VOL.21 No.5
平成10年12月20日発行
ISSN 0285—9262

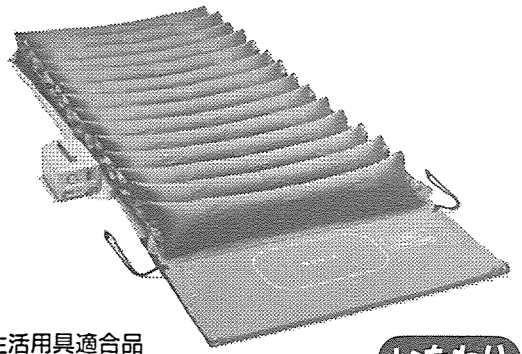
日本看護研究学会雑誌

(Journal of Japanese Society of Nursing Research)

VOL.21 NO.5

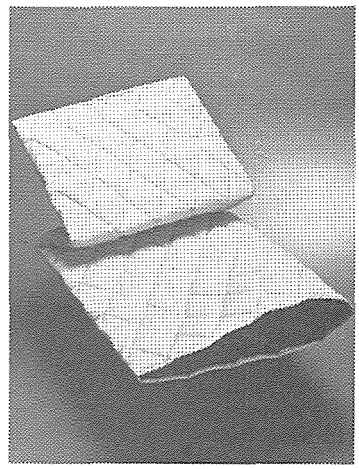
日本看護研究学会

お任せ下さい。
床ずれ予防の体位変換



厚生省日常生活用具適合品
RBエアーマット いたわりテイジー

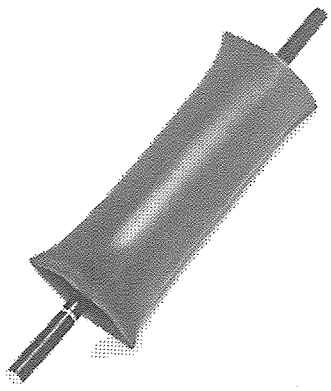
患者の体位交換や
移動が容易にできる



スライドヘルプ

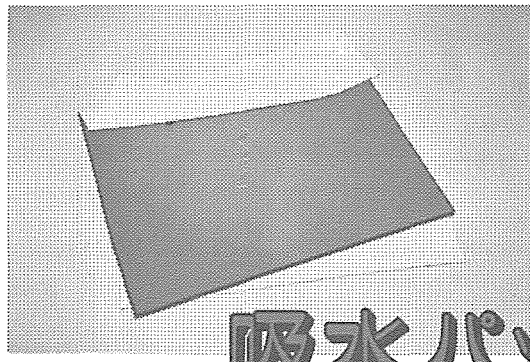
帝国臓器の介護用品

患者さんの腰を
らくに持ち上げる



厚生省日常生活用具適合品
リフパッド

素早い吸水・吸湿と保水と防水と
——失禁シーツとして。清拭時などにも——



吸水パッド

帝国臓器製薬株式会社 特販部医療具グループ
〒107 東京都港区赤坂二丁目5番1号(東邦ビル) ☎(03)3583-8365(直通) FAX(03)3583-5609

会　　告 (1)

第25回日本看護研究学会学術集会を下記の要領により，浜松市において，平成11年7月30日（金），7月31日（土），8月1日（日）にわたって開催いたしますのでお知らせいたします。（第2回公告）

平成10年12月20日

第25回日本看護研究学会学術集会
会長　田島桂子

記

期　　日　平成11年7月30日（金）・7月31日（土）・8月1日（日）
場　　所　アクトシティ浜松　大ホール・コングレスセンター
浜松市板屋町111－1　TEL 053－451－1111（代）
メインテーマ　「次代を拓く看護の力－自立・変革・連携」
プログラム　特別講演　テーマ：「一経済学者がみた日本の医療」（仮）
福井県立大学経済学部　伊東　光晴
招聘講演　テーマ：「次代の看護教育のあり方」
University of Michigan School of Nursing　Dr. Ada Sue Hinshaw
教育講演　テーマ：「医療保険の改革とこれからの医療」
日本福祉大学経済学部　川渕　孝一
シンポジウム1　テーマ：「看護教育の改革」
米国：University of California, San Francisco School of Nursing
Dr. Maria R. Warda
韓国：College of Nursing, Seoul National University
Dr. So Woo Lee
日本：名古屋市立大学看護学部　小玉香津子
シンポジウム2　テーマ：「医療・看護の変革に向けて問われるもの」
慶応義塾大学医学部　池上　直己
京都大学文学部　加藤　尚武
厚生省看護研修研究センター　田村やよひ
在宅看護研究センター　村松　静子
日鋼記念病院　西村　昭男
一般演題
会長講演
研究メンバーを募る会

参加費　会員・非会員共（大学院生を含む）8,000円　学生　2,000円
懇親会費　6,000円
学術集会事務局
演題申込み関係　〒461-8763　名古屋市東区大幸南1－1－20
名古屋大学医学部保健学科　看護学専攻基礎看護学講座内
日本看護研究学会東海地方会事務局
TEL & FAX　052－719－1574
参加申込み関係・その他
〒260-0856　千葉市中央区亥鼻1－2－10　日本看護研究学会
TEL 043－221－2331　FAX 043－221－2332

第25回日本看護研究学会学術集会一般演題募集

第25回日本看護研究学会学術集会に一般演題を下記の要領により募集します。平成11年度の開催地は静岡県浜松市です。開催日は，平成11年７月30日（金），31日（土），８月１日（日）です。発表形式は，口演または示説（ポスターセッション）とします。また，演題申し込みと同時に抄録原稿を提出していただきます。なお，申し込み時には，募集要項をよくお読みいただき，お間違いのないようにお願いいたします。多数の方のご発表をお待ちしています。

平成10年12月20日

第25回日本看護研究学会学術集会
会長　田島桂子

一般演題募集要項

Ⅰ　演題申し込み方法

1）本誌21巻５号折り込みの，一般演題申込用３連私製葉書に，所定の事項と，表に宛名を書き，それぞれの葉書に切手を貼り，それらを封筒に入れ書留で，日本看護研究学会東海地方会宛に郵送してください。

2）発表演題は，１題につき１組の演題申込用３連私製葉書を作成してください。

3）演題は下記の分類に該当するものを選び，その番号を葉書の所定欄に記入してください。ただし，演題数の都合で希望の分類が変更されることもあります。

１．基礎看護　２．看護技術　３．急性期看護　４．慢性期看護　５．小児看護
６．母性看護　７．地域看護　８．老人看護　９．精神看護　10．癌看護
11．感染看護　12．家族看護　13．ターミナル・ケア　14．看護管理
15．看護教育　16．看護診断　17．看護理論・倫理・哲学　18．看護史
19．看護工学　20．ケアマネージメント　21．看護独自の介入

4）発表形式は，口演または示説（ポスターセッション）のどちらかを選択してください。ただし，演題数の都合により一部変更することもありますのでご承知おきください。

A．口　　演
B．示　　説

Ⅱ　抄録原稿

1）本誌21巻５号折り込みの抄録原稿用紙を用い，この用紙の注意書きに従って，演題，発表者（○印付記），共同研究者およびそれぞれの所属と，本文には，目的，研究方法，結果，考察，結論を記入してください（演題発表後の発表要旨の提出はなくなりました）。

2）抄録原稿はタイプまたはワープロを用いて記入してください。

3）抄録原稿は所定の用紙1部とコピー3部を含め，全部で4部お送りください。この原稿は，そのまま学会誌に学術集会号として印刷されますので，郵送の際には厚紙の台紙を利用し，所定の折り目以外は付けないように注意してください。

Ⅲ　演題申し込み・抄録原稿締め切り日

演題申し込みと同時に抄録原稿を提出していただきます。
締切りは，平成11年3月5日（金）（必着）。

Ⅳ　演題申し込み資格

発表者・共同研究者はすべて本学会会員であることが必要です。演題申し込み・抄録原稿提出時に未入会の方がおりますと受理できませんので，未入会の方は3月5日（金）までに本部事務局へ入会の手続きをしてください。

本部事務局　〒260－0856　千葉市中央区亥鼻1－2－10
日本看護研究学会
TEL 043－221－2331　FAX 043－221－2332

Ⅴ　演題申し込み・抄録原稿送付先

〒461－8763　名古屋市東区大幸南1－1－20
名古屋大学医学部保健学科 看護学専攻基礎看護学講座内
第25回日本看護研究学会学術集会
日本看護研究学会東海地方会事務局（渡邉順子）
TEL, FAX 052－719－1574

※ 演題申し込み場所と学術集会会長の所属場所とは異なりますのでご注意下さい。

Ⅵ　研究メンバーを募る会申込み方法

研究テーマを持ち，研究メンバーを広く募ることを考えている方に，その場を提供するものです。指定（1ページ）に従ってメンバーを募りたい研究の趣旨を講演集に掲載して，指定の時間に希望者と会合できる場を設定いたします。研究テーマおよび要旨の締め切りは，一般演題と同様です。ご希望の方は，抄録原稿書式をお送りいたしますので，下記のFAX宛にご連絡ください。

連絡先：〒433－8558　浜松市三方原町3453
聖隷クリストファー看護大学　川畑　安正
TEL 053－439－1400（代表）　FAX 053－439－1406

◇宿泊等に関しては，1月下旬に下記旅行社より資料を送付致します。
日本交通公社　ＪＴＢ浜松支店
〒430－0933　静岡県浜松市鍛冶町312－18
TEL 053－454－6981 ／ FAX 053－452－0941
「第25回日本看護研究学会学術集会」係　　田中・本目・飯尾

会　　告　(2)

日本看護研究学会奨学会下記規定に基づいて，平成11年度奨学研究の募集を行います。応募される方は規定，及び次頁要項に従って申請して下さい。（第２回公告）

平成10年12月20日

日本看護研究学会
理事長　　草　刈　淳　子

日本看護研究学会奨学会規程

第１条（名　称）

本会を日本看護研究学会奨学会（研究奨学会と略す）とする。

第２条（目　的）

本会は日本看護研究学会の事業の一として，優秀な看護学研究者の育成の為に，その研究費用の一部を贈与し，研究成果により看護学の発展に寄与することを目的とする。

第３条（資　金）

本会の資金として，前条の目的で本会に贈与された資金を基金として，その金利をもって奨学金に当てる。

会計年度は，４月１日より翌年３月31日迄とする。

第４条（対　象）

日本看護研究学会会員として３年以上の研究活動を継続している者で，申請または推薦により，その研究目的，研究内容を審査の上，適当と認めた者若干名とする。

２）日本看護研究学会学術集会において，少なくとも１回以上発表をしている者であること。

３）原則として，本人の単独研究であること。

４）推薦の手続きや様式は別に定める。

５）奨学金は対象研究課題の１年間の研究費用に充当するものとして贈る。

６）研究が継続され，更に継続して奨学金を希望する者は，改めて申請を行うこととする。

第5条（義　務）

この奨学金を受けた者は，対象研究課題の1年間の業績成果を次年度，日本看護研究学会学術集会において口頭発表し，更に可及的早い時期に日本看護研究学会会誌に論文を掲載し公刊する義務を負うものとする。

第6条（罰　金）

奨学金を受けた者の負う義務を怠り，また日本看護研究学会会員として，その名誉を甚だしく毀損する行為のあった場合は，委員会が査問の上，贈与した奨学金の全額の返還を命ずることがある。

第7条（委員会）

本会の運営，審査等の事業に当たり，日本看護研究学会理事会より推薦された若干名の委員によって委員会を設ける。

2）委員会に委員長を置き，本会を総括する。

3）委員会は次の事項を掌務する。

① 基金の財産管理及び日本看護研究学会理事長への会計報告

② 奨学金授与者の選考，決定及び理事長への報告

③ 授与者の義務履行の確認，及び不履行の査問，罰則適用の決定及び理事長への報告

④ 奨学金授与者の選考及び授与者の義務履行については，別に定める。

第8条

委員会より報告を受けた事項は，日本看護研究学会理事長が総会に報告する。

第9条

奨学金を授与する者の募集規程は，委員会において別に定め，会員に公告する。

第10条

本規程は昭和54年9月24日より発効する。

付　則

1）昭和59年7月22日　一部改正（会計年度の期日変更）実施する。

2）平成6年7月29日　一部改正（会則全面改正に伴い）実施する。

3）平成8年7月27日　一部改正実施する。

日本看護研究学会奨学会
平成11年度奨学研究募集要項

1．応募方法

1）当奨学会所定の申請用紙に必要事項を記入の上，鮮明なコピー6部と共に一括して委員長宛（後記）に書留郵便で送付のこと。

2）申請用紙は返信用切手80円を添えて委員長宛に請求すれば郵送する。

3）機関に所属する応募者は所属する機関の長の承認を得て，申請者の当該欄に記入して提出すること。

2．応募資格

1）日本看護研究学会会員として3年以上の研究活動を継続している者。

2）日本看護研究学会学術集会において1回以上の発表をしている者。

3）原則として本人の単独研究であること。

3．応募期間

平成10年11月1日から平成11年1月20日の間に必着のこと。

4．選考方法

日本看護研究学会奨学会委員会（以下奨学会委員会と略す）は，応募締切後，規定に基づいて速やかに審査を行い当該者を選考し，その結果を理事長に報告，会員に公告する。

5．奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

委員長　木　場　冨　喜（鹿児島純心女子大学教授）
委　員　中　島　紀恵子（北海道医療大学教授）
　　野　島　良　子（広島大学教授）
　　波多野　梗　子（愛知県立看護大学学長）
　　前　原　澄　子（三重県立看護大学学長）

6．奨学金の交付

選考された者には1年間15万円以内の奨学金を交付する。

7．応募書類は返却しない。

8．奨学会委員会の事務は，下記で取り扱う。

〒260-0856　千葉市中央区亥鼻1－2－10
日本看護研究学会
奨学会委員会
委員長　　木　場　冨　喜

（註1）　審査の結果選考され奨学金の交付を受けた者は，この研究に関する全ての発表に際して，本奨学会研究によるものであることを明らかにする必要がある。

（註2）　奨学研究の成果は，次年度公刊される業績報告に基づいて奨学会委員会が検討，確認し理事長に報告するが，必要と認めた場合には指導，助言を行い，又は罰則（日本看護研究学会奨学会規定第6条）を適用することがある。

▼ 一歩進んだケアをサポート！ 南江堂の看護関連書籍と雑誌

隔月刊 がん看護

★がん患者のQOL向上を基本的視点に，がん看護に携わるスタッフのさまざまなニーズに応え，ご好評を得てまいりました隔月刊雑誌です．

一冊定価（本体1,500円＋税）
A4変型判／本文88頁平均
年間購読料（本体9,000円＋税）
年間購読は送料弊社負担

購読予約は下記（弊社営業部）まで

好評発売中

1998年『がん看護』第3巻
通年特集：がんの痛みのケアのために
No.1（1～2月号）：がんの痛みはどうして起こるか
No.2（3～4月号）：がんの痛みのアセスメント
No.3（5～6月号）：がんの痛みに原因療法・対症療法はどこまで有効か
No.4（7～8月号）：痛みを直接対象とした薬物療法と看護ケア
No.5（9～10月号）：がんの痛みに対する看護介入
No.6（11～12月号）：がん疼痛マネジメントの現状とこれからの課題

1999年『がん看護』第4巻（発売予定）
連載特集：ここまで進んでいる症状緩和の技術
No.1（1～2月号）：呼吸系の障害と緩和ケア
No.2（3～4月号）：消化・排泄系の障害と緩和ケア
No.3（5～6月号）：神経系，運動の障害と緩和ケア
No.4（7～8月号）：悪心・嘔吐，口内炎，倦怠感と緩和ケア

▼ 好評発売看護書籍のご案内

ナーシング タイムセーバー

臨床ナースが，限られた時間の中で，効率的に知識を習得できるよう編集された実践マニュアル

体液・電解質の障害と看護ケア 訳●足利幸乃・櫻井利江 ■A5判／254頁 定価（本体3,500円＋税）
循環器障害と看護ケア 訳●櫻井利江・足利幸乃 ■A5判／342頁 定価（本体3,800円＋税）

Evidence-Based Nursing 看護実践の根拠を問う

編集●小松浩子・菱沼典子 ■B5判／214頁 定価（本体3,000円＋税）

看護ケアの科学的な拠り所と，それらの根拠を応用した実践的なアプローチを呈示しました．臨床の場で蓄積されてきた看護ケアの経験的な知と技を科学的な看護知識として体系化しようと試みた本書は，より質の高い看護をめざして，看護学と臨床看護の発展に努める研究・教育者，臨床スタッフ必読の書です．

これでわかる心電図の読み方と心臓病

著●清野精彦 ■AB判／150頁 定価（本体2,500円＋税）

わかりやすく，しかし必要なことは省略せず，かつ正確に，を編集方針として，心臓の働きから心電図・基本波形の基礎知識，不整脈・虚血性心疾患・心臓ペーシングの心電図の実際まで，心電図の読み方を病態・治療法と結びつけて解説しました．CCU・ICUから一般病棟・外来まで，心電図を正しく十分にマスターしたいナースのための最新テキストです．

フレッシュナース必携

臨床看護実践マニュアル 内科編

編集●井部俊子・佐藤エキ子 ■B6判／574頁 定価（本体4,600円＋税）

疾患や症候のみかたから，癌・終末期患者のケア，与薬の知識，看護援助技術のコツ，コミュニケーションスキルなど，実際の看護に必要な課題をもれなくカバーしました．とくに看護の視点にもとづいた疾患や症候のみかたや的確なアクションの解説は，具体的で実践的なものとなっています．

読み方つき医学・看護略語辞典

編集●南江堂看護編集部 ■新書判／392頁 定価（本体2,500円＋税）

略語には読み方を，漢字にはふり仮名をつけた実用本位のポケッタブルな略語辞典です．カルテおよびその他の臨床記録，臨床現場でドクターやナースが頻繁に用いる略語を中心に，医学・看護関連略語約7,700語を収載しました．読み方に迷ったとき，耳から聞いてわからないとき，本書が傍にあれば疑問はすぐに解決できます．

南江堂

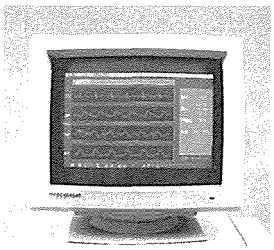
〒113-8410 東京都文京区本郷三丁目42-6
Tel. 03-3811-7239 Fax. 03-3811-7230（営業）

M64 生体シミュレーター（心臓病用）A. V. P.トレーニングシステム

“イチロー”

指導：臨床心臓病学教育研究会　会長　高階　經和
東京工業大学　教授　清水　優史

頸静脈波・動脈拍動・心音・心尖拍動・呼吸音・心電図がライブに再現!!



（シミュレーション中はECG・CAP・JVP・ACGの波形が動画でモニターされます。）

MODEL 40　総合カタログ、パンフレット進呈

〈特　　長〉

1. 心音については、患者から収録した心音をデジタル化して（A. P. T. M）の各部位から4チャンネルで実際に近い音を聴くことができます。
   また、解説では（A. P. T. M）の心音図を見ることもできます。
2. 動脈波形・頸静脈波形・心尖拍動波形がコンピューターのエアー制御により、モニター上のECGと完全に同調した状態で触診できます。
   また、解説ではECG・CAP・JVP・ACGの波形を静止画像として見ることもできます。
3. モニター画面では、シミュレーション中ECG・CAP・JVP・ACGの各波形が動画として描かれる他、心拍数血圧・体温・呼吸数も表示されます。

SINCE 1891

医学・看護教育、理科・産業教育用

（標本・模型・シミュレーター・実験機器・X線ファントム）

製造販売

株式会社 京都科学

本　社／〒612 京都市伏見区下鳥羽渡瀬町35-1
教育機器部　TEL（075）605-2510
FAX（075）605-2519

東京支店／〒112 東京都文京区小石川5丁目20-4
教育機器課　TEL（03）3817-8071
FAX（03）3817-8075

目　　次

－原　著－

速乾性擦り込み式消毒剤の日和見感染菌に対する消毒効果の比較検討 …… 9

香川医科大学第一内科集中治療部　田中輝和
西岡信子
安田壽賀子

第23回日本看護研究学会講演記事（4）

ミニシンポジウムC …… 17

メインシンポジウム …… 33

CONTENTS

…… Original Paper ……

Effect of Quick Drying Rubbing Type Disinfectant Solutions against Opportunistic Pathogens …… 9

First Department of Internal Medicine, Intensive Care Unit, Kagawa Medical University : Terukazu Tanaka
: Nobuko Nishioka
: Sugako Yasuda

－原　著－

速乾性擦り込み式消毒剤の日和見感染菌に対する消毒効果の比較検討

Effect of Quick Drying Rubbing Type Disinfectant Solutions against Opportunistic Pathogens

田中輝和　西岡信子*　安田壽賀子*
Terukazu Tanaka　Nobuko Nishioka　Sugako Yasuda

キーワード：速乾性擦り込み式消毒剤，日和見感染菌，手指消毒
quick drying rubbing type disinfectant, opportunistic pathogens, hand finger disinfection

Ⅰ．緒　言

Intensive Care Unit（ICU）では，意識レベルの低下した患者が多く，これらの患者では各種のカテーテル，長期の人工呼吸器の装着等の医療処置を施されることが多い。その結果，compromised host（易感染宿主）として日和見感染菌による感染症発症の危険性が高くなる。このような状況を把握した上で，ICUの医療従事者は，より効果的な院内感染防止対策を考え，実施しなければならない。なかんずく，医療従事者の手指を介した交差感染の防止が重要であることは周知のことであるが[1,2]，多忙を極めるICU看護者にとっては手指消毒手技の簡便さも院内感染防止対策上重要な要素の一つである。

今回，我々は，簡便かつ確実な手指消毒法を確立する目的で，3種の速乾性擦り込み式消毒剤の消毒効果を，ICU看護者の患者処置後の手指の除菌効果を指標にして比較した。

Ⅱ．研究方法

1．消毒剤

研究に供した速乾性擦り込み式消毒剤は次の3種類である。

ポビドンヨード製剤（PVP－Ⅰ，明治製菓株式会社）；ポビドンヨード5㎎（有効ヨウ素として0.5㎎）／㎖含有。

塩化ベンザルコニウム製剤（BAC，日本製薬株式会社）；塩化ベンザルコニウム2㎎／㎖含有。濃塩化ベンザルコニウム50製剤[3]（BAC 50，日本製薬株式会社）；濃塩化ベンザルコニウム50　3.9㎎／㎖含有。本剤は従来の塩化ベンザルコニウム製剤に比し，有機物の混在下でも不活化されにくい製剤である。

上記3種の消毒剤は，速乾性を付加するために溶剤としてエタノールを76.9～83%加えた液剤である。

2．消毒効果の判定方法

対象患者はICU入室中の14名であり，これらの患者からは，メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）や，緑膿菌等の日和見感染菌が，咽頭ぬぐい液及び喀痰等から検出されている（表1）。実験に参加したICU看護者4名の鼻腔からは，MRSAが検出されないことが確認された。

看護者は患者処置前に消毒剤による手洗いを行い，日和見感染菌等の汚染のないことを確認した。患者処置後（体位変換，清拭，口腔内ケア，喀痰吸引など），3種いずれかの速乾性擦り込み式消毒剤3㎖を手指にスプレーし，手指全体に擦り込み，完全に乾燥した後，パームスタンプ用SCDLP培地（日研生物医学研究

香川医科大学第一内科，集中治療部*　First Department of Internal Medicine, Intensive Care Unit*, Kagawa Medical University

所製）に手指をスタンプし[9]，37℃，16～72時間培養後，菌種の同定及び菌数の算定を行った。

Ⅲ．研究結果

患者処置後の看護者の手指からは，Bacillus 属の細菌に混じって，患者由来と考えられる各種の日和見感染菌が認められた（図1）。患者処置後，速乾性擦り込み式消毒剤で消毒した手指に残存する日和見感染菌と，そのコロニー数を表1に示す。14名中12名の患者の咽頭ぬぐい液や喀痰から，MRSA が単独或いは他の日和見感染菌と共に分離されていたが，患者処置後，速乾性擦り込み式消毒剤で手指消毒した4名の看護者のパームスタンプ56枚中3枚にのみ MRSA の残存が認められた。一方，皮膚常在菌ではあるが，日和見感染を惹起する原■菌として近年問題になっているコアグラーゼ陰性ブドウ球菌（CNS）は，1名の患者を除き他の全ての患者処置後，消毒した手指から検

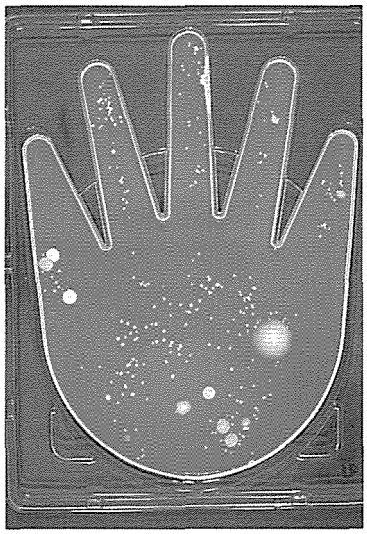


図1　患者処置後の看護者のパームスタンプの1例

表1　患者処置後の手指に対する速乾性擦り込み式消毒剤の消毒効果

pt	Nurse 1		Nurse 2		Nurse 3		Nurse 4		Organisms isolated from patients
	PVP-I	BAC BAC50	PVP-I	BAC BAC50	PVP-I	BAC BAC50	PVP-I	BAC BAC50	
1			CNS 1		CNS 1 CNS 1				P. aeruginosa, MRSA, E.cloacae, X.maltoph.
2			MRSA 52				CNS′ 1 CNS′ 1 CNS′ 1		P.aeruginosa, MRSA, S.intermed.
3			E.faec. 1 CNS 2				CNS 1		P.aeruginosa, X.maltoph
4	Cand. 1	CNS 24					Cand. 1		X.maltoph, S.epldermid, Candida albicans
5		CNS 1	CNS 1				CNS 1 Flavo. 1		S.aureus, MRSA, S.marcescens
6		CNS′ 3	CNS′ 100				CNS′ 2		E.cloacae, MRSA
7	CNS 5	CNS 1 MRSA 1							MRSA, P.aeruginosa
8	CNS′ 12						CNS′ 6 CNS′ 4		P.aeruginsa, MRSA
9	CNS′2								MRSA
10									MRSA, K.pneumoni, P.mirabilis
11	CNS′ 1		CNS′ 1						MRSA, P.aeruginosa, S.marcesc.
12					CNS 1				MRSA
13			CNS 3				CNS 4		MRSA, P.aeruginosa,
14	CNS 2		MRSA 2 CNS 9						MRSA, P.aeruginosa,

