

VOL.17 No.2

平成6年6月20日発行

ISSN 0285-9262

# 日本看護研究学会雑誌

(Journal of Japanese Society of Nursing Research)

VOL.17 NO.2

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 **ティザー**

RB体圧計

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

# 会 告 (1)

## 日本看護研究学会選挙管理委員会について

平成6年3月20日付の会告で公示された、日本看護研究学会評議員選出のため、本学会会則第9条及び第6項に従って、下記の通り3名の選挙管理委員を委嘱し、選挙管理委員会を組織しました。

記

日本看護研究学会 選挙管理委員会

委員長 江 守 陽 子 (千葉大学看護学部)

委員 田 中 裕 二 (日本大学医学部)

委員 宮 腰 山紀子 (千葉県立衛生短期大学)

任期は、平成6年度選挙に関する業務の完了までとする。

平成6年6月20日

日本看護研究学会

会長 吉 武 香代子

# 会 告 (2)

## 選出する評議員定数について

平成6年度施行する日本看護研究学会評議員選出選挙に於て、選出する評議員の定数は、本学会会則第9条2項及び評議員選出規定第2項に従って、下記の通りとします。

記

地区別評議員定数

北 海 道	8	東 北	8	関 東	12	東 京	20
東 海	17	近畿・北陸	19	中国・四国	11	九 州	12

合計 (107名)

平成6年6月20日

日本看護研究学会

会長 吉 武 香代子

## 会 告 (3)

### 評議員選挙の投票締切日について

本学会会則第9条及び評議員選出規定第7項に従って、評議員選出選挙の投票締切日を下記の通りとします。

#### 記

投票締切日 平成6年10月30日

(投票締切日消印の投票封筒の到着をもって締切とする。)

平成6年6月20日

日本看護研究学会  
選挙管理委員会

委員長 江 守 陽 子

## 会 告 (4)

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4回公告)

平成6年6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■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

**これを使えば合格間違いなし!!**

**'94**

**看護婦国家試験問題・解答集**

**THE STATE  
EXAMINATION  
FOR REGISTERED  
NURSE**

●メヂカルフレンド社編集部／編  
●B5判 ●828頁 ●定価4,200円(税込)

- ◎第83回(平成6年)の看護婦国家試験問題を徹底分析し、全問題に模範解答と解説を付した。
- ◎現行カリキュラムに沿った出題の傾向と来年度国家試験の受験対策を示した。
- ◎第84回(平成7年)の看護婦国家試験対策として、過去3回の全問題660題を科目別に掲載。加えて創作問題420題(客観式250題、状況設定問題170題)を収録した。
- ◎国家試験直前対策として、本試験と同形式、同問題数の模擬試験問題(出題予想問題)および専門解答用紙を2回分付した。
- ◎他に、おぼえておきたい既出事項(5,600項目)／受験と合格後の手続きを収録。

原 著

人工股関節置換患者の回復過程および生活の満足度に関する研究 ..... 9

金沢大学医療技術短期大学部看護学科 泉 キヨ子  
平 松 知 子  
千葉大学看護学部 土 屋 尚 義  
金 井 和 子  
東京大学医学部健康科学・看護学科 金 川 克 子

入院患者のストレス要因に関する検討 ..... 21

兵庫県立看護大学 川 口 孝 泰  
千葉大学看護学部看護実践研究指導センター 阪 口 禎 男  
大阪医科大学附属病院 田 尻 后 子  
東北大学医療短期大学部 佐 藤 永 子  
千葉大学工学部建築学科 渡 辺 秀 俊

第19回日本看護研究学会総会講演記事（2）

シンポジウム

看護とリーダーシップ —看護の新たな展開を考える—

司会 千葉大学看護学部 草 刈 淳 子  
井 上 範 江

演者

医師会病院の看護部長として

熊本市医師会地域医療センター 富 崎 寛 子

地域看護のリーダーとして 熊本市立熊本保健所

飯 川 貞 子

看護職の施設長として

特別養護老人ホーム さくばらホーム 櫻 井 紀 子

看護職としてのリーダーシップ 東京都老人総合研究所

鎌 田 ケイ子

ヒューマンスキルとしてのリーダーシップ

熊本大学教育学部附属教育実践研究指導センター 吉 田 道 雄

奨学会研究報告

高齢者の健康管理態度に関する研究 山 本 亨 子

# CONTENTS

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

The Study on Recovery Process of Daily Living in Patients  
and Quality of Life with Total Hip Arthroplasty ..... 9

Department of Nursing, School of Allied Medical

Professions, Kanazawa University : Kiyoko Izumi

Tomoko Hiramatsu

School of Nursing, Chiba University : Takanori Tsuchiya

Kazuko Kanai

School of Health Science and Nursing,

The University of Tokyo : Katsuko Kanagawa

Study on Factors of Inpatient Stress ..... 21

College of Nursing Art and Science, Hyogo : Takayasu Kawaguchi

Department of Nursing, Chiba University : Sadao Sakaguchi

Hospital of Osaka Medical College : Kimiko Tajiri

College of Medical Sciences, Tohoku University : Eiko Sato

Department of engineering, Chiba University : Hidetoshi Watanabe

# 人工股関節置換患者の回復過程および生活の満足度に関する研究

## The Study on Recovery Process of Daily Living in Patients and Quality of Life with Total Hip Arthroplasty

泉 キヨ子<sup>1)</sup> 平松 知子<sup>1)</sup> 土屋 尚義<sup>2)</sup>  
Kiyoko Izumi Tomoko Hiramatsu Takanori Tsuchiya  
金井 和子<sup>2)</sup> 金川 克子<sup>3)</sup>  
Kazuko Kanai Katsuko Kanagawa

### I はじめに

人工股関節置換術は、変形性股関節症や慢性関節リウマチなどで高度に関節に変形をきたし、疼痛が強く、関節の可動制限のある患者に無痛性と関節の可動域の拡大が期待できる手術であり、現在数多く行なわれている。手術適応年齢は60歳以上が理想と言われるが、壮年期の高度に変形し、疼痛の強い患者にも行なわれている。しかし、人工の関節ゆえ耐用年数や合併症等の問題もあり、長期に使用するには適切な退院指導や継続看護が重要であると考えられる。

人工股関節置換患者の退院指導や継続看護に関して、●rrは人工股関節や膝関節置換患者の術前、術後、退院時の詳細な教育プログラムを紹介し、その有用性を報告<sup>1)</sup>している。Kellyは股関節や膝関節置換患者に手術前と術後6週間と6カ月後に障害や痛みについて患者の認識の変化についてfollowしている<sup>2)</sup>。しかし、退院後の日常生活行動の回復の変化を追跡したものや、どのような行動が困難かをみたものはない<sup>3)</sup>。我々はより適切な退院指導や継続看護に生かすために、人工股関節全置換患者の術後の経過とともに日常生活関連動作の回復の過程についてprospectiveに検討してきている<sup>4) 5)</sup>。また、これらとの関連において、手術前と手術後の主観的な生活の満足度も重要と感じ、検討している<sup>6)</sup>。

そこで今回、人工股関節置換術者の患者教育に有効な手段を明らかにするために、患者の術後の日常生活関連動作の回復過程と生活の満足度について検討した。

### II 研究方法

#### 1. 対象

K大学医学部附属病院で1987年7月～1991年4月までに人工股関節全置換術を受け、退院後1年間の経過を追跡することのできた81名（男9名・女72名、平均年齢56.0±9.8歳）である。うち63例は生活の満足度についても検討した。

#### 2. 方法

1) 大学病院退院時および退院後2～3カ月毎に現在の日常生活関連動作の回復状況、日常生活の過し方、杖使用の有無、術後のリハビリテーション期間や内容、筋力強化運動の内容、体重の変化、職業などの変化を外来での面接または一部郵送によりprospectiveに調査した。また、関節可動域（ROM）は外来カルテから把握した。

2) 日常生活関連動作の項目は、日本整形外科学会変形性股関節症判定基準の日常動作<sup>7)</sup>をもとに、日常使われる動作を加えた11項目、即ち、腰かけ、ズボン着脱、入浴、正座、すわっておじぎ、椅子からの立上がり、しゃがみこみ、靴下着脱、足指爪切り、階段昇

1) 金沢大学医療技術短期学部看護学科 Department of Nursing, School of Allied Medical Professions, Kanazawa University

2) 千葉大学看護学部 School of Nursing, Chiba University

3) 東京大学医学部健康科学・看護学科 School of Health Science and Nursing, The University of Tokyo

降、バス乗降である。評価は自立を3点、部分介助を2点、全介助または不能を1点とした。

3) 生活の満足度は、Selman, S. W. の Modified Arthritis Impact Measurement Scales<sup>9)</sup> を日本語訳して使用し、手術後1年以上経過し、2年未満の患者に自己記入による郵送法で調査した。このスケールは、人工股関節置換術をうけた患者の身体的、社会的、精神的な安寧を測定できるとされ、ROY のモデル<sup>9)</sup> をベースに生理的機能、自己概念、役割機能、相互依存の4つの変数を中心に、手術の満足度や薬の服用状況、健康感などの項目を入れて、56の質問から構成されている。また、このスケールのもとである Arthritides Impact Measurement Scales<sup>10)</sup> は9つのサブスケールよりなり、信頼性、妥当性が検証されている。今回使用した Modified Arthritis Impact Measurement Scales は、9つのサブスケールのうち8つが使用されている。すなわち、可動性、身体活動、社会的役割、社会活動、ADL、抑うつ、不安、痛みの8つである。ここでは、このサブスケールを中心に分析した。スケールの採点は、術前・術後変化なしを0点、術前に比して術後良好な反応を+1、+2点、術前に比して術後悪化した反応を-1、-2点として算定した。

### 3. 統計的分析

データ分析は、統計パッケージ「HALBAU」を使用した。2群の平均値の差の検定には、分散が等しいときに Student-t-test を、等しくないときには Welch-t-test を用いた。2群以上の平均値の比較には一元配置分散分析法で有意な差が認められたときに、基準となる群との比較のために Dunnett 法による多重比較を行なった。また、ピアソンの積率相関係数、多変量解析を行なった。危険率5%以下を有意な差ありとし、5%以上10%以下を傾向ありとした。

## III 結 果

### 1. 対象の構成

対象の構成は表1に示した。81名のうち、男性が9名、女性が72名であり、女性がほぼ90%を占めていた。年齢は32歳から84歳までであり(平均年齢56.0±9.8歳)、とくに41歳から60歳が56%と最も多かった。疾患では、変形性股関節症が58名(72%)と最も多く、その内訳は片側の変形性股関節症が30名、両側が28名

表1 対象の構成

		n=81 (%)
性別	男	9 (11.1)
	女	72 (88.9)
年齢別	～40歳	4 (4.9)
	41～60	45 (55.6)
	61～80	32 (39.5)
疾患別	変形性股関節症(片側)	30 (37.0)
	変形性股関節症(両側)	28 (34.6)
	大腿骨骨頭壊死	11 (13.6)
	大腿骨頸部骨折	7 (8.6)
	慢性関節リウマチ	5 (6.2)
手術	人工股関節置換術	71 (87.7)
	人工骨頭置換術	10 (12.3)

であった。次いで大腿骨骨頭壊死11名(14%)、大腿骨頸部骨折、慢性関節リウマチの順であった。年齢との関係では、大腿骨頸部骨折者が平均70歳と他の疾患に比べて有意に高かった。手術は人工股関節置換術が71名(88%)、人工骨頭置換術が10名(12.3%)であった。大学病院での在院日数は平均48日であったが、最も在院日数が長いのは両側人工股関節置換術で平均60日であり、短いのは大腿骨頸部骨折者の15日であった。罹病期間は平均5.9年であった。

1年後の歩行の状況を確認することのできた63名中、杖を使用している者は29名(46%)であり、杖を使用していない者は34名(54%)であった。1年後の職業の有無では、職業ありの者は22名(35%)であり、なしの者は41名(65%)であった。女性の約30%、男性の86%が1年後には仕事をしていた。

### 2. 日常生活関連動作の回復過程

#### 1) 全体を通しての回復過程

手術前、術後6カ月、12カ月の日常生活関連動作11項目の総得点の変化をみると、術前が33点中平均約28点、術後6カ月は29点、12カ月後は31点であり、術前と12カ月後、術後6カ月後と12カ月後に0.1%の危険率で有意差がみられた。

日常生活関連動作11項目の大学病院退院時、術後3カ月、6カ月、12カ月後の回復過程を図1に示した。退院時から自立できる動作は腰掛けであり、術後3カ月にほぼ自立している動作は、椅子からの立上がり、ズボン着脱、入浴であった。6カ月後にほぼ自立でき

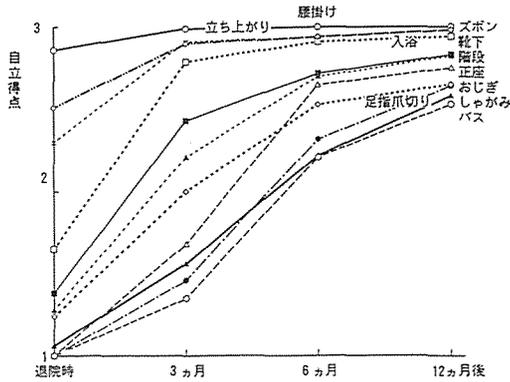


図1 日常生活関連動作の項目別回復過程 (n=81)

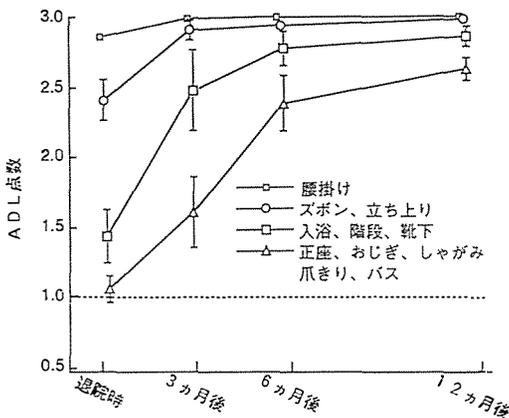


図2 日常生活関連動作4群の回復状況 (n=81)

る動作は、靴下着脱、階段昇降であった。術後12カ月にほぼ自立出来るのは正座、すわってお辞儀などであった。12カ月後にも自立得点の低かったのはバス乗降が平均2.5点、しゃがみ込み、すわっておじぎが平均2.6点であった。

これらの11項目の途中経過および到達点はそれぞれ傾向の類似した4群に分類でき、図2に示した。腰掛けは退院時からほぼ自立できる動作である。ズボン着脱、立上りは3カ月には自立できる。入浴、階段昇降、靴下着脱は3カ月から6カ月にかけてほぼ自立できる動作である。正座、すわっておじぎ、しゃがみ込み、足指の爪切り、バス乗降は6カ月から1年かけてほぼ自立できる動作であるが、自立得点の低い動作ともいえる。また、12カ月後の到達点に対する退院後各月の経過の相関を表2に示した。各群とも退院時の自立得点は12カ月後の到達点に対し、全く相関を示さな

表2 12カ月の到達点に対する退院後各月の経過の相関

	退院時	3ヵ月	6ヵ月	退院時	3ヵ月	6ヵ月
腰掛け	0.24	1.00	1.00	0.24	1.00	1.00
ズボン	0.06	0.52	0.62	0.09	0.48	0.62
立ち上がり	0.12	0.43	0.62			
入浴	0.10	0.49	0.74	0.10	0.44	0.73
靴下	0.09	0.43	0.67			
階段	0.11	0.39	0.78			
正座	0.06	0.31	0.86	0.08	0.35	0.75
おじぎ	0.07	0.27	0.62			
しゃがみ	0.10	0.36	0.68			
足指爪切り	0.17	0.51	0.85			
バス	0.00	0.31	0.72			

いが、6ヵ月後の自立得点はすべて0.6~1.0の相関を示した。さらに退院後3ヵ月後の自立得点は12カ月の到達点に対し、多くの項目で0.3~0.4程度の相関を示した。即ち、術後3ヵ月までの回復状況が、その後の経過に特徴ある差を生じることが確認できた。

2) 年齢別の回復過程

日常生活関連動作と年齢との関係で一元配置分散分析で有意差がみられた3動作の成績を表3に示した。入浴(6ヵ月)では特に40歳以下と他の2群に、階段昇降(6ヵ月)では、41-60歳と61歳以上の群に有意差がみられた。また足指の爪切り(12ヵ月)では、41-60歳と61歳以上の群に有意な傾向を示した。

3) 疾患別にみた回復過程

疾患別にみた日常生活関連動作11項目の合計点での回復過程を図3に示した。片側変形性股関節症の回復が最も高く、次いで両側変形性股関節症、大腿骨骨頭壊死の順であった。最も回復が低いのは慢性関節リウマチの患者であった。また、動作の項目と疾病との関係で一元配置分散分析で有意差がみられた10動作(6項目)を表4に示した。どの動作でも慢性関節リウマチと変形性股関節症(片側、両側)では有意差がみられた。また入浴(3ヵ月、6ヵ月)、靴下(12ヵ月)、階段(6ヵ月、12ヵ月)では、慢性関節リウマチと骨頭壊死にも有意差がみられた。リウマチ患者は例数が少ないものの階段昇降やバス乗降は低値であった。

4) ROMと日常生活関連動作との関係

股関節屈曲の関節可動域について手術前後の比較を57例についてみると、手術前の股関節の屈曲角度(膝屈曲位)は83.6°であり、1年後には平均97.9°とな

表3 日常生活関連動作と年齢との関係 (一元配置分散分析)

動作	40歳以下 (n=4)	41-60歳 (n=45)	61-80歳 (n=32)	F 値	P
入浴 (6カ月)	2.50±0.87 <sup>1)</sup>	2.96±0.21	2.91±0.29	3.911	*
階段昇降 (6カ月)	2.50±0.87	2.87±0.40	2.50±0.75	3.719	*
足指爪切り (12カ月)	2.25±0.83	2.82±0.44	2.47±0.79	3.769	*

1) 平均±標準偏差 \* p<0.05

表4 日常生活関連動作と疾病との関係 (一元配置分散分析)

動作	片側●A <sup>1)</sup> (n=30)	両側●A <sup>2)</sup> (n=28)	壊死 (n=11)	骨折 (n=7)	リウマチ (n=5)	P
入浴 (3カ月)	2.87±0.34	2.82±0.38	3.00±0.00	2.43±0.50	2.20±0.75	***
(6カ月)	2.97±0.18	2.96±0.19	3.00±0.00	2.71±0.45	2.80±0.40	***
正座 (6カ月)	2.86±0.52	2.71±0.65	2.27±0.86	2.71±0.70	1.80±0.99	**
(12カ月)	3.00±0.00	2.86±0.52	2.64±0.64	2.71±0.70	1.80±0.99	**
靴下 (6カ月)	2.93±0.25	2.71±0.59	2.64±0.64	2.43±0.73	2.00±0.89	**
(12カ月)	2.90±0.40	2.86±0.35	2.91±0.29	2.71±0.45	2.22±0.98	*
爪切り (12カ月)	2.83±0.45	2.68±0.60	2.82±0.57	2.29±0.70	1.80±0.98	**
階段 (6カ月)	2.90±0.30	2.82±0.54	2.64±0.64	2.71±0.45	1.40±0.80	***
(12カ月)	2.93±0.25	2.89±0.41	2.73±0.62	2.85±0.35	2.00±0.89	**
バス (12カ月)	2.80±0.60	2.64±0.77	2.18±0.94	2.43±0.90	1.40±0.80	**

1) 片側変形性股関節症 2) 両側変形性股関節症 \* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\* p<0.001

平均自立得点

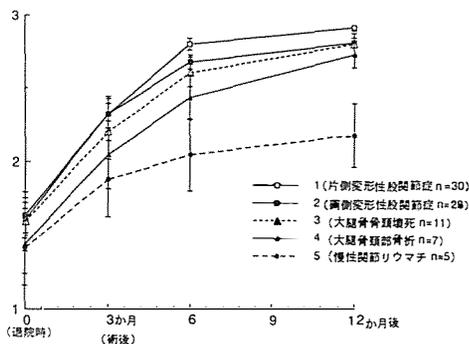


図3 疾患別日常生活関連動作の回復過程 (平均±標準誤差)

り、術後は有意に角度の広がりが見られた (p<0.0001)。疾患別では手術前には疾患による差がみられたが (F=2.95 p<0.05)、手術後には差がなかった。

術後12カ月後の股関節屈曲角度80°以下の群と81°以上の群について、特に股関節屈曲角度に関連すると考えられる日常生活関連動作の5項目(即ち、正座、座っ

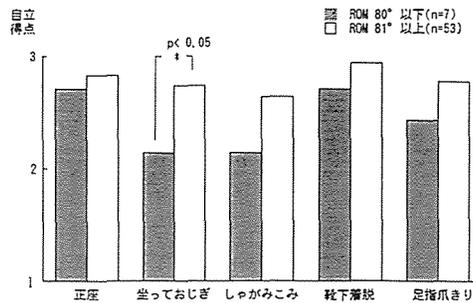


図4 術後12カ月のROMと5動作との関係 (n=60)

ておじぎ、しゃがみこみ、靴下着脱、足指爪切りとの関係を図4に示した。股関節屈曲角度の低いものとの間で、座っておじぎの動作で有意差がみられた。即ち、すわっておじぎはROMの低いものにとっては困難な動作であるといえる。

### 3. 生活の満足度

#### 1) サブスケールについて

Modified Arthritis Impact Measurement Scales のサブスケールの平均得点と標準偏差を表5

表5 サブスケールの平均得点と標準偏差

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

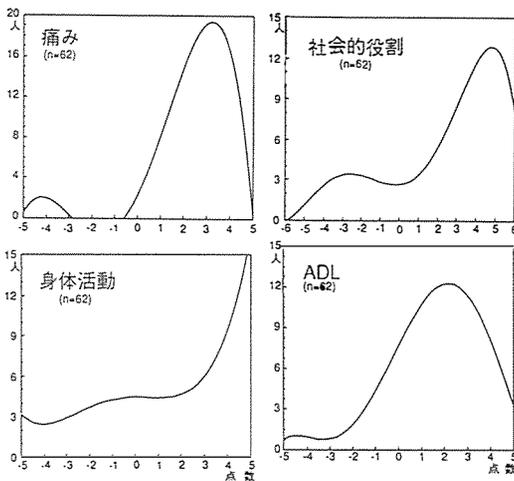


図5 痛み, 社会的役割, 身体活動, ADLの分布状況

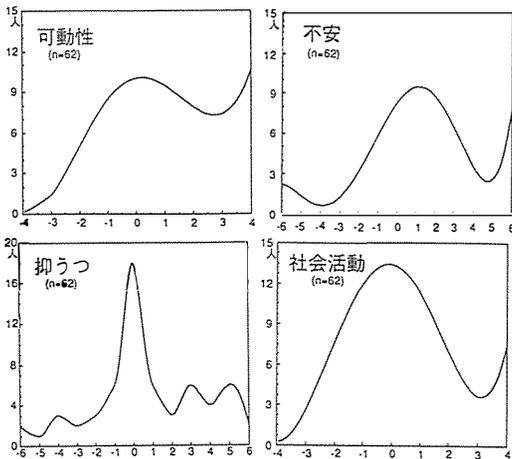


図6 可動性, 不安, 抑うつ, 社会活動の分布状況

に示した。8つのサブスケールの質問項目はそれぞれ4~6項目あるが、個人差が大きいものの概ね術後肯定的な反応が多くみられた。社会的役割は2.6点であり、痛みは平均2.5点でそれぞれ高得点を示した。身体活動、ADLはそれぞれ1.7点、1.6点であった。不安は1.3点、可動性は約1点であり、抑うつ、社会活動はそれぞれ低く、約0.7点、0.6点であった。

8つのサブスケールの分布状況を図5、図6に示した。痛みについては手術前に比べて痛みがよくなったとしたものは57名(95%)にみられた。一部痛みが強くなった反応が出ているが、これは両側の障害で、片方を手術して、反対側の股関節に痛みがある者が含まれている。社会的役割の質問項目には、電話がかけられるか、銀行にいけるか、食事の準備や洗濯ができるか、交通機関を利用して買物ができるかなどがある。手術前に比べて、手術後によくなったとした者が48名(77%)にみられ、悪くなったとした者は12名(19%)であった。身体活動の質問には、歩行時の補助具の有無、段差や階段、長距離の歩行、活発な動きの程度などがある。術後よくなったとしたものが40名(65%)にみられ、悪くなったとした者は18名(29%)、変化なしの者は4名(6%)であった。ここでのADLとは、トイレ、更衣、入浴、移動、爪切り動作について術前と比較している。術後よくなった者が45名(73%)にみられ、悪くなった者は9名(15%)、変化なしは8名(13%)であった。可動性の質問項目には、公共の交通機関の利用の有無、室内での過し方、旅行時介助の有無などがある。術後よくなったとした者が33名(53%)にみられ、よくないとした者が14名(23%)、変化なしは15名(24%)であった。不安については、緊張感、イライラ感、冷静になりにくい、リラックス感などについて5つ質問項目がある。手術前に比べて術後によくなったとした者が36名(58%)にみられ、否定的な反応は7名(11%)、変わらないとした者は19名(31%)であった。抑うつには落ち込む、憂鬱に感じる、物事が自分ののぞむ方向に向わない、意気消沈などについて6つの質問項目がある。術後抑うつ状況がよくなったとした者は27名(44%)にみられ、術後悪くなったとした者は17名(27%)、変化なしは18名(29%)であった。

平均得点の最も低かった社会活動の質問には、親戚や友人を訪問したり、招くことなどについて4つの項

表6 サブスケールの相関マトリックス

	可動性	身体活動	社会役割	社会活動	ADL	痛み	抑うつ	不安
可動性	1.00	0.69**	0.59**	0.44**	0.47**	0.55**	0.55**	0.40**
身体活動		1.00	0.75**	0.45**	0.73**	0.54**	0.61**	0.60**
社会役割			1.00	0.39**	0.72**	0.55**	0.58**	0.57**
社会活動				1.00	0.36**	0.45**	0.58**	0.38**
ADL					1.00	0.60**	0.58**	0.38**
痛み						1.00	0.77**	0.27*
抑うつ							1.00	0.34**
不安								1.00

\*P&lt;0.05, \*\*P&lt;0.01

目がある。術後肯定的な反応は28名(45%)にみられ、術後悪くなったとした者は15名(24%)、変化なしは19名(31%)であった。これら8つのサブスケールと3つの疾患(変形性股関節症、大腿骨骨頭壊死、慢性関節リウマチ)についてみたが、特徴的な関係はみられなかった。

8つのサブスケール間の相関マトリックスを表6に示した。すべての項目間において5%~1%の危険率で有意差がみられた。とくに、可動性、身体活動、痛み、ADL、社会役割、抑うつ間に0.4~0.7の中~高度の相関がみられた。即ち、人工股関節置換術は術後の日常生活の回復や痛みが緩和することで、術後の生活に肯定的な反応が多く、生活の満足度を高めるといえる。

