

VOL.16 No.1
平成5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.16 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、保守のし易いセル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

第19回日本看護研究学会総会を下記要領により、熊本市において開催しますのでご案内申し上げます。(第3回公告)

平成5年3月20日

第19回日本看護研究学会総会

会 長 成 田 栄 子

記

期 日 : 平成5年7月30日(金曜日)

平成5年7月31日(土曜日)

場 所 : 熊本市民会館

〒860 熊本市桜町1-3

TEL. 096-355-5235(代)

テ ー マ : 看護とリーダーシップ

参加費 : 8000円 学 生 2000円

総会事務局: 〒860 熊本市黒髪2-40-1

熊本大学教育学部看護科内

第19回日本看護研究学会総会事務局

TEL. 096-344-2111(内線2562)

FAX. 096-343-1800

第19回 日本看護研究学会総会

- 会長講演： 地域における看護活動の視点
 会長 熊本大学 成田 栄子
 座長 前厚生省看護研修研究センター所長 伊藤 暁子
- 特別講演： 人間の心を見る — 人生常に青春 —
 熊本県立劇場館長 鈴木 健二
 座長 熊本大学 佐々木 光雄
- 教育講演： 看護教育私論 — 他専門領域との比較において —
 熊本大学 木場 富喜
 座長 元千葉大学 松岡 淳夫
- 教育講演： 看護研究のサイエンティフィック・ロマン
 近畿大学 早川 和生
 座長 千葉大学 前原 澄子
- 教育講演： CAREを拓げる看護診断 — その視点とデータ処理の関連を中心に —
 徳島大学 野島 良子
 座長 神戸大学 新道 幸恵
- シンポジウム：「看護とリーダーシップ」
 — 看護の新たな展開を考える —
- 司会 千葉大学看護学部 草刈 淳子
 熊本大学教育学部 井上 範江
- 演者 医師会病院の看護部長として
 熊本市医師会地域医療センター 宮崎 寛子
 地域看護のリーダーとして
 熊本市立熊本保健所 飯川 貞子
 看護職の施設長として
 特別養護老人ホーム さくばらホーム (岡山県) 櫻井 紀子
- 看護職としてのリーダーシップ
 東京都老人総合研究所 鎌田 ケイ子
 ヒューマンスキルとしてのリーダーシップ
 熊本大学教育学部附属教育実践研究指導センター 吉田 道雄
- 奨学会研究発表講演： 高齢者の文化適応状態の指標としての
 MHL Cスケールの有用性について
 筑波大学医療技術短期大学部 山本 亨子
 座長 千葉大学 土屋 尚義
- 一般演題，理事会，評議員会，各委員会，総会
- 展示会：看護・医療・教育関係図書，看護医療用具・機器・教育機器等の展示
- 懇親会：平成5年7月30日（金）18：00～20：00 熊本ホテルキャッスル
 懇親会費 5000円

目 次

第18回日本看護研究学会総会講演記事(1)

◆ 教育講演 ◆

| | |
|---|----|
| 看護基礎教育と臨床実習 | 9 |
| 聖隷クリストファー看護大学 田島桂子 | |
| 青年期の心理的特徴と近年にみられる変化 | 17 |
| 弘前大学 平岡恭一 | |
| 人間行動研究と看護学 | 19 |
| 弘前大学 北村光二 | |
| ターミナルケアからパリアティブケアへ — QOLの維持・向上をめざした看護の役割 — | 23 |
| 東札幌病院 石垣靖子 | |

◆ 奨学会研究報告 ◆

| | |
|-------------------------------------|----|
| 人工股関節全置換術患者の回復過程と生活の満足度に関する研究 | 37 |
| 金沢大学医療技術短期大学部 泉キヨ子 | |

原 著

| | |
|---------------------------------------|---------|
| 看護行為の家族委託に関する看護者の意識構造 | 39 |
| 千葉大学看護実践研究指導センター | 吉 田 伸 子 |
| 千葉大学医学部附属病院看護部 | 赤 井 ユキ子 |
| | 笹 本 喜美江 |
| 元千葉大学医学部附属病院看護部 | 渡 辺 世都子 |
| | 大 野 時 子 |
| 千葉大学看護実践研究指導センター | 金 井 和 子 |
| | 土 屋 尚 義 |
| 保育器加湿槽水の細菌学的検討 —シルビタの効用— | 52 |
| 弘前大学教育学部看護学科 | 葛 西 敦 子 |
| 東海大学医学部附属病院 | 小井戸 浩 子 |
| 弘前大学教育学部看護学科 | 鈴 木 光 子 |
| | 木 村 宏 子 |
| 第 6 回日本看護研究学会近畿・四国地方会記事総会 | 61 |
| 特別講演・シンポジウム・一般演題 | |
| 日本看護研究学会近畿・四国地方会第 4 回NEW看護学セミナー | 79 |
| 第一部記事（講演とデモンストレーション） | |

CONTENTS

..... Original Paper

Study of the Structure Nurse's Consciousness to Transferring
the Role of Nurse towards the Family 39

Center of Education & Research for
Nursing Practice, School of Nursing,
Chiba University : Nobuko Yosida

University Hospital, School of Medicine,
Chiba University : Yukiko Akai
: Kimie Sasamoto

University Hospital, School of Medicine,
Chiba University : Setuko Watanabe
: Tokiko Ono

Center of Education & Research for
Nursing Practice, School of Nursing,
Chiba University : Kazuko Kanai
Takanori Tsuchiya

Bacteriological Investigation of Waters in the Humidifiers of Incubators
— Effects of the Silvita — 52

Department of Nursing Science, Faculty of
Education, Hirosaki University : Atsuko Kasai

Toukai University Hospital : Hiroko Koido

Department of Nursing Science, Faculty of
Education, Hirosaki University : Mitsuko Suzuki
: Hiroko Kimura

教育現場のご要望にお応えすべく
 専門科目より全面改訂!

新版看護学全書 (全44巻)

●編集委員

小坂樹徳・三村信英・江本愛子・内藤寿喜子・栗屋典子・鎌田ケイ子・渡部乙恵・松本八重子

●全44巻(本巻35点・別巻9点)

第1巻～第12巻, 別巻1～9→A5判/第13巻～第35巻→B5判(全面改訂版)

●全巻揃定価92,430円(※定価はすべて税込)

全■の看護婦養成施設より高いご支持をいただいている看護基礎教育教材、『新版看護学全書』は、さらにカリキュラムとの整合性をはかるために、全面改訂を行っております。昨年末に専門科目23点(基礎看護学①～③, 成人看護学①～⑮, 老人看護学, 小児看護学①・②, 母性看護学①・②)を改訂し、今年は専門基礎科目12点, 別巻9点を改訂します。内容的な見直しはもちろん, B5判2色刷によるビジュアルな紙面で, 学習の要点が一目瞭然です。これからの看護教育と共に歩む『新版看護学全書』をご活用ください。

専門基礎科目

| | |
|----------|--------|
| 1. 医学概論 | 1,648円 |
| 2. 解剖学 | 1,854円 |
| 3. 生理学 | 1,236円 |
| 4. 生化学 | 1,339円 |
| 5. 栄養学 | 1,030円 |
| 6. 薬理学 | 1,236円 |
| 7. 病理学 | 1,545円 |
| 8. 微生物学 | 1,545円 |
| 9. 公衆衛生学 | 1,800円 |
| 10. 社会福祉 | 1,236円 |
| 11. 関係法規 | 1,400円 |
| 12. 精神保健 | 1,500円 |

専門科目

| | |
|----------------------|--------|
| 13. 基礎看護学① 看護学概論 | 2,200円 |
| 14. 基礎看護学② 基礎看護技術 | 4,100円 |
| 15. 基礎看護学③ 臨床看護総論 | 1,600円 |

| | |
|--------------------------------|--------|
| 16. 成人看護学① 成人看護概論・成人保健 | 1,800円 |
| 17. 成人看護学② 呼吸器疾患 | 2,300円 |
| 18. 成人看護学③ 循環器/血液・造血器疾患 | 3,200円 |
| 19. 成人看護学④ 消化器疾患 | 3,600円 |
| 20. 成人看護学⑤ 神経・筋疾患 | 3,100円 |
| 21. 成人看護学⑥ 胃・内分泌・栄養代謝 | 3,700円 |
| 22. 成人看護学⑦ 感染, 結核, アレルギー, 他 | 3,200円 |
| 23. 成人看護学⑧ 泌尿器疾患 | 1,400円 |
| 24. 成人看護学⑨ 女性生殖器疾患 | 2,200円 |
| 25. 成人看護学⑩ 骨・関節・筋疾患 | 2,100円 |
| 26. 成人看護学⑪ 皮膚疾患 | 1,300円 |
| 27. 成人看護学⑫ 眼疾患 | 1,500円 |
| 28. 成人看護学⑬ 耳鼻咽喉疾患 | 2,000円 |
| 29. 成人看護学⑭ 歯・口腔疾患 | 1,800円 |
| 30. 成人看護学⑮ 精神障害 | 2,300円 |

| | |
|------------|--------|
| 31. 老人看護学 | 3,300円 |
| 32. 小児看護学① | 1,800円 |
| 33. 小児看護学② | 3,500円 |
| 34. 母性看護学① | 1,500円 |
| 35. 母性看護学② | 4,200円 |

別巻

| | |
|------------------|--------|
| 1. 臨床外科看護学① | 2,200円 |
| 2. 臨床外科看護学② | 2,300円 |
| 3. 放射線看護技術 | 1,236円 |
| 4. 臨床検査 | 1,854円 |
| 5. 食事療法 | 1,339円 |
| 6. 看護史 | 1,600円 |
| 7. 病院管理・看護管理 | 1,545円 |
| 8. 地域看護 | 2,300円 |
| 9. リハビリテーション看護技術 | 2,987円 |

臨床医学・薬学情報ファイル

ベッドサイド活用辞典

福山大学教授 菅家南子 / 北里大学助教授 小宮山貴子 共著
新書判 290頁 定価3,914円(税込) ¥260

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

透析療法の実際

コンピュータによる血液透析チーム医療支援システム

中村定敏 / 松岡 緑 / 平方秀樹 編集
B5判 190頁 定価2,987円(税込) ¥310

看護婦をはじめとしたコメディカル向けの人工透析マニュアルは数多く出版されている。本書は、長年にわたって開発したコンピュータによる血液透析チーム医療支援システムを多くの図表を付けて分かりやすく解説した。このシステムのアウトラインを把握して、省力化をめざす方々に必携の書。

ケーススタディ

心電図の読み方・解き方

兼本成斌 著 B5判 240頁 定価 5,150円(税込) ¥310

アンケート調査

酒井 / 内藤 訳 根岸 / 飯淵 監訳
A5判 172頁 定価 2,369円(税込) ¥260

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 | 2,884円 |

続刊

(税込)
生化学・栄養学 / 看護学総論(I)・
看護学総論(II) / 血液、造血管疾患
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

辛らーい床ずれ・病臭の解消に!

エア一噴出型
特許

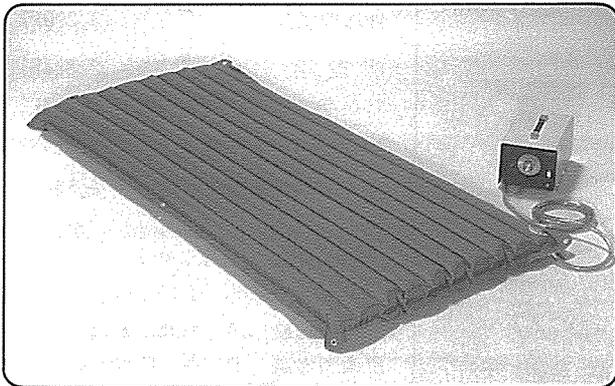
サンケンマット®

科学技術庁長官賞 受賞品

床ずれ 治療に 噴気型の パイオニア



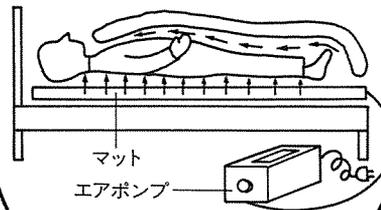
SGM-I型 定価93,000円



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 畜産器機部

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

第 18 回

日本看護研究学会総会

講演記事 (1)

平成4年8月1日・2日

会長 木村宏子

於 ホテルニューキャッスル

弘前市上鞆師町24-1

看護基礎教育と臨床実習

聖隷クリストファー看護大学 田島桂子

本日、私が頂いておりますテーマは、「看護基礎教育における臨床実習」について、ということです。このテーマは考え方によっては膨大な内容を含むものですが、敢えて視点を定めなかったのは、このテーマを全体的に捉えてそこに潜む諸々のことをどのように関係づけるのか、その点を整理する必要があるように思ったからです。

看護基礎教育と臨床実習との関係を考えるには、まず看護基礎教育とは何かを明確にし、その中で、ある意味で教育の方法でもある臨床実習の位置づけをし、それを具体化する方法を考える必要があると思います。しかし実際には、「看護基礎教育」の意味の捉え方、そこにおける教育目標の設定の仕方、臨床実習との関係、実習の指導体制、指導方法等はさまざまで、臨床実習の進め方に関する問題は山積しているように思われます。

20数年振りで、保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則が改正されましたが、その内容は1967年に改正された旧カリキュラムの本質を強化するための、いくつかの修正にとどまりました。それは、旧カリキュラムの理念が、包括医療ないし総合看護をめざし、ゆるぎない看護の理念が根底を貫くものとしてあったからだと思います。その意味を大切に、臨床実習を進める際の問題点を解決し、効果的に看護教育の目標を達成するにはどのようにしたらよいか、ということを中心にしながら話を進めていきたいと思います。

看護基礎教育の目標と臨床実習の関係

最初に、「看護基礎教育」の意味および看護基礎教育の目標と臨床実習の関係を整理しておきたいと思います。

私達は、4年制の大学の学士課程、短期大学、専門学校、3年課程・2年課程における教育を、一般に、

「看護基礎教育」と呼んでいます。なぜ「基礎」という用語を入れているのでしょうか。これは、卒後教育、すなわち、大学院の修士課程および博士課程の“postgraduate course”に対する“undergraduate course”つまり、学士課程の教育を指して、“基礎”という用語を付しているのだと思います。

しかし、わが国では、その「看護基礎教育」の範疇には多様な課程が含まれています。4年生の看護大学では、わが国の資格制度による資格取得につながる教育課程の、保健婦・助産婦・看護婦教育を含めていたり、保健婦・看護婦の受験資格を同時に取得できるような教育課程であったりします。その他の短期大学および専門学校では、看護婦の資格取得につながる教育を行い、保健婦・助産婦の受験資格を得るための教育課程は専攻科ないし別課程として考えられています。このように資格取得面から「看護基礎教育」を考えると混乱しますし、看護の内容は資格によって変わってくるものでもありませんので、この“基礎”は、“postgraduate course”に対する“undergraduate course”としての基礎であり、また、総合看護の理念に基づく看護実践の“基礎”として捉えておく必要があると思います。

それは米国の看護婦協会が「看護とは、現にある、あるいはこれから起こるであろう健康問題に対する人間の反応を診断し、かつそれに対処することである」としていることや、ICNが会員協会代表者会議で「看護教育課程は、リーダーシップをとり意思決定をする看護婦の養成に重要な役割を担う」としていることなどからも考えられるように、それはとりもなおさず、場の違い、わが国で定められている資格に基づく役割の違いを越えて、健康問題と取り組むことが、看護の本質を貫くことにつながり、このセンスを身に付けることが、総合看護の基礎となり、同時に看護基礎

教育の最終的な目標となるからです。その看護基礎教育と臨床実習との関係はどうでしょうか。

いうまでもないことと思いますが、看護教育の目標は、看護の場における看護実践力の育成とあってよいと思います。言い換えれば、看護基礎教育の目標は、あらゆる対象に、あらゆる場で、看護を実践できる能力を身につけることである、ということになるのでしょうか。その意味で、実際に看護の対象と向かい合う臨床実習は、臨床実習開始前に、学んだ内容を看護の場で生かし、かつ統合していく学習のプロセスともいえます。すなわち、臨床実習は、既習内容の意味や活用の仕方を考え、多様な人間像に気づき、また多様な看護技術の必要性を体験を通して感じとりながら、実践力を高め、かつ自己成長していく過程なのです。したがって、臨床実習は、その過程で得られる学習の成果に基づいて教育目標の到達状況を判定する重要な学習の過程といえます。その意味でも、看護教育に携わっている者は、だれもが臨床実習の重要性を認識していることだろうと思います。

では、いわゆる看護の“基礎”としての看護基礎教育における教育目標の到達レベルはどのように設定すればよいのでしょうか。臨床実習での指導に何らかの形で関わっている専門学校の専任教員を含めた臨床指導者の、看護実践面での看護基礎教育における教育目標に関する考え方をみてみましょう。

この結果は、九州、近畿地区における専任教員・臨床指導者を対象とした調査で得たものですが意見は分かれます。最も多いのが、「臨床（地域を含む）で必要な看護のうち、日常生活面および治療面の援助で頻度の高い内容については、確実な実践力を期待したい」という考え方をもっている人の51.9%で、全体の約半数を占めています。次は、「臨床（地域を含む）で必要な看護のうち、日常生活面を中心とした援助ができればよい」とする考え方で20.1%あり、「臨床で必要な基礎的知識があれば、実践力は期待しない」とする考え方も15.2%あります。一方、高度な内容を期待する「高度医療ないし専門領域に関する知識・技術を含む」という考え方も約1割を占めています（表1）。この結果をみる限り、地区による違い、専任教員と臨床指導者による違いも殆どありませんでした。

このように、教育目標の置き方に差があるのは、達成可能性を重視した人と、いわゆる期待値で答えた人

表1 指導者による看護基礎教育の教育目標

n = 468 (%)

| | |
|---|------------|
| 臨床に必要な基礎的知識があれば、実践力は期待しない | 71 (15.2) |
| 臨床で必要な看護のうち、日常生活面を中心とした援助ができればよい | 94 (20.1) |
| 臨床で必要な看護のうち、日常面および治療面の援助で、頻度の高い内容については、確実な実践力を期待したい | 243 (51.9) |
| 高度医療ないし専門領域に関する知識・技術も含む | 57 (12.2) |
| その他 | 3 (0.6) |

・指導者：専任教員と臨床指導者を含む
 ・1992年3月調査（九州、近畿地区）

との差があるのかも知れませんが、いずれにしても、看護が人間を対象として、個々の対象を理解した上で実践することが必要なこと、あるいは医療の現場には人間関係を初めとして様々な状況判断が必要なことなどから、限られた期間における教育が大変難しいということも反映しているようにも思えます。さらに、不器用さなどが問題にされる現在の学習者のレディネスも関係しているかも知れません。

しかし、この結果からみると、日々の教育の中で、少なくとも「臨床（地域を含む）で必要な看護のうち、日常生活面および治療面の援助で、頻度の高い内容については、確実な実践力を期待したい」という願いを込めて、大方の看護教育者が努力をされていることがうかがえます。現在では、治療をしながら社会復帰するケースを増やすこと、在宅酸素療法や臨死患者の帰宅などが進められております。このような現状は、まさに総合看護の本質につながってくる医療の在り方であるわけです。その意味で、これからの看護教育では、日常生活および治療面の援助で頻度の高い内容については、少なくともプライマリーケアができるように教育していかなければ、現場では対応できないと思います。その点からも、日常生活面および治療面の援助に関する内容を含めて教育目標を設定することは必須だと思えます。

しかし、日常生活面および治療面の援助で頻度の高いものだけとは言っても、その内容は膨大なものです。

総合看護の理念に基づけば、健康増進・維持、急性期からの■復、慢性状態の維持に関して、家庭、地域社会、医療関係施設等における活動能力を身につける必要があります。

その実践内容に関しては、一般に私達は、年齢的背景をもつ個人を身体的・精神的・社会的側面から全人的に捉え、身体面はもちろん、情緒、認識、社会及び文化的背景を考慮し、しかもその背後には、家族があること、個人が属する集■があることなどを意識しながら、看護を実践するようにと言います。しかし、このことは膨大な情報を■集して必要なケアを選択し、かつ、その情報を当面の必要なケアのそれぞれに反映させ、適切な方法を選択して、さらに■滑な実践力が求められていることを意味しているのです。いうのは簡単ですが、それを反映させた看護をするのは大変なことです。それが素人と異なるプロの看護といわれる所以なのかも知れません……………。

「看護行為」の構造化の必要性

ちなみに、臨床における学習過程を考えるために、看護ケアに必要な内容を项目的に整理してみましょう。まず、看護職者が、専門技術として誰にでも使えるレベルで身につけていなければならない「看護技術」の学習があります。いわゆる、プロがもつ、看護の道具としての「看護技術」です。

その一つに、■常生活の維持に必要な「看護技術」がありますが、その内容には、身体面・精神面、健康の維持・増進面に関する全ての技術が含まれ、なおかつ人の誕生から死への関わりもあります。その他、特定の訴え・症状に対する看護技術、治療・処置・検査時の看護技術、教育・相談技術などもあります。その一つ一つの「看護技術」の構造を見ると、一つの技術を行うには、それぞれにおいて、それに必要な認知領域、いわゆる知識、関係把握能力、実施テクニックとしての精神運動領域、実施過程における配慮、いわゆる態度面の内容と技術を発展させるための問題意識などの情意領域の内容が必要になります。しかもこれらの内容は、いわゆる実施手順ではなく、理論的根拠を持ったテクニックの中に、配慮面が組み込まれた形のものでなければなりません。これらの学習は、一般に、基礎看護学の中で、多くが学校で臨床実習開始前に行っているものです。

しかし、このレベルだけの学習では、現場における看護はできませんので、いわゆる臨床（地域も含めて）で、人を対象とした体験を通じた学習が必要になるわけです。看護の場で、クライアントないし患者に看護を行うには、それぞれの個別的特徴を知り、それらを前述の「看護技術」に統合し、「看護行為」を創造して実践することになるからです。これを「看護技術」を基にして考えると、現場で行う「看護行為」は、図1に示すような構造になっております。

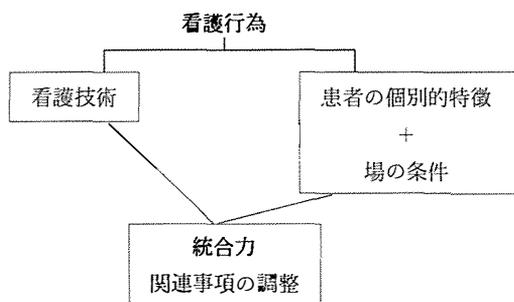


図1 看護行為の構造

これは、クライアントないし患者に対して行う「看護行為」が、看護職者が専門技術として身に付けておく必要のある、図1の左側の「看護技術」を右側の「患者の個別的特徴」を考慮して行うことによって成り立ち、その過程には、それを統合するプロセスに必要な内容があると言うことを示しているものです。ここには場の条件を加えております。単純にいわゆる場の条件、例えば、医療施設内、家庭、地域といったものと、学生が学校で学んだ内容と臨床における実態とは違うと言うことがあります。その点に関する内容が含まれています。たとえば、学校で全身清拭を行う際には、綿毛布を用いますが、綿毛布を準備している病院は■少ないことや、清拭に用いるペースンが、いつの間にか、ポリバケツに替わっていることなどを指しています。臨床における教育の過程では、「看護技術」に個別性と場における実情を加味する方法を指導するなかで、本質を捉えさせるようにしなければなりません。

このうち、「クライアントないし患者の個別的特徴」としては、成長・発達段階の特徴、身体的特徴、認識面の特徴、情緒的特徴、生活上の背景、健康上の背景

などの情報が必要であり、「看護技術」にこれらの個別的特徴を統合する過程においては、「統合力・関連内容」として、看護過程の展開技術、看護観、関係者との協調性、教育技術、論理性・推定力、興味・関心、感受性などが関連してきます。看護職者が行う看護の一つひとつには、当面必要な看護ケアを中心に、それと関連する健康の維持・増進、自立に向けた援助をするわけですから、これまで述べてきた内容がすべて関連してくることになります。

このように、一つの看護ケアに執着するのは、看護は一つひとつの場面におけるケアの連続によって成り立つということを前提にしているからです。看護は目標はあっても一日の看護、一週間の看護というように、まとめて行うものではないものですから、一つのケアが中心となるわけです。そのケアを通して、生命の消耗を防ぎ、安全と安楽を保証しているのが看護だと考えるからです。

前にも述べましたが、看護基礎教育の目標を「日常生活面および治療面の援助で頻度の高いものだけを期待する」と設定したとしても、その看護を実践するには、このような膨大な内容を組み立てる必要があります。臨床実習では、ケースに必要な看護の選択と、その看護の実践に関する学習をすることになりますから、これまで図1をもとに説明した内容を統合して、個人にあった看護を創造し、実践し、その評価をしながら、統合力、判断力、実践力などを身に付けていくことが求められます。

しかし、これらを一度に学習することは不可能ですし、限られた期間にすべてを学習することは大変難しいことです。内容を簡素化すると同時に、少ない学習量で、多面的なアプローチができるように整理して、教授-学習のプロセスを作っていく方法を考えなければならないことになります。

看護基礎教育の学習過程と臨床実習

看護基礎教育において学ぶ、いわゆる一般教育科目に該当する基礎科目、専門基礎科目には、自己成長につながる内容も数多くありますが、それらの内容は一方では、看護の基礎となっているのです。それは看護が対人関係で成り立つものであり、対象を理解するには自己理解ないし自己成長が必要だからです。その意味で、看護基礎教育における学習は、対人関係を通し

て学ぶ臨床実習を行う学習を頂点として、学習の過程が作られると言っても過言ではないと思います。

実際の看護基礎教育は、一般に、伝統的な教科カリキュラム型で設定されている授業科目を、教育意図、教育環境を考慮にいれて配列された教育計画にしたがって進められておりますが、一方では、看護実践に必要な学習内容を分析しながら、その時点時点において必要な学習を行い目標を設定していく、いわゆる問題解決指向型カリキュラムで進めていく方法もあるわけです。したがって、教育者は、その両方を視野に入れながら、意思決定された教育計画に沿って教育をしていく必要があります。看護は問題解決能力によって成り立っていることから考えると、後者を優先させた教育をすべきなのかもしれません。

「進展する医療に対応するために」ということで、改正カリキュラム（平成元年）では、判断力・応用力および問題解決力を身に付けるような学習をすることが望まれています。これらの能力は、医療の進歩に対応するというより、総合看護の本質を貫くために必要なことだと思います。それに、大学の設置基準改正の骨子の一つにも注目すべきことがあります。それは、大学において開設すべき科目を、従来、一般教育、外国語、保健体育、専門教育という4つのカテゴリーに分け、具体的に指示していたのを中止し、それぞれの大学、学部、学科の掲げる教育目標に応じて、それを達成するのに必要な科目を開設してよいとしたことです。戦後GHQの指導のもとに設定されていた科目区分がとり払われたのです。一般教育科目と専門科目の乖離が問題視されたわけです。いずれにしても、看護教育では、実践する看護を構造化し、それをベースにして教育を進めなければならないわけですから、一例ではありますが、先に説明したような教育内容の構造化が必要なのです。

その意味で、臨床（地域も含む）における看護実践を中心として、学習の過程を考えてみたいと思います。

先に挙げました看護行為の構造の実践部分に視点を当てれば、基本動作→看護技術→看護行為といった一つの学習の流れを作ることができます。もちろん、これらの行動には、当然、それに関連するいわゆる知識と態度などが要求されるのは言うまでもありません。この3者の関係は、看護職者が身につけている必要のある、誰にでも適用できる一つの看護としてのま

りを持つ、「看護技術」、すなわち「全身清拭」「皮下注射」といった理論・経験を活用した看護実践のための看護技術を中心として、「基本動作」は、それを構成する要素、すなわち、理論的根拠を持った行動の要素ないし看護技術を構成する要素で練習を必要とする行動の分節とも言えるものです。たとえば、ベッドを作る場合に必要な基本動作としては、リネンの広げ方、シーツの持ち方・引き方、コーナーの作り方といったものになります。さらに、ここでいう「看護行為」は、前述した個別性や場の条件を考慮してクライアントないし患者に行なう看護としての表現技術を意味します。

「基本動作」を組み立てて「看護技術」を構成、さらにそれを対象に実践できるように必要な内容を組み立てて、ようやく看護が実践できるようになるわけですから、その過程には、創造力、応用力、判断力、問題解決力が必要になります。改正カリキュラムでは、これらの能力を育成することが強調されていますが、これらの能力を育成するには、何らかの教育科目を単独に設定してもその能力は補われるものではありません。なぜなら、創造力、応用力、判断力、問題解決力などは、毎日の学習過程で鍛練されていかなければ身につくものではないからです。例えば、基礎看護学では「看護技術」の学習時に「基本動作」を駆使して、多くの「看護技術」を考えていく過程の繰り返して、その能力を養うこともできますし、また、臨床実習で、持ちあわせている「看護技術」を「看護行為」としてクライアントや患者に実践できるように考えていくプロセスにおいても、その能力を訓練する過程となります。

ある意味で、教育方法ということになりますが、このように看護実践に必要な内容を構造化した場合の教育の進め方は、先に述べた「基本動作」「看護技術」「看護行為」の3者のいずれからでも入ることができますが、初学者を対象とする場合は、一つの看護となる「看護技術」をイメージしながら「基本動作」の抽出あるいは組み立て方を学習し、必要に応じて「基本動作」の部分練習をしながら、多様な場面における「看護技術」を身に付けていき、次に、対象の条件を加えていくという方法で学習の過程を明確にすると、学習を容易にすることにもつながります。この「基本動作」と「看護技術」の関係を作ることは、わずかな「基本動作」の学習で、多くの「看護技術」を身につ

けていく方法でもあるのです。

例えば、先に挙げましたベッドメイキング時の基本動作は、モーニングケア、イブニングケア、失禁時あるいはその他のシーツ交換、術後ベッドの準備といった異なる看護場面において使用されます。しかも、これらの看護場面では、体位変換技術、コミュニケーション技術などを加えて行うこととなりますので、これらに関する基本動作も関連させることとなります。「全身清拭」では、拭く動作、体位変換技術、寝衣交換技術、コミュニケーション技術を組み合わせることで実施することとなります。その他、患者の訴え、症状ないし異常状態への対応、治療、検査、教育・相談などに関する看護技術においても、その構造は同じです。看護場面はさまざまな「基本動作」ないし「看護技術」の組み合わせで成り立っているものです。このような「基本動作」と「看護技術」との関係は、比較的容易に学習できると思いますが、対象の条件を加えていくのは大変難しいと思います。

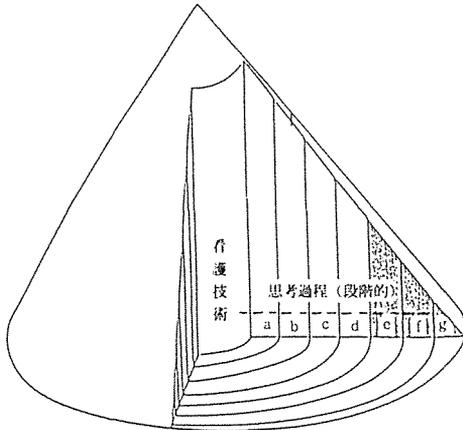
一般には、受け持ちケースについて情報収集を行い、その情報を分析し、看護計画を立てて、その中で、必要な看護行為を考えていくという方法をとっていますが、このようにケース全体を最初から考えて、当面行う看護行為に絞っていくより、初学者においては、最初に一つの「看護技術」に対象の条件がどのように加わっていくのか、その学習から入る方が容易だと思えます。では、当面行う看護行為はどのようにして決めればよいのかということになりますが、それは、カードックスで、実施内容の確認をするか、それができなければ、例えば、ヘンダーソンの基本的看護の構成要素と患者の状態とを照合し、当面必要な内容を確認して行動に入ることでもあります。

個別性を考慮した看護の成り立ち

では、一つの「看護技術」にどのようにして対象の条件を加わっていくのか、ということに話を戻しましょう。

例えば、図2は、その一つの方法を示しているものですが、この図は当面必要な「看護技術」を中心に、個別性を考慮した看護を実践するための思考過程を表しているものです。一応矢印を付けていますが、この過程は、同時に思考されたり、順序が逆になったりすることもあります。ここにお集まりの皆様でしたら、

一瞬のうちに考えられることかもしれませんが、初めて学習する者には、どのような知識を、いつ想起し、どのように活用するのかということを明確にして、思考過程を捉えさせておかなければなりません。この点を考慮に入れながら「a」から「g」までをみてみたいと思います。



- a : 成長発達段階を考慮して看護の方法を考える
- b : あらゆる場における看護の方法を考える
- c : 個人の日常生活習慣を考慮して看護の方法を考える
- d : 個人の健康状態をめぐる背景を考慮して看護の方法を考える
- e : 個人の自立状況を考慮して、実際の援助の範囲を考える
- f : 自立に向けて必要な援助内容の指導を考える
- g : 家族にクライアント（患者）に必要な援助の仕方と家族全員の健康管理に関する指導を考える

図2 看護行為の成り立ち (■島, 1990)

注1) 「看護技術」は看護職者が専門技術として誰にでも授けられるレベルで身につけている看護技術をいい、次の技術を包含する。①日常生活の維持に必要な看護技術(身体・精神面、健康の保持・増進面を含む)②特定の訴え、症状に対する看護技術③治療、処置・検査時の援助技術④教育、相談技術。

注2) 実際の看護は、eで考えられた範囲とその方法が中心となる。必要に応じて、f、gを加える。

注3) aとbは「看護技術」の範囲として、一般的な内容をあらゆる年齢とあらゆる場を考慮して考えるプロセスとなる。

注4) a～gまでの過程には、経過に即した看護・継続看護が関係している。

中心の「看護技術」には、図2の注1にあげている身体面、精神面、健康の保持・増進面を含めた日常生活の維持に必要な看護技術、これには人間の生から死に至るまでの内容が含まれますが、それに、特定の訴え、症状に対する看護技術、治療・処置・検査時の看護技術、教育・相談技術も加わります。これらに関する内容の中で当面実施する看護技術に、次のようなことを考慮していくのです。

- a : 発達段階を考慮して看護の方法を考える
- b : あらゆる場における看護の方法を考える
- c : 個人の日常生活習慣を考慮して看護の方法を考える
- d : 個人の健康状態をめぐる背景を考慮して看護の方法を考える
- e : 個人の自立状況を考慮して実際の援助の範囲を考える
- f : 自立に向けて必要な援助内容の指導を考える
- g : 家族にクライアント（患者）に必要な援助の方法と家族全員の健康管理に関する指導を考える

といった内容を考慮して、個人にあった看護の方法を考えて行うこととなりますが、実際の援助は「e」の自立状況に応じて行うこととなります。その際には、必要に応じて、「f」の自立に向けた指導と「g」の家族への指導を加味して行うこととなります。看護ケアで対象の自立状況を重視するのは、看護が、自立、つまり、その程度はさまざまでも、家庭・社会において生活できるように援助するものであるからです。

さらに、この自立状況を考慮するということは、改正カリキュラムで、経過別看護や継続看護を問題にしていますが、看護実践から考えれば、これらは一一つの看護の中で自立状況を考慮すればよいことで、特別に経過別や継続看護があるわけではないことも説明してくれます。

では、この「a」から「g」までの過程に必要な内容に視点を当ててみましょう。それぞれにおいて一般論があり、個性があるということになりますので、両者を比較しながら、思考を進めることとなります。したがって臨床実習で、クライアントないし患者を対象として看護を実践するには、学校で学習した内容をすべて活用しなければ、この「a」から「g」までのプロセスをたどれないということも意味しています。

たとえば、「a」の「発達段階を考慮して看護の方

法を考える」ということについては、まず、実施する看護技術と該当年齢との一般論における関係を考えます。つまり、年齢の違いによる対応の仕方の違いを考えるのです。次は、一般的な年齢における対応の仕方と該当者の特徴とを比較して看護上の考慮点を検討することになります。さらに、それを実施過程にどのように組み入れるかを考えます。このうち、一般論を考える過程は臨床でなくてもできますが、対象との関係は臨床でなくてはできないことです。このように個別の情報を具体的に考慮するには、一つの看護ケアまで具体化される必要があります。

もう1項目考えてみましょう。「b」の「あらゆる場における看護の方法を考える」については、実施する看護技術と該当する看護の場（在宅、病院、その他関係施設など）との一般論における関係、例えば場の設定の違い、使用用具の違い、状況判断の仕方、技術移転者があれば、その指導方法などを考えるのです。それをもとに、該当者の状況と比較し、実施方法を検討する。そして、検討した方法を実施過程に組み入れるのです。このように検討していきますと、まず該当する内容の一般的な方法を考え、それと個別の特徴とを照合し、変化させる必要があれば、それを実施過程のなかに組み入れる方法を考え、変化させる必要がなければ一般的な方法をそのまま用いて実施すればよいということになります。

時間の関係で、これらの項目の具体化の仕方はこれまでにとどめますが、このような過程を経てクライアントないし患者の個別性に合った方法を考え、実践するわけですが、そこには臨床実習で強調している看護過程が存在するのです。「看護過程」というのは、適切な個別の看護の方法を考えるための思考過程を指していることでもありますので、要は、学生にその思考過程をしっかり捉えさせればよいわけです。したがって、個人にあった方法を考えるためのプロセスと、それに基づいて実施した結果の評価の仕方およびその結果の次の看護への生かし方を捉えさせればよいわけです。それには、ケース全体から捉えさせるより、当面実施する一つひとつの看護の過程を重視し、既に学んだどのような学習内容をいつ思い出し、どのように使うのかということと結びつけながら学習させた方が分かりやすいし、次に同一内容を行う際の手がかりもつかめて、看護の面白さを理解させることにつながるの

