

VOL.17 No.1  
平成6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.17 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因するといわれ、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 **テイズ**

RB体圧計

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

# 会 告 (1)

第16期日本学術会議会員の選出に係る学術研究団体に日本学術会議法（昭和23年法律第121号）第18条第3項の規定に基づき認可を受け登録され、学術研究団体の登録に関する規則（昭和59年日本学術会議規則第1号）第9条の規定により通知を受けました。

関連研究連絡委員会名 「精神医学」

平成6年3月20日

日本看護研究学会

会 長 成 田 栄 子

## 会 告 (2)

日本看護研究学会評議員の任期が平成7年3月31日で満了となります。

従って、平成6年度に於て、次の示す任期の評議員を選出するため、会則9条及び評議員選出規定により選挙を行いますのでお知らせ致します。

評議員任期 平成7年4月1日より  
平成10年3月31日まで

平成6年3月20日

日本看護研究学会

会 長 成 田 栄 子

## 会 告 (3)

第20回日本看護研究学会総会を下記要領により、東京都府中市および調布市に於て、平成6年7月29日(金)、30日(土)の2日間にわたって開催しますのでお知らせします。(第3回公告)

平成6年3月20日

第20回日本看護研究学会総会

会長 吉 武 香代子

### 記

期 日：平成6年7月29日(金曜日) 平成6年7月30日(土曜日)

場 所：第1日目(平成6年7月29日)

府中の森芸術劇場

〒183 東京都府中市浅間町1-2

TEL. 0423-35-6211

第2日目(平成6年7月30日)

東京慈恵会医科大学医学部看護学科

〒182 東京都調布市国領町8-3-1

TEL. 03-3480-1151

メインテーマ 看護の役割拡大 -看護の発展の方向をさぐる-

総会事務局：東京慈恵会医科大学医学部看護学科内

第20回日本看護研究学会総会事務局

TEL. 03-3480-1151 (内線2775・2705)

FAX. 03-3480-4739

## 第20回 日本看護研究学会総会プログラム

【平成6年7月29日（金）】

会長講演：「看護の専門分化を求めて」

会長 東京慈恵会医科大学

吉 武 香代子

特別講演：「看護への期待」

東京慈恵会医科大学理事長

阿 部 正 和

シンポジウム：「看護の役割拡大への模索」

司会 木村看護教育振興財団

伊 藤 暁 子

東京慈恵会医科大学看護学科

寺 崎 明 美

演者 札幌麻生脳神経外科病院

神 谷 克 子

北里大学東病院

竹 内 美恵子

杏林大学保健学部看護学科

中 村 恵 子

聖路加看護大学

小 島 操 子

奨学会研究発表講演： 1. 井上貴美子 神戸市立中央市民病院

「抗癌剤投与時の脱毛予防に対する試み — 4%食塩水と消毒用エタノールを使用したアイスクアップの脱毛予防効果—」

2. 岡田加奈子 千葉大学教育学部 養護教諭養成課程

「看護学生に対する禁煙教育プログラムの開発と効果の検討」

— 懇親会 —

【平成6年7月30日（土）】

一般演題発表

分野

1. 基礎看護
2. 臨床看護
3. 看護教育
4. 看護管理

# 目 次

## 第19回日本看護研究学会総会講演記事(1)

### ◆ 会長講演 ◆

地域における看護活動の視点 .....	11
熊本大学 成 田 栄 子	

### ◆ 特別講演 ◆

人の心を見る —人生常に青春— .....	17
熊本県立劇場館長 鈴 木 健 二	

### ◆ 教育講演 ◆

「看護研究のサイエンティフィック・ロマン」 .....	20
近畿大学医学部公衆衛生学 早 川 和 生	

ケアを拓げる看護診断 —その視点とデータ処理の方法を中心に— Nursing Diagnosis as a Power for Quality Care .....	25
広島大学医学部保健学科 野 島 良 子	

看護教育私論他専門領域との比較において .....	35
前熊本大学産育学部 木 場 富 喜	

原 著

ケリーパード洗髪における補助具の効果 .....	43
秋田大学医療技術短期大学部	石井 範子
	千田 富義
	戸井田 ひとみ
秋田県立衛生看護学院	平元 泉
幼児の性教育の現状と今後の展望 .....	49
九州大学医療技術短期大学部	佐藤 香代
	鮫島 雅子
褥創予防の看護に関する研究	
－手術をうける患者に対するエアーマットレスの使用基準の検討－ .....	61
金沢大学医療技術短期大学部	真田 弘美
	須釜 淳子
	稲垣 美智子
	塚崎 恵子
東京大学医学部健康科学・看護学科	金川 克子
金沢大学医学的附属病院	紺家 千津子
	森田 千枝
精神科実習における看護学生の意識構造の変化	
－学年による意識構造の比較－ .....	69
山口大学医療技術短期大学部	金山 正子
元山口大学医療技術短期大学部	田中 マキ子
産業医科大学医療技術短期大学	川本 利恵子
千葉大学看護学部看護実践研究指導センター	内海 滉
日本学術会議だより No. 31	
アジア学術会議 ～科学者フォーラム～ 開催 .....	79

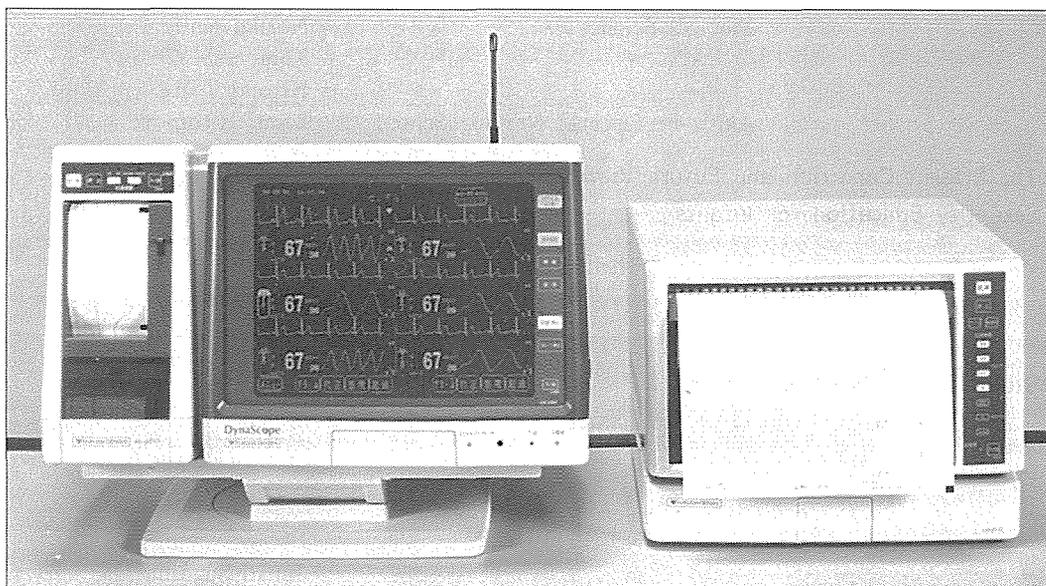
# CONTENTS

..... Original Paper .....

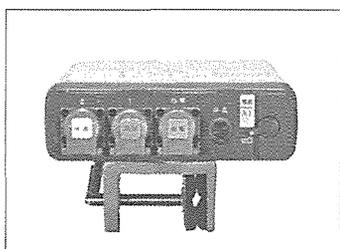
The Effect of a Small Supporting Tool in Kailipad's Shampooing Method .....	43
Akita University College of Allied Medical Science	: Noriko Ishii
	: Tomiyoshi Chida
	: Hitomi Toita
Akita Prefectural Nursing School	: Izumi Hiramoto
The Present Condition and Future View of the Sexuality Education for Infants .....	49
School of Health Sciences, Kyushu University	: Kayo Sato
	: Masako Samesima
Study of Pressure Sore Prevention — Evaluation of Criteria on Application of Air Mattress after Surgery— .....	61
School of Allied Medical Professions, Kanazawa University	: Hiromi Sanada
	: Junko Sugama
	: Michiko Inagaki
	: Keiko Tsukasaki
School of Health Sciences and Nursing, The University of Tokyo Department of Nursing, Kanazawa University Hospital	: Katsuko Kanagawa
	: Chizuko Konya
	: Chie Morita
The Change of the Attitude toward the Mental Disordered of the Students in a Nursing College by the Psychiatric Nursing Practice. — In Comparison before and after the Lecture and practice— .....	69
The School of Allied Health Science, Yamaguchi University	: Masako Kanayama
ex-The School of Alsied Health Science, Yamaguchi University	: Makiko Tanaka
University of Occupational and Environmental Health, School of Nursing	: Rieko Kawamoto
Faculty of Nursing, Chiba University, Center of Education & Research for Nursing Practice.	: Ko Utsumi

# 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：04B-0658



承認番号：01B-1820

心電図呼吸送信機▶  
LX-3220



承認番号：03B-1134

◀マルチテレメータ送信機  
LX-3313

- 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)

あくまでやわらかく自然な動きの

## 実習モデル〈<sup>京子</sup>Kyoko〉誕生



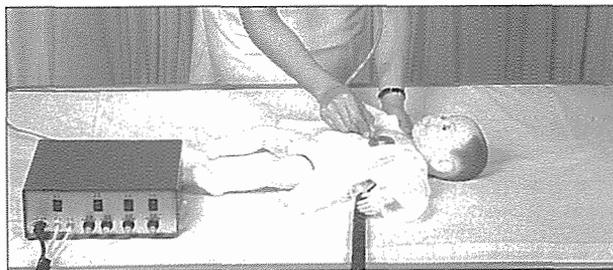
### ●自己紹介をします

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ひ致します。

詳しくは

パンフレットをご覧ください。

ご連絡頂ければ進呈致します。



### ◀バイタルサイン人形

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

株式会社 **京都科学**

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

珠玉の  
看護教育教材

全巻改訂完了!

# 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→B5判(全面改訂版)／第13巻～第35巻→B5判

●全巻揃定価102,800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2年計画で行いました。平成5年度用に専門科目23点が改訂を終了し、平成6年度用に専門基礎科目12点, 別巻9点の改訂を実施し、全巻完成いたしました。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	2,400円
2. 解剖学	2,700円
3. 生理学	1,500円
4. 生化学	1,700円
5. 栄養学	1,300円
6. 薬理学	1,500円
7. 病理学	2,000円
8. 微生物学	2,300円
9. 公衆衛生学	2,200円
10. 社会福祉	1,800円
11. 関係法規	1,700円
12. 精神保健	1,900円

## 専門科目

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

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

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	2,800円
2. 臨床外科看護学 ②	3,000円
3. リハビリテーション看護技術	3,500円
4. 放射線看護技術	1,600円
5. 臨床検査	2,500円
6. 食事療法	1,700円
7. 看護史	2,200円
8. 看護管理	2,000円
9. 地域看護	2,500円



株式会社  
メジカルフレンド社

〒102 東京都千代田区九段北3-2-4 ☎03(3263)7666 振替・東京0-114708

第 19 回

日本看護研究学会総会

講演記事 (1)

平成5年7月30日・31日

会長 成田栄子

於 熊本市民会館

熊本市桜町1-3

## 地域における看護活動の視点

熊本大学  
成田 栄子

### はじめに

地域における看護活動は、従来保健婦の活動に代表され、また、保健婦の発祥は、在宅患者の訪問看護に始まっています。わが国の保健婦誕生から50年を経過し<sup>1)</sup>、この半世紀の社会の大きな変化は、地域に住む人々の生活や価値観にも大きな影響を及ぼし、生活水準の向上と平均寿命の延長は、更に人々の保健医療ニーズの高まりとなって、その内容は多様化を極めております。このような変化は、地域における看護活動にもまた大きな影響をおよぼしております。松野かほる<sup>2)</sup>は、昭和40年後半ころから看護職の間では、公衆衛生看護を地域看護という用語に置き換えられてきた。と述べていますが、この言葉の変化は、地域における看護活動の概念の変化を看護職自身が感覚的に捉えられてきた社会の流れの中で変化させてきているように思われます。

行政的色彩の強い「公衆衛生看護」よりも「地域の人々の生活のありように密着したイメージ」をもつ「地域看護」のほうが多様化した価値観や現代の生活感覚に近い言葉と言えるのかもしれませんが、多要素を含んできた地域における看護活動について、松野<sup>3)</sup>が述べる地域看護の実践の場の観点に立って、与えられましたこの機会に今までの経験の整理をしてみたいと思います。

昭和32年神奈川県保健所の一保健婦としてスタートしてから保健婦教育、看護行政と15年間を神奈川県で過ごしました。この間の経験は、正しく公衆衛生看護であったと受け止めております。恵まれた県財政の中で、県全体の保健医療水準は乳児死亡率の低下を初め著しく改善が見られた時期でありました。しかし、地域全体としての総体的評価はなされても地域の中で地道な活動を続けている保健婦活動の評価は見えにくいものでした。地区診断と看護活動計画の展開に取り組んで

きた神奈川県での最後の締め括りとして、一つの保健婦活動評価<sup>4)</sup>を試みました。その中で「担当地区の保健問題が、その地区の看護活動計画に組み込んでいる」とするものは80人中17人(21.3%)に過ぎず行政色の強い活動を表す結果でした。

このことは、それ以後地域において看護活動を考える上で行く上で一つの課題として私の中に残りました。即ち地域における看護活動の中にその地域の保健問題の特徴をどう捉え、どのように計画し実施評価するか、その看護活動の結果が一般的に認められるようにするにはどうすればよいか、ということになりますが、このことは今以て容易に解決し難い課題として残っております。

このような課題を抱えて昭和47年熊本に移りました。移って間もなく熊本市における在宅ねたきり者の調査結果の検討に加わることになりました。この在宅ねたきり者への対応の経緯を例に地域の中で取り組む看護活動の視点を振り返ってみたいと思います。

### 1 熊本市における在宅ねたきり者のケアへの取り組みの経緯

熊本市では昭和45年8月1日現在の高齢者実態調査による3か月以上のねたきり者と民生委員・町内自治会長の聞き込み等により把握した在宅ねたきり者751名について、昭和46年3月から47年6月までの1年4か月間をかけて保健婦により追跡調査がなされてきました。このような実態調査<sup>5)</sup>は我が国ではまだ数少ないものであり興味深いものでした。その調査の主な内容は表1に示すように状況把握から実態調査まで1年余りの経過の中で、かなりの変化がみられることでした。総把握数751人の内、病状好転者129人(17.2%)、入院67人(8.9%)、死亡218人(28.8%)等であり、ねたきり継続者は273人(36.3%)に過ぎない結果で

地域における看護活動の視点

した。また、この継続したねたきり者の生活実態は所得税非課税以下が60%であり、世帯中心者はねたきり者自身または配偶者が36.7%を占め生活保護世帯15.0%（昭和43年全国高齢者実態調査生活保護率2.2%）の高率であり、そこには予想をはるかに越える生活実態がありました。当時、熊本市の人口は約449,000人であり65歳以上の高齢者人口は31,000人高齢者比7.0%でした。なお高齢者人口に対する当概ねたきり者751人は2.4%に当たる数になります。ちなみに、現在の熊本市の人口は平成3年10月1日現在約631,000人、高齢者人口77,000人であり高齢者比は12.2%です。

表1 追跡調査結果（昭和47年6月現在）

内 訳	実 数	%
ねたきり者	2 7 3	3 6 . 3
死 亡	2 1 6	2 8 . 8
病状好転者	1 2 9	1 7 . 2
入 院	6 7	8 . 9
転 出	4 5	6 . 0
不 明	2 1	2 . 8
計	7 5 1	1 0 0 . 0

この実態調査の結果は何を意味するものであるか、検討の結果、一つには元々民生委員や町内自治会長等の聞き込みによる把握数であることからくる対象者の変動の大きさが考えられること、もう一つには高齢者人口増とそれにおける健康障害者の生活実態であること、これらは地域の保健ニーズとして受け止め何らかの対応を講ずべきであること、しかし、これは保健婦だけで取り組む問題ではなく、この問題解決に向けて保健・医療・福祉関係者による組織的な活動が必要であることを言及しています<sup>9)</sup>。しかし、対応の具体的方策はなく放置もできないことから保健婦はこの時点で、保健婦の裁量の範囲内で地域の保健問題として捉え対応して行くことを決定しています。しかし、当時の保健婦活動は地域の人々の一次予防に重点を置いた活動をすすめており、また、熊本県の乳児死亡率は決して良い状況ではありませんでした。そんな中で行政施策ではない長期病臥者の訪問指導を手掛けることは簡単なことではありませんでした。この訪問指導に取り組むため、従来の業務の中からメインの一つである乳児健診を医師会に委託するという大きな決断の元で、昭和47年から在宅ねたきり者訪問指導を開始し

ています。

熊本市在宅ねたきり者訪問指導・訪問看護の取り組みの経過は表2に示す通りです。初期の約10年間はほとんど変化はなく保健婦による地道な活動が続きま

表2 熊本市在宅ねたきり者訪問指導・訪問看護への取り組み

昭和45年8月	高齢者実態調査による3か月以上のねたきり在宅者並びに民生委員・町内自治会長等の聞き込みによるねたきり在宅者751名を把握
昭和46年3月～昭和47年6月	上記751名について追跡調査
昭和47年	保健所保健婦による在宅ねたきり者の訪問指導開始
昭和57年	市民の健康と福祉の増進を願って熊本市保健医療専門団体連合会（略称 医専連）結成
昭和58年2月	老人保健法施行
4月	老人保健法による各種保健事業開始、地域医療機関との連携協調のために継続的成人保健研修会を企画・運営
5月	老人の“ふれあいのつどい”を開始
7月	有志による“在宅老人のケアを考える会”発足
昭和60年2月	「熊本市老人地域リハビリテーション協議会」設立
3月	「上記協議会」に「訪問看護研究委員会」と「訪問看護手引書委員会」の問題別委員会を設置し活動開始 ～手引書の発行～
昭和60年6月	「おとしよりの介護と支援」
昭和62年3月	「老人の食事と口の衛生」
平成元年9月	「老人のリハビリテーションの実際」
平成3年5月	「お年寄りの介護の実際」
昭和60年10月	熊本市保健所・保健センターに、訪問看護に携わる潜在看護婦を公募し研修の後各所に配置
昭和63年5月	協議会において熊本市訪問指導事業実施要領作成 訪問指導システムを協議決定
11月	訪問指導事業要領により熊本・西保健所に訪問指導実施委員会を設置（年2回委員会を開催）

## 地域における看護活動の視点

平成2年4月	ねたきり者歯科保健状況調査を保健婦と歯科衛生士の協力により実施
6月	熊本市医師会在宅ケアセンター訪問看護部門設置 訪問看護開始
平成3年7月	在宅ねたきり者歯科保健推進事業開始(歯科医師会委託)
7月	熊本市医師会在宅ケアセンター「老人訪問看護ステーション」指定
9月	熊本市社会福祉協議会に福祉公社ホームヘルパー派遣事業開始

した。昭和57年熊本市では医師会の先見性とリーダーシップにより「市民の健康と福祉の増進を願って」熊本市保健医療専門団体連合会(13専門職団体、以降医専連という)が結成されています。これと前後して昭和46～47年にかけて保健婦は訪問指導の限界に気づき、在宅ねたきり者の現状を先ず関係職種に理解してもらうための交流を始めました。昭和58年2月老人保健法の施行も手伝って、8月には有志による研究会「在宅老人のケアを考える会」が発足、有機的繋がりを持ってかなり活発な研究活動に発展していきました。この会の初期には、各職種から「保健婦活動とは何か」、「保健婦は一人で老人を抱え込んでいる」、「保健婦活動でどんな効果が上がっているのか」等様々な意見や厳しい意見が矢継ぎ早に出されたものでした。保健婦はまず医師、臨床看護婦、●T、PT、栄養士、ケースワーカー並びに建築士等今後協力を必要とする人々の理解を得ることに主眼点を置き、具体例を上げ討論を続け最終的には直接ケースに当たって考えてもらう方法を取り入れ、困難な問題を抱えた事例には時間外に同行訪問や協力訪問を繰り返しながら研究会を進めていきました。このような具体的な取り組みは相互理解を深める最も効果的な手法であり今日の土壌を作っています。また、自主的な研究会の意義と限界を知り、もう一方では組織への働きかけが進められました。

昭和60年2月今までの活動を集大成する形で熊本市医専連と行政(衛生・福祉)等の連携による「熊本市老人地域リハビリテーション協議会」が設立されました<sup>7)</sup>。全市的視野で高齢化社会の到来に向けて、どのような将来像を画くのか、また、現状の健康障害をもつ高齢者への対応方針を討論する一方、先ず関係者の意志疎通を■り円滑な運営を推進する

ために問題別委員会として「訪問看護研究委員会」「訪問看護手引書委員会」を置き、各職種の積極的な活動が進められました<sup>8)</sup>。そこにおける看護職に対する期待は大きいものがあり、訪問看護の歴史から紐解き、現状における行政の限界、地域のニーズに応えるための看護活動の方向、他の地方自治体の活動例から世界的傾向も踏まえて情報提供の役割を担ったものです。そこに行政の枠を越えた熊本市独自の活動方針の検討が重ねられて来ました。

昭和63年5月協議会のもとで熊本市訪問事業実施要領が作成され、行政の中で運用するという画期的な熊本方式の訪問指導システムと各職種間のネットワークがスタートしました。■1は熊本市における在宅ケアシステム■です。この中の特徴としては、まず保健所に設置された「訪問指導実施委員会」で地域の問題点や困難な事例、活動評価など具体的課題を協議する場として機能していることです。また、市医師会では■の施策に先駆けて在宅ケアセンターを設置して、平成2年6月には訪問看護部を置き訪問看護活動を開始しています<sup>9)10)</sup>。もう一つの特徴は、熊本市医師会地域医療センターの存在です。オープンシステムの二次医療機関の中に訪問看護部門を置き、訪問看護の実施は他に例を見ないだけでなく、一次医療機関との継続看護と教育指導に大きな役割を果たしていることです<sup>11)</sup>。このことは、受け手のニーズに合ったメニューが一つ一つ用意されてすすめて来られていることを意味しています。

この熊本市の訪問指導システムの中心は、熊本市の二つの保健所と三つの保健センターの看護係にあります。看護係長である通称保健婦長は、地域看護管理の責任者であると共に訪問指導・訪問看護の要としての役割を担っています。まず保健所・保健センター各機関内の在宅ケアに関する確実な情報の把握と統合、保健所内に設置されている訪問指導実施委員会の具体的な企画・運営、管轄地域の関係機関・関係者との連携と調整に当たっていることです。その一例として訪問指導実施委員会で取り上げられた在宅ケアの問題を順を追って上げてみますと医療福祉制度の利用、医療の確保、巨大褥瘡の処置、機能訓練、栄養と食事、歯科治療の問題、MRSAや疥癬等の感染防止、服薬管理等時機を得た問題提起を行いネットワークの中での確に解決の方向を決定し実践して来ています。

地域における看護活動の視点

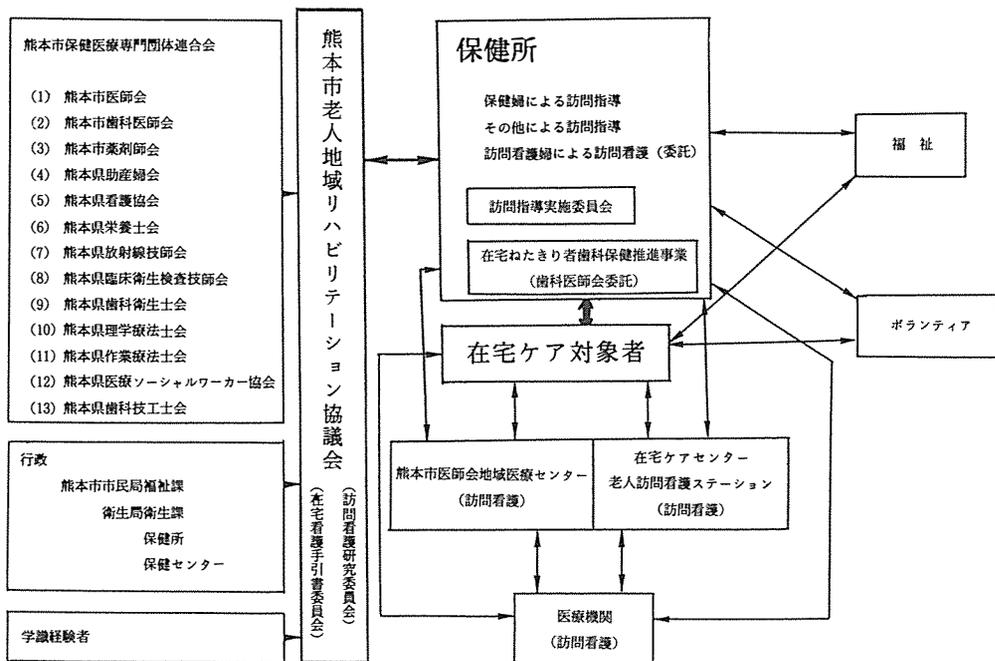


図1 熊本市における在宅ケアシステム

これらの問題の内、最も象徴的な例は、ねたきり者の歯科治療の取り組みです。この問題は長年解決しにくい問題の一つとして懸案となっておりました。平成2年4月「ねたきり者歯科保健状況調査」を保健婦と歯科衛生士の協力により実施し、具体的なデータの提示は説得力をもち実施委員会レベルから協議会の課題に持ち上げられて平成3年7月には「在宅ねたきり者歯科保健推進事業」が発足し、その運営を歯科医師会に委託して積極的な活動が開始されました。この活動の効果は著しいものがあります。ねたきり者は歯科治療によって食事がスムーズにすすむようになることは、栄養状態を良くするだけでなく日常生活のQOLの向上に大きく貢献することを具体的に立証しています。

現在保健所看護係に把握されている市全体のねたきり者の把握方法別把握数は表3の通りで医療機関からの連絡によるものが最も多くなっています。またここ一年間の移動状況は表4に示すようになりかなり細かな把握と活動が進められていて平成4年8月に実施された熊本市老人保健福祉計画基礎調査の結果もそれを裏づけています。

表3 ねたきり者把握数（平成5年4月1日現在）

把握方法別	実数	%
医療機関	173	28.1
民生委員	134	21.7
家族	66	10.7
保健婦	56	9.1
在宅介護支援センター	44	7.1
社会福祉協議会	29	4.7
市老人福祉課	12	1.9
その他	103	16.7
計	617	100.0

以上のように熊本市においては保健婦による在宅ねたきり者の実態把握から始まり関係職種との連携を得て地道な看護活動が続けられてきております。実情に即した継続的な活動は一つの評価に値すると思います。そこで先の神奈川県と同じ方法により保健婦自身の看護活動計画に対する認識度を調査したところ、地域の保健問題の特徴が活動計画の中に組み込んでいるという意見は54人中24人（44.4%）、計画樹立で最も重視していることとして地域の人々の保健問題をあげる人は35人（64.8%）であり、このことは保健婦自身かな

## 地域における看護活動の視点

り満足度の高い活動が実施されているのではないかと推察される結果でした。この点については別の機会に改めて検討をすすめたいと考えております。

約20年の経過の概略と現状を述べましたが、これらを看護の視点から整理しますとおおよそ4つの時期に分けられるように思います。

表4 ねたきり者等一年間の移動状況

内 訳	実 数	%
平成4年4月把握数	529	100.0
継続対象者	322	60.9
死 亡	98	18.5
入院・入所	83	15.7
ねたきり除外	16	3.0
転 出	6	1.1
そ の 他	4	0.8
新把握数	295	
平成5年4月1日現在	617	

## 2 看護の視点から見た各時期の特徴

### (1) 保健婦のみによる対応の時期

老健法制定前の約10年あまりの時期であり、保健婦は在宅ねたきり者を地域の保健ニーズと捉え訪問指導を開始し継続しています。当時のことを“保健婦のあゆみ”<sup>12)</sup>の中には「毎月1～2回の訪問では、病状の改善、機能回復まで期待できず、また他の業務との関係でこれ以上の頻回な訪問はできません」と保健婦の真意が述べられています。個々の保健婦はその裁量の範囲内で、精一杯家族を支え、対象者を把握し続ける努力が為された時期であり、他業務との兼ね合いの中で活動の効果が見えにくい時期であったと思います。

### (2) 他職種との交流開始と相互理解の時期

保健婦のみの活動の限界から現状を保健婦は医師を初め建築士等の関係者に問題提起をしながら打開策を模索した昭和46～47年からの時期です。個人的な関係から職種間の関係に拡がり、それは更に有志による研究会「在宅老人のケアを考える会」に発展していきました。そこでは現状の理解を得て打開策を見いだして行くことが主眼となり、関係職種との交流によって新鮮な見る目が磨かれていきました。私的な組織活動から公的な組織活動へ転換するための働きかけには幾つかのステップを必要としますが、たまたま熊本市医専連の存在と老健法の施行等が相俟って円滑に次の組織

活動へと発展をみることができました。地域における看護の機能について関係職種の理解を得て活動の方向性を見いだすと共に限界を知ることができた時期といえます。

### (3) 組織化による役割の変化の時期

昭和60年2月熊本市老人地域リハビリテーション協議会の発足によって保健医療専門団体と行政が同じテーブルについて全市的視野から在宅老人のケアについて協議する画期的な試みが始まりました。

行政の解釈と地域の実情、各専門職の考え方の調整には3年余りの時間を要しましたが、しかし、その間に問題別委員会として「訪問看護研究委員会」と「訪問看護手引書委員会」の活動を併せて進めることによって「看護とは何か」「訪問指導・訪問看護とは何か」について相互理解に努め、訪問指導・訪問看護が組織的な活動を開始した時期といえます。

特に「訪問看護研究委員会」においては、保健所と医療機関からの訪問指導・訪問看護の隙間を埋める形の「訪問看護の実施機関」の必要性を最初からイメージして討論して行きました。■の老人訪問看護ステーション発足の1年前に市医師会在宅ケアセンターには訪問看護部が設置され、医療機関からの委嘱を受けて訪問看護の実働に入れたのは一つの業績と考えます。

昭和63年11月協議会において訪問指導事業実施要領を作成し、二つの保健所において「訪問看護実施委員会」がスタートしたことは、困難な課題や事例がシステム的に問題解決がなされる方向性ができたことを意味しますが、しかし、まだ問題解決は個別的段階に止まっています。

### (4) システム化による問題解決機能の充実と看護活動の新たな模索の時期

地域の情報提供は殆んどが保健婦・訪問看護婦からのものです。システム化によって先に述べたように在宅ケアの中で提起した問題は、保健医療福祉制度の利用から始まり医療の確保、機能訓練、栄養と食事、歯科治療、感染防止、服薬管理等個々の具体的な問題は各専門領域の専門技術によって確実に解決の方向にすすんでおり、その活動評価もでてきています。しかし、まだ問題解決の方法は真のシステム化にいたっておらず幾つかの課題をのこしています。特に看護領域の活動結果はまだ客観的なものになり得ていません。

在宅ケアのシステム化の中で地域全体を見通した訪

## 地域における看護活動の視点

問指導・訪問看護のコーディネーションの必要性とそれを保健婦に求めたいとする意見も一部から始めていますが、保健婦の量、質両面から対応できる状況に至っておりません。日本看護協会訪問看護検討委員会<sup>13)</sup>でも訪問看護の機能に(1)管理的立場にある訪問従事者の役割(2)訪問看護従事者(スタッフ)の役割に分けた考えが述べられているように、熊本市の現状でも在宅ケアのシステムを円滑にすすめるための鍵は看護職の力量拡大にあると言えるのかもしれません。

地域の生活者の最も近くにおいて、一定の地域のあらゆる保健問題を的確に把握して地域全体を視野に入れた看護活動計画を樹立し実施していくジェネラリストとしての看護活動も不可欠であります。地域全体の将来見通しに立った方向性を以て、地域のニーズに対応できる統合調整力とリーダーシップ能力を備えたスペシャリストの誕生も急務といえます<sup>14)</sup>。しかし、その時期が到来するまでの間、看護判断に基づく適格な看護介入の具体的な実績を地域における看護活動の評価として示すことが求められています。各専門職種の間でも、また一般の人々にも認められるような形で看護活動の効果を今示して行く時だろうと考えます。また、地域における看護活動をすすめる場合、常に公衆衛生看護の機能を忘れてはならないことと訪問指導・訪問看護との整合性を考えてすすめて行くことであると考えます。

終わりにあたり20年余熊本市における看護活動については、あらゆる機会に情報提供を頂き、常に新しい方向を目指した討論の機会を与えて頂きました関係の皆様にご礼を申し上げます。

## 文 献

- 1) 厚生省健康政策局計画課；ふみしめて五十年  
—保健婦活動の歴史—、日本公衆衛生協会、1993.
- 2) 松野かほる；地域看護学、医学書院、1991.
- 3) 松野かほる；地域における看護活動の展望  
—その概念、対象、機能—、日本看護科学学会誌、6(1)、2-9、1986.
- 4) 成田栄子、橋本秀子；保健婦業務計画の検討、保健の科学、15(9)、577-582、1973.
- 5) 鬼塚和子、浜 睦代；管内における在宅長期病臥者の実態と保健婦活動、保健婦雑誌、29(5)、64-72、1973.
- 6) 5) pp. 69.
- 7) 鶴田克明；熊本市医師会における在宅ケアの取り組み(1)-保健・医療・福祉の連携システムの基盤づくり、月刊総合ケア、3(1)、41、1993.
- 8) 鶴田克明；熊本市医師会における在宅ケアの取り組み(2)-保健・医療・福祉の連携システムの活動、月刊総合ケア、3(2)、45、1993.
- 9) 鶴田克明；熊本市医師会における在宅ケアの取り組み(3)-在宅ケアセンターの開設、3(3)、45、1993.
- 10) 鶴田克明；熊本市医師会における在宅ケアの取り組み(4)-在宅ケアセンター老人訪問看護ステーションの状況、月刊総合ケア、3(4)、61、1993.
- 11) 宮崎寛子；医師会病院の看護部長として、日本看護研究学会雑誌、16(臨時増刊)、54-55、1993.
- 12) 熊本市衛生局；保健婦のあゆみ—保健所30周年記念—熊本市衛生局、1982.
- 13) 日本看護協会訪問看護検討委員会；訪問看護の推進のために—訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業における看護実践とその評価を通して、日本看護協会、pp. 64、1990.
- 14) 看護系大学地域看護検討グループ；地域看護スペシャリストの養成—地域看護学専攻カリキュラム試案<看護系大学大学院修士課程>、保健婦雑誌、48(3)、1101-1108、1992.