#### 2) 手術の満足および主観的健康感について

1年後の手術の満足感および主観的健康感では、手術してよかったとした者は61名中58名(95%)であり、不満足、やや失望したとした者は2名(3%)、変化なしとした者は1名であった。例数は少ないものの手術満足度の低い3名は満足度の高い群に比べて、身体活動、社会活動、抑うつ、不安の得点が有意に低かった( $P<0.05$ )。また、1年後の各々の主観的健康感では、1年後に自分の健康状況がよくなったとした者が51名(84%)、変わらないとした者が6名(10%)、悪くなったとしたものが4名(7%)であった。健康感と手術の満足には差がみられなかった。

#### 3) 生活の満足度に関係する要因分析

サブスケールの総得点を基準変数として、年齢、手術(片側、両側)、手術前ROM(股関節屈曲角度)、術後12カ月ROM、術後12カ月の日常生活関連動作総

得点、仕事の有無、慢性関節リウマチ有り、手術満足度の計8変数を説明変数として、重回帰分析(F値による変数増加法)を行ない、特徴的な差を示したものを表7に示した。有意であった変数は術後12カ月の日常生活関連動作総得点と年齢であった。即ち、1年後の日常生活関連動作の自立得点の高いものや、年齢の若いものに満足度の高いものが多かった。しかし、自

表7 サブスケールの総得点を基準変数とした重回帰分析の結果

変数名	標準偏回帰係数	F値
日常生活関連動作(術後12カ月)	0.60312	10.715**
年齢(歳)	-0.29671	4.717*
慢性関節リウマチ有り	0.32115	3.420+
両側手術有り	0.19531	2.046
定数	-70.842	
重相関係数(二乗)	0.45(0.20)	3.316*

+0.05&lt;P&lt;0.1, \*P&lt;0.05, \*\*P&lt;0.01

立得点の低い慢性関節リウマチ疾患患者もサブスケールの得点の高いもの、つまり術後の生活満足の高いものが多い傾向を示した。

#### 4) 回復困難な事例について

回復過程の悪い事例や手術について満足感のない事例について表8に示した。

事例Aは、慢性関節リウマチの患者であり、大学病院入院中に1カ月おきに左右の人工股関節置換術を行った。1年後、11項目の日常生活関連動作得点は33点中17点であり、まだ転院先で入院中であった。術後

表8 困難な事例の概要

対 象		A	B	C
年齢/性別		66歳/女性	34歳/女性	63歳/女性
疾患名		慢性関節リウマチ	慢性関節リウマチ	大腿骨頭壊死
術式		両側人工股関節置換術	両人工股関節置換術	両人工骨頭置換術
同居家族		養子の息子	両親	夫と息子夫婦孫1人
職業		なし(家は農業)	なし	なし(術前擦糸業)
1年後のADL総得点		17(33満点中)	15	33
M A I M S	肯定的反応	痛み, ADL, 抑うつ	痛み, 抑うつ	痛み, ADL, 抑うつ
	否定的反応	身体活動, 社会活動	身体活動, 可動性	社会活動
	変化なし	可動性, 不安	社会活動, 不安	可動性, 不安, 抑うつ
1年後の生活		転院先で入院中	転院先で入院中	自宅
手術に対する思い		満足している	満足している	かなり失望している

よくなったこととして、痛み、ADL、抑うつがあり、悪くなったこととして身体活動、社会活動をあげている。事例Bも慢性関節リウマチの患者であり、1年置きに、左右の人工股関節置換術を行なったが、手指の変形も強く、ほとんどベッドから離れられない状態で手術を迎えた。1年後の日常生活関連動作得点は33点中15点と全症例中最も悪く、やはり転院先で入院中であった。術後よくなったのは、痛み、抑うつであり、悪くなったのは、身体活動、可動性であった。事例Cは、63歳女性、両側の大腿骨骨頭壊死と血小板減少性紫斑病の患者である。やはり1年置きに両側の人工骨頭置換術を行なった。手術後11項目の日常生活動作の回復はゆるやかであったが、1年後にはすべて自立できるようになった。術後よくなったこととして、痛み、ADL、社会的役割があげられ、悪くなったことは社会活動であった。この事例は手術前に擦糸工場に働いていたが、術後は立位動作がつづくので働けなくなった。手術をかなり失望していると数回の調査で答えていた。

#### IV 考 察

人工股関節は新しい人工材料や人工関節の開発がめざましいが、長期的に見た場合、生体と人工関節との間に生じるゆるみやソケットの磨耗などの問題は解決されていない<sup>11)</sup>。そのため人工股関節置換患者の退院後の日常生活関連動作の回復経過に焦点を当てて検討することは、継続看護を考える上で重要であると考えられる。

日常生活関連動作の項目については、日本整形外科学会変形性股関節症判定基準の日常動作をもとに、日常変えられる動作として、ズボン着脱、入浴、バス乗降を加えた。中でもバス乗降は、対象者の公共の乗物はほとんどバスに限られるので、段差とスピード感に対して恐怖心を掻き易いと考えて項目に加えた。全体として、手術前に比べて術後1年後の自立得点が有意に高く、一般に困難といわれる動作も、ほぼ自立できる者が多いことが確認できた。また11の動作を4グループに分けて経過を検討したところ、術後3カ月までの回復状況が概ねその後の日常生活行動の予測に役立つことが示唆された。人工股関節置換患者は大学病院を退院しても転院先で術後約3カ月までは入院している者が多い。従って今後、術後3カ月の時点で1年後の各患者の日常生活関連動作の状況を予測し、対象に応じた援助方法や生活設計の長期方針を計画し、必要な看護ケアを具体化できると考える。また、1年後でも比較的自立得点の低いバス乗降は、移動範囲を広げるが、6カ月後までは乗れない者が多く、1年後には徐々に乗れるようになっていく。一方、近年壮年期の女性患者は、運転免許取得者が多くなってきているが、これは活動範囲を容易にし、人工股関節の磨耗を防ぐ意味からも注目に値する。

年齢や疾患との関係では、40歳以下の自立得点が高いのは、40歳以下で本手術する適応例数は少ないものの重度の慢性関節リウマチ患者や末期の変形性股関節症患者などで痛みも強く、関節可動域制限も大きく、

日常生活の自立度が低いことを考えれば当然であろう。疾患でも慢性関節リウマチは下肢のみならず上肢のさまざまな関節も侵される全身疾患であり、ステージによる差も大きい。下肢動作でも、正座、靴下着脱、爪切り、階段昇降、バス乗降などの動作は膝関節の影響もあり、術後1年経過しても自立し難いことが確認された。同様に、骨折患者は大学病院での入院日数が平均15日と短く、年齢も平均70歳と高いが、1年後にはほぼ自立していくが、足指の爪切りなどは視力の障害も加わり、自立できにくいと考える。これらの疾患は例数が少ないので、例数を増やして検討したい。

関節可動域との関係では、すわっておじぎの動作が、股関節屈曲角度が80°以下の者には最も困難であると確認できた。前報では、90°以下で最も困難な動作として、すわっておじぎと足指の爪切りであった<sup>4)</sup>。しかし今回の7名は全て女性であり、片側変形股関節症で30、40歳代の患者は、さまざまな体位を工夫して足指の爪切りをしていた。即ち、足指の爪切りは可動域が狭くても、女性で慢性関節リウマチなどの全身に及ぶ疾患でない限り出来る可能性が高いことが示唆されたので、今後有効な動作の獲得方法の検討とその指導の重要性を再認識した。

一方、人工股関節置換患者は手術を契機に日常生活行動の拡大が、さまざまな生活面での満足度にも影響を及ぼすと考えられる。人工股関節置換患者の生活や人生の質、つまり、Quality of life (以下QOL) についてはさまざまな研究がなされ、スケールも開発されている<sup>8) - 10) 12)</sup>。QOLの定義は多様であるが、その中心課題のとらえ方で、生活者の意識面を中心に考える立場と、生活者のおかれている環境状態で考える立場に分れるが、その共通基盤は生活者の満足感、安定感、幸福感などの生活評価意識である<sup>13)</sup>といわれる。今回は術後1年後に生活満足度として、8つのサブスケール、即ち痛み、身体活動、ADL、不安、可動性、抑うつ、社会的役割、社会活動などについて、手術前に比べて手術後の患者の主観的な思いを確認した。痛みは最も術後良くなったとした者が多く、他の7つは変動が多いものの概ね術後良くなったとした者が多かった。関節炎による慢性疼痛は、精神的にも大きな負担となり、QOLを低下させていると考える。前述したように、本手術は可動性を温存して、徐痛効果が著しいのが特徴<sup>14)</sup>であるので、痛みの減少や可動性が身体

活動のみならず社会活動や精神面にまで影響していると考えられる。吉■は1年後の歩行能力、公共交通機関の使用は術前より有意に増加しており、就業状況も同年代と大差がない<sup>15)</sup>と報告している。●' Boyleらは、個々の患者にそれぞれ個別なQOLの要因を選ぶスケールを開発して、術前、術後6カ月に調査し、人工股関節置換患者の方が6カ月後には性、年齢、社会経済状態をマッチさせた一般外科の患者より個別なQOL得点が高い<sup>16)</sup>としている。つまり、今回の結果やこれらを通して、人工股関節置換患者は手術前に比べて術後のQOLは高いといえる。

また、生活の満足度に関係する要因について重回帰分析の結果では、1年後の日常生活関連動作の自立得点や年齢、慢性関節リウマチの順にあげられた。1年後に自立得点が高いことは身体的な要因が拡大されることで、社会的な要因や心理的要因を介して満足度に影響していると考えられる。年齢が若いことも社会参加などから心理的安寧に連なり満足度に影響する。しかし、事例は少ないものの自立得点の低い慢性関節リウマチ疾患患者に術後の満足度の高いものが多い傾向を示したことは興味深い。慢性関節リウマチ患者は術後の徐痛効果により、痛みから開放され、関節の動きも回復することでその人にとっての生活関連動作は術前よりも改善され、満足度にも影響すると推察できる。しかし浅井らは人工股関節置換術を受けた慢性関節リウマチ患者30例の術前、術後のADLとQOLを測定し、全体としては下肢機能、QOLともに改善したが、股関節以外の障害が高度になるとADL、QOLの改善が少ないので、術後長期になると正確な評価が困難である<sup>16)</sup>と述べているので、経過を追って検討したい。

今回、回復困難な事例や手術の満足度の低い3事例の分析を通して、人工股関節置換術の中でも慢性関節リウマチなどの全身の多関節が高度に破壊され、両側の手術を行なった例は、痛みがなくなることで抑うつなどはよくなるものの、社会活動などの面で、手術前よりわるくなる可能性や、手術前にしていた職業を術後失うことで、手術の満足度が低下する者がいることなどが示唆された。QOLを構成する要素は多様であり、健康や疾病に関して個々人の持つ価値観の評価は、個々の事例を通してさらに検討していく必要性を感じた。

本研究の限界は、日常生活関連動作等の回復状況は

対象の主観的な回答であることや、郵送しても回答が調査の時期より遅れた例もあり、動作の自立や部分介助には誤差を生じ易いことがあげられる。しかし、外来受診時に面接を通して確認した例も多いので、郵送法のみより差は少ないのではないかと考える。生活の満足度では、今回使用した質問紙は術後に術前と比較して回答する方法なので、術前の評価する時期により多少個人差が生じやすいと考える。しかし調査時期が術後1年以上2年未満という時期なので、信頼性は高いと考える。また、慢性関節リウマチ患者の例数が少なく、個人差が大きく一般化できにくいことがあげられるので、例数を増やしたい。

今後はさらに経済性や家族のサポート状況、QOLの経時的変化についても検討したい。

## V ま と め

人工股関節置換術を受けた患者81名の日常生活の回復過程と生活の満足度について検討し、以下の結論を得た。

- (1) 股関節に関連した11項目の日常生活関連動作は、術後1年間には、ほぼ自立できるものが多かったが、バス乗降、しゃがみこみ、すわっておじぎ、足指爪切りの自立得点が低かった。
- (2) 日常生活関連動作11項目の1年間にわたる回復過程は4グループに大別され、さらに術後3カ月までの回復状況が、その後の経過に特徴ある差を生じることが認められた。
- (3) 日常生活関連動作の回復過程は疾患別にも特徴的

な差を示した。変形性股関節症(片側、両側)は最も自立が高く、慢性関節リウマチは最も低かった。差がみられた日常生活関連動作は入浴(3カ月、6カ月)、正座(6カ月、12カ月)、靴下着脱(6カ月、12カ月)、足指爪切り(12カ月)、階段昇降(6カ月、12カ月)、バス乗降であった。

- (4) 手術後は手術前に比し、痛み、ADL、身体活動、可動性などの改善のみならず、社会的役割や社会活動、不安、抑うつなどでも肯定的な反応がみられた。またこれらのすべての変数間に正の相関が示された。
  - (5) 生活の満足度に関係する要因として、術後12カ月の日常生活関連動作総得点、年齢、があげられた。また慢性関節リウマチ疾患患者も示唆された。
- 以上の成績から人工股関節置換術は、一般に患者の日常生活関連動作の回復とともに生活の満足度も高め、その程度は術後3カ月の時点からの日常生活関連動作の回復状況の評価が、その後の予測に有用と思われた。これらについて、退院時指導や継続看護に意識的に取り入れたい。

本稿を終えるにあたり、ご協力、ご助言いただいた金沢大学医学部整形外科松本恵美助教教授に深謝いたします。また、さまざまにご協力いただいた同医学部附属病院整形外科外来、久内清美さん、葛城千世子さん、内記都さんに深謝いたします。

本研究の一部は平成3年度日本看護研究学会奨励会研究による研究である。

## 要 旨

人工股関節置換術を受けた患者81名の日常生活の回復過程と生活の満足度について検討した。方法は日常生活関連動作11項目の回復過程を中心に、大学病院退院時、術後3、6、12カ月後に調査した。生活の満足度はModified Arthritis Impact Measurement Scaleを用いた。

- (1) 股関節に関連した日常生活関連動作11項目は、術後1年間には、ほぼ自立できるものが多かったが、バス乗降、しゃがみこみ、座っておじぎ、足指爪切りの自立得点が低かった。
- (2) 日常生活関連動作11項目の1年間にわたる回復過程は4グループに大別され、さらに術後3カ月までの回復状況が、その後の経過に特徴ある差を生じることが認められた。
- (3) 日常生活関連動作の回復過程は疾患別にも特徴的な差を示した。とくに変形性股関節症と慢性関節リウマチの差が大きかった。
- (4) 生活の満足度では、手術後は手術前に比し、痛み、ADL、身体活動、可動性などの改善のみなら

ず、社会的役割や社会活動、不安、抑うつなどでも良好な反応がみられた。またこれらのすべての変数間に正の相関が示された。

- (5) 生活の満足度を高める要因として、1年後の日常生活関連動作総得点の高い者、年齢の若い者があげられた。一方、慢性関節リウマチ患者も示唆された。

### Abstract

The purpose of this study was to evaluate the recovery process of categories on movement in daily living and quality of life of 81 patients after Total Hip Arthroplasty (THA). We investigated recovery process of discharge from K University Hospital on 11 categories on movement in daily living after 3 months, 6 months and 12 months from THA. We used Modified Arthritis Impact Measurement Scales for evaluation of quality of life.

The results were as follows: According to 11 categories on movement in daily living after THA, patients became mostly independent in a year. On the other hand, there were lower scores on the categories as getting on and off bus, squatting down, bowing as sitting, and cutting nails of toes independently.

The recovery process on 11 categories in a year after THA was classified into 4 groups. The conditions of recovery during three months after THA made significant differences.

The recovery process on categories on movement in daily living also made significant differences among different kinds of diseases. There were higher scores in osteoarthritis (bilateral & unilateral), and lower scores in rheumatoid arthritis.

After THA compared with before THA, there were affirmative reactions on social roles, social activities, anxiety and depression, not only the improvements on pain, activity of daily living, physical activity and mobility. There was also a positive correlation among all variables.

There were significant differences between higher group of total scores about the categories on movement in daily living in 12 months after THA and younger group of age as the factor relating to quality of life. On the other hand, factors as the cases of rheumatoid arthritis were also affected.

### VI 文 献

- 1) Orr, P. M. : An Education Program for Total Hip and Knee Replacement Patients as Part of a Total Arthritis Center program, Orthopaedic Nursing, 9 (5), 1990
- 2) Kelly, H. K. : Patient Perceptions of Pain and Disability after Joint Arthroplasty, Orthopaedic Nursing, 10 (6), 1991
- 3) 鈴木一太他 : 人工骨頭置換術後長期経過例の検討, 整形外科, 37巻, 12号, 1743-1751, 1986
- 4) 泉キヨ子他 : 人工股関節全置換術患者における日常生活の回復過程に関する研究—術後6カ月のADLの回復の推移について—, 金沢大学医療技術短期大学部紀要, 第13巻, 21-24, 1989
- 5) 泉キヨ子他 : 人工股関節全置換術患者における日常生活の回復過程に関する研究—術後12カ月のADLの回復の推移について—, 金沢大学医療技術短期大学部紀要, 第14巻, 21-24, 1990

- Lの回復とROMの回復の推移について-, 金沢大学医療技術短期大学部紀要, 第15巻, 67-71, 1991
- 6) 泉キヨ子他: 人工股関節全置換術患者のQOLに関する研究, 金沢大学医療技術短期大学部紀要, 第16巻, 99-102, 1992
- 7) 津山直一監修: 整形外科クルズ改訂第2版, 南江堂, 1988
- 8) Selman, S. W.: Impact of total hip replacement on quality of life, Orthopaedic Nursing, 8 (5): 43-49, 1989
- 9) Meenan, R. F. et al: Measuring Health Status in Arthritis, Arthritis and Rheumatism, 23 (2): 146-152, 1980
- 10) O' Boyle, C. A. et al: Individual quality life in patients undergoing hip replacement, The Lancet, 339 (2), 1083-1092, 1992
- 11) 神先秀人他: 人工股関節再置換術後の理学療法, PTジャーナル, 27 (8), 512, 1993
- 12) Wiklund, I. et al: A Comparison of Quality of life Before and After Arthroplasty in Patients who had Arthrosis of the Hip Joint, The Journal of Bone Surgery, 73-A (5): 765-769, 1991
- 13) 金子勇他: クオリティ・オブ・ライフ, 29, 福村出版, 1986
- 14) 津山直一監修: 整形外科クルズ (改訂第2版), 514, 南江堂, 1988
- 15) 吉田行雄他: 人工関節置換術後の労働力-変形性関節症93例のアンケート調査-, 日関外誌, IX, (1), 105-112, 1990
- 16) 浅井富朗他: RA患者の人工股関節置換術後のADLとQOL, リウマチ31 (6), 652-653, 1991

(平成6年2月22日 受付)

## 入院患者のストレス要因に関する検討

### Study on Factors of Inpatient Stress

川 口 孝 泰\*      阪 口 禎 男\*\*      田 尻 后 子\*\*\*  
Takayasu Kawaguchi      Sadao Sakaguchi      Kimiko Tajiri

佐 藤 永 子\*\*\*\*      渡 辺 秀 俊\*\*\*\*\*  
Eiko Sato      Hidetoshi Watanabe

#### 1. はじめに

病院の病室は、安全で充実した医療行為が行えるような、物的・人的環境が整備されていることが重要となる。しかし一方では、このことがきわめて生活感のない機械的な環境を生み、患者にとって精神・心理的なストレスとなり、健康の■復を遅らせる場合もあると考えられる。看護婦は、このような患者の状況を十分に把握し、看護実践に反映していくことが重要となる。これまでも看護学の分野では、入院患者のストレスに関する研究は、その中心的課題として様々な角度から検討されてきた<sup>1)2)3)</sup>。

本研究で取り上げるストレスという概念は、クロードベルナル、キャンロンを経て、1935年にセリエによって初めて生理・化学的な立場から定義された言葉である。セリエは、ストレスを「各種の心身負荷に対する非特異的な生体反応の様態」とし、この様態を引き起こすものをストレッサーと定義した。セリエは、人間は常にストレッサーをうけている状態にあり、むしろストレッサーは生命の一部であるという立場をとり、ストレスは生体が非特異的な反応を示したときに起こる状態であると考えていた<sup>4)</sup>。その後、この概念は、生理・化学的な見地から主に医学分野において引続き現在までに多くの検討がなされ、タイプA、B行動のような社会医学的な研究にも展開している。

また一方でストレスの研究は、人間の実際の行動場面や状況での、個々人の心理様態の違いを前提とした心理学的な検討も進められている。コーチンやラザルスは、人間の認知次元での反応を考慮した「認知的評価」や「コーピング」などの新たな知見をストレスの概念に持ち込んだ<sup>5)6)</sup>。

この捉え方は、看護学の研究分野にも大きな影響を与え、実践場面から多くの研究成果を挙げている。なかでも、近澤のおこなった研究など<sup>7)</sup>は、看護婦を対象としたものだが、社会・文化的な背景がストレス、コーピングに大きく左右することを示唆した研究として興味深く、今後の入院患者のストレス研究が、人間内部の生理・化学的反応系の究明のみならず、〔人間・環境・行動〕をセットにして捉える人間-環境系<sup>8)</sup>の立場にたつ研究の必要性を示唆しているものと言える。

そこで本研究では、わが■の高度医療機関のひとつである大学病院において、療養生活をおくる入院患者がどのようなストレスに曝されているのかについて、人間・環境系の立場から調査・検討し、その要因について基礎的な資料を得たので報告する。

#### 2. 本研究の概念的枠組み (図-1)

入院患者は、個人の生活体験や経験、あるいは置かれている場面や状況に応じて行動し、環境との相互交

\* 兵庫県立看護大学 College of Nursing Art and Science, Hyogo

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

\*\*\* 大阪医科大学附属病院 Hospital of Osaka Medical College

\*\*\*\* 東北大学医療短期大学部 College of Medical Sciences, Tohoku University

\*\*\*\*\* 千葉大学工学部建築学科 Department of Engineering, Chiba University

入院患者のストレス要因に関する検討

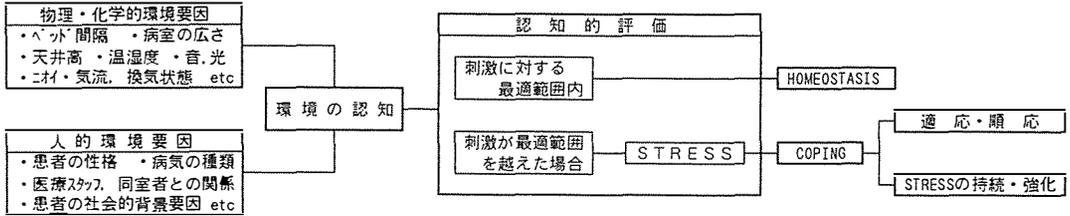


図-1 入院患者のストレス認知の構造

渉 (transaction) をとおして環境を認知している。認知されている環境は、ここでは一応、[人的環境(社会・文化的要素も含む)] と [物理・化学的環境] に分類して考えた。これらの様々な環境要素の認知のされ方は個人によって異なり、ある者にとっては、刺激がホメオスタシスのなかに取り込まれるが、ある者にとって、同様の刺激でもストレス反応を呈し、それに対する個人ごとの対応行動(コーピング)をとることになる。この対応行動により一時的に回避しても、持続的にストレス状態が続くと、身体症状が出現することになる。

本研究では、ここで示す概念的枠組みの前半部分、とくに認知されるストレス源、つまりストレスラーについて、集団調査により検討を行った。

3. 調査の方法

調査対象は、国立大学医学部附属病院2病院と、私立の医科大学附属病院1病院の合計3施設の内科、外科病棟に入院している患者328名を対象とした。(表-1)

表-1 調査対象

	病床数	看護単	調査対象患者数		
			外科	内科	合計
国立T大学医学部附属病院	1116	24	43	65	108
国立C大学医学部附属病院	835	21	57	42	99
私立O医科大学医学部附属病院	1119	25	63	58	121
			163	165	328

調査方法は、入院生活でのストレスに関わるアンケート38項目(表-2)、および入院患者の背景(性別、年齢別、神経質傾向別(YG性格検査の神経質傾向のみを使用)、入院経験別、診療科別、在院日数別、施

表-2 ストレス場面アンケート項目  
(参考: B. Volicer: HOSPITAL STRESS RATING SCALE (1975))

1. 同じ部屋に他人が寝ていること
2. 慣れないベッドの上で生活すること
3. まわりに見慣れぬ機械があること
4. まわりから嫌な臭いがすること
5. 部屋の温湿度
6. 換気状況
7. 食事が冷めてまずいこと
8. 決まった時間に食事が出ること
9. テレビ、ラジオが自由にならないこと
10. 自由に病棟から出られないこと
11. 病室に人の出入りが多いこと
12. 離れている家族のこと考えて
13. いつも家族と離れられないこと
14. 入院のため収入が減ってしまうこと
15. 入院費の支払いを考えて
16. 治療・看護がいつされるかわからないこと
17. 電話が自由に出来ないこと
18. スタッフに声掛けにくいこと
19. 手術・検査のことを考えると不安
20. 看護婦や医師が使う言葉がわからないこと
21. されている治療の内容がわからないこと
22. 重い病気かも知れないと思うこと
23. 自分がどんな病気かわからないこと
24. 医師や看護婦の受け答えが悪いこと
25. 入院でまわりに迷惑掛けること
26. 飲んでる薬が効くかどうか不安
27. どんな薬を飲んでるかわからないこと
28. 入浴を制限されること
29. 病棟のトイレには困る
30. まわりの音が気になること
31. 看護婦・医師のたてる音が気になること
32. ベッドまわりの空間の狭いこと
33. プライバシーが守りにくいこと
34. 同室者が重病で話ができないこと
35. 同室者が親しみにくいこと
36. 訪問してくれる家族や友人がいないこと
37. 手術のことで心痛む
38. ベッド上で排泄をおこなうこと

入院患者のストレス要因に関する検討

設別) などについて、自記式でアンケートに答えてもらい、回収時に聞き取り調査を交えながら回答内容を補足した。

なお入院生活でのストレスに関するアンケート項目の内容は、パイロットスタディーにより入院患者から聞き取りをした項目と、1975年にポリサーらが行った「HOSPITAL STRESS RATING SCALE」の研究<sup>9)</sup>で使用された49項目を参考に、表-2に示すような38項目の入院生活でのストレス場面を設定して調査をおこなった。回答方法は、各項目に対する当てはまる程度を4段階(1. 全く当てはまらない 2. 余り当てはまらない 3. やや当てはまる 4. 当てはまる)で答えてもらう方法とした。

4. 結 果

ストレス場面の38項目について、調査対象者328名

の回答の平均値を単純に比較してみると「入院で家族や知人に迷惑をかける」が最もストレスの程度が高く、ついで「重い病気かも知れないと思うこと」「手術・検査のことを考えると不安」「食事が冷めてまずい」「離れている家族のことを考えると不安」「病棟のトイレには困っている」などの項目が高値を示した。また、ストレスの程度が比較的低かった項目は、「医師や看護婦の受け答えが悪い」「訪問してくれる家族や友人がいない」「決まった時間に食事が出ること」などであった。(図-2)

この38項目について入院患者のストレス因子を抽出するため、因子分析(主因子法、バリマックス回転)を行った結果、因子負荷量の平方和が1以上の因子を構成したのは、19項目からなる8因子であった。ここで得られた19項目について、再度、因子分析(主因子法、バリマックス回転)を試みた結果が表-3に示す