ではないかと思えます。

看護の学習過程においては、対象の個性がしばしば強調されますが、必ずしもその方法を十分指導しているとはいいがたい現実があることは、皆様もご存じだと思います。その点に目をつけた一つの考え方です。

その一方でケースの全体像が分からなくては困るという心配もあるかと思いますが、その点に関しては、一つのケアの思考過程をある程度つかんできたら、一日のサマリーを書かせるようにし、ケースの動きを最小単位から捉えさせるような取り組みを加えていくのです。1日ができれば3日、1週間、2週間とその期間を伸ばしていけば、一定期間内の患者の変化を予測できるようになります。このような学習過程を経た後は、最初からケース全体を問題にできるようになるだろうと思います。実習の組み方にもよりますが、このようなケース全体からの取り組みは実習全期間の中期以降から始めても遅くはないと思います。それに卒業後も関心を持ち続けられるようにしなければならないと思います。

看護は場に対応するものであり、計画が立ってから実施するというわけにはいかないことが多いのですから、思考の原点を、直面している場の理解と、そこで行う一つひとつの看護に置き、その広がりにおいて、さまざまな思考ができる専門職者を育成しなければならぬと思います。もちろんその中には、地域における看護につながる思考も含まれます。

これからの臨床実習の取り組み

臨床の場でどのような教育上の課題があるのか、臨床指導に携わっていらっしゃる専任教員および臨床指導者にお尋ねした結果がありますので、それを紹介し、私達がどのようなことと取り組もうとしているかを見てみたいと思います。

「実習配置・教育内容の組み立て方」と「教育方法」については、45.5%の方がその必要性を感じ、次いで、「教育内容の精選の仕方」が約30%あり、「実習の時期」「記録の仕方」も15%を上回る程度あります（表2）。これらは単に臨床実習だけではなく看護教育の根幹にも触れることだと思います。このような内容に関する問題意識があるということは、裏返していえば、これからの看護教育に多くの期待が持てるということだと思います。これらの取り組みは、環境条件を考慮

表2 指導者の臨床実習に関する検討事項

| | n=369 (%) |
|-----------------|------------|
| 実習配置・教育内容の組み立て方 | 168 (45.5) |
| 指導方法 | 168 (45.5) |
| 教育内容の精選の仕方 | 100 (27.1) |
| 実習の時期 | 62 (16.8) |
| 記録の仕方 | 57 (15.4) |
| その他 | 17 (4.6) |

- ・指導者：専任教員と臨床指導者を含む
- ・1992年3月調査（九州，近畿地区）

しなければならないことですので，単純にその方法の提案はできませんが，これまで話してきた内容のまとめの意味で，いくつかの教育上の視点を述べてみたいと思います。

その視点としては，少ない学習量で多様な看護を創造する能力，実践する看護を構造化する思考能力，看護の基本動作を組み立てて看護を実践する能力，看護ケアの方法を多様に考える習慣，看護チームの中での動きを敏捷に捉える能力，医療チームの中で看護の独自性を発揮できる能力，などがあげられますが，前半の3点については，これまで述べてまいりました方法でカバーできると思いますが，後半の3点については，これまでの臨床実習の進め方で少し発想を変えなければならぬと思います。

例えば，その指導方法の1つとして提案したいと思えますのは，学生をスタッフの看護チームにできるだけ入れて，場への対応力を学習しながら，学校で学習したさまざまな理論を確実に適用させる方法を取り入れるのです。つまり，1つの実習グループを2つに分け，一方がチームの中で学習している間，他方は臨床指導者ないし専任教員によって，学年ないし個人の能力に応じて，個別に看護技術を中心とした必要内容の学習を確実に行うといった方法です。この方法を採用すれば，個別の看護を確実に学び，かつ一方では先輩ナースのケアの仕方や，チームのなかでの動き方を学習する機会を得ますので，看護の方法に関する発想を広げることにもなります。もちろん，個別の指導時にも，方法の多様性に関しては思考が広がるような指導をする必要があります。いま述べましたのはほんの一つの方法ですから，他にも色々な方法が考えられると思

ます。ケースにあった看護を行うことを強調しても，その方法を知らなければどうすることもできません。

看護教育における現状の問題を解決するための一つの方法として，日頃考えていることをお話ししましたが，このような考え方をする者もいるということ，時に思い出しながら，従来行われてきた方法の良い点は踏襲し，一考を要すると思われることについては，勇気をもって改善に取り組み，その結果の情報交換を行いながら，看護教育を更に発展させていくことの必要性を改めて強調したいと思います。

看護基礎教育と臨床実習というテーマで，臨床で行う一つの看護の構造とその教授－学習過程を中心に述べてまいりましたが，それは，臨床で看護の成り立ちを十分学習しておく，どのような場においても看護ができる素地が養われると思えるからです。私は実践を通してそれを捉えさせることが看護基礎教育の意味するところであり，また臨床実習を行う意義であると現時点では考えております。

引用文献：

- 1) 国際看護婦協会日本看護協会編訳：ICN基本文書－看護の理念と指針，日本看護協会出版会，P.42，1988
- 2) 日本看護協会編，小玉香津子・高崎絹子訳：いま改めて看護とは，日本看護協会出版会，P.24，1984

参考文献：

- 1) 田島佳子：看護教育評価の基礎と実際，医学書院，1989
- 2) 田島佳子：深瀬須加子編：成人看護学（1）成人看護学総論，金原出版，1991
- 3) 田島佳子：延近久子編：成人看護学（2）成人臨床看護総論，金原出版，1991

青年期の心理的特徴と近年にみられる変化

弘前大学 平岡恭一

青年期の心理的特徴について従来言われてきたことを、青年期を表す標語（キーワード）とともに整理すると、次の諸点があげられる。

1) 「周辺人（境界人）」, 「第二の誕生」, 「人格の再構成」などの標語が示すように、青年期は移り変わり（過渡期）あるいは生まれ変わりの時期である。すなわち、子供時代までの自分が一旦そこで途切れ、新しく大人に生まれ変わるという、不連続性を示す時期である。

2) 「否定期」, 「第二反抗期」, 「疾風怒濤」など、青年期には否定的反抗的言動が多くなり、感情的に揺れ動きが激しく安定しない。ひとつ間違うとんでもない方向へいってしまいそうな、精神的危機の時期である。

3) 「自我の発見」, 「自我同一性の確立」などの標語が意味するのは、青年期が自己を確立する時期であるということである。青年は自分の中心に自らを見つめる目を発見し、そのことにより、より確かな自己を確立しようと努力し始める。青年期全体にもわたる長い彷徨の末に、自分なりの価値観や職業を選択していくのである。

従来青年心理学は、概ね以上のような観点から青年をとらえようとしてきたが、それほど間違った見方ではなかったようである。現在でも基本的にこの図式は変わっていないが、近年これが当てはまらない若者が増えてきたといわれる。そのような変化には、次の諸側面があげられる。

1) 青年期の始期が早まり、周期が遅くなってきている。つまり、青年期が長くなってきた。始期が早まってきたことは、思春期における急激な心身の発育及び性的成熟の時期が早まってきたという、いわゆる発達加速現象を反映したものと考えられ、次のような諸問題を提起している。まず第一に、小学校高学年ですで

に青年期の精神的特徴が現れる場合がある。特に女子において早く、まだ子供だと思って安易に体に触れたり、身体測定の際に適切な配慮を欠くなどは、子供の心を傷つけてしまうかも知れない。第二に、児童期が短くなっている可能性がある。発達心理学的には、従来から「ギャングエイジ」などといわれるように、小学生の時に友人関係を通じて、人間関係の技術など社会性が発達するといわれてきたが、児童期が短くなると、遊び場がないなどの環境の変化と相まって、社会性が十分に発達しない事態が生じうるのである。

一方青年期の周期が遅くなってきた点については、大人になるまで時間的余裕がでてくるはずであるから、じっくりと自己を完成させてゆけばよさそうなのであるが、昨今の受験戦争などは、逆に子供たちを急がせすぎ、あまりにも早くレールに乗せようとしているように思われる。

2) 青年期が以前ほど不連続的でなくなり、児童期から連続的に大人になっていく青年が増えてきた。加藤（1987）は、児童期から青年期への移り変わりが連続的であると感じている大学生の手記とともに、この傾向を指摘している。

3) 青年期は以前考えられていたほど危機的でなくなってきた。例えば自殺率の統計などをみても、以前は青年期の頃にひとつのピークがみられたが、最近ではみられなくなり、むしろ中年の頃にピークが移っている。思春期の体の変化、特に初潮の受け止め方に関する調査研究の結果も、以前より否定的でなくなっていることを示している。これには、近年の性教育に対する熱心な取り組みの成果も反映しているであろう。

4) 自己確立の努力をしない青年が増えてきた。大学で学生相談に当たっているカウンセラーによると、この頃の学生はアイデンティティ（自我同一性）につ

青年期の心理的特徴と近年にみられる変化

いて以前ほど語らなくなってきたという。明るく、軽くという現代学生気質を表しているのであろうか。

近年同一性地¹⁾に関する研究が注目を浴びている。これは、自我同一性に関わる様々な段階を想定して、青年を分類しようという試みである。その中には同一性を達成した段階、拡散の状態、モラトリアム、などと並んで、早期完了あるいは権威受容といわれ、親の期待や既製の価値観を悩まずにそのまま自分のものにしてしまうグループがある。弘前大学生を対象とした調査研究によれば、多少なりとも早期完了の特徴を持つ学生が20%程度存在する。この数字は従来の青年観に照らすと、かなり高いもののように思われる。

最後に、以上のような変化に関連して、筆者の研究室で行われている調査研究の結果の一部を紹介したい。

まず、青年期の延長について、中学、高校、大学生の、すなわち青年自身の意識を通して調べてみた。1973年の調査（京都大学）結果と1991年の結果（当研究室）を比較すると、青年期の始期の認知はすべての学年で早まっており、終期についても中学と高校で遅くなっていた。青年期の延長は、青年自身がどう感じているかという点からみても、だいたい確認されたといえよう。

さらにわれわれは、青年期の不連続性と危機性を、量的に調査する試みを始めている。連続、不連続の問題は、量的には、発達速度に関わるのであって、例えば非常に短期間に大きな変化が生じたとき、われわれはそこに不連続性を見いだすのではなかろうか。このような観点から、子供、青年、大人の時期における一般的な発達速度を角度で表してもらう問を大学生に与えたところ、青年期の平均角度が、それ以外の時期よりも大きかった。一方危機性については、「疾風怒濤」という標語に示唆を得、心の中の嵐の状態を風速で表してもらう問を作成した。大学生の回答を集計したところ、青年期における平均風速が、他の時期に比べて著しく大きかった。以上の結果により、青年自身の見方からとらえても、青年期が比較的不連続的であり、危機的であることが確認された。今後は、何年か置きに同種の調査を行い、上述の変化の仮説を検討していきたいと思っている。

文献

加藤隆勝 1987 青年期の意識構造 — その変化と多様化 誠信書房

人間行動研究と看護学

弘前大学 北村光二

コミュニケーションの行動学的理解

この発表でお話ししたいことは、私たちが「コミュニケーション」ということについて漠然と思いついて、意外といいかげんなものであるということ、少くとも、「コミュニケーションとは何か」ということにかかわる、本質的にはまったく異なった二つの考え方が区別されずに共存している、だからそれらをきちんと区別すべきだ、ということです。内容としては、それらがどう区別されるのか、そのような区別がなぜ重要なのか、という点について、人びとの行動をありのままに記載してそこにパターンを発見しようとする方法、つまり行動学的な視点からの理解をご紹介しますということになるはずですが。

「コミュニケーション」についての二つの理解

私たちが「コミュニケーションとは何か」ということについて常識的に信じていることとは、まず第一に、次のようなことだと思えます。コミュニケーションとは、言語的メッセージの交換のことであり、そのようなメッセージは、ボールが手渡されるときのように人びとの間を移動するが、この移動ということにこそこの現象の本質があると考えます。それに対して第二の考え方は、ここにお集まりの皆様が御専門である「看護」という領域とも無縁ではないのですが、コミュニケーションをたんなるメッセージのやり取りと考えるのではなく、それに関与する人びとの間の「関係」を作り上げたり、維持したりするものとして捉えようとする立場をとります。「夫婦のコミュニケーションが足りない」とか、「子どもの発達には親子の良きコミュニケーションが不可欠だ」という言い方をするときの考え方がこれに当たります。

この二つのコミュニケーションのうちの第二のものは、「関係の伝え合い」としてのコミュニケーション

と呼べるはずのものなのですが、それがどのような意味で第一のものと異なっているかについて、いくつか例をあげて考えてみたいと思います。

まず、I love youというメッセージを伝える、つまり「私はあなたを愛しています」ないしは「私はあなたが好きです」と言うという場合を考えてみます。コミュニケーションについての第一の理解というのは、あるメッセージがAからBへと移動するということが重要だと考えるわけで、この場合も、まずそのメッセージが伝わるとということが問題で、さらにいうとすれば、誤りなく正確に伝わる、ということが本質的なことだと考えられるのです。したがって、逆にいうと、伝わりさえすれば、正確に伝わりさえすればそれでいいということになってしまいます。つまり、私は妻を愛しているのだから、とにかく毎日I love youと言い続けなければならない、あるいはそう言い続ければそれでいいというニュアンスがそこに付着してしまいがちです。

それに対して第二の理解では、あるメッセージを伝えるときにそれをどのようなやり方でするのか、ということの重要性が強調されます。具体的にいえば、I love youと言うときに、相手の目をじっと見つめて言うとか、そのとき声が思わずちょっと震えるとかということが、この場合のコミュニケーションにとって重要なことだと考えるわけです。それは、俗っぽい理解に即していえば、そのメッセージを伝えようとする人の「思い」がこもっているかどうか、そしてその「思い」がちゃんと相手に伝わるかどうかの問題だということになります。コミュニケーションについての第一の理解との違いを強調するためには、まずそのように考えておけばよいと思います。ただ、そのような「思い」がどうすれば伝わるのかということをも視野にいれようとする、それだけでは何もわかったこと

にはならない、ということになります。

「関係の伝え合い」としてのコミュニケーション

この第二の考え方の特徴をもう少し分析的に考えてみます。再度 I love you と言う場合を取り上げると、一人でもんもんと考えて、私はあの人が好きだ、好きだと思いつめて、その思いがぎっしりと詰まったことばを相手に投げかければそれでいいかという、私たちはそのような I love you をちっともいいとは思わない。つまり、ひとりよがりではいけない、もう少しかたいことばでいえば、この「思い」は一方通行的に相手に手渡されるものではない、ということになります。ここで想定されているコミュニケーションは双方向的で循環的なものであって、相手がそのコミュニケーションの過程に積極的に参加し、「相互了解」としてそれを支えるということがあってはじめて、このような「思い」が伝わることになるのだと考えられるのです。

最初の部分で私は、この第二のコミュニケーションを「関係の伝え合い」としてのコミュニケーションと呼び、それが当時者間の「関係」を作り上げたり、維持したりするものだと考えました。そのような考え方の特徴とは、まずこのコミュニケーションの「相互性」ということなのです。それが「伝え合い」という言い方に込められた意味です。そして次に問題になることは、そのような「相互性」が結果的に「関係」を作り上げるといことになる、という点です。それは以下のように理解できます。

ここで問題としているコミュニケーションは、当事者の一方の観念や思想を表明したり相手に伝達したりする過程ではないのです。相手に向かって「本気で」I love you と言うことは、そう言うことによって私と相手との間の「関係」に何らかの変更を加えようとするのであり、そのような意味で現実を変えようとする企てになっているのだ、と考えるべきなのです。そして、そのような企ての提案に相手が応じて、肯定的にであれそのやりとりに参加したとき、そのようなコミュニケーションの過程は、結果的にある「関係」を作り出してしまはずです。

これまでのところでは、I love you と相手に言うという場合、つまり相手との「関係」に直接言及することによって誘導される過程を問題にしてきましたが、

ここで話したい「関係の伝え合い」としてのコミュニケーションとは、決してそのようなものに限られるというわけではありません。ただここでは、そのようなコミュニケーションの全体像を検討するというのではなく、むしろ特定の話題に焦点を絞って、コミュニケーションを「関係の伝え合い」として理解するという考え方の重要性を明らかにしたいと思います。

身体的メッセージの交換

この発表の題は「コミュニケーションの行動学的理解」となっていますが、ここで取り上げたい話題とは、ことば以外の身体的メッセージの交換、つまり、身ぶりやしぐさによってなされるコミュニケーションという現象です。この身体的メッセージの交換という現象を正当に評価しようとしたとき、この「行動学的理解」が不可欠となる、つまりコミュニケーションを「関係の伝え合い」として理解することがどうしても必要となる、というわけです。

身体的メッセージの交換という現象を考えたときのもっとも中心的な問題の一つは、身ぶりやしぐさをもつ意味というものが、辞書を引けばわかるというかたちで一義的に指定されることがない、という点です。相手を見つめることは、ある時には愛情の表現だとも考えられますが、別の場面では威嚇と理解されるのです。一方、たとえば講義中に学生が教師をじっと見つめているという場合には、それとはまったく別の意味が考えられなくてはならない。

さらに、この「意味が一義的に指定されない」という問題は、もっと奥行きのある、微妙で複雑な要素を抱えているのです。たとえば、同じ愛情の表現として相手を見つめていると考えられる場面でも、相手がその視線に気付いて当の人間の方を見るという展開までも視野に取り込もうとすると、その後の「見つめ合う」（あるいは「見つめ合わない」）という事態に向かってきわめて複雑なコミュニケーションが繰り広げられることになるはずなのです。私が相手をじっと見つめているとふっと相手と目が合い、思わずちょっと目を逸せてしまう。相手も視線を下に落とすが、しばらくしてまたこちらに目を戻してくる、と。このようなコミュニケーションでは、相手を見たり目を逸したりするというそれぞれのしぐさが、単独で何らかの意味を担っているというかたちで、その全体の過程が理

解できるようになるとはとうてい考えられないのです。

身体的メッセージとは、たんに相手に何らかのメッセージを伝達するというだけではなく、いつでも、それを受け取った者に何らかの現実的な反応を要求するものなのです。たとえ相手がそれを完全に無視したとしても、そこには「一方の働きかけを他方が無視した」という「関係」が実現されてしまいます。身体的メッセージの交換において、人びとは結果的に何らかの「関係」を伝え合うことになるのです。

これまでに述べたことは以下の二つのことでした。まず第一は、身体的メッセージから読み取られる意味というものが、場面や文脈に応じて多様なものになるということ、第二に、それがいつでも相手の現実的な反応を要求するものだという点です。そして、この二つの問題は決して無関係なものではないのです。第一のものは、そこで交換されるメッセージがより抽象度の高いものということ（だから文脈に応じて多様な意味になる）を示しており、第二の点は、しかもそれが、私やあなたの「思い」と直接に結び付いたメッセージであること（だから第三者的な態度をとって無視することができない）を示しているのです。だから、そこで交換されるメッセージとは、「私とあなたの関係」という一般的で抽象的な内容に関わるものになるのであり、一方で、そのようなメッセージの交換によって何らかの「関係」がそこに作られることになるのだと考えられるのです。「関係の伝え合い」としてのコミュニケーションという言い方が示していることは、これに尽きます。

「笑い」のコミュニケーション

以上に示したようなコミュニケーションの「行動学的な理解」によって、人びとの現実の身体的メッセージのやり取りが、どのようにみえてくるかを具体的に示してみましょう。ここでは、「笑い」という、私たちがよく知っているはずであるにもかかわらず、よく考えると何とも捉えどころのない性質をもった身ぶりを取り上げてみます。「笑い」という現象については、古今東西に数多くの論考や研究があり、ここでその論争にけりをつけたいというのではもちろんありませんが、それを理解する上での一つの視点を示したいと思います。

「笑い」という身ぶりも、他の身ぶりと同じように、

場面や文脈によって異なった意味をもってしまいます。ある場面で「笑い」は、「楽しさ」を示しているものと理解されますが、別の機会には、「嘲笑」ということばがあるように、それがあつ種の「攻撃」だと考えられるのです。さらにもっと多様な笑いの意味が想定できるのですが、ここではこの二つの笑いとは明確に区別されるものでありながら、それらと近い関係にある「苦笑」、あるいは「自嘲的な笑い」というのを付け加えておきます。この三つの笑いが相互にどのように位置づけられるかを以下で考えてみます。

まず出発点は、ある場所にいる人が皆笑っているとき、その笑いはいつでも「楽しい笑い」と理解されるということです。つまり、笑い合うという状態では、その笑いが何を意味しているのかと詮索されることがないのである。したがって、それ以外の二つの笑いは、一方が笑っているのに他方が笑っていない場合に、その一方の笑いに付与される意味なのだと考えられるはずである。

柳田國男は、「殊に日本人では人が笑い自分が笑われる不幸を痛感する人が多かった」（「笑いの文学の起源」）と述べていますが、このように一方が笑って他方が笑われていると感じるとき、その笑いは攻撃的な笑いだということになります。また、笑う側の立場からいえば、攻撃的な笑いとは、相手が笑わないこと、少なくとも自分と同じ程度には笑わないことを強要する笑いなのです。攻撃的な笑いの典型と考えられるものは、相手の注意を引くほどに声高な笑いや、すぐにそうと気づかれるような■を歪めた笑いです。このような笑いを向けられた相手は、自分がそれと同じ笑いを返せないことをむりやりに自覚させられるのです。

この二つの笑いと対比すると、最後の自嘲的な笑いというのも、分かりやすくなります。この笑いは、攻撃的な笑いとは違って、相手が一緒に笑ってくれることを期待する笑いなのです。ただし、そのとき相手が笑ってくれず、笑い合うという状態にならない、という笑いだと考えられるはずである。自嘲的な笑いを向けられたとき、相手がそれを攻撃的ではない自嘲的な笑いだと理解する理由は、その笑いに対して自分が笑い返さないのは、笑えないからではなく笑ってやらないからだと考えていることに求められます。失態を演じてとがめられたときに思わず出てしまうてれ笑いに対して、とがめた相手が笑い返してくれないだけではなく、

追い打ちをかけるように「笑っている場合か」と叱りつけるということがよくあります。これは、一緒に笑ってやることを私は拒否しているのだとわざわざ言明しているようなものなのです。

以上のことをまとめると、まず、一緒に笑う「楽しい笑い」と、それ以外の、一方だけが笑う笑いがあります。そして、一方だけが笑う、つまり一緒に笑わないという場合があります、その「関係」を笑う側が仕掛ける「攻撃的な笑い」と、それを笑いかけられた側が作ってしまう「自嘲的な笑い」がある、ということです。このような理解に特徴的なこととして強調すべき点は、まず第一に、この「笑い」という身ぶりが相手の同じ「笑い」を誘発する力をそなえているという考え方です。だからこそ、笑いかけに対して相手が笑いか否かということが問題になるのです。そのような意味で、相手と共にいる場でどのように笑うかをめぐってコミュニケーションの過程が進行するのです。

そして、このコミュニケーションとは、決して、「笑い」という身ぶり自体にそなわっている複製の意味を、そのときその場で適当に引出して読み解いているというのではない、という点も重要です。そこにあるのは、「笑い」という身ぶりを手がかりにして、それを共有するのか、あるいは相手が笑えないように笑うのか、あるいは一方の笑いかけを他方が拒否するかというように、その場にいる人びとが、どのように笑うかをめぐるある「関係」を作り上げるということなのです。つまりそれは、「笑い」という身ぶりを媒介とした「関係」であり、「パターン」であり、「形代」なのです。

これまでのところで、身体的メッセージの交換という現象を例にひいて、「関係の伝え合い」としてのコミュニケーションというものについて考えてきました。そしてじつは、この「関係の伝え合い」としてのコミュニケーションとはもともと、言語以外の身体的メッセージの交換という現象と強く結び付いたものなのだと考えられるのです。すでに何度も指摘したことですが、身体的メッセージとはいっても、それを受け取った者に何らかの反応を要求するものであって、そのような

メッセージの交換において、人びとは結果的に何らかの「関係」に入らざるをえなくなってしまうことがあります。さらに、人は「関係」にかかわる本心を相手に伝えようとするとき、あるいはそれを相手から読み取ろうとするとき、言語以外の手段に目を向けるのがつねのようなのです。頭を下げ、手をついて謝るのなければ相手が承知しない、ということがあるのです。

このような身体的メッセージが持っている特徴を、言語的メッセージと対比して捉えることによって、最初の部分で述べた二つのコミュニケーションの区別が明確になるはずですが、まず、言語的メッセージは、「主語+述語」という構造に即して、外部世界の事物を名指し、それがあつ性質をもっているとか、ある状態にあるとか具体的に特定することができるという点に、最も大きな特徴があると考えられます。つまり言語的メッセージとは、第三者的に何かについて「報告する」ものとして用いられることが中心となるのです。コミュニケーションについての第一の理解、つまり、「ボールが手渡されるように人びとの間をメッセージが移動する」という考え方は、このような性質をもった言語による第三者的な報告」という現象に焦点を当てたコミュニケーションについての理解なのだということになります。

それに対して、身体的メッセージの交換では、そのメッセージは第三者的なものには決してならず、それを発信することは、「関係」の一端に自らなり、それと共にもう一方の端を相手に提案する、ということになるのです。そのときのコミュニケーションでは、当事者の身ぶりやしぐさのいちいちが運ぶメッセージが何であるかということではなく、それらの身ぶりが組み合わせられて結び合うパターンこそが問題になるのです。そして結果的に、そこには何らかの「関係」が作り上げられることになるわけです。そのような意味でそれは現実を変えようとする企てになっているのです。コミュニケーションについての第二の理解が提案している最も重要な点の一つは、コミュニケーションをたんに「個人の観念を表明し伝達する過程」として捉える通常の理解に対して、大きな変更を迫るものだという点なのです。

ターミナルケアからパリアティブケアへ

— QOLの維持・向上をめざした看護の役割 —

東札幌病院 石垣靖子

1. “慢性疾患としてのがん”の時代

近年、がん医療の進歩は目ざましいものがある。外科的療法、化学療法、放射線療法そして様々な免疫療法に加えて痛み治療、栄養管理も新しい治療が次々と紹介され実践されるようになった。

統計によると早期がんの5年生存率は肺がん（腺がん）80.1%、結腸がん93.6%、直腸がん86.3%、胃がん93.0%、乳がん98.7%となっている¹⁾。早期に発見すると、がんの治療効果は極めて向上してきている。たとえ病期が進んでも、いま多くのがん患者はその時必要で可能な治療を受けながら、その人なりの社会生活がおくることができる時代になってきた。その期間も3年、5年はもとより10年、15年という単位になる。すなわちがんは今や慢性疾患として位置づけられる時代になった。

当然私たちナースの役割として、がん患者のそれぞれの病態や治療をふまえて、セルフケアにむけての教育活動と共に必要な心理・社会的なサポートを担当する、あるいはコーディネートすることが期待される時代になってきた。がん患者の生活（人生）を包括的にかつ継続して看とる役割である。

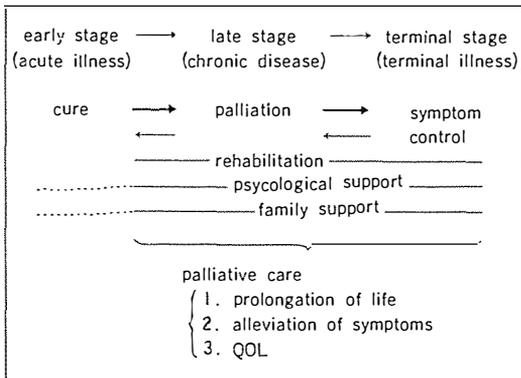


図1 Medical Care Spectrum

ここでがんの病期からがん医療の内容を整理してみると図1のようになる²⁾。早期 (early stage) は当然治癒的な治療の対象である。病期が進行すると慢性期 (late stage) となり、更に病期が進むと終末期 (terminal stage) になる。終末期は慢性期と合わせて palliative care の対象となる。患者の Quality of Life (QOL) を尊重し、苦痛症状を改善して、出来るだけその人に可能な社会生活を長く送れるように援助することがその目標になる。大切なことは、現実のがん (患者) は一方的に病期が進行するのではなく、その時可能で最善の治療を受けることによって同じ病期に長く滞っていたり時には病期が逆行することもしばしばみられる。そんな時代になったということである。

2. Palliative Care と Quality of Life

Palliative Care は患者に残された日々を最大限充実することを目指して戦う医療であり、患者のQOLの維持・向上を目指した能動的な医療といえる。

医療の場でQOLを論ずる場合、それは患者に具現化されて始めて意味をもつことになる。

東札幌病院ではQOLという極めて主観的、かつ抽象的な概念について、直接、間接に患者に関わる医療者間で、ディスカッションを続けてきた。北大文学部の哲学者清水哲郎先生を交えたこのディスカッションではQOLの概念の共通理解を試み、QOLとは「人格としての患者の人生の可能性（選択の幅）がどれ程広がっているか」と定義し、QOLが高いとは「その可能性がより広がっている」とする清水先生の提案に同意した³⁾。

この概念の理解をもとに、患者がそれをどのように実感しているかを知るためにQOLの評価にとりかかっ

表1 QOLの構成要素

| Schipper (1988) | Barofsky (1984) | Aaronson (1988) |
|---|--|------------------------|
| physical & occupational function (日常生活の作業能力) | health status measures | global QOL |
| psychological state (心理状態) | mental status assessment | psychological distress |
| social interaction (人間関係を維持する能力) | social indicators movement | social interaction |
| somatic sensation (身体的快・不快の程度) | control of disease and treatment morbidity | physical symptoms |

た。

QOL研究の歴史は1940年代に遡るといわれている。1976年には精神科医とがん専門医による共同研究班がアメリカで組織された。すなわちQOLは国際的には約18年の歴史があり、様々の研究が行われている⁴⁾。

現在QOLの概念についてコンセンサスが得られている構成要素は表1に示す通りである。すなわち、1) 日常生活の作業能力、2) 心理状態、3) 人間関係を維持する能力、4) 身体的快・不快の程度の4側面である⁵⁾。

これらの学習をふまえて当院独自のQOL評価表(表2)を作成し、2週ごとに患者の状況を調べながら現在300例をこえて続行中である。

Palliative CareについてWHOは1989年に図2に示すような考え方を示した。すなわち終末期には、痛み治療、緩和的医療が主になるが、それはキュアからケアへ一線を画すようなものではなく、緩和的医療はがんの診断時から患者の必要に応じて実施されるべき

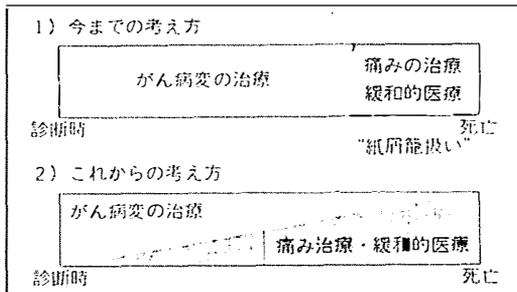


図2 がん治療と痛み治療・緩和的医療のあり方 (WHO 1989)

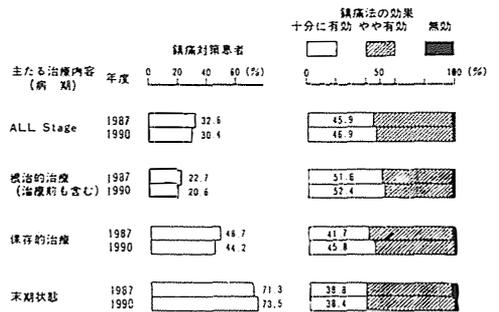


図3 病期別毎鎮痛対策患者の頻度及び鎮痛効果の推移 1990年

積極的なケアであるとした。その palliative care の内容は1) 徹底した不快症状の緩和、2) 心理的なケア、3) 家族のサポートが含まれ、それは多職種による team 医療によってなされることが基本である。

1) 徹底した不快症状の緩和

がん患者の不快症状は様々であるが、統計的にみても8割前後の患者の最もつらい不快症状は痛みである。当院の調査でもその内の8割は2ヶ所以上に複数の痛みを有している⁶⁾。現在がんの痛み治療は進歩し、正常な思考や精神活動を維持しながら痛みが緩和できる時代になった。それはがんの痛み治療の主役であるモルヒネの普及に依るところが大きく、患者の状況に応じて様々な投与方法も工夫され、長期間モルヒネを服用しつつ社会生活をおくっている患者も多い。

しかし、必ずしも痛み治療の方法が浸透していない現状もある。図3は、平成2年度、厚生省がん研究助成金による「終末期がん患者の痛み緩和に関する研究」

表2 日常生活状況の質問

お名前

記入年月日

この2、3日の様子についてあてはまる数字に○印をつけて下さい。

1) 食欲はいかがですか？

1. よく食べられる。
2. まあまあ食べられる。
3. あまり食べられない。
4. まったく食べられない。

2) 気分はいかがですか？

1. たいへんよい。
2. まあまあよい。
3. あまりよくない。
4. たいへんわるい。

3) 眠れますか？

1. よく眠れる。
2. まあまあ眠れる。
3. あまり眠れない。
4. まったく眠れない。

4) 痛みはどうですか？

1. 痛みはない。
2. 痛みはあるがつかうくない。
3. つらいが、なんとかたえらる。
4. たえられないぐらいつらい。

5) 吐き気、おうとはどうですか？

1. 吐き気、おうとはない。
2. 吐き気、おうとはあるがつかうくはない。
3. つらいが、なんとかたえらる。
4. たえられないぐらいつらい。

6) その他具合の悪いところがありますか？

1. 症状はない。
2. 症状はあるが、つかうくない。
3. つらいが、なんとかたえらる。
4. たえられないぐらいつらい。

| |
|------------------------------|
| この場合(2~4に○印をつけられた方)どなたが症状ですか |
| 症状 |

7) 気持ちはいかがですか？

1. たいへん落ちついている。
2. まあまあ落ちついている。
3. やや不安。
4. 非常に不安。

8) テレビ、ラジオ本などを楽しむことができますか？

1. かなり楽しめる。
2. まあまあ楽しめる。
3. あまり楽しめない。
4. まったく楽しめない。

9) 医師、看護婦との関係は満足ですか？

1. たいへん満足。
2. 満足。
3. すこし不満。
4. 不満。

10) 日常生活はどうですか？

入院のかた(病院での生活) 外来のかた(家事、仕事など)

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1. 自由にうごきまわられる。 | 1. 元気でたらいっている。 |
| 2. 身のまわりのことや歩くのに助けはいらぬ。 | 2. ときどき休むが、まあまあ元気でたらいっている。 |
| 3. 身のまわりのことや歩くのにしばしば助けがいる。 | 3. 休んだりたらいたりして |
| 4. 1日中ねているので、い | 4. ほとんどはたらいけない。 |

今、総合して自分の状態にどのくらい満足していますか

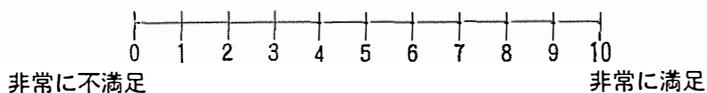


表3 がん疼痛の治療を困難にしている要因

| がん疼痛の治療を困難にしている要因 | 1990 (%) | 1987 (%) |
|-------------------------------------|-------------|-------------|
| 1. 患者側（家族含む）の要因 | | |
| 1) 医師に対する遠慮 | 24.9 | 1.7 |
| 2) 患者の誤った知識 | 24.1 | 4.6 |
| 3) 家族の人間関係 | 19.5 | 12.9 |
| 4) 痛みをがまんすることが美德 | 14.9 | 0.8 |
| 2. 医療者側の要因 | | |
| 1) 医師・ナースとも多忙 | 38.8 | 2.4 |
| 2) 医師の認識不足 | 36.2 | 47.3 |
| 3) 看護婦の力や知識不足 | 36.0 | 24.4 |
| 4) チーム医療の欠如 | 30.5 | 17.6 |
| 5) これからの研究分野 | 23.2 | 21.8 |
| 6) 医師の知識不足 | 17.4 | 23.8 |
| 3. 病院設備・運営 | | |
| 1) ホスピス・緩和ケア病棟がない | 64.5 | 0.3 |
| 2) 病棟編成・患者、家族の プライベートスペースを確保できない | 64.4 | 2.2 |
| 4. 社会的側面 | | |
| 1) 病名告知をしない | 61.7 | 4.3 |
| 2) 痛み治療が在宅でできない | 34.1 | 0.8 |
| 3) 経済的負担が大きい（特に若年の場合） | 0.0 | 2.1 |
| 5. 麻薬取扱の不便さ | 21.2 | 14.6 |
| 6. 人間的側面、その他 | 14.0 | 0.7 |

（主任研究者、国立がんセンター病院、平賀一陽）の一部である。1987年に比べ1990年の鎮痛対策の状況を示した。WHO方式疼痛治療法の普及やモルヒネ使用量の大幅な増加を考えると、まだまだ痛みを苦しんでいるがん患者の多いことがわかる。

がん疼痛の治療を困難にしている要因を患者に最も身近な医療者であるナースに質問した結果が表3である。1987年当時は、ナースはがん治療医に問題があると考えていたが、1990年の結果では、終末期医療のハード面や社会的因子が除痛を阻害する因子として大きく取り上げられたと同研究報告書はコメントしている⁷⁾。

がん患者の痛みの緩和に私たちナースの役割は大きい。一つは痛みの原因を知ることである。がん患者の痛みはすべてがんによる痛みではない。例えば手術後の瘢痕による痛みや放射線治療による食道炎の痛み。また長期臥床による圧迫痛や床ずれによる痛み、関節炎や歯痛、痔などがんに全く関係のない痛みもある。ナースが対応できる痛みも多い。二つ目は、主観的な