## 人 の 心 を 看 る

### — 人 生 常 に 青 春 —

熊本県立劇場館長  
鈴木 健 二

皆さん今日は。実は私は明後日病院に入院致します。肥満のためではなく、胃のポリープを除るために入院するのですが、これが今生のお別れかも知れません(笑)。

私は過去に3回入院や手術を経験しました。最初は昭和初期の頃、小学校1年の時でした。急性中耳炎で入院し、即日手術をされました。手術室に縛り付けられ、全身麻酔をされながら数を数えたのですが、47まで数えた時、意識が朦朧として来ました。しかし、その中で聞こえた耳の後の骨(側頭骨)を削られる音が、今でも耳についていて離れません。片側臥位でベッドに寝ていたんですが窓の外が見られず、鏡を使って窓外を見ていました。皆さん、病院の病室ではベッドの位置が決まっているでしょう。だから寝た切りの患者は毎日同じ所しか見えないのです。日本では会社のオフィスでも各社員の座席が決まっていますが、どうも日本人は一度型にはまったら、なかなかその型を変えない習性があります。もし、ベッドを180度動かしてくれたら患者は全く違う景色をみることができなくて、これが随分患者の気分転換になるということを考えてほしいのです。

そんな病気をしたために、私の母は私に対して随分過保護になりました。私は超鈍足だったので、学校の運動会が大嫌いでした。カケッコはいつもビリでした。私は風を切って走っている積もりなのに(笑)。鉛筆も母が削ってくれたし、修学旅行にも母は付き添って来ました。学年でただひとり(笑)。過保護は良くないと言いますが、私はこの幼時の体験を通して、弱者へのいたわりを知りました。看護婦さんは患者さん達に同じことをしても、患者の受け止め方は、それぞれ異なります。

看護は看護婦さんと患者さんの心の通い合いなのですが、患者は看護婦という自分の命を託する職業の人に信頼感をもっており、さらにその人が女性であることに親近感を持っているのです。最近では看護士という男性の看護職もみられるようになりましたが、女性が本来備えている親近感により、患者は女性である看護婦に親近感を持っているのです。

皆さん、小さい子供に絵を書かせると、女の子はお花とかお人形とかいった生命のあるものを必ず描きます。ところが男の子は、例えば機関車とか飛行機とか軍艦など、命とは関係のない自己主張の強いものを描きます。人はそれぞれのいい面を伸ばして行くということが大切です。

「ボランティア」の語源は「われここに存在す」という意味なのです。また、看護婦の「婦」は昔は「箒を持った女の人、つまり、日常生活の中で、何でも出来る人」という意味で、位の高い人のことを指していました。アメリカではここ10年前から、「女性は職場にあっても、常にレディであれ」と叫ばれています。

私の2度目の病気は中学の時ですが、私はそれまで泳げなかったのですが、水泳部で泳げるようになりました。最初に泳げた時の感動は忘れられません。それどころか、中学4年の時には5時間の遠泳に只一人成功しました。しかし、その直後に胃痛と悪寒がひどくなり、お医者さんに診てもらおうと、そのドクターは何と産婦人科医で(笑)、「泳ぎ過ぎてお腹が冷えたのだ」と言って温めてくれたのですが、実は病気は中垂炎だったのです(笑)。お腹の痛みはますますひどくなり、今という救急車で病院に運ばれて緊急手術を受けました。局部麻酔だったのですが、この手術では抜糸後縫合部が化膿しまして、今でも10cm位手術創の痕

## 人の心を見る

が残っています。

それから3度目の手術は今から14年前で、その頃私はNHKで癌の番組を追いかけていたのですが、突然左の腎臓から大出血を起こし、それが膀胱に下って膀胱内で凝血しました。その時、私はこれは腎臓癌だと思ひ2度と病院を出られないかも知れないと思いました。入院患者は自分は回復して病院を出られるだろうかということをも考えているものなのです。

この入院で腎臓の検査の時、ドクターから造影剤が入ったら左の足の親指が熱くなると説明されたのですが、実際は違っていました。まず心臓の部分が熱くなり、それから■門を熱風が吹き抜け(笑)、最後に足の親指が熱くなったのです。

医師が患者に説明することは、殆ど本の知識からでしょうが、実際は本と異なる場合が多くあります。患者は医師や看護婦の言うことと異なる症状があると、こわくて言わないため、医学や看護の進歩が遅れるということがあると思います。これは患者の現場で何が起きているかをよく把握しないで医療・看護を進めるわけで、患者が心を開けるような環境を作ることが大切です。

私は医師と看護婦の間に患者があり、医学と看護学の間に患者学があると思っています。例えばお見舞いの場合でも同じで、日本では病人を見舞う時、ベッドの足元に立って話をしますが、あれは患者の枕元近くに立って顔を見ながら手を握ってあげる方がいいのです。看護婦さんも患者の近くまで来て顔色を見、声をかけてあげることが大切です。

対話では自分の心をどう相手に伝えられるかが大事ですが、最も気持ちが通ずるのは、相手の目と自分の目の距離は30~50cmが一番いいんです。これは赤ちゃんがお母さんのおっぱいを飲むとき、母親の目と赤ちゃんの顔の距離でありまして、母親が授乳をしながらささやきかけて、■と子のコミュニケーションを密にするその距離なのです。これは教育の鉄則ですが、「優しい声で教えられない人は、大きい声でもっと教えられない」と言われます。そういった基本的な人間工学が日本には欠けているのです。

看護婦さんは与えられた条件に迅速適確に反応することが大切ですが、更にまた、一人一人の患者に対して■有の看護観があると思われるのに、それが何故看護記録には書かれていないのでしょうか。そのような

ことを書くカルテスペースがないのです。検査結果でも同じで、血液検査の結果でも、そのデータに関して検査者の意見を書く欄がなく、単に検査結果を羅列しただけです。もっと現場の方は意見を出していくべきだと私は思います。マスコミは常に危機感をあおるような言い方しかしないので、看護職についても“3K”の一つなどと書かれているが、看護という職がどんなに素晴らしいものかということに、自信をもってどんどん抗議していくべきです。

看護では知識と心とをどうやって寄せ合っていくかが問題ですが、患者はいつも「自分は死ぬのではないか」という不安を持っているものです。それで患者は看護婦さんの日常の些細な態度をいつも見えています。女性らしい(今は男性の看護士もありますが)優しい振舞い、節度のある態度を患者は求めています。忙しい態度で患者に接するのが一番いけません。看護婦は患者を見詰めていると同時に、患者に見詰められているのです。

看護婦さんは患者の健康状態の回復をどこで見のでしょうか。人の健康はこの病気の場合であっても、必ず食欲に反映して来ます。個室の患者でも、食事の前後に「いただきます」、「ごちそうさま」が言えるようになった時、患者は回復に向かっていると言えるでしょう。これはその人が他人のことまで考える心の余裕が出て来たことを示すのですが、こんなことは看護婦さんは看護学で学ばないのではないのでしょうか。

挨拶の挨拶は「ひらく」、拶は「せまる」ということを表すのですが、要するに自分から心を開いて相手に声をかけることなんです。廊下ですれ違っても「いかがですか」の一言が、患者に大きな喜びを与えます。嫁姑のよい関係を作るのにもなるべく多くお互いに名前を呼び合うことが必要なんです。患者に一言いう時でも「お元気ですか、鈴木さん」と名前を付けて呼ばれるととても嬉しいのです。

私は若い頃からボランティアとして障害者や精薄者にささやかな光をあてる力になりたいとの念願を持っていたのですが、平成5年4月25日、700人の障害者を含む4,000人の大合唱による「こころコンサート」を県立劇場で開きました。この初めての企画を実施するためには、障害者の方々も長い時間と努力が必要でしたが、その準備期間を通して皆が知ったのは、障害を持つ人達は本当にうそをつくことを知らないで、自

## 人の心を見る

分の持っている能力を一生懸命伸ばそうと努力している美しい姿の人達なのだとのことでした。

人間は皆その内部に美しいものを持っているのです。この「人は皆美しいものを持っている」と信じている象徴が看護婦さんであり、そのことから医師や看護婦などの医療者側は「患者に診療・看護をしてやっている」のではなく、「診療・看護をさせて戴いている

のだ、患者さんありがとう」と感謝の気持で行うのが看護の原点だと思うのです。インドの診療はこの観点に立って行われているのを私はインドで暮らして知ったのですが、今後わが国でも医療・看護のますますの発展が望まれるにつけ、常にこの看護の原点を失わぬよう見詰めて行って欲しいのです。

## 「看護研究のサイエンティフィック・ロマン」

近畿大学医学部公衆衛生学  
早川和生

### 1. 臨床研究と基礎研究

「研究は、ヤングマン・スポーツである」と言った著名な科学者がいました。若く柔軟なアイデアと体力が研究の源泉であることを比喩した言葉であろうと思われれます。一般に研究を大別すると、技術改革や応用面を重視するテクノロジー研究と根本原理の究明を重視するサイエンス研究に分けられると言われています。東北大学学長の西沢潤一氏の言葉を借りるなら、サイエンス研究は未開のジャングルを斧で切り開くような研究、道なき原野に人がやっと通れるような細い道をつけるような研究であり、テクノロジー研究はその道を広げて舗装して産業道路として利用できるものにするような研究と言われています。

看護研究は、基本的に臨床応用を念頭に置いたテクノロジー研究に属する研究です。近年、テクノロジー研究がサイエンス研究に直結しつつあることから、サイエンス研究の新しい成果を土台にして、臨床面で新技術の開発とか、時代を先導するような臨床研究も可能になってきているように考えられます。

看護学や医学は実学であり、実践の総合学問です。つまり、他の学問分野の進展を必要に応じて遠慮なく取り入れ利用していくことが必要であろうと考えられます。また、事実、医療全体の進歩、特に最近の高度な研究の多くは、MD（医師）でなくPhDによってなされており、臨床医はその恩恵に浴していることが多いと思われれます。

看護学も日進月歩の科学を臨床に応用する責任があるとともに、看護研究者の一部の者はサイエンス研究、基礎的な研究に専念するグループが必要と思われれます。なぜなら、既存の臨床看護が壁に突き当たったときに、その壁を突き破り、ブレークスルーをもたらすのは基礎的研究、サイエンス研究の役目だと思うからです。

サイエンス研究は本来、改良型研究や積み重ね型研究ではなく、革命的要素を持つものだとされています。全く予想できないこと、伝統や主流から離れ、新しい基盤を出発点とする研究といえます。

### 2. 模倣型研究からの脱却

日本の科学技術は明治以来、欧米の模倣と改良に終始してきました。かつて、帝国大学の教員は欧米の大学に派遣され、留学すると洋行帰りのハクがつき、学んだ知識技術を学生にそのまま教授してきました。そのため、科学とは決まったレールの上を走る列車のようなもの、理論どおりにできあがっている学問であるという観念が日本で広がってしまったのでしょう。

しかし、すでに明治から百二十数年、今やこの明治以来の染みついた日本の模倣と改良型の研究習性は、大幅な修正を求められています。

### 3. 勇気をもって新しい基本的コンセプトの提唱を

科学の基礎的研究とは、基本的なコンセプトの提唱を勇気をもって行うことです。世界のだれかが既に提唱しているコンセプトを借用するなら、それはもはや科学の基礎研究ではなく、模倣研究であり、ただ乗り批判をされても仕方ないことでしょう。ただ乗り批判は、研究者生命を賭けてでも新しいコンセプトを提唱しようとしぬ卑怯さに対する人格批判なのです。

### 4. 博士課程は基礎的訓練の場である

一般に大学における研究は主に大学院生によって維持されています。大学院の博士課程の学生は3年の年限内に博士号を取ることを目標に授業料を払って研究に従事しています。博士課程の研究は、3年程度の研究で一応の論文が書けるように与えられるテーマの結

果は最初から予想がついています。博士課程の研究は、研究者の卵になるための訓練であって、科学的研究とは程遠いものです。

日本では毎年約6,000名以上の方が博士号を取得していますが、その多くはその後研究らしい研究もせず、研究者としては余り良いものにならない人になっているのが現状ではないでしょうか。博士号を取得した後にどれだけ良い研究をしたかが研究者としての勝負どころ、最も大切なところだと思います。博士号の取得はスタートラインであり、一人前の研究者になれるか否かは、偏にその後どれだけ成長したかにかかっていると言えます。

## 5. 研究の成果第一主義は夢を枯渇させていないか

ただ、現実には研究をする者にとって外的条件は非常に厳しい状況にあります。それは、研究者の評価が発表論文の数で評価されるようになってしまっていて、研究に短期間で論文としてまとまった成果の出ることが求められるからです。

その結果、研究者は実現できるか否かわからないような大きなテーマを設定するのをやめ、短期間でやればできると予想のつく小さなテーマを設定し、これを次々とこなして一生を過ごすということになってしまいます。

このことが、研究者から心のときめきや感動を奪い、研究をつまらないものにしてしまっていないでしょうか。研究者が夢中になれるようなテーマについて、精一杯活き活きと生きていけることができれば、なんと素晴らしいことでしょうか。

## 6. 豊かな研究社会の基礎

多くの研究者は現在、皆が関心を持つようなテーマについて研究し、その中で先頭に立とうとします。つまりナンバーワンになろうとします。そのほうが研究費の獲得にも有利ですし、短期間にある程度の論文も書けるからです。しかし、このような研究では例えナンバーワンになりえたとしても、真の満足や感動は得ることが難しいと思われる。最もよい生き方は、自分を生きるということです。自分しかできない、本当に興味を持っているテーマを設定して生きることだろうと思います。

別の言葉で表現するなら、ナンバーワンよりオンリーワンを目指す研究の進め方です。ナンバーワンを目指す研究者にとって道は一つであり、その中であって先頭に立つことだけをいつも考える癖があるので、学問において深くても狭い傾向がみられます。

器量というのは、自分と異質なものを受け入れる度量の大きさと言えるでしょう。研究においてゴールの設定は各人各様にあるべきです。つまり、異質な研究上のゴール、それぞれの価値を我々が受け入れる度量を持つことが豊かな研究社会を築く基礎となるのではないのでしょうか。

## 7. 師に向かって知的謀叛を

レオナルド・ダ・ビンチは画家としても科学者としても多方面に大活躍した人ですが、彼の有名な言葉に「師を凌駕せざる者は衰れなるかな」というのがあります。科学、サイエンスというのは、欧米文化の中で生まれたものであり、ダ・ビンチの言うように科学では、新しい学説を打ち立て、伝統を打ち破ることが重視されます。日本の学校では古くから、師を尊び「師厳にして然る後に道尊し」のような考えがありますが、新しい看護学を確立するためには、欧米風の気概を若い看護学徒の皆が持つことが必要であり、看護研究者には師に向かって知的謀叛を起こすだけの熱気とエネルギーを期待したいと思います。

また、ダ・ビンチと同じ時代を生きた有名な人物に近代解剖学の父、バサリウスがいます。バサリウスは外科医でもあったのですが、かつて大学の解剖学の教授は決して死体には触りませんでした。高い段の上に立って棒で指して、そこを切って、どこを切ってと言うだけで自分では決してメスを持たないのがプライドになっていました。バサリウスはそれを完全に否定して、自らメスをもって解剖した最初の解剖学者となりました。看護学にとっても何か示唆となる人物のように思われます。

## 8. アカデミック・カルチャーの醸造

高度に発達した専門職は、その職種内に学問的な雰囲気、アカデミック・カルチャーを持っているものです。現在、看護系大学の数が急増しつつあり、日本の看護教育は大きな変革期に入っています。これは看護職種内に新しくアカデミックな雰囲気をかもしだす基

盤ができてきたこととなります。学問としての看護を追求するリサーチ・コミュニティが形成されつつあります。今後、質の高いアカデミック・カルチャーを職種内に醸造していくことが大切でしょう。

## 9. 看護研究三角定規論

私は勝手に、看護研究三角定規論というのを持っています。三角定規は上を持ち上げると、それに伴って底辺も持ち上がってきます。それと同じように、看護研究も指導者層が常に自分の研究レベルの向上に努めることが、看護研究全体のレベル向上につながると思っています。昨年、看護科学学会のシンポジウムで、日赤看護大学の小玉教授が、看護科学会誌の論文は修士論文ばかり多くて教員の論文が極めて少なく、教育者自身は研究の指導はしているけれども自分はないと長年の編集委員経験を基に批判しておられました。的確な現状分析と思われる。

## 10. 看護研究の流れ

看護研究の歴史的流れについては、教科書などにヘンダーソンの区分などがよく引用されています。私はこれを三段階に大別しており、ナイチンゲール以後20世紀初期までのヨーロッパ看護の時期、それから20世紀中期から後期にかけて米国で研究が活発化してきた醸造期、そして現在は開発期、看護独自の研究によるナースング・イノベーションの時期に入ってきていると考えています。

日本における看護に関する基本的概念は、1952年出版のペプロウの「人間関係の看護論」や、1960年出版のヘンダーソンの「看護の基本となるもの」に代表される1950年代のアメリカ看護の考え方が基本になっており、未だにそこから脱却できないように思われます。

## 11. 現代看護の Movements

研究は時代の変化を反映して、ファッションのように流行り廃りがあります。ファッション性は一概に悪いものではなく、波を打ちながら全体として進歩発達していけば良いと思われます。

例えばアメリカにおける看護のムーブメントですが、1970年代は看護過程、ナースングプロセスがブームになりましたが、今ではナースングプロセスは古臭い言

葉になっておりナースングコンテンツという言葉が好んで用いられます。1980年代に入ってから看護診断ナースング・ダイアグノーシス、そして1990年代に入ってからナースング・インターベンションにスポットが移ってきています。看護診断は患者論、つまり対象論が中心課題ですが、ナースング・インターベンションはナースの行動、実践論が中心課題になっています。

マクロフスキーらは、ナースング・インターベンション (Nursing Intervention) の同義語として、Nursing Treatment (看護療法、看護治療) という言葉を用いており、現在最も重点的に研究を進める必要があるのは、この看護療法、看護治療であると考えています。米国では既に大規模な研究プロジェクトが連邦政府のグラントで進行中であり、各種看護療法の名称化と定義・技法が急速に進展しつつあります。

## 12. 日本でも国立看護学研究所の設立を

最近の米国の看護研究に非常に大きなインパクトを与えたものとして、NIH (National Institute of Health) の中に設置された NINR (National Institute of Nursing Research) があります。広く知られるように、NIH は世界のヘルスサイエンスのメッカであるとともに、連邦政府の膨大な医療・生命科学研究費を一手に握っています。この NIH の中に、1986年に国立看護学研究所 (NCNR) が設置され、1993年には昇格して国立がん研究所や国立老化研究所と同格の組織として国立看護学研究所 (NINR) となりました。NINR は研究機関であると同時に、看護学の分野における連邦政府の研究費を一括して掌握しています。この研究所が設立されたことにより大きく進歩した研究は、生理学的な看護研究です。

NCNR の初代所長のヒンショー博士は、NIH の中に看護学研究所が入ったメリットを次のように挙げています。

1) 看護学の研究がより確固とした科学的基盤を持つ生物医学行動科学の枠組みに近づくことによって、看護研究が安定した基盤をもつのみでなく、他の医療専門職との共通基盤が広がった。

2) 看護学が実践の科学、応用科学であることから、その基盤は他の基礎学問に立脚しており、基礎科学部門の研究者と交流することにより、その研究成果を総合的に取り入れて看護研究を発達させていくことがで

きる。

3) 看護学の視点から科学的研究が実施され、発展したその成果がヘルスケア全体の枠組みにスムーズに取り入れられ、他の職種にも利用されるようになった。

これら3点は看護学が学問的に発展し、社会的重要性を高める上で基本的に重要な点であると思われます。日本でも是非、大規模な国立看護科学研究所の設立が必要と考えられます。そうすれば、大学とは異なって看護カリキュラムにとらわれない、新しい看護研究部門を設置することができ、新しい研究の芽を育て、看護学の総合的な発達が図れるのではないかと考えられます。

### 13. 思想としての看護学

現在の学問分類は、古代ギリシャ時代に始まるものです。学問分類は近年、急速に細分化されてきたと同時に統合化の流れも強くなる傾向が見られます。従来見られた人文社会科学と自然科学の間の明確な境界も、近年両者が入り混じって不明瞭になってきているように思われます。

看護研究も単なる実学としての研究ではなく、文明論や思想につながる学問へ昇華する必要があると思われる。人間存在の意味、人間の根源に関わる学問としての看護学という意味です。

従来、看護学はアート・アンドサイエンスと呼ばれてきました。アートは職人芸術的な技を示しますし、サイエンスは科学的基盤を示しています。しかし、技や科学にとどまらず、さらに大きく踏み込んで、思想(Philosophy)としての看護学になる必要があると私は思っています。つまり、他の学問に先駆けて新しいコンセプト、概念を提唱して社会に新しい視点をもたらすことのできる学問の一つになるという意味です。

### 14. 国際試合と他流試合

そうした発達の第一歩として、看護職の研究者は今後国際試合と他流試合を大いにする必要があると思われる。国際試合というのは、欧米の看護学研究者と競争して、彼等を上回る研究成果をあげたり、欧米の看護学が持っていない独自の優れた看護技術を開発したりすることです。他流試合とは、他の専門職と競い合い、打ち勝つだけの専門的な技量を持つことを示します。

国際試合や他流試合をして打ち勝つことのできるパワーの源泉は、他の人が持っていないものを持つことでしょう。つまり他の職種、他の人ないアイデアがある。それから、他にない研究テクニックを持っている。そして、他にない特異的な研究対象を把握している。この3点は、パワーの源になると思われます。

また、学際的研究をする場合でも、看護職がリーダーシップをとって実施する必要があります。本学会は、元来、学際的研究を当初からうたっている学会ですが、臨床家同士の研究、つまり医師と看護職との研究では発展性に限度があります。もっと異なる領域との研究が必要でしょう。例えば、動物行動学とか、霊長類学とか、衛生工学とか、様々な領域が考えられます。学際的研究は異質な者同士がぶつかり合って、新たな展開を求める点に意義があります。

### 15. 若い世代に知的自由と時間的余裕を

これは大学で教授等の既に指導的立場にいる会員の先生方に対する私の要望なのですが、20歳代、30歳代の若い教員に自由に知的発想と研究活動がのびのびと行える時間的余裕を与えてやってもらいたいと思います。

将来、研究者として成長するのに最も大切な20歳代、30歳代を実習と雑用でつぶしてしまてはいけません。将来のリーダーとなるべきこの年齢層の人達が互いに切磋琢磨し、各々の専門知識と技能を向上させる自由が保証されるべきと思います。若い世代の看護研究者にフリーハンドの自分の時間を十分に与えなければ、新しい看護学の学問的領域を開拓するはずの若い芽は大きく開花できません。

また逆に、若い看護学研究者の方々には、レオナルド・ダ・ビンチの言うような、既存の原理を抜け出して、新しい学説を打ち立てるエネルギーと熱気を期待したいと思います。

### 16. マクリントック女史のノーベル賞

1983年のノーベル賞を受賞した生物学者バーバラ・マクリントック女史は、キューリー夫人と並んで単独でノーベル賞を受賞した数少ない女性研究者です。彼女の受賞は、世界中の女性研究者の心と血を大いに沸き立たせた人なのでご存じの方も非常に多いと思います。

彼女について非常に示唆に富むのは、受賞の時に彼女は、名もない小さな研究所で細々と研究に従事していたということです。陽の当たらないポストで黙々と地道に自分の研究に励んできた彼女の真摯な態度は、本当の研究者の姿だと思います。

研究の良し悪しは、その人の置かれたポストとは無関係なのです。研究の評価は、その人の肩書きとか、有名であるとかないとかいった、世俗的なことは本来関係ないのです。日本では、研究者の評価がともすれば表面的でブランド指向が強いのですが、全く無意味なことです。

無名の研究者が人知れずコツコツとすばらしい研究をしていることが少なくないと思います。研究者には謙虚な態度が必要です。なぜなら、研究とは不思議なものに対する知的探究であり、不思議とは自分の能力を越えた事実人間が感じる謙虚さと思われるからです。

いつか近い将来、真摯な努力を続ける Nurse Scientists の中から最初の Nobel Prize Winner ナースが生まれる日がくることでしょう。

#### 16. 看護学は「生命を讃える科学」であれ

なお最後に、看護研究の究極的な目的に関連することなのですが、看護学という学問が新しい学問として、「人間の生命をたたえる科学」、「人生讃歌の学問」と

して発達していくことが我々看護職が研究に込める願いであり、共通のフィロソフィであろうと思います。

#### 文 献

- 1) 中沢新一：森のパロック，せりか書房，1992
- 2) 永田 豊，他：ノーベル賞に輝く人々，藤田企画出版，1983
- 3) TH. Meyer-Steineg, 他（小川三監訳）：■ 説医学史，朝倉書店，1965
- 4) 中沢潤一：私のロマンと科学，中央公論社，1990
- 5) 早川和生：日本にも大学らしい看護大学をつくらうヨ，看護教育，31 (7), 386-387, 1990
- 6) 池上英雄：何が科学の研究か，日経サイエンス，1月号，1，1993
- 7) 柳田博明：日曜論争，毎日新聞，1月7日，1993
- 8) 松本 元：Number 1より●only 1をめざす研究へ，出典不明
- 9) Hinshaw, A.S. : National Center for Nursing Research, Current Issues in Nursing (ed. : McCloskey J.C.), Mosby Co., 357-362, 1990
- 10) Bluechek G. & McCloskey J. : Nursing Interventions ; Essential Nursing Treatments, W.B. Saunders, 1992

## ケアを拡げる看護診断

— その視点とデータ処理の方法を中心に —

Nursing Diagnosis as a Power for Quality Care

広島大学医学部保健学科

野島良子

### I. はじめに

看護者が看護実践をすすめる際に、もしもその目標点や、目標点に到達する経路ならびに方法が漠然とした曖昧さのなかにおかれていたならば、個々の看護者は看護の本質をどのように実現してゆくことができるだろう？クライアントは看護者たちに何を期待できると考えるだろうか？今日、看護実務者の中で看護診療に対する関心が大きくなっているような高まりを見せている。これを一種のブームとみなして、この関心は早晚消え去るであろうと予想している看護関係者がなきにしもあらずだが、看護実務者たちが看護診断に示している並々な関心は、看護実務者たち自身が21世紀の実像を高齢化社会として視野に収めるなかで、看護の動きを期待する社会的要請を認識し、自覚的かつ自律的に変革へと向かおうとする動きの兆しと見る方が正鵠を射ている。1991年に日本看護診断研究会が設立された際、設立準備にたづさわった関係者大方の予想に反して、参加申し込み者は1,500人をはるかに超えたが、その大半は実務に従事している看護婦たちであった。国民の健康生活をめぐる諸問題に病院や施設に於いてだけでなく、地域や家庭に於いて医療、保健、福祉関連職種の中で最も幅の広い役割を果たさなければならない立場にあるのは看護者であることを看護者自身が痛切に自覚しはじめたとき、彼女らが看護者であるから介入できる健康上の問題は何か、その問題はどうすれば同定できるか、その問題を看護の消費者に説明する際にどのような言葉を用いれば相手に内容を正確に伝え、同意を得ることができるかと、真剣に模索し始めたとしても不思議ではない。そうした模索の中で現に実務についている看護者たちが探り当てたのが看護診断であるとみることはできまいか。

米国では、Peplauが看護のアイデンティティクライシスと呼んだ<sup>1)</sup>職能上の深刻な自省の時期を経験する中から、その後、専門職業としての看護が根拠できる看護理論の構築が促されていった経緯がある<sup>2)</sup>。この歴史的経緯は看護診断を取り込んで我がものとするのが■の看護実務者たちの現在の姿を理解するうえで示唆に富んでいる。

しかしわが■の看護実務者たちのこうした動きは、昨今、突然表面化してきたのではなく、その種子は看護研究者たちの先見的な努力の中で蒔かれ育成されてきていることを見落してはならない。1978年、徳島大学教育学部の福井らは看護学を看護診断学と看護治療学から構成される一つの知識体系と位置づけ、看護診断を「患者を一人の人格としてその健康状態を概念として認識する過程」<sup>3)</sup>と規定し、次のように述べている。

眼前の患者を一人の人格として注視する時点で、「得られた情報の一つ一つを分析し、抽象し、取捨して今まさに総合され、概念としてその患者の健康状態(心理・社会をも含めて)を把握し認識しようとしている。この思考のプロセスがあってはじめて個々の患者の情報の変化に対応していけるのだと考える。」<sup>4)</sup>

当時は、しかしながら看護者であるから解決できる健康上の問題を同定するには、データを収集・分析・総合して、それらが示している意味を判断するという認識過程を経なければならないという、いわゆる科学的な問題解決方法としての看護過程という概念さえ未だ十分には理解されていなかったためか、福井らの提唱は看護実務者はおろか、看護研究者たちからもほとんど注目されなかった。けれどもその理念は基層低音として関係者の心底で密かに鳴りつづけ、その後、関連文献の翻訳紹介<sup>注1-3)</sup>、本学会地方会の活動<sup>注4)</sup>、さ

らに本学会第16回総会シンポジウムの主題<sup>註5)</sup>として養育的に再登場してきている。

このような経緯を踏まえつつ、本稿では看護実務者たちが現在最も大きな困難を覚えていると思われる正確な看護診断の立て方に照準を合わせて、診断を立てる際の視点とデータ処理の方法について論じる。

## II. 看護診断の基本要件－正確であること

### 1. 診断事例

看護診断の働きは看護介入の焦点を同定することによって介入の方向を明確に指示するところにある。それゆえ看護診断に求められる最重要の基本要件は診断の正確さに求められる。看護診断を下すということはクライアントの健康に関連する諸現象のなかで、看護ケアを必要としている問題の焦点を“それ”，あるいは“これ”と限定的に同定することである。ここには“何かそのようなモノ”とか，“何かこれに似たようなコト”といった曖昧さが入り込む余地はない。現象の具体的で個別的な把握とそれへの命名だけがある。

しかし実際に報告された診断事例を検討してみると、現状では明らかに誤診断と言わざるを得ないような見当違いな診断が少なからずある。次に引用する診断事例<sup>註5)</sup>もその一例であるが、この診断事例では老人性うつ病という病名のついた70歳の女性患者の全体像に関するデータは、患者の概要、健康認識・健康管理、栄養・代謝、排泄、セルフケア能力を含めた活動・運動、酸素・循環、睡眠・休息、認知・知覚、自己概念、役割・関係、コーピング・ストレス耐性、性・生殖、価値・信念の各カテゴリー別に収集・整理され、さらに身体診査に関するデータが加えられている。これらのデータを要約すると次のような患者像が描画できる。

1) 患者は中規模の水道工事会社で秘書として定年まで働いていた、独り暮らしの70歳の女性である。

2) 病名は老人性うつ病。彼女には3人の子供達があり、近郊に住んでいる。彼らからは電話コールや休日の訪問がある。

3) 食事に対する興味の喪失と胃腸障害がある。1日2食。主食は米飯。副食はほとんど作らずスーパーで買い求めている。

4) 数カ月前から頑固な便秘がある。緩下剤によってのみ排便できる。

5) 1日の大部分をぼんやりテレビを観て過ごし、

入浴、身繕い、家事、買物、料理を怠りがちである。

6) 睡眠が中断し、熟眠感がなく、絶望的な気分で目覚める。

7) もっとも親しかった友人が昨年死亡。1年前の夫の死が喪失感をもたらしている。

8) 今までの生涯は比較的平穏。夫が死亡してからストレス状況にうまく対応できなくなった。悲観的、絶望的で死んでしまいたいという気持ちがずっと続いている。

9) 身体診査の項から：「話し方は非常にゆっくり、小声、言葉すくなく反応、思考の進み方はいくらか途絶、筋は通っている。」

10) 思考過程は「絶望感、無縁感が持続。」「自殺企図は否定するが死にたい気持ちはしばしば起こるといふ。」（「」内は原文のママ）

これらのデータはダイアグラムで整理されたうえで、1) 自分自身に向けられた暴力（自殺）の危険性、2) 自己尊重の低下、3) 社会的相互関係の障害、という3つの看護診断名が導きだされている。これらに対する看護ケア計画は、期待される結果が各々次のように設定されている。診断1) に対して、「入院中自殺企図をしない。」診断2) に対して、「自分自身の価値を評価する。」診断3) に対して、「他者と交流し、活動に参加する。」

### 2. 修正後の診断事例

この診断事例の記述それ自体にはもとより優れた点が多々ある。なかでも収集された患者に関するデータがGordonの提唱する11の機能的健康パターン<sup>註6)</sup>に従って整理されているので、福井らの言う患者を一人の人格として注視する眼差しが、看護独自のそれであることを鮮明に浮きださせることに成功していることを評価しなければなるまい。しかし、ここで引き出されている診断名のそのものは患者が直面している問題の本質を正確に捉えたものはいない。ここからはむしろ、これらは認知された看護診断名であろうか？これらは真にこの70歳の女性が直面している健康上の問題を解決に導く看護診断名であろうか？という疑問が生じてくる。そこで患者のデータを読みなおし、Gordonの看護診断マニュアルに従って分析しなおしてみた。その結果次の10診断名が上がってきた。

# 1 役割遂行における混乱。

# 2 社会的孤立；（活動性の障害）に関連した。

- # 3 自尊心の障害。
- # 4 非効果的コーピング（個人の）；（状況的な危機）に関連した。
- # 5 無力（人間関係の相互作用）；失望のライフスタイル）に関連した。
- # 6 反応性抑鬱状態（状況的）；無力の知覚）に関連した。
- # 7 総体的なセルフケアの不足。
- # 8 睡眠パターンの障害；（個人的なストレスと、環境または習慣の変化）に関連した。
- # 9 腸性便秘；（食餌量が不足と、運動の不足または寡動と、精神的障害；ストレス）に関連した。
- # 10 潜在的な暴力（自殺）。