CNS：coagulase negative Staphylococci　CNS′：antibiotics-resistant CNS

cand.：*Candida albicans*　Flavo：Flavobacterium species　表中の数字は残存コロニー数を示す

出されている。中でもMRSAと同様にメチシリン耐性を獲得し，治療上問題となっている抗生剤耐性コアグラーゼ陰性ブドウ球菌（CNS^r）が消毒後の手指に残存していることが最も多く認められた（表1）。患者処置後，消毒した手指に残存するMRSAの菌数は，BACでは54個，BAC 50では1個であったが，PVP－Iによる消毒後には全く認められなかった（図2）。CNSの残存菌数は，BAC消毒後には12個，BAC50では22個検出されたが，PVP－I消毒後には検出されなかった（図3）。CNS^{r}はBAC消毒後の手指から123個，BAC 50消毒後には33個，PVP－I消毒後の手指からは4個の残存細菌によるコロニーが検出された（図4）。他にも，BAC消毒後の手指には腸球菌及びFlavobacterium属の残存が確認され，又，PVP－IとBAC 50による消毒後には*Candida albicans*の残存が認められた。

以上の結果から，消毒後の手指に残存する日和見感染菌の菌数は，3種の速乾性擦り込み式消毒剤のうちPVP－Iを使用した場合が最も少ないことが明らかになった。より確実な消毒効果を期待する目的で，速乾性擦り込み式消毒剤による消毒を2回繰り返し行い，手指残存細菌数を1回消毒後のものと比較した。4名の患者処置後における手指消毒効果を表2に示す。1

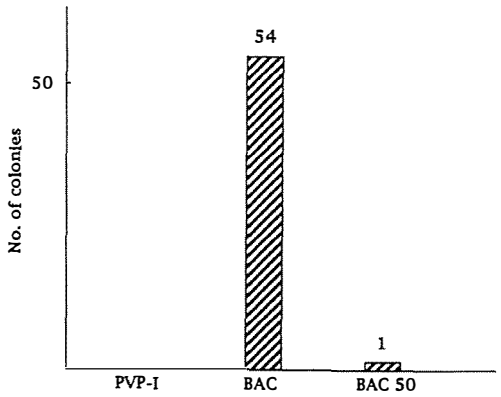


図2　速乾性擦り込み式消毒剤による消毒後，手指より分離されたMRSA菌数

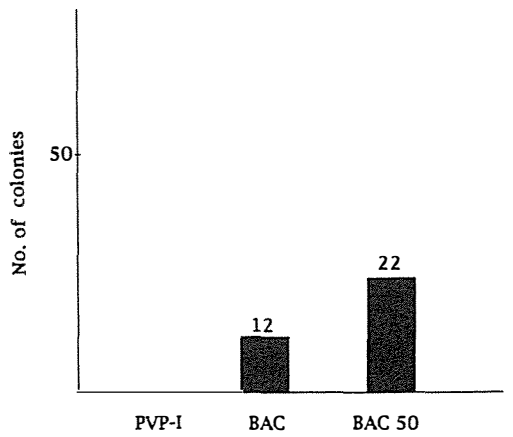


図3　速乾性擦り込み式消毒剤による消毒後，手指より分離されたCNS菌数

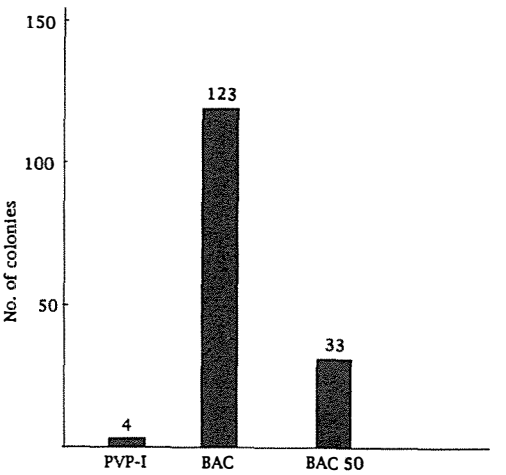


図4　速乾性擦り込み式消毒剤による消毒後，手指より分離されたCNS^{r}菌数

表2　速乾性擦込式消毒剤2回使用後の手指消毒効果

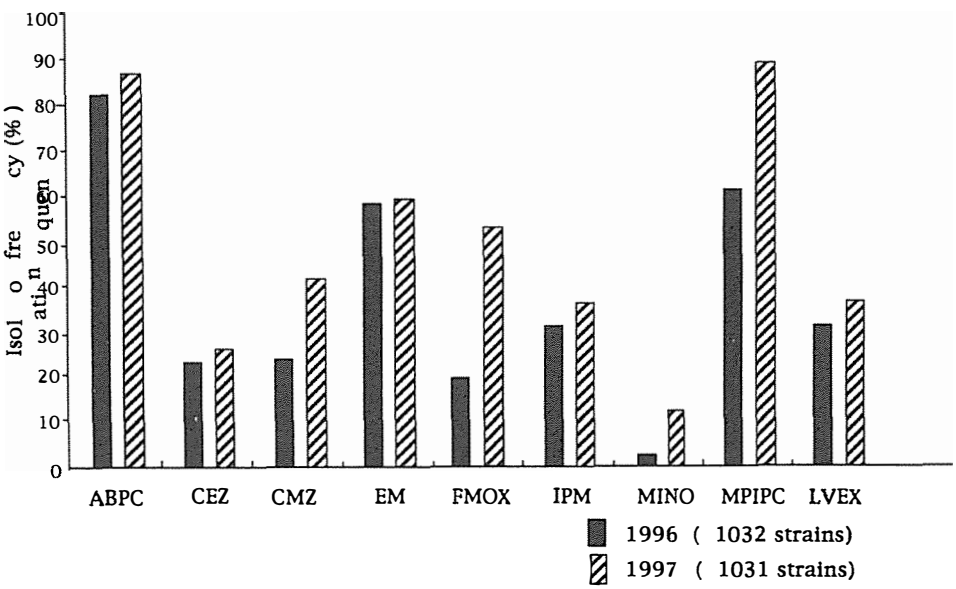
Disinfectant	No.of colonies on the Palm stamp		
	After disinfection once		After disinfection twice
PVP-I	CNS	0	0
	CNS^r	1	0
	MRSA	0	0
BAC	CNS	2	0
	CNS^r	0	0
	MRSA	2	0
BAC 50	CNS	8	0
	CNS^r	9	0
	MRSA	0	0

回の消毒後にはMRSA，CNS，CNS^r の残存が認められたが，2回消毒を行った後では，いずれの消毒剤にても残存細菌は検出されなかった。

IV. 考　察

ICU 入室患者には，重篤な基礎疾患を有し免疫力の低下を伴う患者が多く，その結果，日和見感染菌等による難治性感染症が発症し，死に至る患者も存在する。それ故，ICU における院内感染を防止する為の具体的な対策を立て実行することは極めて重要なことであるが，日常の業務の中でそれを完遂することは，現実的には非常に難しい[5,6]。特に，患者に直接接触する医療従事者の手指の消毒には万全の注意を払わなければならない。しかし，一方で多忙を極め，他方では緊急性を要求される ICU の医療従事者にとって，消毒手技の簡便さも手指消毒が確実に実行されるための重要な要素の一つである。

今回検討に供した速乾性擦り込み式消毒剤は，簡便さという点で従来の消毒剤にない利点を有しており，又，*in vitro*（試験管内）の実験において，優れた殺菌力を有していることが報告されている[7~10]。しかし，実際の手指消毒の効果を判定する際には，消毒剤と対象となる細菌の他に，手指上の種々の因子や消毒手技上の問題等が関与してくると考えられる。それ故，我々は患者処置を行った ICU 看護者の手指を速乾性擦り込み式消毒剤で消毒し，残存細菌を検出することによって，実際に医療行為を行う際の，より有効な手指消毒の方法を見出すことができると考えた。1回の消毒に使用された消毒剤が3 mlである事は計測して確認した。BAC 及び BAC 50による消毒後の手指には，MRSA の残存も確認されたが，特に皮膚常在菌である CNS が多数残存していた。実験に参加した全ての ICU 看護者は患者処置前に十分に手洗いを行い，CNS 等も検出されないことが確認されているので，今回，消毒後の手指から検出された CNS は患者由来の菌か，あるいは空中浮遊細菌であると考えられる。CNS の病原性に関しては必ずしも明確でないが，いわゆる compromised host（易感染宿主）の増加に伴い，特に院内感染の起炎菌として無視できなくなってきている[11]。中でもメチシリンに耐性を示す CNS^r は MRSAと同様に耐性遺伝子によって支配されている可能性が考えられ，これらの菌株は，アミノ酸糖体やβ－ラクタム系薬剤に対し耐性を有する菌の割合が高く，CNS では黄色ブドウ球菌に先行して多剤耐性化



■5　香川医科大学附属病院で分離されたコアグラーゼ陰性ブドウ球菌（CNS）の各種抗生物質に対する耐性率

が進んでいたとの報告もある[12]。■5は，香川医科大学医学部附属病院において1996年と1997年に検出されたCNSの種々の抗菌剤に対する耐性分布を示したものであるが，耐性菌の増加が顕著である。以上の状況に鑑み，院内感染防止対策上，病原細菌だけでなく，CNS特にCNS^{r}をも標的とした消毒方法の確立が重要である。

今回の実験では，繰り返し2回手指消毒（約2．5分）を行った場合，いずれの消毒剤でも日和見感染菌の残存は認められなかった。しかし，多忙を極めるICU看護者が，日常の業務の中で常に2回の手指消毒を実行することは困難である。又，看護者にとって従来から問題となっている手荒れ[13]を最小限に抑えるという点からも擦り込み回数が少なく，かつ確実な消毒効果の得られる消毒剤の選択が重要である。今回の実験から，1回の擦り込み消毒後の手指に残存する細菌数は，PVP－I製剤による消毒後最も減少することが明らかになった。それ故，MRSAやCNS^{r}等を含む日和見感染菌による院内感染防止対策を考える上で，PVP－I製剤による手指消毒が簡便かつ最も有効であると考えられる。

V．結　論

速乾性擦り込み式消毒剤3剤（ポビドンヨード製剤：PVP－I，塩化ベンザルコニウム製剤2剤：BAC及びBAC50）について，ICU入室患者（14名）処置後の看護者（4名）の手指消毒効果を比較検討した。

MRSAや緑膿菌等の日和見感染菌が検出された患者の処置後，速乾性擦り込み式消毒剤で消毒した手指に残存する日和見感染菌の菌数を測定した結果，ポビドンヨード製剤が2種の塩化ベンザルコニウム製剤に比し，優れた殺菌効果を示した。殊に，院内感染防止対策上問題となっているMRSAや抗菌剤耐性コアグラーゼ陰性ブドウ球菌（CNS^r）に対しても，ポビドンヨード製剤が最も有効であった。

要　約

ICU入室患者14名（MRSAを含む日和見感染菌を検出）の看護者4名による看護処置後の手指を，速乾性擦り込み式消毒剤であるポビドンヨード製剤（PVP－I），塩化ベンザルコニウム製剤2剤（BAC及びBAC 50）で消毒し，その効果をパームスタンプ法で判定した。3種の消毒剤による消毒後の手指残存細菌を比較すると，メチシリン耐性コアグラーゼ陰性ブドウ球菌（CNS^r）はいずれの薬剤による消毒後も検出される場合はあったが，ポビドンヨード製剤による消毒後では他の2剤に比し残存細菌は少数であった。又，MRSA，CNSは，ポビドンヨード製剤による消毒後には検出されなかった。速乾性擦り込み式消毒剤による消毒後，手指に残存する日和見感染菌の菌数は，ポビドンヨード製剤を用いた場合が最も少なく，その有効性が確認された。殊に抗菌剤耐性が問題となっているMRSA，CNS^{r}に対しても，ポビドンヨード製剤が最も有効であった。

Abstract

Antiseptic effect of quick drying rubbing type disinfectant solutions, povidon-iodine alcoholic solution (PVP-I), two kinds of benzalkonium chloride alcoholic solutions (BAC and BAC50) was examined on the palms of 4 nurses after treating the patients by the palm-stamp method. The patients were infected with MRSA or opportunistic pathogens in the ICU of Kagawa Medical University Hospital. After disinfection by PVP-I alcoholic solution, the number of surviving bacteria on the palm, especially staphylococci or MRSA, was extremely reduced in comparison with those after

treatment with BAC or BAC50 alcoholic solution. These findings indicate that PVP-I alcohlic solution has more antiseptic effect on opportunistic pathogens on palms of nurses after treating patiensts in ICU infected with the pathogens than both of benzalkonium chloride alcoholic solutions.

VI. 文　献

1) Garner JS et al: Guideline for handwashing and hospital environmental control. Am J Infect Control, 14, pp. 110～126, 1986.

2) Garner JS: Guideline for isolation precautions in hospitals. Inf Control Hospital Epidemiol, 17, pp. 54～80, 1996.

3) Jono K et al: Effect of alkyl chain length of Benzalkonium Chloride on the bactericidal activity and binding to organic meterials. Chem Pharm Bull, 34, pp. 4215～4224, 1986.

4) Takasaki N et al: Simple method for evaluation of hand finger disinfectant by the palm stamp method. J Environment Contl Techniq, 7, pp. 76～81, 1989.

5) Yamazaki H et al: Countermeasures against infections at ICU. Jap J Intensine Care Med, 5, pp. 753～756, 1981.

6) Yamamoto Y et al: Multidrug resistant *Staphylococcus aureus* infections in ICU and countermeasures against them. Jap J Intensive Care Med, 8, pp. 761～765, 1984.

7) 川名林治他：擦式乾燥消毒剤HAD手洗液のグローブ・ジュース法による消毒効果の検討. 診療と新薬, 28, pp189～194, 1991.

8) Kirita T et al: Efficacy and safety of a quick drying rubbing type povidone-iodine alcoholic disinfectant solution. Postgrad Med J, 69 (suppl 3), pp. 27～32, 1993.

9) 坂上吉一他：擦式消毒剤の殺菌力に関する検討. 医薬ジャーナル, 30, pp. 1655～1663, 1994.

10) 大ヶ瀬浩史他：速乾性擦式アルコール手指消毒剤による指先, 指間の消毒効果, 日環感, 10, pp. 31～35, 1995.

11) 小林寛伊：常在菌の同定とその感染 *Staphylococcu epidermidis*. 臨床検査, 38, pp. 539～546, 1994.

12) 野々口律子：本邦において分離され始めた4′, 4″－アデニリル転移酵素を産生するコアグラーゼ陰性ブドウ球菌の分離状況について. 感染症学雑誌, 58, pp. 569～582, 1984.

13) 小林寛伊他：手荒の少ない速乾性擦式手指消毒剤の開発と評価. 手術医学, 17, pp. 303～305. 1996.

(平成10年7月10日受付)

第　23　回

日本看護研究学会学術集会

講　演　記　事　（4）

平成9年7月24日（木）・25日（金）

会　長　　河　合　千恵子

於　久留米市石橋文化センター
〒830　久留米市野中町1015
TEL　0942－33－2271

◆ミニシンポジウムC◆

より豊かな看護を求めてのケアマネージメント

—ホスピスケアにおけるケアマネジメント—

（魂の安らぎを目ざして）

社会福祉法人聖嬰会イエズス聖心病院
泉　　キリ江

ケアマネージメントには，ケアの方法から入る方法と，問題解決から入る方法があるのではと，日頃感じております。ホスピス5年目を迎える今日，患者さん，家族に導かれながら歩んでいる，私たちの理想への過程をここでは申し上げて，ケアマネージメントに必要な要素のポイントを明らかにし，学びとしたいと考えます。

1．ホスピスケアの目指すもの：

「ホスピスはケアの哲学です」とはアルフォンス・デーケン氏の言葉ですが，私たちは，「ホスピスケアは

① 援助プログラムです

② 患者さん，家族が中心です

③ そして身体と心と魂の安らぎこそ大切です」

と謳いました。

「看護は患者さんが中心」ということは，私の看護学生の頃から言われていました。しかし，実際には「患者さんが中心」のケアは非常に難しいということを体験しております。ホスピスは限りなく患者さん，家族が中心であり，かつ，限りなく個別性を大切にしたいと思い，それがどこまで広く深くできるかによって，ホスピスの質が決まるとも思います。それには患者さん，家族をスタッフの一員と位置づけることが大切でしょう。スタッフが患者さん，家族の要請を受け，一緒に考え，分かち合いながら求めるものを選択していくあり方です。それが，実現できた時，そこには安らぎ，平和，力も，生まれ出るように思われます。

2．私は一人の患者さんの日記の一部を抄録に載せさせていただきました。

〈入院中の日記から〉

私は今，とても充実しています。ホスピスの一室で，朝3時に目覚めようと，4時に目覚めようと，目覚めることがうれしくて，心うきうきしています…。病気にならなければ，このみこころホスピスに入院しなければ気づくことができなかったのではないだろうか。今はちょっと言葉が過ぎますが，病気になってよかったとさえ思っています。（星野富弘さんの言葉を思い出している）又，もう一つは，Kさんに自分自身を見つめる機会を与えていただいたと思っています。インタビューの機会を与えて下さったからこそ..。

ホスピスケアに入院しての感想

緩和ケア①痛みの苦痛の除去，それだけではない。②心の緩和ケアがもっとも大きい。人生の中で最も大切なこと，人との関わり，信頼関係。

彼女は看護教師でした。自らホスピスを選ばれた方でした。彼女のホスピス選択の目的は疼痛の緩和と，仕事を続け，仕事に節目をつけることでした。しかし，彼女によればホスピスで得たもので最も大きかったのは疼痛の緩和ではなく，心の緩和ケアであった，それには人との関わり，信頼関係だというのです。そして彼女は，”看護は心です”と言い切りました。”看護は心，クールさだけでは看護はできない”と。

看護は心と言っても，実際に心は見えないと普通は思うでしょう。しかし，”心が見える”といった患者さんを今，思い出します。彼は58歳の男性で末期癌の方でした。”土壇場になると人の心が見えるなー，看護婦さん一人一人も違うしなー，足をもんでもらっても温かさが違うよ”と，言われるのです。この患者さんにとって，心は見えない，触れ得ないものではなく，見えるものであり，具体的現実だったのです。土壇場になると心が見える，非常に印象深いことばです。

今もその余韻が残っています。

近代ホスピスケア創始者と言われるC・ソンダース博士はホスピスは場所ではなく，態度であり，技術だと言っておられますが，看護は心と言った方の「心」とソンダース博士の態度とは同質なものではないでしょうか。

心はことばによって，或いは態度によって表現されます。先の患者さんが"顔と目を見ると心は見える，ただ自分の心だけは見えない"と言いました。わたしはホスピスにおけるケアマネージメント，魂の安らぎを目指すということは，この心のケア，人との関わり，信頼関係が出来る状態を造り出していくことだと考えています[注1]（表1）。そこから心のケアのキーワードが生まれ出るとも考えます。

表1．聴　く　態　度

1) 裁かない
2) 驚くことなく，呆れることなく
3) 好奇心から，秘密を探らない
4) お説教をしない
5) 批評や，批判をしない
6) インスタント的アドバイスをしない
7) 加害者を見なされる人を攻撃しない

聖コロンバン会キリスト教講座

1) それにはまず，自由の保障と申しますか患者さん，家族を操作コントロールしないことです。例として先の看護教師のことばに戻ります。持続皮下注射をしていた彼女が"痛いのよね"と，言った時に，看護婦が即座に，"早送りしましょうか"と，言いました。その時，彼女は"あなた方のその態度は私にとっては非常にプレッシャーなのよ私の心をコントロールしないで頂戴"と，言いました。そのやりとりに看護婦はショックを受けましたが，そのことばによってホスピスケアが何なのかを知りましたと，言ってくれました。

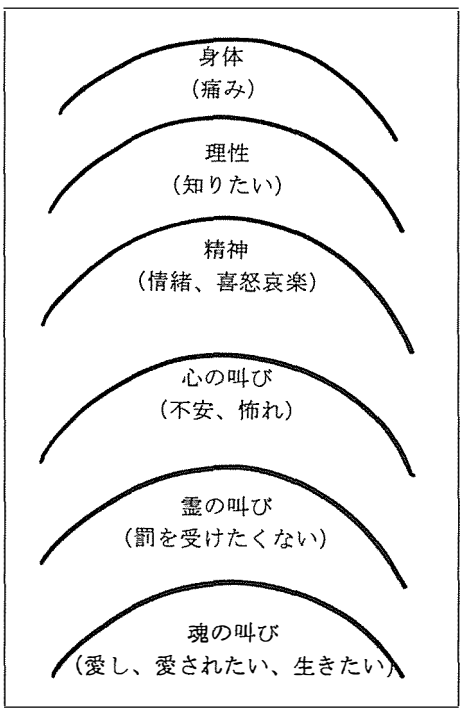
患者さんが中心なのか，私が中心なのかこれがケアの評価識別のしるしかと考えます。このことは，ホスピスといえども容易ではありません。看護者も医者も，いや，人は皆，他をコントロール，操作したいもののようです。学校では操作のあり方を教わったようなもので，それがわたしたちの技術，テクニックです。これは必要なものです。しかし，技術，テクニックは相手に求められたときに提供するものでしょう。"痛い"と聞けば，もっと痛みの内容を聞き，検討し，同一線上で考え，選択する姿勢が必要です。

2) そのような関わりを同一目線での関わり[注2]（表2）ということは出来ないでしょうか。相手の心のレベルに合わせる，共感の姿勢とも言えますし，同時にそれは一人一人の知性とも関係してきます。相手の心の動きを見，自分の心を動かす知性，バランス感覚です。そして，互いに考え，感じていることを自分のことばで表現し応えるあり方です。決して上下の関係ではなしに。

患者さんをケアチームの一員と考えるならば，この同一目線と言うことは理解できるでしょう。

そのような関わりの結果として，自ずと信頼関係

表2．全　人　的　ケ　ア



イギリスのエイズホスピスパストラルケア

が出来，利用者は安らぎを得ることになります。一人の患者さんの日記は心のケアをする看護婦の条件をも自然に顕わにしてくれます。

ひとつめは①正直さ，誠実さ，温かさです。②知性，叡知です。③「今」との関わりの出来る人，「ちょっと待って」を避けること，同時に，私は点としてではなく，線としての関わりを勧めます。④操作，コントロールするのではなく，患者さん，家族の個別性に学ぶ態度の謙虚さが必要です。

では，このようなスタッフを育てるには何が必要なのかと申しますと，全く現場の体験ですが，次の点を挙げたいと思います。

1) スタッフの自発性，個別性を大切にすること。
人はコントロールされるからコントロールしたくなるのだと思われます。看護婦たちの自発性を尊重して何が生まれたかと申しますと，①看護の2交代制と，2人夜勤，②制服の自由化，③勉強会，新人教育，④デスサマリーの簡素化，⑤2人受け持ち制，etc です。

2) 又，ホスピスケアをしたい人たちの集まりであることも大切です。

3) 介護者の数のキープも又，大切でしょう。現在，15床，13名の看護婦，2人の助手，110名のボランティアがいます。

以上のことから，一人の看護教師の日記を通して，魂の安らぎを求めてのケアをマネージするのに，いくつかのキーワードが与えられましたが，これは，ホスピスに固有なものではなく，人間の本来的，根元的望みが「自分が大切にされていることの実感」にあることを考えますと，大切にする関わりこそ，ケアなのだと思えてなりません。そのためにもホスピスの現場で，

① 相手を操作，コントロールする傾向に気付くこと。
② スタッフ間の格差を最小限にすること。
③ 看護を提供する中で，ムリ・ムラ・ムダをなくすこと。
④ デスカンファレンスをより学びの場にすること。

以上を今後の課題として，やや質的面に傾いた感がいたしますが，終わらせていただきます。

注1．コミュニケーションは聴くことから始まる。信頼関係を深めるためには，話すことよりも，聴くことの方が必要である。
聴くための態度を意識し，訓練することが，求められる。

注2．同一目線と言うとき，身体の目線と同様，精神的（心）同一目線もあると考える。心の同一目線，相手の話，ことばがどのレベルで語られているのか，同一レベルでの応えをしなければ，共感はあり得ず，心の安らぎも得られないと思われる。

◆ミニシンポジウムC◆

より豊かな看護を求めてのケアマネージメント

訪問看護ステーション開設までの歩み

あさお訪問看護ステーション所長
㈲メディケアジャパン代表取締役　金森律子

私が訪問看護の必要性を考えるようになったのは今から約13年前になります。大学病院の内科病棟に勤務しているとき，癌のターミナルや，ALSのような難病の入院患者がその大半を占めていました。夜勤は50床に看護婦2～3人ときびしい条件でした。鎮痛剤として麻薬が使用されますので患者に幻覚，幻聴がおこってきます。患者は狭いベッドの上。しかも点滴や，鼻からの経管栄養，バルンカテーテル，硬膜外チューブ，ECGモニターコードなどが身体についている状況です。「俺は家に帰るんだ，そこに息子が迎えにきているんだ，畳の上で死にたいよー」と絶叫とともにチューブ類を引き抜き，ベッドから降りようとされる方もいます。すると私たち看護婦はベッド柵を高くし，抑制帯で手足をしばることで転落防止をはかり，安全管理の当然の処置としていたわけです。私は，この姿を見るたびに心に痛むものがありました。人間は抑制され，圧迫されると，それに抵抗する心理状態が働きます。ゆえに，その原因を取り除いてあげると療養上もよいのではないか。患者が希望する在宅療養をさせてあげたい。