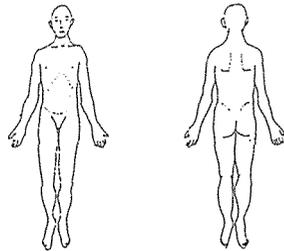
体験である患者の痛みを出来るだけ客観化する工夫である。痛みのアセスメント・チャートは現在様々な工夫がなされ適切な鎮痛のために役立てられている。痛みのアセスメントはbody chart（身体のどの部分が痛い）と、pain scale（患者が感じている痛みの程度）、そしてflow chart（生活の中でどのように痛みが変化するか）の三点が必ず含まれる。表4は東札幌病院で使用している痛みの初期アセスメント用紙であり、フローチャートを表5に示した。医師が24時間の患者の症状の変化を客観的にとらえることができ、患者やナースを交えより効果的な鎮痛について話し合いができる。そして私たちナースが鎮痛薬、特にモルヒネについての正しい知識や適切な使い方に熟知していることが大切だ。副作用の防止や痛みのアセスメントの仕方に影響するからである。

加えて痛みは心理的・情緒的な要因が大きくその度合いに影響する。がん患者の痛みは全人的痛み（total pain）といわれており、心理・社会的なケアを重視

表 4

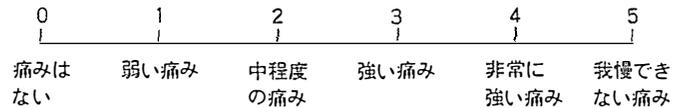
氏 名 _____ 様
 私達は常日頃、あなたの痛みを早く良い方法で軽くできればと考えています。
 あなたの感じている“痛み”はどのようなものですか。
 それを私達が少しでも知る事ができあなたのお役に立てればと思っています。

I. どこがどんなふうに痛みますか？



例) さすような痛み
 にぶい痛み
 しめつけられるような痛み
 やけるような痛み
 重苦しい痛み

II. 今感じている「痛みの強さ」を下記の表を参考にして表して下さい。



III. どんな時に痛みますか？

1. 動くとき
2. 寝ていても痛い
3. 痛み止めを使っているので、今は痛みはない
4. 一定の時間になると痛い
5. その他 (_____)

IV. どういう時に痛みがやわらぎますか？

V. 痛み止めをのんでいて何かつらいことがありますか？

- ・はい _____ ・いいえ _____
- はいとお答えの方のみお答え下さい —
- ・それはどのようなものですか？
- 1. 眠気 2. 嘔気 3. 便秘
- 4. その他 (_____)

VI. 夜は良く眠れていますか？

1. 良く眠れる 2. 時々目がさめる 3. 眠れない
- 2, 3. とお答えの方のみお答え下さい —
- ・眠れない理由は何だと思いますか？
1. 痛み 2. 不安 3. イライラ 4. 心配事
5. 昼間ねているため 6. その他 (_____)
- ・眠れない時はどうしますか？

VII. 食事は美味しく食べられますか？

1. 食べられる 2. 食べられない
- 2. とお答えの方のみお答え下さい —
- ・食べられない理由は何だと思いますか？
1. 痛み 2. 食欲がない 3. 痛み 4. お腹がはる
5. 食事が口に合わない 6. 食事の時間があわない

VIII. 日常生活の中で痛みがあってできないことはありますか？

IX. 痛みのない時はどんなことをしたいですか？

又、自分のしたいことができていますか？

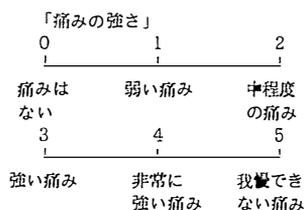
御協力ありがとうございました。

表 5

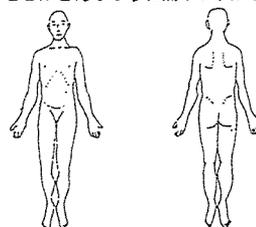
号室 氏名 殿

私達は常日頃、あなたの痛みを早く良い方法で軽くできればと考えています。
あなたの感じている“痛み”はどのようなものですか。
それを私達が少しでも知る事ができあなたのお役に立てればと思っています。

| | | | |
|-------|----|----|----|
| 痛みの強さ | 5 | | |
| | 4 | | |
| | 3 | | |
| | 2 | | |
| | 1 | | |
| | 0 | | |
| | 時間 | 1 | 2 |
| | | 3 | 4 |
| | | 5 | 6 |
| | | 7 | 8 |
| | | 9 | 10 |
| | | 11 | |
| 痛みの強さ | 5 | | |
| | 4 | | |
| | 3 | | |
| | 2 | | |
| | 1 | | |
| | 0 | | |
| | 時間 | 13 | 14 |
| | | 15 | 16 |
| | | 17 | 18 |
| | | 19 | 20 |
| | | 21 | 22 |
| | | 23 | |



I. どこがどんなふうに痛みますか？



例) さすような痛み
にぶい痛み
しめつけられるような痛み
やけるような痛み
重苦しい痛み

痛み止め、その他の薬、
睡眠、食事、トイレ等
記入して下さい。

することで、患者の感じる痛みの閾値は大きく上昇する。日常生活の感覚を重視し、病床上に出来るだけ日常性を取り入れる。がん患者（patient）であるより、出来るだけその人自身（person）であるように工夫することが大切である。

たとえば終末期になっても、状態がおちついていれば病棟の day room でひとときを過ごす、ベッドのまま院内を散歩する、歌をうたう、患者が可能な様々な創作的な作業をしてみる、院内のイベントに参加する等々、方法はいくらかでも工夫できる。このようなケアをすることで鎮痛剤の臨時投与を減らしたり、無くすることもある。すなわちその人自身（person）でいる時間をより多くもてるようにするケアは、大切な痛み（苦痛）治療と考えてよい。

痛みの緩和にはWHO方式がん疼痛治療法のようなプロフェッショナル・ガイドラインを活用すること、そして患者の感じている苦痛をできるだけ客観化する工夫をして、それぞれの専門家が力を合わせ、共通の目標にむかうことが大切だ。

苦痛の緩和におけるナースの役割は大きい。特に終末期患者におこりやすい粘膜のトラブルは患者のQOL

を著しく低下させる。ナースの不断の観察とこまごまとしたケアによって解消されることも多い。

当院で使用している口腔アセスメント表（表6）とフローチャート（表7）を示した。症状にあった適切なケアを実施するためには、アセスメントが的確になされることである。しかし、口腔内の観察は困難をとまなうことが多く、当院では状況によっては内視鏡による口腔内撮影をしてアセスメントする事も多い。

アセスメントにもとづいて個々の症状や状況にあった薬剤や含嗽剤の工夫を行うことも大切だ。医師、薬剤師と協力し、トランサミンゼリー（トランサミン注射液にポリアクリル酸ナトリウムを添加したもの）やファンギゾンシャーベット（ファンギゾンシロップに経腸栄養剤のフレーバーを添加）等の工夫は、口腔トラブルの解消に大きく役立っている。

このように私たちナースが患者のどんな小さな訴えも過小評価せずにこだわることから苦痛の緩和は出発する。もし私たちナースが患者の苦痛を見過ごしてしまうと、それは誰にも伝わらないこともあるからである。

F. ナイチンゲールは「看護については（神秘）な

表6 口腔アセスメント I

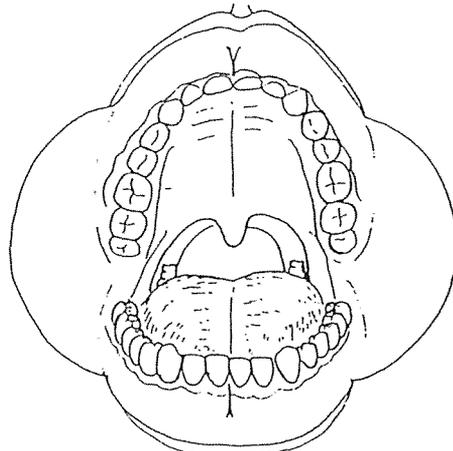
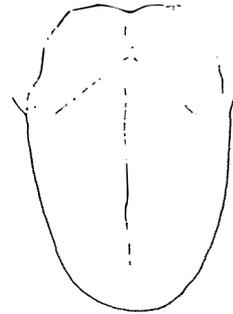
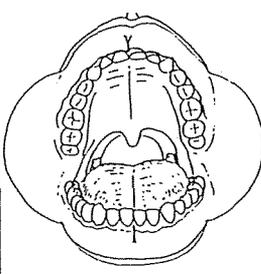
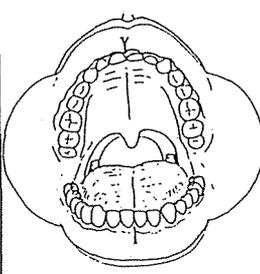
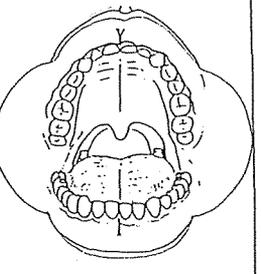
| | | | | |
|--|---|---|----|-----|
| 氏名 | 年齢 | 才 | 性別 | M・F |
| 病名 | 口腔に関する主訴 | | | |
| 口腔の状態 | 下記の図の中に、口内炎（ピンク）、扁桃発赤・腫張（赤）、う歯（茶）、既に治療されている歯（オレンジ）、舌苔（黄緑）、欠損歯（×か修正液で消す）で図示して下さい。詳細及びその他の症状は記述して下さい。 | | | |
|  | |  | | |
| 治療 | 最近使用した抗癌剤、抗生剤、インターフェロン、ステロイド剤、麻薬、抗うつ剤、副交感神経遮断剤等の薬、量、使用期間及び放射線治療について | 検査データ (/) CBC RBC _____ WBC _____ Seg _____ Hb _____ Ht _____ Plt _____ TP _____ その他 _____ | | |
| 口腔に影響を及ぼす因子（あてはまる項目に○をつけ（ ）内に記入して下さい） 経口摂取： 摂取可能・摂取不可能 開口障害： 無・有（ ） 全身衰弱： 脱水・口呼吸・低栄養・その他（ ） 口腔ケアの習慣・自立度： 歯みがき（ ）回/日 {自立してできる・部分介助・全介助} 含嗽（ ）回/日 {自立してできる・部分介助・全介助} 清拭（ ）回/日 義歯： 無・有（総・部分）、義歯によるトラブル（ ） 精神的要因（ ） その他（ ） | | | | |
| アセスメント年月日 | | 記録者サイン | | |

表7 口腔アセスメントⅡ

| 氏名 | No. | | |
|---|---|---|---|
| 年月日 (時間) | () | () | () |
| 口腔に関する主訴 | | | |
| 口腔の状態 口唇・歯・歯肉 舌・頬粘膜 口蓋の状態 咽頭・扁桃腺 |  |  |  |
| Careの方法 ・使用した薬剤、物品 Careの時間、 回数等 | | | |
| 治療 ・抗癌剤、抗生剤、 インターフェロン、ステロイド剤 麻薬、抗うつ剤、 副交感神経遮断剤等 薬剤の種類、量 使用期間及び 放射線治療 ・継続治療は→で示す | | | |
| 検査データ (CBC, TP, 血酸素)及び 口腔に影響を及ぼす因子 (摂食、開口障害、 全身衰弱、義歯、 精神的要因等) | | | |
| 記録者サイン | | | |

どはまったく存在しない。よい看護というものは、あらゆる病気に共通するこまごましたこと、およびひとりひとりの病人に固有のこまごましたことを観察すること、ただこの二つだけで成り立っているのである⁸⁾と看護覚え書に記しているが、がん終末期患者の苦痛症状の緩和にもそのままあてはまることである。

2) 心理的なケア

患者のQOLを構成する要素に4つの側面があることは世界的にもコンセンサスを得ているが、加えていわゆる“告知”に代表される自己の状況の把握がQOLを構成するもう一つの物差しとして重要視されている⁹⁾。

いわゆる“告知”とは、“知らせる”ことが目的である。「知らせるというのは、伝える側がつかんでいる事実をそのまま告げることではない。きく側がもっている言語によって適切に状況を把握できてはじめて知らせたことになる¹⁰⁾すなわち知らせるということは、知る側と知らせる側との両者の共同行為であって、決して“告知”という言葉に表現される一方的な行為ではない。

F. ナイチンゲールは「昔にくらべると、今日の医師たちは、本当の病状を知りたいとねがう病人たちには真実を告げることが多くなった¹¹⁾と記している。何と今日的な意味ももっていることか。

私たち医療者は患者の希望をこわしてしまうの恐るあまりに患者になるべく悪い知らせをしないようにすることが多い。しかし Twycross は「もっともらしい理由であるが、偽りの中で示される楽観主義は希望をこわしてしまう潜在的な作用ももっている。“ささえ”と“はげまし”を継続しやさしさと共感を示しながら徐々に真実を知らせていくことが希望の回復と維持に大きくつながっている¹²⁾とのべている。それは患者の病状の変化や心の状態にも誠意をもって接し、共に在ることを意味している。

また患者のこころの安定に大きく影響するのは、身体的な安定であることはいうまでもない。私たちナースは患者がまず身体的に快の状態であることを最優先にすべきである。身体的に安定すると殆どの患者は自分で心のバランスをとっていく力ももっているものである。そして当然医療者とのオープンな関係はすべての患者が望んでいることだろう。「たった一人でもよいからなんでも自分の思っていることを率直に話せる

相手がいてくれたら、どんなに有難いことだろうと思っているのである¹³⁾終末期にあるすべての患者の切実なニーズがこの言葉に凝縮されているのを感じる。

多分「おそらくは解消しないであろう〈悲しみ〉(解消しないのが当然である)もまた、その人のQOLを向上させるものであるかもしれない。考えてみれば、私たちは皆死へと向かっているもの、かつ明日をも知れぬ身なのであり、深く静かな〈悲しみ〉は、そのような存在として現に自己を認識した人に伴わざるを得ないものであろう。周囲の者もまた〈悲しみ〉を共にしつつ、そのような存在としての人間(自己)を知ることと与するのである¹⁴⁾ということだ。

患者との日々の日常茶飯的なケアのプロセスの中で私たちナースはこれこそが人間らしさであるという種類のキラキラした美しさをみることができるのである。

3) 家族のサポート

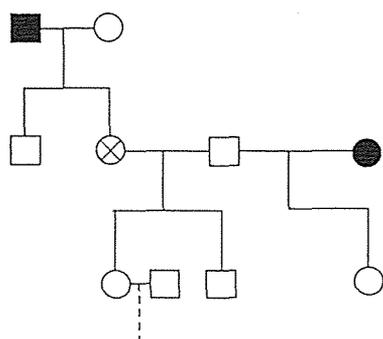
患者はがんを罹っていても家族の重要な一員であり、家族の状況は患者のQOLに大きく影響する。家族に対する病状説明や心理・社会的な支援は患者に行うものと基本的には変りない。ケアの対象としての家族の存在を大切にしたいものだ。

図-4はイギリスのホスピス等で使用されているFamily tree(家系図)である。患者にとってKey personになる人は誰か、その人の家族歴の中から、患者に対する思いやがん(疾患)についてどのようなうけとめをしているかを判断し適切なサポートを考える一つの材料としている。家族の中にはがんや死に対してそれまでの体験から異常な反応を示す人もいて、それが患者の心身の状況に影響を与えることもある。時にはロールプレイングなどをして、家族の理解にとめることもあるときいた。

患者と家族が共によい時を分かちことができると、患者の死別後、家族の危機状態からの回復にも大きく影響する。

3. チーム医療

▶ Palliative Careの目標である、患者のQOLの維持・向上のためには、これまで述べてきた身体的に出来るだけ快の状態で、しかも心の安定が得られ、周囲、特に家族とのコミュニケーションがよく維持されている事が必要な条件になる。しかもそれは、個々の患者



— KEY FOR DRAWING A FAMILY TREE —
Keep each generation on its own line.

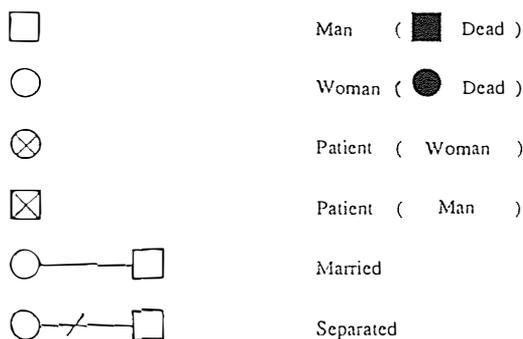


図4 FAMILY TREE

や家族によって異なる様々な needs をみとすために必要な、多くの職種によって成されることである。患者にかかわるすべての職種が、何らかの方法で目標の共有や合意形成のための場や方法を工夫する必要がある。

平成3年度の調査（厚生省，長寿科学総合研究）によると、例えば多職種による合同カンファレンスは、表8のように約55%の職場でなされていることがわかった。その内容も治療方針やケアの方針、症状コントロール、告知に関すること、退院の決定、家族に必要なケアについて等々、palliative careに関わる項目が話し合われている。（表9）このような合意形成の方法は、システムとして定着することが大切である。

システムとして必要なもう一つは、discharge planningである。終末期であっても条件が整えば、在宅で療養を継続できるシステムがあるとよい。チーム医療体制の下で入院から在宅ケアへの移行がスムーズに行く様、情報の共有と実践方法についてシステム化する

表8 合同カンファレンス開催の有無と開催頻度

| | PCU (N=18) | PCU以外 (N=155) | 計 (N=173) |
|---------|---------------|------------------|---------------|
| 開催なし | 2 (11.1) | 75 (48.4) | 77 (44.5) |
| 開催あり | 16 (88.9) | 80 (51.6) | 96 (55.5) |
| 定期的に開催 | 11 (61.1) | 46 (29.7) | 57 (32.9) |
| 非定期的に開催 | 5 (27.8) | 34 (21.9) | 39 (22.5) |

(長寿科学総合研究) () 内は%

表9 合同カンファレンスの内容

| | PCU (N=16) | PCU以外 (N=80) | 計 (N=96) |
|----------|---------------|-----------------|---------------|
| 治療方針 | 16 (100.0) | 74 (92.5) | 90 (93.8) |
| ケア方針 | 16 (100.0) | 75 (93.7) | 91 (94.8) |
| 疼痛コントロール | 16 (100.0) | 76 (95.0) | 92 (95.8) |
| 告知に関すること | 15 (93.8) | 57 (72.3) | 72 (75.0) |
| 退院の決定 | 15 (93.8) | 66 (82.5) | 81 (84.3) |
| 家族に必要なケア | 14 (87.5) | 75 (93.8) | 89 (92.7) |

(長寿科学総合研究) () 内は%

ることがいまとめられている。

東札幌病院の場合、discharge planningのシステム化にむけてまず現状における問題点を明らかにした。一人の患者についての情報が職種ごとに分散していたこと。ホームケアナースが参加して、ケアの移行を話し合うカンファレンスが定着していなかったことがあった。これまでの問題をふまえてシステム化のパイロットスタディを実施、現在表10~12までのFormとケアのシステム化がなされた。これによって医療チーム間での情報の共有ができ、入院から在宅ケアへの移行がスムーズに成されるようになった。当然チーム医

表10 DISCHARGE PLAN

| | | | | | | |
|-------------|---------|-------------|-----------------------|-------|---|-------|
| 氏名 | 男・女 | 才 | I D N ● . | 担当病棟 | | |
| 病名 : | | | 【主治医】 | 【MSW】 | | |
| | | | 【看護婦】病棟 : | HCS : | | |
| 入院 : | 年 | 月 | 日 | 住所 : | | |
| 退院 : | 年 | 月 | 日 | | | |
| 入院歴 : | | | | | | |
| 手術歴 : | | | | | | |
| | | | 連絡先 : | ☎ | | |
| 生年月日 : | | | 年 | 月 | 日 | 住環境 : |
| 保険 : 記号 | | | 番号 | | | 経済面 : |
| 職業 : | | | | | | |
| 患者の状況 | P . S : | | F a m i l y t r e e : | | | |
| | A D L : | | | | | |
| | 病識 : | | 家族の状況 | | | |
| | Q O L : | | 介護のキーパーソンと介護力 : | | | |
| HCSへの希望事項 : | | 病気の受け止め : | | | | |
| HCSへの希望事項 : | | HCSへの希望事項 : | | | | |

表11

| 継 続 ケ ア 計 画 | |
|--|---|
| 医 師 | <p>【病態】</p> <p>【治療計画】</p> <p>【今後予測される事項】</p> <p>【予後】</p> <p>【検査予定】</p> <p style="text-align: right;">主治医： 年 月 日</p> |
| 看 護 婦 | <p>【継続看護計画】</p> <p style="text-align: right;">担当Ns： 年 月 日</p> |
| M S W | <p style="text-align: right;">担当MSW： 年 月 日</p> |

表12

| | |
|--|---|
| <p>チーム医療体制</p> <p>医師 訪問予定： 回／</p> <p>看護婦 〃 : 回／</p> <p>MSW 〃 : 回／</p> <p>その他：</p> <p>緊急時の体制：</p> | <p>適用保険： 自己負担額：</p> <p>病院からの距離：</p> <p>交通手段： 約（ ）分</p> <p>交通費負担額：</p> <p>必要材料・備品：</p> <p>医療福祉機器：</p> <hr/> <p>退院時移送方法：</p> <p>外来時 〃 :</p> |
| <p>備 考</p> | |
| <p style="text-align: center;">総 合 評 価</p> | |
| <p>【最終計画者】 【責任者】 【 年 月 日】</p> | |

療体制のもとに病棟でのケアが自宅に帰ってからも継続されている。

チーム医療が有機的に機能するためには、合同カンファレンス、discharge planning 共にナースの主体性とコーディネートする力が大きく影響する。

4. これからの課題

私たち地域住民が終末期医療にもとめるものは、平成2年に厚生省が行った調査(図5)の通り、家族で最後を迎えられるようにしてほしい、又は今ある病院で痛み治療や精神的な医療・看護が受けられるようにしてほしいというニーズが約70%を占めている。当然施設としてのホスピス、緩和ケア病棟も増加することが望まれる。しかし本来ホスピスとは施設や特定の建物ではなく、ケアのプログラムをさしている。とすると、これまで概説してきたケアのプログラムがそれを必要とするすべての患者に実施されるようになることが望まれる。

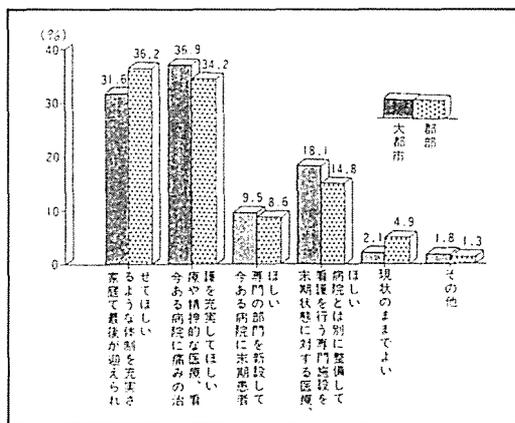


図5 大都市一郡部別にみた末期医療、看護対策に対する要望 (平成2年保健福祉動向調査) (厚生省大臣官房統計情報部)

この分野の医療はまだまだ発展途上にある。医療がスムーズに実施されるための様々なシステムづくり、適切な症状コントロールに必要なアセスメント・ツールの開発・工夫がなされることが必要だ。同時に国際的にも認められている(例えばWHO等で発表している)プロフェッショナル・ガイドラインをもっと日常の医療に活用していくこと。加えて、日常のケアを研究的にまとめ、積み重ねて普遍化していくこと、教育の充

実など、まだまだ課題は多い。医療の質を向上させるには、研究・教育・実践がよりよく循環していくことが大切だ。

これからまだまだ挑戦のしがいのある分野だけに、私たちナースも患者や家族のQOLの維持・向上をめざして挑戦したいものだ。それは専門職としての私たち医療者の達成感になり、QOLの向上にもつながると信ずるからである。

引用・参考文献

- 1) 財団法人がん研究振興財団：がんの統計'91
- 2) 石谷邦彦：終末期医療と Quality of Life 一第49回日本癌学会より一：癌治療と宿主，Vol. 2 (4) -66，メヂカルレビュー社，1990
- 3) 清水哲郎：真実を知らせることとしての癌告知：癌治療と宿主，Vol. 3 (3) -51，メヂカルレビュー社，1991
- 4) 2) 67
- 5) 2) 71
- 6) 近藤 敦：疼痛管理における自己評価の有用性について，終末期癌患者の苦痛緩和に関する研究(厚生省)，1990
- 7) 平賀一陽他：終末期がん患者の疼痛の出現率・鎮痛法の現状と除痛率の改善度，1990年癌疼痛・終末期医療のアンケート調査の報告，末期癌患者の苦痛緩和に関する研究班(厚生省)，1990
- 8) ナイチンゲール，F著：湯横ます他訳：看護覚え書，187，現代社，1987
- 9) 3) 3 (3) : 47-52，1991
- 10) 同上
- 11) 8) 156~157
- 12) Twycross, R. G. 著：武田文和訳：末期癌患者の診療マニュアル 第2版，227，医学書院，1991
- 13) 8) 159
- 14) 3) 3 (3) : 47-52，1991

人工股関節全置換術患者の回復過程と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 泉 キヨ子

【研究目的】

人工股関節全置換術は、変形性股関節症や慢性関節リウマチなどで高度に股関節に変形をきたし、疼痛が強く、可動制限のある患者にとって、無痛性と可動性が獲得できる手術である。しかし、人工の関節ゆえ、耐用年数の問題もあり、長期に使用するには、股関節にかかる負担を少なくなるような日常生活の過ごし方などの退院指導や継続看護が重要である。ところで、人工関節全置換術を受けた患者の回復過程には、両側の関節か片側か、年齢、罹病期間、ADL、関節拘縮の程度、筋力強化運動、体重のコントロール、職業、意欲などさまざまな要因が関与すると考えられる。

そこで本研究は、人工股関節置換術者の患者教育の有効な手段を明らかにするために、術後の日常生活の回復過程と生活の満足度について検討した。

【研究方法】

(1) 対象はK大学医学部附属病院で人工股関節全置換術を受け、退院後1年間の経過を追跡することのできた81例（男9例，女72例，平均年齢56.0±9.8歳）であり，うち63例（男7例，女56例，平均年齢55.3±10.9歳）は関節可動域（以下ROM）や生活の満足度を検討した。

(2) 方法は、①大学病院退院時および術後2～3ヵ月後毎に現在のADLの状況、日常生活の過ごし方、杖使用の有無、術後のリハビリテーション期間や内容、筋力強化運動の内容、体重の変化、職業、などの変化を外来での面接または一部郵送により prospective に調査した。②ADL項目は、日本整形外科学会変形性股関節症判定基準の日常生活動作をもとに、日常使われる動作を加えた11項目（腰かけ、ズボン着脱、入浴、正座、すわっておじき、椅子からの立上がり、しゃがみこみ、靴下着脱、足指爪切り、段階昇降、バス乗降）である。ADLの評価は自立3点、部分介助2点、

全介助（不能を含む）1点とした。③生活の満足度は、Selman, S. W. の MODIFIED ARTERHITES IMPACT MEASUREMENT SCALES (MAIMS) を使用し、手術後1年以上経過し、2年未満の患者に郵送法で調査した。このスケールは、人工股関節全置換術を受けた患者の身体的、社会的、精神的な安寧を測定できるとされている。サブスケールとして、可動性、身体活動、社会的役割、社会活動、日常生活動作、抑うつ、不安、痛みの8つがあり、手術の満足度などを入れて56の質問項目から成り立っている。スコアは、術前・術後変化なしを0点、術後肯定的な反応をその程度に応じ+1, +2, +3点、否定的な反応を-1, -2点として採点した。④ROMは外来カルテから把握した。

【結果】

(1) 対象は変形性股関節症65例（80.2%）、大腿骨頭壊死9例（11.1%）、慢性関節リウマチ（RA）5例（6.2%）、大腿骨頸部骨折2例（2.5%）であった。

(2) 股関節に関連したADL11項目の回復過程は（図1）、術後1年間に、ほぼ自立に達している項目が多かったが、バス乗降、しゃがみこみ、座っておじ

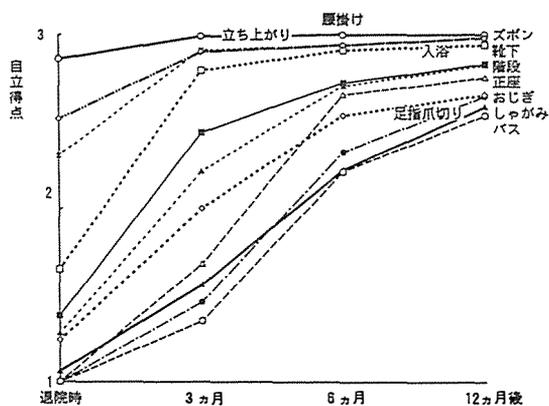


図1. ADL項目別の回復過程 (n=81)

人工股関節全置換術患者の回復過程と生活の満足度に関する研究

ぎ、足指の爪切りの得点が低かった。

(3) ADL11項目の1年間にわたる回復過程は4グループに大別され(図2)、さらに術後3カ月までの回復状況が、その後の経過に特徴ある差を生じることが認められた。

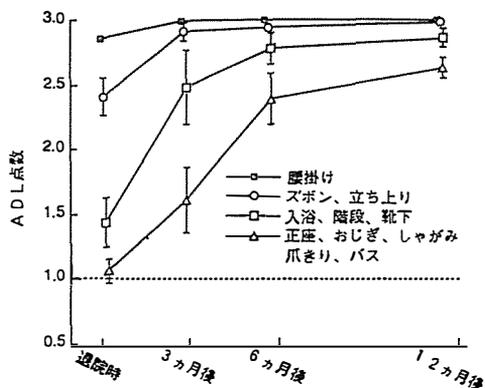


図2. ADL 4群の回復状況 (n=81)

(4) 手術後は前に比し、痛み、日常生活動作、身体活動、可動性、などの改善のみならず、社会的役割や社会活動、不安、抑うつなどでも肯定的な反応がみられた(表1)。また、これらすべての変数間に正の相関がみられた($P < 0.01$)。

表1. MAIMSのサブスケールの平均 n=62

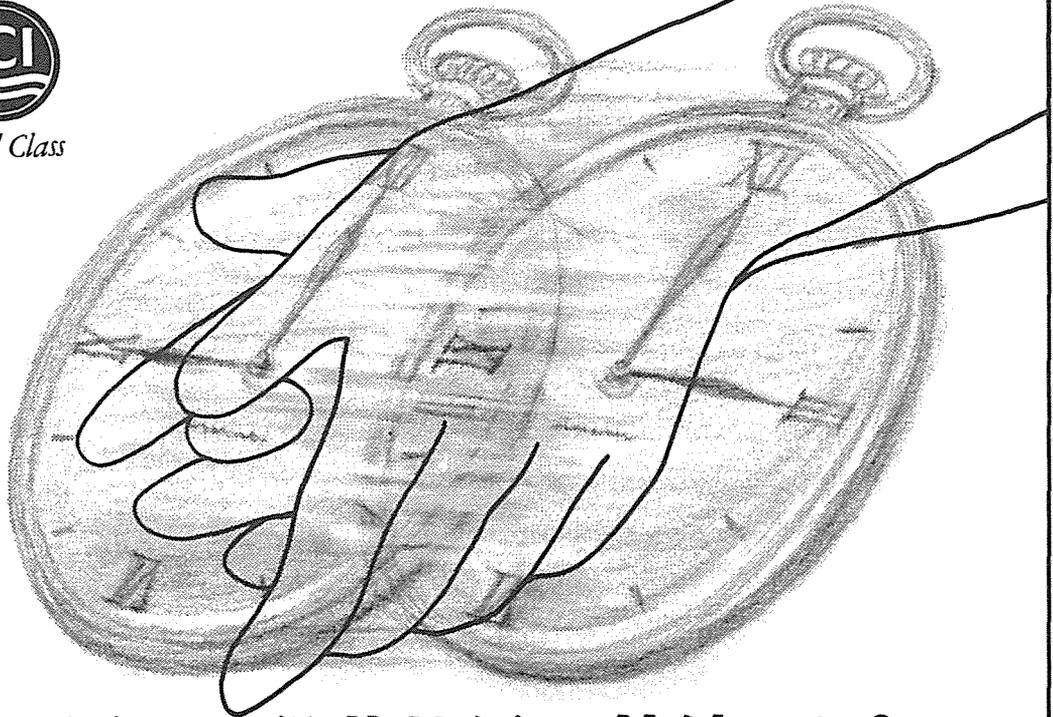
| サブスケール | 範囲 | 平均値±SD |
|--------|-------|-----------|
| 痛み | -5~+5 | 2.50±1.65 |
| 社会的役割 | -6~+6 | 2.58±3.08 |
| 身体活動 | -5~+5 | 1.71±3.17 |
| ADL | -5~+5 | 1.61±2.07 |
| 不安 | -6~+6 | 1.33±3.00 |
| 可動性 | -4~+4 | 0.98±3.17 |
| 抑うつ | -6~+6 | 0.66±2.87 |
| 社会活動 | -4~+4 | 0.61±1.91 |

以上の成績から人工股関節全置換術は、一般に患者のADLの回復とともに生活の満足度も高めるが、その程度は術後3カ月の時点でのADLの回復状況の評価が、その後の予測に有用と思われた。

今後、術後3カ月の時点で1年後の各患者のADLの状況や生活の満足度を予測し、対応に応じた援助方法を計画し、以後経過に応じて必要な看護ケア展開してゆきたい。



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。

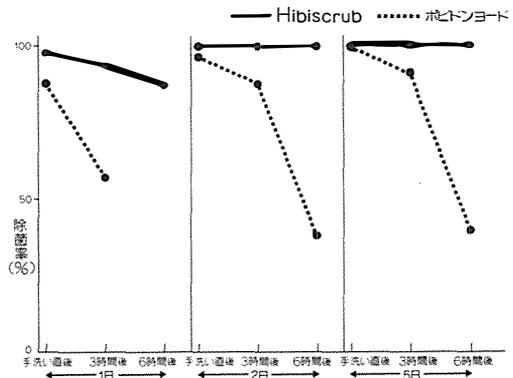
外用薬 手指用殺菌消毒剤

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 Aty R. Ph.D. & Howard L. Malbach 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 ■11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) 本剤の使用中に薬液が眼に入らないように注意すること。眼に入った場合は、直ちによく水洗すること。

※その他の取扱い上の注意等については添付文書をご参照ください。



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

製造販売元 住友製薬株式会社
〒541 大阪市中央区道修町2丁目2番8号

あくまでやわらかく自然な動きの

実習モデル〈^{京子}Kyoko〉誕生

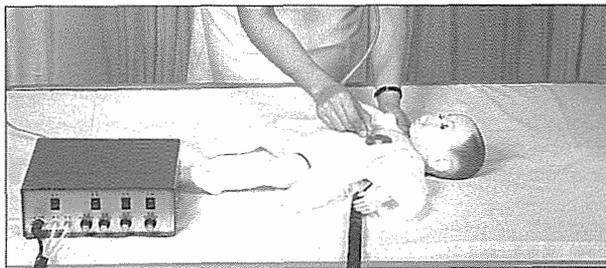


●自己紹介をします

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

詳しくは

パンフレットをご覧ください。
ご連絡頂ければ進呈致します。



◀バイタルサイン人形

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

株式会社 **京都科学**

本社 京都市伏見区下鳥羽渡瀬町35-1 (075)621-2225
東京支店 東京都千代田区神田須田町2丁目6番5号〇S 85ビル6F (03) 253-2861
FAX 京都(075)621-2148 ・ 東京(03)253-2866

看護行為の家族委託に関する看護者の意識構造

Study of the Structure Nurse's Consciousness to Transferring
the Role of Nurse towards the Family

吉 田 伸 子* 赤 井 ユキ子** 笹 本 喜美江**
Nobuko Yosida Yukiko Akai Kimie Sasamoto

渡 辺 世都子*** 大 野 時 子*** 金 井 和 子*
Setuko Watanabe Tokiko Ono Kazuko Kanai

土 屋 尚 義*
Takanori Tsuchiya

表 1

I はじめに

今日、地域にあって高度先進医療を担う大学病院では看護者の看護行為の家族委託という現象をみることが残念ながら多い。特に高齢者においては顕著である。¹⁾今回私達は看護者の家族委託に際し形成される看護者の意識構造を探ろうと試みた。これにより現代の先進医療環境下の看護者が仕事の中核をどうとらえているかをみてみた。また家族委託意識の構造が看護者の経験その他どんな看護者の特性によりどう変化するかを見たので報告する。

II 研究方法

■立 T 大学医学部附属病院成人系病棟に勤務する看護婦186名に留置法により質問紙調査を行った。質問紙には一老人女性患者(表1参照)を想定した。この想定患者は成人系病棟の日常によく見られるもので内科、外科両系の看護婦にイメージされ易い症例となるよう工夫した。そのため想定にあたっては両系婦長にも意見を求めた。なお症例に想定されている症度分類 B-1 は調査病院が採用している看護度分類基準である。B-1 とは看護観察の程度として1~2時間ごとに観察を必要とし、患者の生活の自由度は常に寝

想定患者

患者は72歳の老女で、入院して1ヶ月である。半年前、脳梗塞で倒れ右半身不全麻痺があり、やや言語も不明瞭である。身の囲りのことが自分では出来ない。今回の入院は腹部不調、食欲不振、体重減少を主訴とし精査の結果、結腸癌が発見された。受持医は手術適応について検討中であるが、取りあえず、鼻腔から強制栄養を開始(経口摂取も少量可能)全身状態の改善に努めている。本人は病名は知らされていないが、気弱になっており、心細がり依存的である。処置の主なもの点滴、筋注、鼻腔栄養、言語リハ(週2回)、等であるが検査も多い。症度分類はB-1である。

たまの状態を指す。

また、この症例に必要なと思われる56の看護行為項目(表3)を想定した。項目は保助看法(5条)の法規定に基づき療養上の世話33項目、診療の補助23項目に分類され、療養上の世話はさらに身体的ニーズに基づく世話17項目、心理的ニーズに基づく世話9項目、身の囲りの世話7項目に分類された。また診療の補助はその内容別に医療観察11項目、診療補助12項目に分類