表-3 因子分析によるストレスの8因子

	I 因子	II 因子	III 因子	IV 因子	V 因子	VI 因子	VII 因子	VIII 因子	共通性
されている治療の内容がわからない	-0.657	0.048	-0.122	-0.123	-0.017	-0.018	-0.388	0.014	0.614
自分がどんな病気かわからない	-0.719	0.096	-0.021	-0.144	-0.012	-0.224	-0.006	0.020	0.597
飲んでいる薬が効くかどうか不安	-0.583	0.084	-0.142	-0.081	-0.093	-0.151	-0.145	0.061	0.429
どんな薬を飲んでいるかわからない	-0.790	<b>0.048</b>	<b>-0.039</b>	-0.130	-0.053	-0.041	-0.062	0.080	0.659
離れている家族のこと考えて	-0.004	0.839	-0.131	-0.138	-0.020	-0.143	-0.049	0.028	0.769
いつも家族と居れない	-0.080	0.828	-0.007	-0.121	-0.145	-0.003	-0.025	0.052	0.731
部屋の温湿度	-0.059	0.110	-0.747	-0.174	-0.016	-0.232	-0.274	0.028	0.733
換気の状態	-0.125	0.111	-0.685	-0.209	-0.225	-0.016	-0.046	0.059	0.597
プライバシーが守りにくい	-0.169	0.211	-0.245	-0.634	-0.220	-0.116	-0.089	0.094	0.585
同室者が重病で話ができない	-0.211	0.178	-0.051	-0.484	-0.049	-0.250	-0.214	0.101	0.433
同室者が親しみにくい	-0.245	0.326	-0.206	-0.546	-0.108	-0.111	-0.031	0.141	0.539
決まった時間に食事が出る	-0.079	0.146	-0.273	-0.336	-0.603	-0.021	-0.041	0.006	0.580
テレビ、ラジオが自由でない	-0.052	0.182	-0.226	-0.054	-0.588	-0.198	-0.037	0.008	0.476
入院のため収入が減ってしまう	-0.253	0.161	-0.141	-0.193	-0.139	-0.622	-0.050	0.013	0.556
入院費の支払いを考えて	-0.231	0.214	-0.187	-0.177	-0.222	-0.502	-0.125	0.165	0.509
治療・看護がいつされるかわからない	-0.323	0.203	-0.073	-0.111	-0.021	-0.174	-0.522	0.027	0.467
看護婦や医師が使う言葉がわからない	-0.657	0.048	-0.122	-0.123	-0.012	-0.018	-0.388	0.014	0.614
入浴を制限される	-0.124	0.228	-0.132	-0.121	-0.387	-0.072	-0.018	0.585	0.597
病棟のトイレは困る	-0.126	0.213	-0.203	-0.152	-0.118	-0.052	-0.079	0.497	0.395
因子寄与率 (%)	13.7	10.8	8.3	7.6	6.1	5.3	4.5	40	

(n=328)

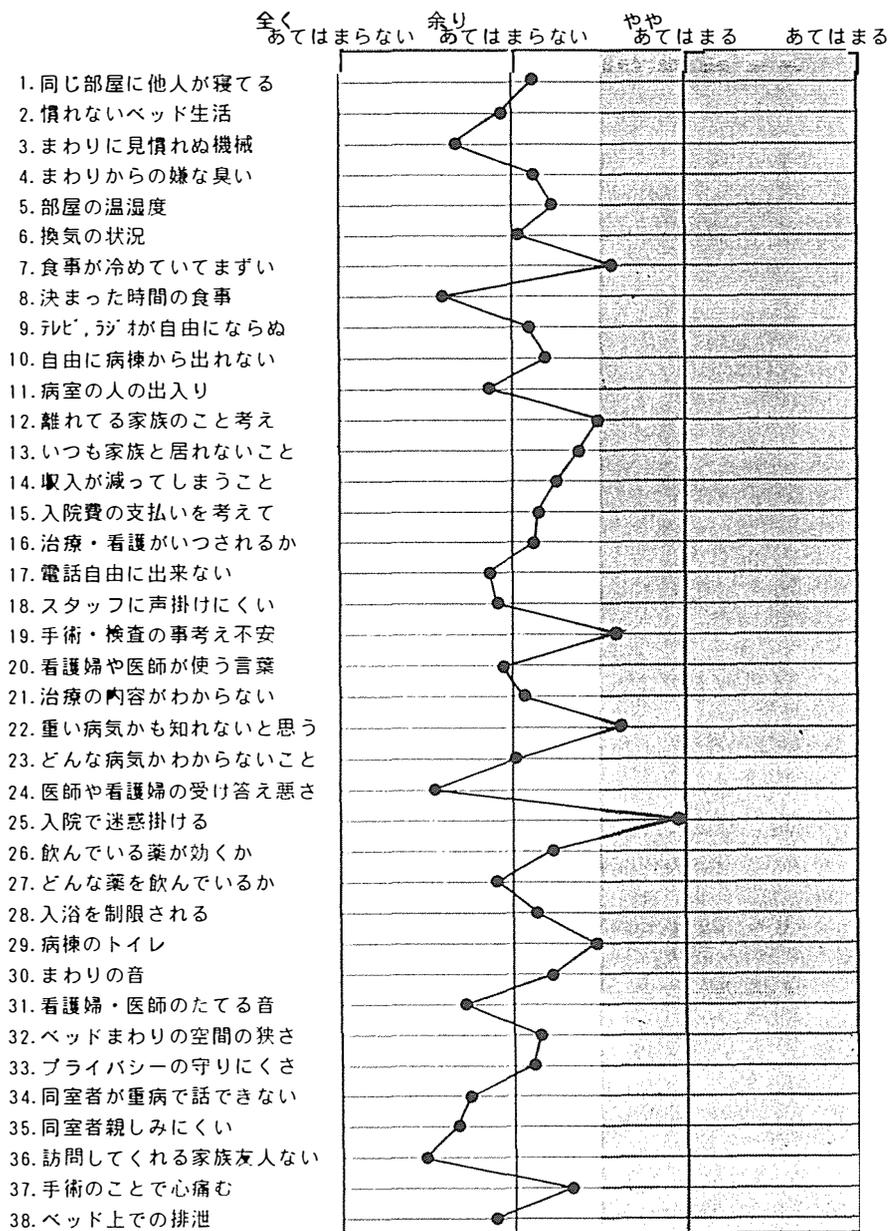


図-2 アンケート項目別ストレス程度の比較

入院患者のストレス要因に関する検討

とおりで、38項目で因子分析を行った際の8因子の構成と同じ結果を得た。

つまり第1因子は、「されている治療の内容がわからない」「どんな薬を飲んでいるかわからない」などの【情報の欠如】因子、第2因子は「いつも家族といれないこと」などの【家族への関心】因子、第3因子は「部屋の温湿度、換気の状態に対する不満」などの【物理・化学的環境に対する】因子、第4因子は「プライバシーが守れない」などの【同室者との関係】因子、第5因子は「決まった時間に食事が出ること」などの【他者からの独立】因子、第6因子は「入院のために収入が減ってしまう」などの【経済状況の不安】因子、第7因子は「治療・看護がいつされるかわからない」などの【医療者側への不満】因子、第8因子は「入浴を制限される」などの【基本的な生活習慣の充足】因子などであった。

さらにここで抽出された各カテゴリーを、19項目の因子分析の過程の中で得られた相関係数値を基に、非計量の多次元尺度構成法によって2次元平面上に位置づけてみた。この手法は、相関係数を類似性尺度として、各カテゴリー間の距離が、類似性に最も一致するように点の座標を決定する手法である。

この手法を用いた結果、入院患者のストレス要因は、《病氣と関わりを持った内的抑制項目》《生活上の訴えを中心とした項目》の2群に大きく分類された。各カテゴリーの布置は、因子分析の結果と類似しているが、特に【経済状況の不安】【同室者との関係】【情報の欠如】の3因子については、2つに分かれる結果となった。(図-3)

19項目での因子分析の結果得られた8因子を入院患者

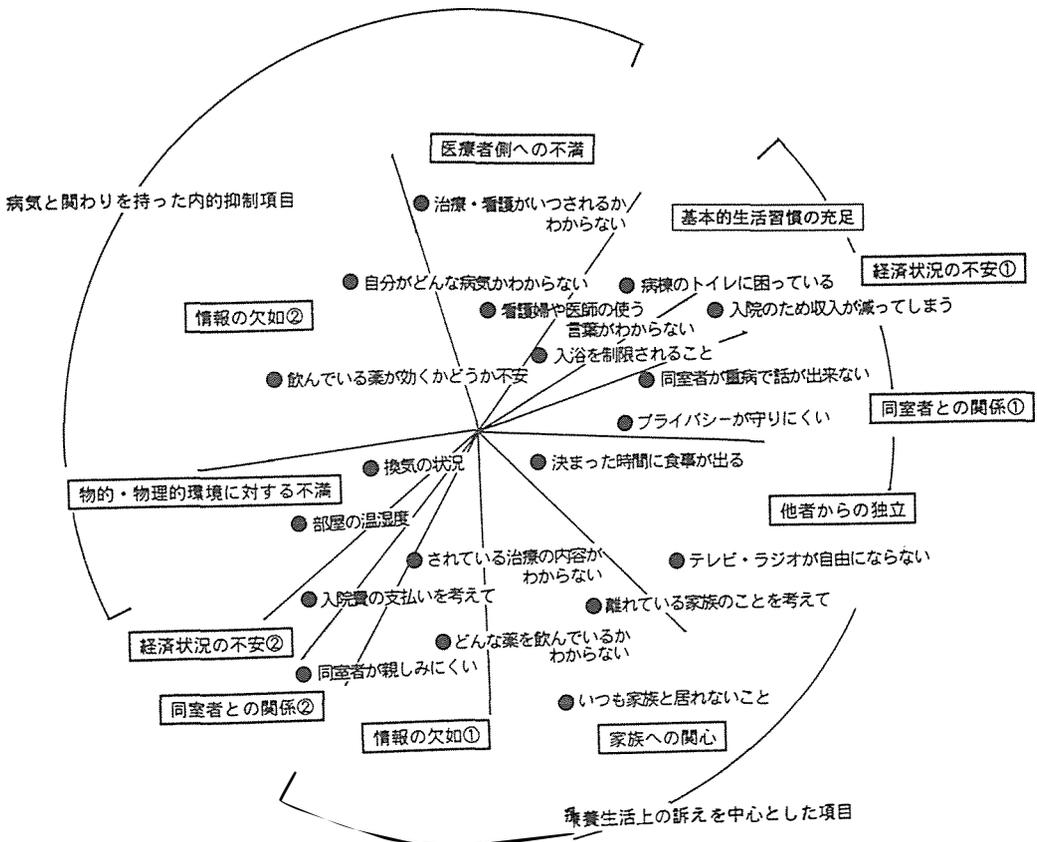


図-3 非計量多次元尺度構成法によるストレス要因の布置

入院患者のストレス要因に関する検討

者のストレスの代表値として、調査対象属性との関係をもてみると、性別では、(ストレス要因別のあてはまる程度を得点化し、その平均値の比較をしたもの)【家族への関心】【物理・化学的環境への不満】因子において女性のほうが男性よりもストレス程度が強い傾向がみられた。(図-4)年齢別では、年齢が若いほど全ての要因でストレス程度が強い傾向がみられた。

内科・外科別や入院経験別では、特に今回得られた8因子とは有意な差はみられなかった。

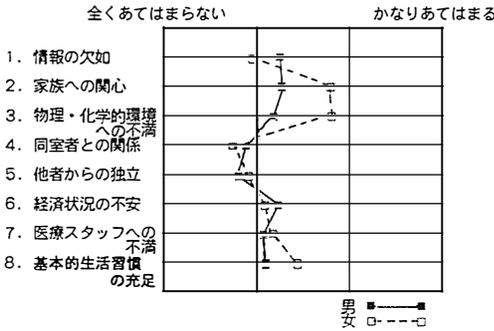


図-4 性別にみたストレス程度の比較

(図-5) また在院日数別では、在院日数が長くなるほどストレス程度が強くなり、とくに【家族への関心】【経済状況の不安】因子で有意に高い傾向がみられた。(図6)

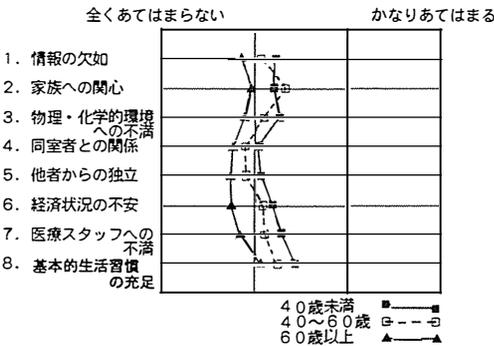


図-5 年齢別にみたストレス程度の比較

その他の属性をも含めて、全ての属性について今回得られた8因子とクロス集計によって比較したのが表-4である。とくに【家族への関心】因子と性別との関係、【物理・化学的環境への不満】因子と性別・施設別との関係、などで有意な差 (p < 0.01) がみられた。

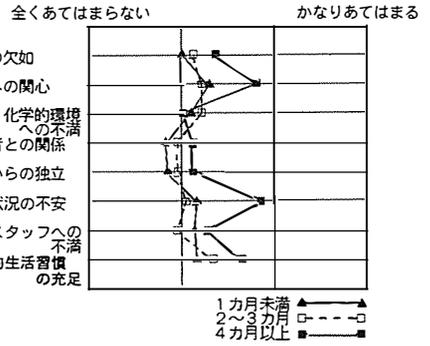


図-6 在院日数別にみたストレス程度の比較

表-4 ストレス8要因と調査対象属性との関連 (カイ乗検定による)

\*\*p < 0.01 \* p < 0.05

【ストレスの8要因】	性別	年齢別	神経質別	内外科別	在院日数	入院経験	施設別
情報の欠如	*		*				
家族への関心	**				*		
物理的環境への不安	**	*					**
同室者との関係			*				*
他者からの独立		*	*				
経済状況の不安		**	*		**		
医療者側への不満		*	*				
基本的生活習慣の充足	*						*

5. 考察

ストレスという用語は、広くマスコミなどで使用され、現在では極めて一般的に、かつ愛昧に使われている。学術的にみても、このストレスという用語の解釈にはいくつかの考え方があり、はじめのところで述べたとおり、セリエの生理学的解釈やラザルスの認知心理学的な解釈など、捉えようとする学問領域によって、その定義を多少異にしている状況にある。本研究では、とくにラザルスが定義した認知心理学的な解釈を参考に、入院生活における患者のストレスについて概念化し検討を進めた。

今回、アンケート項目として設定した38項目のストレス場面は、1975年に Volicer らがこなったホス

ピタルストレスの調査で得られた結果に基づき、日本での聞き取り調査を踏まえて設定した。Volicer らが行った研究は、アメリカのコミュニティーホスピタルに入院する患者261人に対して聞き取り調査をおこない、入院生活のなかでみられるストレス場面49項目を抽出・整理したものである。Volicer らは更に、その後の研究でこの49項目を内容の質によって9要因に分類し、これらの要因を前提にして内科・外科病棟に入院する患者のストレス傾向の差について検討した<sup>10)</sup>。このなかで Volicer らが分類した9要因とは、1. 環境への不適応 2. 独立性の喪失 3. 配偶者との分離 4. 経済的問題 5. 他者からの独立 6. 情報の欠如 7. 重い病気への恐れ 8. 家族からの分離 9. 内服薬の問題、である。これらの9要因は、今回の調査結果を数値処理して得られた8因子と、かなり類似したものとなっている。また、Volicer らが提示した各因子の重みづけ (Hospital Stress Rating Scale) の結果をみても、今回の因子分析で得られた結果と、かなり類似した傾向がみられた。これらのことから、Volicer らが行った研究は、今回行った数理的な検討と比較しても、その妥当性は高いといえる。しかし一方では、Volicer らが高い重みづけ得点を附していた因子である「7. 重い病気への恐れ」については、今回、単一項目(重い病気かも知れないと思うこと)では高いストレス傾向がみられたが、因子としては明確に抽出できなかった。今後、アンケート項目内容の検討も加えながら、患者の疾病の状況も考慮にいたれた検討を行っていく必要があると考えられる。

なお今回の結果で示した、8つのストレス因子を構成したストレス場面の項目は、38項目のうち19項目であった。この19項目の設定については、38項目全ての因子分析の結果より、因子負荷量の平方和が1に満たない因子を構成している項目を削除して設定した。38項目から19項目に絞ったことにより、今回のデータで捉えることのできる因子の特性を、他の属性や多次元尺度構成法の結果と比較・検討することができ、明確化できたと考えられる。しかし一方では、除外した19項目のなかにも、8因子以外の特性を示すものも多く潜んでいたと考えられ、今後、質問項目の検討も加え、更なる分析の必要性があると考えられる。

今回の研究では、因子分析の他に多次元尺度構成法によって、8因子を構成する項目間の関係性を別の数値処理により検討を加えた。その結果、因子分析で得られた因子構造の他に、《病気との関わりから派生するストレス》と《療養生活から起こってくるスト

ス》の、大きく2種類の異なる立場で入院患者のストレスを捉えることができた。とくに《病気と関わりを持ったストレス》については、主に情報の欠如によって患者の不安が高められ、このことによって医療者側への不満へと波及しているものとも読み取れる。つまり、治療や看護を進めて行く上での、患者への同意や理解は、入院のストレスを軽減する上で、きわめて重要であることが示唆されたと言える。そこで、因子分析の結果とも併せて、今後、情報の伝達に関して看護婦が果していく役割を再認識する必要があることを示唆していると言える。

また《治療生活から起こってくるストレス》については、入院前の生活とは異なった生活(自由度が少ない)を余儀なくされることから生じる要因で構成された。このことは、現状での病室環境を、患者の生活の場として見直し、今後、看護学の立場からのより一層の検討と提案が必要であることを示している。この分野においても、今後看護学が果していく役割は大きいと言えよう。

本研究のように、入院生活での患者のストレス課題を、アンケートなどの方法によって捉えようとする場合、患者の本音が聞き出し難く、調査結果の妥当性に関しては、限界があることは承知している<sup>11)</sup>。これらを研究対象とし、さらに検討を深めていくためには、人間・環境系の視点に立った検討が、きわめて重要であると考えられる。つまり人間・環境系の見方とは、これまでの基本的な研究のアプローチ(人間と環境、行動をバラバラにして研究対象としてきた)の態度とは異なり、人間・環境・行動が常に相互交渉を通してセットで存在するものであるとする立場である<sup>8)</sup>。そのためには、入院患者の実際の生活場面や状況を前提にした議論、さらには看護婦の看護介入を含めた議論がきわめて重要となる。これらの検討は、Egan が学位論文において、実際に Volicer らの49項目を利用して、患者のストレスの認知と看護婦の受け止めの違いについて検討し、看護実践場面を前提にした入院患者のストレス研究を展開している<sup>1)</sup>。このように今後、看護実践場面での、患者との関わりを通じた研究取り組みと研究手法の開発は、この種の研究を進めていくために蓋々検討されねばならない課題と考えられる。

## 付 記

本研究は、平成5年度文部省科学研究費(一般研究C)の助成を受けて行ったものである。

## 要 約

本研究は、大学病院に入院する患者328名を対象に、入院生活においてどのようなストレスに曝されているのかについて、38項目のストレス場面を設定し、各場面におけるストレスの程度に関する意識調査をおこなった。その結果、以下のようなことが明らかとなった。

- 1) 「入院で家族や知人に迷惑をかけること」「重い病気かも知れないと思うこと」「手術や検査のことを考えると不安」などの項目で、ストレスの程度が高かった。
- 2) 38項目について因子分析を行った結果、以下の8因子が抽出できた。

第1因子：情報の欠如	第5因子：他者からの独立
第2因子：家族への関心	第6因子：経済状況の不安
第3因子：物理・化学的な環境	第7因子：医療者側への不満
第4因子：同室者との関係	第8因子：基本的生活習慣の充足
- 3) さらに多次元尺度構成法によって、項目間の関係性を検討した結果、
  1. 病気との関わりをもった項目群
  2. 生活上の訴えを中心とした項目群の2つに大別できた。
- 4) 因子分析の結果得られた8因子と、入院患者の属性との関係において、性別、年齢別、在院日数別などで有意な差がみられた。

## Summary

● Our study focused on the stress of inpatients in university hospitals. We researched the degrees of stress on 328 inpatients during hospitalization under 38 different situations that had been set to help bring out the causes of their stress.

The following four points were found:

- 1) It turned out that inpatients' stress increases when they are:
  - a) Anxious about whether their hospitalization causes some trouble to their families and friends.
  - b) Anxious about whether their sickness is serious.
  - c) Worrying about the result of an operation or examination.
- 2) The study found out that the following eight factors out of 38 situations are the most crucial and important ones:
  - 1st factor: Insufficient information
  - 2st factor: Care and anxiety about their family
  - 3st factor: Physical and chemical environment
  - 4st factor: Relationship with other inpatients in the same room
  - 5st factor: Isolation from other persons
  - 6st factor: Anxiety about their economic situation
  - 7st factor: Dissatisfaction with the treatment by hospital staff
  - 8st factor: Insufficient access to fundamental habit

- 3) The multi-dimensional scaling method, used for a study on the relationship among the different situations, found that the situation can be roughly divided into two categories: situations that cause inpatients inner stress in relation to their own sickness; and situations that are mainly connected with the demands of their daily lives.
- 4) There is a significant difference in stress according to the patient's sex, age and number of days in hospital, when the above eight factors are studied in connection with each patient's personal history and environment.

#### 参考文献

- 1) Egan. M. E: Medical-Surgical Nurses' Perception of Stressor Patients Associated with the General Hospitalization Experience, University of San Francisco, Dssertation 176, 1989
- 2) Wegner. G. D, Alexander. R: Patient Stress in a Psychiatric Hospital Setting, Free Association: A Letter for Psychiatric Nurses, Vol. 11, No 2, 1984
- 3) 藤部朝子: 病室や病棟環境に対する患者の認知; 入院時の認知の分析, 日本看護科学会誌, 10 (学会講演集), 168-169, 1990
- 4) 杉靖三郎, 田多井吉之助 他訳: 現代社会とストレス, 法政大学出版局, 1988
- 5) R. S. Lazarus, S. Folkman: Stress, Appraisal, and Coping. Springer, New York, 1984
- 6) Mnat, A. & Lazarus, R. S.: Stress and Coping; An Anthology, Columbia University Press, 1985
- 7) 近澤範子: 看護婦の Burnout に関する要因分析; ストレス認知, コーピングおよび Burnout の関係, 看護研究, 21(2), 35-59, 1988
- 8) Daniel Stokol, et. al.: Handbook of Environmental Psychology, John Wiley & Sons, 1987
- 9) Beverly J. Volicer, Mary Wynne Bohannon: A Hospital Stress Rating Scale, Nursing Research, Vol. 24, No 5, 352-359, 1975
- 10) Beverly J. Volicer, Marjorie A. Isenberg, et. al: Medical-Surgical Differences in Hospital Stress Factors: Journal of Human Stress, 3-13, June, 1977
- 11) Beverly J. Volicer: Perceived Stress Levels of Events Associated with the Experience of Hospitalization: Nursing Research, Vol. 22, No 6, 1973
- 12) 川■孝泰, 上野義雪: 病室計画における患者の生活意識調査, 日本建築学会学術講演集, 5227, 1990, 10
- 13) 石原邦雄, 山本和郎, 坂本 弘 編: 生活ストレスとは何か, 垣内出版株式会社, 1985

(受付 平成6年4月21日)

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

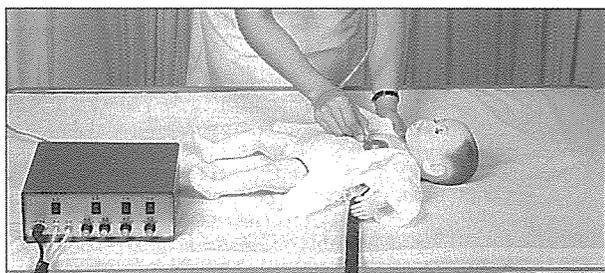


### ●自己紹介をします

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

株式会社 **京都科学**

本社 京都市伏見区下鳥羽渡瀬町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



感染率低下の効果的手洗いには  
**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/石鹼で比較したところ、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/石鹼群  
 (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、取容されていた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鹼を併用)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. Oebbeling et al.: The New England Journal of Medicine. 327(2), 55-53, 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

第 19 回

日本看護研究学会総会

講演記事 (2)

シンポジウム

看護とリーダーシップ  
— 看護の新たな展開を考える —

平成5年7月28日(日)

- |     |                                                         |
|-----|---------------------------------------------------------|
| 司 会 | 草 刈 淳 子 (千葉大学看護学部)                                      |
|     | 井 上 範 江 (熊本大学教育学部)                                      |
| 演 者 | 宮 崎 寛 子 (熊本市医師会地域医療センター)<br>医師会病院の看護部長として               |
|     | 飯 川 貞 子 (熊本市立熊本保健所)<br>地域看護のリーダーとして                     |
|     | 櫻 井 紀 子 (特別養護老人ホーム さくばらホーム (岡山県))<br>看護職の施設長として         |
|     | 鎌 田 ケイ子 (東京都老人総合研究所)<br>看護職としてのリーダーシップ                  |
|     | 吉 田 道 雄 (熊本大学教育学部附属教育実践研究指導センター)<br>ヒューマンスキルとしてのリーダーシップ |

## 司 会 の 言 葉

千葉大学看護学部

草 刈 淳 子

熊本大学教育学部

井 上 範 江

### 司会 (草刈)

ご紹介いただきました草刈でございます。

### 司会 (井上)

同じく井上でございます。

### 司会 (草刈)

昨年、成田先生が会長に決定されて間もなく、今回のシンポジウムのテーマである「看護とリーダーシップ」について考えているので、ぜひ司会を受け持つようにというお話しがありました。

思えば昭和30年半ばに、国民健康保険法の改正により全市町村が国保の保険者となるに及んで、日本の歴史上初めて国民皆保険達成された当時、成田会長は神奈川県衛生部で、一方私は厚生省保険局医療課で、共に国保保健婦活動にかかわる仕事をしておりました。

各市町村が住民の国保の受診による医療統計等を取り、それを基に地域の健康問題を探り、保健所の技術的援助を得ながら、各市町村ごとに共同保健計画を立てて、医療と予防の両面から保健活動を展開するというもので、当時の縦割りの色彩の強い行政の中では、ある意味では異色とも思えるような、民主的な横のつながりの中で、医師も事務官も看護関係者も共にチームを組んで、各地で熱心に取り組んだものでした。

それは、ある種の熱気さえもっていたように思います。その当時のことは、昨日の会長講演の中でも少し触れておられたかと思いますが、そういう関係で私をご指名なさったものと思います。

看護が転換を迎えている非常に重要な時期に、本学会の最後のシンポジウムの司会という大役を努めさせていただきますことを大変光栄に思いますと同時に、この機会を与えてくださった成田会長に感謝申し上げます。