そして，その具体策として，医師と相談の上，試験外泊をすすめ訪問看護体制をとったわけです。この結果は良好でした。しかし大学病院に訪問看護部門を開設してほしいと要望しても「この看護婦不足に病院外に出す余裕はない。しかも看護料金もとれないんじゃ病院は赤字です」との返答。「よし！自分たちでやるしかない」と考え昭和62年3月，大学病院を退職し，有志の看護婦数人と私個人の全財産500万円を投資し㈲メディケアジャパンを創設しました。この会社組織にしたのは訪問看護のパイオニアとして「在宅看護研究センター」を創設された村松静子女史のアドバイスがあったからです。しかし，その500万円は看護婦の給料，事務所維持費で8か月でなくなりました。訪問1回に2,000円をいただくのでは赤字で，また支払らえない患者もありボランティアとなってしまったからです。「食べてゆけない」状態に追いこまれ，会社は休業となりました。再度大学病院へ非常勤としてもどりました。

そして約15年前，腎センターに勤務しているとき，掻痒感で血が出るまで掻きむしっている患者をみて「何とかしてあげたい」とはじめた「ヨモギの研究」に没頭しました。その結果を看護学会，医学関係誌に発表し，製品として販売できるようになりました。その収入で再度訪問看護ができるようになったのです。

平成4年に老人訪問看護制度が実施されましたが，私が訪問している方々は65歳以下で人工呼吸器を装着している難病，脊損，癌の末期の方が大半でした。ゆえに平成6年10月実施の健康保険法改正を一日千秋の思いで待ちました。

そして平成7年8月10日，あさお訪問看護ステーション開設，10年来の夢が叶い感無量の日を迎えることができたのです。

それから6か月を経た今，土曜，日曜なく仕事に専念，事務員をやとえない状況で，レセプト請求事務から，スタッフとしても管理者としても仕事は限りなくあります。その上経営困難にもぶち当たり，狭心症発作に何度かみまわれる苦しみの半年でした。

しかし，当ステーションの看護婦たちが救われるのは訪問看護を実施している時間だといいます。需要の多いこの地域で信頼され，愛される訪問看護ステーションとなり成長していける一歩をふみ出したこと（半年の苦難のハードルを越えることができたこと）を確信できる今日このごろでもあります。

◆ミニシンポジウムC◆

より豊かな看護を求めてのケアマネージメント

在宅介護における社会資源の活用について

鳥栖市保健センター　尼寺はつみ
名和麻美
井ノ上克子

【目　的】

新しい地域保健体制に向けて住民に最も身近なサービスを提供する市町村は，保健と福祉を一体的に推進する体制づくりを行い，住民の声を行政に反映したまちづくりを推進することが求められている。在宅介護における社会資源活用の実態と課題を検討することにより，よりよい社会資源の活用を考える手段としたい。

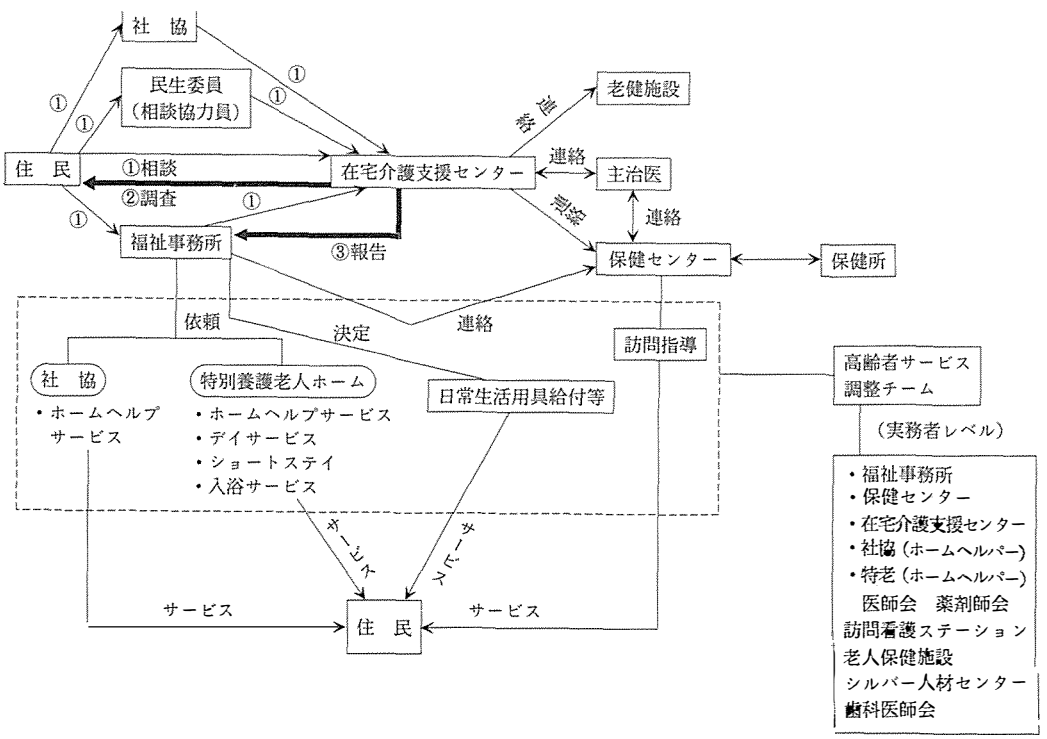
【研究方法】

① 市における高齢者が利用した公的サービスの分析（H8年4月～平成9年3月において新規にサービスを利用した者）。

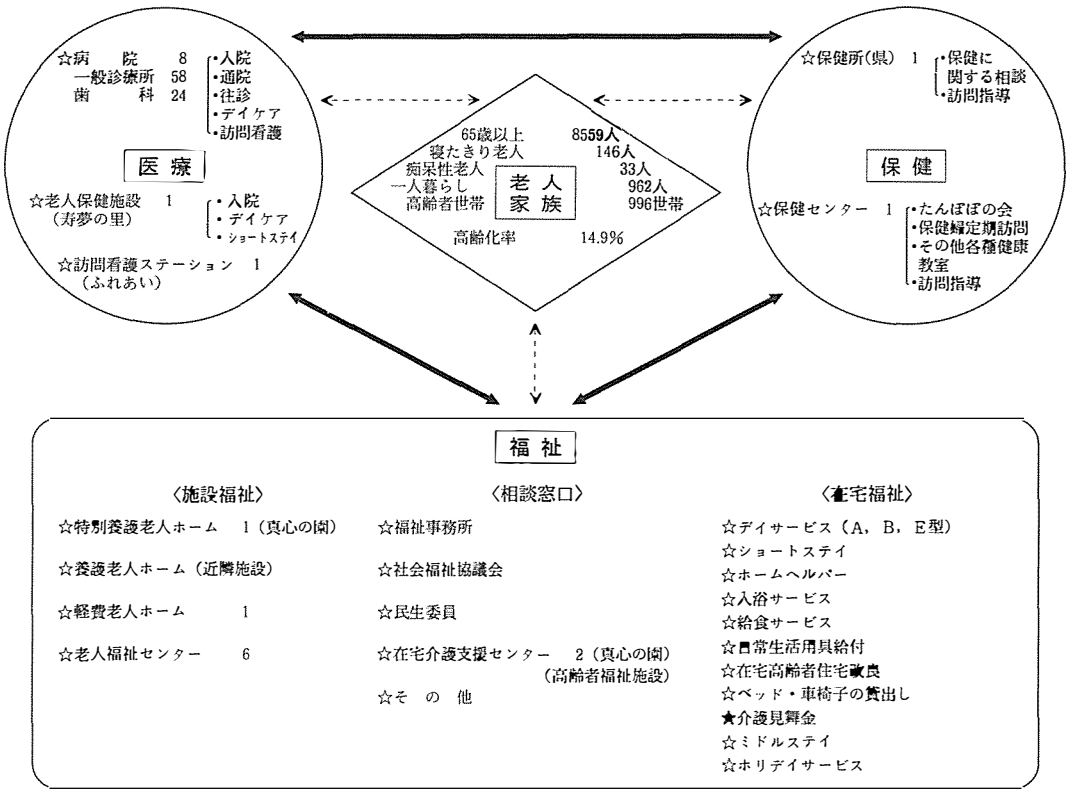
資料1．鳥栖市の状況

面　積	71.73㎢	人　口	57,477人	世帯数	18,811	高齢化率	14.9

資料2．支援体制



資料３．鳥栖市における老人医療・保健・福祉の現状



② 保健婦が訪問を行っている９事例を通し，訪問援助，その過程における保健婦の思いを調査票に記入し，事例の特徴と社会資源の活用についての分析。

【結　果】

①について，サービスを受けた人は，402人いた。日常生活自立度は，Ｊランク（106人），Ａランク（162人），Ｂランク（73人），Ｃランク（32人），痴呆（29人）である。原因疾患は，脳卒中後遺症が20%，高血圧症が，16%と多い。サービスにおいては，デイサービス，ショートステイ，訪問給食サービスの順に多い。年齢別では，80代の人の利用が一番多く44%，ついで70代が32%である。在宅介護支援センターがH３年７月にできて以来，福祉・保健分野がサービスの普及に努めてきた結果，市民の間にサービス内容の普及ができたといえる。

しかし，最近では，サービスを希望する人が増加し，その質と量の見直しの必要性もでてきている。

内　容	受けた人数	内　容	受けた人数
デイサービス	133	介護見舞金	15
ショートステイ	113	日常生活用具貸与	23
訪問給食サービス	113	通所入浴	6
日常生活用具給付	101	訪問入浴	4
ホームヘルパー派遣	36	紙オムツ	11

（重複）

②について３人の保健婦が，今受け持っている事例を３人づつ調査票に記入した。(65歳以上が６人，61～64歳が３人)

（事例１）ーサービスを受け，どうにか在宅を維持しているー

単身，Ｂランク，男性，82歳。ほとんど一人では動けない。月～土曜日は給食サービスを受け，一日おきに訪問介護とホームヘルプサービスを受けている。食事はどうにか一人ででき，日曜日，ごみ出しは隣人の

資料4．平成8年度福祉サービス利用者

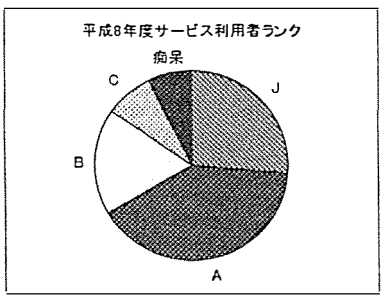
ランク	実人数
J	106
A	162
B	73
C	32
痴呆	29
計	402

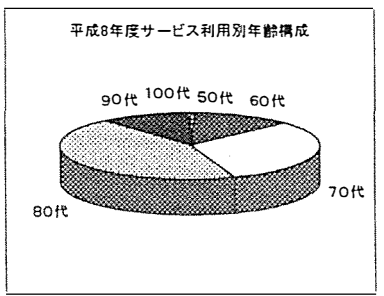
年齢	人数
50代	2
60代	50
70代	127
80代	177
90代	45
100代	1
計	402

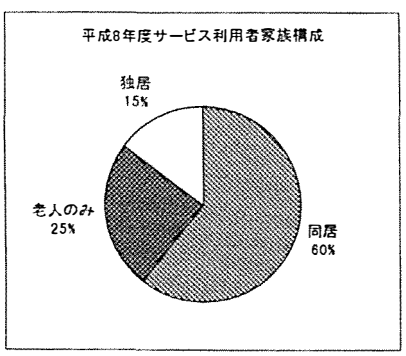
家族構成	人数
同居	243
老人のみ	100
独居	59
計	402

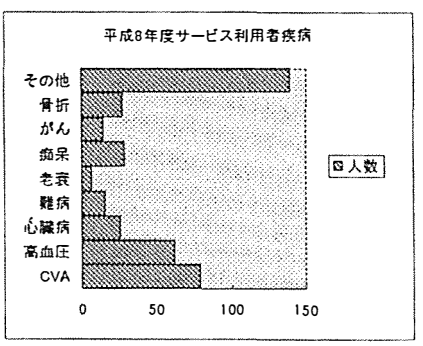
病名	人数
CVA	79
高血圧	62
心臓病	26
難病	16
老衰	7
痴呆	29
がん	15
骨折	28
その他	140
計	402

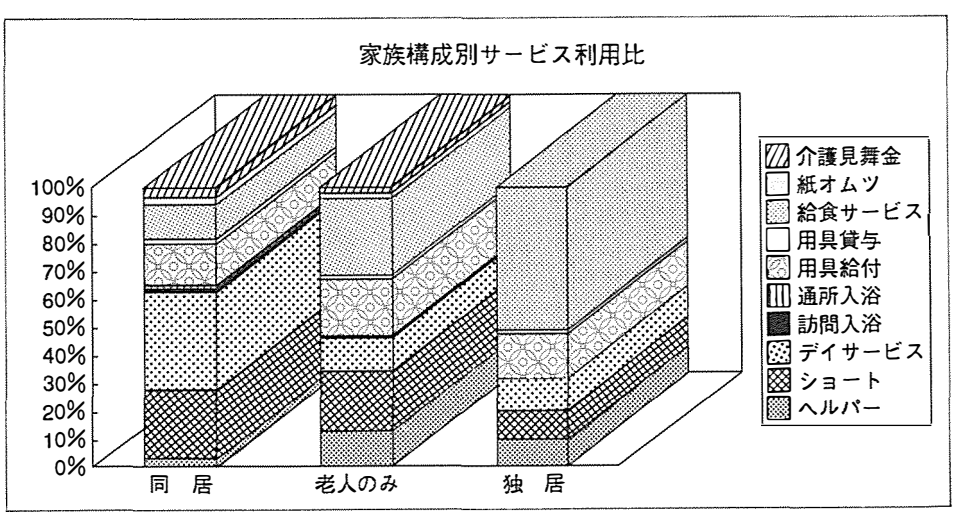
サービス	8年度新規	8年度利用数
ヘルパー	36	117
ショート	113	113
デイ	133	294
訪問入浴	4	14
通所入浴	6	27
用具給付	101	101
用具貸与	23	23
給食	113	285
紙オムツ	11	44
見舞金	15	112
計	555	1130











手伝いがあり自分の希望である在宅生活をどうにか維持している。

（事例2）—高齢者の二人ぐらしは生活スタイルを変えるのに抵抗がある—

老夫婦二人ぐらし，Cランク，女性，74歳。30代より両下肢機能不全で家事を夫が担ってきた。娘が三人いるが，病気や遠方に居住のため援助者にはなり得ない。長い間の生活スタイルがあり高齢であるため変化を好まれない。介護見舞金，訪問給食サービス，日常生活用具給付を行う。

（事例3）—同居世帯では，有料サービスは勧めにくい。—

本人単身だが妹家族と同居，Cランク，男性，72歳。脳性小児麻痺で幼少よりねたきりの状態。介護見舞金の申請で初めて把握されたケースで妹一人が介護を担っている。唯一の話し相手は妹だけで楽しみが少なかった本人にとって訪問指導や入浴サービスで少しは世界が広がったと思う。

（事例4）—福祉サービスを拒否するケース—

夫婦二人ぐらし，Bランク，男性，69歳。脳出血後遺症のため日中はソファーで過ごす。できる限り家族で介護したいという意志が強く福祉サービスを拒否する。その為，妻・長男共に腰痛悪化など負担が大きい。さらに市営住宅のため浴室・玄関等の住宅改造ができない。

（事例5）—権利として在宅を望む—

単身，Bランク，女性，66歳。パーキンソン病で自分で起き上がれない等，生活全般に介護が必要である。知人にお金を払い住み込みで介護をお願いしている。「今から単身者の在宅が増えるだろうが，それらに対して補助がないのはおかしい。」と言われる。カンファレンスの結果，PTよりリハビリプログラムを作成してもらい，スタッフ一同それに従っている。

難病の不安から特に，リハビリ訓練の希望が強い。

資料5．9　の　事　例

事例	年齢	性別	ランク	主な病気	把握	家族	介護人	ホームヘルプ	デイサービス	ショートステイ	訪問給食	入浴サービス	訪問看護	ナース訪問指導	介護手当	日常生活用具・ベッド	マット	車椅子	紙オムツ	難病受給者	重身手当	住宅改善	リハビリ友の会	訪問開始	備考
1	82才	男	B	リウマチ	区長	1人	無	○			○		○	○					○					H7・5	食事がどうにか一人で出来るということが，在宅を可能にしている。
2	74才	女	C	両下肢機能不全	家族	2人	夫				○		○		○	○	○		○		○			S63・5	生活スタイルを変えるのに，抵抗あり。
3	72才	男	C	脳性麻痺 大腿骨骨折	家族	同居	妹			○		○		○	○	○					○			H7・8	介護見舞金の申請ではじめて把握された。
4	69才	男	B	脳出血 前立腺肥大	通院時PTより	2人	妻			○			○		○									S60・5	できるだけ，家族でみたい。と言っている。
5	66才	女	B	パーキンソン	家族	1人	手伝人	○		○			○	○		○		○		○				H6・1	知人による介護をうけている。
6	65才	女	B	全盲 排尿障害	家族	同居	夫		○					○	○									H8・12	ニーズとサービスが一致し，受け入れよい。
7	62才	女	A	リウマチ うつ傾向	民生委員	2人	夫	○	○	○	○					○						○	○	H4・8	在宅希望だが不安が多い。
8	62才	男	C	脳動脈破裂	隣人情報	2人	妻	○																H8・7	まだ，夫の世話は自分で出来る。と言っている。
9	61才	男	C	背髄リウマチ	家族	同居	妻	○		○	○	○	○	○		○								H7・5	サービスは導入したが，家族の協力が得られない。

（事例６）―ニーズとサービスが一致し受入れがよかった例―

夫，息子家族と同居，Ｂランク，女性，65歳。全盲で留置カテーテルを挿入し，体動減少，痴呆症状が現われた。介護者が脳梗塞の既往のある夫ということで心配する嫁，痴呆症状が出始めたことを悲しむ夫，元来朗らかで外出好きの本人の希望でデイサービスを受け喜ばれる。

家族に問題意識があり本人と家族の意見が一致しサービス導入が決まる。

（事例７）―在宅希望だが不安が強いケース―

夫婦二人ぐらし，Ａランク，女性，62歳。リウマチ，うつ傾向がある。在宅希望だが昼間は一人で月～金曜日は訪問給食サービスやヘルパーサービスを受けている。精神不安が増強し，夫が退職して介護をしている。近ごろでは精神面も安定し笑顔もみられるようになった。

（事例８）―まだサービスは受け入れられない―

夫婦二人ぐらし，Ｃランク，男性，62歳。58歳で脳動脈破裂を生じた。妻が一人で介護を続けてきたが，自分の体の不調や視力低下で相談を受ける。ヘルパーサービスを勧めたが「自分で頑張る。」と言われ，買物・薬取りのみヘルパーサービスを受け入れている。他のサービスを導入したいが，相談相手になり見守っている。

（事例９）―サービスは導入したが，家族の協力が得られない―

同居，Ｃランク，男性，61歳。脊損のため，ベッドに寝たきりで家族との交流も乏しい。サービスをフルに活用しているがＡＤＬ低下に伴い更に，サービス要求も高まっている。しかし家族の協力が得られず問題が多い。

【考　察】

資源の活用については，まず対象者の把握が必要である。事例５人は家族から，４人は区長，民生委員，病院のPT，隣人からの情報である。市民へのサービス内容周知はもちろん，市内にある既存の地区組織（嘱託委員会，民生児童委員会，老人クラブ等）との連携強化により情報や支援を得ることも大事である。またボランティア団体と支援について検討し，生活援助していくことが今後必要となってくる。

サービスを導入してうまくいった事例をみると本人，家族がサービスに対して肯定的な考えや在宅への強い希望がある。また，近くに援助者がいる，サービスの内容が充実している，安心して医療が受けられるなどは在宅介護が受けられる条件と考えられる。問題の多い事例をみると，サービスに対して否定的な考えを持ち自分の生活スタイルを変えたくない人が多い。

また，公営住宅で行政側の制約もあげられる。このような点を考慮して，次のことを課題としてあげた。

①独居老人，老人のみの世帯が増加し，ねたきり状態が長期化しているなかで長続きのする介護が必要となっている。そのためには，家族介護の負担の軽減を早期に図っていくことが重要と考えられる。市民へのサービスの内容の普及を図り，地域組織との連携を推進し，情報提供や心の支え，手助けを強化していくことが必要である。

②行政側の問題として，マンパワー不足やサービス提供の回数，公営住宅改造の困難さ等があり，他課や上司との会議を重ねることにより問題を共有化し，サービス内容の充実を図る必要がある。

③多くの職種が携わる場合は，チーム間の意志統一が困難である。様々な職種がお互いの業務内容を理解し，情報交換や事例検討により，援助内容や役割を共有し，そのケースのニーズに応じたサービスへと発展させていくことが要求されている。

【おわりに】

地域にいる保健婦は，地域の介護の実態を提起しながら，コーディネーターになれるように努力していく事が必要である。社会資源を活用することにより，さらに新しい社会資源の開拓につなげることも重要である。

◆ミニシンポジウムC◆

より豊かな看護を求めてのケアマネージメント

システムの構築をめざして

東札幌病院
濱口恵子

「システムの構築」と言ってまず頭に浮かぶのは，昨年アメリカで6週間，研修を受けた時に垣間みたアメリカの医療システムのことである。

Ⅰ．アメリカの医療を垣間みて

1．在院期間の短縮（DRGs）

アメリカの医療を初めて垣間みて私が驚いたことは，在院期間がとにかく短いことである。たとえば骨髄移植患者の在院期間は1週間，肝臓移植も1週間である。肝臓移植後3日目の方にお話をさせていただいたが，医療者も家族もガウン・マスクをつけず，ふつうの個室に土足のまま入っていた。これは骨髄移植専門病棟でも同様であった。手術室を見学した日の手術件数は500床規模の病院で142件で，そのうち術前から入院している患者は2割弱であり，残りの患者は術前処置を自分で行って手術当日の早朝に病院にやってきた。また，化学療法の95％は外来で行われており，ふつうの化学療法を患者を入院させて行うことを保険が認めないとのことであった。これらは，患者のQ●L尊重というよりは医療経済が優先されていた。アメリカは日本のような国民皆保険ではなく，保険がDRGsで定めた在院期間，医療内容以外は支払いをしないという厳しい現実があった。

2．病院の機能

アメリカでは病院の機能が明確になされており，病院は「診断し，治療をする場」であり，「療養する場」ではなかった。たとえば，精神科の病棟でも平均在院期間は7日とのことで，分裂病の患者でも同様であるという。すなわち，診断と治療方針・治療方法が決まれば，その評価は病院でなくてもよく，外来や中間施設で行われるそうである。

アメリカの看護婦の何人かに，「日本はそんなに長く患者が入院していて，良いケアがたくさんできていいですね」と言われたが，実際はどうであろうか。見過ごされている患者がいたり，退院が決まってばたばたと患者指導を始めることがいまだにみられる。もっと真剣に時間と病院という資源を大切にしていかなければと，自分たちのケアを振り返り大いに反省させられた。

3．医療の質を高めるために

このような医療の現状の中で，医療の質を向上させたり，患者の満足度・Q●Lを向上させる努力がなされていた。それは，医療の標準化をめざしたEvidence-Based Medicine（証拠に基づいた医療），ガイドラインの作成，クリティカルパスの導入や，ケアマネージメント，記録の簡略化，また，在宅医療などの病院外の医療の充実などがあげられる。たとえば，訪問看護婦はナーシングホームなどの施設にも訪問することができるそうである。このことにより，専門をもつ看護婦が，その施設の患者や医療者に関わることで，がんの症状コントロールなどが可能となり，患者は慣れ親しんだ環境のもとで，すなわち入院せずに療養を継続することが可能となる。また，家族介護をあてにしない在宅医療システムができており，たとえば，同行訪問した在宅患者は，気管切開を受け，一人暮らしであり，室内も電動車椅子で移動するような状態であったが，訪問看護婦が3交代で在宅療養を支えていた。医療依存度の高い人でも，病院外で過ごせるサポートシステムが整っていた。

4．看護婦に求められる能力

何人かの看護婦に，このような医療現場で看護婦に求められる能力は何かと尋ねると，共通してあげ

られたのが，「アセスメント能力」「患者・家族教育」そして，「退院計画（Discharge Planning）」であった。退院計画についてはアナムネ用紙の項目にアセスメント項目が入っており，患者が入院したその日から退院にむけたケアが始まっていた。

ケアマネージメントが重要なことはわかっていたが，それは看護婦の力量やある特定の人々の努力で可能となるのではなく，誰が行ってもある一定水準以上の医療ができるような「システム」を作ることが重要であることを痛感した。

Ⅱ．当院で進めている包括的退院計画の研究から

当院は，平成8年度より厚生省看護総合対策研究事業「早期退院を可能にする看護活動の効果に関する研究」に取り組んでいる。その概要を紹介し，ケアマネージメントについて現状と課題を述べる。

1．研究の背景

欧米先進国と同様に，わが国でも人口の高齢化，慢性疾患の増加，家庭介護力の低下，医療費の高騰などの社会的背景の中で，病院本来の機能の遂行をめざし，かつ患者・家族のQOLを基盤においた「退院計画」が必須の条件になってきた。しかし，①退院計画が病院全体のシステムになっていないこと，②退院計画の促進に欠かせないメディカル・ソーシャル・ワーカー（MSW）が定着していないこと，③各専門職の役割とリファーシステムが明確でないこと等の問題があり，退院計画の定着に困難をきたしている。このような背景の中で「従来の退院計画（退院時計画）」とは異なり，医師・看護婦・MSW，その他の職種が，入院からの退院後の適切な療養の場までの時間軸で，有機的に状況に応じてそれぞれの役割を果たし，その結果，どのように患者・家族のOutcomeに貢献したかという包括的な概念でとらえた「包括的退院計画」が必要である。

