖の検尿法を正確に実施することが出来るかどうかの評価が無い。患者が実施しているところを観察しその状態を記録に残すことが必要である。

- ② 看護婦の自律が必要。すべて医師の指示を仰ぐと言う姿勢が日誌に示されている。

例えば、糖尿病の病態生理は医師が教えるべきだと言う看護婦の態度は不可解。専門職看護婦であれば必要に応じて患者指導をするべきである。

(3) ツールの記入の仕方。

表7はカードックス カードの計画の部分である。術前の患者が手術に対して不安感があり就眠の出来ない時の計画である。この計画が実際に行なわれたかは、看護日誌でチェックすることが出来る。

表8は、その計画が立てられた3/21の23:50に看護婦が患者のもとで色々手術の説明をして不安感を除去していることがわかる。

従ってツールの心理的、肉体的な面の看護が実施されているということで「はい」のところに(√)をする。

看護ケアの質の測定

表6 看護記録(抜粋)

2月9日	(O) US +	
14:00	時間に合合わせてUS, UK 検査していない。 再度説明する。 右手背、あかぎれのキ裂あり。痛み伴っている。	
2月11日	(O) KT 36.9 P 66	
14:00	US-尿糖急にマイナスになるもハイポ症状見られず。ケトン チェックは再度声かけしている。色別まだあいまいである。 右手インソングで処置する。 ST	
2月21日	(O) 声かけしているもUS不測なり。忘れたと言っている。自覚薄い。昨日外出時にアイスクリームを食べたと言っている。ビデオをすすめると“薬の正しい使い方”を視聴したとのこと。自分は朝内服しているも副作用について解答すくない。 YA	
3月10日	(S) 明日退院なので午前ビデオ5本見ました。	
14:00	自信はありませんが、何とか頑張ります。 (O) 意欲だけあるようだがカラ回りしている部分が多い。チェック リストは記入しており、割に出来ている。不足分については説明する。食事は自分でつくる気無し。明日薬についてもう一度確認する必要あり。 YA	

表9はチェックリストで看護ケアが実際に行なわれているかチェックをすることが出来る。記録ばかりに注意を向けて、患者との会話や看護の時間が少なくなることは避けるべきであり記録の簡素化も必要である。この表も看護日誌と同様に監査の対象になる。そしてチェックリストの看護活動の中で詳しい描写の必要なきときには、看護日誌の中に記録することができる。

2. 短期の回顧的監査:

表10は、褥創のケアのツールである。これは数日遡って監査するレトロ或は回顧的監査ともいえる。婦長或はスーパーバイザーが褥創のある患者に適切なケアが行なわれているか記録を見て調査するものである。

3. 長期の回顧的監査

表11は、疾病別にたてられた退院時の目標、糖尿病の患者の例である。患者が入院をした時、病棟のスタッフはこの最終目標(Outcome Criteria)に向かって患者のケアを進める。退院後、糖尿病患者のチャートを集めこの目標にもとづいて看護が出来ているか監査する。この看護日誌では明らかに看護ケアが行き届いていることがわかる。

ターミナルの患者の最終的な目標(Outcome Criteria)は、その患者が安楽に過ごせるように、また自力で出来ることは自分で出来るように援助してあげる細かいクライテリアを描写し、このゴールに向かって看護婦が患者に働きかけをする。この看護の評価は看護日誌を通してよいケアが出来たかを監査するレトロ監査になる。

最後に結論としてこの論文の課題である看護記録で看護活動の評価或は測定が出来るかという問いに対してyesと答えたい。看護婦自身が、正直に正確に簡潔に看護の記録をすることが先決問題である。そして監査の結果を看護婦の資質の向上に活用しなければ評価の意味が無いということを強調したい。

表7 看護計画

		看護診断	期待される結果 (短期ゴール)	看護活動
3/21 23:40	prob. 1	手術に対する不安感	不安感の減少	手術に関する疑問、質問に答え、患者の手術に対する理解を深める。不安感を表現できる対人関係をつくり、患者との対話をもつ。
3/21 23:40	2	恐怖感による不眠		必要に応じて睡眠剤あるいはトランキライザーを投与。 山田(12-8)

表8 看護日誌

看護経過ノート			
3/21	23:50	手術に対する恐怖感を訴える。術前の投薬について説明。麻酔の効果と安全性について説明。	山田(12-8)
3/22	1:00	スタッフへの信頼感を深めるように説明。「気分が落ち着いた」と気軽に家族、仕事のことを話しながら眠りについた。	

表9 看護活動のチェックリスト

* 褥創の stage 1 度 発赤 2 度 皮膚剥離 3 度 潰瘍 (壊死)

期待される OUTCOME: 糖尿病

- a 家庭にあってのまなければならぬ薬の名前と、その副作用を説明することができる。
- b 糖の検尿法をしてみせる。
- c インシュリンを自分で注射できる。
- d インシュリンの副作用を言葉でのべることができる。
- e Hypoglycemia (低血糖) のサインを言葉でのべ、その対策について説明することができる。
- f 皮膚の清潔の必要性を説明することができる。 etc.

表10 褥 創 監 査 ツ ー ル

褥 創 報 告					褥 創 描 写					処 置								
名 前	年齢	性	医 師 診 断	入 院 月 日	発 生 部 位	大 き さ (サ イ ズ)	* stage 1 発 赤	2 皮 膚 剥 離	3 潰 瘍	体位交換 q2h	シー プ ス キ ン	空 気 マ ト レ ス	bed bath	傷 の 手 入 れ	歩 行 A D L	失 禁 有 無	シー ツ 交 換	コ メ ン ト
山 口 〇 子	53	女	Dr. 山 田 脳 溢 血	6/28/86	仙骨	2×2 ^{cm}												

* 褥創の stage

1 度 発赤

2 度 皮膚剥離

3 度 潰瘍（壊死）

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 澤 忠

① ナイチンゲール病棟の成立

ナイチンゲールは優れた看護婦であったと同時に、優れた環境計画者（建築家）であり、多くの病院計画を指導している。患者を30人程度にグルーピングし、通風・採光の良好な長方形の病棟建築にベッドを並べ、適当な隣間隔に病棟を並行配置する、いわゆるナイチンゲール病棟を実現している。病棟全体が1つの病室で中央に看護拠点があり、全患者の動向を看護婦が把握し易くした。眠れない患者に睡眠薬を渡すよりは、患者自身の状況と患者を取り巻く環境を分析し、窓を開閉して室温を調節し、不要な明かりを消し、寝具を直す。看護婦は常に病室に居たのである。

② プライバシー重視と居住性重視

その後、病棟は居住性としてのプライバシーを重視するようになり、4床室から2床室・個室を廊下に並べる病棟が一般になった。患者が日常生活と同程度の生活環境と生活設備を病院にも求めるようになった結果であろう。看護拠点としてのナースステーションは受付的にエレベーターホールに面して設けられ、病室群の重心から外れるケースが多くなった。こうした傾向は当然看護観察上・看護動線上大きな問題を起こしたのである。何時も患者を観察し、必要があれば直接看護を行なおうという意欲をそぎ、呼ばれたら出向くという傾向を生んだのである。さもないと長い廊下を歩く看護動線のロスが増大するのである。

③ 病棟看護を取り巻く状況

一方、医療が高度化して病棟における検査・処置が増え、特に点滴の介助で人手が必要になってきた。医療におけるテクノロジーの発展が看護面に多くの変化をもたらしたのである。看護が医療補助者の立場を強めていった。こうした傾向の中で、最近のアメリカやヨーロッパでは病室での直接看護こそが重要であるとの反省から、看護拠点を分散させて看護の質向上を目

指す試みがなされている。ナースステーションとは別にナースコーナーといった看護拠点のサテライトを設け、患者受持制をとって看護婦が何時も患者のそばに居られるようにしたのである。

④ 看護拠点分散化とサポートシステムの動向

アメリカのカイザー病院では、ナースステーションを止めて中央廊下全体をナースステーションと考え、外周に一般廊下をめぐらしている。その他、患者10人を担当するPCU（患者ケア単位）も現れた。中央から物品を補給するシステムや、コンピューター端末が、サポートシステムとして充実され、看護婦が分散配置されることを助けている。間接看護をサポートシステムが補い、看護を直接看護中心に展開出来るようにしたのである。別の形で看護がテクノロジーを利用したと云える。

アメリカのセントヘレナ病院では、患者10人に看護婦が日勤2人・夜勤1人担当し、物品補給部から移動収納棚に物品を使いやすく整理した状態でセット交換される。物品消耗分は補給部でチェックするので看護婦は伝票を付ける必要もない。

⑤ まとめ

医療が高度化する中で看護の質を高めるには、看護がテクノロジーに使われるのではなく、テクノロジーを利用し、本来の看護を新しい発想で展開させなくてはならない。その為には新しい発想の病棟建築とサポートシステムが必要になる。そうした変化の中で、新しい看護の考え方や看護教育も求められているのではない。患者にとってのアメニティある病院環境が求められているが、それと共に質の高い看護が実現しやすい病院環境も大切である。

看護婦さん方が環境や建築にもっと関心を抱いて戴きたいと願っている。

研究所から臨床に移ってケアの質を考える

神戸大学医学部附属病院

新 道 幸 恵

私は、看護教育、看護研究を主な仕事として長年働いて来て、昨年臨床に復帰し、現在の職に就いた。就任後、看護の質をあげるという目標のなかで先ず強調したのが、「看護婦のベッドサイドケア時間を少しでも多くする」ということである。しかし、このことを実現することは大変に難しい。大学病院においては、最先端の医療が行われ、新しい治療法が導入されている。限られた看護婦でそれに対応している現状では、ベッドサイドケア時間が一番先に犠牲にされ易い。

そういう現状の中で、ベッドサイドケアの時間を可能な限り確保するために、看護の省力化につながる看護用備品の購入、業務の外部委託等を積極的に進める一方、申し送りや記録の方法など看護業務の見直しの検討を積極的に行っている。ところで、本題の「看護ケアの質の測定」に関しては、本院では、必要性を感じながらも行っていないし、基準もまだ作成していない。そこで、臨床看護における質は何によってみることが出来るかについて、先ず、私が考えていることを示し(表1)、次に、私が昨年、本院看護婦を対象にして行った研究セミナーで、取り組まれた研究事例を取り上げながら述べることにする。

表1 看護の質の測定対象

1. 患者や家族の満足度
 - ニードの充足度
 - 看護婦からの親切な対応
2. 患者の回復度、再発(再入院)の度合
 - 術後のステップアップの速度、在院日数、再入院率、再入院までの期間
 - 褥創の予防、ICU症候群の予防
 - セルフケア能力の拡大の度合
3. 看護婦の看護に関する満足度
 - ベッドサイドケア時間、患者との意思の疎通の度合
 - 専門的判断、技術の提供の度合

看護の質は、先ず、患者や家族の満足度によってみられる。このことは、ニードの充足されたことによるものであったり、看護婦から親切な対応を受けたことによるものであったりと思う。次には、患者の回復度、再発(再入院)の度合によってみることが出来る。このことには、具体的には、術後のステップアップの速度、在院日数、再入院率、再入院までの期間、褥創の予防、ICU症候群の予防、セルフケア能力の拡大の度合によってみられるであろう。しかし、これらのことは、治療効果の指標でもあるので、必ずしも、看護の質のみを反映するものではない。患者の回復への意欲や自然治癒力も大きく関与しているので、これらの指標から看護の質を評価するのは慎重に行わなければならない。3番目には、看護婦の看護に関する満足度があげられるであろう。このことは、「よい看護をおこなった」という実感から生じるものと思われる。その実感には、ベッドサイドケア時間、患者との意思の疎通の度合、専門的判断、技術の提供の度合が影響していると思われる。

質の評価は、看護の質のレベルアップを計るためにこそ必要なものであるので、日常の看護実践の場で、上記3つのことを、どの様にして測定するかを明確にして、それを活用できることに意義があると思われる。しかし、現実には、看護の質の評価を行うのは、なかなか大変なことである。そこで、その事にふれるのはさておいて、しばらく、神戸大学医学部附属病院で、研究セミナーを設け、そこで取り組まれた研究事例の内、評価研究に属するものを中心に紹介し、看護の質について考える材料にしたい。

先ず、「褥創のケア—脊髄損傷患者」について説明することにする。褥創の有無が看護の質を示す一つの指標であることについては、本シンポジウムの座長を勤められる川島先生、金川先生のグループが既に実

証されている。脊髄損傷、意識のない患者、救急部に収容されている重症患者は、自分の力で体位を変えることが出来ない上に、看護婦の関心は救命救急のための処置に注がれ易いこともあって、褥創が入院臥床後わずか1日で出来てしまうこともある。その予防、治癒には、注意深い観察と適切で密度の高い看護処置が必要となる。予防や治癒に至る経過日数は看護の質の基準になりえるであろう。研究セミナーでは、整形外科病棟の看護婦が、脊損の患者の褥創予防と脊損患者で他院から転送されてきた時に既に褥創が出来ていた患者の治癒への援助を通して、褥創予防並びに治癒へのケア基準作成に取り組んだ。これは評価研究ではなく、事例研究の形で行ったものである。これは、脊髄損傷患者で、既に褥創が出来てしまった患者のケアを行いながら、褥創のケアについて検討し、その結果を次の患者のケアに生かし試行錯誤しながらケアを行い、その結果を次の患者のケアに生かしながら、脊髄損傷の患者の褥創のケア基準を作っていく研究である。この経過は表に示したが、このプロセスには、多くのベッドサイドケア時間、言い替えれば患者との関わりの時間が取られているのがわかる。また、患者の反応、褥創部分の状態などの観察、それに応じたケアの選択には、専門的な知識と判断が加えられている。褥創の回復の度合には、患者との関わりの質や頻度、専門的判断、技術の適格性が影響していると思われる。脊髄損傷の患者に対しても、褥創を作らないことが、最良の質の看護を提供した証となるであろうし、次のレベルの質は、褥創の程度を最小限にして、早期に回復させることがあげられるであろう。つまり、出来てしまった褥創については褥創の程度や回復の速さでケアの質を測定することになると思われる。

次には、術後せん妄予防のためのケアについて評価研究を行ったものを通して看護の質について考えることにする。

この研究は、耳鼻咽喉科病棟の看護婦が、下咽頭腫瘍の術後患者は、バーバルコミュニケーションの機能を失い、約1週間、頭頸部の絶対安静を強いられる状態で臥床していなければならないという状態におかれるために、術後せん妄が発生し易い、ことに着目して、取り組んだものである。研究対象には、下咽頭腫瘍等で咽頭等の摘出、頸部郭清術などを受け、術後に1週間、頭頸部の絶対安静を強いられ、失声した患者を選

表2 術後せん妄予防の看護行為

- (1) 術前オリエンテーションの改善
- (2) 枕交換
- (3) ホワイトボードアームの使用
- (4) ラジオカセットの使用
- (5) リカバリ室の改善
- (6) 定期的な眠剤の使用

び、術後のせん妄を予防する目的で、表2に示した6つの看護を提供したことへの評価を行ったものである。これらのケアの一つ一つは、日常の看護の中で比較的多く用いられている行為であるが、それらを失声と頭頸部の絶対安静という大きな苦痛によるストレス状態にある患者のその反応としての術後せん妄に応用するという点に於て、専門的知識と判断が為されているといえよう。また、この看護のうちの枕交換は、患者の反応から考察したアイデアと絶対安静を妨げないで行うと言うところに、高度の専門的技術が含まれている。表に示したように患者への関わりも増し、ベッドサイドケア時間を比較的多く使っている。この場合の看護の質の評価指標としては、せん妄の発生率と頭頸部の痛みやコミュニケーションに関する苦痛に対するニーズの充足である。そのことは、患者への関わりの程度や質を含んだ提供した6つの看護の効果であり、それを可能にした専門的な知識、判断、技術の評価と考えられる。