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

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

*** 元同上記

看護行為の家族委託に関する看護者の意識構造

表3 看護行為56項目の分類

| | | |
|--------|--------------------|---|
| 療養上の世話 | 身体的ニードに基づく世話 17 | 全身清拭、部分清拭、洗髪、頭髮ケア、洗面介助、更衣、口腔ケア、食事の世話、排泄の世話、排泄物の処理、体位交換、歩行介助、湯たんぽの使用介助、円座使用介助、爪を切る、身体の清潔度チェック、衣類の清潔度チェック |
| | 心理的ニードに基づく世話 9 | 面会人の調整、励まし慰め、点滴筋注の必要の説明、検査の説明、言語リハビリテーションの復習（病室にて）、話し相手、面会人の対応、家族への連絡、散歩（車椅子にて） |
| | 身の周りの世話 7 | シーツ交換、洗濯、衣類の整理、ベッド上の片付け、床頭台の片付け、ベッド周辺とロッカーの片付け、買い物 |
| 診療の補助 | 医療観察 11 | 一般状態の観察（顔色、呼吸の状態、意識、苦痛の有無）、体温の値を読む、呼吸数脈拍数の測定、血圧測定、点滴管理、摂取量のチェック、尿量のチェック、便量のチェック、点滴中の患者の観察、筋注後の観察、与薬後の観察 |
| | 診療補助 12 | 点滴筋注患者の準備、点滴介助、筋注・与薬の準備、体温計をはさむ、鼻腔栄養の準備、鼻腔栄養の注入、検査の為に移動（車椅子）、筋注後のマッサージ、与薬、たんの採取介助、尿（便）の採取介助 |

された。その上、この症例に家族の付添がついていることを想定した。また、想定した56の看護行為項目には今回患者の世話項目だけでなく診療の補助項目も入れてある。この診療の補助項目は診療の受益者たる患者に力を貸すケアの側面を持つ項目^{2) 3)}と医師から委譲された医行為項目を合わせた項目からなっている。

これらのペーパーシミュレーションを想定した意図は現実の看護実践の中でなされている家族委託のイメージの差異による回答誤差を少なくする為である。つまり回答者には日常の看護委託経験と看護の知識または理念に基づいて形作られている委託イメージがある。問いに対して回答者はそれらイメージに照らし類推思

考するのである。それにより、抽象的思考に比べ短時間に精緻に答えを思い浮かべる事が出来ることを期待した。それにより出来るだけありのままの臨床看護婦の看護委託意識の様相を観察することを目指した。被調査者には想定患者の看護に当たりこの患者に家族の付添がいる場合を紙面にて、想起させ、ランダムに並べた56の看護行為項目1つ1つに対し、“任せる”“時々任せる”“任せない”の3件法を付した。

有効回答は140名、有効回答看護婦の属性を表2に示した。経験年数0～5年の若手で、外科系、役職にない看護婦、未婚の看護婦が過半数をしめている。准看護婦10名も加えてあるが、経験年数6年以上の者で

表2 対象の構成

| 経験年数 | 専 門 | | 職 位 | | 結 婚 | | 計 | | |
|-------|-----|-----|-----|-----|-------|-----|----|-----|-----|
| | 内科系 | 外科系 | 婦 長 | 副婦長 | 看 准 看 | 既 婚 | | 未 婚 | |
| 1年未満 | 10 | 20 | | | 30 | | 2 | 28 | 30 |
| 1～2年 | 11 | 17 | | | 28 | | 0 | 28 | 28 |
| 3～5 | 7 | 12 | | | 19 | | 9 | 10 | 19 |
| 6～9 | 6 | 7 | | 1 | 10 | 2 | 9 | 4 | 13 |
| 10～14 | 5 | 11 | | 6 | 6 | 4 | 12 | 4 | 16 |
| 15～20 | 6 | 10 | 1 | 2 | 10 | 3 | 13 | 3 | 16 |
| 21年以上 | 7 | 11 | 6 | 4 | 7 | 1 | 8 | 10 | 18 |
| 計 | 52 | 88 | 7 | 13 | 110 | 10 | 53 | 87 | 140 |

看護行為の家族委託に関する看護者の意識構造

ある。

調査項目には一項目につき“任せる”1点“時々任せる”0.5点“任せない”0点を配した。これにより本研究の数値は任せる1から任せない0までの段階的数量を示す数値となっている。この数値を項目群別また項目別に集計して看護者-患者関係に家族が介護した場合の看護委託意識を測定した。

まず項目を援助看法（5条）の法規定に基づき療養上の世話項目群、診療の補助項目群ごとの委託意識の総平均を比較した。

次に項目ごとの看護委託意識平均から委託されやすい項目、ならびに看護過程、診療プロセスに沿った委託パターンの観察も行った。

又項目ごとに看護委託意識の構造に差異の予測される看護者の経験年数別（6年未満、6年以上とする）また婚姻関係別、専門別、専門書購読有無別に委託意識の構造を比較した。

なお、調査当時調査病院は特Ⅱ類の看護基準をとっていた。家族の付添の状況を付添許可証控えでみると一般内科病棟で11.8%、後期高齢者の入院が増加している循環器内科では14.1%であった。患者の付添は実際には家族外を含めるとこれをやや上回っている。

Ⅲ 用語の定義

1. 家族に対する看護委託とは看護のある部分を頼んで、自分の代わりにしてもらうことである。しかし頼んだことも、看護者に責任のある仕事であると理解する。

2. 看護過程とは ANA (American Nurses Association) の規定によれば事前の評価 assessment (情報収集と看護診断)、看護計画 nursing care plan (看護目標設定、看護行動計画)、看護実践 implementation、事後評価 evaluation の主要過程によって成り立っている。⁴⁾ 事前評価は査定と言い換えてもよく、査定・評価の看護行為と実践的看護行為とはそれぞれこの ANA の看護過程における看護行為を示す。

Ⅳ 結果

1. 看護行為項目群の分類と委託意識の比較

1) 想定看護行為項目56のうち療養上の世話は33項目で有効回答者140人の委託意識平均は0.56±0.35、診療の補助は23項目で委託意識平均は0.34±0.37、療養上の世話項目群の委託意識が高く有意差を認めた。(P<0.01)

また療養上の世話のニード別内訳では身体的ニード17項目委託意識平均0.56±0.38、心理的ニード9項目0.47±0.38、身の周りの世話7項目0.69±0.34で身の周りの世話の委託意識が他ニード群を抜いて高く有意差を認めた。(P<0.01)

診療の補助の内容別には医療観察11項目委託意識平均0.27±0.36、診療補助12項目0.40±0.36、で診療補助項目群の委託意識が高く有意差を認めた。(P<0.01) (表4)

2) 縦断的区間による経験年数別に療養上の世話、診療の補助項目群平均を比較(役職含まぬ)すると経

表4 看護行為項目の分類と委託意識の平均と分散

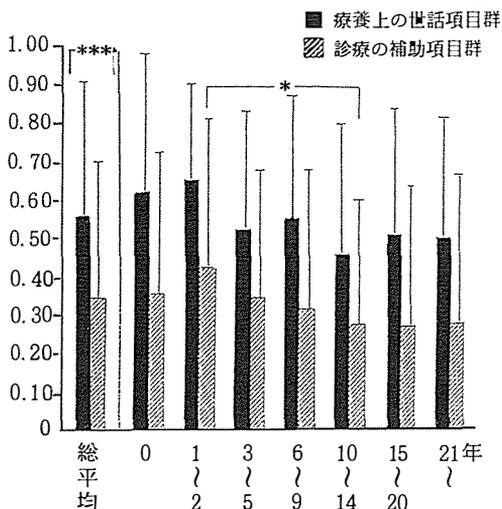
| 法制上業務分類 | | \bar{x} | SD | ニード別内訳 | | \bar{x} | SD |
|---------|------|-----------|--------|--------------|----|-----------|--------|
| 療養上の世話 | 33項目 | 0.56 | ± 0.35 | 身体的ニードに基づく世話 | 17 | 0.56 | ± 0.38 |
| | | | | 心理的ニードに基づく世話 | 9 | 0.47 | ± 0.38 |
| | | | | 身の周りの世話 | 7 | 0.69 | ± 0.34 |
| 診療の補助 | 23項目 | 0.34 | ± 0.37 | 内容別分類 | n | \bar{x} | SD |
| | | | | 医療観察 | 11 | 0.27 | ± 0.36 |
| | | | | 診療補助 | 12 | 0.40 | ± 0.37 |

* P<0.05 ** P<0.01 *** P<0.001

看護行為の家族委託に関する看護者の意識構造

— 総平均ならびに経験年数別比較 —

n = 140



*P<0.1 ***P<0.001

図1 看護行為委託意識

験1～2年で両項目群とも他に比し委託の意識が高く、経験10～14年では両項目群とも低い、診療の補助項目群では差のある傾向を認めた。(P<0.1) (図1)

2. 看護行為項目別委託意識とその概観

1) 項目別委託意識総平均上位5位は洗濯0.81±0.25, 衣類の整理0.80±0.24, ベット周辺ロッカーの片付け0.80±0.25, 買い物0.80±0.25, 床頭台の片付

表5 看護行為項目委託意識

— 上位5位項目平均 —

| 項目 | \bar{x} | S D |
|-----------------|-----------|------|
| 洗濯 | 0.81 | 0.25 |
| 衣類の整理 | 0.80 | 0.24 |
| ベット周辺, ロッカーの片付け | 0.80 | 0.25 |
| 買い物 | 0.80 | 0.25 |
| 床頭台の片付け | 0.75 | 0.25 |

け0.75±0.25と身の回りの世話項目であった。(表5)

2) 分類した項目群の大きさに比例して選んだ療養上の世話7項目, 診療の補助5項目の代表的項目について経験6年未満(n=77), 経験6年以上(n=43), 役職別(n=20)の看護行為委託意識を観察した。ともに医療上の世話を委託意識が高い。経験別では6年未満の委託意識が高い。また役職は洗髪, 排泄, 鼻腔栄養の注入などで委託意識が低い。(図2)

3) 療養上の世話における査定・評価的看護行為と実践的看護行為の委託意識比較

療養上の世話において査定・評価行為と実践行為とみなされる看護行為の委託意識パターンの比較を試みると摂取量のチェック0.47±0.33食事の世話0.68±0.28, 便量のチェック0.38±0.32排泄の世話0.63±0.25はいずれも有意な差を認め実践的看護行為の委託

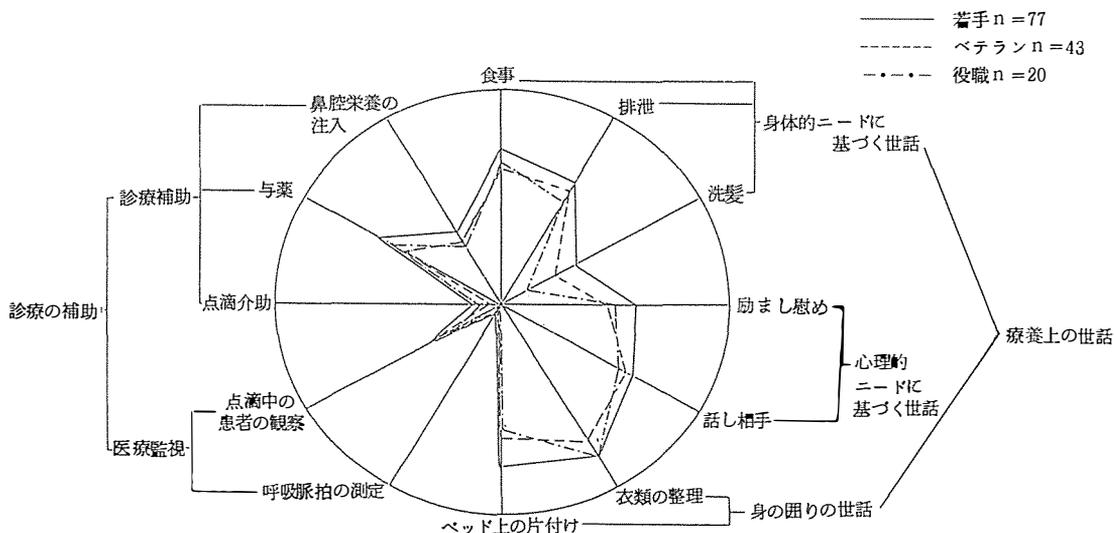


図2 看護行為委託意識の概観

看護行為の家族委託に関する看護者の意識構造

意識が高いパターンを示した。(P<0.01)

しかし身体清潔度チェック0.39±0.39, 全身清拭0.43±0.28では有意な差を認めない。また衣類の清潔度チェックは0.64±0.39で, 更衣になると0.62±0.27とわずかだが査定・評価的看護行為の委託意識が高い。(表6)

4) 診療の補助プロセスにおける看護行為委託意識比較

診療の補助プロセス(準備, 実践, 観察)の看護行為委託意識の様相を準備, 実践, 観察の3看護行為項

目の揃っている与薬, 鼻腔栄養, 点滴介助の委託パターンでみると準備, 観察段階では近似した委託意識であるが, 実施の段階で与薬0.57±0.33, 鼻腔栄養の注入0.36±0.32, 点滴介助0.10±0.29と有意な差を示し, この実施レベルの違いをもって診療の補助では3種の委託意識パターンに別れることが観察された。(P<0.01) (■3)

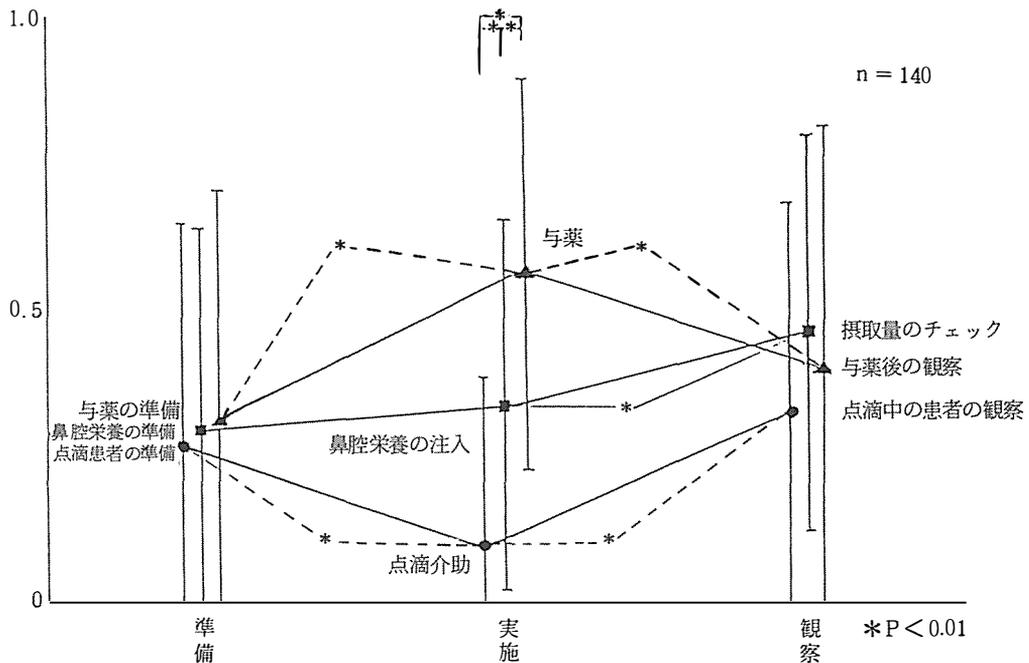
3. 看護者の属性特性別の看護行為項目別委託意識比較

属性別に療養上の世話項目群, 診療の補助項目群の

表6 療養上の世話における査定・評価的看護行為と実践的看護行為の委託意識比較

| 査定・評価的看護行為 項目名 | x̄ | SD | 実践的看護行為項目 | | 平均値差 | t 値 | |
|-------------------|------|------|-----------|------|------|-------|--------|
| | | | 項目名 | x̄ | | | SD |
| 摂取量のチェック | 0.47 | 0.33 | 食事の世話 | 0.68 | 0.28 | 0.21 | 5.78 * |
| 便量のチェック | 0.38 | 0.32 | 排泄の世話 | 0.63 | 0.25 | 0.25 | 7.36 * |
| 身体清潔度チェック | 0.39 | 0.39 | 全身清拭 | 0.43 | 0.28 | 0.04 | 0.88 |
| 衣類清潔度チェック | 0.64 | 0.39 | 更衣 | 0.62 | 0.27 | -0.02 | 0.41 |

但し * P<0.01



■3 診療補助プロセスにおける看護行為委託意識比較

看護行為の家族委託に関する看護者の意識構造

表7 経験6年未満・以上看護行為委託意識比較

| 項目分類 | 看護行為項目 | 若手 n=77 | | ベテラン n=43 | | t 値 |
|--------|--------------|----------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| | | \bar{x} | S D | \bar{x} | S D | |
| 療養上の世話 | 身体的ニードに基づく世話 | 頭髮のケア | 0.71 ± 0.30 | 0.57 ± 0.23 | 2.98 ** | |
| | | 体位交換 | 0.46 ± 0.29 | 0.29 ± 0.27 | 3.26 ** | |
| | | 衣類の清潔度チェック | 0.75 ± 0.36 | 0.52 ± 0.39 | 3.11 ** | |
| | | 爪を切る | 0.75 ± 0.26 | 0.60 ± 0.25 | 3.05 ** | |
| | | 身体の清潔度チェック | 0.47 ± 0.39 | 0.33 ± 0.37 | 2.07 * | |
| 世話 | 心理的ニードに基づく世話 | 面会人の対応 | 0.79 ± 0.32 | 0.65 ± 0.30 | 2.45 * | |
| | | 家族への連絡 | 0.70 ± 0.25 | 0.60 ± 0.20 | 2.33 * | |
| | | 励まし慰め | 0.59 ± 0.24 | 0.47 ± 0.33 | 2.19 * | |
| | | 面会人の調整 | 0.48 ± 0.45 | 0.33 ± 0.36 | 2.08 * | |
| 診療の補助 | 身の周りの世話 | 床頭台の片付け | 0.80 ± 0.25 | 0.66 ± 0.23 | 3.00 ** | |
| | | ベッド上の片付け | 0.77 ± 0.26 | 0.64 ± 0.25 | 2.64 * | |
| | | 買い物 | 0.84 ± 0.25 | 0.73 ± 0.25 | 2.22 * | |
| | | ベッド周辺とロッカーの片付け | 0.84 ± 0.23 | 0.74 ± 0.25 | 2.16 * | |
| | | 医療観察 | 体温の値をよむ | 0.68 ± 0.29 | 0.52 ± 0.32 | 2.58 * |
| | 摂取量のチェック | 0.56 ± 0.31 | 0.41 ± 0.33 | 2.48 * | | |
| | 診療補助 | 点滴, 筋注患者の準備 | 0.34 ± 0.40 | 0.17 ± 0.36 | 2.31 * | |
| | | 与薬 | 0.62 ± 0.34 | 0.48 ± 0.30 | 2.42 * | |

表中若手：経験6年未満，ベテラン：6年以上

但し * P<0.05 ** P<0.01

委託意識の平均を比較し、t検定にて有意な差を示した項目のみ示した。(P<0.05以上、なおこのt値は平均値小数点第3位まで求め、捨五入した値にて算出)

1) 経験6年未満と経験6年以上(役職含め)を比較すると、総じて6年未満が6年以上より委託意識は高く、頭髮のケア、体位交換、衣類の清潔度チェック、爪を切る、床頭台の片付けなど療養上の世話の13項目(身体的ニードに基づく世話5、心理的ニードに基づく世話4、身の周りの世話4項目)で、また診療の補助の4項目(医療観察2、診療補助2項目)で有意差を認めた。(表7)

2) 経験6年未満看護者を婚姻関係別に比較すると未婚者が散歩、話し相手、励まし慰めなど療養上の世話の12項目(身体的ニードに基づく世話4、心理的ニードに基づく世話3、身の周りの世話5項目)、診療の補助の3項目(医療観察2、診療補助1項目)で委託意識が有意に高かった。(表8)

3) 6年未満看護者を専門系別に比較すると内科系

看護者は外科系看護者より療養上の世話で1項目(湯たんぼの使用介助)、点滴中の患者の観察、鼻腔栄養の準備、たんの採取介助など診療の補助で6項目(医療観察1項目、診療補助5項目)で委託意識が高く有意差を認めた。(表9)

4) 経験6年以上看護者の委託意識の婚姻関係別比較で有意差が認められたのは医療観察1項目(尿量のチェック)のみでここでは既婚者の委託意識が高かったが、他項目では6年未満看護婦と同様未婚者の委託意識は概して高かった。

5) 6年以上看護者は専門系別でも6年未満看護婦同様内科系看護者の委託意識が高いが有意差を認めたのは療養上の世話2項目、鼻腔栄養の注入など診療の補助2項目のみであった。(表10)

6) 経験6年未満看護者を専門書購読有無別でみると“専門書購読有り”と答えた看護者は“無し”(記載のないもの含む)と答えた者より委託意識が低く、洗髪、体位交換など身体的ニードに基づく世話2項目、

看護行為の家族委託に関する看護者の意識構造

表8 経験6年未満看護者婚姻関係別看護行為委託意識比較

| 項目分類 | 看護行為項目 | 未婚 n=66 | | 既婚 n=11 | | t 値 |
|-------|--------------|----------------|-------------|-------------|---------|-----|
| | | \bar{x} | S D | \bar{x} | S D | |
| 療養 | 身体的ニードに基づく世話 | 頭髪のケア | 0.74 ± 0.30 | 0.50 ± 0.30 | 2.39 * | |
| | | 湯たんぽの使用介助 | 0.58 ± 0.32 | 0.46 ± 0.14 | 2.19 * | |
| | | 食事の世話 | 0.74 ± 0.28 | 0.59 ± 0.19 | 2.13 * | |
| | | 衣類の清潔度チェック | 0.77 ± 0.36 | 0.55 ± 0.33 | 2.00 * | |
| 上 | 心理的ニードに基づく世話 | 散歩 | 0.78 ± 0.28 | 0.50 ± 0.30 | 2.88 ** | |
| | | 話し相手 | 0.69 ± 0.26 | 0.46 ± 0.14 | 3.02 ** | |
| | | 励まし慰め | 0.61 ± 0.24 | 0.46 ± 0.14 | 3.02 ** | |
| 世話 | 身の回りの世話 | 床頭台の片付け | 0.83 ± 0.24 | 0.64 ± 0.22 | 2.59 * | |
| | | ベット周辺とロッカーの片付け | 0.87 ± 0.22 | 0.68 ± 0.24 | 2.43 * | |
| | | 洗 濯 | 0.86 ± 0.22 | 0.68 ± 0.24 | 2.34 * | |
| | | 衣類の整理 | 0.86 ± 0.23 | 0.68 ± 0.24 | 2.22 * | |
| | | ベットの片付け | 0.79 ± 0.26 | 0.64 ± 0.22 | 2.04 * | |
| 診療の補助 | 医療観察 | 尿量のチェック | 0.25 ± 0.33 | 0.09 ± 0.19 | 2.24 * | |
| | | 体温の値をよむ | 0.71 ± 0.28 | 0.50 ± 0.30 | 2.11 * | |
| | 診療補助 | 点滴, 筋注患者の準備 | 0.37 ± 0.42 | 0.18 ± 0.24 | 2.12 * | |

値し * P<0.05 ** P<0.01

表9 経験6年未満看護者専門系別(内・外)看護行為委託意識比較

| 項目分類 | 看護行為項目 | 内科系 n=28 | | 外科系 n=49 | | t 値 |
|--------|--------------|-------------|-------------|-------------|---------|-----|
| | | \bar{x} | S D | \bar{x} | S D | |
| 療養上の世話 | 身体的ニードに基づく世話 | 湯たんぽの使用介助 | 0.79 ± 0.31 | 0.54 ± 0.30 | 3.37 ** | |
| | 心理的ニードに基づく世話 | | | | | |
| | 身の回りの世話 | | | | | |
| 診療の補助 | 医療観察 | 点滴中の患者の観察 | 0.59 ± 0.19 | 0.35 ± 0.37 | 3.80 ** | |
| | 診療補助 | 鼻腔栄養の準備 | 0.41 ± 0.36 | 0.18 ± 0.30 | 2.85 ** | |
| | | たんの採取介助 | 0.73 ± 0.25 | 0.55 ± 0.32 | 2.75 ** | |
| | | 尿の採取介助 | 0.73 ± 0.28 | 0.57 ± 0.32 | 2.22 * | |
| | | 与 薬 | 0.73 ± 0.28 | 0.56 ± 0.36 | 2.31 * | |
| 点滴介助 | 0.21 ± 0.39 | 0.04 ± 0.20 | 2.20 * | | | |

値し * P<0.05 ** P<0.01

看護行為の家族委託に関する看護者の意識構造

表10 経験6年以上看護者専門系(内・外)別看護行為委託意識比較

| 項目分類 | 看護行為項目 | 内科系 n=24 | | 外科系 n=39 | | t 値 |
|--------|--------------|-----------|-------------|-------------|---------|-----|
| | | \bar{x} | S D | \bar{x} | S D | |
| 療養上の世話 | 身体的ニーズに基づく世話 | 体位交換 | 0.42 ± 0.22 | 0.26 ± 0.27 | 2.61 * | |
| | | 歩行介助 | 0.56 ± 0.17 | 0.44 ± 0.32 | 2.05 * | |
| | 心理的ニーズに基づく世話 | | | | | |
| | 身の周りの世話 | | | | | |
| 診療の補助 | 医療観察 | 体温の値を読む | 0.60 ± 0.29 | 0.47 ± 0.28 | 2.26 * | |
| | 診療補助 | 鼻腔栄養の注入 | 0.56 ± 0.17 | 0.28 ± 0.24 | 5.09 ** | |

但し * P<0.05 ** P<0.01

表11 経験6年未満看護者専門書購読有無別看護行為委託意識比較

| 項目分類 | 看護行為項目 | 有 n=39 | | 無 n=38 | | t 値 |
|--------|--------------|-----------|-------------|-------------|---------|-----|
| | | \bar{x} | S D | \bar{x} | S D | |
| 療養上の世話 | 身体的ニーズに基づく世話 | 洗髪 | 0.23 ± 0.30 | 0.54 ± 0.33 | 4.29 ** | |
| | | 体位交換 | 0.37 ± 0.27 | 0.55 ± 0.28 | 2.90 ** | |
| | 心理的ニーズに基づく世話 | | | | | |
| | 身の周りの世話 | | | | | |
| 診療の補助 | 医療観察 | 点滴中の患者の観察 | 0.28 ± 0.37 | 0.52 ± 0.38 | 2.80 ** | |
| | | 筋注後の観察 | 0.19 ± 0.31 | 0.41 ± 0.40 | 2.66 * | |
| | 診療補助 | | | | | |

但し * P<0.05 ** P<0.01

点滴中の患者の観察など医療観察2項目では有意に低い。(表11)

又、6年以上看護者も6年未満看護者と同様“有り”と答えた者の委託意識は低く、療養上の世話3項目(身体的ニーズ2、心理的ニーズ1項目)、医療観察3項目で有意に低い。(表12)

V 考 察

1. 測定方法、測定値の意味するものとその限界
人間の行動を研究対象とする諸科学の方法は基本的には観察によるもの、および言語を媒介とするもの二つと言われる。⁵⁾

本研究は質問紙によって得たデータによって対象の看護場面における看護委託という行動を推測するもの

看護行為の家族委託に関する看護者の意識構造

表12 経験6年以上看護者専門書購読有無別看護行為委託意識比較

| 項目分類 | 看護行為項目 | 有 n=47 | | 無 n=15 | | t 値 |
|--------|--------------|-----------|-------------|-------------|--------|-----|
| | | \bar{x} | S D | \bar{x} | S D | |
| 療養上の世話 | 身体的ニードに基づく世話 | 排泄の世話 | 0.54 ± 0.25 | 0.72 ± 0.25 | 2.45 * | |
| | | 円座の使用介助 | 0.47 ± 0.26 | 0.63 ± 0.22 | 2.37 * | |
| | 心理的ニードに基づく世話 | 励まし慰め | 0.45 ± 0.30 | 0.63 ± 0.27 | 2.29 * | |
| | 身の回りの世話 | | | | | |
| 診療の補助 | 医療観察 | 体温の値を読む | 0.48 ± 0.27 | 0.66 ± 0.29 | 2.14 * | |
| | | 摂取量のチェック | 0.30 ± 0.27 | 0.53 ± 0.37 | 2.30 * | |
| | | 与薬後の観察 | 0.23 ± 0.32 | 0.5 ± 0.35 | 2.65 * | |
| | 診療補助 | | | | | |

但し * $P < 0.05$

であり観察や自記式の行動記録によるものではない。

意識研究である場合、現実場面における自分がとるであろう行動とこうあるべきだと考える行動との分離はむずかしく、回答が常に粉飾部分を持つという限界がある。それだけでなく想定場面が必ずしも回答者全員に公平なイメージ喚起刺激に設計できる可能性は少なく、従ってイメージ段階、回答段階に誤差が生じる可能性がある。しかし看護の行為は外からの観察でそれが何の為に行われたか問うことは困難であり、また対象によっては同じ行為でも意図を異にする場合がある。このことを考えると看護者集団の看護意識研究、特に意識の構造的な把握においてこのペーパーシミュレーションの方法は次善策ではあるが一つの方法と考える。

しかし、今回の結果の数値に関しては被調査者の置かれた条件に左右されることが予想され、そのため本研究における結果の解釈は主として項目別、看護者属性別の委託意識の相対的な差を観察し、その値の間の構造を考察することとした。

また本研究は看護者の患者に対する直接的看護行為の家族委託意識を探る目的であったので56の看護行為項目に患者の療養上の世話、診療の補助に限定した。それ故看護の円滑な継続的活動に欠かせない管理、運営、スタッフ・学生指導等に関する間接業務は入れて

いない。厳密にはこの種の先行研究は見当たらず、業務分掌意識をみた研究^{9) 7)}では患者看護、診療の補助のいくつかの少項目を見た調査となっている。観察によるタイムスタディや自記式の場合が多いワークサンプリング等、看護業務分析の研究^{8) 9) 10) 11)}では間接業務を含めた看護業務全般を観察している。本研究では項目を直接業務に絞って、患者看護の委託意識の解明を目指した。

尚ここでの看護委託は患者の療養生活の時制を同じくした一断面の中でとらえたものであり、回復過程の時間軸に沿った、継続看護として外来看護婦、また地域保健婦、他職種、家族への方向で、そのケア体系が模索されているものとは異なる。しかし、老人のLong Term Careを構想する場合にはおそらく双方の検討が必要となってくると考える。

2. 療養上の世話の委託意識が高い傾向について

療養上の世話の委託意識が高いという結果は自明の理に近いが大学病院看護業務の特徴として高次先進医療に伴う診療の補助業務の増加との関連が指摘されている。¹⁰⁾ 現在はそれに加え、患者の高齢化に伴う世話業務の増加がある。また診療の補助業務は安全性を配慮した知識技術が必要であり、保助看法37条にあるように医師の指示、監督を条件として看護者に一定の相対的医行為を行なわしめるものを含んでいる。¹²⁾ その

ため必然的にそれら業務の委託は差し控えられ、その結果、本来、基準看護病院においては看護婦が責任をもって行うべき療養上の世話業務が安全性に問題の少ないものから押し出される形で委託される現象が起きているのである。看護委託意識はその意味で療養上世話において常に高く、診療の補助の委託はあるところまでで一定という原則が成り立つ。問題は療養上の世話と診療の補助の委託意識の差であり、その差を決めるのは、その病院の看護体制、看護マンパワーの質量、病院サービス機能、対象患者の健康レベル、セルフケア能力、受けている医療の質などであろう。本研究に示された数値の大きさは、第一に現行看護基準では必要を満たし切れない研究対象病院の看護マンパワーの絶対的不足や病院サービス機能の整備も充分とは言えないという背景を反映している。また想定患者が慢性固定障害に重急性病変を続発させた老女であり、療養上の世話に緊急、細密な病態の判断を伴う世話がそれほど多く必要ないことも関連している。

療養上の世話項目群の中の委託意識をみると身の回りの世話、身体的ニード、心理的ニードの順に高い。心理的ニードの世話が委託されにくいのは励まし慰めのケアの他にリハビリ・処置・検査の説明など、患者が診療を受け入れ易くする為の患者の認識に働きかけられるような項目群である為である。またそれら説明が知識の面でも委託困難であり、高次医療機関の患者にとっては重要不可欠な世話項目となってきている現実の反映である。

また診療の補助をその内容別に医療観察と診療補助に分けてみると委託低いのは医療観察である。医療観察の委託割合が低い理由はこの行為の意味が診療の補助行為としての治療の効果、副作用の観察、病態の経時的観察にとどまらず看護計画策定の前提となる情報収集・査定、評価の手段ともなっているためである。このことはこの項目群が看護者にとっても独自の機能遂行に欠くことのできない専門的領域となっている為と思われる。

3. 看護行為項目別にみた委託意識の特徴

看護行為委託の上位5位にランクされた項目はすべて身の回りの世話項目群の洗濯、衣類の整理、ベッド周辺ロッカーの片付け、買い物、床頭台の片付けであり、これらの世話は患者の日常生活能力補完の援助行為であり、身体の機能障害、生活障害まで含めた能力

欠損に対処する援助であることを特徴としている。“生活”ということが援助の焦点となる看護の定義によればこれらも看護機能の一面といえる。しかし、一般には病院の近代化に伴い、病院サービス部門（多くは外郭■体）の洗濯部、ハウスキーピング部門などが廉価で請け合う形で整備が進んでいる。

4. 看護過程、診療プロセス上に現れる看護委託意識の分解

食事摂取、排泄援助には実施段で顕著に高い委託パターンが認められた。これは設問が家族に対しての看護委託であったこと、その世話の日常性、安全性に加えプライバシー尊重意識などもこの世話の委託意識を大きくしている可能性がある。一方身体、衣類の清潔援助にはこのパターンが認められなかった。身体、衣類の清潔援助もともに身体的ニードに対する世話であり、またともにプライバシーの面で配慮を要する援助である。もともと衣類の清潔度チェックは評価の段階から50%を越える委託意識があり実践段階の更衣に至っても同様であった。それと対照に身体清潔度チェック、その実践段階である全身清拭では委託意識が4割と有意な上昇を見ない。これは全身清拭という援助が看護者にとって、まとまりのある、やり易い看護行為として古くから定着してきていること、またこの援助の多義的な価値が関係していると推察される。看護者はこの援助を行う小一時間で患者を多面的に観察し、保清と保温と保湿、適度な圧刺激により患者の心身に快を与え、患者の健康回復に寄与するのである。また、看護者はこの手による看護行為により慰め、患者の信頼を勝ち取ることもしている。身体的ニードの世話の実践段階の看護委託意識は委託相手、技術的な問題、その看護行為の多義的価値、患者の満足などによって規定されると推察される。

また診療の補助プロセスにおける看護行為として準備、実施、観察の3看護行為の揃った与薬、鼻腔栄養、点滴助技術の診療補助行為のうち与薬の実践段階の委託意識の割合が高率であった。これには調査病院の成人系病棟での与薬方式（可能な患者には指導管理下において自己管理させている）が関係したと思われる。一般には鼻腔栄養、点滴助技術の委託意識率の差が示すように技術難易性、安全性（過ちがあった場合の生命への危険度とその頻度）や患者に与える苦痛の度合などが影響すると推察される。

5. 看護者の特性による看護委託意識の違い

看護者による委託意識の相違は項目別に見てみても一定の傾向を示すことが多く世代、婚姻関係、専門などの特性を別にすれば、かなり均質な看護委託意識パターンをもっている。

経験6年未満では6年以上に比し療養上の世話項目中、手のかかる身体的ニーズに基づく世話の委託意識が高い傾向を認めた。若い看護者は技術の未熟な状態で、過ちの許されない診療補助業務遂行に追われ、療養生活の世話の委託を余儀なくしている。回答者のこの仕事の日常がシミュレーション場面でイメージされ、このような回答となったと思われる。

経験6年未満を婚姻関係別にみると、経験6年未満の既婚者は療養上の世話全般、特に心理的ニーズに基づく世話（話し相手、散歩など）では委託意識が低い。臨床での経験が同じでも既婚者は生活経験の広がりによって、患者ニーズの洞察が深まり、世話の必要が強く意識され委託意識に歯止めがかかると推察される。この時期の既婚看護者の家庭内事由による勤続困難は他職種以上に大きく、このことは医療施設看護の質の確保にとって大きな損失である。経験6年以上では全項目にわたり委託意識は減少し、婚姻関係による差は顕著でなくなる。年齢を重ねると生活経験が豊となり、技術や関連処理能力の習熟と相俟って婚姻による差がなくなると解釈される。原山ら¹³⁾は勤務年数が多くなると看護役割への自己同一性が肯定的となり、ベットのサイドにおいても自律的となると報告している。この年代に達すると仕事への習熟が増すとともに、ニーズへの洞察が深まり必要に応じたケアの創意が可能となる。看護者はこのようなベテランの域に達すると療養上の世話においても看護委託意識は低下する。

専門系別には内科系看護者の委託意識が外科系に比し高く、特に経験6年未満で顕著な差がみられた。これは両系の診療内容の差とそれに伴う診療補助業務、生活援助の質の差の現われであると考えられる。内科系、外科系の看護業務量と質の差異については以前より“看護内容傾向の差”¹⁴⁾として指摘のあるところである。

専門職員としての自己研鑽の最も基本要件となる専門書購読有無別に委託意識をみてみたが“有り”と答えているものの委託意識は経験6年未満、6年以上とも全体的に低く、身体的ニーズ項目、医療観察などい

くつかで有意差を認めている。尚この傾向は経験6年以上の方が項目数に於いて顕著であった。このことは仕事の研鑽意欲がケアの取り組みの積極性と質に影響を与えていることがわかる。しかも専門書購読有無別の差は年数を経るほど拡がると推測させる結果である。

以上の結果から医療観察と心理的ニーズに基づく世話が現代先進医療下の看護婦が中核ととらえる仕事である。V. Hendersonは高度先進技術の中の看護の本質と題する論文を寄せ、“看護がこれほど重要であった時代はかつてない、慰め心を配る看護婦の存在とのふれあいによって、病院に収容された患者は、侵襲的、威嚇的、ときには苦痛に満ちた先端技術を受け入れることができる”¹⁵⁾と述べている。

看護者は医療が高次であればあるほど、患者が十分な了解のもとに安心して、安全で最適な医療が受けられるように援助することと健康回復のための生活を出るだけ快適に整えるよう援助することの両面の努力が求められている。しかし、そのためには本研究で委託最優先項目群とされた洗濯、衣類の整理、ベッド周辺の片付けなどの項目群は病院の患者サービス部門の仕事として部門の強化が急務であることを示している。また看護者の適性配置、専門職者としての継続学習の喚起、職業継続のための条件整備なども合わせて必要である。

ランバーツェンら¹⁶⁾が指摘しているように看護の機能にはいくつかの専門スペクタクルが存在する。本研究で身の回りの世話など家族委託する傾向の高い項目の一群が存在した。しかし、一見専門性の低い看護行為も家族でなく看護職者内の責任であり、また病院の責任であることは論をまたない。

VI まとめ

一大学病院成人内科、外科病棟における家族に対する看護者の患者看護の委託意識の検討を試みた。方法は一老女症例に想定した56の看護行為項目に“任せる”“ときどき任せる”“任せない”の3件法を付し、実際場面をイメージさせて回答を求めた委託意識の調査を行った。

結果を項目ごと、ならびに保助看法5条でいう「療養上の世話」「診療の補助」の枠のなかで分析し以下の結論を得た。

1. 看護者の家族に対する看護委託意識は療養上の

看護行為の家族委託に関する看護者の意識構造

世話が診療の補助に比し高かった。経験年数が上がる
と委託意識は下がる。

2. 療養上の世話の身の回りの世話項目群の委託意識
が一番高く、診療の補助の医療観察項目群が一番低い。

3. 身の回りの世話に属する、選択、衣類の整理、
ベット周辺ロッカーの片付け、買い物、床頭台の片付け
が全項目中の委託意識の高さで上位5位を占めた。

4. 看護過程で査定(評価)的看護行為項目より実践
的項目の委託意識が大きい、一般的に予想される委託
パターンが観察されたのは食事、排泄であり、全身
清拭は実践の段階でも有意な委託意識の上昇はない。
全身清拭は看護者にとって多義的な専門的価値のある
ケアで、患者の満足も高い、こうした看護行為の性質
がケアの実践段階の委託には関係すると推測された。

5. 診療補助の過程での委託意識は、実施段階で技
術的な難易性、安全性の程度が委託意識のレベルを規
定していることが推察された。

6. 項目別にみて経験6年未満の看護者は6年以上
に比べ療養上の世話で13項目、診療の補助で4項目委
託意識が高かった。

7. 経験6年未満の看護者の内未婚者は既婚者に比
べ療養上の世話で12項目、診療の補助の3項目で委託
意識が高かった。しかし経験6年以上の未婚者はこの
傾向は認められなかった。

8. 専門系別には経験6年未満の内科系看護者は外
科系の看護者に比べ療養上の世話1項目、診療の補助
6項目で委託意識が高く、6年以上でも若手ほど顕著
でないが同様傾向を示し、療養上の世話2項目、診療
の補助2項目で差を認めた。

9. 専門書購読有無別には“有り”とした者の委託
意識は“無し”とた者より概して低く、経験6年未満
で療養上の世話2項目、診療の補助で2項目、6年以
上でも療養上の世話3項目、診療の補助3項目で顕著
な差を認めた。

要 約

この研究は看護者の看護行為の家族委託意識を明らかにした。そのため看護者に対し看護委託意識を
調べる質問紙調査を行った。結果は次の通りであった。

① 療養上の世話、中でも洗濯、衣類の整理などの身の回りの世話の委託意識は高く、血圧測定、呼吸
脈拍数の測定など医療観察項目の委託意識は低い。

● 看護・診療補助過程の実践段階の委託意識は問題の査定段階に比し、看護ではその行為のやり易い
もの、日常性の高いものの委託意識が高くなり、看護者にとって多義的意義をもつ全身清拭などの委託
意識は高くない。また診療補助過程では生命の危険を伴う行為は安全性の面から委託意識が低く押
さえられる。

③ 経験6年未満の看護者は6年以上の看護者より、経験6年未満の未婚看護者は6年未満既婚看護者
より療養上の世話の委託意識が高い。

④ 内科系看護者は外科系看護者より診療の補助に伴う看護行為の委託意識が高い。

⑤ 専門書購読有りと答えた看護者は療養上の世話、診療の補助双方の看護委託意識が低い。

Abstract

The purpose of this research is to clarify the possibility of transferring the role of the nurses to the family members. Therefore, the questionnaire was established to detect the consciousness of the nurses to transferring the role of the nurse towards the family. As the results the conclusions were as follows:—

1. The caring actions of the patient was in their consciousness highly feasible to transfer to the family members from the contents nurses should do, whereas less possible

items were to be transferred the medical nursing observation such as measurements of blood pressure, pulse, respiration etc as the medical support.