これらの診断名相互の関連を整理してみると、この70歳の女性の看護ニード発生過程<sup>7)</sup>は次のように推論できる。すなわち、定年退職、子供達の自立、夫の死と友人の死等が役割遂行における混乱と社会的孤立をもたらした際、これらに対して自尊心の障害と非効果的なコーピングの2要因が加わることによって無力、あるいは強度の無力感が生じた結果、反応性抑鬱状態（状況的）に陥ったのではないかと推察される。

これに対して総体的なセルフケアの不足、睡眠パターンの障害、腸性便秘、潜在的な暴力（自殺）等は一見看護独自の診断名、あるいは看護が独自に介入し得る健康上の問題であるように見えるが、実は老人性の鬱病の症状として発現してくるところの症状である。つまり、これらはこの70歳の女性の現在像<sup>8)</sup>にかかわる診断名であるといえる。

同一の患者に下されたこれら2つの看護診断例を対比してみると、両者の間には焦点のずれが明白に存在することがわかる。上に引用した診断例では、診断1)「自分自身に向けられた暴力（自殺）危険性」に対して「入院中自殺企図をしない。」というところに看護の目標が設定されているが、現在の健康上の問題である抑鬱状態が何故生じてきたのかということを説明することなく、自殺企図の防止にのみケアの焦点が置かれると、その看護ケアは必然的に監視に力点が置かれたものになりかねない<sup>9)</sup>。この女性の場合には効果的なコーピングパターンを身につけ、自分が置かれている状況というもの、つまり無力感から脱することがで

きるようなその状況の解決を役割遂行—なんらかの形でもとももっていた役割を遂行する—のパターンを取り戻し、それによって社会的孤立から脱していく、と同時に結果的に自尊心をとりもどしていくという図式に基づいて看護ケアの計画がたてられるべきではないか。

## Ⅱ. 看護診断の本質

### 1. 看護診断の諸定義

診断の誤りは何故生じるのか？その理由を看護診断の本質に内在する判断作用の中に求めてみる。看護診断とは何か？それはどのように定義されているか？Gordonは看護診断の定義を3つの観点、すなわち概念上の定義、構造上の定義、文脈上の定義において整理したうえで、「診断というのは個々の様々な結果と治療がそこから決定されてくることの認識上の“中継基地”にすぎない。」と述べている<sup>10)</sup>が、ここでは誤診を仮に、診断するという看護者の認識の範疇で生じる現象の捉え違い、と規定しておいたうえで、看護診断の諸定義を検討してみる。

Komorita, N. I. (1963) の定義

「看護診断とは、科学的知識に基づいてなされる鑑別的な判断である。そして患者の問題や諸ニードを体系的にアセスメントして看護を提供する過程である。」<sup>11)</sup>

Henderson, B. (1978) の定義

「現実に存在する、または潜在する健康上の問題を、さまざまなデータで裏づけて記述したものである。ここで記述される問題というのは、その原因、または関連する状態や状況が看護介入によって効果的に処理されるものを指す。」<sup>12)</sup>

福井公明ら (1978) の定義

「患者を一人の人格としてその健康状態を概念として認識する過程。」<sup>13)</sup>

野島良子 (1984年) の定義

「看護実践活動の対象となった諸個人、あるいは集団の、満たされるべきニード（必要）について、科学的根拠に基づいてくださった判断である。」<sup>14)</sup>

Woolley, N. (1990) の定義

「看護診断とは健康に関連した諸因子を組織的にアセスメントし確認するという、論理的推論作用を通して到達した問題を、計画的にのべたもの。」<sup>15)</sup>

Gordon, M. (1990) の定義

「観察された看護現象を解釈するための概念モデル。臨床判断の中で用いられる診断カテゴリーは観察内容について解釈したり、考える際に展望や方法を与える。」<sup>16)</sup>

Taylor, S. G. (1991) の定義

「看護者が情報を得て、それに基づいて実査している状況について判断をくだす調査的過程である。それは調査的推理過程の結果であり、言語の体系である。」<sup>17)</sup>

## 2. 判断とは何か

上記の諸定義に共通するのは、看護診断を看護者が動かせる判断作用とみなす立場である。同時に、その判断は科学的知識に基づいており、合理的なデータの裏づけがあり、対象となるクライアントには健康上の問題と、それを解決する必要とが存査しているとみている。判断という概念は一般に看護判断、あるいは臨床判断という用語によって看護実践者に親しまれてきている。しかしその真の意味は何であろうか。平凡社の哲学事典によってみると、

「一般には、何事かを真であると思うことを判断という。それは命題をさし示し、かつそれが言語表現をとると文になる。したがって判断は、文を形成する思惟の面にはかならないともいえる。」  
そして判断力とは、

「一般にものを正当に認識、評価する思惟能力をいう。」<sup>18)</sup>

ところで、哲学者 Kant は判断を2つの認識能力、すなわち感性と理性をつなぐ中間項としておき、「判断力一般は、特殊を普遍のもとに含まれているものとして考える能力である。」<sup>19)</sup>と規定している。そして、「もし普遍（規則、原理、法則）が与えられていれば、判断力は特殊をこの普遍のもとに包摂する」<sup>19)</sup>場合のそれを規定的判断力と呼び、これに対して「特殊だけが与えられていて、判断力がこの特殊に対して普遍を見出す」<sup>19)</sup>場合、これを反省的判断力と呼んでいる。

## 3. 看護における判断

看護者の判断力は、1) その現象を観る観察力、2) その問題に関連した臨床的知識、3) その問題に関連した科学的知識、4) その問題に関連した経験、5) その人（クライアント）にたいする人間的関心、の5要素が互いに緊密に関連しあって成り立っている（図

1）。そして看護者が判断するということは対象となる現象について一ところで Kant が特殊を普遍のもとに從属させる際の自然の形式は極めて多様である、と述べている意味において、看護者の判断の対象となる現象は極めて多様な形式をもっている—1) その問題の本質は何か、2) その範囲はどこに及ぶか、について判断し、同定することを意味している。その結果は診断名によって表わされる。

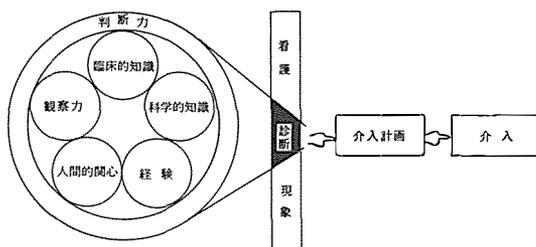


図1 診断と判断の関係

## 4. 看護診断名とは何か

看護診断名というのは看護者がその判断力によって同定したクライアントの健康上の問題の本質と、その問題の範囲を命題として記述したものとイえる。従って看護診断名は本来、ある事柄が主語—述語の関係において、

Pは、Qである。

と記述される場合の述語部分に相当するといえる。すなわち、

x氏が今直面している健康上の問題（P）は、（ ）に関連した（Q）である。

あるいは、

X氏に今現われている健康上の問題（P）は、（ ）に関連した（Q）である。

と記述できる。この主題—述語の関係において述語（Q）部分に相当するのが看護診断名である。

## 5. 診断名をつける（ラベルを貼る）ことの意味

ある人の健康上の問題に診断名をつけるということは、主語—述語の関係においてその人の健康上の問題を記述する際に、述語部分（Q）を特定の診断名で限定するということである。これを判断力についての Kant の説明に倣って言えば、特殊を普遍のもとに包摂し得るか否かを判定することによって、その人の健

康上の問題を正しく説明し、評価しようとするものである。換言すれば、看護診断名をつける（ラベルを貼る）ということは、特殊、すなわちその人に現われている健康上の問題は、承認されたその診断名のもとに把握されている普遍の中に包摂されていると考えることによって、その人の健康上の問題の本質を正しく説明しようとするにほかならない。そしてここで看護者が働かせる判断力は反省的判断力であるといえる。

ところで、承認された診断名が包摂すると思われる普遍性はどのようにして与えられるか？考えられる一つの道は科学的研究である。科学的研究によって整理体系化された健康に関する諸現象についての法則一般が、もし普遍と呼んで差しつかえのないものであるならば、個々の看護者がてんでに命名するよりも、それらに公式に与えられた看護診断名（ラベル）を用いて判断結果を記述するのが妥当な道であろう。

#### IV. 誤診断の原因

##### 1. 誤診断の意味

誤診断の意味について考えてみるために、〈正確な〉診断の意味について考えておく。看護診断の対象となる現象は、その健康上の問題とそれに対するその人の反応である。従って多様な因子がこの現象に関与しているばかりではなく価値観も関与している。それ故に正確な診断と呼ぶよりも、妥当な診断と呼ぶ方が適切かもしれない。

妥当な診断はその人が直面している健康上の問題が何であるかを言い当てているばかりでなく、その解決につながる看護ケアの方法が自ずから含意されている用語で表現されている。つまり次のような3つの条件を充しもっているといえる。

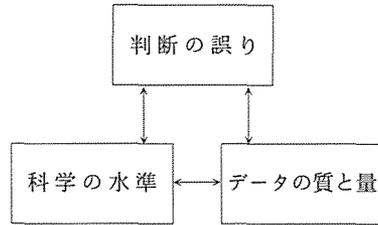
- 1) 現象の本質を正しく言い当てている。
- 2) その人が自覚している問題との間にずれがない。
- 3) 問題解決行動への指針を内包している。

##### 2. 誤診断の原因

誤診断は、1) 判断の誤り、2) データの量と質、3) 科学の水準、が原因となって生じてくる（図2）。これらの原因は看護者自身に起因するものと、看護者の外にあるものとに分けることができる。

###### 1) 判断の誤り

看護者の判断力を構成する5つの要素はそのいづれが欠けても、不足しても、妥当な判断を損なう。専門



■2 誤診の原因

家としての経験の多寡とクライアントにたいする看護者の人間的関心がデータを収集する段階で看護者の判断を左右する<sup>20-21)</sup>。なぜならば看護者の判断は収集するデータの取捨選択の段階ですでに働いているからである。さらに十分に自覚しておかなければならない大切なことは、判断主体は言うまでもなく看護者であり、診断結果は、看護者によって選択的に注目され、解釈された現象であるということである。熟練した看護者はたいていの場合、診断名として確定されるかもしれない診断仮説を、必要なデータを全て収集し終えた時点ではなく、データ収集が開始されたその時点で既にたてているのである。

###### 2) データの量と質

診断には主観的データと客観的データが共に用いられるが、それらのなかには既に顕在化しているものもあれば、未だ顕在化せず、隠されているデータもある。隠されているデータの中には時間の経過とともにやがて顕在化してくるにはちがいないが、さしあたって現段階では未だ、それと観察できるほどには顕在化していない、いわば自然的に隠れているデータと、反対にクライアントの何らかの都合によって意図的、人為的に隠されているデータとがある。どのようなデータが、どれだけ得られるかという問題は、看護者の判断力を構成する5つの要素と緊密な関係にある。データの絶対量の不足はいうまでもないが、顕在化しているデータのみによって診断をくだそうとすると、往々にして誤診に導かれることは、初心者の場合をみれば分かる。さらに、或ひとつのデータは以下に述べる睡眠の例で見ると、既にその中に複合する要素を包こんでいる可能性がある。

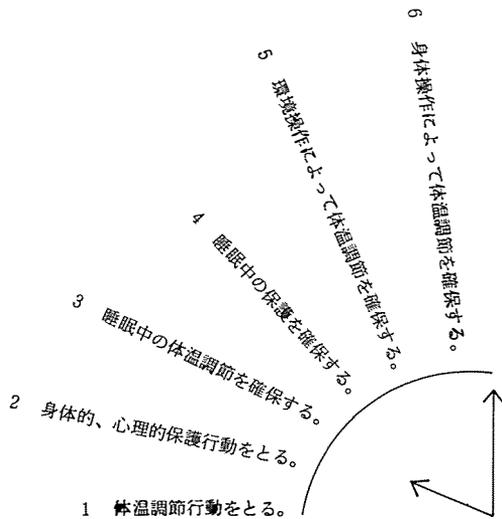
###### 3) 科学の水準

個々の看護者の能力や経験の及ばないところで判断を働かせる要素がある。科学の水準である。この例を、

「眠れない」と訴える患者の場合で考えてみる。

Gordonの「改訂看護診断マニュアル」でみると123診断カテゴリーのうちで、〈睡眠-休息パターン〉に含まれるカテゴリーは、「睡眠パターンの障害」のみである。その定義は、「睡眠時間が中断されることで、不快感、あるいは望ましい生活活動の障害を引き起こすこと」<sup>22)</sup>となっている。原因または関連因子に関しては僅かに、身体的不快感、個人的ストレス、家族のストレス、の3つが挙げられている。

従来、睡眠に関する看護研究者の接近は睡眠のメカニズムについての大脳生理学的研究や不眠の病態生理等からなされるのが一般的であったが、最近目にしたものに、「眠りに影響する要因としての外部環境と内部環境」<sup>23)</sup>という視点からの研究がある。この研究者らは眠りを不眠のレベルにおいて捉えるのではなく、自然な眠りへの援助という看護本来の役割に立脚したうえで、睡眠を生体の自然なリズムのレベルで捉えようとしている。このような研究の成果が、例えば、人は眠りにつくのに先だってどのような睡眠準備行動をとるかという研究<sup>24)</sup>(図3)の成果と重ね合わされた場合、睡眠パターンの障害についての看護診断は、そ



(Davis-Shartsの研究に基づいて野島が構成)

図3 睡眠準備行動

—DAVIS-SHARTSの研究から—

の原因または関連因子の中に上記の3因子に加えて環境因子や行動因子が掲げられてくるのに違いない。その結果、看護診断は「眠れない」と訴える人の問題の本態をより正確に捉えたものになり、その結果よりきめ細かな看護介入ができるようになってくるだろう。

## V. 妥当な看護診断をつけるための諸条件

### 1. 看護者の必要条件

- 1) 看護の機能を熟知している。
- 2) その健康上の問題の原因を生理学的/病理学的に十分に理解している。
- 3) その健康上の問題の解決法の原則を十分に理解している。
- 4) その健康上の問題に対するその患者の反応を熟知している。

これらの諸条件を実際の例でデータ分析の枠組み(図4-1)に当てはめて、看護診断をするための必要知識の範囲とその適用過程を考えてみると次のようになる。

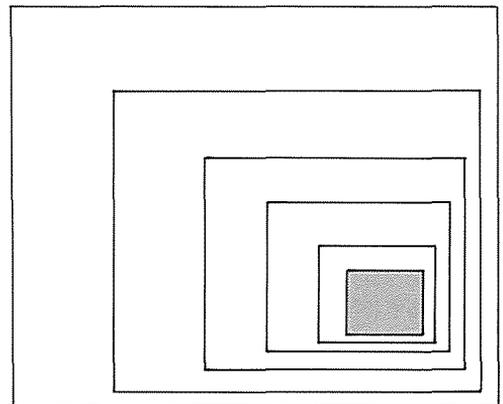


図4-1 データ分析の枠組み

例1; 「眠れない」と訴えている患者の場合(図4-2)。

最外枠→看護理論(例えばヘンダーソンのニード理論);

患者の休息と睡眠を助けることは看護の役割であることを熟知している。

外 枠→生理学と体内時計;

生体のリズムと体内時計について知っている。

ケアを拡げる看護診断その視点とデータ処理の方法を中心に

- 中 枠→大脳生理学；  
睡眠の原因を知っている。
- 内 枠→看護行動学；  
睡眠準備行動について知っている。
- 最内枠→臨床医学；  
その疾病と治療法について知っている。
- 核心部→看護過程；  
アセスメントできる。
- 看護診断→正確、妥当な看護診断名をつける。

- (1) 生活と休息へは？
- (2) 生命、機能、安全へは？
- (3) 食物摂取へは？
- (4) 排泄へは？
- (5) 孤独と社会的相互作用へは？
- (6) 自己概念へは？

看護診断→正確、妥当な看護診断名をつける。

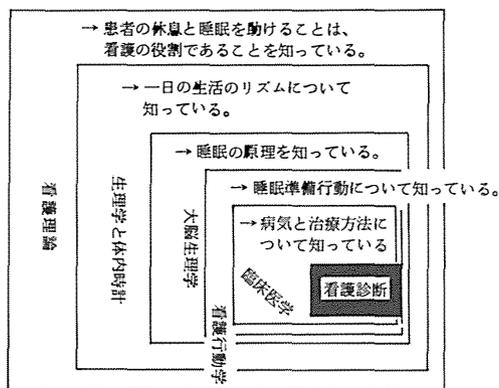


図4-2 看護診断のための必要知識の範囲とその適用過程

—「眠れない」と訴えている患者の場合—

例2；パーキンソン病を患っている人の場合（■4-3）。

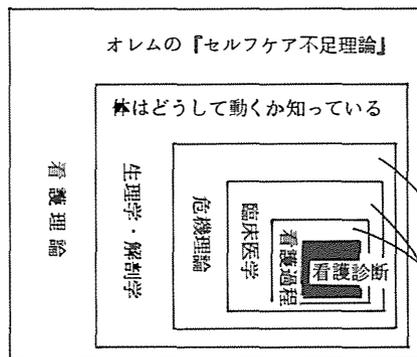
最外枠→看護理論；（例えばオレムのセルフケア不足理論）

外 枠→生理学／解剖学；  
身体はどのようにして動くかについて知っている。

中 枠→危機理論；  
人は発病という危機に直面したらどのように振舞うか知っている。

内 枠→臨床医学；  
パーキンソン病の症状、治療法、予後について知っている。

核心部→看護過程；  
アセスメントできる：パーキンソン病は普遍的セルフケアにどのような影響（不足）をもたらしているか？



人間は危機に直面したらどのように振舞うか知っている  
パーキンソン病の症状・治療法・予後について知っている

パーキンソン病は普遍的セルフケアにどのような影響（不足）をもたらしているか？

（伊藤好美，近田敬子両氏の論文（\*）に基づいて、野島が構成）

パーキンソン病のアセスメントと看護計画，  
臨床看護，16(13)：1900-1903，1990

図4-3 看護診断のための必要知識の範囲とその適用過程

—パーキンソン病の場合—

2. 正確、妥当な看護診断をつけるための条件

正確な看護診断をつけるための基本条件はデータの処理方法に関連している。

1) 良質のデータを収集する。

良質のデータとはより複合的な手がかりを内包している単純なデータのことである。収集されたデータ数の多寡は必ずしも正確、妥当な看護診断の前提条件にはならない。看護者の判断は早くも情報を収集する段階で働くことについては先にふれたが、学生や新人が情報を手回り次第収集しようとするのに対して、熟練した看護者は目の前の現象にのみ短絡的に結びついて

いと判断されたデータは、その時点で捨棄してしまうからである<sup>2)</sup>。良質のデータはクライアントとのよい人間関係の中から得られる。

2) データを上手に整理する。

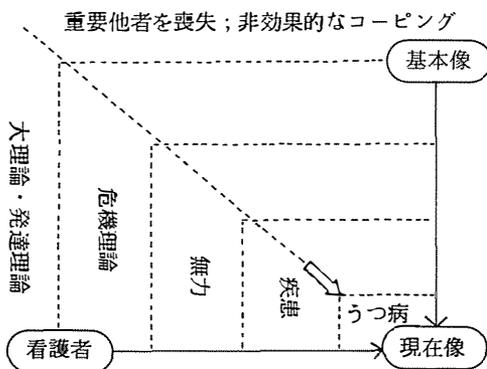
データを上手に整理するためには、次に述べる3つの方法を順次辿りながら整理するとよいであろう。まず、

①パターン別に整理する；一見雑然と現われているように見えるデータは、Gordon の機能的健康パターンや、Unitary person モデルの9つのパターンのような、一定の根拠に基づいて構成されているパターンに振り分けて整理していくうちに、クライアントの全体像を感知させる、あるぼんやりとした輪郭が浮かび上がってくる。

②クライアントの生活歴にそって整理する；パターン別に整理されたデータはすべてがクライアントの現在の状態を示しているとは限らない。生活歴に沿って整理することによって、後に診断名間相互の関係をみる際に、極めて有効な手がかりを得ることができる。

③看護関係の生成過程<sup>3)</sup>に沿って整理する(図5)；クライアントの基本像に関連しているデータ、看護ニード発生過程に関連しているデータ、現在像に関連しているデータ、修復・復帰過程に関連しているデータを鑑別して整理することで、一つのデータと他のデータとの関連が見分けられてくる。

3) データが暗示している意味を適切に読み込むために、関連する知識を豊富にもつ。



■5 看護関係の生成過程とデータ整理の順序  
—診断事例の場合—

4) 診断名と原因/関連因子、徴候/症候とを混合しない。

5) 診断名間の相関関係を相関図に描いてはっきりさせる；この作業はとりわけ看護介入計画を立てる際に重要になってくる。

VI. おわりに

高齢化社会がもたらしたのは高齢者の介護を誰が、何処でするかという問題だけではない。健康という概念にたいする国民の意識構造そのものが変革してきている。高齢化社会に生きる人々は健康を疾病や傷害の有無によってではなく、Nightingale が述べているように、自分もてる力を十分に発揮できるかどうかによって量り始めている。看護ケアが提供される場が病院であろうと、家庭であろうと、提供する看護ケアの焦点を科学的な裏づけのある明確な言葉、すなわち看護診断名で記述することによって、そこに内包されている看護ケアの意味が客観性を帯び、伝達可能なものになり得てくる。他方、看護ケアの焦点を看護診断名によって記述するという事は看護ケアを提供することに伴う責任をひきうけることを宣言することでもある。この点を認識することなしに、専門職としての看護を標榜しても、それは片手落ちである。

注1) Gordon, M. 草刈淳子他訳、看護診断マニュアル、へるす出版、1983年。

注2) Gordon, M. 野島良子、草刈淳子他訳、看護診断—その過程と実践への応用、医歯薬出版、1988年。

注3) Gordon, M. 草刈淳子他訳、改訂看護診断マニュアル、へるす出版、1983年。

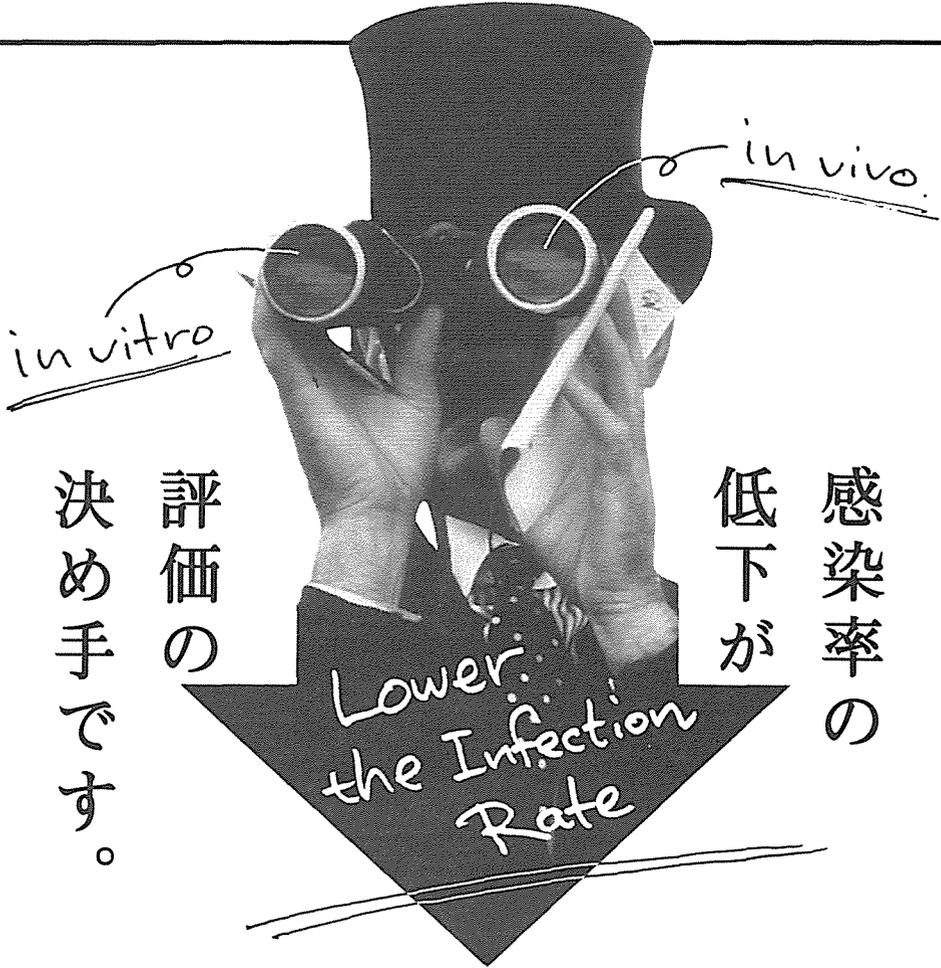
注4) 日本看護研究学会近畿・四国地方会主催、第2回「ニュー看護学・京都セミナー“看護診断を診断しよう”」、1989年。

注5) 第16回日本看護研究学会総会シンポジウム“「看護診断」とそれが看護に与える影響”、1990年。

文献

- 1) Peplau, H. E., The Changing View of Nursing, Int. Nurs. Rev. 24(2): 43-45, 1977.
- 2) 野島良子、看護論、へるす出版、1984年、pp.

- 17-30.
- 3) 福井公明他, 看護診断とその文献的考察, 看護技術, 24(10): 90-107, 1978. p. 102.
- 4) 福井公明他, 同上, p. 102.
- 5) 引野裕子, 老人性うつ病患者の看護, 臨床看護, 18(11): 1635-1641, 1992.
- 6) Gordon, M. 草刈淳子他訳, 改訂看護診断マニュアル, へるす出版, 1993年.
- 7) 野島良子, 看護論, へるす出版, 1984年, p. 141.
- 8) 野島良子, 同上, p. 141.
- 9) 引野裕子, 前出, p. 1639.
- 10) Gordon, M. The Concept of Nursing Diagnosis, Nursing Clinic of North America, 14(3): 487-496, 1979, p. 491.
- 11) Komorita, N. I., Nursing Diagnosis, what is a nursing diagnosis? How is it arrived at? What does it accomplish?, Amer J Nur, 63(12): 83-86, 1963, p. 84.
- 12) Henderson, B., Nursing Diagnosis; Theory and Practice, ANS, 1(1): 75-83, 1978, pp. 78-79.
- 13) 福井公明他, 前出, p. 102.
- 14) 野島良子, 前出, p. 161.
- 15) Wooley, N., Nursing Diagnosis: exploring the factors which may influence the reasoning process, J Adv Nur, 15: 110-117, 1990, p. 110.
- 16) Gordon, M. Toward Theory-Based Diagnostic Categories, Nursing Diagnosis, 1(1): 5-11, 1990.
- 17) Taylor, S. G., The Structure of Nursing Diagnosis from Orem's Theory, Nur Sci Q, 4(1): 24-32, 1991, pp. 25-26.
- 18) 林 達夫他監修, 哲学事典, 平凡社, 昭和46年, p. 1127.
- 19) Kant, I., Kritik der Urteilskraft, 篠田英雄訳, 判断力批判(上), 岩波文庫, 1964年, p. 36.
- 20) Lanz, E. R. and others, Clinical Specialty Preparation and Nurses' Interpretation of Client Situations, Wes J Nur Res 8(4): 431-444, 1986.
- 21) Radwin, L. E., Research on Diagnostic Reasoning in Nursing, Nur Diag, 1(2): 70-77.
- 22) Gordon, M. 草刈淳子他訳, 改訂看護診断マニュアル, へるす出版, 1993年, p. 204.
- 23) 鈴木馨子, 中川幸子, 自然の入眠をうかがうための援助, 臨床看護, 19(8): 1359-1369, 1993.
- 24) Davis-Sharts, J. An empirical test of Maslow's theory of need hierarchy using hologicistic comparison by statistical sampling, Adv Nurs Sci 9(1): 58-72, 1986.
- 25) Westfall, U. E. and others, Activating Clinical Inferences: A Component of Diagnostic Reasoning in Nursing, Research in Nursing & Health, 9: 269-277, 1986.



感染率の  
低下が  
評価の  
決め手です。

Lower  
the Infection  
Rate

感染率低下の効果的洗いには

**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。

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

院内感染率を4%グルコン酸クロルヘキシジンとアルコール製剤/石鹸で比較したところ、4%グルコン酸クロルヘキシジン群で低い傾向が認められました。

●院内感染発生数

152件



4%クロルヘキシジン群  
(対象者数) 1,352人

202件



アルコール/石鹸群  
(対象者数) 1,382人

《試験方法》1988年7月3日～1989年2月28日まで、アイオワ大学病院の3カ所のICU (外科、内科、循環器科) のスタッフの手洗いで Prospective multiple-crossover trial を実施し、収容されていた1,894人の患者での院内感染発生率を調べた。7月中、外科ICUでは4%グルコン酸クロルヘキシジンを使用、内科ICU、循環器科ICUでは60%イソプロピルアルコール (目に見える汚れがある場合には石鹸を併用) を使用し、翌月はお互いにもう一方の消毒剤を使用した。患者がICU入院後72時間以上経過して感染と認められた場合を院内感染と定義し、院内感染率に対する2剤の効果を比較した。

Bradley N. Doebbeling et al : The New England Journal of Medicine, 327(2), 88-93, 1992

※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。

ZENECA

発売元 (資料請求先)

**ゼネカ薬品株式会社**

〒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

## 看護教育私論他専門領域との比較において

前熊本大学教育学部

木場 富喜

只今、大変丁寧なご紹介をいただきありがとうございました。私は、看護教育私論というテーマに致しましたが、先程早川先生も言われましたように、本年の教育講演は一回りずつ年齢が違っているとのことで、その二回り、三回り大きいというよりも、最も年寄りであるのが私であるということになります。先程の早川先生の講演と、また、明日ございます教育講演が将来に向かって、ロマンと希望に満ちているということに比べ、私はただただひたすらに繰り返す言と思いと反省を申し上げたいと思います。

そして、学会でございますので、不真面目なテーマをつけるわけにはいきませんが、もし、この私が教育講演をするとするならば、その内容としてではなく、先程松岡先生から紹介して頂きましたように私は3月に定年になりましたので、気楽な気持ちでお話させて頂きたいと思います。

ご存じのように、平成2年から看護教育のカリキュラムが変わりまして、その中に老人看護という学科目が独立をいたしました。したがって、私の話の内容に教育的な意味があるのではなく、むしろ皆様のほうから見ると老人看護の対象である対象論としての私の考え方と行動を見るということにおいて、これは教育的ではないかと思っています。

そしてまた、座長の任をとっていただきます松岡先生も先程身に余る紹介をいただき大変恐縮をいたしました。先生は私のお見様、ボーイフレンドでございます。やはり私と同じように一度定年を迎えて、また新しい仕事に挑戦しておられるということで、私も、松岡先生も、新しい老人看護学の枠組みの対象論として見ていただくということが必要ではないかと思われまます。

私は、これまで昭和27年日本では最初の看護の4年生大学として出発した高知女子大学の初期に赴任して丸13年、そして看護教員養成課程として最初の出発を

した熊本大学教育学部で丸24年勤務させていただきました。この講演をするにあたりまして、なにしろ24年間の研究室の荷物を40個ぐらいの段ボールに入れたままで、どこを探しても資料が出てまいりませんで、そういう意味でも本当に講演というよりも繰り返す言になるかと思えます。

先程、私は将来に向けてのロマンをお話下さいました早川先生のご講演の中に、いくつか私がお話したいと思っておりましたことが表現を変え、入っていただいたことに深い感銘を覚えました。皆様もご存じのように、社会は動き、ものすごく早い速度で変化をしております。

日本の社会は大変ブームに弱いと言われておりますが、私は、その中でも看護もまたブームに弱い集団であるとともに、大変流行現象の激しい集団ではないかということに非常に反省を覚えております。

しかし、私は専門分野とか、学問あるいは研究等に関しましては、その変化、あるいは新しいものを導入することにやぶさかであってはいけないと思いますが、確かな蓄積が必要であることを忘れてはならないと思っているものでございます。

私は、先程ご紹介いただきましたように、高知女子大学の場合は家政学部でございました。また、熊本大学は教育学部でございまして、看護界からはなぜ家政学部にあるのか、なぜ教育学部にあるのかということに対し、疑問をお聞きした経験が澤山ございます。しかし、先程のお話の中でもありましたように、家政学の中には古くから家庭看護という分野をずっと持ち続けております。また、教員養成と看護婦養成はその歴史の中で多くの共通性をもっており、極めて実践的であるということにおいても、大変近い領域にあると考えております。スライド、お願いいたします。

ここに、教員と看護婦の共通する基盤についていくつか上げました。専門職を志向しているということに

において、これは看護婦養成も教員養成も非常に近い共通の問題を持っていると思います。

まず、専門職としての位置ですが、ご承知のとおり、医学、法学、神学が伝統的な専門職と言われております。教育学部のある教授は、専門的職業に関する論文の中で看護婦集団も、初等中等教育の教師集団も、真の意味での専門職を志向する準専門職に位置づけております。これは、両方とも共通の問題をもっているからでございます。

もう一つは、養成教育の歴史であります。昔、教員養成は師範学校でございました。同じように、看護婦養成も病院附属看護学校で、自分で授業料を出し、自主的に学ぶというよりも、授業料は官費あるいは病院の費用で、自費ではないという養成制度をもっておりました。

しかし、教員養成のほうは、第2次世界大戦の後、日本が戦争に負けたという深い反省の中から、次の世代を育てる教員が狭い視野であってはいけないということからすべて教員養成は大学の制度に変わりました。

日本のすべての分野は特にアメリカの指導をうけてきたわけですが、当時、看護婦養成とか、養護教諭の養成には大変力を入れておまして、看護婦の資格を持たない養護教諭はありえないということを強調されましたために、奇しくもと言うべきか、宿命と言うべきか、養護教諭養成だけが教員養成としての大学制度に乗り遅れたといういきさつもございます。