次に、癌患者の疼痛コントロールのためのケアにつ

表3 術後ケアのための訪床回数

術後ケア	訪 床 回 数	
	合 計 (回)	一日平均 (回)
シ ー ツ 交 換	2	0.3
更 衣 ・ 清 拭	7	1
与 薬	10	1.4
吸 引	87	12.4
巡 視 ・ 検 温	56	8
経 管 栄 養 介 助	84	12
Nc への対応	37	5.3
Dr の 訪 床	18	2.6
そ の 他	18	2.6

看護ケアの質の測定

いて、本院で、癌性疼痛に対する鎮痛剤の与薬に関わる看護婦の判断についてと題して、定期薬、屯用薬の与薬時に看護婦がどのように判断して、与薬という看護行為をどの様を選択したかを分析したものをもとに考えてみたい。この研究の動機となった背景には、ある病棟で、ターミナルな患者に鎮痛剤を使用することに消極的であった看護婦が、病棟全体でターミナルケアに積極的に取り組むことになり、ターミナルな患者のQOLには疼痛コントロールが重要であることを学

び、そのための看護方針を取り決め、取り組むようになったということがある。表4、5では屯用薬の与薬時の判断を示したが、鎮痛を目標として、患者のその時の状態を観察、判断し、屯用薬、プラセボ、インテバンクリーム[®]の塗布、マッサージ等の看護行為を選択している。この看護の質は、鎮痛による患者のニードの充足の証として、疼痛コントロールの度合を指標とすることが出来ると思われる。

本院の研究セミナーで、評価研究に取り組んだ事例

表4 A氏の疼痛の訴えのある時の屯用薬の与薬時における看護婦の判断内容と根拠

N=14

判 断 項 目	判 断 人 数 (%)	観 察 内 容	人 数
夜間の疼痛増強を防ぐために与薬する。	1 (7.1)	安易に坐位になれない	1
本人からの希望があるため与薬する。	7 (50.0)	苦痛表情なし	4
		苦痛表情あり	2
		腹臥位で薬を待っている	1
		不安な表情	1
検査中、疼痛を予防するために与薬する。	1 (7.1)	苦痛表情なし	1
インテバンクリームの塗布と、マッサージの併用で患者より効果があると反応があったため適宜施行する。	2 (14.3)	疼痛部位を確認する	1
		苦痛表情なし	1
疼痛がコントロールできていないので、他の鎮痛剤の併用等が必要と考え医師と相談する。	5 (35.7)	不安な表情	2
		記載なし	1
		顔色不良	1
		苦痛表情なし	1

表5 A氏の疼痛の訴えない時の屯用薬の与薬時における看護婦の判断内容と根拠

N=11

判 断 項 目	判 断 人 数 (%)	観 察 内 容	人 数
インテバンクリームの塗布とマッサージの併用が、疼痛に対しても精神的にも効果があるため、適宜施行する。	11 (100)	苦痛表情なし	4
		記載なし	2
		嘔気なし	2
		仰臥位になっている	1
		訴えなし	1
		疼痛部位の確認	1
		TVを見ている	1
		倦怠感見受けられる	1

をもう一つ、簡単に説明することにしよう。それは、飲み間違い、飲み忘れの予防を目標とした内服薬の自己管理のための指導に関する評価研究である。循環器内科の患者は、平均8種類の薬を飲んでいる。最近の高齢化現象は入院患者にも顕著になっている。高齢の患者には、入院中は、看護婦のケアによって、飲み忘れ、飲み間違いがないとしても、退院後には、その発生頻度が高まることが予測される。事実そのようなことのために、再入院率が高くなったり、再入院までの期間が短かったりという患者に、内科病棟の看護婦は出会っていた。そこで、それらを予防するために、入院中から、ある一定の条件を満たしている患者を対象に、内服薬の自己管理指導を行って、そのことを実施し、退院後の薬の飲み忘れや飲み間違いを、入院中に自己管理指導を行わなかった場合と比較検討するという研究に取り組み、自己管理の効果の実証を試みた。

これまでにお話した研究セミナーで取り組んだ研究事例からみた看護の質について、冒頭で述べた看護の質を見る場合、何で見るのかということに照らして整理してみることにする。

1) 褥創のケアー 脊髄損傷患者、2) 術後せん妄予防のためのケア、3) 癌患者の疼痛コントロールのためのケアに関する研究結果からは、患者のニーズの充足や、ベッドサイドケア時間の増大、患者の状態並びにケア内容に関する専門的な知識と判断力、技術の提供の度合、入院期間の短縮等が指標となり得ることを示しているであろう。4) 内服薬の自己管理に関するケアの研究結果は、セルフケア能力の拡大、再入院率の低下、看護婦の専門的な知識(疾病と薬)と技術(指導能力)の提供の度合は、指標となり得ることを示していると言えるであろう。また、看護婦の専門的な知

識、判断、技術の活用度合は看護婦の満足度につながるという点で、それも指標となり得ることと思う。

しかし、臨床の現場で、看護の質の査定をする場合には、定期的にかつ手短に行うことに意味があると思われるので、これらの指標を取るためにいちいち、研究的手法を用いるわけにはいかない。現実的には、質の査定基準を設けて於て、その基準に沿って、定期的に行うことが望ましいと思われる。その基準の中には、上記指標を盛り込んで、いつ、どのような方法で、誰が行うかを、冒頭で述べた質の測定対象ごとに決めておくことも一つの方法と思われる。

看護の質の評価は、多様な側面をもっている事に加えて、総合病院における看護場面は極めて多様であることもあって、質の測定を実際に行って、看護の質のレベルを査定するのは極めて困難である。しかし、看護の質の向上を目指して、日々の業務を行っている以上その実現化に向けて努力しなければならないと考えている。

そこで、本院では、看護ケアチェックリストをその質の査定の用具として使えないかを現在検討中である。このチェックリストは、業務量の査定用具として、約2年間かけて検討してきたもので、今年6月からコンピュータのオフラインとして入力するかたちでテスト試用している。現在本院看護部の業務委員会を中心に、業務量を簡単に分かりやすく査定するためと、これを質の査定にも応用することが出来るようにするために、内容の再検討と点数化について検討している。質と量とは、ある意味では相反するものと思われるかも知れないが、看護の質は、業務量と看護婦数との対応関係と無縁ではないことから、関連づけて査定することが必要と考える。

◆シンポジウム II◆ 質疑応答

司会（川島）：看護を精一杯導入しても、健康の増進、治癒などの効果があがりにくいケースがある。たとえば、ターミナル、治癒が望めない患者、痴呆老人、植物状態の人々などであるが、このような場合の看護ケアの質を評価する時、どのようなことを考えられるか？

ライダー島崎：疾病毎に退院時の目標をたて、退院時にはその内容ができるように入院中に指導し、できるようになって退院するというシステムでは、「目標とした結果になればよい」という評価の方法をとれる。

司会（川島）：その結果が得られない、つまり今の医学で治らない患者、ケアを投入しても延命・治癒の点で成果の得られない患者の場合ではいかがか？

新道：回復の見込みが無いといわれても、最大目標を掲げて看護はアプローチをする。その人にかかわる時点で置く目標を一つの基準にして、看護の結果をみることができると思う。

病院毎に、看護のカテゴリーの中で、状態を判断し基準を設定して、成果をみることが、成果に至るまでのプロセスを尺度の中で査定する方法ではないかと考える。

天津：重度の障害を持つ人、老人、ターミナルというように対象の人々に対しては、医師は半分手を引いている面もあるが、看護は最後まで諦めないうえ関わっていかねばならない。

成果という点からみると、患者への刺激の効果ということも大切であろう。ケアのレベルを維持するための大切なキーポイントをどう引き出していくかということ、看護婦がアセスメントしていくことが必要であり、維持するためのマンパワーが必要であると思う。

千葉社会保険病院 坂内美智子：柳沢先生にお伺いしたい。

病院を新しく建て替えられない場合、どういう視点を持てば、より高いケアを提供できる病棟になり得るか？

今の職場では、ナースステーションを中心に丁字を呈しており、動線の長さを感じている。少しでも動線を短く、直接のケアにかけられる時間を長くし

たい。

柳沢：病院がどのような状況にあるか具体的にわからないが、受け持ち患者（の病室）がナースステーションから遠い場合は、看護婦が（ナースステーションの他に）どこかに拠点を持つと良いのではないかと考えている。その際には、カルテや必要な物品をどうするかなどのサポートシステムを作る必要があると思う。

物品や情報のシステムを改善するということは、建物を建て替えずにでも可能（な改善方法）である。実際に、手術室の看護婦の動きが多いので調査をし、受付に事務員を配置したら、看護婦の動きが減った例もある。つまり、適切な場所に適切なものを置くと、（看護婦の）動きが減少するということだ。建物全部を建て替えることは少ないであろうから、改造や人員配置・物の置き方を改善するなどの方法があると思う。

京都市立看護短大 西田直子：看護の質向上を、他部門に政治的、行政的に働きかける方法について教えて頂きたい。

看護の質は、看護婦が判定するだけでなく、患者の満足、充足度によって測っていくことが大切であるが、患者の満足、充足度についてどのように測定していくとよいのか、ご意見を伺いたい。

看護の質を判定するのは、看護婦であろうか？（本来はそれは、看護を）最も身近に感じる患者、地域住民ではないかと感じるが、そう考えると、どのように測定できるのだろうか？ 毎日のやり取りの中で患者のニーズの充足度をくみとれることも必要ではないか、と感じているが。

新道：周辺の人々に看護を理解して貰えるように伝えることは、看護の改善に役立つと思う。（それには、）理解して貰うための客観的資料、例えば、統計資料を提供することも重要だと思っている。

お示しした看護ケアチェックリストは、もともと業務量の査定のためのものであったが、質の査定にも使えないかと考えている。そういうものを活用して、定期的に資料を作成して示すことで、他を説得できないか。

患者の満足度に関しては、研究的手法は、臨床研究では使いにくい。他のことに解釈し直してチェックする手立てがあるのではないかと。

司会（川島）：柳沢先生（に伺いたい）。患者の立場、患者の家族の立場で看護の質を観るとしたら、どのようなことがあるか？

柳沢：脊損の方のための施設を造るということで、役所の方がみえたことがあった。その時も（役人の視点の中には）、介護する人の姿が無かった。そのような時、私達建築家は、その施設で実際に作業する人の代弁をしなければならないが、その場合は予め、「介護作業は大変だ。」と実際に身につまされている方が基本的なデータを作成しておかれることが大切だと思う。

アメリカで、ヘルスケア・ファシリティのインテリアデザインの会議があったが、老人施設や病院に、インテリアデザインの人々も関心を持っている。「インテリアデザインを良くしたら入院期間が短縮された。」という報告がある。（このように何事も状況を）統計的に整理して発表する。こういう努力が、多くの関係者にアピールするために必要ではないかと思う。

ライダー島崎：ニューヨークの聖ルカ病院では、クオリティ・アシュアランス・プログラムがある。これは、退院時に患者へ質問票を渡して、入院中のケアの内容や看護婦の態度について答えてもらうシステムで、患者が病院の看護についてどのように思ったかを病院が把握するものである。

新道：経済に関わる問題だが、病院の生活環境を良くしていくことは、その必要性は叫ばれているにも関わらず、その効果が病院の収入として入ってくるラインが無いということにも問題があるのではないかと思う。

神奈川県足柄上病院 ツジトリ：新道先生に伺いたい。

評価研究ということで臨床で行なわれた幾つかの報告の中に、褥瘡のできた患者についての報告があった。順に改善策を活かして行く時に、悪い表現をすると実験的にトライしているようにもとれた。このような場合、倫理的な見方をどのように考えていったらよいか？

新しい方法を行なう時、自分ではジレンマがあったので、そういう点についてどのように考えたらいいのか、伺いたい。

また同様に、循環器の患者の報告でも、服薬の指導の有無での差の検討でも、成果を報告する際に言

い切れない要素が多いと思うか。

新道：新しい方法を患者に実施する際には、倫理的なジレンマもある。しかし、その人にとってこのケアが最良であるときには、それは「試みの実験」では無く、「看護婦が最善のケアを提供する」ということである。むしろ、必要なことではないかと思う。その点にも、臨床研究の意味があると思う。

服薬に関する報告は、現在の患者を指導の有無で分けたのではなく、過去において服薬指導をしていない時代の反応と、現在指導した患者のデータを集めて、比較検討したものである。その点では、データの均衡という面に問題があるかもしれないが、対象のマッチングをして正確に比較検討できる手法を用いて分析する、ということで、結果を評価・考察することは可能であると考えている。

司会（川島）：本学会のメインテーマが、看護の質の評価でもあるので、看護ケアの質の測定を研究する上で困難な点——研究対象の条件を人為的にコントロールしにくい、ケアの質に関わる沢山の要因をどのように分析的に検討するか、測定しにくい質のレベルを量に換算するときに陥りやすい主観性 など——の問題を、克服するための心構えや、ご自身の抱負などを一言づつお願いして、このシンポジウムの終わりとしたいと思う。

天津：ケア技術の判断過程の能力を、知識としてもって行きたい。ケアの実践の際の、「見える技術」と「見えない技術（関わり）」に対するアプローチを分けていかなければいけないと思う。看護の専門分化、ケアへの責任・継続性、看護の形態などが、看護の質に影響するのではないか。また、ケアの量が集中する夜・早朝の時間帯のケアの質をどう上げていくかということも、見直す必要があると思う。

柳沢：看護婦さん達に、建築に興味を持っていただきたい。悪い建築でロスをしていることが多いことを、知って欲しい。自分の病院が駄目でも、新しい病院ができる時に、専門家として発言していただきたい。日本の病院は貧困である。私達が「こんなに狭くては（作業が）できない。」という、「他の人に頼みましょう」となってしまう。専門家としてサポートして欲しい。他の人に伝えるように、コミュニケーションをもっと持って欲しい。

「経済的にプラスにならないから」という話が出

たが、長く使えることが大切で、そうでないとお金もかけられない。病棟はきちんと造っておけば50～70年は使える。そういうことを含め、良いものを長く使い続けるために、専門家の声が、決定する立場にある人に届くように、専門家としての発言を期待する。

新道：看護婦は本質的には「患者の満足を目標にして良い看護をしたい」と考えていると思う。「看護婦が生き生きしている」ということは、良い看護をしている証しであると思う。そういうことも、看護の質の評価、質の査定に活用できるのではないかと考えている。

先程から述べているが、看護ケアチェックリストを、業務の査定と同時に質の査定に使うということ課題に取り組んでおり、（その中で）関連する専門家と一緒に考えて行くことが必要だということが話し合われている。皆様からのアドバイスをいただければと、お願いしたい。

司会（金川）：医療機関の中でのケアの質の測定ということでは、短期のものもあるが、成果が後になるものもあるので、長期の成果の測定、換言すれば、ケアの測定の継続化ということも大切ではないかと感じている。