2. Nursing practices which were easily feasible seemed to be transferred among them, while those having so many nursing diagnostical significance such as bed-bath and medical technique with risk were hardly transferrable by this survey.

3. Young-single nurse showed higher point of transference of caring person than young-married nurses.

4. Nurse in medicine showed higher point of transference of medical support than nurse in sugery.

5. Nurse who subscribed professional magazine showed lower point of transference of caring person as well as medical support.

引用・参考文献

- 1) 吉田伸子他：入院動態ならびに看護婦の意識よりみた老人看護問題，日本看護研究学会 7(3)，pp. 59, 1984.
- 2) Henderson, V. : Basic Principles of nursing Care, 湯嶺ます他訳，看護の基本となるもの，日本看護協会出版会，1964.
- 3) 鈴木恵美子：看護業務の法的根拠についての一考察，看護技術，16(14)，pp. 22-29, 1970.
- 4) 看護大辞典・第二版，pp.296，メヂカルフレンド社，1982.
- 5) 続 有恒他：心理学研究法 no. 9 質問紙調査 pp. 1-22，東京大学出版会，1975.
- 6) 内田郷子：病院看護婦の行うべき看護業務成人看護業務のまとめ 看護，14(9)，pp. 39-69, 1962.
- 7) 全日本国立医療労働組合調査「看護業務意識と現在の実施者」1972.
- 8) 萩原義雄他：国立病院における看護業務のタイム・スタディ，病院 13(1)，pp. 2-9, 1955.
- 9) 前田京子他：内科病棟における24時間の看護業務内容の分析，看護学雑誌 27(6)，pp. 32-40, 1963.
- 10) 金子 光他：大学病院における看護業務の特殊性 看護研究 1(1)，pp. 80-93, 1968.
- 11) 広瀬チワ子：ワーク・サンプリング法による看護業務の分析，看護展望 10(12)，pp. 62-67, 1985.
- 12) 平林勝政：診療の補助—その法的—考察 看護，41(12)，pp. 58-67, 1989.
- 13) 原山 哲他：日本とフランスにおけるアイデンティファイケーションの比較，看護学雑誌 54(10)，pp. 93-98, 1990.
- 14) 前掲書 8)
- 15) Henderson, V. : The Essence of Nursing in High Technology, Nurs. Adm. Q., 9(4)，pp. 1-9, Summer 1985. 草刈淳子監訳，高度先進技術の中の看護の本質，看護管理 1(3)，pp. 177-183, 1991.
- 16) E. C. Lambertsen : NURSING TEAM ORGANIZATION AND FUNCTIONING, Results of a Study of the DIVISION OF NURSING EDUCATION, 1953. 松本登美ら訳，チームナーシング その組織と機能，医学書院，1962.

(平成5年1月7日 受付)

保育器加湿槽水の細菌学的検討

—シルビタの効用—

Bacteriological Investigation of Waters in the Humidifiers of Incubators
— Effects of the Silvita —

葛西 敦子*
Atsuko Kasai

鈴木 光子*
Mitsuko Suzuki

小井戸 浩子**
Hiroko Koido

木村 宏子*
Hiroko Kimura

I. 諸 言

近年、周産期医療の急速な進歩に伴い、従来は、胎外生活が不可能とされてきた低出生体重児、とくに超未熟児の生存が可能となった^{1) 2)}。これら、体温調節機能が未発達な低出生体重児にとって、高温の環境を与え、湿度を調節し、かつ感染を防止し、酸素を効果的に供給する機能を持つ保育器³⁾は必要不可欠なものである。

ところが、保育器は、収容される児が感染防御機能が未熟であるにもかかわらず、高温・高湿であるため、細菌の増殖しやすい環境にあることは免れない。そのため、看護者には細菌学的清潔さが要求され、それに応えるべく、保育器の清潔保持方法について、種々の研究がされてきた^{4) 5)}。しかし、保育器の中でもっとも汚染されやすい加湿槽水の汚染防止法についての報告は少ない。そこで、加湿槽水について、細菌学的検索を行い検討したので報告する。

II. 研究対象および方法

1. 研究対象

弘前市内のある病院の分娩部未熟児室（以下、分娩部とする）と小児科未熟児室（以下、小児科とする）において、児収容中の保育器のべ16台、児未収容中の保育器のべ20台を対象とした。保育器は、V-55アトム未熟児保育器、V-75アトム保育器、V-80アトム

保育器、V-80・Lアトム保育器であった。

2. 研究方法

1) 保育器の消毒方法

(1) 児収容中の保育器の消毒方法

児収容中の保育器消毒は、各未熟児室の消毒手順にしたがい、1日1回以下のように実施した。

0.1%オスバン液に浸した専用布巾で、ユニット内および外（頭部側から足部側にむけて）とビニール袖を清拭する。温湿度計水は排水後、滅菌蒸留水10mlを入れる。加湿槽水は排水後、分娩部では滅菌蒸留水、小児科では非滅菌の院内精製蒸留水を満たす。

(2) 保育器使用後の消毒方法

児収容中の保育器の交換は、1週間に1度以下のように実施した。

まず児を別の保育器に収容し、電源を切る。加湿槽水・温湿度計水を排水する。保育器は内部まで分解し、0.1%オスバン液に浸した専用布巾で清拭する。保育器外も同様に拭く。分解した部分を組み立て、エチレンオキサイドガス滅菌済みのビニール袖を装着し、中央材料部でホルマリンガス消毒する。

ホルマリンガス消毒は、幅110cm、奥行240cm、高さ175cmの室内（36～37℃）に、1時間ホルマリン溶液（10%）2000mlを気化させ、2時間排気した後、30分間アンモニア溶液（20%）750mlで中和し、1時間半

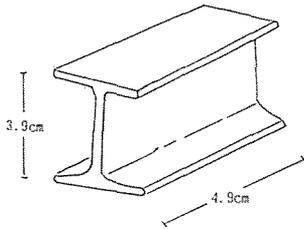
* 弘前大学教育学部看護学科 Department of Nursing Science, Faculty of Education, Hirosaki University

** 東海大学医学部附属病院 Toukai University Hospital

排気するという手順で行われている。その室内に保育器を収容し、消毒している。

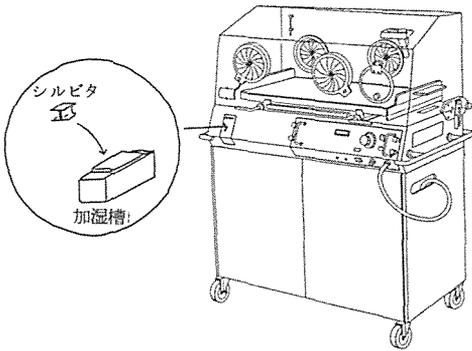
2) 加湿槽水へのシルビタの投入

保育器加湿槽水汚染防止法として銀イオンの殺菌作用を利用したアトム・シルビタ（以下、シルビタとする）が考案され実用化された。シルビタは、たて3.9cm、よこ4.9cmであり、合成樹脂板に純銀を真空蒸着させたもので、水中に投入することにより発生する銀イオンの殺菌作用を利用し、加湿槽水の清潔を保つ効果を持つものである（■1）。



■1 アトム・シルビタ

先にも述べたように、加湿槽水に分娩部では滅菌蒸留水、小児科では院内精製蒸留水を使用していた。そこで本実験では、さらにシルビタを投入し（■2）、加湿槽水の細菌学的検索を行った。



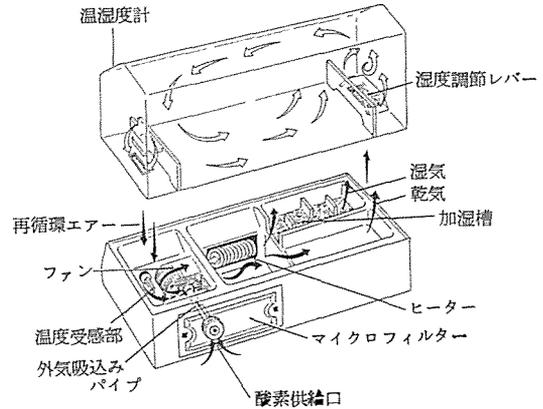
■2 シルビタ投入

3) 細菌学的検索

(1) シルビタの経時的殺菌効果

シルビタの経時的殺菌効果を確認する目的で、ホルマリンガス消毒済の保育器（児は収容しない）10例の加湿槽に、院内精製蒸留水を満たし、シルビタを投入してみた。保育器内は温度33℃、湿度60%に設定し、作動開始した。保育器を作動した場合の空気循環は、

■3に示す通りである。そして、作動開始の①直後、②15分後、③30分後、④60分後、⑤24時間後に、加湿槽水を滅菌注射筒で採取した。



（アトム保育器取扱説明書より引用）

■3 空気循環システム

(2) 滅菌蒸留水使用群

前述したように、分娩部では加湿槽水に滅菌蒸留水を使用し、毎日交換している。そこで、児収容中保育器6例の加湿槽水を経時的に細菌検索した。加湿槽水交換直後は滅菌蒸留水使用のため細菌検索は行わず、24時間後の交換時、加湿槽水を滅菌注射筒で採取した。

(3) シルビタ入り滅菌蒸留水使用群

児収容中保育器10例の加湿槽水に滅菌蒸留水を使用し、さらにシルビタを投入した。そして、上記と同様の手順で検体を採取した。

(4) シルビタ入り院内精製蒸留水使用群

前述したように、小児科では加湿槽水に院内精製蒸留水を使用し、毎日交換している。そこで、児収容中保育器10例の加湿槽水にさらにシルビタを投入してみた。ここでは非滅菌の院内精製蒸留水を使用していることを考慮し、加湿槽水交換直後と24時間後に上記と同様の手順で、検体を採取した。

(5) 使用培地と細菌の培養・同定方法

滅菌注射筒で採取した加湿槽水は、1mlを羊血液寒天培地に塗布し、37℃恒温器で48時間培養した。そして検出したコロニーを細菌とし、さらに同定を行い菌種を明らかにした。

Ⅲ. 研究成績

1. シルビタの経時的殺菌効果

加湿槽水に非滅菌の院内精製蒸留水を使用し、シルビタを投入したものでは、保育器作動開始15分後では8例中1例に菌検出がなくなった。また、他のケースにおいても菌の減少を認め、菌減少率は66%であった。30分後ではさらに3例に菌検出がなくなった。60分後では菌検出のみられたのは1例のみとなり、菌減少率99%、24時間後では全ケースで菌検出がみられなくなった。そして、シルビタの殺菌効果は菌数の多いケースほど時間を要する傾向にあった(図4)。菌種は、保育器作動開始直後でグラム陰性桿菌のシュードモナス属が最も多く検出され、ほかにアルカリゲネス属、大腸菌、グラム陽性桿菌のコリネバクテリウム属、グラム陰性双球菌のナイセリア属、グラム陽性球菌の表皮ブドウ球菌であった。これら菌種別を経時的にみると、シルビタ投入15分後ではナイセリア属、表皮ブドウ球菌、30分後では大腸菌、60分後ではシュードモナス属、コリネバクテリウム属がそれぞれ検出されなくなった。アルカリゲネス属は60分後でまだ検出されたが、24時間後ではなかった(表1)。

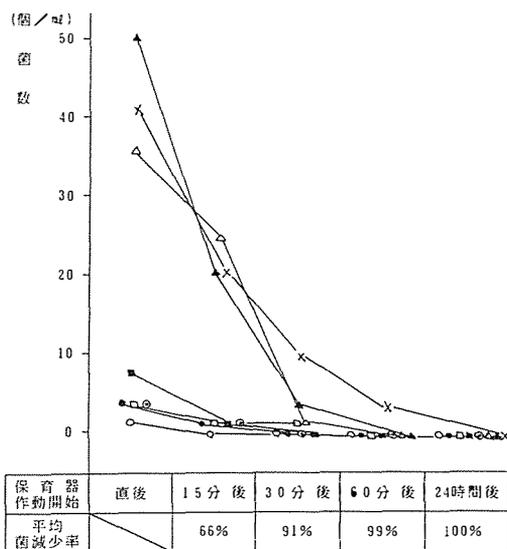


図4 シルビタの経時的殺菌効果

2. 滅菌蒸留水使用群

見収容中保育器の加湿槽に滅菌蒸留水を使用したものについて、交換後24時間経過したものを経日的に検

表1 経時的にみた菌種別総菌数

(個)

| 菌種 | 直後 | 15分後 | 30分後 | 60分後 | 24時間後 |
|------------|----|------|------|------|-------|
| シュードモナス属 | 75 | 47 | 8 | — | — |
| アルカリゲネス属 | 10 | 6 | 5 | 4 | — |
| 大腸菌 | 6 | 4 | — | — | — |
| コリネバクテリウム属 | 20 | 12 | 2 | — | — |
| ナイセリア属 | 3 | — | — | — | — |
| 表皮ブドウ球菌 | 3 | — | — | — | — |

索したみた。この場合いずれのケースからも菌検出はなかった(表2)。

3. シルビタ入り滅菌蒸留水使用群

滅菌蒸留水にシルビタを入れた加湿槽水でも、いずれのケースからも菌の検出はなかった(表2)。

4. シルビタ入り院内精製蒸留水使用群

院内精製蒸留水にシルビタを入れた加湿槽水について、交換直後と24時間後で比較してみた。交換直後、24時間後ともに菌検出のなかったのは、10ケース57検体中12検体であった。交換直後菌検出のあった45検体では、24時間後には39検体は菌検出がなくなった。他の6検体については、3検体は菌の減少があったが、残りの3検体については菌の増加がみとめられた。1ケースを見収容後2~7日間経日的に細菌検索したが、見収容期間による検出菌数の増減の傾向はなかった(表2)。

菌種は、交換直後ではグラム陰性桿菌のシュードモナス属、アルカリゲネス属、アシネトバクター属がほ

表3 シルビタ入り院内精製蒸留水使用群の菌種別総菌数

| 菌種 | 交換直後総菌数(%) | 24時間後総菌数(%) |
|-----------|----------------|-------------|
| シュードモナス属 | 12,744 (84.7%) | 221 (98.7%) |
| アルカリゲネス属 | 348 (2.3%) | 3 (1.3%) |
| アシネトバクター属 | 335 (2.2%) | — |
| 大腸菌 | 1,304 (8.7%) | — |
| ナイセリア属 | 313 (2.1%) | — |
| 腐生ブドウ球菌 | 2 (0.01%) | — |

保育器加湿槽水の細菌学的検討

表2 各加湿槽水の細菌数

| 加湿槽水 | 児収容 日数 検体採取 ケース | 1日目 | | 2日目 | | 3日目 | | 4日目 | | 5日目 | | 6日目 | | 7日目 | |
|---------------|--------------------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| | | 交換 直後 | 24時 間後 |
| | | 滅菌蒸留水 | 1 | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - |
| | 2 | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - |
| | 3 | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - |
| | 4 | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - |
| | 5 | ※ | - | ※ | - | ※ | - | | | | | | | | |
| | 6 | ※ | - | ※ | - | ※ | - | | | | | | | | |
| シルビタ入り滅菌蒸留水 | 1 | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - |
| | 2 | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - |
| | 3 | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - |
| | 4 | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - |
| | 5 | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - |
| | 6 | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - |
| | 7 | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | | | | |
| | 8 | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | | | | |
| | 9 | ※ | - | ※ | - | ※ | - | ※ | - | | | | | | |
| | 10 | ※ | - | ※ | - | | | | | | | | | | |
| シルビタ入り院内精製蒸留水 | 1 | 4 | - | 2 | - | 300 | 10 | 7 | - | 2 | - | 2 | - | 3 | - |
| | 2 | 8 | - | 107 | - | 319 | - | 109 | - | 640 | - | 150 | - | 250 | - |
| | 3 | - | - | 100 | - | 200 | - | 500 | - | 61 | - | - | - | 8 | - |
| | 4 | - | - | - | - | - | - | 30 | 40 | - | - | 27 | - | 20 | - |
| | 5 | 1500 | - | 2000 | - | 2500 | - | - | - | 21 | - | 60 | - | 40 | - |
| | 6 | 1000 | 1 | 3000 | 1 | 500 | - | - | - | 21 | - | 60 | - | 20 | - |
| | 7 | 16 | - | 1 | 60 | 100 | - | 300 | - | 180 | - | 200 | - | | |
| | 8 | 1 | 100 | 300 | 12 | 150 | - | - | - | | | | | | |
| | 9 | - | - | - | - | 200 | - | | | | | | | | |
| | 10 | 7 | - | 20 | - | | | | | | | | | | |

細菌数：個/ml

※ 交換直後では滅菌蒸留水使用のため細菌学的検索は行わない

着衣開窓のため細菌学的検索は行わない

ば全検体で検出され、なかでもシュードモナス属は全体の84.7%を占めた。ほかにグラム陰性桿菌の大腸菌、グラム陰性双球菌のナイセリア属、グラム陽性球菌の腐生ブドウ球菌が検出された。24時間後で検出のあったものは、シュードモナス属・アルカリゲネス属であった(表3)。

IV. 考 察

新生児の免疫機能は成人のそれに比べ、未熟であり、感染防御能低下の根拠となっている。さらに、未熟児は成熟児よりも免疫機能全般にわたり悪い条件にある⁷⁾。そのため、感染症に罹患しやすい未熟児⁸⁾にとって、その全環境となる保育器の清潔管理は重要な意義をなす。これまで保育器の清潔保持については種々の報告がされてきた。ところが、その報告は、プラスチックフード・中床中心のものであり、加湿槽水についての検討報告は少ない。本田⁹⁾は新生児感染症の感染源の一つに保育器の加湿槽を指摘している。そこで、本研究では保育器の中でもっとも細菌の増殖しやすいといわれている加湿槽水に着目してみた。

従来、加湿槽水の汚染防止方法としては、清潔な水の使用、定期的加湿槽水の交換、加湿槽水交換毎の槽の消毒などで対応してきた。ところが、保育器によってはその構造上、加湿槽の取り外しができず、槽の消毒が容易でないものもある。そこで、保育器加湿槽水汚染防止の一方法として、加湿槽水にシルビタを投入し、細菌学的検索を行い検討してみた。

先にも述べたように、シルビタは、水中に投入することで発生する銀イオンによる殺菌作用を利用したものである。銀イオンの殺菌作用は、古来より知られており¹⁰⁾、その毒性は極めて弱いということから、飲料水の消毒に利用されてきた¹¹⁾。最近では、プール・浴場水の消毒¹²⁾にも広く使用されている。殺菌作用をもっている金属としては、銀のほかに、銅、真鍮、錫、コバルト、ニッケル、水銀がある¹⁰⁾。医療の現場では、本弘前大学医学部附属病院救急部で、銅イオンの殺菌効果を利用したものを人工呼吸器の加温加湿器に投入しての報告がある¹³⁾。

さて、本実験は、保育器はすべてホルマリンガス消毒済みのものを用い、細菌汚染のないことを前条件とし行った。まず、分娩部で児収容中の保育器の加湿槽水に滅菌蒸留水を使用した場合、24時間毎の交換では

いずれのケースからも菌検出はみられなかった。横尾ら¹⁴⁾は加湿槽水に滅菌蒸留水を使用した場合、48時間毎の交換でも細菌の検出はなかったと報告している。しかし一方、村谷¹⁵⁾は24時間以後使用した場合には、緑膿菌などが検出されたとしている。これらの報告と本実験結果とを勘案すると、加湿槽水に滅菌蒸留水を使用した場合は24時間毎の交換が適当と考える。

次に、加湿槽水が汚染されていることを想定し、児を収容していない保育器の加湿槽水にシルビタを投入し、その殺菌効果を検索してみた。食品衛生研究所によるシルビタの殺菌効果試験では、シルビタ投入による大腸菌・緑膿菌の減少率は、4時間で99.9%、24時間で100%であった¹⁶⁾。また、銀イオンの殺菌効果の実験では、緑膿菌・大腸菌・黄色ブドウ球菌を死滅させるが、菌数が多いほど殺菌時間は延長する¹⁷⁾という報告もある。本実験でも、非滅菌の院内精製蒸留水にシルビタを投入した場合、平均菌減少率は保育器作動開始15分後66%、30分後91%、60分後99%、24時間後100%となり、さらに菌数が多いケースでは、殺菌時間も延長しており、同様の結果であった。

そこで、実際に児収容中の保育器加湿槽にシルビタを投入し、その効果をみてみた。まず、分娩部において、滅菌蒸留水にシルビタを投入した加湿槽水では、24時間後でも全ケースにおいて菌検出はなかった。次に、小児科で、非滅菌の院内精製蒸留水にシルビタを投入してみたところ、交換直後菌検出のあった45検体中、39検体(87%)については24時間後に菌検出はなくなった。しかし、残り6検体については3検体が菌数の減少がみられたが、他の3検体は逆に菌数の増加がみとめられた。これより先に行ったシルビタによる経時的殺菌効果の実験結果より、24時間後では菌検出はなくなるものと予想したが、それと反し、菌数の増加をみとめるという結果となった。この増菌の原因は、第一に保育器内の汚染が加湿槽水にも影響を与えているものと考えられる。一般的に保育器内の空気循環は■2に示す通りで、加湿槽水は取り入れた室内の空気と器内の空気を加温・加湿する役割をする。室内の空気はフィルターにより濾過されるため、0.3ミクロン以上の微粒子は器内には入らない¹⁷⁾。したがって、保育器外からの汚染は避けられる。ところが、小児科の保育器では収容される児の処置が多いため、器内開閉も多く、医師・看護者などの手を介し、細菌が伝播される

頻度は高くなる。細菌汚染は、一部に始まりまもなく全体に波及し⁵⁾、そして空気を経て乳児から水槽へと及ぶ¹⁹⁾。このことが汚染原因の一つと推察される。第二に、菌種の点から考えると24時間後ではグラム陰性桿菌のシュードモナス属が主に検出された。この菌は水分のあるところに広く分布し、人の皮膚、便などからしばしば検出される。その中でも緑膿菌は抵抗力の弱い新生児にとっては感染症の起炎菌として問題視されている。また、猪谷¹⁹⁾は高加湿下では皮膚にグラム陰性桿菌の育成が増加し加湿槽水からの感染が多いことを指摘している。これらの菌は好気性に増殖し、至適温度も30~37℃であるため²⁰⁾、保育器の加湿槽は絶好の環境である。以上のことから、シルビタの殺菌効果で細菌は死滅する。しかしその反面、他方からの細菌の持ち込みなどがあり、24時間後の菌検出につながったものと推察する。

また、この小児科の児収容中保育器において、交換直後の加湿槽水から、未熟児の日和見感染症の原因菌として問題視されているグラム陰性桿菌^{8), 18), 21), 22)}が検出された。中でも、大腸菌は新生児の髄膜炎、敗血症などの重要な原因菌の一つである。新生児は母体から免疫グロブリンの一部を受け継ぐが、多くの生体防御機構は未熟な状態であり細菌感染を起こしやすく、重症となりやすい²³⁾。したがって、加湿槽水にシルビタを投入した場合でも、非滅菌の院内精製蒸留水を使用することは不適切と考える。

以上より、消毒済み保育器に児を収容した場合、加湿槽水に滅菌蒸留水を使用し24時間毎に交換することで、細菌の検出はなかった。ところが先にも述べたように、実際は保育器の構造上や児の処置上からも器内の汚染は避けられない状況にあり、それらの汚染が加湿槽水、ひいては児への汚染につながる可能性を十分

考慮しなければならない。そのため加湿槽水については、滅菌蒸留水の使用では一度汚染されれば細菌の増殖を招くこととなり、その防止対策としてシルビタ投入は効果的と考える。しかし、本研究は24時間毎の交換のみの実験に留まってしまい、労力や経費の節減を考慮すれば、さらに今後48時間毎や72時間毎の交換での実験を重ね、シルビタの有効性を立証すべきと考える。

V. 結 語

保育器加湿槽水の汚染防止方法について、細菌学的検索を行い、以下の結論を得た。

1. 非滅菌の院内精製蒸留水にシルビタを投入した加湿槽水の菌減少率は、15分後66%、30分後91%、60分後99%、24時間後100%であった。
2. 滅菌蒸留水、シルビタ入り滅菌蒸留水のいずれも、24時間毎の交換で菌の検出はなかった。
3. シルビタ入り院内精製蒸留水では、24時間後に菌の検出されたものもあり、菌種も未熟児の日和見感染菌とされるグラム陰性桿菌もあったことから、不適切であると考えられる。

以上より、消毒済み保育器に児を収容する場合、加湿槽水に滅菌蒸留水を使用し24時間毎に交換すれば、細菌の汚染はない。さらにシルビタを投入すればより効果的と考える。

本稿をまとめるにあたり、御協力御指導を賜りました弘前大学医学部附属病院救急部副部长滝■雅博助教授、第三病棟四階橋引美代子元副看護婦長に深く感謝致します。

本研究の要旨は第14回日本看護研究学会総会で発表した。

要 旨

保育器は、低出生体重児にとって必要不可欠なものである。しかし、高温・高湿であるため、細菌の増殖しやすい環境にあり、その中でも、加湿槽水は最も汚染されやすい。そこで、加湿槽水に、①滅菌蒸留水、②シルビタ（銀剤）入り滅菌蒸留水、③シルビタ入り院内精製蒸留水のそれぞれを使用し、細菌学的検索を行った。加湿槽水は毎日交換し、その交換前・後に検体を採取し、培養・同定した。

1. 非滅菌の院内精製蒸留水にシルビタを投入した加湿槽水の菌減少率は、15分後66%、30分後91%、60分後99%、24時間後100%であった。

保育器加湿槽水の細菌学的検討

2. 滅菌蒸留水, シルビタ入り滅菌蒸留水のいずれも, 24時間毎の交換で菌の検出はなかった。
 3. シルビタ入り院内精製蒸留水では, 24時間後に菌の検出されたものもあり, 菌種も未熟児の日和見感染菌とされるグラム陰性桿菌もあったことから, 不適切であると考え。
- 以上より, 消毒済み保育器に児を収容する場合, 加湿槽水に滅菌蒸留水を使用し24時間毎に交換すれば, 細菌の汚染はない。さらにシルビタを投入すればより効果的と考える。

Summary

Incubators are indispensable for babies, especially who were born immature. But the circumstances of incubators such as temperature and humidity are favorable for bacteria to proliferate. Especially, the water in the humidifiers of incubators is easily contaminated by bacteria.

This study was intended to investigate whether the water in the humidifiers is to be contaminated or not by bacteria using different waters: 1) sterile distilled water, 2) sterile distilled water with the addition of Silvita (a metal of silver) and 3) purified water prepared in the hospital with the addition of Silvita. The waters in the humidifiers were exchange every day, and samples were obtained before and after the exchange, and sent to the laboratory immediately for examination.

Results of experiments are as follows.

1. The decreasing rate of number of bacteria in the water of humidifiers with the addition of Silvita were 66% in 15 minutes, 91% in 30 minutes, 99% in 60 minutes and 100% in 24 hours after use.

2. Bacteria were not detected in the sterile distilled water those were changed every 24 hours with or without the addition of Silvita.

3. The distilled water made in the hospital was not appropriate for use, because, even if it contained Silvita, microbes were detected of the certain bacterial specimens and Gram-negative bacillus after 24 hours.

Those results indicate that incubators, which were previously sterilized, is not contaminated by the sterile water in the humidifiers, if the water is exchanged within every 24 hours in the presence of Silvita.

VI 文 献

- 1) 竹内徹: 超未熟児をめぐる問題, 周産期医学, 21 (3), pp.375~379, 1991.
- 2) 藤村正哲: 超未熟児医療の展望, 周産期医学, 21 (1), pp.79~83, 1991.
- 3) 馬場一雄: 系統看護学講座21 小児看護学, 6版, 289, 医学書院, 東京, 1987.
- 4) 明石泉, 他: 保育器の清潔に関する研究 その1, 日本看護研究学会雑誌, 4 (3), pp.14~20, 1982.
- 5) 青木紀道, 佐藤正治: 医療機器の細菌汚染について (保育器および酸素 Tent), 医科器械学, 48, pp.51~54, 1978.
- 6) 北村不二子, 他: 新生児室の細菌学的検討, 助産婦雑誌, 26(8), pp.28~34, 1972.
- 7) 岸本圭司: 新生児, 未熟児の感染予防, 臨床医, 11(3), pp.38~40, 1985.
- 8) 野呂幸枝: 新生児, 未熟児の細菌感染症, 小児内科, 10(1), pp.95~98, 1978.
- 9) 本田武司, 三沢正: 細菌学の立場からみた周産期感染症, 周産期医学, 1987臨時増刊号, pp.28~32,

保育器加湿槽水の細菌学的検討

- 1987.
- 10) 芝崎勲：薬剤による殺菌，医科器械学叢書1 滅菌法・消毒法第1集（綿貫詰他編），2版，174～175，文光堂，東京，1981.
- 11) 阿部芳雄，他：銀イオンの殺菌効果について—銀イオン濃度及び作用温度と殺菌時間との関係—，日本公衆衛生雑誌，22(10)，pp.459，1975.
- 12) 前田淳一，他：訓練用プールにおける銀イオンの殺菌効果について，日本公衆衛生雑誌，23(10)，pp.163，1970.
- 13) 工藤ユキ子，他：人工呼吸器回路内加湿加湿器汚染防止の1方法，ICUとCCU，6，pp.1063～1067，1982.
- 14) 横尾京子，他：保育器内加湿における加湿水の交換頻度—細菌学的安全性の検討—，第17回日本看護学会集録・小児看護，pp.237～239，1986.
- 15) 村谷圭子：使用中の保育器管理，看護MOOK No.11，210，金原出版，東京，1984.
- 16) 日本食品衛生協会：アトムシルビタ殺菌効果試験食協発（研）第3-166号，1983.
- 17) 奥山和夫：新生児の保育器，医科器械学，46，pp.422～429，1976.
- 18) 吉岡一，他：感染防止からみた新生児，未熟児の処置—グラム陰性桿菌による院内感染を中心として—，小児科臨床，24(2)，pp.45～52，1971.
- 19) 猪谷泰史：保育器 Incubator，周産期医学，21（1991臨時増刊号），pp.633～635，1991.
- 20) 飯田廣夫：細菌学，2版，121～122，金原出版，東京，1970.
- 21) 飯島健志，宮下守：新生児細菌感染症の特徴と管理，周産期医学，11(12)，pp.1983～1985，1981.
- 22) 赤松洋，他：新生児細菌感染症の起炎菌—起炎菌の変遷—，周産期医学，1987臨時増刊号，pp.255～263，1987.
- 23) 坂田宏，藤田晃三：新生児細菌感染症の起炎菌—起炎菌のbiology—，周産期医学，1987臨時増刊号，pp.264～269，1987.