2．研究目的

患者・家族のQOLの向上を基盤とした包括的退院計画のシステム化のために，

1） 患者・家族のアセスメントに用いる各種アセスメント表の開発
2） 包括的退院計画のシステムのモデル化
3） 上記1）2）をふまえたシステムが実施可能かのパイロットスタディを行い，患者のOutcomeへの影響を検討し，システム化のための問題点を明らかにし，またこの活動に関わる看護の役割について明らかにする。

3．研究方法

1） 早期退院に向けた包括的退院計画のモデル化

文献検討，アメリカで定着しているDischarge Planningの実践を学んだ上で，研究のコアメンバー（看護婦，MSW，医師，事務職員，計9名）が独自のフォーマットとシステムをつくり，実際に使いながら修正・改善する。

2） パイロットスタディ

平成8年12月9日から平成9年1月31日までに当院に入院した70歳以上の患者全員（P群）に対して，作成したアセスメント表を用い，モデル化したシステムにそって包括的退院計画を実施し患者Outcomeへの影響と問題点を検討する。また，平成8年11月1日から31日までに当院に入院した70歳以上の全患者（R群）とP群について，作成したクオリティ・アシュアランス（QA）用紙に基づいて評価を行い，今後の課題を明らかにする。

4．研究結果

1） アセスメント表の開発

アセスメントは，誰が行っても均一的な情報がとれるように工夫し，入院時情報からOutcome用紙，QA用紙まで各ケアプロセスがわかるように作成した。計16枚からなる。

2） 包括的退院計画システムのモデル化

図1のようなモデルを作成した。

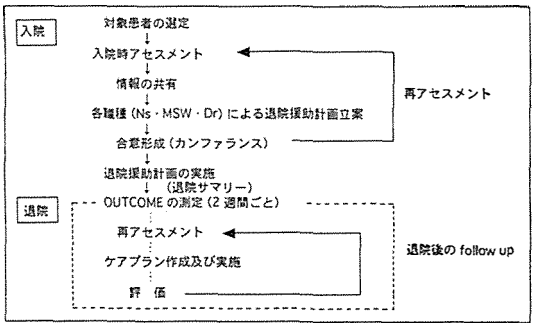


図1　包括的退院計画システムのモデル

3） パイロットスタディの結果

(1) 対象者の背景

対象者はP群103名，R群58名の計161名で，

平均年齢78.1歳（70〜94）であった。これらを疾患別に，がん（手術）9名，がん（その他の治療）51名，急性疾患43名，慢性疾患50名，精査8名，の5つの群に分けた。

(2) 疾患群別Outcome（在院期間）の状況

パイロットスタディの期間が短いために入院を継続している患者がP群25名，R群6名おり，中間的な傾向値となっているが，予想されたように急性疾患や精査入院の在院期間が短く，がんや慢性疾患の在院期間が長い傾向がみられた。

(3) QA項目とOutcome（在院期間）との比較

入院継続者がいるために明確な結論は言えないが，在院期間が短いのは，対象者全体では，「患者に正しい情報を提供できた例」と「患者の病状理解が必要十分であった例」であり，慢性疾患群においては，「入院時のアセスメントが適切になされた例」と「患者の病状の理解が必要十分であった例」であった。

(4) QA項目でNOと記載された理由

たとえば，医療チームで「情報の共有」や「合意形成」のためのカンファランスが適切に行われない理由として，「多忙のために時間がとれない」「入院が短期間」「アセスメント不足」等があげられた。忙しいときにこそ医療チームで患者の医療のゴールを定め効率的に医療を進める必要があると思われるが悪循環であった。

(5) モデル化したシステムとアセスメント表の評価

パイロットスタディに参加した医師・看護婦・MSWの意見から包括的退院計画のシステム及びアセスメント表に関して評価した。『アセスメント表』については，慣れるために時間がかかり，また今後簡略化が望まれた。『医療チームの合意形成』については，①これらを記録に残すことで責任の所在が明らかになった，②医療チームメンバーが多忙なため，効率よく優先順位を考えたカンファランスをもつことが必要であり，そのためにはケアマネージャーとしての看護婦の能力が問われた，③入院時に入院目的を患者・医療者間で合意していないと退院決定にズレが生じた，④退院後の望ましい療養の場について早い時期から患者・家族と継続的に話し合いを積み重ねることが必要であった。これらは「追い出される」「見捨てられる」という患者・家族の気持ちを防ぐためにも必要であった。『看護婦に求められる能力』について，①患者・家族の状況を適切にアセスメントする能力，②医師や他職種をプログラムに参加させるコーディネート能力，③目の前のことだけにとらわれず，長期目標を見極め推進する能力，が求められた。なお，看護婦は，長期展望に立ったケアを行うのが難しい傾向がみられた。『システム全体として』は，コアメンバーの2人の婦長がQA監査をしたが，ケアマネージャーである主任看護婦の意識によってプログラムの促進に大きな差があることがわかった。

4) まとめ

研究期間が短かったため，患者のOutcomeを十分にとることができなかったが，このパイロットスタディからわかったことは，このシステムを促進するキーパーソンは看護婦であり，包括的退院計画の成否はまさにケアマネージャーである看護婦の能力如何にかかっているといっても過言ではない。しかし，包括的退院計画システムが病院全体に浸透し重視されなければ，看護婦の孤軍奮闘に終わり，効率的に推進することは難しかった。

Ⅲ. 在宅がん医療システム化に関する研究（がん集学的治療研究財団特定研究22から）

Ⅱのような包括的退院計画を推進しても在宅を一つの選択肢にするためには，患者・家族のニーズの把握，在宅での治療や症状のコントロール，家族へのサポート，医療チームのバックアップなどが必要であり，将来的には，家族介護を前提にしないシステムの構築が必要であるが試行錯誤の現状である。そこで，患者・家族のQOLを基盤とした在宅がん医療の合理的かつ効率的なシステム化を目的に，がん集学的治療研究財団特定研究22において多施設共同調査研究が平成8年1月より開始された。平成9年2月15日までに登録した在宅がん患者172名を対象に中間的に分析した結果を紹介する。在宅がん医療システムを，Donabedianの医療の質の評価モデルをもとに，3つの要素：Structure，Process，Outcomeで検討した。

1. Structure

全国の22施設が患者を登録したが，訪問看護ステー

ションや訪問看護部など独立した在宅医療部門をもつものが12施設，病棟や外来の看護婦が兼任しているのが9施設であった。また訪問看護婦が24時間体制で対応しているのは9施設であり，残りの13施設は病院の救急対応となっていたため，継続医療に問題があるのではないかと考えられた。

2．Process

在宅アセスメント表は，対象者の背景を知る個人票と，在宅移行時及び住宅移行後2週間毎に記録する経過表からなる。この経過表は，34項目4段階尺度を含む46項目で，簡潔に記載できるものである。このアセスメント表の標準化にむけて，信頼性・妥当性等を検討したが，今回は省略する。

3．Outcome

1） 患者の背景；対象者172名の平均年齢は67.7歳（31～96歳；標準偏差13.2）で70代が最も多く，がんの部位は胃癌，肝胆膵癌，大腸癌などの消化器癌が多かった。

2） 患者満足度；在宅移行時の患者満足度は0（非常に不満足）から10（非常に満足）の11段階尺度を用いたが，平均6.95，中央値7.00で，スコア7から10が多い傾向が見られた。また，年齢について69歳以下と70歳以上に分けて検討すると，70歳以上の患者満足度が高い傾向がみられた。患者満足度の変化をみるために,在宅移行後6週を経過した67名で検討すると，在宅6週後に患者満足度が改善したのは30名（45%），悪化したのは22名（33%）であった。

3） 患者満足度に影響する因子；患者満足度に影響する因子をSpearmanの相関係数より抽出した。その結果，在宅6週後では患者満足度と，不安，抑鬱気分，介護者満足度，（$r>0.5$），不眠，全身倦怠感（$r>0.4$）が関連すると思われた。これらを年齢別に分けてみると，69歳以下は，患者満足度と，不安（$r=-0.739$），介護者満足度（$r=0.658$），不眠（$r=-0.558$）との関連が強く，70歳以上では抑鬱気分（$r=-0.577$）と強い関連が見られた。

4） 年齢別不安の推移；関連が強かった「不安」について，年齢別に在宅移行時から6週後までの変化をみると，69歳以下は在宅移行時から不安がある例が多く，その後やや増大する傾向が見られ，70歳以上は，在宅移行時に「不安なし」が約50%であり有意差がみられ，その後やや不安は増大するがその傾向は小さかった。

このことから，入院中，在宅移行時から継続して精神的なケアを医療チームで行うこと，また在宅医療チームに，精神科医やMSWなどの専門職がはいることが必要であると考えられた。

◆ミニシンポジウムC◆

より豊かな看護を求めてのケアマネージメント

座長のことば

佐賀医科大学看護学科　柿川房子
久留米大学医学部看護学科　阿蘇品スミ子

看護は病院や施設内中心から在宅看護・訪問看護の必要性へとその役割機能が大きく拡大してきている。平成6年12月，厚生省「高齢者看護・自立支援システム研究会」の報告では，利用者の選択に基づきサービスが提示される必要があるという視点から，新たな介護システムとして「ケア・マネージメント」の機能が次のように説明されている。

1）サービス利用に際し，高齢者や家族の相談に応じて専門的な立場から助言すること。2）介護の必要な高齢者や家族のニーズを把握し，そのニーズや介護の必要度に応じ関係者が一緒になってケアの基本方針とケア内容を定めたケアプランを作成すること。3）ケアプランを踏まえ，実際のサービス利用に結びつけること。4）高齢者のニーズやサービス提供者を把握しながら，適切なサービス利用を継続的に確保すること。（新津ふみ子：ケア・コーディネーション入門，医学書院，1995）

今回のシンポジウムは，現在この課題に取り組んでいる4人の先生方にその内容と意見を提示していただき討議を深めた。

1．泉キリ江氏は，［**ホスピスケアにおけるケアマネージメント（魂の安らぎを目指して）**］と題して，ケアマネージメントのために大切なことは，ケアの目的を明確にすること，イエズスの聖心病院みこころホスピスケアの目的は「人生の終末期を迎えた人々がその人らしい生を完成し，安らかな最期を迎る為の援助プログラム」において，「症状の緩和を基本としながら，身体と心と魂の安らぎこそケアの目指すもの」である。このためのケアマネージメントに必要な6つの要素を上げた。

1）患者，家族の自由の保証と，自己実現のために医療者が患者を操作・コントロールしないこと。2）知性的思いやり，心の苦痛の緩和ケアが最も大切で，患者とケア提供者の相互過不足のない心のバランス感覚（知性），すなわち患者の視点で思いやりと共感的態度でケアを提供することである。3）信頼関係，思いやりの具体的表現は精神的同一目線での関わりによって実現する。―さらにケア提供者相互の課題として4）スタッフ間の格差を最小にし，各自がプロ意識を持ち，技術面でも熟達すること。5）看護の提供方法は，スタッフ間のムリ，ムダ，ムラをなくすること。6）デスカンファレンスを学びの場にすること。

医師，看護婦，コ・メディカルすべての人々の協力によって安らぎと平和と力が生まれる，そのことがケアマネージメントであると述べた。

2．金森律子氏は，あさお［**訪問看護ステーションの開設までのあゆみ**］をとおして，癌のターミナルや，ALSの難病の入院患者に，点滴や，鼻からの経管栄養，バルンカテーテル，硬膜外チューブ，ECGモニターコードなどが身体についている。―50床に看護婦2～3人の厳しい夜勤状況で，「畳の上で死にたいよー」と絶叫しチューブ類を引き抜き，ベッドから降りようとする。ベッド柵を高くし，抑制帯で手足を縛る転落防止，心の痛む安全管理から，試験外泊の形で第1段階の訪問看護体制をとったが，看護婦不足や，看護料金もとれない大学病院体制の訪問看護部門開設は不可能であった。昭和62年3月，有志の看護婦数人と全財産500万円を投資し㈱メディケアジャパンを創設，経営的に失敗した。また掻痒感で掻きむしる患者を何とかしたい気持ちで「ヨモギ」の研究に没頭し，その収入で再度訪問看護を開始，平成4年，老人訪問看護制度が実施，65歳以下の人工呼吸器を装着している難病，脊損，癌の末期の大部分の患者は，平成6年10月実施の健康保険法改正でやっとカバーされ，平成7年8月

あさお訪問看護ステーションを開設し，看護婦達が生きがいを感じ，地域で信頼され愛される訪問看護ステーションに成長してきたこれまでの体験は，常に患者のニーズに応えるケアマネージの姿勢から生み出されてきたものであること，患者が希望する在宅医療を提供したいという思いと経営管理的体験を踏まえて，高齢社会のなかで医師，MSW，事務職，様々の職種が協力して適切な社会資源と経済的側面を組み込んで看護の役割を果たしていくことがケアマネージメントであることを強調した。

3．尼寺はつみ氏は，鳥栖市保健センターにおける［在宅看護の社会資源の活用について］その実態を保健婦の9つの訪問事例を通して，高齢者（320人）が利用した公的サービス（H8年4月～12月），社会資源の活用状況から，脳卒中後遺症20.6%→高血圧症17.8%の順に多く，内容は，デイサービス→ショートステイ→訪問給食サービスの順位で，年齢別では80代の利用が最も多く42.7%，次いで70代が29.9%である。また家族介護の負担の軽減が急務であることからサービス内容の市民への普及と地域組織との連携，情報提供や心の支え，支援活動の強化，他課や上司との問題の共有化，様々な職種がお互いの業務内容を理解し，情報交換や事例検討により援助内容や役割の共有等サービス内容の充実を図る必要がある。すなわち，ケアマネージメントの充実によりクライエント，対象のニーズに応じたサービスを発展させていくことが必要であり，コーディネーターとしての役割を果たし，社会資源の活用がさらに新しい社会資源の開拓に発展していくことが豊かな看護活動に繋がることを述べた。

4．濱■恵子氏は，［システムの構築をめざして］と題して，東札幌病院における包括的退院計画を中心にケア・マネージメントの現，在宅がん医療システム研究の中間分析とその課題について報告した。ケアマネージメントは患者のQOLを基盤として，入院から退院，退院後の適切な療養の場という時間軸でそれらに関わる医師・看護婦・MSW・その他の職種が有機的に状況に応じた役割を果たし，患者・家族のOutcomeに貢献するためのダイナミックな働きである。そして1）在院期間の短縮化，2）クリティカルパスを用いた効率的な医療，3）入院時から始まるDischarge planning等アメリカの医療に鑑みて■本の現在の課題を，施設内では，1）退院計画（Discharge planning）が病院全体のシステムになっていないこと，2）MSWが定着していないこと，3）各職種の役割分担とリファーシステムの不明確，4）看護業務の多忙による片手間の退院計画の立案，未熟なアセスメント・ケアプラン作成能力をあげ，また在宅移行後の課題では，1）未整備の在宅医療システム，2）不十分な在宅での介護力，3）不十分な地域保健・医療・福祉体制をあげている。在宅がん医療システム化に関する研究から，1) Structure, 2) Process, 3) Outcomeの有機的状況に看護がどのような役割を担ったか―その結果の要因として，再入院の比率が低い，医療費が低いことなどを上げた。又不安についての高齢者＜若年者の要因と対処について，さらには包括的退院計画の充実のために，1）アセスメント表の開発，2）包括的退院計画のシステムのモデル化，3）患者満足度に影響する因子が今後の課題であるとした。

介護保険法の決定を間近にしてケアプラン，ケアマネージメントの中心的役割を医師，歯科医師，看護職，介護福祉士，ー多くの職種のアプローチがあるという。高齢社会において人々が平安でより健康な■常が送れるために，大切なことは質の評価であり，ケアの質を高めることであり，そのことが常にめやすでなければならないということである。

看護職は，これまで看護過程のなかでケアのプロセスをたどってきたがこれまで人類が経験したことのない新しい展開の高齢社会のなかで地域，施設内，病院それぞれの場に限定したケア提供のプロセス，システムとしてでなく，ケア，サポートを受ける人を中心に，ケアの場がどこであろうとも様々の職種がケアチームとして一人の患者，クライアントに最も適切に効率的に対処していく，そのための概念としてケアマネージメントがある。これまでこの分野で看護職として活躍し，大きな役割を果たし，又将来への方向性と示唆を示して下さった4人の演者の方に深く感謝いたします。

FUKUDA DENSHI

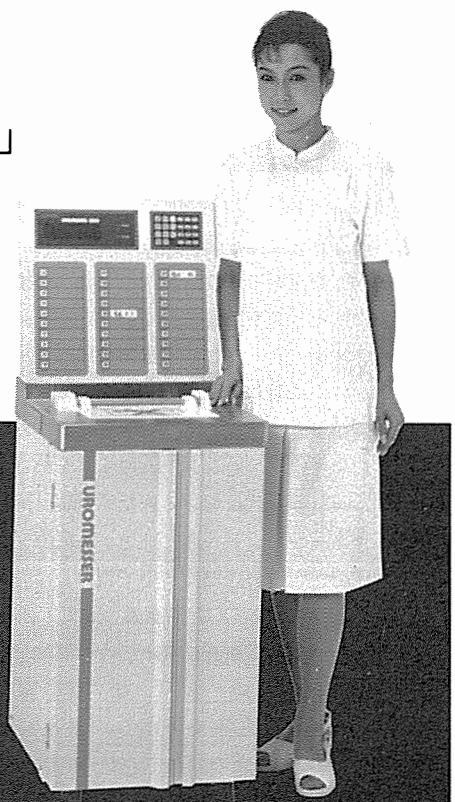
人と医療のコミュニケーション

採尿業務を大幅改善！

看護婦さんの日常ワークを支援

本装置を導入された婦長さんの感想

「汚物処理場から臭いが消えた」
「指定時刻のプリントにより患者データの精度が向上した」
「尿が他人に見られないですむ」
「サンプル尿を分注できる」
「患者さんとの接触時間が増えた」



採尿蓄量・比重測定装置

ウローメセル1500（15人用）
3000（30人用）
4000（40人用）

医療用具許可番号：11BZ0443

●採取尿を投入するだけで量と比重を自動測定
●ディスプレイ表示、音声機能で操作サポート
●ナースステーションで測定結果を集中管理

※写真はウローメセル3000

ホームページ　http://www.fukuda.co.jp

●医用電子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) 〒113-8483

◆メインシンポジウム◆

QOLをたかめるハイテクノロジー

生活への援助技術を科学する

－清拭の四肢の拭き方の検討から－

東京医科歯科大学医学部保健衛生学科
松田 たみ子

はじめに

看護技術が，看護実践のあらゆる場面に於て不可欠のものであることはいうまでもない。その看護技術の中で，身体に直接働きかける形で行われるものは，生理的側面に及ぼす影響を無視することができないし，むしろそれを活用した形で行われるべきであろうと考えられる。生理的な影響は，身体の状態によってプラスにもマイナスにもなり，看護においてはプラスの効果がもたらされるように働きかけることが重要である。しかし，看護の多くの技術は，実施する根拠が漠然とした表現でなされ，その根拠とされている内容に疑問を感じるものが多い。経験に基づいて作り上げられてきた看護技術は，それなりに確かさを包含していることは認めるところであるが，さらに緻密な視点と方法とを以て，検証することが必要であると考える。

生活援助技術の再考と科学化

入浴できない患者に対する，看護技術として重要である清拭技術の生理的影響を検討してきた。“生活援助技術を科学する”というテーマに則して，これまでの研究成果の一部および生活援助技術を科学的に検討する中でのハイテクノロジーの活用と，患者の生活の質の向上に関する意義について述べる。

清拭技術では，身体を清潔にすることが重要な目的である，入浴がそうであるのと同様に，様々な身体的・生理的効果を同時に期待して看護婦は実施している。四肢の拭き方にもその効果が期待されている。

看護の基本技術としては，「四肢の清拭をするときは末梢から中枢へ拭く」という方法がとられている。その根拠は「末梢の静脈循環を促進するため，あるいは改善するため。」とされている。これはほとんどの看護技術書で記されていることであり，看護婦や看護士の大部分の人（すべてといっても過言ではないと思われる）がそのように理解し，実施していると思われる。このことはもちろん誤っている訳ではなく，むしろ確かなことであろうと考えられる。清拭が必要な人は，自力での運動が充分に行えない状態の場合が多い。このような場合には，静脈血の還流が悪くなっているので，清拭時で拭くことによって血液を中枢に押し戻そうという考え方に基づくものである。そしてそのためには，末梢から中枢の方向に拭くことがよいということになる。これはずっと長い間看護技術で，四肢を末梢から中枢に拭くことの正しい根拠として，いわれてきたことである。

しかしこの内容を注意深く考えてみると，

＊静脈循環が促進されたことが，これまでどの様に確かめられて来たのか。
＊循環の促進とは何を指標としていっているのか（血液の流れの速さの増加か？ 組織の血液量や酸素供給量の増加か？）。
＊患者がどの様な状態であっても，四肢は末梢から中枢に拭かなければいけないものか。
＊拭くときの圧力の相違によって効果には違いが生じないのか。
＊用いるタオル（水）の温度の影響はどうか。

等々，不明確な点が非常に多いことに気づく。つまり，不明確なままに信じて実施して来ていたともいえる。確かに，長い間の経験の積み重ねは，偉大な知識を伝えていることも事実である[1]。

しかし，このような疑問に対して，誰でもが『確かに……』と納得できる裏付けを与えていくことが，より患者にとって価値があり効果的な技術の提供に繋が

ると考えられる。

清拭技術を科学するということで，「科学」の意味を再考すると，看護研究用語事典によれば，「科学とは研究と理論を結びつける活動」と，理解される。この定義に基づいて，“A（末梢から中枢）の条件でB（清拭中の拭き方）を実施すればC（静脈循環の促進）という変化が生じた”ということを研究結果をもって確かに説明できるようにしていくこと，これが伝えられていた知識（末梢から中枢への拭き方は静脈循環を促進する）を科学的にしていくこと[2]，つまり科学することであると考えている。その様なやり方で積み重ねられた知識は，清拭技術の拭き方一つであっても，対象の状態や活用できる資源，看護者のもてる技術等の関係を総合的に分析して適切な方法を導き，確かな有効性のある看護技術として発展させる基盤となるものである。

長い看護実践の歴史の経過の中で，先輩諸姉によって創造されてきた看護技術を，現在の科学技術を導入した分析方法で有効性を提示していく研究が，看護実践の発展にとって重要であり，今こそ求められているともいえる。

ハイテクノロジーを，患者が用いられるケア用具でなく，看護技術の効果の解析に導入して，生活援助技術として大切な清拭技術を科学しようと，「末梢から中枢への拭き方の効果」に関する疑問点の解決に取り組んできた[2)~5)]。その方法および成果の一部を報告し，討論の題材としたい。

研究に用いた器機

写真1がアドバンス社製のレーザー皮膚血流量計である。写真の機種は接触型のプローブで2チャンネルの様式であり，2ヶ所の測定が可能なタイプである。1チャンネル様式の非接触型プローブのものもある。

血流量計で得たデータ処理は，写真2のモンテシステム社の基礎医学研究システムの中に取り込んで処理する。このシステムは，皮膚温，心電図，脳波など最大16チャンネルのデータを取り込むことが可能であり，生理的指標の測定解析に適している。

実験は写真3は自律神経系の測定として心電図R－R間隔のデータ処理システムで，三栄メディス株式会社製のバイタリズム9821である。

これらのハイテクノロジーによって製作された測定装置を用いて，清拭時の拭き方と湯温の違いによる影響を検討した。結果を紹介する。

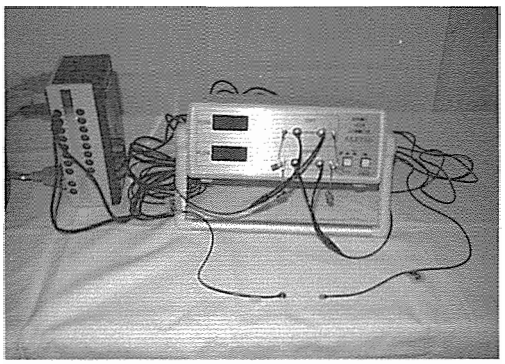


写真1

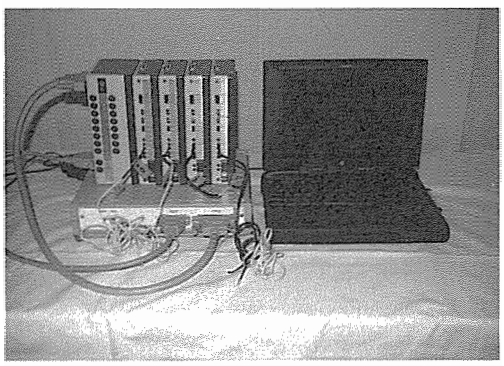


写真2

写真3

研究成果

図1，図2はそれぞれ拭く方向と温度刺激が末梢皮膚血流量に及ぼす影響を，示したものである。

この実験の方法は[3)]健康な女性7名を対象として，安静臥床後，レーザー血流計の非接触型プローブを，

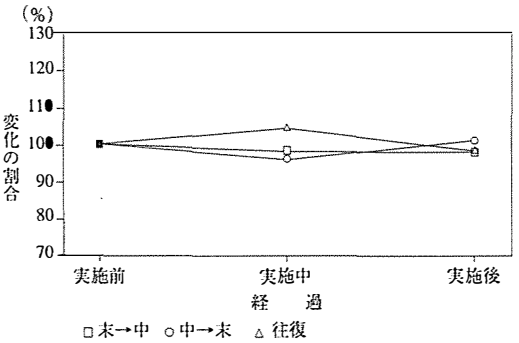


図1　摩擦方向別平均血流量の変化

右中指先より1.5cm上方に固定し継続的に測定した。実験処置を施した身体部位は，右前腕部（手首～肘関節）とした。可能な限り処置を一定にするために，実施は同一者が行った。また，このときの実験時の室温は22℃，湿度は59%であった。結果は，実施前20秒間，実施中の全過程，実施直後20秒間の血流量の平均で表示した。