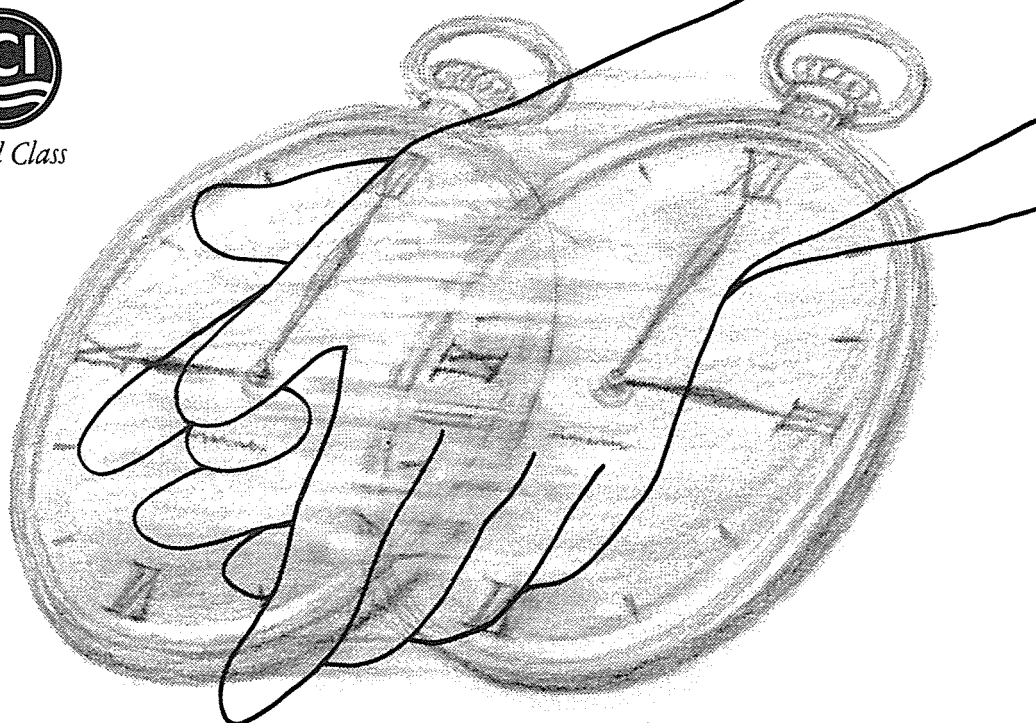
司会（川島）：「看護の質の測定」ということでシンポジウムを展開してきたが、素朴な表現をすれば、「良い看護をしたい」という一言に尽きると思う。この「良い看護」について、看護婦が考えているものの、ケアの受け手側が考えているものが、各々どのようなものか。また、両者間にズレはないのか、ということも明らかにしていかなければならないと思う。

ケアの成果についても、対象の群、技術の統一など多くの問題があり、この研究はますます発展させていかねばならない課題であると思う。

先生方ならびに会場の皆様、有難うございました。



World Class



優れた殺菌効果が持続します。

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

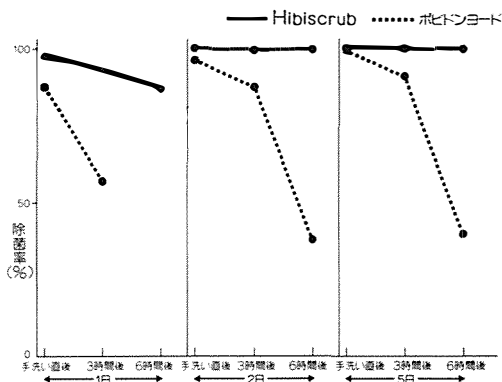
外用薬 手指用殺菌消毒剤

ヒビスクラブ®

組成：グルコン酸クロルヘキシジン4%(W/V)

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

術前手洗いの除菌率 3時間後と6時間後の手洗い効果の研究報告



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

■効能・効果 医療施設における医師、看護婦等の医療従事者の手指消毒 ■使用上の注意 (1) 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) 2次の場合には慎重に使用すること 薬物過敏性のある者 (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、直ちに水洗流すこと。

※その他の取り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)

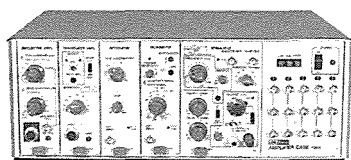
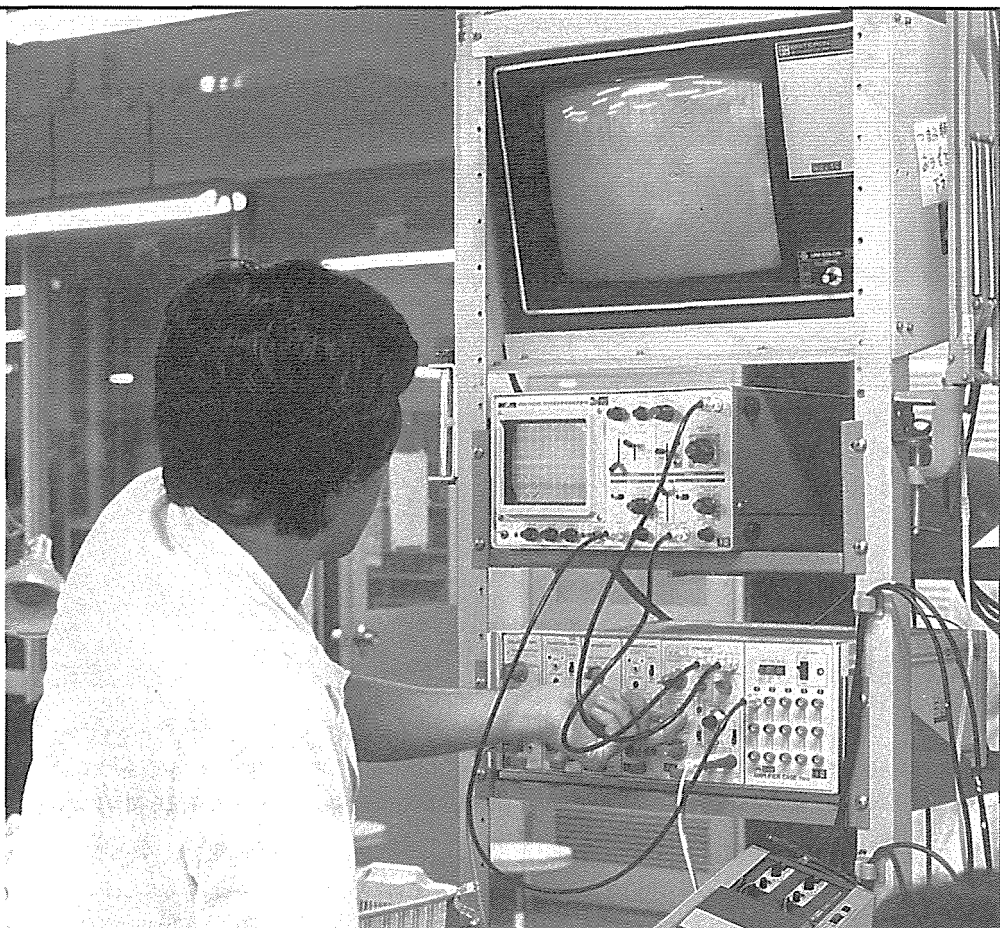
アイ・シー・アイファーマ株式会社
〒541 大阪市中央区今橋2丁目5番8号

製造販売元

住友製薬株式会社

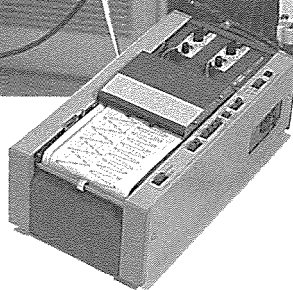
〒541 大阪市中央区道修町2丁目2番8号

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

精神病に対する看護学生の意識構造（2）

—入学形態，成績，接触経験，入学年度による検討—

The Consciousness to the Psychosis of the Students in a Nursing Colledge (2)

—The Study with Entrance way, Result of Lecture of Psychiatrics,
Approach to Patient or Hospital, and the Year of the Class—

金 山 正 子* 田 中 マキ子* 川 本 利恵子** 内 海 滉***
Masako Kanayama Makiko Tanaka Rieko Kawamoto Ko Utsumi

I 研究目的

私たちは精神科実習時の看護学生の意識が多様であることから，教育の基礎資料とするため，精神疾患の基礎的知識を学習する前の看護学生の精神病に対する意識構造を明らかにしたいと考えた。第一報では，「嫌悪因子」「同情因子」「看護の目覚め因子」「現実的イメージ因子」「社会的イメージ因子」「学問的研究因子」の6因子を抽出し，入学形態，成績，精神病患者や精神病院との接触経験，入学年度，CAS不安得点などの看護学生の個人特性が意識に関連していることを見出した¹⁾。今回は，その関連性のあった個人特性の中から入学形態，成績，精神病患者や精神病院との接触経験，入学年度をとりあげ，これらの個人特性が意識に及ぼす影響を明らかにしたいと考え，因子空間における意識構造の位置的関係について検討した。

II 研究方法

1. 対 象

対象は精神疾患の基礎的知識を学習する前の看護学生とし，1985～1987年度の山口大学医療技術短期大学看護科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（バリマックス回転）を行い，累積寄与率40.21%で6因子を抽出した（表1）。次に，各学生の因子得点を個人特性により群別にクロスし，平均値の差の検定を行った。そして有意差が認められた表2に示す項目の中より，入学形態，成績，精神病患者や精神病院との接触経験，入学年度の4項目をとりあげ，因子得点の平均値を因子空間にプロットし，位置的関係を検討した。

III 結果および考察

1. 入学形態による差

本学は，推薦入学を実施しており，看護への動機づけにより意識に差があるのではないかと考え，入学形態別に比較した。■1は対象者の入学形態別学生数を示している。推薦入学学生108名と一般入学学生124名とで比較した結果，「看護の目覚め因子」に5%の危険率で有意差が認められた（表2）。

そこで，X軸に「看護の目覚め因子」，Y軸に「嫌

* 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（２）

表1. 因子分析の結果

項目		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	

表2. 有意差の認められた項目

項目	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	DF
推薦入学—一般入学	0.41	0.27	0.69	2.45*	0.42	0.64	230
成績上位—成績下位	0.72	1.48	1.19	0.02	0	2.02*	119
接触経験あり—なし	2.03*	0.20	0.41	0.05	1.15	0.24	230
1985年—1986・1987年	0.84	4.01**	1.45	2.77**	2.04*	0.60	230
CAS総合点 高—低	2.32*	1.74**	1.72	0.93	0.33	0.26	54

** P<0.01 * P<0.05

悪因子」、2軸に「同情因子」をとる因子空間に因子得点の平均値をプロットした。その結果、図2に示すように、一般入学学生はX軸のプラス方向に、推薦入学学生はX軸のマイナス方向に位置しており、両者はX軸において離れた位置にあった。つまり、看護を志向して推薦を受けた学生よりも一般入学の学生の方が、「社会・家庭等の問題により発病」「怖くはない」「精神病への理解が必要」などの看護の目覚め意識を自由に表現する傾向があった。このことは、一般入学

学生が、看護学科入学後に看護の学習をすることによって看護の知識が広がり、本調査までに形成された看護観が影響し、意識が高まっていくことを示していると考えられる。一方、推薦入学学生は看護の目覚め意識がない傾向が示され、精神疾患患者の看護に関心がないことが示された。このことは、推薦入学学生は精神疾患患者以外の患者の看護に関心が向いており、精神疾患患者の看護に対して慎重な態度をとっているのではないかということが考えられる。一般入学学生は推薦入

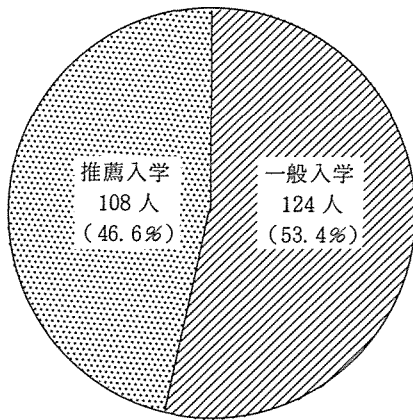


図1. 入学形態別学生の割合

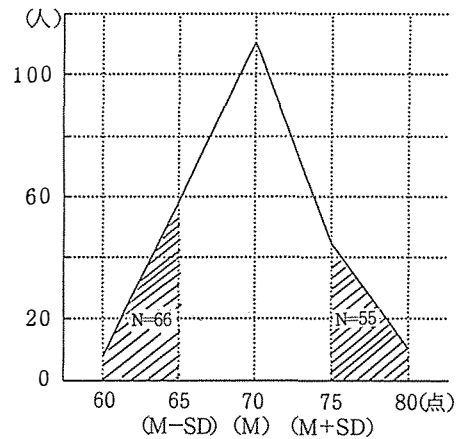


図3. 成績別学生数 (N=232)

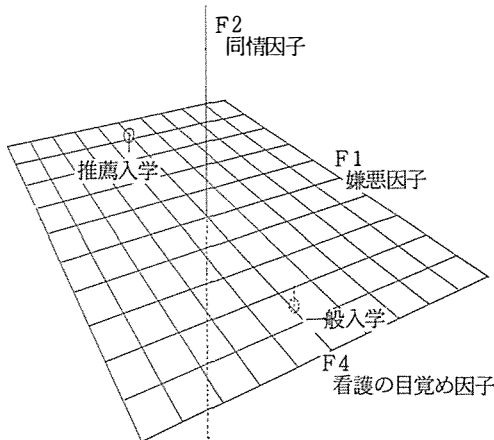


図2. 因子空間における位置関係
(推薦入学群, 一般入学群)

学学生よりも、精神病を看護の対象として、「怖くはない」「理解が必要である」と肯定的に受け止めているのではないかと推察される。

2. 成績別

成績と意識構造との関連を見るため、本調査後に行われた精神疾患・看護の科目成績により、上位・中位・下位の学生に分類し比較した。図3は成績別学生数を示している。上位の成績の学生55名と下位の成績の学生66名とで比較した結果、「心の病気・精神の異常」「思考・行動の異常ではない」などの項目で構成される「学問的研究因子」に5%の危険率で有意差が認められた（表2）。また、学問的研究因子の因子得点と

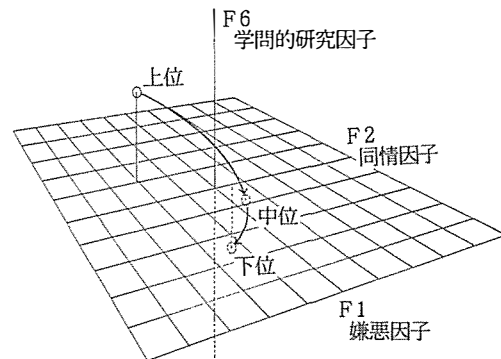


図4. 因子空間における位置関係：成績別
(上位群, 中位群, 下位群)

科目成績との相関係数を算出した結果、相関係数0.18で5%の有意な相関が示された。そこで、X軸に「嫌悪因子」、Y軸に「同情因子」、Z軸に「学問的研究因子」をとる因子空間に、成績上位、中位、下位の各群の平均値をプロットすると図4に示すとおりとなった。成績上位の学生群は、X軸・Y軸のマイナス方向でZ軸のプラス方向に突出し、成績下位の学生群はX軸・Y軸のゼロ点近くでZ軸のマイナス方向に突出していた。各群の平均値の得点を結ぶと図示された円弧を描く曲線となり、この線は「成績の差による意識の差」を示しているといえる。つまり、成績上位、中位、下位の各群の位置はZ軸において離れた位置関係にあり、成績が上位の学生は精神病を学問的にとらえようとする傾向があり、同情する意識や嫌悪する意識がな