もし、養護教諭が大学教育のルートに乗っていたらどうなったかということを見ると、日本の看護婦と養護教諭の歴史的経過からも、複雑な思いを禁じ得ません。

しかし、私は養護教諭も看護の一つの分野として考えてきましたが、最近では看護婦の免許を持たない養護教諭も増加してきたことも含め、看護にかかわる複雑ないきさつがこの教員養成の歴史の中には隠されております。

それから、基本的理念に関して考えますと、やはり、教育も看護も共に人間を対象とする、そして、その中には一寸古いかもかもしれませんが、奉仕的な理念が含まれているということにおいて非常に共通の基盤を持っております。

次に実践性、これも看護は実践の科学と言い古されているかの如き感がございますけれども、教育という

仕事もすぐれて実践的であるということにおいて、学科目の設定や学問研究の状況などを見ますと、非常に看護と似通った経験をたどってきております。

それから、継続教育の重要性ということですが、初等中等教育の教員集団は、看護と同じように、継続教育の重要性を強調しているということにおきましても、共通しております。このことは社会全体が現在生涯教育の方向を向いているということとは異なる専門性とその技術の向上をはかることにおいてであります。

その他の問題といたしましては、日本の教育制度は、確か明治5年に制度が確立されましたが、当時の政府の興味深い言葉を発見することができます。

例えば、子女の教育にあたっては、女性は非常に子供の面倒を見ることにすぐれている、だから、教師は、女性にふさわしい仕事であるというようなことが出てまいります。看護もすぐれて女性の特色を生かすのにふさわしい分野として歴史的に認められてきたと考えることができます。

スライドひとまず、ありがとうございました。

その他にもいろいろありますがこのように教員養成と看護婦養成とは、非常に共通点を持っておりますが、違っている面も沢山ございます。私は先程も申しましたように、教育学部と家政学部にて在職したことから、嫌でも他の専門分野の中で看護の短所も長所も、比較・検討しながら考えざるをえない立場に30数年置かれてまいりましたから、狭い意味での医療・看護の世界だけでなく、看護が専門の違いを越えた共通の広い社会の中でどのような位置づけにあり、どのように評価されているかということに絶えず興味を持ってまいりました。先程から申します教員の世界と比べますと、いろいろございますが、看護界のブームとか、流行現象は教育界で問題になった事が、約10年ぐらいの遅れ、つまりタイムラグのような期間をおいて看護界で問題になってくるということが非常に面白い現象であるということに気がつきました。

それはなぜかということですが、これは厳密にアメリカなどの教育の歴史を客観的にここで申し上げることはちょっと資料不足ですけれども、先程申しましたように、教育界もすぐれてアメリカの影響を受けております。おそらくアメリカの教育界で問題になりましたことが、直通で日本の教育界に入ってきます。そうすると、その行動科学系列の影響をアメリカの看護界

が受けて、そして、アメリカの看護界がそのことを問題にし、その後で日本の看護界にもたらされるというその時間差が、数年の時間のずれを持って、日本の看護界のブーム、あるいは流行現象となってきたのではないかということでもあります。

ところで、特に日本国内での問題に限ってその例を挙げてみますと、いくつかございます。

例えば、教員養成が大学制度になったことと、高知の女子大学が初めて看護科をつくりましたが、昭和27年でございますから、ここにも何年かの差がございます。

しかし、現在、看護の大学化には拍車がかかっていますが、第2次大戦後間もなく教員養成が大きな社会的関心をよんだことと、本当に看護が教育制度を含めて大きな社会的関心をよんだということには約40年の差があると言えます。

現在は、当時の教員養成に対する、社会的関心の広がりや強さに匹敵するようには思われません。

それから、科学性をとということも看護界では40年来強調し続けてまいりました。このことも教育界で問題になってから、しばらくして、看護教育の中で問題として取り上げられるようになりました。昭和22年代に教育界では、思考の形式として考える人をつくるということで、非常に問題になっています。それは、一つの現象について、なぜ、どうして、こういうことが起こるのか、何をどうするのかというような思考の形式が強調されました。そして、更に将来の日本の基盤をつくるための、科学的態度に対する知識・技術・態度が強調されました。これは現在看護界ではB・S・ブルームのものとして強調されております、認知的領域、精神運動領域、あるいは情意領域に関わることであります。ブルームが多くの教育目標を分類し、認知的領域について昭和31年、情意領域について昭和39年に公表し、昭和47年来日したことから考えても、日本の教育界の反応の時期等について納得することができません。現在厚生省レベルの6カ月間の教員養成で、ブルームに忠実であること等をみると、改めて導入の時期や取り入れ方に興味があります。かつて教育界で強調していた知識、技術、態度と基本的には同じことでもあります。

また日本の教育界では、昭和35年代に教材の精選ということが強調されました。これは教育内容を基礎的、

基本的項目として何を押さえておけば、将来科学する心、あるいは創造性といったようなものが育つかということに関する探求の過程、深めていく過程が強調されました。看護教育は過密カリキュラムといわれて久しいですが、情報量が多く、看護業務のあれもこれもという感じで、何が基礎的、基本的項目かという検討が不十分と言わざるを得ません。

先程、早川先生の分類の中に1970年代に、看護過程ということについて研究が深められたということがございました。看護過程を問題解決の過程として日本の看護界にもたらされたと考えると先にものべましたように、科学的態度を育てる思考の形式として導入した教育界との差は20余年もあります。

話は変わりますが、この看護過程につきましては、おや、と思うようないろいろなエピソードがございました。教育学部の心理学の教授達が看護集にいろいろ講演にまいります。そういたしますと、看護の人たちから、「看護は今、看護過程を使って看護をしているのです。先生は知らないんですか」といわれ、看護過程でなんですかと聞いたら、「問題解決過程なんです、先生は知らないですか」と言われて大変複雑であったというお話がしょっちゅう私のところにもたらされました。

この問題解決過程と申しますのは、問題解決過程を使って看護をしているということをごとさら強調しなくても、もう既にそれを強調する必要のない分野から聞きますと、大変おもしろい、不思議な現象にうつります。

しかし、この問題解決過程ということに関して、私が熊大の教育学部に参りまして24年でございますから、24年前には心理学を含む行動科学系列の人達と、他の分野の人達との面白い相互作用をみることができました。教育学部はご存じのように、すべての学問分野が、デパートのように揃っているところがございますから、それぞれの学問研究の発達過程、あるいは、そこで今何を問題にしているのかということが大変よくわかって面白かったとおもいます。伝統的な古い学問分野と申しますと、ご承知のとおり、物理とか化学などがございます。しかし、この物理学、化学におきましても、物理学のルーツは星占いで、化学のルーツは錬金術であったということは知られております。話が飛びますけれども、精神分析の言葉であると思っていたものが、

実は物理学の専門語であったりというようなものもいくつかございます。

例えば、昇華、サブレーションという言葉は元々物理の専門用語であったものが、行動科学の系列に導入されておりますから、そういう面でも非常に古い学問分野ということができます。ストレスとかドナー等も同じであります。

例えば、教育学部で教官の昇任人事をいたしますときに、すべての学問分野の人達が集まってその研究論文の業績を評価するわけですが、古い学問分野の人達から、心理学とか、教育学の研究に対しそれはオピニオンじゃないか、どこで信頼性、あるいは確実性というようなものを説明できるのかと質問ができたりしたことを今なつかしく思い浮かべております。当時の心理学の教授は看護科の学生の講義の時に心理学も自然科学なんだということを大変強調しておられたことも印象的でございます。恐らく、心理学の信頼性・科学性を強調したかったのだと思います。看護流に表現するならば、心理学も問題解決過程を使っているのだと言いたかったのだと思います。看護学の研究とか発展と同じように、心理学等もそういうような経過をたどってきたということがわかります。

また、最近の非常に分かりやすいものとして平成2年のカリキュラムの改正の中に、看護教育では「ゆとり」が現れました。しかし、この「ゆとり」ということが教育界で問題にされ始めたのが昭和52年来でございます。それ以来ゆとりをとということが教育界の大きなテーマになっておりました。

しかし、昭和58年には、その「ゆとり」が指導要領の中から消えました。消えた途端に看護教育に「ゆとり」が現れました。このことを見ましても、実に看護が周りの状況に歴史的に動かされてきたかということがわかります。もちろんそういった変化に対応することは大変大事ですが、看護はいつも自分達の周りの状況に動かされてきたことはなかったかということをも十分反省し、真の意味での今後の看護の自立性をさぐり、対応していくべきではないかと考えます。

また、先程も分化統合の話が出てまいりましたが、例えば看護学の学科目が分化する場合には、その看護の独自性そのものが求める必然的な分化をしていかなければいけないわけでもあります。

看護の独自の研究が深められ、専門性そのものが求

める分化をしていかなければならないのが古い学問分野、あるいは古い専門職のたどってきた道でありますけれども、看護はどちらかと言いますと、医学が分化したから看護も分化する、あるいは周りの状況が分化したことに影響を受けて分化するというこのほうが強いということも、無視できない問題ではないかと考えております。

ところで、先程から申し上げますように専門分野においてその時代の問題の焦点となるようなことは、教育界よりも看護が少し遅れて、問題を取り上げてきたということができます。

しかし、このように、教育界との関連の中で考えますと、そういう現象があり同じような問題を取り扱いつつ進んできましたけれども、どこがどのように違うかということですが、その問題の定着の仕方と深め方に問題の違いがあるように思われます。

例えば、教材の精選ということにつきましても、ご存じのように今情報が非常に多く、新しい知識は10年で2倍になるといわれます。その絶えず新しくなる知識をすべて私たちが知ろうと思えば、きりがありません。まして看護の基礎教育の中で、基礎的・基本的項目として何をどのように精選すべきかということ抜きにして、今後の看護基礎教育はありえないと思えます。しかし、看護教育の場合には、昨年の本学会のシンポジウムの中でも、病院の看護部長さんなどからのご意見の中に、新卒の看護婦は、知らない、見てない、習ってないという、3ない現象があると言われていました。

病院はすぐれて患者中心のところであり、教育はすぐれて学生を中心であると言う立場から考えますと、病院と基礎教育の場は、利害関係が相反する立場にいるわけでもあります。病院で1週間も休暇をとるともう手術室に新しい機械が入っていると言うぐらいに、早いテンポで変わっていますことを、看護の基礎教育の中ですべて教えようと思うのはこれは不可能であります。

したがって、基礎教育においては基礎的・基本的項目を精選するということが非常に大事でございますが、もし、変化する現場レベルの問題を全部基礎教育の中で教えようと思えば、3年、4年では無理であり、知識は10年で2倍になる計算でいくと10年も20年もかかり、もう腰が曲がるくらいまで、基礎教育をやっている

かなければならないという論法になってくるわけであり、また、教育の方向として、教育は現実を踏まえて、理想の方向に向けて教育するという言い方がございます。新しい動向に敏感でなければならぬことは勿論ですが、しかし、看護教育の場合、例えば看護論、看護研究、いろいろなものがブームのごとく、新しい知識が導入されてまいりますと、ある意味で新しさ、理想、今後の問題のように見えながら、それを追いかけることでフラストレーションになり、中途半端で、多くの情報の中の貧困な状況になりかねない危険をはらんでいることにも配慮すべきであると考えます。従って看護教育は、理想を教えて、現実に立ち生ずるという先に述べた教育の方向とは逆方向に向くということはないかどうか、十分私どもが反省しなければならない問題ではないかと考えます。そのようなところにも看護の基礎教育のあり方の重要性、専門性が求められると思います。

例えば、簡単な例ですが、患者の脈を測定するというにしても、基礎教育の中では1分間計って、脈の変化とか性状をきちんと見るように教えます。しかし実習に行くと、時間がかかるので、15秒計って4倍しなさい、といきなり教えられたといたします。学生は、基礎教育で学んだことと、実践とのつながりの部分で、早くも挫折してしまうというようなことも起こってくるわけであります。

いろいろと教育界の焦点となりましたことの中で、この教育内容の精選つまり基礎的・基本的項目を基礎教育の中でどのように押さえておけば、将来学生が自分の力で患者の個別性を考え工夫し、新しい分野を開拓していけるかということに関しては、看護界ではブームにならなかったということが、私には皮肉に思えます。

時間も過ぎましたので、次にスライドをお願いいたします。

これは、先程申しましたように、病院の実習に出たらこういうことがあるであろうと思われる技術的な項目が非常にたくさんあります。沢山の技術的項目について、短大レベルで調査したものです。それをカテゴリーをいたしますと、清潔とか感染予防に関する項目が最も多くの時間をとっておりますし、その次に体温とかその処置などですが、いろいろな項目が多く、全体の頻度が631項目ですから、一つの短大あたりに

なおしますと、80、90項目の技術項目を学習させていることになります。しかしこの多くの技術的項目を基礎・基本として、何をどのように押さえておけば患者の個人差に対応できるのかということを検討して教育をなされているかということも一つの問題と思われま

す。次お願いします。更にこれをいくつかの、技術の項目を分けて、大まかに方法を観察しますと、教師が絶えず関与する、この教師関与といえますのは、先生がこうですよ、ああですよと教えることを意味しています。看護教育の一つの特徴は、あししなければならぬ、こうしなければならぬ、こうあるべきであるという言葉がたいへん多く使われており、手順的で思考過程にとぼしいという教育の方法の中にもいろいろの問題が隠されているように思われます。そして、教師が関与するという部分がたいへん多く、学生の自己学習のパーセンテージは非常に低くなっております。

次お願いいたします。このA、B、C、D、Eというのは指導方法の分類であり、詳細を述べることは時間の関係でできませんが、いろいろな指導の方法があります。たとえば患者体験をすとか、ビデオを使って学生が自己学習をすとか、というようなものをカテゴリー化してあります。A、B、C、D、Eというような5つの方法を駆使して、5つの方法が絶えず使用されているという技術的項目は血圧測定とか、全身清拭、洗髪、寝衣交換、ベッドメイク、体位変換などであり、先生がやってみせる、視聴覚機材を使う、学生も患者体験をするなど、あらゆる方法を駆使されております。

一寸話題を変え、教員養成のことを一寸お話ししたいと思います。私は、これも皆様に客観的にお見せできないのが大変残念ですが、教育界では、授業分析ということをしていたしております。また、長い経験を持ったベテラン教師であっても、研究授業があり、その後あでもない、こうでもない、このことはこうすべきではなかったかというような問題も含めて、研究討議をいたしますから、その都度自分を反省し、自分の教育技術を磨いていくことができます。

看護にそれを当てはめると、看護の独自性とか専門性について私達は一生懸命に言葉の上では言っております。例えば、人間関係が大事であるということについても、もう言い始めて40年近くになっておりますが

看護の看護らしい人間関係の展開について、本当に専門性そのものの厳しさを克服しているという部分が多れくらいあるのだろうかということについても、先の教師群の研究授業などに比べ、私は大変疑問を持っております。

しかし、看護は、最近マスコミで取り上げられておりますように、大変過酷な仕事であるということになっておりますけれども、本当に専門の技術そのものに鍛えられているのかという疑問を私は持っております。結論から申しますと、看護の講義はあさるべきです、こうしなければなりません、こうして下さいという言葉が大変使われます。しかし、他の教育の分野では、一つの事実を示しても、どうすべきであるかということについては、学生に考えさせるという部分が非常に多くなっております。

フランダースの犬じゃなくて、フランダースの分析方法と言う授業分析の方法がありますが、その方法で分析をすると、その指導が非常に指示・命令的であるのか、あるいは生徒の持っている能力を引き出したり、あるいは生徒の思考過程を本当に発展させるような授業形態がとられているかどうかというような傾向がわかります。これらはまだ私は定年のため研究室を整理した荷物の段ボールの中から探すことができず皆さんにお示しすることができませんが、非常に看護教育の場合には、命令的、指示的な部分が多くて、生徒に考えさせるという部分が非常に少ない講義であるということも反省させられます。ということは、こうすべきである、あさるべきである、こうして下さいと言われますと、先生がして下さいと言われたらそうすればいいということになりますから、自分でどうすべきかと言うことを考える刺激を生徒に与えることが非常に少なくなるということでもあります。

例えば、発問の仕方一つにいたしましても、どうですかと皆さんに聞くと、学生1人1人が考えます。しかし最初から「誰さん」と指名すると、その人しか考えません。例えば皆に考えさせるという刺激を与えるという発問の仕方が非常に少ないのも看護教育の特徴かなと思います。

また、看護教育で使います教科書というものがございますが、普通教科書というのは、高校までを教科書と言います。更に教員養成というのも主として高校までに使われる言葉でございますので、他の分野からみ

ると、看護教育は看護の中身は高校生レベルか、あるいは高校生以下と考えていいんでしょうかというような質問を他の分野から受けたりすることもあります。従って、看護が本当に広い社会の中でどのような位置づけにあり、何を志向してしかなければいけないかと思えますことの中にも、例えばこのようなことも大変参考になり、私は大変学ぶことができました。

ところで、スライドが出ておりますので、この説明に移ります。これまでの看護を科学する、あるいは看護研究する、また現実を踏まえて理想の方向に持っていくのが教育であるということなども関連をいたしまして、他の分野では、これは小中のレベルが主ですが、教材はほとんど教師が自分でつくるということを教員養成の中では考えております。このことの基本を子供達に学習させるための教材とは、教材をどのように工夫したらこの発達段階の子供達が自分で考える過程を開拓していけるであろうかと、教師は教材を一生懸命に考え自分でつくることが多いと思えます。

看護も、将来大学が増えてまいりますけれども、教師が自分のデータで看護を語るようにならなければならぬのではないかと私は思っております。自分の持っている研究のデータで看護教育ができるということが一つの重要な問題ではないかと考えます。

次のスライド、昔のデータですけれども、ベッドの温度と湿度であります。看護の技術の最初の方で、ベッドメイキングのモデルを教えます。ベッドの湿度は褥瘡の発生とも大変関連がありますが、スライドの一番上の曲線は、学生に教えておりますベッドメイキングのベッドであります。このベッドに人間が寝て20分、40分もいたしますと、もう湿度がぐっと高くなり、100%に達するということが非常に多いのがこのベッドの特徴です。

それから、一番下の曲線は、最初湿度が上がりますが、すぐ乾いていきますのが、ロビーに展示してありますサンケンマットという褥瘡予防用のマットで、空気が噴出し乾燥するマットでございます。そして、そのマットよりも、多少乾きは悪いですが、私がお実際に使っておりますフランスベッドです。このデータから見ますと、一番湿度が高いのが私達が教えている病床でございまして、よく病院に行ってみますと、患者さんが、ゴムシーツを敷いたベッドの上で背中が

汗でじくじくすると言いながら、自分のバスタオルを敷いて背中<sup>中</sup>の汗を吸<sup>取</sup>らせているというような患者がいたりするのを見ます。その患者の状況とか、季節とか湿度湿度によってベッドづくりは異なるので、やっぱりベッドの作り方が一つだけしかないというのは、これは大変おかしいことではないかと思えます。また、体位変換は2時間<sup>毎</sup>にと教えても、科学的根拠はない上に、このデータで考えると、患者は1時間以上も100%の湿度の中で寝ていることとなります。

次のスライドをお願いします。これはまた、別のデータですが、私達が絶えず学生に信頼される看護婦さんになりなさいと<sup>申</sup>しますが、本当に患者は信頼という目で看護婦をみているのかということです。患者が絶えず<sup>使</sup>っております言葉を11項目ぐらい選択して、SD法で、ナースと患者に記入してもらいました。これは700近くのデータを分析しております。この研究についても信頼性と言え、例えば心理学などで使っているテストを<sup>使</sup>えば信頼性があると考えている人が看護界もみられますけれども、私はそうは思いません。素朴でも、古いほかの学問領域がそうしてきたように、試行錯誤を繰り返しながら、看護の現象の中でデータを増やすということで信頼性の<sup>範</sup>を広げるという視点でみたものです。時間がもうありませんので、結論だけ<sup>申</sup>しますが、ナースから患者を見た場合、患者からナースを見た場合という印象形成の関係ですが、相関関係の数字から何を読み取れるかということ、看護者が相手にいい印象を与えれば患者もいい印象を持つこと、あるいは看護者がこの患者さんを苦手だと思ったら、患者もその看護婦に対してネガティブな反応をすると、ということを示す数字です。そして患者・看護婦間の相互関係とか人間関係はそのようなことから発展するということでもあります。

次のスライドをお願いします。この数字だけを見ても理解できないと思いますが、アッシュという人の心理学の研究の中に、人間の印象を形成するというのは、冷たいとか、温かいつまり、あの人は冷たい人だな、温かい人だなということが非常にその人の印象を形成するのに重要な働きをするという研究がございます。

本当に、看護婦、患者関係においても、看護婦の温かいとか、冷たいとかいうことが、あるいは信頼ということが患者の受けとめる印象として強いものかということですが、このデータでは患者の看護婦に対する

印象形成の非常に重要なものとして、「安心」ということが重要な働きをすることがわかりました。

患者の側から見ると、信頼できる看護婦というよりも、安心できる看護婦かという見方をするとということが、わかりましたけれども、安心ということの中に、恐らく患者の側からは、その中に信頼を<sup>含</sup>む複雑な心理がたたみ込まれていると思われま

す。また、数字だけでわからないと思いますが、頼もしいという項目だけは、どの項目とも相関がなく、幸うじて安心できて看護婦さんの精神が安定していて、落ち着いていたら、ようやく頼もしいという感じを持つという相関関係の数字を読みとることができます。

他の項目はすべてどの項目とも非常に相関が高い数値を示しております。ということは、看護婦を包括的にみているという言葉は使っておりませんが、無意識のうちに患者は看護婦という人間像をしっかりと捉えていると、私は解釈いたしました。しかし、看護婦から見た患者の場合<sup>は</sup>どうなっているかを次のスライドで見ますと、この数値からもわかりますように、看護婦が見た患者のいろいろな印象項目間にはほとんど相関がございません。あっても、非常に低い数値です。ところで、私達は、患者を総合的に見る、一人の人間として見る、精神的、心理的、社会的に見るということも言い<sup>直</sup>してまいりました。しかし、今の看護業務の中で、一人の患者に対して1<sup>日</sup>に何人の看護婦さんが出入りするのでしょうか。そして、その都度恐らく、眠れましたか、ご飯はおいしいか、<sup>食</sup>べましたかと、5人の看護婦が訪れれば5人の看護婦とも似たような言葉をかけております。

ということは、看護の継続性、総合性、チームナーシングと<sup>申</sup>しましても、個々の看護婦の継続性、あるいは一人の患者を総合的に見る、あるいは看護婦自身の継続性というようなものはこの数字からは出てまいりません。患者と看護婦との関係はプライマリーナーシングを取り入れない限り複数の看護婦による断片的で短時間の接触の積み重ねであるという特色があり、同時に人間関係もそれに<sup>左右</sup>されると考えられます。

更に、患者さんが安定していれば看護婦は安心する、患者さんが落ち着いていれば看護の専門家のほうが安心するという相関はありますが、そのところに相関が非常に高いということは、専門家のというよりも極めて一般的な感じ方ともとれます。患者が落ち着いてい

れば、ああよかったと安心する、まあ気持ちはわかりますけれども、本当に人間を総合的に見ているということはどういうことなのかについて考えさせられます。これらの結果が何を意味するということになりましたか。これだけで安易な結論を出すのは危険ですが、私は長い教員生活の中で看護学が本当に成熟していれば、医学部の医師養成の中にも看護という学科■があるべきであると何年来思い続けてまいりました。しかし、看護について客観的にここまで信頼できるというようなデータをどこまで示すことができるかについても私は反省をしております。

しかし、もう時間もまいりましたので終わらせて頂きますが、先程の早川先生の大変希望に満ちたロマンのある講演の中で、やがてノーベル賞をもらえるよう

な看護研究が出てくれればようやく、本当の意味で社会的■置を確立することができるかなと思います。

例えば、患者が本当に安心できる看護婦さんが、安心できる生活や、療養生活をマネージすることによりそのことが自然治癒力、あるいは免疫力を高めることであるというような生化学的な研究でも、今後ぜひ、これは医学ですなどと狭い枠組みにとらわれずやってもらうといいのではないかと大変希望をしております。

時間がちょっと超過しましたが、大変ランダムに筋道の通らないお話になったかと思えますけれども、最初に申しましたように、老人看護の対称論としてお聞き頂いたものと思ひまして、これで終わらせて頂きます。ご静聴ありがとうございました。

# 臨床医学・薬学情報ファイル

## ベッドサイド活用辞典

福山大学教授 菅家甫子/北里大学助教授 小宮山貴子 共著

新書判 290頁 定価3,914円(税込)〒260

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

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

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

OXFORD・HIROKAWA

## ポケット看護辞典

オックスフォード看護辞典編集委員会

■本文2色刷 ポケット判 700頁 定価3,914円(税込)〒260

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

## 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使っ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 真男

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

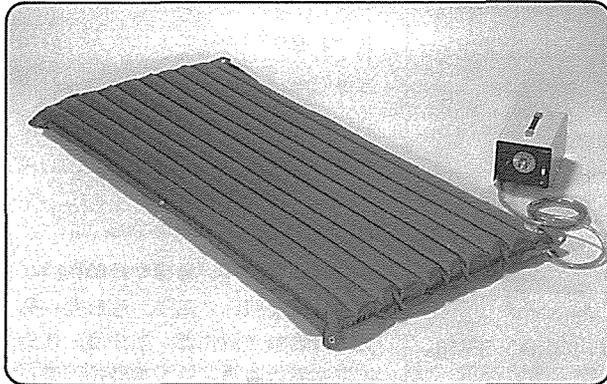
# サンケンマット®

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



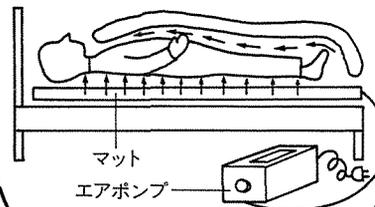
SGM-I型 定価93,000円



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

医療化器機部 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

## ケリーパード洗髪における補助具の効果

The Effect of a Small Supporting Tool  
in Kailipad's Shampooing Method

石井 範子\*      千 田 富 義\*      戸井田 ひとみ\*  
Noriko Ishii      Tomiyoshi Chida      Hitomi Toita

平 元 泉  
Izumi Hiramoto

### I はじめに

就床患者の看護において、洗髪は重要な日常生活援助技術の一つである。離床できない術後患者、衰弱している患者、および体動の困難な患者には臥床したままでの洗髪が必要となる。床上で行なえる洗髪の技術としてケリーパードを用いる方法が古くから看護技術の教科書に詳述されている。そのほかに床上で行なう洗髪の用具としては、近年開発された電動式の洗髪車がよく知られ、シャワー付きであることや、ケリーパードに比べて準備・後始末が簡便で扱い易いことなどから臨床で用いられることが多くなってきている。

洗髪の際の患者に対する負担をケリーパードと洗髪車で比較した実験では、望月等は<sup>1)</sup>筋緊張の点で、中村等は<sup>2)</sup>エネルギー代謝の点で洗髪車の方が負担が大きいことを指摘し、両者とも患者に対してはケリーパード洗髪の方がより適合性があるとしている。

しかし、ケリーパードによる洗髪でも患者からは頸部の痛みや疲労感など、施行者からも上肢のだるさや腰部の痛みなどの訴えを聞くことがしばしばである。

そこで患者・施行者双方の負担を軽減するためケリーパードの中央部に設置する補助具を考案した。

今回は被洗髪者の負担に対する補助具の影響を見るために、臥床中の被験者の洗髪を行ない、洗髪の際の筋放電を記録し、補助具の有無による筋活動の変化を分析した。

### II 研究方法

19～35歳の健康な男子4名と女子7名の計11名を被験者に、ケリーパードだけによる洗髪（以下、A法という）と、ケリーパードに補助具を併用した洗髪（以下、B法という）を行なった。A法・B法の各洗髪において被験者の胸鎖乳突筋、僧帽筋、腹直筋の筋電図を測定した。

また、洗髪時の負担についての主観的印象を被験者に記述させ補助具の効果判定の参考とした。

#### 1. 洗髪方法

洗髪は洗髪技術の熟練した看護婦1名が被洗髪者の右側に立ち行なった。

洗髪用具は標準型のケリーパードと補助具であった。補助具は、直径約11cmの綿円座を吸水を避けるためビニールで二重に包み、市販のプラスチック製ザル（直



写 真 1

\* 秋田大学医療技術短期大学部 Akita University College of Allied Medical Science

\*\* 秋田県立衛生看護学院 Akita Prefectural Nursing School

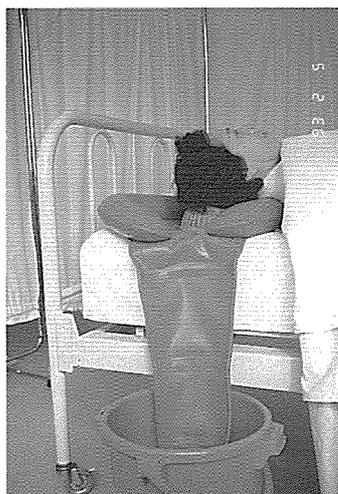


写真 2

径約16cm, 高さ8cm)の底面に糸と絆創膏で固定したものである。感触の良さ・水はけの良さ・頸部の自然な角度の維持・洗髪のしやすさを条件に実験を繰り返しながら作成した<sup>3)</sup>(写真1)。

補助具をケリーバードの中央に置き、円座の中央の部分に被験者の後頭部を載せるようにした(写真2)。

洗髪手順は看護技術学習書<sup>4)</sup>に準じて行なった。洗髪経過を一定にするため洗髪手順を、①予洗、②シャンプー正面、③シャンプー左向き、④シャンプー右向き、⑤すすぎ正面、⑥すすぎ左向き、⑦すすぎ右向き、⑧すすぎ正面、の8つの洗髪の手順(以下、要素的操作という)に分けた。

それぞれの要素的操作で費やす時間を秒単位で決め、時間測定者の合図に従って洗髪を施行した。尚、筋電図を4秒毎に測定することとし、各要素的操作で10回以上の測定が可能となるよう各々の要素的操作に45秒以上を費やすようにした。すなわち、①予洗50秒、②シャンプー正面45秒、③シャンプー左向き45秒、④シャンプー右向き45秒、⑤すすぎ正面50秒、⑥すすぎ左向き50秒、⑦すすぎ右向き50秒、⑧すすぎ正面50秒とした。

A法とB法の比較実験であるため、被験者の状態や環境条件の影響をできるだけ少なくするよう、同一被験者に対して2方法の洗髪を連続して実施した。A法とB法の間には十分な仰臥位安静の時間をとって行なった。

## 2. 筋電図測定

洗髪時筋活動が増強すると考えられた左右胸鎖乳突筋、右僧帽筋(以下僧帽筋という)、腹直筋の4カ所を被験筋とした(図1)。胸鎖乳突筋は頭部・頸部の運動に、僧帽筋は上肢帯の運動に、腹直筋は脊柱の屈伸に関与する筋肉である<sup>5)</sup>。

筋電図は、日本光電EEG-4214多用途脳波計を用いて200 $\mu$ V/5.5mmに較正し、時定数0.03秒で双極誘導にて被験筋の表面筋電図を導出した。直径約15mmの脳波用円盤電極を被験筋の筋腹中央部の皮膚に、筋の長軸方向に3~4cmの間隔で装着した<sup>6)</sup>。さらに筋活動を多用途積分ユニットEI-601Gにより平均波形に変換し、30mm/secの記録速度にて同時に記録した。安定した状態での積分波形から4秒毎に積分値を測定した。この時、二つ以上の動作の混同や前動作の影響を避けるため、被洗髪者の顔面位を変えてから4秒間の積分波形を除き、要素的操作毎の安定した状態の積分波形を読みとった。

〈積分値の総和/測定回数〉を平均積分値とし、A法とB法の比較は筋別に全被験者の平均積分値の平均値により求めた。

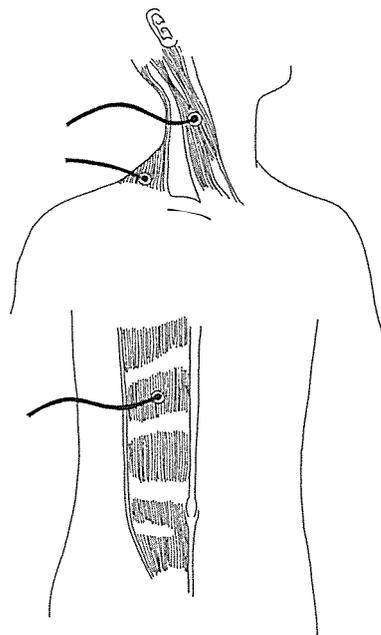


図1 被験筋

ケリーパード洗髪における補助具の効果

A法とB法の差の検定には Paired T test を用いた。

Ⅲ 結 果

11例の実験中、安定した筋電図描記の得られなかった3例を除き、全経過の比較検討可能な8例(男子3名、女子5名)について検討した。

1. 筋電図

要素的操作毎に各筋の筋活動の振幅を測定した。A法B法とも、左右胸鎖乳突筋が多くの要素的操作で筋放電が大きくなっている(表1)。

1) 右胸鎖乳突筋

A法での振幅は182.0~75.6 $\mu$ Vの範囲で、B法では95.9~33.0 $\mu$ Vの範囲であった。

洗髪経過の全ての要素的操作で、A法よりB法で筋放電は減少しており“シャンプー右向き”“すすぎ正

面”“すすぎ左向き”以外の各要素的操作で有意差が認められた。

特に筋放電の多い要素的操作はA法・B法で一致しており、“シャンプー左向き”“すすぎ左向き”であった。“シャンプー左向き”では、A法で平均182.0 $\pm$ 133.0 $\mu$ V、B法で平均95.9 $\pm$ 53.0 $\mu$ Vであった。“すすぎ左向き”では、A法で124.4 $\pm$ 50.0 $\mu$ V、B法で90.5 $\pm$ 64.7 $\mu$ Vであった。