井上先生は地元熊本大学教育学部特別教科(看護)教員養成課程の第2回卒業生で、本日のシンポジストや私などよりは一世代年下の若手のホープですので、実質的なシンポジウムの運営は井上先生に担当していただきます。

日本の医療は国民皆保険以来、ほぼ5年毎に大きく進展して今日に至っているように思います。会場には若い方も沢山おられるので、一応今日に至るまでの歴史的な歩みを概観しておきますと、昭和48年の老人福祉法によって10割給付、つまり老人医療費無料の制度が生まれ、5年後の昭和53年には国民健康づくり政策によって国保の保健婦の身分が全て市町村の衛生部局に移管されました。

昭和57年に老人保健法ができて、58年2月から実施されましたが、この老人保健法は、それまで別々になされてきた保健と医療とが一つの法律の中で一本化されたという意味で非常に意義があるように思います。

それから5年後の昭和63年には、これまでの保健と医療の連携にさらに福祉が加わって、保健・医療・福祉ということで超高齢化社会へ向けてその統合化が図られる方向になってきたわけです。

また、平成4年の医療法の第2次大改正によって、病院の機能分類がされたと同時に、ここで医療の場というものが、これまでの病院や診療所という施設を中心としたものから、「患者の居宅」までが「医療提供の場」として公示されたわけで、このように振り返ってみますと、この国民皆保険以来の30余年の間に日本の医療は大きく変わってきたということが、よくおわかりいただけると思います。

と同時に、看護もこの歩みと共に大きく変わってきたわけで、特にこうして考えてみますと、昭和の時代を終えて平成に入った段階で日本の看護職は戦

後の看護の発展段階を一巡り終わって、次の新たな段階に入ったということを実感させられます。

こうした大きな時代の変化のうねりの中で、看護の真の力が問われています。すでに抄録の司会の言葉で、井上先生と共に述べておりますように、最近の看護を取り巻く急激な環境変化というものは、非常に大きなものがあります。

特にこの数年來、医療経済的観点から、保健医療の建て直しのために、いろいろな施策が打ち出されています。ある意味では看護にとって明るい変化の兆しというものを見せ始めて、従来の病院の機能とか、病院看護婦の役割の概念が変化し始めてきていると言えます。

特に、これは昭和60年末の第1次医療法大改正が契機になって「駆け込み増床」という事態が起こり、深刻な看護婦不足となり、それが引き金となったわけですが、今日ほど看護問題が社会から注目されたことはないと思われまます。

特にここ2、3年の変化は非常に大きいもので、平成3年の「看護の日」制定以来、「訪問看護ステーション」、「看護婦等人材確保の促進に関する法律」あるいは「人事院の給与法改訂」など、いろいろな意味でさまざまな側面が変化してきています。

看護職から見れば、これですべて解決が着いたというものでもなく、十分に満足いくというものではありませんが、それでもこうした改革によって、看護も一歩前進できる機会が与えられたという意味では、大きな変革であろうと思います。

日本の看護の発展の中で今まで拒まれてきたもう一つの側面は、看護が女性集団であり、そして、日本の中に深く根ざしている男尊女卑の思想というものが、やはり女性集団である看護職に強く影響をもたらしてきたということがあります。

しかし、これも、1975年から85年の10年間にわたる国際婦人年の制定等、世界的な潮流の中で大きく変わってきています。

精神的、経済的に自立した女性が、社会から容認されるような時代にもなっています。これは看護職ばかりでなく日本の女性が今までさらされてきた部分ではありますが、こうした一般社会の認識の変化ということは、とりもなおさず看護職が社会に対して看護の役割をアピールしやすい環境状況が整っ

てきたということでもあろうかと思えます。

先端医療技術の進歩に伴い、臓器移植の問題、脳死の問題、ガン告知の問題、さまざまな問題が派生しています。また、超高齢化社会の到来に備えての老人医療やターミナルケアの問題等、問題が山積しておりますけれども、従来になく活発になってきておりまして、先ほどの鈴木健二氏の話にもありますように、医療を実際に受けた人がその体験を生かしていろいろな立場から発言をして、そういう部分で、昨今一般の方々への医療に対する意識の変化というものも非常に大きいものがあります。それに伴って、看護職には、患者さんや家族の方々から高度な判断力と指導力が求められてきているように思われます。

このように看護を取り巻く環境が大きくうねりをもって変化している状況を背景に看護教育の大学化がここへきて急速な進展をみせてきています。

しかし、大学化は進行しても、この大学教育の成果が出てくるのはまだまだ先のことであり、そういう意味では、現時点では私たち現職にあるものが進んで社会的ニーズに答えるための地道な努力をしていかなければならないというのも現実的な問題であろうと思います。

社会の人々は、看護職がそうした周囲の環境の大きな変化に対して、どのくらい対応できるか、どれだけ基礎的、創造的能力を持ち合わせているか、そして、それが発揮できるかということ、ある意味では冷静に見守っているのではないかと思います。私も看護職がどの程度指導力を発揮できるのかを期待をもって見ていると言ったほうがよいのかもしれない。

本シンポジウムでは、こうした看護を取り巻く環境が大きく変化している今日、病院、地域、及びその他の各施設において、これらの法律が変わる10年以上も前から、既にこうした方向を志向して、先駆的で主体性のある看護を現場で実践し、展開してこられた3人の演者の方々のご報告を発表していただき、それを中心に話し合いを進めていきたいと考えております。

そして、それらの実践の成果に強い影響をもつリーダーシップというものについて討議をし合い、今後ますますあらゆる部分で看護の力を発揮していくために重要なリーダーシップについて、皆さんと共に

## 司会の言葉

考え合うことを通して、これからの看護の新たな展開を促進していく一助となれば幸いと考えております。

成田会長のこのテーマに寄せる思いもそこにあるのではないかと考えます。

実質的な運営は、地元に明るい井上先生に若い感

覚でシンポジストから貴重な意見を引き出していた  
だき、会場の方々と共に討論をしていただき、そして最後に、全体的なまとめをして閉めとしたいと考えております。

司会（井上）

それではシンポジストの宮崎先生お願いいたします。

## 医師会病院の看護部長として

熊本地域医療センター看護部長  
宮崎 寛子

私は、医師会病院の看護部長としての立場から発言させていただきたい。

私が勤務している病院は、11年前に熊本市医師会が、医療の高度化や地域医療構造の変化に対応するための将来展望にたって、地域医療の中核となり共同利用のできる、オープンシステム機能をもった施設として設立した227床の病院である。

設立の当時は、丁度世界医学界で患者の権利宣言に関する「リスボン宣言」が採択され、QOLを問う医療倫理の変化の兆しが見えはじめた頃であった。一方我が国では、医療費抑制策がとり始められたが、一方看護料には重症看護加算が新設されるといった、医療費の重点をケアからケアへと転換し始めた時でもあった。

医療環境は次第に厳しくなることが予想され、病院の評価は看護ケアによって評価される時代が来るに違いない、その時に期待に応えられる看護チームをつくりたいとの夢をもって私は開院準備に入った。

開院に先立って看護部の責任を委嘱された私は、大学病院で永年勤務した看護経験を通して痛感していた患者を中心とした継続看護の必要性を、この二次医療機関となる医師会病院において実現してみたいという夢を描いてこの重責を引き受けた。

医師会病院における「継続看護の確立」ということには、二つの期するねらいがあった。まず、住民に一番身近な医療活動をしている開業医のオープンシステムによる二次医療機関病院であることから、その機能は医療だけでなく、人々の生活に添った型の看護を実践し、継続させることで看護の機能と存在の重要性を広く理解してもらう機会としたい。

次に、一次医療機関である開業医とそれを受ける二次医療機関としての当院との連携を地域医療チームとして位置づけ、その中に看護の独自性・専門性を確立

し、追求して行く拠点といえる場づくりをしたい。

この二つのねらいのもとに、医師会が病院の設立主旨として掲げた、先進的で総合的な保健・医療活動の構想にマッチするよう、看護体制は看護の継続性をメインに看護目標を掲げた。

当院の特徴は、患者はすべて一次医療機関からの紹介である。しかも、一定の検査や治療が終わると直ちに紹介元の施設へ戻される。このような理由によって平均在院日数は、15日前後と短い。看護面からは、さまざまな問題を抱えたままの退院となることも多く、看護が中途になってしまう。このことがスタッフの意欲をそぐことにならないように、継続されるべき看護は、まず次の施設へ看護添書で確実に引き継ぐことから始めた。その継続を確実なものとするために更に連絡をとり、その後の患者の状況を確認し、困っていることがあれば直ちに実技指導にあたったり、自宅退院の患者に必要な場合は一次医療機関と連携をとりながら当院から訪問看護をする。このような必要性に迫られて当院の訪問看護はスタートした。

少し地域が見えはじめ、継続看護が拡大しはじめたので、システムづくりが必要となり院内に継続看護委員会を発足させ、訪問看護体制を看護部としてつくり上げてきた。(図1 参照)

当時まだ医療施設からの訪問看護は診療報酬で認められていなかったため、医師の理解を得るまでには困難な一時期もあった。現実には患者が求めていることに応えることは看護の責任として重要で、また患者・家族・地域の信頼を得ることで職員の意識が高揚するといったメリットや病院の付加価値としても大切なことで、目に見えない採算性は、充分あると信じて進めてきた。

病院の性格上、当院の訪問看護は、転院や退院後の移行期の訪問看護が主になる。退院患者を中心に当院

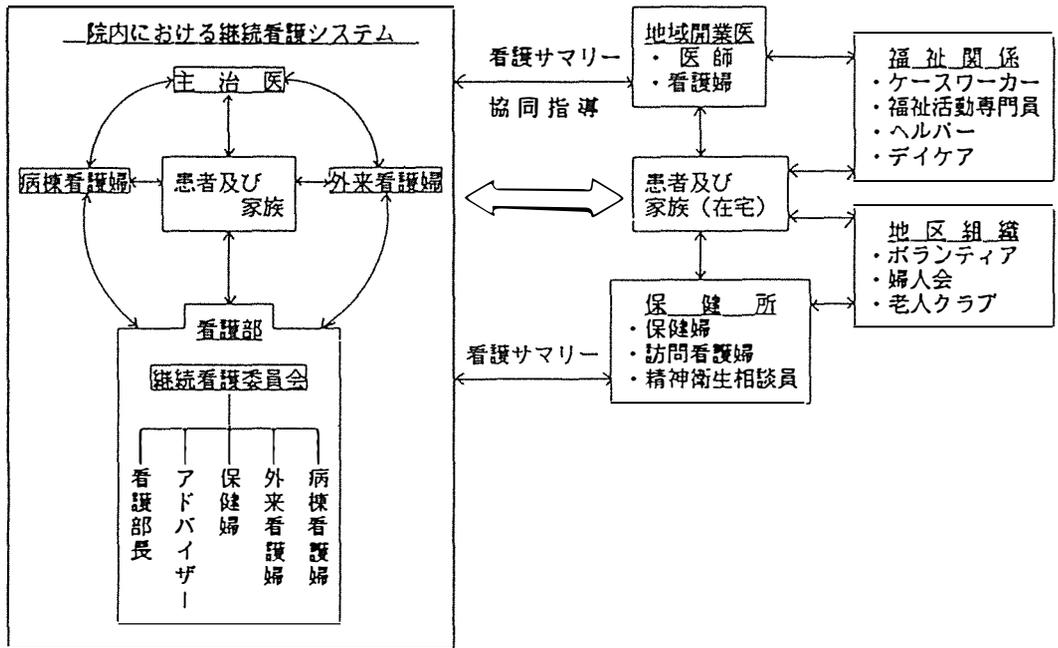


図1 医師会病院に於ける継続看護システム

のナースから一次医療機関のナースへ、そして熊本市保健所の保健婦へと連携をとり、時には合同訪問により効果的なケアができることなどを学んできた。患者中心の看護を推進していく上で必要だと考えて進めてきた継続看護は、一次医療機関の医師からも評価を受けることとなり、「生活援助に視点をおいた看護添書は、医師からの返事よりずっと役に立つ。今まで、看護婦の教育は自分達医師が行うものと思ってやってきたが、そのような時代は終わったのです」と卒直に感想を述べた医師もあった。

丁度その頃、保健・医療・福祉関係職有志による「在宅ケアを考える会」が発足した。この会は関係職種が相互理解によって学び合う良い機会となった。関係職種の忌憚のない討論で学んだことを院内に持ち帰ることによって地域の中での自分たちの看護の重要性を再認識し、院内での継続看護・訪問看護の主旨が次第に浸透して行ったように思う。

昭和62年、医療施設からの訪問看護がはじめて社会保険で点数化されたのを機会に、私たちのこれ迄の経験の中から学んだ事例を院外の種々の研修会などで発表し、他の医療施設からの訪問看護が始められるのを

期待したこともあったが、この考えは一般化できずあまり動きはなかった。

平成2年度の診療報酬改正では医療施設からの訪問看護は准看護婦まで拡大されたので、熊本市医師会では早速、会員施設での訪問看護推進の説明会を医師対象に行い、更にそこで動いているナース対象には看護部で訪問看護研修会を企画し運営に当たった。その訪問看護研修会は、実習を含めた20時間の研修であり80名余りの参加があった。これを機に早速前向きに取り組み意欲的な活動を始めた施設もあったが、殆どの人たちは「訪問看護は看護の原点でその必要性は解るけれども人員的な面で手が出せない」という意見が聞かれた。そこで当院が、地域医療の中で一次医療機関のバックアップ機能として重要視されていることが分かり、とりわけ当院の訪問看護の役割の大切さを再認識し、一層の内容の充実に努めてきた。

現在は、時流を先取りした当院の訪問看護は、県看護協会主催の看護婦養成講習会での研修施設として活用されている。また、医師会の中でも一次医療機関の在宅医療をバックアップした訪問看護活動を評価されて、病院とは別の事業体として一次医療機関の依頼に

よる訪問看護を実施する施設として、平成3年6月に在宅ケアセンターが発足し、訪問看護活動を開始した。平成4年、老人訪問看護制度の新設によって名称を改め、県下第1号の老人訪問看護ステーションとなり、熊本市医師会の保健医療事業部門の四本柱の一つとして位置付けられている。(図2 参照)

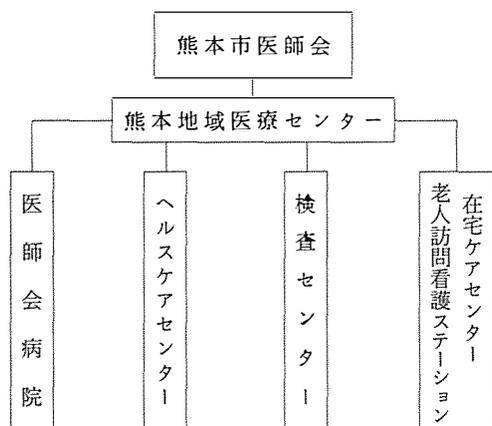


図2 熊本市医師会熊本地域医療センター組織図

医師会病院で取り組んだ訪問看護経験をベースとしたこのステーションは、大変スムーズに活動が展開できている。熊本県からは先進的施設として県下の老人訪問看護ステーション準備中の施設に対しての指導・研修を依頼され、指導的役割を果たすようになってきている。

訪問対象者も平成3年6月～現在まで115名以上となり、地域への広まりは、地道に看護の専門性を実証し、住民にも、一次医療機関の医師をはじめ関係職種にも理解を深めつつある。

当院の役割のもう一つには、プライマリケアからの二次医療を支える為の緊急患者の受け入れがあり、重症患者・終末期医療への対応など看護は複雑多岐にわたり高度の技術が求められる。これまで業務分析を繰り返し、適材適所の職員の配属とその業務整理、改善を進めてきた。各職種間の役割分担を明確にしてお互い支え合う喜びを各職員が感じられるように心掛けた。看護業務整理の多くは病院他職種の協力によるものが多いが、看護部内の自助努力と並行して行ったことがかえって看護独自の深まりともなり、他職種へも有形、無形の波及効果にもなっている。

当院のこのような看護への取り組みは、退院患者を通して一次医療機関の看護にも影響して当院へのナースの研修依頼が増加してきた。各医療機関の事情に応じた研修受け入れは大変さもあるが、私たちには良い刺激となりスタッフにとっても当院の役割を自覚させる良い機会になっている。

一方、熊本市医師会には看護婦養成機関として准看コースとして夜間の進学コースがあるが、その卒業生を対象とした卒後教育を教務と協力して、毎月開催している。この卒後勉強会には、一次医療機関に勤務しているナースたち300名以上が参加している。研修の機会になかなか恵まれないナースたちが、勤務を終えたあと、時を忘れて真剣に学んでいる。この勉強会を通して当院の看護の役割についての理解を深め地域へ浸透を図る良い機会になっている。

また、私は県下医療法人協会婦長会にも参加している。月1回のこの会合に出席することは良い情報交換の場となり、地域の中での生の看護問題を把握でき様々な動きに対応するためのネットワークの機会となっている。このように多くの方々との出会いがあるのもオープンシステム機能をもった医師会病院に勤務するものの利点であり、官公立病院にはない自由な発想で地域が見渡せる立場に恵まれている。

当院の機能に必要な看護に応えられるように看護の本質に添って、患者・家族のよりよい生活への支援を考えてきた看護の存在が医師会の中に認められてきていることは、地域医療の中で看護判断が尊重され、確かな位置づけを得て医療の流れをも変える原動力となっていると自負している。

今まで取り上げて来た課題について、このような立場で見直してみると、まだ幾つかの問題が残されている。その問題の中で、象徴的なものが、ターミナルケアではないかと思う。ホームドクターならではの在宅での自然な死の看取りをされる医療機関もあるが、終末期になって当院に送られてくる患者も沢山あり、当院では毎月20名の方々の最後の看取りをしている。中にはホスピスに入られるのが望ましい人もあり、その対応については、一病院の問題というより地域医療・福祉計画の観点からの取り組みが早急に必要だと考えられる。当院では4～5年程前から看護部としてターミナルケア研修会をもっている。医師をはじめ他の職種へも働きかけ院内全体に終末期医療に対する意識の

変化がみられ、遂には麻酔医を中心とした緩和ケアチームの誕生をみようとしている。この緩和ケアチームを核として、院内の病棟・外来・訪問看護部門間の連携はもちろんのこと、更に老人訪問看護ステーションともタイアップして、訪問看護で一次医療機関での最後の看とりができるような支援をする構想をもっている。

一方、市民レベルで“生と死”について学び合う機会が必要と考えて、他の有志と一緒に「熊本生と死を考える会」の発足に向けて準備中である。現在の物質文明社会の中で希薄になっている生と死について考える交流の機会と、人々の間近に行われるより良いターミナルケアは住民の意識の変革へ連なって行くものと

思う。

現在日本医師会は医の原点にもどる「かかりつけ医」の推進を奨励しているが、そのためには、病診連携機能の「かなめ」となる医師会病院の役割が重要になってくるものと思う。

おわりに、看護も社会の中の一つの機能として重要視されてきている。その役割を果たすために、多様なニーズをもった患者家族・地域住民の生活の中から、看護に対する素直な評価が具体的に返ってくるような住民と一体感のある活動を進めていくことが大切ではないかと考えている。

## 地域看護のリーダーとして

— 保健所での在宅ケアのとりくみ —

熊本保健所

飯川 貞子

### 1. はじめに

熊本市は、人口64万人の政令都市である。保健婦活動は、2保健所と3保健センターを対人保健サービスの拠点として活動している。政令都市の保健所は、保健所と市町村の役割を果たさなければならないため、市町村の仕事である老人保健事業の開始に伴い、当然保健婦の数も増加し現在では64人、看護係長の他は、校区担当制を取っており一人当たりの担当人口11,000人程度だが、一人で4校区を担当している保健婦もあり、地域を主体とした保健婦活動に苦慮している。

### 2. 訪問指導、訪問看護の充実

寝たきり者への対応としては、昭和46年民生委員の協力を得て保健婦による「長期寝たきり者の実態調査」を実施751人を把握した。その後訪問活動を開始し継続しているが昭和58年老人保健法の施行により、各種保健事業としての「寝たきり老人への訪問指導」が本格的に取り組むことになった。現在保健婦の訪問対象者は、平成5年4月現在617人であるが、保健婦だけでは対応が不可能なため、昭和60年度からは、潜在看護婦に研修した後訪問看護の一部を委託している。訪問看護事業は、その後徐々に拡大し、現在では委託訪問看護婦は15人となり、医療機関の訪問看護、老人訪問看護ステーションからの訪問看護、在宅介護支援センターなどによる在宅ケアの拡大により、関係機関の連携が尚一層重要となってきた。

### 3. 在宅ケア推進のためのネットワークづくり

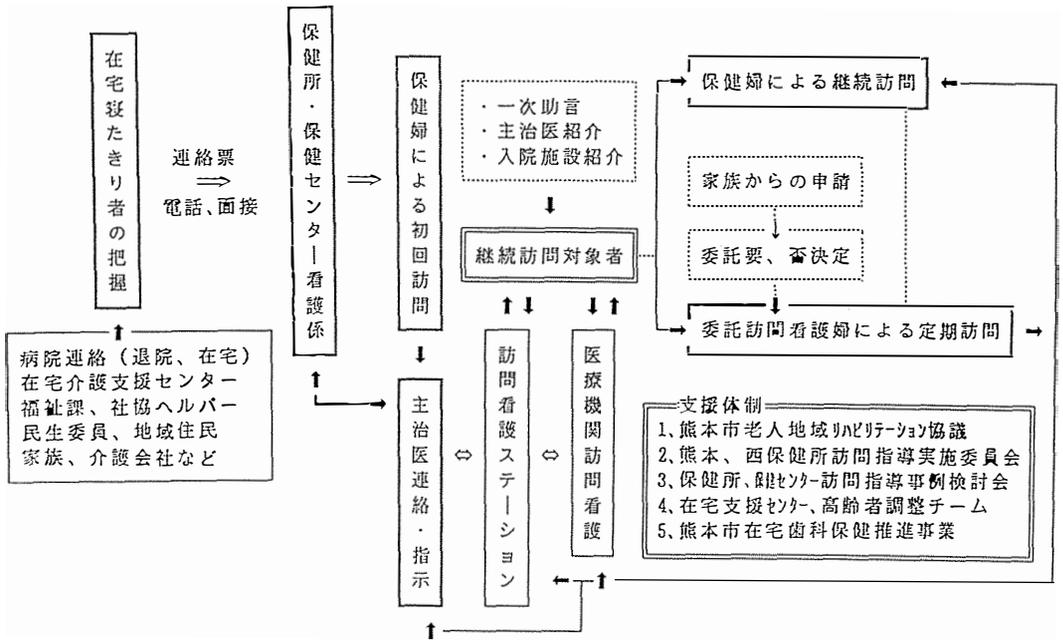
地域を持つ保健婦は、担当地区の「在宅寝たきり者」や介護者である家族への個性の高い援助のために、医療機関や地域の民生委員、ボランティア、福祉サービスなどをうまく取り入れながら援助体制を整える役割を持っている。

その根底には、各保健婦が質の高いケースワークが出来るための組織的な活動と検討を重ねている。

昭和57年市民の健康と福祉のために保健医療に携わる専門職種による組織「熊本市保健医療専門団体連合会」（熊本市医師会、熊本市歯科医師会、熊本市栄養士会、熊本県看護協会、熊本県理学療法士会、熊本市作業療法士会、熊本市薬剤師協会、熊本県助産婦会、熊本県放射線技師会、熊本県臨床検査技師会、熊本県歯科衛生士会、熊本県医療ソーシャルワーカー協会の13専門団体＝略称「医専連」）の設立、昭和58年7月には、医専連有志による「在宅老人のケアを考える会」の発足、更に昭和60年には「熊本市老人地域リハビリテーション協議会」の発足によって医専連に市の衛生部、福祉部、学識経験者を加え老人の訪問看護等について協議する場を持つことが出来た。この中で看護職の代表として学識経験者、看護協会代表、保健所看護係長など5名<sup>▲</sup>が加わり「訪問看護研究委員会」「在宅看護手引書委員会」等の小委員会活動を開始した。この協議会の下で、保健所毎に「訪問指導実施委員会」（医専連の団体の会員で構成）が設置され、行政サービスとしての看護だけでは解決できない問題の対応策を協議することになった。

一方、地域全体への浸透を図るために5カ所の保健所、保健センターの管内の関係機関と合同研修会を年4回<sup>■</sup>「事例検討会」の形で実施してきた。検討会を実施し、訪問連絡票の整備と活用、具体的なケースへの携り方など、ホームヘルパーや民生委員も加わって事例の持っている問題の共有化からはじめネットワークづくりをすすめている。

熊本市における在宅寝たきり者に対する「在宅ケアシステム」は図1に示すとおりである。（図1参照）



■ 1 熊本市における訪問指導システム

4. 在宅ケアにおけるネットワークの実際

(保健、福祉、医療の連携) (表1参照)

この事例は、88歳の生活保護所帯の女性で特殊浴場街に住む寝たきりの高齢者です。環境が悪いため施設入所を勧めたが、ここで死にたいという切なる願いで、当時、主治医もなかった状態であった。担当保健婦は訪問看護ステーションへの訪問看護依頼をするのをきっかけに主治医を決定し、在宅診療と病院看護婦の訪問看護も併せて開始する手はずを整えることが出来た。特に在宅ケアでは、ホームヘルパーの週2回の訪問、在宅介護支援センターからの看護婦、ケースワーカーの訪問も貴重な福祉資源として活用して1週間の看護、介護スケジュールの調整を勧めてきた。どうしても現在の体制では、土曜、日曜の対応ができない状態で、民生委員、家庭看護教室の修了性によるボランティアの協力を得ることになった事例である。このような連絡調整、ケースへのかかわり方などは、各保健所、保健センターの「事例検討会」で関係者により協議決定されたものを元に保健婦のコーディネーションにより円滑に実施している。

5. 在宅ケア資源拡大のための保健所看護係長の役割

(1) 会議の設定と関係会議への参加

①熊本市老人地域リハビリテーション協議会への参加

②福祉サイドの連絡会議への参加

\* 熊本市在宅介護支援センター協議会

\* 管内民生委員会議

\* 在宅介護支援センター研究協議会

\* 熊本市高齢者サービス調整チーム

\* ホームヘルパー事例検討会

③訪問看護実施委員会、事例検討会の設定と問題提起、老人地域リハビリテーション協議会への資料提供と参加

(2) 研修会の企画運営

①地域看護研修会の準備と医療機関、関係機関への参加協力依頼(看護協会などとの共催)