い傾向にあった。すなわち、成績の良い学生は、精神病を同情や嫌悪などの主観的な見方をせずに、医学的な見方をして、客観的にとらえようとする傾向があると推察される。

次に、入学形態と成績との関連を検討すると、カイ2乗検定で1%の危険率で有意差がみられ、推薦入学学生は一般入学学生よりも成績が良いという結果が得られた。したがって、推薦入学学生は一般入学学生よりも学習能力が高く、精神病に対して主観的な同情や嫌悪をせず、学問的にとらえようとする傾向がある。つまり、推薦入学学生は主観的な見方をせずに、精神病を客観的にとらえようとする傾向がある。また、推薦入学学生は精神疾患患者以外の患者の看護に関心が向いているため、精神疾患患者の看護に対して慎重な態度をとっていると推察される。

3. 接触経験別

精神科実習後に患者への見方が変化したという報告があり、接触経験は学生の意識に大きく影響するのではないかと考え、精神疾患患者や精神病院と接触した経験の「ある」学生53名と「ない」学生179名を比較した（図5）。その結果、「近づきにくい・差別・疎外」「治療・看護が難しくはない」「気味が悪い・嫌な」などの項目で構成される「嫌悪因子」に5%の危険率で有意差が認められた（表2）。また、接触経験が「現実的イメージ」に及ぼす影響をみるため、「暗い・陰気」「冷たい」「隔離・柵・鉄格子」などの項目で構成される「現実的イメージ因子」を含む因子空間に因子得点の平均値をプロットした。図6は、X軸に「同情因子」、Y軸に「嫌悪因子」、Z軸に「現実的イメージ因子」をとる因子空間である。接触した経験のある学生はZ軸のプラス方向に突出し、ない学生はゼロ点近くに位置しており、両者はZ軸の方向に離れた位置関係にあった。このことは、基礎的知識のない学生の精神病患者や精神病院への接触経験は、嫌悪する意識や現実的イメージの形成に影響していることを示している。学生の接触した内容を見ると、「家の近くの病院を見た」「精神科に入院している人を見た」など表面的な内容であり、基礎的知識がないために精神疾患の本質は理解できていない。したがって、現実的イメージが外見的内容となっている。また、精神疾患患者や精神病院と接触した経験のある学生は、22.8%であったことから、学生は20年の生活の中で精

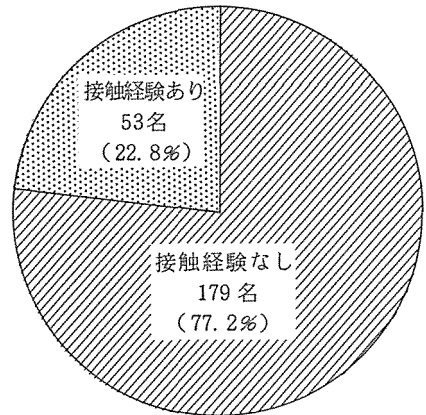


図5. 接触経験別学生の割合

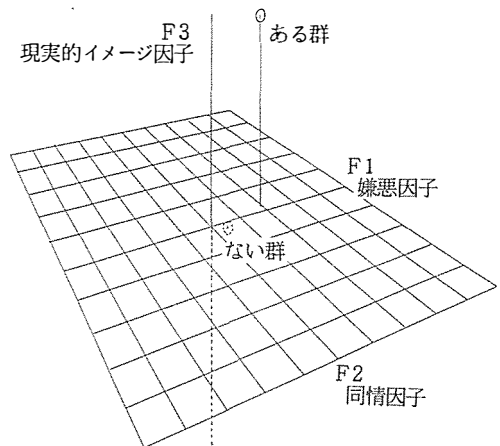


図6. 因子空間における位置関係
（接触した経験のある群、ない群）

神病に接触する機会が少なく、認識する機会が少ないことが示された。つまり、精神疾患患者の病院への入院を中心とした医療が多く、社会復帰施設や在宅ケアが少ないなどの社会状況が影響し、学生は日常生活の中で精神疾患や精神疾患患者に触れる機会が少ないと考えられる。したがって、基礎教育で精神疾患の基礎的知識を学習する際には、患者理解の一助として学生が現実的イメージを持てるような教育方法を選択する必要があると考える。

4. 入学年度別

入学年度による意識の差を検討するため、入学年度別に比較した。入学年度別学生数は、1985年度83名、

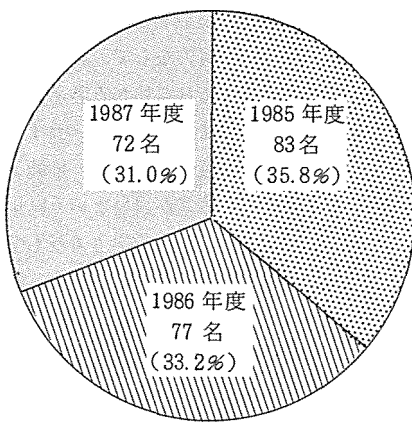


図 7. 入学年度別学生の割合

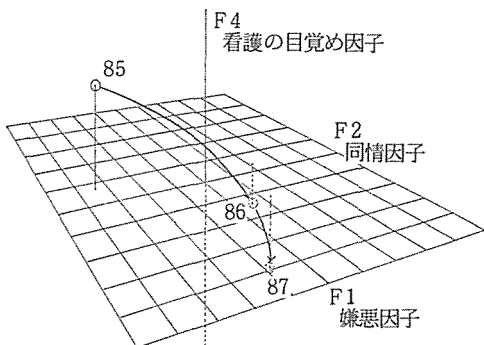


図 8. 因子空間における位置関係：入学年度別
(85年群, 86年群, 87年群)

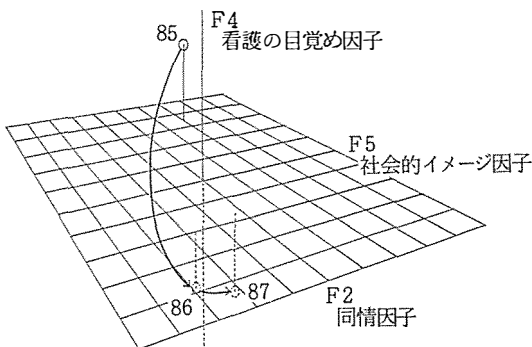


図 9. 因子空間における位置関係：入学年度別

1986年度77名, 1987年度72名である(図7)。その結果, X軸に「嫌悪因子」, Y軸に「同情因子」, Z軸

に「看護の目覚め因子」をとる因子空間では, 図8のような位置関係を示した。各群の平均値の得点を結ぶと図示された円弧を描く曲線となり, この線は「入学年度による意識の変化」を示している。つまり, 精神病を嫌悪する意識, 同情する意識, 看護の目覚め意識は, 年度と共に推移しているといえる。1985年度の学生は, X軸・Y軸のマイナス方向にあり, Z軸のプラス方向に位置し, 1987年度の学生はX軸・Y軸のプラス方向にあり, Z軸のマイナス方向に位置し, 両者は, かなり離れた位置関係にあった。1985年度の学生は, 精神病を嫌悪しない, 同情しない傾向があり, また, 看護の目覚め意識を高く表現している傾向があった。また, 5%の危険率で有意差が認められた項目の3因子(同情因子, 社会的イメージ因子, 看護の目覚め因子)で構成した因子空間では, 図9のような位置関係が示された。1985年度の学生とそれ以外の学生を比較すると, かなり離れた位置にあった。1985年度の学生は, 同情を示さず, 社会的イメージや, 看護の目覚め意識を表現している傾向が見られた。その理由として, 1985年度学生の場合, 事件に関する記述が多くみられたことより, 本学の近くで精神疾患患者の殺傷事件が発生したことが影響したと考えられる。身近な社会状況は, 学生の意識に影響を与えると推察される。また, 学生は社会的イベントと関連する精神病に対して同情しない傾向を示し, 看護の目覚め意識を示す傾向があった。このことより, 社会的イベントは精神科看護の動機づけに影響すると考えられる。社会的イベントは, 精神疾患患者の社会からの逸脱行為を意味し²⁾, 被害者への同情は起こりやすいが, 行為者への同情は起こりにくい。また, 社会的イベントの背景には, 妄想や幻覚などの病的症状があり, それに伴う行動が人間を脅かす危険な行動であるため, 人々の恐怖心に結びつくと考えられる。ゆえに防衛反応として, 精神疾患患者は社会の人々から嫌悪される傾向があると考えられる。しかし, 行為者が病者であり, 社会的イベントが病気によって生じた行動であることから, 看護を学ぶ学生にとっては, 看護の必要性を考える契機となり, 精神病に対する意識に影響を及ぼしたと考えられる。昭和61年度版精神科看護白書によると, 中学生・高校生の場合, 精神障害者のイメージは「新聞・ラジオ・テレビ等から」の影響が60%以上を占めている³⁾。このことは, 日常生活ではなじみがなく, 社会的イベントとして新聞・ラジオ・テレ

び等から情報が伝達されることが多いのではないかと考えられる。本調査においては、情報を得る手段についての調査を行っていないため、この点については明らかではないが、前述の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は22.8%と少数であったことから、日常生活ではなじみが少ないことが伺える。したがって、基礎教育では看護学生が精神疾患の病態を理解し、否定的なイメージばかりではなく、肯定的なイメージをもてるような情報を与えることを配慮する必要があると考える。

次に、昭和43・48年の看護学生と昭和60～62年の看護学生の精神衛生に対する意識を比較した野田氏の調査結果では、昭和60～62年の学生は、「精神病はなにかのたたりや狐がついているものがある。」に肯定的な回答をした人の率が以前より高く、占いや恐怖映画に人気があるという状況も影響するのではないかと報告されている⁴⁾。今回の私たちの調査結果では、「たたり」や「狐がつく」などの表現はまったく見られなかったが、このような社会の状況も意識に影響を与えたと考えられる。したがって、精神病に対する意識は、年度により差があることを考えていくことが必要である。

以上のことより、社会状況の違いにより、学生の受けとる情報が異なり、精神病に対する意識に差が出る事が考えられる。

IV. 結 論

1. 入学形態別の比較では、推薦入学学生群と一般入学学生群は、看護の目覚め因子において、離れた位置にあった。一般入学学生の方が看護の目覚め意識を自由に表現しており、入学後に看護の知識が広がり、本調査までに形成された看護観が影響し、意識が高まっていくことが推察された。推薦入学学生は、精神疾患患者以外の看護に対して関心が向いており、慎重な態度をとっているのではないかと考える。一般入学学生は、推薦入学学生よりも、精神病を看護の対象として肯定的に受け止めているのではないかと推察される。

2. 成績別の比較では、成績上位・中位・下位の各群は学問的研究因子において離れた位置にあり、円弧を描く曲線上に配列されていた。上位の学生は精神病

を学問的にとらえ、同情や嫌悪を表現しない傾向が示された。つまり、成績の良い学生は、精神病を主観的な見方をせずに医学的な見方をして、客観的にとらえようとする傾向があるのではないかと考える。また、入学形態と成績との関連を検討すると、カイ2乗検定により1%の危険率で有意差がみられ、推薦入学学生は、一般入学学生よりも成績が良いという結果が得られた。推薦入学学生は、一般入学学生よりも学習能力が高く、精神病を客観的にとらえようとする傾向がある。また、推薦入学学生は精神疾患患者以外の患者に関心が向いているため、精神疾患患者の看護に対して慎重な態度をとっていると推察される。

3. 精神病患者や精神病院との接触経験別の比較では、接触経験のある群とない群は嫌悪因子および現実的イメージ因子において離れた位置にあった。基礎的知識のない看護学生の接触経験は、嫌悪する意識や現実的イメージの形成に影響を及ぼしていることが示された。しかし現実的イメージの内容が外見的内容となっており、基礎的知識がないために、精神疾患の本質が理解できていないと考えられる。また、学生は精神疾患や精神疾患患者と接触する機会が少ないことが示され、患者理解の一助として、学生が現実的イメージをもてるような教育方法を選択する必要があると示唆された。

4. 入学年度別の比較では、1985年度、1986年度、1987年度クラスについて比較した。その結果、因子空間では円弧を描く曲線となり、この線は「入学年度による意識の差」を示していると考えられる。また、有意差のみられた3因子で構成する因子空間では、1985年度クラスはそれ以外の2クラスとは、かなり離れた位置にあった。精神病に対する意識は、社会状況によって看護学生が得る情報に差を生じ、意識に差が出たと考えられ、社会的事件が影響していると考えられる。また、学生は社会的事件と関連する精神病に対して同情を示さず、看護の目覚め意識を示す傾向があり、社会的事件は精神科看護の動機づけに影響すると考える。

（本研究の要旨は、第18回日本看護研究学会において発表した。）

要 約

本研究の目的は、看護学生の個人特性と精神病に対する意識構造との関係を明らかにすることである。対象は、精神疾患の基礎的知識のない看護学生232名とし、自由記載法により調査した。因子分析により6因子を抽出し、有意差が認められた個人特性について、因子得点平均値の位置的関係を検討した。結果は次の通りである。

1. 一般入学学生は推薦入学学生よりも看護の目覚め意識を自由に表現し、精神病を肯定的に受け止める傾向がある。
2. 成績上位の学生は、精神病を客観的にとらえようとする傾向がある。成績別では、因子空間に円弧を描く曲線が示され、成績の差による意識の差が示された。
3. 精神病患者や精神病院との接触経験は、嫌悪する意識や現実的イメージの形成に影響を及ぼしている。
4. 入学年度により社会的イメージに差があり、社会的事件などの社会状況が意識に影響を及ぼしている。因子空間に円弧を描く曲線が示され、入学年度の違いによる意識の差が示された。また、学生は社会的事件と関連する精神病に対して同情せず、看護の目覚め意識を示す傾向があり、社会的事件は精神科看護の動機づけに影響すると考えられる。

Summary

The purpose of this study is to investigate the relation between the students' profiles and consciousness to the psychosis of the students in a nursing college.

Objects of this study were 232 students, they didn't have basic knowledge about psychosis.

We researched by writing freely on a paper, and analyzed them by factor analysis and we picked up 6 factors, and we compared the factor scores about the student's profiles (entrance way, approach to patient or hospital, result of lecture of psychiatrics, and the year of the class).

The result as follows.

1. The students by general entrance way describe the consciousness of awaking for nursing freely, and they receive the psychosis positively.
2. The students of a superior rank on the result of lecture of psychiatrics see the psychosis objectively. In the space of factors, the curve show the relation between result and consciousness.
3. Approach to patients or hospital have influence on consciousness of dislike and real imaginative.
4. The year of the class have a difference social image, and social condition have influence on consciousness. In the space of factors, the curve show the relation between the year of the class and consciousness. And the students have no sympathy to the social events, and they awake for nursing by them. And we think the social events have influence on the students' motivation for nursing.

V 参考文献

- 1) 金山正子他：精神病に対する看護学生の意識構造（1），日本看護研究学会雑誌，14（2），P. 53～60，1991.
- 2) 加藤正明監訳：社会精神医学双書1，偏見・ステイグマ・精神病，星和書店，1978.
- 3) 日本精神科看護技術協会：昭和61年版精神科看護■書，1986.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) 内海 湜他：保健室頻回来訪学生の研究（2），心身医学，26（6），P. 490～499，1986.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) 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，看護雑誌，53（3），P. 273～277，1989.
- 10) 藤田和夫他：精神科領域における看護学生の就業選択に関する研究， — 学生たちはなぜ精神科施設に就職しようとならないのか —，看護，40（4），P. 121～144，1988.
- 11) 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.
- 12) 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として，精神科看護，28，P. 73～79，1989.