拭く方向の検討においては，前述したように従来よりその根拠は，末梢静脈循環を促進するためとされてきている「末梢から中枢」，全く反対方向の「中枢から末梢」，および日常の清潔動作として一般に行っていると考えられる「末梢から中枢の往復」の3動作で行った。通常の清拭時に近い状況下で，拭く方向のみの影響が観察できるように，タオルは折りたたんだ乾いたウオッシュクロスを用いた。拭く回数は10回，往復の場合は往復で1回とし5回行った。

温度の末梢皮膚血流量に及ぼす影響の検討においては，60℃のタオルを前腕に1分間当てて温度刺激を加えたときの末梢皮膚血流量の変化を測定した。

図1に示すように，拭く方向が末梢皮膚血流量に及ぼす変化は，実施前を100%として，血流の変化率で見ると，「末梢から中枢」の方向で1名のみ血流の増加が見られたが，全般的には3種類の方向とも，大きな相違は見出せなかった。実施後のわずかに見られる血流量の増加は，拭く動作による物理的な力が加わることによる一時的効果ではないかと考えられる。

この研究において，「末梢から中枢」方向で拭くことを最も快感と感じたと全被験者が述べており，次が「末梢中枢の往復」であった。これに対し「中枢から末梢」方向は違和感を感じていた。なぜ違和感になるのかは，不明であるが，上記のことより，「末梢から中枢」方向の拭き方は，従来いわれたような末梢静脈循環の促進というよりもむしろ「快」の感覚に与える効果に重要な意味があるのではないかということが推察された。

温刺激が末梢皮膚血流量に及ぼす影響については，図2に示すように実施中により，血流量は大きく減少し（最大減少は55.7%），温度刺激を除去した後の20秒間も減少が見られた。

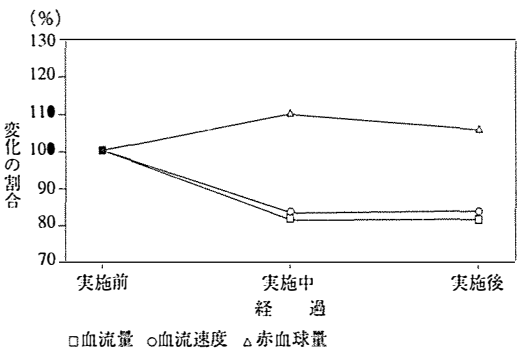


図2　温度刺激による
血流量・赤血球量・血流速度の変化

血流量は，赤血球速度の変化に比例することから，60℃の温度刺激によって，加温部の毛細血管の拡張により，赤血球の血流速度の低下から，見かけ上の血流量の減少として現れた結果ではないかと考えられる。赤血球量の増加が見られることから考えると，循環促進という言葉の意味を，組織の赤血球量の増加と捉えれば，結果的に酸素供給量が増加していることが推測され，温度刺激の循環促進効果と考えられる。

この実験の結果からは，拭くことによる血流量の変化は，その刺激が無くなると，間もなく（20秒間以内に）回復するのに対し，温度刺激による効果は，末梢皮膚血流量に大きな影響を及ぼし，その効果は終了後にも影響を残すことが示唆された。このことは今回の実験の条件の範囲内ではあるが，温度刺激の循環系に及ぼす影響の方が拭く方向よりも大きいことを，清潔援助の方法を考える際に考慮する必要性があることを提示していると思われる。

この結果を踏まえて，温度の違いによる心身への効

果を検討した。刺激の直後の変化と刺激終了後の継続的効果を10分間測定した。この研究の継続の中で，片方の前腕部への刺激でも，反対側にも同様の変化が見られたことから，自律神経系等の身体内部の機構が関与していることが示唆され，自律神経系についても，併せて測定をした。

図3は異なる温度刺激が皮膚血流に及ぼす影響を示したものである。この実験においては，入浴温度に近い43℃を中心として体温より僅かに低い35℃と，高温の温度として50℃の3種類の温度を設定して刺激を与えたときの皮膚血流の変化を検討した。温タオルを当てた直後（20秒）に温度刺激によると見られる血流の低下が認められその後は，ほぼ処置前の状態に戻るという変化が見られた。

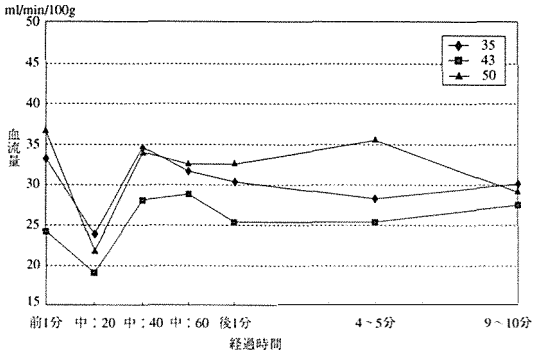


図3　異なる温度刺激による血流量の変化

図4は，自律神経系の指標として用いた心電図R－R間隔変動係数（CV:coefficient of variation）の解析の結果である。CV値はR－R間隔の標準偏差を平均値で除して100を乗じた係数で，単位時間当たりの心拍がほぼ同じであるならば，R－R間隔のばらつきが大きく，揺らぎが大きい程CV値が高くなる。つまりCV値が高いほど副交感神経が有意であることを示していると解釈できる。タオルを当てた直後は刺激による緊張と考えられるようなCV値の低下が認められ交感神経優位の状態になっておりますが，その反応は1分後にはリバウンド的に上昇し，ほぼ処置前の状態となり，相対的に副交感神経が優位になっていることが示唆される。温度が異なることによる皮膚血流と自律神経系への影響には，大きな差は無いことが示された。

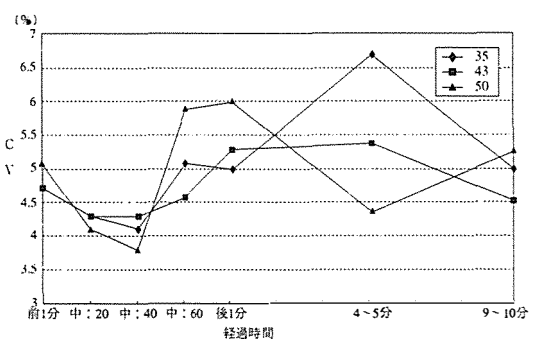


図4　異なる温度刺激によるCVの変化

ここで示した成果は，今後更に研究を深めてより確かな結果としていくための課題が山積している状態である。

看護とハイテクノロジー

看護への科学技術の導入は，ケア材料やケア機器に活用されてきているが，このような研究の取り組みは，ハイテクノロジーを用いて完成された製品の活用でなく，生活を援助する看護技術の生体への効果を測定するための機器として，ハイテクノロジーの活用を看護学の研究にとりいれていると考えている。最近の報告からも，この種の方法による研究を進めている研究者も多いことがわかる。看護の研究分野におけるハイテクノロジーの活用は急速に高まってきていると思われる。

看護ケアを進めていく過程の中には，人間と人間においてこそ，あるいは人間と人間の触れあいがあるからこそ“豊かなケアとなる”と考えられる側面があることも非常に重要なことであり決して忘れてはならない部分であると考えられる。また一方で，身体状況の変化に即応したより安全で有効なケア提供をするための看護学の研究に，そして人が行うケアの効果の測定のために，看護研究におけるハイテクノロジーの活用は有意義であると同時に今後不可欠のものとなるであろう。適切な用い方で，看護研究，看護実践に大いに活用されることが期待される。

高度な科学技術を用いて作られた機器を活用して得られた研究成果は，看護ケアの身体への効果を検証し，患者の状態を考慮したより有効な看護技術を適用することに結びつくと考えられる。さらに患者にとってよ

り快適な看護方法が導かれることは，直接的・間接的に何らかの形で患者へのケアの質を向上させることに結びつき，ひいては患者のQOLを高めることに結びつくものであると確信している。（これらの研究の一部は，平成8，9年度文部省科学研究費№08457644の助成によって行われた。）

文　献

1）松■たみ子他：清潔への援助技術－循環を促す清拭の技術①経験的知識－，ナーシング・トゥデイ，10，4，28－31，1995

2）松■たみ子他：清潔への援助技術－循環を促す清拭の技術②科学的分析－，ナーシング・トゥデイ，10，5，34－37，1995

3）真砂涼子他：清拭技術の生体に及ぼす影響－摩擦方向と温度の循環促進効果への影響－，日看科会誌，15，3，239，1995

4）真砂涼子他：清拭技術の生体に及ぼす効果の研究1－局所温度刺激の皮膚血流と皮膚温への影響－，日看科会誌，16，2，130－131，1996

5）三■順子他：清拭技術の生体に及ぼす効果の研究2－局所温度刺激が自律神経系に及ぼす影響－，日看科会誌，16，2，132－133，1996

◆メインシンポジウム◆

QOLをたかめるハイテクノロジー

主体性を支えるハイテク

北九州自立生活推進センター
白田正一

人が病気やケガによって障害を負った場合，失った能力を人力または道具や機器によって補完する必要がでてきます。その補完の方法を考えるとき，人力による方法がよいのか，道具や機器による方がよいのかは人にも，状況にもよるでしょうが，ハイテクの利用を中心に，私なりの視点で考えて見たいと思います。

まず，介助や看護などの援助行為には精神的な物理的な作用があります。

安らぎや安心感を与えたりする精神的な作用は，人的援助によるものが大きいでしょうが，「一人でできた」とか「自分でやった」という精神作用は言うまでもなく，道具や機器を利用して自分で行った場合の方がずっと大きいのです。

援助行為の原点は，対象者の主体性を損なわずに，自己実現をサポートするという点にあり，逆に言えば，援助行為は主体性を損なう危険性をいつももっていると思います。

一例に過ぎませんが，私は以前，いつも手動の車いすで介助者をともなって外出していましたが，介助者がいなければ外出できなかったり，介助者の都合で予定が変わったりすることが多くありました。しかし，ハイテクの■まりである車と免許を手に入れてからは生活が一変しました。

自分の車だと介助者の都合で早く帰ったり，遅く帰ったりすることがない訳です。病院に行っても友人と話しこもうが，ちょっと寄り道しようが，自分一人の時間ですべてが自分の責任な訳です。

人間の自立性を追求するためには本人の意志をできるだけダイレクトに，すみやかにその状態に結びつけることが大切であり，そのためのハイテク利用が必要不可欠だと思います。

特に，そのポイントとして，自己表現の原点であるコミュニケーション手段（意志伝達装置開発・点字，手話の解読表現装置）の確立，日常生活におけるベッド，トイレ，そして，社会生活の基本としての移動権保障（交通機関やトイレ，宿泊施設の整備）などの分野などが重要ではないかと思います。

意志を伝達する方法としては，様々なものがありますが，言語に障害をもつ人にとってはトーキングエイドがあります。ワープロのように一文字づつ打っていくものが主流のようですが，本人の意志をくみとって表現する方法が出てきてもよいとおもいます。

点字も一般の書籍に比べて，はるかに大きく小型ワープロのようなもので，打ったり，読み取ったりできるものも必要でしょう。

手話も特別に習わなくても理解できる装置の開発が必要です。

ベッドについては，もっとハイテクが駆使されてよいと思います。私はベッドに寝ると，上を向いて尿器を使う訳ですが，尿器を使う為に，うつ伏せになったり，横を向いたりすることが出来ません。そのために今のシーズンは，背中とマットの間に熱がこもり非常に苦しい思いをします。もちろんエアコンは入れていますが，背中以外の場所は冷たくなりますが，背中の部分だけは熱があります。

今様々なベッド，マットがあるのは承知していますが，これといったものは見つかっていません。10年位前にマットの中にビニールの細いパイプを入れ，それに針で穴をあけ，コンプレッサーで空気を送りこんだことがありますが，うまくいきませんでした。

医療用ということだけでなく，市販のベッドにマイコンで熱を制御できるようなシステムの開発も望むところです。

交通機関，今は，スロープ，リフトをそなえたバスが随分走るようになり，殆どのバスにスロープ，リフトがつけられるようになればと思っていますが，バス

以上に改良の可能性が高いのは，列車であり，電車であると思います。

重度の障害者の移動の手段として一番普及してきたのが電動車いすです。レバーで操作するもの，あごで操作するチンコントロール，息をふきかけてする呼気のもの，と昭和50年前後に普及しはじめた電動車いすはなくてはならない，障害者の足になりました。

まだ海外からは，手動の車いすに取り付けられる電動車いすも入ってくるようになりました。しかし，まだ重量があり私たちが車から降りて，車いすを下ろし，電動にセットして，というわけにはいきません。

それから，公共のトイレは最近では高速道路のサービスエリアには，かなりの数の障害者用のトイレが設置されてきましたが，一般道路にはまだまだ利用可能なトイレは厳しいものがあります。数少ない公共の建物は5時前後で閉まってしまう所が殆どです。一番よいのは派出所に公衆トイレが併設され，公衆トイレの中に障害者用トイレができると安全性も高いのではないかと思います。

障害者用のパーキングについては，相変わらず一般の方が駐車しており，雨の日など私たちが車を止めようとしても，止められない現状があります。

宿泊施設の整備については，ホテルのことを考えてみると，ユニット形式のものが多くて，トイレどころか洗面台に近づくことが出来ずに，朝顔を洗うことができないホテルにも随分泊まりました。ユニット形式が悪いとは言いませんが，それにもっと工夫があってよいと思います。

例えば，理髪店にあるような，使ってない時は中にしまってあり，洗髪する時にだけ手前に開く，というようなものをもっとすすめて，ユニットの中から，洗面台，便器が出て来てもよいのではないかと思います。とっぴな考えでしょうか。

しかし今，火星に行き，スペースシャトルを飛ばしています。技術力では日本も世界のトップクラスにあると思います。

人がベッドに寝ている状態，車いすに座った状態，様々ですが同じ状態を長く続けることは人間にとって非常に苦痛です。

顔や体の向きは常時変化しているのが通常の人間です。可能な限り通常の状態に近づけるために常時快適な状態に体の位置や向きを変えられる装置も求められるでしょう。

私は6年前42才で家を新築しました。その時に考えたことは，この家に何年住めるだろうか，ということでした。そこで仮に私の体力が弱りベッド，トイレ，お風呂にトランスファーできなくなった時の為に，天井にホイストをつけることにしました。

そして，ベッドの上から廊下を越えてトイレまでホイストのためのレールをつけました。ビデオにもでましたが，当時の介助者はヘルパーさんであったり，兄弟であったり，甥であったりしたわけですが，当時も今もロープを使ってトランスファー出来る状況です。

しかし，自分の力と介助者とではできなくなる日もそんなに遠い日のことではないように思います。

私がホイストを必要とする時には，上，下，右，左と私の音声を聞き分けるホイストがあらわれ，疲れたらベッドに横になり，疲れがとれたらまた作業をする，ということになれば，だれの手も借りずに介助者がいようが，いまいが自分のペースで進めるようになります。

今や携帯電話やPHSは，障害者の中でも相当に普及してきました。ファックスも私たちが活動していく上でなくてはならない物です。

パソコン等のキーボードもコードレスであったり，呼気で文字が打てるものも出てきてほしいと思います。

それから本棚，食器棚についても立体駐車場のように，上下回転して上のものを下で，下の物を上でというように，手の届く位置で物が出し入れできるとよいと思います。

特に以前は，中途障害といえば労働災害が中心でしたが，今では交通事故が中心になり，女性の障害者が非常に多くなりました。そのため，家事をしたいという相談も増えてきているように思います。

私は，家の中のあちらこちらに棒の先に針金をいろいろな形で曲げたものをつけています。それは下に落ちた物をひろったり，手の届かない所に物があったりしたらそれで引き寄せられます。窓の鍵，カーテンの開け・閉めも出来ます。指の力がない（握力がない）為にキーボードを打つ時には，消しゴムのついたえんぴつで打ちます。

家庭の中では，ちょっとした工夫で生活が改善されます。

様々な観点から，これからのハイテクの進歩に期待

したいと思います。

脳死とか，植物人間という言葉は好きではありませんが，臓器移植が現実の問題となりつつある今，脳死の判定にハイテク機器の存在が大きいと思われます。

交通事故で重症の患者が出たとき，ハイテク機器に反応したから脳死ではない，反応しなかったから脳死である。という結果で患者の臓器をとりだしてもよい，ということになってしまう怖さを感じています。

私も25年前にはICUに入り，何度も意識がなくなった経験があります。意識が薄れていくとき，神・仏に手を合わせたことのない私が，「神様，仏様死にたくない助けて下さい」と手を合わせていました。

元気で病気などしたことのない時には，「そんなことになったら死んでもいい」と言い，そんなに深く考えることなどありませんでした。

今，“いわゆる健康”といわれる人達も脳死についてそんなに深く考えている人達は少ないと思います。国会で議論された，脳死の状態になる前の意見を尊重する，とありますが，一般の病気でもそうですが，人は病気，ケガをしてみて初めて健康のありがたさ，病気の怖さを知ります。

脳死になる前，つまり健康な時の意見を判定の基準にしてもよいのでしょうか。国会で議論している人達には，明日自分がそうなるかも知れない，という考えはまったくないのでしょう。自分だけは大丈夫だというところからスタートしているように思えます。

25年前にICUで同室であった人が，今でも寝たきりの“いわゆる植物状態”にあります。数年前の手紙（70代であろう両親から）でも「話せなくてもいい，いっしょにいてくれることが大事，怒ると涙を流すんです」と……。

医学も今分かっていることがすべてではない筈です。もし意識があって言葉が出ない，メッセージを送れないでいるとするなら，その人からの臓器の摘出は大きな罪です。臓器の提供を受ける側の命も大切であることは言うまでもありません。

人はおかれた状況で価値観が変わります。

◆メインシンポジウム◆

QOL をたかめるハイテクノロジー

訪問看護にパソコン通信（ザウルス）を利用して

八幡医師会訪問看護ステーション
中　川　紀代美

紹介いただきました中川でございます。

訪問看護ステーションも地域に定着して参りましたので，名前は皆様も御存知かと思います。

八幡医師会訪問看護ステーションは平成６年10月３日に開所いたしました。開所しました北九州市八幡は，20.1%と全国的にも高齢者の多い地域です。

こういう地域でしたので利用者100名を想定して，効率的な運営をするための１年計画でした。その１つがザウルスの利用です。

①まず，スライドで訪問看護ステーションを紹介します。

これは，私共のステーションのパンフレットです。

②次のスライドはそのパンフレットの中開きです。

訪問看護は在宅で療養されています方や，今から在宅療養を希望する方にかかりつけ医の指示に基づいて，御自宅に訪問します。

看護婦は利用者への看護ケアはもとより，介護される方の支援，訪問後，訪問毎の記録，毎月の主治医への報告書・計画書作成などの事務作業とともに地域の医療・保健・福祉との連携の中で業務を行って参ります。

また，保険給付対象事業ですので，レセプトにおける請求や個人負担金をも取り扱います。

③次のスライドは主なる事務作業で，

１．レセプト作成
２．訪問看護記録
３．各種報告書作成
４．入金，未収金処理　等

統計調査，業務日報，利用者管理，療養費管理があげられます。

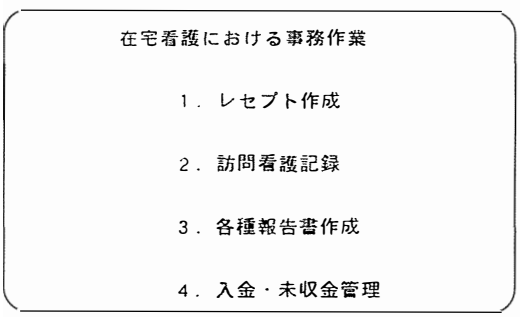
その他に各種会議の書類や現在受けています看護学生の実習に関します書類等，毎日，毎月，年間等事務作業も結構な量です。

その中で，収入源のレセプト作成に１枚手書きした場合は６分以上かかります。現在120名の利用者を手書きしたとすれば720分。つまり12時間以上必要となります。

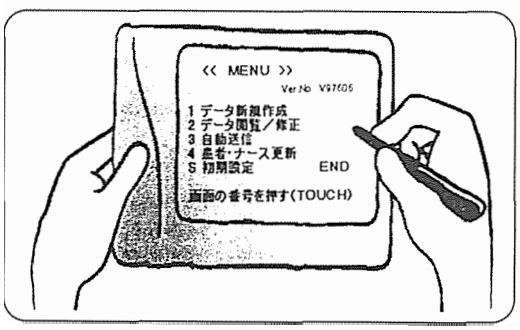
①

②

③



④



④スライドはザウルスのメインメニューです。

1．データ新規作成は看護婦の主なるメニューです。

2．データ閲覧・修正は入力致しましたデータを見たり修正するときのメニューです。

3．自動送信はパソコンに受信する場合のメニューです。データを電話又は直接パソコンで入力するときに利用します。

4．患者・ナース更新

5．初期設定は，ステーションで入力します。

この1のデータ新規作成をペンタッチいたしますと，

⑤サブメニューに画面が変わります。

①は訪問看護婦，利用者，訪問日時です。

看護婦は①をペンタッチしますと，ナースの画面が出ます。自分の名前をタッチしますと担当の利用者が画面に出ます。その中より記録する利用者を選びます。すると次の画面の訪問日時が出ます。必要な日時をペンタッチします。このように順にタッチして必要項目を挿入します。

②はバイタルとともに排尿，排便，食欲等もペンタッチ出来ます。

③は患者の一般状態，つまりADL

④は日常生活動作評価でIADL。③④は，月に1度利用者をチェックします。

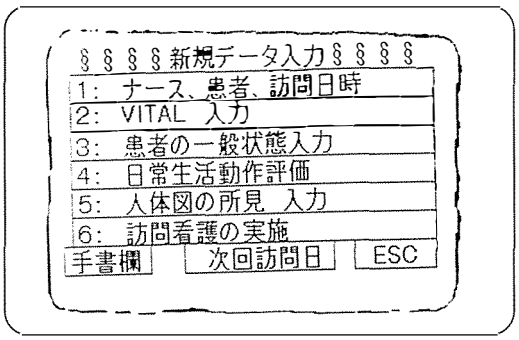
⑤は人体図の所見で，褥瘡，浮腫，発赤，痛み等は数字で部位を人体図に示されます。

⑥訪問看護実施の主なる看護内容はペンタッチで入力できます。

大体のことは①～⑥で記録できますが，手書きで400字が書けます。

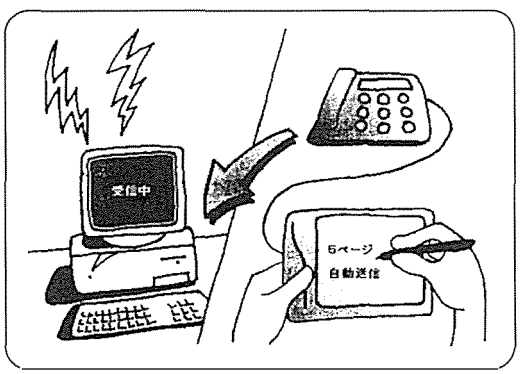
最後に次回の訪問予定の年月日と時刻を入力して終了します。

⑤



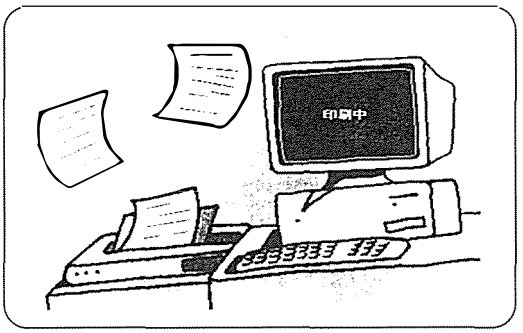
⑥次のスライドはザウルスと電話をモデムで接続して，パソコンに送信しています。送信には5人分が1分足らずで1度に可能です。

⑥



⑦送信されました情報が整理されプリントアウトされます。

⑦



4枚続けてスライドを流してください。

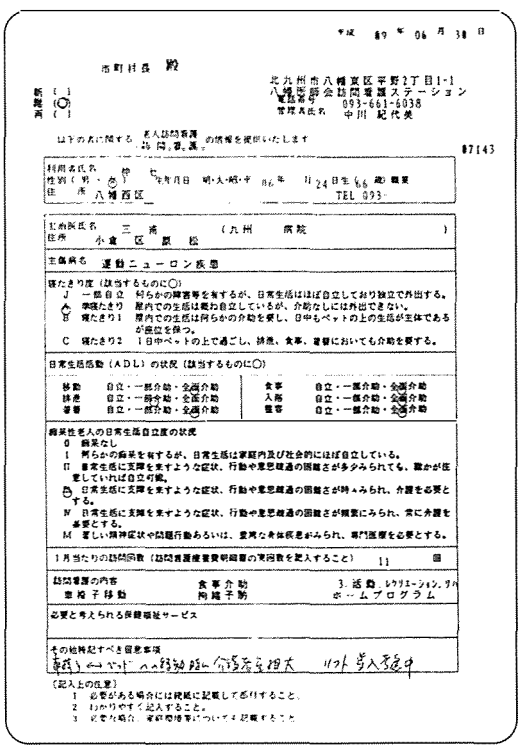
⑧⑨⑩⑪実際に訪問看護婦が自宅で入力して自宅の電話とザウルスをモデム回線でパソコンに送信している所です。

⑫次のスライドはプリントされた情報提供です。2枚複写にしていますので1枚は市に提出し，1枚を控えとしてステーションで保管します。

サブメニューの③患者の一般状態，④日常生活動作評価，⑥看護の内容部分が記入されます。

（ADL）　（IADL）

⑫



⑬次のスライドは収入源のレセプトです。

レセプトのカレンダー部分は毎回の訪問日，それにともない基本料金，基本管理料等がインプットされます。

1枚のレセプトがプリントアウトされるのに32秒。120名の利用者であれば3840秒つまり64分で終了します。

その間他の業務にこの時間を利用することが出来ます。

手書きレセプト作成で12時間要することを考えますと時間がかなり削減できていることがわかると思います。

⑭その他に送信した内容で看護婦の1カ月を出勤カレンダーで具体的な訪問者を見ることができます。

⑮又，利用者の1カ月分を見ますと，何日に誰看護婦が訪問している，この1カ月のADL，看護内容を知ることが出来ます。これは訪問状況，アセスメント，看護サービス等に大変便利です。