②ホームヘルパー研修会、介護者リフレッシュのつどいなどへの企画協力など

(3) 確実な地域の情報収集と関係機関への情報提供

地域看護のリーダーとして

表1 現在の支援体制一覧

関係者		訪問日							援助内容
		月	火	水	木	金	土	日	
M外科医院 医師		他必要時				○			訪問診察, 全体指示 訪問看護ステーションへ依頼
看護職	M外科医院 看護婦		○			○			病状観察, 褥瘡処置 保清, 関節拘縮予防
	老人訪問看護ステーション 看護婦			○			○		〃
	在宅介護支援センター 看護婦, MSW				○				〃
	保健所 保健婦, 看護婦	○							〃
ホームヘルパー (市社会福祉協議会)		○			○				家事(買物, 掃除, 洗濯) 介護(保清, 寝具交換)
ボランティア (家庭看護教室卒業生)								○	オムツ交換, 買物 (日曜日・祭日)
民生委員		必要時間訪問							安否確認, 相談 親類との連絡
生活保護担当 ケースワーカー		〃							援助指導, 生計相談 医療機関等への諸連絡
派出所警察官		週2~3回見回り							安否・安全確認
老人福祉課 保健婦他		物的・人的社会資源申請窓口							導入時の相談
ふれあい電話 相談員		毎日, 南老人福祉センター より電話							安否確認, 話相手
ヤクルト配達員		月~金					3日間ヤクルト配達 2日間はボランティア		安否確認, 買物

6. 各種会議などで検討, 拡大された事項

- (1) 入浴サービスにおける診断書の検討  
毎回の診断書を初回だけにして患者の負担を少なくする。
- (2) 福祉機器を実際に必要としている対象に生活用具として支給を行う。
- (3) 在宅寝たきり者歯科保健推進事業の実現  
在宅寝たきり者の歯科保健の実態調査を行い, その結果を基に在宅歯科保健推進事業を設定し, 歯科医師会に委託する。
- (4) 在宅患者の服薬の問題  
高齢者の服薬のトラブルが多い実態を問題提起し, 訪問指導実施委員会での協議の結果薬剤師会に服薬指導の協力を依頼する。

7. おわりに

以上のよきな地域ケアの連携活動を組織化することに加え, 実践現場での看護職の問題を的確に捉え, 会

議のなかで明示して行き, 他職種及び関係機関との調整を積極的に行いながら在宅ケアの資源を拡大することも大きな役割であり, 特に, 保健所, 保健センター管内の連携を深めるための研修会に看護職の参加協力を得るについては, 病院長の協力を得ることが必要であり各医療機関にでかけ現状把握と連携協力を促すことは, 今後の会議設定の手がかりとして重要な機会となっている。  
保健婦は, 豊かな心と知識を絶えず獲得しいつも生き生きと仕事ができる環境づくりをすることが大切である。特に保健所内での人間関係, 活動への協体制づくりのパイプ役と, 保健所外では, 効果的に活動できる体制づくりへのエネルギーは欠かせないものである。高齢化社会にむけて, 保健婦の役割は, 子供から老人, 健康増進から疾病予防, リハビリテーションなど, 幅広い活動の中で「寝たきり予防」作戦を「寝たきり後追い作戦」にならないように地域保健活動の基本は, 母子保健活動であり常に「子育てからの支援」も忘れてはならないと思っている。

## 看護職の施設長として

特別養護老人ホーム さくばらホーム

櫻井紀子

### はじめに

老人看護に画期的な改革がない限り21世紀の看護の価値は、世間の認めるところにはなりえないのではないだろうかと憂慮しているのは筆者だけだろうか。

今看護に問われることは、看護の独自性が、在宅訪問看護においてどこまで通用するものとして、発揮できるかである。特別養護老人ホームに就職した看護婦の多くが、何に戸惑い、悩むのか。そして老人福祉施設を理解する間もなく去っていくのか。その原因として、介護職員との人間関係が取り上げられるが、私は、最大の要因は別のところにあると考えている。

老人の理解、また老人看護を展開していくために、広く知識を求めて看護学生のみならず、現役の看護専門職の実習を受けるようになって数年経つ。その中であって最近では、訪問看護婦養成講座の講習生との触れ合いもあり、看護職の老人福祉施設に対する見解をすることができる。現役の看護職研修生の多くが、重度化した特養対象者の現状を見て一番に思うことは、医療対応はどうしているかということである。常勤の医師がいないため、看護婦として不安はないか、医師のいないところでの看護職の役割が何かといった疑問である。老人に緊急事態が起きた場合どうするのか、介護職員に任せられるのかと矢継ぎ早の問いかけがある。医療背景の乏しい老人ホームの状況を考えれば、老人の命の危機に関して看護職として当然といえば当然の疑問であるが、その看護意識の根底が、医療と直結した考えが先行してのことであるとすると、本来の看護の視点を見失ってはいないかと、改めて問い返したい気持ちが起る。医療の進展に伴い発展した看護が、患者の生きている姿、生活行為に目を向けることを忘れさせたいのだろうか。その考えが看護職に定着しているとすれば、このままでは高齢社会のケアの担い手としての看護は、成り立っていかない。老人の医

療ニーズは終末期に限らず高い、それは特養においても在宅においても同様のことが言える。老人の心身の機能低下は多くの老人の医療ニーズと深い関わりがあることはいうまでもない。しかし、それ以上に生活の安寧のもととなる生活環境の獲得維持は心身の機能を変化させる威力を持っている。その獲得に対する支援こそ看護の真髄であると確信している筆者である。

### 看護と介護の役割

看護婦が福祉施設で役割を果たすための要件とは、独立して看護機能をどこまで発揮することができるかである。そのために必要な施設看護婦の鍛えは、老人の特性が、施設での生活にどのように影響し心身機能のリスク要因となっているか、又逆に、施設環境の利点が特性をどのように受け入れられているかを能動的に捉えることである。生活に根づいた看護の展開に不可欠な情報をいかに獲得するか、そのことに時間を費やすことを惜しまないことだと考えている。そして介護職員においては、人とのかわり、特に命にかかわる専門性と生活を守る責任の重さを理解するための訓練の機会をできる限りもつよう職場環境を創ることである。看護介護がお互いに足りないところを切磋琢磨していくことによって、職種の違いは深まり、協調しながらそれぞれの職責を遂行していく事ができる。

#### ① 看護婦の鍛えと役割

施設看護婦が他の職域から信頼を獲得し、専門性にスポットが当てられるときは、もちろん命の危機に遭遇したときの迅速、かつ適確に行動しているときである。しかし老人ホームでは、その場面が常時ある訳ではない。そのことよりも介護者にとっては、看護判断を得て老人の生活援助のよりよい展開の示唆を得ることのほうに期待がかかる。その時、看護独自の判断ができる能力の鍛えができていなければならない。

まず、疾患、傷病の程度に関係なく、超高齢者にとって余命の生活は、医療中心ではなく、あくまでも生き抜くことに全エネルギーを動員していることを知ることである。そのエネルギーが、日常生活行為、すなわち、食事、排泄、保清、移動、コミュニケーションなどにどの程度の力を発揮して生きているかをアセスメントできなければならない。

たとえば、介護職が看護婦の判断を持って身の回りの介護を行う一つに、入浴をさせてよいかどうかの問題がある。介護職の「今日は元気がない」という気づきに対して、「入浴よし」の判断をどのようにするかである。バイタルサイン、活力度、食欲などが判断基準になるが、さらに老人の個別的要件を加え、いつもに比べてどうであるかの個別性を重視して評価する。微熱が続いていても著しい随伴症状がない場合は入浴させる。その場合は長湯による心身の消耗を防ぐために入浴時間を調節し行うことを指示する。また喀痰、咳嗽症状がある場合は、夜間就寝中に貯留した痰は朝方に喀出することが多いので呼吸器機能の病期的変化を考え、午前中に入浴は避けるなど、介護活動が対象の健康管理上最良の状態で行えるよう示唆、助言する。

この当たり前といえる看護判断が特養では重要な位置を占める。治療よりケアを重視して展開される専門性であるための最大の課題といっても過言ではない。看護職の能力を問われるのはこのことにほかならない。特に洞察力と予測性を発揮していくことができれば介護者と調和したケアを展開することはできない。

## ② 介護職の鍛えと役割

ある看護職の研修生が、多少言葉を選びながら、介護職に向けて「看護婦は、専門教育を受けて医学知識、医学の専門用語などの学習はしているが、介護者は、そのような学習はどの程度しているか」の問いかけがあった。その問いかけの背景は、重介護を要する老人のケアを何を基本にやっているのか、また知識の裏づけなくして介護はできるのかと疑義である。

介護者がその問いかけにどのような思いをしたのかは問いたずことはしなかったが、医療を必要とする老人のケアについては看護職の指示を得てよりよい介護の方法を工夫しながら行っているとコメントしたあと、重度の痴呆老人Hさんの10年の関わりのお重さについて説得力のある短い説明をした。「余命近く漢もないHさんの特浴介助をしたが、意識のないはずのHさ

んが両手で湯を掬い顔を洗おうとする仕種をし、そのあと、下に手をやり局部を洗おうと一生懸命手を伸ばそうとした。その仕種は元気なときの清潔好きなHさんの狂いなき動作であった」とHさんの生活ぶりにかかわった介護者の感性と自身が、さりげない会話のなかにしっかりと位置づけられていた。

介護者の鍛えは、まず、人間に関心を持ち、自分も含めた、生活する人々の思いに深くかかわることができる素養を身に付けることである。その素養が、気づきの能力を引き出す。気づきに対して、なぜ気づいたかの要領が言える訓練をし、さらに進めてそれに必要な行動ができる鍛えを、毎日の業務のなかでしていく。

たとえば、徘徊する老人の行為になぜという疑問をもつことによって、それぞれ徘徊にも特徴があることに気づきその特徴から個別的なかわりを、介護活動として試していく。S老人は、9時の消灯になっても臥床せず歩く。しかし、11時ごろになると目をしょぼしょぼさせて歩調もおぼつかなくなる。この気づきが、Sさんの歩んできた生活ぶりへの関心となり情報を集める。わずかな疑問にも価値あるケアの考え方を起こし、苦勞人で働き者のSさんが夜なべ仕事で9人の子供を育て、家族は寝ている姿を見たことがないとの生活歴は、徘徊行為の意味するものと生活リズムの理解へと広がる。併せてSさんの消灯、臥床は9時ではなくなった。そしてむしろ早く就寝行為があるときは、体調が悪い時であり、注意が必要であるという介護予測が個別的ケアをさらに発展させる。

1事例の介護体験、考え方の体験が、介護の実践力を高め介護の感性を育てていく。しかしそうあるための課題は、その感性を認め受け入れる環境をお互いに創造できるかどうかである。その環境づくりのなかに生活を重視する看護職の存在があるかどうか大きく反映する。

## 施設運営とリーダーシップ

看護介護の協調を求めそれを施設の運営に繁栄させるのには、それなりに年月を要した。施設総説12年を経た今、紆余曲折のすべては、教えであることを意識し、その教えを生かしながら看護にこだわり老人福祉施設における看護の存在、そして介護とともに自立していくことを模索している昨今である。

その中であって管理上もっともエネルギーを費やし

たことは、職員の養成である。

## A 維持的管理

施設管理の第一義的要素として、その責任者としての不可欠な役割は、施設利用老人の処遇をいかに充実し確固たるものにするかである。そのためには、施設の方針を明確にし、職員に浸透させることにある。しかし、創設当初は、基本的なケアを維持することが精一杯で、直接的、具体的ケア以外のこと、例えば、地域とのつながり、処遇の発展性、施設自体の活動推進などに目を向ける知恵や余裕はなかった。

### 1) 基本的サービスの維持

#### ● 職員と利用者の信頼関係の構築

開設にあたり、看護介護とは無縁の、どちらかといえば物との関わりを中心に仕事をしてきた職員、すなわち人との関わりへの不慣れな職員の構成を知ったとき、まず人の苦痛、弱さをどこまで解り、かかわることができるのかといった不安にかられた。老人を理解することを求める前に、まず物との関わりと人との関わりの違いを知らせる必要性を強く感じた。

平易で、説得力のある人間理解の方法はないだろうか。

人と人との出会いの快、不快の原点は、言葉がけであり、表情である。その出会いにこちよさを感じたときの人間の変化に視点を置き、だれもがこちよく感じる関わりを身に付け行くこと。この意識は、相手に関心をもつことにはかならない。

物との関わりから人との関わりへの切替え方法をこの出会いの言葉かけ、すなわち『あいさつ』の4文字においた。これは処遇の第一歩でもある。このことを重視し、共通意識をもつことを処遇の行動目的とし、人間理解への第一歩としたのである。出会いのあいさつ、名前を呼ぶなどの行動が、肩に手を置く、さする、抱くなどのケア行為として進むと、相互の信頼関係はでき、親和性も高まる。あいさつのあり方もよく観察すると、心がこもるにしたがい無意識の内にも表現に豊かさが出てくる。

親和性の高まった利用者への関心は、老人の個々の生活形態、生活歴、趣味、などの情報を意図的に求め、老人の生活を観ることができる人間理解の行為となることを知り、その第一歩に自身を深めていった。

この様に平易な方法が職員間、職種間の親和性にも

つながり、チームワークをよくし、人の生活、人の命を守る仕事の理解へと一步一步進んでいった。

### ② ケアのノウハウの構築にむけて

弱った老人の世話をすればよいといった安易な考えは、主婦層の新任職員には、食べさせて、寝かせて、体をきれいに、下の世話をする、といった考えの域を出ない。

生活を支えることの重さは、ケアの質を考えるために不可欠なことであるが、日常の身の回りの世話の方法をどのような手順でおこなうかが、とりあえず課題であった。

マニュアルばやりの昨今、介護の中身もずいぶん充実してきたように思う。介護技術の基本は、最近目にふれるような介護専門の資料はなく、看護学の基礎技術をテキストとした。その点においては、看護技術を専門とした教育体験が幸いした。日常業務のあり方を、看護の基本に則り行い、職員とともに施設のケアづくりに時間を費やした。「基本に忠実に」の思いを遂行しようと思えば一つ一つの介護方法を理解するための説明が必要である。しかし、業務は動いているわけである、毎日のミーティングが職員教育の場とならざるを得ない。毎日の一■講座もその一つである。ともすれば、一つ一つのケアの行為を意味づけようと思えば、理論的になる。ケアすることに負担を感じさせてしまっただけは逆効果になる。このことに神経を使った。「ていねいにする世話」を原則にしてケアのあり方を伝えていった。

施設長という職の重さは、あす職員がこちよく出勤すると言う気づかいかにも反映するものである。教育現場ではないところでの指導、注意、助言である。それなりの技量を求められる。しかし当初はそのようなことをじっくり考える余裕もない。とにかくおしぎせをしなさい、それぞれの考えを抜き出すことに心を砕き、そして、性急にならないよう注意した。

毎日の積み重ねで築いた実践しながらのケア教育は、職員自身が自ら築いたこととして自負心が生まれ、業務に意欲を示す相乗効果がありそれを守ろうとする姿勢になることを改めて知った。

最近では、世間の動きにも喚起され、ようやくケアの中身の一つ一つに振り返りができる職員が育ち、個別的ケアを求めて介護に磨きがかかってきた。それにともない、看護か、介護かと悩みながら介護職と共

に、健康管理を主軸に老人ホームの看護の特殊性を確立してきた看護職の存在もある。介護職の著しい進歩を認めお互いに刺激し合いながらも、なお看護の役割を模索しているところであろう。

### ③ 看護と介護の協調

医療、保健とともに歩んできた看護100年の歴史の歩みに対して、老人福祉の役割の中から誕生した介護は、日も浅くその基本的技術に関しては介護の力によるところは大きい。健やかに老いる生活の支援を目標としている看護、障害をもちながらも自分の力で生きるよう日常生活への手助けをする介護、双方の生活を支援するという共通の活動には、当然重なる業務がある。

看護、介護の役割があいまいであることが、役割を果たそうとする現場に混乱を招いていることは開設当初から聞き及んでいた。施設運営上、維持管理の根幹は、運営組織の確立、教育、職種間の共通意識と協調であるとの考えは、今も変わらない。問題は、それをいかに実践するかである。筆者は創設を決意したときから看護、介護の役割調整に重点をおいてきた。

#### ★ 協調しやすい建物の構造と設備

- (1) 医務室、看護婦室と寮母（介護者）室を廊下を挟んだ対向の位置に設置
- (2) お互いの行動が解りやすいオープン形式

#### ★ 協調しやすいシステム

- (1) 看護婦は医療的業務以外は寮母室にて執務する（特に記録類）
- (2) 日常生活の具体的、直接的援助について領域区分をしないで共働の役割意識をもつ
- (3) 休憩時間をともに過ごす
- (4) 職種間は横の連携とし、健康管理面は看護婦、日常の身の回りのことは寮母が主となり調整するなど場面に応じ役割遂行のためのリーダーシップをとる

#### ★ 共通意識の確立と自立

- (1) 老人にとって必要なサービスをともに考え、実践できる業務の確立
- (2) 寮母室には個々の存在を認知する個人的に確保できる引き出しつき机の整備

建築設計段階から職種間の協調のためのハード面を整備するという考えであった。開設してからは、看護、介護の円滑な業務の進行に重点をおきソフト面を整えていくための組織作りをしていった。ケア

にかかわるための意識改革、意思統一などについて職員とともに改善を重ねながら協調できる施設ムードを求めていったわけである。また個人的に業務エリアを獲得した机の設置目的は、職員の施設における価値意識を職員自身が持つためのものである。自己を認識し、同僚を認める仲間意識をもって業務ができていく要因の一つであると考えている。

## B 創造的管理

ある程度運営も軌道にのり、老人処遇の流れをつかむことができ、職員も組織人としての自覚が見えてきた。

当施設の運営基本理念『老人にとって安全で、こちよい生活の場の構築』『家族の安心感につながる利用施設』『職員が誇りを持って働ける職場環境』をめざし、利用しやすく、親しみやすい、行き届いたサービスを実践するために、サービスのあり方を自問自答できるぐらいまでに関心を持ち、啓発できる余裕ができたのは3周年を迎えたところである。

維持管理になる程度の方向づけができると、発展性を求める自主的活動ができるものである。しかしそれが単に思いつきや、目標が不明瞭であったり、実現困難な過大計画などの場合は、発展の機会を失うばかりか、人間関係を阻害する要因ともなり、それまで築いてきた維持管理にゆらぎを生じかねない。

また、ある程度ケアにも自身ができると我利我利に加えて、驕りが生じ開拓精神が成りを潜め、サービスに行き止まりムードが出る。

### ① 施設の活性化に向けて

事業を安定させ継続するためにはその管理者は、常に創造性を発揮し、かつ行動するエネルギーが必要であるとの教えがある。

筆者の役割意識は、創設依頼、問題、課題の壁にであうたび解決、努力してきた体験から、職員をチームワークの中で共働意識をもつよう導くことであると考えている。共働意識が高まれば、よりよい連携ができ、おのずと老人処遇の質の向上につながり、施設全体が活性化する。

「三年目がもっとも充実し発展的である。5年目が過ぎるとマンネリ化し、8年目ぐらいになると見直しがきかなくなる」との先輩施設長の運営方針を明確にすることへの示唆とも思える助言は、3年目を迎えた

看護職の施設長として

時期にタイミングよく受け入れることができた。そのことをきっかけに施設の活性化の一方法として、マンネリ化と、我田引水の弊害を防止することの意も含めて、職員共々前向きに取り組むための重点目的を年度ごとに設定し、周知徹底することとした。

(表1)

設定に当たりて

1. 施設方針が常に活性的で前進的であること、そして当該年度の方針を明確にすること
2. 職員の委員会活動(後述)方針を尊重すること
3. 職員の共通意識を高揚するキャッチフレーズとなるもの

の3点を意識して立案し、職員の同意を得て設定し、年度の事業をスタートさせている。

慣れないうちはその目的の必要効果が解らず、単なる机上のことであるという感覚であったが、年度末に行う目的達成の有無の評価を重ねるうちに、職員意識も目的的となり、そのことが、ケアの具体的改善へと発展した。特に介護職員の積極性が目立ってきた。

② 処遇組織活動と協調

施設の事業方針達成のためには、組織力をいかに発揮することができるかが焦点となる。

役割を具体的に表した処遇組織機構を立て、職員の能力に関係なく役割意識を喚起することをめざし、なお、個々の持ち味を抽出し、生かせるようなシステムを考えた。

表2に示す数多い役割を、1職員が、3～4の委員会に属し、委員会ごとにメンバーが異なるように配置した。各委員会活動の目標達成の過程で、多くの人との接点を持ち同じ土俵での感動、葛藤などの情意面のふれあいを、体験できるような仕組みとしたのである。業務を通して職種間、職員間の協調精神が、処遇の中で定着することを期待したわけである。

このシステムは、職員間の連携をもち易い人間関係を作り、つきあい方の平等性にも気づかひをするなどのよい関係を生んだと評価している。特殊なグループを作るとか、各所属で特別な会を開くなどはなく、余暇のふれあいにも全体に呼びかける親和性ができたこ

表1 重点目的の経緯

年度	経年	重点目的	趣 旨
S. 59	3年目	・充 実	周辺を見渡す余裕をもち、実りある処遇の確立
S. 60	4年目	・充実と拡大	充実を重ねながら、増設に向けて内実の拡大をめざす
S. 61	5年目	・拡大と発展	マンネリ化、我田引水を防止するために発展的意識を喚起する
S. 62	6年目	・改 善	増設後の業務の見直しとケアの確立(寮母の自主的意見の尊重)
S. 63	7年目	・受容・寛容・容認 ・背伸びと足踏めは 両輪	ケアの充実意識による驕りを防ぎ周囲の意見に耳を傾け世間の評価、専門家の助言を正しく受け止める謙虚さをもつ
H. 1	8年目	・拡大と充実	デイサービスセンター設置に備えて再び躍進をめざし在宅サービスへの思いを育てる
H. 2	9年目	・十年目の職員になろう	10年目の節目を迎える準備期間に、10年を迎える施設の職員としての素養を新任職員をも含めめざす
H. 3	10年目	・省みて充実発展	前進あるのみとつき進んできた点を振り返り今後の発展の礎とする
H. 4	11年目	・あらゆる可能性の挑戦 ・先見的創造と発展	伝統を生かし目標を高くもつ勇気をもつ
H. 5	12年目	・創設心にもどろう	職員数の増加と若い職員のフレッシュさを背景に初心にかえる

看護職の施設長として

表2 各担当の役割

		役 割 名	役 割	目 標		
業 務	連 絡 調 整	入退所・入退院調整係	老人入退所（入退院）窓口，措置機関連絡調整，ショート・体験入所・入浴サービス受入れ実態調査相談窓口・他	利用者の円滑な受入れと対応		
		各セクション連絡調整係	デイサービスを含める各所属，各職種の連絡調整	職種間の理解と人間関係の円滑化		
		営繕修理，物品管理 設備整備調整係	物品購入，請求，管理，配布，備品，什器の設置，管理，営繕，修理，消耗品等の合理的活用推進	業務環境を整え業務省力化，円滑化		
		渉外調整係	見学・慰問・訪問者・ボランティア・実習生・研修生の受入窓口，他施設見学・講師依頼・受講等外来者との接渉	来訪環境を整え業務省力化，円滑化		
		車 輛 運 行 調 整 係	車輛運行に関する管理，車輛点検，整備，管理	安全な運行と有効な運行		
		処 遇 改 善 促 進 係	各部署の業務チェック，処遇方針，処遇目標，計画に沿った処遇の実践と反省，入浴・食事・排泄・衣生活のケアのあり方	業務のマンネリ化防止		
		ねたきり老人対策係	ねたきり老人の生活の見直しと豊かな生活の構築	ねたきり0に向ける		
	整 対 策	痴呆性老人処遇対策係	痴呆性老人処遇の見直しとよりよいケアの工夫	痴呆性老人の生活活化		
		五 大 行 事 担 当	お花見(4月) 納涼大会(7月) 敬老祝賀行事(9月) 秋のバス旅行(10月) 年忘れ演芸大会(12月)の企画，運営のすべてと反省，記録	① 楽しみをみつける ② 人とのふれあいをもつ ③ 役割をもつ		
					日 レ ク 担 当	毎日の生きがいづくりと自立自助にむけて，個々の機能の発掘と楽しみをつくるレクリエーション，リハビリを行う
					行 レ ク 担 当	五大行事以外の企画担当組織と企画，運営のリード，行事月の前月に企画，全職員への啓蒙と実施，反省記録
		研究研修活動対策係	施設内外の研修会参加，企画，研究活動，発表，著書，雑誌等への投稿	職員の質の向上		
		保 健 衣 料 対 策 係	健康管理，健康教室，感染防止，偶発事故防止対策，医療機関等の調整，対応	健康な生活の構築		
		生 活 安 全 対 策 係	防災管理，環境安全管理，偶発事故，災害時の訓練，企画，実施	安全，安心な生活環境整備		
他 施 設 交 流 対 策 係	他施設との姉妹縁組，他施設訪問交流会	視野の拡大				
在 宅 サ ー ビ ス 対 策 係	在宅サービス（デイ，ショート，入浴，相談など）	在宅福祉への参画推進				
庶 務 ・ 管 理	老 人 生 活 管 理 係	老人の生活指導，金銭管理，家族との連携，措置機関との連絡調整等	身体的，精神的，社会的生活の安定			
	施 設 運 営 管 理 係	施設運営の総括に関するすべての事項の企画，運営，調整	事業実施の円滑化			
	職 員 厚 生 福 利 係	職員の福利・厚生に関する事業の企画実施，チームワークの確立	職員の適切な処遇			
	施 設 処 遇 評 価 係 (ケアコントローラー)	施設処遇の総合的，個別の評価	処遇の向上			
	ハ ロ ー ト ー ク 係	外来者，地域住民，利用者並家族等との応待とニーズの充足，諸書類の管理	選ばれる施設をめざして			
	財 務 管 理 係	施設財務の管理のすべてと経理チェック	健全な運営			

(各係に委員会をおく)

## 看護職の施設長として

とが施設全体を明るくし、そのムードは日常のケアにも現れ老人の生活の活性化に効果を上げている。

### おわりに

看護職を生かして施設づくりをと意気込んでは見たが、弱化した老人の命の守りと生活の安寧をはかるための第一義的要件は人づくりであるとの考えが創設以来付きまとった。維持管理のための職員の意識改革、そして人を動かすために必要なシステム作りに微力な発想で施設運営に携わった。老人の看護の実践をするために、看護学の学びの人間学を思い出しながら職員の養成に重点をおき運営してきたように思う。

チームプレイは、組織体制が不十分の場合は、それぞれが依存傾向になりやすい。職員個々の主体性と

協調性の活動の中で発揮できるためには、委員会活動における個々の役割に責任をもって行なえるよう指導するリーダーが必要である。指導力のあるリーダーの養成も合わせて重要な課題の一つである。組織作りと意識改革については一応、形ができたといえるが、スーパーバイザー役を担う人材養成が十分でないことは、将来的展望をもつところにまで考えが及びにくい。

手探りで施設を維持できる期間は過ぎたと思っている。創造的発想をさらに拡大するためにも21世紀の社会展望にも目を向け、老人福祉のみならず、福祉全般の動向に、積極的な関心に向け、医療、保健との連携の具体的活動を進めていかなければならないと考えている。

## 看護とリーダーシップ

東京都老人総合研究所  
看護研究室主任研究員  
鎌田 ケイ子

数ある職業のなかで、看護ほど自らの職業の本質(identity)を常に問わなくてはならない職業は他にはないであろう。看護の歴史を振り返ると、その本質を問い続けてきた歩みであったといつてよい。近代看護を創始したナイチンゲールが提示した看護の真髄は100年を経て医学の発展とともに変貌をとげざるをえなかった。