（平成3年10月31日受付）

乳房切除術患者の意識

1. 乳癌患者に影響を及ぼす言動

A study of attitude in patients with mastectomy for cancer

1. Words and actions influenced on patients

木原 信市* 松岡 聖子* 谷口 まり子* 山本 治美**
Shin-ichi Kihara Shoko Matuoka Mariko Taniguchi Harumi Yamamoto

I 緒 言

乳癌のため乳房切除術を受けた患者は、再発の恐怖や創痛、患側上肢の機能的障害だけでなく女性性、母性性を象徴する乳房の喪失によって心理的および身体的に多くの問題を抱えている^{1)~8)}。乳癌患者の不安は入院を勧められ、手術を告知された術前から既に始まっている^{9)~11)}。術前では手術に対する不安、予想されるボディ変容に対する不安、入院のため家庭の妻および母としての役割ができないことへの不安などがあり、術直後では疼痛や創回復に対する不安、患側上肢の掌上制限や浮腫に対する不安、さらに身体的に落ちついた退院直前では実際に直面する乳房喪失への悲しみ、退院後の家庭復帰への不安、再発への不安などがあり、その不安定な心理状態は退院した日常生活の場でも継続している¹⁰⁾¹²⁾。

一方、乳房切除を契機として健康に対する意識変化、夫との関係変化、手術前後での性格の変化、ボディイメージに対する意識の変化をきたすことは多くの報告にみられる通り、容易に予測される。

以上のように心理的に不安定な乳癌患者は、入院中に接触する環境、すなわち医師、看護婦、家族(夫)、知人などの言動によって勇気付けられたり、逆に不安定な状態がさらに強まったりする。したがって多様な要因によって心理的に不安定な状態下にある乳癌患者

を取り扱う医療者としては、乳癌患者が入院中に抱く不安の内容とともに、(I)入院中に乳癌患者に影響を及ぼす言動、(II)乳房喪失による意識変化、性格変化、(III)ボディイメージに対する意識の変化についても十分に把握し、適切に援助していく必要がある。

今回はその基礎研究の一つとして年齢、身体条件、家庭環境、手術方法など環境因子が類似した乳癌患者を対象に選び、周囲の状況、すなわち医療スタッフ(医師、看護婦)、家族(夫)、知人からの言動のうち、乳癌患者に対して励ましとなった内容、また逆に嫌に感じた内容を知る目的で研究をおこなった。

II 研究方法

1. 研究対象

熊本大学医学部附属病院及び関連病院において、乳癌の診断のもとに乳房切除術を受けた患者のうち、症例の環境因子を一定にするために年齢、家庭環境、手術経験の有無、術後の胸壁の外観などについて以下の条件を満たす32名を対象とした。

- 1) 年 齢; 40歳~49歳
- 2) 家庭環境; 既婚者で現在夫と同居中
- 3) 手 術 歴; 全身麻酔による手術歴がない
- 4) 手術方法; 定型的乳房切除または非定型的乳房切除(Patey法)

* 熊本大学教育学部特別教科看護教員養成課程 Department of Nursing, Faculty of Education, Kumamoto University

** 熊本大学医学部付属病院 University Hospital, Kumamoto University School of Medicine

- 5) 術後年数；術後1年以上2年未満
 6) 経過；調査時に理学のおよび胸部X線，骨シンチグラム，血液生化学的検査，腫瘍マーカーにて再発がない

平均年齢は45.7±2.8 S.D.歳である。全例既婚者であり，結婚年数は平均20.8±3.5 S.D.年である。術式は定型的乳房切除術23例，非定型的乳房切除術9例であった。TNM分類¹³⁾による病期分類ではI期10例，II期12例，III a期7例，III b期3例であり，調査時点での再発症例はない。患側上肢の挙上制限，浮腫はそれぞれ3例（症例8，17，19），2例（症例11，19）に存在している。現在外来通院にて補助内分泌療法または化学療法を受けている症例は32例中27例である（表1）。

表1 対 象

	年 齢	病 期	手 術 法
1	46	II	定切
2	49	II	定切
3	48	II	定切
4	40	III a	定切
5	45	I	非定切
6	41	I	非定切
7	42	I	非定切
8	49	III b	定切
9	40	III a	定切
10	48	II	定切
11	46	III a	定切
12	49	II	定切
13	40	II	定切
14	42	II	定切
15	48	I	非定切
16	47	III a	定切
17	46	III b	定切
18	47	III a	定切
19	46	III b	定切
20	45	II	定切
21	44	II	定切
22	42	I	非定切
23	49	I	定切
24	46	I	非定切
25	49	II	定切
26	47	II	定切
27	46	I	非定切
28	46	I	非定切
29	48	III a	定切
30	47	I	非定切
31	45	II	定切
32	48	III a	定切

※非定切：非定型的乳房切除
 定切：定型的乳房切除

疾患の説明は術前では，悪性腫瘍の疑い15例，早期の悪性腫瘍15例，説明なし2例である。術後では異型細胞15例，悪性腫瘍17例と説明されているが，全例とも自分の疾患は悪性腫瘍と思っている。

2. 研究方法

外来および家庭訪問にて以下の項目についてアンケートおよび聞き取り調査をおこなった。

- 1) 術前，術直後，退院前において医師，看護婦，家族（夫），知人から感じた「印象に残った励ましの言動」
- 2) 術前，術直後，退院前において医師，看護婦，家族（夫），知人から感じた「印象に残った嫌な言動」
- 3) 術前，術後において医師，看護婦，家族（夫），知人から「最も励まして欲しかった場面」

術直後とは手術終了時点から約7日間，退院前とは本格的なリハビリ開始（術後8日目頃）から退院までとした。家族としては患者と今後とも家庭生活を営む夫を選び，また知人には親戚は含めていない。

質問紙および面接調査は，対象者の治療および看護に直接関わっていない共著者がおこなったので発言は制約されることがなく，その内容は信頼できるものと評価される。尚，診断，入院中の治療内容，看護過程の詳細は入院カルテを参考にした。

Ⅲ 研究結果

1) 印象に残った励ましの言動

乳癌患者が術前，術直後，退院前のそれぞれに①医師，②看護婦，③夫，④知人などから感じた印象に残った励ましの言動は表2-1の通りである。医師に対し

表2-1 印象に残った励ましの言動

		医 師	看護婦	夫	知 人
術 前	・有	28(87.5)	27(84.4)	30(93.7)	21(65.6)
	・無	4(12.5)	5(15.6)	2(6.3)	11(34.4)
	・回答なし				
術 直 後	・有	22(68.7)	32(100)	30(93.7)	
	・無	10(31.3)		2(6.3)	26(81.3)
	・回答なし				6(18.7)
退 院 前	・有	24(75.0)	32(100)	30(93.7)	5(15.7)
	・無	8(25.0)		2(6.3)	18(56.3)
	・回答なし				9(28.1)

例数(%)

乳房切除術患者の意識

ては術前に多く、看護婦、夫に対しては入院の全期間を通じて高頻度に印象的な励ましの言動を感じている。一方、知人に対しては入院期間中、励ましの言動は殆ど感じていない。

表 2-2 印象に残った励ましの言動 (医師)

術 前	・麻酔・手術に対する不安除去の言葉	18(56.3)
	・疾患への励まし	8(25.0)
	・予想される乳房疾患に対するいたわり	2(6.3)
	・特になし	4(12.5)
術 直 後	・創痛への励まし	12(37.5)
	・手術成功の言葉	10(31.3)
	・特になし	10(31.3)
退 院 前	・創治癒に対する説明・いたわり	10(31.3)
	・再発への不安除去の言葉	9(28.1)
	・リハビリ指導・励まし	5(15.6)
	・特になし	8(25.0)

例数 (%)

①医師 (表 2-2)

術前; 「麻酔・手術に対する不安除去の言葉」が18例 (56.3%) と過半数を占め、次に「疾患への励まし」が8例 (25%) と多い。

術直後; 「創痛への励まし」が12例 (37.5%)、手術終了後リカバリー室に於ける「手術成功の言葉」が10例 (31.3%) と多かったが、「特になし」と回答した症例が10例 (31.3%) ある。

退院前; 「創治癒に対する説明・いたわり」10例 (31.3%)、 「再発への不安除去」9例 (28.1%)、 「リハビリの指導・励まし」5例 (15.6%)、 「特になし」8例 (25%) となっている。

表 2-3 印象に残った励ましの言動 (看護婦)

術 前	・手術に対する精神的励まし	12(37.5)
	・家庭を留守にすることへの励まし	10(31.3)
	・予想される乳房喪失に対する励まし	5(15.6)
	・特になし	5(15.6)
術 直 後	・献身的看護	22(68.8)
	・乳房喪失へのいたわり	7(21.9)
	・創痛への励まし	3(9.4)
退 院 前	・家庭・社会復帰へのアドバイス	16(50.0)
	・ボディイメージ変容に対するアドバイス	12(37.5)
	・リハビリ時の励まし	4(12.5)

例数 (%)

②看護婦 (表 2-3)

術前; 「手術に対する精神的励まし」が12例 (37.5

%)、 「家庭を留守にすることへの励まし」が10例 (31.3%) と多い。また、「予想される乳房喪失に対する励まし」が5例 (15.6%)、 「特になし」が5例 (15.6%) であった。

術直後; bed sideにおける「献身的な看護」が22例 (68.8%) と多く、次に「乳房喪失へのいたわり」が7例 (21.9%)、 「創痛への励まし」が3例 (9.4%) であり、「特になし」と回答した症例はなかった。

退院前; 「家庭・社会復帰へのアドバイス」が16例 (50%)、 「ボディイメージ変容に対するアドバイス」が12例 (37.5%) と多く、「リハビリ時の励まし」が4例 (12.5%) であり、「特になし」と回答した症例はなかった。

表 2-4 印象に残った励ましの言動 (夫)

術 前	・家庭の妻・母として役割ができないことへの精神的援助	18(56.3)
	・予想される乳房喪失への励まし	12(37.5)
	・特になし	2(6.3)
術 直 後	・創へのいたわり	16(50.0)
	・麻酔・手術成功への喜びの言葉	10(31.3)
	・心のこもった介助	3(9.4)
	・乳房喪失へのいたわり	1(3.1)
	・特になし	2(6.3)
退 院 前	・家庭復帰に伴う不安に対する励まし	24(75.0)
	・乳房喪失へのいたわり	6(18.7)
	・特になし	2(6.3)

例数 (%)

●夫 (表 2-4)

術前; 「家庭の妻・母として役割ができないことへの精神的援助」が18例 (56.3%)、 「予想される乳房喪失への励まし」が12例 (37.5%) と多く、「特になし」は2例 (6.3%) である。

術直後; 「創へのいたわり」が16例 (50%)、 「麻酔・手術成功への喜びの言葉」が10例 (31.3%) と多く、 bed sideでの「心のこもった介助」が3例 (9.4%)、 「乳房喪失へのいたわり」が1例 (3.1%)、 「特になし」が2例 (6.3%) であった。

退院前; 退院後の「家庭復帰に伴う不安に対する励まし」が24例 (75%) と多く、「乳房喪失へのいたわり」が6例 (18.7%)、 「特になし」が2例 (6.3%) であった。

④知人 (表 2-5)

術前; 「特になし」が21例 (65.6%) であり、回答

表2-5 印象に残った励ましの言動(知人)

術前	・特になし	21(65.6)
	・回答なし	11(34.4)
術直後	・特になし	26(81.3)
	・回答なし	6(18.7)
退院前	・疾患へのいたわり	3(9.4)
	・乳房喪失へのいたわり	2(6.3)
	・特になし	18(56.2)
	・回答なし	9(28.1)

例数(%)

なしが11例である。

術直後;術前と同様に「特になし」が26例(81.3%)あり,回答なしが6例であった。

退院前;「疾患へのいたわり」が3例(9.4%),「乳房喪失へのいたわり」が2例(6.3%)と少なく,「特になし」が18例(56.2%),回答なしが9例であった。

2)印象に残った嫌な言動

入院中に感じた①医師,②看護婦,③夫,④知人からの印象に残った嫌な言動は表3-1の通りであり,医師,知人に対してが多く,看護婦,夫に対しては殆どみられていない。

表3-1 印象に残った嫌な言動

		医 師	看護婦	夫	知 人
術前	・有	22(68.7)		1(3.1)	19(59.4)
	・無	10(31.3)	32(100)	31(96.6)	13(40.6)
術直後	・有	20(62.5)			8(25.0)
	・無	8(25.0)	32(100)	32(100)	24(75.0)
退院前	・有	4(12.5)	4(12.5)		10(31.3)
	・無	28(87.5)	28(87.5)	32(100)	22(68.7)

例数(%)

①医師(表3-2)

術前;「疾患・治療・検査などの説明不足」が22例(68.7%)と多く,具体的には“疾患内容,手術方法,検査の意義・結果などに対して曖昧な表現が多く,患者が詳しい説明を望むとすぐ逃げ腰になって病室を退出する”などの不満であった。

術直後;「術後の不安の助長」が12例(37.5%)と

表3-2 印象に残った嫌な言動(医師)

術前	・疾患・治療・検査の説明不足	22(68.7)
	・特になし	10(31.3)
術直後	・術後の不安の助長	12(37.5)
	・疼痛時の不適切な言葉かけ	6(18.7)
	・乳房喪失への不適切な言葉かけ	2(6.3)
	・特になし	8(25.0)
退院前	・回答なし	4(12.5)
	・安易な再発への発言	2(6.3)
退院前	・上肢挙上制限・浮腫は当然の結果	2(6.3)
	・特になし	28(87.5)

例数(%)

多く,その内容は“手術直後の不安定な時期にもかかわらず創出血,ドレーンからの排液不順,創治癒不順の場合には再手術の可能性があると告げられたこと”である。また「疼痛時の不適切な言葉かけ」が6例(18.7%)あり,その他少数ではあるが「乳房喪失への不適切な言葉かけ」が2例(6.3%)にみられる。

退院前;「特になし」が27例(84.3%)と殆どを占め,その他少数ではあるが「安易な再発の発言」,「上肢挙上制限や浮腫は当然の結果」がそれぞれ2例(6.3%)ずつあった。

表3-3 印象に残った嫌な言動(看護婦)

術前	・特になし	32(100.0)
術直後	・特になし	32(100.0)
退院前	・リハビリの中止をとがめられる	4(12.5)
	・特になし	28(87.5)

例数(%)

②看護婦(表3-3)

術前;全例「特になし」と回答している。

術直後;全例「特になし」と回答している。

退院前;「リハビリの中止をとがめられる」が4例(12.5%)である。

③夫(表3-4)

術前;「手術をせかさせる」が1例(3.1%)で「特になし」が31例(96.9%)である。

術直後;全例とも「特になし」と回答している。

退院前;全例とも「特になし」と回答している。

乳房切除術患者の意識

表3-4 印象に残った嫌な言動(夫)

術前	・手術日をせかさせる ・特になし	1(3.1) 31(96.9)
術直後	・特になし	32(100.0)
退院前	・特になし	32(100.0)

例数(%)

表3-5 印象に残った嫌な言動(知人)