2) 左胸鎖乳突筋

A法での振幅は155.9~74.6 $\mu$ Vの範囲で、B法では93.0~28.6 $\mu$ Vの範囲であった。

全ての要素的操作でA法よりB法で筋放電は減少しており、“すすぎ終了時の正面向き”以外の要素的操作で有意差が認められた。特に筋放電の多い要素的操作はA法・B法ではほぼ一致しており、“シャンプー右向き”“すすぎ右向き”であった。“シャンプー右向

表1 筋肉別筋放電平均値

(単位:  $\mu$ V/cm)

	方法	予 洗	シャンプー-正面	シャンプー-左向き	シャンプー-右向き	すすぎ正面	すすぎ左向き	すすぎ右向き	すすぎ正面
右胸鎖乳突筋	A 法	113.9 (58.0)	119.7 (54.5)	182.0 (133.0)	75.6 (41.3)	76.7 (29.0)	124.4 (50.0)	75.6 (18.5)	89.5 (41.4)
	B 法	45.4 (19.2) *	33.0 (13.4) **	95.9 (53.0) *	52.5 (30.5)	49.9 (29.3)	90.5 (64.7)	39.5 (13.5) **	57.1 (39.9) *
左胸鎖乳突筋	A 法	100.0 (44.9)	109.1 (71.1)	95.5 (65.9)	136.7 (89.5)	74.6 (46.8)	68.9 (51.6)	155.9 (133.7)	92.4 (68.9)
	B 法	39.7 (26.1) *	28.6 (19.3) **	37.7 (28.4) **	81.5 (61.4) *	28.9 (19.5) *	32.5 (24.0) *	93.0 (89.5) *	72.9 (60.1)
僧 帽 筋	A 法	50.4 (11.4)	61.5 (16.0)	63.6 (15.7)	64.3 (18.9)	52.8 (12.5)	53.4 (14.8)	57.2 (15.3)	58.8 (16.0)
	B 法	45.4 (17.5)	49.3 (17.1)	65.0 (20.6)	57.9 (17.1)	50.8 (17.3)	54.3 (12.6)	59.9 (22.4)	60.7 (18.9)
腹 直 筋	A 法	45.3 (10.9)	66.2 (19.1)	74.5 (26.5)	68.7 (16.4)	56.7 (15.9)	59.3 (22.7)	66.3 (32.1)	61.7 (28.9)
	B 法	34.2 (14.8)	44.6 (20.6) *	42.4 (15.7) **	40.5 (21.3) *	40.3 (17.6) *	37.2 (11.0) *	37.2 (11.0) *	42.1 (19.5)

Paired T test により \*\* : P<0.01, \* : P<0.05. ( ) は標準偏差

き”では、A法で平均 $136.7 \pm 89.5 \mu V$ 、B法で $81.5 \pm 61.4 \mu V$ であった。“すすぎ右向き”では、A法で $155.9 \pm 133.7 \mu V$ 、B法で $93.0 \pm 89.5 \mu V$ であった。

### 3) 僧帽筋

A法での振幅は $64.3 \sim 50.4 \mu V$ の範囲で、B法では $65.0 \sim 45.4 \mu V$ の範囲であった。A法・B法間での有意な差はみられなかった。

### 4) 腹直筋

A法での振幅は $74.5 \sim 45.3 \mu V$ の範囲で、B法では $44.6 \sim 34.2 \mu V$ の範囲であった。

洗髪経過の全ての要素的操作でB法での筋放電が減少しており、“予洗”“すすぎ終了時のすすぎ正面”以外の各要素的操作で有意差が認められた。

## 2. 被験者の主観的印象

A法では8名全員が「身体的苦痛があった」とし、その8名が「首・肩・背部等の痛み」をあげている。また、「腹部に力が入り身体が揺れた」、「首や肩に力が入り、顔の向きを変える時、起き上がる時に苦しかった」と各2名ずつが述べている。

B法では、8名全員が「身体的苦痛は感じなかった」としている。A法で首・肩・背部の痛みを述べた8名全員が「A法で感じた痛みはなかった」としており、「顔の向きをかえやすかった」、「頭部の高さが一定で安心感があった」と各2名ずつが述べている。1名であるが「肩の方にお湯が流れてくるのではないかと気になった」と寝衣や寝具の濡れを心配している。

## IV 考 察

### 1. 洗髪中の筋活動

A法・B法のいずれにおいても左右胸鎖乳突筋の筋放電が他の筋よりも大きく、次に腹直筋、僧帽筋の順になっている。左右胸鎖乳突筋の筋放電が他の筋よりも大きいのは、胸鎖乳突筋の頸部屈曲・頭頸部の対側への回旋という働きから、洗髪中の筋活動が大きくなっていることを示している。

左右いずれの胸鎖乳突筋も対側を向いた場合の“シャンプー”“すすぎ”で筋放電が大きくなっているが、これは胸鎖乳突筋の頭や頸を対側に回す作用から裏付けられるものである。

### 2. A法とB法における筋活動の比較

補助具で頭部を支えた場合のB法では左右胸鎖乳突筋の筋放電はA法に比べ、有意に減少している。頭部

を一定の高さで支えることで頸部が過度に伸展することなく、胸鎖乳突筋の筋活動が小さくなったものと考えられる。

腹直筋も胸鎖乳突筋と同様、洗髪的全経過でB法でA法よりも筋放電が減少している。腹直筋は頸部屈曲に際して共同に働く筋である。洗髪中に頭部を支えることにより頸部の屈曲が小さくなり、筋活動も小さくなるものと考えられる。

四つの被験筋で筋放電が最も小さい僧帽筋では、A法・B法間の著明な差はみられなかった。

僧帽筋は、後頭骨から肩峰・第11～12胸椎に位置し、上肢帯の運動に関与する筋肉である。洗髪においては、明らかに被洗髪者の上肢帯の動きを必要とする動作はないため、A法B法のいずれも筋放電は小さかったものと考えられる。

最後の要素的操作である“すすぎ正面”では、僧帽筋以外の被験筋でB法でA法よりも筋放電が減少しているが、有意な差はみられなかった。また、最後の“すすぎ正面”では、5番目の要素的操作である“すすぎ正面”に比べ、全被験筋でA法・B法共に筋放電が大きくなっている。

すすぎの最後の場面では“すすぎ”が確実になるように、B法でも洗髪施行者が被洗髪者の左側頭部から頭部を持ち上げて湯を流しており、A法の場合と同様の操作になっている。このことからA法とB法の差がほとんどなかったのではないかと考えられ、またB法では5番目の要素的操作である“すすぎ正面”よりも、最後の“すすぎ正面”で筋放電が大きくなったのではないかと考える。特に左胸鎖乳突筋で、最後の“すすぎ正面”で5番目の要素的操作である“すすぎ正面”よりも筋放電が著しく大きくなっているのは、被洗髪者の頭部が左側頭部から持ち上げられたことにより、左頸部に瞬間的に筋緊張が加わったためではないかと考えられる。

### 3. 被験者の主観的印象

A法では8名全員が身体的苦痛を訴えているが、後頭部を支える補助具を用いたB法では身体的苦痛の訴えはなく、頭部の安定感や顔の向きのかえ易さを述べている。これらの主観的印象と左右胸鎖乳突筋・腹直筋での筋電図測定の結果は一致する。

ケリーバードは、被洗髪者の頭頂部をその中央に下げた状態で洗髪に用いられるものである。被洗髪者が、

頸部を伸展させながら後頸部で頭の重量を支え、洗髪施行者は被洗髪者の頭部を片手で支えながら、他方の手で洗髪操作を連続的に行っている。このようなことから、被洗髪者の筋緊張に加え頭部の重さを全面的に他人に委ねることへの遠慮や精神的緊張も筋電■に反映されているのではないだろうか。

#### 4. ケリーパード洗髪における補助具の有用性

植田<sup>7)</sup>「ケリーパードによる洗髪では後頭部がベッドで支えられ安定することから筋群の張力はあまり必要ないため比較的疲労度が少ない」と述べている。しかし、我々が実施しているケリーパードを用いた洗髪の学内実習で、被洗髪者を体験した学生のレポートには、「洗髪経過中に頸部・肩などの痛みや全身的な疲労感を感じた。」と述べているものが多い。氏家<sup>8)</sup>も、同様の実習後に書かれた学生のレポートには「患者の頭部と肩の疲労感や痛みが記載されている」と述べている。頭部を支えるためにケリーパードや洗髪車と併用する補助具についての報告は少ない。氏家<sup>8)</sup>「ケリーパードの下は、後頭部の当たるところへ小枕を置くと安楽であるが、大枕を利用しても、また枕がなくてもよい」と述べているが、この場合の生体に対する影響や使用した結果については詳しく述べられていない。

我々はかつて、今回と同様の補助具を用いた洗髪の実験を行なったが<sup>10)</sup>、被洗髪者の頸部・肩などの痛み

や疲労感が緩和することは、被験者の主観的評価から明らかになっている。今回は被洗髪者の筋活動への影響をみたわけであるが、補助具の使用により主観的印象とも一致して、左右胸鎖乳突筋・腹直筋の筋放電が補助具を使用しない場合よりも有意に減少した。以上のことからケリーパードに補助具を併用することは有効な方法であるといえる。

#### V 結 語

ケリーパードに頭部を支えるための補助具を併用した場合と、併用しない場合の洗髪の筋活動の比較から以下の事項が明らかになった。

1. 補助具を併用した場合、被洗髪者の左右胸鎖乳突筋・腹直筋の筋放電は有意に減少する。僧帽筋ではほとんど差がみられない。
2. 頸部や肩の痛み・緊張感が補助具の使用で緩和するという被洗髪者の主観的印象と左右胸鎖乳突筋・腹直筋の筋放電の減少が一致する傾向にある。

本研究の遂行にあたり御協力くださいました本学の河村鴻允教授、志賀令明助教授、被験者の皆様に深く感謝致します。

本稿の要旨は、第18回日本看護研究学会総会において発表した。

#### 要 約

就床患者のケリーパード洗髪において患者の苦痛を軽減するため頭部を一定の高さで支持する補助具を考案した。19～35歳の健康な人8名を対象に、補助具を併用しない場合と補助具を併用した場合の洗髪の、筋活動における比較から以下のようにまとめられた。

- 1) 補助具を用いることにより、左右胸鎖乳突筋・腹直筋の筋放電は有意に減少するが、僧帽筋では差はほとんど見られない。
- 2) 被洗髪者の頸部や肩の痛み・緊張感が補助具の使用で緩和するという主観的印象と、左右胸鎖乳突筋・腹直筋の筋放電が減少することが一致する傾向にある。

以上のことからケリーパード洗髪に、頭部を支える補助具を用いることは、臥床したままでの洗髪を必要とする患者の身体的苦痛を軽減するのに有効なものであることがわかった。

Abstract

Surface EMG activities of left and right Sternocleidomastoid, right Trapezius, and left and right Rectus Abdominis during shampooing hairs of a person with supine position were measured in 8 normal subjects, in order to compare amount of muscular activities in Kailipad's shampooing method with a small supporting tool and without one. A shampoo was performed according a standardized program in which serial motions of a shampoo were divided into 8 components. EMG activities were converted into integrated EMG and thereafter their amplitudes were measured. In addition, self-assessments on muscular fatigue in two conditions were investigated.

1) EMG amplitudes of left and right Sternocleidomastoid and Rectus Abdominis were smaller in the method with the tool than without. EMG amplitude of Trapezius was not significantly different in two conditions.

2) In reports of self-assessment, pains and muscular tension were large in the method without the tool, compared to that with one.

These results of surface EMG and self-assessments indicated that the small supporting tool was effective in shampooing of bed-ridden patients.

VI 文 献

- 1) 望月美奈子他：洗髪機器の人間工学的考察，日本看護研究学会雑誌，7(3)，pp. 27～35，1984.
- 2) 中村喜代美他：洗髪機器の人間工学的考察，一使用時のエネルギー代謝について，日本看護研究学会雑誌，9(1・2)，pp. 82～90，1986.
- 3) 間杉香央里他：就床患者の洗髪時の安楽の工夫，クリニカルスタディ，9(7)，pp. 30～34，1988.
- 4) 吉田時子：看護技術学習書，日本看護協会出版会，pp. 261～265，1989.
- 5) 藤原哲司：筋電図マニュアル，pp. 38，金芳堂，1990.
- 6) 森 於菟：分擔解剖学 第11版，第1巻，pp. 297，265，321，金芳堂，1982.
- 7) 植田寿美子他：臥床洗髪の安楽性を考える－洗髪機器の改良を試みて－，月刊ナーシング，3(12)，pp. 1754～1759，1983.
- 8) 氏家幸子：看護技術の科学的実証，pp. 149～151，メヂカルフレンド社，1977.
- 9) 氏家幸子：基礎看護技術第3版，pp. 288～289，医学書院，1990.
- 10) 3)と同

(平成5年11月1日 受付)

# 幼児の性教育の現状と今後の展望

## The Present Condition and Future View of the Sexuality Education for Infants

佐藤 香代 鮫島 雅子  
Kayo Sato Masako Samesima

### I 緒言

助産婦の役割は、人間の性と生殖に関わる援助を通し、人間の健康とよい次代の育成に寄与することである<sup>1)2)</sup>。そのような意味で、ライフサイクルを通した性教育の在り方に、助産婦の専門性を活かすことは今後重要であると考えられる。

性教育においては、第二次性徴の発現が目覚ましいことから思春期が注目される傾向がある。しかし性は幼児期からの身近な家庭生活の中で、具体的な体験を通して培われていく。そしてこの時期の原体験は後に大きく影響し、思春期の性行動はもとより、その基盤をも形造る<sup>3)</sup>。従って幼児期の性教育の重要性が今後見直されるべきであると考えられる。

現在家庭での性教育は一貫したものがなく、両親もその対応に戸惑っているという状況である。そこで幼児の性の現状を知り、今後の幼児の性教育を考えてみたい。

### II 研究方法

#### 1. 対象

対象は1.5才から6才までの幼児を持つ母親183名(児総数239名)である。

一般的には幼児期は1才からとみなされる。しかしここでは言語の発達段階からみて、二語文の発生がみられる1.5才からを対象とした<sup>4)5)6)7)</sup>。

#### 2. 方法

1990年6月24日から7月31日までの期間に、福岡市内の保育園、幼稚園及び性教育講演会会場において質問紙法による調査を行った。

調査項目は、表1の如くである。なお回収率は67.1%であった。統計学的検討は $\chi^2$ 検定を行った。

表1 調査内容

1. お子さまが生まれたときどのように感じましたか
2. 「性」に関することで、お子さまから質問を受けたことがありますか
  - (1) どのような質問ですか
  - (2) 何才の時ですか
  - (3) どのような場面で質問されましたか
  - (4) どのような対応しましたか
  - (5) お子さまの反応は
3. お子さまの性に関することで悩んでいることがあります(ありました)か
4. お子さまが性器いじりをしたことがありますか
  - (1) その時どういう対応をしましたか
5. あなたは幼児期、親から性教育を受けたことがありますか
6. 幼児の性教育は必要だと思いますか
  - (1) 「はい」と答えた方は、家庭で性教育を行ったことがありますか
    - ① それは自主的ですか、子どもに質問されてですか
    - どのようなことを行いましたか
    - ③ なぜ性教育は必要だと思いますか
  - (2) 「いいえ」と答えた方は、その理由を聞かせて下さい

#### 3. 対象の背景

母親の平均年齢は34.3±3.7才、児は4.5±1.2才であった。職業は主婦が最も多く143名(78.2%)を占

幼児の性教育の現状と今後の展望

めた。有職者は33名(18%)、不明7名(3.8%)であった。

子どもの数は2名が58.3%、3名27.2%、1名10.6%であった。また4名以上は3.9%であった。

児の性別は男123名(51.5%)、女110名(46%)、不明6名(2.5%)であった。

表2 対象の内訳

	主婦	有職者	不明	男児	女児	不明	回収率 %
K幼稚園	130	8	5	103	87	3	81.7
S保育園	1	17	1	11	9	2	26.7
生命尊重 講演会	12	8	1	9	14	1	70.6
計	143	33	7	123	110	6	
総計	183			239			67.1

Ⅲ 結果

1. 児誕生時の感情

「うれしい」が133名(56.4%)と最も多く、「安心」37名(15.7%)、「感激」26名(11%)、「幸せ」

表3 性に関する質問の内容

	質 問	男 名 (%)	女 名 (%)	計 名 (%)
妊 娠 ・ 出 産 ・ 赤 ち ゃ ん	赤ちゃんはどこから生まれてくるの	32 (45.1)	31 (43.7)	63 (44.4)
	どうして結婚すると赤ちゃんができるの	6 (8.5)	5 (7.0)	11 (7.8)
	どうやって赤ちゃんを産むの	1 (1.4)	5 (7.0)	6 (4.2)
	お母さんのお腹の中に赤ちゃんがいるの	2 (2.8)	2 (2.8)	4 (2.8)
	どうしてお腹が大きい			
	女の子だけが赤ちゃんを産むの	1 (1.4)	2 (2.8)	3 (2.1)
	私も大きくなったら赤ちゃんを産むの			
	赤ちゃん産むとき痛かった?	0 (0)	1 (1.4)	1 (0.7)
	赤ちゃんお腹の中でどうしてるの	1 (1.4)	0 (0)	1 (0.7)
	私のお腹大きいから赤ちゃんがいるの	0 (0)	1 (1.4)	1 (0.7)
性 器 ・ 性 差	つわりはなぜ吐くの	0 (0)	1 (1.4)	1 (0.7)
	〇〇ちゃん生まれてうれしかった?	0 (0)	1 (1.4)	1 (0.7)
	なぜお母さんはおチンチンがないの	12 (16.9)	7 (9.9)	19 (13.4)
	なぜ大人には毛があるの	3 (4.2)	5 (7.0)	8 (5.6)
	なぜお母さんはおっぱいが大きい	3 (4.2)	3 (4.2)	6 (4.2)
	どうして男の子と女の子は違うの	1 (1.4)	2 (2.8)	3 (2.1)
	性器の名前	1 (1.4)	1 (1.4)	2 (1.4)
	お母さんはどっからおしっこするの	1 (1.4)	0 (0)	1 (0.7)
	大人になったらおチンチンの皮むけるの	1 (1.4)	0 (0)	1 (0.7)
	おチンチンをさわると大きくなるの	1 (1.4)	0 (0)	1 (0.7)
性 行 為	どうしてお父さんに似ているの	1 (1.4)	1 (1.4)	2 (1.4)
	お父さんとお母さんはキスするの	1 (1.4)	0 (0)	1 (0.7)
	キスしたらおチンチンが大きくなるの	1 (1.4)	0 (0)	1 (0.7)
	お父さんとお母さん、愛してるね	1 (1.4)	1 (1.4)	2 (1.4)
愛	どうして結婚したの	1 (1.4)	0 (0)	1 (0.7)
	生理について	0 (0)	1 (1.4)	1 (0.7)
	計	71 (100)	71 (100)	142 (100)

23名 (9.7%) と続く。

「うれしい・幸せ・感激・安心」を肯定的感情、「すごく複雑・うれしいが困る」を中間的感情、「不安・心配」を否定的感情と分類すると、肯定的感情を持った者が236名中219名 (92.8%)、中間的感情を持った者12名 (5.1%)、否定的感情を持った者5名 (2.1%)であった。

2. 性に関する質問

1) 質問の有無と内容

子どもから性的質問を受けた者114名 (49.8%)、受けなかった者115名 (50.2%)であった。質問の有無において性差は認めなかった。

内容は(複数回答)、児の誕生に関するものが最も多く142回答中92 (64.8%)である。その中でも「赤ちゃんはどこから生まれてくるの」が63 (44.4%)を占めた。続いて「お母さんは、なぜおチンチンがないの」19 (13.4%)、「どうして(結婚すると)赤ちゃんができるの」11 (7.8%)、「なぜ大人には毛があるの」8 (5.6%)と性差や性器に関する質問がみられた。(表3)

2) 年齢

始めて質問した平均年齢は3.9±0.9才で2才から6才1ヵ月であった。

性別では、男子4±0.9才、女子3.9±0.9才で、性別による有意差は認めなかった。

3) 場面

質問の場面は「普通の会話で」が150名中46名 (30.7%)で最も多い。次に「赤ちゃんの話をしているとき」37名 (24.7%)、「入浴時」36名 (24%)と続いている。

児の性別による有意差は認められないが、赤ちゃんや妊婦の話題においては、女兒が質問する傾向が多く認められている。(図1)

また年齢別では、2才以上4才未満で「入浴時」が最も多く、58名中15名 (25.9%)であった。4才以上7才未満では「普通の会話」が最も多く77名中34名 (44.2%)であった。(表4)

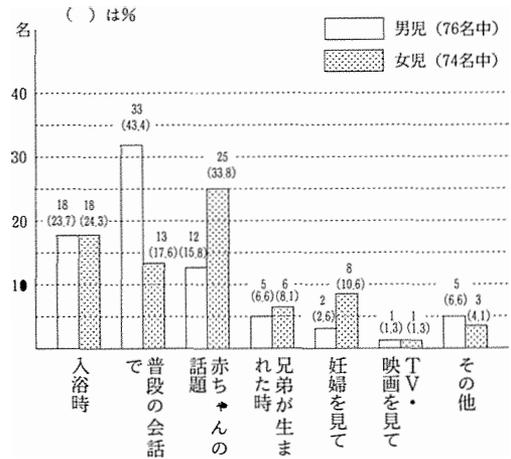


図1 質問の場面

表4 子どもが質問した場面と年齢

	2才以上3才未満	3才以上4才未満	4才以上5才未満	5才以上6才未満	6才以上7才未満	不明
1	入浴時 4 (30.8)	赤ちゃんの話 12 (26.7)	普通の会話 22 (40)	普通の会話 11 (55)	普通の会話 1 (50)	入浴時 9 (60)
2	普通の会話 2 (15.4)	入浴時 11 (24.4)	赤ちゃんの話 15 (33.3)	赤ちゃんの話 5 (25)	入浴時 1 (50)	赤ちゃんの話 4 (26.7)
3	妊婦を見て 2 (15.4)	普通の会話 10 (22.2)	入浴時 10 (18.2)	入浴時 1 (5)		TV・映画を見て 1 (6.7)
4	兄弟誕生時 1 (7.7)	兄弟誕生時 7 (15.6)	妊婦を見て 3 (5.5)	妊婦を見て 1 (5)		その他 1 (6.7)
5	赤ちゃんの話 1 (7.7)	妊婦を見て 4 (8.9)	兄弟誕生時 2 (3.6)	兄弟誕生時 1 (5)		
6	その他 3 (23.1)	その他 1 (2.2)	TV・映画を見て 1 (1.9)	その他 1 (5)		
	13 (100)	45 (100)	55 (100)	20 (100)	2 (100)	15 (100)

人兼 (%)

幼児の性教育の現状と今後の展望

4) 親の対応とその理由

正しく答えた者は112名中82名(73.2%)と最も多い。その理由は「本当のこと、正しい知識を教えたい」20名(24.4%)、「年齢に応じた指導が必要」12名(14.6%)、「正直に答えたい」8名(9.8%)等であった。

うそを答えた者は20名(17.9%)で、その理由は「年齢が小さいため言っても理解できない」6名(30%)等であった。(表5)

これを母親の出産歴で見ると、第1子で正しく答えた者50名中29名(58%)、第2子47名中32名(68.1%)、第3子17名中14名(82.4%)、第4子2名中2名(100%)であった。このように子どもの数が増加する毎に「正しく答えた」の回答も増加している。

回答例では、「赤ちゃんはどこから生まれてくるの」に対して『真ん中の穴から』44名中17名(38.6%)、『赤ちゃんの通る道を通して』15名(34.1%)等、表6の如くである。

表5 質問に対する親の対応の理由

対 応	理 由	理 由	件 数 (%)
正 しく 答 え た 82 (73.2)		・本当のこと、正しい知識を教えたい	20 (24.4)
		・子どもの年齢に応じた指導が必要	12 (14.6)
		・正直に答えたい	8 (9.8)
		・生命の大切さ、親の愛情をわかってほしい	4 (4.9)
		・いつか本当のことを言わないといけない	4 (4.9)
		・子どもに聞かれたから答えた	3 (3.7)
		・性教育は必要だから	2 (2.4)
		・とっさに口から出た	2 (2.4)
		・自分にわかることだから	1 (1.2)
		・無回答	18 (22)
		・無効回答	8 (9.8)
		計	82 (100)
う そ を 答 え た 20 (17.9)		・年齢が小さいため、言っても理解できない	6 (30)
		・自然にわかることだから	1 (5)
		・(子どもがいったから) そうだと言った	1 (5)
		・赤ちゃんの出るところを見せてといわれたら困る	1 (5)
		・無回答	11 (55)
		計	20 (100)
大 き く な っ た ら わ か る 3 (2.7)		・戸惑ってしまい答えてやれなかった	1 (33.3)
		・その年齢できちんと理解できると思わなかった	1 (33.3)
		・無回答	1 (33.3)
		計	3 (100)
話 題 を 変 え た 2 (1.7)		・無回答	2 (100)
		計	2 (100)
他 の 人 に 聞 く よ う に い っ た 1 (0.9)		・無回答	1 (100)
		計	1 (100)
そ の 他 4 (3.6)		・無回答	4 (100)
		計	4 (100)
		合 計	112

幼児の性教育の現状と今後の展望

表6 性の質問に対する回答内容

	質 問	回 答 内 容	名 (%)
妊 娠 ・ 出 産 ・ 赤 ち ゃ ん	赤ちゃんはどこから産まれてくるの	・真ん中の穴から ・赤ちゃんの通る道 ・おなかから	17 (38.6) 15 (34.1) 12 (27.3)
	どうして結婚すると赤ちゃんができるの	・人間の体について話した (月経・精子のことなど) ・お父さんとお母さんが好き好きしたからできる ・子供が一人では寂しいので兄弟が生まれる ・お家に子供がたくさんいるともうできない	3 (50 ) 1 (16.7) 1 (16.7) 1 (16.7)
	どうやって赤ちゃんを産むの	・お母さんのおなかの赤ちゃんが通る道を通して ・おなかを切って ・力いっぱい、一生懸命	1 (33.3) 1 (33.3) 1 (33.3)
	お母さんのおなかの中に赤ちゃんがいるの？	・おなかの中に赤ちゃんがいる	1 (100)
	どうしておなかが大きいの？ 女の子だけが赤ちゃんを産むの 私も大きくなったら赤ちゃんを産むの	・お母さんだけが赤ちゃんを産む機能をもっている	1 (100)
性 器 ・ 性 差	赤ちゃん産むとき痛かった？	・大変だったけど頑張った	1 (100)
	なぜお母さんにはおチンチンがないの	・女だから ・男と女のからだのしくみを教えた ・男女の区別がつくように神様がした ・女もちゃんとあるけど体の中なので見えない ・子どもが生まれる時、お母さんのおなかの中からもってきた	7 (58.3) 2 (16.7) 1 ( 8.3) 1 ( 8.3) 1 ( 8.3)
	なぜ大人には毛があるの	・体が大人になっていくとき生える ・体毛について話した	2 (66.7) 1 (33.3)
	なぜお母さんはおっぱいが大きい	・赤ちゃんにおっぱいを飲ませるため ・女性の体について話した	3 (75 ) 1 (25 )
	どうして男の子と女の子は違うの	・おチンチンの形が違う ・花にも動物にも人間にも男と女があって形も違う	1 (50 ) 1 (50 )
	性器の <b>名前</b>	・おチンチンの名前を教えた ・子供だ理解できる言葉で正確に話した	1 (50 ) 1 (50 )
	お母さんはどこからおしっこするの	・外からは見えないけれど、ちゃんとおしっこするところがある	1 (100)
	愛	お父さんとお母さん愛してるね	・愛してるよ
どうして結婚したの		・お父さんとお母さんはすきだから一緒に住みたいから	1 (50 )
生理について		・女性の体について話した	1 (100)

また親の幼児期性教育体験との関連を見ると、体験者の親で子どもの質問に正しく答えた者は12名中9名(75%)、うそを答えた者は1名のみ(8.3%)であった。未体験の親103名では、正しく答えた者68名(66%)、うそを答えた者10名(9.7%)であった。両者に有意差は認められなかった。

母親の就労との関連では、主婦で正しく答えた者は95名中62名(65.3%)、うそを答えた者11名(11.6%)、大きくなったらわかると答えた者2名(2.1%)であった。有職者では、正しく答えた者17名中11名(64.7%)、うそを答えた者1名(5.9%)、大きくなったらわかると答えた者1名(5.9%)で、就労による差は認められなかった。

また母親の年齢による対応の差も認められなかった。

#### 5) 子どもの反応

「不思議そう」が最も多く、126名中48名(38.1%)であった。続いて「興味深そう」35名(27.8%)、「うれしそう」13名(10.3%)、「驚き」5名(4%)、「不満そう」3名(2.4%)である。親の対応による子どもの反応に有意差は認められなかった。

#### 3) 子どもの性に関する親の悩み

悩みのある者は230名中9名(3.9%)であった。5才以上6才未満の子どものを持つ親が5名、3才以上4才未満2名、6才以上7才未満2名であった。

内容は、子どもの性的言動や行動に戸惑っている者5名、「どこまでどのように、あるいはいつ頃答えてよいかわからない」者4名であった。

#### 4) 性器いじり

##### 1) 頻度

子どもが性器いじりをしたことがあると答えた者は228名中109名(47.8%)、ないと答えた者119名(52.2%)であった。

##### 2) 性別

男児は107名中61名(57.1%)、女児は95名中32名

(33.7%)で、男児に多く認められた。(P<0.001)(表7)

表7 性器いじりと性別の関係

	性器いじり(+)	性器いじり(-)
男児 107名	61 (57.1)	46 (43.7)
女児 95名	32 (33.7)	63 (66.3)
	人数 (%)	P<0.001

#### 3) 母親の就労の有無と児の性別との関係

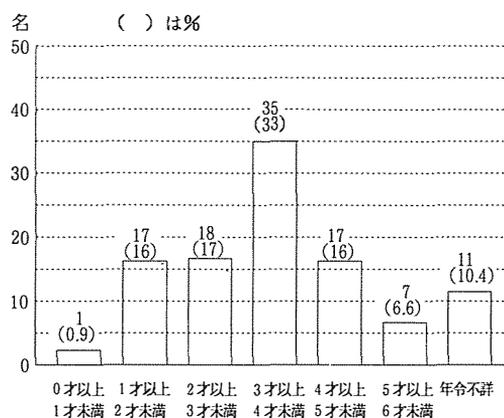
主婦群の男児で性器いじりが見られたものは90名中50名(55.6%)、女児は81名中24名(29.6%)で、男児に性器いじりが多くみられた。(P<0.001)

有職者では有意差は認めなかったが、男女共に主婦群より高い比率で性器いじりが認められている。

(表8)

#### 4) 児の年齢

性器いじりを始めた平均年齢は2.8±1.2才である。最も多く認められた年齢は3才以上4才未満で、106名中35名(33%)であった。(図2)



■ 2 初めて性器いじりをした年齢

表8 母親の就労の有無と性器いじり・性別の関係

母親の職業	子どもの性別	性器いじり(+)	性器いじり(-)	検 定
主婦	♂	50 (55.6)	40 (44.4)	P<0.001
	♀	24 (29.6)	57 (70.4)	
有職者	♂	11 (64.7)	6 (35.3)	N. S
	♀	7 (50)	7 (50)	

人数 (%)

5) 親の反応 (複数回答)

「注意した、やめさせた」が112回答中69 (61.6%) と最も多く、その内容は「バイキンがはいる」が多かった。また「無視した」は22 (19.6%) であった。(■ 3)

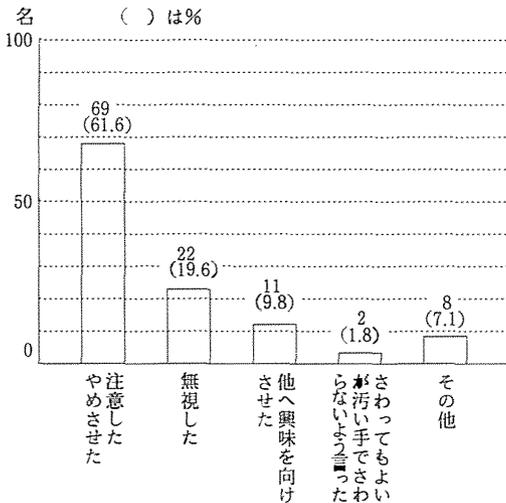


図3 性器いじりに対する親の反応

子どもの年齢との関係では、2才未満は「他へ興味をむけさせた」「無視した」が多く、2才以上は「注意した、やめさせた」が多い傾向にあった。

5 幼児の性教育

1) 必要性

性教育が必要と答えた者は239名中144名 (60.3%)

(以下必要群とする), 不必要と答えた者80名 (33.5%) (以下不必要群とする), 無回答15名 (6.2%) であった。

2) 必要群

(1) 母親の就労の有無

主婦で性教育を必要と考える者は188名中110名 (58.5%), 有職者3名中29名 (76.3%) で、有職者が高い比率であった。

(2) 性教育実施状況

子どもに性教育を実際に行った者は50名 (34.7%), 行っていない者88名 (61.1%) であった。就労の有無による有意差は認められない。

(3) 実施した動機

自主的に行った者50名中17名 (34%), 質問され行った者33名 (66%) である。

主婦群では自主的に行った者37名中8名 (21.6%), 質問されて行った者29名 (78.4%) である。有職群では自主的12名中9名 (75%), 質問されて3名 (25%) である。職業を持っている母親の方が自主的に性教育を実施していた。(P<0.001) (表9)

表9 性教育を実施した動機と母親の就労の関係

	自主的	質問されてから
主婦 37名	8 (21.6)	29 (78.4)
有職者 12名	9 (75.0)	3 (25.0)

人数 (%) P<0.001

表10 性教育を行っていない理由

(性教育必要群)

	内 容	人 数	%
1	まだ時期でない 関心を持った時で良い 聞かれないから	26	29.5
2	うまく説明できないから	18	20.5
3	早すぎる 小さいから	16	18.2
4	時期であると判断すれば行方	7	8.0
5	質問されたときにその子の年齢に合わせて答える	5	5.7
6	機会がない まだしゃべれない 必要性がない	11	12.5
7	わかる時がくる 恥ずかしい 学校に性教育があれば良い	3	3.4
8	無回答	2	2.2
計		88	100