看護が時代とともにその姿を変えることが、本質であると考えらるならば、今の時代に生きている看護職が真の意味でリーダーシップを発揮するには、その時代のニーズに即して、その時代が求めている新しい看護の価値を生み出さなければならない。逆にいうと、看護は、常に時代に即して新しい価値を生み出さなければ、本来の看護の力が発揮できない宿命を負わされているということもできよう。

そこで、リーダーシップを発揮する条件、状況を考えた場合、今までの歴史を振り返ると看護婦と医師の関係をはっきりさせておかなければならない。

少しずつは変わってきているものの、医療の現場、今も依然として医師が主導権を握り、医師の指示が絶対権をもっている。そのような医師によって教育され、医師の主導権の下で看護を展開する状況では、看護職はリーダーシップをとることを期待されていない。変革のきざしはあるものの、医師は看護婦に対して忠実なる実践者であることを期待される。

そのような医師と看護婦の関係のあり方に、我国に根強く残っている性役割分業がそのまま根づいてしまったことが、わが国の大きな特徴といえる。

看護婦は、医師の忠実なるパートナーであることが期待されていた。それは、女性らしく細やかな心配りのできるやさしい看護婦さん、処置をテキパキとこなせる頼りがいのある看護婦像であった。同業(同性)のナースを監督する管理者(婦長)としてのリーダー

シップが求められるのがせいぜいであった。このような状態がこれから先も求めつづけられるのであろうか。私は“否”と答えたい。

これから新しい看護の価値とは何かということを考えてみる。20世紀の医療、看護は、病気を治す医療であり、看護であった。これからは、治らない病気としての慢性疾患、老化や老年病をもつ患者が増えていく。それゆえ、これからの医療は治す医療から、いわゆる、生活、生命の質を高める(QOL)医療が求められる。もう既に医療のシフトもそのように変更しつつある。

この新しい医療をつくり出す主人公はケアを担う看護婦であると考えている。これから迎える21世紀は、ケアの時代になる。その時、時代に即した新しい価値を生み出すことがリーダーの条件であるとすれば、看護がいまこそ主体的に看護を行える条件があるといえる。看護婦自身がどれだけリーダーシップをもって、新しい価値を創造的に生み出せるかが、今、社会から問われている。

そのような新しい価値をつくるためのリーダーとして、求められる資質が何かを次に考えてみたい。

新しい創造的な看護をつくるためには、単に豊かな知識をもっているだけではだめだということをはっきり言わねばならない。新しく価値を生み出すには、リーダー自身が新しい看護についてのイメージと信念をもっていることが必須の条件であると思われる。

自分自身もっている新しい看護についてのイメージや信念を、自分自身もっているだけではなくて、周りの人の考え方に影響を及ぼすだけの力をもっていることがリーダーとして必要となる。自分自身が周りの人に影響を与えられることは、自分自身の考え方が周りから支持されることである。

周りという状況設定を今までは同一職種である看護職としていたが、これからの新しい看護は、看護職だ

けでは生み出せない。新しい看護の価値を生み出すためには、介護職はもちろん、患者や家族にも看護の新しい信念が影響を及ぼさなければいけない。

さらに、医師との関係から言うと、今まで従属するか、対立するかと言った場面も少なくなかったが、これからは医師も巻き込んで、新しい看護の価値を理解してもらい、同じ土壌で手を結んでいけることが、重要な一つのポイントになる。

これからのリーダーシップは狭い意味の古いリーダーシップではない。上から下に影響を及ぼすことではないのである。

これからの看護の中心的理念は、患者や家族のために、私達自身のリーダーシップがどれだけ発揮できるかである。言葉を変えると、患者や家族を中心にしてリーダーシップをどのように発揮すべきかが考えられるべきである。

私自身20年間研究所で、老人看護研究に携わってきた研究者として、自分の研究を進めていだけで、これからの高齢化社会に対応して、果たして看護がリーダーシップをとれるかについて、大きい壁にぶち当たった。私自身が研究成果を出すだけでは、現実に対する影響には限界があると痛切に感じていた。そのため、職種の枠を越えて、施設の枠を越えて、老人ケアに携わっている人たちが共に手を携えて、実践と研究を結び付けながら交流を図り、質の向上に努めるために全

■老人ケア研究会をスタートさせたばかりである。老人ケアを担う中核になる看護職と介護職がネットワークをつくるのが一つの目的である。さらに、もう一つの目的はそれぞれの現場で行われている実践を体系化し、知識や技術を共有化する事である。一つの組織をつくって、その中で新しい実践を生み出そうと考えたわけである。

そのため、私自身のリーダーシップに対する考え方は、言ってみれば、私自身が自分自身に突きつけている一つの新しい試みでもあったと考えている。これが成功するかどうかは、私自身が皆さんに支えられ、そして、私自身が多くの人たちを支えきれるかどうかで結果が出てくることである。残念ながらその結果についての報告は現在ではできない。

最後に、提案したいことは、看護とリーダーシップを考えていったときに、新しい価値をつくることであれば、今教育を受けている学生が、果たして新しい看

護をつくるだけの能力を壊される教育がなされているかということである。

特に、今、大学での看護教育が急速な勢いで進展している。卒業生は将来の看護界のリーダーとなることが期待される人である。そのため、リーダーとなる人たちの教育の中身が、今後看護職が周辺の人たちに対してリーダーシップをとれるかどうかと深くかかわっている。

今まで医師に従属した形で看護の実践がされてきたが、これからは主体的に独立した看護機能が果たせるだけの力が期待されている。そのために、大学での看護教育が求められているのだと思う。しかし高学歴化ということが医師に従属していた反動としてあることは問題を残すことになる。それは医師が今社会の中で最高の教育を受けているゆえに、特権階級として優遇されていることが、今の医療を歪めている一つの原因になっているからである。

新しい看護を創造することは、医師に支配されてきたことの反動ではなく新しい看護の価値を創り出す行為でなくてはならない。つまり、看護婦が医師と対等になるために自らの社会的ステイタスを上昇させるのであれば、特権意識をもって医師たちがおかした過ちを繰り返すことになる。

新しい看護の価値とは、生活の質を高めることに貢献することであり、疾病や障害をもった患者が人間らしく生きることを支えることである。患者と援助者の間には、“受ける者”と“与える者”との関係ではなく、ともに歩もうとする人間同志の関係が基礎にあって成立するものである。看護は常に患者の側において、すべて患者のためという一点において貢献すべき性質を有するものである。新しい看護を創造するためにこそリーダーシップが発揮されるべきであろう。

その意味から、今後の大学での看護教育が単なる知識偏重ではなくて、人間教育とあわせて行われることが、真の意味で将来のリーダーシップをとることを決めていくと考えられる。

## ヒューマン・スキルとしてのリーダーシップ

熊本大学 吉田道雄

みなさん昨日からお疲れさまです。このシンポジウムもあと1時間あまりになりました。これで学会も終了です。「もう少しでおわりだ」と思うと、「やるぞ」という気持ちが高まるものです。心理学では「終末効果」と言っておりますが、みなさんもこの効果を大いに引き出していきたいと思います。そういうことで、今しばらくお付き合いください。

さて、ご紹介いただきましたように、私自身は看護につきましても、まったくの門外漢です。ここにお集まりのみなさん方の中で、看護という仕事から最も遠いところにいるわけです。先ほど講演された鈴木健二さんも、医療や看護から遠い方だろうと思っていましたら、小さい頃からずいぶんと病院とかかわりをお持ちのようなお話でした。そういう意味ではわたしは名実ともに、「看護の素人」なのです。

しかし、「素人」が言うことも無視しないでいただきたいのです。もちろん、「専門職」である看護集団がまとまっているということは非常に大事なことです。看護婦(士)のみなさんが、一致団結してがんばるぞというのは何ととっても最も必要なことです。しかし、どんな集団でもまとまればまとまるほど、「自分たちが正しい」といった幻想を持ち始める傾向が出てきます。要するに、外からの意見を聞かないようになるのです。こうしたことは、看護集団に限ったことではありません。企業でも学校でも、よくあることです。しかし、仕事はそれぞれ違っていても、外部からの意見をどれだけ取り入れられるかが、その集団の健康度や強さを決めるのです。ですから、わたしは部外者として考えていることを言わせていただきますが、それを単に「素人が勝手なことを言っているのね」と受け流すのではなく、「部外者には看護がそのように見えるのね」という感じで、お聞きいただければと思います。

ところで、わたしは心理学を専門にしていますが、心理学と看護は共通点が非常に多いと思っています。どちらも「人」を対象にしているのです。ただ、この対象についてはわたしなりに意見を持っています。下の枠で囲まれた部分を見てください。ここでは、看護の対象は、「ヒト」ではなく「人」でもなく「人間」だという姿勢が看護の基本であることを訴えているつもりです。

看護の対象：「ヒト」→「人」→「人間」

心理学の場合も、看護においても、われわれが対象にするのは、カタカナの「ヒト」なんかではないはずです。高度に医療技術が問題にされる特別な条件下で、たとえばある細胞を切りとったり、臓器に特殊な手術をするといった場合に、お医者さんはできるだけ感情を抜きにして、その責務を果たしているのだと思います。そんなときの対象は「ヒト」なのかもしれません。しかし、病気を治したいと考えている患者さんを「ヒト」と考えるわけにはいきません。わたしの気持ちでは、「人」でも不十分で、看護の対象は「人間」でなくてはいけないと思うのです。

こんなお話をすると、単なる言葉の遊びをしているように思われるかもしれません。しかし、わたしは、「人間」ということばを大事にしたいのです。「人間」ということばを使うことによって、「人間関係」「対人関係」「集団」といったことを考えざるを得なくなるからです。「そんなことはわかっているよ」とおっしゃるかも知れませんが、看護婦さんの行動や態度を見ていると、「看護の対象」についてけっこう揺れているように思えるのです。確かに日常のほとんどの場合、患者を「人間」と考えて対応しておられるようですが、ときによっては、患者を「ヒト」として扱って

いるようなこともないとはいえないでしょう。それどころか、患者が「モノ」に見えてしまうことだってあるのではないのでしょうか。看護婦もそれこそ感情を持った「人間」です。仕事が忙しいあまりそんな瞬間もあるでしょう。しかし、少なくとも基本的な姿勢としては、「看護の対象は人間である」ということを大切にしていきたいわけです。

つぎにもう一つ考えてみたいことがあります。それは、看護に何が求められるかということです。医療の分野でも、コンピューターをはじめとして急激に技術開発が進んでいます。看護に関してもさまざまな医療技術や知識を身につけることが求められていることでしょう。われわれ一般の人間も、看護婦さんたちがそうしたテクニカルな専門性を高めていただくことは多に期待しています。しかし、それだけではやはり看護は十分ではないのです。「人間」を対象にする看護には「人間関係」に関する技術や知識が欠かせないのです。わたしは、専門的な知識・技術を「テクニカル・スキル」、人間関係のそれを「ヒューマン・スキル」と呼ぶことにしています。ところでみなさんは、「テクニカル・スキル」については、いろいろと勉強されていると思いますが、「ヒューマン・スキル」については、意外に勉強するチャンスが少ないのではないのでしょうか。しかし、「患者から求められる看護のリーダーシップ」を実現するためには、「テクニカル・スキル」に「ヒューマン・スキル」がプラスされることが必要です。もっとも、わたしは、「ヒューマン・スキル」を「加える（プラスする）」というのでは不十分だと思っています。つまり、「テクニカル・スキル」に「ヒューマン・スキル」をくっつけばそれでおしまいというわけにはいかないのです。そうではなく、「ヒューマン・スキル」は「テクニカル・スキル」に掛け合わせるべきだと言いたいのです。

たとえば、極端な話ですが、「自分は対人関係技術はてんでだめだけれども、看護についての専門知識・技術は病院でもトップクラスよ」と自信をお持ちの方もいらっしゃるかもしれません。もしその方が100点

の「テクニカル・スキル」を持っていれば、「ヒューマン・スキル」は0点でも、足し算なら「看護におけるリーダーシップ」評価は、 $100+0=100$ になります。100点なら十分満足すべきでしょう。ところが、これが掛け算だったとすれば事情は大いに違ってきます。つまり、どんなに100点満点の「テクニカル・スキル」を持っていても、「ヒューマン・スキル」が0点であれば、その評価は、0点になってしまうのです。

もちろん、人間の行動を数学の式のようにきっちりと割り切って考えることはできません。ですから、いま提案した式も、これが科学的な根拠を持ったものだとまでは言いません。しかし、そうした気持ちで看護を考えながらお仕事をさせていただきたいということです。

さて、一応こうした考え方を受け入れていただいたとしましょう。それでは、どうしたらヒューマン・スキルを向上させることができるのでしょうか。それに答えるためには、①いろいろな場面で看護にどのような行動や態度が求められているのかを明らかにし、②それを実践していくための方法を考えることが必要です。この点に関しては、後でもお話しますが、現在、調査研究を進めているところです。もっとも、そうした研究で看護にどんな行動が求められているかが明らかになっても、まだ問題は残ります。求められる行動を実行することは思ったよりも難しいからです。「こんなときは、この行動が必要だ」ということは分かっているとしても、それが相手に通じないことが多いのです。「知ってるつもり」というテレビ番組がありますが、看護婦さんたちも必要なことは「やってるつもり」でいるわけです。それが、なかなか患者に通じない。そして、自分では大切なことは十分やっているという自信もあるものだから、「これだけやっているのに分からないのは、患者が悪いからだ」ということになってしまうのです。このあたりが、「対人関係」や「リーダーシップ」にとって非常に難しいところです。看護に限らず、企業や学校でも事情は似たようなものです。どこでも、「（リーダーとして）求められる行動」については余り議論はないのです。企業などでも、職場

看護におけるリーダーシップ = 「テクニカル・スキル」 + 「ヒューマン・スキル」

↓

看護におけるリーダーシップ = 「テクニカル・スキル」 × 「ヒューマン・スキル」

のリーダーに、そうした行動をどのくらい実践しているかと聞きますと、そのほとんどが実行していると答えます。それなら、その集団の雰囲気や部下のやる気も高いだろうと思うと、案外そうでないところもある。そこで、部下に自分たちのリーダーが「求められる行動」をしているかどうかを聞くと、「してくれていない」という答えがけっこう多いのです。要するに、患者に対する働きかけは通じることがポイントで、「やってるつもり」では何もやっていないことと変わりません。しかも、「患者さんに対する働きかけ（リーダーシップ）」はついやってるつもりになってしまうのです。

それからもう一つ、「リーダーシップはサービスだ」ということも申し上げたいと思います。実は、わたし自身は看護のリーダーシップについては、成田先生、宮崎看護部長といっしょに調査などを始めたところですが、これまでは学校や企業を中心にリーダーシップの研究を進めてきました。

数年前のことですが、リーダーシップを考える研究会に参加しました。そこにデパートとホテルの方もおられて、いろいろと苦勞話をされていました。「部下が言うこと聞かない」とか、「部下とのコミュニケーションがうまくいかない」といったことで悩んでいるというわけです。そんな話を聞きながら、わたしは、単純にふと思ったんです。デパートやホテルの方は、お客様サービスという点ではプロ中のプロだ。無理難題を吹っかけるお客さんに対しても、それは見事に対処している。それなのに、同じ人間でも相手が部下だとどうも対処できないんだろうか。とまあこう思ったわけです。そこで、ちょっとり皮肉に聞こえたかもしれませんが、「みなさん方はおお客様に対するサービスは上手だけど、部下サービスはあまりうまくないようですね」と言いましたら、これがその場で受けてしまったのです。そこで「これはいける」と思いまして、それ以来わたしは「リーダーシップは他人（部下）に対するサービスだ」と言うことに決めたのです。

リーダーシップは、対人関係において、相手に対して望ましい影響を与えることです。「相手に対する思いやり」も含めて、サービスとしてのリーダーシップを考えることが、非常に大事なのです。ところで、ある歌手が、「お客様は神様だ」と言ったことがあります。ご本人はそう言いながらけっこう稼いだと思うの

ですが、看護の実状を見ますと、それは逆ではないかと思えます。むしろ、「看護婦さんのほうが神様にならないとやっていけない」というのが本当のところではないでしょうか。「患者さんが神様」だとすると、世の中には「わがままな神様」や「自分勝手な神様」が多すぎると思いませんか。ところで、サービスというと、お客様（患者）に対して、ゴマをする、こびへつらうことだと誤解されると困ります。リーダーシップというのはそんなものではないはずで、相手に対して言うべきことはきちんと言う、指導することは指導する、これがリーダーシップなのです。

さて、先ほどこちょっと触れましたが、わたし自身は患者が求める看護婦の行動について調査を行いました。今日はその結果をお話する余裕はありませんが、とにかく患者さんから看護婦が日常とっている行動について自由に挙げてもらいました。それを整理して、「患者が求める看護婦のリーダーシップ」を測定するための項目ができあがろうとしています。現在のところまだ整理中ですので、はっきりしたことは申し上げられません。しかし、このような項目と患者の病院に対する満足度の間に関係があることは間違いないようです。こうした項目がはっきりすれば、それを実行することによって、看護婦のリーダーシップ向上も期待できるのです。

ところで、もう一つ強調しておきたいことがあります。それは、「自己犠牲の精神」についてです。看護にはこうした精神はどうしても必要だと思うのです。しかし、わたしは、リーダーシップやサービスは、自己犠牲の精神だけでは続かないと言いたいのです。そうではなくて、患者に対するサービスを通じて、つまりリーダーシップを発揮することによって、患者さんからも感謝される。それが喜びになり、自分自身の成長にもつながる。こうでなくてはいけないと思うのです。看護婦をやっていて良かったというような、そういう体験がないとおもしろくないでしょう。「情けは人のためならず」ということわざがあります。「人に情けをかけるのは、甘やかすことになるから、その人のためにならない」と誤解されることもあるようですが、実際の意味はまったく反対なんです。本当は、人には思いやりを、情けをかけなさい、そうすれば巡り巡って、あなたが困ったときには同じように情けをかけてもらえるのだからといった意味があるようです。

### ヒューマン・スキルとしてのリーダーシップ

そこでわたしは、このことわざをまねて、「リーダーシップやサービスは患者のためならず」と言いたいです。つまり、一生懸命に相手に働きかけることは、自分自身の生きがいや成長にもつながるんだということを強調したいのです。

まだまだお話ししたいことはありますが、時間がまいりましたので、ここで終わらせていただきたいとします。どうもありがとうございました。

## ◆ シンポジウム ◆ (質疑応答)

### 司会 (井上)

それでは、今まで5名の講師の先生方のご発表に基づきまして、フロアからご質問、ご感想、ご意見をいただきまして、討論に入ります。何かご意見ご質問がございましたら、お願い致します。

広範囲にわたるお話でしたので、それでは最初に、医師会立のオープンシステムの病院での看護部長として、それから熊本市の老人保健事業を中心にした地域での保健婦活動のリーダーとして、また施設という立場、すなわち特別養護老人ホームの看護婦の資格をもつ施設長として先駆的な実践をなさってこられた3人の先生方のお話しを中心に、まず討論に入っていいかと思えますけれども、そのへんのところでご質問等がございましたら、お願いいたします。

活発な議論をと思っておりますが、ございませんでしょうか。

そうですね、最初の地域医療センターの病院、それから熊本市の保健所を中心にした組織づくり、いずれも、かなりのシステムのお話し、いわゆる組織づくりのところのお話しが出てきましたので、初めて聞かれる方にはちょっとわかりにくいと言いますか、理解しにくいところもあったと思えますけれども、それでは3人の先生方に少し追加発言をして頂きたいと思えます。今まで実践してこられた中で新しいものをつくり上げるプロセスで、いろいろとご苦労があったと思えますけれども、そのへんのところを少しずつ追加発言して頂いてよろしいでしょうか。

### 宮崎：

私が医師会病院の準備にとりかかる時点で多くの人から「医師会病院の中での看護は、医療優先で苦労が多いのでは？」と言われました。詳しいことは何も知らないまま地域の中核病院となる施設で、看護の役割を明確にすることだけを夢見て飛び込んだからこそのことかも知れません。しかし大学病院勤務中には知り得なかった多くのことを知る機会に恵まれ、特に医師会の地域医療に対する真剣で先駆的な行動力には学ぶことが多くありました。

「医師会は看護職をもう少し理解して欲しい」と

の遠くからの批判をよく聞くことがありますが、解ってもらうためには、看護の役割の『患者中心の看護』を自分の信念と勇気をもって実行して行くことだと考えます。その結果として評価があります。もう一つには理解し合える関係づくりが大切であるということです。即ちこのことがリーダーシップであることをこの11年間を通して学んだように思います。

### 司会 (井上)

どうも、ありがとうございました。それでは、飯川先生お願いいたします。

### 飯川：

私も組織づくりは人づくりだと考えています。特に保健婦は数の上ではかなり多い職種でございます。私も保健婦12人と看護婦6人のスタッフかをかかえておりますと、さまざまな人間的なものが付きまってくると思います。

まず、自分の手元から人間関係をよくすること、毎日活き活きして働くこと、それをモットーに、まず内部から体制を整えていきました。

もう一つの難関は、やはり上司との関係です。所長、課長と一緒に、活動目標を抱え込んでくれないと、なかなかこういう組織的な活動ということではできないものです。夜遅くまで課長や所長と話し合いをしながら方針を練ったりしています。

そして、もう一つ大事なことは、地域医療機関、主治医の先生たちとのコミュニケーションです。はっきり申しまして、機能訓練や訪問看護するにしても、またいろんな連絡会をするにしても医療機関の看護職に出席してもらうためには各医療機関に足を運び、院長先生とお話しをしながら、看護職を派遣していただくよう理解を得る労を取ることです。そういう積み重ねが土壌になってコミュニケーションができてきたと思っております。

医療機関の先生方は、やはり私たちと一緒に仲間ということで、いろんな研修会も並立で発言を頂くようになりました。また逆に、看護職が主体になって先生方はフロアから意見を頂くような機会もできております。このような看護職の仲間たちの連携を強くしてきた経緯がございます。

### 司会 (井上)

どうも、ありがとうございました。それでは、桜井先生お願いいたします。

桜井：

最後の保健福祉の統合というところで十分お話しできなかったのですが、現在どのようなことをやろうとしているかと申しますと、施設の中において、いわゆる重度の生活障害、あるいは身体機能障害のお年寄りの方の、いわゆる今はやりのQOLを考えて、一つ一つ生活の援助のあり方をどのようにするかということを考えてやってきているところです。

福祉施設では毎年度監査資料というのを出さないといけないわけです。この監査資料には、非常にケアの中身に踏み込んだ資料を提供しなければならないわけです。例えば、褥瘡の人は何人いるか、あるいはその褥瘡はいつできたか、どこでできたか、今、その褥瘡の大きさはどれくらいか、次年度出すときに、また、今現在の褥瘡はどういうふうになっているかというのがわかるような監査資料であるわけです。

このように、細かいところまでチェックが行きわたりますから、どうしてもそのへのケアのあり方について、かなりいろいろ踏み込んでやらないと、そのことはクリアできないという状況にあるわけです。そこで今最も大事にしたいことは、竹内孝仁先生がおっしゃっている、アクティビティ・サービスとっていわゆる障害のある、あるいは疾患をもった方々の改善、あるいは余暇生活とか、役割生活とか、それから、■常のいわゆる文化生活ですか、そうしたものを取り戻すことができるようなアクティビティ・サービスとうのを施設ではもう少し区分して、レクリエーションはレクリエーション、リハビリテーションはリハビリテーションという形で区分したものの考え方ではなく、生活援助というものを総合的にそうしたいろいろなあり方を統合して、やっていくことによって、お年寄りの生活の援助を総合的にやっていこうというふうな思いがあるわけです。

私としては施設内である程度展開しているものを一般に展開できるようなものに広げていくという意味も含めて、アクティビティ、サービスとは何かということを銘打って、介護看護塾というのを開いて、今は一応職員のほうでプロジェクトチームをつくって、まず職員自身が学習体験して、この9月から、いろいろな専門の方をご案内したり、あるいは施設の中で展開したことを発表したりしながら、塾をと

りあえずスタートするという計画をしております。その中には、保健現場の人、あるいはサービスを受ける地域の人などのふれあいの機会ということもして、ネットワークを広げていきたいというふうに思っています。

この施設を始めてからも、私には、どうしても看護教育という立場で、しかも基礎看護技術という考えで古くから指導をしてきたものですから、こうなればならないという大上段に立っての看護教育のあり方が、どうしても前に前に出てしまう看護職気質というのがあります。施設長会議などでも、“まだ固さが抜けないようですね。”“あなたは看護婦さんだから……”といわれるとちょっと、またそのへんが出たかなと思いがながらもやはり看護にこだわり、看護を生かして行きたいということには何ら変わらないのですが、ひとつ私自身が変わったことは、そうなければならないという既成概念を捨てるということが、どんなに広くたくさんのケアの創造ができるかということを知ったことです。

ある心筋梗塞のお年寄りが、2年間寝たきりで板のようになってさくばらホームへ入所されて現在6年目を迎えています。もうすべて自立ができるころまで改善しています。その方が言われたのに、なぜ2年間寝たきりになって硬直の身体になったか、今も指が2本だけしか動かないのですが、ある病院でとても看護をよくしていただいて、ありがたかった。心筋梗塞で入院したんだけど、その2年間の間に安静ということでピーズパッドをあちらこちらに当ててもらい、自分はちょっとお尻をこち動かしなかったんだけどピーズパッドがあるために動くことができなかった。ホーム長さん、看護婦さんはやっぱりああいう当てものをどうしてもしなきゃいけないんですかと言われたときに、看護の基本というものが本当に生かされるということはどういうことだろうかということ、お年寄りの言葉を通して学びました。お年寄りあるいは家族の言葉を通してまたは介護している人のいろいろな発想の中から学ぶことがどんなに多いかということを知ること、既成概念を取り除いて、新しい老人ケアのあり方をもっともっと考えていかなければならないということを今ひしひしと思っています。そこから介護看護塾に発展しているということです。

## 司会 (井上)

どうもありがとうございました。

お三人の先生方の実践例の追加発言をしていただきましたが、フロアからご質問等ございましたら、お願いいたします。

はい、どうぞ。ご所属とお名前をお願いいたします。

## 真弓 (熊本地域医療センター) :

鎌田先生にお伺いいたします。私は家庭をもって仕事をしています。熊本は特にそうだと思うのですが、看護職のレベルが低いというか、レベルが低いのではなくて世間の認識が低いのですけれども、結局看護婦だけは一生懸命やっているのですが、世間に対するPRというか、その点で病院に入院された方は、“この看護婦さんはよくがんばっているな”といわれるのですけれども、他に看護を広げるというか、看護職自体のレベルアップをもう少し世間に知らせたいというか、その点のお考えを教えてください。

## 司会 (井上)

只今のご質問に対しまして、そうですね。看護が周囲の人々にいかに影響を与えるかということに通じるのかもしれませんが、鎌田先生、よろしいでしょうか。

## 鎌田 :

私がお話したこと自体も大きなテーマだったんですけれども、今のご質問も非常に大きな質問で、小手先だけのことでできるんだろうかなということが一つの私の答えになろうかと思うのですけれども、要するに社会に対して看護の価値というものをどのように認めていただくかということです。