術前	・手術は簡単にできる ・他の病院を勧められる ・疾患について医師・看護婦に質問する ・入院の理由を聞かれる ・特になし	8(25.0) 5(15.6) 4(12.5) 2(6.3) 13(40.6)
術直後	・訪問時間が長い ・無配慮な問いかけ ・特になし	4(12.5) 4(12.5) 24(75.0)
退院前	・乳房喪失に対する感想を聞かれる ・剣を見せて欲しい ・再発の有無を医師に問いかける ・特になし	6(18.7) 2(6.3) 2(6.3) 22(68.7)

例数(%)

④知人(表3-5)

術前;「手術は簡単にできる」が8例(25%),「他の病院を勧められる」が5例(15.6%),「疾患

について医師・看護婦に質問する」が4例(12.5%),「入院の理由を聞かれる」が2例(6.3%),「特になし」が13例(40.6%)である。

術直後;「訪問時間が長い」が4例(12.5%),「朦朧状態にもかかわらず「無配慮な問いかけ」が4例(12.5%),「特になし」が24例(75%)である。

退院前;「乳房喪失に対する感想を聞かれる」が6例(18.7%),「剣を見せて欲しい」が2例(6.3%),「再発の有無を医師に問いかける」が2例(6.3%),「特になし」が22例(68.7%)である。

3)最も励まして欲しかった場面

術前,術後のそれぞれにおいて①医師,②看護婦,③夫,④知人から最も励まして欲しかった場面について質問した。

医師に対しては,術前では32例中15例(46.8%),術後では32例中29例(90.6%),看護婦に対しては,術前では32例中31例(96.9%),術後では32例中31例(96.9%),夫に対しては,術前では32例中32例(100%),術後では32例中32例(100%),知人に対しては,術前では32例中7例(21.9%),術後では32例中5例(15.6%)であり,医師に対しては術後に,看護婦,夫に対しては術前術後に殆どの症例が何らかの励ましを期待していた(表4)。

①医師(表4)

術前;「乳房切除を医師から示唆された時」2例(6.3%),手術直前10例(31.3%)であり,「特にな

表4 最も励まして欲しかった場面

		医 師	看 護 婦	夫	知 人
術前	・手術方針決定まで	1(3.1)	12(37.4)	3(9.4)	6(18.7)
	・乳房切除を示唆された時	2(6.3)	2(6.3)	26(81.3)	
	・手術直前	10(31.3)	16(50.0)	3(9.4)	
	・その他	2(6.3)			1(3.1)
	・特になし	17(53.1)	2(6.3)		25(78.1)
術後	・麻酔覚醒時	8(25.0)	4(12.5)	1(3.1)	
	・疼痛時	11(34.4)	3(9.4)		
	・リハビリ時	1(3.1)	9(28.1)		
	・創治癒が遅い時	6(18.7)			
	・乳房喪失を感じる時		13(40.6)	14(43.8)	1(3.1)
	・退院直前	2(6.3)	2(6.3)	16(50.0)	3(9.4)
	・その他	1(3.1)		1(3.1)	1(3.1)
	・特になし	3(9.4)	1(3.1)		27(84.5)

例数(%)

し」は17例（53.1%）、約半數を占めている。

術後；「麻酔覚醒時」8例（25%）、「疼痛時」11例（34.4%）、「リハビリ時」1例（3.1%）、「創治癒が遅い時」6例（18.7%）、家庭復帰を控えた「退院直前」が2例（6.3%）である。

②看護婦（表4）

術前；「手術方針が決定するまで」が12例（37.4%）、「手術直前」が16例（50%）と多い。

術後；「リハビリ時」9例（28.1%）、「乳房喪失を感じる時」が13例（40.6%）と多い。

③夫（表4）

術前；「乳房切除を示唆された時」が26例（81.3%）で圧倒的に多い。

術後；「乳房喪失を感じる時」が14例（43.8%）、「退院直前」が16例（50%）と多い。

④知人（表4）

術前；「特になし」が25例（78.1%）と殆どを占めている。

術後；「特になし」が27例（84.5%）と殆どを占めている。

IV 考 察

乳癌患者の情緒は、入院生活、癌および再発、乳房喪失などによって不安定な状態にある^{1)~12)14)15)}。したがって乳癌のために乳房手術を受ける患者は、入院中に接触する人々によって、心理面に多大な影響を受けることは容易に推測される。今■、我々は乳癌患者が術前術後を通して医療スタッフ（医師、看護婦）、家族特に夫、知人との関わり合いにおいて、実際に1）印象に残った励ましの言動、2）印象に残った嫌な言動、また3）最も励まして欲しかった場面について調査し、若干の知見を得たので報告した。

1）印象に残った励ましの言動

医師；医師に対して印象に残った勇気づけられた励ましの言動は、術前では32例中28例（87.5%）、術直後では32例中22例（68.8%）、退院前では32例中24例（75%）と術前術後を通して殆どの症例が医師から励まされたことを経験している。

術前では「麻酔・手術への不安除去の言葉」、術直後では「創痛への励まし」、「手術成功の言葉」、退院前では「創治癒に対する説明・いたわり」、「再発への不安除去の言葉」などが多い。医師に対しては、

全体的に精神的励ましや乳房喪失への励ましは少なく、治療、疾患の経過に関連した励ましが多いことが特徴である。乳癌患者は、多くの葛藤を経て手術を受容したことは容易に想像される^{10)11)16~18)}。しかし、手術を受ける決心はしたものの、未知な恐怖である全身麻酔や手術を控えて術中死など新たな不安に直面し、患者の性格によっては乳房喪失以上にその不安の程度は大きい場合がある。以上のような状態の時に医師から麻酔・手術への安全性を説明された患者は、その「麻酔・手術への不安除去の言葉」が励みとなり、安心して手術に臨んだものと思われる。

術直後における「創痛への励まし」は、創痛が患者にとって身体的苦痛となるだけでなく手術の失敗や癌再発といった心理的不安に発展するため、疼痛の説明を含んだ励ましや医師から施行された鎮痛処置が鮮明に印象に残っていたものと思われる。「手術成功の言葉」として、麻酔覚醒後初めて聞かされた内容が、患者が術前から一番気にしていたことだけに印象的な言葉として挙げている。

「創治癒に対する説明・いたわり」に関しては、前胸部皮下および液渦のリンパ液貯留、過度の皮膚張力による縫合創の壊死などに対して理論的説明を受け、穿刺、壊死部のデブリートメント処置を■滑に受け入れられたと述べている。また、「再発への不安除去の言葉」として、“癌の病期と手術内容”、“完全リンパ節郭清”、非定型的乳房切除の症例に対して“roterリンパ節転移は陰性である”、“創痛や患側上肢の挙上制限・浮腫は再発とは関係ない”という内容の説明を受け、安心して退院した患者が多かった。

術直後および退院前までに「乳房喪失に関するいたわり」がなかったことは意外な結果である。また表4の最も励まして欲しかった場面に関する検討でも患者は医師に対して「乳房喪失を感じる時」の要望はなかったことから、患者自身も男性医師に対して乳房喪失に対する励ま시를期待していないことがわかる。このことは医師の意識が、主に癌の治療といった入院の本来の目的に集中し、女性の乳房が女性性、母性性を象徴するといった事実を看護婦や夫ほど認識していないことを患者に印象付けたための結果と考える。医師の意識が患者の quantity of survival に最も関心が集まることは十分理解できるが、治療法の確立した今日の乳癌医療では、治療面ばかりでなく社会復帰後の身体

的、精神的援助など患者の quality of survival, quality of life まで注意を向けなければならない¹⁸⁾。そういった観点から、男性医師だから乳房喪失した患者の心理は理解できない、また精神的援助は看護婦に任せるといった考えは是正されなければならない。

看護婦；看護婦に対しては術前、術直後、退院前などの時期においても全例が何らかの対応で勇気づけられたとしている。

術前では「手術に対する不安への精神的な励まし」だけでなく「家庭を留守にすることへの励まし」、「予想される乳房喪失に対する励まし」など精神的な面への援助がより印象深く残っていた。このことは、看護者が患者の妻・母として家庭での役割や女性のシンボルである乳房の喪失からもたらされる精神的打撃（悲しみ）に対して同性としてよく理解でき、十分に配慮した結果であると考えられる。また看護婦は医師とくらべて患者の訴えをよく聞き、一緒になって考える姿勢を持ち、さらに手術の必要性や他の例を挙げて励ましていたことなどが患者の印象に残っていた。

術直後では bed side での「献身的看護」が圧倒的に多く、これは24時間患者を見守る看護婦の姿が印象深かったであろう。また医師、夫にくらべ「乳房喪失へのいたわり」が多いのは、ガーゼ交換時、創治癒状態だけでなく、乳房喪失に伴う患者の精神的苦痛に看護者および女性として共感したための行動と考えられる。

退院前では「家庭・社会復帰へのアドバイス」やいろいろな外観の工夫を含んだ「ボディイメージ変容に対するアドバイス」などが多く、退院後乳房切除術に伴う身体的、心理的障害を持ちながら生活していく患者に目を向けた身近なことへの優しい態度、いたわりといった内容が目立っていた。今■、患者に印象に残った励ましの言動という形で調査をおこなったため、その患者にとって必要な時期に必要な応じた指導やアドバイスであったかどうか不明であるが、患者の印象に残った励ましの言動という観点から考察した場合、患者のニーズに適合した対応であったと評価できよう。

夫；術前では32例中30例（93.8%）、術直後では32例中30例（93.8%）、退院前では32例中31例（96.9%）と殆どの症例が夫から何らかの励ましの言動を経験している。

術前では「家庭の妻・母としての役割ができないこ

とへの精神的援助」、「予想される乳房喪失への励まし」が多く、術前に患者自身が夫に対して最も気にかけていることについて¹⁶⁾、逆に励まされている。

術直後では「創へのいたわり」、「麻酔・手術成功への喜びの言葉」が多く、また bed side での「心のこもった介助」などもある。一方この時期に「乳房喪失へのいたわり」が少ないのは術直後の痛みと闘っている患者に対して配慮した結果であろう。

退院前では「家庭復帰に伴う不安に対する励まし」、「乳房喪失へのいたわり」が多い。これは乳房切除しているが患者自身は術前と何等変化なく、家族（夫）にとって患者は重要な存在であるといった励ましであった。“入院・手術によってもたらされる心理的不安に対する夫の励ましや態度に感謝し、乳房手術による苦しみをともに乗り越えたことによって夫婦の絆がより深く結びついた”というコメントが多くみられた。また乳房手術による創に対して“誰かに見せるものではなく、自分だけが知っていればよい”という夫の励ましの言葉があった。以上のような言葉かけによって患者は、乳房喪失に対してのショックがある程度軽減したと答えている。頻■に訪室し、患者の辛い時に心から励ます夫の態度・言葉は患者にとって大きな心の支えだったといえる。

知人；術前、術直後には印象に残った励ましの言動はなく、退院前に乳房切除術の既往のある2例から自らの経験から導き出された「疾患への励まし」がある程度である。知人の励ましが、患者にとって殆ど印象的でなかったことは術前術後の患者心理としては他人に会いたくなく、そっとしておいて欲しいといった気持ちの表れである。そのために患者は知人に対してある程度■復してからの見舞いや声かけを望んでいた。

2) 印象に残った嫌な言動

医師；術前では32例中9例（28.1%）、術直後では32例中20例（62.5%）、退院前では32例中7例（21.9%）に嫌な言動を経験し、一般的に心理状態が不安定とされる術直後が多い。全体的に医師に関しては、印象に残った励ましの言動と相反する事柄がそのまま嫌な言動として表現されていた。

術前では「疾患・検査・手術に対する説明不足」、具体的には疾患の程度、検査結果、手術方法に対して質問すると話を逸らして逃げ腰になる行為などである。多くの乳癌患者は外来を受診し、入院を勧められた時

点で乳癌あるいはそれに近いものと感じ、また乳房切除はある程度覚悟している。したがって曖昧な説明や説明なしといった行為はかえって患者心理を不安に陥らせるので、患者の性格、心理状態を早急に把握し、家族（夫）と相談のうえ、説明する内容を統一して話すことが重要である。

術直後では手術終了後の不安定な時期に、術後出血があった場合には再手術の可能性を示唆する「術後の不安の助長」や痛みは生きている証拠などといった「疼痛への不適切な言動」がある。実際に治療を施す医療者の気短で無配慮な態度は厳禁である。創痛の訴えがある時には、実際何らかの原因があり、訴えの内容を十分に聞き、創を観察し、患者の状態に応じた対応をしていくことが重要である。退院前では「上肢挙上制限・浮腫は当然の結果」が6例（18.7%）ある。上肢挙上制限・浮腫は手術時の神経・節切除、縫合創の過度の張力、皮弁壊死、手術時の腋窩リンパ節の拡大郭清や術後リハビリの不徹底などによって発生するが²⁰⁾²¹⁾、この6症例は全てリハビリの不徹底が原因で発生している。医師側としては指示通りにリハビリを施行しなかった患者に対して皮肉と励ましが混在した発言となったため、患者の性格によっては励みの意味にはとられず、逆に嫌な言葉として印象に残ったのであろう。久保は医師、看護婦は患者に自由に恐怖の感情を話させ辛抱強い聞き手になるのが良く、どんなに忙しくても気短な態度は禁物で話し方にはくれぐれも注意する必要があるとし、また患者の心の裏には憤りの感情が潜んでいるのでちょっとした言動が無言の敵意となって患者の心底に長く留まることさえあると報告している²²⁾。したがって、医師、看護婦は自分の言動が患者に与える影響を考え、不誠実な言動を慎み、なぜ発生したのかについて患者が納得するような説明をすることが大切である。特に医師は安易に、“大丈夫”とは言えない立場にあるし、種々の発言に対しては医師自身の性格も大きく関与していると思われる。また、疾患や治療など核心の部分に一番触れる立場にあるため、必然的に患者からの不満も多くなってくる。一方、検査、治療に対する説明を望む声もある。患者にとってただ命ぜられるまま、また沈黙の中での行為は、先が読めない分だけ不安が増強し、何をされるかわからないという恐怖感が生まれてくる。

看護婦；今回の調査では入院中看護婦に対する患者

からの不満は極めて少なく、患者は看護婦に対して優しさと幅広い援助を実感していた。少数ではあるが退院前に「リハビリの中止をとがめられる」が4例にみられている。具体的にはリハビリに行かなかったことを来客の前でとがめられたり、疼痛のためリハビリを勝手に中止したことを叱られたなどであるが、いずれも但し書きとして“患者自身に責任があるが”といった内容が記入してあった。この患者は病院に対して非常に好意的な感情を持っているが、居住地が農村地区であり義理人情に富んだ生活を送っており、見舞い客を残してリハビリに出ることなどは最も耐え難い行為であった。看護婦は、リハビリ治療の面へのみこだわりすぎて、患者の社会的背景、その場の状況まで把握できなかった結果である。

一方、看護婦に対して疾患や治療過程に関する不満の訴えがないことは、看護婦の患者ニーズに応じた看護が行き届いていたことも理由の一つであろうが、それよりもむしろ看護婦は疾患の細かい部分や治療内容に直接タッチしないことが大きな要因と考える。しかし、医師に対して印象に残った嫌な言動のうち術前に「疾患・治療・検査の説明不足」が68.7%を占めている事実より、看護婦としては患者・医師関係を的確に把握し、その調整に努める必要性を感じた。

夫；術前に「手術日をせかさせる」が1例あるだけで術直後、退院前では全例とも「特になし」であった。癌、手術といった出来事以外に他疾患とは違った乳房喪失という女性の悲しみがあるだけに細かい気づかいが見られた結果だと思われる。