幼児の性教育の現状と今後の展望

表11 幼児の性教育を不必要と考える理由

	主婦名 (%)	有職者名 (%)	職不明 (%)	計名 (%)
まだ早すぎるから	24 (36.4)	3 (43.0)	3 (42.9)	30 (37.5)
自然にわかるものだから	17 (25.8)	1 (14.2)	0 (0)	18 (22.5)
幼児期に性教育を受けていないが誤った性意識を持っているとは思わないので	9 (13.6)	0 (0)	0 (0)	9 (11.3)
言っても理解できないので意味がない	8 (12.1)	0 (0)	0 (0)	8 (10)
その他	8 (12.1)	3 (43.0)	0 (0)	11 (13.7)
無回答	0 (0)	0 (0)	4 (57.1)	4 (5)
計	66 (100)	7 (100)	7 (100)	80 (100)

(4) 実施しなかった理由

「まだ時期でない、関心を持った時でよい、聞かれないから」が最も多く88名中26名 (29.5%) であった。(表10)

3) 不必要群

理由は「まだ早い」が80名中30名 (37.5%) で最も多い。次は「自然にわかる」18名 (22.5%) であった。(表11)

6 母親の幼児期性教育体験の効果

1) 性教育体験の有無

幼児期に性教育を受けた者は239名中25名 (10.5%) であった。

2) 性教育の必要性

幼児期性教育を受けた者25名中23名 (92%)、受けていない者206名中119名 (57.8%) が、幼児期性教育が必要と答えている。

幼児期性教育を受けた者の方が必要性を認めている。(P<0.001) (表12)

表12 幼児期の性教育に対する母親の考え  
(幼児期の性教育体験との関係)

	性教育必要	性教育不必要
性教育を受けた 25名	23 (92.0)	2 (8.0)
性教育を受けていない 206名	119 (57.8)	87 (42.2)

人数 (%) P<0.001

3) 実施状況

幼児期性教育を受けた者で、家庭で性教育を行った者は25名中12名 (48%) であった。これは受けておらず行った者206名中38名 (18.4%) に比し、高率であった。

IV 考察

子どもの誕生時に抱く母親の感情は、その後の子どもへの対応に影響を及ぼすと考え、出産時の感情を調査した。結果は92.8%の者が肯定的感情を持っており、比較検討には至らなかった。しかしこれは西岡ら<sup>8)</sup>の70.8%と比較すると高率であり、望ましい結果であった。

子どもから性に関する質問を受けた親は114名 (49.8%) であり、幼児期の性への関心を示している。また年令や質問の有無において、性差は認められなかった。このことは、幼児期は性役割学習の途上にあり、環境の影響が明確に現れていないと言える。しかしだからこそ、この時期の大人の偏った対応が子どもの性意識を歪める結果になることを、心しておかねばならない<sup>9) 10)</sup>。

質問内容は、児の誕生に関するものが最も多く64.8%を占めた。次に性器や性差に関する質問が29.5%である。これは入浴時等に視覚でとらえた疑問を、そのまま言葉として発していると言える。

始めて質問した年齢は3.9±0.9才で、会話が濫発になる時期とほぼ同時期である。脳の発達段階において、幼児期は創造の時期(自我発現の時期)にあたり、自分で考え、選び、創り出すことが出来るようになる<sup>11) 12)</sup>。従って知識欲が旺盛で、「なぜ、なぜ」を連発する。性においても、子どもにとっては一般の質問と同様であろう。

高野<sup>13)</sup>は、性に関する質問は、花を見て「これはなに」と尋ねると同様と述べている。よって親は逃げたり、無視したり、あるいは禁止するのではなく、子どもの理解の能力に応じて分かりやすく答えることが必要である。このことは子どもの限らない可能性を

伸ばすことにつながる。

質問の場面では、両性ともに普通の会話でが多い。これは前述のように幼児が性を特別視せず、普通の事柄としてとらえていることを表している<sup>9)13)</sup>。子どもが性を今後どのようにとらえていくかは、この時期の周囲の人々の対応に強く影響される。

一般に男女の区別が明確にできるようになるのは4～5才と言われる<sup>13)</sup>。赤ちゃんや妊婦の話題において女兒からの質問が多いのは、出産を行う女性を自分の性としてとらえ、関心を示していると考えられる。

親の対応は、積極的対応「正しく答えた」が73.2%である。内容は児の精神的発達、理解力にあった言葉で情緒的に答えている例が多く、明らかに間違っている回答はみられない。たとえばなぜ赤ちゃんができるかという質問に対して、「お父さんとお母さんが好き好きしたら神様が作ってくれる」や、どうやって赤ちゃんを産むのかという質問には、「お母さんのおなかの赤ちゃんが通る道を通して」等である。これらは科学的には的確な表現ではないが、母親なりに児が理解できるように考えているのが伺える。

正しく答えた理由は、「正しい知識を教えたい、年齢に応じた指導が必要、正直に答えたい」が約半数を占めており、母親自身の性教育に対する積極的姿勢が認められる。

性教育は、正しい知識を得る反面、子どもの性の発段階に即さないものであったり刺激が強すぎると、ショックを受ける可能性もある<sup>13)</sup>。子どもが情緒的にあるいは科学的に知ろうとしているかは個人差があるため、見極めて納得のいくように話すことが必要である。これが出来るのは、いつも傍にいる両親であろう。

うそを答えた理由は、「この時期に性教育を行わなくてもそのうちわかる」や、「成長してから行う」といった回答が多い。また、「性教育は必要ない」と考える者もいた。幼児期に興味を広げていくことは、彼らの生活と知識を豊かにする。一般に興味と性もまた同様であることを、認識する必要がある。

また性教育の方法がわからないといった回答も少数ではあるが見られる。「見せてと言われると困る」という答もあった。元来多くの人々が「性」に対して抱くイメージは、否定的なものが多く、恥ずかしいこととして扱われている。歴史的変遷をみると、母性へ

の羨望や恐怖が、偏見や差別を生み出してきた過程がある<sup>9)14)</sup>。性教育は、長い年月をかけたこの「偏見」という溝を、埋めていく作業であると言えるかもしれない。

親は、子どもの性に対する感じ方、考え方を、肯定へも否定へも方向付けてしまう立場にある。私たちは親の性意識が子どもに多大な影響を及ぼすことを認識し、親の偏見のない性意識の確立に努力する必要がある。生まれ育った環境、性意識の確立に及ぼした影響を十分に分析し、正しい性意識を持つ。そのことが性教育の第一歩である。

子どもの数と親の対応を分析すると、子どもの数が増すほど「正しく答える」割合が高い。また母親の年齢が高くなるにつれ、同様の傾向がみられる。育児経験が、対応の習得につながるであろう。

幼児期の性教育体験の有無による親の対応に差は認められない。しかし幼児期の性教育が必要と考える者は、「正しく答えた」割合が高い。過去に性教育を受けているにも関わらず対応に差がないということは、これまでに受けた性教育が必ずしも有効であったとは言い難い。性教育を意義あるものにするのが今後の課題となる。

家庭は子どもにとって最も基本的な生活の場所である<sup>13)</sup>。また子どもの精神発達は、家庭における育て方が基本となる。性教育も、生活習慣の自立やしつけ同様、家庭の役割を無視することはできない。

子どもの性に関する悩みがある親は3.9%であった。しかし子どもからの質問は49.8%である。この結果は、子どもの性に関する質問や性行動に対して、親の関心が必ずしも高くないことを示している。

悩みを持つ親9名をみると、5～6才の子どもを持つ親が一番多い。親が答に窮する質問を投げかけているのがこの年齢だと言えるであろう。

悩みの内容は「子どもの質問に、どこをどのように、いつ頃答えたらよいか分からない」や、子どもの性的言動や行動に戸惑っているという回答であった。親自身が「性」に対してマイナスの意識を刷り込まれているため、子どもへの対応に構えや、硬さがみられるのであろう。子どもより、まず親の意識変革が必要である。リラックスし、子どもと心の触れ合う会話が出来るよう、親を援助できるシステムづくりが早急に望まれる。

性器いじりは、児の47.8%にみられている。

性別では男児に多い。男児は、性器がちょうど手の届きやすい位置にあり、突出していることにより触れやすいからであろう。

性器いじりは、本質的には正常な現象であり、遊びの一種と考えられるため特別視する必要はない<sup>15)</sup>。しかしこれは、母子関係が確立している児に多くみられるという説とフラストレーションが生じたときに起こるという説がある<sup>16)</sup>。要は自分の子どもの行為がどちらの範疇に属するかを、傍にいる親が見極めることが必要である。今回データが少なく有意差は出なかったが、就労の母親を持つ子どもに性器いじりの比率が高い傾向が認められた。今後母親の就労と児のフラストレーション、性器いじりとの関係を追跡していきたい。

開始の平均年齢は2.8±1.2才である。これは幼児の短識欲が旺盛となる時期と一致する。性器いじりは自分の体を知り、頭の中に生殖器がしっかりとした位置を占めるのを助けるという効果がある<sup>16)</sup>。

親の反応は「注意した、やめさせた」が61.6%である。内容は「バイキンが入る」「病気になる」「汚れた手で触ってはいけない」「大切な所だから」等であった。性器を大事にという考えが根底にあることがわかる。しかし断古として禁止したり、子どもを罰したり、あるいは生殖器が傷付くと暗示することは、効果的でないばかりか、罪悪感や不安を生み出す。さらにフラストレーションにより、逆に増加させる恐れもある<sup>16)</sup>。幼児が自分の性器に触れて快感を得るのは、性器を傷つけたり感染を起こしたりしない限り悪いことではない<sup>17)</sup>。子どもの体は母親の所有物でもなければ父親のものでもない。それは、楽しみ、快感 - Pleasure - を得るために子ども自身に与えられたものであり、プライバシーさえ保たれば、十分に正当なものである<sup>18)</sup>。

今回の調査では、60.3%が幼児の性教育を必要と考えている。幼児期の生活の大部分は家庭であり、質問や行動が家族(両親)に向けられるため、必要性を感じていると考えられる。さらに現代の母親たちの確実な意識の変化も感じとれる。

幼児期、両親から性教育を受けた親は10%と低率であるにも関わらず、この中の92%が幼児の性教育を必要と考えている。このことから、必要性の認識という点では効果があったと推察できる。

しかし必要と考える親でも、実際に家庭で性教育を行っている者は34.7%であり、思考と行動間にギャップが生じている。

次に性教育を行った50名のうち、自主的に行った者な34%であり、66%は子どもからの質問があってからである。これは「まだ時期ではない」「関心を持った時でよい」といった意見や、「うまく説明できない」等の事情があるからと考えられる。

有職者は、主婦より自主的に性教育を行っている者が多かった。有職者の方が高い比率でその必要性を認め、積極的に性講演会等にも参加し、意欲が高かった。

幼児の性教育は必要でないとする理由は、「まだ早い」「自然に分かる」が62.2%である。これは、性教育は月経や精通を教える教育、下半身の教育、生殖や純潔教育と考える者が少なくないからであろう。

性教育は、いのちの尊さを学ぶことであり、生きることの教育、人間教育である<sup>9)</sup>。このことの認識が広範の人々に広まれば、開かれた性教育は早期に実現されるであろう。

私たち助産婦は、生命の誕生に立ち会う専門職としての立場から、あらゆる所であらゆる人々に性教育の重要性を訴え続けなければならない。そのことが未来の母性を育てる第一歩であるとする。

## 要 約

1.5才から6才までの幼児を持つ親183名(児総数239名)を対象に、質問紙法による性教育の実態調査を行った。

1. 子どもから性に関する質問を受けた者は114名(49.8%)であった。その内容は児の誕生に関するものが最も多く、64.8%を占めた。
2. はじめて質問した平均年齢は3.9±0.9才であった。

3. 質問に正しく答えた親は112名中82名(73.2%)であった。
  4. 幼児期に性教育が必要と考える親は239名中144名(60.3%)であった。そのうち実際に性教育を実施した者は50名(34.7%)であった。
  5. 性器いじりをしたことのある子どもは228名中109名(47.8%)であり、男児に多く認められた。始めた平均年齢は $2.8 \pm 1.2$ 才であった。
- 以上より幼児の性教育のあり方を検討した。

### Abstract

An investigation into the actual condition of sexuality education was carried out by the use of questionnaires to 183 parents who have their sons or daughters between the ages of 1.5 and 6 years (a total of 239 infants)

1. It was 114 parents (49.8%) who were questioned as to sex affairs. Especially, the contents of the questions put to the parents were most frequently (64.8%) related to the process and situation of childbirth.
2. When the infants put the questions of sex to their parents for the first time, their average age was  $3.9 \pm 0.9$  years.
3. Out of 112 parents, 82 (73.2%) answered to the questions correctly.
4. Out of 239 parents, 144 (60.3%) thought it necessary to give their sons and daughters the sexuality education. It was 50 parents (34.7%) who conducted the sexuality education actually.
5. Out of 228 infants, 109 (47.8%) have trifled with the genital organ. In the group of 109 infants, the male infants were more than the female. When they began the trifle, their average age was  $2.8 \pm 1.2$  years.

On the basis of the answers to the questionnaires, we made studies as to how to conduct the sexuality education for infants.

### 文 献

- 1) 近藤潤子他：助産婦教育到達目標。看護教育, 12: 791, 1986
- 2) 我妻堯・前原澄子編：助産学概論。助産学講座1, 31, 医学書院, 東京, 1991
- 3) 佐藤香代：思春期の性教育。福岡市青少年相談センターだより, 65: 3, 1991
- 4) 内田伸子編：新・児童心理学講座第6巻, 言語機能の発達, 金子書房, 1990
- 5) ブルーナー, J. S. 著, 寺田晃他訳：乳幼児の話しことば, 新曜社, 1988.
- 6) 大久保愛：幼児のことばとおとな, 三省堂, 1973.
- 7) 宮川知彰：発達段階の心理学, 放送大学教育振興会, 1990
- 8) 西岡和男他：望まない妊娠一分娩時の母親の感情と新生児訪問の有効性一。母性衛生, 22(2) 86, 1981
- 9) 佐藤香代：性ってなーに, 西日本新聞社, 福岡, 1992
- 10) ナンシーF. ウッズ：人の一生と性。性を知る, 53, 日本看護協会出版会, 東京, 1982
- 11) 時実利彦：脳と人間, 雷鳥社, 東京
- 12) 時実利彦：目でみる脳, 東京大学出版会, 東京
- 13) 宮原忍：家庭における子どもの性。日本母子衛生

幼児の性教育の現状と今後の展望

- 助成会, 33, 1987
- 14) 鍵谷明子: 母性の多義性, 母性を問う(上)(脇田晴子編), 13, 人文書院, 京都, 1987
- 15) Group for the Advancement of Psychiatry: Sex and the college student, New York, 1965, Mental Health Materials Center, Ink.
- 16) 宮原忍諷: 現代の性教育, 192, 大修館書店, 東京, 1985
- 17) W. B. ボメロイ: 男の子の性, 鎌倉書房
- 18) 日本性教育協会: アメリカの性教育とセクソロジー, 15, 現代性教育研究

(平成5年11月11日 受付)

## 褥創予防の看護に関する研究

—手術をうける患者に対するエアーマットの**使用基準の検討**—

Study of Pressure Sore Prevention

— Evaluation of Criteria on Application of Air Mattress after Surgery —

真田 弘 美\*      須 釜 淳 子\*      金 川 克 子\*\*  
Hiromi Sanada      Junko Sugama      Katsuko Kanagawa  
紺 家 千津子\*\*\*      森 田 千 枝\*\*\*      稲 垣 美智子\*  
Chizuko Konya      Chie Morita      Michiko Inagaki  
塚 崎 恵 子\*  
Keiko Tsukasaki

### はじめに

近年の高度化された医学の発展に伴い、長時間にわたる手術や高齢者の手術が増加してきた。このような手術を受けた患者は、術後侵襲が大きくベッド上での安静時間が長いために褥創が発生しやすく、看護上大きな問題となっている。褥創予防の基本は圧迫の除去であり、臨床ではマットレス類の中で除圧効果が最も高いとされるエアーマットレス<sup>1)</sup>が頻繁に用いられている。しかし、エアーマットレスの使用基準は未だ明らかではなく、看護婦個々の経験で使用されていることが多いために効果的な除圧がされにくい。すなわちどの対象に、どのくらいの期間にわたりエアーマットレスを使用することが褥創予防に効果的かを検討する必要がある。

### I 研究目的

この研究の目的は褥創発生予測尺度（日本語版 Braden Scale<sup>2)</sup>）を用いて考案したエアーマットレスの使用基準を手術を受ける患者に使用することにより、その基準の有効性を検討することにある。

### II 用語の説明

褥創とは、組織がある一定期間に骨突起部位と外からの圧力に挟まれ、局所的な壊死を起こす病態を指す<sup>3)</sup>。また褥創の深度分類は I A E T (International Association Enterostomal Therapy) の基準を適用する<sup>4)</sup>。特に判定の難しい Stage I (発赤) は、接触しても消失しない充血を指し、反応性の充血は除外する。

### III 対象と方法

#### 1. 対象と方法

対象は全身麻酔により手術を受け、術直後に褥創発生が見られなかった医学部附属病院の消化器癌の根治術を中心とする外科病棟の患者とした。実験群は、考案したエアーマットレス使用基準を適応した1992年6月～11月までの期間に手術を受ける患者97名であった。対照群は、1990年の同時期に看護婦個々の経験的判断で除圧用具を使用していた患者67名であった。方法は、上記の実験群と対照群の特徴に差がないことを確認して、褥創発生率とその程度を比較した。

使用した除圧用具は、1990年には圧交替式一体成形

---

\* 金沢大学医療技術短期大学部      School of Allied Medical Professions, Kanazawa University  
\*\* 東京大学医学部健康科学・看護学科      School of Health Sciences and Nursing, The University of Tokyo  
\* 金沢大学医学部附属病院      Department of Nursing, Kanazawa University Hospital

型（サンケンマットデラックス，三和化研），ポリウレタンマット（床ずれ用マット，エンゼル）を使用した。1992年には圧交替式セル型（コスモエア，ケーブル社）を使用した。この除圧用具の違いは，1991年にエアーマットレスが病棟全般にわたり新規購入されたためによる。1992年の調査では前回使用していた除圧用具を同様に用いることは不可能で除圧用具はコントロールできなかった。すなわち結果の妥当性に除圧用具という変数が影響する危険性があったので，その点を踏まえて考察した。

## 2. 分析方法

実験群と対照群の特徴の差については，褥創発生要因を比較した。その要因はBraden and Bergstromの褥創発生概念図<sup>5)</sup>を用い，Braden Scaleのスコア，年齢，血圧，体温，アルブミン値を抽出した。Braden Scaleは最も褥創発生の危険性が高い術後1日目の得点を使用した。アルブミンは術後の急性期間中の値を平均した。血圧は術後急性期間中の一日のうちで最も低かった値を平均した。体温は術後急性期間中で一日のうち最も高かった値を平均した。さらに，術中の圧迫が術後の組織耐久性に影響する可能性があるため，術中褥創要因としてKemp<sup>6)</sup>の報告の中で最も影響する麻酔時間を加えた。統計学的には両群での $\chi^2$ 検定，t検定を行った。

褥創発生率は，対象が術後に急性期を脱して自力歩行可能となる時期までを比較した。また使用する除圧用具も実験群と対照群で異なるので，その種類別に発生率と深度を分析した。

## 3. 測定用具

### 1) 日本語版Braden Scale

日本語版Braden Scaleは，翻訳及び使用する許可をBraden, Bergstromから得て，The Braden Scale Predicting Pressure Sores<sup>7)</sup>を裏田・大岡が翻訳したものである。Braden Scaleは，Bradenらによる褥創発生要因の概念図の中から抽出した6つの項目から成り立っている。その中の5項目は知覚の認知，活動性，可動性，湿潤，栄養で，各項目毎に1点（最も悪い）から4点（最も良い）で採点し，摩擦・ずれの項目は1-3点で採点する。つまり最低6点から最高23点となる。Bradenらによると，評定者間の信頼性は登録看護婦間では相関関係0.9と高く<sup>8)</sup>，他の褥創発生予測尺度（Gosnell, Norton）と比較し

て予測妥当性も高いと言われている<sup>9)</sup>日本語版Braden Scaleにおいても信頼性・妥当性が高いことはすでに報告している<sup>1)</sup>。当研究を開始するに際し，臨床ナースへのBraden Scaleの使用方法を指導し，10人の対象を採点した。その結果，評定者間の相関関係は1990年には0.93，1992年には0.94であり採点の信頼性が高い成績であった。

### 4. エアーマットレス使用基準の開発

同病棟において1990年に日本語版Braden Scaleの信頼性・妥当性および危険点を抽出するための研究を行った<sup>1)</sup>。その結果，入院患者102名中褥創発生者は6名（5.9%）であり，予測妥当性は術前には低いが，術後1日目ではSensitivity 100%，Specificity 55%の時のCut off pointは14点であった。また褥創発生者と非発生者を比較すると日本語版Braden Scaleの項目のうち，体動，可動性，湿潤と摩擦・ずれの4項目に有意な差がみられた<sup>10)</sup>。上記の成績より，術後1日目の日本語版Braden Scaleの得点が14点以下である対象に除圧が必要となることが明らかになった。さらに圧迫に関係する要因はBradenらの概念では知覚の認知，可動性，活動性が挙げられるので，有意差のあった可動性，活動性の得点で除圧用具，すなわちエアーマットレスの使用基準が決定できることが予測された。

まずエアーマットレスを必要とする対象の選択をした。術後1日目の日本語版Braden Scale 14点を予測する要因を検討すると，術式により評点間に差があることが分析された。（表1）日本語版Braden Scaleの平均得点が14点以下の膝頭十二指腸切除術，

表1 術式別日本語版Braden Scaleの平均点の比較

(n=56)

術式	対象数	得点
膝頭十二指腸切除	4人	11.7点
大腸・直腸切除	9	13.5
胃切除術	9	13.8
肝切除	6	14.0
食道切除	1	14.0
甲状腺切除	12	16.0
胆嚢切除	9	17.5
乳房切除	6	15.0

(その他は除く)

表2 エアーマットレスの使用基準

<p>1. 術前の情報</p> <p>エアーマットレス使用が必要な術式</p> <p>膣頭十二指腸切除術 食道切除術 肝切除術 胃切除術 大腸切除術 (術後1日目の日本語版ブレイデンスケールが14点以下と予測される)</p>	<p>エアーマットレス使用が不要な術式</p> <p>乳房切除術 甲状腺切除術 胆嚢摘出術 (術後1日目の日本語版ブレイデンスケールが15点以上と予測される)</p>
<p>2. 術後の情報</p> <p>毎日の日本語版ブレイデンスケールのサブスケール「活動性」が2点となったらエアーマットレスを除去</p> <p>日本語版ブレイデンスケール サブスケール「活動性」</p> <p>1. 臥床 ねたまりの状態である。</p> <p>2. 座位可能 ほとんど、または全く歩けない。自力で体重を支えられなかったり、椅子や車椅子に座るときは、介助が必要であったりする。</p> <p>3. 時々歩行可能 介助の有無にかかわらず、日中時々歩くが、非常に短い距離に限られる。各勤務時間中に、ほとんどの時間を床上で過ごす。</p> <p>4. 歩行可能 起きている間は少なくとも1日2回は部屋の外を歩く。そして少なくとも2時間に1回は室内を歩く。</p>	

食道切除術、胃切除術、肝切除術、大腸切除術においてはエアーマットレス必要群とした。それ以外の乳房切除術、甲状腺切除術、胆嚢摘出術、その他の術式はエアーマットレス不必要群とした。

次にエアーマットレスを除去する時期を検討した。褥創発生群と非発生群間に日本語版Braden Scaleの得点で有意差がみられた圧迫関連要因の活動性に注目した。手術患者では活動性の範囲は離床の程度で術前からの確に予測できると考えたからである。褥創発生群の平均値は1点、非発生群は平均値2点であったので、活動性の得点が2点上がったらエアーマットレスを除去する基準とした。(表2)

5. 手順

① 上記の基準に当てはまる対象にはエアーマットレスを敷き術後ベッドをつくる。

② 掃室時に皮膚観察を行い、褥創発生があった場合は、対象から除外する。

③ 術後5日目まで毎日日本語版 Braden Scale を採点し、活動性が2点になったらエアーマットレスを除去する。

④ 皮膚観察は離床まで毎日継続する。

なお対照群では、除圧用具の使用・除去の判断は、術後ベッドを作成するナースが、患者の術前の状態や術式等から術後の状態をアセスメントし、自己の経験や指導から決定した。②③については実験群と同様である。

IV 研究結果

1. 対象の概要

実験群では表3に示すように対照数97名、男性41名(42.2%)、女性56名(57.8%)、平均年齢56.6±11.4才であった。対照群では、対照数67名、男性38名(56.7%)、女性29名(43.3%)、平均年齢は55.7±13.8才であった。術式は、実験群では胃切除、甲状腺切除、乳

表3 対象の概要

項目	対象	実験群(n=97)	対照群(n=67)
性別	男性	41名(42.2%)	38名(56.7%)
	女性	56 (57.8)	29 (43.3)
年齢	平均±SD	56.6±11.4歳	55.7±13.8歳
術式			
	胃切除術	20名(20.7%)	9名(13.4%)
	甲状腺切除術	18 (18.6)	12 (17.9)
	乳房切除術	15 (15.5)	6 (9.0)
	胆嚢摘出術	12 (12.4)	9 (13.4)
	肝切除術	9 (9.3)	6 (9.0)
	大腸切除術	5 (5.1)	9 (13.4)
	膈頭十二指腸切除術	3 (3.0)	4 (6.0)
	食道切断術	1 (1.0)	1 (1.5)
	その他	14 (14.6)	11 (16.4)

房切除, 対照群では甲状腺, 胃切除, 胆嚢・大腸胃切除術の順で多かった。

2. 褥創発生要因の比較

実験群では表4に示すように平均年齢56.6±11.4才, 対照群では平均年齢は55.7±13.8才であり, 両群には有意な差はみられなかった。また麻酔時間は実験群274±138分であり, 対照群では274±166分と差がなかった。術後最も低い収縮期血圧は実験群97.5±13.2mm

表4 対象の概要

項目	対象	実験群(n=97)	対照群(n=67)
年齢	平均±SD	56.6±11.4歳	55.7±13.8歳
麻酔時間	平均±SD	274±138分	274±166分
術後データ 平均±SD			
	最低収縮期血圧	97.5±13.2mmHg	102.0±13.7mmHg
	最低拡張期血圧	54.2±9.0mmHg	56.3±8.7mmHg
	最高体温	38.1±0.5℃	38.0±0.6℃
	最低血清アルブミン値	3.5±0.5g/dl	3.6±0.6g/dl
術後1日めの日本語版 ブレデンスケール 平均±SD			
	知覚の認知	3.9±0.2	3.9±0.2
	湿潤	2.8±0.6	2.9±1.0
	活動性	1.9±0.9	1.7±1.0
	可動性	2.7±0.8	2.6±0.9
	栄養状態	2.6±0.6	2.7±0.8
	摩擦とずれ	1.6±0.7	1.7±0.7
	総合得点	15.5±2.7	15.1±3.1

いずれの項目において有意差はなかった。

Hg, 対照群では102±13.7mmHgであり, 拡張期血圧では実験群54.2±9.0mmHg, 対照群56.3±8.7mmHgであった。また術後最も高かった体温は実験群38.1±0.5℃, 対照群38.0±0.6℃であり, アルブミン値は実験群3.5±0.5g/dl, 対照群では3.6±0.6g/dlであった。術後の収縮期血圧, 拡張期血圧, 体温, アルブミン値には実験群と対照群では差がなかった。術後1日目の日本語版 Braden Scale の得点を比較すると, どの項目においても差がなく, 平均総得点では実験群15.5±2.7点, 対照群15.1±3.1点であった。つまり実験群と対照群では, 褥創発生に関係する要因には差はないといえる。

3. 褥創発生率の比較

表5 褥創発生率の比較

対象		実験群(n=97)	対照群(n=67)
褥創発生		発生者数(%)	発生部位(%)
有 深度	I度	0 (0.0)	4 (6.0) 尾骨部 2 (3.0) 仙骨部 1 (1.5) 背部 1 (1.5)
	II度	0 (0.0)	2 (3.0) 仙骨部 1 (1.5) 左踵部 1 (1.5)
無		97 (100.0)	61 (91.0)

褥創の発生は表5に示すように, 実験群ではひとりも発生しなかったが, 対照群では6名(9.0%)にみられた。褥創の深度はI度(発赤)が4名(6.0%)で, II度(びらん)は2名(3.0%)であった。部位は, Iでは尾骨部2名(3.0%), 仙骨部1名(1.5%), 背部1名(1.5%)であり, II度では仙骨部1名(1.5%)左踵部1名(1.5%)であった。

4. 除圧用具の使用状況

除圧用具の使用対象数をみると表6のように, 実験群では基準どおりにエアーマットレスを38名(39.1%)が使用し, 対照群では9名(13.5%)が使用した。つまり実験群では対照群の約3倍近くの褥創発生危険者がスクリーニングされていた。褥創発生者のマットレスをみると, 対照群では一体成型型エアーマットレス1名(1.5%), ポリウレタンマット1名(1.5%)に褥創が発生していた。またエアーマットレス不必要と判断した標準マット使用者では, 対照群の4名(6%)に褥創が発生したのに対して, 実験群で

## 褥創予防の看護に関する研究

表6 マットレスの使用状況

対象 項目 マットレスの種類	実験群 (n=97)			対照群 (n=67)		
	使用人数 (%)	使用期間(日) 平均±SD	褥創発症者数 (%)	使用人数 (%)	使用期間(日) 平均±SD	褥創発症者数 (%)
エアーマット セル式 一体成形	38 (39.1) 0 (0.0)	9.1±7.6	0 (0.0) 0 (0.0)	0 (0.0) 4 (6.0)	6.2±3.5	1 (1.5)
ポリウレタンマット	0 (0.0)	--	0 (0.0)	5 (7.5)	6.4±2.9	1 (1.5)
標準マット	59 (60.9)	--	0 (0.0)	58 (86.5)	--	4 (6.0)
計	97 (100.0)	9.1±7.6	0 (0.0)	67 (100.0)	6.3±3.0	6 (9.0)

の発生はなかった。

除圧用具の平均使用日数は実験群では9.1±7.6日であった。対照群では一体成型型エアーマットレス4名(6.0%)で、平均使用日数は6.2±3.5日、ポリウレタンマット5名(7.5%)で平均使用日数は6.4±2.9日であった。両群の平均使用日数をみると、実験群の方が長期に使用しているが、有意な差はみられなかった。

## V 考 察

褥創の原因は圧迫であり、それに個人の組織耐久性が影響し発生すると言われている<sup>5)</sup>。褥創を予防するには、できるだけ速くに褥創発生を予測し、適切な除圧やスキンケア、および栄養状態を整えることが必要となる。近年では、褥創発生を予測するための発生要因についての研究が進み<sup>11)</sup>、褥創発生のスクリーニングが可能となってきた。また、除圧用具については、各ベッド、マットレスの効果を仙骨部や踵部のような圧迫部位の体圧<sup>12-14)</sup>や血流変化を測定<sup>15,16)</sup>し、その効果が報告されてきた。アメリカでは、除圧用具を皮膚の毛細血管圧である32mmHgで分類<sup>17)</sup>し、32mmHg以下に体圧を保てることができれば褥創ができにくいと判断されている。そこでローエアロスベッドやクリニシステムベッドのように体圧32mmHg以下に保てる用具をPressure Relief Deviceと呼んでいる。またエアーマットレスやクレーターマットレスのように体圧32mmHg以上の用具はPressure Reduce Deviceと分類し、2時間毎の体位変換を推奨している<sup>4)</sup>。しかし、個々の対照における除圧用具の選択基準は未だ明らかではなく、コストや使用の簡便性で選ばれている現状である。日本では、ローエアロスベッド等

は非常に高価であるために普及には至らない。臨床では体圧32mmHg以上であるが除圧効果はあると分類されるエアーマットレスが最も頻繁に使用されているが、依然として褥創は発生しており、その使用方法や機能に問題があることが予測される。そこで、看護婦の経験や勘ではなく、科学的な指標を用いて、エアーマットレス等の除圧用具を用いる基準を開始することは、褥創予防の看護として非常に意義があるといえる。以下に筆者達が考案したエアーマットレス使用基準の有効性とその限界を考察する。

実験群と対照群の褥創発生要因を比較すると、圧迫に影響を及ぼす麻酔時間、術式には差がなく、さらに個々の組織の耐久性に影響を及ぼす年齢や術後の血圧、体温、アルブミン値にも差がなかった。さらに日本語版Braden Scaleの全ての項目にも差がないことから褥創発生要因からみると同じ性質を持つ対象として扱うことができる。その前提で今回の結果をみると、実験群には褥創発生がなく、対照群には9.0%の発生があることから、エアーマットレス使用基準を用いた効果が表れていると考えられる。実験群に褥創が発生しなかった理由として、エアーマットレス使用基準により、対照群の約3倍近くの対象を褥創発生危険者とアセスメントし、エアーマットレスを使用したためだと考えられる。ここで問題となるのは、褥創発生に影響をおよぼす変数として実験群と対照群の除圧用具の違いが挙げられる。たしかに対照群では一体成型型エアーマットレスを使用した2名(3%)に褥創が発生している。これは実験群に使用したセル式は一体成型型よりは除圧効果があること<sup>18)19)</sup>、エアーマットレスはポリウレタンマットレスよりは除圧効果が高いことが報告されている<sup>1)</sup>ことより、除圧用具の差が褥創発

生に影響している危険性が大きい。しかし実験群では、エアーマットレス使用基準の適応にならず標準マットレスを使用した対象には褥創は発生しなかったが、対照群では6%に褥創が発生していた。このことは除圧用具の差ではなく、明らかにエアーマットレス使用基準のスクリーニング効果であることが示唆される。今後は除圧用具の差による褥創発生率を比較することにより、適切な除圧用具の選択基準が課題となる。

また除圧用具の使用状況を見ると、対照群では実験群に比べると、使用対象者の比率が低く、使用日数も短いことから、褥創発生にはエアーマットレス使用方法にも問題があったことが考えられる。

以上の成績から、消化器系の手術を中心とした術後患者の褥創には、アメリカで頻繁に使用されているローエアロスベッドやクリニトロンベッドのようなハイテクノロジーを駆使した高価なベッドを使用しなくても、エアーマットレスを適切に使用すれば予防可能であることが示唆された。

今回の研究の限界は、看護婦がエアーマットレス使用基準を学習してしまうために同時期に対照群と実験群を無作為に分類することができなかったことである。時期をずらして調査したため、病棟看護婦の辞職・採用、移動もあり看護婦のケアの質を同じにコントロールできなかった問題が残される。しかし、看護婦数が同一であること、また新人看護婦、中堅看護婦、ベテラン看護婦の割合も同じであること、2回の調査時期を6月～11月と同一としたことで、その危険性は軽減されていると考える。さらに、今回の対象の特殊性が外的妥当性に影響している可能性がある。第3次医療を中心とする医学部附属病院の外科病棟に入院し、ほとんどが癌の根治を目的としたリンパ節の広範郭清を行っていた。さらに術中に抗癌剤による腹膜灌流や術中照射を行った対象も多かったことから、術後の重症が高い集であることが考えられる。たとえば胃潰

瘍で胃切除術を行う対象は術後1日から端坐位可能であり、今回の使用基準は適応できない可能性がある。

今回のエアーマットレス使用基準は、看護婦が日本語版Braden Scaleを適切に使用できる癌手術を中心とした一般外科の手術を受ける対象に適応可能であると考えられる。またエアーマットレスはセル式圧切替型を使用することを条件とする。今後はエアーマットレスの種類による差が褥創発生に及ぼす影響を明らかにし、除圧用具使用基準を確立する必要がある。

## VI まとめ

手術を受ける患者の褥創を予防するために、エアーマットレス使用基準を作成し、その有効性を調査した。その結果

1. エアーマットレス使用基準を適応した実験群97名中、セル式切替エアーマットレス使用者は38名(38.1%)であった。また実験群には褥創は発生しなかった。

2. 看護婦が独自のアセスメントで除圧マットレスの使用を決定した対照群には、67名中6名(9%)に褥創が発生した。褥創の深度はI度(発赤)が4名で、II度(びらん)は2名であった。その6%は病院標準マットレスを使用し、残りの3%は一体成型型エアーマットレスやポリウレタンマットレスを使用していた。

すなわち日本語版Braden Scaleを用いた筆者らが考案したエアーマットレス使用基準は、癌根治手術を行った消化器を中心とする術後患者には褥創の発生を認めず、褥創予防の用具として有効であるといえる。今後は除圧用具の違いと褥創発生の関係を検討する必要がある。

本研究の遂行にあたり多大な御協力をいただいた金沢大学医学部附属病院の前野つね看護部長はじめ看護部の皆様に深く感謝致します。

(この研究は平成4年度木村財助成金の一部による)

## 要 旨

褥創発生予測尺度(日本語版Braden Scale)を用いて考案したエアーマットレスの使用基準を、手術を受ける患者に使用することにより、その基準の有効性を検討した。対象は全身麻酔により手術を受け、術直後に褥創発生が見られなかった医学部附属病院の消化器を中心とする外科病棟の患者164名であった。方法は、考案したエアーマットレス使用基準を適応した実験群と使用しない対照群の褥創発生

率とその程度を比較した。その結果褥創の発生は、実験群ではひとりも発生しなかったが、対照群では6名(9.0%)にみられた。褥創の深度はⅠ度(発赤)が4名で、Ⅱ度(びらん)は2名であった。以上より日本語版 Braden Scale を用いた筆者らが考案したエアーマットレス使用基準は、今■対象とした消化器術後患者には褥創の発生を認めず、褥創予防に有効な用具であると考えた。

### Abstract

Pressure Sores are a serious problem within the post operative patients especially elderly and critical patients that can lead to pain, longer hospital stay, and slower recovery. The purpose of of this study was to evaluate an original version of Criteria on Application of Air Mattress after Surgery (CAAMS) using the Japanese Version of Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. The subjects were 164 post operative patients who were indentified no pressure sore after general surgery in a hospital specialized for tertiary care. The incidence of pressure sore and its stage were compared the patients who were employed the CAAMS with control group (traditional nursing assessment). The incidence of pressure sore applied this criteria was 0%, and control group was 9.0% (six patients). Four pressure sores (4 people) were rated as Stage I, and two pressure sores (2 people) were Stage II. The investigators believe the CAAMS is promising preventive tool of pressure sore for patients after general surgery.