⑯システム機能として

1．基礎情報管理

2．毎日の訪問看護記録

3．看護日誌

4．訪問看護婦出勤簿

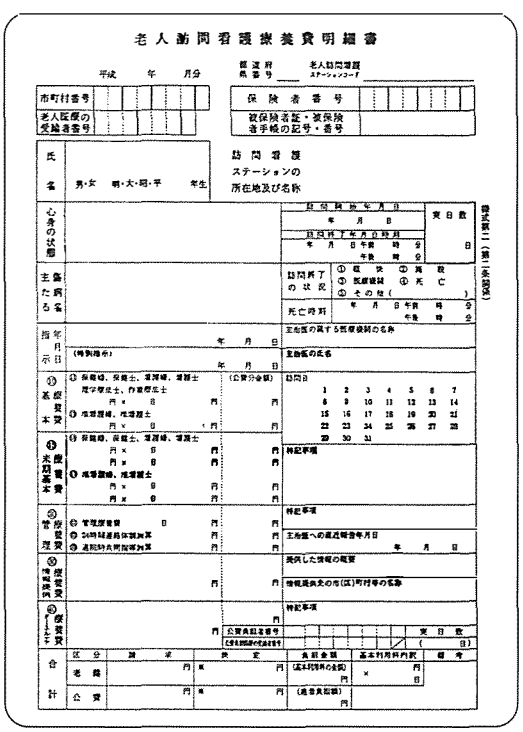
5．レセプト

6．情報提供書

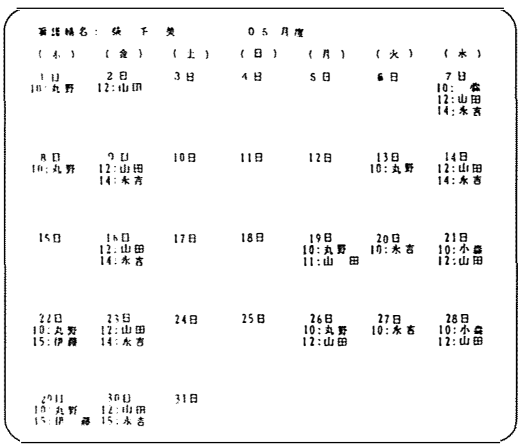
等です

普通，月末月初めに残業して処理することが多いのですが当ステーションはパソコン通信で毎日平均して時間内に処理され殆ど事務職は残業なしで終了いたします。

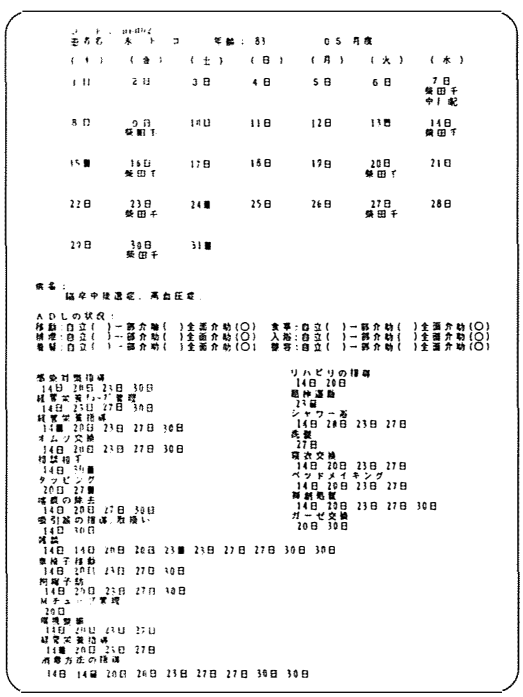
⑬



⑭



⑮



⑰ザウルスを利用しての利点は

1．効率的に時間が使える。
2．情報把握が迅速で早期に対応できる。
3．業務の把握がしやすい。
4．事務処理を簡略できる。　　があげられます。

⑱1番目の効率的に時間が使えるは，

看護婦は毎日ステーションに出勤せずに自宅から利用者宅に直接訪問しますので訪問までの時間が短縮されます。ステーションに1時間かかる場所に居住しています方でもそのエリアの利用者訪問です。記録物も自分の都合のよい時間での入力，送信ですので家庭の作業が終了した時間を利用出来，夜間でも記録，送信が可能です。時間を有効に利用出来るとともに経費が節減されます。又，通勤時間や，記録時間短縮により，日中の時間を最大限に利用者への訪問に活用できます。訪問件数が増やせることは，より多くの利用希望者に対応出来，しかもステーションの収益につながります。

⑲2番目の情報把握が迅速で早期に対応できるは，

送信されました記録物を迅速に管理者と共有出来ます。

記録の中の潜在的な問題にタイムリーに対応出来，しかも他機関への連携が速く出来ます。

つまり，利用者の安全・安楽につながり，QOLを高めることになります。

⑳3番目の業務の把握がしやすいは，

データー化することにより業務上の問題を早くキャッチし，改善策につながります。

㉑4番目の事務処理で簡略出来るは，

訪問看護婦の事務処理を最小限にでき，その分，訪問看護業務に専念することができます。

訪問看護婦は非常勤者が多数を占めます。

平成9年7月現在，当ステーションは常勤3名，非常勤20名です。非常勤者に負担をかけずにすみます。事務員に余裕が出来，多くの業務を同時にこなせます。しかも1カ月の業務が平均化しています。システム化していますので，利用者が増えても業務量は変わりません。

⑯

システムの機能

1. 基礎情報管理台帳
2. 訪問看護記録
3. 看護日誌
4. 訪問看護婦出勤簿
5. レセプト処理
6. 情報提供書

⑰

利　　点

1．効率的に時間が使える。
2．情報把握が迅速で早期に対応できる。
3．業務の把握がしやすい。
4．事務処理を簡略できる。

⑱

1．効率的に時間が使える。

（1）余剰時間を利用者、看護婦に利用できる。
（2）経費の節減になる。
（3）訪問件数が増やせ、
　　より多くの利用希望者に対応できる。
（4）ステーションの収益があがる。

⑲

2．情報把握が迅速で早期に対応できる。

(1)潜在的な問題に対して
　タイムリーな対応ができる。
(2)問題の共有が早くできる。
(3)他機関への連携が速い。

⑳

3．業務の把握がしやすい。

（1）データー化することにより問題を早く
　キャッチし、改善策につながる。

㉑

4．事務処理の簡略化

（1）看護婦の事務業務が最少限となる。

（2）事務員に余裕ができ、
多業務を同時にこなせる。

（3）利用者が増加しても
事務的業務量はほとんど変わらない。

㉒次のスライドで整理しますと

ステーションは経済効率がよくなった分，時間と収入を看護婦の研修，福利厚生に利用出来ます。訪問看護婦は月2回のミーティング，事例検討会以外は直行直帰ですので余剰の時間を自己学習及び自己啓発に利用出来ます。また，次の訪問に無理がない分利用者に余裕をもって接することが出来ます。これは訪問看護婦の質の向上になり利用者のQOLを高めていると思っています。

㉒

1．ステーション

経済効率がよくなった分、
看護婦の研修・福利厚生に利用できる。

2．訪問看護婦

余剰の時間を自己学習及び
自己啓発に利用できる。

利用者に余裕をもって接することができる。

㉓問題点の1として

①コスト面ですが，ザウルスはリースにしています。30台分で月に15万円，電池代が約1万円

パソコンへの電話送信はフリーダイヤルで8,000円程度，1台に換算しますと5,700円／月に支払うわけですが，これを高いと考えるか，コストベネフィットとして安いと考えるかです。平成9年予算でパソコンはNEC PC-9821 V166 784,697円で購入しました。

②コミュニケーション面では

ステーションは必要性を感じなければ非常勤看護婦は月に2度の出勤でよいわけです。日頃は殆ど電話対応しています。

特にこの場合，新人の教育面が不足しがちになります。

ザウルスの使用方法は簡単で，1回のオリエンテーションですぐ覚えられますので，これはザウルス教育の問題ではなく，新人は訪問看護業務に不慣れで問題をかかえることが多いので工夫が必要です。

㉓

今　　後

1．看護婦：（1）新人オリエンテーションの充実

（2）定期、臨時の面接

2．他機関との情報の共有

㉔今後

(1)新人オリエンテーションに力をいれ，つまり新人教育方法の検討，充実化をはかる。

(2)定期，臨時の面接によるメンタルサポートを積極的に進める一方でザウルスを活用して他機関への情報共有化にむけての取り組みを行いたいと思います。

㉔

問　題　点

1．ザウルスに要するコスト面

2．コミュニケーションの不足

スライドありがとうございました。

以上で発表を終わります。

こういう機会に発表出来ましたことに感謝いたします。

御静聴有り難うございました。

◆メインシンポジウム◆

QOLをたかめるハイテクノロジー

看護実践を支えるマルチメディア技術

鹿児島大学医学部附属病院医療情報部
宇　都　由美子

鹿児島大学の宇都と申します。本日はこのように貴重な機会を賜りまして，心から感謝申し上げます。私は現在病院のシステム化を通じて，病院各部門にサービスを提供するという仕事を主に行っております。それ以前は，兼務も含めて，臨床看護婦として10年間勤務していました。私は決して機械おたくでもコンピュータ大好き人間でもありません。機械に対してそれなりに苦手意識ももっています。

本日は，「QOLを高めるハイテクノロジー」というメインテーマに対しまして，「看護実践を支えるマルチメディア技術」という内容でお話させていただきます。

1．マルチメディアとは

最近マルチメディアという言葉をしばしば耳にするようになりました。そもそもマルチメディアとは一体何を意味しているのでしょうか。マルチメディアは，一般的にコンピュータを利用して，文字や画像，音声等を自由に組み合わせ，多彩な情報を双方向に伝達する技術のことです。テレビやＶＴＲも，文字や画像，音声など多彩な情報を私達に提供してくれますが，テレビやＶＴＲの情報伝達は一方的で双方向ではありません。そのため，マルチメディアとは言えないのです。

私達は患者さんをケアしながら，たくさんの情報をいただいており，それらの情報を蓄積し利用していこうとする時，文字だけでなく画像，音声など多彩な情報が扱えるマルチメディア技術は，今後ますます重要かつ不可欠なものとなっていくでしょう。

また，私の発表の後半で衛星利用による看護遠隔教育の実演をＶＴＲでご覧いただきたいと思います。衛星という新しいメディアを看護教育に活用することによって，時間や空間の制約を超えた新しい教育環境が間もなく構築できるだろうなと期待感を抱いています。

2．在宅ケアを支援するネットワーク技術

看護実践を支えるマルチメディア技術の例を３つほど御紹介します。まず最初に，21世紀の医療，看護のキーワードの一つである在宅ケアに関するネットワークシステムを，実験的に開発致しましたので御紹介します。

21世紀の在宅看護の患者像と致しましては，圧倒的に高齢者が増え，しかも著しく健康状態や身体機能を損ね医療依存度が高いということが予想されます。これからの在宅看護に生かす情報システムに求められることとして，まず第一に質の高いケアを提供すること，次に福祉などの医療資源を効果的に投入できること，そして，患者さんや御家族の孤立感，疎外感を取り除くこと，豊富な情報の提供とその環境作りを行うことなどが極めて重要な要件となります。

これらの要件を考慮して，私達は21世紀の在宅ケアはこうあって欲しいなあという期待感も含めて，在宅ケアネットワークシステムを実験的に開発しております。システムの特徴としては，テレビ会議システムを応用していますので，在宅の患者さんと訪問看護ステーション側で双方向のやり取りができます（表１）。次に，リモートコントロールカメラですので，患者さん

表１　在宅ケアネットワークシステムの特徴

１．テレビ会議機能の利用により双方向の情報伝送可能
２．リモートコントロールカメラの利用
３．ハンズフリーで会話可能
４．有効なケア情報ＤＢと豊富な検索機能
５．安価な導入経費および維持費
６．パソコン利用によるシステムの拡張性

がパソコンのあるお部屋内にいらっしゃれば，ステーション側のリモート操作で，患者さんを必ず写すことができます。会話もハンズフリー機能となっていますので，患者さんがいちいち受話器を使わなくても，訪問看護婦さんとお話することができます。それから，訪問看護を有効に支援するケア情報データベースを併せ持ち，検索機能も豊富です。パソコンとINS64という普通のデジタル公衆回線を利用しているため，安い導入経費と維持費で済みます。そして，パソコン単体としてさまざまな用途にも使用できるというシステムの特徴を有しています。

図1は在宅ケアネットワークシステムの機器構成です。パソコンとリモートコントロールカメラと電話機です。このリモートカメラは，上下左右180度ずつ動かすことができます（図2）。ハンズフリーの受話器です（図3）。このまま受話器を外さないで会話することができます。

図4は，在宅ケアネットワークシステムの目的や運用方法のイメージです。訪問看護婦さんが「今日はどの御家庭から訪問したらいいのかしら？」ということで，各御家庭と在宅ケアネットワークシステムを利用して，患者さんの状態を観察，評価します。このように，その日の訪問看護を開始する前に，テレビ会議システムを用いて，患者さんと訪問看護婦が双方向通信を行い，各患者さんに対する訪問看護のニーズ，プライオリティを決定し，より効率的な訪問看護を支援します。

システムの特徴の一つに，患者さんの情報を画像として蓄積できるということがあげられます（図5）。例えば「左手がこんなに上がるようになったわ。カメラに向かって上げて見せてね。」としますと，それをカメラで写して，訪問看護ステーション側では「リハビリテーションの効果でADLがだいぶ拡大してきたので，データベースに登録しておきましょう。」ということになります。

なぜ，在宅ケアネットワークシステムにパソコンを利用したのかということですが，私達は20世紀のお茶の間の娯楽がテレビを中心に広がったように，21世紀の家庭にはパソコン1台は当たり前になっているだろう，そうであれば，そのパソコンに在宅ケアネットワークシステムをインストールするだけで簡単に利用できるはずだと考えました（図6）。パソコン単体として

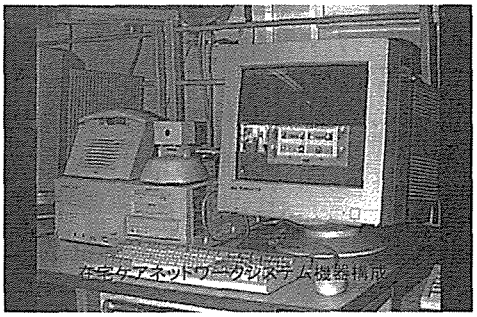


図1　在宅ケアネットワークシステム機器構成

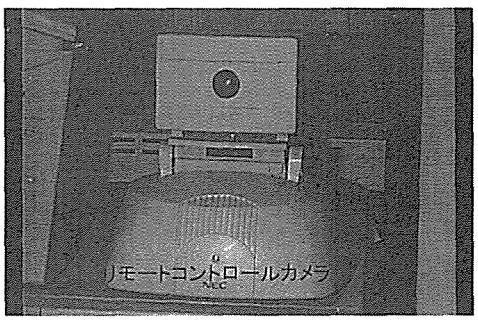


図2　リモートコントロールカメラ

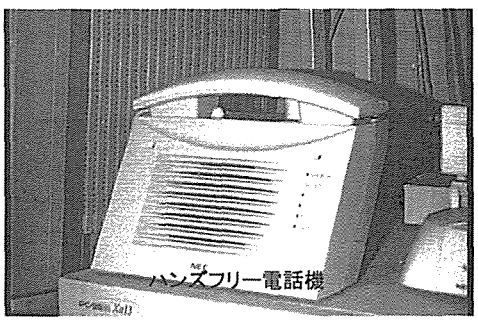


図3　ハンズフリー電話機

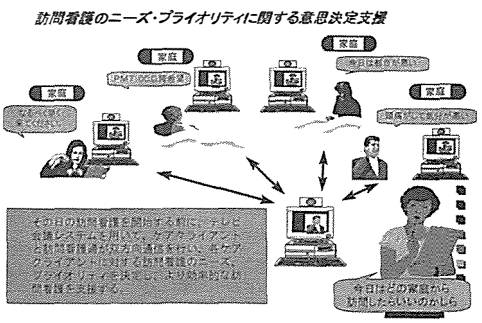


図4　訪問看護のニーズ・プライオリティに関する意志決定支援

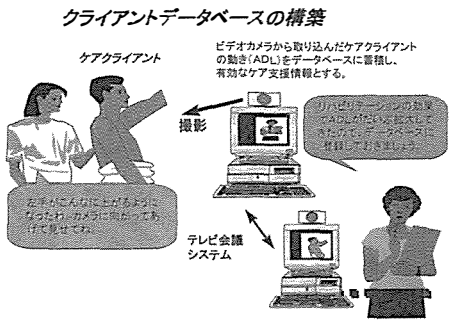


図5　画像情報を利用したクライアントデータベースの構築

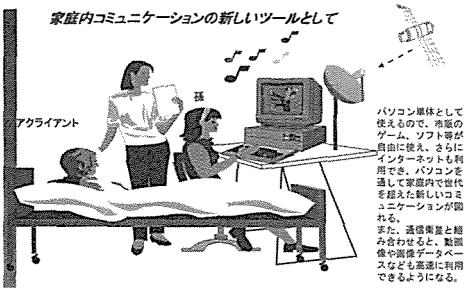


図6　家庭内コミュニケーションの新しいツール

使えるので，市販のゲーム，ソフト等が自由に使え，さらにインターネットも利用でき，パソコンを通して家庭内で世代を超えた新しいコミュニケーションが図れます。また，通信衛星と組み合わせると，動画像や画像データベースなども高速に利用できるようになります。

3．インターネットと看護

21世紀の看護実践を支えるマルチメディア技術の2つ目の例として，インターネットについてお話します。

インターネット＝マルチメディアと解されるほど，インターネットはマルチメディア技術の進展に伴って急速に成長してまいりました。これからご紹介するものは季節はずれで申し訳ないのですが，まさにマルチメディアの具体例です。見たい，聞きたいというニーズに対して，インターネット上でクリスマスの音と画像と文字を受信しています。これが双方向の情報伝達

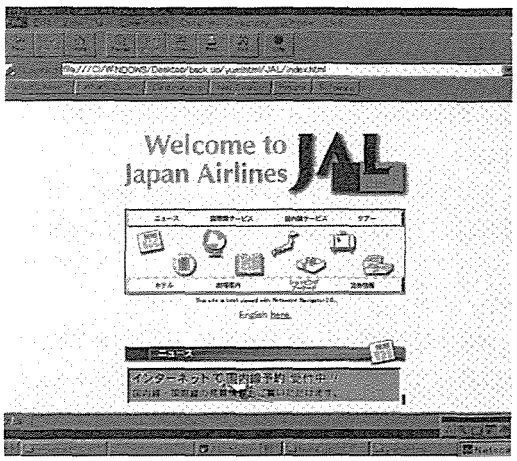


図7　インターネットで国内線予約

図8　検索エンジンYAHOO

ですね。インターネットそのものにつきましては，既にご存知の方やご利用なさっている方も多いかと思いますが，インターネット利用における特徴を幾つかご紹介します。

まず，日常的に利用できるものとして，飛行機の運行案内や予約があります（図7）。飛行機の運行時間を確認後，そのまま予約することもできます。また，それらに関する支払いなどの手続きも簡単に済ますことができます。

インターネットは情報の宝庫ですが，一方で必要な情報をタイムリーに手に入れられないと大変不便です。そこで，キーワードを利用して検索することができる様々な検索機能，これを検索エンジンと呼んでいます

が，この検索機能がインターネット上に沢山提供されています。代表的なものとしてYAHOO，OEINなどがありますが，ここではYAHOOを使って看護に関する世界中のデータベース検索を行ってみましょう（図8）。

それから，最近良く耳にするバーチャルリアリティ，仮想現実と呼ばれる機能も体験することができます。Virtual Touristは，インターネット上で手軽に世界旅行を楽しむことができます（図9）。

図10は医学書院のサイトですが，新刊情報など日常的に便利な機能がこのように手軽に利用できます。

これは皆様よくご存知の日本看護協会のホームページです（図11）。看護の広場ではEメールを利用して

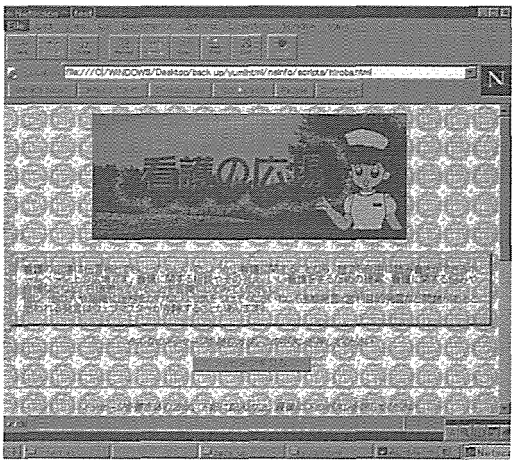


図11　日本看護協会の看護の広場

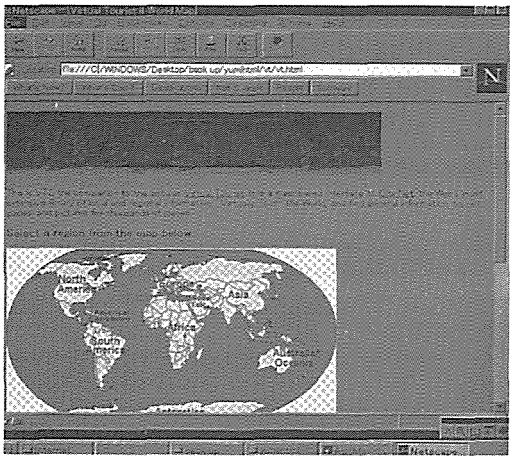


図9　Virtual Touristのページ

図12　鹿児島大学医学部附属病院の看護情報のページ

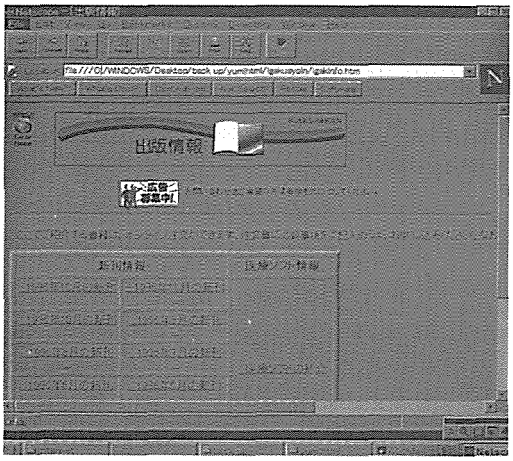


図10　医学書院の出版情報

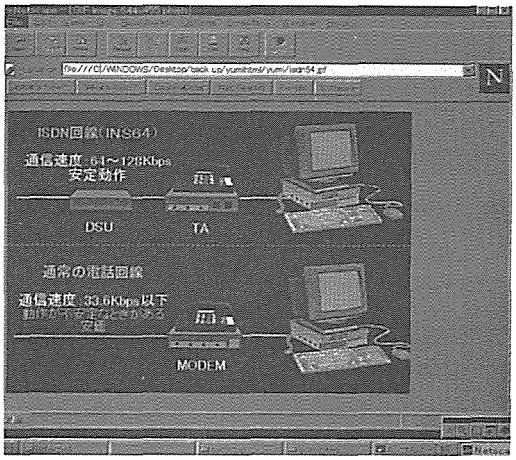


図13　家庭からインターネットを利用するには

意見を自由に交換することができます。鹿児島大学医学部附属病院のホームページに看護情報のホームページを作りました（図12)。本院で利用している鹿児島大学看護情報分類の全てのデータを開示しています。

図13は各家庭からインターネットに接続する時に必要な機器をご紹介したものです。このように，通常の電話回線であればMODEMが必要です。また，アナログの電話回線でなく情報伝送速度を速めるためにISDN回線を利用した場合は，TAとDSUが必要になります。

インターネットの最大の特徴である双方向という特徴を生かして，今後は看護に関連した情報発信ばかりでなく，患者さんや御家族の意見交換を積極的に行っていけるような利用法や情報環境作りを支援していく必要があるのではないでしょうか。

4．通信衛星を利用した看護遠隔教育

インターネット散策を慌ただしくお供していただきました。それでは最後に看護実践を支えるハイテクノロジーの3つ目の例として，通信衛星を利用した看護遠隔教育についてご紹介します。96年12月13日に鹿児島県で開催されました第13回九州地区看護研究学会におきまして特別講演の時間をいただきました。その場をお借りして，東京と鹿児島市民文化ホールを通信衛

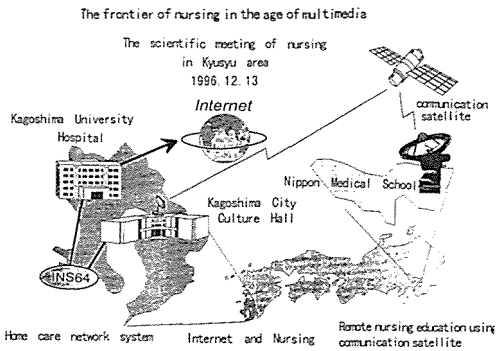


図14　マルチメディア時代の看護の最前線

星で結び，衛星利用による非対象双方向の遠隔教育の実演を行いました（図14，VTR参照)。

非対象双方向とは，講師の映像と音声を衛星で受講者に送り，受講者の質問は電話回線を利用して音声（もしくは映像と音声）を講師に送るという形態の双方向情報伝送のことをいいます。これらの実験を通して，遠隔教育における衛星利用の有用性や利便性，さらに衛星と電話回線を組み合わせた非対象双方向技術の確立や経費の低減化を図る方策等について，具体的な知識を得ることができました。

5．QOLを高めるハイテクノロジー

私の話のまとめと致しまして，コンピュータシステムを例にして終わらせていただきます。コンピュータ上で，通常皆様がご利用なさるアプリケーションプログラム（AP）は，必ずオペレーティングシステム（OP）と呼ばれる基本ソフトがなければ動作することができません（図15)。また，OSだけではコンピュータに様々な仕事をさせることができません。このようにAPとOSは密接不可分な関係にあります。