知人；術前では19例（59.4%）、術直後では10例（31.3%）、退院前では8例（25%）に体験している。全体を通してどの内容も無神経な発言や対応が目立つ。第三者に対しては意識下に敵対感情があることが多いという報告もあり、見舞い客が興味本位で、軽い気持ちで話した内容が患者心理を酷く傷つけたり、無神経な発言として患者へ不快な思いをさせていることがわかる。患者は入院することによって、どうして自分だけがこんな目に合うのだろうと怒りの気持ちを持つことがあり、それが知人という第三者に対して敵対心のような感情へ繋がり、何気ない一言は想像以上に患者を傷つけるものである。患者と親密でない知人は創が回復し、患者の心にはある程度ゆとりができた頃の面会が望ましいと考える。

3) 最も励まして欲しかった場面

乳癌患者の不安は入院過程の中で変化し、接触する周囲の環境によって励まされたり、逆に不安が増強したりする。したがって患者を励ますタイミングは非常に重要である。そこで、今後の乳癌患者の看護の参考のために、実際患者が入院期間中を振り返ってどの時期に励まして欲しかったかについて調査した。

最も励まして欲しかった時期として、医師に対しては術後が多く、看護婦、夫に対しては術前、術後ともに多かった。

医師；術前では未知の恐怖を控えた「手術直前」が比較的多く、術後では「麻酔覚醒時」、「疼痛時」、「創治癒が遅い時」など手術、治癒過程に直面した場面が多い。

看護婦；術前では「手術方針が決定するまで」の不安定な時期、手術という未知の恐怖を控えた「手術直前」が多く、術後では「リハビリ時」、「乳房喪失を感じる時」が多く、看護婦に励まして欲しい時期は、広範にわたっている。看護婦は患者と接する機会が多く、看護婦側からの働きかけも多い。また、患者側も医療者としてだけではなく、同性としての優しさを看

護婦に求めている結果である。

夫；術前では「乳房切除を示唆された時」、術後では「乳房喪失を感じる時」、家庭復帰を控えた「退院直前」が多く、乳房喪失を夫に理解してもらおう、術前と同様に妻として接触してもらおう、また長い間留守にしてすまない、退院後は家庭に円滑に戻りたいという願望である。患者は夫に対して精神的な依存度が強く、特定なものに限らず全て包括的に受け止めて欲しいという願望が強い。

知人；術前術後を通して少ない。これは仲の良い知人であっても、ある程度回復してからの励ましが望ましく、精神的、肉体的に十分立ち直っていない姿は見られたくないという表れであろう。

患者を取り巻く周囲の人々の言動は患者心理に大きく影響を及ぼすことは周知の通りであり、また違った観点から調査した今回の我々の調査でもわかった。

以上の成績から、心理的に不安定な状態にある乳癌患者へのアプローチは、術前・術後で変化する患者心理をよく理解したうえで援助・励ましをおこなう必要性を感じた。

要 約

環境因子が類似した乳癌患者32名を対象に選び、入院中に医師、看護婦、夫、知人の言動のうち、励ましとなった言動、また逆に嫌に感じた言動、最も励まして欲しかった場面について調査研究をおこない、以下の結果を得た。

1. 印象に残った励ましの言動として、医師に対しては疾患、治療過程に関する内容、看護婦に対しては精神的励まし、献身的な看護、乳房喪失へのいたわりなどが多い。夫に対しては家庭を留守にすることへの励まし、乳房喪失へのいたわり、麻酔・手術成功への喜び、創へのいたわり、心のこもった看護、家庭復帰への励ましなど患者を包括的に支える内容が多い。一方、知人に対しては殆どない。
2. 印象に残った嫌な言動として、医師や知人に対してが多い。医師に対しては説明不足、術後の不安の助長、疼痛時の不適切な言葉かけなどがあり、知人に対しては手術は簡単にできる、乳房喪失の感想を聞かれるなど無神経な内容が多い。
3. 最も励まして欲しかった場面として、医師に対しては手術直前や術後の疼痛時が多く、看護婦では手術直前、手術方針が決定するまで、乳房喪失を感じる時が多い。夫に対しては乳房切除を示唆された時、乳房喪失を感じる時、家庭復帰を控えた退院直前が多かった。一方、知人に対しては特になかった。

Abstract

Encouraging and discouraging or unpleasant words and actions from physician, nurse, husband, and friend during admission were evaluated in 32 patients who had undergone mastectomy.

Words and actions of encouragement from the physicians, concerning the disease itself and the surgical treatment were described by nearly all patients as having made a deep impression on them. From nurses, patients also noticed mental encouragement, devoted care, and expressions of kindness and sympathy with regard to the loss of the breast. From the husband, patients reported receiving assurance that the family were doing well in her absence, and that they were as beloved as ever, sympathy for the pain of the wound, and expressions of over the success of the operations. On the other hand, such encouraging words or actions from friends were not felt by any patients.

Among the unpleasant words or actions from physicians, patients noticed insufficient explanation for treatment, anxiety-provoking words after the operation, and unsympathetic words in times of pain. Many friends seemed insensitive by describing that mastectomy was a routine or simple operation and by asking for the patients' impressions on loss of the breast.

Patients said that the times during admission when they most needed encouragement were as follows: Many patients said they desired encouragement from the physician at times of pain and just before the operations. Upon first feeling the loss of the breast, during the period until the decision to operate, and immediately before the operation, they wanted encouragement from the nurse. Just before leaving the hospital, and upon first feeling the loss of the breast, they wanted the encouragement mostly from the husband. On the other hand, no patients expressed the need for encouragement from their friends.

V 参考文献

- 1) 南裕子他：乳房切除術に伴う生活体験の実態調査，看護（臨時増刊号）33：164-191，1981.
- 2) 松本芳子他：病名のもつイメージと乳癌患者の不安について，看護学雑誌 38：1219-1223，1974.
- 3) Bard, M. et al. : Psychological impact of cancer and its treatment, IV. Adaptation to radical mastectomy, Cancer 8: 656-672, 1955.
- 4) Harrel, HC. : To lose a breast, Amer. J. Nurs. 72: 676-677, 1972.
- 5) Quint, JC. et al. : The impact of mastectomy, Amer. J. Nurs. 73: 88-92, 1973.
- 6) Bard, M. : Psychological and social adjustment to mastectomy, Cancer 40: 2381-2387, 1977.
- 7) Jamison, KR. et al.: Psychological aspects of mastectomy. Part 1. The woman's perspective, Am. J. Psychiatry. 135 : 432-436, 1978.
- 8) Vachon, M. L. et al. : The effectiveness of Psychosocial support during postsurgical treatment of breast cancer, Int. J. Psychiatry Med. 11: 365-372, 1981-82.
- 9) 千■好子：乳房切除患者の心理社会的ストレス因と適応障害，看護技術 36：699-706，1990.
- 10) Jamison K. R. et al.: Psychosocial aspects of mastectomy: 1. The woman's perspective. Am. J. Psychiatry 135: 432-436, 1978.
- 11) 野島良子：乳癌患者における心理的反応の推移，日本看護研究会雑誌 5：32-40，1982.

- 12) Asken, M. J. : psychoemotional aspects of mastectomy: a review of recent literature. Am. J. Psychiatry 132: 56-59, 1975.
- 13) 乳癌研究会編：臨床・病理乳癌取扱い規約，第9版，金原出版，1988.
- 14) 別所幸子：乳癌患者の看護過程，クリニカルスタディ 11：15-22，1990.
- 15) 松本光子：乳房喪失の成人女性の看護診断，看護診断の実際，南江堂，1988，P. 133-149.
- 16) 千田好子他：乳癌患者の手術前の心理的ストレスとコーピング，日本看護協会出版会，1989，P. 188-191.
- 17) Northouse, L. L. et. al. : Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer, Nursing Research 36: 221-225, 1987.
- 18) Schottenfeld, D. et. al. : Quality of survival among patients who have had radical mastectomy, Cancer 26: 650- 655, 1970.
- 19) Northouse, L. L. et. al. : Social support in patients' and husbands' adjustment to breast cancer, Nursing Research 37: 91-95, 1988.
- 20) 泉雄勝：乳癌根治手術，外科基本手術シリーズ，へるす出版，東京，P. 83-88，1987.
- 21) 久保完治：乳癌手術後のリハビリテーション，外科MOOK，19乳癌，金原出版，東京，P. 231-244，1981.
- 22) 久保完治：乳癌の術後障害，看護技術 21：28-35，1975.

(平成3年12月23日受付)

分かりやすい分娩監視装置の使いかた

異常発見のためのチェックポイント

◆装着手順

- 触診による胎児の位置の確認
- 心拍用と外測陣痛トランスジューサーの正しい装着

◆陣痛曲線と胎児心拍数基線の読み方

- 2つの陣痛周期測定法
- 胎児心拍数の読み取り方
- アクセレーションとバリアビリティー

◆胎児仮死を警戒すべきパターン

- 頻脈 ○軽度徐脈 ○軽度変動一過性徐脈
- 早発一過性徐脈 ○心拍数基線細変動の著しい変化

◆胎児仮死のパターン

- 高度徐脈 ○遅発一過性徐脈
- 高度変動一過性徐脈 ○バリアビリティの消失



装置の使い方と波形の見方を分かりやすい映像で解説
「正常と異常」「医師に報告すべき状態とは？」の
ガイドラインを示す、産科ナース必見のビデオです。

VHS・βII ¥9,785 (税込) 企画 日本母性保護協会

日母会員ビデオシリーズ

妊産婦さん向け

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

母親向け

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

婦人向け

不妊症ガイドンス
子宮がん
更年期

看護婦さん向け

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

その他のビデオシリーズ

日母企画

子宮筋腫を考える
健康で美しくあり続けるために
乳がん早期発見のために
咲希ちゃん—中村家の出産日記
日母医療セミナー・日母大会

手術編

腔式子宮全摘出術
子宮癌「準広汎全剝術」
子宮癌「リンパ節廓清」
卵管障害による不妊の管理

性教育指導

ほくどこから生まれてきたの?
大人になるってどんなこと?
The 思春期 Part1
The 思春期 Part2
あなたは女性
妊娠と出産
避妊の科学
男性の生理
青春の医学
受胎 THE MIRACLE OF LIFE

新紹介

驚異の小宇宙——人体(全6巻)
名曲アルバム(全6巻)
たばこのはなし
母と子の記録
わが国の母子保健

詳しくは 毎日EVRシステム へどうぞ

〔新〕東京／東京都千代田区一ツ橋1-1-1 毎日新聞パレスサイドビル
〒103 ☎03-5252-4930 FAX. 03-5252-4935
大阪／大阪市北区堂島1-6-16 毎日大阪会館
〒530 ☎06-345-6606

実習評価の手引き

改訂・第3版

●監修／山田 里津 二葉看護学院学院長

●AB判・298頁・定価6,000円(税込)

看護教育のなかで臨床実習の占める位置はきわめて大きいものがありますが、本書は“何を”実習させ、それをいかに“評価”するかを「手引き」として編集したものです。看護教育の動向に見合う実習評価の基礎をつくりあげた第1・2版に続いて、新カリキュラムの理念に則り、改訂を行いました。評価方法を、今日の教育現場により一層ふさわしいものとすべく全体的な見直しが試みられています。ぜひ教務室にお備えください。

■主要内容■

- 第1章 実習評価の方法と概要
- 第2章 基礎看護実習と評価
- 第3章 成人・老人看護実習と評価
 - I 医療施設実習
(機能障害をもつ患者の看護実習、精神障害をもつ人の看護実習、ハンセン病患者の看護実習)
 - II 地域保健実習
(保健所実習、高齢者福祉課実習)
 - III 老人福祉施設における看護実習
- 第4章 母子看護実習と評価
 - I 母性看護実習と評価
 - II 小児看護実習と評価
- 第5章 夜間実習・卒業直前時の実習と評価
- 付 録 看護技術観察評価表

教 務 必 携

改訂・第2版

●著／山田 里津 二葉看護学院学院長

●A5判・288頁・定価3,800円(税込)

よい看護婦を養成するには、それにふさわしい環境、つまり、看護学生を育む看護学校のよりよい管理、運営が求められます。本書は、行政を経て、現在、教育の第一線で活躍している著者が、その豊富な経験をもとに、看護学校の運営と管理をいかに円滑に効率よく行うかを簡潔に解説した書として定評のある『教務必携』を、新カリキュラムに対応すべく大幅に改訂したものです。学校運営のみならず、授業展開に活用できる資料を満載しており、まさに教務必携の一冊です。

日本看護 研究学会 会報

第 35 号

(平成4年3月20日発行)

日本看護研究学会事務局

目 次

平成3年度 第3回理事会報告

平成3年度第3回理事会報告

日 時 平成4年1月25日 14:00より18:30まで
場 所 医学書院 会議室
出席者 伊藤, 内海, 大名門, 金川, 木村, 玄田, 佐々木, 木場, 土屋, 早川, 宮崎,
山■, 山田, 吉田
欠席者 池田, 草刈, 野島
事務局 松岡, 中嶋, 高橋
議 長 宮崎和子会長

地区割の改正に伴い, 今■理事の役割分担が大幅に変わるため, これまでの事務局業務を把握している立場から松岡氏を本日の会議に出席することを議長より提案され了承された。

議事に先だって理事全員の自己紹介があった。

議 題

1. 理事の分担について(会長)

常任理事(総務, 会計)について, 今までは千葉地区ばかりなので他の地区にしてはどうかとの意見が出されたが, 他の地区の理事より千葉で引き受けて欲しいとの意見が出され, 旧担当理事より業務内容の説明後, 下記の通り決定した。

総務担当常任理事 土 屋 尚 義

会計担当常任理事 宮 崎 和 子

渉外担当常任理事 伊 藤 暁 子

編 集 委 員 長 内 海 滉

委 員 池 田 明 子, 大名門 裕 子, 玄 田 公 子,
木 場 富 喜, 野 島 良 子, 山 口 桂 子

奨学委員長 佐々木 光 雄
 委員 金 川 克 子, 木 村 宏 子, 草 刈 淳 子,
 早 川 和 生, 山 田 葵 子, 吉 田 時 子
 監 事 金 井 和 子, 田 島 桂 子

2. 外籍会員の取扱について

総務担当理事が4月の理事会までに詳細を検討し提案する。

3. 会員外の機関誌販売希望の取扱について

看護学校、病院看護部等からの希望があるが、入会は、あくまでも個人とし現行通り販売しないことを再認識した。

4. 平成5年度会長の選出について

第20回（平成6年度）を東京で開催したいので、第19回（平成5年度）は地方でとの意見が出され、候補として九州ではどうか、平成4年度第1回理事会までに九州地区理事が人選をする事で了承された。

5. その他

a. 前回理事会の継続審議項目の確認

1. 法人化について（理事長問題も含む）

土屋総務担当理事をまとめ役で、宮崎会計担当理事（平成3年度会長）、伊藤渉外担当理事、木村理事（平成4年度会長）、吉田理事により、メリット、デメリット等について検討することを了承された。