（平成4年12月9日 受付）

第 6 回

日本看護研究学会
近畿・四国地方会記事総会

(特別講演・シンポジウム・一般演題)

1992年3月22日(日曜日)

神戸市立看護短期大学

実行委員長 西田 恭仁子

於 相楽園会館大広間

神戸市中央区中山手通5丁目3番1号

特別講演

看護教育への提言

熊本大学教育学部教授
木場 富喜

本学会の地方会の中でも最も活発な組織でありますこの近畿・四国地方会にお集まりの皆様にお目にかかる機会を与えて頂きました光栄をまず感謝申し上げたいと存じます。本学会の特別講演として「看護教育への提言」という重いテーマをいただきましたが、この日本看護研究学会を皆で力をあわせて昭和50年に発足させましたのも、まさに看護教育への提言であり具体的には研究者を育てるということを目的としたものでありました。現在日本の看護教育界は20年ぶりに改正されたカリキュラムへの移行期にあると言えます。移行期とはいっても、日常の看護実践及び教育においては医療社会を巻き込んで急速に変化する社会の動きに、現実的には何等かの形で対応してきたことも確かであります。また看護界はこれまでその本質に基づく独自の専門性を追求してきたことを誰も信じて疑いません。そして現在看護が歴史上かつてなかった程の社会的関心と呼んでおりますことも周知の通りであります。しかし昨今の社会的要求は、医療・福祉の世界に多くの職種を生みだしました。そのため逆に看護の専門性が

見えにくくなったとも考えることができます。内外情勢も激変する中で、看護教育は何が基本的に必要なことであり、また何が変化してきたのかについてしっかりと広い視野で見つめ判断していかなければならない大変大事な時であると考えます。今如何に乗り切るかが21世紀の看護の方向を決定するものと考えられます。看護教育もこの数年の間に4年制の大学、中でも医学部の中の一課程としての設置の方向が見えてきました。加えて大学教育全体の見なおしの中で大学設置基準も一部改正され、平成3年7月に施行され、看護教育はこれから一連の教育の中でどのような位置にあり、またどのように考えることができるのでしょうか。私は昭和31年高知女子大学家政学部衛生看護学科に奉職以来、現職まで30有余年多くの他の分野の中で看護教育を実施してきました。選けくも来つるかなという感慨とともに、幸か不幸か看護教育の長所も短所も考えざるを得ない状況に置かれてきました。これらの経験に基づき思い出も加えて日頃考えておりますことをお話してみたい。

シンポジウム

「保健・医療・福祉のネットワークにおける
看護職—21世紀へむけて—」

座長：筒井裕子
(藤田学園保健衛生大学)

早川和生
(近畿大学医学部)

21世紀を迎えようとしている現在にあって、私達を取り巻く社会は全般にわたり情勢が変化し、医療を取り巻く環境も大きく変わってきています。

特に人口の高齢化や疾病構造の変化とともに疾病の治療のみでなく、リハビリテーション、末期のケア、あるいは在宅における看護が必要となってきました。看護職者においては、保健・医療・福祉の連携のもとに、社会の医療ニーズに対応できる豊かな人間性のある、優れた看護能力が求められています。今回、

西田実行委員長の企画のもとに、「保健・医療・福祉のネットワークにおける看護職—21世紀へむけて—」をテーマとし、シンポジストとして4人の皆様それぞれの立場からのご意見を伺うことになっています。各シンポジストからのご提言に呼応するかたちで、フロアの参加者からも自由かつ達な議論を期待しております。21世紀に向かって、看護職の新しいフロンティアを探求していきたいと存じます。

臨床看護の立場から

「臨床看護から地域看護へのおもい」

神戸市立中央市民病院 看護部長
大町信子

日本は経済的に豊かになり、平均寿命は延びてきたが、人は誰でも生涯を健康でしあわせに過ごしたいと願っている。近年、病院の検査・診断技術や治療面での医療技術はすばらしい進歩をとげており、昔治らなかった病気も治るようになった。

しかし急激に進む人口の高齢化は必然的に病院の中にも老人の占める割合が高くなっており、老人はいったん病気に罹患すると、完全に治癒することは難しく、更に慢性の経過をとり在院日数も延びてくる。人間は本来、長年住みなれ親しんだ地域で、生活することがしあわせであるといわれながらも、核家族化や女性の職場への進出で介護力の不足を生じ、患者をやむなく次の施設へ送り出すというケースも増えている。また、限られたベットの有効活用や医療経済の上からも、入

院日数の短縮をはかる必要があり、病状の固定している場合在宅医療に切り替える方向へ進んでいる。

中には病院で行っている同じレベルの医療、例えば、自己腹膜灌流や中心静脈栄養法のような、専門的判断技術の必要なものまで在宅で行うので、患者が病気を抱えていかに日常生活がうまくできているか看護職の目で訪問を継続する必要がある。

ここに、一主婦が市長へ宛てた手紙を紹介する。「主人が中央市民病院へ入院し、親切な看護を受けて退院しました。その後自宅看護になりましたが重病のため家族の戸惑いや不慣れなことが多くありました。そのような時、病院の看護婦さんたちが何度も自宅まで来て下さり、適切な指導や温かい励ましをいただいで、病人の看護も戸惑うことなくできるようになりま

した。ひとえに看護婦さん達のお陰と感謝しております。退院しましてから往診の医師の手配や看護の方法など、私どもが受けました手厚い看護は、全市的にまだ行き渡っていないと聞きます。折角退院してもどうしていいか分からず困っておられる多くの方々のためにこのようなシステムがあることを広報していただき、関係システムの確立を切に願います次第です」(一部省略)

この主婦のご主人Aさんは癌末期であったが本人の強い希望で退院され、2カ月後自宅で亡くなられた。お奥さんはこの2カ月間満足のいくケアができて、ご主人共々本当に充実した毎日であったと述懐しておられた。最近こうしたターミナルケアを在宅でされるケースも少しづつ増えている。訪問看護を受ける患者側からしてみると、入院中にお世話になった顔見知りの看護婦が訪問してくれることは、人間関係もできており心丈夫に思うことは容易に想像できるが、本院にはま

だ訪問看護部は確立されておらず看護婦たちはボランティアで継続看護を行っている。本院では看護相談室が窓口になり、在宅ケアのための社会資源情報を提供したり、地域の保健所・開業医・民間介護事業所などばらばらな機関との連絡調整をはかるなど患者中心に活動している。神戸市の保健医療計画の中で、施設ケアと在宅ケアを一体的に提供できる地域ケアシステムを進めようとしているが、ここに在宅医療活動の拠点になるセンターを置き、センターはあらゆる機関とネットワークで結ばれるとよい。病院では現在、何か所かの機関と連絡調整をはかることに蓄慮しているが、こうしたセンターと情報交換することで問題もスピーディに処理できると思われる。

センターでは看護職が中心となり、患者や家族にかかわる医療チームメンバーはもちろん、ホームヘルパー、ボランティアの指導を行い、患者に適した訪問看護ができるようシステム化されることを切望してやまない。

地域看護の立場から

兵庫県明石保健所 保健婦長
長 田 栄 枝

人口の高齢化に伴い、寝たきりや痴呆性等の要援護老人が増加し、さまざまな高齢者対策が試みられています。こうした状況にあって多くの高齢者は、住み慣れた地域、家庭の中で暮らしていきたいという願いを強くもっています。

明石保健所における痴呆性老人のとりくみは、保健婦活動での相談や家庭訪問から痴呆性老人の対応の困難性を知り、昭和58年2月老人精神保健相談を開設したことから始まりました。その実績を土台として60年度から2年間「痴呆性老人地域ケアシステム」の策定にとりくみ、実態調査や民生委員、一般住民への普及啓蒙活動、痴呆老人をかかえる家族会、老人精神保健担当者検討会の開催、老人介護ボランティアによる託老所への支援等を実施してきました。痴呆性老人とかかわる中で本人、家族および介護者、行政サービス等の問題が明かにされ、保健、医療、福祉の連携と、総

合的な活動の必要性を痛感し、平成2年度「痴呆性老人保健医療福祉システム」を構築し、3年度はその対象を寝たきりや脆弱等要援護老人に拡大し活動を展開しています。高齢者や要援護者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう援助する中で単身者や老夫婦世帯が増加し介護者がいなかったり、高齢であったり要援護者を取りまく問題は複雑、多様化し、保健、医療、福祉のチームでの援助が必要です。その中で保健婦は地域住民の健康を守る公的な機関に所属し、訪問活動によって対象者の生活の場である家庭に出かけていくことができます。家庭訪問で看護を基本技術として、対象者の生活に具体的にに関わり、その人にとってどのようにすれば生活能力の維持向上につながるのかをいっしょに考え、対象者のニーズを引出し、必要なサービスが円滑に受けられるようケアチームの中で調整する役割をもっていると思います。また、個別のケースへ

かかわる一方明石市では、社会福祉協議会を中心として保健、医療、福祉のチームで、困ったとき問題を早期に発見し近隣で助け合えるような地域援助体制をもつ街づくりをめざしています。日常援助活動をする地域ボランティアグループを育成し、地域の人々が高齢

化社会、在宅ケア、寝たきり予防等の自らの健康問題を理解し解決していく力を引き出せるよう健康講座の開催や話し合いを通してグループを支援し、小地域活動を充実させたいと考えます。

福祉行政の立場から

「保健・医療・福祉のネットワークにおける 看護職－21世紀へむけて－」

神戸市民生局厚生部長 東 村 衛

1. 保健・医療と福祉行政の立場からの連携が必要とされる背景

- (1) 高齢化社会の進展
- (2) 福祉サービスの普遍化
- (3) 要介護者のニーズの多様化・複雑化
- (4) 在宅ケアの発展～ノーマライゼーションの理念～
- (5) 施設ケアと在宅ケアの運営面での一体化
- (6) 地域福祉との連携～コミュニティケアの展開～

2. 連携を阻害する原因

- (1) 縦割行政の弊害
- (2) 保健・医療・福祉の行動原理の違い

| | | | |
|----|---------------|--|-------|
| 保健 | 健康の保持 | | 専門技術的 |
| 医療 | 臓器に着目した治療が中心 | | |
| 福祉 | 生活の全体性、主体性の尊重 | | |
- (3) 教育・養成システムの相違
- (4) 診療報酬制度などの運営制度
- (5) ケース・ワーカーの限界

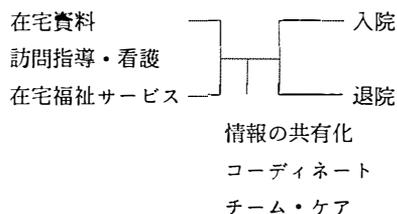
3. 連携による効果

- (1) 要介護者の社会復帰、自立の促進
- (2) 効率的なサービスの提供
- (3) 長期入所、入院率の減少
- (4) フォーマル・セクターとインフォーマル・セクターとの連続性

4. 今後の方向と課題

○在宅福祉サービスのシステム化

～ケースマネジメントの志向



○地域における看護職への期待

(参考実践例)

- (1) 兵庫区医師会 在宅ケア連絡会
- (2) 広島県御調町 公立みつぎ総合病院の取り組み

医療の立場から

「在宅医療協力医」の提言と福祉 センターの役割強化

神戸市立看護短期大学 副学長 尾形 誠 宏

高齢化の進展とともに在宅医療の必要性と訪問看護の需要は年とともに増大して行くものと思われる。一昨年厚生省は「高齢者保健福祉推進10カ年戦略」いわゆるゴールドプランを策定し、この中で在宅介護指導員（保健婦・看護婦）の確保を挙げている。在宅医療を円滑に運営するには、ゴールドプランに挙げられている保健婦・看護婦やホームヘルパー、ボランティア等のスタッフのほかに、在宅福祉支援職（例えば医師、社会福祉士、介護福祉士、ケースワーカー、作業療法士、言語訓練士、福祉関係事務職等）の協力と支援が必要である。とくに医師の協力は、医療が高度化するにつれて複雑化する傾向にあり、初診の診断や急変時の対応には不可欠である。しかし医師や福祉支援職の協力は一部の積極的な医師会や病院で独立した訪問看護部として活動しているところを除けば、患者や病院の医療職ですから、どこのどの医師に相談したらよいかを探すのに苦労しているのが実情である。

そこで医師会や在宅医療に積極的な病院の協力で、在宅医療に協力しようという医師に「在宅医療協力医

として手を挙げて登録してもらい、必要時に協力活動をしてもらうシステムの提言である。地域の中心となる福祉センターにコンピューター入力してもらう項目には、その医師が協力できる診療・処置の内容や出勤時間帯とし、消防局の救急センターの活動のように、患者や病院の要請に応じて「在宅医療協力医」の派遣をお願いするシステムである。また福祉センターの役割は、こうした新しい在宅医療のシステムづくりとともに、在宅福祉の多様化に伴う保健婦等の業務内容の見直しや人員強化を検討すべきものとする。特に高齢化の進行や国民の健康・医療への意識の変化に対応しなければならない。例えば、がんのターミナルケアを在宅で行うばかりではなく、病気が慢性化したり、死期が近い患者が家族と共に自宅での療養を希望する時代に向かいつつあると思われ複雑・高度な在宅医療へのニーズが高まっていくであろう。従って福祉センターは保健所と共に医師会や病院と一体となって、患者と在宅介護スタッフ・在宅福祉支援職等との密接な相談・連絡・調整の役割を強化する必要がある。

一般演題内容

第I群 患者・看護婦メージ, 教育方法

座長 神奈川衛生短期大学 森 田 チエコ

(1) 患者の背景別に見た看護婦イメージ

姫路赤十字病院内科病棟

青木 由美・橋本 繁美・青松 香
栗山 良子・西川 久代・大塩富美子

イメージとは、過去に経験された物事の記憶による再現、又は、感覚器官を通して把握された外界の特性を代表する内容過程であり、これを知ることは意義深い。看護婦に対するイメージ調査は、一般成人や看護学生を対象にいくつかが分析されているが、看護を受けている患者自信を対象に行われたものはない。そこで、当病院で患者は看護婦にどのようなイメージを抱いているか、またそれは、患者背景により違いがあるのかを知るために、この研究に取り組んだ。

研究方法は、独自に評価因子を作成し、SD法を用いて当病院に入院中の成人患者167名を対象に、アンケートを実施し測定した。

その結果、因子構造別では、全ての因子で良い得点を得ているが一般人を対象とした既存の研究結果と比較すると、患者は専門的知識や、看護婦の能力よりもまず、優しい、温かい、明るいといった、人としての価値を高く評価しているという違いがあった。評価因子の内訳では優しい、素直な、きびきびしている、言葉がわかりやすい、頼りがいがあるで良いイメージを持っており、厳しい、落ち着いたでは得点が低く、どちらかという旨い、忙しそうというイメージが高かった。

患者背景別では、看護婦イメージを形成する主要因となったのは、年齢、科別、付き添いの有無の3項目で、年齢層別では高齢なほど、科別では内科系のほうが良いイメージを持っていた。科別のうちで、年齢層別、入院期間別、疼痛の有無で検定したが有意差はなく、手術を受けたか受けなかったなどの、これらの条件以外での検証が必要である。

(2) 自分自信に抱く看護婦イメージと適応感－看護学生と看護婦の比較－

神戸市立看護短期大学

○細見 明代, 川越 清子, 梶谷 佳子
蛭子 真澄, 上月 頼子, 大沢 正子

看護学生は日々の学習や臨床体験を通して、専門職業人としての意識や行動・態度をどのように形成していくのだろうか。私達は看護学生の行動を理解するため、看護学生や看護婦が自分自身に抱く看護婦イメージに着目し、看護婦イメージ（現実自己像、理想像、理想－現実差）の①学年による変化と②現在の生活への適応感との関連の2点を明らかにすることを目的とし、K看護短期大学1回生106名3回生83名、K病院の臨床経験3～5年目の看護婦146名を対象に調査を行い比較検討した。

研究方法は、看護婦イメージについてはSD法を用いた。予備調査の結果を因子分析にかけ、「規範特性」、「労働特性（しんどさ）」、「個人的特性（好ましさ）」、「看護役割特性(1)」、「労働特性（労働条件）」、「個人的特性（元気さ）」、「看護役割特性(2)」の7つの構成因子を見いだした。

33項目の形容詞対を決定し7段階評定で、現実自己像、理想像の看護婦イメージの回答を求めた。適応感尺度は独自に作成した項目を用い5段階評価とした。

結果・考察として①看護婦イメージに対する調査対象全体の平均的傾向は、個人的特性では現実自己像で評価の高いものは「清潔な」「健康的な」「責任感のある」であり、理想像では、これら3つと「あたたかい」「やさしい」「慰めやりのある」が特に高かった。労働特性では、否定的評価が高かった。②学年が進むにつれ現実自己像の評価はきびしくなり、理想－現実差は大きくなる傾向が明らかとなった。学年差は臨床経験のない1回生と他の2群との間で大きい。臨床経験を重ねるにつれ、理想と現実が分化し、自己の理想像や他からの評価から自己をよりきびしく評価していくことは成長の過程であると考えられる。③1回生では「主体的、理論的」をあまり高く評価しないが、3回生は看護婦と同様にそれらを重要な看護婦としての役割特性として認識するようになっていく点が注目された。④適応感は理想－現実差の大きさよりも、肯定的な自己像を保てるかどうか強く関係することがわかった。特に看護婦としての自分自身に好ましいイメージを保つことが重要であるといえる。⑤学生は、理想や規範と現実との葛藤の中で成長して行く。その成長を支えるために、看護婦の好ましいイメージを保ち専門職としての自覚や前向きな姿勢を育てていけるように支えていく指導が必要であるといえる。付記)ご協力頂いた方々に深謝致します。

(3) 生々としたイメージ形成力を育てるための臨床指導の工夫

—実習体験をチーム発想法によってまとめる—
愛媛県立医療技術短期大学

○青木 光子・沼田 享子・岡部喜代子

私達は成人看護学Ⅰ実習において、学生自身の看護体験やチーム活動上の体験を積極的に掘り起こし、学生自身の言語表現で意味づけを通して成就感を強化すること、学生のグループを共同学習の場として育成するための一手段としてチーム発想法（K・J法変法）を用いている。この2つの目的の効果については日本学校教育学会で第一報として報告した。今回は、さらにこの教育方法が生々としたイメージを形成する力を促進しているということがみえてきたので報告する。

対象学生：第一看護学科3年生90名（10グループ）・第二看護学科2年生121名（14グループ）

実施方法：＜当日までに＞①教員が実習中の学生の状況を観察して、看護実習で学生に共通して生じている疑問とか関心事などを捉えて問題提起の形で挑戦テーマとして設定する。②テーマにそった具体例を自分なりに一人2～3枚のラベルに書く。＜当日＞③ラベルに再現されている場面の性質を段階的に抽象し、ラベル間の共通性や関連性を探りながら、整理していく。④整理したものを構造化し、模造紙に作品化する。⑤構造化された全体像の流れを吟味し、要約文としてまとめる。⑥要約文のなかの重要なエッセンスをとりだしてタイトルとして単文で表現する。⑦作品発表する。以上の7過程であるが、実習中の帰校日に③～⑦を一日かけて行う。当日は本学習の目的や一日のタイムスケジュールをオリエンテーションし、それ以降の作業は坂部正登氏のチーム発想法の手順にそって学生たち自身ですすめていく。教員は必要最低限のアドバイスにとどめる。

以上のラベルからタイトルにいたる過程において学生は、内容をイメージし、抽象レベルを段階的にあげていく体験をしている。いいかえるならば、具体から抽象を導きだすには、積極的にイメージを繰り返していくことが要求されるのである。であるから、この教育方法は、イメージ形成力を育成するのに効果がある方法といえよう。

第Ⅱ群 小児看護

座長 藍野学院短期大学 藤原千恵子

(1) 過去3年間における当院 NICU の医療状況の変化について

■立療養所香川小児病院

○阿部 勝子

当院は小児総合医療施設の NICU として約15年間地域の医療機関と連携をとり、24時間搬送体制で新生児医療に取組んでいる。看護面では感染対策、呼吸管理の再検討、母親の早期入室を行い新生児医療に協力している。今回、入院後の医療状況について調査を行ったので報告する。

調査目的

過去3年間の当院 NICU の医療状況の変化を明らかにし、今後の新生児看護に活かす。

調査方法

1. 期間：1989年1月1日～1991年12月31日
2. 対象：当 NICU に入院した児
3. 調査項目：年度別入院数、年度別死亡数、超未熟児の体重区分別新生児死亡率、ハイリスク成熟児の主病名、低体重児の主病名、超未熟児の年度別平均出生時体重、在胎週数入院日数、年度別ハイリスク因子
4. 方法：新生児依頼用紙（当院用）、診療録

調査結果

入院数は年間平均約220名、成熟児、未熟児はほとんど2分し超未熟児の入院数は年々増加している。死亡数は、年々減少し3年間で45名全体の6.7%である。超未熟児の死亡は16%である。主病名については成熟児は先天性心疾患を含む先天異常、低体重児は、呼吸障害が最も多い。超未熟児の出生時体重は低体重化し、在胎週数は平均25W、在胎日数は短くなっている。産科的ハイリスク因子の妊娠中毒症は未熟児に多いが減少傾向、帝王切開については、未熟児に限り増加し、超未熟児は37例あった。

考察

超未熟児の入院が増加傾向にあるのは、産科の ME 機器の進歩と共に地域の産科医の積極的な紹介によるものである。超未熟児の死亡率は低くなっているのは呼吸管理、感染対策の向上によるものである。妊娠中毒症の減少は産科医の管理が良くなったものと考えられる。帝王切開においては少産傾向と周産期医療が進歩して分娩方法に変化をもたらしたのと考えられる。

一般演題内容

(4) 一人預かりの希望の有無の実態調査

—母親及び小児の背景との関係—

姫路赤十字病院 小児病棟

岩崎裕美子, 赤穂 光江, 森舎さわえ

柴原 尚美, 井谷 好江, 井沢 紀子

小児看護において母親の存在は大きく、母親の付き添い問題は母子分離の弊害と付き添いによる家庭生活への弊害との間で、その是正やあり方が論議されてきた。しかし、母親の付き添いについての希望の有無に関する調査は行われているが、その影響を及ぼす要因を示した研究は少ない。そこで、一人預かりに対する希望と小児や母親の背景との関連から、その要因を探求する。

目的：一人預かりに対する母親の希望の有無とその原因を知る。

方法：2カ月間に入院した小児の母親133名（有効数118）を対象に、当病棟で作成したアンケート用紙によるアンケート法と面接法を実施し、測定した。その内容は①母親の年齢②母親の職業③母親の健康状態④協力者の有無⑤家族構成⑥同胞数⑦家族の入院歴⑧母親の付き添い経験⑨小児の年齢⑩小児の入院経験の有無⑪小児の点滴の有無⑫急性症状の有無⑬母親の一人預かり希望の有無とその理由である。

結果：一人預かりを希望しない母親が79.7%である。一人預かり希望の有無と小児及び母親の背景の、母親の職業・母親の健康状態・母親の年齢・小児の年齢・小児の入院歴・母親の付き添い経験に関係があった。一人預かり希望の有無には小児の年齢が最も大きく影響する。乳幼児の母親ほど一人預かりを希望しない。

(5) 心身症児への育て直しの援助

神経性食思不振症児の一例

猪下 光, 尾方美智子, 二宮 恒夫

津田 芳見 黒田 泰弘

徳島大学医療技術短期大学部

小松島保健所 徳島大学小児科

12才女子の神経性食思不振症児へ入院後2週間目より次のような援助を開始した。

1：食事指導として全量摂取の約束のもとにCalの段階的増量と摂取時間の制限（30分以内）をした。

2：行動制限を行い、病棟内のみ歩行、外出禁止とした。食事量と体重の増加により行動制限は緩和した。

3：自律訓練法を一日3回実施した。4：家族指導とカウンセリングを実施した。5：育て直しの援助としてプレイセラピーを週3回、一日2～3時間実施し毎日日記を書かせた。

結論

1. 神経性食思不振症児の食行動の異常を修正するのは外部から食行動をコントロールすることが必要と考えられた。

2. 食餌の30分以内の全量摂取の約束と段階的増量が効果的と考えられた。

3. 同時に患児と信頼関係を築き精神的サポートを行い、内的感情を表出させ自分を見つめ直しさせる心理的援助が必要と考えられた。

4. プレイセラピーとして箱庭やゲーム・粘土・育児の疑似体験・菓子作りなどが効果的と考えられた。

5. 本児の場合は特に育児の疑似体験や子供のビデオ視聴などの育て直しの援助が有効であったと考えられた。

第Ⅲ群 老人看護

座長 徳島大学歯学部付属病院 道重 文子

(6) 老人の死生観（第1報）

—健康意識および受診状況から見た死生観の傾向—
愛知県立看護短期大学

○永崎 和美, 伊藤孝治, 一柳美稚子

老人独自の価値観を尊重した援助のあり方を考えるため、老人を対象に死生観のアンケート調査を行ない、健康意識・受診状況別に死生観の傾向を検討した。健康意識を「自信がある」「ふつう」「自信がない」、受診状況を「定期受診」「時々受診」「受診しない」の各3グループに分け、各設問とクロス集計を行ない検定した。

結果

対象老人の受診率は「時々」を含めて78.9%と高く、特に健康に自信のない者ほど定期受診の割合が高かった。（ $P<0.01$ ）

健康意識別に死生観の傾向を比較すると、健康状態をふつうと答えた者が「宗教の死の態度への影響」は少ない（ $P<0.05$ ）と、また、「死にたいと思ったこと」も少ない（ $P<0.05$ ）と答えている。「死に対する態度に最も影響を与えたもの」では、健康に自信のある者・ない者が『自分の健康状態』を、ふつうと答

一般演題内容

えた者が『身近な者の死』を高率に回答し、有意差 ($P<0.01$) が見られた。「死の意味」では、積極的な意味づけは自信がある者ほど多く、『永遠の眠り・休息』といった消極的な反応は自信がない者ほど増加し差異 ($P<0.01$) が見られた。「何のため、誰のためなら自分の命を犠牲にできるか」では、健康に自信のない者ほど『いかなる理由があろうとしない』とする者が増加する傾向があった。

受診状況別では有意な差は見られなかった。

結論

自分の健康状態に明確な意識をもつの方が健康への関心は高く、死を考える傾向が見られる。しかし、その内容に違いがあり、健康に自信がある者ほど死を羨望的にとらえようとしている。そして、現実に死が近いと感じるかどうかによって理性的な死生観から、情緒的に「静かで安楽な死」を望む方向へ変化していく。また、健康に自信のない者ほど肉体的衰退に直面し、自分の命を大切に考える傾向にある。健康状態をふつと答えた者は健康に対する意識が薄い傾向が見られるため、逆に医療者側の配慮の必要性を感じる。

(7) 老人の死生観 (第2報)

—自分の命を大切にしようとする老人の死生観の傾向—
愛知県立看護短期大学

○柳美稚子, 伊藤 孝治, 永崎 和美

老人の死生観に関するアンケート調査で「誰のためなら、あるいは何のためなら、あなたは自分の命を犠牲にしようと思えますか」との自己の生命の提供に関する設問に対して老人の61.0%が「如何なる理由があろうとしない」と回答した。これは高校生や短期大学生の結果 (34.5%, 42.5%) と大きく異なっていた。そこで「自分の命を犠牲にする者」と「犠牲にしない者」のAとB群の2群に分け、両群と他の設問とのクロス集計を行ない検定した。

結果

カイ2乗検定の結果両群の間に差異が認められた設問は、「現在の死に対する態度に最も影響を与えたものは何か」 ($P<0.01$) のみである。また現在の健康状態をたずねた設問では、A群の老人は「どちらかといえば健康に自信があり」、B群の老人では「健康に自信なし」という傾向がうかがえる。しかし、自分にとっての死の意味や感じ方、自分の選ぶ死に方や死に

たいと思った経験に関する設問とのクロス集計では両群間に有意差は認められなかった。

考察

両群の間に1つの設問以外に有意差が認められなかったのは、「自分の命を犠牲にする」とか「犠牲にしない」とかいう意識が他の設問の回答に対して殆ど関連生がないと考えられる。しかし、61.0%の老人が「如何なる理由があろうとも自分の命を犠牲にしない」と答えている現実を、老人の心の中に広く存在する率直な気持の表われの一つであると受け止めたい。「自分の命を犠牲にしない」という老人の反応は、生への執着というよりもむしろ身近な者の死を何度も経験し、自分の命をできるかぎり自分のために大切にしていきたいという気持の表われのように思える。さらに自分に与えられた生を静かで、安らかに過ごしていきたいという老人のしたたかさもうかがえる。今後は、死生観に地域特性が影響していると考えられるので、他地域の死生観も分析が必要と考えられる。

第IV群 手術に伴う看護

歴長 神戸市立看護短期大学 吉永喜久恵

(8) 手術を受ける中高年者の不安に関連する要因

京都府立医科大学附属看護専門学校 岩脇 陽子
開腹手術を受ける中高年者の精神的特徴とそれに影響を及ぼすと思われる要因を調査することにより、手術前教育などの援助のあり方を考察することを目的に、調査研究を行った。

対象および方法：京都府立医科大学附属病院で平成2年11月～平成3年3月までに開腹手術を受けた50歳以上83歳までの中高年者の31名を対象とし、手術前と手術後に質問紙調査を面接法で行った。質問項目は、心の健康については、顕在性不安検査 (MAS)、主観的幸福感 (PGCモラルスケール) を、心の健康に影響を及ぼす要因については、長谷川式簡易知能検査、MMSテスト、ADL、家族や医療従事者のサポートである。面接時期は手術前は7～2日、術後は10～21日。分析方法は、MASは23点以上を不安群、22点以下を非不安群、PGCモラルスケールは平均点から非満足群、満足群の2群に分け、カイ2乗検定を用いて分析した。

結果：手術前のMASの平均点は17.4点で、非不安群70%、不安群30%、PGCの平均点は7.7点で満足群

一般演題内容

52%, 非満足群48%。手術前の属性項目では65歳以上のものにPGCで非満足群が多い傾向があった。社会的背景ではおこずかいが4万円以下のものに非満足群が有意に多く、不安群も多い傾向であった。友人との交流がないものには非満足群が有意に多かった。手術前の患者の状態では、長谷川式簡易知能検査の堺界域のものに非満足群が多い傾向がみられた。手術前に身体的症状があったものに非満足群が有意に多かった。サポートでは有意差はなかったが配偶者以外のものが面会しているものに非満足群が多かった。手術後のMASの平均点は15.6点。PGCの平均点は8.4点で手術前の7.7点に比べて有意に上昇していた。手術後の心理的健康状態が悪くなっているものでは個室の者にPGCが悪くなっているものが、出生順位で長子にMASが悪くなっているものが多かった。社会的背景では趣味のないものにPGCが、サポートとの関連では入院中に他の患者から話を聞かなかったもの、面会頻度が少ないものにPGCが悪くなったものが多かった。

(9) 術後精神障害をきたす要因の検討

公立学校共済組合近畿中央病院外科病棟

○伊藤由実子, 深田 直美, 尾脇 咲子
若木 裕子, 青木 由佳, 水畑 里子

【はじめに】 近年、高齢者や合併症を有する患者の手術が、比較的安全に行なわれるのに伴い術後精神障害の発生が増加傾向にある。私達は術後精神障害を引き起こす要因について検討した。

【対象と方法】 当院長外科病棟において平成3年1月1日より6ヶ月間に、全身麻酔下に手術をうけた患者142名を対象とし、年齢・性別・性格・社会的背景・知的レベル・既往歴・疾患名・手術時間・出血量等について調査した。術後は私達が作成した独自のチェックリストを使用し、回復室在室日数・異常行動の発生状況を術後6日目調査した。

【結果】 術後精神障害の発生は、142名中23名(16.2%)であった。本症の発生しやすい要因として、以下の項目が見いだされた。

1) 年齢: 40歳代1名(4%), 50歳代5名(13%), 60歳代6名(14%), 70歳代8名(35%), 80歳代3名(43%)であり、高齢者に高率に発症していた。

2) 回復室在室日数: 1日103名中5名(4.9%), 2日13名中5名(39%), 3日8名中2名(25%),

4日8名中4名(50%), 5日5名中3名(60%), 6日5名中4名(80%)で、在室日数が長いほど多く発症していた。

3) 手術侵襲 a) 疾患名: 胃全摘を要する胃癌6名中3名(50%), 食道癌7名中4名(57%), 肝臓癌2名中2名(100%), 膵臓癌2名中2名(100%)であり大きな手術を要する疾患に発症が多く見られた。b) チューブ本数: 8本が12名中5名(41.7%), 9本が4名中1名(25%), 10本は2名中2名(100%), 11, 12本が1名中1名(100%)で、本数が多くなるほど発症率は高かった。c) 術中出血量: 600ml未満の発症は118名中13名(11.0%)で600ml以上が24名中10名(43.5%)であり、出血量の多いものに発症率が高かった。d) 手術時間: 4時間未満の発症は122名中16名(13.1%)で4時間以上は20名中7名(35%)であり、長時間の手術を要したものに発症率が高かった。以上より、手術侵襲の程度の高いものほど術後精神障害の発生頻度が高かったといえる。

4) 性格は、消極的・暗い・頑固・自己中心的・神経質などの性格の者は42名中10名(23.8%)に発症し、そうでない性格の者は98名中13名(13.3%)であった。

5) 既往歴は糖尿病・高血圧症・心臓病が深く関与していた。

【おわりに】 術後精神障害の発生頻度を種々の要因別に検討した。種々の要因の中でも、とりわけ年齢が最も重要な要因であると考えられた。今後も、一人一人の患者に対し、術前に上記以外の種々の要因についても検討を行い、術後精神障害の予防に努めていきたい。

(10) 胃切術後患者の食事指導の展開の一考察 —S食(注1)指導パンフレットの改善と活用の充実を図る— 住友病院新館5階外科病棟

永田 明美, 田内 典代, 平林千賀子
門 千歳, 永津八千代

胃切術後は、健康時と全く違った食生活を余儀なく、入院中の食事指導は重要となってくる。患者は手術後より退院まで①残胃機能の回復、維持向上を図る、②食形態の変化への無理なき順応、③自己の食生活の確立、などと現在の状態を受け入れ、適応していかなければならない。当病棟では、胃切術後の食事指導において、パンフレットを使用し、食事開始時より並食になるま

一般演題内容

でを4回に分けて指導をおこなってきた。しかし、この方法については、昭和50年来の古いパンフレットであったこと、4回の指導継続性がなかったことなど、以前より問題があがっていた。そこで、今回指導内容、及びパンフレットを見直して改善し、それを基に、継続的な指導を行なうことを目的に、この研究に取り組んだ。方法として☆新しくパンフレットの作成 ☆指導内容の統一 ☆指導4回目の施行後意識調査の実施した。その結果、パンフレットは、患者にとって見やすくわかりやすいのが考案でき、看護婦間の指導の一貫性が得られた。よって、継続的に指導が展開できるようになり、指導を通してS食に対する患者のニーズがより明確になった。今後の課題として退院指導の充実が残されているが、上記成果を得たので、発表する。
注1) 当院内規定により胃切術後食を指す。

第V群 看護ケアリングー疼痛の緩和

座長 神戸市立西市民病院 檀浦 妙子

(11) 疼痛緩和への援助

ー注射に依存する患者にプラセボを使用してー

白衛隊阪神病院 6病棟

○又野千寿子, 岸 美紀子, 茶園 美香

神田ゆかり, 佐藤 外美, 新宅 節子

日常の看護場面で多く出会う患者の訴えは“痛み”であるといつてよい。今回私達は、持続的に疼痛を訴えるバージャー氏病患者を平成2年10月5日から平成3年5月16日までの間受持った。鎮痛剤だけでなく様々な疼痛緩和への援助を試みたが、内服薬や坐薬では効果なく、注射への依存傾向が強かった。そのため、日に3~4回注射を実施する状態が続いていた。入院2カ月後のある日、注射の際に薬液が入らない状態で「痛みはおさまった」と穏やかな表情になったのである。そのことによりこの患者の疼痛は精神的要素が強いことがわかった。

そこで主治医の承諾を得て、身体に害の少ないプラセボを使用しつつ疼痛緩和と、注射や薬に依存する状態から離脱できるように次のような援助をした。まず訪床回数を増やし、コミュニケーションをとることで痛みから神経を逸らせ気分転換をはかった。それでも患者が疼痛を訴えた時は、じっくりと話を聴き患者の表情や口調を観察し血圧の上昇程度や前回の注射との間隔から判断しプラセボを使用するようにした。

ただプラセボを使用するだけでなく、鎮痛剤の身体への影響を説明し本人の納得を得て、注射の使用は1日3回までとした。さらに退院後は注射は使用できないので、内服薬や坐薬で疼痛をコントロールしなければいけないことを説明したところ、患者自身も徐々に納得し注射の回数も減り、やがて注射への依存から離脱することができた。

以上の看護を振り返ってみて、痛みへのアプローチとしてプラセボは症例によって、又プラセボ使用の目的によっては良い結果を得ることができるいえるだろう。しかし痛いと訴える患者が本当に私達に伝えたいことは何であったか、またそれに対する看護が充分であったかと反省させられた。痛みに対しプラセボを使用した症例も少なく鎮痛剤に依存する患者にたいしてどのように疼痛緩和への援助を行えばよいのか、私達の看護を振り返るとともに何かの示唆をいただければと考え発表する。

(12) 消化器腫瘍再発患者4症例の疼痛と生活ニーズに関する研究

鳥取大学医療技術短期大学看護学科

○長澤 順子, 木村智恵子, 本田 敦子

田中佐智子, 福井 美香

悪性腫瘍末期における患者の愁訴中、最も苦痛となっているのは終日持続する疼痛であり、これによって患者のQuality of Life (QOL) は著しく低下することが知られている。本研究では患者のQOLを「生活ニーズの充足度」という観点からとらえ、疼痛と生活ニーズの充足度の実態を明らかにし、さらに生活ニーズの充足度に影響する因子を分析した。

〔研究対象と方法〕

対象患者は鳥取大学医学部附属病院第一外科病棟に入院中の消化器腫瘍再発患者4名である。研究方法としては、A.H.Maslowの「基本的ニーズの階層」を参考に、生活ニーズに関わる因子として生理的因子(鎮痛、睡眠、休息、摂食、排泄、清潔、運動)安楽性因子(安楽な治療、病室環境)人間関係因子(患者、医療者、周囲の患者)状況把握因子(病状、関心事)の4因子を取り上げた。生活ニーズ充足度には病態とともに変化する生活状況や疼痛などの愁訴、患者の性格等が相互に関わりながら影響を及ぼしているものと推察された。この中で再発患者の最大の愁訴である疼

一般演題内容

痛と生活状況（摂取，排泄，清潔，運動）について評価を行った。①生活ニーズ充足度については，構成因子14項目について「完全に未充足」から「完全に充足」の5段階に分け評価した。②疼痛は「なし」「我慢できる」「我慢できない」の3段階で評価した。①②は患者からの情報と他覚的な観察によるものを総合し評価した。③生活状況は他覚的な観察により4段階で評価した。

〔結果〕

①疼痛の強い患者の生活ニーズ充足には生理的因子の関与が大であった。②疼痛の弱い患者の生活ニーズ充足には生理的因子の関与のほか安楽性，人間関係，状況把握などの因子も見出された。③生活ニーズ充足には生理的因子中とくに「疼痛」の占める割合が大であった。④患者4名の生活ニーズ充足は患者の生活状況とは必ずしも一致しなかった。