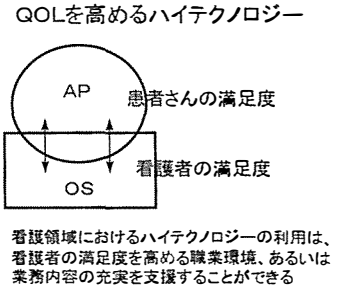


図15　QOLを高めるハイテクノロジー

翻って，私達看護者と患者さんの関係もまた然りだと思います。つまり，私達は患者さんの満足度を高められるようなケアを提供していかなければならない訳ですが，看護者自身が自分の職業環境や業務内容に満足していなければ，患者さんの満足が得られるようなケアを決して提供することができないということです。患者さんの満足が得られるような看護や医療の提供が強く求められ，評価される時代が訪れてきました。看護の情報システム導入の目的は，患者サービスの充実に寄与することは言うまでもありません。しかし，看護婦を支援し，看護婦の満足度を高めることによって，間接的に患者サービスの向上に貢献することも，その導入目的の大きな柱の一つであることは誰もが認めるところではないでしょうか。

御静聴大変ありがとうございました。

◆メインシンポジウム◆

QOLをたかめるハイテクノロジー

シンポジウム「QOLをたかめるハイテクノロジー」を終えて

座長　荻澤さつえ
小川鑛一

看護の役割は「日常生活行動の援助」と言われているように，生活体としての人間の日常性が損なわれるのをできる限り少なくなるよう，健康上の理由により自力で日々の生活行動が行えない場合に，必要な部分を援助することである。そして，看護が目指す最終目標は「その人なりの」または「その人のレベルで」の日常生活の自立であることは言うまでもない。つまり，その人の主体性を損なわずいかに自立した生活をprovideしていけるかは看護の重要な役割といえる。そのことが，ひいてはその人のQOL（Quality of Life）をたかめることにつながる。具体的にはその人が日々どのような生活をしているか，どうありたいと思っているのかを知り，それに基づいて必要な援助を考え，計画，実施，評価していくことが求められる。そのプロセスの中でハイテクの活用ということも選択肢の一つとして登場してくるであろう。

メインシンポジウム「QOLをたかめるハイテクノロジー」では，“ハイテクノロジー”をマイクロコンピュータを使った高度な技術をさすものと理解し，話題を進めていくことにする。最近マイクロコンピュータを含む電子技術の発達により，われわれの日常生活場面にもかなりの省力化，効率化が図られるようになってきた。看護や医療の現場においても例外ではなく，新しいハイテクノロジーが次々と導入されている。これからの少子高齢化を見越し，ハイテク介護・福祉機器の開発も盛んに行われている。しかし，われわれはそれを黙って容認していいのだろうか？導入されたハイテクを使う前に，本当に「それは患者のQOLをたかめることにつながるのであろうか」を整理し考えてみる必要がある。

本来，機械は人間が自分たちの生活を便利にするために作り出されたものであり，それ自体は善でも悪でもない。しかし，いつのまにか人間は機械に使われてしまってはいないだろうか？看護にハイテクを導入する事により，患者のQOLは本当に高まるのだろうか？もしそうだとすれば，どのような活用の仕方を考えなくてはならないのだろうか？……など様々な疑問がある。

私たちはハイテク活用によって何を得ているだろうか？たしかに効率的になったり，便利さを得ることはできる。そして，これまではデータ管理などに長時間かかっていたものが，今では短時間でしかも確実に処理できる。しかし，それによって看護の質が向上したといえるのであろうか？私たちはハイテク導入によって生じる看護の効率化と看護の質向上をどのように両立させていけばよいのであろうか？逆にハイテク活用によって知らず知らずのうちに何かを失ってはいないだろうか？日々の看護実践の中で身につけた知恵，技，直観力などは，ハイテク活用によってどう変化しただろうか？例えば「ナースコール」の導入により，ナースの患者への関心度，注意力はどう変化したであろうか？ハイテク導入という新しい環境が看護者の思考や患者の心にどのような影響を与えているであろうか？あるいは，看護の中でどうしてもハイテクノロジーにとって代われないものに何があるのであろうか？これらのことについて実証的に示した研究はほとんどなく，今■のシンポジウムはこれから次々に看護実践の場へ導入されるであろうハイテクノロジーにより起こり得る諸問題を，改めて，QOLという視点から分析的に考えるきっかけになれば幸いに思う。

「QOLをたかめるハイテクノロジー」で得るもの，失うものについて考えてみる。ハイテク導入により，看護者の作業負担や疲労の減少が考えられ，それが脊柱障害の防止にもつながる。また，作業は迅速に処理できるので患者ケアにたずさわる時間的余裕が生まれ，患者との対話も増える。その結果，患者への様々なケ

アにかける時間が増すことになる。さらにハイテクの活用は，遠隔地との情報伝達を可能にし，看護情報の体系化や標準化が図れ，ハイテク導入により看護に関わるデータ管理，情報交換，看護サービス向上に役立つ。このように考えると，看護者の労働負担は軽減され，そのことが患者のQOLをたかめることにつながる。

これに対し，ハイテクを導入した場合，看護者はそれに依存する傾向が強まり，患者との触れ合いは減る恐れも考えられる。さらにハイテク依存により看護者が五感を使って判断することが不得意になり，緊急時の対応遅れや小回りがきかなくなるということも予想される。ハイテクノロジーはどちらかといえば自動化を推進するので看護者のデスクワークが増える可能性がある。例えば自転車に乗れない，ナイフで鉛筆が削れない，マッチがすれないというように現代の若者にその徴候が現れているように体で覚える技が身につかなくなる。これは看護に必要な基本的な技（看護動作）やそれを活かす知恵を失うことにもなる。

ハイテクノロジーを推進する場合に考えねばならないことは，患者や看護者の安全と安楽の保証である。ハイテク機器を作る人間は人間の本来の機能や使い手や受け手の心理，長期使用による弊害まで知りつくして作る訳ではないので，使用して初めて予期せぬ危険性に遭遇することもあるであろう。ハイテク機器の故障や人間のうっかりミスによる重大事故を起こさない保証も必要である。今後は，好むと好まざるに関わらず看護の世界にもハイテク技術，ハイテク製品の波は押し寄せてくる。私どもはその現実に流されないでもっと一つ一つの機器を本当にそれが患者のQOLをたかめることにつながるのかと慎重に見定める必要があるのではないかと思う。

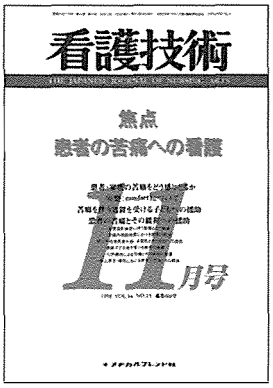
メヂカルフレンド社の雑誌は，臨床・教育で高い評価を得ています。

●常に臨床看護の現場を リードする看護学専門誌

看護技術

B5判・定価1,155円(本体1,100円)・年16冊
毎号前月20日発売
……年間購読料18,480円(本体17,600円)
※1月・4月・7月・10月増刊号含む

『看護技術』は臨床看護婦に必要な看護技術，その方法，研究の成果など臨床現場での実践を紹介していきます。看護の専門性の追求，多職種との連携など，看護への期待を担える臨床看護婦の技術・研究能力のレベルアップにつながる雑誌でありたいと考えます。

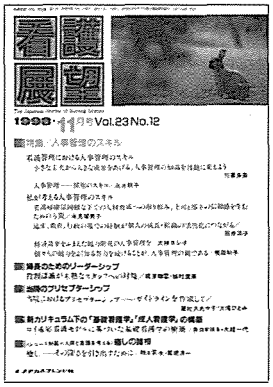


●看護の臨床と管理・教育を むすぶ看護総合誌

看護展望

B5判・定価1,365円(本体1,300円)・年13冊
毎号前月25日発売
……年間購読料18,900円(本体18,000円)
※1月増刊号含む

『看護展望』は，臨床・教育・管理にまたがる看護問題にスポットをあて，その解決の道を探る看護総合誌です。人材育成にかかわる教育上の問題，ケアの質を高めるための看護管理上の問題，マクロな視点から看護制度そのものをとらえなおす試みなど，いつもホットな記事を提供します。



●看護婦をめざす学生のための学習誌

クリニカルスタディ
Clinical Study

B5判・定価1,050円(本体1,000円)・年13冊
毎号前月10日発売
……年間購読料15,750円(本体15,000円)
※5月・11月増刊号含む

『クリニカルスタディ』は，臨床実習や看護婦■家試験対策を盛り込んだ，看護学生に最も支持されている学習誌です。臨床実習で受け持つことの多い疾患患者の看護過程を構造図を取り入れて分析する〈シリーズ／ナーシングプロセス〉等情報が満載です。

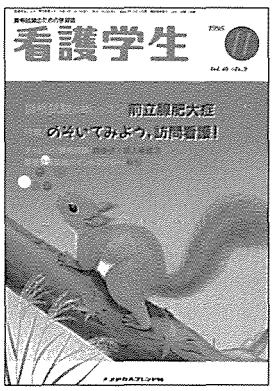
●准看護学生のための学習誌

資格試験のための学習誌

看護学生

B5判・定価945円(本体900円)
毎号前月10日発売
……年間購読料12,915円(本体12,300円)
※10月増刊号含む

『看護学生』は，准看護婦(士)をめざす准看護学生のための学習誌です。働きながら学ぶコツ，実習を成功させる秘訣など，有意義な学生生活に欠かせない情報を提供する〈特集〉，毎日の学習から臨床実習・資格試験対策までをカバーする内容になっています。



株式会社 メヂカルフレンド社
〒102-0073 東京都千代田区九段北3-2-4 ☎(03)3263-7666 FAX(03)3261-6602 振替00100-0-114708
E-mail mfeigyou@mb.infoweb.ne.jp http://web.infoweb.ne.jp/medical-friend/

日本看護研究学会会報

第 51 号

（平成10年12月20日発行）

日本看護研究学会事務局

目　　次

平成10年度第２回理事会議事録 …… 1
平成10年度第１回評議員議事録 …… 4
第24回日本看護研究学会議事録 …… 10

平成10年度第２回理事会議事録

日　程　平成10年７月29日（水）午後３時～４時50分

場　所　ホテルニューキャッスル

出席者　伊藤，石井，大串，川口，河合，草刈，木場，田島，中島，野島，早川，前原，山口各理事，鵜沢，大谷各監事

欠席者　泉，金川，紙屋，川島，近田，波多野各理事

事務局　高橋，中嶋

議　長　草刈理事長

理事長挨 拶後審議に入る。

議　題

審議事項

１．平成10年度予算案について

１）予備費と繰越金の表記方法について（田島会計担当理事）

４月25日の理事会において予算案の次期繰越金と予備費の表記の仕方について，懸案になっていた。他の学会等を調べた結果，その処理方法は多様であった。本会は営利団体ではないため，会計上，収支のバランスには気をつけなければならない。入会金を徴収するようになってから，赤字が黒字に転じ，現在では余裕の収支となっている。その

意味で，繰越金の表記方法が問題となったが，事務所の拡張に伴う経費の維持，会員の入退会，会費納入に関わる繁雑な業務のための人件費に相当する費用は確実に毎年確保しなければならない。これを勘案して，次年度の予算の組立方を検討したい。

2）総会費用について（■島会計担当理事）

理事長制度になる前は，会長が会の代表であったが理事長制度になってからは，総会は理事長，学術集会は会長と分離して行われている。会計支出項目が，総会補助費から学術集会総会補助費に変わっているが，現在の使用状況をみると殆どが，理事会，評議員会・総会設備費の費用に当てられている。会計に少し余裕がでてきた現在，総会の費用（次期会長用の垂れ幕・総会準備費用・理事会・評議員会・各種委員会開催費用）は本会会計より支出する。本年度は予備費より支出するが，平成11年度は会議費の中にそれぞれ項目を設ける。学術集会補助費は総会の2文字を削除してそのまま継続する。

尚，メイン会場の総会・学術集会の横断幕及び会場入り口の看板は「学術集会・総会」と続けて表記されるので学術集会会長にお願いする。

3）地方会補助費について（中島理事）

平成11年度に検討する。

2．評議員・理事選出規定の検討について（伊藤総務担当理事）

4月25日理事会からの継続事項について

常任理事会の中から理事長が人選し，選挙管理委員会からの指摘に基づいて原案を作成し，平成11年度の総会で承認を受ける。

3．名誉会員ついて（伊藤総務担当理事）

1）4月25日理事会継続事項について

70歳以上の会員を調査する件は，年齢が不明のため調査できない。

2）世話人経験者及び現職者も含む。

4．著作権料について（伊藤総務担当理事）

出版社著作権協議会から4万を分配する旨通知があり，本会では版権は著者にあるため，分配金を受領できない状況にある。従って「掲載された原稿の版権は本会に属するものとする。但し，著者本人に関しては，この制約を免れる。」という文言を追加する。追加箇所は雑誌投稿規定の項目1．の現在ある文書の前に入れる。この後の評議員会・総会に提案する。

5．学会誌の寄贈先について（伊藤総務担当理事）

21巻3号（学術集会プログラム誌）の寄贈依頼（■際医学情報センター）について，学会の広報にもなるので寄贈する。

6．入会申し込み記載内容の検討について（草刈理事長）

専門領域（看護系・医系・工学系・その他）や生年は，名簿作成作業の時に調査する。

7．第25■学術集会（平成11年度）について（田島学術集会会長）

参加費：一般　8,000円　　学生　2,000円

報告事項

1．日本学術会議について（早川渉外担当理事）

1）第17期学術会議看護学専門委員会が6月16日開催された。

出席者は本会を入れて4学会とオブザーバーの第7部医学系の鳥山先生が出席して下記の通りの報告があった。

現在の学術会議は総務庁の下にあるが，2002年までに行政改革により新しくなる省の下部組織に入る予定である。現在は学術会議に決定権があるが，今後総合科学学術会議という上部組織が出来る予定で，その下に学術会議が入るので決定権を持たない方向になるようである。

看護学専門委員会としては，学術会議会員を出すために，新設を目指して要望書をだしていく方向で進めていく。鳥山先生の話では整形医科学学会も20年間運動をしてやっと2期前から会員を出せるようになった。

2）文部省科学研究費について

応募分野が看護全般より基礎看護・地域看護と臨床看護二つに分かれて募集している。

2．編集委員会について（山口編集委員長）

1）投稿原稿の経過について

4月理事会以降について

9年度7編の未処理について

1編：21巻4号に掲載予定

6編：査読中

10年度7編投稿について

1編：21巻5号掲載予定

6編：査読中

2）投稿規定及び執筆要項の一部変更について

1．雑誌投稿規定について

項目1．「掲載された原稿の版権は本会に属するものとする。但し，著者本人に関しては，この制約を免れる。」を追加する。

項目5．を「6．原稿には表紙を付け」，

1）上段欄には，表題，英文表題（各単語の頭文字を大文字とする），希望する原稿種別を朱書し，キーワード（和文・英文とも）3つ以内と，著者氏名（ローマ字氏名併記）所属機関（英文併記）の順に記入する。

項目９．を「10. 原稿執筆要項は，別に定める。」

２．原稿執筆要項について

項目１．原稿用紙はＢ５判横書き400字詰めを使用し，本文にページを明記すること。

３）査読委員の変更について

査読委員の中から編集委員・理事長・副理事長・名誉会員を除外する。それに伴い資料の26名の査読委員を追加する。編集委員は編集委員としての立場で投稿原稿に拘わっていく。平成10年３月20日発行の雑誌21巻１号に査読委員を掲載済みのため，雑誌には変更を掲載しない。

尚，本理事会で承認を得た上で新しい委員の方にお願いをし了解が得られた上で査読委員として委嘱する。

３．奨学会委員会について（木場奨学会委員長）

１）奨学研究の応募が規約改正後１件しかなく，その１件も不採用に終わった。今年度も公募するが，様子を見て今後対策をする。

２）学会賞（仮称）について

奨学会委員会は，奨学会委員会規定に基づいて活動をしている，その中に学会賞の仕事はないと思われる。従って，奨学会委員会の中でなく，理事会として別の委員会等で検討する。

平成10年度第１回評議員議事録

日　時　平成10年７月29日　17：00～19：20

場　所　ホテルニューキャッスル（弘前市）

出席者　48名　　委任状　50名　　無回答　２名（評議員数100名）

議　長　草刈理事長

理事長の挨拶

審議事項

１．平成９年度報告について

１）事業報告（伊藤総務担当理事）

１．年１回の学術集会を行った。（第23回　久留米市に於て）

２．機関誌の発行をした。（20巻１号～５号・特別号）

３．奨学会を運営した。（応募者無し）

4．地方会を運営した。(北海道・東海・近畿北陸・中国四国・九州の5地区)

5．選挙を行った。(平成9年11月1日実施)

拍手承認

2）会計報告

1．本学会報告（田島会計担当理事）

会計収入の備考欄の註1の退会者数306名を308名に訂正後，資料に基づき説明

拍手承認

2．奨学会報告（木場奨学会委員長）

資料に基づき説明

拍手承認

3）監査報告（川野監事）

報告

拍手承認

2．平成10年度事業計画案について（伊藤総務担当理事）

1）年1回の学術集会を行う。(第24回　弘前市に於て)

2）機関誌を発行する。(21巻1号～5号)

3）奨学会を運営する。(該当者無し)

4）地方会を運営する。(北海道・東海・近畿北陸・中国四国・九州)

拍手承認

3．平成10年度予算案について（田島会計担当理事）

1）新規事業として，

収入の部

項目7．学術集会貸付費戻り金を新設する。

支出の部

項目12．学術集会貸付費を新設する。

項目13．整備費（事務所拡張のため)・総会関係費（理事会・評議員会・総会費用）を予備費より支出する。尚，総会関係費は平成11年度より会議費の中でそれぞれの項目を設けて処理していく。

本年度より項目1．を学術集会補助費と変更する。

以上追加説明後　拍手承認

4．第26回（平成12年度）学術集会会長の選出について（草刈理事長）

千葉大学　草刈淳子（理事長）氏を理事会として推薦する。　拍手承認

5．その他

1）著作権について（伊藤総務担当理事・山口編集委員長）

著作権協議会より分配金4万円を支給するが如何かという文書が来たことに伴い，版権は著者にあるため，検討の結果，投稿規定の中に「掲載された原稿の版権は本会に属するものとする。但し，著者本人に関しては，この制約を免れる。」と明記する。

尚，4万円を分配される看護系学会は日本看護科学学会・日本看護診断学会と本学会です。

拍手承認

2）入会申し込み記載事項について（草刈理事長）

入会の時に生まれた年だけを明記していただく。

拍手承認

3）平成9年度選挙結果について（伊藤総務担当理事）

「検討を要する」と選挙管理委員会より指摘があり，今後理事長の諮問機関で検討し，来年の評議員会・総会に向けて検討する。

拍手承認

報告事項

1．会員の動向について（伊藤総務担当理事）

平成10年4月1日　会員数　3,394名（一般 3,294名　理事 19名　評議員 81名）

4月20日　現在新入会　65名

2．委員会報告について

1）編集委員会報告（山口委員長）

1．平成9・10年度投稿原稿経過を説明

2．投稿規定及び執筆要項の一部変更について

①雑誌投稿規定

項目1．を下記の通り新設するため，現在の項目1．を2．とし，順次繰り下げる。

新設

項目1．「掲載された原稿の版権は本会に属するものとする。但し，著者本人に関しては，この制約を免れる。」を追加する。

内容変更

5．を「6．原稿には，表紙を付け」変更

1）上段には，表題，英文表題（各単語の頭文字を大文字とする），希望する原稿種別を朱書し，キーワード（和文・英文とも）3つ以内と，著者氏名（ローマ字氏名併用），所属機関（英文併記）を順に記入する。

②原稿執筆要項

内容追加

項目1．原稿用紙B5判横書き400字詰めを使用し，本文にページを明記する。

3．編集委員会のあり方について

編集委員会の中で問題提起されているので，今後中身を具体的に検討する。

4．査読について

①査読委員の中から編集委員・理事長・副理事長・名誉会員を除外する。

②査読委員を追加する。

5．20周年記念事業について

第20巻最終号迄の索引を作成し，平成10年6月20号の21巻2号と一緒に会員に発送した。21巻からはその巻の最終号の巻末に索引を掲載する。

2）奨学会委員会報告（木場委員長）

1．平成9年度奨学会研究は応募者無し。

2．平成10年度奨学会研究の応募は1件あったが，審査の結果該当者なし。

3．平成11年度奨学会研究の募集について

21巻4号より会告で募集をする。尚，「評議員も会員に応募するよう働きかけるよう。」と促した。応募規定の再考も検討が必要である。

4．学会賞（仮称）について

早い時期に具体化するよう理事会で検討する事とする。

3．日本学術会議関連事項について（早川渉外担当理事）

1）第17期日本学術会議から看護学専門委員会が新設された。この委員会は正規の専門委員会でないため学術会議の会員は出せない。現在は本会以外，日本看護科学学会・日本がん看護学会・看護学教育学会があり，平成10年6月16日日本学術会議題17期看護学専門委員会が開催された。その他にオブザーバーとして学術会議の正規会員である鳥山会員が出席した。「日本学術会議も官庁の一つであり，行政改革で2002年4月までに縮小される可能性がある。組織としては，新しく省になるところの下部組織となる予定。」と鳥山氏より学術会議総会検討事項の説明があった。

2年以内に日本学術会議に正規の会員を出せるよう要望書を検討する。

2）文部省科学研究費について

看護学1本で募集してきたが，現在は，基礎看護学・地域看護学と臨床看護学の2本立てで募集している。4～5年に一度見直しがあるので看護学も募集分野を増やす傾向にある。日本学術会議看護学専門委員会の委員が新たに増やす分野を検討するという宿題がでている。

4．第25回（平成11年度）学術集会について（田島25回学術集会会長）

日　程　平成11年７月30日（金）午後３時～
31日（土）午前９時～
８月１日（日）午前９時～

場　所　浜松市　アクトシティ（浜松駅前）

参加費　一般　8,000円　　学生　2,000円

従って，評議員会議は

平成11年７月30日（金）午後12時より開催予定

5．地方会について

1）北海道地方会（中島理事）

平成９年度事業

1．第８回日本看護研究学会北海道地方会学術集会総会を開催した。

会　　期　平成10年６月７日

会　　場　北海道大学医学部附属病院臨床講堂

実行委員長　松村悠子氏（北海道大学医療技術短期大学部）

2．ニュースレターを２回発行した。

平成10年度事業

1．第９回日本看護研究学会北海道地方会学術集会総会を開催した。

会　　期　平成10年６月６日

会　　場　武田薬品札幌支店

実行委員長　皆川智子氏（札幌医科大学保健医療学部看護学科）

2．広報活動をして会員及び学術集会参加者を増やす。そのためにも本学会からの補助金を増額していただきたく要望する。

2）東海地方会（田島理事）

平成９年度事業

第２回日本看護研究学会東海地区地方会学術集会総会を開催した。

日　　程　平成９年１月10日

場　　所　名古屋国際会議場

実行委員長　中木高夫氏（名古屋大学医学部保健学科）

参　加　者　300名（会員 150名，非会員 150名）

平成10年度事業

第３回日本看護研究学会東海地方会学術集会総会を開催する。

日　　程　未定

場　　所　未定

実行委員長　山口桂子氏（愛知県立看護大学）

3）近畿・北陸地方会（川口理事）

平成9年度事業

第11回日本看護研究学会中国四国地方会主催，近畿北陸地方会協賛による学術集会と総会を開催した。

期　　日　平成10年3月29日

場　　所　川崎医療福祉大学（倉敷市）

実行委員長　深井喜代子氏（川崎医療福祉大学）

参 加 者　約300人　24題の演題と6のポスターセション

平成10年度事業

1．第12回日本看護研究学会近畿北陸主催・中国四国協賛学術集会を開催する。

期　　日　平成11年3月下旬

場　　所　未定

実行委員長　泊　祐子氏（滋賀医科大学）

2．近畿北陸協賛中国四国地方会主催第8回NEW看護学セミナーを開催する。

日　　程　平成10年9月5日

場　　所　岡山県立大学（岡山県総社市）

プランナー　安酸史子氏（岡山県立大学）

受入れ人数　100名

テ ー マ　「ヘルスプロモーションと教育」

3．選挙を行う。

4）中国・四国地方会（野島理事）

平成9年度事業

1．第11回日本看護研究学会中国四国地方会主催，近畿北陸地方会協賛による学術集会と総会を開催した。

期　　日　平成10年3月29日

場　　所　川崎医療福祉大学（倉敷市）

実行委員長　深井喜代子（川崎医療福祉大学）

参 加 者　約300人　24題の演題と6のポスターセション

2．ニュースレター2回発行した。

平成10年度事業

1．第12回日本看護研究学会近畿北陸主催・中国四国協賛学術集会を開催する。

期　　日　平成11年3月下旬

場　　所　未定

実行委員長　泊　祐子氏（滋賀医科大学）

2．近畿北陸協賛中国四国地方会主催第8回NEW看護学セミナーを開催する。

日　　程　平成10年9月5日

場　　所　岡山県立大学（岡山県総社市）

プランナー　安酸史子氏（岡山県立大学）

受入れ人数　100名

テ　ー　マ　「ヘルスプロモーションと健康教育」

3．ニュースレター2回発行をする予定。

5）九州地方会（木場理事）

平成9年度事業

第2回日本看護研究学会九州地方会学術集会総会を開催した。

日　　程　平成10年3月21日

場　　所　鹿児島純心女子大学

実行委員長　木場冨喜氏（鹿児島純心女子大学）

テ　ー　マ　「健康と看護の問題と異文化」

研究発表で演題が20近くあった。

平成10年度事業

1．第3回日本看護研究学会九州地方会学術集会総会を開催する。

日　　程　未定

場　　所　未定

実行委員長　阿蘇品スミ子（久留米大学医学部看護学科）

2．学術集会に参加を呼びかけていきたいので，本部からの補助を希望する。

第24回日本看護研究学会総会議事録

日　時　平成10年7月30日　11：15～

場　所　弘前市民会館

議　長　第24回学術集会会長　大串靖子

出席者　136名　委任状　966名　平成10年4月1日現在会員数　3,394名

未回答　2,192名

理事長挨拶の後，議事に入る。

審議事項

1．平成9年度報告について

1）事業報告

伊藤総務担当理事より事業計画に基づき説明。

2）会計報告

田島会計担当理事が資料に基づき説明。

木場奨学会委員長が資料に基づき説明。

3）監査報告

川野監事より報告。

平成9年度一括拍手承認

2．平成10年度事業計画案について

伊藤総務担当理事より事業計画案に基づき説明。

拍手承認

3．平成10年度予算案について

新規事業として

収入の部

項目7．学術集会貸付費戻り金を新設する。

支出の部

項目1．学術集会総会補助費を学術集会補助費と変更する。

項目12. 学術集会貸付費を新設する。

項目13. 事務所拡張のための設備費と総会関係費（理事会・評議員会・総会費用）を予備費より支出する。尚，総会関係費は平成11年度からは，会議費の中にそれぞれ項目を設ける。