### 文 献

- 1) 真田弘美他：褥創予防の看護－褥創予防用具の有効性の検討，第18回日本看護学会－看護総合集録 46－19，1987.
- 2) 真田弘美他：日本語版 Braden Scale の信頼性と妥当性の検討，金大医短紀要 15：101－105，1991.
- 3) U. S. Department of Health and Human Services：Clinical practice guideline：pressure ulcer in adults：Prediction and prevention 22－26，1992.
- 4) Norma Mash et al：Standards of care, dermal wound：Pressure Sores, ET Journal 15(1)：4－17，1988.
- 5) Braden, B. et al：A conceptual schema for the study of etiology of pressure sores, Rehabilitation Nursing, 12(1)：8－12，1987.
- 6) Kemp, M. G. et al：Factors that contribute to pressure sores in surgical patients, Research in Nursing & Health, 13：293－301，1990.
- 7) Braden, B. et al：Clinical utility of the Braden Scale for predicting pressure sore risk, Decubitus, 2(3)：44－51，1989.
- 8) Bergstrom, N. et al：The Braden Scale for predicting pressure sore risk, Nursing Research, 36(4)：205－210，1987.
- 9) Bryant, R. A. et al：Acute and chronic wounds nursing management, 105－152 Mosby 1992.
- 10) 森田千枝他：手術患者における日本語版 Braden Scale の有効性とその褥創要因の検討，第23回日本看護学会成人看護Ⅰ：60－62，1992.
- 11) Bergstrom, N. et al：A Prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly, JAGS 40：747－758，1992.
- 12) Sideranko, S. et al：Effects of position and mattress overlay on sacral and heel pressures in a clinical population, Research in Nursing & Health 15：245－251，1992.

褥創予防の看護に関する研究

- 13) Maklebust, J. et al : Pressure relief capabilities of the Sof-Care Bed Cushion and the Clinitron Bed. *Ostomy/Wound Management* 21 : 36-41, 1988.
- 14) Patel, U.H. et al : The Evaluation of five specialized use of a pressure sensitive mat, *Decubitus* 6(3)28-37, 1993.
- 15) Bader, D. L. : The recovery characteristic of soft tissues following repeated loading, *J. of Rehabilitation Research* 27 : 141-150, 1990.
- 16) Xakellis, G. C. et al : Skin blood flow on two types mattress, *Wound* 3 : 103-109, 1990.
- 17) Landis, E. M. : Micro-injection studies of capillary blood pressure in human skin. *Heart* 15 : 209, 1930.
- 18) 西出 薫他 : エアーマットレスの分類および体圧分散効果に関する検討(1), *日本ストーマ学会誌* 8 (3), 72, 1992.
- 19) 真田弘美他 : 褥創予防における除圧用具の有効性に関する基礎的実験-エアーマットレスの違いが血流に及ぼす影響, *金大医短紀要*, 17 : 133-136, 1993.

(平成5年11月11日 受付)

# 精神科実習における看護学生の意識構造の変化

— 学年による意識構造の比較 —

The Change of the Attitude toward the Mental Disordered  
of the Students in a Nursing College by the Psychiatric  
Nursing Practice

— In Comparison before and after the Lecture and Practice —

金山正子\*      田中マキ子\*\*      川本利恵子\*\*\*  
Masako Kanayama   Makiko Tanaka   Rieko Kawamoto

内海 滉\*\*\*\*  
Ko Utsumi

## I 研究目的

看護教育における臨床実習の意義は大きく、実習後に学生は何らかの変化をしていると考えられる。特に、精神科実習においては、看護学生は、日常、接することの少ない精神疾患や精神疾患患者に接することにより、患者や援助方法を理解し、変化しているように思われる。

これまでに我々は教育の基礎資料とするため、第一段階として、精神疾患の基礎的知識学習前の看護学生の意識構造を調査し<sup>1)~3)</sup>、看護学生の意識構造が、嫌悪、同情、現実的イメージ、社会的イメージ、看護の自覚め、学問的研究などの意識で構成されていること、また、その意識構造に、入学形態、成績、接触経験、CAS不安診断検査などが関連することを見出だした。また、第二段階として、精神疾患の基礎的知識を学習した後の看護学生の意識構造について調査し<sup>4)</sup>、CAS不安診断検査およびSTAIに示された不安傾向が関連することを見出だした。また、精神疾患の基礎的知識の学習の前後では意識の違いがあると示唆さ

れた。そこで、精神疾患および精神科看護に関連する看護学生の知識や看護体験が及ぼす影響を明らかにするため、1・2年次学生と3年次学生の意識構造を比較検討した。

## II 研究方法

### 1. 対象

対象は、1991年度の山形大学医療技術短期大学部看護学科1年次学生76名、2年次学生71名、3年次学生76名である。1年次学生は、精神保健の講義の履修前であり、2年次学生は、精神保健の講義の履修後であり、成人臨床看護Ⅱ（精神疾患と看護）の履修前であり、3年次学生は、成人臨床看護Ⅱ（精神疾患と看護）の履修後である。

### 2. 調査方法

1年次学生と2年次学生は放課後の時間に、また、3年次学生は精神科実習前・後に質問紙調査を行った。質問紙の内容は、2年次学生を対象として自由記載法により調査を行った際に得られた、精神病に対する意

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

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

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

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

識の23項目により構成した。また、質問紙の回答は「非常にそう思う」「まあそう思う」「どちらでもない」「あまりそう思わない」「まったくそう思わない」の5段階とした。

### 3. 分析方法

質問紙の回答を「非常にそう思う」を5、「まったくそう思わない」を1とし、数量化した。1年次学生、2年次学生、3年次実習前学生、3年次実習後学生の4群に分類し、項目別の平均値の差の検定を行った。また、4群の学生総数299名の結果を因子分析（バリマックス回転）し、群別に因子スコアの平均値の差の検定を行った。さらに、1年次学生、2年次学生、3年次実習前学生、3年次実習後学生の各群について因子分析（バリマックス回転）を行い、因子構造の違いを検討した。

## III 結 果

質問紙の回収率は100%、有効回答率は、100%である。

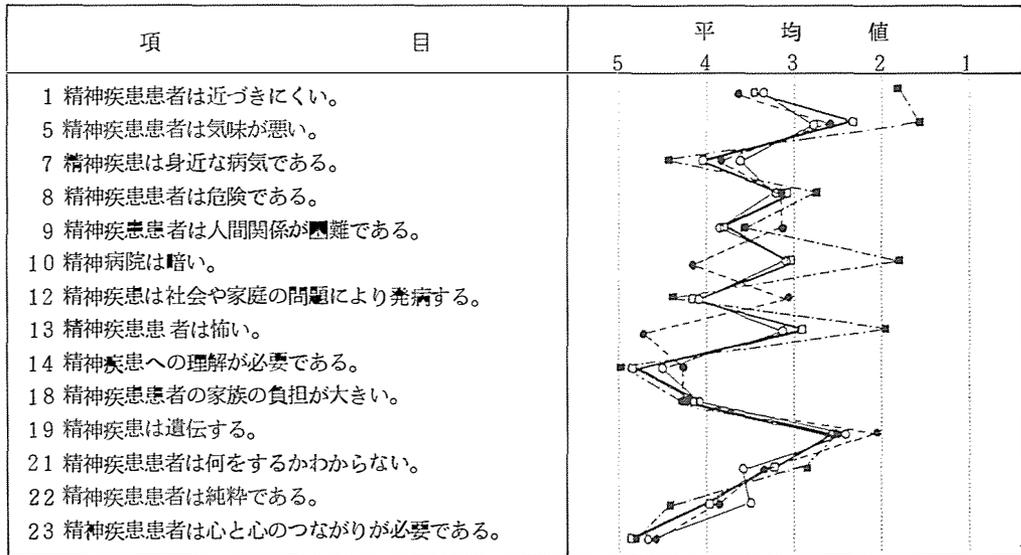
### 1. 項目別平均値の比較

23項目の項目別平均値を、4群の看護学生の群別に比較した。平均値の差の検定で有意差を認めた項目は、表1に示すとおりである。また、図1に、23項目の中で有意差を認めた14項目を図示した。4群を比較すると、3年次実習後の学生群の項目別平均値が「まったくそう思わない」の方向に変化した項目は、「精神疾患患者は近づきにくい」「精神疾患患者は気味が悪い」「精神病院は暗い」「精神疾患患者は怖い」などの項目である。実習の前後では、0.1%以下の危険率の有意差が認められた。また、「精神疾患患者は危険である」「精神疾患患者は何をするかわからない」など

表1 項目別平均値の有意差の検定

項 目	1年次と 2年次	2年次と 3年次実習前	3年次実習前 と実習後
1 精神疾患患者は近づきにくい			***
2 精神疾患は治療や看護が難しい。			
3 精神疾患患者は自分の世界に閉じ籠る。			
4 精神疾患患者はかわいそうだ。			
5 精神疾患患者は気味が悪い。			***
6 精神疾患患者を支えることが必要である。			
7 精神疾患は身近な病気である。			**
8 精神疾患患者は危険である。			**
9 精神疾患患者は人間関係が困難である。	*	**	*
10 精神病院は暗い。			***
11 精神疾患患者は隔離することが必要である。			
12 精神疾患は社会や家庭の問題により発病する。			*
13 精神疾患患者は怖い。			***
14 精神疾患への理解が必要である。	*		
15 精神疾患は不安な疾患である。			
16 精神疾患患者は知能障害がある。			
17 精神疾患は結婚の障害になる。			
18 精神疾患患者の家族の負担が大きい。	*		
19 精神疾患は遺伝する。	*	**	
20 精神疾患は心の病気である。			
21 精神疾患患者は何をするかわからない。			**
22 精神疾患患者は純粋である。	*		**
23 精神疾患患者は心と心のつながりが必要である。		**	

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



○—○ 1年次, ●—● 2年次, □—□ 3年次実習前, ■—■ 3年次実習後

図1 項目別平均値の比較

の項目は、1%以下の危険率の有意差が認められ、「精神疾患患者は人間関係が困難である」の項目は、5%以下の危険率の有意差が認められた。また、3年次実習後の学生群の項目別平均値が「そう思う」の方向に位置した項目は、「精神疾患は身近な病気である」の項目である。実習前後では、0.1%以下の危険率の有意差が認められた。「精神疾患患者は純粹である」の項目は1%以下の危険率の有意差が認められ、「精神疾患は社会や家庭の問題により発病する」の項目は5%以下の危険率の有意差が認められた。

### 2. 因子の抽出と因子得点平均値の比較

1年次学生、2年次学生、3年次実習前学生、3年次実習後学生の4群で因子分析（バリマックス回転）を行った。累積寄与率52.2%で、6因子を抽出した（表2）。次に、因子スコアを4群に分類し、群別に因子スコアの平均値の差の検定を行った。その結果、図2に示すように、第1因子に特徴的な結果を得た。第1因子「恐怖・嫌悪因子」の因子得点の平均値は、1年次学生、2年次学生、3年次実習前学生と学習が進むにつれて徐々に低くなっている。3年次実習後学生ではマイナスに大きく負荷し、実習前とは0.1%以下の危険率の有意差が認められた。そこで、有意差を認

めた因子で構成する因子空間に因子得点の平均値をプロットし、位置的関係を検討した。図3・■4のように、1・2年次と3年次実習前の学生群の位置は近く、3年次実習後の学生群は、離れた位置にあった。

### 3. 因子構造の比較

次に、各群ごとに因子分析（バリマックス回転）を行い、それぞれ6因子を抽出した。表3は1年次学生の結果（累積寄与率58.4%）を示し、表4は2年次学生の結果（累積寄与率56.9%）を示す。表5は3年次実習前の学生の結果（累積寄与率54.8%）であり、また、表6は3年次実習後の学生の結果（累積寄与率54.8%）を示している。それぞれ、因子を構成する項目の内容に違いが見られる。

## IV 考 察

### 1. 項目別平均値の比較

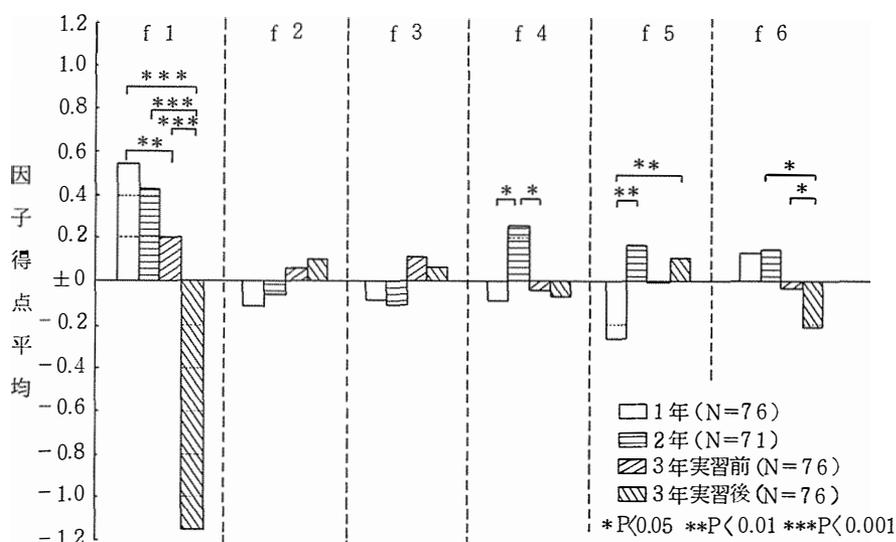
1年次学生と2年次学生の比較、2年次学生と3年次実習前の学生の比較では、項目別平均値に有意差を認めた項目は前者が5項目、後者が3項目であり、少なかった。しかし3年次実習前の学生と3年次実習後の学生との比較では、有意差を認めた項目は10項目と多くなっていた。項目別平均値に有意差が認められた

精神科実習における看護学生の意識構造の変化

表2 因子分析の結果(1・2・3年次学生)

(N=299)

項目		因子						因子名
		f 1	f 2	f 3	f 4	f 5	f 6	
1	精神疾患患者は近づきにくい	0.80	0.00	-0.06	0.10	0.11	0.08	恐怖・ 嫌悪因子
5	精神疾患患者は気味が悪い	0.77	-0.01	-0.16	-0.13	0.05	0.09	
13	精神疾患患者は怖い	0.75	0.09	-0.09	-0.21	0.10	0.07	
10	精神病院は暗い	0.74	0.23	-0.04	-0.07	-0.01	0.06	
22	精神疾患患者は純粋である	-0.52	0.28	0.14	0.13	0.11	-0.04	
12	精神疾患は社会や家庭の問題により発病する	-0.07	0.69	0.00	0.04	0.10	-0.22	閉鎖的 因子
20	精神疾患は心の病気である	0.06	0.67	0.16	0.02	0.09	-0.11	
9	精神疾患患者は人間関係が困難である	0.18	0.54	0.10	-0.29	0.04	0.23	
3	精神疾患患者は自分の世界に閉じ籠る	0.27	0.38	0.24	-0.27	0.04	-0.24	理解・ 受諾因子
6	精神疾患患者を支えることが必要である	-0.05	-0.02	0.76	-0.06	0.00	-0.06	
23	精神疾患患者は心と心のつながりが必要である	-0.27	0.22	0.62	0.11	-0.06	-0.05	
14	精神疾患への理解が必要である	-0.25	0.23	0.51	0.04	0.22	-0.03	肯定的 因子
19	精神疾患は遺伝する	-0.04	-0.37	0.23	-0.65	0.13	-0.26	
11	精神疾患患者は隔離することが必要である	0.02	0.14	-0.40	-0.60	0.06	0.22	
8	精神疾患患者は危険である	0.35	0.16	-0.03	-0.52	0.18	0.11	社会的 疎外因子
21	精神疾患患者は何をするかわからない	0.38	0.10	0.01	-0.50	0.03	0.19	
17	精神疾患は結婚の障害になる	0.24	-0.20	-0.11	-0.04	0.74	-0.10	
18	精神疾患患者の家族の負担が大きい	-0.05	0.20	0.05	-0.07	0.71	0.10	社会的 疎外因子
4	精神疾患患者はかわいそうだ	0.27	0.06	0.04	-0.03	0.41	0.15	
15	精神疾患は不安な疾患である	0.00	0.31	0.12	-0.13	0.41	-0.03	
2	精神疾患は治療や看護が難しい	-0.15	0.19	0.25	-0.21	0.27	0.01	
16	精神疾患患者は知能障害がある	0.05	-0.10	-0.02	-0.24	0.07	0.76	否定的 因子
7	精神疾患は身近な病気である	-0.33	0.19	0.09	-0.09	0.02	-0.63	



■2 群別因子得点の比較

精神科実習における看護学生の意識構造の変化

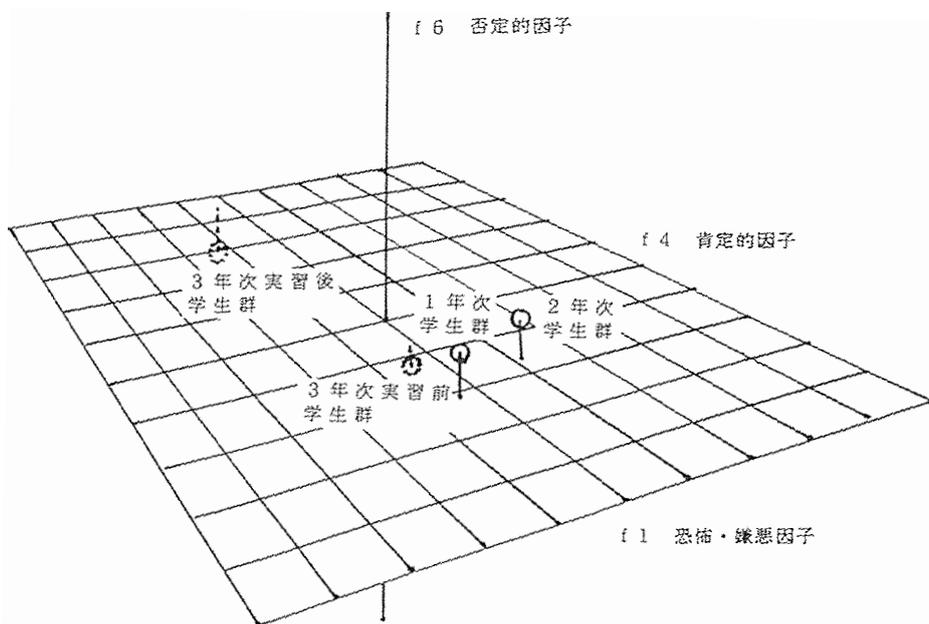


図3 因子空間における4群の位置の関係(1)

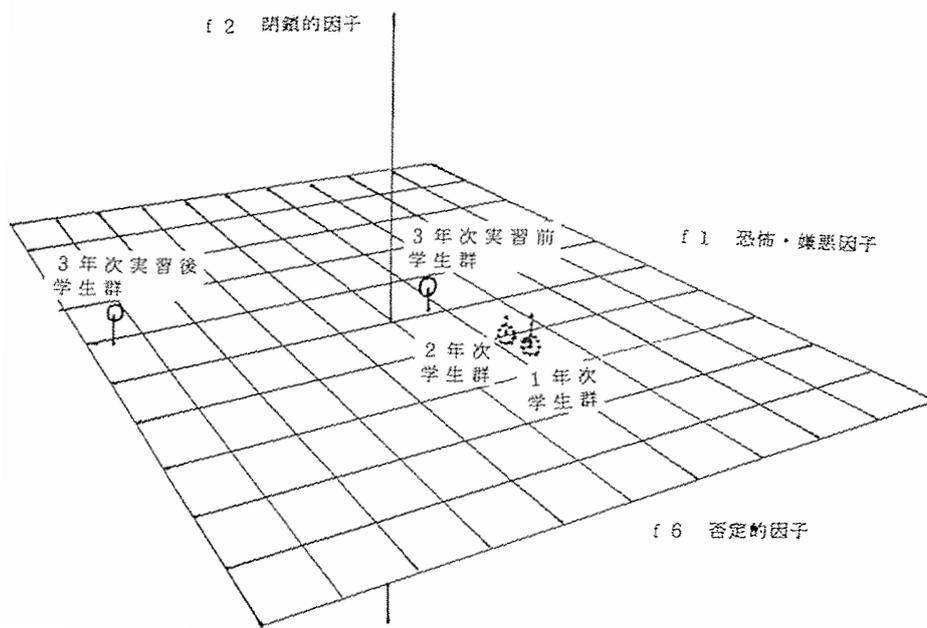


図4 因子空間における4群の位置の関係(2)

精神科実習における看護学生の意識構造の変化

表3 因子分析の結果（1年次学生）

項 目		因 子					
		f 1	f 2	f 3	f 4	f 5	f 6
21	精神疾患患者は何をするかわからない	0.72	-0.07	0.08	-0.01	-0.01	0.26
9	精神疾患患者は人間関係が困難である	0.67	-0.01	0.02	0.03	-0.24	0.27
18	精神疾患患者の家族の負担が大きい	0.60	-0.01	0.19	0.45	-0.04	0.13
8	精神疾患患者は危険である	0.54	-0.50	0.15	0.03	-0.24	0.27
19	精神疾患は遺伝する	0.52	-0.05	-0.39	0.08	0.11	0.02
17	精神疾患は結婚の障害になる	0.45	-0.11	0.31	-0.06	0.29	-0.16
23	精神疾患患者は心と心のつながりが必要である	0.00	0.74	-0.12	-0.02	-0.22	-0.15
22	精神疾患患者は純粋である	-0.21	0.61	0.03	-0.10	-0.07	0.09
6	精神疾患患者を支えることが必要である	0.09	0.58	-0.22	0.15	-0.15	-0.16
1	精神疾患患者は近づきにくい	-0.06	-0.12	0.75	0.22	0.00	0.17
5	精神疾患患者は気味が悪い	0.13	-0.27	0.74	-0.04	0.13	0.01
13	精神疾患患者は怖い	0.44	-0.07	0.65	0.06	0.00	0.20
14	精神疾患への理解が必要である	0.02	0.22	-0.03	0.76	-0.09	-0.05
15	精神疾患は不安な疾患である	0.09	-0.31	0.06	0.76	0.04	-0.05
3	精神疾患患者は自分の世界に閉じ籠る	0.02	-0.30	-0.48	0.48	-0.09	0.33
4	精神疾患患者はかわいそうだ	0.05	0.14	0.35	0.48	0.05	0.31
12	精神疾患は社会や家庭の問題により発病する	0.04	0.09	0.04	0.24	-0.72	0.09
20	精神疾患は心の病気である	0.17	0.19	0.15	-0.08	-0.70	0.19
16	精神疾患患者は知能障害がある	0.19	-0.06	0.14	0.13	0.63	0.17
7	精神疾患は身近な病気である	0.14	0.06	-0.30	0.03	-0.54	-0.24
10	精神病院は暗い	0.20	-0.13	0.11	0.04	-0.07	0.77
11	精神疾患患者は隔離することが必要である	0.17	-0.42	0.12	-0.18	0.12	0.70
2	精神疾患は治療や看護が難しい	0.30	0.24	0.05	0.29	0.07	0.56

表4 因子分析の結果（2年次学生）

項 目		因 子					
		f 1	f 2	f 3	f 4	f 5	f 6
20	精神疾患は心の病気である	0.76	0.01	0.07	-0.09	-0.03	-0.13
12	精神疾患は社会や家庭の問題により発病する	0.71	-0.05	-0.03	-0.23	-0.15	-0.02
10	精神病院は暗い	0.62	-0.12	-0.07	0.19	0.21	-0.24
15	精神疾患は不安な疾患である	0.57	0.11	0.36	0.15	-0.02	0.19
3	精神疾患患者は自分の世界に閉じ籠る	0.52	0.34	-0.19	-0.02	-0.01	-0.36
14	精神疾患への理解が必要である	0.06	0.79	-0.08	0.01	0.11	0.06
6	精神疾患患者を支えることが必要である	0.03	0.69	0.26	-0.02	0.14	0.08
23	精神疾患患者は心と心のつながりが必要である	0.06	0.57	0.21	0.10	-0.14	0.37
7	精神疾患は身近な病気である	-0.12	0.53	-0.30	-0.11	-0.38	-0.07
4	精神疾患患者はかわいそうだ	0.21	0.20	0.65	0.04	0.11	-0.06
16	精神疾患患者は知能障害がある	-0.23	-0.23	0.63	0.19	-0.17	-0.19
18	精神疾患患者の家族の負担が大きい	0.02	0.06	0.54	-0.44	0.04	-0.49
19	精神疾患は遺伝する	-0.17	0.16	0.09	0.80	0.05	-0.05
11	精神疾患患者は隔離することが必要である	0.17	-0.41	0.05	0.60	-0.09	-0.28
2	精神疾患は治療や看護が難しい	-0.08	0.26	0.06	-0.11	0.71	0.08
22	精神疾患患者は純粋である	0.05	0.29	0.20	-0.09	-0.53	0.24
9	精神疾患患者は人間関係が困難である	0.45	0.13	0.25	0.08	0.45	-0.12
13	精神疾患患者は怖い	0.35	-0.20	0.05	0.08	0.31	-0.64
17	精神疾患は結婚の障害になる	-0.06	0.12	0.02	0.04	-0.13	0.63
5	精神疾患患者は気味が悪い	0.36	-0.25	0.11	0.30	-0.06	-0.60
21	精神疾患患者は何をするかわからない	0.02	-0.18	0.19	0.13	-0.01	-0.57
1	精神疾患患者は近づきにくい	0.16	-0.19	-0.03	-0.06	0.21	-0.56
8	精神疾患患者は危険である	0.37	0.15	0.37	-0.03	0.10	-0.45

表5 因子分析の結果(3年次実習前の学生)

項目	因子					
	f 1	f 2	f 3	f 4	f 5	f 6
23 精神疾患患者は心と心のつながりが必要である	0.78	-0.03	-0.20	0.06	-0.05	0.01
14 精神疾患への理解が必要である	0.71	-0.12	-0.14	0.04	0.26	0.06
2 精神疾患は治療や看護が難しい	0.62	0.07	0.17	-0.01	-0.05	0.01
20 精神疾患は心の病気である	0.59	0.10	-0.33	-1.15	0.15	0.43
6 精神疾患患者を支えることが必要である	0.55	0.03	0.17	0.00	0.20	0.15
5 精神疾患患者は気味が悪い	-0.12	0.76	0.10	0.20	0.06	-0.19
13 精神疾患患者は怖い	0.00	0.72	-0.05	-0.05	0.19	0.28
1 精神疾患患者は近づきにくい	0.18	0.55	0.03	0.15	-0.42	0.00
3 精神疾患患者は自分の世界に閉じ籠る	0.42	0.49	-0.10	0.03	0.13	0.06
19 精神疾患は遺伝する	0.17	-0.03	0.74	0.02	0.15	0.15
9 精神疾患患者は人間関係が困難である	0.18	-0.06	-0.68	0.12	0.00	0.23
17 精神疾患は結婚の障害になる	0.16	0.08	0.48	0.27	-0.19	0.58
12 精神疾患は社会や家庭の問題により発病する	0.25	0.21	-0.44	0.05	0.32	0.00
16 精神疾患患者は知能障害がある	-0.18	-0.19	-0.08	0.73	-0.02	-0.15
8 精神疾患患者は危険である	-0.01	0.22	0.02	0.66	-0.05	0.01
4 精神疾患患者はかわいそうだ	0.25	-0.03	0.21	0.51	-0.01	0.20
21 精神疾患患者は何をするかわからない	0.10	0.28	-0.25	0.51	0.00	0.11
22 精神疾患患者は純粹である	0.35	-0.04	0.08	0.01	0.68	-0.01
11 精神疾患患者は隔離することが必要である	-0.26	0.13	-0.03	0.46	0.59	0.09
7 精神疾患は身近な病気である	0.19	0.25	-0.02	-0.29	0.57	-0.02
18 精神疾患患者の家族の負担が大きい	0.16	-0.05	0.00	0.12	0.04	0.84
10 精神病院は暗い	-0.23	0.44	-0.25	-0.09	0.08	0.48
15 精神疾患は不安な疾患である	0.31	0.11	-0.03	-0.09	-0.01	0.30

表6 因子分析の結果(3年次実習後の学生)

項目	因子					
	f 1	f 2	f 3	f 4	f 5	f 6
10 精神病院は暗い	0.79	0.04	0.02	0.23	0.15	0.03
5 精神疾患患者は気味が悪い	0.74	-0.24	0.18	0.03	-0.19	-0.01
1 精神疾患患者は近づきにくい	0.69	0.14	0.00	-0.12	0.24	-0.17
13 精神疾患患者は怖い	0.48	-0.18	0.48	0.08	-0.04	-0.23
7 精神疾患は身近な病気である	-0.19	0.69	0.07	-0.20	0.18	0.09
15 精神疾患は不安な疾患である	0.24	0.66	0.11	0.12	-0.13	-0.12
2 精神疾患は治療や看護が難しい	-0.22	0.53	0.18	0.13	-0.13	0.21
12 精神疾患は社会や家庭の問題により発病する	-0.04	0.50	-0.24	0.08	-0.13	0.28
4 精神疾患患者はかわいそうだ	0.45	0.46	-0.07	0.08	-0.27	0.08
11 精神疾患患者は隔離することが必要である	-0.13	-0.13	0.66	0.24	0.02	0.13
8 精神疾患患者は危険である	0.31	0.26	0.61	0.09	-0.10	0.06
19 精神疾患は遺伝する	0.19	-0.07	0.56	-0.18	-0.50	-0.13
21 精神疾患患者は何をするかわからない	0.09	0.27	0.55	0.12	0.05	-0.01
20 精神疾患は心の病気である	0.11	0.12	-0.46	0.24	-0.29	0.39
9 精神疾患患者は人間関係が困難である	0.19	0.22	0.05	0.70	-0.07	0.03
16 精神疾患患者は知能障害がある	-0.14	-0.26	0.29	0.60	-0.07	-0.04
3 精神疾患患者は自分の世界に閉じ籠る	0.25	0.21	0.16	0.47	-0.03	0.29
18 精神疾患患者の家族の負担が大きい	-0.26	0.07	-0.03	-0.03	-0.70	0.12
6 精神疾患患者を支えることが必要である	0.01	0.08	-0.04	0.31	-0.59	-0.07
17 精神疾患は結婚の障害になる	0.20	0.17	0.26	-0.42	-0.47	0.16
23 精神疾患患者は心と心のつながりが必要である	-0.06	0.03	-0.09	-0.03	-0.05	0.83
14 精神疾患への理解が必要である	0.02	0.07	0.18	0.01	0.05	0.71
22 精神疾患患者は純粹である	-0.38	0.15	-0.14	0.09	-0.06	0.54