そのためには、今まで要するに、看護というものが医者に従属して、お医者さんは偉いけれど、看護婦さんは親切で優しくければよいというふうな形でずっと推移して、自分たちが看護はこれができますよというようなことを社会に対してアピールする、その技術とか、アピールの仕方とか、そういうものも十分に教育されてこなかったですね。

だからやはり、小手先の技術ではなく、まず看護が主体性を確立して、自分たちのやっていることに対して、やはり確信と自身をもつことだと思うんです。そしてどういうふうに応用すればいいかと

いうことをその次に考えるなら、それはやはり皆さん自身の創意工夫だと思いますし、もう一つは、患者さんと接している場面で、要するにいい看護をするということがやはり基本にあると思います。

だから、鈴木健二先生のお話しにもありましたが、患者になれば看護婦の重要さというのはよくわかってくるわけですから、あと社会的な評価ということから言えば、本当に鈴木先生はよくわかっておられるなと思ったんですけれども、本当は看護婦の給料が上げられればずっと社会の評価は変わって来ます。

そういうことから言えば看護が従来からの看護からどうやって脱皮するかということが、今のご質問の答えになるのではないかとこのように思います。直接的な答えにはならなかったかも知れませんが、遠慮しなくてもそれをもう一度私自身、皆さん自身も確認して臨床実践を大事にしながら問題解決をしていくということより他にないのではないかと思います。

## 吉田 :

私の立場から申しますと、要するにコマースがポイントだと思います。私自身が宮崎看護部長がお勤めの医療センターを知っている理由ですが「子供は24時間診てくれる」とか「在宅ケア」や「訪問看護に力を入れている」といったことで知られているわけです。

最初、在宅ケアって何だろうと思ってたんですけれども、もう多くの人が知ってきましたね。ですから、無理をしないで、しかし、なおかつ新しい試みを一生懸命なさるといようなことが大切なのだと思います。要するにコマースが大事なのです。

## 司会 (井上)

どうも、ありがとうございました。

それでは、次の方どうぞ。

## 野島 (広島大学医学部保健学科) :

桜井先生にお伺いしたいと思いますが、非常にさりげなくお話していただいたのですが、これは並々ならぬ、いわゆるリーダーシップをとっていらっしゃると、大変な、その重さを私実感しながら拝聴いたしました。何と言いますか、このリーダーシップは、たまたま桜井先生というずば抜けた資質の先生がいりしたからそういったリーダーシップを発揮できたということかもしれないと、そうであっては大変残念

念なことなのですが、ですから、こういった実質的に実のあるリーダーシップというのを次の世代に継承していく、あるいは横へ広げていく、つまりそういった力をもった人達を、いわゆる増やしていくことが重要なことではないかと思うんです。先生お一人の孤軍奮闘で退官されたらそれまでということであれば、非常に残念なことだと思うんですね。そのあたり、どういうふうにお考えになっていらっしゃいますでしょうか。

#### 司会（井上）

お願いいたします。

#### 桜井：

私が今最も課題にしていることの一つです。と言いますが、私自身もいつかは、今動いているほど動けなくなったときに、同じように動いている状況を作って置かないと、本当の意味のリーダーシップをとってきたということにならない。このことが私自身の一つの生き方にもなります。

例えば、あの婦長さんはすばらしかったけれど、婦長さんがいなくなった途端病棟が変わった。前と全然変わったねと言われたのでは、その婦長さんが折角支えて来られたものが生きてこないという経験を以前しておりますので、私はいつの日か自分が退いたときに、自分のとってきたことを更に伸ばしていける人材を確保しておくということが、私の将来における一つの課題であるということです。現在、さくばらホームに保健婦を一人採用しています。今わたしの一番近いところで仕事をして、一つずつないでいける部分を増やしていっているという状況です。

いつかその人、あるいはその人を■む周りの人達が、それに力を注いでくれればいいなあという、まだそのあたりですけども、今、野島先生が話されたように、確かに、本当にリーダーシップというのは後継者を育てて初めて評価されるということ、今私も一つの大きな課題に思っております。ありがとうございました。

#### 鎌田：

そのことで一言いいですか。今のご質問にちょっと私なりの立場で。桜井先生自身がリーダーシップの継承をどうするかという問題も大きなことかもしれないけれども、更に大きなことは、桜井先生の

ような実践をなさっているリーダーシップというものを分析して、次の世代に、どのように教育者が教育の中に生かしていくかということのほうが、私はより大きな問題ではないだろうかというふうに思いますので、そのことを一言付け加えさせていただきます。

#### 司会（井上）

どうも、ありがとうございました。フロアから、今、段々と将来に向けての教育という観点のお話しになってきておりますけれども、ご意見等ございましたら、お願いいたします。

#### 小池（慈恵医科大学看護学科）

慈恵医科大学の看護学科の小池と申します。

今、鎌田先生が教育で、看護婦を教育する中で、リーダーシップをつくる素養というようなことだったんですけども、そういう教育の場面でリーダーシップをとれるような教育ということで、具体的にはどういうトレーニングというか、できれば取り入れてやってみたいので、鎌田先生と教育のご専門の吉田先生をお願いします。

#### 司会（井上）

只今のご質問に対しまして、鎌田先生・吉田先生よろしいでしょうか。

#### 鎌田：

私は、以前教育の立場にありましたが、今は離れておりますので具体的なトレーニングの方法ということで私自身もやっておりませんので、そこまでお答えできませんが、私なりに今考えさせていただきますと、どうトレーニングするかということよりも自分たちの看護の理念、要するに看護というものがどういうものであって、それをどのように実現していけばいいかということ、創造的に行動できる人間をつくるということだと思っています。

まず、学生は看護について明確なというか、その核になる部分になろうかと思えますけれども、それを考えられるように教師がある程度自分の言葉で伝えられるということ、それを更に膨らませて、学生なりにもっと将来に向かって発震させるだけの創造的な力をけ持てるようになること、そして、あと一つは主体的に行動する行動力をどう増えるかということではないかと考えます。ですから、どうトレーニングというよりも、そういう理念を、教育カリキュ

ラムでどう実現させていくかということ、今、看護の大学教育が元年といってもいい時期と思いますけど、そこで、ぜひ私は大学教育の進める先生方に逆に大いに期待しているということで答えに変えさせていただきますと思います。

吉田：

私は時間がないのが甚だ残念ですが、実は、私はリーダーシップ・トレーニングなどを専門としてやっております。それで、実はリーダーシップ・トレーニングを、教育実習生、教師、それから、産業界、今後は、特に看護系のトレーニングはしっかりしなければいけないと思っております。

司会（井上）

どうも、ありがとうございました。はい、どうぞ。

桜井：

私はつい自分のことばかり考えてお話ししてしまったのですが、一つ私が思いますのは、環境が人を変えろということです。私もこういう環境を与えられたから、自分の立場でできることを一生懸命やり、積み重ねをして今日があるということだと思います。看護職は今まで、どちらかといえば病院という形態の中でしか役割がなかった。それが今はいろいろな場面で看護の役割を果たす場面が沢山でてきて、主軸になって来たわけですから、看護職自体がそういう中に飛び込む勇気をもつということ、また逆に、社会が看護職をそういう場に入れるようなシステムをもっと作るようにすること、その一つに、例えば特別養護老人ホーム、私の場合でしたら、看護職が施設長であることによってどんなに発展性があるかというようなことを少しでも一般の人々にわかっていただけると、起用の方法もあって、リーダーシップをとれる機が得られるのではないかと自分のことを踏まえて思います。そういう場づくりをしていただきたいと思います。

司会（井上）

どうも、ありがとうございました。

まだまだ、お話しを続けたいのですけれども、もう5時5分くらいになっておりますので、このへんで、一応討論を終了させていただきたいと思っております。

今回のシンポジウムは、ここ数年の保健医療、福祉、看護の変化のうねりより10年以上も前から先駆的に新しい方向を求めて取り組んで来られた熊本地

域医療センター看護部長の宮崎先生、熊本保健所看護係長の飯川先生、特別養護老人ホーム・さくばらホーム長の桜井先生の3人の先生方に、病院、地域、施設という異なる場で、それぞれ違うお立場での実践の紹介をしていただきました。また鎌田先生からは時代とともに変化する看護の新しい価値の創造とリーダーシップについて、吉田先生からは、社会心理学のお立場からヒューマン・スキルとしてのリーダーシップについて、と両先生にはリーダーシップの本質についてお話ししていただきました。

先生方のご発表とフロアからのご意見によるディスカッションを通して、私達は患者のために何ができるか、すなわち患者のために良い看護をするという視点において、情熱・信念をもつこと、そして時代の流れにあった創造性豊かな看護を実践しようとする意思、即ちそういう高い理念をもつことが必要であること、またそれによって他の職種の方々との連携や協調といった横のつながりが成立し、大きなシステム作りも可能になり、結果的に他者に影響を及ぼせるようなリーダーシップ本来の目的が達せることを学ぶことができました。

最後に、長年にわたって現場で培ってこられた実践のお話しをされました3人の先生方の新しい看護を創造していく姿勢が、肩に力を入らない自然なお姿であり、「患者のための良い看護をする」という一点で情熱を傾けておいでのさわやかなお姿が特に印象的でした。そのような真摯な姿勢がかえって周囲を動かし、新しいシステム作りや運営に対して大きな影響力になっているように思われました。そういった観点からも将来の人材を育てていく看護教育の基本は人作りすなわち人間性を育てる教育であり、それが看護者のリーダーシップ能力に結び付くのではないかと痛感致しました。

今回のシンポジストの5人の先生方の発表を通して、新しい看護の創造とリーダーシップについて考える上で多くの示唆が与えられましたことを心より感謝申し上げます。

それでは、最後のまとめを草刈先生にお願い致します。

司会（草刈）

シンポジストの先生がた、どうも有難うございました。また、会場からのご発言もシンポジウムを盛

り上げていただき有難うございました。

いつも、これから本論に入るという時に、時間の都合でシンポジウムを閉じなければならぬことを、大変残念に思います。

短い時間ではありましたが、シンポジストお一人お一人のご発言の中で、貴重なポイントを教えて頂いたものと思います。

看護の価値をどう高めていくかということは、まさにこれからの課題です。それには、まず、自分の仕事を愛すること、愛してこそ自分の情熱を傾けられますし、それでこそ本当の勇氣も湧いて来る。医師会病院の宮崎看護部長の発言のなかにも、飯川係長の地域における組織づくりの中にも、また桜井ホーム長のお話にも、本当に、その環境に入ってみて、初めて新しい自分を見だし、そこから影響力を出してきたということを伺いました。実際になさった方ではなければ言えない内容を、それこそさりげなく発言なさったその素晴らしさは、どのシンポジストにも共通するものであったと思います。

最近、こうした、本当の実践をしてこられた素晴らしい方々が増えてきたことは、それだけ活動が受け入れられ、看護職が成熟してきた何よりの証拠であり、身近にお手本があることは、大変嬉しいことです。実際に経験した活動を通して本当に教えられること、学ぶことが多いように思います。

本日ご紹介頂きました、ここ熊本市での10年以上も前から高齢化社会に向けての取り組みは、その典型例といえます。医師会をはじめ、13職種もの医療の専門家達が1つになって略称「医専連」（熊本市保健医療専門団体連合会）を組織し、翌年有志による「在宅老人のケアを考える会」を発足させ、医師会病院の看護と技術提携を、さらに「老人地域リハビリテーション協議会」を発足することで、医専連に市の行政組織と学識経験者を関連づける大きなネットワークを作り、看護職がこれらの組織を活かし且つ活かされて、存分に活動してこられた実例は、関係者の皆さんの多大のご努力が実ったもので、どこでも簡単に真似できるものではありません。しかし、やればここまで出来るという実例を見せて頂いたものと思います。

また、特養老人施設での看護職の施設長としての、これも十年以上に亘る実際活動の中から生み出され

た貴重なリーダーシップについての具体的なノウハウを伺うことができました。職場の状況が目に見えれば、職員の方々の意気込みがそのまま伝わって来るような臨場感溢れるものでした。

鎌田、吉田両先生からは、御専門の立場から適切な指摘と助言を頂きました。それぞれ地域や施設は異なっても、リーダーシップが発揮される上で共通していたことは、人間関係がヨコ関係の上に初めて成り立つものであるということであったように思います。

昨年（1992）の医療法の第二次大改正で、患者の居宅も医療提供の場となり、これまで「医師、歯科医師その他の医療従事者」という条文が、「医師、歯科医師、薬剤師、看護婦その他の医療従事者」として初めて法律の中に「看護婦」が明記されました。正直いって、今更という気もしますが、やはり、確実な看護の広がりであり、ヨコ関係への一歩であると思います。

ところで、先日テレビで紹介された、北海道の麻生脳神経外科病院の映像は、初めて「看護」の成果が、目に見える形で示されたことによって、これまではよい看護を受けた患者さん本人にしか判り得なかった「看護の力」や「価値」というものが、一般市民にも理解されたという意味で、画期的でした。反面、これまで私達が、看護のプロセスは大切にしながらも、看護の成果としては十分に社会に対して示して来なかったという反省にもつながるものでした。

最近「看護の力」という特集号を出した雑誌もあります。新たな段階に入った今ほど、看護の可能性を広げられる時もないわけで、私達は、これからの時代の要請の中で、看護の価値を広げていくことが強く期待されます。つまり、それこそがリーダーシップであると思います。

リーダーシップは、その職位にあるマネージャーがとるものと考えられがちですが、現在のリーダーシップ論では、吉田先生が指摘されたように、影響を及ぼす力と理解されていますので、ヒューマンスキルは、管理のどのレベルにおいても同様に必要とされます。従って、管理的職位にないスタッフナースでさえ、患者さんや家族や社会に対してリーダーシップを発揮できるのです。

## 討

いま、看護自体が大きく変革を迫られています、日本の国自体も大きく変わろうとしています。高齢化、国際化、情報化という大きな波は、何も看護職に限って起こっているわけではありません。

例えば、建築分野においても、近年、高齢化に対してどうあったらよいか、様々な工夫や対応がなされています。また、情報化についても、国際化に対しても今後どうあったらよいか模索されています。現代に生きる職業として、各職種がどう社会の変化に対応していけばよいかを問われているわけで、看護職と全く同様な状況に置かれています。他領域の方の話をきくにつけ、看護だけではないのだと、ある意味では安心にも思い、一緒に頑張れるという気持ちにもなれるように思います。

もう1つ、大学化の問題についてですが、現在働いている多くの看護婦達は、通信教育や放送大学や夜学など、多様な形で資格の獲得に努力しておられます。世の中全体がそうした生涯学習を可能とする状況にもなってきていますので、今後、ますます他分野の方々と接触する機会も増えてくることでしょう。

そうした環境こそ、これまでの患者さんだけでなく、健康な一般の方達に看護とは何か、看護婦とは

## 論

どういう人かということを知っていただくよい機会となります。ある大学の法学部の教授は、夜学に通うナースが増えたのを機に「医事法学」のゼミを開講なさり、そこでの討論や人間同志の接触を通して「看護の方はとても熱心で非常に力がある」ということを知ったといわれました。この新しい展開は、法学者にとっても看護婦にとっても、生きた学問を創造するためのまたとない機会です。

そういう意味で、看護の力は単に患者さんばかりでなく、地域で、病院で、老人ホームで、学校で、その他あらゆる場所で、それぞれの立場から新しい展開を■ってその影響力を発揮していけるのだという勇気を与えて頂いたように思います。また、時代を先取りした取り組みが何よりも重要なことを、十年以上も前からそれぞれの活動報告を通して教えていただきました。

演者の皆様有難うございました。会場の皆様、ご協力有難うございました。

最後に、看護の新たな発展期に、「看護とリーダーシップ」という大切なテーマを取り上げられた成田会長に、改めてお礼申し上げます。

これを持ちまして、シンポジウムを終えたいと存じます。

## 高齢者の健康管理態度に関する研究

— 適応指標としてのMHLCの有用性について —

筑波大学医療技術短期大学部

山本 亨子

### <目的>

教育水準の向上やマスメディアの発達は、専門的な保健・医療情報を医療専門家以外の人々が気軽に入手することを可能にした。また、平均寿命の延びや自分の健康に対するセルフケアの自覚は、様々な保健行動を促進する結果となっている。高齢者においても、自分の健康のレベルにあった、より健康的な生活を送りたいというニーズが高まっている。病院から地域へと看護の場が拡大する中で、マスメディアの発達や家庭や地域の社会的環境が保健行動にどのように影響するかを改めて検討するの必要に迫られている。

そこで本研究では、健康行動をとるための心理的準備状態の一つである、病気や健康に対する認識、仕事やつきあい満足度、生活満足度とを調査し、それらが、年齢や性でどのように異なっているか、健康的な高齢者の生活状況は、年齢や性でどのように異なっているかを明らかにした。

### <研究方法>

調査対象は、茨城県U市、T市に在住する65歳以上(平均年齢73.4歳 SD=16.1)の高齢者486名。地域の老人クラブ活動に積極的に参加している者である。老人クラブの活動場所に数回出向き、質問紙による集合調査法を行った。

測定した内容は次の5つである。

(A) Health Locus of Control (HLC)

(B) 健康感と身体的健康度

(C) 仕事や付き合いの内容と満足度

(D) 人生満足度

(E) 一週間の生活の実態

以下その内容を簡単に説明する

(A) Health Locus of Control は、Wallstoneら(1978)によって開発されたMultidimensional Health

Locus of Control Scale (MHLC) の form A を日本語に訳したものである。18の質問項目には、「自分自身のコントロール下にあると考えている (INTERNAL: IHLC)」「医師や家族などに重要他者のコントロール下にあると考える (POWERFUL OTHERS: PHLC)」「幸運や不運によるものと考えている (CHANCE HEALTH: CHLC)」の3つのHLCに該当する内容が6項目ずつ含まれている。質問の内容に対する賛成の程度を6段階で得点化した(信頼係数 $\alpha=0.741$ )。

(B) 健康感とは、健康状態の自覚である、一般に健康感はその後の死亡の発生や保健行動や楽観的な感覚に有意に関連すると考えられている。

(C) 高齢者の生活のあり方を仕事や家庭での役割と日常的な付き合いの内容に対する満足度を、3段階で得点化した。

(D) 長期的で広範な事柄に関する満足度を測定する目的で、生活に対する満足の度合をNeugertenの生活満足度スケールで測定した。

(E) 高齢者の一週間の日常生活活動を日記式に記述し、活動時間と頻度を調査した。

### <結果>

(A)~(D)の平均値で性別、年齢差がみられたものについて述べる(表1)。

① 男性は、75歳以上でCHLCが高くなった。生活満足度も高くなった。

② 女性は、75歳以上でIHLCが高くなった。

次に(A)~(D)の項目相互の関連を検討した。

③ 男性は、65-74歳でIHLCとPHLCの関連がみられた( $\gamma=0.47$ )。75歳以上では、MHLCはその他の項目と関連しなかった。

④ 女性は、65-74歳でIHLCとPHLC、PHLCと

表1 MHLIC と健康感 生活満足度にみられる性・年齢差

	n	MHLIC			健康感	仕事満足度	付き合い満足度	生活満足度
		IHLC	PHLC	CHLC				
全体	405	27.6	28.7	23.9	2.2	3.1	3.2	41.1
男 65-74歳	81	27.0	28.3	22.0	2.2	3.1	3.2	39.5
性 75-歳	68	29.0	29.7	24.7	2.3	3.0	3.1	43.8
女 65-74歳	132	26.8	28.0	24.6	2.1	3.2	3.1	40.7
性 75-歳	92	28.6	29.9	25.3	2.2	3.2	3.3	41.2

\*\*p <0.01

CHLC, IHLC と CHLC とが関連した (順に  $\gamma = 0.44, \gamma = 0.50, \gamma = 0.67$ )。75歳以上では, PHLC と CHLC のみが関連した ( $\gamma = 0.42$ )。女性の生活満足度と MHLIC との関連では, 65歳-74歳は IHLC ( $\gamma = 0.46$ ), PHLC ( $\gamma = 0.60$ ) であった。特に75歳以上では生活満足度と CHLC の関連が強くなった ( $\gamma = 0.86$ )。

⑤ 仕事満足度は, 各HLC とは関連しなかった。しかし, 仕事と付き合い満足の度合に関連がみられた (全体で  $\gamma = 0.68$ )。女性に比べて男性は仕事と付き合いの関連が強かった (65-74歳では  $\gamma = 0.90$ , 75歳以上では  $\gamma = 0.86$ )。

⑥ 健康感と各 HLC との関連はみられなかった。

⑦ 健康な高齢者の日常生活ぶりをみると, 全体の余暇活動時間は, 一週間を通じて女性が25分長かった。65-74歳では, 女性は家事時間が長く, 男性はスポーツや社会参加の時間が長かった。75歳以上になると男性はテレビ時間, 家事, 会話時間が長くなり, 訪問, 社会参加, スポーツ, 趣味時間が短縮した。女性は, 75歳以上になると家事, スポーツ, 会話が延長し, テレビ時間は短縮した。全体の余暇活動時間は女性は75歳以上で増加した。その結果, 男性と女性との差は, 一週間で約3.5時間に拡大した。

⑧ 生活満足度は, 75歳以上がそれ以下の年代より高かった。男性は, 65-74歳では女性より満足度が低い75歳以上になると女性より高くなった。男性の年代別生活満足度の差は有意であった。

以上のように, (A)~(D) の項目の値や関連性の一部には性や年齢差がみられた。また, 今回の結果では⑥に示すように, 健康感とは各 HLC とは関連しなかった。

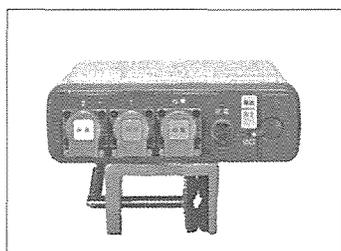
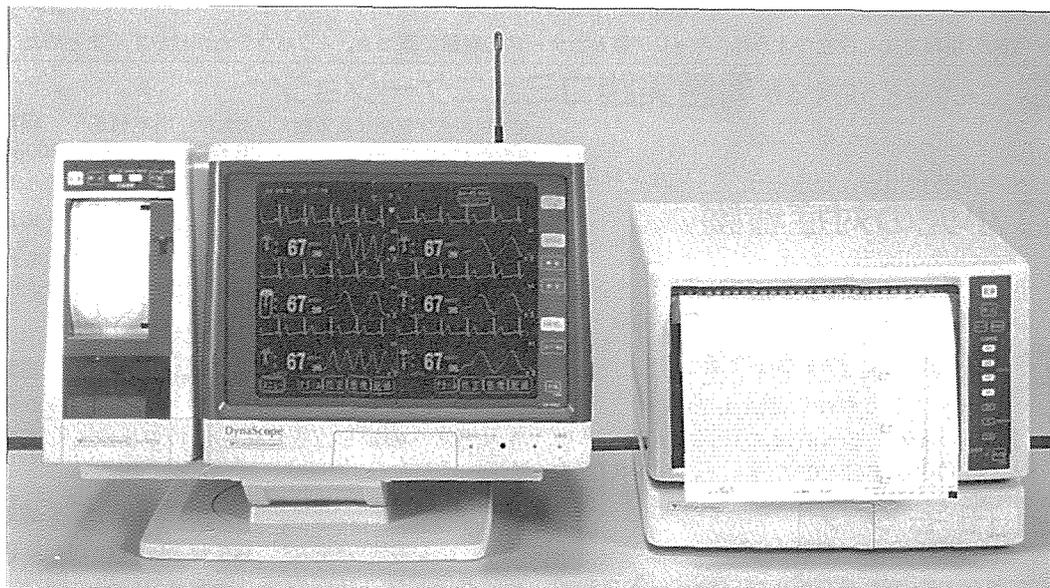
そこで, 得点のパターンを8つに分類し, さらに検討した。

⑧ CHLC のみが高い群, PHLC と CHLC が高い群, 3つの HLC が全て低い群には, 健康感, 人生満足度, 仕事やつきあい満足度, テレビとみている時間などがその他の群にくらべて長いという共通の傾向がみられた。

健康な高齢者は, 全体としては自分の健康をコントロールしているのは, 必ずしも自分の力だけでなく, 家族や友人, 時には運命であるというように非常に柔軟に考えていることが明らかになった。生活満足度では, 女性でのみ MHLIC の一部と関連があった。75歳以上になると, 男性の生活満足度は高くなった。しかし, 余暇活動の内容や活動時間はむしろ減少しているという傾向がみられた。

# 多人数の各種パラメータを 無線で同時監視!!

## 患者監視用装置 DS-3400MTRシステム



承認番号：01B-1820

承認番号：04B-0658

心電図呼吸送信機▶  
LX-3220

◀マルチテレメータ送信機  
LX-3313



承認番号：03B-1134

- 各種テレメータによる最大6人までの心電・呼吸・体温、また心電・血圧・体温の無線監視を実現!
- 6人同時表示は、心電図、呼吸曲線あるいは血圧波形の2波形を表示

- オプションのメモリボードにより60時間の心電図記憶が可能!
- CRG曲線表示可能で新生児監視にも対応!
- 不整脈検出機能、各種トレンドグラフ表示
- アラーム波形を各床32波形記憶

●ME機器の  
総合メーカー



**フクダ電子株式会社®**

本社 東京都文京区本郷3-39-4 ☎(03)3815-2121(代)

全巻完結！

採用見本進呈！

# 廣川看護テキスト 全37巻

須河内トモエ 鶴 科トミ 総編集  
西尾 篤人 山元 寅男

## ◆本シリーズの特色

①高度の内容だが、文章は簡明に、やさしくした、②■表を多く取り入れ理解を助けた③医学知識と看護行為とを有機的に関連付けた、「看護とは何か」を問い、疾病の治療のみでなく、健康教育、疾病予防、リハビリテーション、ターミナルケア等も含めた包括医療に対応できる、④■家試験に出題されている事項、内容を盛り込んだ。



## 廣川・臨床看護シリーズ



◆臨床の現場ですぐ役立つように、キャリア豊かなナースの経験に基づき、ノウハウをわかりやすくまとめた。

### 9 こんな時どう応えるか看護実践コミュニケーション

産業医科大学医療技術短期大学助教授 川本利恵子 編集  
B5判 140頁 2,300円

Q&A形式を用い、コミュニケーション理論及び技法を系統的に述べた。

### 10 小児の対症看護

九州大学医療短期大学部助教授 瀬川 和子 編集  
熊本大学医療技術短期大学部講師 田中久美子  
B5判 160頁 2,900円

小児に日常きわめて多く見られる症状を選び、小児看護に必要な最小限の知識を整理し編集。子供の成長発達の過程における、小児の特徴・小児看護の特殊性を考えた実践に役立つ書である。

### 11 老人への看護

秋田大学医療技術短期大学部教授 松尾典子 編集  
秋田大学医療技術短期大学部講師 石井範子  
B5判 160頁 2,900円

一介護の専門家から家族まで一  
「老人」の理解、老人看護の計画・実践・評価、老人患者への接し方を具体的にわかりやすく述べた。日常のケアについても、役立つ内容となった。