以上追加説明後，田島会計担当理事が資料に基づき説明。

拍手承認

4．第26回（平成12年度）学術集会会長の選出について（草刈理事長）

草刈淳子　理事長（千葉大学看護学部看護実践研究指導センター）氏を推挙

拍手承認

5．入会申込書の記載内容について（草刈理事長）

生年と大まかな領域（看護系・その他）を記入できる範囲で明記する。

拍手承認

報告事項

1．学会員の動向について（伊藤総務担当理事）

平成10年4月1日現在会員数　3,394名（一般　3,294名　　理事　19名　　評議員81名）

2．委員会報告について

1）編集委員会報告（山口委員長）

1．平成9・10年度投稿原稿の経過説明。

2．投稿規定及び執筆要項の変更について

投稿されるとき原稿にページを入れることと，原稿の表紙の記入順序の変更と執筆要項の文字1字訂正。

3．編集委員会のあり方について

問題提起されていることの中身を検討する。

4．20周年記念事業としての20巻特別号を平成10年6月20日に発送した。

2）奨学会委員会報告（木場委員長）

1．平成10年度奨学会研究について

該当者なし

2．平成11年度奨学会研究募集について

例年の通り募集する。

3．規定が見直されてから1件応募があったが，採用されず。従って規程変更後1件も該当がない。規定の見直しも含めて再考を余儀なくされるかもしれない。応募するよう促した。

4．学会賞（仮称）について

理事会で検討する。

3．日本学術会議関連事項について（早川渉外担当理事）

1）第17期学術会議から看護学専門委員会が設置された。これは学術会議に会員を出せる正規の専門委員会ではない。平成10年6月16日この委員会の会議に出席した。メンバーは本学会の他に日本看護科学学会・日本がん看護学会・看護学教育学会で，その他に日本学術会議の正規の会員でオブザーバーとして鳥山会員が出席した。鳥山会員より日本学術会議総会検討事項が報告された。

2）文部省科学研究費について

看護系の応募分野が基礎看護・地域看護と臨床看護と2つに分かれた。4～5年に一度分野の見直しがあるので，看護学専門委員会でも検討する。

4．第25回（平成11年度）日本看護研究学会学術集会について（田島第25回学術集会会長）

東海地方会と一緒に開催する。

日　程　平成11年7月30日（金）午後3時～
7月31日（土）午前9時～
8月1日（日）午前9時～

場　所　浜松市　アクトシティ浜松（浜松駅前）

参加費　一般　8,000円　　学生　2,000円

5．選挙規定等について（伊藤総務担当理事）

1）理事の地区欠員補充について

2）理事・評議員の定年制について

3）現行の理事及び評議員選挙規定について

以上の問題の検討を理事長の諮問のもとで，来年4月の理事会までに検討し，来年の総会に諮る。会員の皆様にも意見がある場合は事務局までご一報下さい。

6．著作権について（伊藤総務担当理事）

版権は本会にあるものとする。例として「掲載された原稿の版権は，本会に属するものとする。但し，著者本人に関しては，この制約を免れる。」

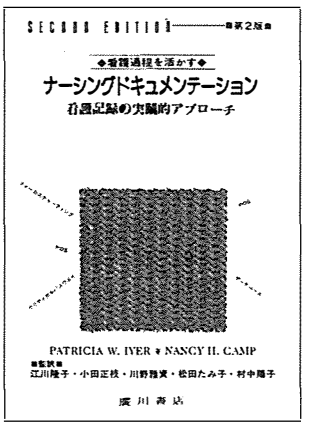
総会終了後，第25回学術集会会長の田島桂子氏　挨拶

記録の基本から応用に至る最新の知識を解説

看護過程を活かす
ナーシングドキュメンテーション
—看護記録の実践的アプローチ—

大阪大学医学部保健学科教授　江川隆子
西南女学院大学保健福祉学部看護学科助教授　小田正枝
三重県立看護大学看護学科教授　川野雅資　監訳
前東京医科歯科大学医学部保健衛生学科助教授　松田たみ子
東海大学健康科学部看護学科助教授　村中陽子

B5判　450頁　4,300円



◆看護過程・看護診断の活用される記録を書くために，記録の基本から応用に至る最新の知識をわかりやすく解説した．

◆現行の記録システムの変化（フォーカス・チャーティング，クリティカルパス等）に対応した新しいアイデアと方略を紹介した．

◆多分野の記録（在宅・長期ケア記録，クリティカルケア記録，患者教育フローシート等）を具体的に展開した．

◆記録のコンピュータ化，看護ソフトウェアの利点・欠点，将来の展望についてわかりやすく解説した．

◆記録システムを変更する際の手続き，段階，プログラム設計，スタッフの運用について紹介した．

主要目次

1　記録の概要

2　アセスメントの記録

3　看護診断とケアプランの記録

4　フローシートを用いた看護実践記録

5　評価記録

6　記録の法的側面

7　記録上の重大な問題

8　ホームケアと長期ケアの記録

9　記録システム

逐語記録／問題指向チャーティング（SOAP）／PIE（Problems Interventions Evaluation）チャーティング／フォーカスチャーティング／例外事故の記録／記録方式の選択時に考慮すべき一般論／要約

10　看護情報のコンピュータ化

11　記録システムの変更方法

付録A　看護専門家団体

付録B　看護診断の分類項目
NANDA 看護判断の分類項目（人間の反応パターンに基づいた看護判断の分類）／機能面から見た健康パターンに基づく看護診断

廣川書店　Hirokawa Publishing Company

消費税が加算されます．

113-0033　東京都文京区本郷3丁目27番14号

電話03(3815)3652　FAX03(3815)3650

平成１０年９月

第12回日本看護研究学会近畿・北陸/中国・四国地方会学術集会のご案内

第12回日本看護研究学会近畿・北陸/中国・四国地方会学術集会を下記の要領で開催しますのでご案内申し上げます。

近畿の豊かな水瓶"琵琶湖"の地で、これからの看護学の発展を皆様方と語り合えることを楽しみにしております。企画・運営にあたりましては、地方会ならではのアットホームな雰囲気が演出できますよう準備を進めておりますので、多くの方々の参加をお願い申し上げます。

第１２回地方会学術集会実行委員長
泊　祐子

１．会　期：平成11年３月28日（日）
（日本看護研究学会近畿北陸地方会主催・中国四国地方会協賛）

２．会　場：滋賀医科大学医学部看護学科棟
（滋賀県大津市瀬田月輪町）

３．メインテーマ：人々の生活の営みと看護活動

４．プログラム

★開会およびオリエンテーション　（ 9:10 ～ 9:20）

★一般演題（口演・示説）　（ 9:20 ～ 11:50）

★総会　（11:50 ～ 12:20）

★特別講演「琵琶湖の水質とその諸問題」　（13:00 ～ 14:00）
講演者　滋賀県琵琶湖研究所研究員　早川　和秀 先生

★ワークショップ　（14:10 ～ 15:15）
- 老人へのActivity　Care
- 教育の立場からみた在宅における看護活動
- 日本人の死生観とターミナルケア

★ワークショップのまとめ　（15:30 ～ 16:00）

★閉会

❖⌘❖

＜懇親会＞　平成11年３月27日（土）　18:00～20:00
ホテルニューサイチ アネックス
（ＪＲ瀬田駅前徒歩１分）TEL077-543-2511

第907回運営審議会の概要

（平成 10.9. 28）

第907回運営審議会は、平成10年9月28日（月）に開催され、次のような審議がありました。

1. 第129回総会日程について

標記について、原案のとおり了承しました。

2. 平成11年度科学研究費補助金の審査委員候補者の推薦について

文部省学術国際局長からの依頼について、第4常置委員会の審議結果に基づき、審査委員候補者を推薦することを了承しました。

3. 平成10年度代表派遣

次の会議に代表派遣することを了承しました。

(1) ヨーロッパ進化経済学会1998年年次大会
（11月5日～8日、リスボン＝ポルトガル）

(2) 第16回科学技術データ国際会議、第21回科学技術データ委員会総会（CODATA）
（11月8日～14日、ニューデリー＝インド）

(3) 第5回アジア水産学会
（11月11日～14日、チェンマイ＝タイ）

(4) 第9回太平洋学術協会中間会議（総会）(PSA)
（11月15日～21日、台北＝台湾）

(5) 第1回国際農学会議
（11月23日～28日、デリー＝インド）

(6) 国際社会科学団体連盟第10回総会（IFSSO）
（12月17日～19日、ピサヌローク＝タイ）

4.その他

日本学術会議が後援名義の使用を承認した国内会議

(1) 第39回大気環境学会年会特別講演、シンポジウム及び特別集会
日時：平成10年9月24日～26日（3日間）
場所：北海道大学工学部（札幌市）

(2) 日本環境共生学会大会（国際シンポジウム・学術大会）
日時：平成10年10月16日～17日（2日間）
場所：16日：名古屋銀行協会大ホール（名古屋市）
17日：名古屋市立大学病院大ホール（名古屋市）

日本学術会議が後援名義の使用を承認した国際会議

(1) 第4回国際生命倫理学会世界会議
日時：平成10年11月4日～7日（4日間）
場所：日本大学会館（東京都）

(2) 第10回アジア地区家政学国際会議
日時：平成11年8月16日～19日（4日間）
場所：パシフィコ横浜（横浜市）

(3) 第9回国際消化器一外科学会世界大会
日時：平成11年10月19日～23日（5日間）
場所：長崎ブリックホール（長崎市）

(4) 第1回咀嚼と健康国際会議
日時：平成12年8月17日～20日（4日間）
場所：パシフィコ横浜（横浜市）

(5) 第8回国際フェライト会議
日時：平成12年9月18日～21日（4日間）
場所：国立京都国際会館（京都市）

人事異動（平成10年8月17日付）

日本学術会議事務局 総務部会計課長（総務庁長官官房地域改善対策室調査官） 浅田 光

退職

（日本学術会議事務局総務部会計課長） 高内順一

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枚弱で刷り上がり1頁といわれている。図表は大小あるが，1つが原稿用紙1枚分以上と考える。
原　著	１０頁	約４５枚	
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事。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）並びに，希望する原稿種別を朱書し，キーワード３つ以内を記入すること。
　2）下段欄は，本文，図表，写真の枚数を明記すること。
　3）別刷りを希望する場合，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．原稿執筆要項は，別に定める。

10．原稿送付先
　〒260-0856　千葉市中央区亥鼻１－２－10
　日本看護研究学会　編集委員会　委員長　山口　桂子　宛
　尚，封筒の表には，「日看研誌原稿」と朱書し，書留郵便で郵送の事。

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。
　2）平成９年７月24日　　一部改正実施する。

原　稿　執　筆　要　項

1．原稿用紙B５判横書き400字詰めを使用し，本文にページ数を明記する。

2．当用漢字，新かなづかいを用い，楷書で簡潔，明瞭に書く事。（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れる単位，略号，符号や表現には註書きで簡単な説明を加える。

ローマ字は活字体を用い，出来ればタイプを用いること：mg，Eq 等。イタリックを用いる場合は，その下にアンダーラインを付する事。

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，更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，巻末に添える事。

6．文献記載の様式

文献は，本文の引用箇所の肩に[1),2)]のように番号で示し，本文原稿の最後に一括して引用番号順に整理して記載する。文献著者が２名以上の場合は筆頭者名のみをあげ，○○他とする。

雑誌略名は邦文誌では，医学中央雑誌，欧文誌では，INDEX MEDICUS 及び INTERNATIONAL NURSING INDEX に従うものとする。

［記載方法の例示］

・雑誌；近澤範子：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，メジカルフレンド社，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，橋本正巳監約，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）を付ける事。

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。

２）平成９年７月24日　一部改正実施する。

３）平成10年７月30日　一部改正実施する。

（注）

1．原著目録

日本看護研究学会雑誌に掲載された原著論文について巻号別，掲載順にまとめた。

原著者名：標題，英文標題，巻（号），掲載頁，発行年（西暦）。の順に掲載した。

2．原著者索引

原著論文の原著者名をあいうえお順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。なお，筆頭著者名はゴチック体にした。

3．事項索引

原著論文ごとに，その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順，次に欧文をアルファベット順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。

1．原　著　目　録

第21巻

岡田加奈子，川田知恵子：看護学生に対する喫煙に関する教育プログラムの検討，Evaluation of Smoking Prevention Programs for Student Nurses, 21(1), pp27－38, 1998.

今本喜久子，徳永祥子：4年制看護教育における人体解剖生理学実習，A Combined Laboratory on Human Anatomy and Physiology for a 4 Year Nursing Education Program, 21(1), pp39－49, 1998.

北村満代：看護処置における患者の対人認知とストレス覚醒度の変化－ラザルスの理論による，Patients' Interpersonal Cognitive Evaluation and Changes of Stress Arousal in Nursing Treatments－Relating to R. S. Lazarus' Stress-Coping Theory, 21(2), pp7－18, 1998.

江守陽子，青木和夫：保育行動としての刺激と児の反応との関係－抱いて揺する刺激についての分析，The Relations between the Stimulation as Maternal Care for Infants and their Reactions －Analysis of the Stimulation to Hold and Swing the Infants, 21(2), pp19－27, 1998.

深田順子，米澤弘恵，石津みえ子，時々輪浩穏，中村恵子，藤井徹也，長野きよみ，太田節子，森田チエコ：椅座前屈位洗髪時における筋負担，Muscle Load on Shampooing Hair in the Forward-Bent-Posture Sitting Position, 21(2), pp29－37, 1998.

寺島喜代子：看護学生の学習態度と自尊感情の縦断的研究－ある公立看護短期大学の場合，A Longitudinal Study of Learning Attitude and Self-Esteem of Nursing Students－Based on A Prefectural College of Nursing, 21(4), pp7－19, 1998.

田中輝和，西岡信子，安田壽賀子：速乾性擦り込み式消毒剤の日和見感染菌に対する消毒効果の比較検討，Effect of Quick Drying Rubbing Type Disinfectant Solutions against Opportunistic Pathogens, 21(5), pp11－16, 1998.

2. 原著者索引

あ
青木　和夫　21(2)　19

い
石津みえ子　21(2)　29
今本喜久子　21(1)　39

え
江守　陽子　21(2)　19

お
太田　節子　21(2)　29
岡田加奈子　21(1)　27

か
川田知恵子　21(1)　27

き
北村　満代　21(2)　7

し
時々輪浩穏　21(2)　29

た
田中　輝和　21(5)　11

て
寺島喜代子　21(4)　7

と
徳永　祥子　21(1)　39

な
長野きよみ　21(2)　29
中村　恵子　21(2)　29

に
西岡　信子　21(5)　11

ふ
深田　順子　21(2)　29
藤井　徹也　21(2)　29

も
森田チエコ　21(2)　29

や
安田壽賀子　21(5)　11

よ
米澤　弘恵　21(2)　29

訂　正

20巻特別号の8頁上から23行目，第9回日本看護研究学会総会のシンポジウムⅠの大津ミキ氏の下に下記の1行が抜けておりました。深くお詫び申し上げますとともに追加をお願い致します。

金井　和子：－生活援助の実態と問題点－，7(1.2)，41－45，1984.

3. 事 項 索 引

い

育児 21(2) 19
椅座前屈値 21(2) 29

か

学習態度 21(4) 7
覚醒 21(2) 7
看護学生 21(1) 27
看護婦認知 21(2) 7

き

喫煙 21(1) 27
教育プログラム 21(1) 27
筋負担 21(2) 29

し

実習 21(1) 39
児の反応 21(2) 19
縦断的変化 21(4) 7
手指消毒 21(5) 11
シラバス 21(1) 39
人体解剖生理学 21(1) 39

す

ストレス 21(2) 7

せ

洗髪 21(2) 29

そ

速乾性擦り込み式消毒剤 21(5) 11

た

抱いて揺する刺激 21(2) 19

に

入学動機 21(4) 7

ひ

日和見感染菌 21(5) 11

欧文

arousal 21(2) 7
cognition of a nurse 21(2) 7
education program 21(1) 27
entrance motivation 21(4) 7
hand finger disinfection 21(5) 11
human anatomy and physiology 21(1) 39
infant's reactions 21(2) 19
laboratory work 21(1) 39
learning attitude 21(4) 7
longitudinal change 21(4) 7
maternal care for baby 21(2) 19
muscle load 21(2) 29
opportunistic pathogens 21(5) 11
quick drying rubbing type disinfectant 21(5) 11
shampooing hair 21(2) 29
smoking 21(1) 27
stimulation to hold and swing 21(2) 19
stress 21(2) 7
student nurse 21(1) 27
syllabus 21(1) 39
the forward-bent-posture-sitting position 21(2) 29

事 務 局 便 り

1．**平成11年度会費の納入について**

平成11年度も引き続き会員を継続される方は，お早めにお納め下さるようご案内致します。

平成11年度会費	一　般	7，000円
	評 議 員	10，000円
	理　事	15，000円
支払い方法	郵便振込	
払い込み先	郵便振替	00100－6－37136

通信欄に会員番号をご記入下さい。

新入会の場合は，入会金3，000円が必要です。ご推薦下さる場合，その旨説明して下さるようお願い致します。

2．学術刊行物となり，個人宛にお送りするようになりまして2年目となりました。

改姓及び送付先変更の場合は，ご多用とは思いますが，お早めに必ず葉書か，FAX（048－221－2332）でお願い致します。尚，難しい呼び名の場合ふりがなをご記入の上，事務局迄お知らせ下さい。**（楷書でご記入下さい。）**

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。

お－287　大野夏代　　こ－140　小林　圭

編 集 後 記

早いもので今年も年の瀬を迎え，わずか１ケ月を残すのみとなりました。今年も多くの原稿を御投稿いただき，ありがとうございました。

さて，今年４月の役員改選に伴い，編集委員も新メンバーとなりましたが，委員数も９名に増えて，新たな活動を始めております。中でも，新委員会では，当学会の20年余の歴史をふまえながらも，これからの学会誌の進むべき方向を会員の方々と一緒に考えていきたいと思っております。

学会誌についての積極的な御意見をお寄せ下さい。

（山口）

日 本 看 護 研 究 学 会 雑 誌

第２１巻　５号

会員無料配布

平成10年11月20日　印刷
平成10年12月20日　発行

発行所　日 本 看 護 研 究 学 会
〒260-0856 千葉市中央区亥鼻１－２－10
☎　043－221－2331
FAX　043－221－2332

発行責任者　草 刈 淳 子

印刷所　（株）正 文 社
〒260-0001 千葉市中央区都町２－５－５
☎　043－233－2235
FAX　043－231－5562

編集委員
委 員 長　山口　桂子（愛知県立看護大学）
副委員長　川島みどり（健和会臨床看護学研究所）
石井　トク（岩手県立大学看護学部）
泉　キヨ子（金沢大学医学部保健学科）
金川　克子（東京大学医学部健康科学看護学科）
紙屋　克子（筑波大学社会医学系医科学研究科）
河合千恵子（久留米大学医学部看護学科）
川口　孝泰（兵庫県立看護大学）
近田　敬子（兵庫県立看護大学）

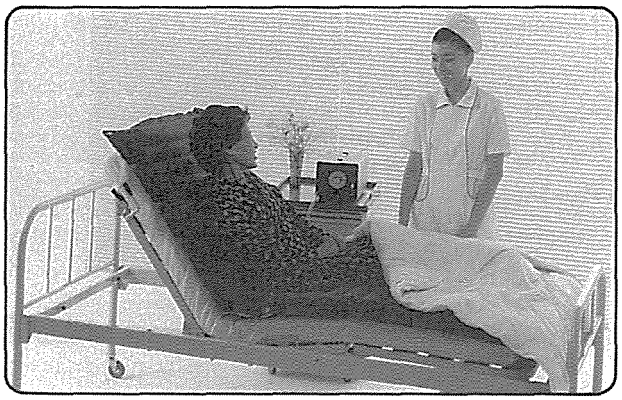
辛らーい床ずれ・病臭の解消に!

エアー噴出型
特　　許

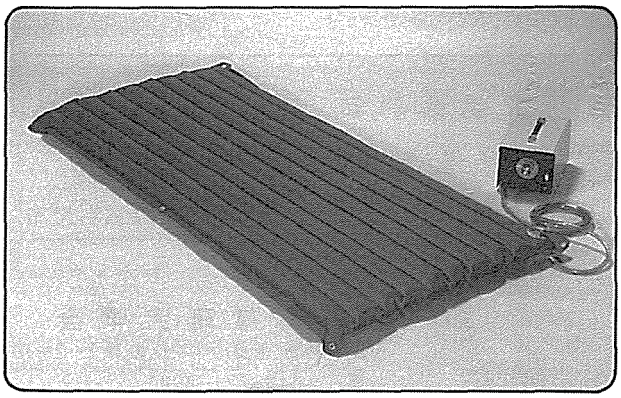
サンケンマット®

科学技術庁長官賞 受賞品

床ずれ治療に噴気型のパイオニア



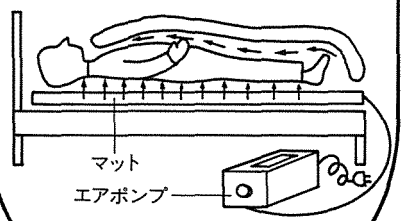
SGM-I型　定価93,000円



SM-I型　定価88,000円

ユニークな原理(特許)

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



製品についてのお問い合せは、
お気軽にお電話下さい。

厚生省日常生活用具適格品エアーパット

サンワカケン

医理化器機部　特品金属部　畜産器機部

三和化研工業株式会社

本社工場　〒581 大阪府八尾市太田新町2丁目41番地　TEL 0729(49)7123(代) FAX 0729(49)0007

■ロジャーズ研究の必読書!

新刊

Martha E. Rogers:Her Life and Her Work
Violet M. Malinski　Elizabeth Ann Manhart Barrett

マーサ・ロジャーズの思想

ユニタリ・ヒューマンビーイングズの探究

監訳　手島　恵　ミネソタ大学大学院博士課程
訳　坂口　千鶴　日本赤十字看護大学助教授
(五十音順)　田中　京子　大阪府立看護大学助教授
手島　恵　ミネソタ大学大学院博士課程
沼口　史衣　聖路加国際病院
濱口　恵子　東札幌病院副看護部長
森山美知子　前山口県立大学看護学部

本書は看護の自立性を主張し独自の看護理論を確立したマーサ・ロジャーズの論文が90%を占め,残りを他の研究家によるロジャーズの研究論文で構成されている。本書の中でロジャーズは,ユニタリ・ヒューマンビーイングズという人間をとらえる概念を提唱し,それがNANDAの看護診断の分類に理論的枠組みを与えている。

■目次

第1部　マーサE.ロジャーズのあゆみ　75歳の誕生日を祝して
マーサ・ロジャーズがその思想を展開した社会的背景／マーサ・ロジャーズがその思想を展開した看護的背景／マーサ・ロジャーズがその思想を展開した哲学的背景／科学としての看護の発展に対するロジャーズの貢献／科学全般に対するロジャーズの貢献

第2部　看護科学:ユニタリ・ヒューマンビーイングズの科学の展開
看護科学の発達のなかのハイライト:ユニタリ・ヒューマンビーイングズの科学の出現／看護科学の目的／看護の概念モデル／ホメオダイナミクス:看護科学の原理／看護の理論的基礎／看護:ユニタリ・マンの科学／ユニタリ・ヒューマンビーイングズの科学／看護の科学と技芸(アート)の展望／ユニタリで還元不能なヒューマンビーイングズの科学／看護の新しい研究分野:宇宙時代のパラダイム／看護科学と宇宙時代

第3部 教育と研究
看護教育・研究の改革と進展／看護の航路を決めるのは看護である／未来へ向けての看護婦教育／国民の安全のために:看護専門教育に対する高等教育の責任／看護教育:将来への準備／看護科学:研究と研究者たち／将来の看護研究

第4部 専門職業と政治的諸問題
ロジャーズの専門分野での政治的活動／卓越性はあなたが見つけるところにある／責務／看護の役割拡大およびその他の婉曲語

第5部 未来の展望
明日への戸口で／看護の未来／2001年の看護のシナリオ／地平線の向こうに／ハイテク時代におけるハイタッチ／健康の諸次元:宇宙からの展望

●A5 頁370 図3 写真5 表7 1998
定価(本体3,800円+税) 〒400 [ISBN4-260-34334-3]

関連既刊本

An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing

ロジャーズ看護論

著 Martha E. Rogers　訳 樋口康子　中西睦子

アメリカの看護界で大きな反響を呼んでいるマーサ・ロジャーズの看護論の全訳。看護が対象とする人間に焦点を当て,人間の特性に即した看護および看護学の確立を強調している。看護の将来展望について示唆に富んだ解説もしている。

●A5 頁174 図2 1979 定価(本体1,800円+税)
〒400 [ISBN4-260-34541-9]

医学書院　〒113-8719 東京都文京区本郷5-24-3 (販売部) TEL 03-3817-5657 FAX 03-3815-7804
E-mail issd@ba2.so-net.or.jp　http://www.igaku-shoin.co.jp　振替 00170-9-96693