項目をとりあげると、否定的な態度に関連する項目では「患者は近づきにくい、気味が悪い、怖い、危険である、何をするかわからない」などの項目がある。これらの否定的な態度に関連する項目の回答は、実習後に「そう思わない」方向に位置する傾向がみられた。また、肯定的な態度に関連する項目では、「身近な病氣、患者は純粹」などの項目がある。これらの肯定的な態度に関連する項目の回答は、実習後に「そう思う」の方向に位置する傾向がみられた。すなわち、精神科実習後の看護学生は、精神疾患や精神疾患患者に対して否定的な態度が薄らぎ、肯定的な態度が芽生えていることが推察される。これらのことにより、講義などの知識だけでなく看護体験が加わることにより、意識に差が現れ、肯定的な見方に変化することが推察される。

## 2. 因子の抽出と因子得点平均値の比較

### 1) 因子の抽出と解釈

因子分析により6因子を抽出した後、因子の解釈を行った。第一因子は「精神疾患患者は近づきにくい」「精神疾患患者は気味が悪い」「精神疾患患者は怖い」「精神病院は暗い」「精神疾患患者は純粹ではない」などを意味する項目で構成され、精神疾患や精神疾患に対する恐怖や嫌悪を抱いている態度が考えられ、「恐怖・嫌悪因子」と命名した。第二因子は「精神疾患は社会や家庭の問題により発病する」「精神疾患は心の病氣である」「精神疾患患者は人間関係が困難である」「精神疾患患者は人間関係が困難である」「精神疾患患者は自分の世界に閉じ籠る」などの項目で構成され、精神疾患や精神疾患患者を閉鎖的であるととらえている態度と考えられ、「閉鎖的因子」と命名した。第三因子は、「精神疾患患者を支えることが必要」「精神疾患患者は心と心の繋がりが必要」「精神疾患への理解が必要」などの項目で構成され、精神疾患や精神疾患患者を理解・受諾しようとする態度と考えられ、「理解・受諾因子」と命名した。第四因子は、「精神疾患は遺伝しない」「精神疾患患者は隔離が必要ではない」「精神疾患患者は危険ではない」「精神疾患患者は何をするか分からなくはない」などの意味を示す項目で構成され、精神疾患や精神疾患患者を肯定的にとらえようとする態度と考えられ、「肯定的因子」と命名した。第五因子は、「精神疾患は結婚の障害になる」「精神疾患患者の家族の負担が大きい」「精神疾患患者はかわ

いそうだ」「精神疾患は不安な疾患」「精神疾患は治療や看護が難しい」などの項目で構成され、社会の中で精神疾患や精神疾患患者およびその家族が疎外されていることに関連する態度と考えられ、「社会的疎外因子」と命名した。第六因子は、「精神疾患患者は知能障害がある」「精神疾患は身近な病氣ではない」などの意味を示す項目で構成され、精神疾患や精神疾患患者を否定的にとらえている態度と考えられ、「否定的因子」と命名した。(表2)。

### 2) 因子得点平均値の比較

因子得点の平均値の比較では、図2のように、1年次より、学習が進むにつれて「恐怖・嫌悪因子」の因子得点が徐々に低くなっている。特に、3年次実習の前後では、大きな差があり、3年次実習後には、精神疾患や精神疾患患者に対する恐怖・嫌悪に関連する態度をとらない傾向がある。また、「恐怖・嫌悪因子」「肯定的因子」「否定的因子」で構成する因子空間では、1年次学生、2年次学生、3年次学生実習前の3群の位置は近い位置にあるが、3年次学生実習後の群はこの3群とは離れた位置にあることが示されている。すなわち、3年次実習後に看護学生は、恐怖・嫌悪因子、否定的因子がマイナス方向に位置し、精神疾患や精神疾患患者に対し恐怖・嫌悪しない態度、否定しない態度をとっていることが窺われる。また、「否定的因子」「恐怖・嫌悪因子」「閉鎖的因子」で構成する因子空間では、1・2年次学生は、否定的因子がマイナスの位置にあり、3年次学生実習前・後はプラスの位置にある。1・2年次学生は、精神疾患患者を閉鎖的にとらえていないが、精神疾患と看護の講義履修後の3年次学生は閉鎖的であるととらえていることが示され、講義による知識が影響していることが考えられる。

### 3. 因子構造の比較

次に、各群の意識構造を比較し検討した。1年次学生では、第一因子は「患者は何をするかわからない」「患者は人間関係が困難である」「患者の家族の負担が大きい」「患者は危険である」「精神疾患は遺伝する」「精神疾患は結婚の障害になる」などの項目が集っている。2年次では、それらの項目は第3、4、5、6の因子に散らばって、それにかわって「精神疾患は心の病氣」「社会や家庭問題により発病」「精神病院は暗い」「精神疾患は不安な疾患」「患者は自分の世界に閉じ籠る」などの項目が第一因子として集っている。こ

これは1年次と2年次とで精神病概念のイメージ構造に本質的な違いがあることを意味するものであると考えられる。精神疾患が社会や家庭の問題により発病すること、心の病気であること、患者が閉鎖的であること、病院は暗いということが一緒にとらえられており、これは、精神的健康について考え、精神保健の歴史や精神病院と施設文化、地域精神医療などを学習する「精神保健」の科目の講義で得た知識が影響していると考えられる。

また、3年次実習の前は、再び2年次の第一因子が散らばって、各因子に流れ込み、新たな因子が構成されている。3年次実習の後では、また別の因子が構成されるという姿を示している。すなわち、看護学生にとっては、1年次、2年次、3年次の学年の進行において、精神病概念のイメージ構造は、たえずその経験により変化していく姿が窺われた。講義などの知識だけでなく、実際の患者と接して看護体験をすることが疾病観、患者観を形成する上で重要な意義があると考えられ、看護学生の意識に大きく影響することが理解された。

2年次の学生を対象にして行った数々の調査<sup>2)</sup>では、精神疾患患者との接触経験は、嫌悪する意識と現実的なイメージを表現する傾向をもたらすという結果を得ている<sup>2)</sup>。しかし、3年次実習後の学生は、知的理解と体験的な理解が加わった学生であり、このような学生の接触経験は、精神疾患に対する肯定的な態度を形成することが示唆された。

態度は、対象に対する好き嫌いなどの「感情」や、対象についての評価を伴った信念である「認知」、また実際に対象に対して示す反応傾向である「行動」から形成され、1つが変化すると変化するといわれる<sup>5)</sup>。

また、客観的な事実に基づかない感情的色彩の強い非好意的な態度が特定の集■に対して形成される時には、ステレオタイプや偏見となるといわれる。今回の調査より、精神疾患および精神疾患患者への理解は、講義よりも実習の方が、より効果的であるといえる。ただし、看護学生の認知の枠組みが歪んでいる場合は、ステレオタイプや偏見に繋がるので、講義や実習では、看護学生が客観的な見方ができるように、歪んだ見方をしないように教育的配慮を行うことが必要であると考える。

意識構造の変化に影響する要因については、今後検討する必要があると考える。

## V 結 論

1. 看護学生の精神疾患および精神疾患患者に対する意識構造は、「恐怖・嫌悪因子」「閉鎖的因子」「理解・受諾因子」「肯定的因子」「社会的疎外因子」「否定的因子」で構成されていた。
2. 看護学生は、精神疾患および精神疾患患者に対して、3年次実習後に否定的な態度が和らぎ、肯定的な態度が芽生えている。特に、3年次実習後は、1・2年次および実習前と比較して、恐怖・嫌悪に関連する態度に大きな差があった。
3. 1年次より3年次の学年の進行において、看護学生の意識構造は、たえずその経験により変化していく姿が窺われた。講義などの知識だけでなく、看護の体験をすることが、疾病観、患者観の形成に大きく影響する。

(本研究の要旨は、第12回■本看護科学学会総会において発表した。)

## 要 約

本研究の目的は、精神疾患および精神科看護に対する看護学生の意識構造に知識や看護体験が及ぼす影響を明らかにすることである。

対象は、1991年度山■大学医療技術短期大学部看護学科1年次学生76名、2年次学生71名、3年次学生76名である。1・2年次学生は放課後に、また、3年次学生は精神科実習前・実習後に質問紙調査を行った。回答を数量化し、因子分析により6因子を抽出した。1年次・2年次、3年次実習前、3年次実習後の4群に分類し、項目別得点平均値および因子得点平均値を比較した。また各群で因子分析を行い、意識構造を比較した。以下の結論を得た。

1. 看護学生の精神疾患および精神疾患患者に対する意識構造は、「恐怖・嫌悪因子」「閉鎖的因子」「理解・受諾因子」「肯定的因子」「社会的疎外因子」「否定的因子」で構成されていた。

2. 看護学生は、精神疾患および精神疾患患者に対して、3年次実習後に否定的な態度が和らぎ、肯定的な態度が芽生えている。特に、3年次実習後は、1・2年次および実習前と比較して、恐怖・嫌悪に関連する態度に大きな差があった。
3. 1年次より3年次の学年の進行において、看護学生の意識構造は、たえずその経験により変化していく姿が窺われた。講義などの知識だけでなく、看護の体験をすることが、疾病観、患者観の形成に大きく影響する。

### Abstract

The purpose of this study is to observe the change of the attitude of the students in a nursing college before and after the lecture "Psychiatric Nursing Practice". We observed 76 students of the 1st academic year and 71 students of the 2nd academic year and 76 students of the 3rd academic year with questionnaire. We investigated the answer by the factor analysis. The results were as follows.

1. We obtained 6 factors by the factor analysis, and we named them "anxiety and detestation factor", "closing factor", "understanding and accepting factor", "affirmation factor", "social alienation factor", and "denial factor".
2. The students after psychiatric nursing practice were apt to have the affirmative attitude toward mental disordered people. And they reduced the attitude related to the "anxiety and detestation factor".
3. It seems that the students' attitude changed by their experience on the academic year. The practice had an effect on the students' attitude toward the mental disordered.

### 参考文献

- 1) 金山正子他：精神病に対する看護学生の意識構造 (1)、日本看護研究学会雑誌, 14(2), 53~60, 1991.
- 2) 金山正子他：精神病に対する看護学生の意識構造 (2)、—入学形態, 成績, 接触経験, 入学年度による検討—, 日本看護研究学会雑誌, 15(1), 65~71, 1992.
- 3) 金山正子他：精神病に対する看護学生の意識構造 (3)—C A S 不安傾向による検討—, 日本看護研究学会雑誌, 15(3), 56~62, 1992.
- 4) 金山正子他：精神病に対する看護学生の意識構造 (4)—C A S ・ S T A I との関係—, 日本看護研究学会雑誌, 16(2), 21~28, 1992.
- 5) 橋川真彦：人間は集団の中で生きる, 海保博之, 次丸睦子編著, 患者を知るための心理学, 福村出版, 1987, 42~43.
- 6) 川本利恵子他：精神科看護実習における看護学生の意識構造の変化, 日本応用心理学会第59回大会発表論文集, 147, 1992.
- 7) 延近久子編著：臨床実習指導のプロモーション—  
はじめて臨床実習指導をする人のために—, ユリシス・出版部, 1992.
- 8) 坂田三允：精神科看護教育の特性と学生の意識, 実習で変わる学生意識, 看護教育, 30(9), 526~530, 1989.
- 9) 中川幸子：本学学生の精神看護学実習前後の精神障害者イメージの変化に関する一考察, 日本赤十字看護大学紀要, 5, 29~36, 1991.
- 10) 森千鶴他：精神科実習前の看護学生の意識, 看護展望, 15(1), 84~87, 1990.
- 11) 森千鶴他：精神看護学実習後の看護学生の意識, 看護展望, 16(3), 78~81, 1991.
- 12) Guido M. Crocetti : Contemporary Attitudes towards Mental Illness, 1974, 加藤正明監訳, 社会精神医学双書(1), 偏見・スティグマ・精神病, 星和書店, 1978.
- 13) 大貫恵美子：日本人の病気観, 岩波書店, 1985.
- 14) 日本精神科看護技術協会：昭和61年版精神科看護白書, 1986.

(平成5年12月9日 受付)

## アジア学術会議～科学者フォーラム～開催

平成5年12月 日本学術会議広報委員会

今回の日本学術会議だよりでは、10月20日から22日まで開催された第117回総会の概要、同総会で採択された「生物遺伝資源レポジトリ及び細胞・DNAレポジトリの整備について(要望)」等、11月15日から18日まで開催されたアジア学術会議～科学者フォーラム～についてお知らせします。

## 日本学術会議第117回総会報告

日本学術会議第117回総会(第15期・第6回)が、10月20日～22日の3日間にわたって開催されました。

総会の初日(20日)の午前は、会長からの前回総会以降の経過報告に続いて、各部、各委員会等の報告(学術分野における国際貢献、アジア学術会議の開催など214件)が行われました。次いで、今回総会に提案される案件の「生物遺伝資源レポジトリ及び細胞・DNAレポジトリの整備について(要望)」について、提案説明が行われた後、質疑応答が行われました。

午後からは、各部会が開催され、上記提案案件の審議及び各部会個別案件について審議が行われました。

総会2日目(21日)の午前は、同提案案件についての討論・採決が行われ、採択されました。これは、生物遺伝資源レポジトリ整備拡大の必要性の増大に対処するため、現在ある個別系統保存施設の拡充、総合調整機構の設置などを要望するとともに、細胞・DNAレポジトリの整備のため、各省庁傘下の施設のネットワーク体制を構築し全体の活動を総合調整する、チェック機構を付加した細胞・DNAレポジトリセンターの設置など、政府関係機関において取るべき具体的措置を要望するものです。

なお、本件を要望するに当たり会長談話が併せて発表されました。

同案件の採択に引き続き、昼休みを挟んで午後にかけて、現在、常置委員会及び特別委員会で審議されている懸案事項について、自由討議が行われました。この中で、「人の死と医療の在り方」を検討している死と医療特別委員会がまとめた「尊厳死」についての考え方を総会に報告し、それについて活発な議論が展開され、マスコミにも報道されました。

同委員会では、今回の議論を踏まえ、更に検討を深め、来年5月の総会に報告として提案するため準備を進めています。

総会3日目(22日)は、午前は、各常置委員会及び国際対応委員会、午後は各特別委員会がそれぞれ開催されました。

## 生物遺伝資源レポジトリ及び細胞・DNAレポジトリの整備について(要望)

我が国の生物遺伝資源の保存は、数多くの施設・機関によって個別に行われているが、その充実・強化と、国のレベルでの生物遺伝資源レポジトリの整備が急務となっ

てきている。他方、癌、遺伝病などの疾病の原因究明、ひいては人類の健康・福祉への貢献を目的とする細胞・DNAレポジトリの充実・整備もまた、今日の我が国にとって急務である。

このため、互いに関連はするが、異なる性格、目的をもつこれら二つのレポジトリの整備等について要望する。

## 1 生物遺伝資源レポジトリの整備について

生物遺伝資源レポジトリの整備拡大の必要性の増大に対処するため、政府関係機関において次の措置をとるよう要望する。

- (1) 生物遺伝資源の保存は、基本的には、従来どおり、その分野の担当研究者の能力、地域性などをいかして、個別の系統保存施設で行うことが望ましいので、そのより一層の拡充を図り、そこに専任の研究者、専門技術をもつ職員を置き、予算を充実し施設の近代化を図る。
- (2) 個別の系統保存施設では、遺伝子工学に基づくトランスジェニック生物、細胞融合によって作出される新種、DNAクローンや細胞及び凍結組織などを加えた新材料の保存を、社会的、法律的及び倫理的側面に配慮しつつ、積極的に推進する。
- (3) 系統保存事業の持続性を保障するため、国のレベルにおいて、研究施設を附置する生物遺伝資源保存センターを設立し、DNAクローンや細胞及び凍結組織のレポジトリもこのセンターに集中する。
- (4) 生物遺伝資源保存センターは、関係機関との対応、保存系統に関する情報の収集・提供、系統の導入・配布・品質管理、海外との情報交換などについて、個別の系統保存施設の活動を総合調整する。
- (5) 国際的視野に立って、海外諸国との連携を深めるため、保存系統に関するデータベースを整備する。

## 2 細胞・DNAレポジトリの整備について

細胞・DNAレポジトリの重要性と必要性についての認識を新たにし、早急に次の対策を講ずることを、政府関係機関に要望する。

- (1) 現在、各省庁傘下の各研究機関及び大学・研究所の研究室に個別に置かれているレポジトリ又はそれに類する施設に対して予算、人員、スペース等について格段の措置を講ずるべきである。
- (2) それとともに、研究施設を附置した細胞・DNAレポジトリ・センターを新たに設置する。このセンターは、上記の諸施設の活動を総合調整する。このセンターは、すべての施設と有機的に結合するネ

ットワーク体制を構築し、必要に応じて各研究室に分散保存されている細胞・DNAを受け入れる。また、現在設置されている施設のうち運営困難なものを解消し、このセンターに移管する。

- (3) 新しく設置されるセンターには十分な予算を措置し、自主的な運営ができるようにするとともに、このセンターの運営を支えるための専門職を育成・確保する十分な方策を講ずる。また、海外との協力関係のより一層の促進を図る。

さらに、センターの運営の適正を期するため、ヒトゲノムプロジェクトの推進についての勧告に言及されているようなチェック機構を付加する。

(詳細は、日本学術会議月報11月号を参照して下さい。)

## 生物遺伝資源レポジトリ及び細胞・DNAレポジトリの整備について(会長談話)

(平成5年10月21日)  
日本学術会議  
会長 近藤次郎

昨年6月、リオデジャネイロで開催された国連環境開発会議(UNCED)で合意された生物多様性保護条約を受けて、現在、世界中で生態系、生物種や遺伝子などの保存について関心が高まっている。これは本来、人間も含めて生命界全体の命運にかかわる重要な問題である。日本学術会議としても、今後さらに引続き審議を深めるべきであると考えている。

しかしながら、先進国を中心にしてこの種のプロジェクトは、国家の強力な援助の下に推進されている。将来におけるこの分野の科学の発展を考慮するとき、我が国の状況をこのままに放置すれば学問の進歩に遅れるなど耐え難き事態になると憂慮するものである。

今回は「生命科学と社会的諸問題」特別委員会のまとめた提案について、総会で人文社会科学部門も含めて真剣な討議を行った上、とりあえずここに要望するものである。

## アジア学術会議～科学者フォーラム～の開催について

- 1 日本学術会議は、アジア地域の各国科学者の代表を東京に招き、本年11月15日(月)から18日(木)までの4日間、三田共用会議所(東京都港区)においてアジア学術会議～科学者フォーラム～を開催しました。
- 2 このアジア学術会議～科学者フォーラム～は、地理的、歴史的、文化的に多くの共通点を持つ近隣諸国間の交流がそれぞれの国の学術の発展、ひいてはその地域全体の学術の発展にとって極めて重要であるとの認識から、アジア地域の各国における学術研究の現状について情報交換を行うとともに、アジア地域における学術研究分野での連携・協力の在り方などについて討議し、併せてアジア地域の学術研究者間の相互理解と信頼を深めることを目的として、本年度初めて開催したものです。
- 3 今回の会議には、中国、インド、インドネシア、日本、マレーシア、フィリピン、大韓民国、シンガポール、タイの9か国の学術推進機関(アカデミー等)から推薦された人文・社会科学系及び自然科学系の科学者19名が出席し(日本からは近藤次郎日本学術会議会長及び川田侃副会長が出席)、「アジア地域における学術の発展とそのための連携・協力について」をメイン・テーマとして活発な討議を行いました。
- 4 初日の15日には、鳩山内閣官房副長官(内閣総理大臣あいさつ代読)を始め、国会議員、各国大使館、関係学術協会、関係省庁、関係団体などから200名を超える方々をお迎えし、開会式及び歓迎レセプションを開催しまし

た。

翌16日からの自由討議においては(17日は筑波研究学園都市視察(研究交流センター、電子技術総合研究所、農業生物資源研究所を訪問))、それぞれの国籍や専門分野を超えて、アジア地域における学術の振興という共通の目的の下、熱心な討議を行い、議長サマリーをまとめ、18日に無事閉会しました。

開催に当たり御支援・御協力いただきました方々に厚くお礼申し上げます。

## (参考) アジア学術会議～科学者フォーラム～議長サマリー(仮訳)

- 1 アジア学術会議～科学者フォーラム～は、日本学術会議の主催により、アジア地域の9か国から、19人の各国の科学界を代表する科学者の参加を得て開催され、それぞれの国籍や専門分野を超えて、アジア地域における学術の振興という共通の目的の下、熱心な議論がなされた。本会合に参加した科学者は、学術の振興を通じた社会への貢献が重要であり、科学者の責務であるということを確認し、学術研究の成果は、人類の共通資産として、文化的、社会的、経済的發展を通じて、世界の平和と人類の福祉に貢献するものであると信じる。また、そのためには、自然科学者と人文・社会科学者の密接な協力も不可欠である。
- 2 本会合に出席した科学者は、アジアの科学者による学術協力についての初の会合を提案し、開催した日本学術会議に感謝し、今後も、このような日本学術会議の努力が続けられることを期待する。
- 3 今日、世界は、環境悪化、人口爆発、資源の枯渇など人類の英知を結集して取り組まねばならない深刻な問題に直面しており、本会合での討議は、そのような問題の解決に向けての将来の国際協力に発展していくものである。
- 4 持続的開発は、アジア地域の各国にとって、21世紀に向けての共通の重要課題である。地理的、歴史的、文化的に密接な関係を持つアジア地域の科学者は、この問題に協力して取り組むことが重要である。
- 5 国際的な研究、技術・資源の共有等に当たっては、地域的な協力が効果的である。今後、そのような領域において、地域の発展のために協力を推進することが必要である。
- 6 学術の発展、社会の発展の基盤となる人材の育成は、科学者が地域的に協力して取り組むべき課題である。次世紀に向けて、人材の育成のため、アジアの科学者も協力することが必要である。
- 7 各科学者及び各国は、研究者の交流、共同研究、シンポジウム、ワークショップ等による情報の交換を促進するよう努力することが必要である。
- 8 学術協力は、対等互恵の原則に基づいて行われねばならない。
- 9 本会合の趣旨、提案を受け継ぎ、より密接な学術交流・協力の基盤となる将来の会合が開かれることを期待する。
- 10 アジア地域の科学者によるこのような会合を毎年開催すること、当面、日本学術会議がその事務局となること、アジア地域の学術動向についてのニュースレターを定期的に発行することを提案する。

「日本学術会議だより」について御意見、お問い合わせ等がありましたら、下記までお寄せください。

〒106 東京都港区六本木7-22-34

日本学術会議広報委員会 電話03(3403)6291

## 日本人間工学会第35回大会のご案内

開催日：平成6年6月2日（木），3日（金）

会 場：日本大学会館，アルカディア市ヶ谷（東京，市ヶ谷）

大会長：吉田義之（日本大学名誉教授）

プログラム：

- ・特別講演 「人工臓器の将来」（瀬在幸安：日本大学医学部長）
- ・特別シンポジウム
  - ・動環境下における快適性
  - ・福祉工学と人間工学の接点
- ・シンポジウム
  - ・これからのJIS衣料サイズを考える（衣服部会）
  - ・官能評価から感性へ（感性・官能評価部会）
  - ・デザインにおける人間工学安全設計（アーゴデザイン部会）
  - ・スクリーンデザイン（画面設計）の枠組み（アーゴデザイン部会）
  - ・製品および作業環境の設計に役立つ人間工学を目指して
    - －ISO/TC159/SC3における審議課題を中心に－（ISO/TC159/SC3分科会）
  - ・コンピュータ設計と利用の人間工学ガイドライン－ISO 9241シリーズを中心に－  
（ISO/TC159/SC4分科会，視覚エルゴノミクス研究部会）
  - ・視覚エルゴノミクスと計測技法（視覚エルゴノミクス研究部会）
  - ・緊急時における人と物のあり方（安全とヒューマン・クレジット部会）
  - ・コンピュータ・デザインのためのマインドアプローチ（快適インターフェイス部会）
- ・一般演題 180題
- ・会員外の参加も歓迎いたします。

・大会事務局：〒101 東京都千代田区神田駿河台1-8

日本大学理工学部医療福祉工学専攻内

日本人間工学会第35回大会事務局

（青木，田辺）

Tel. 03-3259-0877

Fax. 03-3259-0529

## 日本看護研究学会雑誌編集委員会規定

### 1. (名 称)

本会は、日本看護研究学会雑誌編集委員会（編集委員会と略す）とする。

### 2. (目 的)

本会は、会則第2条第3項による学会誌の発行に関わる企画運営のために、会則第7条3項、4項に基づいて置かれる。

### 3. (委員会)

本会の運営は、日本看護研究学会理事の中より若干名の委員を選出する。任期は役員任期期間とし、再任を妨げない。

2) 委員の中から委員長を互選する。委員長は本会を総務する。

### 4. (査 読)

委員会があらかじめ査読者を若干名選出し、理事会の議を経て日本看護研究学会雑誌に公告する。

2) 会員以外の査読者には手当を支給することが出来る。

3) 任期は役員任期期間とし再任を妨げない。

4) 投稿された論文の査読は3名以上（委員長を含めて）の査読者で行う。

### 5. この規定は昭和59年12月1日より発効する。

付則

平成5年7月30日 一部改正実施する。

## 日本看護研究学会雑誌投稿規定

1. 本誌投稿者は、著者及び共著者すべて、本学会員とする。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. 原稿が刷り上がりで、下記の論文種別による制限頁数以下の場合、その掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する。超過料金は、刷り上がり超過分、1頁につき実費とする。

論文類別	制限頁数	原稿枚数（含図表）	原稿用紙（400字詰）5
原 著	10頁	約45枚	枚弱で刷り上がり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	
事業報告	3頁	約15枚	
その他	2頁	約9枚	

3. 別刷りについては、予め著者より申し受けて有料で印刷する。  
料金は、30円×刷り上がり頁数×部数（50部を単位とする）
4. 図表は、B5版用紙にトレースした原図を添えること。また、印刷業者でトレースが必要になった時はその実費を徴収する。
5. 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）を記入すること。
  - 2) 下段欄は、本文、■表、写真の枚数を明記し、希望する原稿種別を朱書すること。又、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、別刷\*部と朱書すること。
6. 投稿原稿は、表紙、本文、図表、写真等、オリジナル原稿のすべてに査読用コピー2部を添えて提出する。
7. 投稿原稿の採否及び種別については、編集委員会で決定する。尚、原稿は、原則として返却しない。
8. 校正に当たり、初校は著者が、2校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。  
尚、校正の際の加筆は一切認めない。
9. 原稿執筆要領は、別に定める。
10. （原稿送付先）  
〒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  
継続看護研究部 内海 混宛  
尚、封筒の表に、「日看研誌原稿」と朱書し、書留郵便で郵送のこと。
11. この規定は、昭和59年12月1日より発効する。  
付則  
1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。

## 日本看護研究学会原稿執筆要項

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。(ワープロも可能)
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(研究成績)、IV. 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<sup>1), 2)</sup>のように番号で示し、本文原稿の最後一括して引用番号順に整理して記載する。文献著者が2名以上の場合に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 に従うものとする。

[記載方法の例示]

  - ・雑誌; 近沢判子: 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.
  - ; 分摺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. 原著投稿に際しては、250語程度の英文抄録(Abstract)及び、その和文(400字程度)を付けること。
8. 英文タイトルは、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。
9. この規定は、昭和59年12月1日より発効する。

付則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。



## 事務局便り

### 1. 平成6年度会費の納入について

平成6年度会費をお納めいただく時期になりました。平成6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致します。

尚、16巻4号の雑誌を送付時に同封しました、会員の継続又は、退会届の葉書を至急お送り下さい。1月24日から葉書は、50円になりましたので、恐縮ですが、不足分切手(9円)をお貼り下さるようお願い致します。

平成5年度会費未納の方が約150余名おります。至急平成5年度、6年度会費を併せてお納め下さい。

平成6年度 一般会費	7,000円
役員会費(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. 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、封書でお早めに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。

### 3. 下記の方が住所不明です。ご存じの方は、本人又、事務局までご連絡をお願い致します。

内堀 里美 江口 恵子 菊池 寿美子 里園 明子

---

## 日本看護研究学会雑誌

### 第17巻 1号

平成6年2月20日 印刷

平成6年3月20日 発行

会員無料配布

#### 編集委員

委員長 内海 澗(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(京都府立医科大学医療技術短期大学部)  
木場 富喜(元熊本大学教育学部)  
野島 良子(広島大学医学部保健学科)  
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 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

入会申込書記入の説明

- ・入会する場合はこの申込書を事務局に郵送し、入会金3,000円と年会費7,000円、合計10,000円を郵便為替(振替)東京0-37136日本看護研究学会事務局宛に送金して下さい。
- ・氏名の「ふりがな」を忘れないで記入して下さい。
- ・機関紙等の送料節約のため、所属一括送付をお願いしておりますので勤務先住所は、必ずご記入下さい。

地区の指定について

- ・勤務先と自宅住所の地区が異なる場合は、地区の指定をして下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区にいたします。

( き り と り 線 )

## 入 会 申 込 書

日本看護研究学会会長 殿

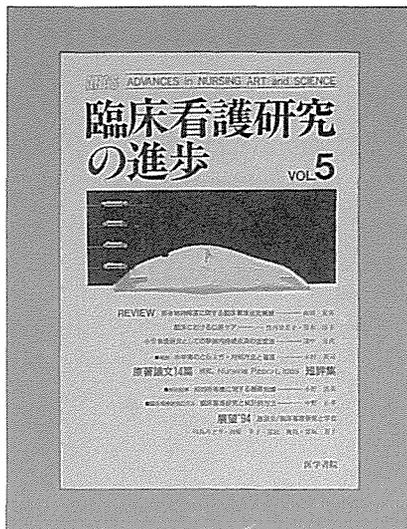
平成 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し会員として \_\_\_\_\_年度より入会いたします。

地区割

ふりがな		自宅〒
氏名		所属〒
勤務先		
勤務先住所	〒	
自宅住所	〒	
推薦者氏名	㊞	会員番号 -
推薦者所属		
事務局記入欄	年度入会 会員番号 -	

地区名	都 道 府 県 名
北海道	北海道
東北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島
関東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟
東京	東京, 埼玉, 山梨, 長野
東海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重
近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川
中部・四国	島根, 鳥取, 岡山, 広島, 山形, 徳島, 香川, 愛媛, 高知
九州	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄



ANAS ADVANCES in NURSING ART and SCIENCE

# 臨床看護研究の進歩

## Vol. 5

年1回刊 B5判 212頁 定価3,605円(税込) ¥400  
[ISBN4-260-34120-0]

臨床看護に直結した看護婦による研究活動を促進し、研究の継続と発展を支える年刊誌。I. Review, II. 総説&原著, III. 臨床看護研究の進歩のために、の3部構成をとっている。II部には読者より好評の編集協力者による“短評”を付す。我が国の臨床看護の今日の水準を示し、技術的課題を提起する内容であり、各現場で常備すべき1冊である。

### I. REVIEW

術後精神障害に関する臨床看護研究概観／臨床における口腔ケア／小児看護研究としての静脈内持続点滴の固定法

### II. 総説 & 原著

〈総説〉水中毒のとらえ方・対処方法と看護／眼科手術後の安静度基準の改善／頸椎手術後の安静臥床がもたらす苦痛とそれに対する患者の対処行動／大腿骨骨折観血術後の老人患者の早期離床を促す看護を痛みとの関係から見直す

〈Idea〉冠動脈造影検査後の鼠径穿刺部保護法の改善

シスプラチン併用化学療法中患者への“フルー

ツ食”の提供  
自然排便を促すための水分摂取量の検討  
〈Nursing Report〉暴力行為が目立った重症心身障害児へのアプローチ  
〈Nursing Report〉車椅子による座位保持と入浴を積極的に取り入れた老人看護  
離島に住む未熟児両親への定期的通信便などの援助手段の導入  
〈Idea〉未熟児の洗髪における体温喪失を防ぐ工夫  
〈Idea〉分泌物による汚染を防止する気管カニューレ装着パックの工夫  
〈Idea〉皮膚トラブルの防止に有効な新モス製の気管カニューレ固定用具  
乳房再建患者の心理過程  
検診で自らを癌と感じた患者の体験世界  
III. 臨床看護研究の進歩のために  
【特別記事】知的所有権に関する基礎知識  
【臨床看護研究の方法】臨床看護研究と統計的方法  
■展望 '94 座談会：臨床看護研究と学会

## 臨床看護研究の進歩

【既刊】

vol. 1 B5 頁208 1989 定価2,266円(税込) ¥400  
[ISBN4-260-34004-2]

vol. 2 B5 頁224 1991 定価2,884円(税込) ¥400  
[ISBN4-260-34028-x]

vol. 3 B5 頁224 1992 定価3,605円(税込) ¥400  
[ISBN4-260-34046-8]

vol. 4 B5 頁208 1993 定価3,605円(税込) ¥400  
[ISBN4-260-34084-0]



医学書院

113-01 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