2. 役員の手当

3. 理事の連続3選について

4. 入会金について

5. 第20回記念事業について

6. 継続審議事項の項目については、会長が1年毎に変わるため総務担当理事が受け継いでいくことを了承された。

b. 今年度より次年度総会補助費300,000円を本年度に前払いすることを了承された（評議員会分100,000円を除く）

c. 第18回木村会長より進行状況が説明された。

d. 第17回宮崎会長より総会が無事終了の御礼の挨拶があった。

e. 平成4年度からの人件費の時給は、700～800円で予算を作成することを了承された。

f. 次回理事会は平成4年4月4日に開催する。

g. 諸般の事情により現在千葉大学看護学部看護実践研究指導センターにある事務局を移転することになり、千葉以外で出来ないかとの意見が出されたが、他の地区の理事より千葉の理事（総務担当）に引き受けてほしいとの意見が出された為、千葉方面にすることになった。尚、移転後会則を理事会、評議員会を経て総会で提案し改正する。

h. 松岡前会計担当理事より任期期間（平成3年4月1日から12月31日）の会計報告と残りの1月から3月までの概算報告がなされた。

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は、その掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は所定の料金を徴集する。

論 文 類 別	制 限 頁 数	原稿枚数 (含図表)	原稿用紙 (400字詰)
原 著	10頁	約 45枚	5枚弱で刷り上り1頁といわれている。図表は大小あるが、1つが原稿用紙1枚分以上と考える。
総 説	10頁	約 45枚	
論 壇	2頁	約 9枚	
事例報告	3頁	約 15枚	
そ の 他	2頁	約 9枚	

超過料金は、刷り上りで超過分、1頁につき7,000円とする。

別刷については、予め著者より申込をうけて有料で印刷する。

別刷料金は、30円×刷り上り頁数×部数(50部を単位とする)

3. 原稿用紙は原則として、B5版、400字詰横書原稿用紙を用いること。
4. 図表は、B5版用紙にトレースした原図を添えること。印刷業者でトレースが必要になった時にはその実費を徴収する。
5. 図表・写真等は原稿本文とは別にまとめて巻末に添え、本文の挿入希望箇所はその位置の欄外に〔表1〕の如く朱記すること。
6. 原著として掲載を希望する場合は、250語程度の英文抄録、及びその和文(400字程度)を添えること。英文抄録はタイプ(ダブルスペース)とする。
7. 原稿には表紙を付け、
 - 1) 上段欄に、表題、英文表題(各単語の頭文字を大文字とする)、著者氏名(ローマ字氏名併記)、所属機関(英文併記)を記入のこと。
 - 2) 下段欄には、本文、図表・写真等の枚数を明記し、希望する原稿種別を朱記すること。また、連絡先の宛名、住所、電話番号を記入すること。
 - 3) 別刷を希望する場合は、別刷*部と朱記すること。
8. 投稿原稿には、表紙、本文、図表、写真等すべての査読用コピー2部を添えて提出のこと。
9. 投稿原稿の採否及び、原稿の類別については、編集委員会で決定する。
10. 原稿は原則として返却しない。
11. 校正に当り、初校は著者が、2校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。なお、校正の際の加筆は一切認めない。
12. 原稿の郵送先は
〒260 千葉市中央区亥鼻1-8-1
千葉大学看護学部 看護実践研究指導センター内 内海 混
13. 封筒の表に、「■看研誌原稿」と朱記し、書留郵送で郵送のこと。
14. 原稿が到着後、速やかに原稿受付票を発行し郵送する。

原稿執筆要領

1. 原稿用紙B 5 版横書き400字詰めを使用する。
2. 当用漢字，新かなづかいを用い，楷書で簡潔，明瞭に書くこと。（ワープロも可）
3. 原著の構成は
 - I. 緒言（はじめに），II. 研究（実験）方法，III. 研究結果（実験成績），IV. 考察，V. 結論（むすび），VI. 文献とし，項目分けは1. 2…，1)，2)…，①，②…の区分とする。
4. 数字は算用数字を用い，単位や符号は慣用のものを使用する。特定分野のみで用いられる単位，略号，符号や表現には註書きで簡単な説明を加える。

ローマ字は活字体を用い，出来ればタイプを用いること。mg，Eq 等イタリックを用いる場合は，その下に朱のアンダーラインを付すること。
5. 図表，写真等は，それを説明する文章の末尾に（表1）のように記入し，さらに本文とは別に挿入希望の位置を，原稿の欄外に（表1）のごとく朱書する。

図表は原稿本文とは別にまとめて，巻末に添えること。
6. 文献記載の様式

文献は本文の引用箇所の肩に¹⁾，²⁾のように番号で示し，本文原稿の最後一括して引用番号順に整理して記載する。文献著者が2名以上の場合は筆頭者名のみをあげ，○○他とする。

雑誌略名は邦文誌では，医学中央雑誌，欧文誌では，INDEX MEDICUS 及びINTERNATIONAL NURSING INDEX に従い，頁表示は各号ページとする。

【記載方法の例示】

 - ・雑誌；近澤範子：看護婦の Burn Out に関する要因分析—ストレス認知，コーピング；及び BURN OUT の関係—看護研究，21（2），pp. 159～172，1988.
；Henderson，V.：The Essence of Nursing in High Technology，Nurs. Adm. Q.，9（4），pp.1～9，Summer 1985.
 - ・単行書；宗像恒次：行動科学からみた健康と病気，184，メヂカルフレンド社，東京，1987.
；分担執筆のものについては：安藤格：心身の成長期の諸問題，健康科学（本間日臣他編），214～229，医学書院，東京，1986.
 - ・訳書；Freeman&Heinrich：Community Health Nursing Practice，W. B. Saunders Company，Philadelphia，1981，橋本正巳監訳，地域保健と看護活動—理論と実践—，医学書院サウンダース，東京，1984.
7. 表紙

原稿には表紙を付し，上半分に標題，英文タイトルの最初（文頭）及び前置詞，冠詞，接続詞以外の単語の最初の文字を大文字とする。著者氏名（ローマ字併記），所属機関名（英文名称併記）を記入する。（上記英文雑誌の例示を参照）

そしてその下に本文，図表，写真等の枚数を明記し，希望する原稿類別を朱書すること。下半分に連絡用住所，氏名，電話番号を記入すること。
8. 原著投稿に際しては，250語程度の英文抄録（Abstract）および，その和文（400字程度）を付けること。

事務局便り

1. 平成4年度会費の納入について

平成4年度会費をお納めいただく時期になりました。会費が、下記の通り平成4年度から改正となりました。平成4年度も継続なさる方は、お早めにお支払い下さるようお願いいたします。平成3年度会費未納の方が約110名おります。至急納入して下さい。

平成4年度	一般会費	7,000円		
	役員(評議員)	10,000円	役員(理事)	15,000円

払込み方法 郵便振込

払込み先 郵便振替 東京 0-37136

通信欄に会員番号を必ずご記入ください。

2. 事務局移転について

下記の通り変更になります。開局時間も併せてお知らせ致します。

〒260 千葉市中央区亥鼻 1-2-10 ☎ 0472-21-2331 FAX 0472-21-2332
(4月29日より ☎ 043-221-2331 FAX 043-221-2332)

事務局開局曜日 月曜日から金曜日まで(水曜日は除く)

時間 午前10時から午後3時まで

3. 雑誌等が返送されたり、旧所属から苦情を頂くことがあります。事務局で調査し、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、必ず葉書か、封書で事務局迄ご連絡下さい。

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、必ず会員番号をご記入下さい。

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。

赤川 淑子 木曾 路子 斉藤公美恵 高比良真由美 藤江 恵子

日本看護研究学会雑誌

第15巻 1号

平成4年2月20日 印刷

平成4年3月20日 発行

会員無料配布

編集委員

委員長 内海 晃(千葉大学看護学部)
池田 明子(北里大学看護学部)
大名門裕子(高知女子大学家政学部看護学科)
玄田 公子(滋賀県立短期大学看護学科)
木場 富喜(熊本大学教育学部)
野島 良子(徳島大学大学開放実践センター)
山口 桂子(愛知県立看護短期大学)

発行所 日本看護研究学会

〒260千葉市中央区亥鼻1-2-10

☎ 0472-21-2331

FAX 0472-21-2332

発行者 土屋 尚義

印刷所 (株) 正文社

〒260 千葉市中央区都町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7,000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
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。

平成 年 月 日
地 区 割

ふ り が な		自宅 Ⅷ
氏 名		所属 Ⅷ
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

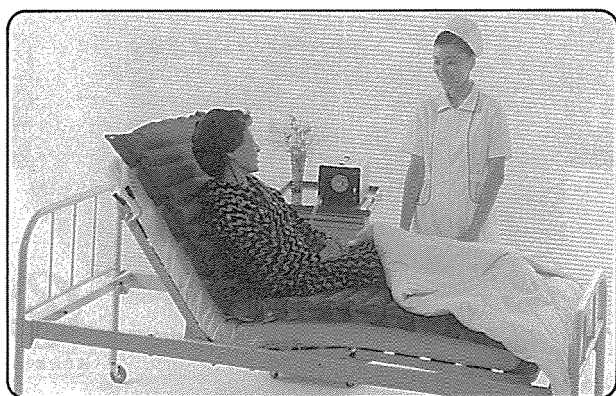
辛らーい床ずれ・病臭の解消に!

エア一噴出型
特許

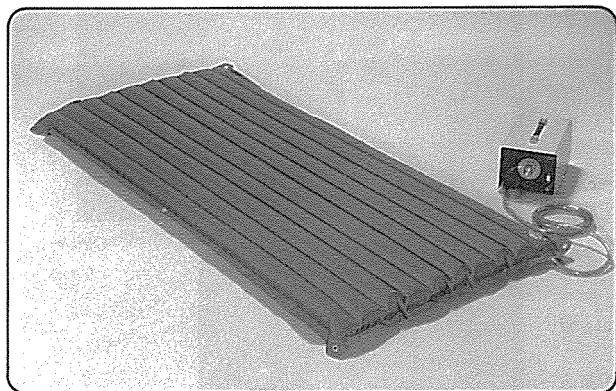
サンケンマット®

科学技術庁長官賞 受賞品

床ずれ 治療に パイオニア
噴気型の



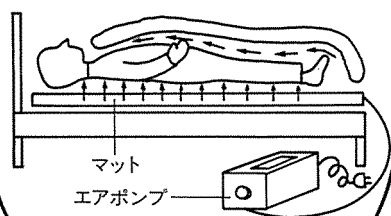
SGM-I型 定価93,000円



SM-I型 定価88,000円

ユニークな原理(特許)

- 噴出するエアが患部を乾燥させ、細菌の繁殖をとめます。
- 重症の床ずれ、病臭ほど威力を発揮します。
- 体位交換が楽になり、看護の労力を軽減します。



製品についてのお問い合わせは、お気軽にお電話下さい。

厚生省日常生活用具適格品エアーマット

サンケン

医理化器機部 特品金属部 直産器機部

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 0729(49)0007

次世代へ駆ける！

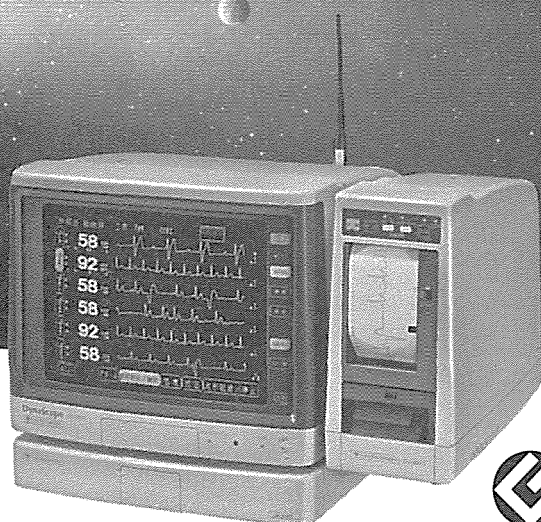
インテリジェント
モニタ

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

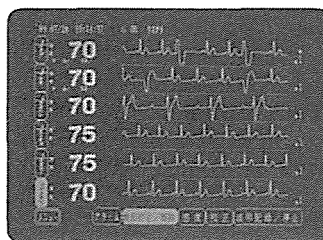
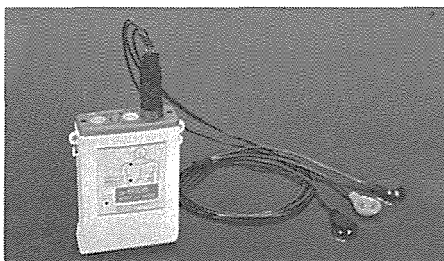


通商産業省
省定
グッドデザイン商品

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)

看護・医学事典

新刊

〔編集〕

日野原重明

聖路加看護大学学長

永井敏枝

前北里大学教授

中西睦子

日本赤十字看護大学教授

大石 実

日本大学講師

改訂第5版

①初版発行以後の医学・看護学のめざましい進歩・発展に合わせ、全面的に再検討し、大幅な加除訂正を加え内容の刷新・充実をはかった。

②看護学関係教科書のほかに、医学・看護学の専門書のなかから必要な項目12,000あまりを選び収録。簡潔かつ平易に解説。

いえきけ 32 あり、塩酸はペプシンのタンパク分解を助けるとともに殺菌作用をもち、さらに胆汁・胃酸の分泌を促す働きがある。これらの他に主細胞から脂肪分解酵素であるリパーゼも分泌される¹¹⁾。 胃液欠乏症 → 無酸症 胃液採取法 先端に小さい有孔金風球のつ	83 えんちゅ る抵抗力の増進あるいは全身状態の悪化を予防するために、全身の安静が必要である。(2)化学療法：主に広域スペクトルの抗生物質が用いられる。(3)輸液・輸血：炎症が高度になると発熱・発汗、あるいは悪心・嘔吐・食欲不振その他の消化機能障害のため脱水が起こる。 を信じ、慢性的に経過する疾患で痙攣・症状を呈する。すなわち、舌下神経・迷走神経・舌咽神経などの障害による舌萎縮・舌筋麻痺・声帯麻痺・軟口蓋麻痺によって発語・嚥下が障害される。外転神経や副神経などの障害が認められることもある。感覚症状としては三叉神経痛や 【看護】歯肉の腫れ、発育1つと考 に有機物濃度に加
--	--

●四六判 頁1214 図5 1992 定価5,665円(税込) 〒300

汎用性の高い看護専門用語を集大成！

看護英和辞典

新刊

Igaku-Shoin's ENGLISH-JAPANESE NURSING DICTIONARY

〔編集〕

常葉恵子

仁木久恵

助川尚子

木下幸代

野田洋子

成沢和子

本書の特色

①看護学生・看護婦・看護教育者を対象に、学習・文献読解・臨床での活用をめざして編纂されたわが国最初の本格的な看護英和辞典。

②6万語を超える収録見出し語は、現代看護学の動向を反映し、看護・医学専門用語はもとより、心理学・社会学・哲学・文化人類学など広い分野に及ぶ。また、日常の看護臨床の場でも活用できるよう関連一般語も多数収録し、看護場面からの用例を付した。

nurse administrator 866 student nurse ⇔ nursing student supervisor 総長 visiting nurse 訪問看護婦 nurse administrator ①看護管理責任者、②看護士、病診科看護婦、③特別な教育と訓練を受けた登録看護婦で、特定の内科や外科に専ら活動する看護士、総長。	nursing アに関与する専門職。修士課程で教育されることが多くなってきたが、大学の編入コース、継続教育でも育成される。 【主なナースプラクティショナー】 adult nurse practitioner 成人ナースプラクティショナー community nurse practitioner コミュニティナースプラクティショナー
position 973 dorsal (supine) position (仰臥位 (背臥位)) Fowler's position	position knee chest position (膝臥位)

●四六判 頁1368 図131 1992 定価5,974円(税込) 〒300



医学書院

1113-911

東京・文京・本郷5-24-3

☎03-3817-5657 (お客様担当)

☎03-3817-5650 (書店様担当)

振替 東京7-96693