(13) 麻薬によるペインコントロール中の患者のQOLについて

一病名告知との関連を考える一

兵庫県立成人センター 放射線科病棟

○小林 恵子，上野美津子，川上 信子

QOL (Quality of life) の向上を目指すためには，病名告知はキーワードとする。同様に疼痛コントロールもキーワードになると考える。

当病棟では，病名告知に関して，一貫した方針は定まっていない。しかし，患者・家族の状況に応じて・病名告知をするケースは増加しつつある。一方，疼痛治療ラダーに添った疼痛対策を講じ，現在硫酸モルヒネ徐放剤を使用している。そこで，昭和63年12月～平成2年11月までに入院した患者を対象にA・硫酸モルヒネ内服前と内服後の変化，B・硫酸モルヒネ内服前で病名告知した群としない群，C・硫酸モルヒネ内服後で病名告知した群としない群に分け，QOLを評価した。QOLの評価は1. Pain Score 2. 身体的評価は基本的ニーズにそくした生活行動より5項目抽出し評価表を作成。3. 社会的評価はPerformance Statusを利用。4. 精神的評価は当病棟で日常どの様な視点で精神面を評価しているかを12項目挙げ独自に作成し，この4側面から評価した。

結果は，Aは1%水準で有意差があり，麻薬を使用することで疼痛は軽減できるという結果が得られた。

告知の有無に関しては，Bで告知した群について5%水準で有意差があるのみで，QOLとの関連は立証することは困難だった。

このことは調査期間中の対象患者が，治療・処置により生活行動が規制されたこと，診療録・看護記録・カードックスなどによる後追い調査であったこと，記録内容がQOLを評価する視点で記録されていなかったこと，QOLの評価表の妥当性が結果に影響したと考える。

今後，QOLの評価表を効果的に用い，患者のQOLの向上を目指した看護を続けたいと考える。

第VI群 精神科看護

座長 神戸大学医療技術短期大学 津田 紀子

(14) 脳血管性痴呆患者の生活環境改善を試みて

済生会中津病院

吉村 貴代，川勝 光子

潜在性の痴呆状況にある高齢患者を受け持った時，緊急入院という環境の変化に患者自身がうまく対応できないことを看護者側が良く理解したうえで接近しなければならない。しかし救命を最優先し患者の人間性が二の次になってしまう事が多い。

今回取り上げた症例は，心室性期外収縮が多発しCCUに緊急入院された81歳の女性で，不整脈のコントロールが非常にむづかしく以前からあった多発性脳梗塞に加えて広範囲の脳梗塞を併発したために痴呆状況をていするにいたったケースです。

私たちは痴呆の進行を食い止め，また少しでも改善するために日常生活環境をできる限り家庭環境に近づけ，患者に規制範囲を意識させない為の工夫にこころがけた。そして心理面への働きかけとして，2床室の一方の患者の選択に注意を払うことによって社会性を取り戻すことが出来ないものかという点に働きかけてみた。この2点に看護の視点をおいて接した結果，他の患者を意識した生活行動が可能になったために報告する。

(15) 精神科外来における看護婦の役割

一自立を支える看護のかかわり一

大阪市立大学医学部付属病院神経精神科外来

○森 千栄子，長戸三千代，織田美和子

外来に通院する患者の生活基盤は，入院患者と違い，

一般演題内容

その患者の居住する地域や家庭にあり、多くの患者は仕事や学業、生活と並行しながら通院している。したがって治療や療養生活についての主体性は、全面的に患者にある。このような状況において、外来看護の機能は単なる診療介助のみに終わってはならず、患者の背景にふさわしい具体的な療養生活の援助も行わなければならない。

今回、ある患者とその家族に対して、セルフケアに向けて日常生活の援助を行い、その中で看護婦はどのような役割を果たしたのかを考察する機会を得た。

患者M氏は精神分裂病で2回の入院経験がある。入院治療で精神症状は落ちつき退院するが、家庭内で日常生活の自立が困難で、家族では必要なセルフケア要素を満たせなくなり看護の必要性を生じていた。外来て看護面談を繰り返し、患者・看護者関係を成立させその上で患者が自立できるようはたらきかけた。

その結果、煩雑な外来でも、患者と看護婦が深く関わることで、患者及び家族像を明確化させ、そこに生じる問題点に対して患者の生活状況に合わせて具体的な援助を行うことができた。また継続看護を考えると、家族援助も欠かせないものであることが再確認できた。

このことから外来においても、多数の患者の中から誰が援助を必要としているのかを捉え、看護婦が深く関わっていくことで、患者に主体的にはたらきかけることができ、本来の看護婦の役割がはたせることが確信できた。

示 説

座長 滋賀県立短期大学 酒 祐子

(16) 示説「インスピレックスを用いた呼吸練習における肺機能の変化について」

姫路赤十字病院 外科病棟

坪田 豊子, 中嶋 京子, 名村かよみ
大森 二子

目的: 医療の進歩に伴い高リスクの患者が手術を受ける機会が増えている。その中で術後の呼吸器合併症の予防は看護の上でも重要な問題である。当院では術前呼吸練習の方法として、インスピレックスと深呼吸練習を併用している。しかし、それらの方法が患者にとってどれ程有効であるかは実証されていない。そこで、今回インスピレックスによる呼吸練習と深呼吸練習に

よる呼吸練習とを比較しその有効性について検討した。方法: 今回は被験者数と研究期間との関係から対象者を看護婦(20~50代)とし、インスピレックスによる深呼吸練習を行った者(実験群)と深呼吸による呼吸練習を行った者(統制群)とし、両群ともまず肺機能を測定する。その後5日間各々の呼吸練習を行いながら、毎日肺機能を測定する。両者の肺機能のデータをt検定にかけて比較を行った。

結果・結論: 結果、両群の間には肺機能のデータの伸びにほとんど差はなく、有意差は認められなかった。しかし、両群共、練習前と練習後において肺機能(FEVI, 0%や%VC)に一部有意差がみられた。これは全く呼吸練習をしない状態よりも練習を行ったほうが肺機能の向上がはかれており、深呼吸練習やインスピレックスが肺機能を高める上で有用であるといえる。又、今回は健康な看護婦を対象としたが、南らの70歳以上の患者を対象とした研究や他文献では、呼吸機能の伸びや、 PO_2 の有意な上昇、 PCO_2 の減少があると言われているので、対象者を高齢者(70歳以上)として行えば有意差があらわれるのではないのだろうか。そのうえ手術をのりこえるという問題もなく、これに対するこちらの動機づけも不十分であったことを反省する。今後、さらに対象者や研究方法を検討しより有効的な術前呼吸練習を取り入れていきたい。

(17) 示説「産褥腹帯の有無と復古現象の関係」

姫路赤十字病院産婦人科病棟

浜田ゆかり, 横山かおり, 中野 育枝

山 恵子, 栗原きよみ(係長)

金井田鶴代(婦長) 高橋 信子(看護部長)

I. はじめに

服帯は日本古来の習慣であり効果も様々とされているが科学的根拠は明確でない。当院でも産褥服帯の着用を奨めているが実際の着用方法は、不適切であったり巻いていない褥婦もあり服帯着用の必要性に疑問を感じた。そこで産褥服帯の着用をしなくても服帯の効果の一つ子宮復古に影響を及ぼさないことを検証するため本研究に取り組んだ。

II. 研究方法

対象: 平成2年8月~11月までに当院で自然分娩をした初産婦60名経産婦60名をそれぞれ服帯を着用した対象群(初産婦A群 経産婦B群) 服帯非着用(初産婦

一般演題内容

C群 経産婦D群)に分けた。

調査項目：産後第4期～6日間の悪露の量、色、子宮底長の変化、腹帯の効用とされている腰痛、スタイルへの影響を考え腹帯の変化について調査し、検定を行った。

Ⅲ. 研究結果

1. 悪露量 悪露の総排出量の平均は、A群305.6g C群275.4g B群253.3g D群304.2gで検定結果A-C間で有意差はなくB-D間で有意差がみられた。 $(t>0.05)$
2. 悪露の色 悪露が血性のとき1、褐色2とし褐色2とし婦婦が記入しその結果検定を行ったがA-C間、B-D間で有意差はなかった。 $(u>0.05)$
3. 腰痛 ない1、時々ある2、ずっとある3とし平均A群1.3C群1.4B群1.4D群1.6で検定結果A-C、B-D間で有意差はみられなかった。 $(t>0.05)$
4. 子宮底長 分娩直後から産後6日目の子宮底長をひいた長さの平均は、A群6.2cm、C群6.2cm B群6.6cm、D群6.5cmで検定結果A-C、B-D間で有意差はみられなかった。
5. 腹囲 分娩直後から産後6日目の腹囲の長さの平均はA群1.4cm C群1.4cm B群2.3cm D群0.4cm 検定結果A-C、B-D間で有意差はみられなかった。 $(t>0.05)$

Ⅳ. 考 察

1. 悪露量 通常悪露は4～6週間で消失し全量は500～1000cmで、その3/4は産褥3～4日間に排泄すると言われている。全群とも悪露量の平均は少ない。又全群とも成田らの平均悪露量の報告の信頼限界内である。初産婦は腹帯の有無にかかわらず悪露に関して影響を及ぼさないとと言える。経産婦は、有意差があったことから腹帯が悪露量に何等かの影響を及ぼしていると考えられる。経産婦は悪露量に関しては腹帯を着用した方が良いと考えるが悪露量の平均は限界内であり悪露の減少状態や色、子宮復古状態を見ながら正常範囲内であれば必ずしも腹帯を着用する必要はないと思われる。
2. 悪露の色 有意差はみられなかった。A～D群は成田らの報告と同様に色の異常を示しているものはない。悪露の色からみて、腹帯の着用は初産婦、経産婦共に悪露の色の変化に影響を及ぼさない。

3. 腰痛 腰痛の訴えは少なかった。これは、分娩により腰痛の原因となる靭帯や筋肉の負担が取り除かれること、骨盤内の鬱血状態が改善されるためと考えられる。有意差はなく腰痛の有無と腹帯の着用は関係がないと考えられる。

4. 子宮底長 橋爪らや竹内らの報告と比較すると当研究の子宮底長の下降程度は良かった。これは、促したり早期授乳によるものと考えられる。有意差がないことより腹帯の着用は、初産婦経産婦共子宮底長には影響を及ぼさない。

5. 腹囲 著変はなく個人差が激しかった。有意差は見られず腹帯の有無に関わらず腹囲に影響を及ぼさない。腹囲のみでは腹壁の弛緩度はわかりにくく測定法について検討の必要がある。

以上のような結果が得られた。日本古来の習慣であり精神的社会的角度からみると完全に腹帯を否定することはできない。今後は本人の意志を尊重することを基本として、個人のニーズにあわせて産褥腹帯に関する保健指導を考えていきたい。

(18) 小児看護学内実習のまとめに実技テストをとり入れて

滋賀県立短期大学

○宇都宮栄子、泊 祐子

最近、病院実習での学生の様子や事例演習の様子を見ていると、患者をイメージできてなかったり、抽象的にしか考えられないことから生じている問題が多いように感じることもある。知識が実践に結び付きやすくするには、どの様にすればよいだろうかと考え、自分で判断し行動してみるということを経験してはどうかと小児看護学の授業と学内実習のまとめに実技テストを試みた。その結果について報告する。

(実技テストについて)

教育目標；学んできた知識・技術を基に与えられた情報を判断して必要な看護を具体的に考えることができる、という点においた。

<対象と方法>

看護学科；3 回生38名

内容；テストの項目については事前学習が進めやすいようにテスト開始の約1ヶ月前に、プリントして知らせた。実技の練習を希望する者のために実習室の使用を許可した。テストは、学生一人のもち時間を約20分

一般演題内容

とし、実習室の入口で一人一人課題を与え、看護記録・医師の指示・水分出納表等の必要な情報を手渡し、その時点からテスト開始とした。全員の学生のテスト終了後、1コマ使ってテスト課題の模範を示すためにデモンストレーションを行った。授業における実技テストの評価のために、臨床実習開始前の7月と臨床実習終了後の1月初旬にアンケート調査を行った。

<結果及び考察>

一連の看護過程として記憶している知識・実習してきたものの生かし方等自分で考えるという作業が必要であることに気がつき、実技テストについて肯定的に評価している学生が多かった。「自分で状況を判断して行動することが必要だ」と、認識でき、そのために、「授業や実習をもっと考えて欲しい」と、教員に期待する意見も学生からでた。こういうテスト形式が初めてで非常に緊張して実力を出せなかったと残念がっている者も多かった。

臨床実習で役に立ったこととしてはテスト課題と同じ場面を上げている学生が多く、まだ同じ問題解決過程として広がりをもって促えることはできていないようだった。

19) ある夜のこと

～麻痺している部位も動きたい、触られたい～

滝野沢直子

その夜はいつもより体が硬く、痙性（麻痺部位の筋肉の不随意運動）の強い夜でした。私は頸髄損傷、胸から下は動かず感覚もほとんどありません。お布を掛けると重すぎて簡単に寝返りを打てません。身の置き所のない気分で眠っているとゾクゾクという悪感。ハッと目を覚ました私は慌ててナースコールを押ししました。

このゾクゾクはおしっこのサイン。排泄機能にも障害があるので尿意はありませんが、ある程度の尿が溜まると膀胱に痙性が起こりゾクゾクしてきます（代償尿意）。それから導尿をして間に合うこともあるのですが、痙性が強いと失禁してしまいます。

その夜は案の定。ナースコールに看護婦さんが飛んできてくれる30秒間に、ゾクゾクが続々と押し寄せて失禁してしまいました。

お漏らしは何度しても嫌なもの。でもその時ばかりは（うれしい！）と感じてしまったのです。（これで

楽になれる！）喜ぶ気持ちを、看護婦さんはしっかり満足させてくれました。

まず、濡れた服を脱がせてくれ、残尿の導尿、お尻の清拭、お尻のキズのガーゼ交換、横シーツの交換、服を着せて、体位交換、毛布を掛けてくれました。何がうれしかったって、動かしてもらえるのがたまらなくうれしかった！その間ずっと私はベットの上に寝ていたので、あっちへゴロゴロ、こっちへゴロゴロの全身運動。麻痺している足もお尻も背中もおなかも胸も、動かしてもらって、触ってもらって、マッサージみたいに気分爽快。麻痺している部位が喜んでるのがよくわかりました。

動かず、感じないところも、動かたかったし、皮膚への刺激が欲しかったんですね。勿論、その後はぐっすり良眠。

一見、無表情な麻痺している部位も、動かたくて、触ってほしくて、ウズウズしています。どうぞ、ことあるごとに、皆さんの手で語りかけてあげて下さい。

日本看護研究学会近畿・四国地方会

第4回NEW看護学セミナー

第一部記事

(講演とデモンストレーション)

1992年10月10日(土)

会場：立命館大学末川記念会館

INDEPENDENT NURSING INTERVENTIONS AND PURPOSEFUL TOUCH

Mariah Snyder, Ph. D., R. N., F. A. A. N.
Professor, University of Minnesota
School of Nursing

My interest in independent nursing interventions grew out of my perception of what constituted the essence of nursing. As I reflect on changes in nursing over the years I have been a nurse, it appears that as the complexity of medical technology has increased nurses are engaging in fewer and fewer of the interventions that constitute the art of nursing. For example, back massage that had been an integral part of the nursing care of all hospitalized patients has been largely abandoned as an intervention nurses use. Nurses are expending time on activities such as reading electrocardiogram monitors and obtaining central venous pressure readings. These monitoring functions are important to a patient's progress, but having them supplant interventions that constitute the essence, the caring element of nursing, is eliminating aspects of nursing care that have contributed significantly to patients' overall well-being. My concern about the abandonment of these interventions that constitute the art of nursing has been echoed by other nurses. Estabrooks(1989)studied the need for purposeful touch for patients in critical care units. Johnson(1989)noted that many nursing administrators lack commitment to nursing's special and specific responsibility in patient care.

The increasing emphasis that is being placed on health professionals to document the outcomes of their interventions makes it important for nurses to be able to describe the interventions they use to bring about patient outcomes. If nursing activities only include actions based on orders written by other health professionals, particularly physicians, nursing as a distinct profession will have difficulty surviving. It will become easy for the profession writing the orders to specify the characteristics of the workers needed to carry out the orders. It is recognized that providing health care requires much collaboration among health professionals, but a need also exists for each profession to identify the distinct contribution that it makes to care.

In my presentation I will describe what constitutes independent nursing interventions, explore one intervention--purposeful touch, and make suggestions for future directions in the development of independent nursing interventions.

DESCRIPTION OF INDEPENDENT NURSING INTERVENTIONS

Numerous terms are used to denote nursing interventions: nursing measures, treatments, modalities, techniques, and therapeutic actions are a few of the terms that have been used. Watson(1988)used the term "caring processes" as she felt that the term "intervention" was too harsh a word for describing many of the activities nurses perform for patients. Gordon(1987b)defined nursing interventions as actions taken by nurses to help patients move from their present state

of health to the one specified in the outcome. Bulechek and McCloskey(1989) have defined a nursing intervention as:

any direct care treatment that a nurse performs on behalf of a client. These treatments include nurse-initiated treatments resulting from nursing diagnoses, physician-initiated treatments resulting from medical diagnoses, and performance of the daily essential functions for clients who cannot do these. (p. 25)

They include assessment and monitoring activities within their definition of nursing interventions.

I have defined independent nursing interventions as actions performed by nurses that will achieve a patient outcome that falls within the realm of nursing. The term "independent" was specifically used to differentiate these actions from the collaborative activities in which nurses engage in carrying out orders written by other health professionals. Martha Rogers(1970) preferred labeling these activities as collaborative rather than dependent as she noted that nurses are responsible for their actions and using the term "dependent" conveyed that nurses acted as robots.

Interventions are intended to help achieve an outcome. This differentiates an intervention from activities done in assessing, monitoring, and evaluating. These latter activities are important, but they will not achieve outcomes. Often activities listed in the intervention column of care plans found in text books and articles include activities such as "Taking blood pressure every hour," "Monitoring urinary output," or "Assessing information patient knows." Although these are necessary activities, they do not fit my definition of an intervention as they will not further the achievement of a patient outcome.

Many of the interventions that have been classified as independent nursing interventions are ones that are also performed by persons in other health professions. Examples are biofeedback, humor, active listening, and progressive muscle relaxation. What makes them a part of nursing? If an intervention will help achieve a patient outcome that falls within the scope of nursing practice, then it can be used by nurses. Clearly an activity such as surgery would never be classified as a nursing intervention.

An intervention is viewed in a rather broad context with multiple techniques possible for implementing an intervention. As noted in the chapter on progressive muscle relaxation, numerous techniques for this intervention exist. Table 1 lists some of the techniques that fall under the general classification of progressive muscle relaxation. In the chapter on the intervention of massage only techniques for back massage and foot massage are described. Other techniques, such as for hand massage, could be implemented under the rubric of this intervention. It is essential that nurses clearly describe the technique that was used. This is particularly necessary in research reports so that readers will know the precise technique used. Clear descriptions of the technique/procedure used are lacking in many studies reported in nursing journals(Snyder, In Press)

TABLE 1. Variations of the Progressive Relaxation Technique

Progressive muscle relaxation
Progressive relaxation plus cue-controlled relaxation
Passive relaxation
Autogenic training
Rapid relaxation
Self-control relaxation

Although nursing interventions can be rather broad in scope, the label needs to give direction for specific actions. Terms such as “encourage” and “teach” and “relaxation” do not provide sufficient guidance as to what needs to be done for the patient. A colleague and I are going to write an article that will be entitled, “One Hundred and One Ways to Encourage.” Encouragement can be given by modeling what needs to be done, being present to the person, listening to the person, or providing information. Likewise, many interventions can be used to teach: verbal instructions in a group, one-to-one instruction, use of written materials, or use of a video tape. Thus, it is necessary for precision to be used in specifying the exact intervention to be used. Without such specificity it is impossible to determine which the nature of the intervention that produced the outcomes.

Nursing interventions span situations and settings. For example, crisis intervention, one of the interventions included by Bulechek and McCloskey, is not a nursing intervention. Nurses could use numerous interventions in a crisis situation. Similarly, discharge teaching is not an intervention; it is teaching that is done at a particular time. The strategies used could be ones that nurses would use in other situations. It is important that the labeling of interventions be discrete and refer to activities and not to situations. Unless nursing develops labels and classifications systems that refer to activities, difficulties will be encountered in conducting research on interventions and interpreting findings from these studies.

It was exciting to participate in the Ekiden sessions on nursing interventions included in the First International Nursing Conference in Tokyo. Such sessions assist nursing in identifying interventions that are universal. It is important that international collaboration occur regarding the identification and classification of nursing interventions so that a common language is developed. This will facilitate comparison of findings from research studies conducted by nurses across the world.

Attention to independent nursing interventions has resulted in the recent publication of four texts in nursing in the United States that focus on such interventions:

Nursing interventions: Essential Nursing Treatments.

(Bulechek & McCloskey, 1992)

Nursing diagnoses and interventions for the elderly. (Maas, Buckwalter, & Hardy, 1991)

Nursing interventions for infants and children. (Craft & Denehy, 1990)

Independent nursing interventions. (Snyder, 1992)

According to Gordon(1987a), the books by Bulechek and Snyder are a major breakthrough in nursing and are changing the focus of nursing care.

Table 2 lists the interventions contained in the second editions of the Bulechek and McCloskey text and the Snyder text; these two texts are devoted exclusively to describing nursing interventions. Sixty-six interventions are discussed in these two texts. An asterisk before an intervention signifies that it is contained in both of the texts. The interventions included in these two texts are certainly not exhaustive of the independent nursing interventions carried out by nurses. Some of the interventions listed from the Bulechek and McCloskey text are in actuality situations or problems and not interventions; these are marked with an " ^a " in Table 2.

TABLE 2. List of Interventions

| | |
|--------------------------|--|
| * Progressive Relaxation | ^a Hygiene Assistance |
| Breathing | ^a Dry Skin Care |
| * Exercise | ^a Feeding |
| Movement Therapy | Intermittent Catheterization |
| * Positioning | ^a Bowel Management |
| Guided Imagery | Pressure Reduction |
| Decisional Control | ^a Sleep Promotion |
| Journal | Confusion Management |
| * Reminiscence | Concrete Objective Information |
| Yoga | Truth Telling |
| Validation Therapy | Structured Preoperative Teaching |
| * Contracting | ^a Crisis Intervention |
| Meditation | ^a Medication Management |
| Sensation Information | ^a Pain Control |
| * Therapeutic Touch | ^a Fluid Therapy |
| Music | ^a Infection Control |
| Heat and Cold | ^a Environmental Structuring |
| Massage | ^a Discharge Planning |
| Biofeedback | Counseling |
| Purposeful Touch | Patient Teaching |
| Timing and Rhythms | Values Clarification |
| Story-telling | Group Psychotherapy |
| * Presence | Mutual Goal Setting |
| * Groups | ^a Terminal Care |
| Family Support | Family Therapy |
| Advocacy | Art Therapy |
| Active Listening | Cognitive Reappraisal |

[Theory and Research for Clinical Knowledge Development]

| | |
|-------------------------------------|---|
| Prayer | ^a Smoking Cessation |
| Play | ^a Weight Management |
| Humor | Surveillance |
| ^a Airway Management | ^a Ventilatory Support |
| ^a Hemodynamic Regulation | ^a Secondary Brain Injury Reduction |
| ^a Shock Management | ^a Dialysis Therapy |

You may ask, what criteria did I use to select the interventions to include in my text? Originally, interventions that graduate students had used in an intervention models course, ones I had identified in nursing literature, or ones that I had seen nurses use in clinical settings were included. I am already beginning a list of interventions to add to the third edition of the book. Frequently I receive suggestions from other nurses regarding interventions to add. Several weeks ago a nurse from another part of the United States called to suggest adding the intervention "bibliotherapy." This intervention involves the use of books/literature with a patient. I hope that you will make suggestions for interventions to add, and that you will be willing to author a chapter.

Two large areas that are not included in *Independent Nursing Interventions* are teaching strategies and hygiene measures. Both areas are key ones for nursing. Because a number of texts have been devoted exclusively to patient education, this intervention was not included. Interventions such as bathing and toileting are planned for inclusion in future editions of the book.

Many of the interventions included in *Independent Nursing Interventions* are closely related to the caring element of nursing. This perhaps reflects my philosophy of nursing. An intervention that I believe conveys caring is purposeful touch.

PURPOSEFUL TOUCH

Touch is an intervention nurses frequently use in many settings and with many patient populations. In many instances nurses are not consciously aware that they are even using touch as it has been used so often that it has become automatic. When a nurse observes a patient who is in pain, the nurse reaches out and holds the patient's hand. Or, when a patient appears to be restless and uneasy, the nurse gently strokes the patient's arm and hand to calm the person. Barnett(1972)found that nurses touched patients twice as often as did members of other health professions.

Although touch has been used in nursing for centuries, its use today is especially important. The increasing complexity of the health care system and the high use of many types of technology increases a patient's need for human contact. Studies in child psychology reveal the importance of touch to the normal development of infants and children. Touch also is an important intervention in care of the elderly. According to Langland and Panicucci(1982), use of touch promotes well-being in elderly persons. In stressful situations, such as intensive care units, taking another's hand may soothe and calm the person. Kubler-Ross(1969)noted that a

gentle pressure on the hand is the most meaningful communication that a nurse can have with a dying patient. Thus, many populations benefit from the use of purposeful touch.

A second intervention that is closely related to touch is massage. This intervention has been used in nursing for many years. As was noted earlier, nurses have abandoned the use of back massage as part of their armamentarium of interventions. However, I believe that nurses need to consider ways to include various massage techniques into their plans of care. Although further systematic evaluations of the effects of massage are needed, massage techniques appear to reduce stress and promote comfort.

Estabrooks(1989)identified three types of touch: purposeful touch, protective touch, and instrumental touch. Protective touch is used by the nurse to physically protect the patient or the nurse. An example would be a nurse putting her arms around a patient on a psychiatric unit to defend the patient from being hit or a nurse restraining a patient from removing his intravenous line. Instrumental touch is contact that is made by the nurse while making assessments or carrying out treatments. Taking a patient's pulse would be an example of instrumental touch. Purposeful touch is a planned intervention. It involves the nurse intentionally making physical contact with the patient with the intent of helping the patient. Intentionality and interpersonal interaction are the key components of the definition. Purposeful touch has also been referred to as affective nursing touch(Seaman, 1982)or caring touch(Keegan, 1988).

Weiss(1979)described six components of purposeful touch: duration, location, action, intensity, frequency, and sensation. Duration of the touch is the temporal length of the stimulation from the initiation of the contact to its cessation. Location refers to the area(s) of the body that is touched. Action is the speed used in approaching the body of another to touch it.

A rapid approach may be perceived by the patient as being intrusive. Intensity is the degree of pressure applied during the touch. Frequency refers to how often the touch is done. Sensation denotes the perceived comfort or discomfort of the touch. Although we may think that all purposeful touch should be perceived as being comfortable, purposeful touch may, at times, cause discomfort. For example, when it is used to stimulate a person who has a decreased level of consciousness, the patient may initially perceive the touch as uncomfortable.

The area of the body that is being touched has great significance and may affect the outcomes of the intervention. Pratt and Mason(1981)noted that the lower arms and the back are the body areas most frequently touched to convey understanding and sympathy. Schoenhoefer(1989)found that the hands and shoulders were the areas of the body that intensive care nurses most frequently touched. In a study to determine if touching the hand or face calmed a patient and reduced intracranial pressure, Walleck(1982)found that stroking the patient's face resulted in greater decreases in intracranial pressure in persons with severe head injuries than did stroking the hand. However, stroking the hand also produced decreases in intracranial pressure. Walleck touched the face and the hand each for two minutes.

Knable(1981)studied the effects purposeful touch had on critically ill adult patients who had been in intensive care units for at least eight hours. Nurses chose two times within a four-hour period to hold the patient's hand. The physiological parameters of blood pressure, heart rate, and respiratory rate were measured to determine the impact of handholding. Both increases and decreases in these parameters were obtained. However, both nurses and patients reported positive psychological reactions to the handholding. Knable noted that after the nurse had stopped holding a patient's hand, the patient reached out and held the nurse's hand. One patient, when asked if she enjoyed the nurse holding her hand, remarked that it was not done often enough. Nurses commented that appropriate timing and intent to help were necessary for handholding to be effective.

A specific touch technique is massage. It involves the manipulation of soft tissue for therapeutic purposes(Barr & Taslitz, 1970). The therapeutic intent of the person manipulating the soft tissue is important in the effectiveness of massage.

The manner in which the message is administered and the strokes used in massage bring about different responses. For example, using pressure strokes of moderate intensity may stimulate the person while light neuro strokes may produce relaxation. Massage has been used to achieve outcomes such as enhancing movement and reducing edema, loosening and stretching tendons, reducing muscle fatigue, improving skin function, and promoting comfort and relaxation(Snyder, 1992).

Longworth(1982)used slow stroke back massage to induce relaxation. Findings after six minutes of back massage showed that the heart rate and electromyogram readings of subjects had increased from baseline but that the systolic and diastolic blood pressure readings had decreased. Anxiety scores of subjects indicated that they viewed back massage as relaxing.

Several studies were conducted to determine if back rubs increased autonomic arousal to a level that would contraindicate its use for persons who had had myocardial infarctions.

Variable results relating to arousal were found(Rubin, 1978; Tyler et al., 1990). Although the heart rate increased, these investigators noted that the increases were not clinically significant.

Fakouri and Jones(1987)found that after 10 minutes of back massage, the skin temperature was higher and the heart rate slower than those obtained during the baseline readings. These findings suggest that relaxation was produced by the back rub. The majority of subjects reported that the back massage produced relaxation.

Many techniques can be used in purposeful touch: Handholding; stroking or patting a patient's arm, hand, or face; circling one's arm around the patient's shoulder; or hugging the person. In addition, purposeful touch can include techniques used to stimulate patients, particularly those who have reduced levels of consciousness. Numerous techniques exist for administering

massage such as back massage or hand massage. The techniques for handholding and hand massage will be described. Hand massage will be demonstrated.

Handholding

Few guidelines exist regarding the precise technique to use in handholding. The nurse may rest her hand on top of the patient's hand, grasp the patient's hand, or cradle the hand between of both of her hands. Schoenhofer (1989) differentiated between patting and stroking which can both be used in handholding. Patting was defined as "rhythmic intermittent contacts delivered to a single location of the body" (p. 149). Stroking was described as "contact that is extended from one point to another in a continuous motion and may be continued in a rhythmic back-forth pattern" (pp. 149-150). These strokes add the element of massage to the handholding. Only Walleck (1982) specified the precise length of time to stroke a hand; she stroked each for two minutes. Perhaps a major element of handholding is the nurse spending time and giving attention to the patient. Handholding may provide the vehicle for this expression of interest. While administering handholding, the nurse is very probably also using the intervention of presence.

Hand Massage

A variety of strokes are used in massage. Effleurage strokes are slow and rhythmic with light contact made with the skin. Neuro or feather strokes are similar to effleurage but are much lighter in contact. Petrissage strokes involve lifting and kneading the tissue. Circular strokes involve making small circles over an area. In pressure strokes, constant pressure is applied to an area. Other strokes for massage exist but are not used in doing hand massage.

The hand massage intervention that will be described and demonstrated is based on a portion of the Swedish massage regimen (Maanum & Montgomery, 1985). In a study Dr. Egan and I recently completed in conjunction with another colleague, Dr. Kenneth Burns, we administered hand massage for ten minutes. The subjects were persons in advanced stages of dementia. Findings from the study revealed that use of this protocol produced relaxation immediately following the administration of the intervention. Significant reductions in the before and after intervention pulses and scores on the Luiselli Relaxation Checklist (Luiselli et al, 1981) were found. In addition, observations of subjects indicated that they enjoyed having the hand massage done. We are currently investigating if the time for administering hand massage can be reduced from ten to five minutes.

Table 3 provides the protocol for hand massage that we are currently using. I would like to demonstrate the technique for hand massage.

TABLE 3. Massage protocol (each hand for 2-1 2 minutes)

1. BACK OF HAND MASSAGE

- A. Short/medium length straight strokes from wrist to finger tips using moderate pressure (effleurage)

- B. Large half-circular stretching strokes from center to side of hand using moderate pressure
 - C. Small Circular strokes over entire back of hand using light pressure(making little Os with thumb)
 - D. Featherlike straight strokes from wrist to finger tips using *very light* or feather pressure
2. PALM OF HAND MASSAGE
- A. Short medium length straight strokes from wrist to finger tips using moderate pressure (effleurage)
 - B. Gentle milking/lifting of tissue of entire palm of hand using moderate pressure
 - C. Small circular strokes over entire palm of hand using *moderate* pressure(making little Os)
 - D. Large half-circular stretching strokes from center of palm to sides using *moderate* pressure
3. FINGER MESSAGE
- A. *Gentle* squeezing fingers from base to tip on sides and top/bottom using light pressure
 - B. *Gentle* circular range of motion of each finger followed by a gentle squeeze of the nail bed
4. COMPLETION OF HAND MASSAGE
- A. Lay resident's hand on yours and cover it with your other hand. Gently draw your top hand toward you several times. Turn resident's hand over and gently draw the other hand towards you several times.

NOTE: DO NOT MASSAGE ANY INJURED, REDDENED OR SWOLLEN PORTION OF THE HAND.

Precautions

Touch is not a benign technique. Attention to various precautions is needed before using purposeful touch and massage. The nurse needs to be cognizant of cultural and social differences of persons regarding the use of touch. Assessing a patient's reaction to initial touch is needed. This is particularly true today when physical and sexual abuse are so prominent in the American society. Persons who have been abused may initially become very anxious when being touched. Some persons, at first, may be highly sensitive to touch from another person. We have found this to be true when initiating hand massage with some patients. Use of more gentle strokes may help to decrease this sensitivity.

Before massaging a patient's hands, the nurse assesses the hands for any indications of abrasions, arthritis, infection or other pathology that may be a contraindication to doing the massage. Attention to the facial expressions of the patient when the massage is being done will reveal if it is causing any discomfort.

Although touch techniques have been used extensively in nursing, few studies testing the efficacy of specific techniques have been conducted. Likewise, few studies have been conducted on the use of massage as a nursing intervention. However, many anecdotal accounts exist that

provide a basis for the continued use of purposeful touch techniques and massage techniques as nursing interventions.

A nurse's comfort in the use of touch is key to the success of the intervention. Therefore, content on and practice in the use of touch techniques need to be included in basic nursing curricula.

FUTURE DIRECTIONS IN INDEPENDENT NURSING INTERVENTIONS

Many advances have been made in the identification and validation of nursing diagnoses. Similar strides are needed in identifying and testing nursing interventions. What are the specific interventions that nurses use in providing care to persons across the life cycle and in multiple settings? Observations in clinical settings, interviewing nurses, and reviewing care plans and nursing texts are some of the ways in which interventions that nurses use can be identified.

Secondly, programs of research are needed for testing nursing interventions. Precise protocols need to be developed. These are especially needed because so many techniques exist for each of the broader categories of nursing interventions. If research reports do not specifically describe the protocol used, the reader will not know the technique to follow in replicating a study. As was noted for the intervention of progressive muscle relaxation, multiple techniques exist for this intervention.

Thirdly, nursing educators need to give more attention to teaching nursing students the art of nursing, nursing interventions. These should be the first skills acquired by students.

Inclusion of nursing interventions in nursing texts, particularly research on nursing interventions, will help students grasp the importance these interventions have for patient outcomes.

Lastly, cross cultural discussions and research are needed. The increase in rapid communication and travel necessitate nurses across the world having common understandings about the nature of nursing interventions. That is what I find so exciting about being invited to be present on independent nursing interventions at the conference sponsored by the Kinki-Shikoku District of the Japanese Society of Nursing Research.

Thank you for asking me to present on my favorite topic. I look forward to your input about independent nursing interventions and suggestions you have for furthering the knowledge development in this area that constitutes the essence of nursing.

REFERENCES

- American Nurses' Association. *Nursing: A social policy statement*. Kansas City, Mo: American Nurses' Association.
- Barnett, K. (1972). A survey of the current utilization of touch by health team personnel with

- hospitalized patients. *International Journal of Nursing Studies*, 9, 195-209.
- Barr, J., & Taslitz, N. (1970). The influence of back massage on autonomic functions. *Journal of Physical Therapy*, 50, 1679-1689.
- Bulechek, G. M., & McCloskey, J. C. (1992). *Nursing Interventions*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Bulechek, G. M., & McCloskey, J. C. (1989). Nursing interventions: Treatments for potential nursing diagnoses. In R. Carroll-Johnson(ed.) *Classification of nursing diagnoses--Proceedings of the eighth conference*(pp. 23-30). Philadelphia: J. P. Lippincott.
- Craft, M. J., & Denehy, J. A. (1990). *Nursing interventions for infants and children*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Devine, E., & Cook, T. (1983). A meta-analytic analysis of effects of psychoeducational interventions on length of postsurgical stay. *Nursing Research*, 32, 267-274.
- Donahue, M. P. (1989). *Nursing, the finest art*. St. Louis: C. V. Mosby.
- Estabrooks, C. A. (1989). Touch: A Nursing strategy in the intensive care unit. *Heart & Lung*, 18, 392-401.
- Fakouri, C., & Jones, P. (1987). Relaxation RX: Slow stroke back rub. *Journal of Gerontological Nursing*, 13(2), 32-35.
- Gordon, M. (1987, a). The nurse as a thinking practitioner. In K. Hannah, M. Reimer, W. Mills, & S. Letouneau(eds.), *Clinical judgement and decision making: The future with nursing diagnosis*(pp. 8-17). New York: John Wiley & Sons.
- Gordon, M. (1987, b). *Nursing diagnoses*. New York: McGraw Hill.
- Johnson, D. E. (1989). Some thoughts on nursing. *Clinical Nurse Specialist*, 3, 1-4.
- Keegan, L. (1988). Touch: Connecting with the healing power. In B. Dossey, L. Keegan, C. Guzzetta, & L. Kolkmeier(eds.), *Holistic nursing--a handbook for practice* (pp. 331-355). Rockville, MD: Aspen.
- Knable, J. (1981). Handholding: One means of transcending barriers of communication. *Heart & Lung*, 10, 1106-1110.
- Kubler-Rose, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Langland, R. M., & Panicucci, C. L. (1982). Effects of touch on communication with elderly confused clients. *Journal of Gerontological Nursing*, 3, 152-155.
- Longworth, J. (1982). Psychophysiological effects of slow stroke back massage on normotensive females. *Advances in Nursing Science*, 4(4), 44-61.
- Luiselli, J. K., Steinman, D. L., Marholin, D., & Steinman, W. M. (1981). Evaluation of progressive muscle relaxation with conduct-problem learning disabled children. *Child Behavior Therapy*, 3, 41-55.
- Maas, M., Buckwalter, K. C., & Hardy, M. (1991). *Nursing diagnoses and interventions for the elderly*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing.
- Maanum, A., & Montgomery, H. (1985). *The complete book of Swedish massage*. New York: Harper & Row.
- Pratt, J., & Mason, R. (1981). *The caring touch*. London: HM & M Publishers, LTD.
- Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Rubin, M. (1978). Is a back rub hazardous to your health? *JAMA*, 240, 2402.