### 12 在宅ケア

一地域でのトータルケア一

板橋区上板橋保健相談所 牧野 郁子 編集  
板橋区役所衛生部公衆衛生課 青山 幹子  
B5判 110頁 2,000円

在宅ケアを、ホームヘルプ、ショートステイ、デイサービス、訪問看護、機能訓練、福祉機器、住宅改造の七本柱から考え執筆した。

### 13 看護過程一疾患別成人編：外科系

新潟県立看護短期大学教授 加藤光宝 編集  
B5判 240頁 3,800円

本書は、臨床の場で活用できるよう、わかりやすい文章と■表を多く用い、看護学生、ナースの初心者に対し、経験豊富な看護婦の知識・技術・態度に近づけることを目的に編集したユニークな書。

### 14 ナーシングヘルスケア一神経難病

群馬県立医療短期大学教授 瀬戸 正子 編集  
群馬大学医学部助教授 岡本 幸市  
B5判 240頁 3,800円

総論は神経難病の概念、ナースの役割、神経難病の主な症状、検査、リハビリテーションを取り上げ、各論は疾患の概念と看護を主に編集。

### 15 人工呼吸器装着患者の看護

山口大学医学部附属病院看護部長 西嶋 敬子 編集  
B5判 120頁 2,300円

呼吸とそれに関連する病態生理等については、基礎知識として最小限にとどめ、主として、人工呼吸器が装着される時点から、使用中、離脱にいたるまでの日常ケアを中心に、その看護上のポイントを述べた。



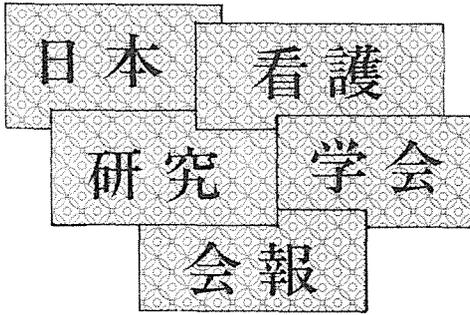
## 廣川書店

Hirokawa Publishing Company

113-91 東京都文京区本郷3丁目27番14号

振替 00140-4-80591 番 電話 03(3815)3651

☐ 消費税3%が加算されます。



第 40 号

(平成 6 年 6 月 20 日 発行)

日本看護研究学会事務局

## 目 次

平成 6 年度第 1 回理事会議事録	1
平成 6 年度第 1 回奨学会委員会議事録	5
平成 6 年度第 1 回編集委員会議事録	6

## 平成 6 年度第 1 回理事会議事録

日 時 平成 6 年 4 月 23 日 15:00 より 19:10 まで

場 所 医学書院 会議室

出席者 池田, 伊藤, 内海, 大名門, 金川, 木村, 草刈, 玄田, 佐々木, 木場, 土屋  
野島, 宮崎, 山口, 山田, 吉田各理事, 田島監事, 吉武会長

欠席者 早川理事, 金井監事

事務局 中嶋, 高橋

議 長 吉武香代子会長

## 議 題

## 1. 平成 5 年度事業報告 (土屋総務担当理事)

- 1) 年 1 回の総会を行う。第 19 回総会 開催地: 熊本 会長: 成田 氏
- 2) 機関誌の発行。 16 巻 1 号より 4 号まで 4 巻と臨時増刊号 1 巻
- 3) 奨学会を運営する。

井上貴美子 (神戸市立看護短期大学)

「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キューブの脱毛予防効果 -」

岡田加奈子 (千葉大学教育学部)

「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」

## 4) 地方会を運営する。

3 地区の地方会を運営する。「近畿・北陸」「中■・四■」「北海道」(承認)

## 2. 平成5年度会計決算報告（宮崎会計担当理事）

資料に基づき説明

（承認）

田島監事より平成6年4月16日会計監査を終了した旨報告あり。

（承認）

## 3. 平成6年度事業計画（案）について（土屋総務担当理事）

1) 年1回の総会を行う。2) 機関誌を発行する。3) 奨学会を運営する。

4) 地方会を運営する。5) 第20回記念事業を行う。6) 選挙を行う。 （承認）

## 4. 平成6年度会計予算（案）について（宮崎会計担当理事）

資料に基づき説明

（承認）

## 5. 第20回（平成6年度）学会総会事業計画について（吉武会長）

1) 総会の議事の議長は会長が当たる。

2) 申し込み演題数は273題で、最終的には262題で行う。

3) 20回総会記念行事について

a. 16巻4号までの索引を20回記念事業とは別に作成する方向で引続き検討する。17巻I号からは、その巻の最終号にその年発行の索引を掲載する。

尚、臨時増刊号の会長挨拶文章の中に20周年の事を加えて頂く。

b. 総会の前に

総務担当（地方会も含む）・土屋総務、会計関係・宮崎会計、渉外関係・伊藤渉外の各担当理事、奨学会関係・佐々木奨学会委員長、編集関係・内海編集委員長及び村越名誉会員によるこの会の創設期の話をも5分程度して頂く。

尚、司会は会長、挨拶は理事長がする。全行程は30分位とする。この記念行事各パートのまとめは土屋総務担当理事が当たる。

c. 20周年記念事業の総会での会場設営を会長に一任する。経費については本学会で負担する。 （承認）

## 6. 第22回（平成8年度）会長について

開催地：広島 会長：野島良子氏

日程：平成8年7月の第4週目の土曜日と日曜日 平成6年7月の評議員会に

報告する。

（承認）

## 7. 会則の改正について（伊藤組織検討委員）

資料に基づき説明

- 1) 現行と最終理事会決定案を評議員に評議員会前に送付し見当して頂く。
- 2) 現在の役員の任期は平成7年3月31日迄であるが、新しく選出された役員の役割が決定する迄の期間は、引続き前任の役員が当たる。(承認)

#### 8. 選挙について(土屋総務担当理事)

- 1) 平成6年度入会者の選挙権はない。
- 2) 評議員定数及び理事定数

	北海道	東北	関東	東京	東海	近畿 北陸	中 ■	九州	合計
評議員	8	8	12	20	17	19	11	12	107
理事	1	1	2	3	3	3	2	2	17

#### 3) 選挙管理委員の選出

評議員の互選だが、会長が人選をし評議員に書面承認を得る。尚、人選は会長一任とする。(承認)

#### 9. 各委員会報告について

##### 1) 奨学会委員会について(佐々木奨学会委員長)

- a. 平成6年度奨学会研究の選考は、1編書類不備の為再投稿を促し再審査する。
- b. 平成5年度監査は4月23日に実施した。
- c. 奨学会基金のの寄付について、故 山元重光 名誉会員のご家族より奨学会に100万円(平成5年9月2日)ご寄付があり、平成5年度に受け入れることに決定した。
- d. 20周年記念事業について、5分位の報告にまとめる。
- e. 学会賞について、現在出来る事は、他の学会でどういう選考をしているのか内容を知りたいが、なかなかオープンでないので理事の方で他の学会賞についてお知恵を頂きたい。
- f. 発表(臨時増刊号に掲載)及び発表後の原稿の送付先、送付期日、原稿枚数、発表形式(スライド使用等)は、事前に委員長が発表者に通知する。
- g. 発表後速やかに原稿用紙4枚程度のまとめを出し、発表後1年以内に原著として編集委員長に提出する。

##### 2) 編集委員会(内海編集委員長)

###### a. 投稿原稿経過について

平成4年度未処理投稿原稿8編

平成5年度雑誌16巻2号～3号に掲載 2編

平成6年度雑誌17巻1号 2編

著者返却中 4編

## 平成5年度投稿原稿23編

16巻4号(平成5年12月20日発行)	2編
17巻1号(平成6年3月20日)	3編
17巻2号(平成6年6月20日)	1編
査読中	5編
著者返却中	8編
不採用	4編

## b. 査読方法について

これからは著者及び共同研究者の氏名を伏せて査読者に査読を依頼する。

## c. 査読委員の選出について

今後選挙の後、査読委員を編集委員会で選出し、理事会に提案する。

## d. 20周年記念事業について

5分位でこれまでの経過を報告する。

## e. 平成6年度発行雑誌より年度の最後の巻にその年度全部の索引を掲載する。

(承認)

## 10. その他

## 1) 地方会について(土屋総務担当理事)

地方会での発表者及び共同研究者は全て本学会の会員である事の再確認。

地方会の活動予定及び結果を本学会に報告する事。

## 報告事項(土屋総務担当理事)

## 1) 日本学術会議について(土屋組織検討委員長)

登録が承認され、17巻1号にて会員に会告した。

## 2) 第21回(平成7年度)総会について(山田理事)

未定だった会長が山田氏に決定した。

会場: 札幌市教育文化会館 日程: 平成7年7月25日(火), 26日(水)

## 3) 会員数の現況と会費納入状況について(宮崎会計担当理事)

資料に基づき報告。

## 4) 役員が逝去した場合には、氏名を雑誌に掲載する。

(承認)

## 平成6年度第1回奨学会委員会議事録

日時 平成6年4月23日 13時～14時45分  
場所 医学書院 会議室  
出席者 金川, 木村, 佐々木, 草刈, 吉田, 山田各委員  
欠席者 早川委員  
議長 佐々木委員長

## 議 題

## 1. 平成6年度奨学会研究の選考について

予め委員長より各委員に送付されていた2件の応募資料に基づいて、応募者の経歴、応募書類の整備等の応募資格並びに研究の必要性、妥当性、獨創性、継続性等の研究内容について審議を行った結果、2件の内1件について、既発表の論文、学会抄録等選考資料の準備がやや不十分であるので、本日は選考作業を取りやめ、委員長から応募者へ資料の追加充実を求めた上で、後日改めて選考作業を行う事となった。

## 2. 平成5年度会計監査及び決算報告について

この事について、審議を行い原案通りで監査を受ける事になった。

## 3. 研究奨学会基金の寄付について

故山元重光名誉会員より生前のご意向により、ご家族から奨学会に100万円（平成5年9月2日）の寄付がありこの委員会に報告した。

尚、第20回日本看護研究学会総会で報告する。

## 4. 20周年記念事業について

理事会で本学会の20周年記念事業について計画が行われているので、奨学会もその計画に沿って記念事業に参画する事となった。

## 5. 学会賞について

将来本学会に設置が期待される学会賞について、若干の討議を行った。既に学会賞を持っている他の学術学会における選考方法等について、その情報を集める位の事は現在でも可能と思われるのでその方向で努力する事などが話し合われた。

## 6. その他

奨学会研究発表予定者から次の様な事が学会事務所へ問い合わせがあるので、委員会で検討し留意改善する必要がある。

## 1) 総会で発表する要旨の臨時増刊号（学会抄録集）に掲載する原稿の送付先、送付期日、原稿枚数、発表形式（スライド使用等）について

以上の事は、委員長から事前に遺漏なく発表者に通知する。

## 2) 発表後原稿について

学会記事として、速やかに原稿用紙4枚程度の原稿の他に、発表より1年以内に原著投稿する事とした。この件の送付期日等についても事前に委員長が奨学金授与者に周知徹底する。

## 平成6年度第1回編集委員会議事録

日時 平成6年4月23日 13:00~14:45  
出席者 池田, 内海, 大名門, 木場, 玄田, 野島, 山■各委員  
議長 内海委員長

## 議 題

1. 平成5年度日本看護研究学会雑誌発行経過について  
資料に基づき説明。
2. 査読方法について  
著者及び共同研究者の氏名を伏せて査読者に査読を依頼する。
3. 査読委員の選出について  
役員選挙終了後、編集委員会の人選し、人選後理事会に提案する。
4. 英文投稿原稿について  
経済的理由、査読能力的理由により一時中止する。  
今後検討していく。
5. 20周年記念事業について  
今まで発行した雑誌の索引を制作する事を理事会に提案する。

## 平成6年度予算(案)決定

平成6年3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、第16期の会員推薦関係費、アジア学術会議開催経費などを計上した平成6年度予算及び最近公表された「調査報告 我が国における学術団体の現状」等についてお知らせします。

## 平成6年度日本学術会議予算

平成6年度日本学術会議の予算額は、総額で12億128万7千円で閣議決定されました。前年度と比較して1億546万円の増率にして9.6%の伸びです。これは、平成6年度が第16期の会員推薦期に当たり、会員の推薦に必要な経費、臨時総会及び臨時部会等の会員推薦関係費が8,048万1千円増額し1億5万5千円になったことが主な事由です。

また、アジア学術会議の開催に必要な経費が、前年度に引き続き2,219万5千円が認められました。

その他、平成6年度予算では、国際分損金の16団体に対する単位数の変更が認められ、国際会議の国内開催については、神経・筋、園芸学、錯体化学、心電学、情報ドキュメンテーション、病態生化学の6国際会議の開催を予定しています。

また、世界各地で開催される学術関係国際会議への代表派遣や二国間交流に必要な経費が計上されています。

平成6年度予算概算決定額表は、下表のとおりです。

(単位：千円)

事 項	前 年 度 予 算 額 A	平 成 6 年 度 予 算 額 B	比 較 増 △ 減 額 C = B - A	備 考
日本学術会議の運営に必要な経費	1,095,827	1,201,287	105,460	対前年度比較 109.6%
審 議 関 係 費	265,525	272,534	7,009	○地球圏-生物圏国際協同研究計画 (IGBP)シンポジウム、公開講演会等
国際学術交流関係費	221,254	226,646	5,392	
国際分損金	74,722	67,450	△ 7,272	
国内開催	73,543	86,172	12,629	
代表派遣	44,006	44,006	0	
二国間交流	6,823	6,823	0	
アジア学術会議	22,160	22,195	35	
会員推薦関係費	19,574	100,055	80,481	
会員推薦管理会	19,102	21,632	2,643	
推薦経費	472	57,629	57,393	○第16期推薦経費
臨時審議経費	0	21,007	21,007	○臨時総会、臨時部会
一般事務処理費	589,474	602,052	12,578	

## 第4 常置委員会報告—調査報告

### 我が国における学術団体の現状(要旨)

平成6年1月26日

学会協会等の学術団体は各専門分野の学術の進展において重要な役割を果たしており、加えて、日本学術会議の会員候補者を推薦し、また、研究連絡委員会に委員を送るなど、日本学術会議の基盤となっています。第4常置委員会は、学術団体の活性化・活動強化等のための支援方策を検討するに当たって、学術全分野における学術団体の現状を知る必要を認め、調査を行いました。調査票は選択肢方式の9項目44設問にわたる詳細なものでありましたが、調査対象とした日本学術会議広報協力学術団体1069団体の70%にあたる750団体から回答を得ました。分析結果を対外報告「調査報告 我が国における学術団体の現状」として今回公表しました。

報告書は、(1)専門分野、(2)会員、(3)設置形態と組織形態、(4)活動状況、(5)国際性、(6)財政状態、(7)学術団体の属性にみる専門分野の類似性、(8)学術団体への支援について、及び「附属資料」よりなっています。報告書では、学術団体の諸属性を、全団体平均に加えて、専門分野別と団体規模別に比較しています。63頁にわたる報告書の内容を簡潔に要約することは困難ですが、以下にその一端を紹介します。

学術団体の数は文学系及び医学系の分野で多く、文学系及び経済学系で少ない。2つ以上の専門分野にまたがる団体の割合は文学系及び医学系で少なく、理学及び工学で多い。平均正会員数は全団体平均で約2.5千人、人文科学部門で0.7～1千人、理学及び農学で1.7～2.5千人、工学及び医学系では約4千人である。

全団体の約20%が法人である。法人の割合は団体の規模の増大とともに急速に増加する。工学において特に高く、人文科学部門で低い。フルタイムに換算した事務職員数は正会員数に比例し、全団体平均でみれば正会員千人あたり0.71人である。事務所面積は正会員数に比例し、全団体についてみれば、基本面積が27㎡で、正会員千人あたり1.7㎡である。

会誌の発行は最も普遍的な活動で95%の団体に見られる。人文科学部門ではやや低く、理学及び工学においてやや高い。論文誌の発行は約27%の団体で行われており、経済学系、理学及び工学において割合が高い。書籍の出版は15%の団体で行われており、理学、工学及び農学で高い。その他の活動のうち、社会人教育は19%の団体で行われており、理学及び工学に多く、経済学系及び医学系で少ない。

国際集会を主催した経験をもつ団体は51%である。団体の規模が大きいほどその割合は高い。専門分野別で見れば、文学系及び法学系において低く、理学、工学及び農学で高い。国際集会を開催する上での困難の第1位は「経費の調達」で84%に達している。会誌あるいは論文誌を何らかの意味で国際的に開放しているのは85%の団体にみられる。

団体の財政規模を正会員数で割った額は全団体平均で29千円で、文学系及び経済学系において10～15千円、理学及び工学で高く48～57千円に達する。平成3年度における実質収支(繰り越しを除く)での赤字団体は全体の約3分の1であり、予算規模の10%以上の赤字をもつ団体が7%ある。外部からの支援を必要とする事業は、成果刊行が最大で60%、次が国際活動で30%である。団体の規模が大きくなると、国際活動への支援要求の割合が高まる。具体的な支援方策としては、学術団体の活動が円滑に進むよう制度等を整備する方法、特に、学術団体に対する課税及び学術団体への寄付者への課税を緩和する方策が効果的と考えられる。

終わりに、この調査に御協力を頂いた学術団体の担当者の方々に深く感謝申し上げます。次第です。

### 第16期日本学術会議会員のための 登録学術研究団体の概況

日本学術会議では、現在、第16期(平成6年7月22日～平成9年7月21日)会員(定員210人)選出のための手続が進められていますが、その第1段階として、昨年(平成5年)5月末日を締切期限として、学術研究団体からの登録申請の受付が行われました。これらの登録申請については、日本学術会議会員推薦管理会において審査が行われましたが、その結果は次のとおりでした。

- ・申請団体数……………1110団体
- ・登録団体数……………1069団体

「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



ご関係各位

平成6年4月

謹啓 日に日に春を感じさせる季節となりましたが、益々ご清栄にお過ごしのこととお慶び申し上げます。

さて弊財団の

第3回（平成6年度）研究助成案件等募集のご案内について

第3回研究助成案件等の募集を下記の通り行ないますのでご案内申し上げます。

平成5年度は、医学部関係のみならず薬学、看護、法律、心理学など幅広い分野から予想をはるかに上回る259件（平成4年度127件）のご応募を頂きました。

今更ながらこの分野に対する先生方の関心がいかに高いかを痛感すると同時に、我が国の医療分野における研究ニーズが大きく変わりつつあることを感じました。

つきましては、本年度の公募に当たりまして、さらに多くのご応募を賜り度各位のご協力、ご支援をお願い申し上げます。

尚、弊財団が考えております「ヘルスリサーチ」の領域につきまして概念図を添付致しましたのでご参照賜り度お願い申し上げます。

敬 具  
 理事長 紫 野 巖

記

研究対象領域 ヘルスリサーチの領域に属する研究

応募規定

- |                    |                                                                      |        |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------|--------|
| 1. 国際共同研究への助成      | 国際的な観点から実施する共同研究<br>1テーマ当たり 500万円以内                                  | 5件程度   |
| 2. 研究者の海外派遣の渡航費用助成 | 海外における学会、研究会等への参加<br>短期（1ヶ月程度）1人当たり70万円以内<br>中期（6ヶ月程度）1人当たり200万円以内   | 計15件程度 |
| 3. 海外の研究者招聘の助成     | 講演会、学会、共同研究等のための参加<br>短期（1ヶ月程度）1人当たり100万円以内<br>中期（6ヶ月程度）1人当たり250万円以内 | 計5件程度  |

応募締切 平成6年7月31日（当日消印有効）

助成決定 平成6年9月下旬

応募方法 本財団所定の申請書式によりご応募下さい。  
 間違いを避ける為に募集要綱の申請は、必要事項を記入の上、ファックス又は文書でお願い致します。  
 必要事項 ①申請書の種類（3種） ②発送先の住所、名称、氏名 ③電話番号

\* 募集要綱送付依頼やお問い合わせは下記へ……………

財団法人 ファイザーヘルスリサーチ振興財団  
 〒163-04 東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビル  
 電話 03-3344-7552 FAX 03-3344-4712

## 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には、その掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する。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	枚弱で刷り上り1頁といわれている。図表は大小あるが、1つが原稿用紙1枚分以上と考える。
総 説	10頁	約45枚	
論 壇	2頁	約9枚	
事例報告	3頁	約15枚	
そ の 他	2頁	約9枚	

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、図表、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 澁 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B 5版横書き400字詰めを使用する。
2. 当用漢字，新かなづかいを用い，楷書で簡潔，明瞭に書くこと。（ワープロも可能）
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．考察，Ⅴ．結論（むすび），Ⅵ．文献，とし，項目分けは，1. 2. …，1) 2) …，①，②…の区分とする。
4. 数字は算用数字を用い，単位や符号は慣用のものを使用する。特定分野のみで用いらる単位，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)</sup>・<sup>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 Ontに関する要因分析—ストレス認知，コーピング；及びBURN OUTの関係—看護研究，21(2)，pp.159～172，1988  
；Henderson，V.：The Essence of Nursing in High Technology. Nurs. Adm. Q.，9 (4)，pp. 1～9，Summer 1985.
  - 単行書；宗像恒次：行動科学からみた健康と病気，184，メヂカルフレンド社，東京，1987。  
；分担執筆のものについては：安藤格：心身の成長期の諸問題，健康科学（本間日臣他編），214～229，医学書院，東京，1986.
  - 訳書；Freeman & Heinrich：Community Health Nursing Practice，W. B. Saunders Company，Philadelphia，1981，橋本正巳監訳，地域保健と看護活動—理論と実践—，医学書院サウンダース，東京，1984.
7. 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年度会費をまだ納めていない方は、お早めにお振り込み下さるようお願い致します。お納めいただく金額は、下記の通りです。

平成6年度 会費 一般	7,000円
役員(評議員)	10,000円
(理事)	15,000円

尚、平成6年度より入会される場合は、入会金3,000円が必要で、役員の方は、ご推薦される時その旨、お話し下さるようお願い致します。

支払い方法	郵便振込
払い込み先	郵便振替 東京 0-37136 (旧)
〃	〃 00100-6-37136 (新)

通信欄に会員番号を必ずご記入ください。

平成5年度会費、会員の継続又は退会届が、まだの方がおります。お早めにお振込、ご連絡下さるようお願い致します。

### 2. 役員改選の選挙事務を進めています。選挙人名簿を作成しておりますので、民主的学会の運営のためにも、会員の欠落のない名簿作成にご協力下さるようお願い致します。

### 3. 雑誌等が返送されたり、旧所属から苦情をいただくことがあります。事務局で調査し、出来る限り再発送しておりますが、住所不明となる方も少なくありません。

改姓、住所、所属変更の場合は、ご多用とは思いますが、お早めに必ず葉書か、封書で郵便番号、貴氏名、会員番号、住所、所属名、所属住所も正確にご記入の上、事務局迄ご郵送下さい。

会員増加により同姓、同名の会員がおりますので、事務局にご連絡、及び会費納入の場合は、必ず会員番号をご記入下さい。

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

入江 晶子、 請田 早苗

---

## 日本看護研究学会雑誌

### 第17巻 2号

平成6年5月20日 印刷

平成6年6月20日 発行

会員無料配布

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

編集委員

委員長 内海 滉(千葉大学看護学部)

池田 明子(北里大学看護学部)

大名門裕子(高知女子大学家政学部看護学科)

玄田 公子(京都府立医科大学医療技術短期大学部)

木場 富喜(鹿児島純心女子大学看護学部)

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)

■最新の看護診断のリストに、模範的な看護計画を加えたポケットガイド

キム/マクファーランド/マクレイン

# 看護診断と看護計画

新刊

Mi Ja Kim et al.: POCKET GUIDE TO NURSING DIAGNOSIS, 5th ed.

編集 ミ ジャ キム ガートルード K.マクファーランド オードリー M.マクレイン

監訳 高木永子 筑波大学医療技術短期大学部教授

看護診断の提唱者として有名なキムらによる、看護診断と看護計画のポケットガイド。アメリカではすでに5版を重ねた、定評ある本の初めての翻訳である。本書の特徴は、最新の看護診断リストに加え、それぞれの看護診断に応じた具体的な患者の看護計画を示しているところにある。1992年のNANDA会議において新たに承認された10個の看護診断名を加え、さらに巻末には付録として「ゴードンの11の機能的健康パターン」と「人間の9つの反応パターン」による看護診断分類を付している。看護診断の理解と実際の応用に最適。

## ■主要内容■

### 第1部

看護診断の定義、関連/危険因子、看護診断の存在を示す特徴(定義上の特徴)

### 第2部

看護診断に対する模範的な看護計画

### 第3部

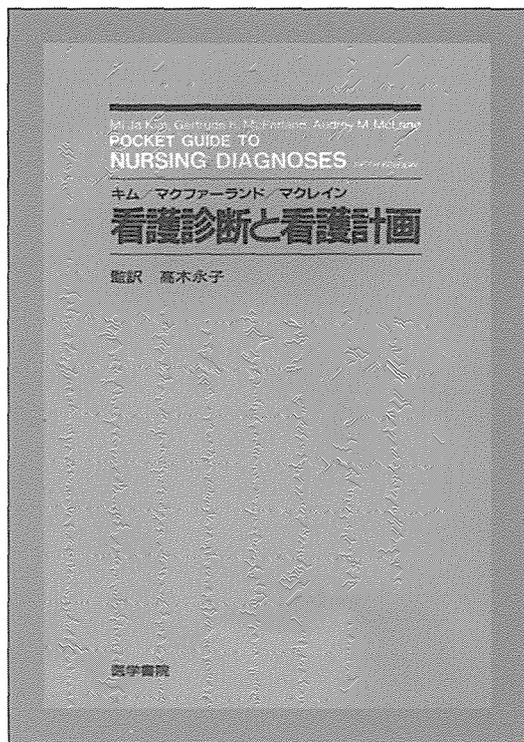
今後追加される可能性のある看護診断の概念と定義用語解説

### 付録A

人間の反応パターンによる看護診断の分類(NANDA分類法I-改訂)

### 付録B

機能的健康パターンによる看護診断の分類(ゴードンによる)



●A5変型 頁440 1994 定価 3,296円(税込)  
〒400 [ISBN4-260-34142-1]

## 看護診断とケア計画を結ぶ実践マニュアル

# 看護診断ハンドブック 第2版

HANDBOOK OF NURSING DIAGNOSIS 5th ed.

著 リンダ J. カルペニート

訳 中木高夫 名古屋大学医療技術短期大学部教授

●A5変型 頁744 1994 定価 3,708円(税込)  
〒400 [ISBN4-260-34143-X]

好評を博したカルペニートの「看護診断ハンドブック」の改訂第2版。新たにNANDAで採択された看護診断を追加するとともに、患者目標と看護介入を新たに追加し、ナースが看護診断に基づいて何をすべきかを明確にした。



医学書院

〒113-0911 東京・文京・本郷5-24-3

03-3817-5657 (お客様担当) 振替 東京7-96693  
03-3817-5650 (書店様担当)