- Schoenhofer, S. O. (1989). Affectional touch in critical care nursing: A descriptive study. *Heart & Lung, 18*, 146-154.
- Seaman, L. (1982). Affective nursing touch. *Geriatric Nursing, 3*, 162-164.
- Snyder, M. (In press). The influence of interventions on the stress-health outcome linkage. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau, International.
- Snyder, M. (1992). *Independent nursing interventions*. 2nd edition. Albany, NY: Delmar.
- Snyder, M. (1988). Relaxation. In J. Fitzpatrick, R. Taunton, & J. Benoliel(eds.), *Annual review of nursing research*(Vol. 6), (pp. 111-128). New York: Springer.
- Tyler, D. O., Winslow, E. H., Clark, A. P., & White, K. M. (1990). Effects of a 1-minute back rub on mixed venous oxygen saturation and heart rate in critically ill patients. *Heart & Lung, 19*, (5, Pt. 2), 562-565.
- Walleck, C. (1982). Effect of touch on intracranial pressure. Speech at the American Association of Neurosurgical Nurses, Honolulu, Hawaii.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and caring*. New York: National League for Nursing.
- Weiss, S. (1979). The language of touch. *Nursing Research, 28*, 76-80.

THERAPEUTIC TOUCH

Ellen C. Egan, Ph. D., R. N., F. A. A. N.
Associate Professor, University of Minnesota
School of Nursing

INTRODUCTION

Touching, as a part of nursing care, has been used throughout the history of nursing to convey compassion, provide comfort, and ease pain. Touch is associated with so many basic nursing skills that Krieger(1975) calls touch the imprimatur of nursing;the mark of nursing.

There are many definitions of touch in the nursing literature. Touch has been described as a form of nonverbal communication (Barnett, 1972;Goodykoontz, 1979;McCorkle, 1974) , an interaction(Weiss, 1979), striving to connect with another, a quality, a mode of perception and an experience(Ujhely, 1979). It is widely known there are many uses of touch that are associated with nursing intervention or an assessment techniques. However, therapeutic touch, is a special and different kind of touch. It is a relatively recent nursing intervention in which touch is used with the intention to transfer energy to another person.

A philosopher(Weber, 1984) makes a connection between three models of touch, representing three philosophies, and three common definitions of touch. Weber(1984) identifies three models of touch that roughly correspond to cultural and philosophical contexts as well as to three definitions of touch. The physical-sensory model, the psychological-humanistic model and the field model are related respectively to "being in contact with", "reach and communicate"and"lay hands on"definitions of touch. The third definition represents therapeutic touch. Weber indicates that the physical-sensory model fits the aims and assumptions of Anglo-American philosophy (the basis for objective, scientific enquiry and meaning in the United States), the psychological-humanistic model expresses the concerns of contemporary continental philosophy(phenomenology and existentialism-the basis for subjective meaning), and the field model which harmonizes with Eastern philosophy and its holistic world view. Eastern philosophy depicts human beings and nature as inherently linked as one and postulates the existence of energies which seem to play a distinct role in human well-being. Such an energy is prana which is thought, in Eastern philosophies to be a key factor in human health and well-being. The latter, then, serves as a philosophical basis for therapeutic touch. The philosophical basis for therapeutic touch put forth here by Weber should support the notion that therapeutic touch would be acceptable in Japan that it would be an appropriate intervention for nursing.

So it is this third kind of touch, therapeutic touch, that I will talk about today. I will try to define therapeutic touch, put forth some ideas that attempt to explain the scientific basis of therapeutic touch and describe the process of therapeutic touch. I will cite some results of research studies that have tested the effects of therapeutic touch and will indicate some uses for therapeutic touch.

DEFINITION

The first task is to define therapeutic touch. Therapeutic touch is a process by which energy is transmitted from one person to another for the purpose of potentiating the healing process of the one who is ill or injured. Krieger(1979) calls therapeutic touch a healing meditation in that the primary act of intervener is to "center" oneself and to maintain that center throughout the process. Therapeutic touch consists of four phases:

(a) centering oneself, (b) assessing the client's energy field for differences in the quality of the energy flow, (c) mobilizing areas in the client's energy field that are perceived as non-flowing, and (d) directing energy through the hands to the client(Krieger, 1979).

Dolores Krieger(1979), who coined the term "therapeutic touch," learned the process from Dora Kunz and then began teaching the process to other nurses in the early 1970s. Shortly thereafter, Krieger began to conduct research studies to test the effects of therapeutic touch. However, it was not until the beginning of the 1980s that others began to study the effects of therapeutic touch. Many of these studies were conducted by doctoral students, the first of these by student from New York University, where Krieger was a faculty member.

SCIENTIFIC BASIS OF THERAPEUTIC TOUCH:ASSUMPTIONS AND RESEARCH

Assumptions

Basic to the understanding of therapeutic touch are assumptions and explanations underlying the process of therapeutic touch. One assumption that is cited as basic to therapeutic touch is that a human being is an energy field and is in mutual simultaneous interaction with the environmental field that surrounds the human field (Boguslawski, 1979, 1980;Miller, 1979). Another assumption is that energy can be intentionally channelled from one person to another.

It is thought that, in health, the human energy field is harmonious as well as being in harmony with the environmental field. In illness, however, the energy field is in disharmony so that there are disorderly, imbalanced, and unsynchronous energy patterns(Boguslawski, 1979). It is the energy pattern imbalances that are noted during assessment and are characterized as blocks, congestion, or asymmetrical densities. The purpose of therapeutic touch, then, is to restore the order and the harmony of the energy pattern by intentional and specific interaction between the healer's energy field and the energy field of the client. This has been referred to as stimulating or calming the client's energy patterns. Fanslow(1983) identified two principles that accompany the process of therapeutic touch, compassion and intentionality. Fanslow describes compassion as pure caring such that the person wants to help, but is without expectations for the outcome. Intentionality is the intent to help or heal and is the conscious directing of the energy to the patient with a deficit of energy. Compassion serves as the catalyst for the energy exchange process while intentionality serves as the means for transmitting energy.

Krieger(1975) believed that prana, roughly translated to mean vitality or vigor, to be the basis of the transfer of energy. Eastern literature describes the healthy person as having an abundance of prana and the ill person a deficit. Prana can be activated by will and transferred to another. Because of the relationship between prana and the oxygen molecule, Krieger selected hemoglobin as a variable to be used to measure the effects of therapeutic touch.

However, how therapeutic touch works is not clear. it is assumed that energy is trans-

mitted through the hands during the therapeutic touch process, but it is not clear how the transmitted energy compensates for an energy deficit or serves to balance the energy patterns of the recipient. Also, how recipients utilize the energy to enhance their self-healing processes is not understood.

Boguslawski(1980) has set forth several possible explanations for the mechanisms of the action of therapeutic touch in pain relief. These explanations include:

(a)interruption of the transmission of pain impulses, (b)reduction of local edema, and (c)the production of endorphins and enkephalins. Boguslawski suggests that the mechanisms of action of acupuncture and therapeutic touch may be similar.

Research

Krieger(1975) began the systematic study of the effects of therapeutic touch on human subjects in the early 1970s. She selected changes in hemoglobin level as a measurement of the effect of therapeutic touch based on an assumed relationship between prana and hemoglobin. In each of three studies, Krieger was able to demonstrate that the level of hemoglobin increased significantly in groups who were treated with therapeutic touch while there were no significant increases in control groups.

Krieger, Peper, and Ancoli(1979) measured physiological changes that occurred in the therapist and the client during therapeutic touch. The main finding measured by electroencephalogram was a preponderance of fast beta activity present in the healer. This was interpreted as representative of a type of meditative process. Although no significant changes were seen in the patients' electroencephalogram, electrocardiogram, electromyogram, galvanic skin response, or temperature;all patients showed a relaxed state. Also, subjects reported that therapeutic touch was relaxing.

Several studies have been conducted to ascertain the effect of therapeutic touch on state anxiety. Heidt(1981) demonstrated that subjects who received therapeutic touch with physical contact experienced a significantly greater decrease in state anxiety than subjects who received casual(pulse taking)or no touch(conversation). In a later study, Quinn(1984) demonstrated similar results using non-contact therapeutic touch and a non-contact mimic intervention.

However, in three later studies of the effect of therapeutic touch in reducing anxiety, significant results were not found(Hale, 1986;Parkes, 1985;Quinn, 1989).

Fedoruk(1984) studied the effect of therapeutic touch on stress associated with measuring infants' vital signs. Stress behavior and transcutaneous oxygen pressure were used to measure stress. Infants served as their own controls so all infants received therapeutic touch, mock therapeutic touch and no treatment. Therapeutic touch was effective in reducing the behavioral stress of infants, but not physiological stress. An increase in stress with mock therapeutic touch was an unexpected finding. In a more recent study, Kramer(1990) demonstrated a greater reduction of stress of hospitalized children following therapeutic touch than with casual touch.

The effect of therapeutic touch in the alleviation of pain has also been investigated. Keller and Bzdek(1986) studied the effect of therapeutic touch on tension headache. The two treatment groups received either therapeutic touch or a simulation of therapeutic touch. Results indicated a significantly greater reduction of pain in the therapeutic touch group immediately following

the treatment and four hours later. However, there was a 37% average pain reduction in the placebo group. Meehan(1985) investigated the effect of therapeutic touch on acute pain in post-operative patients using therapeutic touch, a mimicked therapeutic touch treatment and the standard treatment which was the use of analgesics such as demoral or morphine injections. Results indicated that there was a difference between the therapeutic touch and mimicked therapeutic touch groups, but not enough to be significant. The standard treatment was significantly more effective than therapeutic touch.

From a review of therapeutic touch research it can be concluded that the effectiveness of therapeutic touch has been demonstrated, but the results have not been consistent.

THE INTERVENTION PROCESS, PRECAUTIONS AND RELATED FACTORS

Centering

The first step of the process is centering. Centering is considered a meditative state in which one quiets oneself and directs attention inward. The centered person experiences integration and unity. There are many ways of centering, but one of the simplest methods is to assume a comfortable sitting position, relax tension areas of the body, inhale deeply, exhale slowly, and mentally count "one" with each exhalation. Very quickly there is an experience of quiet, relaxation and balance. Once centering has been achieved it can easily be recreated again.

Centering is maintained throughout the therapeutic touch process and facilitates the remaining steps of the process. The centered person is in control and can direct energies and attention. There is a sense of detachment that enhances sensitivity and the person has less personal involvement in the outcomes of therapy.

Assessment

After the therapist is centered the assessment process is begun. The purpose of the assessment process is to find differences in the quality of the energy flow of the client. Differences in the energy flow are detected by sensing heat, cold, tingling, congestion, pressure, emptiness, or other sensations. These sensations usually are asymmetrical, present on one side of the body but not on the other.

Before assessment, the patient is encouraged to assume a comfortable position. Depending on the condition of the client this may be standing, sitting sideways on a chair, or lying down. The process of assessment is a scanning process. Both hands are used to establish a field and the palms are held two to four inches from the skin surface of the client. Usually the scanning is started with assessment of the head and slowly progresses down the entire front of the client. This is followed by the scanning from head to toe down the back of the client. The practitioner makes mental notes of the sensations that are perceived during the scanning. When there are doubts about areas, scanning can be repeated in those areas.

From the information obtained during assessment the practitioner identifies areas of the body where the quality of the energy flow is different. The information is synthesized and used to determine where, how, and what kind of energy will be directed to the client. Thus, the intervention plan is developed.

The assessment process can be done by one practitioner or two. If two practitioners work together, one practitioner scans the front of the client and the other practitioner simultaneously scans the back. By simultaneously scanning the front and back, a field is maintained between the hands of the two practitioners.

Unruffling the field

Krieger(1979) equates the sensation of a congested energy field with the word“ruffled.”The sensation is one of pressure and overlapping layers of densities, like ruffles on a dress. When this is encountered, “unruffling”can be used to mobilize the flow of energy in these areas of the energy field.

The“unruffling process”is accomplished by moving the hands(palms facing the client)from the area where pressure was felt in a sweeping-away motion. This sweeping motion of the hands is continued down the body following the long bones. The unruffled field or mobile field seems to enhance the transfer of energy from the practitioner. The client’s field seems to be more receptive of energy.

Transferring energy

The actual transferring of energy is brought about by the intention of doing so. In other words, by intending to transfer energy, energy will be transferred from the practitioner through the hands to the client. This seems to be the simplest part of the intervention and can be accomplished by most people who engage in the process, if they have the necessary intention to help another.

The complex part of the process is to know the form of energy to use, how to modulate energy, and where to apply the energy. The form of energy is related to colors. Blue energy is a sedating kind of energy, yellow energy is stimulating and energizing, while green is harmonizing. Because of the different effects of the forms of energy, different forms are used for different conditions of the client. Blue energy is used to calm, relieve pain, and to reduce edema. Yellow energy is used to restore energy for someone fatigued or depleted of energy. Green energy is used to restore the harmony of the person.

Energy forms are modulated through visualization of the colors of the energy. For example, the practitioner would visualize or imagine light streaming through a blue stained glass-window when wishing to transfer blue energy. Similarly, visualizing yellow or green light streams would be used to modulate the other energy forms. This part of the process then requires that the practitioner can mentally visualize colors.

Where to apply energy is dependent upon the assessment. In some instances the energy is applied directly to a particular area as when the client has pain in a particular place. In other instances, such as when the client is fatigued, the energy is applied to one of the chakras located in the thoracic or solar plexus areas. (Chakras are special channels or centers within the energy field that serve as entry areas for energy from the environment.) In still other instances it is desirable to keep the hands in constant motion when directing energy. This motion serves to control the amount of energy given, such that small amounts of energy are given to sensitive areas or individuals. Keeping the hands in motion might be used in the area of the head, with

infants or where only minimal amounts of energy are used, such as in the presence of cancer or extreme tenseness.

Usually it is desirable for the flow of energy through the extremities to be enhanced. This has been called "grounding", in that the energy flows through the extremities and the hands or feet while the practitioner serves as a grounding rod. The flow of energy through an arm can be accomplished by placing one hand between the shoulder blades and the other hand palm to palm with the client. Energy is transferred through the thoracic chakra and out the secondary chakra of the palm. When the flow of energy is established the energy can be felt in the receiving palm. To facilitate the flow of energy, the hand that was placed on the palm of the client can be cupped and moved down the arm in the manner of pushing a pressure ridge down the arm and out of the hand. A similar process is used with the legs.

It is also desirable for energy to be distributed, especially at the end of the treatment. Energy can be distributed by using a sweeping motion of the hands from a particular area to surrounding areas. The "unruffling" motion can be used to distribute energy over the entire body.

As stated earlier the decision for treatment begins with the assessment process. Usually what is sensed during assessment indicates an underlying problem. If an area is sensed to be hot there can be an inflammatory process, pain, injury, or other pathological problem present in the underlying area. An area of coldness indicates a block in the flow of energy to the area. If the sensations are of emptiness this usually indicates a general lack of energy. Congestion or heavy areas indicate a situation of uneven or poor energy flow. Most clients will tell the practitioner their medical diagnosis or what is troubling them. This information also can be used in determining the nature of the treatment.

Generally if an area is hot, blue energy is given directly to the area. If the blocking of energy was assessed, blue energy is given through the thorax or solar plexus and directed through the arms or legs. When a condition of low energy is detected, yellow energy can be given through the solar plexus or kidney areas. If areas are determined to be congested the field is smoothed by using sweeping motions.

Experienced practitioners seem to develop a tacit knowledge of the kind and direction of energy to use in different situations. The knowledge seems to be derived from the assessment and response to treatment; it is as if the practitioner's hands are drawn to certain areas.

GENERAL COMMENTS ABOUT THE PROCESS

Although the process of therapeutic touch has been presented as sequential steps, only step one is sequential in that the process is always started by centering oneself and maintaining centering throughout the process. The other steps of the process might be engaged in more than once or in a different sequence depending on experience of the practitioner and the condition of the client.

As the practitioner gains skill and experience the practitioner may develop a more individual type of practice (Bulbrook, 1984; Wyatt & Dimmer, 1988). For example, some practitioners use unruffling as part of the assessment process to obtain a deeper assessment. Other practitioners use unruffling to mobilize energy during the process of transferring energy. Some practitioners do a modified assessment when the client is expressing acute pain or the condition

of the client is well known. Macrae(1979) described using therapeutic touch with children in a holistic manner. She found that by not actually touching the patient she was able to more easily perceive dysrhythmia and the healing process proceeded more rapidly. She described moving the areas of congestion or pain out of the energy field.

In addition to directing energy and modulating energy through visualizing colors, practitioners can use mental images or thoughts to convey complementary messages. Examples of these messages are thoughts of wholeness, wellness, peace, calmness, or harmony which are selected as appropriate for the client's condition.

NINE FACTORS FOR THE USE OF THERAPEUTIC TOUCH

There are nine factors which enable the healer to be able to perform therapeutic touch. They are as follows:

1. First of all, be rested and in a state of wellness.
2. Have the intention to help or heal another person - this serves to enable the conscious directing of energy.
3. Have feelings of compassion or caring - it is important to want to help but to help without expectations for the outcome. This is the non-involvement of the ego.
4. Have the ability to center oneself-the quieting or stilling of the mind and emotions is necessary to be able to engage in therapeutic touch.
5. Have the ability to concentrate - because therapeutic touch is a conscious, intuitive process concentration is necessary.
6. Be able to engage in effortless effort-transmitting energy is an effortless effort.
7. Have the idea that the energy that is being transmitted is universal energy and not one's personal energy.
8. Have the ability to mentally visualize colors. Visualizing colors is the way in which energy is modulated.
9. Have a sense of confidence - believe in therapeutic touch as an intervention and that you can do it.

PRECAUTIONS

As a general rule the client will take the amount of energy that is needed and that will stop drawing from the energy source, however, in some instances precautions must be taken. Infants and children are very sensitive to treatments. Energy should be given slowly and gently in small amounts by an experienced practitioner (Boguslawski, 1979). Extremely ill or dying individuals may require modifications in treatment or gentle energy input. The head is very sensitive, so only cooling, sweeping motions are used in the head area. Patients with cancer are treated in such a way that energy is not concentrated in a particular area.

A final precaution is directed to the learner of therapeutic touch. Although it is possible to learn to transfer energy in a short period of time, knowing when and how to use therapeutic touch requires greater practice and experience. Therapeutic touch is learned through an apprenticeship experience. This learning process with a mentor may take one to two years to perfect a knowledgeable practice.

USES

Therapeutic touch is used to help restore the balance of the energy field and to provide additional energy to be used in the recuperative and self-healing process of the client. Therapeutic touch does not bring about miraculous cures nor restore structural damage. Therapeutic touch is not an alternative for medical care, but is regarded as complementary to medical treatment. Numerous anecdotal reports testify to the effectiveness of therapeutic touch. The two most notable consequences of therapeutic touch are a generalized relaxation response and relief of pain. The relaxation response to therapeutic touch has been capitalized upon for persons experiencing tension or anxiety. The sense of relaxation can be beneficial to promote rest and sleep, to facilitate a successful encounter with stressful situations, or to complement therapy for hypertension.

The most dramatic response to therapeutic touch is the relief of pain. Pain can begin to ease in a few minutes and the effects can last for a few hours to several days. The amount and duration of pain relief depends upon the cause and nature of the pain. Therapeutic touch has been effective in the treatment of both acute or chronic pain (Boguslawski, 1980). Tense muscles, often present during pain, can contribute to the amount of pain experienced. Relaxation of these tense muscles, as part of the relaxation response to therapeutic touch, enhances pain relief.

Providing energy to clients with acute or chronic illness has been useful in diminishing fatigue and tiredness, promoting sleep and rest, and promoting a sense of well-being.

Additional examples of the usefulness of therapeutic touch that have appeared in the literature include the following:

1. Wolfson(1984) described using therapeutic touch in the practice of midwifery for alleviating the painful sensations of labor contractions, enhancing relaxation, stimulating the baby immediately following birth and helping stimulate contractions to facilitate delivery of the placenta.
2. Leduc(1987) described using therapeutic touch with ill babies to calm fussy babies, improve respiratory distress and provide energy to babies with chronic lung disease.
3. Fanslow(1984) described using therapeutic touch to improve ambulation and mobility in the elderly with heart disease;decrease the symptoms of pain, inflammation and joint swelling in patients with arthritis;decrease pain and spasticity of the involved upper extremity in hemiplegic stroke patients;and elicit a sense of peace and calm in dying patients.
4. Payne(1989) described using therapeutic touch to improve speech, promote falling asleep, facilitate urinating following Foley catheter removal and facilitate verbalization of upsetting feelings with rehabilitation patients.
5. Newshan(1989) described using therapeutic touch to alleviate symptoms associated with AIDS including easing the dyspnea and cough associated with respiratory complications, hiccups, diarrhea, cramping abdominal pain, constipation, fever, pain and anxiety.
6. I had an opportunity to talk with Dora Kunz about a year ago. She told me that she is starting to work with persons who have AIDS and are in the last stages of their illness. She said she has been able to relieve their anxiety and has helped them to experience a more comfortable death.

SUMMARY

In summary, I have defined therapeutic touch, attempted to present the scientific bases of the intervention and summarized research studies that have tested the effectiveness of therapeutic touch. I have described the four steps of the process of therapeutic touch, provided some precautions and summarized some uses of therapeutic touch. Hopefully, I have stimulated your interest in therapeutic touch and maybe even a desire to learn to do therapeutic touch.

I hope that later in this seminar I will have the opportunity to demonstrate therapeutic touch for you and that you have an opportunity to begin to learn to do it.

Thank you for giving me this opportunity to talk to you.

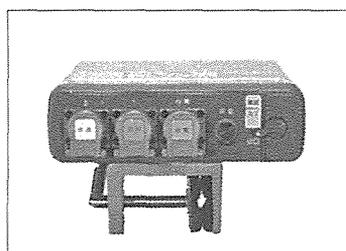
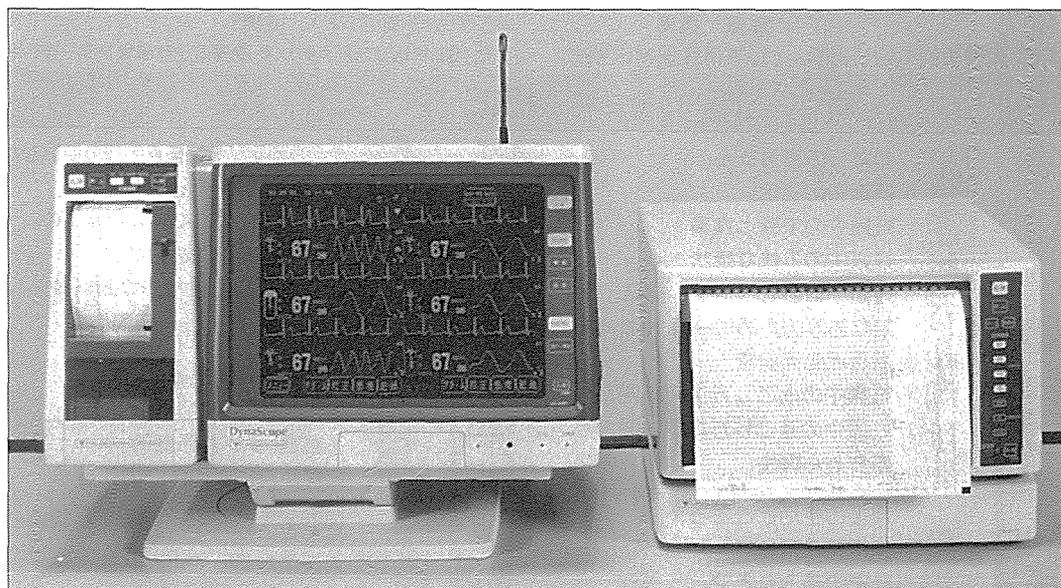
REFERENCES

- Barnett, K. (1972). A theoretical construct of the concepts of touch as they relate to nursing. *Nursing Research, 21*, 102-103.
- Boguslawski, M. (1979). The use of therapeutic touch in nursing. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 10*(4), 9-15.
- Boguslawski, M. (1980). Therapeutic touch: A facilitator of pain relief. *Topics in Clinical Nursing, 2*(1), 27-37.
- Bulbrook, M. J. (1984). Bulbrook's model of therapeutic touch: One form of health and healing in the future. *The Canadian Nurse, 80*(11), 30-34.
- Fanslow, C. A. (1983). Therapeutic touch: A healing modality throughout life. *Topics in Clinical Nursing, 5*(2), 72-79.
- Fanslow, C. A. (1984). Touch and the elderly. In C. C. Brown (Ed.), *The many facets of touch* (pp. 183-189). Skillman NJ: Johnson & Johnson Baby Products Co.
- Fedoruk, R. B. (1984). Transfer of the relaxation response: Therapeutic touch as a method for reduction of stress in premature neonates. *Dissertation Abstracts International, 46*, 978 B. (University Microfilms No. ADG85-09162)
- Goodykoontz, L. (1979). Touch: Attitude and practice. *Nursing Forum, 18*, 4-17.
- Hale, E. H. (1986). A study of the relationship between therapeutic touch and the anxiety levels of hospitalized adults. *Dissertation Abstracts International, 47*, 1928B. (University Microfilms No. ADG86-18897)
- Heidt, P. (1981). Effect of therapeutic touch on anxiety level of hospitalized patients. *Nursing Research, 30*, 32-37.
- Keller, E. & Bzdek, V. (1986). Effects of therapeutic touch on tension headache pain. *Nursing Research, 35*, 101-106.
- Kramer, N. A. (1990). Comparison of therapeutic touch and casual touch in stress reduction of hospitalized children. *Pediatric Nursing, 16*, 483-485.
- Krieger, D. (1979). *The therapeutic touch: How to use your hands to help or heal*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Krieger, D. (1975). Therapeutic touch: The imprimatur of nursing. *American Journal of Nursing, 75*, 784-787.
- Krieger, D., Peper, E., & Ancoli, S. (1979). Therapeutic touch : Searching for evidence of physi-

- ological change. *American Journal of Nursing*, 79, 660-662.
- Leduc, E. (1987). letter to the editor. *Neonatal network*, 5(6), 46-47.
- Macrae, J. (1979). Therapeutic touch in practice. *American Journal of Nursing*, 79, 664-665.
- McCorkle, R. (1974). Effects of touch on seriously ill patients. *Nursing Research*, 23, 125-132.
- Meehan, M. C. (1985). The effect of therapeutic touch on the experience of acute pain in postoperative patients. *Dissertation Abstracts International*, 46, 795B. (University Microfilms No. ADG85-10765)
- Miller, L. A. (1979). An explanation of therapeutic touch: Using the science of unitary man. *Nursing Forum*, 18, 278-287.
- Newshan, M. A. (1989). Therapeutic touch for symptom control in persons with AIDS. *Holistic Nursing Practice*, 3(4), 45-51.
- Parkes, B. S. (1985). Therapeutic touch as an intervention to reduce anxiety in elderly hospitalized patients. *Dissertation Abstracts International*, 47, 573B.
- Payne, M. B. (1989). The use of therapeutic touch with rehabilitation clients. *Rehabilitation Nursing*, 14, 69-72.
- Quinn, J. F. (1989). Therapeutic touch as energy exchange: Replication and extension. *Nursing Science Quarterly*, 2(2), 79-87.
- Quinn, J. F. (1984). Therapeutic touch as energy exchange: Testing the theory. *Advances in Nursing Science*, 6(2), 42-49.
- Ujhely, G. B. (1979). Touch: Reflections and perceptions. *Nursing Forum* 18, 18-33.
- Weber, R. (1984). Philosophers on touch. In C. C. Brown (Ed.), *The many facets of touch* (pp. 3-12). Skillman, NJ: Johnson & Johnson Baby Products Co.,
- Weiss, S. J. (1979). The language of touch. *Nursing Research*, 28, 76-80.
- Wolfson, I. S. (1984). Therapeutic touch and midwifery. In C. C. Brown (Ed.), *The many facets of touch* (pp. 166-172). Skillman, NJ: Johnson & Johnson Baby Products Co.
- Wyatt, G. & Dimmer, S. (1988). The balancing touch. *Nursing Times*, 84(21), 40-42.

多人数の各種パラメータを 無線で同時監視!!

患者監視用装置 DS-3400MTRシステム



承認番号：01B-1820

承認番号：04B-0658

心電図呼吸送信機▶
LX-3220

◀マルチテレメータ送信機
LX-3313



承認番号：03B-1134

- 各種テレメータによる最大6人までの心電・呼吸・体温、また心電・血圧・体温の無線監視を実現!
- 6人同時表示は、心電図、呼吸曲線あるいは血圧波形の2波形を表示
- オプションのメモリボードにより60時間の心電図記憶が可能!
- CRG曲線表示可能で新生児監視にも対応!
- 不整脈検出機能、各種トレンドグラフ表示
- アラーム波形を各床32波形記憶

●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)3815-2121(代)

妊産婦さん向け

待望の新作3作品登場!

日母会員ビデオシリーズ

『楽なお産のために～動作・体操・呼吸法～』

—「安産教室」改題—

『妊娠中の過ごし方①前半期』

—「妊娠前半期のころえ」改題—

『妊娠中の過ごし方②後半期』

—「妊娠後半期のころえ」改題—

監修・指導

※本数、買換え割引価格あり。日本母性保護医協会

助産婦さん保健婦さん看護婦さん向け

指導者用ビデオ新登場!

お産のためのエクササイズ

①お産のためのエクササイズ基礎編実技指導のポイント(44分)

〈指導〉群馬大学医療技術短期大学部助教授 今 関 節 子

②お産のためのエクササイズ応用編リズムに乗って①(45分)

③お産のためのエクササイズ応用編リズムに乗って②(45分)

〈指導〉湯澤きよみ音楽体操研究会 湯 澤 きよみ

④分娩のリハーサル 心の準備(23分)

⑤分娩のリハーサル 身体の準備(51分)

〈指導〉埼玉県立衛生短期大学講師 小田切 房子

※5巻セット価格 企画

¥35,000(税込)(送料実費)(社)全国母子健康センター連合会

新作のお問い合わせは **毎日EVRシステム** まで

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
楽なお産のために～動作・体操・呼吸法～
遺伝と先天異常
妊娠中の過ごし方①前半期
妊娠中の過ごし方②後半期
赤ちゃん誕生

母親向け

産後の生活ところえ
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1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

日母企画

分かりやすい分娩監視装置の使いかた
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「準広汎全別術」
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 Part 1
The 思春期 Part 2
あなたは女性
妊娠と出産
避妊の科学
男性の生理
青春の医学
受胎 THE MIRACLE OF LIFE

その他

驚異の小宇宙——人体(全6巻)
名曲アルバム(全6巻)
たばこはなし
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

東京/東京都千代田区一ツ橋1-1-1 毎日新聞バレスサイドビル
〒100 ☎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 FAX. 06-345-6607

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には、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 滉 宛
13. 封筒の表に、「日看研誌原稿」と朱記し、書留郵送で郵送のこと。
14. 原稿が到着後、速やかに原稿受付票を発行し郵送する。

原稿執筆要領

1. 原稿用紙B5版横書き400字詰めを使用する。
2. 当用漢字，新かなづかいを用い，楷書で簡潔，明瞭に書くこと。（ワープロも可）
3. 原著の構成は
I. 緒言（はじめに），II. 研究（実験）方法，III. 研究結果（実験成績），IV. 考察，
V. 結論（むすび），VI. 文献とし，項目分けは1. 2…，1)，2)…，①，②…の区分とする。
4. 数字は算用数字を用い，単位や符号は慣用のものを使用する。特定分野のみで用いられる単位，略号，符号や表現には註書きで簡単な説明を加える。
ローマ字は活字体を用い，出来ればタイプを用いること。mg，Eq等イタリックを用いる場合は，その下に朱のアンダーラインを付すること。
5. 図表，写真等は，それを説明する文章の末尾に（表1）のように記入し，さらに本文とは別に挿入希望の位置を，原稿の欄外に（表1）のごとく朱書する。
図表は原稿本文とは別にまとめて，巻末に添えること。
6. 文献記載の様式
文献は本文の引用箇所の肩に¹⁾，²⁾のように番号で示し，本文原稿の最後に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5年度会費の納入について

平成5年度会費をお納めいただく時期になりました。平成5年度も会員を継続なさる方は、お早めにお振込下さるようお願いいたします。

平成4年度会費未納の方が約90名おります。至急平成4年度、5年度会費を併せてお納め下さい。

| | |
|-------------|---------|
| 平成5年度 会費 一般 | 7,000円 |
| 役員(評議員) | 10,000円 |
| (理事) | 15,000円 |

支払い方法 郵便振込

払い込み先 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

事務局が移転して1年になりますが、旧事務局(千葉大学看護学部)にご連絡をされる会員の方がおります。ご連絡、お手紙等は下記宛にお願い致します。

〒260 千葉市中央区亥鼻1-2-10 TEL 043-221-2331 FAX 043-221-2332

事務局開局曜日 月曜日から金曜日まで

開局時間 午前10時から午後3時まで

3. 雑誌等が返送されたり、旧所属から苦情をいただくことがあります。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。

菅家 美由紀、 西郷 千鶴子、 徳田 栄子、 難波 純、 西川 敏江、
村山 里子、 山内 学

日本看護研究学会雑誌

第16巻 1号

平成5年2月20日 印刷

平成5年3月20日 発行

会員無料配布

編集委員

委員長

内海 滉(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

☎ 043-221-2331

FAX 043-221-2332

発行者 土屋尚義

責任者

印刷所 (株)正文社

〒260 千葉市中央区都町2-5-5

☎ 043-233-2235

■研究はむずかしくない！ 実証研究を成功に導く懇切な手ほどき

臨床看護研究入門

新刊

杉野欽吾 神戸大学教授

本書からあなたへのメッセージ

- ①基本的には研究はむずかしくない
- ②研究はいくつかの基本的事項を理解さえすれば必ずできる
- ③研究は一連の決まったやり方に沿って行なえば必ずできる
- ④研究にはやりやすい研究とやりにくい研究がある
- ⑤研究は取りかかる前に計画をしっかりと立てておけば、途中で挫折することはない
- ⑥ただし、研究は面倒で時間のかかる仕事である
- ⑦論文は「うまく」書く必要はない

研究をむずかしいと考えて敬遠している看護婦、あるいは、研究にやみくもに取り組み挫折した経験のある看護婦に、著者は「研究は決してむずかしくない」、ただ「面倒くさい」だけなのだと言及する。本書は、研究の中でも初心者に適している実証研究にしばって、これから研究を始めようとする人がその面倒くさい手続きを無理なく確実にこなしていくための、懇切な解説書である。本書の導きに従って実際に学習し、実行に移せば、研究の成功は間違いない。

●B5 頁192 図14 1992
定価2,369円(税込) 千300 [ISBN4-260-34081-6]

■主要内容■

- 第1章 この本を読まれるあなたに
なぜ「研究はむずかしい」と思うのですか？ あなたとの約束と本書の使い方
- 第2章 研究を始める前に
研究の定義 研究の種類 研究の進め方-1:内容的プロセス 研究の進め方-2:時間的プロセス 研究の役割分担
- 第3章 問題の発見
看護臨床場面の中で問題を発見する 看護臨床場面の外で問題を発見する 今回研究すべき問題を決定する
- 第4章 問題の明確化と研究目的の設定
問題の明確化 明確化の方法 研究目的の設定 その他の事項-1:ことばの定義 その他の事項-2:研究のタイプ その他の事項-3:補足
- 第5章 研究計画の立案
研究計画を立案する意味 決定すべき事項-1:母集団とサンプル 決定すべき事項-2:剰余変数の統制法 決定すべき事項-3:実験デザインとサンプル数 決定すべき事項-4:独立変数の統制法 決定すべき事項-5:従属変数の測定法 決定すべき事項-6:その他の事項
- 第6章 データ収集とデータ整理
データ収集 データ整理
- 第7章 データ分析
統計的処理 結果の評価
- 第8章 研究成果の公表
研究成果の公表 口頭発表 論文発表
文献リスト
この本を最後まで読まれたあなたに

看護研究の方法とまとめ方

好評発売中!!

はじめて研究を志す人のために 第2版

土屋健三郎 松田明子 野呂影勇 岡崎 勲

●A5 頁144 図42 写真6 1984 定価1,854円(税込) 千300 [ISBN4-260-34590-7]

看護の研究・実践のための基本概念

Key Concepts for the Study and Practice of Nursing, 2nd ed.

by Marjorie L. Byrne & Lida F. Thompson

訳 小島操子 佐藤禮子 鈴木志津枝 井上智子 小松浩子

●A5 頁222 図14 1984 定価2,575円(税込) 千300 [ISBN4-260-34586-9]



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